

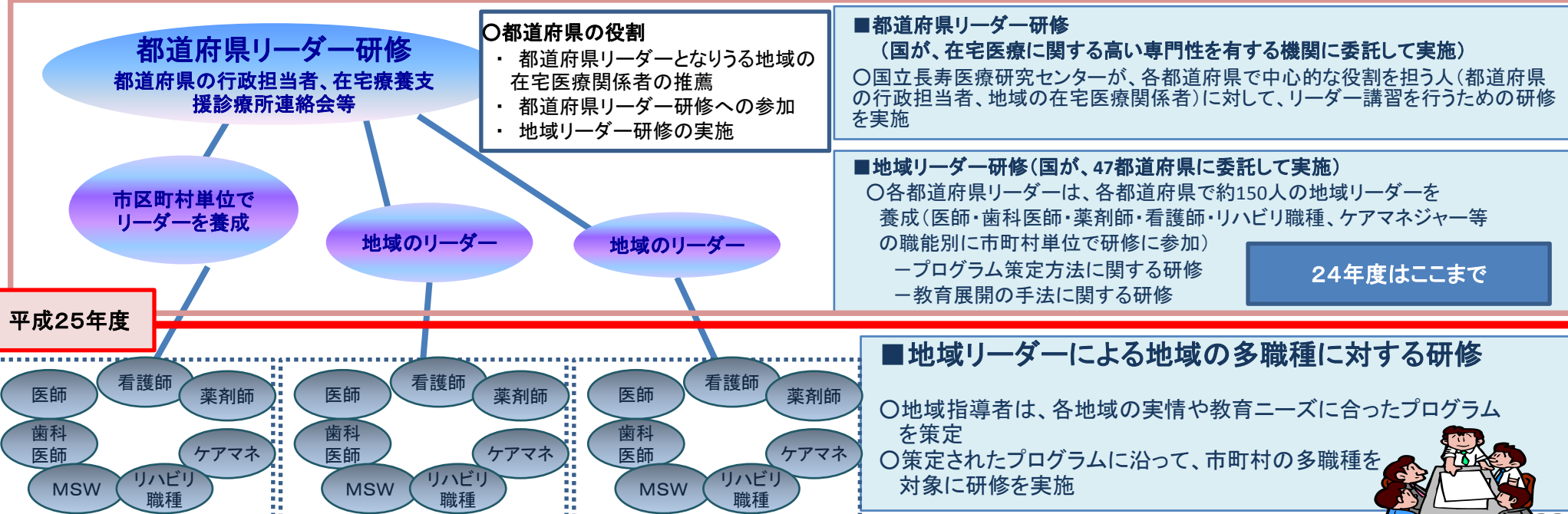
# 多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業

25年度予算 100百万円

## ■本事業の目的

- 在宅医療においては、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、リハビリ職種、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られ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)



## ■ 背景・課題

- 新生児集中治療管理室(NICU)に入院する小児等を受け入れる在宅医療・福祉連携体制の早急な整備が求められている。
- NICUを退院し在宅医療に移行する小児等については、専門医療機関との連携の必要性や、福祉・教育等との連携の重要性など、特有の課題に対応する体制の検討が必要である。

