

日医工医療行政情報

<https://stu-ge.nichiiko.co.jp/>

2021年10月13日 中医協総会（診療所） 「在宅（その2）」 ～在宅医療について～

作成：日医工株式会社（公社）日本医業経営コンサルタント協会認定 登録番号第6178号 栗原盛一

参考資料：2021年9月15日 中医協総会資料「令和4年度診療報酬改定に向けた議論（次期改定の論点等）の概要」
2021年10月13日 中医協総会資料「在宅(その2)」

・次期診療報酬改定に向けて、中医協総会においてテーマごとに議論され、論点整理が進んでいます。10月より個別・具体的な検討・議論（いわゆる第2ラウンド）が開始され、例年、年明け1月に諮問、2月に答申、3月初旬に告示が行われます。

資料No.20211019-1142(3)

本資料は、2021年10月13日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます

資料のポイント

- ・10月13日には厚生労働省側より「在宅（その2）」として、
 「継続診療加算」、
 「在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院」、
 「外来を担当する医師と在宅を担当する医師の連携」、
 「在宅ターミナルケア加算」の4点について課題が示されました。
- ・今後の議論のポイントとなりそうな課題を抜粋し、総会での
支払側（1号） 診療側（2号） の各委員から述べられた意見を要約しています。

【MPSコメント】

- 市町村や医師会と連携を前提に24時間往診要件を緩和するなど、在宅医療の担い手を増やす「**量の拡大**」と、実績を踏まえた施設基準の見直しや、ターミナルケアでの現状を踏まえた評価などによる「**体制の強化**」について検討されています。
- また、外来担当医と在宅担当医との連携を評価することで、外来医療から**在宅医療へのスムーズに移行**する仕組み作りについても検討されています。

第1ラウンド中間とりまとめ(在宅医療)

【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。

主な意見	在宅医療を取りまく現状	<ul style="list-style-type: none"> ○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。 ○安易に量の確保を追求すると、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。 ○在宅医療を行うこととしている医療機関のうち、実際に在宅医療を提供している医療機関がどの程度あるかという実態も踏まえた検討が必要。
	在宅医療領域における取組等	<ul style="list-style-type: none"> ○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。
	在宅医療に係る診療報酬上の評価	<ul style="list-style-type: none"> ○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、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な評価を行うべきではないか。 ○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。 ○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。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。 ○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。

(参考)2021年9月15日 中医協総会資料「令和4年度診療報酬改定に向けた議論(次期改定の論点等)の概要」

在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院について

在支病の役割や機能を踏まえた施設基準の見直し

- 在支病において、緊急往診の実績にばらつきがみられ、0件の病院では在宅患者の入院受け入れが多い

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

出典：四病院団体協議会
在宅療養支援病院に関するアンケート調査

22

支払側委員

- ・在支病の緊急往診について、24時間体制が要件とされているにもかかわらず実績が0というのはありえない
- ・在支病で緊急往診を年間で1件も受けていないというのは、役割を果たしておらず、要件化すべき

診療側委員

- ・在支診と在支病の定義の在り方を整理して、在支病であれば、受け入れ実績を要件化する方向が良いのではないか
- ・在宅患者のバックベッド機能も重要な役割であることを考えると、在支病に対し緊急往診件数だけを要件化するというは無理があるのではないか
- ・緊急往診と在宅からの入院受け入れ件数を合わせるというのが一つの方法ではないか

外来と在宅の医師の連携について

外来から在宅療養へのスムーズな移行のための連携体制の評価

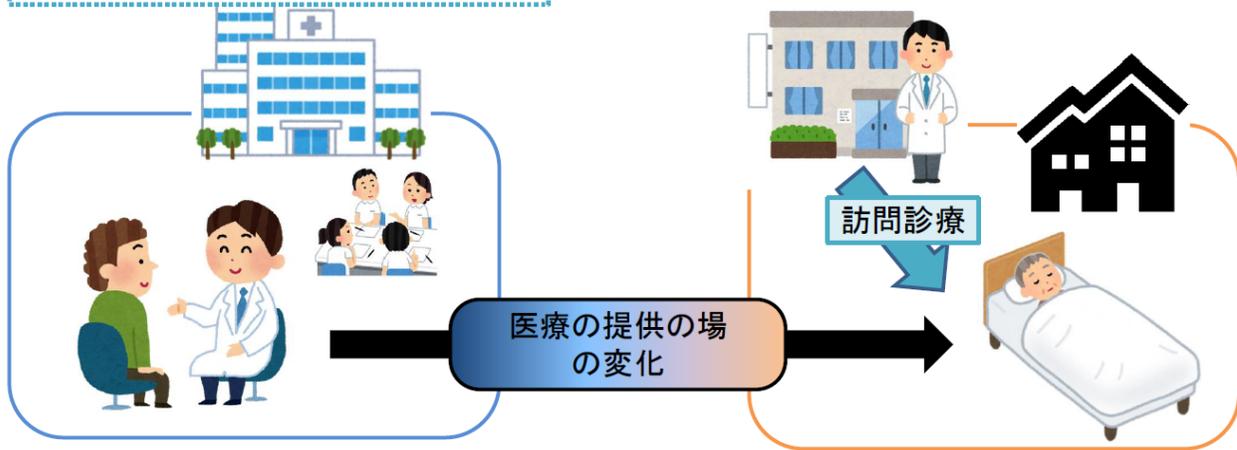
- 外来受診患者が在宅医療を受けることとなる際に主治医が交代する場合があります、スムーズな移行が重要

