

Dr武藤の看護マネジメントプチ動画講座

2024年診療報酬改定と在宅



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

よこすか地域包括推進センター長

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
通所事業所(長瀬ケアセンター) 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

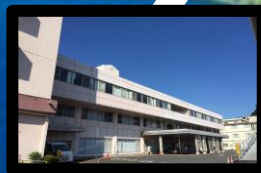
衣笠城址



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
 - 在宅需要の急増
- パート 2
 - 2022年改定と在宅医療
- パート 3
 - 2024年改定と訪問診療
- パート 4
 - 訪問看護
- パート 5
 - 訪問栄養食事指導



パート1 在宅需要の急増

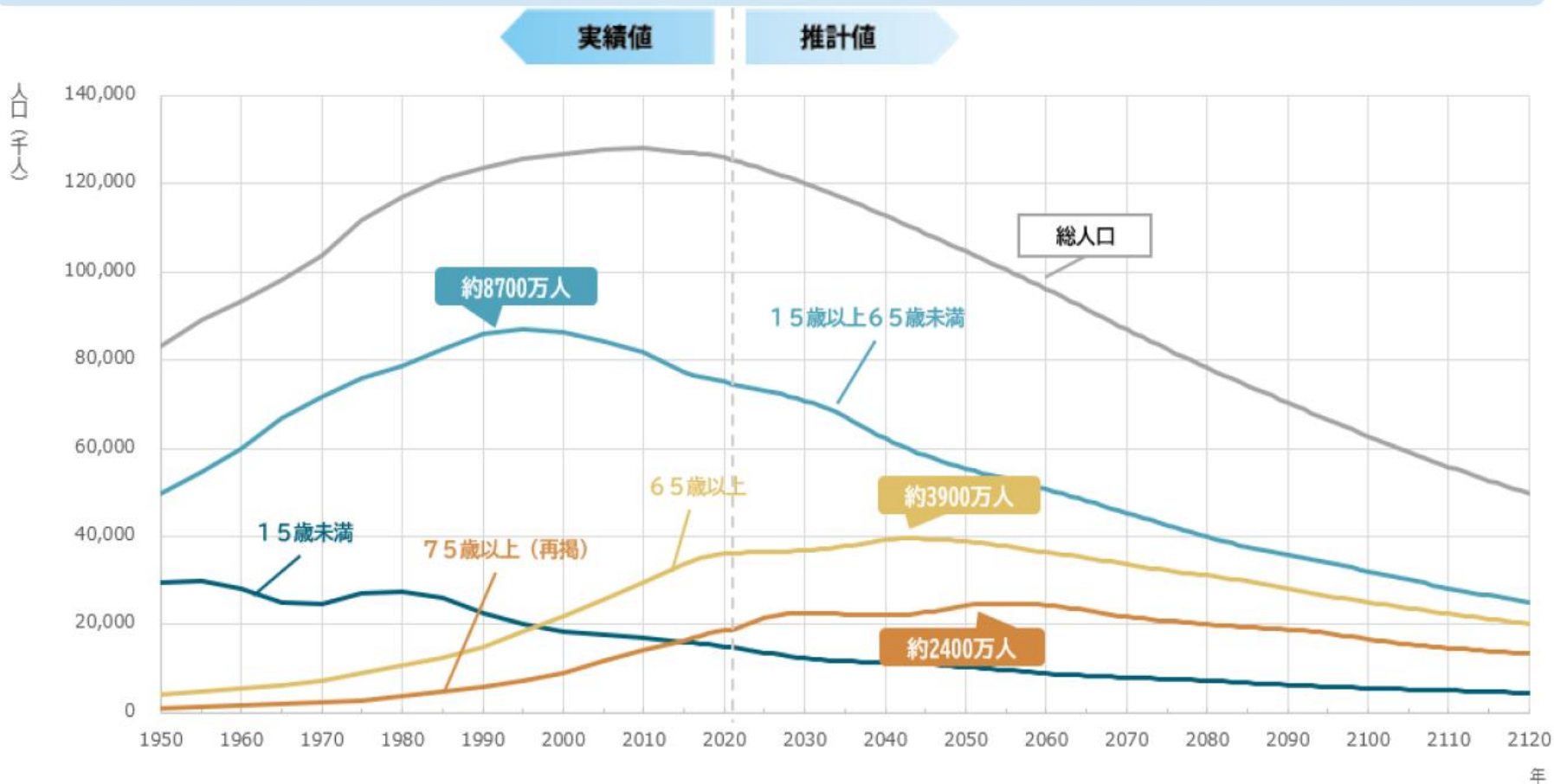




中医協総会2023年7月12日

2040年頃に65歳以上人口のピークが到来する

- 現役世代（生産年齢人口）の減少が続く中、いわゆる団塊の世代が2022年から75歳（後期高齢者）となっていく。
- その後も、2040年頃まで、65歳以上人口の増加が続く。



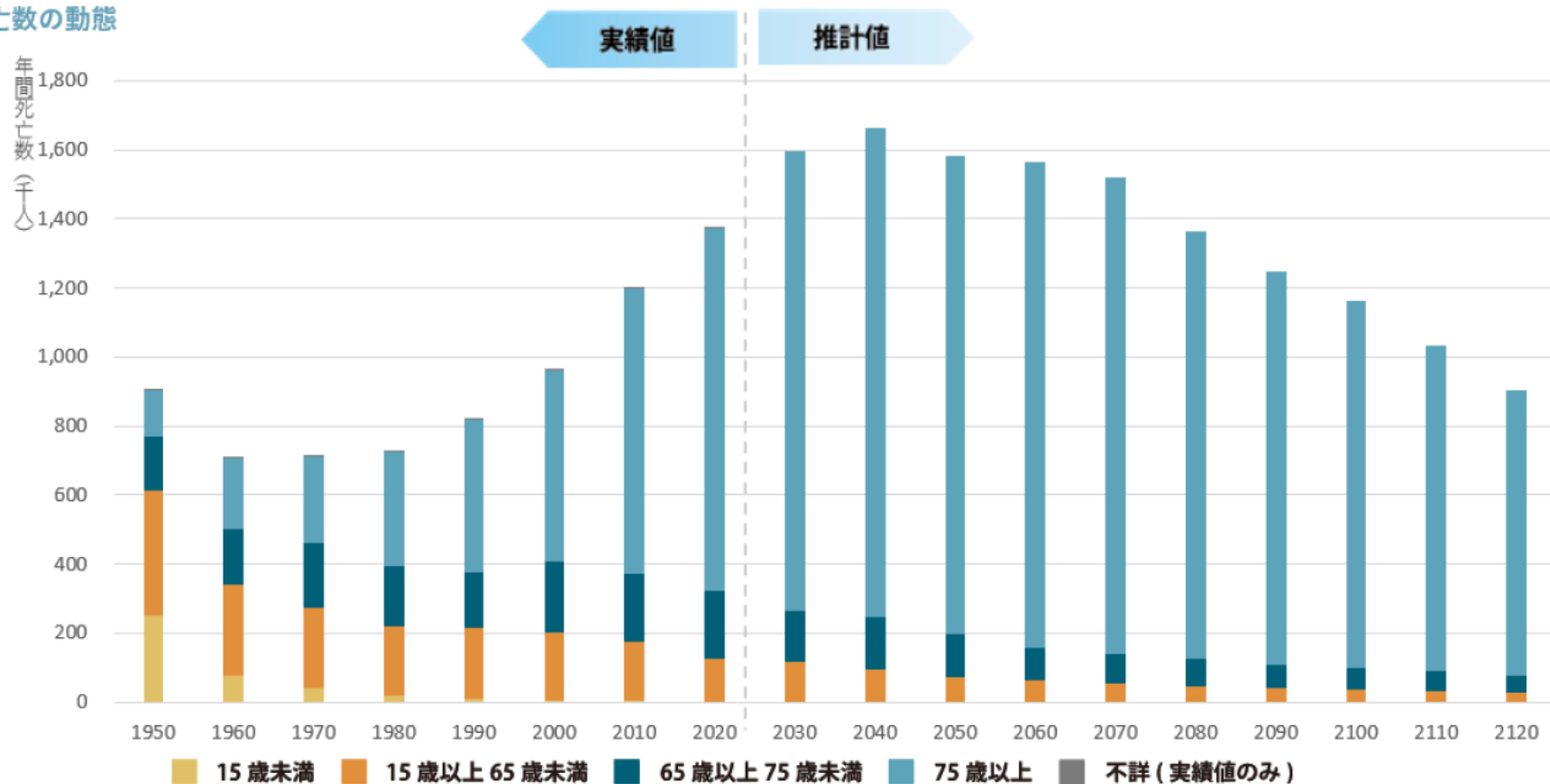
2021年までの人口は総務省「人口推計」（各年10月1日現在）
2022年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（令和5年推計）：出生中位・死亡中位推計」

出典

死亡数が一層増加する

○ 死亡数については、2040年まで増加傾向にあり、ピーク時には年間約170万人が死亡すると見込まれる。

死亡数の動態



出典

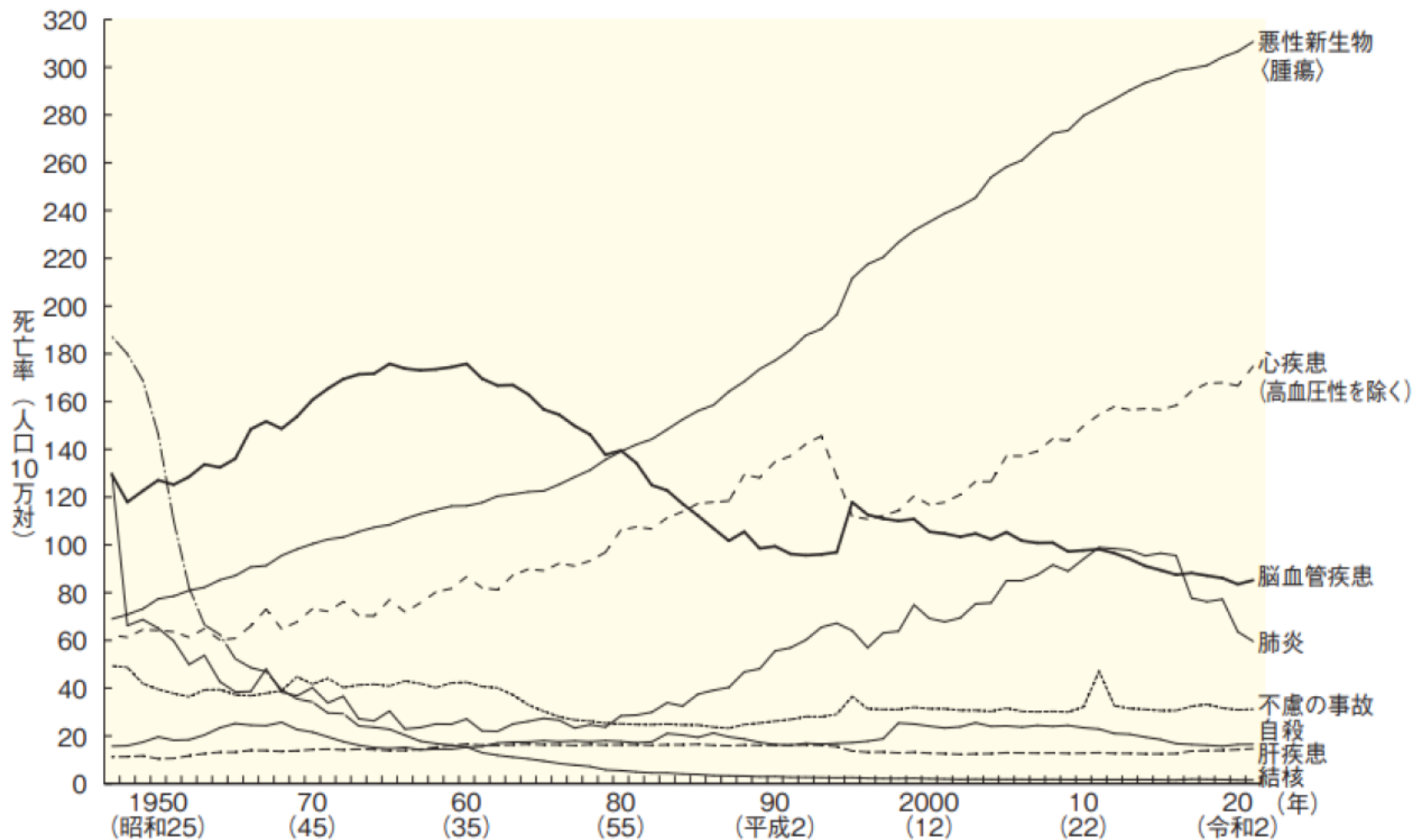
2020年までは厚生労働省「人口動態統計(令和3年)」

2030年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(令和5推計):出生中位・死亡中位推計」より作成

主な死因別にみた死亡率の推移

中医協 総-4
5. 7. 5

主な死因別にみた死亡率の推移（人口10万対）



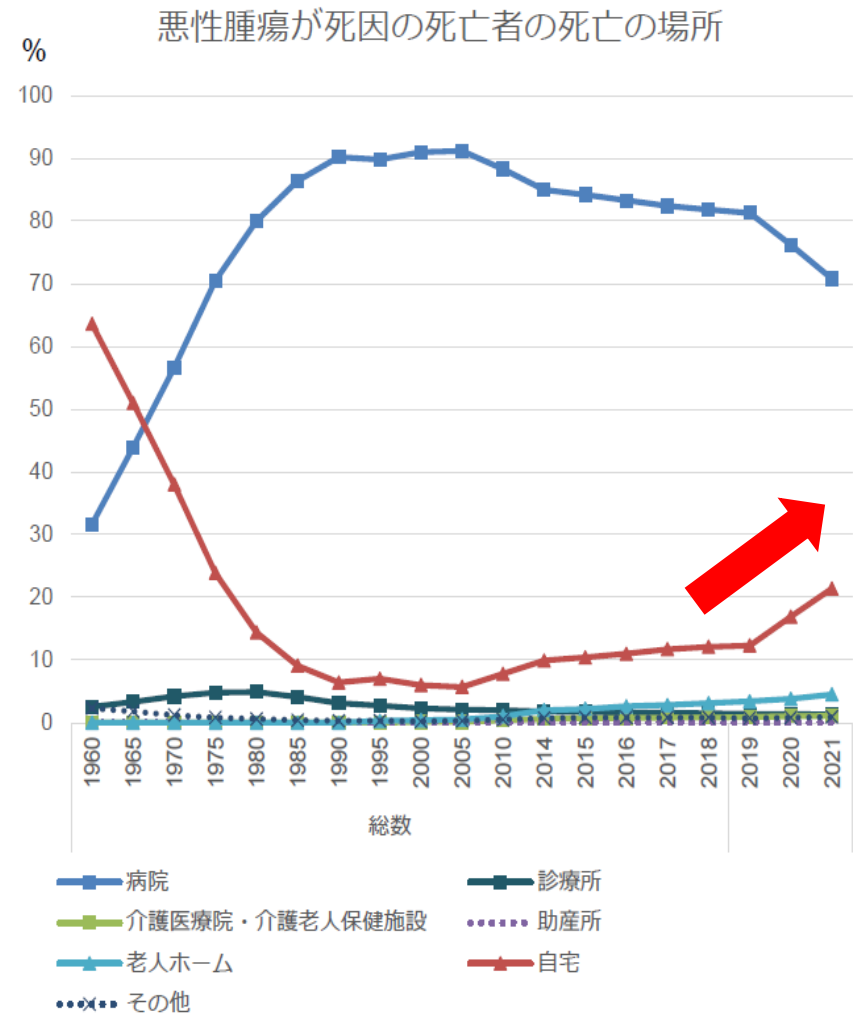
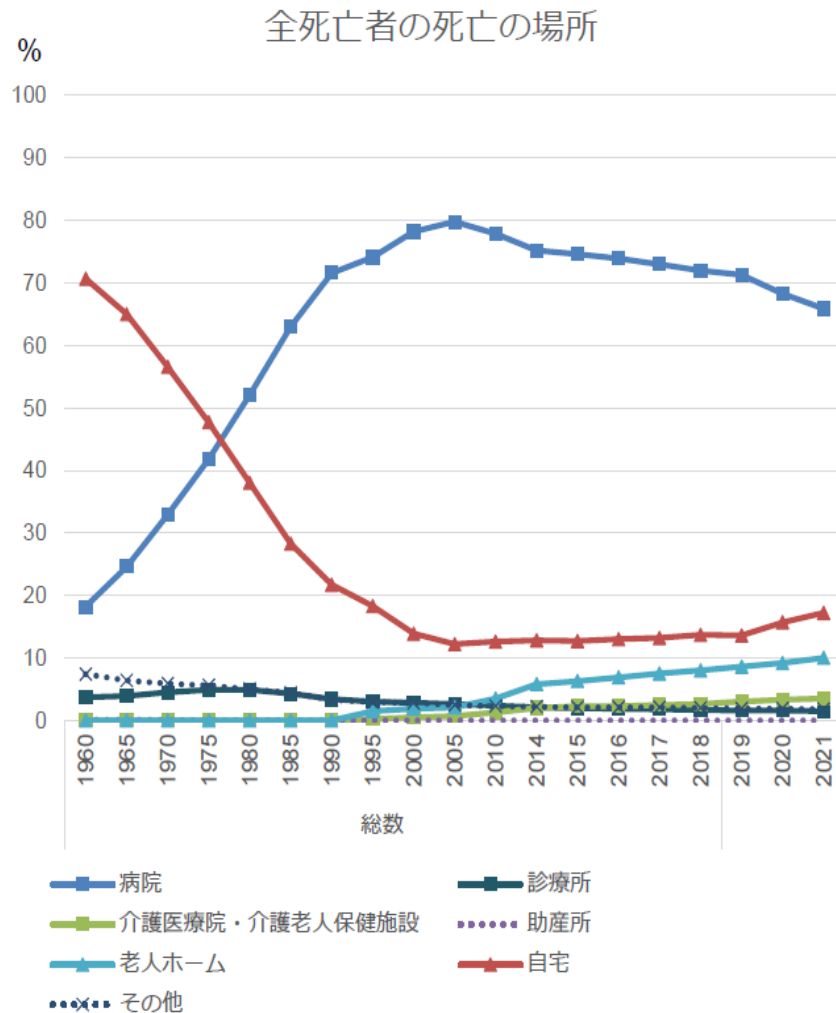
資料：厚生労働省政策統括官付人口動態・保健社会統計室「人口動態統計」

(注) 1. 死因分類等の改正により、死因の内容に完全な一致をみることはできない。

2. 2021 (令和3) 年は概数である。

悪性腫瘍の患者の死亡の場所の推移

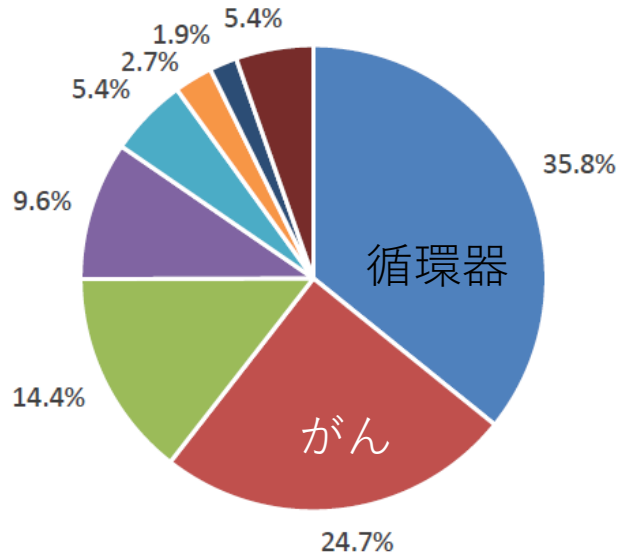
○ 悪性腫瘍が死因の死亡者について、自宅で死亡する患者の割合は特に増加してきている。



自宅における死亡者の死因の割合

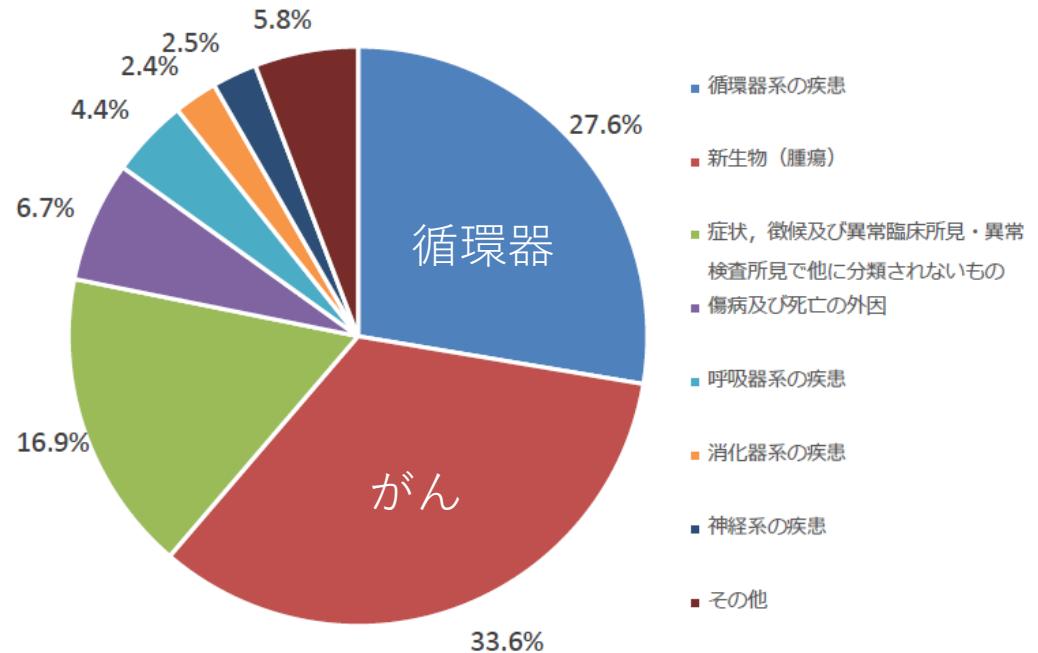
○ 自宅における死亡者の平成28年と令和3年の死因の割合を比較すると、悪性腫瘍の割合が増加し、循環器疾患の割合が減少している。