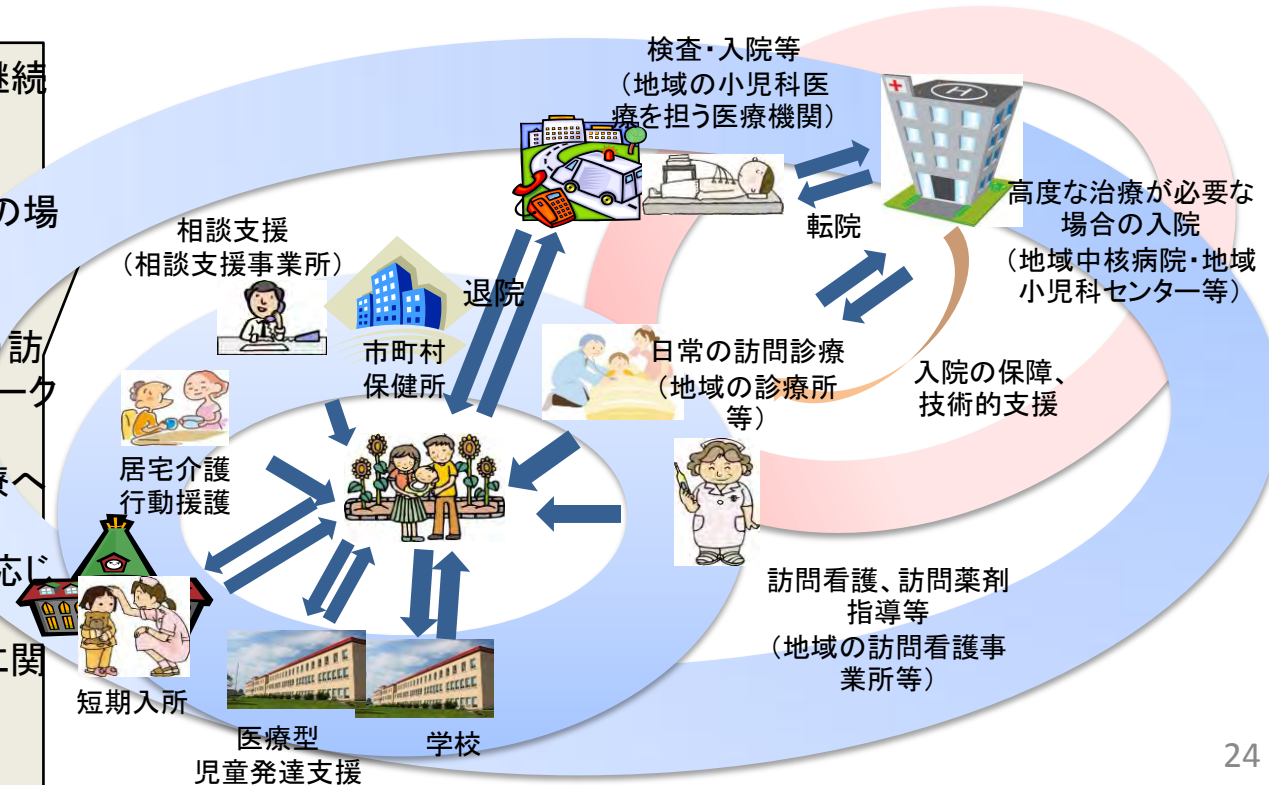
## ■ 本事業の目的・概要

- 医療計画に基づく在宅医療の提供体制の推進状況を踏まえ、地域において小児等の在宅医療に取り組む医療機関、訪問看護事業所等の拡充、医療・福祉関係機関間の顔の見える関係の構築、関係者への研修の提供等に取り組むことにより、小児等が安心して在宅に移行できる医療・福祉連携体制を構築する。
- 在宅にて療養を行う医療依存度の高い小児等及びその保護者に対し、患者の症状等に応じて、医療的ケア等に係る不安が生じた際の療養上の助言等や、かかりつけ医等の関係機関等との調整を行う相談支援体制を整備する。

## (イメージ)

以下の活動等を通して地域における包括的かつ継続的な在宅医療を提供するための体制を構築する。

- ① 行政、地域の医療・福祉関係者等による協議の場の開催
- ② 地域の医療・福祉資源の把握・活用
- ③ 小児等の在宅医療の受入が可能な医療機関・訪問看護事業所数の拡大、専門機関とのネットワークを構築
- ④ 地域の福祉・行政関係者の小児等の在宅医療への促進
- ⑤ 小児等の患者・家族に対して個々のニーズに応じた支援
- ⑥ 患者・家族などに対して、小児の在宅医療等に関する理解の促進や負担の軽減



# 平成24年度診療報酬改定の概要

## 医科における重点配分(4,700億円)

### I 負担の大きな医療従事者の負担軽減

- ◎ 今後とも急性期医療等を適切に提供し続けるため、病院勤務医をはじめとした医療従事者の負担軽減を講じる。  
(1, 200億円)

### II 医療と介護等との機能分化や円滑な連携、在宅医療の充実

- ◎ 今回改定は、医療と介護との同時改定であり、超高齢社会に向けて、急性期から在宅、介護まで切れ目のない包括的なサービスを提供する。

(1, 500億円)

### III がん治療、認知症治療などの医療技術の進歩の促進と導入

- ◎ 日々進化する医療技術を遅滞なく国民皆が受け取ることができるよう、医療技術の進歩の促進と導入に取り組む。  
(2, 000億円)

