

2022年診療報酬改定 ～入退院支援に着目して～



社会福祉法人

日本医療伝道会
Kinugasa Hospital Group

衣笠病院グループ
相談役 武藤正樹

衣笠病院グループの概要

- 神奈川県横須賀市(人口約39万人)に立地
- 横須賀・三浦医療圏(4市1町)は人口約70万人
- 衣笠病院許可病床198床 <稼働病床194床>
- 病院診療科 <○は常勤医勤務>

○内科、神経科、小児科、○外科、乳腺外科、
脳神経外科、形成外科、○整形外科、○皮膚科、
○泌尿器科、婦人科、○眼科、○耳鼻咽喉科、
○リハビリテーション科、○放射線科、○麻酔科、○ホスピス、東洋医学

■ 病棟構成

DPC病棟(50床)、地域包括ケア病棟(91床)、回復期リハビリ病棟(33床)、ホスピス(緩和ケア病棟:20床)

■ 併設施設 老健(衣笠ろうけん)、特養(衣笠ホーム)、訪問診療クリニック、訪問看護ステーション
通所介護事業所など

■ グループ職員数750名



【2021年9月時点】



富士山

箱根

小田原

横浜

江の島

港南台

鎌倉

逗子

葉山



衣笠ホーム



横須賀

衣笠病院グループ

三浦



長瀬
ケアセンター

浦賀

目次

- パート 1
 - 2022年診療報酬改定の基本方針と改定率
- パート 2
 - 入退院支援加算・入院時診療加算の歴史を振り返る
 - PFM、パス、退院調整
- パート 3
 - 入退院支援加算・入院時診療加算
- パート 4
 - 地域包括ケア病棟と連携
- パート 5
 - 紹介受診重点病院の創設
- パート 6
 - 在宅医療



パート 1

2022年診療報酬改定の 基本方針と改定率



社会保障審議会医療保険部会

2021年10月22日

改定の基本的視点について

- 改定の基本的視点については、以下の4点としてはどうか。
- その際、これまでの改定の流れを継承しながら、
 - ・ 今般の新型コロナウイルス感染症を含めた新興感染症への対応や、感染拡大により明らかになった課題を踏まえた地域全体での医療機能の分化・強化、連携など、効率的・効果的で質の高い医療提供体制を構築すること
 - ・ 医師等の働き方改革等を推進することが重要であることから、視点1及び視点2に重点を置くこととしてはどうか。

視点1 新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築
【重点課題】

視点2 安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進 【重点課題】

視点3 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

視点4 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

令和4年度診療報酬改定の基本方針（概要）

改定に当たっての基本認識

- ▶ 新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築など医療を取り巻く課題への対応
- ▶ 健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現
- ▶ 患者・国民に身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現
- ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

社会保障の機能強化と持続可能性の確保を通じて、安心な暮らしを実現し、成長と分配の好循環の創出に貢献するという視点も重要。

改定の基本的視点と具体的方向性

（1）新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築【重点課題】

【具体的方向性の例】

- 当面、継続的な対応が見込まれる新型コロナウイルス感染症への対応
- 医療計画の見直しも念頭に新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた取組
- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
- 外来医療の機能分化等
- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- 地域包括ケアシステムの推進のための取組

（2）安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進【重点課題】

【具体的方向性の例】

- 医療機関内における労務管理や労働環境の改善のためのマネジメントシステムの実践に資する取組の推進
- 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング/タスク・シフティング、チーム医療の推進
- 業務の効率化に資するICTの利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価
- 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の確保
- 令和3年11月に閣議決定された経済対策を踏まえ、看護の現場で働く方々の収入の引上げ等に係る必要な対応について検討するとともに、負担軽減に資する取組を推進

（3）患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

【具体的方向性の例】

- 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安定供給の確保等
- 医療におけるICTの利活用・デジタル化への対応
- アウトカムにも着目した評価の推進
- 重点的な対応が求められる分野について、国民の安心・安全を確保する観点からの適切な評価
- 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病棟薬剤師業務の評価

（4）効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性の例】

- 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
- 費用対効果評価制度の活用
- 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
- 外来医療の機能分化等（再掲）
- 重症化予防の取組の推進
- 医師・病棟薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進
- 効率性等に応じた薬局の評価の推進

2022年診療報酬改定率

NHK

「本体」部分

0.43%



人件費や
技術料

「薬価」部分

1.37%



全体

0.94%



診療報酬

+ 0.43% (国費+292億円※)

※令和4年度予算額、以下同じ



① **看護職員の処遇改善**(消費税増収分を活用) +0.20%

新型コロナ医療対応等を行う医療機関の看護職の給与の3%引上げを実現。(9月までは1%引上げを補助金で対応)



② **リフィル処方箋の導入** ▲0.10%

医療機関に行かずとも、一定期間内に処方箋を反復利用できる、分割調剤とは異なる実効的な方策を構築し、患者負担を軽減。



③ **不妊治療の保険適用**(消費税増収分を活用) +0.20%

保険適用により、適切な医療の評価を通じて、子供を持ちたいという方々への、不妊治療に対する安心と安全を確保。

④ **小児の感染防止対策加算措置(医科分)の期限到来** ▲0.10%

歯科・調剤分については、引き続き感染防止等の対応に充当。

⑤ **その他本体改定率**

	<u>+0.23%</u>
各科改定率 医科	+0.26%
歯科	+0.29%
調剤	+0.08%

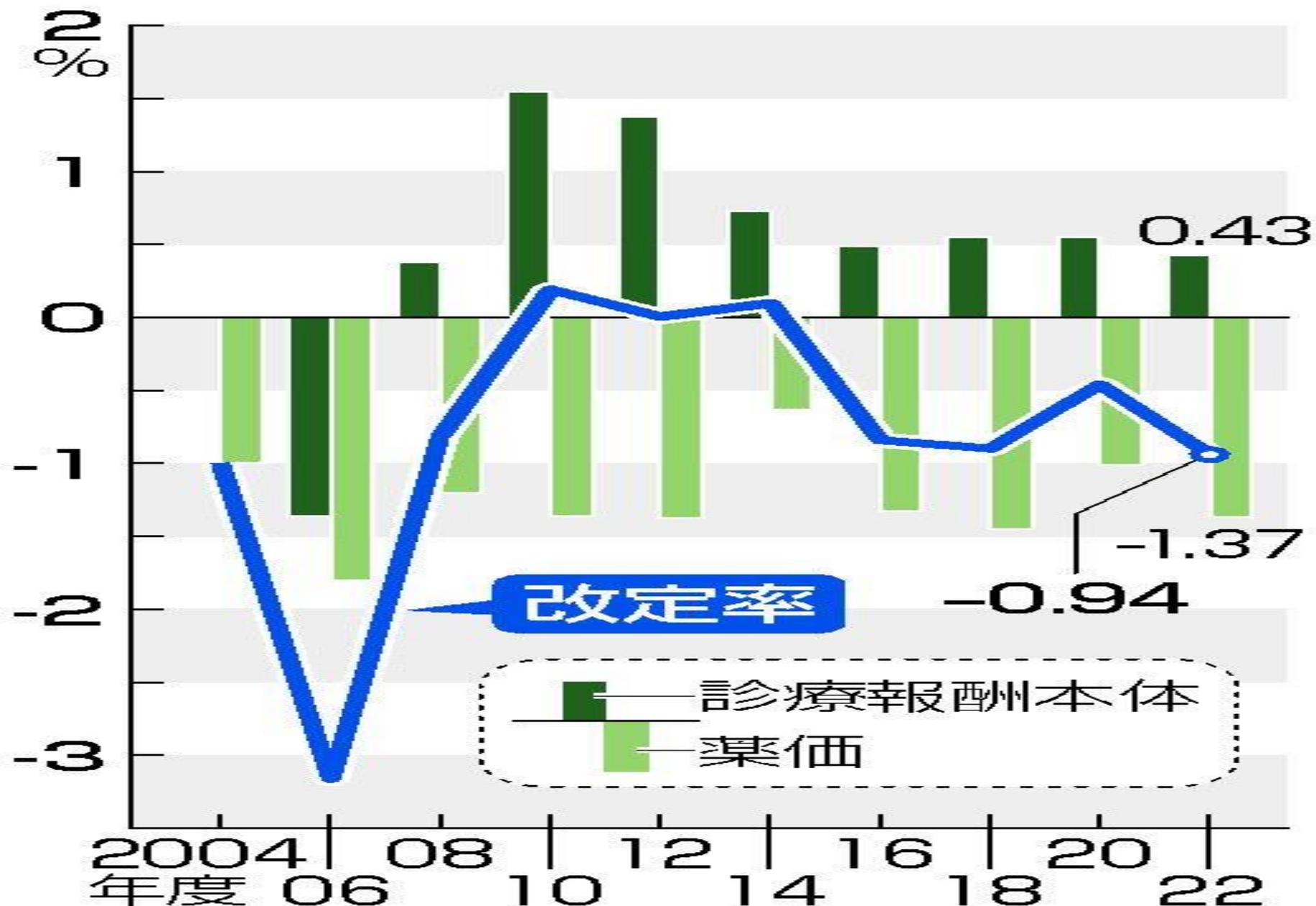
看護処遇改善



- 2022年10月以降の収入を3%程度（月額平均1万2000円相当）引き上げ
- 救急医療管理加算を算定する医療機関が対象
 - 救急搬送件数が年200台以上の医療機関と3次救急を担う医療機関、57万人の看護師分を見込む。
- 看護師以外でも、看護補助者やその他の医療スタッフの処遇改善にもこの収入を充てることを認められている。
- そうした対応を医療機関が取る場合は一人当たりの看護師の収入増加幅は抑えられることになる。



診療報酬改定率の推移



(注) 04年度の診療報酬は「0.0」

中医協答申 2022年2月9日



佐藤英道
厚生労働副大臣

中医協会長
小塩隆士氏

パート 2

入退院支援加算・入院時支援加算の歴史を振り返る

- ①PFM(Patient Flow Management)
- ②クリティカルパスと退院調整

歴史に学ぶ

① PFMとは？

(Patient Flow Management)

- 予定入院患者の情報を入院前に把握し、問題解決に早期に着手すると同時に、病床の管理を合理的に行うことなどを目的とする病院内の組織。入退院センター、患者支援センターとも呼ばれている。
- PFMは日本では1999年、東海大学医学部付属病院から始まった。

東海大学医学部付属病院



病院管理学助教授
田中豊氏（当時）が1999年より
PFMを始めた

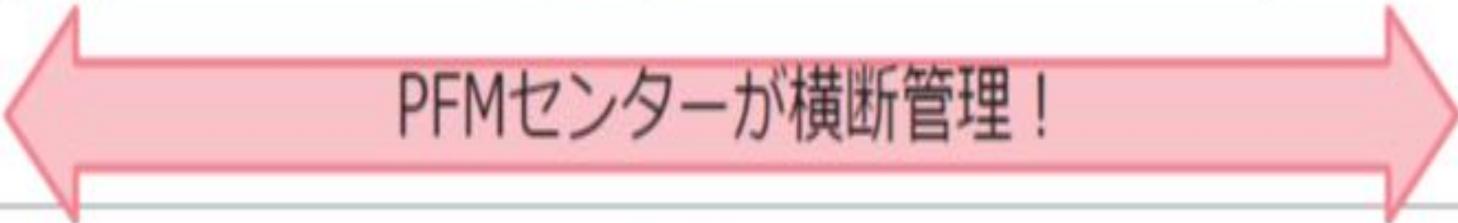


PFMは東海大学病院から始まった

- 1999年に入院未収金および社会的入院患者対策を検討していた、東海大学医学部付属病院の企画部長（当時）の田中豊らが、患者の社会的・身体的・精神的リスクは入院前に把握できることに気いた。
- これらの問題に対して入院前から対策を講じる組織を設ける判断をし、この組織をPFMと名付けた。その後、PFMの運営ノウハウ等を蓄積し、2006年新病院開院を機会に、PFMを全面的に機能させた。
- 2006年に東海大学が設定したPFMの機能
 - ①外来初診患者の受診科振り分け
 - ②PFM看護師のサポートによる医療連携の充実
 - ③予定入院患者入院申込み時のPFM看護師による患者情報収集と各種リスクのアセスメント、必要に応じた医療ソーシャルワーカーなどの介入
 - ④病床管理（ベッドコントロール）
- PFMの成功もあり、新東海大学付属病院の経営は大幅な黒字化を達成した。

PFM (Patient Flow Management) の流れ

	紹介予約	入院前 スクリーニング	病床管理	後方連携
業務	患者受付 科別振分	入院前 患者情報収集	ベッドコントロール	退院調整
部署	地域連携室 (事務)	病棟 (看護師) 地域連携室(MSW)	看護部	患者サポートセンター (看護師・MSW)

**PFMセンターが横断管理！**

PFMを取り入れた3病院



牧野 憲一氏 (旭川赤十字病院院長)
西澤 延宏氏 (佐久総合病院・佐久医療センター副統括院長兼副院長)
鬼塚 伸也氏 (長崎リハビリテーション病院)

3病院のPFMの現状

		佐久医療センター 患者サポートセンター	旭川赤十字病院 入退院支援室	長崎みなとメディカルセ ンター入院支援センター
設立の経緯		2007年に外科の予定手術入院患者対象の術前検査センターを開設。14年の病院分割時に全予定入院患者対象となった。入退院支援室、医事課などを含む。	2013年に入院支援センターを開設。18年4月に退院支援部門と統合した。全予定入院患者と一部の当日入院患者が対象。	2012年に外科を対象に設立。18年4月に医療連携センター（医療連携部門、患者相談部門など）を統合し、患者総合支援センター（みなとさぼーと）に一元化。
2017年のPFM実績		5800人（全入院患者の41.5%）	6673人（全入院患者の51.8%、予定入院患者の99.6%）	5365人（予定入院患者の83.8%）
人員	医師	1人（兼任）	1人（兼任）	1人（兼任）
	看護師	24人（入退院支援19人、退院支援5人）	13人	8人（嘱託職員含む）
	医師事務 作業補助者	5人	0人	4人
	その他	MSW 5人、事務職員等22人、薬剤師1人、管理栄養士1人。歯科医や歯科衛生士と連携。	MSW 8人、事務職員3人の他、薬剤師、管理栄養士が常駐。	薬剤部、栄養係、歯科衛生士と連携体制。患者総合支援センターに看護師4人、MSW 8人、事務職員5人などが在籍。

② クリティカルパスと退院調整

乳房の手術を受けられる方へ(リンパ郭清なし・術後5日目退院) 緑

	入院日・手術前日	手術当日		術後1日目	術後2日目	術後3-4日目	術後5日目(退院日)
検査 知識	<ul style="list-style-type: none"> 手術する側の脇の毛を処理します 手術にマムバンドをつけます 	<ul style="list-style-type: none"> 手術前の準備 <ul style="list-style-type: none"> 手術室まで来て待てるために、お持ち物をお願いします 手術室の清潔な服装は着けてください 3マムバンドを脱ぎ、お風呂を済ませてください 手術当日は、お化粧はしないでください 	<ul style="list-style-type: none"> 胸に麻酔が1本入っています(3日自まで) 傷を保護し(圧迫等で治癒します) 心電図モニターをつけます 鼻から酸素吸入をします ※3時間毎に傷をみます ※尿管が入っています 	<ul style="list-style-type: none"> ※傷をみます 	<ul style="list-style-type: none"> ※圧迫帯を外して、専用下着を使用します 	<ul style="list-style-type: none"> ※3日目に退院します 	<ul style="list-style-type: none"> ※退院する糸を使用していますので、傷の心配はありません
薬 注射	<ul style="list-style-type: none"> 鎮静薬を打っている薬があれば、お知らせください ご希望があれば鎮静薬をお渡します 	<ul style="list-style-type: none"> 手術しない側の腕に、持続点滴を打つきます 手術室に行く直前に、麻酔をかける予定です ※抗生剤の点滴をします 	<ul style="list-style-type: none"> ※抗生剤の点滴があります 	<ul style="list-style-type: none"> ※1本で終了です 			<ul style="list-style-type: none"> ※入院費概算 <ul style="list-style-type: none"> 3割負担 約 20万円 本人保険1割負担 約 5万円 本人保険3割負担 約 8万~10万円 ※費用は患者様によって異なります ※傷の状態は、腫瘍科医の判断されます
安静 リハビリ	<ul style="list-style-type: none"> リハビリテーションのプログラムをお待ちください 		<ul style="list-style-type: none"> ※ベッドの上でなら、自由に動くことができます ※術後は歩行練習が大切です ※年長から理学療法士によるリハビリが、始まります ※歩行練習は、徐々に進めたいです 	<ul style="list-style-type: none"> ※傷を覆った後は歩けます(最初は看護婦が付き添います) ※年長から理学療法士によるリハビリが始まります 			
食事	<ul style="list-style-type: none"> 夕食まで普通食ができます ※お食事は3食を食べてください ※ただし、水、お粥のみ飲めます 	<ul style="list-style-type: none"> ※食事まではできません ※水、お粥のみ ※年長手術の場合は朝6時から、午後手術の場合は朝9時から飲めます 	<ul style="list-style-type: none"> ※術後5日経過後より水分が飲めます 	<ul style="list-style-type: none"> ※朝は流動食 ※昼は半粥 ※夕は全粥 	<ul style="list-style-type: none"> ※普通食です 		
清潔 更衣	<ul style="list-style-type: none"> 脇の処置後、入浴していただきます 			<ul style="list-style-type: none"> ※身体を試みます 			<ul style="list-style-type: none"> ※3日目の看護婦の訪問後シャワーができます
説明	<ul style="list-style-type: none"> ※主治医より手術について説明があります ※手術の同意書をお読みいただき入院について説明があります 	<ul style="list-style-type: none"> ※手術後、主治医より説明があります ※ご家族の方は3輪の車椅子をご用意ください 	<ul style="list-style-type: none"> ※痛み止めを処方しますので、我慢せずにお知らせください 	<ul style="list-style-type: none"> ※術後1日目に「リンパ浮腫について」のパンフレットをお渡しします ※腫瘍科下着についてお知らせいたします ※ご相談ください 	<ul style="list-style-type: none"> ※本院では、乳がんの手術を受けられた方に対する心のケア「ママん友の会」を開催しております ※入会をご希望の方はお申し込みください 		<ul style="list-style-type: none"> ※退院後の生活や治療について説明があります

私とクリティカルパスとの出会い

- 1995年3月
- JCAHOで病院機能評価の10日間研修
- 病院訪問
 - シカゴ郊外のコミュニティホスピタルを訪問
 - クリティカルパスに出会う！！



JCAHO本部



国立医療・病院管理研究所

シカゴの病院で・・・パスに出会う (1995年)

- 研修最終日にシカゴ郊外の病院見学（1995年3月）
 - 整形病棟で、「クリティカルパスを発見！」
 - 最初の印象「へ～、これまで、なんでこんなことに気づかなかったんだらう？」
 - 看護師さんにインタビュー
 - 「年配のアテンディング・ドクターの中には、こんな定型的なプログラムで縛られるのはかなわないという人もいるけど、レジデントには好評ですよ」
 - 「それにアウトカムも明確になっているので、みんなが目標を共有できる。それで看護師はみんな熱心にとりくんでいるのよ」
 - 退院計画は入院第1日目から作成！
 - 業務改善委員会（P I委員会）で作成していた

問題/ニード	手術日	術後第1日	術後第2日	アウトカム
疼痛	4時間ごとに疼痛評価 鎮痛剤投与 弛緩薬投与			疼痛緩和 不眠解消
運動	2~3時間ごとに体位交換 移動介助	自力による体位交換		自立歩行
内服薬に関する知識 創傷処置 行動制限 ソフト頸椎カラー	患者教育 1体位交換 2後屈 3鎮痛剤 4食事 5身体状況 6ソフト頸椎カラー	補強 補強 補強 補強 補強 創傷処置		患者、家族が手術の処置、薬剤、身体状況、行動制限についての理解
輸液	末梢静脈輸液 8時間ごとの水分出納チェック 4時間ごとのバイタルチェック	生食ロック 包帯交換 バイタルチェック		バイタルサインが正常範囲
退院計画		家庭環境評価 退院支援評価 退院指示計画作成	退院指示書作成 退院準備	自宅への退院

セントラル・デュページ病院(米国イリノイ州)の頸椎手術クリティカルパス(1995年)

医療におけるクリティカルパスとは？

- クリティカルパスはプロジェクト・マネジメントの技法のひとつ
- 1986年、看護師カレン・ザンダー氏によって臨床に導入
- 疾患別・処置別に、ケアに係る医療チーム全員で作成する診療計画表（ケアマップ）
- アウトカム（達成目標）に向かってできる限り無駄を削減して在院日数を短縮した診療計画によってケアをおこなう



ニューイングランド・メデイカルセンター（ボストン）
カレン・ザンダーさん

東京済生会中央病院 (脳梗塞のパス) 1996年

東京都済生会中央病院 平成8年11月11日
脳梗塞クリティカル・パス：入院から確定診断まで

◆患者 _____ 歳
 ◆医師 _____
 ◆入院日：平成____年____月____日
 ◆既往歴： _____

確定診断名
 ① アテローム血栓性
 ② 心源性脳梗塞
 ③ ラクナ梗塞
 ④ その他

バス

 へ移行

主治医 _____

◆注意：バスは、ガイドラインです。患者には個人差があり、治療・回復にも影響します。

	入院前 生活アセスメント	入院当日		
		2日目	3日目	4日目
活動	ADLレベル 睡眠	ベッド上安静	ベッド上安静	ベッド上安静
食事	内容・摂食行動・入歯	NPO	NPO	NPO
コンサルテーション	キー・パーソン	PT ST MSW		
検査		MR依頼 HCT CXR EKG 血液(一般、血型、生化学、 凝固系、感染症) 尿一般 ← ヘパリン使用時 APTT	頸部エコー (B)ホルター心電図 (B)心エコー → ヘパリン使用時 APTT	MR ヘパリン使用時 APTT
ナーシング		バイタルサイン 神経学的観察 尿量チェック 体位変換 呼吸管理 清潔 感染予防(肺・尿路)	V Sチェック 神経学的観察 尿量チェック 体位変換 呼吸管理 清潔 感染予防(肺・尿路)	V Sチェック 神経学的観察 尿量チェック 体位変換 呼吸管理 清潔 感染予防(肺・尿路)
薬物療法	常用薬	高浸透性利尿剤(クリセオール) DIV 抗凝固剤(ガスター) IV 補液 DIV 抗血栓薬(スロノンin・キサン ボン・ヘパリン) DIV	高浸透性利尿剤 DIV 抗凝固剤 IV 補液 DIV 抗血栓薬 DIV	高浸透性利尿剤 DIV 抗凝固剤 IV 補液 DIV 抗血栓薬 DIV
おもな 患者アウトカム	①ADLレベルの明確化 ②健康レベルの明確化 ③キー・パーソンの明確化	①ベッド上安静 ②ストレス・フリー ③頭蓋圧亢進症状が無い ④併存症マネジメント良好	①同様 ②同様 ③同様 ④同様 ⑤合併症が無い	①同様 ②同様 ③同様 ④同様 ⑤合併症が無い
特記事項		無 有 ① ②	無 有 ① ②	無 有 ① ②
サイン	医師			
	看護師			
	PT			
	ST			
	MSW			

(注) 表中(B)は、EMBOLISM(脳塞性)の治療を指す。

済生会中央病院の脳梗塞クリティカルパス：脳梗塞の治療は、病型によって様々であるが、病型診断まではどれも大
 体一定している。このパスは、脳梗塞で入院した患者に対して一律に用いるものであり(パスの適用についての判断
 は医師が下す)、病型が確定した後は、各病型ごとのパスに移行する。入院当日にPT、OT、MSWへ連絡され、それ
 らの職能を含めた早期チームアプローチが行なわれる。

日本で最初の
クリティカルパス



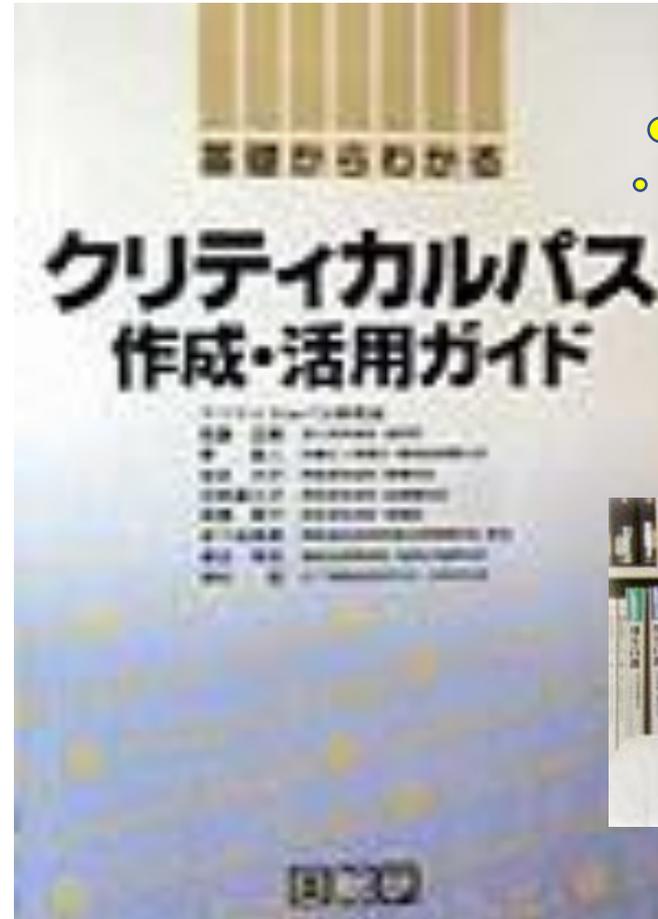
山崎 絳氏

「基礎からわかるクリティカルパス 作成・活用ガイド」 (1997年)

1万部の大
ヒット

目次

- 第1章 クリティカルパスの基本的知識の理解
- 第2章 クリティカルパスを活用して、病院の経営管理はどのように行う
- 第3章 臨床でのクリティカルパス導入と活用の実際
- 第4章 バリエーションとクリティカルパスの評価
- 第5章 クリティカルパスと看護記録・電子化
- 第6章 クリティカルパスの現在、そして未来
- 第7章 資料集 10のクリティカルパス
- 第8章 本書を理解するための用語集



坂本すかがさん

1997年日総研出版

地域連携パスと 退院調整



大腿骨頸部骨折

シームレスケア研究会（2003年熊本）

- 研究会参加施設
 - K病院（急性期特定病院）、S病院（急性期特定病院）、C病院（急性期特定病院）
 - N病院（回復期リハ）、S病院（回復期リハ）、K病院（回復期リハ）、T医院（有床診療所）、K医院（無床診療所）
- 月1回会合（医師、看護師、理学療法士他）
 - 会場：持ち回り
- ネットワーク診療ガイドライン作成
- データベース作成
- 連携パスの作成・改訂



