

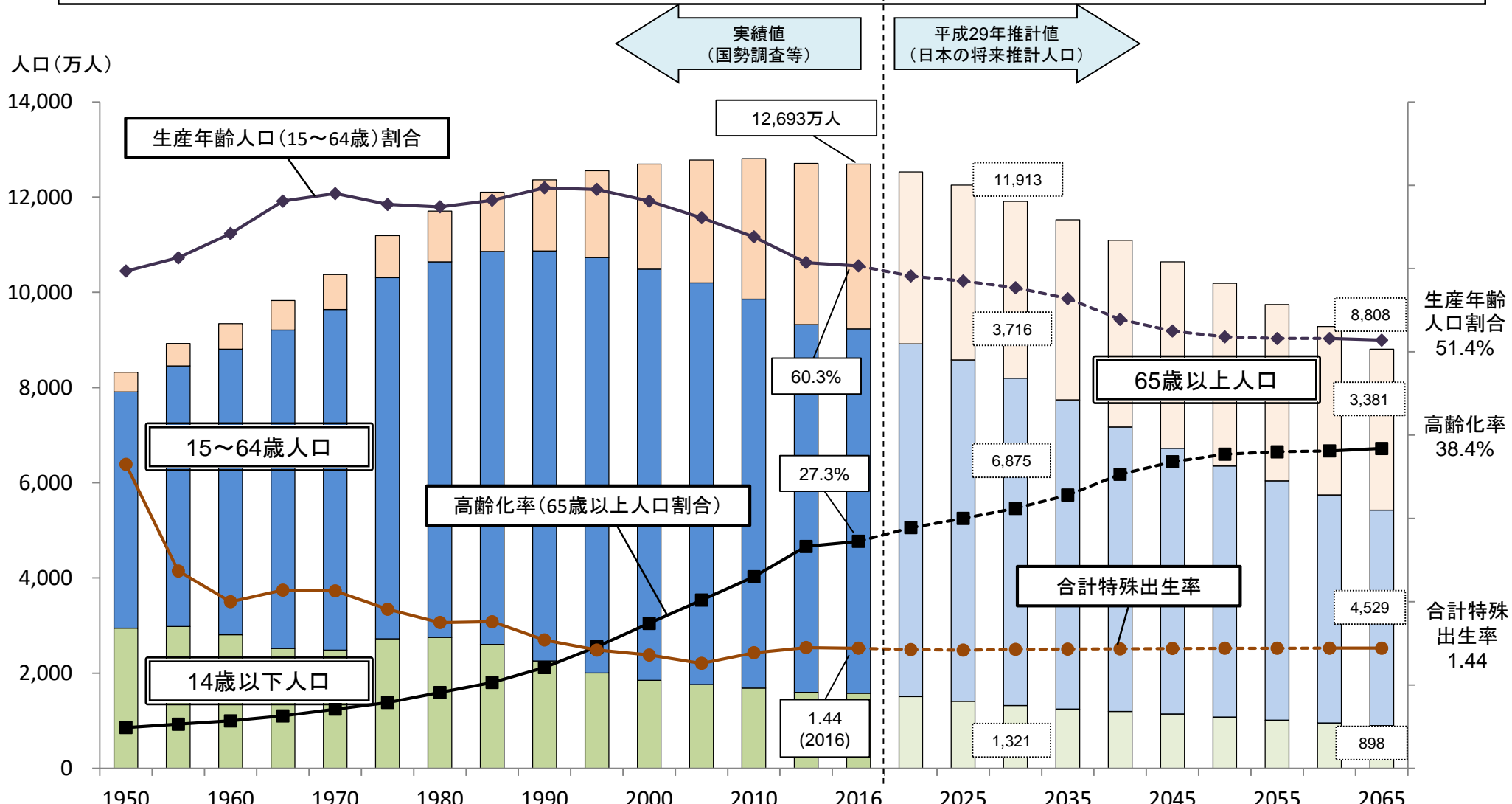
在宅(その1)

在宅医療について

1. 在宅医療を取りまく状況について
2. 在宅医療領域における取組等について
3. 在宅医療に係る診療報酬上の評価について

日本の人口の推移

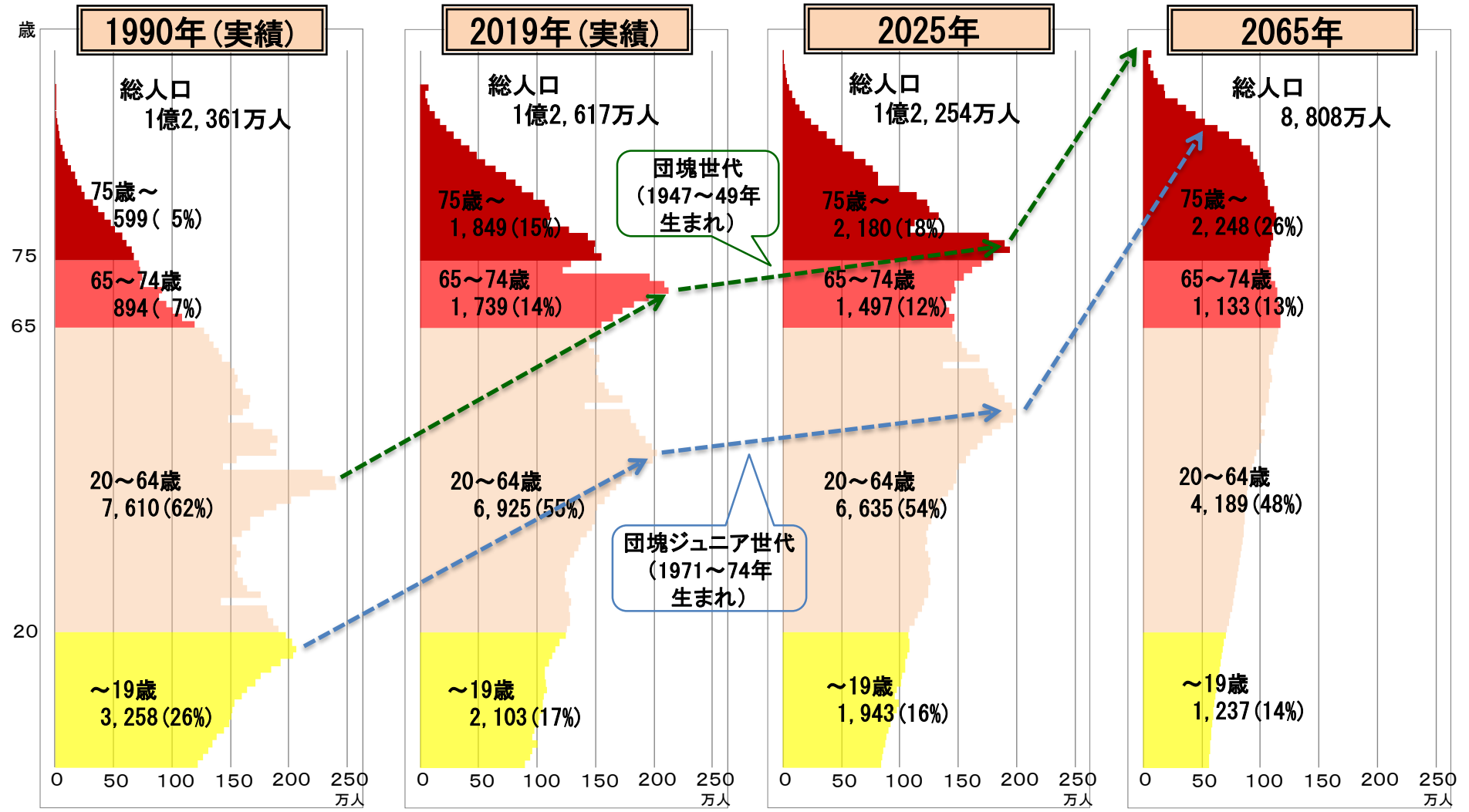
○ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2065年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は38%台の水準になると推計されている。



(出所) 2016年までの人口は総務省「人口推計」(各年10月1日現在)、高齢化率および生産年齢人口割合は2015年までは総務省「国勢調査」、2016年は総務省「人口推計」、2016年までの合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」(※2015年までは確定値、2016年は概数)、2017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29年推計):出生中位・死亡中位推計」

日本の人口ピラミッドの変化

○団塊の世代が全て75歳となる2025年には、75歳以上が全人口の18%となる。
 ○2065年には、人口は8,808万人にまで減少するが、一方で、65歳以上は全人口の約38%となる。

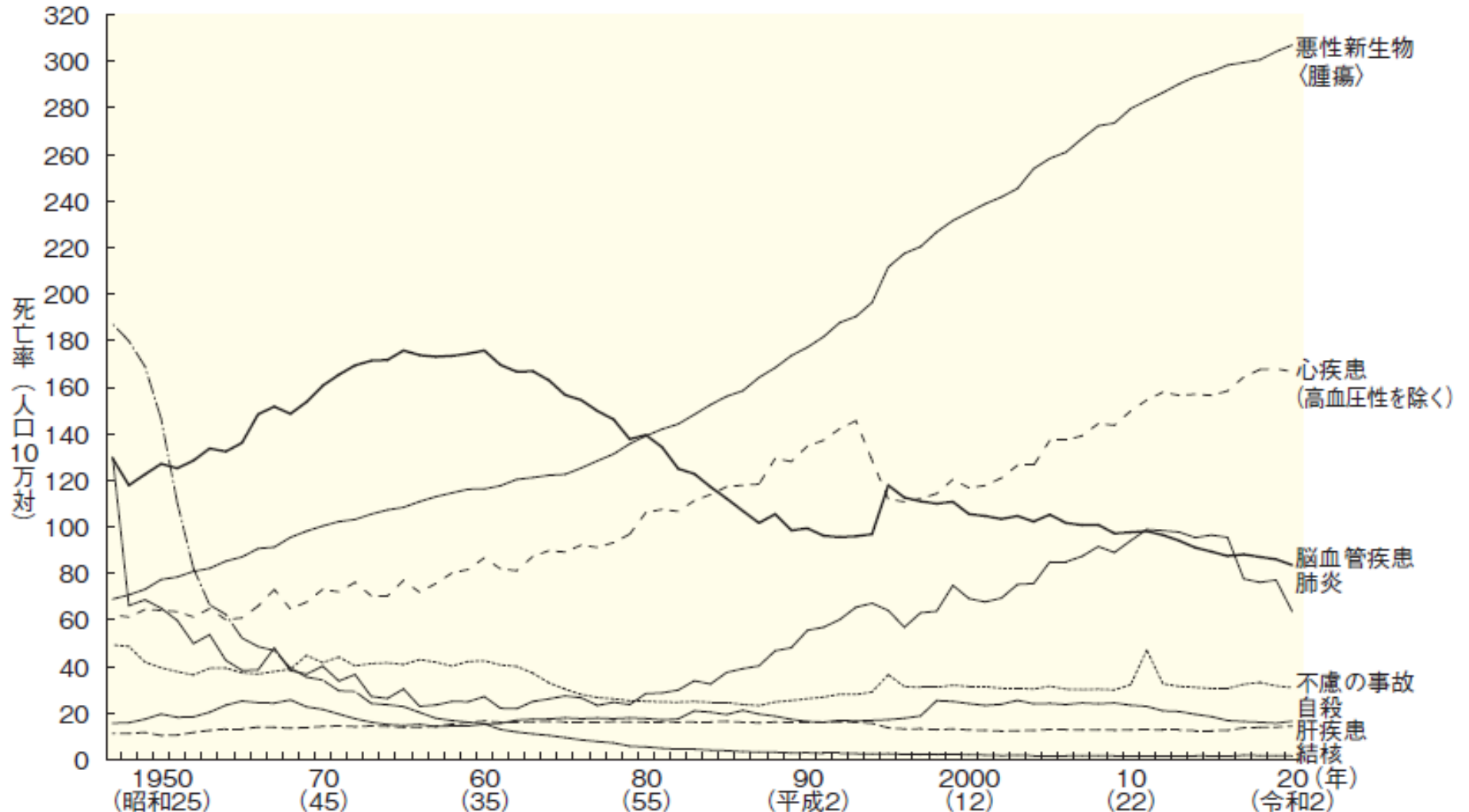


(出所) 総務省「国勢調査(年齢不詳をあん分した人口)」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計):出生中位・死亡中位推計」

主な死因別にみた死亡率の推移

出典：令和3年度厚生労働白書

主な死因別にみた死亡率の推移（人口10万対）



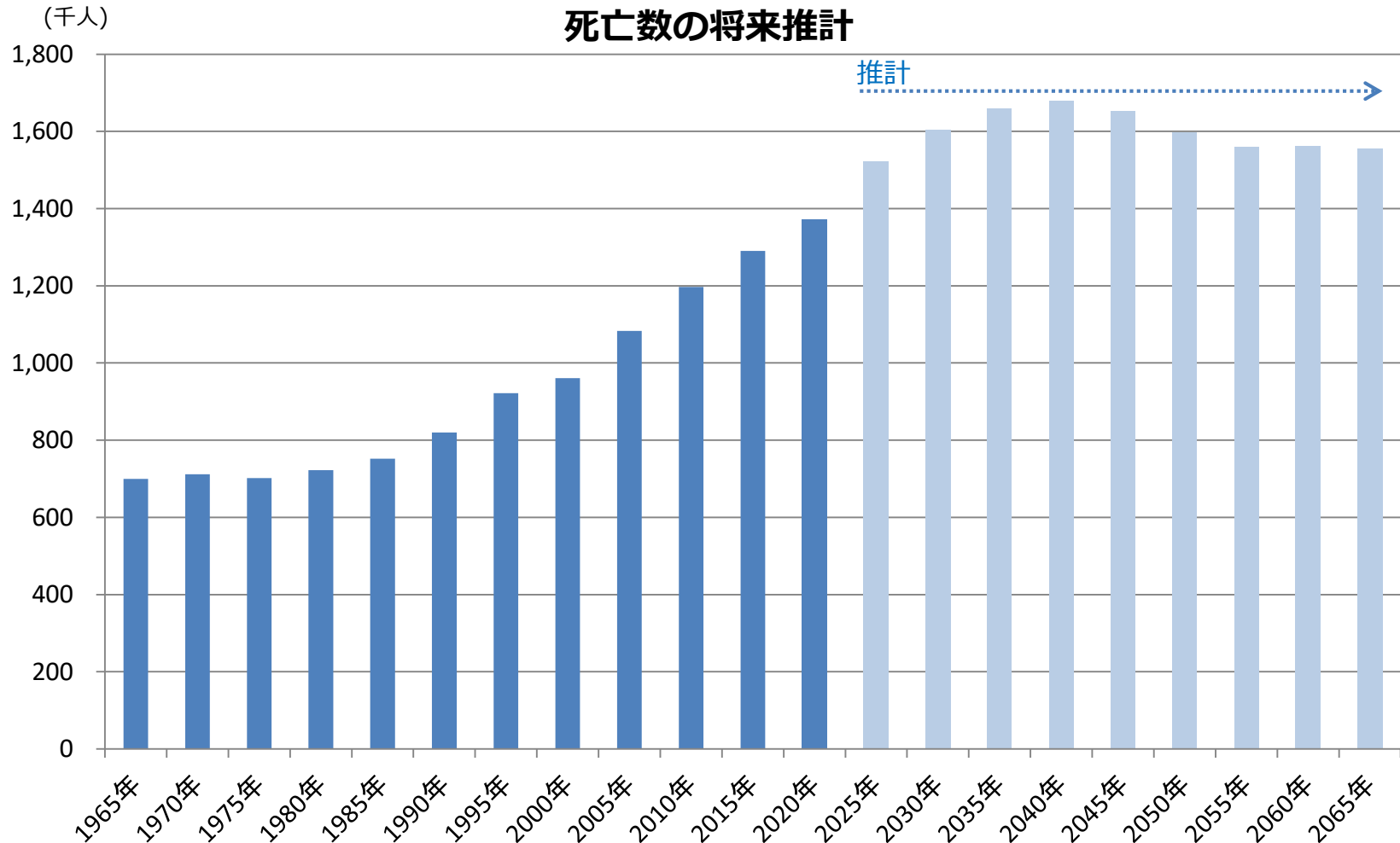
資料：厚生労働省政策統括官付人口動態・保健社会統計室「人口動態統計」

(注) 1. 死因分類等の改正により、死因の内容に完全な一致をみることはできない。

2. 2020 (令和2) 年は概数である。

看取りに関わる状況 死亡数の将来推計

○ 今後も、年間の死亡数は増加傾向を示すことが予想され、最も年間死亡数の多い2040年と2015年では約39万人/年の差が推計されている。



出典：2020年以前は厚生労働省「人口動態統計」による死亡数（日本人）

2025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29年4月推計）」の死亡中位仮定による推計結果

要介護認定者数の見通し



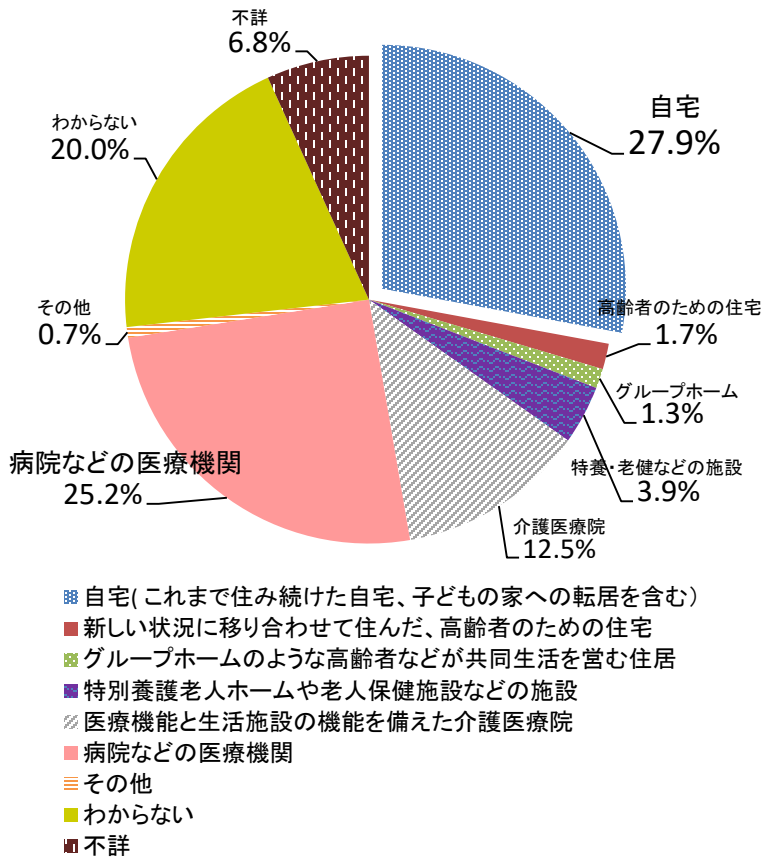
※ 1号被保険者について、性・年齢階級別の認定率等が現状のまま変わらないと仮定して機械的に推計。

