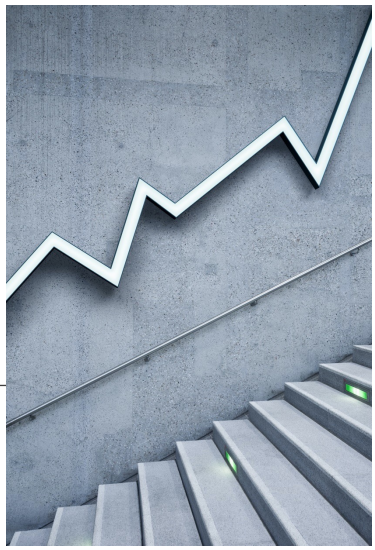


在宅医療
はじめの一歩
～準備編～

令和3年度埼玉県医師会地域包括ケアシステム推進委員会
医療法人娯生会　　みやざきクリニック
介護老人保健施設みどうの杜
宮崎　香理

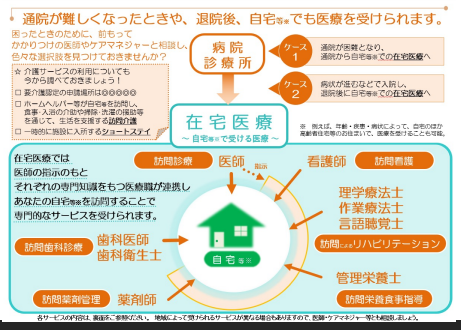
在宅医療(狭義)とは

在宅医療にはかかりつけ医の重要な役割の一つである。長く患者を診療した医師は、患者が次第に虚弱になった時に、患者の希望に応じて在宅医療を実施する。在宅医療は外来診療の延長線上にあり、患者と医師の信頼蓄積のもとに、医師が自宅でも継続診療を行うものである。

在宅医療(広義)とは

在宅医療とは自宅や介護施設(居宅系サービス事業所)で受ける医療のこと。在宅医療は高齢や障害のために通院困難な患者に対して「自宅で継続的に療養すること」を支援す

⇒訪問看護や訪問歯科診療、訪問薬剤管理、訪問リハビリテーションなども広義の在宅医療である



かかりつけ医（定義）とは

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師

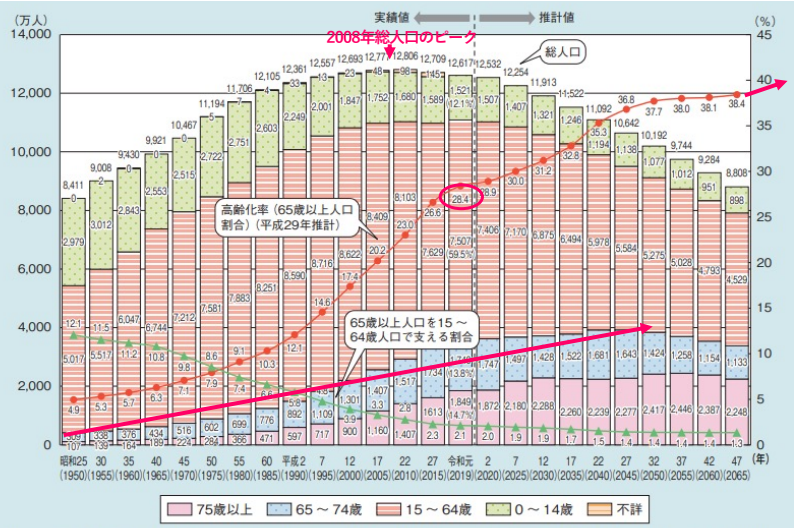
2020年10月15日日本医師会より

かかりつけ医機能とは

・ かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。
・ かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
・ かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・ 福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進する。
・ 患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

2020年10月15日日本医師会より

高齢化の推移と将来推計

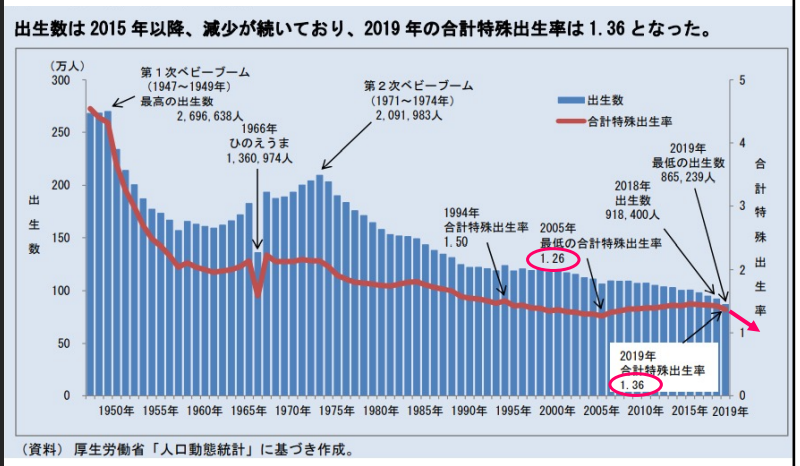


「令和2年版高齢社会白書」よ

少子化の現状

出生数・出生率の動向

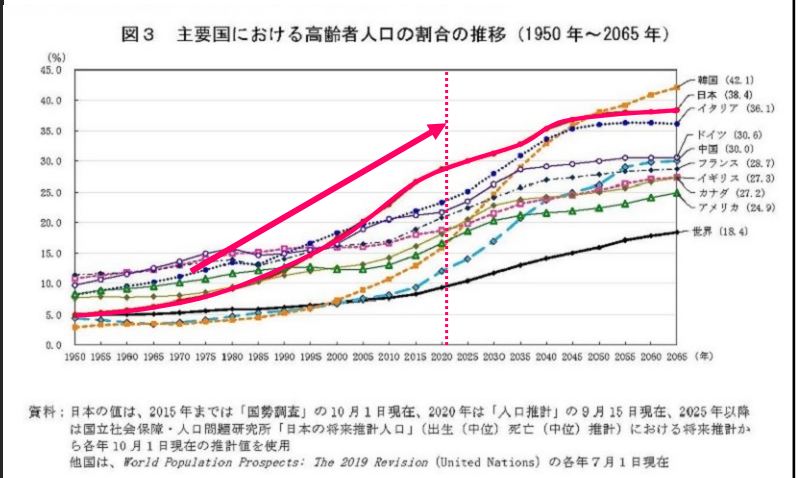
出生数はますます減少し、2019年の合計特殊出生率は1.36と低下し、今年度はややそれより減少となっているが、2021年はコロナ禍で少子化がより進むと予想されている。



第２期「まち・ひと・しごと創生総合戦略」（2020 改訂版

高齢者人口及び割合の推移 (1950～2065年)

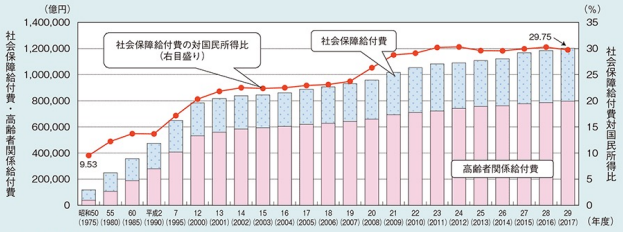
世界でも高齢化人口は増加しているが、まず日本が世界に先駆けて急速に高齢化率が高くなり、現在後期高齢者の割合は日本が世界に比較しても最も高い割合となっている。



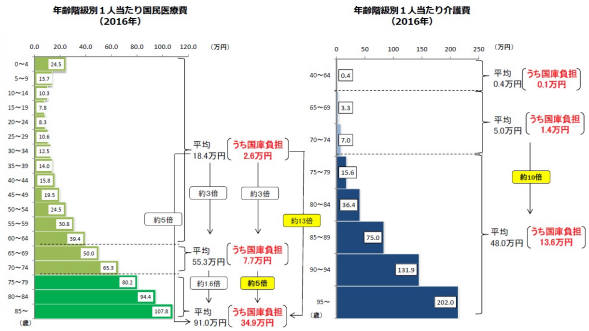
少子高齢化での問題

高齢者人口が増え、医療費や介護保険料社会保障給付費が増加し、少子化により一人当たりの負担が増え、社会保障給付費対国民所得比は年々増加している。

図1－1－13　社会保障給付費の推移



資料：国立社会保障・人口問題研究所「平成29年度社会保障費用統計」
（注1）高齢者関係給付費とは、年金保険給付費、高齢者医療給付費、老人福祉サービス給付費及び高年齢雇用継続給付費を合わせたもので昭和48年度から集計
（注2）高齢者医療給付費は、平成19年度までは旧老人保健制度からの医療給付額、平成20年度以降は後期高齢者医療制度からの医療給付額及び旧老人保健制度からの医療給付額が含まれている。



