個別事項（その１５）

医療機関と高齢者施設等との連携について（その２）

介護保険施設及び障害者支援施設において
医療保険から算定できる医療サービスについて

１．医療機関と高齢者施設等との連携について（その２）

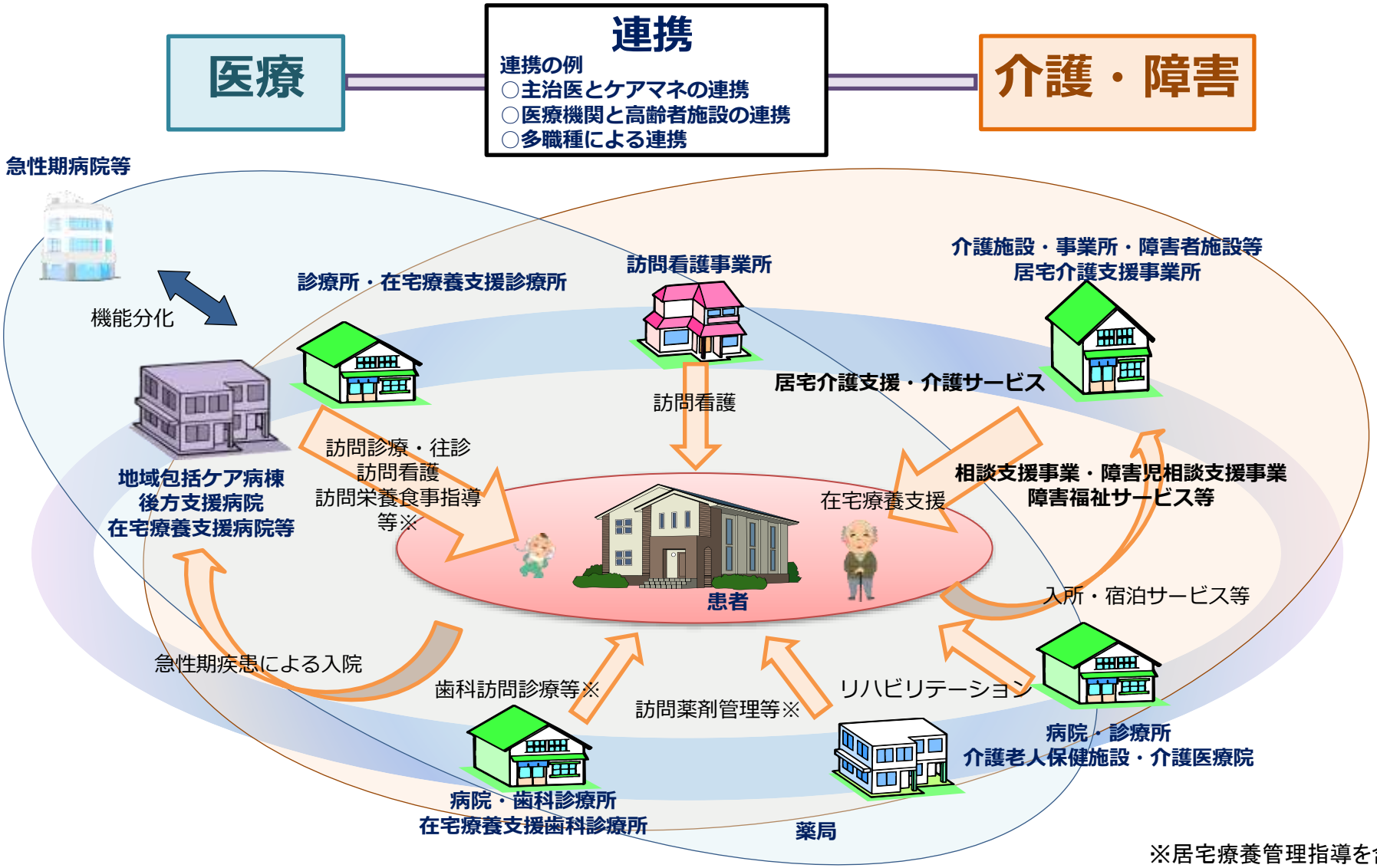
２．介護保険施設及び障害者支援施設において

医療保険から算定できる医療サービスについて

地域包括ケアシステムにおける医療・介護（イメージ）

中医協　総－１
５．１０．２０

○　医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要である。



※居宅療養管理指導を含む

高齢者施設等における協力医療機関等に関する運営基準（抜粋）

意見交換　資料－1
参考（一部改変）
R５．４．１９

○　特養

第二十八条　指定介護老人福祉施設は、入院治療を必要とする入所者のために、あらかじめ、協力病院を定めておかなければならない。
２　指定介護老人福祉施設は、あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めなければならない。
出典：指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第39号）

○　老健

第三十条　介護老人保健施設は、入所者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、協力病院を定めておかなければならない。
２　介護老人保健施設は、あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めなければならない。
出典：介護老人保健施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第40号）

○　介護医療院

第三十四条　介護医療院は、入所者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、協力病院を定めておかなければならない。
２　介護医療院は、あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めなければならない。
出典：介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成30年厚生省令第5号）

○　特定施設

第百九十一条　指定特定施設入居者生活介護事業者は、利用者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、協力医療機関を定めておかなければならない。
２　指定特定施設入居者生活介護事業者は、あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めなければならない。
出典：指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）

○　認知症グループホーム

第百〇五条　指定認知症対応型共同生活介護事業者は、利用者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、協力医療機関を定めておかなければならない。
２　指定認知症対応型共同生活介護事業者は、あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めなければならない。
３　指定認知症対応型共同生活介護事業者は、サービスの提供体制の確保、夜間における緊急時の対応等のため、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、病院等との間の連携及び支援の体制を整えなければならない。
出典：指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生省令第34号）

高齢者施設等における医師・看護職員配置等について

社会保障審議会 介護給付費分科会（第231回）	資料５
令和５年11月16日	

	施設の基本的性格	平均 要介護度※	医師配置	看護職員配置	協力医療機関 にかかる基準
①介護医療院	要介護高齢者の長期療養・生活施設	4.21	常勤 （Ⅰ型は宿直あり）	6：1 （夜間配置必須）	協力病院
②介護老人保健施設	要介護高齢者にリハビリ等を提供し、在宅復帰、在宅療養支援を行う施設	3.17	常勤（100:1）	3 ：1 （うち看護2/7以上）	協力病院
③介護老人福祉施設 （特別養護老人ホーム）	要介護高齢者のための生活施設	3.98	健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数 （配置医師）	~30人: 1 人 30～50人：2人 50～130人： 3 人 超えた部分は50:1	協力病院
④特定施設	高齢者のための住居	2.70	なし	~30人: 1 人 超えた部分は50:1	協力医療機関
⑤認知症グループホーム	認知症高齢者のための共同生活住居	2.69	なし	なし （加算による評価）	協力医療機関

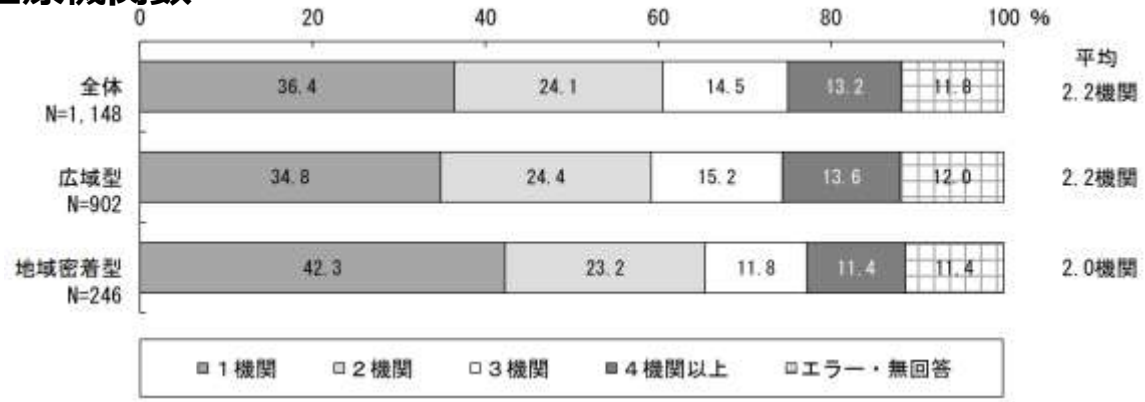
※　令和３年度介護給付費等実態統計報告（令和３年５月審査分～令和４年４月審査分）

特別養護老人ホームにおける協力医療機関数及び種別

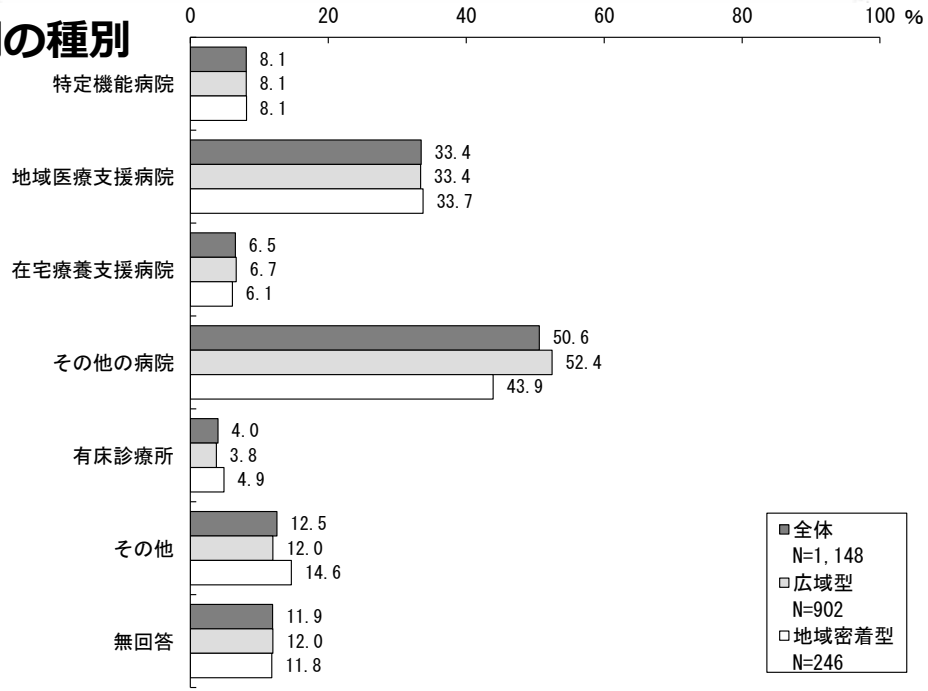
意見交換
資料－１参考
Ｒ５．４．１９

○協力医療機関数は、「１機関」が36.4%で最も多く 、次いで「２機関」が 24.1%と続いている。
○協力医療機関の種別は、「その他の病院」が 50.6%で最も多く、次いで「地域医療支援病院」が33.4%と続いている。

○ 協力医療機関数



○ 協力医療機関の種別

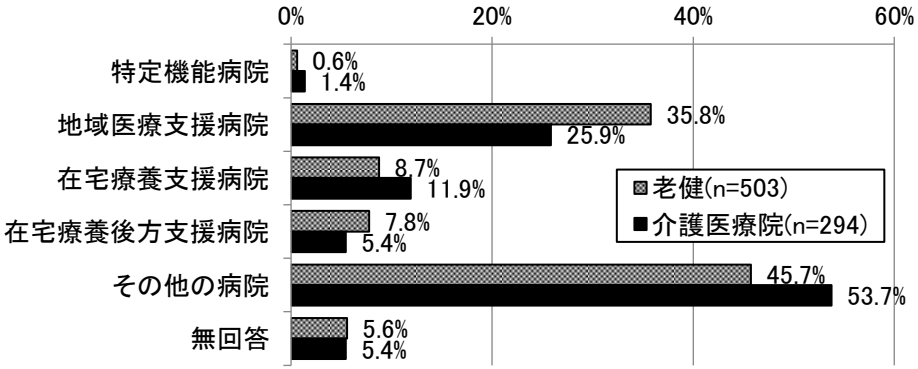


出典:令和4年度 老人保健健康増進等事業「特別養護老人ホームと医療機関の協力体制に関する調査研究」

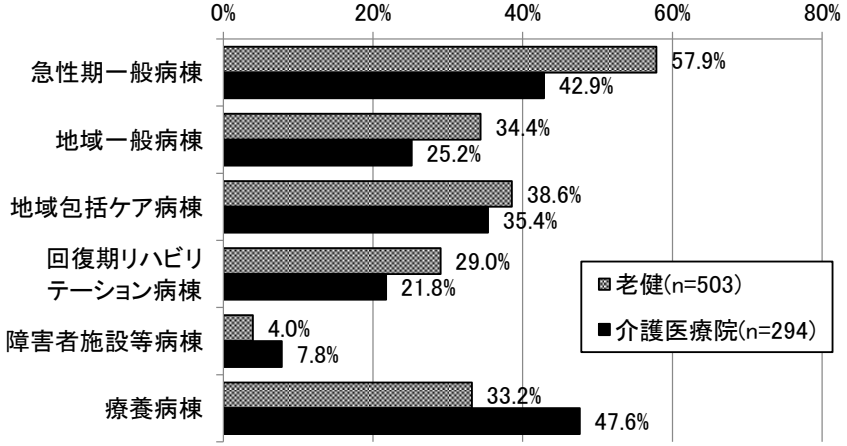
介護老人保健施設及び介護医療院における主たる協力病院

○主たる協力病院の種別は、老健は「地域医療支援病院」が35.8%、「在宅療養支援病院」が8.7%、介護医療院は「地域医療支援病院」が25.9%、「在宅療養支援病院」が11.9%であった。
○主たる協力病院が有する病床（病棟）の種類は、老健は「急性期一般病棟」が57.9%、介護医療院は「療養病棟」が47.6%であった。

主たる協力病院の種別（複数回答）



主たる協力病院が有する病床（病棟）の種類（複数回答）



【出典】令和３年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（令和５年度調査）
「（２）介護老人保健施設及び介護医療院におけるサービスの提供体制等に関する調査研究事業　速報値」

介護保険三施設における入所者・退所者の状況

（退所者数：8,018人）

	100.0%
家庭	32.0%
介護老人福祉施設	4.9%
その他の社会福祉施設	5.6%
介護老人保健施設	16.6%
介護医療院	
医療機関	22.8%
その他	5.3%
不詳	12.8%

入所 → 介護老人福祉施設 → 退所

平均在所日数：1177.2日(1284.5日)

100.0%	
2.2%	家庭
1.9%	介護老人福祉施設
0.4%	その他の社会福祉施設
0.4%	介護老人保健施設
0.1%	介護医療院
23.7%	医療機関
69.0%	死亡　※
0.9%	その他
1.4%	不詳

※死亡の内訳として、施設内での死亡が65.1%,
入院先での死亡が34.9%

（退所者：23,106人）

	100.0%
家庭	33.6%
介護老人福祉施設	0.9%
その他の社会福祉施設	0.9%
介護老人保健施設	2.4%
介護医療医院	0.1%
医療機関	48.5%
その他	2.4%
不詳	11.2%

入所 → 介護老人保健施設 → 退所

平均在所日数　309.7日(299.9日)

100.0%	
36.3%	家庭
9.1%	介護老人福祉施設
3.2%	その他の社会福祉施設
1.7%	介護老人保健施設
0.1%	介護医療院
33.3%	医療機関
10.6%	死亡 ※
5.0%	その他
0.8%	不詳

※死亡の内訳として、施設内での死亡が92.9%,
入院先での死亡が7.1%

（退所者：1,184人）

	100.0%
家庭	8.2%
介護老人福祉施設	0.4%
その他の社会福祉施設	0.4%
介護老人保健施設	6.5%
介護医療院	
医療機関	74.2%
その他	5.6%
不詳	4.7%

入所 → 介護医療院 → 退院

平均在所日数　189.1日

100.0%	
7.8%	家庭
3.9%	介護老人福祉施設
1.7%	その他の社会福祉施設
9.9%	介護老人保健施設
	介護医療院
19.8%	医療機関
52.2%	死亡 ※
4.3%	その他
0.4%	不詳

※死亡の内訳として、施設内での死亡が100%

出典：令和元年介護サービス施設・事業所調査結果

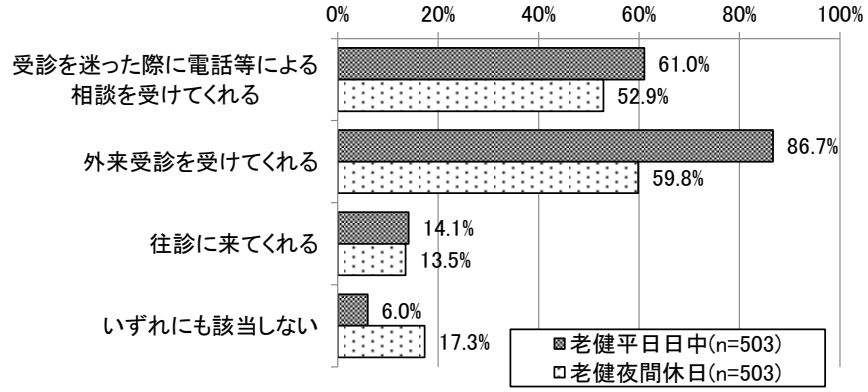
（2）介護老人保健施設及び介護医療院におけるサービスの提供実態等に関する調査研究事業

【協力病院　老健票・介護医療院票（問9）】

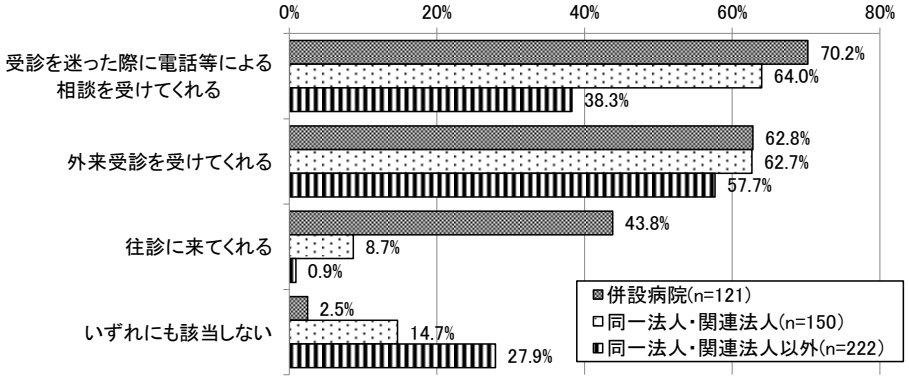
○入所者の急変時における主たる協力病院の対応について、老健の平日日中では「外来受診を受けてくれる」が86.7%、夜間休日では59.8%であった。協力病院が併設病院の場合は、夜間休日に「受診を迷った際に電話等による相談を受けてくれる」が70.2%であった。

○介護医療院では平日日中は、「外来受診を受けてくれる」が57.8%、夜間休日では「受診を迷った際に電話等による相談を受けてくれる」が48.3%であった。協力病院が併設病院の場合は、夜間休日に「往診に来てくれる」が62.1%であった。

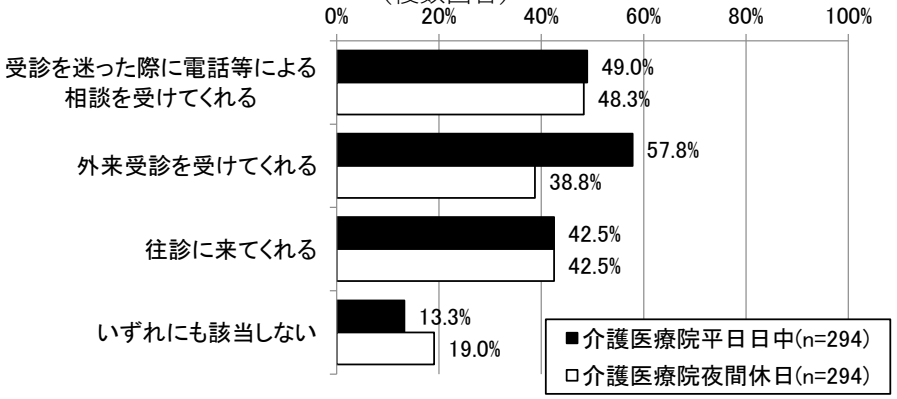
図表11　【老健】入所者の急変時における主たる協力病院の対応（複数回答）



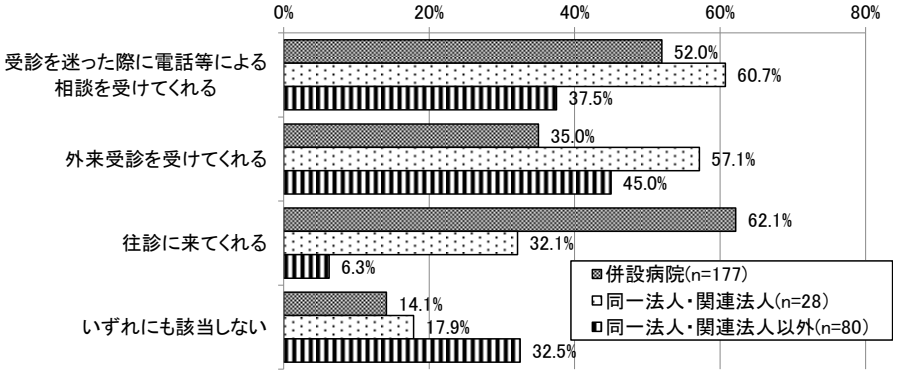
図表12　【老健・夜間休日】主たる協力病院との関係別
入所者の急変時における主たる協力病院の対応（複数回答）



図表13　【介護医療院】入所者の急変時における主たる協力病院の対応
（複数回答）



図表14　【介護医療院・夜間休日】主たる協力病院との関係別
入所者の急変時における主たる協力病院の対応（複数回答）



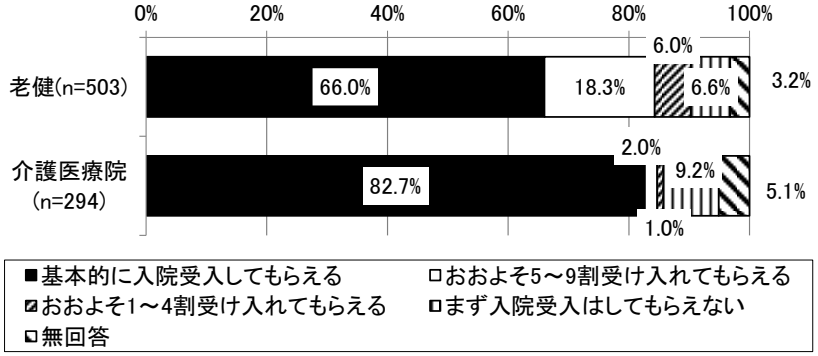
（2）介護老人保健施設及び介護医療院におけるサービスの提供実態等に関する調査研究事業

【協力病院　老健票・介護医療院票（問9）】

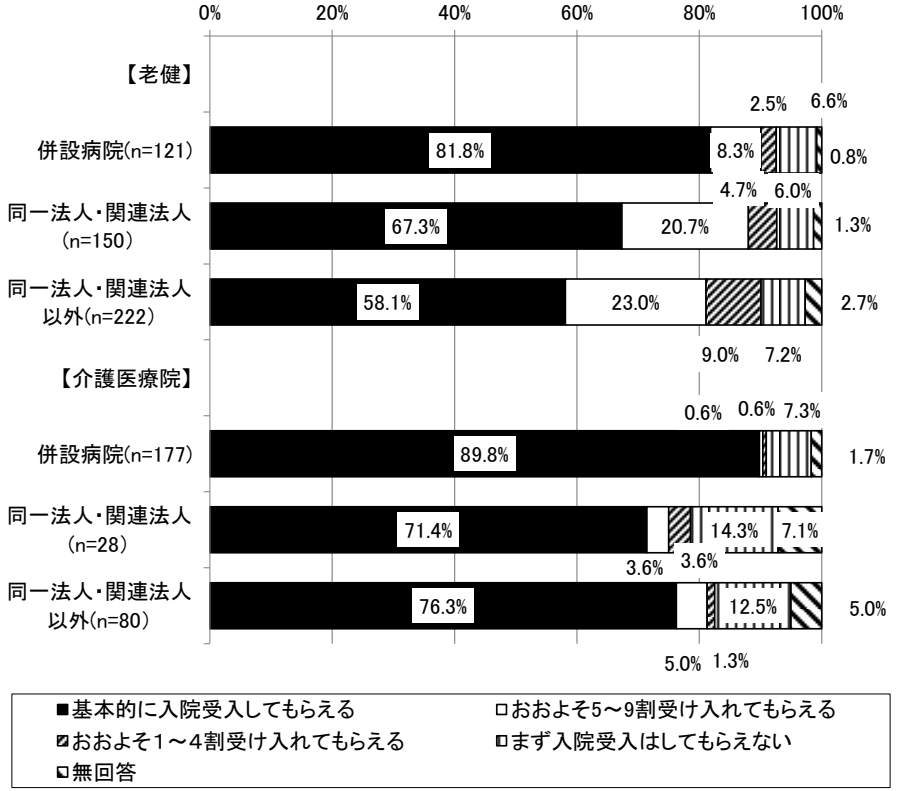
○入所者の急変時における主たる協力病院の入院受入は、老健は「基本的に入院受入してもらえる」が66.0%、介護医療院は82.7%であった。主たる協力病院との関係別にみると、「基本的に入院受入してもらえる」が老健では併設病院の場合に81.8%、介護医療院では併設病院の場合に89.8%であった。

○受入をしてもらえない理由は、老健では「病床が空いていないことが多いため」が49.1%、介護医療院では「病床が空いていないことが多いため」「救急患者は基本的に受け入れないため」がそれぞれ22.2%であった。

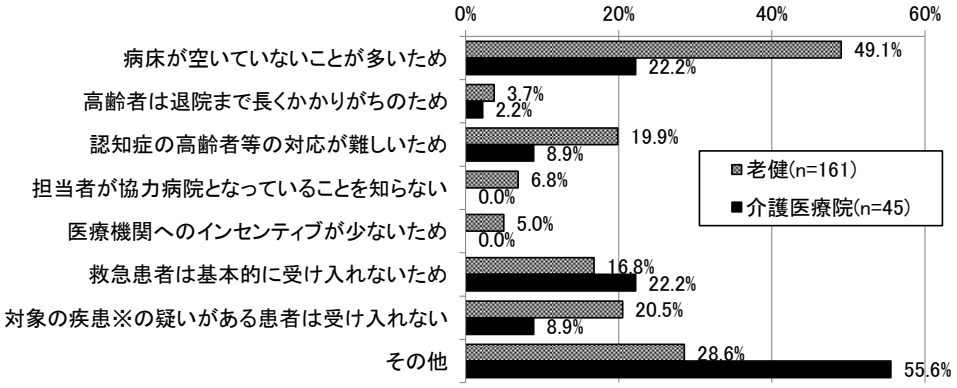
図表15　入所者の急変時における主たる協力病院の入院受入



図表16　【老健】主たる協力病院との関係別
入所者の急変時における主たる協力病院の入院受入



図表17　受入をしてもらえない理由（複数回答）



※対象の疾患：心筋梗塞、心不全、脳血管障害、骨折

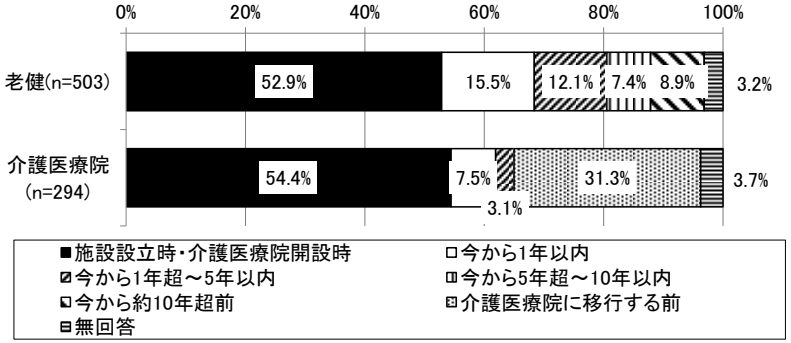
（2）介護老人保健施設及び介護医療院におけるサービスの提供実態等に関する調査研究事業

