

医業経営情報

REPORT

Available Information Report for Corporate Management

2018

12

医業経営

在宅医療需要拡大に対応する 在宅医療参入促進策の概要

- ① 在宅医療需要の拡大と外来医療需要の減少
- ② 在宅医療参入促進のインセンティブ
- ③ 医療連携体制の強化と看取りの充実
- ④ オンライン診療と在宅医療需要への対応

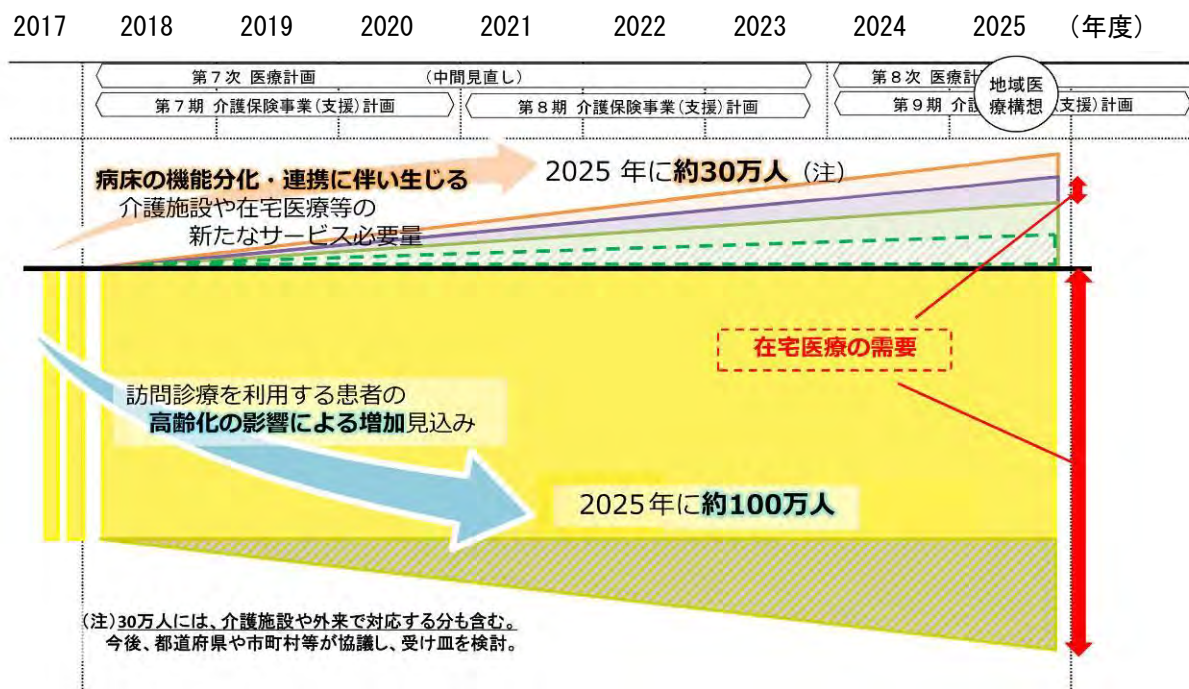
1 | 在宅医療需要の拡大と外来医療需要の減少

1 | 在宅医療の需要拡大

(1) 在宅医療需要拡大の見込み

厚生労働省「第11回医療計画の見直し等に関する検討会」で公開された資料によると、高齢化の進展や療養病床の医療区分1の入院患者の70%と医療資源投入量の低い入院患者等を介護施設や在宅医療等に移行させることにより在宅医療の需要は大幅に増える見込みとなっています。

