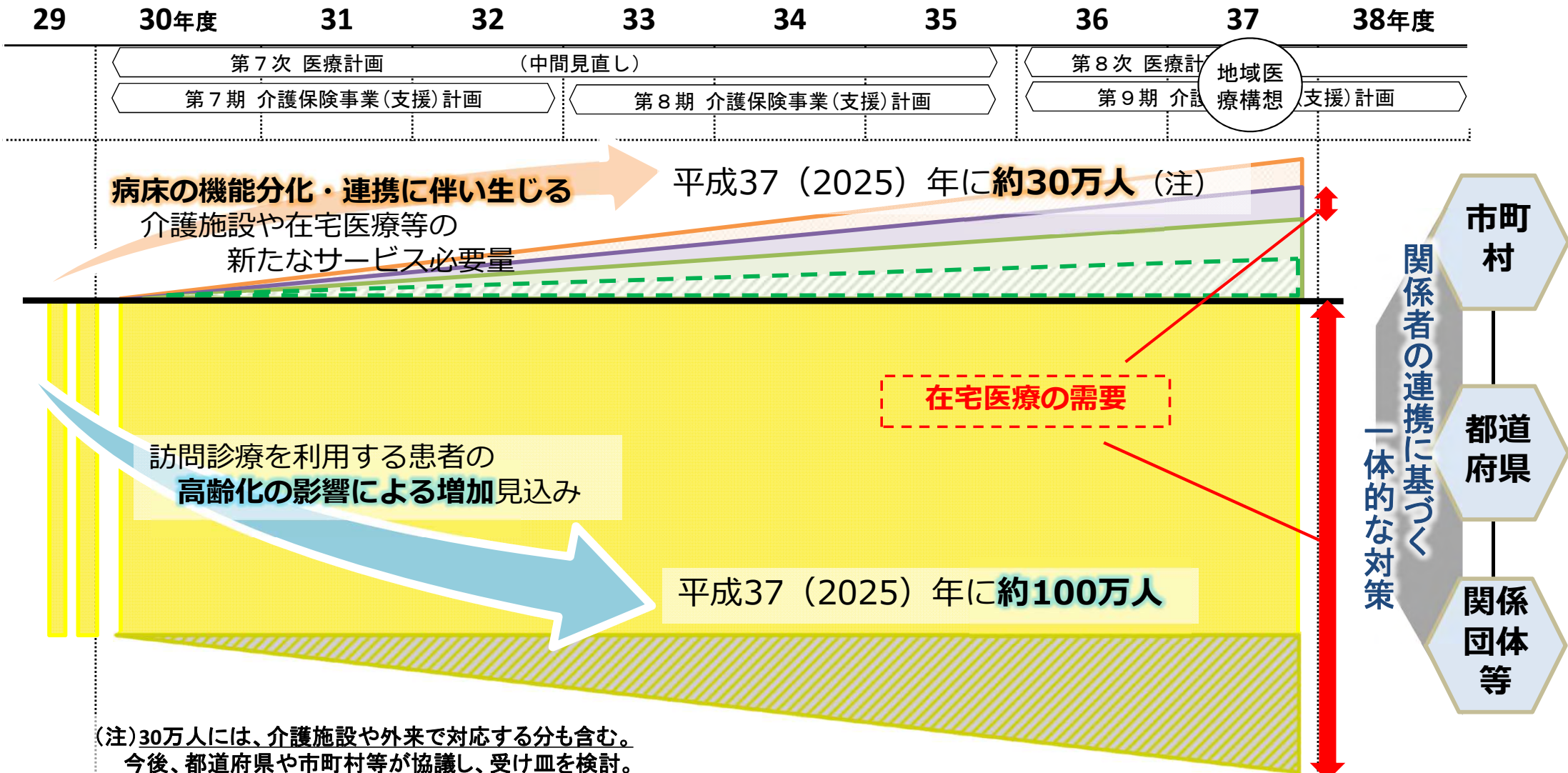


2025年に向けた在宅医療の体制構築について

- 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**していくことが重要。



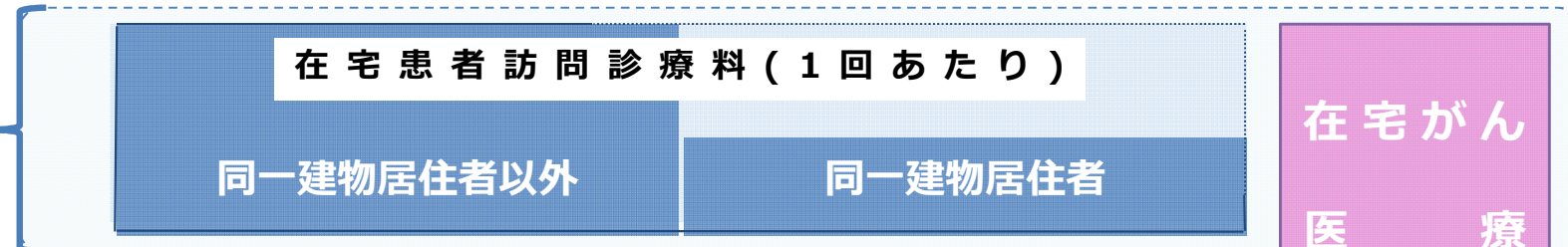
(注) 30万人には、介護施設や外来で対応する分も含む。
今後、都道府県や市町村等が協議し、受け皿を検討。

在宅医療における診療報酬上の評価構造（イメージ）（平成28年度）②（iii）

- 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。
