

在宅(その4)

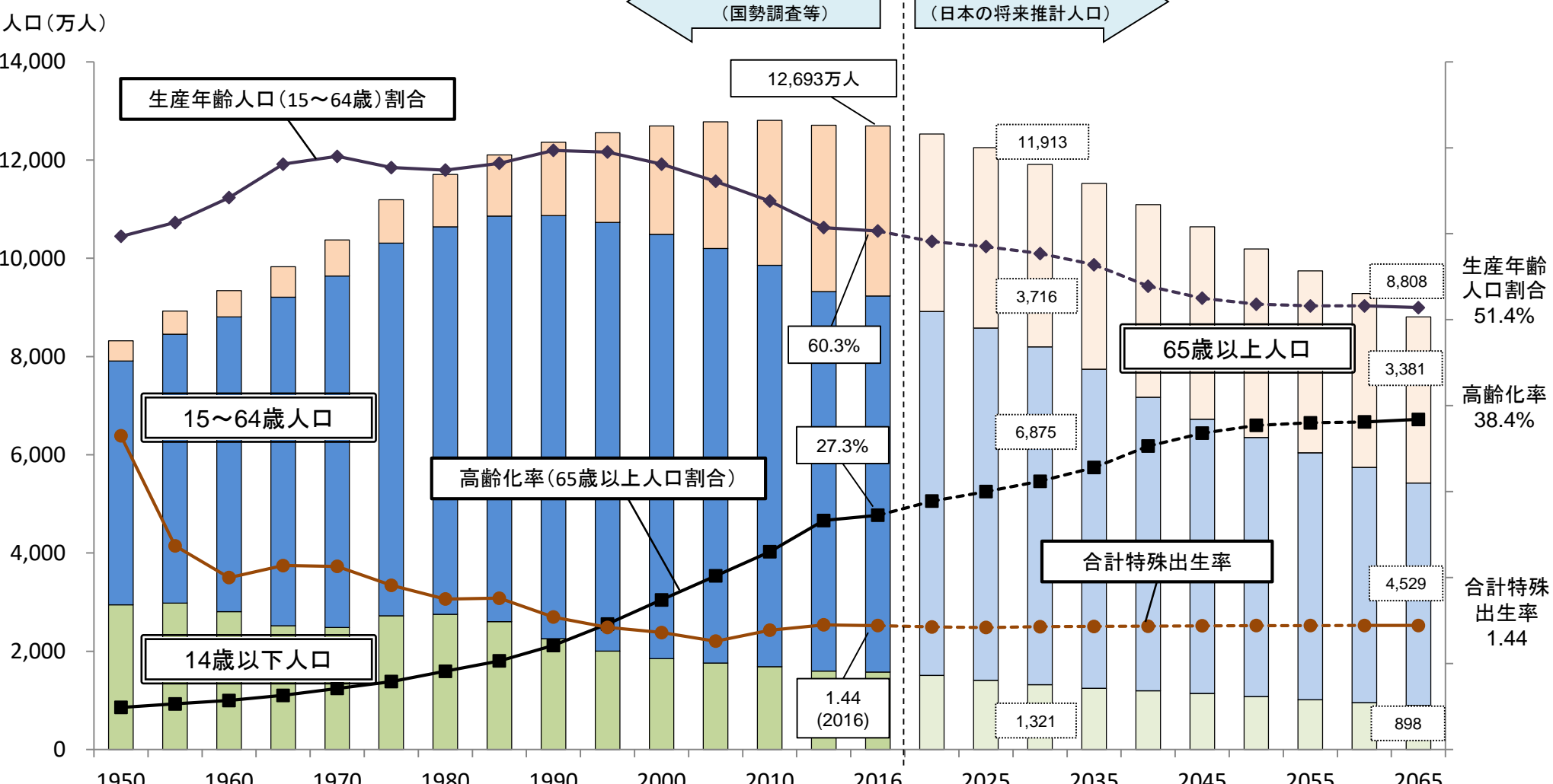
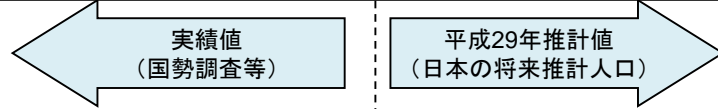
在宅医療について

在宅医療について

1. 在宅医療の現状等について
 - 1－1 在宅医療を取りまく状況について
 - 1－2 小児の在宅医療の現状について
2. 小児の在宅医療について
3. 救急搬送診療料について
4. 論点

日本の人口の推移

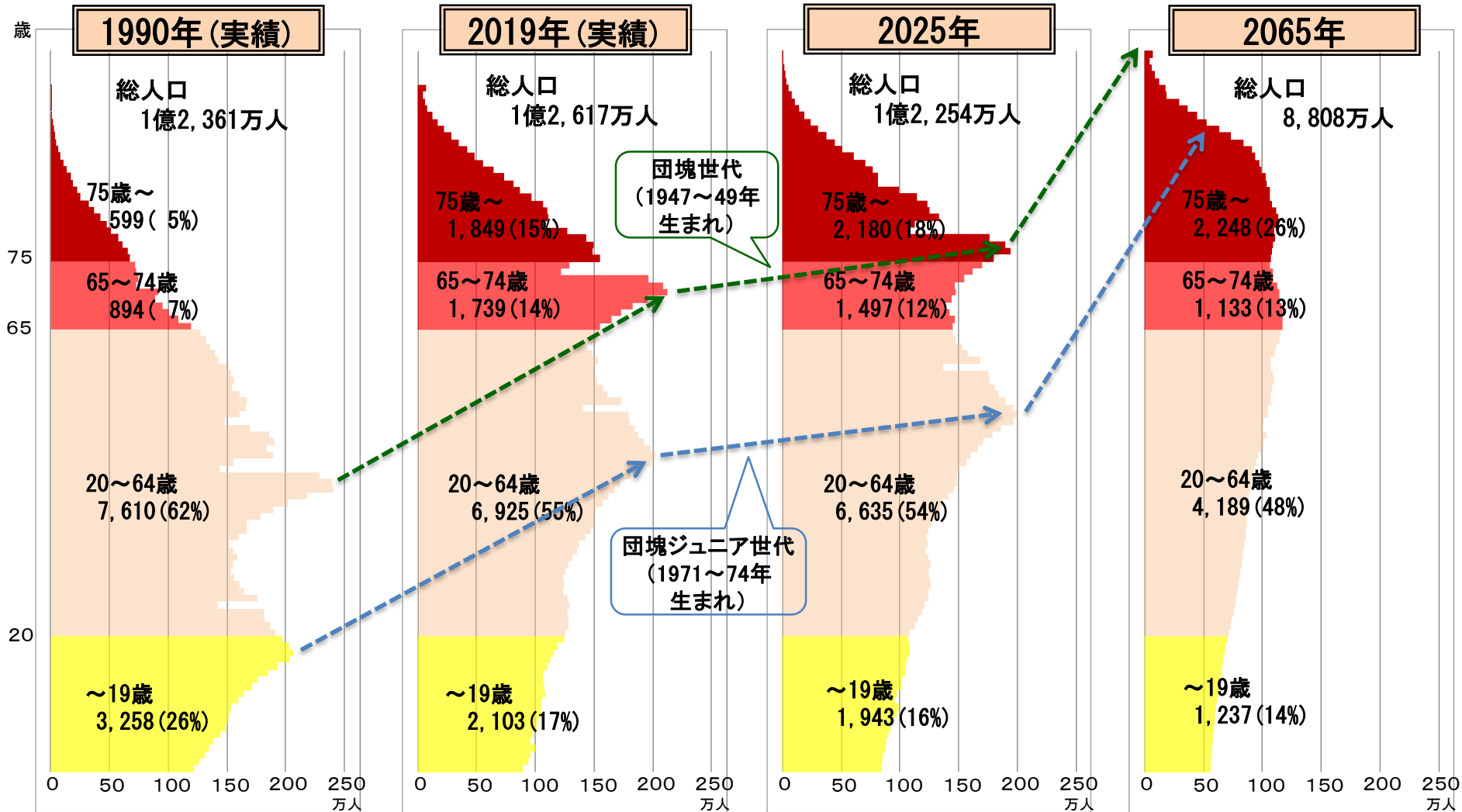
○ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2065年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は38%台の水準になると推計されている。



(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。



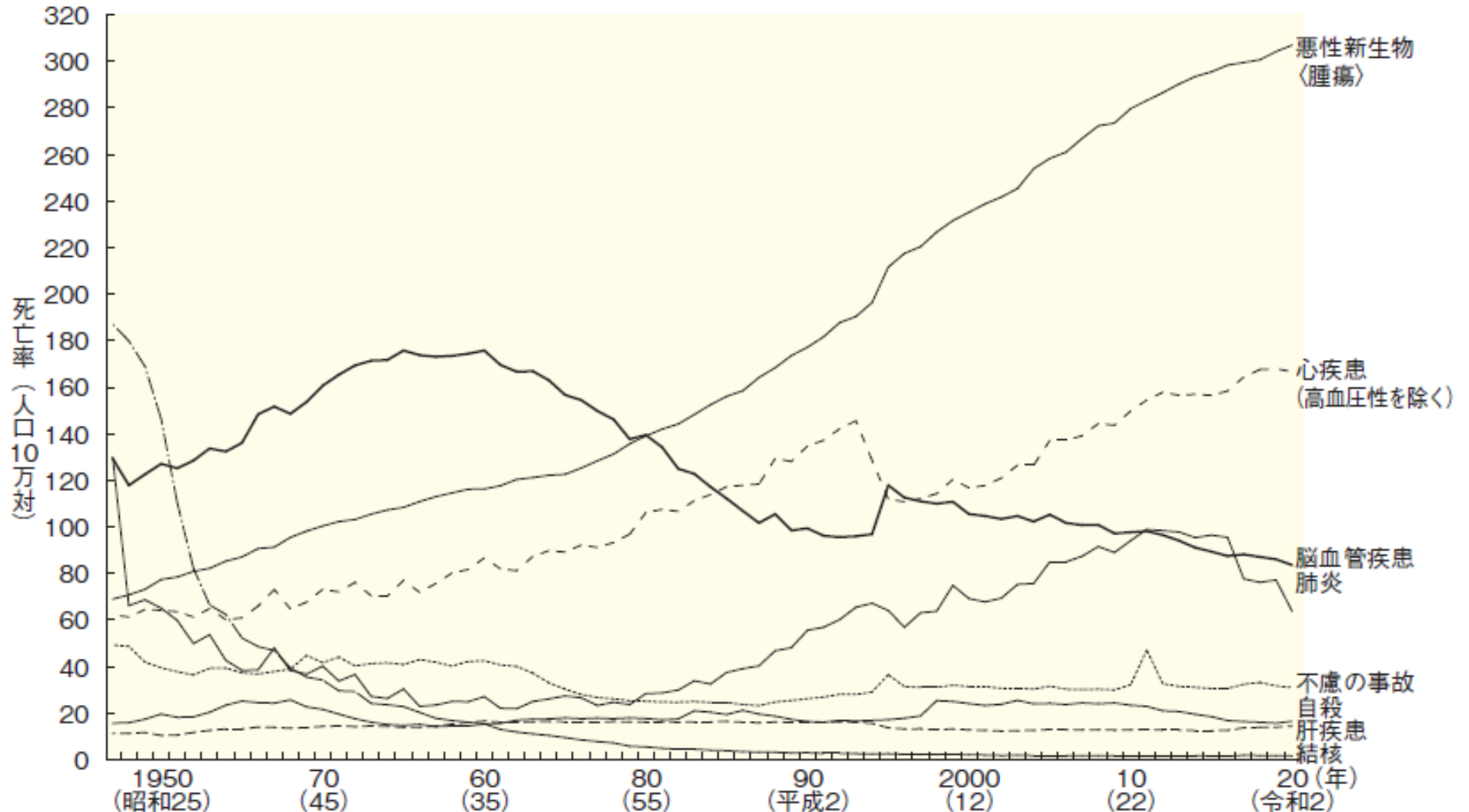
(出所) 総務省「国勢調査(年齢不詳をあん分した人口)」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計):出生中位・死亡中位推計」

