

在宅医療（その1）

平成25年2月13日

1. 社会保障・税一体改革と平成24年診療報酬改定の経緯
2. 在宅医療を取り巻く現状について
3. 在宅医療の診療報酬上の評価と提供体制について
4. 保険診療の運用上、不適切と考えられる事例について
5. 訪問看護について

医療・介護機能の再編（将来像）

患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築します。

【2012(H24)】



【取組の方向性】

- 入院医療の機能分化・強化と連携
 - ・急性期への医療資源集中投入
 - ・亜急性期、慢性期医療の機能強化 等
- 地域包括ケア体制の整備
 - ・在宅医療の充実
 - ・看取りを含め在宅医療を担う診療所等の機能強化
 - ・訪問看護等の計画的整備 等
 - ・在宅介護の充実
 - ・在宅・居住系サービスの強化・施設ユニット化、マンパワー増強 等

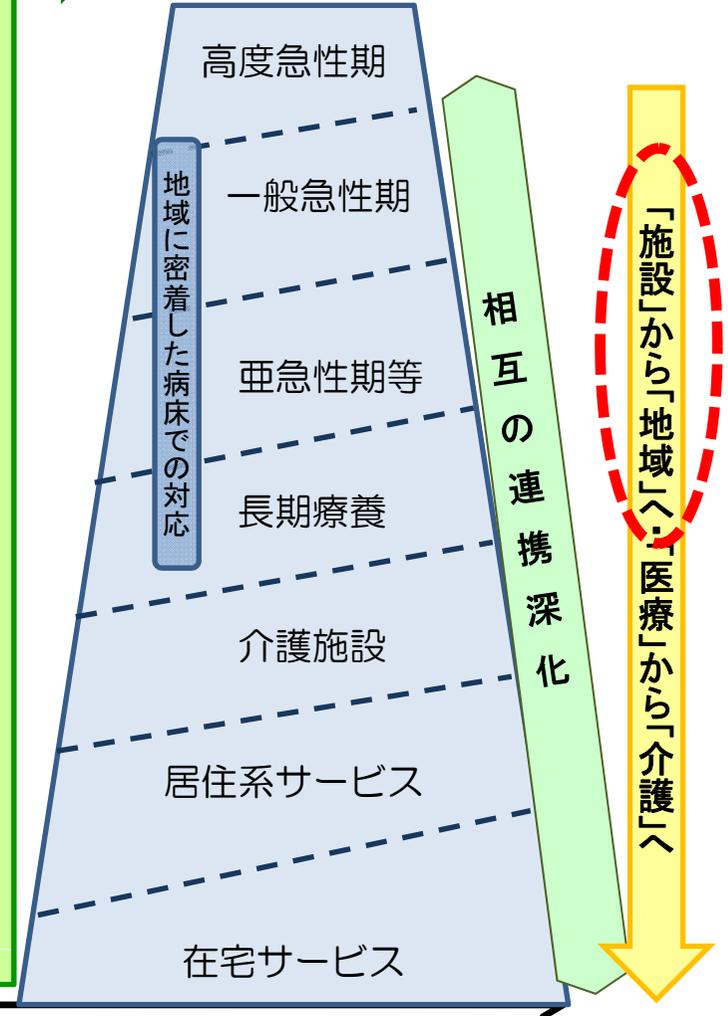
2012年診療報酬・介護報酬の同時改定を第一歩として取り組む

医療法等関連法を順次改正

【患者・利用者の方々】

- ・病気になっても、職場や地域生活へ早期復帰
- ・医療や介護が必要になっても、住み慣れた地域での暮らしを継続

【2025(H37)】



医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

社会保障・税一体改革①

社会保障・税一体改革大綱（抜粋）

平成24年2月17日 閣議決定

第3章 具体的改革内容（改革項目と工程）

2. 医療・介護等①

（地域の実情に応じた医療・介護サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化）

- 高齢化が一段と進む2025年に、どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会を実現する。
- 予防接種・検診等の疾病予防や介護予防を進め、また、病気になった場合にしっかり「治す医療」と、その人らしく尊厳をもって生きられるよう「支える医療・介護」の双方を実現する。

（1）医療サービス提供体制の制度改革

- 急性期をはじめとする医療機能の強化、病院・病床機能の役割分担・連携の推進、在宅医療の充実等を内容とする医療サービス提供体制の制度改革に取り組む。

<今後の見直しの方向性>

i 病院・病床機能の分化・強化

- ・ 急性期病床の位置付けを明確化し、医療資源の集中投入による機能強化を図るなど、病院・病床の機能分化・強化を推進する。
- ・ 病診連携、医療・介護連携等により必要なサービスを確保しつつ、一般病棟における長期入院の適正化を推進する。

ii 在宅医療の推進

- ・ 在宅医療の拠点となる医療機関の趣旨及び役割を明確化するとともに、在宅医療について、達成すべき目標、医療連携体制等を医療計画に記載すべきことを明確化するなどにより、在宅医療を充実させる。

社会保障・税一体改革②

iii 医師確保対策

- ・ 医師の地域間、診療科間の偏在の是正に向け、都道府県が担う役割を強化し、医師のキャリア形成支援を通じた医師確保の取組を推進する。

iv チーム医療の推進

- ・ 多職種協働による質の高い医療を提供するため、高度な知識・判断が必要な一定の行為を行う看護師の能力を認証する仕組みの導入などをはじめとして、チーム医療を推進する。

☆ あるべき医療提供体制の実現に向けて、診療報酬及び介護報酬改定、都道府県が策定する新たな医療計画に基づく地域の医療提供体制の確保、補助金等の予算措置等を行うとともに、医療法等関連法を順次改正する。そのため、平成24年通常国会以降速やかな法案提出に向けて、関係者の意見を聴きながら検討する。

(2) 地域包括ケアシステムの構築

- できる限り住み慣れた地域で在宅を基本とした生活の継続を目指す地域包括ケアシステム(医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援)の構築に取り組む。

<今後のサービス提供の方向性>

i 在宅サービス・居住系サービスの強化

- ・ 切れ目のない在宅サービスにより、居宅生活の限界点を高めるための24時間対応の訪問サービス、小規模多機能型サービスなどを充実させる。
- ・ サービス付き高齢者住宅を充実させる。

ii 介護予防・重度化予防

- ・ 要介護状態になる高齢者が減少し、自立した高齢者の社会参加が活発化する介護予防を推進する。
- ・ 生活期のリハビリテーションの充実を図る。
- ・ ケアマネジメントの機能強化を図る。

社会保障・税一体改革③

iii 医療と介護の連携の強化

- ・在宅要介護者に対する医療サービスを確保する。
- ・他制度、多職種のチームケアを推進する。
- ・小規模多機能型サービスと訪問看護の複合型サービスを提供する。
- ・退院時・入院時の連携強化や地域における必要な医療サービスを提供する。

iv 認知症対応の推進

- ・認知症に対応するケアモデルの構築や地域密着型サービスの強化を図る。
- ・市民後見人の育成など権利擁護の推進を図る。

☆ 改正介護保険法の施行、介護報酬及び診療報酬改定、補助金等の予算措置等により、地域包括ケアシステムの構築を推進する。

平成24年度診療報酬改定の基本方針のポイント

平成23年12月1日
社会保障審議会医療保険部会
社会保障審議会医療部会

重点課題

「社会保障・税一体改革成案」等を踏まえ、以下の課題について重点的に取り組むべき。

- **救急、産科、小児、外科等の急性期医療を適切に提供していくという観点も踏まえた、病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減**
チーム医療の促進、救急外来や外来診療の機能分化の推進 等
- **医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実**
在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の推進、看取りに至るまでの医療の充実、在宅歯科、在宅薬剤管理の充実、訪問看護の充実 等

改定の視点

- **充実が求められる分野を適切に評価していく視点**
がん医療の充実、認知症対策の促進 等
- **患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で生活の質にも配慮した医療を実現する視点**
退院支援の充実等の患者に対する相談支援体制の充実に対する適切な評価 等
- **医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点**
急性期、亜急性期等の病院機能にあわせた効率的な入院医療の評価、慢性期入院医療の適正な評価 等
- **効率化余地があると思われる領域を適正化する視点**
後発医薬品の使用促進策 等

将来に向けた課題

来年度の改定のみならず、超高齢社会のあるべき医療の姿を見据えつつ、引き続き、「社会保障と税一体改革成案」において、2025年の姿として描かれた病院・病床機能の分化・強化と連携、在宅医療の充実、重点化・効率化等の推進等に取り組んでいく必要がある。

急性期、亜急性期、慢性期等の病院・病床機能の分化、強化
地域に密着した病床における入院医療等の一体的な対応、
外来診療の役割分担、在宅医療の充実

平成24年度診療報酬改定の基本方針

平成24年度診療報酬改定の基本方針（抜粋）

平成23年12月1日
社会保障審議会医療保険部会
社会保障審議会医療部会

Ⅲ 将来を見据えた課題

- 診療報酬が果たす役割も踏まえ、来年度の改定のみならず、超高齢社会のあるべき医療の姿を見据えつつ、引き続き、「社会保障・税一体改革成案」において、2025年の姿として描かれた病院・病床機能の分化・強化と連携、在宅医療の充実、重点化・効率化等の推進等に取り組んでいく必要がある。
- すなわち、急性期、亜急性期、慢性期等の病院・病床機能の分化、強化、これと併せた地域に密着した病床における急性期医療、亜急性期医療や慢性期医療等の一体的な対応、外来診療の役割分担、在宅医療の充実などについては、今後とも、その推進に向けた評価の検討に取り組んでいくべきである。
- その際には、地域医療の実情も踏まえた上で、医療計画の策定をはじめ、補助金等の予算措置、保険者の取組といった様々な手段との役割分担を明確にするとともに、これらの施策や医療法等の法令と効果的に相互作用し、補い合う診療報酬の在り方について、引き続き検討を行うべきである。
- また、持続可能で質の高い医療保険制度の堅持に向けて、効率的かつ効果的な医療資源の配分を行うため、これまでの評価方法や基準の軸にとらわれず、より良い手法の確立に向けて検討を行うべきである。
- さらに、将来的には、医療技術等について、さらなるイノベーションの評価や、開発インセンティブを確保しつつ、費用と効果を勘案した評価方法を導入することについて、検討を行っていく必要がある。

答申書(平成24年度診療報酬改定について)

平成24年2月10日

厚生労働大臣

小宮山 洋子 殿

中央社会保険医療協議会

会 長 森 田 朗

答 申 書

(平成24年度診療報酬改定について)

平成24年1月18日付け厚生労働省発保0118第1号をもって諮問のあった件について、別紙1から別紙8までの改正案を答申する。

なお、答申に当たっての本協議会の意見は、別添のとおりである。

答申書附帯意見①

平成24年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

(別添)

(急性期医療の適切な提供に向けた医療従事者の負担軽減等)

- 1 初再診料及び入院基本料等の基本診療料については、コスト調査分科会報告書等も踏まえ、その在り方について検討を行うこと。なお、歯科は単科で多くは小規模であること等を踏まえ、基本診療料の在り方について別途検討を行うこと。その上で、財政影響も含め、平成24年度診療報酬改定における見直しの影響を調査・検証し、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。また、医療経済実態調査のさらなる充実・改良等により、医療機関等の協力を得つつ経営データをより広く収集し、診療報酬の体系的見直しを進めること。
- 2 救急医療機関と後方病床との一層の連携推進など、小児救急や精神科救急を含む救急医療の評価について影響を調査・検証するとともに、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。
- 3 病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の勤務体制の改善等の取組に係るさらなる措置(時間外対応加算を含む。)については、その効果を調査・検証するとともに、いわゆるドクターフィーの導入の是非も含め、引き続き、医師や看護師等の勤務の負担軽減に関する検討を行うこと。
- 4 次に掲げるチーム医療に関する評価について、調査・検証を行うこと。
 - ・薬剤師の病棟業務(療養病棟又は精神病棟における業務を含む。)
 - ・歯科医師等による周術期等の口腔機能の管理
 - ・糖尿病透析予防指導による生活習慣病対策の推進・普及の実態
 - ・栄養障害を生じている患者への栄養状態改善に向けた取組等

答申書附帯意見②

(医療と介護の連携強化、在宅医療等の充実)

5 在宅医療を担う医療機関の機能分化と連携等による在宅医療のさらなる充実や後方病床機能の評価について検討を行うこと。

6 効率的かつ質の高い訪問看護のさらなる推進について検討を行うこと。

7 維持期のリハビリテーションについては、介護サービスにおけるリハビリテーションの充実状況等を踏まえ、介護保険サービスとの重複が指摘される疾患別リハビリテーションに関する方針について確認を行うこと。また、廃用症候群に対する脳血管疾患等リハビリテーションの実施状況について調査・検証するとともに、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。

(質が高く効率的な医療提供体制)

8 病院機能に合わせた効率的な入院医療を図るため、一般病棟入院基本料、亜急性期入院医療管理料等の見直しについての影響を調査・検証するとともに、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。特に、一般病棟入院基本料(13対1、15対1)算定病棟における特定除外制度の見直しについても、平均在院日数の変化等の影響を調査・検証をすること。さらに、一般病棟(7対1、10対1を含む)、療養病棟、障害者病棟等における長期入院の詳細かつ横断的な実態の調査も含め、慢性期入院医療の適切な評価の見直しについて引き続き検討を行うこと。

9 以下の経過措置については、現場の実態を踏まえた検討を行い、必要な措置を講ずること。

- ・一般病棟における7対1入院基本料の算定要件の見直しに係る経過措置
- ・特殊疾患病棟や障害者施設等から療養病棟に転換した場合に対する経過措置

答申書附帯意見③

10 DPC制度については、医療機関群の設定、機能評価係数Ⅱの見直し等の影響を踏まえながら、今後3回の改定を目途に継続する段階的な調整係数の置換えを引き続き計画的に実施すること。その際、臨床研修制度を含めた他制度への影響についても十分に調査・検証するとともに、見直し等が必要な場合には速やかに適切な措置を講じること。また、DPC対象の病院と対象外の病院のデータの比較・評価を行うこと。

11 医療提供体制が十分ではなく医療機関の機能分化を進めることが困難な地域に配慮した評価の見直しについて影響を調査・検証するとともに、診療所を含む当該地域全体の医療の状況の把握なども踏まえ、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。

12 平均在院日数の減少や長期入院の是正など、入院医療や外来診療の機能分化の推進や適正化について引き続き検討を行うこと。

13 診療報酬における包括化やIT化の進展等の状況変化を踏まえて、診療報酬の請求方法や、指導・監査等適切な事後チェックに資するための検討を引き続き行うこと。

(患者の視点に配慮した医療の実現)

14 診療報酬項目の実施件数の評価等を踏まえた診療報酬体系のさらなる簡素・合理化(今回改定の医療現場への影響を含む。)、明細書の無料発行のさらなる促進(400床未満の病院や公費負担医療に係る明細書の無料発行を含む。)、医療安全対策や患者サポート体制の評価の効果について検討を行うこと。

(医薬品、医療材料等の適正な評価)

15 長期収載品の薬価のあり方について検討を行い、後発医薬品のさらなる普及に向けた措置を引き続き講じること。

答申書附帯意見④

16 手術や処置、内科的な診断や検査を含めた医療技術について、医療上の有用性や効率性などを踏まえ患者に提供される医療の質の観点から、物と技術の評価のあり方を含め、診療報酬上の相対的な評価も可能となるような方策について検討を行うこと。

17 革新的な新規医療材料やその材料を用いる新規技術、革新的な医薬品等の保険適用の評価に際し、算定ルールや審議のあり方も含め、費用対効果の観点を可能な範囲で導入することについて検討を行うこと。

(その他の調査・検証事項)

18 上記に掲げるもののほか、今回改定の実施後においては、特に以下の項目について調査・検証を行うこととする。

(1)在宅医療の実施状況及び医療と介護の連携状況

(2)在宅における歯科医療と歯科診療で特別対応が必要な者の状況

(3)慢性期精神入院医療や地域の精神医療、若年認知症を含む認知症に係る医療の状況

(4)一般名処方の普及状況・加算の算定状況や後発医薬品の処方・調剤の状況

(5)診療報酬における消費税の取扱い

(6)医療機関における褥瘡の発生等の状況

なお、上記1～18の事項については、できるだけ早急に取り組を開始し、その進捗について報告すること。さらに国民がより質の高い医療を受けることが出来るよう、医療提供体制の機能強化に係る関連施策との連携、また、国民に対する働きかけを含めて幅広い視点に立って、診療報酬のあり方について検討を行うこと。

1. 社会保障・税一体改革と平成24年診療報酬改定の経緯
2. 在宅医療を取り巻く現状について
3. 在宅医療の診療報酬上の評価と提供体制について
4. 保険診療の運用上、不適切と考えられる事例について
5. 訪問看護について

人口ピラミッドの変化(1990~2060年)

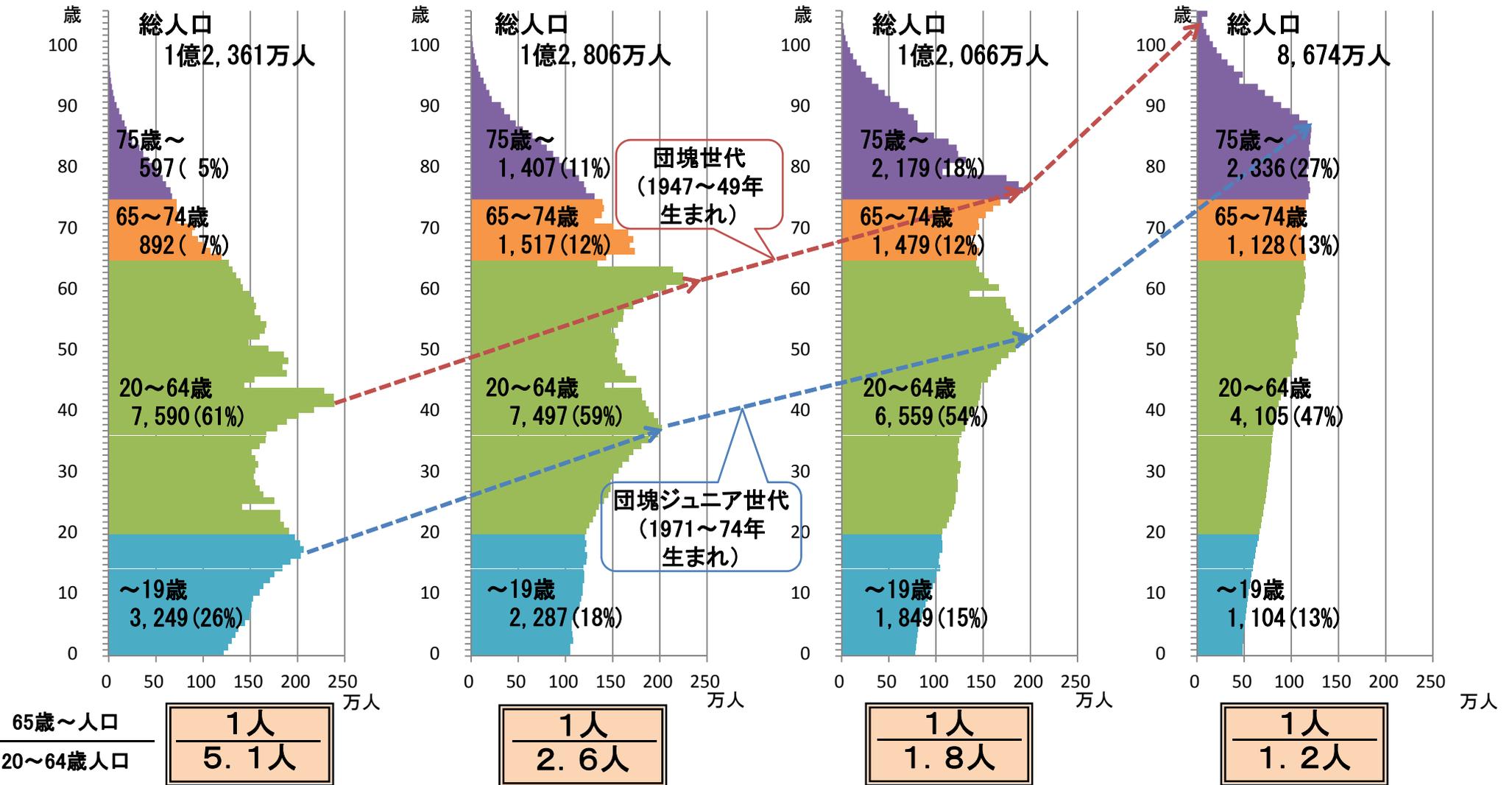
○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

平成2年 (1990年) (実績)

平成22年 (2010年) (実績)