【協力病院　老健票・介護医療院票（問9）】

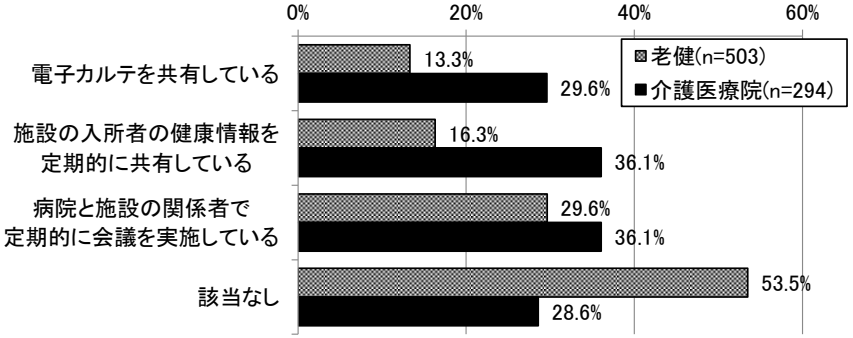
○入所者の入院や休日夜間等における対応等を主たる協力病院と直近で確認した時期は、老健では「施設設立時」が52.9%、介護医療院では「介護医療院開設時」が54.4%であった。

○主たる協力病院との連携の状況は、老健は「該当なし」が53.5%、介護医療院は「施設の入所者の健康情報を定期的に共有している」「病院と施設の関係者で定期的に会議を実施している」がそれぞれ36.1%であった。老健では、主たる協力病院が併設病院の場合、「病院と施設の関係者で定期的に会議を実施している」が47.9%、同一法人・関連法人以外の場合「該当なし」が85.6%であった。介護医療院では、主たる協力病院が併設病院の場合、「施設の入所者の健康情報を定期的に共有している」が52.5%、同一法人・関連法人以外の場合「該当なし」が77.5%であった。

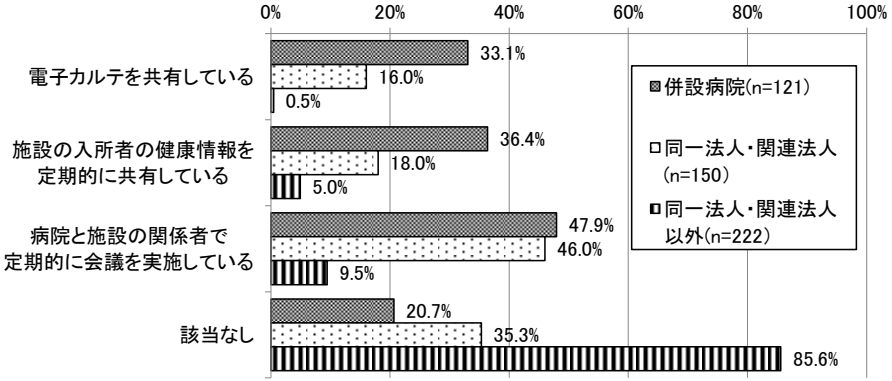
図表18　入所者の入院や休日夜間等における対応等を主たる協力病院と直近で確認した時期



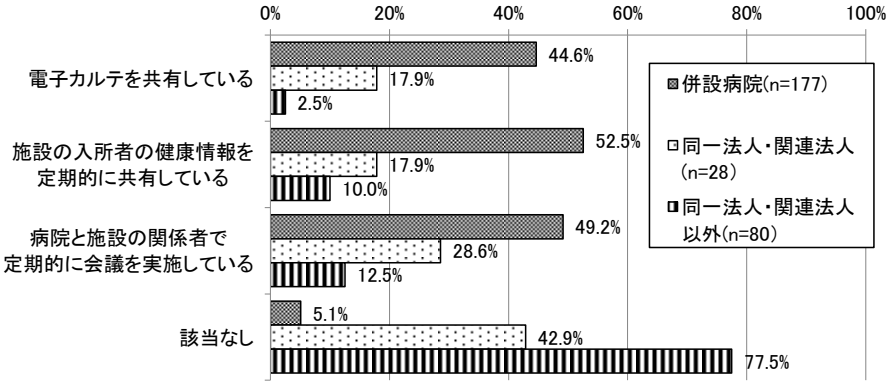
図表19　主たる協力病院との連携の状況（複数回答）



図表20　【老健】主たる協力病院との関係別
主たる協力病院との連携の状況（複数回答）



図表21　【介護医療院】主たる協力病院との関係別
主たる協力病院との連携の状況（複数回答）

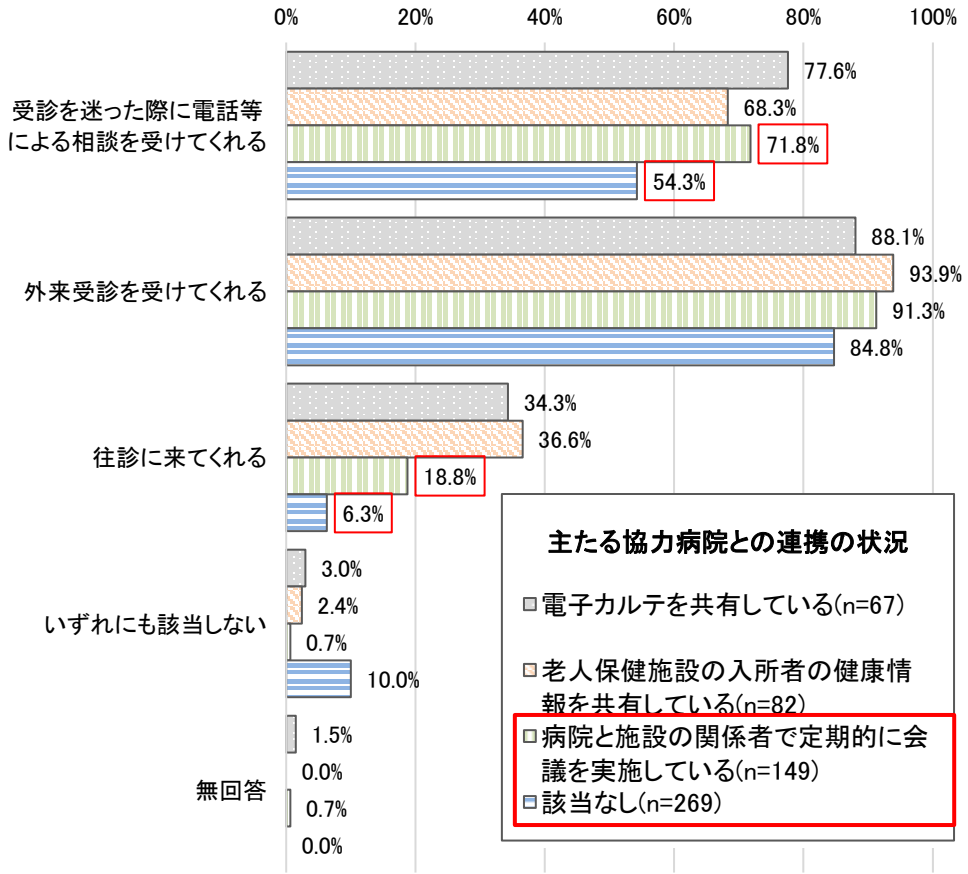


介護老人保健施設入所者の急変時における主たる協力病院の対応

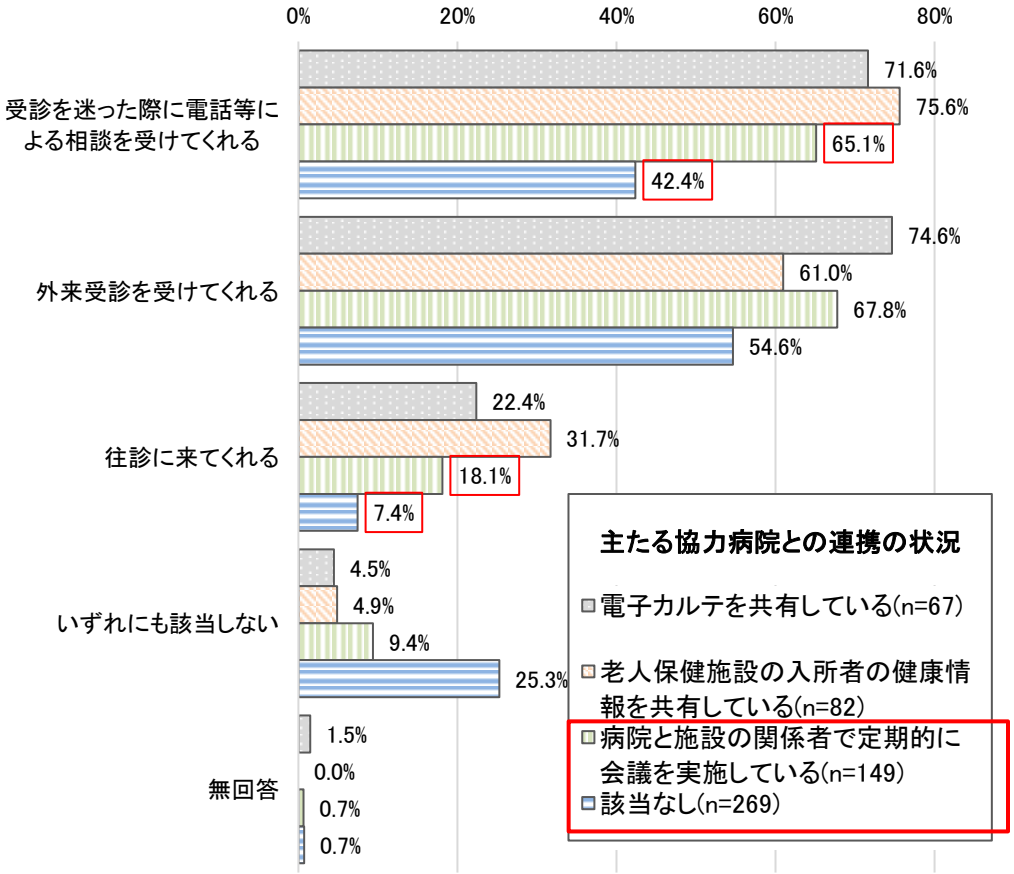
○　平日日中に主たる協力病院が「電話等による相談を受けてくれる」割合について、主たる協力病院と「定期的に会議を実施している」と回答した施設では71.8%、主たる協力病院との連携が「該当なし」と回答施設では54.3%であった。また、夜間休日では、それぞれ65.1%と42.4%であった。

○　平日日中に主たる協力病院が「往診に来てくれる」割合について、主たる協力病院と「定期的に会議を実施している」と回答した施設では18.8%、主たる協力病院との連携が「該当なし」と回答施設では6.3%であった。また、夜間休日では、それぞれ18.1%と7.4%であった。

「入所者の急変時における主たる協力病院の対応」と
「主たる協力病院との連携の状況」の関係：平日日中



「入所者の急変時における主たる協力病院の対応」と
「主たる協力病院との連携の状況」の関係：夜間休日



【出典】令和３年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（令和５年度調査）
「（２）介護老人保健施設及び介護医療院におけるサービスの提供体制等に関する調査研究事業　速報値」

類型見直しに伴う高齢者施設等における医療機関との連携体制等に関する調査

○ 高齢者施設等における医療機関との連携体制の確保については、令和４年４～５月に、各都道府県において高齢者施設等への聞き取り等を実施いただき、高齢者施設等が協力医療機関を事前確保している、又は自治体が指定する医療機関や医療チームの往診派遣を要請できることの確認を行っていただいたところ。

○ 今般の新型コロナウイルス感染症対策本部決定（令和５年３月10日）において、高齢者施設等については、入院が必要な高齢者の適切かつ確実な入院体制を確保しつつ、感染対策の徹底、医療機関との連携強化、療養体制の確保等を進めることとされたことを踏まえ、改めて、高齢者施設等と医療機関の連携体制について、各都道府県においてご確認をいただくため、調査を実施する。

○ 具体的には、下記の項目について、対象となる高齢者施設等に調査を実施し、各都道府県で取りまとめた上で、厚生労働省にご提出をいただきたい。

○ なお、本調査については、地域医療介護総合確保基金（介護分）による「令和５年度新型コロナウイルス感染症流行下における介護サービス事業所等のサービス提供体制確保事業」における「感染対策等を行った上での施設内療養に要する費用」（施設内療養者１名あたり最大30万円）の補助にあたっての要件確認も兼ねており、**令和５年５月８日以降は、本調査によりすべての要件を満たすことが確認された事業所のみ、補助の対象とする。**

調査対象

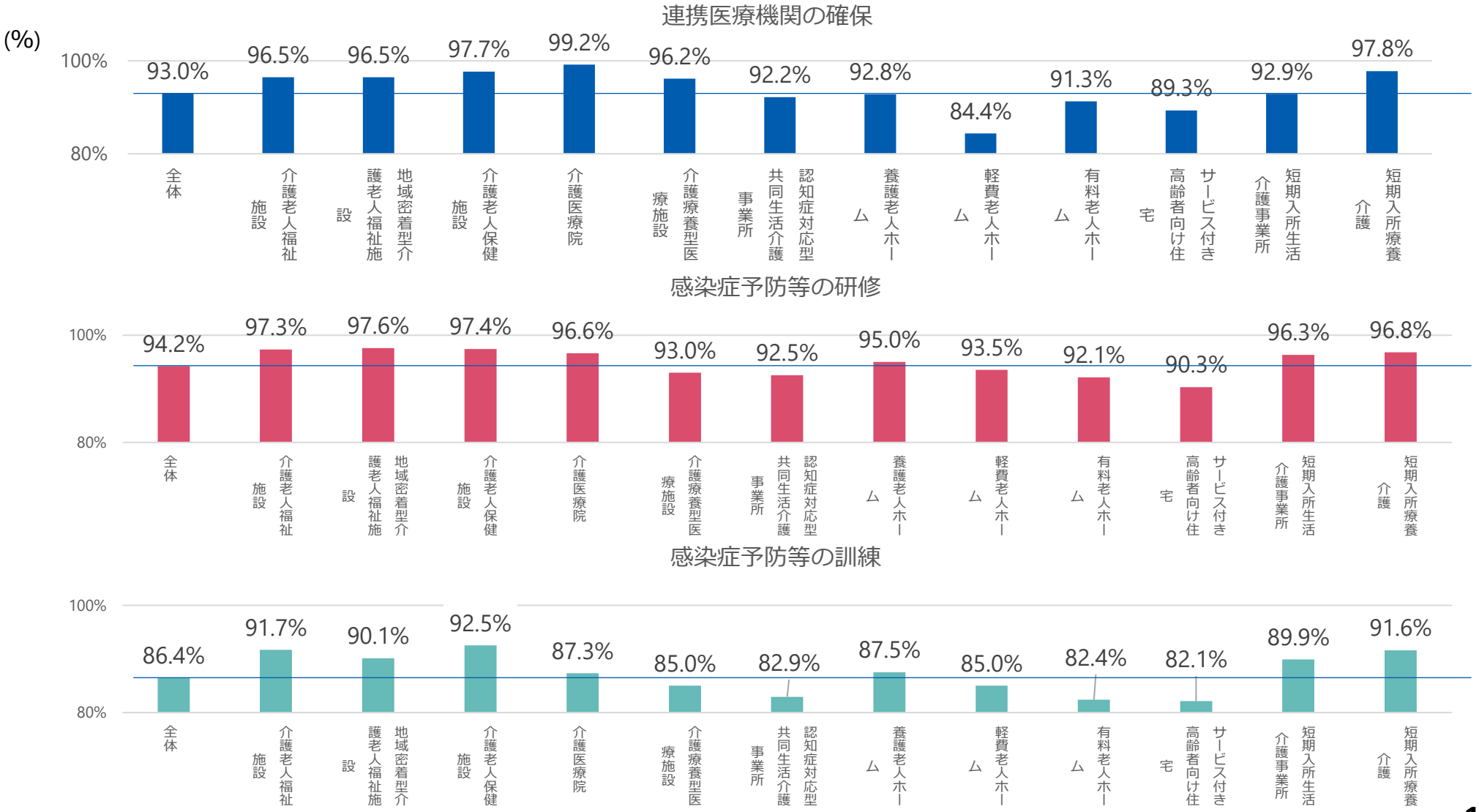
特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設、認知症グループホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、短期入所生活介護、短期入所療養介護

	調査内容	具体的な調査項目
1	医療機関との 連携体制の確保	・施設入所者に新型コロナウイルス患者（疑い含む）が発生した際に連携する医療機関（※）の確保状況（医療機関名、事前相談を行った年月日）（自施設の医師が実施する場合も可） <※連携医療機関に求められる主な対応> ① 施設からの電話等による相談への対応 ② 施設への往診（オンライン診療含む） ③ 入院の要否の判断や入院調整(当該医療機関以外への入院調整も含む)
2	感染対策	・全職員に対する、感染症の予防及びまん延防止のための研修の実施状況（直近の実施日） ・感染症の予防及びまん延防止のための訓練の実施状況（直近の実施日） ※ 令和5年5月8日までに実施予定の場合含む
3	ワクチンの接種状況	・希望する施設入所者へのオミクロン株対応ワクチン（１回目）の実施状況および接種実施時期 ・希望する施設入所者へのオミクロン株対応ワクチン（２回目）の実施予定の有無および接種実施予定時期

新型コロナの類型変更に伴う高齢者施設等と医療機関との連携状況

中医協　総－１
５．１０．２０

○　新型コロナウイルス感染症の類型変更に伴う高齢者施設と医療機関の連携状況の調査によると、多くの高齢者施設で連携医療機関の確保を行っている。



出典：類型見直しに伴う高齢者施設等における医療機関との連携体制等に関する調査（令和5年5月7日時点の連携状況）

新型コロナの類型変更に伴う高齢者施設等と医療機関との連携状況

中医協　総－１
５．１０．２０

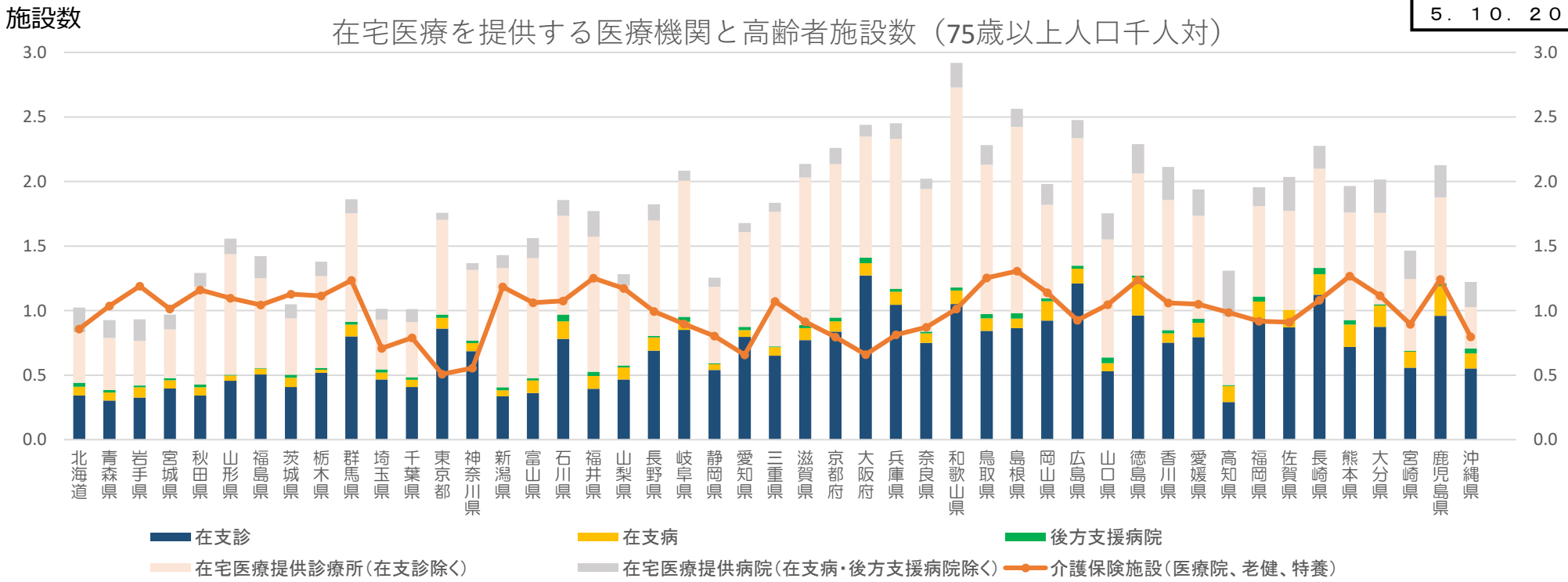
○　新型コロナウイルス感染症の類型変更に伴う高齢者施設と医療機関の連携状況の調査によると、一部の県において連携医療機関の確保をしている高齢者施設の割合が80%以下である。

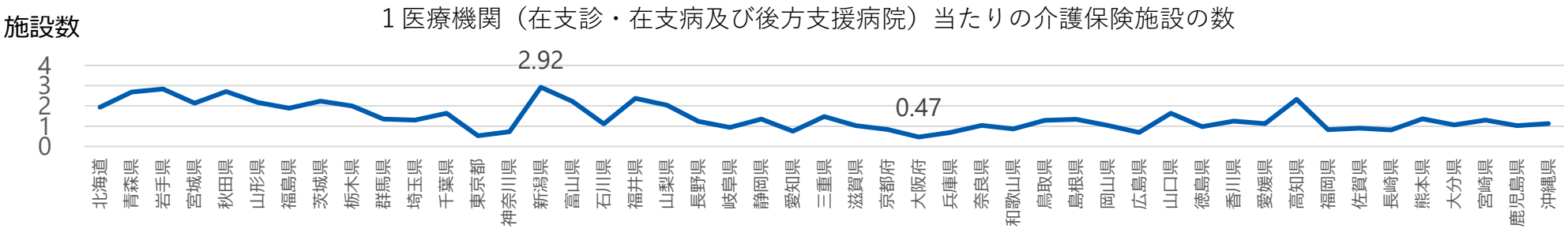
出典：類型見直しに伴う高齢者施設等における医療機関との連携体制等に関する調査（令和5年5月7日時点の連携状況）

各都道府県における在宅医療を提供する医療機関と介護保険施設の数

○　各都道府県における在宅医療を提供している医療機関の数と介護保険施設の数は以下のとおり。
○　在宅療養支援診療所（在支診）・在宅療養支援病院（在支病）、在宅療養後方支援病院（後方支援病院）について、１医療機関当たりの介護保険施設の数は0.47～2.92施設と幅がある。

中医協　総－１
５．１０．２０





出典：人口：厚生労働省「人口動態統計」（令和3年）
　医療機関数：保険局医療課調べ（在支診・在支病・後方支援病院は令和4年7月1日時点で届け出ている医療機関、診療所・病院は令和4年5月診療分のNDBデータにおいて在宅患者訪問診療料又は往診料を算定した医療機関数）
　高齢者施設数：「介護サービス施設・事業所調査」（令和3年）及び保険局医療課調べ

論点①　協力医療機関との連携体制の構築

社会保障審議会 介護給付費分科会（第231回）	資料５
令和５年11月16日	

論点①

■　介護保険施設は運営基準において入所者の急変や入院治療に対応するため協力病院を定めることとされている。また、特定施設や認知症グループホームについては、協力医療機関を定めることとされている。

■　一方で、協力医療機関との連携の内容は様々であり、入所者の急変時等において協力医療機関が実施する対応として、電話等による相談対応や、外来での対応、往診の実施など対応が分かれている。

■　さらに、入院加療が必要となった場合について、令和３年度DPCデータでは、介護施設・福祉施設からの入院患者のうち、急性期一般入院基本料を算定する病棟へ入院する患者が75％となっており、現行多くの患者が入院をしている医療機関について、当該医療機関が提供しうる医療の内容と、要介護者等の高齢者が求める医療の内容に乖離がある可能性が指摘されている。

■　また、協力医療機関と休日夜間等における対応等を直近で確認した時期について、約半数の施設が施設の設立時であるとの調査もあり、必ずしも定期的な確認を行っていない状況がある。

■　このような実態を踏まえ、本分科会や同時報酬改定に向けた意見交換会では、高齢者施設等は協力医療機関として、在宅医療を担う地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するべきといった意見があったところ。

■　高齢者施設等の入所者の急変時における相談体制や往診等の体制を充実する観点や、その後適切な入院医療に繋げる観点から、協力医療機関との連携体制についてどのような対応が考えられるか。

令和６年度介護報酬改定に関する審議報告（案）

＜第236回 社会保障審議会 介護給付費分科会(令和５年12月18日) 資料２ 抜粋＞

１．地域包括ケアシステムの深化・推進

（３）医療と介護の連携の推進

⑲協力医療機関との連携体制の構築

介護保険施設について、施設内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下でより適切な対応を行う体制を確保する観点から、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するために、以下の見直しを行う。

ア　以下の要件を満たす協力医療機関（ⅲについては病院に限る）を定めることを義務づける（複数の医療機関を定めることにより要件を満たすこととしても差し支えないこととする。）。その際、義務づけにかかる期限を３年とし、併せて連携体制に係る実態把握を行うとともに必要な対応について検討する。

ⅰ　入所者の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。

ⅱ　診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。

ⅲ　入所者の病状の急変が生じた場合等において、当該施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。

イ　１年に１回以上、協力医療機関との間で、入所者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならないこととする。

ウ　入所者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入所させることができるように努めることとする。

令和６年度介護報酬改定に関する審議報告（案）

＜第236回 社会保障審議会 介護給付費分科会(令和５年12月18日) 資料２ 抜粋＞

１．地域包括ケアシステムの深化・推進
（３）医療と介護の連携の推進
⑳協力医療機関との定期的な会議の実施
　介護老人福祉施設等、介護老人保健施設、介護医療院、認知症対応型共同生活介護について、協力医療機関との実効性のある連携体制を構築する観点から、入所者又は入居者の急変時等に備えた関係者間の平時からの連携を強化するため、入所者の現病歴等の情報共有を行う会議を定期的に開催することを評価する新たな加算を設ける。また、特定施設入居者生活介護等における医療機関連携加算について、定期的な会議において入居者の現病歴等の情報共有を行うよう見直しを行う。

令和５年10月20日開催の中医協における主なご意見

【医療機関と高齢者施設等との連携について】

○　コロナ禍において、介護保険施設等における感染対策や、クラスター発生時の対応体制の脆弱性が明らかになった。後期高齢者の増加が見込まれる2040年に向けては、高齢者施設等は医療機関との連携はさらに強化しなければならず、高齢者が住み慣れた環境で最期を迎えるためにも、高齢者施設等に対する医療的支援は高く評価されるべき。

○　協力医療機関の在り方については、特定機能病院と連携するといった実態に即していない連携ではなく、在支診、在支病、有床診療所や、中小病院が運営する地域包括ケア病棟と連携する等、求められる病床機能や機能分化に応じた実効性のある連携が進むような評価の在り方を検討すべき。

○　協力医療機関として、高度急性期と言われている特定機能病院等が入っていることは、違和感を覚える。協力医療機関になった後、全く連絡をとらなくなる医療機関がある等の実態を踏まえ、連携を密にできるような体制を考えられないか。

○　在宅療養支援病院等における往診や、オンライン診療、入院調整といった取組の実態を踏まえ、在宅支援の機能として、あらかじめ取り決めを行い、電話相談だけではなく、往診や入院調整の役割を果たすことも施設基準とすることが望ましい。

○　日頃から患者の情報等をやり取りすることがあれば、緊急の対応を求められても、電話相談や往診で済むことも増え、不必要な救急搬送も無くなる可能性が高くなると考える。

○　協力医療機関であることについては、現在、何の評価も無いが、日頃から患者の病歴などについて、介護保険施設と情報共有しておくこと、急変時の対応等について、ICTも活用しながら連携を深めていくことは重要なポイントであり、これらの困難さと苦労も踏まえ、こういった連携している場合は通常の往診よりも高く評価されるべき。

