

(令和5年度第4回)
入院・外来医療等の調査・評価分科会

令和5年7月20日(木)

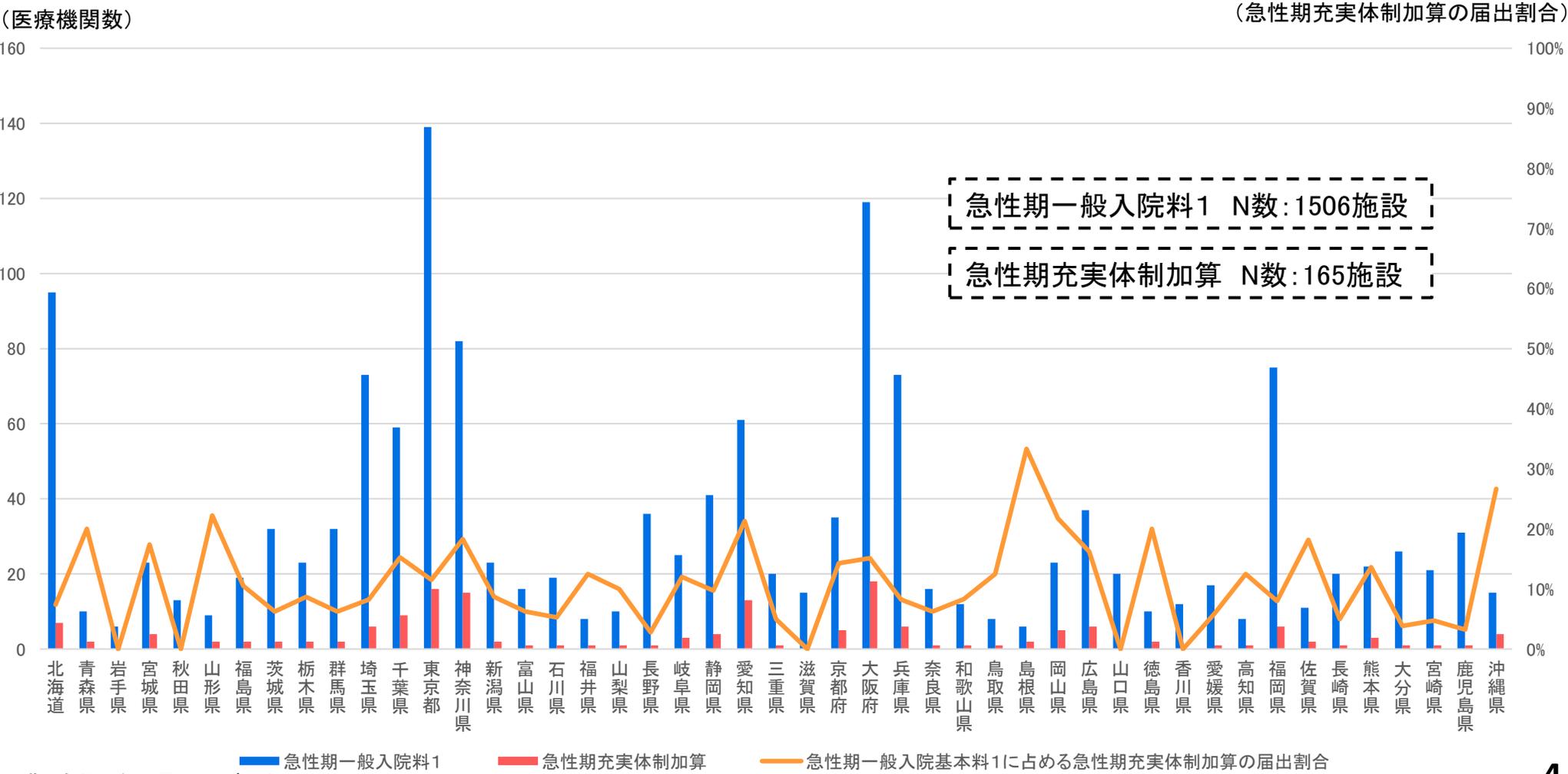
1. **前回の議論におけるご指摘について**
2. 情報通信機器を用いた診療について(その1)
3. 外来医療について(その1)
4. 外来腫瘍化学療法について
5. 横断的事項等(その2)

7月6日 急性期入院医療について(その1)

- 都道府県別の急性期充実体制加算の届出状況について、総合入院体制加算も含めた分布を確認する必要があるのではないか。
- 都道府県別の急性期充実体制加算の届出状況について、人口あたりの医療機関数を見る必要があるのではないか。
- 急性期充実体制加算の実績要件に関する状況は、病床規模別に見る必要があるのではないか。

都道府県別の急性期一般入院料1・急性期充実体制加算の届出状況について

○ 令和4年9月時点における、急性期一般入院料1・急性期充実体制加算の届出状況及び急性期一般入院基本料1届出施設に占める急性期充実体制加算の届出割合について、都道府県ごとにばらつきが見られる。