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ります。
- 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

診療側委員

- ・外来医と在宅医の連携については広くICTを活用した情報共有・連携を評価すべき
 - ・患者がスムーズに在宅に移行するためにも外来担当医と在宅担当医の連携・調整が過度な負担とならないような工夫も考慮し、前向きに検討すべき
 - ・OL診療が進んでいく中で、D to Pwith D※という考え方も取り入れていく必要があるのではないかと
- ※ **Doctor to Patient with Doctor**

支払側委員

- ・連携としてデジタルツールの活用を推進していくのが良いのではないかと
- ・介護が必要な場合のケアマネージャーとの連携、多職種カンファレンスを併せて行うことも要件に加えてもいいのではないかと

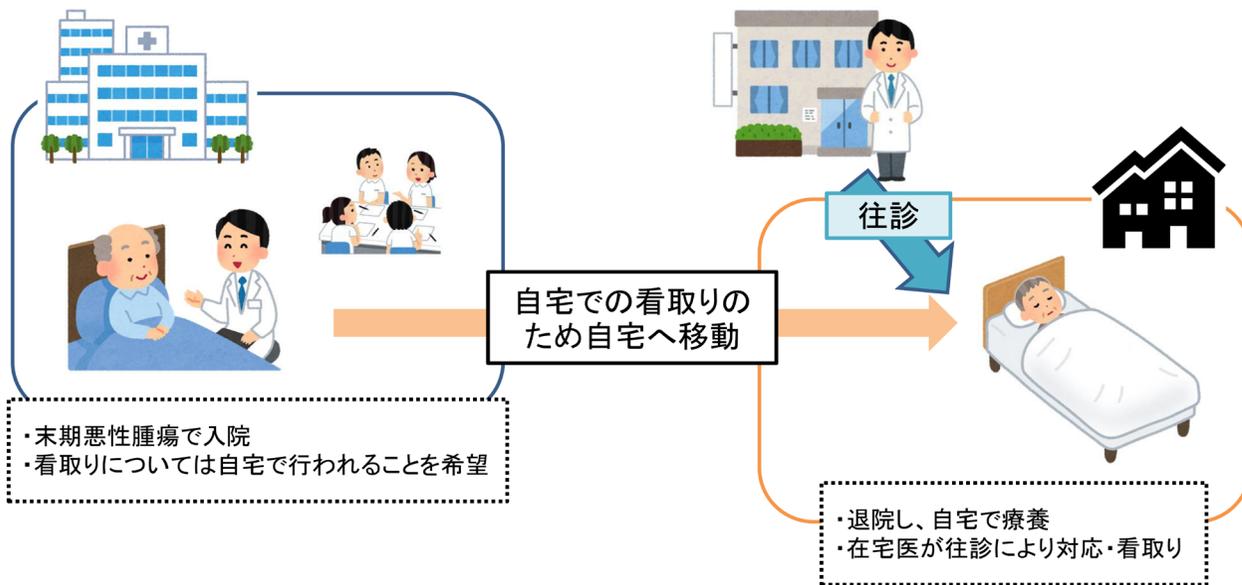
ターミナルケア加算について①

人生の最終段階を迎える患者に、より手厚い在宅医療を提供するために

● 算定に必要な「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

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。



【在宅ターミナルケア加算】
在宅で死亡した患者（往診・訪問診療後24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む）に対して、その**死亡日・死亡日前14日以内に2回以上の往診・訪問診療を実施**することを評価

支払側委員

- ・算定ができない場合の問題について、算定できないケースの発生割合や加算要件との差異の理由なども含めて検討が必要
- ・算定するためにはACP※を作成して家族と共有し、ACPに則った医療を行っている場合に算定できるというような制度設計にすべき

