

特養における在宅医療（訪問診療）

■社会的背景

- 日本は世界的に病院死率が非常に高い。
- 高い病院死率は入院病床の機能発揮、患者の人生の最終段階のQOLの両面で望ましくない。
- 高齢化の進行に伴う死亡数の増加に対し、病院外での看取りが追い付いていない。

■施設における看取りの重要性

- 人生の最期を病院だけに依存しない体制を構築するには、施設での看取りがキーとなる。
- 特養の入居者は要介護度・医療依存度も高いが、在宅医療の提供が強く制限されている。
- 看取りのできていない特養においては、医療の機能不全がその要因の1つとなっている。

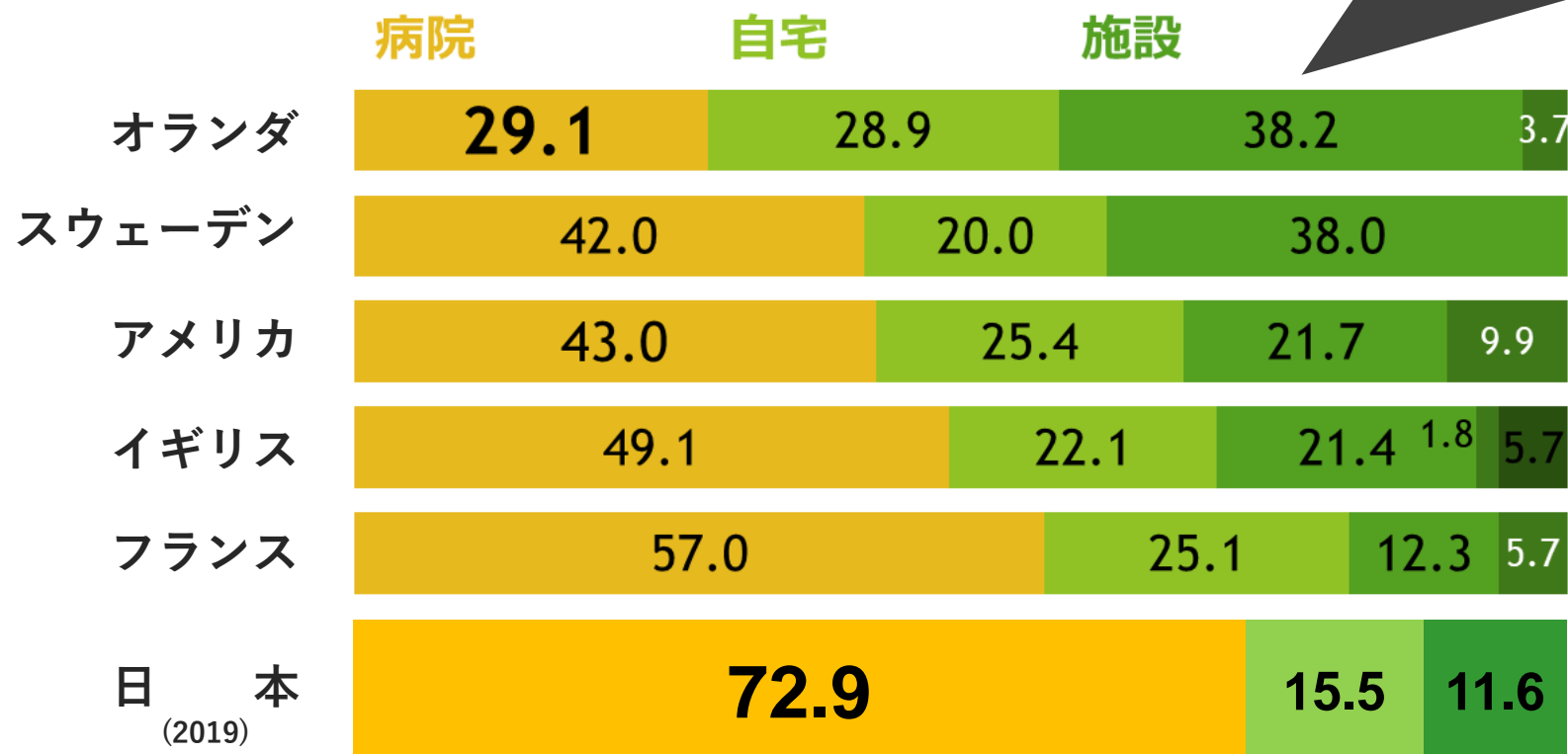
■特養における在宅医療（訪問診療）提供の合理性

- 特養に訪問診療を導入すると、入院依存度が下がり、看取り率が上がる。
- これは医療資源の適正利用化と、入居者の人生の最終段階のQOLの改善に大きく寄与する。
- 特養における訪問診療のコストは、削減できる入院医療費のコストを大きく下回る。

▶ 病院死率の高い日本

病院死率の低い国は、施設死率が高い。
(在宅死を増やすのは容易ではない)