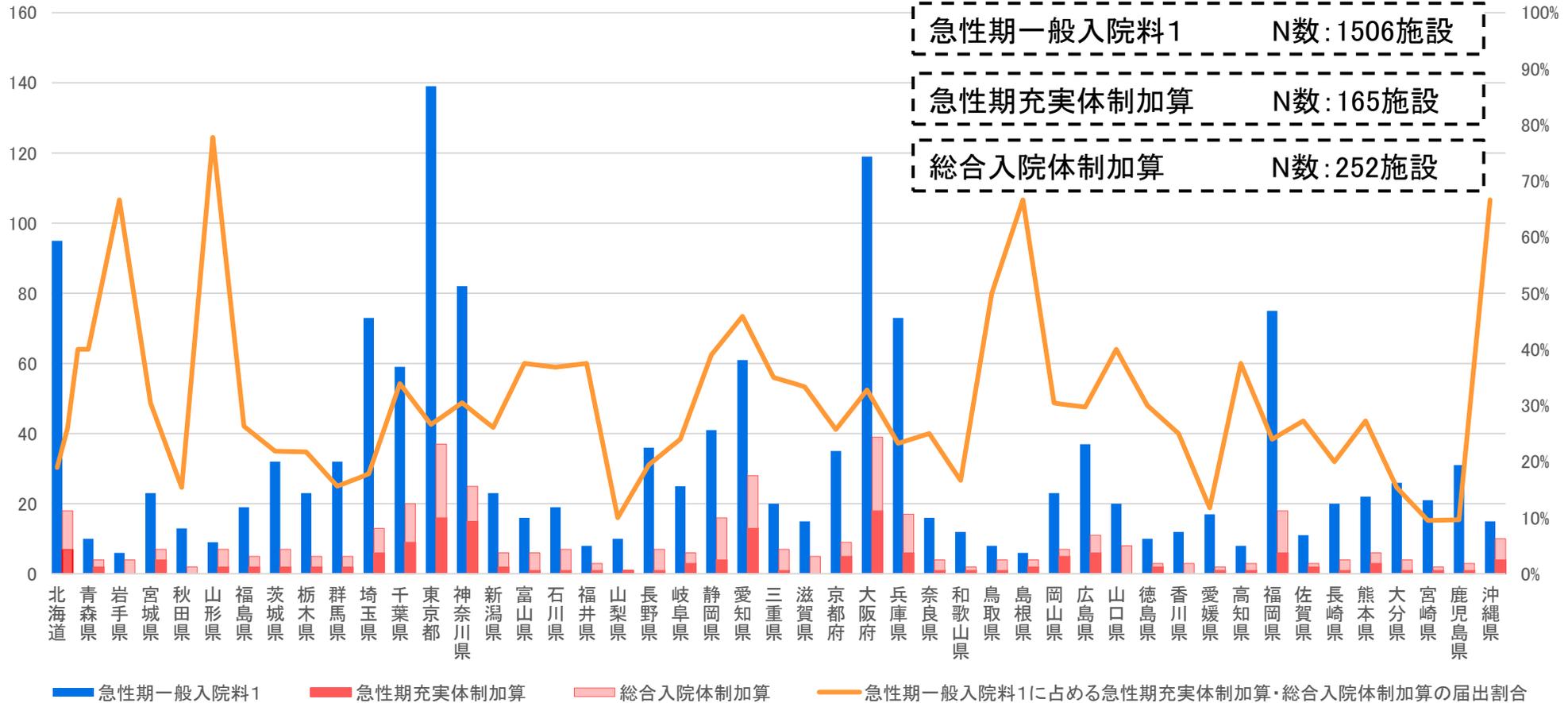
出典: 令和4年9月DPCデータ

都道府県別の急性期一般入院料1・急性期充実体制加算・総合入院体制加算の届出状況について

○ 令和4年9月時点における、急性期一般入院料1・急性期充実体制加算・総合入院体制加算の届出状況及び急性期一般入院基本料1届出施設に占める急性期充実体制加算・総合入院体制加算の届出割合について、都道府県ごとにばらつきが見られる。

(医療機関数)

(急性期充実体制加算・総合入院体制加算の届出割合)

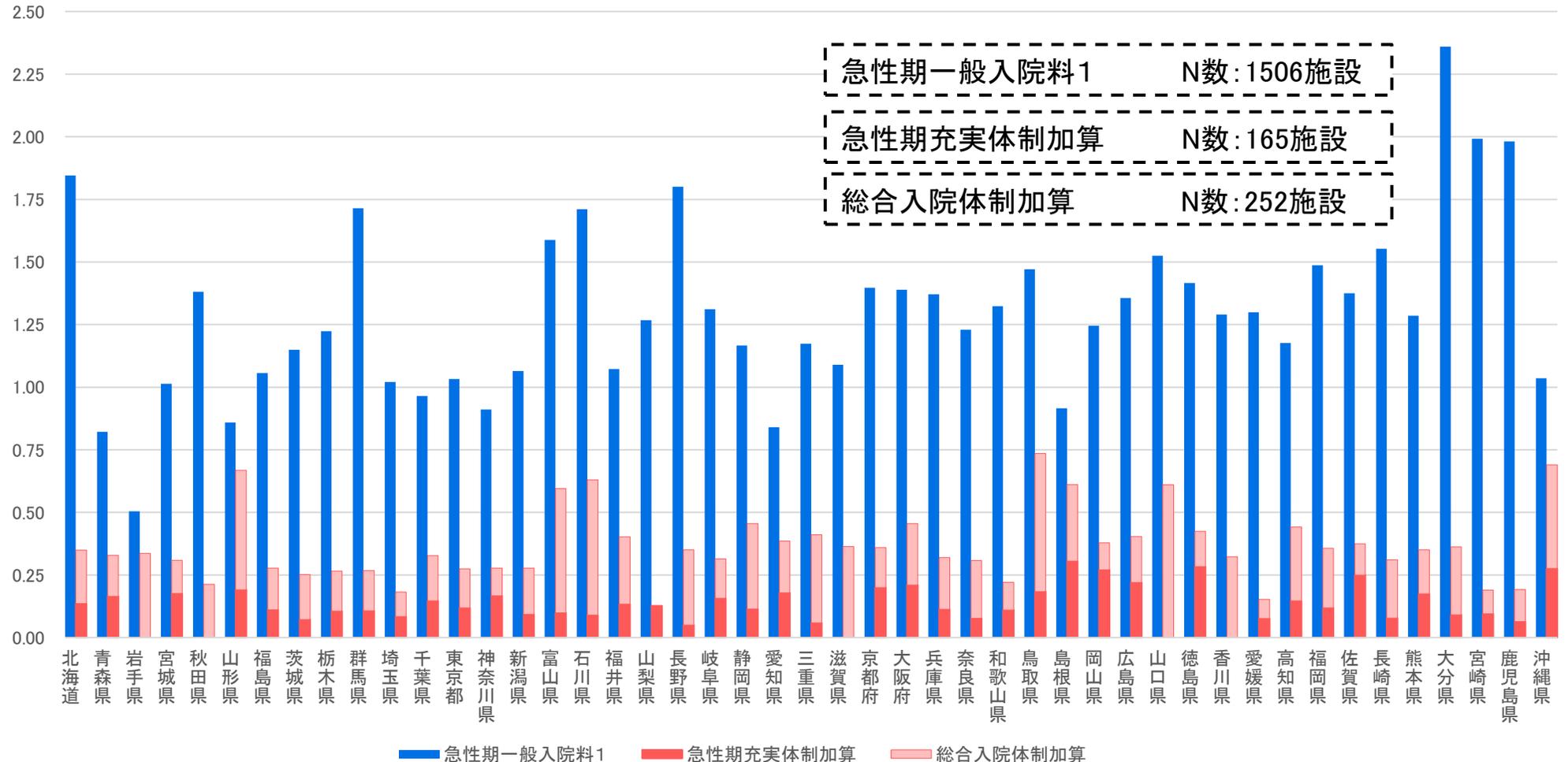


急性期一般入院料1 N数: 1506施設
 急性期充実体制加算 N数: 165施設
 総合入院体制加算 N数: 252施設

都道府県別の急性期一般入院料1等の届出状況(人口10万人当たり)について

○ 令和4年9月時点における、人口10万人当たりの急性期一般入院料1・急性期充実体制加算・総合入院体制加算の届出施設数について、都道府県ごとにばらつきが見られる。

(医療機関数(人口10万人当たり))

