

## <知識編 I (制度)>

### 5. 在宅医療の体制構築に向けた制度改正 ／報酬改定の動向

令和4年11月24日

埼玉県立大学



<目次>

**I-5 在宅医療の体制構築に向けた制度改正／報酬改定の動向**

1. 地域医療構想と在宅医療 .....	1
1) 在宅医療に対する需要の増加と対策の方向性 .....	1
2) 地域医療構想(ビジョン)とは.....	3
3) 都道府県医療計画を通じた在宅医療の体制整備の推進.....	5
2. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保 .....	7
1) 在宅医療の拡充に向けた諸対策と整備／サービス利用状況 .....	7
① 往診／訪問診療に対する評価と算定可能な場所の拡大.....	7
② 24 時間対応／緊急対応／看取りを行う医療機関の整備.....	9
2) 質の高い訪問看護の確保策と整備／サービス利用状況.....	11

## I-5 在宅医療の体制構築に向けた制度改正／報酬改定の動向

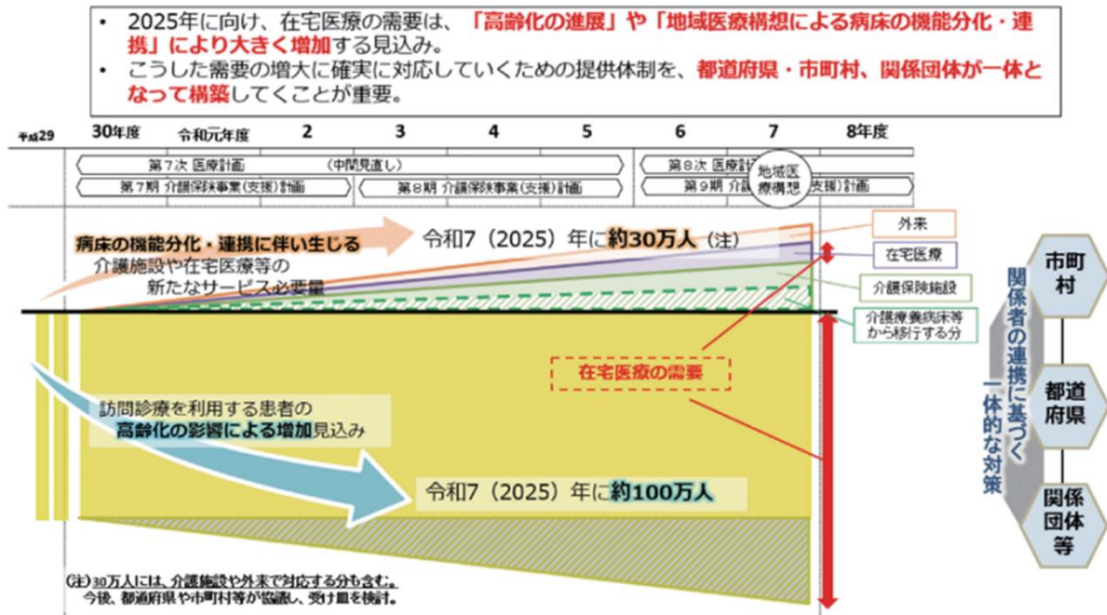
### 1. 地域医療構想と在宅医療

#### 1) 在宅医療に対する需要の増加と対策の方向性

##### ポイント

- 2040 年にかけて、85 歳以上高齢者人口が増加していきます。85 歳以上の約 6 割は要支援・要介護認定を受けるなど、医療ニーズの高まりに加えて、ADL も低下しています。こうした ADL 低下がさらに進行すると、医療機関への通院が困難になり、結果的に在宅での医療が必要となります。
- 他方、国は、質の高い医療を効率的・効果的に提供できるよう、医療機関の機能分化・連携、入院期間の短縮化を推し進めています。入院期間が短縮化されると、今まで入院中に行っていた治療・看護・リハビリテーションなどの一部が、在宅医療関係者で対応する形になります。
- このように、① 85 歳以上高齢者の増加に伴う通院困難者の増加、② 入院期間の短縮化施策などによって、今後、在宅医療に対する需要が増大すると見込まれています（図表 I -5-1）。
- こうした需要増加に対応していくための在宅医療提供体制づくりを、都道府県・市区町村、関係団体が一体となって進めていく必要があります。

