

外来医療(その4)

平成30年1月10日

外来医療(その4) 病診連携・機能分化

【これまでの検討(1)】

- 外来医療については、専門医療機関(大病院)とかかりつけ医との機能分化の観点から、
 - (1) 紹介状のない患者等の大病院受診時定額負担の対象病院の見直し、
 - (2) かかりつけ医機能の推進の観点から、地域包括診療料等を算定する患者の同意や在宅医療の提供に係る要件の見直し、
 - (3) 継続的に医学管理を行っている患者に対するICTを活用した診療(オンラインによる診察)を、対面診療とは異なる診療の在り方として評価する、といった論点について検討した。

(1) 大病院受診時定額負担

- ・ 大病院における受診時定額負担については、紹介状のない初診の患者及び継続的な診療の必要性を認めない再診の患者に対して、大病院が一定の定額負担を徴収することを義務づけ
- ・ 外来医療の更なる機能分化の観点から、その対象医療機関を、一般病床500床以上の地域医療支援病院から、さらに病床規模の小さい地域医療支援病院に対象を拡大する方向で見直すよう論点を整理

外来医療(その4) 病診連携・機能分化

【これまでの検討(2)】

(2) かかりつけ医機能

- ・ 「かかりつけ医」及び「かかりつけ医機能」に対する国民の期待は高く、かかりつけ医に望む医療として、専門医療機関への紹介機能や、総合的な相談機能等が期待される
- ・ 平成26年度改定で導入された、地域包括診療料等は、複数の慢性疾患を有する患者に対し、継続的かつ全人的な診療を行うことを評価しているが、その届出医療機関は、約5000箇所余りにとどまる
- ・ 地域包括診療料等の算定要件である、全ての受診医療機関の把握、一元的な服薬管理を行っている内科医療機関は約3割とされ、在宅医療の対応について負担を感じていると回答した医師は約5割
- ・ かかりつけ医機能を推進する観点から、地域包括診療料等の算定要件について、継続的に診療している患者に対する同意に関する手続きや在宅医療の提供等について要件を見直す方向で論点を整理

(3) ICTを活用した診療

- ・ 一定期間以上継続して医学管理を行っているかかりつけの患者に対して、対面診療にオンラインによる診察を組み合わせた場合の新たな評価を設ける方向で論点を整理

外来医療(その4) 病診連携・機能分化

【これまでの検討(3)】

- 以上のような、これまでの検討を踏まえた今後の対応をまとめると、
 - (1) 大病院受診時定額負担は、病院における、紹介状のない「初診」患者と継続的な診療の必要性を認めない「再診」患者、
 - (2) 地域包括診療料等は、患者の同意を前提としているため、かかりつけ医等における「再診」の患者、
 - (3) ICTを活用した診療は、継続的な医学管理を行っている「再診」の患者、と整理される。



○ 外来医療に係るこれまでの検討を踏まえ、12月22日の各号意見も踏まえつつ、今回、かかりつけ医機能を有する医療機関における初診への対応について検討してはどうか。

外来医療(その4) 病診連携・機能分化

【現状と課題(1)】

○外来医療の現状

- ・ 外来患者数は緩やかに減少傾向にあるが、年齢別にみると、65歳以上が減少し、15歳未満は横ばいからやや増加
- ・ 外来患者一人当たりの平均受診日数は約1.6回／月であり、長期処方広がりとともに受診日数は減少傾向
- ・ 平均的な診察時間は、再来の患者では、3分～10分未満が最も多く、半数以上を占める。より長時間の10分～20分未満、20分～30分未満、30分以上の区分では、再来の患者に比べ初診の患者の割合が多い

○外来医療提供体制の基本的な考え方

- ・ 大病院の外来では、紹介患者を中心とし、専門外来の機能は確保し、一般的な外来機能は縮小
- ・ かかりつけ医機能を有する医療機関の外来では、一般的な外来受診の相談に対応することを基本とし、必要に応じて、大病院(専門外来)を紹介する

外来医療(その4) 病診連携・機能分化

【現状と課題(2)】

○基本的な診療の評価

- 病院・診療所別、初・再診料等の算定状況を見ると、初診料では、診療所が算定回数の約8割弱を占めており、病院の割合は減少、診療所は増加傾向
- 入院外の診療報酬の内訳を見ると、診療所では、初・再診料及び医学管理等の占める割合が約3割強であり、病院に比べて割合は高い
- 初診料の変遷を見ると、平成18年度改定において患者の視点を踏まえた見直しとして、病院と診療所の評価を統一するとともに、平成24年度改定では紹介率等の低い一定規模の病院について初診料を適正化
- 平成28年度改定で保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携の更なる推進のため、一定規模以上の保険医療機関について、定額の徴収を義務化

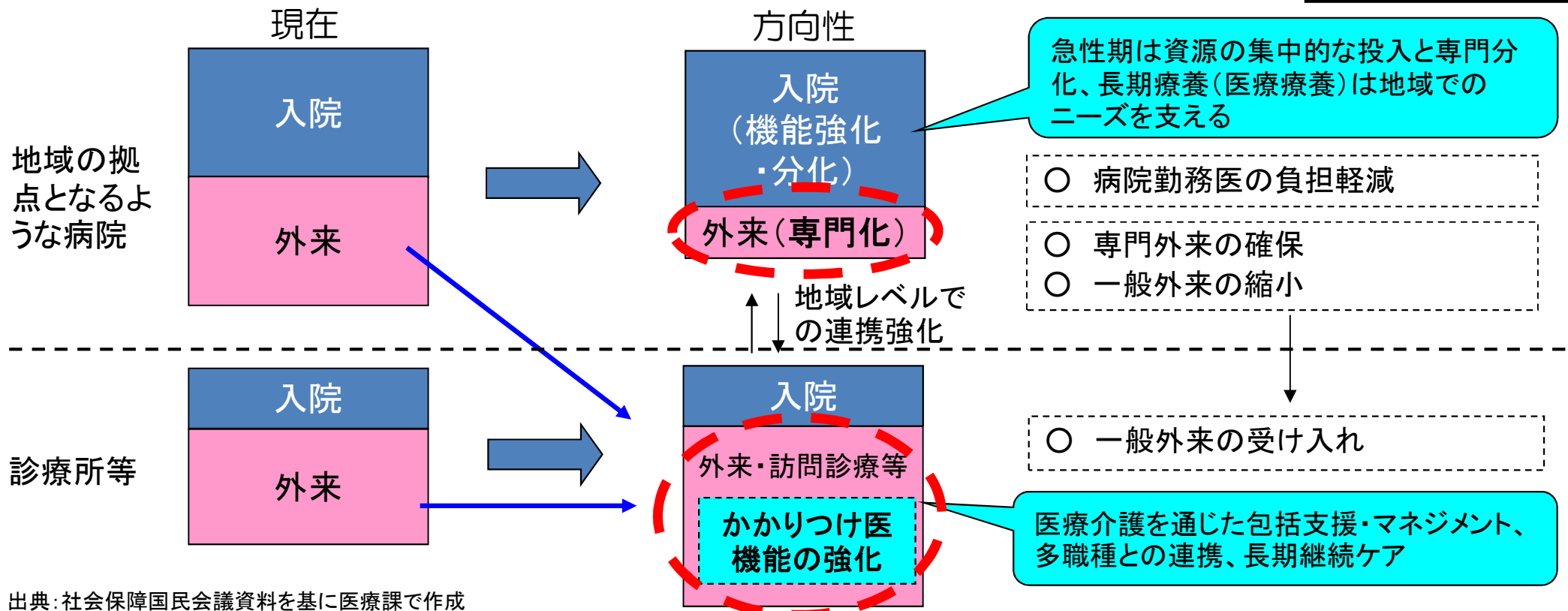
外来医療の今後の方向性(イメージ)

社会保障制度改革国民会議報告書(H25年8月6日)抜粋

- 新しい提供体制は、利用者である患者が大病院、重装備病院への選好を今の形で続けたままでは機能しない
- フリーアクセスの基本は守りつつ、限りある医療資源を効率的に活用するという医療提供体制改革に即した観点からは、医療機関間の適切な役割分担を図るため、「緩やかなゲートキーパー機能」の導入は必要
- 大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムの普及、定着は必須
- 医療の提供を受ける患者の側に、大病院にすぐに行かなくとも、気軽に相談できるという安心感を与える医療体制の方が望ましい

外来医療の役割分担のイメージ

(改) 中医協 総 - 5
2 9 . 2 . 2 2



出典: 社会保障国民会議資料を基に医療課で作成

II 医療・介護分野の改革

1 改革が求められる背景と社会保障制度改革国民会議の使命

(3) 改革の方向性

① 基本的な考え方

（中略）また、医療改革は、提供側と利用者側が一体となって実現されるものである。患者のニーズに見合った医療を提供するためには、医療機関に対する資源配分に濃淡をつけざるを得ず、しかし、そこで構築される新しい提供体制は、利用者である患者が大病院、重装備病院への選好を今の形で続けたままでは機能しない。さらにこれまで、ともすれば「いつでも、好きなところで」と極めて広く解釈されることもあったフリーアクセスを、今や疲弊おびただしい医療現場を守るためにも「必要な時に必要な医療にアクセスできる」という意味に理解していく必要がある。そして、この意味でのフリーアクセスを守るためには、緩やかなゲートキーパー機能を備えた「かかりつけ医」の普及は必須であり、そのためには、まず医療を利用するすべての国民の協力と、「望ましい医療」に対する国民の意識の変化が必要となる。

（中略）

3 医療保険制度改革

(2) 医療給付の重点化・効率化（療養の範囲の適正化等）

併せて、改革推進法（第6条第2号）では、医療保険制度について、「保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等」を図ることも求められている。まず、フリーアクセスの基本は守りつつ、限りある医療資源を効率的に活用するという医療提供体制改革に即した観点からは、医療機関間の適切な役割分担を図るため、「緩やかなゲートキーパー機能」の導入は必要となる。こうした改革は病院側、開業医側双方からも求められていることであり、大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムの普及、定着は必須であろう。そのため、紹介状のない患者の一定病床数以上の病院の外来受診について、初再診料が選定療養費の対象となっているが、一定の定額自己負担を求めるような仕組みを検討すべきである。このことは、大病院の勤務医の負担軽減にもつながる。もちろん、上記のような受診行動が普及するには、医師が今よりも相当に身近な存在となる地域包括ケアシステムへの取組も必要であり、医療の提供を受ける患者の側に、大病院にすぐに行かなくとも、気軽に相談できるという安心感を与える医療体制の方が望ましいことを理解してもらわなければならない、患者の意識改革も重要となる。

初診料等の病床数に係る要件の概要

- 初・再診料、外来診療料は、初・再診の際の基本的な診療行為を含む一連の費用を評価したものであり、診察に当たって個別の技術料に含まれていない基本的な診察や処置等（視診、触診、問診等、血圧測定等、点眼処置等）や、基本的な医療の提供に必要な人的・物的費用が含まれる。
- 病診の機能分化の観点から、診療所と一定病床数以上の病院について評価が区別されている。

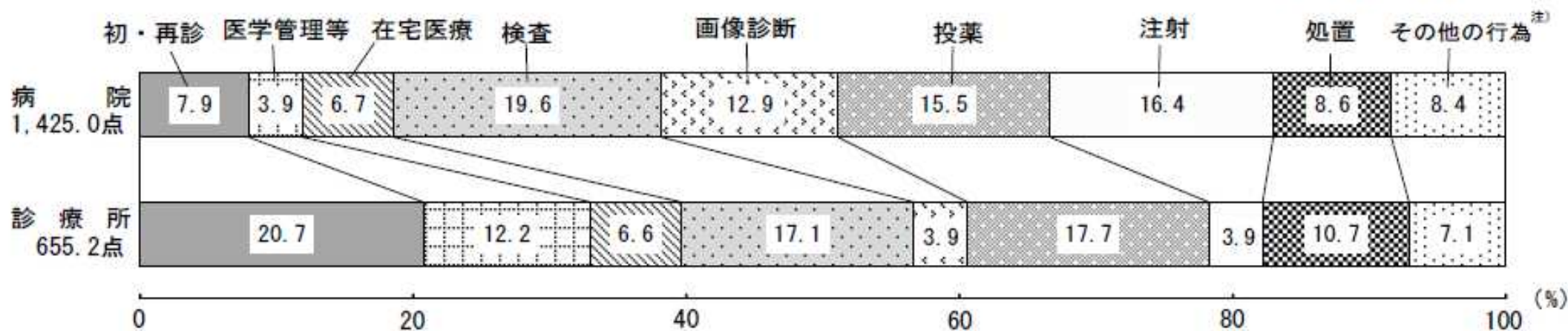
項目名	主な要件	点数
A000 初診料	下記以外	282点
	特定機能病院、 <u>許可病床数500床以上の地域医療支援病院</u> ※ ※ 紹介率等が50%未満の病院で、文書による紹介がない患者の場合	209点
	<u>許可病床数500床以上かつ一般病床数200床以上</u> ※ ※ 特定機能病院・地域医療支援病院でなく、紹介率等が40%未満の病院で、文書による紹介がない患者の場合	
A001 再診料	<u>一般病床数200床未満</u>	72点
A002 外来診療料	<u>一般病床数200床以上</u>	73点
	特定機能病院、 <u>一般病床数200床以上かつ許可病床数500床以上の地域医療支援病院</u> ※ ※ 紹介率等が低い病院で、他の病院（200床未満）又は診療所に対して文書による紹介を行う旨の申出を行っている場合	54点
	<u>一般病床数200床以上かつ許可病床数500床以上</u> ※ ※ 特定機能病院・地域医療支援病院でなく、紹介率等が低い病院で、他の病院（200床未満）又は診療所に対して文書による紹介を行う旨の申出を行っている場合	

入院外の診療行為別1日当たり点数の構成割合(病院・診療所別)

○ 診療所では、病院に比べ、入院外の診療報酬点数に占める初・再診料及び医学管理等の割合が高い。

図8 病院 - 診療所別にみた入院外の診療行為別1日当たり点数の構成割合

(平成28年6月審査分)

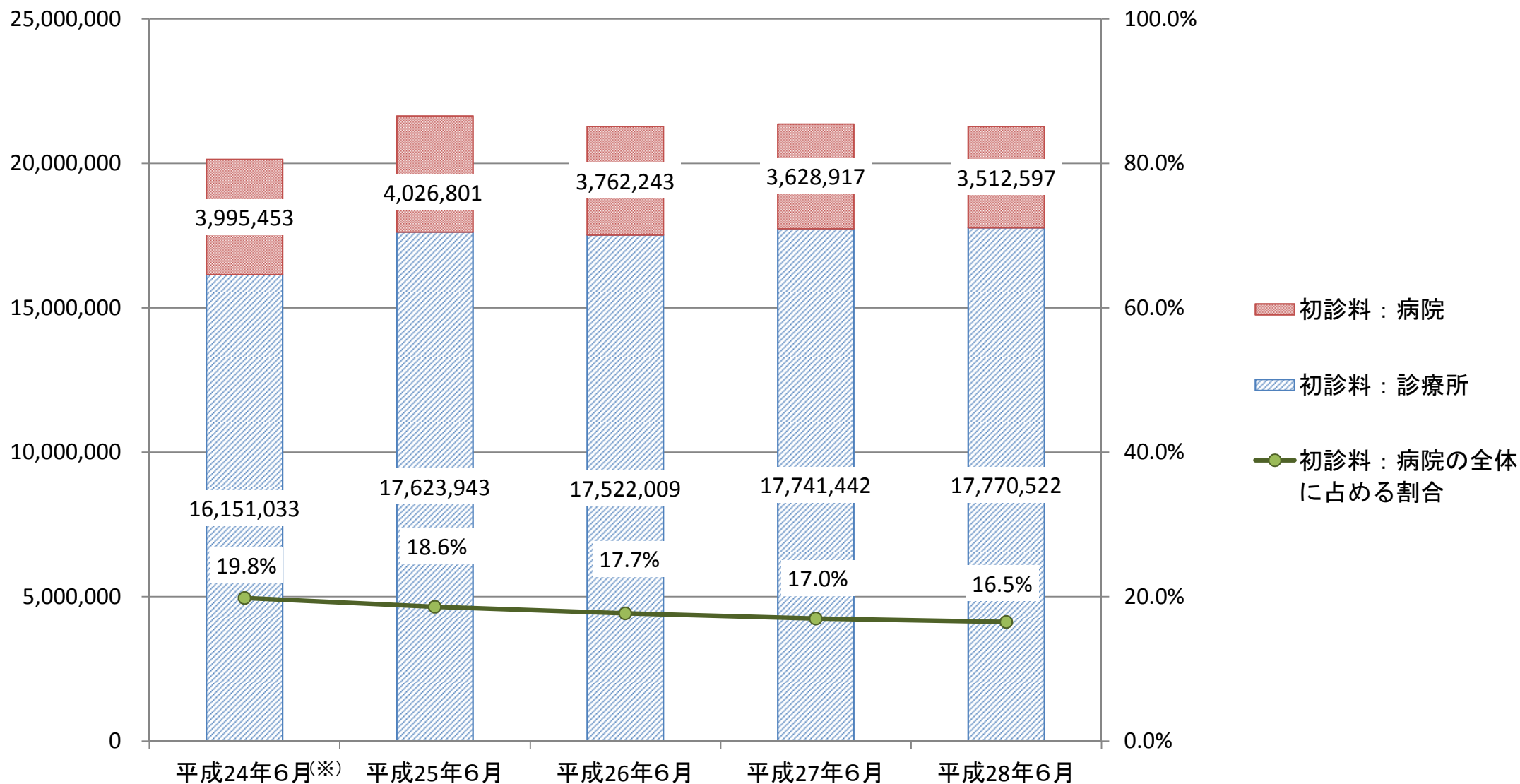


注：「その他の行為」は、「リハビリテーション」「精神科専門療法」「手術」「麻酔」「放射線治療」「病理診断」及び「入院料等(短期滞在手術等基本料1)」である。

病院・診療所別の初診料の算定回数 of 年次推移

○ 初診料の算定回数は、診療所が病院に比べ多く、また、病院の割合は減少傾向。

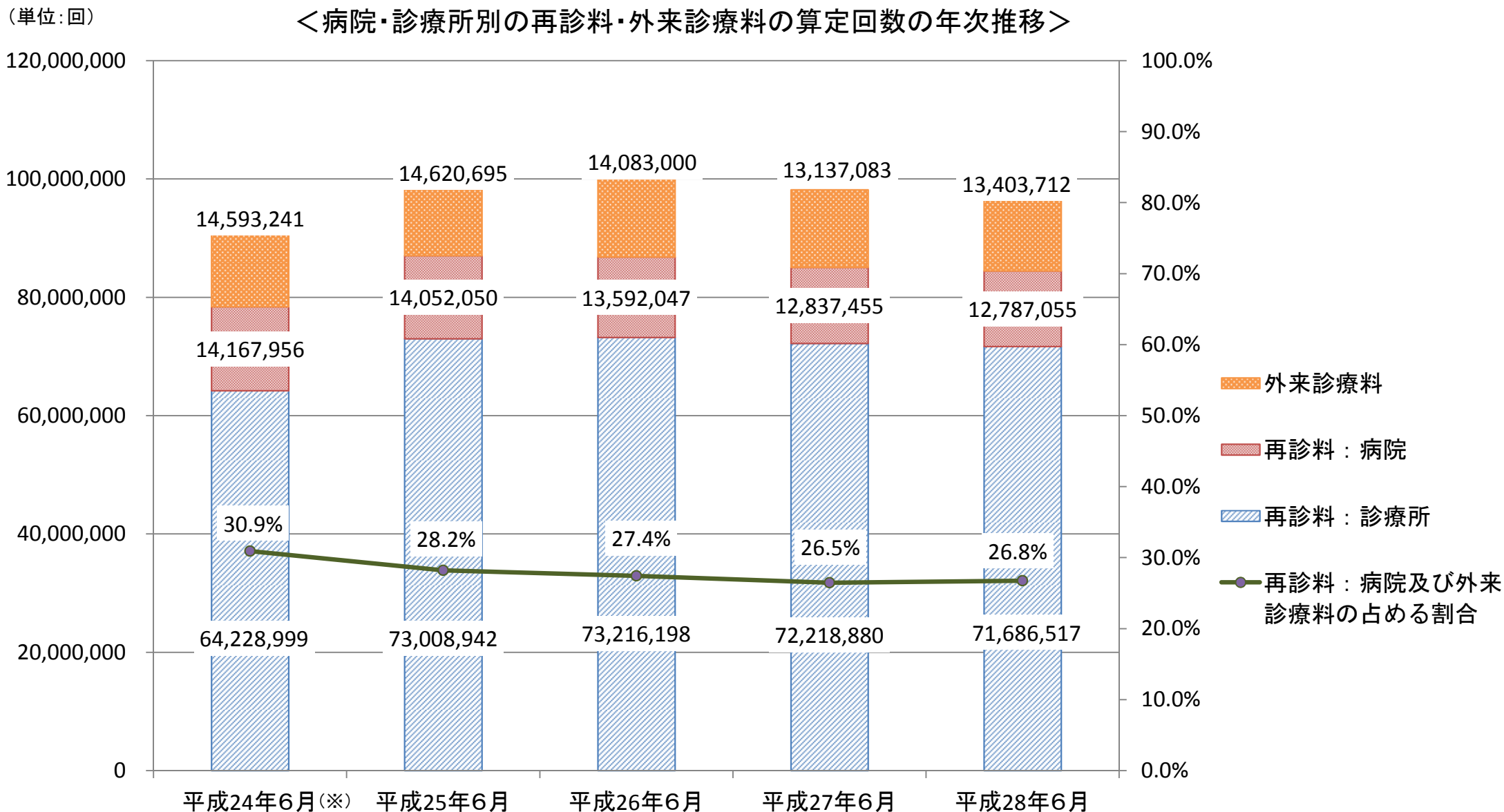
(単位:回)



