

在宅(その2)

在宅医療について

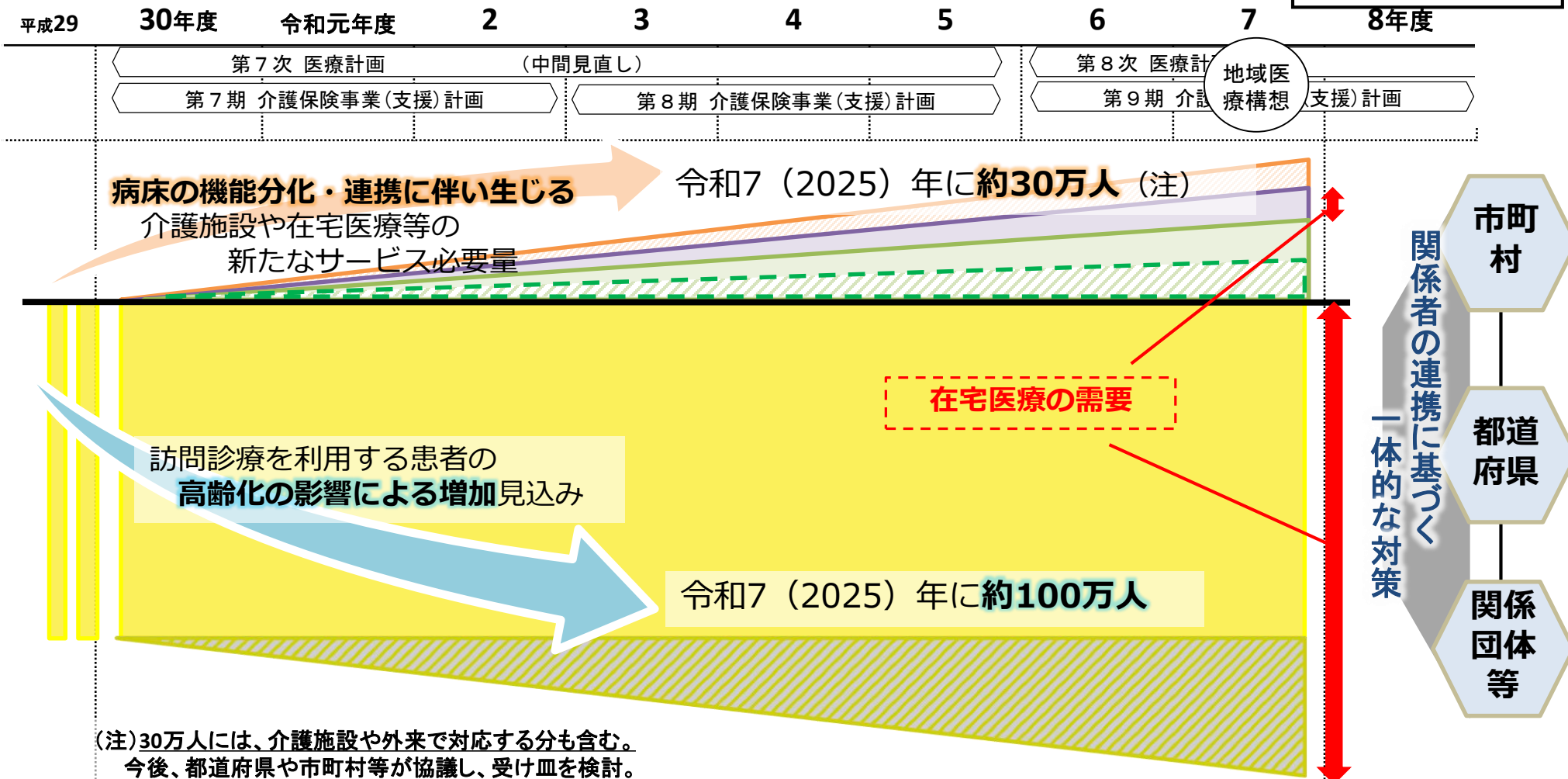
在宅医療について

1. 在宅医療の現状等について
2. 継続診療加算について
3. 在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について
4. 外来を担当する医師と在宅を担当する医師の連携について
5. 在宅ターミナルケア加算について
6. 論点

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。

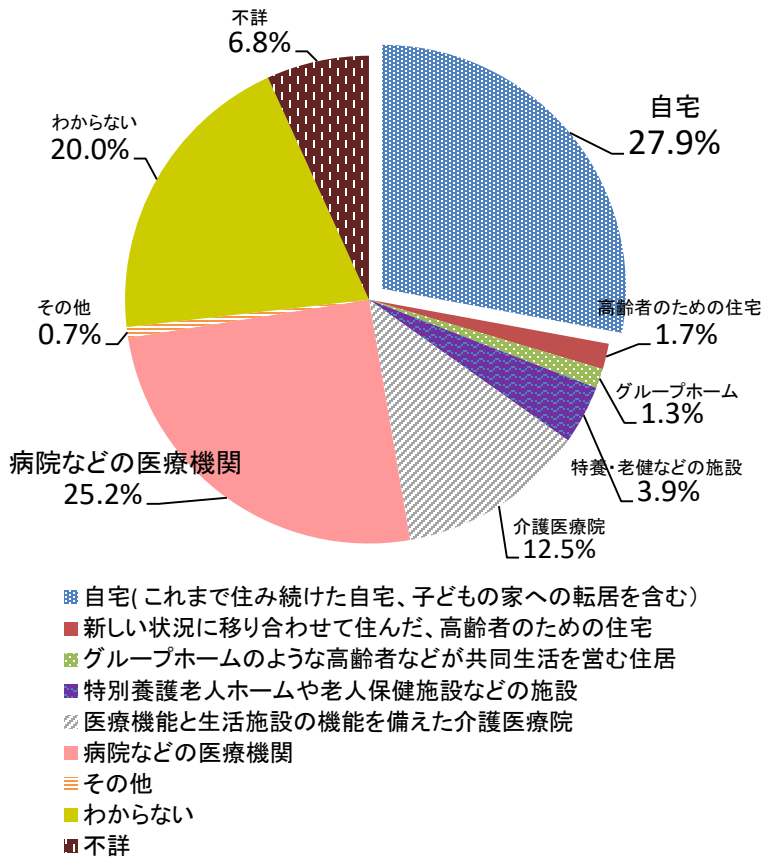
中医協 総 - 1 - 1
3 . 8 . 2 5



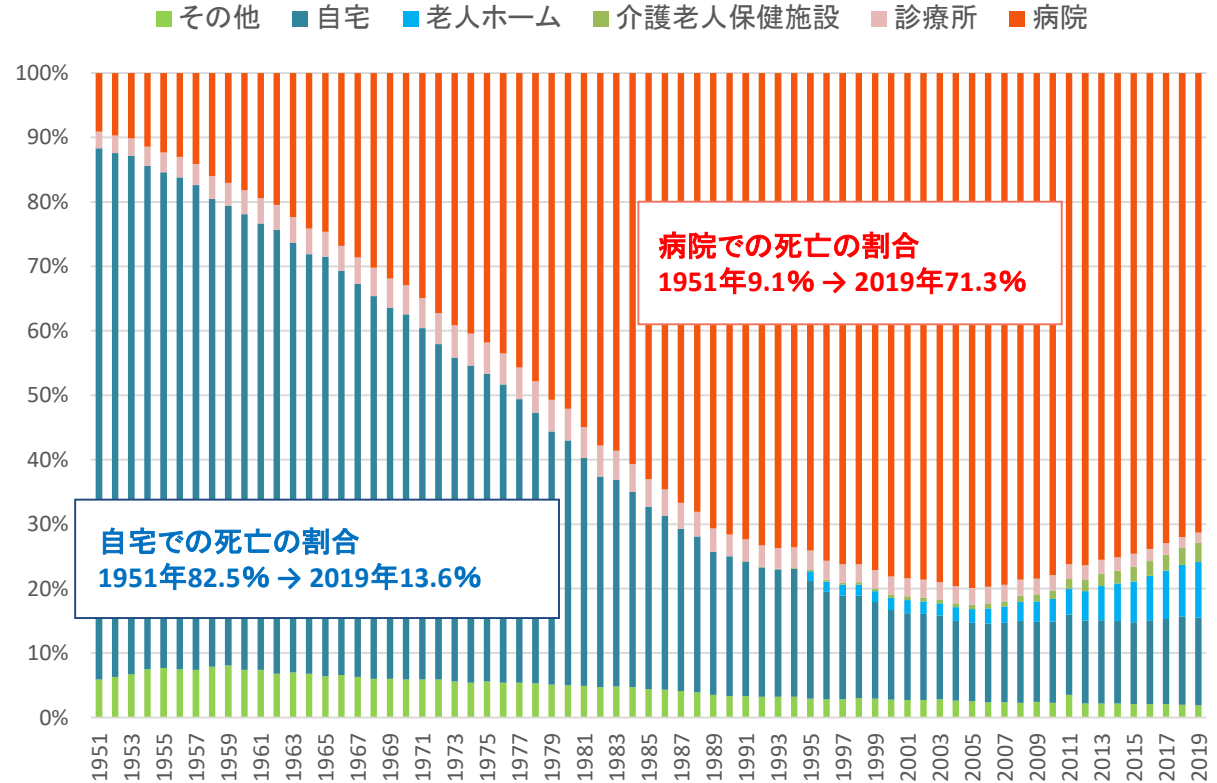
(注)30万人には、介護施設や外来で対応する分も含む。今後、都道府県や市町村等が協議し、受け皿を検討。

- 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



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

中医協 総-1-1 (改)
3 . 8 . 2 5

【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

在宅医療に係る主な指摘事項

(8月25日 中央社会保険医療協議会 総会)

- 今回改定でも在宅医療を推進すべきであり、その際、かかりつけ医が外来の延長で在宅に尽力している医療機関と、在宅専門の医療機関とでは、提供される医療の効率性が大きく異なることを踏まえる必要があるのではないかと。
- 質の高い在宅医療を十分な量提供するという視点が大変重要であり、安易に量の確保を追求すると、かかりつけ医と在宅医の連携が分断され、質が低下することも懸念されたり、逆に、質の追求が過ぎると、算入する医療機関が増えないなどとなるため、ベストバランスを考えて底上げすることが必要である。
- 24時間の往診体制・連絡体制を構築した場合の評価として継続診療加算が創設されたが、まだあまり普及していない。24時間対応を義務とするのではなく、例として、すぐに入院できる病床を確保している医療機関や、地域の初期救急と連携した上で、在支診でない一般の医療機関も含めて、在宅を担う医療機関同士の連携により、地域でチーム医療として行えるようにするような評価を行うべきではないかと。
- 在宅療養支援病院と一般の診療所との連携を進めることで、24時間の在宅医療を提供する体制構築を進めるべきではないかと。
- 在宅療養支援診療所の届出や継続診療加算を届出ない理由として、24時間体制が理由として最も多いが、24時間体制の確保は在宅医療に重要ではないかと。そのため、自院のみで体制を確保することが困難な場合に、他の医療機関と連携して在宅医療を提供するような場合についての報酬の在り方をさらに検討するべきではないかと。
- 量の確保のために安易に要件緩和等を行うべきではなく、質の担保を前提に、かかりつけ医を中心とし、地域の中で在宅の取組を進めていくべきではないかと。

