
『変わる在宅医療 ～その概要と求められる姿』

ポイント

- 新たな段階を迎えた在宅医療
- 新設された在宅療養支援診療所の意義と役割
- 在宅医療における今次診療報酬改定のポイント
- 「在宅療養支援診療所」選択シミュレーション

1

新たな段階を迎えた在宅医療

>>>従来の「在宅医療」の確認

従来の在宅医療に対する診療報酬上の評価は、次のような体系となっていました。

< 従来の在宅医療に対する評価 >

基本的評価	訪問時の診療行為	往診料、在宅患者訪問診療料、在宅患者訪問看護・指導料
	定期的訪問医療（包括的評価）	在宅時医学管理料（在医管）、在宅末期医療総合診療料（在医総）、寝たきり老人在宅総合診療料（在総診）
	在宅療養の指導管理	在宅自己注射指導管理料 等

昭和 33 年に往診料の算定が可能となって以降、往診、訪問看護、指導管理を柱として社会の実情とニーズに合致した制度とするため、国は診療報酬上のインセンティブを設けていました。

その考え方は入院から在宅療養への移行段階により 3 つに分類できます。

< 在宅療養への移行段階 >

段階別	療養への移行期	退院後の療養上必要と考えられる指導実施
	療養の安定期	24 時間連携体制、訪問看護（介護保険適用の場合あり）
	療養の終末期	一定期間以上の訪問診療または訪問看護を実施した終末期患者を対象としたターミナルケア

介護保険制度導入後は、要介護高齢者の居宅療養支援として、当該対象者の居住の場に応じて医療・介護保険が役割を分担してきたといえます。在宅医療を行う医療機関は増加傾向を示していますが、自宅療養を望む患者は 6 割を占める一方、家族の負担や緊急時対応への不安を理由として、自宅療養の希望が実現しないまま、病院で看取りを迎える患者が 8 割以上となっています（平成 16 年終末期医療に関する調査等検討会報告書より）。

平成 16 年度における全国診療所数は、97,051 ケ所であり、うち同年にいわゆる在総診を届出していた診療所は 21,681 ケ所です。全体の約 22.3%に相当します（同報告書より）。

< 在総診届出診療所の割合 >

平成 16 年度 全国診療所数：97,051 ケ所

平成 16 年度 在総診届出診療所：21,681 ケ所 全体の約 22.3%に相当

しかし、地域によってその数に格差があり、在宅医療を担う医療機関は、患者や患家の要望に応え切れていなかったのが実情

>>>今次改定で明確になった在宅医療

医療政策の方向性として示された療養病床削減が進むことにより、急性期を過ぎたものの、なお療養が必要な患者の受け皿が十分確保できないという声があります。このような患者が住みなれた環境で療養しながら生活し、さらに終末期を在宅で迎えらるようサポートを実施していくことが、今後の在宅医療に求められるものになるでしょう。

政策的にも、今次診療報酬改定において創設された「在宅療養支援診療所」は、在宅医療の担い手として位置づけられ、24 時間 365 日対応を条件に、ターミナルケアに対するインセンティブも設定されています。