※平成24年までは診療所は抽出調査、平成25年以降は全数調査

病院・診療所別の再診料・外来診療料の算定回数 of 年次推移

○ 再診料・外来診療料の算定回数は、全体として減少傾向であり、病院の占める割合も減少傾向。

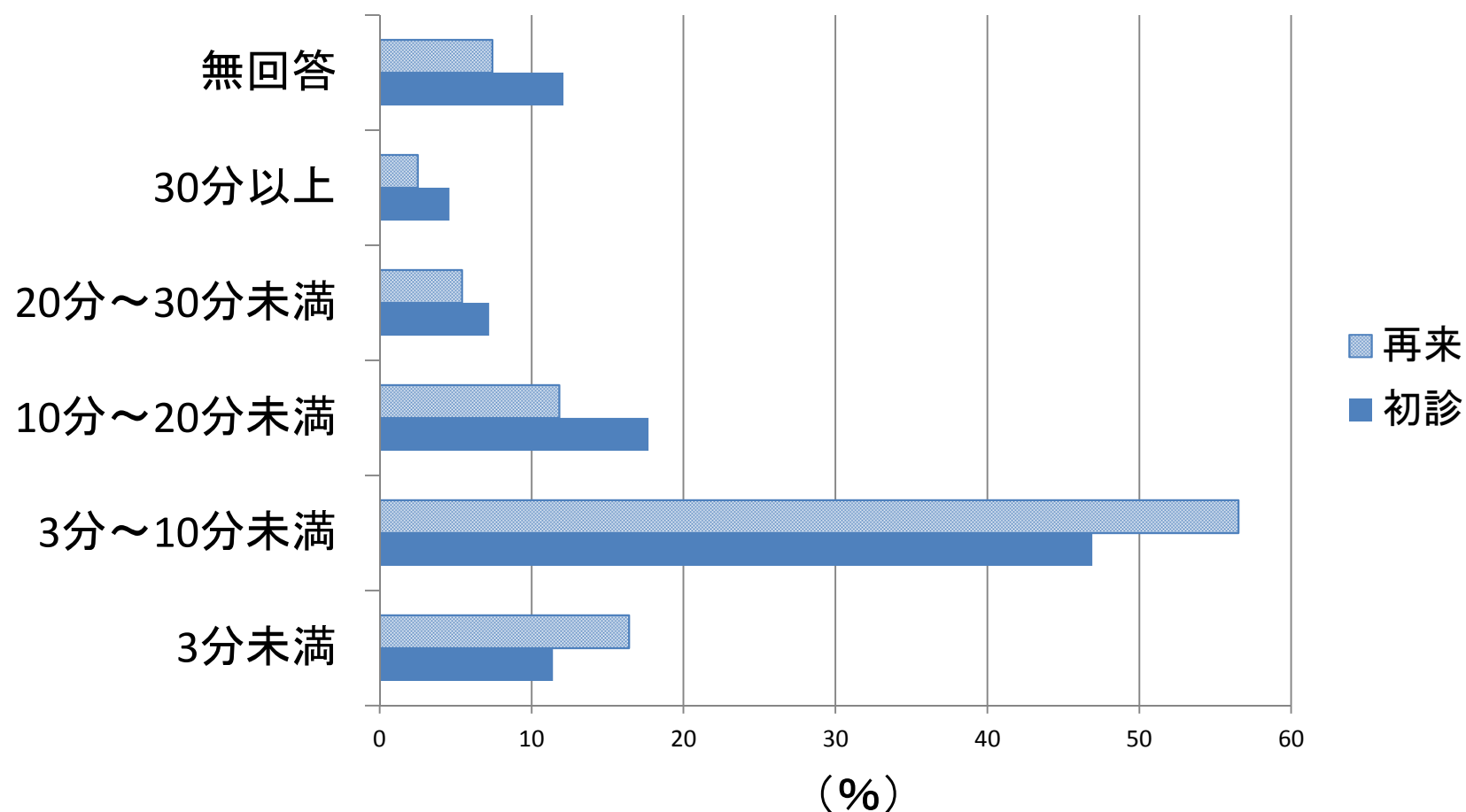


※平成24年までは診療所は抽出調査、平成25年以降は全数調査

初診と再来別・診察時間別の患者割合

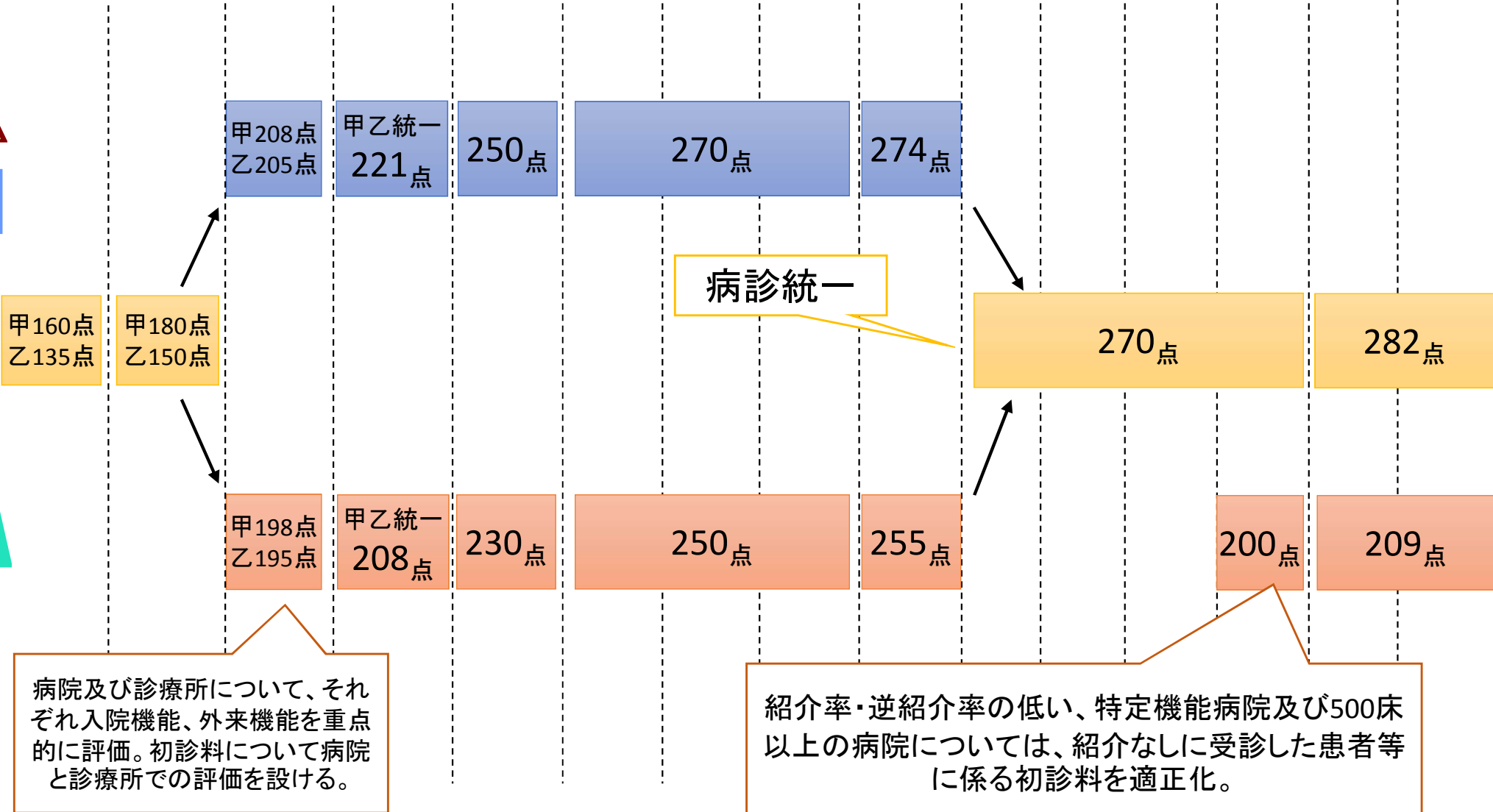
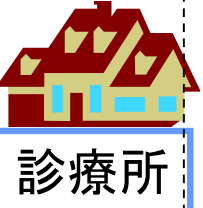
○ 再来の患者では、診察時間が3分～10分未満の区分が最も多く、5割以上を占める。診察時間が10分～20分未満、20分～30分未満、30分以上の区分では、再来の患者に比べて、初診の患者の割合が多い。

循環器疾患を主病とする患者の診察時間別の患者割合（％）



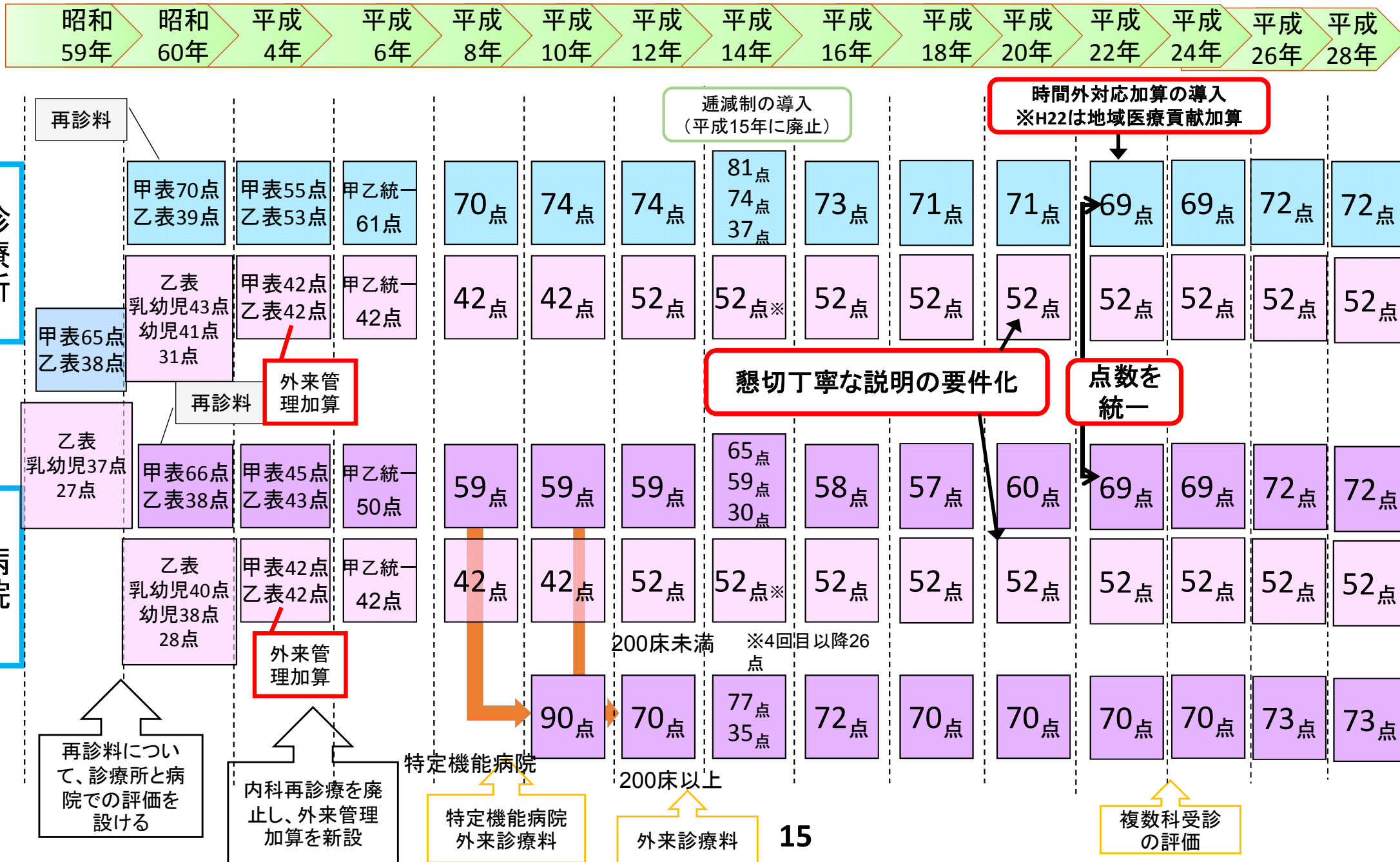
初診料の評価の変遷

昭和59年 昭和60年 平成4年 平成6年 平成8年 平成10年 平成12年 平成14年 平成16年 平成18年 平成20年 平成22年 平成24年 平成26年 平成28年



再診料・外来管理加算の評価の変遷

診療所、病院それぞれ上段が再診料、下段が外来管理加算の変遷を示す



紹介状なしで大病院を受診する場合等の定額負担（現行制度）

➤ 保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携の更なる推進のため、平成28年度から一定規模以上の保険医療機関について、定額の徴収を責務とする。

① 特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院については、現行の選定療養の下で、定額の徴収を責務とする。

② 定額負担は、徴収する金額の最低金額として設定するとともに、初診については5,000円（歯科は3,000円）、再診については2,500円（歯科は1,500円）とする。

③ 現行制度と同様に、緊急その他やむを得ない事情がある場合については、定額負担を求めないこととする。その他、定額負担を求めなくても良い場合を定める。

[緊急その他やむを得ない事情がある場合]

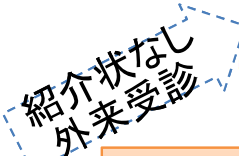
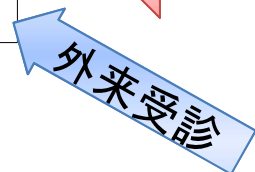
救急の患者、公費負担医療の対象患者、無料低額診療事業の対象患者、HIV感染者

[その他、定額負担を求めなくて良い場合]

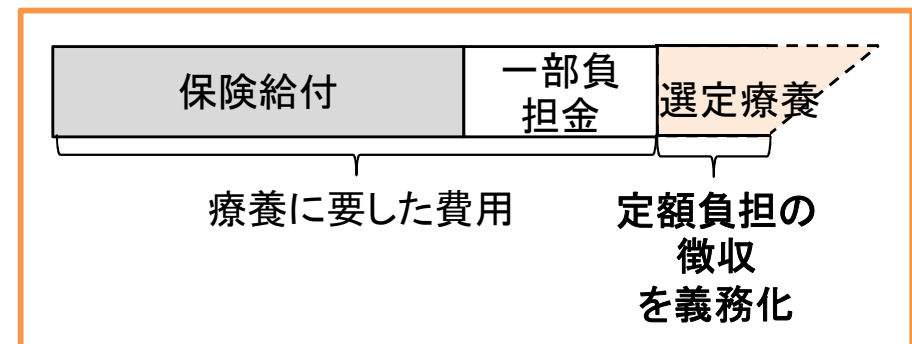
- a. 自施設の他の診療科を受診中の患者
- b. 医科と歯科の間で院内紹介した患者
- c. 特定健診、がん検診等の結果により精密検査の指示があった患者 等

④ 自治体による条例制定が必要な公的医療機関については、条例を制定するまでの期間を考慮し、6か月の経過措置を設ける。

中小病院、診療所



定額負担を徴収



「かかりつけ医」と「かかりつけ医機能」

— 日本医師会・四病院団体協議会合同提言（平成25年8月8日）（抜粋） —

「かかりつけ医」とは(定義)

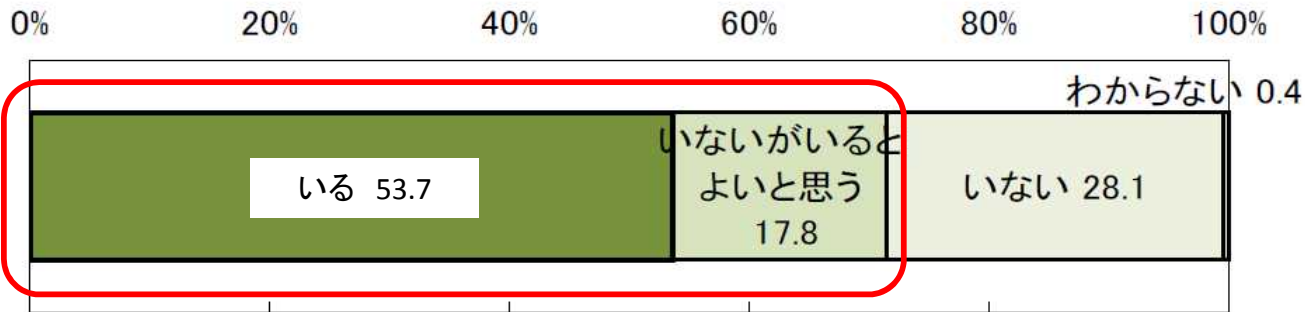
なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

「かかりつけ医機能」

- 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。

かかりつけ医の有無

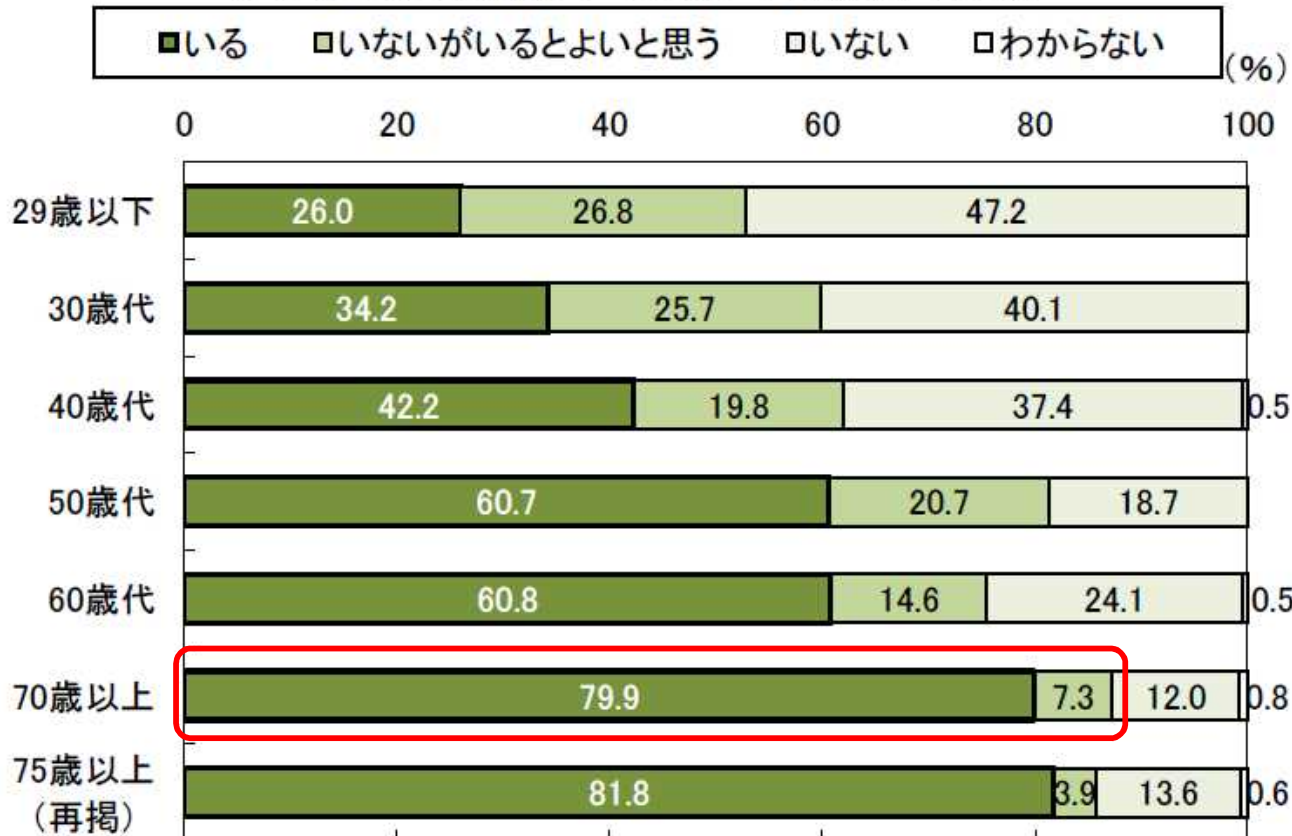
かかりつけの医師の有無 (n=1,122)



○かかりつけ医が「いる」と答えた者の割合は53.7%、「いる」及び「いないがいるとよいと思う」と答えた者は71.5%であった。

○年齢別にみると、かかりつけ医が「いる」及び「いないがいるとよいと思う」と答えた者の割合は、70歳以上では80%以上であった。

かかりつけの医師がいる割合-年齢別 (n=1,122)



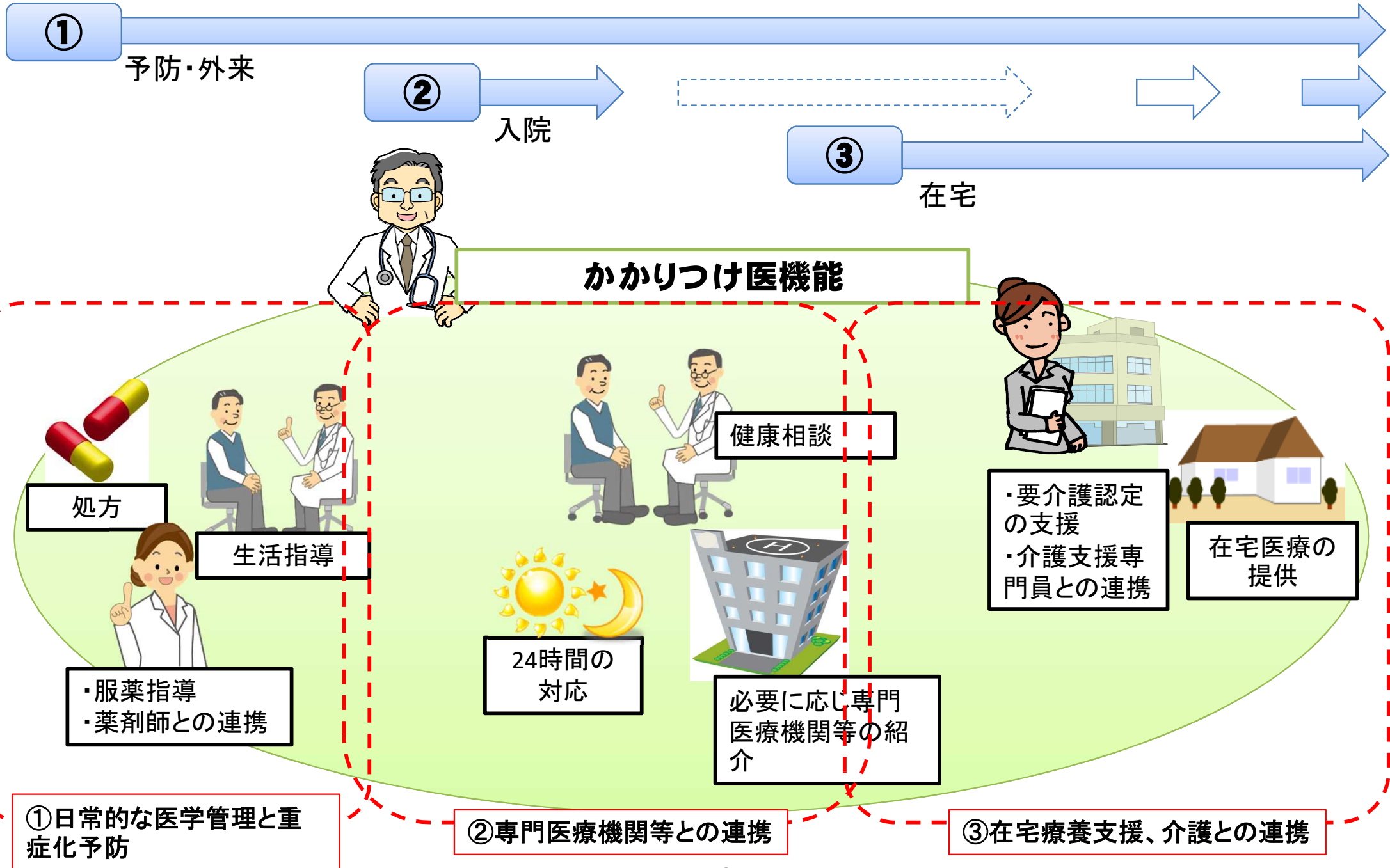
【設問】

Q9. かかりつけ医は、一般に健康のことを何でも相談でき、必要なときは専門の医療機関へ紹介してくれる、身近にいて頼りになる医師のことです。あなたには、かかりつけの医師がいますか。

