

個別事項(その16)

医療資源の少ない地域、有床診療所

1. 医療資源の少ない地域に配慮した評価

1-1. 医療資源の少ない地域における医療の提供について

1-2. 医療資源の少ない地域の対象地域について

2. 有床診療所

医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬上の評価(概要)

診調組 入-1
5.9.29

- 医療資源の少ない地域については、医療従事者が少ないことや、医療機関が少ないため機能分化が困難であることに着目し、施設基準の緩和等、その特性に配慮した評価を行っている。
- 急性期から回復期における機能分化が困難である観点から一般病棟入院基本料や地域包括ケア病棟入院料について要件緩和や混合病棟を認める等の対応を行っている。

<評価の概要>

項目名	医療資源の少ない地域に配慮した主な要件緩和等	緩和の対象
A100 一般病棟入院基本料*	病棟ごとに違う区分の入院基本料の算定が可能	入院料の算定
A108 有床診療所入院基本料	入院基本料1～3の施設基準の一つとして、医療資源の少ない地域（特定地域）に所在する有床診療所であること	（入院料の要件）
A207 医師事務補助体制加算	20対1から100対1までについて、医療資源の少ない地域に所在する医療機関であれば、要件を満たす（※）こととする	施設基準の要件
A226-2 緩和ケア診療加算*	医師・看護師・薬剤師の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師の専従要件等の緩和	人員配置
A233-2 栄養サポートチーム加算*	看護師・薬剤師・管理栄養士の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師・管理栄養士の専従要件等の緩和	人員配置
A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算*	看護師等の専従要件の緩和	人員配置
A246 入退院支援加算*	看護師・社会福祉士の要件の緩和	人員配置
A308-3 地域包括ケア病棟入院料	看護職員配置が15対1以上 ^{※1} 看護職員の最小必要数の4割以上 ^{※2} が看護師、理学療法士等の専従要件の緩和 ※1 特定地域以外では13対1以上 ※2 特定地域以外では7割以上 許可病床数200床未満に限るとされている基準について、280床未満とする （地域包括ケア病棟入院医療管理料1、2、3及び4、地域包括ケア病棟入院料1及び3）	人員配置 病床数
A317 特定一般病棟入院料	一般病棟が1病棟のみ（DPC対象病院を除く） 看護職員配置が13対1以上又は15対1以上 看護要員1人当たりの月平均夜勤72時間要件なし	人員配置 夜勤の要件
A248 精神疾患診療体制加算	許可病床数80床以上（特定地域以外は許可病床数100床以上）	病床数
A249 精神科急性期医師配置加算	許可病床数80床以上（特定地域以外は許可病床数100床以上）	病床数
在宅療養支援病院	許可病床数280床未満（特定地域以外は許可病床数200床未満）	病床数
在宅療養後方支援病院	許可病床数160床以上（特定地域以外は許可病床数200床以上）	病床数
B001 24 外来緩和ケア管理料*	医師・看護師の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師の専従要件等の緩和	人員配置
B001 27 糖尿病透析予防指導管理料*	医師・看護師又は保健師・管理栄養士の専任要件・常勤要件の緩和	人員配置
24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）	複数の訪問看護ステーションが連携して体制を確保した場合の対象地域を、医療資源の少ない地域にも拡大	施設基準の要件

*医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び急性期一般入院料1を算定している病院を除く）の一般病棟が対象。

（※）遠隔画像診断、処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1、手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1、保険医療機関間の連携による病理診断（受診側）、保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製（受信側）、保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診（受信側）についても同様。

医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬上の評価の経緯

診調組 入-1
5. 9. 29

改定年度	改定内容
平成24年	<ul style="list-style-type: none"> ○ 一般病棟入院基本料の届出について、病棟ごとの届出を可能とした <ul style="list-style-type: none"> ※ 特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院、一般病棟7対1・10対1入院基本料を算定している病院を除く ○ 1病棟のみの小規模な病院について、病棟に応じた評価として特定一般病棟入院料を新設 ○ チームで診療を行う栄養サポートチーム加算及び緩和ケア診療加算について、専従要件を緩和した評価を別途新設
平成26年	<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料の要件を緩和した評価を導入 ○ 特定一般病棟入院料について、一般病棟が1病棟のみの病院を対象に加えた ○ チーム医療等に係る評価について、糖尿病透析予防指導管理料や外来緩和ケア管理料等を追加するとともに専従要件等を緩和
平成28年	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療資源の少ない地域に配慮した評価については、<u>利用状況が極めて低調であり、その要因として考えられる対象地域に関する要件を見直し</u> <ul style="list-style-type: none"> <対象地域に関する要件> <ul style="list-style-type: none"> ➢ 患者の流出率についての要件を緩和し、医療従事者が少ないこと自体を要件化※ ➢ 二次医療圏の一部が離島となっている場合についても対象地域に追加 ○ 一般病棟10対1入院基本料を算定している保険医療機関を対象に加えた (特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟7対1入院基本料を算定している病院を除く) <div data-bbox="1440 606 1958 792" style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>※要件①かつ② ①人口当たり医師数が下位1/3かつ人口当たり看護師数が下位1/2 ②病院密度が下位15%又は病床密度が下位15%</p> </div>
平成30年	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療資源の少ない地域における加算等の要件の緩和対象について、200床未満の病院に加えて、許可病床400床未満の病院も対象に追加(特定機能病院、DPC対象病院及び病棟全体で急性期一般入院料1を算定している病院を除く) ○ 医療機関の病床数を基準としている診療報酬について、当該病床数の基準を2割緩和 <ul style="list-style-type: none"> <対象> <ul style="list-style-type: none"> ○地域包括ケア入院医療管理料1～4 ○地域包括ケア病棟入院料1・3 ○精神疾患診療体制加算 ○精神科急性期医師配置加算 ○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
令和2年	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療資源の少ない地域について、<u>医師に係る要件を緩和(※)</u>するとともに、直近の統計を用いて、対象地域を見直した <ul style="list-style-type: none"> ※ 「人口当たり医師数が下位1/3」→「人口当たり医師数が下位1/2」 ○ へき地医療拠点病院であれば要件を満たすこととしている項目について、医療資源の少ない地域に所在する医療機関についても対象とした
令和4年	<ul style="list-style-type: none"> ○ 入退院支援加算における医療資源の少ない地域に配慮した評価に係る要件について、常勤の看護師又は社会福祉士の配置に代えて、非常勤の看護師又は社会福祉士を複数人配置した場合であっても当該要件を満たすこととする。 ○ 超急性期脳卒中加算の遠隔医療の体制構築の要件の見直し。

医療資源の少ない地域 算定状況①

診調組 入-1
5. 9. 29

○ 医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬の算定状況等は以下のとおりであった。

算定項目	H29年度		H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度	
	件数	回数	件数	回数	件数	回数	件数	回数	件数	回数	件数	回数
特定一般病棟入院料 1	124	1520	192	2549	194	2352	169	2058	170	2217	153	1832
特定一般病棟入院料 2	190	3061	119	1680	60	1025	68	1286	57	974	60	953
特定一般病棟入院期間加算（14日以内）	227	1767	237	1879	185	1410	170	1418	167	1310	163	1152
特定一般病棟入院期間加算（15日以上30日以内）	73	639	116	831	81	710	89	797	82	725	59	469
重症児（者）受入連携加算（特定一般病棟入院料）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
救急・在宅等支援病床初期加算（特定一般病棟入院料）	62	527	131	1156	116	970	97	834	119	935	109	730
一般病棟看護必要度評価加算（特定一般病棟入院料）	-	-	91	1446	66	854	56	871	62	871	64	884
特定一般病棟入院料（地域包括ケア1）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟入院料（地域包括ケア2）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟入院料（地域包括ケア3）	-	-	-	-	7	86	4	81	-	-	-	-
特定一般病棟入院料（地域包括ケア4）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟・療養病棟入院料 1（A）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟・療養病棟入院料 1（B）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟・療養病棟入院料 1（C）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟・療養病棟入院料 1（D）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟・療養病棟入院料 1（E）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟・療養病棟入院料 1（F）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟・療養病棟入院料 1（G）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟・療養病棟入院料 1（H）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
特定一般病棟・療養病棟入院料 1（I）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

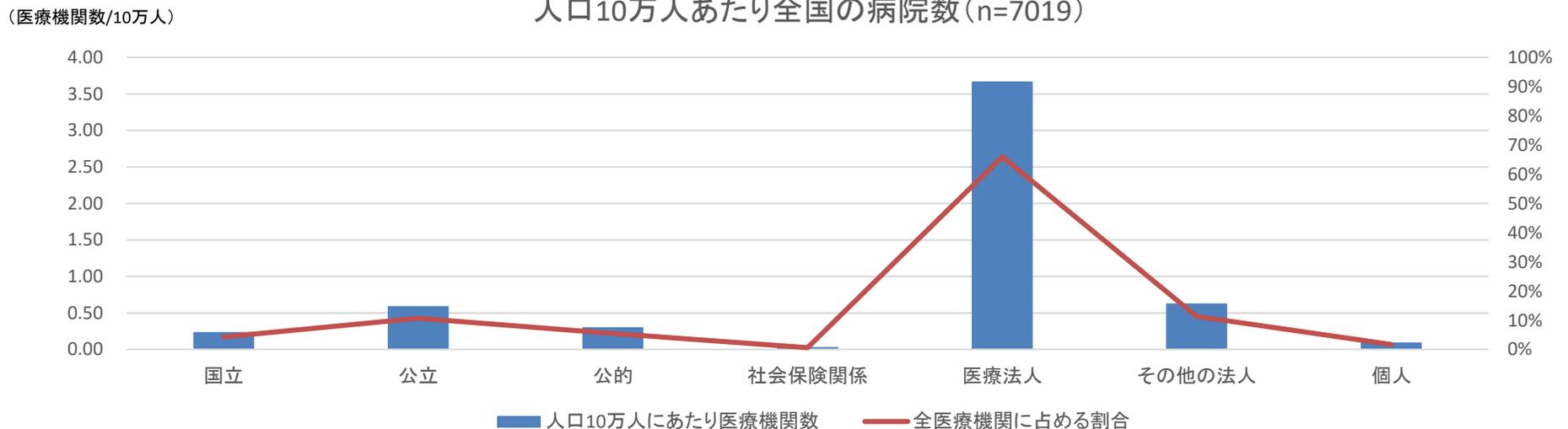
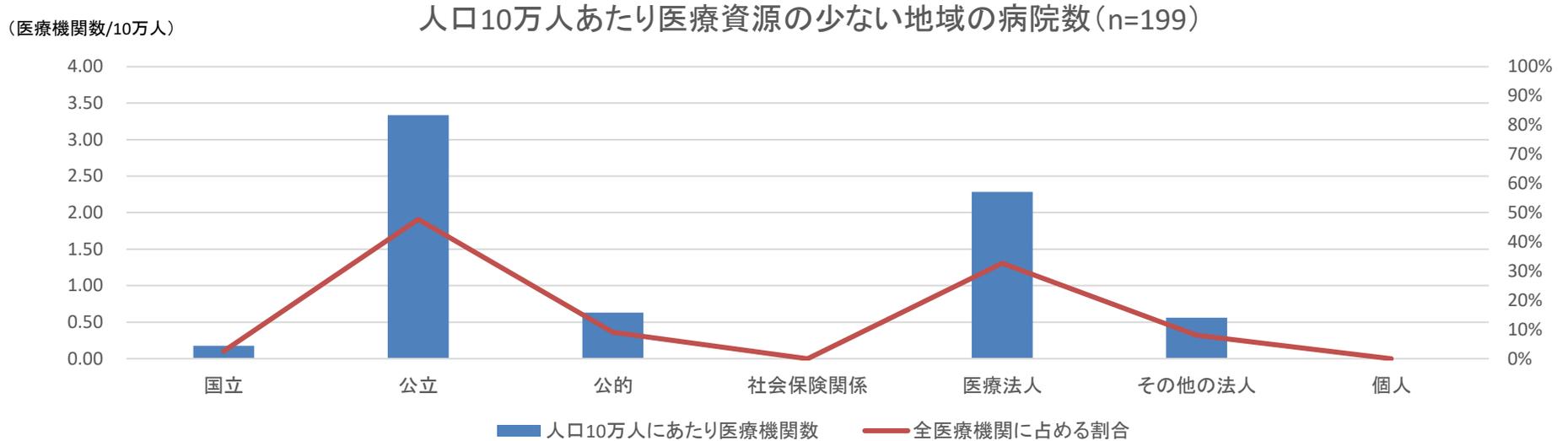
医療資源の少ない地域 算定状況②

○ 医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬の算定状況等は以下のとおりであった。

算定項目	H29年度		H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度	
	件数	回数	件数	回数	件数	回数	件数	回数	件数	回数	件数	回数
緩和ケア診療加算（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
栄養サポートチーム加算（特定地域）	20	42	3	7	15	43	-	-	-	-	11	18
褥瘡ハイリスク患者ケア加算（特定地域）	1	1	-	-	-	-	4	4	6	7	-	-
入退院支援加算（特定地域）（一般病棟入院基本料等）	-	-	5	5	16	16	2	2	37	38	18	18
入退院支援加算（特定地域）（療養病棟入院基本料等）	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-
地域包括ケア病棟入院料1（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟入院料1（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア入院医療管理料1（特定地域）	9	133	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア入院医療管理料1（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟入院料2（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟入院料2（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア入院医療管理料2（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア入院医療管理料2（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟入院料3（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟入院料3（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア入院医療管理料3（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア入院医療管理料3（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟入院料4（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟入院料4（生活療養）（特定地域）	-	-	22	562	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア入院医療管理料4（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア入院医療管理料4（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟特別入院料2（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟特別入院料2（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟特別入院料4（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
地域包括ケア病棟特別入院料4（生活療養）（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
外来緩和ケア管理料（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
糖尿病透析予防指導管理料（特定地域）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

全国の病院と医療資源の少ない地域の病院について

- 全国の病院と医療資源の少ない地域に存在する人口10万人あたりの病院の設置主体は以下のとおりであった。
- 医療資源の少ない地域においては設置主体が公立の医療機関が最も多く、全国で見ると医療法人が最も多かった。

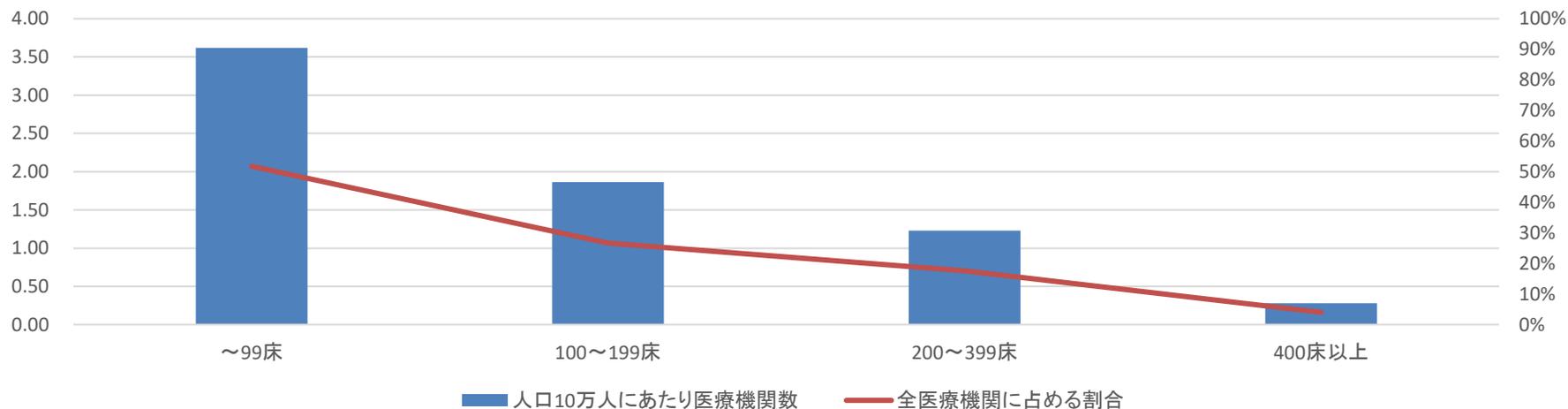


全国の病院と医療資源の少ない地域の病院について

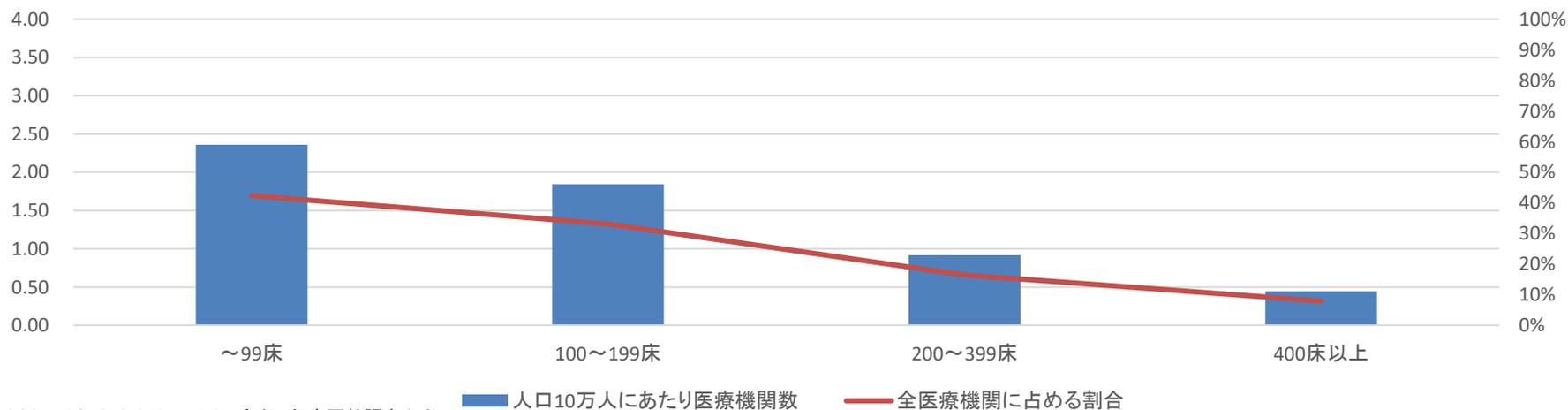
診調組 入-1
5. 9. 29

- 医療資源の少ない地域に存在する病院及び、全国の病院における人口10万人あたり許可病床数は以下のとおりであった。
- 医療資源の少ない地域に存在する病院の許可病床数については、100床未満の医療機関が最も多く、全体の約50%を占めていた。

人口10万人あたり医療資源の少ない地域の許可病床数(n=199)



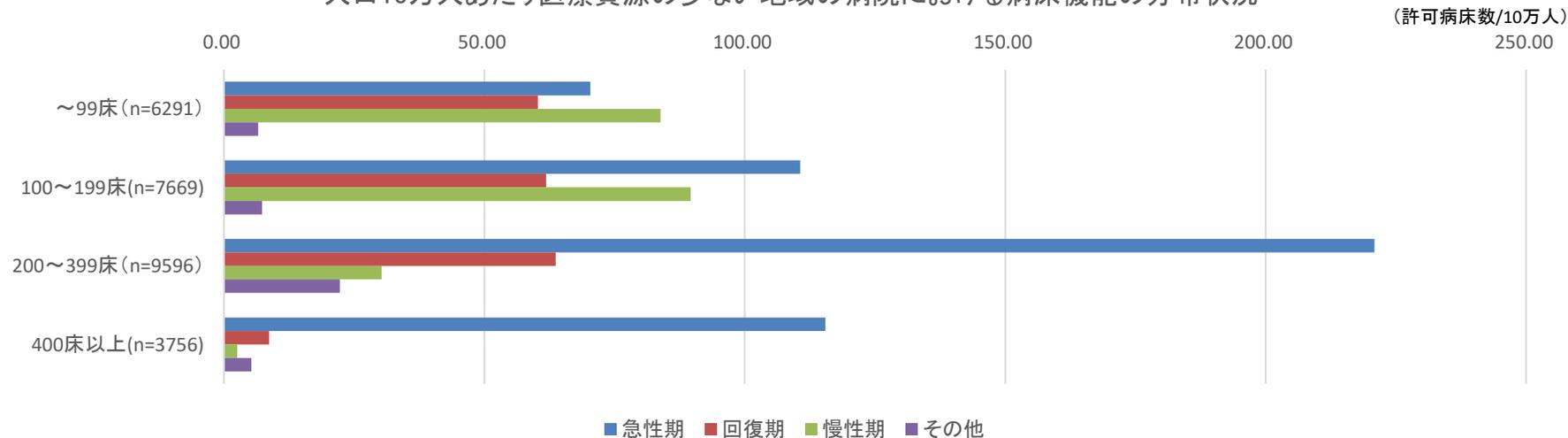
人口10万人あたり全国の病院における許可病床数(n=7019)