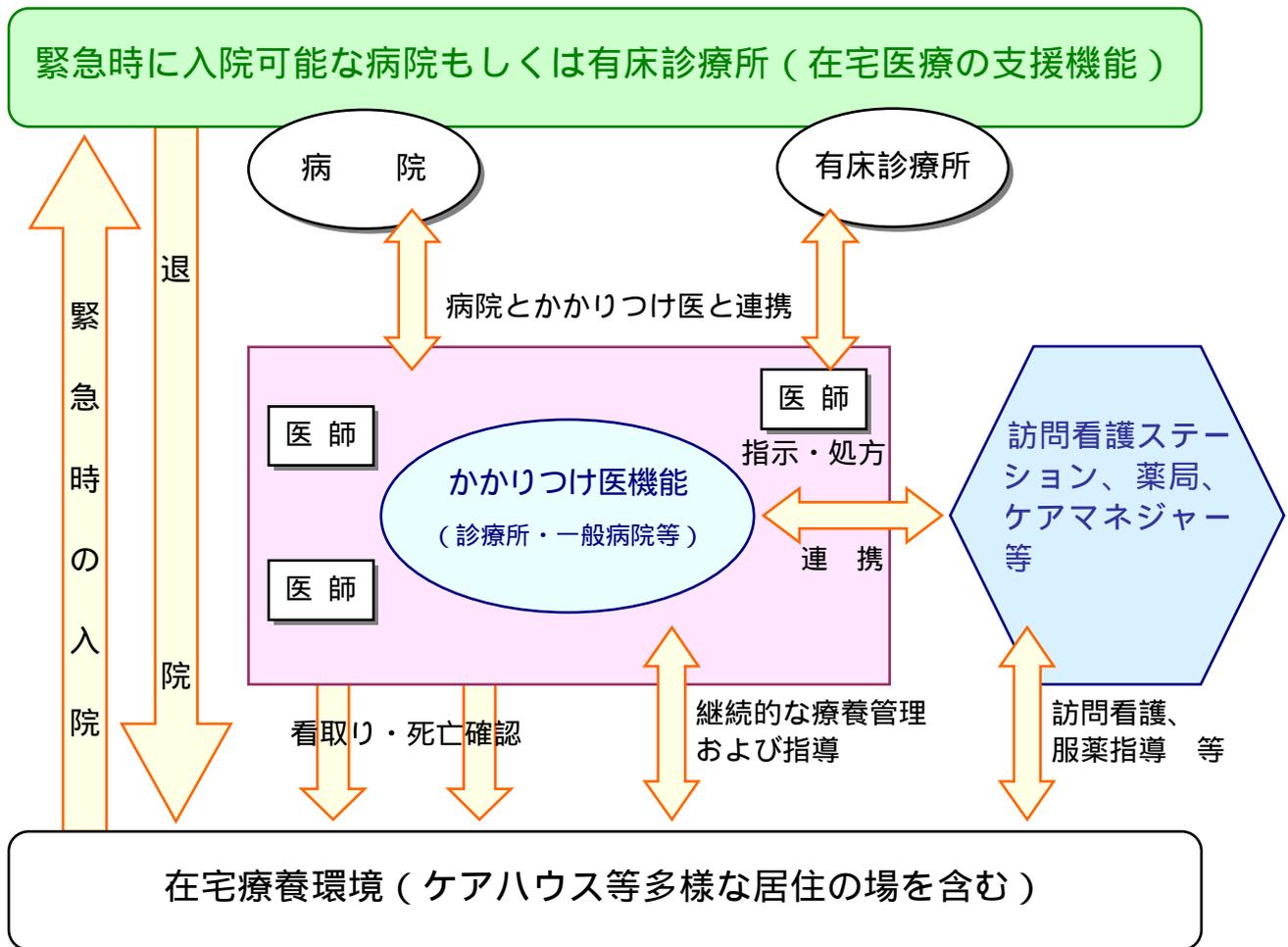
また、「在宅」の範囲には、自宅のみならず、特別養護老人ホームや有料老人ホームなど多様な居住の場を含むものとしており、とりわけ高齢者に対して、住み慣れた環境で最期を迎えたいという希望に応えられるような配慮もなされています。一方で、医療機関からの訪問看護に関しては、在宅療養支援診療所との連携を評価し、訪問リハビリについては退院後早期の患者への評価を手厚くすることで、従来提供していたケアの内容も維持していくこととしました。

今後の在宅医療は、患家の求めに応じて 24 時間往診が可能な体制を確保しつつ、看取りまでを見守る医師と診療所が必要だということです。

>>>在宅医療を取り巻く政策動向

平成 18 年度診療報酬改定が大胆な体系再編となり、領域によって点数設定に強弱がつけられたことは、そのまま国の医療政策に対する考え方が反映されていると考えられます。そうした意味では、療養病床再編に向けた本格的な政策のスタートであり、在宅医療への円滑な移行を図る観点での新しい枠組みとして、「在宅療養支援診療所」が創設されたことは、高い医療必要度があるところに資源を配分しようとする今後の方向性を示すという意図だといえます。

<在宅医療（終末期ケアを含む）の連携イメージ>



連携イメージ図にあるとおり、入院から退院、在宅への移行期、患者及び家族が安心できる 24 時間対応可能な体制が必要となる「安定期」、ターミナルケアの体制充実が必要となる「終末期」と各ステージに対応した連携システムを整備して行くことが、これからの効率的な在宅医療提供のカギになるということです。

2

新設された在宅療養支援診療所の意義と役割

>>>新設された在宅療養支援診療所の意義

今次改定では、「質の高い医療を効率的に提供するための機能分化および連携推進」が柱のひとつに掲げられており、具体的には「入院から在宅療養への円滑な移行促進」を図ることによる医療費削減への取り組み方針が示されているといえます。この観点から新たに創設されたのが「在宅療養支援診療所」です。

今後の在宅医療の中心的役割を担うものとして届出を行うことにより、対象患者に高点数が算定できる仕組みと届け出ていなければ算定できない点数も設置され、在宅医療へのシフトを後押しすることとなりました。