出典：日本医師会総合政策研究機構 第5回日本の医療に関する意識調査（2014年12月24日）

かかりつけ医機能のイメージ（案）

～生活習慣病を有する患者の例～



疾病の経過に応じ想定されるかかりつけ医の役割（案）

～生活習慣病を有する患者の例～

例：内服と生活習慣の改善を必要とする場合

①日常的な医学管理と重症化予防

- 疾病教育
疾病への理解、自己管理を促す
- 生活指導
食事、運動等の生活習慣の改善を促す
- 治療方針の決定
運動療法、食事療法、薬物治療等（理学療法士、管理栄養士、薬剤師等との連携）
- 服薬管理
- 服薬指導（薬剤師との連携）
- 治療効果の評価
必要に応じ、治療方針の見直しや専門医療機関と連携し、精密検査等
- 重症化の予防、早期介入

等

例：合併症のために入院が必要な場合

②専門医療機関等との連携

- 専門医療機関への紹介、助言
精密検査の依頼
合併症に対する治療
治療方針の見直し
追加的治療の導入
- 合併症に応じた療養指導
在宅医療を行う場合の管理や療養指導
- 急性増悪への対応
24時間対応、専門医療機関等との連携

等

例：ADLが低下し、通院が困難になった場合

③在宅療養支援、介護との連携

- 在宅医療を行う場合の管理や療養指導
- 服薬管理
- 服薬指導（薬剤師との連携）
- 要介護状態等に応じた療養指導
- 介護との連携
主治医意見書の作成
介護支援専門員との連携
- 急性増悪への対応
24時間対応、専門医療機関との連携
- 看取り支援

等

医療機関の受診のあり方に関する考え

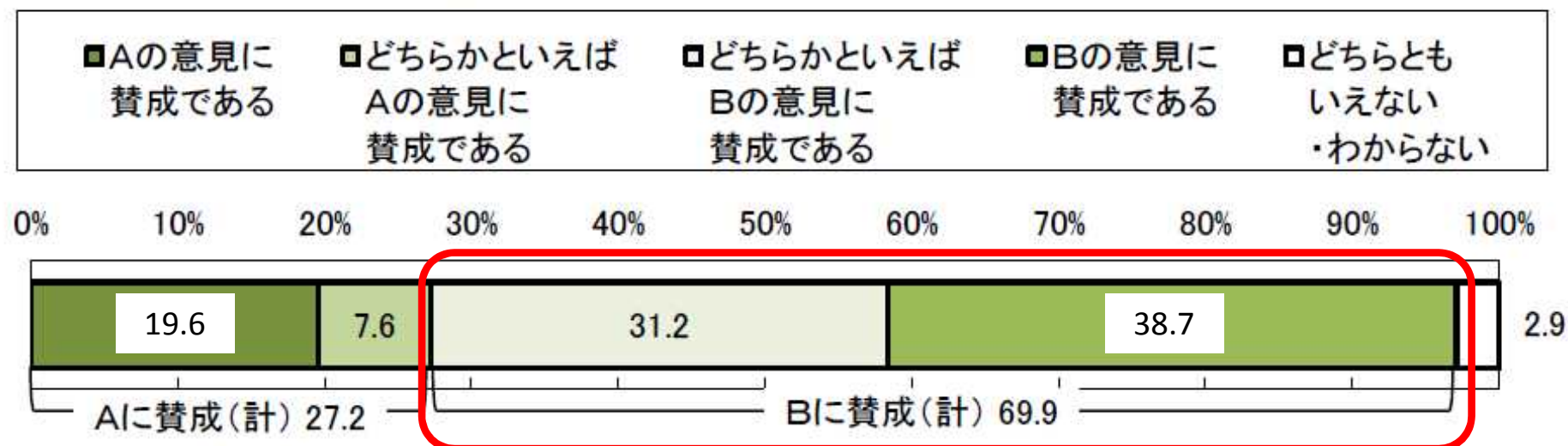
○ 医療機関の受診のあり方について、「最初にかかりつけ医など決まった医師を受診し、その医師の判断で必要に応じて専門医療機関を紹介してもらい受診する」に賛成する者が70%近くを占めた。

Q21 医療機関の受診のあり方として、次のAとBの2つの考え方について議論されています。あなたはどちらに賛成しますか。

A 病気の程度に関わらず、自分の判断で選んだ医療機関を受診する

B 最初にかかりつけ医など決まった医師を受診し、その医師の判断で必要に応じて専門医療機関を紹介してもらい受診する

医療機関の受診のあり方について(n=1,122)

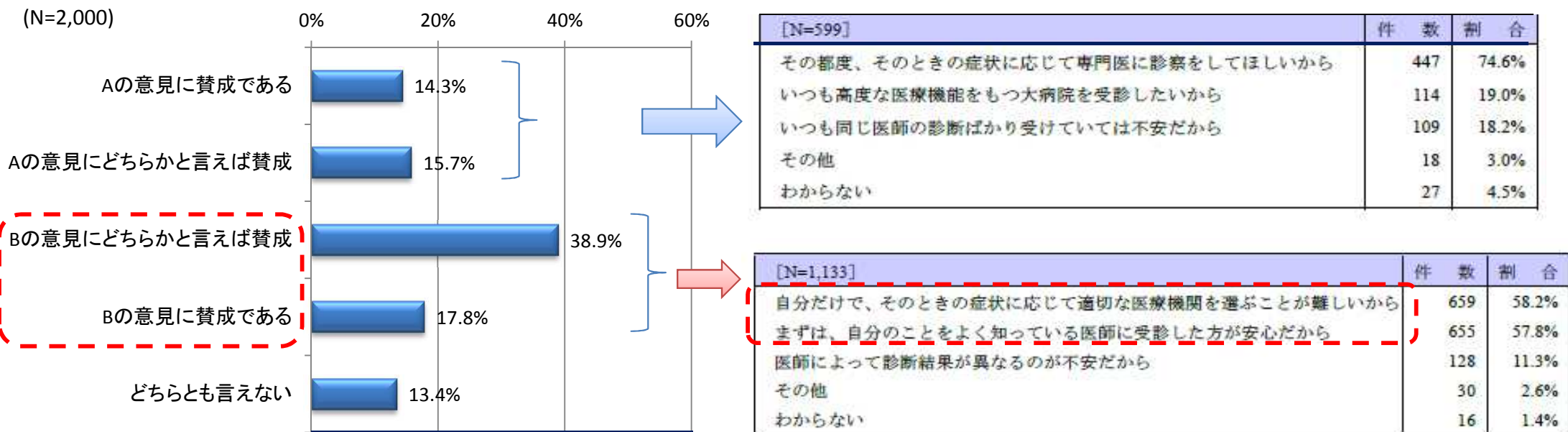


出典：日本医師会総合政策研究機構 第5回日本の医療に関する意識調査（2014年12月24日）

(参考)

医療機関の受診のあり方に関する考え

- 医療機関の受診のあり方に関するAとBの2つの考え方の賛否について回答を求めた
 - A. 病気の症状の程度に関わらず、病院と診療所の区別なく自分の選んだ医療機関を受診する
 - B. 最初に決まった医師を受診し、その医師の判断で、必要に応じて病院等の専門医療機関を受診する



出典:平成23年11月17日「医療に関する国民意識調査」—調査結果報告の要旨—健康保険組合連合会

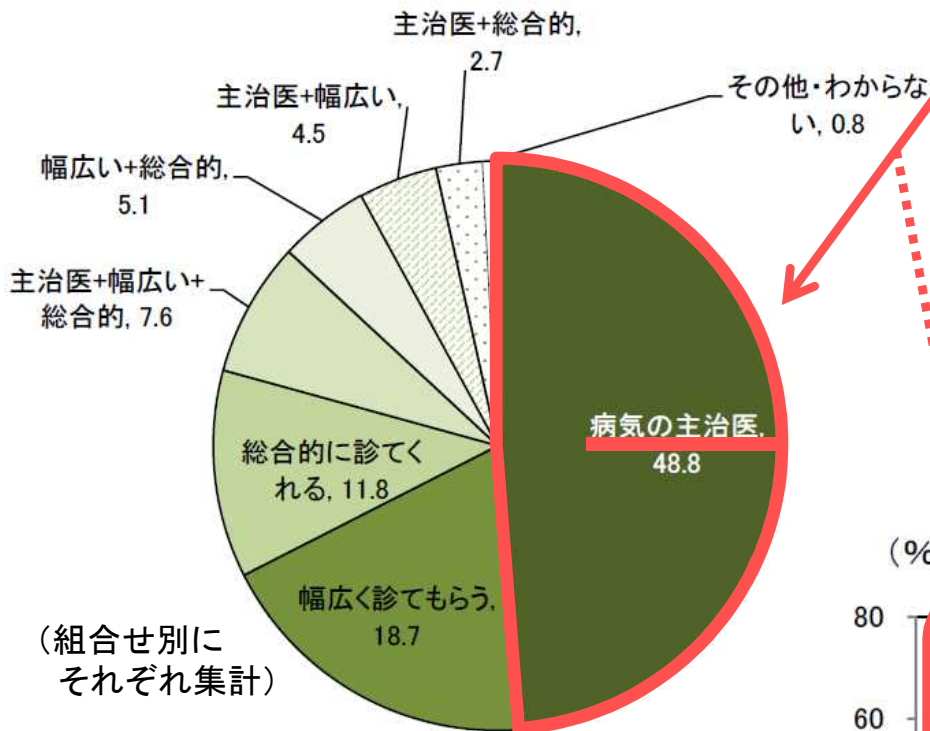
- 「Aの意見に賛成」と「Aの意見にどちらかといえば賛成」が合計30.0% (前回調査*33.0%)。
- 「Bの意見に賛成」と「Bの意見にどちらかといえば賛成」が合計56.7% (前回調査*53.0%)と上昇。
- 「Bの意見に賛成」と「Bの意見にどちらかといえば賛成」と答えた人のうち、「自分だけで、そのときの症状に応じて適切な医療機関を選ぶことが難しいから」と答えた人が58.2%、「まずは、自分のことをよく知っている医師に受診した方が安心だから」と答えた人が57.8%存在した。

※ 前回調査は平成19年度に実施

かかりつけ医はどのような医師か（複数回答）

(改) 中医協 総-5
29.2.22

かかりつけ医はどういう医師か (n=603)



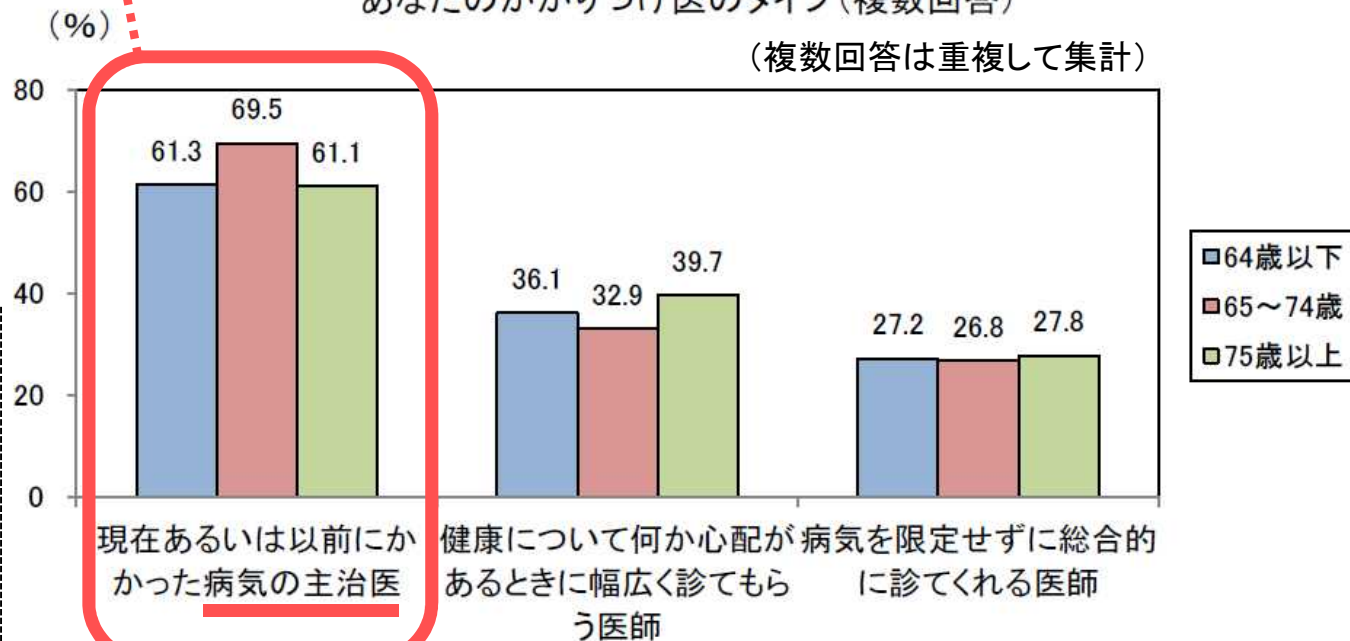
○かかりつけ医がいると回答した人のうち、どのような医師かの問いに対し、「**病気の主治医**」のみを選択した者の割合は約50%。

また、「幅広く診てもらおう」又は「総合的に診てくれる」をひとつでも選択した者の割合は約50%。

○年齢別にみると、「健康について何か心配があるときに幅広く診てもらおう」又は「病気を限定せずに総合的に診てくれる」を選択した者の割合は、それぞれ30%台 (32.9~39.7%) と約27%。

あなたのかかりつけ医のタイプ (複数回答)

(複数回答は重複して集計)



【設問と選択肢】

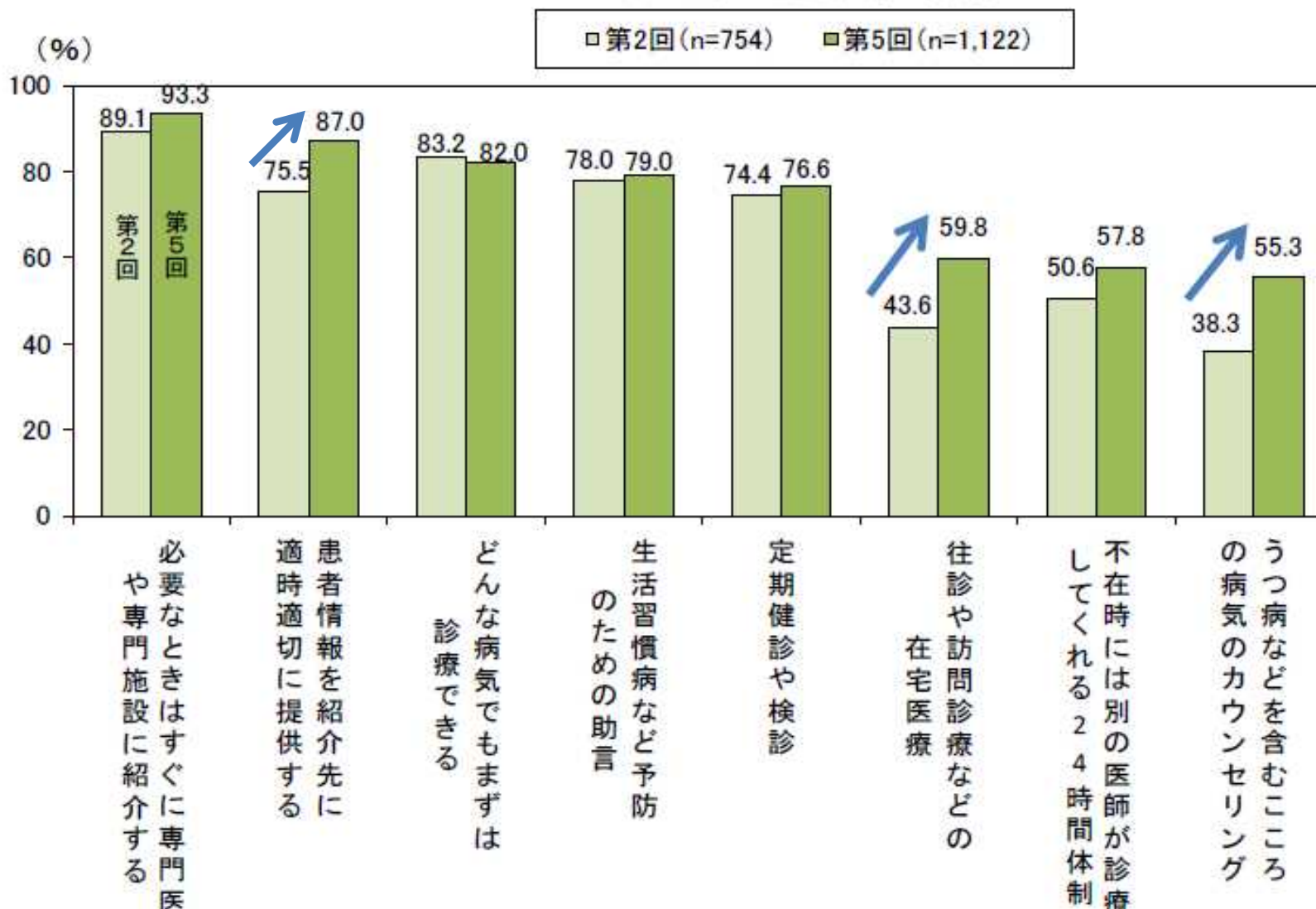
Q9. -SQ1

あなたにとって、かかりつけ医はどういう医師ですか。
この中から当てはまるものをすべてあげてください。

- (ア) 現在あるいは以前にかかった病気の主治医
- (イ) 健康について何か心配があるときに幅広く診てもらおう医師
- (ウ) 病気を限定せずに総合的に診てくれる医師
- (エ) その他
- わからない

かかりつけ医に望む医療や体制（2006年と2014年の比較）

○ かかりつけ医に望む医療や体制に関する回答(複数回答)について、第5回(2014年)の調査と第2回(2006年)の調査を比較すると、患者情報の紹介先への提供、在宅医療、こころの病気のカウンセリングなどへの割合の増加がみられた。

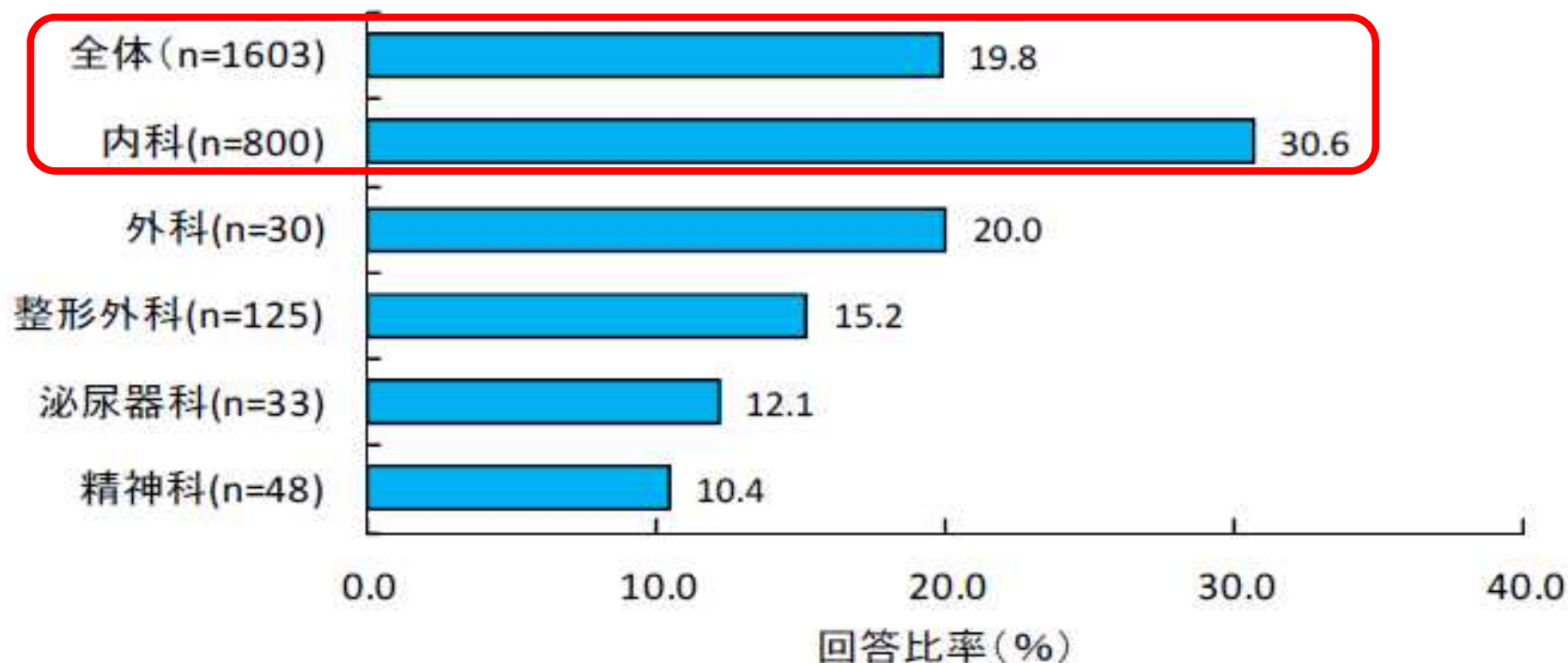


日本医師会総合政策研究機構「第5回日本の医療に関する意識調査（2014年12月24日）」をもとに、保険局医療課で作成

診療所における通院患者の他院受診状況の把握

- 診療所全体の19.8%、内科の診療所の30.6%が、患者が受診しているすべての医療機関を把握していると回答していた。

患者が受診しているすべての医療機関を把握している診療所の割合
(回答数20以上の上位5診療科, 複数回答)

