

中央社会保険医療協議会 総会（第 557 回） 議事次第

令和 5 年 10 月 4 日（水） 9 : 30～

議 題

○部会・小委員会に属する委員の指名等について

○在宅（その 2）について

○ODPC 対象病院の合併に係る報告について

中央社会保険医療協議会委員名簿

令和5年10月4日現在

代表区分	氏名	現役職名
1. 健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員	鳥 潟 美夏子 松 本 真 人 佐 保 昌 一 高 町 晃 司 眞 田 享 亨 鈴 木 順 三子 末 松 則 子	全国健康保険協会理事 健康保険組合連合会理事 日本労働組合総連合会総合政策推進局長 日本労働組合総連合会「患者本位の医療を確立する連絡会」委員 日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理 全日本海員組合組合長代行 三重県鈴鹿市長
2. 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	長 島 公 之 茂 松 茂 人 江 澤 和 彦 池 端 幸 彦 島 弘 志 林 正 純 森 昌 平	日本医師会常任理事 日本医師会副会長 日本医師会常任理事 日本慢性期医療協会副会長 日本病院会副会長 日本歯科医師会副会長 日本薬剤師会副会長
3. 公益を代表する委員	◎ 飯 塚 敏 晃 小 塩 隆 士 笠 木 映 里 永 瀬 伸 子 本 田 文 子 安 川 文 朗	東京大学大学院経済学研究科教授 一橋大学経済研究所教授 東京大学大学院法学政治学研究科教授 お茶の水女子大学基幹研究院人間科学系教授 一橋大学大学院経済学研究科教授 京都女子大学データサイエンス学部教授
4. 専門委員	羽 田 健一郎 木 澤 晃 代 上 田 克 彦 田 村 文 誉 赤 名 正 臣 石 牟 禮 武 志 村 井 泰 介 守 田 恭 彦 前 田 桂 青 木 幸 生	長野県長和町長 日本看護協会常任理事 チーム医療推進協議会代表 日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック口腔リハビリテーション科教授 エーザイ株式会社常務執行役 塩野義製薬株式会社渉外部長 株式会社ビタルケエスケー・ホールディングス代表取締役社長 ニプロ株式会社執行役員 日本メドトロニック株式会社クラニアル&スパイナルテクノロジーズバイスプレジデント 丸木医科器機株式会社参与

◎印：会長

総会名簿

令和5年10月4日現在

代表区分	氏名	現役職名
1. 健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員	鳥 潟 美夏子 松 本 真 人 佐 保 昌 一 高 町 晃 司 眞 田 享 亨 鈴 木 順 三子 末 松 則 子	全国健康保険協会理事 健康保険組合連合会理事 日本労働組合総連合会総合政策推進局長 日本労働組合総連合会「患者本位の医療を確立する連絡会」委員 日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理 全日本海員組合組合長代行 三重県鈴鹿市長
2. 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	長 島 公 之 茂 松 茂 人 江 澤 和 彦 池 端 幸 彦 島 弘 志 林 正 純 森 昌 平	日本医師会常任理事 日本医師会副会長 日本医師会常任理事 日本慢性期医療協会副会長 日本病院会副会長 日本歯科医師会副会長 日本薬剤師会副会長
3. 公益を代表する委員	◎ 飯 塚 敏 晃 小 塩 隆 士 笠 木 映 里 永 瀬 伸 子 本 田 文 子 安 川 文 朗	東京大学大学院経済学研究科教授 一橋大学経済研究所教授 東京大学大学院法学政治学研究科教授 お茶の水女子大学基幹研究院人間科学系教授 一橋大学大学院経済学研究科教授 京都女子大学データサイエンス学部教授
4. 専門委員	羽 田 健一郎 木 澤 晃 代 上 田 克 彦 田 村 文 誉	長野県長和町長 日本看護協会常任理事 チーム医療推進協議会代表 日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック口腔リハビリテーション科教授

◎印：会長

調査実施小委員会委員名簿（案）

令和5年10月4日現在

代表区分	氏名	現役職名
1. 健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員	<p>鳥 潟 美夏子 松 本 真 人 佐 保 昌 一 眞 田 享 鈴 木 順 三</p>	<p>全国健康保険協会理事 健康保険組合連合会理事 日本労働組合総連合会総合政策推進局長 日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理 全日本海員組合組合長代行</p>
2. 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	<p>長 島 公 之 江 澤 和 彦 池 端 幸 彦 林 正 純 森 昌 平</p>	<p>日本医師会常任理事 日本医師会常任理事 日本慢性期医療協会副会長 日本歯科医師会副会長 日本薬剤師会副会長</p>
3. 公益を代表する委員	<p>飯 塚 敏 晃 小 塩 隆 士 永 瀬 伸 子 本 田 文 子</p>	<p>東京大学大学院経済学研究科教授 一橋大学経済研究所教授 お茶の水女子大学基幹研究院人間科学系教授 一橋大学大学院経済学研究科教授</p>

◎印：小委員長

診療報酬基本問題小委員会委員名簿（案）

令和5年10月4日現在

代表区分	氏名	現役職名
1. 健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員	<p>鳥 潟 美夏子 松 本 真 人 佐 保 昌 一 眞 田 享 子 末 松 則 子</p>	<p>全国健康保険協会理事 健康保険組合連合会理事 日本労働組合総連合会総合政策推進局長 日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理 三重県鈴鹿市長</p>
2. 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	<p>長 島 公 之 茂 松 茂 人 島 弘 志 林 正 純 森 昌 平</p>	<p>日本医師会常任理事 日本医師会副会長 日本病院会副会長 日本歯科医師会副会長 日本薬剤師会副会長</p>
3. 公益を代表する委員	<p>◎ 飯 塚 敏 晃 ◎ 小 塩 隆 士 笠 木 映 里 永 瀬 伸 子 本 田 文 子 安 川 文 朗</p>	<p>東京大学大学院経済学研究科教授 一橋大学経済研究所教授 東京大学大学院法学政治学研究科教授 お茶の水女子大学基幹研究院人間科学系教授 一橋大学大学院経済学研究科教授 京都女子大学データサイエンス学部教授</p>
4. 専門委員	<p>木 澤 晃 代</p>	<p>日本看護協会常任理事</p>

◎印：小委員長

診療報酬改定結果検証部会委員名簿

令和5年6月21日現在

代表区分	氏名	現役職名
1. 公益を代表する委員	飯塚敏晃	東京大学大学院経済学研究科教授
	小塩隆士	一橋大学経済研究所教授
	笠木映里	東京大学大学院法学政治学研究科教授
	◎ 永瀬伸子	お茶の水女子大学基幹研究院人間科学系教授
	○ 本田文子	一橋大学大学院経済学研究科教授
	安川文朗	京都女子大学データサイエンス学部教授

◎印：部会長 ○印：部会長代理

薬価専門部会委員名簿（案）

令和5年10月4日現在

代表区分	氏名	現役職名
1. 健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員	<p>鳥 潟 美夏子</p> <p>松 本 真 人</p> <p>佐 保 昌 一</p> <p>眞 田 享</p>	<p>全国健康保険協会理事</p> <p>健康保険組合連合会理事</p> <p>日本労働組合総連合会総合政策推進局長</p> <p>日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理</p>
2. 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	<p>長 島 公 之</p> <p>江 澤 和 彦</p> <p>林 正 純</p> <p>森 昌 平</p>	<p>日本医師会常任理事</p> <p>日本医師会常任理事</p> <p>日本歯科医師会副会長</p> <p>日本薬剤師会副会長</p>
3. 公益を代表する委員	<p>小 塩 隆 士</p> <p>○ 笠 木 映 里</p> <p>本 田 文 子</p> <p>◎ 安 川 文 朗</p>	<p>一橋大学経済研究所教授</p> <p>東京大学大学院法学政治学研究科教授</p> <p>一橋大学大学院経済学研究科教授</p> <p>京都女子大学データサイエンス学部教授</p>
4. 専門委員	<p>赤 名 正 臣</p> <p>石 牟 禮 武 志</p> <p>村 井 泰 介</p>	<p>エーザイ株式会社常務執行役</p> <p>塩野義製薬株式会社渉外部長</p> <p>株式会社バイタルケーエスケー・ホールディングス代表取締役社長</p>

◎印：部会長 ○印：部会長代理

保険医療材料専門部会委員名簿

令和5年4月26日現在

代表区分	氏名	現役職名
1. 健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員	松本真人 佐保昌一 眞田享 末松則子	健康保険組合連合会理事 日本労働組合総連合会総合政策推進局長 日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理 三重県鈴鹿市長
2. 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	茂松茂人 島弘志 林正純 森昌平	日本医師会副会長 日本病院会副会長 日本歯科医師会副会長 日本薬剤師会副会長
3. 公益を代表する委員	飯塚敏晃 ◎ 笠木映里 ○ 永瀬伸子 安川文朗	東京大学大学院経済学研究科教授 東京大学大学院法学政治学研究科教授 お茶の水女子大学基幹研究院人間科学系教授 京都女子大学データサイエンス学部教授
4. 専門委員	守田恭彦 前田桂 青木幸生	ニプロ株式会社執行役員 日本メドトロニック株式会社クラニアル&スパイナルテクノロジーズバイスプレジデント 丸木医科器機株式会社参与

◎印：部会長 ○印：部会長代理

費用対効果評価専門部会委員名簿（案）

令和5年10月4日現在

代表区分	氏名	現役職名
1. 健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員	鳥 潟 美夏子 松 本 真人 高 町 晃 司 眞 田 享 鈴 木 順 三子 末 松 則 子	全国健康保険協会理事 健康保険組合連合会理事 日本労働組合総連合会「患者本位の医療を確立する連絡会」委員 日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理 全日本海員組合組合長代行 三重県鈴鹿市長
2. 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	長 島 公 之 江 澤 和 彦 池 端 幸 彦 島 弘 志 林 正 純 森 昌 平	日本医師会常任理事 日本医師会常任理事 日本慢性期医療協会副会長 日本病院会副会長 日本歯科医師会副会長 日本薬剤師会副会長
3. 公益を代表する委員	◎ 飯 塚 敏 晃 小 塩 隆 士 笠 木 映 里 ○ 安 川 文 朗	東京大学大学院経済学研究科教授 一橋大学経済研究所教授 東京大学大学院法学政治学研究科教授 京都女子大学データサイエンス学部教授
4. 専門委員	赤 名 正 臣 石 牟 禮 武 志 守 田 恭 彦 前 田 桂	エーザイ株式会社常務執行役 塩野義製薬株式会社渉外部長 ニプロ株式会社執行役員 日本メドトロニック株式会社クラニアル&スパイナルテクノロジーズバイスプレジデント

◎印：部会長 ○印：部会長代理

<参考人>

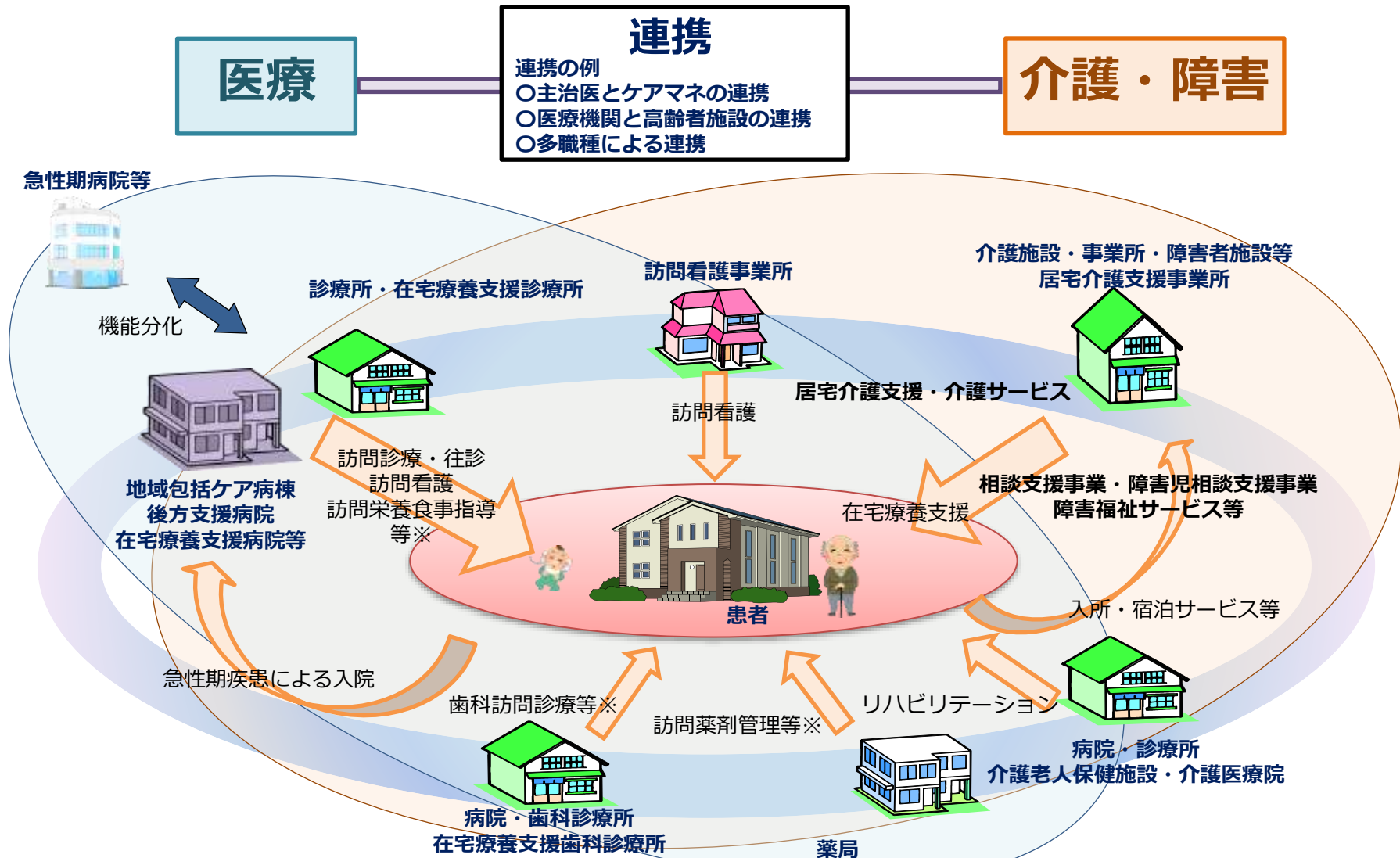
- ・ 福 田 敬（国立保健医療科学院保健医療経済評価研究センター長）
- ・ 池 田 俊 也（国際医療福祉大学教授）

在宅(その2)

1. 在宅医療の現状等について
2. 患者の特性に応じた訪問診療について
3. 往診について
4. 在宅医療における24時間の医療提供体制の確保について
5. 在宅における緩和ケアについて
6. 在宅における看取りについて
7. 訪問栄養食事指導について

地域包括ケアシステムにおける在宅医療（イメージ）

○ 在宅医療は、高齢になっても、病気や障害の有無にかかわらず、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう、入院医療や外来医療、介護、福祉サービスと相互に補完しながら、患者の日常生活を支える医療であり、地域包括ケアシステムの不可欠な構成要素である。



※居宅療養管理指導を含む

在宅医療の体制（第8次医療計画の見直しのポイント）

概要

- 今後見込まれる在宅医療の需要の増加に向け、地域の实情に応じた在宅医療の体制整備を進める。「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を医療計画に位置付け、適切な在宅医療の圏域を設定する。
- 在宅療養患者の急変時に適切に対応するための情報共有や連携を進める。また、看取りに際し本人・家族の希望に沿った医療・ケアの提供を進める。平時から在宅医療に係る関係機関の連携体制の構築を進め、災害時における業務継続計画(BCP)の策定を推進する。
- 医師・歯科医師の定期的な診察と適切な評価に基づく指示による、在宅療養患者への医療・ケアの提供を進める。在宅医療における各職種の機能・役割について明確にする。

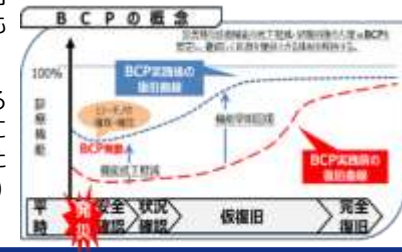
在宅医療の提供体制



- 国は、都道府県に対し、訪問診療及び訪問看護の必要量の推計等を提供する。都道府県は、国から提供を受けたデータを踏まえ、在宅介護の提供体制も勘案しながら在宅医療の体制整備を進める。
- 「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」について、それぞれが担うべき機能や役割を整理する。
- 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」との連携を進める。

急変時・看取り、災害時等における整備体制

- 在宅医療における急変時対応に関係する機関として消防機関や後方支援を行う医療機関を明確化するとともに、地域の在宅医療の協議の場への参加を促す。
- 災害時においては、各関係機関での連携が重要になることから、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」等において平時から連携を進めるとともに、国が策定した手引きや事業等も活用しながら、業務継続計画(BCP)の策定を推進する。



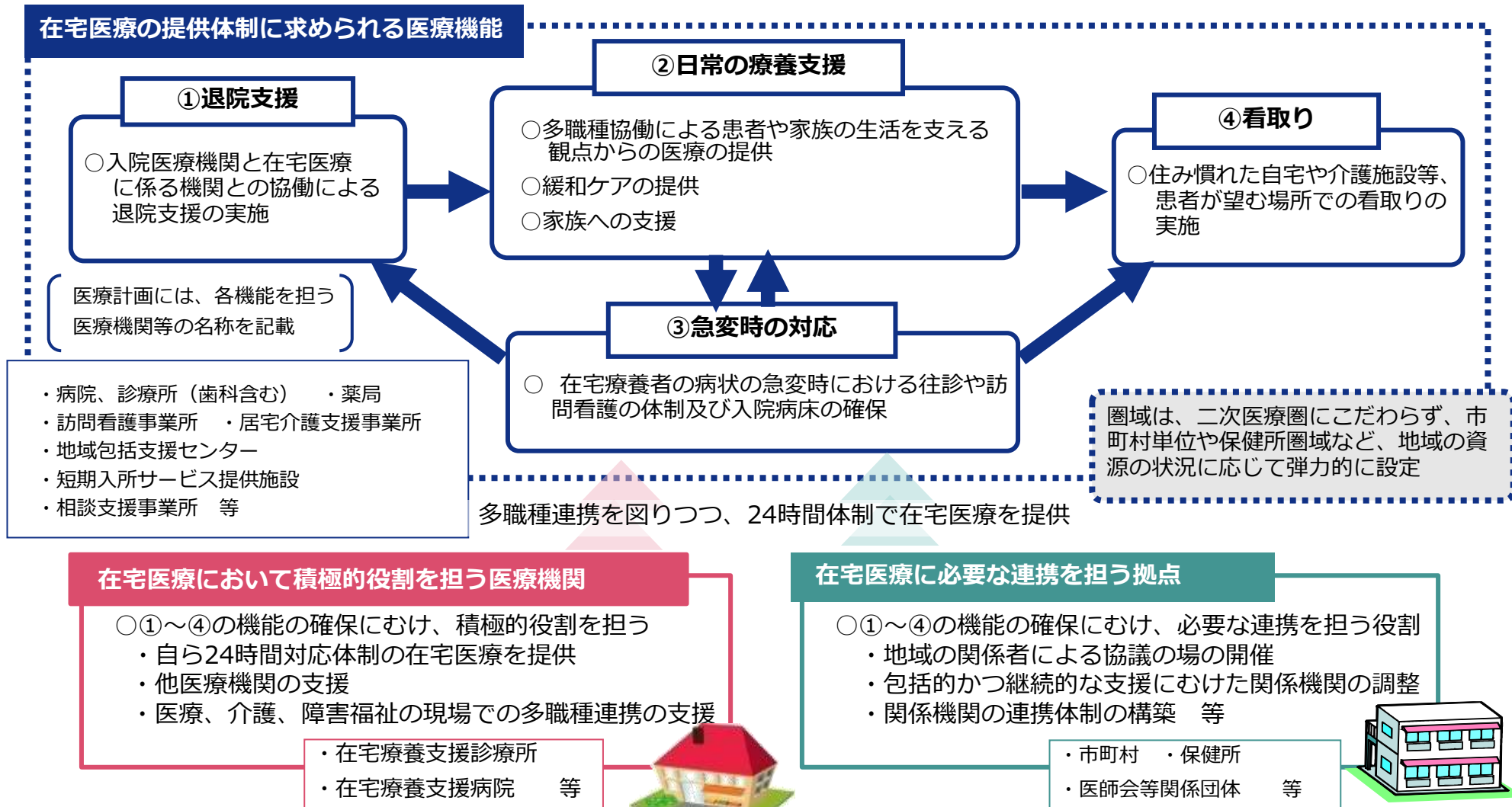
在宅医療における各職種の関わり

- 訪問看護について、退院に向けた医療機関との共同指導、ターミナルケア等の機能や役割に着目した整備や、事業所間の連携、業務効率化等について取組を進める。
- 歯科診療所と後方支援機能を有する歯科医療機関との連携や医科歯科連携の体制構築を進めるとともに、歯科衛生士の機能・役割や訪問歯科診療への関わりについて明確化する。
- 多様な病態の患者への対応やターミナルケアへの参画等の観点から、在宅医療に関わる薬剤師の資質向上を図り、麻薬や無菌製剤の調剤、小児在宅、24時間対応が可能な薬局の整備を進め、在宅医療に必要な医薬品等の提供体制を構築する。
- 在宅療養患者が居宅において生活機能の回復・維持を図る観点からリハビリテーション提供体制の整備は重要であり、その機能・役割について明確化する。
- 在宅療養患者の状態に応じた栄養管理を充実させるために、管理栄養士が配置されている在宅療養支援病院や栄養ケア・ステーション等の活用も含めた訪問栄養食事指導の体制整備が重要であり、その機能・役割について明確化する。

在宅医療の体制について

- 在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載する。
- 国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～



【出典】「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（令和5年3月31日医政局地域医療計画課長通知（令和5年6月29日一部改正））

令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会における主な御意見

(令和5年6月14日中医協資料より抜粋)

(テーマ1:地域包括ケアのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携)

- 介護支援専門員は利用者の既に様々な情報(例:家族や人間関係、資産状況、本人・家族の希望、趣味、嗜好、生活習慣等)を持っており、その情報に基づき課題を分析し目標を立て、サービスの利用や社会資源の活用も含めマネジメントしている。ここに、医療の情報や医師の意見等を適切に活かすことにより、より合理的なケアマネジメントができる。

(テーマ2:リハビリテーション・口腔・栄養)

- 令和3年度介護報酬改定で示されたリハビリ、口腔管理、栄養管理に係る一体的な計画書は、医療でも活用可能。多職種による計画作成を後押しする仕組みが必要。
- リハビリ・口腔・栄養の連携として、目標を共有することは理解できるが、誰が中心となって全体の進捗を管理するのか明確にすることも重要。

(テーマ4:高齢者施設・障害者施設等における医療)

- 連携する医療機関については、名前だけの協力医療機関ではなく、地域包括ケア病棟や在宅病、有床診など地域の医療機関と、中身のある連携体制を構築すべき。
- 施設の在り方や利用者のニーズが多様化する中で、薬剤師がその施設の特性を的確に把握した上で、多職種との連携の下で適切な薬剤管理ができるような推進策が必要。

(テーマ6:人生の最終段階における医療・介護)

- 人生の最終段階を支える医師が、在宅診療や施設における医療の中で、患者の疾病が非がんであっても、緩和ケアを専門とする医師らとICT等を使って連携することで、ご本人が望む住み慣れた環境で最期を迎えることが可能となる。
- 緩和ケアについては、患者及び家族の苦痛や不安を和らげるために総合的に対応することが重要である。このため、麻薬を早期から積極的に使用するなど、考え方が変化してきている。一方、医療用麻薬といっても多様な製品・規格があり、また取り寄せにも時間がかかることが多く、医療機関、薬局、訪問看護ステーションの間で日常からの連携体制の構築が必要。

(テーマ7:訪問看護)

- 訪問看護は、高齢者の医療・介護ニーズや在宅看取りへの対応とともに、小児や難病など、多世代にわたる利用者への対応が求められ、安定した24時間のサービス提供体制の構築・強化が急務。また、退院後早期や医療ニーズが高い方の居宅での療養を支援の対応力と入院前後の医療機関との連携体制の強化、情報共有の基盤整備も重要である。
- 医療保険の訪問看護を利用している場合には、医療と介護が一体的にマネジメントされていない現状もあるため、医療と介護が連携できる環境整備を進め、シームレスなサービス提供をできるようにすべき。

令和5年7月12日開催の中医協における主なご意見

- 在宅医療の需要は2040年に向けさらに増大することが予想されており、患者が状態や疾患に応じて希望される場所で看取りがなされるよう、診療報酬上も適切な対応を検討していく必要がある。
- 在宅医療の24時間体制については、訪問診療と訪問看護をセットで考え、どのように維持していくかを考える必要がある。
- 在宅医療提供体制は医師が一人で24時間365日の対応をするのではなく、近隣の診療所や中小病院との連携の下に構築する必要がある、在宅療養移行加算の様な連携の仕組みを普及していくのが喫緊の課題である。
- 緊急往診の提供体制の充実が必要だが、地域連携の下で計画的な訪問診療が行われることを基本としつつ、検討していく必要がある。
- 地域でICTを有効に活用して情報連携を充実させることは今後の需要増加に対応するにあたり不可欠である。
- 患者さんが安心して在宅医療を受けるためには連携の強化や情報共有に加えて、医療の質も確保していく必要がある。
- かかりつけ医が外来に加えて在宅に尽力している医療機関と在宅医療を専門としているような医療機関では効率性が異なることに留意する必要がある。
- 在宅医療の提供体制の地域差については、都市部での規模の大きいクリニックと地方での点在するクリニックでは事情が異なることを留意しなければならない。地方においては医療機関同士で補完しあう形でかかりつけ医機能を推進していく必要がある。
- 良質で切れ目のない医療提供体制を構築する観点からも、在宅医療の提供の地域差について、要因の把握を行う必要があるのではないか。
- 往診加算の算定回数が増加傾向であることについて、新型コロナウイルス感染症に関する特例の廃止後の動向を注意深く見ていく必要がある。
- 看取りは死の瞬間までを支えるターミナルケアの充実が重要であり、がんや非がんに関わらず、緩和医療を提供することが必要である。
- リハビリテーション・栄養・口腔が連携した取組は重要だが、在宅では特に不足している。口腔や栄養のスクリーニングをしてニーズを把握し、近隣の医療機関や老健等とも連携して貴重な人材が地域で活躍できる仕組みの検討が必要である。
- 診療所が栄養ケア・ステーションと連携して訪問栄養食事指導を行うためには、医師の指示箋や契約のハードルを下げる工夫が求められる。

1. 在宅医療の現状等について
- 2. 患者の特性に応じた訪問診療について**
3. 往診について
4. 在宅医療における24時間の医療提供体制の確保について
5. 在宅における緩和ケアについて
6. 在宅における看取りについて
7. 訪問栄養食事指導について

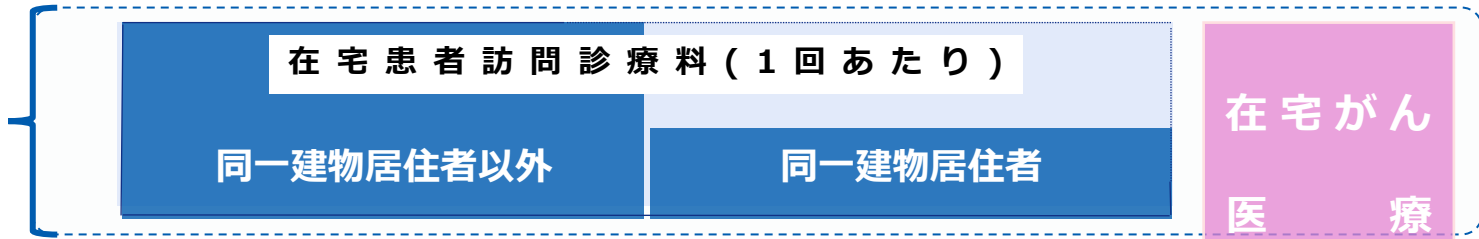
在宅医療における診療報酬上の評価構造（イメージ）

中医協 総 - 2
5 . 7 . 1 2

- 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。

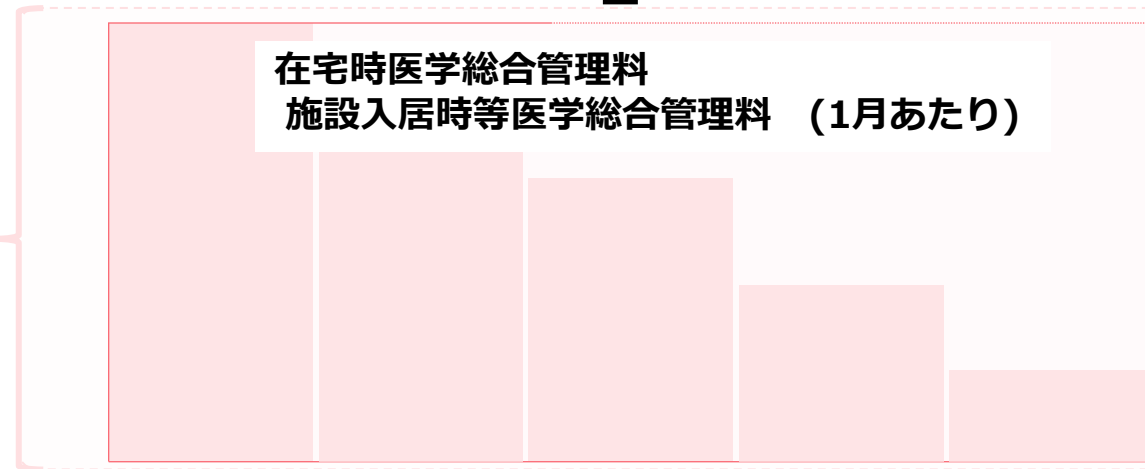
①定期的に訪問して診療を行った場合の評価

- 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

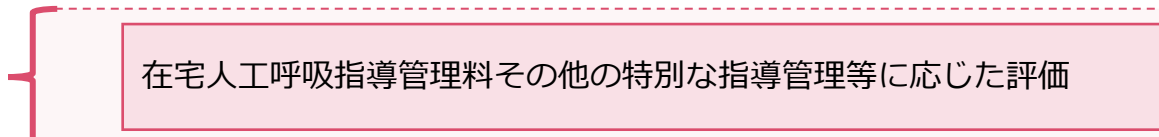


②総合的な医学的管理等を行った場合の評価

- 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。

在宅医療に対する診療報酬上の主な評価の変遷①

○ 在宅医療に対する診療報酬上の主な評価の変遷は以下のとおり。

	【診療報酬】	【老人診療報酬】
昭和61年		<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>寝たきり老人訪問診療料の創設（～H18年）</u> ; 定期的に訪問して診療を行った際に算定 ○ <u>寝たきり老人訪問指導管理料（月ごと）の創設（～H18年）</u> ; 寝たきり老人訪問診療料を算定すべき診療を行った際に、療養上必要な指導管理を行った場合に算定
昭和63年	<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>在宅患者訪問診療料の創設</u> ; 定期的に訪問して診療した際に算定 	
平成4年		<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>寝たきり老人在宅総合診療料（月ごと）の創設（～H18年）</u> ; 計画的な医学管理の下に、1月に2回以上訪問して診療した場合に算定
平成6年	<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>在宅時医学管理料（月ごと）の創設（～H18年）</u> ; 計画的な医学管理の下に、週1回以上訪問して診療した場合に算定 	
平成18年	【診療報酬】 <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>在宅時医学総合管理料（月ごと）の創設</u> ; 計画的な医学管理の下に、月2回以上訪問して診療した場合に算定 	



在宅医療に対する診療報酬上の主な評価の変遷②

○ 在宅医療に対する診療報酬上の主な評価の変遷は以下のとおり。

	訪問診療料	在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学総合管理料	在宅療養支援診療所 在宅療養支援病院	その他
平成18年	-	・在宅時医学総合管理料（在総管）の創設	・在宅療養支援診療所（在支診）の創設	・入院から在宅療養への円滑な移行に係る評価 ・在宅、特別養護老人ホーム等におけるターミナルケアに係る評価
平成20年	・居住場所により訪問診療料を分類 →訪問診療料1(自宅) 訪問診療料2(居住系施設)	・特定施設入居時等医学総合管理料（特医総管）の創設	・在宅療養支援病院（在支病）の創設	・カンファレンス等の情報共有に関する評価
平成22年	・居住場所ではなく、同一建物の訪問人数により訪問診療料を再分類 →訪問診療料1(同一建物以外) 訪問診療料2(同一建物)	-	・在支病の届出を、許可病床数が200床未満の病院に拡大	・往診料の引き上げ ・乳幼児加算の創設 ・在宅ターミナルケア加算の要件緩和 ・在宅移行早期加算の創設
平成24年	・特定施設入居者に対する評価の引き上げ →訪問診療料1(同一建物以外) 訪問診療料2(特定施設等) 訪問診療料2（上記以外の同一建物）	・在総管、特医総管に対する評価の引き上げ（機能強化型在支診・在支病の創設に伴うもの）	・強化型、連携強化型の在支診・在支病を創設	・緊急時、夜間の往診料の引き上げ ・在宅ターミナルケア加算の評価体系の見直し ・在宅緩和ケアに係る評価 ・緊急時の在宅患者の受入に対する評価の引き上げ



在宅医療に対する診療報酬上の主な評価の変遷③

中医協 総 - 2 参考
5 . 7 . 1 2

○ 在宅医療に対する診療報酬上の主な評価の変遷は以下のとおり。

	訪問診療料	在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学総合管理料	在宅療養支援診療所 在宅療養支援病院	その他
平成26年	<ul style="list-style-type: none"> 訪問診療料 2 の評価引き下げ 	<ul style="list-style-type: none"> 同一建物居住者に対する評価の適正化 	<ul style="list-style-type: none"> 機能強化型の実績要件の引き上げ 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅療養後方支援病院及び在宅患者共同診療料の創設
平成28年	<ul style="list-style-type: none"> 訪問診療料 2 を「同一建物居住者の場合」に一本化 	<ul style="list-style-type: none"> 単一建物診療患者数、重症度、月の訪問回数に応じて細分化 	<ul style="list-style-type: none"> 機能強化型の施設基準に小児在宅医療に係る要件を追加 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の新設等による緊急往診や看取り実績の評価 在宅専門医療機関の要件明確化
平成30年	<ul style="list-style-type: none"> 訪問診療料 I に、2 (他医療機関の依頼を受けて訪問診療を行った場合)を新設 訪問診療料 II (併設する介護施設等の場合)を新設 	<ul style="list-style-type: none"> 月2回以上の訪問診療を行った場合の評価を適正化 月1回の訪問診療を行っている場合の評価を充実 包括的支援加算を新設 	-	<ul style="list-style-type: none"> 往診料の算定要件を明確化 緊急往診加算の対象患者拡大と算定要件の見直し ターミナルケアの評価の充実 オンライン在宅管理料を新設
令和2年	<ul style="list-style-type: none"> 訪問診療料 I 2 (他医療機関の依頼を受けて訪問診療を行った場合)について、6月を超えても算定可能とした 	-	-	<ul style="list-style-type: none"> 在宅療養支援病院の往診について、オンコール体制でも良いこととした
令和4年	-	<ul style="list-style-type: none"> 訪問診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせた在宅管理にかかる評価の新設 	<ul style="list-style-type: none"> 地域における協力体制の要件を追加 適切な意思決定支援に係る指針の作成を要件化 機能強化型の在支病に係る実績要件の見直し 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅療養移行加算の新設 外来在宅共同指導料の新設 在宅がん医療総合診療料に小児加算追加

○ 往診料 **720点**

➤ 患者又は家族等患者の看護等に当たる者が、保険医療機関に対し電話等で直接往診を求め、当該保険医療機関の医師が往診の必要性を認めた場合に、可及的速やかに患家に赴き診療を行った場合の評価。

※ 定期的ないし計画的に患家又は他の保険医療機関に赴いて診療を行った場合には算定できない。

○ 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 **888点**

ロ 同一建物居住者の場合 **213点**

2 在宅患者訪問診療料 2

イ 同一建物居住者以外の場合 **884点**

ロ 同一建物居住者の場合 **187点**

➤ 在宅での療養を行っている患者であって、疾病、傷病のために通院による療養が困難な者に対して、患者の入居する有料老人ホーム等に併設される保険医療機関以外の保険医療機関が定期的に訪問して診療を行った場合の評価。

※ 同一建物に居住する当該患者1人のみに対し訪問診療を行う場合は、「同一建物居住者以外の場合」の点数を算定する。

※ 患者の入居する有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が定期的に訪問して診療を行った場合は、在宅患者訪問診療料(Ⅱ) 150点を算定。

[算定要件] (抜粋)

○ 在宅患者訪問診療料 1

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について、1日につき1回に限り算定。

○ 在宅患者訪問診療料 2

患者の同意を得て、計画的な医学管理のもと、主治医として定期的に訪問診療を行っている保険医が属する他の保険医療機関の求めを受けて、当該他の保険医療機関が診療を求めた傷病に対し訪問診療を行った場合に、求めがあった日を含む月から6月を限度として算定。

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

中医協 総-2改変

5. 7. 1 2

C002	在宅時医学総合管理料(在医総管)	在宅での療養を行っている患者に対するかかりつけ医機能の確立及び在宅での療養の推進を図るもの。
C002-2	施設入居時等医学総合管理料(施設総管)	在宅又は施設で療養を行っている患者であって、通院困難な者に対して、個別の患者毎に総合的な在宅療養計画を作成し、総合的な医学管理料を行った場合の評価。

在宅時医学総合管理料	機能強化型在支診・在支病(病床あり)			機能強化型在支診・在支病(病床なし)			在支診・在支病			その他		
	1人	2~9人	10人~	1人	2~9人	10人~	1人	2~9人	10人~	1人	2~9人	10人~
①月2回以上訪問(難病等)	5,400点	4,500点	2,880点	5,000点	4,140点	2,640点	4,600点	3,780点	2,400点	3,450点	2,835点	1,800点
②月2回以上訪問	4,500点	2,400点	1,200点	4,100点	2,200点	1,100点	3,700点	2,000点	1,000点	2,750点	1,475点	750点
③(うち1回は情報通信機器を用いた診療)	3,029点	1,685点	880点	2,789点	1,565点	820点	2,569点	1,465点	780点	2,029点	1,180点	660点
④月1回訪問	2,760点	1,500点	780点	2,520点	1,380点	720点	2,300点	1,280点	680点	1,760点	995点	560点
⑤(うち2月目は情報通信機器を用いた診療)	1,515点	843点	440点	1,395点	783点	410点	1,285点	733点	390点	1,015点	590点	330点
施設入居時等医学総合管理料	1人	2~9人	10人~	1人	2~9人	10人~	1人	2~9人	10人~	1人	2~9人	10人~
①月2回以上訪問(難病等)	3,900点	3,240点	2,880点	3,600点	2,970点	2,640点	3,300点	2,700点	2,400点	2,450点	2,025点	1,800点
②月2回以上訪問	3,200点	1,700点	1,200点	2,900点	1,550点	1,100点	2,600点	1,400点	1,000点	1,950点	1,025点	750点
③(うち1回は情報通信機器を用いた診療)	2,249点	1,265点	880点	2,069点	1,175点	820点	1,909点	1,105点	780点	1,549点	910点	660点
④月1回訪問	1,980点	1,080点	780点	1,800点	990点	720点	1,640点	920点	680点	1,280点	725点	560点
⑤(うち2月目は情報通信機器を用いた診療)	1,125点	633点	440点	1,035点	588点	410点	955点	553点	390点	775点	455点	330点

※難病等の該当患者

別表第8の2 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に規定する別に厚生労働大臣が定める状態の患者

- 一次に掲げる疾患に罹患している患者
- 末期の悪性腫瘍
- スモン
- 難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病
- 後天性免疫不全症候群
- 脊髄損傷
- 真皮を越える褥瘡
- 二次に掲げる状態の患者
- 在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている状態
- 在宅血液透析を行っている状態
- 在宅酸素療法を行っている状態
- 在宅中心静脈栄養法を行っている状態
- 在宅成分栄養経管栄養法を行っている状態
- 在宅自己導尿を行っている状態
- 在宅人工呼吸を行っている状態
- 植込型脳・脊髄刺激装置による疼痛管理を行っている状態
- 肺高血圧症であって、プロスタグランジンI2製剤を投与されている状態
- 気管切開を行っている状態
- 気管カニューレを使用している状態
- ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態
- 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態

多様な在宅医療のニーズへの対応②

併設する介護施設等への訪問診療の整理

- 在宅患者訪問診療料について、併設する介護施設等への訪問診療の場合、訪問と外来の中間的な診療形態となることを踏まえ、併設する介護施設等の入居者への訪問診療を行った場合の評価を新設する。

(新) 在宅患者訪問診療料(Ⅱ)

併設する介護施設等の入居者の場合 144点(1日につき)

患者の状態に応じたきめ細やかな訪問診療の評価①

- 在宅時医学総合管理料(在総管)及び施設入居時等医学総合管理料(施設総管)について、患者の状態に応じたきめ細やかな評価とするため、一定の状態にある患者について、加算を新設する。

在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料

(新) 包括的支援加算 150点(月1回)

[対象患者]

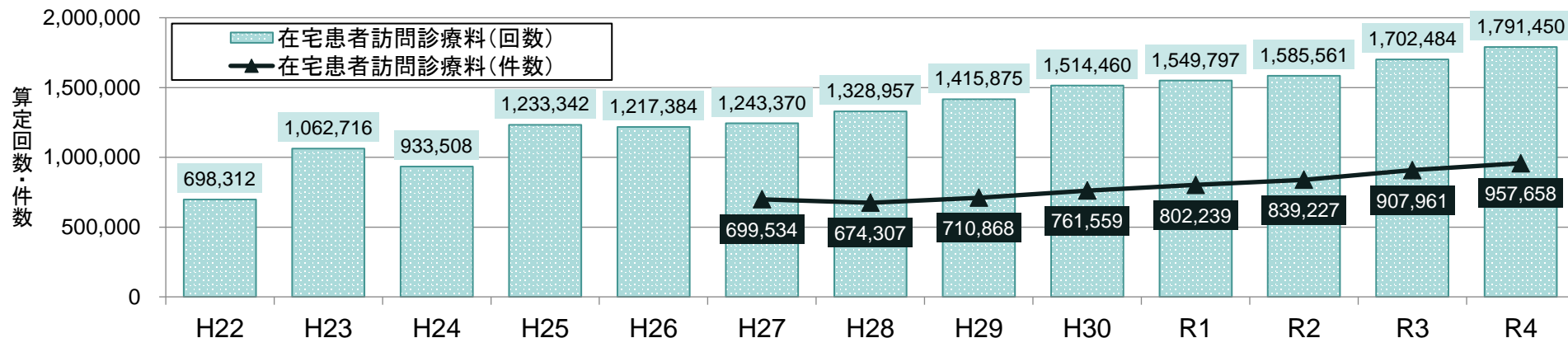
以下のいずれかに該当する患者

- (1) 要介護2以上に相当する患者
- (2) 認知症高齢者の日常生活自立度でランクⅡb以上の患者
- (3) 月4回以上の訪問看護を受ける患者
- (4) 訪問診療時又は訪問看護時に、注射や処置を行っている患者
- (5) 特定施設等の入居者の場合には、医師の指示を受けて、看護師が痰の吸引や経管栄養の管理等の処置を行っている患者
- (6) 医師の指導管理のもと、家族等が処置を行っている患者等、関係機関等との連携のために特に重点的な支援が必要な患者

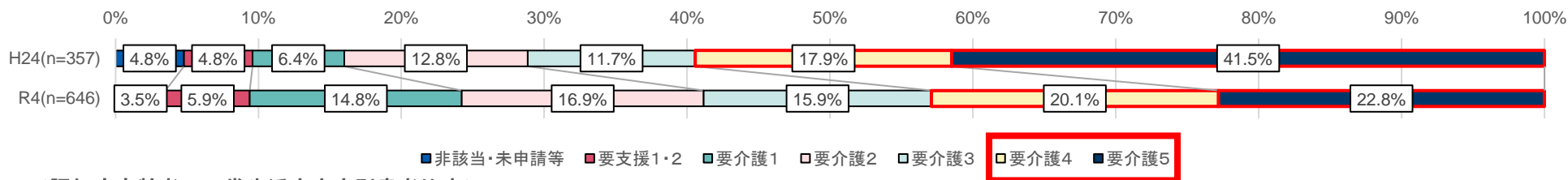
訪問診療を行っている患者の要介護度・認知症高齢者の日常生活自立度

- 在宅患者訪問診療料の算定回数は年々増加傾向にある。
- 令和4年度の訪問診療を行っている要介護度4・5の患者割合は平成24年度と比較し減少していた。
- 令和4年度の訪問診療を行っている認知症高齢者の日常生活自立度がⅣ・Ⅴの患者割合は平成24年度と比較し減少していた。

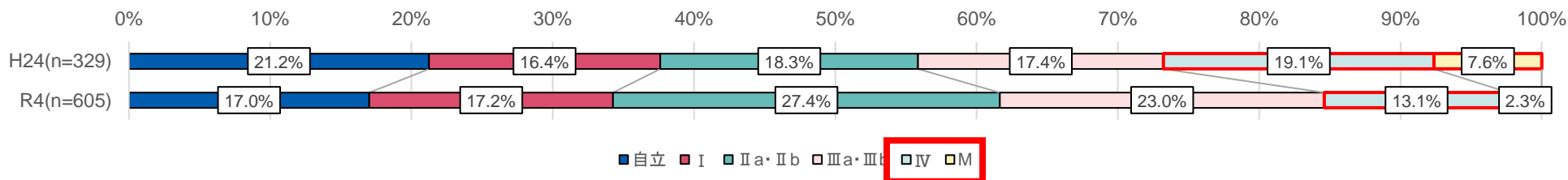
<在宅患者訪問診療料の算定回数>



<要介護度別患者比率>



<認知症高齢者の日常生活自立度別患者比率>

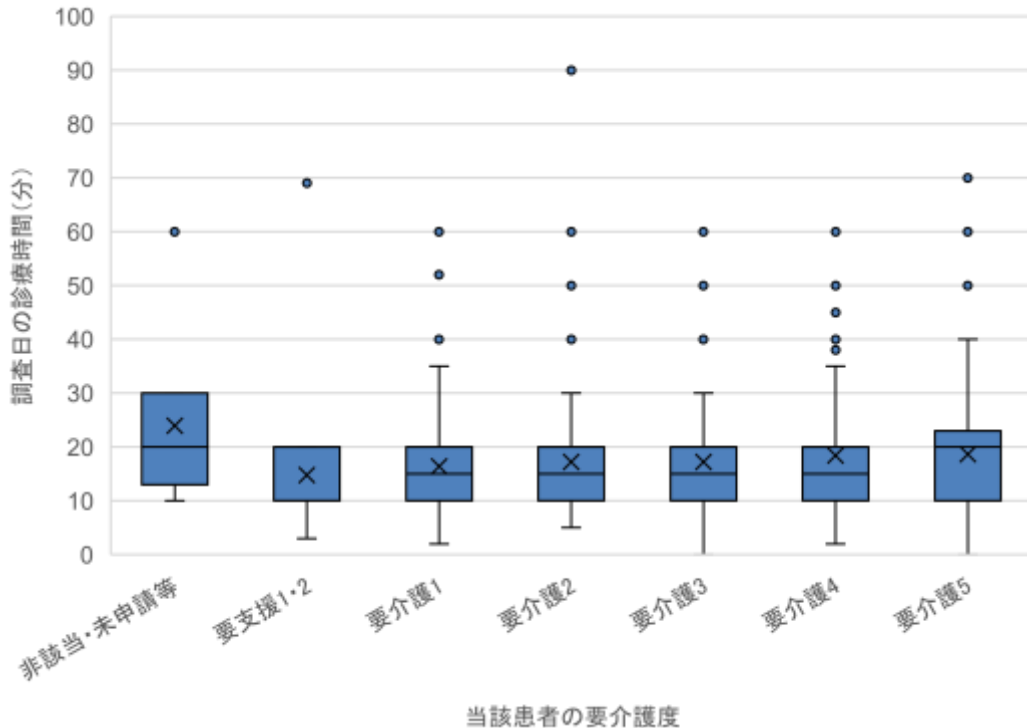


訪問診療における患者の状態と診療時間

- 訪問診療を行っている患者の要介護度については、要介護度が高いほど、診療時間が長い。診療時間が最も長いのは非該当・未申請等の患者であった。
- 訪問診療を行っている患者の認知症高齢者の日常生活自立度については、IVやMの患者はIIやIIIの患者より診療時間が長く、診療時間が最も長いのは「自立」の患者であった。