（出所）厚生労働省「国民医療費の概況」、「介護給付費等実態調査」等

12

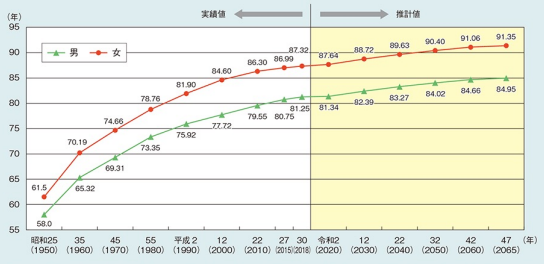
「令和2年版高齢社会白書」

「社会保障について」2020年10月8日財務省

平均寿命と健康寿命

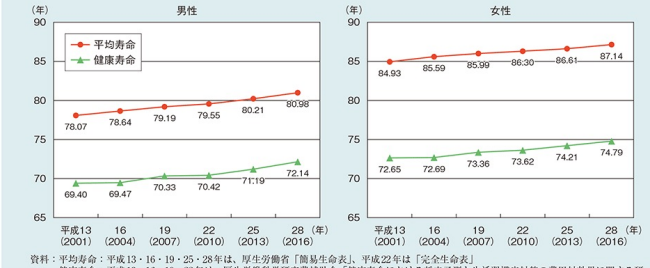
平均寿命は年々伸び、人生１００年時代に突入しようとしている。また人の手を借りずに生活出来る健康寿命も年々伸びてはいるが、介護期間である両者の差である約10年は縮んではいない。

図1－1－4　平均寿命の推移と将来推計



資料：1950年は厚生労働省「簡易生命表」、1960年から2015年までは厚生労働省「完全生命表」、2018年は厚生労働省「簡易生命表」、2020年以降は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果
（注）1970年以前は沖縄県を除く値である。0歳の平均余命が「平均寿命」である。

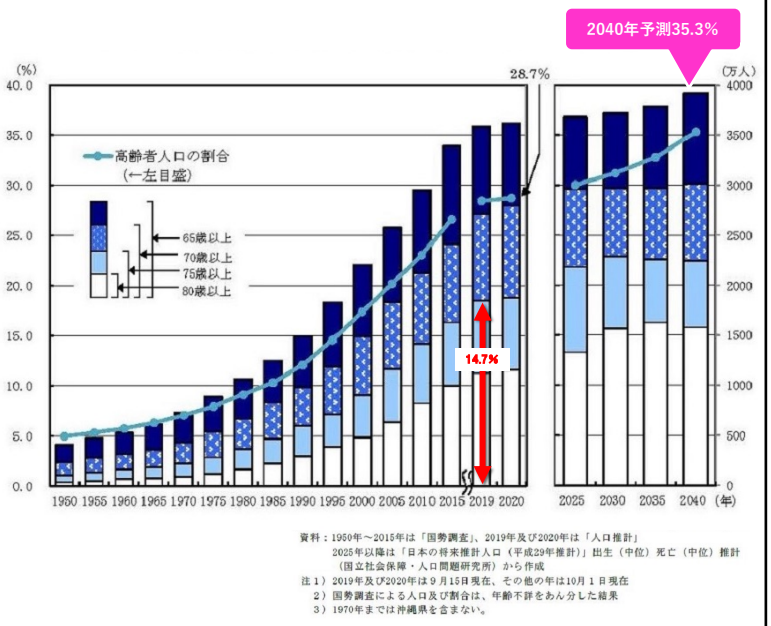
図1－2－2－4　健康寿命と平均寿命の推移



資料：平均寿命：平成13・16・19・25・28年は、厚生労働省「簡易生命表」、平成22年は「完全生命表」
健康寿命：平成13・16・19・22年は、厚生労働科学研究費補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」、平成25・28年は「第11回健康日本21（第二次）推進専門委員会資料」

高齢者人口及び割合の推移(1950～2040年)

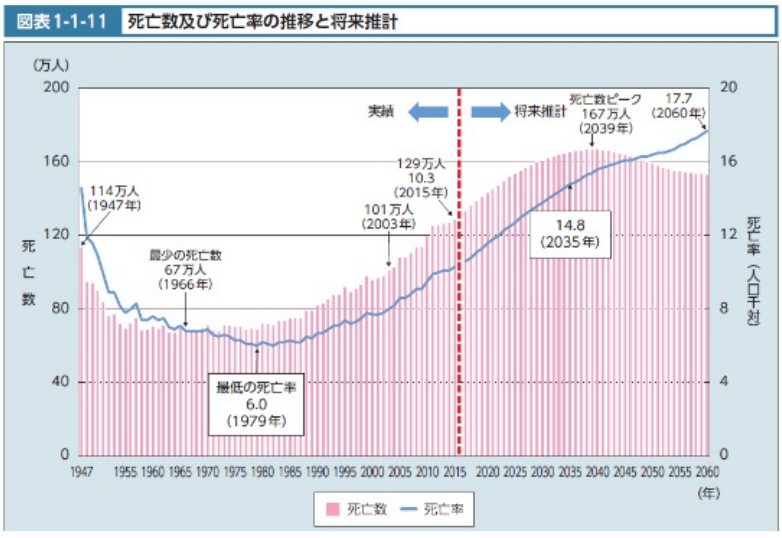
高齢化率だけでなく、高齢者の年齢別割合も問題となってくる。後期高齢者(75歳以上)では前期高齢者より医療・介護のニーズが増加する。2019年には後期高齢者の割合は14.7%となり、今後益々増加していくことと予想されている。



多死社会

今後後期高齢者が増加する事により、多死社会を迎える。また少子高齢化の進行、完結出生児数低下(1.96)、晩婚化・未婚化、生涯未婚率増加(29/22)などライフコースの変化などがより一層の高齢化を進めていく。

予測では２０３９年に死亡数１６７万人のピークを迎える。

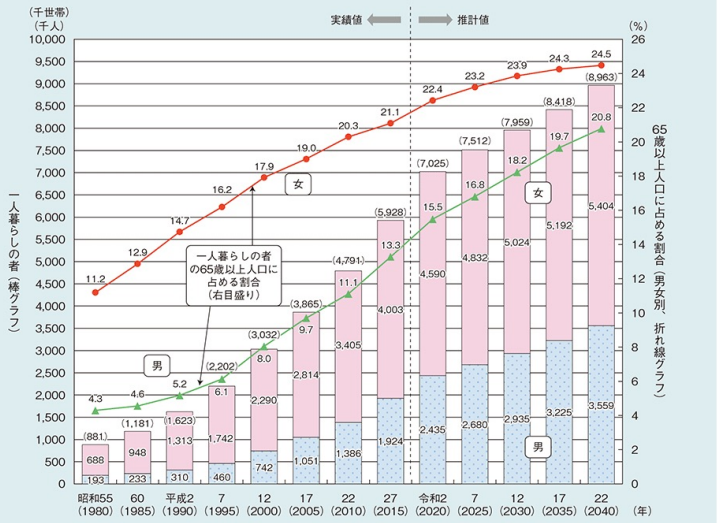


資料　厚生労働省政策統括官人口動態・保険社会統計室「人口動態統計」
国立社会保障「日本の将来推計人口」

少子高齢化と独居生活者の増加の問題

核家族化が進み、少子高齢化、生涯未婚率の上昇などから、一人暮らしの高齢者が年々増加している。地方での独居も問題であるが首都圏での高齢化、独居の増加は今後特に問題となると考えられている。

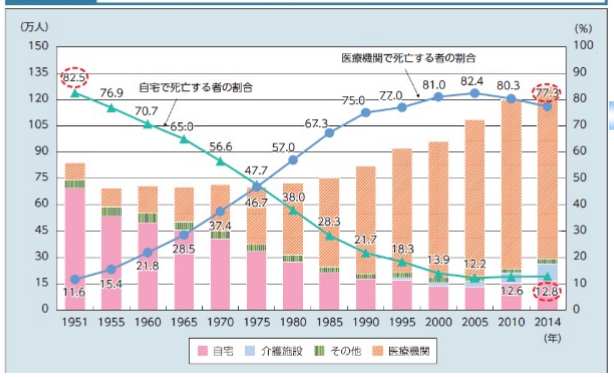
図１－１－９　65歳以上の一人暮らしの者の動向



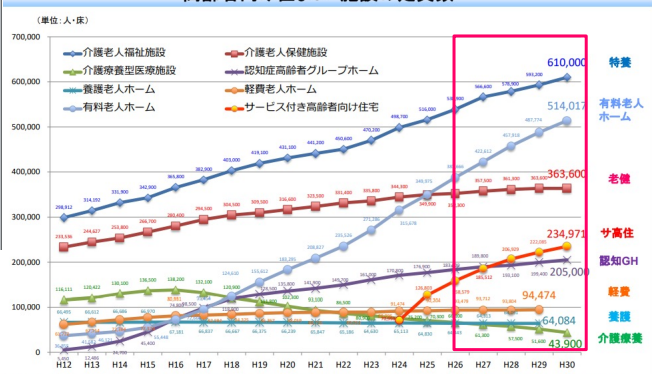
資料：平成27年までは総務省「国勢調査」による人数、令和2年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（全国推計）2018（平成30）年推計）」による世帯数
（注1）「一人暮らし」とは、上記の調査・推計における「単独世帯」又は「一般世帯（1人）」のことを指す。
（注2）棒グラフ上の（　）内は65歳以上の一人暮らしの者の男女計
（注3）四捨五入のため合計は必ずしも一致しない。