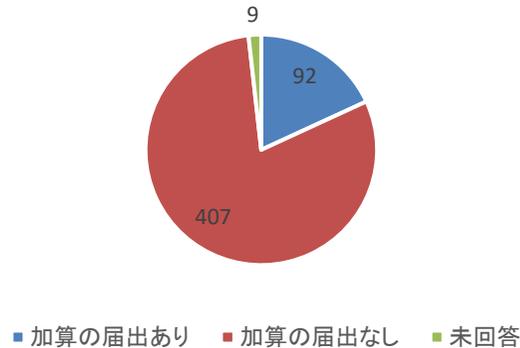


急性期一般入院料1 N数: 1506施設
 急性期充実体制加算 N数: 165施設
 総合入院体制加算 N数: 252施設

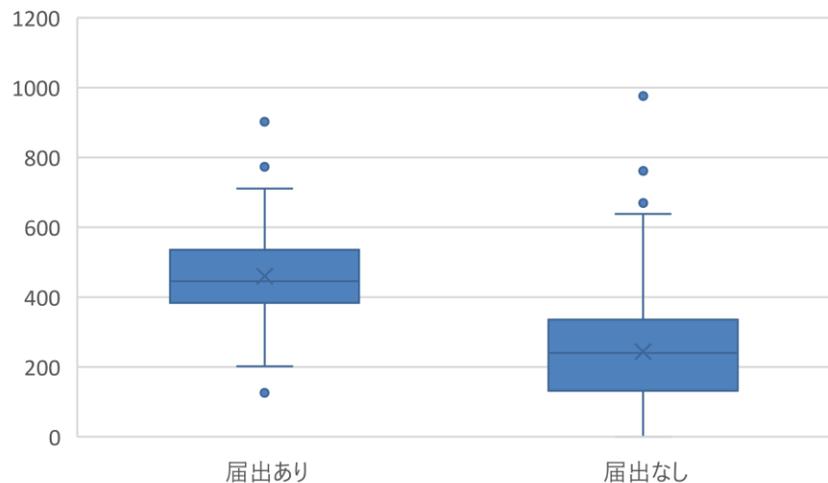
急性期充実体制加算の届出状況①

○ 急性期一般入院料1を届け出ている医療機関における急性期充実体制加算の届出状況及び加算の施設基準に関する実績の状況は以下のとおり。

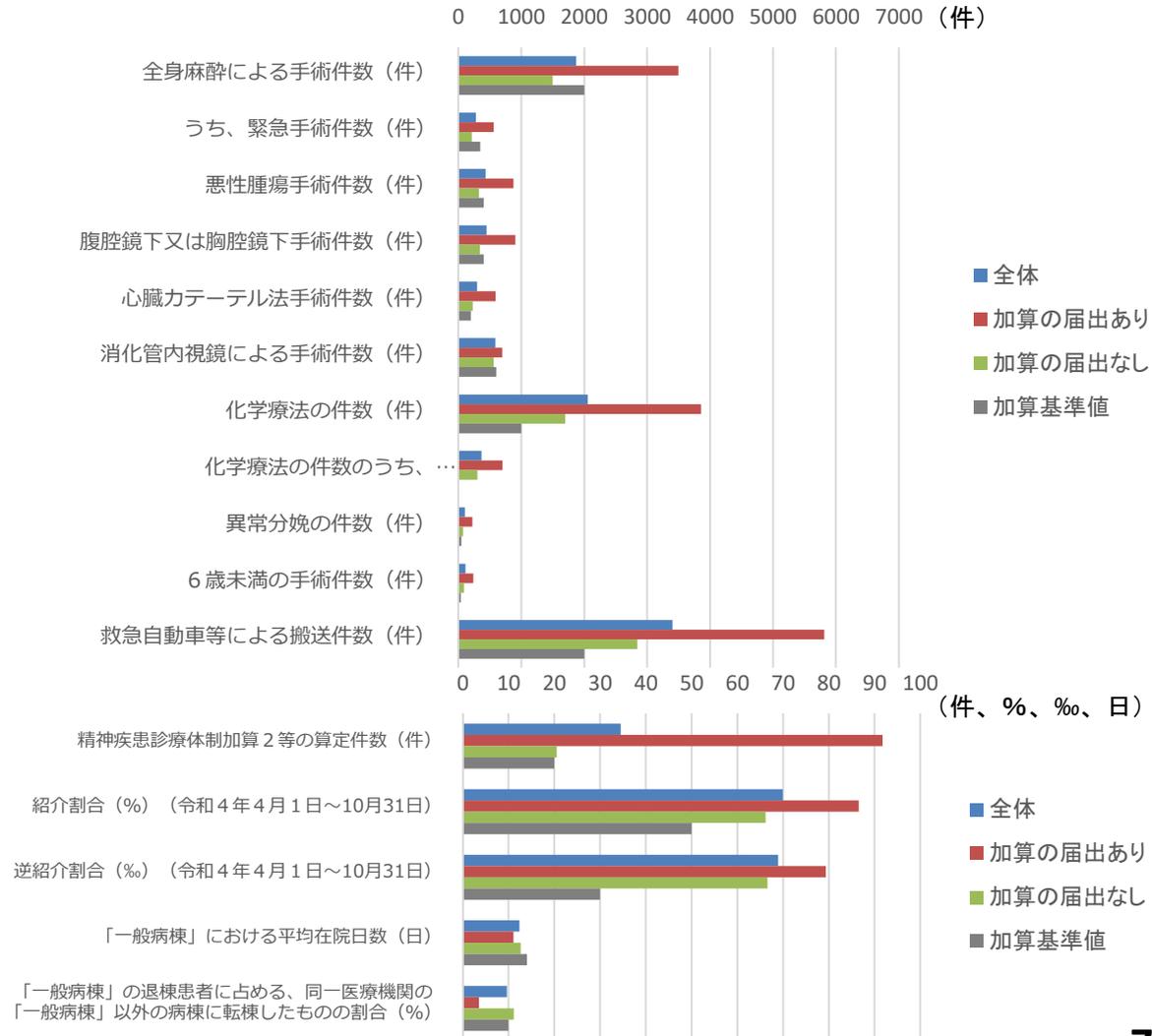
回答施設のうち急性期一般入院料1における急性期充実体制加算の届出状況 (n=508)



急性期充実体制加算の届出状況別の急性期一般入院料1の届出病床数



急性期一般入院料1における施設基準に関連する実績の状況 (n=508)

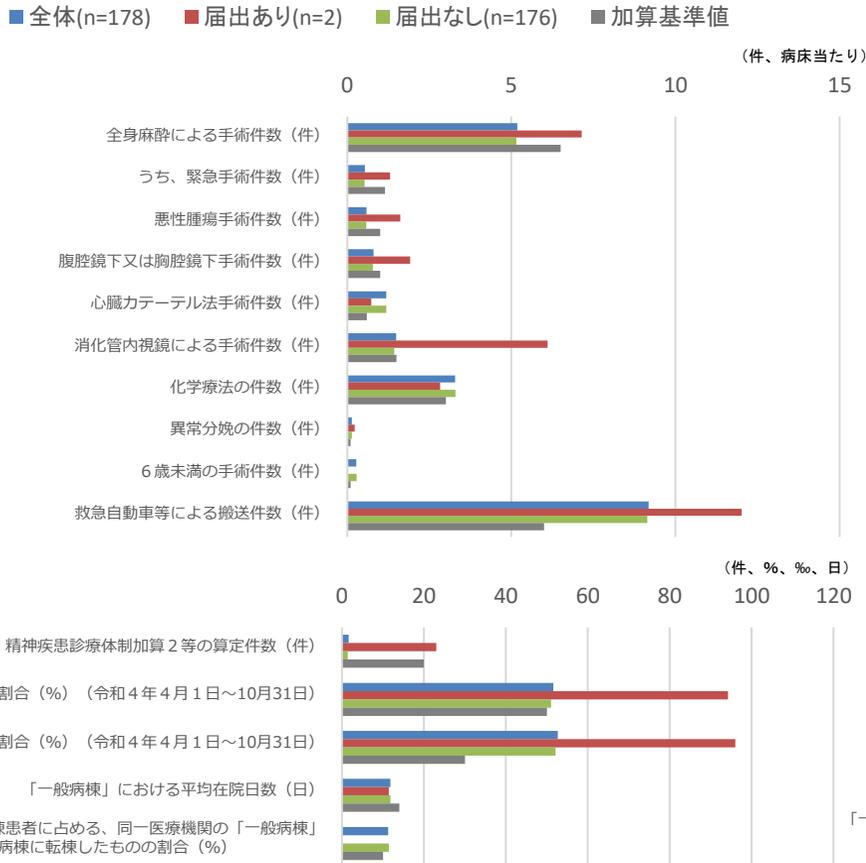


病床規模ごとの急性期充実体制加算の届出状況①

○ 急性期一般入院料1を届け出ている医療機関のうち、許可病床数が300床未満の施設における急性期充実体制加算の届出状況及び加算の施設基準に関する実績の状況は以下のとおり。