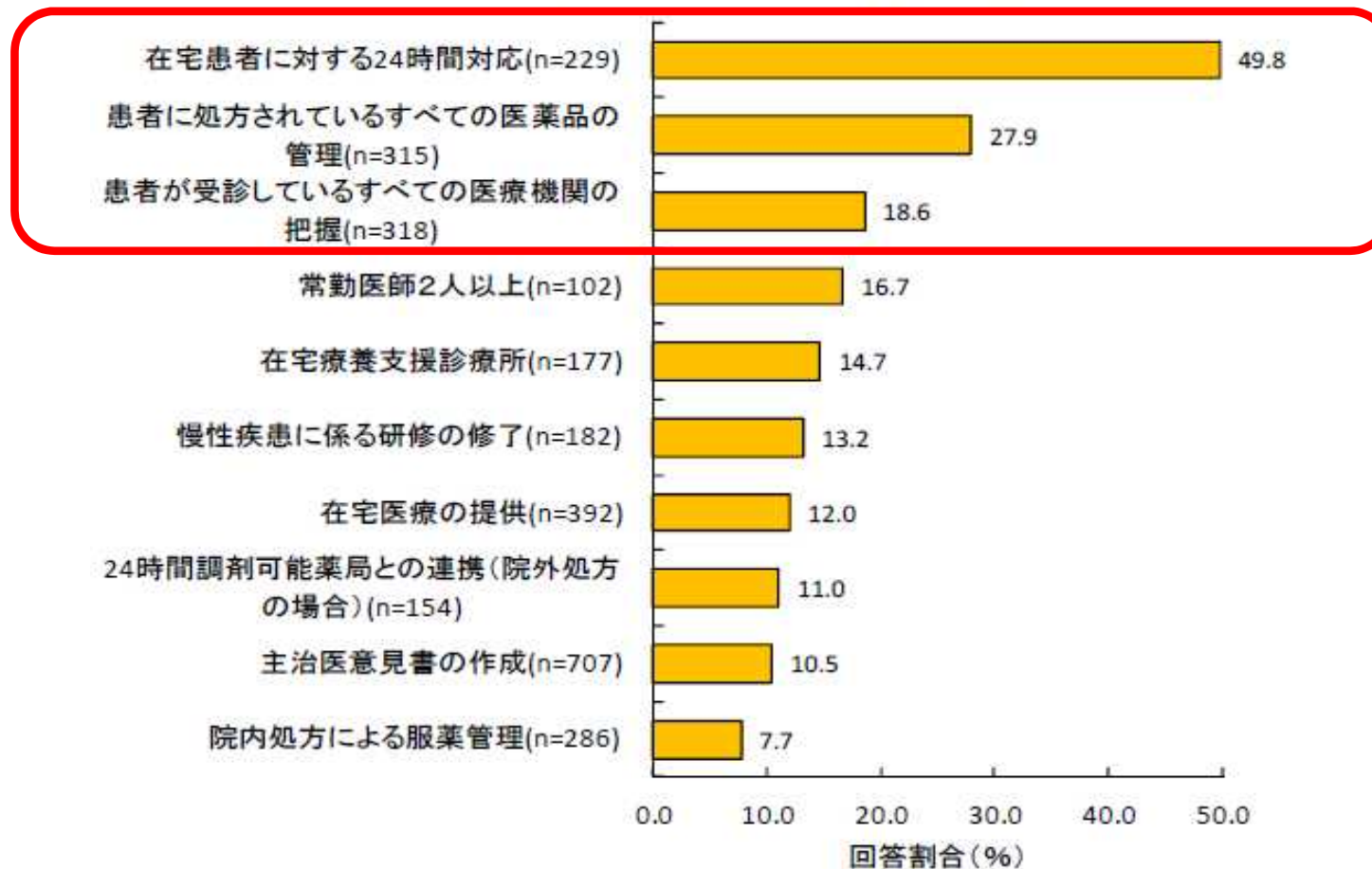


出典：日本医師会「かかりつけ医機能と在宅医療についての診療所調査」結果(概要版)(2017年2月15日)

診療所におけるかかりつけ医の業務に対する負担感

- 実施している業務のうち負担の大きな項目として、「在宅患者に対する24時間対応」、「患者に処方されているすべての医薬品の管理」、「患者が受診しているすべての医療機関の把握」と回答した診療所が多かった。

現在実施していて負担の大きい項目(上位10項目)



*n数は現在実施している診療所数。「回答割合=負担と回答した診療所÷実施している診療所」

かかりつけ医機能の評価（地域包括診療料等の算定基準）

- かかりつけ医機能に必要な体制として、地域包括診療料等の施設基準では24時間の対応や在宅医療の提供等が可能な体制を求めている。

主な施設基準	医療機関の要件	必要な体制
認知症地域包括診療料 1,515点(1月につき※1) 地域包括診療料 1,503点(1月につき※1)	○診療所又は200床未満の病院 ○研修の受講	○次のすべて: 1)病院の場合(※2): 在宅療養支援病院、地域包括ケア病棟の届出 2)診療所の場合: 在宅療養支援診療所、時間外対応加算1の届出、常勤医師が2人以上(※3)
認知症地域包括診療加算 30点(再診料に加算) 地域包括診療加算 20点(再診料に加算)	○診療所 ○研修の受講	○次のいずれか一つ: ・時間外対応加算1又は2の届出 ・常勤医師が2人以上(※3) ・在宅療養支援診療所

※1 当該月の薬剤料、550点以上の検査、画像診断、処置等以外の費用は、当該点数に含まれる。

※2 地域包括診療料に係る2次救急指定病院等の施設基準については、平成28年度改定で廃止し、要件を緩和。

※3 地域包括診療料・加算に係る常勤医師の施設基準については、平成28年度改定において3人から2人へ緩和。

- 地域包括診療料等では、継続的かつ全人的な診療を行うことを評価しているが、算定対象は、複数の慢性疾患を有する患者に限られている。

算定対象	
認知症地域包括診療料 1,515点(1月につき※1) 認知症地域包括診療加算 30点(再診料に加算)	・認知症及び1疾患以上有する患者 ・内服薬 5種類以下(うち、向精神薬 3種類以下)
地域包括診療料 1,503点(1月につき※1) 地域包括診療加算 20点(再診料に加算)	・高血圧症、脂質異常症、糖尿病、認知症のうち、2疾患以上を有する患者

地域包括診療料・地域包括診療加算の算定状況等

	届出施設数 (H27年7月1日時点)	届出施設数 (H28年7月1日時点)
地域包括診療料・認知症地域包括診療料	93	197
地域包括診療加算・認知症地域包括加算	4,701	5,238

(保険局医療課調べ)

	算定件数	算定回数	1件あたり算定回数
地域包括診療料	5,339	5,339	—
地域包括診療加算	710,474	1,116,279	1.6回／件
認知症地域包括診療料	1,095	1,095	—
認知症地域包括加算	19,260	33,394	1.7回／件

出典：平成28年社会医療診療行為別統計

小児かかりつけ診療料の概要

○ 小児科のかかりつけ医機能を推進する観点から、小児外来医療において、継続的に受診し、同意のある患者について、適切な専門医療機関等と連携することにより、継続的かつ全人的な医療を行うことを評価する。



・原始反射あり



・原始反射の消失
・母親の区別がつく
・座位等の発達



・言語の発達
・歩行の習得
・遊具等の活用



新生児期

乳児期

幼児期

学童期

小児かかりつけ診療料

1 処方せんを交付する場合

イ 初診時 602点

ロ 再診時 413点

2 処方せんを交付しない場合

イ 初診時 712点

ロ 再診時 523点

[対象施設]

小児科を標榜する保険医療機関

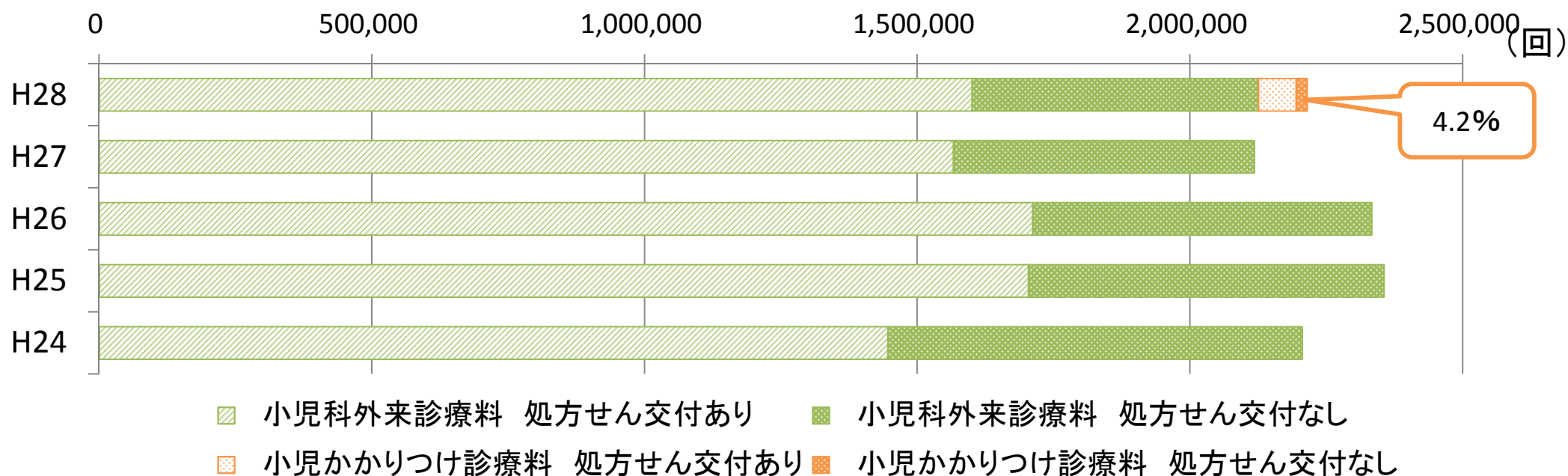
[評価の概要]

- 本診療料の届出を行った保険医療機関における入院中の患者以外の患者であって、未就学児（3歳以上の患者にあっては、3歳未満から当該点数を算定しているものに限る）のかかりつけの患者が対象。
- 時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算、地域連携小児夜間・休日診療料、院内トリアージ実施料、夜間休日救急搬送医学管理料、診療情報提供料(II)並びに往診料を除き、原則として全て所定点数に含まれる

小児かかりつけ診療料等の算定状況

○ 小児外来診療料と小児かかりつけ診療料の算定回数合計をみると、小児かかりつけ診療料は全体の4%程度を占めていた。

＜小児科外来診療料と小児かかりつけ診療料の算定回数の推移＞



出典：平成28年社会医療診療行為別統計

小児かかりつけ診療料の
届出医療機関の数(平成28年7月)

876医療機関

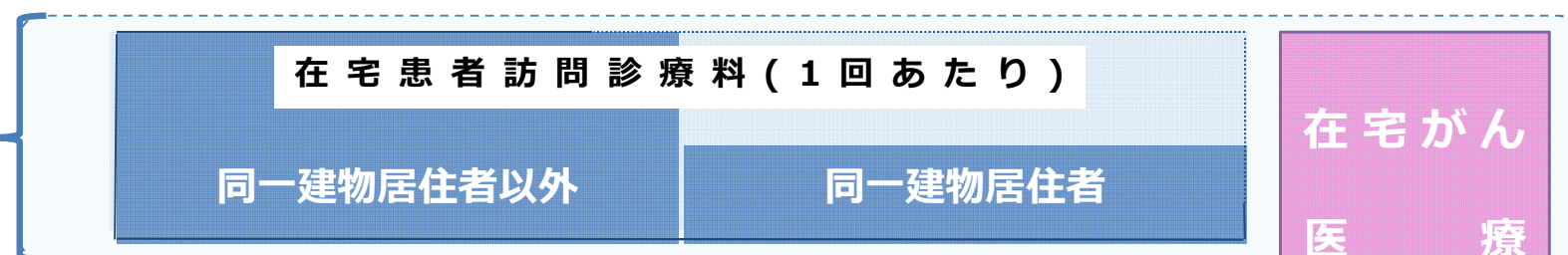
出典：保険局医療課調べ

在宅医療における診療報酬上の評価構造（イメージ）（平成28年度～）

- 在宅医療に対する診療報酬上の評価は、①訪問して診療を行ったことに対する評価、②総合的な医学的管理に対する評価、③人工呼吸器その他の特別な指導管理等に対する評価の、大きく3種類の評価の組み合わせで行われている。
- 上記3種類の評価のうち、総合的な医学的管理に対する評価の占める割合が大きい。

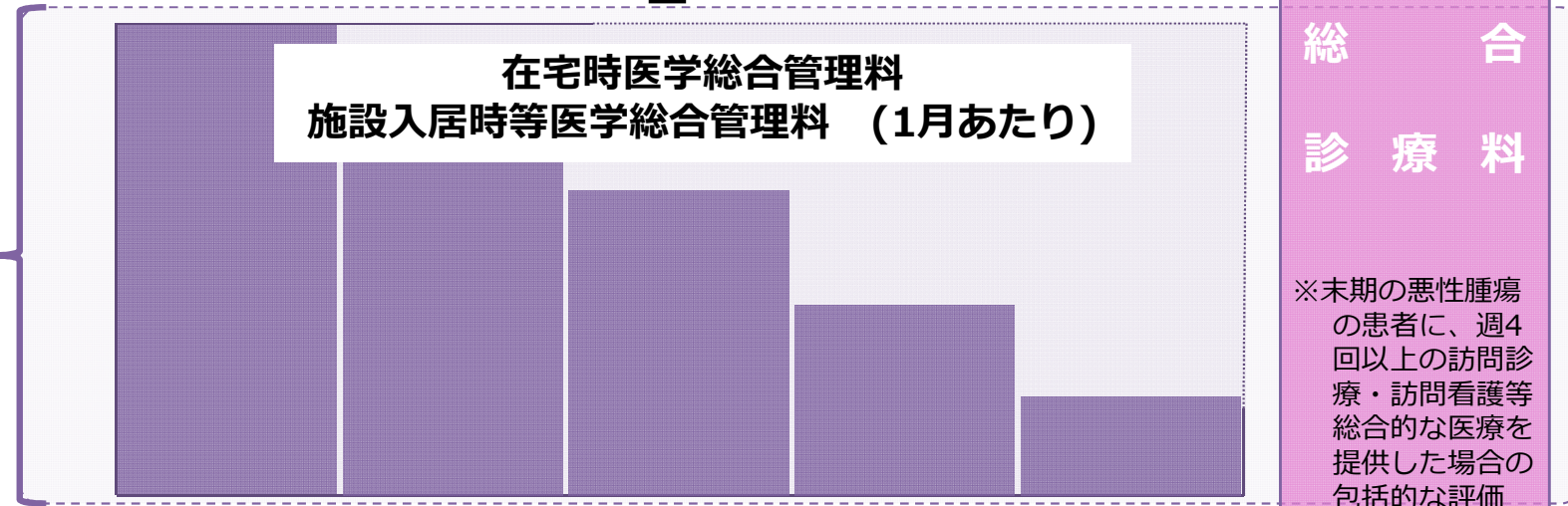
①定期的に訪問して診療を行った場合の評価

- 居住場所により段階的に評価
- 乳幼児等の診療、看取り等については、加算により評価
- 原則として週3回の算定を限度とするが、末期の悪性腫瘍等一部の疾患については例外を規定

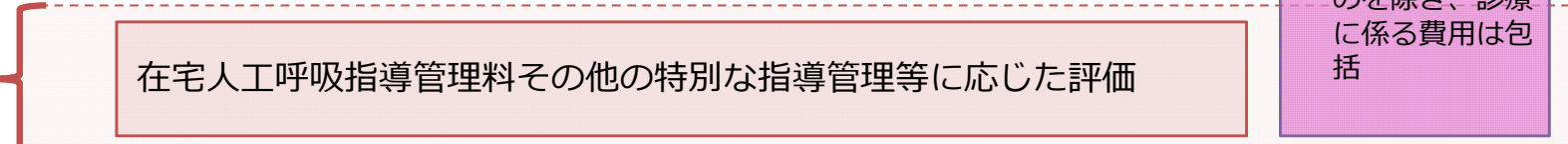


②総合的な医学的管理等を行った場合の評価

- 単一建物診療患者数、重症度及び月の訪問回数により段階的に評価
- 特別な指導管理を必要とし、頻回の診療を行った場合等は加算により評価



③指導管理等に対する評価



在宅がん
医療

総合
診療料

※末期の悪性腫瘍の患者に、週4回以上の訪問診療・訪問看護等総合的な医療を提供した場合の包括的な評価

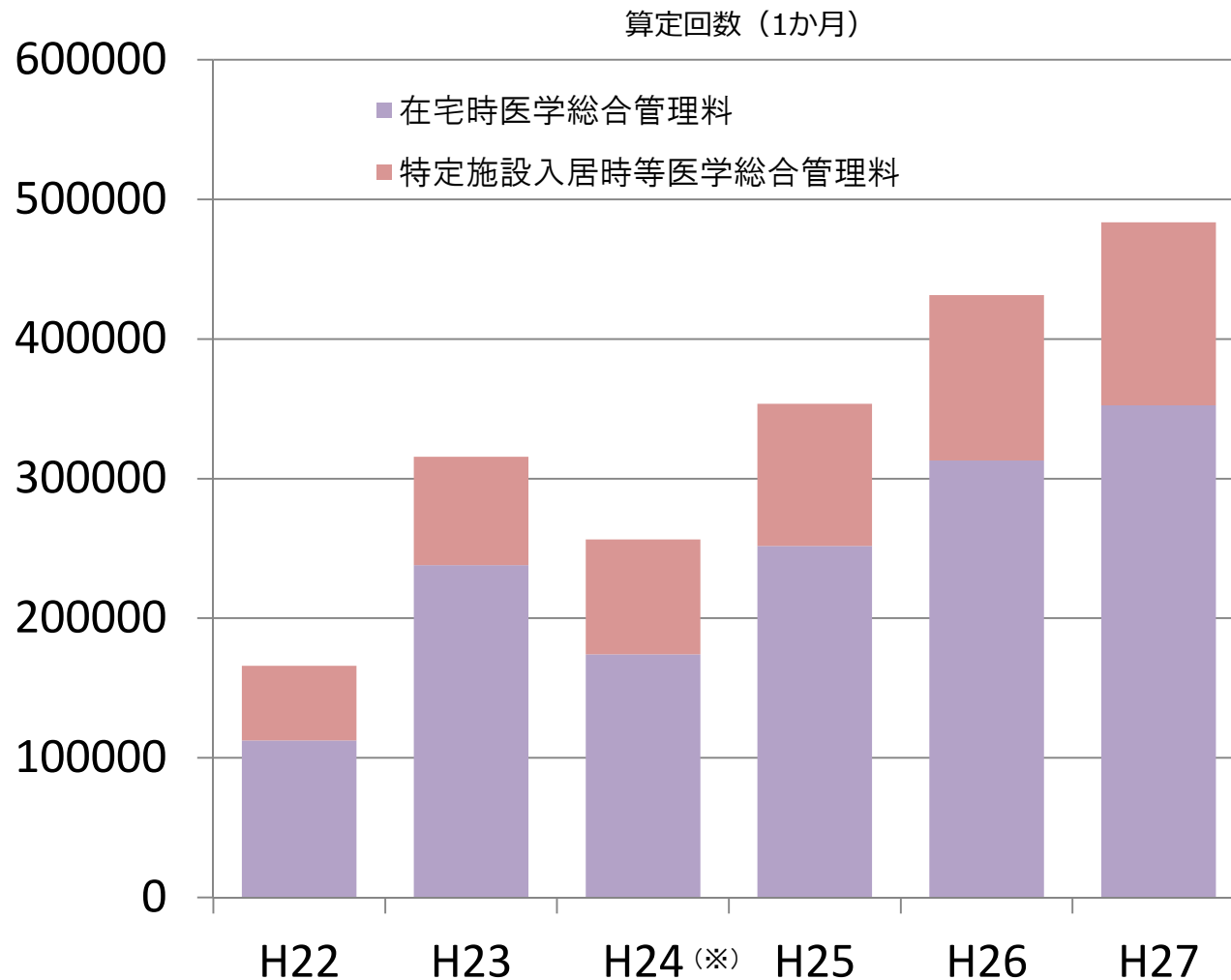
※特に規定するものを除き、診療に係る費用は包括

※上記に加え、検査、処置その他診療に当たって実施した医療行為等については、特段の規定がない場合、出来高にて算定することができる。

在宅時医学総合管理料等の算定状況

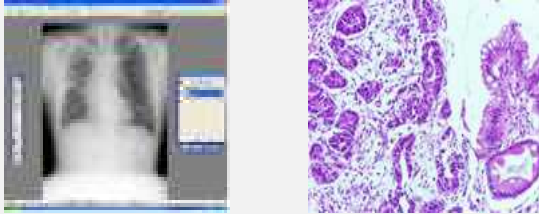
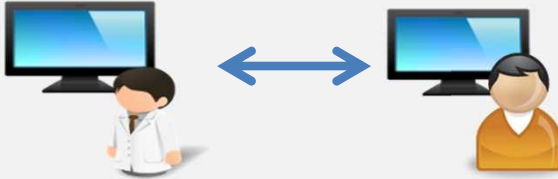

- 在宅時医学総合管理料等の算定回数は概ね増加傾向にある。

<在宅時医学総合管理料等の算定回数（1ヶ月）>



※平成24年までは抽出調査、平成25年以降は全数調査

遠隔診療（情報通信機器を用いた診療）と診療報酬上の評価

	診療形態	診療報酬での評価
医師対医師 (D to D)	情報通信機器を用いて画像等の送受信を行い特定領域の専門的な知識を持っている医師と連携して診療を行うもの 	<ul style="list-style-type: none"> ・遠隔画像診断 画像を他医療機関の専門的な知識を持っている医師に送信し、その読影・診断結果を受信した場合 ・遠隔病理診断 標本画像等を他医療機関の専門的な知識を持っている医師に送信し、診断結果を受信した場合
医師対患者 (D to P)	情報通信機器を用いた診察 医師が情報通信機器を用いて患者と離れた場所から診療を行うもの 	<ul style="list-style-type: none"> ・電話等による再診 患者の病状の変化に応じ療養について医師の指示を受ける必要の場合であって、当該患者又はその看護に当たっている者からの医学的な意見の求めに対し治療上必要な適切な指示をした場合
	情報通信機器を用いた遠隔モニタリング 情報通信機能を備えた機器を用いて患者情報の遠隔モニタリングを行うもの 	<ul style="list-style-type: none"> ・心臓ペースメーカー指導管理料（遠隔モニタリング加算） 体内植込式心臓ペースメーカー等を使用している患者に対して、医師が遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合

遠隔診療（情報通信機器を用いた診療）を評価する場合の基本的な考え方（案）

- 前回（平成29年11月1日）の議論を踏まえ、情報通信機器を用いた医学管理を診療報酬で評価する場合の基本的な考え方を以下のように整理してはどうか。



<基本的な考え方>

- 1) 特定された疾患・患者であること
- 2) 一定期間継続的に対面診療を行っており、受診間隔が長すぎないこと（※）
- 3) 急変時に円滑に対面診療ができる体制があること
- 4) 安全性や有効性のエビデンスが確認されていること
- 5) 事前に治療計画を作成していること（※）
- 6) 医師と患者の両者の合意があること
- 7) 上記のような内容を含む一定のルールに沿った診療が行われていること

（※）初診の患者は、当該要件を満たさないため、対象に含まれない。

計画的な指導管理を要件としている報酬の例

名称		評価の概要
B000	特定疾患療養管理料(月2回)	生活習慣病等の疾患を主病とする患者について、プライマリケア機能を担う地域のかかりつけ医師が計画的に療養上の管理を行った場合の評価
B001-3	生活習慣病管理料(月1回)	脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者に対し、患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、服薬、運動等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合の評価
A001注12 B001-2-9	地域包括診療料・加算 (地域包括診療料は月1回)	質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち2以上の疾患を有する患者に対し、患者の同意を得て計画的な医学管理の下に療養上必要な指導及び診療を行う場合の評価
B001-2-11	小児かかりつけ診療料 (1日につき)	当該保険医療機関を4回以上受診した未就学児に対し、患者の同意を得た上で、慢性疾患の管理等について、かかりつけ医として療養上必要な指導及び診療を行う場合の評価。
C002	在宅時医学総合管理料 (月1回)	在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的な訪問診療を行っている場合の評価。
B001-6	てんかん指導料(月1回)	小児科、神経科、神経内科、精神科、脳神経外科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、専任の医師が、てんかんの患者に対し、治療計画に基づき療養上必要な指導を行った場合の評価。
B001-7	難病外来指導管理料(月1回)	指定難病等を主病とする患者に対して、治療計画に基づき療養上の指導を行った場合の評価。
B001-27	糖尿病透析予防指導管理料 (月1回)	(HbA1c)がJDS値で6.1%以上又は内服薬やインスリン製剤を使用している者であって、糖尿病性腎症第2期以上の患者(現に透析療法を行っている者を除く。)に対し、医師が糖尿病透析予防に関する指導の必要性があると認めた場合の評価。