>>>在宅療養支援診療所が担う役割

「在宅療養支援診療所」における診療報酬点数算定上のポイントとしては、他の保険医療機関に比べて高い点数を請求できるという点です。制度創設にいたるまでの基本方針が示すように、在宅療養支援診療所は、在宅医療において中心的な役割を担うことが期待されており、その具体化としては、患者に対する窓口となり、必要に応じて他保険医療機関等との連携を図りつつ 24 時間体制の往診や訪問看護等との提供体制を確保することが求められています。高い施設基準を満たすことが要件となっていますが、診療報酬上の評価においては、他の保険医療機関等と明確に区別し、在宅療養支援診療所に手厚い評価を与えることとなります。

今次診療報酬改定で、在宅療養支援診療所に手厚い点数配分をしたことからわかるように、厚生労働省は、将来的に在宅医療の担い手は診療所であると位置付けていると考えられます。診療報酬上においても、在宅療養支援診療所の届出の有無によって、在宅時医学総合管理料の算定点数が異なることから、将来的に診療所は、次の3つに分化されていくと予測できます。

< 診療所の機能分化 >

在宅医療を行わない外来のみの診療所
在宅医療を行うが定期訪問のみを実施する診療所
24 時間看取りまでをケアする診療所

>>>国が目指す在宅医療のあり方

在宅療養支援診療所の制度創設によって、国はひとつの方向性を提示したといえますが、在宅医療の展開の上で、どれくらいの効果をあげることが出来るのかは未だ不透明なままです。一方で、従来から在宅医療に注力してきた診療所は独自の業務展開を進めてきたり、訪問リハ等との連携、患者や患家からのニーズ対応により進化したりと様々な側面を見せています。

今後の課題としては、地域連携の観点から、療養病床削減によって発生する在宅患者についての緊急受け入れ体制、24時間連携体制の検証および評価方法などがあり、これらは今後見直されて行くと予想できます。いくつかの課題は、今後検討されることとなりますが、今回、在宅医療への円滑な移行に向けて打ち出された政策からは、国が求めている在宅医療の将来像がうかがえることも事実です。

また、在宅療養支援診療所については、今後の社会ニーズ等の影響によって、その存在意義が変化することも予想されますが、これを活用して在宅医療を安心して受けられるようにするために必要な項目として、国は、次のような取り組み方針を明らかにしています。

<国の取り組み方針>

- (1) 急性期等の機能を持つ医療機関から在宅あるいは多様な居住の場へのつなぎを円滑に進める（退院後の在宅医療への連携）
- (2) 在宅医療を地域で連携して行う体制構築（地域ごと）
 - 介護を含めた多職種での連携体制
 - ・在宅医療を担う医師の取組の支援
 - ・訪問看護サービスの充実
 - ・在宅における医薬品等の提供体制
（適切な薬物療法や服薬指導、医療材料等の提供など）
 - ・ケアマネジャーや各種在宅サービスとの連携
 - 急性増悪の際の緊急入院体制（緊急入院先の確保）
 - 医師による看取りの体制（複数の医師の連携等）
 - 自宅以外の多様な居住の場の確保及びその場に対する在宅医療の提供
- (3) 多様な居住の場の確保及びそこへの在宅医療の提供
- (4) 介護施設や居住系サービスにおいて安心して医療が受けられる体制作り

（出典：厚生労働省）

とりわけ「在宅」の範囲は多様な居住の場を想定しており、一人暮らしなど、自宅で過ごせない要介護状態の方が生活する場である介護施設（特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設）や居住系サービス（ケアハウス、有料老人ホーム等）において、医療との連携を充実させ、必要な時に必要な医療が安心して受けられるようにしています。

< 具体例 >

多様な居住の場の確保及び在宅医療の提供

方 針

介護施設や居住系サービスにおいて安心して医療が受けられる体制作り



例)

特別養護老人ホーム
夜間におけるオンコール体制や看取りに関する体制の整備

ケアハウス
訪問診療や訪問看護の体制の整備

3

在宅医療における今次診療報酬改定のポイント

>>>在宅医療における在宅療養支援診療所の機能

在宅療養支援診療所は、在宅医療における中心的な役割を担うものと位置づけられており、その機能を整理すると次のようになります。

<在宅療養支援診療所の機能>

患者に対する24時間対応可能な窓口

必要に応じて、他の医療機関等（病院・診療所・薬局・訪問看護ステーションなど）との連携を図りつつ、24時間往診および訪問看護を提供可能な体制の構築

連絡を受ける医師や看護職員を予め決定し、その連絡先を文書で患者に提供していることが必要ですが、24時間体制は連携している他の医療機関や訪問看護ステーションから訪問してもらうことも可能であり、また同意を得た患者に対してのみ必要に応じて対応することで足りる。届出可能なのは診療所に限られますが、連携先については病院でも差し支えありません。一方では、在宅看取り数を年に1回社会保険事務局に報告することが求められています。