多死社会と高齢者の住まい

図表1-1-12　死亡場所別に見た、死亡数・構成割合の推移



高齢者向け住まい・施設の定員数



資料　厚生労働省政策統括官人口動態・保険社会統計室「人口動態統計」国立社会保障「日本の将来推計人口」

埼玉県の人口動態と人口減少 高齢化率の変化

埼玉県の高齢化率（総人口に占める65歳以上人口の割合）は、2015年の国勢調査によると、全国平均の26.6％に対し、24.8％と全国で6番目に低い状況となっている。

今後2025年には約28％、2035年には約32％になると推計されている。

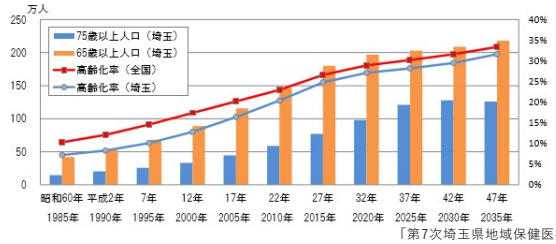
④ 75歳以上人口は、都市部では急速に増加し、もともと高齢者人口の多い地方でも緩やかに増加する。各地域の高齢化の状況は異なるため、各地域の特性に応じた対応が必要。

※都道府県名欄の（ ）内の数字は倍率の順位

	埼玉県(1)	千葉県(2)	神奈川県(3)	愛知県(4)	大阪府(5)	～	東京都(17)	～	鹿児島県(45)	秋田県(46)	山形県(47)	全国
2015年 <>は割合	77.3万人 <10.6%>	70.7万人 <11.4%>	99.3万人 <10.9%>	80.8万人 <10.8%>	105.0万人 <11.9%>		146.9万人 <10.9%>		26.5万人 <16.1%>	18.9万人 <18.4%>	19.0万人 <16.9%>	1632.2万人 <12.8%>
2025年 <>は割合 （ ）は倍率	120.9万人 <16.8%> （1.56倍）	107.2万人 <17.5%> （1.52倍）	146.7万人 <16.2%> （1.48倍）	116.9万人 <15.7%> （1.45倍）	150.7万人 <17.7%> （1.44倍）		194.6万人 <14.1%> （1.33倍）		29.5万人 <19.5%> （1.11倍）	20.9万人 <23.6%> （1.11倍）	21.0万人 <20.6%> （1.10倍）	2180.0万人 <17.8%> （1.34倍）

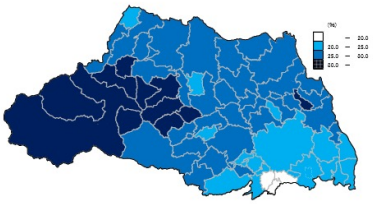
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成30(2018)年3月推計)」より作成

【図表1-2-2-3　高齢化率の見通し（埼玉県・全国）】

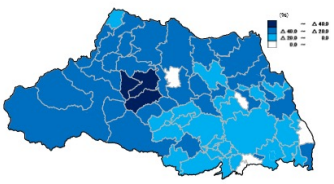


「第7次埼玉県地域保健医療計画」より

老年人口割合の分布



将来推計による人口減少率の分布（平成22年→平成52年）



埼玉県ホームページ「統計からみた埼玉県知町村のすがた2017」より

医　師　法

第一章　総則

第一条　医師は、医療及び保健指導を掌ることによつて公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もつて国民の健康な生活を確保するものとする。

第五章　業務

第二十三条　医師は、診療をしたときは、本人又はその保護者に対し、療養の方法その他保健の向上に必要な事項の指導をしなければならない。

2021/5/11

超高齢社会に求められるパラダイムシフト

高齢化が進行し慢性期医療を中心とした高齢者ケアでは、疾病治癒を目的とした医療だけでなく、生活の質(QOL)の向上を妥当性の基準として医療・看護・介護を包括した地域全体のケア体制が必要である。

超高齢社会は医療の役割を変える

疾病治癒の医療		人生を支える医療
急性期医療		看取り医療
長寿Anti-Ageing		天寿With-Ageing
Cure		Care
病院		地域
専門医(疾病・臓器)		かかりつけ医(人生)
根治療法		対症医療・緩和ケア
Date		QOL

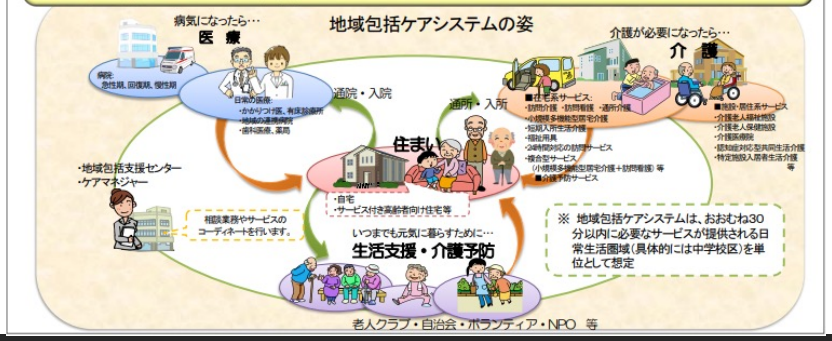
地域包括ケアシステムとは

○ 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現**。

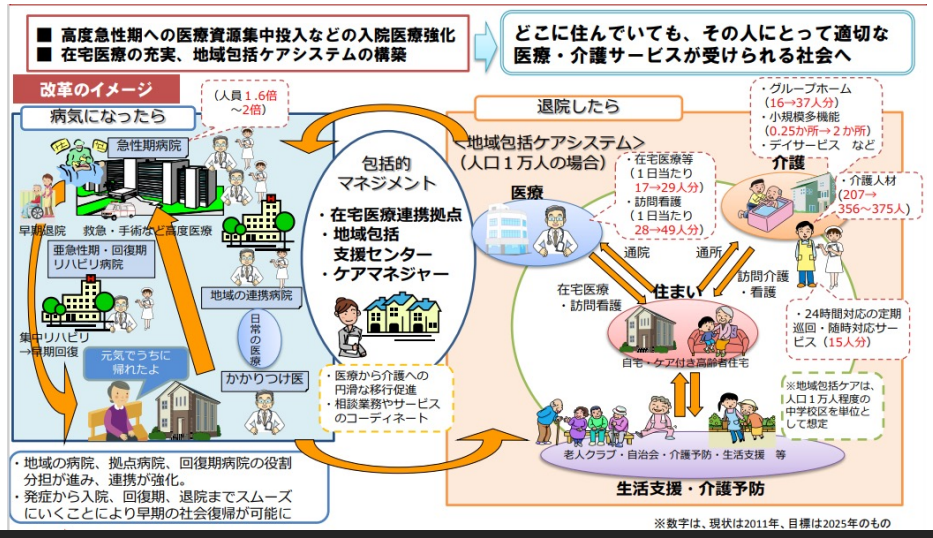
○ 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。

○ 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**。

○ 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要。



医療・介護サービス保障の強化



厚生労働省社会保障改革推進本部資料「社会保障改革で目指す将来像」より

なぜ在宅医療に興味を持ち、研修を受ける事にしましたか？
かかりつけの患者さんの通院が難しくなったから
病院へ紹介した癌患者さんが家に帰りたいと相談してきたから
大病院から副主治医的に補佐を依頼されたから

かかりつけ医や病院の医師が在宅医療に乗り出すきっかけの多くは患者さんが通院できなくなっても先生に最後まで診てほしいと言って頂いた時では・・・

在宅医療とは

訪問診療

計画的な医療を訪問で行うこと

往診

患者様の要請で都度緊急的に伺って診療すること

在宅医療の対象患者とは？

原則16km以内の通院困難な人

寝たきり・準寝たきりで通院困難
自宅療養している患者
医師の配置が義務付けられていない施設の入居者
↳ 特別養護老人ホーム
養護老人ホーム
軽費老人ホーム
有料老人ホーム
サービス付き高齢者向け住宅
特定施設、地域密着型特定施設、外部サービス利用型特定施設
短期入所生活介護事業所
認知症対応型共同生活介護事業所（グループホーム）
小規模多機能型居宅介護時勃初、看護小規模多機能型居宅介護事業所
上記以外の社会福祉施設、障害者施設など