自宅における死亡者の死因の割合
(H28)n=169,447



2016年

自宅における死亡者の死因の割合
(R3)n=247,896



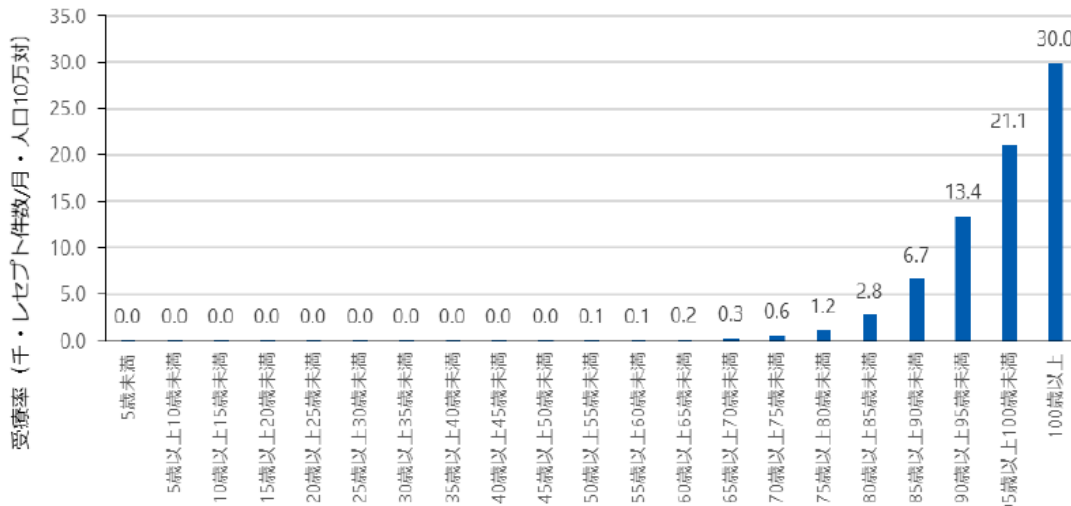
2021年

- 循環器系の疾患
- 新生物（腫瘍）
- 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの
- 傷病及び死亡の外因
- 呼吸器系の疾患
- 消化器系の疾患
- 神経系の疾患
- その他

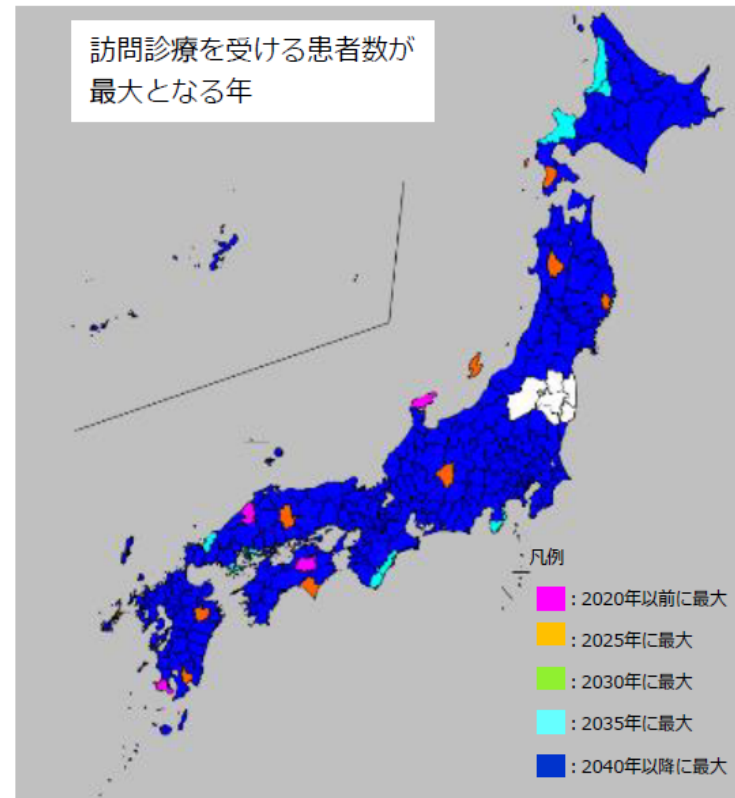
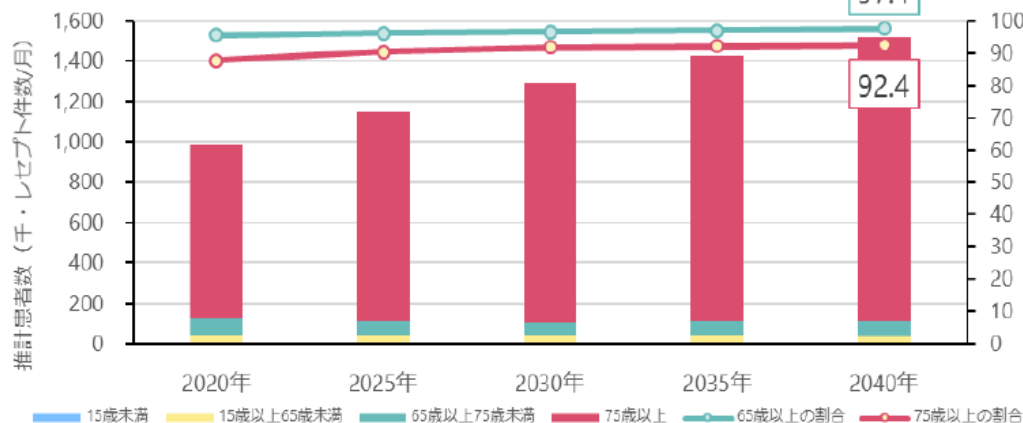
訪問診療の必要量について

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

年齢階級別の訪問診療受療率（2019年度）



年齢階級別の訪問診療の将来推計



【出典】

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

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

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

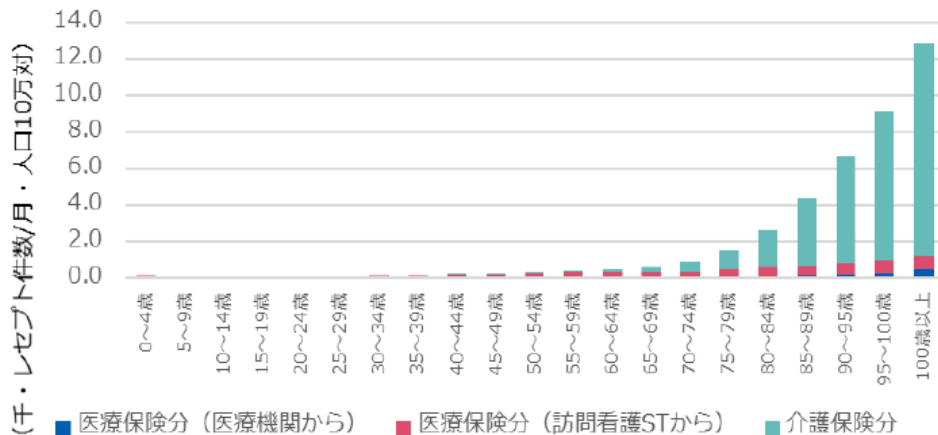
※2 2020年1月1日時点の住民基本台帳人口を利用。

※3 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」（出生中位・死亡中位）を利用。

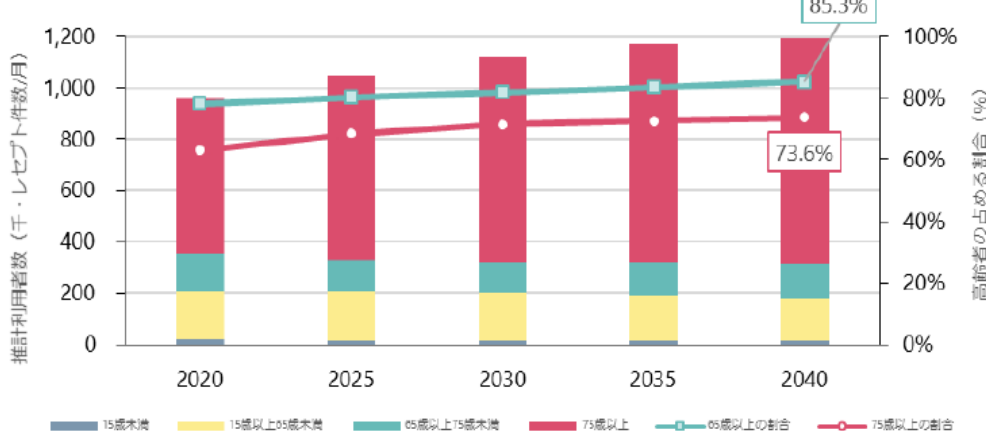
訪問看護の必要量について

- 訪問看護の利用率は、年齢と共に増加している。
- 訪問看護の利用者数の推計において、2025年以降に後期高齢者の割合が7割以上となることが見込まれる。
- 訪問看護の利用者数は、多少の地域差はあるものの、多くの二次医療圏（198の医療圏）において2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。

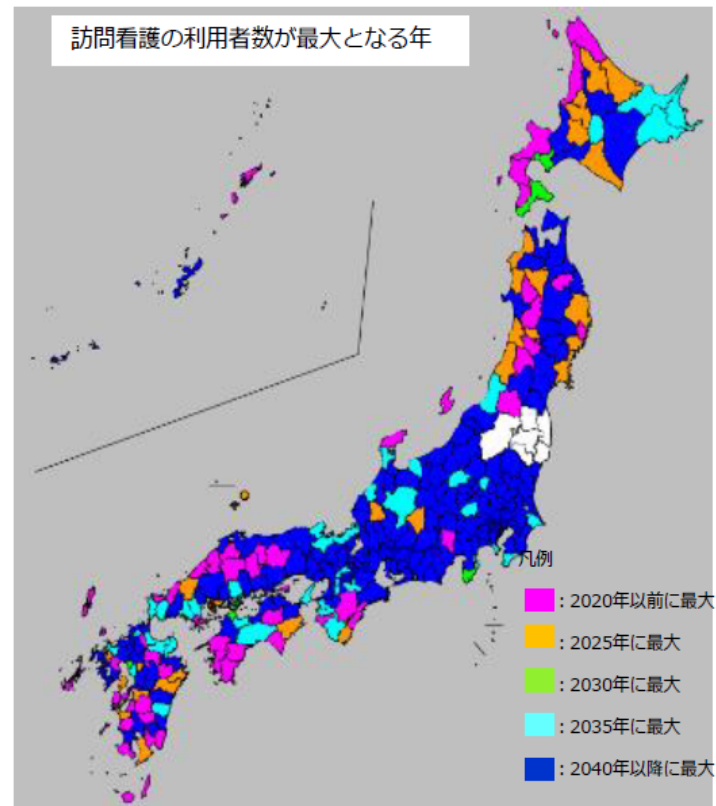
年齢階級別の訪問看護の利用率（2019年度）



年齢階級別の訪問看護の将来推計（医療保険+介護保険）



訪問看護の利用者数が最大となる年



【出典】
利用率：NDB介護DB及び審査支払機関（国保中央会・支払基金）提供訪問看護レセプトデータ（2019年度訪問看護分）、住民基本台帳に基づく人口（2020年1月1日時点）に基づき、算出。
推計方法：NDBデータ（※1）、審査支払機関提供データ（※2）、介護DBデータ（※3）及び住民基本台帳人口（※4）を基に作成した2019年度の性・年齢階級・都道府県別の訪問看護の利用率を、二次医療圏別の将来推計人口（※5）に機械的に適用して推計。なお、福島県については、東日本大震災等の影響により、市町村別人口がないことから推計を行っていない。
※1 2019年度における在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者在宅患者訪問看護・指導料及び精神科訪問看護・指導料のレセプトを集計。
※2 2019年度における訪問看護レセプトを集計。
※3 2019年度における訪問看護または介護予防訪問看護のレセプトを集計。
※4 2020年1月1日時点の住民基本台帳人口を利用。
※5 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」（出生中位・死亡中位）を利用。

パート2

2022年改定と在宅医療



2022年改定の 在宅医療の診療報酬改定を振り返る 4つのポイント

- ①継続診療加算
- ②在宅療養支援病院における緊急往診
- ③外来と在宅の連携
- ④小児緊急往診と在宅小児がん

ポイント①

在宅療養移行加算

「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。これを「在宅療養移行加算」に改めた。

2022年 在宅療養支援診療所以外の診療所の訪問診療に対する評価

在宅療養移行加算の新設

- 継続診療加算について、名称を在宅療養移行加算に変更する。
- 従来の継続診療加算に加えて、市町村や地域医師会との協力により、往診が必要な患者に対し、当該医療機関又は連携する他の医療機関が往診を提供する体制を有している場合の評価を新設する。

現行

【継続診療加算】
継続診療加算 216点

【施設基準】
継続診療加算

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



改定後

（新）【在宅療養移行加算】
在宅療養移行加算 1 216点
在宅療養移行加算 2 116点

【施設基準】
在宅療養移行加算 1

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

在宅療養移行加算 2

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

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。

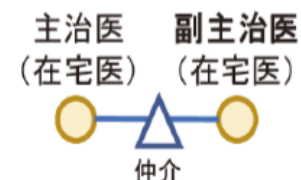
(1) 在宅医の相互協力

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。

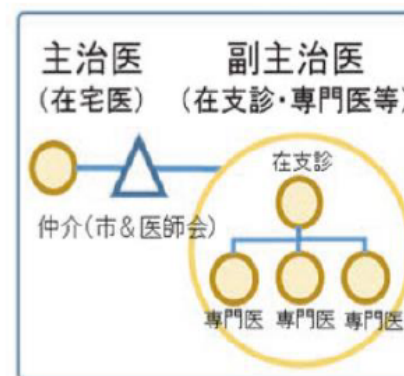
(2) かかりつけ医によるグループ形成

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。



在宅療養移行加算について

【在宅療養移行加算】

在宅療養移行加算 1 216点
 在宅療養移行加算 2 116点

[施設基準]

在宅療養移行加算 1

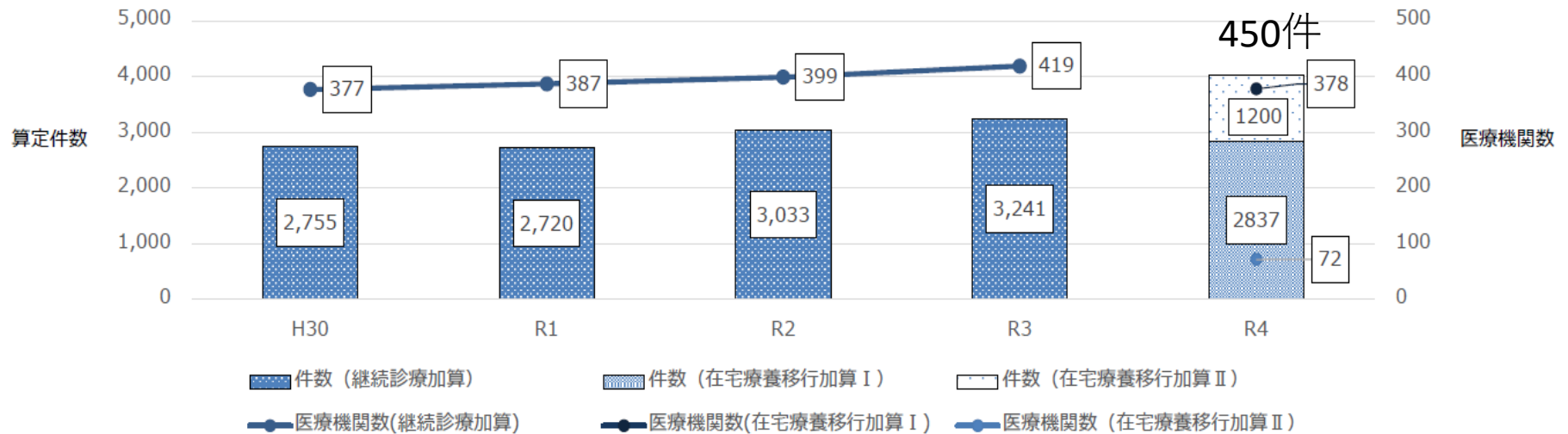
- ア 24時間の往診体制及び24時間の連絡体制
- イ 訪問看護が必要な患者に対し、訪問看護ステーションが訪問看護を提供する体制を確保している
- ウ 当該医療機関又は連携する医療機関の連絡担当者の氏名、診療時間内及び診療時間外の連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等並びに往診担当医の氏名等について、患者又は患者の家族に文書により提供し、説明している

在宅療養移行加算 2

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

注)在宅療養移行加算は、
 在支診・在支病では算定できない。

●在宅療養移行加算等の年次推移（各年5月診療分）



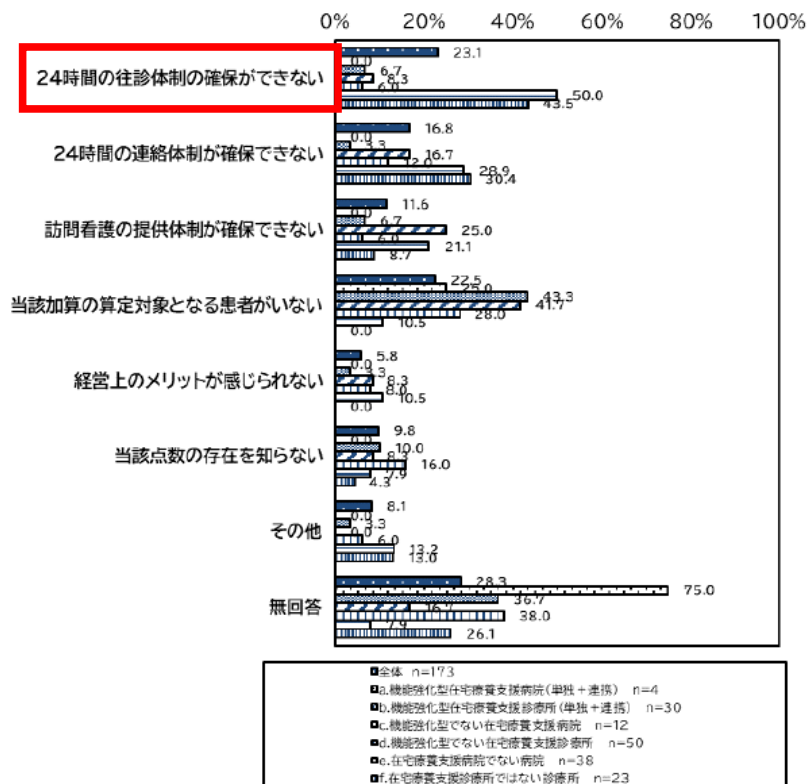
医療機関調査の結果⑦

中医協 検-2-1改変
5 3 2 2

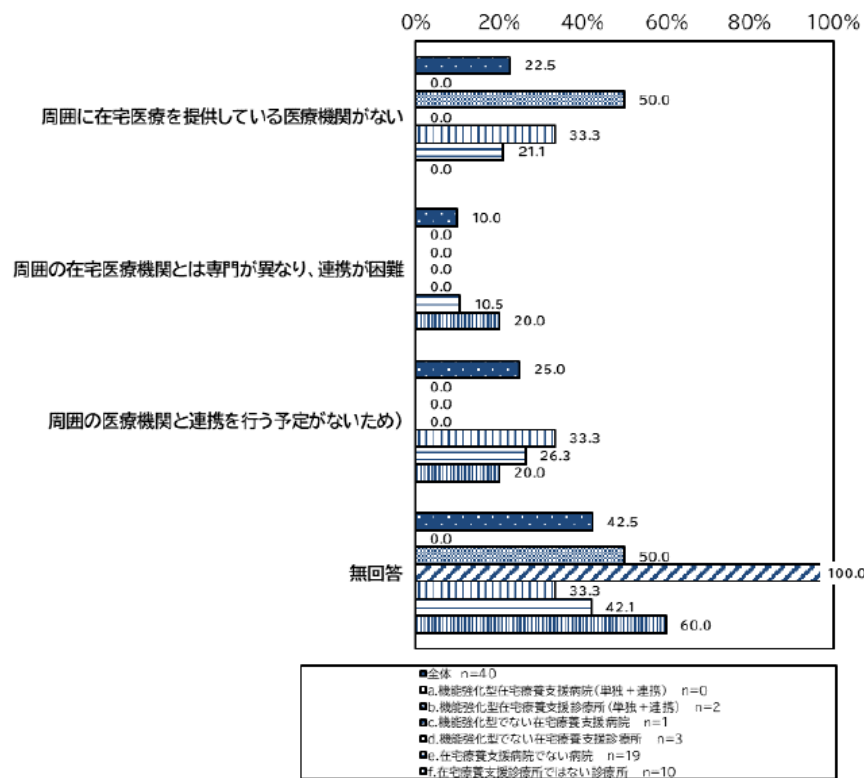
〈在宅療養移行加算1、2を算定していない理由〉(報告書p206,208)

○ 在宅療養移行加算1、2を算定していない理由を尋ねたところ、「24時間の往診体制の確保ができない」が在宅療養支援病院でない病院では50%、在宅療養支援診療所ではない診療所が43.5%と最も多かった。

図表 2-228 在宅療養移行加算1、2を算定していない理由
(在宅療養移行加算1、2の算定がない施設)
【在宅療養支援病院・診療所の届出区分別】



図表 2-230 在宅療養移行加算1、2を算定していない理由のうち、
24時間の往診体制の確保ができない理由



24時間往診・連携体制確保が 困難な理由

- 継続診療加算、算定クリニック側から、他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。
- 在宅療養移行加算も450件と伸びなかった・・・