## 歯科における重点配分(500億円)

### I チーム医療の推進や在宅歯科医療の充実等

- ◎ 医療連携により、誤嚥性肺炎等の術後合併症の軽減を図り、また、超高齢社会に対応するために在宅歯科医療の推進を図る。

### II 生活の質に配慮した歯科医療の適切な評価

- ◎ う蝕や歯周病等の歯科疾患の改善のため、歯の保存に資する技術等の充実を図る。

## 調剤における重点配分(300億円)

### I 在宅薬剤管理指導業務の推進や薬局における薬学的管理及び指導の充実

- ◎ 在宅薬剤関連業務を推進するとともに、残薬確認、お薬手帳を含めた薬剤服用歴管理指導の充実を図る。

### II 後発医薬品の使用促進

- ◎ 薬局からの後発医薬品の情報提供等を推進する。

# 在宅療養支援診療所・病院の概要

医療保険部会 参考資料

(改) 25. 5. 29

## 在宅療養支援診療所

地域において在宅医療を支える24時間の窓口として、他の病院、診療所等と連携を図りつつ、24時間往診、訪問看護等を提供する診療所

### 【主な施設基準】

- ① 診療所
- ② 24時間連絡を受ける体制を確保している
- ③ 24時間往診可能である
- ④ 24時間訪問看護が可能である
- ⑤ 緊急時に入院できる病床を確保している
- ⑥ 連携する保険医療機関、訪問看護ステーションに適切に患者の情報を提供している
- ⑦ 年に1回、看取りの数を報告している

注1：③、④、⑤の往診、訪問看護、緊急時の病床確保については、連携する保険医療機関や訪問看護ステーションにおける対応でも可

## 機能を強化した在宅療養支援診療所・病院

複数の医師が在籍し、緊急往診と看取りの実績を有する医療機関(地域で複数の医療機関が連携して対応することも可能)が往診料や在宅における医学管理等を行った場合に高い評価を行う。

### 【主な施設基準】

- ① 在宅医療を担当する常勤の医師が3名以上配置
- ② 過去1年間の緊急の往診の実績を5件以上有する
- ③ 過去1年間の在宅における看取りの実績を2件以上有している

注3：上記の要件(①～③)については、他の連携保険医療機関(診療所又は200床未満の病院)との合計でも可

## 在宅療養支援病院

診療所のない地域において、在宅療養支援診療所と同様に、在宅医療の主たる担い手となっている病院

### 【主な施設基準】

- ① 200床未満又は4km以内に診療所がない病院
- ② 24時間連絡を受ける体制を確保している
- ③ 24時間往診可能である
- ④ 24時間訪問看護が可能である
- ⑤ 緊急時に入院できる病床を確保している
- ⑥ 連携する保険医療機関、訪問看護ステーションに適切に患者の情報を提供している
- ⑦ 年に1回、看取りの数を報告している

注2：④の訪問看護については、連携する保険医療機関や訪問看護ステーションにおける対応でも可



## 医療機関間連携等による在宅医療の機能強化と看取りの充実

➤ 医療機関間連携等を行い、緊急往診と看取りの実績等を有する医療機関について、評価の引き上げを行う。

- ・緊急時・夜間の往診料の引き上げ
- ・在宅時医学総合管理料の引き上げ
- ・在宅患者緊急入院診療加算の引き上げ
- ・在宅ターミナルケア加算の評価体系の見直し