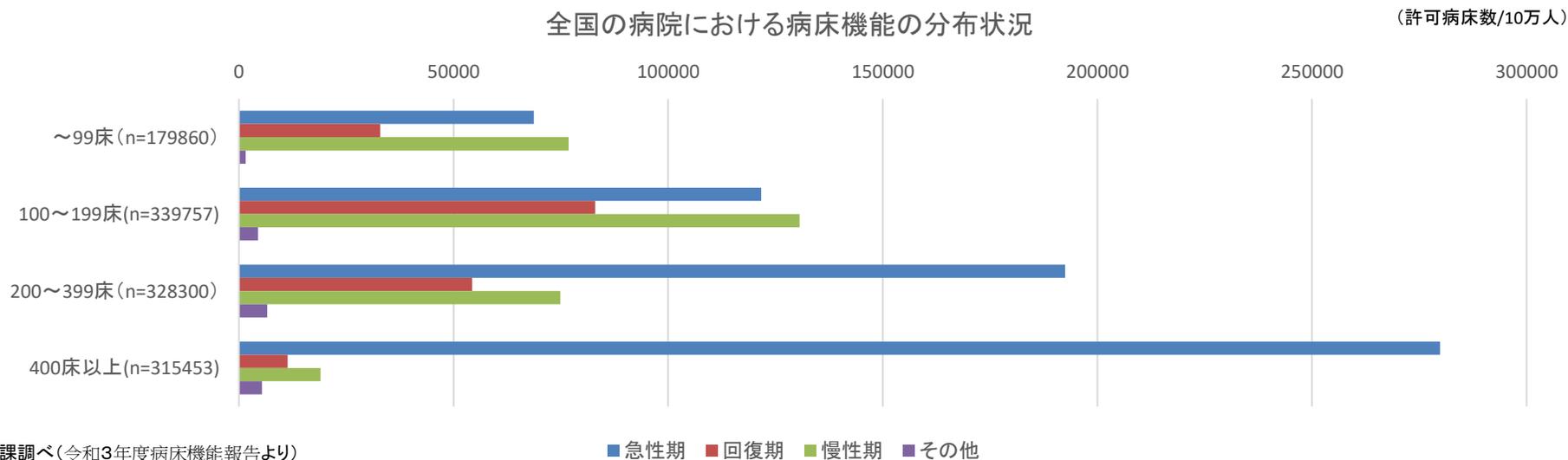
全国の病院と医療資源の少ない地域の病院について③

○ 医療資源の少ない地域に存在する病院及び全国の病院における人口10万人あたり病床機能の分布状況は以下のとおりであった。

人口10万人あたり医療資源の少ない地域の病院における病床機能の分布状況



全国の病院における病床機能の分布状況



Ⅱ. 検討結果の概要

12. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について

- 医療資源の少ない地域では、回復期リハビリテーション病棟を整備するのが難しい実態があり、そういった実態を踏まえた対応を検討してはどうかといった指摘があった。
- 地域包括ケア病棟の自院の一般病棟からの転棟に関する要件については、周辺に医療機関が存在しないことにより自院からの転棟が多くなることを踏まえ、医療資源の少ない地域における対応を検討してはどうかといった指摘があった。
- 在宅医療の提供体制の構築について、在宅療養支援診療所等のような 24 時間の医療提供体制の確保を行う医療機関の運用が難しい実態も踏まえ、D to P with N 等の活用や、訪問看護との連携が重要であるといった指摘があった。

	医療機関の主な意見等
入院について	<p>○急性期</p> <ul style="list-style-type: none"> 救急患者は受け入れるが、十分な医師の確保が困難なため、手術を必要とする患者や高度急性期の患者はほとんど転院となる。 周囲の医療機関と輪番制を構築していたが、医師の高齢化により輪番制が廃止となって継続困難となり廃止となった。 地域連携ネットワークを導入したおかげで急性期疾患の患者の経過を確認できるようになり、回復期に移行し地域に戻ってくる時の計画を立てやすくなった。 <p>○回復期</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域に回復期リハビリテーション病棟が少なく、遠方にあるため患者や家族に負担がかかる。 自院で回復期リハビリテーション病棟を届出できるほど周辺地域に対象となる患者がいなかったため、回復期に集中的なリハビリテーションを必要とする場合、地域包括ケア病棟に入院となる場合があり、包括評価のため経営上の負担になる。 周辺に医療機関がなく機能分化ができないため、急性期も回復期も担う医療機関は地域包括ケア病棟の自院からの転棟割合の要件を満たすのが難しい。

回復期リハビリテーション病棟入院料（施設基準）

	入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5 (※1)
医師	専任常勤1名以上				
看護職員	1.3対1以上（7割以上が看護師）		1.5対1以上（4割以上が看護師）		
看護補助者	3.0対1以上				
リハビリ専門職	専従常勤のPT3名以上、 OT2名以上、ST1名以上		専従常勤の PT2名以上、OT1名以上		
社会福祉士	専任常勤1名以上		-		
管理栄養士	専任常勤1名	専任常勤1名の配置が望ましい			
第三者評価	<u>受けていることが望ましい</u>	-	<u>受けていることが望ましい</u>	-	-
リハビリテーション実績指数等の 院内掲示等による公開	○				
データ提出加算の届出	○				○
休日リハビリテーション	○		-		
新規入院患者のうちの、 重症の患者の割合	3割以上→ <u>4割以上</u>		2割以上→ <u>3割以上</u>		-
入院時に重症であった患者における 退院時の日常生活機能評価 ()内はFIM総得点	3割以上が4点（16点）以上改善		3割以上が3点（12点）以上改善		-
自宅等に退院する割合	7割以上				-
リハビリテーション実績指数	40以上	-	35以上	-	-
点数 ()内は生活療養を受ける場合	2,129点 (2,115点)	2,066点 (2,051点)	1,899点 (1,884点)	1,841点 (1,827点)	1,678点 (1,664点)

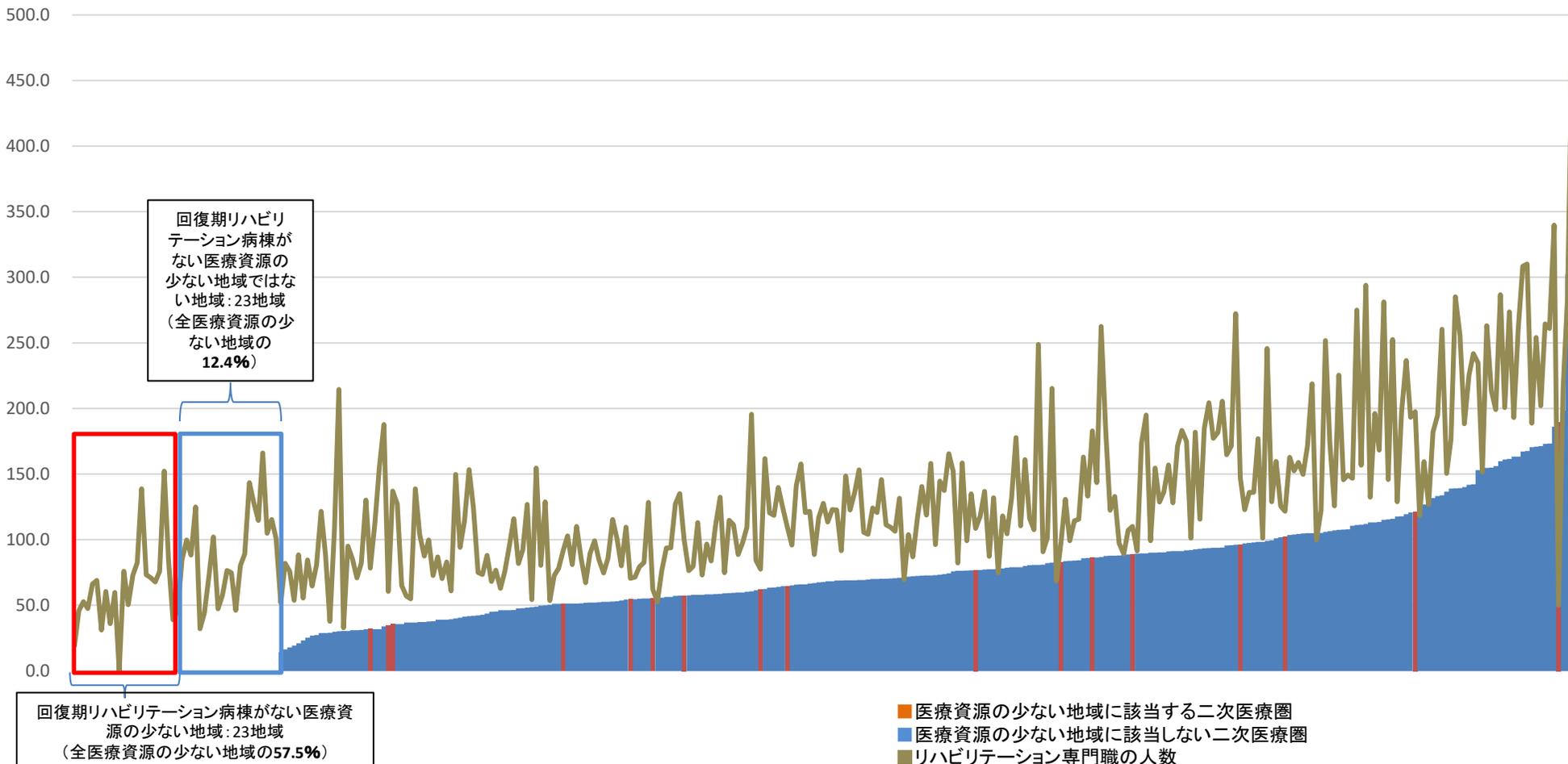
※1：入院料5については、届出から2年間に限り届け出ることができる。

なお、令和4年3月31日時点において、回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6の届出を行っている病棟については、1年間、改定前の医科診療報酬点数表により回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6を算定し、その後1年間、新入院料5を算定することができる。

医療資源の少ない地域におけるリハビリテーション

○ 医療資源の少ない地域においては、回復期リハビリテーション病棟の病床数が0である地域が23地域あり、医療資源の少ない地域全体の57.5%を占める。回復期リハビリテーション病棟の病床数が0である地域はリハビリテーション専門職の人数については配置が少ないが一定数は存在する。

回復期リハビリテーション病棟の病床数とリハビリテーション専門職の人数
(人口10万人対)



地域包括ケア病棟入院料に係る施設基準



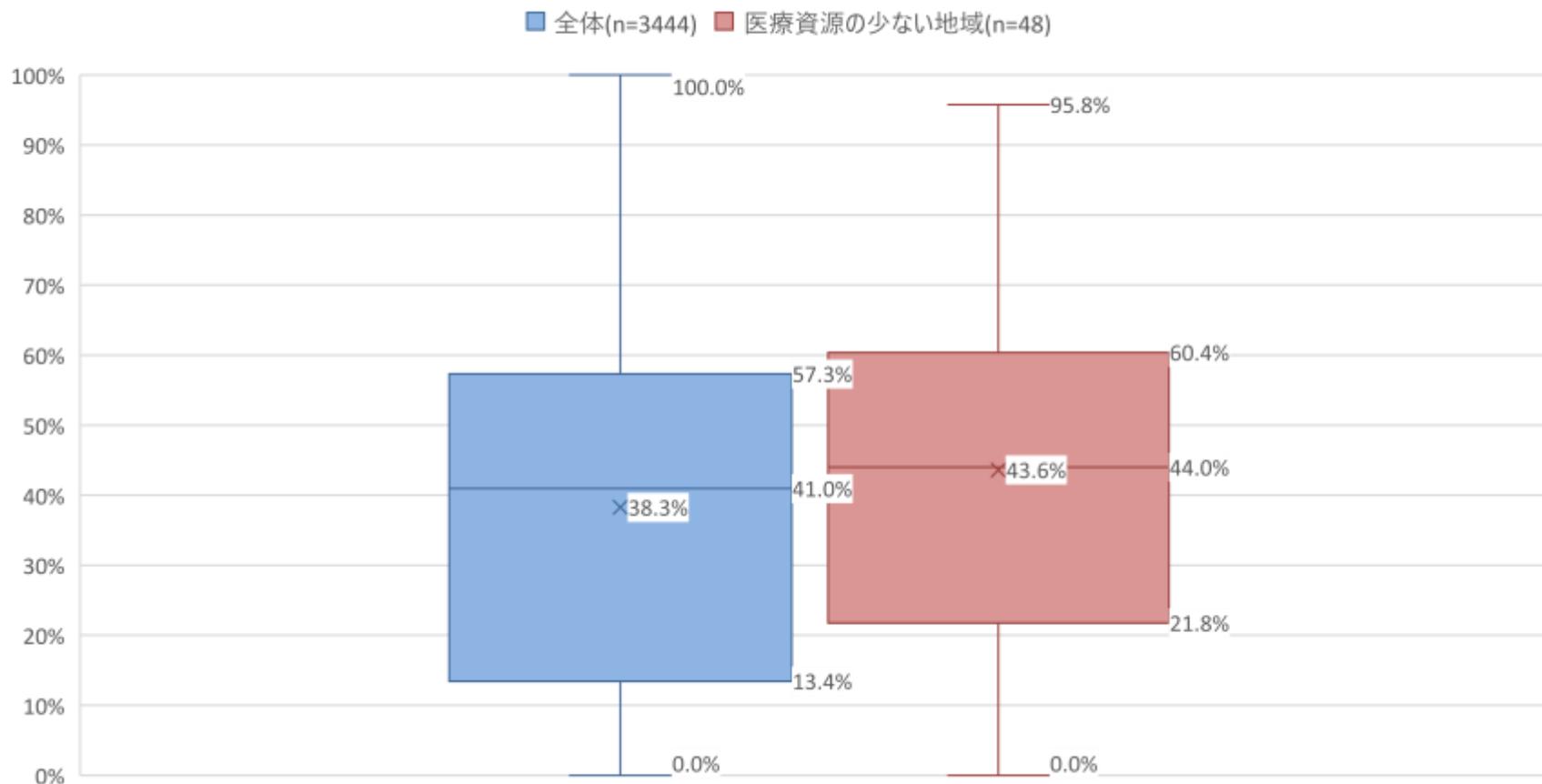
	入院料1	管理料1	入院料2	管理料2	入院料3	管理料3	入院料4	管理料4
看護職員	13対1以上（7割以上が看護師）							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置							
リハビリテーション実施	リハビリテーションを提供する患者については1日平均2単位以上提供していること							
意思決定支援の指針	適切な意思決定支援に係る指針を定めていること							
救急の実施	<u>一般病床において届け出る場合には、第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院であること（ただし、200床未満の場合は救急外来を設置していること又は24時間の救急医療提供を行っていることで要件を満たす。）</u>							
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
許可病床数200床未満	○		-		○		-	
室面積	6.4平方メートル以上				-			
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ 12% 以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ 8% 以上							
自院の一般病棟から転棟した患者割合	-		6割未満 (許可病床数200床以上の場合) <u>(満たさない場合85/100に減算)</u>		-		6割未満 (許可病床数200床以上の場合) <u>(満たさない場合85/100に減算)</u>	
自宅等から入棟した患者割合	2割 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で 8人 以上)		いずれか1つ以上 (満たさない場合90/100に減算) <u>(「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)</u>		2割 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で 8人 以上)		いずれか1つ以上 (満たさない場合90/100に減算) <u>(「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)</u>	
自宅等からの緊急患者の受入	3月で 9人 以上				3月で 9人 以上			
在宅医療等の実績	○（2つ以上）				○（2つ以上）			
在宅復帰率	7割2分5厘 以上				7割 以上（満たさない場合90/100に減算）			
入退院支援部門等	入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること <u>入院料及び管理料の1・2については入退院支援加算1を届け出ていること（許可病床数100床以上の場合）（満たさない場合90/100に減算）</u>							
点数（生活療養）	2,809点（2,794点）		2,620点（2,605点）		2,285点（2,270点）		2,076点（2,060点）	

・療養病床については95/100の点数を算定する。ただし、救急告示あり/自宅等から入棟した患者割合が6割以上/自宅等からの緊急患者受け入れ3月で30人以上のいずれかを満たす場合は100/100

医療資源の少ない地域における入棟元について

- 医療資源の少ない地域にある地域包括ケア病棟の入棟元が院内の他病棟である患者の割合は、地域包括ケア病棟全体の割合より高かった。

地域包括ケア病棟における入棟元が院内の他病棟の患者割合



	医療機関の主な意見等
外来・在宅について	<p>○ 在宅医療</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 医師の数が少ないため、在宅療養支援診療所を維持していくための医師の24時間対応体制の構築が負担になっている。 ▪ 在宅のニーズの増加に合わせて、訪問診療や往診の体制を整えていきたいが、そもそも医師の数等が不足しており難しい。 ▪ 施設に入所する患者が増加しており、看取りの件数自体は減ってきている。 ▪ 自宅までの距離が遠く離れており、自施設から20km離れた訪問看護ステーションの方が近いような患者の場合は、一旦その看護師に依頼して様子を見てもらうことがある。 <p>○ 情報通信機器を用いた診療</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 必要な患者に往診を提供できる様に努力しているが、遠方の患者は移動時間もかかり医師の負担になる。患家の近くの訪問看護ステーションから看護師が向かい、D to P with Nでの診療体制ができたら良い。 ▪ オンライン診療での費用が低く、患者の指導や医療機関内での体制の整備に時間がかかるのに対して、採算がとれない。 ▪ 普及を目指しているが、患者は高齢者が多く、デバイスをうまく扱えないため、中々オンライン診療を希望する患者がいらない。 ▪ D to P with Nの取組を進めたいが、そもそも看護師の数が足りない。 ▪ オンライン診療導入の意向はあるが、ソフトや機器の値段が高く購入が困難。

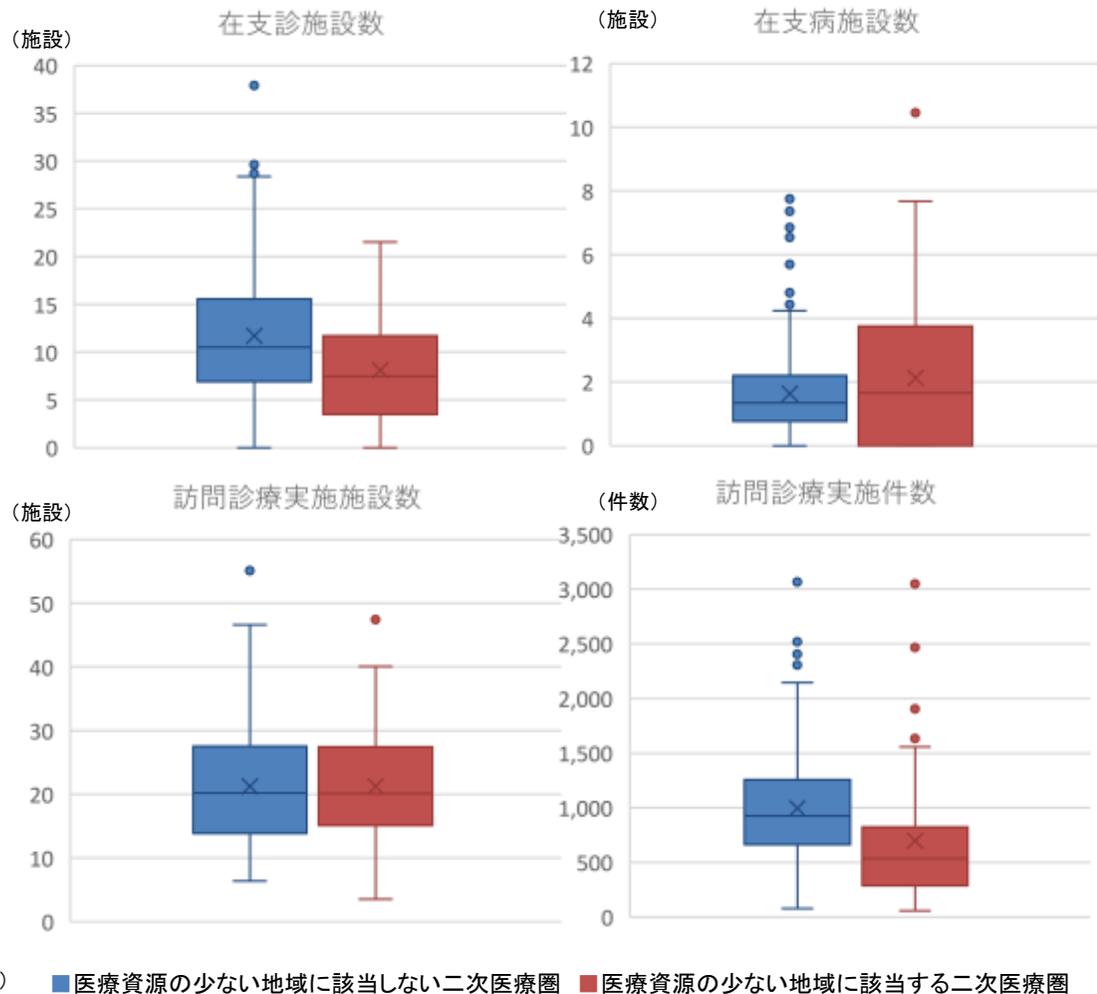
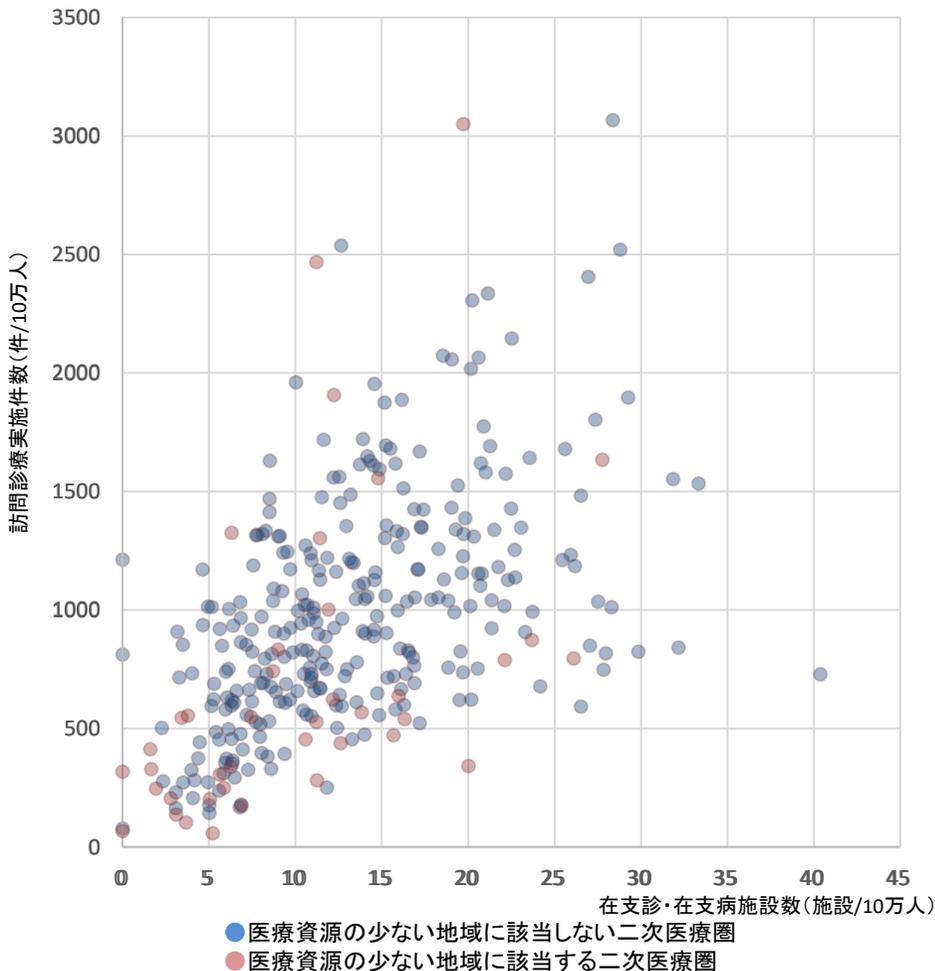
在支診・在支病の施設基準 (参考)