施設での看取りがキー



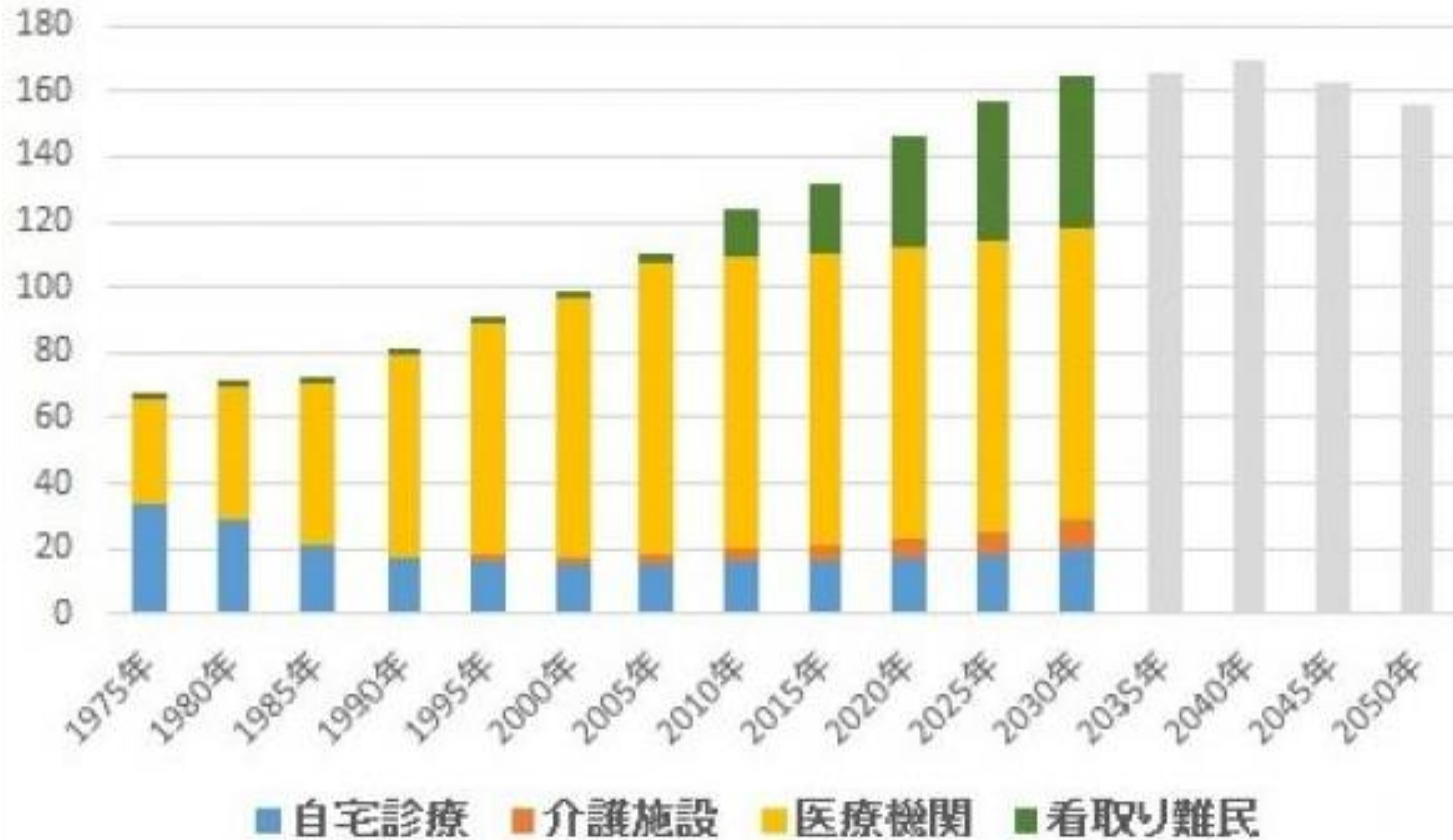
わずかな在宅死の半分が
警察による検案死？



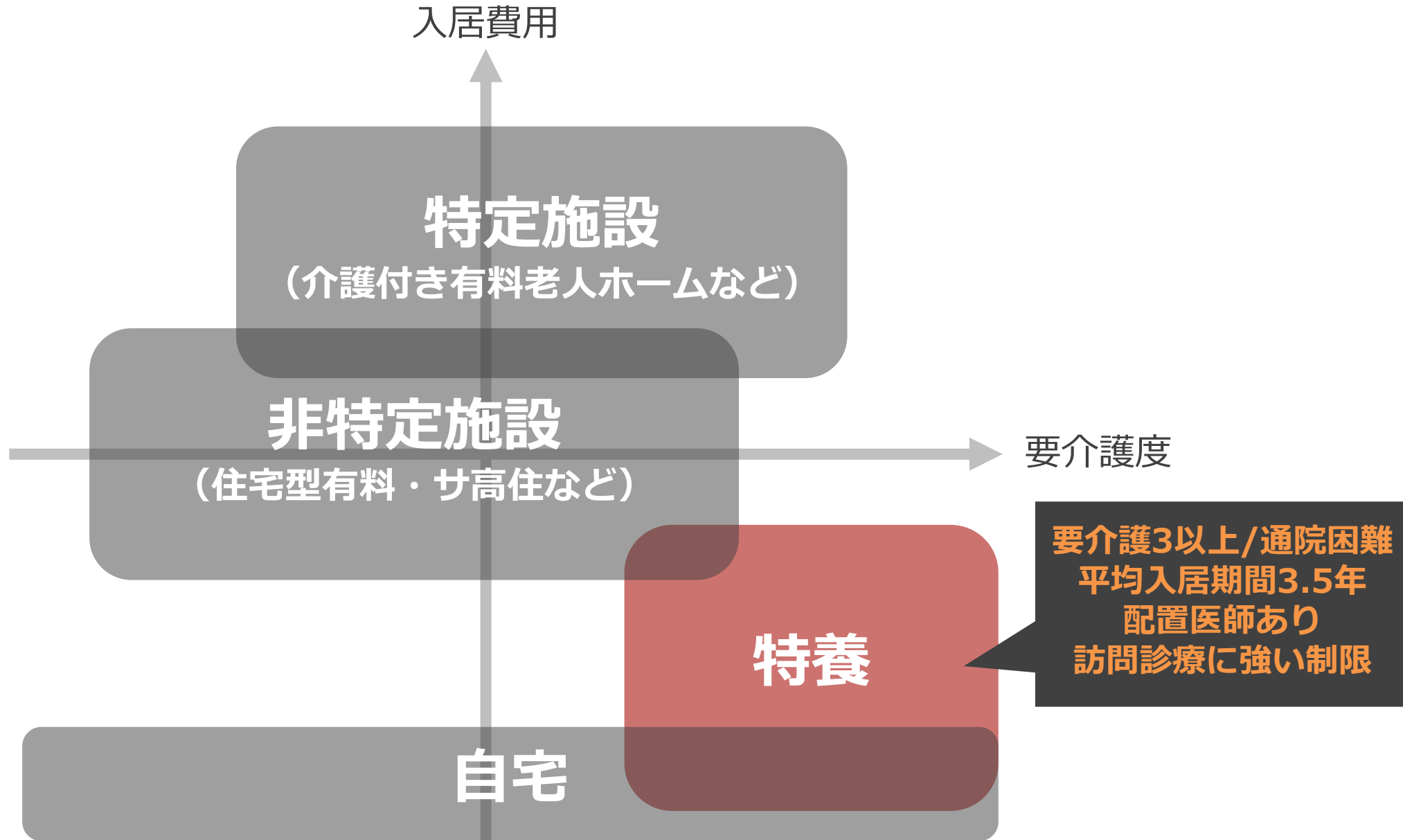