国立熊本医療センター整形
野村一俊先生

国立病院機構熊本医療センター連携パス

〇〇〇〇病院→〇〇〇〇病院 〇〇〇〇様 〇歳 【大腿骨頸部内側骨折用連携パス】案 医療者用
 診断名:(右・左)大腿骨頸部骨折 手術:平成〇年〇月〇日 人工骨頭置換術施行 退院後:自宅・施設()

受傷前歩行能力:車椅子・伝い歩行・歩行器・シルバーカー・松葉杖・杖(全介助・一部介助・監視・自立)

達成目標:移動能力	車椅子坐位	平行棒内歩行	歩行器歩行	杖歩行	階段昇降	屋外歩行	()
訓練開始日	〇/〇	〇/〇	〇/〇	〇/〇	〇/〇	〇/〇	自・監・介

経過	入院日	手術日	術後1日	術後2日	術後3日~6日	術後7日	術後2週	術後3週	術後4週	術後5週	術後6週	術後7週	退院後 1週以内
排泄	尿道カテーテル留置		尿道カテーテル抜去		病棟内トイレ	病棟内トイレ	病棟内トイレ	病棟内トイレ	入浴				自・監・介
清潔	清拭		清拭		創チエツ	創チエツ	創チエツ	創チエツ	入浴				自・監・介
セルフ	【荷重制限】有・無		禁忌肢位・関節屈伸・内転・内旋		他禁忌事項	他禁忌事項	他禁忌事項	他禁忌事項	床からの起立				自・監・介
薬剤	持参薬確認	術後1~2日まで 抗生剤点滴		疼痛時:坐薬・飲薬 (朝・訓練前・昼・夜 常時・時々)		疼痛時:坐薬・飲薬 (朝・訓練前・昼・夜 常時・時々)		疼痛時:坐薬・飲薬 (朝・訓練前・昼・夜 常時・時々)		疼痛時:坐薬・飲薬 (朝・訓練前・昼・夜 常時・時々)		疼痛 有・無	
検査	X線(2R) 採血	X線(2R) 採血			X線(2R) 採血		X線(2R) 採血					X線(2R) 採血	有・無
処置	鋼線牽引 有・無		ドレーン抜去 創処置		創処置(1回/2日)	創処置 抜糸		設置なし					有・無
食事	常食 特食()	腹鳴音確認後 常食 特食()	確認後飲水可										有・無
教育	入院時OR NsOR		床上動作の指導		家屋調査説明有 介護保険説明有	家屋調査説明有 介護保険説明有	入院時OR 介護保険申請〇/〇	家屋訪問調査〇/〇	家屋改修指導〇/〇			試験外泊 退院時訪問〇/〇	
退院時 情報	問題行動:有・無		可動域: 股関節屈曲〇度、外転〇度		可動域: 股関節屈曲〇度、外転〇度		問題行動:有・無		可動域: 股関節屈曲〇度、外転〇度		可動域: 股関節屈曲〇度、外転〇度		
	痴呆:有・無・疑い		筋力: 中殿筋〇、大腿四頭筋〇		筋力: 中殿筋〇、大腿四頭筋〇		痴呆:有・無・疑い		筋力: 中殿筋〇、大腿四頭筋〇		筋力: 中殿筋〇、大腿四頭筋〇		
	痛み:有・無(部位:)		筋力: 中殿筋〇、大腿四頭筋〇		筋力: 中殿筋〇、大腿四頭筋〇		痛み:有・無(部位:)		筋力: 中殿筋〇、大腿四頭筋〇		筋力: 中殿筋〇、大腿四頭筋〇		
	意欲:有・無・どちらとも言えない		中殿筋〇、大腿四頭筋〇		中殿筋〇、大腿四頭筋〇		薬:飲薬(回/日)		薬:飲薬(回/日)		薬:飲薬(回/日)		

転院基準(術後合併症なし)

退院基準(受傷前歩行能力獲得)

リハビリ病院

急性期病院

【コメント】 平成 年 月 日 〇〇病院 リハビリテーション科 術後1~2週間 平成 年 月 日 〇〇病院 人工骨頭 術後8週間 骨接合 術後10週間
 * 貴院を転院・退院された時は、お手数ですが当院へ情報提供をお願いいたします。

地域連携クリティカルパスの効果

- 患者家族の転院不安の解消
 - 急性期病院から回復期リハビリテーション施設への転院に対する患者・家族の不安・不満の解消が図られた
- 診療内容に関する病院間の説明の不一致の解消
 - 診療内容に関する医療機関間での説明の不一致の解消が図られた
- 診療目標やプロセスの共有化
 - 診療の目標やプロセスを医療機関間で共有することにより、より効果的で効率的な医療サービスの提供が行われた
- 平均在院日数の短縮化
 - 急性期・回復期を通じての平均在院日数の短縮が図られた
- 電子化により情報共有とパス見直しの促進
 - 電子化されたデータベースを作成したことにより、容易に目標達成状況等の分析を行うことが可能となり、連携パスの見直しを通じて、連携医療の質と効率の向上につなげていくことができるようになった。

宇都宮宏子氏と退院調整

- 2002年ごろからの京都大学附属病院地域ネットワーク医療部での看護師の宇都宮宏子氏が退院調整のステップを整理
- 退院調整の3ステップ
- ステップ1
 - 外来の時点から入院後3日以内に退院支援が必要になる患者の把握
- ステップ2
 - 入院3日目から退院までに受容支援・地域支援と暮らしの場に戻るためのチームアプローチ
- ステップ3
 - 在宅支援チームとの共同によるサービス調整であるという



宇都宮宏子氏

退院支援・退院調整の3段階プロセス



STEP1 第1段階 外来(入院決定)～入院後3日以内

退院支援が必要になる患者の把握 病気の理解・受けとめ、どうありたい？

- 入院(発症)前の生活状況を把握 **すでに在宅支援チームがいれば連携**
- 入院理由・目的・治療計画などから退院時の状態像を予測 暮らしが変わる？
- 退院支援の必要性を医療者間・患者・家族と共有

STEP2 第2段階 入院3日目～退院まで **第2・3段階は重なる時期もある**

受容支援・自立支援 暮らしの場に帰るためのチームアプローチ

- 継続的にアセスメントし、チーム(在宅&病院)で支援
- 患者・家族の疾患理解・受容への支援 **医療選択の場面**
- 「退院後の生活のイメージ」を患者・家族とともに相談・構築 **未来の姿**
 - ①病状・病態から考える医療・看護上の視点
 - ②ADL・IADLから考える生活・ケア上の視点
- 経済的・社会的な課題がある場合、MSW・行政などによる支援を検討・実施
在宅支援チームとの相談・協働

STEP3 第3段階 必要になった時点～退院まで

サービス調整(退院調整) **在宅支援チームとの協働!**

- 退院を可能にする制度・社会資源との連携調整 **インフォーマルな繋がりも大事に**
- 必要時、「退院前カンファレンス」「退院前自宅訪問」を実施
- 看護の継続が必要⇒訪問看護導入or自院から訪問 **安定在宅着地!**



退院支援に係る診療報酬の変遷

2000年

【入院治療計画の策定】

平成8年:入院治療計画加算(入院時医学管理料)

- ・総合的な入院治療計画の策定に対する評価(現在、入院基本料の算定要件)

平成12年:急性期病院加算、急性期特定病院加算として「詳細な入院診療計画」を評価

平成14年:急性期入院加算、急性期特定入院加算(改)

- ・詳細な入院診療計画に加え、退院指導計画を作成し、退院後の療養上の留意点に関する説明や指導を実施

クリティカルパス

2006年

【医療機関の連携の推進】

平成18年:地域連携診療計画管理料、地域連携診療計画管理料退院指導料

- ・対象疾患:大腿骨頸部骨折

平成20年:地域連携診療計画管理料等の対象疾患に脳卒中が追加

地域連携

クリティカルパス

2008年

【退院支援計画の策定と退院時の情報共有の推進】

平成20年:退院調整加算、総合評価加算

平成22年:介護支援連携指導料、急性期病棟等退院調整加算、慢性期病棟等退院調整加算、
新生児退院調整加算

平成24年:退院調整加算1・2、新生児退院調整加算1・2、地域連携計画加算

退院支援

パート3

入退院支援加算・ 入院時支援加算

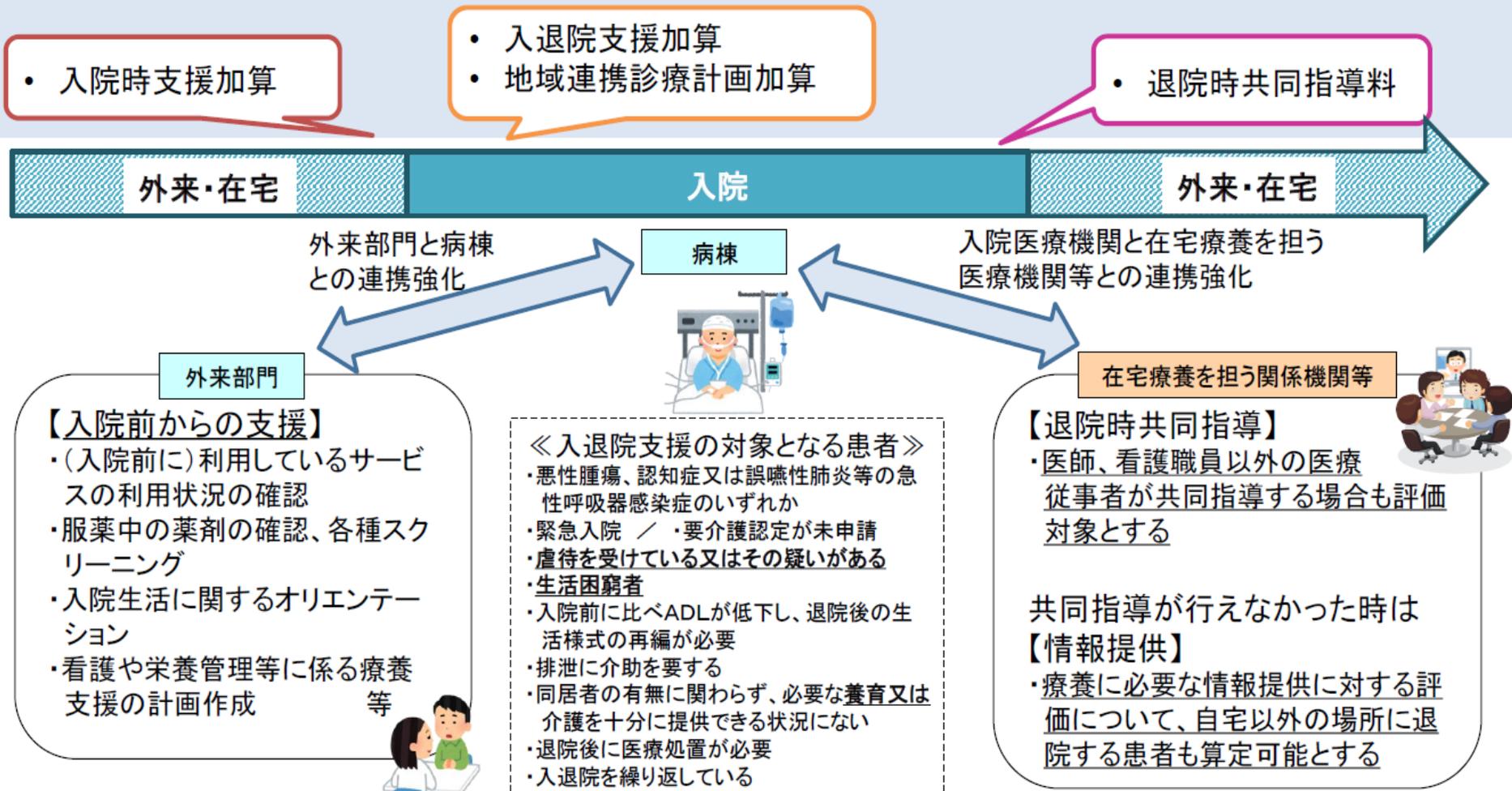
PFM、パス、退院調整の考え方がもとになっている

①入退院支援加算

2018年診療報酬改定で
入退院支援加算が導入

入退院支援の評価（イメージ）

- 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入院前や入院早期からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を評価。



入退院支援加算の要件

	入退院支援加算 1	入退院支援加算 2
点数	一般病棟：600点 療養病棟：1200点	一般病棟：190点 療養病棟：635点
退院困難な患者の早期抽出	3日以内に抽出	7日以内に抽出
入院早期の患者・家族との面談	一般病棟： 7日以内に面談 療養病棟： 14日以内に面談	出来るだけ早期に面談
退院支援計画作成着手	7日以内	7日以内
多職種によるカンファレンスの実施	7日以内にカンファレンスを実施	出来るだけ早期にカンファレンスを実施
情報の共有	退院支援職員が、他の保険医療機関や介護サービス事業所等の職員と面会し、退院体制の情報共有等を行う	
退院調整部門の設置	専従1名（看護師又は社会福祉士）	専従1名（看護師又は社会福祉士）
病棟への退院支援職員の配置	退院支援業務等に専従する職員を病棟に配置（2病棟に1名以上）	—
医療機関間の顔の見える連携の構築	連携する医療機関等（20箇所以上）の職員と定期的な面会を実施（3回/年以上）	—
介護保険サービスとの連携	介護支援専門員との連携実績（介護支援等連携指導料の算定回数）	—

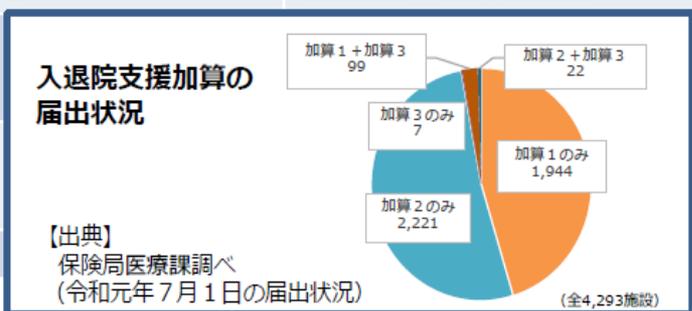
入退院支援加算の概要①

A 2 4 6 入退院支援加算（退院時 1 回）

- 施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施することを評価。
- **入退院支援加算 1**
 - イ 一般病棟入院基本料等の場合 600点
 - ク 療養病棟入院基本料等の場合 1,200点
- **入退院支援加算 2**
 - イ 一般病棟入院基本料等の場合 190点
 - ク 療養病棟入院基本料等の場合 635点
- **入退院支援加算 3** 1,200点
- **入退院支援加算 1 又は 2 を算定する患者が15歳未満である場合、所定点数に次の点数を加算する。**
 - 小児加算 200点

[主な算定要件・施設基準]

	入退院支援加算 1	入退院支援加算 2	入退院支援加算 3
退院困難な要因	ア. 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症 イ. 緊急入院 ウ. 要介護状態の疑いがあるが要介護認定が未申請であること エ. 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある オ. 生活困窮者 カ. 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要 キ. 排泄に介助を要する ク. 同居の有無に関わらず、必要な養育又は介を十分に提供できる状況にない ケ. 退院後に医療処置が必要 コ. 入退院を繰り返していること サ. その他患者の状況から判断して上記要因に準ずると認められるもの	ア. 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症 イ. 緊急入院 ウ. 要介護状態の疑いがあるが要介護認定が未申請であること エ. 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある オ. 生活困窮者 カ. 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要 キ. 排泄に介助を要する ク. 同居の有無に関わらず、必要な養育又は介を十分に提供できる状況にない ケ. 退院後に医療処置が必要 コ. 入退院を繰り返していること サ. その他患者の状況から判断して上記要因に準ずると認められるもの	ア. 天奇形 イ. 染色体異常 ウ. 出生体重1,500g未満 エ. 新生児仮死（Ⅱ度以上のものに限る） オ. その他、生命に関わる重篤な状態
①退院困難な患者の抽出 ②・患者・家族との面談 ・退院支援計画の着手 ③多職種によるカンファレンスの実施	①原則入院後 3 日以内に退院困難な患者を抽出 ②・原則として、患者・家族との面談は 一般病棟入院基本料等は 7 日以内 療養病棟入院基本料等は 1 4 日以内 に実施 ・入院後 7 日以内に退院支援計画作成に着手 ③入院後 7 日以内にカンファレンスを実施	①原則入院後 7 日以内に退院困難な患者を抽出 ②・できるだけ早期に患者・家族と面談 ・入院後 7 日以内に退院支援計画作成に着手 ③できるだけ早期にカンファレンスを実施	①入院後 7 日以内に退院困難な患者を抽出 ②③ ・ 7 日以内に家族等と面談 ・カンファレンスを行った上で、入院後 1 か月以内に退院支援計画作成に着手
入退院支援部門の設置	入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置		
入退院支援部門の人員配置	入退院支援及び地域連携業務の十分な経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が 1 名以上かつ、①もしくは②（※） ①専従の看護師が配置されている場合は、専任の社会福祉士を配置 ②専従の社会福祉士が配置されている場合は、専任の看護師を配置		5 年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師又は専任の看護師並びに専従の社会福祉士
病棟への入退院支援職員の配置	各病棟に入退院支援等の業務に専従として従事する専任の看護師又は社会福祉士を配置（2 病棟に 1 名以上）		
連携機関との面会	連携機関（保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス業者等）の数が 20 以上かつ、連携機関の職員と面会を年 3 回以上実施		
介護保険サービスとの連携	相談支援専門員との連携等の実績		

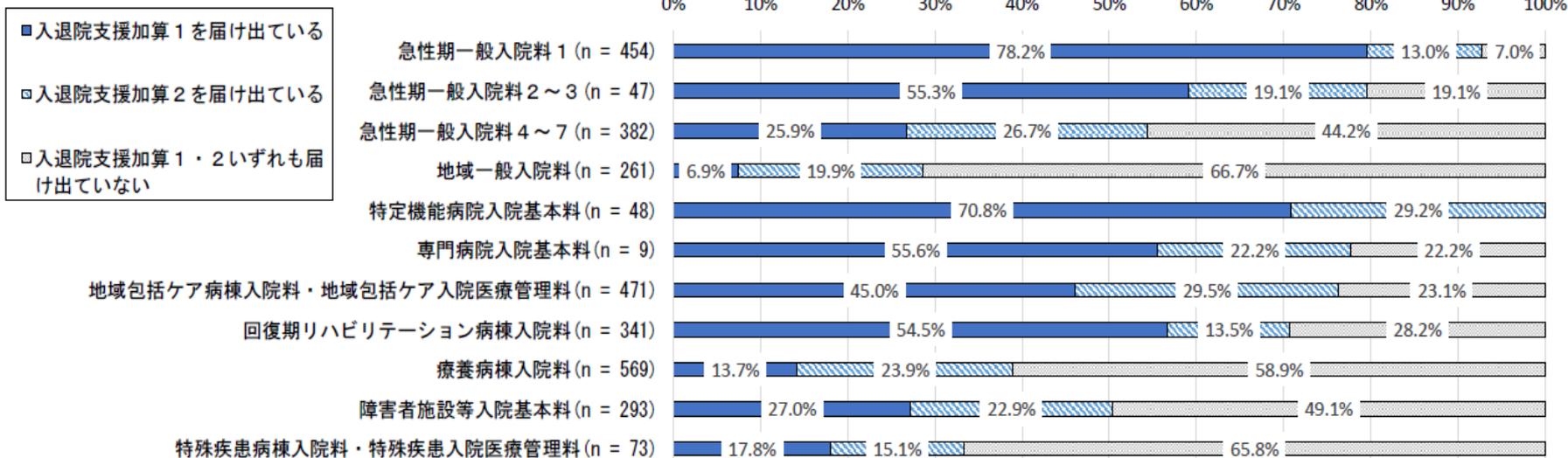


※週 3 日以上常態として勤務しており、所定労働時間が 22 時間以上の非常勤 2 名以上の組み合わせも可。

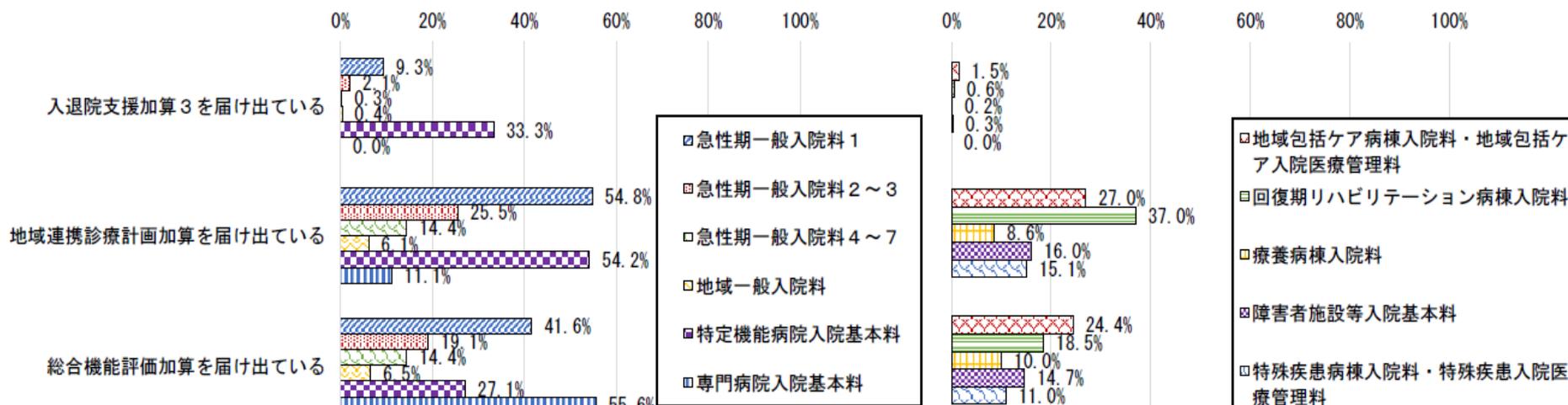
入退院支援加算の届出状況

○ 入退院支援加算は、急性期一般入院料 1 や特定機能病院入院基本料での届出が多かった。

入退院支援加算 1 又は 2 の届出状況



入退院支援加算等の届出状況 (複数回答)



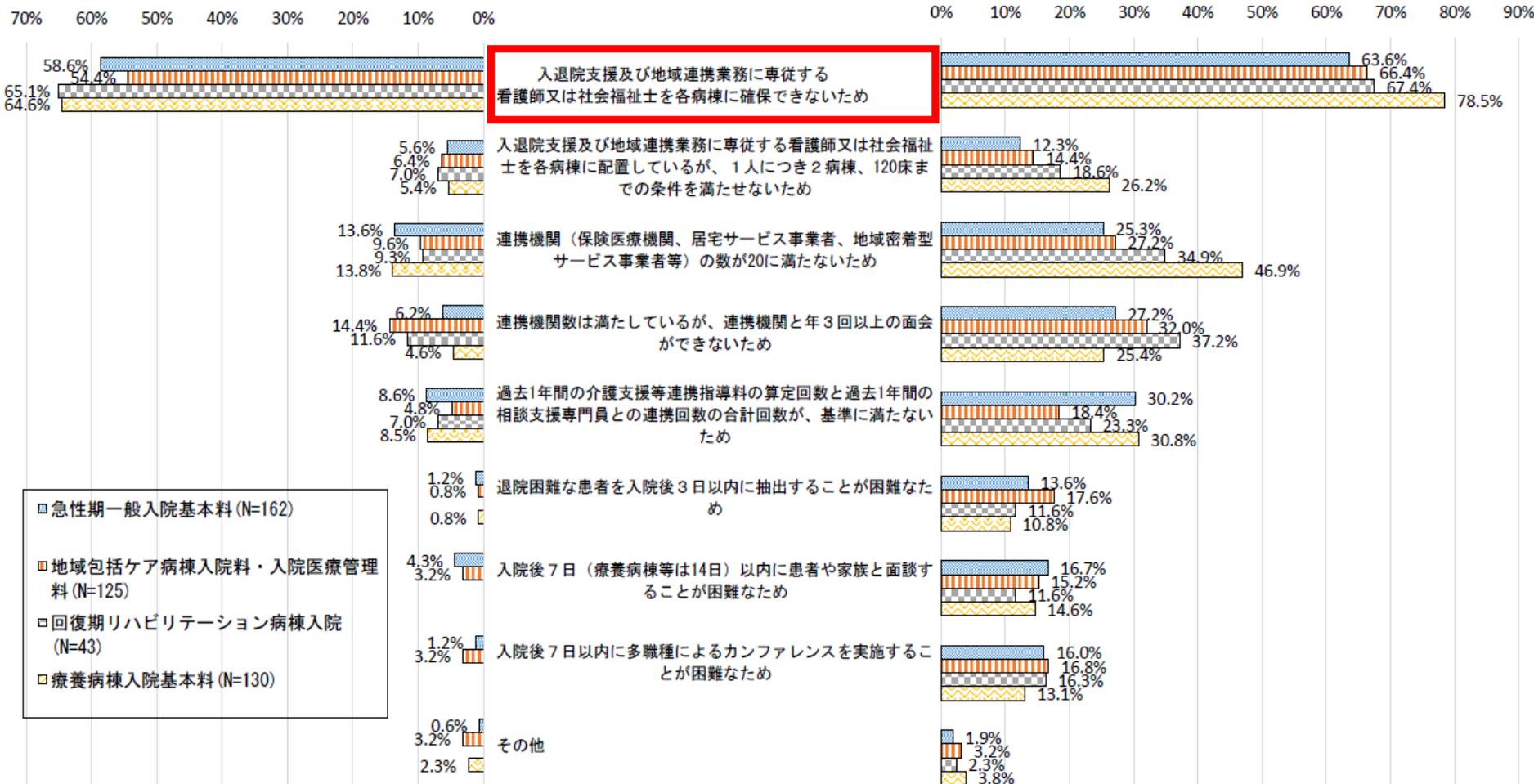
入退院支援加算 1 を届け出ることが困難な理由

○ 入退院支援加算 1 を届け出ることが困難な理由として、いずれの入院料においても、各病棟への専従の看護師又は社会福祉士を確保することが困難、が最も多く、急性期一般入院料では、次いで過去1年間の介護支援等連携指導料の算定回数と過去1年間の相談支援専門員との連携回数の合計、が多かった。