※通院困難とは（在宅患者訪問診療料算定から）
少なくとも独歩で家族・介助者等の助けを
借りずに通院が出来るものなどには算定できない

訪問診療を行う診療所について

訪問診療を行う診療所のタイプは３つ

①一般診療所

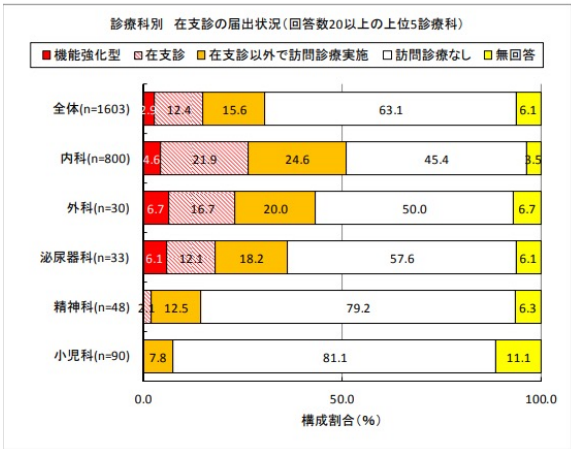
②在宅療養支援診療所

③機能強化型在宅診療支援診療所

（③－１単独型　③－２連携型）

MEMO
②在宅療養支援診療所を在支診と呼ぶ
また病院版が在宅療養支援病院である

図 2.3.1　診療科別　在支診の届出状況



かかりつけ医機能と在宅医療について の診療所調査結果（2016 年 11 月実施） No.378 2017 年 2 月 28 日 日本医師会総合政策研究機構 日本医師会保険医療

訪問診療を行う診療所について

	③　機能強化型在宅療養支援診療所		在宅療養支援診療所
	③－１　単独型	③－２　連携型	
全てが満たすべき基準	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年に１回、看取り数等の報告 ⑦当該地域の保健医療・福祉サービスとの連携		
機能強化型が満たすべき基準	⑧在宅医療を担当する常勤の医師 ３人以上	⑧在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で３人以上	
	⑨過去１年間の緊急往診の実績 １０件以上	⑨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	
	⑩過去１年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績の いずれか４件以上	⑩過去１年間の看取りの実績が連携内で ４件以上 各医療機関で超・準超重症児の医学管理 の実績のいずれか２件以上	
在宅患者が９５％以上※ の在支診が満たすべき基準 （在宅医療を専門に行う医療機関）	⑪５カ所/年以上の医療機関からの新規患者紹介実績 ⑫看取り実績が２０件/年以上又は超・準超重症児の医学管理の実績のいずれか１０人/年以上 ⑬（施設入居時等医学総合管理料）/（在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の件数）≦０．７ ⑭（要介護３以上の患者＋重症患者）/（在宅時医学総合管理料・施設入居時医学総合管理料の件数）≧０．５		

※１か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち往診又は訪問診療を実施した患者の割合が９５％以上

届出書類は関東信越厚生局へ

https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kantoshinetsu/shinsei/shido_kansa/shitei_kijun/h30/tokukei_shinryo_r02.html

関東信越厚生局
Kanto-Shinetsu Regional Bureau of Health and Welfare

ホーム | アクセス | 申請等手続き | 業務内容 | 関東信越厚

関東信越厚生局 > 申請等手続き > 施設基準の届出等 > 特掲診療料の届出一

特掲診療料の届出一覧(令和2年度診療報酬改定)

当ページについて

様式 19

在宅時医学総合管理料
特定施設入居時等医学総合管理料
の施設基準に係る届出書添付書類

1　次のいずれかに○をつけること。
（1）診療所（在宅療養支援診療所）
（2）診療所（在宅療養支援診療所以外の診療所）
（3）医療法の許可病床数が200床未満の病院
（4）在宅療養支援病院

2　「1」の(1)に○をつけた場合には、在宅療養支援診療所（様式１１の１）の届出状況を記載
（1）今回届出
（2）既届出（届出年月）：　　年　　月

3　在宅医療を担当する常勤医師の氏名

［記載上の注意］
1「2」の(1)に○をつけた場合には、併せて様式 11 の提出が必要であること。
2　緊急時の連絡・対応方法についての患者等への説明文書の例を添付すること。

別添２

特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード　　届出番号（支援診１）第　　号

連絡先
担当者氏名：
電話番号：

（届出事項）

［　在宅療養支援診療所　］の施設基準に係る届出
（※別添１の「第９」の１の(1)に規定する在宅療養支援診療所）

[2-025]　(20033)

□　当該届出を行う前６月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。
□　当該届出を行う前６月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。
□　当該届出を行う前６月間において、健康保険法第７３条第１項及び高齢者の医療の確保に関する法律第７０条第１項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。
□　当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。

平成　　年　　月　　日

保険医療機関の所在地
及び名称

開設者名　　印

関東信越厚生局長　殿

備考１　［　］欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。
２　□には、適合する場合「レ」を記入すること。
３　届出書は、１通提出のこと。

別添２

特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード　　届出番号（在医総管）第　　号

連絡先
担当者氏名：
電話番号：

（届出事項）

［在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料］
の施設基準に係る届出

[2-054]　(20071)

□　当該届出を行う前６月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。
□　当該届出を行う前６月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。
□　当該届出を行う前６月間において、健康保険法第７３条第１項及び高齢者の医療の確保に関する法律第７０条第１項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。
□　当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。

平成　　年　　月　　日

保険医療機関の所在地
及び名称

開設者名　　印

関東信越厚生局長　殿

備考１　［　］欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。
２　□には、適合する場合「レ」を記入すること。
３　届出書は、１通提出のこと。

届出書類の記載方法

（1）単独型機能強化型在支援
（2）連携型機能強化型在支援
（3）機能強化でない在支援

様式 11

在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出書添付書類

1　在宅療養支援診療所の区分（次のいずれかに○をつけること。）
（1）「第9」の1の(1)に規定する在宅療養支援診療所
（2）「第9」の1の(2)に規定する在宅療養支援診療所
（3）「第9」の1の(3)に規定する在宅療養支援診療所

2　当該診療所の在宅医療を担当する医師

常勤の医師名	①	単独型では必ず3人、他は1人で可
	②	
	③	

3　当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関

名称	開設者	許可病床数	在宅医療を担当する常勤の医師名
①		（　　）床	
②		（　　）床	
③		（　　）床	
④		（　　）床	
⑤		（　　）床	
⑥		（　　）床	
⑦		（　　）床	
⑧		（　　）床	

連携型のみ記載する
２の医師と合計3名の常勤医師が必要

4　当該診療所における 24 時間の直接連絡を受ける体制
（次のいずれかに○をつけ、医師名等を記入すること。）
（1）担当者が固定している場合
（2）曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合（主な担当者を記載することで差しつかえない。）
・担当医師名：
・看護職員名：
・連絡先：

医師か看護師のいずれかの記載するで可
連携型では一元化した連絡先を記載

5　24 時間往診が可能な体制
（次のいずれかに○をつけ、医師名等を記入すること。）
（1）当該診療所の担当医師名：
（2）連携保険医療機関の名称及び担当医師名
・名称：
・担当医師名：

6　24 時間訪問看護が可能な体制
((2)、(3)がある場合には名称等を記入すること。)

全てに○

（1）当該診療所の担当看護職員名：
（2）連携保険医療機関の名称等
・名称：
・開設者：
・担当看護職員名：
・連絡先：
(3) 連携訪問看護ステーションの名称等
・名称：
・開設者：
・担当看護職員名：
・連絡先：

7　緊急時に入院できる体制
（次のいずれかに○をつけ、(2)又は(3)の場合には名称等を記入すること。）
(1) 当該診療所のみで確保
(2) 当該診療所及び連携保険医療機関で確保
・名称：
・開設者：
(3) 連携保険医療機関のみで確保
・名称：
・開設者：

無床診療所の場合は（3）に○

8　次の項目に対応可能である場合に○をつけること。

(1)「4」及び「5」、「6」に、連携保険医療機関又は連携訪問看護ステーションがある場合には、当該施設において緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を当該施設に対して文書（電子媒体を含む。）により随時提出すること。
なお、在宅支援連携体制を構築する場合は、月１回以上のカンファレンスを実施していること。
(2) 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
(3) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。

9　在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算に係る届出
（1）届出の有無
①　在宅緩和ケア充実診療所・病院加算（　有　・　無　）
②　在宅療養実績加算1（　有　・　無　）
③　在宅療養実績加算2（　有　・　無　）
（2）緩和ケアに係る研修を受けた医師　　氏名（　　）
（3）緩和ケア病棟又は在宅での１年間の看取り実績が 10件以上の保険医療機関において、3か月以上の勤務医が ある医師
①　氏名（　　）
②　勤務を行った保険医療機関名（　　）
③　勤務を行った期間（　年　月　日～　年　月　日）
（4）過去に、患者が自ら注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を5件以上実施した経験のある常勤の医師 氏名（　　）

９は在宅緩和ケア充実診療所、病院加算
在宅療養実績加算を届け出る場合のみ記載

（5）直近１年間に、自ら注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を実施した患者数
（算出に係る期間：　年　月　日～　年　月　日）　名
（6）直近１年間にオピオイド系鎮痛薬を投与した患者数　名

10　直近１月間において往診又は訪問診療を実施した患者の割合
（算出に係る期間：　年　月　日～　年　月　日）

（1）	初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者数	名
（2）	往診又は訪問診療を実施した患者数	名
（3）	往診又は訪問診療を実施した患者の割合 （2）／（1）	９５％

