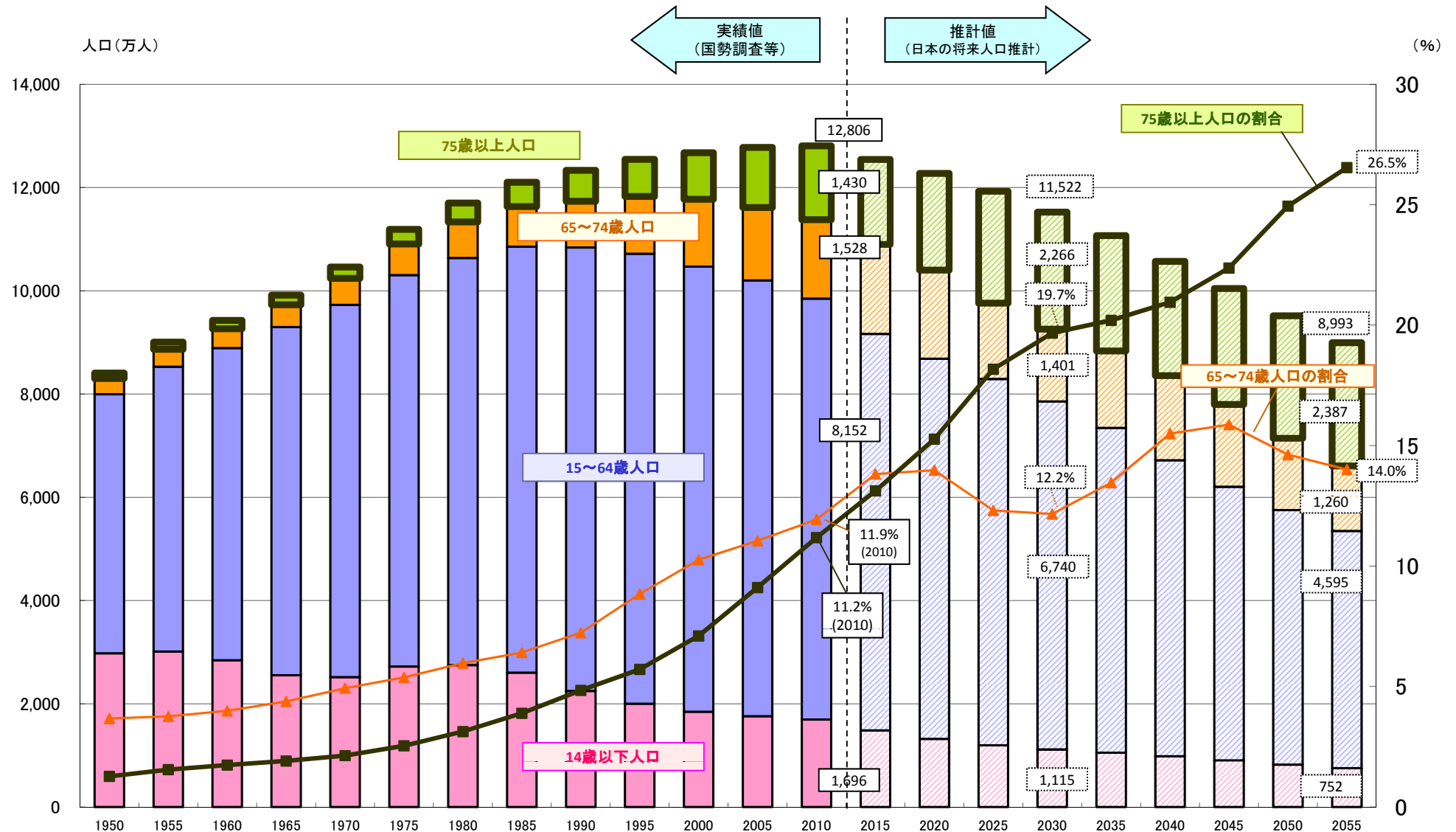


在宅医療について

平成23年11月9日

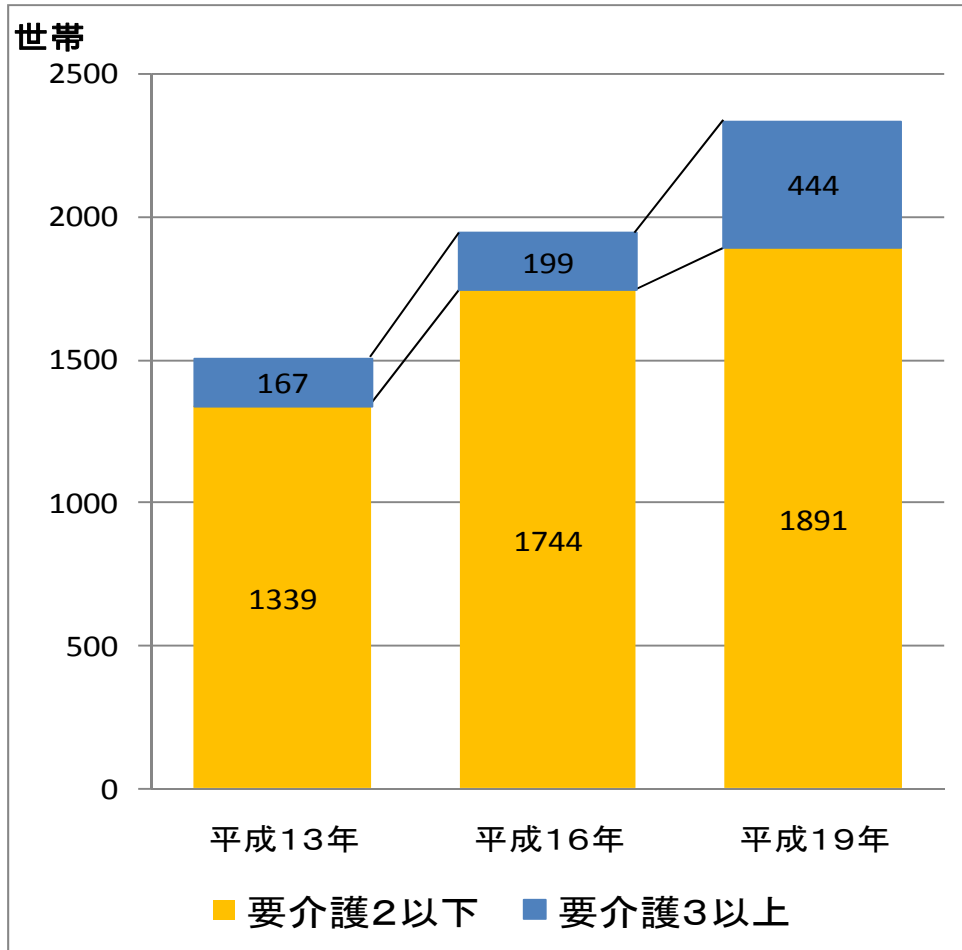
将来の人口推計



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」

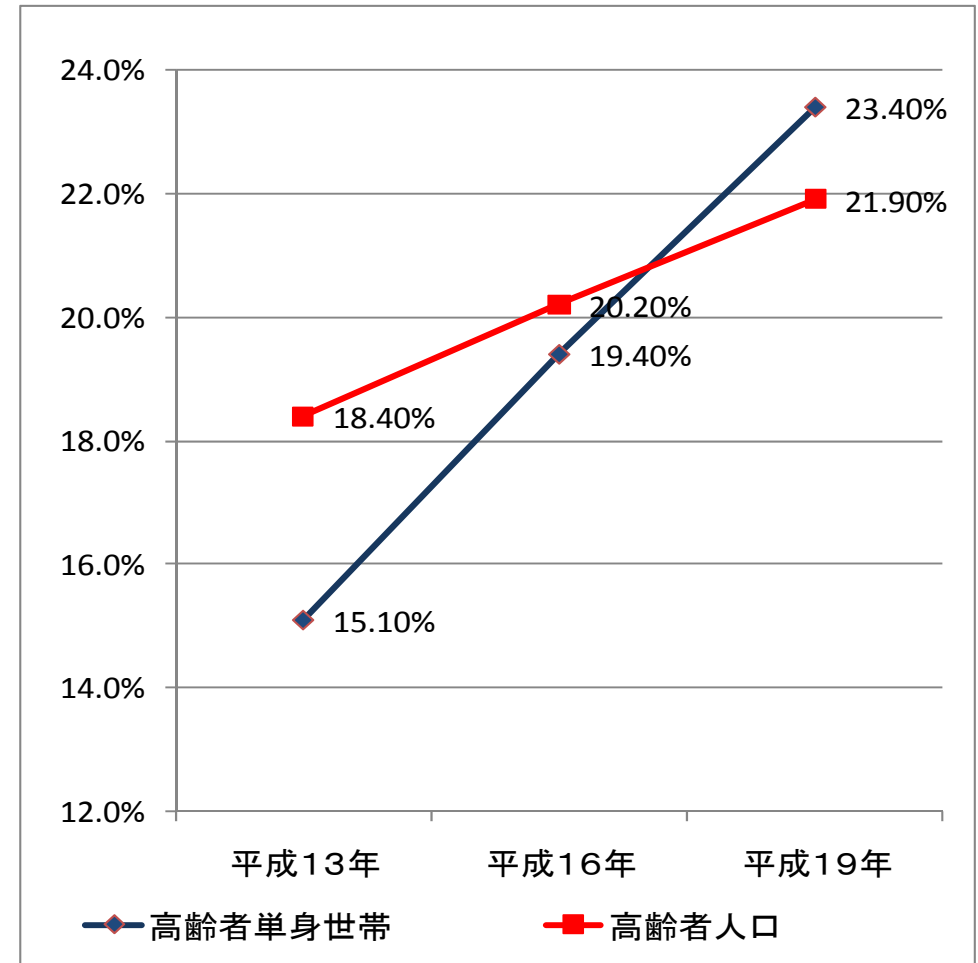
高齢者単身世帯の増加

高齢者単身世帯における要介護分布の年次推移



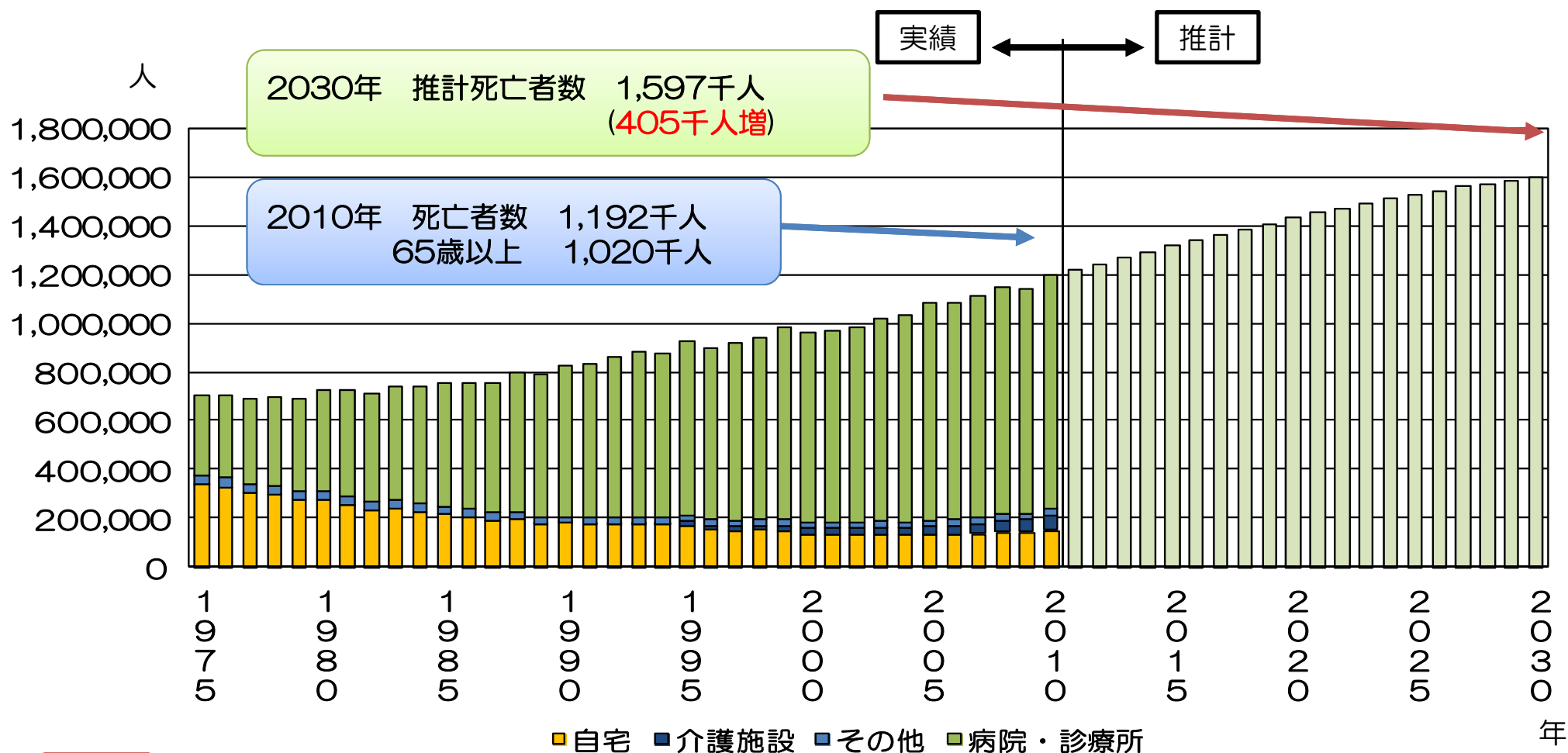
(※)介護を要する者のいる世帯数1万対

高齢者単身世帯と高齢者人口の割合



(出典)国民生活基礎調査から作成

死亡場所別、死亡者数の年次推移と将来推計



課題

2030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

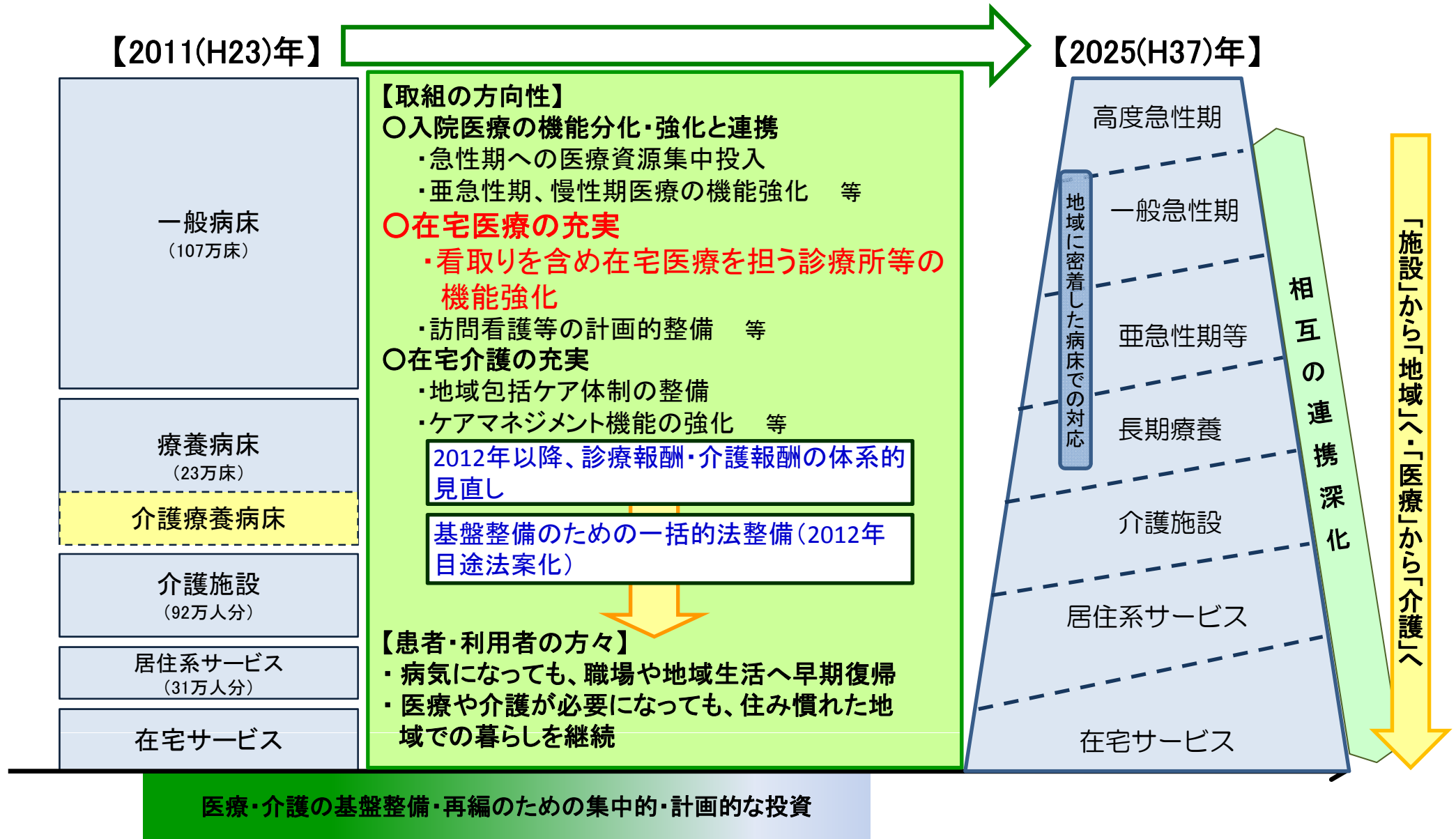
【資料】

2010年(平成22年)までの実績は厚生労働省「人口動態統計」

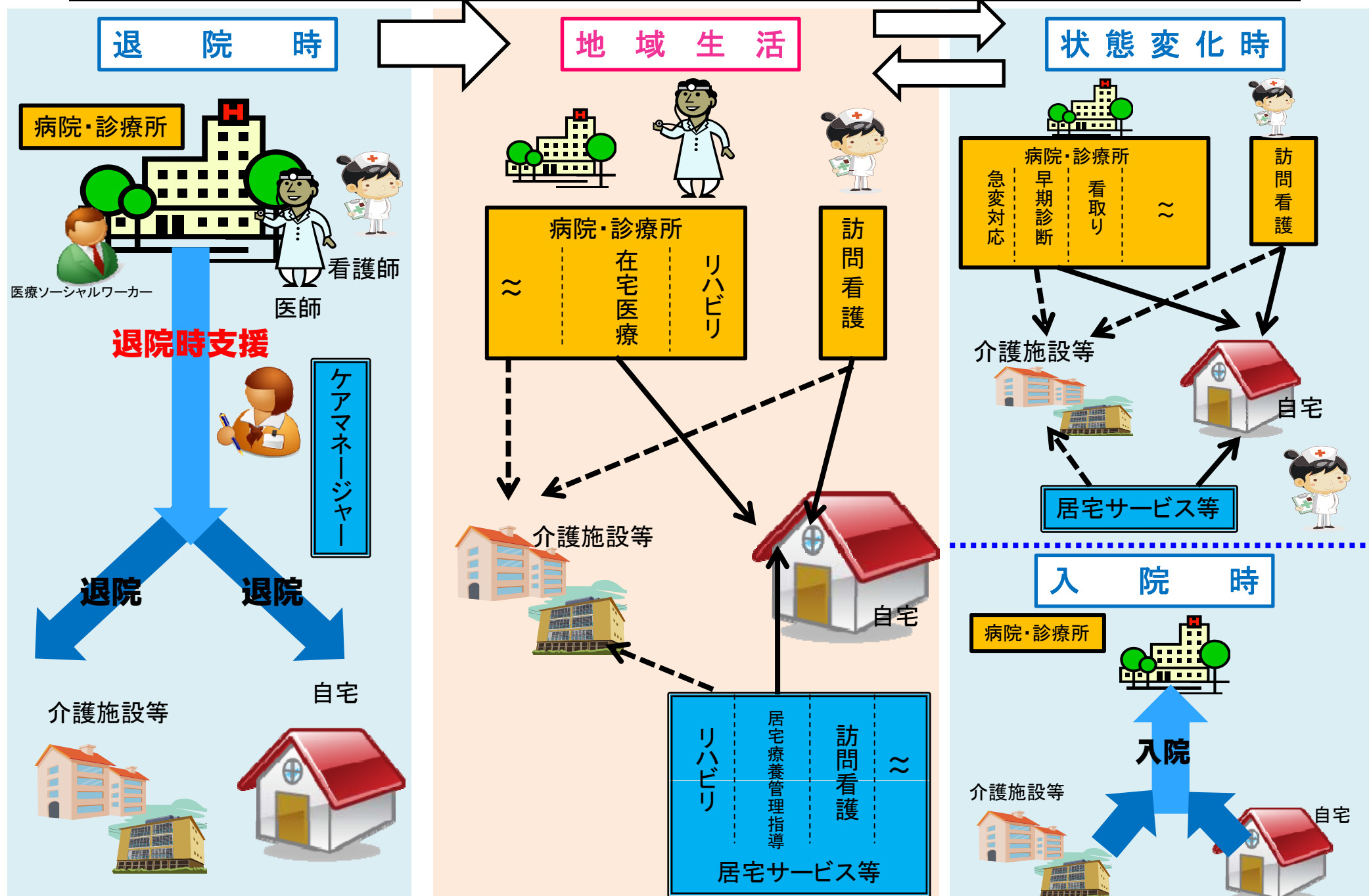
2011年(平成23年)以降の推計は国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集(2006年度版)」から推定

