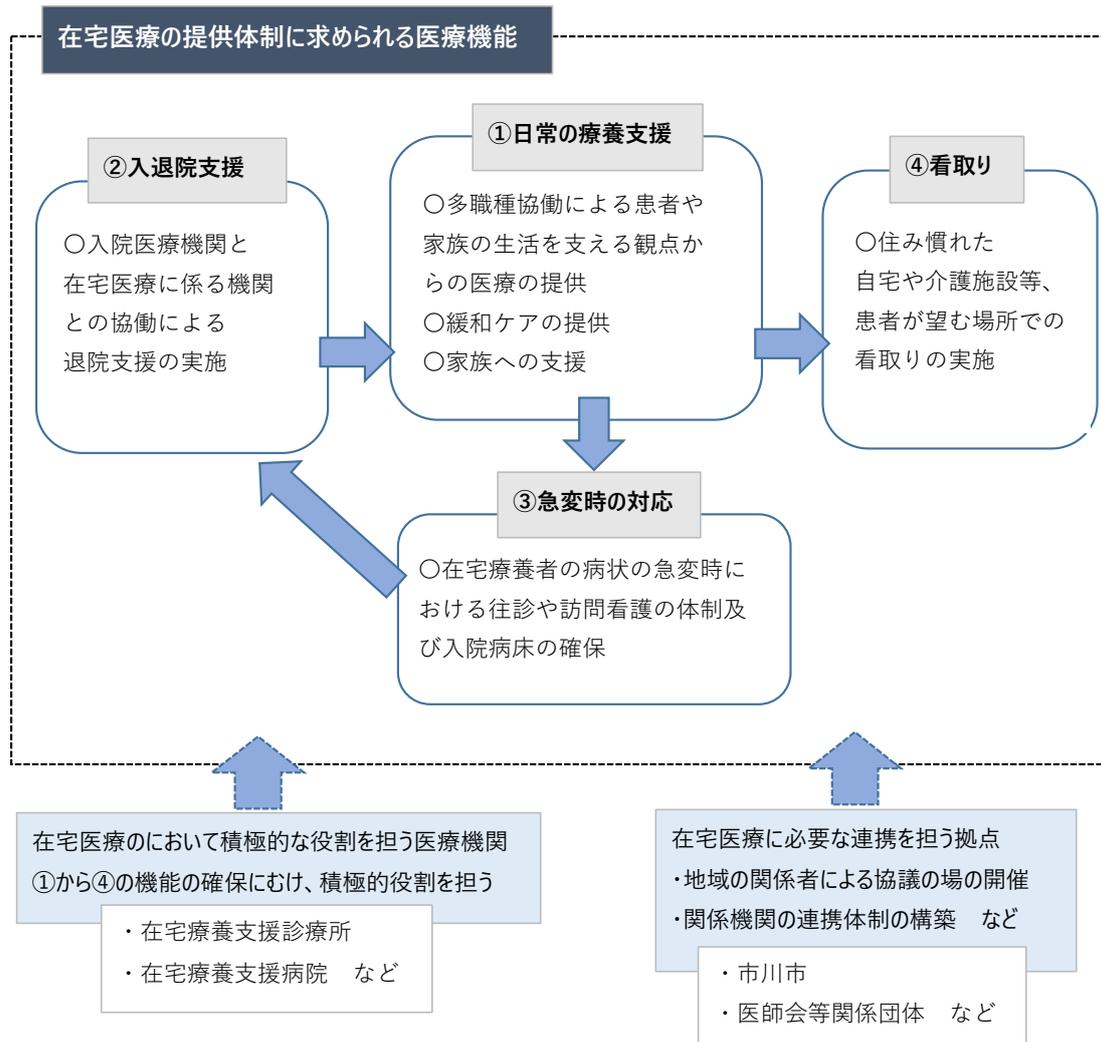


## 在宅医療の機能と提供体制



## 市川市の在宅医療・介護連携の現状（2019年度～2021年度）

## 基礎データ

各年9月末日現在

	2019(R1) 年	2020(R2) 年	2021(R3) 年	2025(R7) 年 推計	2040(R22) 年 推計
総人口	490,145	492,118	491,411	492,695	480,012
高齢者人口	103,500	104,695	105,527	110,704	143,393
後期高齢者人口	51,005	52,390	53,196	67,383	74,714
高齢化率（%）	21.1	21.3	21.5	22.5	29.9
要支援・要介護認定者数	18,253	18,722	19,256	24,031	32,944

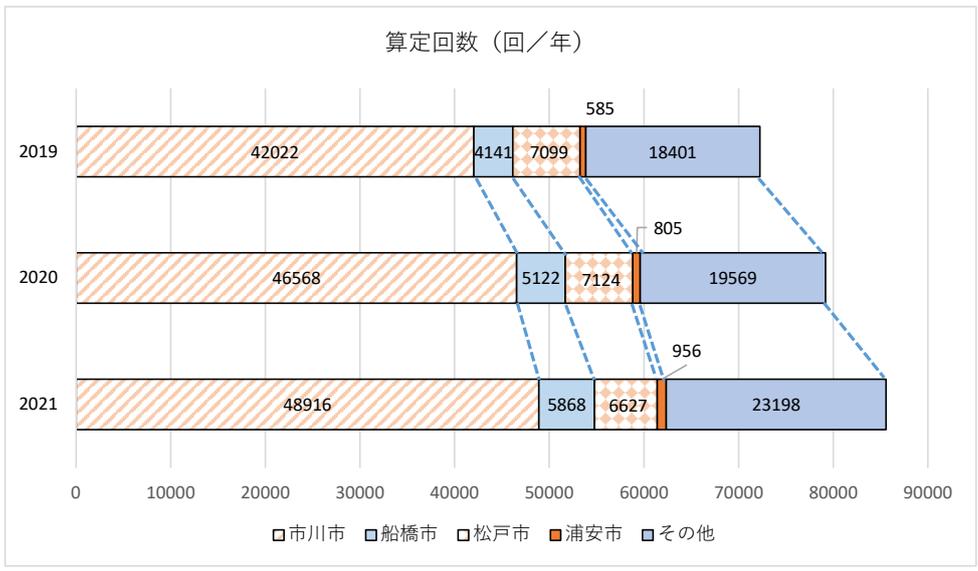
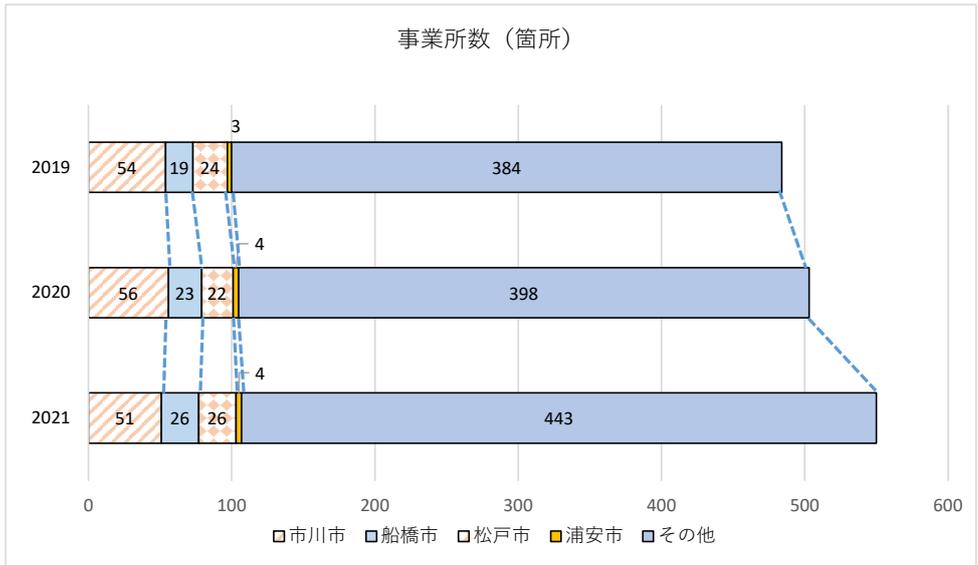
出典：市川市住民基本台帳、介護保険事業状況報告、第8期市川市高齢者福祉計画・介護保険事業計画