ポイント②

在宅療養支援病院による
緊急往診

在支診・在支病の施設基準の見直し

適切な意思決定支援の推進

- 全ての在支診・在支病について、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。

【経過措置】

令和4年3月31日時点において在宅療養支援診療所等であるものについては、令和4年9月30日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

機能強化型在支診・在支病等の地域との協力推進

- 機能強化型の在支診及び在支病について、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旨を施設基準に明記する。

機能強化型在支病の要件の見直し

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

現行

【在宅療養支援病院】

【施設基準】（抜粋・例）

(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）

シ 過去1年間の緊急の往診の実績が10件以上あること。
ス（略）

緊急往診実績10件、緊急受け入れ31件以上

改定後

【在宅療養支援病院】

【施設基準】（抜粋・例）

(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）

シ 以下のいずれかの要件を満たすこと。

- 過去1年間の緊急の往診の実績を10件以上有すること。

- 在支診等からの要請により患者の受け入れを行う病床を常に確保し、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け入れを行った実績が過去1年間で31件以上あること。

- 地域包括ケア病棟入院料・管理料1又は3を届け出ていること。

ス（略）

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



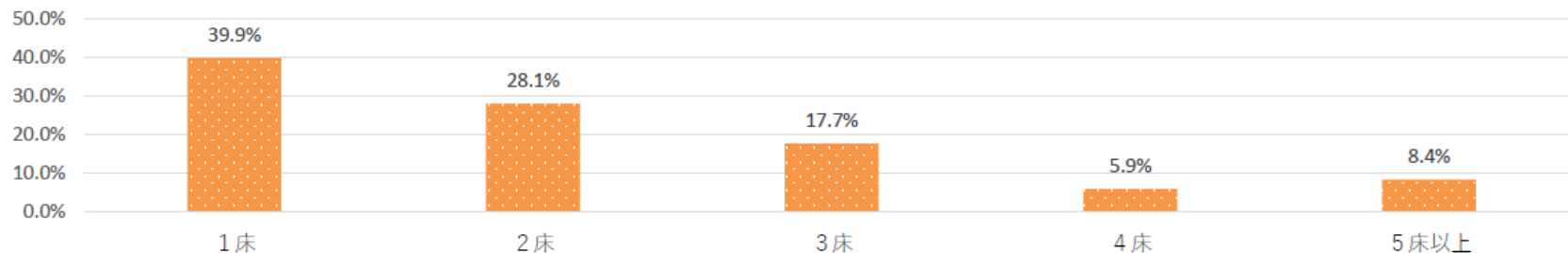
〈在宅患者の年間総入院数〉

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

ポイント③

外来と在宅との連携

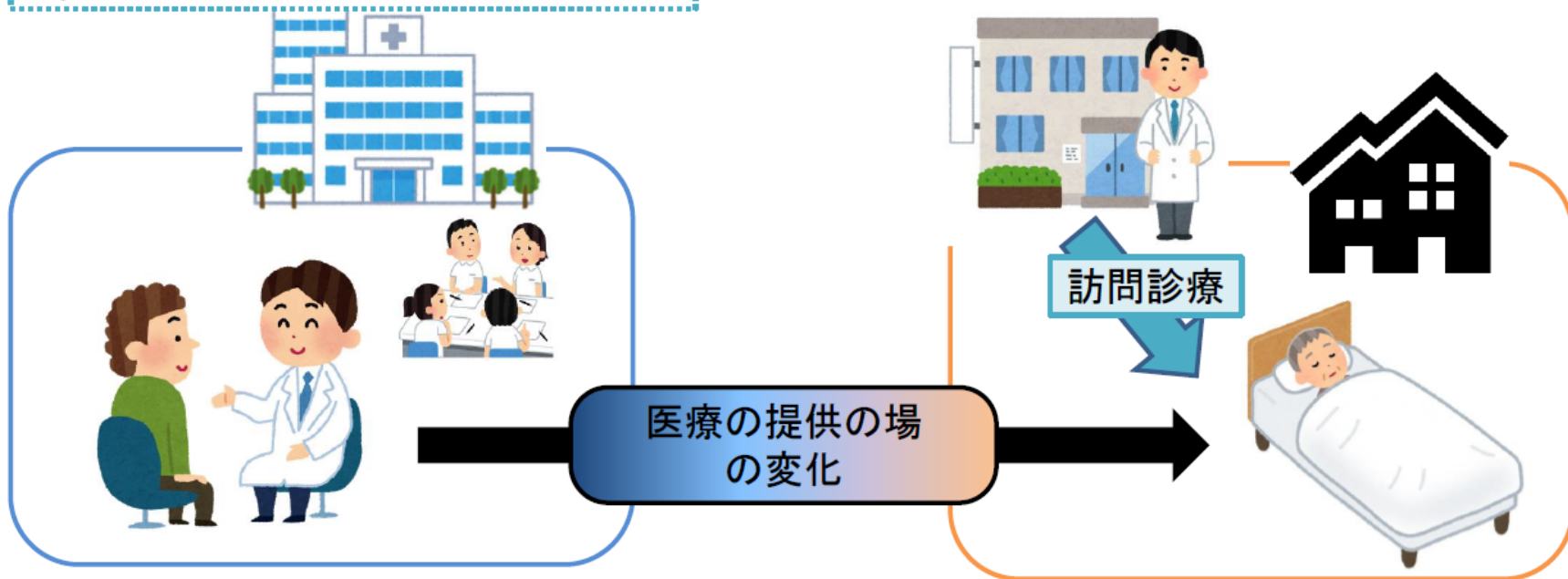
外来在宅共同指導料の新設

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医師医師の連携を評価する必要あり

外来在宅共同指導料について

- 外来在宅共同指導料は、通院患者のスムーズな在宅医療への意向を推進する観点から、令和4年度診療報酬改定において新設された。
- 令和4年5月時点での算定回数は少ない。

2022年

C014 外来在宅共同指導料

外来在宅共同指導料1

400点

(在宅療養を担う保険医療機関において算定)

外来在宅共同指導料2

600点

(外来において診療を行う保険医療機関において算定)



[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。)

[算定要件]

外来在宅共同指導料1

保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者について、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医が、当該患者の同意を得て、患家等を訪問して、在宅での療養上必要な説明及び指導を、外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関の保険医と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、患者1人につき1回に限り、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関において算定する。

外来在宅共同指導料2

外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関において、患者1人につき1回に限り算定する。なお、当該保険医療機関の保険医が、在宅での療養上必要な説明及び指導を情報通信機器を用いて行った場合においても算定できる。

● 外来在宅共同指導料の算定状況 (令和4年5月診療分)

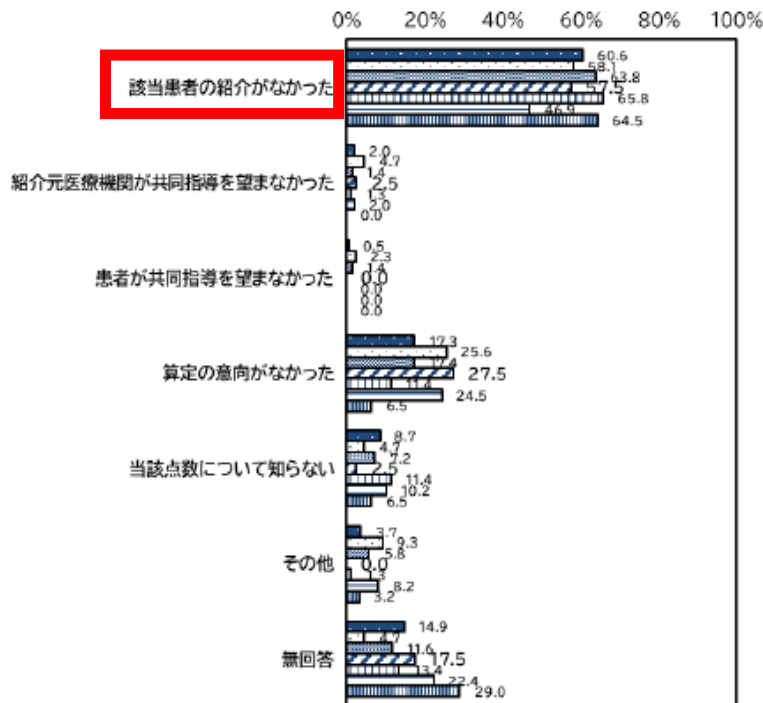
	外来在宅共同指導料	
	外来在宅共同指導料1	外来在宅共同指導料2
算定医療機関数	26	23
算定件数	38	30
算定回数	38	30

医療機関調査の結果⑥

＜外来在宅共同指導料を算定していない理由＞（報告書p193,195）

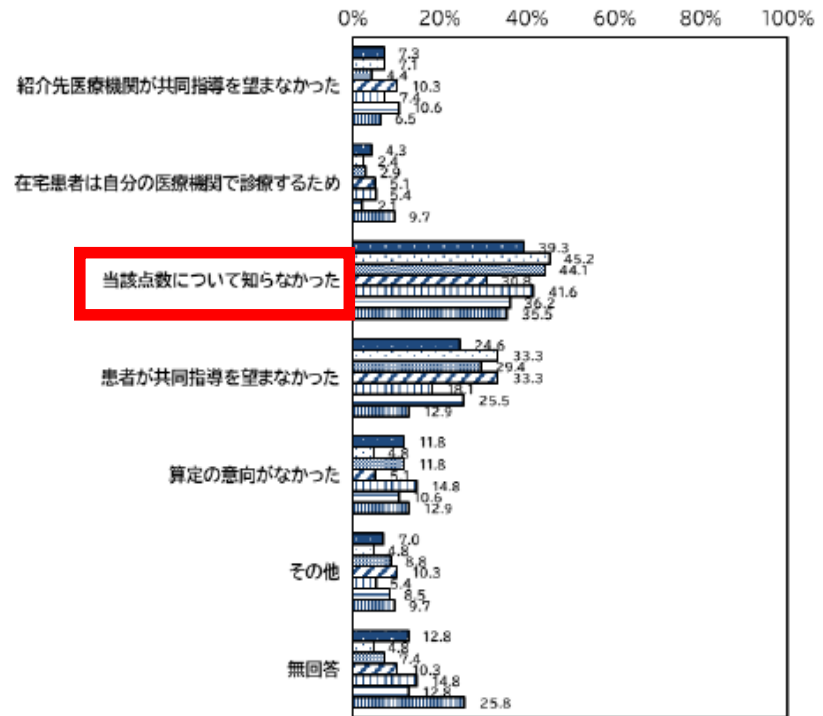
○ 外来在宅共同指導料1について算定していない理由を尋ねたところ、「該当患者の紹介がなかった」が全体の60.6%と最も多かった。外来在宅共同指導料2について同様に尋ねたところ、「当該点数について知らなかった」が全体の39.3%と最も多かった。

図表 2-212 外来在宅共同指導料1を算定していない理由
(外来在宅共同指導料1の算定人数が0人の施設) (複数回答)
【在宅療養支援病院・診療所の届出区分別】



■全体 n=404
 ■a.機能強化型在宅療養支援病院(単独+連携) n=43
 ■b.機能強化型在宅療養支援診療所(単独+連携) n=69
 ■c.機能強化型でない在宅療養支援病院 n=40
 ■d.機能強化型でない在宅療養支援診療所 n=149
 ■e.在宅療養支援病院でない病院 n=49
 ■f.在宅療養支援診療所ではない診療所 n=31

図表 2-215 外来在宅共同指導料2を算定していない理由
(外来在宅共同指導料2の算定人数が0人の施設) (複数回答)
【在宅療養支援病院・診療所の届出区分別】



■全体 n=399
 ■a.機能強化型在宅療養支援病院(単独+連携) n=42
 ■b.機能強化型在宅療養支援診療所(単独+連携) n=68
 ■c.機能強化型でない在宅療養支援病院 n=39
 ■d.機能強化型でない在宅療養支援診療所 n=149
 ■e.在宅療養支援病院でない病院 n=47
 ■f.在宅療養支援診療所ではない診療所 n=31

ポイント④
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）

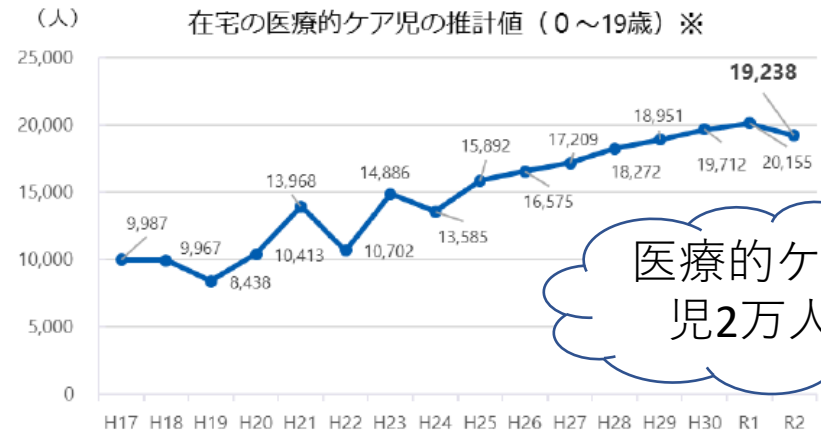


- 歩ける医療的ケア児から寝たきりの重症心身障害児※1までいる。
- 生きていくために日常的な医療的ケアと医療機器が必要例) 気管切開部の管理、人工呼吸器の管理、吸引、在宅酸素療法、胃瘻・腸瘻・胃管からの経管栄養、中心静脈栄養等

※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

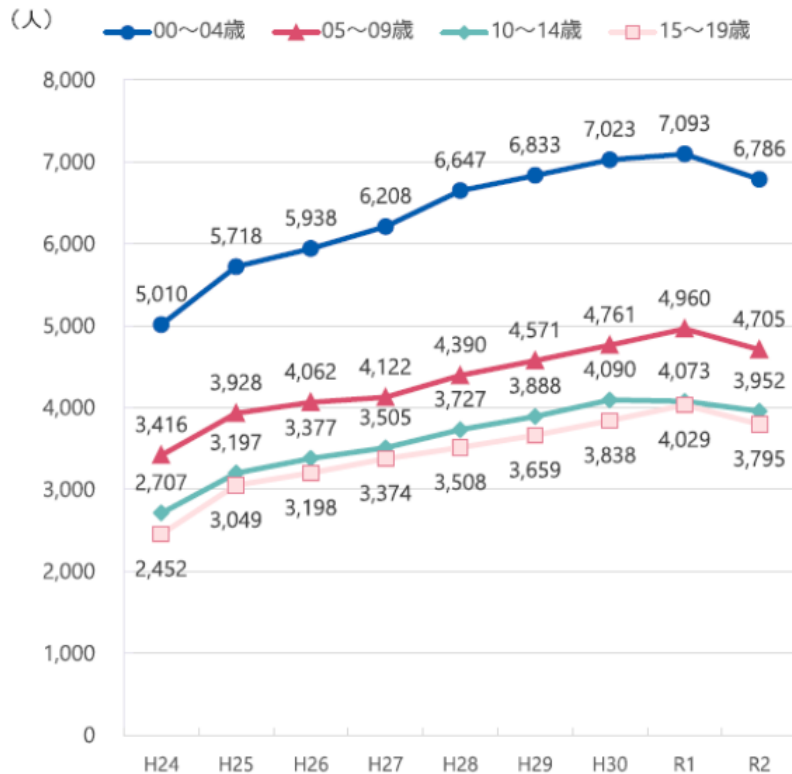
「地方公共団体は、人工呼吸器を装着している障害児その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障害児が、その心身の状況に応じた適切な保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を受けられるよう、保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を行う機関との連絡調整を行うための体制の整備に関し、必要な措置を講ずるように努めなければならない。」

※ 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。

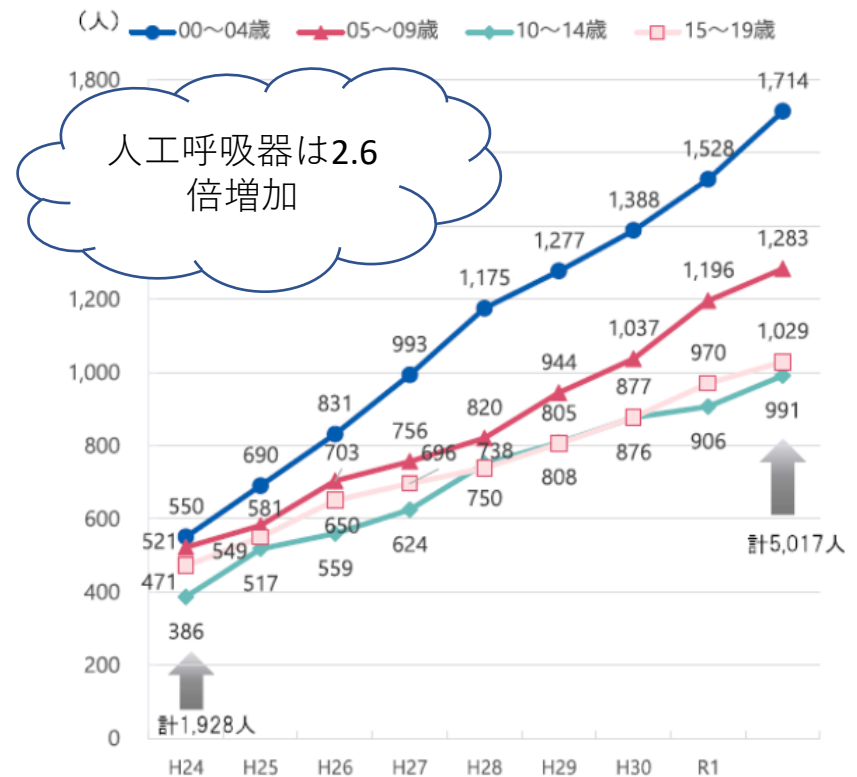
年齢階級別の医療的ケア児数等

- 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

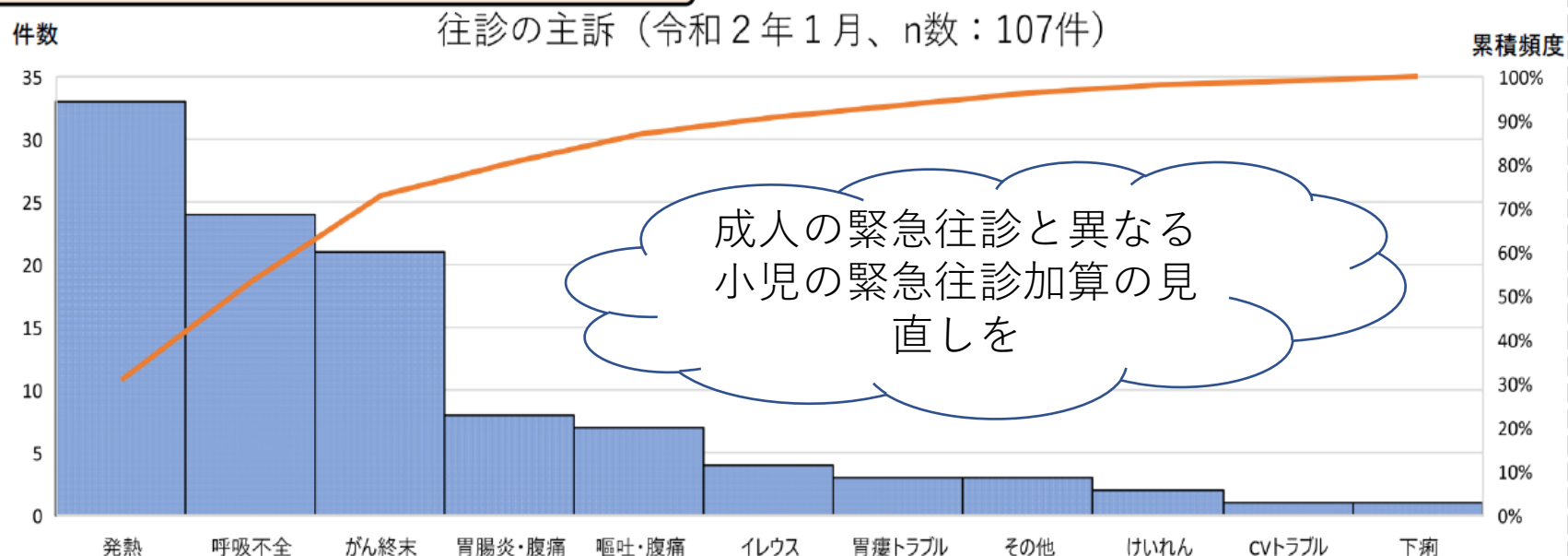
○ 緊急往診加算については、「往診の結果、急性心筋梗塞、脳血管障害、急性腹症等が予想される場合」に算定できるとされているが、小児においては、これらの状態には当てはまらない、「急性の呼吸不全やけいれん」など、成人と違った理由により緊急の往診が必要となる場合がある。

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

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



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)	

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。

小児に対する在宅医療の評価の見直し

在宅がん医療総合診療料の見直し

- ▶ 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係る加算を新設する。

在宅がん医療総合診療料

(新) 小児加算 1,000点 (週に1回に限る)

[算定要件]

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算定する。

緊急往診加算の見直し

- ▶ 緊急往診加算について、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し、小児特有の速やかな往診が必要な場合を明確にする。

現行

【往診料】

[施設基準]

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。



改定後

【往診料】

[施設基準]

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、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）をいう。