図表 | -5-1. 在宅医療の需要の増加とそれに対応した体制構築に向けて



出所) 中西浩之(厚生労働省医政局地域医療計画課)：地域医療構想における在宅医療、令和3年度厚生労働省委託事業「在宅医療関連講師人材養成事業」研修会資料より引用

## 2) 地域医療構想(ビジョン)とは

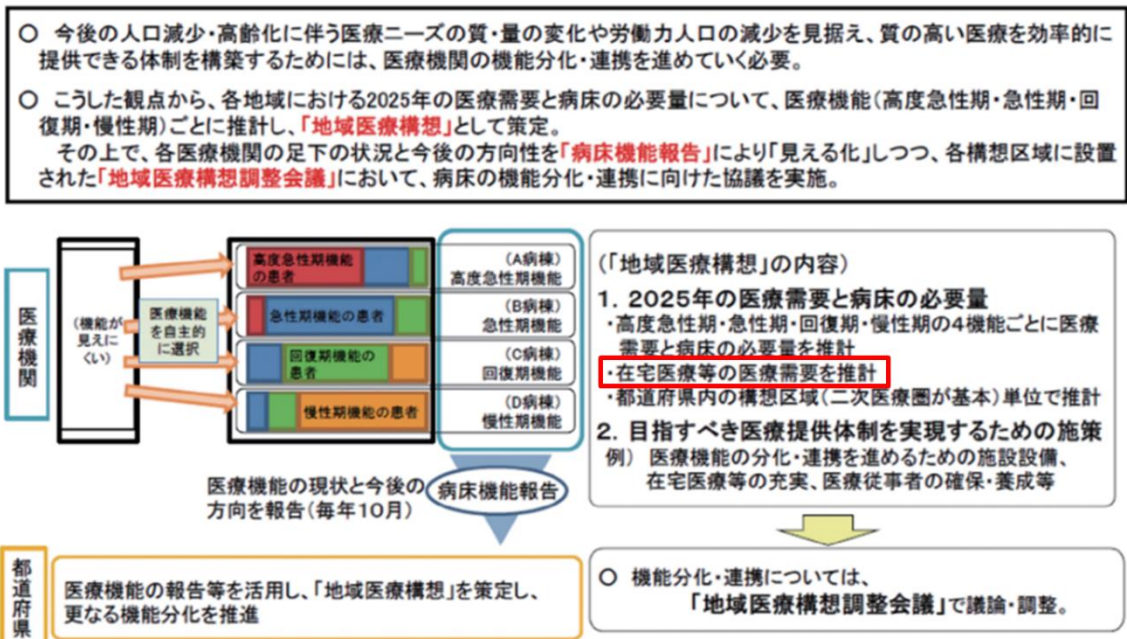
### ポイント

- 2025年以降、団塊の世代が75歳以上となる超高齢化社会が到来し、人口減少や高齢化が一層進むことが予想されています。ただし、そのスピードや年代の内訳は地域によって様々です。例えば、今後も高齢者が増加し続ける地域と、高齢者人口と若い世代の人口が同時に減少する地域とでは、必要とされる医療サービスの量も質も大きく異なります。
- こうした背景のもと、将来的な医療ニーズを踏まえながら、医療の機能に見合った資源の効果的かつ効率的な配置を促し、急性期から回復期、慢性期まで患者が状態に見合った病床で、状態にふさわしい、より良質な医療サービスを受けられる体制を作るために策定されるのが地域医療構想です。
- 地域医療構想では、「2025年の医療需要と病床の必要量」「目指すべき医療提供体制を実現するための施策」を記載することになっていますが、前者に関しては、高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能（コラム参照）ごとに医療需要と病床の必要量とあわせて、在宅医療の医療需要も推計することとなっています。なお、これら推計は、二次医療圏単位で行われます（**図表 I-5-2**）。
- 市区町村は、都道府県の病床整備の方針や方向性を確認しながら、場合によっては、都道府県や関係団体と必要病床の確保に向けた調整を図るなどの対応をとっていく必要もあります。

### 【コラム I-5-1】高度急性期・急性期・回復期・慢性期機能とは

- ◇ 高度急性期機能とは「急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が高い医療を提供する機能」のこと、急性期機能とは「急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能」のことです。
- ◇ 回復期機能とは「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能」のことです。
- ◇ 慢性期機能とは「長期にわたり療養が必要な患者や重度の障害者を入院させる機能」のことです。