主な死因別にみた死亡率の推移

中医協 総 - 1 - 1
3 . 8 . 2 5

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」

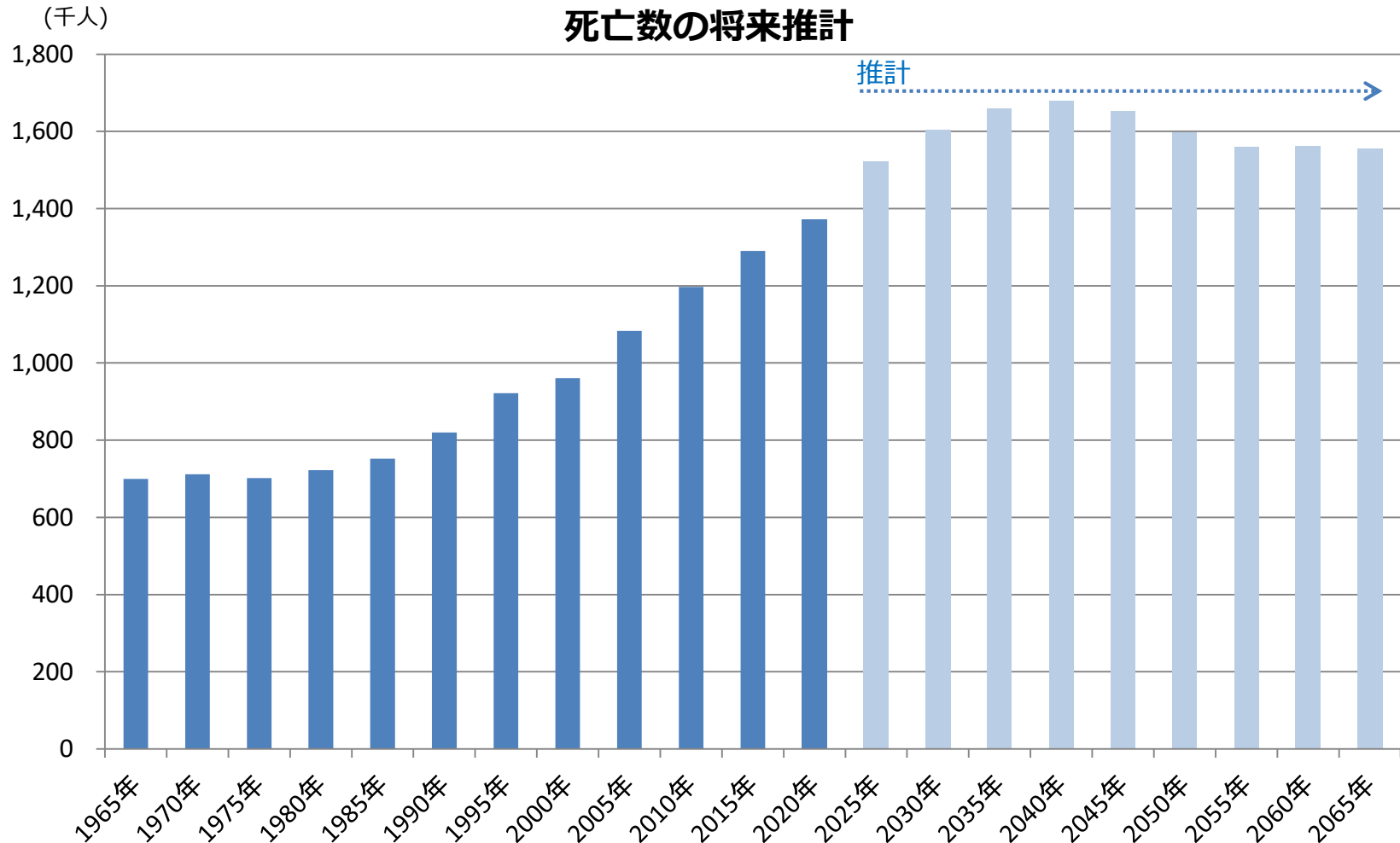
(注) 1. 死因分類等の改正により、死因の内容に完全な一致をみることはできない。

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

中医協 総 - 1 - 1
3 . 8 . 2 5

○ 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。

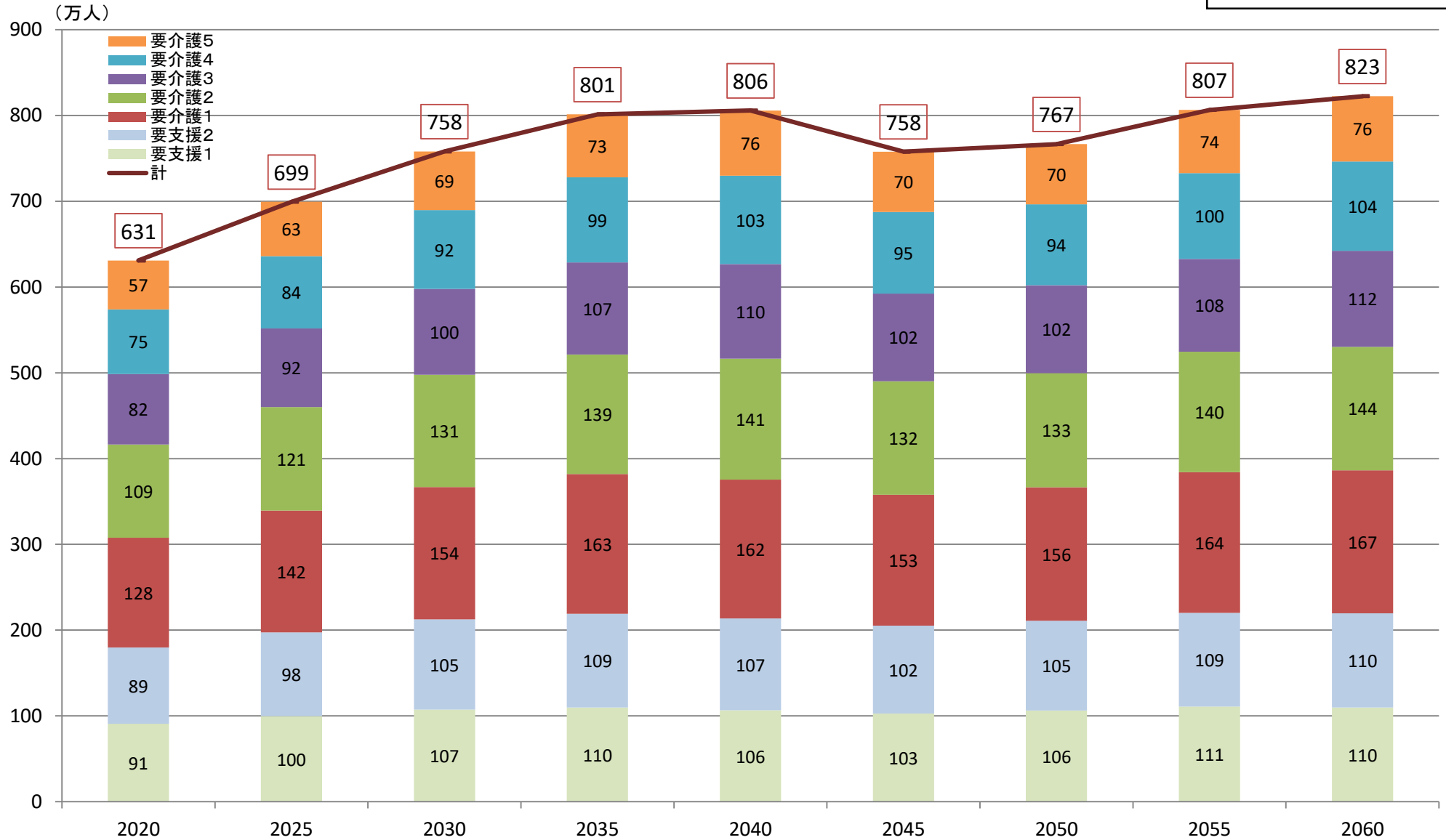


出典：2020年以前は厚生労働省「人口動態統計」による死亡数（日本人）

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

中医協 総 - 1 - 1
3 . 8 . 2 5



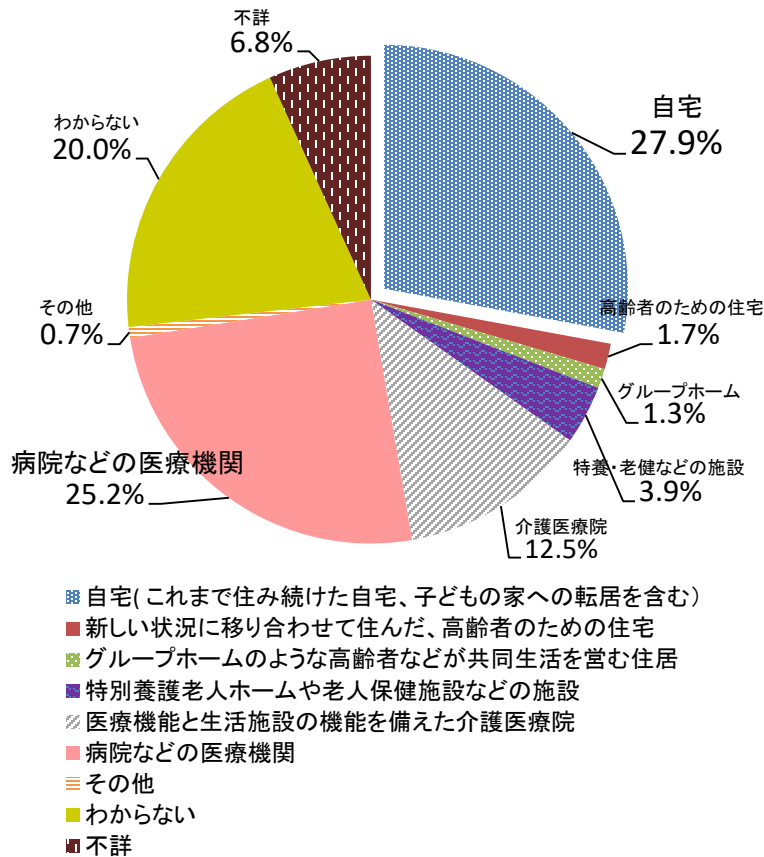
※ 1号被保険者について、性・年齢階級別の認定率等が現状のまま変わらないと仮定して機械的に推計。