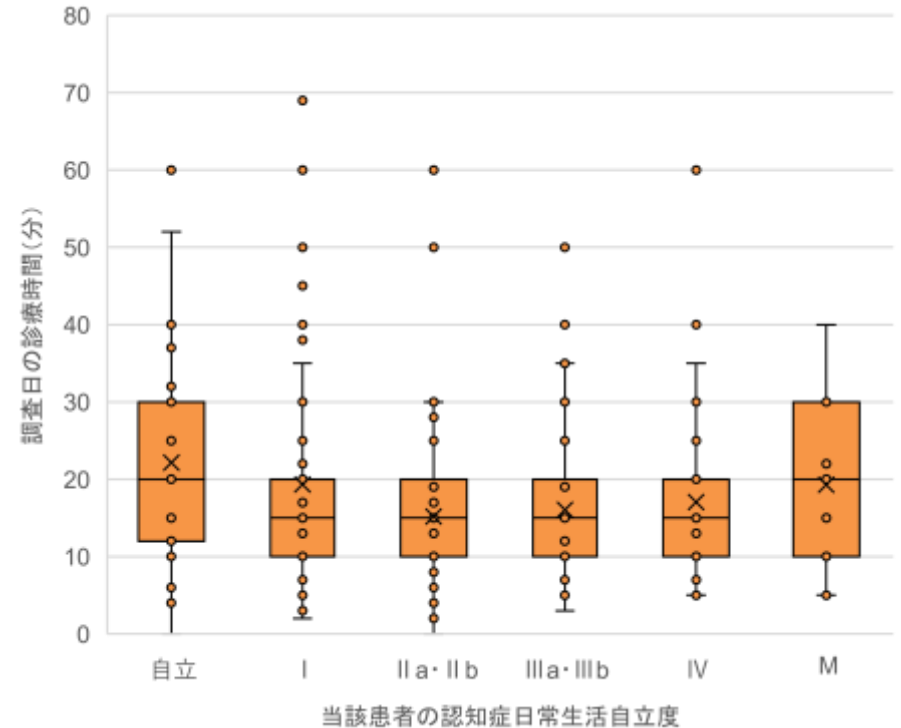
要介護度と診療時間の関係

		非該当・未申請等 n=13	要支援1・2 n=31	要介護1 n=81	要介護2 n=91	要介護3 n=79	要介護4 n=107	要介護5 n=129
診療調査日間の	75%Tile	30	20	20	20	20	20	22
	中央値	20	10	15	15	15	15	20
	25%Tile	15	10	10	10	10	10	10
	平均値	23.92	14.77	16.40	17.19	17.22	18.39	18.63



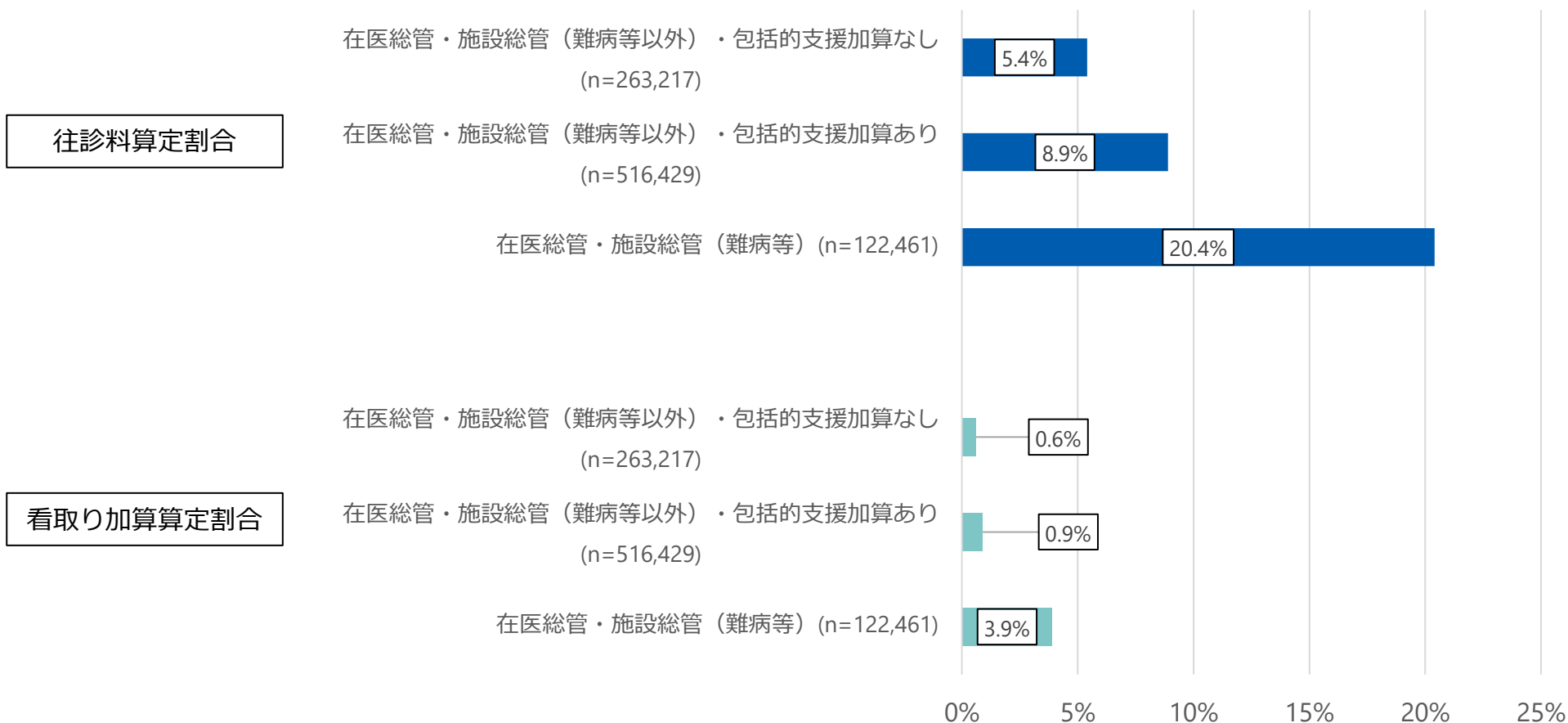
認知症高齢者の日常生活自立度と診療時間の関係

		自立 n=83	I n=91	II a・II b n=140	III a・III b n=111	IV n=71	M n=11
診療調査日間の	75%Tile	30	20	20	20	20	26
	中央値	20	15	15	15	15	20
	25%Tile	13.5	11.5	10	10	10	12.5
	平均値	22.17	19.34	15.16	16.05	17.04	19.27



包括的支援加算、難病等の有無による往診料算定割合、看取り加算算定割合

○ 難病等患者における往診料を算定する患者の割合や看取り加算を算定する患者の割合は難病等以外の患者と比較して大きく高く、難病等以外の患者については包括的支援加算の算定がある場合に包括的支援加算の算定がない場合と比較して往診料を算定する患者の割合や看取り加算を算定する患者の割合がやや高かった。



在宅患者における1年以内の看取りに関連する因子

○ 看取り加算、在宅ターミナルケア加算に関連する因子を分析した報告では、要介護度4及び5が看取りに関連する因子であることが報告されている。

分析データ：奈良県KDB改良データ（医療及び介護保険突合レセプト）

対象：2020年4月～2021年3月の間に在宅時又は施設入居時医学総合管理の下で訪問診療を受けていた75歳以上の患者

解析：多項ロジスティック回帰分析

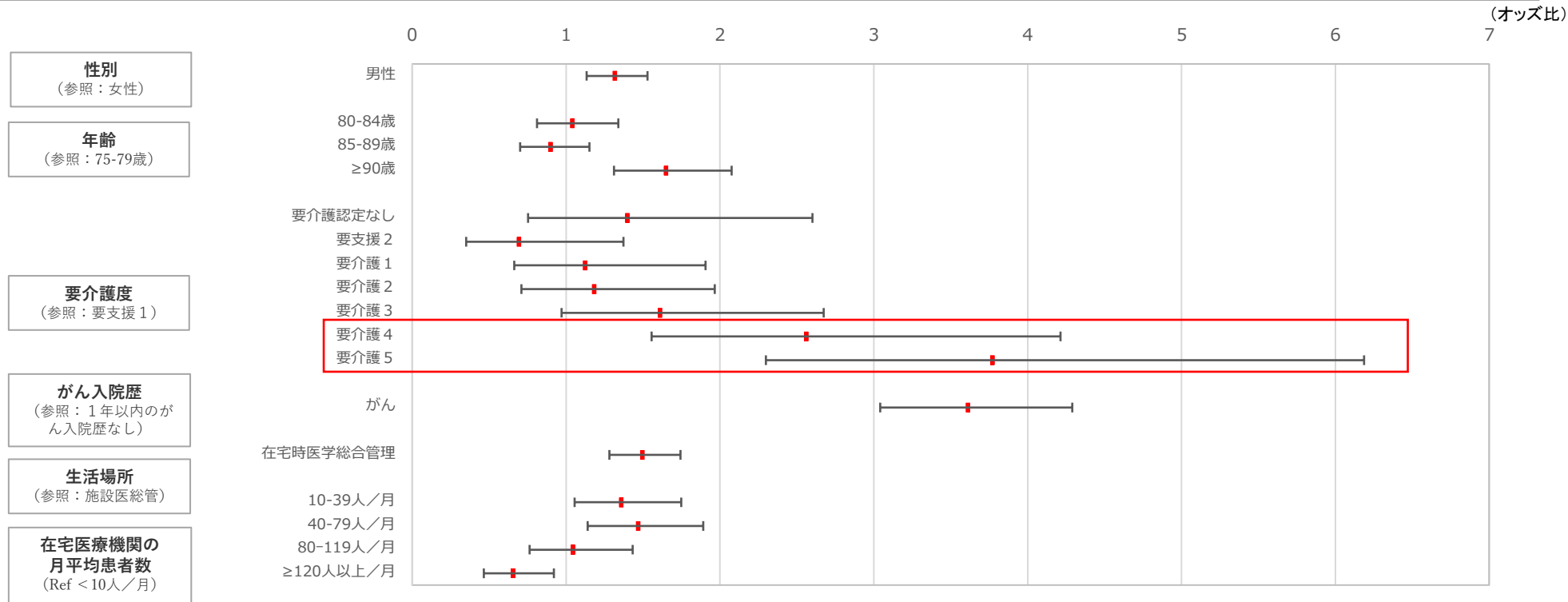
・説明変数：性別※、年齢※、1年以内のがん入院歴※※、要介護度※、生活場所（在宅時／施設入居時医学総合管理）※、在宅医療機関の月平均患者数※※※

・目的変数：在宅看取りに関わる加算（在宅ターミナルケア加算又は看取り加算）の算定

※ 看取りに関わる加算を算定されていた患者はターミナルケア加算又は在宅看取り加算が算定された月の情報から、それ以外の患者は訪問診療が行われていた初月の情報から各変数情報を抽出

※※ 1年以内のがん入院歴：分析対象とした月の1日から遡って365日以内の入院レセプトの入院病名からがん病名（疑い病名を除く）のある患者を抽出

※※※ 在宅医療機関の月平均患者数：医療機関コード毎に2020年度に訪問診療が提供されていたレセプト枚数（1年間の延べ患者数）を集計し、その数を12で除した患者数



頻回訪問加算について

- 頻回訪問加算を算定している一部の医療機関は多くの患者で頻回訪問加算を算定している。患者は悪性腫瘍以外の患者がほとんどであった。悪性腫瘍以外の患者については、3ヶ月以上連続で算定している患者の割合が高かった。
- 頻回訪問加算新設時の議論においては、症状が重度化して診療頻度が増加した場合の評価を考えるべきとの指摘もあった。

【頻回訪問加算】 600点（以下の状態・疾患の患者に対して、月4回以上の訪問診療を実施した場合に月一回に限り算定する）

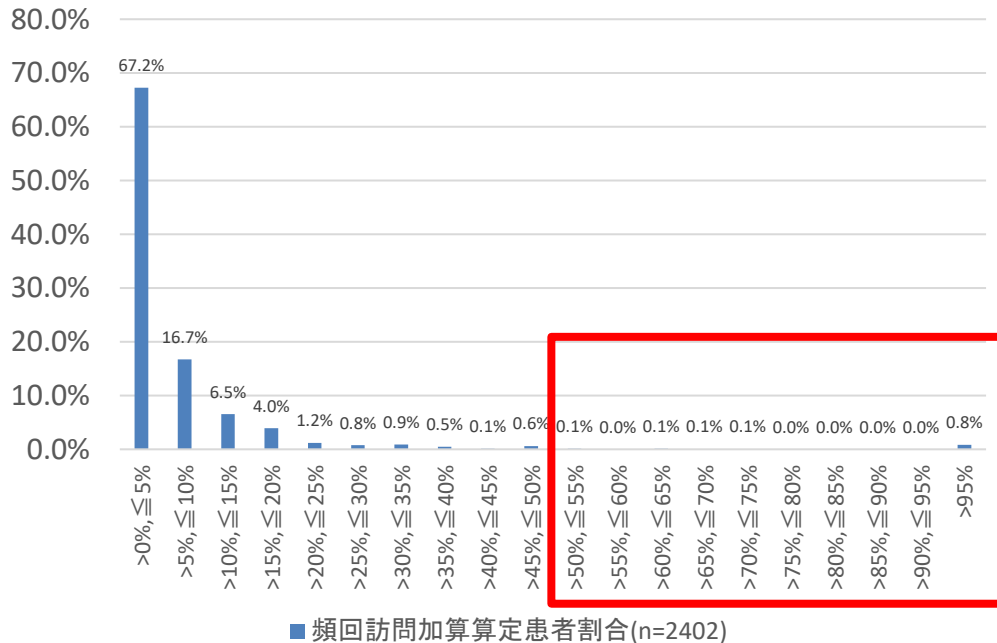
【対象患者】 ①または②に該当する患者

- ①末期の悪性腫瘍の患者
- ②以下のうち、2つの状態に該当する患者

（「ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態」及び「人工肛門又は人工膀胱を設置している状態」のみの組み合わせは除く）

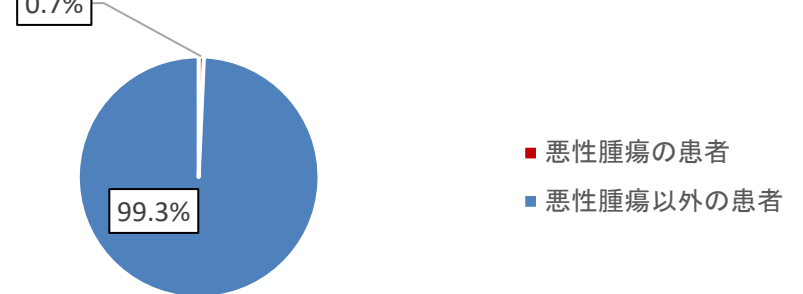
在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅悪性腫瘍等患者指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理、在宅肺高血圧症患者指導管理又は在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者、ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態、人工肛門又は人工膀胱を設置している状態

在宅医療提供機関における頻回訪問加算算定患者割合の分布(算定回数が1回以上の2402施設が対象)

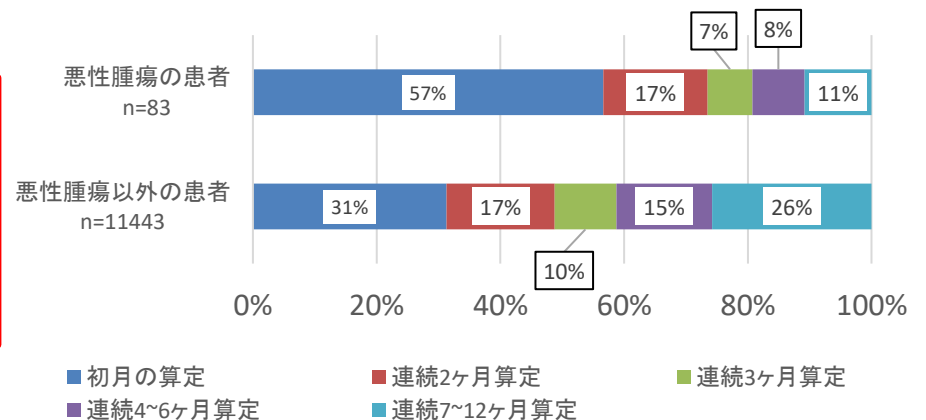


■ 頻回訪問加算算定患者割合(n=2402)

頻回訪問加算の状態別の患者割合



頻回訪問加算の連続算定月数



在宅患者訪問診療料の評価の変遷について

○ 在宅患者訪問診療料について、累次の改定で同一建物等の複数患者への訪問診療に対する効率性の観点等を踏まえた見直しを行っている。

	H18	H20	H22	H24	H26	H28	H30	R1
消費増税を加味		居住地別の評価を導入	同一建物の評価を導入	特定施設に関する評価を導入	消費増税を加味	特定施設に関する評価を廃止	他機関連携の評価を導入	消費増税を加味
在宅患者訪問診療料	830点	在宅患者訪問診療料1 (居住系施設以外) 830点	在宅患者訪問診療料1 830点	在宅患者訪問診療料1 830点	在宅患者訪問診療料1 833点	在宅患者訪問診療料1 833点	在宅患者訪問診療料(I)の1のイ 833点	在宅患者訪問診療料(I)の1のイ 888点
		在宅患者訪問診療料2 (居住系施設) 200点	在宅患者訪問診療料2 200点	在宅患者訪問診療料2のイ (特定施設入居者) 400点 在宅患者訪問診療料2のロ (イ以外の場合) 200点	在宅患者訪問診療料2のイ (特定施設入居者) 203点 在宅患者訪問診療料2のロ (イ以外の場合) 103点	在宅患者訪問診療料2 203点	在宅患者訪問診療料(I)の1のロ 203点	在宅患者訪問診療料(I)の1のロ 213点
							在宅患者訪問診療料(I)の2のイ 830点	在宅患者訪問診療料(I)の2のイ 884点
							在宅患者訪問診療料(I)の2のロ 178点	在宅患者訪問診療料(I)の2のロ 187点
							在宅患者訪問診療料(II) 144点	在宅患者訪問診療料(II) 150点

同一建物居住者以外の場合

 同一建物居住者の場合

 他の医療機関の求めに応じて診療を行った場合
 当該医療機関併設の施設で診療を行った場合

在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院に対する診療報酬上の主な評価の変遷

○ 在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院に対する診療報酬上の主な評価の変遷は以下のとおり。

各改定時における基本的考え方

平成18年	・高齢者ができるだけ住み慣れた家庭や地域で療養しながら生活を送れるよう、また、身近な人に囲まれて在宅での最期を迎えることも選択できるよう、在宅療養支援診療所を創設
平成20年	・診療所のない地域においては、在宅医療の主たる担い手が病院となっている現状に着目し、在宅療養支援病院を創設
平成22年	・在宅療養支援病院について、在宅医療を支える地域における医療機関の役割を鑑み、施設基準を緩和（要件のひとつである「半径4km以内に診療所が存在しないこと」について「許可病床数が200床未満の病院であること」でも良いとした）。
平成24年	・高齢化に伴い、今後在宅医療の需要がますます高まることが予想され、在宅医療を担う医療機関の機能強化等が更に重要になることを踏まえ、 在宅療養支援診療所・病院の機能分化と連携等による機能強化を進めるため、機能強化型の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院を創設
平成26年	・在宅医療を実績に応じて適切に評価する観点から、機能強化型の実績要件の引き上げ
平成28年	・小児在宅医療に積極的に取り組んでいる保険医療機関を評価する観点から、機能強化型の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の実績要件について、看取り実績だけでなく、重症児に対する医学管理の実績を評価。
令和4年	・質の高い在宅医療の提供を更に推進する観点から、地域支援事業等に係る関係者と連携することが望ましい旨を機能強化型の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の施設基準に明記。 ・人生の最終段階における適切な意思決定支援を推進する観点から、当該支援に係る指針の作成を要件に追加 ・在宅医療を支える入院機能の充実を図る観点から、機能強化型在宅療養支援病院の要件を見直し

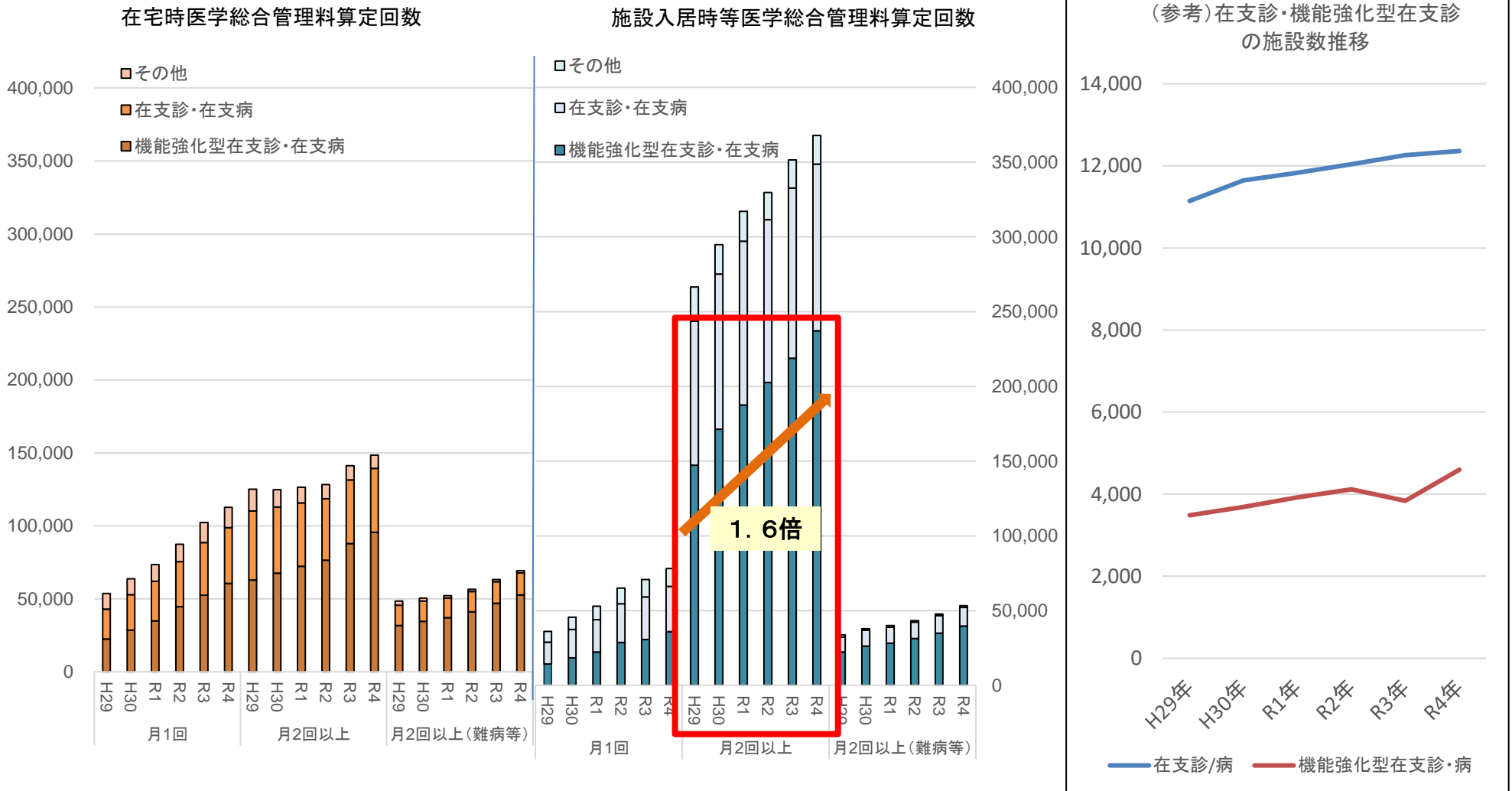
在支診・在支病の施設基準 (参考)

	機能強化型在支診・在支病				在支診在支病	(参考) 在宅療養後方支援病院
	単独型		連携型			
	診療所	病院	診療所	病院		
全ての在支診・在支病の基準	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 ⑦ <u>適切な意思決定支援に係る指針を作成していること</u>					
全ての在支病の基準	「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 ※ 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては280床未満					○ 許可病床数200床以上 ○ 在宅医療を提供する医療機関と連携し、24時間連絡を受ける体制を確保 ○ 連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が24時間可能な体制を確保(病床の確保を含む) ※ やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、対応可能な病院を探し紹介すること ○ 連携医療機関との間で、3月に1回以上、患者の診療情報の交換を行い、入院希望患者の一覧表を作成
機能強化型在支診・在支病の基準	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 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績10件以上 ・ <u>在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上</u> ・ <u>地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている</u>	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	⑧ 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績10件以上各医療機関で4件以上 ・ <u>在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上</u> ・ <u>地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている</u>		
	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 いずれか4件以上		⑨ 過去1年間の看取りの実績連携内で4件以上 かつ、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 いずれか2件以上			
	⑩ <u>市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等において在宅療養支援診療所以外の診療所等と連携することや、地域において24時間体制での在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい</u>					

*: 青字は令和4年度診療報酬改定における変更点

在宅時/施設入居時医学総合管理料の算定回数推移

○ 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について、機能強化型の在宅療養支援診療所・病院を中心に算定回数が増加していた。特に、月2回以上(難病等以外)の施設入居時医学総合管理料の算定回数が顕著に増加していた。



在宅時/施設入居時医学総合管理料の増加回数・増加比について

○ 各年度の在宅時/施設入居時医学総合管理料の算定回数について、対平成29年の増加回数・増加比は以下のとおり。

在宅時医学総合管理料(1人)

診療頻度	在宅時/施設入居時 在支診・在支病の種別	基準						推移	増加比(対H29)				
		H29	H30	R1	R2	R3	R4		H30	R1	R2	R3	R4
月1回	機能強化型在支診・在支病	21,717	27,555	33,713	43,224	51,045	58,794		26.9%	55.2%	99.0%	135.0%	170.7%
	従来型在支診・在支病	18,890	22,564	25,435	28,881	33,492	35,472		19.4%	34.6%	52.9%	77.3%	87.8%
	在支診・在支病以外	9,989	9,977	10,516	10,849	12,582	12,690		-0.1%	5.3%	8.6%	26.0%	27.0%
月2回以上	機能強化型在支診・在支病	59,067	64,141	68,465	72,598	83,901	91,211		8.6%	15.9%	22.9%	42.0%	54.4%
	従来型在支診・在支病	38,556	38,230	36,732	35,808	37,767	37,880		-0.8%	-4.7%	-7.1%	-2.0%	-1.8%
	在支診・在支病以外	11,952	9,510	8,513	7,528	7,733	7,022		-20.4%	-28.8%	-37.0%	-35.3%	-41.2%
月2回以上 (難病)	機能強化型在支診・在支病	30,892	33,844	36,335	40,384	46,318	51,923		9.6%	17.6%	30.7%	49.9%	68.1%
	従来型在支診・在支病	13,154	13,277	12,847	13,392	14,224	14,577		0.9%	-2.3%	1.8%	8.1%	10.8%
	在支診・在支病以外	2,720	1,895	1,591	1,498	1,421	1,368		-30.3%	-41.5%	-44.9%	-47.8%	-49.7%

施設入居時等時医学総合管理料(2~9人)

診療頻度	在宅時/施設入居時 在支診・在支病の種別	基準						推移	増加比(対H29)				
		H29	H30	R1	R2	R3	R4		H30	R1	R2	R3	R4
月1回	機能強化型在支診・在支病	5,475	7,031	8,868	11,432	12,745	14,705		28.4%	62.0%	108.8%	132.8%	168.6%
	従来型在支診・在支病	6,055	8,268	9,465	11,554	12,764	13,806		36.5%	56.3%	90.8%	110.8%	128.0%
	在支診・在支病以外	3,523	3,942	4,355	5,023	5,695	5,794		11.9%	23.6%	42.6%	61.7%	64.5%
月2回以上	機能強化型在支診・在支病	46,474	52,989	58,848	63,642	68,804	73,631		14.0%	26.6%	36.9%	48.0%	58.4%
	従来型在支診・在支病	36,589	40,072	41,391	41,001	43,127	43,940		9.5%	13.1%	12.1%	17.9%	20.1%
	在支診・在支病以外	9,072	8,554	8,302	7,463	7,883	7,850		-5.7%	-8.5%	-17.7%	-13.1%	-13.5%
月2回以上 (難病)	機能強化型在支診・在支病	5,791	6,536	7,053	7,698	8,747	9,971		12.9%	21.8%	32.9%	51.0%	72.2%
	従来型在支診・在支病	2,771	3,074	3,034	3,246	3,327	3,686		10.9%	9.5%	17.1%	20.1%	33.0%
	在支診・在支病以外	399	337	302	277	289	303		-15.5%	-24.3%	-30.6%	-27.6%	-24.1%

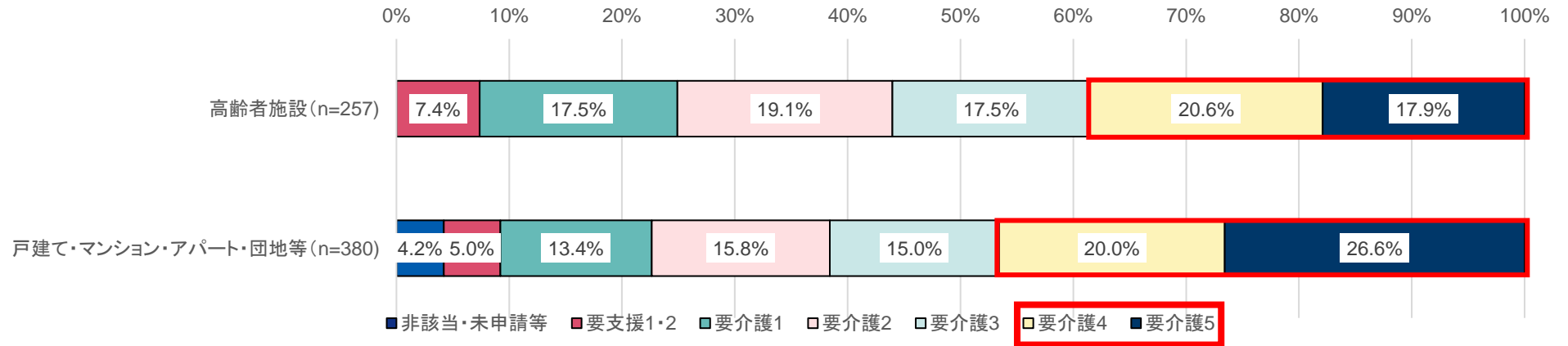
施設入居時等時医学総合管理料(10人)

月1回	機能強化型在支診・在支病	7,911	10,279	11,869	15,285	15,783	18,792		29.9%	50.0%	93.2%	99.5%	137.5%
	従来型在支診・在支病	7,496	9,262	10,678	12,514	13,562	14,295		23.6%	42.4%	66.9%	80.9%	90.7%
	在支診・在支病以外	3,073	3,831	3,966	4,623	5,101	5,323		24.7%	29.1%	50.4%	66.0%	73.2%
月2回以上	機能強化型在支診・在支病	97,496	114,596	124,605	135,023	145,641	158,901		17.5%	27.8%	38.5%	49.4%	63.0%
	従来型在支診・在支病	56,790	60,708	65,025	64,751	67,320	64,331		6.9%	14.5%	14.0%	18.5%	13.3%
	在支診・在支病以外	13,050	10,540	10,858	10,105	10,398	10,566		-19.2%	-16.8%	-22.6%	-20.3%	-19.0%
月2回以上 (難病)	機能強化型在支診・在支病	15,656	18,580	19,920	22,384	24,878	28,179		18.7%	27.2%	43.0%	58.9%	80.0%
	従来型在支診・在支病	6,643	6,963	7,146	7,142	7,864	8,139		4.8%	7.6%	7.5%	18.4%	22.5%
	在支診・在支病以外	870	624	653	616	670	734		-28.3%	-24.9%	-29.2%	-23.0%	-15.6%

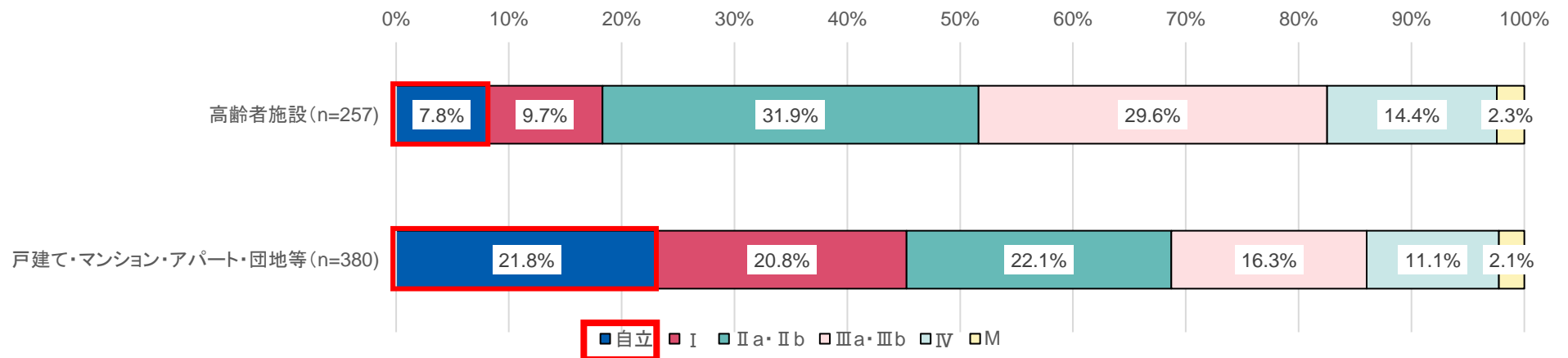
訪問診療を行っている患者における居住場所別の患者の状態

- 訪問診療を行っている患者の要介護度について、高齢者施設の患者は戸建て等の患者と比較して、要介護度の高い患者が少なかった。
- 認知症高齢者の日常生活自立度について、高齢者施設の患者は戸建て等の患者と比較して、自立の患者が少なかった。

<居住場所別の要介護度>



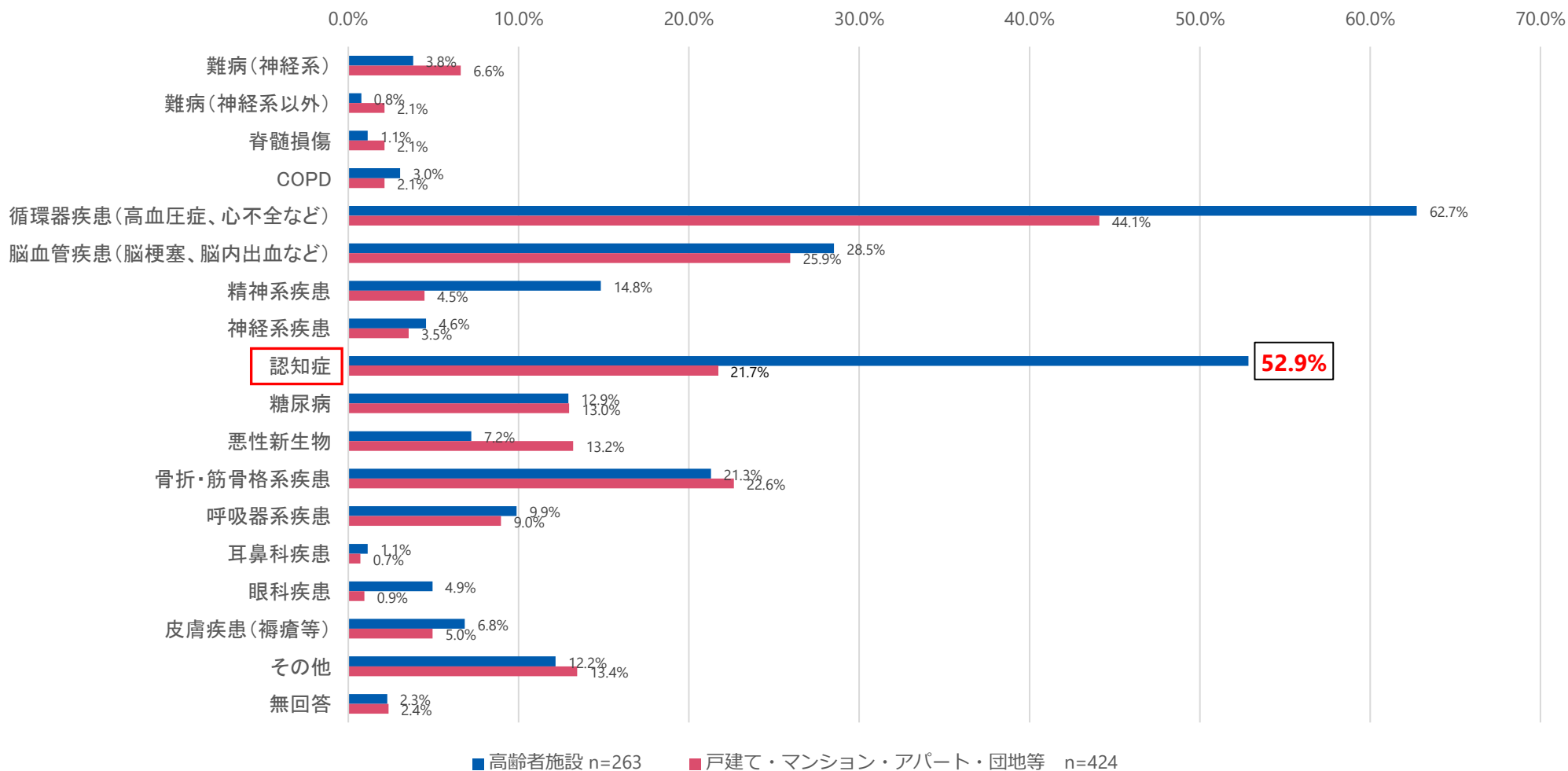
<居住場所別の認知症日常生活自立度>



訪問診療を行っている患者の疾患

○ 高齢者施設の患者は戸建て等の患者と比較し、訪問診療を行う理由となる疾患が認知症である割合が高かった。

居住場所別の訪問診療の理由となる疾患



訪問先建物の患者数別の訪問診療回数及び平均診療時間

○ 訪問診療を実施している患者について、1か月間の訪問診療の実施回数が多いほど診療時間は長くなる傾向にある一方、単一建物における診療患者数が多くなると、実施回数が多い場合であっても診療時間が短くなる傾向であった。

訪問先建物の患者数・1か月の訪問診療回数別の訪問診療患者数及び平均診療時間

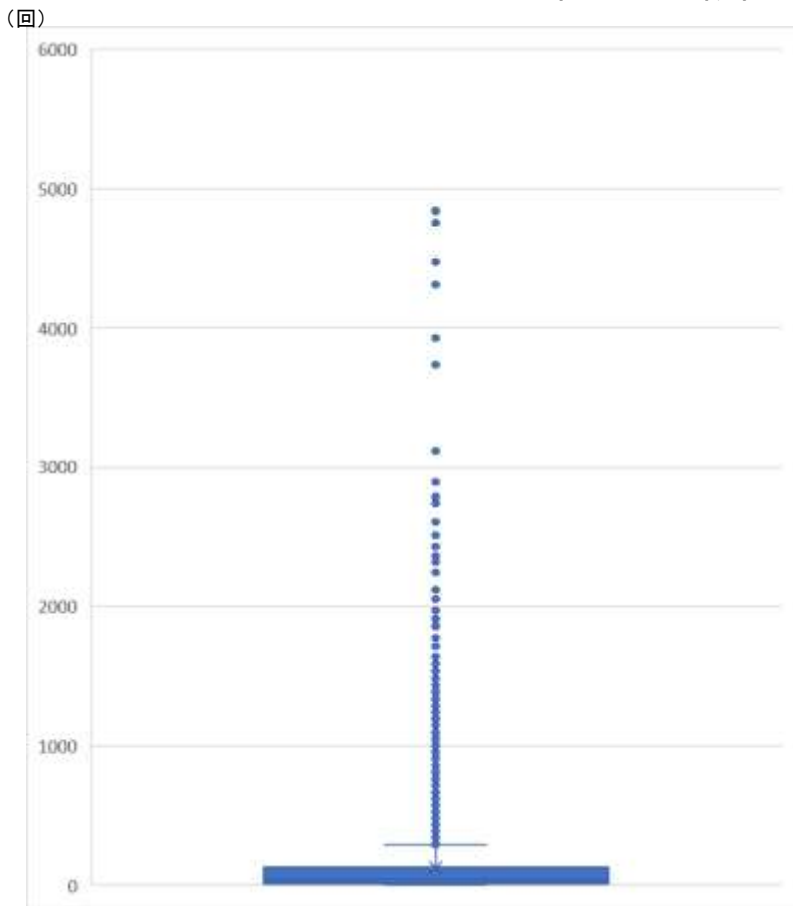
	該当患者数						該当患者の平均診療時間				
	合計	当該患者への1か月間の訪問診療実施回数(回)					当該患者への1か月間の訪問診療実施回数(回)				
		1回	2回	3回	4回	5回以上	1回	2回	3回	4回	5回以上
総計	509人	167人	286人	18人	24人	11人	17.5分	17.6分	19.1分	21.0分	25.8分
1人	319人	130人	157人	12人	11人	6人	19.1分	22.2分	24.6分	25.0分	39.0分
2-5人	50人	20人	23人	2人	4人	1人	14.1分	12.0分	17.5分	23.8分	10.0分
6-9人	48人	10人	31人	2人	5人		12.9分	14.9分	6.5分	15.0分	
10-50人	79人	7人	62人	2人	4人	4人	10.0分	8.9分	4.0分	7.5分	10.0分
51-100人	13人		13人					11.9分			

訪問先建物（単一建物）において、訪問診療を実施している患者数（人）

在宅患者訪問診療料の算定回数

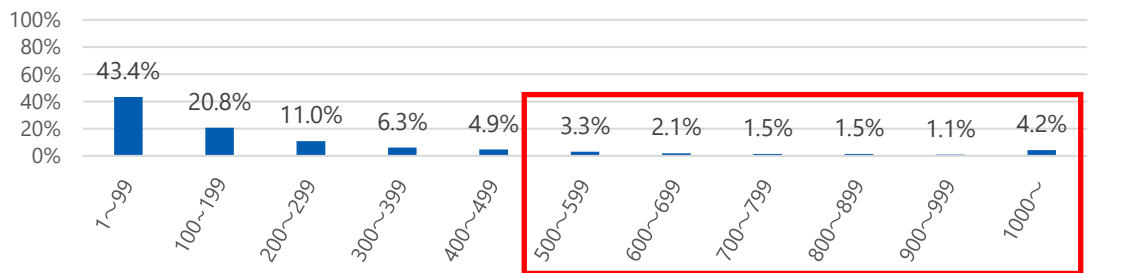
- 一部の医療機関において、在宅患者訪問診療料の算定回数が多かった。
- 機能強化型在宅療養支援診療所・病院は、在宅患者訪問診療料の算定回数が多い医療機関の割合が高かった。

在宅患者訪問診療料の算定回数の分布(n=15,541)

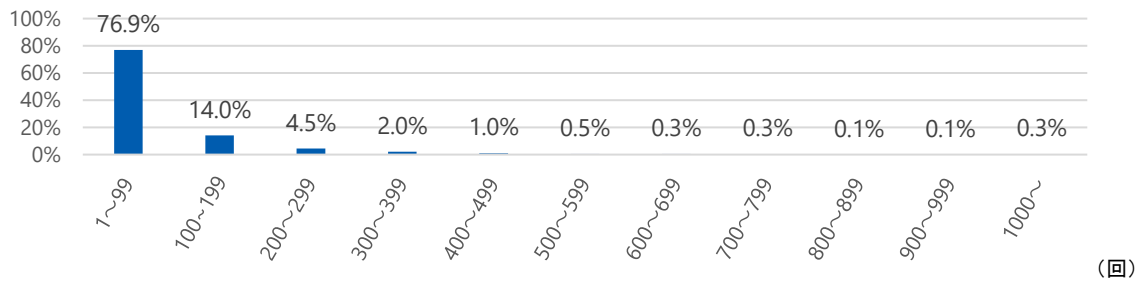


平均値	25%tile	50%tile	75%tile	95%tile
122.8回	12回	40回	124回	515回

機能強化型在支診・在支病(n=4921)



在支診・在支病(n=6220)



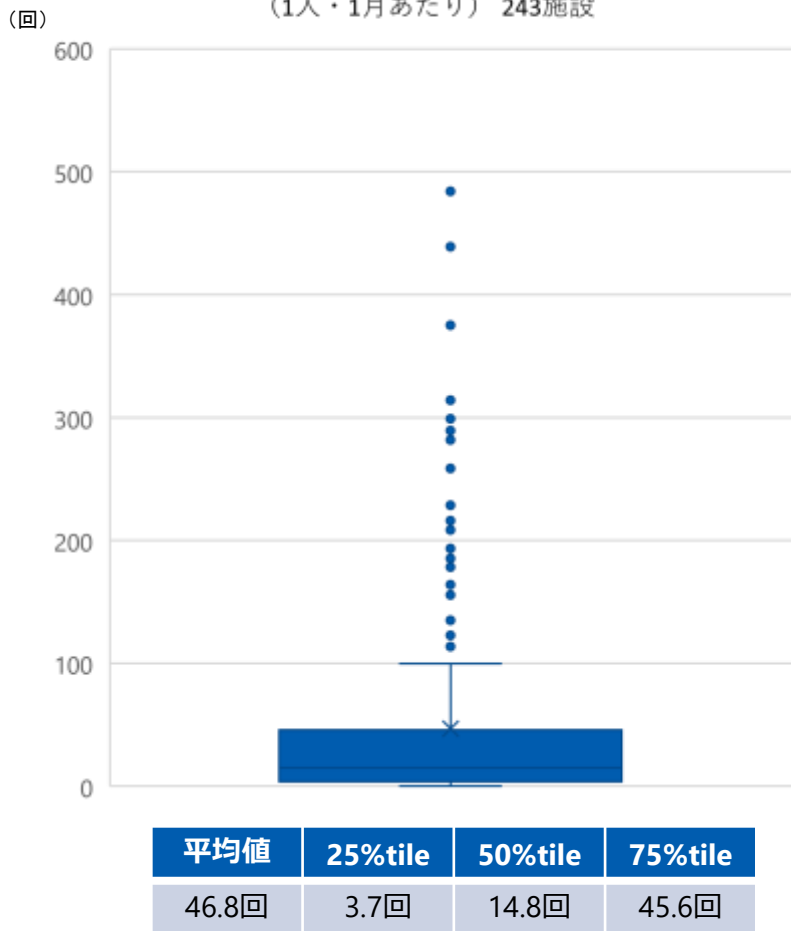
在支診・在支病でない診療所・病院(n=4400)



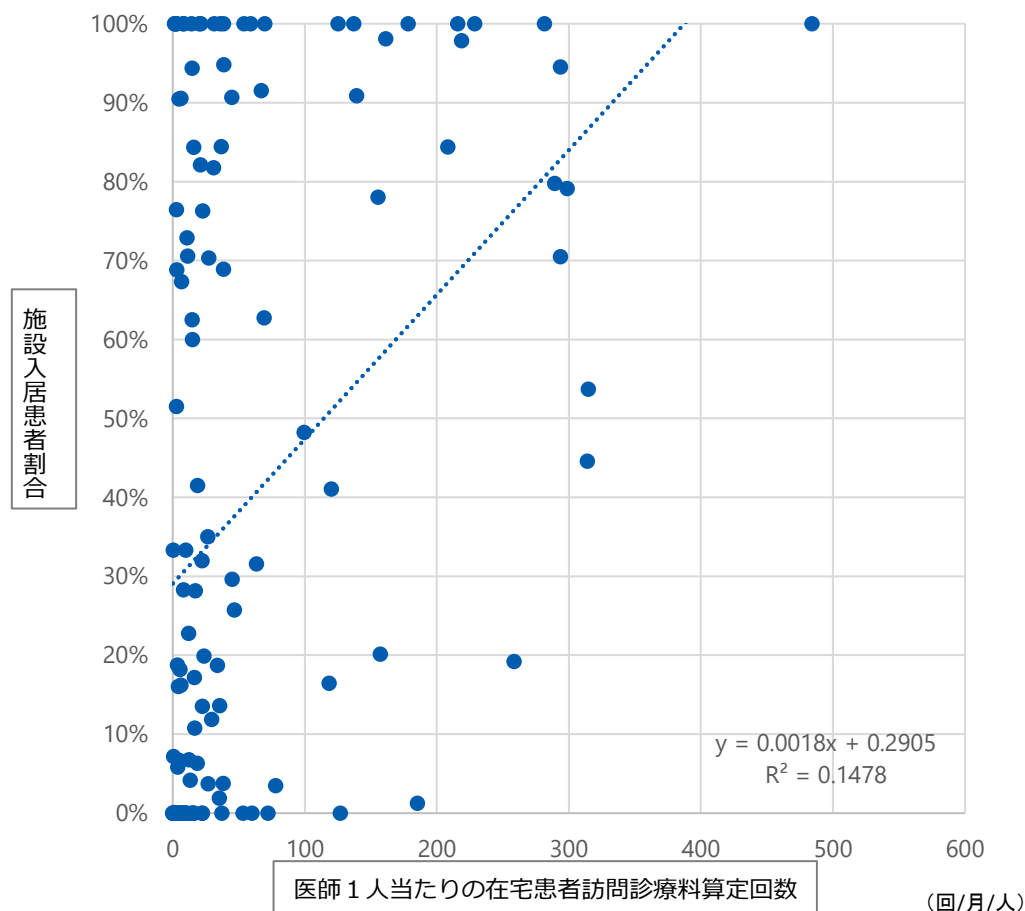
医師1人当たりの在宅患者訪問診療料算定回数

- 在宅医療に従事する医師1人当たりの在宅患者訪問診療料の算定回数は平均で月46.8回であったが、月300回を超える医療機関も存在した。
- また、医師1人当たりの在宅患者訪問診療料算定回数が多いほど、高齢者施設等の患者に訪問診療を提供している割合が高かった。