パート 3 2024年改定と訪問診療



中医協総会 10月4日

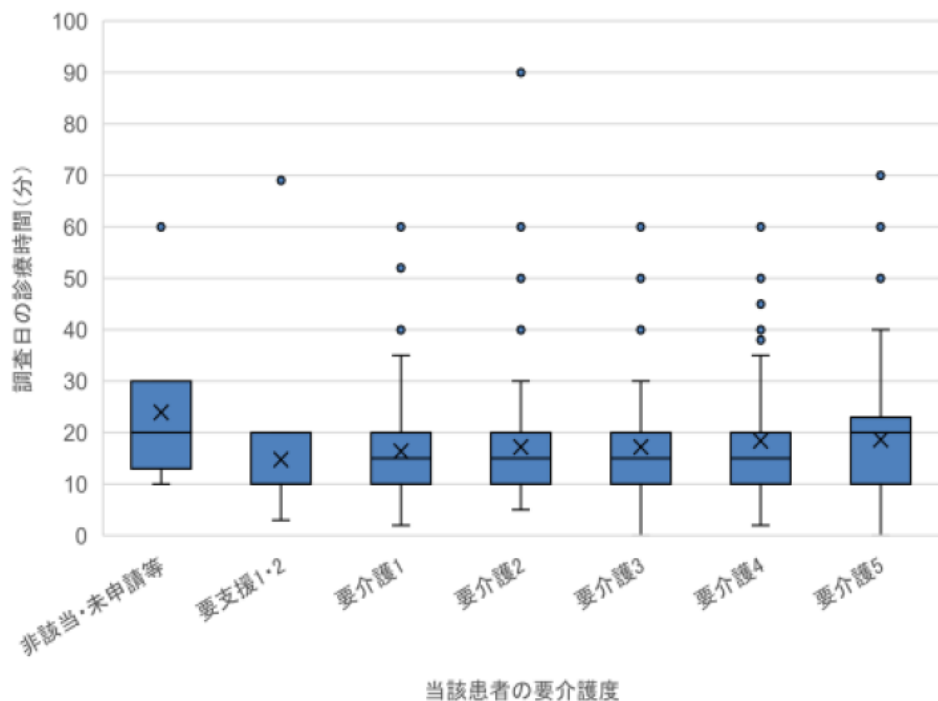
- (1) 患者の特性に応じた訪問診療
- (2) 往診
- (3) 24時間の医療提供体制の確保
- (4) 在宅の緩和ケア

訪問診療における患者の状態と診療時間

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

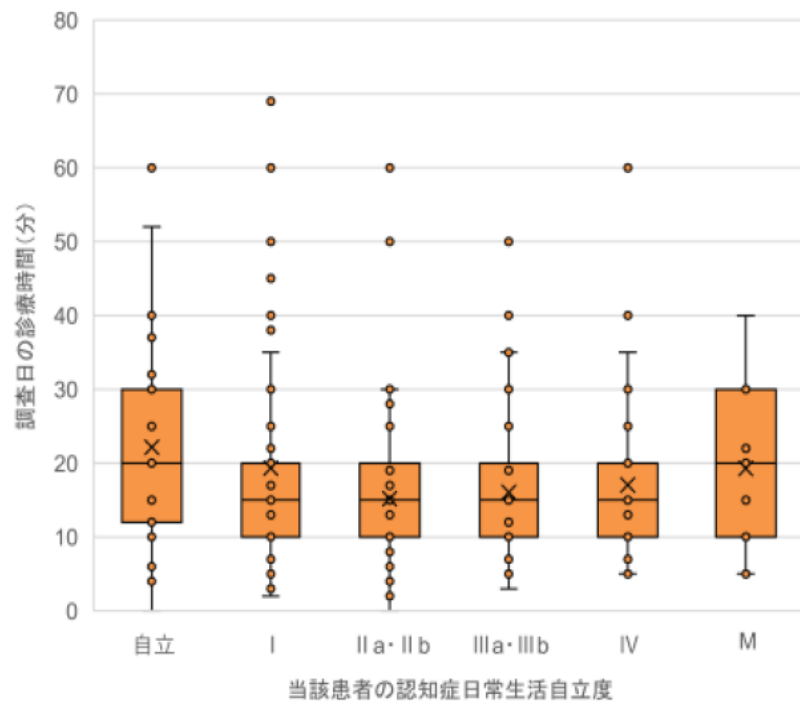
要介護度と診療時間の関係

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



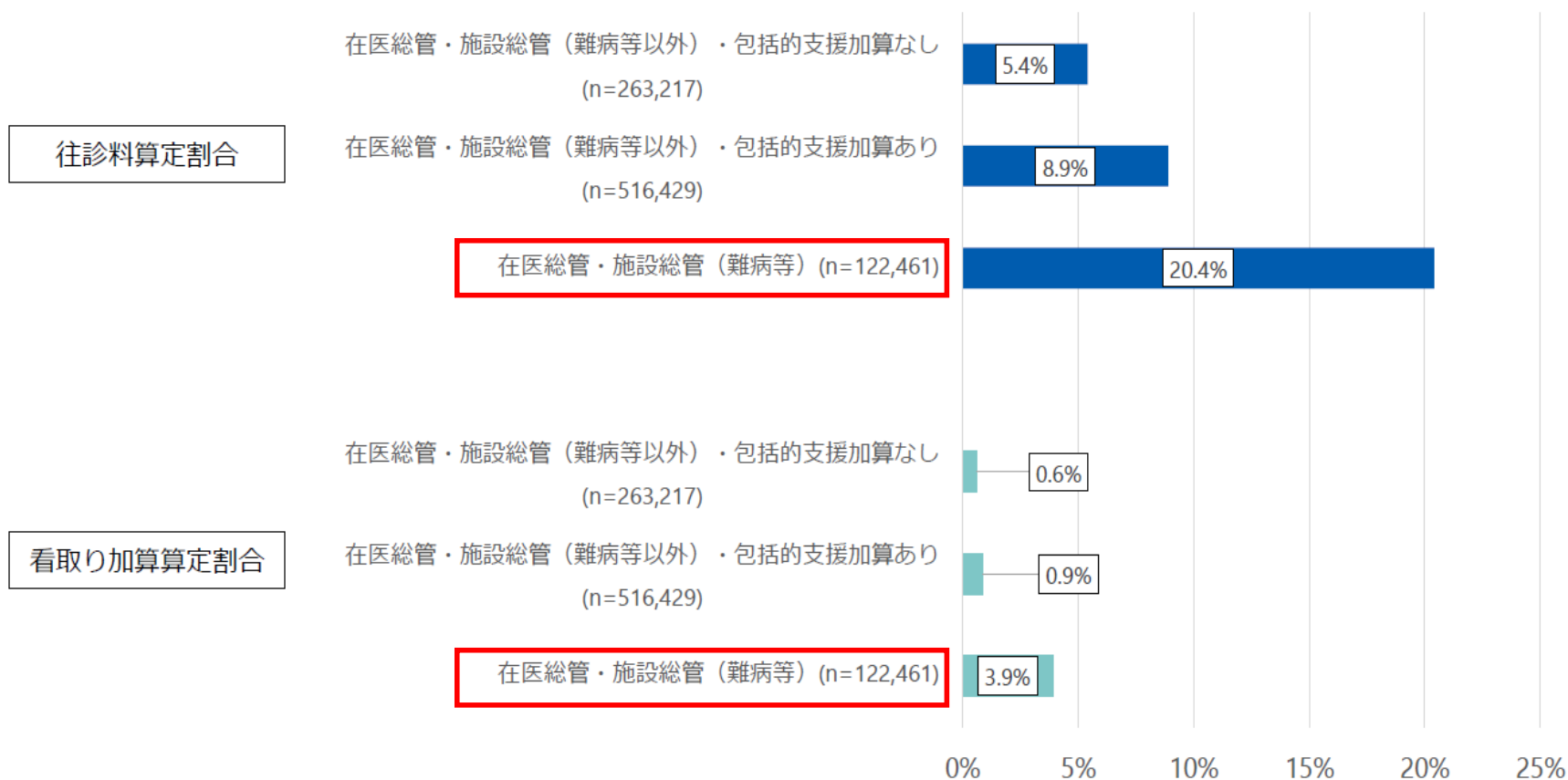
認知症高齢者の日常生活自立度と診療時間の関係

	自立 n=83	I n=91	Ⅱa・Ⅱb n=140	Ⅲa・Ⅲb n=111	Ⅳ n=71	Ⅴ n=11
診調	75%Tile	30	20	20	20	26
療査	中央値	20	15	15	15	20
時日	25%Tile	13.5	11.5	10	10	12.5
間の	平均値	22.17	19.34	15.16	16.05	19.27



包括的支援加算、難病等の有無による往診料算定割合、看取り加算算定割合

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



中医協委員意見

- 診療側 長島公之委員
 - 丁寧な訪問診療を行ったことが適切に評価される仕組みに
- 診療側 江澤和彦委員
 - 単純に「診療時間 = 診療の質」ではない点に留意すべき



長島公之委員



江澤和彦

頻回訪問加算について

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

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

【対象患者】 ①または②に該当する患者

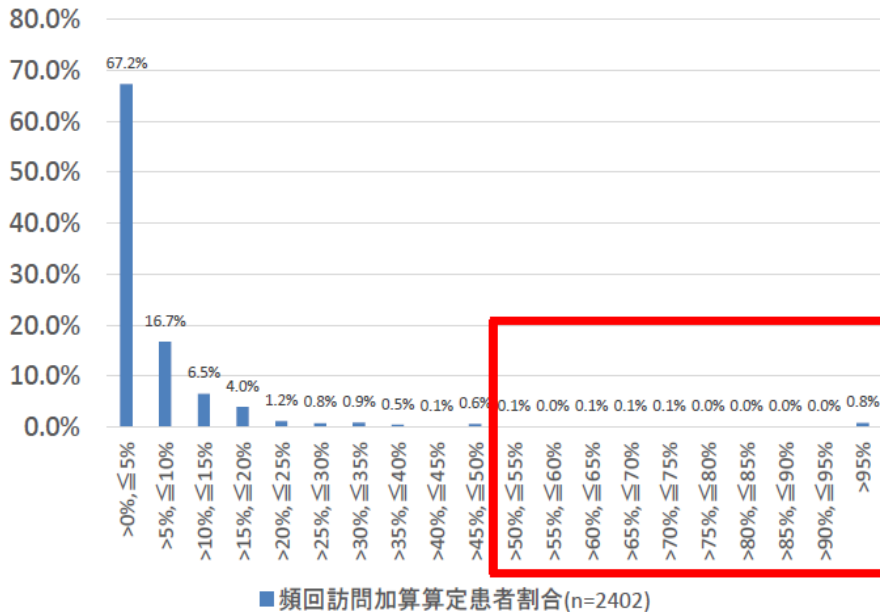
①末期の悪性腫瘍の患者

②以下のうち、2つの状態に該当する患者

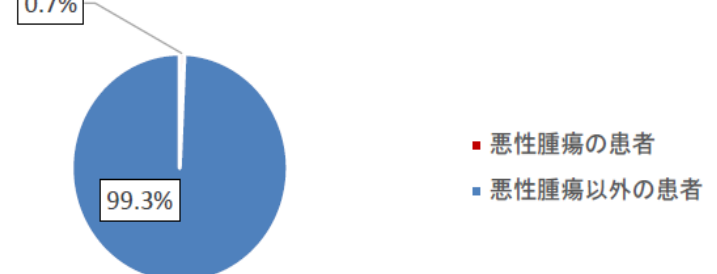
（「ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態」及び「人工肛門又は人工膀胱を設置している状態」のみの組み合わせは除く）

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

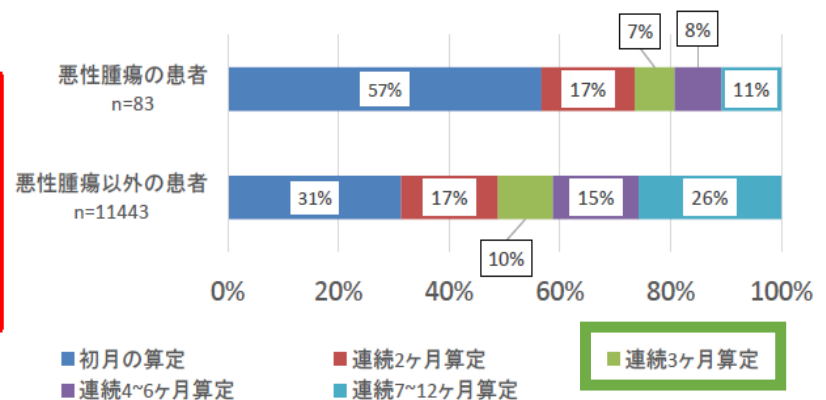
在宅医療提供機関における頻回訪問加算算定患者割合の分布(算定回数が1回以上の2402施設が対象)



頻回訪問加算の状態別の患者割合



頻回訪問加算の連続算定月数



中医協委員意見

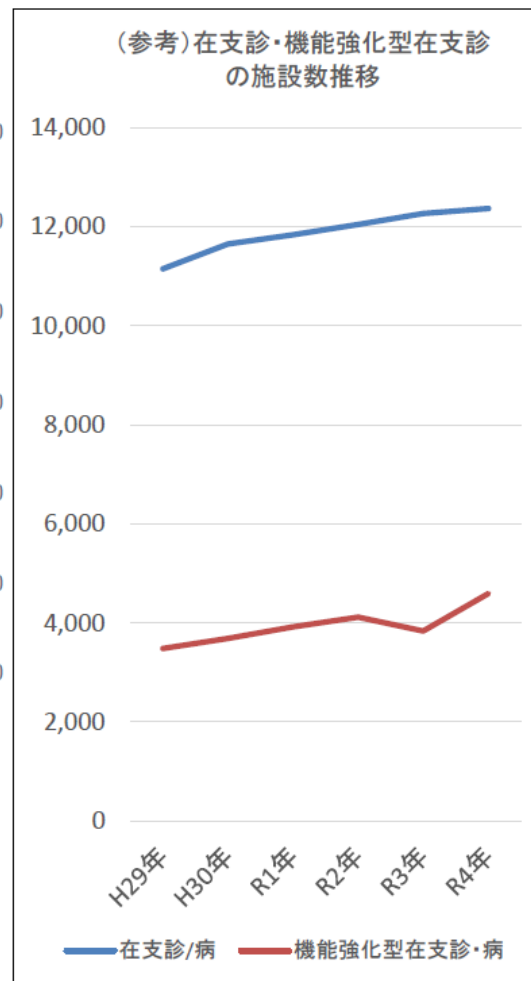
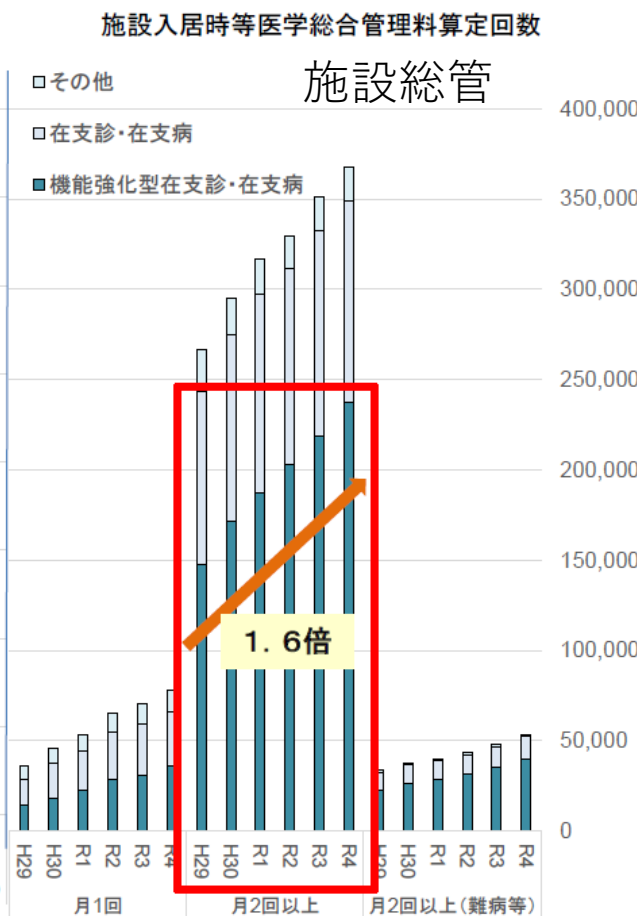
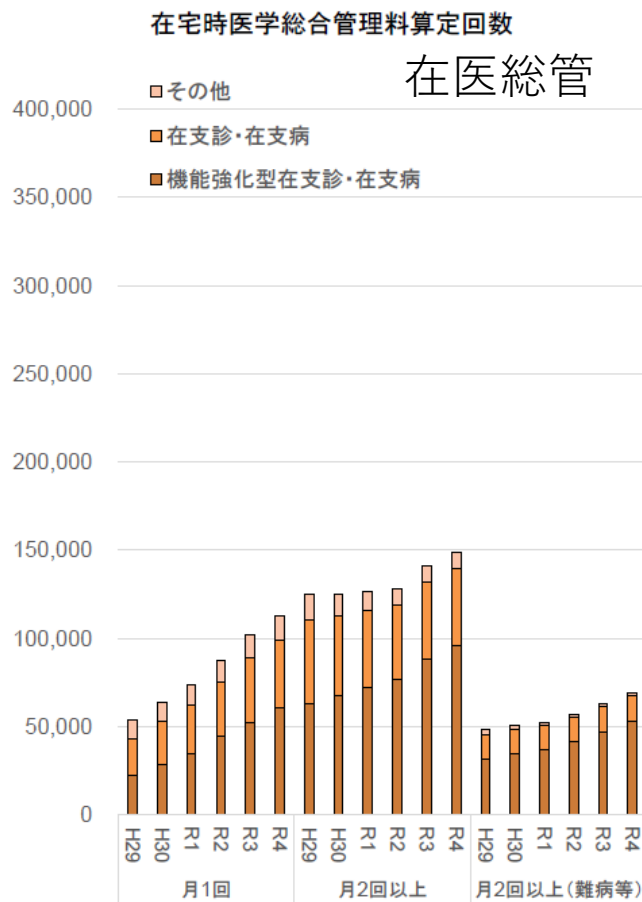
- 支払い側 松本真人（健康保険組合連合会理事）
 - 重症化した場合に対応する加算であるが、長期間の継続算定もあり、多くの患者に算定している医療機関もあることから適正化が必要である