※ 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）。

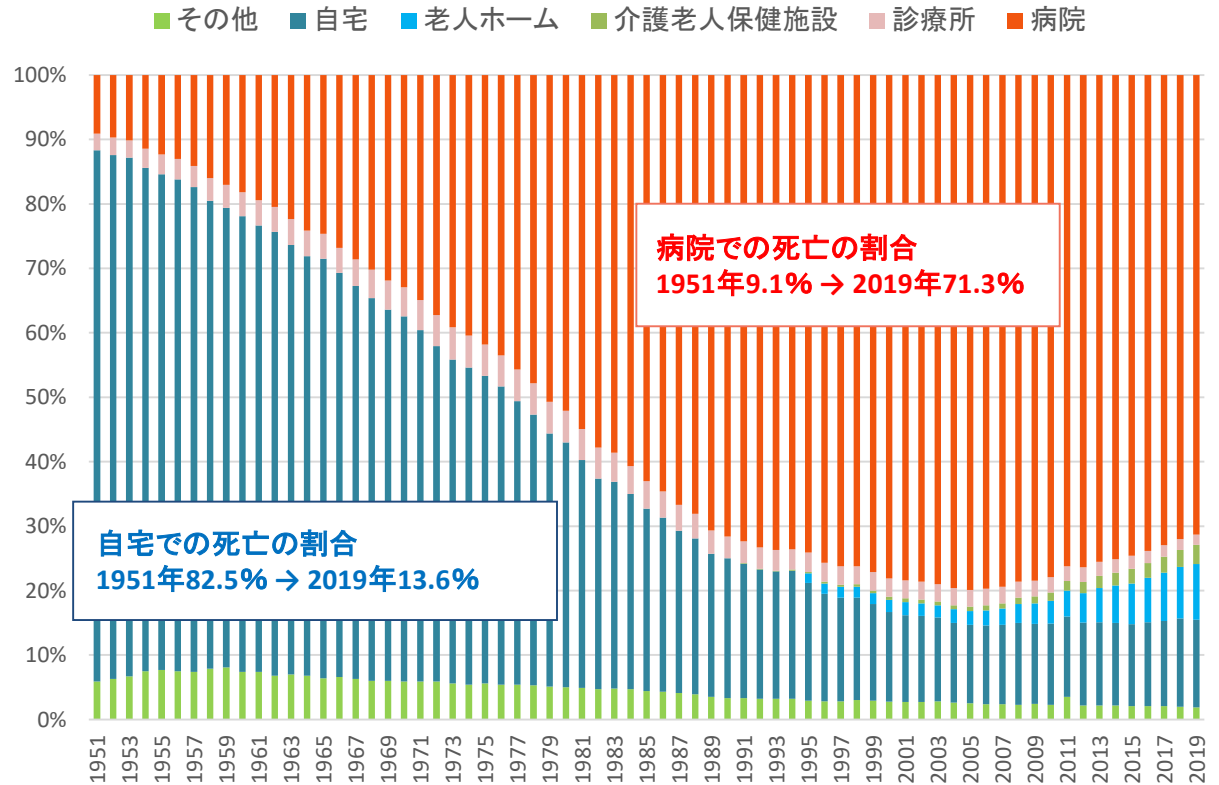
死亡場所の推移

- 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

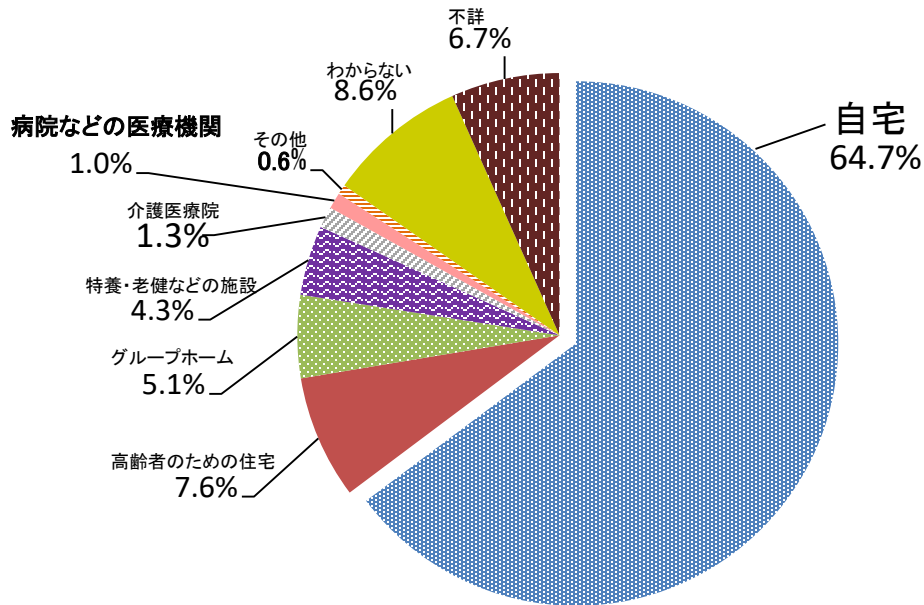
人生の最期をむかえるとき生活したい場所



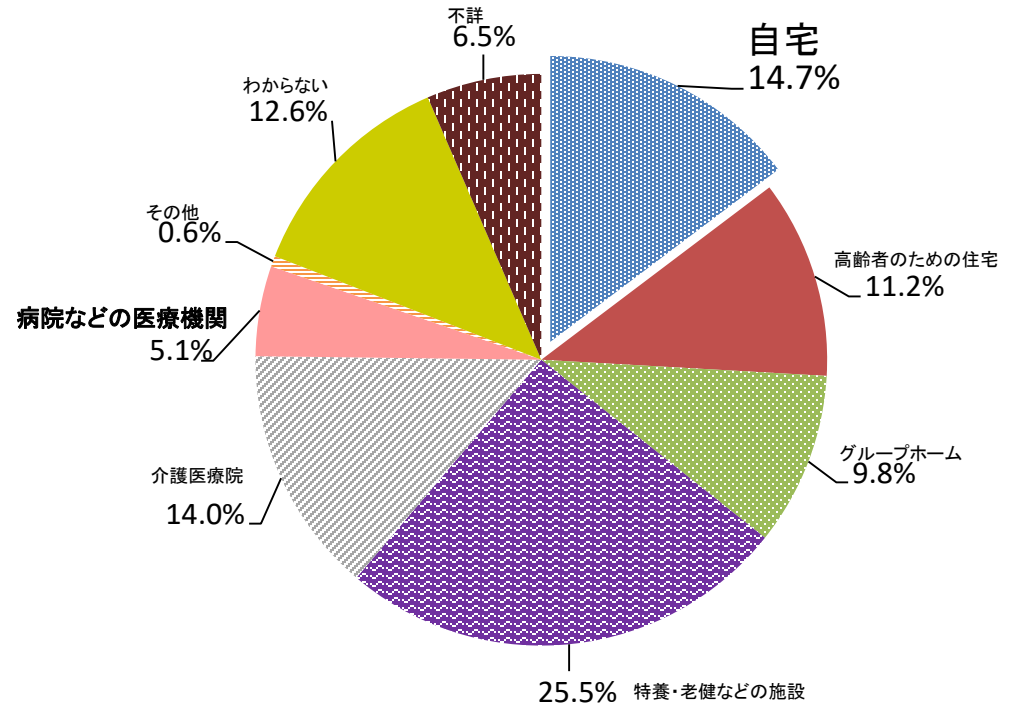
死亡の場所の推移



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

- 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

在宅医療の体制

第13回医療計画の見直し 等に関する検討会	資料 1-2
平成30年9月28日	一部改変
中医協 総-1-1	
3.8.25	

【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

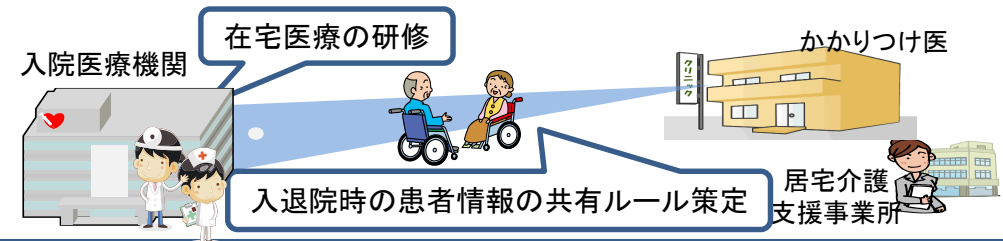
- 医療サービスと介護サービスが、地域の実情に応じて補完的に提供されるよう、**都道府県や市町村の医療・介護担当者等の関係者による協議の場**を設置し、介護保険事業計画等における整備目標と整合的な目標を検討。



- 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



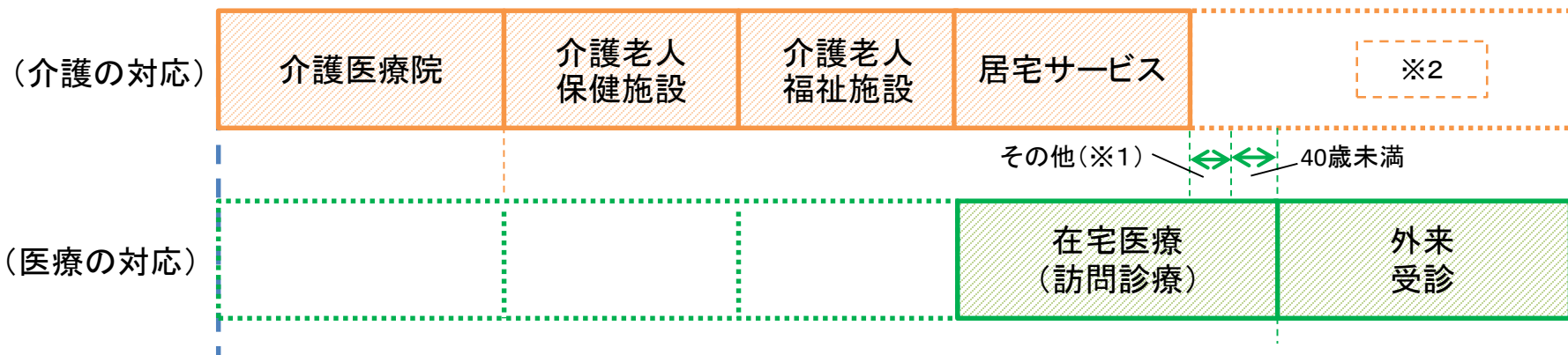
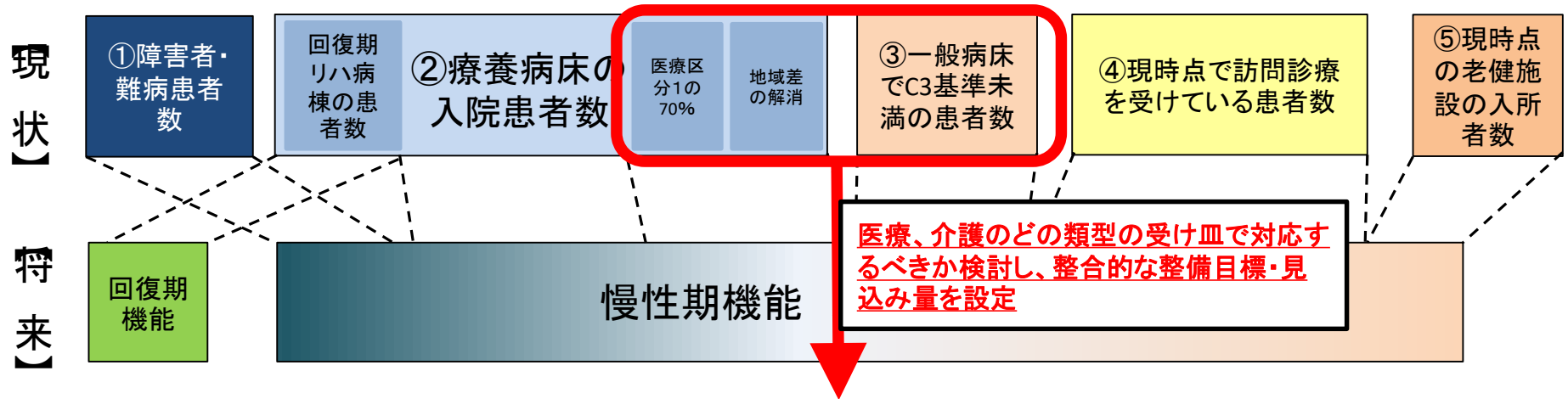
地域支援事業と連携した取組