【改定前】 <機能を強化した在宅療養支援診療所/病院(病床を有する場合)の例> 【改定後】

往診料 緊急加算	650点
在宅時医学総合管理料(処方せん有)	4,200点
在宅患者緊急入院診療加算	1,300点
在宅ターミナルケア加算	10,000点

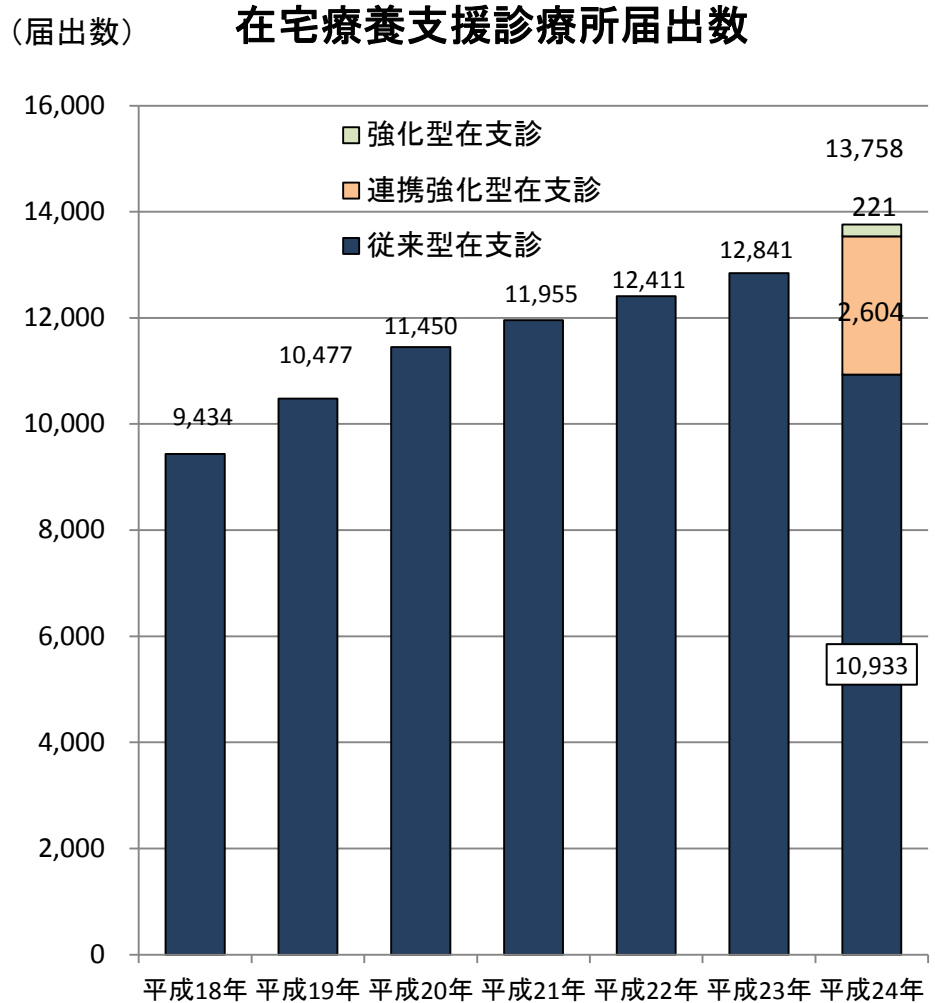


往診料 緊急加算	<u>850点</u>
在宅時医学総合管理料(処方せん有)	<u>5,000点</u>
在宅患者緊急入院診療加算	<u>2,500点</u>
<u>(新)ターミナルケア加算</u>	<u>6,000点</u>
<u>(新)看取り加算</u>	<u>3,000点</u>