	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 適切な意思決定支援に係る指針を作成していること					
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	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 ・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 ・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	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上	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 ・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 ・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		
	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 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					

在宅療養支援病院・診療所について

- 医療資源の少ない地域においては在宅療養支援診療所の施設数はその他の地域と比較して低い傾向にあったが、在宅療養支援病院の施設数はやや多く、訪問診療実施施設数には大きな差がなかった。
- 訪問診療の実施件数は医療資源の少ない地域の方が少なかった。

訪問診療実施件数と在支診・在支病の施設数
(人口10万人対)



オンライン診療の提供体制に関する事項 患者が看護師等といる場合のオンライン診療

1. 考え方等

患者が看護師等といる場合のオンライン診療（以下「D to P with N」という。）は、患者の同意の下、オンライン診療時に、患者は看護師等が側にいる状態で診療を受け、医師は診療の補助行為を看護師等に指示することで、予測された範囲内における治療行為や予測されていない新たな症状等に対する検査が看護師等を介して可能になるもの。

D to P with Nにおいても、指針に定められた「最低限遵守すべき事項」等に則った診療を行うこと。

2. 実施可能な診療の補助行為

医師の指示による診療の補助行為の内容としては、「診療計画」及び訪問看護指示書に基づき、予測された範囲内において診療の補助行為を行うこと。

オンライン診療を行った際に、予測されていない新たな症状等が生じた場合において、医師が看護師等に対し、診断の補助となり得る追加的な検査を指示することは可能である。

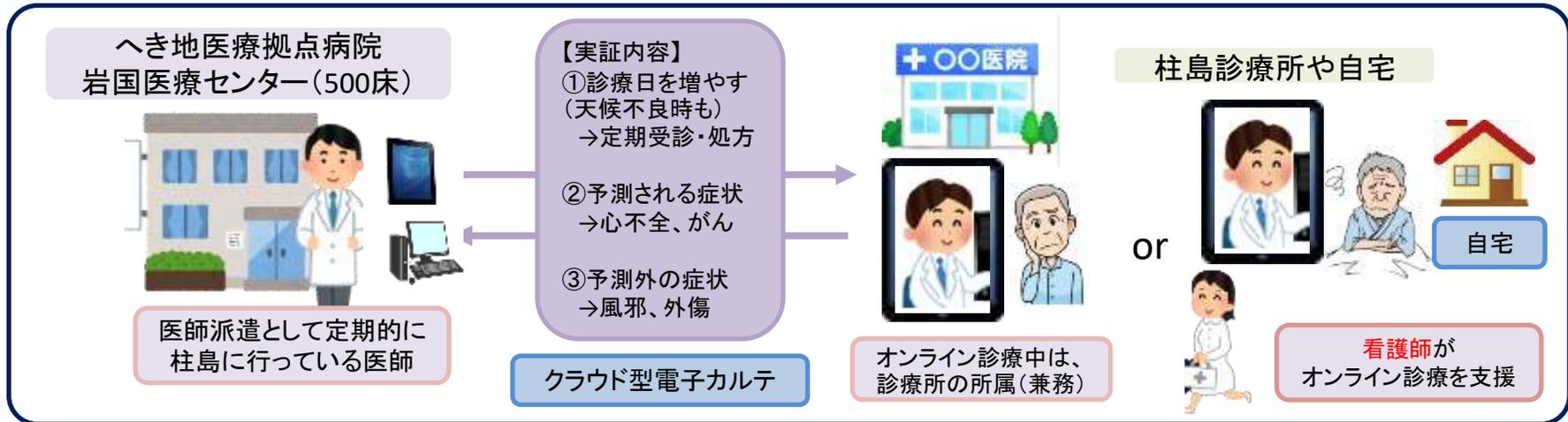
3. 提供体制

D to P with Nを行う医師は、原則、訪問診療等を定期的に行っている医師であり、看護師等は同一医療機関の看護師等あるいは訪問看護の指示を受けた看護師等である。

離島へき地におけるオンライン診療には「D to P with N」が有効

【研究班の実証ケース】 岩国市立柱島診療所（常勤医なし）

- ・同医療圏のへき地医療拠点病院から月2回、医師が派遣される。島民は診療日を増やしてほしいと要望。
- ・令和2年から実証開始。本土から看護師のみ離島にわたり、オンライン診療を支援し、診療日を増やす。



・オンライン診療「D to P with N」は、患者の同意の下、看護師が患者のそばにいる状態での診療である。医師は診療の補助行為を看護師等に指示することで、予測された範囲内における治療行為や予測されていない新たな症状等に対する検査が看護師等を介して可能となる（オンライン診療の適切な実施に関する指針）。

・離島等の診療所においては、荒天等により医師及び薬剤師がやむをえず不在となる場合に、一定の条件のもと医師又は薬剤師が確認しながら看護師が一定の薬剤を患者に渡すことができる（令和4年3月23日厚労省事務連絡）。

【オンライン診療において「with N（看護師）」のメリット】

- ① 医師が現地にいなくても、通常のオンライン診療に比べて、質の高い診療（検査、処置）を届けることができる。
- ② デバイス操作が困難、難聴、認知症などの高齢者にも対応できる。
- ③ 急患対応時の看護師の精神的な不安を軽減。特に緊急オンライン代診には看護師は必須。

課題

- ・デバイスの操作など、オンライン診療支援に必要なスキルの習得。普段からの医師とのコミュニケーション。
- ・看護師によるオンライン診療支援には多大な人的コストやスキルが必要。

- 今後高齢化の進展に伴い、在宅医療のニーズは増加する一方で、マンパワーの制約があることを踏まえ、情報通信機器等の活用等も含めた、質の高い効果的・効率的な在宅医療の提供体制を進める必要がある。
- 在宅医療における情報通信機器等の活用の取組としては、対面診療の補完、医療過疎地における遠隔診療、多職種連携におけるネットワーク構築等がある。

【在宅医療における情報通信機器の活用例】

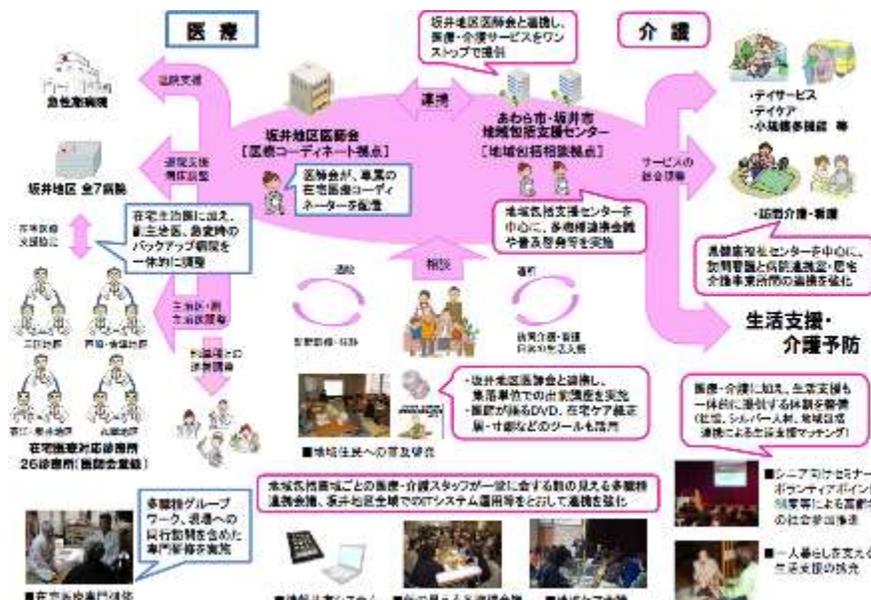
対面診療の補完としてのオンライン診療

・福岡県（福岡市）の医療機関では、在宅患者に対する医療提供体制の強化の一環として、訪問計画の一部にオンライン診療を組み込む事で、医師の訪問負担を軽減しつつ、在宅患者への診療頻度を高める取組を実施している。



ネットワーク構築による病病連携・病診連携・多職種連携の構築

・福井県（坂井地区）では病院が持つ患者情報（退院・看護サマリ、検査結果、画像、処方、注射など）をシステムにより、診療所や訪問看護ステーション、介護施設等と共有できる体制を整備。
・「カナミックネットワークTRITRUS」を用いて、在宅医療関係者間 診療情報や日々の生活情報等を共有



訪問看護等とも連携した遠隔地への医療提供

・徳之島（鹿児島県）における病院と自治体が連携し、遠隔医療支援プラットフォームを活用したモデルを構築する取組
・訪問看護が取得した患者のバイタルデータを用いて、医師がオンラインで診察・記録を行うことができる。



【出典】平成29年度在宅医療連携モデル構築のための実態調査（厚生労働省医政局）

1. 医療資源の少ない地域に配慮した評価

1-1. 医療資源の少ない地域における医療の提供について

1-2. 医療資源の少ない地域の対象地域について

2. 有床診療所

医療資源の少ない地域（令和2年度診療報酬改定）

中医協 総-2
3. 8. 25

都道府県	二次医療圏	市町村
北海道	南檜山	江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部町及び奥尻町
	日高	日高町、平取町、新冠町、浦河町、様似町、えりも町及び新ひだか町
	十勝	帯広市、音更町、士幌町、上士幌町、鹿追町、新得町、清水町、芽室町、中札内村、更別村、大樹町、広尾町、幕別町、池田町、豊頃町、本別町、足寄町、陸別町及び浦幌町
	宗谷	稚内市、猿払村、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、豊富町、礼文町、利尻町、利尻富士町及び幌延町
青森県	根室	根室市、別海町、中標津町、標津町及び羅臼町
	西北五地域	所川原市、つがる市、鱒ヶ沢町、深浦町、鶴田町及び中泊町
	下北地域	むつ市、大間町、東通村、風間浦村及び佐井村
岩手県	岩手中部	花巻市、北上市、遠野市及び西和賀町
	気仙	大船渡市、陸前高田市及び住田町
	宮古	宮古市、山田町、岩泉町及び田野畑村
	久慈	久慈市、普代村、野田村及び洋野町
秋田県	北秋田	北秋田市及び上小阿仁村
	大仙・仙北	大仙市、仙北市及び美郷町
	湯沢・雄勝	湯沢市、羽後町及び東成瀬村
山形県	最上	新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮭川村及び戸沢村
東京都	島しょ	大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村及び小笠原村
新潟県	魚沼	十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町及び津南町
	佐渡	佐渡市
福井県	奥越	大野市、勝山市
山梨県	峡南	市川三郷町、早川町、身延町、南部町及び富士川町
長野県	木曾	木曾郡
	大北	大町市及び北安曇野郡
岐阜県	飛騨	高山市、飛騨市、下呂市及び白川町
愛知県	東三河北部	新城市、設楽町、東栄町及び豊根村
滋賀県	湖北	長浜市及び米原市
	湖西	高島市
兵庫県	但馬	豊岡市、養父市、朝来市、香美町及び新温泉町
奈良県	南和	五條市、吉野町、大淀町、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村、上北山村、川上村、東吉野村
島根県	雲南	雲南市、奥出雲町及び飯南町
	大田	大田市及び邑智郡
	隠岐	海士町、西ノ島町、知夫村、隠岐の島町
香川県	小豆	小豆郡
長崎県	五島	五島市
	上五島	小値賀町、新上五島町
	壱岐	壱岐市
	対馬	対馬市
鹿児島県	熊毛	西之表市、熊毛郡
	奄美	奄美市、大島郡
沖縄県	宮古	宮古島市、多良間村
	八重山	石垣市、竹富町、与那国町

上記のほか、離島振興法第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法第一条に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法第四条第一項に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法第三条第三号に規定する離島の地域に該当する地域

二次医療圏の見直しについて

- 医療法において、病床の整備を図るべき二次医療圏を定義し、医療計画の中で各圏域を定めることとしている。
- 既設の二次医療圏が、入院に係る医療を提供する一体の圏域として成り立っていない場合は、医政局通知により、その見直しについて検討することとしている。

4 基準病床数及び特定の病床等に係る特例等について

(2) 既設の二次医療圏が、入院に係る医療を提供する一体の圏域として成り立っていない場合は、その見直しについて検討すること。

その際には、圏域内の人口規模が患者の受療動向に大きな影響を与えていることから、人口規模や、当該圏域への患者の流入及び当該圏域からの患者の流出の実態等を踏まえて検討すること。

特に、人口規模が20万人未満であり、かつ、二次医療圏内の病院の療養病床及び一般病床の推計流入入院患者割合（以下「流入患者割合」という。）が20%未満かつ推計流出入院患者割合（以下「流出患者割合」という。）が20%以上となっている既設の二次医療圏については、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられるため、設定の見直しについて検討することが必要であること。また、検討の結果、見直しを行わないこととする場合には、その理由（地理的条件、当該圏域の面積、地理的アクセス等）を明記すること。

さらに、人口規模が100万人以上の二次医療圏については、構想区域（法第30条の4第2項第7号に規定する構想区域をいう。以下同じ。）としての運用に課題が生じている場合が多いことを踏まえ、必要に応じて区域の設定の見直しについて検討するとともに、地域医療構想調整会議（法第30条の14第1項に規定する協議の場をいう。）について、構想区域内をさらに細分化した地域や地域の医療課題等の協議項目ごとに分けて開催するなど運用上の工夫を行うこととする。

また、構想区域と二次医療圏が異なっている場合は、一致させることが適当であることから、構想区域に二次医療圏を合わせるような必要な見直しを行うこと。

二次医療圏の見直しの例

○ 第8次医療計画に伴い、一部の県において医療圏の令和6年度4月から二次医療圏の見直しが行われる予定である。

二次医療圏の設定について(意見のまとめ)

次期医療保健福祉計画の策定に当たり、二次医療圏は、県北、県央、県南の3医療圏とすることが望ましいのではないかと。

【設定に当たり考慮した点】

- ・国の見直し基準をクリアすること
- ・将来の人口減少を考慮すること
- ・秋田市への一極集中を避け、地域バランスのとれた医療提供体制が整備されること

【(参考)期待される効果】

- ・各医療圏で、一般の入院に係る医療が完結
- ・各医療圏において、緊急PCIやハイリスク分娩などの専門的な医療に対応できる体制を確保
- ・より広域的な枠の中で、在宅医療など地域包括ケアシステムを支える病院と緊急手術や救急搬送に確実に対応する主に急性期医療を担う病院との役割分担と連携により医療を効率的に提供できる体制を確保
- ・症例の分散が回避され、医師等の技術向上の環境が整備

【課題】

- ・より広域的な連携をするため、医療のデジタル化による対応等が必要

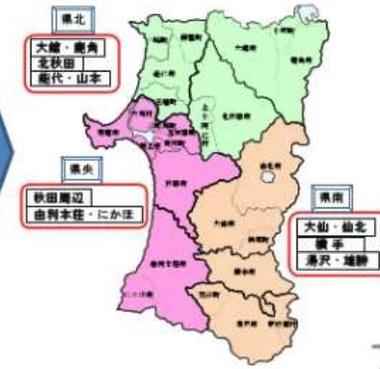
【3医療圏案とする理由】

- ・いずれの医療圏でも国の見直し基準をクリアしている。
- ・今後の人口減少を見越し、長期的視野に立った医療提供体制を整備できる。
(特段の事情がない限り、次回設定での見直しは不要)
- ・疾病・事業ごとの課題を考えるに当たり、役割分担や連携の選択肢が広がる。
- ・県北・県央・県南とバランスのとれた医療提供体制の整備が可能である。
(各地区に地域救命救急センター等が整備されている)

【現行(8医療圏)】



【設定案(3医療圏)】



7

医療資源の少ない地域の見直しのシミュレーション

- 現時点での二次医療圏の見直しの情報を基に、令和2年度医療施設静態調査等の直近の統計を用いて医療資源の少ない地域について、見直しのシミュレーションを行った。
- 医療資源の少ない地域に該当していた40医療圏のうち5つの医療圏が同地域に該当しなくなる。

(令和2年度
改定)
40医療圏

引き続き要件に該当する二次医療圏数	37 医療圏
新たに要件に該当する二次医療圏数	1 医療圏
要件に該当しない二次医療圏数	3 医療圏

(令和6年度
改定)
37医療圏※

※ 二次医療圏の再編に伴い、医療資源の少ない地域の対象地域である2つの医療圏が1つに合併

参考：医療資源の少ない地域の基準：①かつ②を満たすこと

① 医療従事者の確保が困難な地域

「人口当たり医師数が下位1/2」かつ「人口当たり看護師数が下位1/2」

② 医療機関が少ない地域

「病院密度が下位15%」または「病床密度が下位15%」

※上記のほか、離島振興法第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法第一条に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法第四条第一項に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法第三条第三号に規定する離島の地域に該当する地域を含む。

医療資源の少ない地域における対応についての課題と論点

【課題】

(医療資源の少ない地域における医療の提供について)

- 医療資源の少ない地域については、医療従事者が少ないこと等に着目し、施設基準を一定程度緩和した上でそれに見合った評価を設定する、医療機関が少ないため機能分化が困難であることに着目し、病棟機能の混合を認めるなど、その特性に配慮した評価を行っている。
- 令和4年度診療報酬改定においては、医療資源の少ない地域において、入退院支援加算における看護師・社会福祉士の配置に係る要件の緩和、超急性期脳卒中加算における遠隔医療を用いた脳卒中診療に関する施設基準の見直しを行った。
- 医療資源の少ない地域に係るヒアリング調査では回復期患者のリハビリテーション提供体制に関する意見や、D to P with N等も活用した在宅医療・オンライン診療の提供体制の構築に関する意見があった。
- 医療資源の少ない地域においては、回復期リハビリテーション病棟の病床数が0である地域が23地域あり、医療資源の少ない地域全体の57.5%を占める。
- 医療資源の少ない地域においては在宅療養支援診療所の施設数はその他の地域と比較して低い傾向にあったが、在宅療養支援病院の施設数はやや多く、訪問診療実施施設数には大きな差がなかった。

(対象地域について)

- 第8次医療計画に伴い、一部の県において医療圏の令和6年度4月から二次医療圏の見直しが行われる予定である。
- 現時点での二次医療圏の見直しの情報を基に、直近の統計を用いて医療資源の少ない地域について、見直しのシミュレーションを実施すると、医療資源の少ない地域に該当していた40医療圏のうち5つの医療圏が同地域に該当しなくなる。



【論点】

(医療資源の少ない地域における医療の提供について)

- 医療資源の少ない地域においては、医療機関の少なさから機能分化が困難な場合があり、診療報酬において病棟機能の混合を認めるなど、その特性に配慮した評価の見直しを行ってきたことを踏まえ、集中的な回復期リハビリテーションを要する患者に適切に回復期リハビリテーション医療を提供する方策について、どのように考えるか。
- また、医療資源の少ない地域において、許可病床数200床以上の医療機関の地域包括ケア病棟に求めている、自院の一般病棟から転棟した患者の割合の実績の評価の在り方について、どのように考えるか。
- 医療資源の少ない地域における在宅医療提供体制の現状を踏まえ、在宅医療を提供しているが24時間の往診体制の構築が困難な医療機関について、D to P with N等の活用を推進していくことをどのように考えるか。

(医療資源の少ない地域の対象地域について)

- 第8次医療計画における二次医療圏の見直しによって、特に二次医療圏の合併に伴って医療資源の少ない地域に該当しなくなる地域について、どのような対応が考えられるか。

1. 医療資源の少ない地域に配慮した評価

2. 有床診療所

診療報酬における機能に応じた病床の分類 (イメージ)

医療法の
位置付け

一般病床

(R4.10.1医療施設動態・R4病院報告)

病床数 886,663床
病床利用率 69.0%
平均在院日数 16.2日

療養病床

(R4.10.1医療施設動態・R4病院報告)

病床数 284,439床
病床利用率 84.7%
平均在院日数 126.5日

DPC/PDPS

1,764施設 483,425床※2
(+1,981床)
※2 R4.4.1現在

特定機能病院 入院基本料

87施設
58,726床 (+185床)
※1 一般病棟に限る

専門病院入院基本料

19施設6,249床 (+4床)

救命救急入院料

入院料1 188施設 3,640床 (+47)	入院料2 22施設 167床 (▲33)	入院料3 79施設 1,573床 (▲66)	入院料4 82施設 906床 (+15)
-------------------------------	----------------------------	------------------------------	----------------------------

特定集中治療室管理料

ICU1 159施設 1,656床 (+169)	ICU2 80施設 927床 (+60)	ICU3 329施設 2,317床 (▲48)	ICU4 54施設 497床 (▲68)
--------------------------------	----------------------------	-------------------------------	----------------------------