- 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

中医協 総 - 1 - 1 第10回医療計画の見直し
 3 . 8 . 2 5 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。



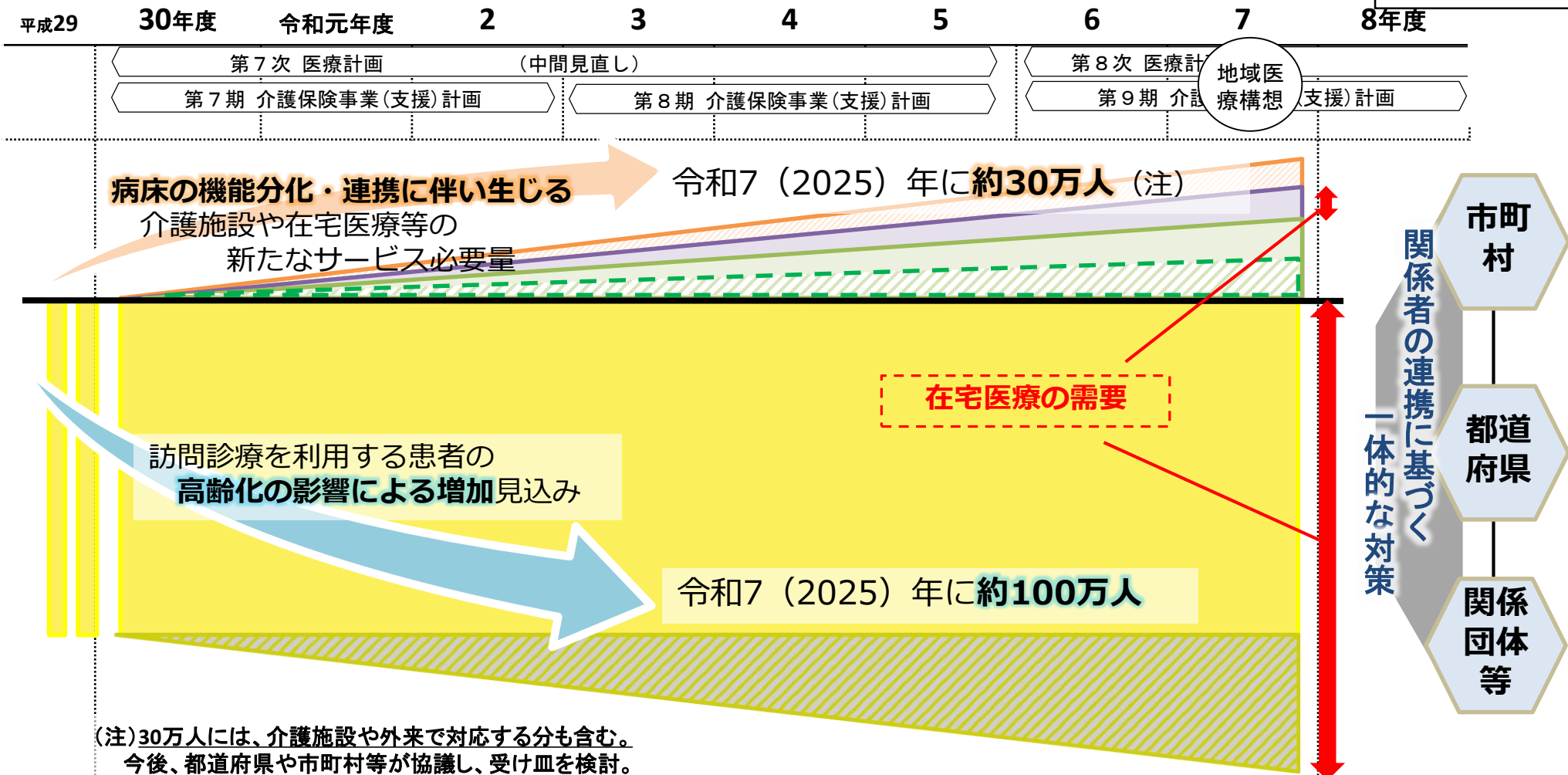
(※1) その他: 介護保険の要介護被保険者等が訪問看護等の提供を受ける場合、末期の悪性腫瘍、難病患者、急性増悪等による主治医の指示があった場合などに、医療保険の給付が行われる。

(※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。

中医協 総-1-1
3.8.25

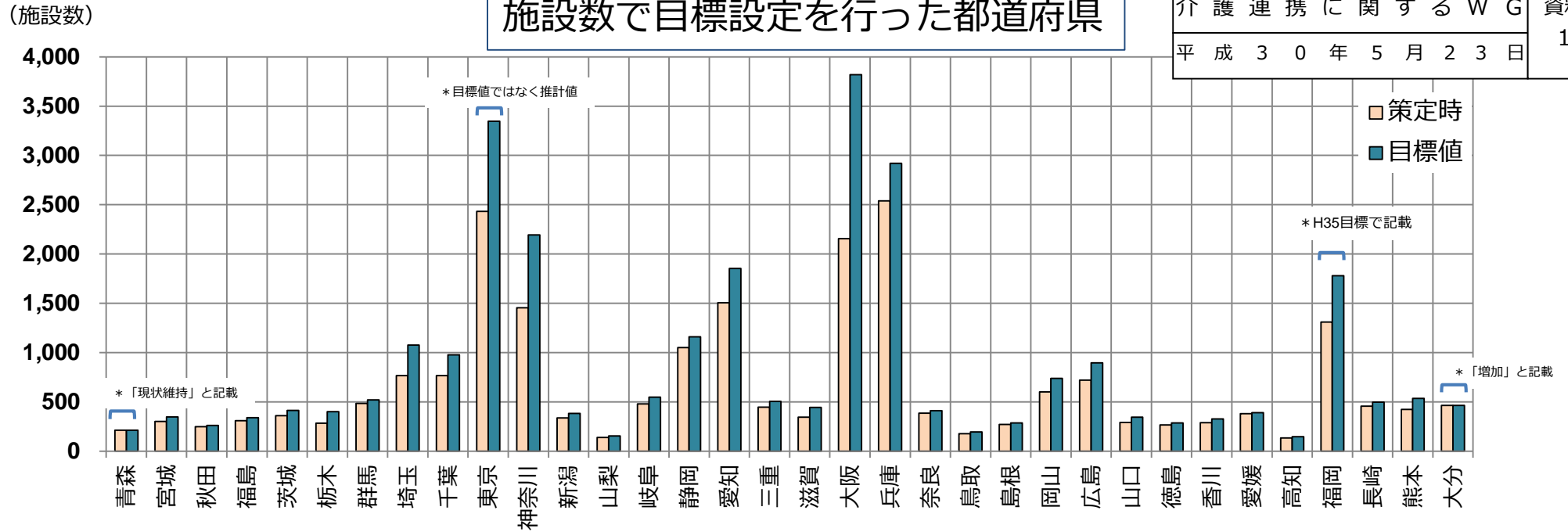


(注)30万人には、介護施設や外来で対応する分も含む。
今後、都道府県や市町村等が協議し、受け皿を検討。

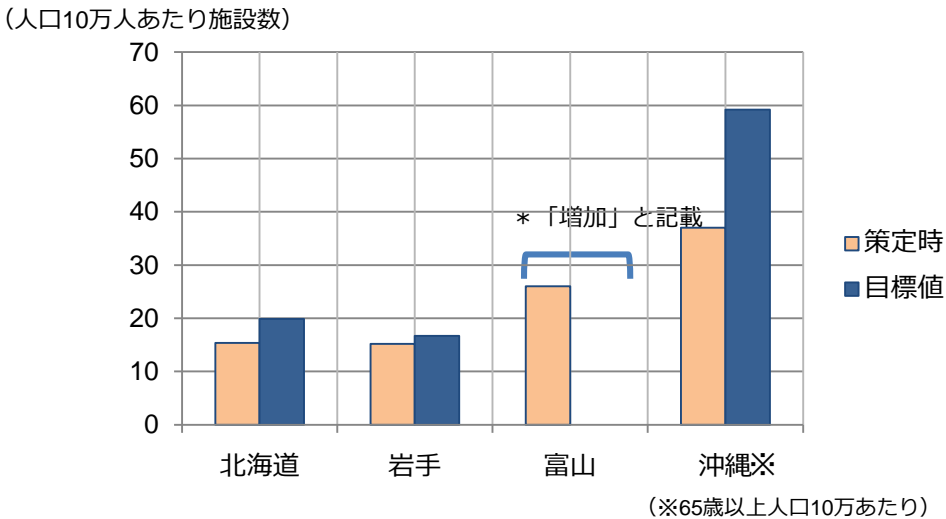
訪問診療を行う診療所・病院数に関する目標設定

第 4 回 在宅医療及び医療・介護連携に関する W G 資料 1
平成 3 0 年 5 月 2 3 日

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



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

中医協 総 - 1 - 1
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

在宅医療について

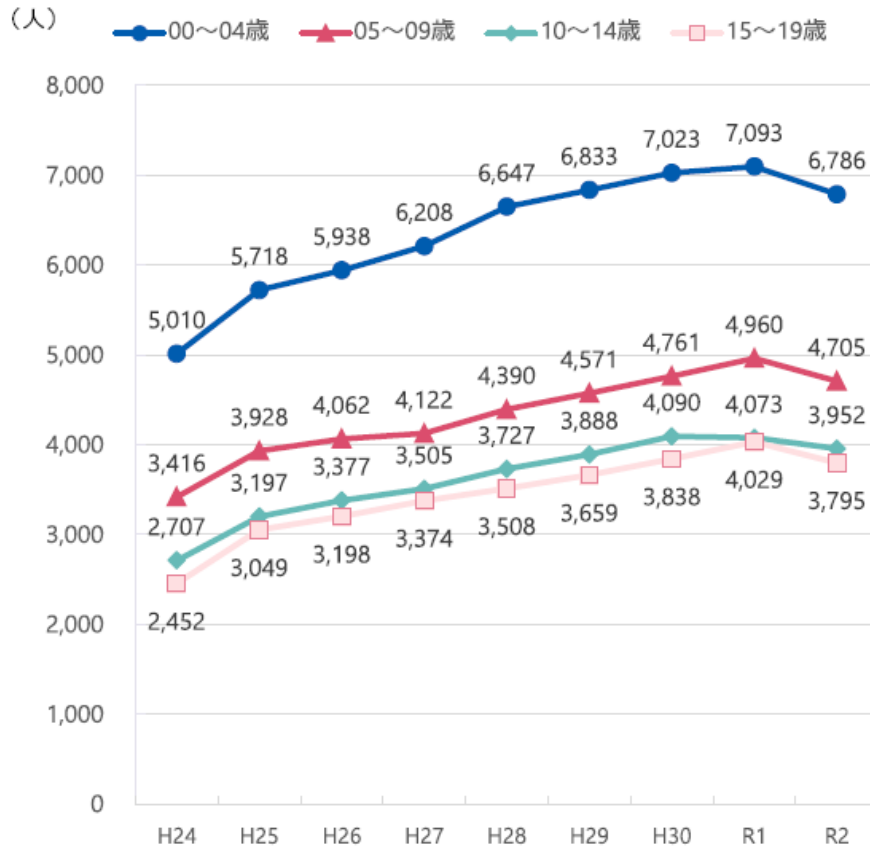
1. 在宅医療の現状等について
 - 1-1 在宅医療を取りまく状況について
 - 1-2 小児の在宅医療の現状について
2. 小児の在宅医療について
3. 救急搬送診療料について
4. 論点