▶ 死亡者が増え続ける日本

死亡場所別死亡者の推計と予測

朝日新聞デジタル（2017年5月12日）より

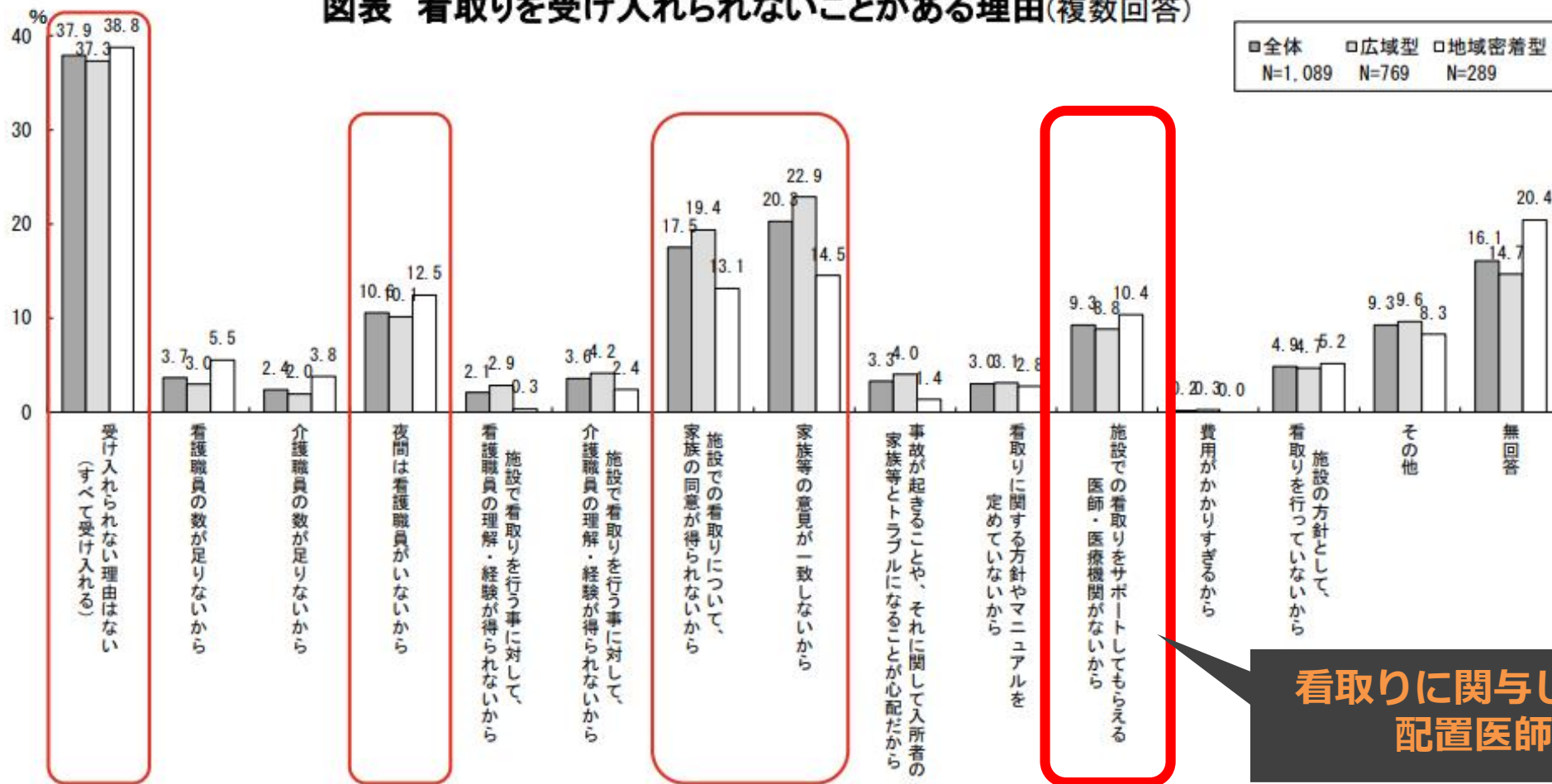


▶ 施設類型と特養



▶ 特養における看取りを阻害する要因①