病診連携・機能分化の論点(案)

【論点(案)】

- 外来医療のあり方に関する今後の方向性を踏まえ、かかりつけ医機能を有する医療機関の初診の機能をより重視する観点から、外来診療に係る評価を見直してはどうか。

＜外来医療のあり方に関する今後の方向性＞

フリーアクセスの基本は守りつつ、限りある医療資源を効率的に活用するという医療提供体制改革の観点からは、医療機関間の適切な役割分担を図るための「緩やかなゲートキーパー機能」を念頭に、大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするような、外来医療の病診連携・機能分化が求められている。

- このような方向性に即した具体的な対応として、以下のように整理してはどうか。
 - 1) 大病院(専門医療機関)では、紹介状のない初診患者及び継続的な受診の必要性が低い再診患者に対する大病院受診時定額負担を義務づける対象医療機関の拡大による機能分化を推進する(既出)
 - 2) かかりつけ医機能としては、
 - ・ 再来患者の診療では、かかりつけ医による継続的な診療、重症化予防の取り組みの推進、訪問診療におけるオンラインを併用した診察、医薬品の適正使用等といった、効果的・効率的な医療体制の推進(既出)とともに、
 - ・ 初診患者の診療を担う機能については、大病院ではなく、患者が気軽に相談できる機能や専門医療機関へ紹介できる機能を有する医療機関による、よりの確で質の高い診療機能を評価する方向で対応してはどうか。

參考資料

医療保険制度改革法も踏まえた外来医療の機能分化について

紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入

- 「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」の施行に伴い、保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携の更なる推進のため、一定規模以上の保険医療機関について、定額の徴収を責務とする。
- ① 特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院については、現行の選定療養の下で、定額の徴収を責務とする。
 - ② 定額負担は、徴収する金額の最低金額として設定するとともに、初診については5,000円（歯科は3,000円）、再診については2,500円（歯科は1,500円）とする。
 - ③ 現行制度と同様に、緊急その他やむを得ない事情がある場合については、定額負担を求めないこととする。その他、定額負担を求めなくても良い場合を定める。
[緊急その他やむを得ない事情がある場合]
救急の患者、公費負担医療の対象患者、無料低額診療事業の対象患者、HIV感染者
[その他、定額負担を求めなくて良い場合]
 - a. 自施設の他の診療科を受診中の患者
 - b. 医科と歯科の間で院内紹介した患者
 - c. 特定健診、がん検診等の結果により精密検査の指示があった患者 等
 - ④ 自治体による条例制定等が必要な公的医療機関については、条例の制定等に要する期間を考慮し、6か月の経過措置を設ける。

大病院調査の結果①

中医協 検 - 4 - 1
29 . 5 . 3 1

<500床以上の病院における対応状況>

紹介状を持たない患者から受診時に定額負担を徴収する制度について、平成28年4月から徴収が義務化された500床以上の病院※のうち、94.2%が平成28年10月時点で医科・初診時の徴収金額を5,000円以上6,000円未満としていた。

※特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院

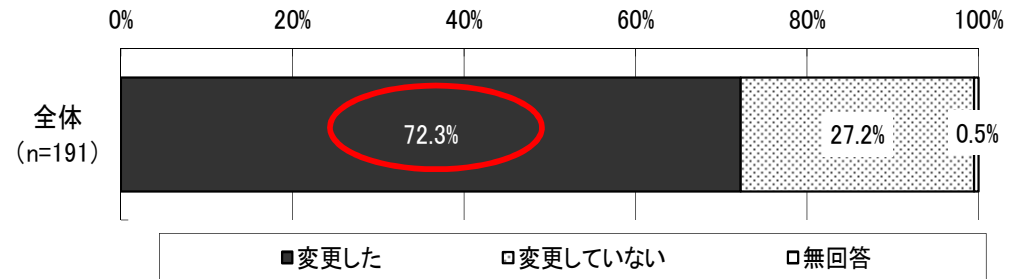
なお、医科・初診時の徴収金額を平成28年4月以降変更した500床以上の病院は72.3%で、そのうち、94.3%が5,000円未満だった金額を5,000円以上に引き上げていた。

図表 225 初診に係る受診時の定額負担の金額別分布(医科)【500床以上の病院】
(単位:上段「件」、下段「%」)

	総数	~1000円未満	1000円以上~	2000円以上~	3000円以上~	4000円以上~	5000円以上~	6000円以上~	7000円以上~	8000円以上~	無回答
平成27年10月	191	1	16	39	65	12	54	1	0	1	2
	100.0	0.5	8.4	20.4	34.0	6.3	28.3	0.5	0.0	0.5	1.0
平成28年4月	191	1	12	12	8	1	145	1	1	8	2
	100.0	0.5	6.3	6.3	4.2	0.5	75.9	0.5	0.5	4.2	1.0
平成28年10月	191	1	0	0	0	0	180	1	1	7	1
	100.0	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0	94.2	0.5	0.5	3.7	0.5

(注)「~1000円未満」の1施設は、地域医療支援病院の承認を取り下げており、義務化対象外施設となっている。

図表 210 平成28年4月以降の、初診に係る受診時の定額負担の金額の変更状況【500床以上の病院】



図表 226 平成28年10月時点における初診に係る受診時の定額負担額別施設数(医科、平成27年10月時点の定額負担額別)【500床以上の病院のうち、金額変動があった施設】(単位:上段「件」)

		平成27年10月時点→平成28年10月時点				計
		増額		減額		
		5000円未満	5000円以上	5000円未満	5000円以上	
平成27年10月時点	0円	0	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	1~4999円	0	132	0	0	132
		0.0%	94.3%	0.0%	0.0%	94.3%
	5000円以上	0	8	0	0	8
		0.0%	5.7%	0.0%	0.0%	5.7%
計		0	140	0	0	140
		0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%

(注)・金額変動があった病院140施設を集計対象とした(「金額変動なし」49件、「金額無回答」2件が集計対象外)。

・上記の図表は、平成27年10月時点と比較して平成28年10月時点の受診時の定額負担単価(医科)が増額となった施設、減額となった施設に分類し、

さらにその内訳を平成28年10月時点の定額負担単価(医科)が「5000円未満」、「5000円以上」の施設に分類し、対象施設分布を平成27年10月時点の定額負担単価(医科)別にみたもの。

大病院調査の結果②

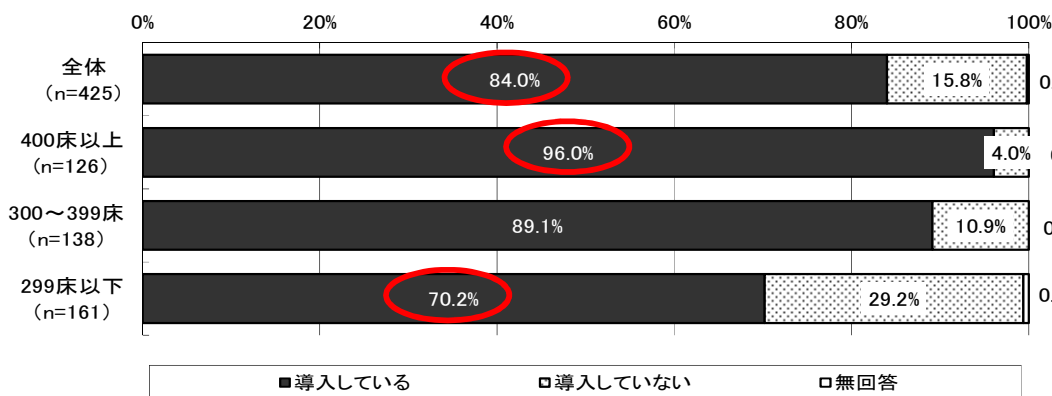
中医協 検 - 4 - 1
29 . 5 . 3 1

< 200床以上500床未満の病院における対応状況 >

定額負担の徴収が義務化されていない200床以上500床未満の病院※では、定額負担を徴収している病院は84.0%で、病床数別にみると400床以上で96.0%、299床以下で70.2%となっていた。

200床以上500床未満の病院のうち、平成28年4月以降、医科・初診時の定額負担の金額を5,000円以上としている病院数は増加しているものの依然として10%に満たなかった。病床数別にみると平成28年10月時点で400床以上の病院の19.0%は5,000円以上であった。 ※一般病床が200床以上500床未満の病院

図表 207 初診時選定療養費を徴収する制度の導入状況
【200床以上500床未満の病院】



図表 231 初診時選定療養費の金額別分布(医科)
【200床以上500床未満の病院】 (単位:上段「件」、下段「%」)

	総数	～1000円未満	1000円以上～	2000円以上～	3000円以上～	4000円以上～	5000円以上～	6000円以上～	7000円以上～	8000円以上～	無回答
平成27年10月	357	27	126	111	63	8	13	0	0	1	8
	100.0	7.6	35.3	31.1	17.6	2.2	3.6	0.0	0.0	0.3	2.2
平成28年4月	357	24	122	111	58	8	26	0	0	1	7
	100.0	6.7	34.2	31.1	16.2	2.2	7.3	0.0	0.0	0.3	2.0
平成28年10月	357	24	119	108	61	7	29	1	0	0	7
	100.0	6.7	33.3	30.3	17.1	2.0	8.1	0.3	0.0	0.0	2.0

図表 232 初診時選定療養費の金額別分布(平成28年10月、医科、病床規模別)
【200床以上500床未満の病院】 (単位:上段「件」、下段「%」)

	総数	～1000円未満	1000円以上～	2000円以上～	3000円以上～	4000円以上～	5000円以上～	6000円以上～	7000円以上～	8000円以上～	無回答
全体	357	24	119	108	61	7	29	1	0	1	7
	100.0	6.7	33.3	30.3	17.1	2.0	8.1	0.3	0.0	0.3	2.0
400床以上	121	3	22	39	29	3	21	1	0	1	2
	100.0	2.5	18.2	32.2	24.0	2.5	17.4	0.8	0.0	0.8	1.7
300～399床	123	4	46	42	21	3	6	0	0	0	1
	100.0	3.3	37.4	34.1	17.1	2.4	4.9	0.0	0.0	0.0	0.8
299床以下	113	17	51	27	11	1	2	0	0	0	4
	100.0	15.0	45.1	23.9	9.7	0.9	1.8	0.0	0.0	0.0	3.5

紹介状なしの大病院受診時に係る選定療養 (200床以上の選定療養取扱い)

- 病院と診療所の機能分担の推進を図る観点から、病床数が200床以上の病院であって、地方厚生局に届け出たものは、初・再診において特別の料金を徴収できる。

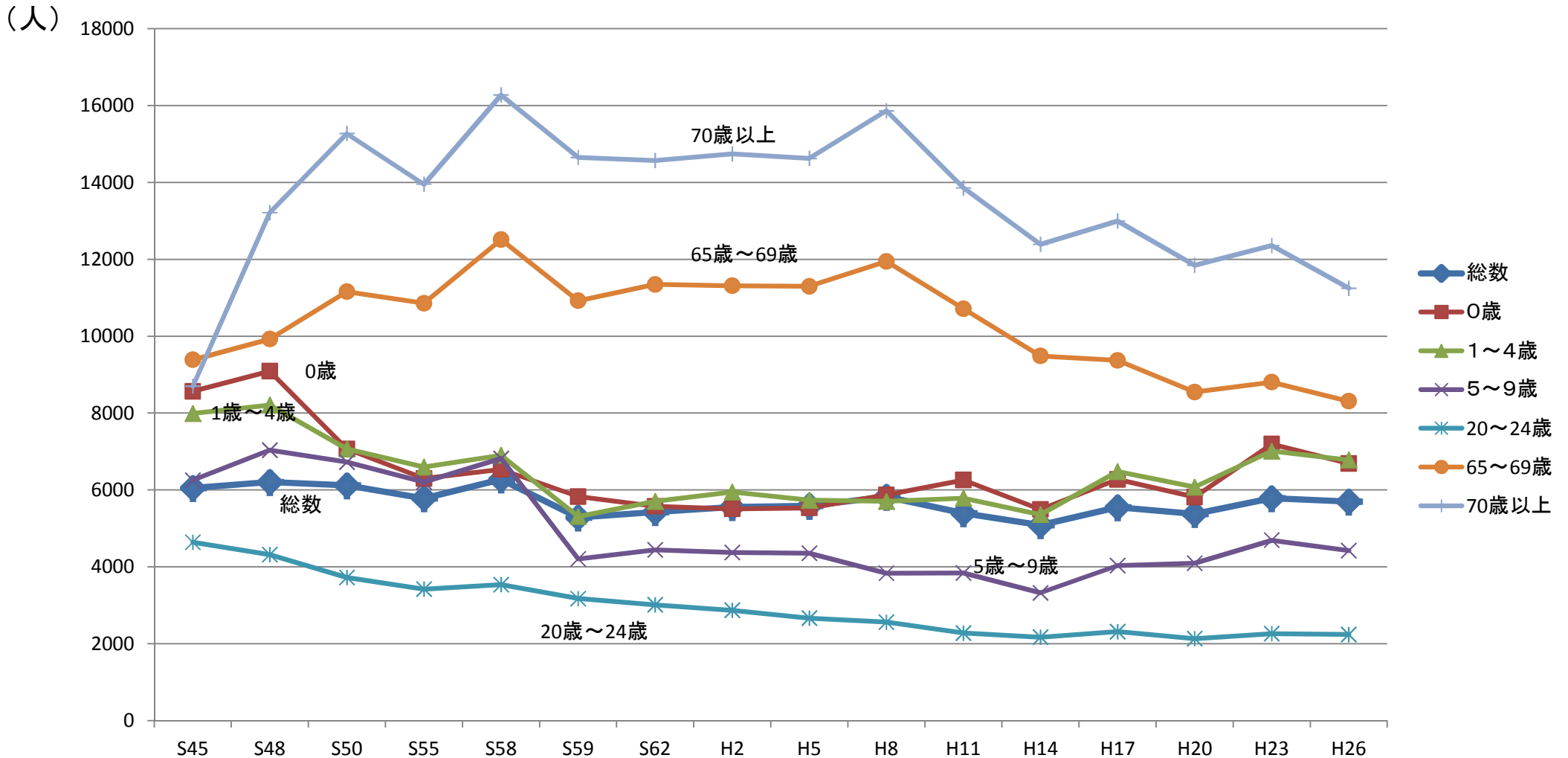
※初診については、平成8年度診療報酬改定において導入され、再診については、平成14年度診療報酬改定において導入。

200床以上の選定療養の取扱い

- 初・再診において、特別の料金を以下の患者から徴収できる。
 - ◀初診▶
他の保険医療機関等からの紹介なしに病院を受診した患者。
 - ◀再診▶
病院が他の医療機関(200床未満)に対し文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した患者。
- 緊急その他やむを得ない事情がある場合には、特別の料金を徴収してはならない。
- 特別の料金は、徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とする。
- 特別の料金を徴収しようとする場合には、患者への十分な情報提供を前提として、患者の自由な選択と同意があった場合に限られ、また、初・再診に係る費用の徴収について、患者にとってわかりやすく明示する。

外来受療率の年次推移

- 外来受療率は高齢者と乳幼児で高く、若年者で低い。
- 外来受療率は全体としては近年概ね横ばいであるが、10年前に比べ、年齢別に見ると65歳以上では減少、0歳～9歳ではやや増加している



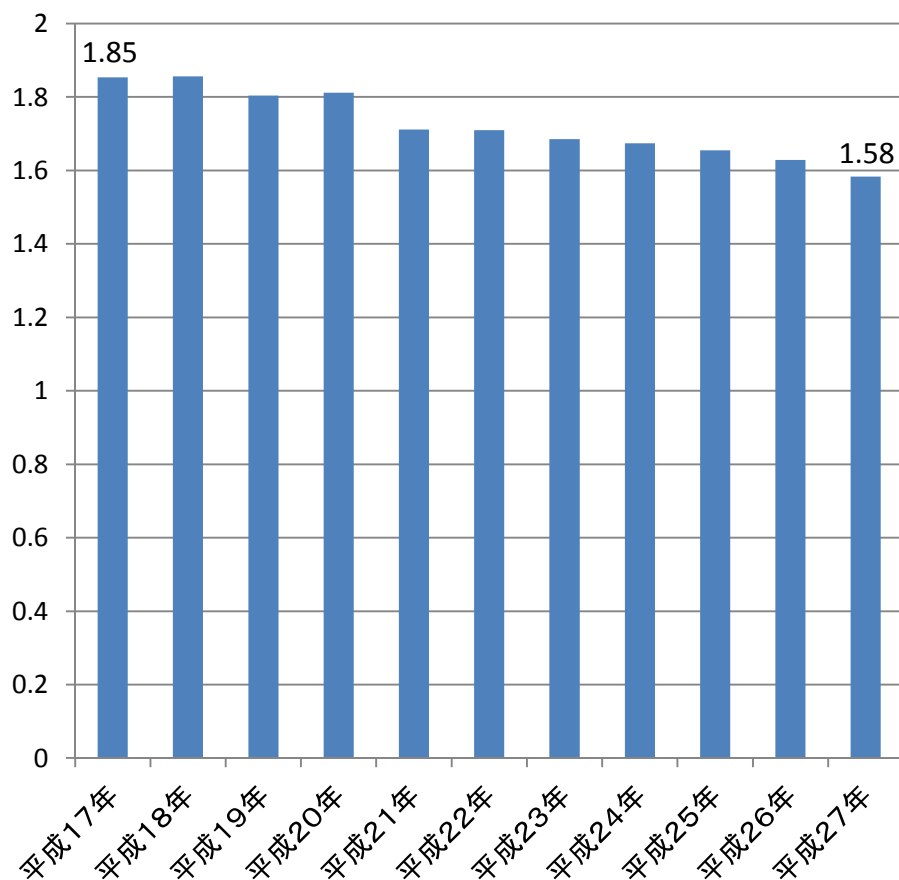
※外来受療率とは、推計外来患者数(調査日当日に、病院、一般診療所、歯科診療所で受療した外来患者(往診、訪問診療を含む)の推計数)を人口10万対であらわした数である。