○　本来であれば、介護保険施設は、利用料の中で日常的な医学管理が行われていることを考えると、単に医療保険の給付でこれまで以上の医療提供を行うということではなく、介護保険においても一定負担をしてもらう必要もある。

○　連携の在り方としては、コロナ禍における高齢者施設と医療機関との連携で、電話による対応方針の相談、緊急の往診、入院の要否の判断及び入院が必要な際の入院調整について、既に実績があるので、参考になるのではないか。

在支診・在支病の施設基準（参考）

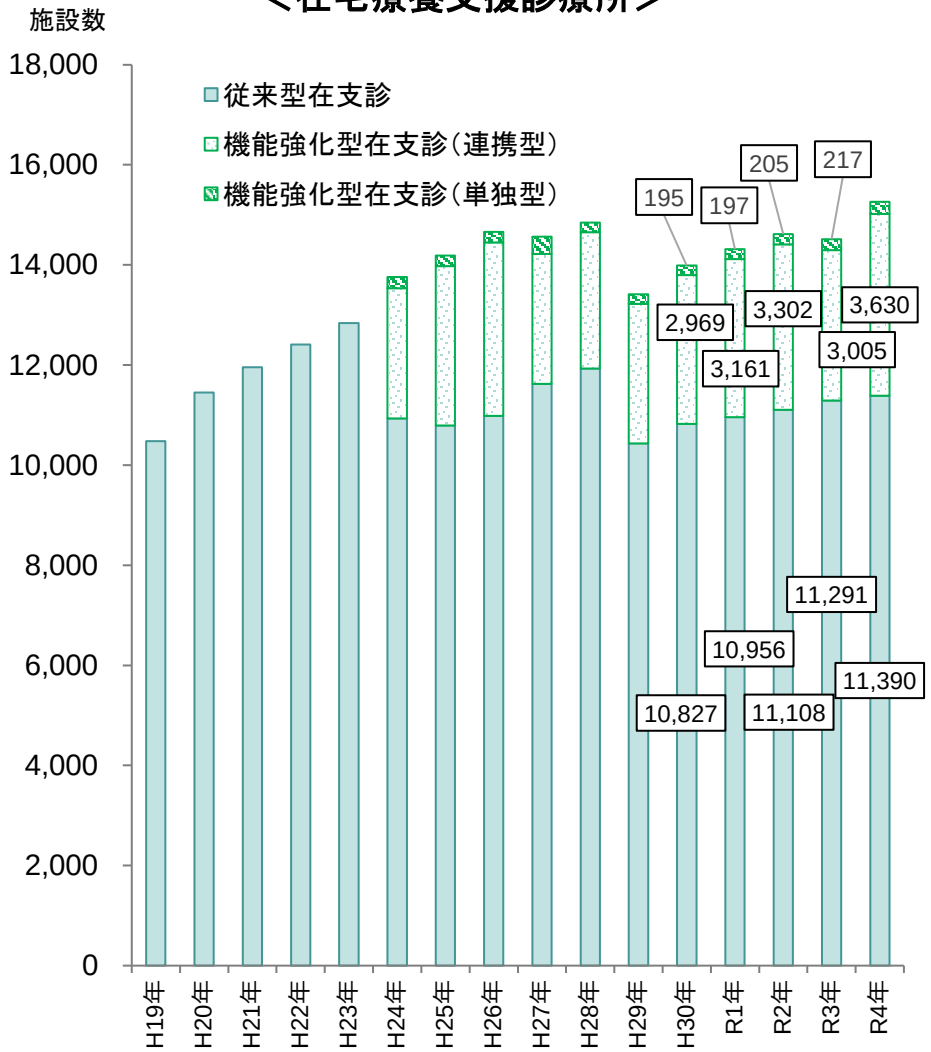
<table>
<tr><th rowspan="3"></th><th colspan="4">機能強化型在支診・在支病</th><th rowspan="3">在支診在支病</th><th rowspan="3">（参考）在宅療養後方支援病院</th></tr>
<tr><th colspan="2">単独型</th><th colspan="2">連携型</th></tr>
<tr><th>診療所</th><th>病院</th><th>診療所</th><th>病院</th></tr>
<tr><td>全ての在支診・在支病の基準</td><td colspan="6">①　24時間連絡を受ける体制の確保　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</td></tr>
<tr><td>全ての在支病の基準</td><td colspan="6">「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</td><td rowspan="5">○　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</td></tr>
<tr><td rowspan="4">機能強化型在支診・在支病の基準</td><td colspan="2">⑦　在宅医療を担当する常勤の医師
３人以上</td><td colspan="2">⑦　在宅医療を担当する常勤の医師
連携内で３人以上</td><td rowspan="4"></td></tr>
<tr><td>⑧　過去１年間の緊急往診の実績
10件以上</td><td>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</td><td>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</td><td>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</td></tr>
<tr><td colspan="2">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</td><td colspan="2">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</td></tr>
<tr><td colspan="4">**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**</td></tr>
</table>

※：**青字**は令和４年度診療報酬改定における変更点

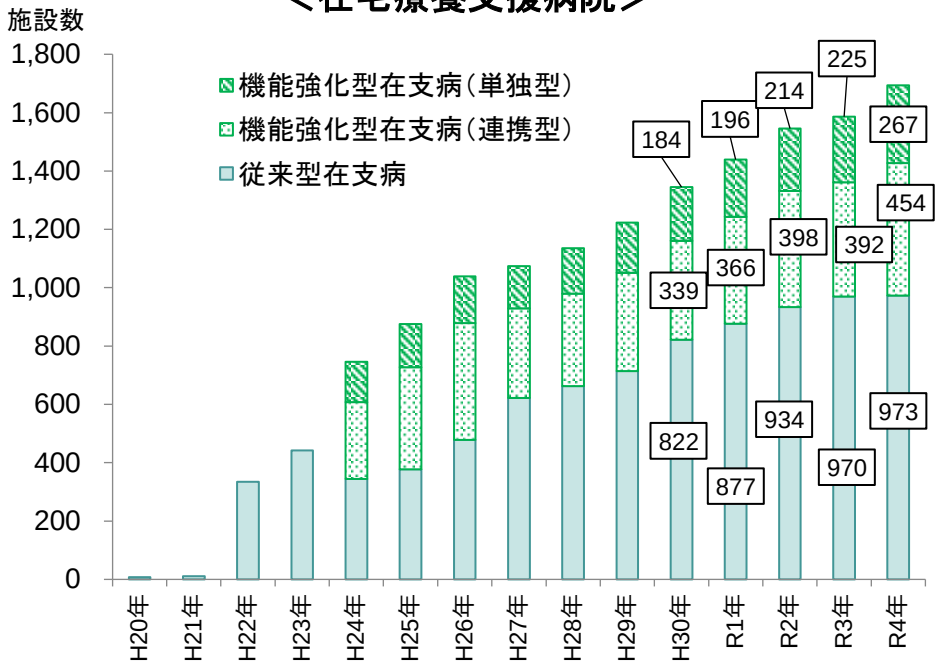
在宅療養支援診療所等の届出数

○ 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。

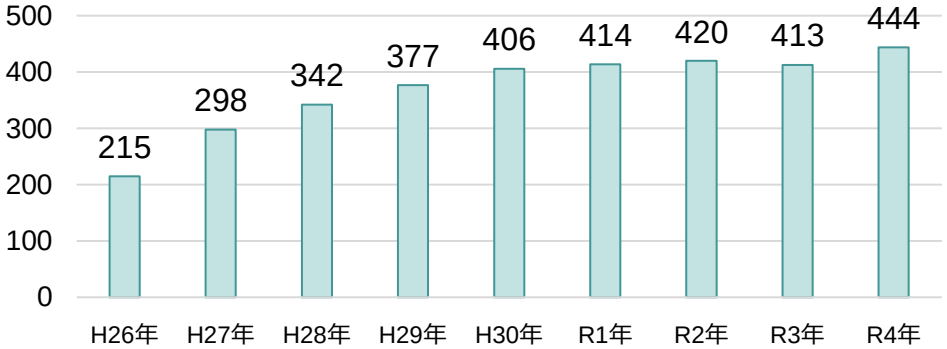
＜在宅療養支援診療所＞



＜在宅療養支援病院＞

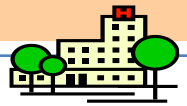


＜在宅療養後方支援病院＞※平成26年新設



出典：保険局医療課調べ（各年7月1日時点）

地域包括ケア病棟入院料に係る施設基準

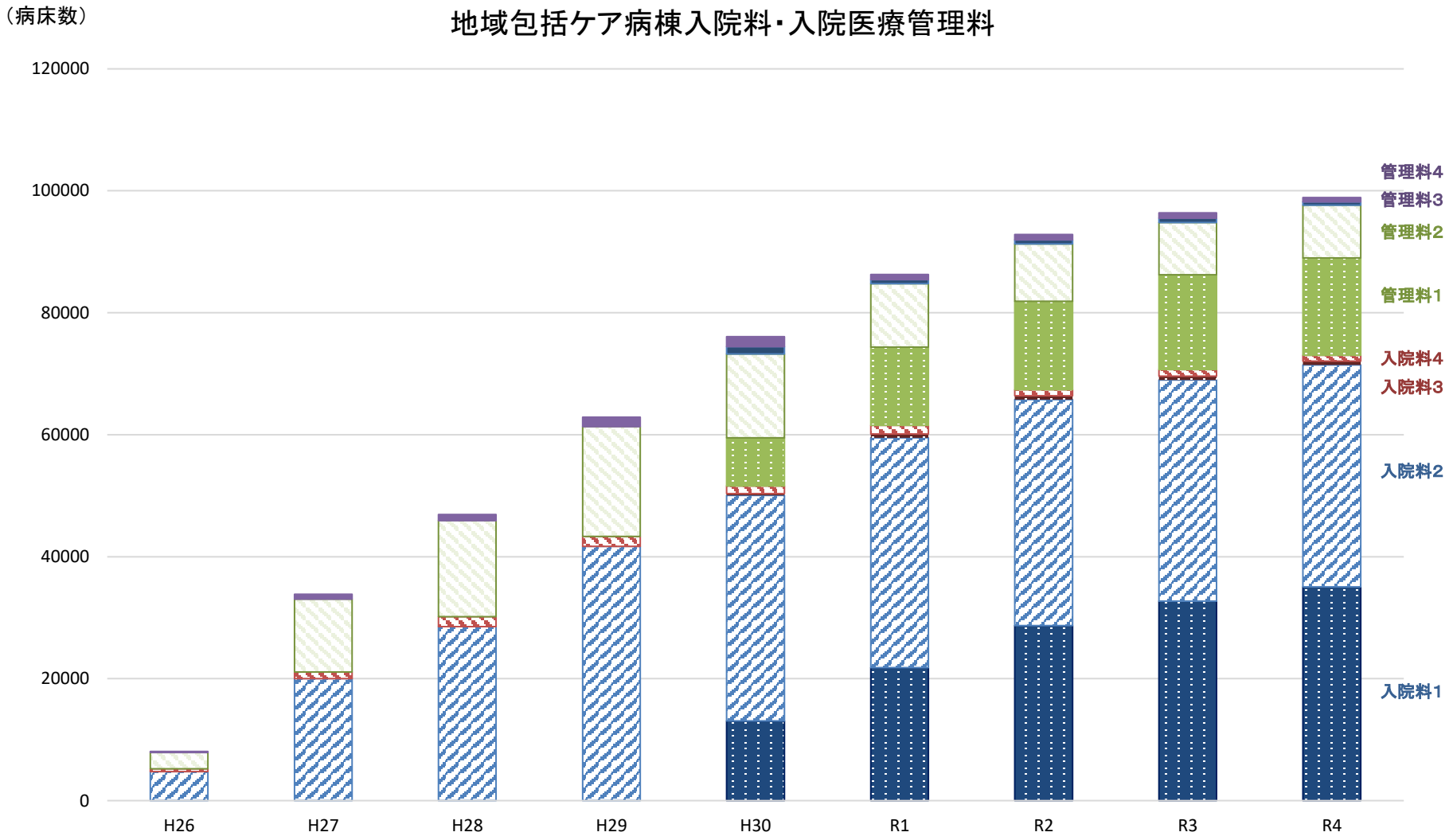


	入院料１	管理料１	入院料２	管理料２	入院料３	管理料３	入院料４	管理料４
看護職員	１３対１以上（７割以上が看護師）							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を１名以上配置							
リハビリテーション実施	リハビリテーションを提供する患者については１日平均２単位以上提供していること							
意思決定支援の指針	適切な意思決定支援に係る指針を定めていること							
救急の実施	**一般病床において届け出る場合には、第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院であること（ただし、200床未満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。）**							
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）**（満たさない場合85／100に減算）**	－	－		６割未満（許可病床数**200床以上**の場合）**（満たさない場合85／100に減算）**	－
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）** **（「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）**		**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）** **（「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）**	
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 **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）**							
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

入院料別の届出病床数の推移

○　地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の届出病床数は以下のとおり。届出病床数はいずれも増加傾向であった。



出典：保険局医療課調べ（各年7月1日時点）

診療報酬の取扱い（新型コロナの診療報酬上の特例の見直し①）

○　診療報酬上の特例措置について、現場の実態等も踏まえつつ、点数の見直しを行う（令和５年10月１日～）。

新型コロナの類型変更（令和５年5月）に伴う方向性・考え方		令和５年９月まで	令和５年10月～
外来	空間分離・時間分離に必要な人員、PPE等の感染対策を引き続き評価 その上で受入患者を限定しないことを評価する仕組みへ	①**300点**【対応医療機関の枠組みを前提として、院内感染対策に加え、受入患者を限定しない形に８月末までに移行】　又は、 ②**147点**【①に該当せず、院内感染対策を実施】	①**147点**【対応医療機関であって、院内感染対策を実施し、受入患者を限定しない】　又は、 ②**50点**【①に該当せず、院内感染対策を実施】
	届出の簡略化などの状況変化を踏まえて見直し	**147点** 【初診時含めコロナ患者への療養指導（注）】 ※ロナプリーブ投与時の特例（３倍）は終了 (注)家庭内の感染防止策や、重症化した場合の対応等の指導	終了
	位置付け変更に伴い医療機関が実施する入院調整等を評価	**950点/回** 【コロナ患者の入院調整を行った場合】	**100点/回** 【コロナ患者の入院調整を行った場合】
在宅	緊急往診は、重症化率の変化に伴う必要性の低下を踏まえて見直し 介護保険施設等での療養を支援する観点から同施設等に対する緊急往診は引き続き評価	**950点** 【緊急の往診】 ※介護保険施設等への緊急往診は**2,850点**	**300点** 【緊急の往診】 ※介護保険施設等への緊急往診は**950点**
		950点 【介護保険施設等において、看護職員とともに、施設入所者に対してオンライン診療を実施する場合】	**300点** 【介護保険施設等において、看護職員とともに、施設入所者に対してオンライン診療を実施する場合】
	往診時等の感染対策を引き続き評価	**300点** 【コロナ疑い/確定患者への往診】	**50点** 【コロナ疑い/確定患者への往診】

R6改定において恒常的な感染症対策への見直し

出典:「新型コロナウイルス感染症に関する10月以降の見直し等について」(令和5年9月15日 厚生労働省公表資料)より抜粋

診療報酬の取扱い（新型コロナの診療報酬上の特例の見直し②）

新型コロナの類型変更（令和５年5月）に伴う方向性・考え方		令和５年９月まで	令和５年10月～
入院	入院患者の重症化率低下、看護補助者の参画等による業務・人員配置の効率化等を踏まえて見直し 介護業務の増大等を踏まえ、急性期病棟以外での要介護者の受入れを評価	①重症患者 **ICU等の入院料：1.5倍** **（＋2,112～＋8,159点/日）** ②中等症患者等（急性期病棟等） **救急医療管理加算１：２～３倍** **（1,900～2,850点/日）**	①重症患者 **ICU等の入院料：1.2倍** **（＋845～3,263/日）** ②中等症患者等（急性期病棟等） **救急医療管理加算２：２～３倍** **（840～1,260点/日）**
		※　介護保険施設等からの患者等をリハビリ提供や入院退院支援体制が充実した病棟（例：地域包括ケア病棟等）が受け入れる場合は加算（**＋950点/日**）	※　介護保険施設等からの患者等をリハビリ提供や入院退院支援体制が充実した病棟（例：地域包括ケア病棟等）が受け入れる場合は加算（**＋420点/日**）
		コロナ回復患者を受け入れた場合 **750点/日** （**60日目まで**。さらに**14日目まで**は**＋950点**）	コロナ回復患者を受け入れた場合 **500点/日** （**14日目まで**）
	＋ 必要な感染対策を 引き続き評価	**250～1,000点/日** (感染対策を講じた診療)	**125点～500点/日** (感染対策を講じた診療)
		300点/日 (２類感染症の個室加算の適用)	**300点/日** (２類感染症の個室加算の適用)
		250点/日 (必要な感染予防策を講じた上でリハビリを実施)	**50点/日** (必要な感染予防策を講じた上でリハビリを実施)
歯科	コロナ患者への歯科治療を引き続き評価	**298点** （治療の延期が困難なコロナ患者に対する歯科治療の実施）	**147点** （治療の延期が困難なコロナ患者に対する歯科治療の実施）
調剤	コロナ患者への服薬指導等を引き続き評価	薬局におけるコロナ治療薬の交付 服薬管理指導料: **2倍**（**＋59点又は＋45点**） 自宅・介護施設等への対応を評価 （訪問対面500点、電話等200点を算定可）	薬局におけるコロナ治療薬の交付 服薬管理指導料：**1.5倍**（**＋30点又は+23点**） 自宅・介護施設等への対応を評価 （訪問対面：500点/200点を算定可）

R６改定において恒常的な感染症対策への見直し

※このほか、令和５年５月８日から令和６年３月までの時限措置として、新型コロナ罹患後症状に関する診療報酬の特例（＋147点／３月ごとに算定可）

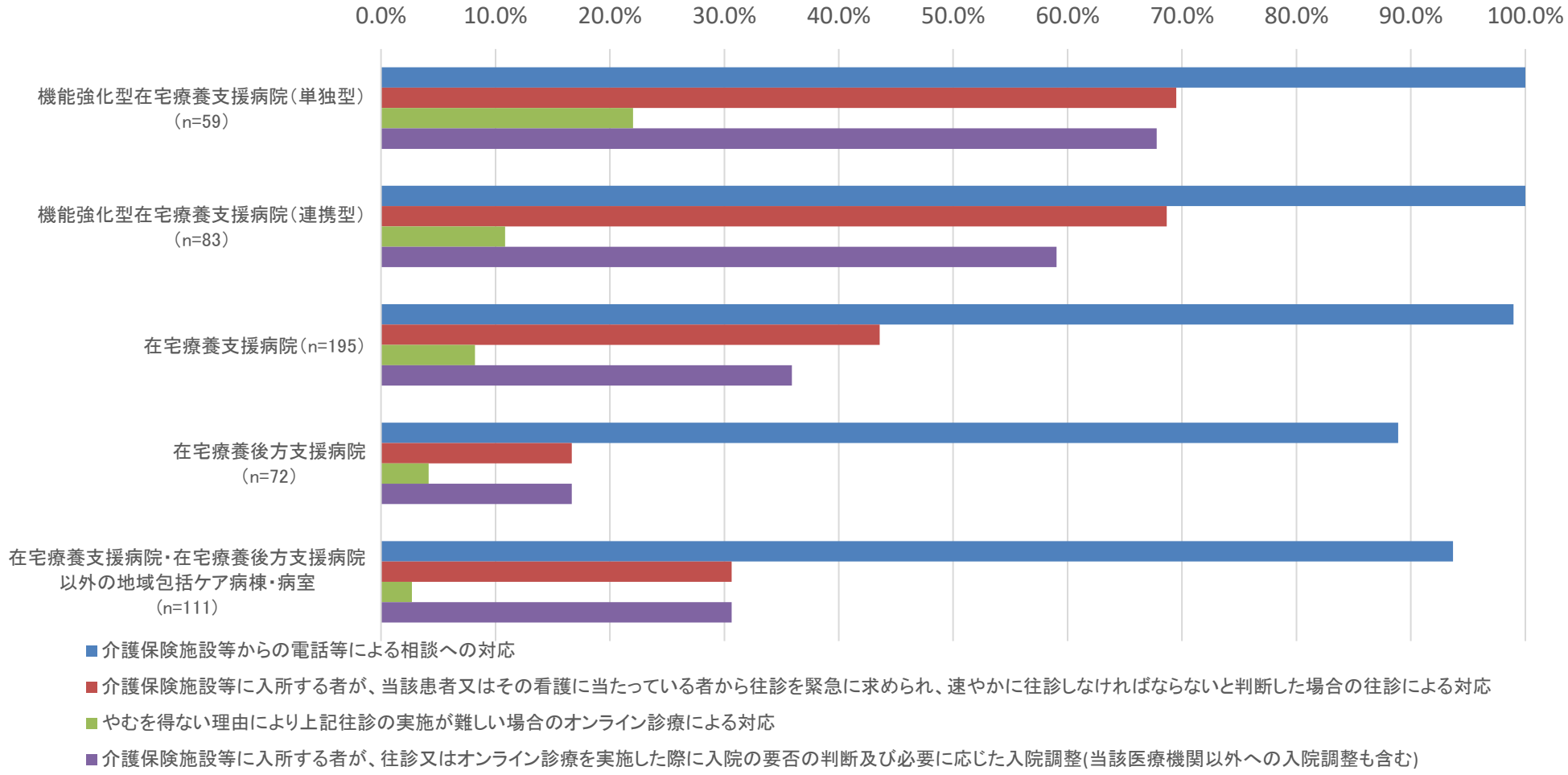
出典:「新型コロナウイルス感染症に関する10月以降の見直し等について」(令和5年9月15日厚生労働省公表資料)より抜粋

介護保険施設等との連携に係る状況②

診調組　入－３
５．１０．５

○　地域包括ケア病棟等の届出のある在宅療養支援病院（在支病）等における介護保険施設等に関する連携の実施体制は、介護保険施設からの電話等による相談対応はほとんどの医療機関で対応可能とされており、緊急時の往診について、特に機能強化型在支病においては対応可能と回答した医療機関が多かったが、全体の70%程度に留まっている。

在宅療養支援病院等における介護保険施設等に関する連携の実施体制について



出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

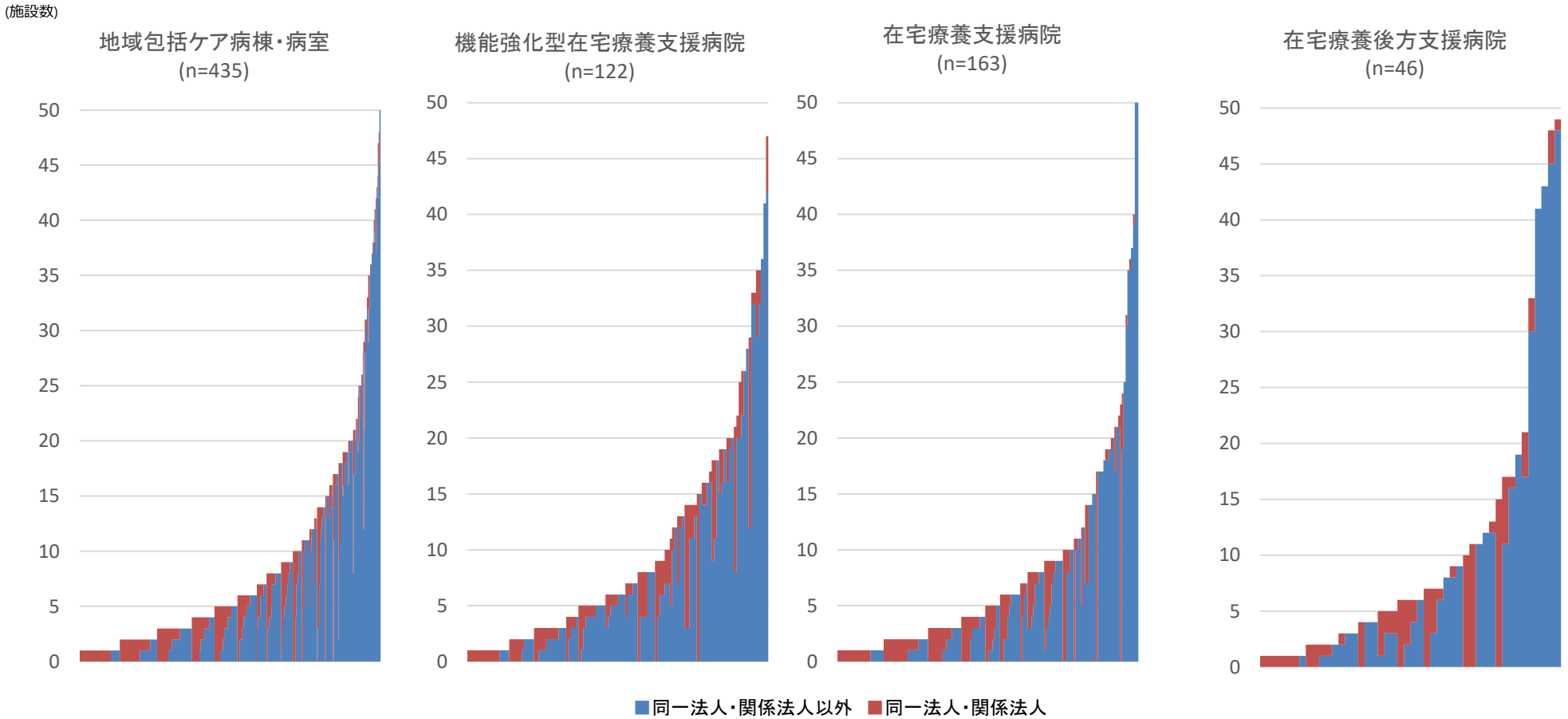
介護保険施設等との連携に係る状況④

診調組　入－３
５．１０．５

○　地域包括ケア病棟・病室を有する医療機関等ごとの、電話等による相談や緊急時の往診等の対応についてあらかじめ取り決めを行うなどしている介護保険施設等の数は、以下のとおり。
○　多くの介護保険施設と取り決めを行う医療機関もあるが、中には同一法人・関係法人内の介護保険施設とのみ取り決めを行っている医療機関も存在した。

介護保険施設等との連携体制の構築状況

※電話等による相談や緊急時の往診等の対応についてあらかじめ取り決めを行うなどしている介護保険施設等の数が1以上50以下の施設のみ集計
（50より大きい介護保険施設数：地域包括ケア病棟・病室：15施設、機能強化型在支病：7施設、在宅療養支援病院：1施設、在宅療養後方支援病院：2施設　）