# KDBデータを活用した在宅医療受給状況（2019年度～2021年度）

出典：国保データベース（KDB）システム集計データ（保険者ベース）、市川市介護保険システム  
 令和5年度4月版 在宅医療・介護連携 報酬の解釈（社会保険研究所）  
 ※ (医) 医療保険、(介) 介護保険

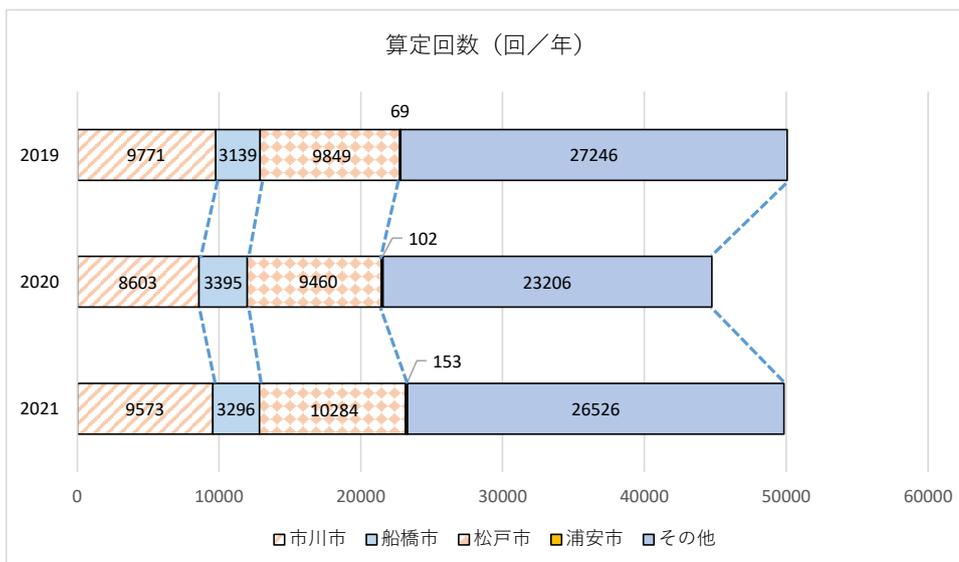
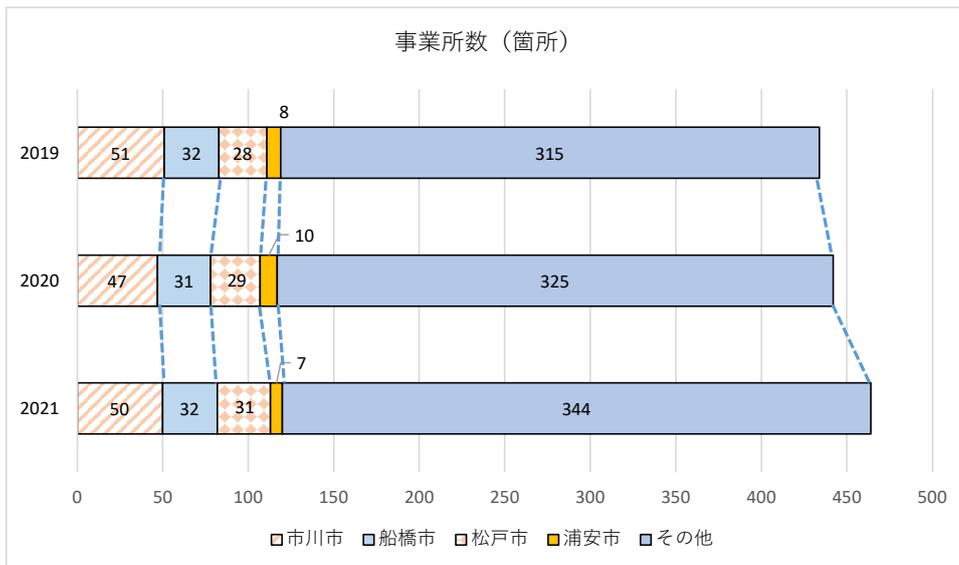
## 1. 日常の療養支援