- 上記3種類の評価のうち、総合的な医学的管理に対する評価の占める割合が大きい。

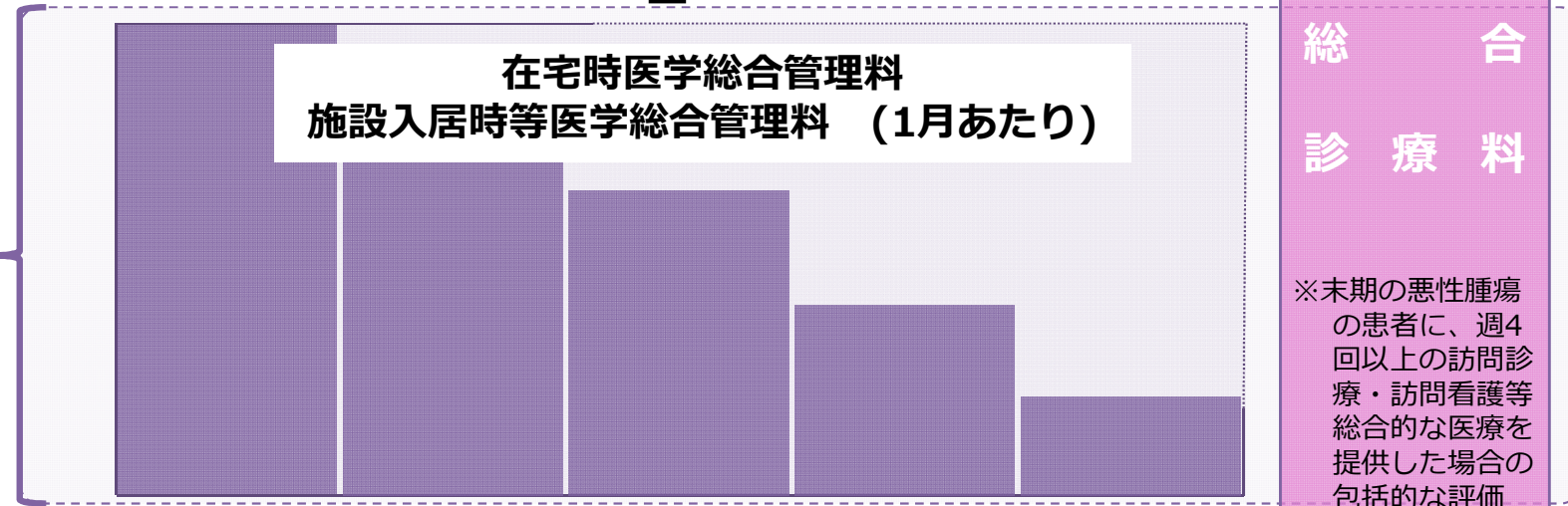
①定期的に訪問して診療を行った場合の評価

- 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

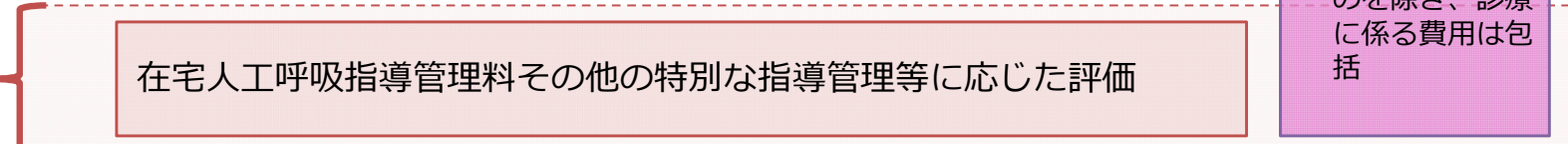


②総合的な医学的管理等を行った場合の評価

- 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。

在宅患者訪問診療料（平成28年度～）

② (iii)