松本真人委員

在宅時/施設入居時医学総合管理料の算定回数推移

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



訪問診療を行っている患者における居住場所別の患者の状態

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

<居住場所別の要介護度>



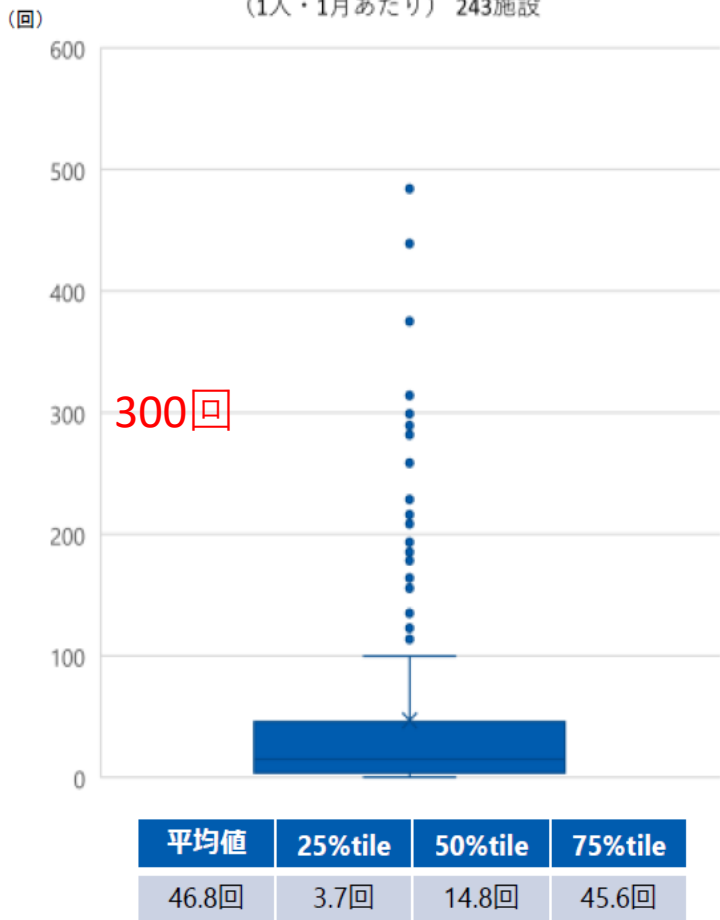
<居住場所別の認知症日常生活自立度>



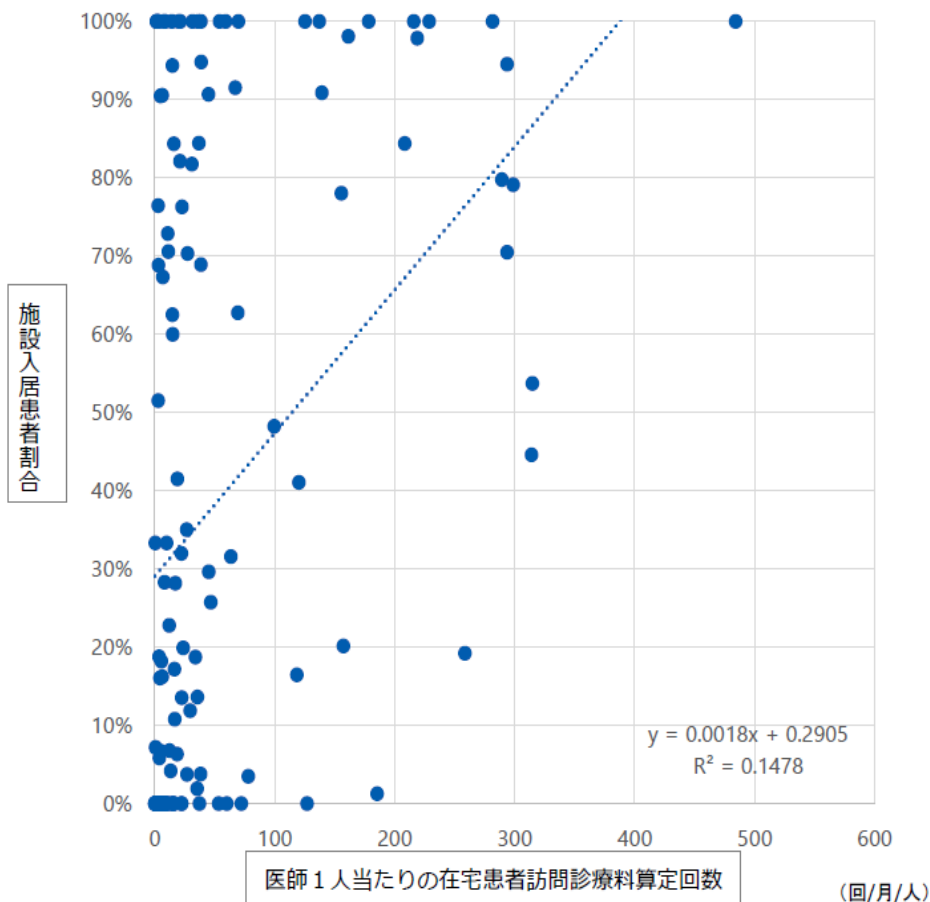
医師1人当たりの在宅患者訪問診療料算定回数

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

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



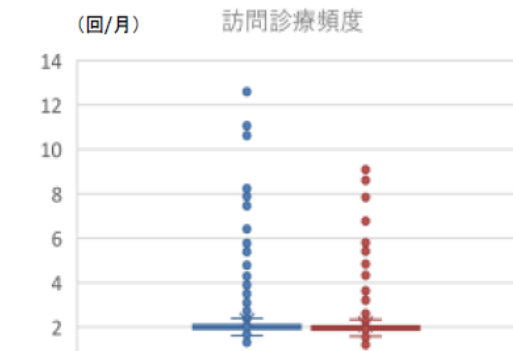
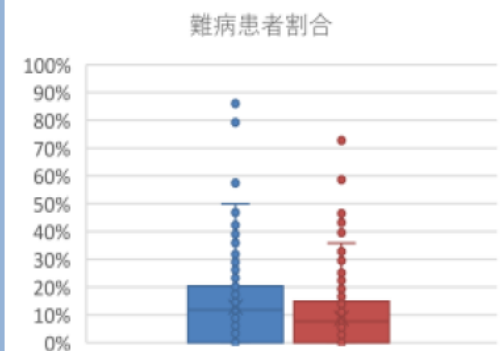
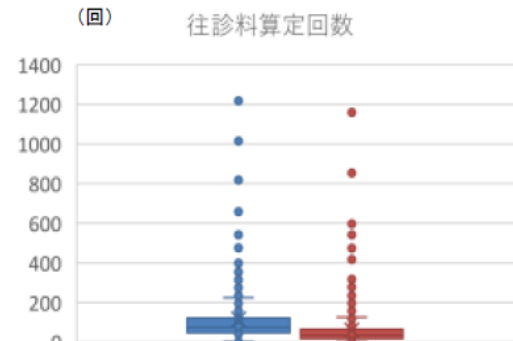
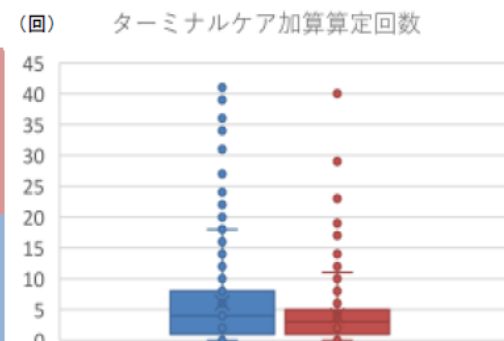
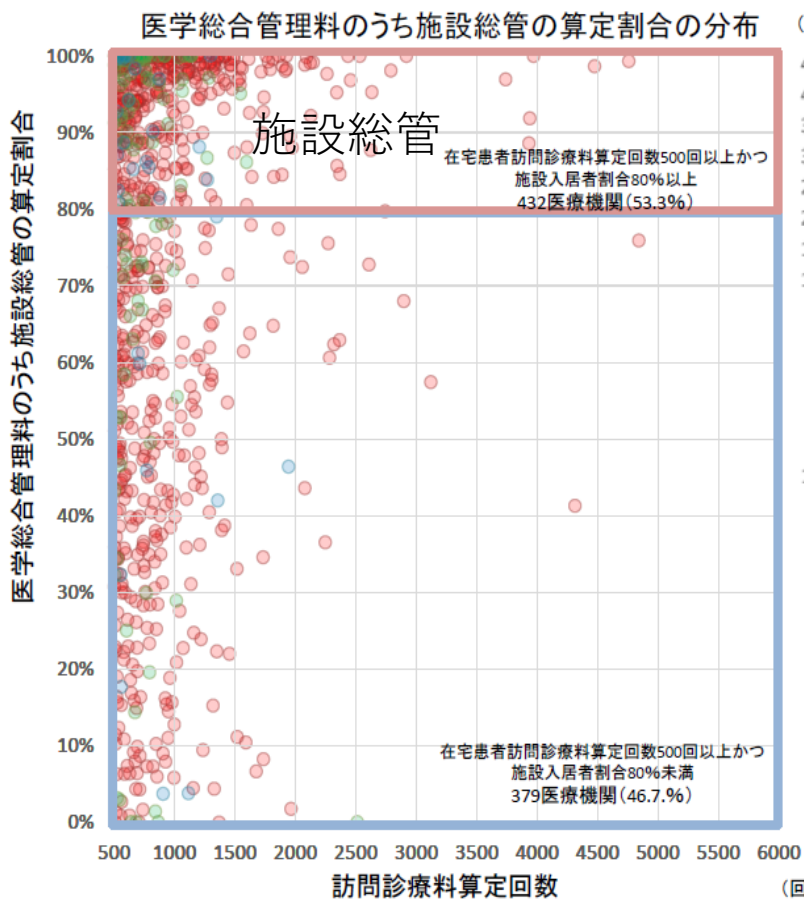
1人当たりの訪問診療回数と施設入居患者割合



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

医療機関ごとの在宅患者訪問診療料の算定回数と施設総管の算定割合

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



●機能強化型在支診・病 ●在支診・病 ●在支診・病でない診療所・病院

出典：NDBデータ(令和4年5月診療分)

(算定回数)

中医協委員意見

- 一部に「高齢者施設に入所する、状態の安定した、要介護度の低い高齢者に、きわめて頻回に短時間の訪問診療を行っている」
- 支払側 松本委員
 - 診療報酬の引き下げ・適正化が考えられる
- 診療側 長島委員・江澤委員
 - 高齢者の集住化が地域単位で進められる中では、当然のデータと考えられ、安易な適正化を検討すべきではない。より詳細に施設入所者への訪問診療の内容などを見る必要があり、そこでは訪問看護との役割分担なども見ていく必要がある

中医協総会 10月4日

- (1) 患者の特性に応じた訪問診療
- (2) 往診
- (3) 24時間の医療提供体制の確保
- (4) 在宅の緩和ケア

医療機関ごとの在宅患者訪問診療料・往診料の算定回数

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

医療機関毎の在宅患者訪問診療料と往診料の算定回数(n=323)



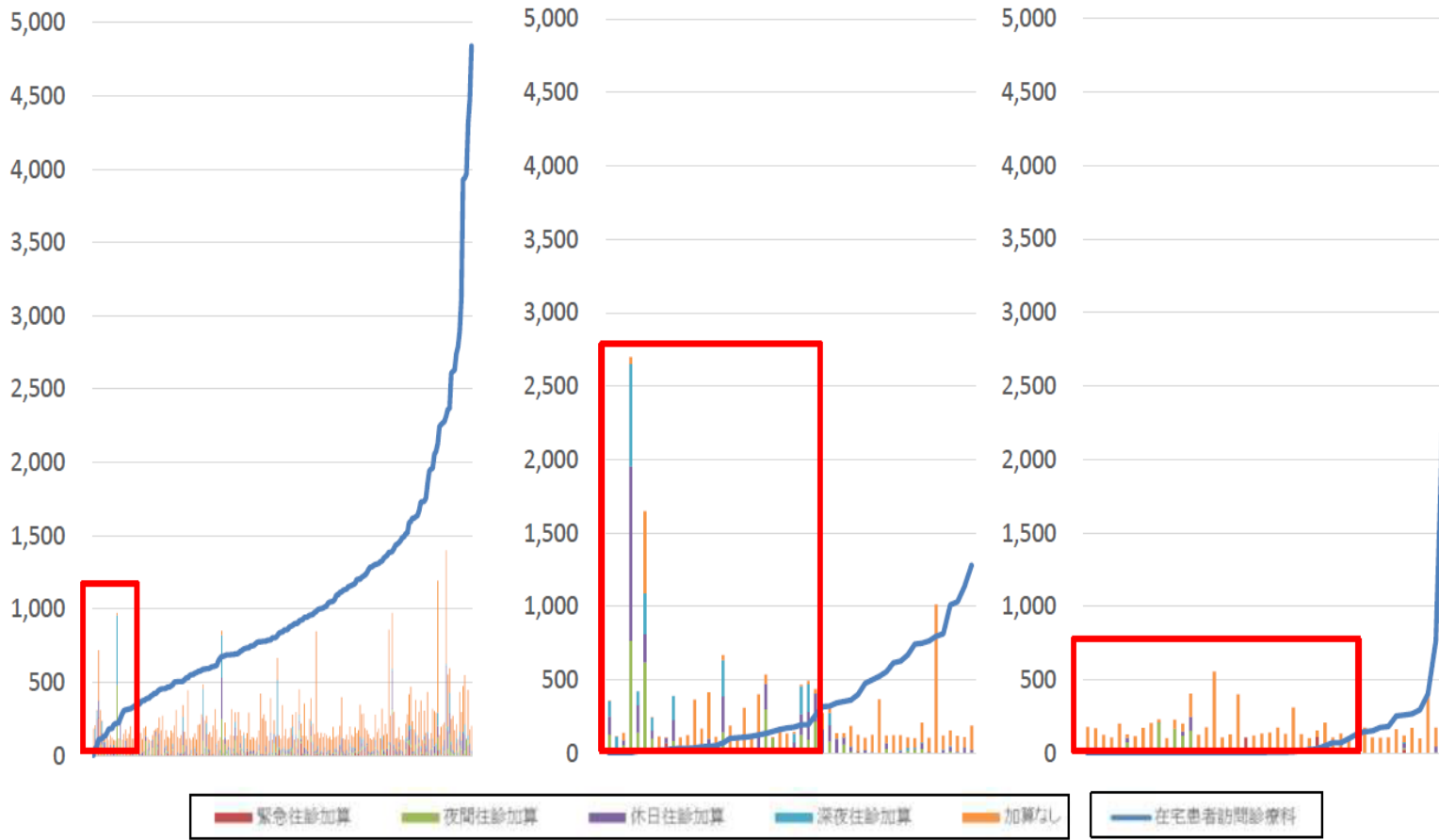
医療機関ごとの在宅患者訪問診療料・往診加算の算定回数

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

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

往診料の算定回数が100回/月以上の在宅療養支援診療所・病院(52施設)

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



国内最大の往診数

救急相談**40,000**件 往診数**18,000**件

もしもの時のお守りアプリ ファストドクター



365日
救急往診

夜間・休日に
医師がご自宅に伺い
診察します

その場でお薬処方も！

健康保険が適用されます

日本テレビ

真相報道
パンキッ!

NHK

NEWS
5時

で話題!!

救急搬送

「20か所以上」見つからない現場

11都府県に緊急事態宣言

撮影：ファストドクター

救急往診行う「ファストドクター」

フォローアップ担当の看護師が
保健所に代わり患者などに容体確認

PCR検査 自宅検査に「安心」…需要高まる

ファストドクター提供

患者(64)

新型コロナウイルス感染の
疑いを理由に診察受けられず

中医協委員意見

- 診療側江澤委員
 - かかりつけ患者の急変時に往診を行う姿が望ましい
 - かかりつけの医療機関で継続受診している疾患とは、異なる疾患で往診が必要となるケースもある。
- 診療側長島委員
 - 訪問診療のあるなしで一律に往診料に差をつけることは危険である
- 支払側松本委員
 - 往診が真に必要な患者への対応に問題が出ないように配慮した上で、往診料の適正化を検討すべき
- 診療側池端幸彦委員
 - 緊急往診が必要であるが、自分は通常診療から手を離せない。そこで近隣の医療機関に往診対応を依頼するケースもある。
- 診療側の茂松茂人委員
 - 往診・訪問診療等はあくまで通院困難な人に限定して実施されるべき

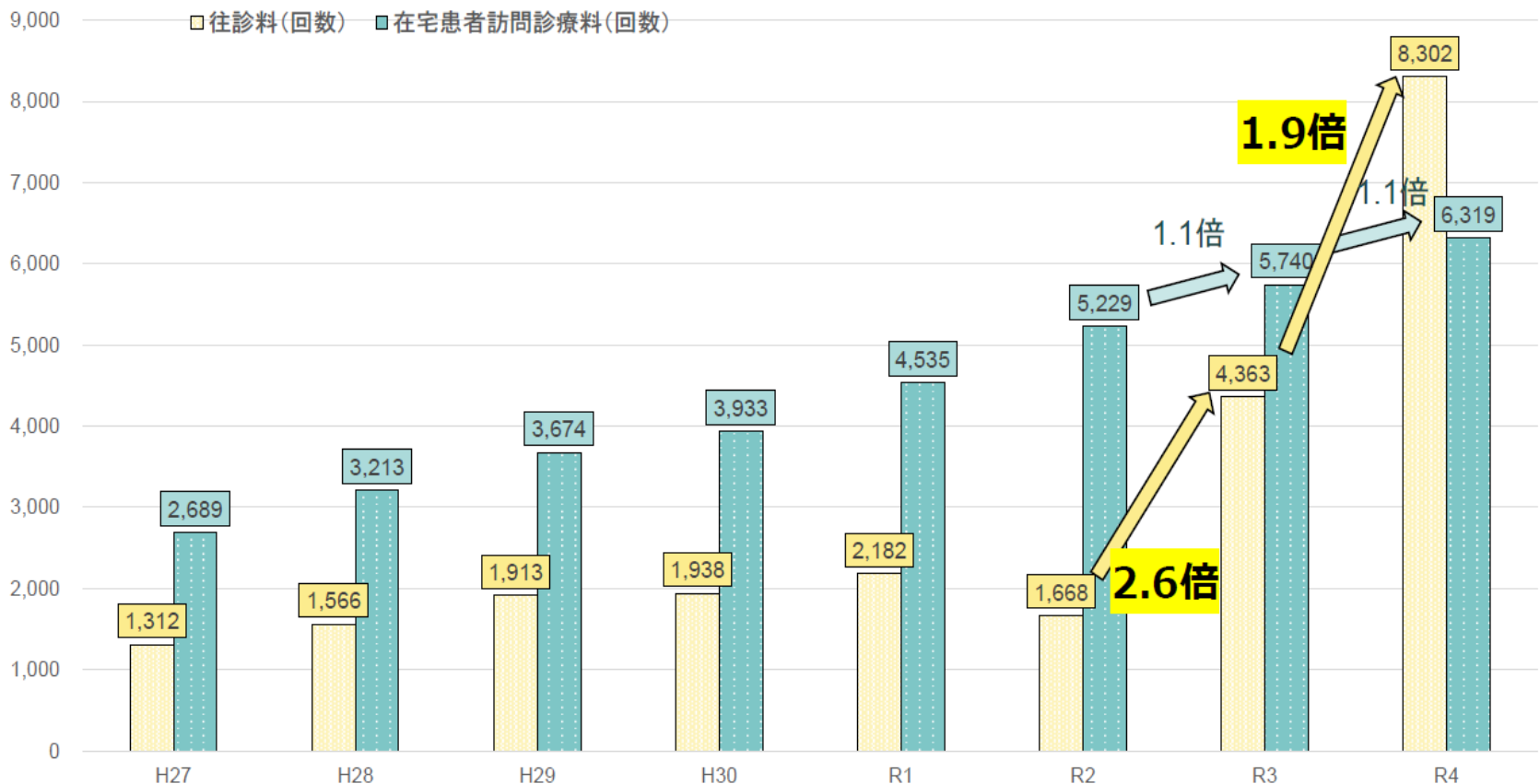
15歳未満の患者に対する在宅患者訪問診療料・往診料の算定状況

中医協 総 - 2
5 . 7 . 1 2

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

往診料・在宅患者訪問診療料の算定回数(15歳未満)

(算定回数)

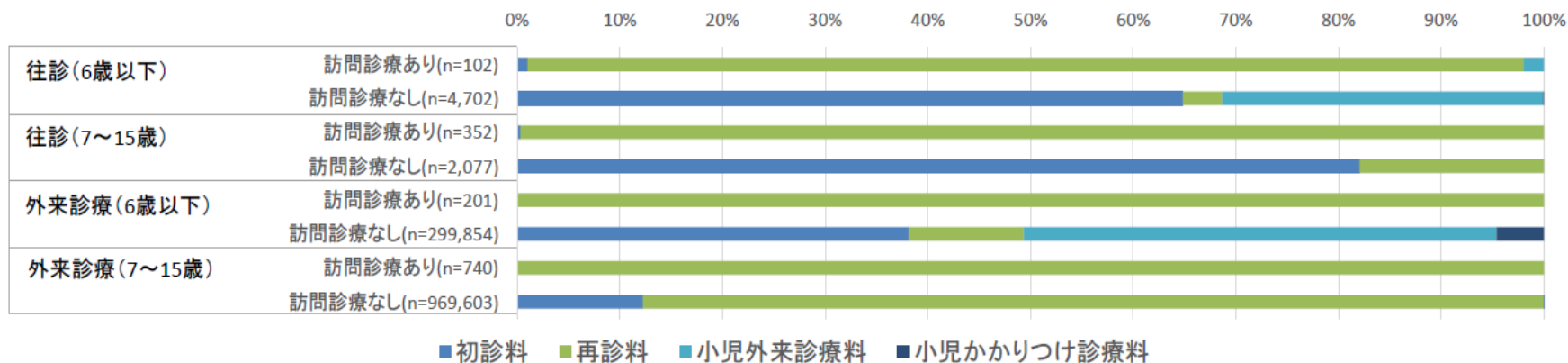


小児夜間休日受診の往診・外来受診について

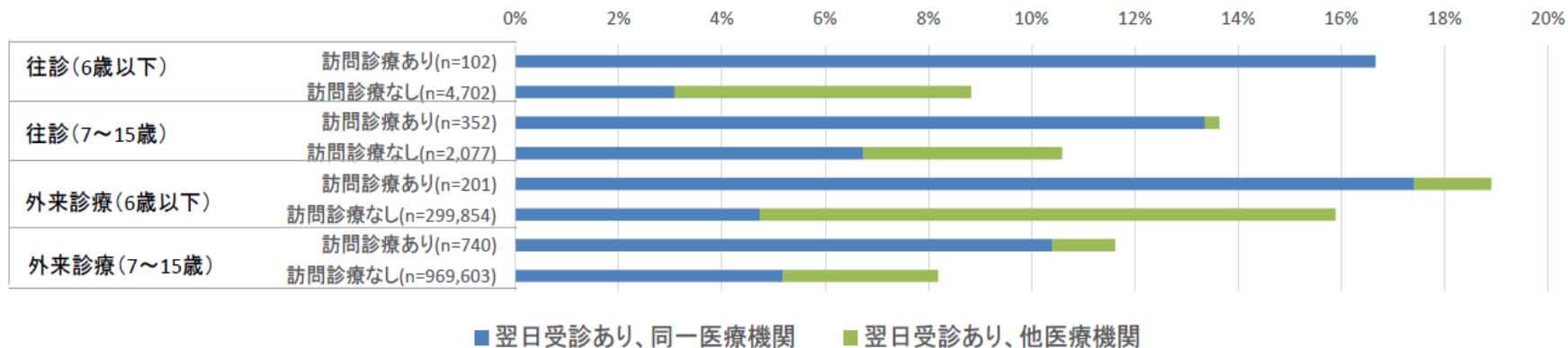
- 小児の夜間休日受診において算定された初再診料等の割合を診療形態(往診/外来診療)と訪問診療の有無で比較すると、初診料の算定割合は、訪問診療を行っていない患者の往診において高かった。
- 普段から訪問診療を行っている小児の往診は、普段から訪問診療を行っていない小児の往診と比較して翌日に医療機関を受診している割合が高かった。