※介護施設は老健、老人ホーム

将来像に向けての医療・介護機能再編の方向性イメージ (社会保障・税の一体改革)



要介護・要支援高齢者等の視点からみた医療・介護の提供のイメージ



医療と介護の連携 検討項目とスケジュール

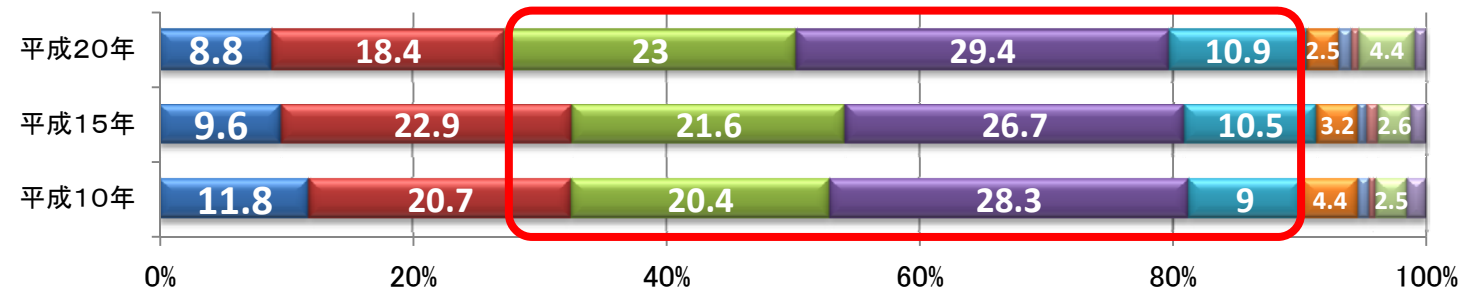
スケジュール 項目	地域生活	状態変化時
第1回 (11月9日)	在宅医療 (在支診・在支病)	急変対応 看取り
第2回 (11月11日)	在宅歯科医療 在宅薬剤師業務 訪問看護	—

在宅医療のニーズについて

在宅医療に関する国民のニーズ

- 自宅で療養して、必要になれば医療機関等を利用したいと回答した者の割合を合わせると、60%以上の国民が「自宅で療養したい」と回答した(上図)。
- また要介護状態になっても、自宅や子供・親族の家での介護を希望する人が4割を超えた(下図)。

■終末期の療養場所に関する希望

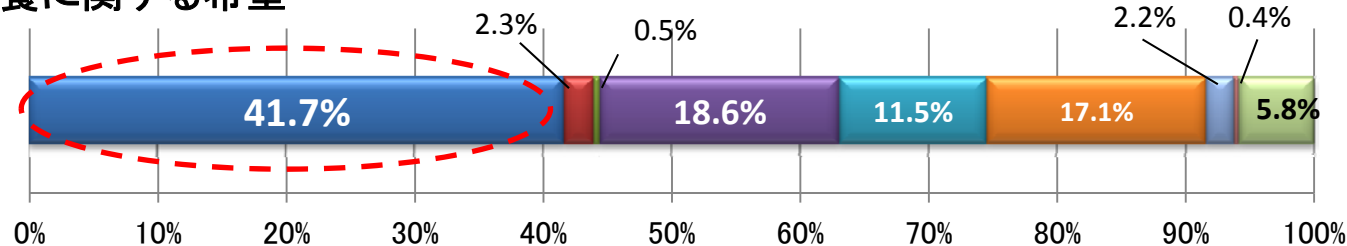


- なるべく今まで通った(または現在入院中の)医療機関に入院したい
- 自宅で療養して、必要になればそれまでの医療機関に入院したい
- 自宅で最後まで療養したい
- 老人ホームに入所したい
- なるべく早く緩和ケア病棟に入院したい
- 自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院したい
- 専門的医療機関(がんセンターなど)で積極的に治療を受けたい
- その他
- 無回答

- 調査対象及び客体
 - ・全国の市区町村に居住する満20歳以上の男女から5,000人を層化二段無作為抽出法により抽出
 - ・150国勢調査区の住民基本台帳から客体を無作為に抽出
- 調査の方法
 - 郵送法
- 回収数
 - 2,527人(回収率50.5%)

出典:終末期医療に関する調査(各年)

■療養に関する希望

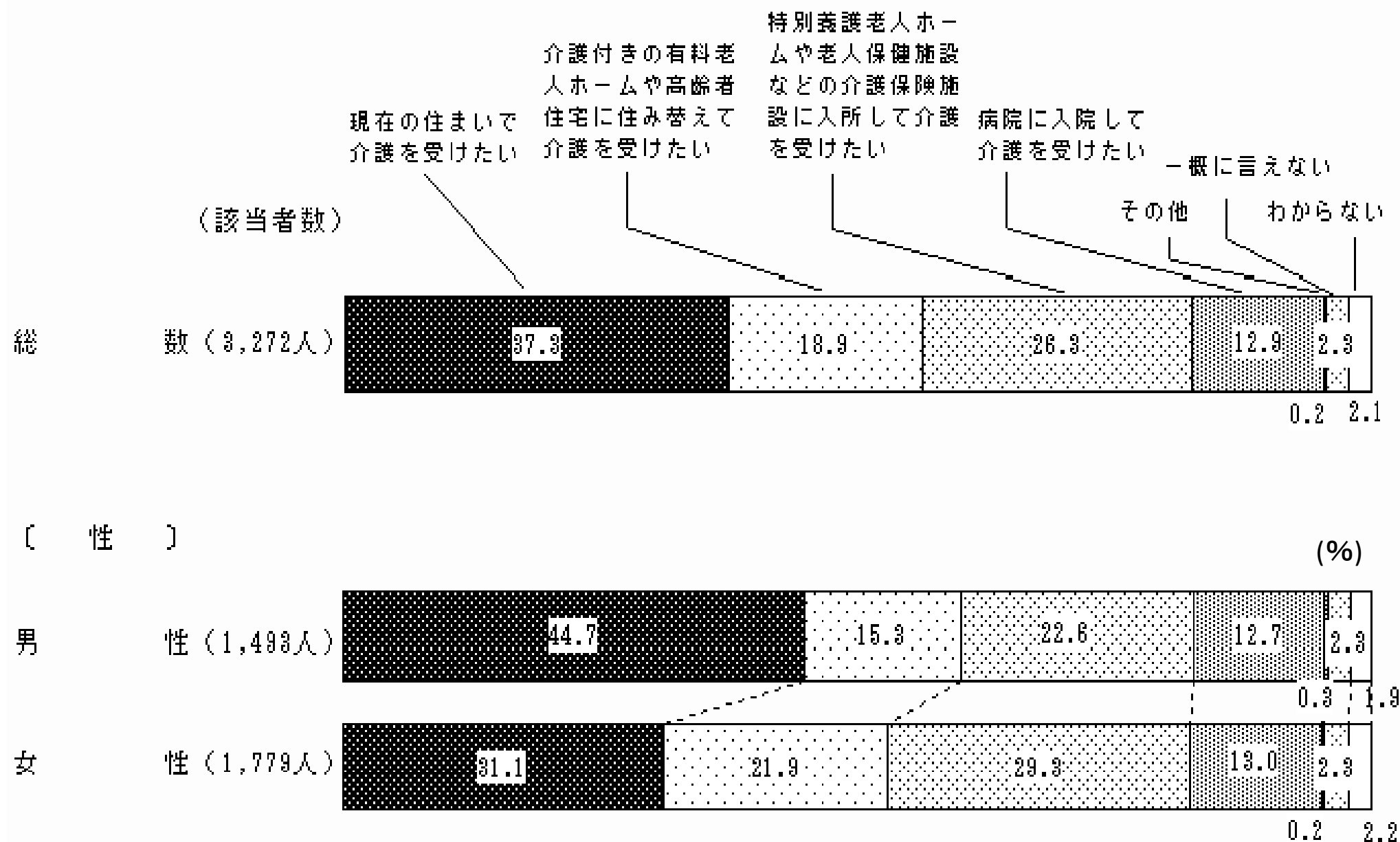


- 自宅で介護してほしい
- 子どもの家で介護してほしい
- 親族の家で介護してほしい
- 介護老人福祉施設に入所したい
- 介護老人保健施設を利用したい
- 病院などの医療機関に入院したい
- 民間有料老人ホーム等を利用したい
- その他
- わからない

- 調査対象
 - 全国の55歳以上の男女5,000人
- 調査の方法
 - 調査員による面接聴取法
- 標本抽出方法
 - 層化二段無作為抽出法
- 回収数
 - 3,157人(回収率63.1%)

出典:高齢者の健康に関する意識調査(平成19年度内閣府)

自分自身が介護を受けたい場所



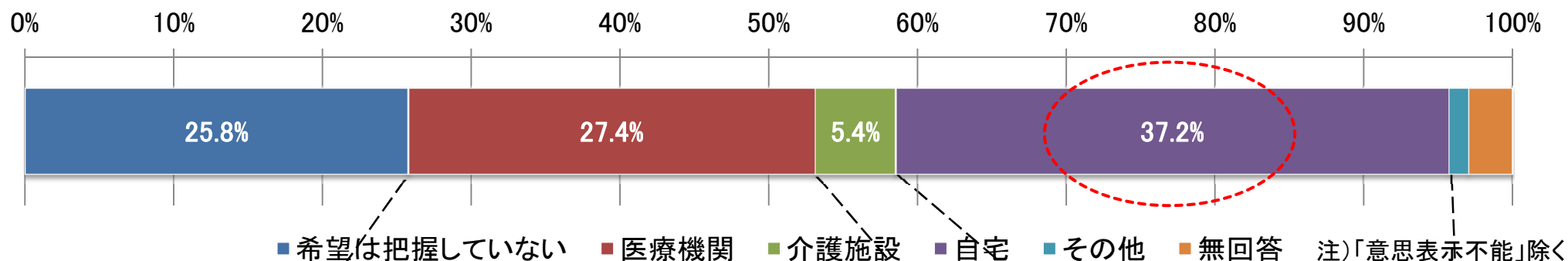
出典:内閣府 介護保険制度に関する世論調査(平成22年9月)

ニーズは増えているが様々な課題が

今後の療養の場に関する患者と家族の希望

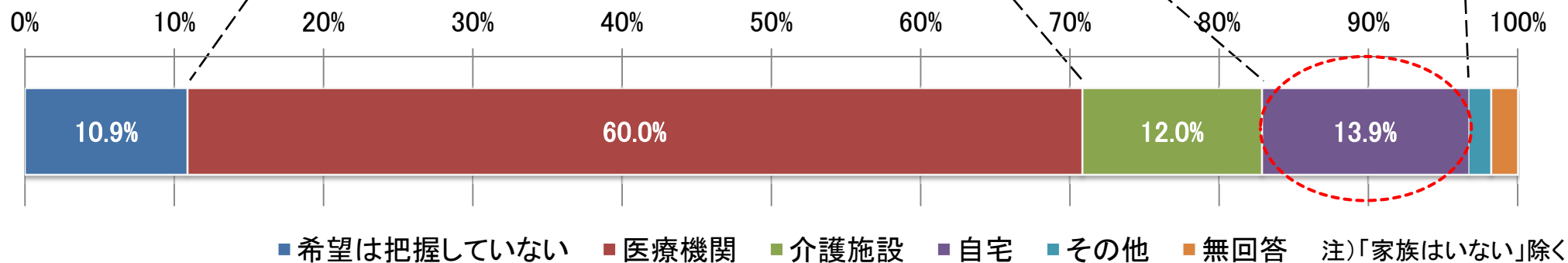
【患者の希望】

N=57,627



【家族の希望】

N=57,627

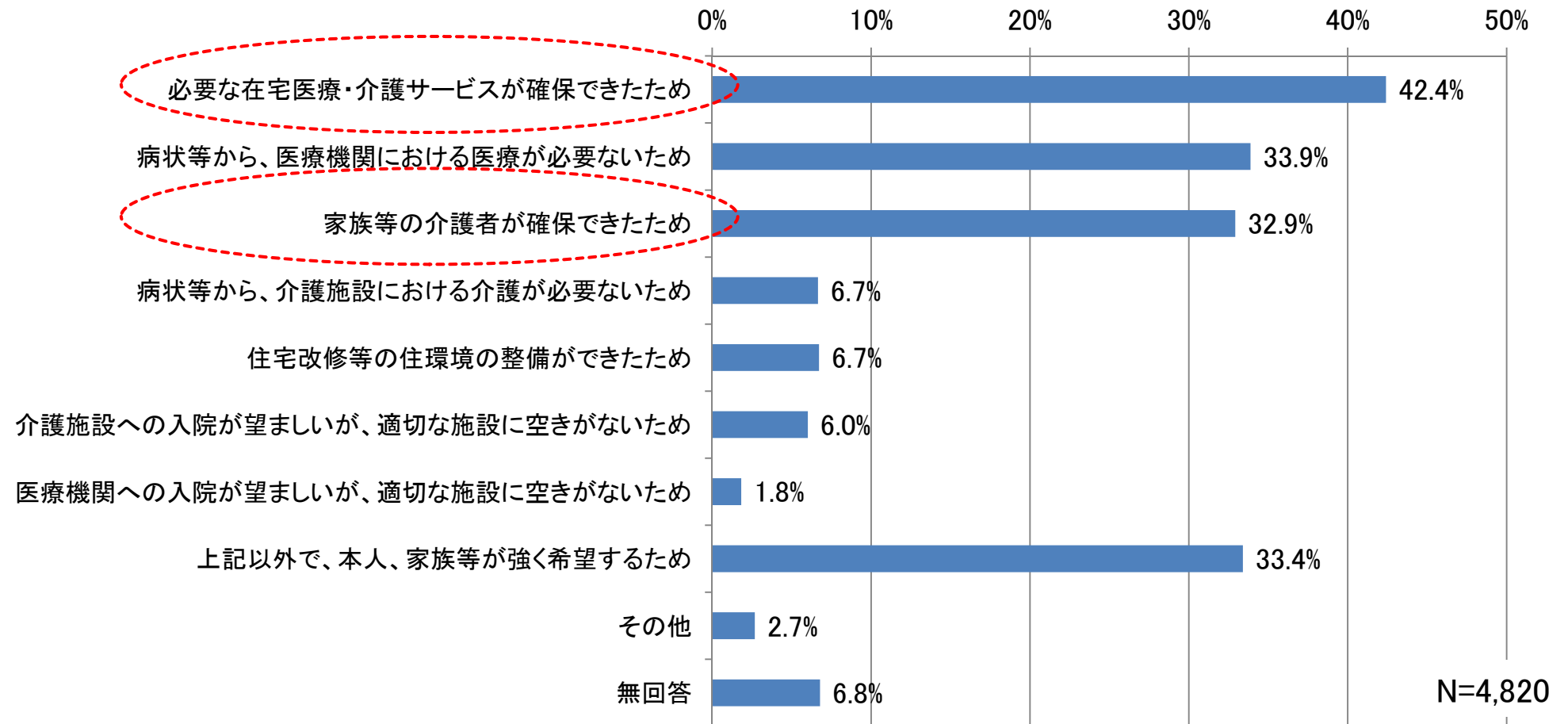


※医療機関に入院中の患者及びその家族の希望を医療機関が確認したデータ

出典:「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」より

在宅療養を行うことができた理由

【在宅療養患者が在宅を選択した理由】

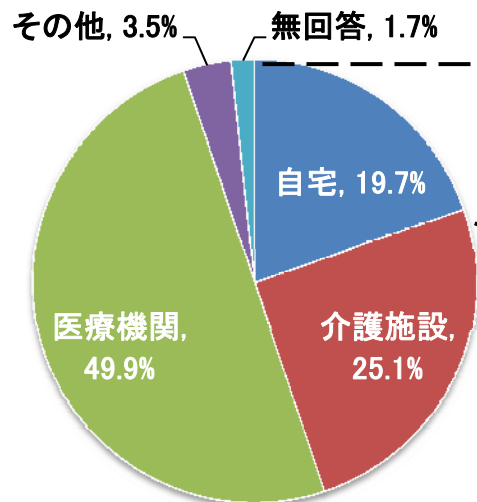


※在宅療養を行う患者について医療機関が確認したデータ

出典:「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」より

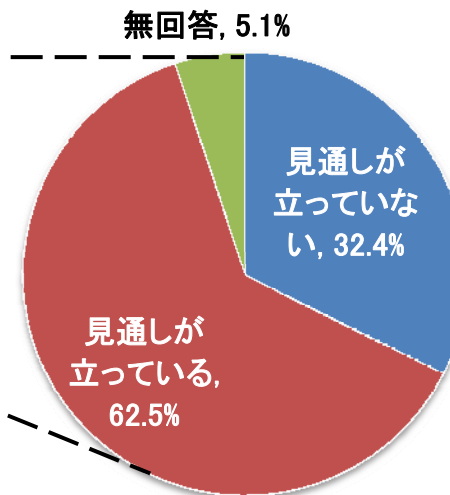
在宅療養を行うことができない理由

【入院患者の今後の適切な療養の場】



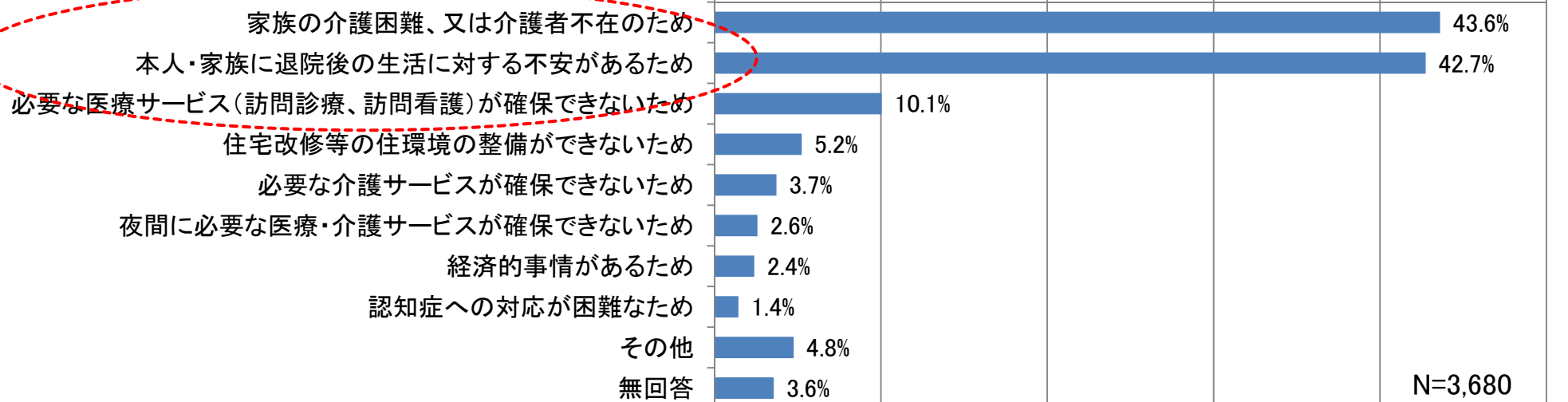
N=57,627

【療養先の見通し】



N=11,373

【見通しがたっていない理由】



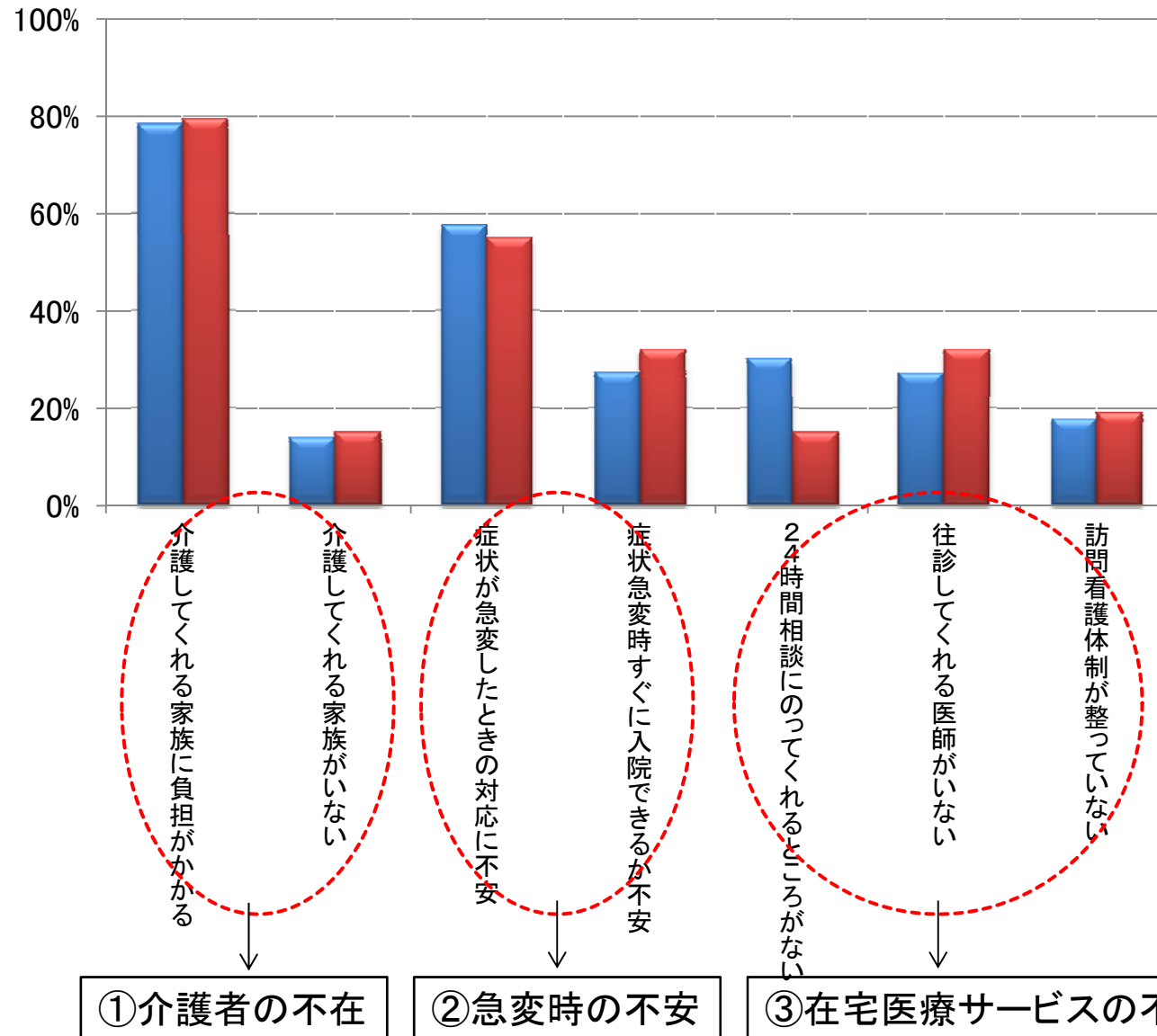
N=3,680

※医療機関に入院中の患者について医療機関が確認したデータ

出典:「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」より

在宅療養推進に当たっての課題

■在宅療養移行や継続の阻害要因



■平成15年 ■平成20年

○調査対象及び客体

- ・全国の市区町村に居住する満20歳以上の男女から5,000人を層化二段無作為抽出法により抽出
- ・150国勢調査区の住民基本台帳から客体を無作為に抽出

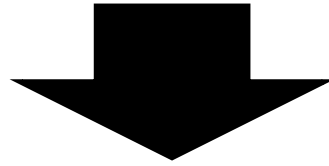
○調査の方法

郵送法

○回収数

2,527人(回収率50.5%)