入退院支援加算 2 を届け出ている施設において、
入退院支援加算 1 を届け出ることが困難な理由

該当する項目全て（複数回答）

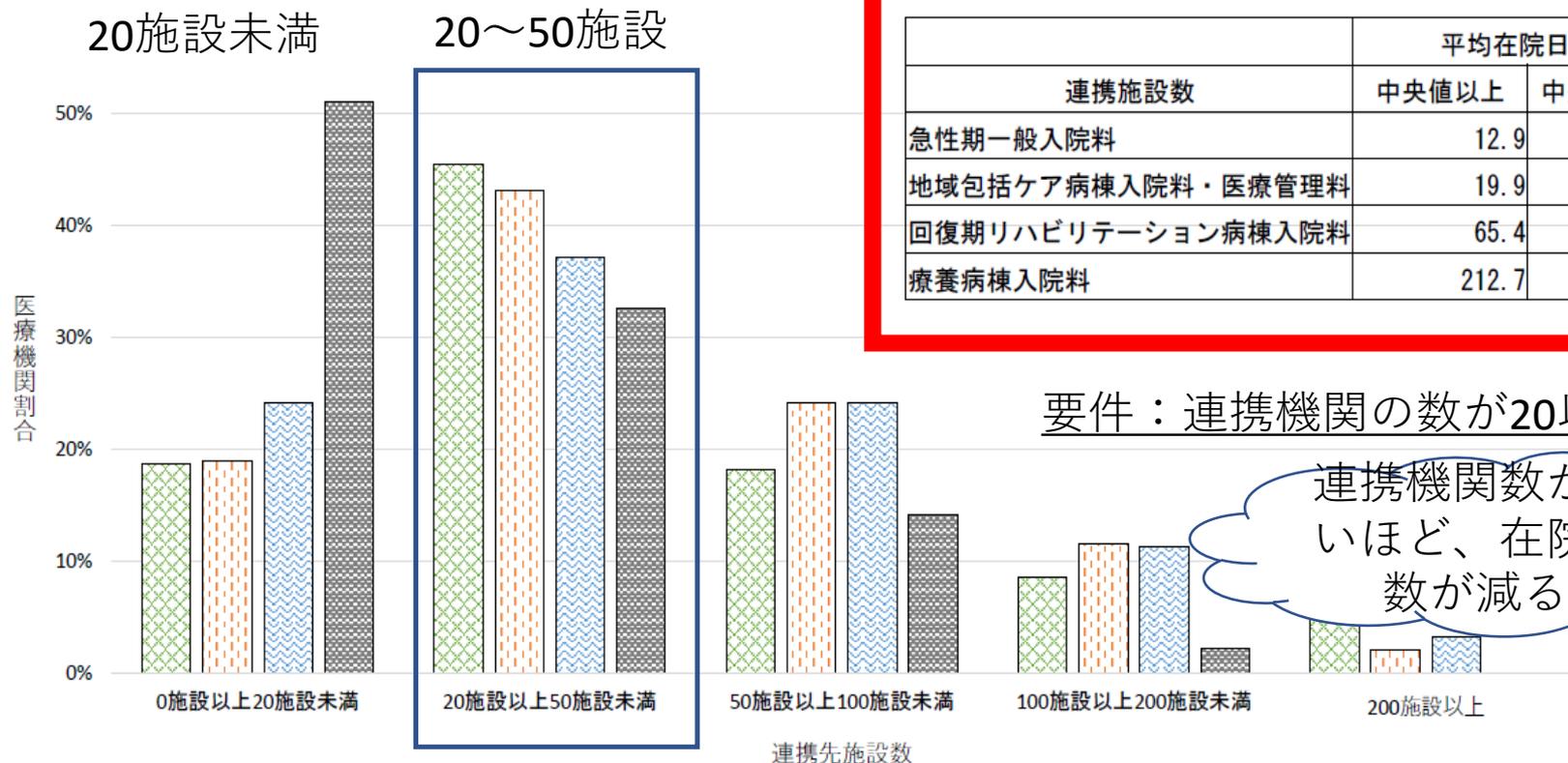
最も該当



退院支援に向けた施設間の連携状況

- 急性期一般入院基本料、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では、20施設以上50施設未満が最も多かった。
- 連携施設数が中央値以上の医療機関の方が、平均在院日数が短い傾向にあった。

入院料別・連携施設数の状況



連携施設数が中央値以上・未満別 平均在院日数

連携施設数	平均在院日数	
	中央値以上	中央値未満
急性期一般入院料	12.9	12.9
地域包括ケア病棟入院料・医療管理料	19.9	27.1
回復期リハビリテーション病棟入院料	65.4	68.0
療養病棟入院料	212.7	279.2

要件：連携機関の数が20以上

連携機関数が多いほど、在院日数が減る

■ 急性期一般入院料(n=385)

■ 地域包括ケア病棟入院料・医療管理料(n=95)

■ 回復期リハビリテーション病棟入院料(n=62)

■ 療養病棟入院料(n=92)

2. 入退院支援加算1の施設基準において、転院又は退院体制等に係る連携機関の数を20以上から25以上に変更するとともに、評価を見直し、当該連携機関の職員との面会について、ICTを活用した対面によらない方法により実施することを認める。

25施設

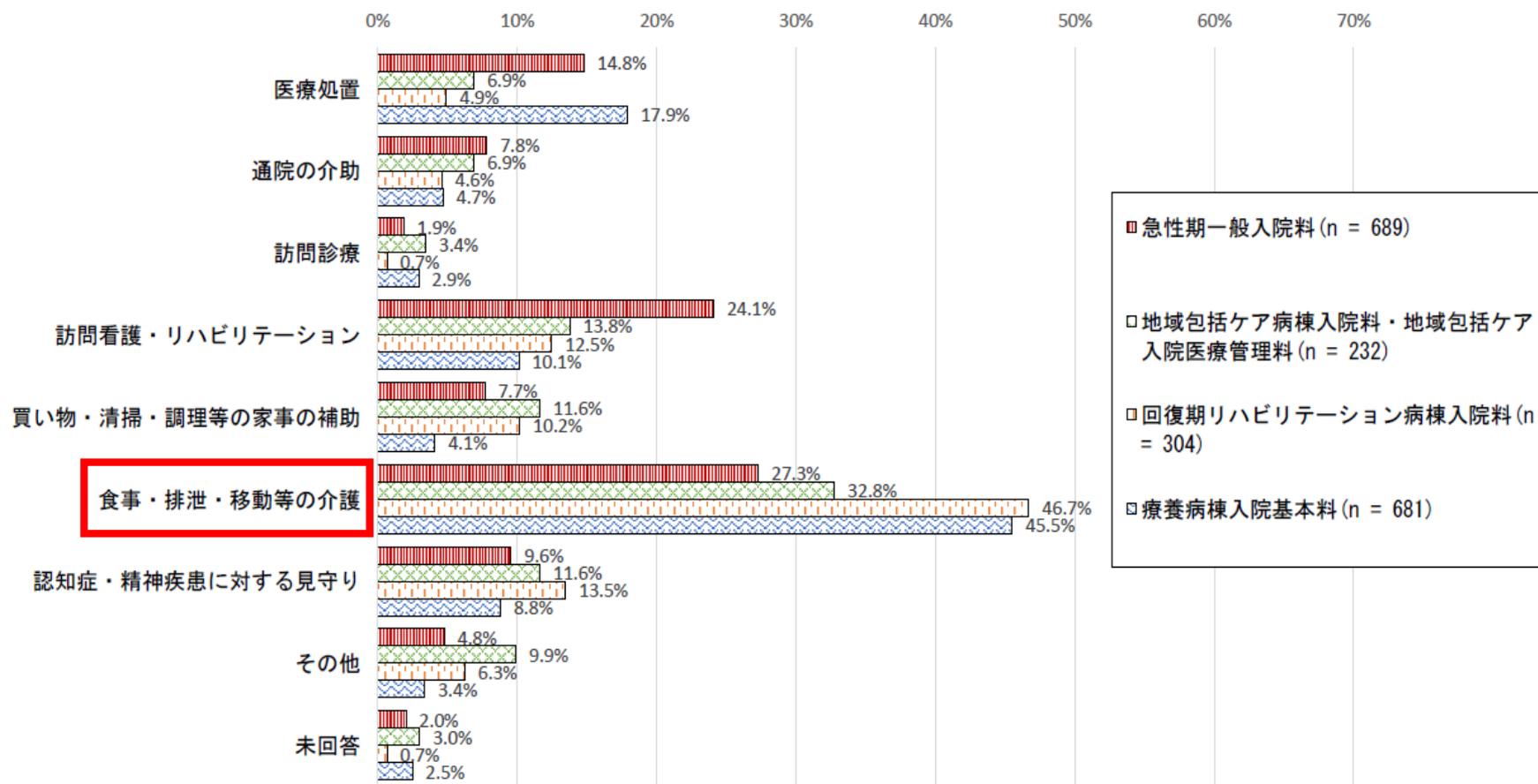
100点
アップ

改 定 案	現 行
<p>【入退院支援加算1】 [算定要件]</p> <p>イ 一般病棟入院基本料等の場合 700点</p> <p>ロ 療養病棟入院基本料等の場合 1,300点</p>	<p>【入退院支援加算1】 [算定要件]</p> <p>イ 一般病棟入院基本料等の場合 600点</p> <p>ロ 療養病棟入院基本料等の場合 1,200点</p>
<p>【入退院支援加算1】 [施設基準]</p> <p>(4) 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく</p>	<p>【入退院支援加算1】 [施設基準]</p> <p>(4) 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく</p>

退院後に必要な支援

○ 「医学的には外来・在宅でもよいが、他の要因のために退院予定がない」と回答した患者における退院後に必要な支援としては、全体的に、「食事・排泄・移動等の介護」の割合が多かった。

入院継続の理由として「医学的には外来・在宅でもよいが、他の要因のために退院予定がない」と回答した患者について
退院後に必要な支援(最も該当するもの)



■急性期一般入院料 (n = 689)
□地域包括ケア病棟入院料・地域包括ケア入院医療管理料 (n = 232)
□回復期リハビリテーション病棟入院料 (n = 304)
□療養病棟入院基本料 (n = 681)

居宅 サービス



訪問介護
(地域支援事業へ)

通所介護
(地域支援事業へ)

訪問リハ

通所リハ

訪問看護

訪問入浴

居宅療養
管理指導

特定施設

短期入所
生活介護

短期入所
療養介護

福祉用具
貸与

特定福祉
用具販売

地域密着型 サービス



定期巡回
随時対応

夜間対応
訪問介護

小多機

看多機

認知症
通所介護

認知症
共同生活

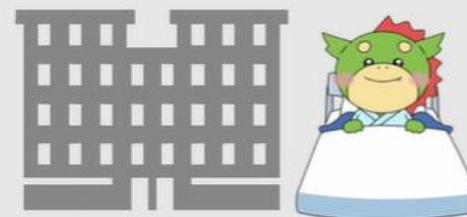
地密型
通所介護

療養
通所介護

地密型
特養

地密型
特定施設

施設型 サービス



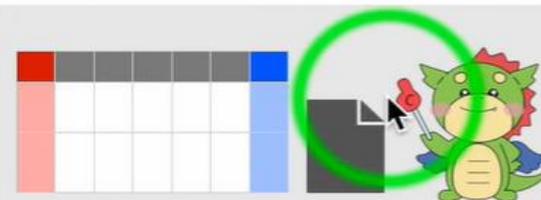
特養

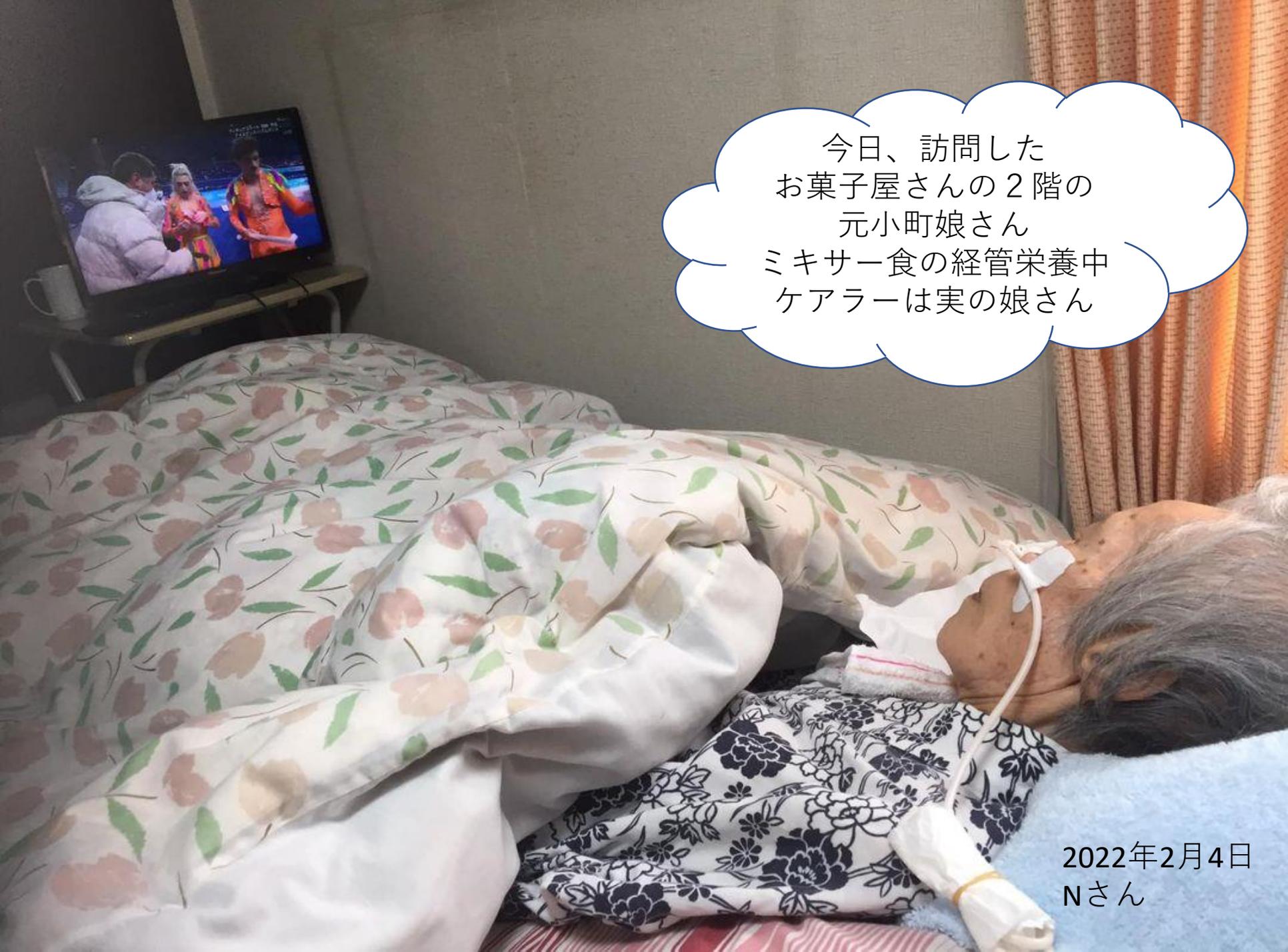
介護療養型
医療施設

老健

介護医療院

居宅介護支援





今日、訪問した
お菓子屋さんの2階の
元小町娘さん
ミキサー食の経管栄養中
ケアラーは実の娘さん

2022年2月4日
Nさん

【Ⅲ－１ 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安定供給の確保等－①】

① 入退院支援の推進

第1 基本的な考え方

質の高い入退院支援を推進する観点から、入退院支援加算の要件を見直すとともに、ヤングケアラーの実態を踏まえ、入退院支援加算の対象患者を見直す。

第2 具体的な内容

1. 入退院支援加算1及び2について、算定対象である「退院困難な要因を有する患者」として、ヤングケアラー及びその家族を追加する。

改定案	現行
【入退院支援加算1及び2】 [算定要件] (2) 入退院支援加算1にあつては、入退院支援及び地域連携業務に専従する職員（以下「入退院支援職員」という。）を各病棟に専任で配置し、原則として入院後3日以内に患者	【入退院支援加算1及び2】 [算定要件] (2) 入退院支援加算1にあつては、入退院支援及び地域連携業務に専従する職員（以下「入退院支援職員」という。）を各病棟に専任で配置し、原則として入院後3日以内に患者

ヤングケアラーとは

一般に、本来大人が担うと想定されている家事や家族の世話などを日常的に行っている子どもをいう。

(ヤングケアラーのイメージ (例))



障がいや病気のある家族に代わり、買い物・料理・掃除・洗濯などの家事をしている



家族に代わり、幼いきょうだいの世話をしている



障がいや病気のあるきょうだいの世話や見守りをしている



目を離せない家族の見守りや声かけなどの気づかいをしている



日本語が第一言語でない家族や障がいのある家族のために通訳をしている



家計を支えるために労働をして、障がいや病気のある家族を助けている



アルコール・薬物・ギャンブル問題を抱える家族に対応している



がん・難病・精神疾患など慢性的な病気の家族の看病をしている



障がいや病気のある家族の身の回りの世話をしている



障がいや病気のある家族の入浴やトイレの介助をしている

②入院時支援加算

入退院支援加算の概要②

入院前からの支援を行った場合の評価

➤ 入院時支援加算 1 230点

[算定対象]

- ① 自宅等（他の保険医療機関から転院する患者以外）から入院する予定入院患者であること。
- ② 入退院支援加算を算定する患者であること。

[施設基準]

- ① 入退院支援加算 1、2 又は 3 の施設基準で求める人員に加え、十分な経験を有する
「許可病床数200床以上」
 - ・ 専従の看護師が 1 名以上 又は
 - ・ 専任の看護師及び専任の社会福祉士が 1 名以上「許可病床数200床未満」
 - ・ 専任の看護師が 1 名以上が配置されていること。
- ② 地域連携を行うにつき十分な体制が整備されていること。

入院時支援加算 2 200点（退院時 1 回）

[算定要件]

入院の予定が決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、①入院前に以下の 1) から 8) を行い、②入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、③患者及び入院予定先の病棟職員と共有すること。

入院前にア) からク) まで全て実施した場合は、入院時支援加算 1 を、患者の病態等によりア)、イ) 及びク) を含む一部項目を実施した場合は加算 2 を算定する。

- ア) 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握
 - イ) 入院前に利用していた介護サービス・福祉サービスの把握 (※)
 - ウ) 褥瘡に関する危険因子の評価 / 工) 栄養状態の評価
 - オ) 服薬中の薬剤の確認 / 力) 退院困難な要因の有無の評価
 - キ) 入院中に行われる治療・検査の説明 / ク) 入院生活の説明
- (※) 要介護・要支援状態の場合のみ実施

医療機関間の連携に関する評価

➤ 地域連携診療計画加算 300点（退院時 1 回）

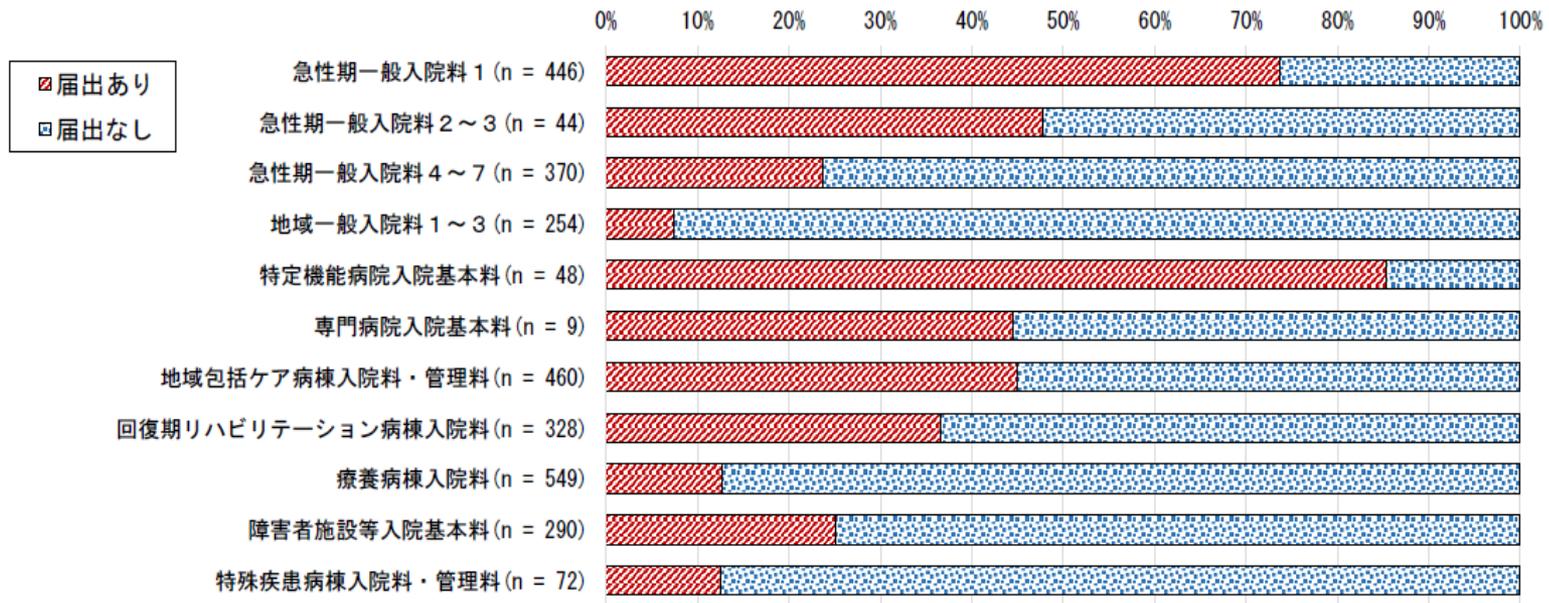
[算定要件]

- ① あらかじめ疾患ごとに地域連携診療計画が作成され、一連の治療を担う連携保険医療機関等と共有されている。
- ② 地域連携診療計画の対象疾患の患者に対し、当該計画に沿って治療を行うことについて患者の同意を得た上で、入院後 7 日以内に個別の患者ごとの診療計画を作成し、文書で家族等に説明を行い交付する。
- ③ 患者に対して連携保険医療機関等において引き続き治療が行われる場合には、当該連携保険医療機関に対して、当該患者に係る診療情報や退院後の診療計画等を文書により提供する。また、当該患者が、転院前の保険医療機関において地域連携診療計画加算を算定した場合には、退院時に、当該転院前の保険医療機関に対して当該患者に係る診療情報等を文書により提供する。

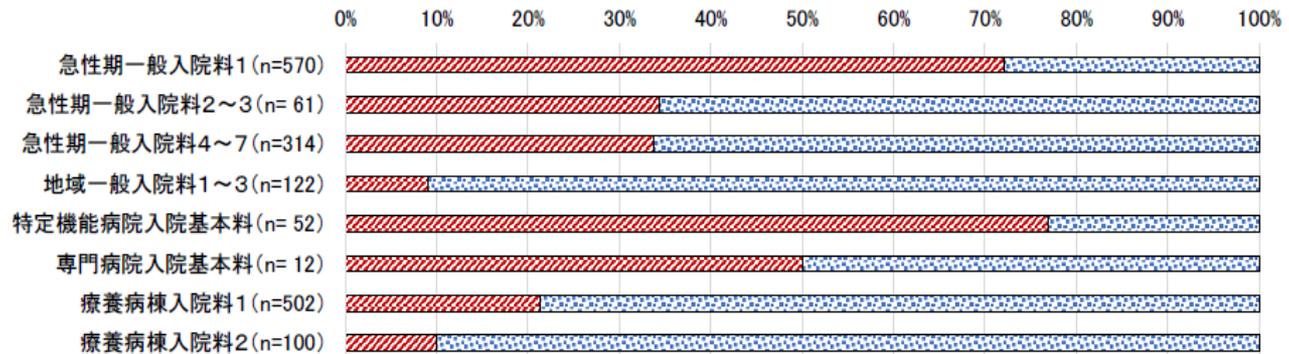
入院時支援加算の届出状況

○ 入院時支援加算は、急性期一般入院料 1 及び特定機能病院での届出が多かった。

入院時支援加算の届出状況



参考：令和元年度調査

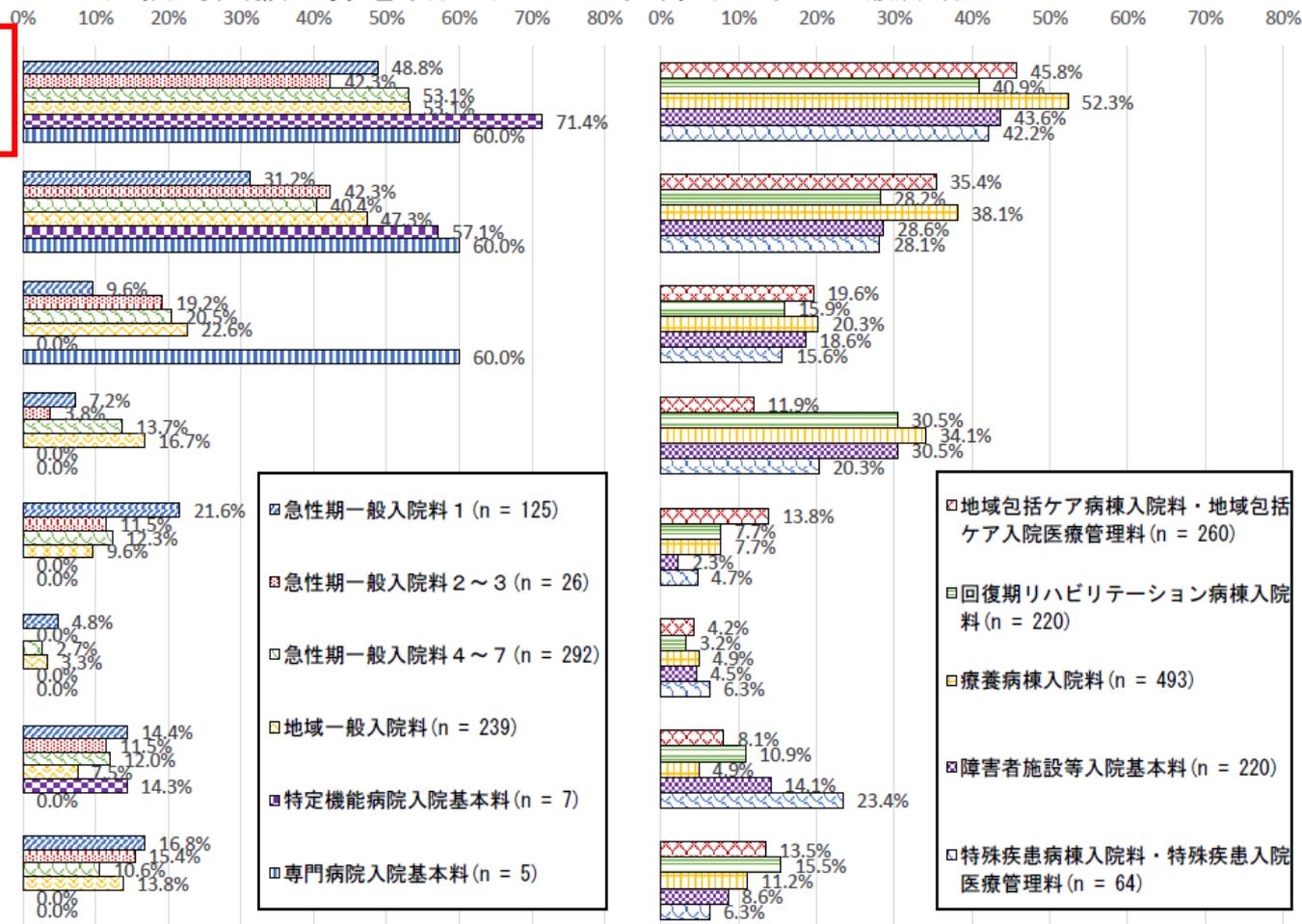


入院時支援加算を届出ることが困難な理由

- 入院時支援加算を届出ることが困難な理由として、「入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師の配置が困難なため」が多かった。