在宅医療に従事する医師の在宅患者訪問診療料算定回数
(1人・1月あたり) 243施設



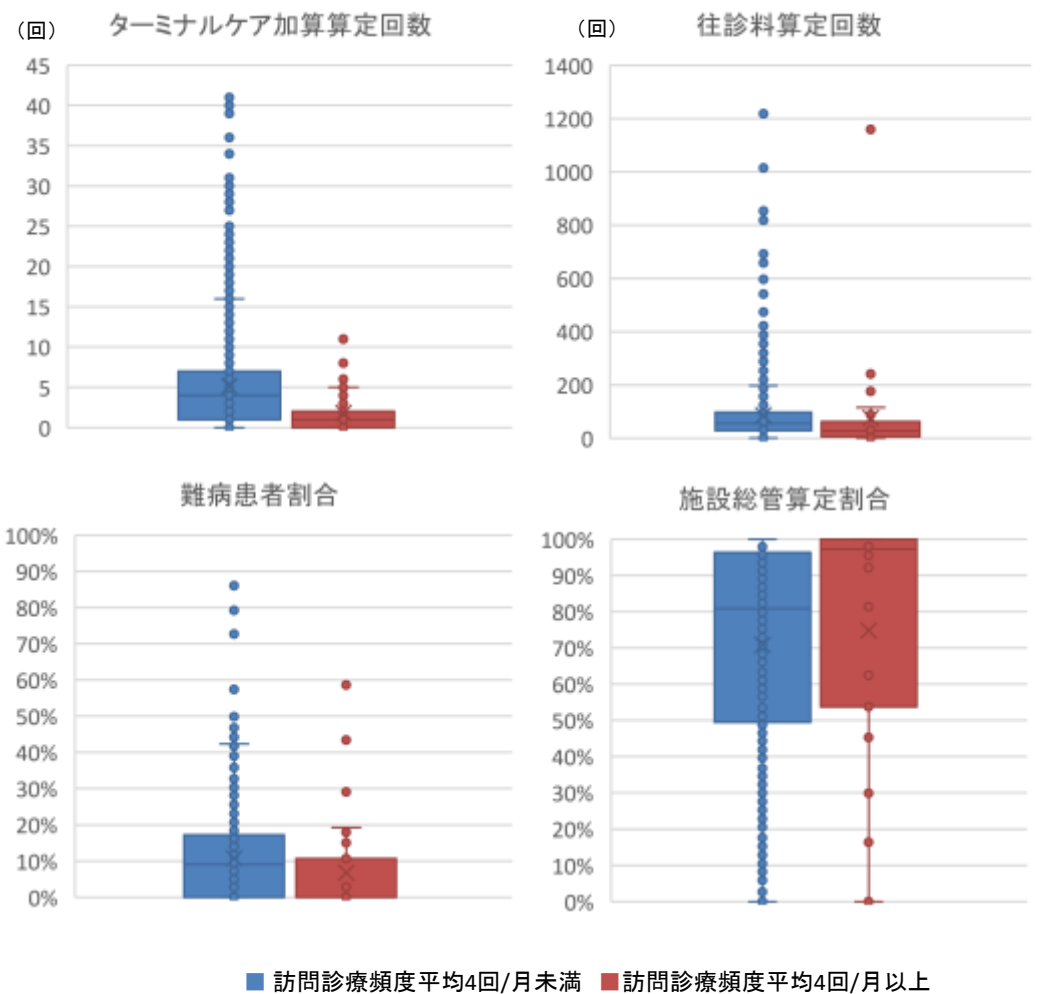
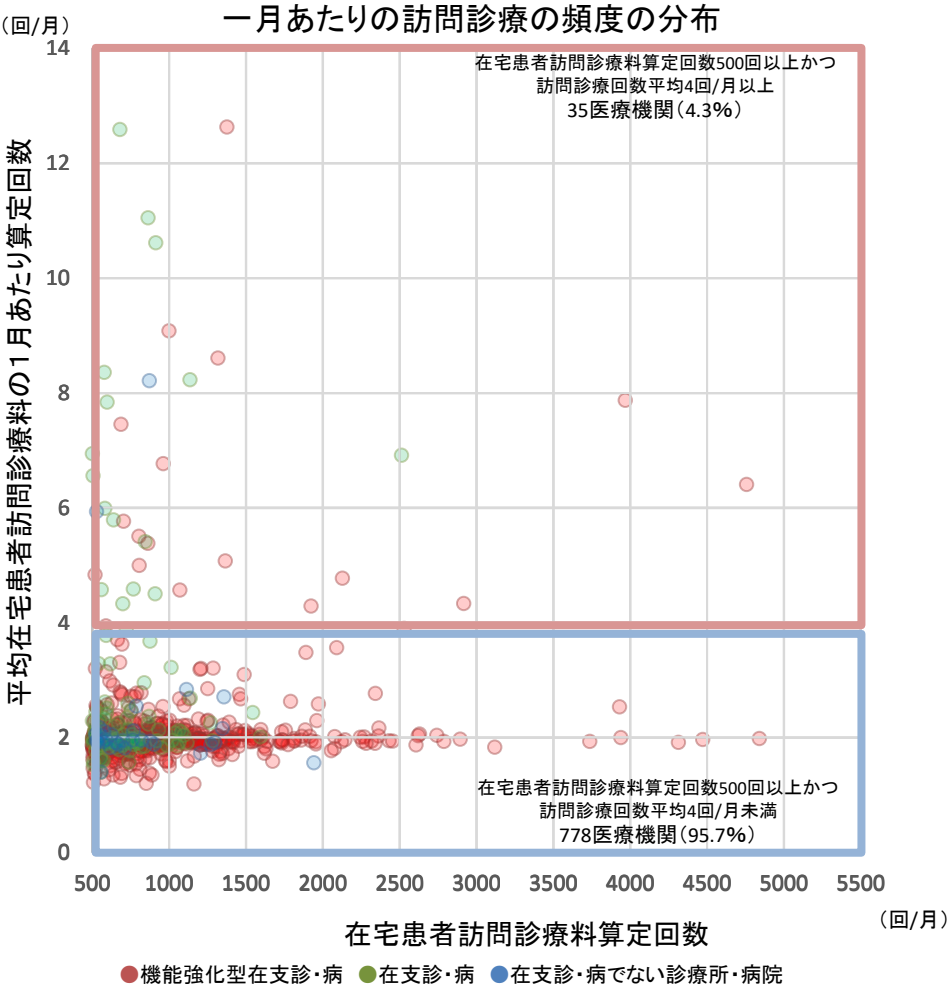
1人当たりの訪問診療回数と施設入居患者割合



※ 非常勤医師は常勤換算で計上。
(1月あたりの在宅患者訪問診療料算定回数)=(令和4年5月～10月の算定回数)/6

医療機関ごとの在宅患者訪問診療料の算定回数と訪問診療の頻度

- 在宅患者訪問診療料の算定回数が月500回以上の医療機関について、訪問診療の頻度(在宅患者訪問診療料の算定回数/算定件数)が平均4回/月を超える医療機関が一定数存在した。
- 訪問診療の頻度が平均4回/月以上の医療機関は平均4回/月未満の医療機関と比較してターミナルケア加算及び往診料の算定回数が少なかった。

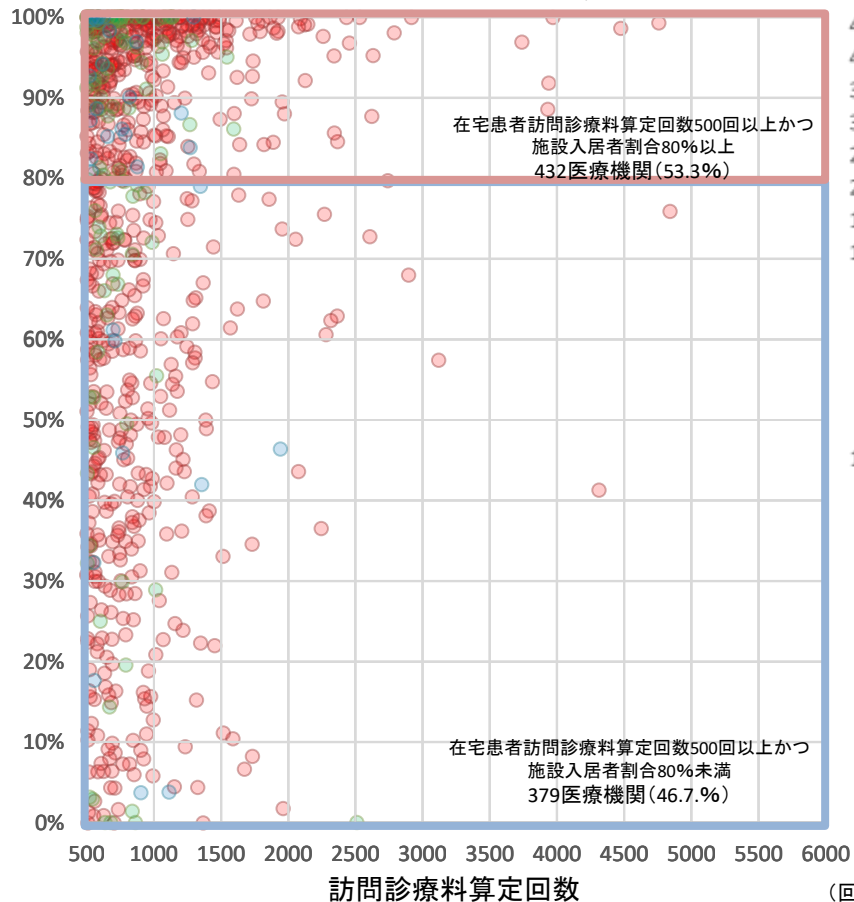


出典：NDBデータ(令和4年5月診療分)

医療機関ごとの在宅患者訪問診療料の算定回数と施設総管の算定割合

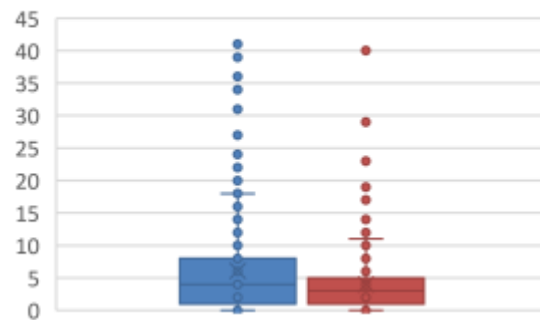
- 訪問診療が月500件以上の医療機関について、医学総合管理料のうち、施設入居時等医学総合管理料の算定割合を見ると、在宅患者訪問診療料の算定回数が月1,000回以上の医療機関の多くは施設入居時等総合医学管理料の算定割合が80%以上であった。
- 80%以上の群と80%未満の群で比較すると、80%以上群はターミナルケア加算の算定回数が少なく、往診の算定件数が少なかった。

医学総合管理料のうち施設総管の算定割合の分布

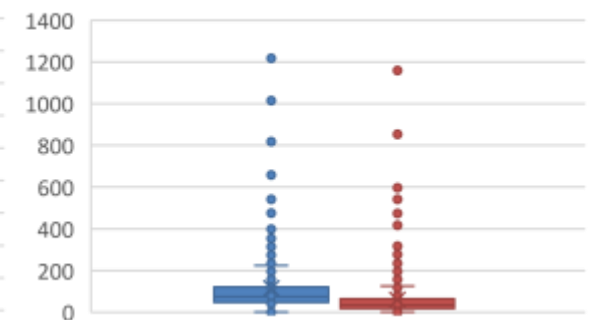


●機能強化型在支診・病 ●在支診・病 ●在支診・病でない診療所・病院

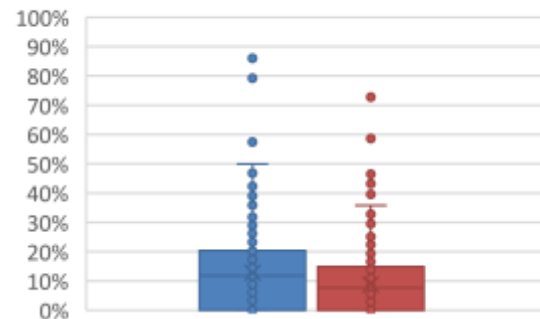
(回) ターミナルケア加算算定回数



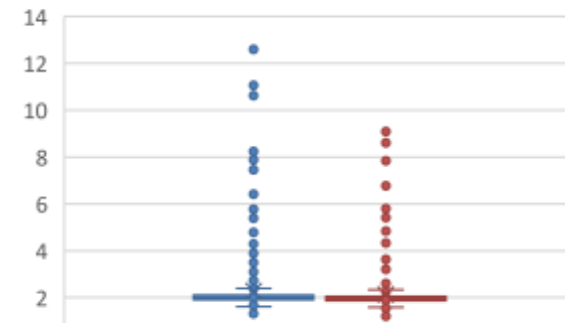
(回) 往診料算定回数



難病患者割合



(回/月) 訪問診療頻度



■施設入居者割合80%未満 ■施設入居者割合80%以上

(算定回数)

1. 在宅医療の現状等について
2. 患者の特性に応じた訪問診療について
- 3. 往診について**
4. 在宅医療における24時間の医療提供体制の確保について
5. 在宅における緩和ケアについて
6. 在宅における看取りについて
7. 訪問栄養食事指導について

往診料における加算について

中医協 総 - 2
5 . 7 . 1 2

	機能強化型在支診・在支病 (単独型・連携型)		機能強化型以外 の在支診・在支病	その他の医療機関
	病床有	病床無		
往診料	720点			
	+			
緊急往診加算	850点	750点	650点	325点
夜間・休日往診加算	1700点	1500点	1300点	650点
深夜往診加算	2700点	2500点	2300点	1300点

①緊急往診加算:

保険医療機関において、標榜時間内であって、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している時に、患者又は現にその看護に当たっている者から緊急に求められて往診を行った場合に算定する。

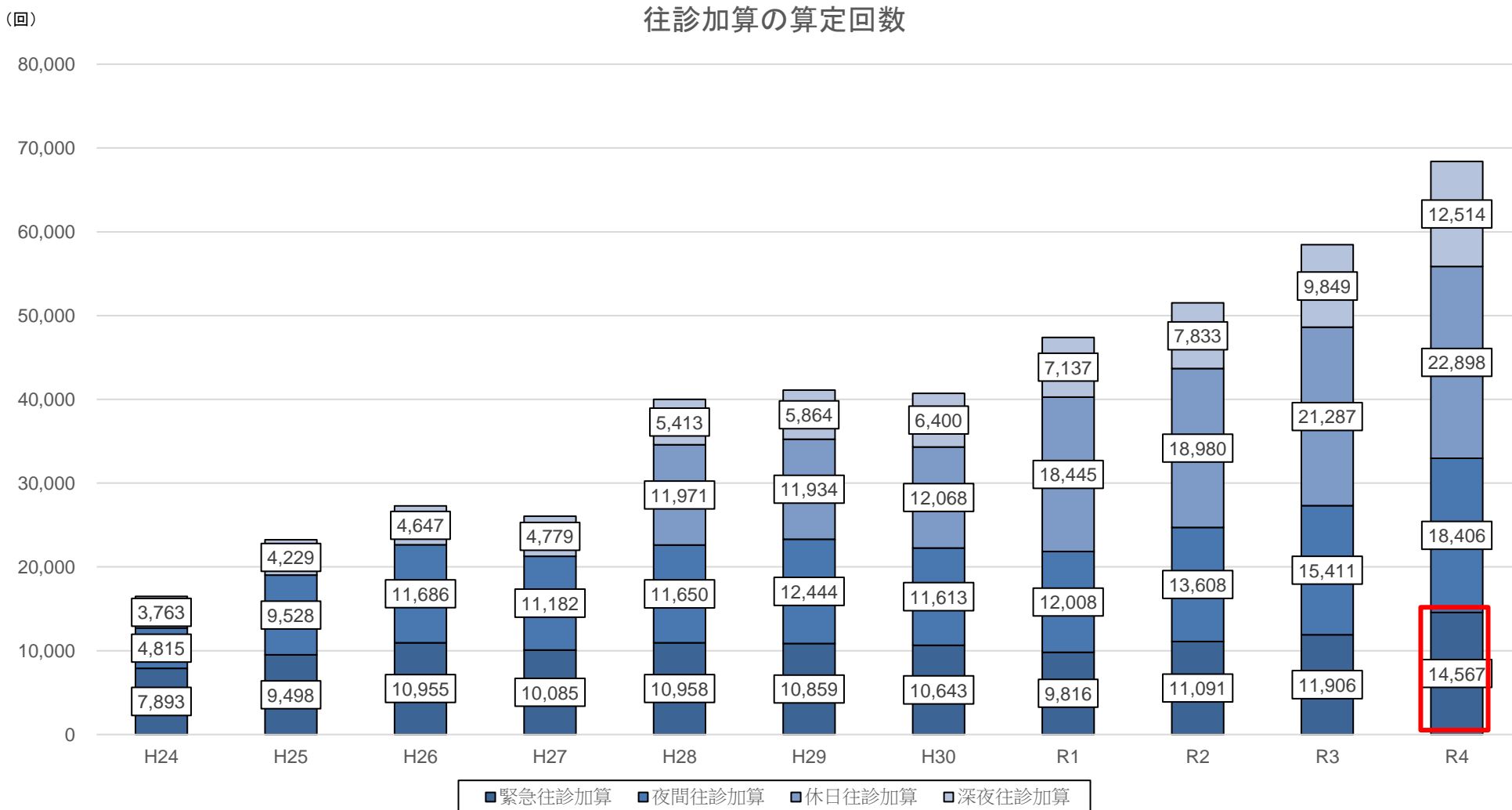
②夜間・休日・深夜往診加算の取扱いについて

夜間(深夜を除く。)とは午後6時から午前8時までとし、深夜の取扱いについては、午後10時から午前6時までとする。ただし、これらの時間帯が標榜時間に含まれる場合、夜間・休日往診加算及び深夜往診加算は算定できない。

休日とは、日曜日及び国民の祝日に関する法律第3条に規定する休日をいう。なお、1月2日及び3日並びに12月29日、30日及び31日は、休日として取り扱う。

往診加算の算定状況の推移

- 平成27年から令和4年までの往診加算の推移を見ると、緊急往診加算は令和4年に特に増加した。
- 夜間往診加算、深夜往診加算及び休日往診加算については増加傾向である。



出典：社会医療診療行為別統計(平成27年より)、社会医療診療行為別調査(平成26年まで)(各年6月審査分)

※病院について：平成22年以前は抽出調査、平成23年以後は全数調査

※診療所について：平成24年以前は抽出調査、平成25年以後は全数調査

新型コロナウイルス感染症流行に伴う 往診に関する診療報酬上の特例について

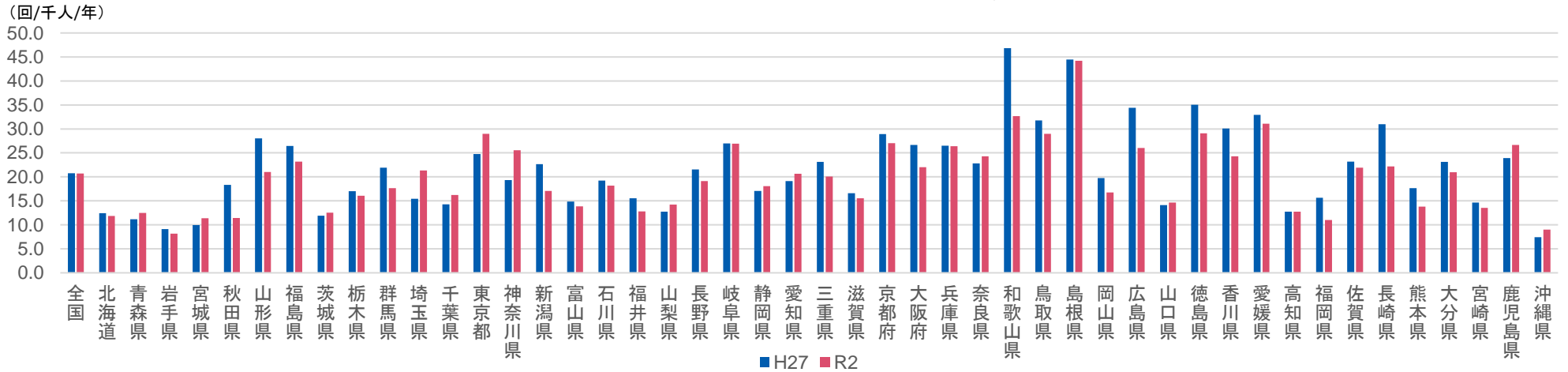
- 新型コロナウイルス感染症の流行に伴い、往診等に関する診療報酬上の特例を設けていたため、往診料等の算定回数が増加していることが考えられる。
- 令和5年5月8日の新型コロナウイルス感染症の位置づけ変更に伴い、診療報酬上の特例について見直しが行われた。

項目	診療報酬上の特例（往診に関する主なもの）		位置づけ変更後 （令和5年 5月8日～）	特例見直し後 （令和5年 10月1日～）
	事務連絡 発出日	具体的な内容		
新型コロナウイルス感染症患者及び疑い患者に対する往診時等の感染対策の評価	令和2年4月 24日	コロナ疑い/確定患者への往診における感染対策として 院内トリアージ料300点 を算定可能とした。	（引き続き評価）	看護配置加算 （100分の200） 50点
緊急往診加算に関する特例的な取扱い	令和3年2月 26日	緊急往診加算（325点～850点） の対象に、新型コロナウイルス感染症患者を追加。	（引き続き評価）	（引き続き評価）
往診に係る算定方法の留意事項の取扱い （往診料は、本来患者又は家族等患者の看護にあたる者が、保険医療機関に対し、電話等で直接往診を求める必要がある）	令和3年4月 21日	都道府県等が、自宅・宿泊療養を行っている者に対する症状増悪時の健康相談対応を、事業者に委託する場合において、 ① 最初に、患者又は家族等患者の看護に当たる者（以下、「患者等」という。）が事業者に対して電話等により、症状増悪に伴う健康相談をし、 ② 当該健康相談を受けた事業者が、医師に対して当該患者に関する情報提供を行い、 ③ 当該医師が患者等に電話等を行い、患者等から直接往診を求められ、患者への往診の必要性を認め、可及的速やかに患者に赴き診療を行った場合、往診料が算定可能。	廃止	—
新型コロナウイルス感染症患者に対する緊急の往診への追加的評価	令和3年7月 30日 →令和3年9月 28日	新型コロナウイルス感染症患者に対する緊急往診において 救急医療管理加算950点 を追加的に算定可能とした。また、令和3年9月28日付で 救急医学管理加算（3倍）2,850点 に増点した。	950点 【緊急の往診】 ※介護保険施設等への緊急の往診に限り2,850点を継続	院内トリアージ実施料 300点
宿泊施設等における往診の特例的な取扱い	令和3年8月 26日	新型コロナウイルス感染症患者に係る宿泊療養施設等において療養している患者について、 ① 当該宿泊施設等における往診に係る調整等を保健所、都道府県、市町村又は医師会が実施し、 ② 往診を担当する保険医療機関の保険医が当該患者の診療の求めがあることを確認し、 ③ 当該保険医が診療の必要性を認めこれを実施した場合、往診料が算定可能。	廃止	—

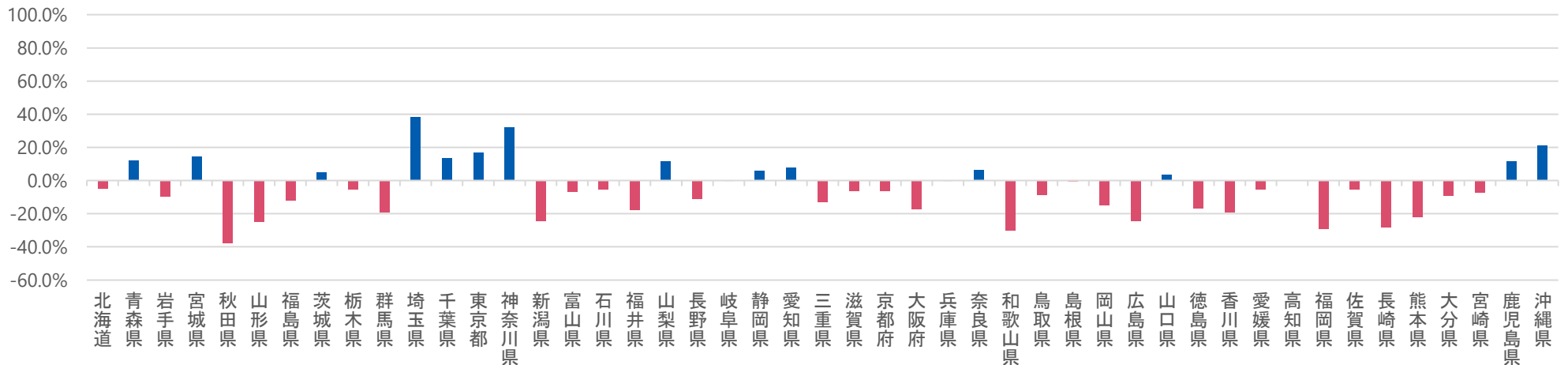
都道府県ごとの往診料の算定状況

- 平成27年と令和2年における一年間の人口1000人あたりの都道府県ごとの往診料の算定回数及び増加率は以下のとおり。(人口は令和3年度人口動態統計を使用)
- 増加率で見ると増加している都道府県と増加していない都道府県が存在する。

都道府県毎の人口1000人あたりの往診料の算定回数



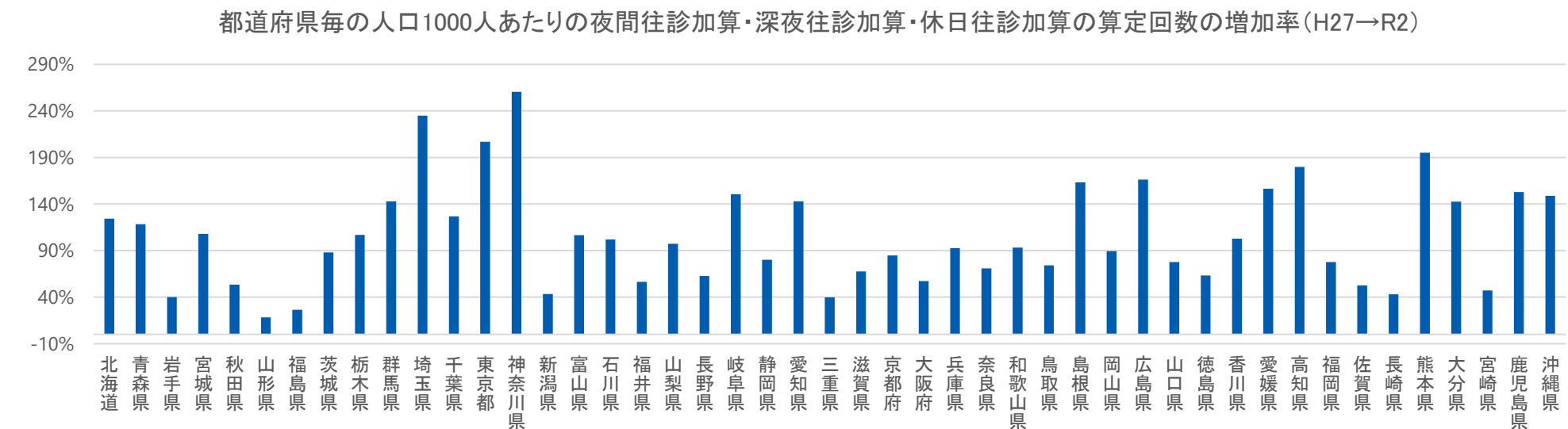
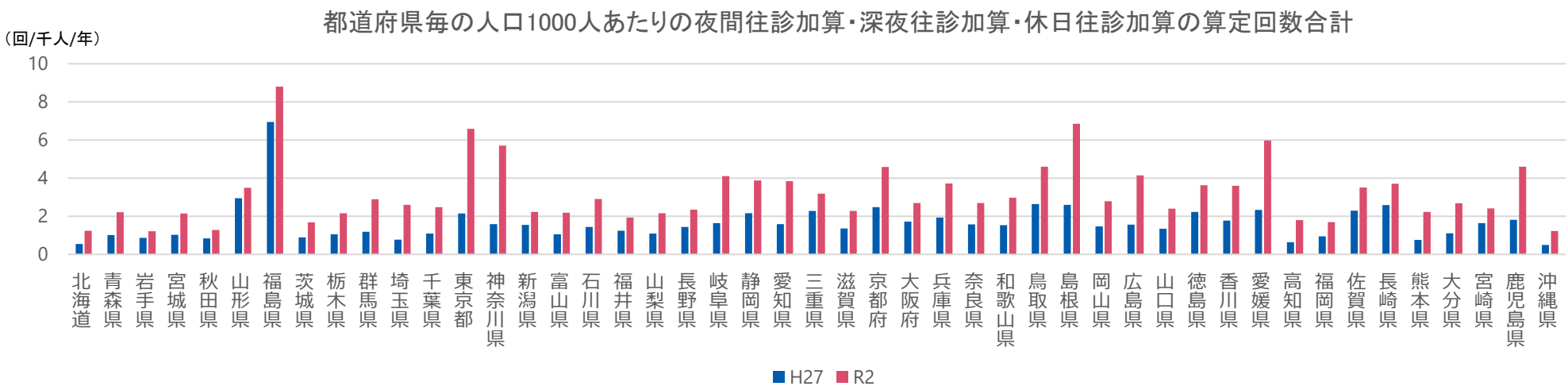
都道府県毎の人口1000人あたりの往診料の算定回数の増加率(H27→R2)



出典：NDBオープンデータ、厚生労働省「人口動態統計」(令和3年)より

都道府県ごとの夜間・深夜往診加算及び休日往診加算の算定状況

- 平成27年と令和2年における一年間の人口1000人あたりの都道府県ごとの夜間往診加算・深夜往診加算・休日往診加算の算定回数の合計及び増加率は以下のとおり。
- 東京都や神奈川県など、一部地域で算定回数が増加している。



出典：NDBオープンデータ、厚生労働省「人口動態統計」(令和3年)より

在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院に対する診療報酬上の主な評価の変遷

○ 在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院に対する診療報酬上の主な評価の変遷は以下のとおり。

各改定時における基本的考え方

平成18年	・ <u>高齢者ができるだけ住み慣れた家庭や地域で療養しながら生活を送れるよう、また、身近な人に囲まれて在宅での最期を迎えることも選択できるよう</u> 、在宅療養支援診療所を創設
平成20年	・ 診療所のない地域においては、在宅医療の主たる担い手が病院となっている現状に着目し、在宅療養支援病院を創設
平成22年	・ 在宅療養支援病院について、在宅医療を支える地域における医療機関の役割を鑑み、施設基準を緩和（要件のひとつである「半径4km以内に診療所が存在しないこと」について「許可病床数が200床未満の病院であること」でも良いとした）。
平成24年	・ 高齢化に伴い、今後在宅医療の需要がますます高まることが予想され、在宅医療を担う医療機関の機能強化等が更に重要になることを踏まえ、在宅療養支援病院の機能分化と連携等による機能強化を進めるため、機能強化型の在宅療養支援病診療所及び在宅療養支援病院を創設
平成26年	・ 在宅医療を実績に応じて適切に評価する観点から、機能強化型の実績要件の引き上げ
平成28年	・ 小児在宅医療に積極的に取り組んでいる保険医療機関を評価する観点から、機能強化型の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の実績要件について、看取り実績だけでなく、重症児に対する医学管理の実績を評価。
令和4年	・ 質の高い在宅医療の提供を更に推進する観点から、地域支援事業等に係る関係者と連携することが望ましい旨を機能強化型の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の施設基準に明記。 ・ 人生の最終段階における適切な意思決定支援を推進する観点から、当該支援に係る指針の作成を要件に追加 ・ 在宅医療を支える入院機能の充実を図る観点から、機能強化型在宅療養支援病院の要件を見直し

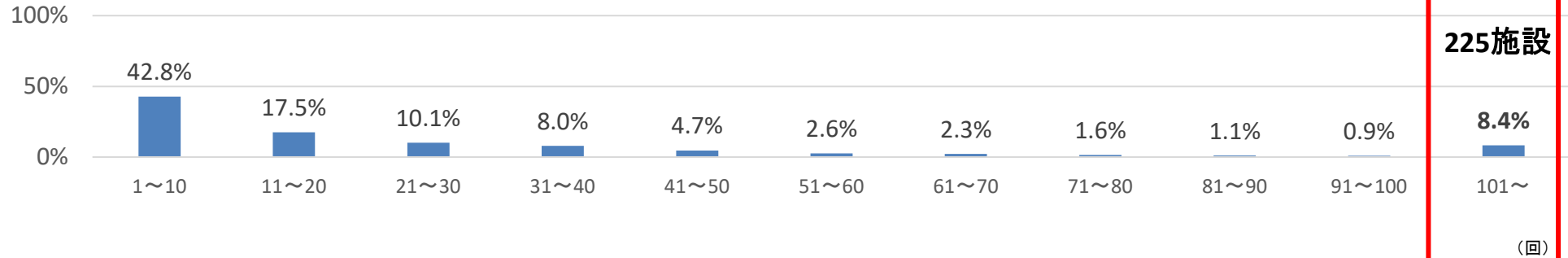
在支診・在支病の施設基準 (参考)

	機能強化型在支診・在支病				在支診在支病	(参考) 在宅療養後方支援病院
	単独型		連携型			
	診療所	病院	診療所	病院		
全ての在支診・在支病の基準	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 ⑦ <u>適切な意思決定支援に係る指針を作成していること</u>					
全ての在支病の基準	「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 ※ 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては280床未満					○ 許可病床数200床以上 ○ 在宅医療を提供する医療機関と連携し、24時間連絡を受ける体制を確保 ○ 連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が24時間可能な体制を確保(病床の確保を含む) ※ やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、対応可能な病院を探し紹介すること ○ 連携医療機関との間で、3月に1回以上、患者の診療情報の交換を行い、入院希望患者の一覧表を作成
機能強化型在支診・在支病の基準	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 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績10件以上 ・ <u>在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上</u> ・ <u>地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている</u>	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	⑧ 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績10件以上各医療機関で4件以上 ・ <u>在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上</u> ・ <u>地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている</u>		
	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 いずれか4件以上		⑨ 過去1年間の看取りの実績連携内で4件以上 かつ、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 いずれか2件以上			
	⑩ <u>市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等において在宅療養支援診療所以外の診療所等と連携することや、地域において24時間体制での在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい</u>					

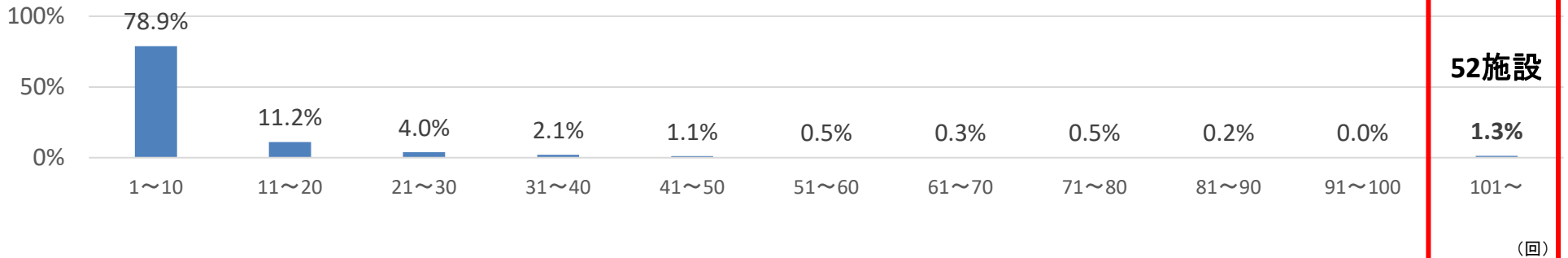
医療機関ごとの往診料の算定回数

- 往診料を算定している医療機関の1か月間の往診料の算定回数は以下のとおり
- 往診料の算定回数が100回/月以上の医療機関が存在している。

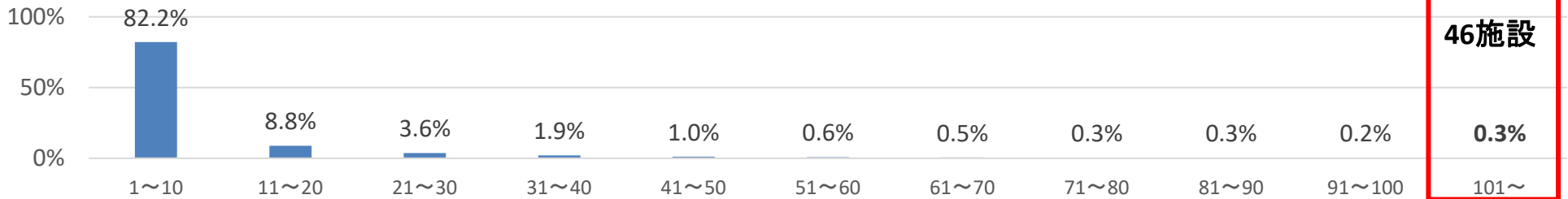
機能強化型在支診・在支病(n=2,671)



在支診・在支病(n=3,872)



在支診・在支病以外の診療所・病院(n=14,622)



医療機関ごとの在宅患者訪問診療料・往診料の算定回数

- 往診料の算定回数が100回/月以上の医療機関における、医療機関ごとの在宅患者訪問診療料の算定回数と往診料の算定回数は以下のとおり。
- 往診料の算定回数に対し、在宅患者訪問診療料を算定回数が少ない医療機関が一定数存在する。

医療機関毎の在宅患者訪問診療料と往診料の算定回数(n=323)



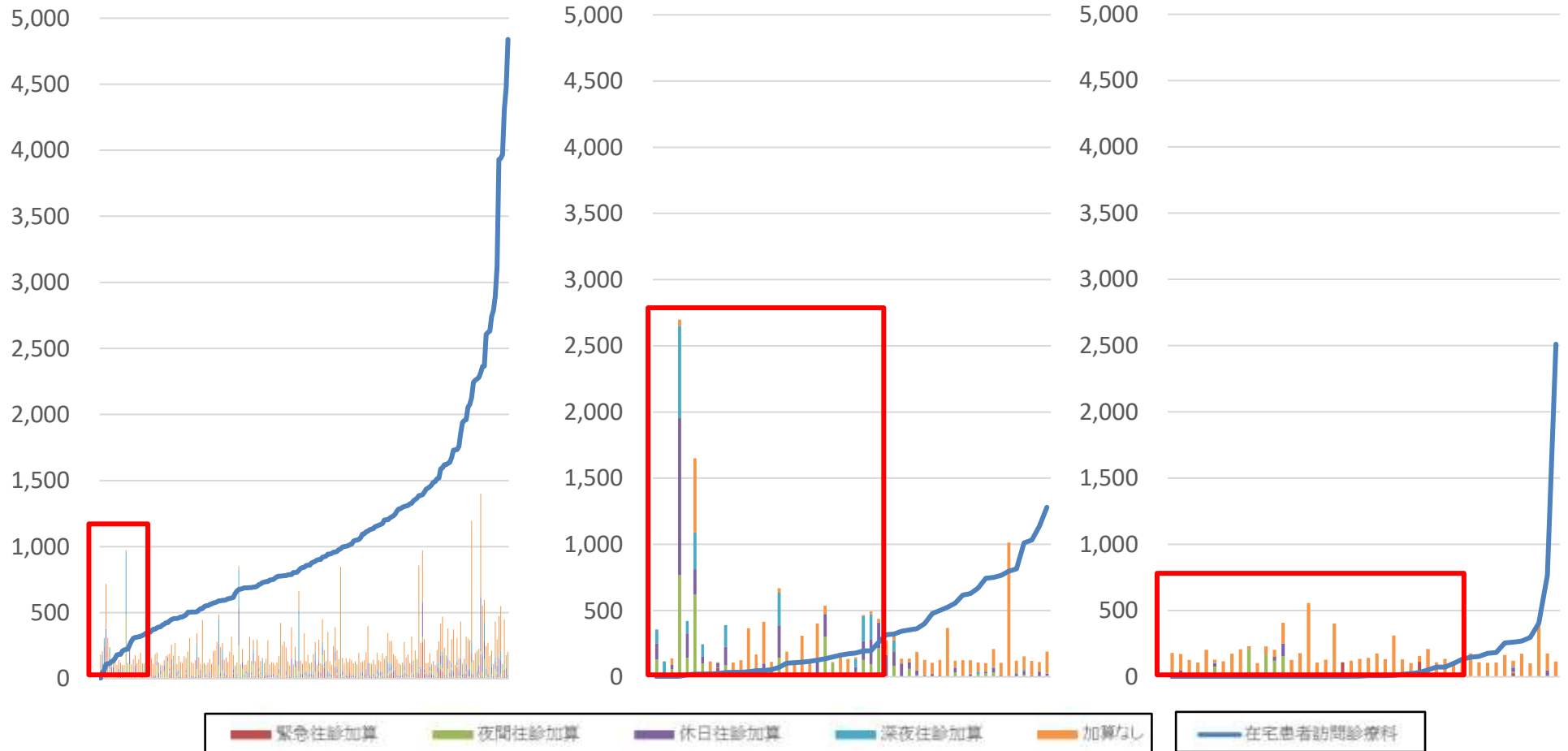
医療機関ごとの在宅患者訪問診療料・往診加算の算定回数

○ 往診料を100回/月以上算定している医療機関における在宅患者訪問診療料と往診加算の算定回数を往診加算の併算定別に見ると、一部医療機関において在宅患者訪問診療料に対して往診加算の算定回数が多く、併算定されている往診加算は多くの在支診・在支病で夜間・休日・深夜加算が多かった。

往診料の算定回数が100回/月以上の機能強化型在宅療養支援診療所・病院 (225施設)

往診料の算定回数が100回/月以上の在宅療養支援診療所・病院 (52施設)

往診料の算定回数が100回/月以上の在宅療養支援診療所・病院以外の診療所・病院 (46施設)



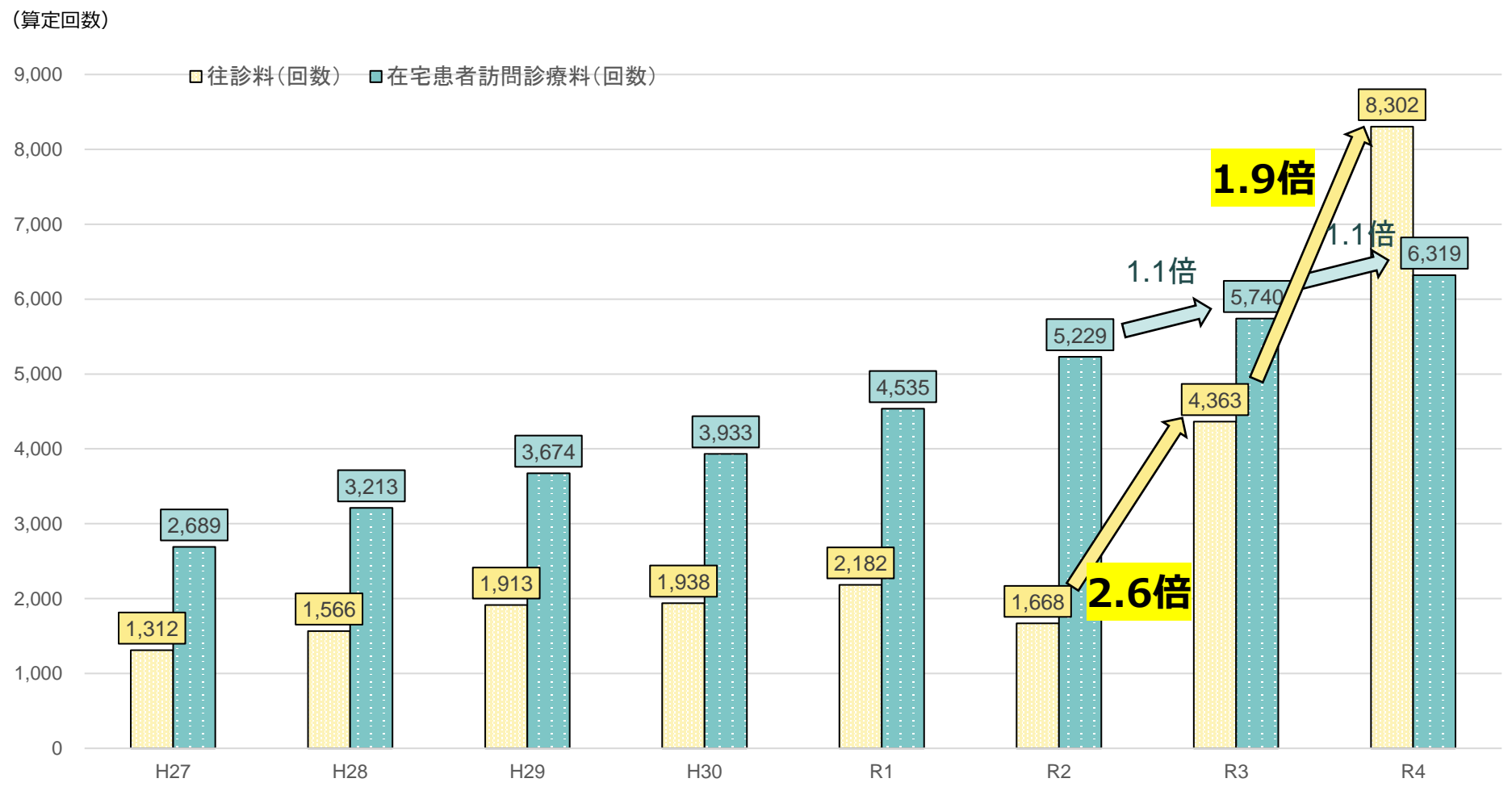
(棒グラフ)

(折れ線グラフ)

15歳未満の患者に対する在宅患者訪問診療料・往診料の算定状況

- 平成27年以降の15歳未満の患者に対する往診料の算定回数については、令和元年までは増加傾向であったが、令和2年に減少し、令和3年に大きく上昇し、令和4年にはさらに上昇した。
- また、訪問診療料の算定回数については、年々増加傾向にある。

往診料・在宅患者訪問診療料の算定回数(15歳未満)



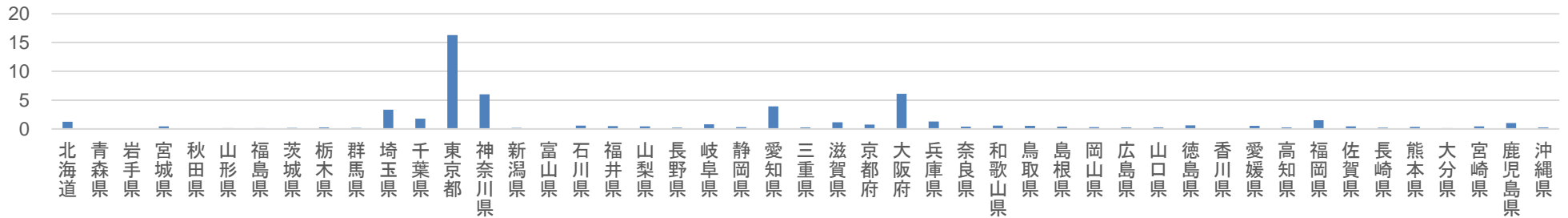
出典:社会医療診療行為別統計(各年6月審査分)

都道府県ごとの年齢別の往診料の算定回数

- 都道府県ごとの年齢別の往診料の算定回数について、0～14歳では東京都や大阪府、神奈川県で算定回数が多いが、全体的には少ない傾向にある。
- 75歳以上については、地域差を認めるものの、一定程度往診が行われている。

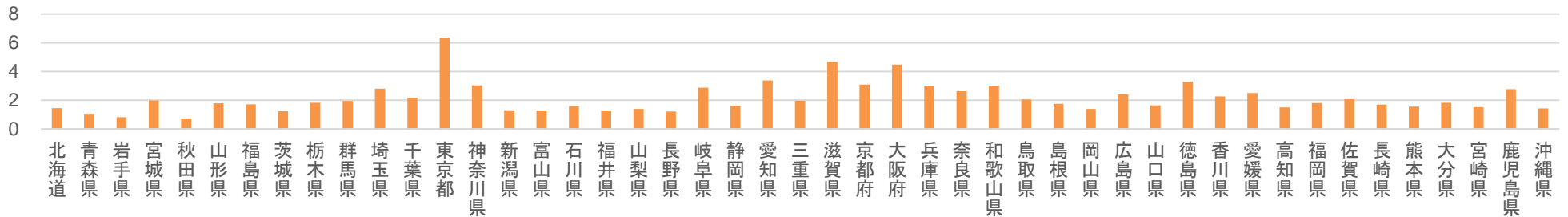
(回/千人/6か月)