【在宅患者訪問診療料 (医)】 主治医の医療機関による計画的、定期的な訪問診療



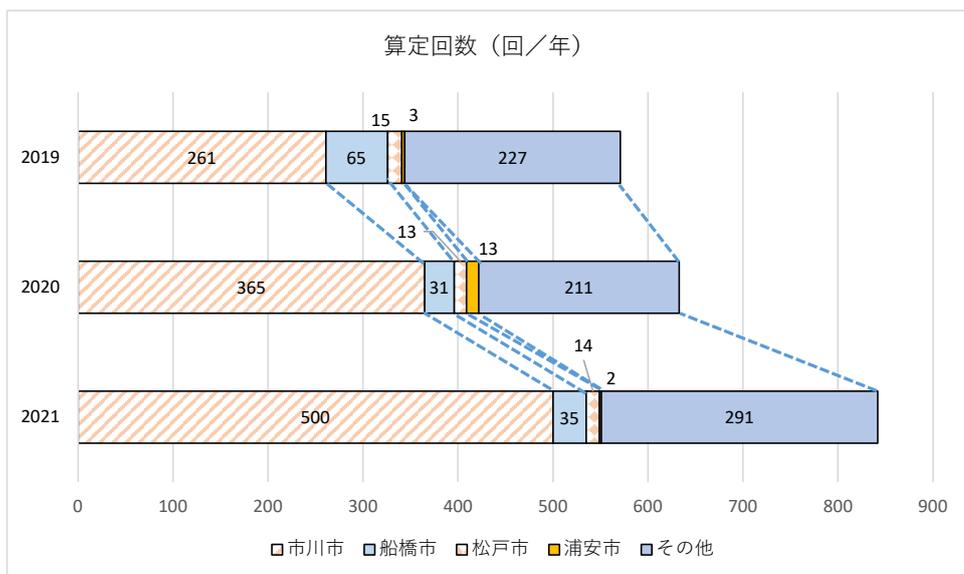
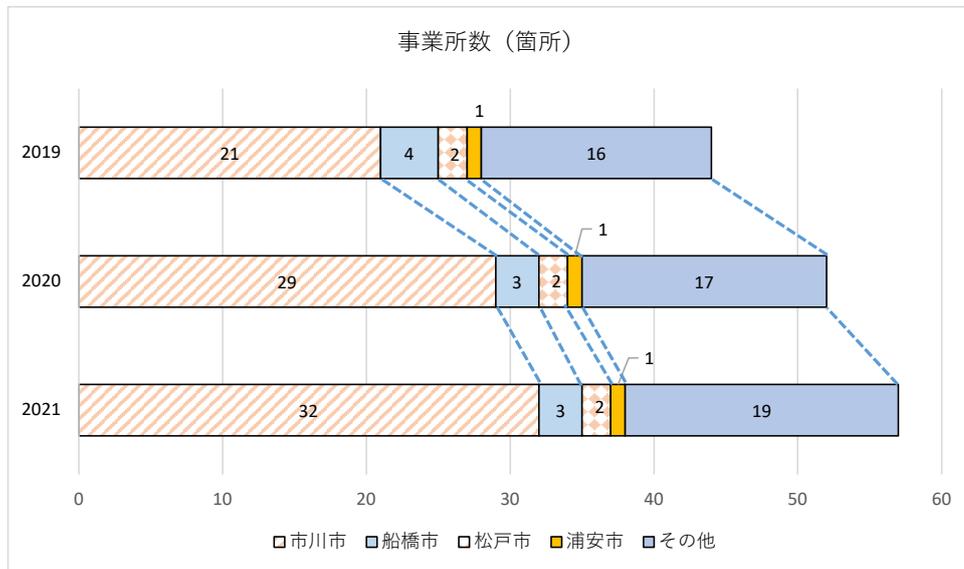
# 1. 日常の療養支援

【歯科訪問診療料 (医)】 在宅等療養患者の住居等の屋内での歯科診療



## 1. 日常の療養支援

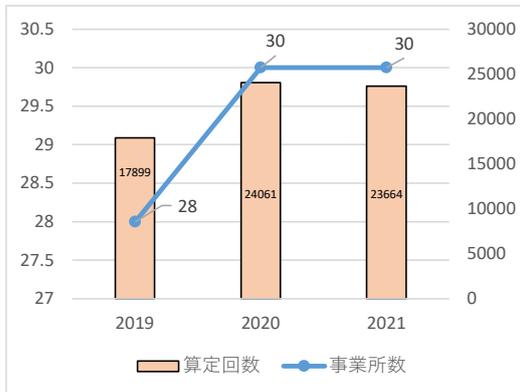
【在宅患者訪問薬剤管理指導料(医)】 薬剤師が訪問して、薬剤管理指導を行う



## 1. 日常の療養支援

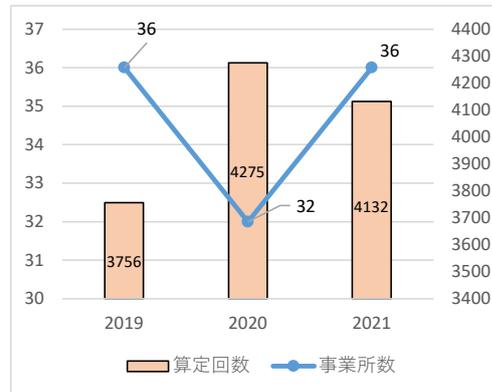
### 【医師居宅療養管理指導 (介)】

在宅の利用者で通院が困難なものに対して、医師が訪問して行う計画的かつ継続的な医学的管理に基づき、介護支援専門員に対する情報提供並びに介護方法等についての指導及び助言を行った場合



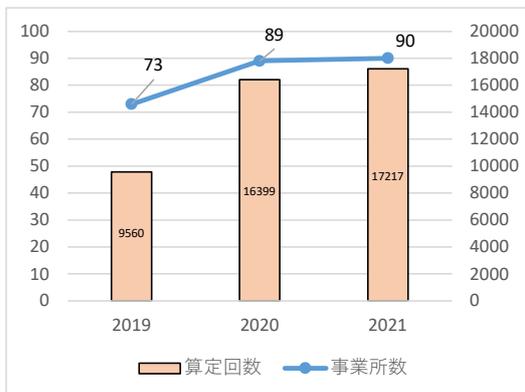
### 【歯科医師居宅療養管理指導 (介)】

在宅の利用者で通院が困難なものに対して、歯科医師が訪問して行う計画的かつ継続的な医学的管理に基づき、介護支援専門員に対する情報提供並びに介護方法等についての指導及び助言を行った場合