在宅医療について

1. 在宅医療の現状等について
2. 継続診療加算について
3. 在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について
4. 外来を担当する医師と在宅を担当する医師の連携について
5. ターミナルケア加算について
6. 論点

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)

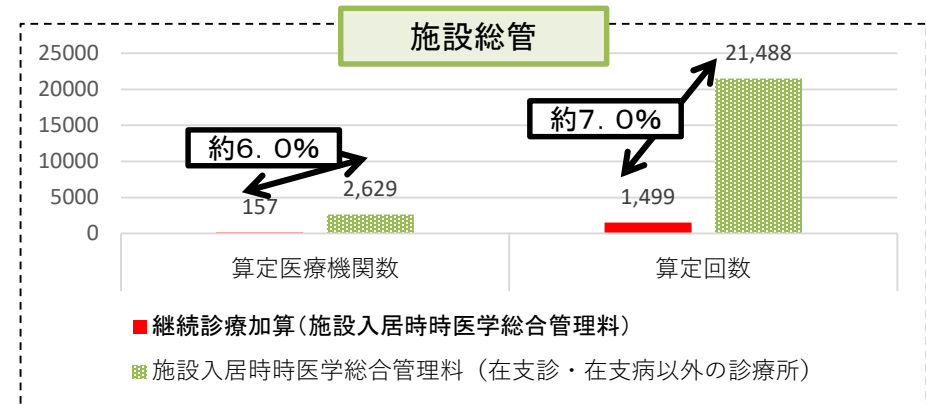
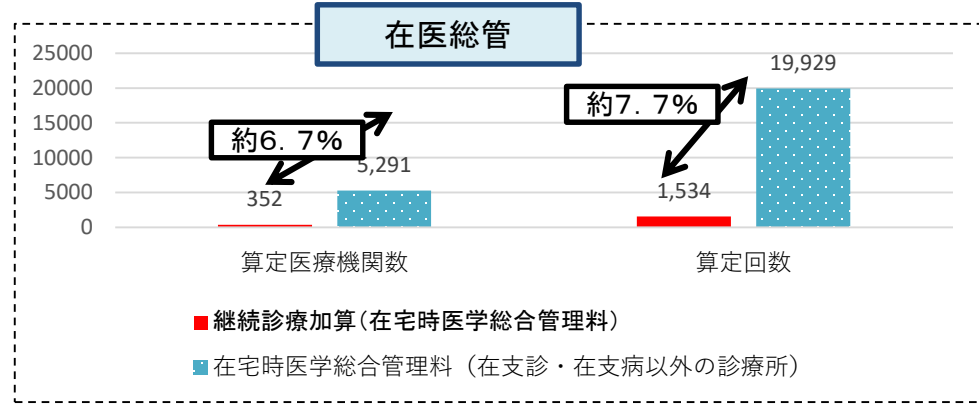
継続診療加算 216点(1月に1回)

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。

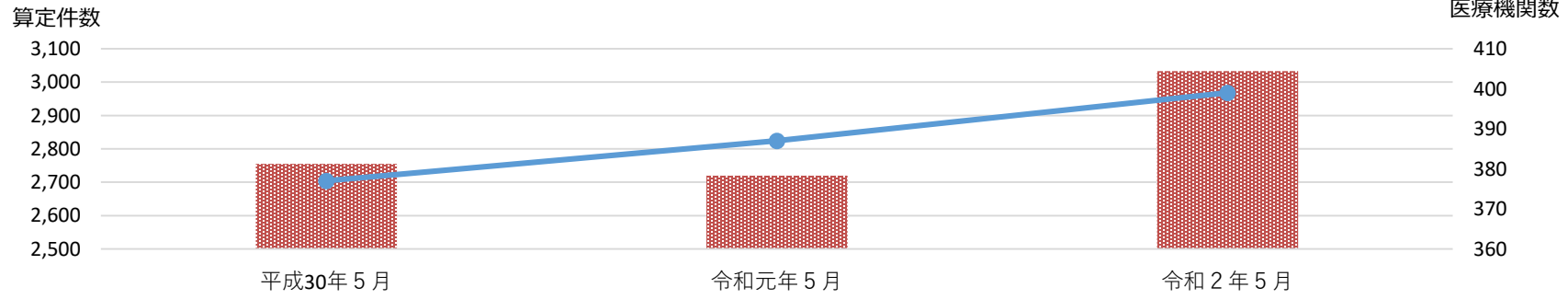
[主な算定要件]

- (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)