在宅患者訪問 診療料(1日につき)	同一建物居住者以外の場合		833点	
	同一建物居住者の場合		203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		
	6,000点	5,000点	4,000点	3,000点
	+在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	7,000点	6,000点	
	+在宅療養実績加算1			4,750点
+在宅療養実績加算2			4,500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・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

在宅時医学総合管理料（平成28年度～）



② (iii)

①機能強化型在支診(病床あり) 機能強化型在支病

診療患者 単一建物		月2回以上訪問		月1回 訪問
		重症患者	重症患者 以外	
		1人	5,400点	4,600点
2~9人	4,500点	2,500点	1,500点	
10人 以上	2,880点	1,300点	780点	

②機能強化型在支診(病床なし) 機能強化型在支病

診療患者 単一建物		月2回以上訪問		月1回 訪問
		重症患者	重症患者 以外	
		1人	5,000点	4,200点
2~9人	4,140点	2,300点	1,380点	
10人 以上	2,640点	1,200点	720点	

③ ①②以外の在支診・在支病

診療患者 単一建物		月2回以上訪問		月1回 訪問
		重症患者	重症患者 以外	
		1人	4,600点	3,800点
2~9人	3,780点	2,100点	1,260点	
10人 以上	2,400点	1,100点	660点	

④ その他の保険医療機関

診療患者 単一建物		月2回以上訪問		月1回 訪問
		重症患者	重症患者 以外	
		1人	3,450点	2,850点
2~9人	2,835点	1,575点	945点	
10人 以上	1,800点	850点	510点	

施設入居時等医学総合管理料（平成28年度～）



①機能強化型在支診(病床あり) 機能強化型在支病

診療患者 単一建物		月2回以上訪問		月1回訪問
		重症患者	重症患者以外	
		1人	3,900点	3,300点
2～9人	3,240点	1,800点	1,080点	
10人以上	2,880点	1,300点	780点	

②機能強化型在支診(病床なし) 機能強化型在支病

診療患者 単一建物		月2回以上訪問		月1回訪問
		重症患者	重症患者以外	
		1人	3,600点	3,000点
2～9人	2,970点	1,650点	990点	
10人以上	2,640点	1,200点	720点	

③ ①②以外の在支診・在支病

診療患者 単一建物		月2回以上訪問		月1回訪問
		重症患者	重症患者以外	
		1人	3,300点	2,700点
2～9人	2,700点	1,500点	900点	
10人以上	2,400点	1,100点	660点	

④ その他の保険医療機関

診療患者 単一建物		月2回以上訪問		月1回訪問
		重症患者	重症患者以外	
		1人	2,450点	2,050点
2～9人	2,025点	1,125点	675点	
10人以上	1,800点	850点	510点	