出典: 終末期医療に関する調査(各年)



以上から、入院医療の必要性が高くない方のうち、

- ① 家族等の介護者が確保できず、在宅療養を行うことができない方に対しては、高齢者向け住宅の普及促進や自宅以外の場所における医療サービスの充実等が必要ではないか。
- ② 急変時の対応等、在宅療養に不安がある方に対しては、不安を軽減する取り組みが必要ではないか。
- ③ 家族等の介護者が確保でき、在宅療養を行うことができる方に対しては、訪問診療や訪問看護等の医療サービスの充実が必要ではないか。

①自宅以外の場所における 医療サービスの充実について

サービス付き高齢者向け住宅の登録制度の概要

【登録基準】（ 有料老人ホームも登録可）

《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こととしているなど、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・返還ルールの特示の義務付け）

【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

【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



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

24時間対応の
訪問看護・介護
「定期巡回随時対応サービス」
→介護保険法改正により
創設予定

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
定期巡回随時対応サービス（新設）

国土交通省成長戦略における高齢者の住まいに係る目標の設定

＜戦略目標：2020 年目途＞

・高齢者人口に対する高齢者向けの住まいの割合を**欧米並み(3～5%)**とする。

[参考] 日本0.9%(2005),デンマーク8.1%(2006),スウェーデン2.3%(2005),イギリス8.0%(2001),アメリカ2.2%(2000)



＜課題に対応した政策案＞

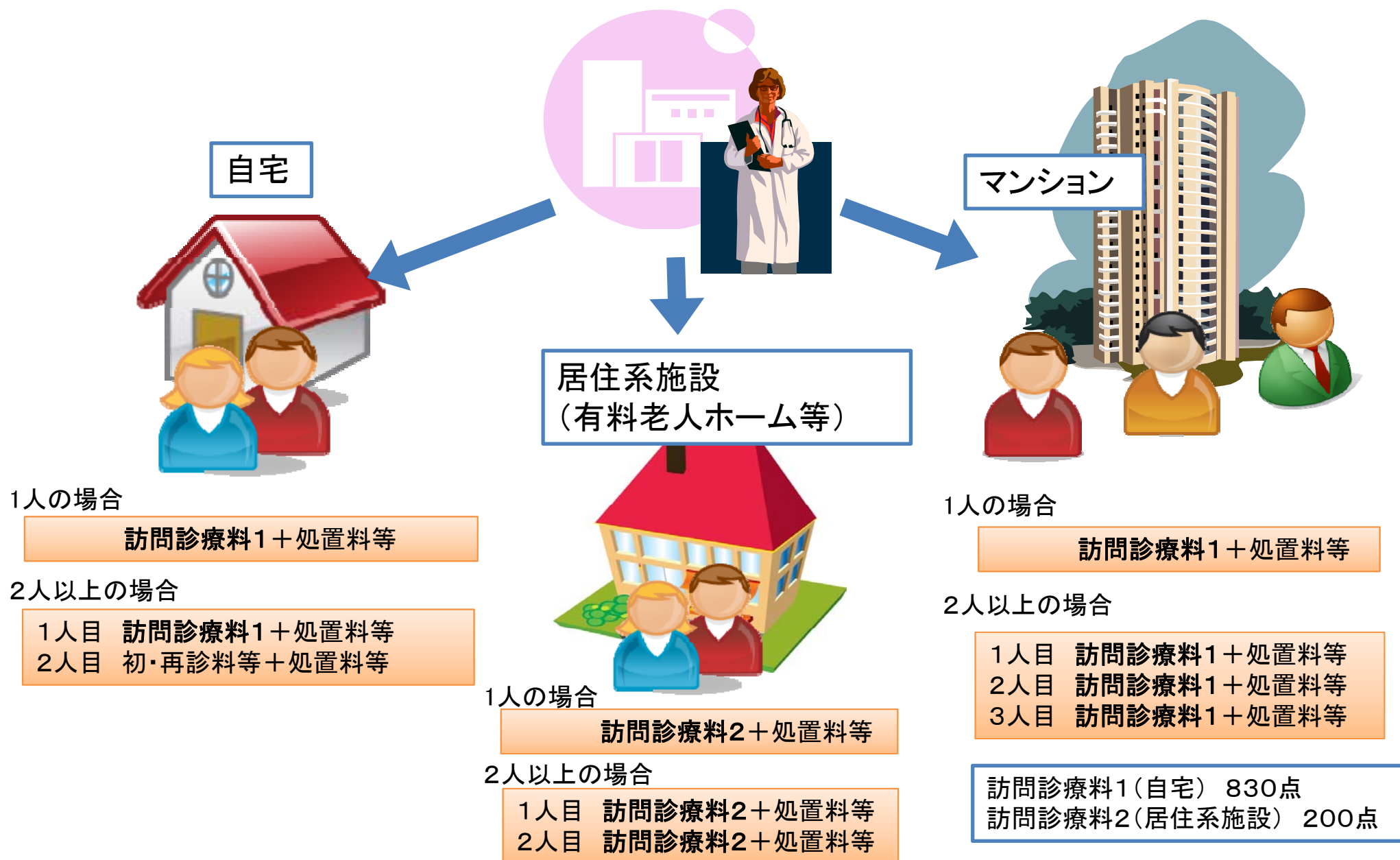
早期に実現を目指すもの(平成23年度概算要求を含む。)

- ① 医療・介護などのサービスと一体となった住宅の供給を促進するため、民間事業者等によるサービス付き高齢者賃貸住宅の法律上の位置づけを明確化し、その供給支援や適切な運営の確保を図る。具体的には、将来にわたって適切なサービスが行われるよう、サービス付き高齢者賃貸住宅登録制度等の導入や、事業者に対するファイナンスの確保(高齢者向け賃貸住宅融資など)、持家からの住替え支援(住替えの際の一時金等へのリバースモーゲージの拡充)などを行う。
- ② 地域の活力を生み出す新たな仕掛けとして、公共賃貸住宅団地を地域の福祉拠点として再整備することとし、建替事業等により生じた土地・床や既存の住棟を活用した、民間事業者等によるサービス付き住宅の設置やデイサービスセンター、訪問看護ステーション等の医療・福祉・生活支援施設をPPPにより導入する。
- ③ 高齢者の生活自立をサポートする住宅設備技術の標準化の普及促進を随時行う。

[クリアすべき課題]

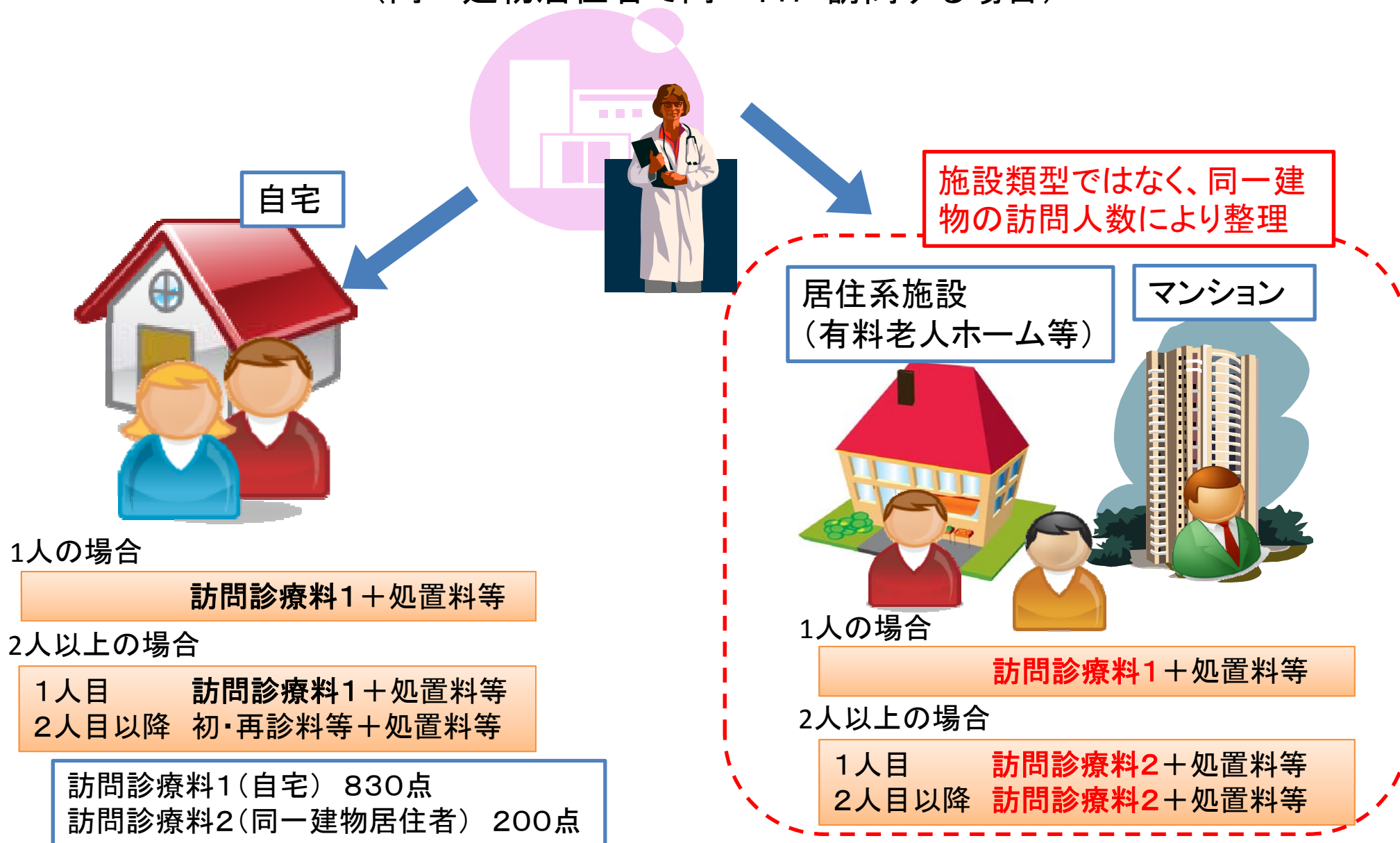
・厚生労働省との連携が必要である。住宅設備技術の標準化については、経済産業省との連携(高齢者・障害者配慮設計指針－住宅設備機器(JIS S 0024))が必要。

在宅患者訪問診療料(イメージ)＜平成20年＞



在宅患者訪問診療料(イメージ) <平成22年>

(同一建物居住者で同一日に訪問する場合)



在宅患者訪問診療料の算定状況

社会医療診療行為別調査	平成21年		平成22年	
	実施件数	回数	実施件数	回数
在宅患者訪問診療料1 (在宅療養中の患者)	217,255	466,618	—	—
在宅患者訪問診療料2 (居住系施設入居者等)	132,443	356,760	—	—
合 計	349,698	823,378	—	—
在宅患者訪問診療料1 (同一建物居住者以外)	—	—	169,530	367,766
在宅患者訪問診療料2 (同一建物居住者)	—	—	132,032	330,546
合 計	—	—	301,562	698,312

各年6月審査分のデータ

訪問診療料等の見直し＜平成22年度診療報酬改定＞

訪問診療料1	830点	歯科 訪問診療料1	830点	在宅患者訪問看護 ・指導料	555点	在宅患者訪問薬剤管理 指導料1	500点
訪問診療料2	200点	歯科 訪問診療料2	380点	同一建物居住者 訪問看護・指導料	430点	在宅患者訪問薬剤管理 指導料2	350点

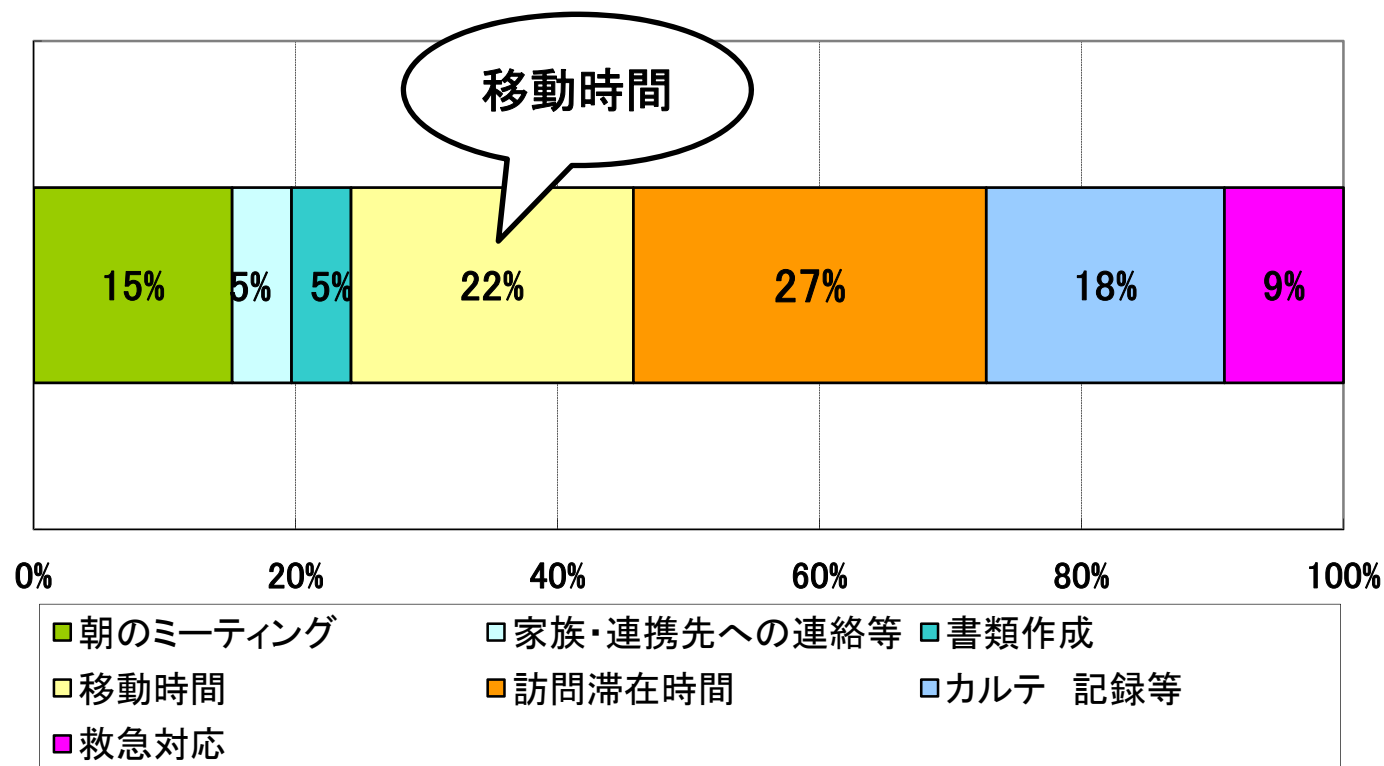
平成20年度改定で居住系施設への訪問診療料等が創設され、平成22年度改定で施設類型にとらわれず、複数の患者に対して訪問診療等を行った場合の評価を整理した。

赤字部分がH22 改定で変更部分

	同一建物居住者で同一日に訪問する患者数	平成20年			平成22年		
		同一世帯 (戸建て)	居住系施設等	マンション	同一世帯 (戸建て)	居住系施設等	マンション
		施設類型にとらわれず同一建物居住者					
訪問診療料	1人	830	200	830	830	830	830
	2人以上	1人目 830	200	830	1人目 830	200	200
		2人目 初再診等			2人目 初再診等		
歯科訪問診療料 (平成22年度以降、診療時間が20分以上の場合)	1人	830	830/380	830	830	830	830
	2人以上	1人目 830	1人目 830/380	830	380	380	380
		2人目 初再診	2人目 830/380/初再診				
在宅患者訪問看護・指導料	1人	555	430	555	555	555	555
	2人以上	555	430	555	430	430	430
在宅患者訪問薬剤管理指導料	1人	500	350	500	500	500	500
	2人以上	500	350	500	350	350	350

訪問診療の業務内容と内訳

一日の業務内容	分
朝のミーティング	100
家族・連携先への連絡等	30
書類作成	30
移動時間	142
訪問滞在時間	178
カルテ 記録等	120
救急対応	60



出典：仙台往診クリニック・川島孝一郎院長御提供資料を基に保険局医療課で作成

訪問診療にかかる時間のうち、約2割は移動時間が占めている。

②急変時の対応、③在宅医療サービスの充実について

- 急変時の対応等を含む在宅医療サービスを充実させるに当たっては、在宅医療を担う医療機関の以下のような機能強化が必要ではないか。
 - ◆ 急変時に対応できる24時間往診可能な体制
 - ◆ ターミナルケア・看取りを行うことができる体制
 - ◆ 緊急入院が必要な際に病床を有する医療機関との連携 等

現在の診療報酬上の評価

在宅療養支援診療所の施設基準

- (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

22年改定での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

- (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家に提供していること。
- (3) 当該病院において、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) 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、患家の求めに応じて、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家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、あらかじめ患家の同意を得て、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。