図表 1-5-2. 地域医療構想（ビジョン）とは



出所) 中西浩之(厚生労働省医政局地域医療計画課)：地域医療構想における在宅医療、令和3年度厚生労働省委託事業「在宅医療関連講師人材養成事業」研修会資料より引用

### 3) 都道府県医療計画を通じた在宅医療の体制整備の推進

#### ポイント

- 都道府県は、医療法により、一定期間ごとに医療計画を策定することになっていきます（2017年までは5年ごとでしたが、2018年からは介護保険事業計画と作成・見直しのサイクルと一致させるために6年ごとに変更されました）。なお、直近に策定された医療計画は、第7次医療計画（2018～2023年）です。
- 国の基本方針に沿って、都道府県が策定する医療計画の内容は、①医療計画の基本的考え方、②地域の現状、③5疾病・5事業（コラム参照）及び**在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制**、④疾病の発生状況等に照らして都道府県知事が特に必要と認める医療、⑤医療従事者の確保、⑥医療の安全の確保、⑦基準病床数、⑧医療提供施設の整備の目標、⑨**地域医療構想の取組**、⑩その他医療を提供する体制の確保に関し必要な事項、⑪施策の評価及び見直し——の11項目です。
- 在宅医療に関しては、①地域医療構想や介護保険事業計画と整合性のとれた実効的な整備目標を設定し、在宅医療の提供体制を着実に整備すること、②多様な職種・事業者を想定した取組み、市町村が担う地域支援事業と連携した取組みなど、より効果的な施策を実施することが、都道府県には求められています（**図表 I -5-3**）。
- また、在宅医療の提供体制に関しては、4つの医療機能（①退院支援、②日常の療養支援、③急変時の対応、④看取り）別に、提供体制の構築や連携強化を進めることが求められています（**図表 I -5-4**）。

#### 【コラム I -8】5疾病・5事業とは

- ◇ 2017年に施行された改正医療法では、4疾病5事業でしたが、2013年度からは、これに精神疾患と在宅医療を加えた5疾病・5事業及び在宅医療ごとに医療連携体制を構築することになりました。
- ◇ このうち、5疾病とは、①がん、②脳卒中、③急性心筋梗塞、④糖尿病、⑤精神疾患のこと。5事業とは、①救急医療、②災害時における医療、③へき地の医療、④周産期医療、⑤小児救急医療を含む小児医療（その他）のことです。




図表 1-5-3. 在宅医療の体制整備に向けて（都道府県第7次医療計画の見直し）

**【概要】**

- 地域医療構想や介護保険事業計画と整合性のとれた、実効的な整備目標を設定し、在宅医療の提供体制を着実に整備する。
- 多様な職種・事業者を想定した取組み、市町村が担う地域支援事業と連携した取組みなど、より効果的な施策を実施する。

**実効的な整備目標の設定**


- 医療サービスと介護サービスが、地域の实情に応じて補完的に提供されるよう、都道府県や市町村の医療・介護担当者等の関係者による協議の場を設置し、介護保険事業計画等における整備目標と整合的な目標を検討。



- 地域医療構想において推計した将来必要となる訪問診療の需要に対応する、具体的な診療所・病院の数値目標を記載することを原則化。

**多様な職種・事業者を想定した取組**

- 在宅医療の提供者側に対する施策に偏重しないよう、多様な職種・事業者が参加することを想定した施策を実施。  
(例) 地域住民に対する普及啓発
  - ・入院医療機関に対し在宅医療で対応可能な患者像や療養環境についての研修
  - ・入院医療機関と、かかりつけの医療機関や居宅介護支援事業所等との入退院時における情報共有のための連携ルール等の策定 等