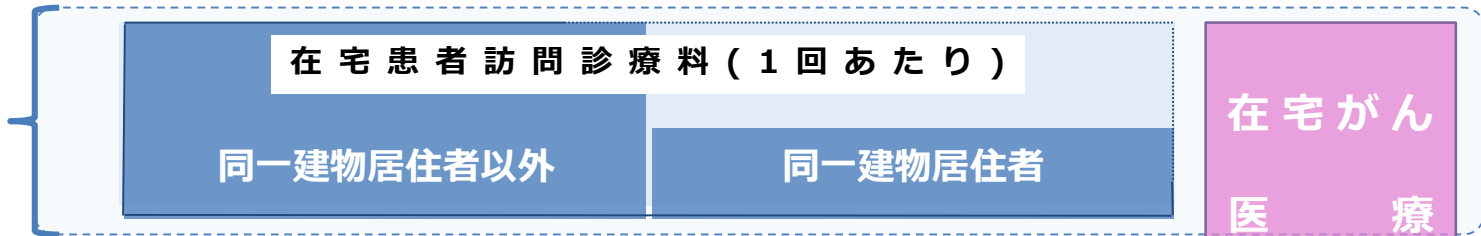
出典：社会医療診療行為別統計

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。

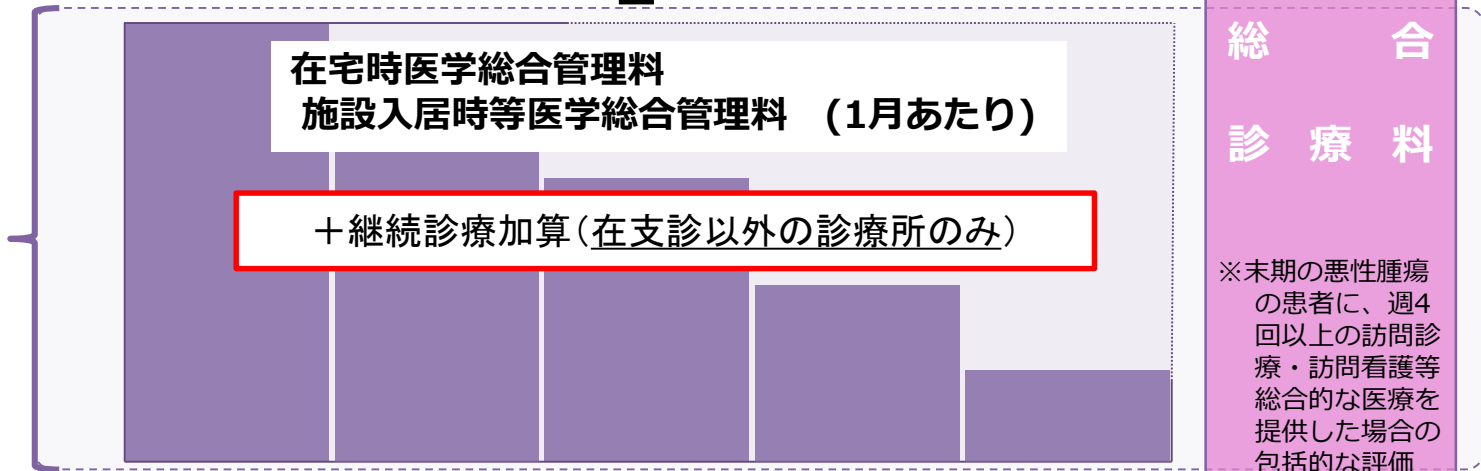
①定期的に訪問して診療を行った場合の評価

- 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

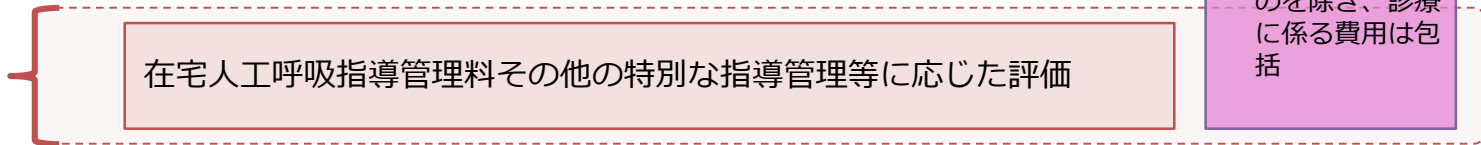


②総合的な医学的管理等を行った場合の評価

- 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。

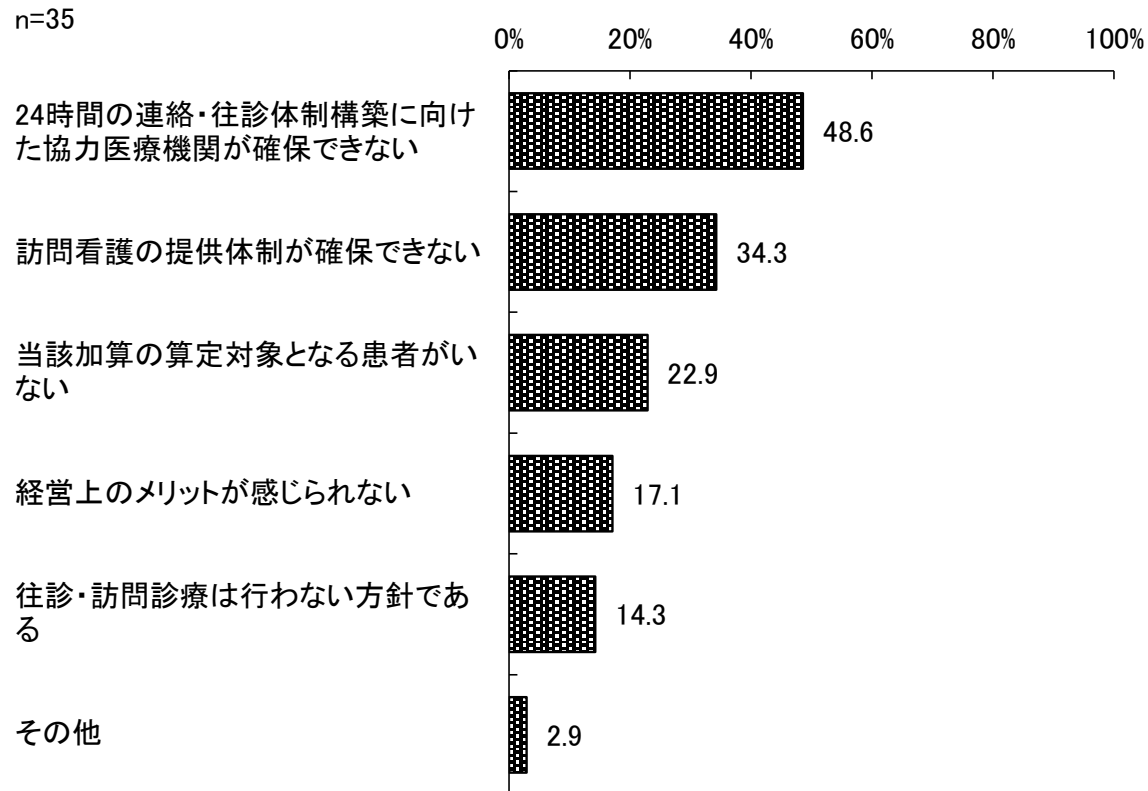
継続診療を算定する場合の管理料の比較

○ 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継続診療加算を算定した場合の点数は以下のとおり(赤字部分)。

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			その他の診療所 上端: 通常の点数 下段: 継続診療加算込み			
	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 ~	
在宅時 医学総合管理料	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 3666点	2835点 3051点	1800点 2016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 2966点	1475点 1691点	750点 966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 1976点	995点 1211点	560点 776点
施設入居時等 医学総合管理料	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 2666点	2025点 2241点	1800点 2016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 2166点	1025点 1241点	750点 966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 1496点	725点 941点	560点 776点

○ 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



「24時間」の要件について

- 24時間の往診体制や連絡体制等についての要件は以下のとおり。
- 継続診療加算においては、当該医療機関単独又は他の医療機関と連携した上で、24時間の「往診を行う体制」及び「連絡を受ける体制」を求めている。

		24時間要件					
		往診を行う体制		訪問看護を行う体制		連絡を受ける体制	
		単独	連携	単独	連携	単独	連携
在宅療養支援診療所	単独型	○	×	○	○	○	×
	連携型	○	○	○	○	○	○
	その他	○	○	○	○	○	×
在宅療養支援病院	単独型	○	×	○	○	○	×
	連携型	○	○	○	○	○	○
	その他	○	×	○	○	○	×
継続診療加算		○	○	—	—	○	○

○:要件を満たす
 ×:要件を満たさない
 —:施設基準上の要件ではない

地域で取り組まれている在宅医療連携モデル(例)

- 各地域において、在宅医療を提供している医療機関同士の連携が、様々な形で行われている。

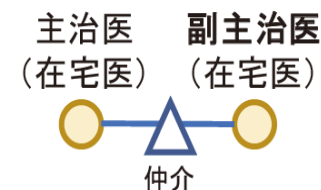
(1) 在宅医の相互協力

背景

- 板橋区ではもともと地域に根付いた2代目、3代目の在宅医が多く、地域に根付いた医療が行われていた。
- 区主催の「在宅医療推進協議会」(年1回開催)では病床確保等について協議が行われ、同じく板橋区主催(H28 までは医師会主催)の「在宅療養ネットワーク懇和会」(半年に1回開催)では、医師会・薬剤師会・歯科医師会・ケアマネジャー等が持ちまわりで主催を行い、地域医療についての検討が行われている。

連携の一例

- 医師会療養相談室が仲介を行う主治医・副主治医制の運用
- 在宅医が学会等へ参加する等の事情で看取りが必要な患者の対応ができない可能性がある等の場合、別の在宅医が当該患者の対応を行えるシステムを運用



地域で有効に機能している在宅医療連携モデル(例)

- 各地域において、在宅医療を提供している医療機関同士の連携が、様々な形で行われている。

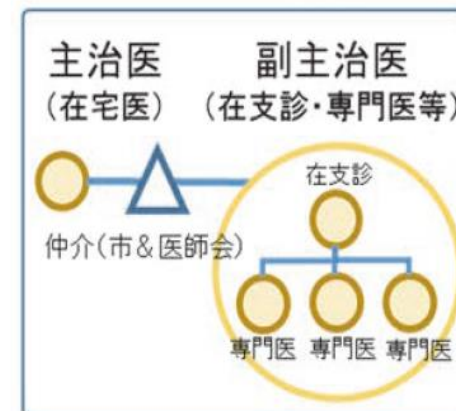
(2) かかりつけ医によるグループ形成

背景

- 柏市では、長寿化の進展により慢性疾患患者が増加し、「病院完結型」から、在宅生活を支える「地域完結型」の医療・介護サービス提供に迫られている(病院は多いが病床稼働率が高く、早晚患者受入れの限界になる)。
- 一方、診療所は外来対応で忙しく、専門領域外の医療や24時間対応に不安があり、在宅医療に取り組む医師が少なかった。
- そこで、柏市は柏市医師会と理念共有のもとで、多職種を巻き込みながら、在宅医の増加・連携づくり・市民啓発に取り組んでいる。

連携の一例

- 医師会及び市による、かかりつけ医グループ形成によるバックアップ
- 主治医(患者を主に訪問診療する医師)と副主治医(主治医が訪問診療できない時の訪問診療を補完する医師)とが相互に協力して患者に訪問診療を提供する。



在宅医療に係る課題(小括1)

(継続診療加算について)

- ・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。
- ・各地域において、今後も増大する在宅医療のニーズに対応するために、地域の医療資源等を踏まえた上で、医療機関等が適切に役割分担すること等により、在宅医療の提供体制の構築が進められている。

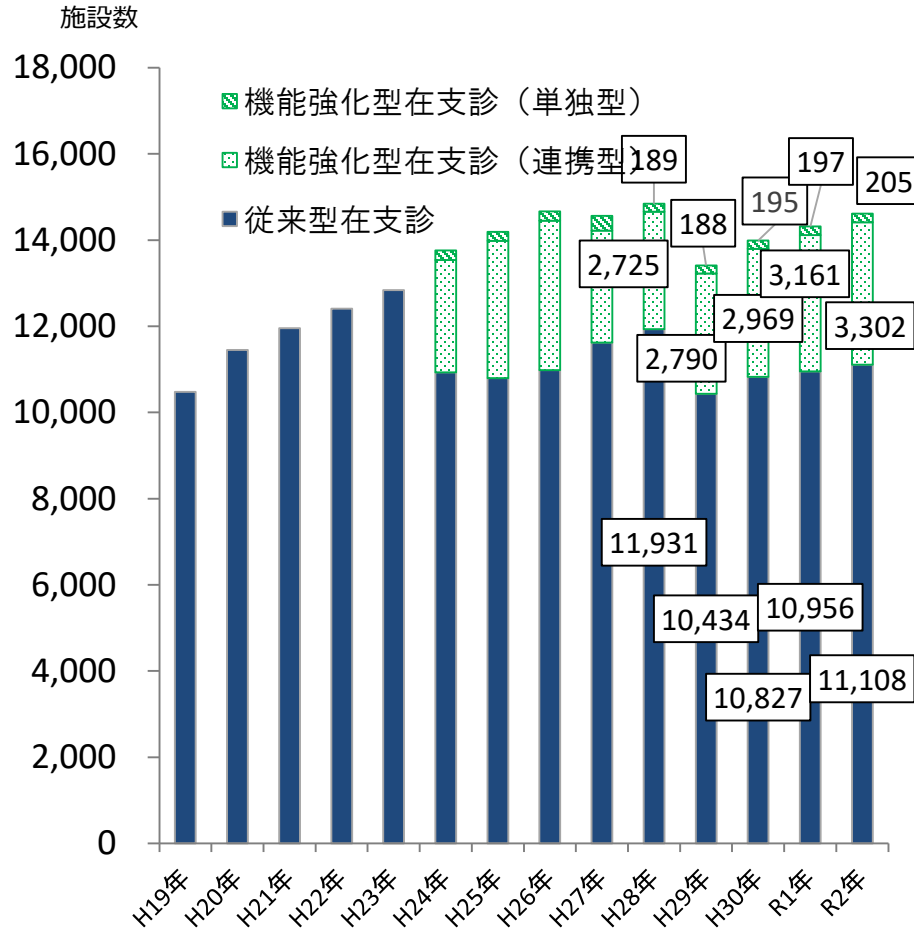
在宅医療について

1. 在宅医療の現状等について
2. 継続診療加算について
3. 在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について
4. 外来を担当する医師と在宅を担当する医師の連携について
5. 在宅ターミナルケア加算について
6. 論点