医療的ケア児数

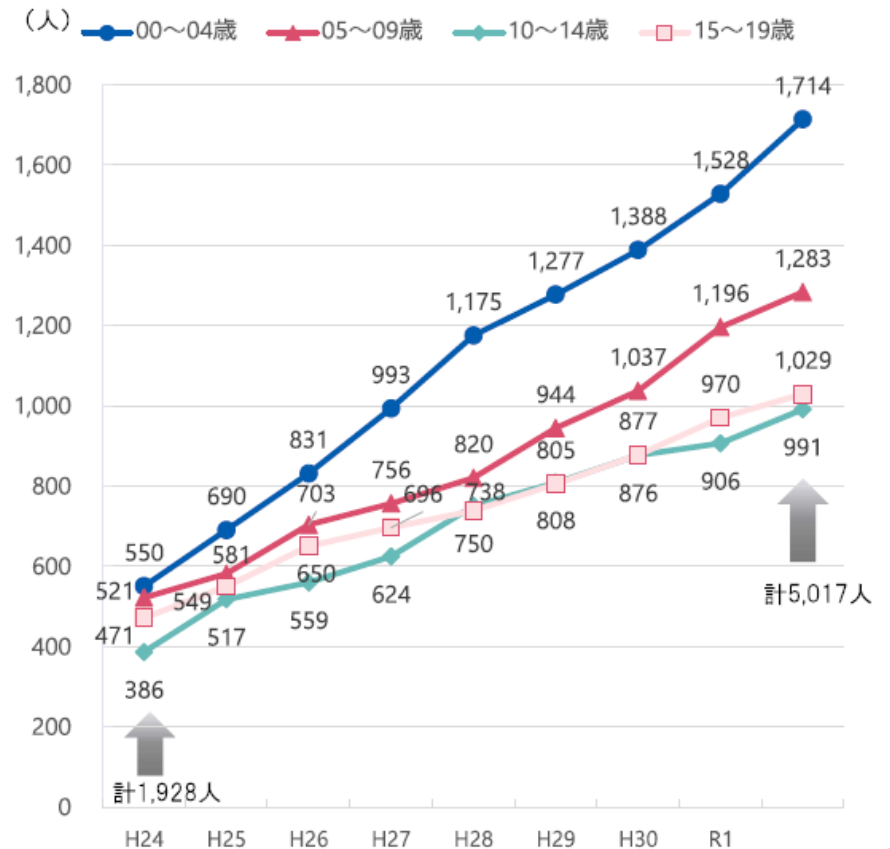
年齢階級別の医療的ケア児数等

- 年齢階級別の医療的ケア児数は、低年齢ほど人数が多く、0～4歳が最も多い。いずれの年齢階級も増加傾向である。
- 人工呼吸器を必要とする児童数は、直近7年で約2.6倍に増加している。0～4歳が最も多く、経年での増え方も大きい。

■ 年齢階級別の医療的ケア児数の年次推移（推計）



■ 年齢階級別の人工呼吸器を必要とする児童数※の年次推移（推計）



出典：社会医療診療行為別統計（調査）（各年6月審査分）により障害児・発達障害者支援室で作成

※出典：同左（「C107 在宅人工呼吸指導管理料」算定者数）

【出典】令和3年度 医療的ケア児の地域支援体制構築に係る担当者会議 資料1-1 2021年9月28日

医療的ケア児数

- 在宅の医療的ケア児は増加している。

医療的ケア児について

- 医療的ケア児とは、医学の進歩を背景として、NICU等に長期入院した後、引き続き人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが日常的に必要な児童のこと。
- 全国の医療的ケア児（在宅）は約2万人（推計）

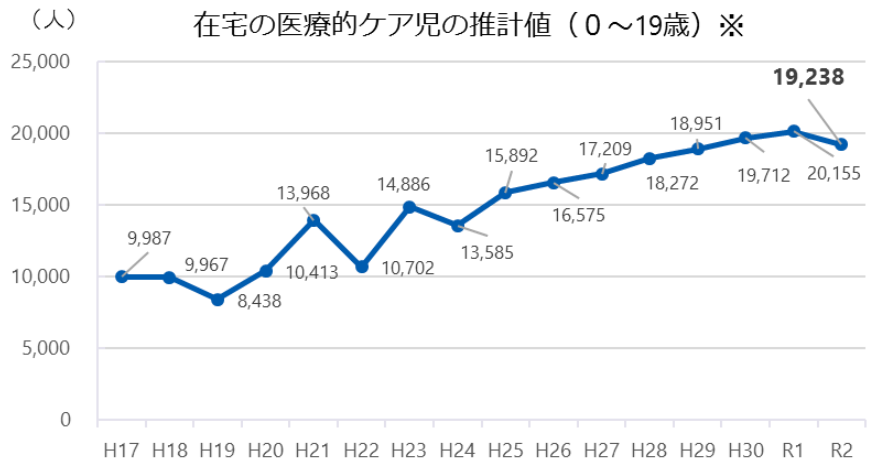


- 歩ける医療的ケア児から寝たきりの重症心身障害児※1までいる。
- 生きていくために日常的な医療的ケアと医療機器が必要例）気管切開部の管理、人工呼吸器の管理、吸引、在宅酸素療法、胃瘻・腸瘻・胃管からの経管栄養、中心静脈栄養等

※1：重症心身障害児とは重度の知的障害と重度の肢体不自由が重複している子どものこと。全国で約43,000人（者も含まれている）。[岡田2012推計値]



* 画像転用禁止



（出典：厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業「医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究（田村班）」及び当該研究事業の協力のもと社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）により障害児・発達障害者支援室で作成）

児童福祉法の改正（平成28年5月25日成立・同年6月3日公布）

第五十六条の六第二項

「地方公共団体は、人工呼吸器を装着している障害児その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障害児が、その心身の状況に応じた適切な保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を受けられるよう、保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を行う機関との連絡調整を行うための体制の整備に関し、必要な措置を講ずるように努めなければならない。」

※ 児童福祉法上の児童の定義は満18歳に満たない者であるが、社会医療診療行為別統計は5歳ごとの年齢階級別の統計となっていることから、医療的ケア児数（推計値）は20歳未満の者を含む。

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)

- 小児に係る在宅医療は、成人に対する医療と大きく異なる点があり、小児の特性に配慮した評価の設計が必要ではないか。
- 小児の在宅医療について、専門的な医療機関への集約化等も検討するべきではないか。

(10月13日 中央社会保険医療協議会 総会)

- 小児の在宅医療について、在宅ターミナルケアに係る手間が成人と比較して小児において大きい。

在宅医療について

1. 在宅医療の現状等について
2. 小児の在宅医療について
 - 2-1 緊急往診加算について
 - 2-2 在宅がん医療総合診療料について
3. 救急搬送診療料について
4. 論点

往診の評価について

○ 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へ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へ赴いて診療を行った場合には算定できない。

往診料の加算について

点数

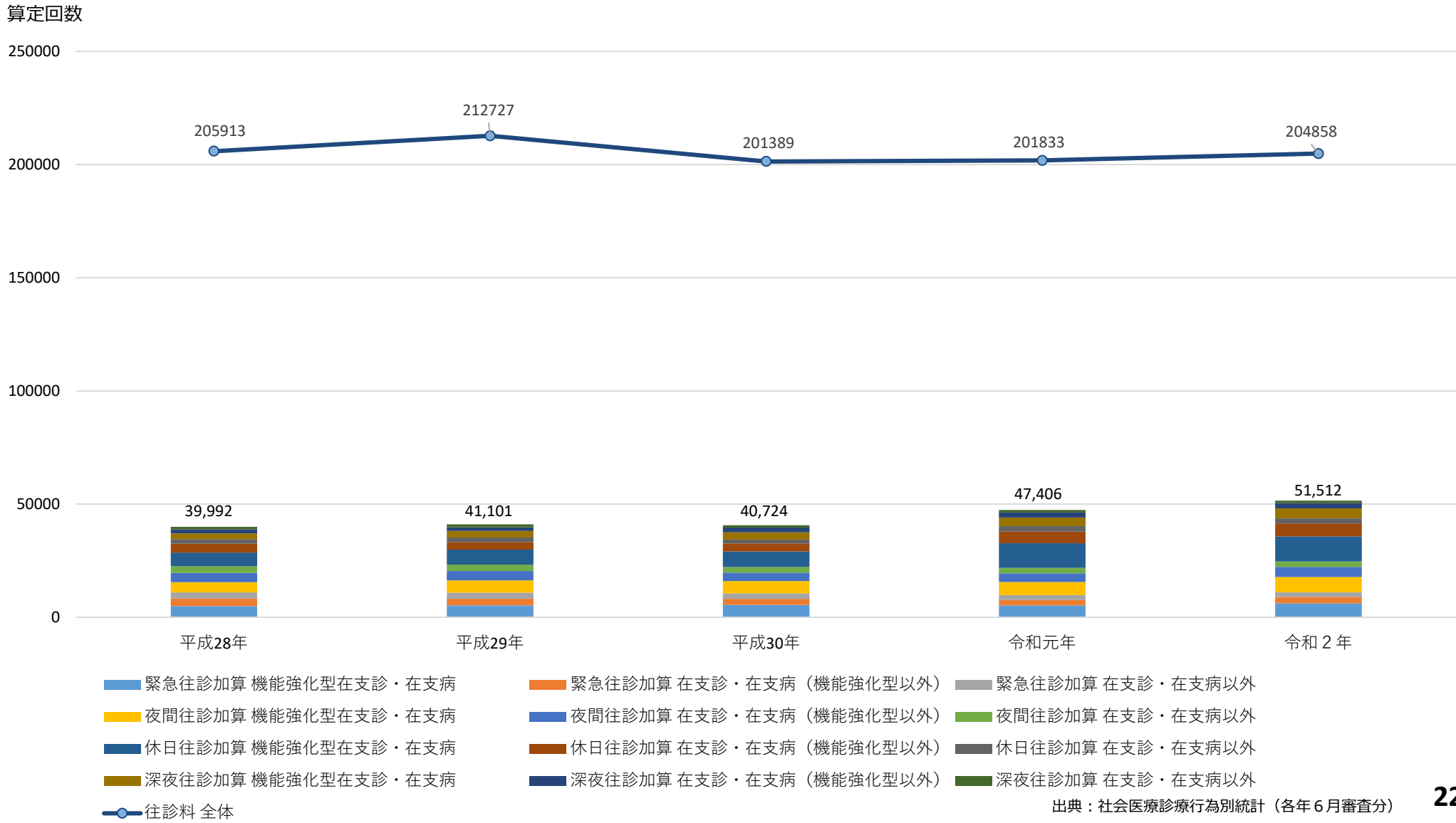
	機能強化型在宅療養支援診療所・病院		左記以外の在宅療養支援診療所・病院	在宅療養支援診療所・病院以外
	病床あり	病床なし		
緊急往診加算	850	750	650	325
夜間・休日往診加算	1,700	1,500	1,300	650
深夜往診加算	2,700	2,500	2,300	1,300