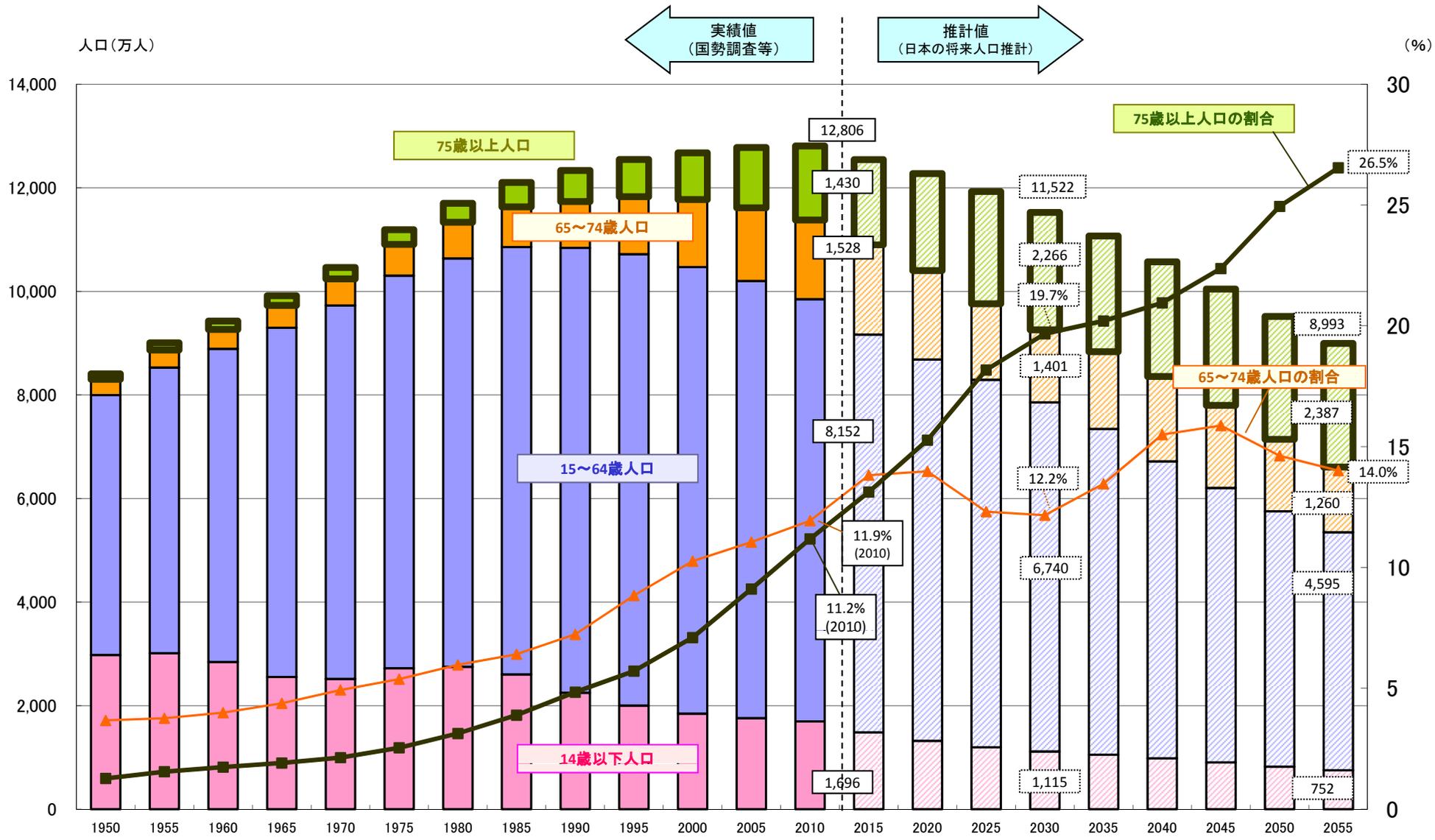
平成37年 (2025年)

平成72年 (2060年)



(出所) 総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計):出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口)

人口推計



資料: 2005年までは総務省統計局「国勢調査」、2010年は総務省統計局「推計人口(平成22年10月1日推計)」、2010年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)中位推計」

高齢化社会の進展に伴う課題について①

(認知症高齢者の増加)

(万人)

将来推計 (年)	平成22年 (2010)	平成27年 (2015)	平成32年 (2020)	平成37年 (2025)
日常生活自立度 Ⅱ以上	280	345	410	470
	9.5%	10.2%	11.3%	12.8%

※平成24年(2012)を推計すると、305万人となる。

※下段は65歳以上人口に対する比率

出典:老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室推計(平成24年)

(参考:平成15年 高齢者介護研究会報告書)

(万人)

将来推計 (年)	平成14年 (2002)	平成22年 (2010)	平成27年 (2015)	平成32年 (2020)	平成37年 (2025)
日常生活自立度 Ⅱ以上	149	208	250	289	323
	6.3%	7.2%	7.6%	8.4%	9.3%

65歳以上高齢者のうち、認知症高齢者が増加していく

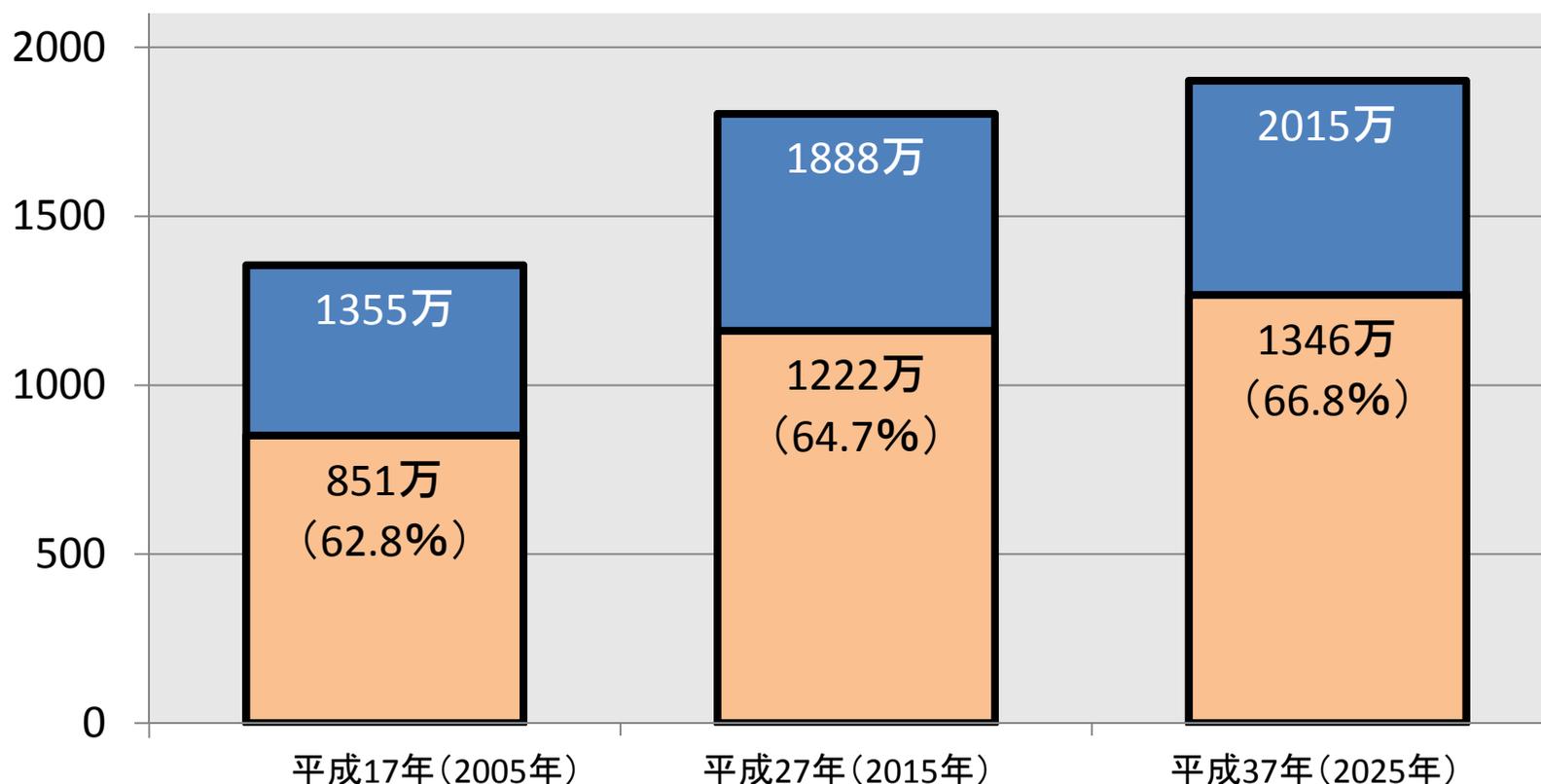
高齢化社会の進展に伴う課題について② (高齢者世帯の増加)

高齢世帯の推計

(括弧内は高齢世帯のうち単独世帯及び夫婦のみ世帯の割合)

■ 世帯主が65歳以上 ■ 単独世帯及び夫婦のみ世帯

(万世帯)



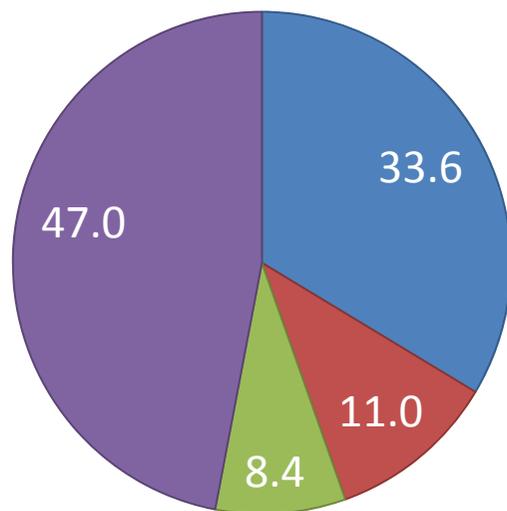
出典: 国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計(全国推計)」2013(平成25)年1月推計

世帯主が65歳以上の世帯のうち、単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく

高齢化社会の進展に伴う課題について③ (日本のどこで高齢者数が増加しているのか)

	埼玉県	千葉県	神奈川県	秋田県	山形県	鹿児島県
2005年時点での高齢者人口	116万人	106万人	149万人	31万人	31万人	44万人
2015年時点での高齢者人口 (括弧内は増加率)	179万人 (+55%)	160万人 (+50%)	218万人 (+47%)	34万人 (+11%)	34万人 (+10%)	48万人 (+10%)

**平成17→27年
高齢者 都道府県別増加数 割合(%)
(総計で800万人増加)**



■ 首都圏4都県
(東京都、千葉県、埼玉県、神奈川県)

■ 大阪府

■ 愛知県

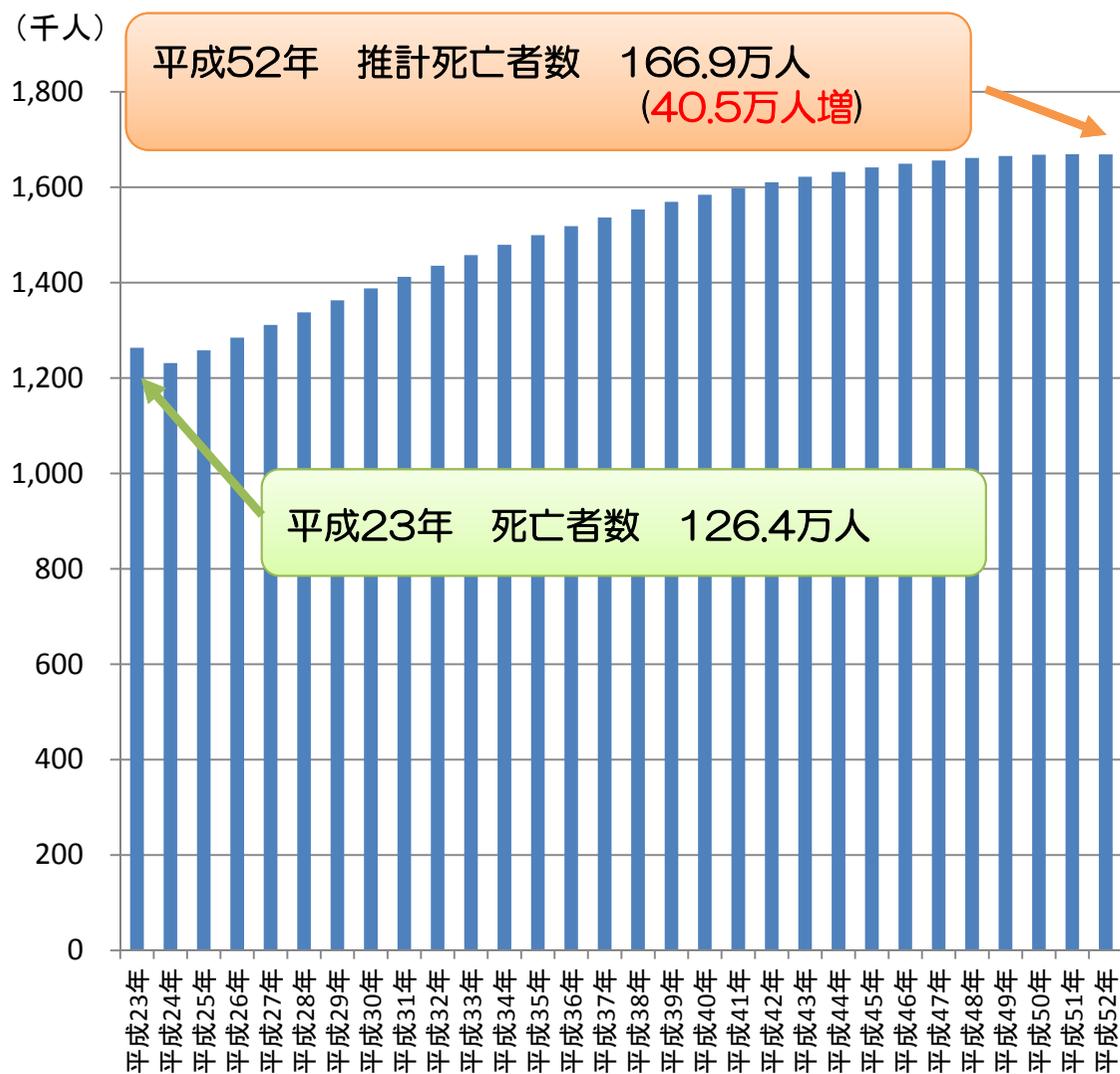
■ その他41道府県

国立社会保障・人口問題研究所
「日本の都道府県別将来推計人口」より作成

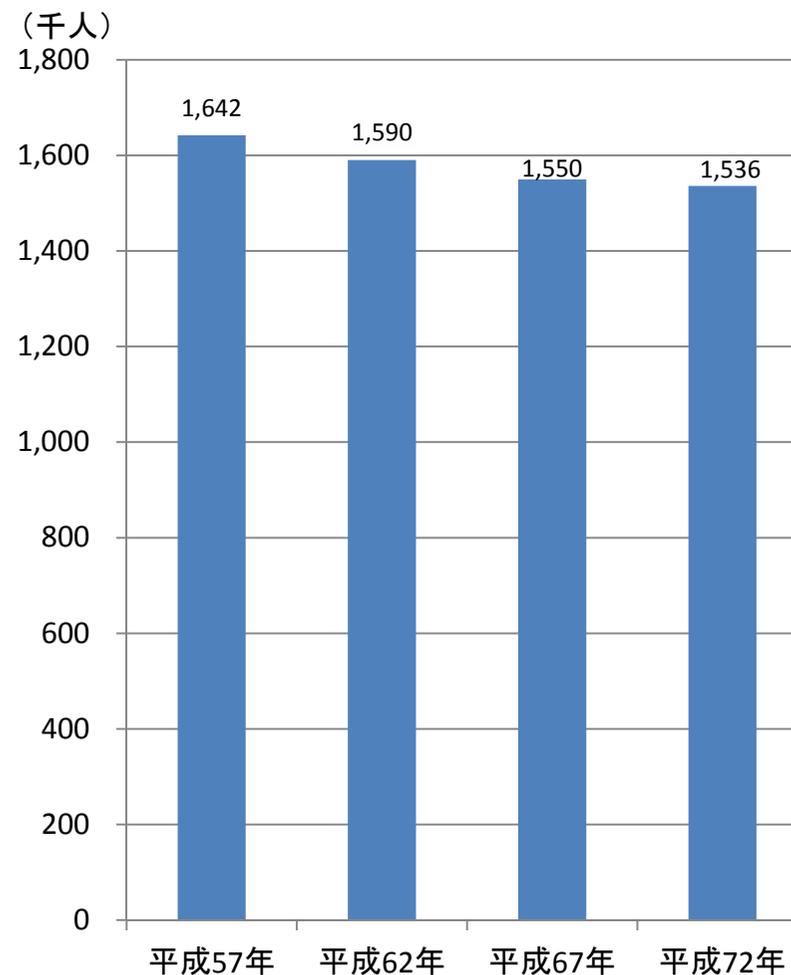
首都圏をはじめとする都市部において、今後高齢者数が急激に増加する

死亡者数の将来推計

<平成23年(2011年)～平成52年(2040年)>

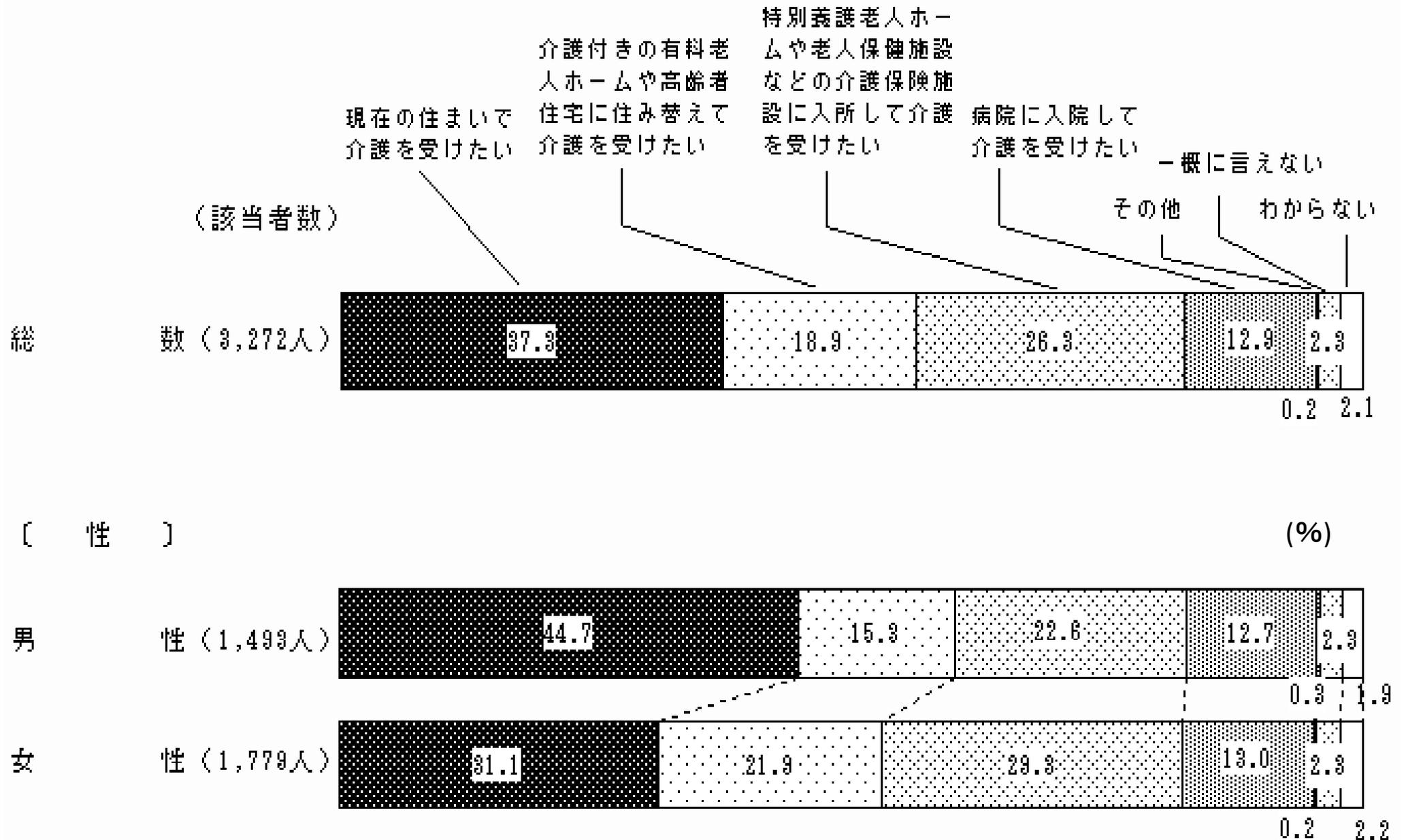


<平成57年(2045年)～平成72年(2060年)>



平成52年(2040年)までに約40万人死亡者数が増加し、その後減少すると見込まれるが、看取り先の確保が困難

自分自身が介護を受けたい場所

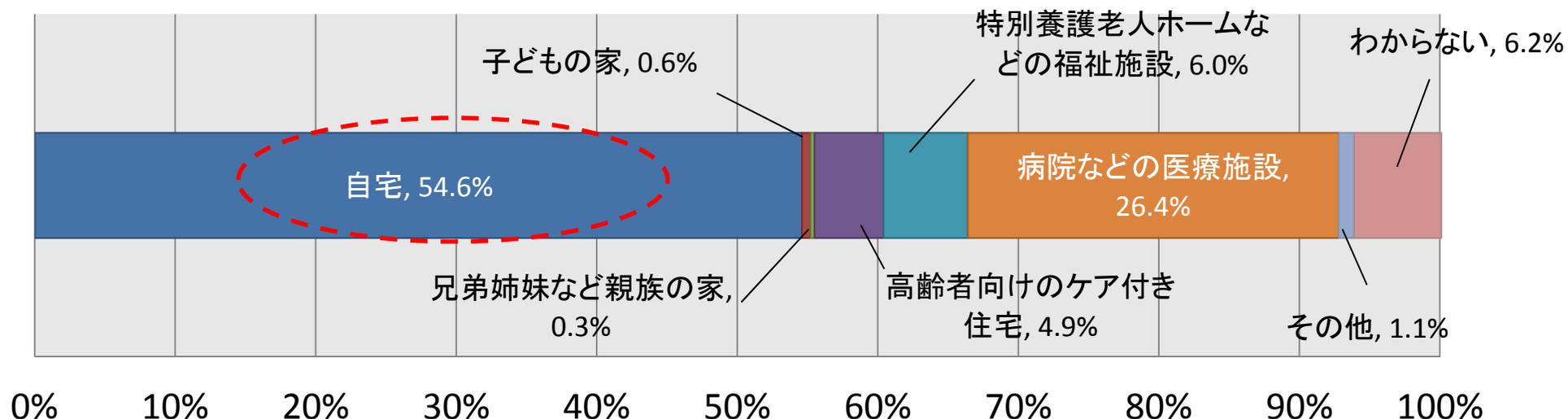


出典:内閣府 介護保険制度に関する世論調査(平成22年9月)

最期を迎えたい場所について

○ 最期を迎えたい場所について、「自宅」が54.6%で最も高く、「病院などの医療施設」が26.4%、「特別養護老人ホームなどの福祉施設」は6.0%、「高齢者向けのケア付き住宅」は4.9%となっている。

■ 治る見込みがない病気になった場合、どこで最期を迎えたいか (n=3,157 人)