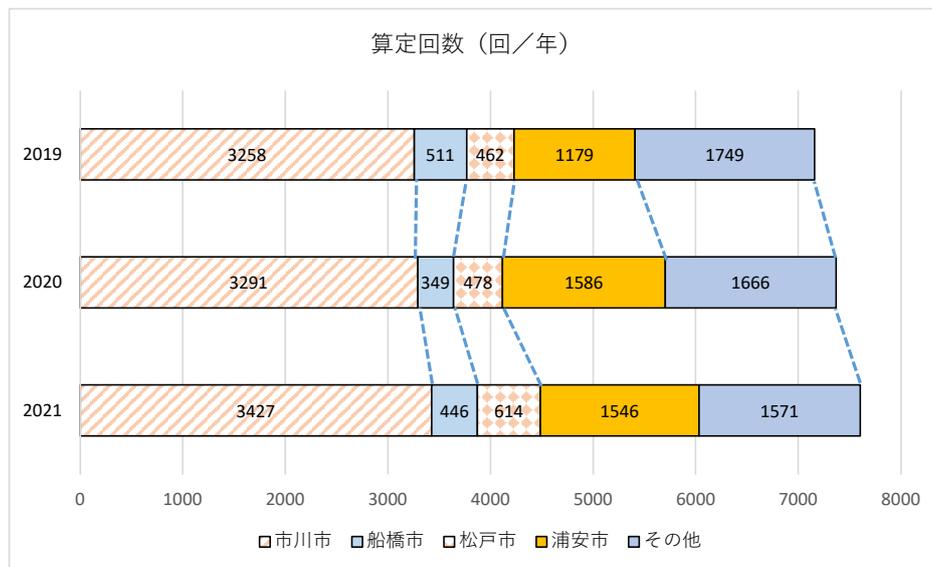
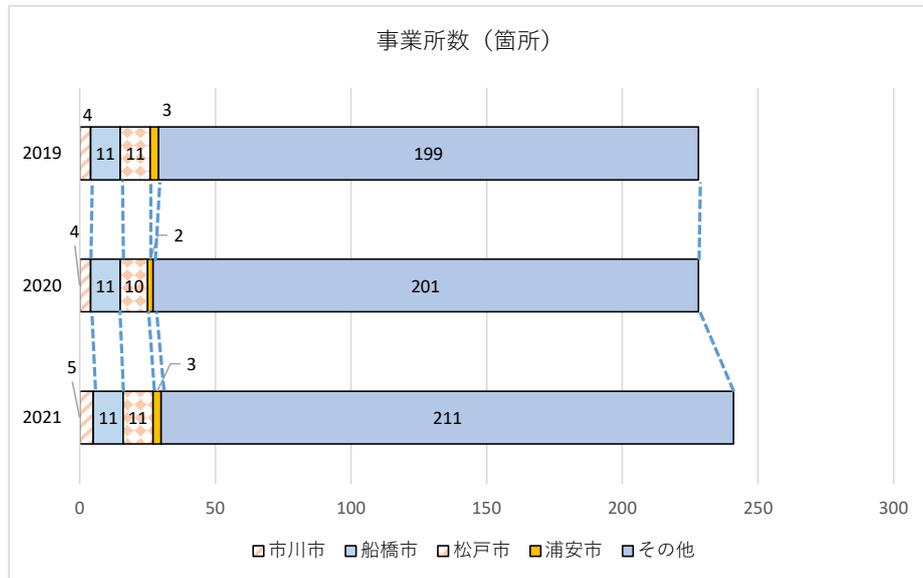
### 【薬剤師居宅療養管理指導 (介)】

在宅の利用者で通院が困難なものに対して、薬剤師が医師又は歯科医師の指示に基づき、利用者を訪問し薬学的な管理指導を行い、介護支援専門員に対する情報提供を行った場合



## 2. 入退院支援

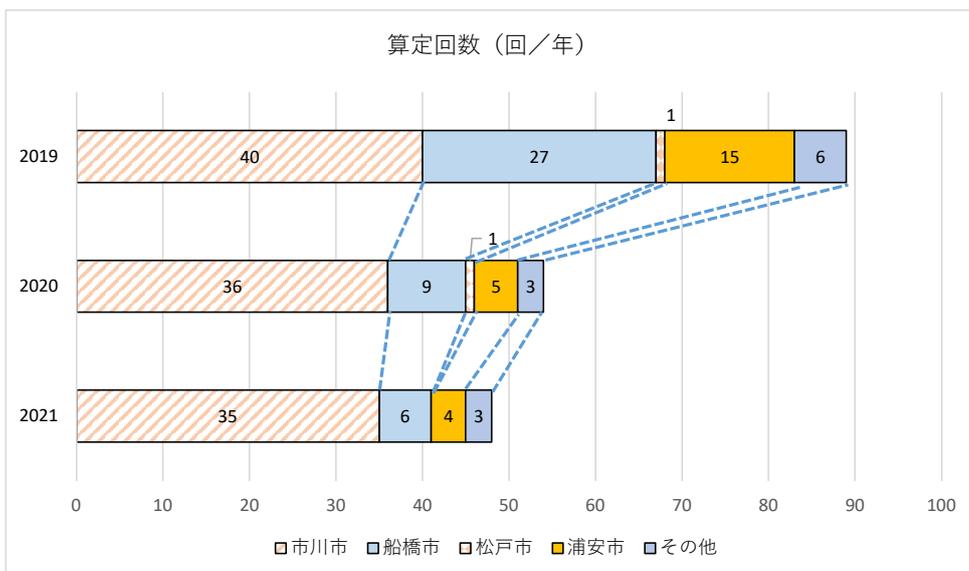
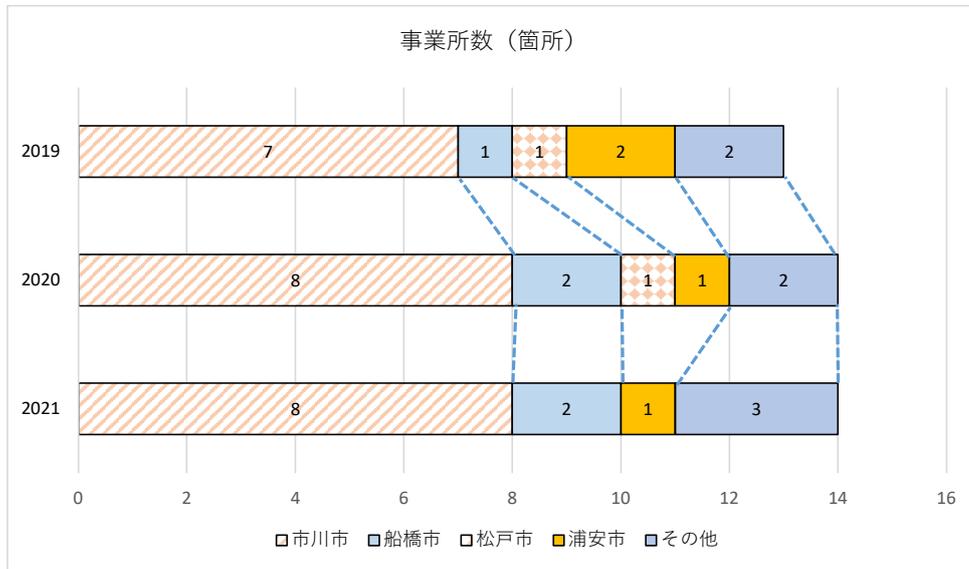
【入退院支援加算(医)】 入院医療機関で入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、退院支援計画を策定のうえ入退院支援を実施