都道府県毎の0～14歳の人口1000人あたりの往診料算定回数(0～14歳)



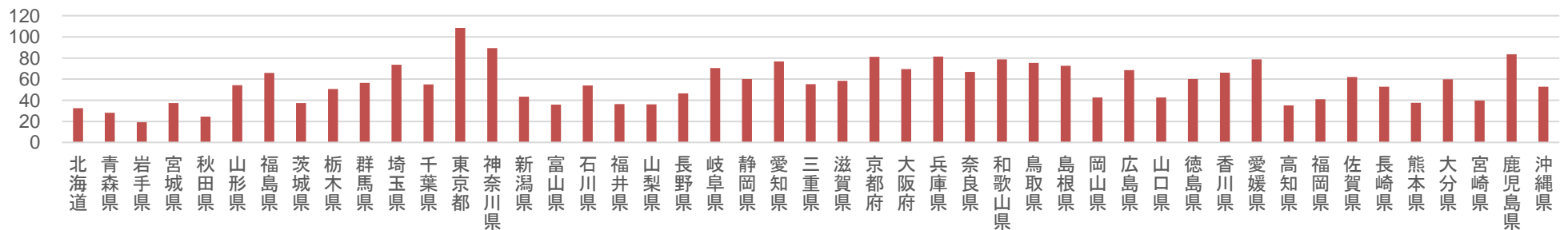
(回/千人/年)

都道府県毎の人口1000人あたりの往診料の算定回数(15～74歳)



(回/千人/年)

都道府県毎の75歳以上の人口1000人あたりの往診料算定回数(75歳～)



乳幼児患者における深夜の受診のレセプトのイメージ

○ 6歳未満の乳幼児患者が深夜に外来・往診の受診を行った際に請求される診療報酬のレセプトのイメージは以下のとおり。

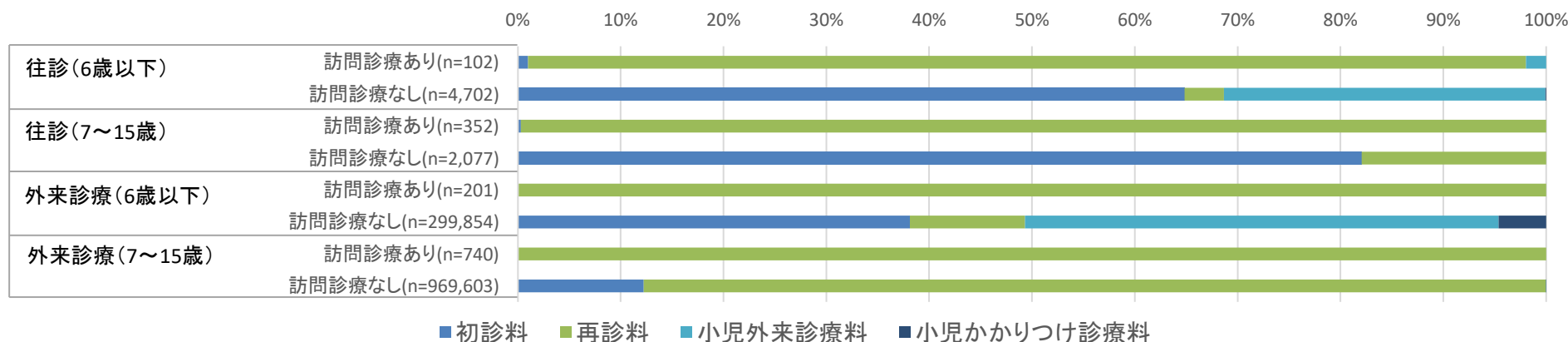
夜間外来受診の場合		救急搬送の場合		往診の場合	
小児科外来診療料 (処方箋を交付しない) 初診時	716点	小児科外来診療料 (処方箋を交付しない) 初診時	716点	小児科外来診療料 (処方箋を交付しない) 初診時	716点
乳幼児深夜加算	580点	乳幼児深夜加算	580点	乳幼児深夜加算	580点
		夜間休日救急搬送医学管理料	600点		
				往診料	720点
				深夜往診加算 (在支診等)	2,300点
請求点数	1,296点	請求点数	1,896点	請求点数	4,316点
※上記の点数に加えて、検査や処置に係る費用を出来高算定する		※上記の点数に加えて、検査や処置に係る費用を出来高算定する		※上記の点数に加えて、検査や処置に係る費用を出来高算定する	

小児夜間休日の往診・外来受診について

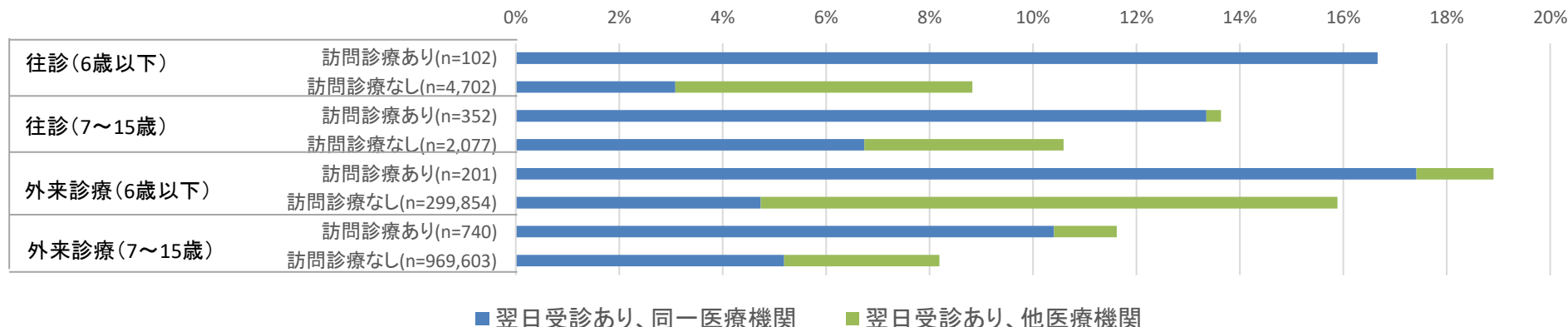
- 小児の夜間休日受診において算定された初再診料等の割合を診療形態（往診／外来診療）と訪問診療の有無で比較すると、初診料の算定割合は、訪問診療を行っていない患者の往診において高かった。
- 普段から訪問診療を行っている小児の往診は、普段から訪問診療を行っていない小児の往診と比較して翌日に医療機関を受診している割合が高かった。

※訪問診療あり: 当該月及び前月のレセプトにて、在宅患者訪問診療料の算定がある患者 訪問診療なし: 左記以外の患者

小児の夜間休日受診において算定された初再診料の種類別算定割合



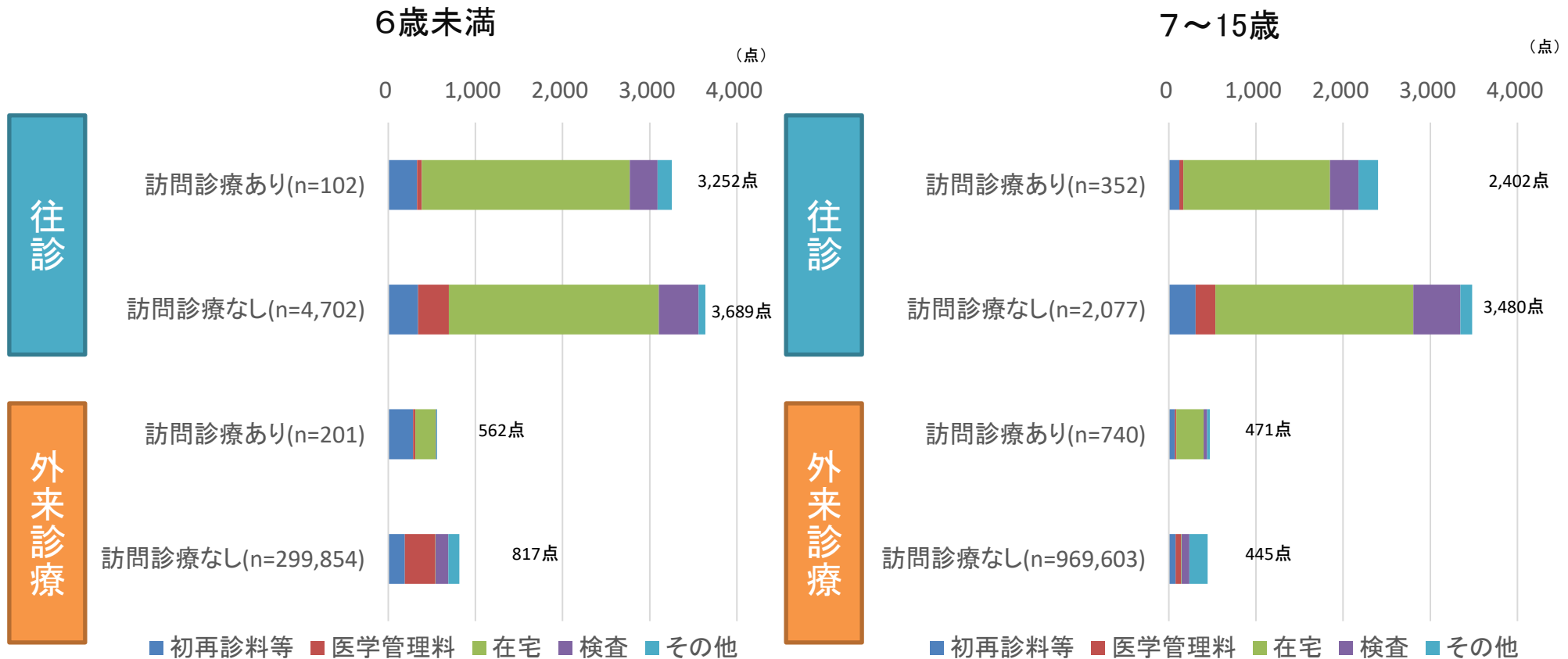
小児の夜間休日受診の翌日受診割合



小児夜間休日の往診・外来受診に関するレセプト請求点数の比較

○ 夜間休日における普段から訪問診療を行っていない小児に対する往診におけるレセプト請求点数は、普段から訪問診療を行っている小児に対する往診や外来受診と比較し高い。

小児の夜間休日受診診療におけるレセプトあたりの請求点数
(初診料、再診料、小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料、に関する費用は除外して算出)



対象：初診料、再診料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料を算定し、時間外・休日・深夜加算を算定している15歳以下の患者のレセプト
訪問診療あり：当該月及び前月のレセプトにて、在宅患者訪問診療料の算定がある患者 訪問診療なし：左記以外の患者
往診：往診料の算定がある患者 外来受診：往診料の算定がない患者

小児夜間休日の往診・外来受診に関する主傷病名の比較

○ 普段から訪問診療を行っていない小児は、普段から訪問診療を行っている小児と比較し、往診・外来受診ともに急性上気道炎やCOVID-19、急性胃腸炎が多い。

患者数順位	往診(15歳未満)				外来受診(15歳未満)			
	訪問診療あり (n=454)		訪問診療なし (n=6,779)		訪問診療あり (n=941)		訪問診療なし (n=1,269,457)	
1位	** 未コード化傷病名 **	7.5%	急性上気道炎	36.1%	** 未コード化傷病名 **	6.6%	気管支喘息	8.7%
2位	トリソミー18	5.1%	COVID-19	26.5%	トリソミー18	6.6%	COVID-19	7.3%
3位	脳性麻痺	3.3%	急性胃腸炎	7.6%	脳性麻痺	3.5%	急性上気道炎	6.5%
4位	低酸素性脳症	2.9%	急性気管支炎	2.4%	新生児低酸素性虚血性脳症	2.2%	アレルギー性鼻炎	5.7%
5位	COVID-19	2.9%	発熱	1.9%	超低出生体重児	2.1%	急性気管支炎	4.7%
6位	神経芽腫	2.6%	コロナウイルス感染症	1.9%	重症新生児仮死	2.0%	アトピー性皮膚炎	2.1%
7位	脳幹神経膠腫	2.4%	急性咽頭炎	1.5%	低酸素性脳症	1.9%	** 未コード化傷病名 **	2.1%
8位	超低出生体重児	2.4%	感冒	1.5%	トリソミー13	1.8%	湿疹	1.9%
9位	重症新生児仮死	2.2%	感染性胃腸炎	1.4%	気管支喘息	1.6%	急性胃腸炎	1.6%
10位	慢性呼吸不全	2.2%	じんま疹	1.3%	ダウン症候群	1.5%	急性咽頭炎	1.5%
11位	キアリ奇形第2奇形	2.0%	急性腸炎	0.9%	結膜炎	1.4%	アレルギー性結膜炎	1.4%
12位	ダウン症候群	1.8%	嘔吐症	0.8%	急性気管支炎	1.3%	喘息性気管支炎	1.4%
13位	染色体異常	1.8%	便秘症	0.7%	慢性呼吸不全	1.3%	尋常性疣贅	1.3%
14位	トリソミー13	1.8%	気管支喘息	0.6%	COVID-19	1.3%	じんま疹	1.2%
15位	新生児低酸素性虚血性脳症	1.8%	アレルギー性鼻炎	0.6%	染色体異常	1.2%	皮脂欠乏症	1.1%
16位	症候性てんかん	1.5%	** 未コード化傷病名 **	0.5%	コルネリアアデランゲ症候群	1.2%	皮脂欠乏性湿疹	1.1%
17位	気管支喘息	1.3%	急性中耳炎	0.5%	難治性てんかん	1.1%	便秘症	1.1%
18位	髄芽腫	1.1%	小児肘内障	0.5%	両大血管右室起始症	1.1%	近視性乱視	1.1%
19位	脳幹部腫瘍	1.1%	湿疹	0.4%	便秘症	1.1%	発熱	0.9%
20位	急性気管支炎	1.1%	急性扁桃炎	0.3%	新生児慢性肺疾患	1.1%	咽頭炎	0.7%

対象: 初診料、再診料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料を算定し、時間外・休日・深夜加算を算定している15歳以下の患者のレセプト
 訪問診療あり: 当該月及び前月のレセプトにて、在宅患者訪問診療料の算定がある患者 訪問診療なし: 左記以外の患者
 往診: 往診料の算定がある患者 外来受診: 往診料の算定がない患者

小児夜間休日の往診・外来受診に関する医療費割合の比較（初再診料等）

○ 普段から訪問診療を行っている小児の往診における初再診料等の医療費について、再診料及び外来管理加算の医療費に占める割合が高い一方、普段から訪問診療を行っていない小児はコロナ特例における往診に関する加算及び初診料の医療費に占める割合が高かった。

請求点数 順位	往診(15歳未満)				外来受診(15歳未満)			
	訪問診療あり (n=454)		訪問診療なし (n=6,779)		訪問診療あり (n=941)		訪問診療なし (n=1,269,457)	
1位	再診料	24.3%	救急医療管理加算1(診療報酬上臨時的取扱)(COV・往診等)	28.9%	電話等再診料	27.2%	初診料	19.4%
2位	外来管理加算	17.8%	初診料	22.7%	乳幼児休日加算(再診)(入院外)	10.4%	再診料	17.3%
3位	休日加算(再診)(入院外)	7.1%	乳幼児深夜加算(初診)	9.7%	再診料	8.6%	二類感染症患者入院診療加算(外来診療・診療報酬上臨時的取扱)	12.6%
4位	乳幼児休日加算(再診)(入院外)	6.8%	乳幼児休日加算(初診)	8.3%	乳幼児深夜加算(再診)(入院外)	8.2%	外来管理加算	7.4%
5位	二類感染症患者入院診療加算(外来診療・診療報酬上臨時的取扱)	6.3%	二類感染症患者入院診療加算(外来診療・診療報酬上臨時的取扱)	7.1%	乳幼児加算(再診)	7.2%	乳幼児休日加算(初診)	5.9%
6位	乳幼児深夜加算(再診)(入院外)	5.6%	機能強化加算(初診)	5.5%	乳幼児時間外加算(再診)(入院外)	6.0%	休日加算(初診)	4.9%
7位	乳幼児時間外加算(再診)(入院外)	5.5%	深夜加算(初診)	4.2%	休日加算(再診)(入院外)	5.2%	救急医療管理加算1(診療報酬上臨時的取扱)(COV・往診等)	4.6%
8位	乳幼児深夜加算(初診)	5.1%	乳幼児時間外加算(初診)	2.7%	外来管理加算	3.8%	乳幼児深夜加算(初診)	3.1%
9位	救急医療管理加算1(診療報酬上臨時的取扱)(COV・往診等)	4.5%	休日加算(初診)	2.6%	深夜加算(再診)(入院外)	3.8%	二類感染症患者入院診療加算(電話等再診料・診療報酬上臨時的取扱)	2.6%
10位	深夜加算(再診)(入院外)	3.0%	乳幼児加算(救急医療管理加算・臨時的取扱)(外来診療・往診等)	2.2%	乳幼児時間外加算(再診)(入院外)	3.1%	乳幼児加算(再診)	2.4%

小児夜間休日の往診・外来受診に関する医療費割合の比較（医学管理料）

- 小児夜間休日の医学管理料に関する医療費割合は院内トリアージ料が多くを占める。
- 普段から訪問診療を行っている小児の医学管理料に関する医療費では、診療情報提供料が占める割合が高い。

請求点数 順位	往診(15歳未満)				外来受診(15歳未満)			
	訪問診療あり (n=454)		訪問診療なし (n=6,779)		訪問診療あり (n=941)		訪問診療なし (n=1,269,457)	
1位	院内トリアージ実施料(診療報酬上臨時的取扱)	59.4%	院内トリアージ実施料	36.5%	診療情報提供料(1)	58.8%	院内トリアージ実施料(診療報酬上臨時的取扱)	16.8%
2位	診療情報提供料(1)	17.7%	小児科外来診療料(処方箋を交付しない)初診時	22.5%	院内トリアージ実施料(診療報酬上臨時的取扱)	23.5%	小児科外来診療料(処方箋を交付)初診時	12.8%
3位	院内トリアージ実施料	14.3%	院内トリアージ実施料(診療報酬上臨時的取扱)	9.6%	院内トリアージ実施料	9.1%	院内トリアージ実施料	9.7%
4位	特定薬剤治療管理料1	3.3%	地域連携夜間・休日診療料	7.6%	特定薬剤治療管理料1	6.1%	特定疾患療養管理料(診療所)	9.2%
5位	がん性疼痛緩和指導管理料	1.8%	乳幼児深夜加算(小児科初診)(小児科外来診療料)	7.4%	特定薬剤治療管理加算(臓器移植後等の患者以外)(第1回目)	1.2%	小児科外来診療料(処方箋を交付しない)初診時	8.2%
6位	小児科外来診療料(処方箋を交付)再診時	1.4%	小児科外来診療料(処方箋を交付)初診時	4.7%	電話等による診療(新型コロナウイルス感染症・臨時的取扱)	0.6%	地域連携小児夜間・休日診療料1	7.9%
7位	特定薬剤治療管理加算(臓器移植後等の患者以外)(第1回目)	1.0%	乳幼児休日加算(小児科初診)(小児科外来診療料)	3.9%	歯科医療機関連携加算1	0.4%	乳幼児休日加算(小児科初診)(小児科外来診療料)	5.8%
8位	乳幼児休日加算(小児科再診)(小児科外来診療料)	0.7%	機能強化加算(初診)(小児科外来診療料)	2.4%	薬剤情報提供料	0.1%	地域連携小児夜間・休日診療料2	4.6%
9位	小児加算(がん性疼痛緩和指導管理料)(15歳未満)	0.4%	薬剤情報提供料	1.1%			小児科外来診療料(処方箋を交付)再診時	4.3%
10位	薬剤情報提供料	0.0%	小児科外来診療料(処方箋を交付しない)再診時	1.1%			小児特定疾患カウンセリング料(医師)(月の1回目)	1.7%

対象: 初診料、再診料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料を算定し、時間外・休日・深夜加算を算定している15歳以下の患者のレセプト
 訪問診療あり: 当該月及び前月のレセプトにて、在宅患者訪問診療料の算定がある患者 訪問診療なし: 上記以外の患者
 往診: 往診料の算定がある患者 外来受診: 往診料の算定がない患者

小児夜間休日の往診・外来受診に関する薬剤・特定保険医療材料の処方割合の比較

- 普段から訪問診療を行っている小児の夜間休日受診では、注射に関する薬剤が薬剤・特定保険医療材料の処方割合の多くを占めていた。
- 一方、普段から訪問診療を行っていない小児の夜間休日受診では、上気道炎・アレルギー等の症状に対する内服薬が薬剤・特定保険医療材料の処方割合の多くを占めていた。

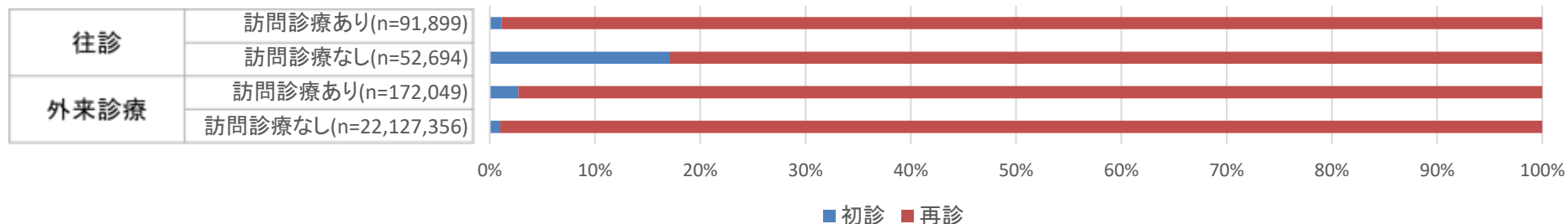
処方割合 順位	往診(15歳未満)				外来受診(15歳未満)			
	訪問診療あり (n=454)		訪問診療なし (n=6779)		訪問診療あり (n=941)		訪問診療なし (n=1269457)	
1位	大塚生食注 50mL	11.7%	カロナール細粒20%	27.1%	気管切開後留置用チューブ (在宅)(カフなし気管切開 チューブ)	10.1%	カロナール錠200 200mg	3.1%
2位	ソルデム3A輸液 500mL	4.8%	アスベリンドライシロップ2%	13.3%	セフトリアキソンナトリウム静注 用1g「日医工」	9.0%	カロナール細粒20%	3.1%
3位	ヴィーンD輸液 500mL	4.8%	カルボシステインDS50%「タ カタ」	12.7%	大塚生食注 50mL	6.7%	シダキュアスギ花粉舌下錠5, 000JAU	2.7%
4位	ヘパフラッシュ100単位/mL シリンジ10mL 1, 000単位	4.2%	ピオフェルミン配合散	4.6%	ヘパリンNaロック用10U/mL シリンジ5mLニプロ 50U	5.6%	ミティキュアダニ舌下錠10, 0 00JAU	2.5%
5位	デカドロン注射液1. 65mg 0. 5mL	4.2%	カロナール錠200 200mg	4.6%	ソルデム3A輸液 500mL	4.5%	カルボシステインDS50%「タ カタ」	1.4%
6位	ソル・コーテフ注射用100mg (溶解液付)	3.6%	フェキソフェナジン塩酸塩DS 5%「トーワ」	3.8%	デカドロン注射液1. 65mg 0. 5mL	4.5%	アスベリン散10%	1.4%
7位	大塚生食注 100mL	3.3%	アセトアミノフェン錠300mg 「マルイシ」	3.8%	ヴィーンD輸液 500mL	4.5%	ムコダインDS50%	1.3%
8位	ヘパリンNaロック10U/mLシ リンジ10mL「テバ」 100U	2.4%	メジコン散10%	2.5%	生理食塩液 20mL	4.5%	キプレスチュアブル錠5mg	1.2%
9位	フェンタニル注射液0. 5mg「テ ルモ」 0. 005%10mL	2.4%	アセトアミノフェン錠200mg 「マルイシ」	2.1%	ソル・コーテフ注射用100mg (溶解液付)	3.4%	ミヤBM細粒	0.9%
10位	アセリオ静注液1000mgバッ グ 1, 000mg100mL	2.4%	トランサミン錠250mg	2.0%	ソルデム1輸液 200mL	3.4%	アレロック顆粒0. 5%	0.9%

対象: 初診料、再診料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料を算定し、時間外・休日・深夜加算を算定している15歳以下の患者のレセプト
訪問診療あり: 当該月及び前月のレセプトにて、在宅患者訪問診療料の算定がある患者 訪問診療なし: 左記以外の患者
往診: 往診料の算定がある患者 外来受診: 往診料の算定がない患者

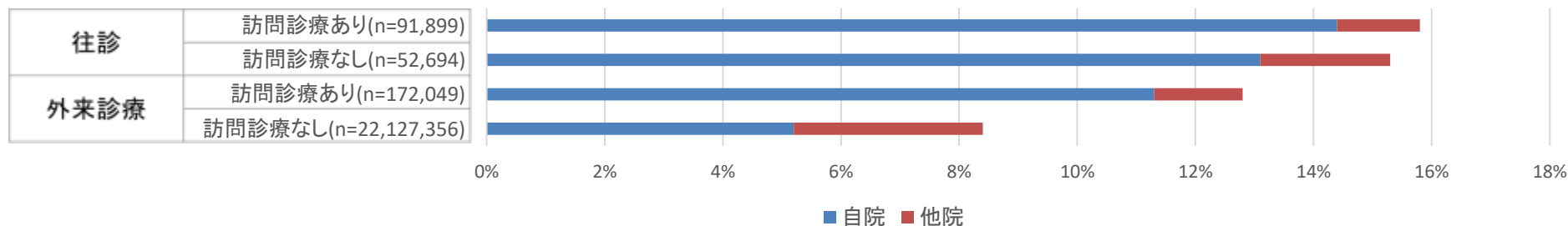
15歳以上の患者の夜間休日の往診・外来受診について

- 15歳以上の患者の夜間休日の往診・外来受診は普段から訪問診療を行っていない患者に対する往診を除き、ほとんど再診である。
- 翌日の医療機関受診割合は、普段から訪問診療を行っていない患者の外来受診では割合が低い。
- レセプト請求点数は往診の場合が再診の場合と比較して顕著に高い。

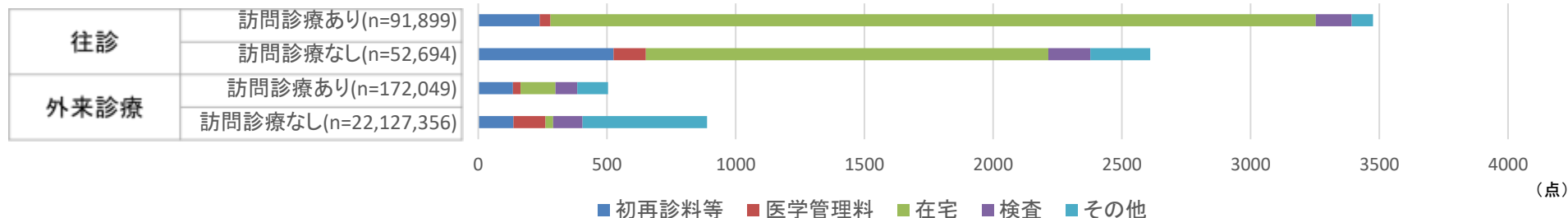
15歳以上の初再診割合



15歳以上の翌日の医療機関受診割合



15歳以上のレセプト請求点数



対象: 初診料、再診料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料を算定し、時間外・休日・深夜加算を算定している15歳以下の患者のレセプト
 訪問診療あり: 当該月及び前月のレセプトにて、在宅患者訪問診療料の算定がある患者 訪問診療なし: 左記以外の患者
 往診: 往診料の算定がある患者 外来受診: 往診料の算定がない患者

15歳以上の夜間休日の往診・外来受診に関する状況①

○ 普段から訪問診療を行っていない15歳以上の患者は、普段から訪問診療を行っている15歳以上の患者と比較し、往診においてCOVID-19が多い。

主傷病名

初再診料(医療費)

	④往診(15歳以上)				①外来受診(15歳以上)			
	訪問診療あり (n=91,899)		訪問診療なし (n=52,694)		訪問診療あり (n=172,049)		訪問診療なし (n=22,127,356)	
1位	高血圧症	11.0%	高血圧症	13.6%	高血圧症	15.6%	高血圧症	14.9%
2位	アルツハイマー型認知症	9.3%	COVID-19	8.5%	アルツハイマー型認知症	9.4%	慢性腎不全	4.2%
3位	慢性心不全	3.1%	アルツハイマー型認知症	3.1%	2型糖尿病	2.8%	変形性膝関節症	3.4%
4位	未コード化傷病名	3.0%	急性上気道炎	2.6%	慢性心不全	2.7%	高コレステロール血症	2.8%
5位	認知症	2.8%	未コード化傷病名	2.5%	認知症	2.7%	糖尿病	2.4%
6位	脳梗塞後遺症	2.4%	糖尿病	2.0%	未コード化傷病名	2.4%	2型糖尿病	2.1%
7位	2型糖尿病	2.2%	2型糖尿病	1.4%	脳梗塞後遺症	2.3%	未コード化傷病名	2.0%
8位	糖尿病	1.7%	脳梗塞後遺症	1.2%	糖尿病	2.2%	高脂血症	2.0%
9位	慢性呼吸不全	1.3%	慢性胃炎	1.1%	脳梗塞	1.2%	慢性胃炎	1.8%
10位	パーキンソン病	1.3%	脳梗塞	1.1%	統合失調症	1.2%	腰部脊柱管狭窄症	1.6%

	往診(15歳以上)		外来受診(15歳以上)		
	訪問診療あり (n=91,899)	訪問診療なし (n=52,694)	訪問診療あり (n=172,049)	訪問診療なし (n=22,127,356)	
再診料	28.7%	救急医療管理加算1(臨時)(COV・往診等)	40.8%	再診料	51.2%
外来管理加算	19.4%	再診料	11.4%	電話等再診料	19.6%
休日加算(再診)(入院外)	14.5%	初診料	9.4%	外来管理加算	11.7%
深夜加算(再診)(入院外)	13.3%	外来管理加算	7.0%	休日加算(再診)(入院外)	11.1%
救急医療管理加算1(臨時)(COV・往診等)	6.6%	深夜加算(再診)(入院外)	3.9%	深夜加算(再診)(入院外)	6.4%
時間外加算(再診)(入院外)	5.3%	休日加算(再診)(入院外)	3.1%	時間外加算(再診)(入院外)	3.9%
二類感染症患者入院診療加算(外来・臨時)	2.8%	深夜加算(再診)(入院外)	3.1%	時間外対応加算1	2.5%
同日再診料	2.6%	救急医療管理加算1(臨時)(往診等・中和抗体薬)	2.7%	二類感染症患者入院診療加算(外来・臨時)	2.2%
時間外対応加算1	1.6%	休日加算(初診)	2.7%	救急医療管理加算1(臨時)(COV・往診等)	1.9%
初診料	1.3%	二類感染症患者入院診療加算(外来・臨時)	2.6%	同日電話等再診料	1.1%

対象: 初診料、再診料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料を算定し、時間外・休日・深夜加算を算定している15歳以下の患者のレセプト
 訪問診療あり: 当該月及び前月のレセプトにて、在宅患者訪問診療料の算定がある患者 訪問診療なし: 左記以外の患者
 往診: 往診料の算定がある患者 外来受診: 往診料の算定がない患者

15歳以上の夜間休日の往診・外来受診に関する状況②

○ 普段から訪問診療を行っていない15歳以上の患者は、普段から訪問診療を行っている15歳以上の患者と比較し、診療情報提供料の医学管理料に占める割合や、注射に関する処方割合が低い。

医学管理料等(医療費)

薬剤・特定保険医療材料(処方数)

	往診(15歳以上)		外来受診(15歳以上)	
	訪問診療あり (n=91,899)	訪問診療なし (n=52,694)	訪問診療あり (n=172,049)	訪問診療なし (n=22,127,356)
1位	院内トリアージ実 施料(臨時) 39.3 %	特定疾患療養管 理料(診療所) 39.7 %	診療情報提供料 (1) 40.1 %	特定疾患療養管 理料(診療所) 67.4 %
2位	診療情報提供料 (1) 35.5 %	院内トリアージ実 施料 21.6 %	特定疾患療養管 理料(診療所) 28.2 %	慢性維持透析患 者外来医学管理 料 12.3 %
3位	院内トリアージ実 施料 9.4%	院内トリアージ実 施料(臨時) 20.5 %	院内トリアージ実 施料(臨時) 15.9 %	院内トリアージ実 施料(臨時) 3.1%
4位	特定疾患療養管 理料(診療所) 6.2%	診療情報提供料 (1) 8.7%	院内トリアージ実 施料 3.5%	診療情報提供料 (1) 3.1%
5位	がん性疼痛緩和 指導管理料 2.3%	地域連携夜間・ 休日診療料 4.0%	慢性維持透析患 者外来医学管理 料 2.4%	生活習慣病管理料 (高血圧症を主病) 2.1%
6位	悪性腫瘍特異物 質治療管理料 (その他・2項目 以上) 1.9%	薬剤情報提供料 1.2%	悪性腫瘍特異物 質治療管理料 (その他・2項目 以上) 1.5%	夜間休日救急搬 送医学管理料 1.9%
7位	悪性腫瘍特異物 質治療管理料 (その他・1項目) 1.4%	生活習慣病管理 料(高血圧症を 主病) 0.5%	特定薬剤治療管 理料1 1.2%	院内トリアージ実 施料 1.6%
8位	特定薬剤治療管 理料1 1.4%	夜間休日救急搬 送医学管理料 0.4%	悪性腫瘍特異物 質治療管理料 (その他・1項目) 1.1%	薬剤情報提供料 1.1%
9位	療養費同意書交 付料 1.4%	悪性腫瘍特異物 質治療管理料 (その他・2項目 以上) 0.3%	療養費同意書交 付料 1.0%	救急搬送看護体 制加算1 0.9%
10位	腫瘍マーカー検 査初回月加算 0.4%	特定薬剤治療管 理料1 0.3%	電話等による診 療(新型コロナウイルス 感染症・臨 時的取扱) 0.9%	慢性疼痛疾患管 理料 0.8%

	往診(15歳以上)		外来受診(15歳以上)	
	訪問診療あり (n=91,899)	訪問診療なし (n=52,694)	訪問診療あり (n=172,049)	訪問診療なし (n=22,127,356)
ソルデム3A輸液 500mL 3.2%	アセトアミノフェ ン錠500mg「マル イシ」 4.2%	マグミット錠330 mg 1.5%	バイアスピリン錠 100mg 1.0%	
プリンペラン注射 液10mg O. 5%2mL 1.9%	カロナール錠50 0 500mg 2.6%	バイアスピリン錠 100mg 1.0%	フェブリク錠20m g 0.9%	
ロセフィン静注用 1g 1.6%	トランサミン錠25 0mg 2.4%	酸化マグネシウ ム錠330mg「ケ ンエー」 1.0%	ネキシウムカプ セル20mg 0.7%	
ビーフリード輸液 500mL 1.6%	メジコン錠15mg 1.3%	タケキャブ錠10 mg 0.9%	ロスバスタチン錠 2.5mg「DSE P」 0.7%	
ラシックス注20 mg 1.5%	レバミピド錠100 mg「オーツカ」 1.3%	カロナール錠20 0 200mg 0.7%	タケキャブ錠10 mg 0.7%	
生理食塩液 20 mL 1.5%	メクロプラミド錠 5mg「テバ」 1.3%	ネキシウムカプ セル20mg 0.7%	レバミピド錠100 mg「オーツカ」 0.7%	
大塚生食注 2 0mL 1.4%	カロナール錠20 0 200mg 1.2%	ツムラ抑肝散エ キス顆粒(医療 用) 0.6%	エディロールカプ セル0.75μg 0.6%	
セフトリアキソン ナトリウム静注用 1g「日医工」 1.3%	ロキソプロフェン Na錠60mg「武 田テバ」 1.1%	ソルデム3A輸液 500mL 0.6%	フェブリク錠10m g 0.6%	
大塚生食注 1 00mL 1.2%	ミヤBM錠 1.1%	ブルゼニド錠12 mg 0.6%	ジャスビア錠50 mg 0.6%	
ロセフィン点滴静 注用1g/バッグ (生理食塩液10 0mL付) 1.2%	マグミット錠330 mg 1.0%	ビーフリード輸液 500mL 0.6%	マグミット錠330 mg 0.6%	

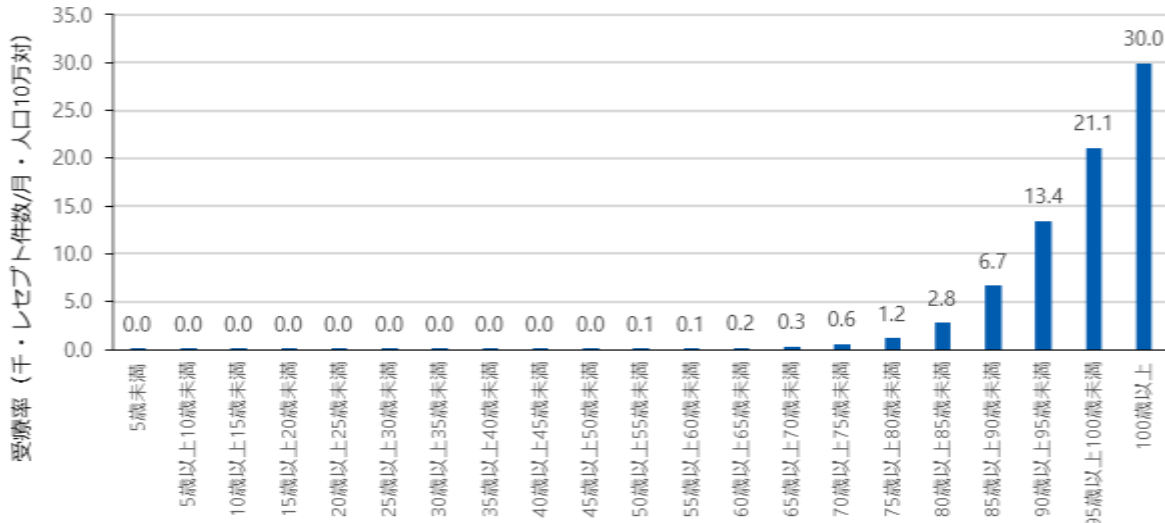
対象: 初診料、再診料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料を算定し、時間外・休日・深夜加算を算定している15歳以下の患者のレセプト
訪問診療あり: 当該月及び前月のレセプトにて、在宅患者訪問診療料の算定がある患者 訪問診療なし: 左記以外の患者
往診: 往診料の算定がある患者 外来受診: 往診料の算定がない患者

1. 在宅医療の現状等について
2. 患者の特性に応じた訪問診療について
3. 往診について
4. **在宅医療における24時間の医療提供体制の確保について**
5. 在宅における緩和ケアについて
6. 在宅における看取りについて
7. 訪問栄養食事指導について

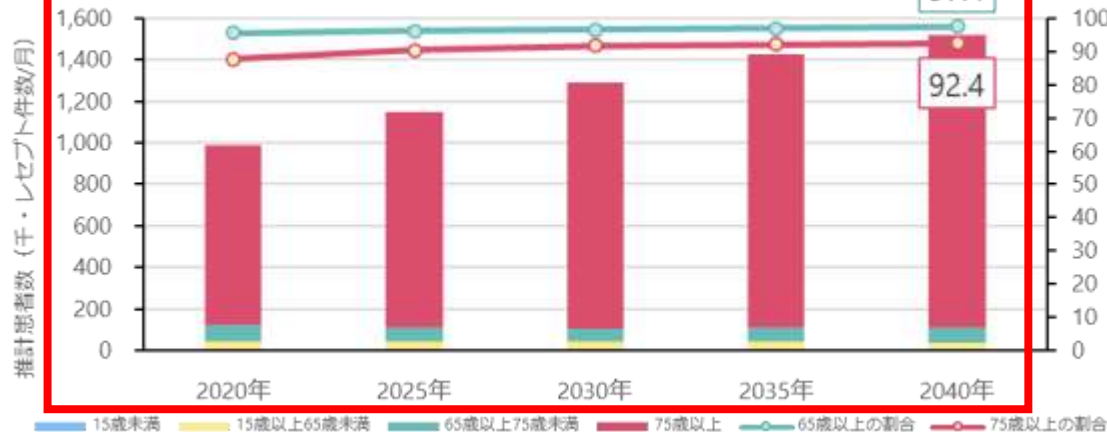
訪問診療の必要量について

- 年齢とともに訪問診療の受療率は増加し、特に85歳以上で顕著となる。
- 訪問診療の利用者数は今後も増加し、2025年以降に後期高齢者の割合が9割以上となることを見込まれる。
- 訪問診療の利用者数は多くの地域で今後も増加し、305の二次医療圏において2040年以降に訪問診療利用者数のピークを迎えることを見込まれる。

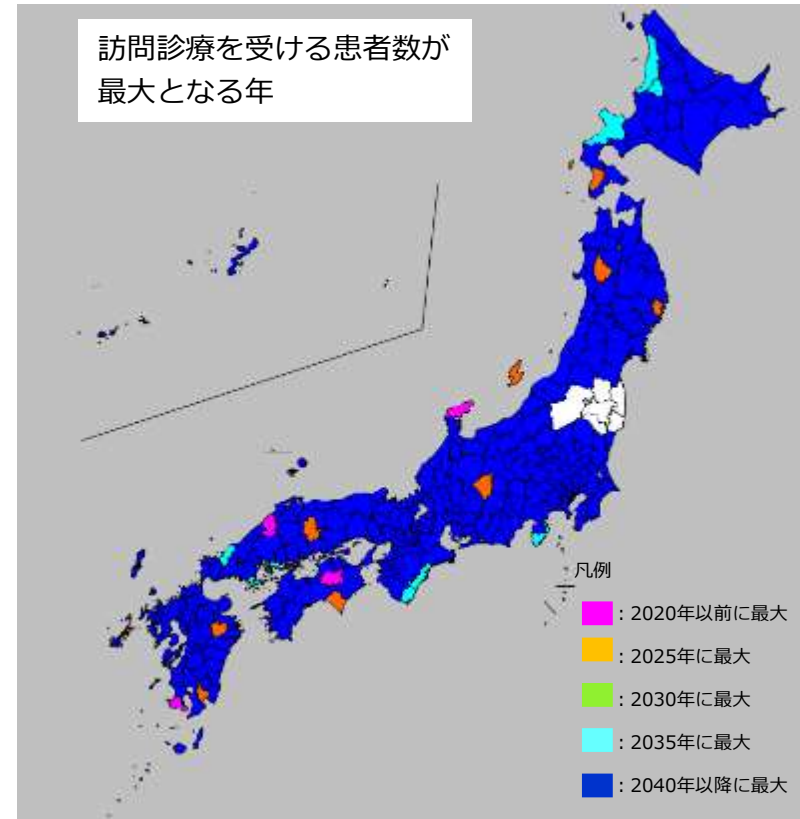
年齢階級別の訪問診療受療率（2019年度）



年齢階級別の訪問診療の将来推計



訪問診療を受ける患者数が最大となる年



【出典】

受療率：NDBデータ（2019年度診療分）、住民基本台帳に基づく人口（2020年1月1日時点）を基に受療率を算出。

推計方法：NDBデータ（※1）及び住民基本台帳人口（※2）を基に作成した2019年度の性・年齢階級・都道府県別の訪問診療の受療率を、二次医療圏別の将来推計人口（※3）に機械的に適用して推計。なお、福島県については、東日本大震災等の影響により、市町村別人口がないことから推計を行っていない。

※1 2019年度における在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）のレセプトを集計。

※2 2020年1月1日時点の住民基本台帳人口を利用。

※3 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年推計）」（出生中位・死亡中位）を利用。

第8次医療計画における「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」について

第8次医療計画へ向けた「在宅医療の体制構築に係る指針」において、①退院支援、②日常療養支援、③急変時の対応、④看取りの在宅医療の4つの機能の整備に向け、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」を医療計画に位置付けることとし、記載内容について整理した。

<「在宅医療の体制構築に係る指針」>

第2 医療体制の構築に必要な事項

2 各医療機能との連携

(5) 在宅医療において積極的役割を担う医療機関

前記(1)から(4)までに掲げる目標の達成に向けて、自ら24時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、他の医療機関の支援も行いながら、医療や介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援を行う病院・診療所を、在宅医療において積極的役割を担う医療機関として医療計画に位置付けること。また、在宅医療において積極的役割を担う医療機関については、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院等の地域において在宅医療を担っている医療機関の中から位置づけられることが想定される。

なお、医療資源の整備状況が地域によって大きく異なることを勘案し、在宅医療において積極的役割を担う医療機関以外の診療所及び病院についても、地域の実情に応じて引き続き、地域における在宅医療に必要な役割を担うこととする。

① 目標

- ・在宅医療の提供及び他医療機関の支援を行うこと
- ・多職種が連携し、包括的、継続的な在宅医療を提供するための支援を行うこと
- ・災害時および災害に備えた体制構築への対応を行うこと
- ・患者の家族への支援を行うこと

② 在宅医療において積極的役割を担う医療機関に求められる事項

- ・医療機関（特に一人の医師が開業している診療所）が必ずしも対応しきれない夜間や医師不在時、患者の病状の急変時等における診療の支援を行うこと
- ・在宅での療養に移行する患者にとって必要な医療及び介護、障害福祉サービスが十分確保できるよう、関係機関に働きかけること
- ・臨床研修制度における地域医療研修において、在宅医療の現場での研修を受ける機会等の確保に努めること
- ・災害時等にも適切な医療を提供するための計画（人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む。）を策定し、他の医療機関等の計画策定等の支援を行うこと
- ・地域包括支援センター等と協働しつつ、療養に必要な医療及び介護、障害福祉サービスや家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること
- ・入院機能を有する医療機関においては、患者の病状が急変した際の受入れを行うこと

※ 赤字は第8次医療計画へ向けた指針において新たに記載された内容

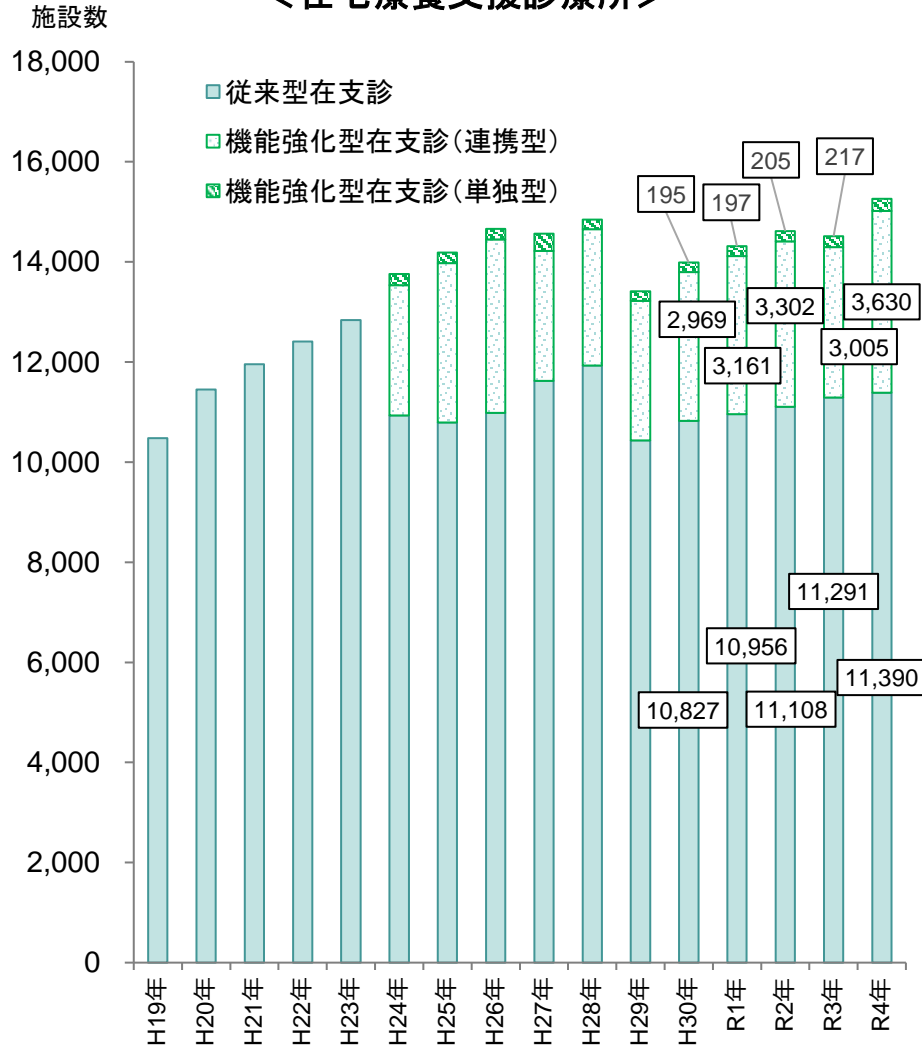
在支診・在支病の施設基準 (参考)