◆在宅医療の需要拡大の見込み



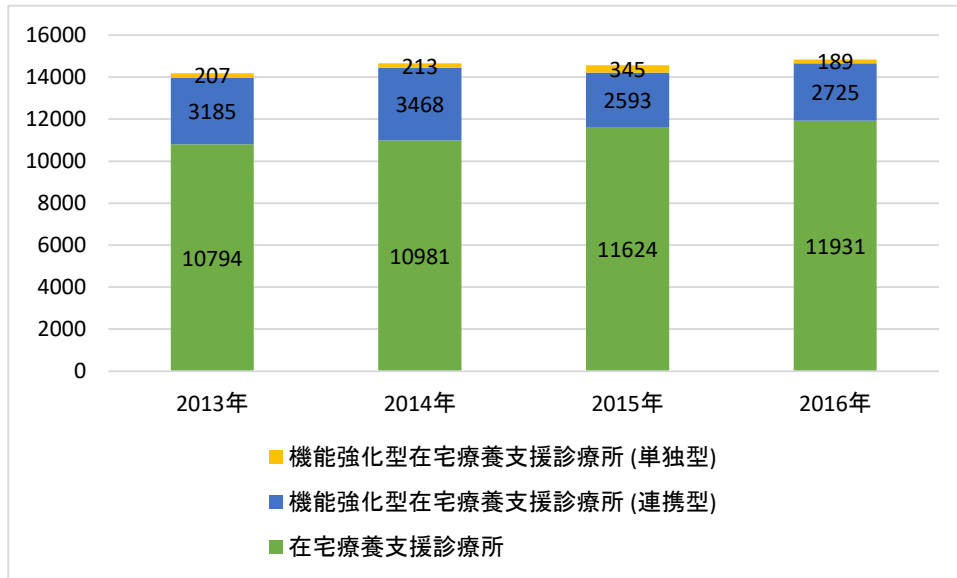
(出典) 厚生労働省 第11回 医療計画の見直し等に関する検討会 資料1

(2) 整備が進まない在宅医療提供体制

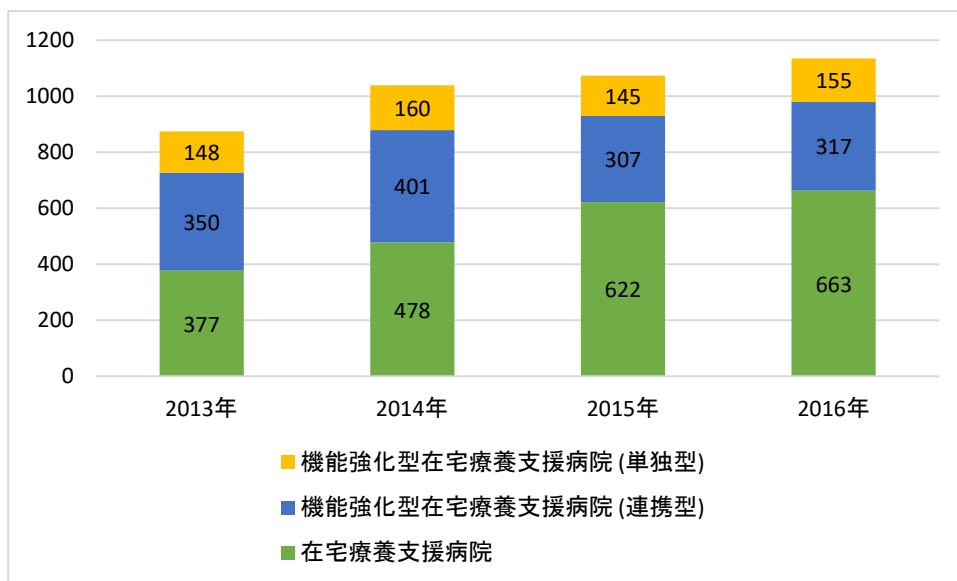
24時間対応体制の在宅医療を提供する医療機関(在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院)の数は、在宅療養支援診療所(在支診)は横ばい、在宅療養支援病院については微増していますが、在宅医療を担う医療機関は訪問診療の需要の伸びと比較すると増えていないのが現状です。

政府は、今後需要の拡大が予想される在宅医療に対し、診療報酬を上げて対応をしています。

◆在宅療養支援診療所数の推移



◆在宅療養支援病院数の推移



(参考) 厚生労働省 主な施設基準の届出状況等

2 | 減少する外来医療需要

2015年3月に公表された経済産業省の「将来の地域医療における保険者と企業の在り方に関する研究会報告書」で、外来医療需要は2025年にピークを迎え、その後減少に転ずるとい見通しが示されました。一方、入院医療需要は2040年がピークで、その後はおおむね横ばいで推移する見込みです。

◆入院医療需要と外来医療需要の推移



(出典) 経済産業省 将来の地域医療における保険者と企業の在り方に関する研究会報告書 (2015年3月)