※ 出典：「人口推計（平成30年10月）」（総務省）、「介護保険事業状況報告（平成30年10月分）」（厚生労働省）、「日本の将来推計人口（平成29年4月推計）（出生中位（死亡中位）推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）。

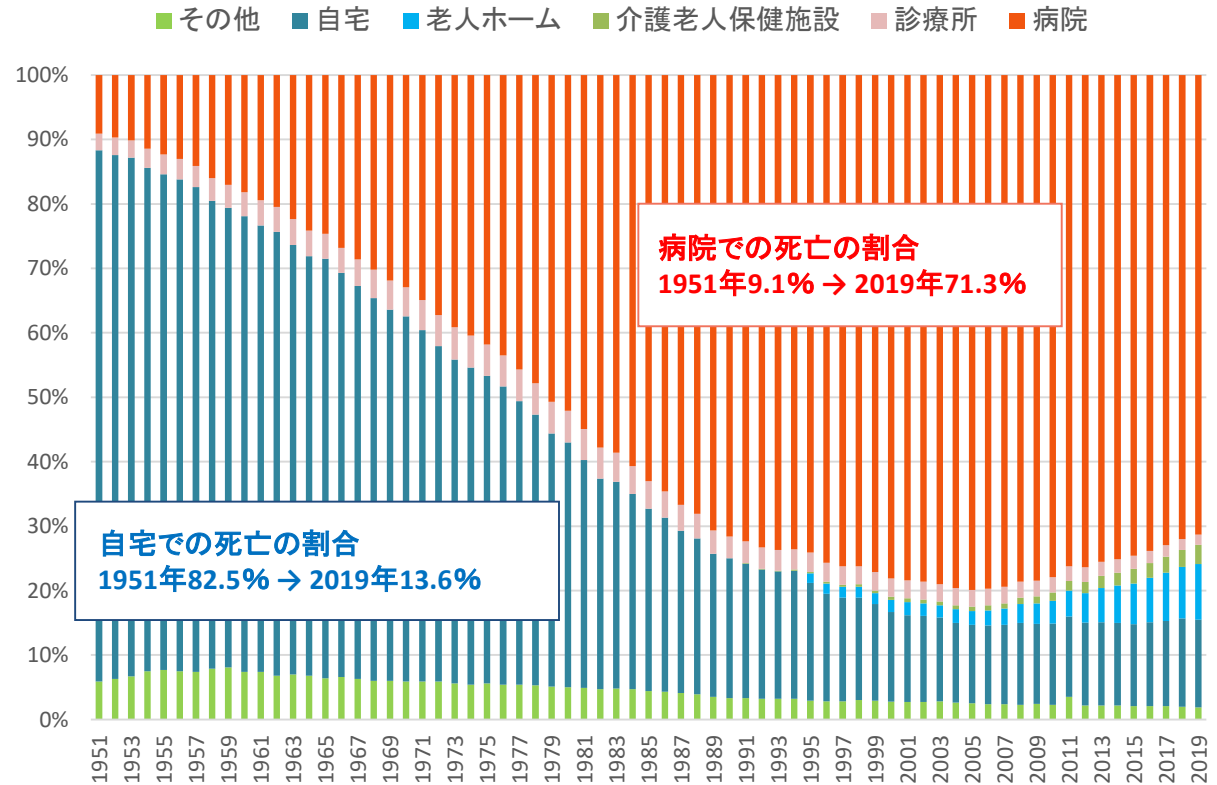
死亡場所の推移

- 国民の約3割は、「最期をむかえるときに生活したい場所」について、「自宅」を希望している。
- 場所別の死者数をみると、多くの方は「病院」で亡くなっている

人生の最期をむかえるとき生活したい場所



死亡の場所の推移

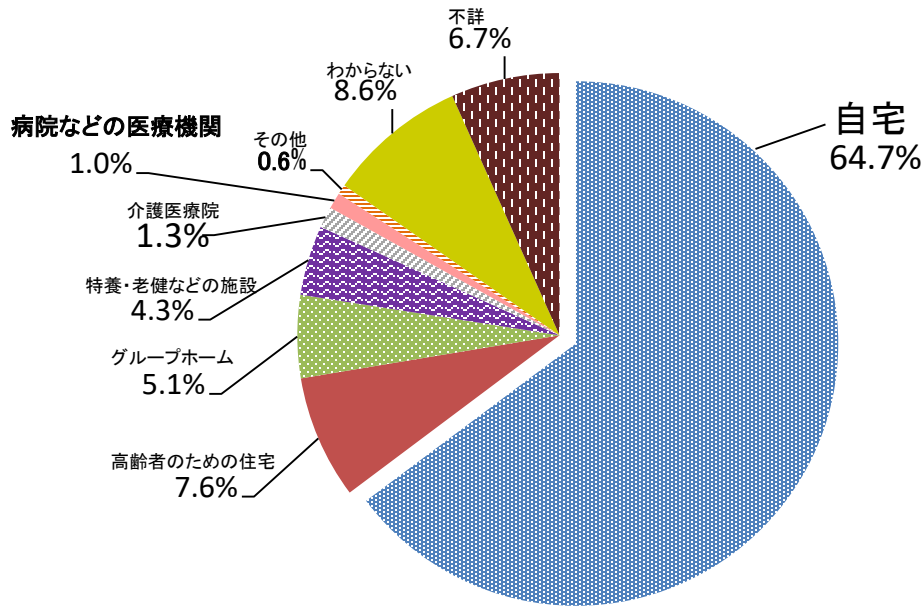


出典：厚生労働省「平成30年高齢期における社会保障に関する意識調査」

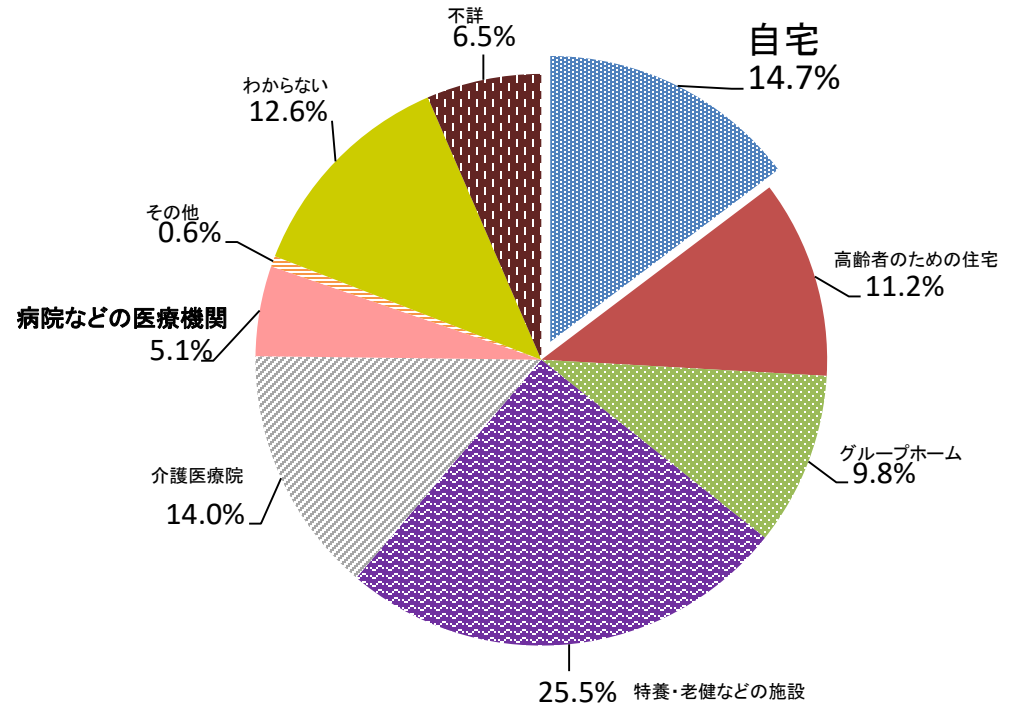
出典：厚生労働省人口動態調査(令和元年度)

年をとって生活したい場所(状況別)

配偶者がいなくなり一人となった場合



介護を必要とする場合



- 自宅(これまで住み続けた自宅、子どもの家への転居を含む)
- 新しい状況に移り合わせて住んだ、高齢者のための住宅
- グループホームのような高齢者などが共同生活を営む住居
- 特別養護老人ホームや老人保健施設などの施設
- 医療機能と生活施設の機能を備えた介護医療院
- 病院などの医療機関
- その他
- わからない

- 自宅(これまで住み続けた自宅、子どもの家への転居を含む)
- 新しい状況に移り合わせて住んだ、高齢者のための住宅
- グループホームのような高齢者などが共同生活を営む住居
- 特別養護老人ホームや老人保健施設などの施設
- 医療機能と生活施設の機能を備えた介護医療院
- 病院などの医療機関
- その他
- わからない
- 不詳

出典：厚生労働省「平成30年高齢期における社会保障に関する意識調査」

在宅医療の体制について

- 在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載。
- 国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～

在宅医療の提供体制に求められる医療機能

①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

②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

④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

③急変時の対応

- 在宅療養者の病状の急変時における往診や訪問看護の体制及び入院病床の確保

医療計画には、各機能を担う医療機関等の名称を記載

- ・病院、診療所（歯科含む） ・薬局
- ・訪問看護事業所 ・居宅介護支援事業所
- ・地域包括支援センター
- ・短期入所サービス提供施設
- ・相談支援事業所 等

圏域は、二次医療圏にこだわらず、市町村単位や保健所圏域など、地域の資源の状況に応じて弾力的に設定

多職種連携を図りつつ、24時間体制で在宅医療を提供

在宅医療において積極的役割を担う医療機関

- ①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う
- ・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
- ・他医療機関の支援
- ・医療、介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援

援

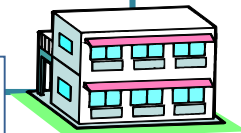
- ・在宅療養支援診療所
- ・在宅療養支援病院 等



在宅医療に必要な連携を担う拠点

- ①～④の機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
- ・地域の関係者による協議の場の開催
- ・包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整
- ・関係機関の連携体制の構築 等

- ・医師会等関係団体
- ・保健所 ・市町村 等



在宅医療の体制

【概要】

- 地域医療構想や介護保険事業計画と整合性のとれた、実効的な整備目標を設定し、在宅医療の提供体制を着実に整備する。
- 多様な職種・事業者を想定した取組、市町村が担う地域支援事業と連携した取組など、より効果的な施策を実施する。

実効的な整備目標の設定

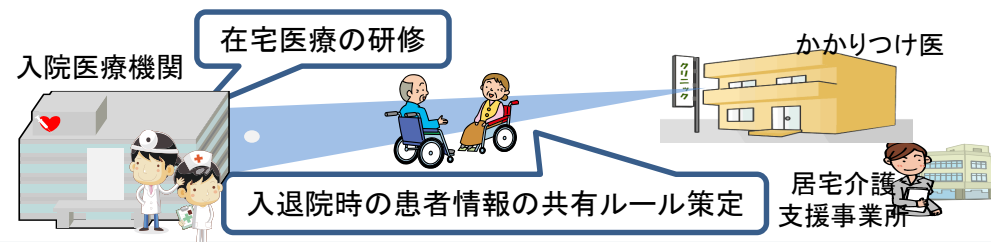
- 医療サービスと介護サービスが、地域の実情に応じて補完的に提供されるよう、**都道府県や市町村の医療・介護担当者等の関係者による協議の場**を設置し、介護保険事業計画等における整備目標と統合的な目標を検討。



- 地域医療構想において推計した**将来必要となる訪問診療の需要に対応する、具体的な診療所・病院の数値目標を記載することを原則化**。

多様な職種・事業者を想定した取組

- 在宅医療の提供者側に対する施策に偏重しないよう、多様な職種・事業者が参加することを想定した施策を実施。
(例)・地域住民に対する普及啓発
 - ・入院医療機関に対し在宅医療で対応可能な患者像や療養環境についての研修
 - ・入院医療機関と、かかりつけの医療機関や居宅介護支援事業所等との入退院時における情報共有のための連携ルール等の策定 等



地域支援事業と連携した取組

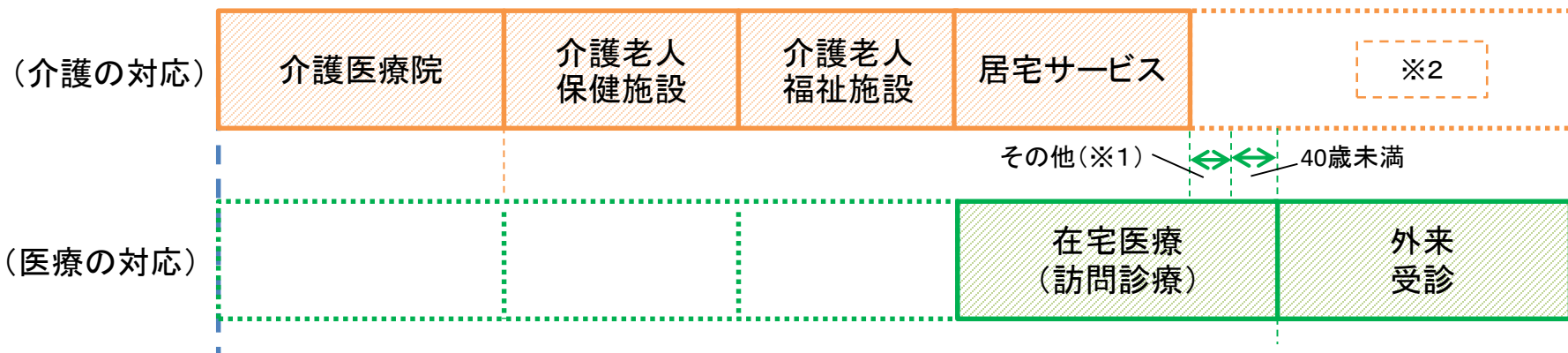
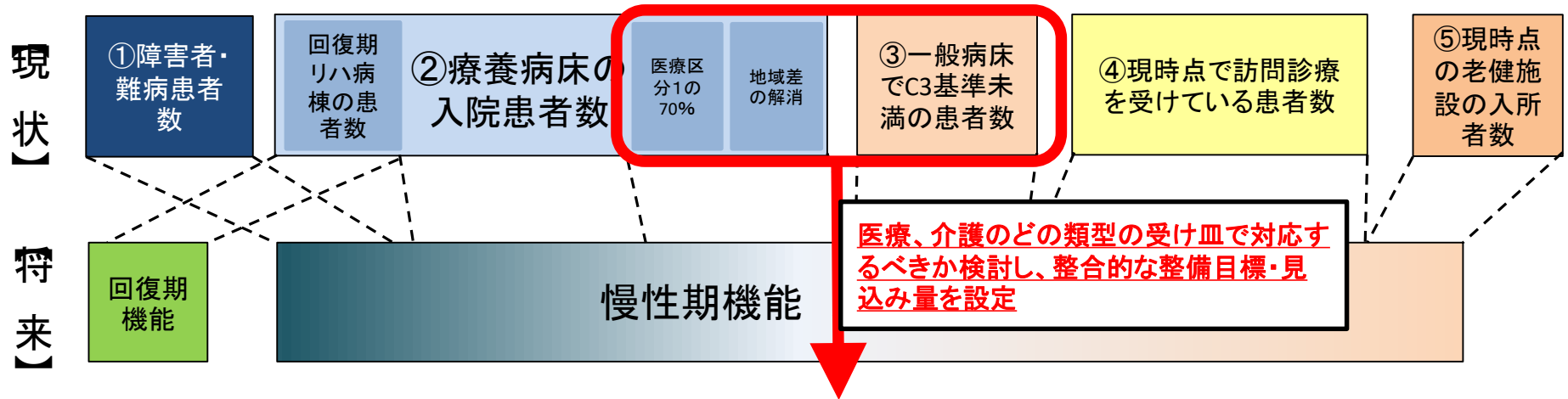
- 医師会等と連携し、また保健所を活用しながら、地域支援事業の在宅医療・介護連携推進事業を担う市町村を支援。
特に、以下のような医療に係る専門的・技術的な対応が必要な取組は、重点的に対応。
 - (ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築
 - (オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援
- 広域的な連携が必要な事項については、都道府県の支援のもと、複数の関係市町村、関係者等と連携し、協議・検討を実施。**11**