入院時支援加算を届出ることが困難な理由

(複数回答)



入退院支援加算・入院時支援加算

カギは連携に携わる
熟達の看護師、社会福祉士

パート4

地域包括ケア病棟と 入退院支援



注:介護施設等、自宅・在宅医療から直接、急性期・高度急性期の病院へ入院することも可能。

急性期・高度急性期



急性期

亜急性期病床の役割

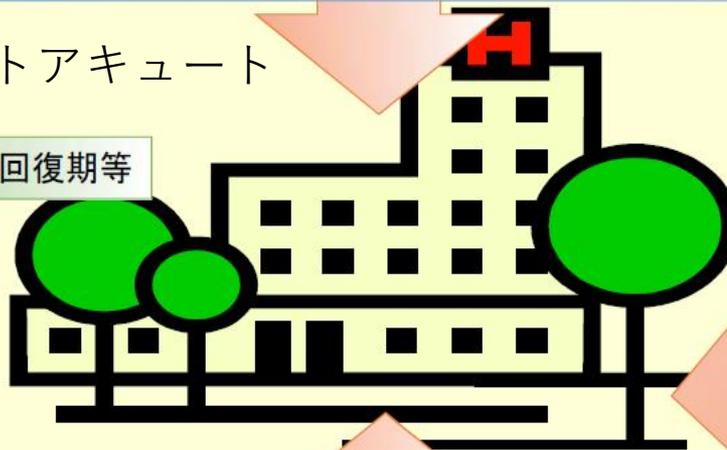
①急性期からの受け入れ

入院患者の重症度、看護必要度の設定 など

入院患者データの提出

ポストアキュート

亜急性期・回復期等



②在宅・生活復帰支援

在宅復帰率の設定 など

サブアキュート

③緊急時の受け入れ

・二次救急病院の指定
・在宅療養支援病院の届出 など

長期療養
介護等

介護施設等

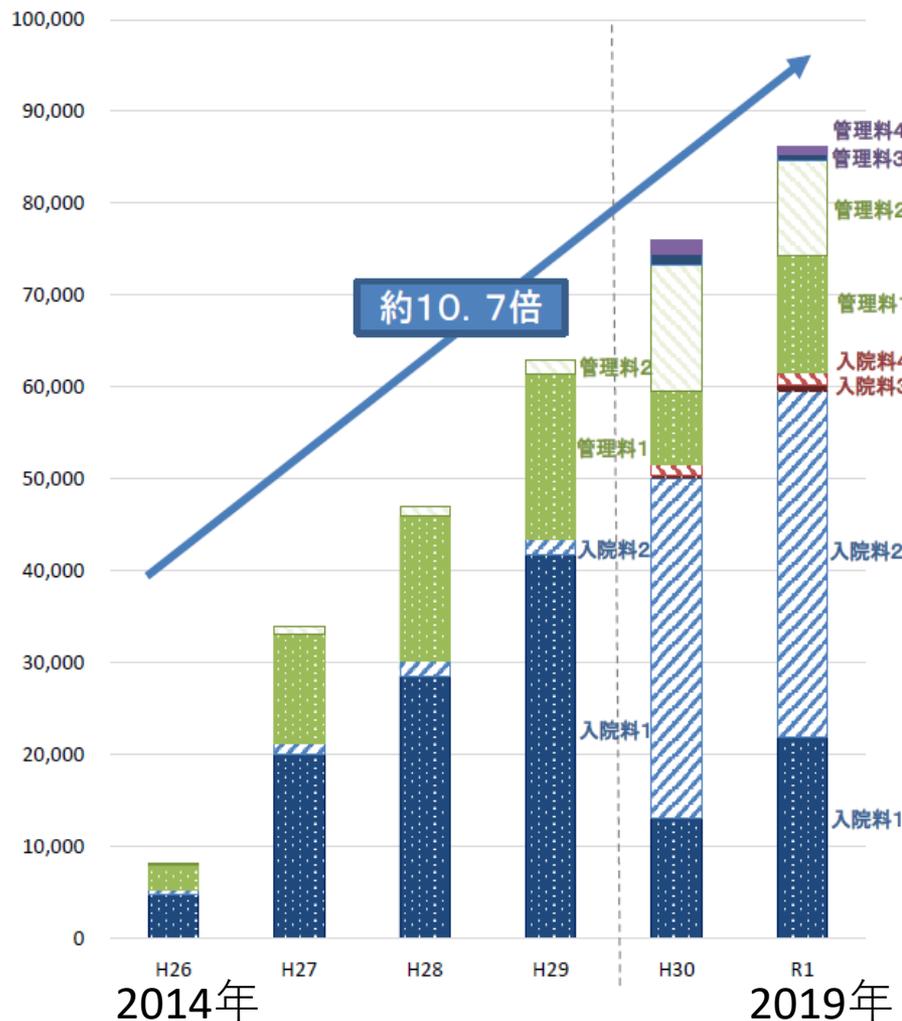


自宅・在宅医療

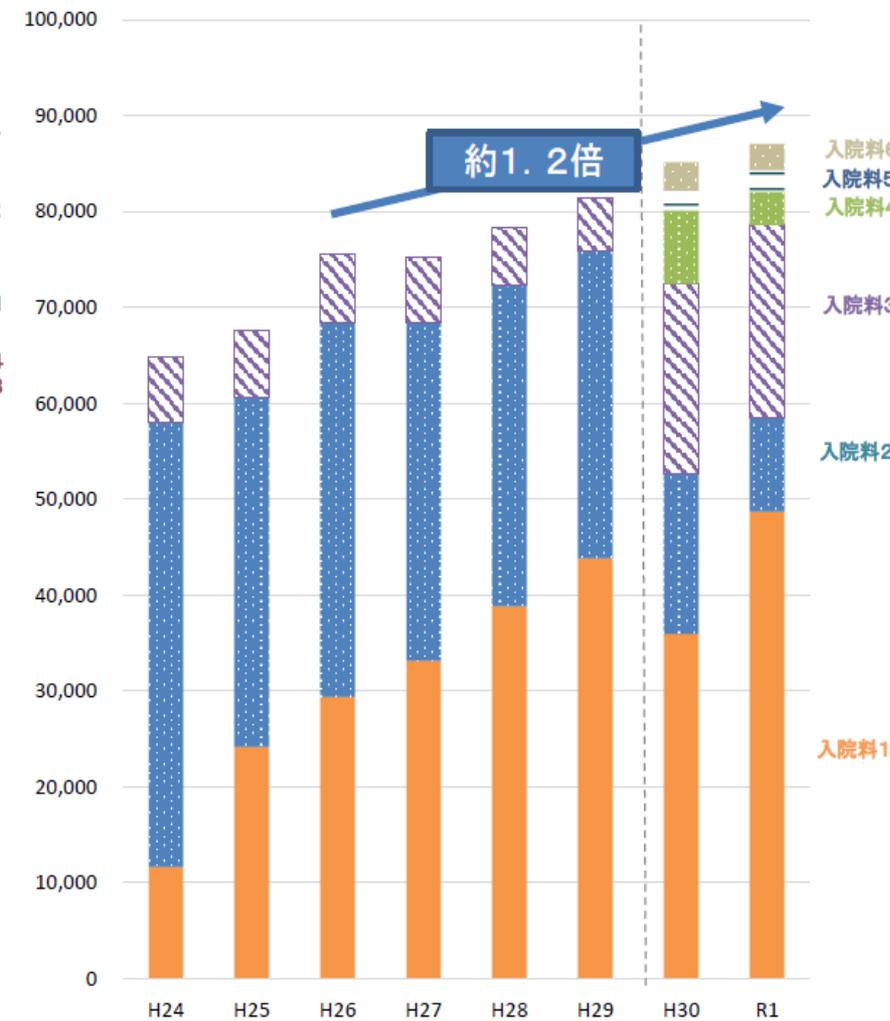
入院料別の届出病床数の推移

○ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病床数はいずれも増加傾向であった。特に、地域包括ケア病棟入院料・管理料は、平成26年の新設後、増加が顕著であった。

(病床数) 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料



(病床数) 回復期リハビリテーション病棟入院料



地域包括ケア病棟入院料の再編・統合のイメージ

【現行】



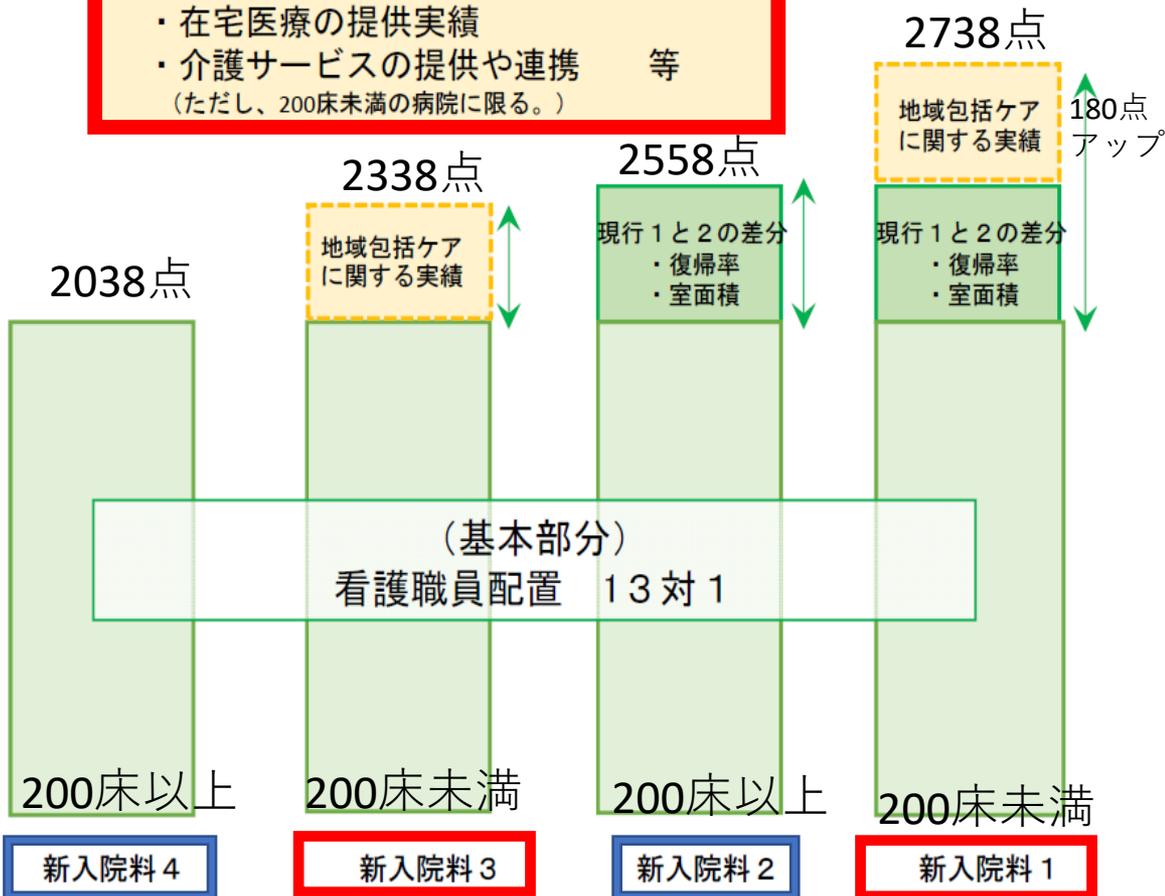
再編

【平成30年度改定の見直し（案）】

【地域包括ケアに関する実績部分】

- ・ 自宅等から緊急入院の受入実績
 - ・ 在宅医療の提供実績
 - ・ 介護サービスの提供や連携 等
- (ただし、200床未満の病院に限る。)

- ・ 自宅からの入院患者割合10%以上
- ・ 自宅からの緊急患者受け入れ件数3カ月で3人以上



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

(新) 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

地域包括ケア病棟の見直し

1. 地域包括ケア1・2の在宅復帰率要件を、現在の「70%以上」から「72.5%以上」に見直す
2. 地域包括ケア3・4に在宅復帰率要件「70%以上」を新設し、満たさない場合には入院料を10%減算する

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の施設基準

	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)							
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度 I <u>14%</u> 以上 又は 重症度、医療・看護必要度 II <u>10%</u> 以上							
入退院支援部門	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							
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が配置されていること							
リハビリテーション実施	患者の入棟時に測定したADLスコア等を参考にリハビリテーションの必要性を判断し、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							
在宅復帰率	7割以上		72.5%以上		-		-	
一般病棟から転棟した患者割合※1	-	-	6割未満 (許可病床数400床以上の場合)	-	-	-	6割未満 (許可病床数400床以上の場合)	-
実績部分 自宅等から入棟した患者割合	1割 <u>5分</u> 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で <u>6人</u> 以上)		-		1割 <u>5分</u> 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で <u>6人</u> 以上)		-	
自宅等からの緊急患者の受入	3月で <u>6人</u> 以上		-		3月で <u>6人</u> 以上		-	
地域包括ケアの実績※2	○		-		○		-	
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床未満のみが対象	○		-		○		-	
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)	

在宅復帰7割
新設
満たさなければ
10%減算

※2 以下の①～⑥のうち少なくとも2つを満たしていること

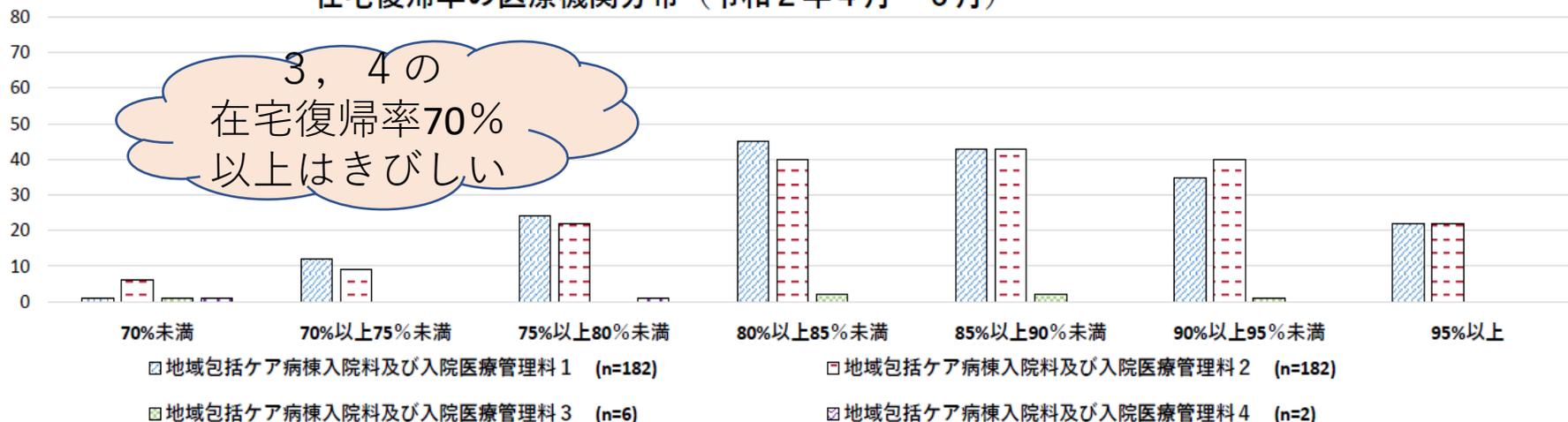
※1 満たせないものとして届け出た場合は入院料の所定点数の100分の90に相当する点数を算定

- ①当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料(I)及び(II)の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
- ②当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Iの算定回数が直近3か月間で60回以上であること。
- ③同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する訪問看護ステーションにおいて訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が直近3か月間で300回以上であること。
- ④当該保険医療機関において在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
- ⑤同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する事業所が、訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有していること。
- ⑥当該保険医療機関において退院時共同指導料2の算定回数が直近3か月間で6回以上であること。

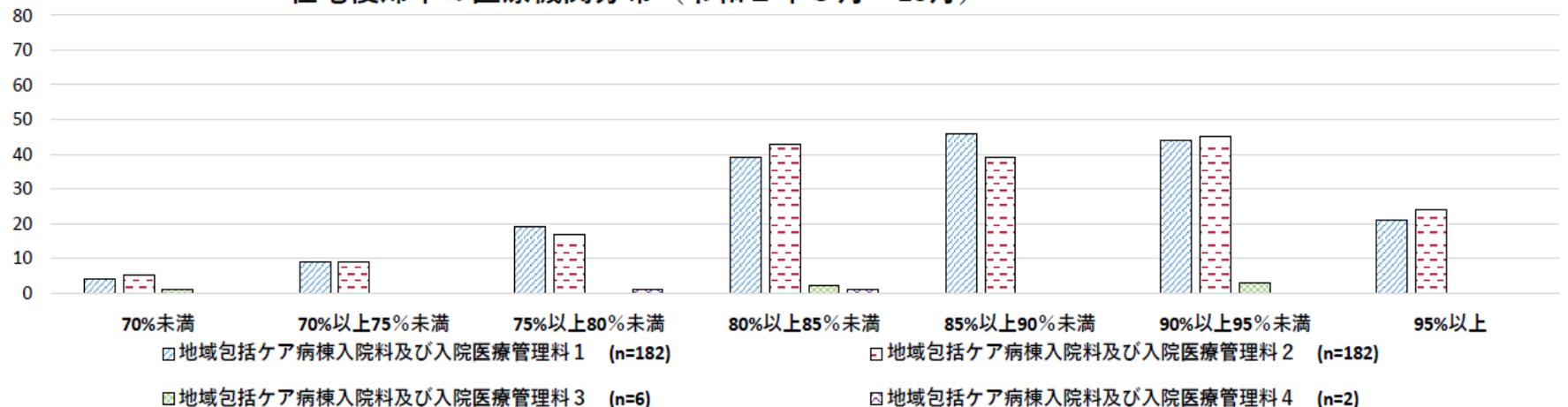
地域包括ケア病棟・病室の在宅復帰率

○ 地域包括ケア病棟入院料及び入院医療管理料1・2においては、在宅復帰率が施設基準の70%を大きく上回る医療機関が多数存在した。

在宅復帰率の医療機関分布（令和2年4月～6月）



在宅復帰率の医療機関分布（令和2年8月～10月）



地域包括ケア病棟の見直し

3. 地域包括ケア2・4における「自院の一般病棟から転棟した患者割合」

- 対象病棟を拡大する（許可病床200床以上400床未満病院の地域包括ケア2・4にも広げる）
- クリアできない場合の減算幅を「マイナス15%」にする。

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の施設基準

	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)								
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ <u>14%</u> 以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ <u>11%</u> 以上								
入退院支援部門	<u>入退院支援及び地域連携業務を担う部門</u> が設置されていること								
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	<u>患者の入棟時に測定したADLスコア等を参考にリハビリテーションの必要性を判断・説明・記録すること</u> 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	<u>適切な意思決定支援に係る指針</u> を定めていること								
在宅復帰率	7割以上				-				
一般病棟から転棟した患者割合※1	-		6割未満 (許可病床数400床以上の場合)	200～400床病院にも広げる				6割未満 (許可病床数400床以上の場合)	-
実績部分 自宅等から入棟した患者割合	1割 <u>5分</u> 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で <u>6人</u> 以上)		-	1割 <u>5分</u> 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で <u>6人</u> 以上)		-			
自宅等からの緊急患者の受入	3月で <u>6人</u> 以上		-	3月で <u>6人</u> 以上		-			
地域包括ケアの実績※2	○		-	○		-			
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床未満のみが対象	○		-	○		-	○		
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)		

※2 以下の①～⑥のうち少なくとも2つを満たしていること

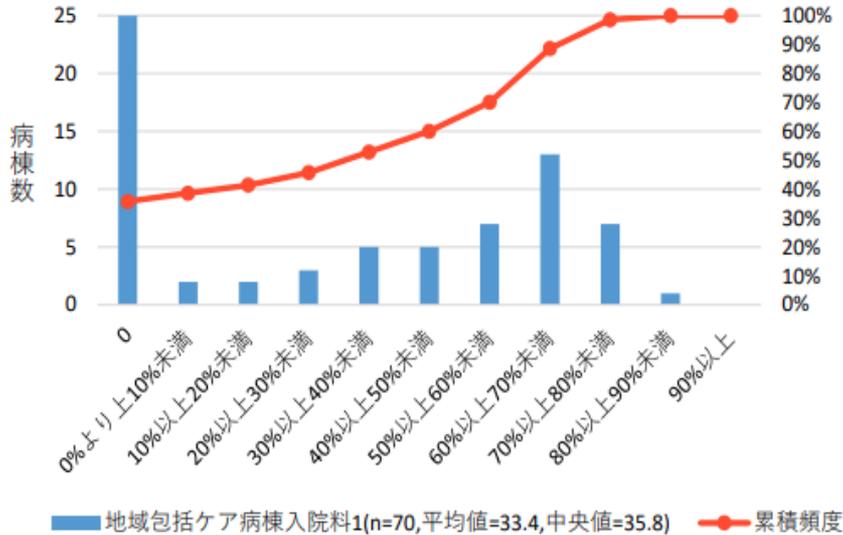
※1 満たせないものとして届け出た場合は入院料の所定点数の100分の90に相当する点数を算定

- ①当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料(Ⅰ)及び(Ⅱ)の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
- ②当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Ⅰの算定回数が直近3か月間で60回以上であること。
- ③同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する訪問看護ステーションにおいて訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が直近3か月間で300回以上であること。
- ④当該保険医療機関において在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
- ⑤同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する事業所が、訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有していること。
- ⑥当該保険医療機関において退院時共同指導料2の算定回数が直近3か月間で6回以上であること。

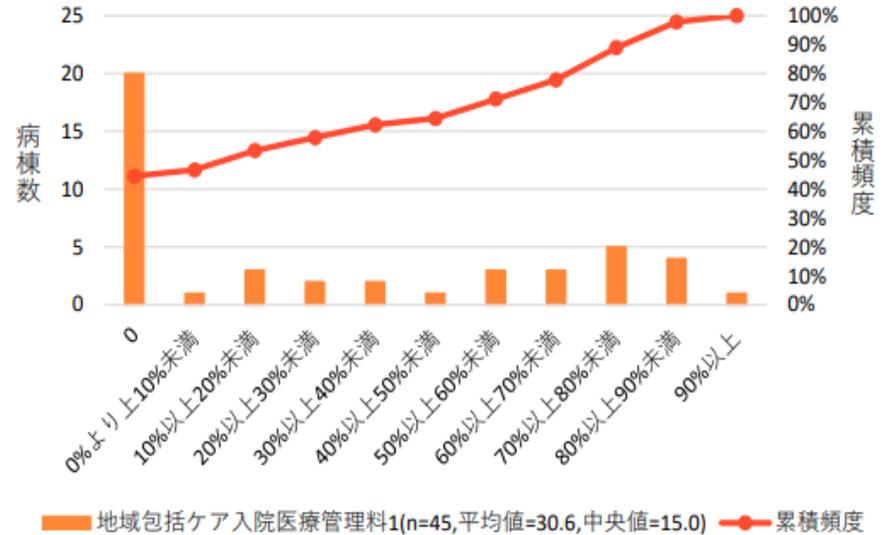
地域包括ケア病棟・病室の自院の一般病棟からの転棟割合

○ 令和2年10月における、各入院料毎でみた自院の一般病棟からの転棟割合の分布は以下のとおりであった。入院料2において、自院の一般病棟からの転棟割合が高い傾向であった。

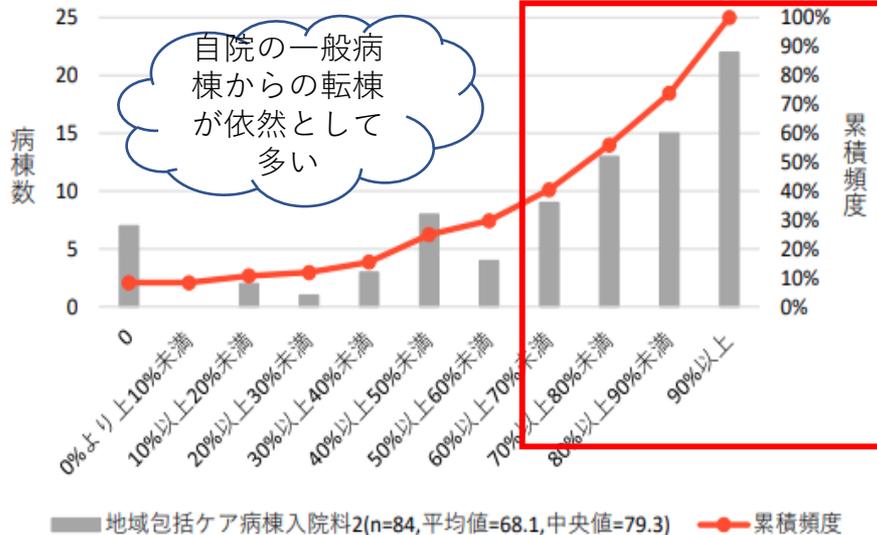
入院料 1



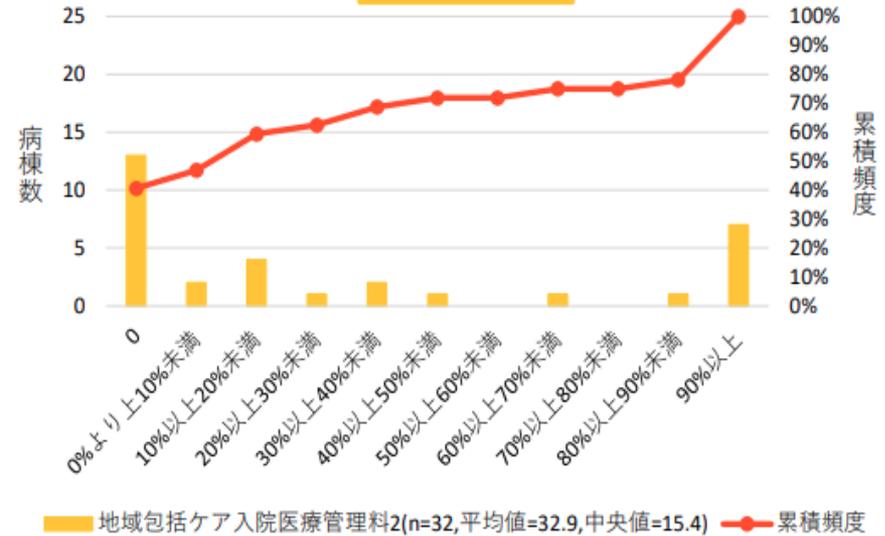
管理料 1



入院料 2



管理料 2



地域包括ケア病棟の見直し

4. 地域包括ケア1・3における「自宅等から入院した患者割合要件」を15%から20%へ、「緊急入院の受け入れ実績(3か月)」を6人から9人に見直す
5. 地域包括ケア2において、「自宅等から入院した患者割合20%以上など選択要件を新設、クリアできない場合は入院料の減算を行う