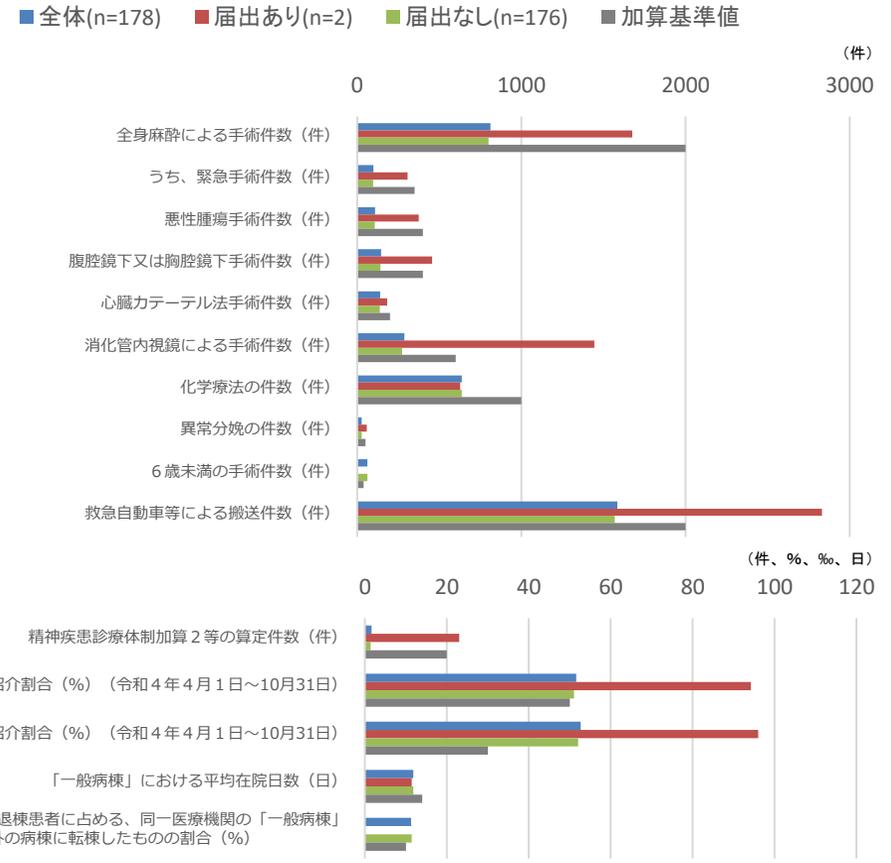
300床未満の施設における実績の状況 (n=178)

※全身麻酔による手術件数～救急自動車等による搬送件数の数値は病床当たり件数



(参考) 300床未満の施設における実績の状況 (n=178)

※数値は実件数

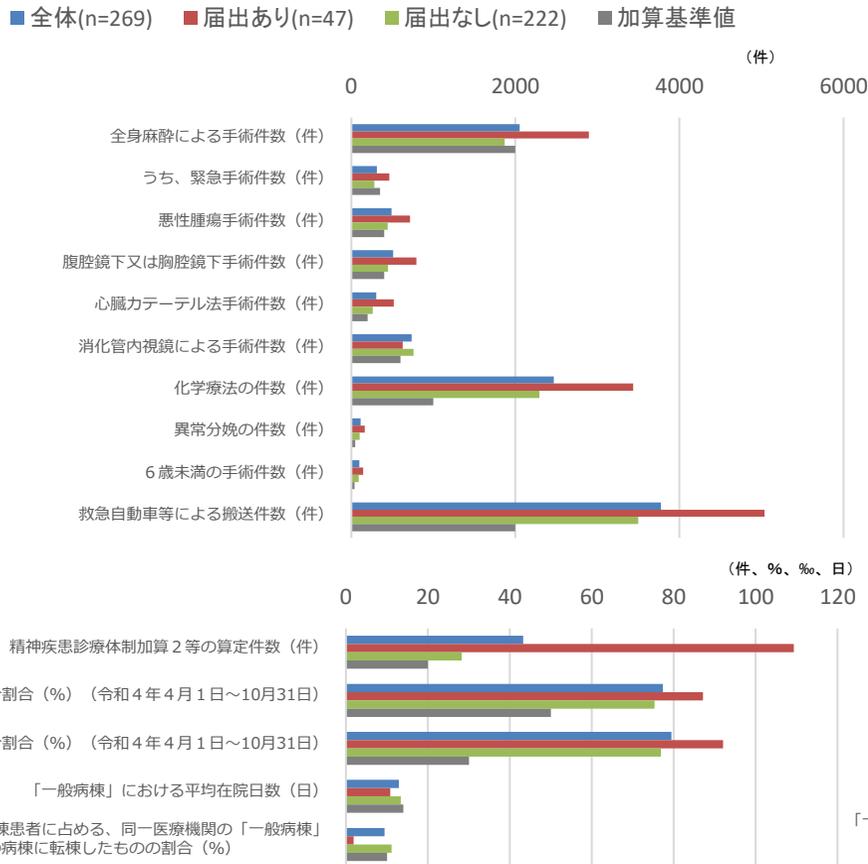


病床規模ごとの急性期充実体制加算の届出状況②

- 急性期一般入院料1を届け出ている医療機関のうち、許可病床数が300床以上～600床未満の施設及び600床以上の施設における急性期充実体制加算の届出状況及び加算の施設基準に関する実績の状況は以下のとおり。
- 300床以上の施設においては、各項目の基準値を超えるものも多かった。

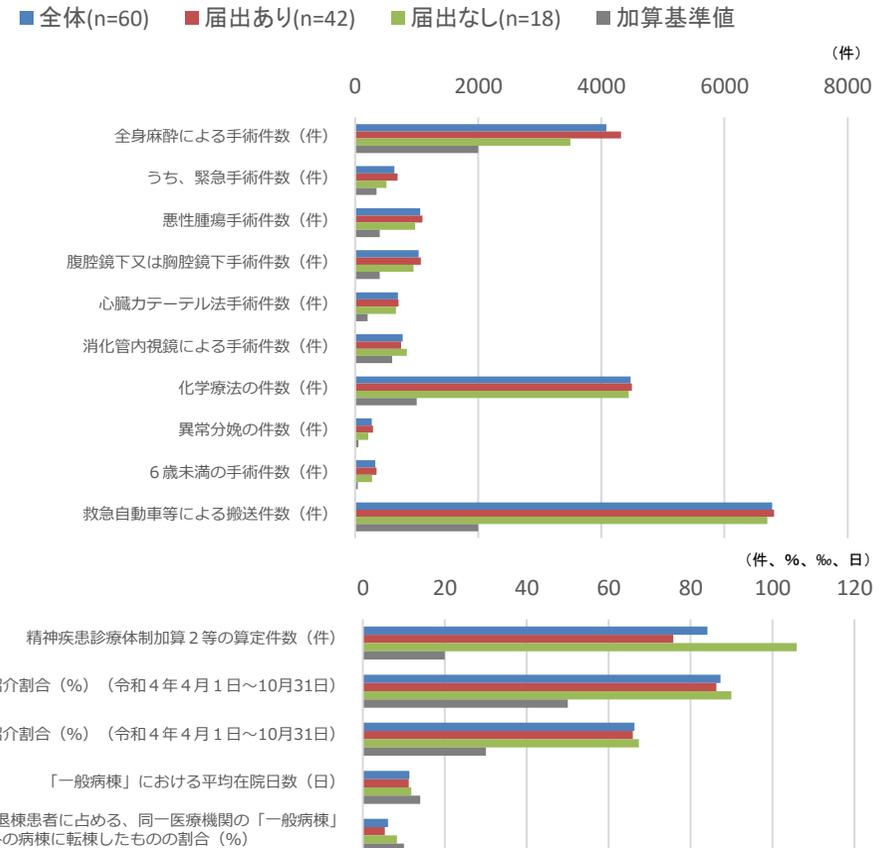
300床以上～600床未満の施設における実績の状況 (n=269)