介護施設・在宅医療等の新たなサービス必要量の考え方について

第10回医療計画の見直し
等に関する検討会
平成29年3月8日

資料
1改

都道府県及び市町村は、在宅医療等の新たなサービス必要量について、協議の場を活用し医療、介護各々の主体的な取組により受け皿整備の責任を明確にした上で、次期医療計画及び介護保険事業計画における統合的な整備目標・見込み量を設定する。

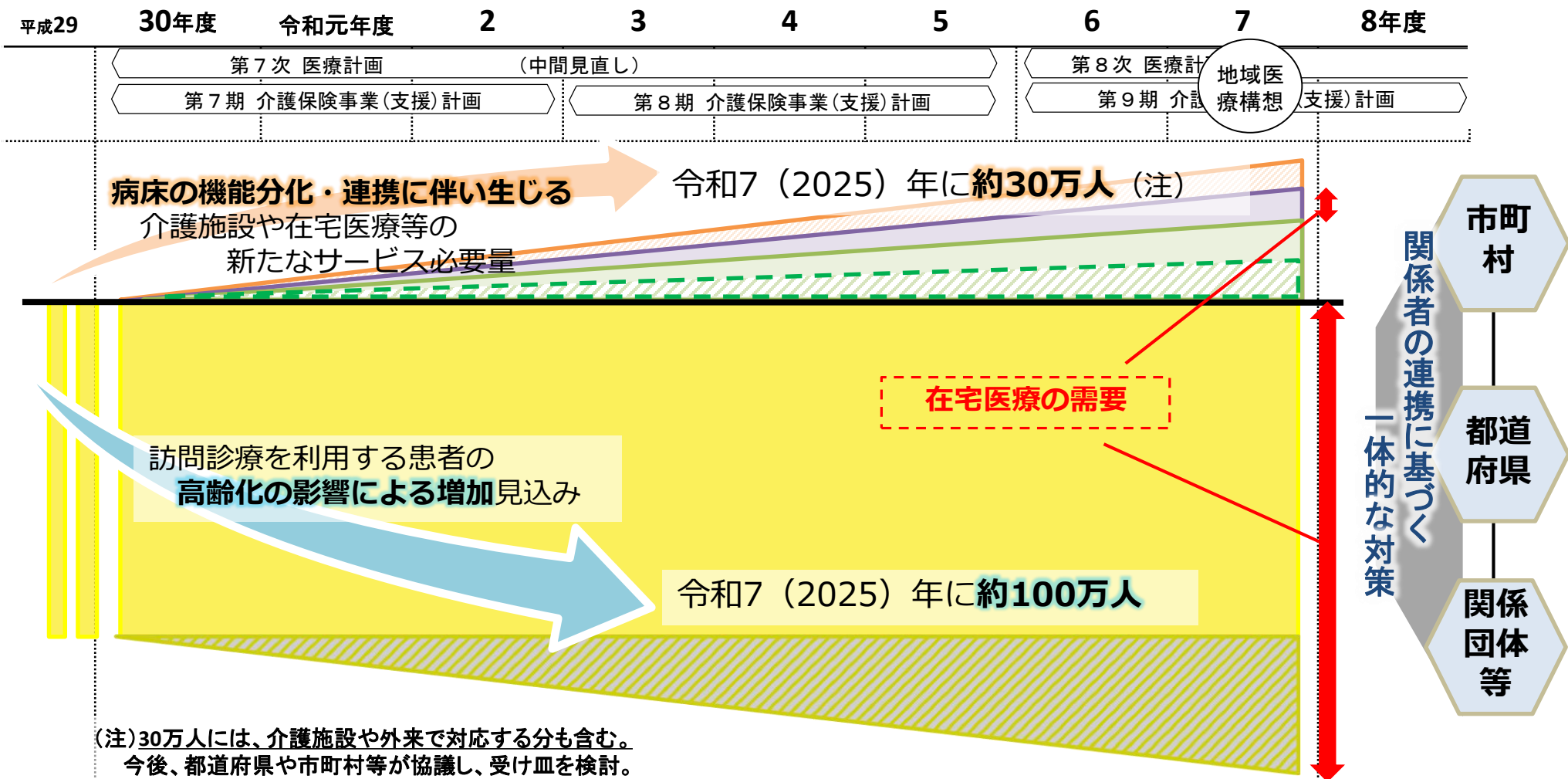


(※1) その他: 介護保険の要介護被保険者等が訪問看護等の提供を受ける場合、末期の悪性腫瘍、難病患者、急性増悪等による主治医の指示があった場合などに、医療保険の給付が行われる。

(※2) 外来サービスを利用する者の一部には、居宅サービスを利用する者もあり

2025年に向けた在宅医療の体制構築について

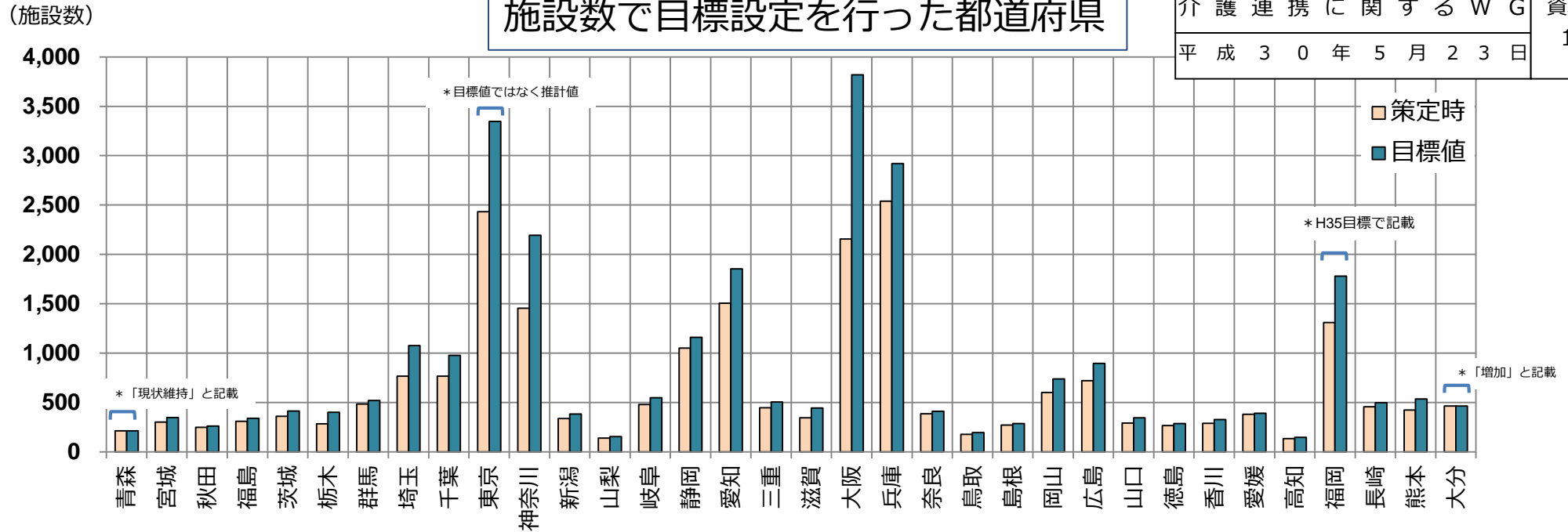
- 2025年に向け、在宅医療の需要は、「**高齢化の進展**」や「**地域医療構想による病床の機能分化・連携**」により**大きく増加**する見込み。
- こうした需要の増大に確実に対応していくための提供体制を、**都道府県・市町村、関係団体が一体となって構築**して行くことが重要。



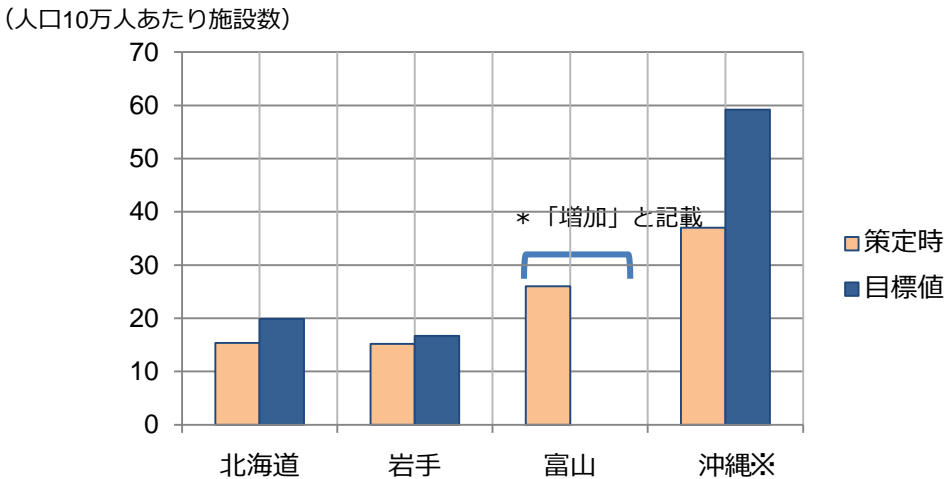
訪問診療を行う診療所・病院数に関する目標設定

第4回在宅医療及び医療・介護連携に関するWG
平成30年5月23日
資料1

施設数で目標設定を行った都道府県



人口10万人あたりの施設数で目標設定を行った都道府県



(※65歳以上人口10万あたり)

施設数の増加率で目標設定を行った都道府県

(訪問診療を実施している医療機関の割合)

	策定時	目標値
鹿児島	30.7%	35.7%

(再掲) 提出資料(参考資料3)において「訪問診療を実施している診療所、病院数」に関する目標項目の記載のなかった都道府県: 山形、石川、福井、長野、京都、和歌山、佐賀、宮崎

各団体から提出された

在宅医療の課題に対する既存の取組

新たに取り組む必要がある課題

を収集し、背景にある課題を分類

- ・地域の病院と在宅医療との水平連携が不足している
- ・かかりつけ医の在宅医療への参画等、在宅医療推進を支える体制が不十分である
- ・医師会等関係団体と行政との連携が進んでいない地域もある
- ・行政担当者が在宅医療について知らないことがある
- ・在宅医療に取り組む専門職の連携が不足している
- ・情報共有に関する整備(ICT等)ができていない
- ・新たな技術が在宅医療分野で活用できていない
- ・市民が在宅医療について知らないことがある
- ・市民の力を活かせていない
- ・在宅医療について発信できていないことがある
- ・在宅医療に関わる職種も在宅医療について知らないことがある
- ・在宅医療に取り組む専門職種が不足している
- ・知識・技術を習得するコンテンツが整備されていない
- ・在宅医療の教育・研修を受ける機会や体験する機会がない
- ・在宅医療に取り組む専門職の知識が不足している
- ・在宅医療の有効性が調査されていない
- ・在宅医療における研究データが整理されていない
- ・在宅医療における実践・事例を共有する場がない
- ・在宅医療において専門職が行う標準的な指標が未整備

【7つの柱】

- 地域の病院と在宅医療との協働体制の構築
- 行政と関係団体との連携
- 関係団体同士の連携
- ICT等最新技術の活用
- 国民への在宅医療に関する普及・啓発
- 在宅医療に関わる関係者への普及・啓発
- 在宅医療の実践に関する研究及び教育

【重点分野】

在宅医療に関する医療連携モデルの構築

在宅医療に関する普及啓発モデルの構築

在宅医療に関するエビデンスの構築

1. 在宅医療を取りまく状況について
2. 在宅医療領域における取組等について
3. 在宅医療に係る診療報酬上の評価について

1) 在宅医療と介護との連携について

2) 専門的領域における在宅医療について

在宅医療・介護連携推進事業

○ 平成26年に介護保険法が改正され、平成27年度から市町村が行う事業として、地域支援事業に在宅医療・介護連携推進事業が位置づけられた。切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつPDCAサイクルに沿った取組が継続的に行われるよう取り組みが進められている。

「8つの事業項目」から「PDCAサイクルに沿った取組」への見直しイメージ

①地域の医療介護連携の実態把握、課題の検討、課題に応じた施策立案

(ア) 地域の医療・介護の資源の把握

- 地域の医療機関、介護事業所の機能等を情報収集
- 情報を整理しリストやマップ等必要な媒体を選択して共有・活用

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握・共有し、課題の抽出、対応策を検討

②地域の関係者との関係構築・人材育成

(カ) 医療・介護関係者の研修

- 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実際を習得
- 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催等

③(ア)(イ)に基づいた取組の実施

(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

- 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

- 情報共有シート、地域連携バス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援
- 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用

(オ) 在宅医療・介護関係者に関する相談支援

- 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援

(キ) 地域住民への普及啓発

- 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催
- パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
- 在宅での看取りについての講演会の開催等

(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

- 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討

事業全体の目的を明確化しつつ、PDCAサイクルに沿った取組を実施しやすくする
観点、地域の実情に応じてより柔軟な運用を可能にする観点からの見直し

地域のめざす理想像

- 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築

①現状分析・課題抽出・施策立案

(ア) 地域の医療・介護の資源の把握

- 地域の医療機関、介護事業所の機能等を情報収集
- 情報を整理しリストやマップ等必要な媒体を選択して共有・活用

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出

- 将来の人口動態、地域特性に応じたニーズの推計（在宅医療など）

(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

- 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

②対応策の実施

(オ) 在宅医療・介護関係者に関する相談支援

- コーディネーターの配置等による相談窓口の設置
- 関係者の連携を支援する相談会の開催

(キ) 地域住民への普及啓発

- 地域住民等に対する講演会やシンポジウムの開催
- 周知資料やHP等の作成

+

<地域の実情を踏まえた柔軟な実施が可能>

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

- 在宅での看取りや入退院時等に活用できるような情報共有ツールの作成・活用

(カ) 医療・介護関係者の研修

- 多職種の協働・連携に関する研修の実施（地域ケア会議含む）
- 医療・介護に関する研修の実施

- 地域の実情に応じて行う医療・介護関係者への支援の実施

③対応策の評価・改善

都道府県主体の役割へ変更

（都道府県は、地域医療介護総合確保基金や保険者機能強化推進交付金等の財源を活用。また、保健所等を活用し、②対応策の実施も必要に応じ支援。）

●総合事業など他の地域支援事業等との連携

※あくまでも8つの事業項目の再編イメージであることに留意。実際の運用や語句イメージは、次のスライドを参照。なお、「(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進」には、「切れ目のない在宅医療・介護の提供体制」と「企画立案」の要素があったため、「地域のめざす理想像」と「現状分析・課題抽出・施策立案」の両方に表記

在宅医療・介護連携推進事業 在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進について

- 在宅医療・介護連携推進事業においては、市町村は、地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、切れ目なく在宅医療と介護が提供される体制構築のために必要な取組を行うこととされている。