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の施設基準

	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)							
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ <u>14%</u> 以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ <u>11%</u> 以上							
入退院支援部門	<u>入退院支援及び地域連携業務を担う部門</u> が設置されていること							
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	<u>患者の入棟時に測定したADLスコア等を参考にリハビリテーションの必要性を判断・説明・記録すること</u> 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	<u>適切な意思決定支援に係る指針</u> を定めていること							
在宅復帰率	7割以上				-			
一般病棟から転棟した患者割合※1	-	-	<u>6割未満</u> (許可病床数400床以上の場合)	-	-	-	<u>6割未満</u> (許可病床数400床以上の場合)	-
実績部分 自宅等から入棟した患者割合	<u>1割5分以上</u> (管理料の場合、10床未満は3月で <u>6人以上</u>)		<u>20%以上</u> <u>9人以上</u> に		<u>1割5分以上</u> (管理料の場合、10床未満は3月で <u>6人以上</u>)		-	
自宅等からの緊急患者の受入	3月で <u>6人以上</u>		-		3月で <u>6人以上</u>		-	
地域包括ケアの実績※2	○		-		○		-	
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床未満のみが対象	○		-		○		-	
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)	

※2 以下の①～⑥のうち少なくとも2つを満たしていること

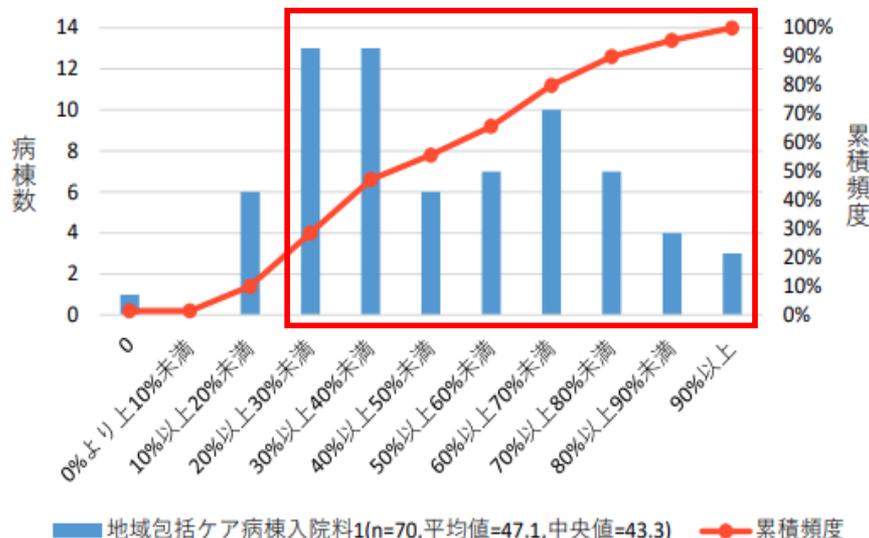
※1 満たせないものとして届け出た場合は入院料の所定点数の100分の90に相当する点数を算定

- ①当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料(Ⅰ)及び(Ⅱ)の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
- ②当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Ⅰの算定回数が直近3か月間で60回以上であること。
- ③同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する訪問看護ステーションにおいて訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が直近3か月間で300回以上であること。
- ④当該保険医療機関において在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
- ⑤同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する事業所が、訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有していること。
- ⑥当該保険医療機関において退院時共同指導料2の算定回数が直近3か月間で6回以上であること。

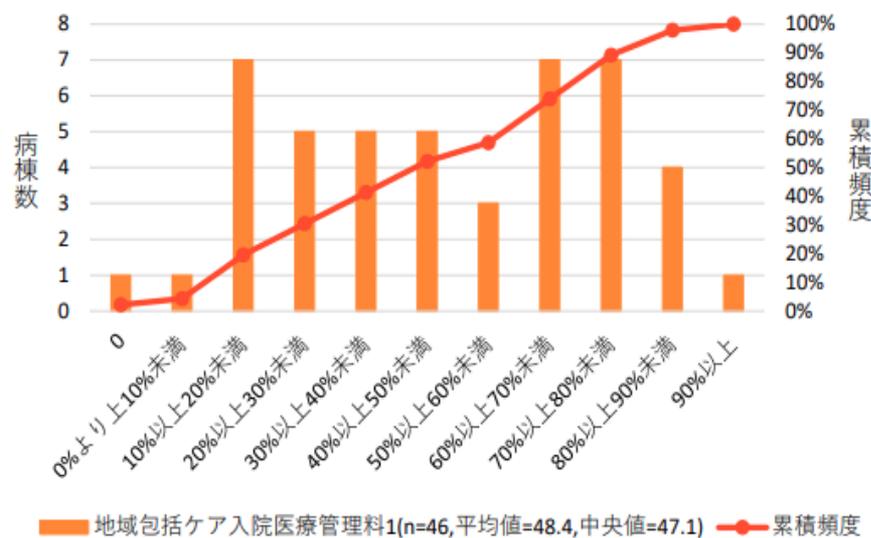
地域包括ケア病棟・病室の自宅等から入棟した患者割合

○ 令和2年10月における、各入院料毎でみた自宅等から入棟した患者割合の分布は以下のとおりであった。入院料1及び管理料1は入院料2及び管理料2より自宅等から入棟した患者割合が高い傾向にあった。

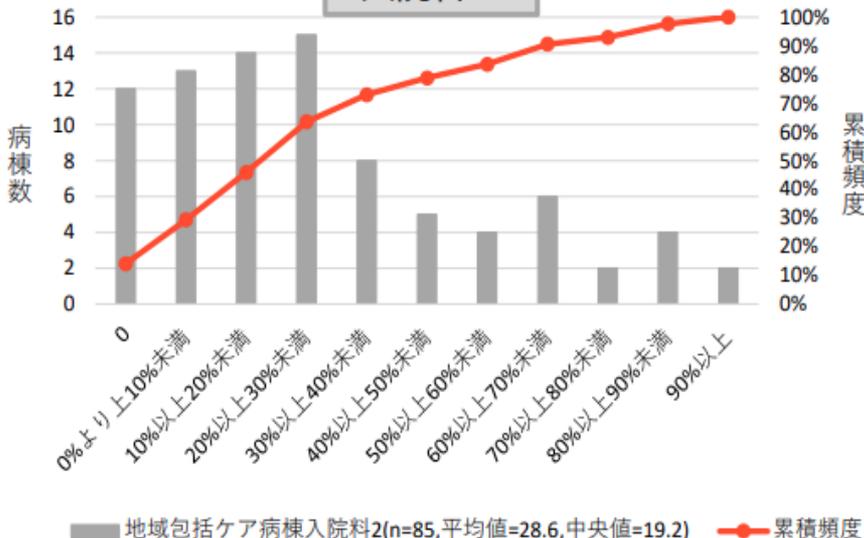
入院料 1



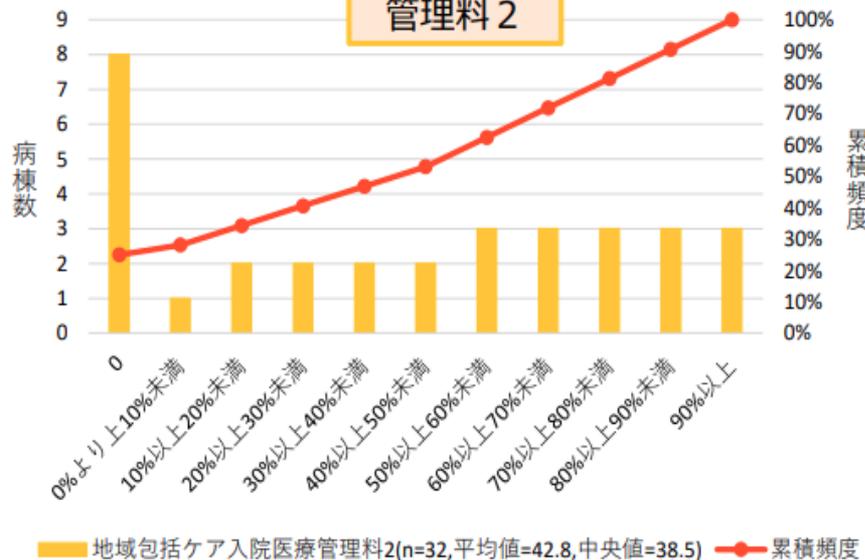
管理料 1



入院料 2



管理料 2



地域包括ケア病棟の見直し

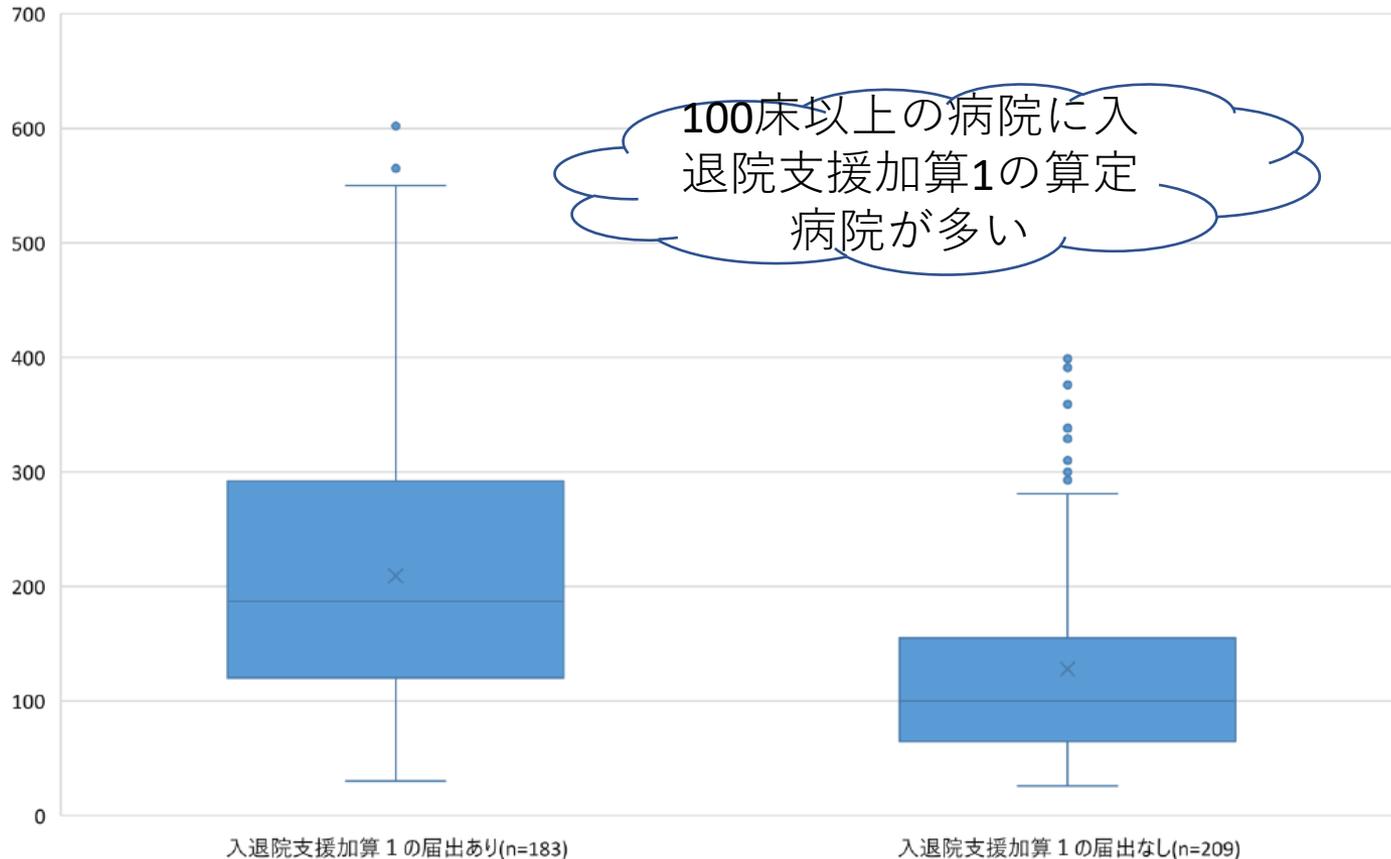
6. 地域包括ケア1・2において許可病床数が100床以上の場合には**入退院支援加算1の取得を義務化し**、クリアできない場合には入院料の10%減算を行う

入退院支援加算についての分析②

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

- 地域包括ケア病棟入院料・管理料を有している医療機関であって、入退院支援加算1を届け出ている医療機関と届け出していない医療機関の許可病床数の比較は以下のとおり。
- 平均値で比較すると、入退院支援加算1の届出ありの医療機関は届出なしの医療機関に比べて、許可病床数が大きかった。

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の許可病床数



100床以上の病院に入退院支援加算1の算定病院が多い

地域包括ケア病棟の見直し

7. 「一般病床の地域包括ケア病棟等」について2次救急医療機関、救急告示病院—のいずれかであること、一定規模未満の場合、救急外来の保有、24時間救急医療提供のいずれかを要件化する
8. 急性期病棟からの患者受け入れを評価する【急性期患者支援病床初期加算】、増悪した在宅患者の受け入れを評価する【在宅患者支援病床初期加算】の見直し
9. 「療養病床の地域包括ケア病棟等」では入院料を減算
 - 自宅等からの入院患者受け入れ割合が一定以上、自宅からの緊急入院患者の受け入れが一定数以上、救急医療体制を整備—する場合には減算を行わない

パート5

紹介受診重点病院の創設



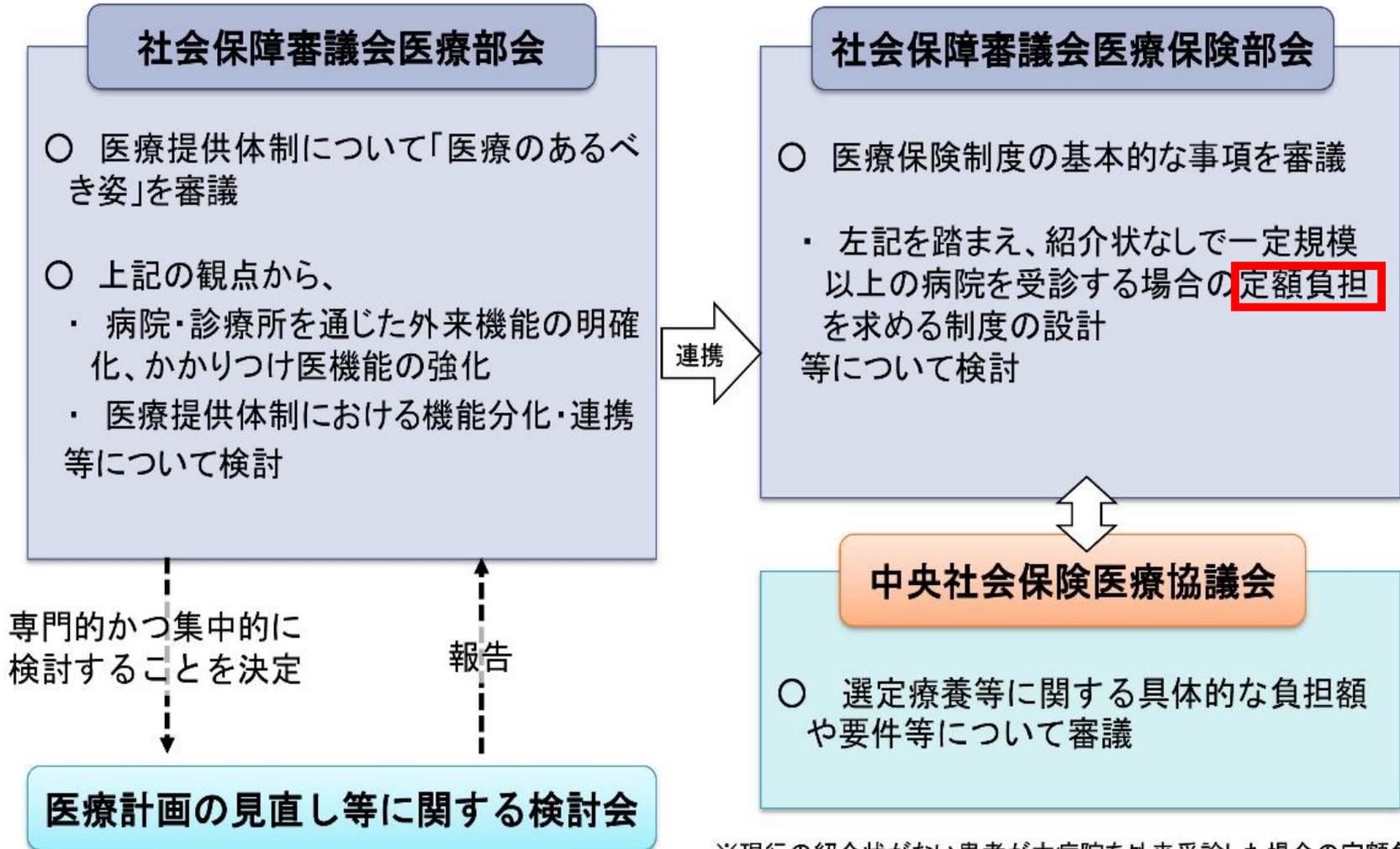
今回改定の
地域連携
最大目玉！

全世代型社会保障検討会議 中間報告（2019年12月）



「後期高齢者であっても一定所得以上の方については、その医療費の窓口負担割合を2割とすること」、「大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大を行うこと」

医療部会における検討と関係審議会等における検討の関係について



※現行の紹介状がない患者が大病院を外来受診した場合の定額負担を設けた際(平成28年4月～)には、医療保険部会において制度の基本的な設計を検討、中医協において具体的な負担額、要件等を検討

外来機能報告等に関するワーキンググループ

2021年12月17日

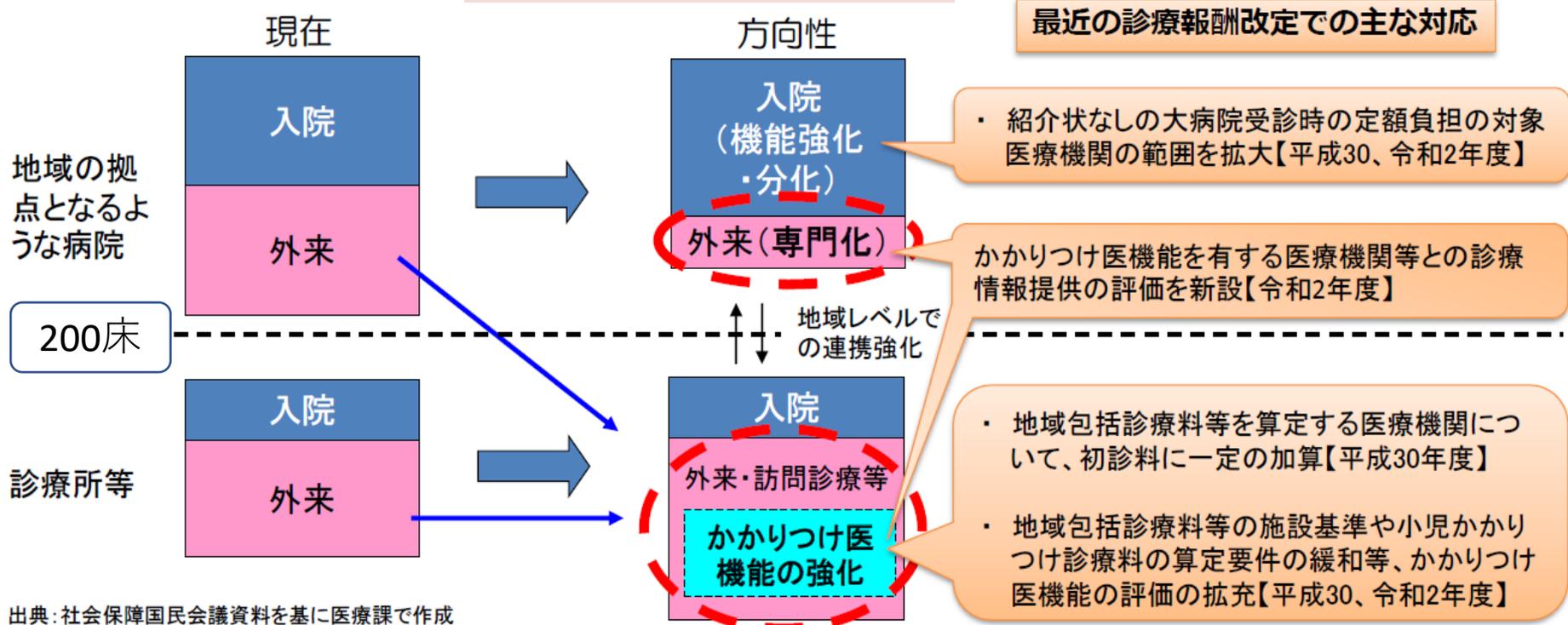


外来医療の今後の方向性(イメージ)

社会保障制度改革国民会議報告書(H25年8月6日)抜粋

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

外来医療の役割分担のイメージ



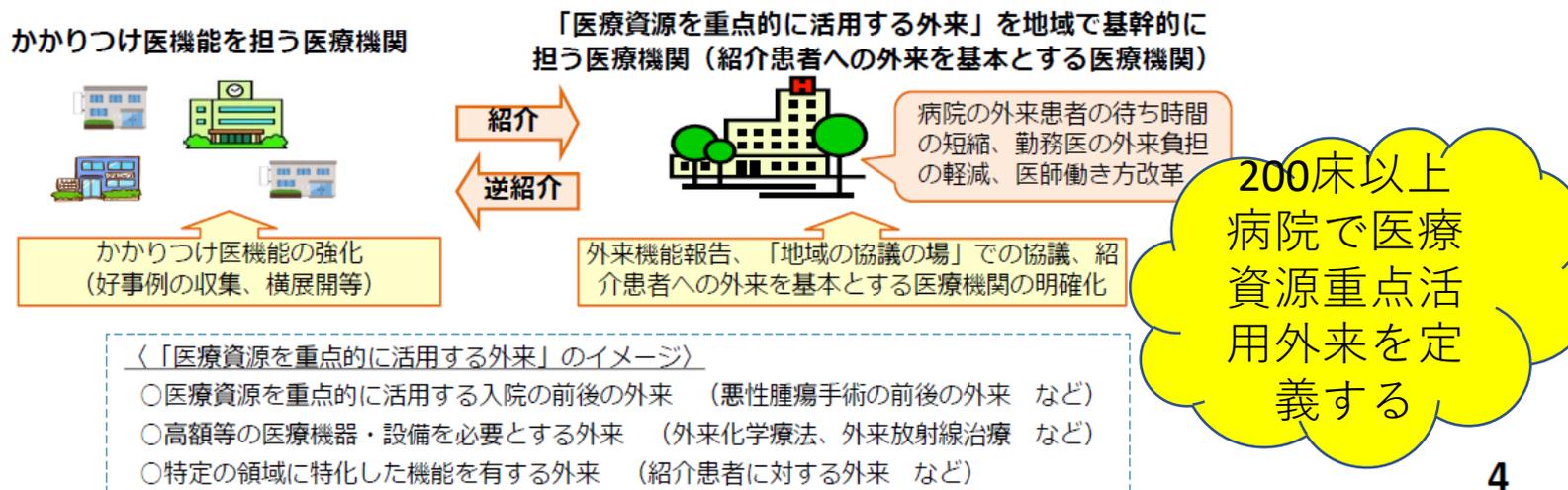
1. 外来医療の課題

- 患者の医療機関の選択に当たり、外来機能の情報が十分得られず、また、患者にいわゆる大病院志向がある中、一部の医療機関に外来患者が集中し、患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の課題が生じている。
- 人口減少や高齢化、外来医療の高度化等が進む中、かかりつけ医機能の強化とともに、外来機能の明確化・連携を進めていく必要。

2. 改革の方向性 (案)

- 地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けて、データに基づく議論を地域で進めるため、
 - ① 医療機関が都道府県に外来医療の実施状況を報告する。
 - ② ①の外来機能報告を踏まえ、「地域の協議の場」において、外来機能の明確化・連携に向けて必要な協議を行う。
 - ①・②において、協議促進や患者の分かりやすさの観点から、「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関（紹介患者への外来を基本とする医療機関）を明確化
 - ・ 医療機関が外来機能報告の中で報告し、国の示す基準を参考にして、地域の協議の場で確認することにより決定

➡ 患者の流れがより円滑になることで、病院の外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革に寄与



「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関について(案)

趣旨

- 患者にいわゆる大病院志向がある中で、日常行う診療はかかりつけ医機能を担う身近な医療機関で受け、必要に応じて紹介を受けて、患者自身の状態に合った他の医療機関を受診し、さらに逆紹介によって身近な医療機関に戻るといった流れをより円滑にすることが求められている。
 - このため、外来機能の明確化・連携に向けた取組の第一歩として、「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)に着目し、これを地域で基幹的に担う医療機関を明確化することで、患者にとって、紹介を受けて受診することを基本とする医療機関を明確化する。
- ⇒ これにより、病院での外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革にも資することが期待される。