在宅療養支援診療所（在支診）の施設基準の概要（平成28年度～）

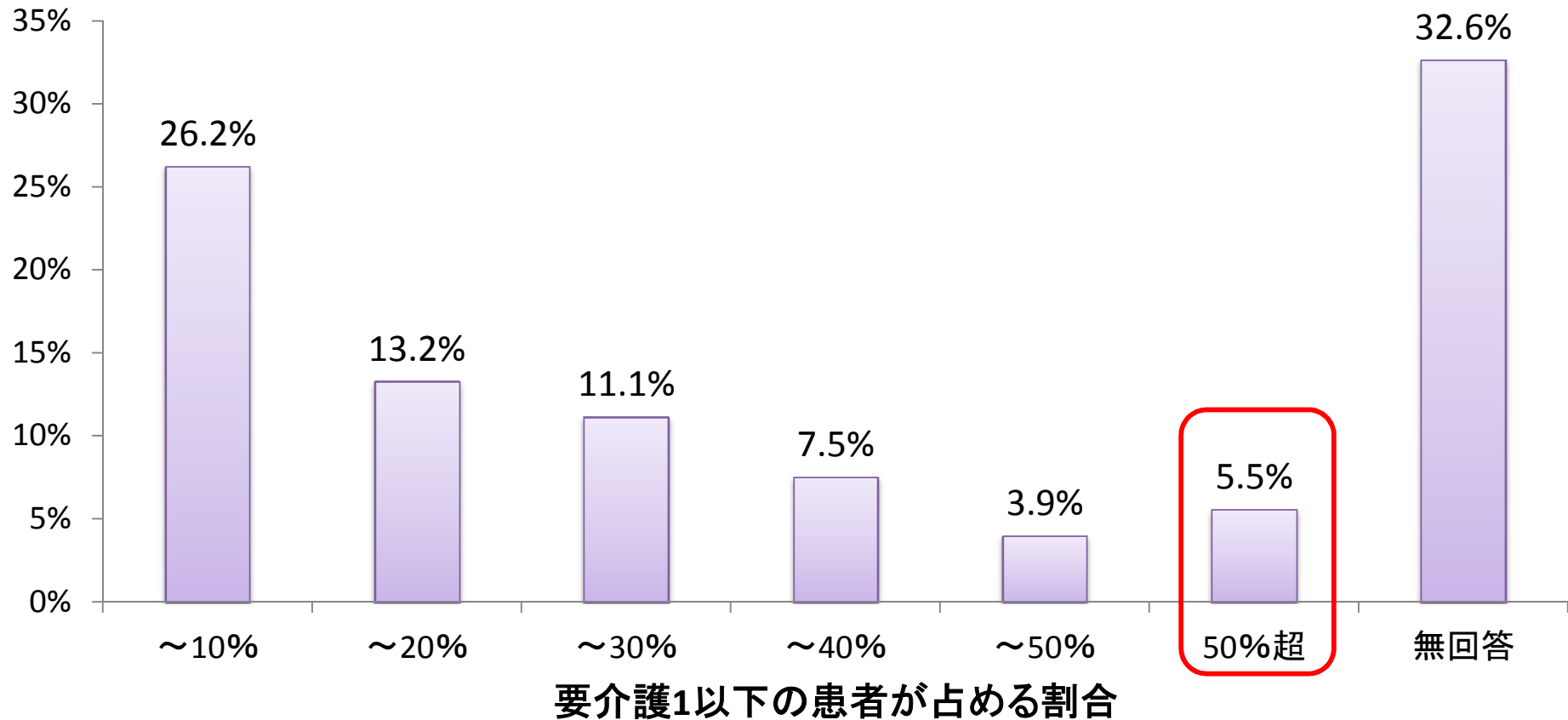
	機能強化型在支診		在支診
	単独型	連携型	
全ての在支診が満たすべき基準	<ul style="list-style-type: none"> ① 24時間連絡を受ける体制の確保 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している 		
機能強化型在支診が満たすべき基準	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上	/
	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 10件以上	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 連携内で10件以上・各医療機関で4件以上	
	⑨ 過去1年間の看取りの実績又は 超・準超重症児の医学管理の実績 のいずれか 4件以上	⑨ 過去1年間の看取りの実績が連携内で 4件以上、 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のいずれか 2件以上	