(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、切れ目なく在宅医療と介護が一体的に提供される体制の構築を目指した取組を行う。



実施内容・方法

- (1) 地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、切れ目なく在宅医療と介護が提供される体制構築のために必要な取組を検討する。
- (2) 検討した必要な取組について、地域の医療・介護関係者の理解と協力を得た上で、実現に向けた着実な進捗管理に努める。

留意事項

- (1) 地域医療の状況等に関する理解が必要なこと、訪問診療・往診を行う医療機関の協力が求められること等から、取組の検討・実施に当たっては郡市区医師会を始めとした関係団体等に委託して差し支えない。
- (2) 切れ目なく在宅医療と介護を提供するための仕組みは、地域の医療・介護の資源状況等によって異なることから、取組例に限らず、地域の実情に応じて構築することが重要である。

取組例

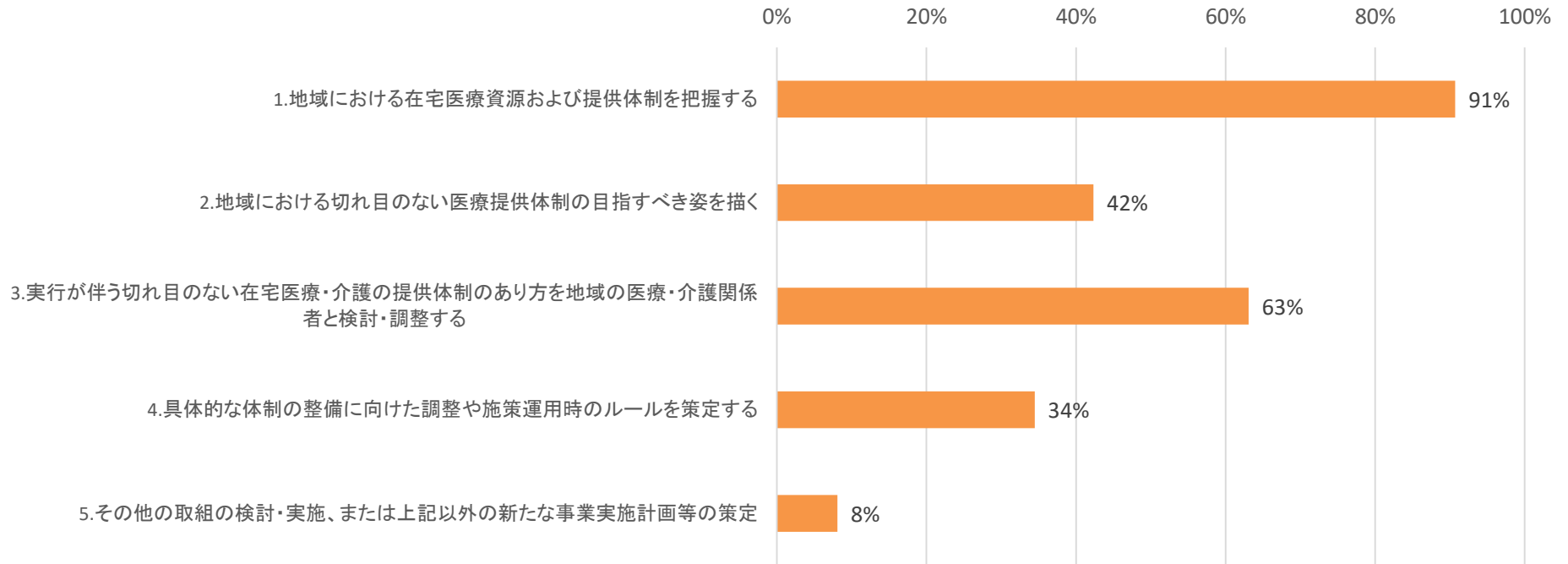


在宅医療・介護連携推進事業の進捗について

○「切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進」の進捗状況について、「地域における在宅医療資源および提供体制を把握する」とについての進捗は91%、「実行が伴う切れ目のない在宅医療・介護の提供体制のあり方を地域の医療・介護関係者と検討・調整する」は63%であった。

在宅医療・介護連携推進事業の事業項目別の進捗状況③(n=1,734 複数回答)

(ウ)切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進



地域包括ケアシステムにおける在宅医療・介護連携推進事業のあり方に関する調査研究事業（速報値）
（平成30年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 野村総合研究所）

基盤整備の推進に関する事業例 (令和元年度都道府県計画)

提供体制強化

北海道 在宅医療提供体制強化事業

- 在宅医と在宅医療未経験医師によるグループを編成し、日常の診療時における指導・助言や定期的なカンファレンス・学習会を通じて、新たな在宅医を養成するとともに、急変時受入医療機関もグループに加え、受入病床の確保と医師の負担軽減を図る。
- 在宅医療を担う医療機関が少ない地域において、不在時の代診費用や受入病床の確保費用等について支援し、受入病床の確保と医師の負担軽減を図る。
- 訪問看護ステーション不足地域での設置など在宅医療の推進に取り組む市町村を支援する。
- 携帯型エコーなど医療機関が訪問診療の充実のために行う機器整備に対し支援する。
- 市町村が実施する「在宅医療・介護連携推進事業」について、保健所に設置している多職種連携協議会による先進事例の提供や助言、市町村間の情報共有の場として、事業内容の充実に向けた支援を行う。

支援センター

富山県 富山県在宅医療支援センター運営事業・在宅医療推進加速化事業

- ① 平成27年度に開設した「富山県在宅医療支援センター（県医師会委託）」において在宅医療を担う医師の確保・育成、在宅医療の普及啓発等を総合的に取り組む。
- ② 医療・介護の多職種連携、在宅医療の普及啓発、在宅医療に取り組む医師の確保・育成などを推進するための郡市医師会（在宅医療支援センター）の取組みを支援する。

経営等支援

千葉県 在宅医療スタートアップ支援事業

医師等に在宅医療を実施するための動機づけ、医学的知識、在宅医療の経営等に関する研修を行うとともに、研修を受講した医師を対象に、個別の診療所の状況に応じたコンサルティングを行うアドバイザーを派遣する。

熊本県 訪問看護ステーション等経営強化支援事業

訪問看護師の人材育成、訪問看護ステーションの業務に関する相談対応や訪問看護ステーションへアドバイザーを派遣することによる経営管理、看護技術面の支援に対する助成。

在宅医療推進

福島県 在宅医療推進事業

医療機関及び医療関係団体等が①地域包括ケア・在宅医療に関わる従事者の連携・資質向上に資する研修会、②在宅医療やかかりつけ医等の普及・啓発に資する取組、③医療従事者向け在宅医療導入研修、④訪問診療医のグループや急変時受入医療機関による連携に向けた情報交換会を実施する場合の経費を支援する。

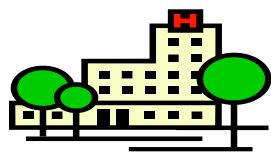
※ R 1 年度都道府県計画の「居宅等の医療の提供に関する事業」からの抜粋。
※ https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000199985_00003.html 事業の内容は、事業内容の一部を記載している。

1) 在宅医療と介護との連携について

2) 専門的領域における在宅医療について

わが国における専門的緩和ケア

中医協 総 - 1
29 . 10 . 4



入院医療

在宅医療

- ・医療従事者の求めに応じて、専門的な緩和ケアを提供することが目的。
- ・多職種で構成されるチームによって、緩和ケア病棟以外で実施する。

すべてのがん診療連携拠点病院に設置を義務付け

緩和ケアチーム

- ・在宅での症状緩和、終末期ケア等が目的。
- ・訪問診療・看護・介護を中心として行われる。

- ✓ 医療用麻薬による痛みの治療、副作用対策、残薬管理
- ✓ 胸水・腹水等の処置
- ✓ 急変時の対応等



緩和ケア病棟

在宅緩和ケア



- ・症状緩和、終末期ケア等が目的。
- ・緩和ケア病棟でケアを専門的・集中的に提供する。

小児がん対策のこれまでの経緯

平成24年5月-6月	小児がん医療・支援のあり方に関する検討会(計3回)開催
平成24年6月	第2期がん対策推進基本計画閣議決定
平成24年9月	小児がん医療・支援のあり方に関する検討会 報告書とりまとめ
平成24年11月- 平成25年1月	小児がん拠点病院の指定に関する検討会(計4回開催)
平成25年2月	小児がん拠点病院選定(15施設)
平成25年12月	小児がん拠点病院の指定に関する検討会開催
平成26年2月	小児がん中央機関選定(2施設)
平成27年6月	「がん対策推進基本計画中間評価報告書」のとりまとめ
平成27年12月	「がん対策加速化プラン」策定
平成29年12月- 平成30年4月	小児・AYA世代のがん医療・支援のあり方に関する検討会(計3回)開催
平成30年4月	小児・AYA世代のがん医療・支援のあり方に関する検討会 報告書とりまとめ
平成30年3月	第3期がん対策推進基本計画閣議決定
平成30年7月	新たな小児がん拠点病院等の整備に関する指針を公表
平成31年2月	小児がん拠点病院の指定に関する検討会開催
平成31年4月	新たな整備指針に基づき、 小児がん拠点病院選定(15施設)

小児に対する緩和ケアについて

- 小児に対する緩和ケアについて、成人と比較した場合に、以下の様な点が異なるとの意見がある。
- 例として「障害がある子どもへのケアに特殊な技術を必要とする」、「関わるスタッフの精神的負担が大きい」といった指摘がある。

成人と子どもの緩和ケア



成人と子どもが異なる点

- 子どもの死が稀で家族の受容が困難であること
- 子どもは対象となる疾患の種類が多いし、稀な疾患が多く、経過も異なり、時として進行が急速で予測困難である
- 子どもは発達・成長を考慮しなければならない
- 知的・あるいはコミュニケーションに障害がある子どもへのケアに特殊な技術を必要とする
- 家族のケアの幅広さ 兄弟や祖父母など
- 家族の悲嘆が深い
- 倫理的配慮 子どもの自己決定権など
- 関わる職種が多い 地域、病院、学校など
- 関わるスタッフの精神的負担が大きい
- 子どもは家庭で生活することが決定的に重要であること



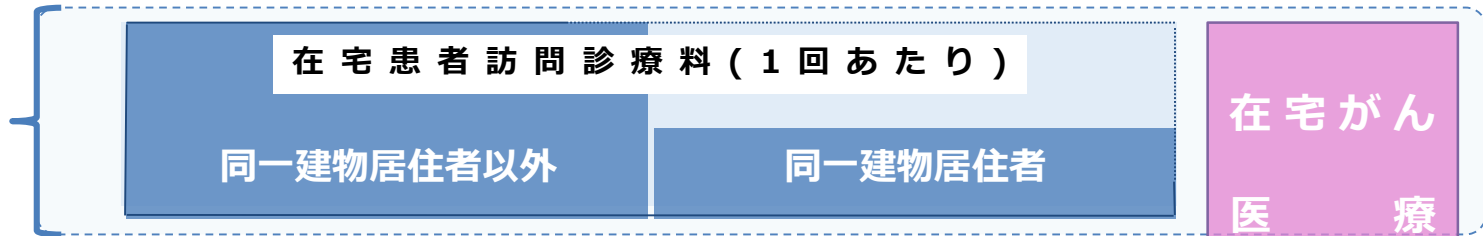
1. 在宅医療を取りまく状況について
2. 在宅医療領域における取組等について
3. 在宅医療に係る診療報酬上の評価について

在宅医療における診療報酬上の評価構造（イメージ）

○ 在宅医療に対する診療報酬上の評価は、①訪問して診療を行ったことに対する評価、②総合的な医学的管理に対する評価、③人工呼吸器その他の特別な指導管理等に対する評価の、大きく3種類の評価の組み合わせで行われている。

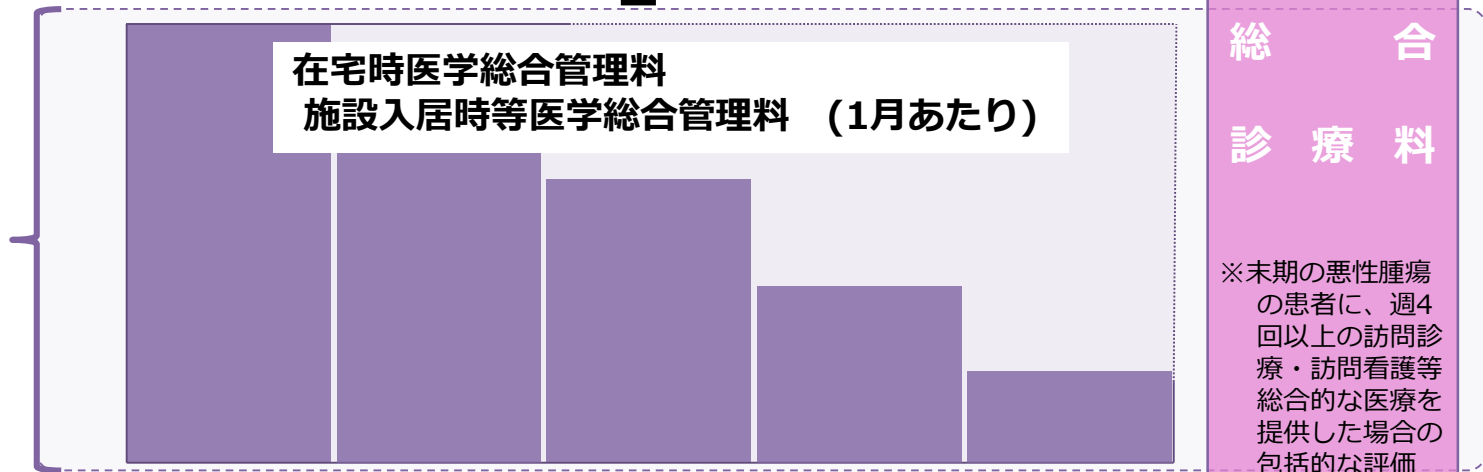
①定期的に訪問して診療を行った場合の評価

- 居住場所により段階的に評価
- 乳幼児等の診療、看取り等については、加算により評価
- 原則として週3回の算定を限度とするが、末期の悪性腫瘍等一部の疾患については例外を規定

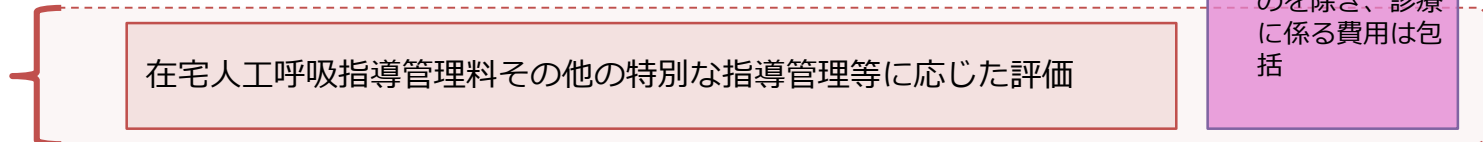


②総合的な医学的管理等を行った場合の評価

- 単一建物診療患者数、重症度及び月の訪問回数により段階的に評価
- 特別な指導管理を必要とし、頻回の診療を行った場合等は加算により評価



③指導管理等に対する評価



在宅がん
医療

総合
診療料

※末期の悪性腫瘍の患者に、週4回以上の訪問診療・訪問看護等総合的な医療を提供した場合の包括的な評価

※特に規定するものを除き、診療に係る費用は包括

※上記に加え、検査、処置その他診療に当たって実施した医療行為等については、特段の規定がない場合、出来高にて算定することができる。

主な診療報酬の比較

主な診療報酬 ※ 在宅療養支援診療所：在支診 在宅療養支援病院：在支病		機能強化型在支診・ 在支病(病床あり)			機能強化型在支診・ 在支病(病床なし)			在支診・在支病			その他		
往診料の加算等													
緊急往診加算		850点			750点			650点			325点		
夜間休日加算		1700点			1500点			1300点			650点		
深夜加算		2700点			2500点			2300点			1300点		
在宅患者訪問診療料(Ⅰ) 在宅ターミナルケア加算		6500点			5500点			4500点			3500点		
在宅時 医学総合管理料		1人	2~9人	10人~	1人	2~9人	10人~	1人	2~9人	10人~	1人	2~9人	10人~
	①月2回以上訪問 (重症患者)	5400点	4500点	2880点	5000点	4140点	2640点	4600点	3780点	2400点	3450点	2835点	1800点
	②月2回訪問	4500点	2400点	1200点	4100点	2200点	1100点	3700点	2000点	1000点	2750点	1475点	750点
	③月1回訪問	2760点	1500点	780点	2520点	1380点	720点	2300点	1280点	680点	1760点	995点	560点
施設入居時等 医学総合管理料		1人	2~9人	10人~	1人	2~9人	10人~	1人	2~9人	10人~	1人	2~9人	10人~
	①月2回以上訪問 (重症患者)	3900点	3240点	2880点	3600点	2970点	2640点	3300点	2700点	2400点	2450点	2025点	1800点
	②月2回訪問	3200点	1700点	1200点	2900点	1550点	1100点	2600点	1400点	1000点	1950点	1025点	750点
	③月1回訪問	1980点	1080点	780点	1800点	990点	720点	1640点	920点	680点	1280点	725点	560点
在宅がん医療 総合診療料	院外処方	1800点			1650点			1495点			—		
	院内処方	2000点			1850点			1685点			—		