図表 看取りを受け入れられないことがある理由(複数回答)



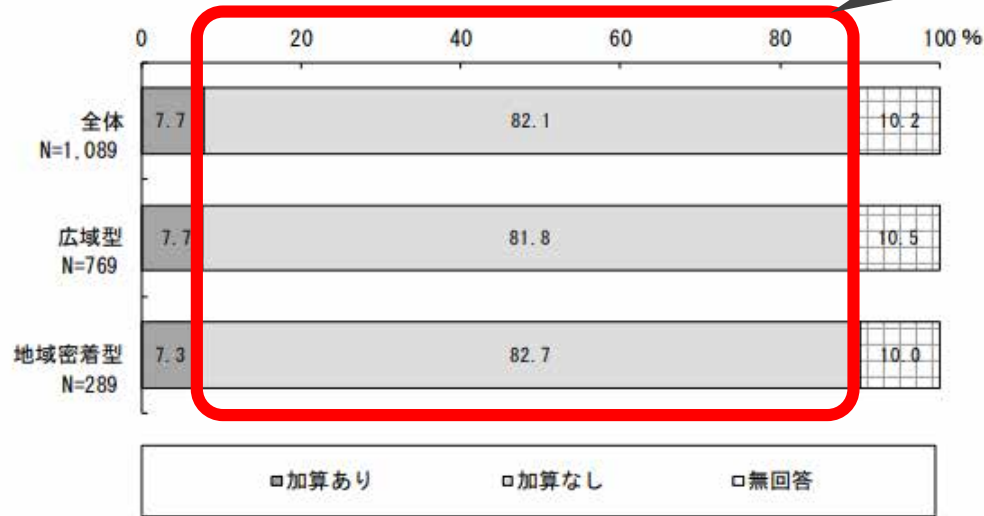
**看取りに関与しない
配置医師**

典)令和2年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)「高齢者向け住まいにおける運営形態の多様化に関する実態調査研究」「特別養護老人ホームにおける看取り等のあり方に関する調査研究」(PwCコンサルティング合同会社)