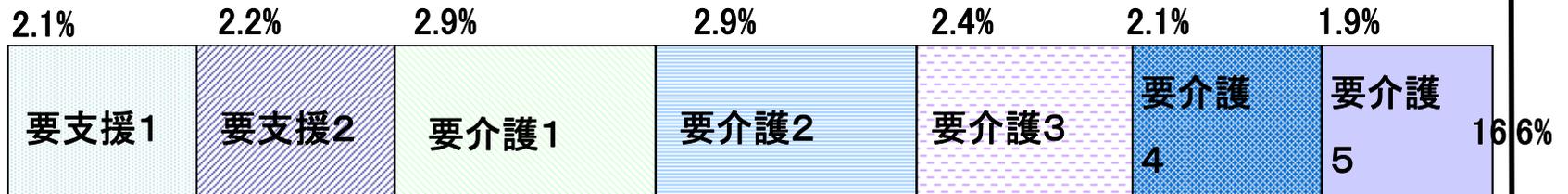


65歳以上人口に占める認定者数、各国の介護施設・ケア付き高齢者住宅の割合

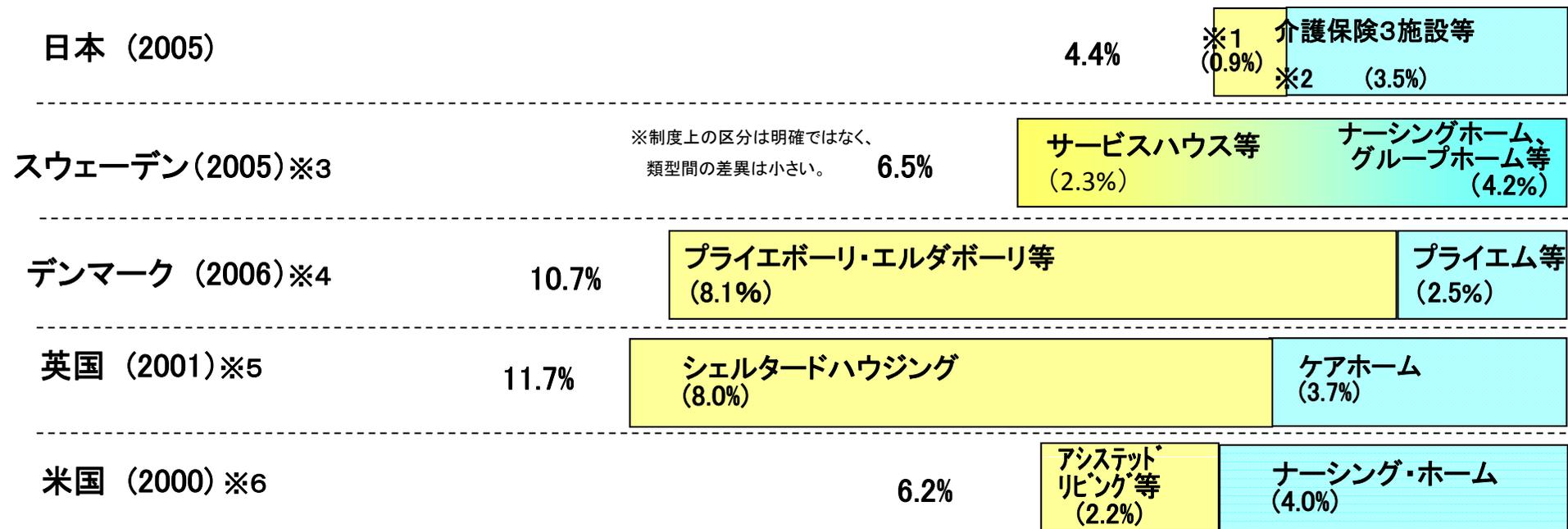
○ 65歳以上の高齢者に占める介護施設・高齢者住宅等の定員数の割合を比較すると、特に高齢者住宅等は、日本は、欧米諸国と比較して少ない。

○要介護度別認定者割合

【出典】平成22年6月 介護保険事業状況報告

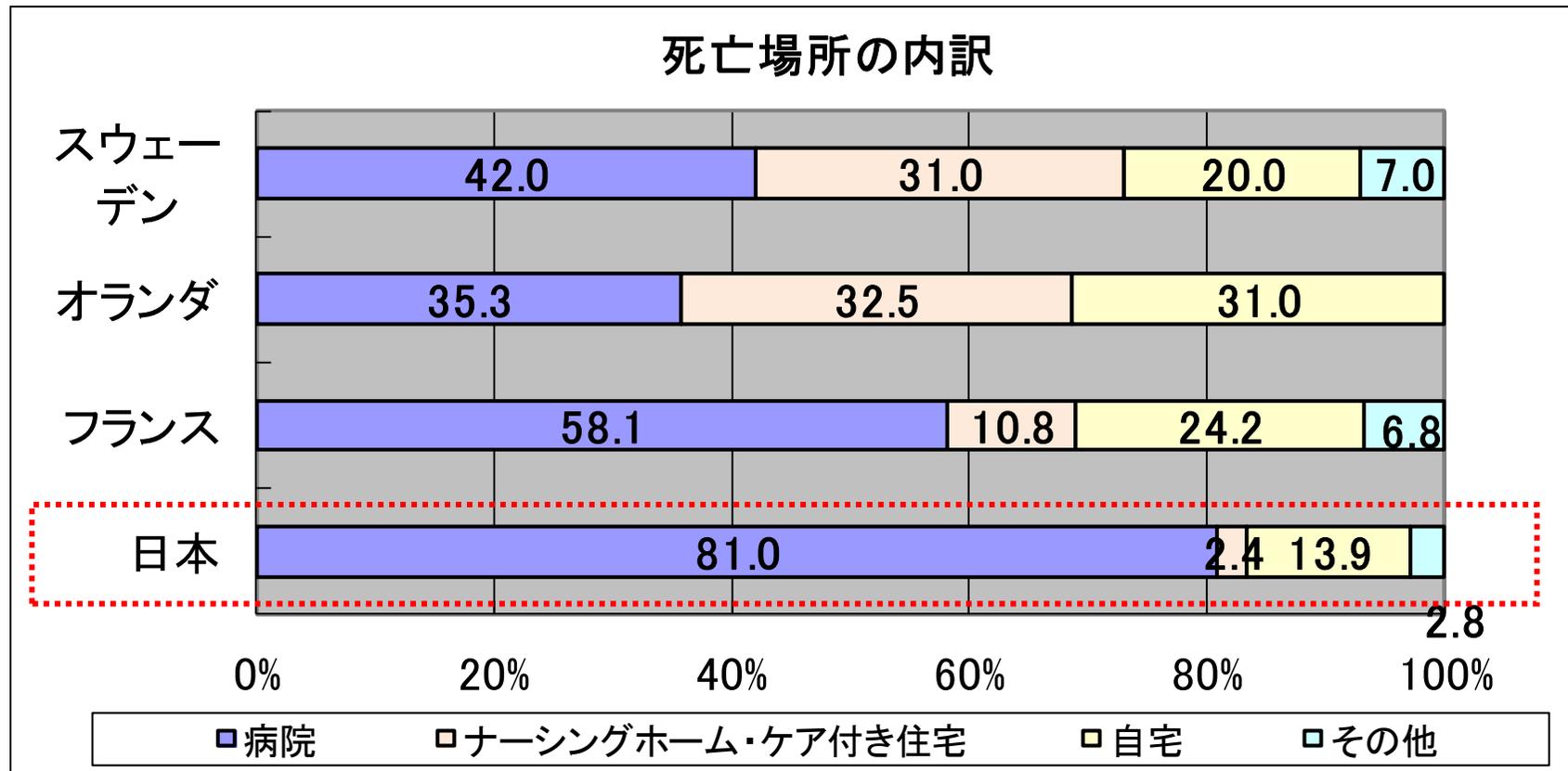


○各国の高齢者の居住状況(定員の比率)(全高齢者における介護施設・高齢者住宅等の定員数の割合)



※1 シルバーハウジング、高齢者向け優良賃貸住宅、有料老人ホーム及び軽費老人ホーム(軽費老人ホームは2004年)。 ※2 介護保険3施設及びグループホーム
 ※3 Sweden Socialstyrelsen(スウェーデン社会省)聞き取り調査時の配布資料(2006) ※4 Denmark Socialministeriet(デンマーク社会省)聞き取り調査時の配布資料(2006)
 ※5 Elderly Accommodation Counsel (2004)「the older population」 ※6 医療経済研究機構「米国医療関連データ集」(2005)

死亡の場所(各国比較)



(注) 「ナースングホーム・ケア付き住宅」の中には、オランダとフランスは高齢者ホーム、日本は介護老人保健施設が含まれる。オランダの「自宅」には施設以外の「その他」も含まれる。

(資料) スウェーデン: Socialstyrelsen Döden angår oss alla による1996年時点(本編 p48)

オランダ: Centraal Bureau voor de Statistiek による1998年時点(本編 p91)

フランス: Institut National des Études Démographiques による1998年時点(本編 p137)

日本: 厚生労働省大臣官房統計情報部『人口動態統計』による2000年時点

課題

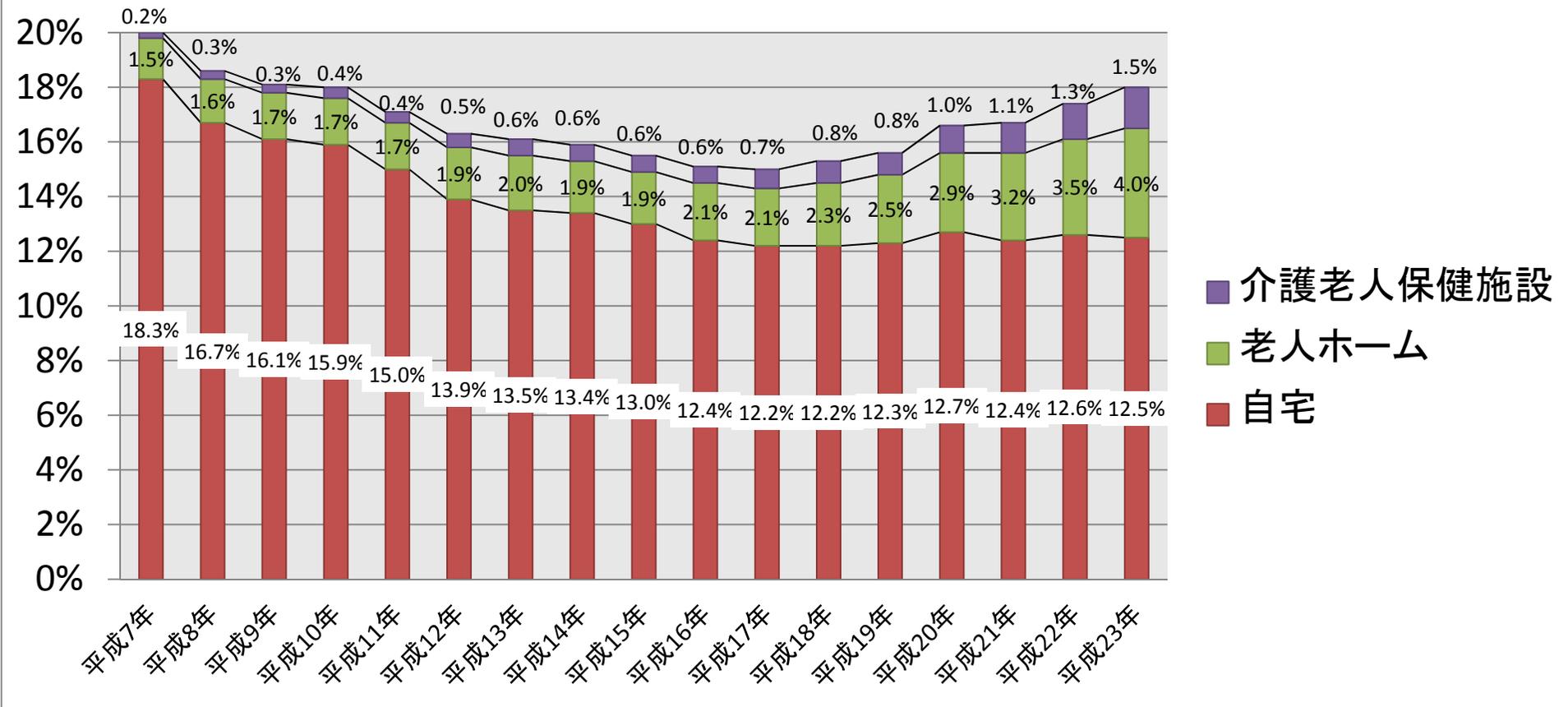
国際的にみて、日本は病院での死亡率が高い

※他国との比較のため、日本のデータは2000年時点のデータを使用

出典: 医療経済研究機構

「要介護高齢者の終末期における医療に関する研究報告書」

死亡の場所別にみた年次別死亡数百分率 (介護老人保健施設、老人ホーム、自宅)



(注)介護老人保健施設

要介護者に対し、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とした施設で、介護保険法による都道府県知事の許可を受けたものをいう。

老人ホーム

養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームをいう。

近年、自宅に比べ、介護老人保健施設や老人ホームでの死亡率が増加傾向にある

サービス付き高齢者向け住宅の登録制度の概要

高齢者の居住の安定確保に関する法律（改正法：公布 H23.4.28／施行H23.10.20）

1. 登録基準

（※有料老人ホームも登録可）

登録戸数：93,911戸
（平成25年1月31日現在）

《ハード》

- ・床面積は原則25㎡以上
- ・構造・設備が一定の基準を満たすこと
- ・バリアフリー（廊下幅、段差解消、手すり設置）

《サービス》

- ・サービスを提供すること（少なくとも**安否確認・生活相談サービス**を提供）
[サービスの例：食事の提供、清掃・洗濯等の家事援助 等]

《契約内容》

- ・長期入院を理由に事業者から一方的に解約できないなど、居住の安定が図られた契約であること
- ・敷金、家賃、サービス対価以外の金銭を徴収しないこと
- ・前払金に関して入居者保護が図られていること
（初期償却の制限、工事完了前の受領禁止、保全措置・返還ルールの明示の義務付け）

2. 登録事業者の義務

- ・契約締結前に、サービス内容や費用について書面を交付して説明すること
- ・登録事項の情報開示
- ・誤解を招くような広告の禁止
- ・契約に従ってサービスを提供すること

3. 行政による指導監督

- ・報告徴収、事務所や登録住宅への立入検査
- ・業務に関する是正指示
- ・指示違反、登録基準不適合の場合の登録取消し

24時間対応の訪問看護・介護

「定期巡回随時対応サービス」の活用→介護保険法改正により創設

サービス付き高齢者向け住宅

【併設施設】

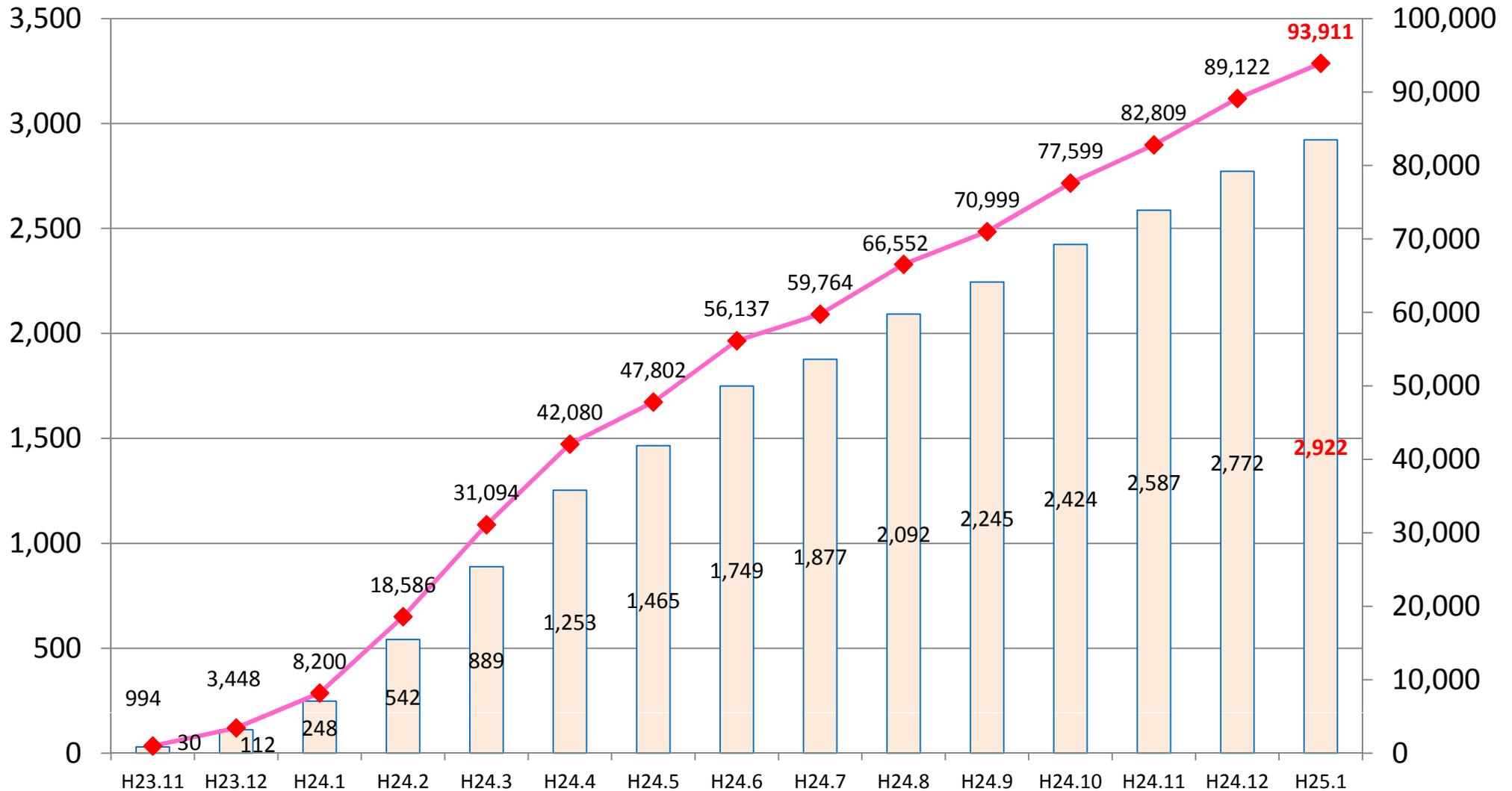
診療所、訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、デイサービスセンター など

住み慣れた環境で
必要なサービスを受けながら
暮らし続ける

サービス付き高齢者向け住宅の登録状況の推移

平成25年1月31日時点

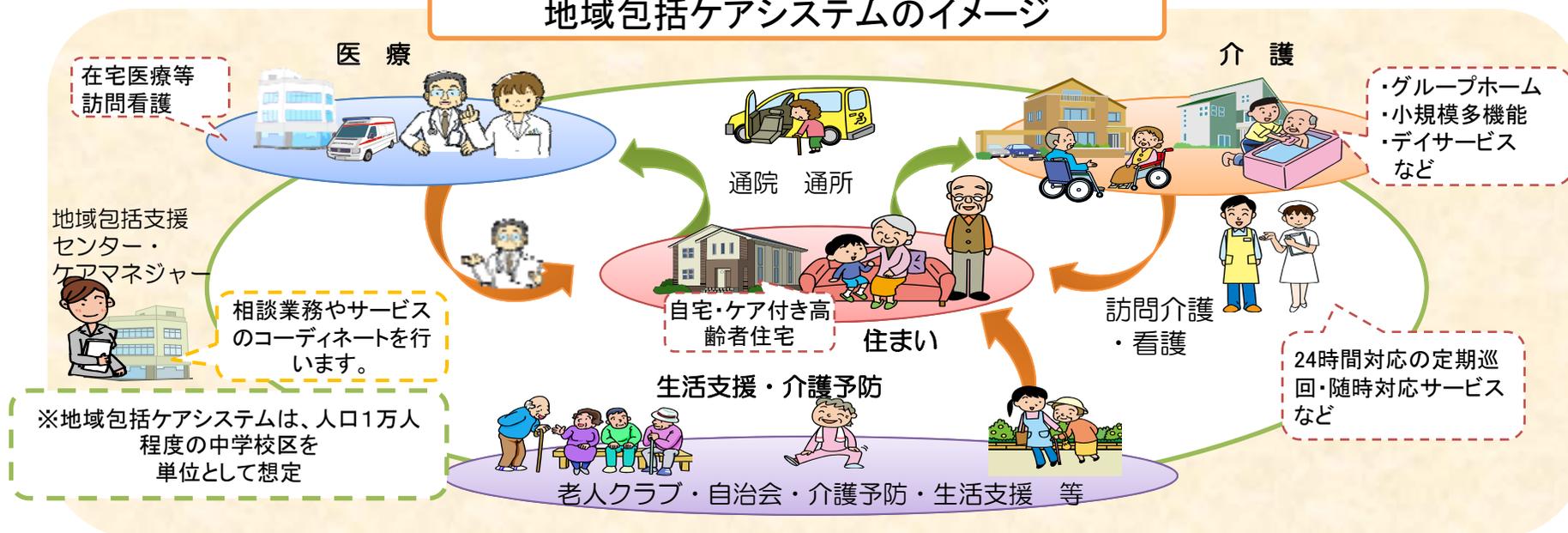
□ 物件数(左軸) ◆ 戸数(右軸)



出典:老健局高齢者支援課

地域包括ケアシステム

地域包括ケアシステムのイメージ



【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、**次の5つの視点での取組みが包括的**（利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供）、**継続的**（入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供）**に行われることが必須。**

①医療との連携強化

- ・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化
- ・介護職員によるたんの吸引などの医療行為の実施

②介護サービスの充実強化

- ・特養などの介護拠点の緊急整備(平成21年度補正予算:3年間で16万人分確保)
- ・24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設など在宅サービスの強化

③予防の推進

- ・できる限り要介護状態としないための予防の取組や自立支援型の介護の推進

④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

- ・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援(見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス)サービスを推進

⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備(国交省と連携)

- ・一定の基準を満たした有料老人ホームと高専賃を、サービス付高齢者住宅として高齢者住まい法に位置づけ

「医療計画の見直しについて」

～「在宅医療の体制構築に係る指針」のポイント～

○在宅医療に係る医療体制の充実・強化について

⇒ 医療連携体制の中で在宅医療を担う医療機関等の役割を充実・強化するため、医療計画に定める他の疾病・事業と同様に「在宅医療の体制構築に係る指針」を示し、介護保険事業(支援)計画との連携を考慮しつつ、都道府県が達成すべき目標や施策等を記載することにより、医療計画の実効性が高まるよう促す。