在宅療養支援診療所及び在宅支援病院の施設基準の概要

	機能強化型在支診・在支病		在支診・ 在支病	(参考)在宅 療養後方支 援病院
	単独型	連携型		
全ての在支 診・在支病 が満たすべ き基準	① 24時間連絡を受ける体制の確保 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している			○ 許可病床数 200床以上 ○ 在宅医療を提供する医療機関と連携し、24時間連絡を受ける体制を確保 ○ 連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が24時間可能な体制を確保(病床の確保を含む) <small>※ やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、対応可能な病院を探し紹介すること</small> ○ 連携医療機関との間で、3月に1回以上、患者の診療情報の交換を行い、入院希望患者の一覧表を作成
全ての在支 病が満たす べき基準	「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。 (1) 許可病床200床未満※であること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こと (2) 往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること <small>※ 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあつては280床未満</small>			
機能強化型 在支診・在 支病が満た すべき基準	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上 ⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 10件以上 ⑨ 過去1年間の看取りの実績又は超・ 準超重症児の医学管理の実績 いずれか4件以上	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上 ⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 連携内で10件以上 各医療機関で4件以上 ⑨ 過去1年間の看取りの実績 連携内で4件以上 かつ、各医療機関において、看取りの実績又は 超・準超重症児の医学管理の実績 いずれか2件以上		

往診及び在宅患者訪問診療料の評価

○ 往診料 720点

➤ 患者又は家族等患者の看護等に当たる者が、保険医療機関に対し電話等で直接往診を求め、当該保険医療機関の医師が往診の必要性を認めた場合に、可及的速やかに患家に赴き診療を行った場合の評価。

※ 定期的ないし計画的に患家又は他の保険医療機関に赴いて診療を行った場合には算定できない。

○ 在宅患者訪問診療料(Ⅰ) (1日につき)

1 在宅患者訪問診療料1

イ 同一建物居住者以外の場合 888点

ロ 同一建物居住者の場合 213点

2 在宅患者訪問診療料2

イ 同一建物居住者以外の場合 884点

ロ 同一建物居住者の場合 187点

➤ 在宅での療養を行っている患者であって、疾病、傷病のために通院による療養が困難な者に対して、患者の入居する有料老人ホーム等に併設される保険医療機関以外の保険医療機関が定期的に訪問して診療を行った場合の評価。

※ 同一建物に居住する当該患者1人のみに対し訪問診療を行う場合は、「同一建物居住者以外の場合」の点数を算定する。

※ 患者の入居する有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が定期的に訪問して診療を行った場合は、在宅患者訪問診療料(Ⅱ) 150点を算定。

[算定要件](抜粋)

○ 在宅患者訪問診療料1

1人の患者に対して1つの保険医療機関の保険医の指導管理の下に継続的に行われる訪問診療について、1日につき1回に限り算定。

○ 在宅患者訪問診療料2

患者の同意を得て、計画的な医学管理のもと、主治医として定期的に訪問診療を行っている保険医が属する他の保険医療機関の求めを受けて、当該他の保険医療機関が診療を求めた傷病に対し訪問診療を行った場合に、求めがあった日を含む月から6月を限度として算定。

在宅患者訪問診療料(Ⅰ)等の概要

在宅患者訪問診療料(Ⅰ) (1日につき)	同一建物居住者以外の場合		888点		
	同一建物居住者の場合		213点		
在宅ターミナルケア加算 在宅で死亡した患者に死亡日から2週間以内に2回以上の訪問診療等を実施した場合に算定	機能強化型在支診・在支病		機能強化型以外の 在支診・在支病	その他の 医療機関	
	有床診・在支病	無床診			
	6,500点	5,500点	4,500点	3,500点	
	+在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	7,500点	6,500点	/	
	+在宅療養実績加算1	/			
+在宅療養実績加算2	5,000点				
看取り加算 在宅で患者を看取った場合に算定			3,000点		
死亡診断加算 患家で死亡診断を行った場合に算定			200点		

■その他の加算■

○乳幼児加算 400点

○診療時間に応じた加算 診療時間が1時間超の場合に100点/30分を加算

在宅医療に対する診療報酬上の主な評価の変遷①

(昭和61～平成18年度診療報酬改定)

○ 在宅医療に対する診療報酬上の主な評価の変遷は以下のとおり。

	【診療報酬】	【老人診療報酬】
昭和61年		<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>寝たきり老人訪問診療料の創設(～H18年)</u>; 定期的に訪問して診療を行った際に算定 ○ <u>寝たきり老人訪問指導管理料(月ごと)の創設(～H18年)</u>; 寝たきり老人訪問診療料を算定すべき診療を行った際に、療養上必要な指導管理を行った場合に算定
昭和63年	○ <u>在宅患者訪問診療料の創設</u> ; 定期的に訪問して診療した際に算定	
平成4年		○ <u>寝たきり老人在宅総合診療料(月ごと)の創設(～H18年)</u> ; 計画的な医学管理の下に、1月に2回以上訪問して診療した場合に算定
平成6年	○ <u>在宅時医学管理料(月ごと)の創設(～H18年)</u> ; 計画的な医学管理の下に、 <u>週1回以上訪問して診療した場合に算定</u>	
平成18年	【診療報酬】 ○ <u>在宅時医学総合管理料(月ごと)の創設</u> ; 計画的な医学管理の下に、 <u>月2回以上訪問して診療した場合に算定</u>	



在宅医療に対する診療報酬上の主な評価の変遷②(平成18～24年度診療報酬改定)

○在宅医療に対する診療報酬上の主な評価の変遷は以下のとおり。

	訪問診療料	在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学総合管理料	在宅療養支援診療所 在宅療養支援病院	その他
平成18年	—	・在宅時医学総合管理料(在総管)の創設	・在宅療養支援診療所(在支診)の創設	・入院から在宅療養への円滑な移行に係る評価 ・在宅、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
平成20年	・居住場所により訪問診療料を分類 →訪問診療料1(自宅) 訪問診療料2(居住系施設)	・特定施設入居時等医学総合管理料(特医総管)の創設	・在宅療養支援病院(在支病)の創設	・カンファレンス等の情報共有に関する評価
平成22年	・居住場所ではなく、同一建物の訪問人数により訪問診療料を再分類 →訪問診療料1(同一建物以外) 訪問診療料2(同一建物)	—	・在支病の届出を、許可病床数が200床未満の病院に拡大	・往診料の引き上げ ・乳幼児加算の創設 ・在宅ターミナルケア加算の要件緩和 ・在宅移行早期加算の創設
平成24年	・特定施設入居者に対する評価の引き上げ →訪問診療料1(同一建物以外) 訪問診療料2(特定施設等) 訪問診療料2(上記以外の同一建物)	・在総管、特医総管に対する評価の引き上げ(機能強化型在支診・在支病の創設に伴うもの)	・強化型、連携強化型の在支診・在支病を創設	・緊急時、夜間の往診料の引き上げ ・在宅ターミナルケア加算の評価体系の見直し ・在宅緩和ケアに係る評価 ・緊急時の在宅患者の受入に対する評価の引き上げ



在宅医療に対する診療報酬上の主な評価の変遷③(平成26～令和2年度診療報酬改定)

○在宅医療に対する診療報酬上の主な評価の変遷は以下のとおり。

	訪問診療料	在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学総合管理料	在宅療養支援診療所 在宅療養支援病院	その他
平成26年	・訪問診療料2の評価引き下げ	・同一建物居住者に対する評価の適正化	・機能強化型の実績要件の引き上げ	・在宅療養後方支援病院及び在宅患者共同診療料の創設
平成28年	・訪問診療料2を「同一建物居住者の場合」に一本化	・単一建物診療患者数、重症度、月の訪問回数に応じて細分化	・機能強化型の施設基準に小児在宅医療に係る要件を追加	・在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の新設等による緊急往診や看取り実績の評価 ・在宅専門医療機関の要件明確化
平成30年	・訪問診療料Ⅰに、2(他医療機関の依頼を受けて訪問診療を行った場合)を新設 ・訪問診療料Ⅱ(併設する介護施設等の場合)を新設	・月2回以上の訪問診療を行った場合の評価を適正化 ・月1回の訪問診療を行っている場合の評価を充実 ・包括的支援加算を新設	—	・往診料の算定要件を明確化 ・緊急往診加算の対象患者拡大と算定要件の見直し ・ターミナルケアの評価の充実 ・オンライン在宅管理料を新設
令和2年	・訪問診療料Ⅰ 2(他医療機関の依頼を受けて訪問診療を行った場合)について、6月を超えても算定可能とした	—	—	・在宅療養支援病院の往診について、オンコール体制でも良いこととした

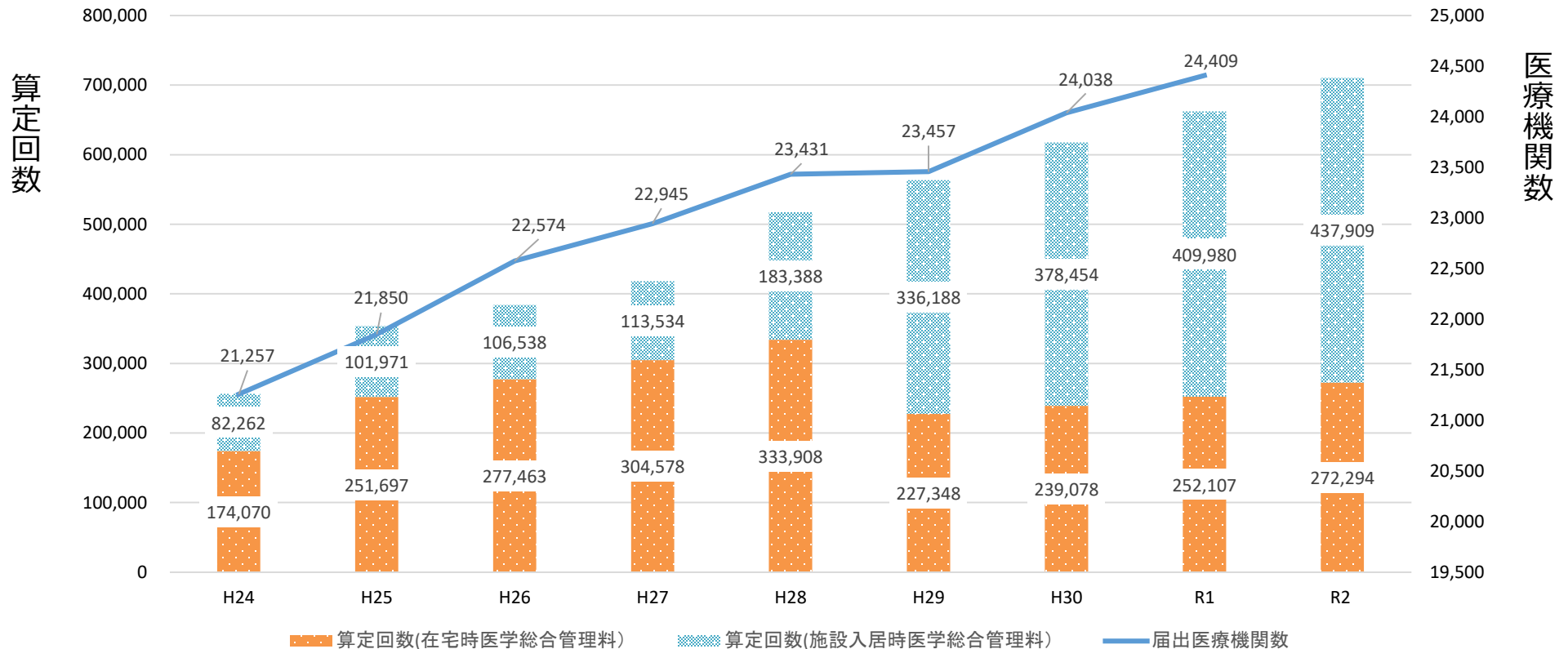
在宅ターミナルケアに対する診療報酬上の評価の変遷(平成18～30年度診療報酬改定)

	在宅ターミナルケア加算	看取り加算	死亡診断加算
平成16年	在宅ターミナルケア加算 1,200点 ※1月以上にわたり在宅でターミナルケアを行った場合	—	死亡診断加算 200点 ※死亡日に往診又は訪問診療を行い死亡診断を行った場合
平成18年	在宅ターミナルケア加算(Ⅱ) 1,200点 ※死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施	在宅ターミナルケア加算(Ⅰ) 10,000点 ※(Ⅱ)に加え、在宅療養支援診療所又はその連携保険医療機関の医師が、死亡前24時間以内に訪問して看取った場合	※在宅ターミナルケア加算(Ⅰ)を算定する場合は算定できない
平成20年	在宅ターミナルケア加算(Ⅱ) 2,000点	在宅ターミナルケア加算(Ⅰ) 10,000点 ※(Ⅱ)に加え、在宅療養支援診療所、その連携保険医療機関又は在宅療養支援病院の医師が、死亡前24時間以内に訪問して看取った場合	—
平成22年	在宅ターミナルケア加算(Ⅱ) 2,000点 ※往診又は訪問診療後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者でも算定可能に	在宅ターミナルケア加算(Ⅰ) 10,000点	—
平成24年	在宅ターミナルケア加算 3,000～6,000点 ※機能強化型在支診、在支診又はそれ以外に応じて評価を区分 ※死亡日及び死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施	看取り加算 3,000点 ※事前に療養上の不安等を解決するための十分な説明と同意を行った上で、死亡日に往診又は訪問診療を行い、看取った場合	※看取り加算を算定する場合は算定できない
平成26年	在宅ターミナルケア加算 3,000～6,000点 ※在宅療養実績加算 750点 十分な緊急往診及び看取りの実績を有する在支診又は在支病の場合	—	—
平成28年	在宅ターミナルケア加算 3,000～6,000点 ※在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 1,000点 ※在宅療養実績加算1 750点、在宅療養実績加算2 500点	—	—
平成30年	在宅ターミナルケア加算 3,500～6,500点 ※酸素療法加算 2,000点 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン等を踏まえた対応を要件化	—	—

在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の算定状況

○ 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料について、届出医療機関数及び算定回数は増加傾向である。

C002	在宅時医学総合管理料	在宅での療養を行っている患者に対するかかりつけ医機能の確立及び在宅での療養の推進を図るもの。 在宅又は施設で療養を行っている患者であって、通院困難な者に対して、個別の患者毎に総合的な在宅療養計画を作成し総合的な医学管理料を行った場合の評価。
C002-2	施設入居時等医学総合管理料	