出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

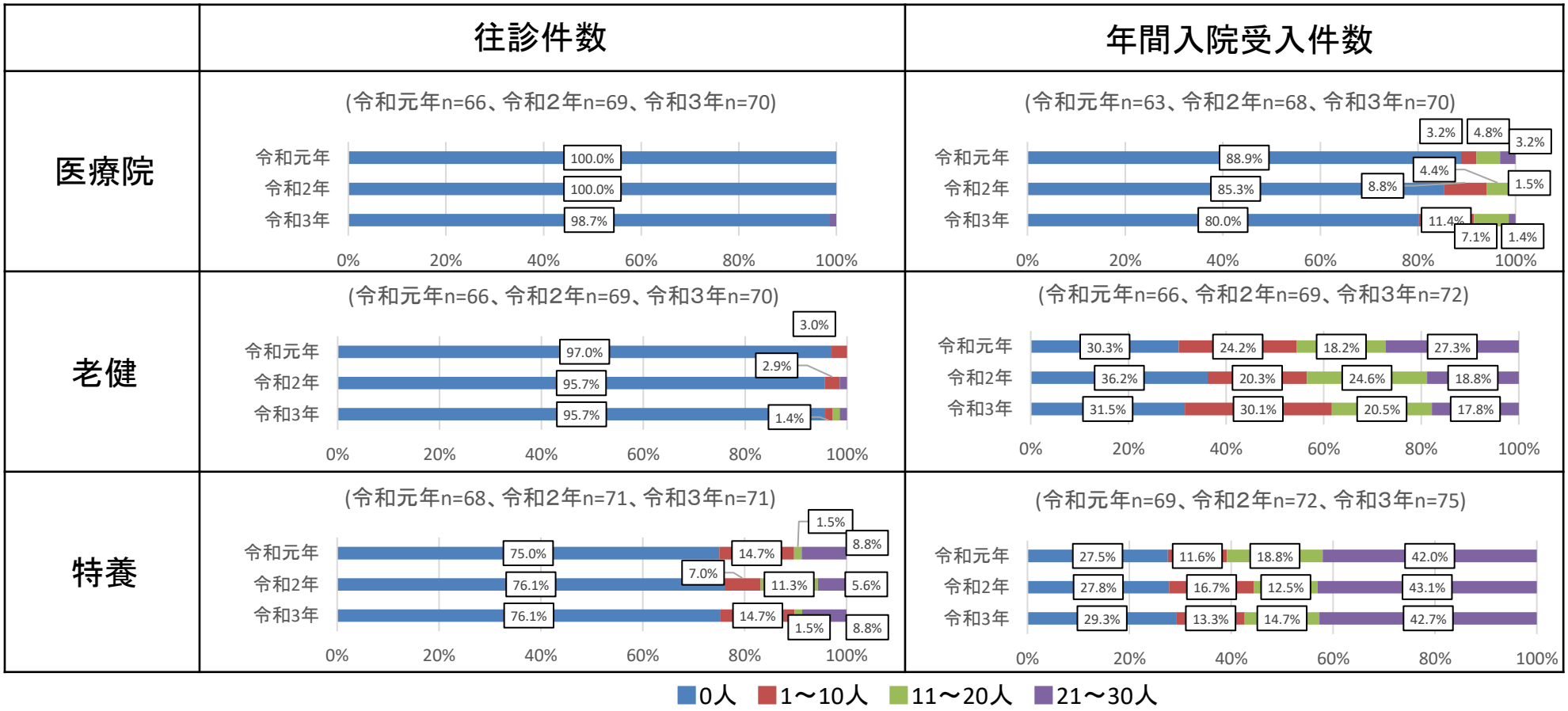
介護保険施設等：介護医療院、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、特定施設、認知症高齢者グループホーム

在宅療養支援病院における介護保険施設に対する往診等の対応状況

中医協　総－１
５．１０．２０

○　在宅療養支援病院において、特養に往診を行っていない在支病の割合は75%程度で推移し、近年変化はない、介護老人保健施設、介護医療院への往診はほとんど行われていなかった。
○　特別養護老人ホーム、介護老人保健施設に入所している患者の入院は多くの在宅療養支援病院で受け入れられており、近年傾向に大きな変化はない。

在宅療養支援病院における介護保険施設への年間往診件数、介護保険施設からの年間入院受入件数割合

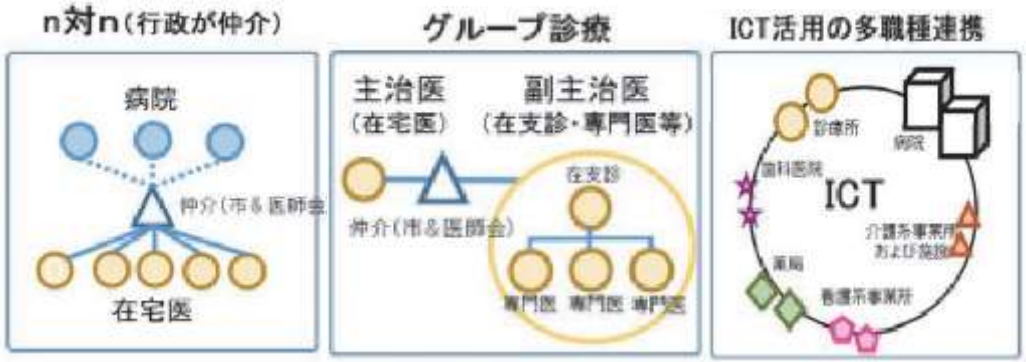


出典：在宅療養支援病院に関する調査（日本在宅療養支援病院連絡協議会より提供）を基に保険局医療課にて作成

地域で有効に機能している在宅医療連携モデル

○ 診療のバックアップ体制や夜間輪番制等の在宅医療を担う医師による相互協力や多職種連携に基づく水平連携と、急変時に入院を要する在宅療養患者のための垂直連携の仕組みを構築している地域がある。

訪問診療を行う医師のグループ形成によるバックアップ（千葉県柏市）



→柏市と医師会が中心となり、地域の多職種も巻き込みつつ、体制を構築。

○垂直連携（柏市が事務局として実施）

・病診連携：急性増悪時等における病院のバックアップ体制の確保

○水平連携（主に、柏市と柏市医師会にて実施）

・診診連携：かかりつけ医のグループ形成によるバックアップ

・多職種連携：情報共有システムの利活用
在宅医・多職種向け研修会の開催

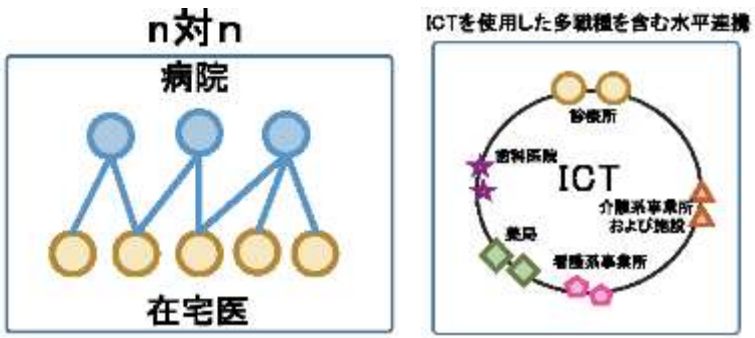
○市民への在宅医療の支援：柏市地域医療連携センター※（柏市が設置）

・在宅主治医がいない市民の方に対して紹介

・多職種への『在宅医療多職種連携研修会』等の実施

※土地提供は柏市、建物は柏市医師会・柏歯科医師会・柏市薬剤師会の寄附により建立。

患者急変時のICTを活用した患者情報連携（新潟県長岡市）



→医師会が中心となって、長岡市の協力を得て、医師と訪問看護師グループの連携が実現。

○垂直連携（医師会及び市内10病院で実施）

・救急医療機関との後方支援体制や地域の医療機関とのバックアップ体制を構築。

→長岡地域救急懇談会（事務局：消防署、２か月に１回程度）において、病院関係者・医師会・市役所・警察署・弁護士会・報道機関が参加し、地域の救急体制について議論を実施。

○水平連携（長岡市・医師会・訪問看護ステーション協会にて実施）

・ICTを利用した、多職種間で患者情報を連携（医師会）

→長岡フェニックスネットワーク協議会（事務局：医師会、年２回程度）で、長岡市、訪問看護ステーション協会、歯科医師会、薬剤師会の各団体が参加し、連携ルールの構築や課題等について協議。

出典：H29年度医政局委託事業　在宅医療連携モデル構築のための実態調査報告書

在宅医療における情報通信機器等の活用

第１２回第８次医療計画等に関する検討会
令和４年８月４日
資料１

○　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。

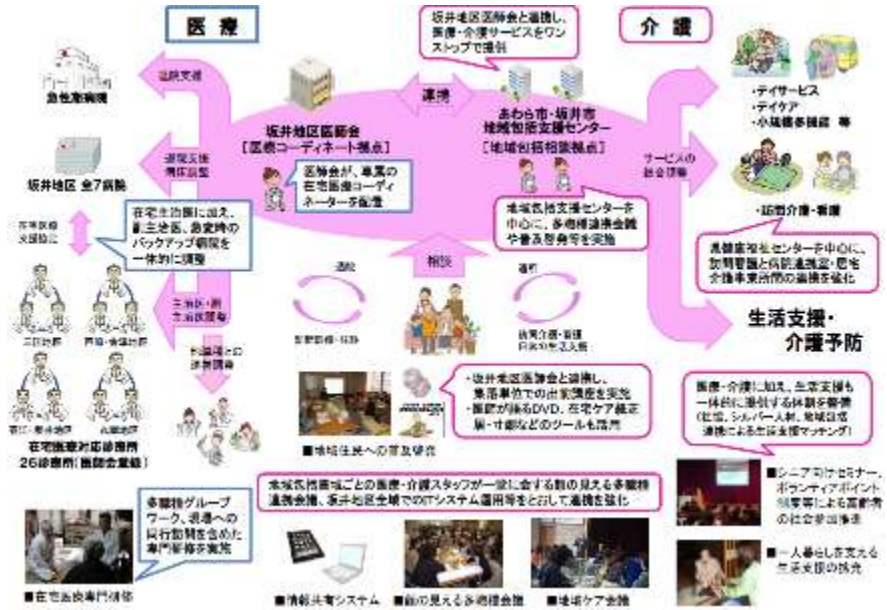
訪問看護等とも連携した遠隔地への医療提供

・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】令和２年度遠隔診療モデル参考書ーオンライン診療版ー（総務省情報流通行政局）

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



【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）

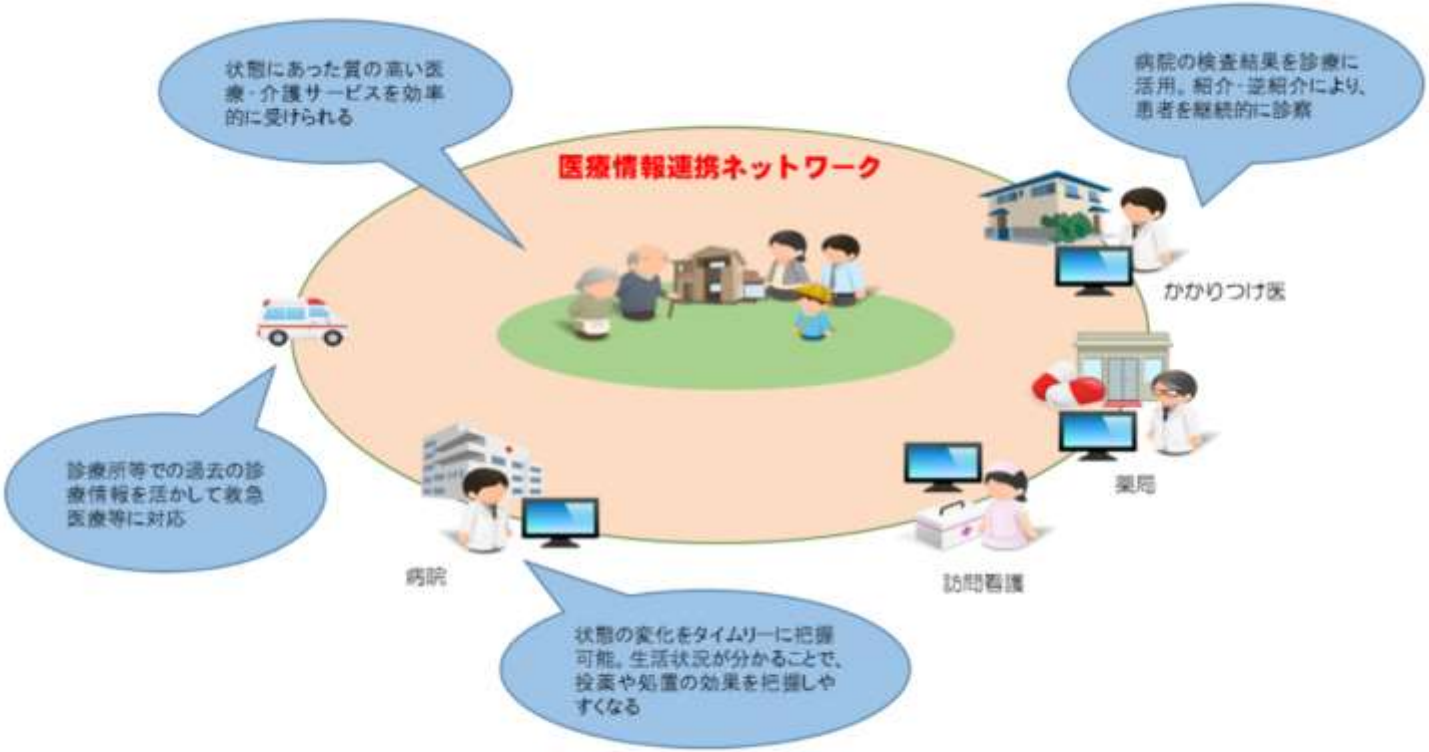
ＩＣＴを用いた平時からの診療情報の連携について①

中医協　総－１
５．１２．１５

○　医療情報連携ネットワークとは、患者の同意のもと、医療機関等の間で、診療上必要な医療情報（患者の基本情報、処方データ、検査データ、画像データ等）を電子的に共有・閲覧できることを可能とする仕組みである。

○　関係医療機関等の間で効率的に患者の医療情報を共有することが可能になることから、例えば、
- 患者に関する豊富な情報が得られ、患者の状態に合った質の高い医療の提供
- 高度急性期医療、急性期医療、回復期医療、慢性期医療、在宅医療・介護の連携体制の構築
- 投薬や検査の重複が避けられることによる患者負担の軽減

などの効果が期待されている。



出典：厚生労働省「医療情報連携ネットワーク支援Navi」より抜粋

ＩＣＴを用いた平時からの診療情報の連携について②

中医協　総－１
５．１２．１５改

○　地域医療情報連携ネットワーク（以下「地連NW」という。）が提供しているサービスについて、「診療情報の連携」を行っているものは220中183であった。
○　ＩＣＴを利用した地連NWの参加施設について、介護施設の施設数は増加傾向である。

図 2.10-2 提供しているサービスの状況

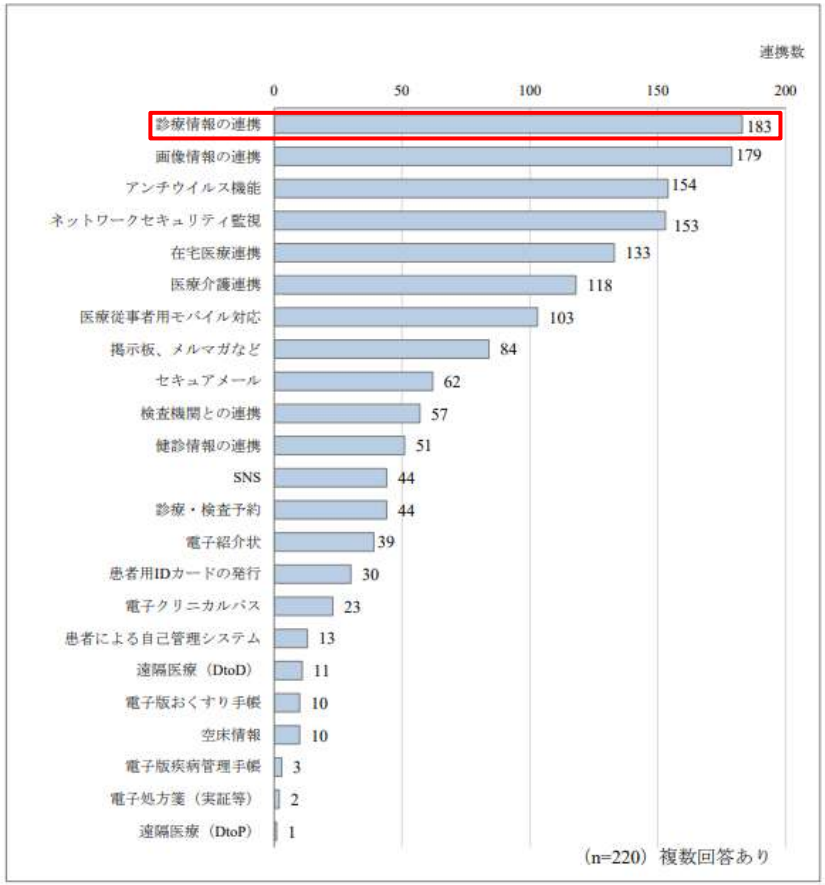
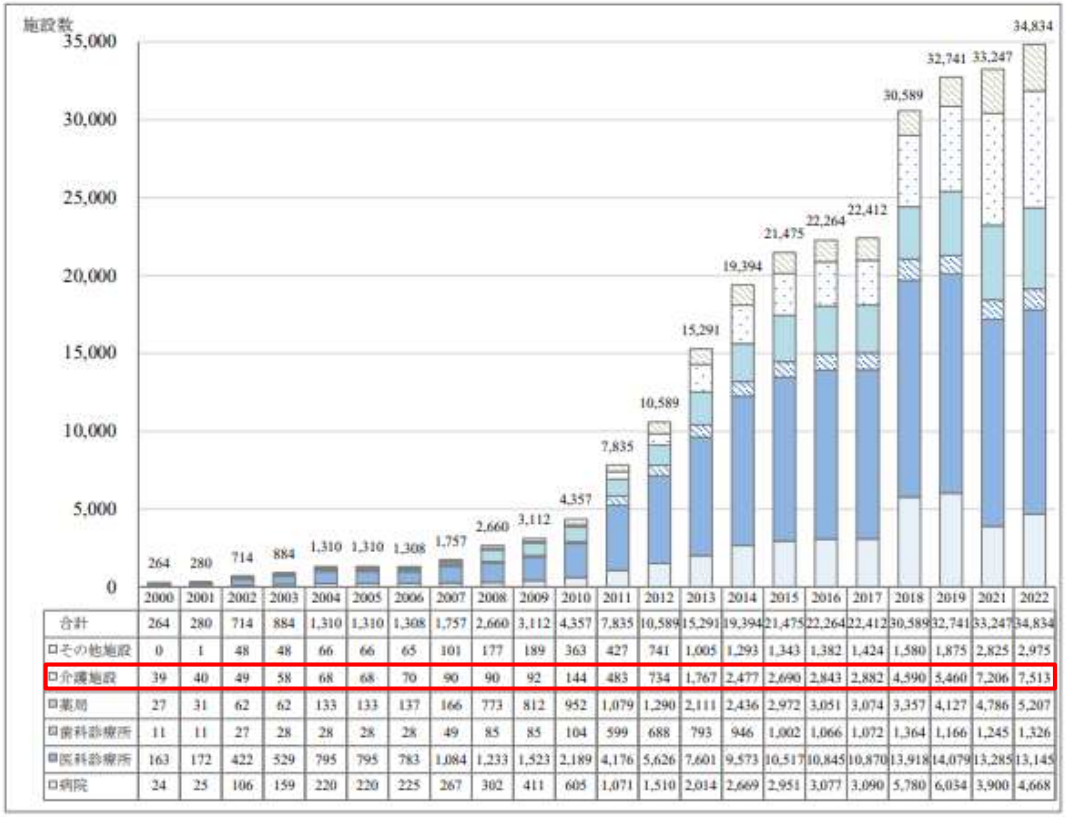


図 2.5-1 参加施設数の推移



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2021	2022
合計	264	280	714	884	1,310	1,310	1,308	1,757	2,660	3,112	4,357	7,835	10,589	15,291	19,394	21,475	22,264	22,412	30,589	32,741	33,247	34,834
□その他施設	0	1	48	48	66	66	65	101	177	189	363	427	741	1,005	1,293	1,343	1,382	1,424	1,580	1,875	2,825	2,975
□介護施設	39	40	49	58	68	68	70	90	90	92	144	483	734	1,767	2,477	2,690	2,843	2,882	4,590	5,460	7,206	7,513
□薬局	27	31	62	62	133	133	137	166	773	812	952	1,079	1,290	2,111	2,436	2,972	3,051	3,074	3,357	4,127	4,786	5,207
□歯科診療所	11	11	27	28	28	28	28	49	85	85	104	599	688	793	946	1,002	1,066	1,072	1,364	1,166	1,245	1,326
□医科診療所	163	172	422	529	795	795	783	1,084	1,233	1,523	2,189	4,176	5,626	7,601	9,573	10,517	10,845	10,870	13,918	14,079	13,285	13,145
□病院	24	25	106	159	220	220	225	267	302	411	605	1,071	1,510	2,014	2,669	2,951	3,077	3,090	5,780	6,034	3,900	4,668

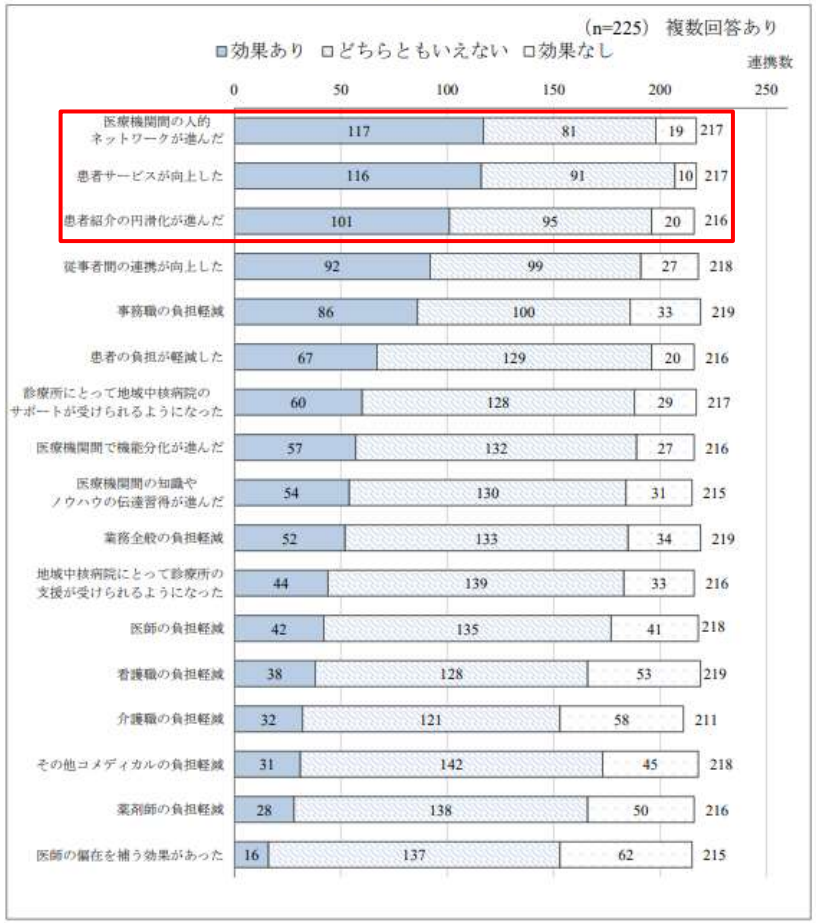
※2020 年度は調査未実施

出典：日医総研ワーキングペーパー「ICTを利用した全国地域医療情報連携ネットワーク」

ＩＣＴを用いた平時からの診療情報の連携について③

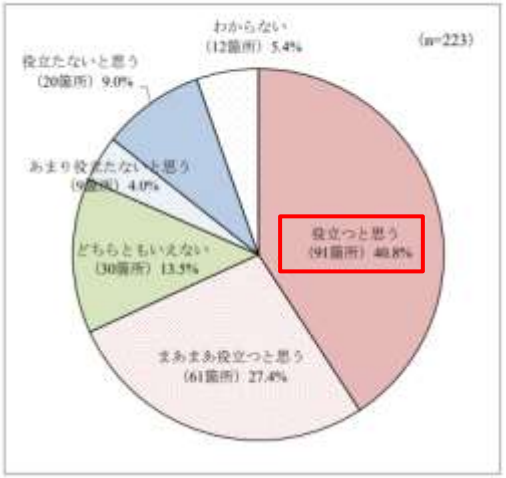
○　地連NWの導入効果として「医療機関間の人的ネットワークが進んだ」、「患者サービスが向上した」、「患者紹介の円滑化が進んだ」と回答した地域が多い。
○　感染症蔓延下においては、緊急時の対応における情報共有等が役立ったとしている地域もある。

図 2.15-1 地連 NW の導入効果



【新型コロナウイルス感染症のような感染症蔓延下において地連NWが役立つかどうか】

図 3.2-1　地連 NW の有用性



【新型コロナウイルス感染症のような感染症蔓延下において役立った情報共有に関する利用方法の具体例（一部抜粋）】

- **基礎疾患の情報を取得するのに役立った**
- 保健所が参加し、宿泊療養施設で療養している患者のバイタル情報等を医療機関と共有した
- 感染症対策専門医からの情報配信を受け、医療、介護、福祉関係者で共有した・障害福祉施設で発生したクラスターについて、嘱託医、施設看護師、医師会、保健所間で、陽性患者や疑陽性者の体調やバイタル情報を共有した・宿泊療養施設、県調整本部、オンコール医師間で情報共有を行った
- **介護施設でサービス利用者や家族の感染状況を即座に把握し、情報交換できた**
- **救急搬送制限により、近隣の医療機関へ搬送ができない際に情報共有を行った**
- 退院時支援時に他の事例で役立った情報を提供した
- 入院中の患者情報を当院の医師が院外から閲覧し、状況を把握できた

出典：日医総研ワーキングペーパー「ICTを利用した全国地域医療情報連携ネットワーク」

１．医療機関と高齢者施設等との連携について（その２）

２．介護保険施設及び障害者支援施設において

医療保険から給付できる医療サービスについて

介護保険施設における医療保険から算定できる医療サービスの経緯（主なもの）

○　累次の診療報酬改定においては介護保険施設では対応できない医療行為等について、医療保険からの給付となるよう、見直しを行ってきた。

平成元年	○　介護老人保健施設制度の新設 医療保険からの給付対象薬剤：腫瘍用薬
平成12年	○　介護老人保健施設において、人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち、腎性貧血状態に投与された一部の薬剤（エリスロポエチン、ダルベポエチン）に関する費用を医療保険からの給付の対象にする。
平成18年	○　自宅以外の多様な居住の場におけるターミナルケアの推進の観点から特別養護老人ホームの入所者であっても末期の悪性腫瘍の患者については在宅患者訪問診療料及び在宅患者訪問看護・指導料又は訪問看護療養費を医療保険から算定可能にする。 ○　介護老人保健施設において、特に専門的な診断技術や機器を必要とする眼科、耳鼻咽喉科等に係る診療に関する一部の診療行為について、医療保険からの算定を可能にする。
平成20年	○　介護老人保健施設においてHIV や肝炎対策の推進のため、血友病を伴う HIV 患者に対する入院中の血液製剤・HIV 治療薬、及び B・C 型肝炎患者に対する入院中のインターフェロン等について、薬剤費を包括している入院料等であっても包括外で算定可能とする。 ○　療養病床から転換した介護老人保健施設における緊急時に必要となる処置等の項目について、医療保険からの算定を可能にする。
平成22年	○　充実が求められている外来化学療法において、外来化学療法の適応となる患者が要介護状態となり介護老人保健施設に入所する例も見られ、老健施設入所者に対しても適切な化学療法を提供できるようする観点から外来化学療法を行っている医療機関において外来化学療法が行われた場合の抗悪性腫瘍剤と注射の算定を可能とする。
平成30年	○　介護医療院の新設。（診療内容については、介護療養型医療施設、体制の基準については介護老人保健施設と同様の調整）
令和2年	○　介護老人保健施設等において必要ながん診療が提供できるよう、悪性新生物に罹患している患者に対して投与された薬効分類上の腫瘍用薬以外の抗悪性腫瘍剤の費用について、医療保険から算定可能にする。 ○　介護老人保健施設等において、エリスロポエチン製剤のバイオ後続品等の実勢価格やHIF－PHD阻害薬の有効性及び使用方法等を踏まえ、薬剤費を包括している入院料等であっても包括外で算定可能とする。