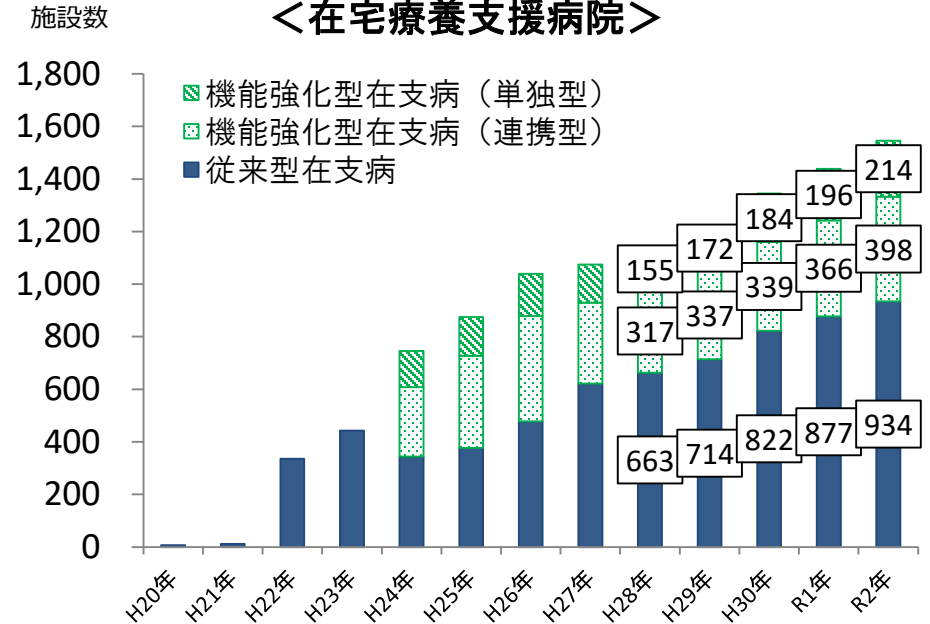
在宅療養支援診療所等の届出数

○ 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。

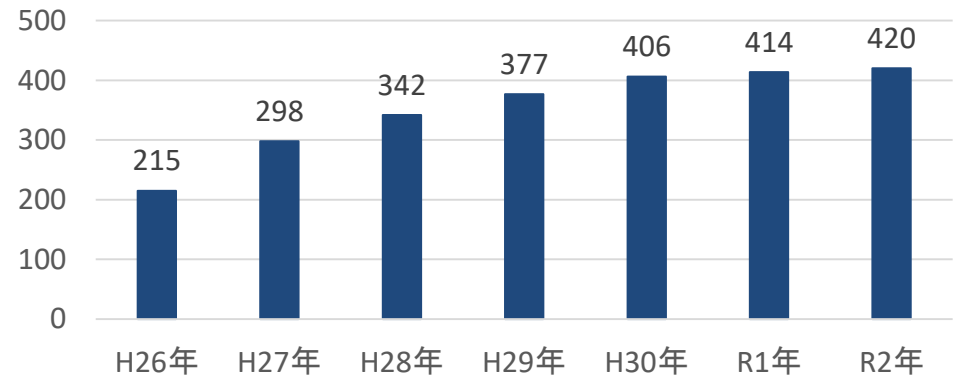
<在宅療養支援診療所>



<在宅療養支援病院>

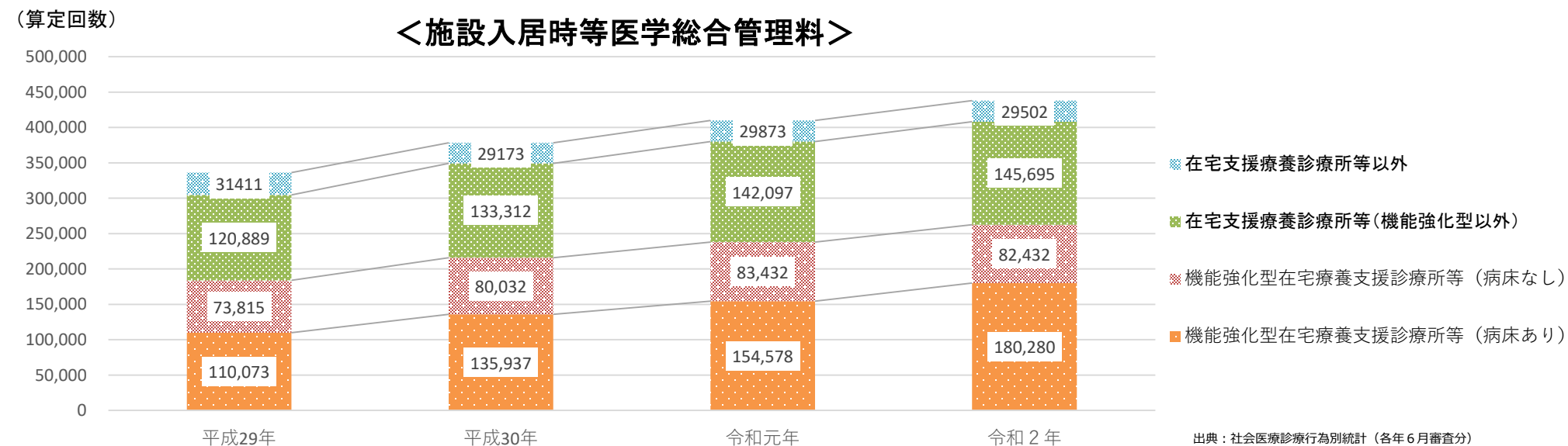
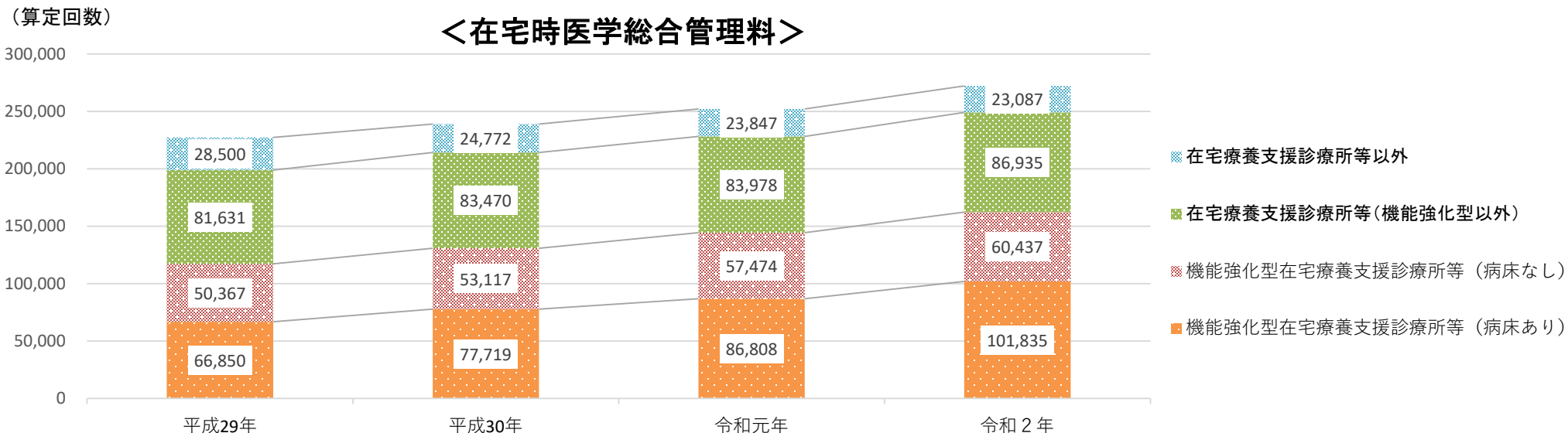


<在宅療養後方支援病院> ※平成26年新設



在宅時医学総合管理料及び施設入居時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、算定している医療機関の種類別の算定回数は以下のとおりであり、多くが在宅療養支援診療所等において算定されていた。



- 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

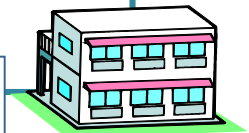
- ・在宅療養支援診療所
- ・在宅療養支援病院 等



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



在宅医療において積極的役割を担う医療機関について

○ 『在宅医療の体制構築に係る指針』において、「自ら24時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、他の医療機関の支援も行いながら、医療や介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援を行う病院・診療所を在宅医療において積極的役割を担う医療機関」を医療計画に位置付けることが望ましい、とされており、これは、在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所等の中から位置付けられることが想定されている。

- 自ら24時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、他の医療機関の支援も行いながら、医療や介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援を行う病院・診療所を、在宅医療において積極的役割を担う医療機関として医療計画に位置付けることが望ましい。
- 基本的には、在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所等の中から位置付けられることを想定している。

① 目標

- ・在宅医療の提供及び他医療機関の支援を行うこと
- ・多職種が連携し、包括的、継続的な在宅医療を提供するための支援を行うこと
- ・在宅医療に関する人材育成を行うこと
- ・災害時および災害に備えた体制構築への対応を行うこと
- ・患者の家族への支援を行うこと
- ・在宅医療に関する地域住民への普及啓発を行うこと

② 在宅医療において積極的役割を担う医療機関に求められる事項

- ・医療機関(特に一人の医師が開業している診療所)が必ずしも対応しきれない夜間や医師不在時、患者の病状の急変時等における診療の支援を行うこと
- ・在宅での療養に移行する患者にとって必要な医療及び介護、障害福祉サービスが十分確保できるよう、関係機関に働きかけること
- ・在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉関係者に必要な基本的知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行うこと
- ・臨床研修制度における地域医療研修において、在宅医療の現場での研修を受ける機会等の確保に努めること
- ・災害時等にも適切な医療を提供するための計画(人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む)を策定し、他の医療機関等の計画策定等の支援を行うこと
- ・地域包括支援センター等と協働しつつ、療養に必要な医療及び介護、障害福祉サービスや家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること
- ・入院機能を有する医療機関においては、患者の病状が急変した際の受入れを行うこと
- ・地域住民に対し、在宅医療の内容や地域の医療及び介護、障害福祉サービスに関する情報提供を行うこと

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

中医協 総-1-1 (改)
3 . 8 . 2 5

	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 ※ 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			
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		

在宅療養支援病院の実績について

- 在宅療養支援病院について、年間の緊急往診件数は以下のとおり。
- 0件の病院がみられる一方、31件以上の病院もみられた。
- 緊急往診件数が0件の病院の、在宅患者の年間の入院受入数は、31件以上が最多であった。

〈年間の緊急往診件数〉

緊急往診件数	0件	1～10件	11～30件	31件以上
平成27年度	38	70	47	24
平成28年度	42	75	53	31
平成29年度	47	81	55	34



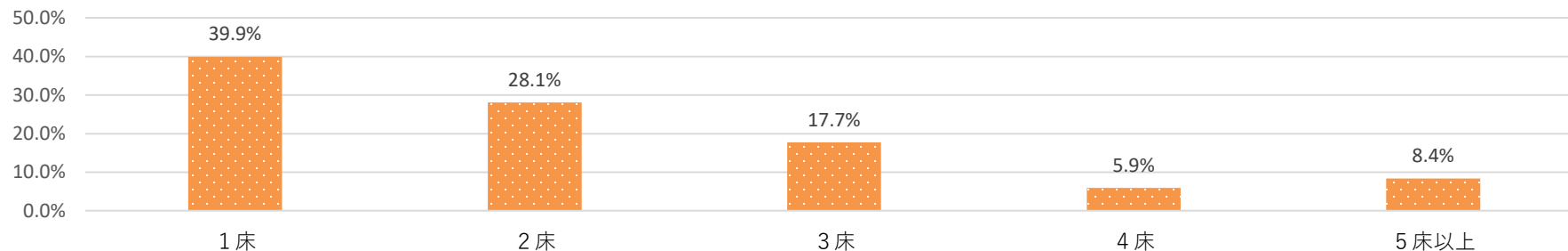
〈在宅患者の年間総入院数〉

受入件数	0件	1～10件	11～30件	31件以上	未記入	合計
平成27年度	2	3	0	27	6	38
平成28年度	3	3	1	27	8	42
平成29年度	4	2	0	33	8	47