▶ 特養における看取りを阻害する要因②

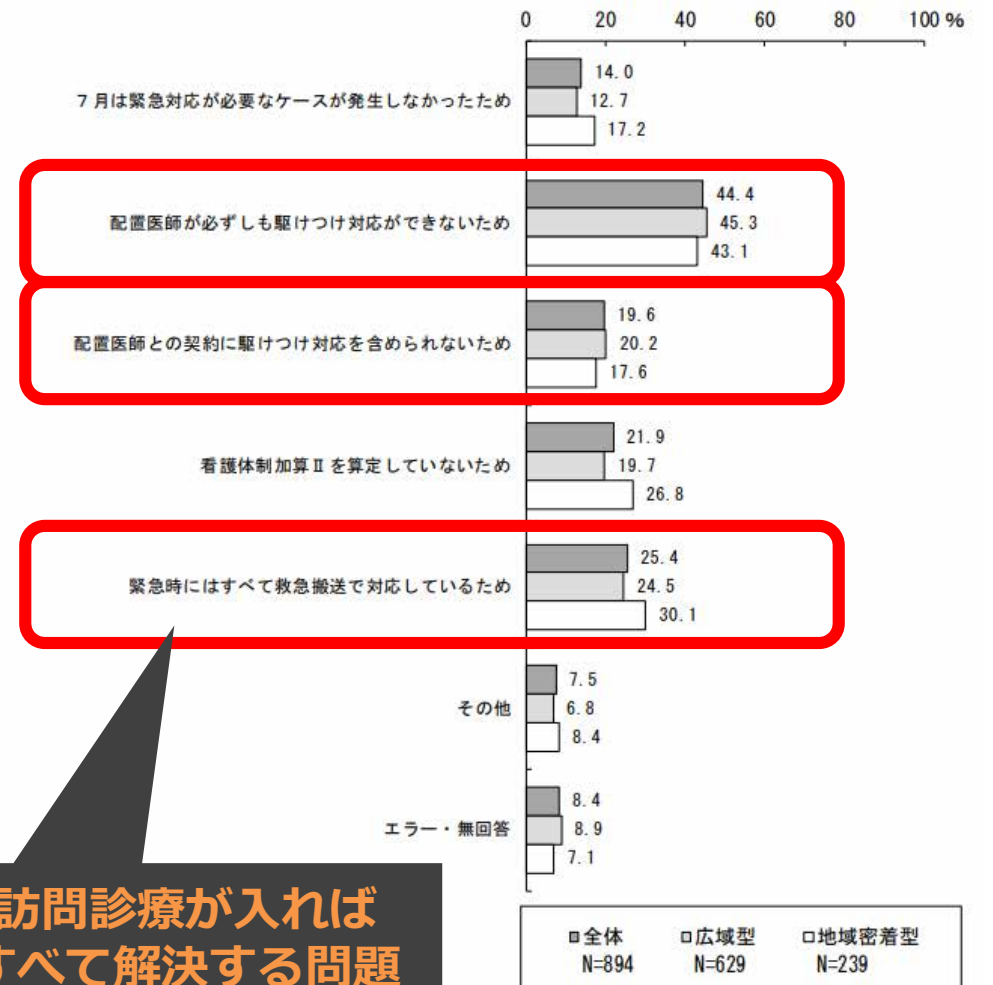
80%の特養で、配置医師が時間外に急変対応できる体制にない。

図表 配置医師緊急時対応加算の有無



図表 加算をとっていない理由(複数回答)

(問6(3)で配置医師緊急事態対応加算について「加算なし」を選択している場合)