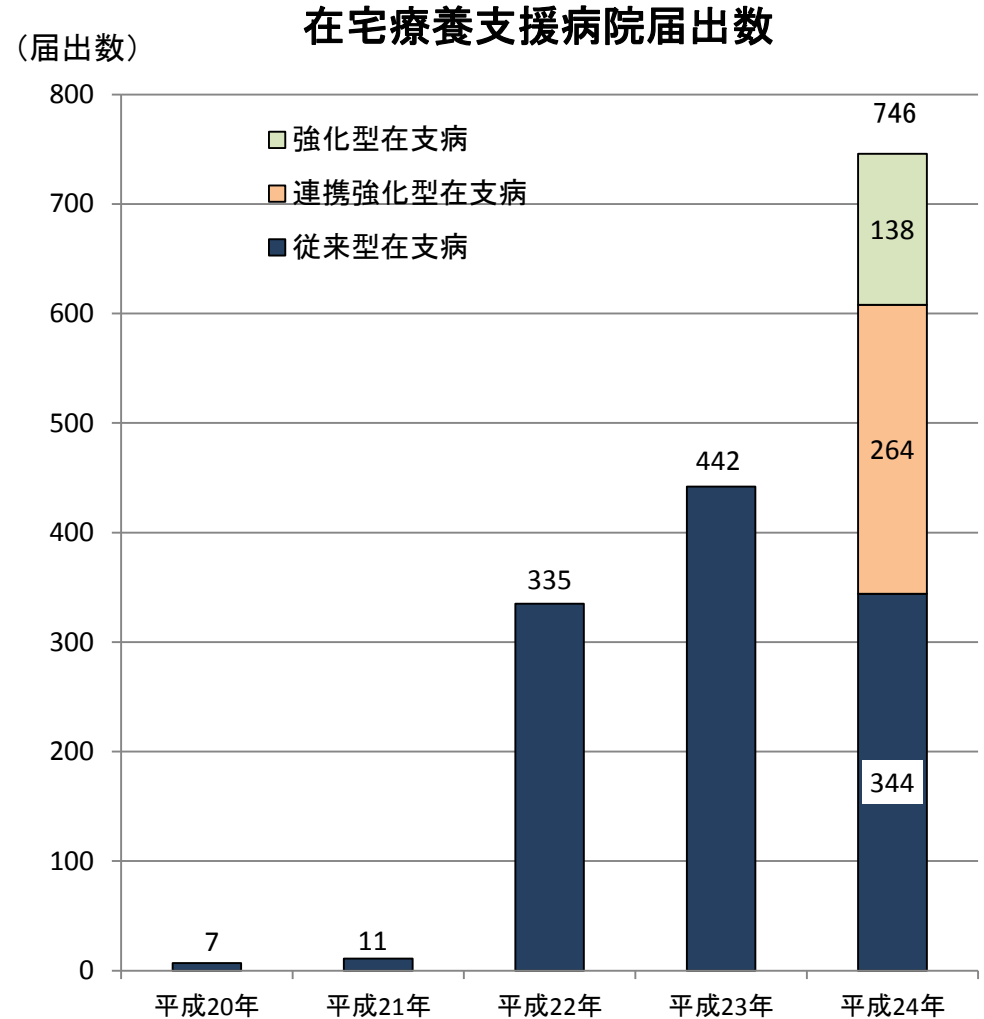
## 在宅緩和ケアの充実

➤ 緩和ケア専門の医師・看護師と、在宅医療を担う医療機関の医師・看護師が共同して、同一日に診療・訪問を行った場合を評価し、在宅緩和ケアの充実を図る。

# 在宅療養支援診療所・病院の届出数の推移

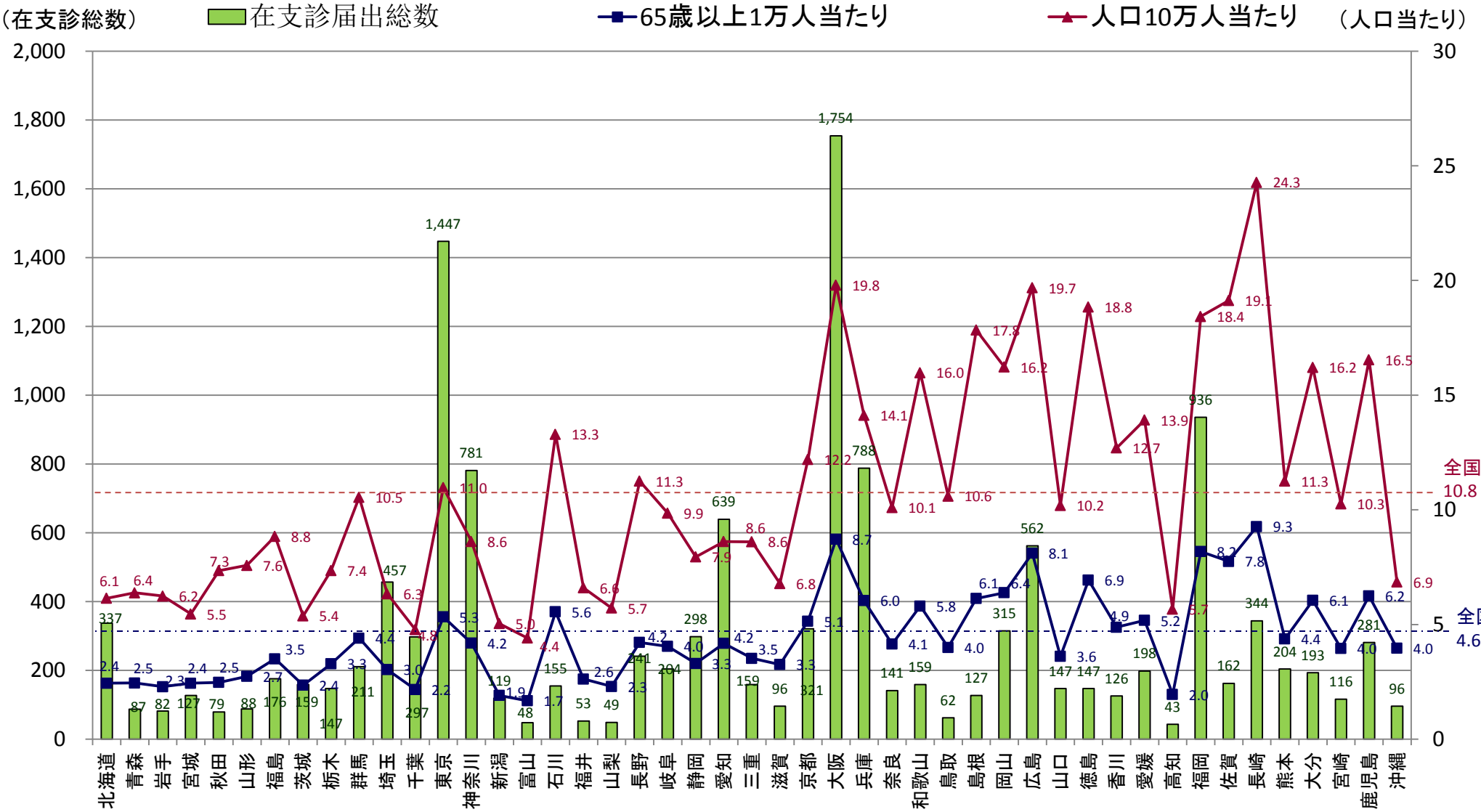


(注) 連携強化型在支診については、連携医療機関平均数3.6



(注) 連携強化型在支病については、連携医療機関平均数3.1

# 在宅療養支援診療所の都道府県別分布

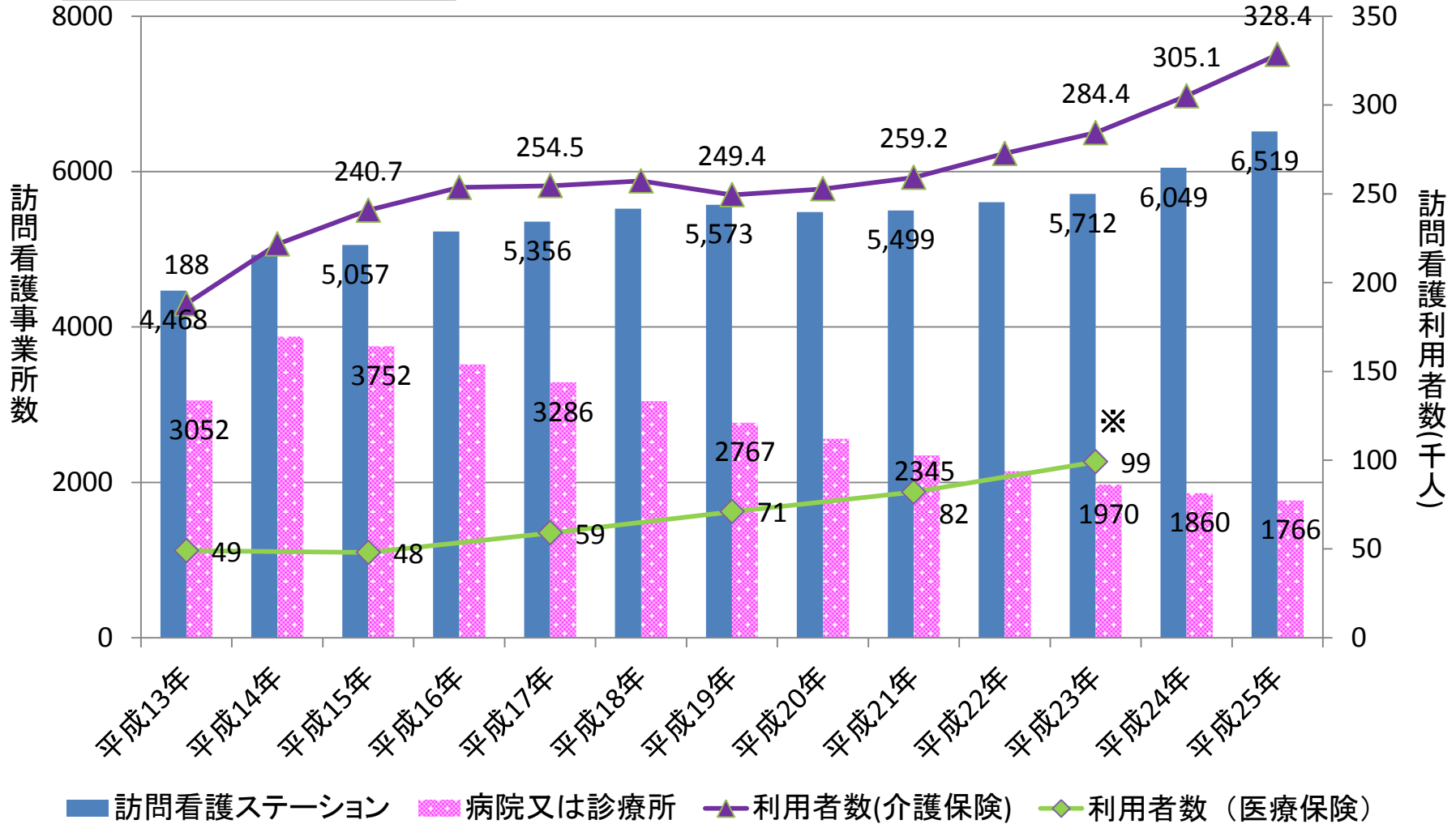


(注) 在支診総数は保険局医療課調べ(平成24年7月1日時点)  
65歳以上人口は総務省人口推計(平成23年10月1日時点)を用いて計算

# 訪問看護事業所数の推移

○ 訪問看護ステーション、および利用者数は近年増加傾向である。

■ 訪問看護事業所数の年次推移



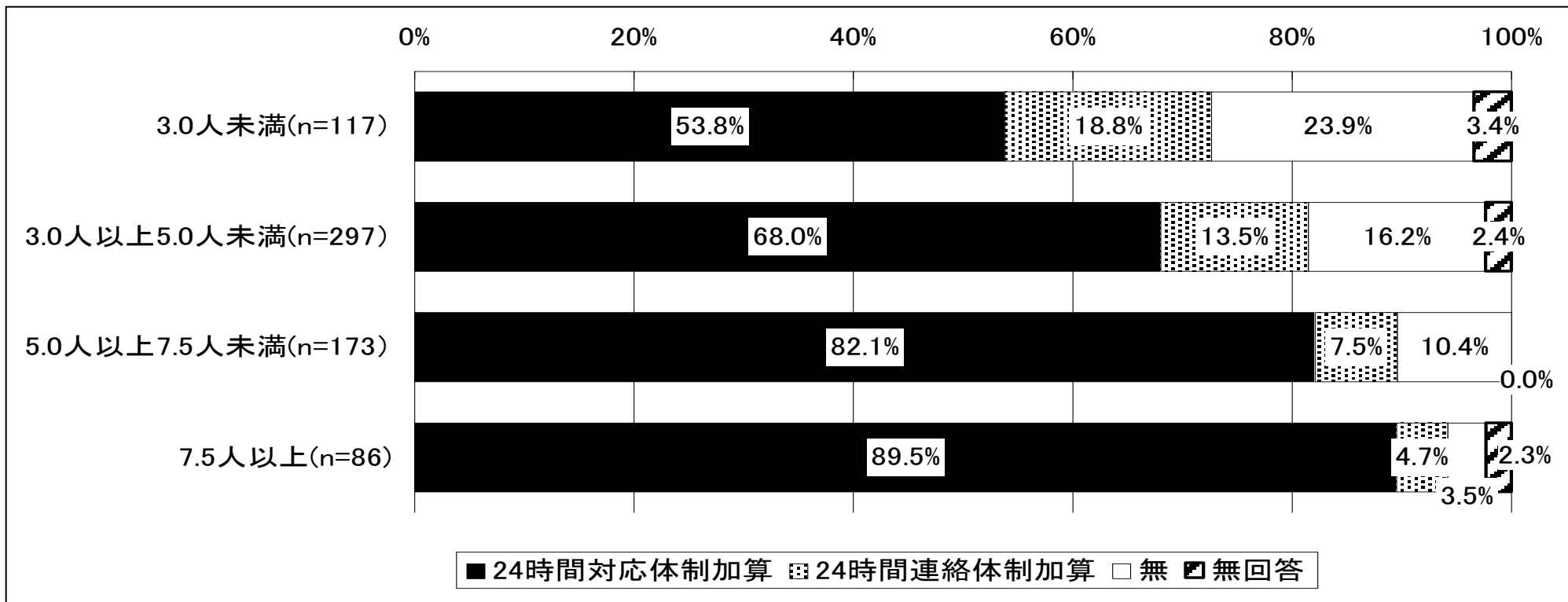
出典：厚生労働省「介護給付費実態調査」（各年4月審査分）

※医療保険「保険局医療課調べ」（平成13年のみ8月、他は各年6月審査分）