在宅療養支援病院の実績について

- 在宅療養支援病院について、緊急時入院のための常時確保病床の状況及び在宅患者入院受入数は以下のとおり。
- 緊急時入院のための常時確保病床について、1床との病院が最多であった。一方、5床以上の病院もみられた。
- 在宅患者の年間入院受入数について、0件の病院がみられる一方、31件以上の病院もみられた。

緊急時入院のための常時確保病床数（n=203）



在支診からの在宅患者入院受入数

受入件数	0件	1～10件	11～30件	31件以上
平成27年度	57	27	14	19
平成28年度	59	29	19	23
平成29年度	69	36	18	26

在支診以外からの在宅患者入院受入数

受入件数	0件	1～10件	11～30件	31件以上
平成27年度	33	15	13	49
平成28年度	34	15	14	54
平成29年度	41	17	14	60

【平成26年度診療報酬改定】

・ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の創設

[主な要件]

- 看護配置13対1以上、専従の理学療法士・作業療法士又は言語聴覚士1人以上、専任の在宅復帰支援担当者1人以上
 - 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A項目1点以上の患者が10%以上
 - 在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院として年3件以上の受入実績、二次救急医療施設、救急告示病院のいずれかを満たすこと
 - データ提出加算の届出を行っていること
 - リハビリテーションを提供する患者について、1日平均2単位以上提供していること。
 - 在宅復帰率7割以上（地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)
 - 1人あたりの居室面積が6.4㎡以上(地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)
 - 療養病床については、1病棟に限る
- ・ 当該入院料の役割は、①急性期治療を経過した患者の受け入れ、②在宅で療養を行っている患者等の受け入れ、③在宅復帰支援、の3つとされた

地域包括ケア病棟の役割



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の施設基準

	入院料1	管理料1	入院料2	管理料2	入院料3	管理料3	入院料4	管理料4
看護職員	13対1以上 (7割以上が看護師)							
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ <u>14%</u> 以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ <u>11%</u> 以上							
入退院支援部門	<u>入退院支援及び地域連携業務を担う部門</u> が設置されていること							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置							
リハビリテーション実施	<u>患者の入棟時に測定したADLスコア等を参考にリハビリテーションの必要性を判断・説明・記録すること</u> リハビリテーションを提供する患者については1日平均2単位以上提供していること							
意思決定支援の指針	<u>適切な意思決定支援に係る指針</u> を定めていること							
在宅復帰率	7割以上				—			
一般病棟から転棟した患者割合※1	—		<u>6割未満</u> (許可病床数400床以上の場合)	—	—		<u>6割未満</u> (許可病床数400床以上の場合)	—
実績部分	自宅等から入棟した患者割合	1割 <u>5分</u> 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で <u>6人</u> 以上)		—	1割 <u>5分</u> 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で <u>6人</u> 以上)		—	—
	自宅等からの緊急患者の受入	3月で <u>6人</u> 以上		—	3月で <u>6人</u> 以上		—	—
	地域包括ケアの実績※2	○		—	○		—	—
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
許可病床数200床未満のみが対象	○		—	○	○		—	○
点数(生活療養)	2,809点(2,794点)		2,620点(2,605点)		2,285点(2,270点)		2,076点(2,060点)	

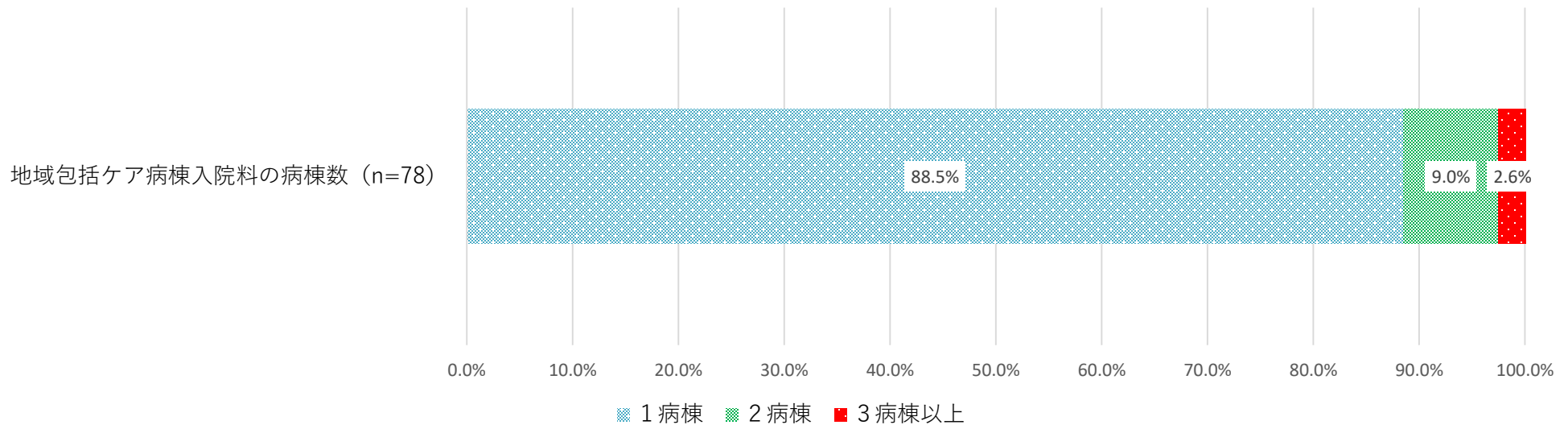
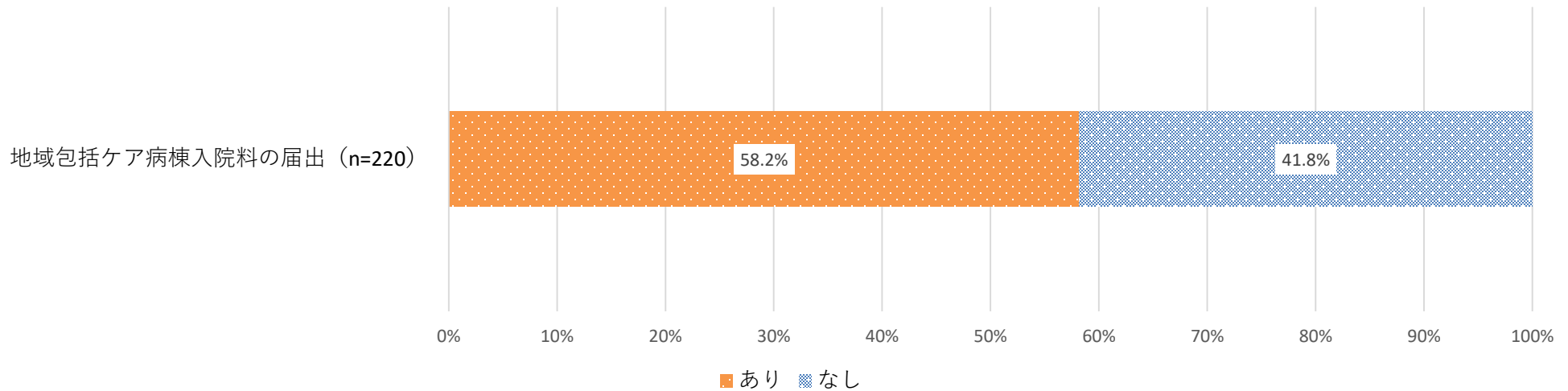
※2 以下の①～⑥のうち少なくとも2つを満たしていること

※1 満たせないものとして届け出た場合は入院料の所定点数の100分の90に相当する点数を算定

- ①当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料(Ⅰ)及び(Ⅱ)の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
- ②当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Ⅰの算定回数が直近3か月間で60回以上であること。
- ③同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する訪問看護ステーションにおいて訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が直近3か月間で300回以上であること。
- ④当該保険医療機関において在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
- ⑤同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する事業所が、訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有していること。
- ⑥当該保険医療機関において退院時共同指導料2の算定回数が直近3か月間で6回以上であること。

在宅療養支援病院における地域包括ケア病棟について

○ 在宅療養支援病院において、地域包括ケア病棟入院料を届け出ている割合は約6割であった。



適切な意思決定の支援について

平成30年度診療報酬改定

- ターミナルケアに関連する報酬において、「人生の最終段階における医療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とするとともに、ターミナルケアの充実を推進する

【在宅ターミナルケア加算(在宅患者訪問診療料)】

(有料老人ホーム等とそれ以外で報酬を区分)

機能強化型在支診・在支病(病床あり)	6,500点
機能強化型在支診・在支病(病床なし)	5,500点
在支診・在支病	4,500点
その他の医療機関	3,500点

【訪問看護ターミナルケア療養費】※

訪問看護ターミナルケア療養費1	25,000円
訪問看護ターミナルケア療養費2	10,000円

【算定要件】

ターミナルケアの実施については、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、患者本人及びその家族等と話し合いを行い、患者本人及びその家族等の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること。

令和2年度診療報酬改定

- 地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料及び療養病棟入院基本料について、「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」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を定めていることを要件とする。