出典:患者調査

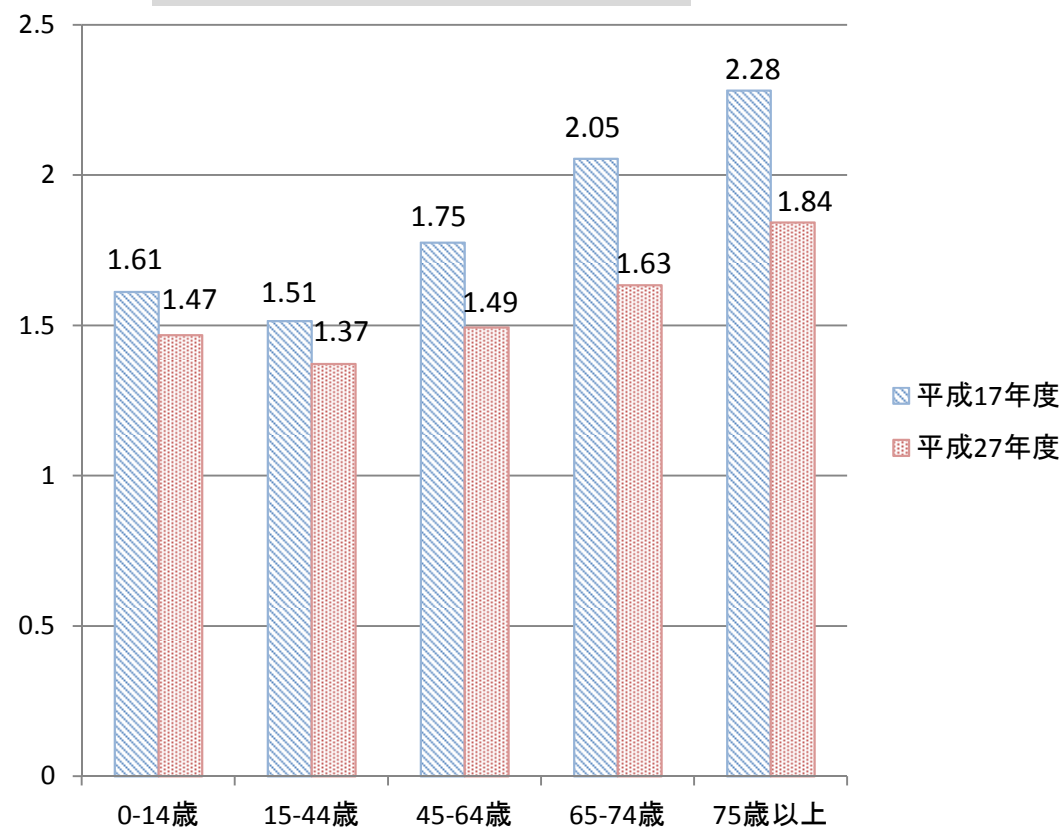
年齢別の入院外一件当たり受診日数／年齢階級別の推移

- 入院外一件当たり受診日数は近年減少傾向である。
- 入院外一件当たり受診日数は、10年前と比較すると、45歳以上では減少幅が大きい。

入院外一件当たり受診日数



入院外一件当たり受診日数の年齢階級別の推移

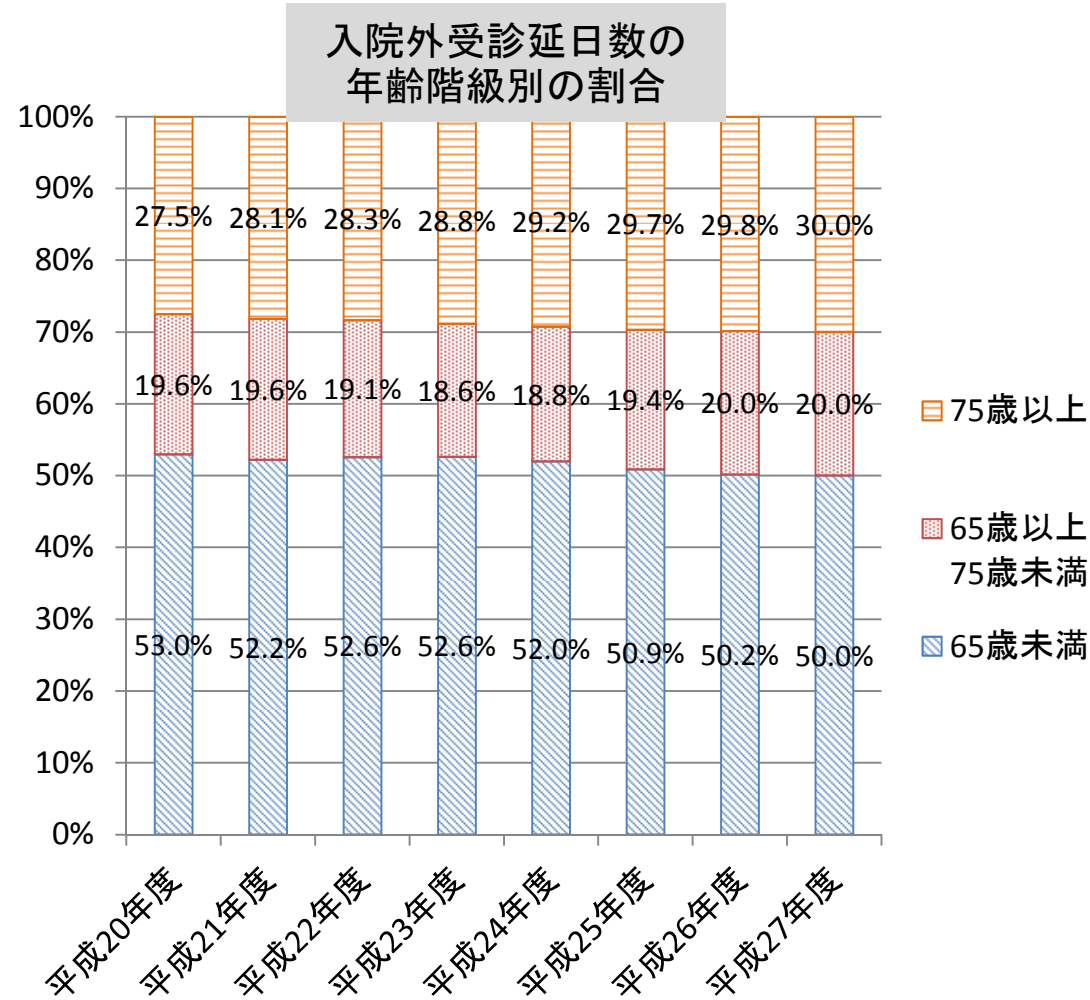
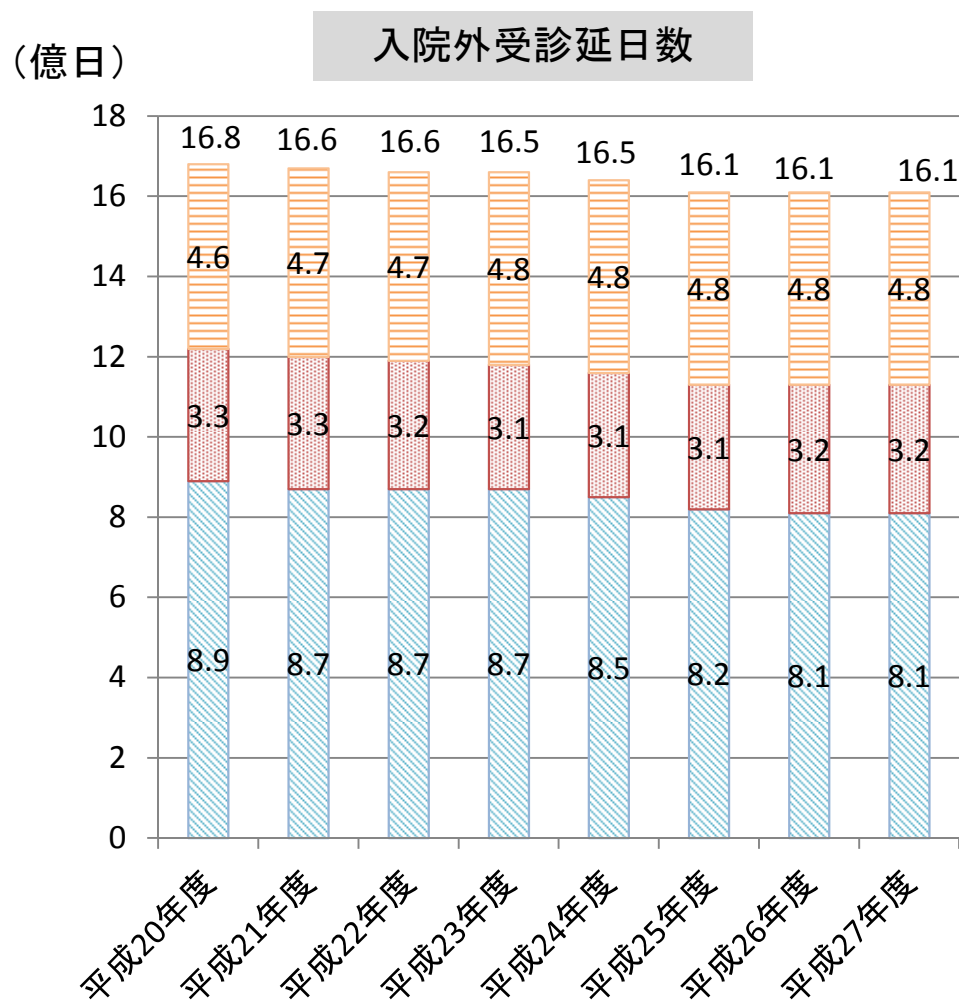


※入院外一件当たり受診日数とは、診療実日数を入院外レセプト件数で除したものの。(各医療機関において、患者個々人が1ヶ月に受診した回数の平均値。)

社会医療診療行為別調査をもとに医療課で作成

入院外受診延日数/年齢階級別の割合の推移

- 入院外受診延日数(※)はやや減少傾向。
- 年齢階級別の割合をみると、65歳以上の割合は増加傾向。



※入院外受診延日数は、入院外の診療報酬明細書に記録される診療実日数を積算したものである。

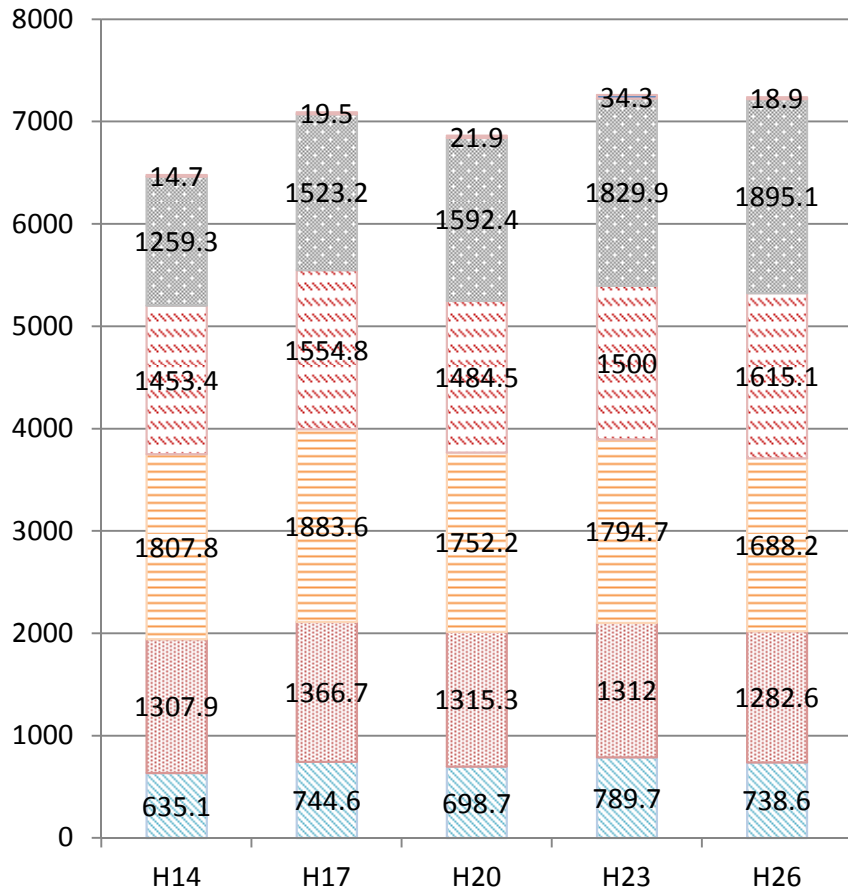
(ただし公費のみの明細書は集計対象に含まない)

推計外来患者の年齢階級別の推移

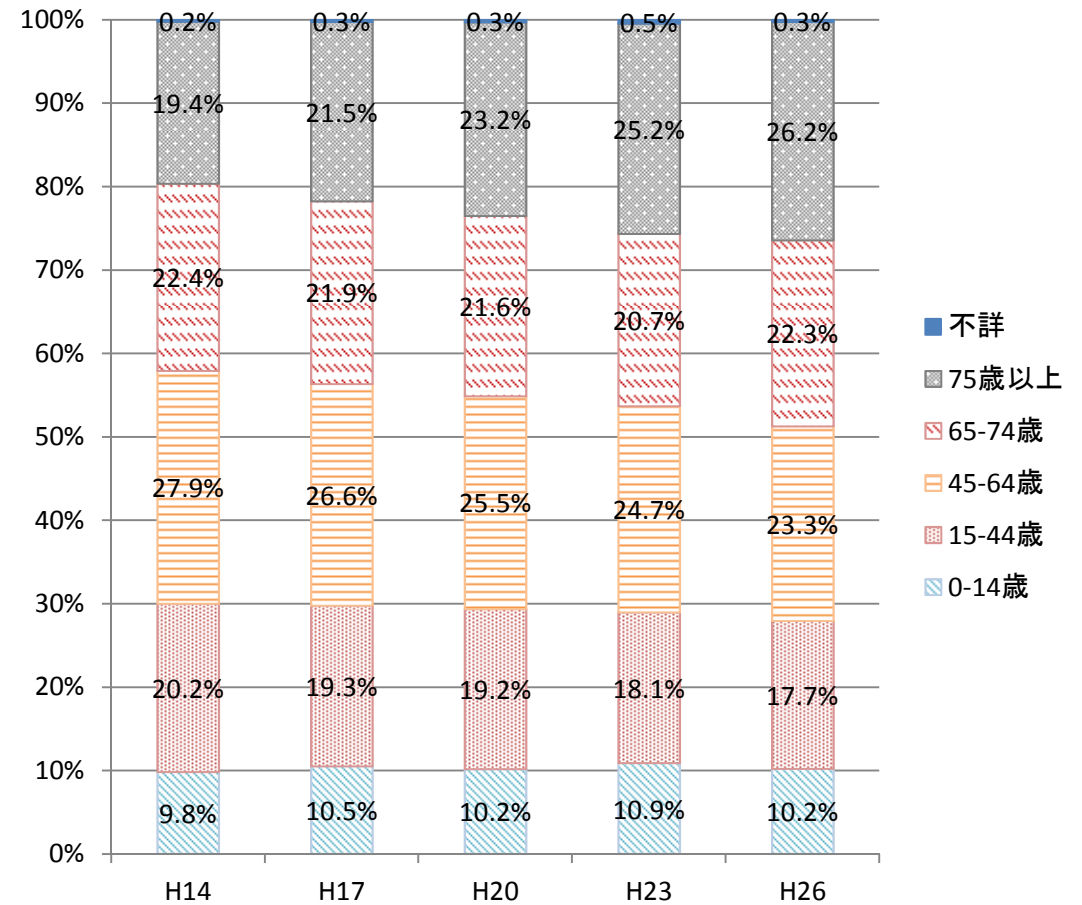
○ ここ数年、推計外来患者の75歳以上の患者の割合は増加傾向である。

(千人)

年齢階級別推計外来患者数の推移



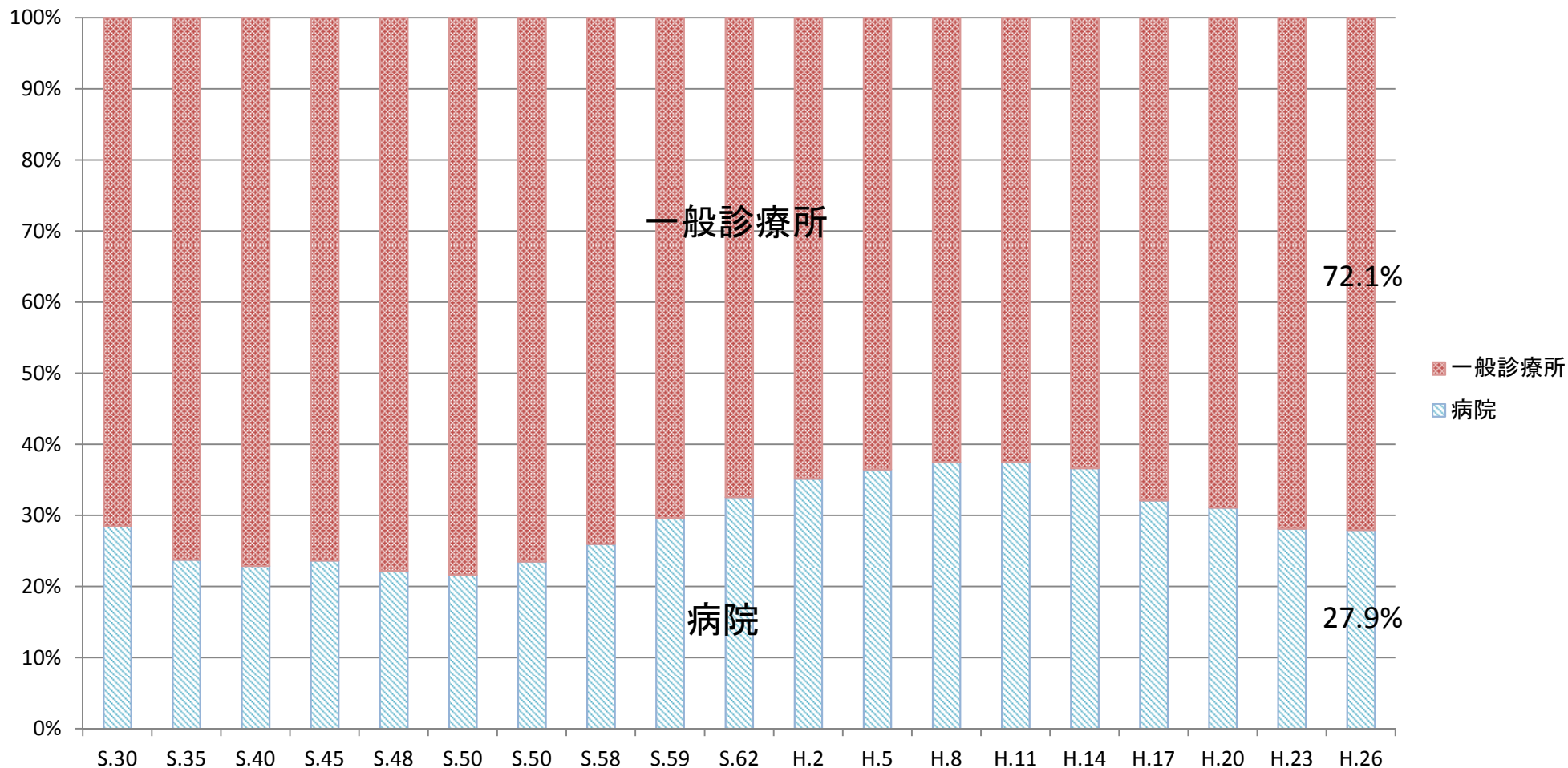
推計外来患者数の年齢階級別割合の推移



※推計外来患者数とは、調査日当日に、病院、一般診療所、歯科診療所で受療した外来患者(往診、訪問診療を含む)の推計数である。

推計外来患者の病院・一般診療所の内訳の推移

○ 推計外来患者数の内訳は、近年、一般診療所の割合が増加傾向である。

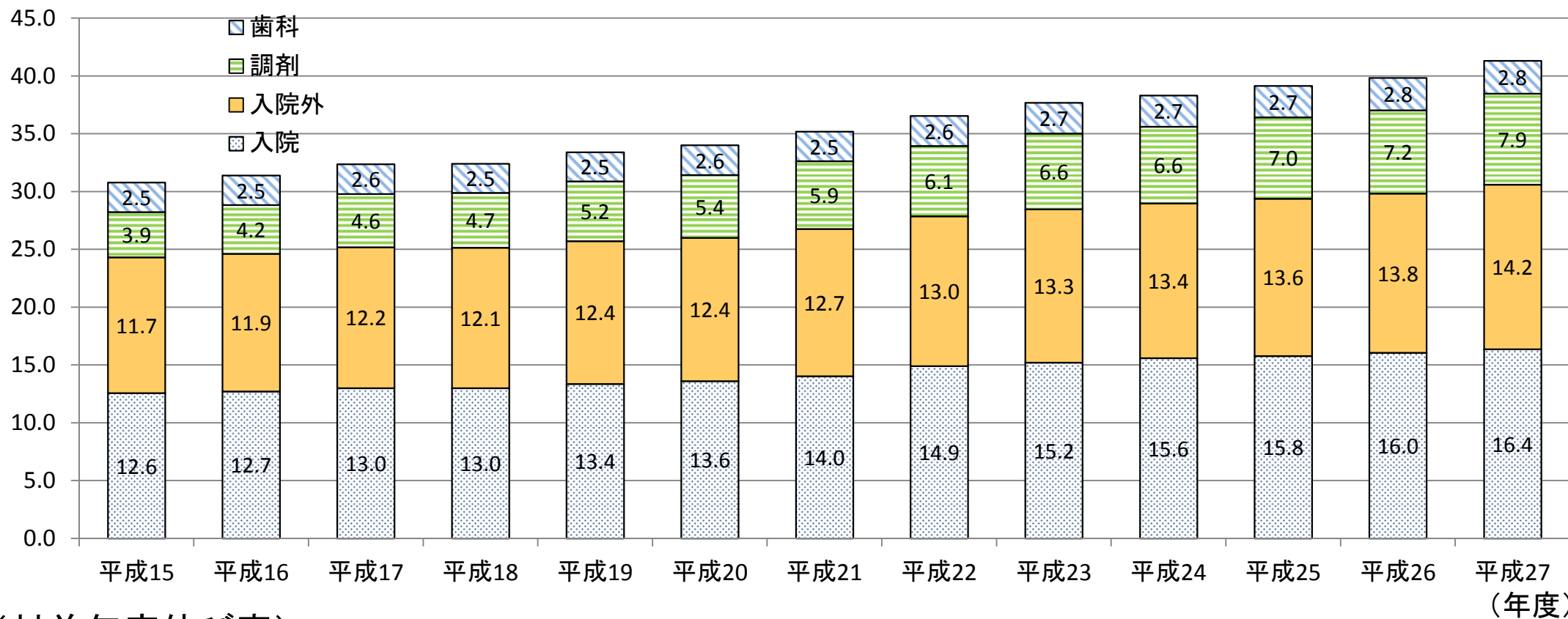


※推計外来患者数とは、調査日当日に、病院、一般診療所、歯科診療所で受療した外来患者(往診、訪問診療を含む)の推計数である。 46

診療種別 医療費の動向(平成15~27年度)

○ 診療種別の医療費を見ると、外来医療費(入院外+調剤)は増加傾向。伸び率をみると、入院外に比べ調剤の伸びが大きい、医薬分業や薬剤費用の増加等の影響が考えられる。

(兆円)



(対前年度伸び率)

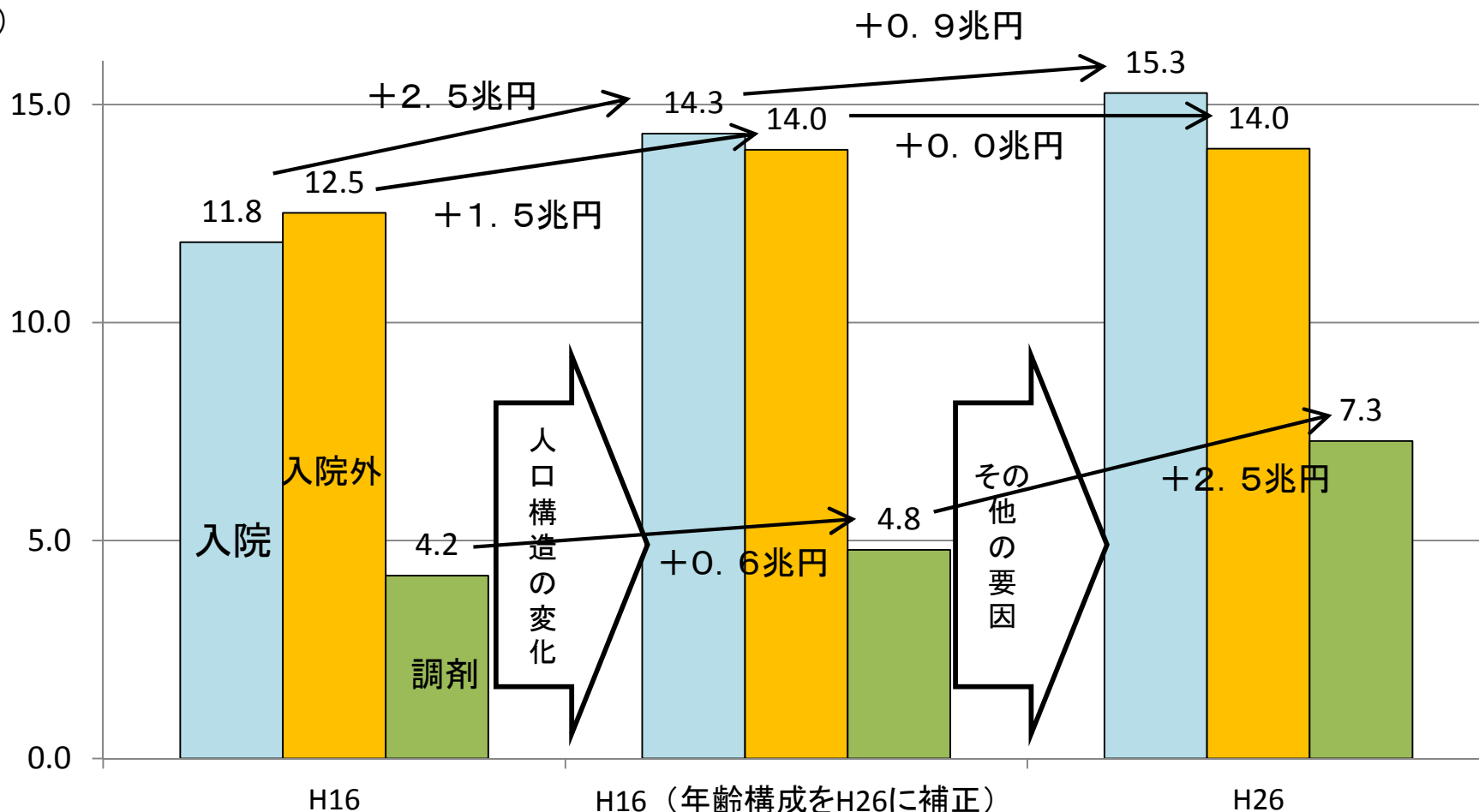
年度	平成16	平成17	平成18	平成19	平成20	平成21	平成22	平成23	平成24	平成25	平成26	平成27
入院	1.2 %	2.2 %	▲0.0 %	2.8 %	1.9 %	3.1 %	6.2 %	2.1 %	2.5 %	1.3 %	1.7 %	1.9 %
入院外	1.3 %	2.5 %	▲0.3 %	1.8 %	0.2 %	2.8 %	1.8 %	2.2 %	1.0 %	1.7 %	1.3 %	3.3 %
調剤	7.8 %	8.7 %	3.4 %	8.9 %	5.3 %	7.9 %	3.6 %	7.9 %	1.3 %	5.9 %	2.3 %	9.4 %
歯科	0.3 %	1.1 %	▲2.8 %	▲0.2 %	2.6 %	▲0.7 %	1.8 %	2.6 %	1.4 %	0.8 %	2.9 %	1.4 %