○在宅医療に係る圏域の設定について

⇒ 在宅医療の場合、医療資源の整備状況や介護との連携のあり方が地域によって大きく異なることを勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、できる限り急変時の対応体制(重症例を除く)や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定する。

○疾病・事業ごとのPDCAサイクルの推進について

⇒ 疾病・事業ごとに効率的・効果的な医療体制を構築するためには、医療計画の実行性を高める必要があり、

そのため、

- ・まず、全都道府県で入手可能な指標等を指針に位置づけ、都道府県がその指標を用いて現状を把握すること
 - ・さらに、把握した現状を基に課題を抽出し、課題を解決するに当たっての数値目標を設定し、その目標を達成するための施策・事業を策定すること
 - ・また、定期的な評価を行う組織(医療審議会等)や時期(1年毎等)を明記し、施策・事業の進捗状況等の評価を行うとともに、必要に応じて施策・事業を見直すこと
 - ・最後に、これらの情報を住民等に公開すること
- といったプロセスを「医療計画作成指針」に明示した。

在宅医療の体制

日常の療養支援

- 多職種協働による患者や家族の生活を支える観点からの医療の提供
- 緩和ケアの提供
- 家族への支援

病院・診療所、訪問看護事業所、薬局、居宅介護支援事業所、
地域包括支援センター、介護老人保健施設
短期入所サービス提供施設
在宅医療において積極的役割を担う医療機関
在宅医療に必要な連携を担う拠点 等

看取り

- 住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施

・病院・診療所
・訪問看護事業所
・薬局
・居宅介護支援事業所
・地域包括支援センター
・在宅医療において積極的役割を担う医療機関
・在宅医療に必要な連携を担う拠点 等

退院支援

- 入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院支援の実施

・病院・診療所
・訪問看護事業所
・薬局
・居宅介護支援事業所
・地域包括支援センター
・在宅医療において積極的役割を担う医療機関
・在宅医療に必要な連携を担う拠点 等

急変時の対応

- 在宅療養者の病状の急変時における緊急往診体制及び入院病床の確保

・病院・診療所
・訪問看護事業所
・薬局
・在宅医療において積極的役割を担う医療機関
・在宅医療に必要な連携を担う拠点 等

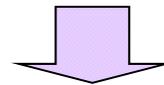
急変

1. 社会保障・税一体改革と平成24年診療報酬改定の経緯
2. 在宅医療を取り巻く現状について
3. 在宅医療の診療報酬上の評価と提供体制について
4. 保険診療の運用上、不適切と考えられる事例について
5. 訪問看護について

「在宅療養支援診療所」の創設(18年度診療報酬改定)

基本的な考え方

診療報酬上の制度として、新たに「在宅療養支援診療所」を設け、これを患家に対する24時間の窓口として、必要に応じて他の病院、診療所等との連携を図りつつ、24時間往診、訪問看護等を提供できる体制を構築



在宅医療に係る評価の充実

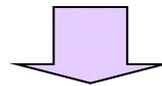
「在宅療養支援診療所」であることを要件として、在宅医療に係る以下のような評価を充実

- 入院から在宅療養への円滑な移行に係る評価
- 在宅療養における24時間対応体制に係る評価
- 在宅におけるターミナルケアに係る評価
- 特別養護老人ホーム等におけるターミナルケアに係る評価

「在宅療養支援病院」の創設(20年度診療報酬改定)

基本的な考え方

診療所のない地域（半径4キロメートル以内に診療所が存在しないもの）において、在宅医療の主たる担い手となっている病院の機能を評価し、在宅療養支援診療所と同様に、在宅時医学総合管理料1及び在宅末期医療総合診療料の算定を可能とする



在宅医療に係る評価の充実

- 地域連携の視点から、退院時に検査結果や画像等を添付した際の加算の要件を緩和
- 介護療養型老人保健施設において、緊急時に必要となる処置等について、他の保険医療機関の医師が行った場合に評価

在宅医療に関連した診療報酬(22年度診療報酬改定)

在宅移行を支える医療機関の評価(在支病の要件見直し)

➤ 365日、24時間体制で**地域の在宅医療を支える病院**の評価

在宅療養支援病院の要件見直し

半径4キロメートル以内に診療所が存在しないもの

→ 半径4キロメートル以内に診療所が存在しない又は200床未満の病院

在宅療養支援診療所の施設基準

中医協 総－6－2 参考

2 3 . 1 . 2 1

- (1) 診療所であること。
- (2) 当該診療所において、二十四時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定し、その連絡先を文書で患家に提供していること。
- (3) 当該診療所において、又は別の保険医療機関の保険医との連携により、患家の求めに応じて、**二十四時間往診が可能な体制を確保**し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。
- (4) 当該診療所において、又は別の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションとの連携により、患家の求めに応じて、当該診療所の保険医の指示に基づき、**二十四時間訪問看護の提供が可能な体制を確保**し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。
- (5) 当該診療所において、又は別の保険医療機関との連携により、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保し、受入医療機関の名称等をあらかじめ地方厚生局長等に届け出ていること。
- (6) 連携する保険医療機関又は訪問看護ステーションにおいて緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、その療養等に必要な情報を文書で当該保険医療機関又は訪問看護ステーションに提供できる体制をとっていること。
- (7) 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- (8) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。
- (9) 定期的に、在宅看取り数等を地方厚生局長等に報告していること。

在宅療養支援病院の施設基準

(改)中医協 総-6-2 参考

2 3 . 1 . 2 1

- (1) 保険医療機関である病院であって、**許可病床数が200床未満のもの又は**当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないものであること。
- (2) 当該病院において、二十四時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定し、その連絡先を文書で患者に提供していること。
- (3) **当該病院において、**患者の求めに応じて、**二十四時間往診が可能な体制を確保し、**往診担当医の氏名、担当日等を文書により患者に提供していること。
- (4) 往診担当医は、当該保険医療機関の当直体制を担う医師とは別の者であること。
- (5) 当該病院において、又は訪問看護ステーションとの連携により、患者の求めに応じて、当該病院の保険医の指示に基づき、二十四時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患者に提供していること。
- (6) **当該病院において、緊急時に**在宅での療養を行っている**患者が入院できる病床を常に確保していること。**
- (7) 訪問看護ステーションと連携する場合にあっては、当該訪問看護ステーションが緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患者の同意を得て、その療養等に必要な情報を文書で当該訪問看護ステーションに提供できる体制をとっていること。
- (8) 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- (9) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。
- (10) 定期的に、在宅看取り数等を地方厚生局長等に報告していること。

在宅医療の充実①(24年度診療報酬改定)

機能強化型在支診の施設基準

ストラクチャー評価

- ・常勤の医師が3名以上配置
- ・24時間往診が可能な体制を確保
- ・他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携
- ・患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制を整備
- ・緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保

プロセス評価

- ・24時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定
- ・患者からの緊急時の連絡先の一元化※
- ・月1回以上の定期的なカンファレンスの実施※

アウトカム評価

- ・過去1年間の緊急の往診の実績を5件以上
- ・過去1年間の在宅における看取りの実績を2件以上

※「在宅支援連携体制」を構築した場合

在宅医療の充実②(24年度診療報酬改定)

医療機関間連携等による在宅医療の機能強化と看取りの充実

➤医療機関間連携等を行い、緊急往診と看取りの実績等を有する医療機関について、評価の引き上げを行う。

- ・緊急時・夜間の往診料の引き上げ
- ・在宅時医学総合管理料の引き上げ
- ・在宅患者緊急入院診療加算の引き上げ
- ・在宅ターミナルケア加算の評価体系の見直し

【現行】 <機能を強化した在宅療養支援診療所/病院(病床を有する場合)の例> 【改定後】

往診料 緊急加算	650点
在宅時医学総合管理料(処方せん有)	4,200点
在宅患者緊急入院診療加算	1,300点
在宅ターミナルケア加算	10,000点



往診料 緊急加算	850点
在宅時医学総合管理料(処方せん有)	5,000点
在宅患者緊急入院診療加算	2,500点
(新) ターミナルケア加算	6,000点
(新) 看取り加算	3,000点

在宅緩和ケアの充実

➤緩和ケア専門の医師・看護師と、在宅医療を担う医療機関の医師・看護師が共同して、同一日に診療・訪問を行った場合を評価し、在宅緩和ケアの充実を図る。

在宅医療の充実③(24年度診療報酬改定)

特別養護老人ホームにおける看取りの充実

▶ 介護老人福祉施設(特養)における看取りの充実を図るため、特養の配置医師と在支診・在支病といった外部の医師が連携して、特養における看取りを行った場合について評価を行う。

・特養における「在宅患者訪問診療料(ターミナルケア加算含む)」「特定施設入居時等医学総合管理料」の算定要件の見直し

[特養における在宅患者訪問診療料(ターミナルケア加算含む)、特定施設入居時等医学総合管理料の算定要件]

末期の悪性腫瘍患者に加え、以下の場合について算定可能とする。

- ① 介護報酬における看取り介護加算の算定要件を満たしている特養において、
- ② 在支診・在支病または特養の協力医療機関の医師が、当該特養において看取った場合、
- ③ 疾患に限らず死亡日からさかのぼって30日に限り医療保険の給付対象とする。

※ 当該患者について、介護福祉施設サービス又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る看取り介護加算を算定している場合には、在宅ターミナルケア加算及び看取り加算は算定できない。

看取り対応の強化(平成24年度介護報酬改定)

○看取り対応の強化（単位及び算定要件の見直し）

		特定施設 入居者 生活介護 【看取り介護 加算】	認知症対応型 共同生活介護 【看取り介護加算】	介護老人 福祉施設 【看取り 介護加算】	介護老人 保健施設 【ターミナル ケア加算】	介護療養型 老人保健施設 【ターミナル ケア加算】	訪問看護（※） 【ターミナル ケア加算】
算定期間	死亡日	—	80単位/日	1,280単位/日	315単位/日	315単位/日	2,000単位/死亡月
	死亡前日～前々日			680単位/日			
	死亡4日～14日前			80単位/日	200単位/日	200単位/日	
	死亡15日～30日前						

改定後

算定期間	死亡日	<u>1,280単位/日</u>	<u>1,280単位/日</u>	1,280単位/日	<u>1,650単位/日</u>	<u>1,700単位/日</u>	2,000単位/死亡月
	死亡前日～前々日	<u>680単位/日</u>	<u>680単位/日</u>	680単位/日	<u>820単位/日</u>	<u>850単位/日</u>	
	死亡4日～30日前	<u>80単位/日</u>	<u>80単位/日</u>	80単位/日	<u>160単位/日</u>	<u>160単位/日</u>	
算定要件に係る 主な見直し		夜間看護体制加算の算定が必要	「共同して介護を行う看護師は、当該事業所の職員又は当該事業所と密接な連携を確保できる範囲内の距離にある病院・診療所・訪問看護ステーションの職員に限る。」との規定を追加	—	—	「入所している施設又は当該入所者の居室における死亡に限る」との規定を削除【要件緩和】	「死亡前14日以内に2回以上のターミナルケアの実施した場合」との規定を、「死亡日及び死亡前14日以内に2日以上ターミナルケアの実施した場合」に変更【要件緩和】

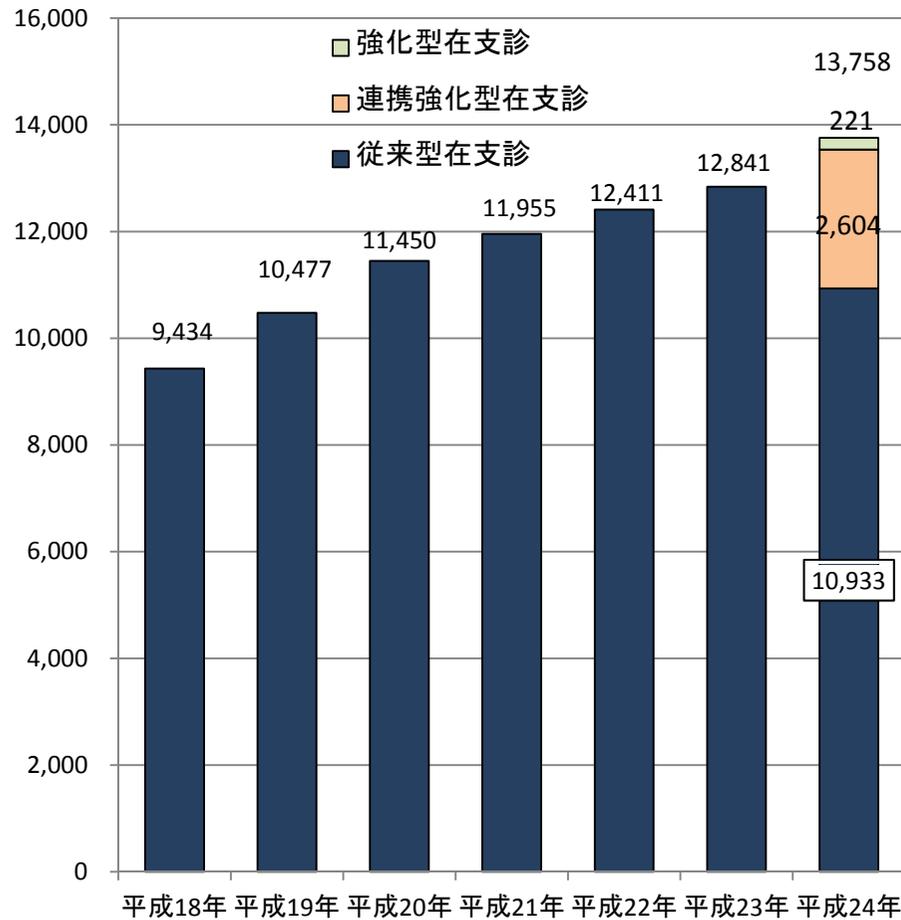
※定期巡回・随時対応型訪問介護看護、複合型サービスについても同様

（参考） 介護老人福祉施設の配置医師と在支診・在支病といった外部の医師が連携して、特養における看取りを行った場合について、診療報酬において評価を行う。

在宅療養支援診療所の届出数の推移と実績

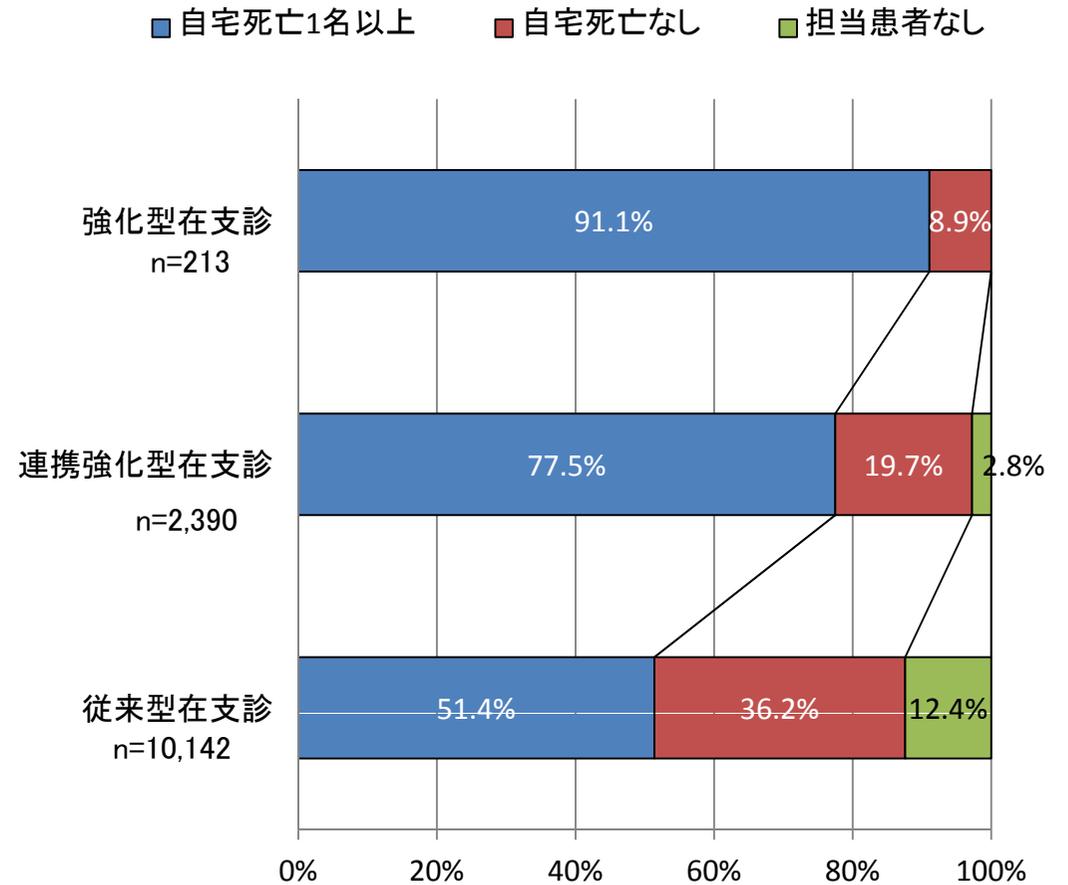
(届出数)

在宅療養支援診療所届出数



(注)連携強化型在支診については、連携医療機関平均数3.6

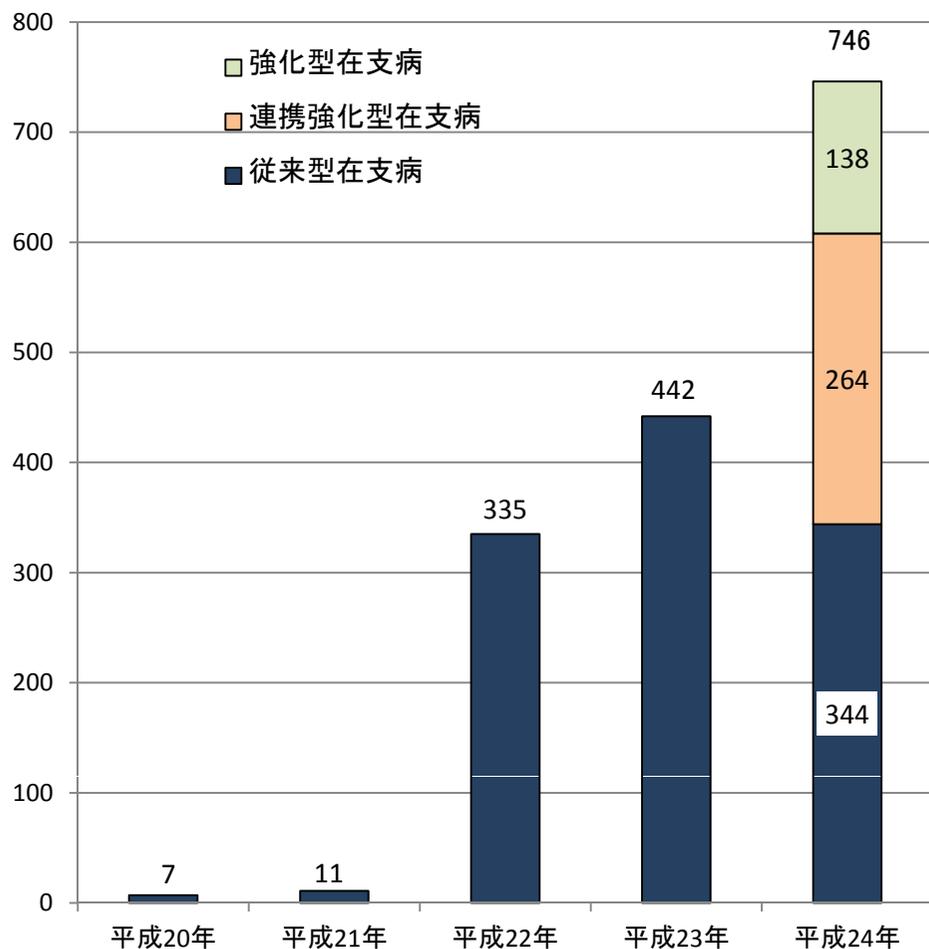
在宅療養支援診療所の年間実績(平成24年7月1日時点)



(注)厚生局に報告のあった医療機関のみの実績

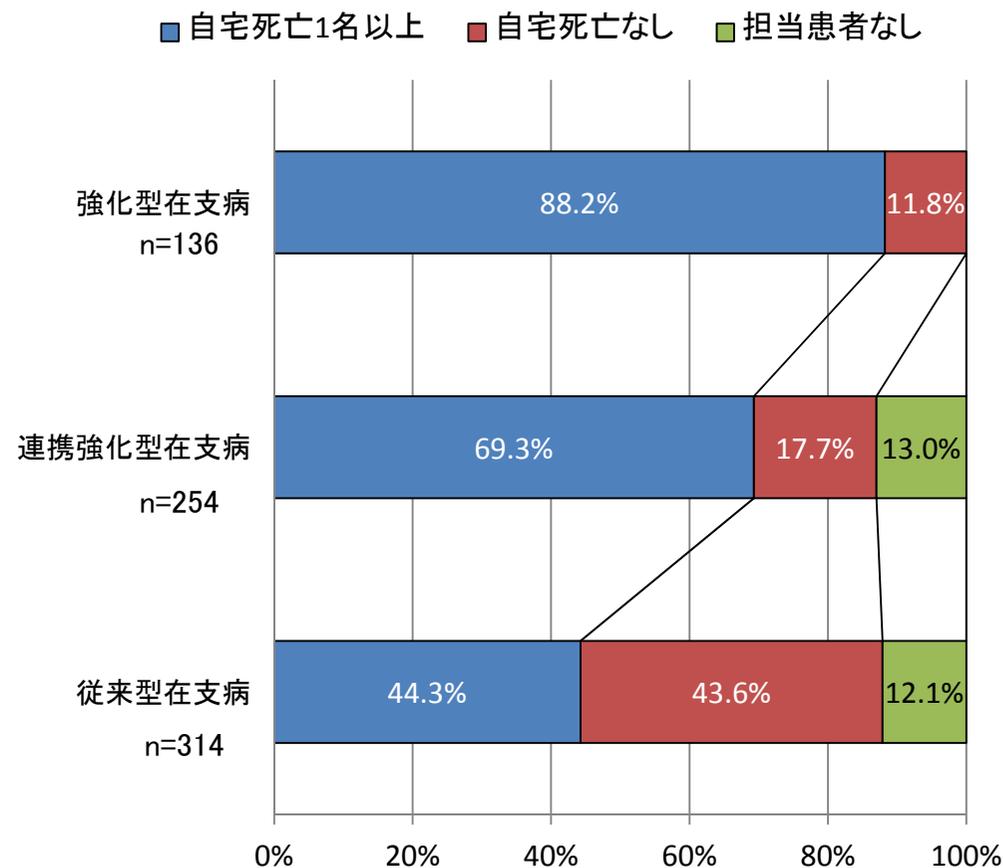
在宅療養支援病院の届出数の推移と実績

(届出数) 在宅療養支援病院届出数



(注) 連携強化型在支病については、連携医療機関平均数3.1

在宅療養支援病院の年間実績(平成24年7月1日時点)