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

小児の夜間休日受診において算定された初再診料の種類別算定割合



小児の夜間休日受診の翌日受診割合

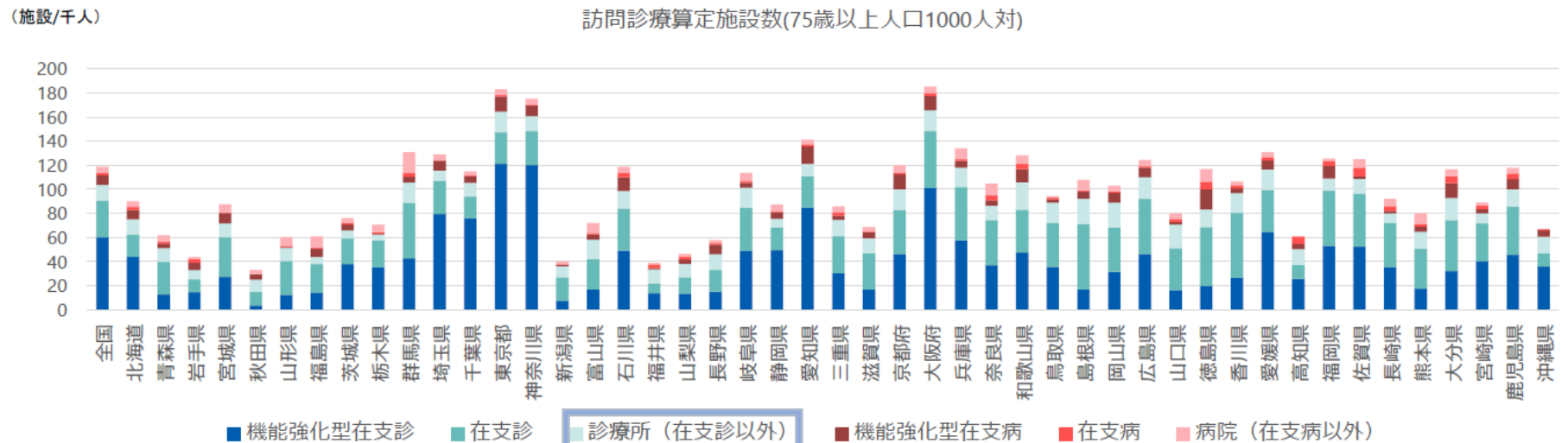
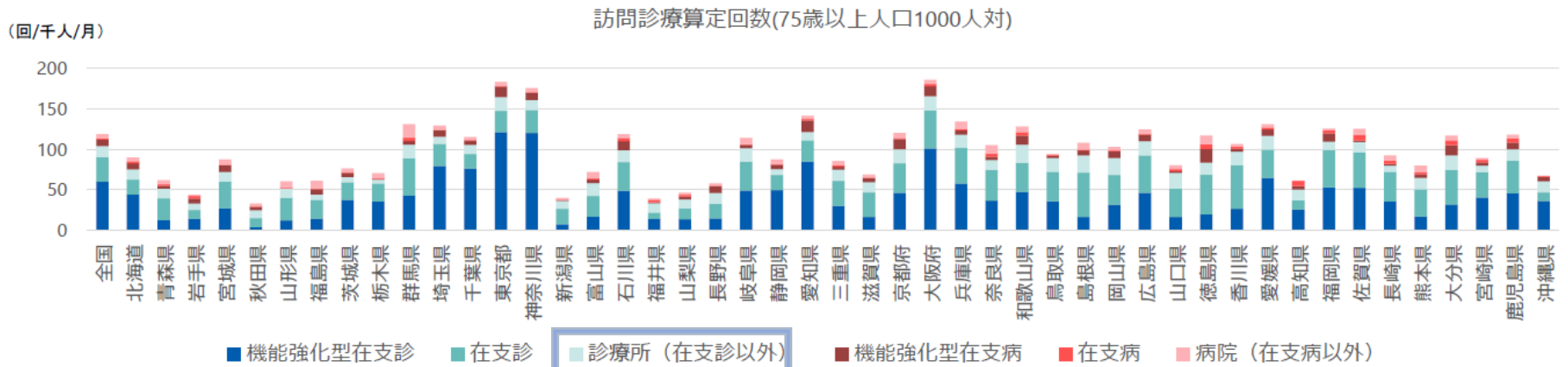


中医協総会 10月4日

- (1) 患者の特性に応じた訪問診療
- (2) 往診
- (3) 24時間の医療提供体制の確保
- (4) 在宅の緩和ケア

都道府県ごとの在宅患者訪問診療料の算定状況

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



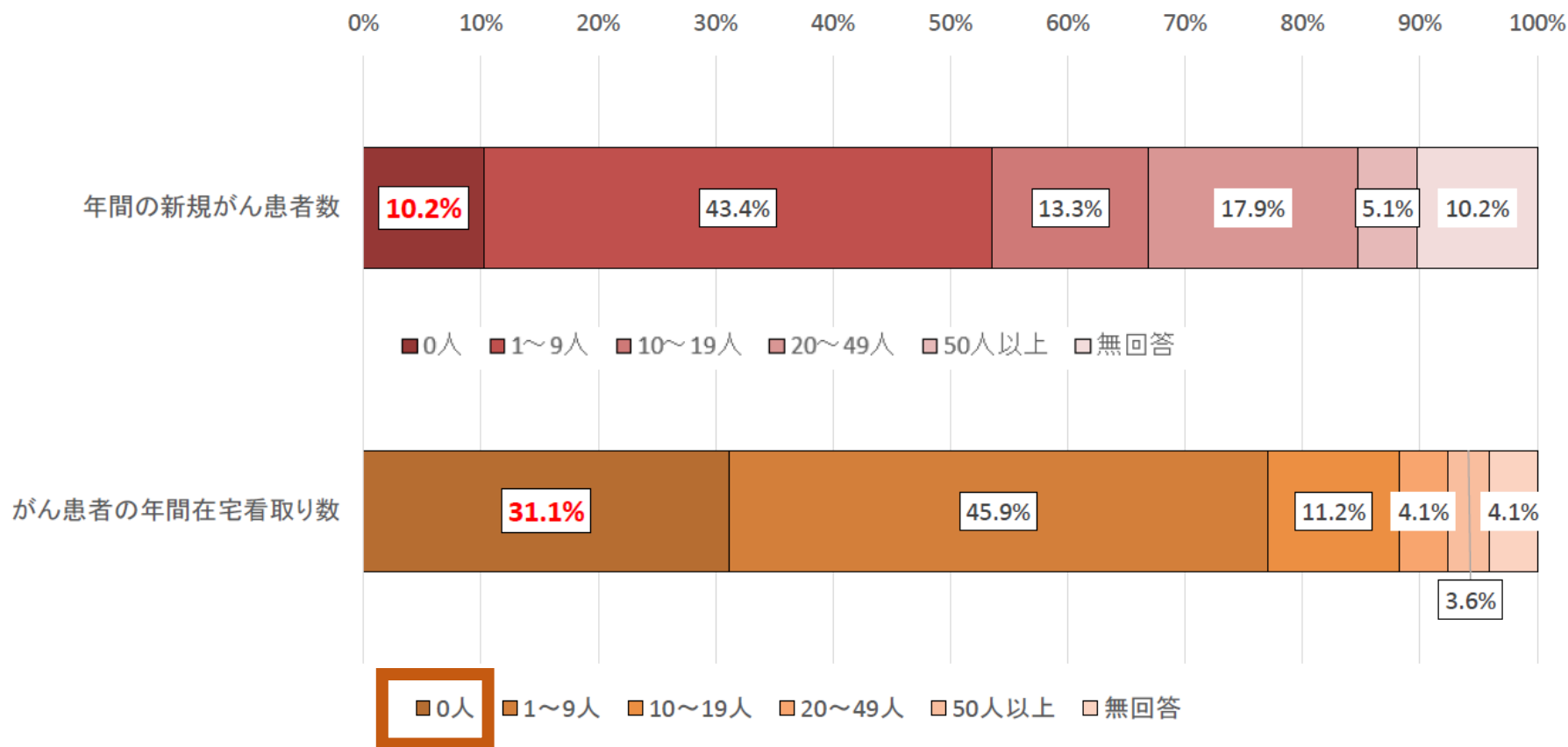
出典: NDBオープンデータ、厚生労働省「人口動態統計」(令和3年)、NDBデータ(令和4年5月診療分)より
在宅療養支援診療所・病院については保険局医療課調べ(令和4年7月1日時点)

中医協総会 10月4日

- (1) 患者の特性に応じた訪問診療
- (2) 往診
- (3) 24時間の医療提供体制の確保
- (4) 在宅の緩和ケア

在宅におけるがん患者の看取り

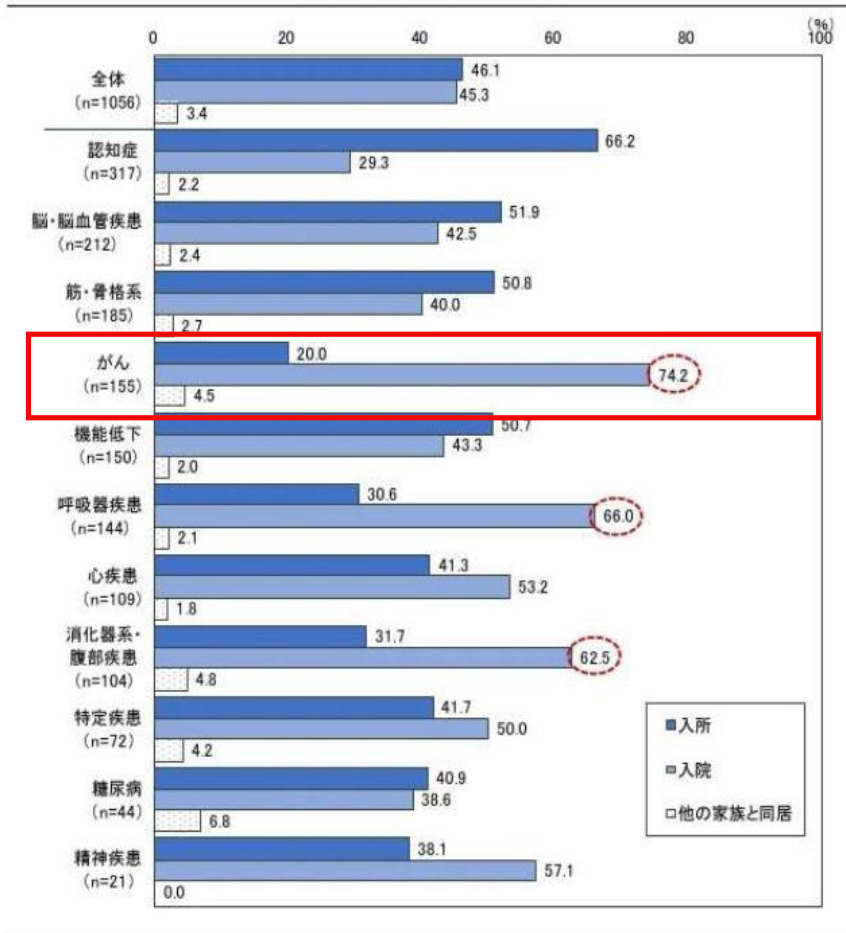
- 在宅療養支援診療所に対して行った調査によると年間の新規がん患者数が0人の医療機関は10.2%であったが、在宅看取り数が0人である医療機関は31.1%であった。
- 在宅での新規がん患者の受入を行っているが看取りには対応できていない診療所が存在することが考えられる。



在宅療養がん患者の転帰や困難になった理由

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

図表 2-24 転帰 - 主な傷病別



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

	認知症		脳・脳血管疾患		筋・骨格系疾患		がん		機能低下		
	独居 (n=152)	同居 (n=159)	独居 (n=71)	同居 (n=131)	独居 (n=76)	同居 (n=96)	独居 (n=76)	同居 (n=77)	独居 (n=56)	同居 (n=90)	
疾患	認知症	35.5	27.2	8.5	8.4	19.7	12.5	5.3	7.8	6.9	4.4
	肺炎	2.6	10.8	8.5	17.6	6.6	6.3	2.8	7.8	8.6	13.3
	骨折	8.6	4.4	8.5	3.8	23.7	17.7	0.0	2.6	13.8	1.1
	疼痛	0.7	0.0	1.4	0.8	0.0	4.2	10.5	15.6	1.7	0.0
	糖尿病	2.6	0.6	1.4	0.6	1.3	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	感染	2.6	1.9	1.4	3.1	0.0	2.1	0.0	2.6	3.4	4.4
	在宅での処置困難	0.7	0.6	0.0	0.8	1.3	1.0	5.3	2.6	1.7	0.0
状態	入院	19.4	19.6	19.7	25.2	31.8	25.1	22.4	32.5	19.0	27.8
	悪化	8.6	7.6	4.2	8.4	9.2	9.4	15.8	14.3	3.4	5.6
	進行	19.7	13.3	9.0	2.3	11.8	6.3	10.5	11.7	10.3	3.3
	転倒	12.5	3.8	11.3	2.3	22.4	10.4	3.9	3.9	19.8	3.3
	発症	2.6	2.5	2.8	4.6	6.6	4.2	5.3	2.6	3.4	7.8
	管理	9.2	0.6	2.8	2.3	5.3	2.1	2.6	5.2	3.4	2.2
	増悪	2.6	2.5	5.6	1.5	2.6	3.1	2.6	7.8	0.0	4.4
	誤嚥	1.3	5.1	2.8	6.4	2.6	5.2	0.0	1.3	3.4	5.6
	経口	2.0	1.9	0.0	3.8	2.6	1.0	9.2	2.6	1.7	7.8
	徘徊	5.3	1.9	0.0	0.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	嚥下	0.7	0.0	1.4	3.8	0.0	0.0	0.0	0.0	1.7	1.1
	再発	0.0	0.0	4.2	3.8	1.3	0.0	0.0	0.0	3.4	0.0
	常態	0.0	0.6	0.0	1.5	0.0	1.0	2.6	1.3	1.7	0.0
	急変	0.0	0.6	0.0	0.8	1.3	0.0	2.6	0.0	0.0	0.0
日常生活	食	9.2	8.2	8.5	6.9	10.5	5.2	18.4	9.1	12.1	10.0
	ADL	10.5	0.0	8.5	2.3	10.5	0.0	7.9	0.0	8.6	0.0
	歩行	4.6	1.9	5.6	1.5	9.2	7.3	1.3	1.3	10.3	1.1
	不安	0.7	1.3	0.0	1.5	2.6	2.1	3.9	6.5	1.7	0.0
	日常生活困難	5.9	0.0	4.2	0.8	3.9	0.0	1.3	0.0	5.2	1.1
	薬	5.9	0.6	1.4	0.8	5.3	1.0	2.6	1.3	3.4	0.0
	移動	0.0	0.0	7.0	0.6	2.6	3.1	2.6	1.3	5.2	1.1
	外出	0.7	1.3	1.4	0.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.1
火	2.0	0.0	1.4	0.0	0.0	0.0	1.3	0.0	0.0	0.0	
介護者	介護	11.2	50.6	14.1	52.7	10.5	43.8	15.8	40.3	10.3	45.6
	家族	8.6	19.6	16.9	22.1	10.5	15.7	11.8	26.0	13.8	28.7
	死亡	3.3	5.1	2.8	3.8	7.9	4.2	7.9	2.6	8.6	3.3
	病気	0.7	2.5	1.4	0.8	0.0	3.1	0.0	2.6	0.0	0.0
	仕事	0.7	1.9	0.0	0.8	0.0	2.1	0.0	2.6	1.7	4.4
その他	虐待	0.7	0.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.1
	日中独居	0.0	0.0	0.0	0.8	0.0	0.0	0.0	1.3	0.0	0.0

中医協委員からの意見

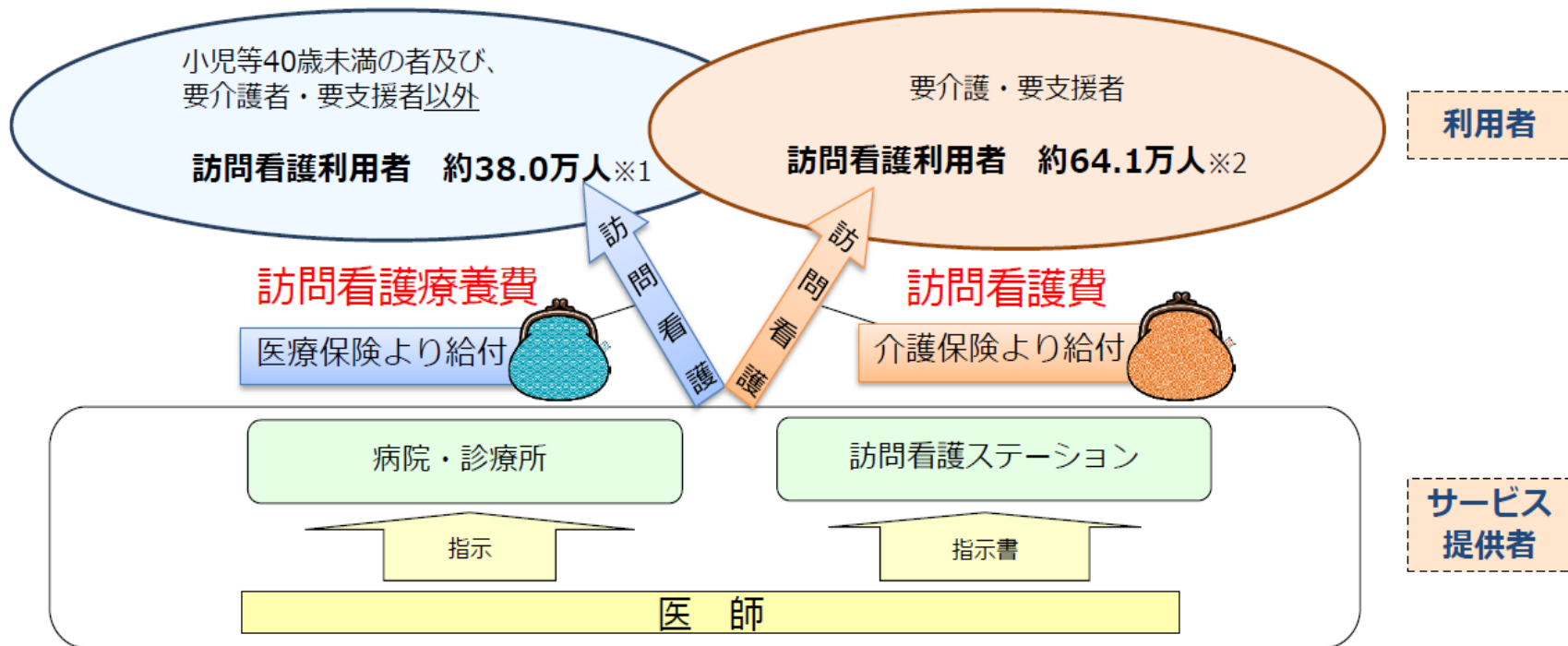
- 長島委員、池端委員
 - ICTを活用した医療機関連携（在宅医療機関と緩和ケアを行う医療機関間）
 - 最低でも余命3か月程度から緩和ケア医療機関と在宅医療機関の伴走支援

パート4 訪問看護



訪問看護の仕組み

- 訪問看護は、疾病又は負傷により居宅において継続して療養を受ける状態にある者に対し、その者の居宅において看護師等が行う療養上の世話又は必要な診療の補助をいう。
- サービス提供は、病院・診療所と訪問看護ステーションの両者から行うことができる。
- 利用者は年齢や疾患、状態によって医療保険又は介護保険の適応となるが、介護保険の給付は医療保険の給付に優先することとしており、要介護被保険者等については、末期の悪性腫瘍、難病患者、急性増悪等による主治医の指示があった場合などに限り、医療保険の給付により訪問看護が行われる。