入院医療需要は加齢に伴い増加し、外来医療需要は若年層の医療需要の割合が大きく、80歳を超えると減少に転じる傾向があります。

そのため、団塊の世代が後期高齢者となる2025年にかけて、外来・入院医療需要の双方が増加していき、その中でも入院に関する医療需要の伸びが大きくなることは既に認識されており、これに向けた医療提供体制の整備が進められているところです。

2025年以降は、高齢化が引き続き進行する中で、入院医療需要はさらに増加し、外来医療需要は、若年層人口の減少に加え、団塊の世代が80歳以上になることにより減少に転じることが予想されます。

こうした入院と外来の医療需要の推計から、将来的に多くの地域において、診療所をはじめとする外来医療需要減少への対応のため、医療資源を在宅による訪問診療・看護等に活用することで対応していくことが考えられます。

2 | 在宅医療参入促進のインセンティブ

1 | 質の高い在宅医療の確保に向けた取り組み

政府としては、在宅医療のニーズの増大に備え診療報酬の見直しを行い、在宅医療の報酬を高くしてその担い手を増やす方針を明らかにしています。

今次改定では、外来医療や入院医療において、在宅医療の提供実績を要件とした報酬が設定されたことが重要なポイントのひとつとなりました。

◆ 質の高い在宅医療の確保のための診療報酬改定

【在宅医療の提供体制の確保】

在宅医療の提供体制では、在支診以外の医療機関の訪問診療（裾野の拡大）が必要である一方、かかりつけ医機能の一部として在宅医療を提供するには、24 時間体制の確保が負担

【在宅患者の状態に応じたきめ細やかな対応】

訪問診療を必要とする患者が複数の疾患を有するなど、在宅医療ニーズは多様化・高度化

● 複数の医療機関の連携による 24 時間体制の確保

在支診以外の診療所が、他の医療機関との連携等により 24 時間の往診体制等を確保し、かかりつけの患者に対し訪問診療を行う場合の評価を新設。

● 2ヶ所目の医療機関による訪問診療の評価

複数疾患を有する患者等に対し、在宅の主治医の依頼を受けた他の医療機関が訪問診療を行った場合の評価を新設。

● 患者の状態に応じたきめ細やかな評価

在宅時医学総管理料等について、重症患者以外であって、特に通院が困難な患者等に対する加算を新設。

● 在支診以外の医療機関による医学管理の評価

在宅時医学総管理料等について、機能強化型在支診以外の医療機関が月 1 回の訪問診療を行う場合の評価を充実。

● 末期の患者への緊急対応の評価

標榜時間内に往診を行った場合の加算（緊急往診加算）の算定対象に、訪問診療を行っている医学的に末期の患者を追加。

● ターミナルケアの評価の充実

ターミナルケアの評価を充実するとともに、特養での看取りに協力して行ったターミナルケアも評価対象に追加。

（出典）厚生労働省 第 61 回社会保障審議会医療部会 平成 30 年度診療報酬改定の概要

2 | 診療報酬改定で在宅医療の効率化を図る

在宅医療の提供を促すため、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見直しや包括的支援加算の新設等の評価が改められました。

評価の引き下げにも見えますが、点数にメリハリをつけ、状態の安定している患者への報酬を抑え、通院が困難な患者等に対して報酬を厚くしています。

◆在宅時医学総合管理料の診療報酬改定前後(数字は診療報酬の点数)

病床	機能強化型在宅療養支援診療所 機能強化型在宅療養支援病院						在宅療養支援診療所 在宅療養支援病院			その他			
	有床			無床			—			—			
単一建物の診療 患者数(人)	1	2~9	10以上	1	2~9	10以上	1	2~9	10以上	1	2~9	10以上	
在宅時医学 総合管理料	月2回以上 (厚生労働大臣が定める状態)	5,400	4,500	2,880	5,000	4,140	2,640	4,600	3,780	2,400	3,450	2,835	1,800
	月2回以上 (改定前)	<u>4,600</u>	<u>2,500</u>	<u>1,300</u>	<u>4,200</u>	<u>2,300</u>	<u>1,200</u>	<u>3,800</u>	<u>2,100</u>	<u>1,100</u>	<u>2,850</u>	<u>1,575</u>	<u>850</u>
	月2回以上 (改定後)	<u>4,500</u>	<u>2,400</u>	<u>1,200</u>	<u>4,100</u>	<u>2,200</u>	<u>1,100</u>	<u>3,700</u>	<u>2,000</u>	<u>1,000</u>	<u>2,750</u>	<u>1,475</u>	<u>750</u>
	月1回 (改定前)	2,760	1,500	780	2,520	1,380	720	<u>2,280</u>	<u>1,260</u>	<u>660</u>	<u>1,710</u>	<u>945</u>	<u>510</u>
	月1回 (改定後)	2,760	1,500	780	2,520	1,380	720	<u>2,300</u>	<u>1,280</u>	<u>680</u>	<u>1,760</u>	<u>995</u>	<u>560</u>