ハイケアユニット入院医療管理料

HCU1: 643施設 6,327床 (+174床)
HCU2: 37施設 363床 (+54床)

脳卒中ケアユニット入院医療管理料

203施設 1,667床 (+75床)

小児特定集中治療室管理料

16施設 161床 (+61床)

新生児特定集中治療室管理料

NICU1 75施設 731床 (▲20床)
NICU2 153施設 909床 (+24床)

総合周産期特定集中治療室管理料

133施設 母児・胎児 841床 (▲16床)
新生児 1,771床 (+16床)

新生児治療回復室入院医療管理料

203施設 2,972床 (+73床)

一類感染症患者入院医療管理料

33施設 103床 (▲2床)

小児入院 医療管理料	管理料1 81施設 5,373床 (▲63床)	管理料2 181施設 5,990床 (▲318床)	管理料3 80施設 1,876床 (▲154床)	管理料4 387施設 8,026床 (▲160床)	管理料5 167施設 -
---------------	----------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	--------------------

一般病棟入院基本料

575,751床 (▲4,036床)

回復期リハビリテーション病棟入院料

入院料1 938施設 62,056床 (+2,675)	入院料2 193施設 10,371床 (+369)	入院料3 332施設 14,570床 (▲973)	入院料4 64施設 2,666床 (+150)	入院料5 33施設 1,191床 (▲748)	入院料6 11施設 440床 (▲1,019)
--------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

入院料1 1,392施設 46,819床 (+3,457)	入院料2 1,250施設 40,182床 (▲1,344)	入院料3 40施設 982床 (▲326)	入院料4 70施設 1,313床 (▲511)
--	--	--------------------------------	----------------------------------

障害者施設等入院基本料

891施設
72,004床 (+1,633床)

特定一般病棟入院料

入院料1 3施設 96床 (±0)
入院料2 2施設 79床 (±0)

特殊疾患

病棟入院料1 102施設 5,287床 (▲77床)	病棟入院料2 107施設 7,958床 (+192床)	入院管理料 32施設 424床 (▲42床)
-------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------

緩和ケア病棟入院料

入院料1 241施設 4,937床 (+118)
入院料2 219施設 4,250床 (+39)

介護療養 病床

7,976床
※R4.6末病院報告

施設基準届出
令和4年7月1日現在
(かつこ内は前年比較)

有床診療所 (一般) 4,354施設 58,420床 (▲3,698床)

有床診療所 (療養) 392施設 3,838床 (▲1,355床)

精神科救急急性期医療入院料
173施設 10,875床 ※R4新設

精神科急性期治療病棟入院料
入院料1 367施設 16,560床 (▲67)
入院料2 9施設 358床 (▲29)

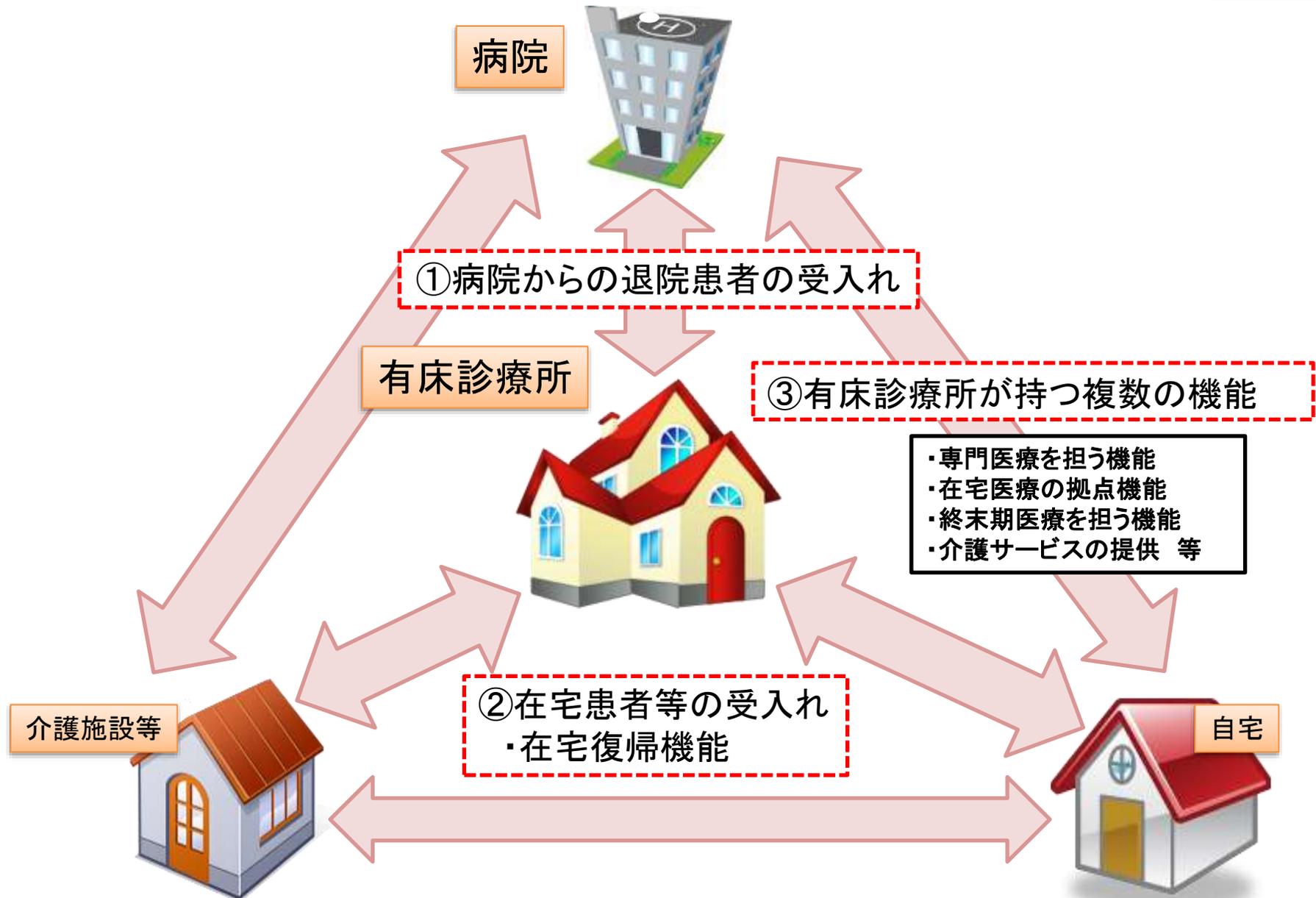
精神病棟 1,180施設 140,478床 (+1,660床)
精神科救急・合併症入院料 11施設 390床 (▲34)
児童・思春期精神科入院 50施設 1,690床 (+135)

精神療養病棟入院料 808施設 88,399床 (▲1,312)
地域移行機能強化病棟入院料 27施設1,129床 (▲207床)

認知症治療病棟入院料
入院料1 554施設 38,590床 (+436)
入院料2 3施設 220床 (+6)

結核病棟 170施設 3,386床 (▲28床)

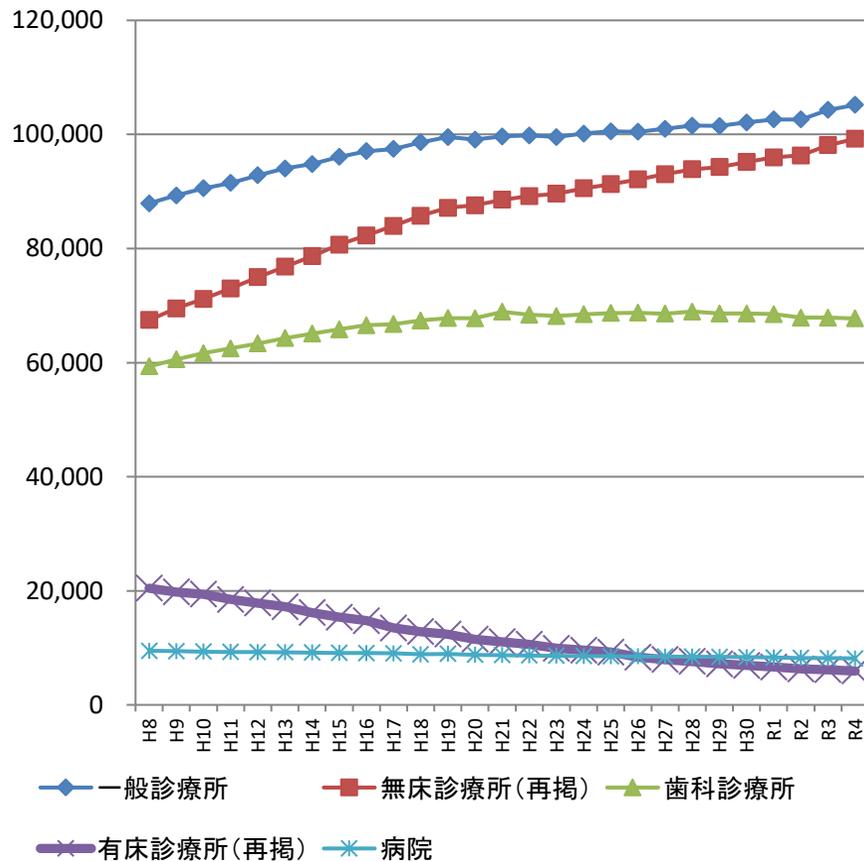
有床診療所の機能のイメージ



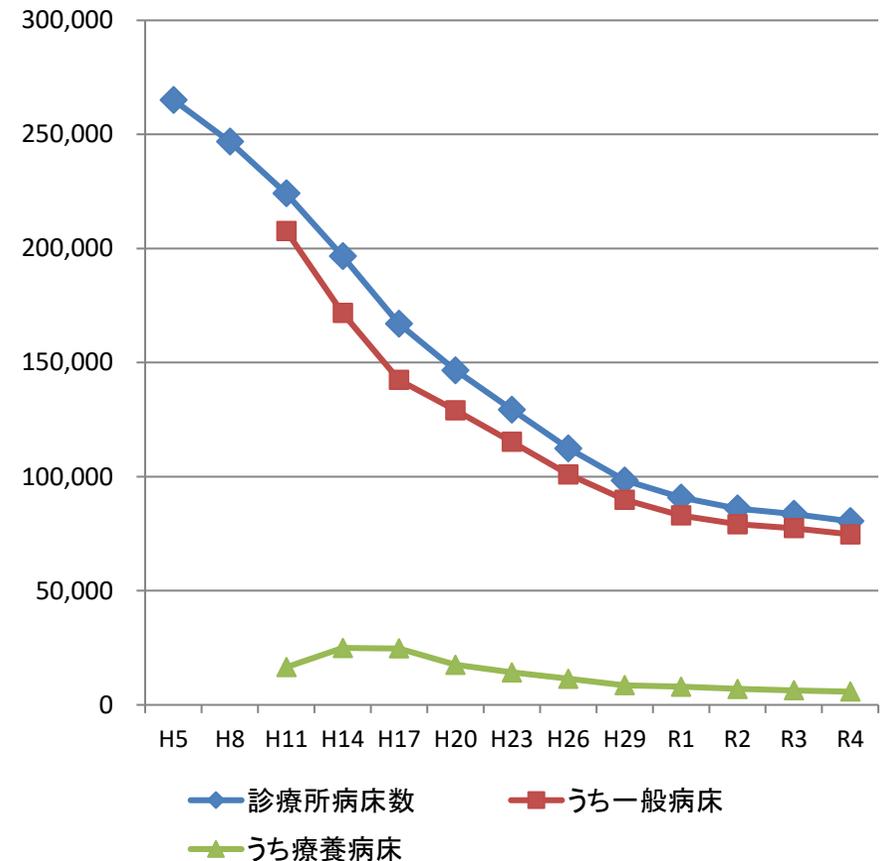
医療施設数・病床数の年次推移

- 医療施設数の年次推移について、無床一般診療所は増加傾向、有床一般診療所は減少傾向である。
- また、有床診療所の病床数は、経年的に減少している。

施設数



有床診療所病床数



有床診療所の病床別の届出病床数

○ 有床診療所の病床別の届出病床数は以下のとおり。一般病床については19床が43.9%と最多となっている。医療療養病床については1～9床の届出が多い。

届出病床数

	全体		一般病床		医療療養病床		介護療養病床	
	施設数	割合(%)	施設数	割合(%)	施設数	割合(%)	施設数	割合(%)
1～5床	24	5.8	34	8.2	15	3.6	2	0.5
6～9床	28	6.7	44	10.6	19	4.6	4	1.0
10～14床	49	11.8	63	15.1	10	2.4	5	1.2
15～18床	67	16.1	61	14.7	5	1.2	1	0.2
19床	240	57.7	195	46.9	2	0.5	1	0.2
1床～19床	408	98.1	397	95.4	51	12.3	13	3.1
非該当、無回答	8	1.9	19	4.6	365	87.7	403	96.9
計	416	100.0	416	100.0	416	100.0	416	100.0

有床診療所が地域で果たしている役割

○ 有床診療所が地域で果たしている役割として、「専門医療」についての割合は増えているが、「在宅・介護施設への受け渡し」、「緊急時対応、在宅医療の拠点」、「終末期医療」の割合は減っている。

● 有床診療所の病床機能報告では、その有床診療所の地域での役割を、次の項目から選択させている。

1. 病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡し機能
2. 専門医療を担って病院の役割を補完する機能
3. 緊急時に対応する機能
4. 在宅医療の拠点としての機能
5. 終末期医療を担う機能
6. いずれの機能にも該当しない
7. 休棟中

(最大で5項目まで選択可)

	令和4年度		参考：平成27年度	
	数	割合	数	割合
在宅・介護施設への受け渡し	1,604	31%	2,338	37%
専門医療	2,705	52%	3,222	51%
緊急時対応	2,092	40%	2,902	46%
在宅医療の拠点	1,124	22%	1,603	25%
終末期医療	1,092	21%	1,631	26%
いずれの機能にも該当しない	491	9%	768	12%
休棟中	809	16%	658	10%

有床診療所入院基本料の概要①

○ 有床診療所入院基本料の区分1～3(点線内)の届出にあたっては、在宅療養中の患者への支援等の実績等に関する要件(次頁)を満たす必要がある。

区分	点数			看護職員の配置		夜間の看護要員	届出	
	～14日	15～30日	31日～				施設数(上段)	病床数(下段)
1	917点	712点	604点	7以上	看護師1以上配置が望ましい	1以上	2,293	37,152
2	821点	616点	555点	4以上7未満			423	5,281
3	605点	567点	534点	1以上4未満			158	1,593
4	824点	640点	542点	7以上	看護師1以上配置が望ましい		444	6,103
5	737点	553点	499点	4以上7未満			435	4,685
6	543点	509点	480点	1以上4未満			875	7,046

有床診療所入院基本料の概要②

○ 有床診療所入院基本料1～3の届出に当たっては、次の①又は②のいずれかに該当すること。

① 介護サービス(※)を提供していること。

② 在宅療養中の患者への支援に関する実績、専門医療等の実施に関する実績、急性期病院からの患者の受け入れに関する実績、医療機関の体制等に係る以下の施設基準のうち、2つ以上に該当すること。

在宅療養中の患者への支援に関する実績

専門医療等の実施に関する実績

急性期病院からの患者の受け入れに関する実績

医療機関の体制、その他

- ・ 在宅療養支援診療所であって、過去1年間に訪問診療を実施した実績があること。
- ・ 過去1年間の急変時の入院件数が6件以上であること
- ・ 過去1年間の当該保険医療機関内における看取りの実績を2件以上有していること。
- ・ 過去1年間に、介護保険による通所リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーション、居宅療養管理指導、短期入所療養介護、複合型サービス、介護予防居宅療養管理指導若しくは介護予防短期入所療養介護を提供した実績があること、介護医療院を併設していること、指定居宅介護支援事業者若しくは指定介護予防サービス事業者であること(※)。

- ・ 過去1年間の手術の際の全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔の患者数が30件以上であること(分娩を除く)。
- ・ 過去1年間の分娩件数(帝王切開を含む)が30件以上であること。
- ・ 過去1年間に乳幼児加算・幼児加算、超重症児(者)入院診療加算、準超重症児(者)入院診療加算又は小児療養環境特別加算を算定したことがあること。

- ・ 過去1年間の新規入院患者のうち、他の保険医療機関の一般病床からの受入が1割以上であること。

- (緊急時の対応)
- ・ 夜間看護配置加算1または2を届け出ていること。
 - ・ 時間外対応加算1を届け出ていること。
- (その他)
- ・ 医療資源の少ない地域に属する有床診療所であること。

有床診療所入院基本料等の算定回数等の推移

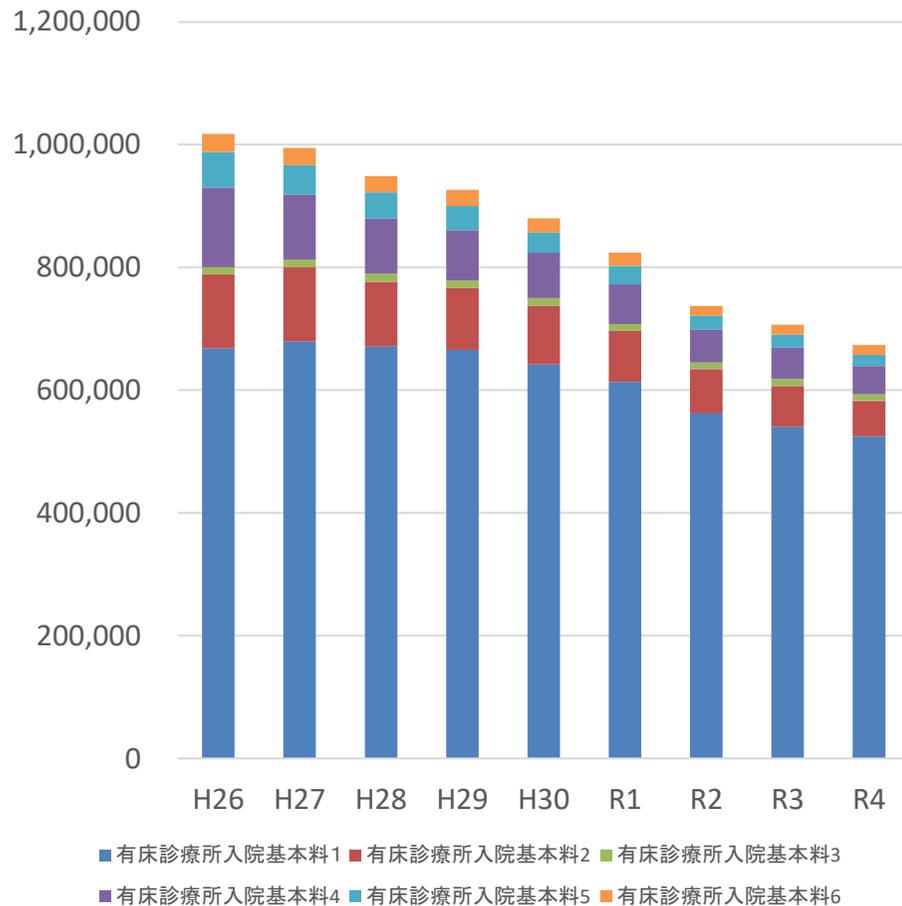
A108 有床診療所入院基本料1～6

917～480点

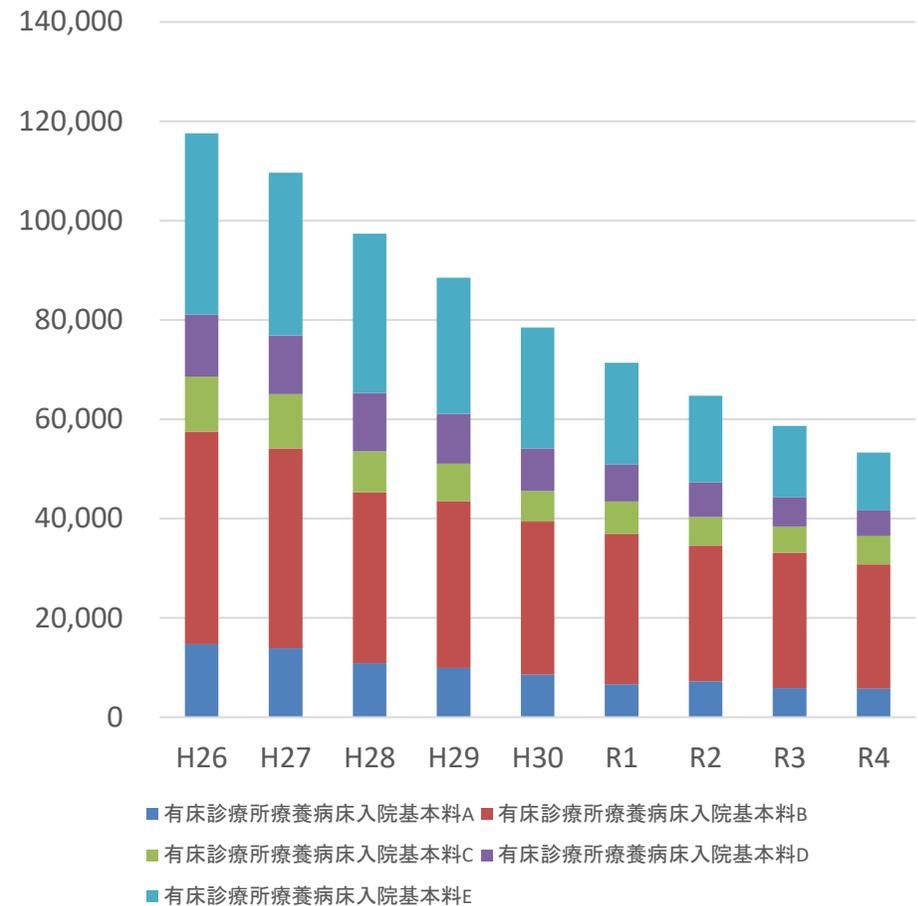
A109 有床診療所療養病床入院基本料A～E

1,057～564点 (生活療養を受ける場合 1,042～549点)