※「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

訪問診療を提供する患者の要介護度の状況

- 訪問診療を受ける患者のうち、要介護1以下(要介護1、要支援又は自立)の患者が割合が50%を超える医療機関が6%程度あった。

＜要介護1以下の患者が占める割合別の医療機関の分布(n=764)＞

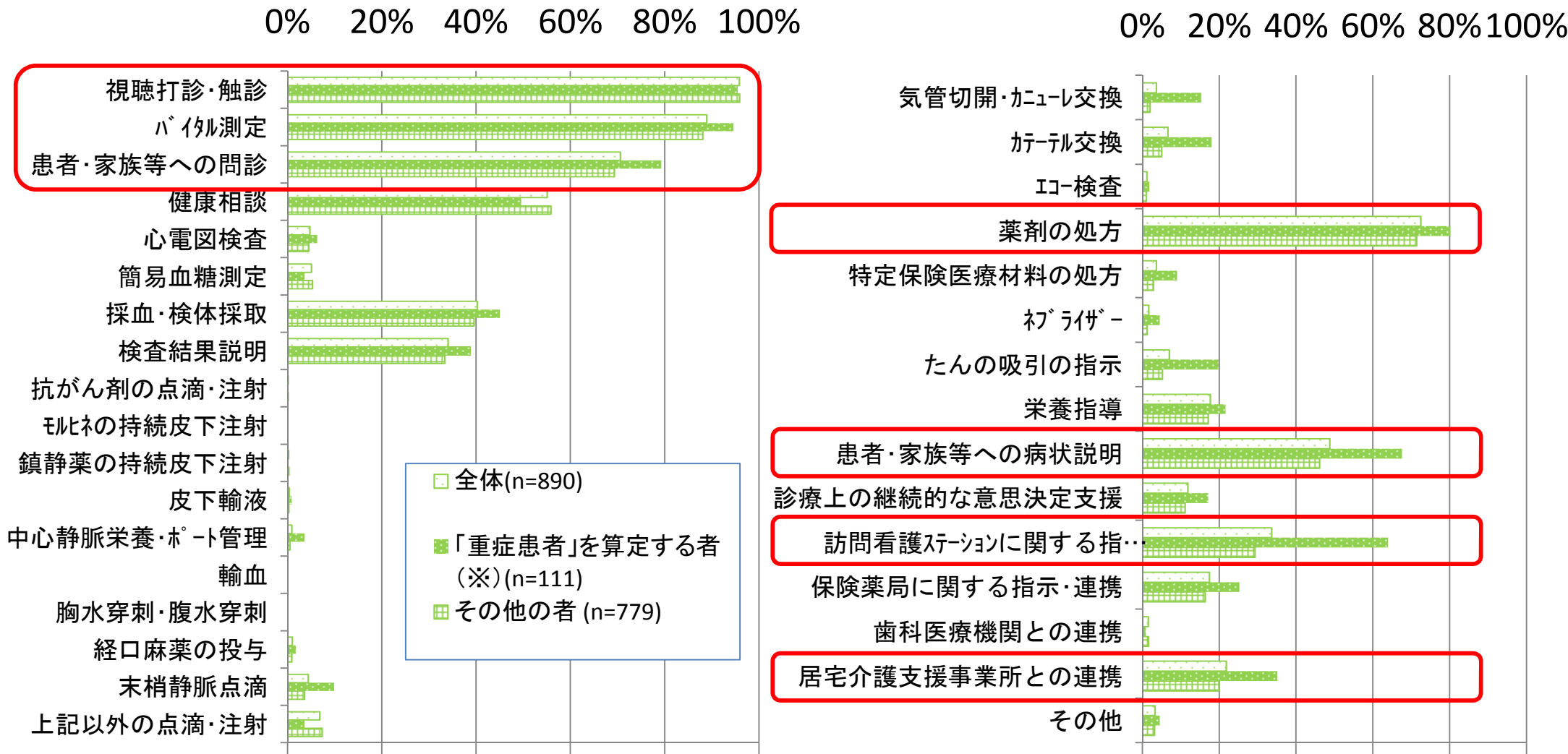


訪問診療時に医師が行った診療内容等①

- 直近1ヶ月間で訪問診療時に医師が実施した診療内容等では、「視聴打診・触診」「バイタル測定」「問診」「薬剤の処方」と回答した割合が多かった。
- 「『重症患者』を算定する者(※)」については、それ以外の患者に比べ、「患者・家族等への病状説明」「訪問看護ステーションに関する指示」「居宅介護支援事業所との連携」と回答した割合が多かった。