※数値は実件数



600床以上の施設における実績の状況 (n=60)

※数値は実件数



1. 前回の議論におけるご指摘について
- 2. 情報通信機器を用いた診療について(その1)**
3. 外来医療について(その1)
4. 外来腫瘍化学療法について
5. 横断的事項等(その2)

オンライン診療に係る中医協総会等における主なご意見

<令和5年5月17日 中医協総会 医療計画について >

- 僻地医療については、資料の52ページ、53ページで紹介されております成功事例を参考にしながら、質の高いオンライン診療や情報通信機器を活用した医療従事者間の連携を推進することが必要
- 僻地においては、オンライン診療としてD to P with Nが有効であるということはもちろんだが、それ以外にも遠隔医療として、看護師によるオンラインを活用した療養指導の取組や、僻地にいる看護師が、専門性の高い看護師に支援、助言を求めるNtoNの形もあり、今後、遠隔医療及びオンライン診療の推進に向けては、幅広く検討していくべき。

<令和5年6月8日 入院・外来医療等の調査・評価分科会>

- 医療資源がある地域と医療資源があまりない地域でのオンライン診療については分けて考える必要がある。患者あるいは医療機関の所在地で分けた分析を検討すべき。
- 情報通信機器を用いた診療における特定疾患療養管理料の算定状況について、より詳細なデータを示して頂きたい。
- 情報通信機器を用いた初診においてどのような診療が行われたかを精査すべき。
- 患者・一般の方向けのオンライン診療の調査について、例えば年齢区分別により詳細に分析すべき。

<令和5年6月21日 中医協総会 外来について（その1）>

- オンライン診療については質と安全性の確保、患者のプライバシー等がしっかりなされているかが重要。
- 医療機関が、厚生局に提出する7月の定例報告の分析結果についても提示して頂きたい。
- 不適切なオンライン診療を防ぐためには、本年3月にオンライン診療の適切な実施に関する指針が一部改定されたところ。安全性、必要性、有効性の視点から、学会のガイドライン等を踏まえて、適切な診療を実施しなければならないことや、ホームページや院内掲示等において、指針を遵守した上で実施している旨を公表することなどが追加されましたため、これらが遵守されているのかも評価する際の重要な視点となる。
- オンライン診療は診療を受ける場の選択肢を広げるものであるが、対面を希望する患者には対面診療を提供できる体制が重要。
- オンライン診療において、かかりつけ医と薬剤師薬局が適切に連携し医療を提供することが重要。
- オンライン診療は対面診療と比べ、メリット・デメリット両方があることを踏まえ、適切にオンライン診療の活用を推進していくべき。医療資源にも保険財政にも限りがあることを踏まえ、上手な医療のかかり方も意識して、患者が適切にオンライン診療を利用できることが重要であり、動向を注視していくべき。
- 遠隔連携診療料は算定実績が極めて乏しいので、課題を明らかにしたうえで改めて議論する必要がある。*

※ 本分科会においては、情報通信機器を用いた診療を、オンライン診療として便宜的に取り扱う。

オンライン診療にかかる評価の経緯

- オンライン診療の適切な実施に関する指針は、平成30年3月に策定された。
- その後、新型コロナの特例的な取扱いを実施するなか、令和4年1月の指針の一部改定、令和4年度診療報酬改定により、平時においても初診からのオンライン診療を可能とした。

	制度(医師法など)	診療報酬
平成30年3月 4月	<p>「オンライン診療の適切な実施に関する指針」策定</p> <ul style="list-style-type: none"> ・再診でのオンライン診療は可能だが、原則初診は不可。 	<p>平成30年度 診療報酬改定</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「オンライン診療料」を新設(対象は再診のみ) ・対象疾病は限定的で、緊急時対応の要件など厳しい条件あり。
令和2年4月	<p>新型コロナの時限的・特例的取扱い (4月10日付け事務連絡)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師が可能と判断した場合には、初診からのオンライン診療・電話診療が認められた。 	<p>新型コロナの診療報酬の特例措置 (4月10日付け事務連絡)</p>
令和3年6月	<p>「規制改革実施計画」閣議決定</p> <ul style="list-style-type: none"> ・オンライン診療の特例措置の恒久化の方針 	
令和4年1月	<p>指針の一部改定</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一定の要件を満たし、医師が可能と判断した場合には、初診からのオンライン診療が認められた。 	
令和4年4月		<p>令和4年度 診療報酬改定</p> <ul style="list-style-type: none"> ・指針の改定を踏まえオンライン診療の評価を新設 <ul style="list-style-type: none"> ➢初診:診療報酬の評価を新設 ➢再診:対象者の制限を緩和し、緊急時対応の要件等を撤廃。

オンライン診療の適切な実施に関する指針の概要

1. 本指針の位置づけ

- 情報通信機器を用いた診療を「遠隔診療」と定義していたものを、新たに「オンライン診療」と定義を変更。
- 医師-患者間で情報通信機器を通じて行う遠隔医療を下図のとおり分類し、オンライン診療について、「最低限遵守する事項」と「推奨される事項」を示す。
- 「最低限遵守する事項」に従いオンライン診療を行う場合には、医師法第20条に抵触するものではないことを明確化。



2. 本指針の適用範囲

情報通信機器を通じて行う遠隔医療のうち、医師-患者間において行われるもの

	定義	本指針の適用
診断等の 医学的判断 を含む	オンライン診療 診断や処方等の診療行為をリアルタイムで行う行為	全面適用
	オンライン受診勧奨 医療機関への受診勧奨をリアルタイムで行う行為	一部適用
一般的な 情報提供	遠隔健康医療相談 一般的な情報の提供に留まり、診断等の医師の医学的判断を伴わない行為	適用なし



3. 本指針のコンテンツ

オンライン診療の提供に関する事項

- 医師-患者関係/患者合意
- 適用対象
- 診療計画
- 本人確認
- 薬剤処方・管理
- 診察方法

オンライン診療の提供体制に関する事項

- 医師の所在
- 患者の所在
- 患者が看護師等といる場合のオンライン診療
- 患者が医師といる場合のオンライン診療
- 通信環境

その他オンライン診療に関連する事項

- 医師教育/患者教育
- 質評価/フィードバック
- エビデンスの蓄積

令和4年1月の指針改訂の概要①

規制改革実施計画(令和3年6月18日閣議決定)において、初診からのオンライン診療について、原則としてかかりつけ医によるほか、それ以外に実施可能な場合について一定の要件を含む具体案を検討するとされたことを受け、「『オンライン診療の適切な実施に関する指針』の見直しに関する検討会」(第16回—19回)において検討し、令和4年1月に指針を改訂した。