※ ACP (Advance Care Planning)
もしものときのために、患者が望む医療やケアについて、前もって考え、繰り返し話し合い、共有する取組

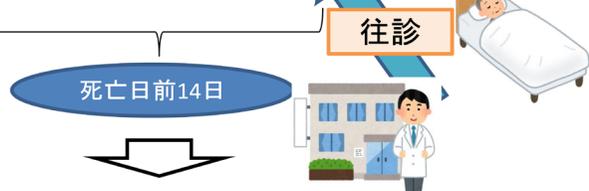
ターミナルケア加算について②

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)	-	-



「2回以上の往診又は訪問診療」の要件を満たさない

診療側委員

- ・不合理な事例は存在しており、**現場の尽力に報いるような手直しが必要**
- ・例えばがん末期の場合などで、**在宅医療と急性期医療を並行して行うなどの伴走期間があればよりスムーズに在宅に移行できるのではないか**
- ・**小児の場合、特有の問題があり、高齢者と比較して労力を要するため、労力に見合った見直しが必要**

小児特有の問題

- ・子どもの死が稀で家族の受容が困難であること
- ・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の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

42

(引用) 2021年8月25日中医協総会資料

継続診療加算について

在宅医療のすそ野を広げていくために

- 算定に必要な「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

継続診療加算について

中医協 総-1-1
3 . 8 . 2 5

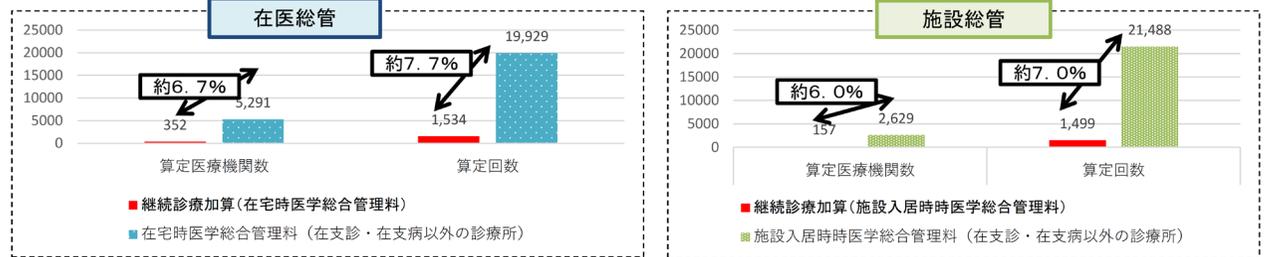
在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料 (平成30年度診療報酬改定において新設)
継続診療加算 216点(1月に1回)

在宅時以外の診療所が、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。

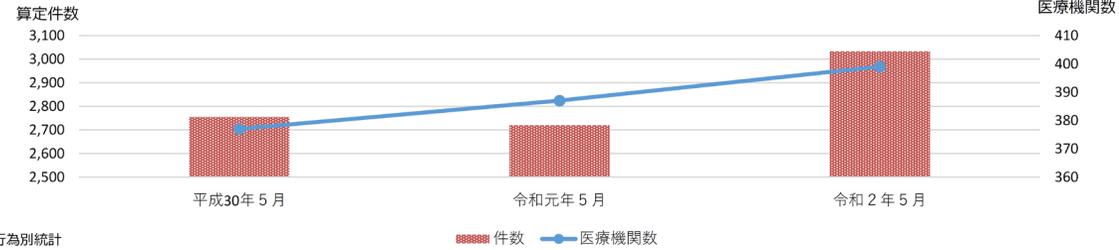
[主な算定要件]

- (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

【継続診療加算】
 在宅時以外の診療所が、かかりつけ患者に対し、在宅医療の必要時に他院との連携によって24時間の往診・連絡体制を構築した場合を評価

診療側委員

- ・算定クリニック側から、他院に協力を依頼し難い (負担をかけ、連携先には負担に見合った評価もないため気が引ける)
- ・質を落とさず在宅医療を広めていくのであれば、連携の在り方について検討が必要

診療側委員

- ・在宅医療提供体制確保に当たり、**地域での連携が重要**
- ・地域の医療機関でのネットワークを推進し、複数の医療機関で在宅医療を担うという仕組みづくりが重要
- ・市町村等との連携が必要で要件に加えることが必要



日医工がお届けする **Stu-GE** は、

医療従事者の方のための医療行政情報サイトです。

ご覧頂ける
テーマ別
情報一覧

- 診療報酬改定関連の速報情報
- 診療報酬点数の施設基準や算定要件の情報
- 調剤報酬全点数情報
- 地域連携薬局、専門医療機関連携薬局の施設基準
- DPC/PDPS関連 新規薬価収載に係る包括評価対象外薬剤一覧
DPC公開データを用いた各種医療圏分析
- その他医療制度に関する情報

会員登録は、**無料**

いますぐ、会員登録サイトで登録を!!

会員特典1 → メールマガジンの受信

会員特典2 → 会員限定コンテンツの閲覧

スマートフォンで簡単登録

パソコン画面で入力



<https://stu-ge.nichiiko.co.jp/registrations/index>