※施設入居時等医学総合管理料についても同様の見直しが行われている。

◆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報酬体系見直しのポイント

- 月1回の訪問診療を行う場合の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点数を引き上げ(機能強化型在宅療養支援診療所・病院は変化なし)
- 月2回以上の訪問診療を行う場合の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点数を一律100点引き下げ(厚生労働大臣が定める状態を除く)
- 通院が特に困難な患者を対象とした、新たな加算【包括的支援加算】(月1回150点)の設置(要介護2以上に相当する患者等、要件あり)

3 | 地域包括診療料等、報酬加算に訪問診療等を要件化

初・再診料について、在宅医療を提供している場合に加算される報酬の見直しが行われています。具体的には、「地域包括診療料1」と再診料に加算される「地域包括診療料加算1」の算定要件に訪問診療実績が問われ、新設された初診料の加算である「機能強化加算」は地域包括診療料等の届出をした医療機関が対象となりました。

◆「地域包括診療料 1」と「地域包括診療料加算 1」の見直し(在宅医療提供実績部分)

地域包括診療料 1 1,560 点 (+57 点) (月 1 回)	<p>地域包括診療料加算 1・地域包括診療料 1 は、以下の実績を全て満たしていること (同時算定は出来ない)</p> <ul style="list-style-type: none"> ●直近 1 年間に当該医療機関での継続的な外来診療を経て在宅患者訪問診療料 (I) の 1 及び (II)、往診料を算定した患者が 10 人以上 (地域包括診療料加算 1 については在宅療養支援診療所以外の診療所については 3 人以上) ●直近 1 カ月の初診、再診、往診、訪問診療の実施患者のうち、往診又は訪問診療の実施患者の割合が 70%未滿
地域包括診療料加算 1 25 点 (+5 点) (出来高)	

◆機能強化加算の施設基準(一部抜粋)

機能強化加算 80 点 (新設)	<p>以下のいずれかを届け出ていること</p> <ul style="list-style-type: none"> ●地域包括診療加算 ●地域包括診療料 ●小児かかりつけ診療料 ●在宅時医学総合管理料 (在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。) ●施設入居時等医学総合管理料 (在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)
---------------------	---

4 | 入院医療は在宅医療提供で報酬増加

入院医療では、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 1 及び 3 の算定要件に在宅医療等の提供等を含む「地域包括ケアに関する実績部分」として以下の内容が盛り込まれ、また 200 床未滿の病院で要件を満たす場合は、改定前より 180 点高い入院料を算定することが可能となり、かなり手厚い評価となりました。

◆地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の評価

<ul style="list-style-type: none"> ●地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 1 (改定前より +180 点) ●地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 2 (改定前と同じ) ●地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 3 (改定前より +180 点) ●地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 4 (改定前より -20 点) <p>【地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 1 及び 3 の実績要件】 (一部抜粋：在宅医療等の提供部分)</p> <ol style="list-style-type: none"> ①在宅患者訪問診療料の算定回数が 3 月で 20 回以上。 ②在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料 1 の算定回数が 3 月で 100 回以上、若しくは同一敷地内の訪問看護ステーションにおいて、訪問看護基本療養費又は精神科訪問基本療養費の算定回数が 3 月で 500 回以上。 ③開放型病院共同指導料 (I) 又は (II) の算定回数が 3 月で 10 回以上あること。 ④介護保険における訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーション等の介護サービスを同一敷地内の施設等で実施していること

3 | 医療連携体制の強化と看取りの充実

1 | 専門外の診療を他医療機関がサポート

(1) 医療機関連携を報酬上で評価

在宅医療では、在宅患者訪問診療料の見直しが行われ、今までの「1人の患者に対して1つの保険医療機関の保険医の指導管理の下に継続的に行われる訪問診療」（1訪問診療1医療機関の原則）体制から、依頼を受けて他医療機関が訪問診療を行う場合も算定が可能となり、複数医師の連携による在宅医療が可能となりました。