明確化の方法

- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)として、基本的に以下の機能が考えられる。その具体的な内容は、今後さらに専門的な検討の場において検討する。

- ① 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
- ② 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
- ③ 特定の領域に特化した機能を有する外来(紹介患者に対する外来等)

NDBで抽出
する

- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関の明確化については、地域の実情を踏まえることができるよう、上記の①～③の割合等の国が示す基準を参考にして、地域の協議の場で確認することで決定。その方法として、外来機能報告(仮称)(NDBを活用し医療機関の事務は極力簡素化)で報告。

(参考)地域医療支援病院との関係について

- 地域医療支援病院は、かかりつけ医等への支援を通じて地域医療の確保を図る医療機関であり、紹介患者に対する医療提供のほか、医療機器等の共同利用、救急医療の提供、地域の医療従事者に対する研修の実施等も要件とされている。
- 現在検討している「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関は、地域における患者の流れをより円滑にする観点から、特定機能病院や地域医療支援病院以外に、紹介患者への外来を基本として、状態が落ち着いたら逆紹介により再診患者を地域に戻す役割を担う医療機関を明確化するもの。紹介患者に対する医療提供という観点では、両者の役割は一部重複することとなる。

※ 今後、その機能をより明確にするため、地域連携のあり方等については更に検討。

医療資源が重点的に活用される外来医療について

第18回医療計画の見直しに関する
検討会（令和2年2月28日）資料

- 医療資源が重点的に活用される外来医療として、外来化学療法を行う外来や、日帰り手術を行う外来のようなものがある。
- 一方、医療資源が重点的に活用される入院医療を提供する際も、治療前の説明・検査や治療後のフォローアップのため、同一の医療機関で入院前後に外来医療が提供される。
- これらの外来医療を実施する医療機関では、特定の治療等を行うに当たり、地域の実情に応じて集約化を図ることが効果的・効率的と考えられる①高額等の医療機器・設備や、②特定の領域に特化した知見を有する医師・医療人材が必要になると考えられる。

イメージ

・外来で医療資源が重点的に活用される医療（例：外来化学療法を行う場合）

外来化学療法

参考 診療報酬における外来化学療法加算の施設基準の概要

- ・専用のベッドを有する治療室を保有
- ・一定の医師、看護師、薬剤師を配置
- ・緊急時に患者が入院できる体制の確保

・医療資源が重点的に活用される入院医療の前後の外来医療（例：入院で悪性腫瘍手術を受ける場合）

かかりつけ医で
悪性腫瘍疑いと診断（外来）

治療前の
説明、検査
（外来）

治療後の
フォローアップ
（外来）

安定したら再びかかりつけ医でフォローアップ（外来）

悪性腫瘍手術
（入院）

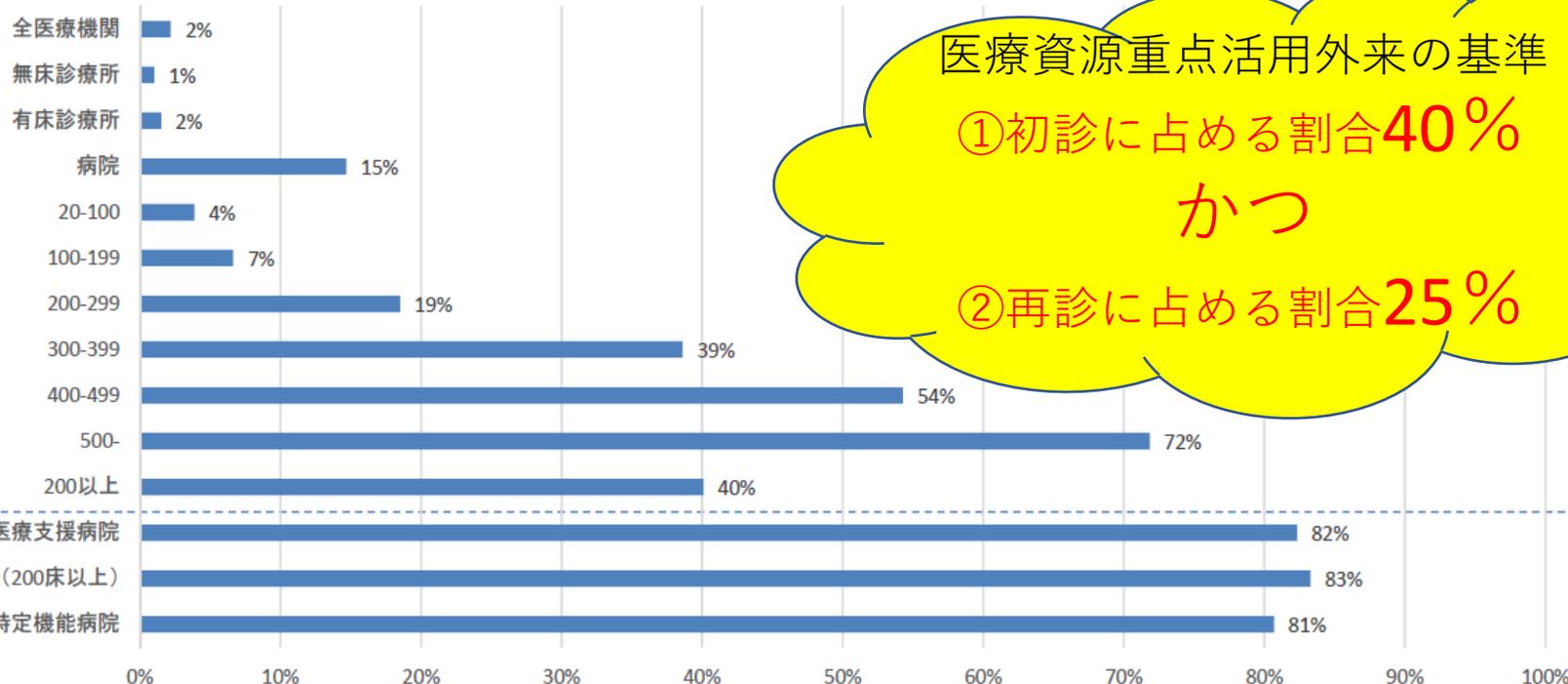
悪性腫瘍手術を実施するためには、例えば以下のような設備、人員が必要。

- ・手術前、手術後の管理を行うために設備、人員ともに充実した入院病棟
- ・全身麻酔により手術を実施できる手術室
- ・手術を実施できる経験を積んだ医師、看護師等の医療従事者

初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40%以上で、かつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の分布

初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40%以上で、かつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の割合
 = 初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40%以上で、かつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の施設数
 施設数全体

初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40%以上で、かつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の分布



医療資源重点活用外来の基準
 ①初診に占める割合**40%**
 かつ
 ②再診に占める割合**25%**

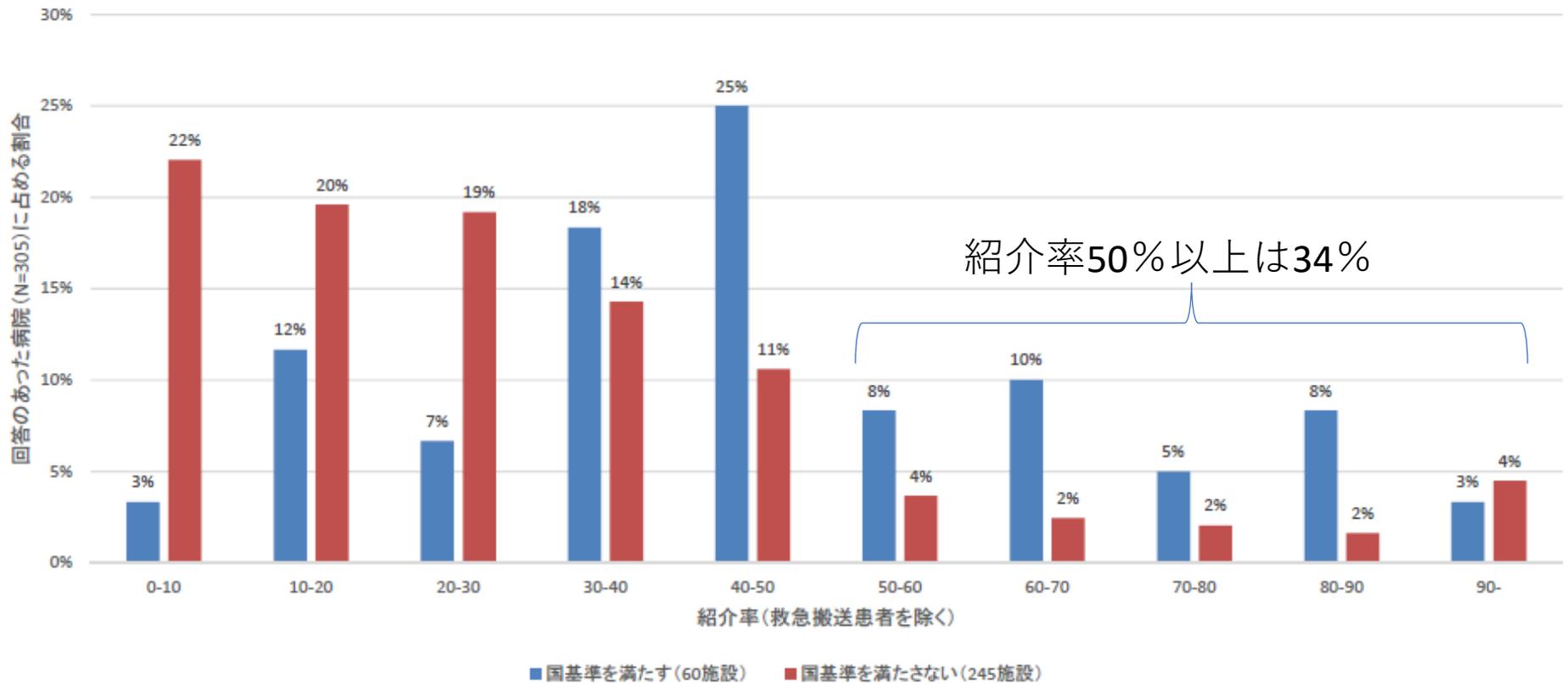
- (注)
- ・外来受診回数ベースでの集計(ただし、同日に同一の医療機関を複数回受診した場合は同日再診としてカウントしない)
 - ・2019年度1年間での集計。外来受診の中には在宅での受診を含まない。
 - ・精神科病院を除いて集計している。
 - ・病床数は許可病床数

さらに
紹介率50%以上かつ
逆紹介率40%以上を
参考値とした

『医療資源を重点的に活用する外来』の割合が**初診40%以上かつ再診25%以上**を国の基準とした場合の、特定機能病院及び地域医療支援病院を除く病院の**紹介率**(救急搬送患者を除く)の分布

$$\text{紹介率(救急搬送患者を除く)} = \frac{\text{分母のうち、紹介患者数(他の病院・診療所から紹介状により紹介された者の数)}}{\text{令和3年9月の初診患者数(休日又は夜間の受診患者を除き、初診があった患者の数)}}$$

紹介率



(注)

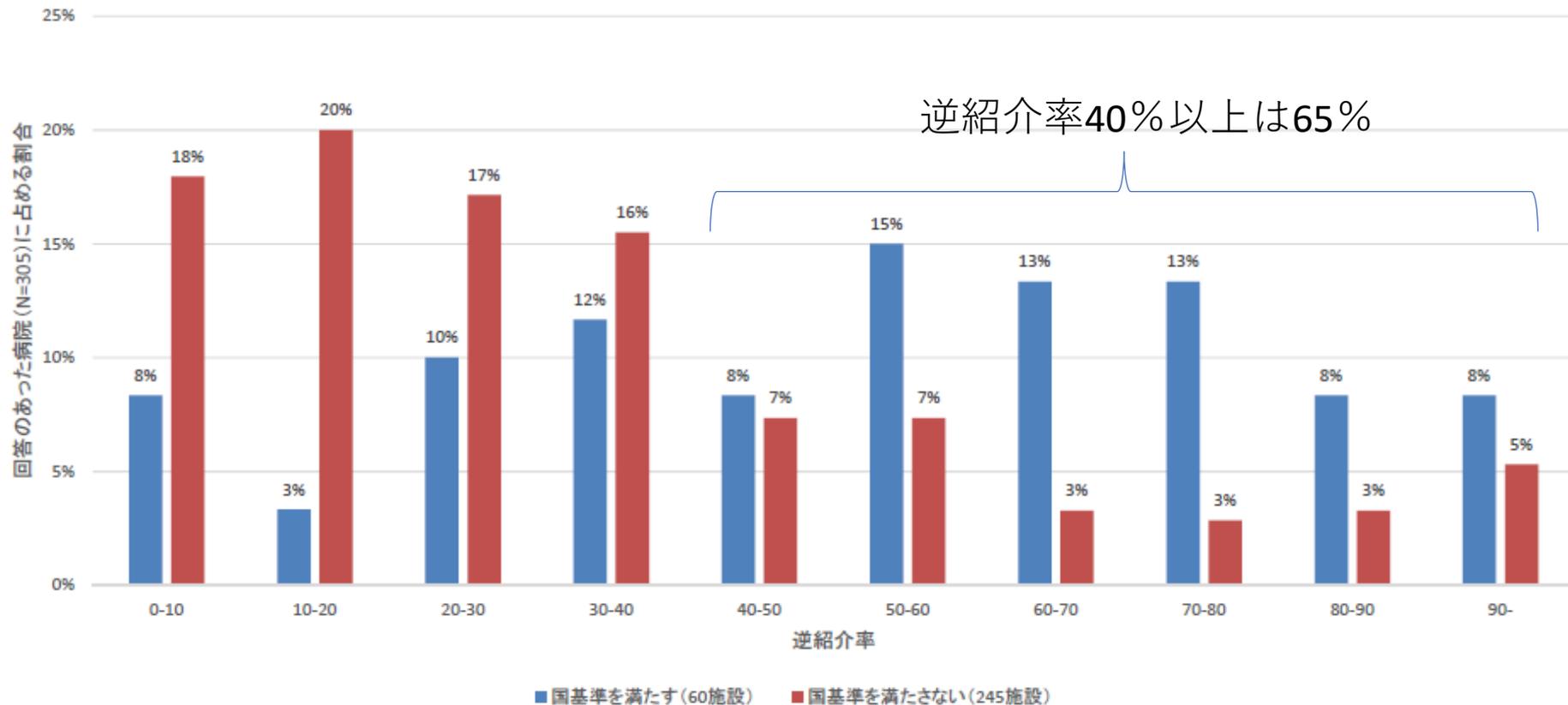
- ・「医療資源を重点的に活用する外来」については、2019年度1年間の集計。外来受診の中には在宅での受診を含まない。
- ・精神科病院は除いて集計。

出典:レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)及び「医療機関の外来機能の明確化・連携に資する研究」を基に医政局において作成

『医療資源を重点的に活用する外来』の割合が**初診40%以上かつ再診25%以上**を国の基準とした場合の、
特定機能病院及び地域医療支援病院を除く病院の**逆紹介率**の分布

$$\text{逆紹介率} = \frac{\text{逆紹介患者数(他の病院・診療所に紹介した者の数)}}{\text{令和3年9月の初診患者数(休日又は夜間の受診患者を除き、初診があった患者の数)}}$$

逆紹介率



(注)

- ・「医療資源を重点的に活用する外来」については、2019年度1年間の集計。外来受診の中には在宅での受診を含まない。
- ・精神科病院は除いて集計。

出典：レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)及び「医療機関の外来機能の明確化・連携に資する研究」を基に医政局において作成

国の基準を満たす病院を
「紹介受診重点病院」
という新類型とした

「紹介受診重点医療機関」





200床以上病院の紹介状なし
患者の初診料等相当を保険
給付から控除、初診時の特
別負担は7000円程度に

社会保障審議会医療保険部会
2020年11月9日

(参考) 定額負担の対象病院拡大について

- 大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化を推進する観点から、紹介状がない患者の大病院外来の初診・再診時の定額負担制度の拡充する必要がある。
- 現在、外来機能報告(仮称)を創設することで、**新たに「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関(紹介患者への外来を基本とする医療機関)**を、**地域の実情を踏まえつつ、明確化**することが検討されている。
- 紹介患者への外来を基本とする医療機関は、紹介患者への外来医療を基本として、状態が落ち着いたら逆紹介により再診患者を地域に戻す役割を担うこととしており、こうした役割が十分に発揮され、保険医療機関間相互間の機能の分担が進むようにするために、**当該医療機関のうち、現在選定療養の対象となっている一般病床数200床以上の病院を、定額負担制度の徴収義務対象に加える**こととする。

病床数(※)	特定機能病院	地域医療支援病院	その他	全体
400床以上	86 (1.0%)	328 (3.9%)	124 (1.5%)	538 (6.4%)
200～399床	0 (0%)	252 (3.0%)	564 (6.7%)	816 (9.7%)
200床未満	0 (0%)	27 (0.3%)		27 (0.3%)
全体	86 (1.0%)	607 (7.2%)		693 (100%)

「拡大」
「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関(紹介患者への外来を基本とする医療機関)

200床以上一般病院
688病院の40%、
275病院が該当

現在の定額負担(義務)対象病院

現在の定額負担(任意)対象病院

出典: 特定機能病院一覧等を基に作成(一般病床規模別の病院数は平成29年度医療施設調査より集計)

※ 病床数は一般病床の数であり、特定機能病院は平成31年4月、地域医療支援病院は平成30年12月時点。

定額負担の増額と公的医療保険の負担軽減について（案）

1 定額負担の増額

- 大病院の紹介状なし患者をさらに減少させ、より機能分化の実効性が上がるよう、定額負担の額を増額してはどうか。

2 公的医療保険の負担軽減

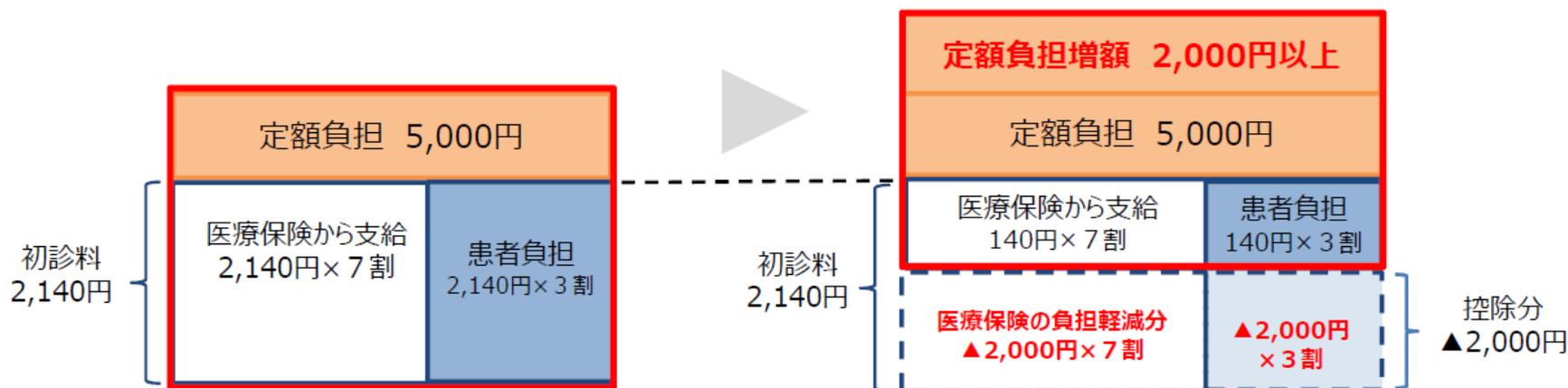
- 外来機能の分化の推進の観点からは、本来、大病院を紹介状なしで受診する必要性は低く、まずはかかりつけ医等を受診することが望ましい。このため、あえて紹介状なしで大病院を受診する患者に係る初・再診については、保険給付（選定療養費の患者への給付）を行う必要性が低いと考えられ、一定額をその範囲から控除してはどうか。

- 控除に当たっては、受診の際に少なくとも生じる初・再診料（※）相当額を目安に控除し、それと同額以上に定額負担を増額してはどうか。具体的には、例えば、初診料について2,000円控除した場合、増額幅は2,000円以上とすることが考えられる。

※ 初診料288点、外来診療料74点。ただし、紹介率が低い場合等にそれぞれ214点、55点に減額されることとなる点に留意。

現行制度（初診のみ・3割負担の場合）

新たな制度案（2,000円増額等の一定の仮定をおいた場合）



※ 1 初診料は288点だが、紹介率が低い場合等に214点に減額されるケースを想定。

※ 2 赤枠部分が医療機関の収入総額となり、現行制度と見直し案は同額となる。

定額負担の徴収額の設定状況

- 初診時の定額負担の徴収額は、定額負担(義務)の対象病院は、5,000円以上6,000円未満に集中している一方で、定額負担(任意)の対象病院は、1,000円以上3,000円未満としている施設も多い。
- 再診時の定額負担の徴収額は、いずれも、2,500円以上3,000円未満が大半となっている。
- 徴収額の最大額は、初診は11,000円、再診は8,800円となっている。

■初診(医科)の場合の設定額

	施設数	~999円	1,000円 ~	2,000円 ~	3,000円 ~	4,000円 ~	5,000円 ~	6,000円 ~	7,000円 ~	8,000円 ~	9,000円 ~	10,000 円~	最大値
定額負担(義務) 対象病院	536件	-	-	-	-	-	511件 (95.3%)	2件 (0.4%)	2件 (0.4%)	11件 (2.1%)	0件 (0%)	10件 (1.9%)	11,000 円
定額負担(任意) 対象病院	605件	33件 (5.5%)	187件 (30.9%)	146件 (24.1%)	78件 (12.9%)	9件 (1.5%)	148件 (24.5%)	1件 (0.2%)	0件 (0%)	2件 (0.3%)	0件 (0%)	1件 (0.2%)	11,000 円

■再診(医科)の場合の設定額

	施設数	~999円	1,000円 ~	1,500円 ~	2,000円 ~	2,500円 ~	3,000円 ~	3,500円 ~	4,000円 ~	4,500円 ~	5,000円 ~	最大値
定額負担(義務) 対象病院	524件	-	-	-	-	506件 (96.6%)	6件 (1.1%)	1件 (0.2%)	5件 (1.0%)	0件 (0%)	6件 (1.1%)	8,800 円
定額負担(任意) 対象病院	141件	19件 (13.5%)	2件 (1.4%)	4件 (2.8%)	4件 (2.8%)	108件 (76.6%)	3件 (2.1%)	0件 (0%)	0件 (0%)	0件 (0%)	1件 (0.7%)	5,500 円

(注)

- ・保険医療機関等から地方厚生(支)局に報告を求めている事項について、令和2年7月1日時点の状況について報告があった内容をもとに、医療課にて集計したもの。
(速報値であるため、今後修正の可能性がある。)
- ・時間帯や年齢等により複数の額を設定している病院においては、主たる額について集計している。

今後のスケジュール



pixta.jp - 28199995

1～3月に省令・
通知発出

<外来機能報告のスケジュール>

4月～	<ul style="list-style-type: none">・対象医療機関の抽出(※)・NDBデータ(前年度4月～3月)を対象医療機関別に集計
9月頃	<ul style="list-style-type: none">・対象医療機関に外来機能報告の依頼・報告用ウェブサイトの開設・対象医療機関にNDBデータの提供
10月頃	<ul style="list-style-type: none">・対象医療機関からの報告
12月頃	<ul style="list-style-type: none">・データ不備のないものについて、集計とりまとめ・都道府県に集計とりまとめを提供
1～3月頃	<ul style="list-style-type: none">・地域の協議の場における協議・都道府県による「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」の公表・都道府県に集計結果の提供

医療資源重点活用外来の

①初診に占める割合

40%かつ

②再診に占める割合

25%

(※)無床診療所の中にも、高額な医療機器等による検査を集中的に実施しているものもあるため、そのような無床診療所については対象医療機関に含めることとする。具体的には、令和4年度については、円滑な事務手続のため、令和3年度中に、該当する蓋然性の高い医療機関に外来機能報告を行うか否かの意向を確認した上で、意向有りとした無床診療所について、対象医療機関に含めることとする。

2022年10月対象病院 からの外来機能報告

(1) 医療資源を重点的に活用する外来の実施状況

① 医療資源を重点的に活用する外来の実施状況の概況 [NDBで把握できる項目]

- 医療資源を重点的に活用する外来の類型ごとの実施状況を報告

<報告イメージ>

	日数	初診(再診)の外来延べ患者数に対する割合
初診の外来の患者延べ数	日	—
医療資源を重点的に活用する外来の患者延べ数	日	%
医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来の患者延べ数	日	—
高額等の医療機器・設備を必要とする外来の患者延べ数	日	—
特定の領域に特化した機能を有する外来の患者延べ数	日	—
再診の外来の患者延べ数	日	—
医療資源を重点的に活用する外来の患者延べ数	日	%
医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来の患者延べ数	日	—
高額等の医療機器・設備を必要とする外来の患者延べ数	日	—
特定の領域に特化した機能を有する外来の患者延べ数	日	—

※「患者延べ数」とは、患者ごとの受診日数を合計したものとします。

② 医療資源を重点的に活用する外来の実施状況の詳細 [NDBで把握できる項目]

- 医療資源を重点的に活用する外来のうち、主な項目の実施状況を報告

<報告イメージ>

初診の医療資源を重点的に活用する外来	
外来化学療法加算を算定した件数	件
外来放射線治療加算を算定した件数	件
CT撮影を算定した件数	件
MRI撮影を算定した件数	件
PET検査を算定した件数	件
SPECT検査を算定した件数	件
高気圧酸素治療を算定した件数	件
画像等手術支援加算を算定した件数	件
悪性腫瘍手術を算定した件数	件

再診の医療資源を重点的に活用する外来	
外来化学療法加算を算定した件数	件
外来放射線治療加算を算定した件数	件
CT撮影を算定した件数	件
MRI撮影を算定した件数	件
PET検査を算定した件数	件
SPECT検査を算定した件数	件
高気圧酸素治療を算定した件数	件
画像等手術支援加算を算定した件数	件
悪性腫瘍手術を算定した件数	件

(2) 「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」となる意向の有無 [NDBで把握できない項目]

(3) 地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要なその他の事項

① その他の外来・在宅医療・地域連携の実施状況 [NDBで把握できる項目]

- 地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要な外来・在宅医療・地域連携の実施状況を報告

<報告イメージ>

協議の場での話し合い

- 協議の目的
 - 「どの病院を紹介受診重点病院に明確化するか」
- 協議対象病院
 - 基本は手上げ方式。しかし以下の病院の参加が必要
 - ①データでは紹介受診重点病院に合致するが、手上げをしていない病院
 - ②データでは紹介受診重点病院に合致しないが、手上げをしている病院