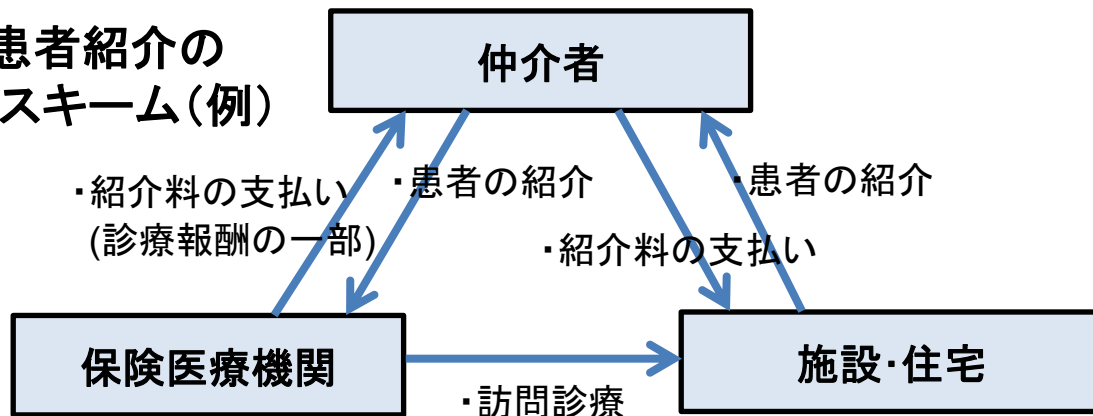
# 訪問看護ステーションの規模別の訪問看護実施状況

○ ステーションの規模が大きいほど、24時間対応体制加算を届出している割合が多い。



24時間対応体制加算	24時間連絡体制加算
(算定告示)5,400円 24時間対応体制がある場合、月1回所定額に加算すること。  (基準告示) 利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に、常時対応できる体制にある場合であって、計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を必要に応じて行うことができる体制にあること。	(算定告示)2,500円 24時間連絡体制がある場合、月1回所定額に加算すること。  (基準告示) 利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に、常時対応できる体制にあること。

## 1. 患者紹介のスキーム(例)



- ・保険医療機関が施設・住宅に入居する患者の紹介を受ける
- ・保険医療機関が紹介料を支払う
- ・訪問診療の同意を得ていない場合がある



- ・患者の保険医療機関の選択を制限するおそれ