## 2. 入退院支援

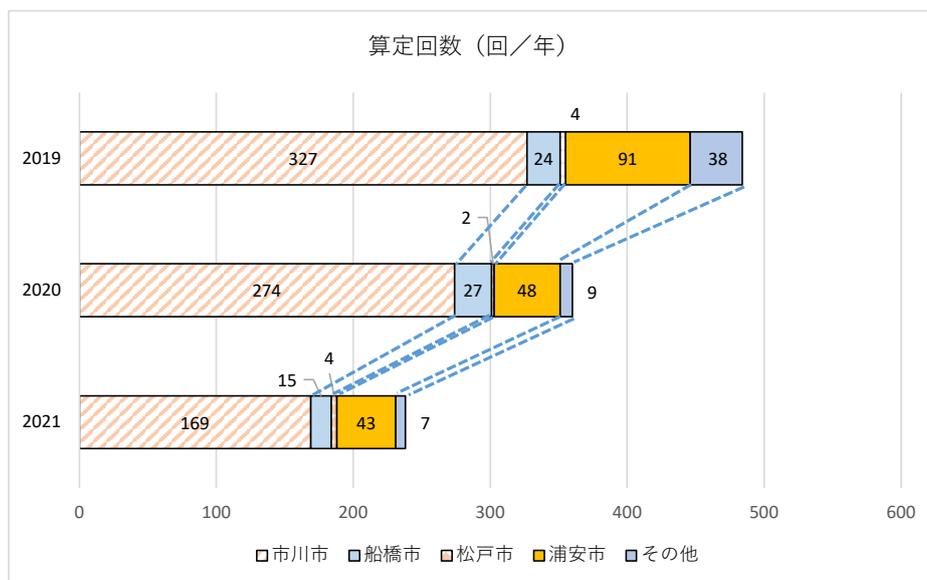
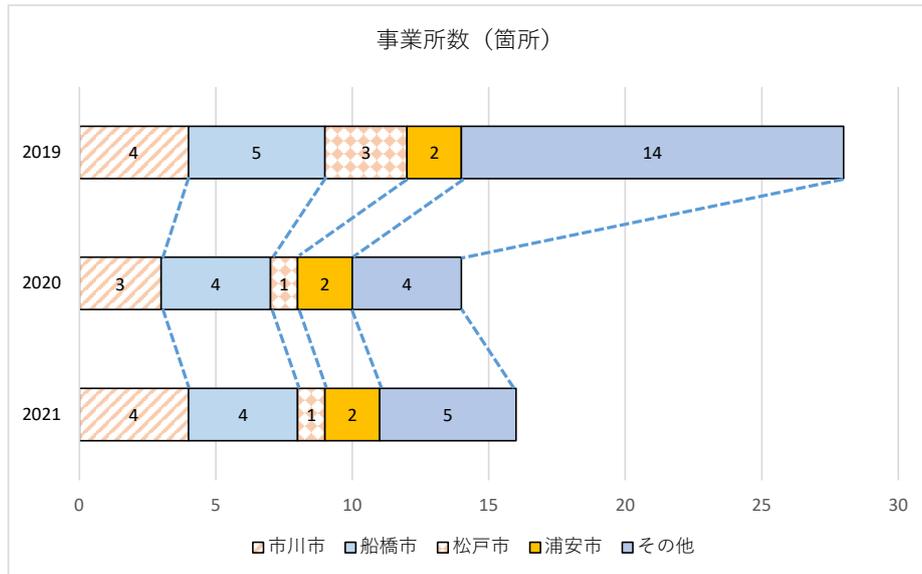
### 【退院時共同指導料（診療所）<sup>⑤</sup>】

入院患者について、在宅療養担当医療機関が、退院後の在宅療養に必要な説明・指導を入院医療機関と共同で実施



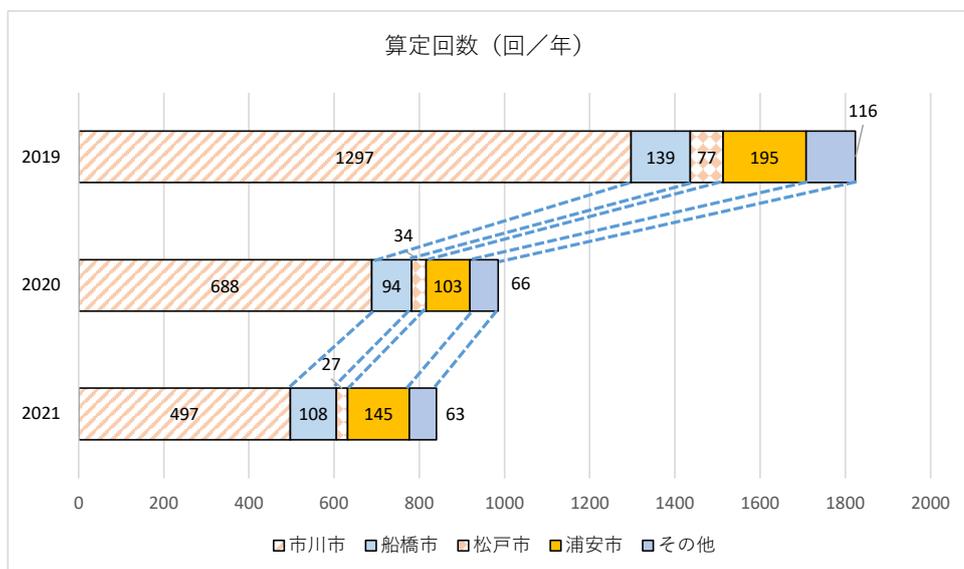
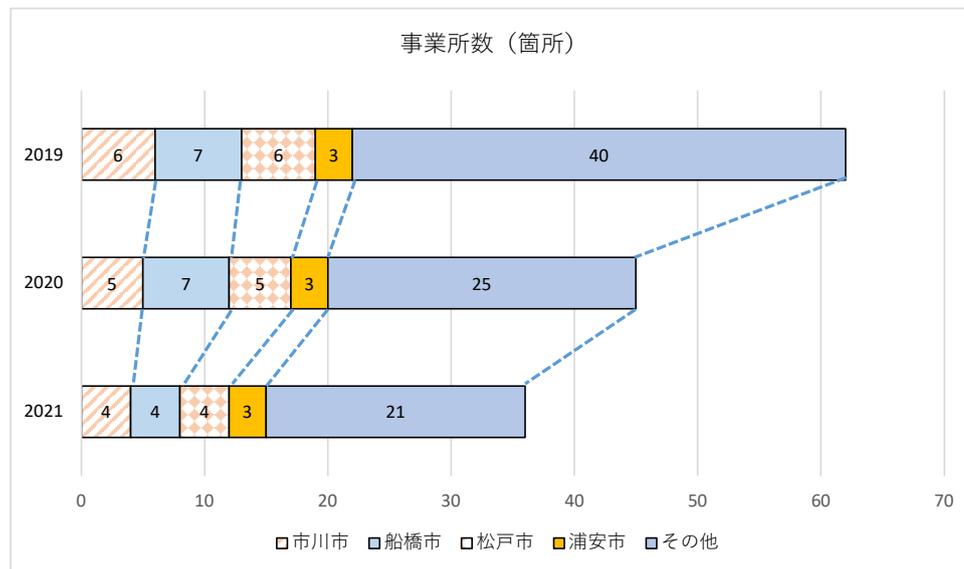
## 2. 入退院支援

【退院時共同指導料（病院）<sup>⑤</sup>】 入院患者について、入院医療機関が、退院後の在宅療養に必要な説明・指導を在宅療養担当医療機関や訪問看護ステーションと共同で実施