有床診療所入院基本料1～6



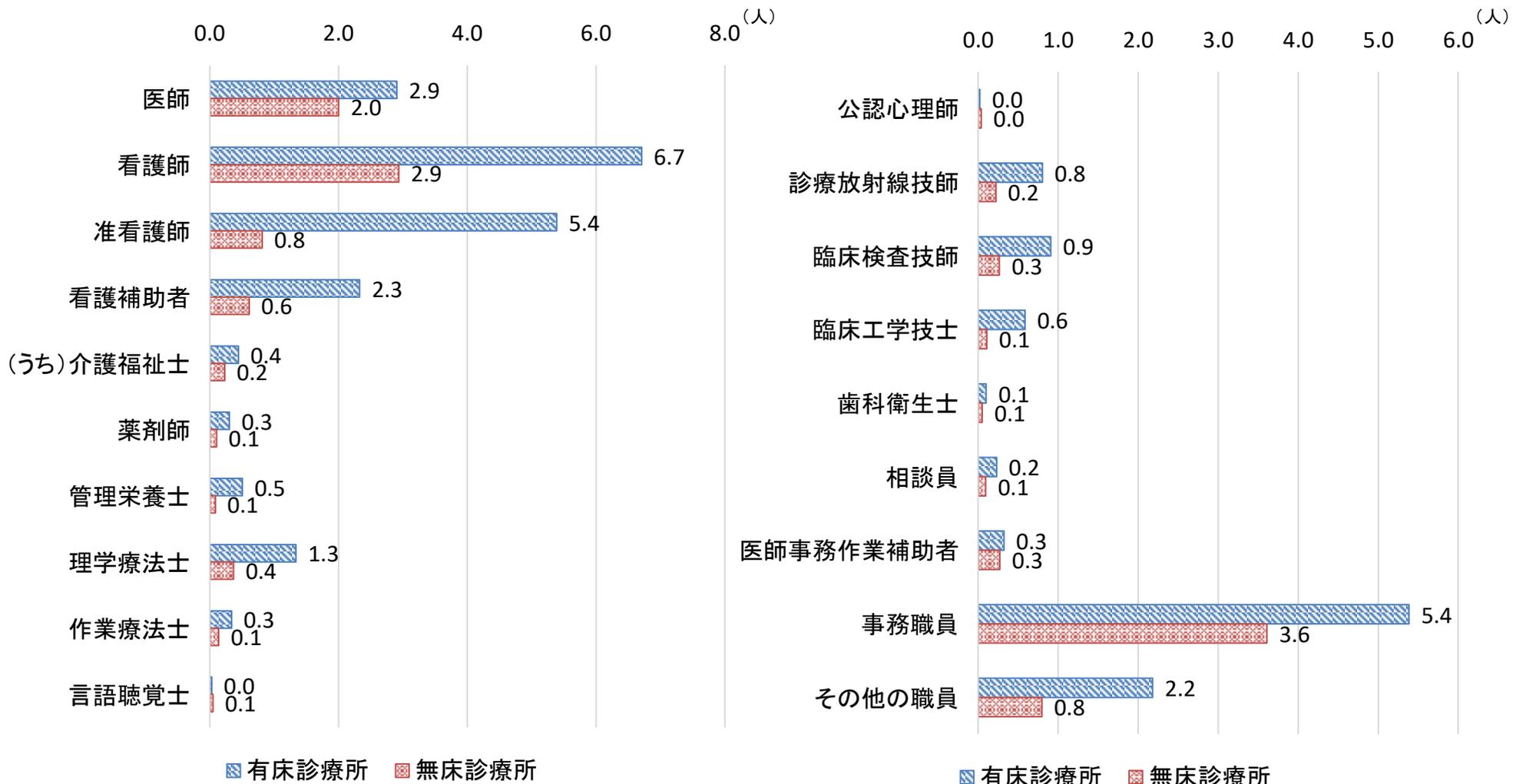
有床診療所療養病床入院基本料A～E



診療所における職員配置状況

○ 有床診療所において、医師、看護職員、看護補助者、事務職が常勤換算で2名以上配置されているが、理学療法士、診療放射線技師、臨床検査技師が常勤換算で約1名配置されている。

常勤職員・非常勤職員の合計数(平均値、常勤換算)(令和5年6月1日時点)



有床診療所における評価の見直し

有床診療所入院基本料等の見直し

A108 有床診療所入院基本料

注3 有床診療所一般病床初期加算（14日を限度）150点
 入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者について、転院又は入院した日から起算して7日を限度として加算する。



改定後

有床診療所急性期患者支援病床初期加算（21日を限度）150点

【急性期病棟から受入れた患者】
 急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者からについては、転院した日から起算して21日を限度として加算する。

有床診療所在宅患者支援病床初期加算（21日を限度）300点

【在宅から受入れた患者】
 介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者に対し、治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合（※）に、入院した日から起算して21日を限度として加算する。

A109 有床診療所療養病床入院基本料

注6 救急・在宅等支援療養病床初期加算（14日を限度）150点
 入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者について、転院又は入院した日から起算して14日を限度として加算する。



改定後

有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算（21日を限度）300点

【急性期病棟から受入れた患者】
 急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者については、転院した日から起算して21日を限度として加算する。

有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算（21日を限度）350点

【在宅から受入れた患者】
 介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者に対し、治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合（※）に、入院した日から起算して21日を限度として加算する。

（※）当該診療所において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていることを施設基準として求める。

慢性維持透析患者の受け入れに係る評価の新設

- 慢性維持透析患者を受け入れる病床の確保を推進する観点から、有床診療所療養病床入院基本料を算定する診療所において慢性維持透析を実施した場合について、新たな評価を行う。

有床診療所療養病床入院基本料

（新）慢性維持透析管理加算 100点（1日当たり）

【対象患者】

- 有床診療所療養病床入院基本料を算定する診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、当該保険医療機関において、区分番号J038に掲げる人工腎臓、J038-2に掲げる持続緩徐式血液濾過、J039に掲げる血漿交換療法又はJ042に掲げる腹膜灌流を行っている患者

初期加算について

A108有床診療所入院基本料 注3

有床診療所急性期患者支援病床初期加算 150点

【急性期病棟から受入れた患者】急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者からについては、転院した日から起算して21日を限度として加算

有床診療所在宅患者支援病床初期加算 300点

【在宅から受入れた患者】介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者に対し、治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して21日を限度として加算。

A109有床診療所療養病床入院基本料 注6

有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算 300点

【急性期病棟から受入れた患者】急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者については、転院した日から起算して21日を限度として加算。

有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算 350点

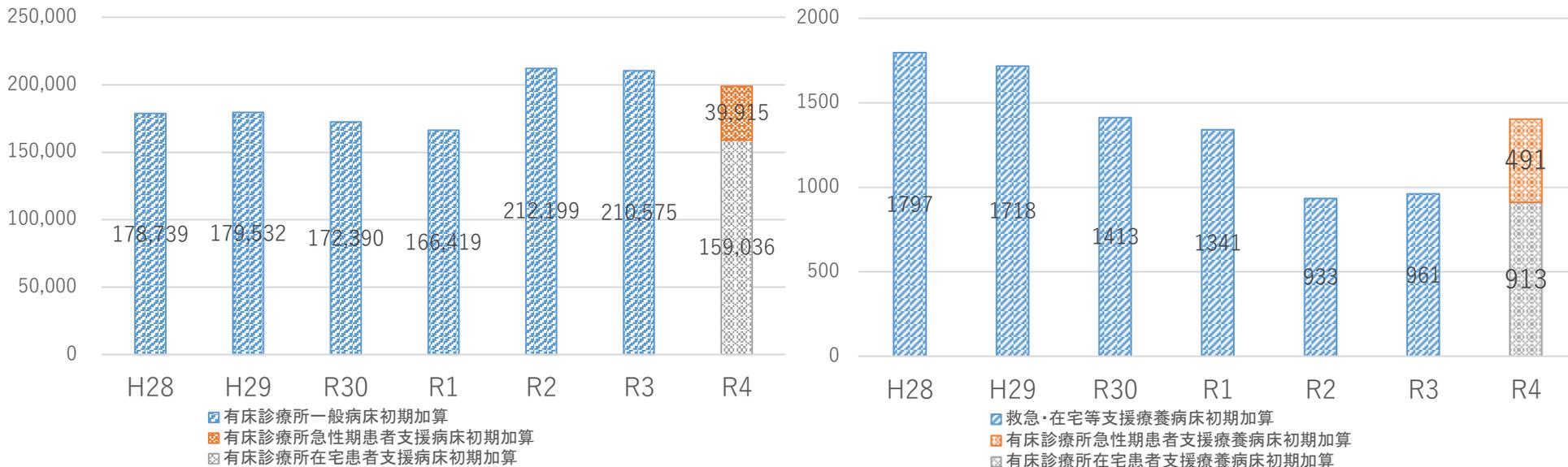
【在宅から受入れた患者】介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者に対し、治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して21日を限度として加算

(算定回数/月)

一般病床

(算定回数/月)

療養病床

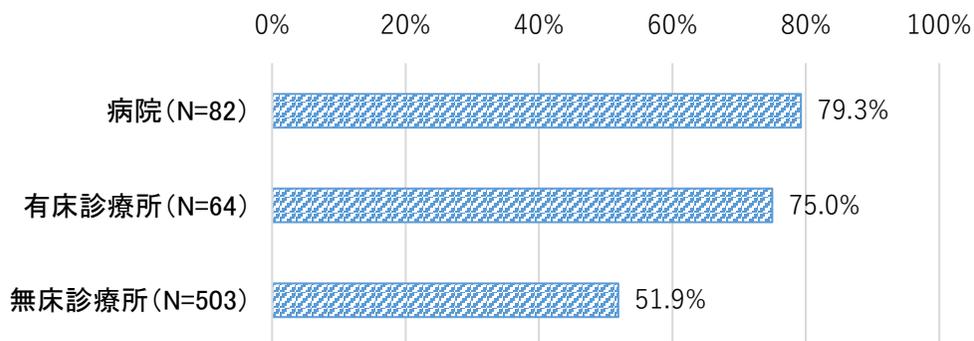


出典：(算定回数)社会医療診療行為別統計（各年5月診療分） R4はNDBデータより

人生の最終段階における医療・ケア

○ 有床診療所において「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」等の内容を踏まえた適切な意思決定に係る指針を作成している割合は58.1%であった。

「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」について知っている



「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」等の内容を踏まえた適切な意思決定に係る指針を作成している



作成している場合

当該指針の活用状況の把握や当該指針の見直し等を行っている



「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-2 参考1
2 9 . 3 . 2 2

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。

心身の状態に応じて意思は変化しうるため
繰り返し話し合うこと



主なポイント

本人の人生観や価値観等、できる限り把握

本人の意思が
確認できる

本人と医療・ケアチームとの合意形成に向けた十分な話し合いを踏まえた、**本人の意思決定が基本**

人生の最終段階における
医療・ケアの方針決定

本人や家族等※と十分に話し合う

・家族等※が本人の意思を推定できる

本人の推定意思を尊重し、
本人にとって最善の方針をとる

話し合った内容を都度文書にまとめ共有

本人の意思が
確認できない

・家族等※が本人の意思を推定できない
・家族がいない

本人にとって最善の方針を
医療・ケアチームで慎重に判断

- ・心身の状態等により医療・ケア内容の決定が困難な場合
- ・家族等※の中で意見がまとまらないなどの場合等

→複数の専門家で構成する話し合いの場を設置し、**方針の検討や助言**

※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決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。



人生の最終段階について

1 人生の最終段階における医療・ケアの在り方

- ② 人生の最終段階における医療・ケアについて、医療・ケア行為の開始・不開始、医療・ケア内容の変更、医療・ケア行為の中止等は、医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。

※注4 人生の最終段階には、がんの末期のように、予後が数日から長くとも2－3ヶ月と予測が出来る場合、慢性疾患の急性増悪を繰り返し予後不良に陥る場合、脳血管疾患の後遺症や老衰など数ヶ月から数年にかけ死を迎える場合があります。どのような状態が人生の最終段階かは、本人の状態を踏まえて、医療・ケアチームの適切かつ妥当な判断によるべき事柄です。また、チームを形成する時間のない緊急時には、生命の尊重を基本として、医師が医学的妥当性と適切性を基に判断するほかありませんが、その後、医療・ケアチームによって改めてそれ以後の適切な医療・ケアの検討がなされることとなります。

有床診療所の地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)での運用の支援

- 介護サービスを提供している有床診療所について、入院基本料1から3までの要件を緩和する。

現行(有床診療所入院基本料1～3の施設基準(抜粋))

在宅療養中の患者への支援に関する実績(介護サービスの提供を含む)、専門医療等の実施に関する実績、急性期病院からの患者の受け入れに関する実績、医療機関の体制等に係る11の施設基準のうち、2つ以上に該当すること。



改定後(有床診療所入院基本料1～3の施設基準(抜粋))

次のいずれかに該当すること。
 ① 介護サービスを提供していること。
 ② 在宅療養中の患者への支援に関する実績、専門医療等の実施に関する実績、急性期病院からの患者の受け入れに関する実績、医療機関の体制等に係る10の施設基準のうち、2つ以上に該当すること。

- 介護サービスを提供している有床診療所について、高齢患者等に対する入院受入れに係る評価を新設する。

- (新) 介護連携加算1 192点(1日につき)
- (新) 介護連携加算2 38点(1日につき)

[算定要件] (1) 65歳以上又は40歳以上の要介護・要支援被保険者の患者。
 (2) 入院日から起算して15日以降 30日までの期間に限り算定。

- [施設基準]
- 介護連携加算1 (1) 有床診療所入院基本料1又は2の届出を行っている。
 (2) 介護サービスを提供している。
- 介護連携加算2 (1) 有床診療所入院基本料3に係る届出を行っている。
 (2) 介護サービスを提供している。

- 有床診療所在宅復帰機能強化加算の平均在院日数に係る要件等を見直す。

現行(点数、施設基準(抜粋))

入院日から起算して15日以降に1日につき5点

(3) 平均在院日数が 60日以内であること。



改定後(点数、施設基準(抜粋))

入院日から起算して15日以降に1日につき**20点**

(3) 平均在院日数が **90日以内**であること。

<参考>有床診療所のモデル分析

	主に地域医療を担う有床診療所 ⇒地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)	主に専門医療を担う有床診療所 ⇒専門医療提供モデル
入院患者の年齢・特徴	医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者	専門的な医療ニーズのある患者 (相対的に若くADLが自立している患者が多い)
在院日数	相対的に長い	短期滞在(高回転型)
総点数における各診療行為の内訳	入院料等の割合が相対的に高い	検査・手術の割合が高い
病床稼働率	(休眠していない病床の)稼働率は高い	必ずしも高くない
典型的な診療科	内科、外科	眼科、耳鼻咽喉科

介護連携加算について

A108有床診療所入院基本料 注12

介護連携加算 1	192点（1日につき）
介護連携加算 2	38点（1日につき）

[算定要件]

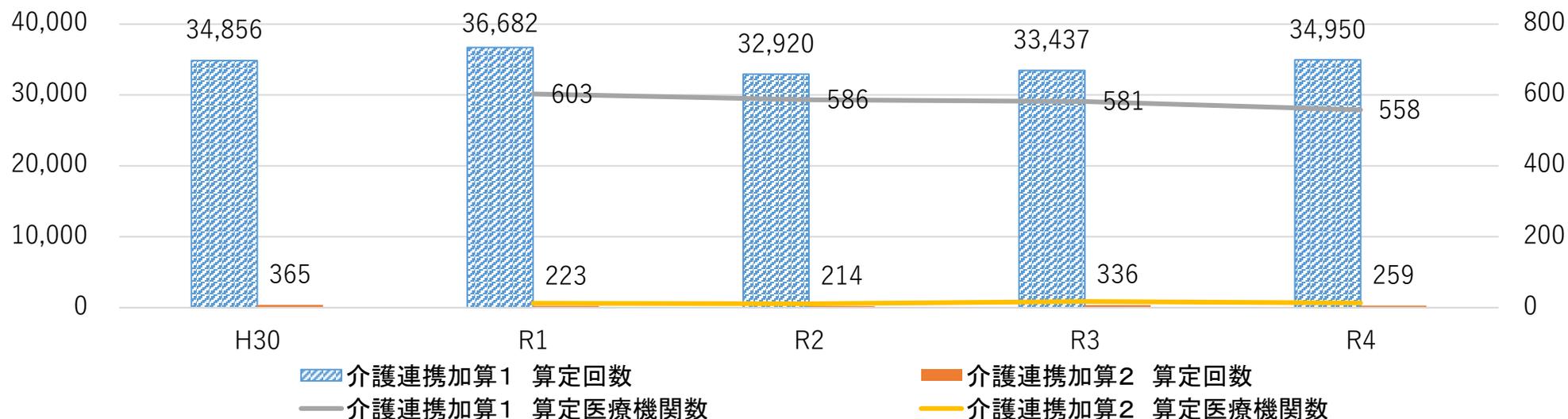
- (1) 65歳以上又は40歳以上の要介護・要支援被保険者の患者。
- (2) 入院日から起算して15日以降 30日までの期間に限り算定。

[施設基準]

- 介護連携加算 1
 - (1) 有床診療所入院基本料 1 又は 2 の届出を行っている。
 - (2) 介護サービス（※）を提供している。
- 介護連携加算 2
 - (1) 有床診療所入院基本料 3 に係る届出を行っている。
 - (2) 介護サービス（※）を提供している。

（※）（介護予防）通所リハビリテーション、（介護予防）居宅療養管理指導、（介護予防）短期入所療養介護、複合型サービスの提供、介護医療院の併設、または居宅介護支援事業者もしくは指定介護予防サービス事業者であること

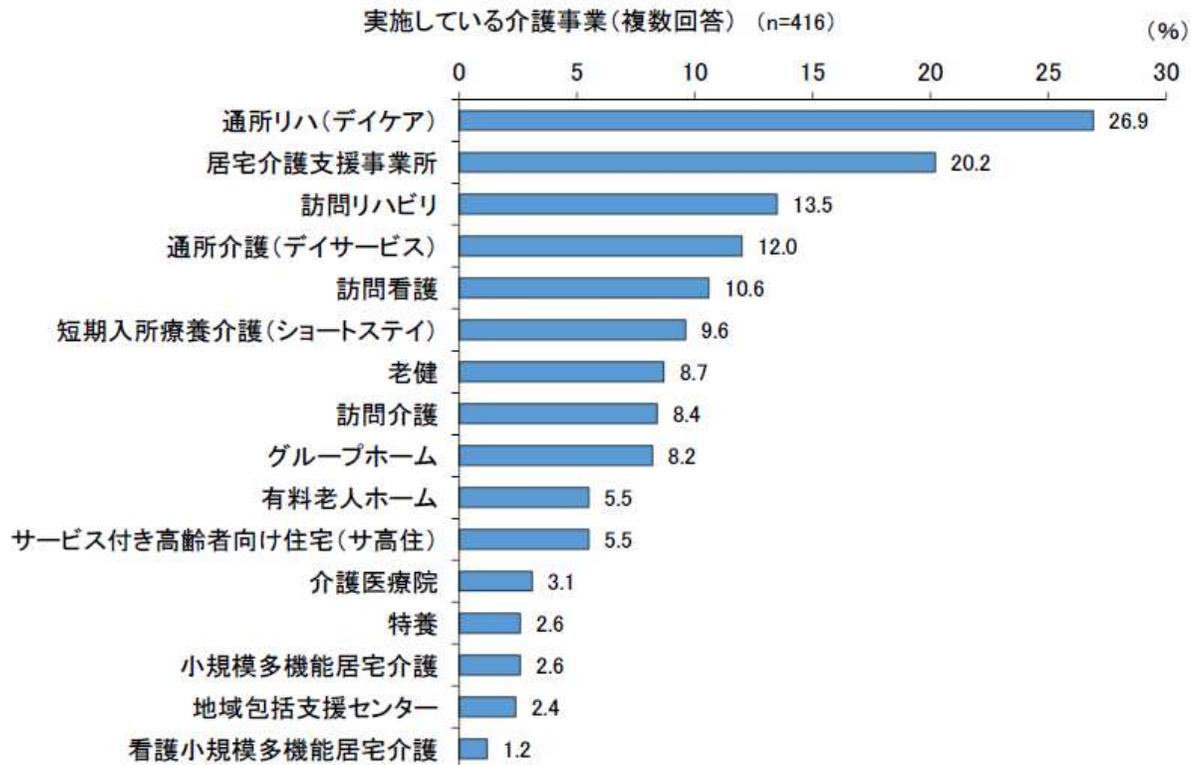
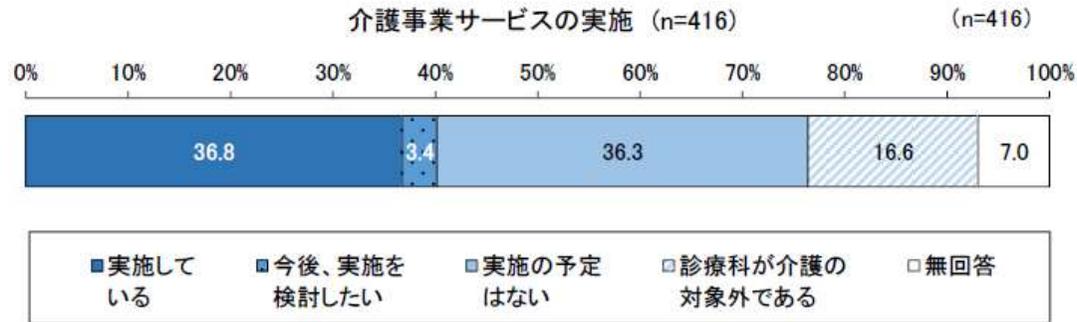
（算定回数／月）