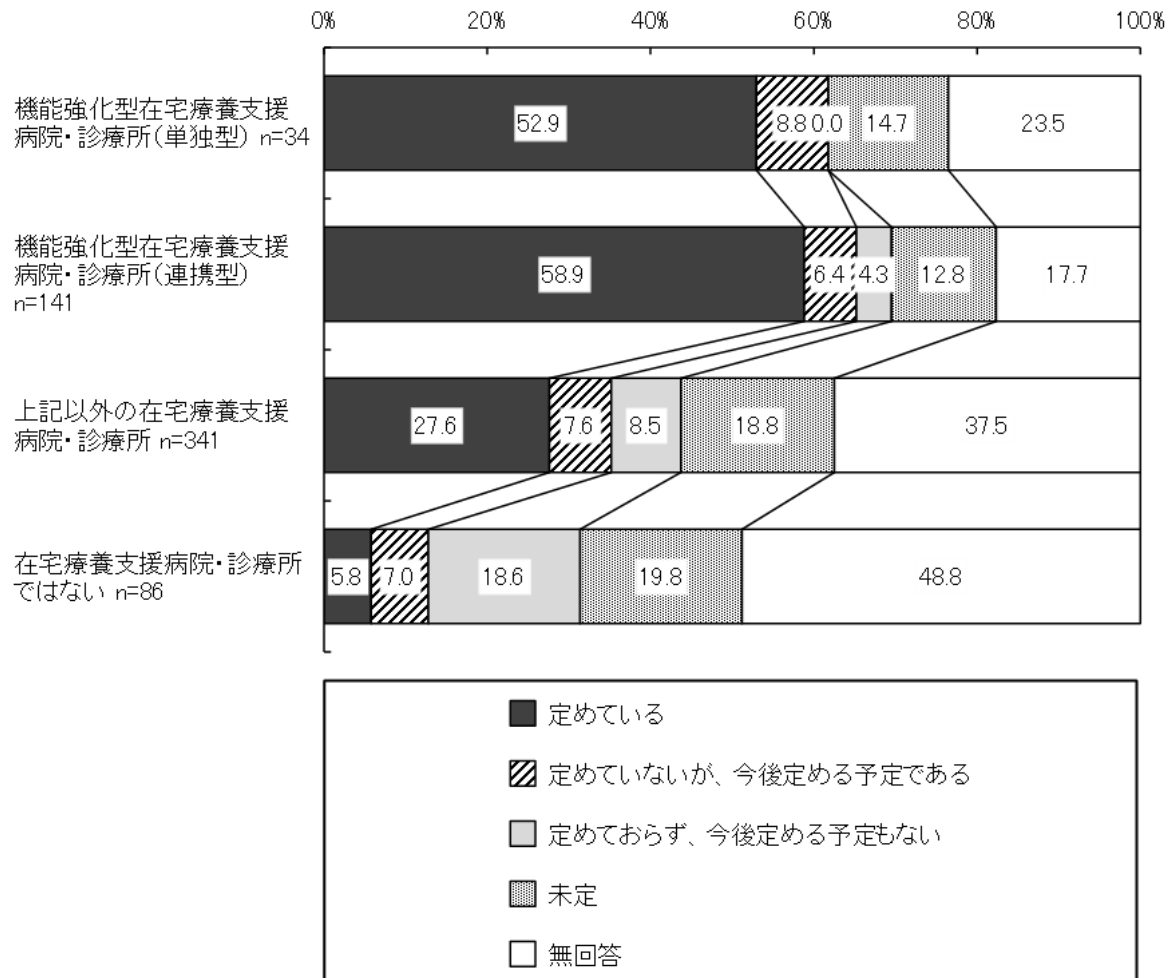
【経過措置】

令和2年3月31日時点において現に地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料又は療養病棟入院基本料を届け出ているものについては、令和2年9月30日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

「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

中医協 総 - 1 - 1
3 8 2 5

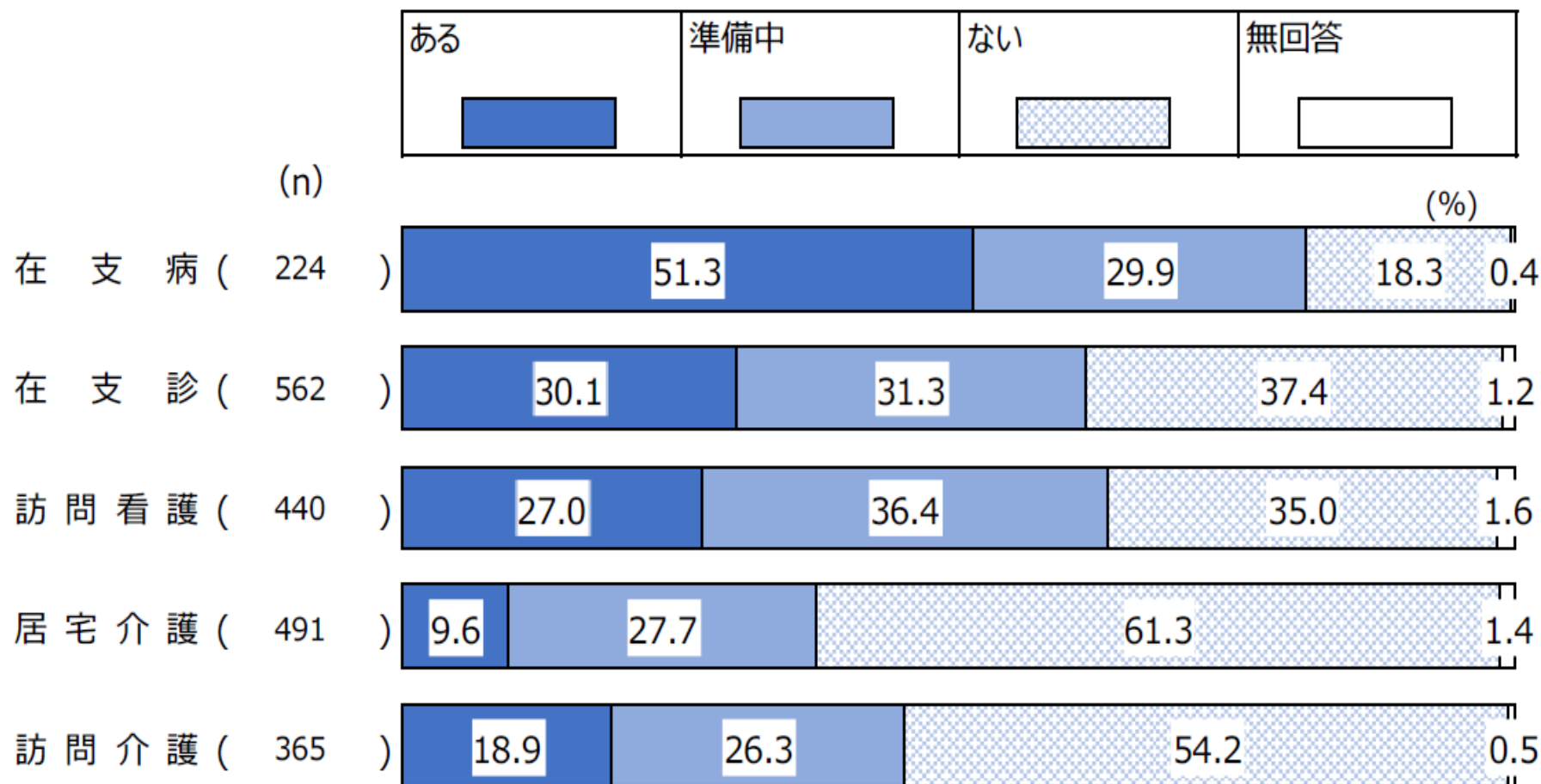
○ 看取りに対する指針の有無についてみると、機能強化型在宅療養支援病院・診療所(単独型)、機能強化型在宅療養支援病院・診療所(連携型)、在支病・在支診では「定めている」でそれぞれ52.9%、58.9%、27.6%、在支病・在支診以外では「未定」19.8%が最も多かった。



「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

- 人生の最終段階における医療・ケアの意思決定支援に関する取組方針の有無については、以下のとおりであった。
- 「ある」及び「準備中」をあわせると、在宅支援病院は約8割、在宅療養支援診療所は約6割であった。

図表. 医療・ケアの意思決定支援に関する取組方針



在宅医療に係る課題(小括2)

(在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について)

・在宅医療の体制構築に係る指針の中で、「自ら24時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、他の医療機関の支援も行いながら、医療や介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援を行う病院・診療所を在宅医療において積極的役割を担う医療機関」を医療計画に位置付けることが望ましい」とされ、在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所等の中から位置付けられることが想定されている。

・在宅医療において積極的役割を担う医療機関に求められる事項には、「在宅での療養に移行する患者にとって必要な医療及び介護の資源が十分確保できるよう、関係機関に働きかけること」、「地域包括支援センター等と協働しつつ、療養に必要な医療及び介護、障害福祉サービスや家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること」等がある。

・在宅療養支援病院について、緊急往診の年間実施件数は、0件の病院が存在した。緊急往診件数が0件の病院の、在宅患者の年間の入院受入数は、31件以上が最多であった。また、緊急時入院のための常時確保病床について、5床以上を確保している病院が存在した。また、在宅患者の年間入院受入数について、31件以上受け入れている病院がみられた。

・地域包括ケア病棟入院料は、①急性期治療を経過した患者の受け入れ、②在宅で療養を行っている患者等の受け入れ、③在宅復帰支援、の3つの役割を有している。在宅療養支援病院において、地域包括ケア病棟入院料を届け出ている割合は約6割であった。

・令和2年度診療報酬改定においては、療養病棟入院基本料等において、「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」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を定めていることを要件とする改定を行った。在宅医療を担う医療機関において「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、看取りに対する指針を定めている割合は、機能強化型の在宅療養支援診療所・病院で約半数、在宅療養支援診療所・病院で約3割であった。

在宅医療について

1. 在宅医療の現状等について
2. 継続診療加算について
3. 在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について
4. 外来を担当する医師と在宅を担当する医師の連携について
5. 在宅ターミナルケア加算について
6. 論点

入退院支援の評価（イメージ）

中医協 総-2
3. 8. 25

- 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入院前や入院早期からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を評価。

・ 入院時支援加算

- ・ 入退院支援加算
- ・ 地域連携診療計画加算

・ 退院時共同指導料

外来・在宅

入院

外来・在宅

外来部門と病棟
との連携強化

病棟

入院医療機関と在宅療養を担う
医療機関等との連携強化

外来部門

【入院前からの支援】

- ・ (入院前に) 利用しているサービスの利用状況の確認
- ・ 服薬中の薬剤の確認、各種スクリーニング
- ・ 入院生活に関するオリエンテーション
- ・ 看護や栄養管理等に係る療養支援の計画作成等



《入退院支援の対象となる患者》

- ・ 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれか
- ・ 緊急入院 / ・ 要介護認定が未申請
- ・ 虐待を受けている又はその疑いがある
- ・ 生活困窮者
- ・ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要
- ・ 排泄に介助を要する
- ・ 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にない
- ・ 退院後に医療処置が必要
- ・ 入退院を繰り返している

在宅療養を担う関係機関等

【退院時共同指導】

- ・ 医師、看護職員以外の医療従事者が共同指導する場合も評価対象とする

共同指導が行えなかった時は
【情報提供】

- ・ 療養に必要な情報提供に対する評価について、自宅以外の場所に退院する患者も算定可能とする



外来から在宅への移行について

- 外来から在宅医療への移行の例として、以下のような症例がある。
- 外来から在宅医療への移行に当たっては、介護保険サービス導入や歯科診療導入等が行われた。

癌の治療経過の中でフレイル、サルコペニアが進行。
癌は経過フォローのみであったものの、総合病院外科専門外来にのみ通院していた。
身体機能の低下が顕著で、すでに通院困難な状態にあるため訪問診療へ移行。