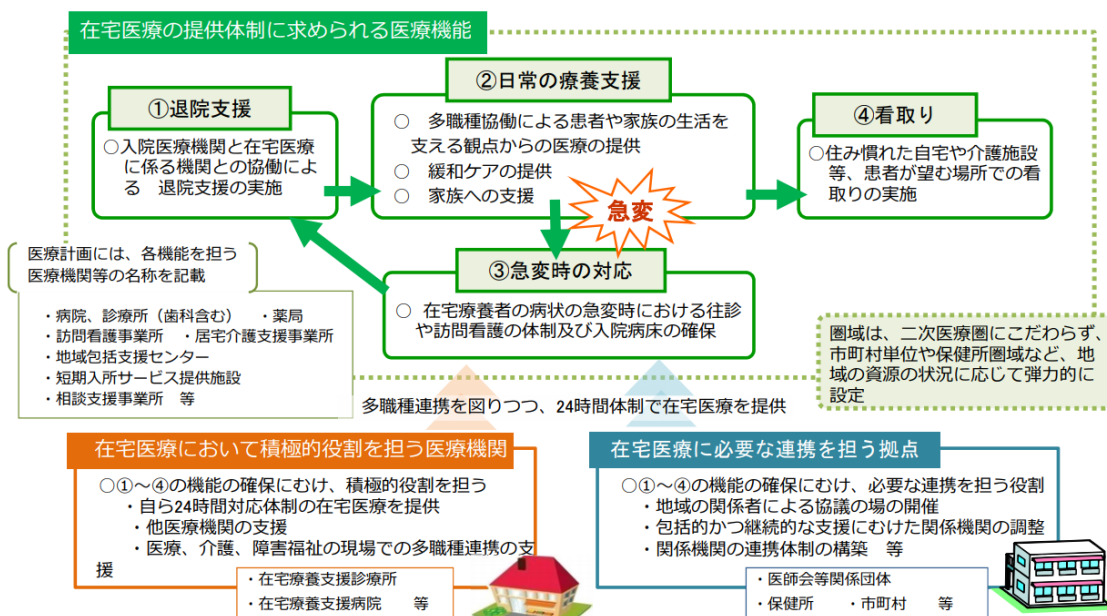


**地域支援事業と連携した取組**

- 医師会等と連携し、また保健所を活用しながら、地域支援事業の在宅医療・介護連携推進事業を担う市町村を支援。  
特に、以下のような医療に係る専門的・技術的な対応が必要な取組は、重点的に対応。  
(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築  
(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援  
(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

出所) 中西浩之(厚生労働省医政局地域医療計画課)：地域医療構想における在宅医療、令和3年度厚生労働省委託事業「在宅医療関連講師人材養成事業」研修会資料より引用

図表 1-5-4. 在宅医療提供体制に求められる4つの医療機能



出所) 厚生労働省：在宅医療の体制構築について、第3回全国在宅医療会議（2019年11月8日）、参考資料6を一部改変

## 2. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

### 1) 在宅医療の拡充に向けた諸対策と整備／サービス利用状況

#### ① 往診／訪問診療に対する評価と算定可能な場所の拡大

##### ポイント

- 2006年度の診療報酬改定において、高齢者ができる限り住み慣れた自宅や地域で療養しながら生活を送れるよう、また、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、診療報酬上の制度として新たに在宅療養支援診療所が設けられました。
- 他方、介護保険制度創設から約6年が経過し、ケアハウス等の多様な居住の場も整備されてきた、というのが当時の状況でした。
- そこで、このような多様な居住の場におけるターミナルケアを推進する観点から、**訪問診療の算定要件の緩和**が行われました。具体的には、「介護保険法上の特定施設入居者生活介護の指定を受けている**ケアハウスや有料老人ホームの入居者、特別養護老人ホーム（特養）の入所者であっても、末期の悪性腫瘍の患者については、在宅療養支援診療所に係る医師が訪問診療を行う場合には、在宅患者訪問診療料を算定できる**」とされました。
- それまでは、「特養入所者に対し、配置医師以外の外部の医師はみだりに往診してはならない」とされていたので、末期の悪性腫瘍の患者などの条件が付いているとはいえ、在宅医療を推進する上での大きな見直しとなりました。これ以降、多様な場所で在宅医療を受けることができるようになっていきます（**図表 I -5-5**）。
- また、急変時対応である往診件数は横ばい状態にありますが、訪問診療に関しては、算定可能な場所の拡大や、高齢者の増加に伴う在宅医療ニーズの増大により、算定件数が大幅に増加しています（**図表 I -5-6**）。