	機能強化型在支診・在支病				在支診在支病	(参考) 在宅療養後方支援病院
	単独型		連携型			
	診療所	病院	診療所	病院		
全ての在支診・在支病の基準	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 ⑦ <u>適切な意思決定支援に係る指針を作成していること</u>					
全ての在支病の基準	「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 ※ 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては280床未満					○ 許可病床数200床以上 ○ 在宅医療を提供する医療機関と連携し、24時間連絡を受ける体制を確保 ○ 連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が24時間可能な体制を確保(病床の確保を含む) ※ やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、対応可能な病院を探し紹介すること ○ 連携医療機関との間で、3月に1回以上、患者の診療情報の交換を行い、入院希望患者の一覧表を作成
機能強化型在支診・在支病の基準	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 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績10件以上 ・ <u>在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上</u> ・ <u>地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている</u>	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	⑧ 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績10件以上各医療機関で4件以上 ・ <u>在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上</u> ・ <u>地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている</u>		
	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 いずれか4件以上		⑨ 過去1年間の看取りの実績連携内で4件以上 かつ、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 いずれか2件以上			
⑩ <u>市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等において在宅療養支援診療所以外の診療所等と連携することや、地域において24時間体制での在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい</u>						

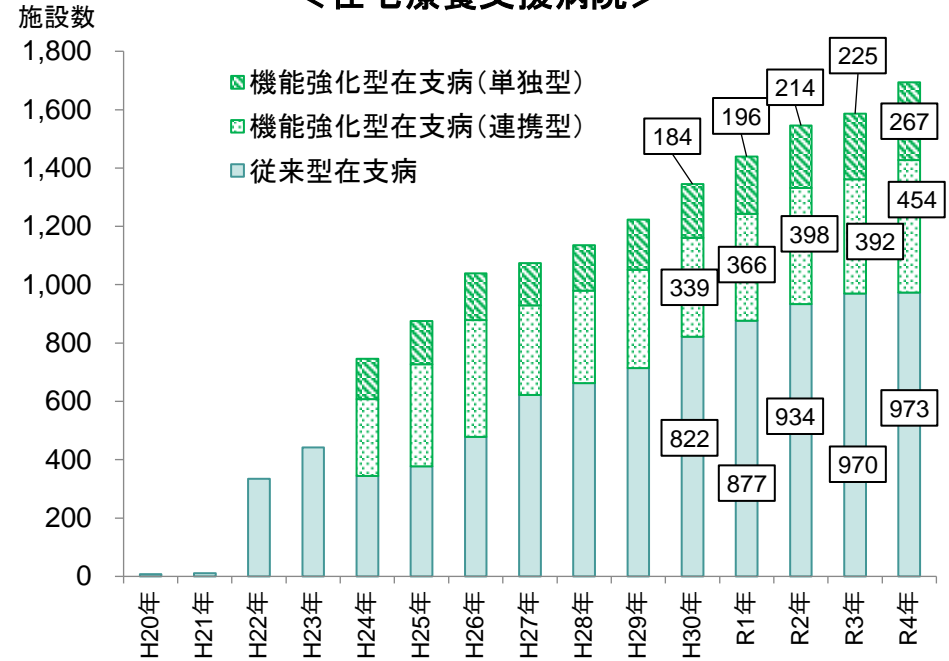
在宅療養支援診療所等の届出数

- 在宅療養支援病院の届出は、近年増加傾向である。
- 在宅療養支援診療所の届出は、近年横ばい傾向であったが、令和4年は増加している。

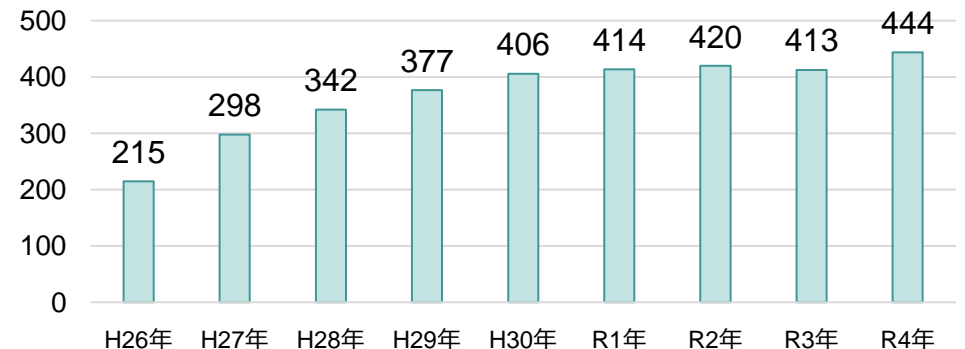
<在宅療養支援診療所>



<在宅療養支援病院>



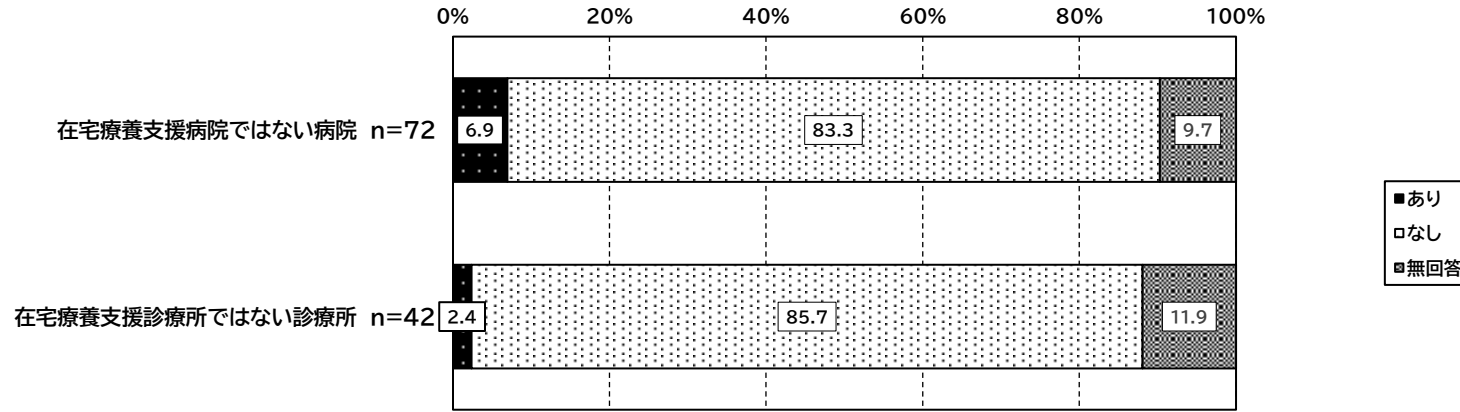
<在宅療養後方支援病院> ※平成26年新設



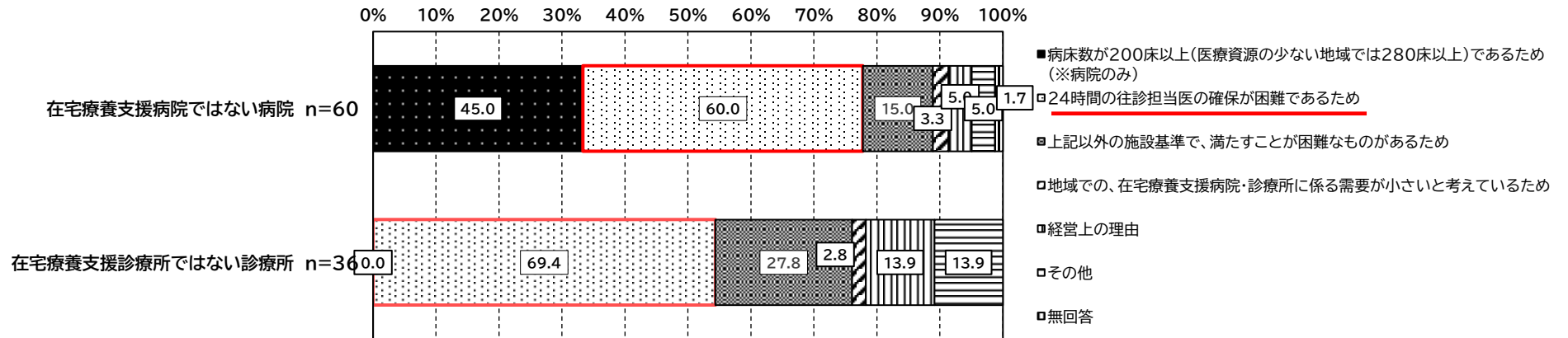
在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の届出を行わない理由

○ 在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の届出を行っていない医療機関において、届出を行わない理由としては、「24時間の往診担当医の確保が困難であるため」がいずれにおいても最多であった。

在宅療養支援診療所・病院の届出予定の有無



届出を行わない理由



在宅療養移行加算について

【在宅療養移行加算】

在宅療養移行加算 1 216点

在宅療養移行加算 2 116点

〔施設基準〕

在宅療養移行加算 1

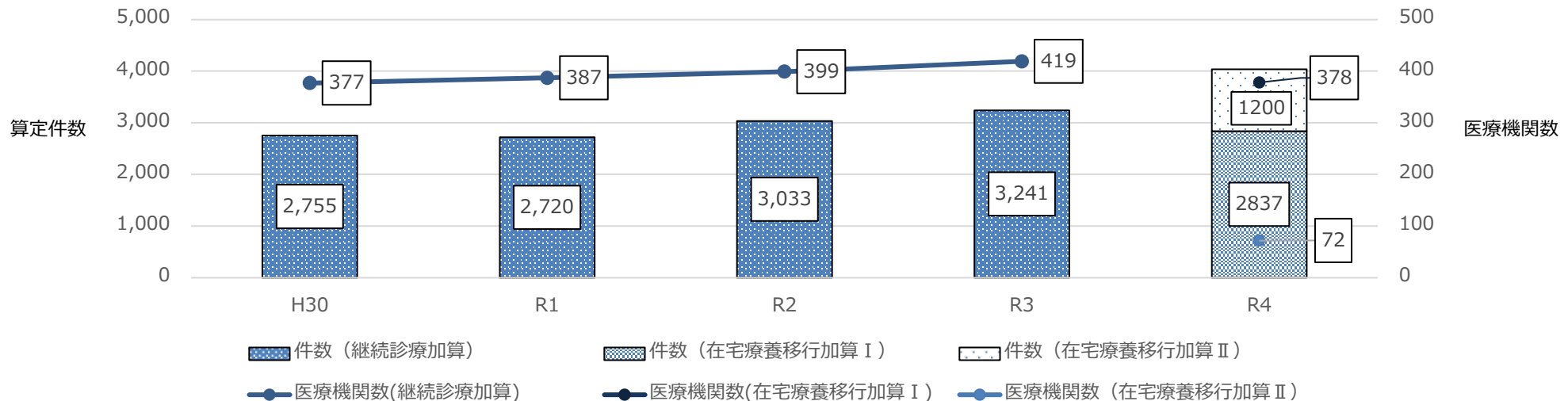
- ア 24時間の往診体制及び24時間の連絡体制を有していること。
- イ 訪問看護が必要な患者に対し、訪問看護ステーションが訪問看護を提供する体制を確保している
- ウ 当該医療機関又は連携する医療機関の連絡担当者の氏名、診療時間内及び診療時間外の連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等並びに往診担当医の氏名等について、患者又は患者の家族に文書により提供し、説明している

在宅療養移行加算 2

- ア 当該医療機関又は連携する他の医療機関が往診を提供する体制を有していること。
- イ 24時間の連絡体制を有していること
- ウ 訪問看護が必要な患者に対し、訪問看護ステーションが訪問看護を提供する体制を確保している
- エ 当該医療機関又は連携する医療機関の連絡担当者の氏名、診療時間内及び診療時間外の連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等並びに往診担当医の氏名等について、患者又は患者の家族に文書により提供し、説明している

注)在宅療養移行加算は、
在支診・在支病では算定できない。

●在宅療養移行加算等の年次推移（各年5月診療分）



在宅療養移行加算等における要件の一覧

○：どちらでもよい ◎：必ず満たす必要がある ×：要件を満たさない -：施設基準上の要件ではない			24時間要件					
			往診を行う体制		訪問看護を行う体制		連絡を受ける体制	
			単独	連携	単独	連携	単独	連携
在宅療養支援診療所	機能強化型	単独型	◎	×	○		◎	×
		連携型	○ (<10)		○ (<10)		○ (<10)	
	その他	○		○		◎	×	
在宅療養支援病院	機能強化型	単独型	◎	×	○		◎	×
		連携型	○ (<10)		○ (<10)		○ (<10)	
	その他	◎	×	○		◎	×	
(新) 在宅療養移行加算 1			○※1		-		○※1	
(新) 在宅療養移行加算 2			※2		-		○※1	

※1：地域医師会等の協力を得て規定する体制を確保することでも差し支えない。（協力してもよい旨を明記しているのみであり、24時間の体制は在宅診療等と同様に満たす必要がある。）

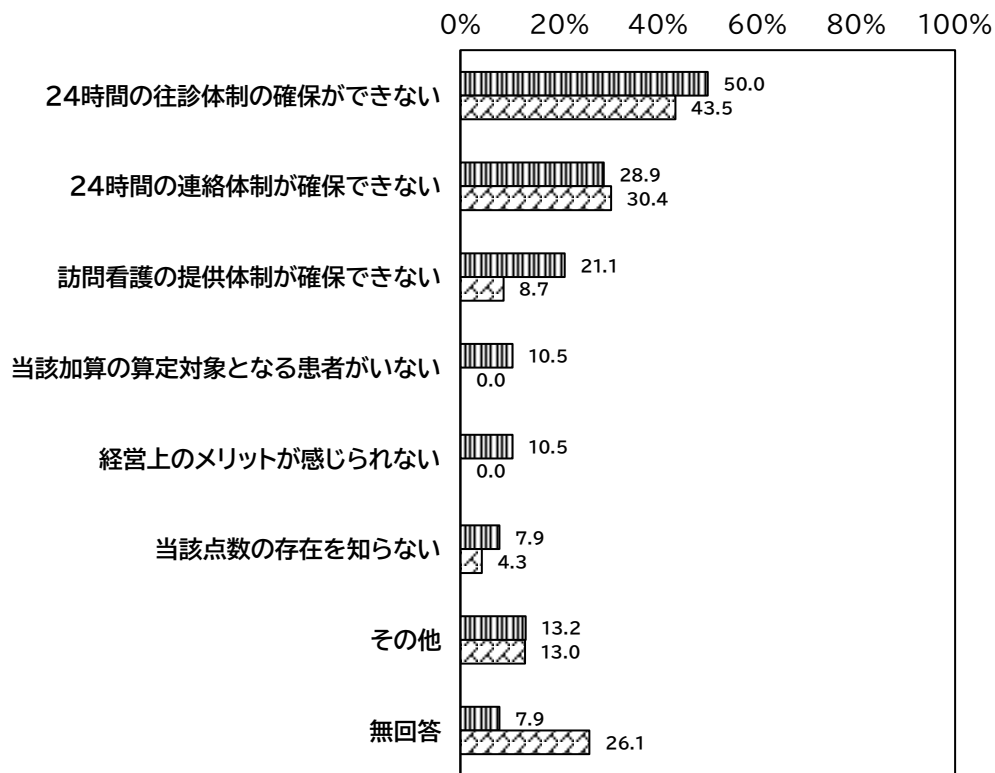
※2：「24時間体制の往診を行う体制」は求めないが、市町村や地域医師会との協力により、**往診が必要な患者に対し、当該医療機関又は連携する他の医療機関が往診を提供する体制を有していること**を要件とする。

<10：連携医療機関数が10未満であること。

在宅療養移行加算1・2を算定していない理由

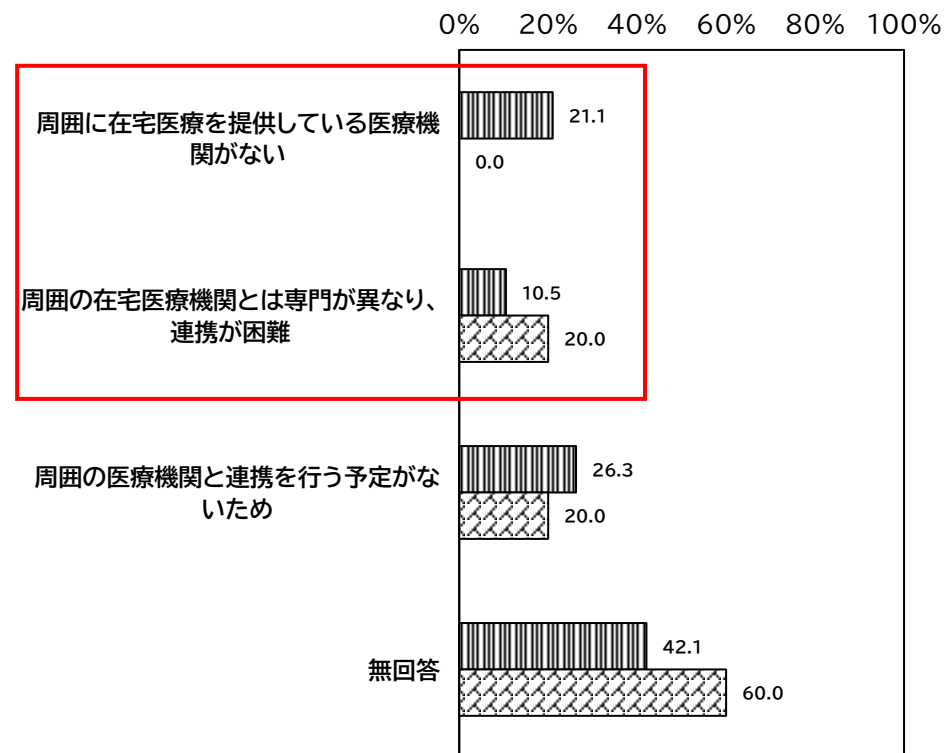
- 在宅療養移行加算1・2を算定していない理由としては、「24時間の往診体制の確保ができない」が最も多かった。
- 24時間の往診体制の確保ができない理由としては、「周囲に在宅医療を提供している医療機関がない」、「周囲の在宅医療機関とは専門が異なり、連携が困難」を選択している医療機関があった。

在宅療養移行加算1、2を算定していない理由
(在宅療養移行加算1、2の算定がない施設)



■在宅療養支援病院ではない病院 n=38 □在宅療養支援診療所ではない診療所 n=23

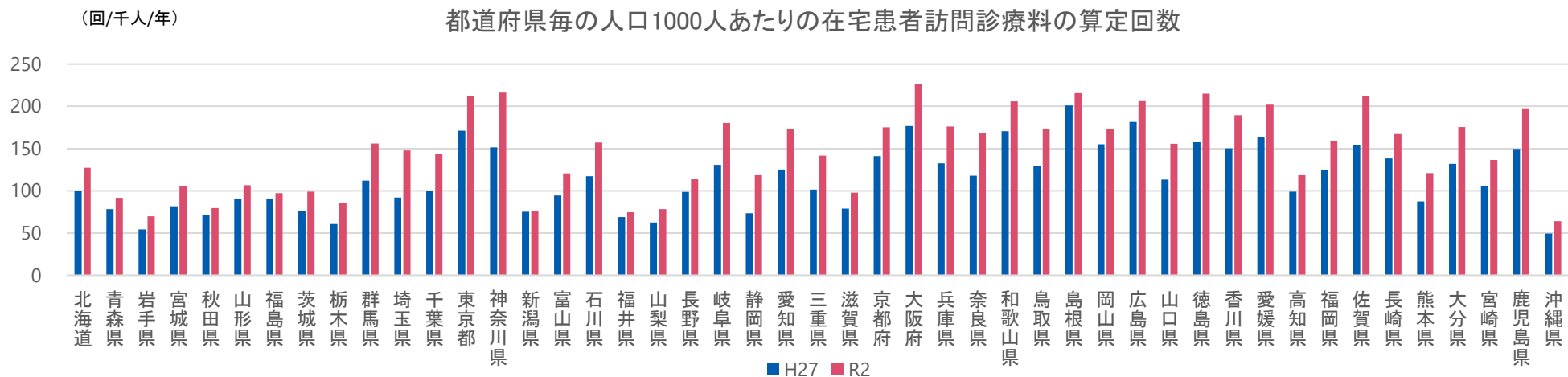
24時間の往診体制を確保していない理由



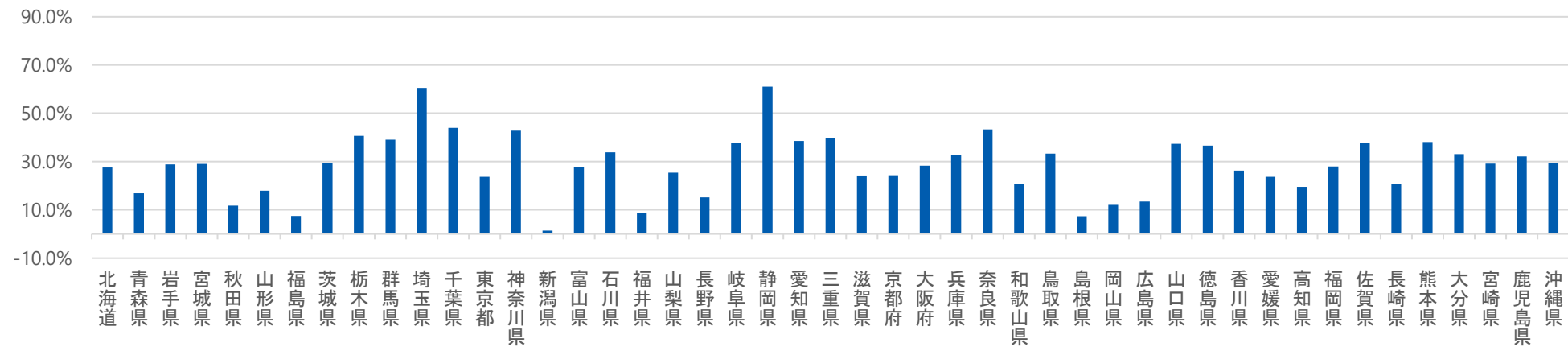
■在宅療養支援病院ではない病院 n=19 □在宅療養支援診療所ではない診療所 n=10

都道府県ごとの在宅患者訪問診療料の算定状況

- 平成27年と令和2年における一年間の人口1000人あたりの都道府県ごとの訪問診療料の算定回数及び増加率は以下のとおり(人口は令和3年度人口動態統計を使用)。
- 全ての地域で在宅患者訪問診療料の算定回数が増加しているが、人口あたりで最大3.5倍の差が生じていた。

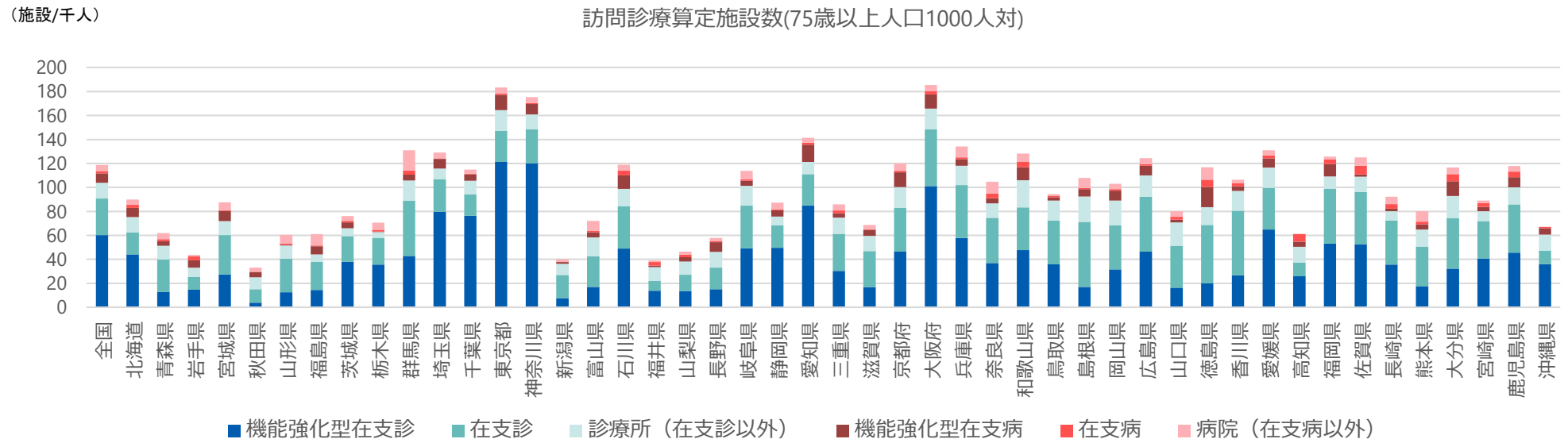
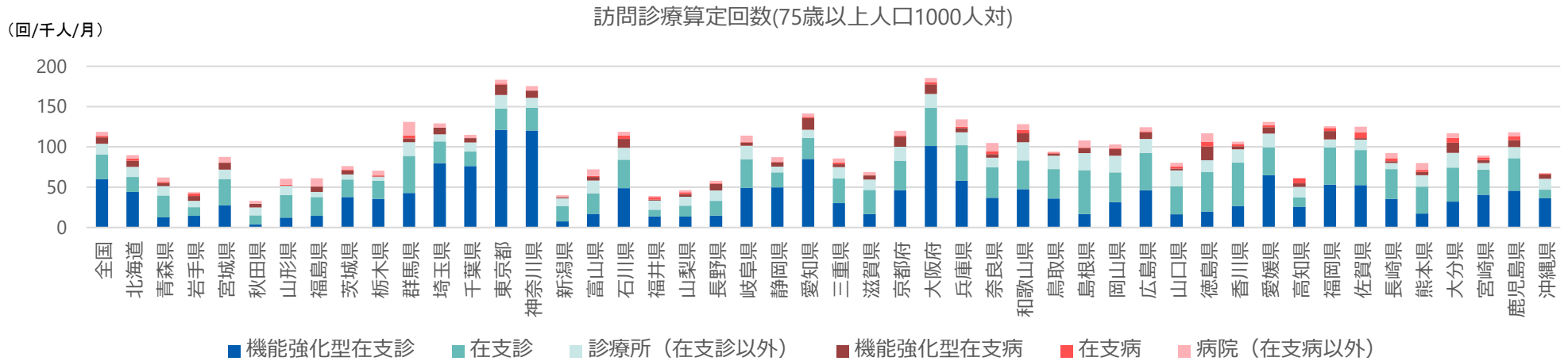


都道府県毎の人口1000人あたりの在宅患者訪問診療料の算定回数の増加率 (H27→R2)



都道府県ごとの在宅患者訪問診療料の算定状況

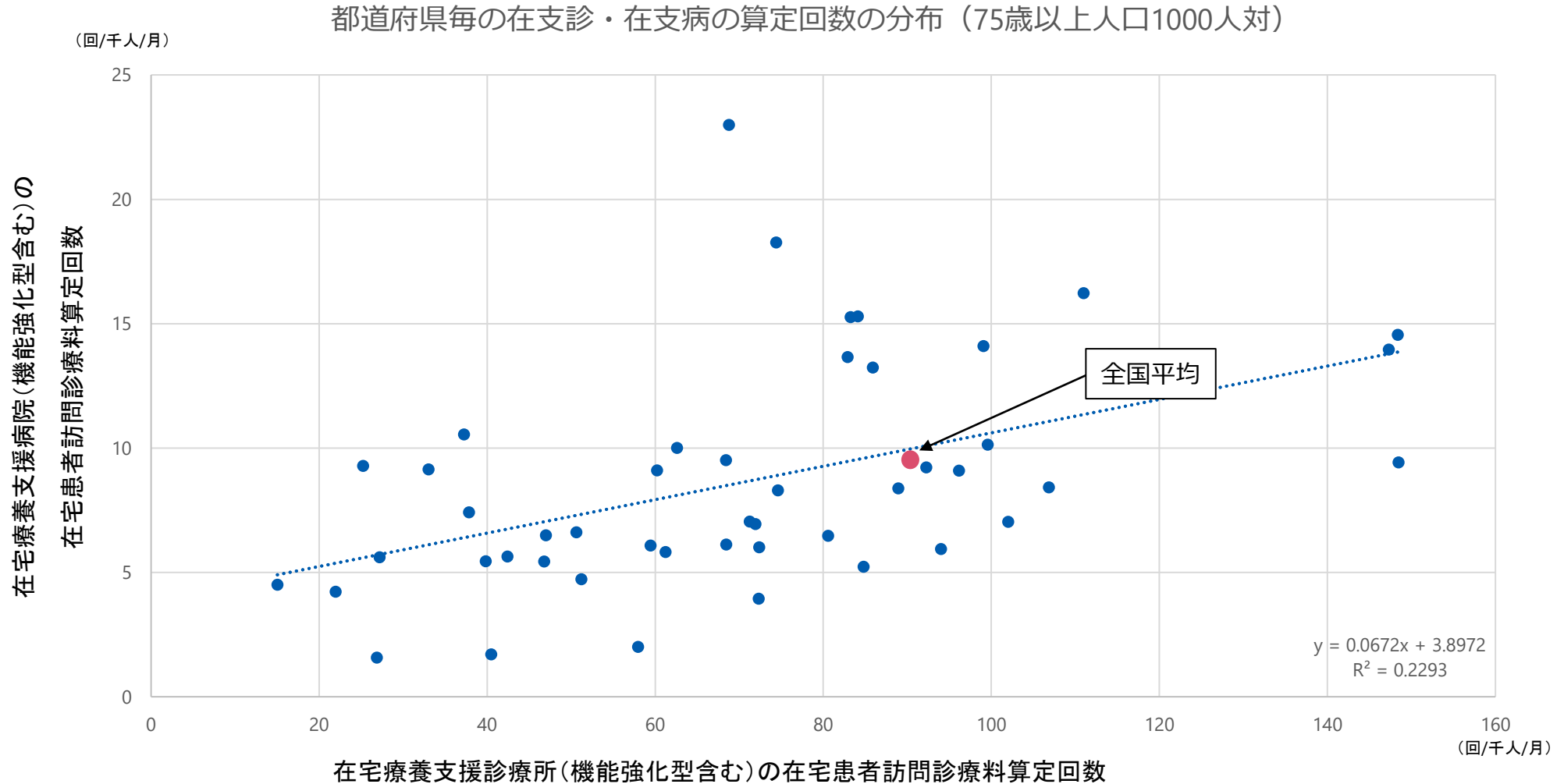
○ 令和4年5月診療分の都道府県ごとの在宅患者訪問診療料の算定回数、在宅医療提供医療機関数について、両者において同様のばらつきを認め、在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院でない診療所・病院が訪問診療を提供している割合が高い都道府県もあった。



出典：NDBオープンデータ、厚生労働省「人口動態統計」（令和3年）、NDBデータ（令和4年5月診療分）より
在宅療養支援診療所・病院については保険局医療課調べ（令和4年7月1日時点）

都道府県ごとの在宅患者訪問診療料の算定回数の分布

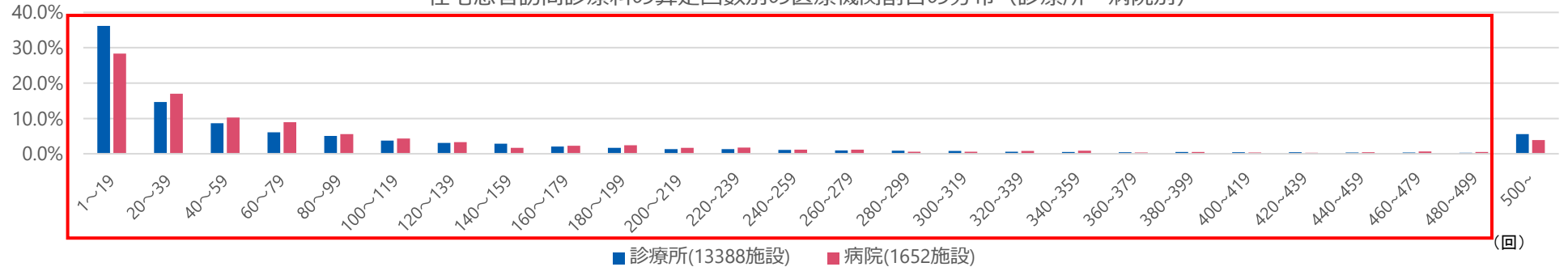
○ 在支診等における在宅患者訪問診療料の算定回数が全国平均より下回っている都道府県の多くは在支病等における在宅患者訪問診療料も低水準であった。



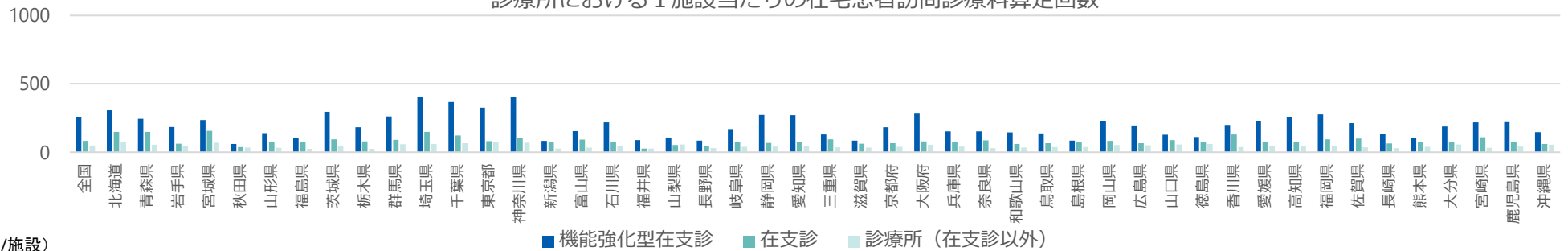
1施設当たりの在宅患者訪問診療料の算定状況

- 医療機関ごとの在宅患者訪問診療料の算定回数について、500回/月未満では、病院の方が在宅患者訪問診療料の算定回数が多い施設の割合が高い傾向であった。
- 都道府県ごとの1施設当たりの在宅患者訪問診療料算定回数を見ると、多くの都道府県において特に機能強化型在支診・在支病における在宅患者訪問診療料の算定回数が多かった。

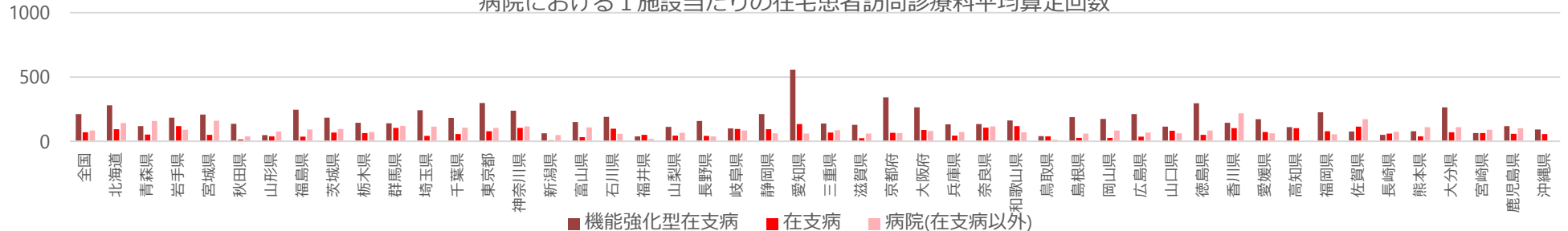
在宅患者訪問診療料の算定回数別の医療機関割合の分布（診療所・病院別）



診療所における1施設当たりの在宅患者訪問診療料算定回数



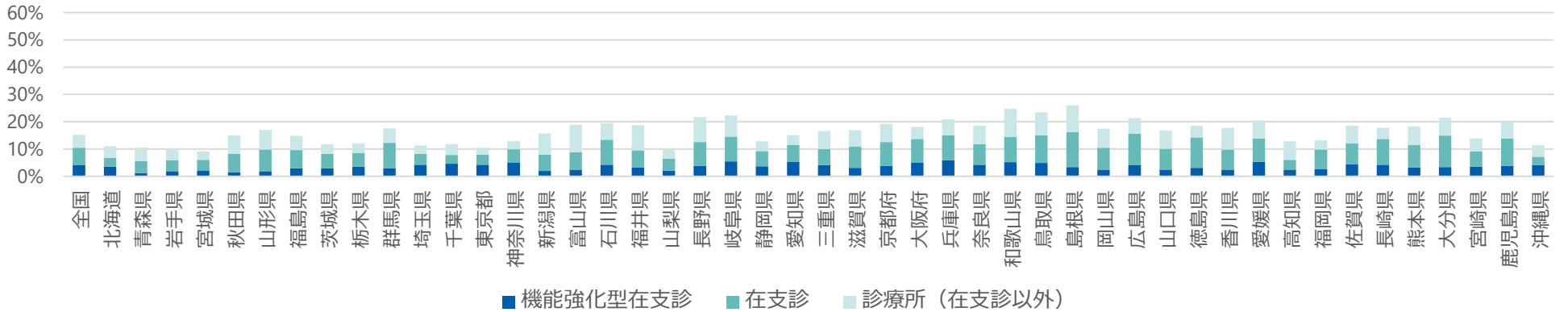
病院における1施設当たりの在宅患者訪問診療料平均算定回数



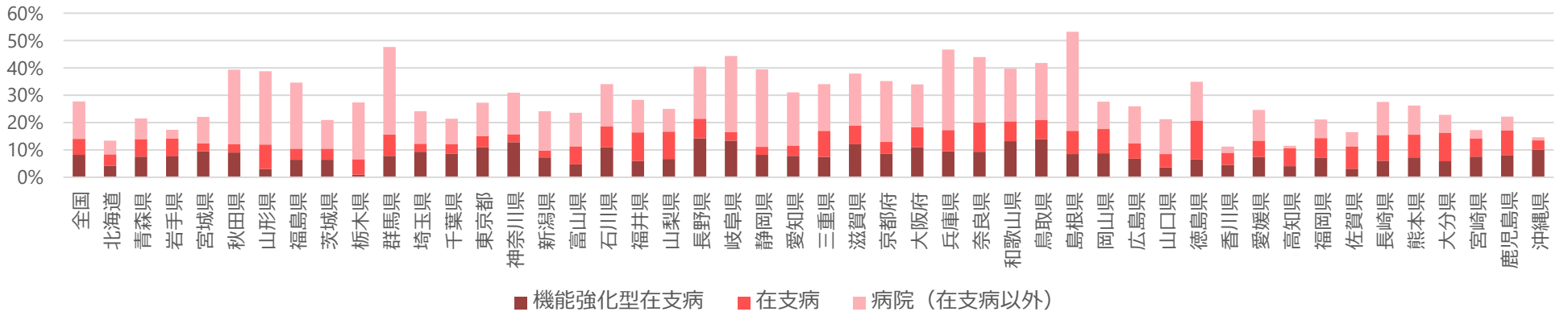
都道府県ごとの訪問診療提供医療機関割合

○ 都道府県ごとの訪問診療提供医療機関割合を見ると、一部都道府県において、在宅療養支援病院以外の病院において訪問診療を提供している割合が高かった。

訪問診療算定医療機関割合（診療所）



訪問診療算定医療機関割合（病院）

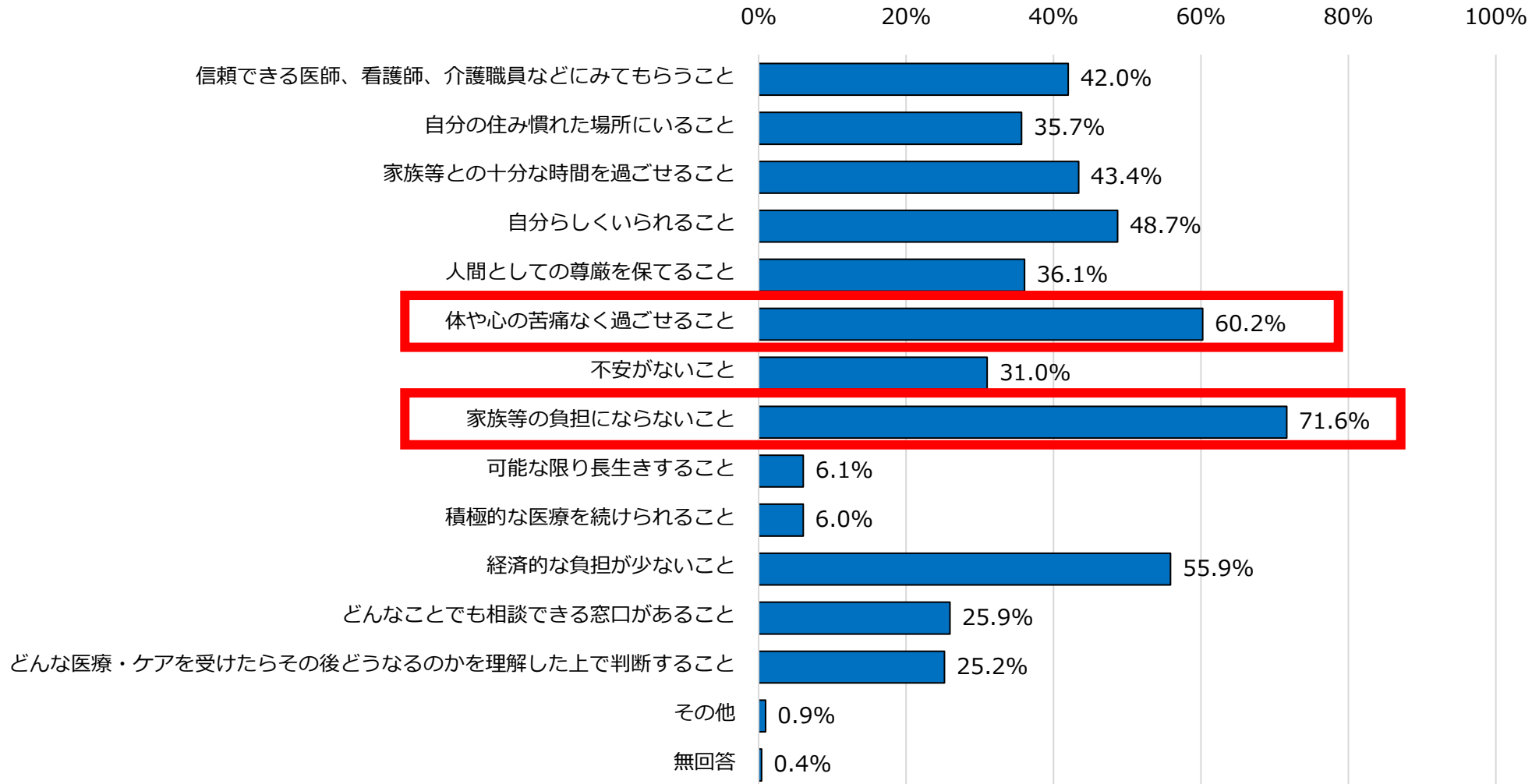


1. 在宅医療の現状等について
2. 患者の特性に応じた訪問診療について
3. 往診について
4. 在宅医療における24時間の医療提供体制の確保について
5. 在宅における緩和ケアについて
6. 在宅における看取りについて
7. 訪問栄養食事指導について

最期を迎えるにあたり重視する点

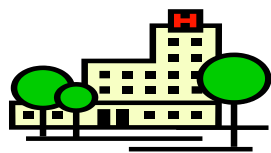
○ 国民がどこで最期を迎えるかを考える際に重要としていることは、「家族等の負担にならないこと」が71.6%、「体や心の苦痛なく過ごせること」が60.2%であった。

最期を迎えるにあたり重視する点<一般国民 (n=3,000) のみ >



わが国における専門的緩和ケア

中医協 総 - 1
29. 10. 4



- ・医療従事者の求めに応じて、専門的な緩和ケアを提供することが目的。
- ・多職種で構成されるチームによって、緩和ケア病棟以外で実施する。

すべてのがん診療連携拠点病院に設置を義務付け



緩和ケア病棟

- ・症状緩和、終末期ケア等が目的。
- ・緩和ケア病棟でケアを専門的・集中的に提供する。

緩和ケアチーム

入院医療

在宅医療



- ・在宅での症状緩和、終末期ケア等が目的。
- ・訪問診療・看護・介護を中心として行われる。

- ✓ 医療用麻薬による痛みの治療、副作用対策、残薬管理
- ✓ 胸水・腹水等の処置
- ✓ 急変時の対応等

在宅緩和ケア

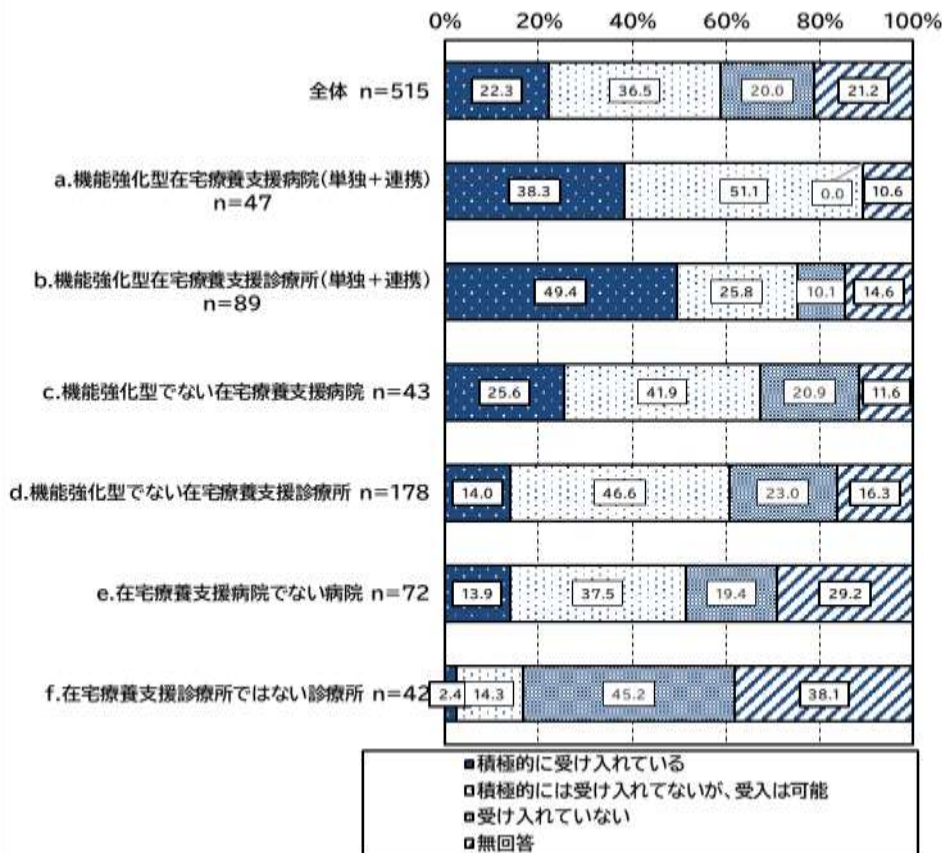


医療機関調査の結果⑫

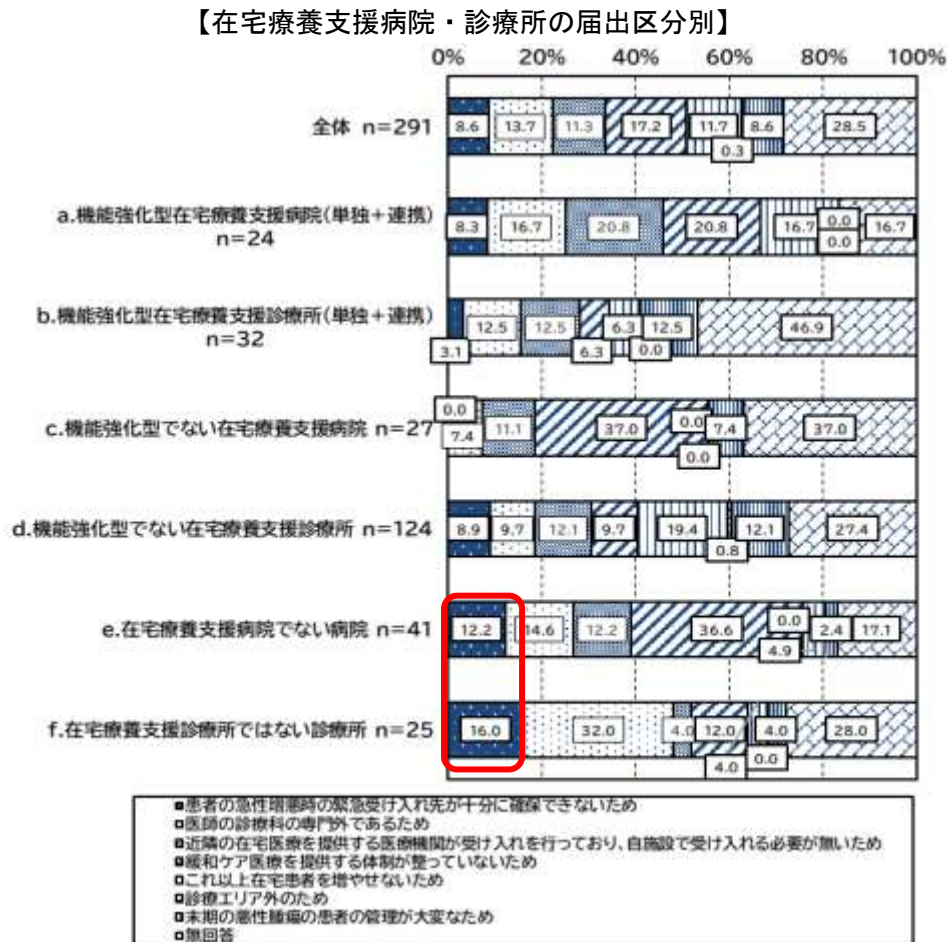
＜末期の悪性腫瘍の患者の受け入れ状況＞（報告書p212,217）

- 末期の悪性腫瘍の患者の受け入れ状況については、「積極的に受け入れている」と回答した医療機関は全体の22.3%であった。
- 末期の悪性腫瘍患者を受け入れていない理由については、「緩和ケア医療を提供する体制が整っていないため」「医師の診療科の専門外であるため」が多い一方、在宅療養支援病院・診療所では「患者の急性増悪時の緊急受け入れ先が十分に確保できないため」が一定程度選択されていた。