出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（各年6月審査分）

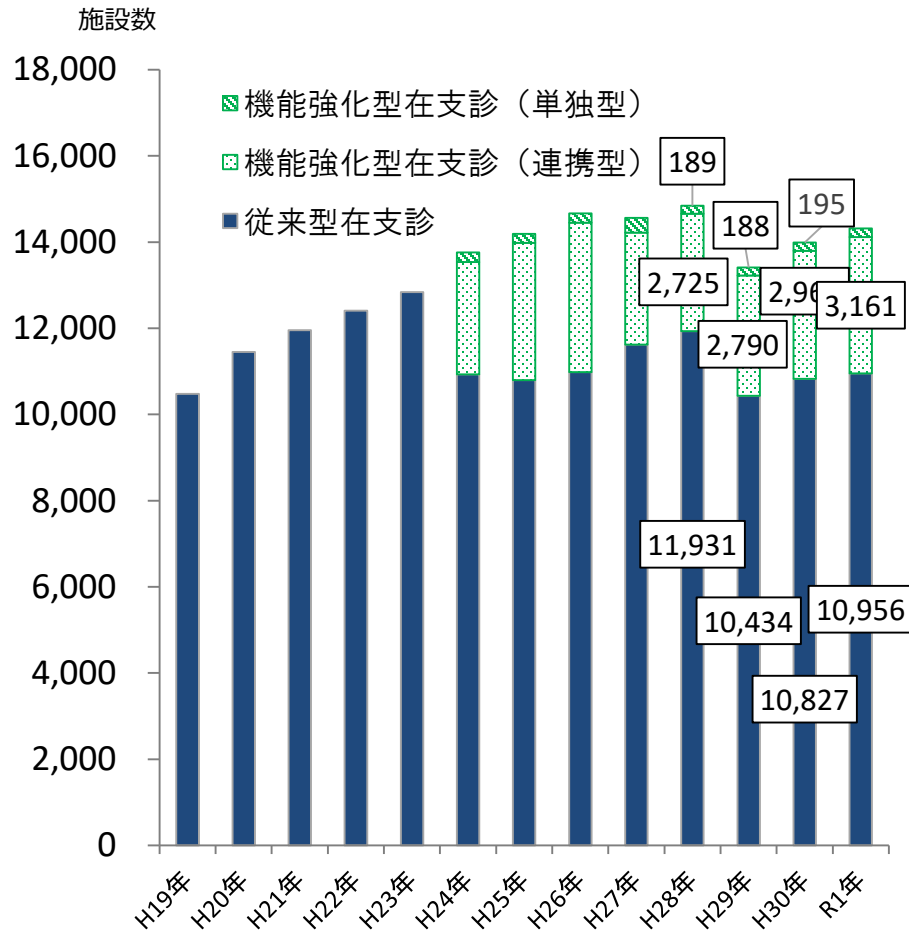
※診療所について：平成24年以前は抽出調査、平成25年以後は全数調査

保険局医療課調べ（各年7月1日時点）

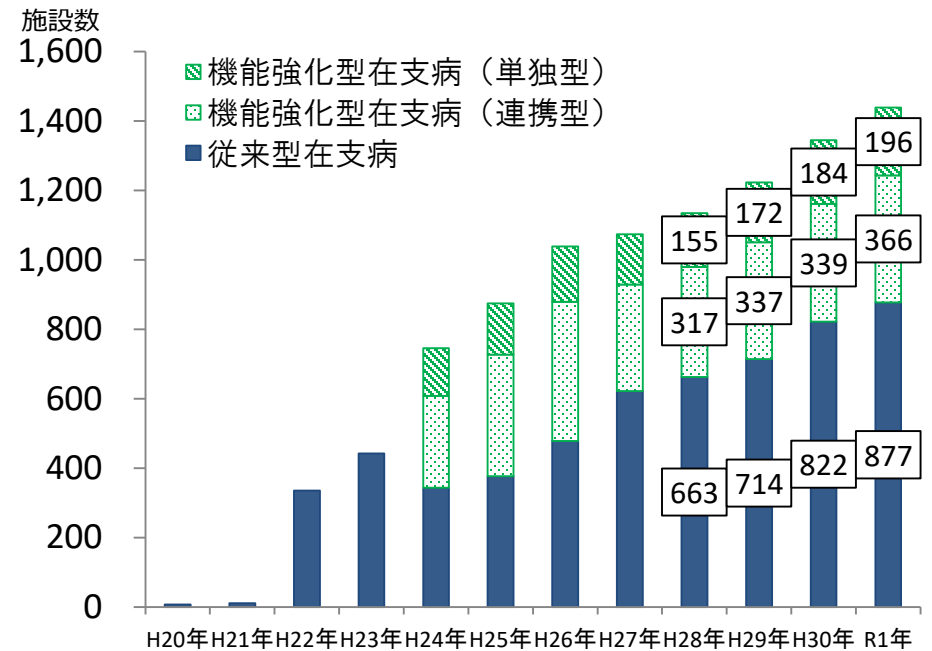
在宅療養支援診療所等の届出数

○ 在宅療養支援診療所は、増加傾向であったが、近年は概ね横ばいであり、在宅療養支援病院は、増加傾向である。

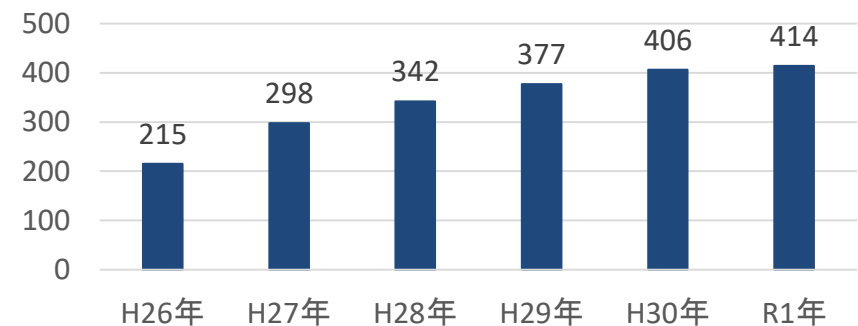
<在宅療養支援診療所>



<在宅療養支援病院>



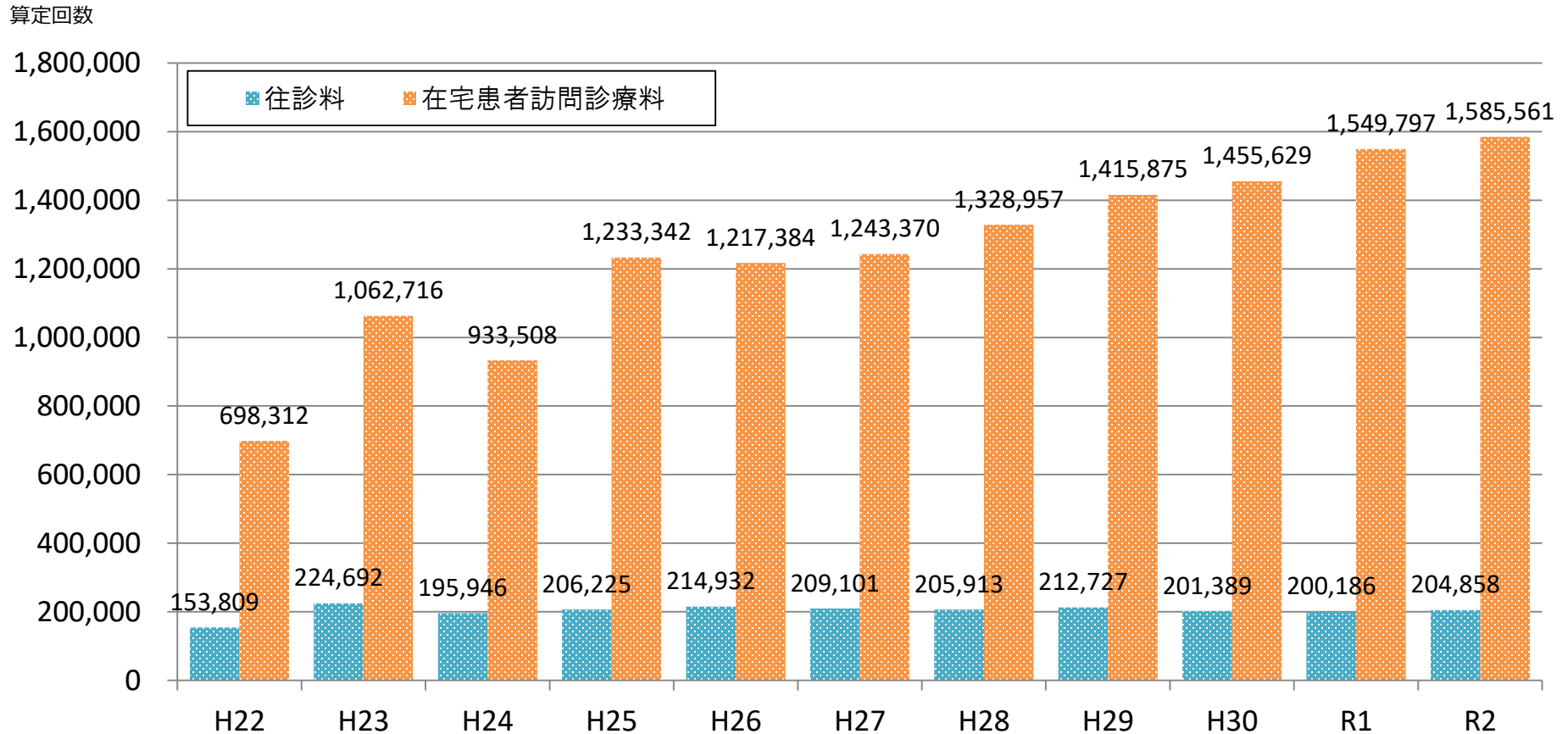
<在宅療養後方支援病院> ※平成26年新設



往診料・在宅患者訪問診療料の算定状況

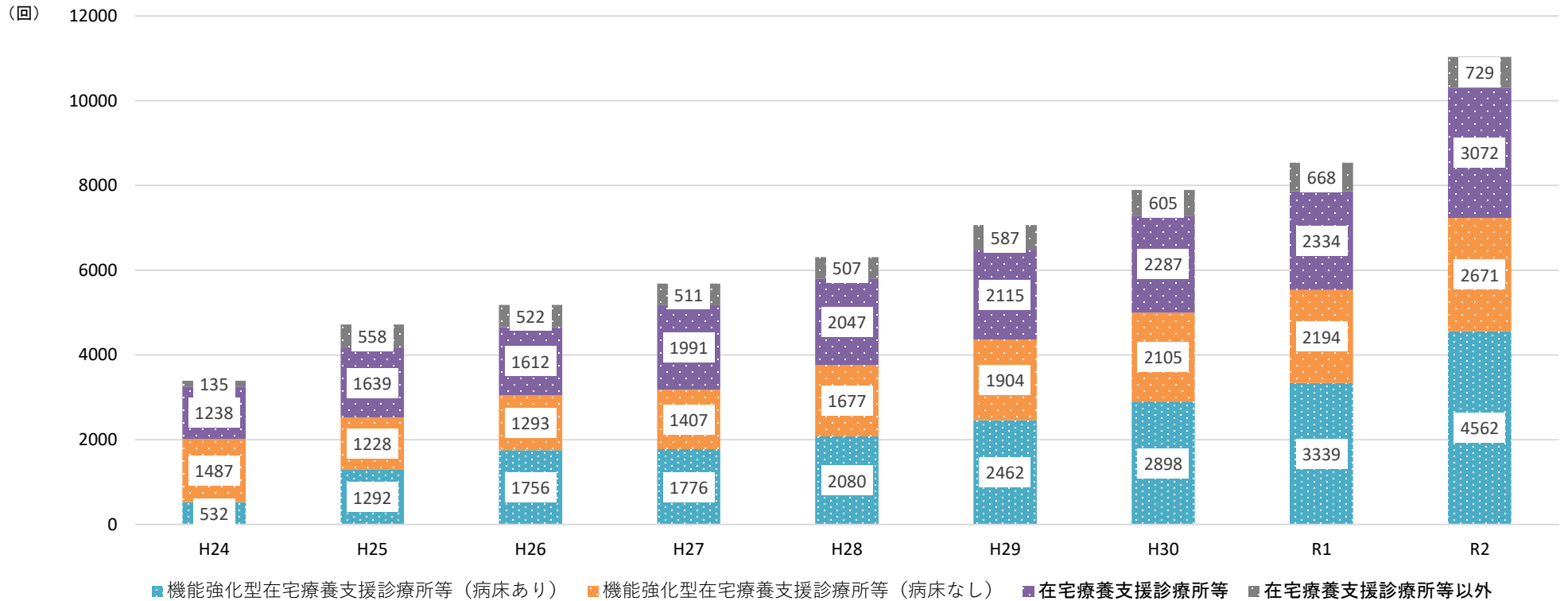
○ 往診料の算定回数は横ばいであり、在宅患者訪問診療料の算定回数は増加傾向である。

＜往診料・在宅患者訪問診療料の算定回数＞



在宅ターミナルケア加算の算定状況

○ 在宅ターミナルケア加算の算定回数は、増加傾向であり、特に、機能強化型在宅支援診療所等における算定回数が増加傾向である。



参考：（平成27年）

死亡者数：約129万人、死亡場所：自宅12.7%、老人ホーム6.3%
 →自宅＋老人ホームでの死亡者数は約24.5万人
 →1ヶ月当たり2.0万人

出典：厚生労働省「人口動態統計」

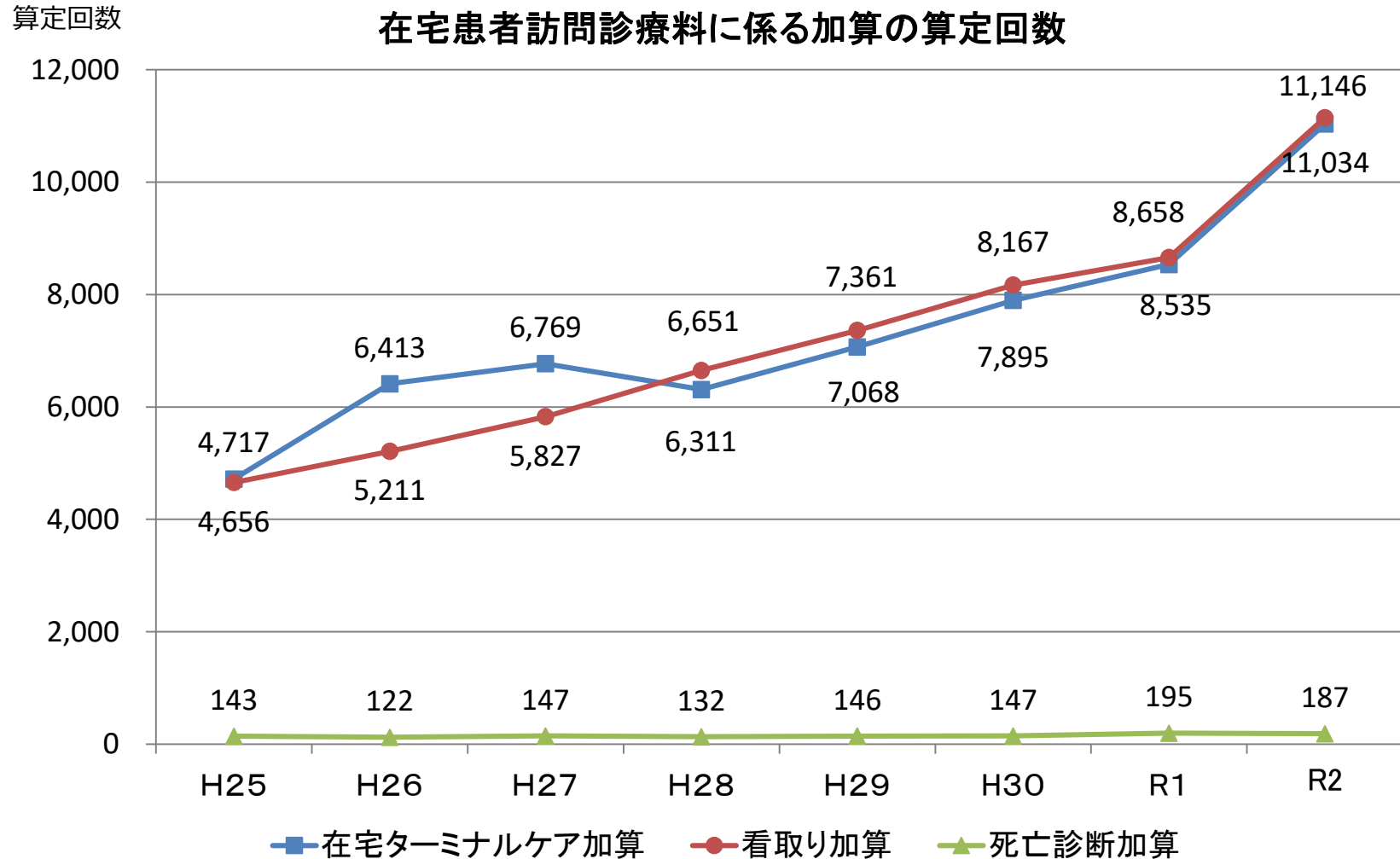
出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（各年6月審査分）