◆在宅患者訪問診療料(Ⅰ)

在宅患者訪問診療料(Ⅰ) (1日につき)

1 在宅患者訪問診療料 1

- | | |
|-----------------|-------|
| イ) 同一建物居住者以外の場合 | 833 点 |
| ロ) 同一建物居住者の場合 | 203 点 |

2 在宅患者訪問診療料 2

- | | | |
|------------------------|-------|-------------|
| <u>イ) 同一建物居住者以外の場合</u> | 830 点 | ⇒ 新設 |
| <u>ロ) 同一建物居住者の場合</u> | 178 点 | ⇒ 新設 |

◆在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の2の主な算定要件

在宅時医学総合管理料、入居時等医学総合管理料又は在宅がん医療総合診療料（以下：在宅時医学総合管理料等）の算定要件を満たす他の保険医療機関の求めに応じ、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った場合に、訪問診療を開始した日の属する月から起算して6月（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）を限度として、月1回に限り算定できる。

※有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、在宅時医学総合管理料等の算定要件を満たす他の保険医療機関の求めに応じ、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った場合は在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を算定する。（144点）

(2)医療機関連携の強化

今回の改定では、一人の患者を異なる専門分野の医療機関が連携する体制への評価が導入されました。

例えば、内科の医師が診ていた患者に皮膚疾患や精神疾患などで専門的な治療や処置が必要となった時に依頼することが考えられます。

こうした取り組みは専門の医師が患者を診ることで医療提供の質を上げるだけでなく、連携によるインセンティブでの強化によって、新たな医療機関が在宅医療に算入しやすい環境を作る目的もあります。

2 | 診療所の在宅医療連携を評価

24時間往診体制や緊急時のための病床確保などを要件とする「在宅療養支援診療所」（在支診）が機能する一方、要件を満たせない医療機関についても在宅医療を提供している実態があります。

こうした背景の下、今次改定では在支診以外の診療所がかかりつけの患者に対し、他の医療機関との連携等により24時間の往診体制と連絡体制を構築した場合に「継続診療加算」として新たに216点（月に1回）算定することが可能となりました。

この結果、在支診以外の診療所にとっては連携により自院の負担が減るだけでなく、報酬の上でも手厚い評価となりました。

◆継続診療加算の算定要件

継続診療加算

216点 ⇒ 新設

在宅療養支援診療所以外の診療所が、かかりつけの患者に対し、他の医療機関との連携等により24時間の往診体制と連絡体制を構築した場合について、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加算を新設。

- イ) 当該保険医療機関の外来又は訪問診療を継続的に受診していた患者であること。
- ロ) 算定患者ごとに、当該医療機関単独又は連携する医療機関との協力のもと、24時間の往診体制及び24時間の連絡体制を構築。
- ハ) 訪問看護が必要な患者については、当該保険医療機関、連携する医療機関又は連携する訪問看護ステーションによる訪問看護を提供。

3 | 在宅等での見取りの推進

(1) 患者主体の看取りの推進

国は患者が住み慣れた自宅や介護施設など、望む場所において看取りを行うことができるよう本人の意思を尊重したサービスの提供を推進しています。

また、今次改定では「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の普及と理解を促す評価が導入されました。

高齢化の進展により、在宅医療でも本人が望む人生最後の場所を考慮し、患者主体の医療を心がけていくことが必要とされます。

◆「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」一部抜粋

- ① 医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて医療・ケアを受ける本人が多専門職種の医療・介護従事者から構成される医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人による意思決定を基本としたうえで、人生の最終段階における医療・ケアを進めることが最も重要な原則である。
また、本人の意思は変化しうるものであることを踏まえ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えられるような支援が医療・ケアチームにより行われ、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。
さらに、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等の信頼できる者も含めて、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。この話し合いに先立ち、本人は特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことも重要である。
- ② 人生の最終段階における医療・ケアについて、医療・ケア行為の開始・不開始、医療・ケア内容の変更、医療・ケア行為の中止等は、医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。
- ③ 医療・ケアチームにより、可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、本人・家族等の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療・ケアを行うことが必要である。
- ④ 生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない。