図表 2-234 末期の悪性腫瘍の患者の受け入れ状況
【在宅療養支援病院・診療所の届出区分別】

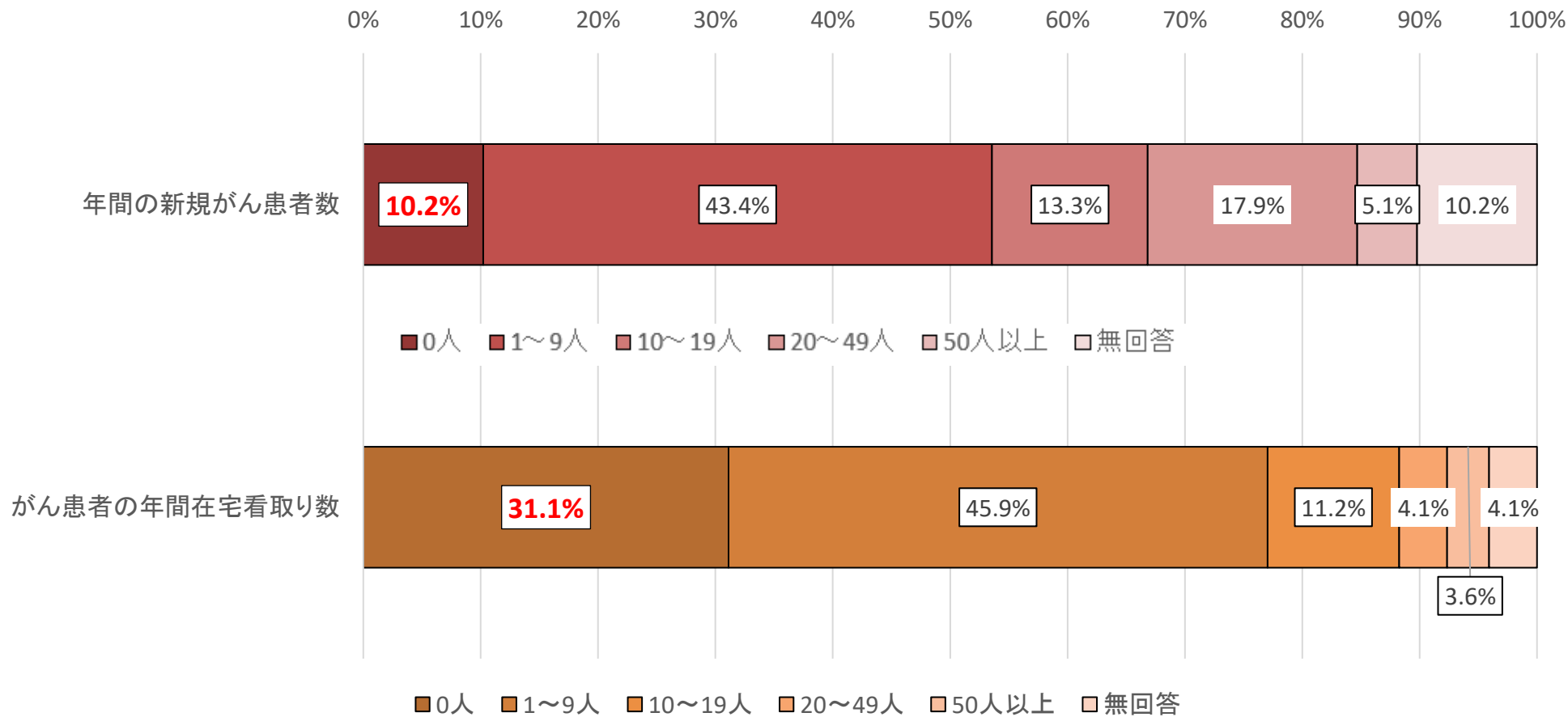


図表 2-239 末期の悪性腫瘍の患者を受け入れていない、積極的には受け入れていない理由
【在宅療養支援病院・診療所の届出区分別】



在宅におけるがん患者の看取り

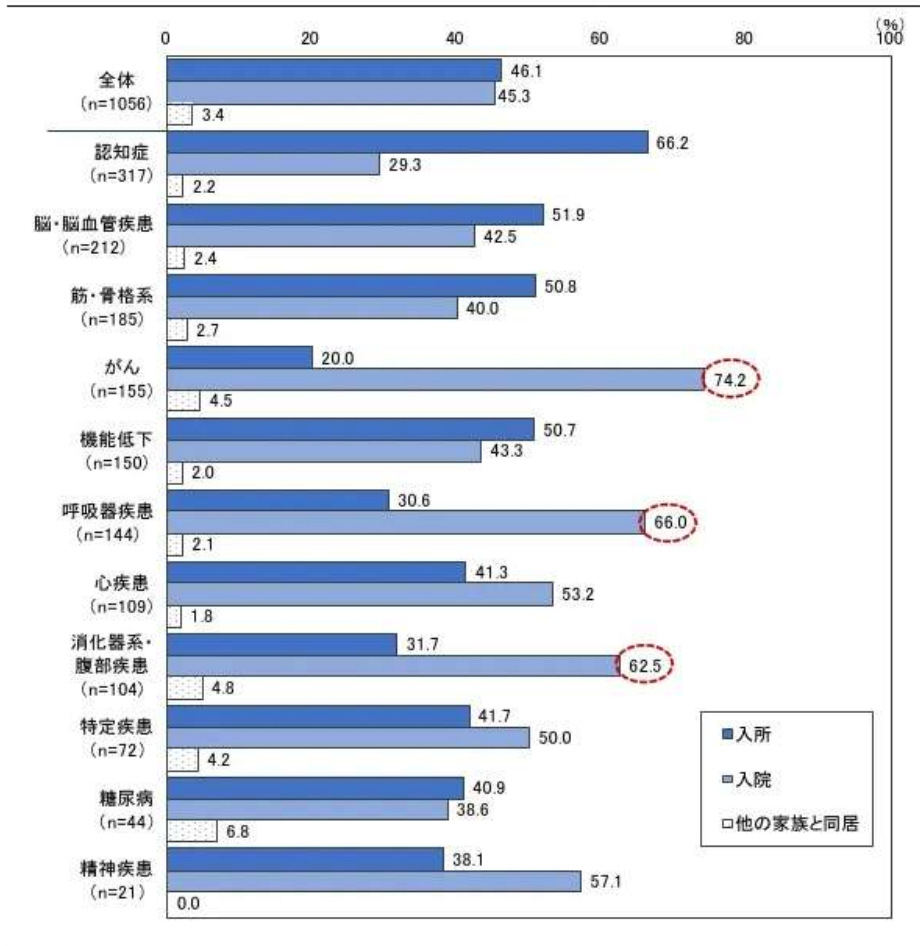
- 在宅療養支援診療所に対して行った調査によると年間の新規がん患者数が0人の医療機関は10.2%であったが、在宅看取り数が0人である医療機関は31.1%であった。
- 在宅での新規がん患者の受入を行っているが看取りには対応できていない診療所が存在することが考えられる。



在宅療養がん患者の転帰や困難になった理由

- がん患者が在宅療養の継続が困難になった場合、74.2%の割合で転帰が入院であるとの報告があり、他の傷病と比較して入院の割合が高いとの報告もあった。
- がん患者が在宅療養が困難になった理由としては、疼痛、悪化及び進行が多い。

図表 2-24 転帰 - 主な傷病別



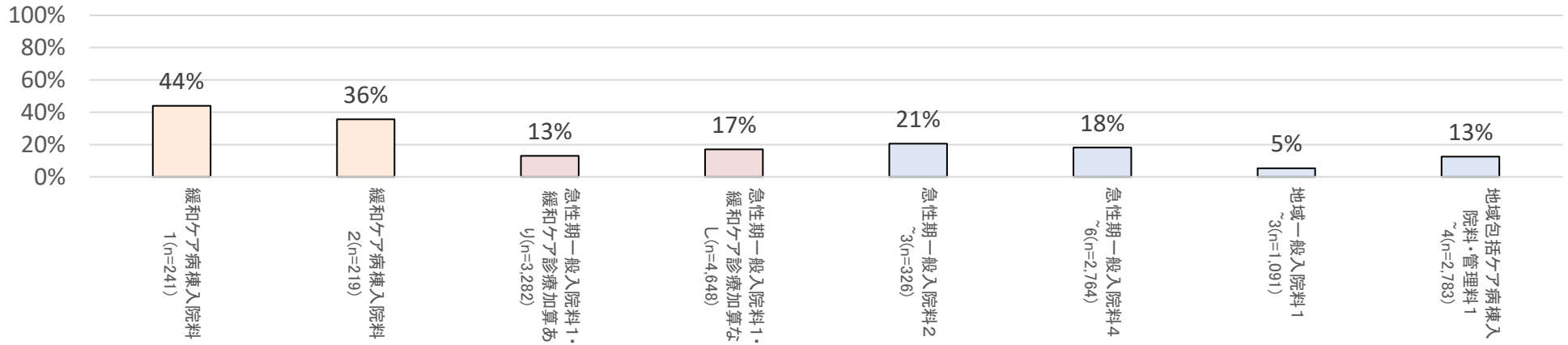
図表 2-19 自宅での在宅療養が困難になった理由 (複数計上) - 主な傷病別

疾患	状態	認知症		脳・脳血管疾患		筋・骨格系疾患		がん		機能低下	
		独居 (n=152)	同居 (n=158)	独居 (n=71)	同居 (n=131)	独居 (n=76)	同居 (n=96)	独居 (n=76)	同居 (n=77)	独居 (n=58)	同居 (n=90)
疾患	認知症	35.0	27.2	8.5	8.4	19.7	12.5	5.3	7.8	6.9	4.4
	肺炎	2.6	10.8	8.5	17.6	6.6	6.3	2.6	7.8	8.6	13.3
	骨折	8.6	4.4	8.5	3.8	23.7	17.7	0.0	2.6	13.8	1.1
	疼痛	0.7	0.0	1.4	0.8	0.0	4.2	10.5	15.6	1.7	0.0
	糖尿病	2.6	0.6	1.4	0.8	1.3	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	感染	2.6	1.9	1.4	3.1	0.0	2.1	0.0	2.6	3.4	4.4
	在宅での処置困難	0.7	0.6	0.0	0.8	1.3	1.0	5.3	2.6	1.7	0.0
状態	入院	16.4	19.6	19.7	25.2	31.6	28.1	22.4	32.5	19.0	27.8
	悪化	8.6	7.6	4.2	8.4	9.2	9.4	15.8	14.3	3.4	5.6
	進行	19.7	13.3	9.9	2.3	11.8	6.3	10.5	11.7	10.3	3.3
	転倒	12.5	3.8	11.3	2.3	22.4	10.4	3.9	3.9	10.8	3.3
	発症	2.6	2.5	2.8	4.6	6.6	4.2	5.3	2.6	3.4	7.8
	管理	9.2	0.6	2.8	2.3	5.3	2.1	2.6	5.2	3.4	2.2
	増悪	2.6	2.5	5.6	1.5	2.6	3.1	2.6	7.8	0.0	4.4
	誤嚥	1.3	5.1	2.8	8.4	2.6	5.2	0.0	1.3	3.4	5.6
	経口	2.0	1.9	0.0	3.8	2.6	1.0	9.2	2.6	1.7	7.8
	徘徊	5.3	1.9	0.0	0.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	嚥下	0.7	0.0	1.4	3.8	0.0	0.0	0.0	0.0	1.7	1.1
	再発	0.0	0.0	4.2	3.8	1.3	0.0	0.0	0.0	3.4	0.0
	意識	0.0	0.6	0.0	1.5	0.0	1.0	2.6	1.3	1.7	0.0
	急変	0.0	0.6	0.0	0.8	1.3	0.0	2.6	0.0	0.0	0.0
日常生活	食	9.2	8.2	8.5	6.9	10.5	5.2	18.4	9.1	12.1	10.0
	ADL	10.5	0.0	8.5	2.3	10.5	0.0	7.9	0.0	8.6	0.0
	歩行	4.6	1.9	5.6	1.5	9.2	7.3	1.3	1.3	10.3	1.1
	不安	0.7	1.3	0.0	1.5	2.6	2.1	3.9	6.5	1.7	0.0
	日常生活困難	5.9	0.0	4.2	0.8	3.9	0.0	1.3	0.0	5.2	1.1
	薬	5.9	0.6	1.4	0.8	5.3	1.0	2.6	1.3	3.4	0.0
	移動	0.0	0.0	7.0	0.8	2.6	3.1	2.6	1.3	5.2	1.1
外出	0.7	1.3	1.4	0.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.1	
火	2.0	0.0	1.4	0.0	0.0	0.0	1.3	0.0	0.0	0.0	
介護者	介護	11.2	50.6	14.1	52.7	10.5	43.8	15.8	40.3	10.3	45.6
	家族	6.6	19.6	16.3	22.1	10.5	16.7	11.8	26.0	13.8	26.7
	死亡	3.3	5.1	2.8	3.8	7.9	4.2	7.9	2.6	8.6	3.3
	病気	0.7	2.5	1.4	0.8	0.0	3.1	0.0	2.6	0.0	0.0
	仕事	0.7	1.9	0.0	0.8	0.0	2.1	0.0	2.6	1.7	4.4
	虐待	0.7	0.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.1
日中独居	0.0	0.0	0.0	0.8	0.0	0.0	0.0	1.3	0.0	0.0	
その他	2.6	1.9	1.4	0.8	3.9	1.0	1.3	2.6	8.6	4.4	

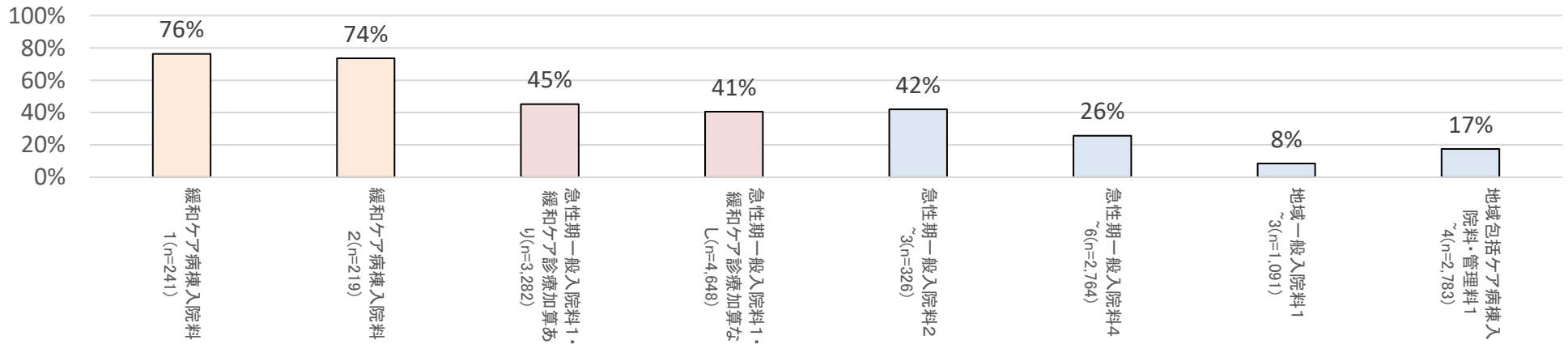
在宅患者受け入れ病棟割合

○ 令和4年7月～12月の期間に自院及び他院で在宅医療を受けている悪性腫瘍の患者を受け入れた医療機関の割合は以下のとおり。緩和ケア病棟においては、自院・他院ともに入院患者を受け入れている割合が高い。

自院で在宅医療を受けている患者の受入実績がある病棟割合



他院で在宅医療を受けている患者の受入実績がある病棟割合



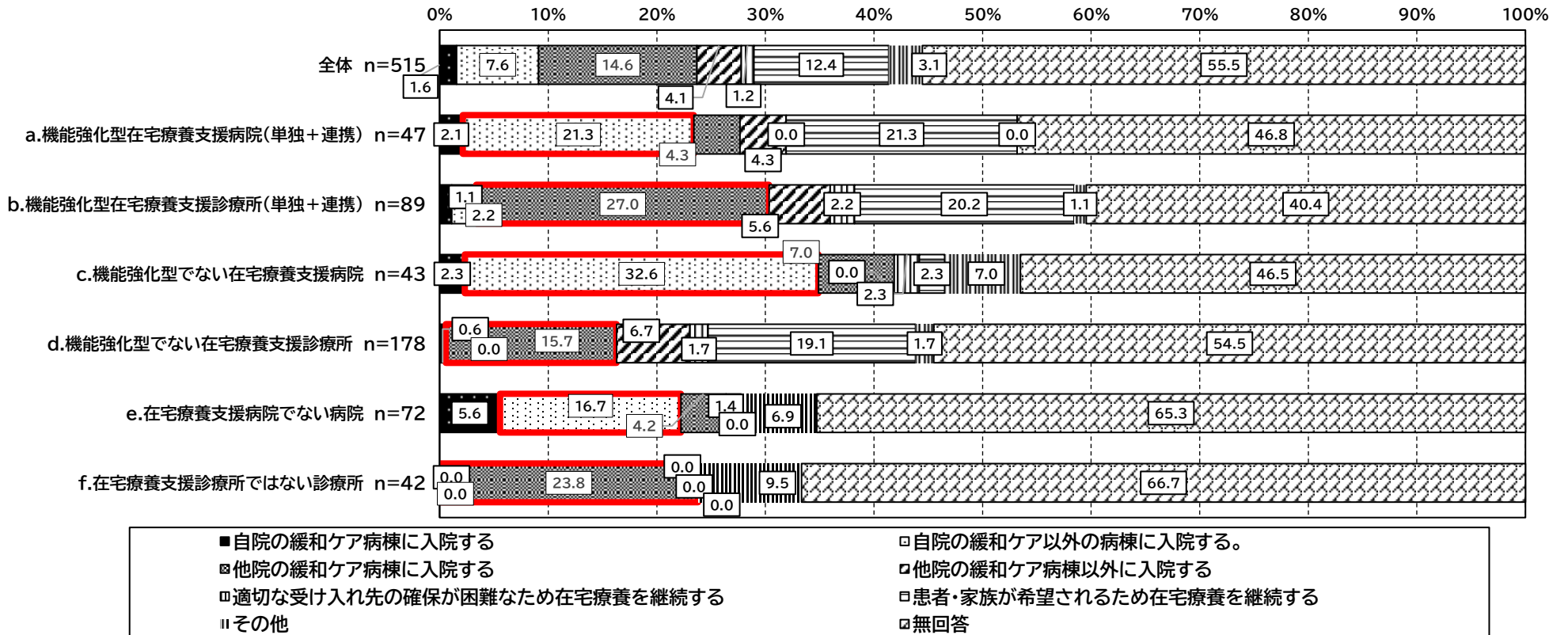
出典：DPCデータ(令和4年7月～12月)、医療機関数は保険局医療課調べ(令和4年7月1日時点)

※ 緩和ケア病棟において、施設基準におけるデータ提出加算の届出の要件に対する経過措置の医療機関は集計対象に含まれない。

在宅における緩和ケアの入院先

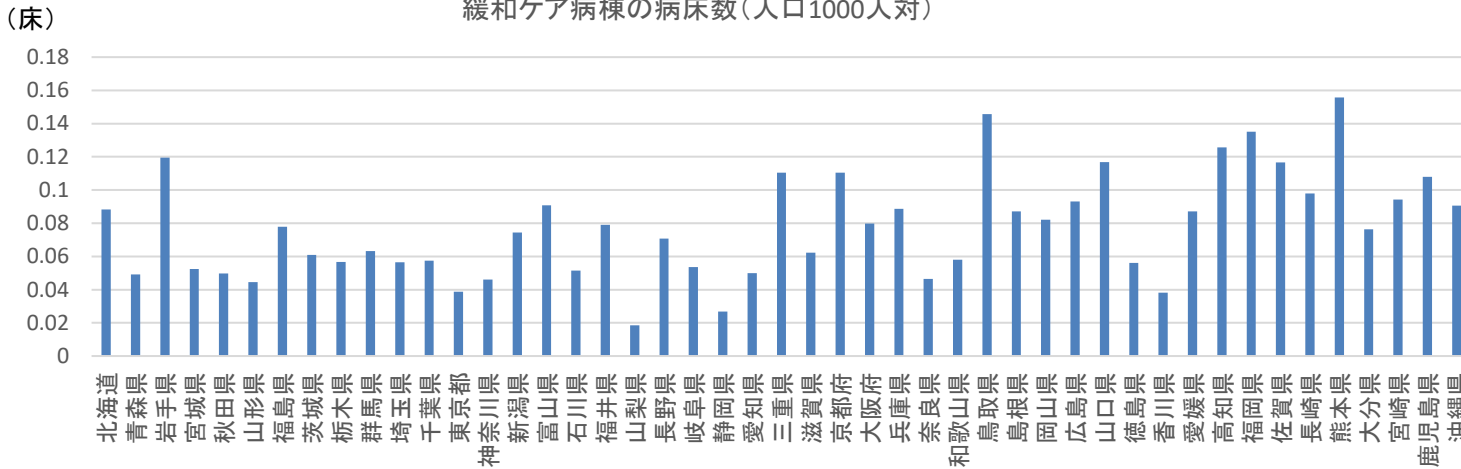
○ 在宅療養で鎮痛療法を行っている患者が疼痛コントロール不良になった場合、病院では自院の緩和ケア病棟以外の病棟に入院する割合が高かったが、診療所では他院の緩和ケア病棟に入院させる割合が高かった。

在宅療養で鎮痛療法を行っている患者が疼痛コントロール不良になった場合の対応で、最も該当する件数が多かったもの

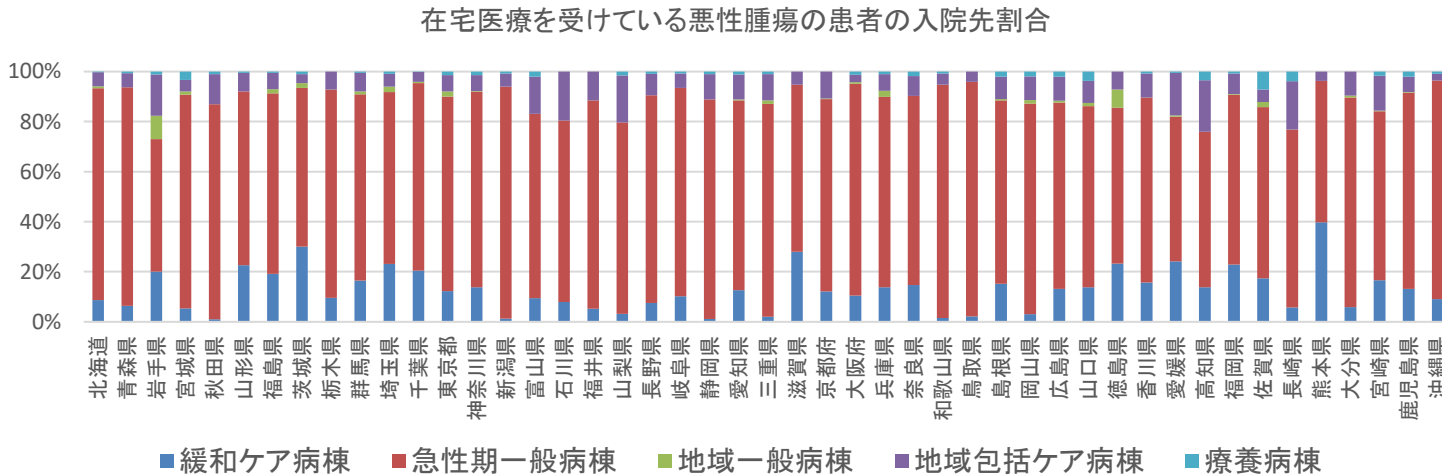
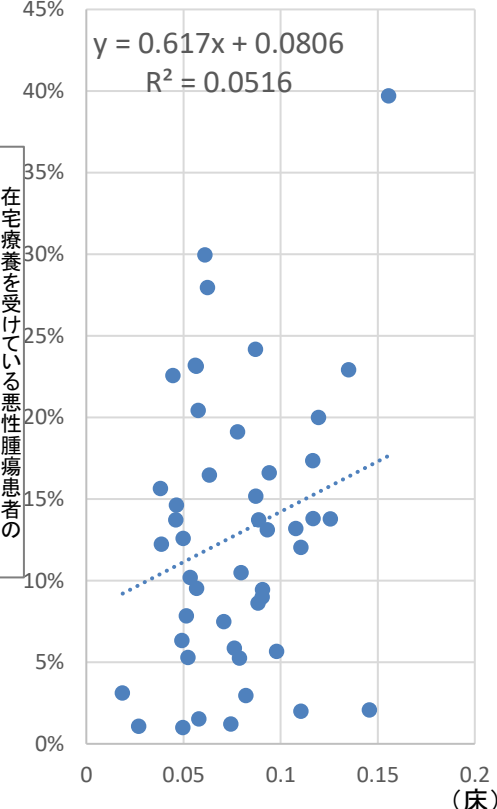


都道府県ごとの緩和ケア病棟の病床数

○ 緩和ケア病棟の病床数については、各都道府県でばらつきがあり、病床数が多い都道府県では在宅医療を受けている悪性腫瘍の患者で緩和ケア病棟に入院する患者が多いが、緩和ケア病棟の病床数が多いにもかかわらず、緩和ケア病棟であまり入院受け入れをしない都道府県も存在する。



緩和ケア病棟の病床数と
緩和ケア病棟における患者受け入れ割合 (47都道府県)



出典: 病床機能報告(令和3年)、厚生労働省「人口動態統計」(令和3年)、DPCデータ(令和4年7月~12月診療分)

※ 緩和ケア病棟において、施設基準におけるデータ提出加算の届出の要件に対する経過措置の医療機関は集計対象に含まれない。

在宅がん医療総合診療料の概要

在宅がん医療総合診療料（1日につき）

- | | | |
|---|-----------------|--------|
| 1 | 機能強化型の在支診・在支病 | |
| | イ 病床を有する場合 | |
| | (1) 処方箋を交付する場合 | 1,800点 |
| | (2) 処方箋を交付しない場合 | 2,000点 |
| | イ 病床を有しない場合 | |
| | (1) 処方箋を交付する場合 | 1,650点 |
| | (2) 処方箋を交付しない場合 | 1,850点 |
| 2 | 機能強化型以外の在支診・在支病 | |
| | イ 処方箋を交付する場合 | 1,495点 |
| | ロ 処方箋を交付しない場合 | 1,685点 |

注) 在宅がん医療総合診療料は、
在支診・在支病のみ届出可能。



小児加算（※）
1,000点(週に1回)

[算定要件]（抜粋）

- **在宅での療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者**であって通院が困難なものについて算定する。
- 計画的な医学管理の下に、次に掲げる基準のいずれにも該当する総合的な医療を提供した場合に、1週間を単位として当該基準を全て満たした日に算定する。
 - ア 当該患者に対し、**訪問診療又は訪問看護を行う日が合わせて週4日以上**であること。
 - イ 訪問診療の回数が週1回以上であること。
 - ウ 訪問看護の回数が週1回以上であること。

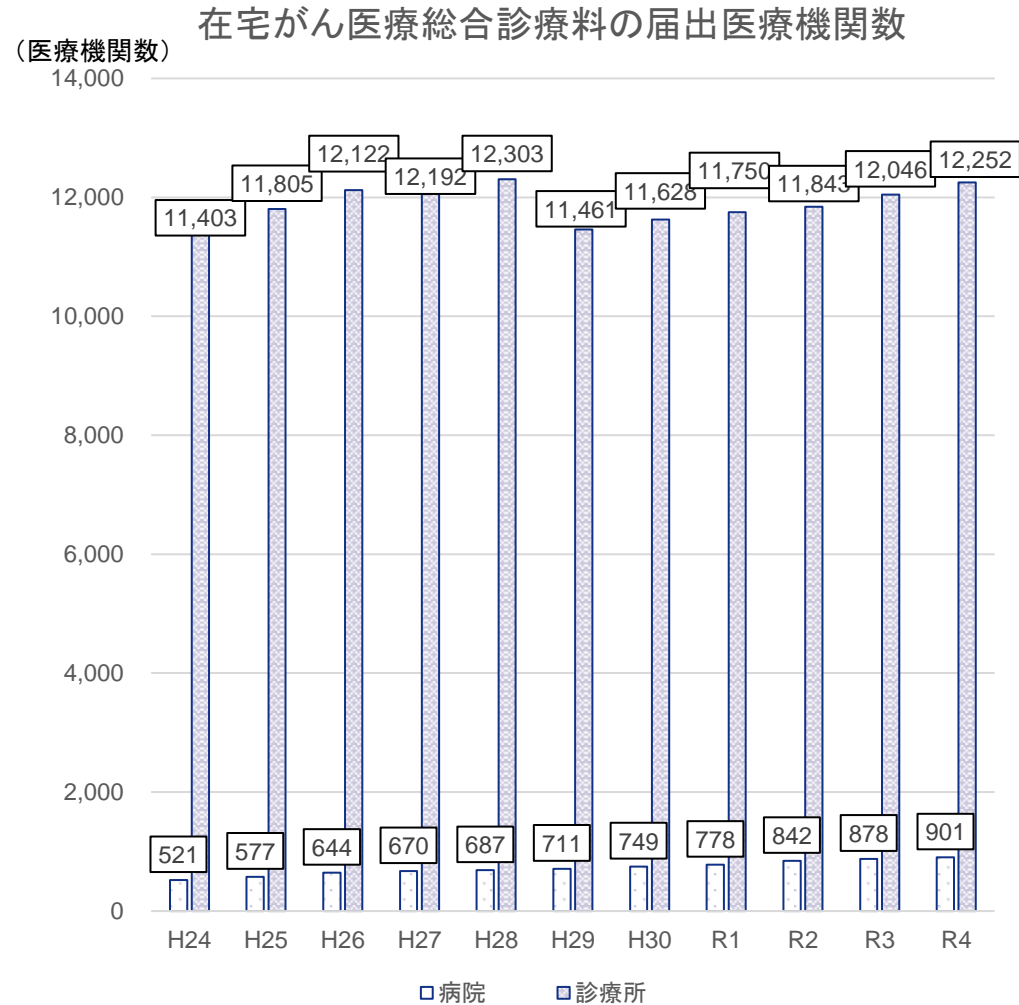
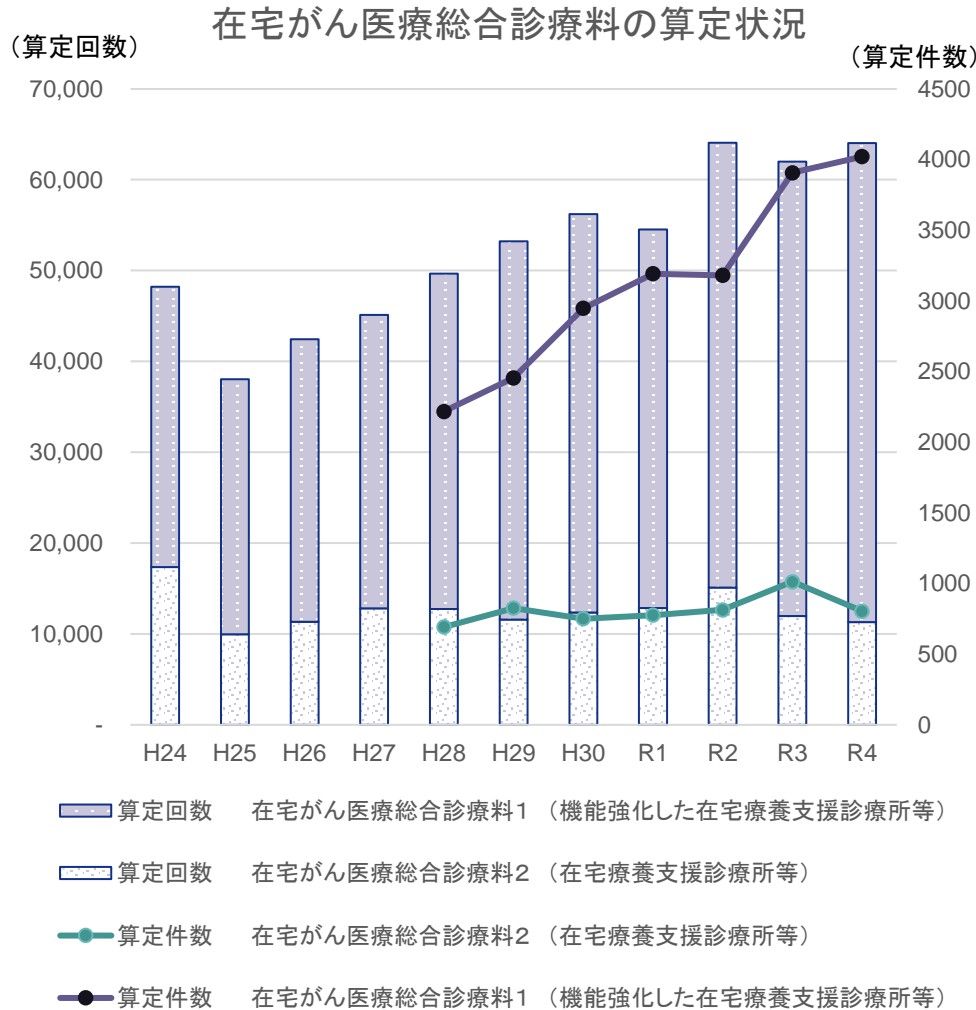
[施設基準]（抜粋）

- 居宅において療養を行っている末期の悪性腫瘍患者であって通院が困難なものに対して、計画的な医学管理の下に総合的な医療を提供できること。
- 患者に対し、定期的に訪問診療及び訪問看護を実施できる体制があること。
- 患者の症状急変等により、患者等から求めがあった場合に、常時対応ができる体制があること。

（※）小児加算は15歳未満の小児（児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）について算定。

在宅がん医療総合診療料の算定状況等

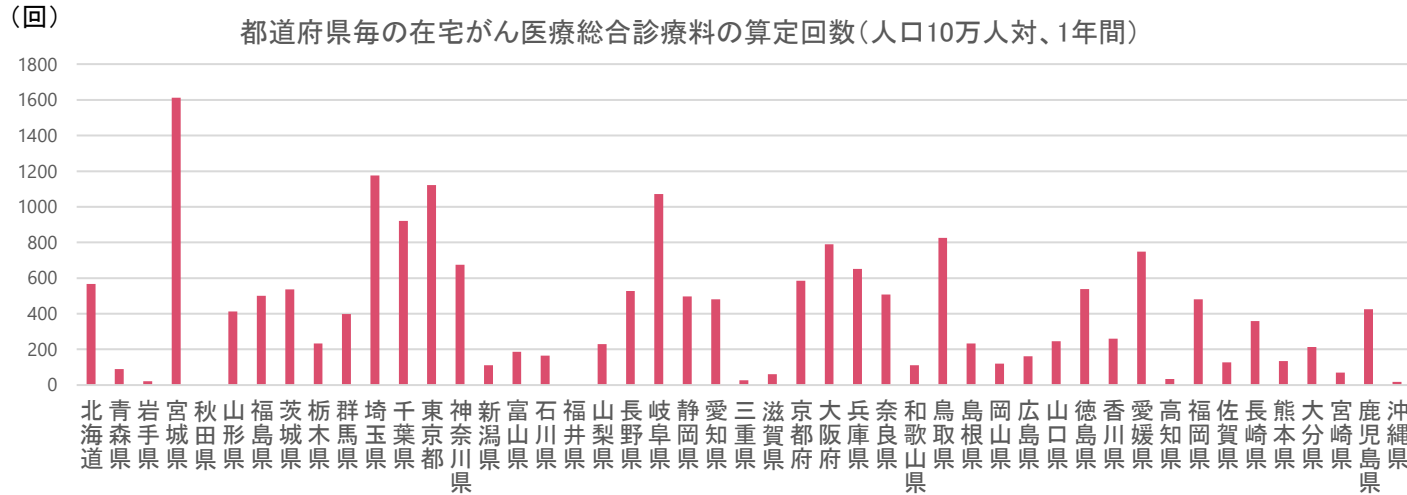
- 在宅がん医療総合診療料の算定回数は近年横ばいであるが、算定件数は増加傾向である。
- 届出医療機関数については、在宅療養支援病院で増加傾向である。



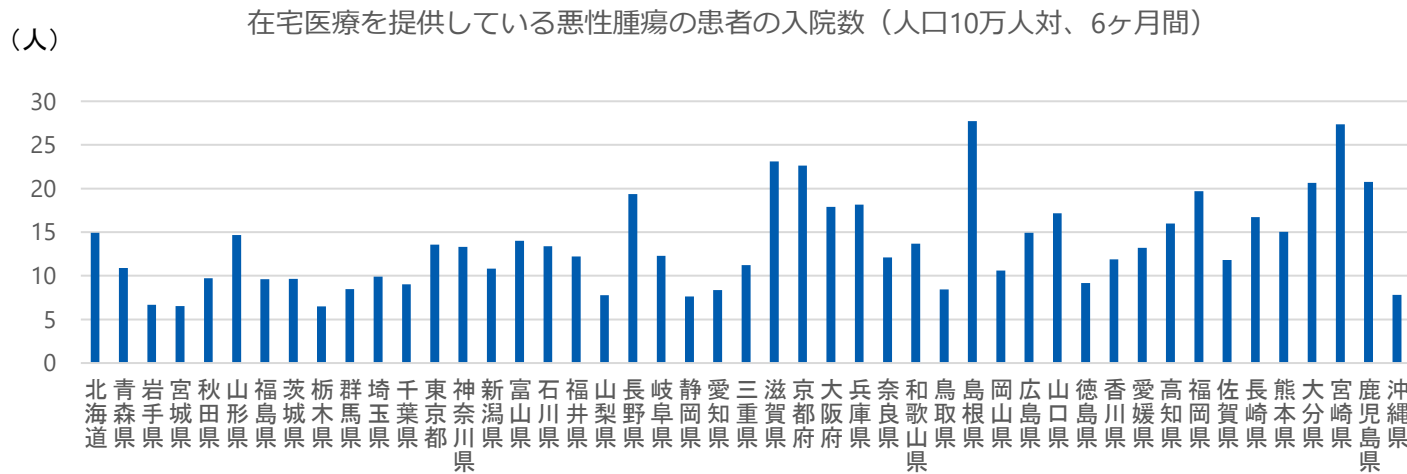
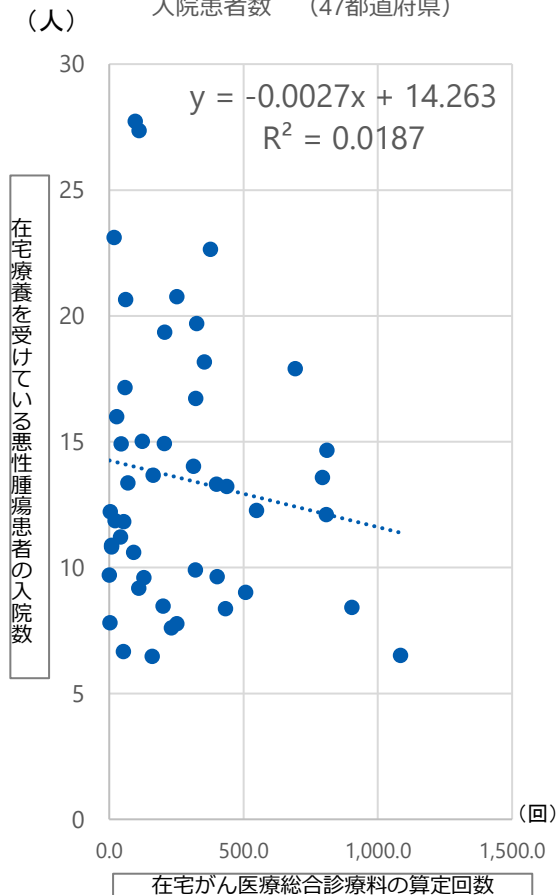
※診療所について：平成24年以前は抽出調査、平成25年以後は全数調査

都道府県毎の在宅がん医療総合診療料の算定状況

○ 在宅がん医療総合診療料の算定回数が多い都道府県では在宅医療を提供している悪性腫瘍の患者の入院数が少なくなる傾向にある。



在宅がん医療総合診療料の算定回数と在宅医療を受けている悪性腫瘍患者の入院患者数 (47都道府県)



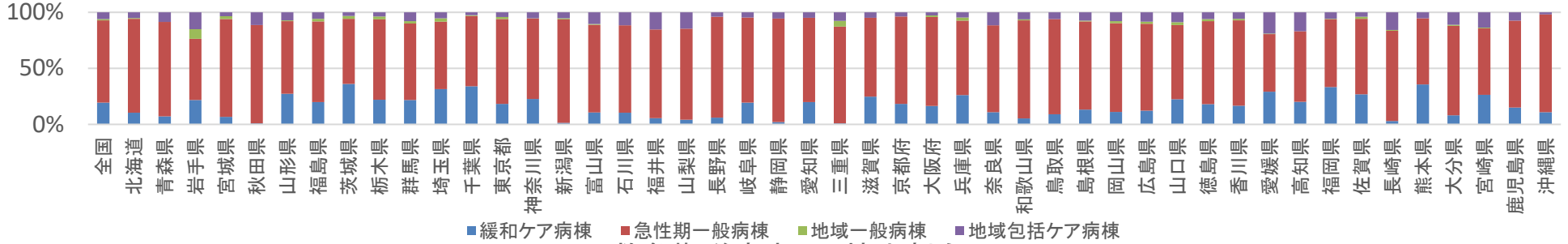
出典: NDBオープンデータ、病床機能報告(令和3年)、厚生労働省「人口動態統計」(令和3年)、DPCデータ(令和4年7月~12月)

※ 緩和ケア病棟において、施設基準におけるデータ提出加算の届出の要件に対する経過措置の医療機関は集計対象に含まれない。

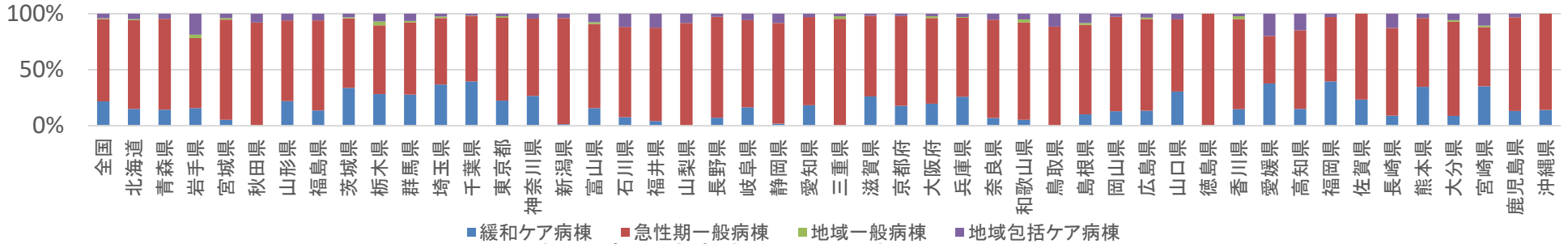
都道府県毎の在宅患者受け入れ病棟割合

○ 在宅医療を受けていた悪性腫瘍の患者が入院した場合の緊急入院患者、救急搬送患者、死亡退院の場所は都道府県ではらつきがある。緊急入院の患者や救急搬送の患者の入棟先と比較して悪性腫瘍の死亡退院として、緩和ケア病棟の割合は高いが、急性期一般病棟の割合が全体の多くを占めている。

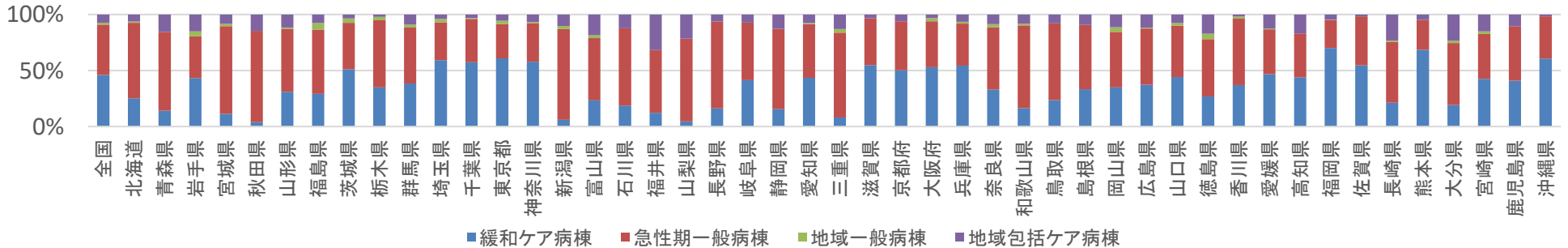
緊急入院患者 入棟先割合



救急搬送患者 入棟先割合



悪性腫瘍入院患者 死亡退院の場所



出典：DPCデータ(令和4年7～12月)

※ 緩和ケア病棟において、施設基準におけるデータ提出加算の届出の要件に対する経過措置の医療機関は集計対象に含まれない。

在宅患者緊急時等カンファレンス料

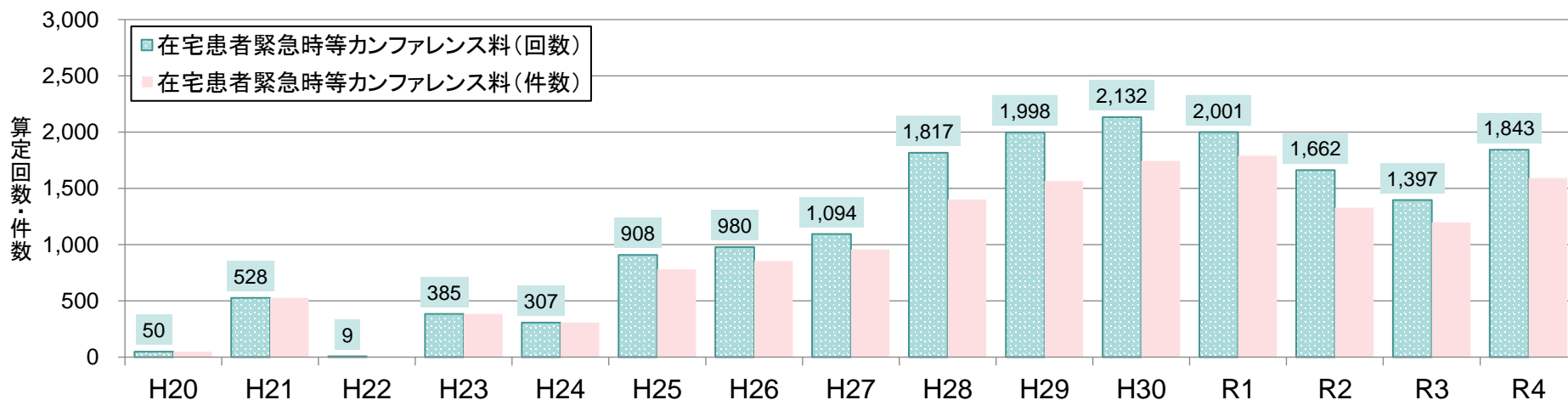
○ 在宅患者緊急時等カンファレンス料は患者及びその家族等が安心して療養生活を行うために、多職種間でカンファレンスを行い、より適切な治療方針を立て、診療方針の変更等の的確な情報共有を可能とする取組に対する評価である。算定回数は令和元年以降減少傾向にあり、令和4年に回復に転じたものの、平成30年の水準には達していない。

C011 在宅患者緊急時等カンファレンス料（月2回に限る） 200点

訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、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の状態の急変等に伴い、当該保険医の求め又は当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員又は相談支援専門員と共同でカンファレンスを行い又はカンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月2回に限り算定する。

※当該カンファレンスは、1者以上が患家に赴きカンファレンスを行う場合には、その他の関係者はビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができる。

<在宅患者緊急時等カンファレンス料の算定回数>



緩和ケア病棟緊急入院初期加算

○ 在宅緩和ケア患者の病状急変時等の入院受け入れを評価する緩和ケア病棟緊急入院初期加算について、算定回数は令和4年で増加しているが、全体の緩和ケア病棟入院料の算定回数と比べると低い。