## 2. 入退院支援

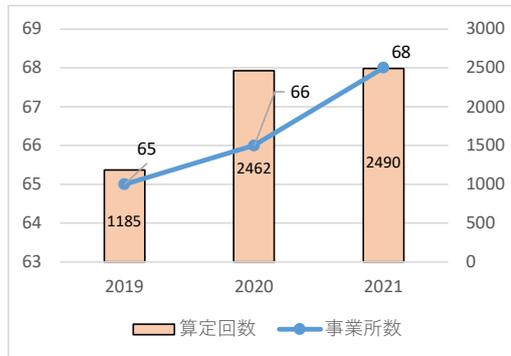
**【介護支援連携指導料(医)】** 入院患者について、医師または医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員または相談支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービスまたは障害福祉サービス等や退院後に利用可能な介護サービスまたは障害福祉サービス等について説明及び指導を行う



## 2. 入退院支援

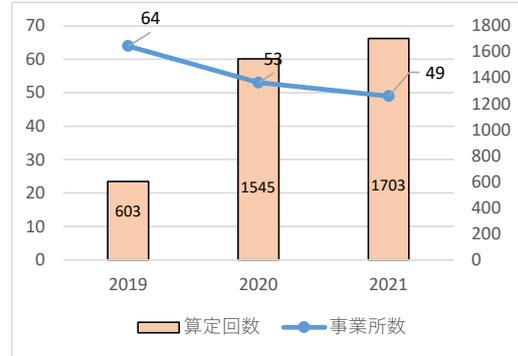
### 【居宅支援入院時情報連携加算(介)】

利用者が病院・診療所に入院するにあたって、病院・診療所の職員に対して必要となる情報を提供した場合



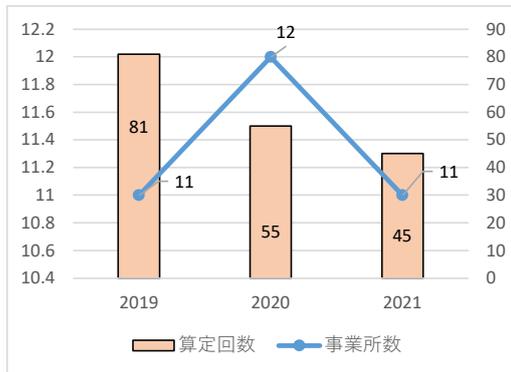
### 【居宅支援退院退所加算(介)】

医療機関を退院または介護施設等を退所して、在宅での生活に移行する利用者について、情報提供を受けることやサービスの調整等を行う場合



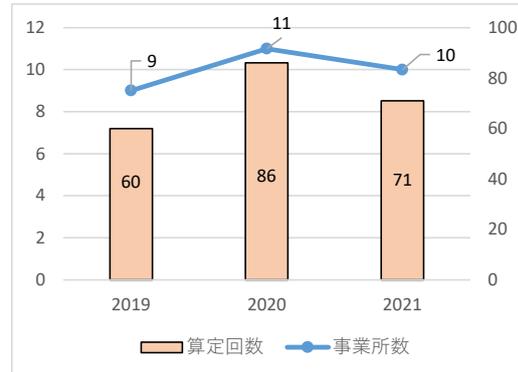
### 【訪問看護退院時共同指導加算(介)】

退院後に訪問看護を受けようとする入院患者や家族等に対し、入院医療機関の医師等と共同して指導を行い、その内容を文書で提供。訪問看護ステーションからは看護師等（准看護師を除く）が共同指導に参加



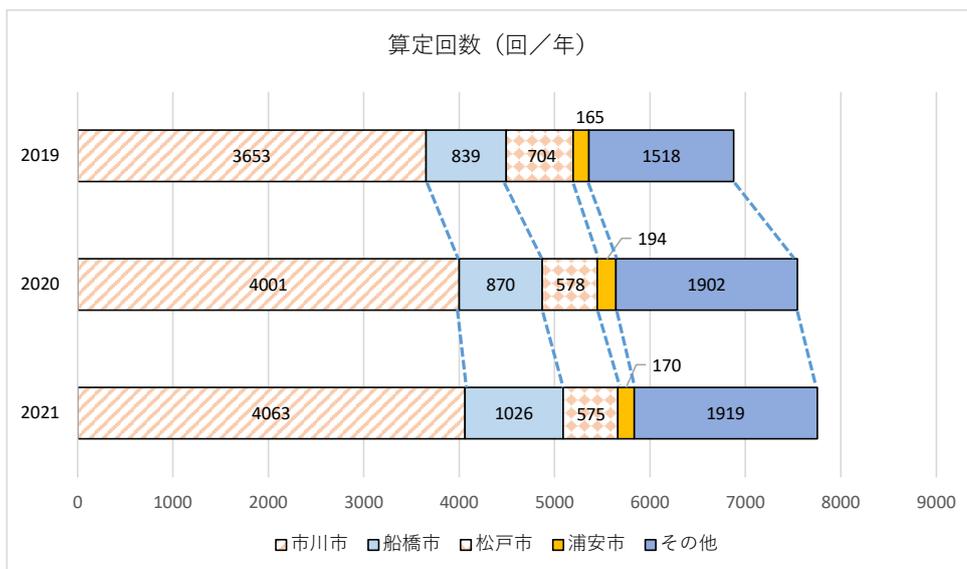
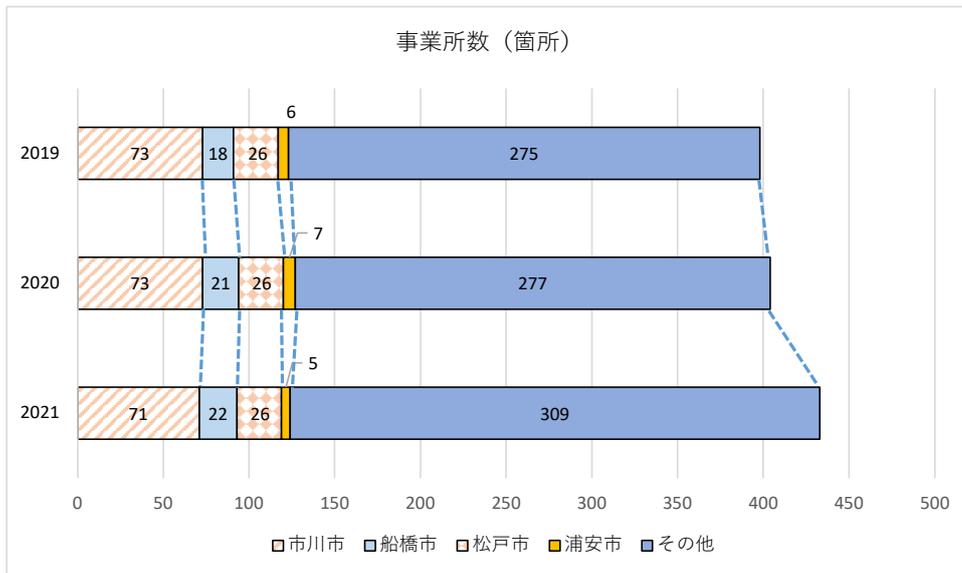
### 【特定施設退院退所時連携加算(介)】