初診に必要な医学的情報

- 初診からのオンライン診療は、原則として日頃より直接の対面診療を重ねている等、患者と直接的な関係が既に存在する医師（「かかりつけの医師」）が行うこと。ただし、既往歴、服薬歴、アレルギー歴等の他、症状から勘案して問診及び視診を補完するのに必要な医学的情報を過去の診療録、診療情報提供書、健康診断の結果、地域医療情報ネットワーク、お薬手帳、PHR等から把握でき、患者の症状と合わせて医師が可能と判断した場合にも実施できる（後者の場合、事前に得た情報を診療録に記載する必要がある。）。

診療前相談について

- 診療前相談は、「かかりつけの医師」以外の医師が初診からのオンライン診療を行おうとする場合（医師が患者の医学的情報を十分に把握できる場合を除く。）に、医師－患者間で映像を用いたりリアルタイムのやりとりを行い、医師が患者の症状及び医学的情報を確認する行為。適切な情報が把握でき、医師・患者双方がオンラインでの診療が可能であると判断し、相互に合意した場合にオンライン診療を実施することが可能である（オンライン診療を実施する場合においては、診療前相談で得た情報を診療録に記載する必要がある。オンライン診療に至らなかった場合にも診療前相談の記録は保存しておくことが望ましい。）。
なお、診療前相談は、診断、処方その他の診療行為は含まない行為である。
- 診療前相談により対面受診が必要と判断した場合であって、対面診療を行うのが他院である場合は、診療前相談で得た情報について必要に応じて適切に情報提供を行うこと。
- 診療前相談を行うにあたっては、結果としてオンライン診療が行えない可能性があることや、診療前相談の費用等について医療機関のホームページ等で示すほか、あらかじめ患者に十分周知することが必要である。

症状について

- オンライン診療の実施の可否の判断については、安全にオンライン診療が行えることを確認しておくことが必要であることから、オンライン診療が困難な症状として、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえて医師が判断し、オンライン診療が適さない場合には対面診療を実施する(対面診療が可能な医療機関を紹介する場合も含む。)こと。
なお、緊急性が高い症状の場合は速やかに対面受診を促すことに留意する。

令和4年1月の指針改訂の概要②

処方について

- 現在行われているオンライン診療は、診察手段が限られることから診断や治療に必要な十分な医学的情報を初診において得ることが困難な場合があり、そのため初診から安全に処方することができない医薬品がある。
- 患者の心身の状態の十分な評価を行うため、初診からのオンライン診療の場合及び新たな疾患に対して医薬品の処方を行う場合は、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを参考に行うこと。
ただし、初診の場合には以下の処方は行わないこと。
 - ・ 麻薬及び向精神薬の処方
 - ・ 基礎疾患等の情報が把握できていない患者に対する、特に安全管理が必要な薬品（診療報酬における薬剤管理指導料の「1」の対象となる薬剤）の処方
 - ・ 基礎疾患等の情報が把握できていない患者に対する8日分以上の処方

対面診療の実施体制

- 「かかりつけの医師」以外の医師が診療前相談を行った上で初診からのオンライン診療を行うのは、
 - ・ 「かかりつけの医師」がオンライン診療を行っていない場合や、休日夜間等で、「かかりつけの医師」がオンライン診療に対応できない場合
 - ・ 患者に「かかりつけの医師」がいない場合
 - ・ 「かかりつけの医師」がオンライン診療に対応している専門的な医療等を提供する医療機関に紹介する場合（必要な連携を行っている場合、D to P with Dの場合を含む。）や、セカンドオピニオンのために受診する場合が想定される。その際、オンライン診療の実施後、対面診療につなげられるようにしておくことが、安全性が担保されたオンライン診療が実施できる体制として求められる。
- オンライン診療後に対面診療が必要な場合については、「かかりつけの医師」がいる場合には、オンライン診療を行った医師が「かかりつけの医師」に紹介し、「かかりつけの医師」が実施することが望ましい。「かかりつけの医師」がいない場合等においては、オンライン診療を行った医師が対面診療を行うことが望ましいが、患者の近隣の対面診療が可能な医療機関に紹介することも想定される（ただし、オンライン診療を行った医師自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合については、オンライン診療を行った医師がより適切な医療機関に自ら連絡して紹介することが求められる。）。

令和5年3月の指針改訂の概要①

規制改革実施計画(令和4年6月7日閣議決定)において、不適切な診療に対する必要な措置や情報セキュリティの確保のための方策についての指針の見直し等を行うこととされたことを受け、第95回社会保障審議会医療部会における議論も踏まえ検討し、令和5年3月に指針を改訂した。

オンライン診療の適切な実施について

- 適切なオンライン診療の普及のためには、その医療上の安全性・必要性・有効性が担保される必要があり、医師は安全性や有効性についてのエビデンスに基づいた医療を行うことが求められる。特に、オンライン診療においては、対面診療と比べて、医療へのアクセスが向上するという側面がある一方で、得られる情報が少なくなってしまうという側面もあることを考慮し、安全性・必要性・有効性の観点から、学会のガイドライン等を踏まえて、適切な診療を実施しなければならない。
- オンライン診療を実施する医療機関は、ホームページや院内掲示等において、本指針を遵守した上でオンライン診療を実施している旨を公表するものとする。

本人確認について

- 初診でオンライン診療を実施する場合、当該患者の本人確認は、原則として、顔写真付きの身分証明書（マイナンバーカード、運転免許証、パスポート等）で行うか、顔写真付きの身分証明書を有しない場合は、2種類以上の身分証明書をを用いる、あるいは1種類の身分証明書しか使用できない場合には、当該身分証明書の厚みその他の特徴を十分に確認した上で、患者本人の確認のための適切な質問や全身観察等を組み合わせて、本人確認を行う。
- オンライン診療を行う医師は、医療機関に所属し、その所属及び当該医療機関の問い合わせ先を明らかにすること。
- オンライン診療システムを用いる場合は、患者がいつでも医師の本人確認ができる情報及び医療機関の問い合わせ先をオンライン診療システム上に掲載すること。