１．医療機関と高齢者施設等との連携について（その２）

２．介護保険施設及び障害者支援施設において医療保険から給付できる医療サービスについて

2-1　がん治療・がん緩和ケアについて

2-2　重症心不全患者等の医学的管理について

2-3　血友病患者に使用する薬剤について

2-4　適正な薬学管理の推進について

施設内で提供可能な医療

【施設内で提供可能な医療の割合（介護老人保健施設票問38、介護医療院票問21、介護老人福祉施設票問23、医療療養病床票問15）】
○「経鼻経管栄養」について、老健では41.7%、介護医療院では93.7%、特養では28.7%であった。
○「24時間持続点滴」について、老健では39.9%、介護医療院では82.4%、特養では5.7%であった。
○「喀痰吸引（1日8回以上）」について、老健では50.3%、介護医療院では83.7%、特養では24.1%であった。
○「酸素療養（酸素吸入）」について、老健では66.1%、介護医療院では90.5%、特養では53.9%であった。
○「インスリン注射」について、老健では86.8%、介護医療院では91.9%、特養では69.1%であった。
○「疼痛管理（麻薬使用）」について、老健では19.5%、介護医療院では46.2%、特養では15.7%であった。

図表23　施設内で提供可能な医療の割合（複数回答可）

単位（%）

	老健 (n=348)	介護医療院 (n=221)	特養 (n=460)	医療療養病床 (n=247)
胃ろう・腸ろうによる栄養管理	93.4	97.3	90.4	93.5
経鼻経管栄養	41.7	93.7	28.7	94.3
中心静脈栄養	7.8	48.0	2.2	81.4
24時間持続点滴	39.9	82.4	5.7	91.5
カテーテル（尿道カテーテル・コンドームカテーテル）の管理	91.7	92.3	81.1	95.1
ストーマ（人工肛門・人工膀胱）の管理	84.8	84.6	70.2	87.9
喀痰吸引（1日８回未満）	87.6	95.9	73.5	93.9
喀痰吸引（1日８回以上）	50.3	83.7	24.1	91.5
ネブライザー	45.7	72.4	22.8	88.7
酸素療法（酸素吸入）	66.1	90.5	53.9	92.7
鼻カヌラ	63.8	87.3	52.0	88.3
マスク	58.3	82.4	37.6	87.4
リザーバー付きマスク	17.2	46.6	8.7	63.6
気管切開のケア	23.3	50.2	2.6	79.8
人工呼吸器の管理	3.2	13.6	0.4	49.8
挿管	1.7	13.1	0.2	44.9
マスク式（NPPV 等）	7.2	14.9	1.1	47.8
静脈内注射（点滴含む）	60.6	81.9	32.0	87.9
電解質輸液	63.2	86.4	34.6	87.4

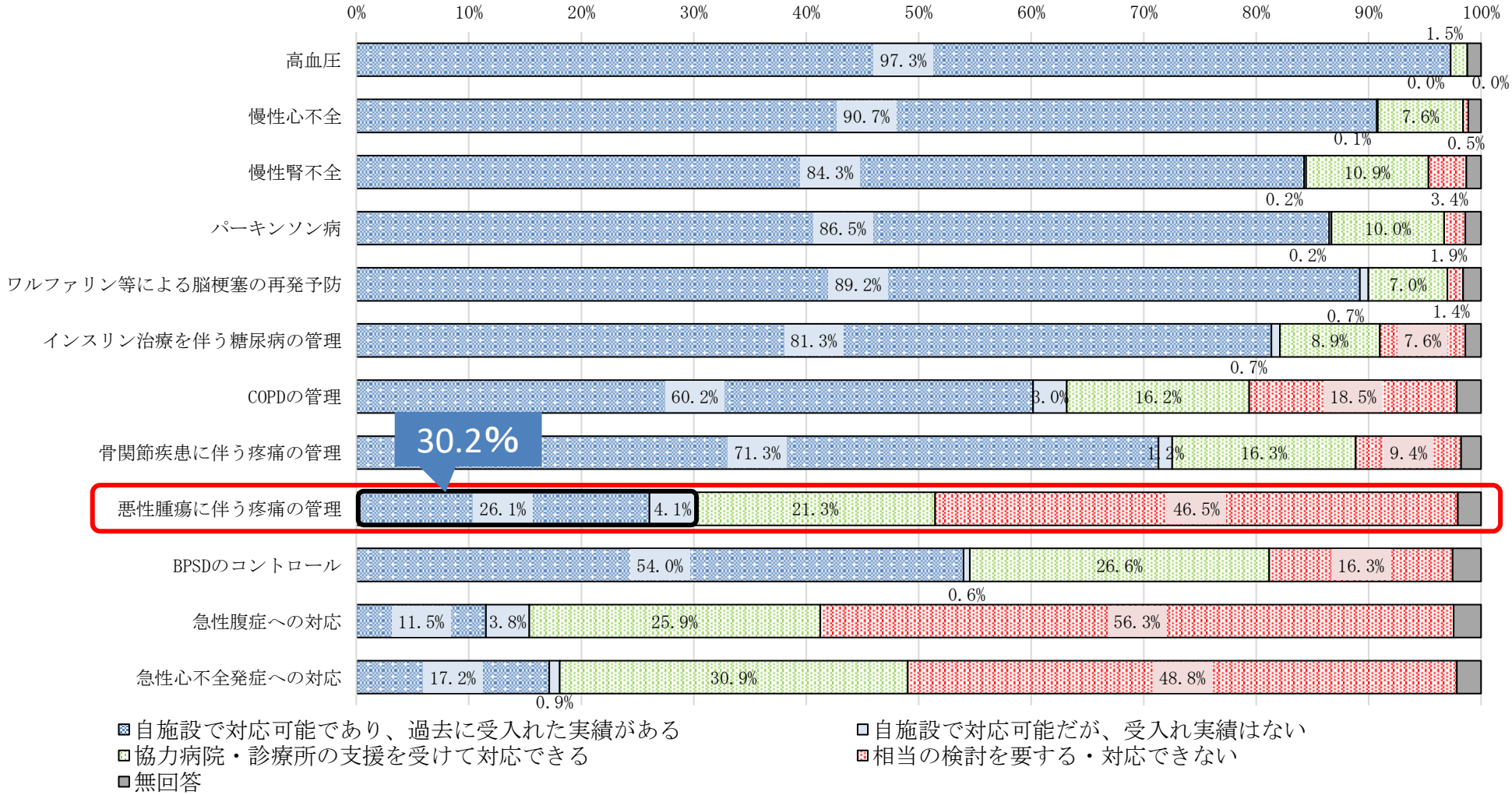
単位（%）

	老健 (n=348)	介護医療院 (n=221)	特養 (n=460)	医療療養病床 (n=247)
抗菌薬	61.5	82.4	27.8	85.8
昇圧薬	24.7	57.9	7.2	73.7
皮内、皮下及び筋肉注射（インスリン注射を除く）	62.6	84.6	39.3	92.7
簡易血糖測定	88.2	92.8	62.4	94.3
インスリン注射	86.8	91.9	69.1	95.5
疼痛管理（麻薬なし）	68.1	69.2	42.4	83.8
疼痛管理（麻薬使用）	19.5	46.2	15.7	76.5
内服薬・座薬・貼付薬	73.3	69.7	55.7	85.4
点滴薬	50.6	53.4	25.2	74.9
創傷処置	87.1	92.8	78.5	95.1
褥瘡処置	93.4	93.7	87.0	97.2
浣腸	88.8	90.5	81.5	95.5
摘便	92.8	95.0	86.7	93.9
導尿	81.3	88.2	55.9	93.5
膀胱洗浄	58.0	81.9	38.3	86.6
持続モニター（血圧、心拍、酸素飽和度等）	31.6	83.3	7.6	91.9
リハビリテーション	80.5	89.6	30.0	85.0
透析	8.9	7.7	9.8	25.1
その他	1.4	5.4	0.2	11.3

介護老人保健施設において対応可能な状態について

○ 「悪性腫瘍に伴う疼痛の管理」を行う患者の入所希望があった場合「自施設で対応可能」とした介護老人保健施設は全体の30.2%、「協力病院・診療所の支援を受けて対応できる」とした介護老人保健施設は全体の21.3%である一方、「対応できない」とした介護老人保健施設は全体の46.5%であった。

入所希望者の状態に応じた受入れに関する方針（n=1,067）



出典：令和5年度老人保健健康増進等事業「介護老人保健施設における医療ニーズへの対応力向上にかかる調査（速報値）」を基に保険局医療課にて作成

がんの医療体制（第８次医療計画の見直しのポイント）

概　　要

- がん医療が高度化する中で、引き続き質の高いがん医療を提供するため、均てん化に加えて、がんゲノム医療等の高度かつ専門的な医療等について、拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化を推進する。
- 多職種連携によるチーム医療をさらに充実させるとともに、小児・AYA世代のがん患者や、高齢のがん患者など、患者の特性に応じたがん診療提供体制の整備を進める。
- 新興感染症の発生・まん延時や災害時等においても必要ながん医療が提供できる連携体制の整備を進める。
- がんの予防や、仕事と治療の両立支援や就職支援等に引き続き取り組む。

がん医療提供体制等の整備

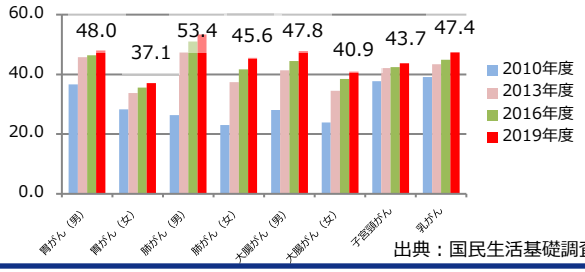
- がん医療の均てん化に加え、拠点病院等の役割分担と連携による地域の実情に応じた集約化を推進
- がんゲノム医療中核拠点病院等を中心としたがんゲノム医療の提供体制の整備を引き続き推進
- 拠点病院等と地域の医療機関との連携体制の整備等による多職種連携の更なる推進
- がんと診断された時からの緩和ケアが全ての医療従事者により提供される体制の整備を推進

患者の特性に応じた体制の整備

- 小児・AYA世代のがん患者に対する、地域の実情に応じた拠点病院等の役割分担と連携体制の整備を推進
- 高齢のがん患者がそれぞれの状況に応じた適切ながん医療を受けられるよう、地域の医療機関及び介護事業所等との連携体制の整備を推進
- 患者やその家族等の意向を踏まえ、在宅等の生活の場での療養を選択できるような体制の整備を引き続き推進

がん検診

- 科学的根拠に基づくがん検診の実施



出典：国民生活基礎調査

- 要精密検査とされた者が確実に医療機関を受診できる体制の構築

精密検査受診率（2019年度）	（第４期の目標値：90%）
胃がん	84.1%
肺がん	83.0%
大腸がん	69.8%
子宮頸がん	74.6%
乳がん	89.2%

出典：地域保健健康増進事業報告

仕事と治療の両立等に係る支援

- 仕事と治療の両立支援や就職支援に係る取組を推進
- 相談支援の体制の確保、情報の収集・発信、患者・家族等の交流の支援を引き続き推進

拠点病院等と地域連携

がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針（令和４年８月１日）より抜粋

今般の整備指針の見直しにより、介護施設等との連携体制の整備、緩和ケアに関する地域での情報共有・検討の場の設置、緩和ケアチームが地域の医療機関等から定期的に連絡・相談を受ける体制を確保すること等について明記された。

２　診療体制

（１）診療機能

④ 地域連携の推進体制

ア　がん患者の紹介、逆紹介に積極的に取り組むとともに、以下の体制を整備すること。

iv　介護施設に入居する高齢者ががんと診断された場合に、介護施設等と治療・緩和ケア・看取り等において連携する体制を整備すること。

（中略）

オ　地域連携時には、がん疼痛等の症状が十分に緩和された状態での退院に努め、退院後も在宅診療の主治医等の相談に対応するなど、院内での緩和ケアに関する治療が在宅診療でも継続して実施できる体制を整備すること。

（中略）

キ　当該がん医療圏において、地域の医療機関や在宅療養支援診療所等の医療・介護従事者とがんに関する医療提供体制や社会的支援、緩和ケアについて情報を共有し、役割分担や支援等について検討する場を年１回以上設けること。また、緩和ケアチームが地域の医療機関や在宅療養支援診療所等から定期的に連絡・相談を受ける体制を確保し、必要に応じて助言等を行っていること。

介護保険施設におけるがん治療や緩和ケアについて

○　介護老人保健施設入所者に対して、外来化学療法診療料は算定可能であるが、外来放射線照射診療料、がん性疼痛緩和指導管理料及び外来緩和ケア管理料は算定できない。

	介護医療院		介護老人保健施設		特別養護老人ホーム	
○：医療保険から給付 ×：介護保険から給付	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	配置医師	配置医師以外
初・再診療	○（※1）	○	×	○	×	○（※3）
外来腫瘍化学療法診療料	○		○		○	○
外来放射線照射診療料	○		×		○	○
がん性疼痛緩和指導管理料	○		×		○	○
外来緩和ケア管理料	○		×		○	○
抗悪性腫瘍剤、疼痛コントロールのための医療用麻薬の投薬	○ （薬剤料に限る）		○ （薬剤料に限る）		○	○
抗悪性腫瘍剤、疼痛コントロールのための医療用麻薬の注射	○ （疼痛コントロールのための医療用麻薬の薬剤料に限る）		○ （薬剤料に限る。ただし、外来腫瘍化学療法診療料の1のイ又は2のイを算定するものに限り、動脈注射等を算定可能。）		○	○
検査・処置	○（※1）		○（※2）		○	○
手術・麻酔	○		○（※2）		○	○
放射線治療	○		○		○	○

※1　介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合算定可能。

※2　老健入所者に**算定できない**検査・処置・手術・麻酔の費用

・**算定できない検査**：検体検査、心電図検査等（血液ガス分析、血液ガス分析に係る生化学的検査判断料、動脈血採血、当該保険医療機関以外の医療機関で描写した心電図の診断及び四肢単極誘導と胸部誘導を含む12誘導以上の負荷心電図検査は保険医療機関の保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行う場合算定可）

・**算定できない処置**：創傷処置・酸素吸入、非還納性ヘルニア徒手整復、人工呼吸、胃洗浄、膀胱洗浄、留置カテーテル設置、鼻腔栄養等

・**算定できない手術**：創傷処理、皮膚切開術、デブリードマン、爪甲除去術、顎関節脱臼非観血的整復術等

・**算定できない麻酔**：静脈麻酔、神経ブロックにおける麻酔剤の持続的注入

※3　特養における医療保険の給付の取扱い

（1）患者の傷病が配置医師の専門外にわたるものであり、入所者又はその家族等の求め等を踏まえ、入所者の状態に応じた医学的判断による配置医師の求めがある場合に限り、医科点数表第1章第1部の初・再診料、医科点数表区分番号C000の往診料、医科点数表第2章第3部の検査、医科点数表第2章第9部の処置等に係る診療報酬を算定できる。

（2）（1）にかかわらず、入所者又はその家族等の求めや入所者の状態に応じた医学的判断による配置医師の求めが明らかではない場合であっても、緊急の場合であって、特別養護老人ホーム等の管理者の求めに応じて行った診療については、医科点数表第1章第1部の初・再診料、医科点数表区分番号C000の往診料、医科点数表第2章第3部の検査、医科点数表第2章第9部の処置等に係る診療報酬を同様に算定できる。

がん疼痛に対するアプローチ

○ がん疼痛へは、薬物療法だけでなく、放射線治療や神経ブロック、画像下治療などのアプローチが可能である。

画像下治療 (IVR)

- 動脈塞栓術
- セメント注入術

等

神経ブロック

- 腹腔神経叢・内臓神経叢ブロック
- 下腸間膜神経叢ブロック
- 上下腹神経叢ブロック
- クモ膜下鎮痛法
- 硬膜外鎮痛法

等

放射線治療

- 骨転移・原発巣等に対する外照射
- アイソトープ治療

等

薬物治療

オピオイド

- モルヒネ
- オキシコドン
- フェンタニル
- ヒドロモルフォン
- コデイン

等

非オピオイド

- NSAIDs
- アセトアミノフェン
- 鎮痛補助薬
  - 抗うつ薬
  - 抗けいれん薬

等

参考：日本緩和医療学会　がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン（2014年版）
日本緩和医療学会　がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン（2020年版）

出典：がん・疾病対策課より提供

外来放射線照射診療料について

B001-2-8　外来放射線照射診療料（7日間に1回に限る）　297点

【対象患者（概要）】

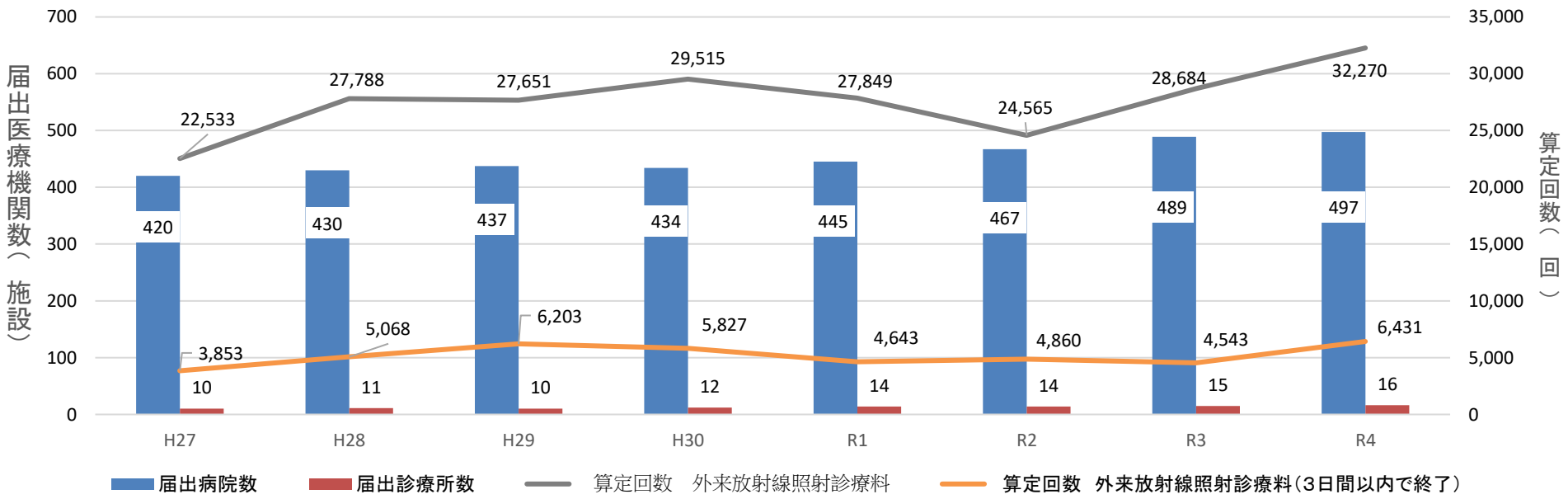
○　放射線治療を要する入院中の患者以外の患者。

【算定要件（抜粋）】

○　放射線治療医（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。）が診察を行った日に算定し、算定日から起算して7日間は放射線照射の実施に係る区分番号「A000」初診料、区分番号「A001」再診料又は区分番号「A002」外来診療料は算定できないものとし、当該7日間は、区分番号「A000」初診料、区分番号「A001」再診料又は区分番号「A002」外来診療料を算定せずに、放射線照射の費用は算定できるものとする。

○　算定した日を含め、3日間以内で放射線照射が終了する場合は、本点数の100分の50に相当する点数を算定する。

外来放射線照射診療料の届出状況と算定回数



出典：保険局医療課調べ（各年7月1日時点）、社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

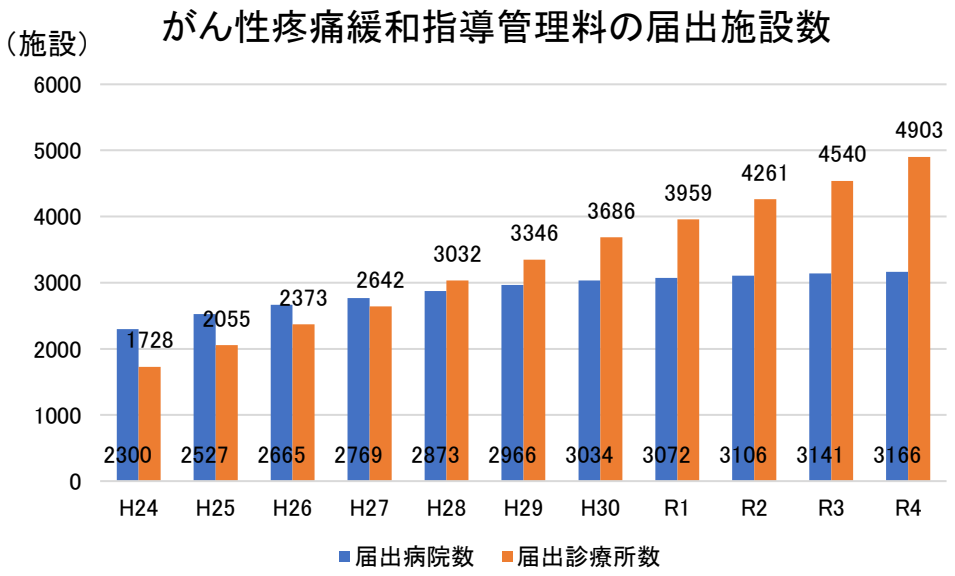
がん性疼痛緩和指導管理料の概要

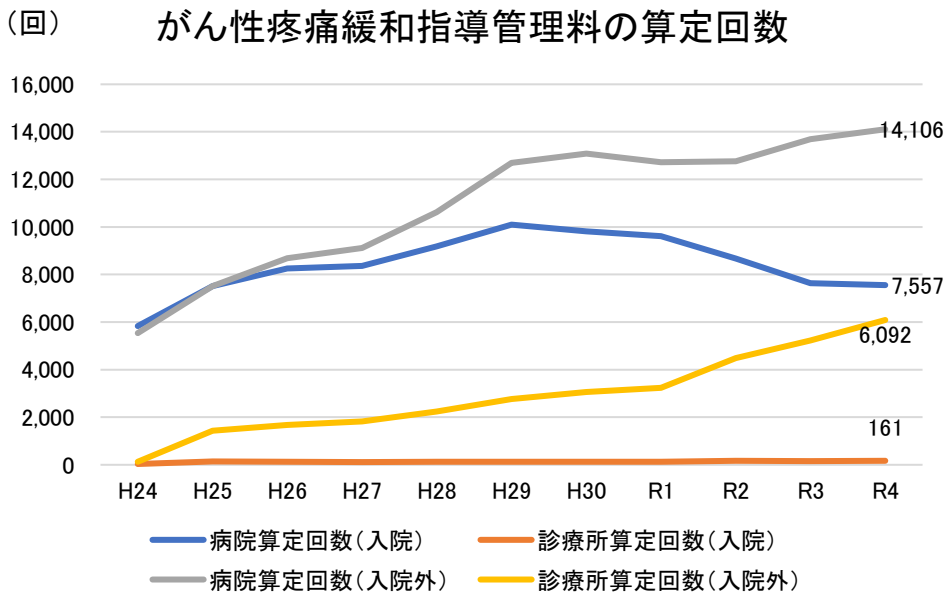
B001-22　がん性疼痛緩和指導管理料（月１回）　　200点

【対象患者（概要）】
○　医師ががん性疼痛の症状緩和を目的として**麻薬を投与している**がん患者。

【算定要件（抜粋）】
○　緩和ケアの経験を有する医師（緩和ケアに係る研修を受けた者に限る。）が、**WHO方式のがん性疼痛の治療法**（がんの痛みからの解放－WHO方式がんの疼痛治療法－第2版）に従って、副作用対策等を含めた計画的な治療管理を継続して行い、療養上必要な指導を行った場合に算定する。

※小児加算　50点
当該患者が15歳未満の小児である場合に加算する。





出典：保険局医療課調べ（各年7月1日時点）、社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

外来緩和ケア管理料の概要

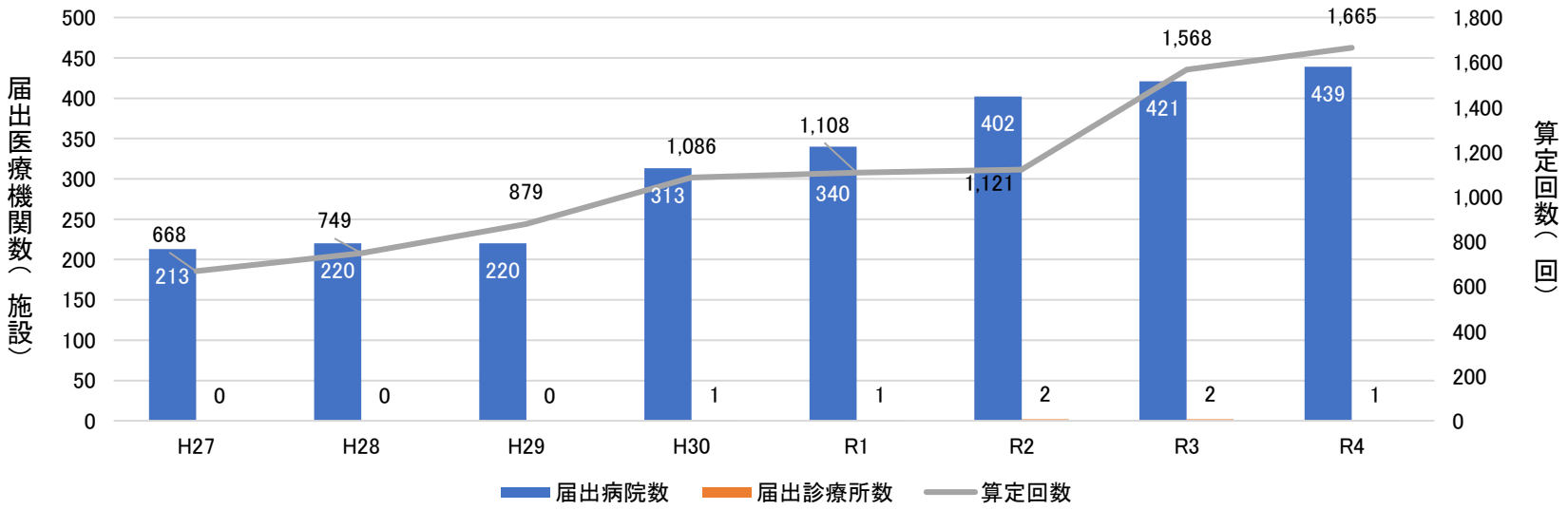
B001・24　外来緩和ケア管理料（月１回に限る）　290点

【対象患者（概要）】
○　医師ががん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与している入院中の患者以外の悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群又は末期心不全の患者のうち、**疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者**。

【算定要件（抜粋）】
○　患者の同意に基づき、**症状緩和に係るチーム（緩和ケアチーム）による診療が行われた場合**に算定。
○　緩和ケアチームは、**身体症状及び精神症状の緩和を提供する**ことが必要である。
○　症状緩和に係るカンファレンスが週１回程度開催されており、緩和ケアチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担当する保険医、看護師などが参加している。

※小児加算　150点
当該患者が15歳未満の小児である場合に加算する。

外来緩和ケア管理料の届出状況と算定回数



出典：保険局医療課調べ（各年7月1日時点）、社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

障害者支援施設

意見交換　資料－１参考
Ｒ５．４．１９

概要

○　施設に入所する障害者につき、主として夜間において、入浴、排せつ及び食事等の介護、生活等に関する相談及び助言その他の必要な日常生活上の支援（施設入所支援）を行うとともに、施設入所支援以外の施設障害福祉サービス（生活介護、自立訓練、就労移行支援及び就労継続支援Ｂ型等）を実施する施設。

対象者

①　生活介護利用者のうち、区分４以上の者（５０歳以上の場合は、区分３以上）
②　自立訓練、就労移行支援又は就労継続支援Ｂ型の利用者のうち、入所させながら訓練等を実施することが必要かつ効果的であると認められる者又は通所によって訓棟を受けることが困難な者
③　特定旧法指定施設に入所していた者であって継続して入所している者又は、地域における障害福祉サービスの提供体制の状況その他やむを得ない事情により通所によって介護等を受けることが困難な者のうち、①又は②に該当しない者若しくは就労継続支援Ａ型を利用する者