図表 | -5-5. 在宅医療を受ける場所と算定可能な主な診療報酬

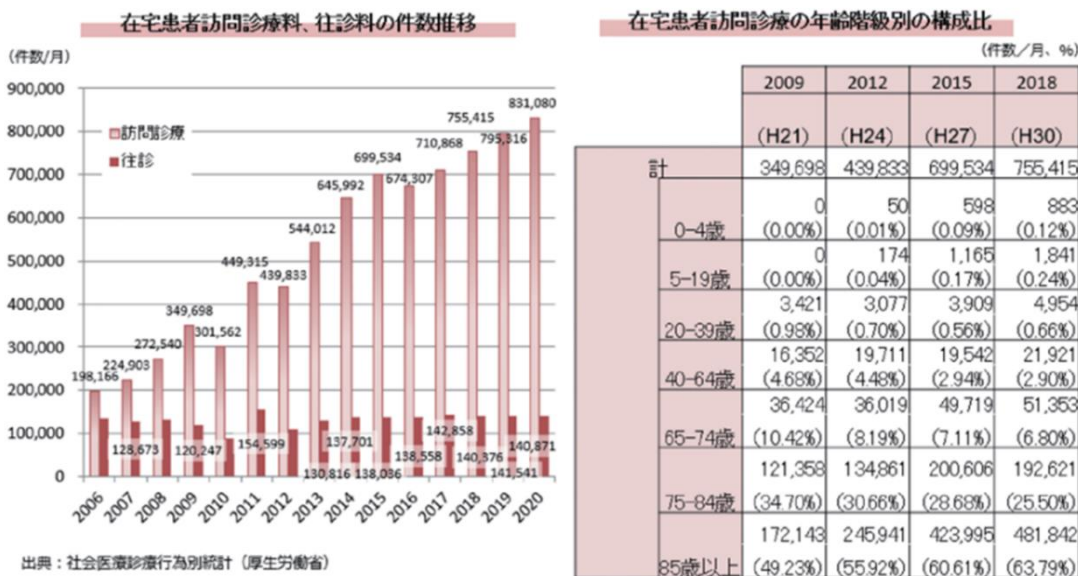
場所	管理料	在宅がん医療 総合診療料	往診	訪問診療	備考
自宅	在医総管	○	○	○	2人目以降は在宅患者訪問診療料の代わりに初・再診料を算定
小規模多機能型居宅介護、 看護小規模多機能型居宅介護	在医総管	○	○	○	宿泊日のみ算定可。サービス利用前30日以内に訪問診療等を算定した患者に限る
サ高住・有料老人ホーム (特定施設)	施医総管	○	○	○	
グループホーム	施医総管	○	○	○	
サ高住・有料老人ホーム (特定施設以外)	施医総管	×	○	○	
特別養護老人ホーム	施医総管	×	○	○	末期の悪性腫瘍、死亡日から遡って30日以内の患者に限る
ショートステイ (短期入所生活介護)	施医総管	×	○	○	サービス利用前30日以内に訪問診療等を算定した患者に限る
ショートステイ (老健施設における短期入所療養介護)	×	×	○	×	併設の医療機関は算定不可
デイサービス	×	×	×	×	生活の場ではないため算定不可

出所) 江澤和彦：在宅医療におけるかかりつけ医の役割、令和3年度厚生労働省委託事業「在宅医療関連講師人材養成事業研修会」資料より引用

図表 | -5-6. 訪問診療／往診件数の推移等

○ 訪問診療料の件数は大幅に増加。往診料の件数は横ばい。  
○ 訪問診療を受ける患者の大半は75歳以上の高齢者であるが、小児や成人についても一定程度存在し、その数は増加傾向。

訪問診療：患者宅に計画的、定期的に訪問し、診療を行うもの  
往診：患者の要請に応じ、都度、患者宅を訪問し、診療を行うもの



出所) 中西浩之(厚生労働省医政局地域医療計画課)：地域医療構想における在宅医療、令和3年度厚生労働省委託事業「在宅医療関連講師人材養成事業研修会」資料より引用

## ② 24時間対応／緊急対応／看取りを行う医療機関の整備

## ポイント

- 前述したように、2006年度の診療報酬改定において在宅療養支援診療所が新設されましたが、その目的は、①高齢者ができる限り住み慣れた自宅や地域で療養しながら生活を送れるようにすること、②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にすることです。
- 創設当時の届け出要件は、①保険医療機関たる診療所であること、②24時間連絡を受ける医師又は看護職員を配置し、その連絡先を文書で患家に提供していること、③24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書で患家に提供していること、④24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当看護職員の氏名、担当日等を文書で患家に提供していること、⑤他の保険医療機関内において、在宅療養患者の緊急入院を受け入れる体制を確保していること、⑥介護支援専門員等と連携していること、⑦在宅看取り数を報告することでした。
- その後、機能強化型（単独型・連携型）という区分が新たに設けられ、現在は**図表 I-5-7**に示す基準を満たすこととなっています（図表 I-5-7）。
- 在宅療養新診療所は、2006年の創設後は増加傾向にありましたが、近年は横ばい状態にあります。一方、2008年に新設された在宅療養支援病院は、近年も増加傾向にあります。
- 在宅での看取りを行う医療機関数は年々増加していますが、病院、診療所ともに、全体の約5%程度に留まっています（**図表 I-5-8**）。