11　主として往診又は訪問診療を実施する診療所に係る状況
（1）直近１年間に、訪問診療を開始した患者の紹介（文書によるものに限る。）を受けた保険医療機関（算出に係る期間：　年　月　日～　年　月　日）

	保険医療機関の名称	患者の紹介を行った医師	患者の紹介を受けた日付
①			
②			
③			
④			
⑤			

往診・訪問診療の患者割合が９５％以上の場合のみ11を記載
(在宅医療を専門に行う医療機関)

（2）直近１月間の診療実績（算出に係る期間：　年　月　日～　年　月　日）

①	在宅時医学総合管理料を算定した患者数	名
②	施設入居時等医学総合管理料を算定した患者数	名
③	①及び②のうち、要介護3以上又は別表第八の二に規定する別に厚生労働大臣が定める状態に該当する患者数	名
④	施設入居時等医学総合管理料を算定した患者の割合 ②／(①+②)	%
⑤	要介護3又は別表第八の二に規定する別に厚生労働大臣が定める状態に該当する患者の割合 ③／(①+②)	%

（1）は自院での訪問看護の場合
（2）は外部の医療機関の訪問看護と連携する場合
（3）は外部の訪問看護ステーションと連携する場合
※（2）（3）は主の1カ所の記載

［記載上の注意］
1「9」の(1)又は「第9」の1の(2)に規定する在宅支援連携体制を構築する在宅療養支援診療所が記載すること。
2「第9」の1の(2)に規定する在宅療養支援診療所は、当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関間で一元化した連絡先を、「4」の連絡先に記載すること。
3　24 時間の直接連絡を受ける体制、24 時間往診が可能な体制及び 24 時間訪問看護が可能な体制について、患家に対して交付する文書を添付すること。
4　当該届出を行う場合には、「在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料（様式１９）及び「在宅がん患者総合診療料（様式 20）」の届出が行われているかについて確認すること。
5　「9」については、届出に当たって必要な事項を記載すること。また、在宅療養実績加算に係る届出については、「在宅療養実績加算に係る報告書」（様式 11 の5）を添付すること。
6　[illegible]医師については、緩和ケアに係る研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。
7　「10」の(3)に規定する往診又は訪問診療を実施した患者の割合が 95%以上の医療機関は、「11」を記入し、併せて「在宅療養支援診療所にかかる報告書（様式 11 の3）」を添付すること。

図 2.2.8　在宅患者への 24 時間対応実施状況別　1 施設当たり常勤医師数

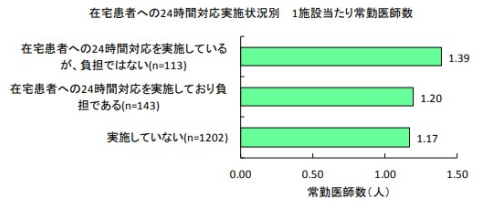
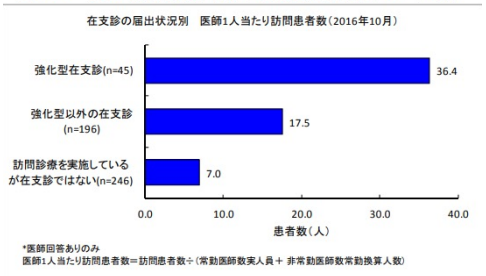
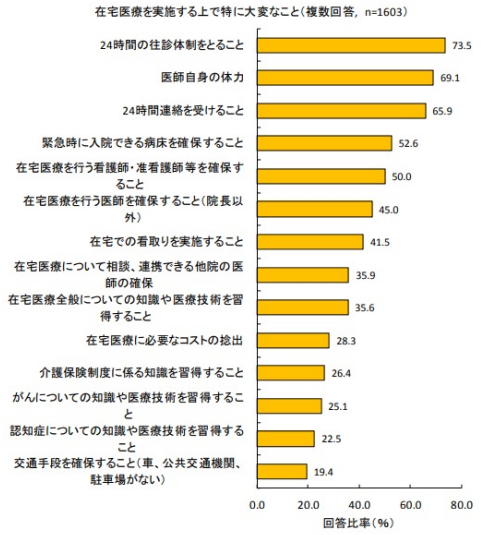


図 2.3.8　在支診の届出状況別　医師 1 人当たり訪問患者数（2016 年 10 月）



*医師回答ありのみ
医師1人当たり訪問患者数＝訪問患者数÷(常勤医師数実人員＋非常勤医師数常勤換算人数)

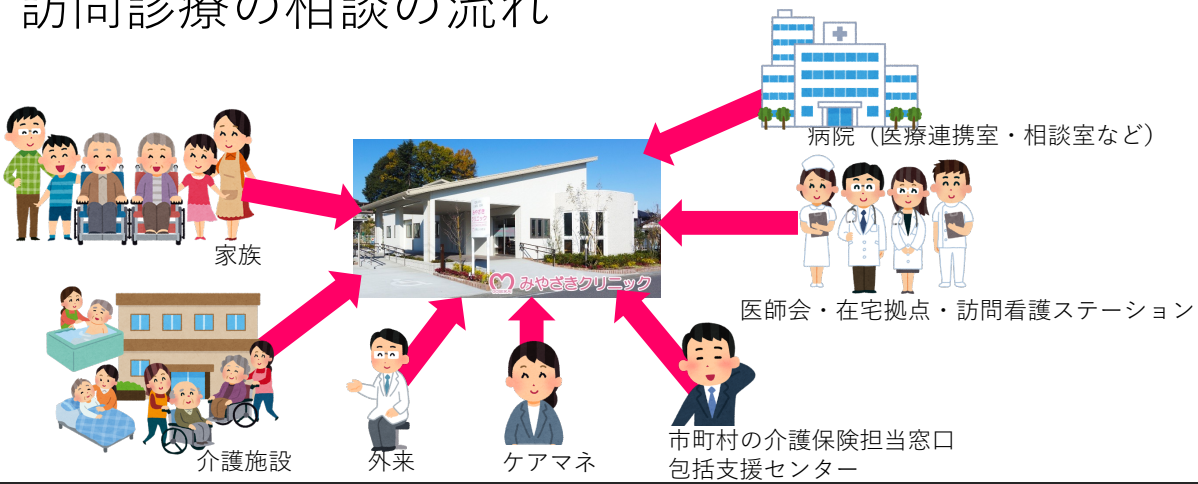
図 2.3.18　在宅医療を実施する上で特に大変なこと



かかりつけ医機能と在宅医療について の診療所調査結果（2016 年 11 月実施） No.378 2017 年 2 月 28 日 日本医師会総合政策研究機構 日本医師会保険医療

導入面接

訪問診療の相談の流れ



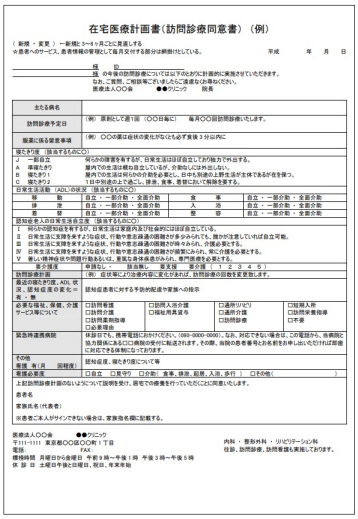
Advance Care Planning(ACP) ・人生会議

アドバンスケアプランニング

「さあ始めよう、人生会議」は、埼玉県医師会と埼玉県が企画・制作したDVDです。埼玉県医師会のホームページからダウンロードして鑑賞してください。

今年度からACPについての地域住民向けの講演も始まります
※各医師会3名で各市町村などに出向いて
ノート記載などのレクチャーなどを行う予定です

在宅療養計画書の作成



在宅医療計画書（訪問診療同意書）（例）

（ 新規・変更 ）一新規にシート共ごに変更しする
※患者へのサービス、患者情報の管理にて毎月交付する部分は網掛けとしている。

平成　　年　　月　　日

様　　印
私　の在宅の訪問診療については下記のに計画的に実施させていただきます。
なお、ご質問、ご相談等ございましたらご遠慮なくお尋ねください。
医療法人〇〇会　　●●クリニック　　院長

主たる病名	
訪問診療予定日	（例）原則として週1回（〇〇日毎に）　毎月〇〇回訪問診療いたします。
服薬に係る留意事項	（例）〇〇の薬は自状の変化がなくても必ず食後３分以内に

現ただ状況（該当するものに〇）

J	一部自立	何らかの援護を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。	
A	準寝たきり	屋内での生活は何らかの介助を必要とし、日中も頻繁のベッド上での生活が主体であるが座位を保つ。	
B	寝たきり1	屋内での生活は何らかの介助を必要とし、日中も頻繁のベッド上での生活が主体であるが座位を保つ。	
C	寝たきり2	1日中同じ姿勢のまたは、排泄、食事、着替において援助を要する。	