○ 緩和ケア病棟入院料 1

30日以内 5,107点 31日以上60日以内 4,554点 61日以上 3,350点

○ 緩和ケア病棟入院料 2

30日以内 4,870点 31日以上60日以内 4,401点 61日以上 3,298点

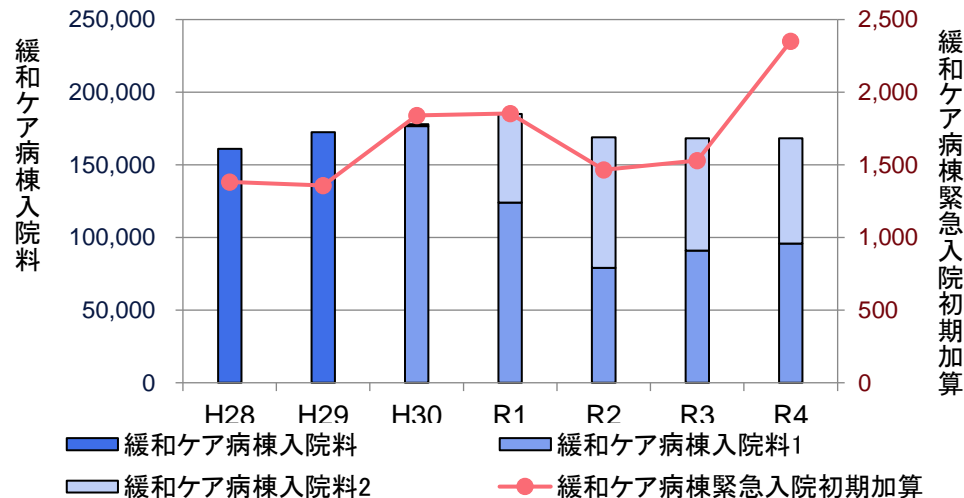


**緩和ケア病棟緊急入院初期加算
(入院後15日まで) 200点**

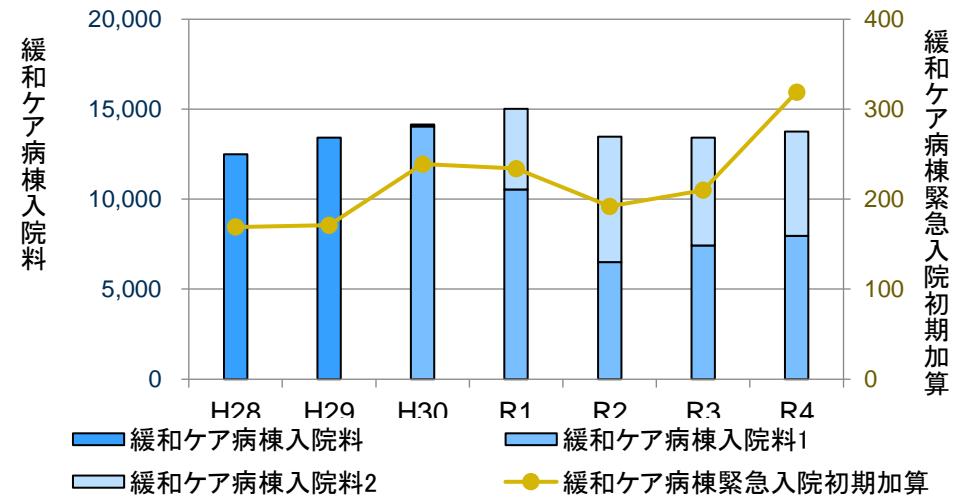
[緊急入院初期加算の算定要件]

当該保険医療機関と連携して緩和ケアを提供する別の保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）により在宅での緩和ケアが行われ、当該別の保険医療機関から予め文書で情報提供を受けた患者について、病状の急変等に伴い、当該別の保険医療機関の求めに応じて入院させた場合に、緩和ケア病棟緊急入院初期加算として、入院から15日を限度に、1日につき200点を所定点数に加算する。

算定回数(緩和ケア病棟入院料、緩和ケア病棟緊急入院初期加算)



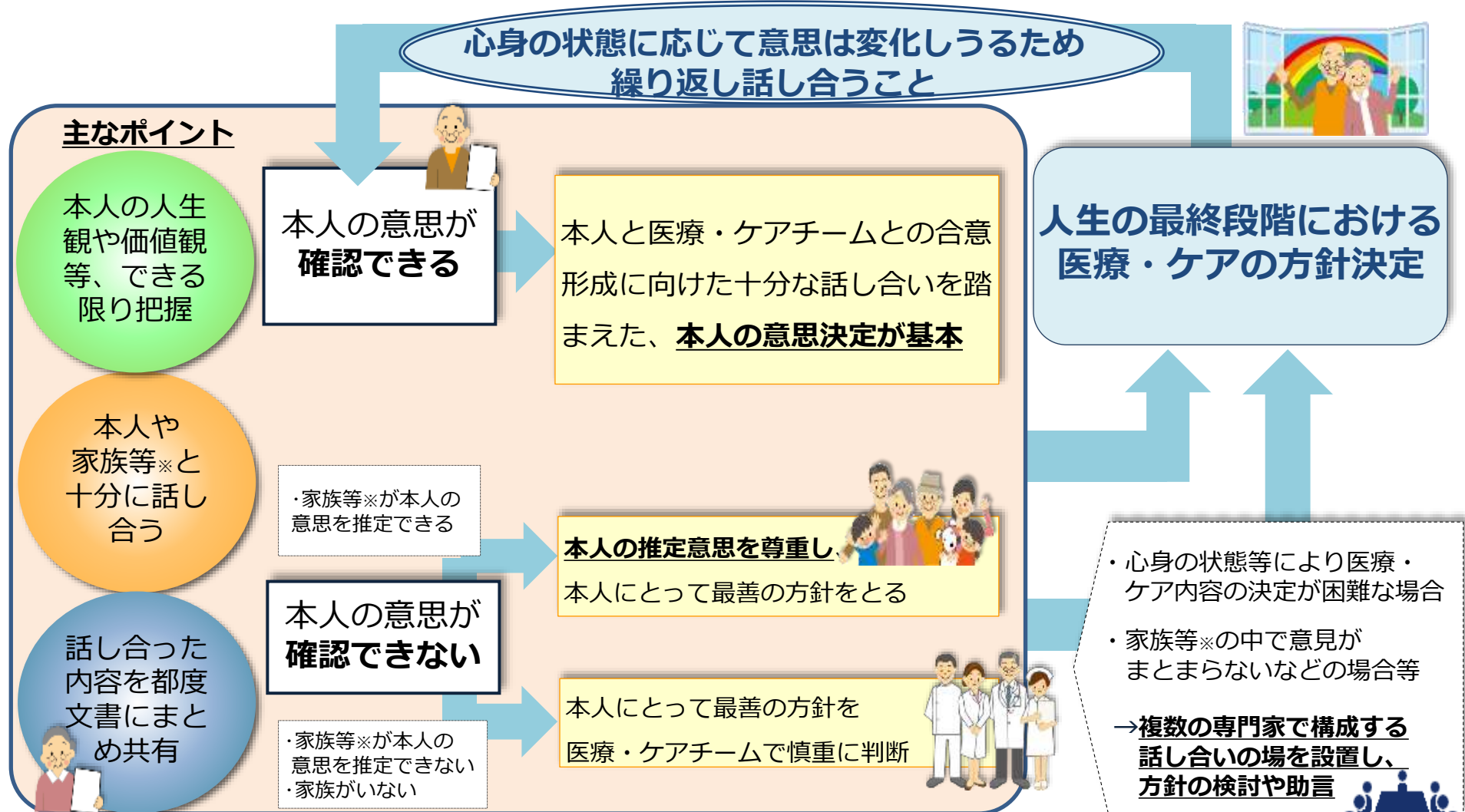
算定件数(緩和ケア病棟入院料、緩和ケア病棟緊急入院初期加算)



「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」 における意思決定支援や方針決定の流れ(イメージ図)(平成30年版)

意見交換 資料-1
参 考
R 5 . 5 . 1 8

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。



※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、話し合いに先立ち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が重要である。

※家族等には広い範囲の人(親しい友人等)を含み、複数人存在することも考えられる。



ICTを用いた情報共有【事例】

○ ICTを用いた情報共有を行うことで、訪問診療を行っている患者が入院する場合に、診療情報及び患者の生活の場における情報を詳細に把握することができる。

	記録者	記録内容(概要)	補足
Day	(在宅医師)	肺がんの男性、化学療法を行ったが、効果が無く、入院先にてBSCの判断。少量の胸水と脊椎転移があり、オピオイド内服で訪問診療・訪問看護を導入。主たる介護者は妻であり、 本人は最後まで自宅で過ごす意思を固めている趣旨の発言あります。	写真・動画によって視覚的な情報が共有ができる。 【共有内容のイメージ】 ○月△日 □□:□□ 投稿者:○○ ○○(医師) 題名:呼吸苦時の対応 本文:呼吸苦の症状が出た際は、動画のような姿勢を確保すると、呼吸が楽になります。 添付:
-58日	(看護師)	奥様「主人を支えていけるか不安もありますが、できるだけ家で見てあげたいと思ってます。」	
-14日	(看護師)	トイレ移動時はオピオイドの頓服が必要なことを家族に説明しております。座位から立位へ移行するときには介助者の肩に腕を乗せて上半身を前屈みにして立位に移行させると骨転移の痛み、呼吸苦が軽減されます。 (起居動作を動画にて保存)	
-10日	(看護師)	頓服の残薬が思ったより多いです。奥様にもう一度説明しましたが、病状の変化に伴い薬も増えたので、奥様に少し混乱が見られます。	
-6日	(在宅医師)	奥様からオピオイド頓服・リスペリドンを内服させても、落ち着か無いとの連絡があり、夜中に緊急往診を実施。胸水増加の疑いがあり、ベッドを30度くらい挙げ、健側の右を下にした半側臥位で呼吸が楽になりました。 (良姿勢を動画にて保存) 連携先の病院医師にあらかじめ地域ICTの記録を病院MSWを通じてFAXにて共有	
-4日	(ケアマネジャー)	福祉業者の方と訪問し、ポータブルトイレを導入しました。奥様が気持ちを吐露されておりました。「主人が具合が悪いのはわかっていて、助けてもらっているいろいろやっていますけれども、病状は悪化する一方ですね。 先生たちが頑張ってくれているからなかなか言えないけれど、私にはやりきれないかも。一度入院させてもらった方が安心 」	家族が医療従事者に吐露しにくい思い等の情報が共有。
-2日	(在宅医師)	画像評価や疼痛・せん妄の把握・対応を整理する目的に加えて、妻の負担や不安増大も勘案しつつ患者家族と話し合いを行った結果、一旦緩和ケア病棟に入院する方針として、病院に相談することにしました。	ICTで共有された情報も用いながら治療方針について、家族と相談。
-2日	(緩和ケア病棟スタッフ)	これまでも地域ICTの記録を通じて 病態変化を事前に確認できている ので、受入の準備はできております。明後日の11時到着で入院を受け入れます。	患者特有の対応について視覚的な情報を用いることで円滑な入院受入が可能となった。
0日		当該緩和ケア病棟に入院 入院当日にオンラインで退院時共同指導を実施。起居動作や良姿勢を在宅医と病院スタッフで供覧しながら、カンファレンスを実施した。	

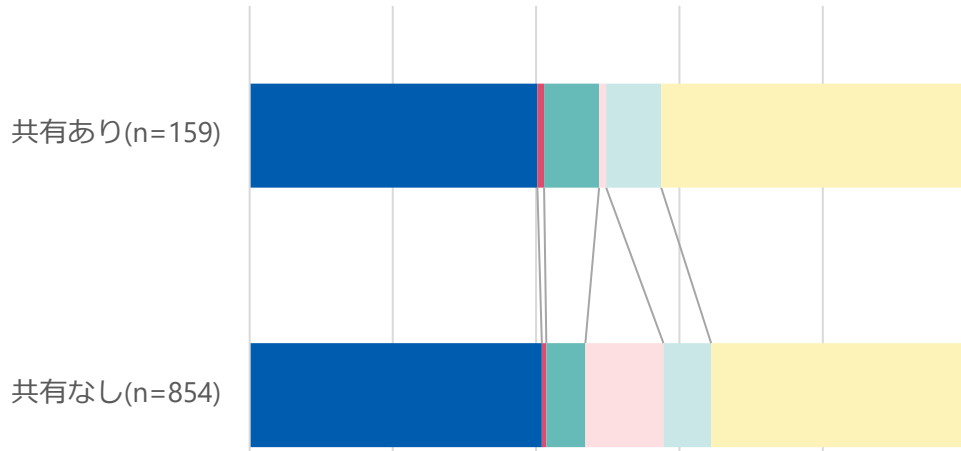
人生の最終段階の医療・ケアに関する情報共有

○ 人生の最終段階における医療・ケアに関する意思決定の情報に係る情報を共有している医療機関はそうではない医療機関と比較して、緩和ケアを必要とする患者の入院で急性不安対応目的の入院の割合が低く、容態が急変した際の入院先として急性期一般病棟に入院した割合が低い一方で、緩和ケア病棟や地域包括ケア病棟に入院した割合が高かった。

人生の最終段階に関する意思決定の情報の共有別（ICT）

緩和ケアを必要とする患者の入院の目的

0% 20% 40% 60% 80% 100%

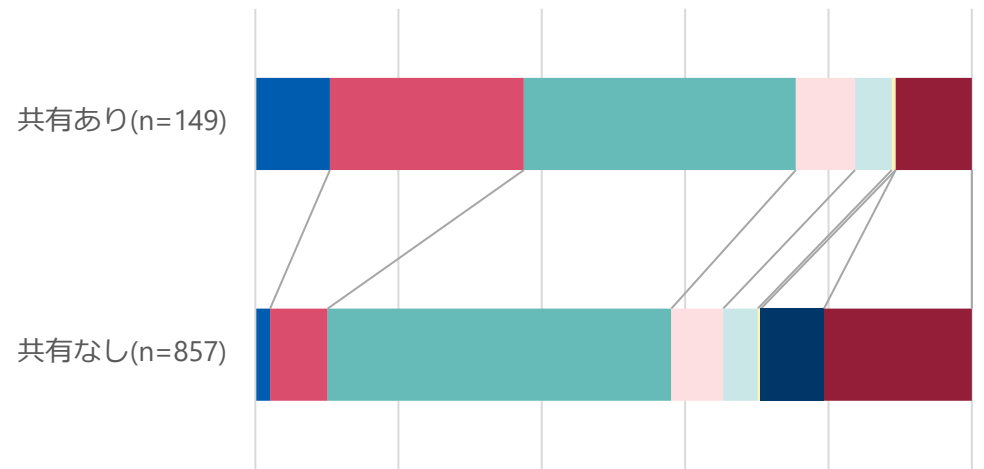


■ 疼痛コントロール目的 ■ 心不全のコントロール目的
■ 呼吸不全のコントロール目的 ■ 急性不安対応目的
■ バイタルの急変 ■ その他

人生の最終段階に関する意思決定の情報の共有別（ICT）

容体が急変し入院した際の入院先

0% 20% 40% 60% 80% 100%



■ 緩和ケア病棟 ■ 地域包括ケア病棟
■ 急性期一般病棟 ■ 地域一般病棟
■ 療養病棟 ■ 回復期リハビリテーション病棟
■ その他 ■ わからない

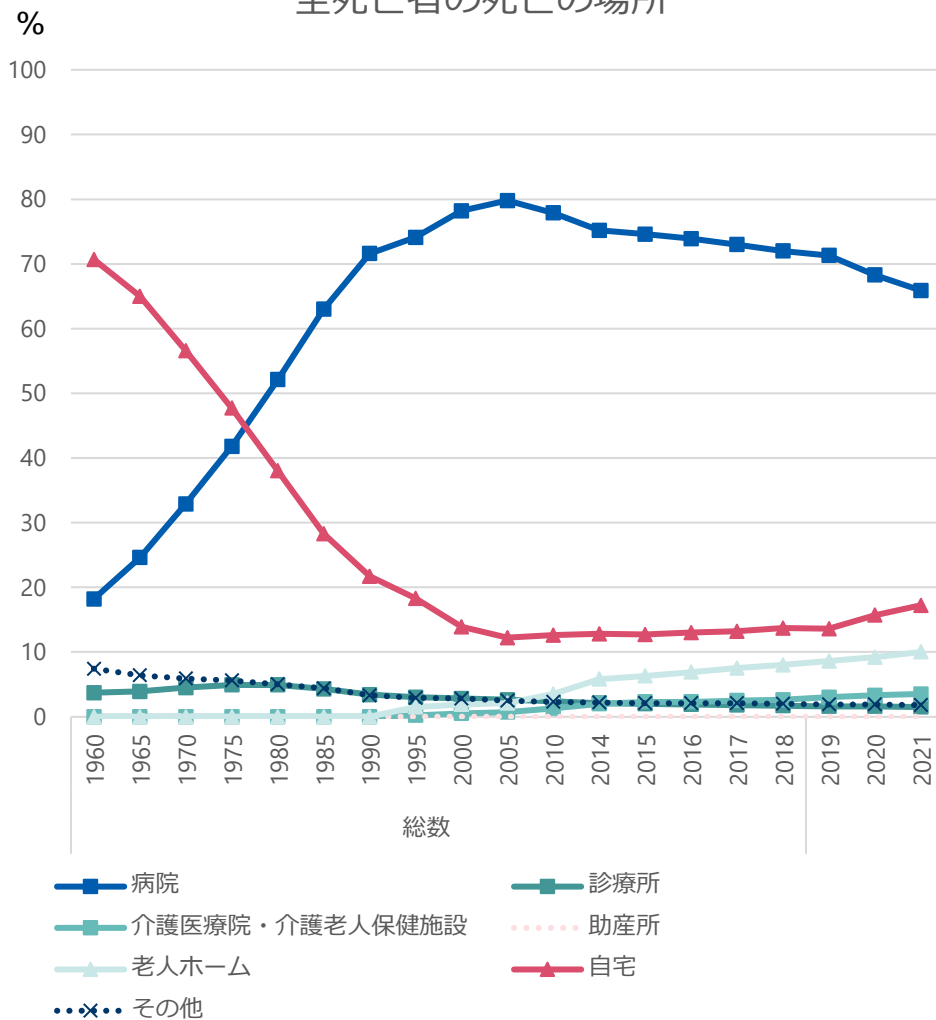
※ 容体が急変し入院した後の入院先の対象患者は、悪性腫瘍以外の患者も含まれる。

1. 在宅医療の現状等について
2. 患者の特性に応じた訪問診療について
3. 往診について
4. 在宅医療における24時間の医療提供体制の確保について
5. 在宅における緩和ケアについて
6. 在宅における看取りについて
7. 訪問栄養食事指導について

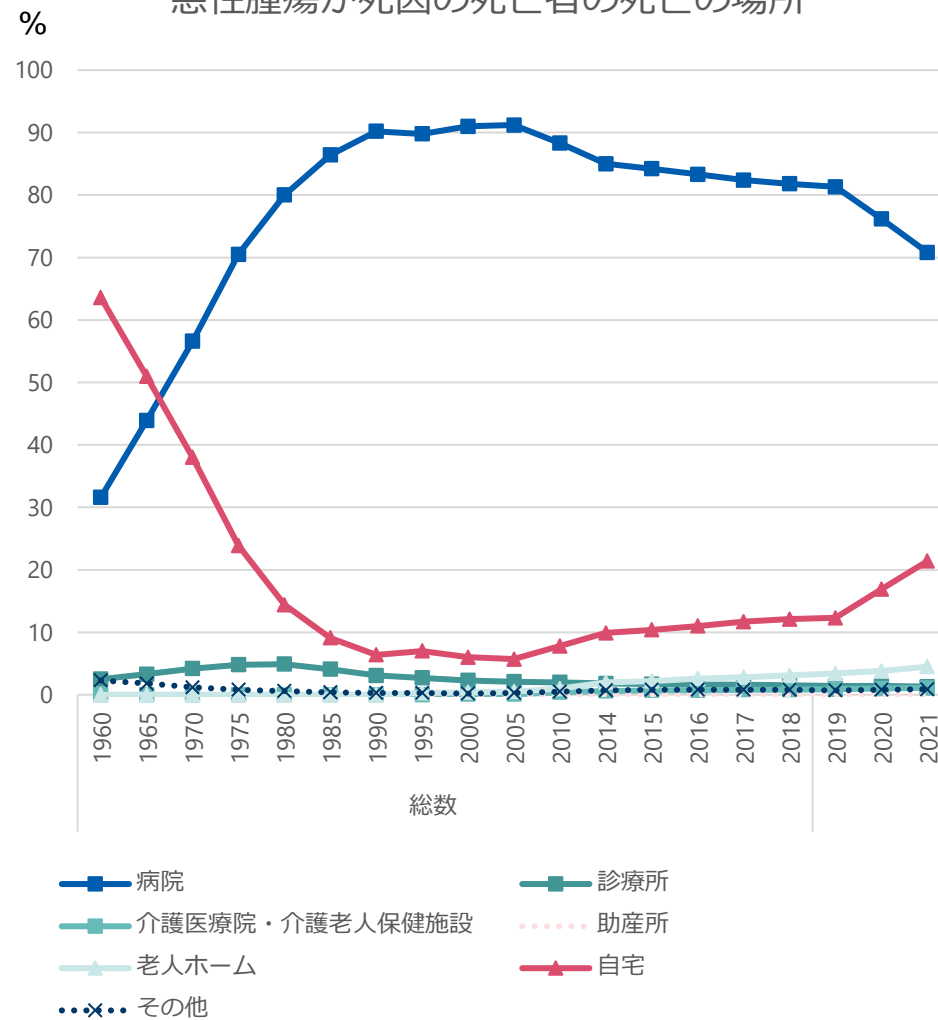
死亡の場所の推移

○ 全死亡者について、自宅で死亡する患者の割合は増加してきており、特に悪性腫瘍が死因の死亡者で顕著である。

全死亡者の死亡の場所



悪性腫瘍が死因の死亡者の死亡の場所



在宅ターミナルケアに対する診療報酬上の評価の概要

在宅患者訪問診療料（Ⅰ） （1日につき）	同一建物居住者以外の場合	888点			
	同一建物居住者の場合	213点			
在宅ターミナルケア加算 在宅で死亡した患者に死亡日から2週間以内に2回以上の訪問診療等を実施した場合に算定	機能強化型在支診・在支病		機能強化型以外の在支診・在支病	その他の医療機関	
	有床診・在支病	無床診			
	6,500点	5,500点	4,500点	3,500点	
	+在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	7,500点	6,500点	/	
	+在宅療養実績加算 1	/			
+在宅療養実績加算 2	5,000点				
看取り加算	在宅で患者を看取った場合に算定	3,000点			
死亡診断加算	患家で死亡診断を行った場合に算定	200点			

【算定可否の概要】

	ターミナルケア加算	看取り加算	死亡診断加算
死亡日からさかのぼって14日以内に2回以上の訪問診療あり	○	○	○（看取り加算の要件を満たさず死亡診断を行った場合）
定期的な訪問診療あり	×	○	○（看取り加算の要件を満たさず死亡診断を行った場合）
往診のみ	×	×	○

■ その他の加算 ■

- 乳幼児加算 400点
- 診療時間に応じた加算 診療時間が1時間超の場合に100点/30分を加算

※看取り加算と死亡診断加算は併算定できない

在宅ターミナルケアに対する診療報酬上の評価の変遷

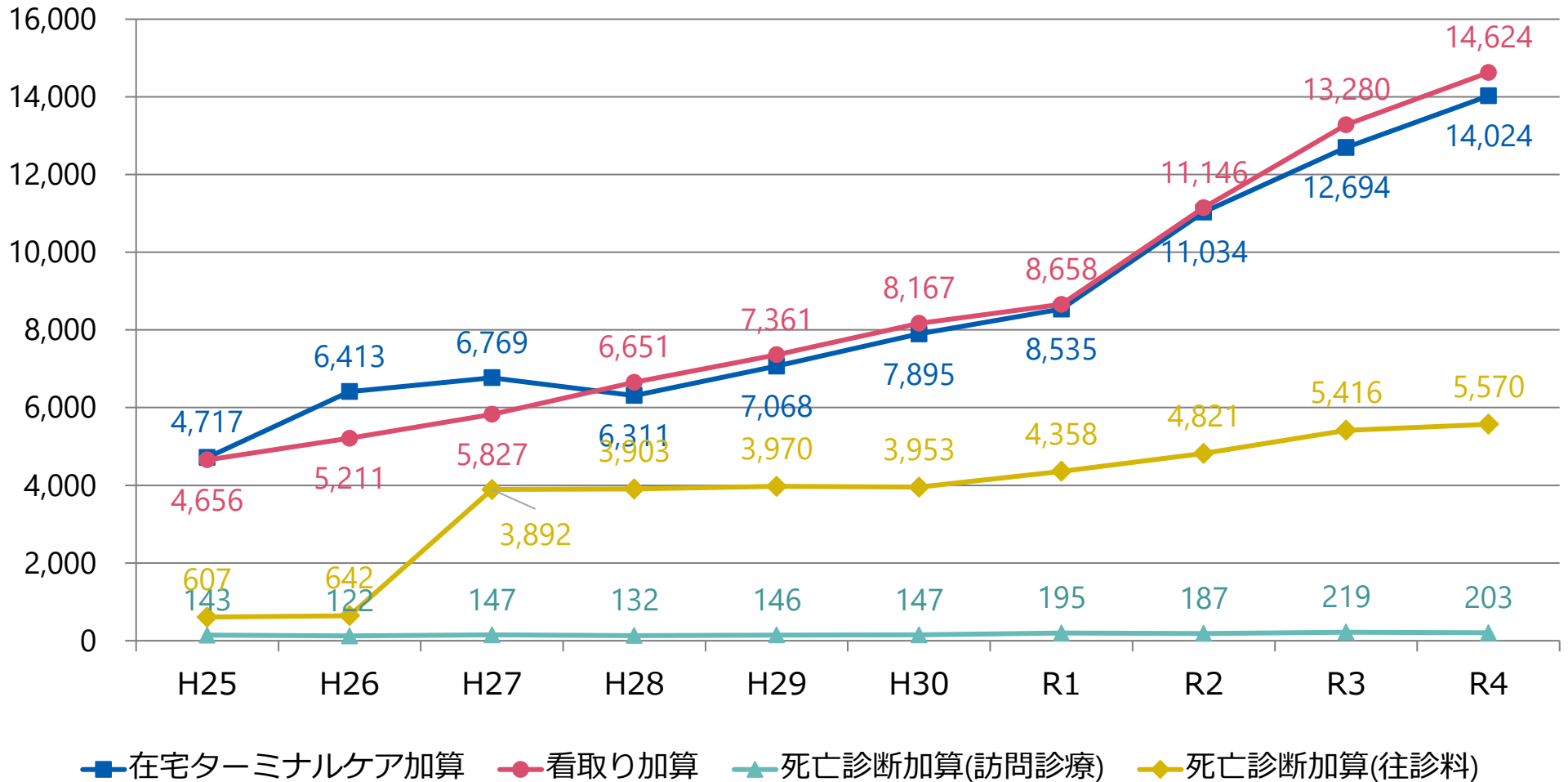
	在宅ターミナルケア加算	看取り加算	死亡診断加算
平成16年	在宅ターミナルケア加算 1,200点 ※1月以上にわたり在宅でターミナルケアを行った場合	-	死亡診断加算 200点 ※死亡日に往診又は訪問診療を行い死亡診断を行った場合
平成18年	在宅ターミナルケア加算(Ⅱ) 1,200点 ※死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施	在宅ターミナルケア加算(Ⅰ) 10,000点 ※(Ⅱ)に加え、在宅療養支援診療所又はその連携保険医療機関の医師が、死亡前24時間以内に訪問して看取った場合	※在宅ターミナルケア加算(Ⅰ)を算定する場合は算定できない
平成20年	在宅ターミナルケア加算(Ⅱ) 2,000点	在宅ターミナルケア加算(Ⅰ) 10,000点 ※(Ⅱ)に加え、在宅療養支援診療所、その連携保険医療機関又は在宅療養支援病院の医師が、死亡前24時間以内に訪問して看取った場合	-
平成22年	在宅ターミナルケア加算(Ⅱ) 2,000点 ※往診又は訪問診療後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者でも算定可能に	在宅ターミナルケア加算(Ⅰ) 10,000点	-
平成24年	在宅ターミナルケア加算 3,000～6,000点 ※機能強化型在支診、在支診又はそれ以外に応じて評価を区分 ※死亡日及び死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施	看取り加算 3,000点 ※事前に療養上の不安等を解決するための十分な説明と同意を行った上で、死亡日に往診又は訪問診療を行い、看取った場合	※看取り加算を算定する場合は算定できない
平成26年	在宅ターミナルケア加算 3,000～6,000点 ※在宅療養実績加算 750点 十分な緊急往診及び看取りの実績を有する在支診又は在支病の場合	-	-
平成28年	在宅ターミナルケア加算 3,000～6,000点 ※在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 1,000点 ※在宅療養実績加算1 750点 在宅療養実績加算2 500点	-	-
平成30年	在宅ターミナルケア加算 3,500～6,500点 ※酸素療法加算 2,000点 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等を踏まえた対応を要件化	-	-

在宅ターミナルケア加算等の算定状況

○ 在宅ターミナルケア加算、看取り加算の算定回数は増加傾向である。

算定回数

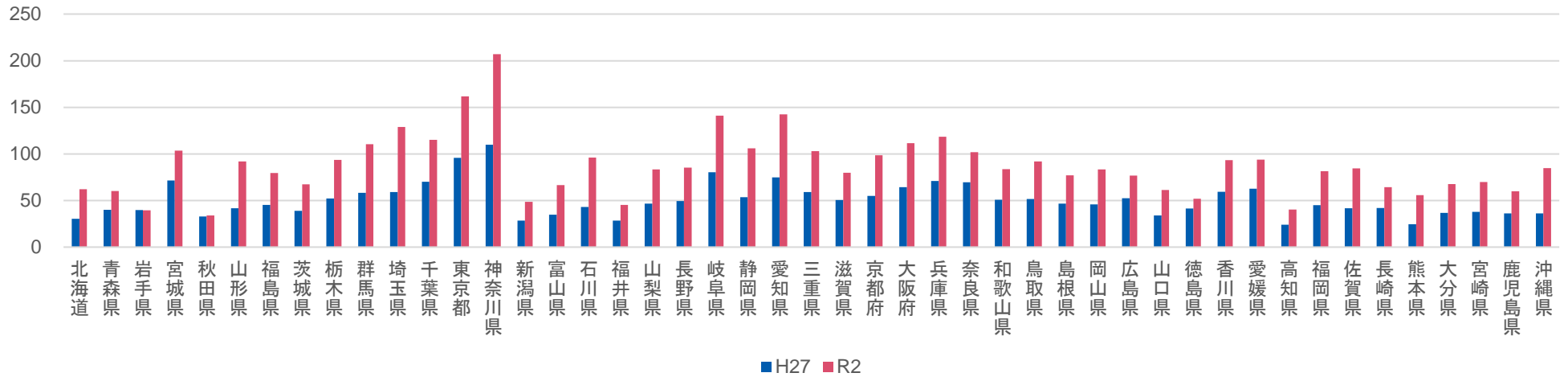
在宅患者訪問診療料に係る加算の算定回数



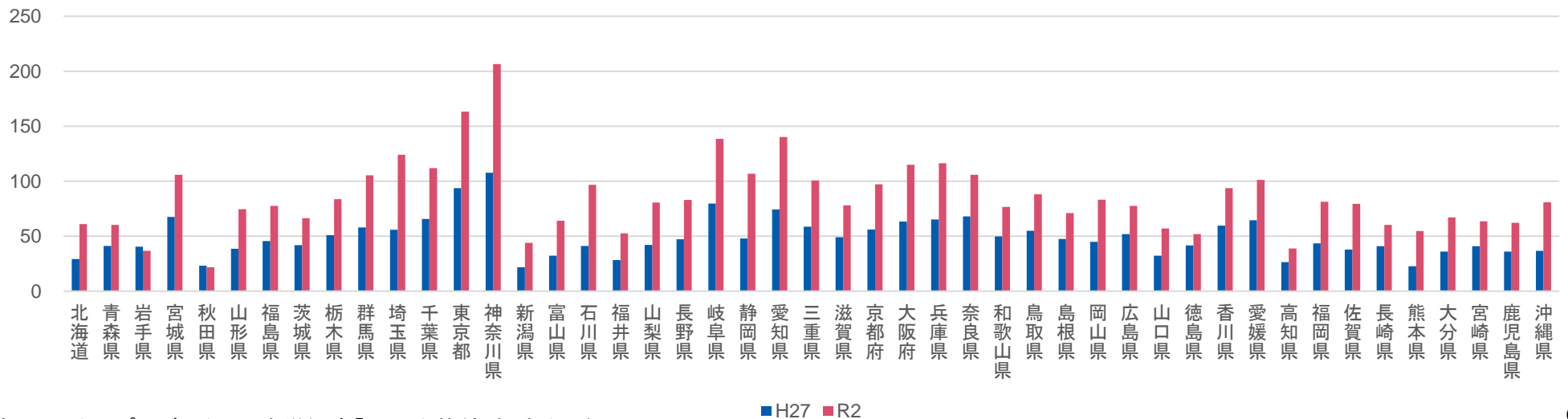
都道府県ごとのターミナルケア加算・看取り加算の算定状況

○ 平成27年と令和2年における1年間の死亡者1000人あたりの都道府県ごとの看取り加算・ターミナルケア加算の算定回数については、地域毎にばらつきがあるが、平成27年度と比較して全体的に増加している。

都道府県毎の看取り加算の算定状況(死亡者数1000人対)



都道府県毎のターミナルケア加算の算定状況(死亡者数1000人対)



退院時共同指導料

- ▶ 保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の医師等と入院中の医療機関の医師等とが、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を共同して行った上で、文書により情報提供した場合にそれぞれの保険医療機関において算定する。
- ▶ 入院中1回に限り算定（ただし、別に定める疾病等の患者（※）については、入院医療機関の医師又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の医師又は当該医師の指示を受けた看護師若しくは当該医師の指示をうけた方も看護ステーションの看護師等と1回以上共同して行う場合は、入院中に2回に限り算定）

	退院時共同指導料 1 (在宅療養担当医療機関の評価)	退院時共同指導料 2 (入院医療機関の評価)
	1 在支診 1,500点 2 在支診以外 900点	400点
共同指導 実施職種	医師、看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、社会福祉士	注1 医師、看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、社会福祉士
		注2（300点加算） 医師 ※在宅療養を担う医療機関側の医師と共同指導した場合に限る
		注3（多機関共同指導加算：2,000点加算） 医師、看護師等が、以下のうち3者以上と共同指導した場合に限る ・在宅療養を担う医療機関の医師又は看護師等 ・歯科医師又は歯科衛生士 ・薬剤師 ・訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く） ・介護支援専門員 ・相談支援専門員
対象患者	退院後在宅での療養を行う患者が算定の対象となり、他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設に入院・入所する患者又は死亡退院した患者は対象とならない。 ※ただし、入退院支援加算を算定する患者であって、疾患名、入院医療機関の退院基準、退院後の診療等の療養に必要な事項を記載した退院支援計画を策定し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、これを在宅療養医療機関と共有した場合、自宅以外の場所に退院する患者も算定可能。	

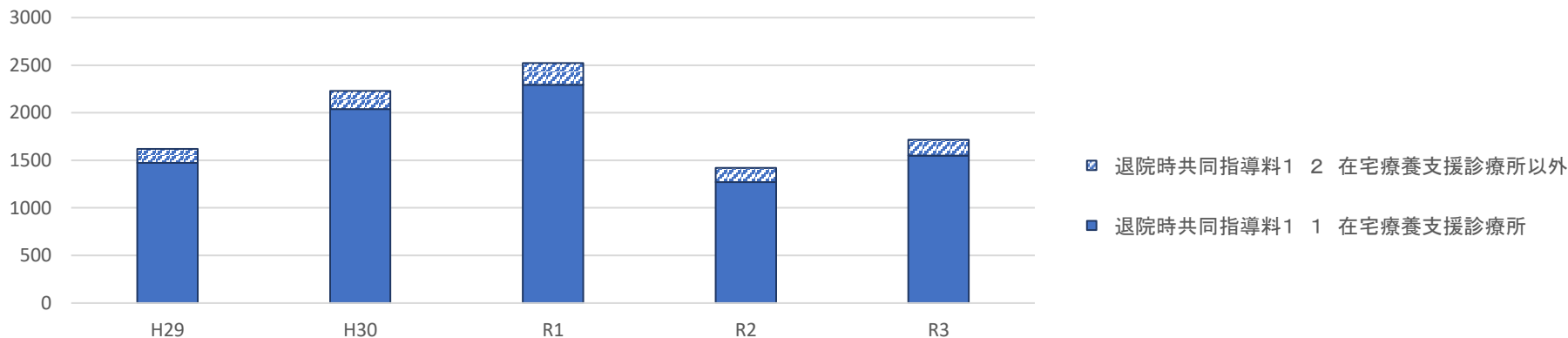
(※)
退院時共同指導料を2回算定できる疾病等の患者

- 1 末期の悪性腫瘍の患者（在宅がん医療総合診療料を算定している患者を除く。）
- 2 (1)であって、(2)又は(3)の状態である患者
(1)
・在宅自己腹膜灌流指導管理
・在宅血液透析指導管理
・在宅酸素療法指導管理
・在宅中心静脈栄養法指導管理
・在宅成分栄養経管栄養法指導管理
・在宅人工呼吸指導管理
・在宅悪性腫瘍等患者指導管理
・在宅自己疼痛管理指導管理
・在宅肺高血圧症患者指導管理
・在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者
(2) ドレーン又は留置カテーテルを使用している状態
(3) 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態
- 3 在宅での療養を行っている患者であって、高度な指導管理を必要とするもの

- 退院時共同指導料1、2ともに算定回数は増加傾向であったが、令和2年に減少している。
- 入院医療機関の評価である退院時共同指導料2よりも、在宅療養担当医療機関の評価である退院時共同指導料1の方が多く算定されている。

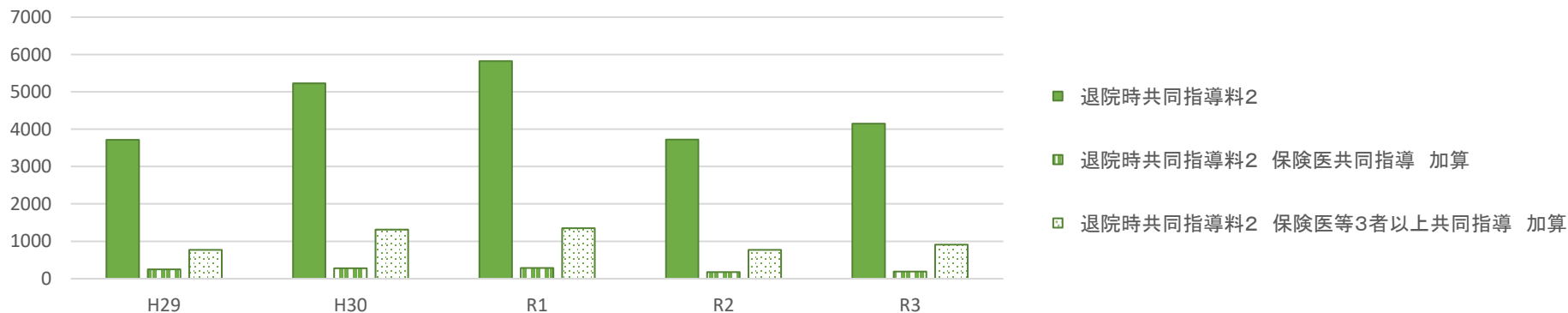
■ 退院時共同指導料1の算定状況の推移

退院時共同指導料1(算定回数)



■ 退院時共同指導料2の算定状況の推移

退院時共同指導料2(算定回数)



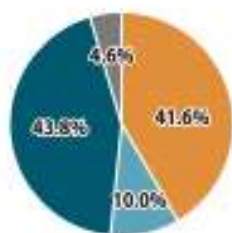
人生の最終段階における看取りを希望される場所

- 人生の最終段階における医療・ケアを受けたい場所に関する希望について、最期を迎えたい場所として自宅を選択している国民の割合はそれまでの医療・ケアを受けたい場所として自宅を選択している国民の割合より高い。
- 人生の最終段階の患者について、最期は自宅で看取ってもらいたいが、それまでの医療・ケアは入院で受けたいという患者がいるという意見もある。

意見交換 資料-2改
R 5, 5, 1 6

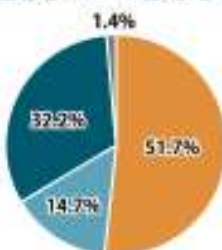
人生の最終段階において、医療・ケアを受けたい場所に関する希望

〔あなたの病状〕
病気で治る見込みがなく、
およそ3年以内に徐々にあるいは急に死
に至ると考えたとき。



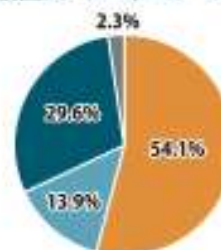
〔あなたの病状〕
末期がんと診断され、状態は悪化し、痛みはなく、
呼吸が苦しいといった状態です。今は食事や着替え、
トイレなどの身の回りのことに手助けが必要です。
意識や判断力は健康な時と同様に保たれています。

最期をどこで迎えたいですか

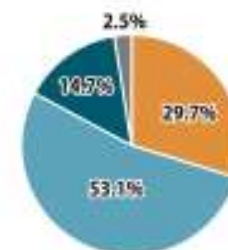


〔あなたの病状〕
慢性の重い心臓病と診断され、
状態は悪化し、痛みはなく、呼吸が苦しいと
いった状態です。今は食事や着替え、
トイレなど身の回りのことに手助けが必要です。
意識や判断力は健康な時と同様に保たれています。

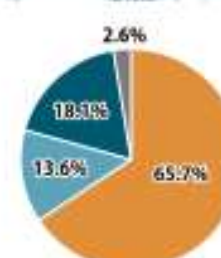
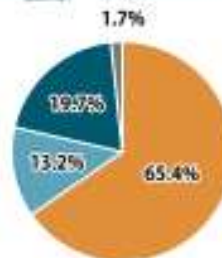
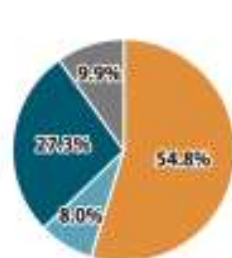
＜一般国民 (n=3,000) のみ＞



〔あなたの病状〕
認知症と診断され、状態は悪化し、
自分の居場所や家族の顔が分からない状態です。
今は、食事や着替え、トイレなど身の回りのこ
とに手助けが必要です。



それまでの医療・ケアはどこで受けたいですか <一般国民 (n=3,000) のみ>



医療機関 介護施設 自宅 無回答

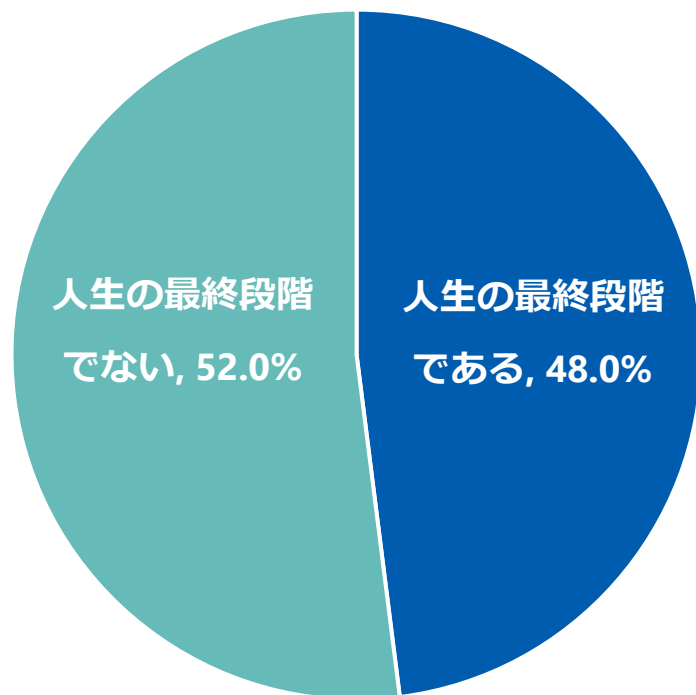
出典

厚生労働省「令和4年度人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査の結果について（報告）」
 ※ 集計は、小数点第2位を四捨五入しているため、数値の合計が100%ちょうどにならない場合がある
 ※ 回答の比率(%)は、その質問の回答者数を基数として算出しているため、複数回答の質問はすべての比率を合計すると100%を超えることがある

在宅患者の余命の見込みについて

- 調査月に在宅医療を開始した患者のうち、48.0%が人生の最終段階とされていた。
- 人生の最終段階の患者の余命の見込みは1ヶ月以内とされている患者が多かった。

在宅医療を開始した患者の状態(n=25)



人生の最終段階と判断された患者の訪問診療開始時の余命の見込み

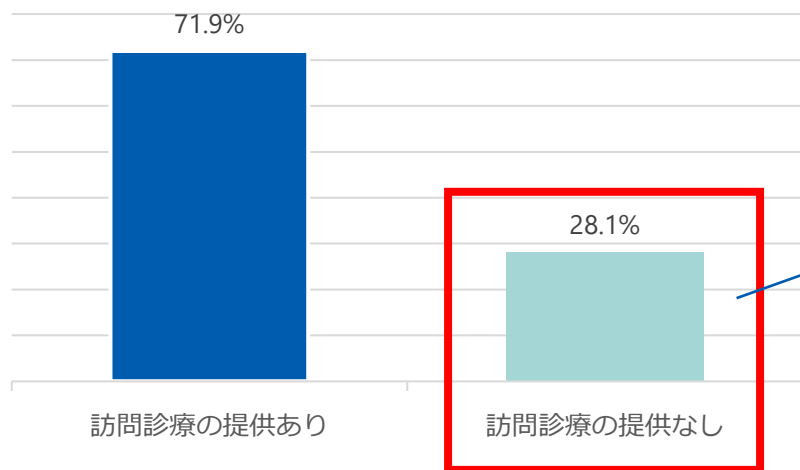
	余命の見込み		
	1ヶ月以内	2ヶ月	3ヶ月
患者数 (n=8)	5人	1人	2人

在宅における看取りの状況について

- 在宅において訪問診療の提供がない看取りのうち、14日以内の入院歴があった患者は9.7%であったが、その中で退院時共同指導料の算定があった患者は1.6%のみであった。
- 14日以内の入院歴があった患者については、退院して短期間で死亡に至る患者が多かった。

在宅患者における看取りの訪問診療の提供状況

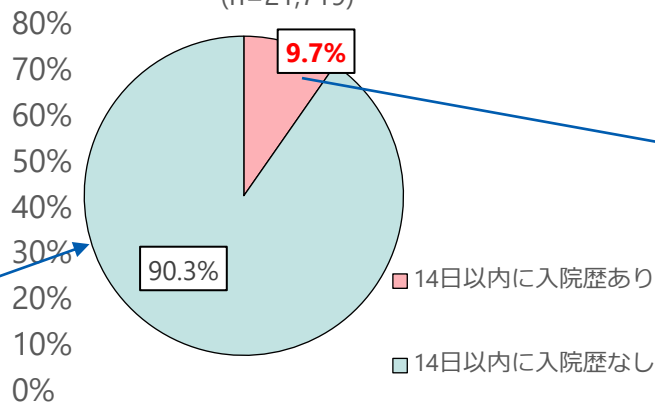
(n=77,397)



14日以内に入院歴のあった

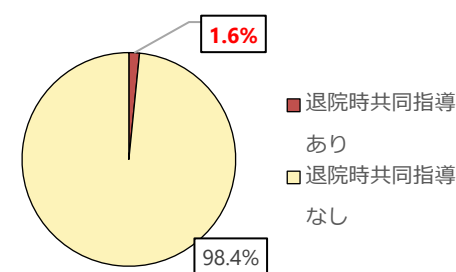
在宅看取り患者割合

(n=21,719)

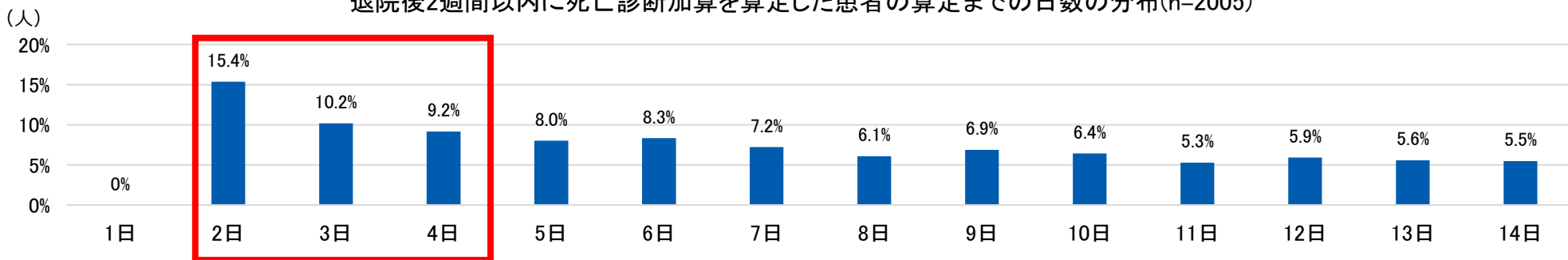


退院時共同指導のあった割合

(14日以内に入院歴のあった在宅看取り患者)



退院後2週間以内に死亡診断加算を算定した患者の算定までの日数の分布(n=2005)



①訪問診療の提供あり：看取り加算を算定している患者

②訪問診療の提供なし：①以外の患者で、死亡診断加算のみを算定している患者

(日)