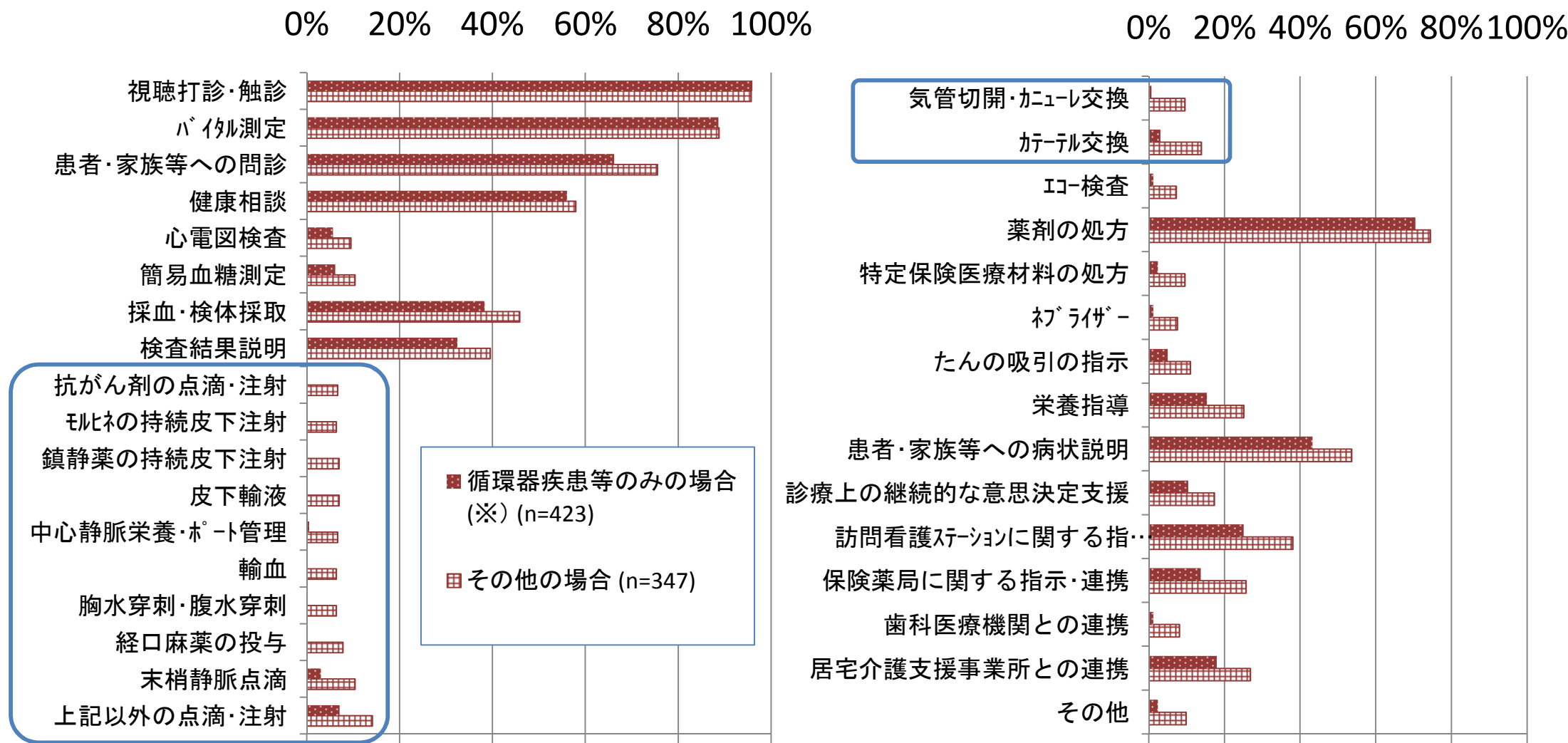
(※)重症患者を対象とした在総管・施設総管を算定する患者

直近1ヶ月間に医師が実施した診療内容等(複数回答)



○ 直近1ヶ月間で訪問診療時に医師が実施した診療内容等について、循環器疾患等のみを有する患者(※)は、それ以外の患者に比べ、点滴や注射、カテーテル交換などの医療処置に関する項目で、回答した割合が少なかった。

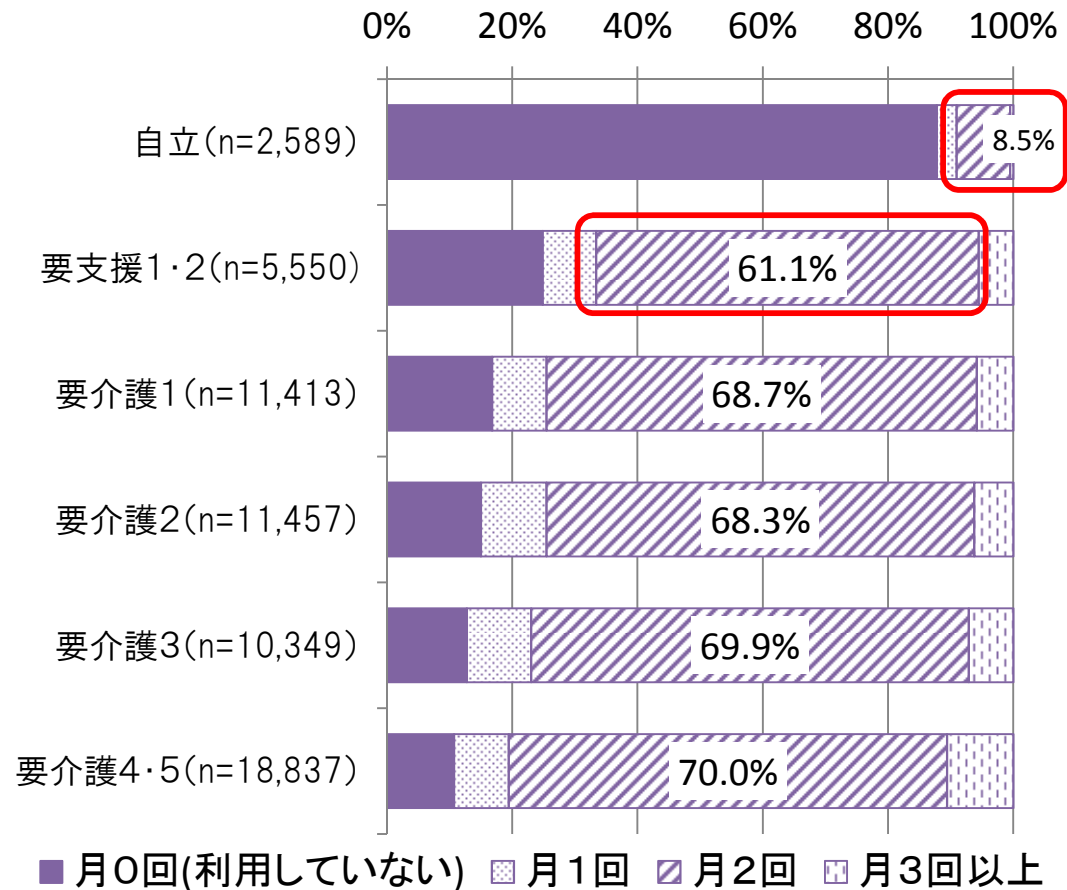
(※)訪問診療の対象疾患が「循環器疾患」「脳血管疾患」「認知症」「糖尿病」「骨折・筋骨格系疾患」のみの場合