※病院について：平成22年以前は抽出調査、平成23年以後は全数調査

※診療所について：平成24年以前は抽出調査、平成25年以後は全数調査

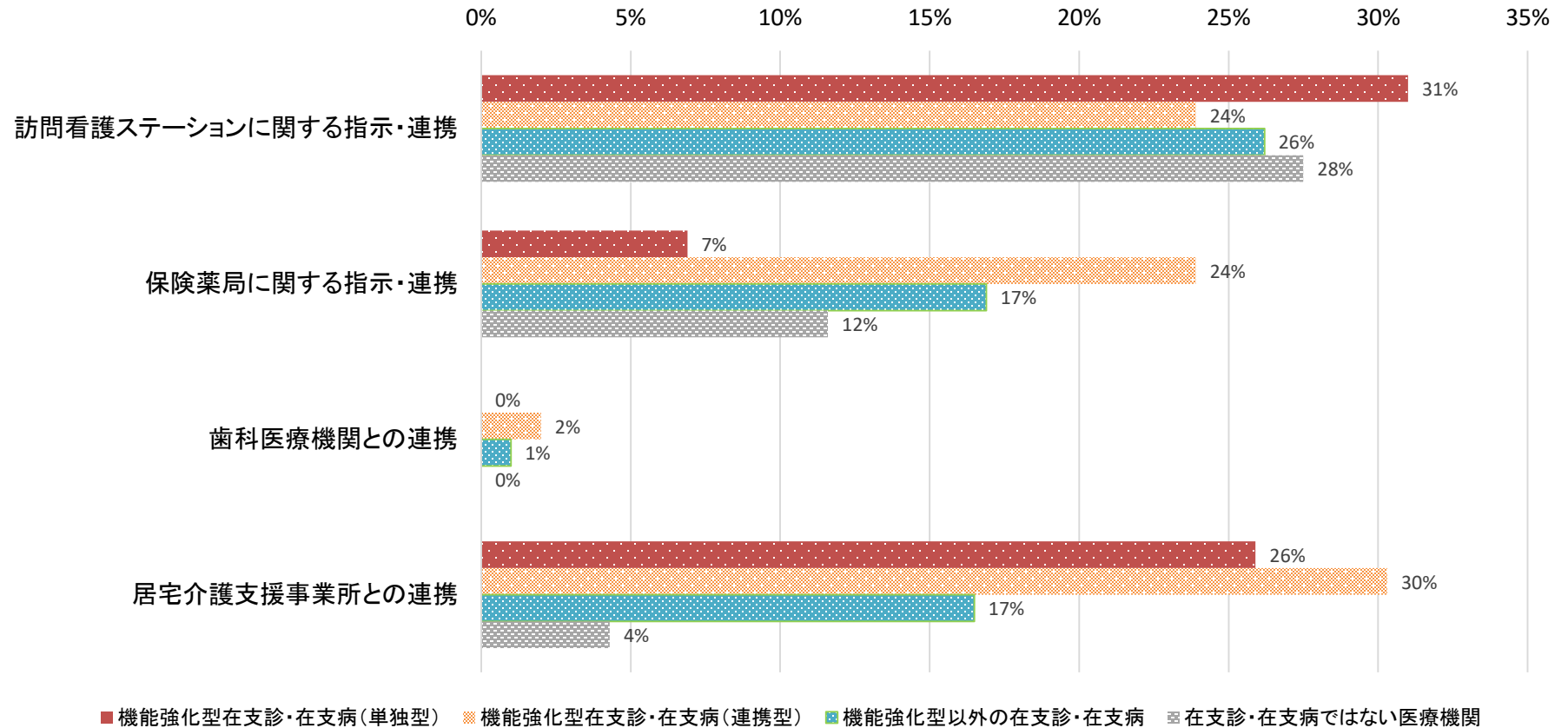
在宅ターミナルケア加算等の算定状況

○ 在宅ターミナルケア加算、看取り加算の算定回数は増加傾向である。



医師が実施している連携等の内容について

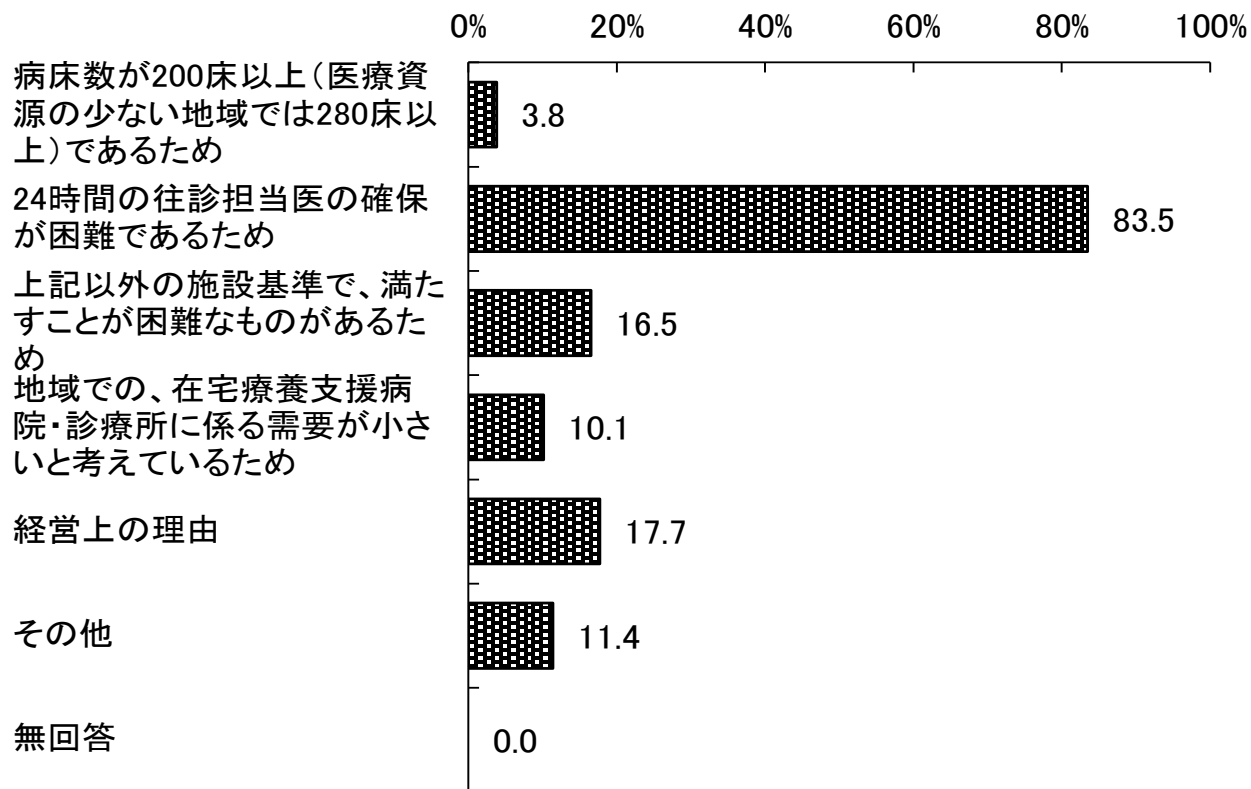
- 各病院・診療所における、医師が実施した連携等の実施状況は以下のとおりであった。
- 「居宅介護支援事業所との連携」については、在宅療養支援診療所・病院においては25～30%の患者に対し提供されており、それ以外の医療機関においては数%程度実施されていた。



在宅療養支援診療所の要件のうち、満たすのが困難な要件

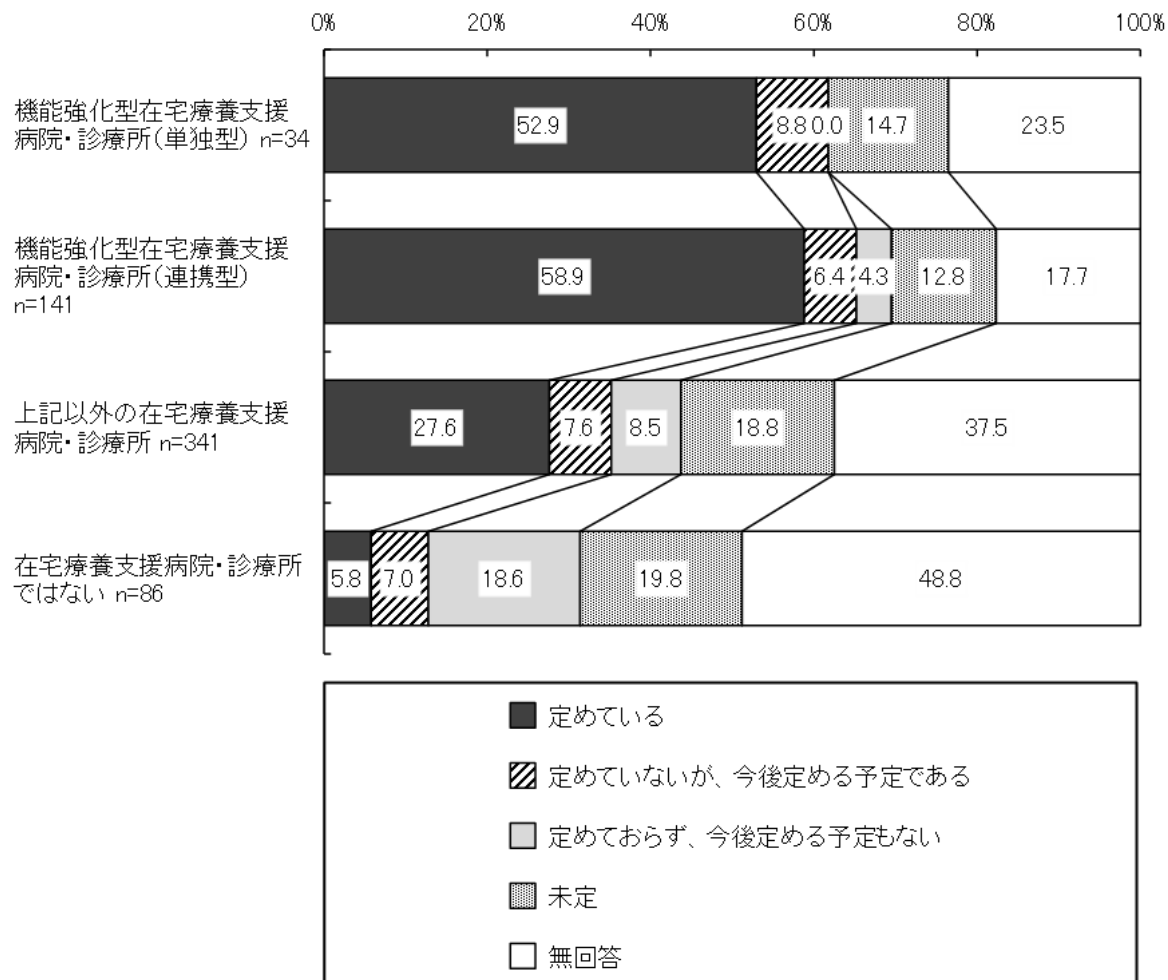
○ 届出を行わない理由について、「24時間の往診担当医の確保が困難であるため」83.5%が最も多かった。

n=79



「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等を踏まえた対応について

○ 看取りに対する指針の有無についてみると、機能強化型在宅療養支援病院・診療所(単独型)、機能強化型在宅療養支援病院・診療所(連携型)、在支病・在支診では「定めている」でそれぞれ52.9%、58.9%、27.6%、在支病・在支診以外では「未定」19.8%が最も多かった。



オンライン在宅管理料等について

在宅時医学総合管理料 オンライン在宅管理料

100点(1月につき) (平成30年度診療報酬改定において新設)

[主な算定要件]

ア オンライン在宅管理料は、対面診療の原則のもとで、訪問診療とオンライン診療を組み合わせた在宅診療計画を作成し、当該計画に基づいて、オンライン診療による計画的な療養上の医学管理を行うことを評価したものであり、月1回以上の訪問診療を行っている場合であって、訪問診療を実施した日以外の日にオンライン診療による医学管理を実施した場合に算定できる。なお、当該計画に基づかない他の傷病に対する診療は、対面診療で行うことが原則であり、オンライン在宅管理料は算定できない。

イ オンライン診療は、アの計画に基づき、訪問診療とオンライン診療を組み合わせた医学管理のもとで実施すること。

ウ オンライン在宅管理料が算定可能な患者は、在宅時医学総合管理料の算定対象となる患者であって、在宅時医学総合管理料を初めて算定した月から3月以上経過し、かつオンライン診療を実施しようとする月の直近3月の間、オンライン診療を行う医師と同一の医師により、毎月訪問診療を行っているものに限る。

エ 患者の同意を得た上で、訪問診療とオンライン診療を組み合わせた在宅診療計画を作成する。当該計画の中には、患者の急変時における対応等も記載する。

オ 当該計画に沿って、オンライン診療による計画的な療養上の医学管理を行った際には、当該管理の内容、当該管理に係るオンライン診療を行った日、診察時間等の要点を診療録に記載すること。

カ オンライン診療による計画的な療養上の医学管理を行う医師は、在宅時医学総合管理料を算定する際に診療を行う医師と同一のものに限る。ただし、在宅診療を行う医師が、同一の保険医療機関に所属する5人以下のチームで診療を行っている場合であって、あらかじめ診療を行う医師について在宅診療計画に記載し、複数医師が診療を行うことについて患者の同意を得ている場合に限り、事前の対面診療を行っていない医師がオンライン診療による医学管理を行っても差し支えない。

[施設基準]

オンライン診療料の施設基準を満たしていること。

精神科在宅患者支援管理料 精神科オンライン在宅管理料

100点(1月につき)

(平成30年度診療報酬改定において新設)

[主な算定要件]

ア 精神科オンライン在宅管理料は、対面診療の原則のもとで、訪問診療とオンライン診療を組み合わせた在宅診療計画を作成し、当該計画に基づいて、オンライン診療による計画的な療養上の医学管理を行うことを評価したものであり、訪問診療を実施した時間帯以外の時間帯にオンライン診療による医学管理を実施した場合に算定できる。なお、当該計画に基づかない他の傷病に対する診察は、対面診療で行うことが原則であり、精神科オンライン在宅管理料は算定できない。

イ オンライン診療は、アの計画に基づき、訪問診療とオンライン診療を組み合わせた医学管理のもとで実施すること。

ウ 精神科オンライン在宅管理料が算定可能な患者は、精神科在宅患者支援管理料の算定対象となる患者であって、精神科在宅患者支援管理料を初めて算定した月から3月以上経過し、かつオンライン診療を実施しようとする月の直近3月の間、オンライン診療を行う医師と同一の医師により、毎月訪問診療を行っているものに限る。

エ 患者の同意を得た上で、訪問診療とオンライン診療を組み合わせた在宅診療計画を作成する。当該計画の中には、患者の急変時における対応等も記載する。

オ 当該計画に沿って、オンライン診療による計画的な療養上の医学管理を行った際には、当該管理の内容、当該管理に係るオンライン診療を行った日、診察時間等の要点を診療録に記載すること。

カ オンライン診療による計画的な療養上の医学管理を行う医師は、精神科在宅患者支援管理料を算定する際に診療を行う医師と同一のものに限る。ただし、在宅診療を行う医師が同一の保険医療機関に所属する5人以下のチームで診療を行っている場合であって、あらかじめ診療を行う医師について在宅診療計画に記載し、複数医師が診療を行うことについて患者の同意を得ている場合に限り、事前の対面診療を行っていない医師がオンライン診療による医学管理を行っても差し支えない。

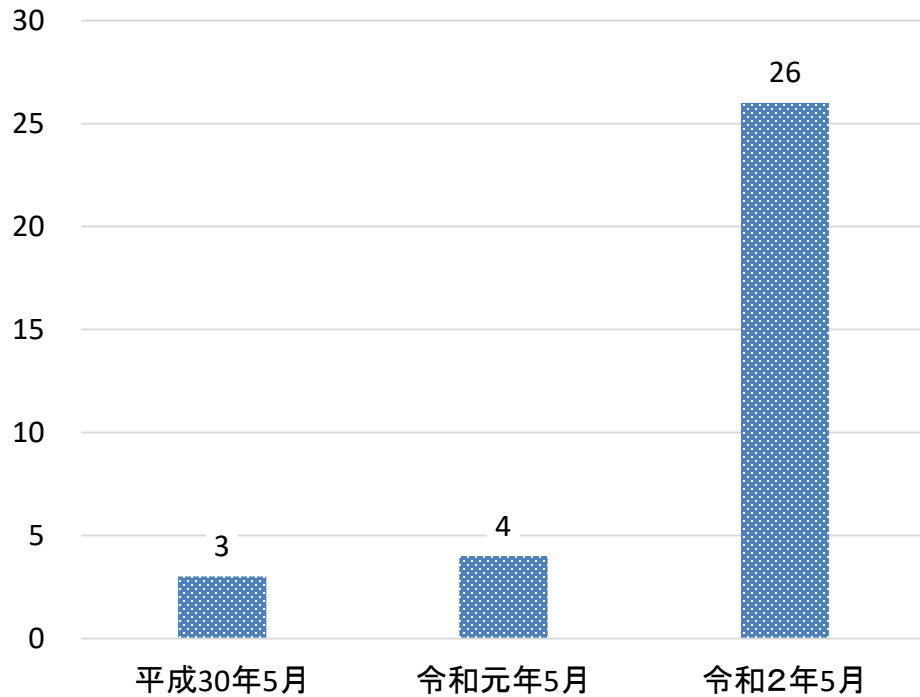
[施設基準]