日常生活活動（ADL）の状況（該当するものに〇）

寝返り	自立・一部介助・全面介助	食事	自立・一部介助・全面介助		
排泄	自立・一部介助・全面介助	入浴	自立・一部介助・全面介助		
着替	自立・一部介助・全面介助	整容	自立・一部介助・全面介助		

認知症老人の日常生活自立度（該当するものに〇）

I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にはほぼ自立している。
II	日常生活に支障をきたような症状、行動や意思疎通の問題が多少みられても、誰かが注意していれば自立可能。
III	日常生活に支障をきたすような症状、行動や意思疎通の問題が時々みられ、介護を要する。
IV	日常生活に支障をきたすような症状、行動や意思疎通の問題が頻繁にみられ、常に介護が必要とする。
V	著しい精神症状や問題行動あるいは、著しな身体疾患がみられ、専門医療を必要とする。

要介護度　　申請なし　　非該当　　要支援　　要介護（　1　2　3　4　5　）

訪問診療計画	（例）症状等に介治療内容に変化があれば、訪問診療の回数を変更致します。
最近の現ただ状況（ADL、状況、認知症患者の変化等）	認知症患者に対する予防的配慮や家族への指示
必要な福祉、保健、介護サービス等について	□訪問看護　□訪問入浴介護　□通所リハビリ　□短期入所 □訪問介護　□福祉用具貸与　□通所介護　□訪問栄養指導 □訪問薬剤指導　□訪問診療　□不要 □必要理由
緊急時連携病院	休日日でも、携帯電話におけ代でください。（090-0000-0000）なお、対応できない場合は、この電話から、当病院に協力関係にある□□病院の受付に転送されます。その際、当院の患者番号とお名前をお申しおいただければ即座に対応できる体制にとっております。
その他	認知症度、寝たきり度について等
看護必要度	□自立　□見守り　□介助（食事、排泄、起居、入浴、歩行　）　□その他（　　）

上記訪問診療計画のないようについて説明を受け、居宅での療養を行っていただくことに同意いたします。

患者名

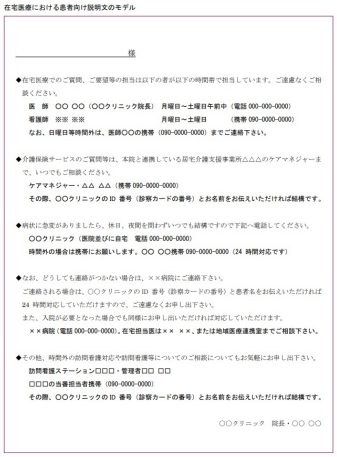
家族氏名（代表者）

※患者ご本人がサインできない場合は、家族当名欄に記載する。

医療法人〇〇会　　●●クリニック
〒111-1111 東京都〇〇区〇〇町１丁目
電話　　FAX
標榜時間 月曜日から金曜日 午前９時～午後１時 午後３時～午後５時
休 診 日 土曜日午後と日曜日、祝日、年末年始

内科・整形外科・リハビリテーション科
往診、訪問診療、訪問看護も実施しております。

24時間対応の説明文の作成



在宅医療における患者向け説明文のモデル

様

◆在宅医療でのご質問、ご要望等の担当は以下の者が以下の時間帯で担当しています。ご遠慮なくご相談ください。
医　師　〇〇 〇〇（〇〇クリニック院長）　月曜日～土曜日午前中（電話 000-000-0000）
看護師　※※ ※※　　月曜日～土曜日　　（携帯 090-0000-0000）
なお、日曜日等時間外は、医師〇〇の携帯（090-0000-0000）までご連絡下さい。

◆介護保険サービスのご質問等は、本院と連携している居宅介護支援事業所△△△のケアマネジャーまで、いつでもご相談ください。
ケアマネジャー△△ △△（携帯 090-0000-0000）
その際、〇〇クリニックの ID 番号（診察カードの番号）とお名前をお伝えいただければ結構です。

◆病状に急変がありましたら、休日、夜間を問わずいつでも結構ですので下記へ電話してください。
〇〇クリニック（医院並びに自宅　電話 000-000-0000）
時間外の場合は携帯にお願いします。〇〇 〇〇携帯 090-0000-0000（24 時間対応です）

◆なお、どうしても連絡がつかない場合は、××病院にご連絡下さい。
ご連絡される場合は、〇〇クリニックの ID 番号（診察カードの番号）と患者名をお伝えいただければ 24 時間対応していただけますので、ご遠慮なくお申し出下さい。
また、入院が必要となった場合でも同様にお申し出いただければ対応していただけます。
××病院（電話 000-000-0000）。在宅担当医は××　××、または地域医療連携室までご相談下さい。

◆その他、時間外の訪問看護対応や訪問看護等についてのご相談についてもお気軽にお申し出下さい。
訪問看護ステーション□□□・管理者□□　□□
□□□の当番担当者携帯（090-0000-0000）
その際、〇〇クリニックの ID 番号（診察カードの番号）とお名前をお伝えいただければ結構です。

〇〇クリニック　院長・〇〇 〇〇

訪問スタッフ

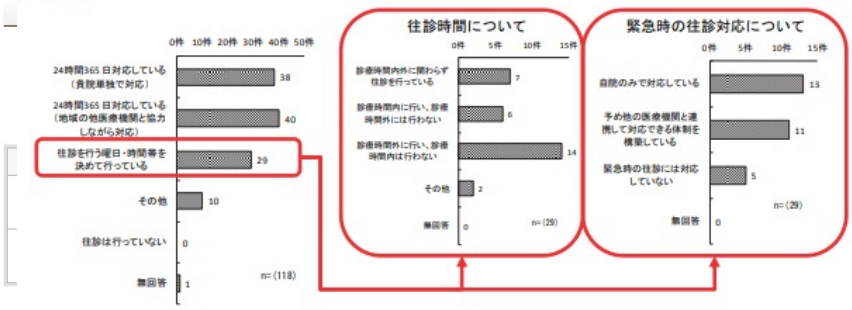
1）　医師
2）　看護師
3）　ドライバー
※検討事項
駐車場の確認
地図アプリやカーナビ
感染予防のため一人で移動

訪問グッズ

往診バック

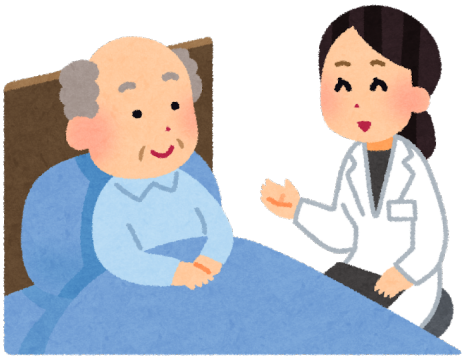
体温計：非接触型
血圧計
※接触する物は自宅で用意している物を使用
パルスオキシメーター
※ラップやビニール袋に入れて使用
聴診器
採血グッズ：針、シリンジ、アルコール綿、ガーゼ、包帯、テープなど
手袋
ゴミを入れるケースやビニール
カルテ：バイタル用紙、電子カルテなど

スケジュール作成



訪問診療のスケジュール作成は
①かかりつけ外来患者の求めに応じて臨時往診のみを行う
②月に1回訪問診療
③月に2回訪問診療を行う
④月に2回訪問診療を行う+24時間臨時往診
※自院の診療時間を配慮して無理のない計画を作成しましょう