【事例】 83歳男性 【世帯】 高齢者世帯 【介護保険】 未申請
【病名】 サルコペニア、フレイル、大腸癌術後、転移性肝・肺腫瘍切除後
【経過】
73歳 大腸癌手術（術式：S状結腸切除術、リンパ節郭清術）
75歳～79歳にかけて、転移巣に対し、肝切除術2回と肺切除術1回を受けた。
以降、急性期病院（400床規模）の外科外来に**定期通院**をしていた。
83歳
X年6月末 外科専門外来から松戸市在宅医療・介護連携支援センターへ紹介
※紹介理由：「ADLの低下で通院が困難」
X年7月初旬 センター職員が自宅訪問しアセスメント。
→在宅療養支援診療所による訪問診療へ移行
X年12月 在宅看取り

【身体機能、栄養、口腔に関して訪問で得られた情報】

※進行したフレイル、サルコペニア、体重減少（34kg）、低栄養。
※床に敷いた布団から四つん這いになり、壁やタンスを伝いながらやっと立ち上がる。
※義歯は不適合で口腔内は不衛生。

【訪問診療導入に際して必要となった医療・介護に関する調整（ソーシャルワーキング）】

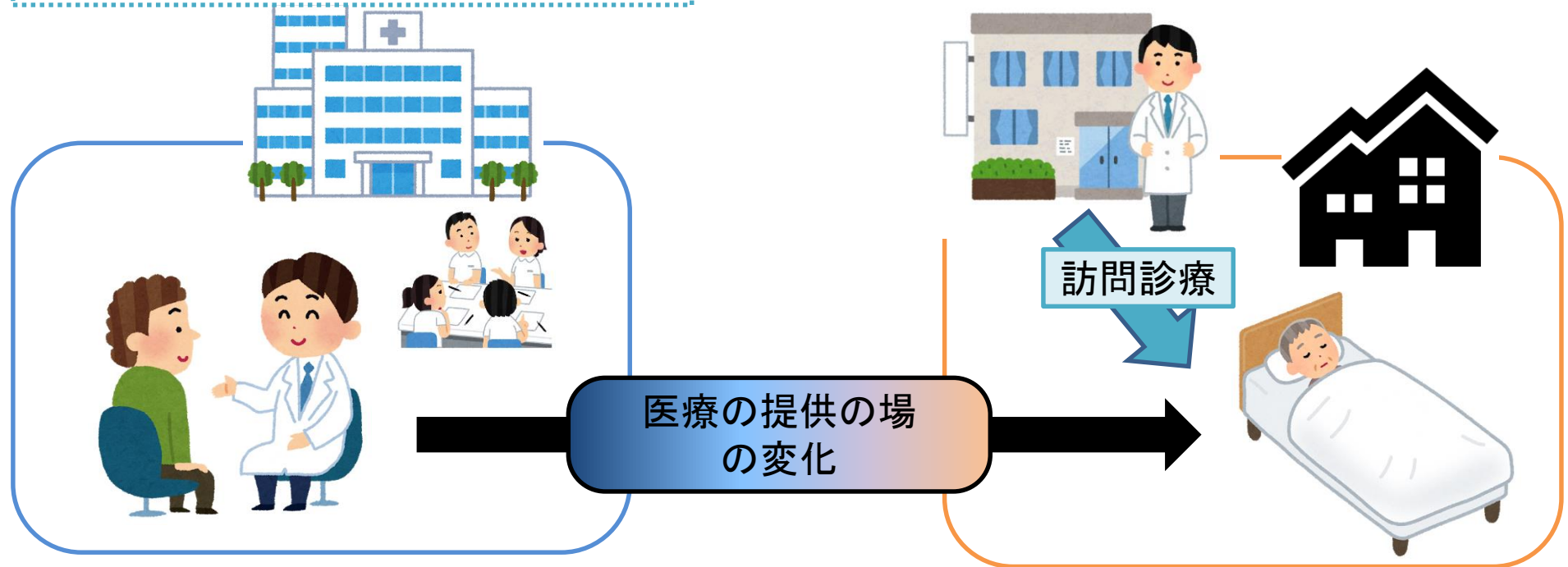
※介護保険申請のための支援、ケアマネジャー選定を地域包括支援センターに依頼
※訪問看護の導入調整
※口腔内評価と栄養評価のためセンター専門職が訪問
※訪問歯科診療導入
※高齢者世帯であり主たる介護者である妻の健康管理支援

外来から在宅への移行について

- 外来を受診していた患者が、在宅医療を受けることとなり、主治医が交代する場合がある。
- 移行のタイミングが遅くなると、患者が抱える医療・介護等の課題が複雑化、不可逆化する、との意見がある。

・患者に対して継続的に外来医療を提供している
・16km要件や、医療従事者の不足、医療機関の機能等により、在宅医療を提供していない／できない。

・在宅医療を提供する医療機関(外来医療を提供していた医療機関と別の医療機関)

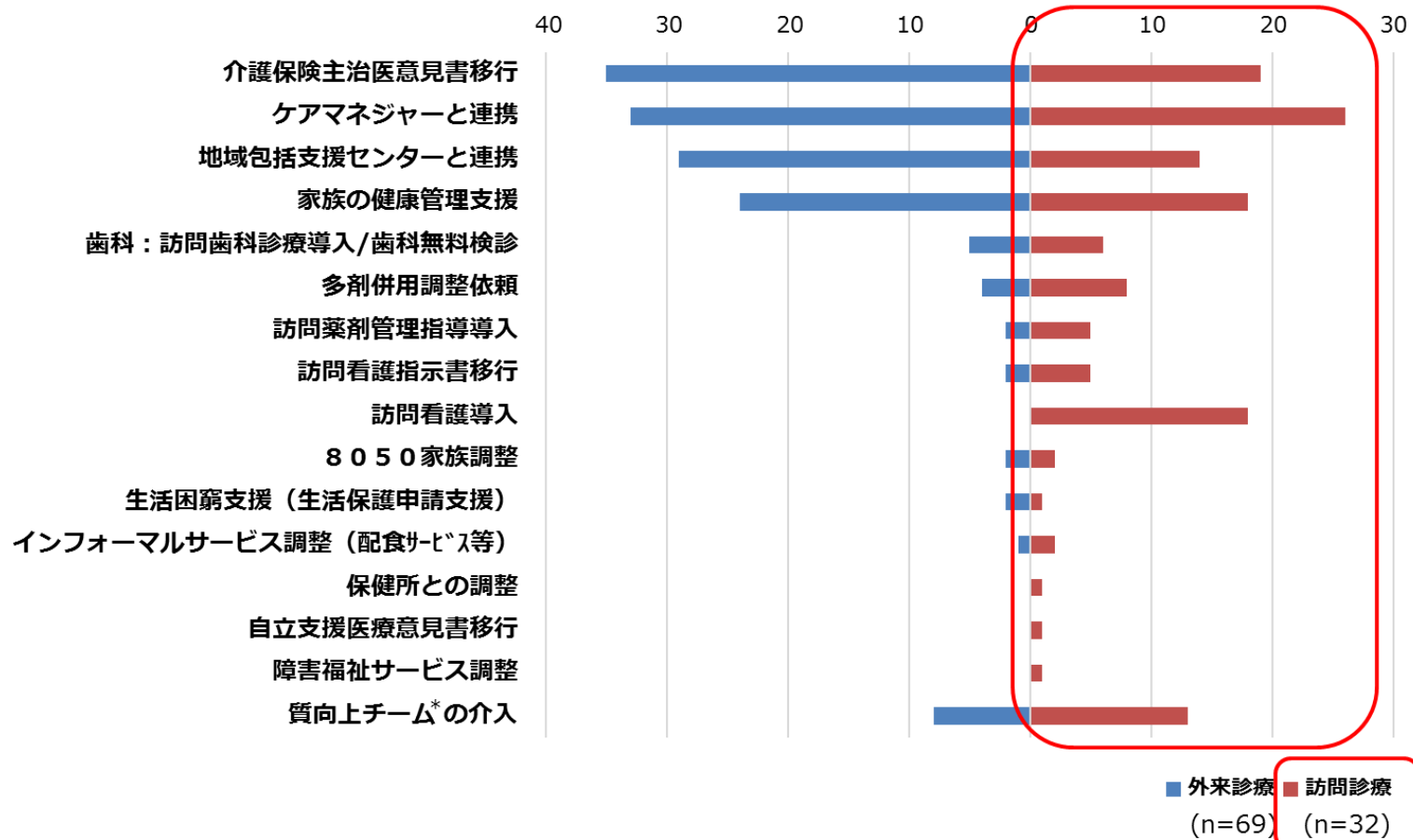


・外来に継続的に通院していた患者
・経過中、「通院困難な者」となる

外来から在宅への移行について

○ 外来から在宅への移行に当たっては、以下のような調整が具体的に必要となりうる。その調整内容は外来・在宅いずれの場においても求められている内容である。

調整内容（重複あり）



*センター所属の歯科衛生士、管理栄養士、リハビリ専門職による、口腔、栄養、身体・高次機能障害の把握またはアセスメント

在宅医療に係る課題（小括3）

（外来を担当する医師と在宅を担当する医師の連携について）

- ・ 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」、等の在宅医療についての課題の中でも、外来医療との連携の課題が指摘されている。
- ・ 外来医療を受けていた患者が通院困難となって在宅医療を受けることとなり、医療を提供する医療機関が変わる場合がある。外来から在宅への移行に当たっては各種の調整が求められ、外来から在宅への移行に当たっての医療機関間等の適時の連携等は重要である。

在宅医療について

1. 在宅医療の現状等について
2. 継続診療加算について
3. 在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について
4. 外来を担当する医師と在宅を担当する医師の連携について
5. 在宅ターミナルケア加算について
6. 論点

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			5,250点	
+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