障害者支援施設（日中活動の場と居住支援の場を一体的に指定）

居宅

通所

日中活動の場（昼間）

【介護給付】
・　生活介護

【訓練等給付】
・　自立訓練（機能訓練・生活訓練）
・　就労移行支援
・　就労継続支援Ｂ型
・　就労継続支援Ａ型（経過措置）

＋

居住支援の場（夜間）

【介護給付】
・　施設入所支援
　→　入浴、排せつ等の介護や日常生活上の相談支援等を実施

※居宅で生活する障害者が、その介護を行う者の疾病その他の理由により、障害者支援施設での短期間の入所を必要とする場合、短期入所としても利用可能（別途、短期入所事業所の指定が必要）

通所

日中活動サービス

※　障害者支援施設が実施する日中活動サービスを居宅から通所して利用すること、施設入所支援の利用者が障害者支援施設以外が実施する日中活動サービスを利用することも可能。

障害者支援施設における訪問診療・往診の取扱いについて

中医協　総－１
５．１０．２０

〇障害者支援施設においては配置医師を求めることとしている。
〇特別養護老人ホームにおいては、末期の悪性腫瘍の患者に対して在宅患者訪問診療料を算定できることとしているが、障害者支援施設においては、訪問診療料を算定できない。

	特別養護老人ホーム	障害者支援施設（生活介護を行う場合）
医師の配置基準	入所者に対し健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数（非常勤可）	利用者に対して日常生活上の健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数
看護師の配置		生活介護の単位ごとに１人以上
配置医師の役割	健康管理又は 療養上の指導	日常生活上の健康管理又は 療養上の指導
訪問診療に係る費用	**介護報酬で評価※** ※当該患者が末期の悪性腫瘍の場合又は当該患者を当該特別養護老人ホームで看取った場合（在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院又は当該特別養護老人ホームの協力医療機関の医師により、死亡日から遡って30日間に行われたものに限る）場合、在宅患者訪問診療料を算定することができる。	**障害福祉サービス等報酬で評価**
往診にかかる費用	**医療保険で評価※** ※患者の傷病が配置医師の専門外にわたるものであり、入所者若しくはその家族等の求め等を踏まえ、入所者の状態に応じた医学的判断による配置医師の求めがある場合又は緊急の場合であって特別養護老人ホーム等の管理者の求めがあった場合	**医療保険で評価※** ※患者の傷病が配置医師の専門外にわたるものであり、入所者若しくはその家族等の求め等を踏まえ、入所者の状態に応じた医学的判断による配置医師の求めがある場合又は緊急の場合であって特別養護老人ホーム等の管理者の求めがあった場合

令和５年10月20日開催の中医協における主なご意見

【障害福祉サービスとの連携について】

○　障害を抱えていても、病院の入退院から在宅や施設での療養まで、切れ目なく医療・介護・障害者福祉のサービスを受けられるように、入院支援、退院支援、そして地域での支援につながるような連携を強めていくことが必要である。

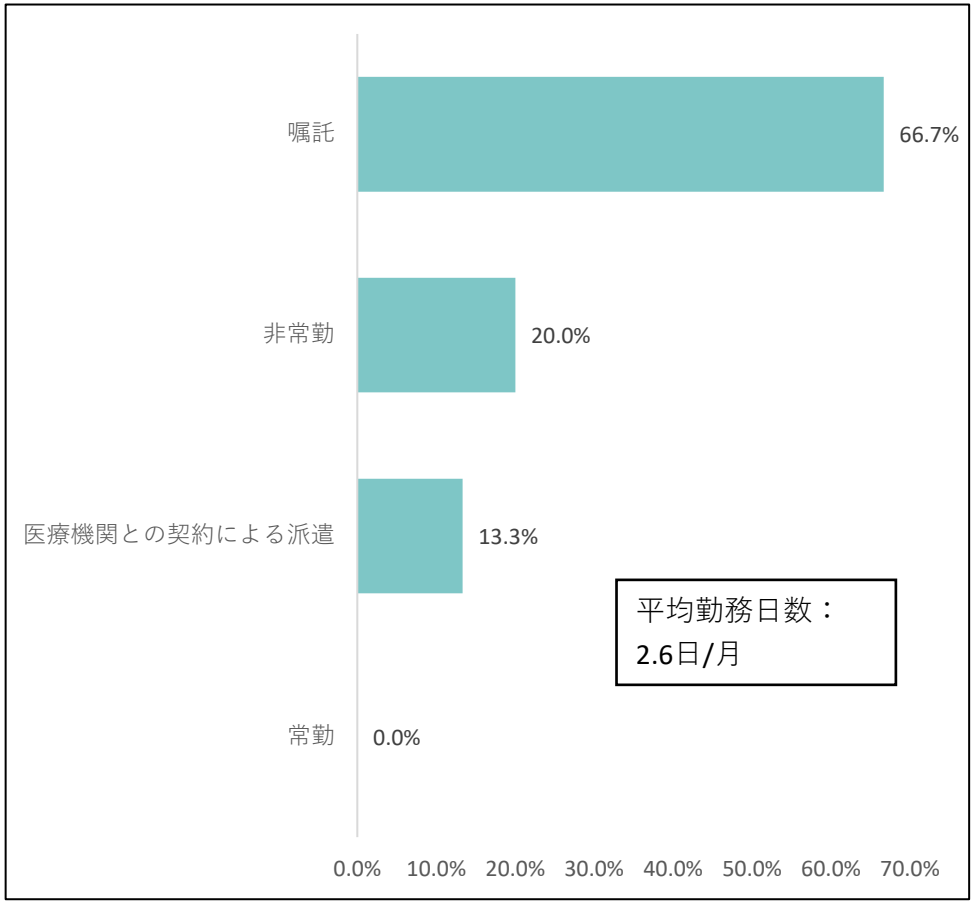
○　障害者支援施設における末期の悪性腫瘍患者について、障害者も高齢化が進んでいることや、特養では、末期の悪性腫瘍患者については、一定の場合に、介護保険ではなく、医療保険で訪問診療を算定できることを踏まえ、介護保険施設と同様に訪問診療を行えるように、今回のトリプル改定において対応を検討すべき。

○　障害者支援施設における配置医師について、嘱託の方が多く、１か月の勤務日数も平均2.6日と短いことや、配置医師による臨時の往診等が24.7%にとどまっている状況を見ると、緊急時に往診できる医療機関と連携が必要であることは十分理解できるが、限られた医療資源を有効活用する観点からも、まずは配置医が対応できる体制を整えるべきである。

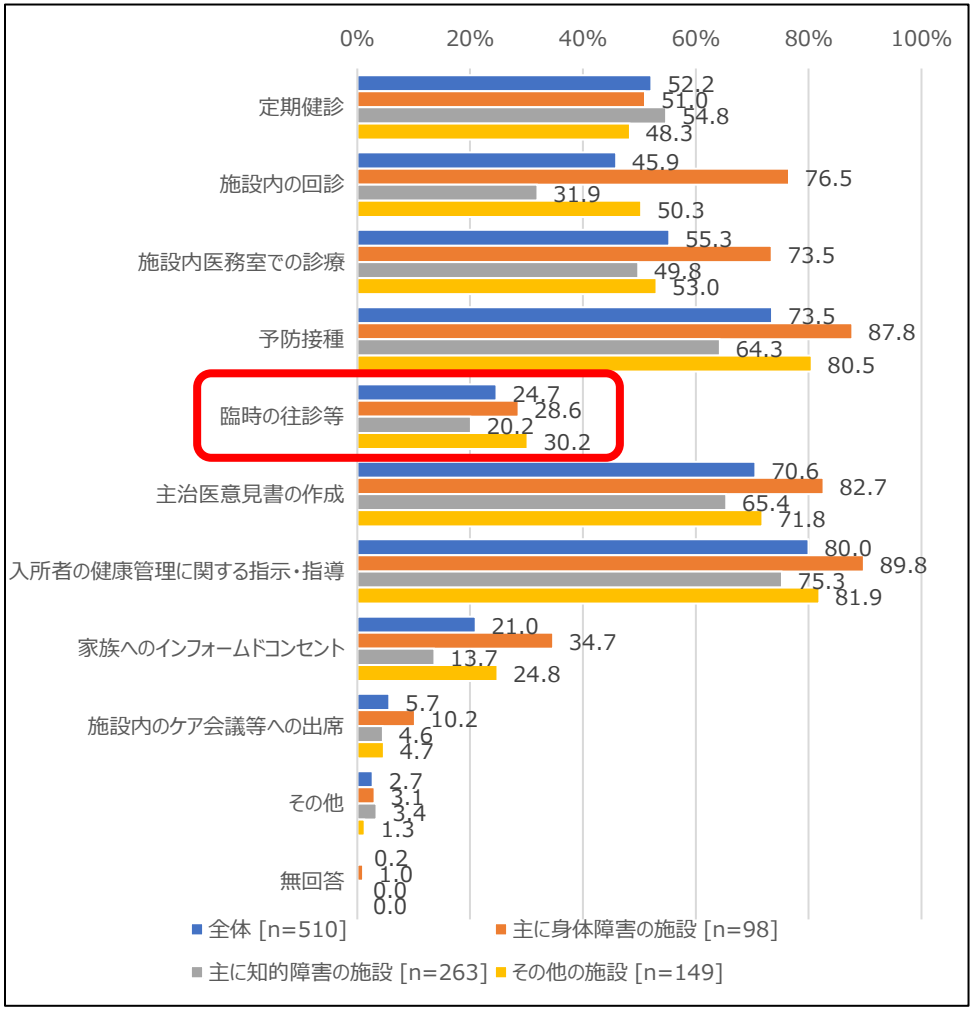
配置医師の状況について

○　配置医師の勤務形態は、「嘱託」が66.7%、非常勤が20%となっている。また、月の平均勤務日数は、2.6日となっている。（図表１）
○　施設の配置医師が業務として「臨時の往診等」を実施している割合は、24.7%となっている。（図表２）

図表１．　配置医師の勤務形態



図表２．　施設で配置医師が行っている業務



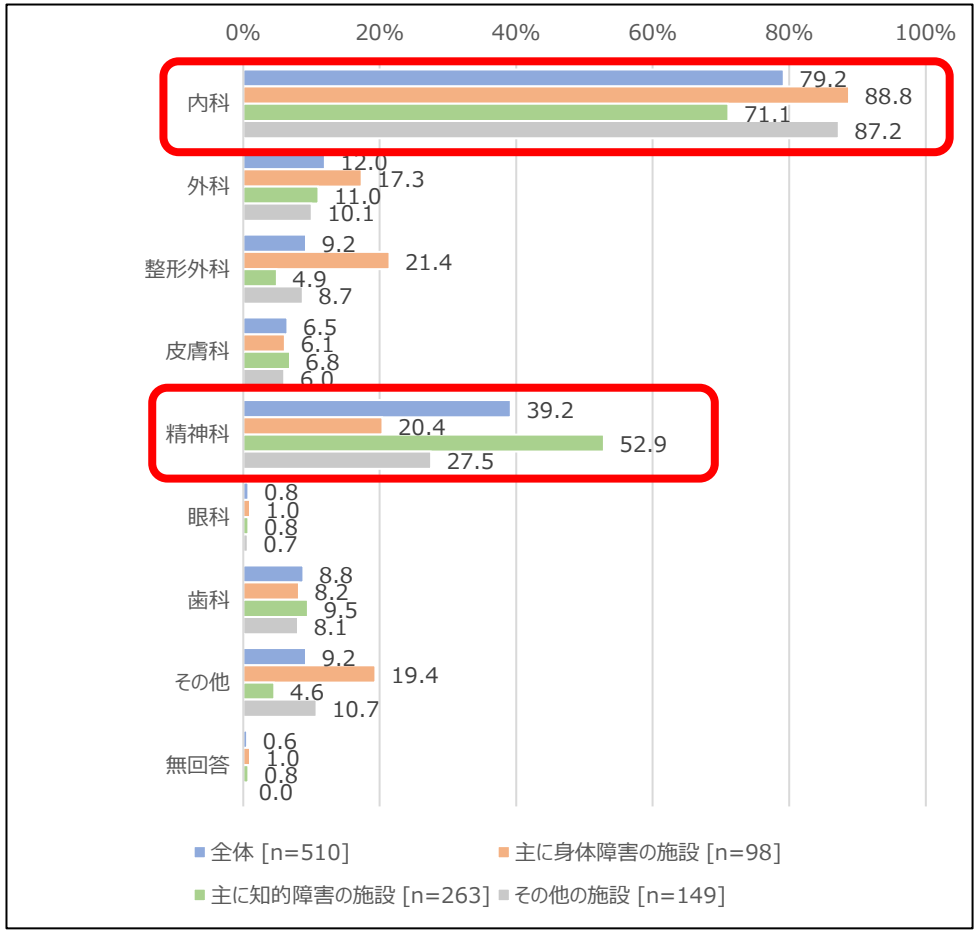
（出典）令和４年度障害福祉サービス等報酬改定検証調査を基に障害福祉課にて作成

障害者支援施設における配置医師の状況について

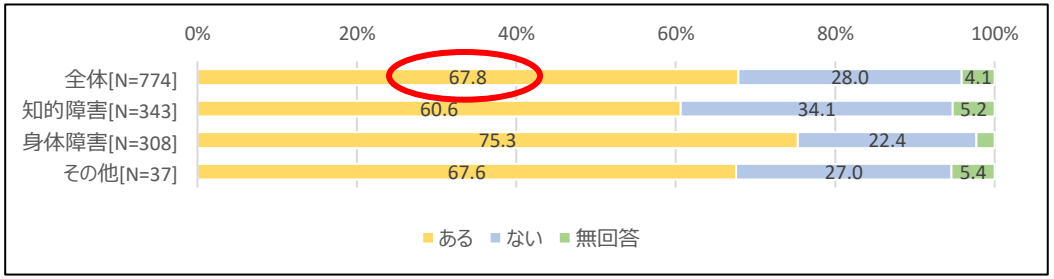
○　障害者支援施設における配置医師の診療科目は、「内科」が79.2%、「精神科」が39.2%となっている。（図表１）

○　また、配置医師が対応できず通院となったことは、67.8%の事業所において「ある」と回答しており、理由としては、「医師の専門（診療科目）が異なった」が75.7%となっている。（図表２，３）

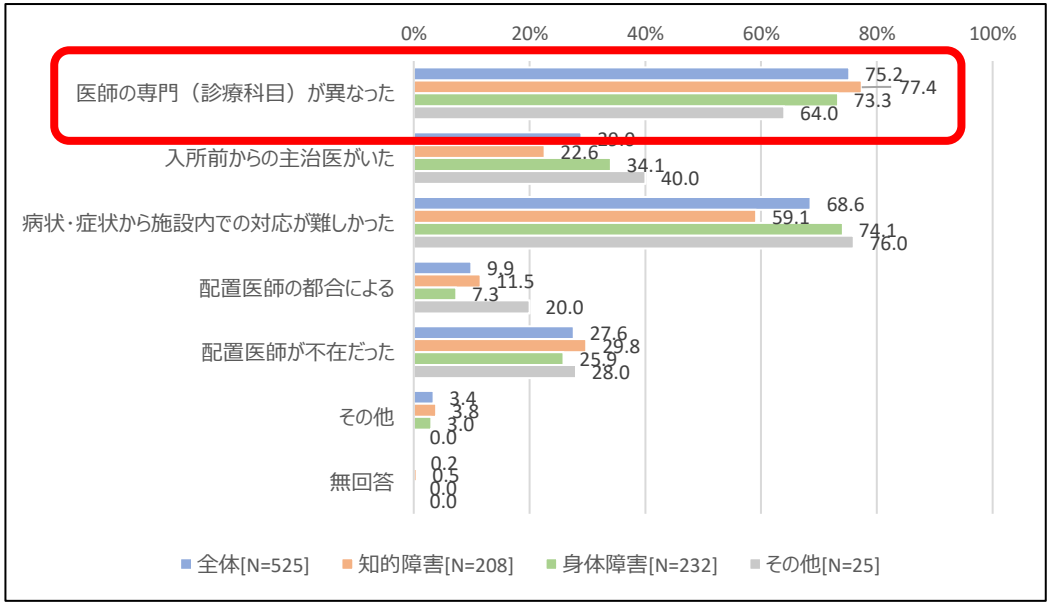
図表１．障害者支援施設における配置医師の診療科目〔複数回答〕



図表２．配置医師が対応できず通院となったことの有無



図表３．配置医師が対応できず通院となった理由〔複数回答〕



（出典）令和4年度障害福祉サービス等報酬改定検証調査、平成30年度障害者総合福祉推進事業（障害者支援施設のあり方に関する実態調査）を基に障害福祉課にて作成

１．医療機関と高齢者施設等との連携について（その２）

２．介護保険施設及び障害者支援施設において医療保険から給付できる医療サービスについて

2-1　がん治療・がん緩和ケアについて

2-2　重症心不全患者等の医学的管理について

2-3　血友病患者に使用する薬剤について

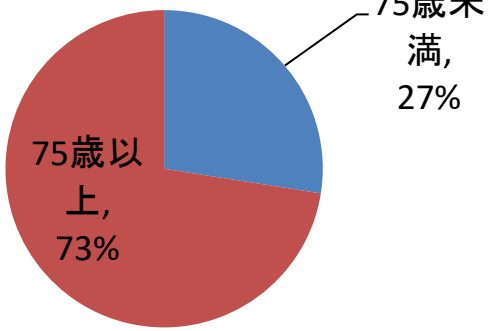
2-4　適正な薬学管理の推進について

本邦における心不全患者の現状

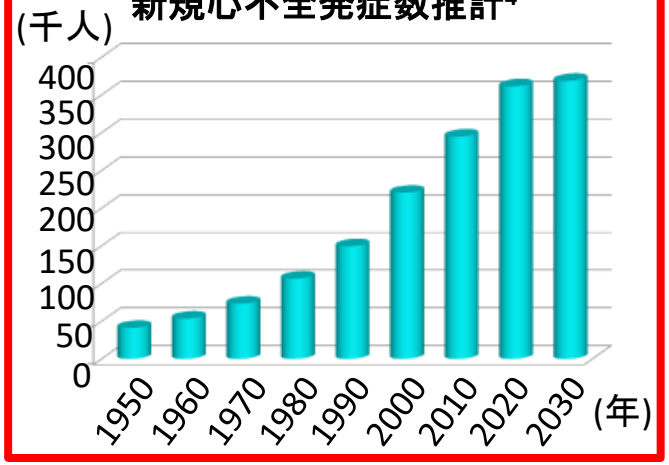
平成29年11月16日第2回循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方に関するワーキンググループ資料より抜粋

- 心不全患者の約70%が75歳以上の高齢者であり、今後患者数が増加することが予測されている。
- 心不全患者は、心不全増悪による再入院を繰り返しながら、身体機能が悪化する悪循環が特徴であり、患者の約20～40%は1年以内に再入院する[1,2]。

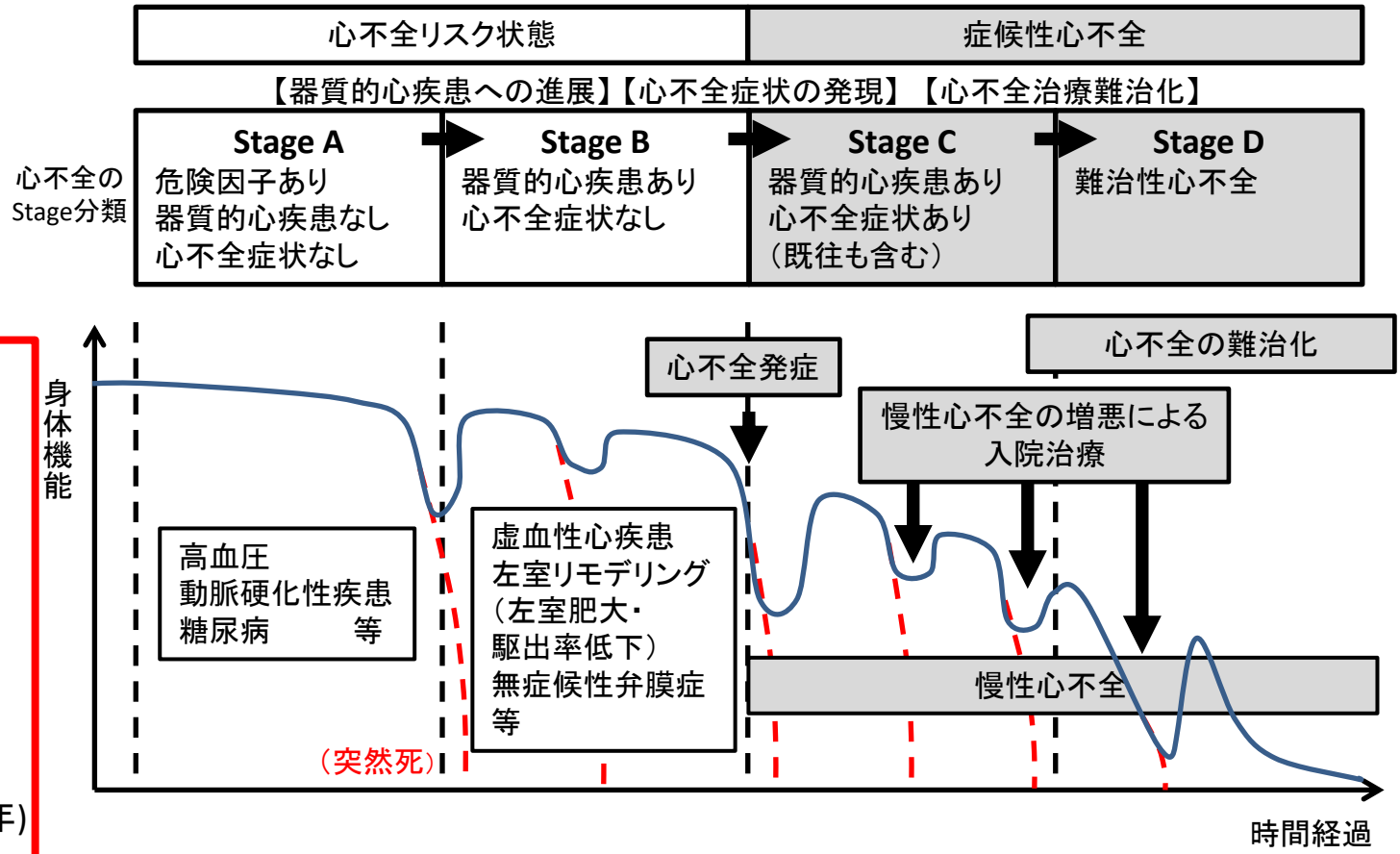
心不全において75歳以上の患者が占める割合(平成26年)[3]



日本における高齢者(65歳以上)の新規心不全発症数推計[4]



心血管疾患から心不全への臨床経過のイメージ[5]



1: Circulation Journal.2006; 70(12): 1617-1623　2: Circulation Journal.2015; 79(11): 2396-2407　3: 平成26年患者調査
4: Eur J Heart Fail 2015 sep;17 (9) 884-92より引用改変　5:「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方について」(平成29年7月)より引用改変

「循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方に関するワーキンググループ」報告書の概要

【循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方について（2018（平成30）年4月】

- 循環器疾患は、我が国の主要な死亡原因のひとつであるとともに、全人的な苦痛（身体的・精神心理的・社会的苦痛等）を伴う疾患であるため、苦痛を緩和し、生活の質の維持向上を目的とした緩和ケアが必要な疾患。
- 循環器疾患患者に対して、適切な緩和ケアを提供するためには、緩和ケアの正確な概念の共有、多職種連携、地域連携、医療・介護・福祉連携、がんとの主な共通点・相違点の理解等の観点が重要。

循環器疾患における緩和ケア

緩和ケアの対象となる循環器疾患

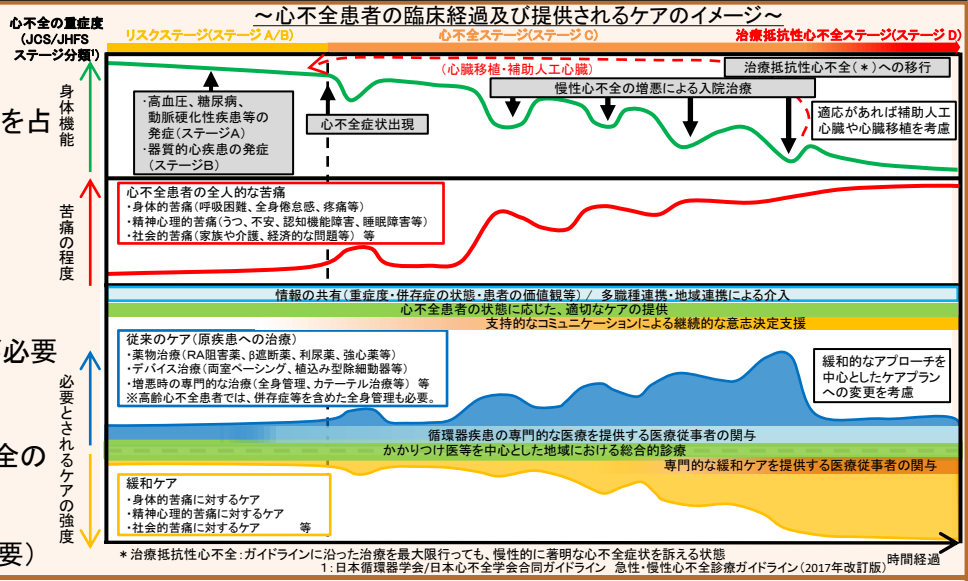
- すべての心疾患に共通した終末的な病態であり、心疾患の病類別に見た死亡者数の第1位を占め、今後の患者増加が予想される心不全が主な対象

循環器疾患患者の全人的な苦痛

- 身体的・精神心理的・社会的側面等の多面的な観点を有する、全人的な苦痛が存在
  - ・身体的苦痛：呼吸困難、全身倦怠感、疼痛等
  - ・精神心理的苦痛：うつ、不安、認知機能障害、睡眠障害等
  - ・社会的苦痛：家族や介護、経済的な問題等
- 全人的な苦痛に対し、多職種連携、地域連携、医療・介護・福祉連携による全人的なケアが必要

循環器疾患の臨床経過を踏まえた緩和ケア

- 疾患の初期の段階から疾患の治療と並行して提供
- 増悪と寛解を繰り返す心不全の臨床経過の特徴や必要とされるケアの内容を踏まえ、心不全の管理、緩和ケア、併存症を含めた全身管理をバランスよく実施
- 地域において多職種が連携して行う心不全患者の管理全体の流れの中で提供（多職種連携にかかわる医療従事者の人材育成、地域の医療機関の連携体制構築等が必要）



＊治療抵抗性心不全：ガイドラインに沿った治療を最大限行っても、慢性的に著明な心不全症状を訴える状態
1：日本循環器学会/日本心不全学会合同ガイドライン 急性・慢性心不全診療ガイドライン（2017年改訂版）

循環器疾患における緩和ケアのチーム体制

基本的な方向性

- 互いの役割や専門性を理解した上での協働
- 既存の緩和ケアチームと心不全多職種チームの連携
- 多職種カンファレンスによる問題点の討議・解決
- 地域の実情や患者の意向等に応じた緩和ケアチームの設定
- 心不全多職種緩和ケアチームがかかりつけ医等の医療機関をサポートできる体制の整備

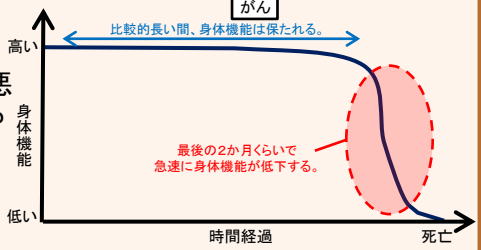
循環器疾患における緩和ケアチーム体制のイメージ

- 既存の緩和ケアチームと、心不全多職種チームの院内連携に加えて、地域の医療機関（かかりつけ医等）が連携（右図上）
- 地域の既存の緩和ケアチームと心不全多職種チームが病院間で連携し、地域の医療機関（かかりつけ医等）がさらに連携（右図下）