>>>他の保険医療機関より高く設定された診療報酬点数

在宅療養支援診療所の届出を行った診療所が、他の保険医療機関より高く点数設定されている項目には、次のようなものがあります。

<在宅療養支援診療所の高点数項目>

在宅時医学総合管理料（老人在総診と在医総を一本化した項目）
*200床未満の病院でも算定可能

地域連携退院時共同指導料（ ）

在宅患者訪問診察料 在宅ターミナルケア加算（ ）

在宅末期医療総合診察料 *在宅療養支援診療所以外の算定不可

往診料 緊急往診加算・夜間加算・深夜加算

（ ）在宅患者の死亡前2週間以内に死亡日を除いて2回以上往診や訪問診療を行ったうえで、死亡前24時間以内に看取った場合に算定可能（1万点）

このように在宅療養に関連する項目は、新設した在宅療養支援診療所の普及を目指す意図から、手厚い点数配分となっていますが、連携先の診療所や病院などが代わりに往診などを行った場合には、在宅療養支援診療所を対象として高く設定された点数を算定できるため、病院・診療所双方にとって、在宅医療をめぐる連携体制の構築と連携先の選定が重要であるといえます。

>>>ターミナルケアの推進のための算定要件緩和

このほか、自宅以外の多様な場におけるターミナルケアを推進するために、今まで算定できなかったケアハウス、有料老人ホーム、特別養護老人ホームの入居者に対する訪問診療および訪問看護の算定が可能となるなど、要件も緩和されました。

主要な変更点は次のとおりです。

< 主要な変更点 >

ケアハウス、有料老人ホーム入居者（末期悪性腫瘍患者）について
在宅療養支援診療所に係る医師が訪問診療を実施する場合
在宅患者訪問診療料算定可能

特別養護老人ホームの入居者（末期悪性腫瘍患者）について在宅療養
支援診療所に係る医師が訪問診療を行う場合
在宅患者訪問診療料及び在宅患者訪問看護・指導料等または訪問看護療養費を算定可能

医療保険による訪問看護の給付対象の拡大
緊急訪問看護加算の新設

在宅療養支援診療所の医師の指示があれば、従来認められなかった特養などに入居している末期癌患者に対する訪問診療料が算定できるようになったほか、医療機関が訪問看護等を行う場合に算定する「在宅患者訪問看護・指導料」に「緊急訪問看護加算」が新設されました。

>>>退院後の在宅医療サポート体制の強化

今次改定により新設された「地域連携退院時共同指導料（１）」は、在宅療養支援診療所が算定する場合には点数が1000点（それ以外は600点）と高く設定されており、病院などの入院患者について、退院後の在宅医療を担う医療機関の医師と入院先の医師や連携先の訪問看護ステーションなどが共同で、在宅療養の方法を患者や家族に説明した場合に算定できるものです。

ここでは、在宅療養支援診療所が地域の訪問看護やケアマネジャー、他の保険医療機関との連携によって、患者や患家へのサポートを促進しようとする意図がみえます。

>>>地域医療連携クリティカルパスと連動した在宅医療への評価

地域医療連携クリティカルパス（*）による医療機関の連携体制そのものについても、新たに設定された「地域医療診療計画管理料」の算定が可能となり、これまで以上に地域医療連携を促進する方向が示されました。国が目指すターミナルケアは、急性増悪など急性期疾患への対応、そして継続的な療養管理と指導を24時間365日提供し、在宅（多様な居住の場を含む）での生活をフォローしながら看取りを迎えるというものです。

緊急時に備えた医療機関相互の連携も重要となるほか、今後対象となる疾患が拡大される方向が示されていることから「自院が、このようなネットワーク（連携）のどこに参加していくのか」という方向性を明確にすることが必要となると考えられます。

在宅療養支援診療所は、一人の医師がその診療所だけで在宅医療の担い手となることを期待して創設された制度とは考えられていません。施設基準上、入院可能病床の確保に連携が明示されていること、また連携先の診療所や病院が代わりに往診を行った場合などには、在宅療養支援診療所を対象として高く設定された点数を算定できることから在宅医療のキーポイントが地域連携にあることを示しているといえます。