手上げ方式

【I-4 外来医療の機能分化等-②】

② 紹介受診重点医療機関における 入院診療の評価の新設

第1 基本的な考え方

「紹介受診重点医療機関」において、入院機能の強化や勤務医の外来負担の軽減等が推進され、入院医療の質が向上することを踏まえ、当該入院医療について新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

「紹介受診重点医療機関（医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関）」における入院医療の提供に係る評価を新設する。

(新)	<u>紹介受診重点医療機関入院診療加算（入院初日）</u>	<u>800点</u>
-----	-------------------------------	-------------

[算定要件]

- (1) 外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたもの）に限り、一般病床の数が200未満であるものを除

⑤ 紹介受診重点医療機関と

かかりつけ医機能を有する医療機関の連携の推進

第1 基本的な考え方

外来医療の機能分化及び医療機関間の連携を推進する観点から「紹介受診重点医療機関」及びかかりつけ医機能を有する医療機関等が、患者の紹介を受けた医療機関に対して当該患者の診療情報を提供した場合について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 現行の診療情報提供料（Ⅲ）について、名称を「連携強化診療情報提供料」に変更するとともに、かかりつけ医機能を有する医療機関等から紹介された患者に対して継続的な診療を行っている場合であって、紹介元の医療機関からの求めに応じて診療情報の提供を行った場合の当該提供料の算定上限回数を月に1回までに変更する。
2. 地域の診療所等が「紹介受診重点医療機関」に対して患者の紹介を行い、紹介先の「紹介受診重点医療機関」においても継続的に当該患者に対する診療を行う場合であって、紹介元の診療所等からの求めに応じて、診療情報を提供した場合の評価を新設する。

改 定 案	現 行
【連携強化診療情報提供料】 [算定要件] 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす他の保険医療機関から紹介された患者について、	【診療情報提供料（Ⅲ）】 [算定要件] 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす他の保険医療機関から紹介された患者又は別に

パート6 在宅医療



中医協総会 2021年10月13日

在宅医療の診療報酬改定 5つのポイント

- ①継続診療加算
- ②在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院
- ③外来と在宅の連携
- ④ACPの施設基準化
- ⑤小児緊急往診と在宅小児がん

ポイント①

継続診療加算

在支診の施設基準を届け出ていない通常の診療所が対象。
往診や連絡に**24時間**対応できる体制を、ほかの医療機関
の協力を得て整備すると加算が受けられる

継続診療加算について

在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料 (平成30年度診療報酬改定において新設)

継続診療加算 216点(1月に1回)

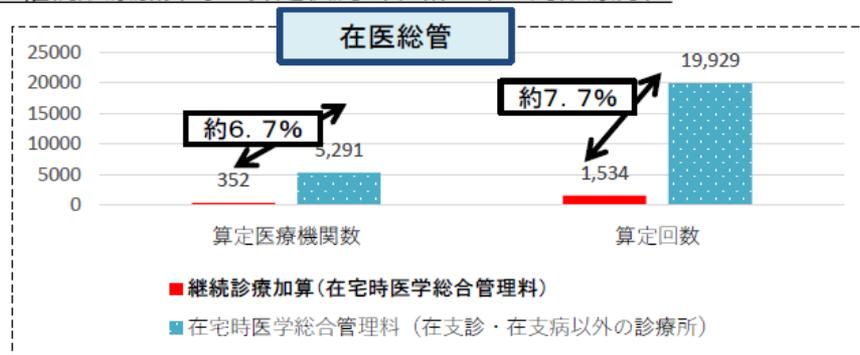
在支診以外の診療所が、かかりつけの患者に対し、他の医療機関との連携等により24時間の往診体制と連絡体制を構築した場合の評価。

[主な算定要件]

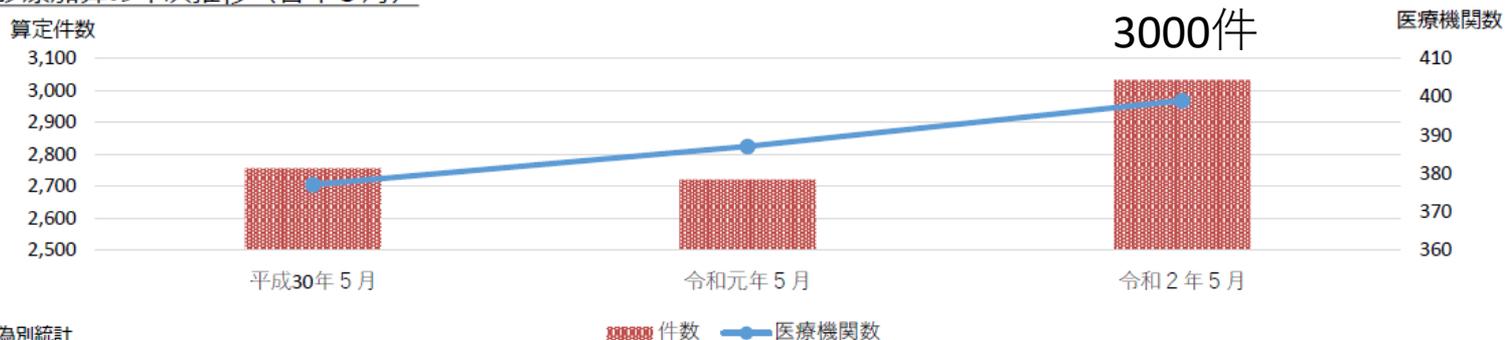
- (1) 当該保険医療機関の外来又は訪問診療を継続的に受診していた患者であること。
- (2) 算定患者ごとに、連携する医療機関との協力等により、24時間の往診体制及び24時間の連絡体制を構築していること。
- (3) 訪問看護が必要な患者に対し、訪問看護を提供する体制を有していること。

在医総管、施設総管の7%!

●継続診療加算等の算定状況(令和2年5月診療分)



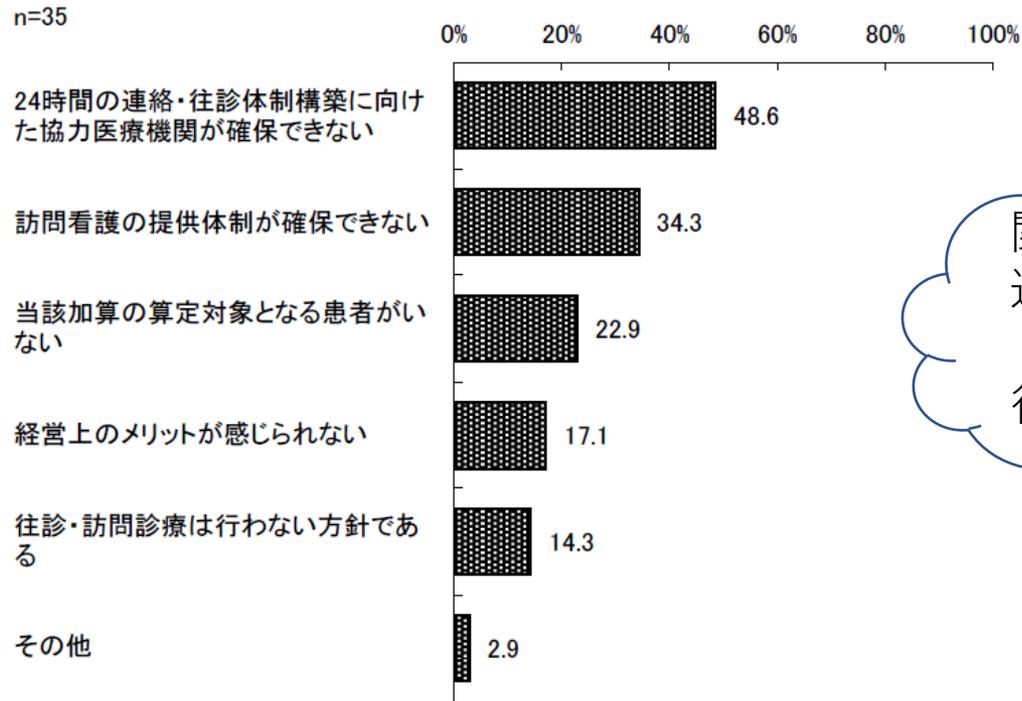
●継続診療加算の年次推移(各年5月)



継続診療加算について

○ 継続診療加算を算定していない理由は以下のとおりであり、最も多いものは、「24時間の連絡・往診体制構築に向けた協力医療機関が確保できない」であった。

継続診療加算を算定していない理由



関係機関の
連携で24時
間体制を
行っては？

「24時間」の要件について

- 24時間の往診体制や連絡体制等についての要件は以下のとおり。
- 継続診療加算においては、当該医療機関単独又は他の医療機関と連携した上で、24時間の「往診を行う体制」及び「連絡を受ける体制」を求めている。

		24時間要件					
		往診を行う体制		訪問看護を行う体制		連絡を受ける体制	
		単独	連携	単独	連携	単独	連携
在宅療養支援診療所	単独型	○	×	○	○	○	×
	連携型	○	○	○	○	○	○
	その他	○	○	○	○	○	×
在宅療養支援病院	単独型	○	×	○	○	○	×
	連携型	○	○	○	○	○	○
	その他	○	×	○	○	○	×
継続診療加算		○	○	—	—	○	○

○:要件を満たす
 ×:要件を満たさない
 —:施設基準上の要件ではない

地域で取り組まれている在宅医療連携モデル(例)

- 各地域において、在宅医療を提供している医療機関同士の連携が、様々な形で行われている。

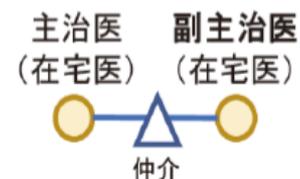
(1) 在宅医の相互協力

背景

- 板橋区ではもともと地域に根付いた2代目、3代目の在宅医が多く、地域に根付いた医療が行われていた。
- 区主催の「在宅医療推進協議会」(年1回開催)では病床確保等について協議が行われ、同じく板橋区主催(H28までは医師会主催)の「在宅療養ネットワーク懇和会」(半年に1回開催)では、医師会・薬剤師会・歯科医師会・ケアマネジャー等が持ちまわりで主催を行い、地域医療についての検討が行われている。

連携の一例

- 医師会療養相談室が仲介を行う主治医・副主治医制の運用
- 在宅医が学会等へ参加する等の事情で看取りが必要な患者の対応ができない可能性がある等の場合、別の在宅医が当該患者の対応を行えるシステムを運用



地域で有効に機能している在宅医療連携モデル(例)

○ 各地域において、在宅医療を提供している医療機関同士の連携が、様々な形で行われている。

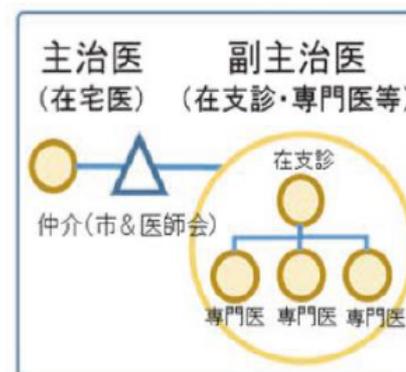
(2) かかりつけ医によるグループ形成

背景

- 柏市では、長寿化の進展により慢性疾患患者が増加し、「病院完結型」から、在宅生活を支える「地域完結型」の医療・介護サービス提供に迫られている(病院は多いが病床稼働率が高く、早晚患者受入れの限界になる)。
- 一方、診療所は外来対応で忙しく、専門領域外の医療や24時間対応に不安があり、在宅医療に取り組む医師が少なかった。
- そこで、柏市は柏市医師会と理念共有のもとで、多職種を巻き込みながら、在宅医の増加・連携づくり・市民啓発に取り組んでいる。

連携の一例

- 医師会及び市による、かかりつけ医グループ形成によるバックアップ
- 主治医(患者を主に訪問診療する医師)と副主治医(主治医が訪問診療できない時の訪問診療を補完する医師)とが相互に協力して患者に訪問診療を提供する。



24時間往診・連携体制確保が 困難な理由

- 算定クリニック側から、退院に協力を依頼しにくい
 - 算定クリニックAが協力クリニックBに協力依頼をしても、加算の算定はAクリニックのみ。
 - 1か月あたり216点の継続診療加算を2つのクリニック間で契約で分配しても微々たるもの
- 地域医師会が仲介して、医療機関の協力を面で推進することも考えられる。
- 次回改定ではこうした地域体制を評価してはどうか？

⑥ 継続診療加算の見直し

第1 基本的な考え方

24時間の往診及び連絡体制の構築が要件である継続診療加算について、在宅療養支援診療所以外の診療所による在宅医療への参画を更に推進する観点から、継続診療加算の名称及び評価の在り方を見直す。

第2 具体的な内容

継続診療加算について、地域の医師会又は市町村が構築する当番医制等に参加し、市町村・医師会と連携して、必要な在宅医療体制を確保した場合の評価を新設するとともに、名称を在宅療養移行加算に変更する。

改 定 案	現 行
<p>【在宅療養移行加算】 [算定要件]</p> <p>注9 3を算定する患者であって継続的に診療を行っているものに対して、保険医療機関（診療所に限る。）が、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関において又は他の保険医療機関等との連携により、常時往診を行う体制等を確保した上で訪問診療を行った場合に、<u>当該体制等に応じて、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</u></p> <p>イ <u>在宅療養移行加算 1</u> 216点 ロ <u>在宅療養移行加算 2</u> 116点</p> <p>(20) 在宅時医学総合管理料の「注9」又は施設入居時等医学総合管理料の「注5」の規定により準用する</p>	<p>【継続診療加算】 [算定要件]</p> <p>注9 3を算定する患者であって継続的に診療を行っているものに対して、保険医療機関（診療所に限る。）が、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関において又は他の保険医療機関との連携により、常時往診を行う体制等を確保した上で訪問診療を行った場合に、<u>継続診療加算として、216点を所定点数に加算する。</u></p> <p>(新設) (新設)</p> <p>(20) 在宅時医学総合管理料の「注9」又は施設入居時等医学総合管理料の「注5」の規定により準用する</p>

ポイント②

在宅療養支援診療所
在宅療養支援病院

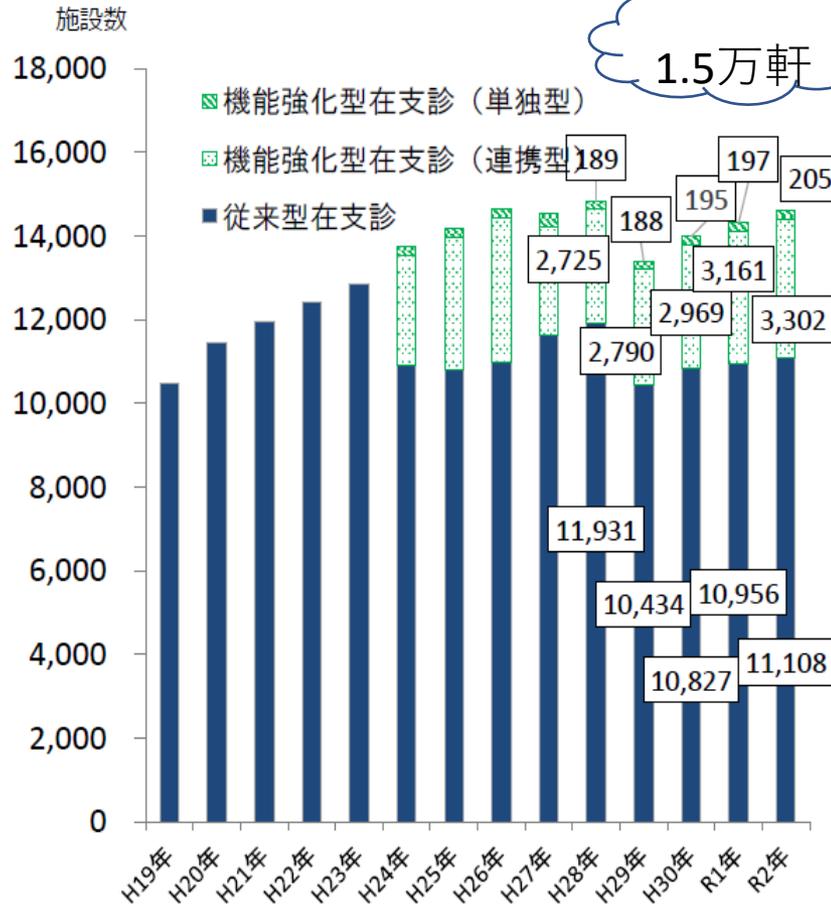
在宅療養支援診療所(在支診)及び在宅支援病院(在支病)の施設基準の概要(平成30年度～)

	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		
全ての在支 診・在支病 が満たすべ き基準	① 24時間連絡を受ける体制の確保 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している		○ 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) <small>※ 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</small> ○ 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	
全ての在支 病が満たす べき基準	「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240床未満			
機能強化型 在支診・在 支病が満た すべき基準	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上		
	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 10件以上	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 連携内で10件以上 各医療機関で4件以上		
	⑨ 過去1年間の看取りの実績又は超・ 準超重症児の医学管理の実績 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		

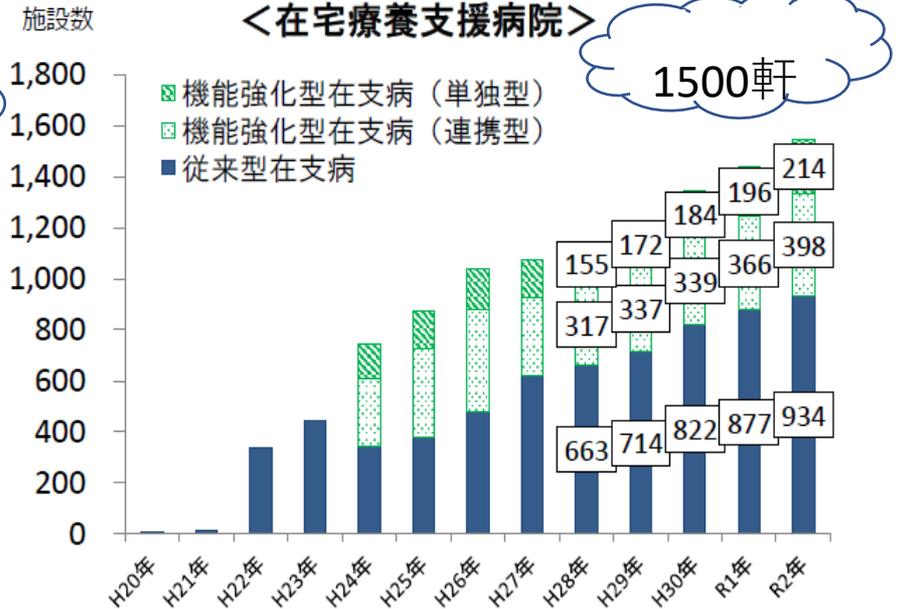
在宅療養支援診療所等の届出数

○ 在宅療養支援診療所は、増加傾向であったが、近年は概ね横ばいであり、在宅療養支援病院は、増加傾向である。

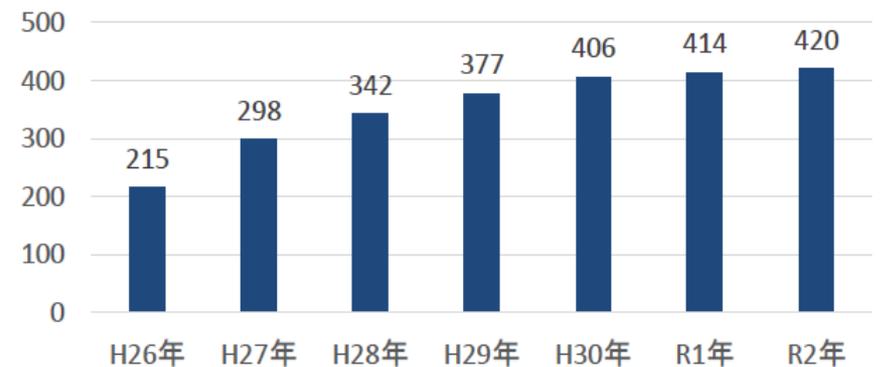
<在宅療養支援診療所>



<在宅療養支援病院>



<在宅療養後方支援病院> ※平成26年新設



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

～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～

在宅医療の提供体制に求められる医療機能

①退院支援

- 入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院支援の実施

②日常の療養支援

- 多職種協働による患者や家族の生活を支える観点からの医療の提供
- 緩和ケアの提供
- 家族への支援

④看取り

- 住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施

③急変時の対応

- 在宅療養者の病状の急変時における往診や訪問看護の体制及び入院病床の確保

医療計画には、各機能を担う医療機関等の名称を記載

- ・病院、診療所（歯科含む） ・薬局
- ・訪問看護事業所 ・居宅介護支援事業所
- ・地域包括支援センター
- ・短期入所サービス提供施設
- ・相談支援事業所 等

圏域は、二次医療圏にこだわらず、市町村単位や保健所圏域など、地域の資源の状況に応じて弾力的に設定

多職種連携を図りつつ、24時間体制で在宅医療を提供

在宅医療において積極的役割を担う医療機関

- ①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う
 - ・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
 - ・他医療機関の支援
 - ・医療、介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援

- ・在宅療養支援診療所
- ・在宅療養支援病院 等



在宅医療に必要な連携を担う拠点

- ①～④の機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
 - ・地域の関係者による協議の場の開催
 - ・包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整
 - ・関係機関の連携体制の構築 等

- ・医師会等関係団体
- ・保健所 ・市町村 等



在宅療養支援病院の実績について

- 在宅療養支援病院について、年間の緊急往診件数は以下のとおり。
- 0件の病院がみられる一方、31件以上の病院もみられた。
- 緊急往診件数が0件の病院の、在宅患者の年間の入院受入数は、31件以上が最多であった。

〈年間の緊急往診件数〉

緊急往診件数	0件	1～10件	11～30件	31件以上
平成27年度	38	70	47	24
平成28年度	42	75	53	31
平成29年度	47	81	55	34



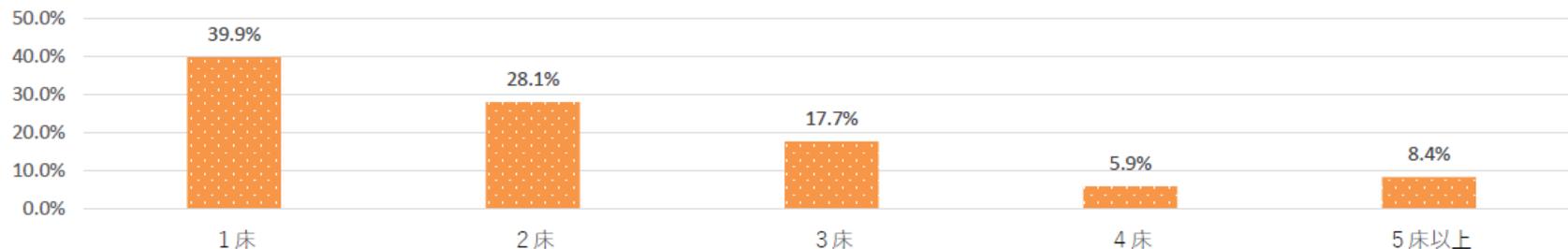
〈在宅患者の年間総入院数〉

受入件数	0件	1～10件	11～30件	31件以上	未記入	合計
平成27年度	2	3	0	27	6	38
平成28年度	3	3	1	27	8	42
平成29年度	4	2	0	33	8	47

在宅療養支援病院の実績について

- 在宅療養支援病院について、緊急時入院のための常時確保病床の状況及び在宅患者入院受入数は以下のとおり。
- 緊急時入院のための常時確保病床について、1床との病院が最多であった。一方、5床以上の病院もみられた。
- 在宅患者の年間入院受入数について、0件の病院がみられる一方、31件以上の病院もみられた。

緊急時入院のための常時確保病床数 (n=203)



在支診からの在宅患者入院受入数

受入件数	0件	1~10件	11~30件	31件以上
平成27年度	57	27	14	19
平成28年度	59	29	19	23
平成29年度	69	36	18	26

在支診以外からの在宅患者入院受入数

受入件数	0件	1~10件	11~30件	31件以上
平成27年度	33	15	13	49
平成28年度	34	15	14	54
平成29年度	41	17	14	60

次回改定では在支病の緊
急往診や入院実績を
評価しては？

③ 在宅療養支援病院の実績に係る要件の見直し

第1 基本的な考え方

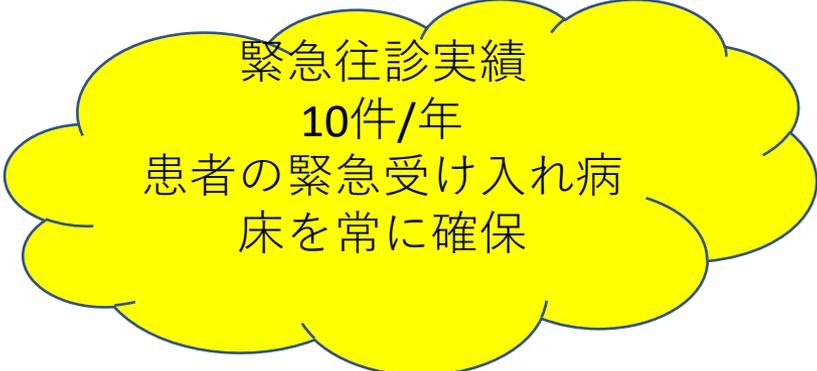
在宅医療を支える入院機能の充実を図る観点から、機能強化型在宅療養支援病院の要件を見直す。

第2 具体的な内容

機能強化型の在宅療養支援病院について、緊急の往診の実績に代えて、後方ベッドの確保及び緊急の入院患者の受入実績又は地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1若しくは3の届出により要件を満たすこととする。

<p>こと及び在宅療養支援診療所等からの要請により患者の緊急の受入れを行った実績が過去1年間で●件以上あること。</p> <p>③ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ていること。</p> <p>ス (略)</p>	<p>ス (略)</p>
<p>※ 機能強化型のうち連携型の在宅療養支援病院についても同様。</p>	