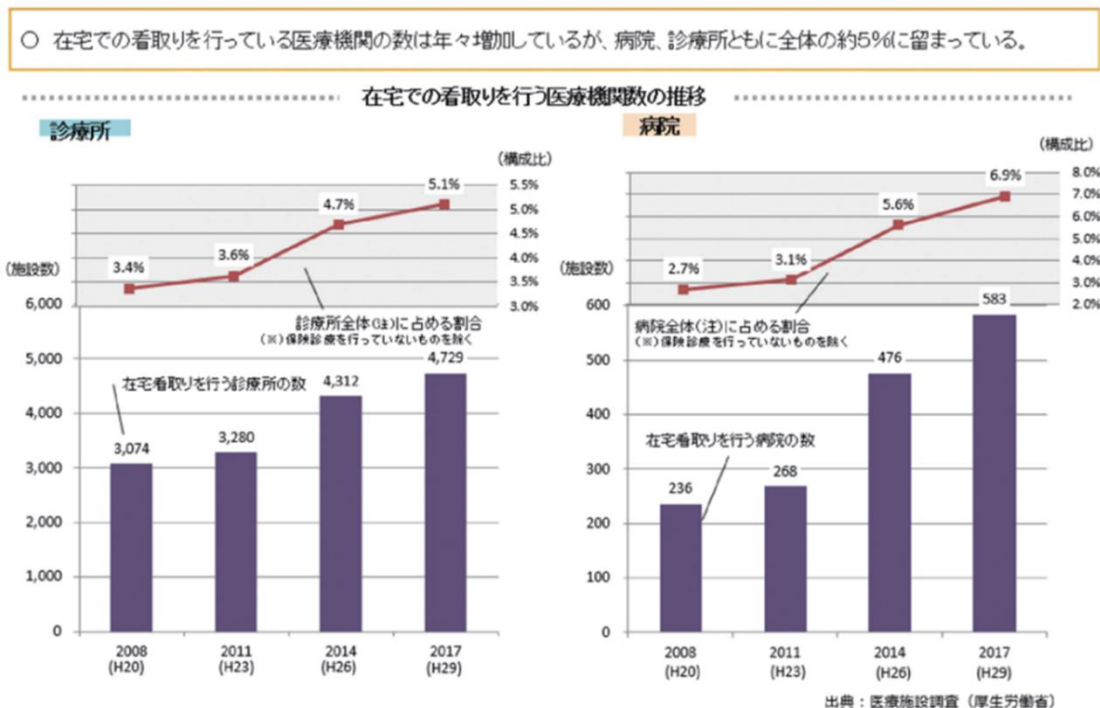


図表 | -5-7. 在宅療養支援診療所／在宅療養支援病院の満たすべき基準について

	機能強化型在支診・在支病		在支診・在支病	(参考) 在宅療養後方支援病院
	単独型	連携型		
全ての在支診・在支病が満たすべき基準	①24時間連絡を受ける体制の確保 ②24時間の往診体制 ③24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患者へ文書提供(担当医師/看護師名・担当日・連絡先) ⑦医療/介護等への調整担当者配置 ⑧年に1回、看取り数等を報告している		●許可病床数200床以上 ●在宅医療を提供する医療機関と連携し、24時間連絡を受ける体制を確保 ●連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が24時間可能な体制を確保(病床の確保を含む) ※やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、対応可能な病院を探し紹介すること ●連携医療機関との間で、3月に1回以上、患者の診療情報の交換を行い、入院希望患者の一覧表を作成
機能強化型在支診・在支病が満たすべき基準	⑨在宅医療を担当する常勤の医師3人以上 ⑩過去1年間の緊急往診の実績10件以上 ⑪過去1年間の看取りの実績または超・準超重症児の医学管理の実績いずれか4件以上	⑨在宅医療を担当する常勤の医師連携内で3人以上 ⑩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 ⑪過去1年間の看取りの実績連携内で4件以上かつ、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いずれか2件以上		
全ての在支病が満たすべき基準	「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は別であること *医療資源の少ない地域に所在する保健医療機関においては240床未満			

出所) 島田 潔：在宅医療に関する諸費用～医療費、介護費用、その他社会保障制度など～、令和3年度厚生労働省委託事業「在宅医療関連講師人材養成事業研修会」資料より引用

図表 | -5-8. 在宅での看取りを行う医療機関数の推移



出所) 中西浩之(厚生労働省医政局地域医療計画課)：地域医療構想における在宅医療、令和3年度厚生労働省委託事業「在宅医療関連講師人材養成事業研修会」資料より引用

## 2) 質の高い訪問看護の確保策と整備／サービス利用状況

### ポイント

- 2014 年当時の訪問看護ステーションは、看護師 5 名以下の小規模ステーションが半数以上を占めていました。また、24 時間対応や、小児、医療依存度が高い利用者に対応できるステーションが少ないなどの問題があり、訪問看護師の人材確保と育成、業務の効率化などの観点から、ステーションの大規模化が必要という意見がありました。
- こうした背景を受けて、24 時間対応・ターミナルケア・重症度の高い患者の受け入れ・居宅介護支援事業所の設置等、機能の高い訪問看護ステーションを評価するために、2014 年度の診療報酬改定で創設されたのが「**機能強化型訪問看護ステーション 1・2**」です。さらに、地域の訪問看護に関わる人材育成等の一定の役割をしていく役割を担うステーションを評価するために、2018 年の診療報酬改定において新設されたのが、「**機能強化型訪問看護ステーション 3**」です（**図表 I-5-9**）。
- 訪問看護ステーション数は、2000 年の 4,730 カ所から 2012 年には 6,590 カ所まで増加（12 年間で 39.3%の増加）、その後急増し、2020 年現在、12,393 カ所となっています（8 年間で 88.1%の増加）。訪問看護ステーション数の増加に伴って利用者数も増加、2019 年現在、介護保険利用者が 54.6 万人、医療保険利用者が 28.9 万人となっています。
- 入院期間の短縮化、85 歳以上高齢者の増加、重度者を受け入れる介護施設の整備の困難化などの要因により、今後も訪問看護に対するニーズは高まっていくと考えられます。

### 【コラム I-9】訪問看護の仕組み

- ◇ 疾病または負傷により居宅において継続して療養を受ける状態にある者に対し、その者の居宅において、看護師等が行う「療養上の世話」または必要な「診療の補助」のことを訪問看護と言います。
- ◇ サービス提供は、①病院・診療所、②訪問看護ステーションから行われます。
- ◇ 利用者は、年齢は疾患、状態によって医療保険または介護保険の適用となります。具体的には、医師が訪問看護の必要性を承認した方で、①40 歳未満の者、②要支援・要介護者以外、③要支援・要介護認定者で、かつ、厚生労働大臣が定める疾病（末期がんなど）に該当する方、または、週 4 日以上訪問看護が必要と判断され、特別訪問看護指示書が発行された方は医療保険の対象となります。

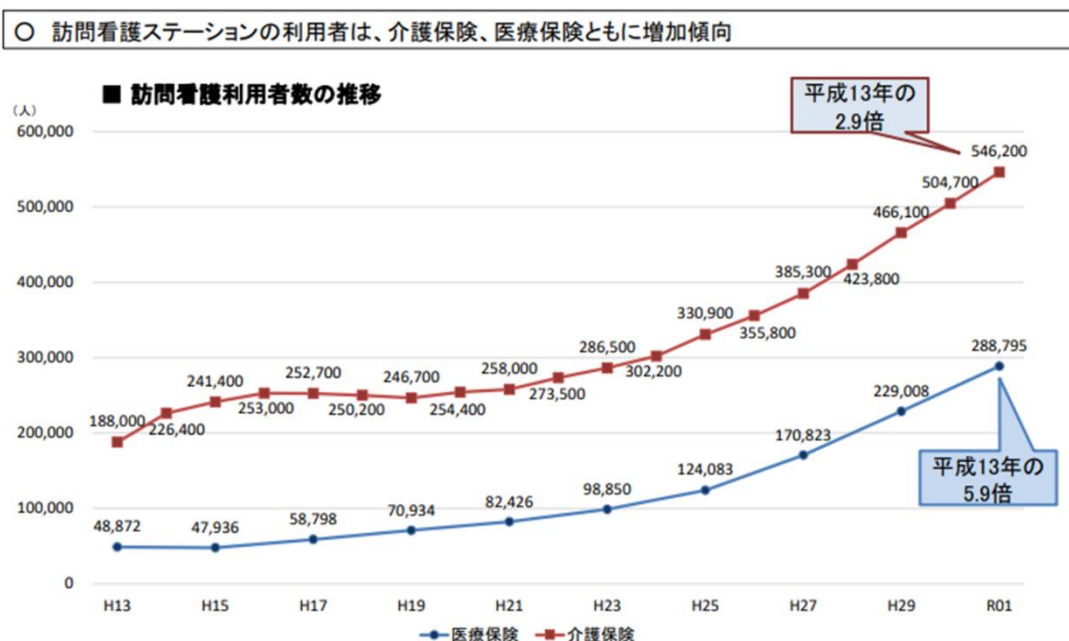
図表 I-5-9. 機能強化型訪問看護ステーションの要件等

	機能強化型1	機能強化型2	機能強化型3
	ターミナルケアの実施や、重症児の受入れ等を積極的に行う手厚い体制を評価		地域の訪問看護の人材育成等の役割を評価
月の初日の額 <sup>※1</sup>	12,530円	9,500円	8,470円
看護職員の数・割合 <sup>※2</sup>	常勤7人以上(1人は常勤換算可)、6割以上	5人以上(1人は常勤換算可)、6割以上	4人以上、6割以上
24時間対応	24時間対応体制加算の届出+休日、祝日も含めた計画的な訪問看護の実施		
重症度の高い利用者の受入れ	別表7の利用者 月10人以上	別表7の利用者 月7人以上	別表7・8の利用者、精神科重症患者or複数の訪者STが共同して訪問する利用者 月10人以上
ターミナルケアの実施、重症児の受入れ <sup>※3</sup>	以下のいずれか ・ターミナル前年度20件以上 ・ターミナル前年度15件以上+重症児 常時4人以上 ・重症児 常時6人以上	以下のいずれか ・ターミナル前年度15件以上 ・ターミナル前年度10件以上+重症児 常時3人以上 ・重症児 常時5人以上	<b>地域における人材育成等</b> 以下のいずれも満たす ・地域の医療機関や訪者STを対象とした研修 年2回 ・地域の訪者STや住民等への情報提供・相談の実績 ・地域の医療機関の介護職員の一定期間の勤務実績
介護・障害サービスの計画作成	以下のいずれか ・居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置+特に医療的な管理が必要な利用者の1割程度について、介護サービス等計画作成 ・特定相談支援事業所or障害児相談支援事業所を同一敷地内に設置+サービス等利用計画書or障害児支援利用計画の作成が必要な利用者の1割程度について、計画作成		<b>医療機関との共同</b> 以下のいずれも満たす ・退院時共同指導の実績 ・併設医療機関以外の医師を主治医とする利用者が1割以上

※1 機能強化型訪問看護管理療養費を届け出していない場合は、7,440円  
 ※2 看護職員（保健師、助産師、看護師、准看護師）の割合は、看護師等（看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）に占める看護職員の割合。令和3年3月末までの経過措置あり。  
 ※3 重症児の受入れ数は、15歳未満の超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数。

出所) 江澤和彦：在宅医療におけるかかりつけ医の役割、令和3年度厚生労働省委託事業「在宅医療関連講師人材養成事業研修会」資料より引用

図表 I-5-10. 訪問看護利用者数の推移



注. 介護保険の利用者数は各年5月審査分、医療保険の利用者数は各年6月審査分（但し、平成13年のみ8月より推計）

出所) 厚生労働省：在宅（その1）訪問看護について、第486回中央社会保険医療協議会総会（令和3年8月25日）、総-1-2より引用

令和4年度 老人保健健康増進等事業

PDCA サイクルに沿った在宅医療・介護連携推進事業の具体的推進方策に関する調査研究事業

在宅医療・介護連携推進事業をさらに実効性のあるものとするために

# 「事業マネジメント力」を高めよう

オンライン研修会テキスト

知識編Ⅰ(制度)-5 在宅医療の体制構築に向けた制度改正／報酬改定の動向

発行 公立学校法人 埼玉県立大学

発行日 令和4年11月24日