病院・診療所、介護老人保健施設、または介護医療院を退院、退所した後に特定施設に入居する利用者が、施設での生活が円滑に遅れるように病院等と連携調整を行う場合



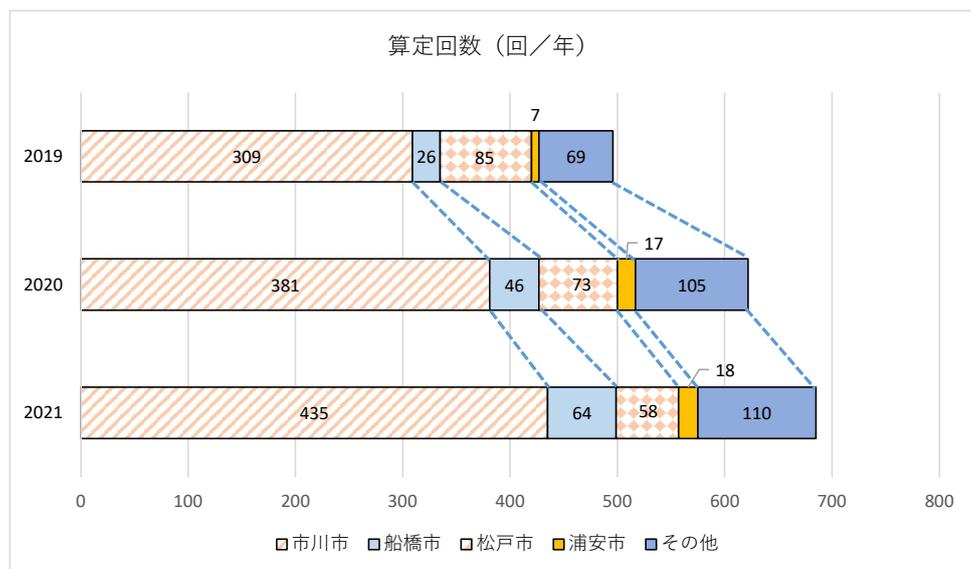
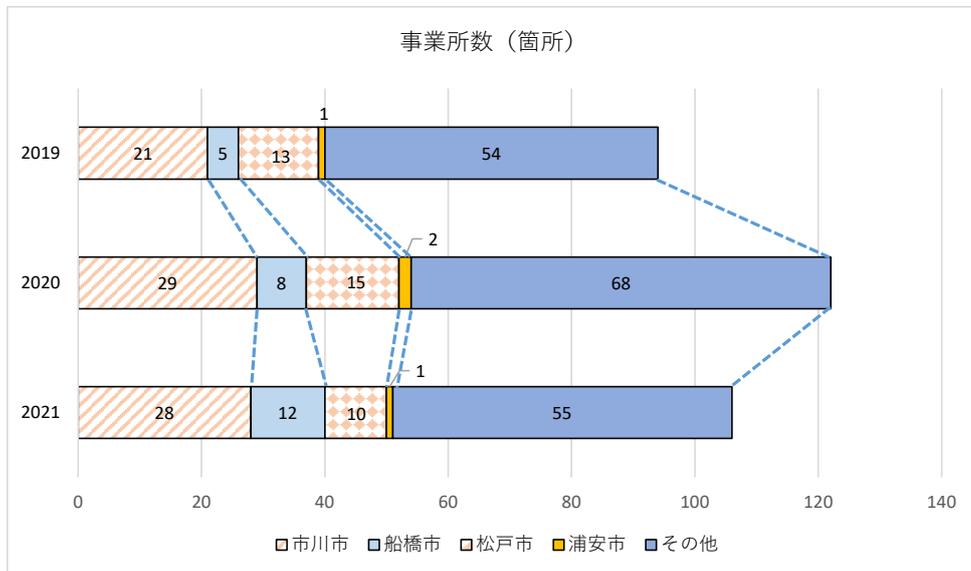
### 3. 急変時の対応

【往診<sup>①</sup> 医】 患者や家族など患者の看護等に当たる人が、医療機関に対し電話等で直接往診を求め、医師が往診の必要性を認めて、可及的速やかに患家へ赴き診療を行った場合



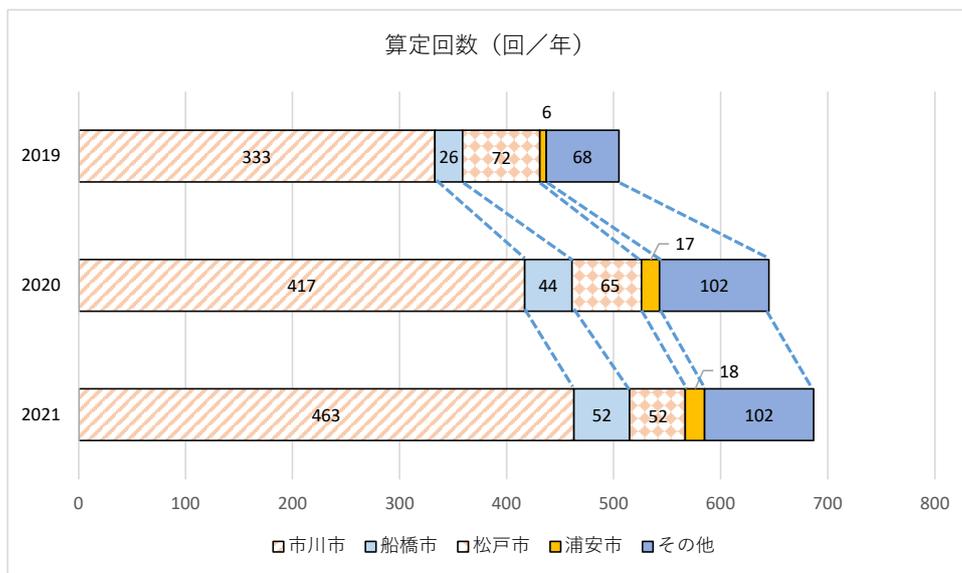
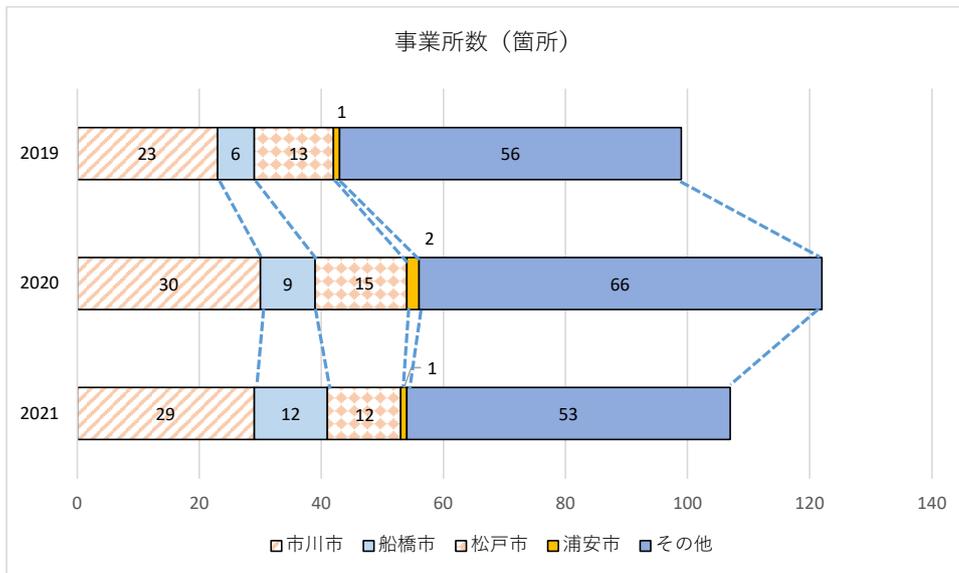
#### 4. 看取りの支援