改 定 案	現 行
<p>【在宅療養支援病院】 〔施設基準〕</p> <p>1 在宅療養支援病院の施設基準 次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを在宅療養支援病院という。 (中略)</p> <p>(1) 病院であって、当該病院単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。 ア～サ (略)</p> <p>シ <u>以下のいずれかの要件を満たすこと。</u></p> <p>① 当該病院において、過去1年間の緊急の往診の実績を10件以上有すること。 なお、緊急の往診とは、区分番号「C000」の注1に規定する緊急又は夜間、深夜若しくは休日に行う往診のことをいう。</p> <p>② <u>在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入れを行う病床を常に確保している</u></p>	<p>【在宅療養支援病院】 〔施設基準〕</p> <p>1 在宅療養支援病院の施設基準 次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを在宅療養支援病院という。 (中略)</p> <p>(1) 病院であって、当該病院単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。 ア～サ (略)</p> <p>シ 当該病院において、過去1年間の緊急の往診の実績を10件以上有すること。 なお、緊急の往診とは、区分番号「C000」の注1に規定する緊急又は夜間、深夜若しくは休日に行う往診のことをいう。</p>



ポイント③

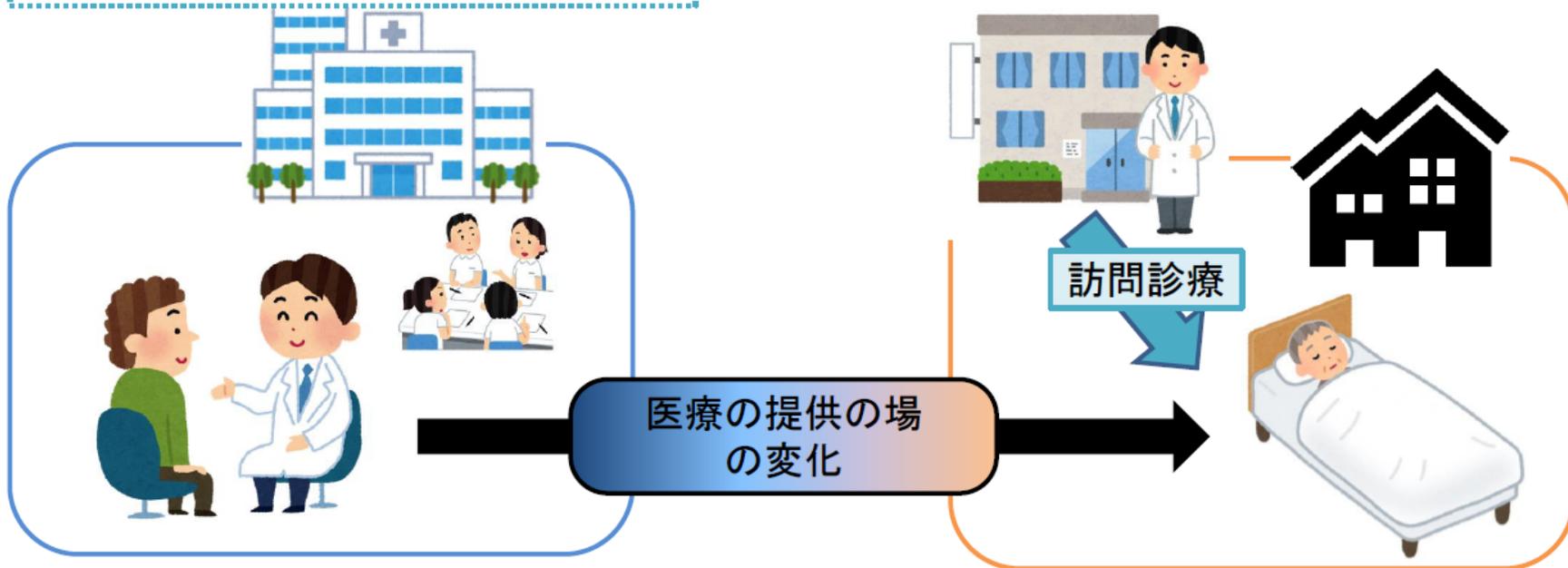
外来と在宅との連携

外来から在宅への移行について

- 外来を受診していた患者が、在宅医療を受けることとなり、主治医が交代する場合がある。
- 移行のタイミングが遅くなると、患者が抱える医療・介護等の課題が複雑化、不可逆化する、との意見がある。

・患者に対して継続的に外来医療を提供している
・16km要件や、医療従事者の不足、医療機関の機能等により、在宅医療を提供していない／できない。

・在宅医療を提供する医療機関(外来医療を提供していた医療機関と別の医療機関)



・外来に継続的に通院していた患者
・経過中、「通院困難な者」となる

外来から在宅医療への移行についても多職種連携を評価する必要あり

【 I - 4 外来医療の機能分化等 - ④】

④ 外来在宅共同指導料の新設

第1 基本的な考え方

通院患者のスムーズな在宅医療への移行を推進する観点から、外来医療を担う医師と在宅医療を担う医師が、患家において共同して必要な指導を行った場合について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

外来医療を継続的に受けている患者が在宅医療に移行するに当たり、患家等において、外来医療を担う医師と在宅医療を担う医師が連携して、当該患者に対する指導等を実施した場合に、在宅での療養を担う医療機関が算定する外来在宅共同指導料 1 及び外来医療を担っていた医療機関が算定する外来在宅共同指導料 2 を新設する。

(新)	外来在宅共同指導料	
	<u>1</u> 外来在宅共同指導料 1	<u>400 点</u>
	<u>2</u> 外来在宅共同指導料 2	<u>600 点</u>

[対象患者]

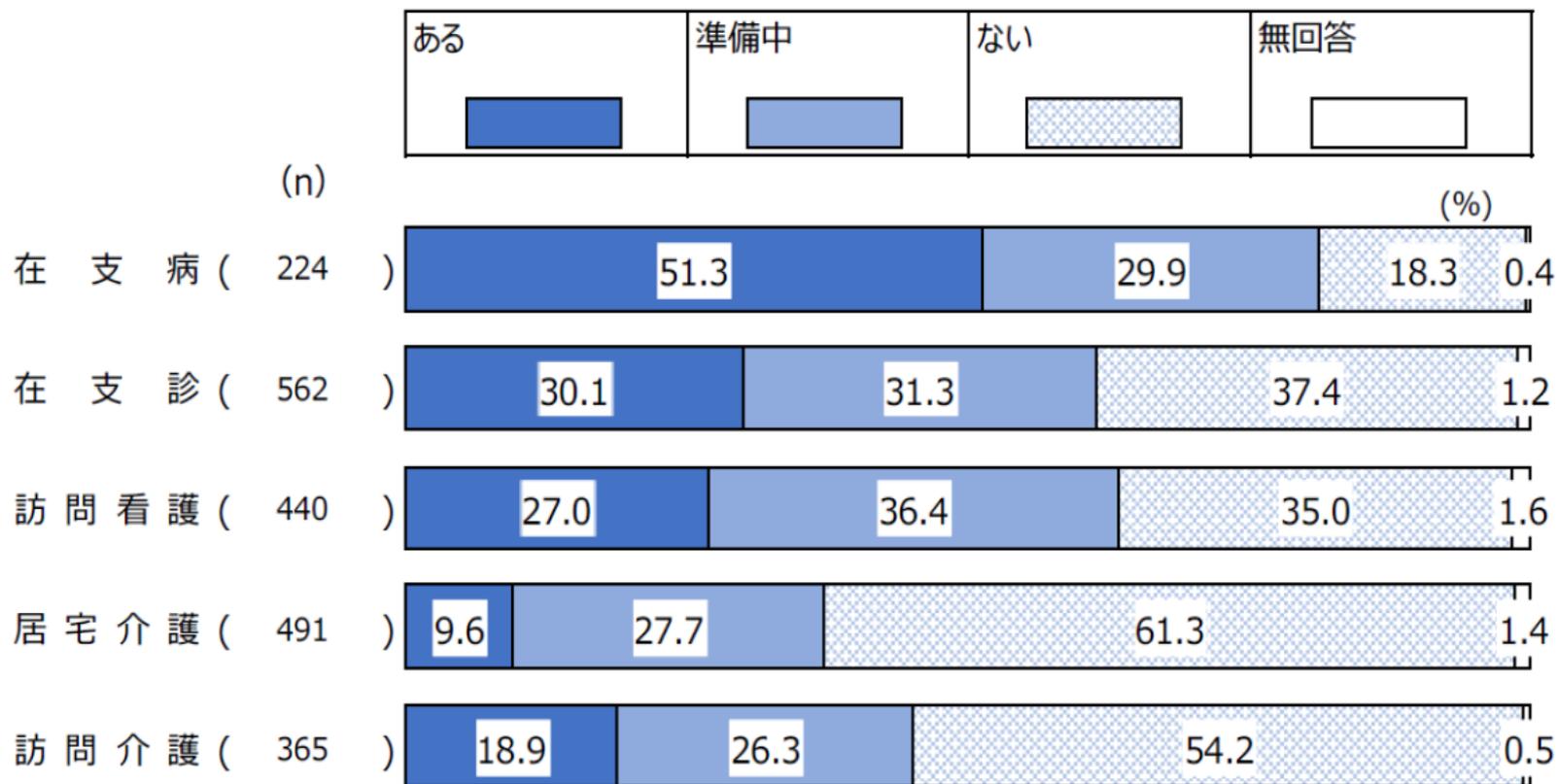
外来において継続的に診療（継続して4回以上外来を受診）を受けている患者であって、在宅での療養を行う患者（他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム又はサービス付き高齢者向け住宅その他施設等に入院若しくは入所する患者については、対象とはならない。）

ポイント④
ACPの施設基準化

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等を踏まえた対応について

- 人生の最終段階における医療・ケアの意思決定支援に関する取組方針の有無については、以下のとおりであった。
- 「ある」及び「準備中」をあわせると、在宅支援病院は約8割、在宅療養支援診療所は約6割であった。

図表. 医療・ケアの意思決定支援に関する取組方針



在宅療養支援病院・診療所 へのACPの施設基準化？

支払い側は賛成だが、診療側は加算対応を要望

【I-6 質の高い在宅医療・訪問看護の確保-②】

② 在支診及び在支病における 適切な意思決定支援の推進

第1 基本的な考え方

人生の最終段階における適切な意思決定支援を推進する観点から、当該支援に係る指針の作成を在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の要件に追加する。

第2 具体的な内容

在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、厚生労働省「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支援に係る指針を作成していることを要件とする。

改 定 案	現 行
<p>【在宅療養支援診療所】 【施設基準】 (1) 次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ～ヲ (略) ワ <u>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。</u></p> <p>※ <u>機能強化型のうち単独型の在宅療養支援診療所以外の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院についても同様。</u></p>	<p>【在宅療養支援診療所】 【施設基準】 (1) 次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ～ヲ (略) (新設)</p>

[経過措置]

令和4年3月31日において現に届出を行っている診療所等については、同年9月30日までの間に限り、当該基準に該当するものとみなす。

⑤小児緊急往診と
在宅小児がん

○ 在宅の医療的ケア児は増加している。

医療的ケア児について

- 医療的ケア児とは、医学の進歩を背景として、NICU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）

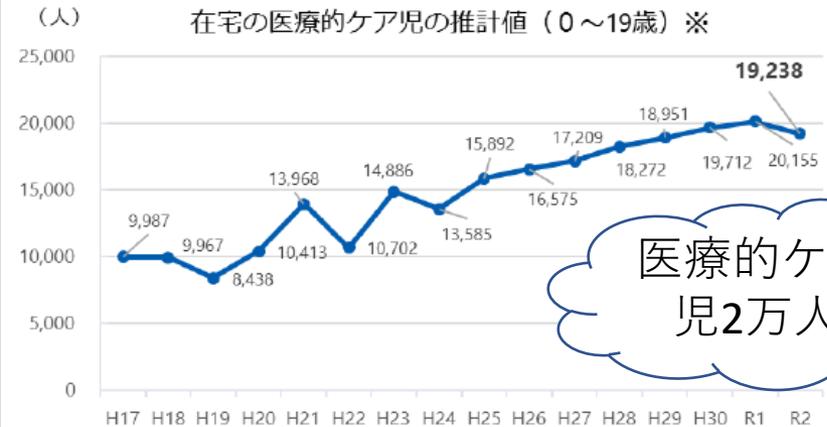


- 歩ける医療的ケア児から寝たきりの重症心身障害児※1までいる。
- 生きていくために日常的な医療的ケアと医療機器が必要例) 気管切開部の管理、人工呼吸器の管理、吸引、在宅酸素療法、胃瘻・腸瘻・胃管からの経管栄養、中心静脈栄養等

※1：重症心身障害児とは重度の知的障害と重度の肢体不自由が重複している子どものこと。全国で約43,000人（者も含まれている）。[岡田2012推計値]



* 画像転用禁止



医療的ケア児2万人

（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）により障害児・発達障害者支援室で作成）

児童福祉法の改正（平成28年5月25日成立・同年6月3日公布）

第五十六条の六第二項

「地方公共団体は、人工呼吸器を装着している障害児その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障害児が、その心身の状況に応じた適切な保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を受けられるよう、保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を行う機関との連絡調整を行うための体制の整備に関し、必要な措置を講ずるように努めなければならない。」

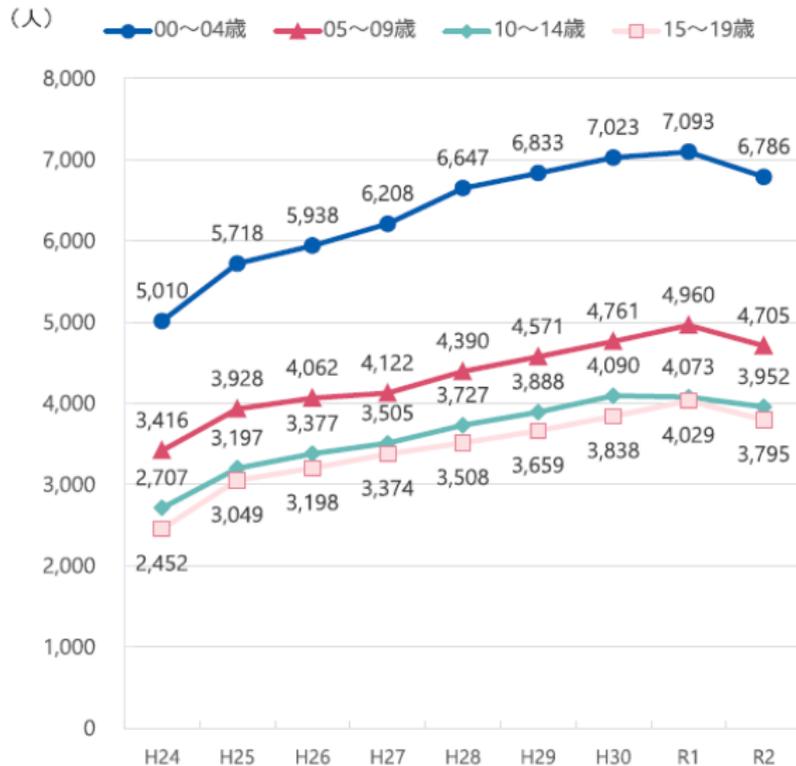
※ 児童福祉法上の児童の定義は満18歳に満たない者であるが、社会医療診療行為別統計は5歳以上の年齢階級別の統計となっていることから、医療的ケア児数（推計値）は20歳未満の者を含む。

医療的ケア児数

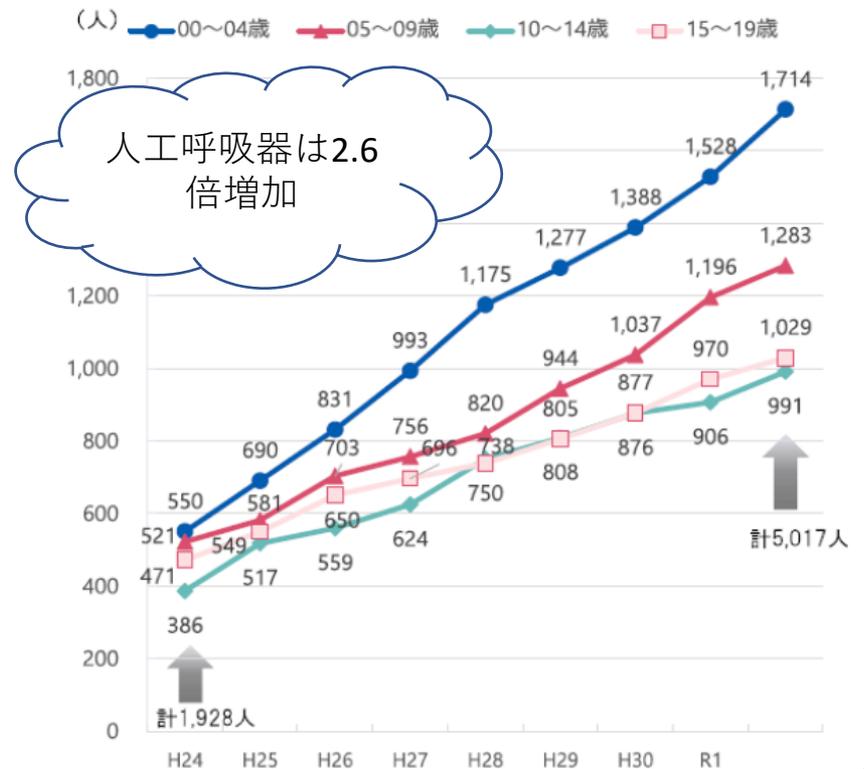
年齢階級別の医療的ケア児数等

- 年齢階級別の医療的ケア児数は、低年齢ほど人数が多く、0～4歳が最も多い。いずれの年齢階級も増加傾向である。
- 人工呼吸器を必要とする児童数は、直近7年で約2.6倍に増加している。0～4歳が最も多く、経年での増え方も大きい。

■ 年齢階級別の医療的ケア児数の年次推移（推計）



■ 年齢階級別の人工呼吸器を必要とする児童数※の年次推移（推計）



出典：社会医療診療行為別統計（調査）（各年6月審査分）により障害児・発達障害者支援室で作成

※出典：同左（「C107 在宅人工呼吸指導管理料」算定者数）

【出典】令和3年度 医療的ケア児の地域支援体制構築に係る担当者会議 資料1-1 2021年9月28日

小児の緊急の往診について

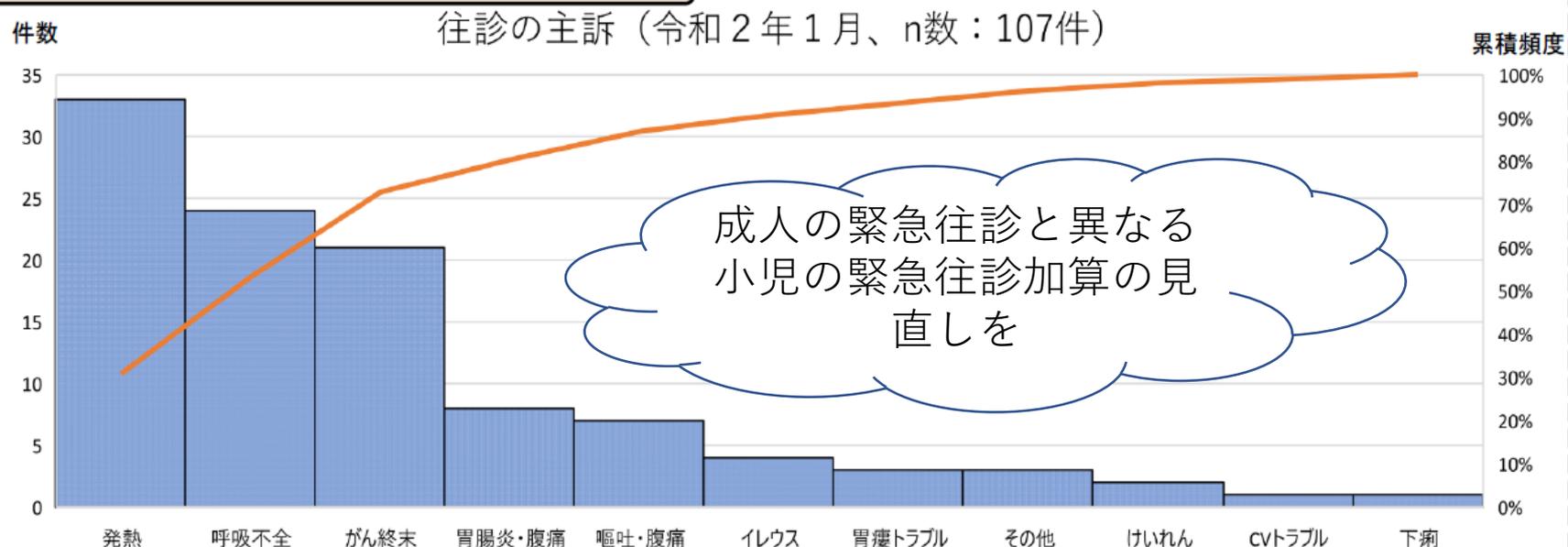
○ 緊急往診加算については、「往診の結果、急性心筋梗塞、脳血管障害、急性腹症等が予想される場合」に算定できるとされているが、小児においては、これらの状態には当てはまらない、「急性の呼吸不全やけいれん」など、成人と違った理由により緊急の往診が必要となる場合がある。

小児において緊急の往診が必要となる病態のうち、多いもの(例)

- 急性の呼吸不全（呼吸器使用中の患者や酸素使用の患者の低酸素状態等）
- 嘔吐
- けいれん
- 発熱

出典：さいわいこどもクリニック 宮田章子医師

小児における緊急往診が必要となる病態の主訴



出典：医療法人財団 はるたか会 前田浩利理事長

⑦ 緊急往診加算の見直し

第1 基本的な考え方

小児に対する在宅医療を適切に評価する観点から、緊急往診加算について要件を見直す。

第2 具体的な内容

小児は、緊急の往診を要する病態（けいれん・呼吸不全等）が成人と異なることを踏まえ、小児患者に対して、当該病態が予想される場合に往診を行った場合について、緊急往診加算を算定可能とする。

改 定 案	現 行
<p>【往診料】 【算定要件】 (4) 「注1」における緊急に行う往診とは、患者又は現にその看護に当たっている者からの訴えにより、速やかに往診しなければならないと判断した場合をいい、具体的には、往診の結果、急性心筋梗塞、脳血管障害、急性腹症等が予想される場合（15歳未満の小児（児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）については、これに加えて、<u>低体温、けいれん、意識障害、急性呼吸不全等が予想される場合</u>）をいう。また、医学的に終末期であると考えられる患者（当該保険医療機関又は当該保険医療機関と連携する保険医療機関が訪問診療を提供している患者に限る。）に対して往診した場合にも緊急往診加算を算定できる。</p>	<p>【往診料】 【算定要件】 (4) 「注1」における緊急に行う往診とは、患者又は現にその看護に当たっている者からの訴えにより、速やかに往診しなければならないと判断した場合をいい、具体的には、往診の結果、急性心筋梗塞、脳血管障害、急性腹症等が予想される場合をいう。また、医学的に終末期であると考えられる患者（当該保険医療機関又は当該保険医療機関と連携する保険医療機関が訪問診療を提供している患者に限る。）に対して往診した場合にも緊急往診加算を算定できる。</p>

成人と小児のがん患者における終末期の在宅医療の比較

- 疼痛などの症状緩和が容易ではなく、オピオイドを積極的に使用する必要がある。
- また、原疾患には抗腫瘍薬に対する感受性が高いものが多く、終末期まで化学療法が継続されることも多いため、在宅でも輸血の実施が必要となることが多い。

小児がんは脳腫瘍が多い

代表的な静注用麻薬製剤使用量 (一人当たりの使用量平均)

	成人	小児
オキシコドン (mg)	18.8	108
モルヒネ (mg)	195.9	1297

輸血量 (一人当たりの輸血単位数平均)

	成人	小児
濃厚赤血球 (単位)	0	0.5
濃厚血小板 (単位)	0	15.3

(参考)WHOガイドラインにおいては、アセトアミノフェンやイブプロフェンで効果不十分、又は中等度以上の疼痛の場合、成人では3段階ラダーを用いるため、弱オピオイドの使用が推奨されているところ、小児では2段階ラダーを用いるため、モルヒネ等の強オピオイドの使用が推奨されている。

在宅で療養する末期の小児がん患者に訪問診療を行った場合の診療報酬

- 末期のがん患者については、訪問診療に関する基本的な評価が包括された在宅がん医療総合診療料を算定する方法を選択可能な取扱いとなっている。
- 在宅がん医療総合診療料には、注射による鎮痛療法等、専門的な在宅療養に係る指導管理料も包括されている。

<在宅で療養する末期の小児がん患者に訪問診療を行った場合の診療報酬（イメージ）>

- 医療機関の形態： 機能強化型の在宅療養支援診療所（病床を有する）
- 居住形態： 一軒家
- 診療内容： 1日に1回の訪問診療、注射による鎮痛療法、投薬（処方せん交付のみの院外処方）

①定期的に訪問して診療を行った場合の評価	在宅がん医療総合診療料 1日当たり1,800点
②総合的な医学的管理等を行った場合の評価	
③指導管理等に対する評価 (在宅療養指導管理料・材料加算)	

在宅で療養する末期の小児がん患者に訪問診察を行った場合の評価の見直しを



【I-6 質の高い在宅医療・訪問看護の確保-⑥】

⑥ 在宅がん医療総合診療料の見直し

第1 基本的な考え方

在宅医療における小児がん診療のニーズが高まっていることを踏まえ、在宅がん医療総合診療料について、小児に対するがん診療に係る評価を見直す。

第2 具体的な内容

在宅がん医療総合診療料について、小児に係る加算を新設する。

改 定 案	現 行
【在宅がん医療総合診療料】 [算定要件] 注6 <u>15歳未満の小児（児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）に対して総合的な医療を提供した場合には、小児加算として、週に1回に限り、1,000点を所定点数に加算する。</u>	【在宅がん医療総合診療料】 [算定要件] (新設)

今日のまとめ

- ・ 入退院支援加算・入院時診療加算は PFM,パス、退院調整の考え方から始まった
- ・ 紹介受診重点医療機関の基準は、医療資源活用外来の初診40%・再診25%と紹介率50%・逆紹介率40%
- ・ 国の基準に応じて、紹介受診重点病院への手上げの意思決定が必要
- ・ 外来から在宅への移行、入院から在宅への移行では多職種連携が必要

医療介護の岩盤規制をぶっとばせ！

コロナ渦中の規制改革推進会議、2年間の記録



武藤正樹 「医療介護の岩盤規制をぶっとばせ！」

第1章

- ・ コロナと医療提供体制

第2章

- ・ 規制改革会議と医療DX

第3章

- ・ 規制改革会議と科学的介護

第4章

- ・ 規制改革会議と医薬品・医療機器

第5章

- ・ 2025年問題へ向けての改革トピックス

篠原出版新社

8月11日緊急出版

B5版 120ページ

定価 1800円

ご清聴ありがとうございました



日本医療伝道会衣笠病院グループで内科外来(月・木)、老健、在宅クリニック(金)を担当しています。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイトに公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

muto@kinugasa.or.jp