(注) 厚生局に報告のあった医療機関のみの実績

在宅療養支援病院の地域分布

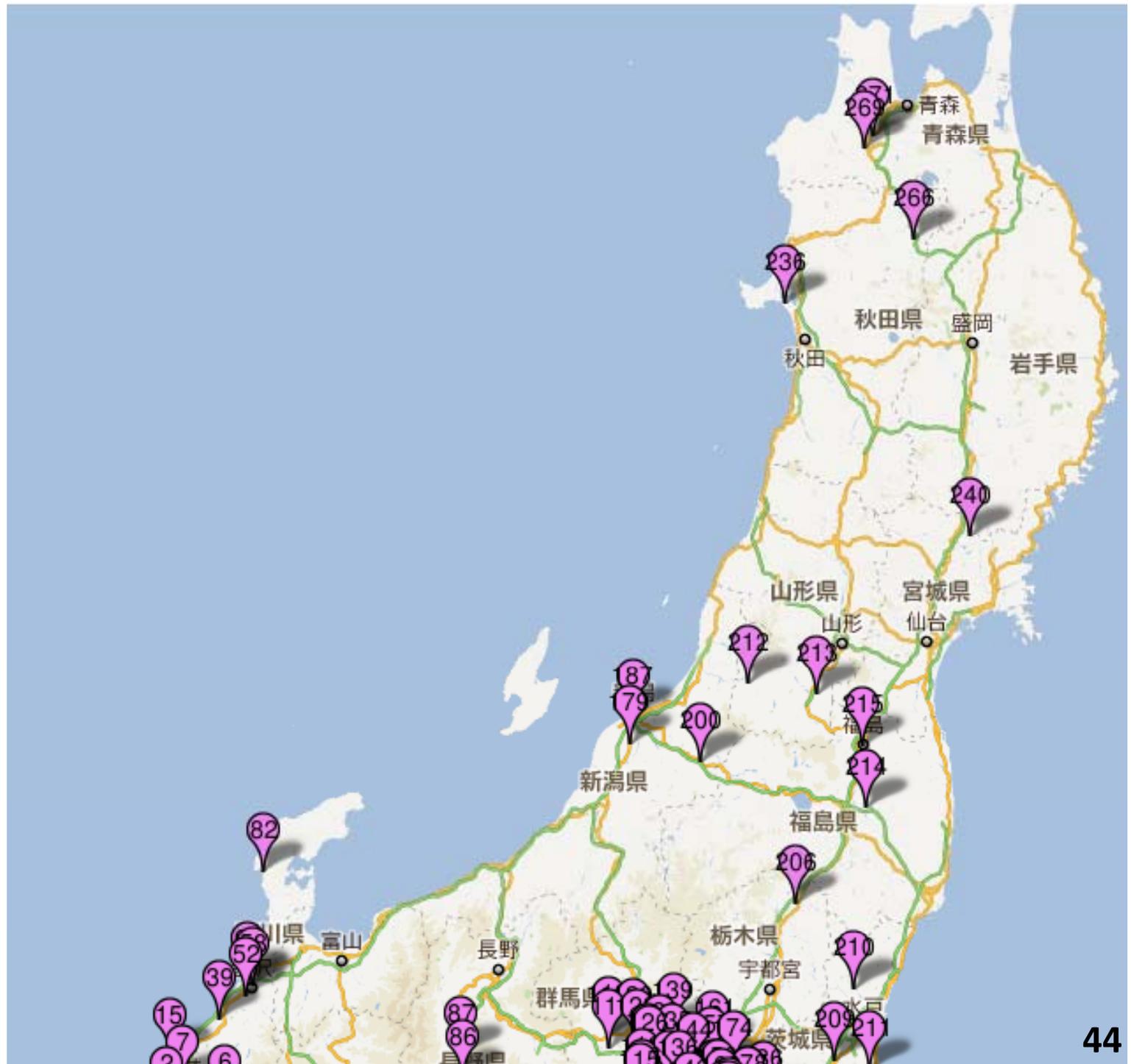
中医協 総 - 2
23.12.14

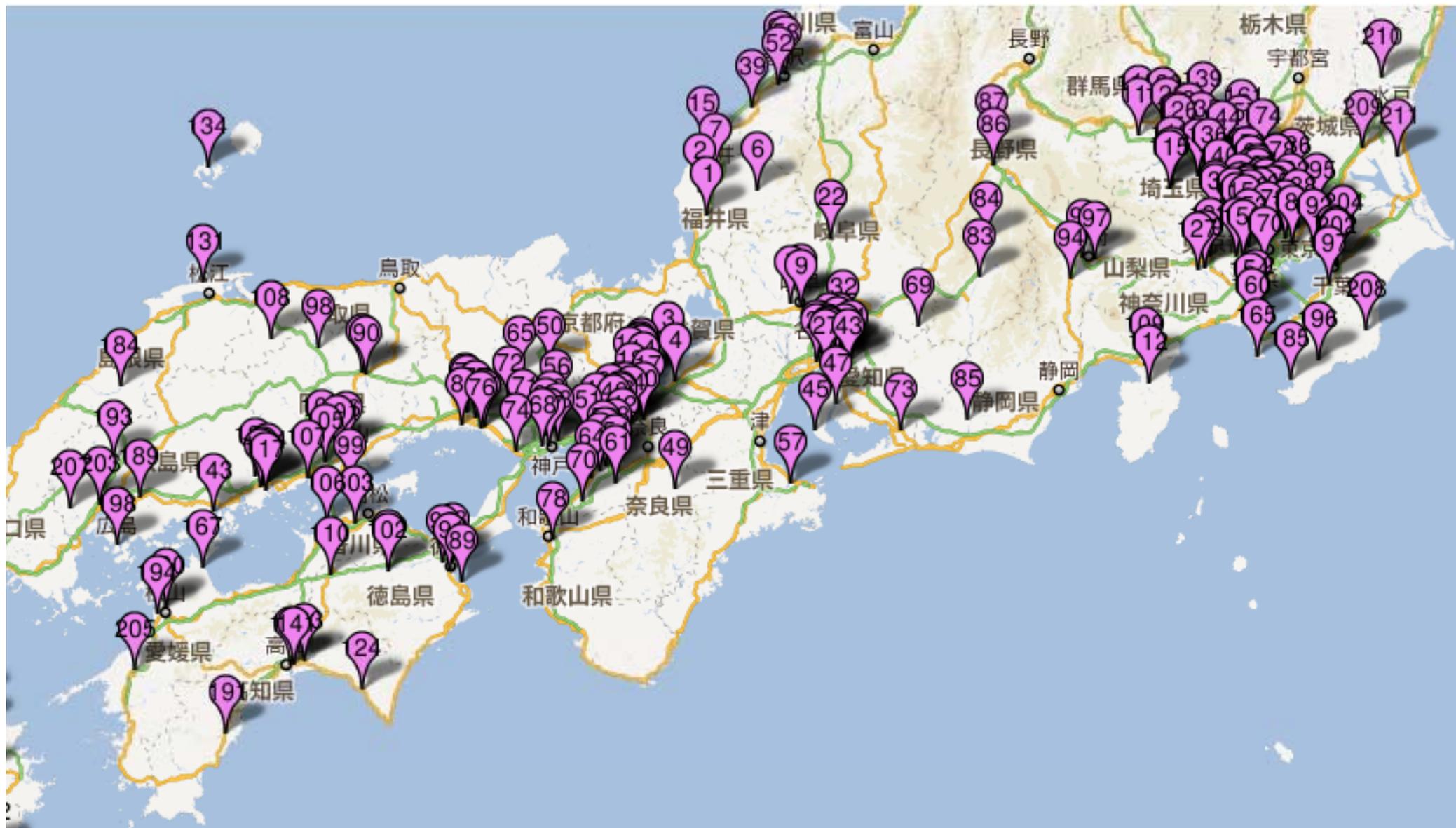
全国計	335病院
都市部*1	157病院
その他の地域	178病院

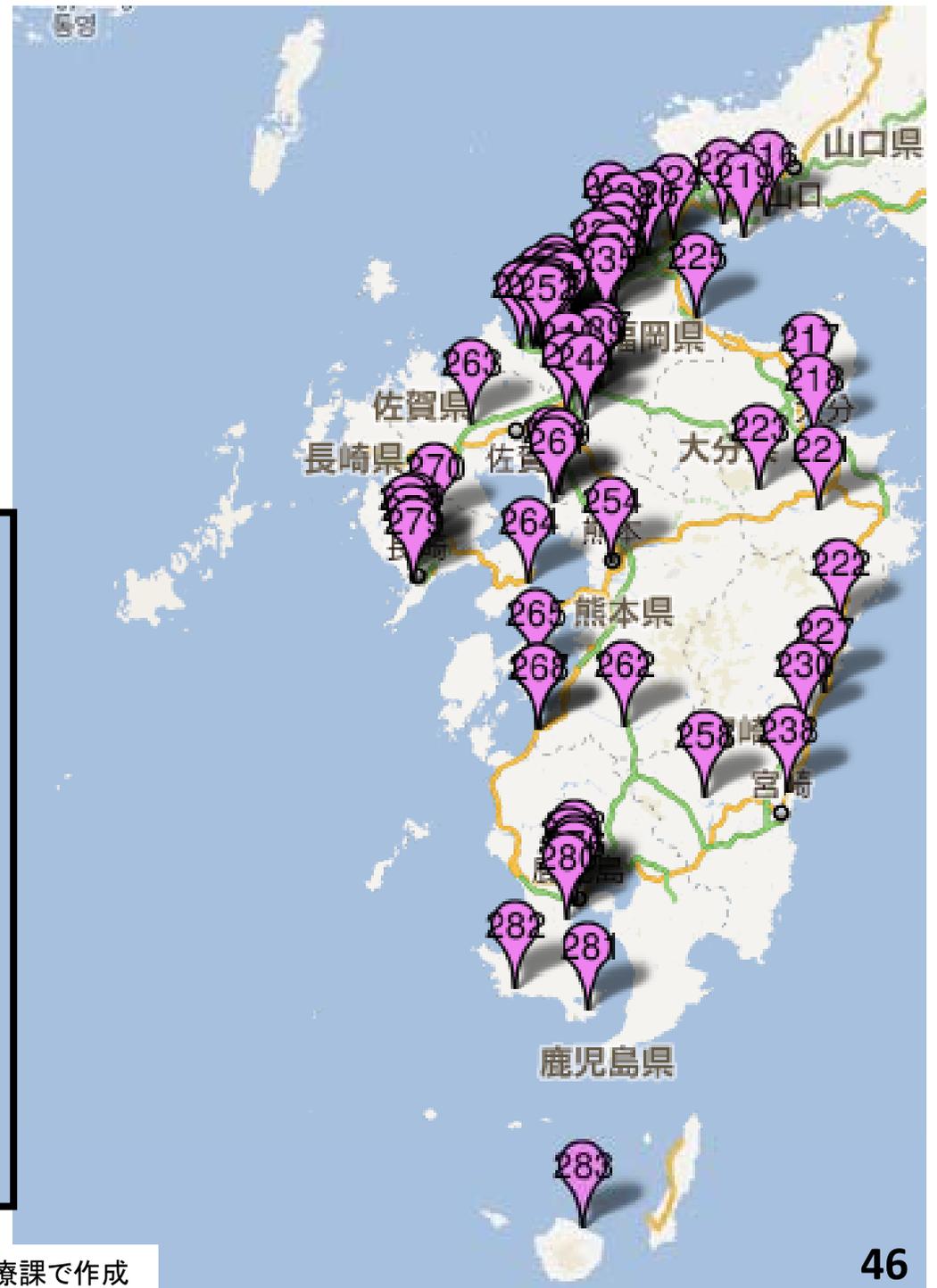
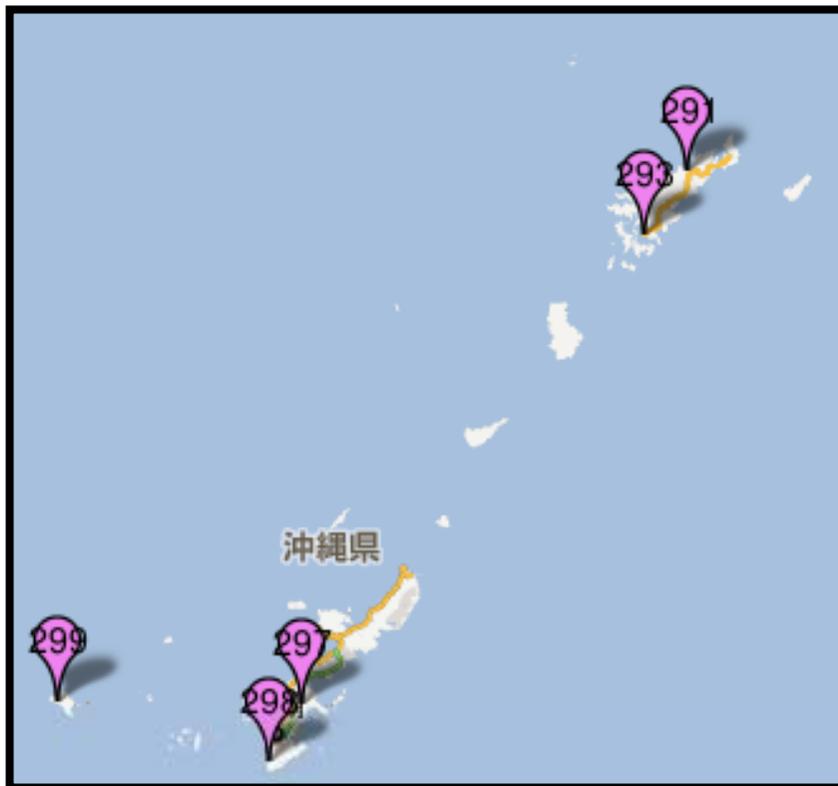
平成22年7月時点

* : 人口20万人以上の都市





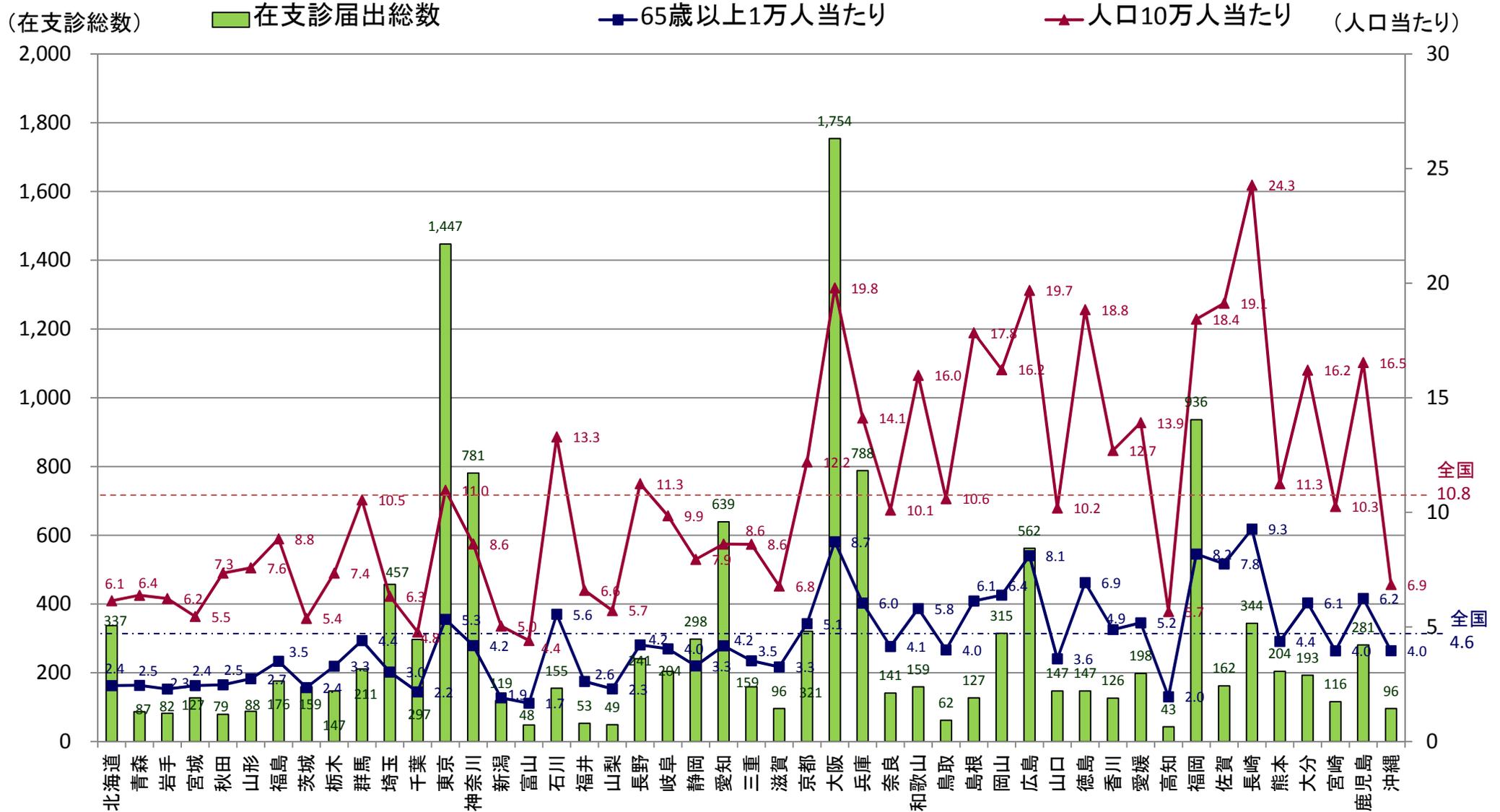




(注)全ての在宅療養支援病院を反映しているものではない。

出典:「WAM NET」(独立行政法人福祉医療機構)のデータを基に保険局医療課で作成

(参考) 在宅療養支援診療所の都道府県別分布



(注) 在支診総数は保険局医療課調べ(平成24年7月1日時点)
65歳以上人口は総務省人口推計(平成23年10月1日時点)を用いて計算

出典: 保険局医療課調べ

医療機関までの距離

表2-2 最寄りの医療機関までの距離が1 km以上の夫婦とも65歳以上の世帯

	割合が高い都道府県		割合が低い都道府県	
	都道府県名	割合 (%)	都道府県名	割合 (%)
1	鹿児島県	47.9	東京都	3.2
2	岩手県	44.0	神奈川県	6.4
3	島根県	41.3	大阪府	7.2
4	宮崎県	40.4	愛知県	12.6
5	大分県	40.3	埼玉県	13.7

表2-3 最寄りの医療機関までの距離が1 km以上の65歳以上の単身世帯

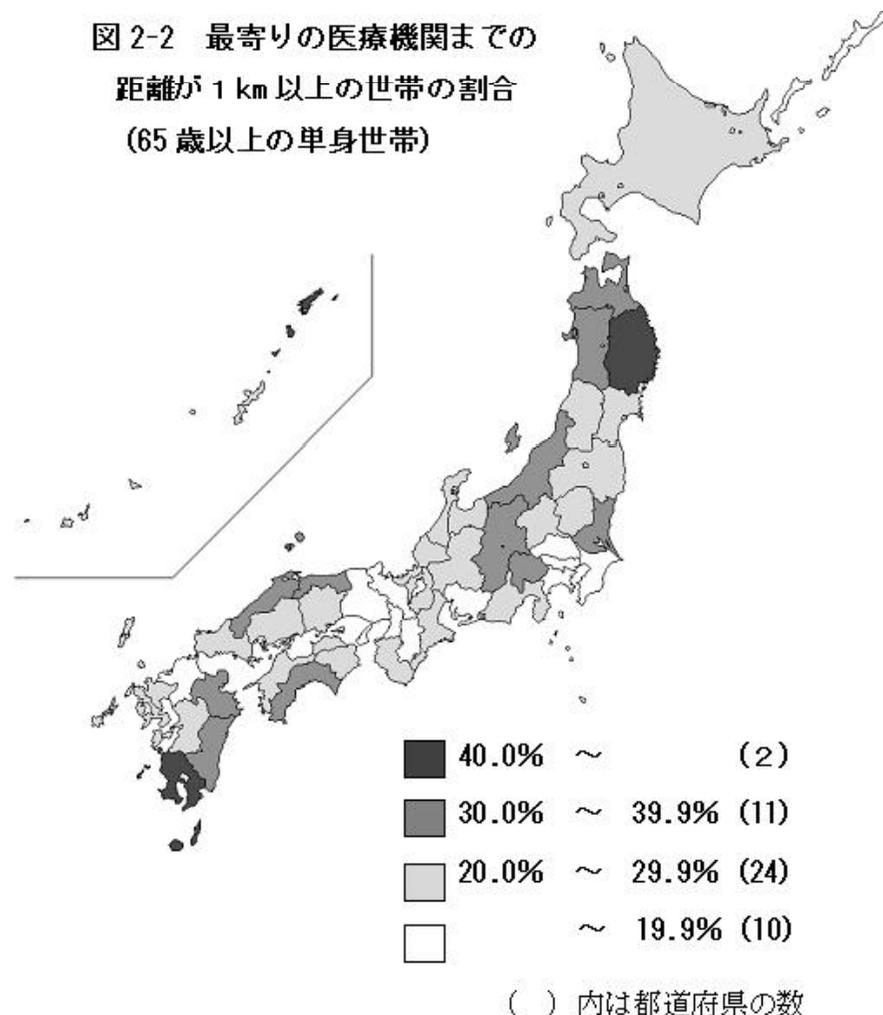
	割合が高い都道府県		割合が低い都道府県	
	都道府県名	割合 (%)	都道府県名	割合 (%)
1	鹿児島県	43.6	東京都	2.8
2	岩手県	40.8	神奈川県	4.4
3	島根県	39.1	大阪府	9.6
4	宮崎県	36.7	愛知県	10.2
5	高知県	35.8	兵庫県	10.2