オンライン診療料の施設基準を満たしていること。

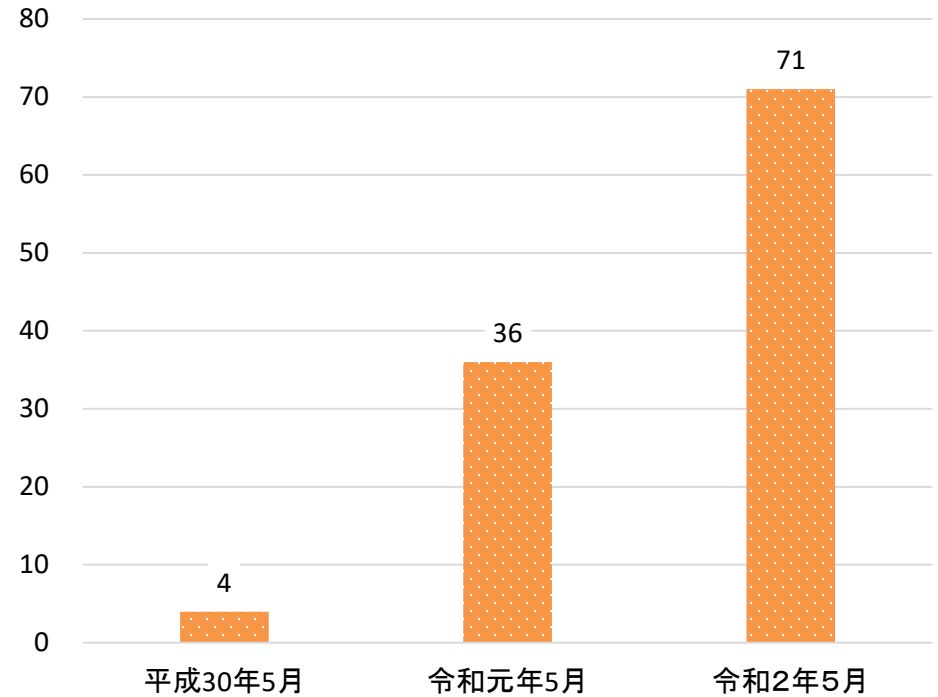
オンライン在宅管理料の算定状況

○ オンライン在宅管理料の算定医療機関数及び算定回数については、いずれも増加している。

オンライン在宅管理料 の算定医療機関数の推移



オンライン在宅管理料 算定回数の推移



遠隔モニタリング加算について

在宅酸素療法指導管理料 遠隔モニタリング加算 150点(1月につき)

(平成30年度診療報酬改定において新設)

[算定要件]

- ア 日本呼吸器学会「COPD(慢性閉塞性肺疾患)診断と治療のためのガイドライン」の病期分類でⅢ期以上の状態となる入院中の患者以外の患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、情報通信機器を活用して、脈拍、酸素飽和度、機器の使用時間及び酸素流量等の状態について定期的にモニタリングを行った上で、状況に応じ、療養上必要な指導を行った場合に、2月を限度として来院時に算定することができる。
- イ 患者の同意を得た上で、対面による診療とモニタリングを組み合わせた診療計画を作成する。当該計画の中には、患者の急変時における対応等も記載し、当該計画に沿ってモニタリングを行った上で、状況に応じて適宜患者に来院を促す等の対応を行う。なお、当該モニタリングの開始に当たっては、患者やその家族等に対し、情報通信機器の基本的な操作や緊急時の対応について十分に説明する。
- ウ 当該加算を算定する月にあっては、モニタリングにより得られた臨床所見等及び行った指導内容を診療録に記載すること。
- エ 療養上必要な指導はビデオ通話が可能な情報通信機器を用いて、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って行うこと。なお、当該診療に関する費用は当該加算の所定点数に含まれており、別に区分番号「A003」オンライン診療料を算定することはできない。

[主な施設基準]

- (1) 厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。



在宅酸素療法

持続陽圧呼吸療法



出典：日本呼吸器学会HP

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 遠隔モニタリング加算 150点(1月につき)

(平成30年度診療報酬改定において新設)

[算定要件]

- ア 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2の対象で、かつ、持続陽圧呼吸療法(CPAP)を実施している入院中の患者以外の患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、使用時間等の着用状況、無呼吸低呼吸指数等がモニタリング可能な情報通信機器を活用して、定期的なモニタリングを行った上で、状況に応じ、療養上必要な指導を行った場合又は患者の状態を踏まえた療養方針について診療録に記載した場合に、2月を限度として来院時に算定することができる。
- イ 患者の同意を得た上で、対面による診療とモニタリングを組み合わせた診療計画を作成する。当該計画の中には、患者の急変時における対応等も記載し、当該計画に沿ってモニタリングを行った上で、状況に応じて適宜患者に来院を促す等の対応を行う。
- ウ 当該加算を算定する月にあっては、モニタリングにより得られた臨床所見等を診療録に記載しており、また、必要な指導を行った際には、当該指導内容を診療録に記載していること。
- エ 療養上必要な指導は電話又はビデオ通話が可能な情報通信機器を用いて行う。当該情報通信機器を用いて行う場合は、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って行うこと。なお、当該診療に関する費用は当該加算の所定点数に含まれており、別に区分番号「A003」オンライン診療料を算定することはできない。

[主な施設基準]

- (1) リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な情報通信機器を用いて指導を行う場合は、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。

継続診療加算について

在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料

(平成30年度診療報酬改定において新設)

継続診療加算

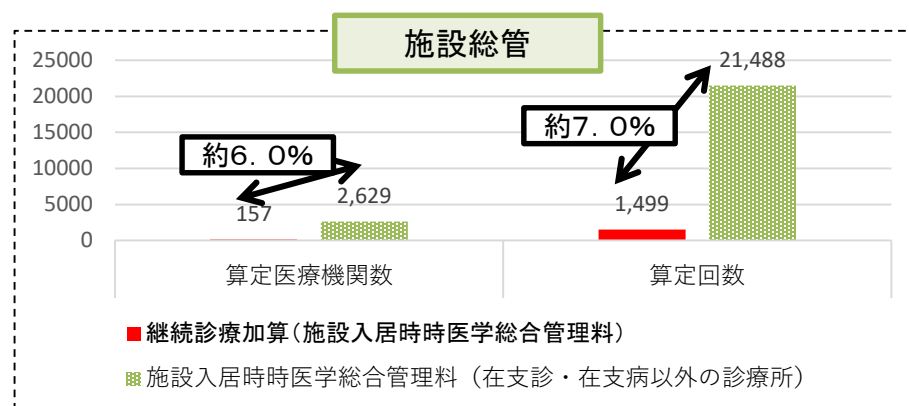
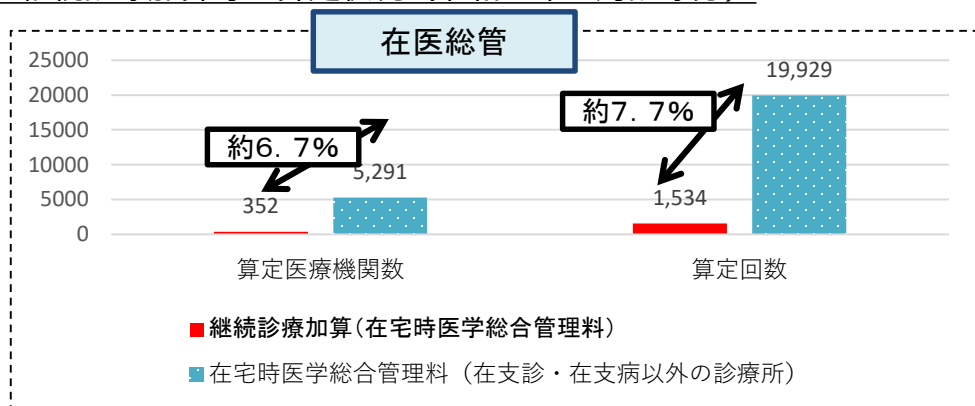
216点(1月に1回)

在支診以外の診療所が、かかりつけの患者に対し、他の医療機関との連携等により24時間の往診体制と連絡体制を構築した場合の評価。

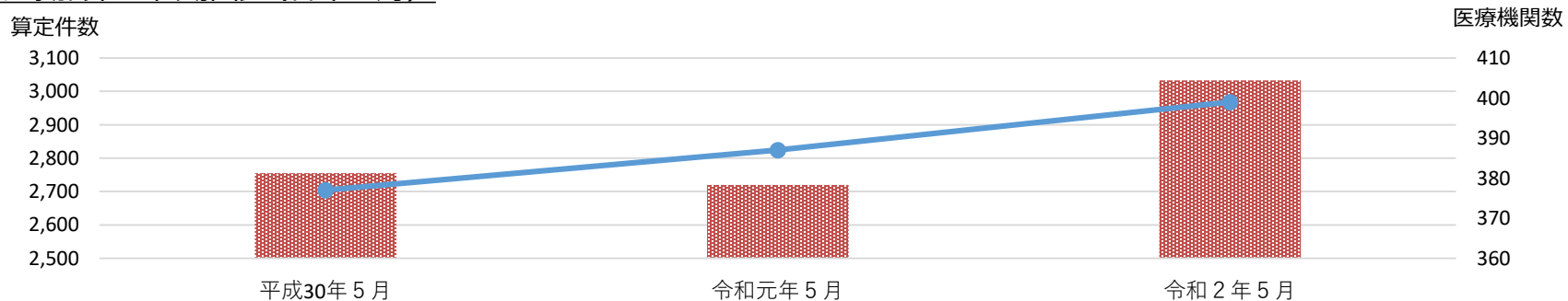
[主な算定要件]

- (1) 当該保険医療機関の外来又は訪問診療を継続的に受診していた患者であること。
- (2) 算定患者ごとに、連携する医療機関との協力等により、24時間の往診体制及び24時間の連絡体制を構築すること。
- (3) 訪問看護が必要な患者に対し、訪問看護を提供する体制を有していること。

●継続診療加算等の算定状況(令和2年5月診療分)



●継続診療加算の年次推移(各年5月)

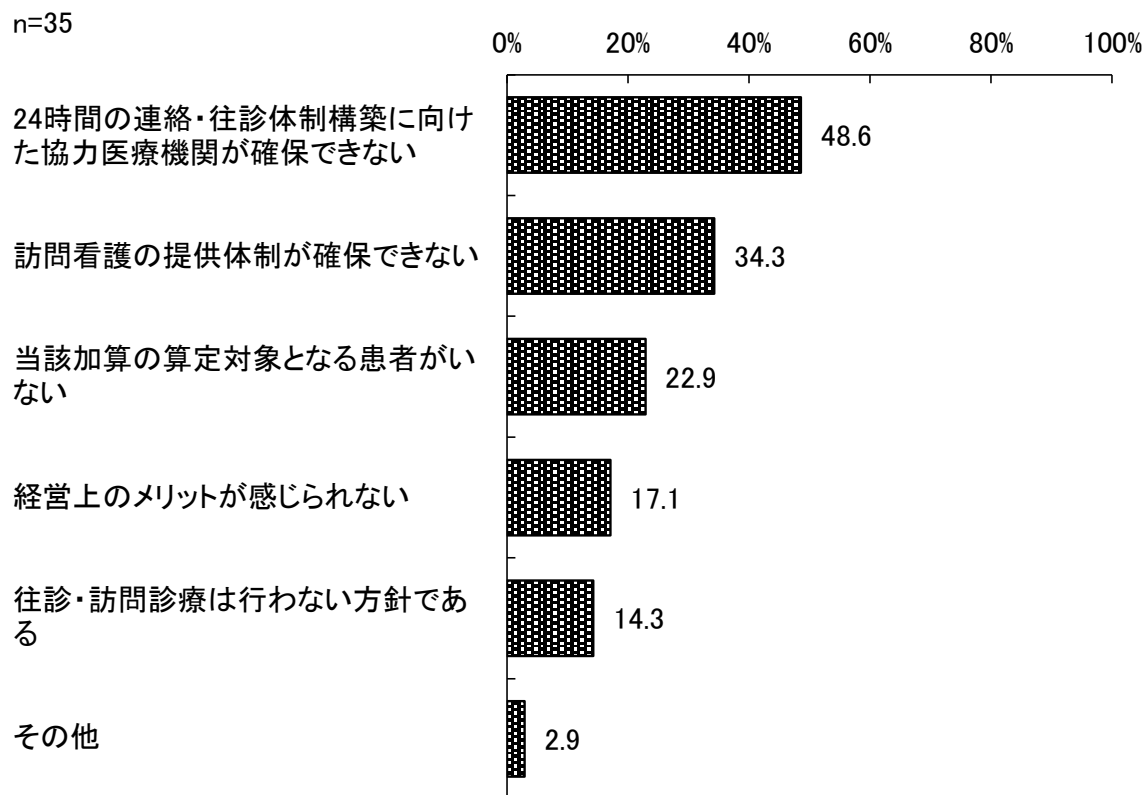


■ 件数 ● 医療機関数

継続診療加算について

○ 継続診療加算を算定していない理由は以下のとおりであり、最も多いものは、「24時間の連絡・往診体制構築に向けた協力医療機関が確保できない」であった。

継続診療加算を算定していない理由



在宅医療についての課題と論点

(在宅医療を取りまく現状について)

- ・ 在宅医療については、高齢化の進展及び地域医療構想による病床の機能分化・連携により、需要が大幅に増加することが見込まれている。
- ・ 今後も、年間の死亡数は増加傾向を示すことが予想され、最も年間死亡数の多い2040年と2015年では約39万人/年の差が推計されている。場所別の死亡者数をみると、近年は多くの方が「病院」で亡くなっているが、「最期を迎えたい場所」については、「自宅」が最も多い。
- ・ 在宅医療の体制構築に係る指針において、在宅医療において積極的役割を担う医療機関は「多職種連携を図りつつ、24時間体制で在宅医療を提供」、「医療、介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援」を行うことが望ましいとされている。また、医師会や市町村等の在宅医療に必要な連携を担う拠点は、「関係機関の連携による24時間体制の構築」を行うこととされている。
- ・ 在宅医療・介護連携推進事業において、市町村は、「地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、切れ目なく在宅医療と介護が一体的に提供される体制の構築を目指した取組を行う」こととされている。
- ・ 医療計画において、訪問診療を行う診療所・病院数に関する目標設定を各都道府県が行うこととされているが、現状の数が目標値に達していない都道府県が存在する。
- ・ 在宅医療の関係者会議において、「地域の病院と在宅医療との水平連携が不足している」、「かかりつけ医の在宅医療への参画等、在宅医療推進を支える体制が不十分である」、「医師会等関係団体と行政との連携が進んでいない地域がある」、「行政担当者が在宅医療について知らないことがある」等の在宅医療についての課題が指摘されている。

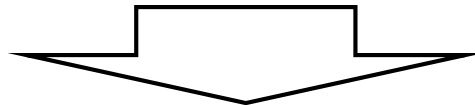
在宅医療についての課題と論点

(在宅医療領域における取組等について)

- ・ 在宅医療・介護連携推進事業において、各市町村により、地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、切れ目なく在宅医療と介護が提供される体制構築のために必要な取組が進められている。取組例として「主治医・副主治医制の導入」がある。
- ・ 都道府県により、居宅等の医療の提供に関する事業が行われている。事業例として、「訪問診療医のグループや急変時受入医療機関による連携に向けた情報交換会を実施する場合の経費を支援」等がある。
- ・ 緩和ケアのうち、在宅緩和ケアは、訪問診療・看護・介護を中心として行われる。
- ・ 特に、小児に対する緩和ケアにおいては、成人の緩和ケアとの違いが指摘されている。

(在宅医療に係る診療報酬上の評価について)

- ・ 平成18年度診療報酬改定において、高齢者が住み慣れた家庭や地域で療養しながら生活を送り、身近な人に囲まれて在宅での最期を迎えることも選択できるよう、在宅療養支援診療所を新設した。新設後、届出医療機関数は増加傾向であったが、近年は概ね横ばいとなっている。在宅療養支援診療所の届出を行わない理由として「24時間の往診担当医の確保が困難であるため」が最も多かった。
- ・ 平成30年度診療報酬改定において、在支診以外の診療所が、かかりつけの患者に対し、他の医療機関との連携等により24時間の往診体制と連絡体制を構築した場合の評価として、継続診療加算を新設した。算定回数は平成30年と比較して令和2年は増加していた。継続診療加算を算定していない理由として「24時間の連絡・往診体制構築に向けた協力医療機関が確保できない」が最も多かった。



【論点】

- 今後、在宅医療の需要が大幅に増加することが見込まれる中、在宅医療を担う医療機関と市町村・医師会との連携、及び、医療・介護の切れ目のない提供体制の構築等を推進し、質の高い在宅医療を十分な量提供できるようにするため、診療報酬の在り方について、どのように考えるか。