- ・過剰な診療を惹起するおそれ

## 2. 現行制度上の問題

<p>○<u>保険医療機関</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・患者の紹介を受け、紹介料(診療報酬の一部)を支払う</li> <li>・紹介を受けた患者に訪問診療を行う</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者の保険医療機関の選択の制限や過剰な診療につながる場合は、健康保険法の趣旨からみて不適切</li> <li>・不正請求に該当する場合は厳正に対処</li> </ul>
<p>○<u>施設・住宅</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・患者を紹介し、紹介料を受け取る</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現行制度上は違法とは言えない</li> </ul>
<p>○<u>仲介者</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・保険医療機関に患者を紹介し、紹介料を受け取る</li> <li>・施設・住宅から患者の紹介を受け、紹介料を支払う</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現行制度上は違法とは言えない</li> </ul>

## 3. 考えられる対応案

① 診療報酬による対応

② 療養担当規則等による対応

} について検討する必要

## 課題

- 健康保険法の趣旨から、保険医療機関は全ての被保険者に対して療養の給付を行う開放性を有することが必要であるとして、「外来応需の体制を有していること」を保険医療機関に求める解釈上の運用をしている。（法令上、明確に規定された要件ではない）
- 全国一律の運用基準や指針などはなく、厚生局によって、指導内容や方法等に違いがあるとの指摘がある。
- 在宅医療を専門に行いたい診療所にとって、外来診療が前提となった現行制度が制約要件になっているとの指摘がある。



## 論点

◆フリーアクセスを確保しつつ在宅医療を推進していく中で、在宅医療を専門に行う保険医療機関についてどのように考えるか。また、在宅医療を行う保険医療機関の外来応需体制についてどのように考えるか。

<考えられる要件案(例)>

- ・在宅医療を行うことの被保険者への周知
- ・急変時に患者から相談を受ける連絡先の確保
- ・患者が外来受診できる連携医療機関の確保
- ・訪問診療を行う地域範囲の限定 など