患者本人の望む看取りを行うための切れ目のない医療提供体制について

- 患者本人の望む看取りを行うための切れ目のない医療提供体制を構築するためには、意思決定支援の情報を入院先の医療機関と訪問診療を行っている医療機関が共有し、今後の対応方針として共同して指導を行うことが重要とされている。
- がん末期の患者等においては短期間で看取りとなることがあるため、退院後速やかに訪問診療が実施される環境を整える必要がある。

<患者本人の望む看取りを行うための医療提供体制の構築のイメージ>



退院時の共同指導

【医療従事者同士で共有する事項】

- ・患者の病状や生活に関する情報
- ・入院中の患者や家族等の人生の最終段階における医療・ケアに対する希望
- ・退院日、訪問診療の開始日等の在宅医療導入初期におけるスケジュール

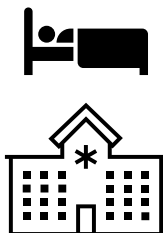
【患者や家族等への指導内容】

- ・患者の病状が変化したときの対応方針の説明
- ・療養上の不安等を解消するための説明

在宅療養移行における家族等の不安に対する対応【事例】

- 訪問診療を行う医療機関と入院医療機関が適切な連携を行い共同指導を行うことで、在宅療養移行の際の家族等の不安を取り除くことができる場合がある。

経過の概要



治療
↳
転院

脳腫瘍・肺がんの男性

入院にて化学療法、放射線療法を受けていたが、余命3ヶ月の告知があり、緩和ケア目的で自宅近くの病院に転院となった。

＜本人・家族の思い＞

- ・本人「最期まで妻と孫と3人で暮らし続けたい」
- ・妻「本人は以前から延命は嫌だと言ってます。家に帰りたと言っているので、本人のために家に帰らせたいと思うが、面倒を見れる自信が無い。」
- ・孫「本人にとって家で過ごしているのが一番幸せだと思う」

緩和
ケア
↳
退院

呼吸苦が増悪、頻回な痰吸引が必要となってきた。

主治医より妻に、現状維持よりも改善することは無く、今後急変する可能性が高いことを説明。

＜本人・家族の思い＞

- ・本人「妻の迷惑になるから(延命治療は)要らない」
- ・妻「本人が延命処置を希望していないので、できればおうちに帰らせてあげたい」
⇒家族の思いも踏まえ、在宅看取りの方針に

自宅退院に向け入院先の主治医と訪問診療担当医とで退院後の生活について共同指導を行った。

看
取
り

退院当日誤嚥リスクを踏まえた上で大好きなコーヒーを飲む。

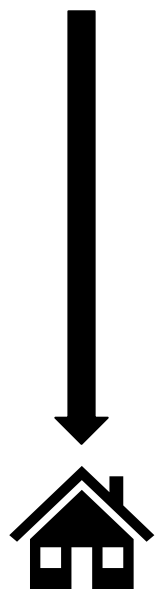
妻による痰吸引を続けていたが、退院後徐々に状態は悪化し、痰吸引のみでは去痰が困難な状態になった。

＜家族の思い＞

- 妻「これでもう本人も満足だと思う、よかった」
- 家族の思いも踏まえ、侵襲的な外科処置を行わず、在宅での看取りに至った。

共同指導の内容

- ・訪問診療担当医と入院担当医療機関の看護師スタッフがこれまでの経過を踏まえ、再度本人・家族に意向を確認。
- ・痰が詰まって今後窒息する可能性があることを説明。
- ・孫等、主介護者以外の家族に対しても本人の病状と今後の関わり方を説明。
- ・症状が急変した場合は訪問診療担当医療機関に連絡するよう指導。
- ・自宅における痰吸引の方法を妻・孫に実際の機器を用いて指導。



1. 在宅医療の現状等について
2. 患者の特性に応じた訪問診療について
3. 往診について
4. 在宅医療における24時間の医療提供体制の確保について
5. 在宅における緩和ケアについて
6. 在宅における看取りについて
7. 訪問栄養食事指導について

在宅患者訪問栄養食事指導料の概要

C009 在宅患者訪問栄養食事指導料（月2回に限る）

在宅で療養を行っており通院が困難な患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、保険医療機関の医師の指示に基づき管理栄養士が訪問して具体的な献立等によって栄養管理に係る指導を30分以上行った場合に算定

1 在宅患者訪問栄養食事指導料1

保険医療機関の管理栄養士が
当該保険医療機関の医師の指示に基づき実施

イ 単一建物診療患者が1人の場合	530点
ロ " 2～9人の場合	480点
ハ イ及びロ以外の場合	440点

2 在宅患者訪問栄養食事指導料2

診療所において、当該診療所以外（他の医療機関
又は栄養ケア・ステーション）の管理栄養士が
当該診療所の医師の指示に基づき実施

イ 単一建物診療患者が1人の場合	510点
ロ " 2～9人の場合	460点
ハ イ及びロ以外の場合	420点

【対象患者】

- 疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する別表第三※に掲げる特別食を必要とする患者
- がん患者
- 摂食機能又は嚥下機能が低下した患者
- 低栄養状態にある患者

※別表第三

腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓食、脂質異常症食、痛風食、てんかん食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシスチン尿症食、尿素サイクル異常症食、メチルマロン酸血症食、プロピオン酸血症食、極長鎖アシル-CoA脱水素酵素欠損症食、糖原病食、ガラクトース血症食、治療乳、無菌食、小児食物アレルギー食（特定機能病院入院基本料の栄養情報提供加算、外来栄養食事指導料及び入院栄養食事指導料に限る。）、特別な場合の検査食（単なる流動食及び軟食を除く。）

<参考> 管理栄養士による居宅療養管理指導（介護保険） ※対象患者が要介護又は要支援認定を受けている場合には介護保険優先

在宅の利用者であって通院又は通所が困難なものに対して、管理栄養士が計画的な医学管理を行っている医師の指示に基づき、当該利用者を訪問し、栄養管理に係る情報提供及び指導または助言を30分以上行った場合に、単一建物居住者の人数に従い、1月に2回を限度して算定

(1) 居宅療養管理指導費（Ⅰ） 443点～544点

居宅療養管理指導事業所（病院又は診療所）の管理栄養士が実施

(2) 居宅療養管理指導費（Ⅱ） 423～524点

当該居宅療養管理指導事業所以外（他の医療機関、介護保険施設又は栄養ケア・ステーション）の管理栄養士が実施

在宅療養要介護高齢者における栄養障害と摂食・嚥下障害の状況

○ 在宅療養高齢者において、栄養障害及び摂食・嚥下障害が認められる者は多く存在し、要介護度が高いほど、その割合も高い。

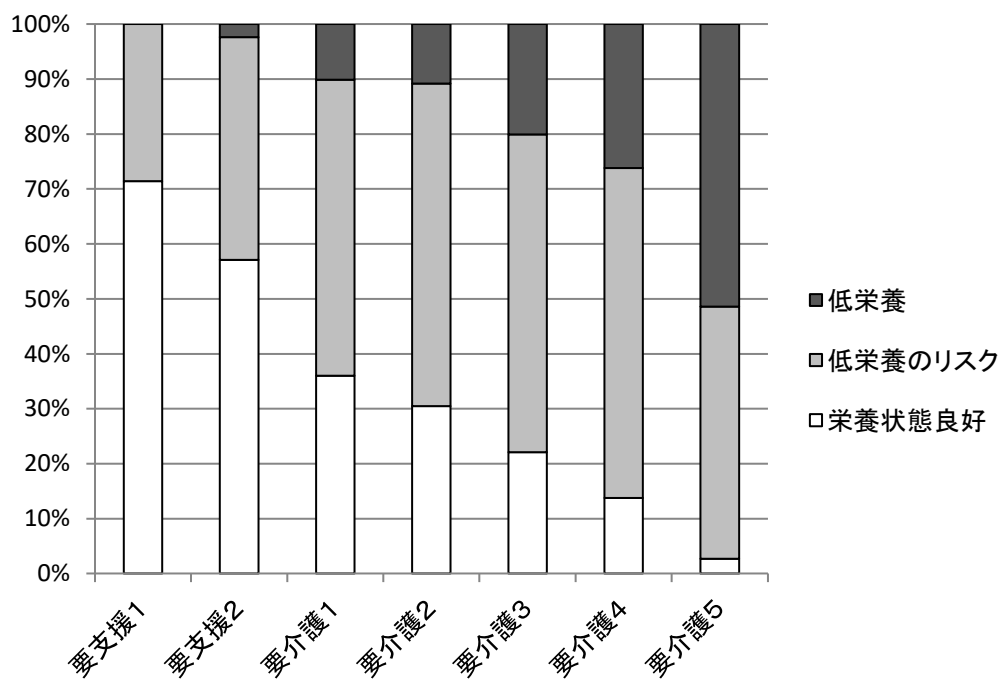


図 要介護度とMNA[®]-SF* 3群との関係

* 簡易栄養状態評価表 (Mini Nutritional Assessment-Short Form)

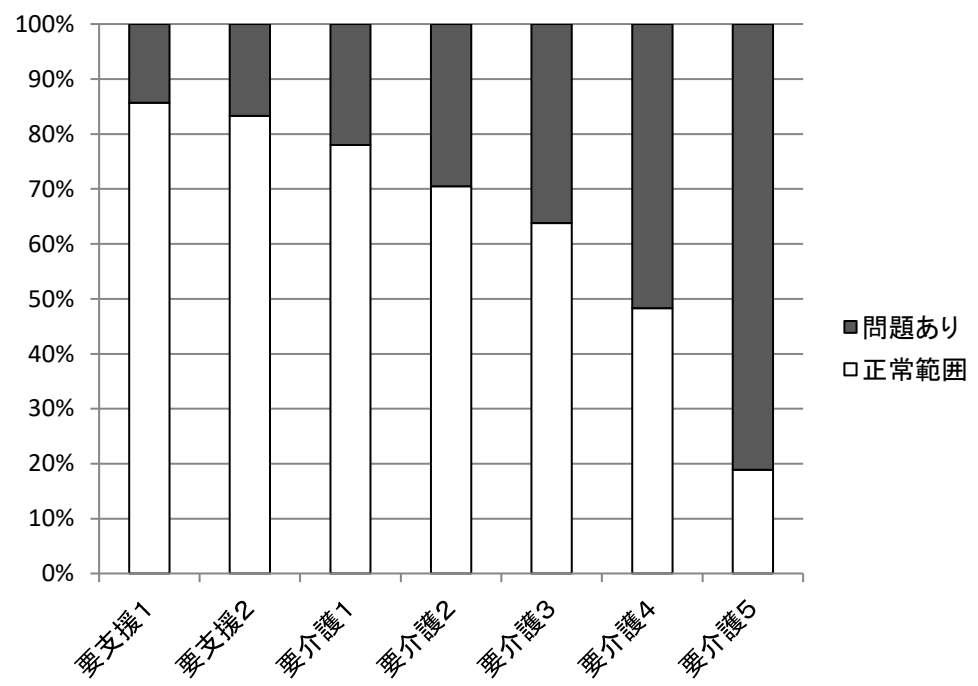


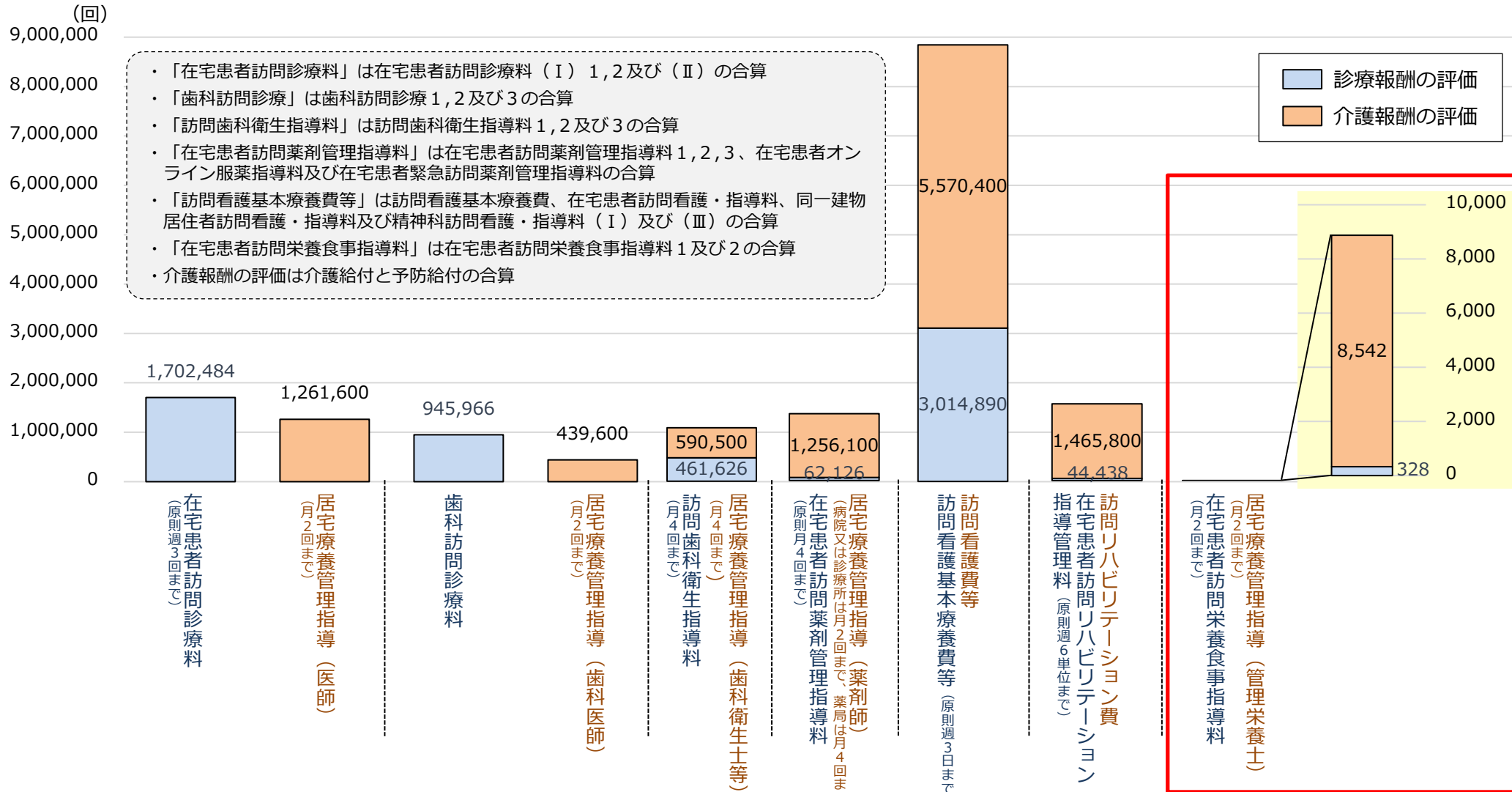
図 要介護度とDSS** (正常範囲とそれ以外) との関係

** 摂食・嚥下障害臨床的重症度分類 (Dysphagia Severity Scale)

対象者：居宅サービス利用者 男性460名、女性682名 (平均年齢81.2±8.7歳)

各職種が行う在宅医療等に係る報酬の算定回数の比較

○ 在宅患者訪問栄養食事指導料及び管理栄養士による居宅療養管理指導は、算定回数が少ない。



※各職種が行う在宅医療等に係る診療や指導等の一月あたりの算定回数については、月あたりの算定可能な回数に差があるため単純比較は困難であることに留意。

※居宅療養管理指導（医師）及び居宅療養管理指導（歯科医師）は訪問診療又は往診を行った日に限って算定可能なため積み上げていない。

在宅患者訪問栄養食事指導料を算定していない理由

- 病院はいずれも、「算定対象となる患者はいるが、自院の管理栄養士が訪問栄養食事指導を行うための体制が整っていない」が最も多かった。
- 診療所では、機能強化型在支診は「算定対象となる患者はいるが、自院に管理栄養士がいない」、その他の診療所は「算定対象となる患者(特別食の提供や栄養管理の必要性が認められる患者)がいない」が最も多かった。

		N	算定対象となる患者 (特別食の提供や栄養管理の必要性が認められる患者)がいない	栄養状態に関する情報が少なく、必要性の判断が困難である	算定対象となる患者はいるが、自院の管理栄養士が訪問栄養食事指導を行うための体制が整っていない	算定対象となる患者はいるが、自院に管理栄養士がいない	算定対象となる患者はいるが、他の医療機関や栄養士会が運営する栄養ケア・ステーションの管理栄養士への依頼が困難である	介護保険における管理栄養士が行う居宅療養管理指導のみを実施している	その他	無回答
病院	機能強化型在宅療養支援病院 (単独+連携)	36	27.8%	0.0%	47.2%	0.0%	2.8%	11.1%	5.6%	11.1%
	機能強化型でない 在宅療養支援病院	32	12.5%	0.0%	56.3%	0.0%	0.0%	6.3%	3.1%	21.9%
	上記以外の病院	38	26.3%	5.3%	55.3%	0.0%	5.3%	2.6%	10.5%	10.5%
診療所	機能強化型在宅療養支援診療所 (単独+連携)	53	34.0%	3.8%	9.4%	45.3%	5.7%	5.7%	3.8%	5.7%
	機能強化型でない 在宅療養支援診療所	107	54.2%	9.3%	10.3%	31.8%	6.5%	0.0%	0.0%	10.3%
	上記以外の診療所	15	60.0%	6.7%	0.0%	40.0%	6.7%	0.0%	13.3%	6.7%

※最も多いものに網掛け

栄養食事指導の見直し

外来栄養食事指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料の見直し

- ▶ 外来・在宅患者に対する栄養食事指導を推進する観点から、診療所における外来栄養食事指導料及び在宅患者訪問栄養食事指導料について、他の医療機関及び栄養ケア・ステーションの管理栄養士が栄養指導を行った場合を評価する。

現行

【外来栄養食事指導料】

イ 初回	260点
ロ 2回目以降	200点

【在宅患者訪問栄養食事指導料】

1 単一建物診療患者が1人の場合	530点
2 単一建物診療患者が2人～9人の場合	480点
3 1及び2以外の場合	440点

改定後

【外来栄養食事指導料】

イ <u>外来栄養食事指導料1</u>	(1) 初回	260点
	(2) 2回目以降	200点
ロ <u>外来栄養食事指導料2</u>	(1) <u>初回</u>	<u>250点</u>
	(2) <u>2回目以降</u>	<u>190点</u>

【在宅患者訪問栄養食事指導料】

1 <u>在宅患者訪問栄養食事指導料1</u>	
イ 単一建物診療患者が1人の場合	530点
ロ 単一建物診療患者が2人～9人の場合	480点
ハイ及びロ以外の場合	440点
2 <u>在宅患者訪問栄養食事指導料2</u>	
イ 単一建物診療患者が1人の場合	<u>510点</u>
ロ 単一建物診療患者が2人～9人の場合	<u>460点</u>
ハイ及びロ以外の場合	<u>420点</u>

【外来栄養食事指導料2、在宅患者訪問栄養食事指導料2の算定要件】

診療所において、特別食を医師が必要と認めたものに対し、当該保険医療機関以外(日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の医療機関に限る)の管理栄養士が、当該保健医療機関の医師の指示に基づき対面で必要な栄養指導を行った場合に算定する。



診療所



在宅等



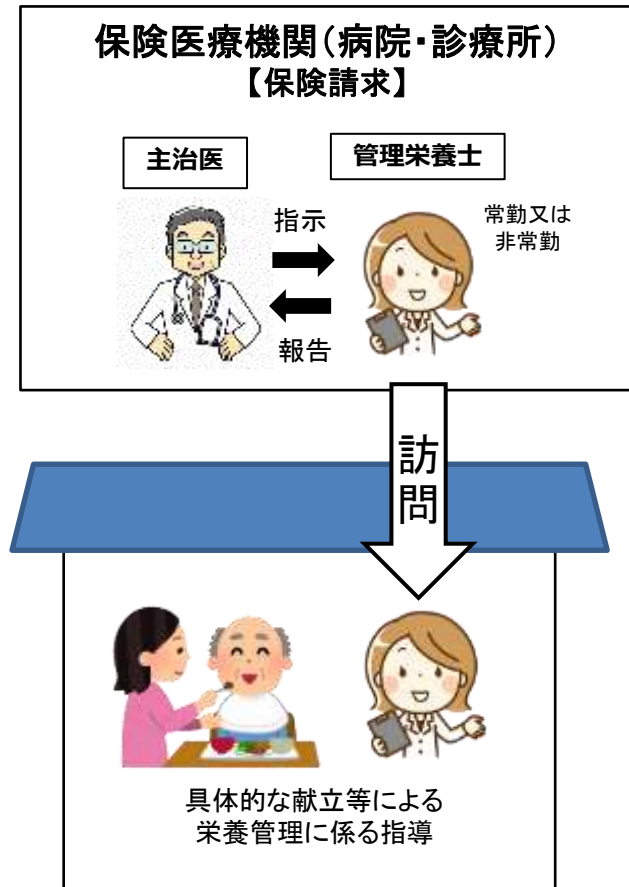
栄養ケア・ステーション
他の医療機関



在宅患者訪問栄養食事指導（イメージ）

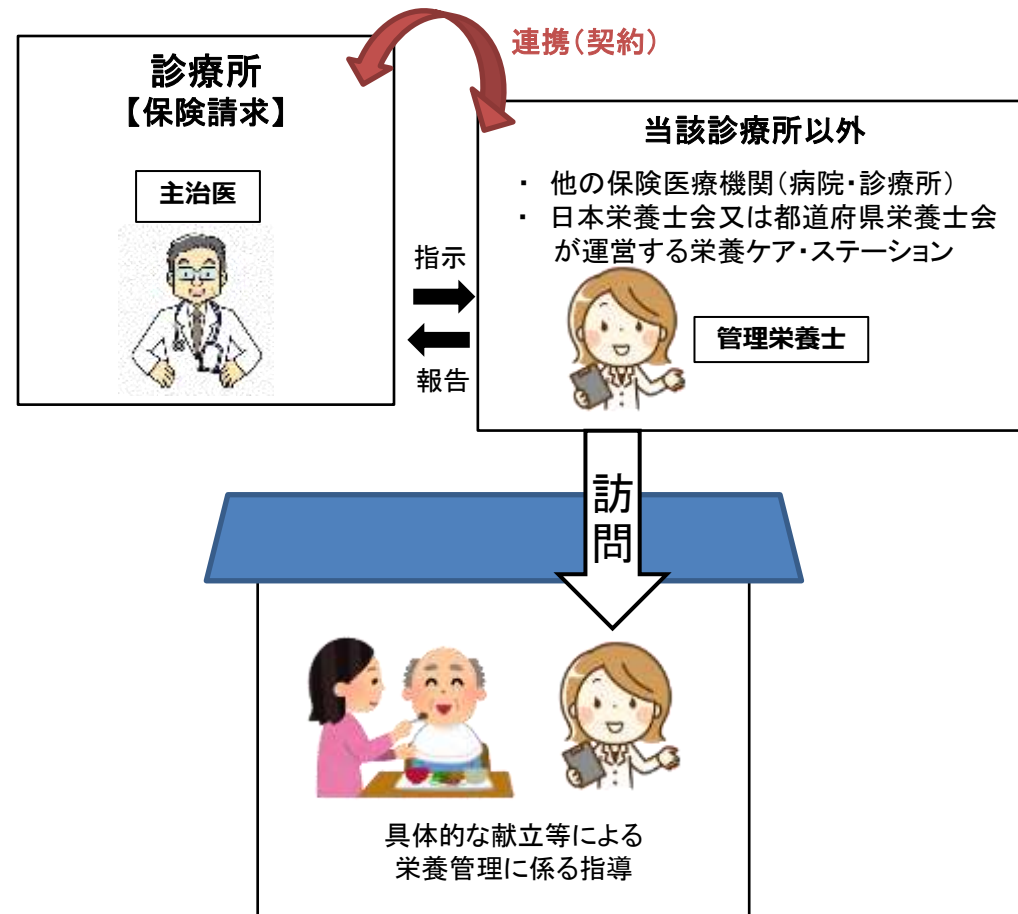
在宅患者訪問栄養食事指導料1（440～530点）

保険医療機関の管理栄養士が
当該保険医療機関の医師の指示に基づき実施



在宅患者訪問栄養食事指導料2（420～510点）

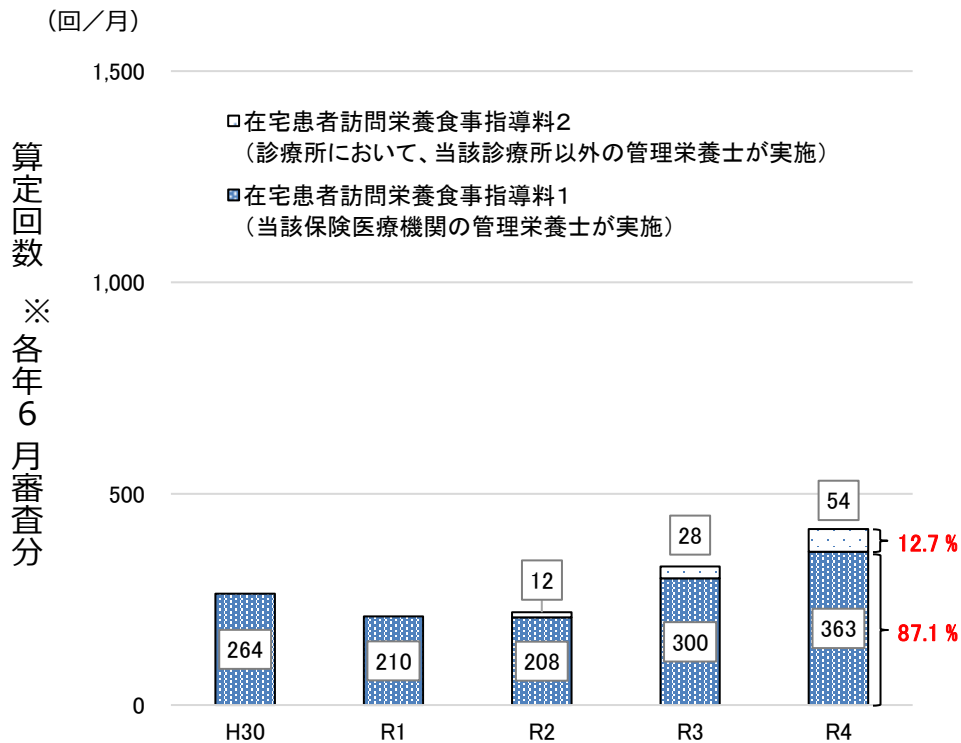
診療所において、当該診療所以外（他の医療機関
又は栄養ケア・ステーション）の管理栄養士が
当該診療所の医師の指示に基づき実施



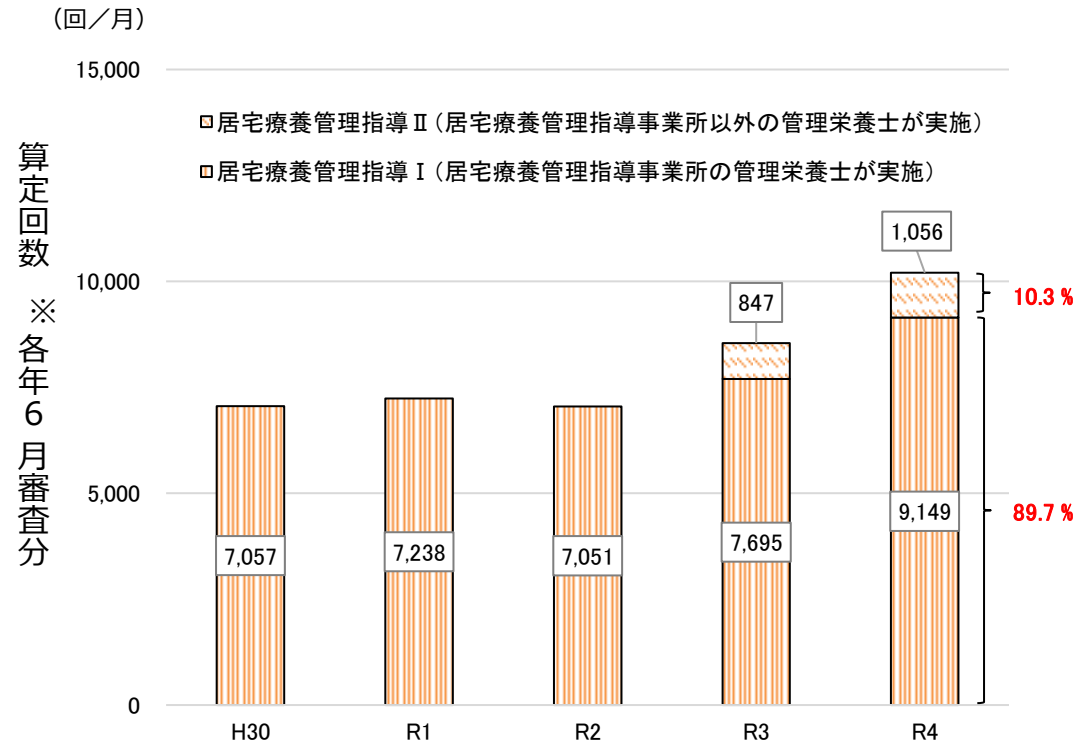
訪問栄養食事指導の実施状況

- 診療報酬は令和2年度、介護報酬は令和3年度から、外部の管理栄養士との連携による訪問栄養食事指導を評価している。
- 自施設の管理栄養士による訪問栄養食事指導が約9割であり、外部の管理栄養士との連携によるものが約1割である。

在宅患者訪問栄養食事指導(医療保険)



居宅療養管理指導(介護保険)



注) 在宅療養を行っている患者に係る訪問栄養食事指導については、対象患者が要介護又は要支援認定を受けている場合には介護保険扱いとなり、認定を受けていない場合には医療保険扱いとなる。

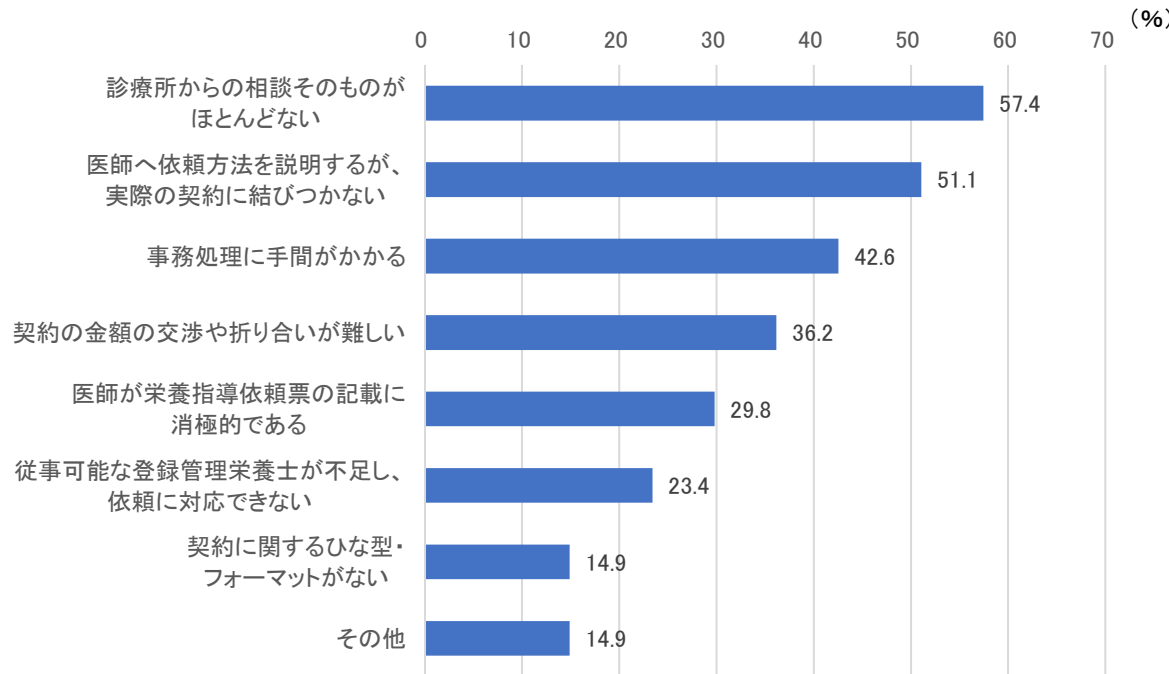
栄養ケア・ステーションと診療所との連携

- 診療報酬で連携が評価されている栄養ケア・ステーション(栄養CS)は、47都道府県栄養士会に設置されており、全国で拠点数は110か所、登録管理栄養士数は4,625人(2022年度)である。
- 訪問栄養食事指導(診療報酬・介護報酬)に関する診療所との契約実績がある都道府県栄養CSは約4割であり、契約締結の課題としては、「診療所からの相談そのものがほとんどない」、「医師へ依頼方法を説明するが、実際の契約に結びつかない」、「事務処理に手間がかかる」の順が多い。

■ 訪問栄養食事指導(診療報酬・介護報酬)に関する診療所との契約実績

実績有り 18 / 47 都道府県栄養CS
(38.3%)

■ 診療所との契約締結における課題 (n=47 都道府県栄養CS)



栄養ケア・ステーション活用の流れ



- 第8次医療計画においては、在宅医療の提供体制のうち訪問栄養食事指導を充実させるために、管理栄養士が配置されている在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所、栄養ケア・ステーション等の活用も含めた体制整備を行うことが求められている。

2 在宅医療の提供体制

(2) 日常の療養生活の支援

⑥ 訪問栄養食事指導

在宅患者訪問栄養食事指導（医療保険）を受けた患者数は 142.5 人/月であり、実施している医療機関（病院・診療所）数は 114.7 か所である。管理栄養士による居宅療養管理指導（介護保険）を受けた患者数は 4,960 人/月であり、実施している事業所（病院・診療所）数は 1,116 か所である。また、管理栄養士による居宅療養管理指導について、65 歳以上人口 10 万人あたりの事業所数は全国平均で 31.4 か所であり、都道府県によってばらつきがみられた。

今後、訪問栄養食事指導を充実させるためには、管理栄養士が配置されている在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所、管理栄養士が所属する地域密着型の拠点である栄養ケア・ステーション※等の活用も含めた体制整備を行うことが求められる。

※ 栄養ケア・ステーションには、（公社）日本栄養士会又は都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」と（公社）日本栄養士会が事業者等を個別に認定する「認定栄養ケア・ステーション」がある。

在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院に係る基本的な考え方

- 在宅療養支援診療所は、在宅医療における中心的な役割を担い、患者に対する24時間の窓口として、必要に応じて他の病院、診療所等との連携を図りつつ、往診等を提供できる体制を構築することを評価。
- 在宅療養支援病院は、診療所のない地域における在宅医療の主たる担い手として評価。
- 機能強化型在支診・在支病は、機能分化と連携等による機能強化を評価。

改定項目（新設時）の基本的な考え方

<在宅療養支援診療所(在支診)> H18～

高齢者ができる限り住み慣れた家庭や地域で療養しながら生活を送れるよう、また、身近な人に囲まれて在宅での最期を迎えることも選択できるよう、診療報酬上の制度として新たに在宅療養支援診療所を設け、

- ・ 在宅療養支援診療所が在宅医療における中心的な役割を担うこととし、これを患者に対する24時間の窓口として、必要に応じて他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション等との連携を図りつつ、24時間往診及び訪問看護等を提供できる体制を構築するとともに、
- ・ このような場合に在宅療養患者を対象とした診療報酬点数において高い評価を行う。

<在宅療養支援病院(在支病)> H20～

診療所のない地域においては、在宅医療の主たる担い手が病院となっている現状に着目し、そのような病院が行う在宅医療について、在宅療養支援診療所と同様の評価を行う。

<機能強化型 在支診・在支病> H24～

高齢化等に伴い、今後在宅医療の需要がますます高まることが予想され、在宅医療を担う医療機関の機能強化等がさらに重要となる。したがって、在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の機能分化と連携等による機能強化を進める。

在宅医療についての課題と論点

(患者の特性に応じた訪問診療の提供について)

- 在宅患者訪問診療料の算定回数は年々増加傾向にある一方、平成24年度と比較し、令和4年度の訪問診療を受けている要介護度4・5の患者割合、認知症高齢者の日常生活自立度がM・IVの患者割合は減少傾向にあった。
- 包括的支援加算については、要介護度及び日常生活自立度等に応じたきめ細やかな評価をしているが、在宅医療を行っている患者の診療時間は要介護度や日常生活自立度が高ければ高いほど診療時間が長くなる傾向であった。また、要介護度4・5が見取りに関連する因子であるとの報告もあった。
- 患者の急変時の頻回な訪問を評価している頻回訪問加算を算定している患者において、悪性腫瘍の患者以外の患者は、長期間頻回訪問加算を算定し続けている傾向にあり、在宅医療においては症状が重度化して診療頻度が増加した場合の評価を考えるべきとの指摘もあった。
- 在医総管・施設総管について機能強化型在支診・在支病における施設総管の算定回数が近年顕著に増加してきている。高齢者施設等の患者は要介護度が4・5の患者が少なく、認知症高齢者の日常生活自立度が自立の患者が少なかった。
- 1月あたりの訪問診療実施回数が3回以上の患者は診療時間が長くなる傾向にある一方、単一建物における診療患者数が多くなると、診療時間が短くなる傾向であった。
- 在宅医療に従事する医師1人当たりの在宅患者訪問診療料の算定回数は平均で月46.8回であったが、一部月300回を超える医療機関も存在しており、医師1人当たりの在宅患者訪問診療料算定回数が多いほど、高齢者施設等の患者に訪問診療を提供している割合が高かった。
- 訪問診療の算定回数が多い医療機関において、一部の医療機関で訪問診療の頻度が平均4回/月を超えており、そういった医療機関はそれ以外の医療機関と比較してターミナルケア加算の算定回数が少なく難病患者割合が低かった。
- 訪問診療の算定回数が多い医療機関において、一部の医療機関で施設総管の算定割合が80%以上であり、そういった医療機関はそれ以外の医療機関と比較してターミナルケア加算及び往診料の算定回数が少なく、難病患者割合が低かった。

(往診について)

- 高齢者ができるだけ住み慣れた家庭や地域で療養しながら生活を送れるようにする観点から、24時間の往診体制等を有していることを評価する在支診・在支病であるが、訪問診療をほとんど行っていないのに対し、往診料を多く算定している医療機関があり、そういった医療機関は夜間・深夜・休日往診加算の算定が多かった。
- 小児の往診件数が顕著に増えており、ほとんどが訪問診療を行っていない患者であった。このような患者は急性上気道炎などの疾患が多いが、訪問診療を行っている患者に対する往診よりレセプト請求点数が高かった。

在宅医療についての課題と論点

(在宅医療における24時間の医療提供体制の確保について)

- 2040年の訪問診療における推計患者数は2020年と比較して1.5倍。
- 在支診・在支病でない医療機関が在支診・在支病の届出を行わない理由としては、24時間の往診担当医の確保が困難であるためが多い。
- 在宅療養移行加算の算定状況は増加傾向であるが、全体と比較して少なく、算定していない理由を尋ねると、周囲に在宅医療を提供している医療機関が無いいため、24時間の往診体制の確保が難しいという理由が多い。
- 都道府県によって差はあるが、在支診・在支病でない医療機関が一定程度訪問診療を実施している。
- 在支診等における在宅患者訪問診療料の算定回数が全国平均より下回っている都道府県の多くは在支病等における在宅患者訪問診療料も低水準である。
- 第8次医療計画では一人の医師が開業している診療所等が必ずしも対応しきれない夜間や医師不在時、患者の病状の急変時等における診療の支援を行うことを「積極的役割を担う医療機関」に求めており、機能強化型在宅療養支援病院が担うことが想定されている。

(在宅における緩和ケアについて)

- 在宅におけるがん診療について、新規がん患者を受け入れていない在支診は10.2%だが、看取りを行っていない在支診になると31.1%になる。
- 在宅療養の継続が困難になった患者の多くは入院しており、原因は疼痛や悪化、進行が多い。
- 在宅がん患者を多く入院させているのは緩和ケア病棟や急性期一般病棟であり、緩和ケア病棟の病床数が多い程、緩和ケア病棟入院割合が高くなり、在宅がん医療総合診療料の算定回数が多いほど、在宅がん患者の入院が少なくなる傾向にある。
- 人生の最終段階における意思決定支援に関する情報をICTにて共有している患者は、急性不安対応目的の入院等が減り、容体が急変した際の入院先として緩和ケア病棟や地域包括ケア病棟が多くなる。

在宅医療についての課題と論点

(在宅における看取りについて)

- 最後を迎えたい場所は自宅であるが、それまでの医療・ケアを医療機関で受けることを希望する患者がいることが指摘されている。
- 在宅において訪問診療の提供がない看取りのうち、14日以内の入院歴があった患者は9.7%であったが、その中で退院時共同指導料の算定があった患者は1.6%のみであった。
- 14日以内の入院歴があった患者については、退院して短い期間で死亡に至る患者が多かった。
- 患者本人の望む看取りを行うための切れ目のない医療提供体制を構築するためには、意思決定支援の情報を入院先の医療機関と訪問診療を行っている医療機関が共有し、今後の対応方針として共同して指導を行うことが重要とされている。
- がん末期の患者等においては短期間で看取りとなることがあるため、退院後速やかに訪問診療が実施される環境を整える必要がある。

(訪問栄養食事指導について)

- 在宅療養高齢者において、栄養障害及び摂食・嚥下障害が認められる者は多く存在し、要介護度が高いほど、その割合も高い。
- 在宅患者訪問栄養食事指導料及び管理栄養士による居宅療養管理指導は、算定回数が少ない。
- 令和2年度診療報酬改定において、外部の管理栄養士による在宅患者訪問栄養食事指導料を評価しているが、自施設の管理栄養士によるものが約9割、外部の管理栄養士との連携によるものが約1割である。
- 診療報酬で連携が評価されている栄養ケア・ステーション(栄養CS)は、全国で拠点数は110か所、登録管理栄養士数は4,625人(2022年度)である。栄養CSと医療機関との契約締結の課題としては、「診療所からの相談そのものがほとんどない」、「医師へ依頼方法を説明するが、実際の契約に結びつかない」、「事務処理に手間がかかる」の順で多い。
- 第8次医療計画において、在宅医療の提供体制のうち訪問栄養食事指導を充実させるために、管理栄養士が配置されている在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所、栄養ケア・ステーション等の活用も含めた体制整備を行うことが求められている。

在宅医療についての課題と論点

【論点】

(患者の特性に応じた訪問診療の提供について)

- 在宅医療における要介護度・認知症日常生活自立度の患者割合が変化していることや診療時間等の特性が異なることを踏まえて、包括的支援加算等の患者の特性に応じた訪問診療の評価のあり方についてどのように考えるか。
- 頻回訪問加算について、現在の算定状況等を踏まえ、評価のあり方についてどのように考えるか。
- 在医総管・施設総管の算定状況や施設入居者の患者の状態、一部医療機関の訪問診療の実施状況を踏まえ、患者の状態に応じた適切な在宅医療の評価についてどのように考えるか。

(往診について)

- 一部医療機関における、夜間休日深夜の往診の実態を踏まえた往診料の評価について、どのように考えるか。
- 訪問診療を行っている患者に対する往診と、訪問診療を行っていない患者に対する往診の特性の違いを踏まえた往診料のあり方について、どのように考えるか。

(在宅医療における24時間の医療提供体制の確保について)

- 今後増加が予測される在宅医療のニーズに対応する観点から、病院と診療所の役割の違いも踏まえた、在宅療養支援診療所・病院でない診療所・病院と機能強化型を含めた在宅療養支援診療所・病院の連携のあり方について、どのように考えるか。
- 地域における、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の訪問診療の実施状況を踏まえた、地域の特性に応じた在宅医療の提供体制のあり方について、どのように考えるか。

(在宅における緩和ケアについて)

- 緩和ケアを必要とする患者について、どのような療養の場においても充実した緩和ケアを提供する観点から、がん患者に対するICT等を用いた連携のあり方についてどのように考えるか。

(在宅における看取りについて)

- 本人の望む場所でより質の高い看取りを提供する観点から、患者本人の望む看取りを行うための切れ目のない医療提供体制についてどのように考えるか。

(訪問栄養食事指導について)

- 在宅療養患者の状態に応じ、必要な訪問栄養食事指導を提供する観点から、在宅療養支援診療所・病院の役割や都道府県栄養ケア・ステーションとの連携のあり方について、どのように考えるか。

D P C 対象病院の合併に係る報告について

1. 概要

- D P C 対象病院に合併の予定があり、合併後も D P C 制度への継続参加を希望する場合は、D P C 制度への継続参加の可否について厚生労働省保険局医療課において確認し、その結果について、中央社会保険医療協議会へ報告することとしている。
- 1 件の合併案件があったため、以下の通り報告する。

2. 合併事例

(1) 医誠会病院及び城東中央病院

- 当該病院は、令和 5 年 10 月 1 日に合併し、合併後も、DPC/PDPS を継続する。

	合併前病院①	合併前病院②	合併後病院
	医誠会病院	城東中央病院	医誠会国際総合病院
保険医療機関の所在地（予定）	大阪府大阪市東淀川区菅原 6-2-25	大阪府大阪市城東区鴨野西 5-13-47	大阪府大阪市北区南扇町 4-14
所属する医療圏（予定）	大阪市	大阪市	大阪市
総病床数（予定）	327 床	233 床	560 床
D P C 算定病床数（予定）	327 床	233 床	560 床

令和4年3月25日保医発第0325第4号
「DPC制度への参加等の手続きについて」(抜粋)

第1 DPC対象病院

(略)

3 DPC対象病院の合併、分割又は病床数の変更について

(1) 複数のDPC対象病院の合併について

DPC対象病院又は合併年月日(予定を含む。以下同じ。)にDPC対象病院となる予定のDPC準備病院(以下「DPC対象病院等」という。)が、他のDPC対象病院等と合併(2つ以上のDPC対象病院等と1つ以上のDPC対象病院等以外の保険医療機関による合併を含む。)の予定があり、合併後もDPC制度への継続参加を希望している場合は、合併年月日の6か月前までに、別紙2「DPC対象病院等の合併に係る申請書」及び別紙3「DPC対象病院等の合併に係る申請書(別紙)」を地方厚生(支)局医療課長を経由して厚生労働省保険局医療課長に提出すること。

(略)

(4) 合併、分割又は対象病床数の変更を行うDPC対象病院等については、上記(1)、(2)又は(3)の規定に基づく申請書を提出する場合に該当するか否かにかかわらず、DPC制度への継続参加を希望する場合は、原則として以下の基準を満たしていること。

- ① 合併の場合は、合併前の主たる病院がDPC対象病院であること。
- ② 申請の直近1年以上、継続してデータが提出されていること。
- ③ 申請の直近1年の(データ/病床)比が1月あたり0.875以上であること。

(5) 合併、分割又は対象病床数の変更に係る申請の審査等について

上記(1)の申請書が提出された場合は、上記(4)に掲げる基準及び申請書の記載内容からDPC制度への継続参加の可否について厚生労働省保険局医療課において確認し、その結果について、中央社会保険医療協議会へ報告するものとする。

また、上記(2)又は(3)の申請書が提出された場合は、上記(4)に掲げる基準及び申請書の記載内容からDPC制度への継続参加の可否について中央社会保険医療協議会において審査及び決定することとする。

いずれの場合であっても、申請が認められた場合は、合併、分割又は対象病床数の変更後もDPC対象病院としてDPC制度に継続参加するものとする。

(略)

DPC 対象病院同士の合併・分割の取扱いについて (案)

1. 医療機関別係数の設定方法

1) 複数の DPC 対象病院が合併する場合

係数	対応
基礎係数	合併前の主たる病院が所属した医療機関群の基礎係数を適用
機能評価係数Ⅱ	合併前の病院の機能評価係数Ⅱの加重平均値(症例数ベース)を適用
激変緩和係数	合併前の病院の激変緩和係数の加重平均値(症例数ベース)を適用

(機能評価係数Ⅰは、合併後の病院が満たす施設基準に応じて適用)

2) DPC 対象病院が分割し、複数の DPC 対象病院となる場合

係数	対応
基礎係数	全ての DPC 対象病院に DPC 標準病院群の基礎係数を適用
機能評価係数Ⅱ	分割前の病院の機能評価係数Ⅱを適用
激変緩和係数	分割前の病院の激変緩和係数を適用

(機能評価係数Ⅰは、分割後の病院が満たす施設基準に応じて適用)

3) DPC 対象病床が一定以上増減する場合

係数	対応
基礎係数	病床数増減前の病院の医療機関群の基礎係数を適用
機能評価係数Ⅱ	病床数増減前の病院の機能評価係数Ⅱを適用
激変緩和係数	病床数増減前の病院の激変緩和係数を適用

(機能評価係数Ⅰは、病床数増減後の病院が満たす施設基準に応じて適用)

※ ただし、病床が増減した次の診療報酬改定において、激変緩和係数の最大値は0とする。

2. 前回改定以降に分割が生じた場合の医療機関別係数の設定に係る取扱い

分割後の医療機関別係数については、原則分割後のデータを用いて設定することとする。但し、改定に用いるデータの対象期間において、分割前の期間が長い場合は、分割前のデータを用いて設定することとする。