要件

	時間帯	その他の要件
緊急往診加算	標榜時間内であって、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している時（概ね午前8時から午後1時）	往診の結果、急性心筋梗塞、脳血管障害、急性腹症等が予想される場合
夜間・休日往診加算	午後6時から午前8時／日曜日及び国民の祝日に関する法律第3条に規定する休日	-
深夜往診加算	午後10時から午前6時	-

往診料等の算定回数

○ 往診料と、往診料の加算のうち緊急に行う往診の加算（緊急往診加算）、夜間・深夜・休日の加算（夜間往診加算、深夜往診加算、休日往診加算）の算定状況は以下のとおり。



緊急の往診について

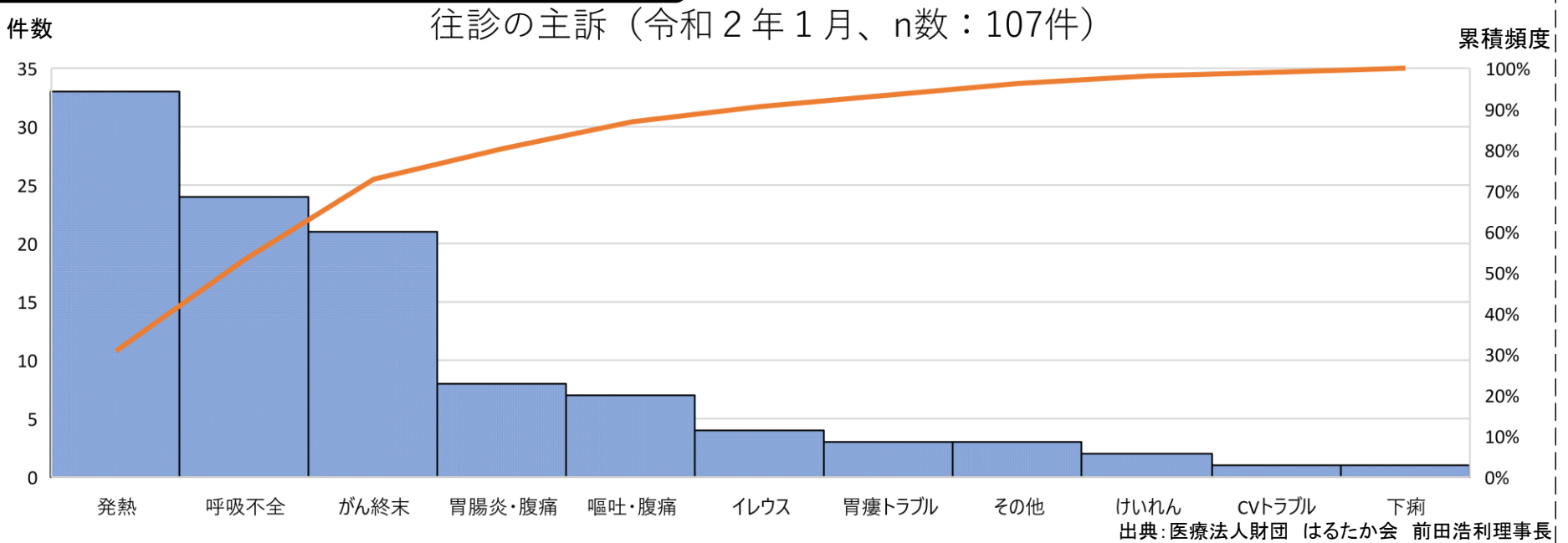
○ 緊急往診加算については、「往診の結果、急性心筋梗塞、脳血管障害、急性腹症等が予想される場合」に算定できるとされているが、小児においては、これらの状態には当てはまらない、「急性の呼吸不全やけいれん」など、成人と違った理由により緊急の往診が必要となる場合がある。

小児において緊急の往診が必要となる病態のうち、多いもの(例)

- 急性の呼吸不全（呼吸器使用中の患者や酸素使用の患者の低酸素状態等）
- 嘔吐
- けいれん
- 発熱

出典:さいわいこどもクリニック 宮田章子医師

小児における緊急往診が必要となる病態の主訴

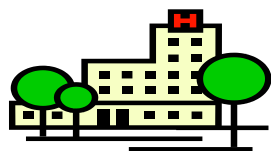


在宅医療について

1. 在宅医療の現状等について
2. 小児の在宅医療について
 - 2-1 緊急往診加算について
 - 2-2 在宅がん医療総合診療料について
3. 救急搬送診療料について
4. 論点

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。

小児がんにおける現状と課題

- ・ がんは、小児及びAYA世代の病死の主な原因の1つであるが、多種多様ながん種を多く含むことや、成長発達の過程においても、乳幼児から小児期、活動性の高い思春期・若年成人世代といった特徴あるライフステージで発症することから、これらの世代のがんは、成人の希少がんとは異なる対策が求められる。特に、小児がんについては、臨床研究の推進により治癒率は向上しているものの、依然として難治症例も存在することから、十分な診療体制の構築とともに診断時から晩期合併症への対応が必要である。
- ・ 小児がんについては、小児がん患者とその家族が安心して適切な医療や支援を受けられるような環境の整備を目指して、十分な経験と支援体制を有する医療機関を中心に、平成25(2013)年2月に、全国に15か所の小児がん拠点病院及び2か所の小児がん中央機関を整備し、診療の一部集約化と小児がん拠点病院を中心としたネットワークによる診療体制の構築を進めてきた。
- ・ しかしながら、脳腫瘍のように標準的治療が確立しておらず診療を集約化すべきがん種と、標準的治療が確立しており一定程度の診療の均てん化が可能ながん種とを整理することが求められている。また、提供体制については、小児がん拠点病院と地域ブロックにおける他の医療機関とのネットワークや、患者・家族の希望に応じて在宅医療を実施できる支援体制の整備が求められている。
- ・ 再発症例・初期治療反応不良例等の難治性の小児がん及びAYA世代のがんについては、新規治療・新薬開発、ゲノム医療の応用等の実施体制の整備が十分でなく、新規治療・薬剤の開発が切望されている。

(第3期がん対策推進基本計画(平成30年3月))

小児がん対策のこれまでの経緯

中医協 総 - 1 - 1
3 . 8 . 2 5

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)

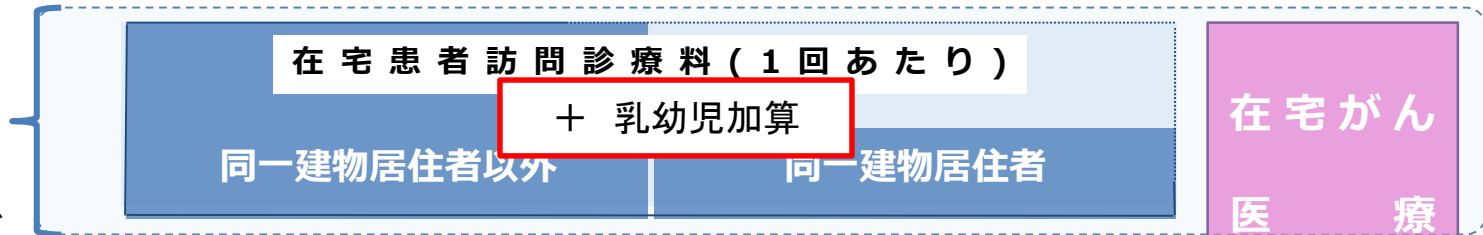
在宅医療における診療報酬上の評価構造(イメージ)

中医協 総-1-1 (改)
3 . 8 . 2 5

- 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。

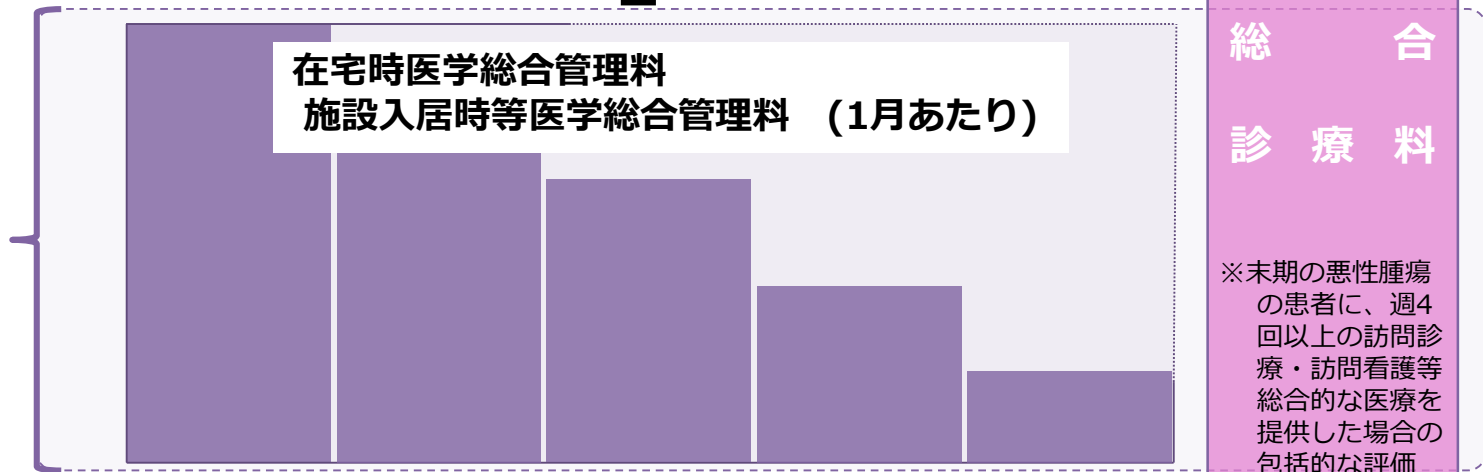
①定期的に訪問して診療を行った場合の評価

- 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

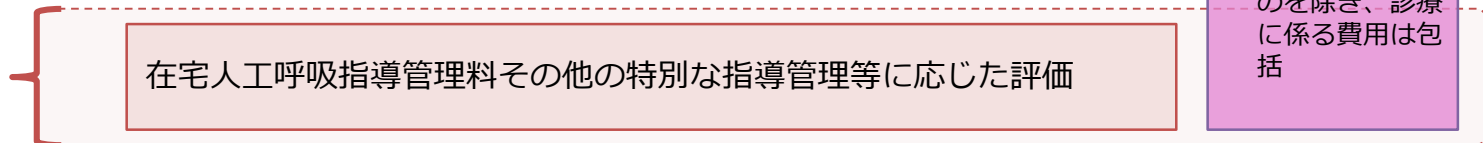


②総合的な医学的管理等を行った場合の評価

- 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



※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。

在宅で療養する末期の小児がん患者に訪問診療を行った場合の診療報酬

- 末期のがん患者については、訪問診療に関する基本的な評価が包括された在宅がん医療総合診療料を算定する方法を選択可能な取扱いとなっている。
- 在宅がん医療総合診療料には、注射による鎮痛療法等、専門的な在宅療養に係る指導管理料も包括されている。