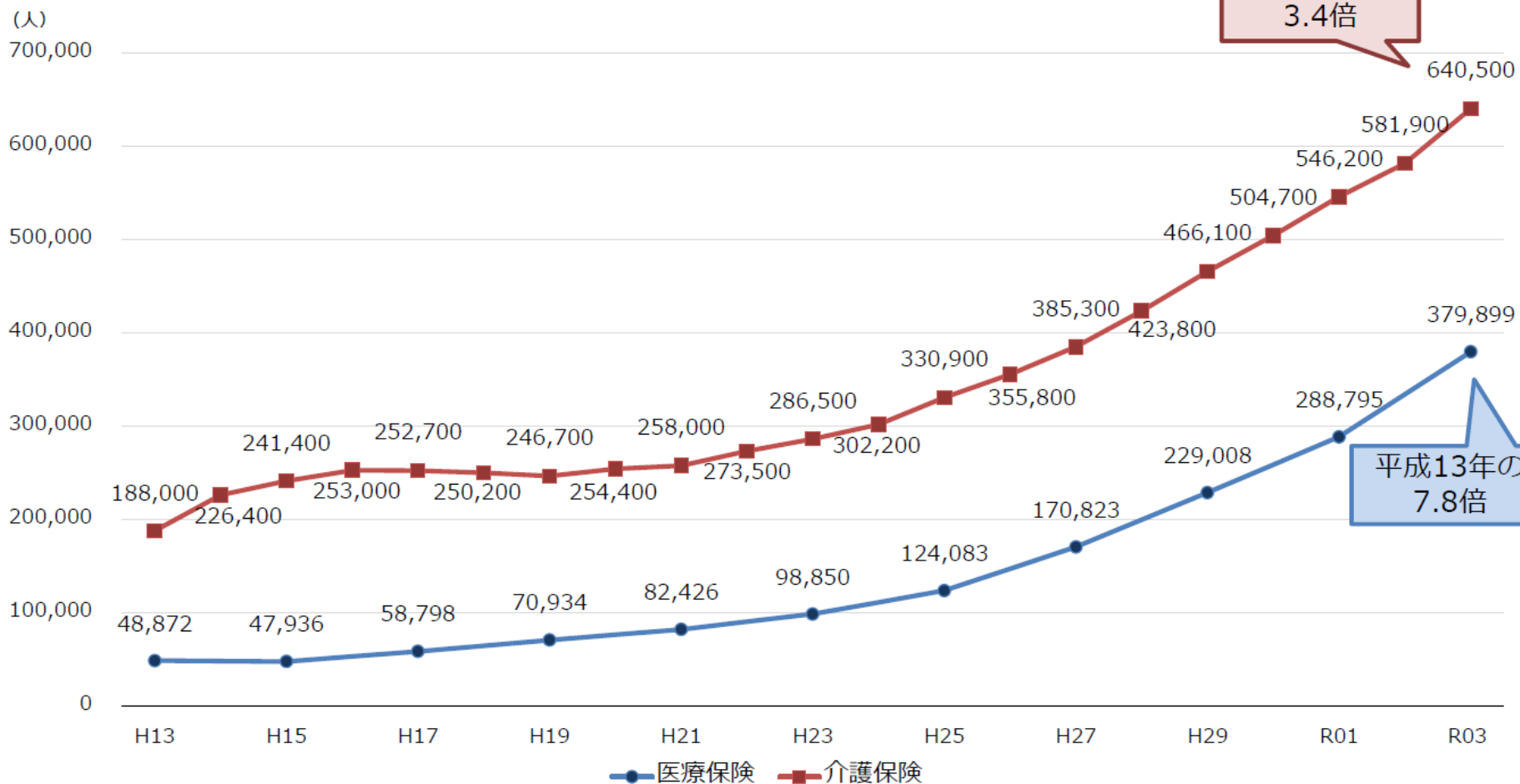


訪問看護の利用者数の推移

意見交換 資料-2
R 5 . 5 . 1 8

○ 訪問看護ステーションの利用者は、医療保険、介護保険ともに増加傾向。

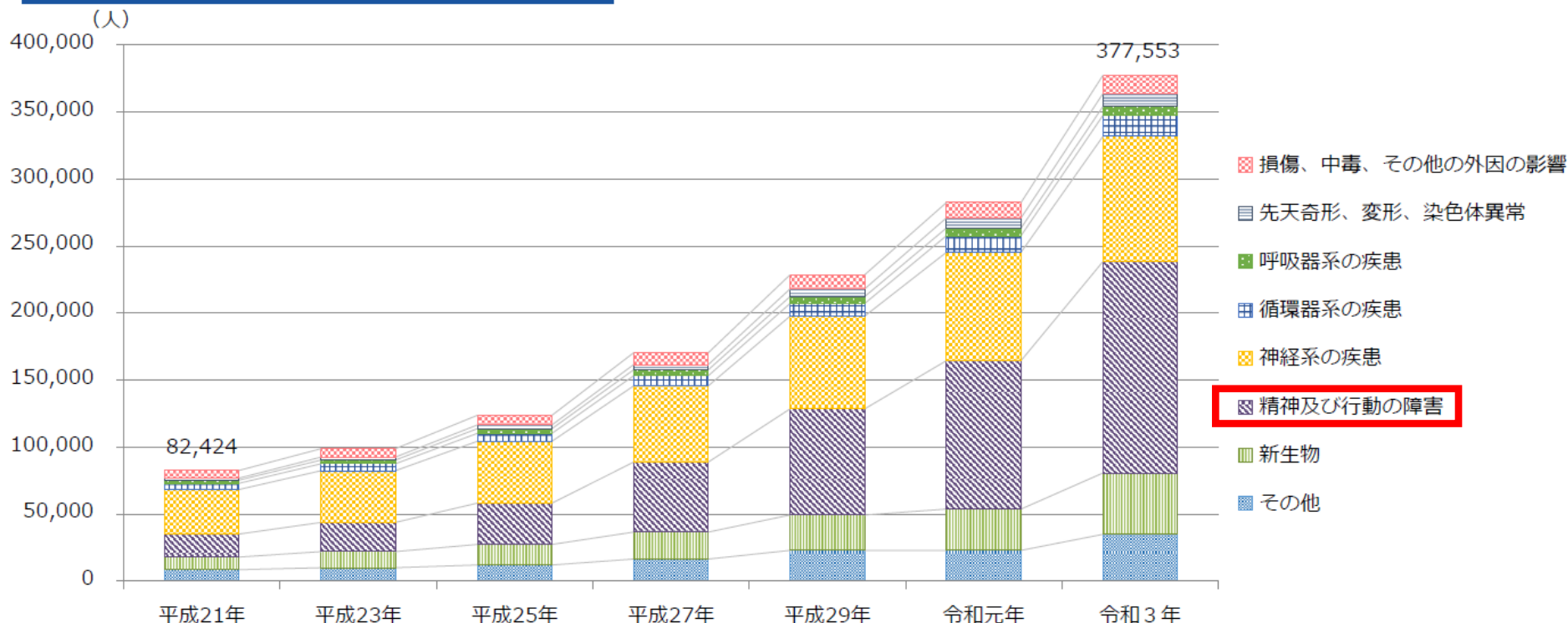
■ 訪問看護利用者数の推移



訪問看護ステーション利用者の主傷病の推移

○ 訪問看護ステーション利用者の主傷病は、「精神および行動の障害」が年々増加しており、平成21年と比較すると増加率も最も大きい。

■ 傷病分類（主傷病）別利用者数の推移



■ 傷病分類（主傷病）別利用者数の推移

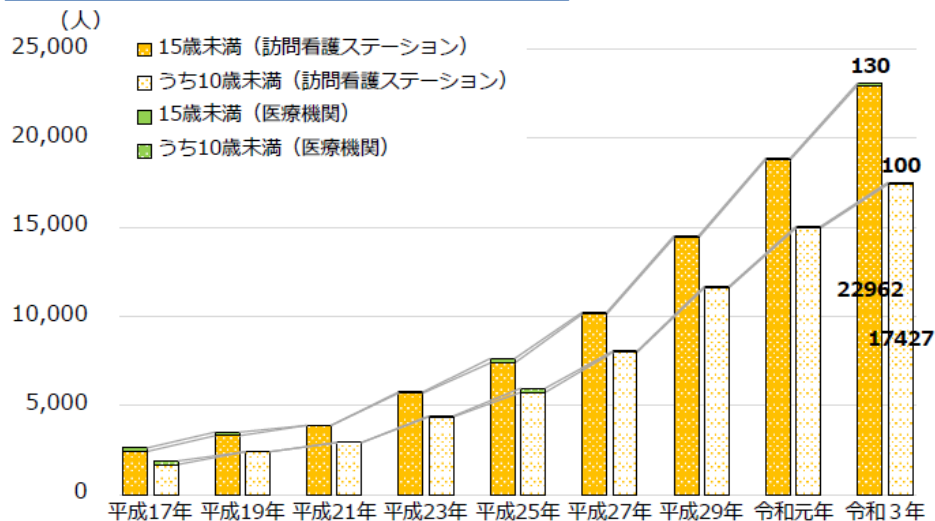
※傷病分類（主傷病）は、「社会医療行為別統計 傷病分類表」による。

	新生物	精神及び行動の障害	神経系の疾患	循環器系の疾患	呼吸器系の疾患	先天奇形、変形、染色体異常	損傷、中毒、その他の外因の影響
R03/H21年比	4.93	9.15	2.81	3.43	2.75	6.69	2.43
R03/R01年比	1.48	1.43	1.16	1.27	1.18	1.26	1.19

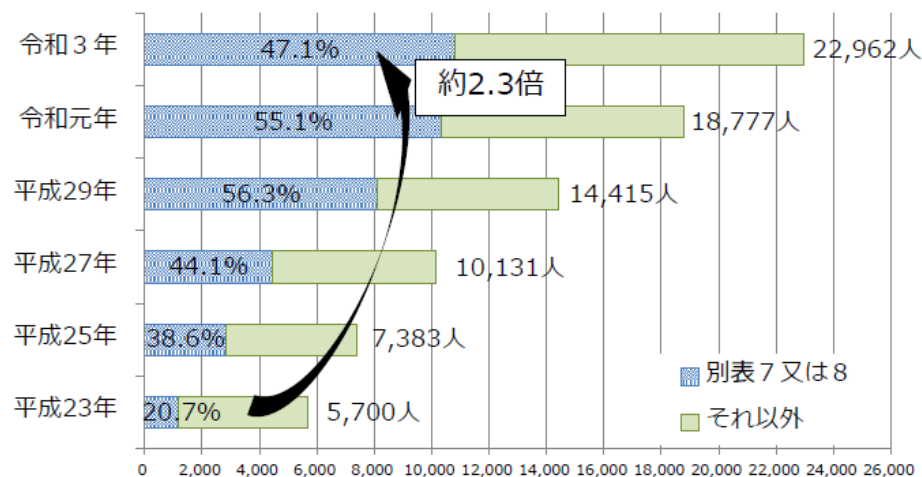
小児の訪問看護利用者の状況

- 訪問看護を受ける小児(15歳未満)の利用者数は増加しており、近年増加傾向が著しい。
- 小児の訪問看護利用者数のうち、難病等や医療的ケア(基準告示第2の1)に該当する者の割合は、平成23年に比べて令和3年は約2.3倍である。

■ 小児の訪問看護利用者数の推移



■ 小児の訪問看護利用者数のうち、基準告示第2の1に該当する者^{*1, 2} (訪問看護ステーションのみ)



※1: 【別表第7】

- | | |
|--------------|----------------|
| 末期の悪性腫瘍 | プリオン病 |
| 多発性硬化症 | 亜急性硬化性全脳炎 |
| 重症筋無力症 | ライソゾーム病 |
| スモン | 副腎白質ジストロフィー |
| 筋萎縮性側索硬化症 | 脊髄性筋萎縮症 |
| 脊髄小脳変性症 | 球脊髄性筋萎縮症 |
| ハンチントン病 | 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 |
| 進行性筋ジストロフィー症 | 後天性免疫不全症候群 |
| パーキンソン病関連疾患 | 頸髄損傷 |
| 多系統萎縮症 | 人工呼吸器を使用している状態 |
- ※要介護被保険者等に関わらず医療保険での訪問看護が可能
算定日数制限なし

※2: 【別表第8】

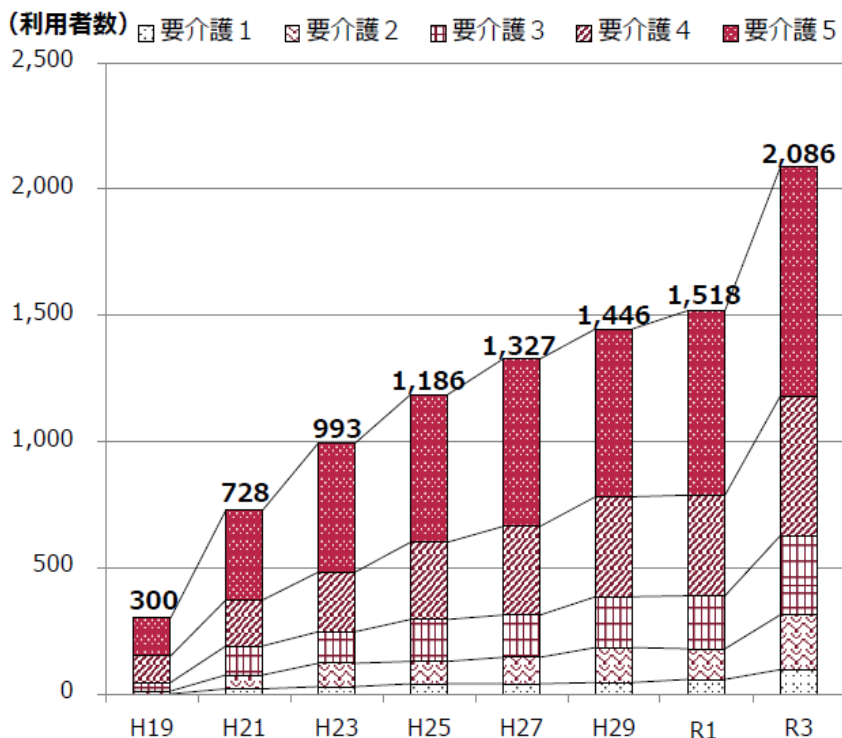
- 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管力ニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
 - 以下のいずれかを受けている状態にある者

在宅自己腹膜灌流指導管理	在宅血液透析指導管理
在宅酸素療法指導管理	在宅中心静脈栄養法指導管理
在宅成分栄養経管栄養法指導管理	在宅自己導尿指導管理
慢性呼吸器指導管理	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
在宅自己疼痛管理指導管理	在宅肺高血圧症患者指導管理
 - 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
 - 真皮を超える褥瘡の状態にある者
 - 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者
- ※算定日数制限なし

訪問看護ステーションにおけるターミナルケア利用者数

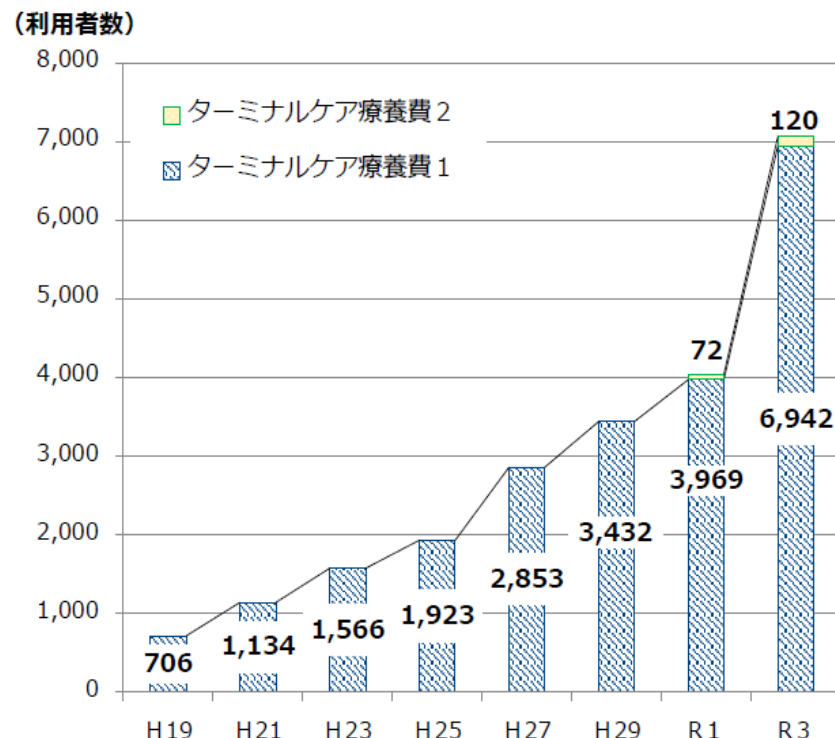
○ 介護保険のターミナルケア加算と医療保険の訪問看護ターミナル療養費はともに増加傾向であり、令和3年度は特に増加した。

■ ターミナルケア加算（介護保険）の算定数※



※病院・診療所の訪問看護事業所の算定数を含む

■ 訪問看護ターミナルケア療養費（医療保険）の算定数



※H30年度改定でターミナルケア療養費2を新設

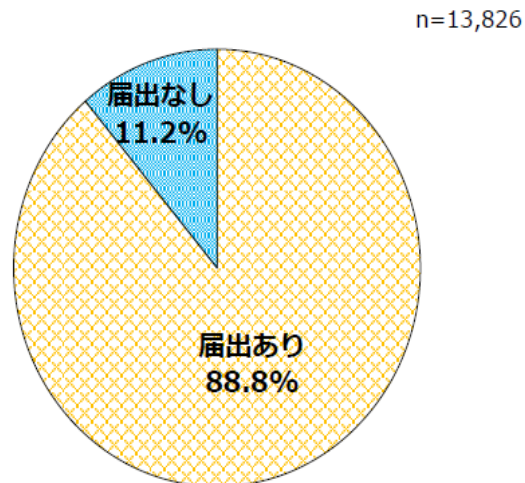
ターミナルケア加算・訪問看護ターミナル療養費

在宅で死亡した利用者に対して、その死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上ターミナルケアを行った場合（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）に加算する。

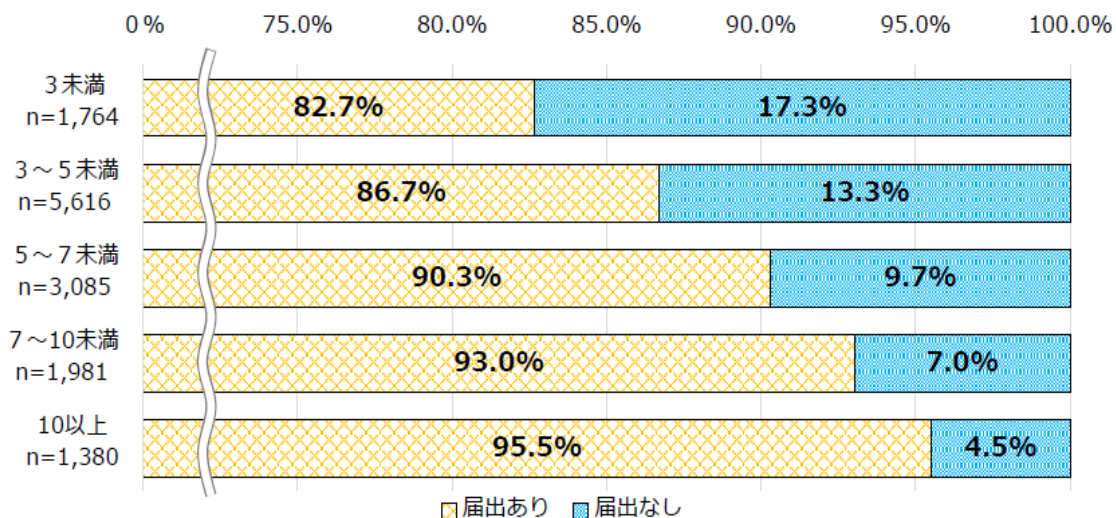
24時間対応体制加算の届出と利用者数の推移

○ 全訪問看護ステーションのうち、88.8%が24時間対応体制加算を届け出ているが、規模が小さくなるにつれて届出の割合が少なくなっている。

■ 24時間対応体制加算の届出の状況

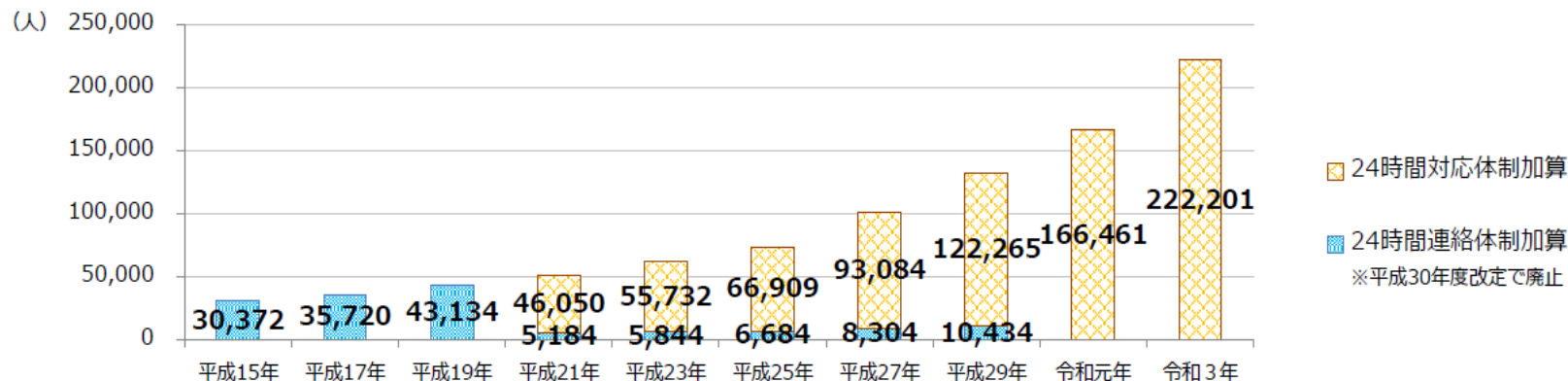


■ 看護職員規模別（常勤換算）の24時間対応体制加算の届出状況



出典：令和4年7月1日の届出状況より保険局医療課にて作成 ※看護職員数等が無回答の訪問看護ステーションは集計から除外

■ 24時間対応体制加算・24時間連絡体制加算の利用者数（推計）

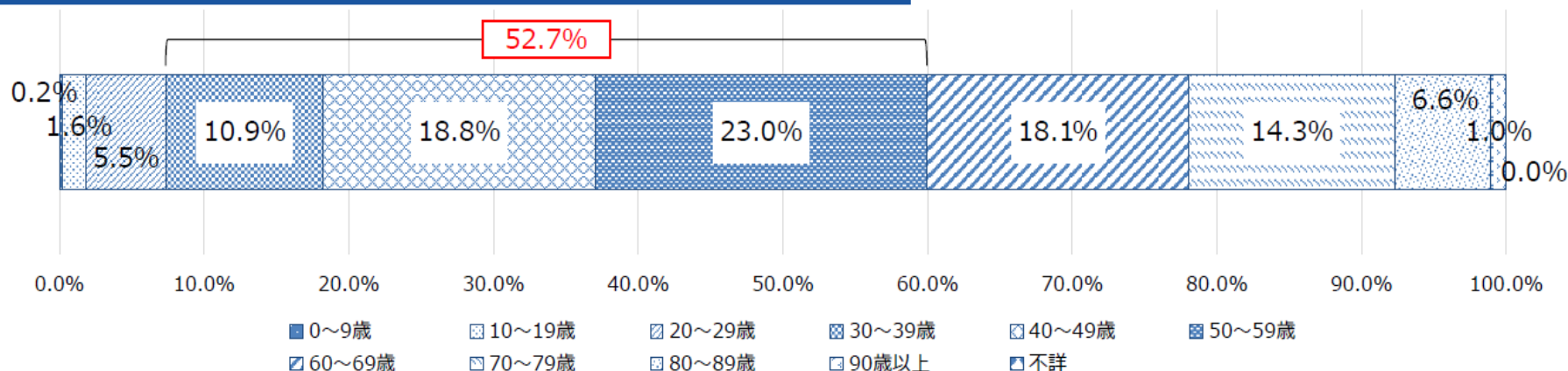


出典：訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成（各年6月審査分より推計）

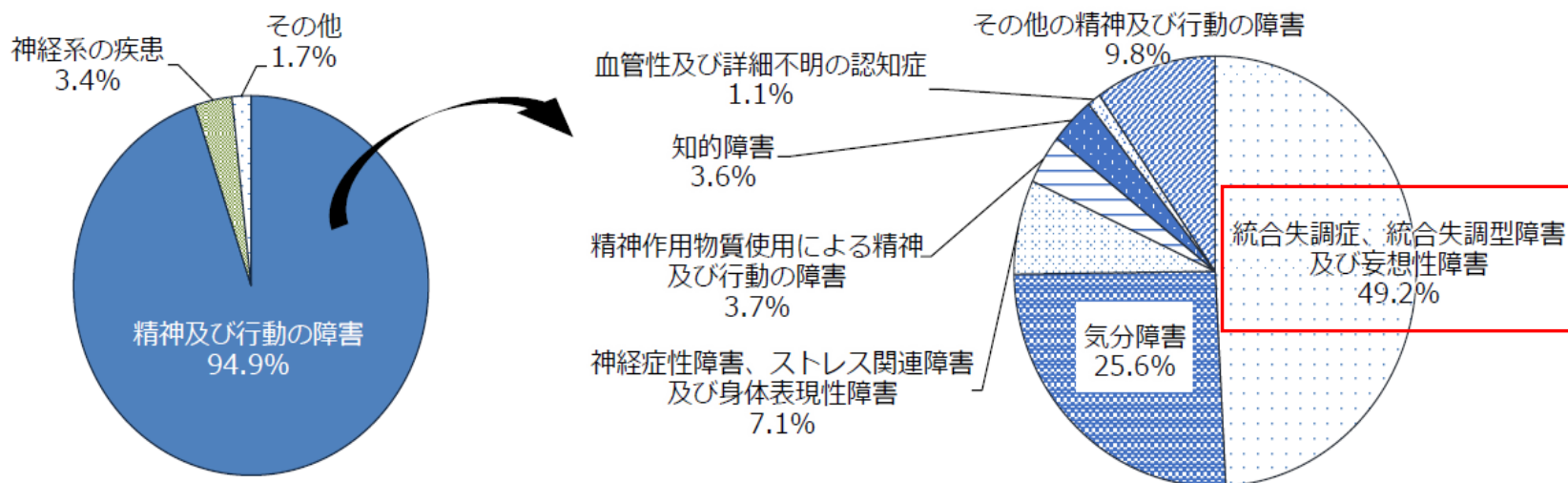
精神科訪問看護の利用者の状況

- 精神科訪問看護基本療養費を算定した利用者は、30～50歳代の利用者が半数以上を占めている。
- 精神科訪問看護基本療養費を算定した利用者の主傷病うち、最も多いのは統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害である。