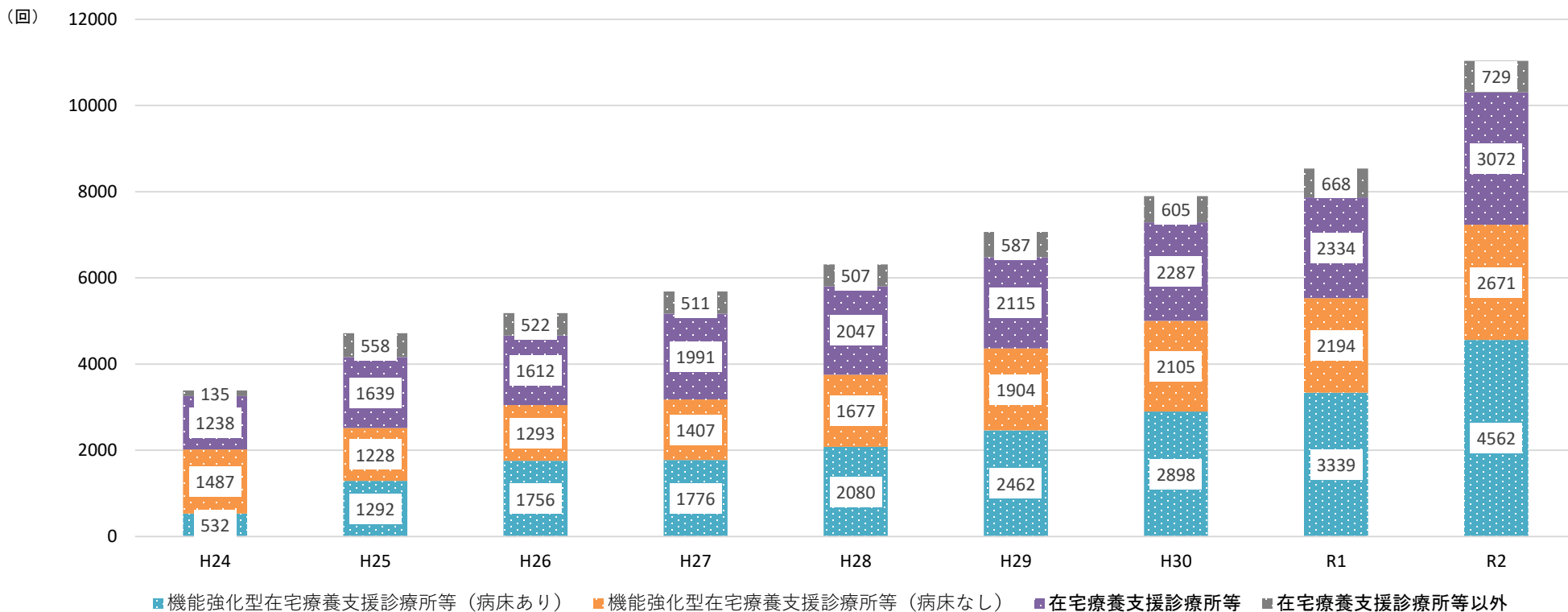
■その他の加算■

○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。



1 医療機関当たりの算定回数（回／月）（*）	
機能強化型在支診・在支病	1.7560
在支診・在支病（機能強化型以外）	0.2551
在支診・在支病以外の診療所・病院	0.0007

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）

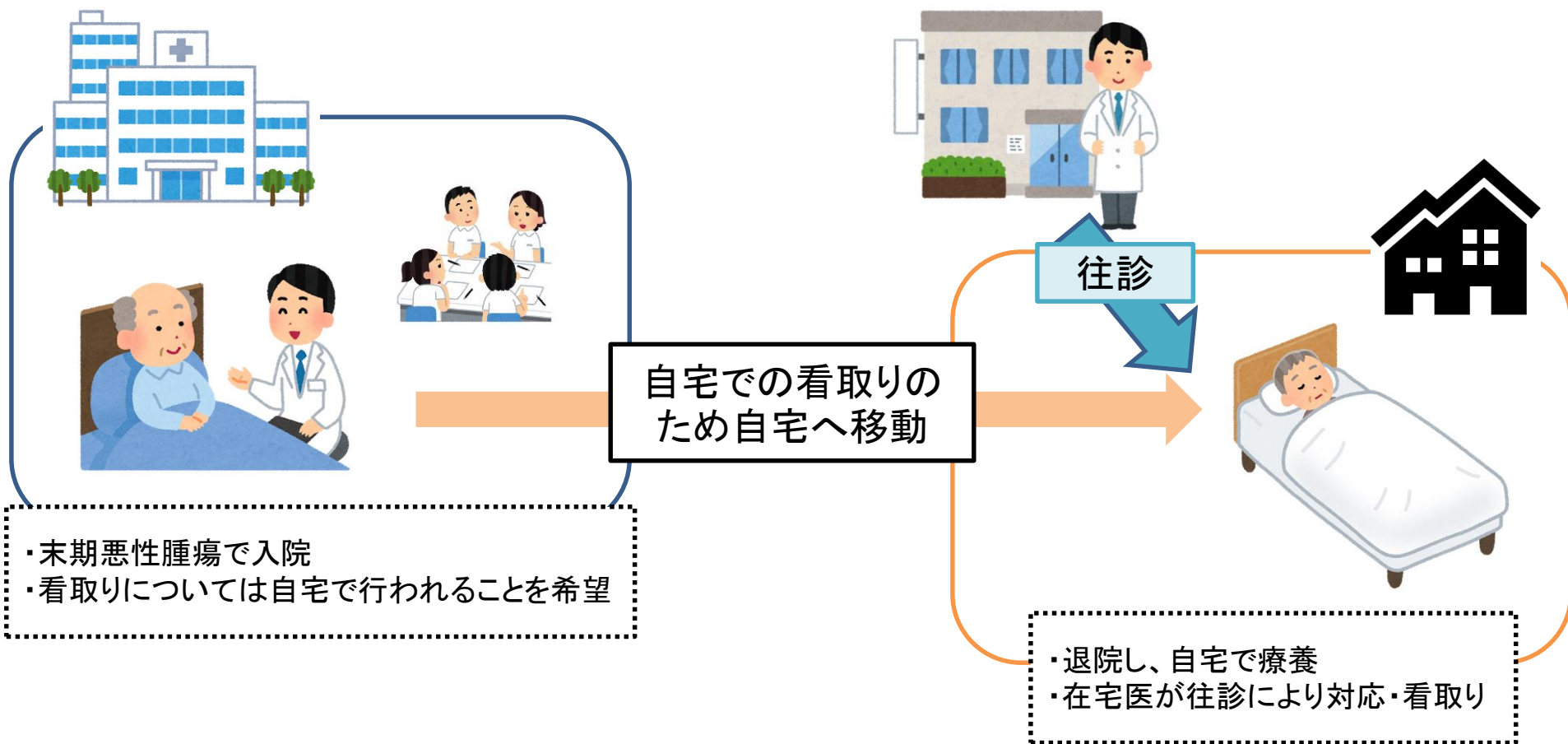
※病院について：平成22年以前は抽出調査、平成23年以後は全数調査

※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

（*）社会医療診療行為別統計、令和元年医療施設（動態）調査、定例報告より保険局医療課において機械的に算出。

ターミナルケアについて(イメージその1)

- 在宅医療においては、在宅医療を担う医師により、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療が行われている。
- 一方で、入院中の患者が、自宅での看取りを希望しターミナルケアを在宅で受けることとなり、医師が訪問診療の計画のために往診のみを行っている期間があるため、計画を立てた初回の訪問診療までに看取りに至る場合がある、との指摘がある。
- このように、往診のみでターミナルケアを行って看取りに至った場合、在宅ターミナルケア加算の算定はできない。

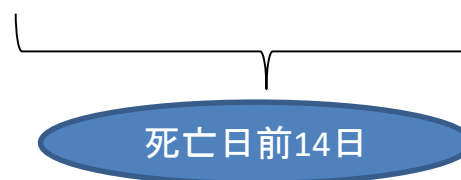


ターミナルケアについて(イメージその2)

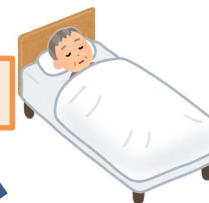
- 状態が安定し、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた、適切な意思決定支援等は、訪問診療の中で行っていた患者に対し、月に1回の訪問診療を行っていた。
- 訪問診療の予定日前に、状態の急変があり、往診を行ったが、そのまま看取りとなった。
- このような場合については、在宅ターミナルケア加算の算定はできない。



n月				n+1月			
1週目	2週目	3週目	4週目	1週目	2週目	3週目	4週目
訪問診療	-	-	-	往診→看取り	訪問診療 (予定)	-	-



往診



「2回以上の往診又は訪問診療」の要件を満たさない

ターミナルケアについて

- 在宅医療において、以下のような場合に、在宅ターミナルケア加算を算定できる症例と同様のターミナルケアを実施しているが在宅ターミナルケア加算を算定できない、との意見がある。

その1

(患者)

入院中の末期悪性腫瘍等の患者

(ターミナルケアを受ける経緯)

自宅での看取りを希望し、退院することとなった。退院後の医療については在宅で提供することとなり、入院医療機関とは別の医療機関が在宅医療を提供することとなった。初回を往診で対応し、その後数週間後に訪問診療を行うこととなっていたが、それまでに看取りとなった。初回往診においては、家族との関係構築や、「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」等の内容を踏まえた、適切な意思決定支援など、通常の在宅医療よりも集中的な医療を求められた。

その2

(患者)

医療機関において、訪問診療を行っている患者

(ターミナルケアを受ける経緯)

状態が安定していた患者であり、月に1回の訪問診療を行っていた。なお、すでに、「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」等の内容を踏まえた、適切な意思決定支援は訪問診療の中で行っていた。状態の急変により往診を行ったが、そのまま看取りとなった。

在宅医療に係る課題（小括4）

（在宅ターミナルケア加算について）

- ・ 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。
- ・ 在宅ターミナルケア加算は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等を実施した場合に算定する、という要件となっており、「医師が訪問診療の計画のために往診のみを行っている期間があり、計画を立てた初回の訪問診療までに看取りに至った場合」や、「月1回の訪問診療を行っている患者の訪問診療の予定日前に状態の急変があり、往診を行ったがそのまま看取りとなった場合」に算定できない事例がある。

在宅医療について

1. 在宅医療の現状等について
2. 継続診療加算について
3. 在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について
4. 外来を担当する医師と在宅を担当する医師の連携について
5. 在宅ターミナルケア加算について
6. 論点

在宅医療に係る論点

【継続診療加算について】

- 24時間の往診を行う体制を確保していない場合であっても、市町村・医師会と連携した上で在宅医療の提供体制が構築されている場合があることを踏まえ、要件の在り方について、どのように考えるか。

【在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について】

- 「他の医療機関の支援も行いながら、医療や介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援を行う」ことが役割として望ましいこととされていること、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院のうち約半数で適切な意思決定支援に関する指針が定められている又は定められる見込みがあることを踏まえ、施設基準の在り方について、どのように考えるか。
- 在宅療養支援病院が果たしている役割や有する機能等を踏まえ、施設基準の在り方について、どのように考えるか。

【外来を担当する医師と在宅を担当する医師の連携について】

- 外来において医療を受けていた患者が在宅医療を受けるに当たり、外来を担当する医師と在宅を担当する医師が共同して患者に必要な指導等を行うことに係る評価の在り方について、どのように考えるか。

【在宅ターミナルケア加算について】

- 定期的に訪問診療を提供するに至る前にターミナルケアが提供されている場合等があることから、適切なターミナルケアの実施の観点も踏まえつつ、要件等の在り方について、どのように考えるか。