＜在宅で療養する末期の小児がん患者に訪問診療を行った場合の診療報酬（イメージ）＞

- 医療機関の形態： 機能強化型の在宅療養支援診療所（病床を有する）
- 居住形態： 一軒家
- 診療内容： 1日に1回の訪問診療、注射による鎮痛療法、投薬（処方せん交付のみの院外処方）

①定期的に訪問して診療を行った場合の評価	在宅がん医療総合診療料 1日当たり1,800点
②総合的な医学的管理等を行った場合の評価	
③指導管理等に対する評価 (在宅療養指導管理料・材料加算)	

- 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



成人と小児のがん患者における終末期の在宅医療の比較

○ 小児がん終末期在宅診療では脳腫瘍の割合が非常に高い

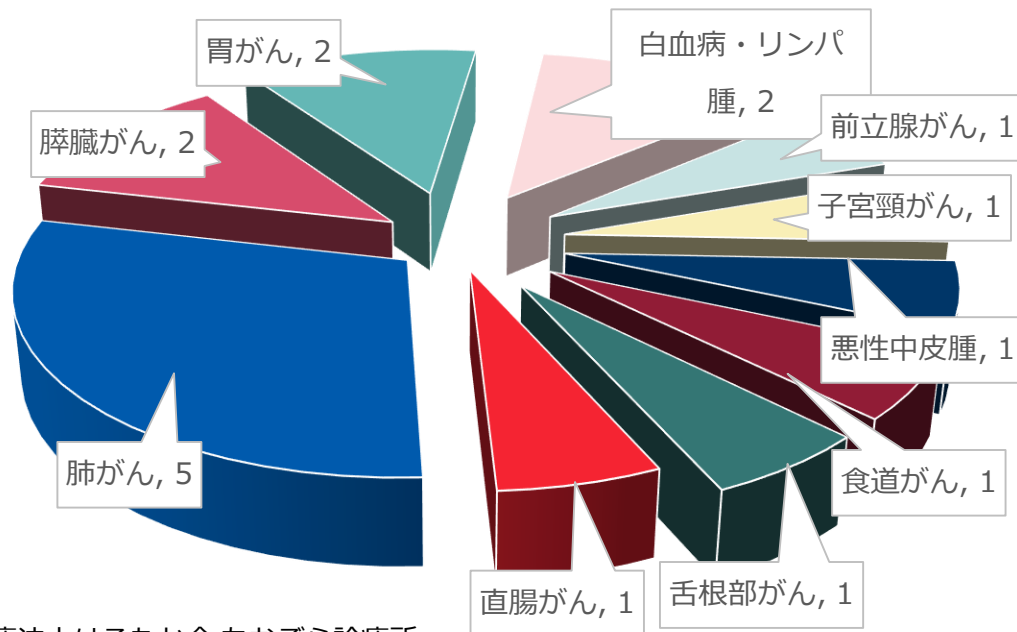
同一医療法人において診療した成人と小児のがん患者17例ずつの比較

診療録・レセプト情報から診療実態・麻薬投与量・輸血に関する情報を収集

年齢と原疾患の分布

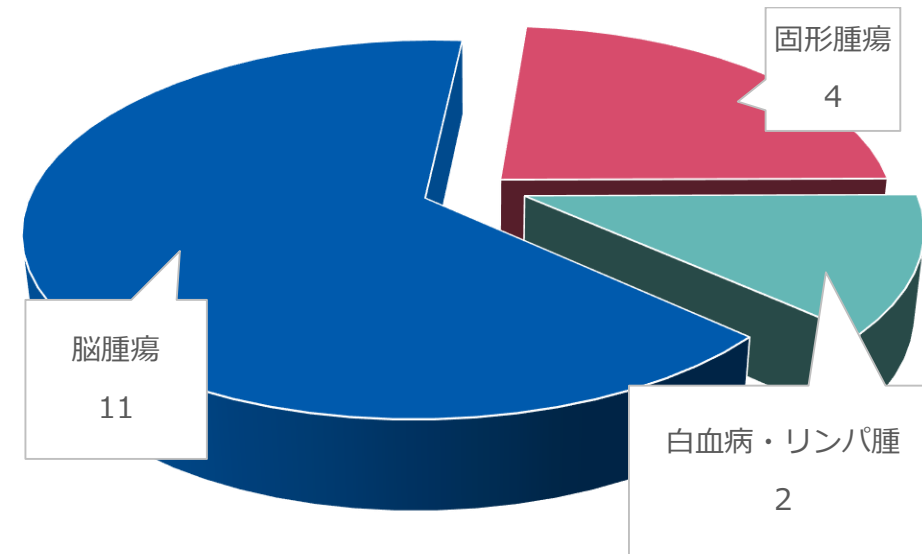
成人

中央値 78歳
(50-93歳)



小児

中央値 9歳
(0-19歳)



成人と小児のがん患者における終末期の在宅医療の比較

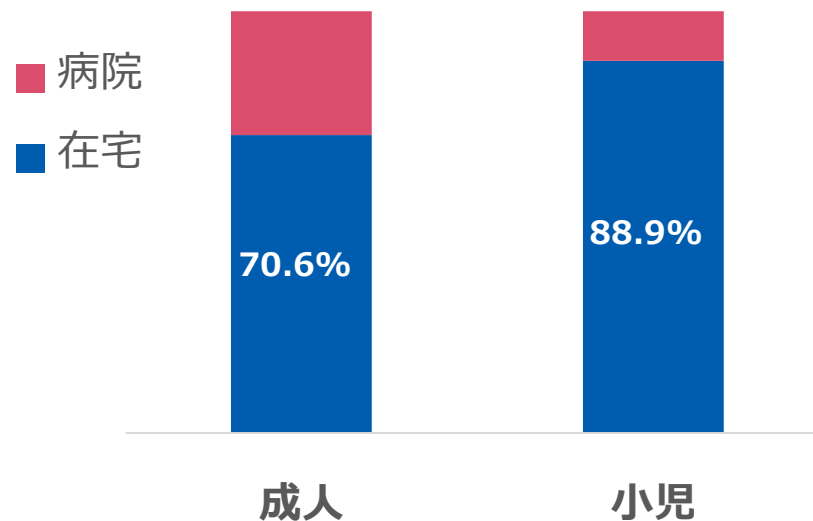
- 小児がん終末期在宅診療では、成人と比べて長い期間訪問診療が行われることが多く、本人のみならず家族のケアも求められる。
- また、成人に比し在宅で看取られる割合が高い。

初回の訪問診療から永眠までの期間

成人 中央値 **34日間**
(2日-462日間)

小児 中央値 **74日間**
(2日-453日間)

在宅での看取りの割合



成人と小児のがん患者における終末期の在宅医療の比較

- 疼痛などの症状緩和が容易ではなく、オピオイドを積極的に使用する必要がある。
- また、原疾患には抗腫瘍薬に対する感受性が高いものが多く、終末期まで化学療法が継続されることも多いため、在宅でも輸血の実施が必要となることが多い。

代表的な静注用麻薬製剤使用量 (一人当たりの使用量平均)

	成人	小児
オキシコドン (mg)	18.8	108
モルヒネ (mg)	195.9	1297

輸血量 (一人当たりの輸血単位数平均)

	成人	小児
濃厚赤血球 (単位)	0	0.5
濃厚血小板 (単位)	0	15.3

(参考)WHOガイドラインにおいては、アセトアミノフェンやイブプロフェンで効果不十分、又は中等度以上の疼痛の場合、成人では3段階ラダーを用いるため、弱オピオイドの使用が推奨されているところ、小児では2段階ラダーを用いるため、モルヒネ等の強オピオイドの使用が推奨されている。

小児の在宅医療に係る課題（小括）

（緊急往診加算について）

- ・ 医療的ケア児とは、NICU等に長期入院した後、引き続き人工呼吸器や胃瘻等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが日常的に必要な児童のことを指す。在宅の医療的ケア児の数は全国に約2万人と推計されており、年々増加してきている。
- ・ 緊急往診加算については、「往診の結果、急性心筋梗塞、脳血管障害、急性腹症等が予想される場合」に算定できるとされているが、小児においては、これらの状態には該当しない、「急性の呼吸不全やけいれん」など、成人と違った理由により緊急の往診が必要となる場合がある。

（在宅がん医療総合診療料について）

- ・ 末期のがん患者については、訪問診療に関する基本的な評価が包括された在宅がん医療総合診療料を算定することが可能である。
- ・ 小児に対する緩和ケアについて、成人と比較した場合に、「障害がある子どもへのケアに特殊な技術を必要とする」、「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。
- ・ 成人と小児で、在宅医療を受けている末期のがん患者の疾患を比較すると、成人では肺癌が最多である一方、小児においては脳腫瘍が最多であった。また、小児においては、成人と比較して、在宅医療を受けている期間が長く、看取りが在宅で行われる割合も高かった。
- ・ 医療の内容について、静注用麻薬製剤使用量や輸血量で比較をすると、小児のほうが成人よりも使用量の平均値が大きかった。