【在宅ターミナルケア加算(医)】 死亡日と死亡日前14日の計15日間に2回以上往診か訪問診療を行った患者が在宅で死亡した場合（往診か訪問診療の後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む）



#### 4. 看取りの支援

【看取り加算<sup>⑤</sup>】 死亡日に往診か訪問診療を行い、在宅で患者を看取った場合



(参考)

	2019(R1) 年	2020(R2) 年	2021(R3) 年
死亡者数	3,736	3,830	4,105

#### 4. 看取りの支援

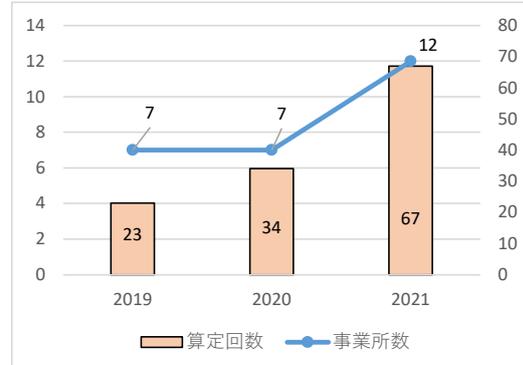
##### 【訪問看護ターミナルケア加算(介)】

死亡した要介護者に対し、「死亡日と死亡日前14日間（計15日間）」に2日以上ターミナルケアを実施した場合



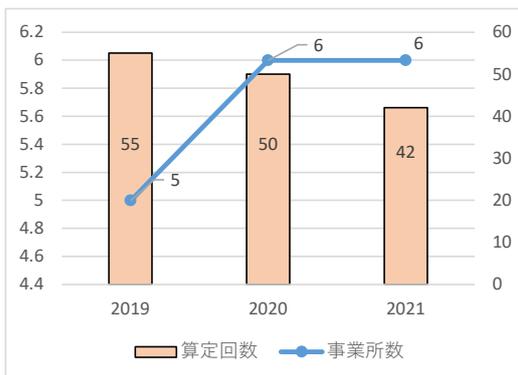
##### 【居宅支援ターミナルケアマネジメント加算(介)】

在宅で死亡した要介護者に対し、「死亡日と死亡日前14日以内（計15日間）」に2日以上、居宅を訪問し、心身の状況等を支援経過としてケアプランに記録し、主治医や介護サービス事業所に提供・連絡調整した場合



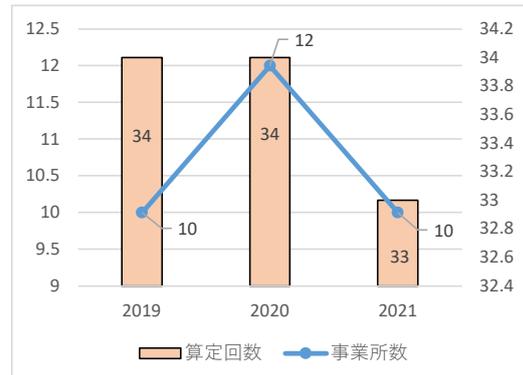
##### 【保健施設ターミナルケア加算(介)】 ※

医師が回復の見込みがないと判断した入所者に対して、医師、看護職員、介護職員、支援相談員等が共同して、随時本人またはその家族に対して十分な説明を行い、合意をしながら、その人らしさを尊重した看取りができるよう支援する場合



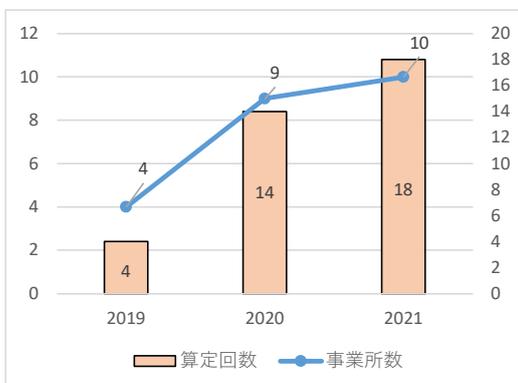
##### 【特定施設看取り介護加算(介)】 ※

医師が回復の見込みがないと判断した入所者に対して、医師や看護師、介護職等の多職種が連携をとって看取りをする場合



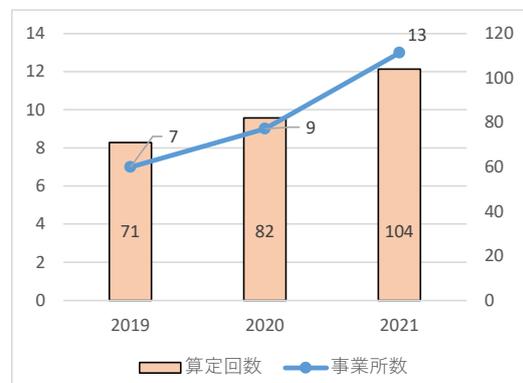
##### 【認知症対応型看取り介護加算(介)】 ※

医師が回復の見込みがないと判断した入所者に対して、医師や看護師、介護職等の多職種が連携をとって看取りをする場合



##### 【福祉施設看取り介護加算(介)】 ※

医師が回復の見込みがないと判断した入所者に対して、医師や看護師、介護職等の多職種が連携をとって看取りをする場合



※施設サービス ターミナルケア加算・看取り介護加算

「死亡日以前30日以上45日以下」「死亡日以前4日以上30日以下」「死亡日以前2日又は3日」「死亡日」について1日につき所定の単位数が加算されるが、1人の被保険者を1回として回数を算定。