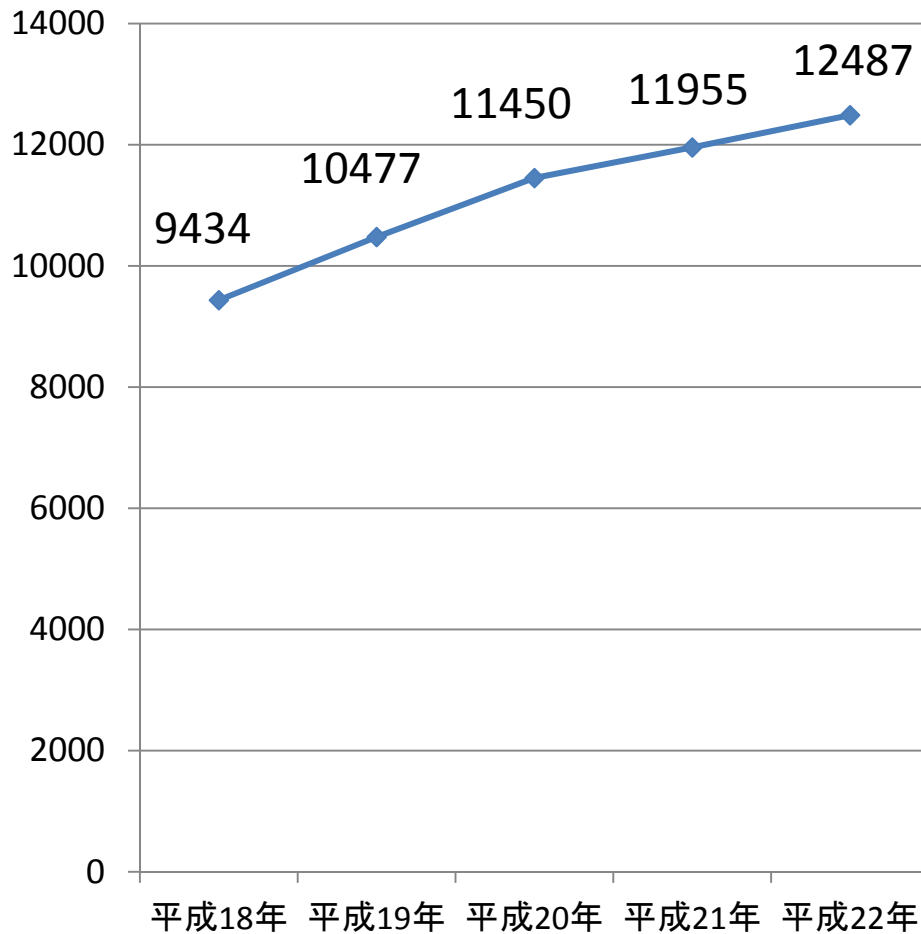
在宅療養支援診療所・病院の診療報酬上の取扱いについて

	在宅療養支援診療所・病院	その他診療所等
C000 往診料 緊急時や夜間、深夜の加算	650点(時間内緊急) 1,300点(夜間) 2300点(深夜) 【在支診の連携医療機関も算定可】	325点(時間内緊急) 650点(夜間) 1,300点(深夜)
C001 在宅患者訪問診療料 在宅ターミナルケア加算	2,000点 死亡日前14日以内に2回以上の往診又は 訪問診療を実施した場合 10,000点 上記かつ、死亡前24時間以内に往診又は 訪問診療を行い当該患者を看取った場合 【在支診の連携医療機関も算定可】	2,000点 死亡日前14日以内に2回以上の往診又は 訪問診療を実施した場合
C002 在宅時医学総合管理料	4,200点(処方せんを交付する場合) 4,500点(処方せんを交付しない場合)	2,200点(処方せんを交付する場合) 2,500点(処方せんを交付しない場合)
C002-2 特定施設入居時等医学総合管理料	3,000点(処方せんを交付する場合) 3,300点(処方せんを交付しない場合)	1,500点(処方せんを交付する場合) 1,800点(処方せんを交付しない場合)
B004 退院時共同指導料1	1,000点 【在宅療養支援診療所のみ】	600点

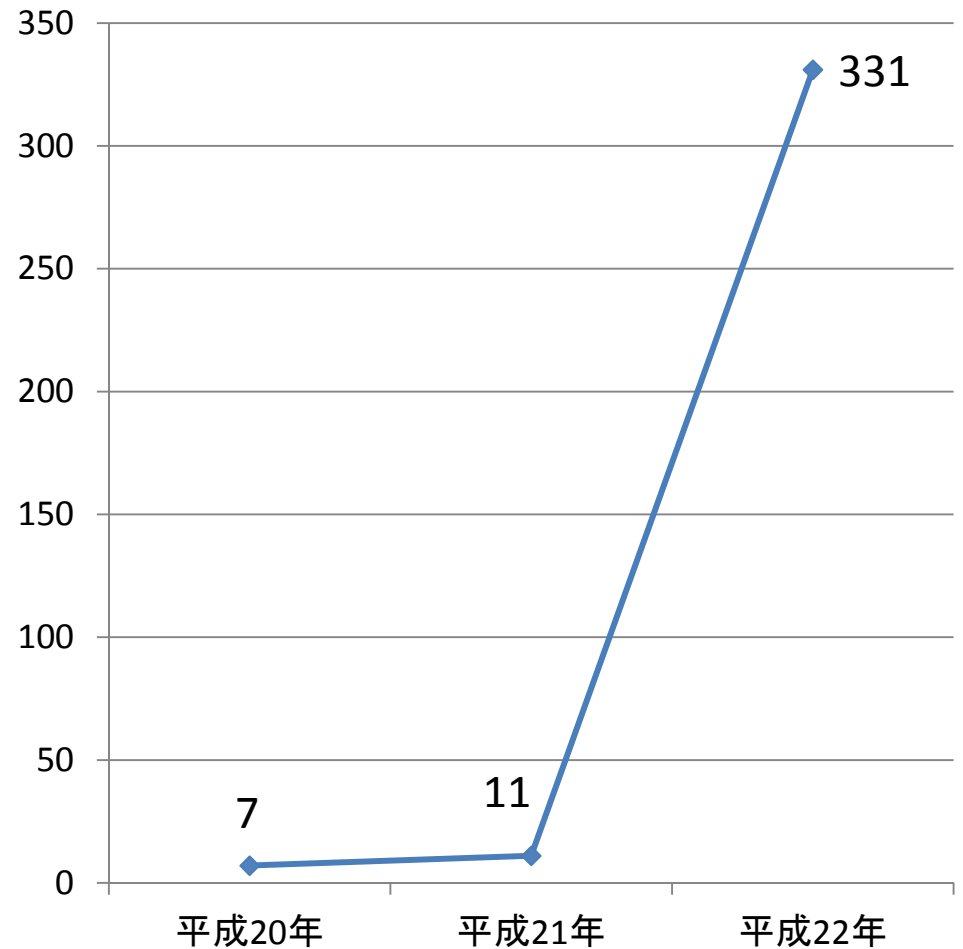
注)在宅療養支援診療所・病院が算定可能な報酬については、「往診及び訪問看護により24時間対応できる体制を確保し、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の連絡担当者の氏名、連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項等並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等について、文書により患者に提供している」という要件が加わる。

在宅療養支援診療所・病院の届出数の推移

在宅療養支援診療所
届出数



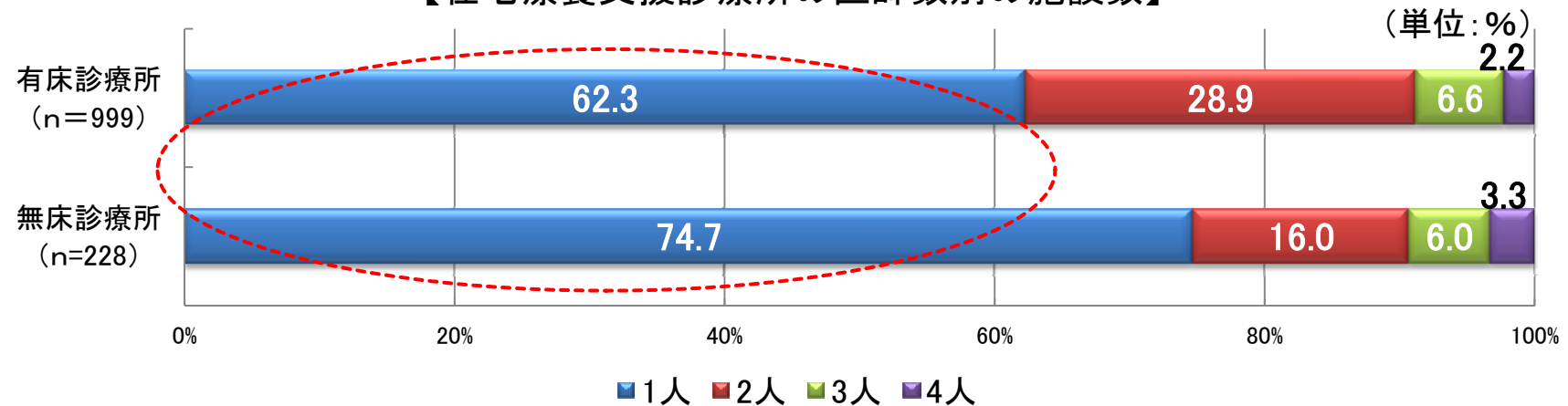
在宅療養支援病院
届出数



出典: 保険局医療課調べ(平成22年7月1日時点)

在宅医療を行う医療機関の現状

【在宅療養支援診療所の医師数別の施設数】



出典) 日本医師会総合政策研究機構

「在宅医療の提供と連携に関する実態調査」在宅療養支援診療所調査

【在宅医療を行う医療機関の医師数】

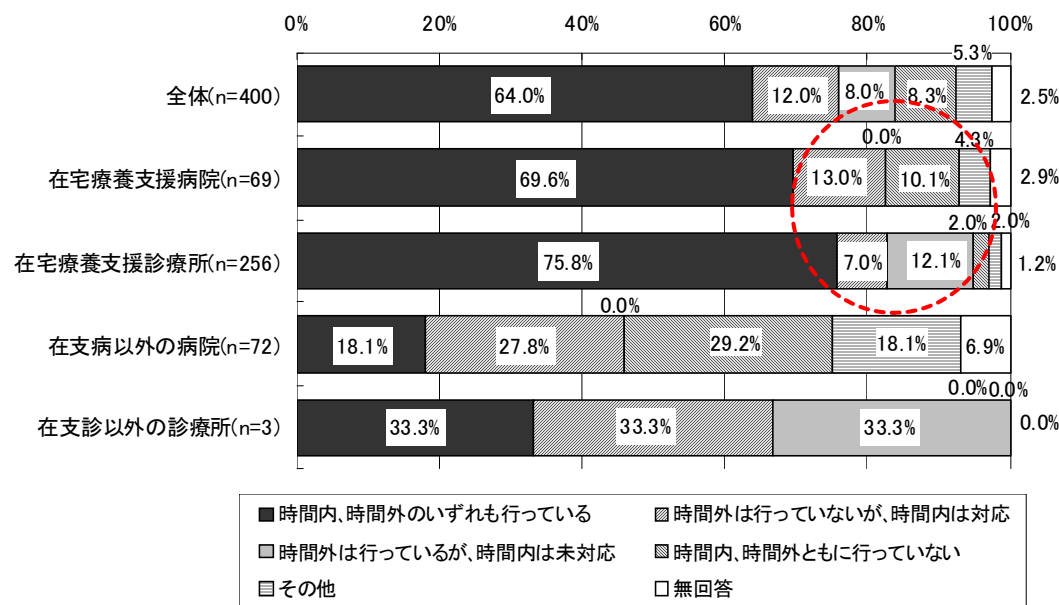
(単位: 人)

	回答施設数	医師数
全医師数		
在宅療養支援病院	60	9.3
在宅療養支援診療所	225	1.6
在支病以外の病院	55	31.7
在支診以外の診療所	3	1.3
うち、在宅医療の実施のため、患家を訪問する医師数		
在宅療養支援病院	60	1.9
在宅療養支援診療所	225	1.1
在支病以外の病院	55	1.5
在支診以外の診療所	3	1.0

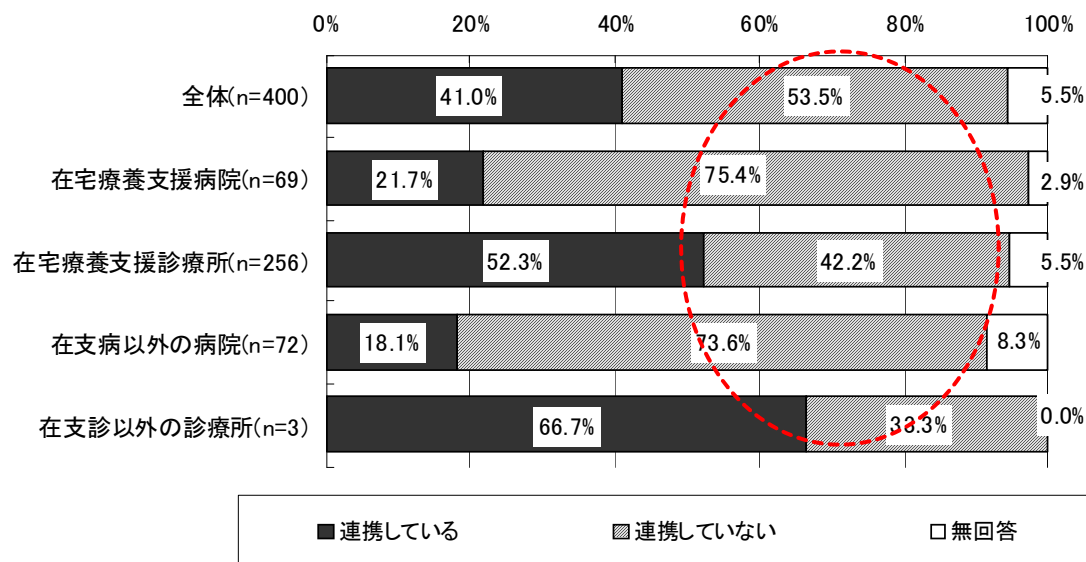
出典: H23検証部会調査(在宅医療)

緊急時の対応①

【緊急時の往診をどのように行っているか】



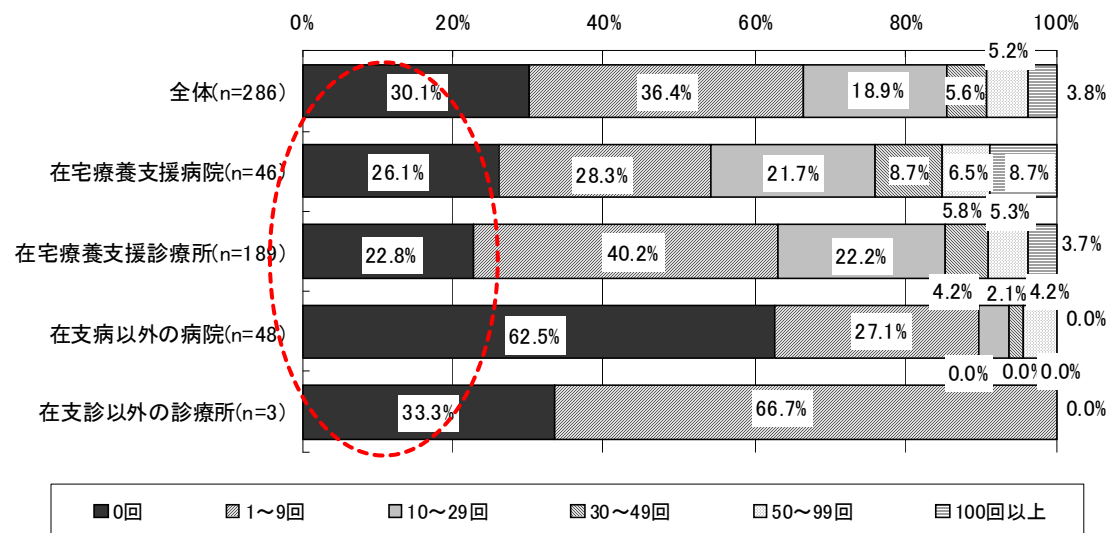
【他の在宅療養支援病院との連携の有無】



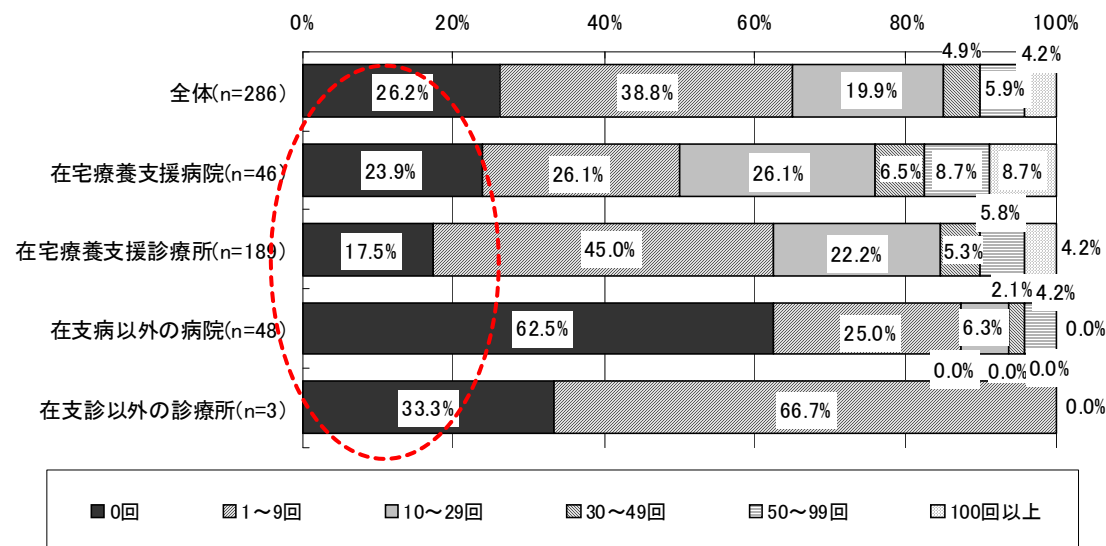
出典：H23検証部会調査（在宅医療）

緊急時の対応②

【緊急時に往診した回数】
(診療報酬改定前(平成21年度1年間))



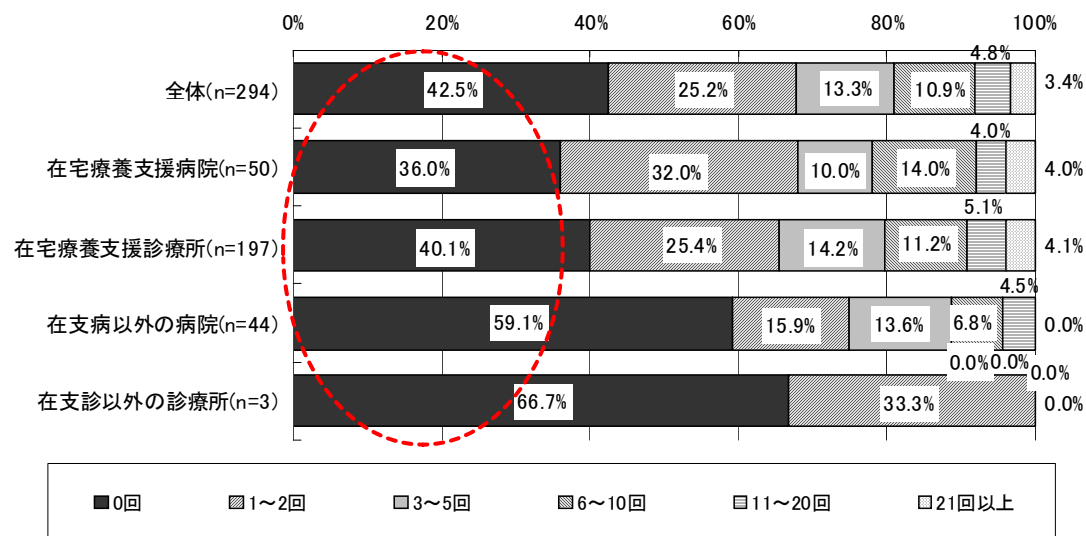
(診療報酬改定後(平成22年度1年間))



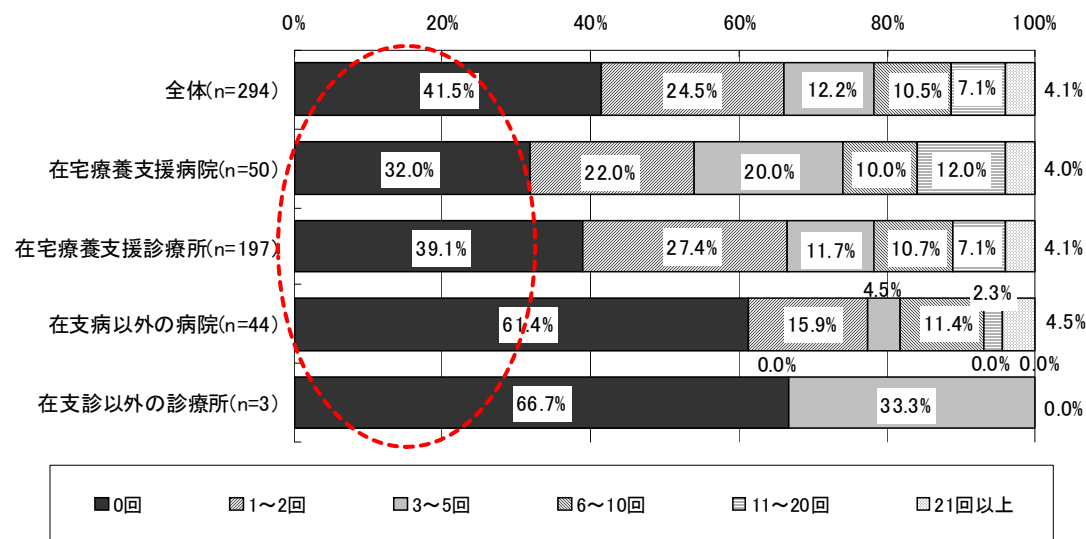
出典: H23検証部会調査(在宅医療)

在宅での看取り

【在宅で看取りを行った回数】
(診療報酬改定前(平成21年度1年間))