診療種別医療費の伸びの要因分解

診療種別に、医療費の伸びに占める人口構造の変化による影響を見ると、入院・入院外は伸びの多くが高齢化によって説明できるのに対し、調剤については人口構造の変化による影響はその他の要因のよりも小さくなっている。

診療種別医療費の伸びの要因分解

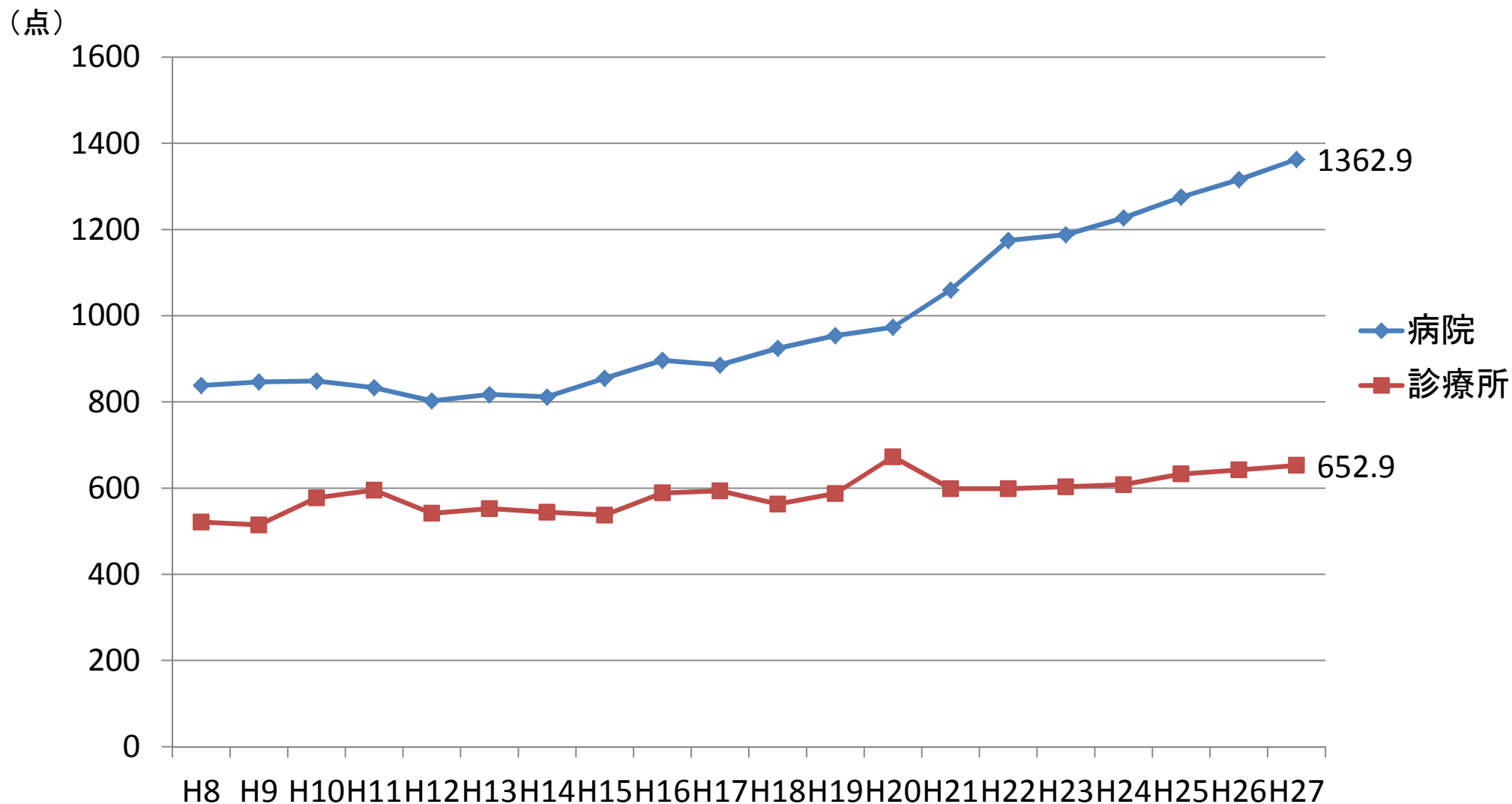
(兆円)



※医薬分業の進展により入院外から調剤にシフトしていることも併せて考慮する必要がある 保険局調査課で作成

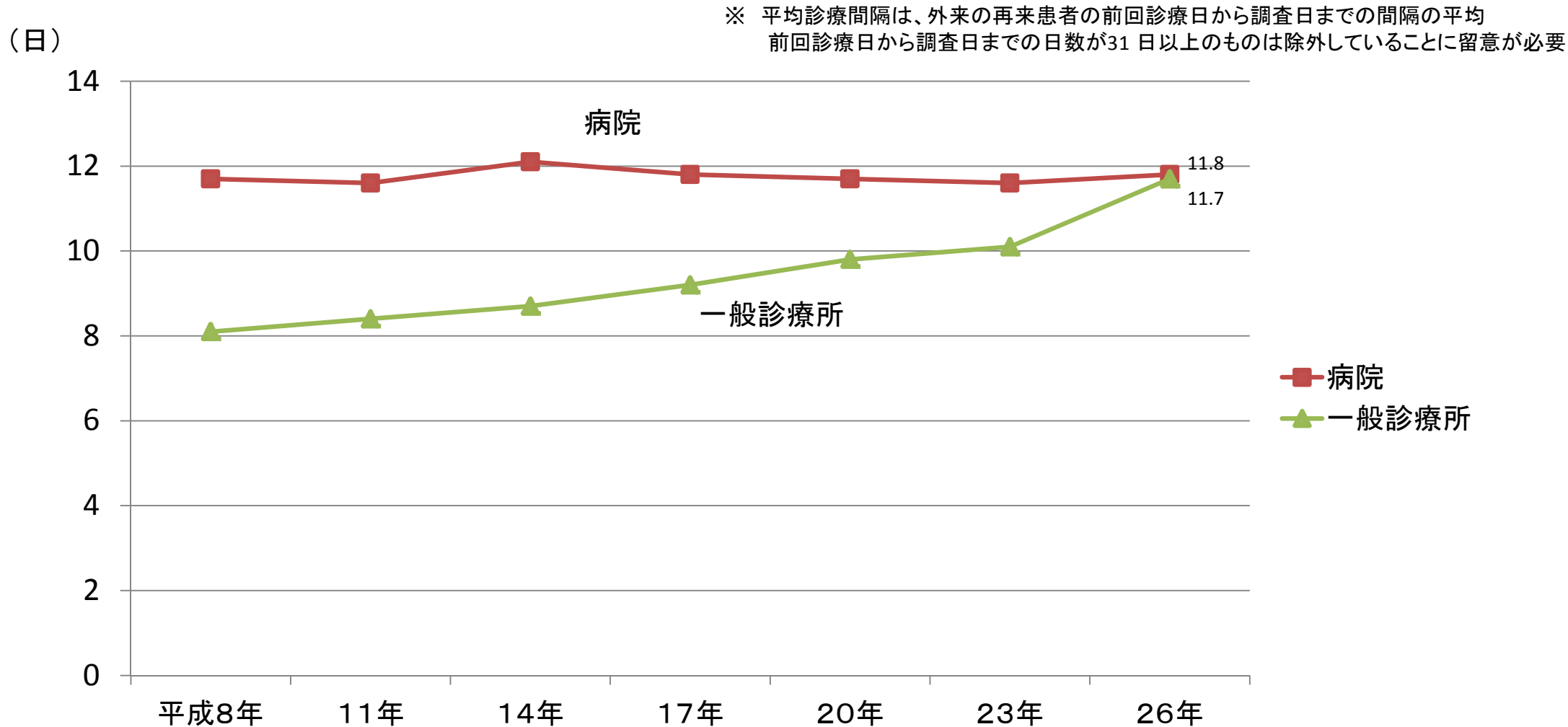
入院外一日当たりの診療報酬点数の推移

○ 入院外一日当たりの診療報酬点数は、増加傾向であるが、近年、診療所と比較して病院の伸びが大きい。



再来患者の平均診療間隔の年次推移

○ 一般診療所の平均診療間隔は延長傾向。病院の平均診療間隔はほぼ横ばいで推移。

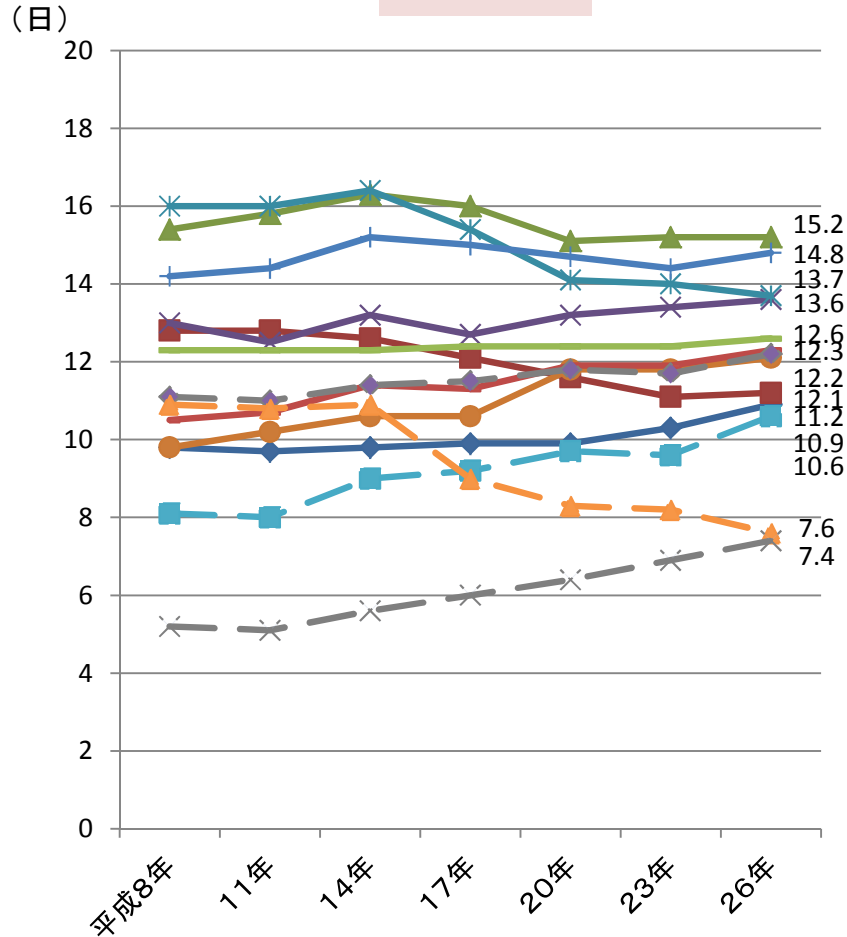


再来患者の平均診療間隔の傷病分類別の年次推移

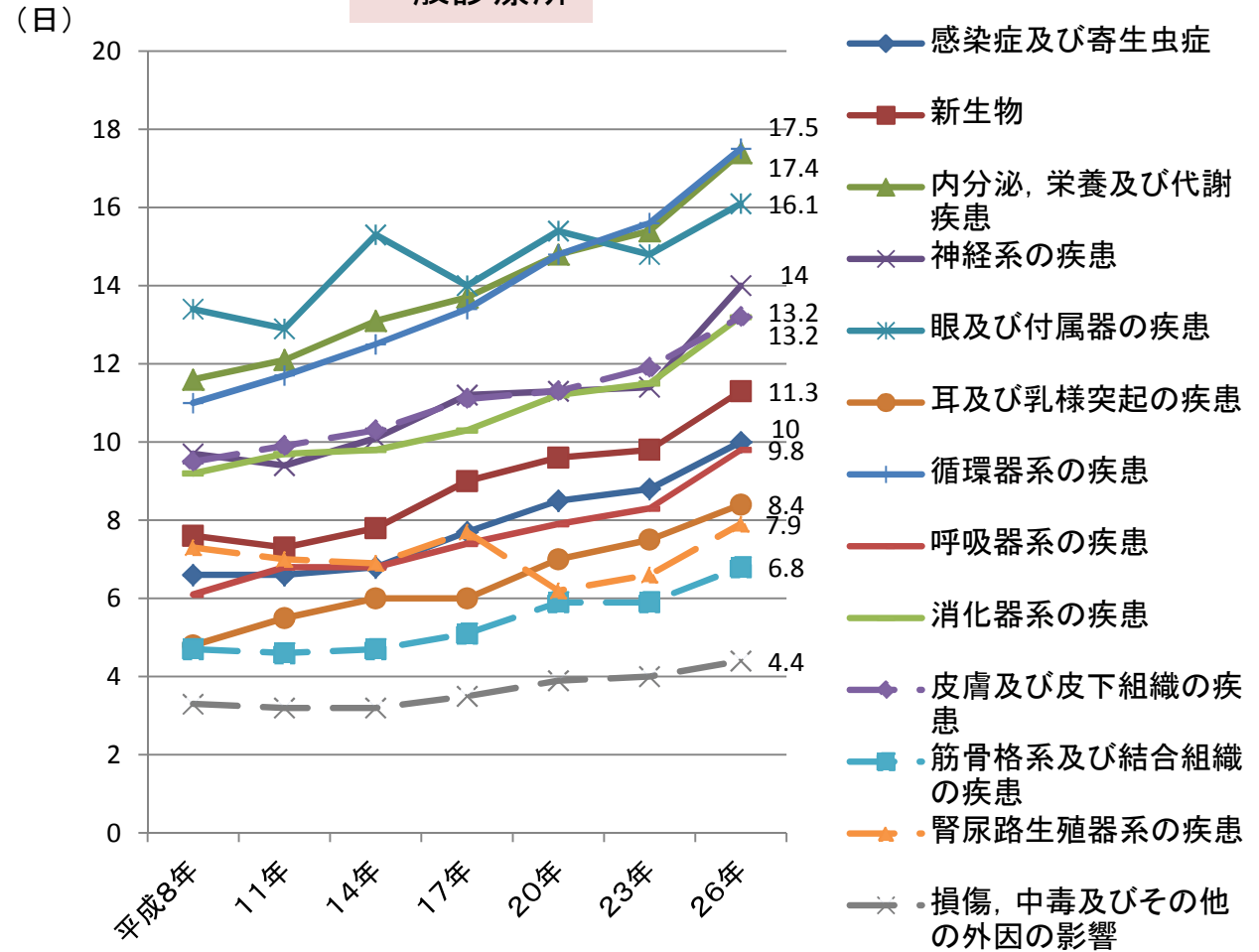
○ 再来患者の平均診療間隔を傷病分類別にみると、病院では診療間隔がほぼ横ばいの疾患が多い。一般診療所では、概ね全ての疾患で診療間隔が延長傾向。

※ 平均診療間隔は、外来の再来患者の前回診療日から調査日までの間隔の平均。前回診療日から調査日までの日数が31日以上のもは除外していることに留意が必要

病院



一般診療所



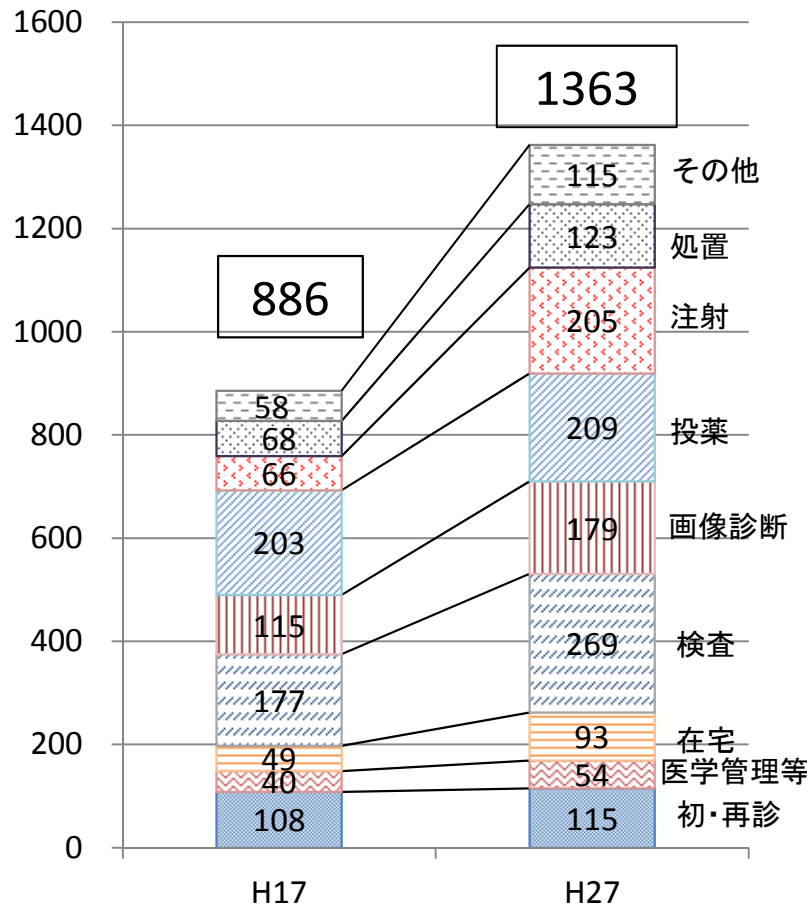
※患者調査の傷病分類から、「血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害」、「精神及び行動の障害」、「妊娠、分娩及び産じょく」、「周産期に発生した病態」、「先天奇形、変形及び染色体異常」、「症状、徴候等で他に分類されないもの」、「健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用」は除いている。

入院外一日当たりの診療報酬点数の内訳の推移(病院)

○ 病院における入院外一日当たりの診療報酬点数の増加には、主に、検査、画像診断、注射の診療報酬が寄与している。

(点)

病院



	寄与率
初・再診	1.5%
医学管理等	2.9%
在宅医療	9.2%
検査	19.2%
画像診断	13.4%
投薬	1.3%
注射	29.1%
処置	11.5%
その他	11.9%

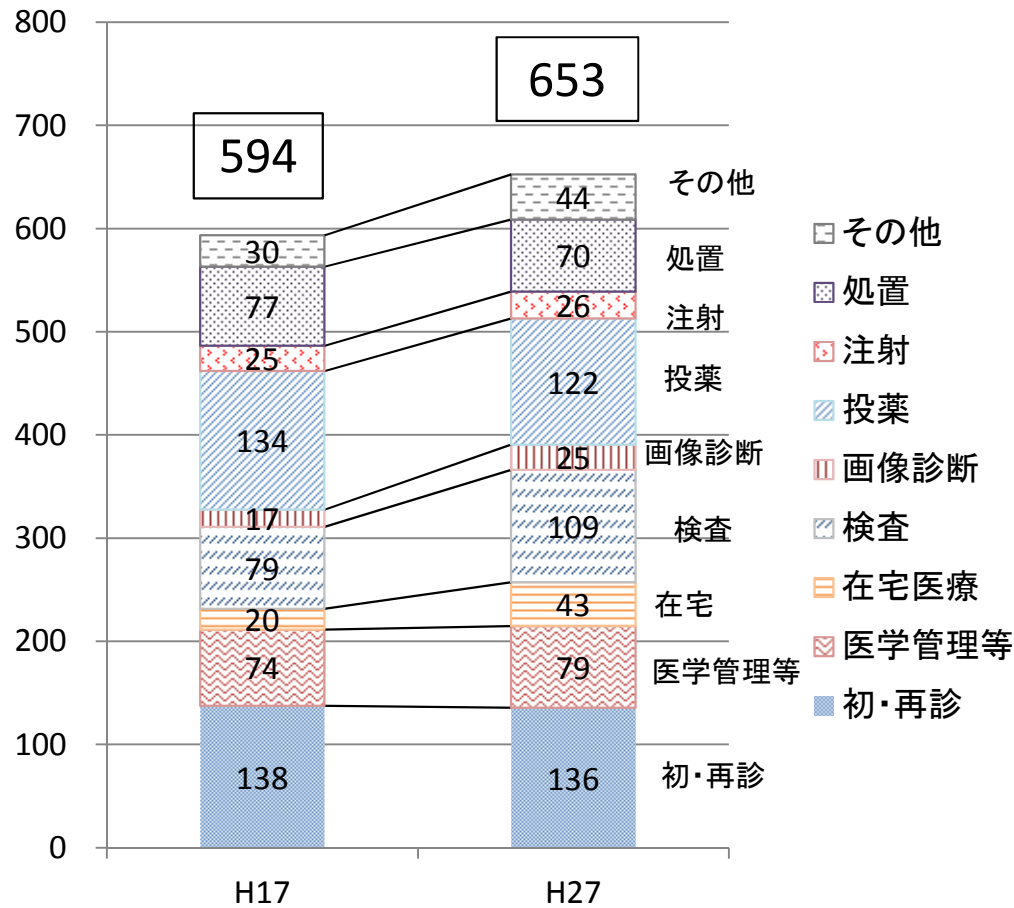
「その他」には、精神科専門療法、リハビリテーション、手術、麻酔、放射線治療、病理診断が含まれる。

入院外一日当たりの診療報酬点数の内訳の推移(診療所)

○ 診療所における入院外一日当たりの診療報酬点数の増加には、主に、在宅医療、検査の診療報酬が寄与している。

(点)