訪　問・診　察



疾患についての理解やこれまでの治療についてのご本人とご家族に確認
今後の疾患治療について
残された人生についての希望ややりたいことをご本人とご家族に確認

白衣はあり？なし？
感染予防は？

2021/5/11

検　査

検体検査（血液・尿）、培養、酸素飽和度測定、心電図、迅速検査、超音波検査、レントゲン検査、細径内視鏡など

※在宅での検査には検体保管方法や結果確認までのタイムラグなどがあり、出来る事必要な事を考え行う

⇒目的：定期検査、スクリーニング、重症度判定など

※検査を行うグッズは往診バックに用意する

⇒往診バッグの中身で出来る検査が決まります

※訪問看護に依頼して行うことも出来ます

処　置

胃瘻チューブ、経鼻胃管

中心静脈栄養管理、CVポート

末梢静脈点滴、皮下輸液

輸血、胸水・腹水穿刺

モルヒネ・鎮痛薬の持続皮下注射

気管カニューレ、膀胱カテーテル

褥瘡ケア

栄養管理

⇒摂食嚥下、口腔ケア

歯科医師、STや管理栄養士との連携

※無理をしない⇒緩和ケア専門医や専門の医師との連携

訪問看護など多職種との連携

講習会や手技動画、紹介元への確認

投　薬・処　方

訪問診療の場合
予定の薬剤は事前に記載して用意しておく
※変更の場合のために印鑑が必要

往診の場合
病状から判断
※薬局との連携も必要

診療報酬の算定

基本報酬

往診料

在宅患者訪問診療料

各種届出での報酬

在宅時医療総合管理料

または

施設入居時等医学総合管理料

患者の状態に応じた基本報酬の加算

在宅ターミナル加算

看取り加算

死亡診断加算

包括的支援加算

頻回訪問加算

在宅移行早期加算

患者の状態に応じた報酬

在宅療養指導管理料

在宅患者訪問点滴注射管理指導料

在宅患者訪問褥瘡管理指導料

検査、処置、注射にかかる費用

など

書類関連や連携対応などの報酬

訪問看護指示料

退院時共同指導料

在宅患者緊急時等カンファレンス料

など

診療報酬の算定

診療報酬点数上の分類

①在宅患者診療・指導料

往診料
在宅患者訪問診療料
在宅時医療総合管理料
施設入居時等医学総合管理料
在宅がん医療総合診療料
など

②在宅療養指導管理料

在宅酸素療法指導管理料
在宅自己注射指導管理料
など

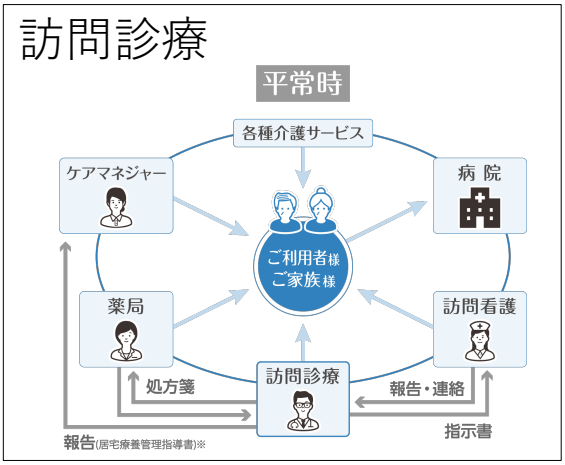
③薬剤料
注射薬
など

④特定保険医療材料料
創傷被膜材
な

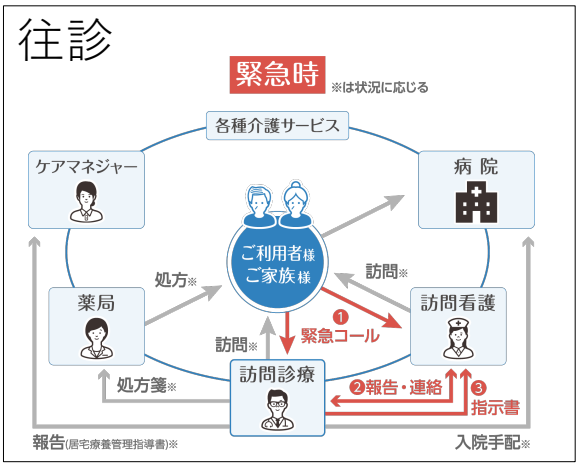
⑤その他
診療情報提供料
など

在宅医療での多職種連携とは

訪問診療



往診

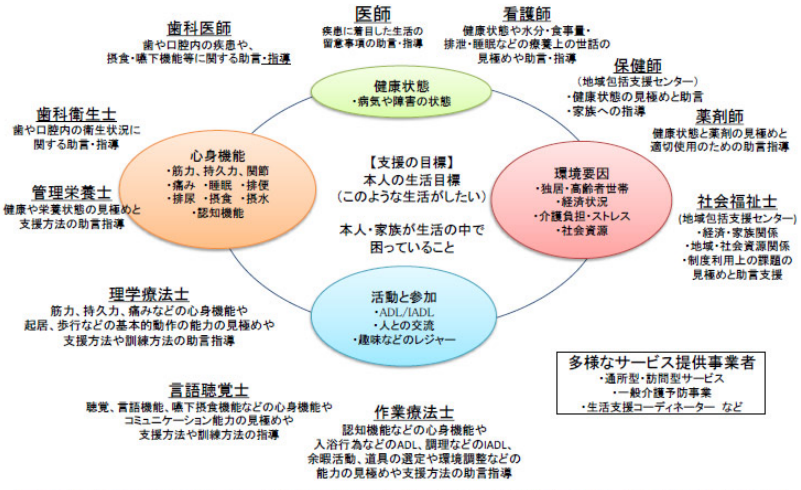


埼玉県医師会 地域包括ケアシステムとICTの活用

在宅医療でのICT導入

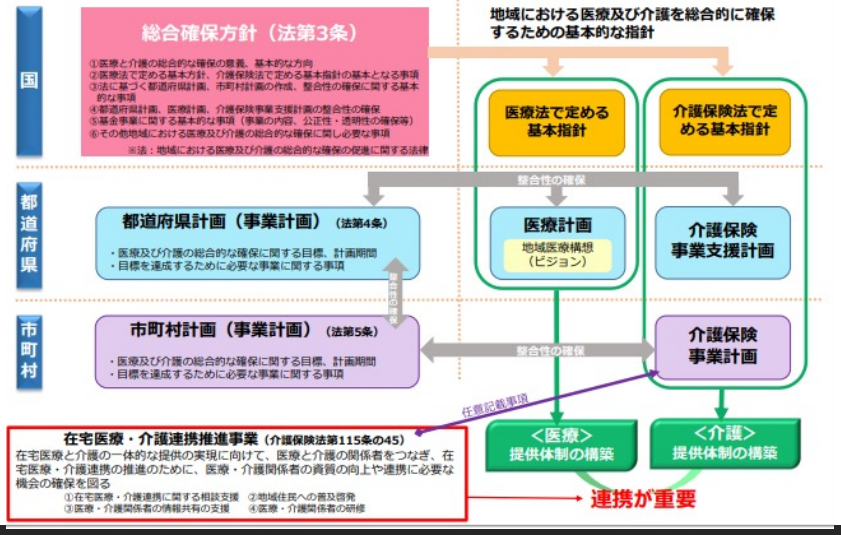
医療介護連携のための コミュニケーションツール

多職種連携（サービス担当者会議）

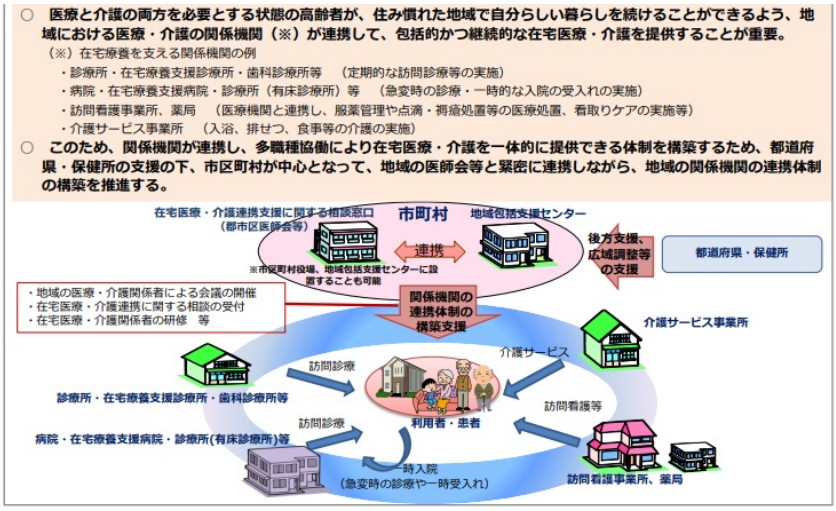


対象者の生活目標を達成するために、なぜうまくできないのか、困っているかの要因を分析する際に、様々な職種が得意とするアセスメント領域の自立の可能性について意見を参考とすることで、生活の目標を阻害している要因を特定することができる。
また、自立に向けた具体的解決策についても提案していただくことで、効果的自立支援が実施できる。

在宅医療・介護連携推進事業と他計画の関係性



在宅医療・介護連携の推進



在宅医療・介護連携推進事業

○　在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～）により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化。
○　介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、都市区医師会等と連携しつつ取り組む。
○　実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。
○　各市区町村は、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。
○　事業項目の一部を都市区医師会等（地域の中核的医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
○　都道府県・保健所は、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施関連の資料や事例集の整備等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

○事業項目と取組例

（ア）地域の医療・介護の資源の把握
- ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リスト・マップ化
- ◆ 必要に応じて、連携に有用な項目（在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等）を調査
- ◆ 結果を関係者間で共有

（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
- ◆ 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討

（ウ）切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進
- ◆地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援
- ◆ 情報共有シート、地域連携パス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援
- ◆ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用

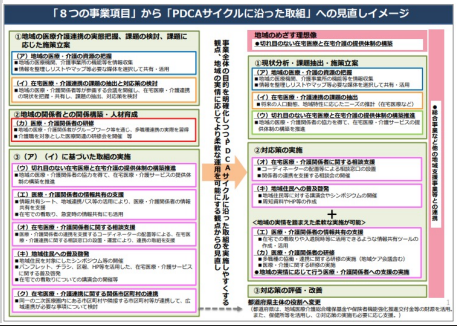
（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援
- ◆ 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援。

（カ）医療・介護関係者の研修
- ◆ 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実際を習得
- ◆ 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催等