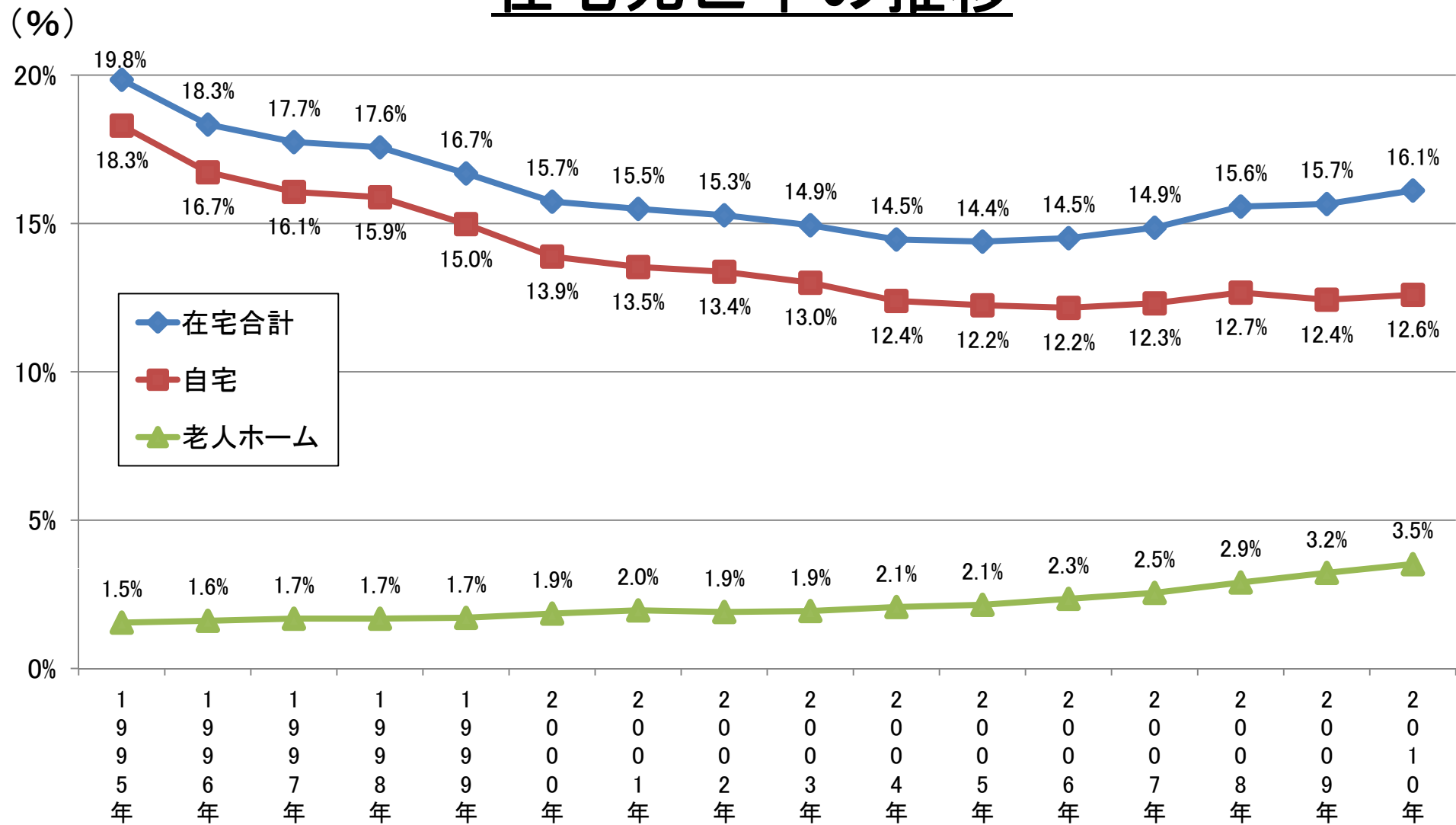


(診療報酬改定後(平成22年度1年間))



出典: H23検証部会調査(在宅医療)

在宅死亡率の推移



注) 総死亡数に占める在宅死亡数の割合(在宅は、老人ホームと自宅とした。老人ホームは、介護老人保健施設を除く。)

出典: 厚生労働省・人口動態調査

ターミナルケアの実施状況

【在宅医療を提供していた患者のうち1年間に死亡した患者数と、このうち在宅にて死亡した患者数】

(単位:人)

	在宅医療を提供していた患者のうち、 1年間に死亡した患者			うち自宅等(在宅)にて死亡した患者		
	施設 件数	患者 総数	平均値	施設 件数	患者 総数	平均値
在宅療養支援病院	48	622	13.0	36	235	6.5
在宅療養支援診療所	172	1,680	9.8	145	993	6.8
それ以外の医療機関	19	107	5.6	13	30	2.3
合 計	239	2,409	10.1	194	1,258	6.5
割 合(%)	—	100%	100%	—	52%	64%

出典:H23検証部会調査(在宅医療)

約半数は自宅以外で亡くなっている

在宅ターミナルケア加算

18年改定での対応

患者が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、在宅におけるターミナルケアがより評価された。

【現在の点数】

- 在宅で死亡した患者（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対して死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合、2,000点。
- 在宅療養支援診療所等が、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し、**かつ、死亡前24時間以内に往診又は訪問診療**を行い当該患者を看取った場合（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）には、10,000点。

注）下線部は、22年改定での要件緩和

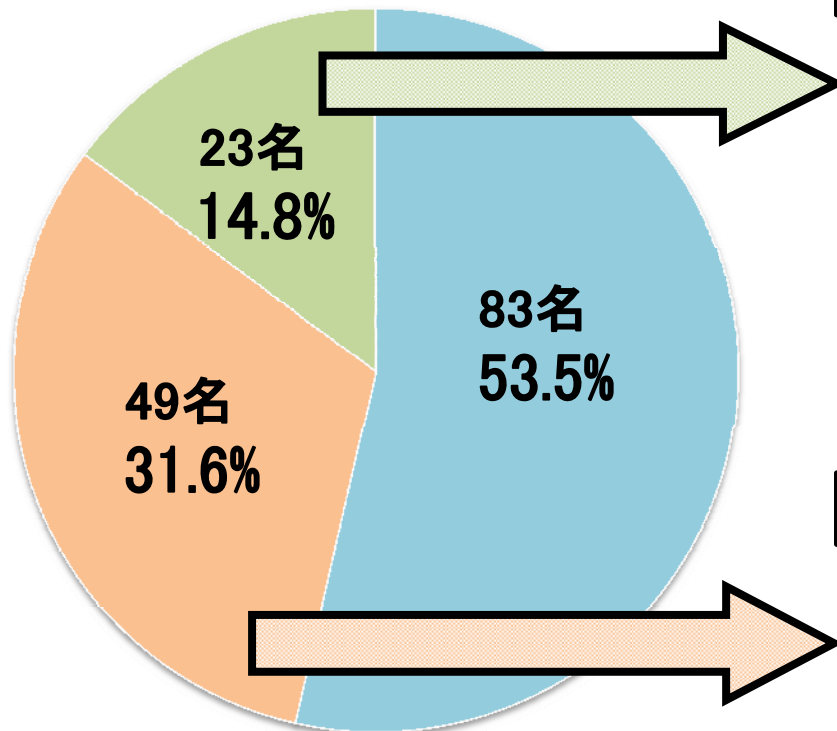
【算定状況】

平成22年 社会医療診療 行為別調査	在宅患者訪問 診療料①	在宅ターミナル ケア加算 (2000点)	在宅ターミナル ケア加算 (10000点)	在宅ターミナル ケア加算合計②	算定割合 (②／①)
実施件数	301,562	584	493	1,077	0.36%

6月審査分のデータ

在宅での看取りとターミナルケア加算の算定状況

仙台往診クリニックにおける
ターミナルケア加算・算定の有無と割合



■ 10000点 算定有 ■ 2000点 算定有 ■ 算定無

N=155(平成22年4月～平成23年9月)

ターミナルケア加算10,000点・2000点ともに算定の無の理由

○初診日から在院日数が数日で死亡
12件(47.8%)

↓
12件中8件は、10,000点の算定要件を満たしているが、算定していない。

○死亡日前の14日以内に2回訪問していない
11件(47.8%)

ターミナルケア加算10,000点算定の無(2000点算定は有)の理由

○24時間以内の訪問無
47件(95.9%)

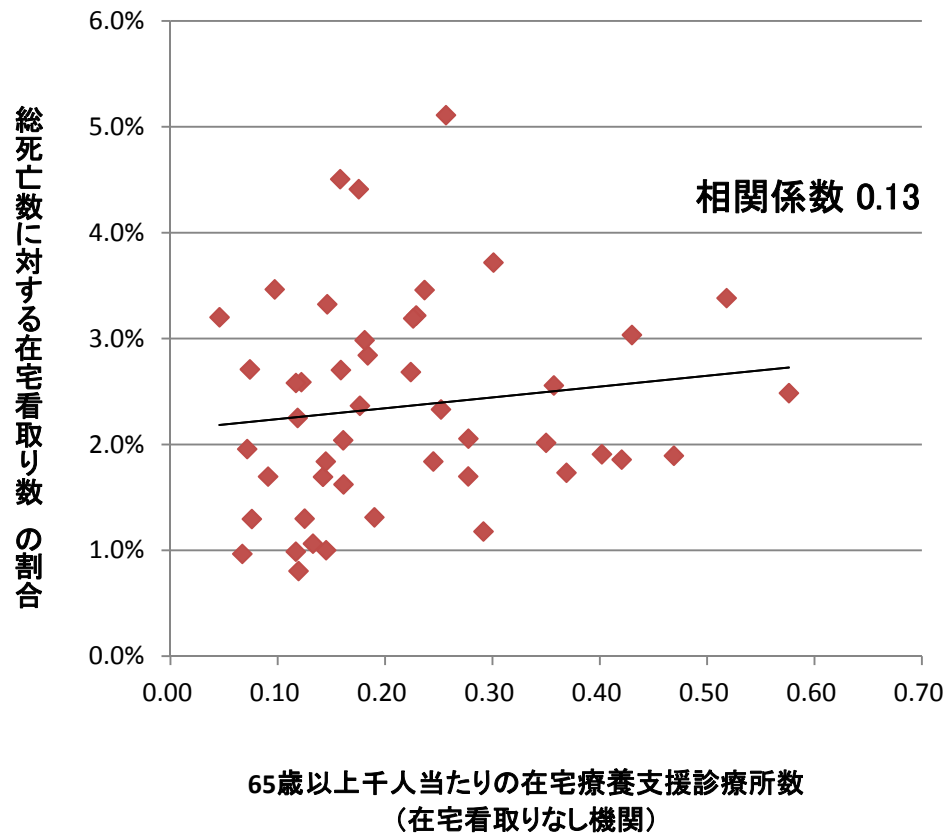
↓
算定要件を「48時間以内に訪問」とした場合、47件中9件が算定可能となる。

○初診日から在院日数が数日で死亡
1件(2.0%)

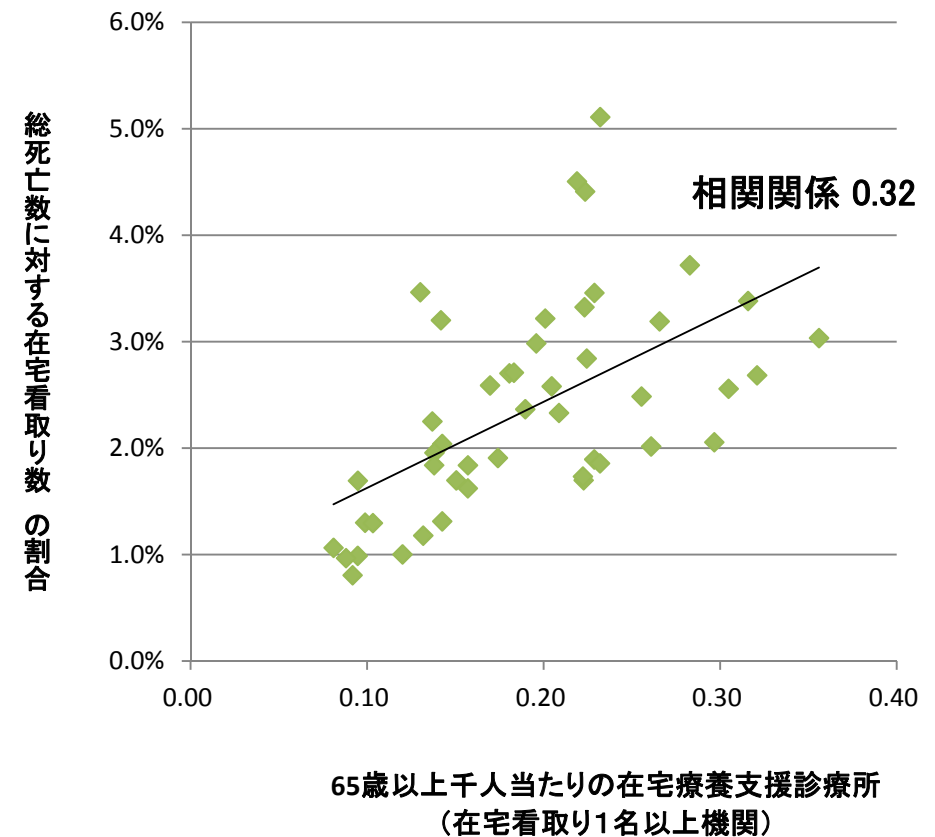
○死亡日前の14日以内に2回訪問していない
1件(2.0%)

在宅療養支援診療所と在宅看取り数※の関係 (都道府県別)

在宅看取りなし機関



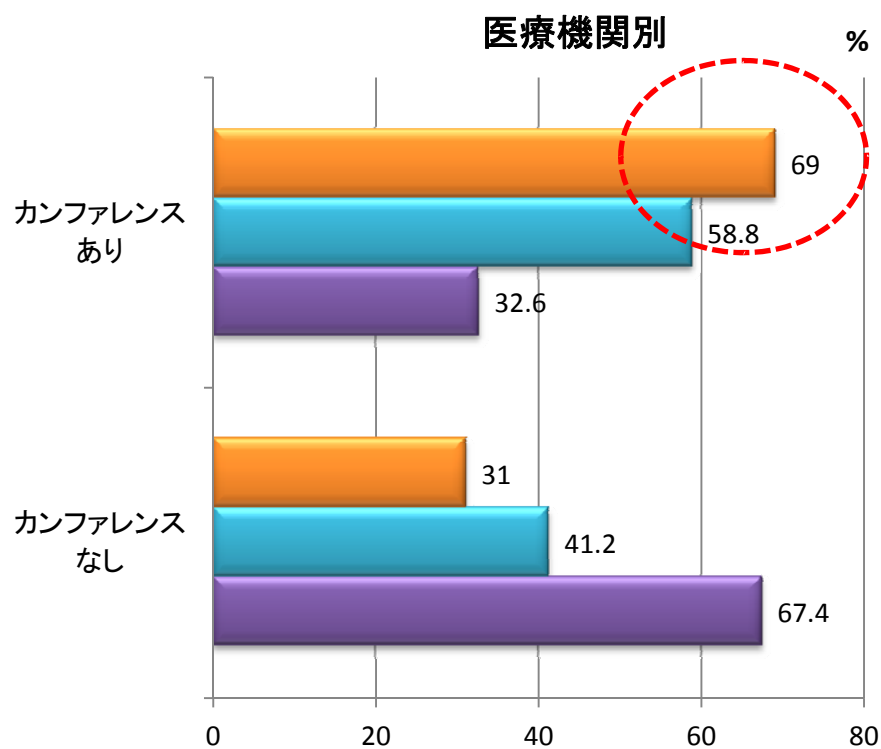
在宅看取り数1名以上機関



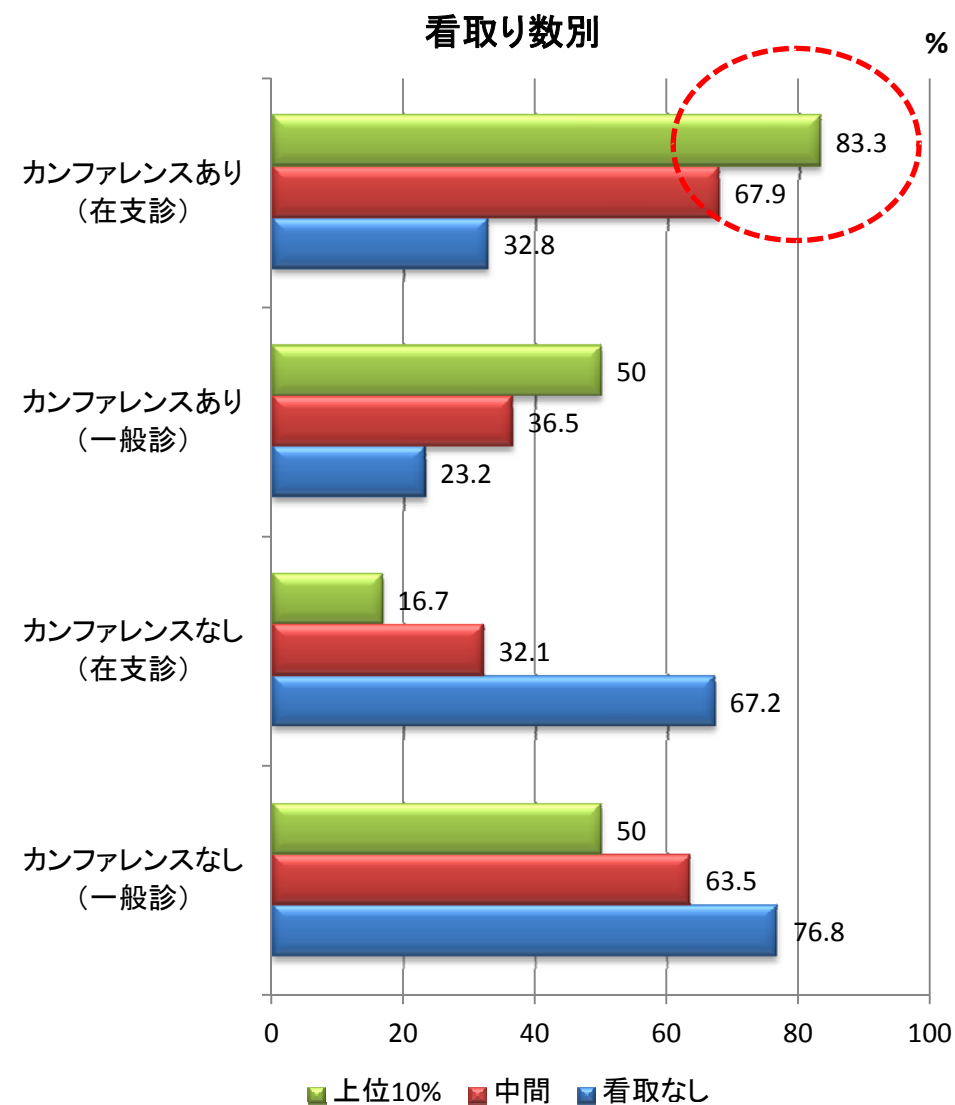
()在宅療養支援診療所が行っている在宅看取り数

出典: 保険局医療課調べ(平成22年7月1日時点)

介護や看護に関わる他施設とのカンファレンス開催



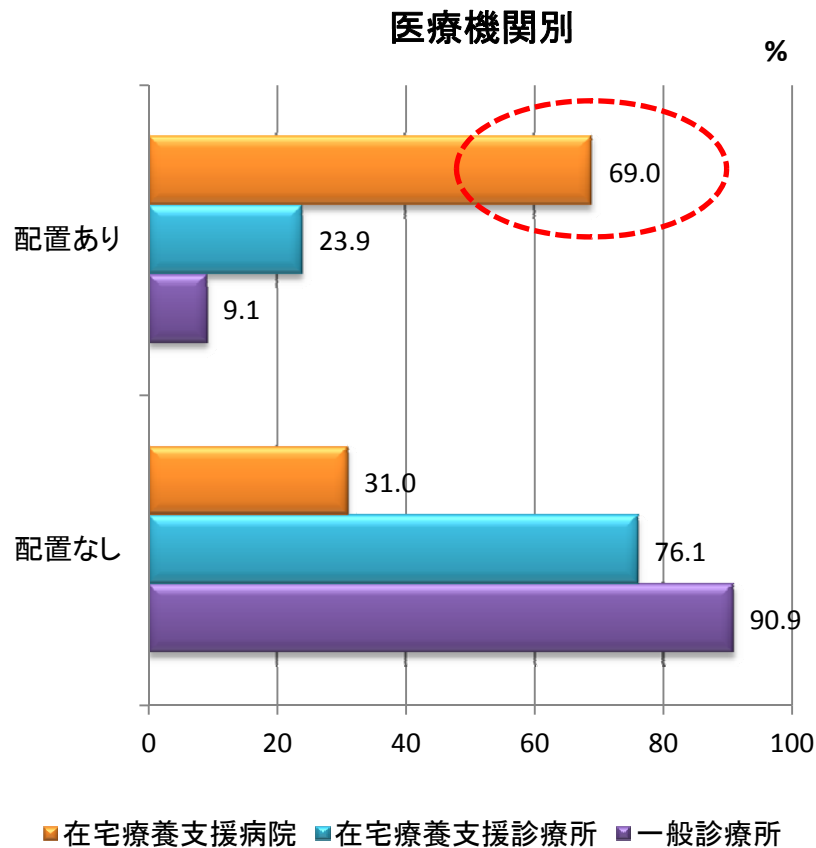
看取り数別で集計



N=在支診:258施設
一般診:372施設
在支病: 62施設

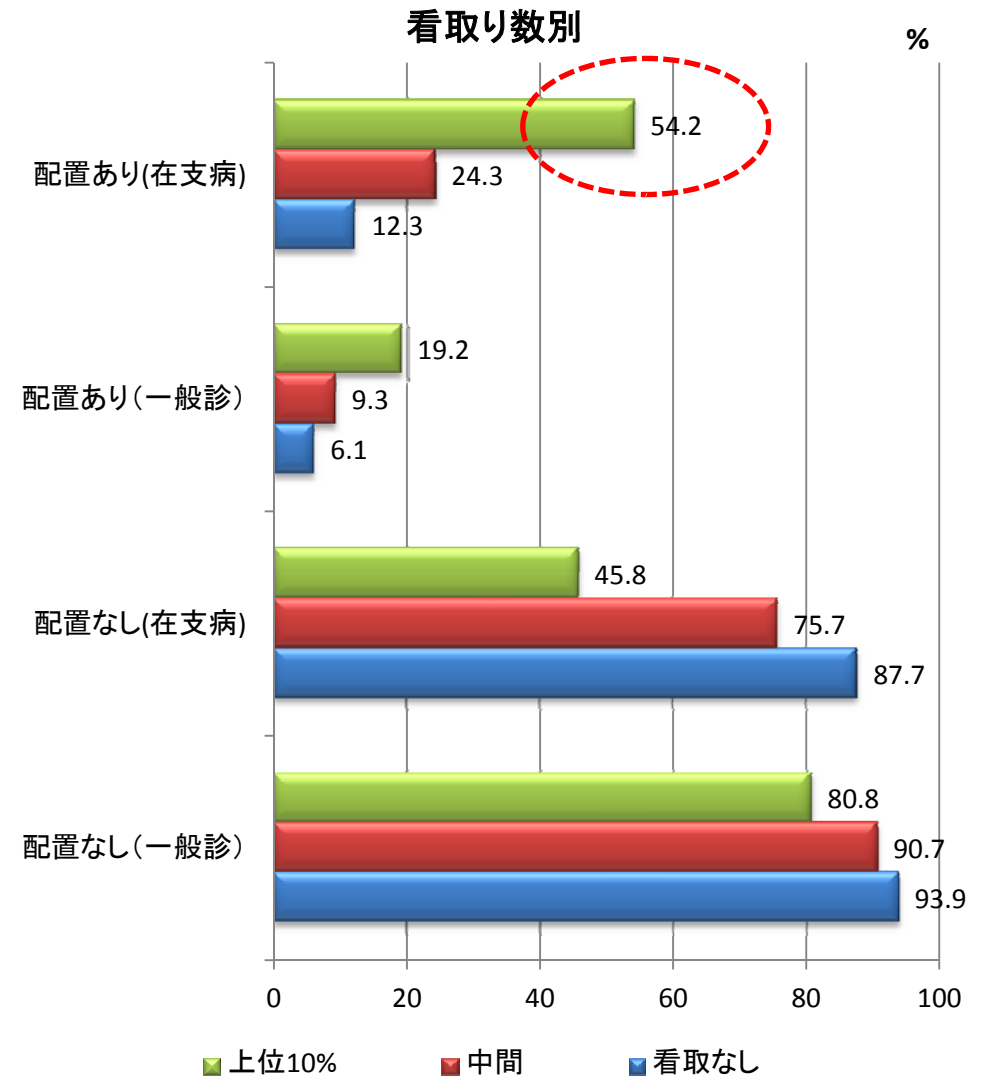
※在宅療養支援病院: 上位10%看取り数カットポイント12件
在宅療養支援診療所: 上位10%看取り数カットポイント15件
一般診療所: 上位10%看取り数カットポイント5件