診療所

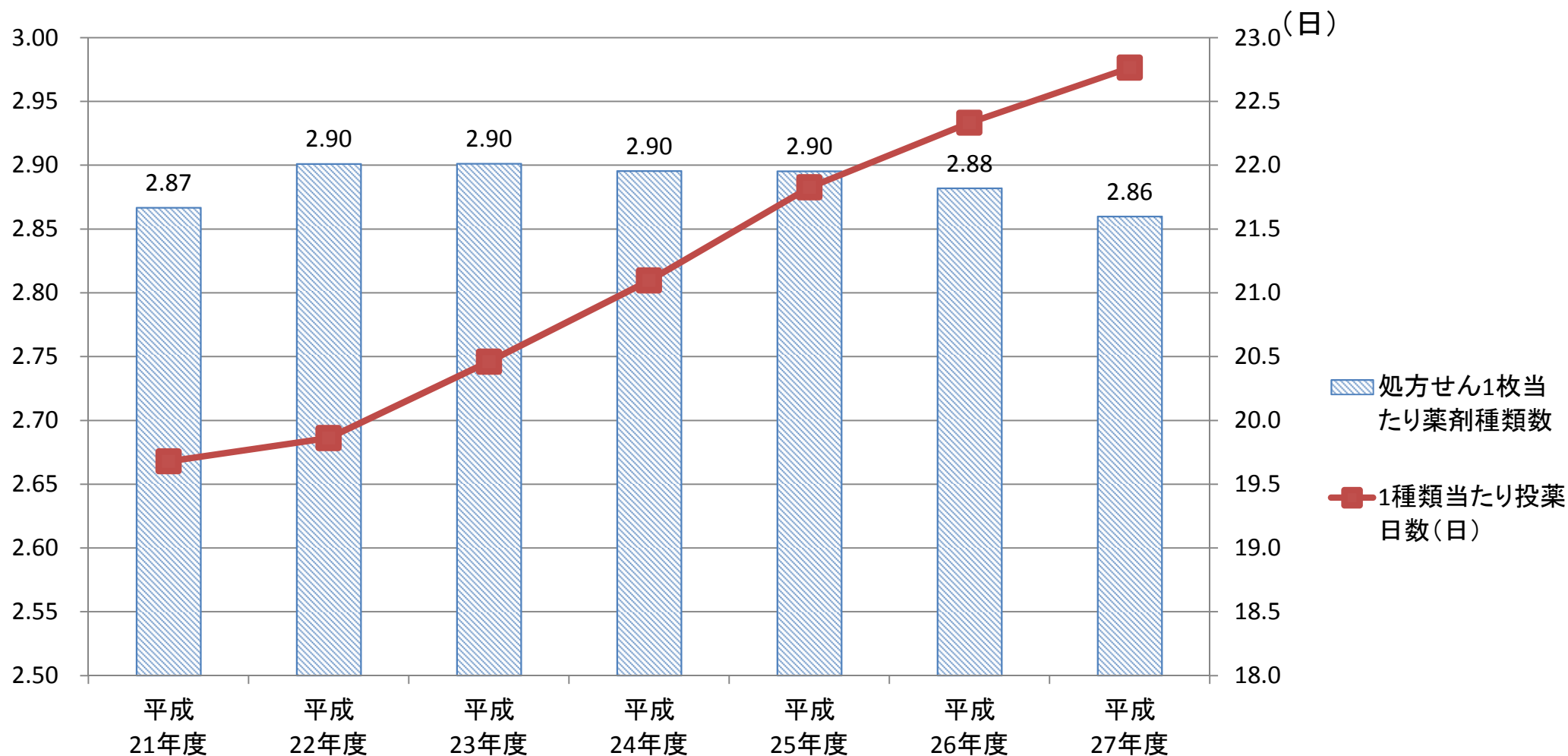


	寄与率
初・再診	-3.1%
医学管理等	8.7%
在宅医療	38.0%
検査	49.6%
画像診断	13.4%
投薬	-20.5%
注射	2.9%
処置	-11.7%
その他	22.8%

「その他」には、精神科専門療法、リハビリテーション、手術、麻酔、放射線治療、病理診断が含まれる。

処方せん1枚当たりの薬剤種類数、1種類当たり投薬日数の

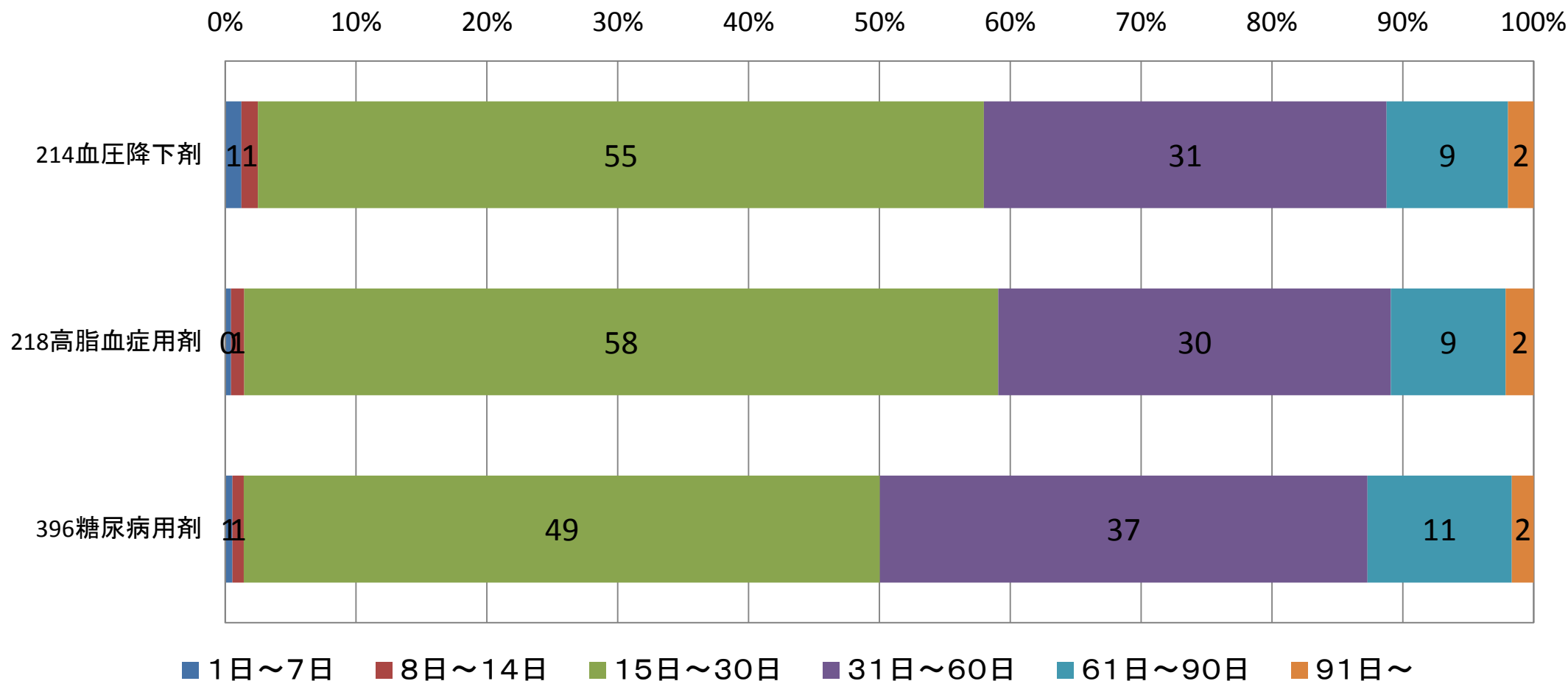
- 処方せん1枚当たりの薬剤種類数は、ここ数年減少傾向である。
- 1種類当たりの投薬日数は、増加傾向である。



※元資料から平成26年度、平成27年度分のデータを追加

代表的な生活習慣病治療薬の投薬日数の分布

○ 生活習慣病治療薬の投薬日数の分布を見ると、15日～30日、31日～60日が多く、これら2区分で全体のほとんどを占める。



注) 集計対象の医薬品は、第2回NDBオープンデータの処方薬(内服)・外来(院外)のうち、各薬効中分類(214血圧降下剤、218高脂血症用剤、396糖尿病用剤)毎に上位3つの医薬品(医薬品コード毎)とした。

出典: 調剤医療費の動向(保険局調査課特別集計)(2017年4月審査分)

在宅療養支援診療所（在支診）の施設基準の概要（平成28年度～）

	機能強化型在支診		在支診
	単独型	連携型	
全ての在支診が満たすべき基準	① 24時間連絡を受ける体制の確保 ② 24時間の往診体制 ③ 24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、看取り数等を報告している		
機能強化型在支診が満たすべき基準	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上	
	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 10件以上	⑧ 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	
	⑨ 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	⑨ 過去1年間の看取りの実績 が連携内で 4件以上、 各医療機関において、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 2件以上	

※「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。

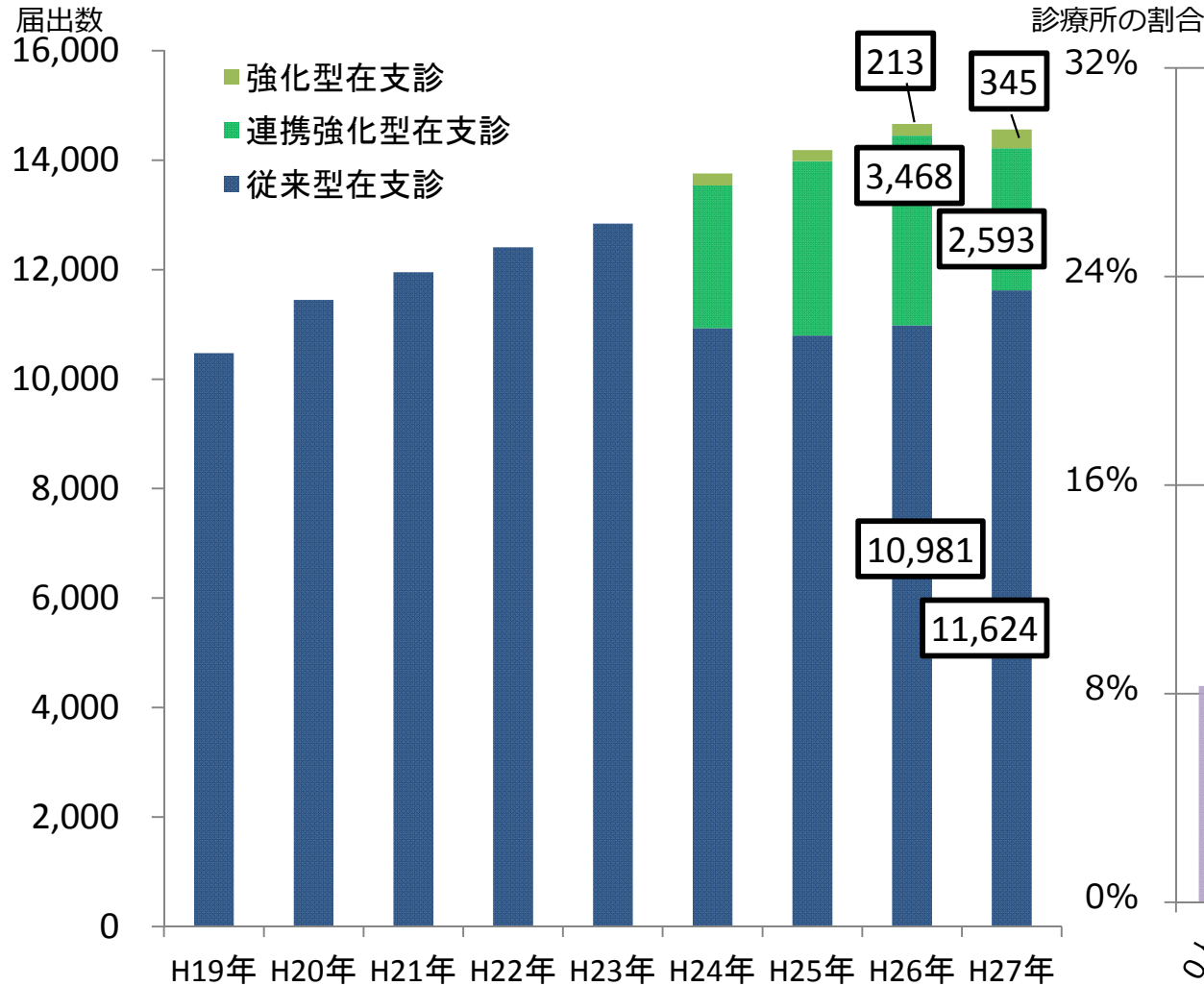
- (1) 許可病床200床未満であること又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと
- (2) 往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること

在宅療養支援診療所の届出数の推移と診療状況

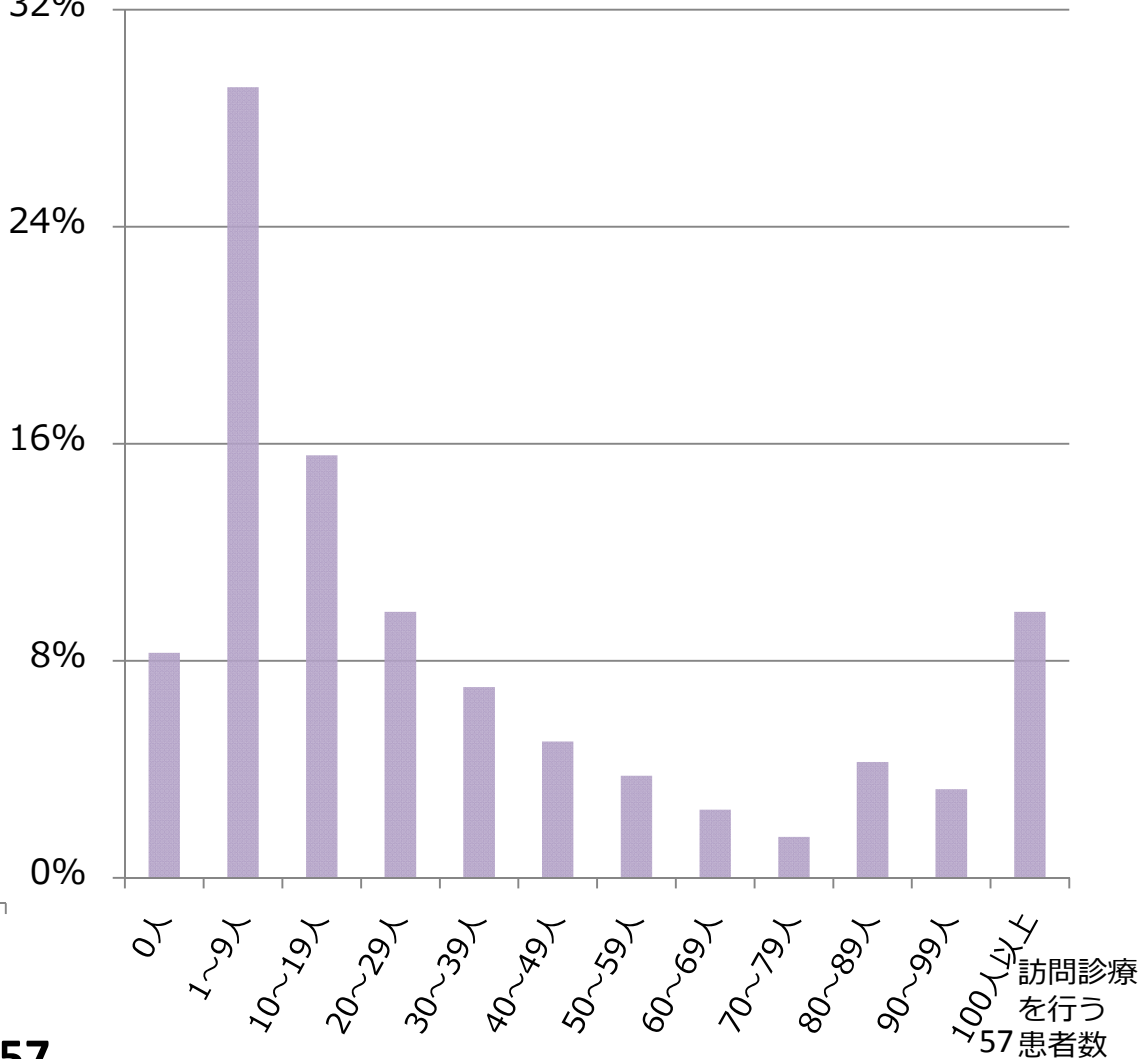
中医協 総 - 3
29 . 1 . 11

- 在宅療養支援診療所の届出医療機関数は概ね増加から横ばいである。
- 在宅療養支援診療所のうち、訪問診療を行っている患者数が「1~9人」の医療機関が最も多い。

<在宅療養支援診療所届出数>



<訪問診療を行う患者数別の在宅療養支援診療所数>

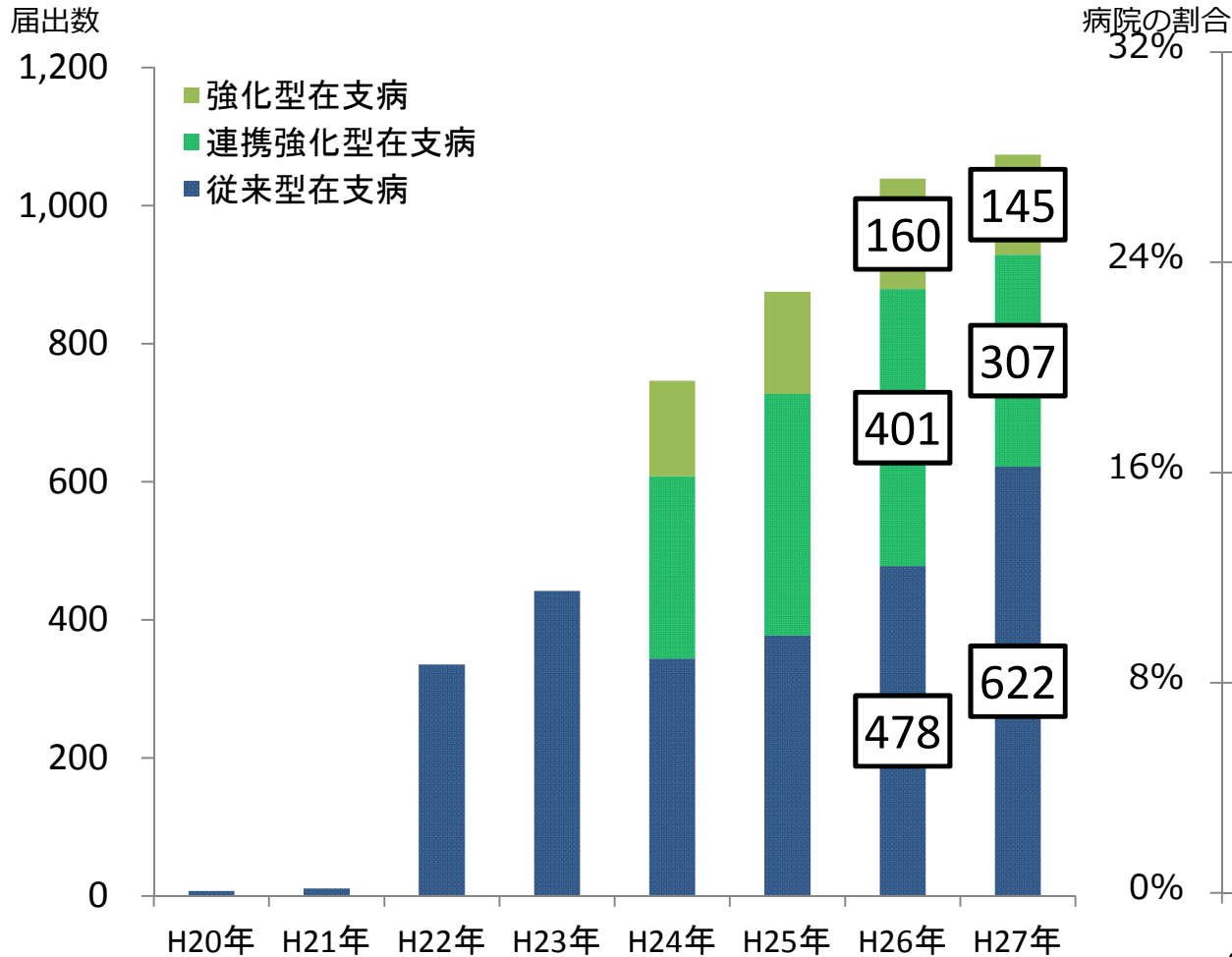


在宅療養支援病院の届出数の推移と診療状況

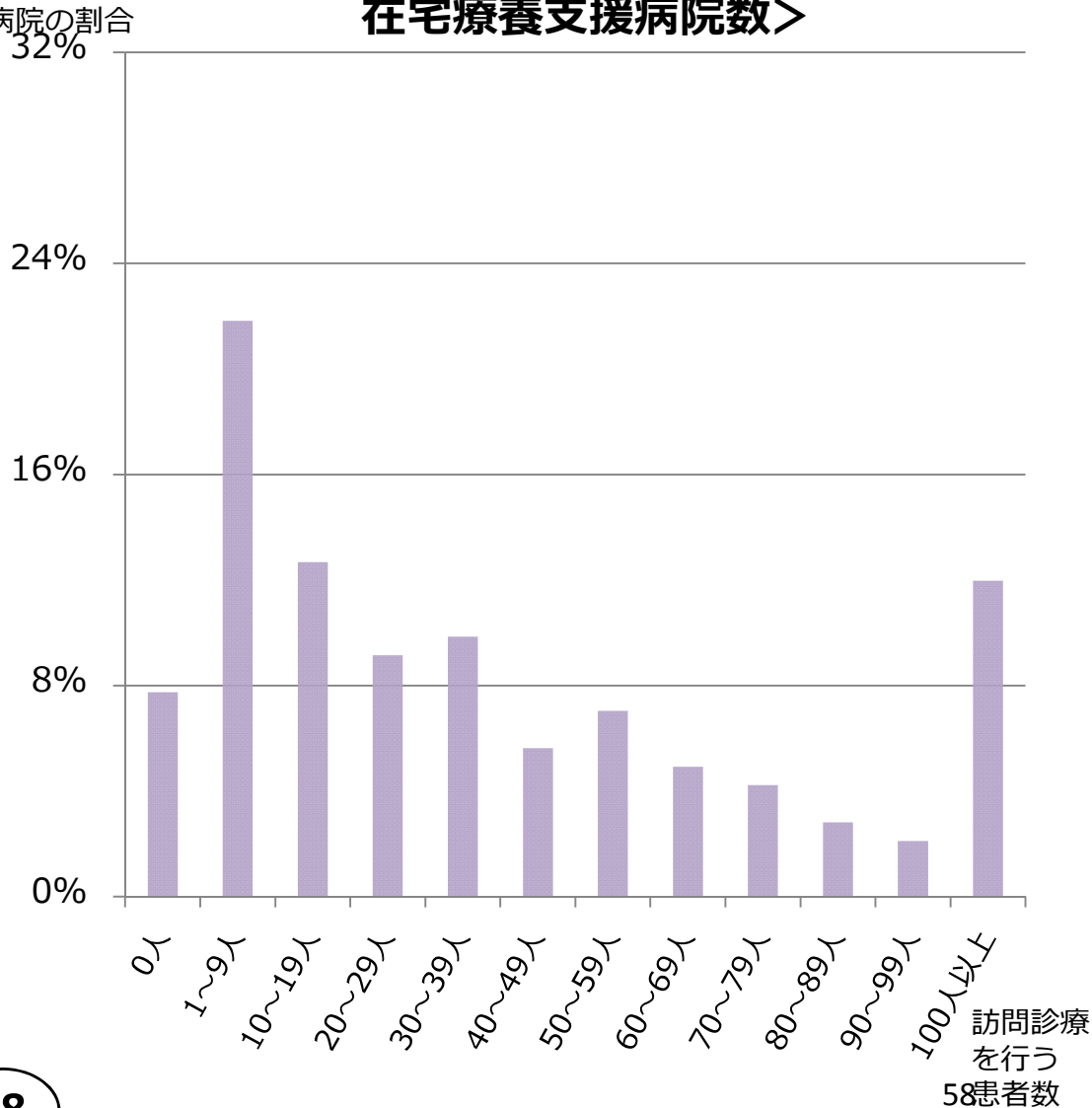
中医協 総 - 3
29.1.11

- 在宅療養支援病院の届出医療機関数は概ね増加から横ばいである。
- 在宅療養支援病院のうち、訪問診療を行っている患者数が「1～9人」の医療機関が最も多い。

＜在宅療養支援病院届出数＞



＜訪問診療を行う患者数別の在宅療養支援病院数＞



出典：保険局医療課調べ（平成27年7月1日時点）
平成26年度検証部会調査（在宅医療）

訪問診療
を行う
58患者数