出典：（算定回数）社会医療診療行為別統計（各年5月診療分） R4と算定医療機関数はNDBデータより（算定医療機関数はR1以降のみ）

介護事業・併設施設の数

○ 介護事業サービスを実施している有床診療所は全体の36.8%で、通所リハビリテーションの実施施設が26.9%、居宅介護支援事業所が20.2%、訪問リハビリテーションが13.5%であった。



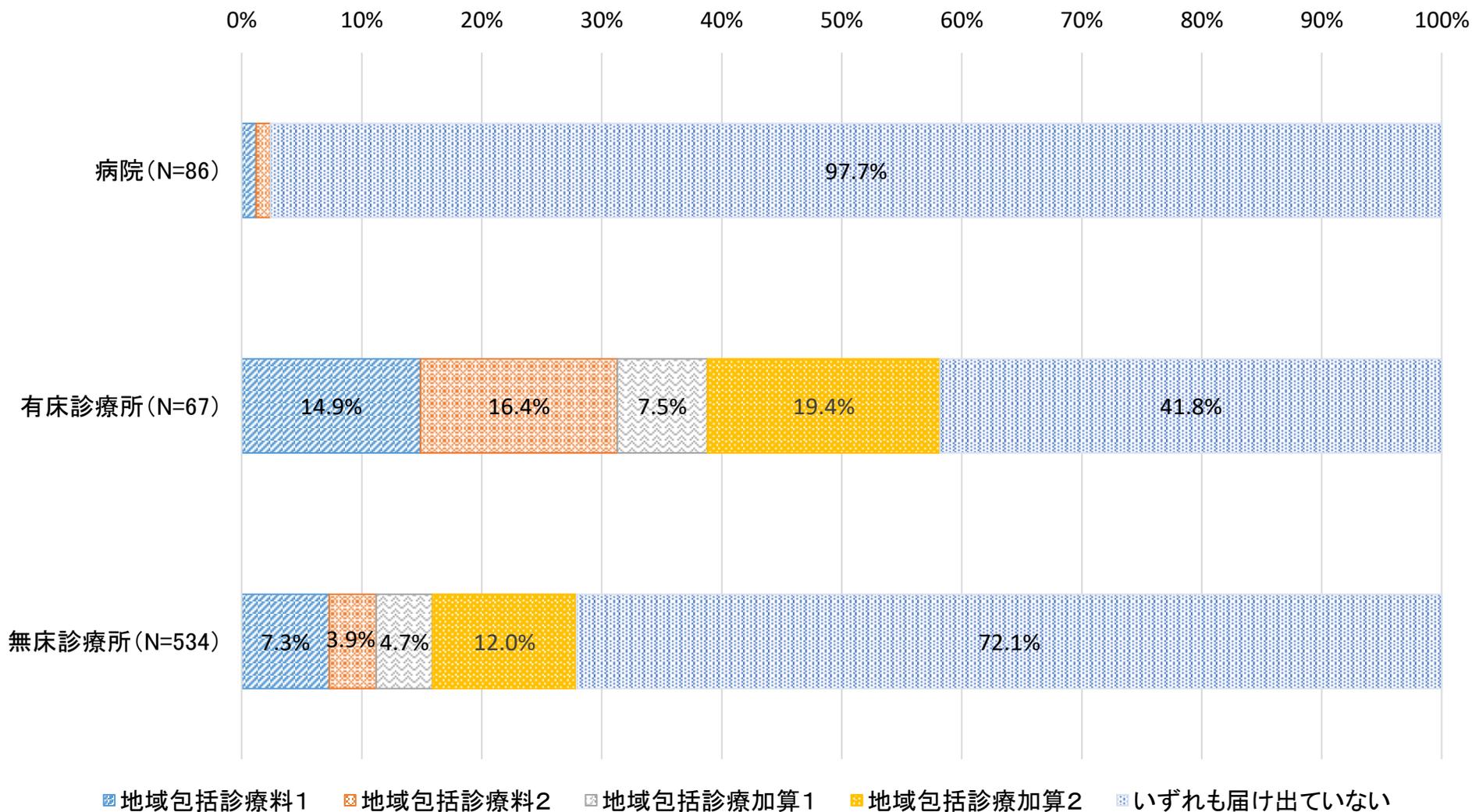
地域包括診療料・加算について

中医協 総-8
5. 6. 21改

	地域包括診療料 1 1,660点 地域包括診療料 2 1,600点 (月1回)		地域包括診療加算 1 25点 地域包括診療加算 2 18点 (1回につき)
	病院	診療所	診療所
包括範囲	<p>下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・(再診料の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料 ・診療情報提供料(Ⅱ)(Ⅲ) ・在宅医療に係る点数(訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。) ・薬剤料(処方料、処方せん料を除く。) ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの 		出来高
対象疾患	高血圧症、糖尿病、脂質異常症、 慢性心不全、慢性腎臓病(慢性維持透析を行っていないものに限る。) 又は、認知症の6疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)		
対象医療機関	診療所又は許可病床が200床未満の病院		診療所
研修要件	担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。		
服薬管理	<ul style="list-style-type: none"> ・当該患者に院外処方を行う場合は24時間開局薬局であること 等 	<ul style="list-style-type: none"> ・当該患者に院外処方を行う場合は24時間対応薬局等を原則とする 等 	
	<ul style="list-style-type: none"> ・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する ・原則として院内処方を行う ・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者が受診時に持参するお薬手帳のコピーをカルテに貼付する ・当該点数を算定している場合は、7剤投与の減算規定の対象外とする 		
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・健診の受診勧奨、健康相談及び予防接種に係る相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙 等 		
介護保険制度	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること等。 		
在宅医療の提供および24時間の対応	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の往診等の体制を確保していること。(在宅療養支援診療所以外の診療所については連携医療機関の協力を得て行うものを含む。) ※ 地域包括診療加算2については在宅医療の提供及び当該患者に対し、24時間の連絡体制の確保していること。 		
	<ul style="list-style-type: none"> ・下記のすべてを満たす ①地域包括ケア病棟入院料等の届出 ②在宅療養支援病院 	<ul style="list-style-type: none"> ・下記のすべてを満たす ①時間外対応加算1の届出 ②常勤換算2人以上の医師が配置され、うち1人以上は常勤 ③在宅療養支援診療所 	<ul style="list-style-type: none"> ・下記のうちいずれか1つを満たす ①時間外対応加算1、2又は3の届出 ②常勤換算2人以上の医師が配置され、うち1人以上は常勤 ③在宅療養支援診療所

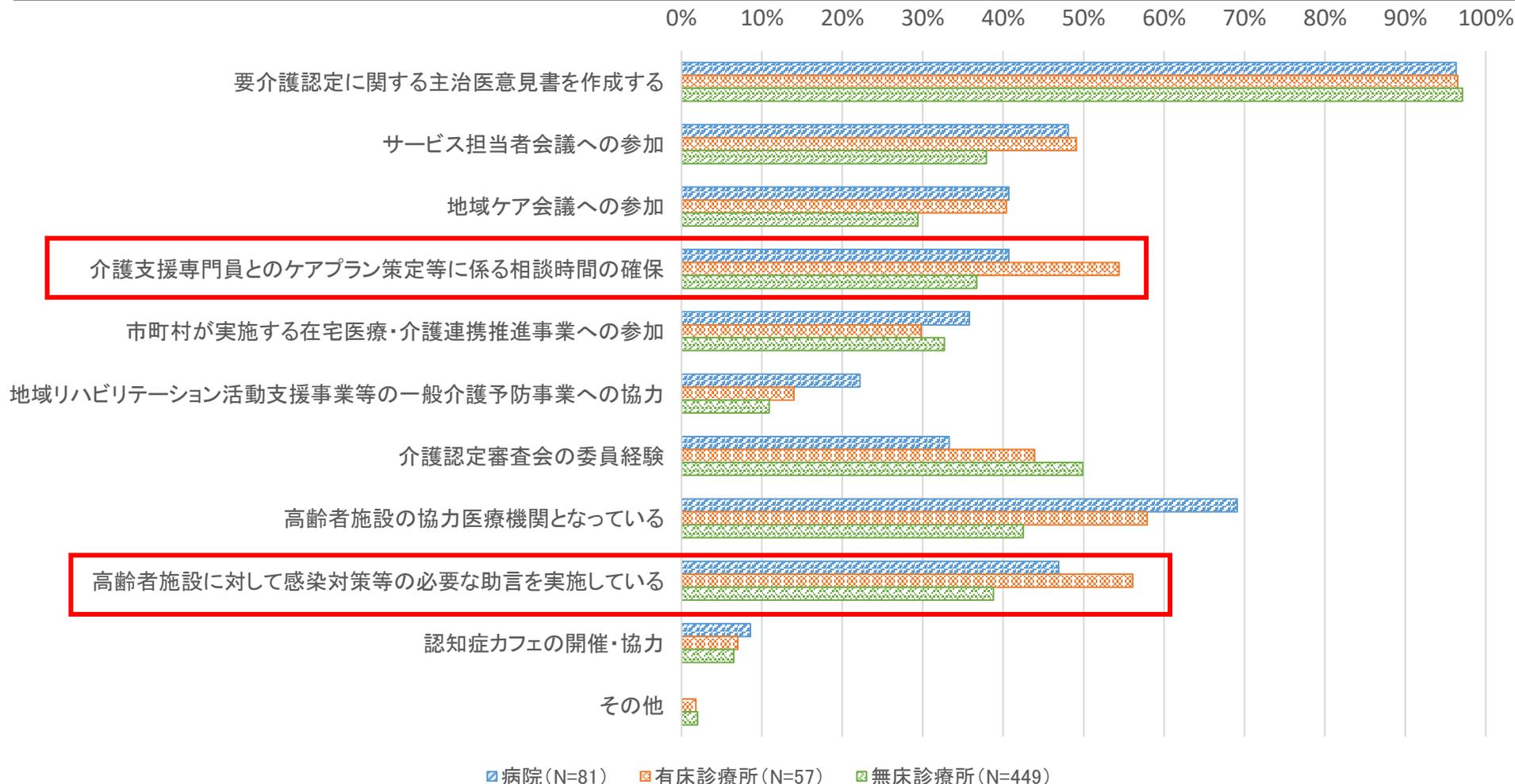
有床診療所の地域包括診療料・加算の届出

○ 有床診療所は病院・診療所と比べて地域包括診療料・加算の届出割合が高く、地域包括診療料・加算を届け出していない施設は41.8%であった。



介護との連携についての取組み

- 介護との連携について、病院、有床診療所、無床診療所別の回答割合は以下のとおり。
- 有床診療所は「介護支援専門員とのケアプラン策定等に係る相談時間の確保」「高齢者施設に対して感染対策等の必要な助言を実施している」割合が高かった。



■病院 (N=81) ■有床診療所 (N=57) ■無床診療所 (N=449)

介護支援専門員が行うケアマネジメントに対する医師の役割

中医協 総-1
5. 10. 20

- 介護支援専門員(ケアマネジャー)の運営基準において、サービス担当者会議を通じて専門的な知見を求め、医療サービスを提供する際は医師の意見を求め、医師の医学的観点からの留意事項を尊重して居宅サービス計画を策定することが規定されている。

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準 (省令)

【指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準(抜粋)】

(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

第十三条

九 介護支援専門員は、サービス担当者会議を招集して行う会議の開催により、利用者の状況等に関する情報を担当者と共有するとともに、当該居宅サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。

十三の二 介護支援専門員は、指定居宅サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認められるものを、利用者の同意を得て主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供するものとする。

十九 介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めなければならない。

十九の二 前号の場合において、介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を主治の医師等に交付しなければならない。

二十 介護支援専門員は、居宅サービス計画に訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスを位置付ける場合にあつては、当該医療サービスに係る主治の医師等の指示がある場合に限りこれを行うものとし、医療サービス以外の指定居宅サービス等を位置付ける場合にあつては、当該指定居宅サービス等に係る主治の医師等の医学的観点からの留意事項が示されているときは、当該留意点を尊重してこれを行うものとする。

解釈通知 (抜粋)

- ⑨ サービス担当者会議等による専門的意見の聴取 (第9号)

介護支援専門員は、効果的かつ実現可能な質の高い居宅サービス計画とするため、各サービスが共通の目標を達成するために具体的なサービスの内容として何ができるかなどについて、利用者やその家族、居宅サービス計画原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者からなるサービス担当者会議の開催により、利用者の状況等に関する情報を当該担当者等と共有するとともに、専門的な見地からの意見を求め調整を図ることが重要である。(略)また、やむを得ない理由がある場合については、サービス担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとしているが、この場合にも、緊密に相互の情報交換を行うことにより、利用者の状況等についての情報や居宅サービス計画原案の内容を共有できるようにする必要がある。(略)

サービス担当者会議は、テレビ電話装置等(リアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能な機器をいう。)を活用して行うことができるものとする。(略)

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。

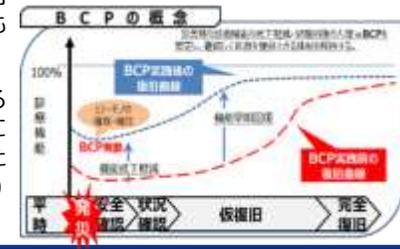
在宅医療の提供体制



- ◆ 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。

第8次医療計画における在宅医療に関する事項

- 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リハビリテーション及び訪問栄養食事指導を充実させるため体制整備を行うことが求められている。

在宅医療の体制構築に係る指針

第1 在宅医療の現状

2 在宅医療の提供体制

(2) 日常の療養生活の支援

⑤ 訪問リハビリテーション

医療機関から訪問リハビリテーションを受けた患者のうち、医療保険による患者数は2,326人/月であり、提供している医療機関(病院・診療所)数は1,472か所である。介護保険による患者数は135,700人/月であり、提供している医療機関等(病院・診療所・介護老人保健施設・介護医療院)数は4,950か所である。今後、在宅療養患者が居宅において生活機能の回復・維持を図る観点を踏まえ、医療機関におけるリハビリテーション(急性期・回復期)から、地域における居住生活の維持向上を目指す生活期リハビリテーションを切れ目なく提供できる体制の整備が求められる。

なお、医療計画においては病院・診療所・介護老人保健施設・介護医療院から提供される訪問リハビリテーションについて検討することとする。

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。

在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例

	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り
ストラクチャー	退院支援担当者を配置している診療所・病院数	● 訪問診療を実施している診療所・病院数	● 往診を実施している診療所・病院数	● 在宅看取り（ターミナルケア）を実施している診療所・病院数
	● 退院支援を実施している診療所・病院数	小児の訪問診療を実施している診療所・病院数	在宅療養後方支援病院数	ターミナルケアを実施している訪問看護ステーション数
	介護支援連携指導を実施している診療所・病院数	機能強化型在宅療養支援診療所・病院数、在宅療養支援診療所・病院数		
	退院時共同指導を実施している診療所・病院数	● 訪問看護事業所数、従事者数	● 24時間体制を取っている訪問看護ステーション数、従事者数	
	退院後訪問指導を実施している診療所・病院数	機能強化型の訪問看護ステーション数		
		小児の訪問看護を実施している訪問看護ステーション数		
		歯科訪問診療を実施している診療所・病院数		
		在宅療養支援歯科診療所数		
		訪問口腔衛生指導を実施している診療所・病院数		
		在宅で活動する栄養サポートチーム（NST）と連携する歯科医療機関数		
プロセス	退院支援（退院調整）を受けた患者数	● 訪問診療を受けた患者数	往診を受けた患者数	● 在宅ターミナルケアを受けた患者数
	介護支援連携指導を受けた患者数	小児の訪問診療を受けた患者数		訪問看護によるターミナルケアを受けた利用者数
	退院時共同指導を受けた患者数	● 訪問看護利用者数		● 看取り数（死亡診断のみの場合を含む）
	退院後訪問指導を受けた患者数	小児の訪問看護利用者数		在宅死亡者数
		訪問歯科診療を受けた患者数		
		歯科衛生士を帯同した訪問歯科診療を受けた患者数		
		訪問口腔衛生指導を受けた患者数		
		訪問薬剤管理指導を受けた患者数		
		小児の訪問薬剤管理指導を受けた患者数		
		麻薬（持続注射療法を含む）の調剤及び訪問薬剤管理指導を受けた患者数、無菌製剤（TPN輸液を含む）の調剤及び訪問薬剤管理指導を受けた患者数		
	訪問リハビリテーションを実施している診療所・病院・介護老人保健施設・介護医療院数			
	訪問栄養食事指導を実施している診療所・病院数			
	訪問リハビリテーションを受けた患者数			
	訪問栄養食事指導を受けた患者数			
アウトカム				

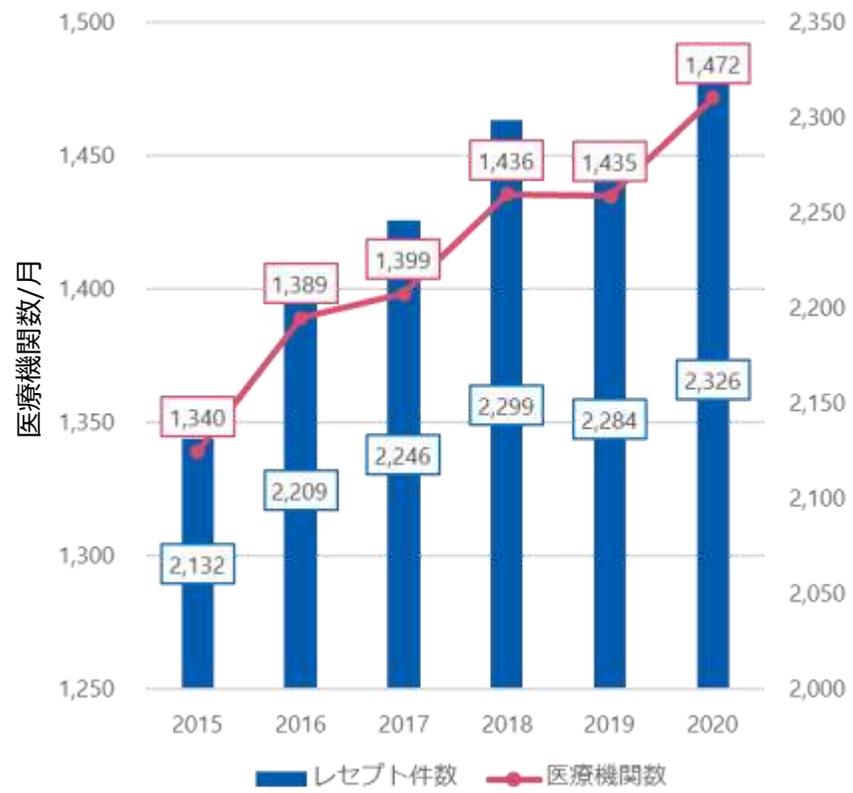
（●は重点指標）

令和4年度厚生労働科学研究「地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究」研究報告書より引用

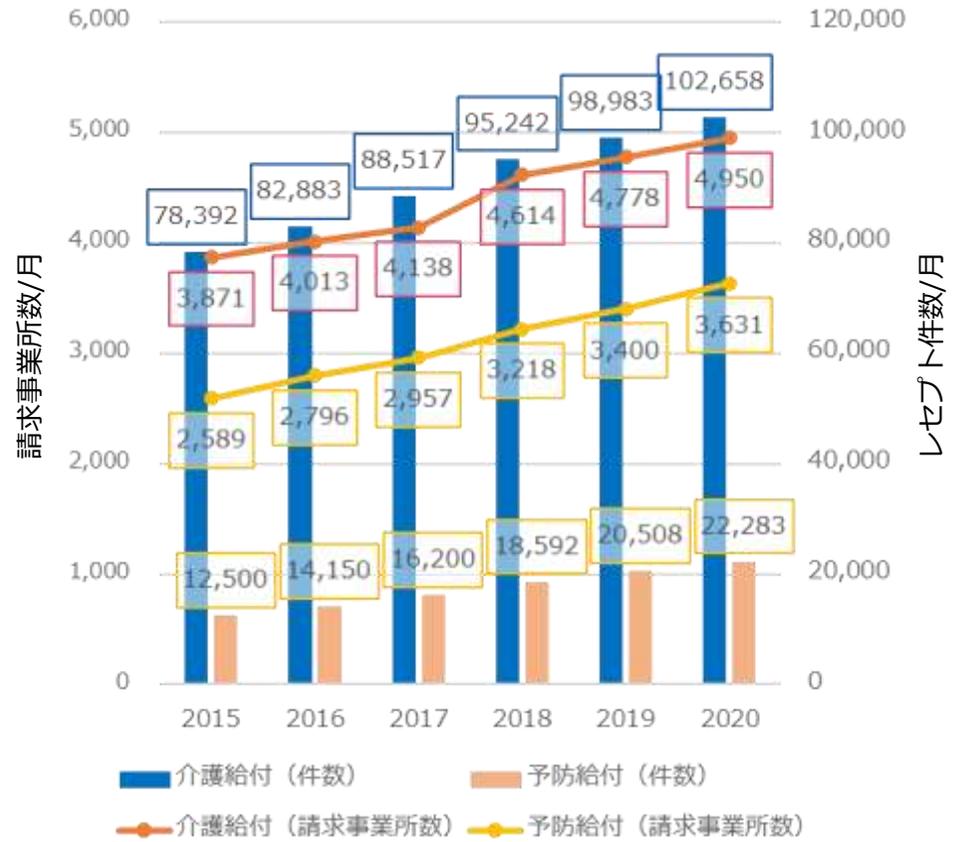
保険区分による訪問リハビリテーションの件数

- 医療保険における訪問リハビリテーションを算定している医療機関数およびレセプト件数は増加をみとめており、介護保険における訪問リハビリテーションにおいても事業所数、レセプト件数ともに、介護給付、予防給付双方で増加をみとめる。
- 医療保険での訪問リハビリテーション利用者数と比較し、介護保険での利用者数が多い。