地域医療連携に関わる職員の配置



N=在支診:258施設
一般診:372施設
在支病: 62施設

看取り数別で集計

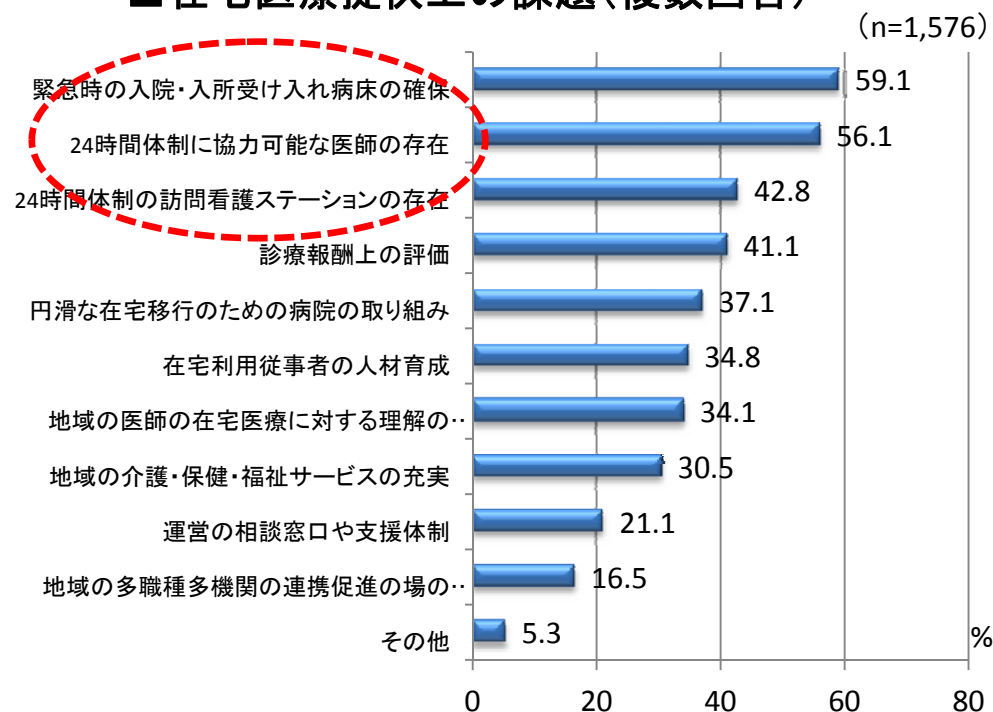


※在宅療養支援病院 上位10%看取り数カットポイント12件
在宅療養支援診療所 上位10%看取り数カットポイント15件
一般診療所 上位10%看取り数カットポイント5件

在宅医療を提供する診療所の課題

○ 診療所の在宅医療提供上の課題としては、緊急時の入院・入所施設の確保、24時間体制に協力可能な医師の存在、24時間体制の訪問看護の存在であった。

■在宅医療提供上の課題(複数回答)



■在宅療養支援診療所の届出をしていない理由 —在宅療養支援診療所以外—(複数回答)



○調査対象
WAMNETに登録され公表された全国の届出訪問看護ステーションより都道府県別に50%を無作為に抽出し、最終的に2,693事業所を対象とした。

○調査方法
郵送法によるアンケート調査

○回収数
1,112事業所(回収率41.3%)

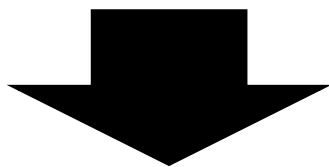
○調査対象
福岡県下の診療所からランダムに486(在宅療養支援診療所が248あったため、ほぼ同数その他の診療所を抽出)の診療所を抽出

○調査方法
郵送法

○回収数
266事業所(回収率53.4%) うち在宅療養支援診療所156事業所(回収62.9%)

出典) 日本医師会総合政策研究機構「在宅医療の提供と連携に関する実態調査」

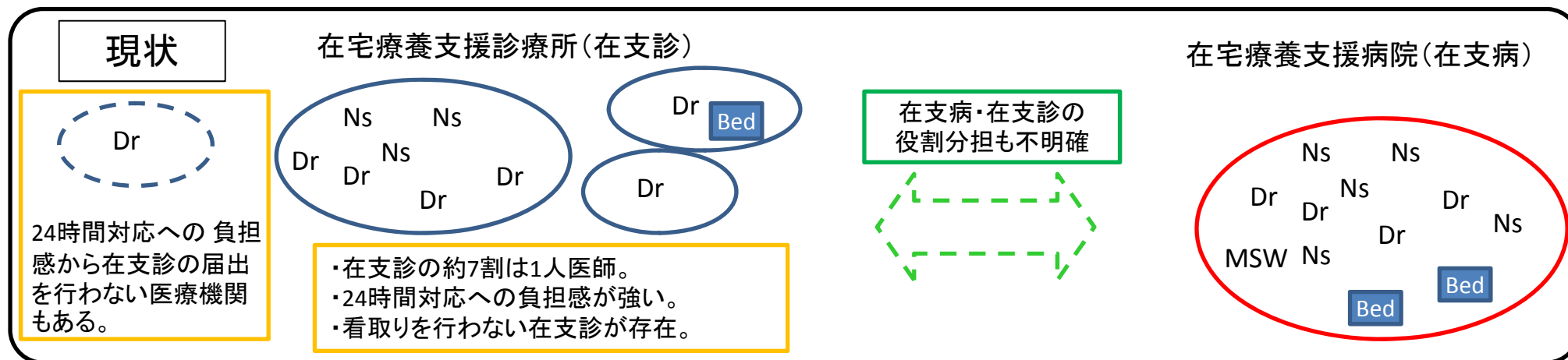
出典) 福岡県メディカルセンター保健・医療・福祉研究機構/日本医師会総合政策研究機構
在宅療養支援診療所実態調査(平成19年)



- 医師が少なく、小規模な在宅療養支援診療所単独では、24時間対応や、急変時の対応、看取りを含めたターミナルケアまで行う体制の確保は、困難な場合もあるのではないか。
- したがって、今後、在宅医療を担う医療機関の機能分化と関係機関との連携による機能強化が必要ではないか。

目指すべき機能分化と連携のイメージ案

【現状のイメージ】



	訪問診療	24時間対応	急変時の対応	ターミナルケア（看取り）	急変時の入院
一般の診療所	○	—	—	—	—
在支診	◎	△	△	△	— (有床の場合○)
在支病	○	△	△	△	◎

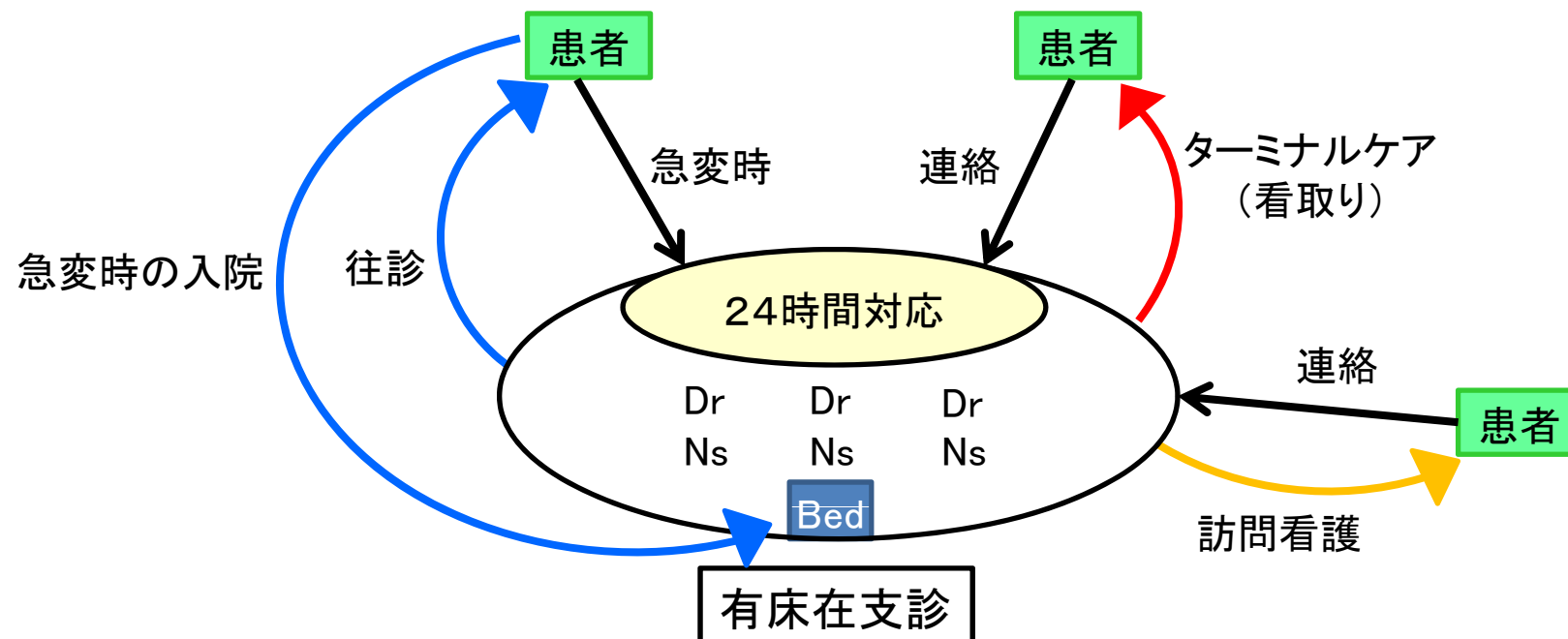
機能強化が必要

【目指すべきイメージ】

パターン①

- 複数の医師等が在籍し、自院のみで完結する有床の在支診をイメージ

	訪問診療	24時間対応	急変時の対応	ターミナルケア(看取り)	急変時の入院
有床在支診	◎	◎	◎	◎	○

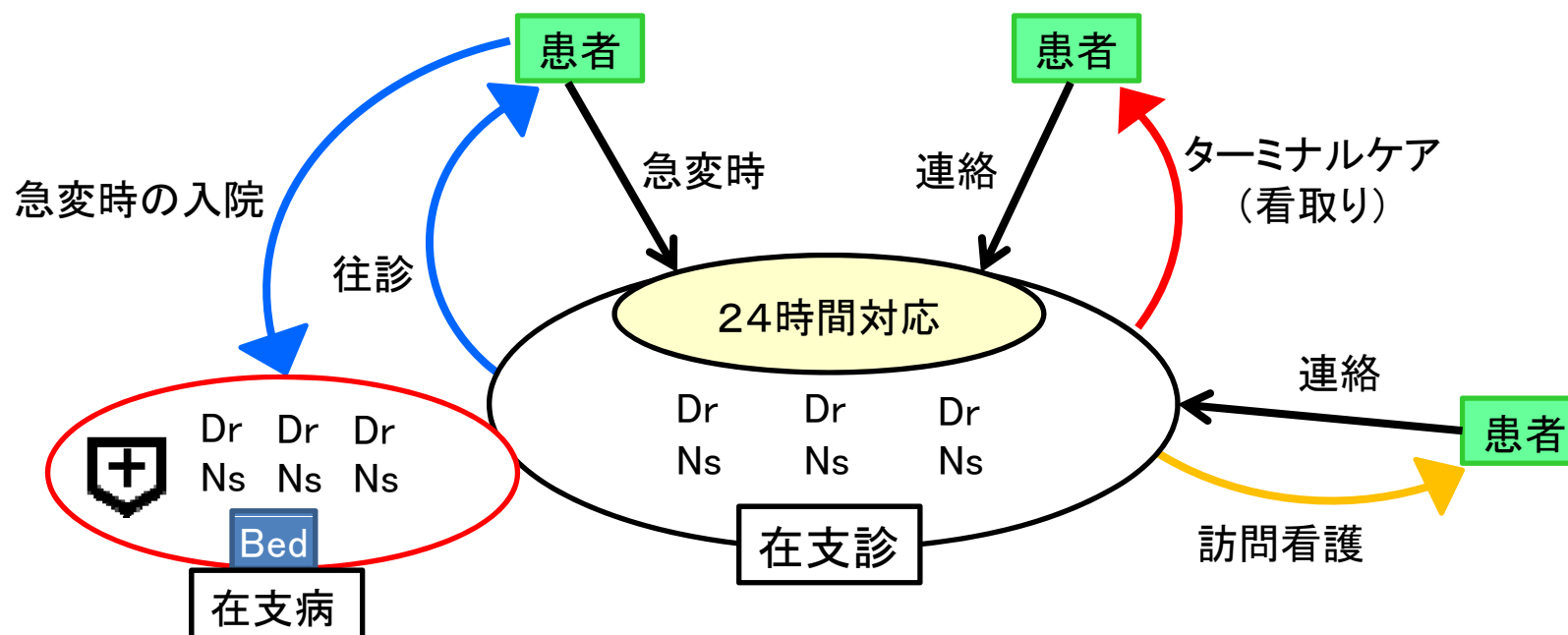


【目指すべきイメージ】

パターン②

- 複数の医師等が在籍し、ほぼ自院のみで完結するが、緊急時の入院のみ在支病と連携する在支診をイメージ

	訪問診療	24時間対応	急変時の対応	ターミナルケア(看取り)	急変時の入院
無床在支診	◎	◎	◎	◎	連携で◎

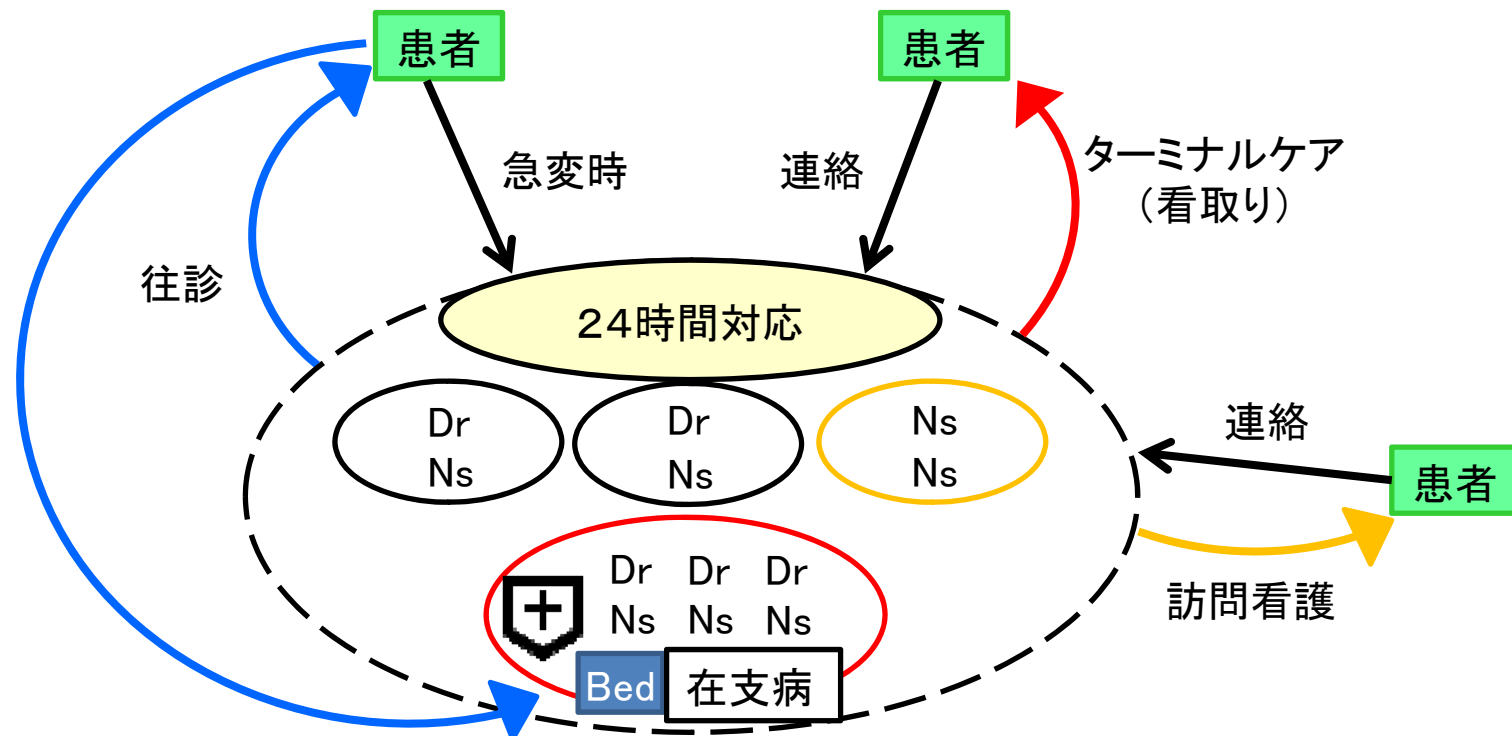


【目指すべきイメージ】

パターン③

- 在支病を含む他の医療機関等と連携・補完し合う在支診をイメージ

	訪問診療	24時間対応	急変時の対応	ターミナルケア (看取り)	急変時の入院
連携した在支診	◎	連携で◎	連携で◎	連携で◎	連携で◎



その他の課題について

- ✓ 在宅緩和ケア
- ✓ 在宅医療を担う施設の地域性
- ✓ 地域の拠点機能

在宅緩和ケア

在宅末期医療総合診療料

在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院において、在宅での療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者であって通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に総合的な医療を提供した場合に算定する。

- | | |
|---------------|--------|
| 1 処方せんを交付する場合 | 1,495点 |
| 2 1以外の場合 | 1,685点 |

在宅悪性腫瘍患者指導管理料

在宅における悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、当該療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