(2) 在宅ターミナルケア加算の充実や介護老人福祉施設における看取りを評価

訪問診療を行っていた患者が、在宅で最期を迎えた場合に加算される「在宅ターミナルケア加算」について改定前より一律 500 点プラスとなっています。また、算定要件の一つに「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、患者本人及びその家族等と話し合いを行い、患者本人及びその家族等の意思決定を基本に他の関係者との連携の上対応することが盛り込まれています。

さらに、介護老人福祉施設における看取りについては、介護老人福祉施設で看取り介護加算を算定している場合においても、医療機関では在宅患者訪問診療料、在宅ターミナルケア加算等が算定できることとなりました。こうしたターミナルケアが必要な患者に対しては、患者・家族・医療・介護等が一体となってケアしていくという意図があります。

4 | オンライン診療と在宅医療需要への対応

1 | オンライン診療の実用化へ

今改定で初めてオンライン診療が診療報酬として算定できるようになりました。オンライン診療とは、「遠隔医療のうち医師と患者間において、情報通信機器を通して患者の診察及び診断を行い診断結果を伝達する等の診療行為をリアルタイムで行う行為のこと」です。具体的には、患者は自宅のスマートフォンのビデオ通話機能等を使って医師が患者に行う診療などが例として挙げられます。

在宅医療に関しては、オンライン診療料とオンライン在宅管理料が算定可能です。

また、在宅時医学総合管理料の見直しにより状態の安定した患者についての訪問は月 2 回から 1 回となるよう評価面で誘導しており、オンライン診療の活用によって、こうした診療を補うこととしました。

◆オンライン診療料

●オンライン診療料：70 点（1月につき）●

【主な算定要件】

- ・オンライン診療料が算定可能な患者に対して、リアルタイムでのコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な情報通信機器を用いてオンラインによる診察を行った場合に算定。ただし、連続する3月は算定できない。
- ・対象となる管理料等を初めて算定してから6月の間は毎月同一の医師により対面診療を行っている場合に限り算定する。ただし当該管理料等を初めて算定した月から6月以上経過している場合は、直近12月以内に6回以上、同一医師と対面診療を行っていればよい。
- ・患者の同意を得た上で、対面による診療（対面診療の間隔は3月以内）とオンラインによる診察を組み合わせた療養計画を作成し、当該計画に基づき診察を行う。
- ・オンライン診察は、当該保険医療機関内において行う。

【施設基準】

- ・厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う体制を有すること。
- ・オンライン診療料の算定患者について、緊急時に概ね30分以内に当該保険医療機関が対面による診察が可能な体制を有していること。（ただし、小児科療養指導料、てんかん指導料又は難病外来指導管理料の対象患者は除く。）
- ・一月あたりの再診料等（電話等による再診は除く）及びオンライン診療料の算定回数に占めるオンライン診療料の割合が1割以下。

【オンライン診療料が算定可能な患者】

以下に掲げる管理料等を算定している初診以外の患者で、かつ当該管理料等を初めて算定した月から6月以上を経過した患者。

- | | | |
|---------------|---------------|-----------|
| ・特定疾患療養管理料 | ・地域包括診療料 | ・小児科療養指導料 |
| ・認知症地域包括診療料 | ・てんかん指導料 | ・生活習慣病管理料 |
| ・難病外来指導管理料 | ・在宅時医学総合管理料 | |
| ・糖尿病透析予防指導管理料 | ・精神科在宅患者支援管理料 | |

◆在宅時医学総合管理料 オンライン在宅管理料

●在宅時医学総合管理料 オンライン在宅管理料：100点（1月につき）●

【主な算定要件】

- ・訪問診療を月1回行い、訪問診療を行った日以外に情報通信機器を用いた医学管理を行った場合に、在宅時医学総合管理料の所定点数に加えて算定する。ただし、連続する3月は算定できない。
- ・在宅時医学総合管理料を算定しており、かつ、当該管理に係る初診から6月以上を経過した患者（初診から6月の間は毎月同一の医師により対面診療を行っている場合に限る。）であること。
- ・患者の同意を得た上で、対面による診療（対面による診療の間隔は3月以内に限る。）とオンラインによる診察を組み合わせた療養計画を作成し、当該計画に基づき診察を行った上で、その内容を診療録に添付していること。