※1 世帯は、同居世帯を除く。

※2 医療機関は、診療科目として内科、外科、あるいは小児科のいずれかを含む常設の病院・医院・診療所

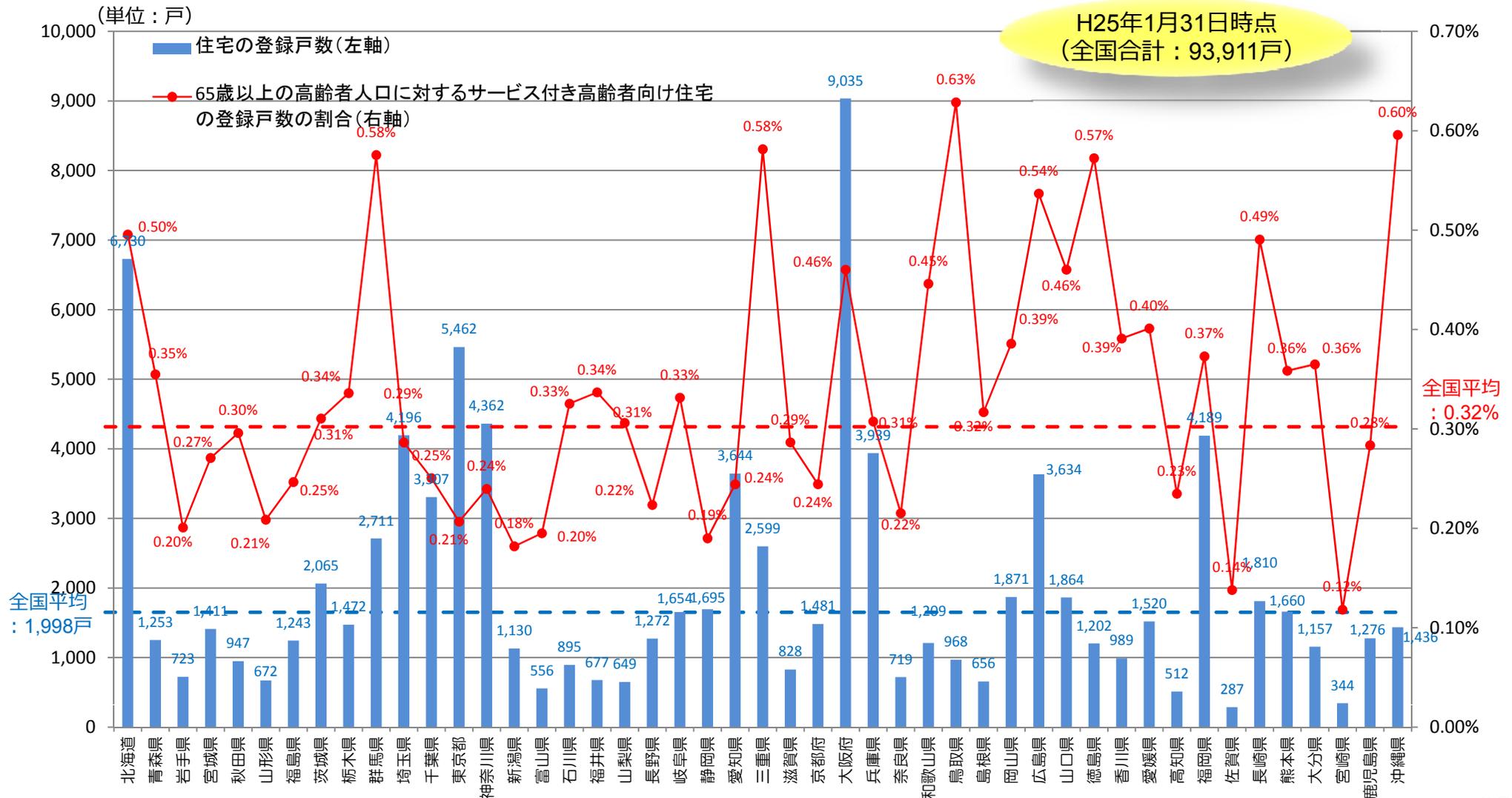
※3 最寄りの医療機関までの距離は、住居のある調査区(国勢調査の調査区)の中心から医療機関までの距離

図2-2 最寄りの医療機関までの距離が1 km以上の世帯の割合(65歳以上の単身世帯)



サービス付き高齢者向け住宅の登録状況（都道府県別）

- 登録戸数が多いのは三大都市圏。それ以外の地域では、北海道・広島県・福岡県において突出している。
- 65歳以上の高齢者人口に対する住宅の供給割合は、東北地方・首都圏において全国平均を下回る傾向が見られる。



出典：老健局高齢者支援課

平成24年度診療報酬改定の結果検証にかかる特別調査(在宅医療)

「在宅医療の実施状況及び医療と介護の連携状況」調査の概要

調査目的

- 医療機関から在宅への退院調整及び移行状況の変化等の把握
- 在宅医療の実施状況及び各医療機関間・居宅介護支援事業所等との連携状況の把握
- 患者における在宅医療に関する意識等の把握 等

調査の内容

- 在宅医療の実施状況の把握
- 在宅医療の提供を行う医療機関における夜間や緊急時の対応状況の把握
- 在宅医療の提供を行う医療機関における他の医療機関や居宅介護支援事業所等との連携状況の把握
- 在宅医療の提供を行う医療機関における特別訪問看護指示書の交付状況、緩和ケア・ターミナルケアの実施状況の把握
- 在宅医療を受けている患者における訪問看護・介護サービスの利用状況の把握
- 入院医療から在宅医療に移行した患者における退院調整の実施状況、在宅医療の利用状況と満足度等の把握 等

調査対象及び調査方法

<入院医療機関調査>

全国の保険医療機関のうち、①退院調整加算、退院時共同指導料²、地域連携診療計画退院時指導料等を算定している保険医療機関(500施設)、及び②在宅療養支援病院(500施設)の計1,000施設を調査対象とする。

<在宅医療調査>

全国の保険医療機関のうち、無作為抽出した①在宅療養支援診療所(機能強化型を含む)1,500施設、②在宅療養支援病院(500施設、「入院医療機関調査」の対象)及び③在宅療養支援病院・診療所の届出のない保険医療機関(500施設)を調査対象とする。調査対象施設は計2,500施設。

<患者調査>

上記「在宅医療調査」の対象施設のうち、①及び②の対象施設の在宅医療を受けている患者。1施設につき3名を本調査の対象とする。3名の内訳は、退院からの期間が新しい人から3名を優先的に対象とする。

在宅医療の課題について(その1)

高齢化の進展

- 高齢者1人を3人で支えている現在の姿は、平成72年(2060年)には高齢者1人を1.2人で支える姿になると想定されている。
- 世帯主が65歳以上の世帯のうち、単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく。
- 平成52年(2040年)までに約40万人死亡者数が増加すると見込まれるが、看取り先の確保が困難である。
- 首都圏をはじめとする都市部において、今後高齢者数が急激に増加する。

在宅医療の現状

- 65歳以上の高齢者に占める介護施設・高齢者住宅等の定員数の割合を比較すると、特に高齢者住宅等は、日本は、欧米諸国と比較して少ない。
- 近年、自宅に比べ、介護老人保健施設や老人ホーム(特別養護老人ホームを含む。)での死亡率が増加傾向にある。
- サービス付き高齢者向け住宅の登録状況は増加傾向であるが、地域によって施設の登録状況に差が見られる。
- 地方では、医療機関と患者までの距離が長い傾向があり、医療従事者の数や施設が少ないことから、少数の医療従事者が、多様な患者に対して医療を提供している。
- 一方、都市部では、今後急速に高齢化が進むことから、効率的な在宅医療提供体制の整備が必要と考えられる。



地域により在宅医療の提供体制に差があり、今後利用者のニーズに対応できるよう、在宅療養支援診療所等の要件や高齢者住宅との連携も含め、地域の実情に応じた在宅医療を推進していくことが必要と考えられる。

1. 社会保障・税一体改革と平成24年診療報酬改定の経緯
2. 在宅医療を取り巻く現状について
3. 在宅医療の診療報酬上の評価と提供体制について
- 4. 保険診療の運用上、不適切と考えられる事例について**
5. 訪問看護について

居住系施設等訪問診療料の見直しについて(22年度診療報酬改定)

(改)中医協 総-6-2参考
2 3 . 1 . 2 1

➤ 訪問診療料の分類を、施設の類型ではなく、同一建物の訪問人数により整理。

訪問診療料1(自宅)	830点
訪問診療料2(居住系施設)	200点

訪問診療料1(下記以外)	830点
訪問診療料2(同一建物の複数患者)	200点

I. 同一世帯		
1人のみ訪問	1人目	訪問診療料1
2人以上訪問	1人目	訪問診療料1
	2人目以降	初・再診料等

I. 同一世帯		
1人のみ訪問	1人目	訪問診療料1
2人以上訪問	1人目	訪問診療料1
	2人目以降	初・再診料等

II. 居住系施設		
1人のみ訪問	1人目	訪問診療料2
2人以上訪問	1人目	訪問診療料2
	2人目以降	訪問診療料2

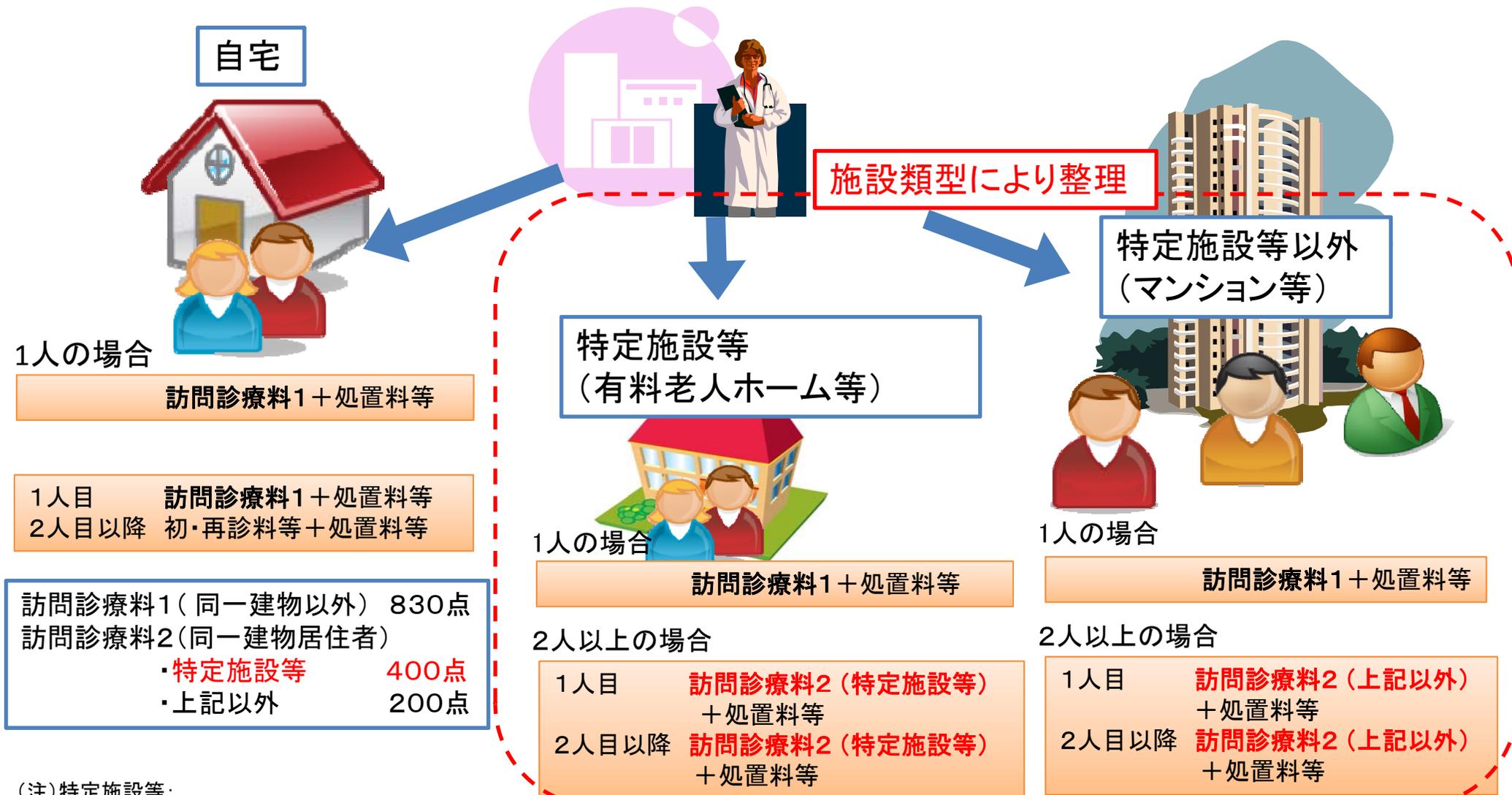
II. 施設類型に関係なく同一建物		
1人のみ訪問	1人目	訪問診療料1
2人以上訪問	1人目	訪問診療料2
	2人目以降	訪問診療料2

III. 高齢者円滑入居賃貸住宅、マンション等		
1人のみ訪問	1人目	訪問診療料1
2人以上訪問	1人目	訪問診療料1
	2人目以降	訪問診療料1

※訪問診療料以外にそれぞれの患者に対して
処置料等も算定する。

在宅患者訪問診療料(イメージ) <平成24年度診療報酬改定>

(同一建物居住者で同一日に訪問する場合)



(注) 特定施設等:

- ・「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」第174条第1項に規定する指定特定施設
 - ・「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準」第109条第1項に規定する指定地域密着型特定施設
 - ・「指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」第230条第1項に規定する指定介護予防特定施設
 - ・老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホーム
- ※ 外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護及び外部サービス利用型指定介護予防特定施設生活介護を受けている患者が入居する施設を除く。

在宅医療における患者紹介等について

＜厚生労働省保険局医療課事務連絡（平成23年2月15日）＞

地方厚生（支）局医療課 御中

厚生労働省保険局医療課

在宅医療における患者紹介等について

最近、在宅医療を行う保険医療機関が、在宅医療を要すると考えられる者が多く入居する集合住宅等を所有又は管理している民間事業者及び当該事業者と特定の関係のある事業者との間で、患者の紹介に係る有償契約を結び、当該事業所から集中的に患者の紹介を受けているとの情報が寄せられているところです。

こうした行為については、患者が保険医療機関を選択する際に、当該事業者により一定の制限が行われるおそれがあり、また、不必要な往診を行う等の過剰な診療を惹起する原因となる可能性があること等から、望ましくない場合があると考えております。

各地方厚生（支）局におかれましては、患者の選択を制限するおそれがあると考えられる事案、又は過剰な診療を惹起するおそれがあると考えられる事案を把握されました場合には本省医療課企画法令第一係までご連絡いただくとともに、本事務連絡の内容を保険医療機関へ周知する等の対応をよろしくお願い致します。

なお、本事務連絡については、（社）日本医師会、（社）日本歯科医師会及び（社）日本薬剤師会にも送付済みであることを念のため申し添えます。

在宅医療における患者紹介等の不適切な事例

患者の選択を制限するおそれがあると考えられる事例

○高齢者用施設を新設するにあたり、特定の医師に入所者を優先的に紹介することの見返りとして、診療報酬の20%のキックバックを要求しているもの。



診療報酬を用いた経済的誘因により、診療の独占契約を結んでいるおそれがある

過剰な診療を惹起するおそれがあると考えられる事例

○ 診療所の開設者の親族が経営する高齢者用施設の入居者約300名のみを対象に訪問診療を行っているもの。
(一日当たりの訪問患者数36.9人、一人当たりの平均訪問診療時間 5分22秒～10分、一カ月当たりの訪問診療回数 ほとんど4～5回/月)



患者の選択を制限しているおそれがあることに加え、過剰な診療を行っている可能性がある。

(注)厚生労働省保険局医療課事務連絡(平成23年2月15日)に基づき、各地方厚生(支)局から報告された事例であり、一般的な状況を示すものではない。

(参考)

看取りビジネス「在宅」扱い 暴利生む

「先生、五年で二億になりますよ」五年前、岐阜県多治見市のファミリーレストランでのこと。医師は「寝たきり専用賃貸住宅」の創設者を名乗る男性からビジネスに加わるよう誘われた。(略)

医師は三年前まで、施設の訪問診療を担当していた。開設した診療所で五十人の入居者を受け持ち、年間の売り上げは一億円をゆうに超えたという。入居者一人に月額二十万近い医療費がかかった計算(略) その費用の半分以上を占めていたのが、週3回行っていたという訪問診療だった。

一回の訪問で、医師は診療報酬として八千三百円を請求していたという。一カ月平均で十三回とした場合、患者一人で十万円を超える計算だ。五十人なら五百万円になる。ただし、八千三百円は本来、在宅で療養する患者を一軒ずつ訪ねた場合を想定した金額だ。有料老人ホームのように患者が一カ所に集まっている場合、移動の負担が省かれるため、金額は四分の一以下の二千円に抑えられている。国も四月の診療報酬改定でその区別を明確化し、「同一建物」か否かを判断基準に明示した。(略)

重度の要介護者が同じ建物に集まる寝たきり専用賃貸住宅も、有料老人ホームと同じ扱いと考えるのが当然だ。ところが、有料老人ホームの届け出がないことを理由に、施設を担当する診療所は「在宅」同様の高額請求を続けていた。(略)

在宅医療の課題について(その2)

患者の選択を制限するおそれがあると考えられる事例

- マンション業者が医療機関と当該マンションに居住する者の診療の独占契約を結ぶ見返りとして、診療による収益の一定割合を報酬として要求するといった事例が見られる。

過剰な診療を惹起するおそれがあると考えられる事例

- 医療機関が、特別の関係の施設等に対して、短時間に多数の患者に対して訪問診療を行うといった事例が見られる。



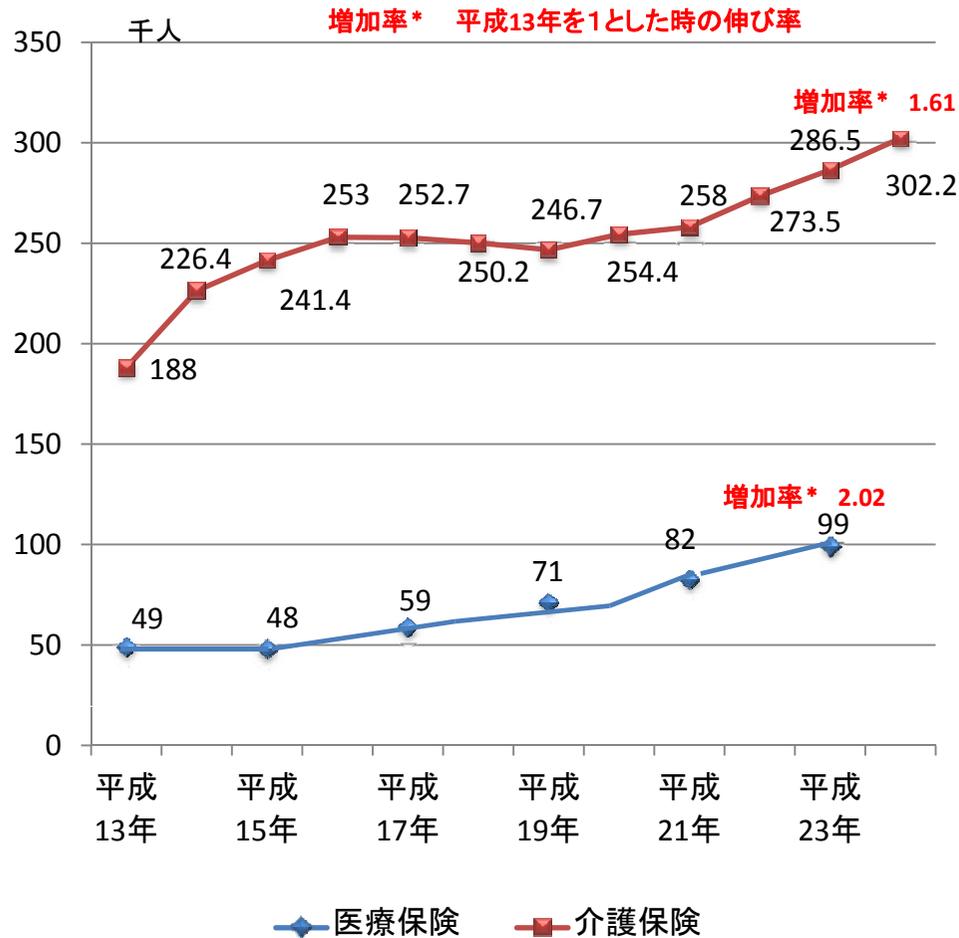
診療報酬を用いた経済的誘因により診療の独占契約を結ぶことで、患者の選択を制限するおそれがあると考えられる事例や、過剰な診療を惹起するおそれがあると考えられる事例等、保険診療の運用上、不適切と考えられる事例が指摘されている。

1. 社会保障・税一体改革と平成24年診療報酬改定の経緯
2. 在宅医療を取り巻く現状について
3. 在宅医療の診療報酬上の評価と提供体制について
4. 保険診療の運用上、不適切と考えられる事例について
5. 訪問看護について