緩和ケアにおける循環器疾患（心不全）とがんの共通点・相違点

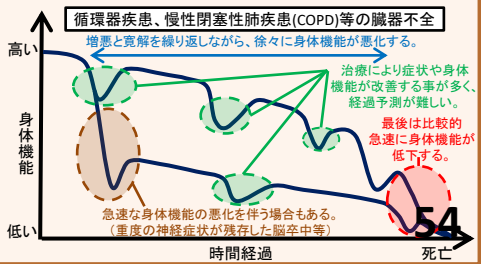
共通点

- 生命を脅かす疾患
- 病気の進行とともに、全人的な苦痛が増悪
- 緩和ケアに対する医療従事者及び患者やその家族の誤解・抵抗感
- 多職種介入、地域連携、医療・介護・福祉連携が必要 等



相違点

- 疾病経過や予後予測の困難さ
- 患者の年齢層や受療する医療機関
- 終末期における疾患の治療による苦痛緩和への影響
- 適応となる薬物療法・非薬物療法の使用方法 等



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

意見交換　資料－２
Ｒ５．３．１５

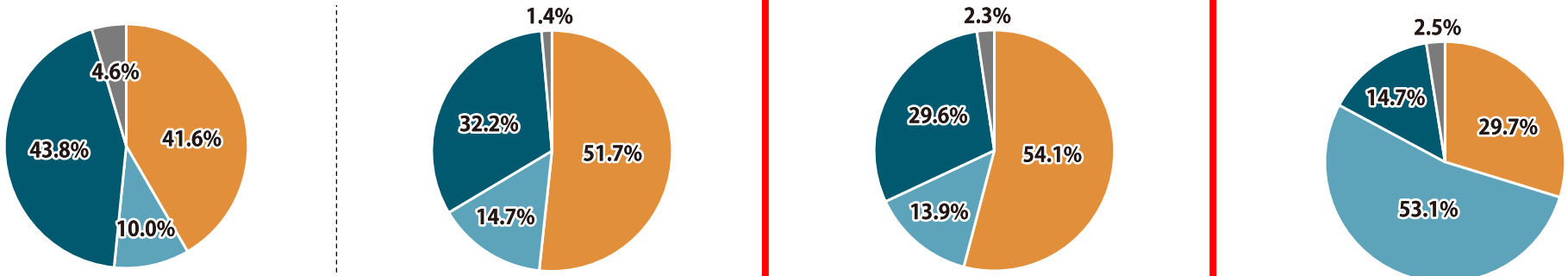
（あなたの病状）
病気で治る見込みがなく、
およそ１年以内に徐々にあるいは急に死に至ると考えたとき。

（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。

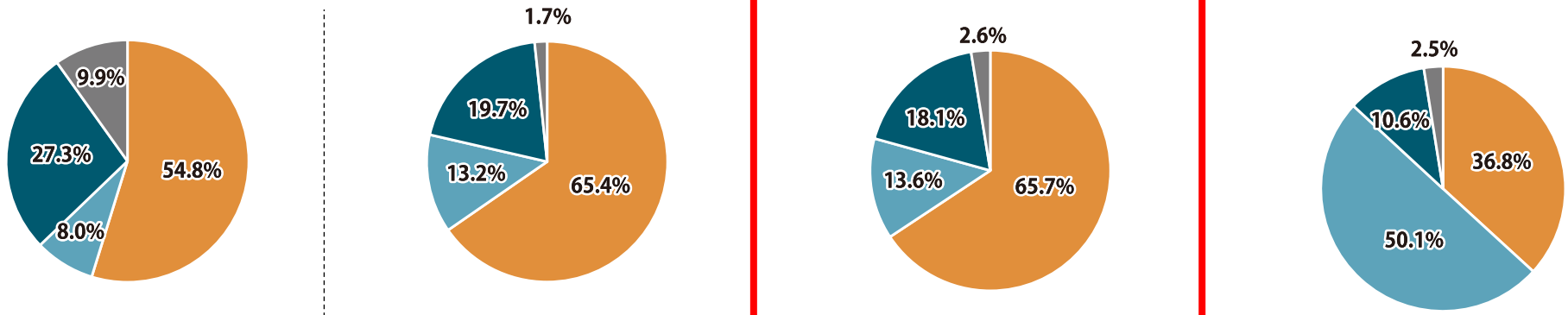
（あなたの病状）
慢性の重い心臓病と診断され、
状態は悪化し、痛みはなく、呼吸が苦しいといった状態です。今は食事や着替え、
トイレなど身の回りのことに手助けが必要です。
意識や判断力は健康な時と同様に保たれています。

（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。

最期をどこで迎えたいですか　＜一般国民（n=3,000）のみ＞



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報告書」（速報値）
※　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

重症心不全患者のDestination Therapyについて

○ 植込型補助人工心臓(VAD)は、弱った心臓のかわりに血液を全身に送り出す機械であり、難治性・治療抵抗性の重症心不全患者に対して適応となる治療法である。

○ 「重症心不全に対する植込型補助人工心臓治療ガイドライン」によると、移植適応とならないNYHA心機能分類Ⅳ度の重症心不全患者では，内科的治療だけでは1年生存率は25%と予後が悪く，LVAD治療が予後を改善するとされている。このような移植医療を目的としないLVAD治療をDT（Destination Therapy）と呼び、予後を改善するのみならず、自宅退院し社会生活を送ることができるようになり、生活の質も改善するとされている。

○ DT患者の選択基準として、65歳未満が望ましいとされているが、栄養状態や腎機能等に応じて65歳以上も選択基準として考慮されている。

表8 Destination Therapy（DT）症例の選択基準

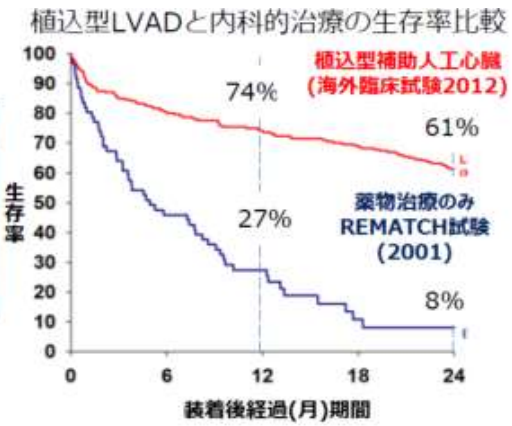
適応症例
・重症心不全に対する植込型補助人工心臓の適応基準が基本 ・心臓としては移植が必要だが，心臓以外の理由により移植適応とならない成人（18歳以上） ・INTERMACS Profile 2～4であること ・J-HeartMate Risk Score*で low riskなど，年齢，腎機能，肝機能などに関するリスク評価が十分行われていること ・心疾患以外により規定される余命が5年以上あると判断されること ・退院後6ヵ月程度の同居によるサポート可能なケアギバーがいること（それ以後もケアギバー，もしくは公的サービスなどによる介護の継続が可能であることが望ましい） ・患者およびケアギバーがDTの終末期医療について理解し承諾していること
除外症例
・維持透析症例 ・肝硬変症例 ・重症感染症 ・術後右心不全のため退院困難なことが予測される症例 ・脳障害あるいは神経筋疾患のためデバイスの自己管理が困難なことが予測される症例 ・その他医師が除外すべきと判断した症例

*Japan-VAD risk score = 0.0274×年齢－0.723×alb(g/dL)＋0.74×Crn (mg/dL)＋1.136×INR＋0.807×(0 or 1)（2年間で植込型LVADの経験が3症例以上ある施設ならば0）

表9 心臓移植適応のないHFrEF患者の生命予後およびQOLを改善させる植込型左室補助人工心臓（LVAD）治療の推奨とエビデンスレベル

	推奨クラス	エビデンスレベル	Minds推奨グレード	Minds エビデンス分類
心臓移植適応のないステージDのHFrEF患者に対して，生命予後改善およびQOL改善をさせるため植込型LVAD治療*を考慮する．	IIa	B	B	II

*欧米での臨床試験に基づく
Mindsエビデンス分類II：1つ以上のランダム化比較試験



出典：国立循環器病研究センターHP、
「重症心不全に対する植込型補助人工心臓治療ガイドライン」（2021年改訂版）より抜粋

※ 健康・生活衛生局がん・疾病対策課より提供

植込型補助人工心臓（非拍動流型）に係る評価について

○ K604-2植込型補助人工心臓（非拍動流型）について、令和3年5月1日から、心臓移植不適応の重症心不全患者にも適応を拡大した。
○ 植込型補助人工心臓を使用している患者であって、入院中の患者以外の患者に対する評価であるC116在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料については、介護老人保健施設及び介護医療院の入所者については算定できない。

入院における評価※

K604－2 植込型補助人工心臓（非拍動流型）

1　初日（1日につき）　58,500点
2　2日目以降30日目まで（1日につき）　5,000点
3　31日目以降90日目まで（1日につき）　2,780点
4　91日目以降（1日につき）　1,800点

（算定留意事項通知）

(1) 植込型補助人工心臓（非拍動流型）は、次のいずれかの場合に算定する。

ア 心臓移植適応の重症心不全患者で、薬物療法や体外式補助人工心臓等の他の補助循環法によっても継続した代償不全に陥っており、かつ、心臓移植以外には救命が困難と考えられる症例に対して、心臓移植までの循環改善を目的とした場合。

イ 心臓移植不適応の重症心不全患者で、薬物療法や体外式補助人工心臓などの補助循環法によっても継続した代償不全に陥っている症例に対して、長期循環補助を目的とした場合。

(2) 外来で定期的な管理を行っている場合には、区分番号「C116」在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料を算定する。

入院外における評価

C116 在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料　45,000点※

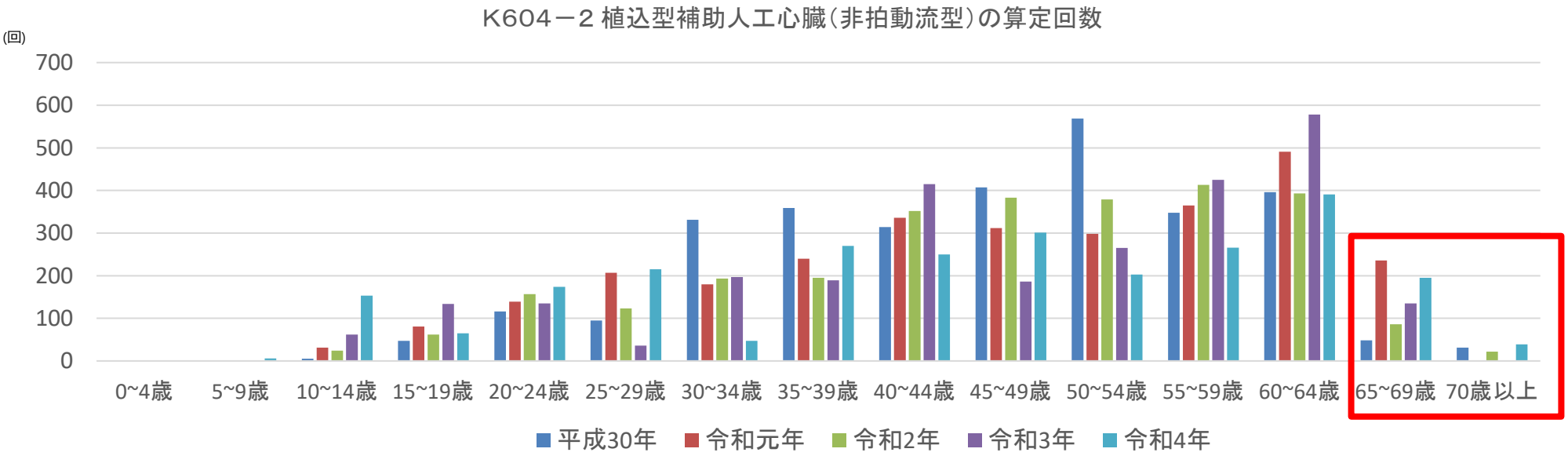
（算定留意事項通知抜粋）

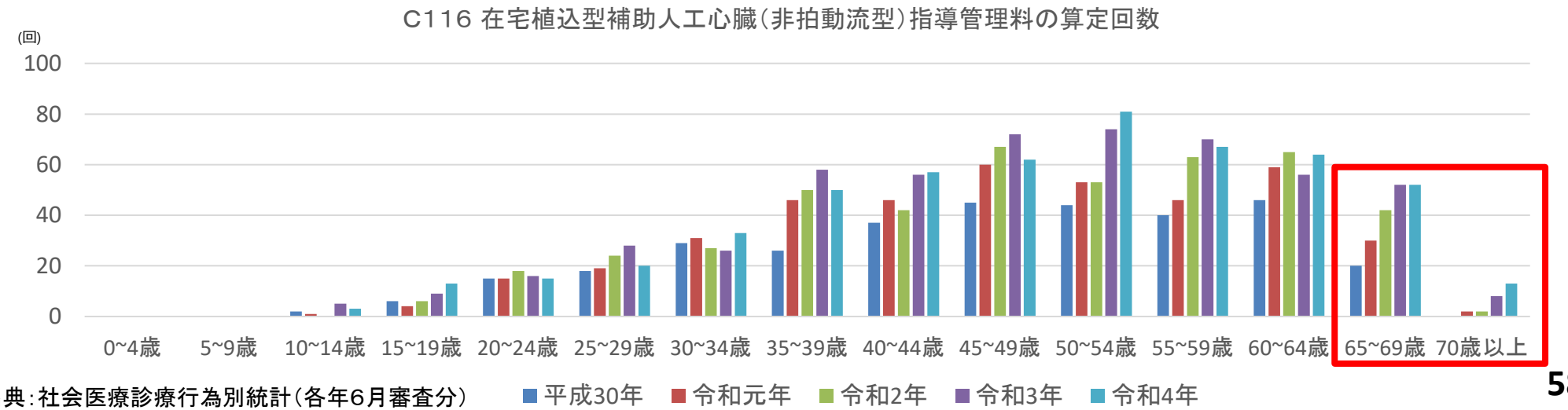
(1)在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料は、植込型補助人工心臓（非拍動流型）を使用している患者であって入院中の患者以外のものについて、当該月に区分番号「K604－2」植込型補助人工心臓（非拍動流型）を算定したか否かにかかわらず、月に1回に限り算定できる。

※　介護老人保健施設及び介護医療院の入所者における在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料を含めた在宅療養における指導管理に係る費用は介護保険からの給付となっている。

年齢別の植込型補助人工心臓（非拍動流型）の算定回数

○　年齢別の植込型補助人工心臓（非拍動流型）の算定回数は以下のとおり、K604-2植込型補助人工心臓（非拍動流型）においても、C116 在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料においても、65歳以上の患者の算定回数は増加傾向である。





出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

１．医療機関と高齢者施設等との連携について（その２）

２．介護保険施設及び障害者支援施設において医療保険から給付できる医療サービスについて

2-1　がん治療・がん緩和ケアについて

2-2　重症心不全患者等の医学的管理について

2-3　血友病患者に使用する薬剤について

2-4　適正な薬学管理の推進について

血友病について

血友病の概要

✓ 血友病は、出血を止める「血管」「血小板」「血液凝固因子」の３つの要素のうち、血液を固めるのに必要な**血液凝固因子※が不足又は欠乏**している病気である。12種類ある血液凝固因子のうち血友病Aでは第Ⅷ因子（FⅧ）、血友病Bでは第Ⅸ因子（FⅨ）の**産生・機能が低下する先天性出血性疾患**である。

※ 通常、血液凝固因子がつくるタンパク質が網を張って頑丈な止血栓をつくり血管の破れた場所を覆う。

✓ 原因となる遺伝子F8（FVIII 遺伝子）及びF9（FIX 遺伝子）はそれぞれX染色体上に存在するため、**X連鎖劣性遺伝**となる。

✓ 重症の患者では、**関節内や筋肉内での出血が特徴**で、特に、膝・足首・肘などの関節内で反復する再発性出血は、**血友病性関節症と呼ばれる慢性関節症の原因**となる[1)]。

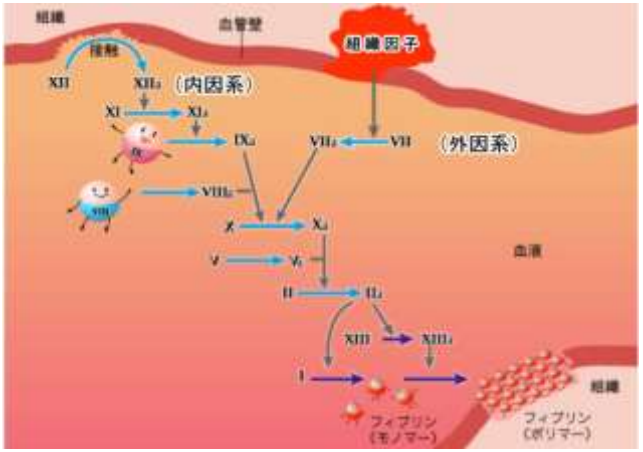
✓ 血友病患者は2022年5月31日現在**7,070人**。その内、血液凝固因子第Ⅷ因子が不足・欠乏している血友病Ａ患者が5,776人、第Ⅸ因子が不足・欠乏している血友病Ｂ患者が1,294人[2)]。

1)柏倉裕志ら．血栓止血誌 2021;32(1):17-25　2)厚生労働省委託事業 血液凝固異常症全国調査 令和４年度報告書

止血の過程

✓ 血小板血栓による一次止血に続き、12種類の凝固因子が次々に反応を引き起こし、最後にフィブリン（第Ⅰ因子、フィブリノゲンが変化したもの）の網の膜を作って血小板血栓を覆い固めて、二次止血が終了する。

✓ 下図の中で示されている「内因系」は血管内の凝固因子で起こる凝固を指し、「外因系」は破壊された組織からの成分（第Ⅲ因子）から始まる凝固を意味する。



【血液凝固因子の種類】

	同義語	分子量（万）	血漿中含量（mg/100mL）
Ⅰ	フィブリノゲン	34.0	200～400
Ⅱ	プロトロンビン	7.2	15～20
Ⅲ	組織因子	4.4	
Ⅳ	Ca^{2+}（カルシウムイオン）		
Ⅴ	ACグロブリン	30	2.5
Ⅵ	（欠番）		
Ⅶ	プロコンバーチン	4.8	0.05
Ⅷ	抗血友病因子	33	0.001
Ⅸ	クリスマス因子	5.5	0.34
Ⅹ	スチュワート因子	5.5	0.75
ⅩⅠ	PTA	14.3	0.5
ⅩⅡ	ハーグマン因子	7.4	2.5
ⅩⅢ	フィブリン安定化因子	31.0	1～2

（引用元）一般社団法人日本血液製剤協会ＨＰ 一部改変
http://www.ketsukyo.or.jp/plasma/hemophilia/hem_02.html

※　健康・生活衛生局感染症対策部感染症対策課より提供

血友病の治療方法

- ✓ 血友病の標準的治療は、不足する**凝固因子濃縮製剤**による補充療法であり、「出血時補充療法」、「予備的補充療法」、「定期補充療法」の３つの方法がある。
- ✓ 血友病の治療に用いられる血液凝固因子製剤には、①ヒト血漿から製造された製剤、②ヒト血漿を材料とせず遺伝子組換えによって製造された製剤がある。
- ✓ 遺伝子組換え製剤は、ヒトの血液または血漿から作られたものではなく、遺伝子組換えDNA技術を利用して、ヒトの遺伝子をヒト以外の細胞 （動物細胞）に挿入し、その細胞に凝固因子を産生させて作られる製剤である。
- ✓ 遺伝子組換え及び血漿由来の凝固因子は物理的、化学的構造がほとんど同じで、両製剤とも体内に投与されると同じように働く。

（引用元）2018 血友病ハンドブック東京大学医科学研究所附属病院

インヒビターが発生した場合の止血治療

- ✓ 血液凝固因子が投与されることにより、それらを不活化するインヒビターという同種抗体が発生することがある。
- ✓ インヒビターが発生すると、血液凝固因子製剤の効き目が弱くなる、又は全く効かなくなる。
- ✓ インヒビター発症時は、**中和療法**や**バイパス止血療法**が有効である[1)2)]。

中和療法	⇒ 凝固因子製剤を大量に投与し、インヒビターを中和する
バイパス止血療法	⇒ バイパス止血製剤により、血液凝固第Ⅷ（Ⅸ）因子とは異なるルートで止血する

1） 鈴木伸明．血栓止血誌 2018; 29(6):677-681
2） 日本血栓止血学会 インヒビター保有先天性血友病患者に対する止血治療ガイドライン：2013年改訂版

⇒ 平成30年に新たに薬価承認された**エミシズマブ（商品名：ヘムライブラ）**は、インヒビターが発生していても効果を発揮する**血液凝固第Ⅷ因子機能代替製剤**で、皮下注射ができ、**半減期が約30日**となる。

※ 健康・生活衛生局感染症対策部感染症対策課より提供

エミシズマブについて

エミシズマブ（商品名：ヘムライブラ）の概要

- ✓ 本薬剤は、抗体改変技術を用いて創製された遺伝子組換えヒト化二重特異性モノクロナール抗体（バイスペシフィック抗体）で、活性型第Ⅸ因子（FⅨa）と第Ⅹ因子（FX）を架橋することにより、FⅨaによるFⅩの活性化反応を促進する活性型第Ⅷ因子（FⅧa）の補因子機能を代替する、non-factor製剤の一つである。
- ✓ この作用は、第Ⅷ因子（FⅧ）に対する**インヒビターの存在の有無に関わらず、全ての先天性血友病A患者に有効**である。
- ✓ 特徴として、血中半減期が約４～５週と長く、また体内薬物動態はFⅧ製剤に比べて個人差が少ないことから、用量は体重当たりで一定に設定されている。
- ✓ そのため、体重変動のある場合は（特に成長期の小児等）体重に合わせて１回量の調整が適宜必要となる。

（引用元）血友病患者に対する止血治療ガイドライン作成委員会．血栓止血誌 2020;31(1):93-104
血友病患者に対する止血治療ガイドライン：2019年補遺版 ヘムライブラ®（エミシズマブ）使用について

本薬剤の効果

- ✓ 国際第Ⅲ相臨床試験（HAVEN）において、エミシズマブの使用で年間出血率は0.2～2.9 回に抑制され、治療前のバイパス止血製剤投与時と比較して68～99%の減少を示した[1)]。
- ✓ 国内第Ⅲ相臨床試験（HOHOEMI）において、エミシズマブの使用で年間出血率は0.7～1.3 回であった[2)]。
- ✓ 東京医大病院における42例のエミシズマブ導入症例（インヒビター保有:４例、非保有:38例）の後方視的解析では、インヒビター保有群、非保有群の両者でエミシズマブ導入後の**年間出血回数の中央値は共に１**であり、**出血抑制効果が確認**された[3)]。
- ✓ なお、インヒビター保有群においては、エミシズマブ導入前には４例いずれもバイパス止血製剤を使用されており、年間出血回数の中央値は10回であった[3)]。

1) Weyand AC, et al. Blood. 2019 Jan 31;133(5):389-398.
2) Shima M, et al. Haemophilia. 2019 Nov;25(6):979-987.
3) 近澤悠志ら．血栓止血誌 2022;33(1):14-22

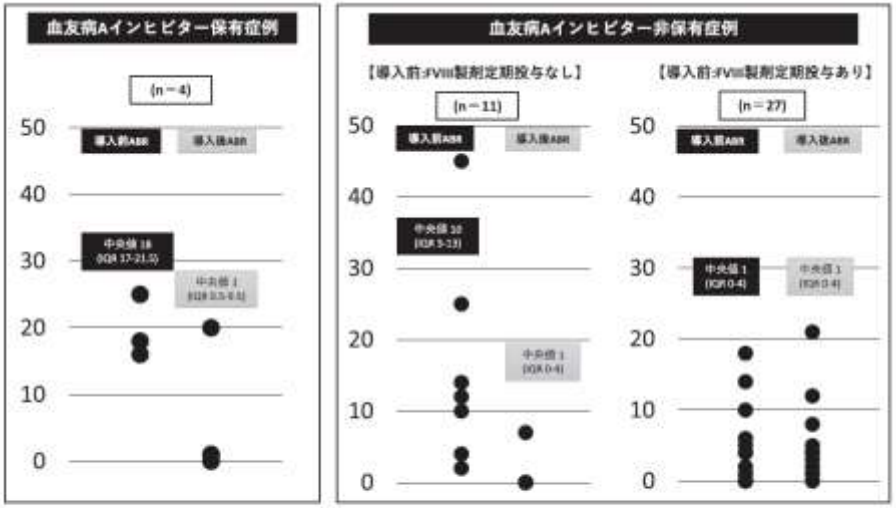


図1B Emicizumab導入前後における治療を要した年間出血回数（インヒビター保有症例：n＝4，インヒビター非保有症例：n＝38）
Emicizumab導入前後における年間出血回数（annual bleeding rate: ABR）を，インヒビター保有の有無別に評価した．尚，血友病Aインヒビター保有症例に関しては，Emicizumab導入前にFⅧの定期投与を行っていた群（n＝11）と行っていなかった群（n＝27）に分けて解析した．

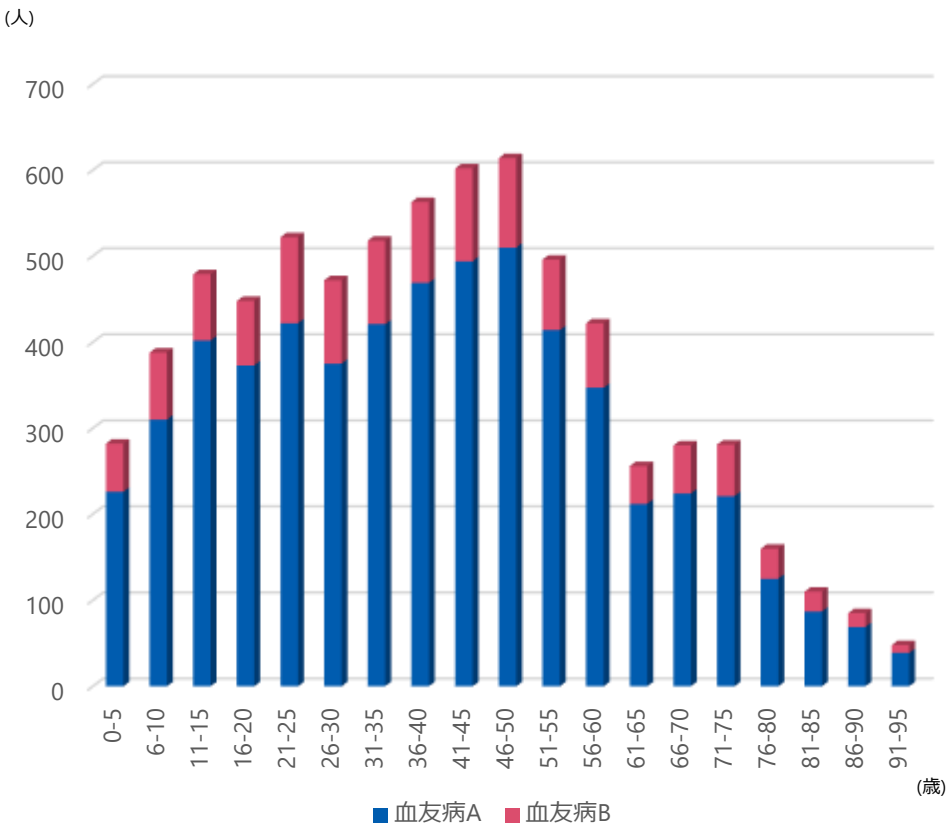
（引用元）近澤悠志ら．血栓止血誌 2022;33(1):14-22.
東京医大病院での診療経験を踏まえたemicizumabのリアルワールドデータ