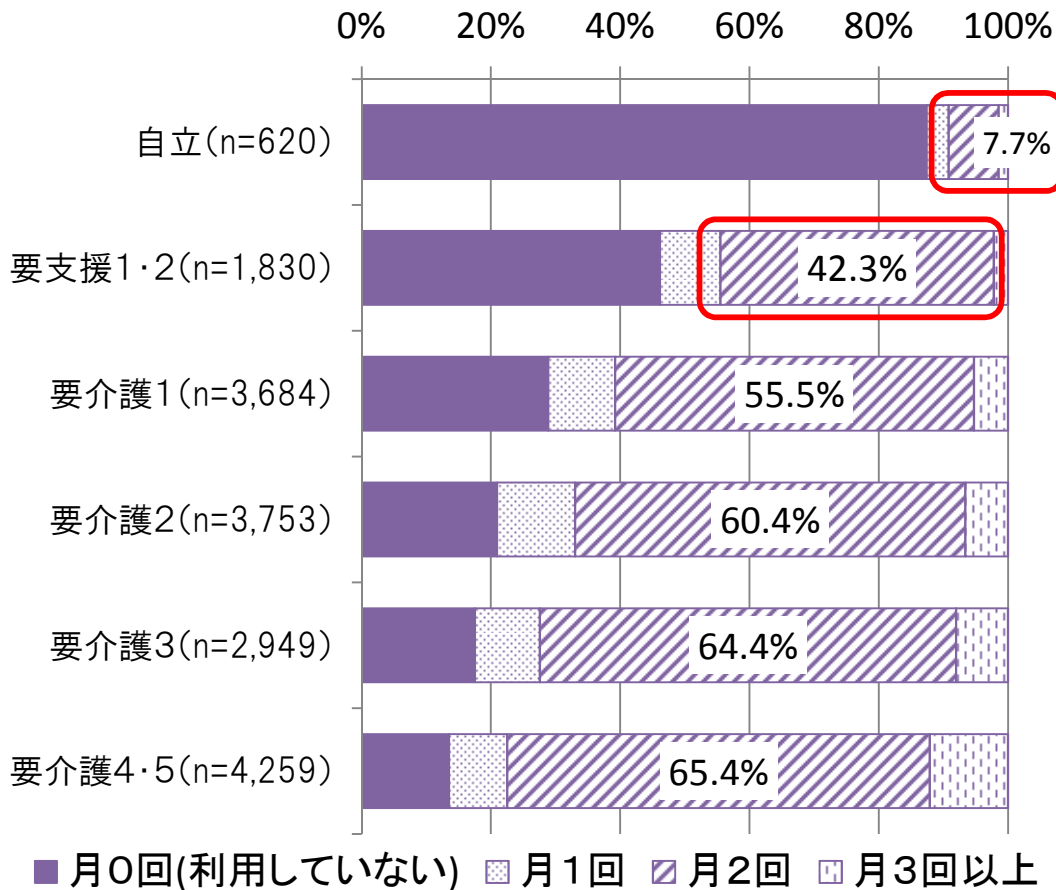
特定施設等の入居者における訪問診療の受診状況

- 要介護度別の訪問診療の受診状況を見ると、
 - ・ 有料老人ホームでは、要介護度が自立の入居者の9%、要支援の入居者の61%が月2回の訪問診療を受診していた。
 - ・ サ高住では、要介護度が自立の入居者の8%、要支援の入居者の42%が月2回の訪問診療を受診していた。