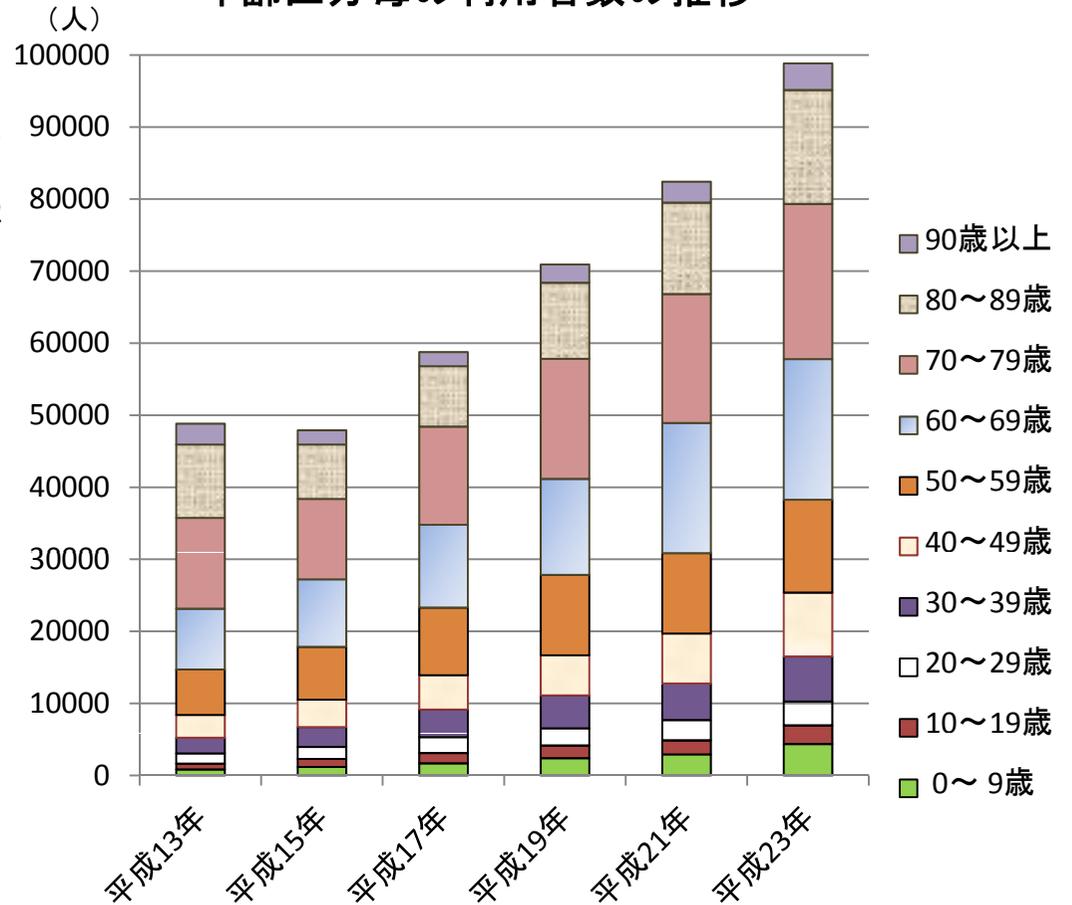
訪問看護の利用者数の推移

- 医療保険、介護保険ともに、訪問看護サービス利用者数は、増加している。
- 医療保険の訪問看護利用者は、どの年齢層も増加している。

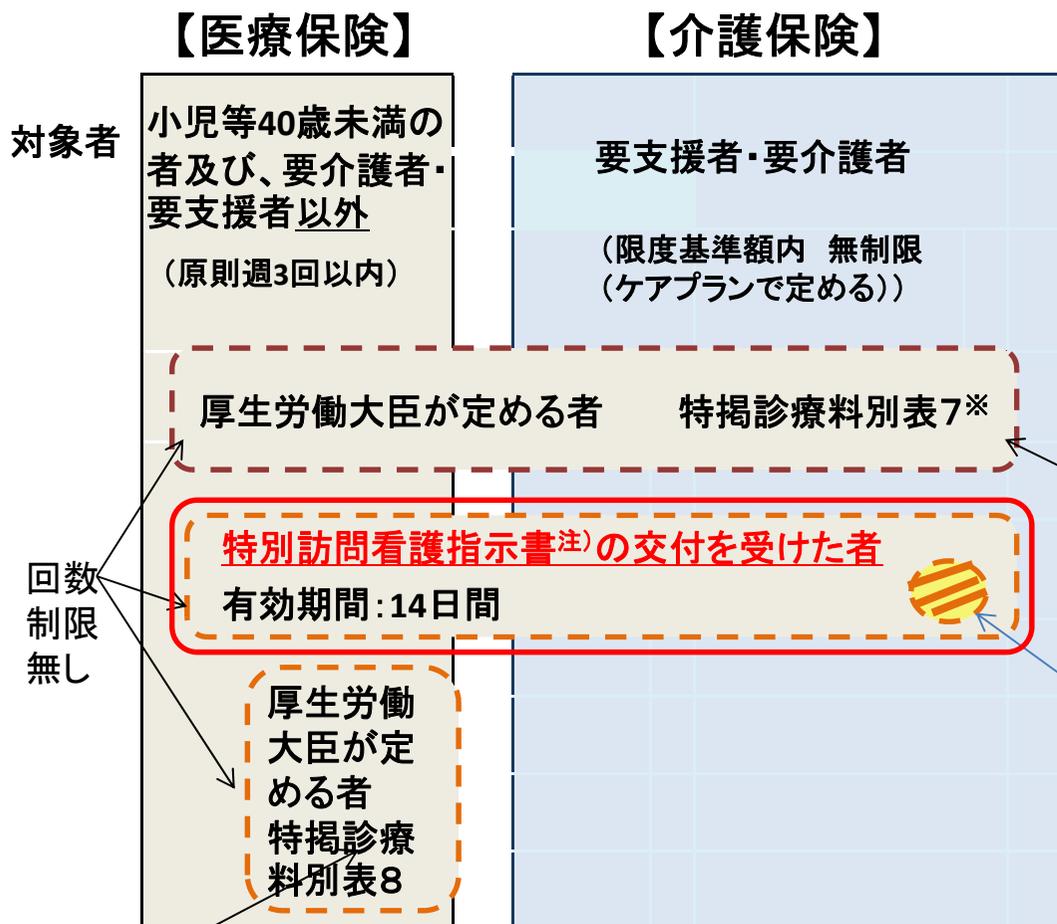
■ 訪問看護利用者数の推移



■ 医療保険の訪問看護利用者 年齢区分毎の利用者数の推移



医療保険と介護保険の訪問看護対象者のイメージ



○ 利用者は年齢や疾患、状態によって医療保険又は介護保険の適応となるが、介護保険の給付は医療保険の給付に優先することとしており、要介護被保険者等については、末期の悪性腫瘍、難病患者、急性増悪等による主治医の指示があった場合などに限り、医療保険の給付により訪問看護が行われる。

厚生労働大臣が定める疾病等の患者*
 末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。))多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群)、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頸髄損傷人工呼吸器を使用している状態

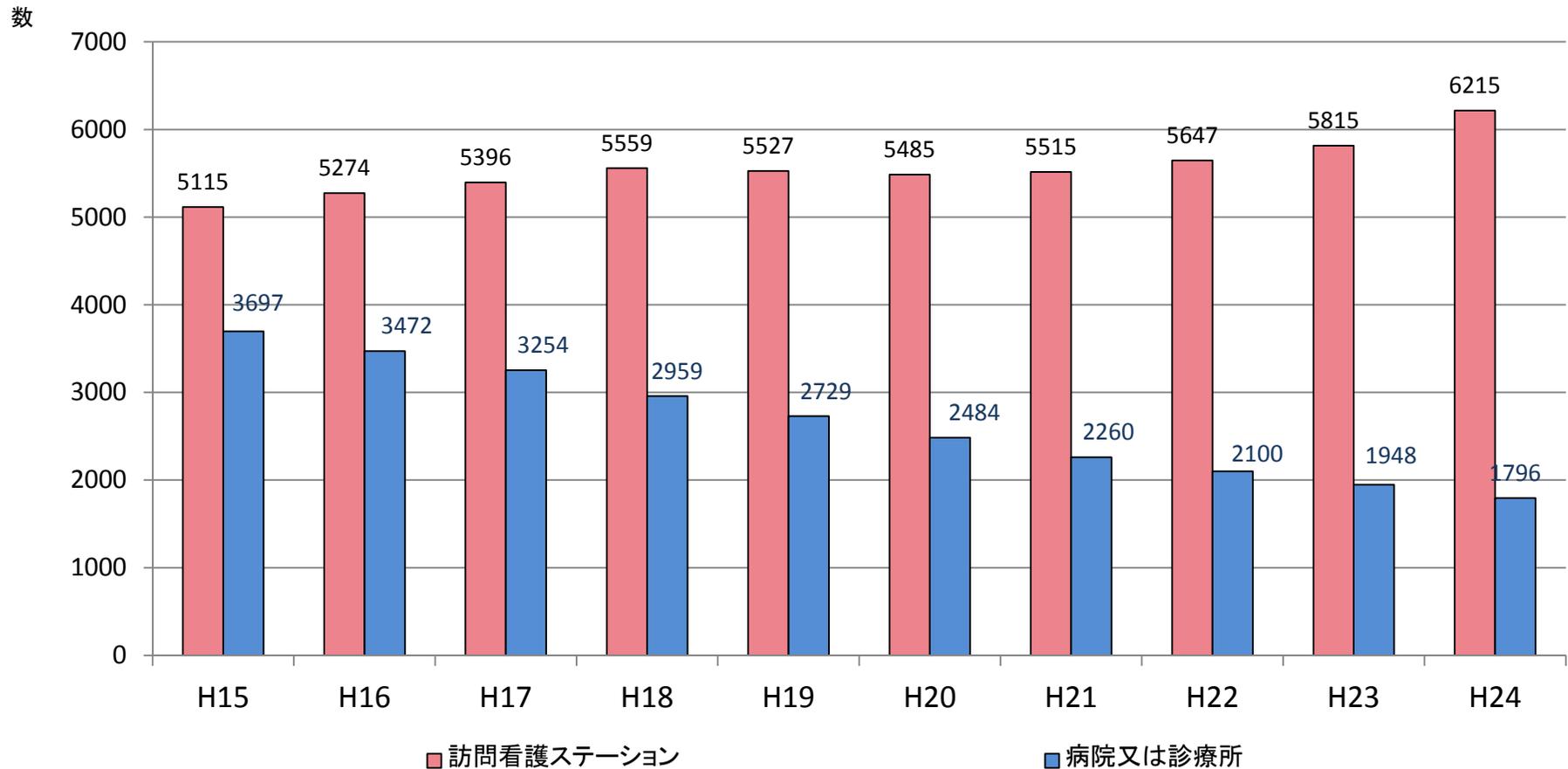
注：特別訪問看護指示書：患者の主治医が、診療に基づき、急性増悪等により一時的に頻回（週4回以上）の訪問看護を行う必要性を認め、訪問看護ステーションに対して交付する指示書

- 一 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 二 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者
- 三 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 四 真皮を越える褥瘡の状態にある者
- 五 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

訪問看護事業所数の推移

○ 訪問看護ステーション数は微増し、医療機関の訪問看護事業所数は減少している。

■ 訪問看護事業所数の推移



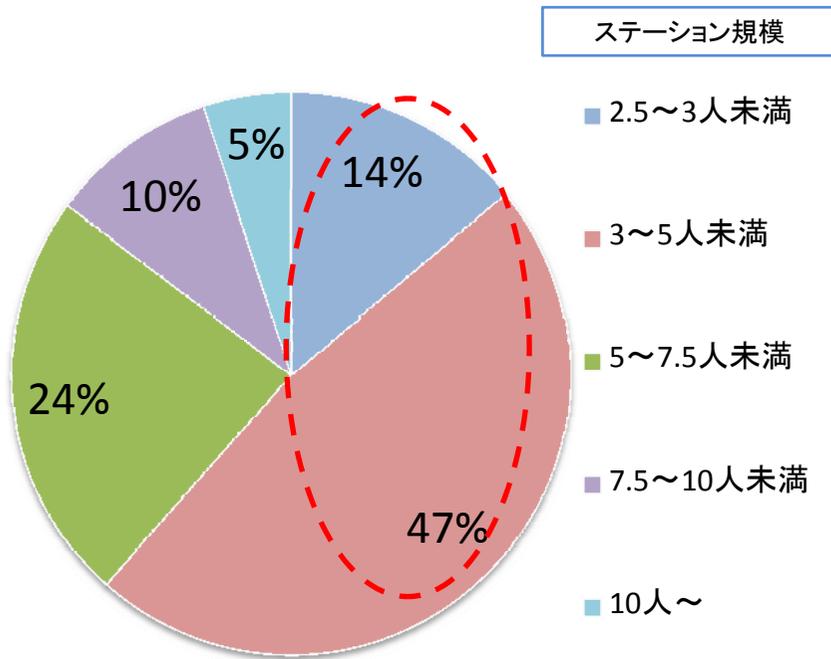
訪問看護ステーションの規模別状況①

中医協 総 - 2
23. 1. 21 (改)

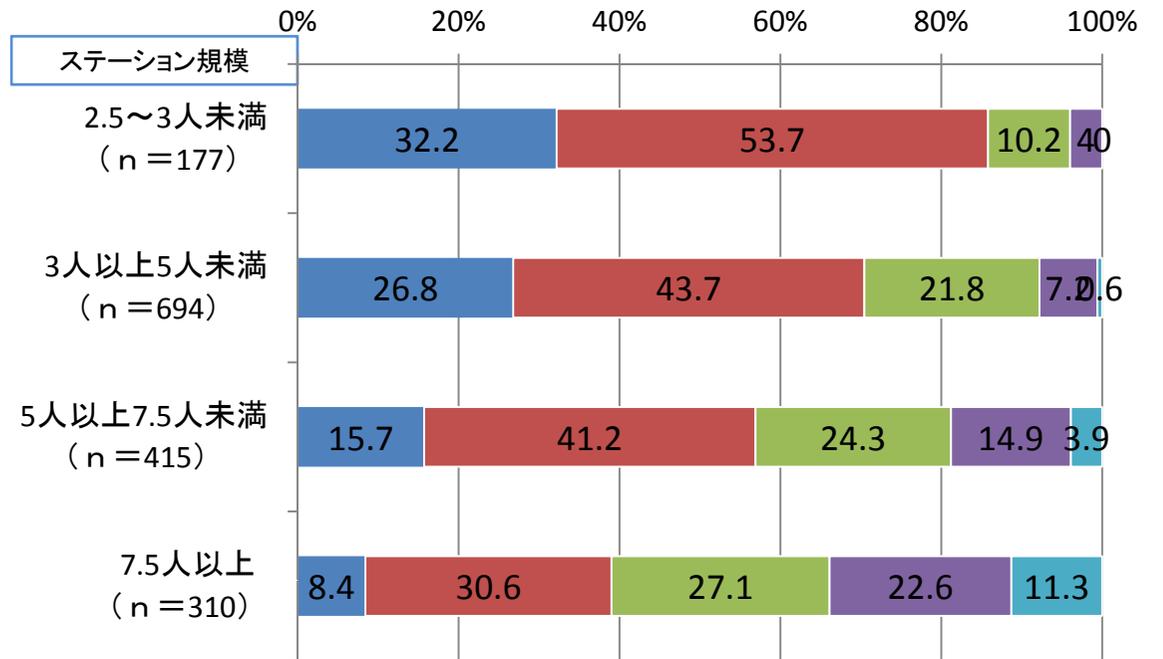
中医協 総 - 1
23. 11. 11 (改)

- 看護職員5人未満の訪問看護ステーションは全体の約60% (参考) 1事業所当たり看護職員数
- 訪問看護事業所の規模が小さいほど、在宅における看取り数も少ない傾向がある。

■ 職員※数規模別にみた事業所数の構成 (N=1,713)



■ 訪問看護事業所の規模別年間看取り数の状況



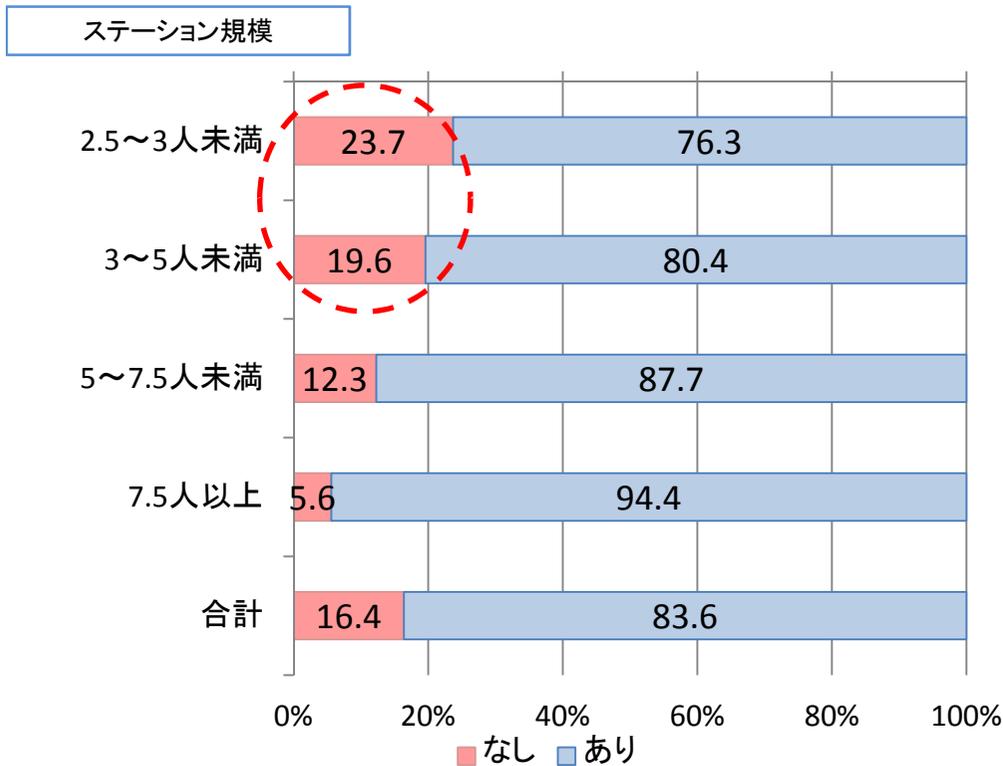
※訪問看護の人員基準の算定対象となる職員のみ

■ 0人 ■ 1人以上5人未満 ■ 5人以上10人未満 ■ 10人以上20人未満 ■ 20人以上

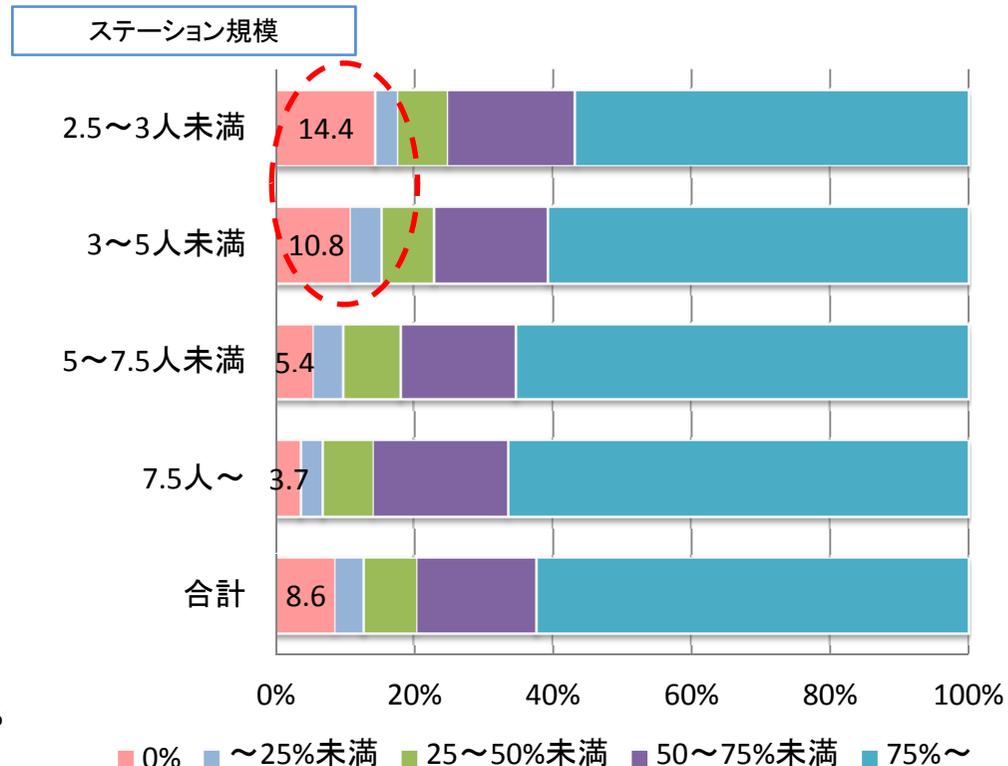
訪問看護ステーションの規模別状況②

- 小規模なステーションのほうが、24時間対応体制の届出有りの割合が低く、同様に算定者の割合も小さい。
- 小規模なステーションは、医療保険による訪問看護実施率が低い(=重度患者をあまり見ていない)

■職員※数規模別にみた24時間対応体制の有無 (N=1,696)



■職員※数規模別にみた24時間連絡体制加算算定利用者数の医療保険利用者に占める割合 (N=1,082)