しかしながら、医療機関が少なく、こうした連携が困難な地域における在宅医療への対応については、国の施策として何らかの方向性が示されることが必要かも知れません。

（*）地域医療連携クリティカルパス

急性期から回復期の入院を経て、自宅あるいは施設に帰れるような診療計画を作成し、受療する全医療機関で連携、共有して用いるクリティカルパス

4

「在宅療養支援診療所」選択シミュレーション

>>> 「在宅総合診療所」届出診療所の選択肢

下記の条件を前提として、従前の在宅総合診療料を算定していた診療所をモデルに、在宅療養支援診療所として届出した場合と届出を選択しない場合について、それぞれの算定可能点数を予測します。

前提条件：在宅総合診療料届出診療所

在宅患者 30 人（月 2 回訪問、緊急往診等 4 回ずつ）

看取り 2 人実施（訪問診療等の点数は含まない）

月 間 130 万円

	単位点数	件 数	合計（点）
在宅総合診療料（院外処方）	2,290	30	68,700
24 時間連携加算（ ）	1,400	30	42,000
緊急往診 650 点 × 1.5	975	4	3,900
夜間往診 650 点 × 2	1,300	4	5,200
深夜往診 650 点 × 3	1,950	4	7,800
ターミナルケア加算	1,200	2	2,400
* 訪問診療等は除く		合 計	130,000

在宅療養支援診療所として届出した場合

	点 数	件 数	合計（点）
在宅時医学総合管理料	4,200	30	126,000
24 時間連携加算（ ）	0	0	0
緊急往診（650 点加算）	1,300	4	5,200
夜間往診（1300 点加算）	1,950	4	7,800
深夜往診（2300 点加算）	2,950	4	11,800
在宅ターミナルケア加算（ ）	10,000	2	20,000
		合 計	170,800

月 間 170 万 800 円

在総診届出時との差異：170 万 800 円 - 130 万円 = **40 万 800 円** UP

在宅療養支援診療所の届出によって、往診料と在宅時医学総合管理料の加算点数が高く算定できるため、24時間連携体制加算が診療料に統合された影響を吸収できると予測できます。さらに、死亡前14日以内に2回以上訪問および24時間以内の看取りなどの要件が付加されたものの、在宅ターミナルケア加算では10,000点という高い点数を算定可能となったことが収入増の大きな要因になるといえます。

在宅療養支援診療所として届出しない場合

	点 数	件 数	合計(点)
在宅時医学総合管理料(院外処方)	2,200	30	66,000
24時間連携加算()	0	0	0
緊急往診 (325点加算)	975	4	3,900
夜間往診 (650点加算)	1,300	4	5,200
深夜往診 (1300点加算)	1,950	4	7,800
在宅ターミナルケア加算()	1,200	2	2,400
		合 計	85,300

月 間 85万3000円

在総診届出時との差異：85万3,000円 - 130万円 = 44万7,000円

在宅療養支援診療所以外の診療所については、往診料の加算点数は据え置かれたままであり、同診療所が算定できる点数の半分にすぎないため、ここでの差は大きく響いていません。また、24時間連携体制加算()を算定していたケースでは、当該加算の廃止統合によって、3,690点(在総診2,290点 + 24時間連携加算1,400点)から2,200点と約40%もダウンすることになります。

対象患者を抱えている場合には、在宅時医学総合管理料の重症者加算(月1回1,000点)の算定を検討することも可能ですが、外来中心で在宅医療を手がける診療所では困難であるかもしれません。

>>>届出検討のポイント

従来在宅総合診療料を算定していた診療所は、在宅療養支援診療所の制度創設による影響シミュレーションとして、上記条件下において届出をなさなかった場合、在宅時医学総合管理料を算定しても、約35%の減収になる結果がみられました。

在宅療養支援診療所以外の診療所に関しては、改定前の在総診や在宅時医学管理料よりも点数が引き下げられたため、在宅医療に関しては減収になると予測されます。在宅療養支援診療所の届出には厳しい条件が課されています。積極的に届出に向かう診療所や算定の可能性を模索しながらとりあえず届出を行っておくという方法も考えられますが、ここで留意すべきなのは、「看取りの件数報告」の持つ意味です。

仮に、在宅時医学総合管理料を算定できた場合でも、「看取り件数0（なし）」の報告を続ける診療所は看取りの機能を持たないとみなされ、こうした診療所については次回診療報酬改定までの期間で種々の検討が重ねられると予想されます。この結果、看取りの機能を持たない診療所は在宅療養支援診療所として届出できないという方向に収束していくのではないのでしょうか。

在宅療養支援診療所の持つべき機能と役割は、次回診療報酬改定時までには、より明確に示されると考えられますが、収益性のみでなく、従来の在宅対応体制や連携状況も併せた検討が必要だといえます。