（キ）地域住民への普及啓発
- ◆ 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催
- ◆ パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
- ◆ 在宅での看取りについての講演会の開催等

（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携
- ◆同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討

「８つの事業項目」から「PDCAサイクルに沿った取組」への見直しイメージ

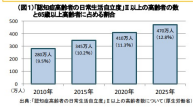


在宅医療・介護連携推進事業

在宅医療・介護の推進に当たっての課題

○ 65歳以上高齢者のうち、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者が増加していく（図1）。
○ 世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく（図2）。
○ 在宅医療・介護を推進するには、地域における医療・介護の関係機関の連携が重要であるが、現状では、訪問診療を提供している医療機関の数も十分とは言えず（図3）、また、連携も十分には取れていない（図4）。

（図1）「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者の数と65歳以上高齢者に占める割合

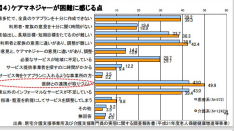


（図2）世帯数

（図3）訪問診療を実施している医療機関

	数	対全数の割合(%)
病院	2,407	28.0
診療所	13,950	20.0
訪問看護ステーション	5,815	－

（図4）ケアマネジャーが困難に感じる点



（カ）医療・介護関係者の研修

地域の医療・介護関係者の連携を実現するために、他職種でのグループワーク等の研修を行う。
また、必要に応じて、地域の医療関係者に介護に関する研修会の開催、介護関係者に医療に関する研修会の開催等の研修を行う。

実施内容・方法

1. 多職種連携についてのグループワーク
（1） 研修の目標、内容等を含む実施計画案を作成し、医療・介護関係者等の理解と協力を得る。
（2） 医療・介護関係者等を対象にグループワーク等の多職種研修を開催する。
＜研修例＞　医療機関・介護事業所等の地域における役割・特徴等の共有、(イ)で抽出した地域課題の優先度を踏まえたテーマや事例等に対し、グループで意見交換等を行う　等

2. 医療・介護関係者に対する研修
（1） 既存の研修の内容・回数等を確認し、新たな研修の必要性について検討。
（2） 新たに研修する場合は、研修内容、目標等を含む実施計画を作成と、既存の研修との位置づけを整理。
（3） 参加者に対するアンケートやヒアリング等を実施し、研修の評価・改善につなげる。

＜医療関係者に対する研修の例＞
介護保険で提供されるサービスの種類と内容、
ケアマネジャーの業務、
地域包括ケアシステム構築を推進するための取組
（地域ケア会議等）等に関する研修

＜介護関係者に対する研修の例＞
医療機関の現状等、予防医学や栄養管理の考え方、
在宅医療をうける利用者・患者に必要な医療処置や療養上の注意点等に関する研修

多職種連携推進の取組
・在宅ケア活動発表会（かたり隊）
地域包括ケアシステムの実現に向けた地域の取り組みを共有

「まちづくりっうるの　今でしょ！
チーム平成で進める地域協働ケア」

「夫婦二人が自宅で生活を送れるように、
多職種連携で支援した。」

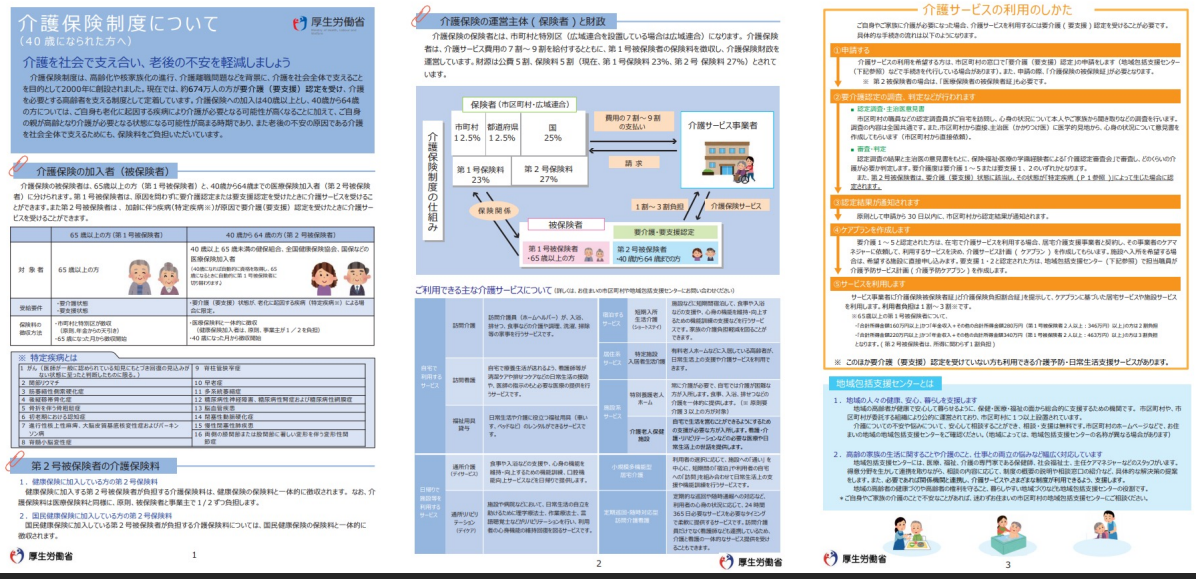
「地域が一体となった連携活動を！
～地域住民と共に行う地域枠リレー」

「熊本在宅ドクターネットにおける
『事前指定書』作成の取り組み」

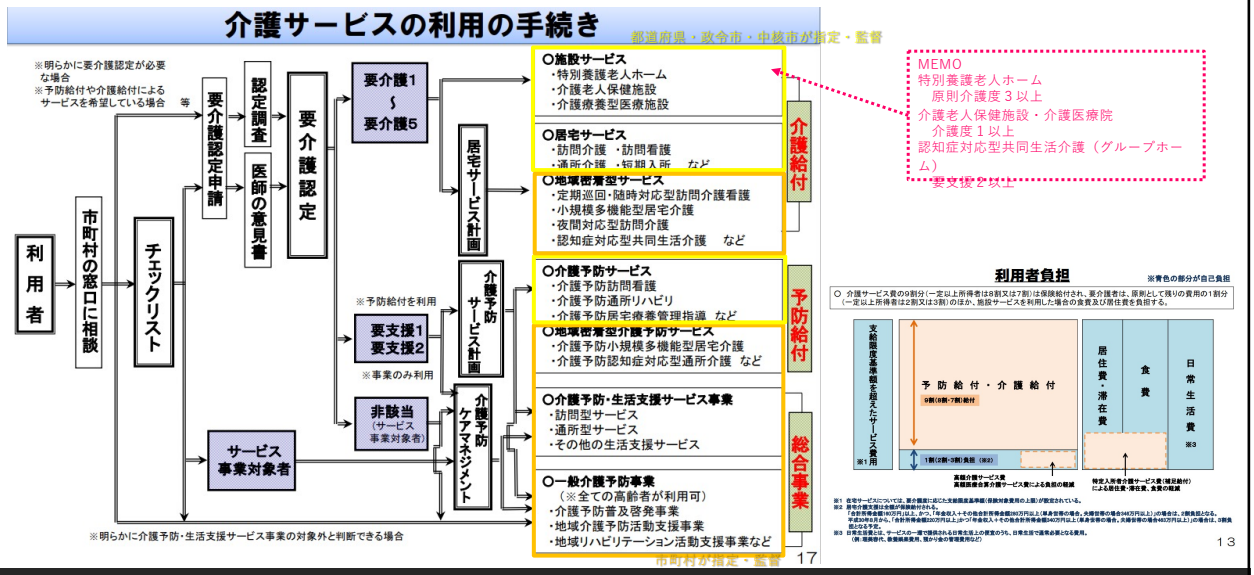
「多職種プレゼンリレー」

（平成26年度厚生労働省老人保健健康増進等事業　野村総合研究所）

介護保険について



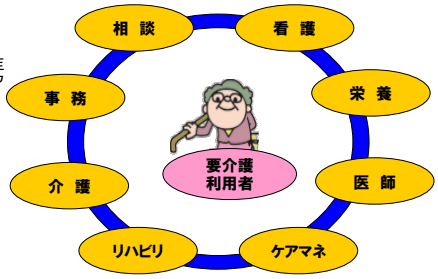
介護保険について



厚生労働省資料より

介護老人保健施設について

①包括的ケアサービス施設
　　医療と福祉のサービスを統合→他職種連携
②リハビリテーション施設
　　生活機能の維持・向上を目的とする
③在宅復帰（中間）施設
　　在宅復帰を目指す施設
　　中間施設（病院→自宅、病院→長期施設など）
④在宅生活支援施設
　　高齢者と家族を支える
⑤地域に根ざした施設
　　住み慣れた地域で過ごすために支援する→地域包括ケア



MEMO
認知症短期集中リハビリ
ミールラウンド
ACPの推進
ターミナルケア
総合医療管理加算
（短期入所療養介護における医学的管理）

埼玉県での地域医療において
皆様のますますのご活躍を楽しみにしております！

ご清聴ありがとうございました