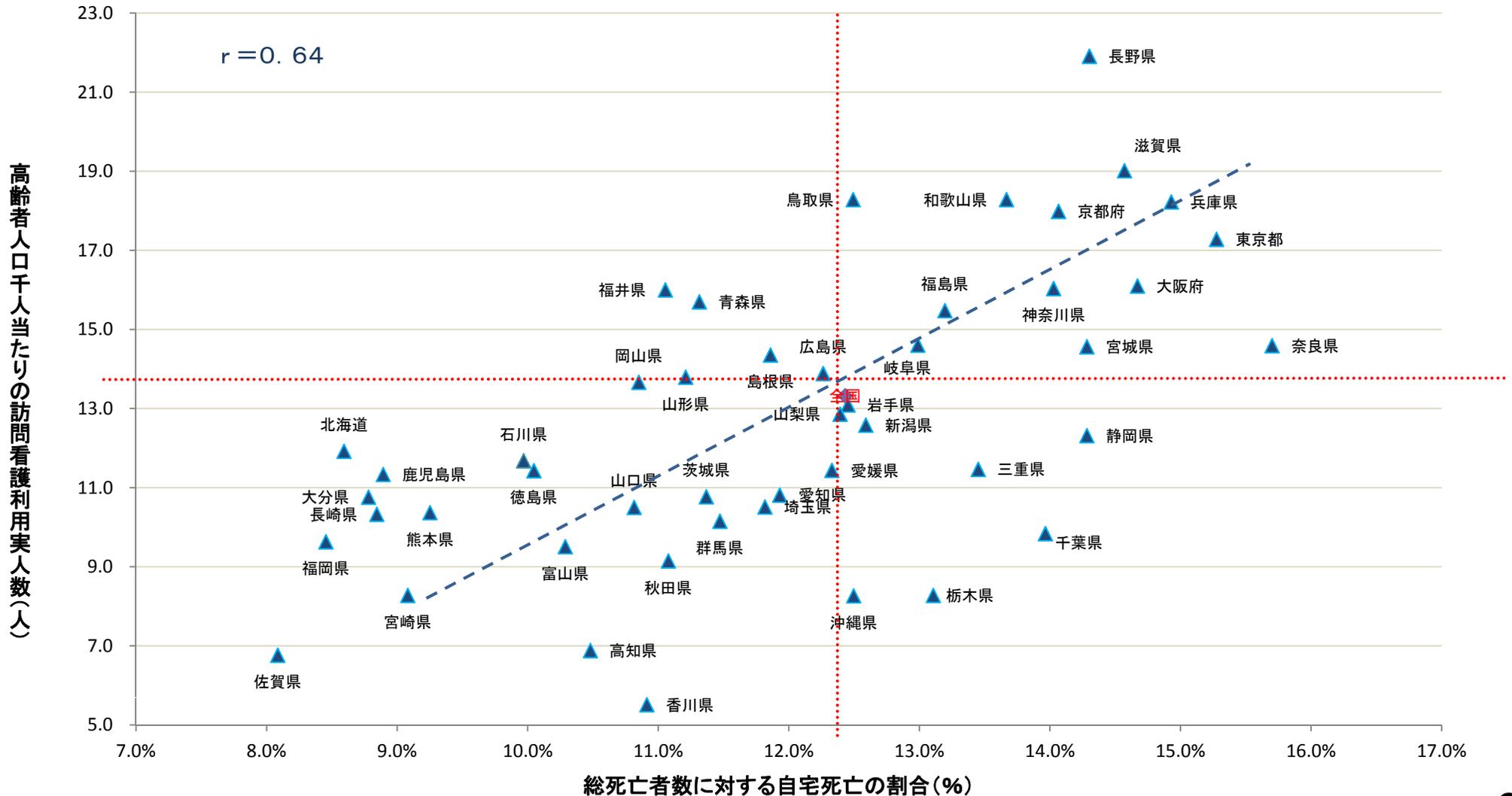


※訪問看護の人員基準の算定対象となる職員のみ

訪問看護の利用状況と自宅死亡の割合

中医協 総 - 2
23 . 1 . 2 1

- 都道府県別高齢者人口千人当たりの訪問看護利用者数は約4倍の差がある。
(最多は長野県、最少は香川県)。
- 高齢者の訪問看護利用者数が多い都道府県では、在宅で死亡する者の割合が高い傾向がある。



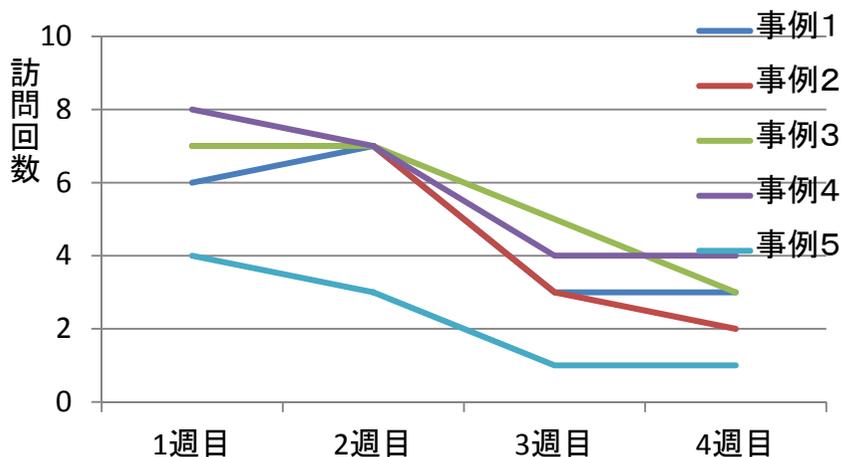
退院直後に集中的な訪問看護の必要性が高いケース

中医協 総-2
23. 12. 14(改)

退院直後に集中的に訪問看護を行うことで褥瘡予防やセルフケアが確立されるなどの効果があった。

■全国訪問看護事業協会からのヒアリング(主な事例)

事例	1	2	3	4	5
年齢	73歳女性(66歳弟、60歳妹との3人暮らし)	75歳女性(夫と2人暮らし)	80歳女性(独居)	77歳男性(76歳妻と44歳息子と3人暮らし)	76歳女性(60代妹と二人暮らし)
疾患	S状結腸捻転手術後 四肢麻痺	膀胱癌(非末期)術後 人工膀胱造設	糖尿病	肝硬変、糖尿病 胆管腫瘍(術後)	胃がん(非末期)
必要な医療処置	人工肛門(以下、ストマ)、褥瘡管理	人工膀胱ケア	インスリン注射	IVH管理 (皮下埋め込み型ポート)	IVH管理 (皮下埋め込み型ポート)
退院当日	訪問有り	退院翌日に訪問	退院翌日に訪問	訪問有り	訪問有り
退院後1月以降	1回/週	1回/週に減らす提案中	1回/週	3回/週	1回/週



《行った看護の内容と効果(まとめ)》

実際に提供した看護	<ul style="list-style-type: none"> ・主治医に連絡。今後の方針の確認 ・予防: 褥瘡予防(ケアマネに連絡し、エアマット導入) ・人工肛門やポート等周囲の皮膚の消毒・管理方法を指導 ・インスリン注射に加え、保管方法、針の廃棄方法を指導 ・足りない薬剤や医療材料等について調整 ・輸液バック交換・薬剤注入・刺針・抜針、ルート類管理指導
得られた効果	<ul style="list-style-type: none"> ・褥瘡の早期治癒、悪化予防 ・症状改善による介護負担軽減 ・医療処置等のセルフケアの確立・自信向上・在宅療養維持

訪問看護の充実(24年度診療報酬改定)

医療ニーズの高い患者への対応

訪問看護の訪問回数や対象の制限等について、要件の緩和を行い、増加しつつある医療ニーズの高い患者に対する訪問看護の充実を図る。

- 訪問看護を週4日以上提供できる対象の拡大
- 退院直後、外泊日、退院当日の訪問看護を評価
- 月13回以上の訪問看護に係る訪問看護管理療養費の算定対象の拡大

効率的かつ質の高い訪問看護の推進

看護補助者との同行訪問及び専門性の高い看護師との同一日の訪問看護の評価を行い、効率的かつ質の高い訪問看護の推進を図る。

(新) 複数名訪問看護加算 300点 (訪問看護療養費3,000円)

- 専門性の高い看護師による訪問の評価(褥瘡ケア又は緩和ケア)

(新) 在宅患者訪問看護・指導料(専門の研修を受けた看護師) 12,850円

(新) 訪問看護基本療養費 (専門の研修を受けた看護師) 1,285点

- 長時間訪問看護の対象拡大: 超重症児・準超重症児等

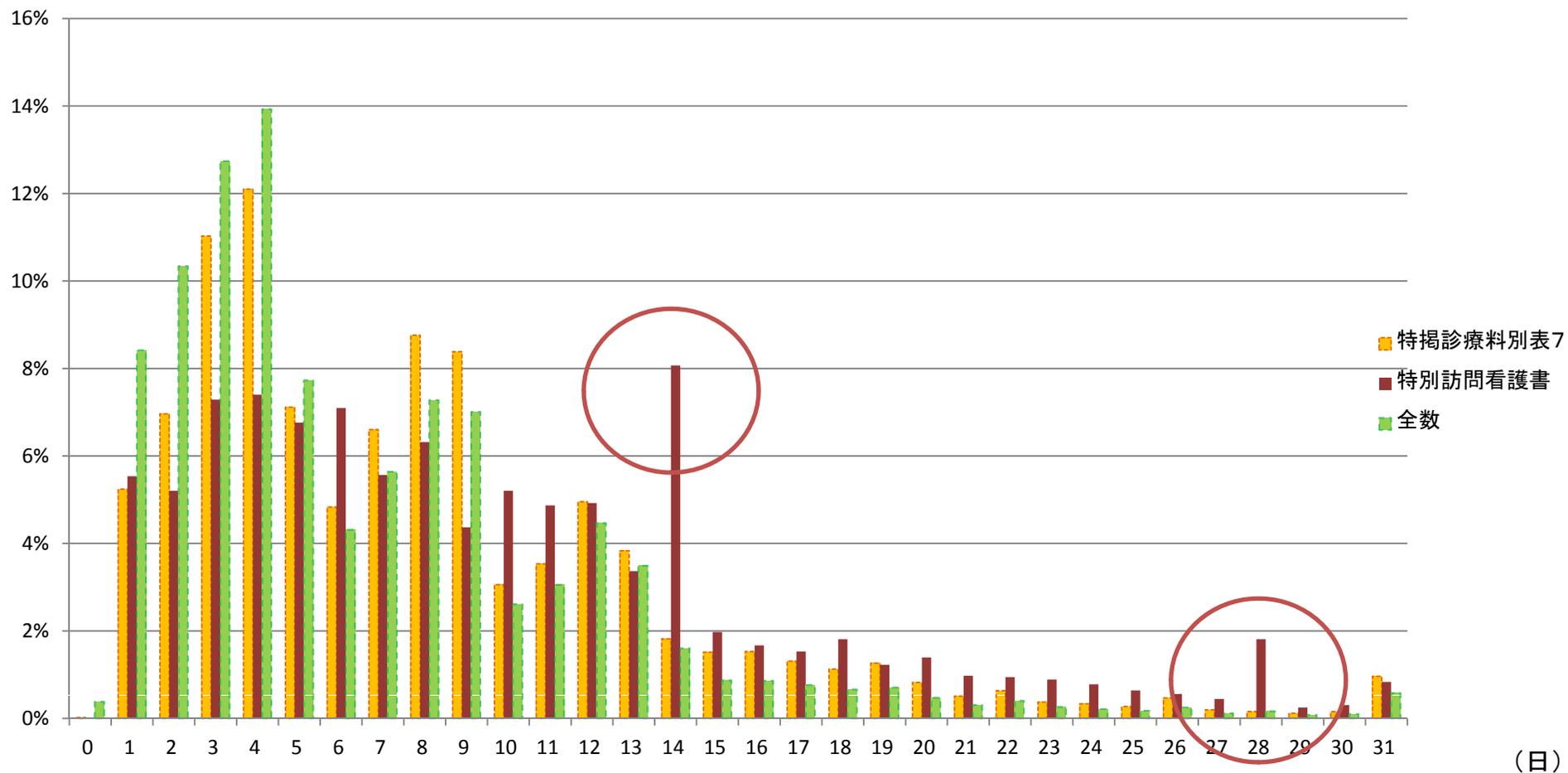
特別訪問看護指示書の見直し

- 特別訪問看護指示書を交付する事例に退院直後を追加した(再掲)。
- 特別訪問看護指示書を交付する場合には、その理由を指示書や訪問看護記録書に記載し、頻回な訪問看護の必要性を訪問看護計画書及び報告書に記載することとした。

特別訪問看護指示書の有無による訪問日数の分布

○ 末期の悪性腫瘍等の特掲診療料別表7(黄色)に掲げる患者と患者全体の訪問日数の分布は同じ傾向だが、特別訪問看護指示書が交付されている利用者(赤)は、14日及び28日の2箇所に山があり、特掲診療料別表7に掲げる患者や患者全体とは異なる分布である。

(割合)



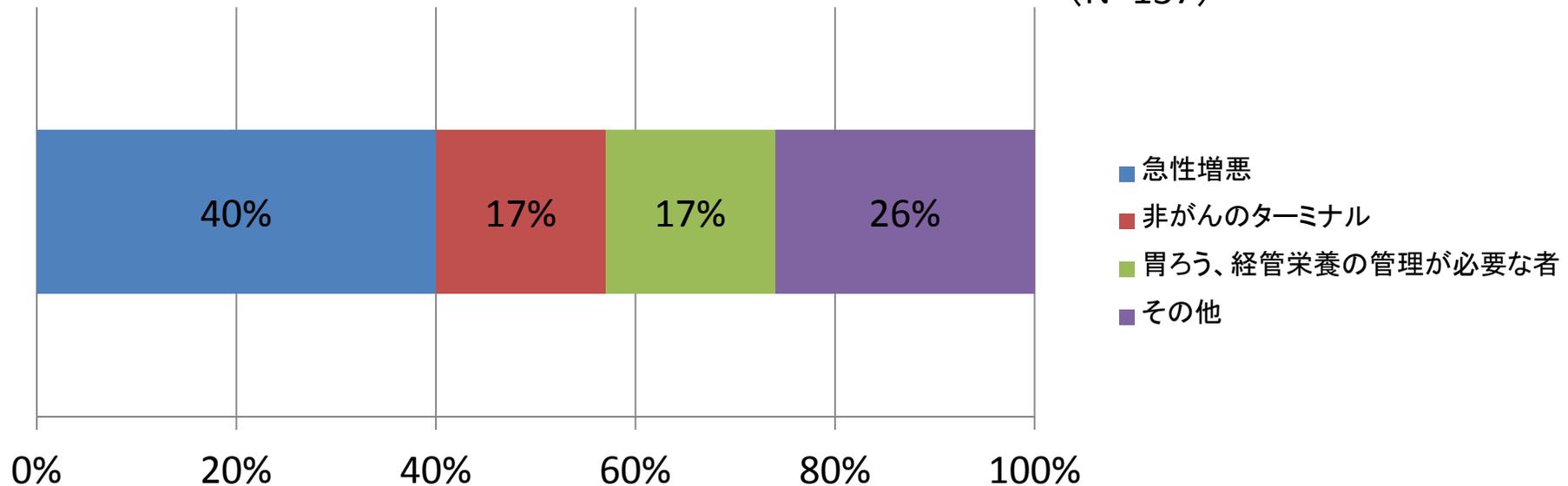
(日)

特別訪問看護指示書の交付人数とその状態別内訳

○ 特別訪問看護指示書の交付理由が、急性増悪、非がんのターミナルなどの終末期の患者に多く交付されているが、それ以外にも胃ろう、経管栄養の必要な者、その他の患者にも交付されている。

調査対象：検証調査で回答のあった在宅医療を提供している医療機関400施設
のうち平成23年6月中に特別訪問看護指示書を交付した実績をもつ93施設

特別訪問看護指示書を交付した状態別の患者数と割合 (N=137)



(余白)

要介護被保険者に特別訪問看護指示書を頻回に交付する事例

口から食事を取れない「経管栄養」の要介護者だけを対象に入居者を募り、アパート形式で自治体の監督を免れる自称「寝たきり専用賃貸住宅」が急増している。1人月約百万円の入居費用の8割以上が介護保険と医療保険で賄われ、訪問看護の医療保険が不正請求されている疑いもあることが本誌の取材で分かった。(略)

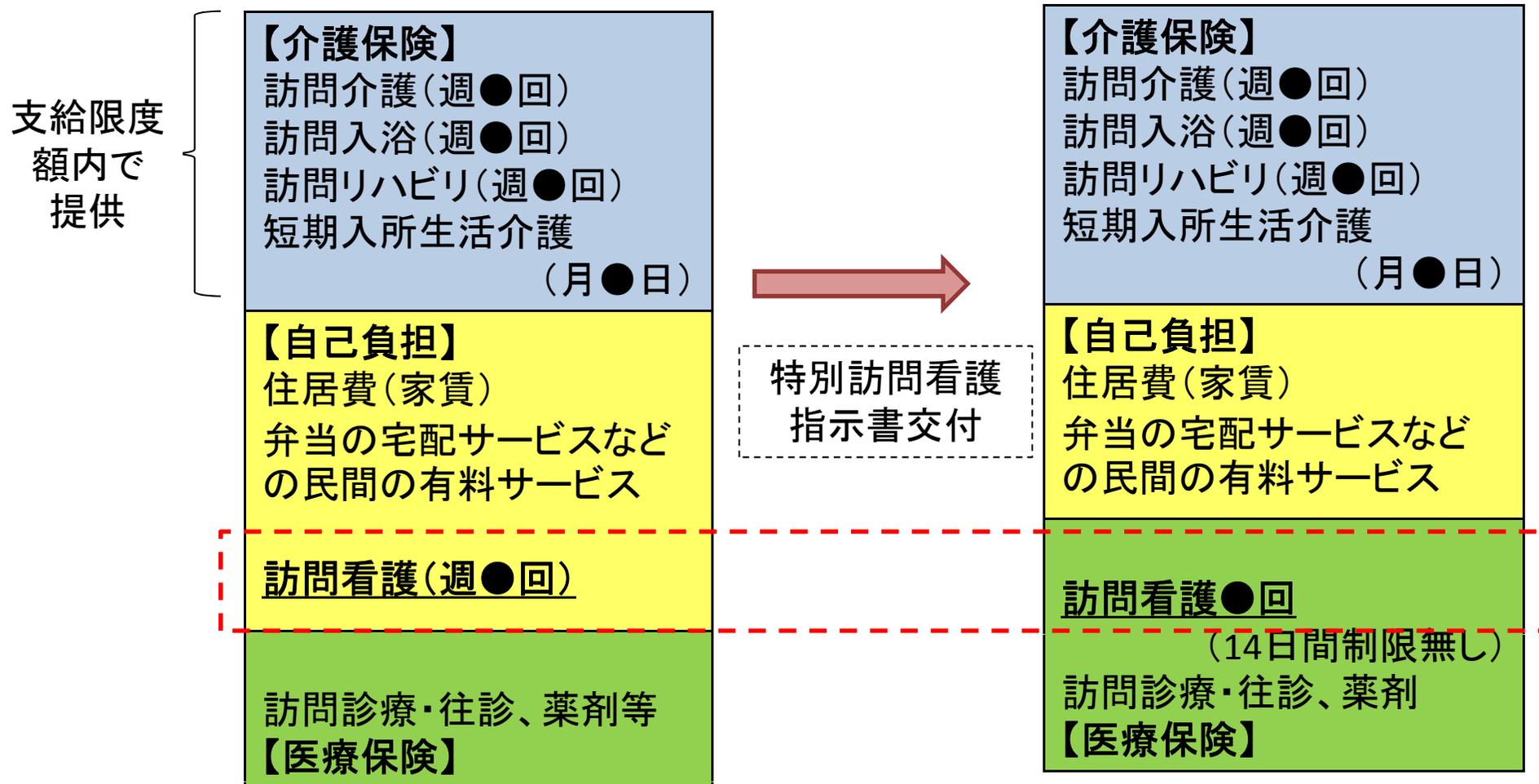
入居者には、1日3回の訪問看護が毎日行われ、介護保険の限度額(自己負担を含め月額36万円)をいずれも24万円超過。本来なら自己負担となるが、「賃貸住宅」に訪問診療する医師が特別訪問看護指示書を定期的に発行するという「想定外の手法」(厚生労働省)で超過分を医療保険で請求していた。(略)

厚生労働省は、有料老人ホームなど施設に訪問診療する医師の報酬額は戸別の訪問診療の4分の1以下にするよう指導しているが、「賃貸住宅＝アパート」であることを理由に戸別扱いで報酬を請求していた。(略)

出典：平成22年5月7日(金)東京新聞抜粋

介護保険と医療保険のサービスと給付イメージ

例. 要介護5 在宅サービスの支給限度額
35,830単位 (358,300円)



自己負担で行っていた訪問看護の費用が特別訪問看護指示書を交付すると医療保険の給付となる。

平成24年度診療報酬改定の結果検証にかかる特別調査(訪問看護)

「訪問看護の実施状況及び効率的な訪問看護等に係る評価についての影響調査」の概要

調査目的

- 訪問看護の実施状況の把握
- 介護保険との連携状況の把握
- 在宅医療の実施状況、患者の意識等の把握 等

調査の内容

- 訪問看護の実施状況
- 訪問看護を実施する上での各医療機関、ステーション、居宅介護支援事業所等との連携状況
- 夜間や緊急時の対応状況
- 訪問看護を受けている患者の介護サービスの利用状況
- 保険医療機関や患者の訪問看護に関する意識 等

調査対象及び調査方法

<訪問看護調査>

全国の訪問看護を実施している保険医療機関700施設、訪問看護ステーション1500事業所

<精神科訪問看護調査>

全国の保険医療機関のうち精神科訪問看護指導を行っている保険医療機関300施設、精神科訪問看護を行っている訪問看護ステーションを180事業所

<患者調査>

上記「訪問看護調査」の対象施設等のうち、医療保険の訪問看護を行った利用者のうち4名を本調査の対象とする。

4名の内訳は、

- 1) 15歳未満の利用者、
- 2) 精神疾患のある利用者、
- 3) 11月1か月間に13日以上訪問した利用者から1名、
- 4) 末期がん、
- 5) その他

訪問看護の課題について

訪問看護の現状

- 小規模事業所が多く、小規模のほうが24時間対応体制の届出や算定の割合が低く、在宅における看取り数も少ない傾向である。
- 効率的に訪問看護が行えるように、看護補助者との同行訪問の評価や在宅移行を進めるために退院直後にも特別訪問看護指示書が交付できることを明確化するなど、平成24年改定では見直しを行ってきた。
- 本来、介護保険優先の患者に対して支給限度額を上回った超過分について自費となるところを、特別訪問看護指示書を交付して医療保険で請求するといった事例や一時的に頻回に訪問看護が必要な場合以外に特別訪問看護指示書を交付するといった事例がみられる。



訪問看護のニーズの拡大がみられるなかで、看取りの対応を含めその提供が必ずしも十分ではない状況がある。また、柔軟にニーズに対応するための特別訪問看護指示書の交付について不適切と考えられる事例が指摘されている。

在宅医療の適切な推進に向けた課題と論点

【課題】

- ・ 高齢化の進展に伴い、平成52年(2040年)までに約40万人死亡者数が増加すると見込まれ、今後増加する在宅医療の需要への対応を行うために、診療報酬においては、重点的に在宅医療・訪問看護の評価を行っている。
- ・ また、地域により、在宅医療の提供体制に差があり、今後、利用者のニーズに対応できるよう地域の実情に応じた在宅医療を推進していくことが必要と考えられる。
- ・ なお、在宅医療を適切に推進していく上で、患者の選択を制限するおそれがあると考えられる事例や、過剰な診療を惹起するおそれがあると考えられる事例等への対策についても検討する必要がある。



【論点】

- 在宅医療を担う医療機関の量的確保とともに、質の高い在宅医療を提供していくために、保険診療の運用上、不適切と考えられる事例への対策も含め、地域の実情に応じた在宅医療を推進していくことについて、どのように考えるか。