令和5年3月の指針改訂の概要②

情報セキュリティ方策について

【医療機関が行うべき対策】

- 医療機関は、オンライン診療に用いるシステムを提供する事業者による説明を受け（システムに関する個別の説明を受けることのみならず、事業者が提示している情報提供内容を自ら確認することを含む。）、十分な情報セキュリティ対策が講じられていることを確認すること。また、当該確認に際して、医療機関は責任分界点について確認し、システムの導入に当たっては、そのリスクを十分に理解すること。
- オンライン診療の際、医療情報システムに影響を及ぼす可能性があるオンライン診療システムを使用する際は、「医療情報安全管理関連ガイドライン」に沿った対策を併せて実施すること。なお、汎用サービスを使用する際は、汎用サービスが医療情報システムに影響を与えない設定とすること。
- 医療機関は、患者に対してオンライン診療の実施に伴うセキュリティリスクを説明し、オンライン診療に用いるシステムを利用することについての合意を得た上で、双方が合意した旨を診療録に記載し、オンライン診療を実施すること。
- 医師は、オンライン診療実施時に、意図しない第三者が当該通信に紛れ込むような三者通信（患者が医師の説明を一緒に聞いてもらうために、医師の同意なく第三者を呼び込む場合等）や患者のなりすましが起こっていないことに留意すること。
- オンライン診療においてチャット機能を補助的に用いる場合には、医療機関が、セキュリティリスクとベネフィットを勘案したうえで、使用するソフトウェアやチャット機能の使用方法について患者側に指示を行うこと。
- 医療機関や患者から、検査結果画像や患者の医療情報等を画面共有機能を用いて提示すること及び画面共有機能を用いずに画面を介して提示することは、多くの場合、後述の場合と比較して相対的にセキュリティリスクが低減されているものと考えられる。一方で、患者から提示された二次元バーコードやURL等のリンク先へのアクセス及びファイルのダウンロード等はセキュリティリスクが高いため、セキュリティリスクが限定的であることを医療機関が合理的に判断できる場合を除き、このようなアクセスやダウンロード等は行わないことが望ましい。
- 医療機関が、オンライン診療を実施する際に、医療情報を取得する目的で外部のPHR等の情報を取り扱うことが、医療情報システムに影響を与える場合は、「医療情報安全管理関連ガイドライン」に沿った対策を実施しなければならない。他方で、医療機関が、医療情報システムに影響を与えずに当該情報を取り扱う場合には、セキュリティリスクについて医療機関と患者の間で合意を得た上で、オンライン診療を実施すること。 等

【オンライン診療システム事業者が行うべき対策】

- 事業者は医療機関に対して、オンライン診療のセキュリティに係る責任分界点について明確に説明し、合意した範囲において責任を負うこと。 等

遠隔医療の更なる活用について

現状

- 直近では、医師法第20条（無診察治療の禁止）との関係を中心に、「オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会」において、指針の見直しについて議論を行い、今年1月に改訂を行った。
- 今後は、地域において、オンライン診療を含めた遠隔医療が幅広く適正に実施されるよう、取組を進めていく必要がある。



今後の取組

- 遠隔医療の更なる活用に向けた「基本方針」について検討。（本医療部会において協議）
【検討の視点（例）】
 1. 地域の医療提供体制の確保において、遠隔医療が果たす役割
 2. 国、都道府県、医療関係者、それぞれが取り組むべき内容
 3. 患者・住民の理解を進めるための取組
 4. 個人情報への取扱いや情報セキュリティの在り方 等
- 地域の医療関係者や関係学会の協力を得て、遠隔医療の活用に関する好事例を収集するとともに、横展開に向け、都道府県等を通じて周知。

I 基本方針の目的

- ・本方針は、厚生労働省が、オンライン診療その他の遠隔医療の実施形態及びその特徴を整理した上で、導入及び実施上の課題及びその解決に向けて、国、都道府県、市町村を中心とする関係者の望ましい取組みの方向性を提示することで、遠隔医療の導入のための環境の整備を進め、もってオンライン診療その他の遠隔医療の適正かつ幅広い普及に資することを目的とする。
- ・ここでいう「適正」な推進とは、安全性、必要性、有効性、プライバシーの保護等の個別の医療の質を確保するという観点に加え、対面診療と一体的に地域の医療提供体制を確保する観点も含まれる。

II オンライン診療等（医師と患者間での遠隔医療）

オンライン診療、オンライン受診勧奨（患者向けに、診察、診断、診断結果の伝達、処方、医療機関への受診勧奨等をリアルタイムで行う行為）

期待される役割

- 通院に伴う患者負担の軽減及び継続治療の実現
- 訪問診療および往診等に伴う医療従事者の負担軽減
- 医療資源の柔軟な活用
- 患者がリラックスした環境での診療の実施
- 感染症への感染リスクの軽減

様々な形態

- ・D to P
- ・D to P with D
- ・D to P with N
- ・D to P with その他医療従事者
- ・D to P with オンライン診療支援者（医療従事者以外）

現状の課題

- ・医療機関におけるオンライン診療等に関する職員のリテラシーの向上について
- ・オンライン診療等に用いるシステムの導入・運用について
- ・オンライン診療等に関する患者の理解促進について

関係者の取組みの方向性

【国の取組み】

- ・医療機関が導入時に参考とできるような事例集、手引き書、チェックリスト等の作成
- ・オンライン診療等に関する課題の整理、エビデンスの収集や構築 等

【都道府県及び市町村の取組み】

- ・地域でオンライン診療を実施している医療機関について住民が把握しやすいように工夫する 等

Ⅲ 医師等医療従事者間での遠隔医療

遠隔放射線画像診断、遠隔病理画像診断、遠隔コンサルテーション、遠隔カンファレンス、遠隔救急支援、12誘導心電図伝送、遠隔ICU、遠隔手術指導等

期待される役割

- 医療資源の少ない地域における医療の確保への貢献
- 効率的・効果的な医療提供体制の整備
- 医療従事者の働き方改革等への寄与

様々な形態

- ・D to D
- ・D to N、D to その他医療従事者
- ・N to N、N to その他医療従事者、その他医療従事者 to その他医療従事者（支援・指導）

現状の課題

- ・遠隔にいる医師（医療従事者等）の役割と責任の範囲の明確化
- ・個人情報保護法制に沿った遠隔医療における患者の医療情報の共有
- ・遠隔医療システムの安全管理、緊急時や不測の事態への対応策の検討 等

関係者の取組みの方向性

【国の取組み】

- ・医療機関が導入時に参考とできるような事例集、手引き書等の作成
- ・遠隔医療に関する課題の整理、エビデンスの収集や構築 等

【都道府県及び市町村の取組み】

- ・遠隔医療に関する地域における先行事例を把握し、導入を検討中の医療機関に対して、導入済みの医療機関を紹介するなど、医療機関間の連携関係の構築を支援する 等

Ⅳ その他遠隔医療に関連する事項

- 1 地域の医療提供体制の充実に向けた都道府県又は市町村の取組み
- 2 医療従事者教育／患者教育の充実
- 3 質評価／フィードバック
- 4 エビデンスの蓄積
- 5 新しい技術を踏まえた遠隔医療の推進

オンライン診療の初診に適さない症状

- 日本医学会連合による提言において、オンライン診療の初診に適さない症状については例えば以下のように示されている。発熱については重症化のリスク因子等がなければオンライン診療は可能とされている。

「日本医学会連合オンライン診療の初診に関する提言(2022年11月24日版)」より抜粋

I 内科系の症状

1. 緊急性により初診からのオンライン診療に適さない状態

(1) 呼吸器系の症状

ア 急性・亜急性に生じた息苦しさ、または呼吸困難 イ 安静時の呼吸困難 ウ 喀血(大量の血痰)

エ 急性の激しい咳 オ 喘鳴 カ 急性・亜急性に生じた嚔声

(2) 循環器系の症状

ア 強い、あるいは悪化する胸痛/胸部圧迫感 イ 突然始まる動悸 ウ 症状を伴う血圧上昇

(3) 消化器系の症状

ア 強い腹痛 イ 強い悪心/嘔吐 ウ 吐血 エ 血便/下血

(4) 腎尿路系の症状

ア 発熱を伴う腰痛、排便障害、下肢の症状を伴う腰痛

(5) その他

ア 強い痛み

2. 情報量や対応手段の問題で初診からのオンライン診療に適さない状態

発熱、咳嗽、咽頭痛などのいわゆる「かぜ症状」のうち、下記の重症化のリスク因子に該当するもの→ 新型コロナウイルス感染症の拡大を受けたオンライン診療の議論の出発点が、感染症患者在医療機関の待合室に集まることを回避することにもあるとすると、発熱こそまずオンラインで診療すべきと考えられ、実際に実績の検証においても、初診からのオンライン診療の症状は発熱やかぜ症状が多い。一方、発熱の鑑別診断は、範囲が広くそれぞれ評価が必要になってくるので、オンライン診療で行えることには限界がある。これらに鑑み、新型コロナウイルス感染者との曝露、感染地域への渡航、重症化のリスク因子(下記参照)、重篤な症状がなければ、適切な自宅療養と対面診療のタイミングを指導し、オンライン診療を行うことは可能と考える。