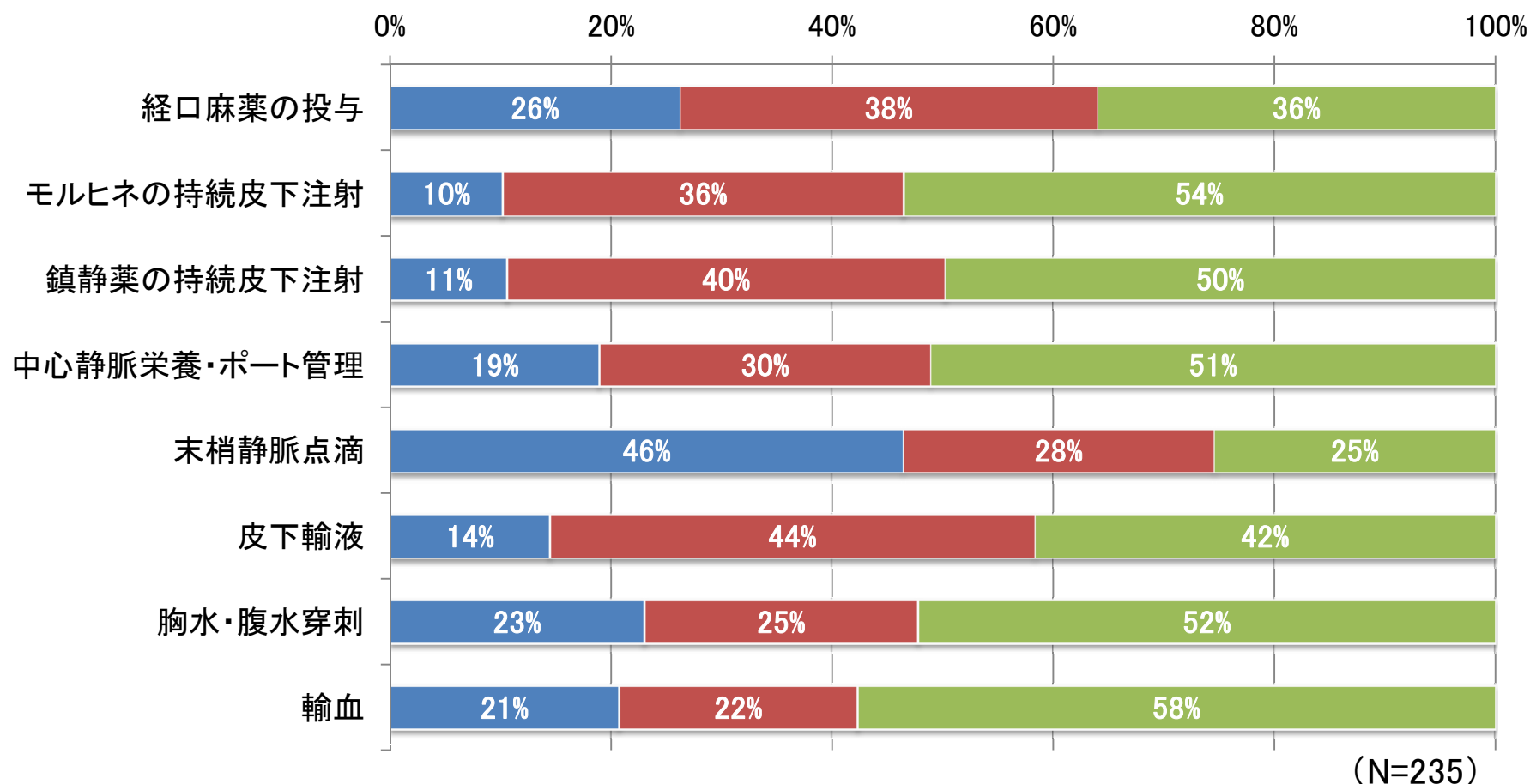
1,500点(1月につき)

【算定状況】

社会医療診療行為別調査	平成21年		平成22年	
	実施件数	回数	実施件数	回数
在宅末期医療総合診療料	1,145	18,831	1,280	18,081
在宅悪性腫瘍患者指導管理料	5,044	5,044	6,503	6,503

各年6月審査分のデータ

がん緩和医療における担当可能な治療の種類 (診療所医師)



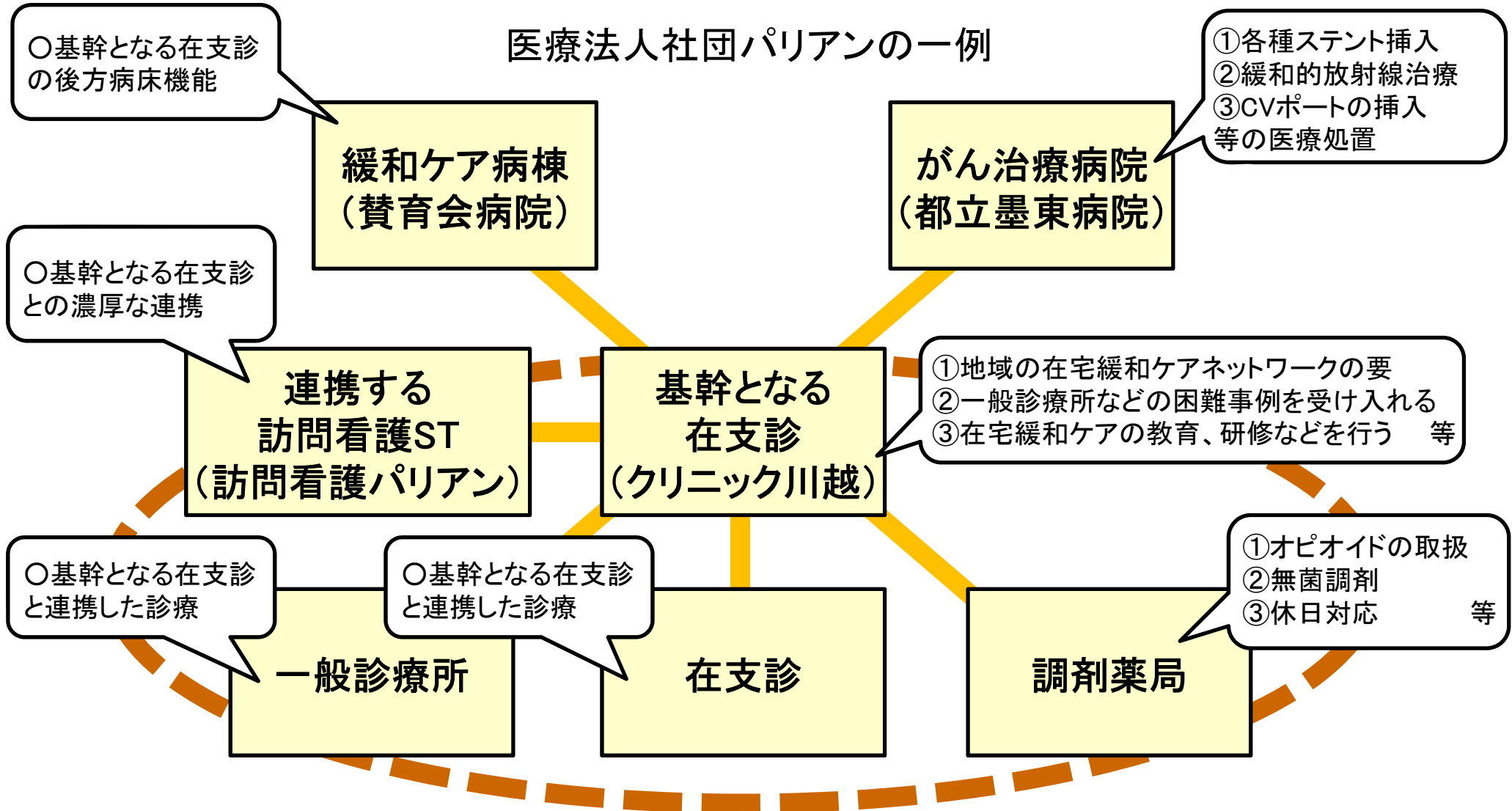
■ 自信を持って行うことができる ■ 専門家に相談できれば行うことができる ■ 対応は困難

注) 当該手技に限らず、医学管理や急変時の対応等を含めた対応の可否についての設問

出典: Yamagishi A, Morita T, Miyashita M. Providing palliative care: the views of community general practitioners and district nurses in Japan J Pain Symptom Manage. 2011

地域の在宅緩和ケアネットワーク

医療法人社団パリアンの一例

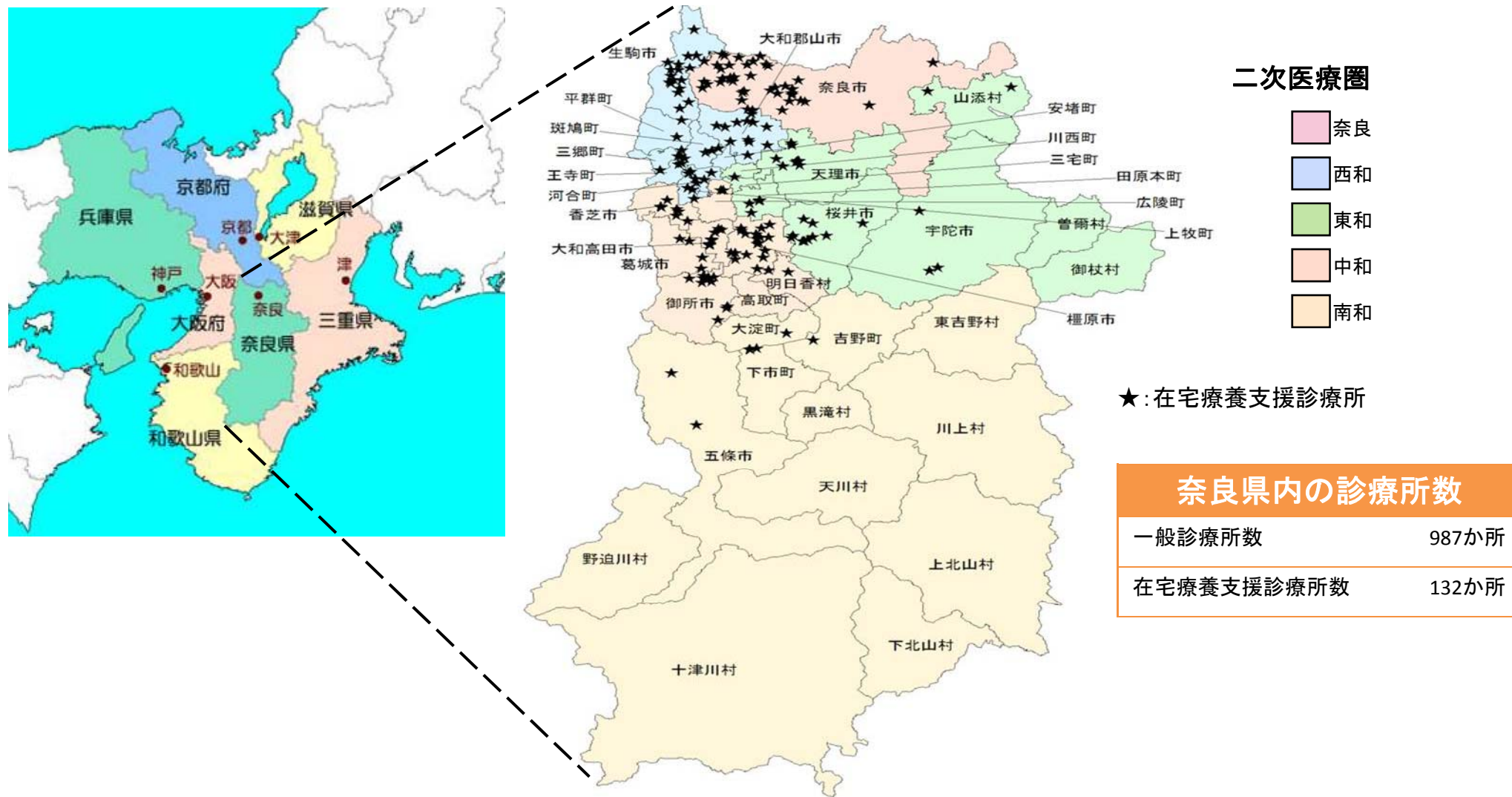


出典：クリニック川越・川越厚院長御提供資料を基に保険局医療課で作成

注) 現在、同一日に複数の医療機関が同一患者に訪問診療を行っても、原則、どちらか一方の医療機関しか訪問診療料を算定することはできない(病状の急変等により往診した場合は除く)。

在宅医療を担う医療機関の地理的分布の例

○奈良県における在宅療養支援診療所を見ると、奈良、西和、東和医療圏に偏在している。



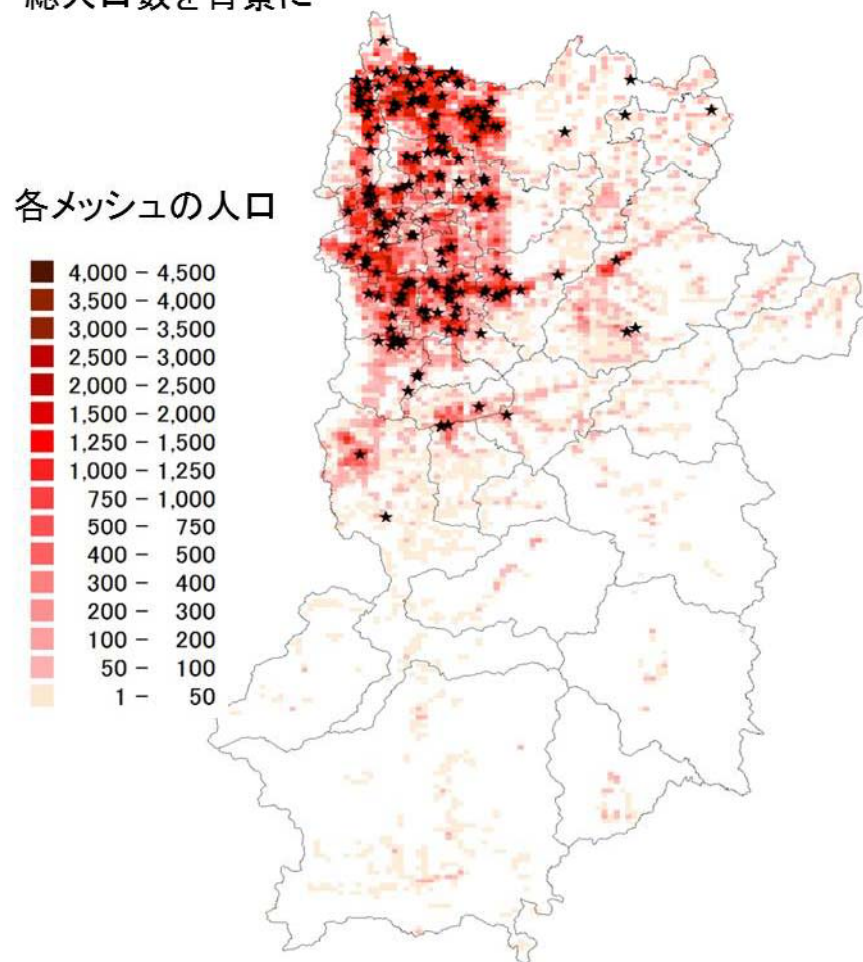
資料提供: NPO法人ヘルスサービスR&Dセンター

人口分布・密度と在宅療養支援診療所の分布の状況

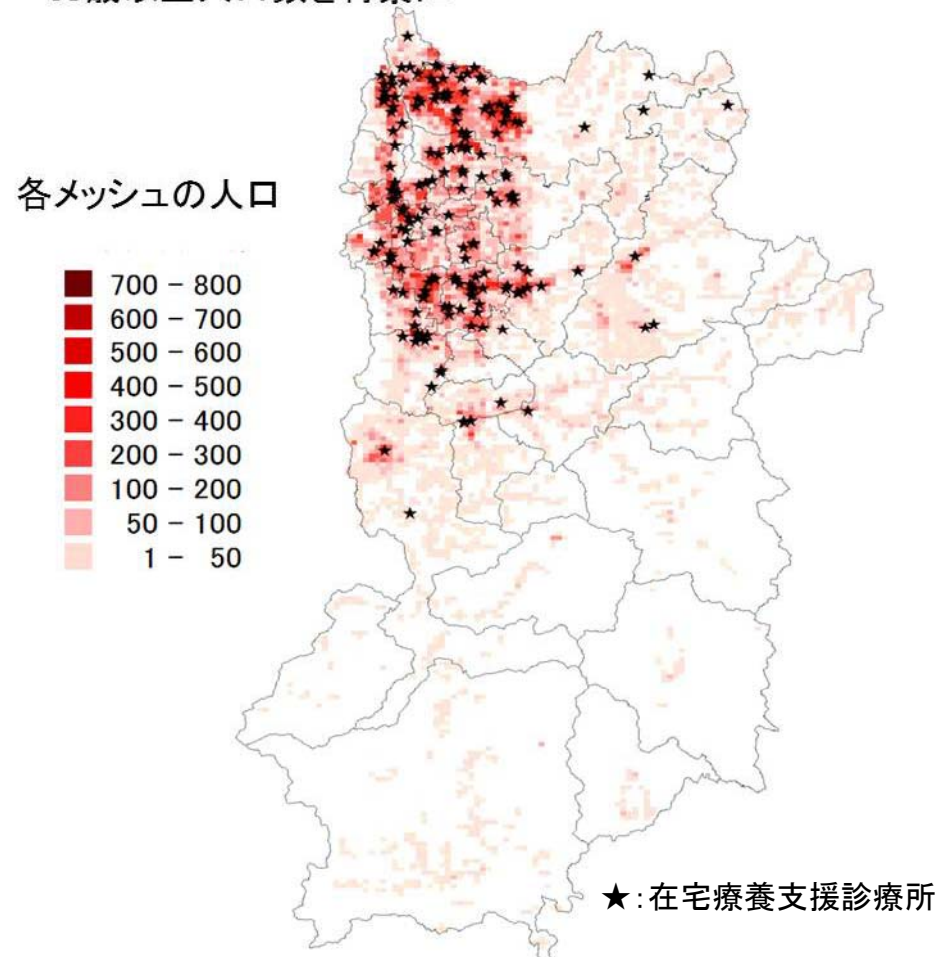
○総人口数、65歳以上人口数ともに人口分布と在宅療養支援診療所の分布がほぼ一致

■地理情報による需給バランス

総人口数を背景に



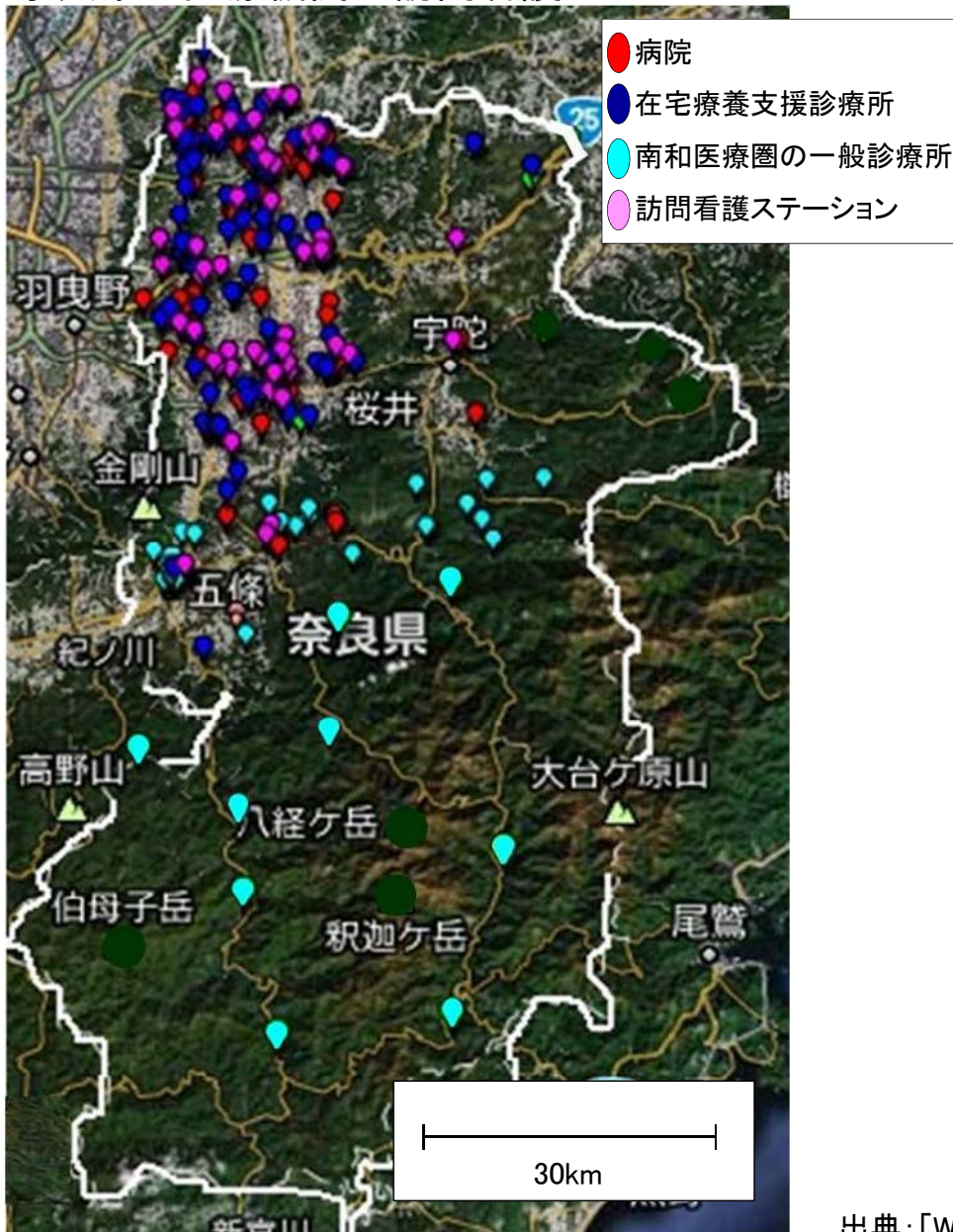
65歳以上人口数を背景に



資料提供:NPO法人ヘルスサービスR&Dセンター

各施設の分布の状況

奈良県の医療機関／訪問看護ステーション



奈良県の介護施設(老健・特養・特定施設)