※ 健康・生活衛生局感染症対策部感染症対策課より提供

血友病患者の年齢構成と血液凝固因子製剤等の使用状況

○　血友病患者について、65歳以上の患者が一定の割合を占める。
○　血液凝固因子製剤等の使用状況について、ヘムライブラ（エミシズマブ）は20歳以上の令和3年6月1日から令和5年5月31日まで期間に血友病Aの患者433名に使用されている。

血友病患者の年齢構成



（引用元）血液凝固異常症全国調査（令和４年度報告書）

血液凝固因子製剤等の使用状況

表45. 血友病Aにおける年齢群別の血液凝固因子製剤ならびに類似薬剤の使用報告数

製剤名	10歳以下	11歳～20歳未満	20歳以上	計
クロスエイトMC®	0	3	132	135
コンファクトF®	0	1	10	11
コンコエイト-HT®	0	0	0	0
コージネイトFSバイオセット®	0	1	1	2
アドベイト®	69	98	229	396
ノボエイト®	4	7	47	58
イロクテイト®	80	70	377	527
アディノベイト®	54	107	436	597
コバールトリイ®	40	53	284	377
エイフスチラ®	3	5	26	34
ジビイ®	0	10	101	111
イスパロクト®	3	5	20	28
ヌーイック®	1	2	4	7
ファイバ®	1	0	0	1
ノボセブンHI®	10	5	24	39
バイクロット®	0	0	2	2
ヘムライブラ®	210	101	433	744
その他	2	0	0	2
血友病の治験薬	0	1	19	20
遺伝子治療の治験	0	0	2	2
使用なし	35	37	252	324
合計	512	506	2,399	3,417

（引用元）血液凝固異常症全国調査
（令和４年度報告書、令和３年６月１日から令和５年５月３１日までの期間に使用された人数）

血友病患者に対する新医薬品の薬価収載について

○ 血液凝固第VIII因子又は第IX因子に対するインヒビターを保有する先天性血友病患者における出血傾向の抑制を効能効果にもつコンシズマブ（遺伝子組換え）について、令和5年11月15日の中医協総会において、薬価収載が承認された。

中医協 総－４－１
５．１１．１５

新医薬品一覧表（令和5年11月22日収載予定）

No.	銘柄名	規格単位	会社名	成分名	承認区分	算定薬価	算定方式	補正加算等	薬効分類		ページ
1	フォゼベル錠5mg フォゼベル錠10mg フォゼベル錠20mg フォゼベル錠30mg	5mg1錠 10mg1錠 20mg1錠 30mg1錠	協和キリン株式会社	テナパノル塩酸塩	新有効成分含有医薬品	234.10円 345.80円 510.90円 641.80円	類似薬効比較方式（Ⅰ）	有用性加算（Ⅰ）A=40% 新薬創出等加算 費用対効果評価（H1）	内219	その他の循環器官用薬（透析中の慢性腎臓病患者における高リン血症の改善）	3
2	コルスバ静注透析用シリンジ17.5μg コルスバ静注透析用シリンジ25.0μg コルスバ静注透析用シリンジ35.0μg	17.5μg0.7mL1筒 25μg0.7mL1筒 35μg0.7mL1筒	丸石製薬株式会社	ジフェリケファリン酢酸塩	新有効成分含有医薬品	3,071円 3,609円 4,341円	類似薬効比較方式（Ⅰ）	有用性加算（Ⅱ）A=5% 新薬創出等加算	注129	その他の末梢神経系用薬（血液透析患者におけるそう痒症の改善（既存治療で効果不十分な場合に限る））	5
3	レクビオ皮下注300mgシリンジ	300mg1.5mL1筒	ノバルティスファーマ株式会社	インクリシランナトリウム	新有効成分含有医薬品	443,548円	類似薬効比較方式（Ⅰ）	有用性加算（Ⅰ）A=40% 新薬創出等加算 費用対効果評価（H1）	注218	高脂血症用剤（家族性高コレステロール血症、高コレステロール血症 ただし、以下のいずれも満たす場合に限る。 ・心血管イベントの発現リスクが高い ・HMG-CoA還元酵素阻害剤で効果不十分、又はHMG-CoA還元酵素阻害剤による治療が適さない）	7
4	ウゴービ皮下注0.25mg SD ウゴービ皮下注0.5mg SD ウゴービ皮下注1.0mg SD ウゴービ皮下注1.7mg SD ウゴービ皮下注2.4mg SD	0.25mg0.5mL1キット 0.5mg0.5mL1キット 1mg0.5mL1キット 1.7mg0.75mL1キット 2.4mg0.75mL1キット	ノボ ノルディスク ファーマ株式会社	セマグルチド（遺伝子組換え）	新効能医薬品、新用量医薬品、その他の医薬品（再審査期間中のもの）、剤形追加に係る医薬品（再審査期間中のもの）	1,876円 3,201円 5,912円 7,903円 10,740円	原価計算方式	有用性加算（Ⅱ）A=5% 新薬創出等加算 費用対効果評価（H1） 加算係数 0	注249	その他のホルモン剤（抗ホルモン剤を含む。）（肥満症 ただし、高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病のいずれかを有し、食事療法・運動療法を行っても十分な効果が得られず、以下に該当する場合に限る。 ・BMIが27kg/m²以上であり、2つ以上の肥満に関連する健康障害を有する ・BMIが35kg/m²以上）	9
5	メグルダーゼ静注用1000	1,000単位1瓶	大原薬品工業株式会社	グルカルピダーゼ（遺伝子組換え）	新有効成分含有医薬品	2,674,400円	原価計算方式	有用性加算（Ⅱ）A=10% 市場性加算（Ⅰ）A=10% 新薬創出等加算 加算係数 0	392	解毒剤（メトトレキサート・ロイコボリン救援療法によるメトトレキサート排泄遅延時の解毒）	11
6	ジルビスク皮下注16.6mgシリンジ ジルビスク皮下注23.0mgシリンジ ジルビスク皮下注32.4mgシリンジ	16.6mg0.416mL1筒 23mg0.574mL1筒 32.4mg0.81mL1筒	ユーシービージャパン株式会社	ジルコプランナトリウム	新有効成分含有医薬品	69,580円 96,347円 135,881円	類似薬効比較方式（Ⅰ）	—	注399	他に分類されない代謝性医薬品（全身型重症筋無力症（ステロイド剤又はステロイド剤以外の免疫抑制剤が十分に奏効しない場合に限る））	13
7	エプキンリ皮下注4mg エプキンリ皮下注48mg	4mg0.8mL1瓶 48mg0.8mL1瓶	ジェンマブ株式会社	エプコリタマブ（遺伝子組換え）	新有効成分含有医薬品	137,124円 1,595,383円	類似薬効比較方式（Ⅰ）	有用性加算（Ⅱ）A=10% 新薬創出等加算 費用対効果評価（H1）	注429	その他の腫瘍用薬（以下の再発又は難治性の大細胞型B細胞リンパ腫 びまん性大細胞型B細胞リンパ腫 高悪性度B細胞リンパ腫 原発性縦隔大細胞型B細胞リンパ腫 再発又は難治性の濾胞性リンパ腫）	15
8	フェスゴ配合皮下注 MA フェスゴ配合皮下注 IN	10mL1瓶 15mL1瓶	中外製薬株式会社	ペルツズマブ（遺伝子組換え）・トラスツズマブ（遺伝子組換え）・ボルヒアルロニダーゼ アルファ（遺伝子組換え）	新有効成分含有医薬品、新医療用配合剤	288,695円 471,985円	類似薬効比較方式（Ⅰ）	なし	注429	その他の腫瘍用薬 （○HER2陽性の乳癌 ○がん化学療法後に増悪したHER2陽性の治癒切除不能な進行・再発の結腸・直腸癌）	17
9	デュピクセント皮下注200mgシリンジ	200mg1.14mL1筒	サノフィ株式会社	デュピルマブ（遺伝子組換え）	新用量医薬品、剤形追加に係る医薬品（再審査期間中のもの）	43,320円	規格間調整	小児加算A=10% 新薬創出等加算	注449	その他のアレルギー用薬（既存治療で効果不十分な下記皮膚疾患 アトピー性皮膚炎）	19
10	アレモ皮下注15mg アレモ皮下注60mg アレモ皮下注150mg	15mg1.5mL1キット 60mg1.5mL1キット 150mg1.5mL1キット	ノボ ノルディスク ファーマ株式会社	コンシズマブ（遺伝子組換え）	新有効成分含有医薬品	249,546円 844,727円 1,803,013円	類似薬効比較方式（Ⅰ）	有用性加算（Ⅰ）A=35% 市場性加算（Ⅰ）A=10% 新薬創出等加算	注634	血液製剤類（血液凝固第VIII因子又は第IX因子に対するインヒビターを保有する先天性血友病患者における出血傾向の抑制）	21
11	[illegible] オルツビーオ静注用500 オルツビーオ静注用1000 オルツビーオ静注用2000 オルツビーオ静注用3000 オルツビーオ静注用4000	[illegible] 500国際単位1瓶（溶解液付） 1,000国際単位1瓶（溶解液付） 2,000国際単位1瓶（溶解液付） 3,000国際単位1瓶（溶解液付） 4,000国際単位1瓶（溶解液付）	サノフィ株式会社	エフアネソクトコグ アルファ（遺伝子組換え）	新有効成分含有医薬品	[illegible] 96,085円 196,171円 396,341円 594,512円 792,683円	類似薬効比較方式（Ⅰ）	有用性加算（Ⅱ）A=5% 新薬創出等加算	注634	血液製剤類（血液凝固第VIII因子欠乏患者における出血傾向の抑制）	23
12	キュービトル20%皮下注2g/10mL キュービトル20%皮下注4g/20mL キュービトル20%皮下注8g/40mL	2g10mL1瓶 4g20mL1瓶 8g40mL1瓶	武田薬品工業株式会社	pH4処理酸性人免疫グロブリン（皮下注射）	新有効成分含有医薬品	21,882円 43,195円 85,269円	類似薬効比較方式（Ⅰ）	小児加算A=5%	注634	血液製剤類（無又は低ガンマグロブリン血症）	25
13	リスティーゴ皮下注280mg	280mg2mL1瓶	ユーシービージャパン株式会社	ロザノリキシズマブ（遺伝子組換え）	新有効成分含有医薬品	356,382円	類似薬効比較方式（Ⅰ）	市場性加算（Ⅰ）A=10% 新薬創出等加算	注639	その他の生物学的製剤（全身型重症筋無力症（ステロイド剤又はステロイド剤以外の免疫抑制剤が十分に奏効しない場合に限る））	27

血友病の治療薬の包括範囲について

○ 血友病の治療薬について、血液凝固因子製剤や血液凝固因子抗体迂回活性複合体は地域包括ケア病棟等においては包括から除外され、介護老人保健施設等においては医療保険からの給付となっているが、血液凝固第Ⅷ因子機能代替製剤及びTFPIモノクローナル抗体については包括範囲及び介護保険からの給付となっている。

薬効分類名	血液凝固因子製剤	血液凝固因子抗体迂回活性複合体	血液凝固第Ⅷ因子機能代替製剤 （エミシズマブ）	TFPIモノクローナル抗体 （コンシズマブ）
地域包括ケア病棟入院料・回復期リハビリテーション病棟入院料等	○	○	×	×
療養病棟入院基本料等	○	○	×	×
介護老人保健施設・介護医療院	○	○	×	×

地域包括ケア病棟入院料・回復期リハビリテーション病棟入院料等、療養病棟入院基本料等　○：包括対象除外薬剤　×：包括対象薬剤
介護老人保健施設・介護医療院　○：医療保険からの給付　×：介護保険からの給付

１．医療機関と高齢者施設等との連携について（その２）

２．介護保険施設及び障害者支援施設において医療保険から給付できる医療サービスについて

2-1　がん治療・がん緩和ケアについて

2-2　重症心不全患者等の医学的管理について

2-3　血友病患者に使用する薬剤について

2-4　適正な薬学管理の推進について

介護老人保健施設入所者の外来・往診等に係る処方箋の取扱い

○ 介護老人保健施設入所者に対して、往診を実施する医師は、特定の目的で薬剤を処方する場合等に限り処方箋を交付することができる。

「介護老人保健施設入所者に係る往診及び通院（対診）について」より抜粋（平成12年３月31日老企発第59号）
（令和３年3月16日　老高発0316第３号・老認発0316第６号・老々発0316第５号）

（２） 介護老人保健施設入所者を往診・通院により診療した保険医は，保険薬局における薬剤又は治療材料の支給を目的とする処方せんを交付してはならないこと。

※処方箋を交付することができる場合

① 悪性新生物に罹患している患者に対し，抗悪性腫瘍剤（注射薬を除く。）の支給を目的とする処方せんを交付する場合
② 疼痛コントロールのための医療用麻薬の支給を目的とする処方せんを交付する場合
③ 抗ウィルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はHIV感染症の効能若しくは効果を有するものに限る）の支給を目的とする処方せんを交付する場合
④ インターフェロン製剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る。）の支給を目的とする処方せんを交付する場合
⑤ 在宅血液透析又は在宅腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にある者に対してエリスロポエチン又はダルベポエチンの支給を目的とする処方せんを交付する場合
⑥ 血友病の患者に対して血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体の支給を目的とする処方せんを交付する場合
⑦ 自己連続携行式腹膜灌流に用いる薬剤の支給を目的とする処方せんを交付する場合
⑧ 在宅血液透析を受けている患者に対し人工腎臓用透析液の支給を目的とする処方せんを交付する場合
⑨ 在宅血液透析を受けている患者に対し血液凝固阻止剤の支給を目的とする処方せんを交付する場合
⑩ 在宅血液透析を受けている患者に対し生理食塩水の支給を目的とする処方せんを交付する場合

初再診・往診等に関する介護保険施設における医療保険の給付の範囲について

○　介護医療院及び介護老人保健施設の入所者に対して施設に所属しない医師が往診し処方した場合の処方箋料は一部の場合を除き算定できない。

○：医療保険から給付 ×：介護保険から給付		医療提供施設						老人福祉施設	
		介護医療院			介護老人保健施設			特別養護老人ホーム	
		所属する医師	併設保険医療機関の医師	併設保険医療機関以外の医師	所属する医師	併設保険医療機関の医師	併設保険医療機関以外の医師	配置医師	配置医師以外
初診料・再診料（73点～288点）		×	○※1	○	×	×	○	×	○※2
在宅医療	往診料（720点）	×	×	○	×	×	○	×	○※2
在宅医療	夜間・深夜・休日往診加算（325点～2700点）	×	×	○	×	×	○	×	○※2
検査・処置		×	○※1	○※1	×	○※3	○※3	○	○
投薬		×	○※4	○※4	×	○※4	○※4	○	○

※1　介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合算定可能。

※2　特養における医療保険の給付の取扱い

（1）患者の傷病が配置医師の専門外にわたるものであり、入所者又はその家族等の求め等を踏まえ、入所者の状態に応じた医学的判断による配置医師の求めがある場合に限り、医科点数表第1章第1部の初・再診料、医科点数表区分番号C000の往診料、医科点数表第2章第3部の検査、医科点数表第2章第9部の処置等に係る診療報酬を算定できる。

（2）（1）にかかわらず、入所者又はその家族等の求めや入所者の状態に応じた医学的判断による配置医師の求めが明らかではない場合であっても、緊急の場合であって、特別養護老人ホーム等の管理者の求めに応じて行った診療については、医科点数表第1章第1部の初・再診料、医科点数表区分番号C000の往診料、医科点数表第2章第3部の検査、医科点数表第2章第9部の処置等に係る診療報酬を同様に算定できる。

※3　老健入所者に**算定できない**検査・処置の費用

・**算定できない検査**：検体検査、心電図検査等（血液ガス分析、血液ガス分析に係る生化学的検査判断料、動脈血採血、当該保険医療機関以外の医療機関で描写した心電図の診断及び四肢単極誘導と胸部誘導を含む12誘導以上の負荷心電図検査は保険医療機関の保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行う場合算定可）

・**算定できない処置**：創傷処置・酸素吸入、非還納性ヘルニア徒手整復、人工呼吸、胃洗浄、膀胱洗浄、留置カテーテル設置、鼻腔栄養等

※4　医療院・老健入所者においては一部薬剤の**薬剤料のみ**算定可能（医療院入所者であって介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合は、専門的な診療に特有の薬剤に係る投薬の費用を算定可能）

○腎性貧血薬（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。）

○疼痛コントロールのための医療用麻薬

○インターフェロン製剤・抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能又は効果を有するものに限る。）

○血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体

高齢者施設における薬局の対応について

○　介護老人保健施設等において、往診医が抗がん剤等を処方した場合に薬局が処方箋を応需しても調剤報酬が算定できないこととなっている。

		介護医療院	介護老人保健施設	特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）	その他施設（サ高住等）
施設配置基準	医師	○ Ⅰ型: 3以上 / 48:1以上 Ⅱ型: 1以上 /100:1以上	○ 1以上	○ 必要数（非常勤可）	×
	薬剤師	○ Ⅰ型：150:1 以上 Ⅱ型：300:1 以上	○ 適当数（300:1）	×	×
薬剤管理の現状等		自施設の医師・薬剤師等が薬剤管理を実施 抗がん剤・抗ウイルス剤・麻薬等の一部の薬剤については、往診を行う医師が処方する場合は、薬剤費について医療保険による給付が可能 （処方箋の交付も可能）		薬局の薬剤師が訪問し、薬剤管理指導を実施 末期の悪性腫瘍の患者に対しては、計画に基づく訪問による薬剤管理指導が可能	薬局の薬剤師が計画に基づく訪問により薬剤管理指導を実施 介護認定を受けている方は介護保険が適用
課題		抗がん剤等の処方箋を薬局が応需した場合であっても調剤報酬が算定できない		要介護度３以上の患者に対する訪問薬剤管理指導の評価として現行の服薬管理指導料３が適切であるかについて検討が必要	麻薬の持続注射療法や中心静脈栄養法の管理について、医療保険では評価されているが、介護保険では評価されていない
調剤報酬		×		○※	○

※　かかりつけ薬剤師指導料など一部の薬学管理料は算定できない。

専門的な診療に特有の薬剤について

○　介護老人保健施設入所者に対して、往診を実施する医師は、特定の目的で薬剤を処方する場合がある。
○　その際、抗悪性腫瘍剤などの薬剤は、特に安全管理が必要であり、以下に掲げるような専門的な薬学管理を実施することが医療の質の向上につながる。

○悪性腫瘍の患者

・抗悪性腫瘍剤

✓ 投与期間と休薬期間の管理

✓ 吐き気などの副作用対策

・医療用麻薬

✓ 指示に従った確実な服薬と副作用対策

✓ レスキュー薬の使い方の支援

✓ 麻薬の取扱に関する留意点

○B型肝炎又はC型肝炎及びHIV感染症の患者

・抗ウイルス薬

・インターフェロン製剤

✓ 薬物相互作用に注意が必要（プロテアーゼ阻害薬等）

✓ インターフェロン製剤では発熱等の副作用対策が必要

○在宅血液透析・在宅腹膜灌流を行っている患者

・エリスロポエチン製剤

・透析液や血液凝固阻止剤　など

✓ 適切な温度管理で保管することの指導（冷所保管が必要）

✓ 腎機能低下患者であり、投与量に注意が必要。

○血友病の患者

・血液凝固因子製剤

・血液凝固因子抗体迂回活性複合体

✓ 注射薬の管理及び取扱いに関する指導

✓ 適切な温度管理で保管することの指導（冷所保管が必要な製剤が多い）

【参考】療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等（平成18年厚生労働省告示第107号）

第十二　療担基準第二十条第四号ロの処方箋の交付に係る厚生労働大臣が定める場合

一　悪性新生物に罹患している患者に対して**抗悪性腫瘍剤（注射薬を除く。）**の支給を目的とする処方箋を交付する場合

二　疼痛コントロールのための**医療用麻薬**の支給を目的とする処方箋を交付する場合

三　**抗ウイルス剤**（**Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎**の効能若しくは効果を有するもの及び**後天性免疫不全症候群又はＨＩＶ感染症**の効能若しくは効果を有するものに限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合

四　**インターフェロン製剤**（**Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎**の効能若しくは効果を有するものに限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合

五　血友病の治療に係る**血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体**の支給を目的とする処方箋を交付する場合

六　自己連続携行式腹膜灌流に用いる薬剤の支給を目的とする処方箋を交付する場合

七　診療報酬の算定方法別表第三調剤報酬点数表（以下「調剤点数表」という。）の第４節区分番号30に掲げる特定保険医療材料の支給を目的とする処方箋を交付する場合

八　**エリスロポエチン**（在宅血液透析又は在宅腹膜灌流を行っている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して使用する場合に限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合

九　**ダルベポエチン**（在宅血液透析又は在宅腹膜灌流を行っている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して使用する場合に限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合

十　**エポエチンベータペゴル**（在宅血液透析又は在宅腹膜灌流を行っている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して使用する場合に限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合

十一　人工腎臓用透析液（在宅血液透析患者に対して使用する場合に限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合

十二　血液凝固阻止剤（在宅血液透析患者に対して使用する場合に限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合

十三　生理食塩水（在宅血液透析患者に対して使用する場合に限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合

自宅等で療養する患者への緊急訪問の評価

○ 自宅等で療養する新型コロナウイルス感染症の患者に対して、医師の指示により保険薬局から薬剤師が必要な服薬指導と薬剤の交付のために緊急に訪問した場合の評価が臨時的な特例として設けられている。
○ 他方、このような状況において緊急に訪問する必要がある場合の評価が、恒常的な調剤報酬では規定されていない。

	コロナ特例での評価	調剤報酬での評価
自宅・宿泊療養の患者	新型コロナウイルス感染症患者に対して医師の指示により緊急に訪問し、薬剤を交付した場合の評価 ・在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料１　500点 （患者本人に対面で服薬指導） ・在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料２　200点 （患者の家族に対面で服薬指導）	・計画的な訪問薬剤管理指導を受けていない患者に対する緊急的な訪問の評価はない
在宅患者		・在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料２　200点 （計画的な訪問薬剤管理指導の対象ではない疾患の急変等に関する評価）
高齢者施設等の患者	新型コロナウイルス感染症患者に対して医師の指示により緊急に訪問し、薬剤を交付した場合の評価 ・在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料１　500点 （患者本人に対面で服薬指導） ・在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料　59点 （情報通信機器を用いた服薬指導）	・緊急的な訪問の評価はない ・特別養護老人ホームを訪問し必要な指導を行った場合には、通常と同様に服薬管理指導料３が算定可能。 ・介護医療院、介護老人保健施設等の入所者に対しては、医療保険での評価がない。

医療機関と高齢者施設等との連携等についての課題

（医療機関と高齢者施設等との連携について）

- 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要である。
- 介護保険施設については、施設内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携のもとで適切な対応が行われるよう、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築することを念頭に、入所者の急変時等における相談体制や診療を行う体制を常時確保している協力医療機関を定めることを経過措置を設けた上で義務化する予定となっている。
- 地域包括ケア病棟等の届出のある在宅療養支援病院（在支病）等における介護保険施設等に関する連携体制は、介護保険施設からの電話等による相談対応はほとんどの医療機関で対応可能とされており、緊急時の往診について、特に機能強化型在支病においては対応可能と回答した医療機関が多かったが、全体の70%程度に留まっている。
- ICTを用いた平時からの診療情報の共有について、感染症蔓延下においては、緊急時の対応における情報共有等が役立ったとしている地域もある。

（2. 介護保険施設及び障害者支援施設において医療保険から給付できる医療サービスについて）

- 累次の診療報酬改定においては介護保険施設では対応できない医療行為等については保険医療機関からの給付となるよう、見直しを行ってきた。
- 介護保険施設における施設内で提供可能な医療について、「疼痛管理（麻薬使用）」を提供可能とした施設は、老健では19.5%、介護医療院では46.2%、特養では15.7%であった。
- 「悪性腫瘍に伴う疼痛の管理」を行う患者の入所希望があった場合「自施設で対応可能」とした介護老人保健施設は全体の29.5%、「協力病院・診療所の支援を受けて対応できる」とした介護老人保健施設は全体の21.3%である一方、「対応できない」とした介護老人保健施設は全体の46.8%であった。
- 介護老人保健施設入所者に対して、外来化学療法診療料は算定可能であるが、外来放射線照射診療料、がん性疼痛緩和指導管理料及び外来緩和ケア管理料は算定できない。
- 特別養護老人ホームにおいては、末期の悪性腫瘍の患者に対して在宅患者訪問診療料を算定できることとしているが、障害者支援施設においては、訪問診療料を算定できない。
- 障害者支援施設における配置医師の診療科目は、「内科」が79.2%、「精神科」が39.2%となっている。
- 植込型補助人工心臓（非拍動流型）について、令和3年5月1日から、心臓移植不適応の重症心不全患者にも適応を拡大したが、入院中の患者以外の患者に対する評価であるC116在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料については、介護老人保健施設及び介護医療院の入所者については算定できない。
- K604-2 植込型補助人工心臓（非拍動流型）においても、C116 在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料においても、65歳以上の患者の算定回数は増加傾向である。
- 血友病の治療薬について、血液凝固因子製剤や血液凝固因子抗体迂回活性複合体は地域包括ケア病棟等においては包括から除外され、介護老人保健施設等においては医療保険からの給付となっているが、血液凝固第Ⅷ因子機能代替製剤及びTFPIモノクローナル抗体については包括範囲及び介護保険からの給付となっている。
- 介護医療院及び介護老人保健施設の入所者に対して施設に所属しない医師が往診し処方した場合の処方箋料は一部の場合を除き算定できない。また、その場合に処方箋を応需した薬局は調剤報酬が算定できない。

医療機関と高齢者施設等との連携等についての論点

【論点】

（医療機関と高齢者施設等との連携について）

○ 在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟等（以下、在支病等とする。）に求められる役割や、介護保険における介護保険施設と協力医療機関との連携体制の構築に関する対応方針も踏まえ、在支病等においては、介護保険施設の求めに応じて協力医療機関を担うことを望ましいこととしてはどうか。

○ 協力医療機関について、介護保険施設が定期的に開催する入所者の現病歴等の情報共有を行う会議に参加している場合であって、当該入所者の病状の急変時に、協力医療機関の医師が往診等を求められた際の以下の対応について診療報酬上の評価を行ってはどうか。

①協力医療機関の医師が入所者または施設の職員等の求めがあった場合の往診。

②当該往診等において、入院の必要性が認められた場合の、入院の受け入れ。

※協力医療機関と介護保険施設が同一法人・関連法人である等の特別の関係にある場合は除く。

○ また、協力医療機関と介護保険施設の連携体制の構築について、介護保険施設の入所者の病状の急変時に、ICT等の活用によって協力医療機関の医師が当該入所者の現病歴等の情報を常に確認できる体制を整備することについてどのように考えるか。

（2. 介護保険施設及び障害者支援施設において医療保険から給付できる医療サービスについて）

○ 介護保険施設に対する医療保険の給付の範囲の在り方の見直しの経緯等を踏まえ、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が可能な限り施設での暮らしを継続するために、介護保険施設及び障害者支援施設において対応が困難な以下の医療行為等について医療保険からの給付を可能にしてはどうか。

①介護老人保健施設に入所する悪性腫瘍の患者に対する放射線治療及び緩和ケアに関する医学管理。

②介護老人保健施設の高度な薬学的管理を必要とする患者の薬剤の処方に係る処方箋発行の費用及び調剤報酬の一部。

③介護老人保健施設・介護医療院における重症心不全患者の植込型補助人工心臓（非拍動流型）の使用に関する指導管理。

④介護老人保健施設・介護医療院における血友病の患者に投与する、血液凝固因子製剤以外の医薬品であって、血友病患者の出血傾向の抑制の効能又は効果を有する医薬品の費用。

⑤障害者支援施設に入所する末期の悪性腫瘍の患者に対する訪問診療。

○ また、④の血友病患者に係る医薬品の費用については、 血友病患者の療養の場を拡大する観点から、介護保険施設入所者における医療保険からの給付の取扱いと同様に地域包括ケア病棟や療養病棟等における包括薬剤の対象から除外することとしてはどうか。