【重症化のリスク因子】

- ・高齢者(65歳以上)・慢性閉塞性肺疾患・慢性腎臓病・糖尿病・高血圧・心血管疾患・肥満(BMI 30以上)
- ・数日間で進行する体重減少又は増加、浮腫・持続性または増加傾向の血痰

オンライン診療における薬剤処方・管理

○ オンライン診療における薬剤処方・管理については指針上以下のように規定されており、初診の場合には「麻薬及び向精神薬の処方」は行わないこととされている。

(5) 薬剤処方・管理

① 考え方

医薬品の使用は多くの場合副作用のリスクを伴うものであり、その処方に当たっては、効能・効果と副作用のリスクとを正確に判断する必要がある。このため、医薬品を処方する前に、患者の心身の状態を十分評価できている必要がある。特に、現在行われているオンライン診療は、診察手段が限られることから診断や治療に必要な十分な医学的情報を初診において得ることが困難な場合があり、そのため初診から安全に処方することができない医薬品がある。

また、医薬品の飲み合わせに配慮するとともに、適切な用量・日数を処方し過量処方とならないよう、医師が自らの処方内容を確認するとともに、薬剤師による処方のチェックを経ることを基本とし、薬剤管理には十分に注意が払われるべきである。

② 最低限遵守する事項

i 現にオンライン診療を行っている疾患の延長とされる症状に対応するために必要な医薬品については、医師の判断により、オンライン診療による処方を可能とする。患者の心身の状態の十分な評価を行うため、初診からのオンライン診療の場合及び新たな疾患に対して医薬品の処方を行う場合は、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを参考に行うこと。

ただし、初診の場合には以下の処方は行わないこと。

- ・ 麻薬及び向精神薬の処方
- ・ 基礎疾患等の情報が把握できていない患者に対する、特に安全管理が必要な薬品（診療報酬における薬剤管理指導料の「1」の対象となる薬剤）の処方
- ・ 基礎疾患等の情報が把握できていない患者に対する8日以上処方

また、重篤な副作用が発現するおそれのある医薬品の処方は特に慎重に行うとともに、処方後の患者の服薬状況の把握に努めるなど、そのリスク管理に最大限努めなければならない。

ii 医師は、患者に対し、現在服薬している医薬品を確認しなければならない。この場合、患者は医師に対し正確な申告を行うべきである。

③ 推奨される事項

医師は、患者に対し、かかりつけ薬剤師・薬局の下、医薬品の一元管理を行うことを求めることが望ましい。

④ 不適切な例

i 患者が、向精神薬、睡眠薬、医学的な必要性に基づかない体重減少目的に使用されうる利尿薬や糖尿病治療薬、美容目的に使用されうる保湿クリーム等の特定の医薬品の処方を希望するなど、医薬品の転売や不適正使用が疑われるような場合に処方することはあってはならず、このような場合に対面診療でその必要性等の確認を行わず、オンライン診療のみで患者の状態を十分に評価せず処方を行う例。

ii 勃起不全治療薬等の医薬品を、禁忌の確認を行うのに十分な情報が得られていないにもかかわらず、オンライン診療のみで処方する例。

情報通信機器を用いた初診に係る評価の新設

- 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の見直しを踏まえ、情報通信機器を用いた場合の初診について、新たな評価を行う。
- 再診料について、情報通信機器を用いて再診を行った場合の評価を新設するとともに、オンライン診療料を廃止する。

(新)	初診料（情報通信機器を用いた場合）	251点
(新)	再診料（情報通信機器を用いた場合）	73点
(新)	外来診療料（情報通信機器を用いた場合）	73点

[算定要件]（初診の場合）

- (1) 保険医療機関において初診を行った場合に算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、情報通信機器を用いた初診を行った場合には、251点を算定する。
- (2) 情報通信機器を用いた診療については、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行った場合に算定する。なお、この場合において、診療内容、診療日及び診療時間等の要点を診療録に記載すること。
- (3) 情報通信機器を用いた診療は、原則として、保険医療機関に所属する保険医が保険医療機関内で実施すること。なお、保険医療機関外で情報通信機器を用いた診療を実施する場合であっても、当該指針に沿った適切な診療が行われるものであり、情報通信機器を用いた診療を実施した場所については、事後的に確認可能な場所であること。
- (4) 情報通信機器を用いた診療を行う保険医療機関について、患者の急変時等の緊急時には、原則として、当該保険医療機関が必要な対応を行うこと。ただし、夜間や休日など、当該保険医療機関がやむを得ず対応できない場合については、患者が速やかに受診できる医療機関において対面診療を行えるよう、事前に受診可能な医療機関を患者に説明した上で、以下の内容について、診療録に記載しておくこと。
 - ア 当該患者に「かかりつけの医師」がいる場合には、当該医師が所属する医療機関名
 - イ 当該患者に「かかりつけの医師」がいない場合には、対面診療により診療できない理由、適切な医療機関としての紹介先の医療機関名、紹介方法及び患者の同意
- (5) 指針において、「対面診療を適切に組み合わせる行うことが求められる」とされていることから、保険医療機関においては、対面診療を提供できる体制を有すること。また、「オンライン診療を行った医師自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合については、オンライン診療を行った医師がより適切な医療機関に自ら連絡して紹介することが求められる」とされていることから、患者の状況によって対応することが困難な場合には、ほかの医療機関と連携して対応できる体制を有すること。
- (6) 情報通信機器を用いた診療を行う際には、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行い、当該指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、処方を行う際には、当該指針に沿って処方を行い、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿った適切な処方であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (7) (8) 略

[施設基準]

- (1) 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (2) 厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。

情報通信機器を用いた医学管理等に係る評価の見直し①

医学管理等に係る評価の見直し

- 情報通信機器を用いて行った場合の医学管理等（医学管理料）については、以下の14種類を追加する。

- ・ ウイルス疾患指導料
- ・ 皮膚科特定疾患指導管理料
- ・ 小児悪性腫瘍患者指導管理料
- ・ がん性疼痛緩和指導管理料
- ・ がん患者指導管理料
- ・ 外来緩和ケア管理料
- ・ 移植後患者指導管理料
- ・ 腎代替療法指導管理料
- ・ 乳幼児育児栄養指導料
- ・ 療養・就労両立支援指導料
- ・ がん治療連携計画策定料2
- ・ 外来がん患者在宅連携指導料
- ・ 肝炎インターフェロン治療計画料
- ・ 薬剤総合評価調整管理料

(※) 検査料等が包括されている地域包括診療料、認知症地域包括診療料及び生活習慣病管理料について、情報通信機器を用いた場合の評価対象から除外する。

整理の考え方（以下を除いて対象を追加）

- ① 入院中の患者に対して実施されるもの
- ② 救急医療として実施されるもの
- ③ 検査等を実施しなければ医学管理として成立しないもの
- ④ 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」において、実施不可とされているもの
- ