

令和 3 年度茨城県医療提供施設等グループ化推進事業

事業説明会

『計画・実践』編

茨城県医師会 地域ケア推進センター

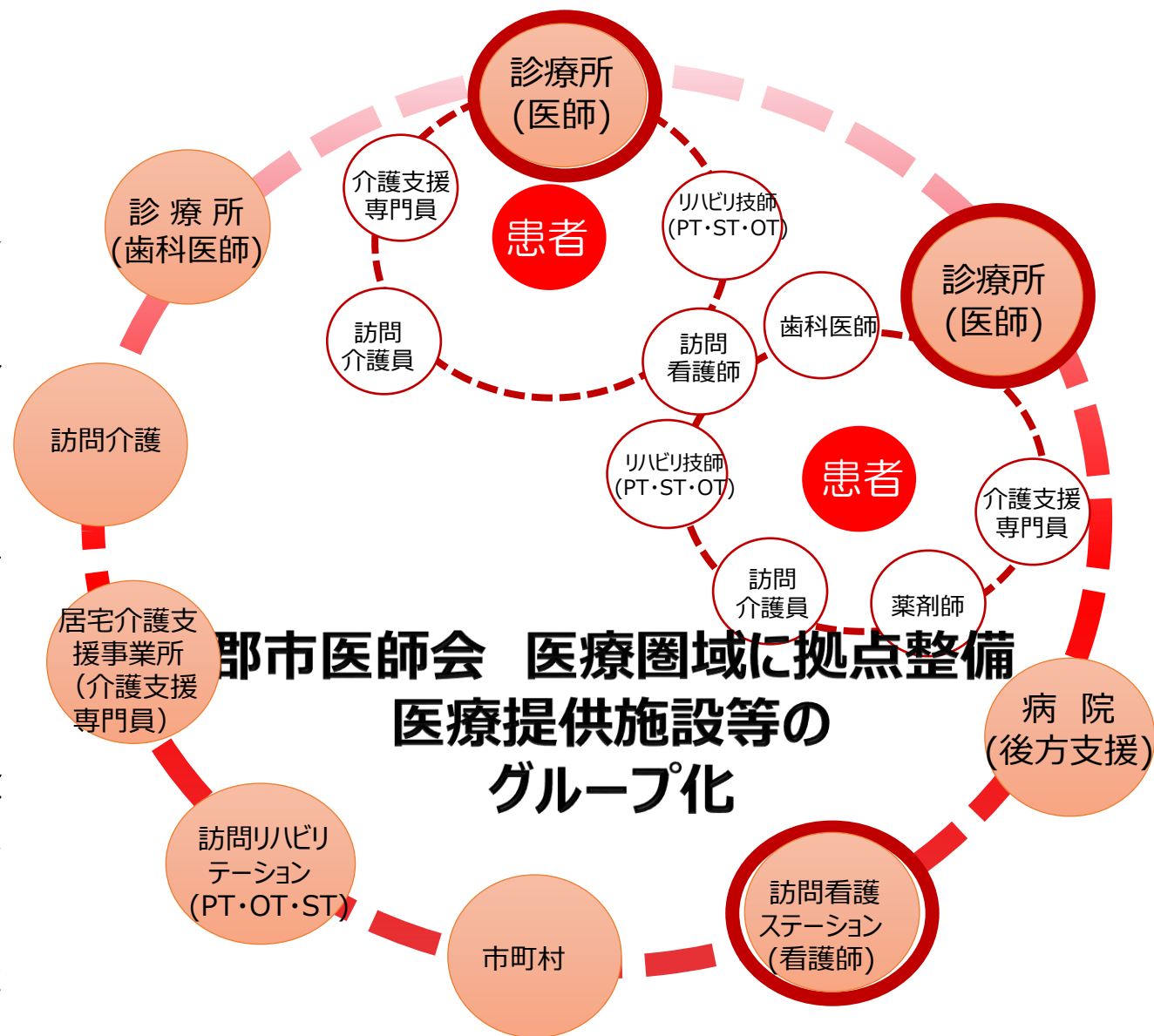
本日の内容

1. 事業の目的
2. 事業計画の立て方
3. 事業の取組み
4. 診療報酬について
5. まとめ

1. 事業の目的

高まる在宅医療のニーズに対応していくため、在宅に赴いてこれから診療を始めようとする、又はその取り組みを拡充しようとする医科の病院又は診療所等（以下「これから在宅医療への参入又は拡充に取り組む医療機関等」という。）の裾野を広げていくことが重要である。

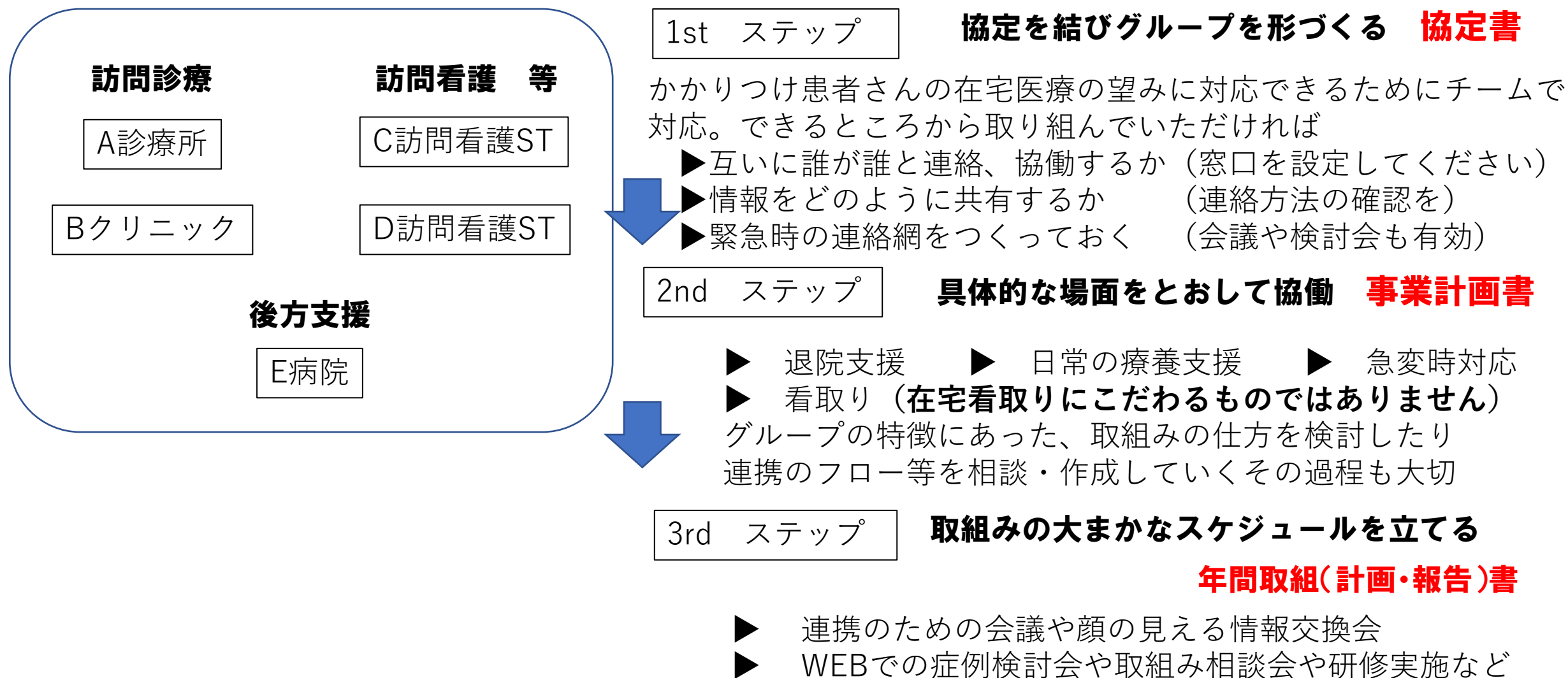
とりわけ1人医師体制では取り組みに困難さを感じている医師の負担を軽減するため、これから在宅医療への参入又は拡充に取り組む医療機関等による連携を図り、地域で支え合う体制構築（参入促進・連携（グループ化））に取り組むことを目的とする。



医療提供施設等グループ化構造（略図）

1. 事業の目的

取組フローの一例



取組みを計画し、相互の協力で推進していただくその過程を推進員もサポート

2. 事業計画の立て方

【地域で支え合う医療機関等の連携体制を構築するために必要な3つの取組】

- 1 これから在宅医療への参入又は拡充に取り組む医療機関等の連携強化を図るための取組
- 2 在宅医療を提供する連携体制として必要な拠点機能を担う取組
- 3 在宅医療についての普及啓発活動等の取組

取組みを支援するための補助金も設定されております。

- | | |
|------------|---------|
| ＊新規グループ形成時 | 100万円限度 |
| ＊既存グループ継続時 | 30万円限度 |

補助金申請書類の策定の仕方については事務手続き編でご説明。
ホームページでもご確認いただけます。

申請書類のひな型はセンターのホームページからもダウンロードできます

<https://www.ibaraki.med.or.jp/renkei/>

2. 事業計画の立て方

事業計画（報告）様式第1号別添1-2（表）

※これから在宅医療への参入又は拡充に取り組む医療機関等の連携強化を支援する取り組みについて記載するものとする。
なお、必要に応じ、後方支援病院や在宅医療専門診療所（機能強化型在宅療養支援診療所を含む）などの支援（補完）を得て、在宅医療を提供する切れ目のない診療体制の仕組みづくりに取り組むものである。

【地域で支え合う医療機関等の連携体制を構築するために必要な3つの取組】				
取組事項	取組内容	現 状 (事前協議申請の前月 から過去6ヶ月間の 状況)	取組目標 (事前協議申請の月 から向こう6ヶ月間の 取組)	実 績 (事前協議申請の月 から翌年3月末までの 取組)
1 これから在宅医療 への参入又は拡充 に取り組む医療機 関等の連携強化を 図るための取組 ※グループ内の取組 に関すること。	記載のポイント（開催を行う者の明確化、打ち合わせ等の開催頻度、体制づくり）	○現状、取組目標、実績については、【参入促進・連携（グループ化）の取組効果】に記載 ○ 連携体制を見える化（図式化）すること。		
2 在宅医療を提供す る連携体制として 必要な拠点機能を 担う取組 ※地域との連携に関 すること。	記載のポイント（開催を行う者の明確化、打ち合わせ等の開催頻度、グループ内の取組課題を地域に提示）			
3 在宅医療について の普及啓発活動等 の取組	記載のポイント（主催、趣が・誰に対して行うのか、開催頻度、取組内容）			

2. 事業計画の立て方

これまでの在宅医療推進の取り組みの内容と利点や留意点

推進した内容・項目	取り組み内容 補助金の活用例	備考
これまでの取り組みの課題から活動の練り直し	できたこと、できなかったことその要因を抽出し次年度以降へ活かしていく	COVID19の影響で、計画が進みづらかった 第8次医療計画アフターコロナの時代への対応を検討
在宅医療の始まり場面で活用できる物品の購入	・在宅医療診療・評価キット ・輸液ポンプ ・パルスオキシメーター・ポータブル心電計・ポータブルエコー等	定期メンテナンスの必要な物の場合、継続活用が困難な事例あり。事業の目的は物品購入補助ではなく、機器を活用し医療圏域ごとの事情に応じ在宅診療の連携や取り組みを持続できるのかが推進の重要な視点
ICTの活用:ソフトや端末の導入 活用支援 (ランニングコストは含まれない)		医療機関や介護サービス事業者が、支援対象者の個人情報を中心に保護できるか 診療・検査や日々のケア等から得られたそれぞれの情報をどこまで何のために共有するのか。本人の許諾・マニュアルや勉強会での意識の統一が重要
連携ツール作成	・連携連絡ノート	患者宅で利用できるノートで多職種の情報を一元化して連絡できるが、患者家族の目にも触れる留意が必要
在宅医療提供に関わる知識、技術の向上	・同行訪問指導等実践研修 ・診療報酬の勉強会 ・症例検討会 ・連携会議 ・ICT活用のための研修	在宅診療の経験の深い医師の同行訪問指導の謝金 (診療報酬にて手立てされるものは対象外) 専門職対象研修会講師の謝金・会場費・資料の費用等 COVID19の影響で、参集しての研修や検討会・会議が難しく、オンラインでの会議・ZOOM等のアプリを活用しての研修等工夫をしていく必要がある
事務負担に関する人件費のサポート	・郡市医師会事務局業務負担分 ・医療機関窓口者業務負担分 ・研修会・検討会事務局機能分	補助金対象とするのは、このグループ化の事業に関する業務負担時間分のみです

3. 事業の取組み

- ・在宅医療への取組みのために、訪問看護・居宅介護支援・かかりつけ薬局等、医師をサポートできるグループメンバーの参画と協働**
- ・ウィズコロナ・アフターコロナの時代への対応・準備を視野に取組みを調整・発展**
- ・診療報酬上の今後の動向、地域の医療機関の経営・事業継投の方向性にプラスになるような取組みであるように（発想の発展と工夫）**

3. 事業の取組み

例1 在宅診療を取り入れた診療業務のイメージ (訪問患者を約20名サポートする)

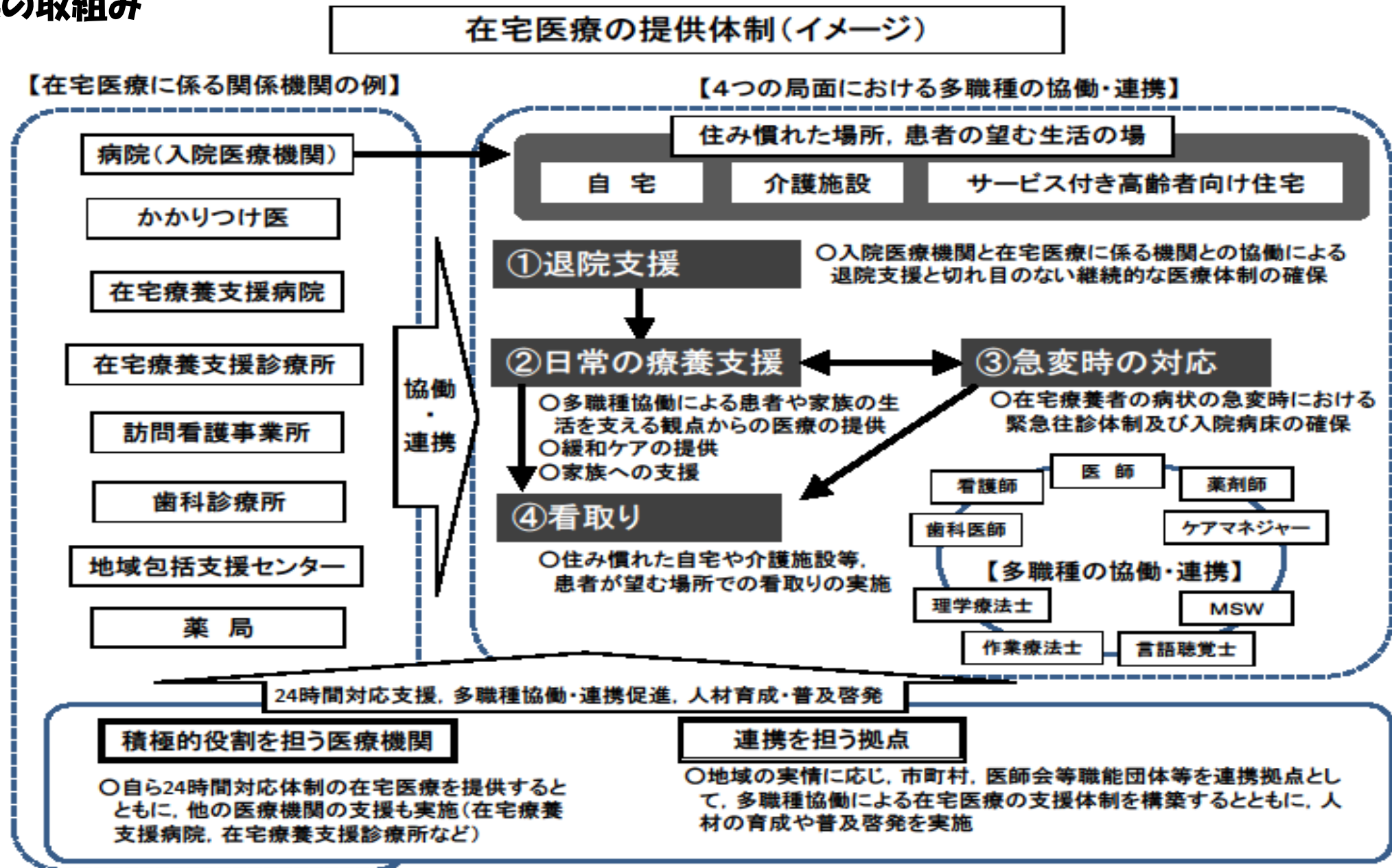
曜日	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜	日曜日
9:00～ 12:00	一般 外来	一般 外来	休診	一般 外来	一般 外来	一般 外来	休診
13:00 ～15:00	予約 外来	訪問 診療 2件	休診	予約 外来	訪問 診療 2件	必要時 往診	休診
15:30～ 18:00	一般 外来	一般 外来	休診	一般 外来	一般 外来	休診	休診
18:30～ 19:00	必要時 訪問 診療 1件	介護認定 審査会		訪問 診療 2件			

3. 事業の取組み

例2 在宅診療を取り入れた診療業務のイメージ (訪問患者約5～8名をサポートする)

曜日	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜	日曜日
9:00～ 12:00	一般 外来	一般 外来	休診	一般 外来	一般 外来	一般 外来	休診
13:00 ～15:00	予約 外来	訪問 診療 1件	休診	介護認定審 査会	訪問 診療 1件	必要時 往診	休診
15:30～ 18:00	一般 外来	一般 外来	休診	一般 外来	一般 外来	休診	休診
18:30～ 19:00	必要時 往診						

3. 事業の取組み



3. 事業の取組み

4つの局面における地域の課題 課題と取り組みの例

	地域の課題	解決に向けた取り組み
退院支援	1. 院内連携する職種とのコミュニケーションの問題 2. 在宅サービス担当者とのコミュニケーションの問題 3. 患者・家族の希望と退院先のミスマッチの問題 4. 病院の機能が細分化していることを患者・家族が理解していない問題 5. 高齢化と家族の介護力の低下の問題 6. 経済的困窮と生活基盤崩壊の問題	1. 退院に向けた意思決定の支援 2. 入院早期からの退院調整・退院指導 3. 退院前カンファレンスの開催と顔の見える地域と病院との関係の連携作り 4. 地域全体で退院支援に取り組むためには、情報共有を進めて、お互いに退院の都合のいいタイミングを示して、検討していく体制作りが必要 5. 「退院支援困難事例検討会」を開催されている地域も
日常の療養生活支援	* 在宅診療を受けることがむずかしい 1. 関係者間の情報共有が図れていない 2. 地域で情報共有を図る方法がない 3. 利用者に関わる関係者（主治医・ケアマネジャー・サービス事業所の担当者等）わからない 4. 家族の負担（精神的（肉体的））が大きい 5. 精神的疲労56%、肉体的疲労37%、緊急時短期入所制度の要望60% （つくば市高齢福祉計画アンケートから）	1. 連携タイムの作製 2. 多職種チームメンバー表作成の検討（メンバー表やエンディングトリアージカードなど） 3. 情報共有のための連携ノートやIT活用 4. 困難事例検討会を行い、家族の負担軽減を図り、さらに事例検討3か月後にその有効性に関し再評価を行っている地区もある エキスパートミーティング 5. 検討事例をデータベースに登録し、キーワードで検索可能な仕組みを作った 6. 病院と在宅医療・介護関係者の多職種研修会の開催 かかりつけ医対応力向上

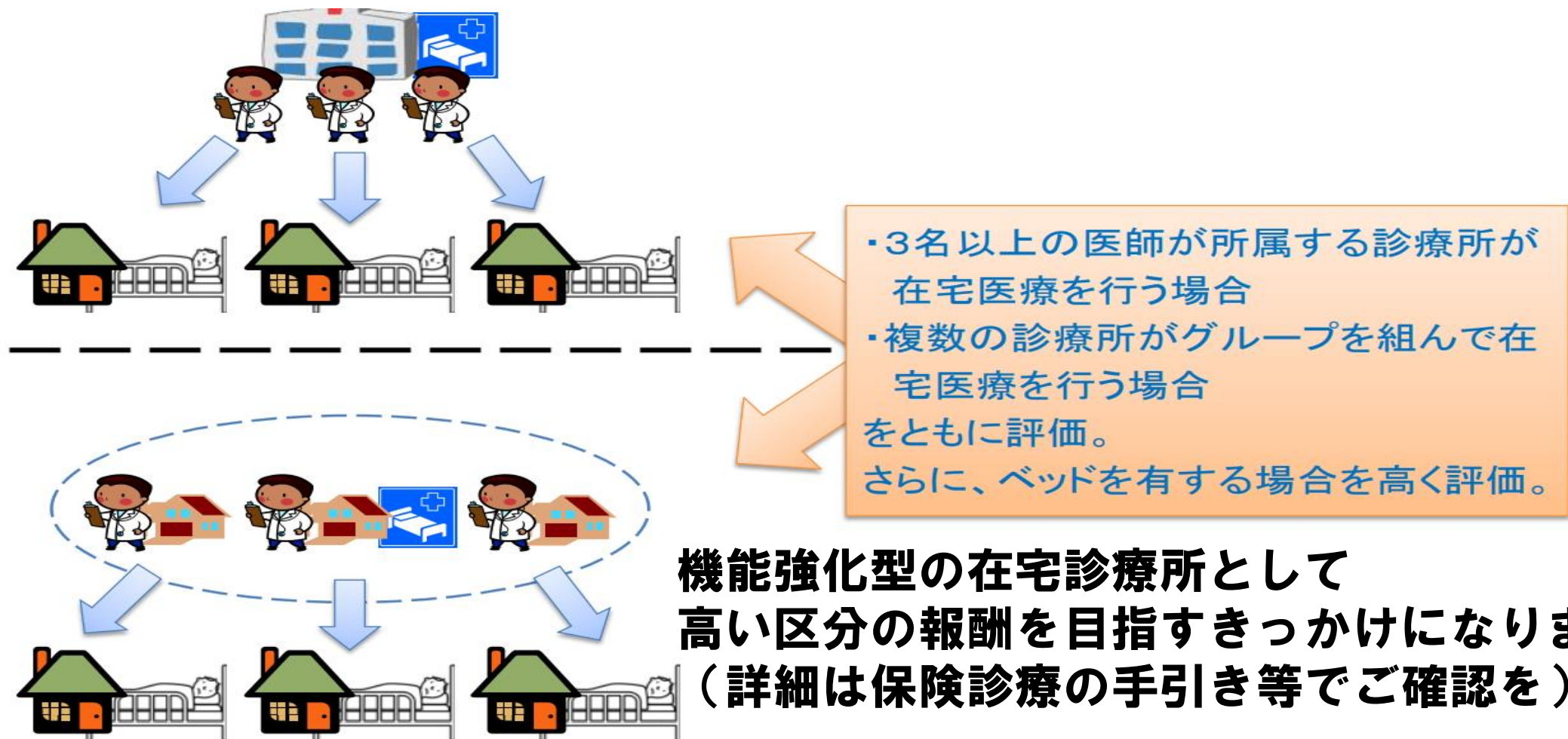
3. 事業の取り組み

4つの局面における地域の課題 課題と取り組みの例

	地域の課題	解決に向けた取り組み
急変時 対応	ACPの実践の不十分 1. 高齢者の救急搬送が増えている 2. 在宅でサービス担当者会議を開催しても、関係者全員の参加が難しい 3. ケアマネジャーの医療知識が不足している 4. 利用者（患者）に係る関係者間の情報共有が図れていない。 5. 急変時や病状悪化時のバックベットの確保が困難である	1. 病院と在宅医療・介護関係者の多職種研修会の開催 2. 在宅担当者の多職種チームメンバー表作成 3. つくば市「救急医療情報便：つくつく見守りたい」、つくばみらい市「救急医療情報キット」活用を検討する 4. 静岡市医師会の「グリーンカード」「イエローカード」「シルバーカード」システムを参考に在宅医療のトリアージシステムを検討する
看取り	1. 在宅看取りをする診療所医師が少ない 2. 在宅看取りについて家族へのわかりやすい説明がしないと家族が慌てて救急車を呼んでしまう 3. 在宅看取りを支援するケアチームの経験や不足している	1. 在宅担当医のネットワークを作り、医師の負担を軽減する 2. 研修会で「これからの日々」「お別れするとき」パンフレットの活用法を提示して、活用を促進する 3. 多職種で看取りに向けた情報共有の仕組みを作る

4. 診療報酬について

機能を強化した在宅療養支援診療所／病院のイメージ(改定後)



4. 診療報酬について

主治医・副主治医(コンサルテーション診療代診を依頼)による在宅医療も助けになります。グループ化の一つのメリット

- 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)2について、主治医が他の保険医療機関と情報共有し、診療状況を把握した上で、診療の求めをした場合には、6月を超えても引き続き当該診療料を算定できるよう、要件を明確化する。

改定後

【在宅患者訪問診療料(Ⅰ)2】

[算定要件]

(7)「2」は、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理のもと、主治医として定期的に訪問診療を行っている保険医が属する他の保険医療機関の求めを受けて、当該他の保険医療機関が診療を求めた傷病に対し訪問診療を行った場合に、求めがあった日を含む月から6月を限度として算定できる。

ただし、当該他の保険医療機関の求めに応じ、既に訪問診療を行った患者と同一の患者について、当該他の保険医療機関との間で情報共有し、主治医である保険医がその診療状況を把握した上で、医学的に必要と判断し、以下に該当する診療の求めが新たにあった場合には、6月を超えて算定できる。

- ア その診療科の医師でなければ困難な診療
イ 既に診療した傷病やその関連疾患とは明らかに異なる傷病に対する診療

- 現行、主治医の求めを受けて診療する他の医療機関について、当該診療料を6月を限度として算定することされているところ、アまたはイに該当する患者については、さらに6月(6月+6月=12月)算定できとしている。
- 今回の改定により、アまたはイに該当する患者については、要件を満たせば、12月を超えても算定できることを明確化する。



他の医療機関に訪問診療を依頼した対象病名のうち、多いもの

- ・ 皮膚疾患(褥瘡等)
- ・ 歯科・口腔疾患
- ・ 循環器疾患(高血圧症、心不全など)
- ・ 脳血管疾患(脳梗塞、脳出血など)
- ・ 精神系疾患 等

※保険局医療課調べ

4. 診療報酬について

在宅診療は期待され、診療報酬でも手立てが進んでいます

C001 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）（施設等以外の在宅者）

1日につき

1 在宅患者訪問診療料 1 1日1回 週3回まで

- イ 同一建物居住者以外の場合 888点
- 同一建物居住者の場合 213点

2 在宅患者訪問診療料 2 副主治医として月に1回

- イ 同一建物居住者以外の場合 884点
- 同一建物居住者の場合 187点

4. 診療報酬について

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

<往診料> 【現行】

往診料 緊急加算	650点
夜間加算	1,300点
深夜加算	2,300点



【改定後】

往診料 緊急加算	<u>850点</u>
夜間加算	<u>1,700点</u>
深夜加算	<u>2,700点</u>

<在宅における医学管理料> 【現行】

在宅時医学総合管理料 (処方せんを交付)	4,200点
特定施設入居時等医学総合 管理料(処方せんを交付)	3,000点



【改定後】

在宅時医学総合管理料 (処方せんを交付)	<u>5,000点</u>
特定施設入居時等医学総合 管理料(処方せんを交付)	<u>3,600点</u>

4. 診療報酬について

特定施設等入居者に対する訪問診療料の引き上げ

- 特定施設等の自宅以外で在宅療養を行う患者へ医療サービスを充実させる観点から、訪問診療料の見直しを行う。

【現行】

訪問診療料1（同一建物以外）	830点
訪問診療料2（同一建物）	200点

同一建物		
1人のみ訪問	1人目	830点
2人以上訪問	1人目	200点
	2人目以降	200点



【改定後】

訪問診療料1（同一建物以外）	830点
訪問診療料2（特定施設等）	<u>400点</u>
訪問診療料2（上記以外の同一建物）	200点

特定施設等		
1人のみ訪問	1人目	830点
2人以上訪問	1人目	<u>400点</u>
	2人目以降	<u>400点</u>

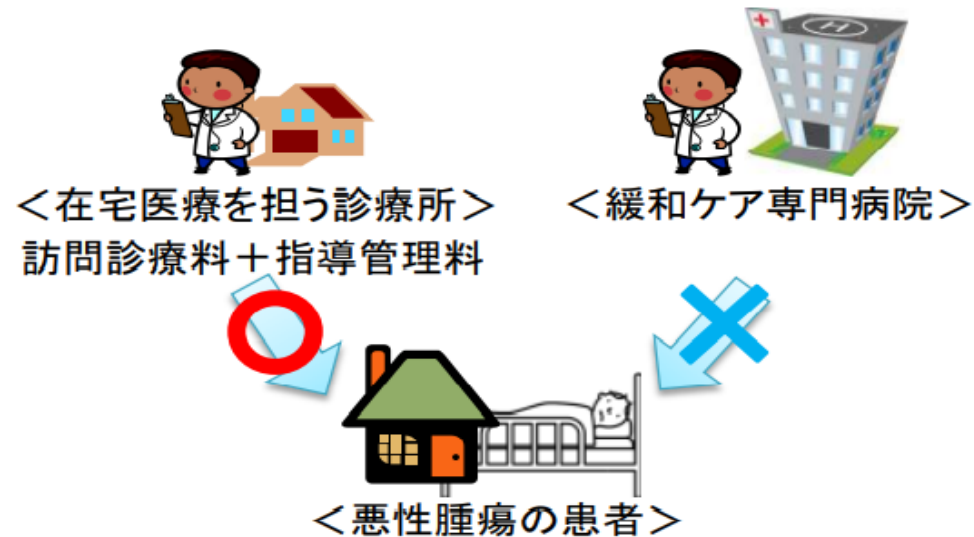
上記以外の同一建物		
1人のみ訪問	1人目	830点
2人以上訪問	1人目	200点
	2人目以降	200点

4. 診療報酬について

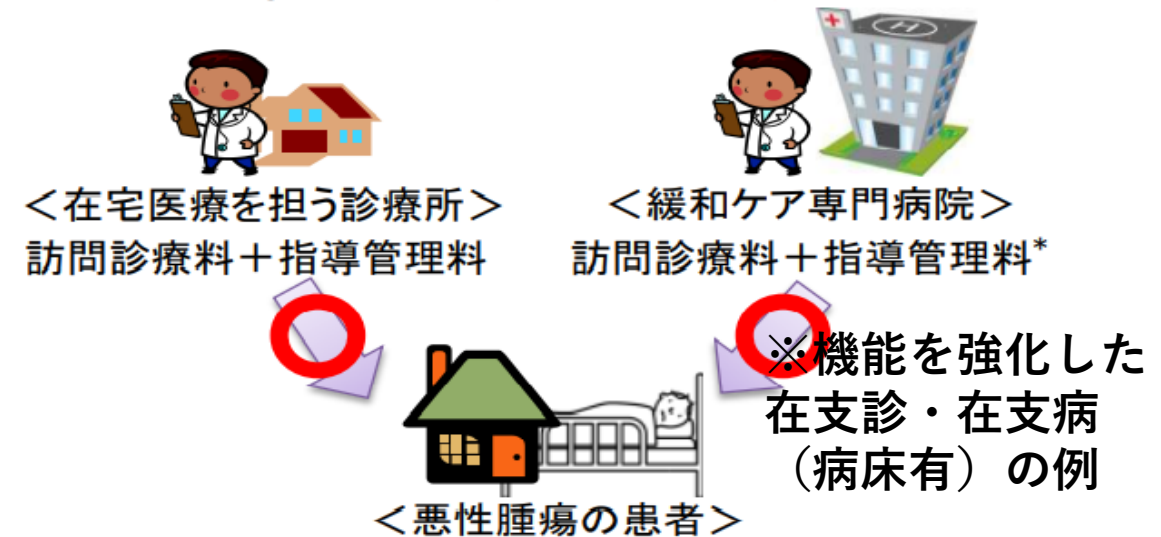
専門的な緩和ケアの評価

- 緩和ケア専門の医師と、在宅医療を担う医療機関の医師が共同して、同一日に診療を行った場合を評価する。

【現行】



【改定後】*在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料:
専門の研修を受けた医師に限る



在宅がん医療総合診療料の引き上げ

【現行】

在宅末期医療総合診療料
(処方せんを交付)

1,495点

【改定後】

在宅がん医療総合診療料
(処方せんを交付)

1,800点

4. 診療報酬について

在宅医療 取組みの労苦に報いる加算の設定

- ※ 6歳未満の乳幼児に対し訪問診療を行った場合、
乳幼児加算 400点を所定点数に加算できます。（1日につき）
- ※ 患家での診療時間が1時間を超えた場合、
家診療時間加算 30分又その端数ますごと、100点所定点数に加算
- ※ 在宅で死亡した患者に対して 死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上
往診又は訪問診療を実施した場合（1を算定する場合に限る。）
在宅ターミナルケア加算として、所定点数に加算
在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算 1
又は在宅療養実績加算 2 それぞれ1,000点、750点又は500点。

がん患者に対して酸素療法を行っていた場合

酸素療法加算として2,000点を更に所定点数に加算

5. まとめ

- 1.医療機関同士の連携と訪問看護の連携を通じて、グループとして体制を作る
ところから始めてください。
- 2.グループがうまく機能するために、情報共有の方法など良く話し合いをして、
ルールなどを見える化してください。
- 3.普及啓発として、ケース検討や研修など行い、支援機能の向上を目指した活
動をぜひ計画してください。
- 4.グループ化することが目的ではありません。グループ化を機に、今後の在宅医
療が普及・促進することを目的としたものです。