医療保険における訪問リハビリテーション



介護保険における訪問リハビリテーション



【出典】国保データベース (KDB) (2015年～2020年度診療分)
 ※ レセプト件数：在宅患者訪問リハビリテーション管理指導料
 ※ 医療機関数：1ヶ月あたりにサービス算定をした医療機関数
 ※ 月あたりの平均患者数
 ※ 京都府を除く

【出典】介護給付費実態統計 (2015年～2020年度分)
 ※ レセプト件数：介護給付費等実態統計における各年度の累計値を12で除したのもの
 ※ 事業所数：年報値における翌年度4月審査分のもの

「訪問リハビリテーション」とは

- 原則通院の困難な利用者に対し、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士により行われるリハビリテーション

【指定訪問リハビリテーション事業所の要件】

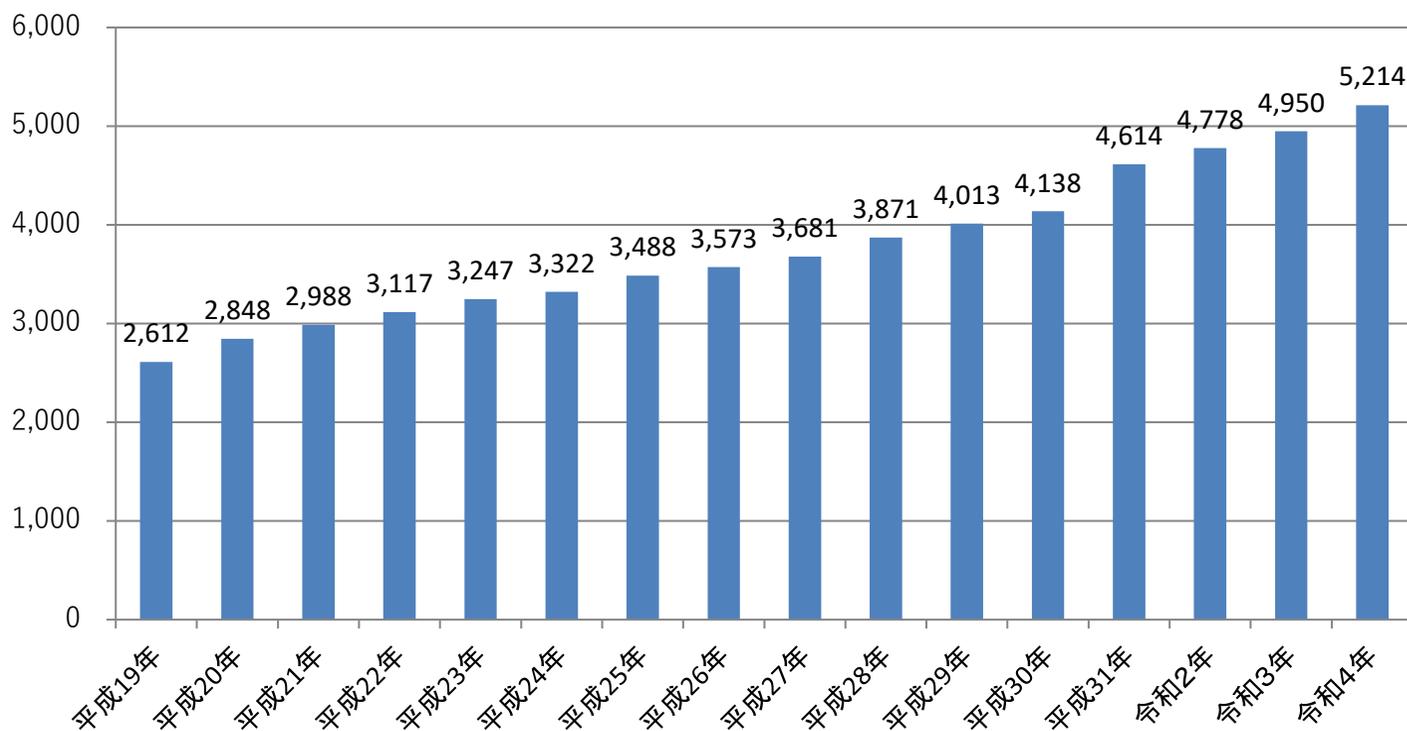
- ①専任の常勤医師一名以上 ②理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を適当数置かなければならない
- 病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院であること
- 指定訪問リハビリテーションに必要な設備及び備品等を備えているもの

【訪問リハビリテーションの対象者】

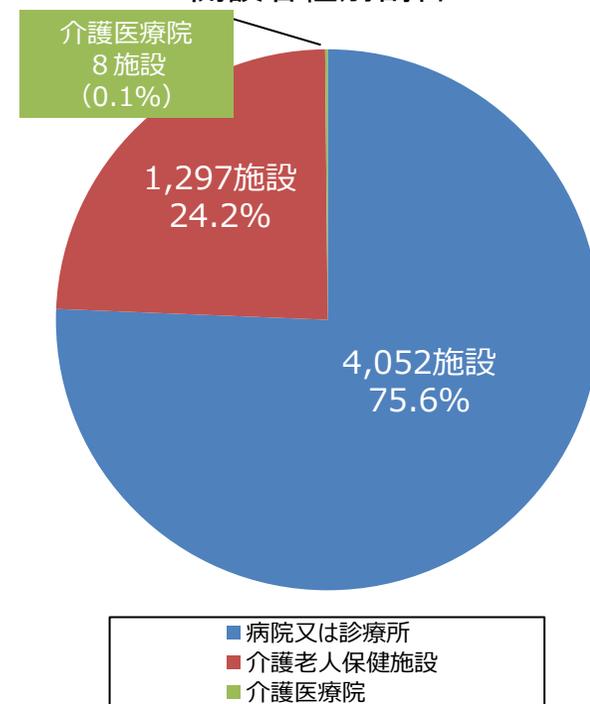
- 介護保険法の居宅要支援、要介護者

訪問リハビリテーションの請求事業所は年々増加している。開設者種別では、約8割が医療機関、約2割が介護老人保健施設である。

請求訪問リハビリテーション事業所数



開設者種別割合



(出典) 厚生労働省「介護給付費等実態統計」
(令和5年3月審査分)

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

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、当該保険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

2.(3)③ 外部の管理栄養士による居宅療養管理指導の評価

概要

【居宅療養管理指導★】

- 管理栄養士による居宅療養管理指導について、診療報酬の例も参考に、当該事業所以外の他の医療機関、介護保険施設、日本栄養士会又は都道府県栄養士会が設置・運営する「栄養ケア・ステーション」の管理栄養士が実施する場合の区分を新たに設定する。【告示改正、通知改正】

単位数

< 現行 >

なし

⇒

< 改定後 >

- 二 管理栄養士が行う場合
 (2) 居宅療養管理指導費 (II)
 当該指定居宅療養管理指導事業所以外の
 管理栄養士が行った場合
 (一) 単一建物居住者1人に対して行う場合
 (二) 単一建物居住者2人から9人以下
 に対して行う場合
 (三) (一)及び(二)以外の場合

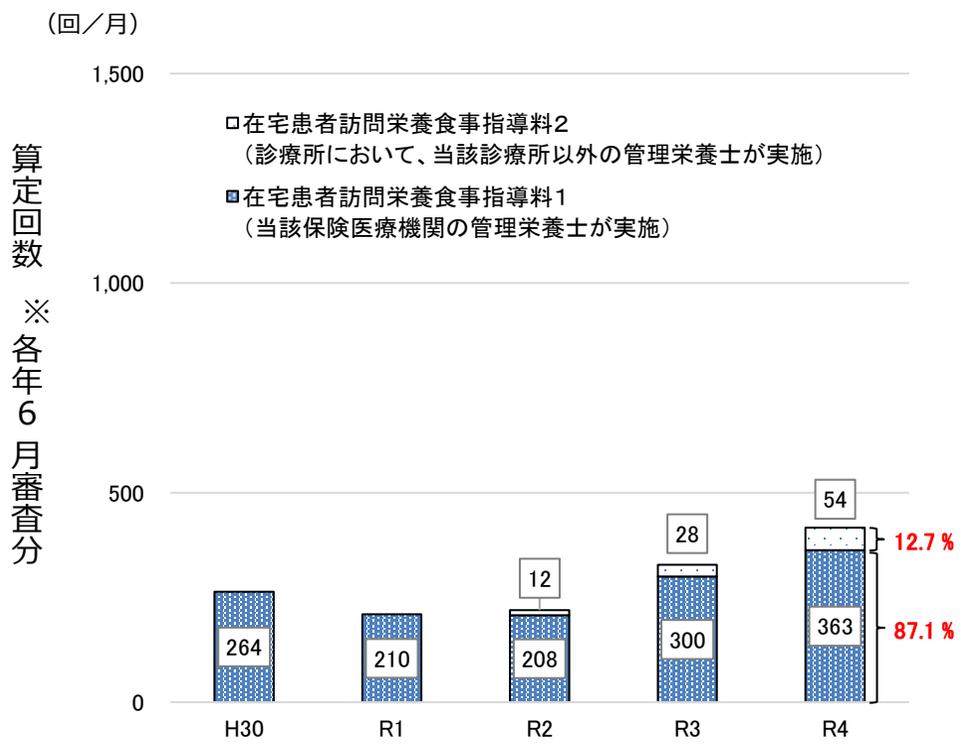
算定要件等

- 当該事業所以外の他の医療機関、介護保険施設、日本栄養士会又は都道府県栄養士会が設置・運営する「栄養ケア・ステーション」と連携して、当該事業所以外の管理栄養士が居宅療養管理指導を実施した場合。
 ※ 介護保険施設は、常勤で1以上又は栄養マネジメント強化加算の算定要件の数を超えて管理栄養士を配置している施設に限る。

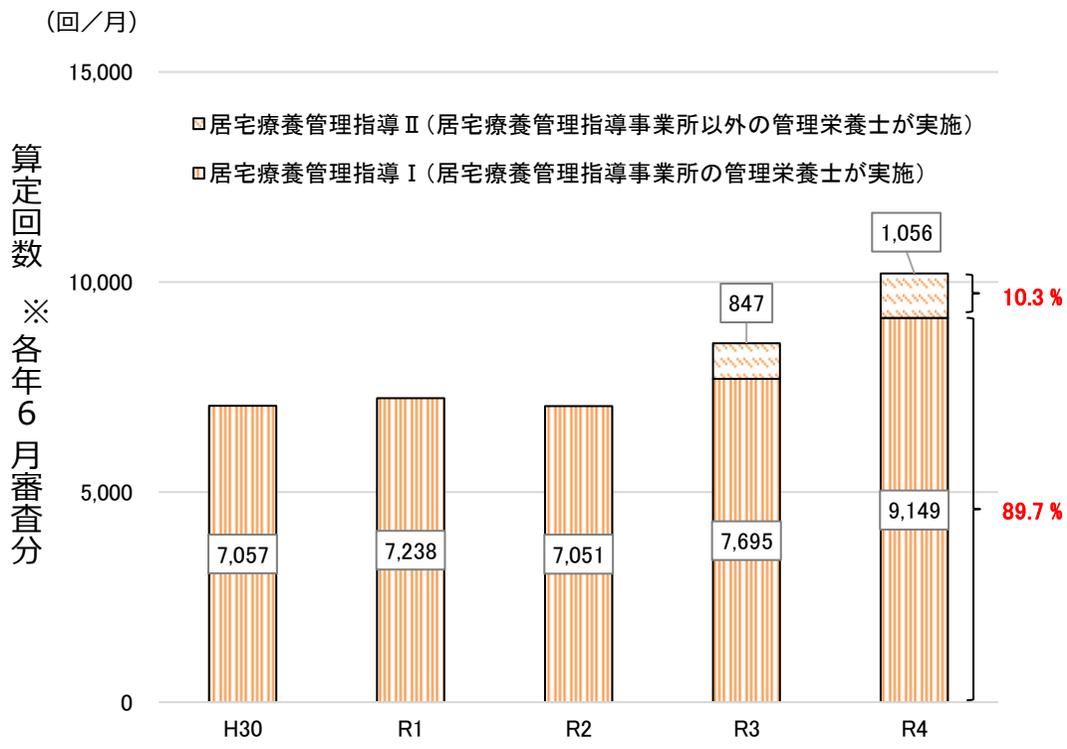
訪問栄養食事指導の実施状況

- 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)



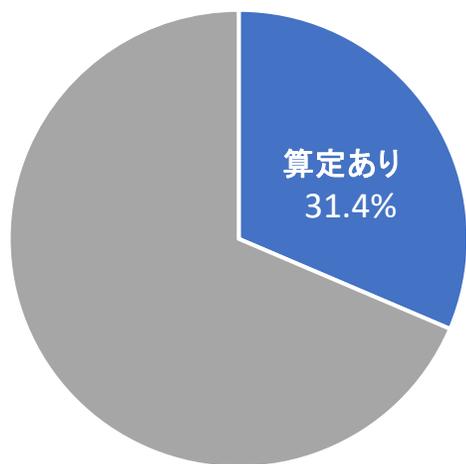
注) 在宅療養を行っている患者に係る訪問栄養食事指導については、対象患者が要介護又は要支援認定を受けている場合には介護保険扱いとなり、認定を受けていない場合には医療保険扱いとなる。

有床診療所における栄養管理体制及び訪問栄養食事指導に関する状況

- 有床診療所における栄養管理実施加算の算定割合は、約3割。
- 診療所における在宅患者訪問栄養食事指導料の算定回数は、近年増加しているが、有床診療所の算定回数は少ない。

■ 栄養管理実施加算の算定割合

(有床診療所入院基本料算定回数に占める
栄養管理実施加算算定回数の割合)



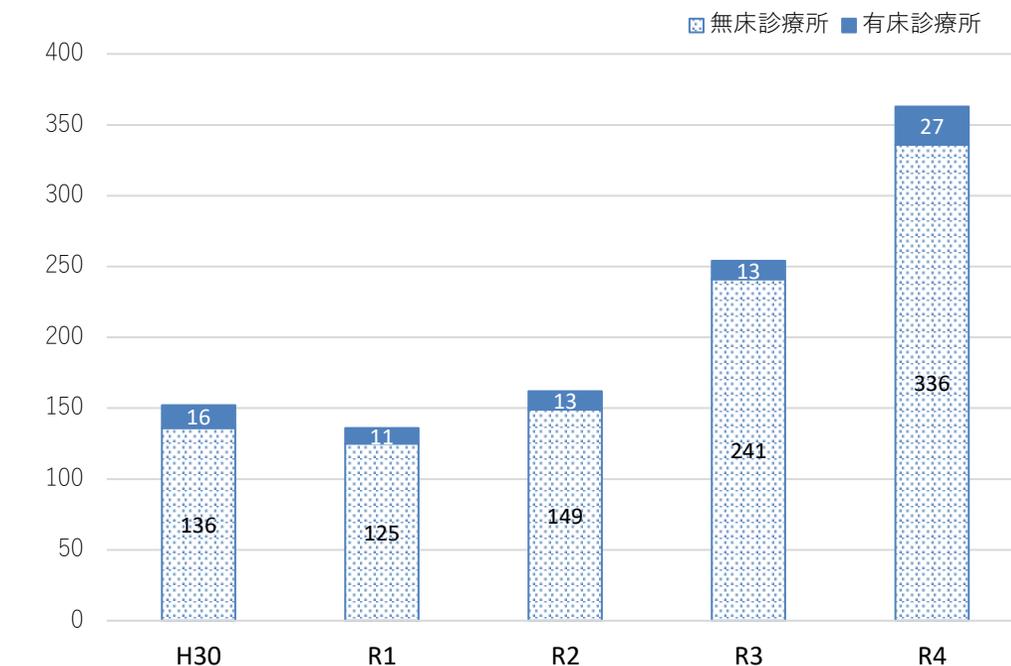
栄養管理実施加算 12点/日

【施設基準】

- ・ 当該保険医療機関内に、**常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること**
- ・ 栄養管理を行うにつき必要な体制が整備されていること

■ 診療所における在宅患者訪問栄養食事指導料算定回数

(回/月)

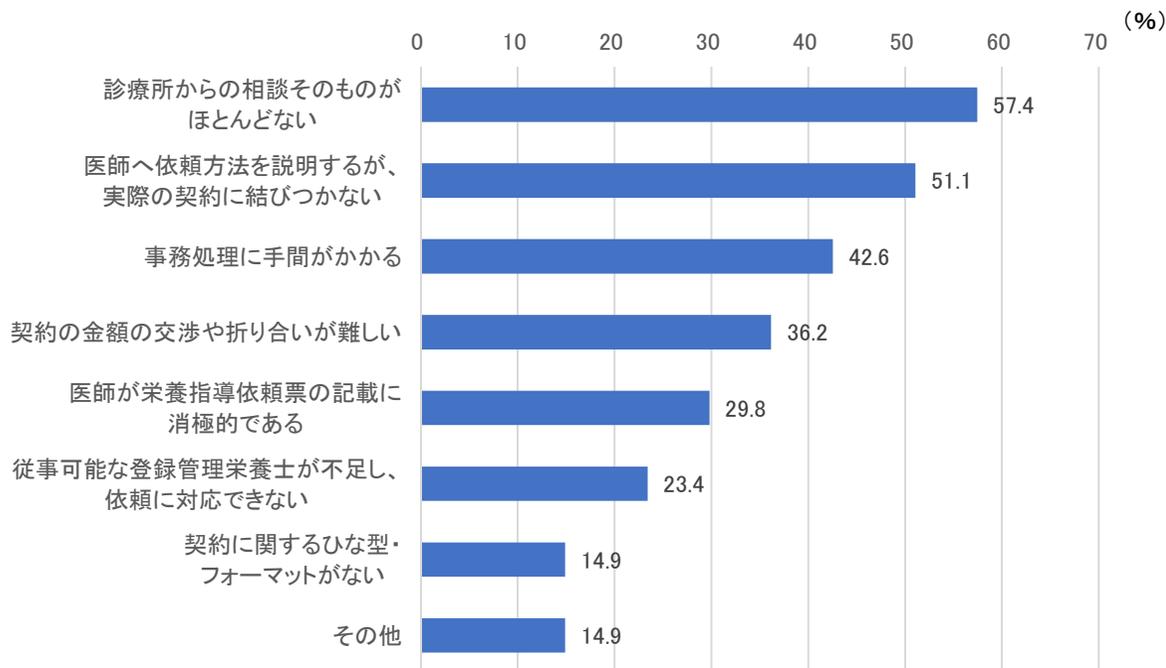


- 診療報酬で連携が評価されている栄養ケア・ステーション(栄養CS)は、47都道府県栄養士会に設置されており、全国で拠点数は110か所、登録管理栄養士数は4,625人(2022年度)である。
- 訪問栄養食事指導(診療報酬・介護報酬)に関する診療所との契約実績がある都道府県栄養CSは約4割であり、契約締結の課題としては、「診療所からの相談そのものがほとんどない」、「医師へ依頼方法を説明するが、実際の契約に結びつかない」、「事務処理に手間がかかる」の順が多い。

■ 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



- 医療的ケア児とは、医学の進歩を背景として、NICU（新生児特定集中治療室）等に長期入院した後、引き続き人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが日常的に必要な児童のこと。
- 全国の医療的ケア児（在宅）は、約2万人（推計）である。



その他の医療行為とは、
気管切開の管理、
鼻咽頭エアウェイの管理、酸素療法、
ネブライザーの管理、経管栄養、
中心静脈カテーテルの管理、
皮下注射、血糖測定、
継続的な透析、導尿 等

出典：厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業「医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究（田村班）」
及び当該研究事業の協力のもと、社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）により厚生労働省障害児・発達障害者支援室で作成

医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律（令和3年6月18日公布・同年9月18日施行）

第二条 この法律において「医療的ケア」とは、人工呼吸器による呼吸管理、喀痰吸引その他の医療行為をいう。

2 この法律において「医療的ケア児」とは、日常生活及び社会生活を営むために恒常的に医療的ケアを受けることが不可欠である児童（18歳未満の者及び18歳以上の者であって高等学校等（学校教育法に規定する高等学校、中等教育学校の後期課程及び特別支援学校の高等部をいう。）に在籍するものをいう。）をいう。



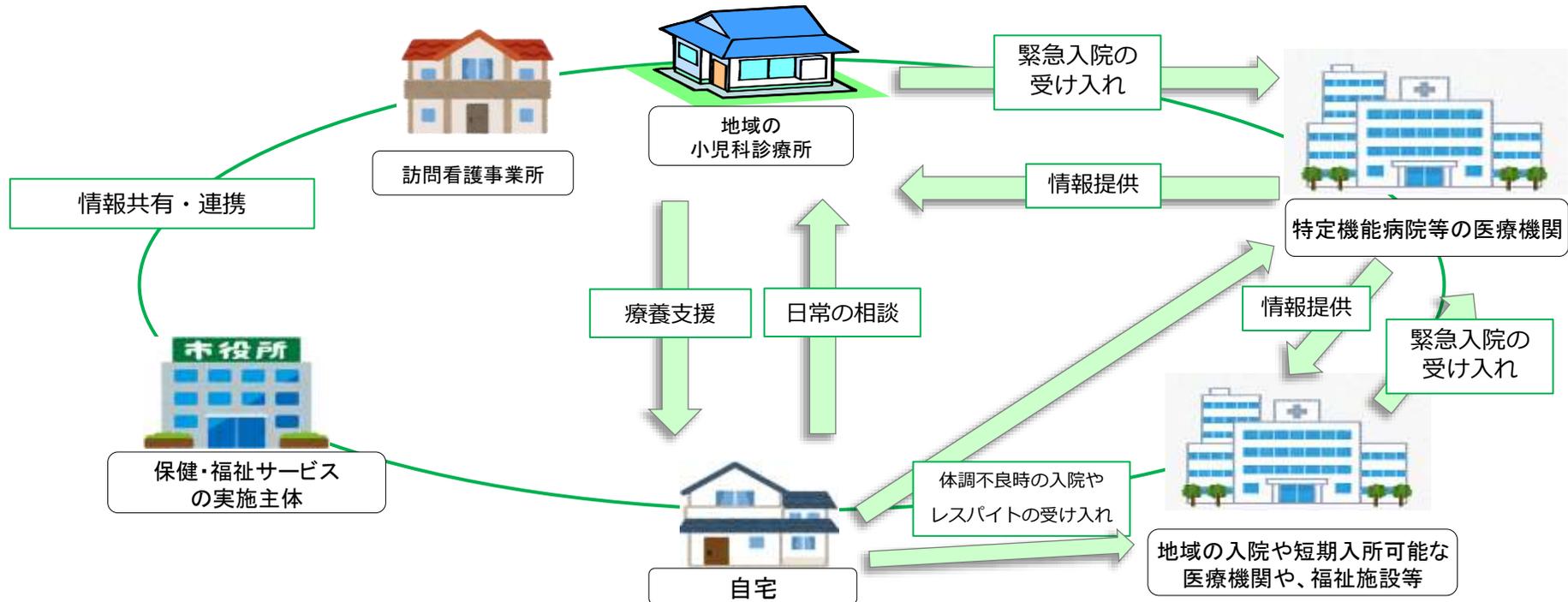
疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について (令和5年医政地発0331第14号)