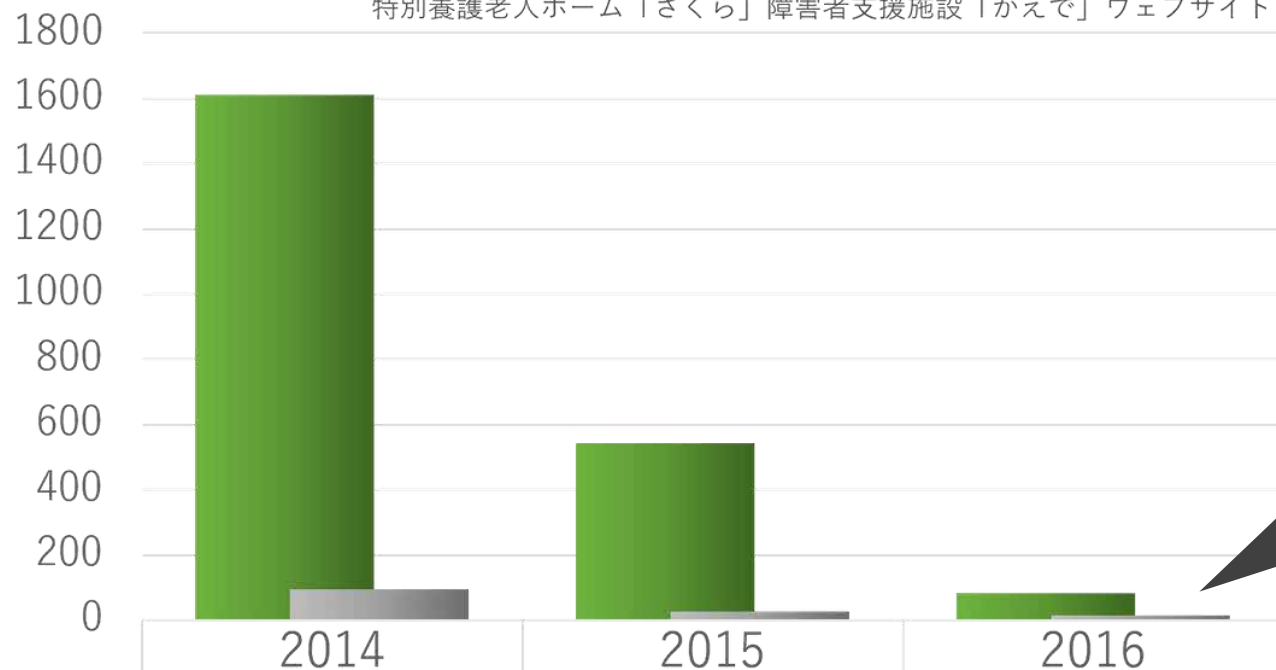
訪問診療が入ればすべて解決する問題

(参考) 配置医師緊急時対応加算の内容(2021年3月時点)

概要		
<ul style="list-style-type: none"> 配置医師が早朝・夜間、深夜に入所者の急変等の対応をした際に算定される。 		
加算種別	単位数	加算要件
(早朝) 6時～8時 (夜間) 18時～22時	650 単位/回	<ul style="list-style-type: none"> 配置医師が早朝または深夜に施設を訪問し、診療を行うこと及びその内容を記載すること。 利用者の病状の情報共有方法、曜日や時間帯ごとの医師との連絡方法や診察を依頼するタイミングなどが、配置医師と施設の間で具体的に決められていること(※施設基準)。
(深夜) 22時～6時	1300 単位/回	<ul style="list-style-type: none"> 複数名の配置医師を置いている、もしくは、配置医師と協力医療機関の医師が連携し、施設の求めに応じて24時間対応できる体制を確保していること(※施設基準)。 看護体制加算IIを算定していること。

▶ 特養に訪問診療を入れた場合（2年間のトライアル）

特別養護老人ホーム「さくら」 障害者支援施設「かえで」ウェブサイトより



入居者70名に対し、
毎週1回の定期訪問・全員を月1回定期診療
緊急時は24時間対応（緊急往診含む）

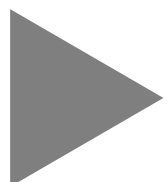
年間延べ入院日数
1609日 / 94.3%減
看取り率
92.3%へ

■ さくら	1612	542	84
■ かえで	95	27	14

入院費用30,000円/日と仮定すると
4,827万円/年分の入院医療費の削減

入居者1名あたり 月5.7万円の入院医療費削減効果

介入前
年間延べ入院日数
1707日
看取り率
0%



介入前
年間延べ入院日数
98日
看取り率
92.3%

※訪問診療として診療した場合
施設入居時等医学総合管理料（10人以上・月1回） 720～780点
訪問診療料（1回あたり） 213点
発生する診療報酬は入居者1名あたり月1万円程度