在宅医療について

1. 在宅医療の現状等について
2. 小児の在宅医療について
3. 救急搬送診療料について
4. 論点

救急搬送診療料の概要

救急搬送診療料

- 患者を救急用の自動車等で保険医療機関に搬送する際、診療上の必要から、当該自動車等に同乗して診療を行った場合への評価。

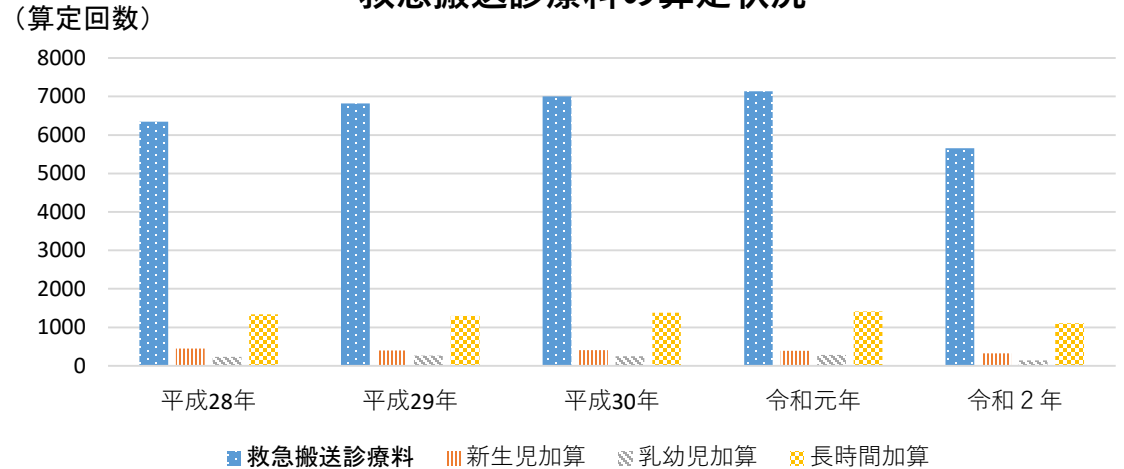
C-004 救急搬送診療料 1300点

長時間加算(30分以上) 700点

新生児加算 1500点

乳幼児加算(6歳未満) 700点

救急搬送診療料の算定状況



出典：社会医療診療行為別統計

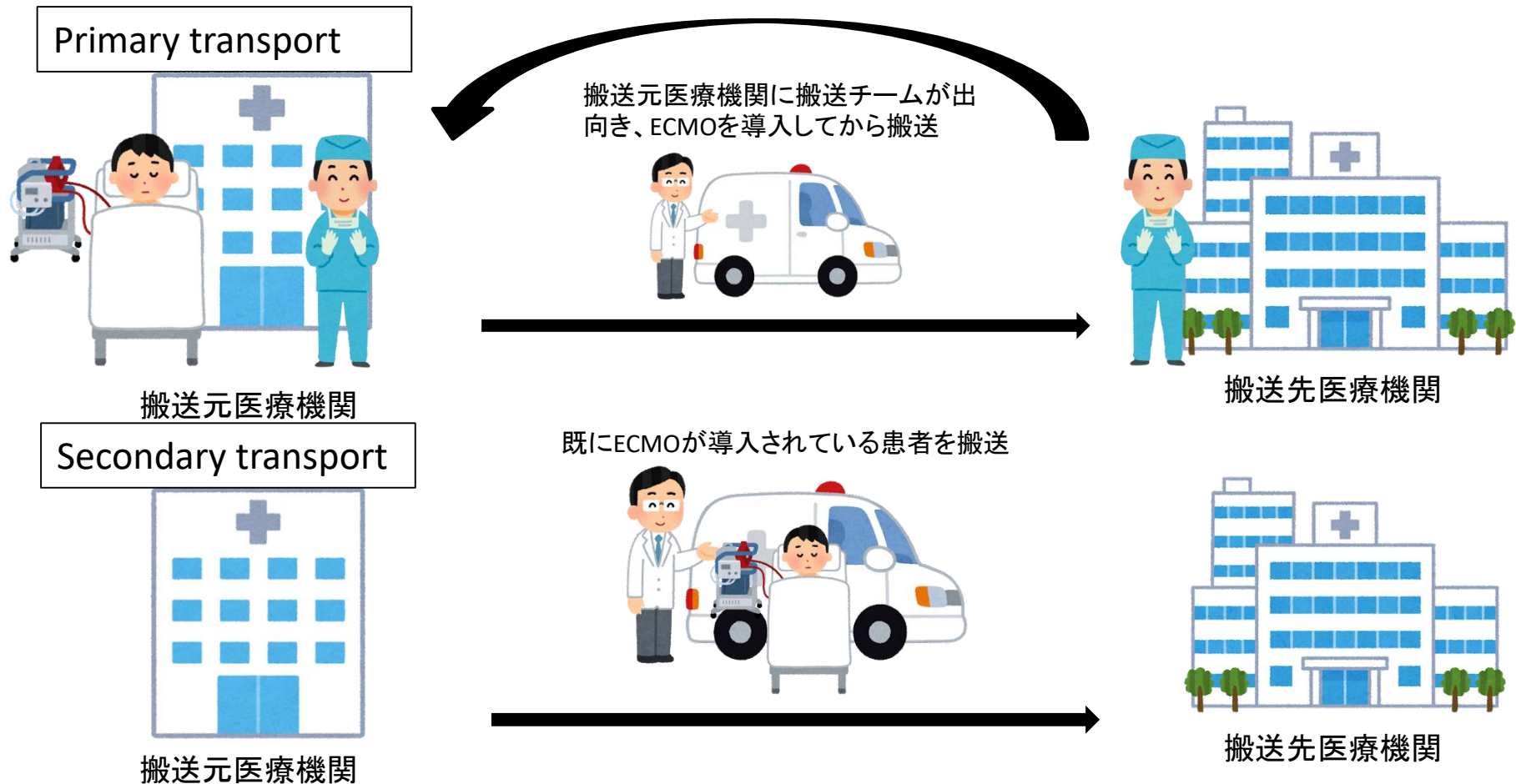
[主な算定要件]

- ① 救急用の自動車とは、消防法及び消防法施行令に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車並びに道路交通法及び道路交通法施行令に規定する緊急自動車であって、当該保険医療機関に属するものをいう。
- ② 救急医療用ヘリコプター内において診療を行った場合についても当該加算を算定することができる。
- ③ 診療を継続して提供した場合、A000初診料、A001再診料又はA002外来診療料は1回に限り算定する。
- ④ 搬送先の医療機関の保険医に立会診療を求められた場合はA000初診料、A001再診料又はA002外来診療料は1回に限り算定し、C000往診料は併せて算定できない。ただし、患者の発生した現場に赴き、診療を行った後、救急用の自動車等に同乗して診療を行った場合は、C000往診料を算定できる。
- ⑤ 当該保険医療機関の入院患者を他の保険医療機関に搬送した場合、救急搬送診療料は算定出来ない。

ECMO装着患者搬送の概要

○ ECMO装着患者の転院搬送は、搬送元に搬送チームが出向き、搬送元でECMOを導入してから搬送先にECMO装着患者を搬送をするPrimary transportと、すでに搬送元でECMOが導入されている患者をそのまま搬送先医療機関に搬送するSecondary transportの2種類の概念があり、そのときの状況によって選択される。

(出典: Extracorporeal Life of Support Organization(ELSO) Guidelines for ECMO Transport)



事業の概要

「感染拡大に伴う入院患者増加に対応するための医療提供体制確保について」
(令和2年12月25日新型コロナウイルス感染症対策推進本部)より抜粋し、改変

- 集中治療の専門家等による相談窓口
- ECMOの取扱いに精通した医師を含む集中治療の専門家等の派遣調整
- 都道府県調整本部（※）等における搬送調整業務支援 等 ※都道府県内の患者受け入れを調整する機能を有する組織・部門

<集中治療の専門家等の派遣スキーム>

- (1) ICU管理や人工呼吸管理が必要な患者→各医療機関で診療する。
- (2) (1)の患者がさらに悪化し、ECMOを含む高度集中治療管理が必要と判断される場合
 - パターン1：当該医療機関でECMOを含む診療を実施
 - パターン2：当該医療機関でECMOを含む診療が困難な場合：地域のECMO診療可能な病院へ転院搬送
 - ・都道府県調整本部がコーディネーターと相談して搬送先を選定する。その際に、当該事業のDr to Drで搬送先選定の助言を行う。

医療機関の求めに応じて、「重症者治療搬送調整等支援事業」の相談窓口（TEL: 050-3085-3335）が診療の助言・サポートを実施している

さらに地域全体のECMO患者が増える見込みがある場合

- ① 都道府県は、厚生労働省に当該事業を通じた専門家派遣について相談。厚生労働省は、都道府県の状況を聴取し、技術的助言を実施。
- ② 厚生労働省は、日本集中治療医学会・日本ECMOnetに出動準備依頼。
- ③ 日本集中治療医学会・日本ECMOnetは、全国の診療状況を踏まえて、現地に派遣するECMO専門家チームの人選を行う。
- ④ 都道府県から厚生労働省に派遣要請。
- ⑤ 厚生労働省は、日本集中治療医学会・日本ECMOnetに出動要請。
- ⑥ 日本集中治療医学会・日本ECMOnetの専門家チームが現地入りする。

I 日本集中治療医学会・日本ECMOnetの専門家チームが現地で重症者の診療について助言・指導を行い、当該地域内のECMO受け入れキャパシティーを大きくする。

上記を行ってもなお、ECMO等の重症患者の受け入れキャパシティーが不足すると見込まれる場合、移送・搬送を検討する。

II 当該地域外へECMO等の重症患者を移送する（広域移送・搬送）。

※移送・搬送に当たっては、患者の身体への負担を考慮して、患者、患者の家族、送り出し、受け入れ都道府県の合意が必要。

→搬送先選定：現地入りしているECMO専門家チームの派遣元病院への移送を軸に調整を行う（日本集中治療医学会・日本ECMOnet、

厚生労働省、都道府県）。移送・搬送には日本集中治療医学会・日本ECMOnetからの派遣された専門家チームが同行する。

重症患者搬送のガイドライン(案)

○ 現在、集中治療室等から他の施設の集中治療室等までの広域搬送における、リスクの軽減と予防戦略に焦点をあてたガイドラインを、日本集中治療医学会が作成しているところである。このガイドラインにおいては、搬送に必要な医療機材や、必要な人員を定めている他、搬送に係る処置等、重症患者搬送に係る事項をまとめている。

4) 搬送に必要な医療機材

- 集中治療室入室中に装着されていた医療機材を、航空耐性や振動・衝撃などの異常環境に耐えるものに変更する。
- 搬送用の生命維持装置（例、人工呼吸器等）については、可能な限り患者の病態に適合したものを
選択し、搬送前に患者の適合性を評価する。
- 搬送中であっても治療の質を同等に保つ努力をする（例、手動換気による呼吸管理に変更しない）
- 搬送手段への搭載・卸下時の時間の短縮及び事故予防から、可搬性を追求し、また適切かつ強固な固縛要領を追求する。可能であれば、専用の搬送用架台等を準備する。
- 航空搬送において電磁適合性基準を満たすものを準備する。
- 搬送中は患者が暑熱冷寒等に晒される可能性が高いため、環境温度等に対して患者の恒常性を維持しうる装置を準備する。

9) 搬送スタッフについて（搬送スタッフの構築は予後を改善しうるか？）

- 集中治療を要する重症患者の搬送においては、集中治療医（集中医療専門医もしくはそれと同等の能力を有する医師）の帯同が必須である。
- 搬送チームにおいて集中治療医が主導的立場を取る。
- 病状に応じ医師は複数であることが望ましい。
- 医師以外に看護師、臨床工学技士が必要である。
- 患者の病態に応じた専門分野および高度手技（例：ECMO、小児の緊急気道確保等）に卓越した医師が含まれるべきである。
- 病態や搬送環境に応じて搬送チームの構成は可変的であるべきである。
- 熟練した搬送チームによる搬送は予後を改善する。

救急搬送診療料に係る課題（小括）

- ・ 救急搬送診療料は、患者を救急用の自動車等で保険医療機関に搬送する際、診療上の必要から、当該自動車等に同乗して診療を行った場合を評価したものである。
- ・ 救急搬送においてはECMOを装着した患者の転院搬送をするケースもあり、これには、搬送チームが搬送元医療機関に出向いてECMOの導入を行った上で搬送をするPrimary transportと、すでに搬送元医療機関でECMOが導入されている患者を搬送するSecondary transportの2つのパターンが存在する。
- ・ 新型コロナウイルス感染症流行禍においても、集中治療専門の医師を派遣し、必要に応じてECMO装着患者を含む重症患者の転院搬送を行う等の取組が行われていた。
- ・ ECMO装着患者を含めた重症患者を搬送する際のリスクを最小限にするための予防戦略をまとめたガイドラインの策定が現在進められている。

在宅医療について

1. 在宅医療の現状等について
2. 小児の在宅医療について
3. 救急搬送診療料について
4. 論点

在宅医療に係る論点

【緊急往診加算について】

- 緊急往診加算における緊急に行う往診とは、「患者又は現にその看護に当たっている者からの訴えにより、速やかに往診しなければならないと判断した場合をいい、具体的には、往診の結果、急性心筋梗塞、脳血管障害、急性腹症等が予想される場合をいう。」こととされているところ、成人と小児における緊急の往診の際の疾患等が異なること等を踏まえ、要件の在り方についてどのように考えるか。

【在宅がん医療総合診療料について】

- 成人と小児における在宅の末期がん診療の在り方を踏まえつつ、在宅で療養する末期の小児がん患者に訪問診療を行った場合の評価の在り方について、どのように考えるか。

【救急搬送診療料について】

- 救急搬送診療料においては、医師が診療上の必要から、当該自動車等に同乗して診療を行った場合に算定出来ることとされているが、高次の医療機関へ送ることがある実態やECMO等を装着した患者の搬送に係るガイドラインが策定されたことを踏まえて、評価をどのように考えるか。