小児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 目指すべき方向

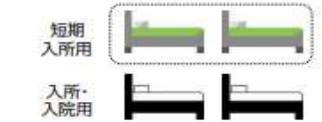
(4) 療養・療育支援が可能な体制

- ① 医療的ケア児が入院する医療機関において、児の入院後、現在の病状及び今後予想される状態等について家族等と話し合いを開始し、退院後の療養上必要な事項について説明するとともに、退院・転院後の療養生活を担う医療機関や訪問看護事業所等との連絡や調整、福祉サービスの導入に係る支援等を行う体制
- ② 退院後の医療的ケア児等の緊急入院に対応できる体制
- ③ 退院後の医療的ケア児等の保護者の負担を軽減するための、レスパイト等の受け入れ体制



障害福祉サービスにおける「医療型短期入所サービス」

中医協 総-6
5. 5. 17

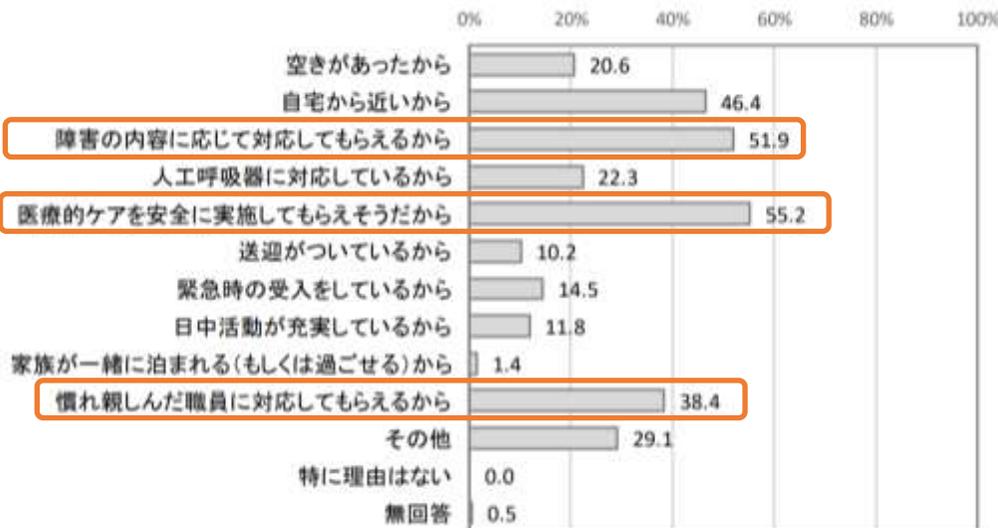
		併設型	空床利用型
対象者		<p><重症心身障害児者等></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 区分6に該当し、気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理を行っている者 ・ 区分5以上に該当し、進行性筋萎縮症に罹患している者又は重度の知的障害及び重度の肢体不自由が重複している者 等 <p><その他></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 重症心身障害児者等に該当しない場合であって、区分1以上に該当し、厚生労働大臣が定める基準に適合すると認められた遷延性意識障害者等又はこれに準ずる者（難病を含む） ・ 区分1以上に該当し、筋萎縮性側索硬化症等の運動ニューロン疾患の分類に属する疾患を有する者 	
サービス内容		病院等に短期間の入所をさせ、入浴、排せつ及び食事の介護その他の必要な支援	
実施主体		病院、有床診療所、介護老人保健施設、介護医療院、無床診療所（日中の受入のみ）※法人格のない病院、診療所も可	
ショートステイ用の居室の設定		<p>あり</p> <p>入所・入院用のベッドのうち、ショートステイ用のベッドを常時確保する</p> 	<p>なし</p> <p>空いている入所・入院用ベッドを、ショートステイで使用する</p> 
人員基準	従業者	本体施設の利用者及び短期入所の利用者数の合計数を当該施設の利用者数とみなした上で、 本体施設として必要とされる数以上	
	管理者	管理者は原則として、専ら医療型短期入所事業所の管理業務に従事する（支障がないときは、他の職務との兼務が可能）	
設備基準		本体施設の設備を利用することにより、短期入所の効果的な運営が図られ、本体施設と短期入所のサービス提供に支障がない場合は、 本体施設の設備をショートステイで利用できる	空床を利用する 本体施設で必要とされる設備を有することで問題ない
報酬単価	基本報酬	<p>・ 医療型短期入所サービス費(Ⅰ)～(Ⅲ)(宿泊を伴う場合) 1,747単位～3,010単位 区分6の気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理を行っている者、重症心身障害児・者等に対し支援を行う場合</p> <p>・ 医療型特定短期入所サービス費(Ⅰ)～(Ⅲ)(宿泊を伴わない場合)、(Ⅳ)～(Ⅵ)(宿泊のみの場合) 1,266単位～2,835単位 医療型短期入所サービス費と同様の対象者に対し支援を行う場合</p>	
	主な加算	<p><緊急短期入所受入加算> 270単位 緊急時の受入れを行った場合</p> <p><特別重度支援加算> 120単位～610単位 医療ニーズの高い障害児・者に対する計画的な医療的管理や療養上必要な措置を行った場合</p>	

医療型短期入所サービス利用中の者に対し、診療報酬で算定可能な処置等

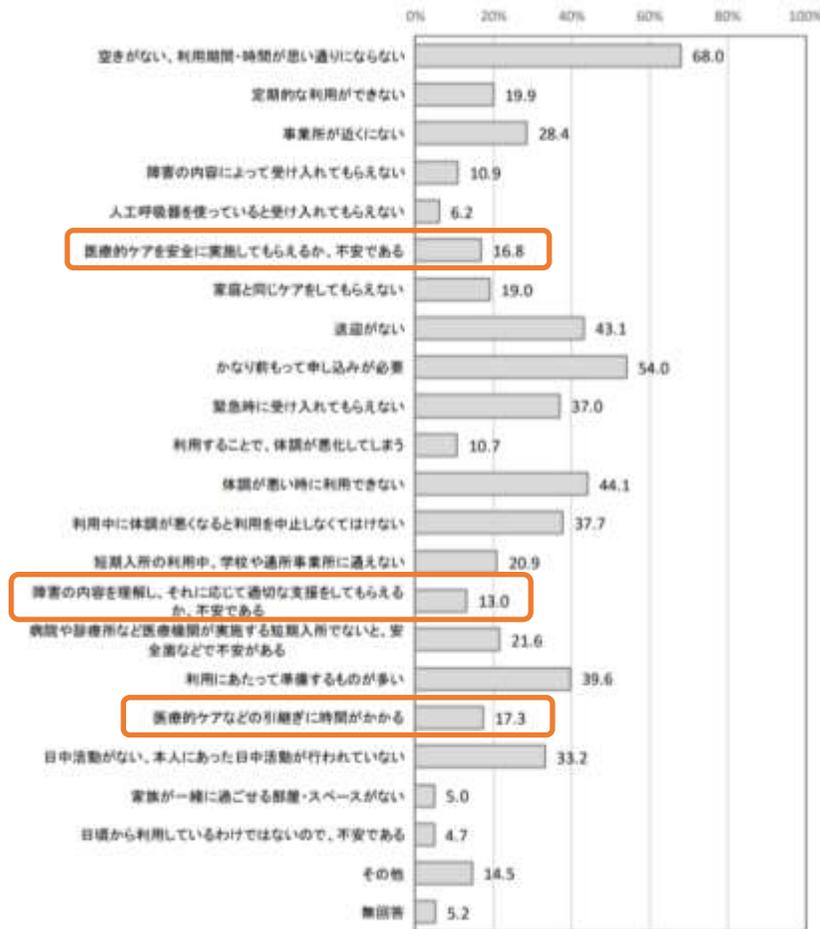
(1) 経皮的動脈血酸素飽和度測定、(2) 終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定、(3) 中心静脈注射、(4) 植込み型カテーテルによる中心静脈注射、(5) 鼻マスク式補助換気法、(6) 体外式陰圧人工呼吸器治療、(7) 人工呼吸、(8) 膀胱洗浄、(9) 後部尿道洗浄、(10) 留置カテーテル設置、(11) 導尿、(12) 介達牽引、(13) 矯正固定、(14) 変形機械矯正術、(15) 消炎鎮痛等処置、(16) 腰部又は胸部固定帯固定、(17) 低出力レーザー照射、(18) 鼻腔栄養

○ 医療型短期入所を利用した家族等が当該事業所を利用した理由としては、「医療的ケアを安全に実施してもらえそうだから」が55.2%、「障害の内容に応じて対応してもらえるから」が51.9%、「慣れ親しんだ職員に対応してもらえるから」が38.4%となっていた。

■ この事業所を利用した理由 (n=422) (複数回答)



■ これまでのサービス利用で、不便・不安と感じたこと (n=422) (複数回答)



【調査概要】

○ 調査対象

事業所票：2019年3月に、医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定した短期入所事業所

利用者票：上記事業所の短期入所サービスを、調査期間中に利用している本人やその家族、もしくは支援されている方

○ 調査実施期間

調査票の発送：令和元年9月4日、回収×切：令和元年10月31日

○ 回収状況

事業所票：配布363件、有効回収数250件（有効回収率68.9%）

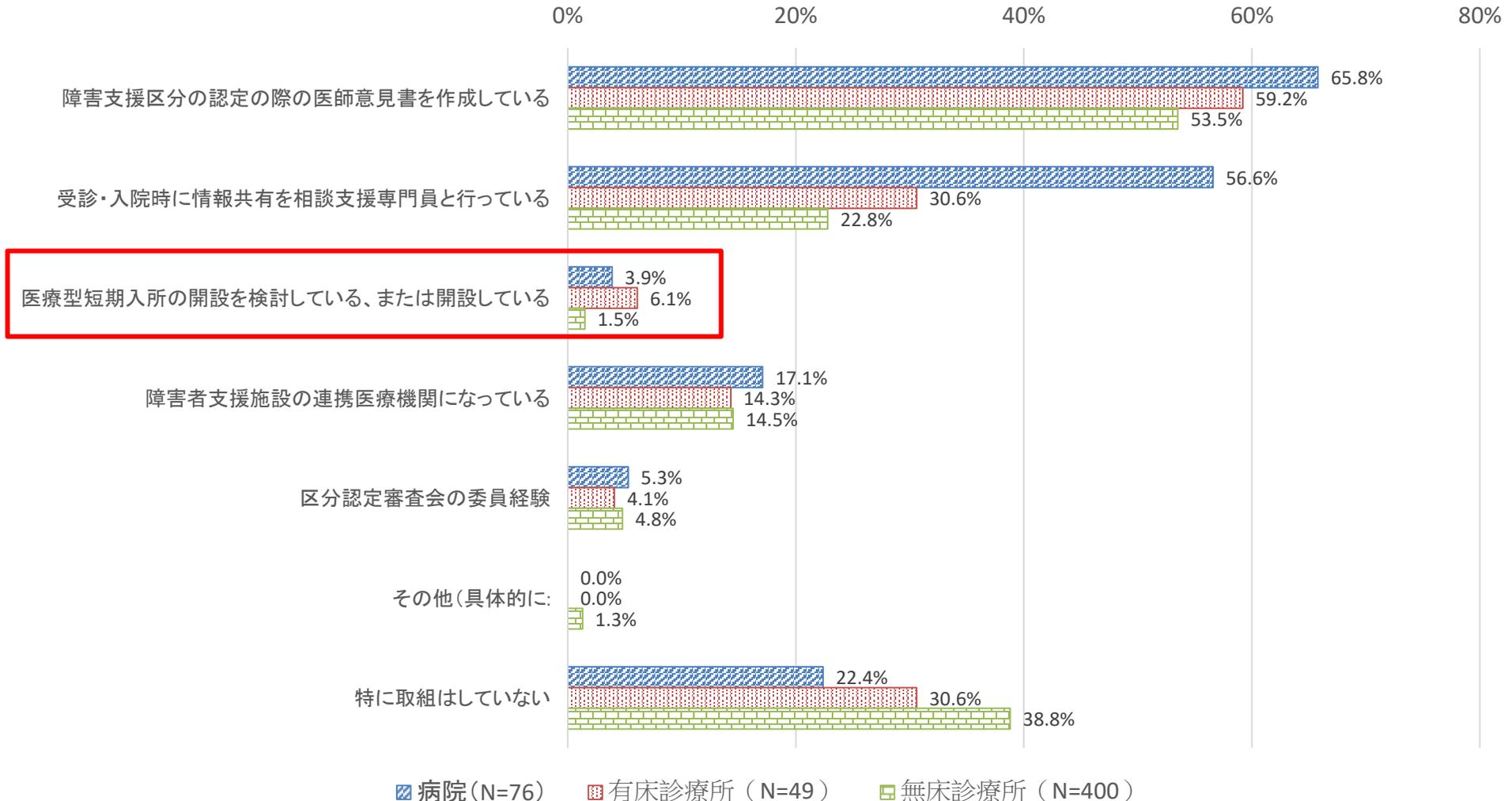
利用者票：有効回収数422件（1事業所につき最大5名の利用者を対象に配布）

※上記の中で医療サービスに関連したものを枠で囲っている。

障害福祉サービスとの連携についての取組み

診調組 入-5
5.10.5改

○ 医療機関における障害福祉サービスとの連携について、病院・有床診療所・無床診療所別の取組の状況は以下のとおり。有床診療所において、医療型短期入所の開設を検討している、または開設している割合は6.1%であった。



有床診療所療養病床入院基本料の概要

	医療区分3	医療区分2	医療区分1
ADL区分3	1,057点 (A)	945点 (B)	653点 (D)
ADL区分2	1,057点 (A)	945点 (B)	564点 (E)
ADL区分1	1,057点 (A)	827点 (C)	564点 (E)

【施設基準】

①看護配置6：1以上（雇用配置）

ただし、

①医療区分2・3の患者が8割以上 かつ

②看護配置4：1以上（雇用配置）を満たさない場合、564点を算定する

医療区分

医療区分3	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・スモン ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態（他に医療区分2又は3に該当する項目がある場合） <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・24時間持続点滴 ・中心静脈栄養（摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制を有していない場合においては、療養病棟入院基本料の医療区分3の場合の点数に代えて、医療区分2の場合に相当する点数を算定） ・人工呼吸器使用 ・ドレーン法 ・胸腹腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管 ・感染隔離室における管理 ・酸素療法（常時流量3L/分以上を必要とする状態等）
医療区分2	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患 ・その他の難病（スモンを除く） ・脊髄損傷（頸髄損傷） ・慢性閉塞性肺疾患（COPD） ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内（経過措置注11の病棟に入院する患者については、FIMの測定を行っていない場合は、医療区分1の場合に相当する点数を算定） ・脱水かつ発熱を伴う状態 ・体内出血 ・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態 ・褥瘡 ・末梢循環障害による下肢末端開放創 ・せん妄 ・うつ状態 ・暴行が毎日みられる状態（原因・治療方針を医師を含め検討） ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態（他に医療区分2又は3に該当する項目がない場合） <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・喀痰吸引（1日8回以上） ・気管切開・気管内挿管のケア ・頻回の血糖検査 ・創傷（皮膚潰瘍 ・手術創 ・創傷処置） ・酸素療法（医療区分3に該当するもの以外のもの）
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

ADL区分

ADL区分3	23点以上
ADL区分2	11点以上～23点未満
ADL区分1	11点未満

当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて、下記の4項目に0～6の範囲で最も近いものを記入し合計する。

新入院（転棟）の場合は、入院（転棟）後の状態について評価する。

- （ 0. 自立、1. 準備のみ、2. 観察、3. 部分的援助、4. 広範な援助、5. 最大の援助、6. 全面依存 ）

項目	支援のレベル
a ベッド上の可動性	0～6
b 移乗	0～6
c 食事	0～6
d トイレの使用	0～6
（合計点）	0～24

- 療養病床についての、医療法施行規則における看護師等の員数等についての経過措置の有効期限は下記通知に記載のあるとおり、令和6年3月31日までとされている。

「療養病床等の人員配置標準に係る経過措置の有効期限について」(抜粋)
(令和5年4月26日 厚生労働省医政局総務課長他連名通知)

1. 医療法施行規則(昭和23年厚生省令第50号)附則第51条から第55条の2までの規定の有効期限について

(2) 療養病床に係る経過措置の有効期限(附則第53条から第55条の2まで)

療養病床を有する病院又は診療所の開設者が、平成24年6月30日までに、当該病院又は診療所が一定の要件を満たすとして都道府県知事に届け出た病院又は診療所であって、平成30年6月30日までの間に、一定の要件を満たす旨を再び都道府県知事に届け出たものについては、療養病床における入院患者の数に応じた看護師、准看護師及び看護補助者の人員配置に係る経過措置が講じられているが、当該経過措置の有効期限については令和6年3月31日までであること。

- 医療療養病床を有する医療機関のうち、医療法施行規則における経過措置の対象となっており、令和6年4月以降の対応方針が未定の医療機関は、1施設(診療所)となっている。

療養病床の人員配置標準に係る経過措置等に関する調査(※)

【目的】療養病床の看護職員等の人員配置標準が6対1配置となっている病院及び診療所の全体像及び医療法上の経過措置終了後の意向(介護施設へ転換する等)の把握

【対象】特例措置の対象となっている病院、診療所

※令和4年6月時点で療養病棟入院基本料の注11に規定する点数を算定する病棟を有する病院、有床診療所療養病床入院基本料を届け出ている診療所及び介護療養型医療施設(752医療機関)

【結果】令和5年11月13日時点において、医療療養病床を有する医療機関のうち、

- 医療法施行規則における経過措置の対象となっており、令和6年4月以降の対応方針が未定の医療機関は1施設(診療所)となっている。

有床診療所における課題

(有床診療所について)

- 有床診療所は、①病院からの退院患者の受入れ、②在宅患者等の受入れ・在宅復帰機能、③有床診療所が持つ複数の機能(専門医療を担う機能等)といった機能を有するものと示されている。
- 有床診療所の病床数は、経年的に減少している。有床診療所の病床数別分布としては、一般病床については19床が43.9%と最多となっている。医療療養病床については1~9床の届出が多い。
- 有床診療所の地域での役割は平成27年から令和4年にかけて、「専門医療」以外の割合は減少している。
- 有床診療所において、医師、看護職員、看護補助者、事務職が常勤換算で2名以上配置されているが、理学療法士、診療放射線技師、臨床検査技師が常勤換算で約1名配置されている。
- 令和4年度診療報酬改定において、有床診療所一般病床初期加算等において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていることを施設基準として求める見直しが行われた。
- 有床診療所において「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」等の内容を踏まえた適切な意思決定に係る指針を作成している割合は58.1%であった。
- 平成30年度診療報酬改定では、有床診療所の地域包括ケアモデルの運用を支援する観点から、介護サービスを提供している有床診療所について、高齢患者等に対する入院受入れを評価する介護連携加算が新設された。この介護連携加算の算定回数・算定医療機関数は増加していない。
- 介護事業サービスを実施している有床診療所は全体の36.8%で、通所リハビリテーションの実施施設が26.9%、居宅介護支援事業所が20.2%、訪問リハビリテーションが13.5%であった。
- 有床診療所は病院・診療所と比べて、地域包括診療料・加算の届出割合が高く、地域包括診療料・加算を届け出していない施設は41.8%であった。有床診療所は「介護支援専門員とのケアプラン策定等に係る相談時間の確保」「高齢者施設に対して感染対策等の必要な助言を実施している」割合が高かった。
- 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リハビリテーション及び訪問栄養食事指導を充実させるため体制整備を行うことが求められている。
- 医療的ケア児の受入れが可能な医療型短期入所サービスの不足が課題とされている。医療機関における障害福祉サービスとの連携について、有床診療所において、医療型短期入所の開設を検討している、または開設している割合は6.1%であった。
- 有床診療所療養病床入院基本料は看護配置6:1以上(雇用配置)が施設基準となっているが、療養病床についての医療法施行規則における看護師等の員数等についての経過措置の有効期限は令和6年3月31日までとされている。

有床診療所についての論点

【論点】

(有床診療所について)

- 有床診療所の有床診療所在宅患者支援病床初期加算等について、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の内容を適切に踏まえた意思決定支援を推進するために、どのような方策が考えられるか。
- 医療・介護・障害福祉サービスの中核である有床診療所の機能を支援し、有床診療所において訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導、医療型短期入所といったサービスの提供を推進するため、どのような方策が考えられるか。
- 有床診療所療養病床の看護職員等の人員配置基準について、医療法施行規則における看護師等の員数等についての経過措置の有効期限は令和6年3月31日で終了することを踏まえ、どのような方策が考えられるか。