＜有料老人ホーム入居者の訪問診療の受診状況＞



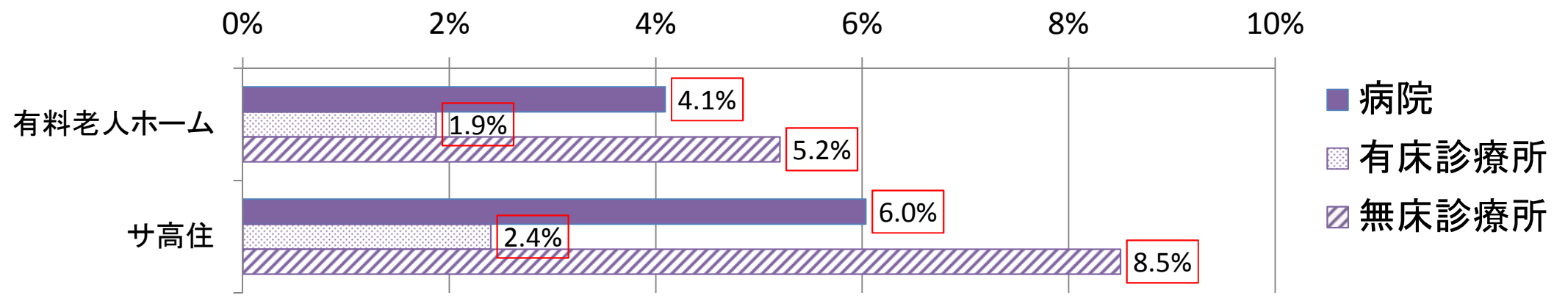
＜サ高住入居者の訪問診療の受診状況＞



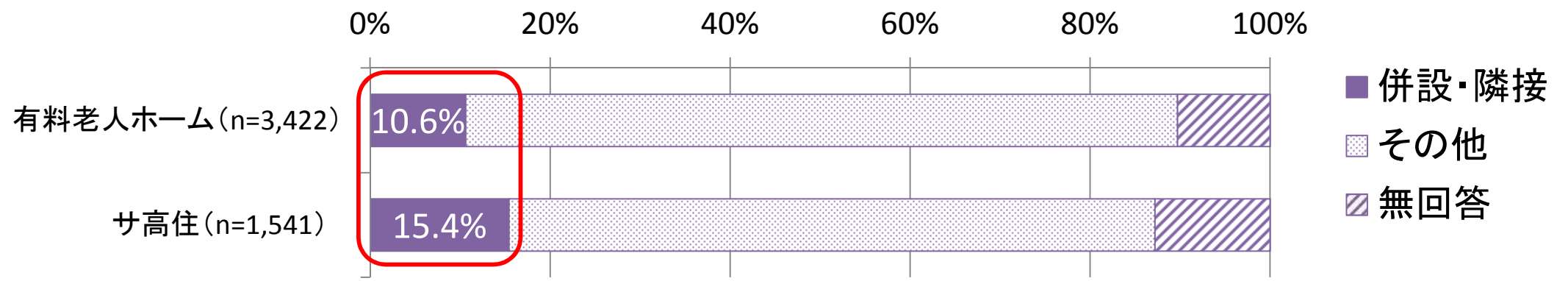
特定施設等における医療機関の併設・隣接の状況

- 有料老人ホームの11%、サービス付き高齢者住宅(サ高住)の17%に、併設又は隣接する医療機関があった。
- 入居者が最も利用する医療機関について、有料老人ホームのうち11%、サ高住の15%が併設又は隣接の医療機関と回答した。

＜併設又は隣接する医療機関の有無＞



＜入居者が最も利用する医療機関の属性＞



策定の背景

- 平成18年3月に富山県射水市民病院における人工呼吸器取り外し事件が報道され、「尊厳死」のルール化の議論が活発化。
- 平成19年、厚生労働省に、「終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会」を設置し、回復の見込みのない末期状態の患者に対する意思確認の方法や医療内容の決定手続きなどについての標準的な考え方を整理することとした。
- パブリックコメントや、検討会での議論を踏まえ、平成19年5月に「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」をとりまとめた。

※平成26年に「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」に改称。

ガイドラインの概要

1 人生の最終段階における医療及びケアの在り方

- 医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされた上で、患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として終末期医療を進めることが重要。
- 人生の最終段階における医療の内容は、多専門職種からなる医療・ケアチームにより、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断する。

2 人生の最終段階における医療及びケアの方針の決定手続

- 患者の意思が確認できる場合には、患者と医療従事者とが十分な話し合いを行い、患者が意思決定を行い、その内容を文書にまとめておく。説明は、時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更に応じてその都度行う。
- 患者の意思が確認できない場合には、家族が患者の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。
- 患者・医療従事者間で妥当で適切な医療内容について合意が得られない場合等には、複数の専門家からなる委員会を設置し、治療方針の検討及び助言を行うことが必要。