■ 精神科訪問看護基本療養費を算定した利用者の年齢階級別内訳

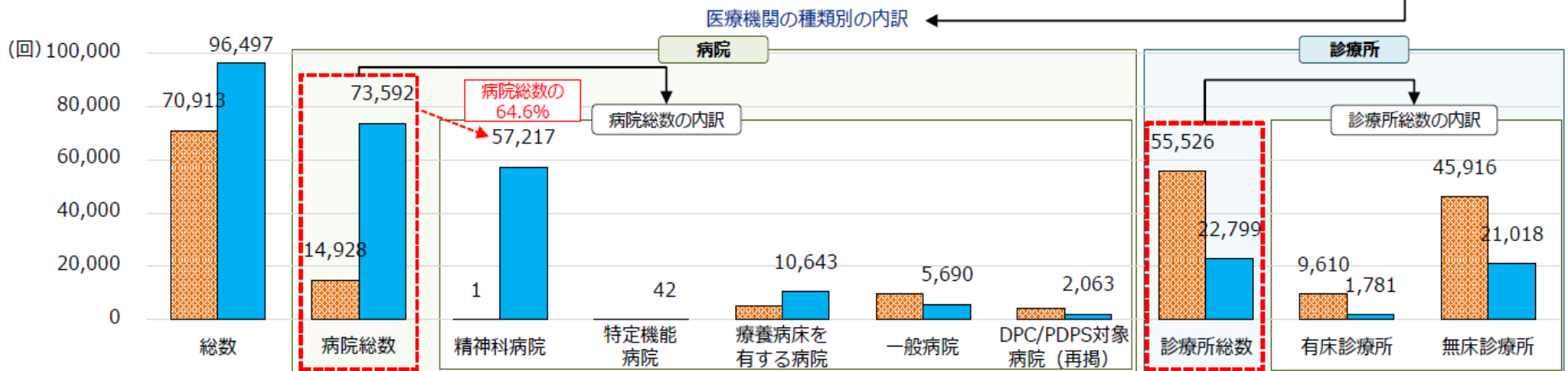
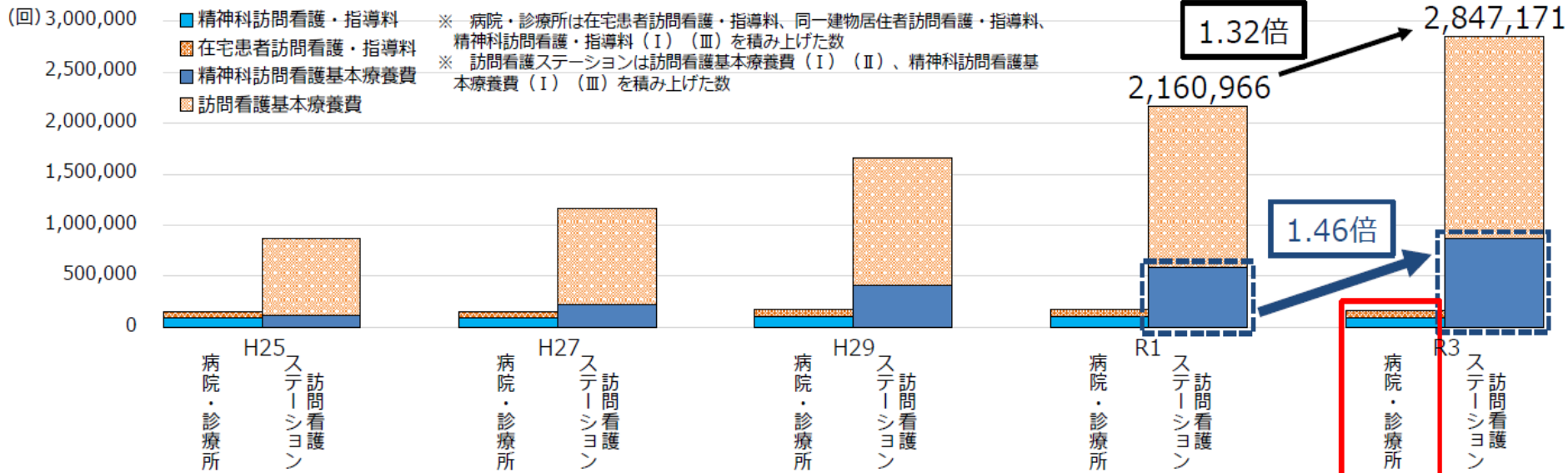


■ 精神科訪問看護基本療養費を算定した利用者の主傷病別内訳



精神科訪問看護の実施回数の推移

- 訪問看護ステーションが実施する訪問看護全体の実施回数は、令和元年から令和3年において約1.32倍であるが、精神科訪問看護基本療養費のみでは約1.46倍となっている。
- 病院からの訪問看護の実施回数のうち、64.6%が精神科病院からの精神科訪問看護・指導料である。



出典：社会医療診療行為別統計（調査）（各年6月審査分）、訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成（令和3年6月審査分より推計）

中医協委員の意見

- 吉川久美子専門委員（日本看護協会常任理事）
 - 24時間・365日対応が拡大してきているが、その分、現場看護師の身体的肉体的負担が増加
 - 特養の入所者に柔軟に訪問看護提供を行える仕組みを考えるべき
 - 精神疾患に対しては、当該患者はもちろん、家族全体への支援が必要となるケースが少なくなき、そうした機能に見合った診療報酬上の評価を検討してほしい。

パート5 訪問栄養食事指導



地域の高齢者の
低栄養が進
んでいる

栄養ケアステーション

栄養ケア・ステーション

栄養ケア・ステーション数
全国512か所、
栄養士5095人
2023年4月



栄養ケア・ステーションは、地域住民のための食生活支援活動の拠点
都道府県栄養士会が運営し、地域の特性に応じた様々な事業を展開

栄養ケア・ステーションとは？

- **栄養ケア・ステーション**は食・**栄養**の専門職である管理栄養士・栄養士が所属する、地域密着型の拠点のこと。
- 地域住民の方はもちろん、医療機関、自治体、健康保険組合、民間企業、保険薬局などを対象に管理栄養士・栄養士をご紹介、用途に応じたさまざまなサービスを提供する。

訪問診療から訪問栄養管理指導実施

歯科・看護師・デイ

1 往診に管理栄養士を同行し、患者さんに紹介

こんにちは
管理栄養士です

2 管理栄養士さんに入ってもらいましょう

管理栄養士に
在宅に行っ
てもらおうと。

医師



3 指示書を送付

4 居宅管理栄養指導入ります

Pre-Nutrition (プレ・ニュートリション) から請求

管理栄養士

ケアプランを立てて
訪問開始
月2回まで算定できる



Aさん担当
ケアマネ

管理栄養士です。Aさん状
況を教えてください

栄養ケアステーション

情報を得て
連携する



Aさん担当
ヘルパーさん

認定栄養ケア・ステーション 薬局内の栄養ケアステーション



第8次医療計画における在宅医療のうち訪問栄養食事指導に関する事項

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

2 在宅医療の提供体制

(2) 日常の療養生活の支援

⑥ 訪問栄養食事指導

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

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

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

2018年介護報酬改定 栄養改善加算の要件緩和等

算定要件等

ア 栄養改善加算

- 当該事業所の職員として、又は外部（他の介護事業所・医療機関・栄養ケア・ステーション）との連携により管理栄養士を1名以上配置していること。

イ 栄養スクリーニング加算

- サービス利用者に対し、利用開始時及び利用中6か月ごとに栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に係る情報（医師・歯科医師・管理栄養士等への相談提言を含む。）を介護支援専門員に文書で共有した場合に算定する。

ウ 低栄養リスク改善加算

- 栄養マネジメント加算を算定している施設であること
- 経口移行加算・経口維持加算を算定していない入所者であること
- 低栄養リスクが「高」の入所者であること
- 新規入所時又は再入所時のみ算定可能とすること
- 月1回以上、多職種が共同して入所者の栄養管理をするための会議を行い、低栄養状態を改善するための特別な栄養管理の方法等を示した栄養ケア計画を作成すること（作成した栄養ケア計画は月1回以上見直すこと）。また当該計画については、特別な管理の対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること
- 作成した栄養ケア計画に基づき、管理栄養士等は対象となる入所者に対し食事の観察を週5回以上行い、当該入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた食事・栄養調整等を行うこと
- 当該入所者又はその家族の求めに応じ、栄養管理の進捗の説明や栄養食事相談等を適宜行うこと。
- 入所者又はその家族の同意を得られた日の属する月から起算して6か月以内の期間に限るものとし、それを超えた場合においては、原則として算定しないこと。

在宅患者訪問栄養食事指導料の概要

C009 在宅患者訪問栄養食事指導料（月2回に限る）

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

1 在宅患者訪問栄養食事指導料1

保険医療機関の管理栄養士が
当該保健医療機関の医師の指示に基づき実施

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

2 在宅患者訪問栄養食事指導料2

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

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

【対象患者】

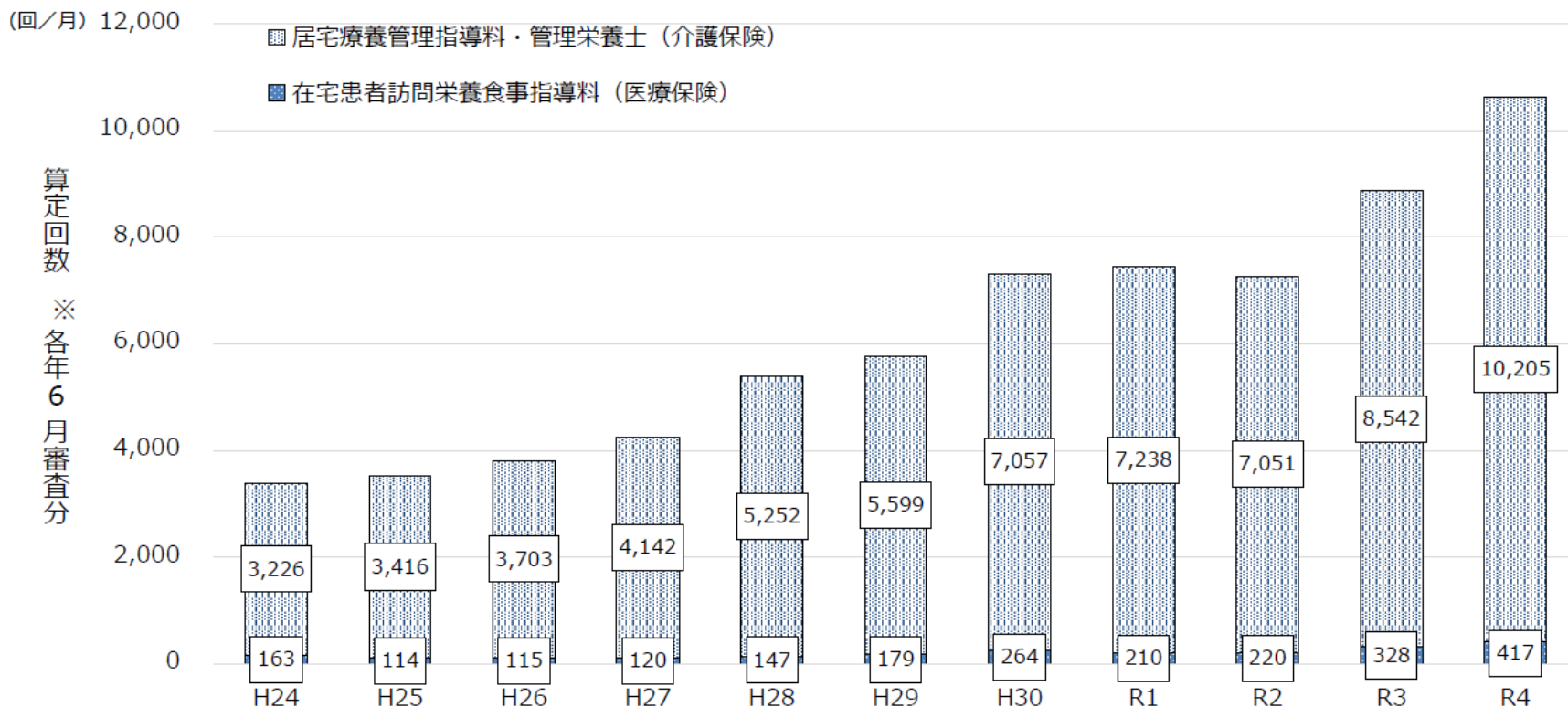
- 疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する別表第三※に掲げる特別食を必要とする患者
- がん患者
- 摂食機能又は嚥下機能が低下した患者
- 低栄養状態にある患者

※別表第三

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

訪問栄養食事指導の実施状況

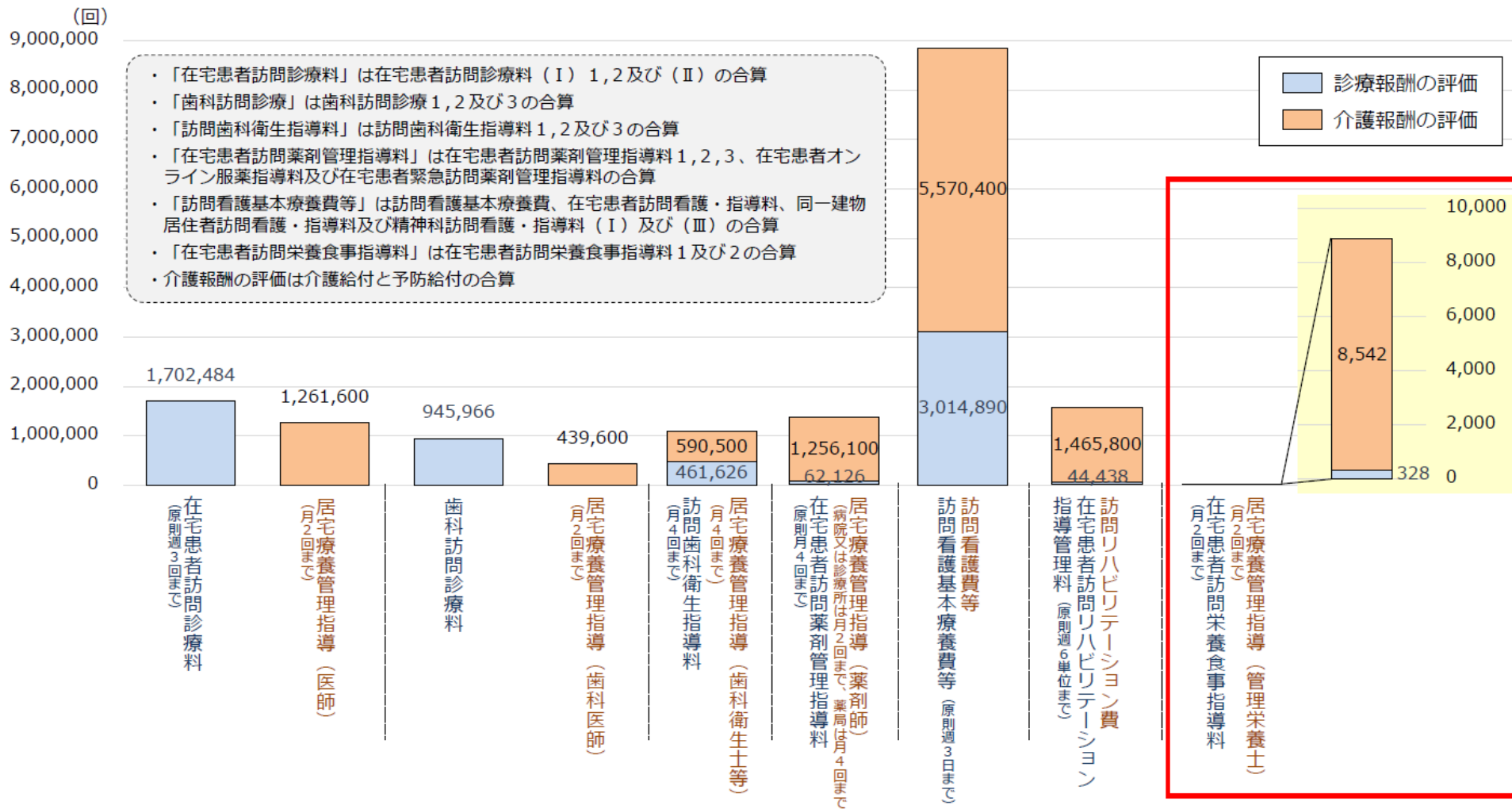
- 訪問栄養食事指導の算定回数は、令和2年は微減したものの、年々増加している。
- ほとんどが介護保険による居宅療養管理指導であり、令和4年(6月審査分)は約1万回／月だった。



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

各職種が行う在宅医療等に係る報酬の算定回数の比較

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



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

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

在宅患者訪問栄養食事指導料を算定していない理由

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

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

※最も多いものに網掛け

中医協委員意見

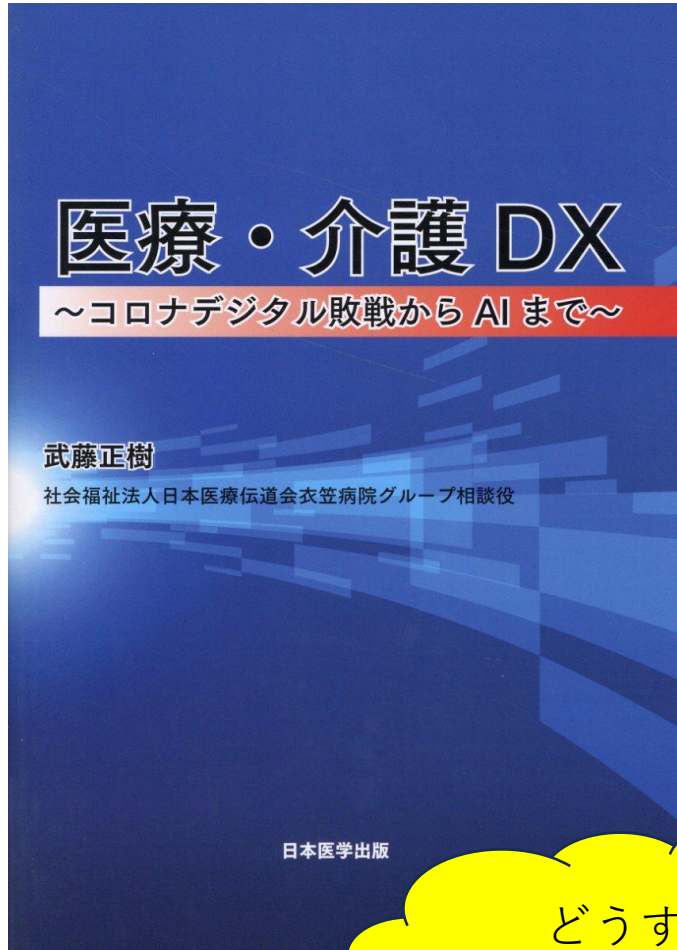
- 診療側池端委員、支払い側松本委員
 - 地域の栄養ケア・ステーションに所属する栄養士と、在宅医療を提供するクリニック等が密接に連携し、十分な訪問栄養指導を行える体制を整えていく必要がある。
 - 在宅患者訪問栄養食事指導料²が設けられているが、「クリニックとステーションとの契約や手続き等で支障が出ていないか」

まとめと提言

- 2040年へむけて在宅需要が急増する
- 訪問診療では施設在宅への訪問診療、夜間休日の緊急往診が課題
- 夜間休日に往診専門クリニックが活躍
- 訪問看護では24時間体制や精神訪問看護の負担が課題
- 訪問栄養指導には栄養ケアステーションの普及が必要

医療介護DX

～コロナデジタル敗戦からAIまで～



- 武藤正樹著
- DXやAIはこれからの医療・介護に必須である。
本書はDXやAIに関心がある方、これから学ぼうとする方へ基礎をわかりやすく解説した
- 発行：[日本医学出版](#)
- 2023年5月29日
- A5判
- 216ページ
- 定価 2,200円+税

どうする
マイナトラブル

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