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

医療・介護の提供体制の将来像の例

～機能分化し重層的に住民を支える医療・介護サービスのネットワーク構築～

○日常生活圏域内において、医療、介護、予防、住まいが切れ目なく、継続的かつ一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の確立を図る。

○小・中学校区レベル(人口1万人程度の圏域)において日常的な医療・介護サービスが提供され、人口20～30万人レベルで地域の基幹病院機能、都道府県レベルで救命救急・がんなどの高度医療への体制を整備。

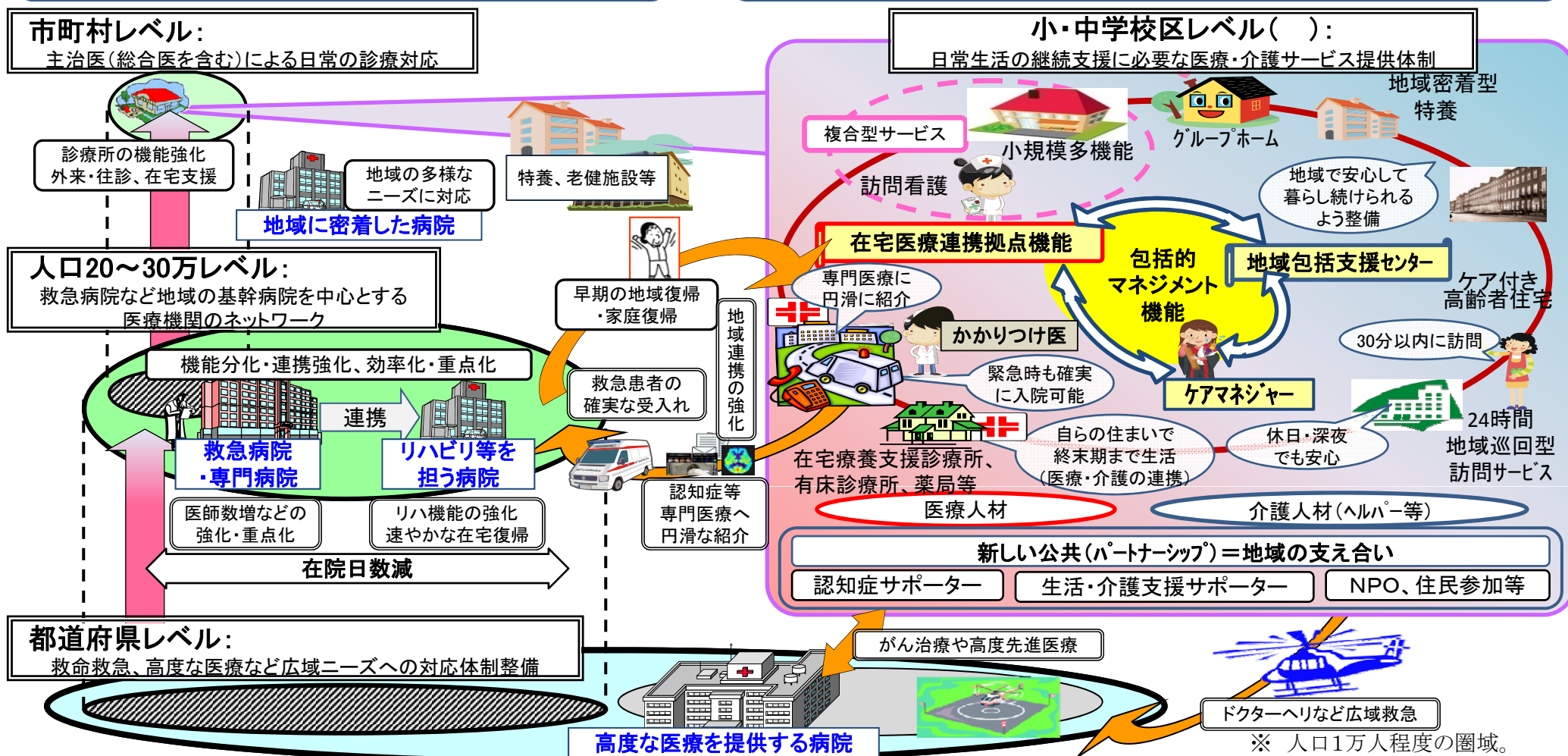
医療提供体制の充実と重点化・効率化

都道府県域から市町村域まで、重層的に医療サービスを提供

&

地域包括ケアの実現(包括的ケアマネジメントの機能強化)

体制整備は被災地のコミュニティ復興において先駆的に実施することも検討

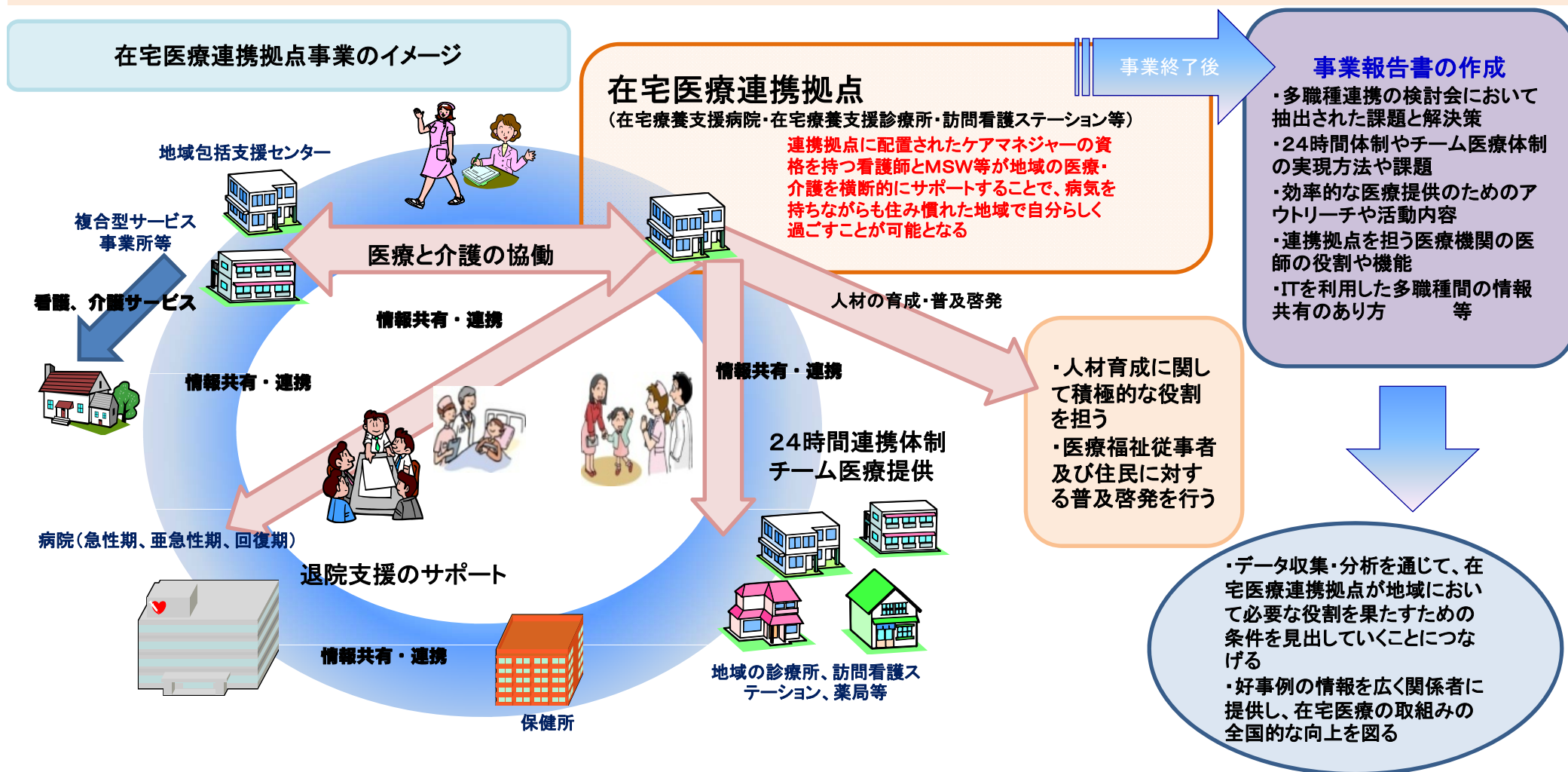


□ ①在宅医療連携拠点事業

要望額 31億円

■本事業の目的

- 高齢者の増加、価値観の多様化に伴い、病気をもちつつも可能な限り住み慣れた場所で自分らしく過ごす「生活の質」を重視する医療が求められている。
- このため、在宅医療を提供する機関等を連携拠点として、多職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、医療と介護が連携した地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指す。



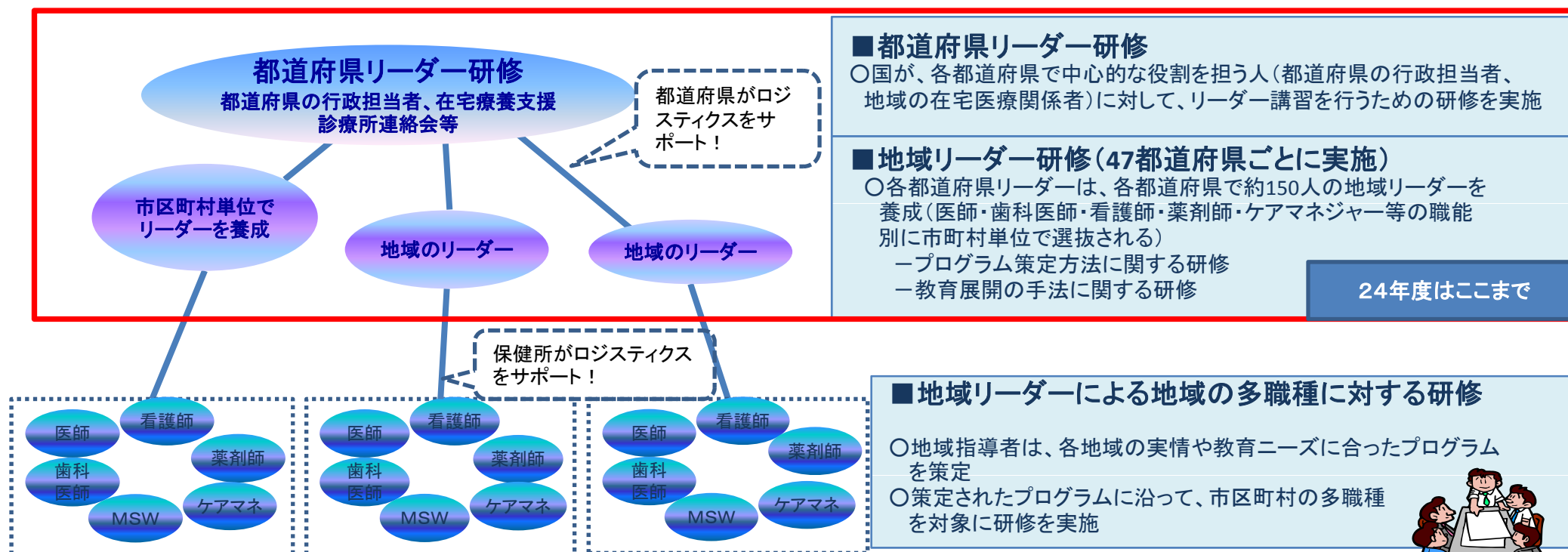
□ ②多職種協働による 在宅チーム医療を担う人材育成事業

要望額 3.2億円

■本事業の目的

- 在宅医療においては、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、ケアマネジャー、介護士などの医療福祉従事者がお互いの専門的な知識を活かしながらチームとなって患者・家族をサポートしていく体制を構築することが重要である。
- 国が、都道府県リーダーに対して、在宅医療を担う多職種がチームとして協働するための講習を行う(都道府県リーダー研修)。
- 都道府県リーダーが、地域リーダーに対して、各地域の実情やニーズにあった研修プログラムの策定を念頭に置いた講習を行う(地域リーダー研修)。
- 地域リーダーは、各地域の実情や教育ニーズに合ったプログラムを策定し、それに沿って各市区町村で地域の多職種への研修を行う。これらを通して、患者が何処にいても医療と介護が連携したサポートを受けることができる体制構築を目指す。

WHO(世界保健機関)は、「多職種協働のためには、多職種の研修が重要である。」と推奨している。(2002年)



□ 在宅医療連携拠点事業の展開

■ 事業の実施地域 47都道府県 × 2か所 = 94か所

- データ収集・分析を通じて、在宅医療連携拠点が地域において必要な役割を果たすための条件を見出していくことにつなげる。
- 好事例の情報を広く関係者に提供し、在宅医療の取組みの全国的な向上を図る。
- この事業から得られた各種データや好事例の情報については、下記のような地域特性、連携拠点となる主体、対象疾患等による各種モデルごとに整理・分析を行い活用する。

■ 地域特性による実施例

【都市型モデル】

都市部での医療と介護の連携のあり方についての対応策を検討する

【過疎地域モデル】

山間地域等での医療と介護の連携のあり方についての対応策を検討する

■ 連携拠点となる主体による実施例

【在宅療養支援病院モデル】

診療所と同様に在宅医療の担い手となっている在宅療養支援病院が連携拠点となる(在宅療養支援のための病床運営のあり方を含め検討)

【在宅療養支援診療所モデル】

訪問診療を行い、自宅での療養をサポートする在宅療養支援診療所が連携拠点となる(有床診においては、在宅療養支援のための病床運営のあり方を含め検討)

【訪問看護ステーションモデル】

医療と介護の要として機能している訪問看護ステーションが連携拠点となる

【市町村主導モデル】

患者の日常圏域における行政をつかさどる市町村が地域の医療福祉従事者を結びつける役割を担う

【医師会主導モデル】

地域において医療機関等を束ねる医師会が主体となって、地域の医療福祉従事者を結びつける役割を担う

【保健所主導モデル】

保健所が行政と地域の医療福祉従事者を結びつける役割を担いながら、在宅医療連携拠点となる

■ 対象疾患等による実施例

【がん患者モデル】

痛みや苦痛症状を緩和しながら自分らしい生活を送ることができるよう必要なサポート体制についての検討を行う

【小児患者モデル】

NICU退院者等のサポート体制など、子どもが在宅で生活する上での必要な対応策を検討する

【精神疾患モデル】

統合失調症患者やうつ病患者も医療的・福祉的支援を受けながら地域で療養できる体制についての検討を行う

【難病・疾病患者モデル】

難病患者が可能な限り住み慣れた場所で生活できるよう必要なサポート体制についての検討を行う

【障害患者モデル】

障害者が可能な限り住み慣れた場所で生活できるよう必要なサポート体制についての検討を行う

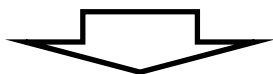
【認知症患者モデル】

認知症患者が可能な限り住み慣れた場所で生活できるよう必要なサポート体制についての検討を行う

在宅医療の充実に向けた課題と論点

【課題】

- 少子高齢化等に伴い、今後在宅医療の需要が高まることが予想され、社会保障改革に関する集中検討会議において、在宅医療を担う診療所等の機能強化等が提示されている。
- しかしながら、在宅療養を行うに当たっては、介護者の不在、患者の不安、在宅医療サービスの不足等の課題が存在している。
- 現在、在宅療養支援診療所・病院への評価を行っているが、小規模の医療機関も多く、24時間対応や緊急時の対応、看取りを含めたターミナルケア等を行う体制の確保が課題となっている。
- 在宅での緩和ケアについても評価を行っているが、推進できていない状況にある。
- 在宅療養支援診療所は、人口密集地に多いという地域偏在が認められる。
- 今後、更なる医療と介護の連携を構築するに当たって、地域全体のコーディネートを行う拠点機能が求められている。



【論点】

- 今後、高齢者向け住宅の普及に伴って、自宅以外で在宅療養を行う患者への医療サービスの提供について、どのように考えるか。
- 在宅医療サービスの充実を図るに当たって、在宅医療を担う医療機関の機能分化と連携等による機能強化について、どのように考えるか。
- 在宅での看取りを含めたターミナルケアの充実について、どのように考えるか。
- 在宅緩和ケア等、患者のニーズに応じた医療サービスの提供について、どのように考えるか。
- 在宅医療を担う医療機関の地域性について、どのように考えるか。
- 地域における医療と介護の連携の拠点となる機能について、どのように考えるか。

中央社会保険医療協議会と介護給付費分科会との打ち合わせ会における主な意見

【地域包括ケアシステム】

- ・ 地域における医療と介護の包括的なネットワークのシステム化とネットワークにおける拠点の構築が必要。
- ・ 地域全体の医療と介護のコーディネート役を担う地域連携拠点（ハブ）を一定の圏域毎に設置することが不可欠である。
- ・ 地域包括ケアシステムの構築は医療者などプロフェッショナルの努力によって可能であるが、このシステムの運営には、支援が必要である。
- ・ ハブの運営責任の所存は、基礎的自治体である市町村なのか、関係団体の連合体なのか整理が必要である。
- ・ ハブの運営責任は、市町村が望ましいのではないか。
- ・ ハブの運営責任を市町村とした場合、介護保険の保険者は市町村であるが、医療保険の保険者は職域と市町村に分立しているため、ワークさせるためには医療保険の保険者のあり方についても併せて整理が必要である。
- ・ 地域の医療と介護のコーディネーターには MSW やケアマネジャーを活用するべきであるが、ケアマネジャーの質に課題がある。
- ・ 医療と介護の連携は実態としてはまだまだ進んでおらず、個々の施設がそれぞれ個別に動いている印象である。両部門の連携を進めながら、理想に近づけていく必要があり、そのための長期の工程表が必要なのではないか。
- ・ 地域包括ケアシステムを構築する場合に費用対効果やサービスの効率的な提供についても併せて検討することが必要である。
- ・ 地域包括ケアシステムの構築には、多職種連携を促進することが重要である。

【在宅医療・訪問看護・リハビリテーション】

- ・医療と介護の両者から提供されるリハビリや訪問看護について、利用しやすい仕組みに見直すべきである。退院直後の訪問看護や、急なADLの低下時のリハビリは、医療保険から給付した方が利用しやすいのではないかな。
- ・訪問看護とリハビリの役割は大きい。これらの役割分担を明確化し、どのように連携を行うかを考えていくべき。
- ・訪問看護を充実するためには、働きやすい環境が大切。医療と介護を結びつけるのは訪問看護である。
- ・訪問看護は重要であるが、病院と訪問看護ステーションで看護師の奪い合いになっている現状があり、人材の確保が重要。
- ・訪問看護であるにも関わらず、訪問介護と似たようなサービスしか提供できていない現状。訪問看護の質を向上させる必要がある。また、訪問看護と訪問介護の連携を強化すべきである。
- ・介護施設では医療が包括化されていたり、外付けだったりとマチマチであるが、こうしたルールの見直しに向けた議論が必要なのではないかな。

【認知症ケア】

- ・認知症のケアは、介護保険の弱点であり、全く標準化できていない。ケアは、医療と介護の連携なしでは成り立たない。
- ・認知症についてはケア論が確立されておらず、医療と介護の役割が整理されていない現状である。
- ・認知症に対する早期発見、早期対応の取組が重要であり、鑑別診断ができる医師を養成する必要がある。その上で、鑑別診断に基づく個別ケアを実施するべきである。
- ・認知症の方に適切に往診できる在宅医を養成する必要がある。
- ・認知症で重度のBPSDが出たら投薬が効果的だが、そのためにはしっかりした薬剤管理のできる医師の適切な関わりが必要。

【ターミナルケア】

- ・看取りについて、在宅で亡くなる方のうち在支診で看取っているのは1 / 4程度で、あとはかかりつけ医が看取っている。在支診の届出が少ないのは24時間、365日の対応に自信がないからである。これの対応としては、グループ型の診療と診療報酬上の評価が必要である。

【療養病床転換について】

- ・療養病床の転換は、事務的な問題であり、医療と介護の連携のテーマになじまない。
- ・介護報酬上、療養病床の転換を支援するような仕組みを検討するべきである。
- ・療養病床の転換が進まないのは、方針を安易に転換した国に対し、現場の信頼がないことが要因である。
- ・療養病床の転換が進んでいないのは、地域性が影響している。例えば北海道、高知、福岡、沖縄など高齢者病院が多い地域は、療養病床の削減が難しい現状である。

【その他】

- ・介護保険制度はサービスの標準化が遅れており、社会保険制度とは思えないようなサービスの広がりが見られる。改めて福祉における社会保険制度のあり方について検討するべきである。
- ・現場感覚からすると、介護保険はサービスを必要としない高齢者にまでサービスを提供している印象がある。
- ・医療と介護の連携は、川上、川下問題ともいえる。例えば、病院で多くの高齢者に胃ろうを造設し、介護施設に送られている現状であり、施設は人的、コスト的な負担が大きい。
- ・川上、川下問題は、医療と介護の情報共有の問題である。退院時の支援について医療と同様に介護においても評価してはどうか。