【施設基準】

- ・厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針等に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。
- ・緊急時に概ね30分以内に当該保険医療機関において診察可能な体制を有していること。（ただし、小児科療養指導料、てんかん指導料又は難病外来指導管理料の対象患者は除く。）
- ・当該保険医療機関において、1月あたりの再診料等（電話等による再診は除く。）及びオンライン診療料の算定回数に占めるオンライン診療料の割合が1割以下であること。

2 | 在宅医療需要への対応

(1) 第7次医療計画における在宅医療の充実に向けた取り組み

在宅医療の提供体制については都道府県の課題となっています。2018年4月からスタートしている第7次医療計画の策定については、原則として訪問診療を実施している診療所・病院数に関する数値目標と、その達成に向けた施策を記載することとなっています。

また、退院支援、急変時の対応、看取り等についても数値目標と、その達成に向けた施策を可能な限り記載することが各都道府県に求められ、達成に向けた取り組みが必要となっています。

◆医療計画における在宅医療の数値目標と施策

【原則記載事項】

- ①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ため、訪問診療を実施している診療所、病院数に関する具体的な数値目標と、その達成に向けた施策

【可能な限り記載】

- ②在宅医療の提供体制に求められる医療機能を確保するための「退院支援」「急変時の対応」「看取り」といった機能ごとの数値目標と、達成に向けた施策
- ③多職種による取り組みを確保するための「訪問看護」「訪問歯科診療」「訪問薬剤管理指導」といった主要な職種についての数値目標と、達成に向けた施策

(2)在宅医療の充実に向けて都道府県が取り組むべき事項

2018年11月、厚生労働省の「第7回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ」が開催され、都道府県が取り組んでいくべき事項の案が示されています。その中では、都道府県単位・二次医療圏単位のデータのみでは、医療関係者の当事者意識を喚起できないことや、個別の地域の対応の議論につながらない等の理由から、市町村単位等のデータを用いて把握する必要性から、在宅医療の取組状況の見える化を促しています。

また、在宅医療の人材確保育成については医療従事者への普及・啓発事業やスキルアップ研修の支援等を行うこと、在宅医療や介護に関する地域住民への普及・啓発、人生の最終段階における医療・ケアについての意思決定支援等が重要であるとしています。

さらに、在宅医療に関する各種ルールの整備として、以下のことを示しています。

◆医療計画における在宅医療の数値目標と施策

イ) 入退院支援ルールの策定支援

病院等と在宅との間で、療養の場が円滑に移行できるよう、診療所を含めた医療関係者や介護支援専門員等が協議を行い、在宅医療圏ごとに必要な入退院ルールを策定することが重要であり、都道府県がその支援を行うことが必要である。また適宜、策定された入退院支援ルールの運用状況等の評価を行い、必要に応じて見直しを行う。

ロ) 後方支援病院等との連携ルールの策定

「日常の療養支援」を行っている診療所への後方支援のため、病院等と連携ルールを策定しておくことが必要である。

ハ) 急変時の患者情報共有ルールの策定、運用

在宅患者の病状が急変した際について、受入病院等の確保等、スムーズに対応できるよう、患者の診療情報等の共有を含めた連携ルールを作成しておくこと。

(3)増える在宅医療の需要には社会全体が協力して対応する

医療計画では、在宅医療の提供体制に求められる医療機能として退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取りの4つを確保することとしています。

また、在宅医療は増大する慢性期の医療ニーズや、地域医療構想における追加的需要の受け皿としての役割を期待されており、その提供体制の整備を各都道府県と国が協力して行うこととされています。

さらに、診療報酬改定により在宅医療に関連する報酬は手厚くなっており、医療施策において重要な位置付けであることは変わりありません。

今後も拡大する在宅医療需要には、社会全体がこの問題を理解し、限られた医療資源の中で各専門分野が協力して対応していくことが求められています。

■参考文献

厚生労働省「医療計画の見直し等に関する検討会」

「主な施設基準の届出状況等」

「平成 30 年度診療報酬改定について」

「社会保障審議会医療部会 平成 30 年度診療報酬改定の概要」

「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」

「在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ」

経済産業省「将来の地域医療における保険者と企業の在り方に関する研究会報告書」

日経ヘルスケア 2018 年 9 月号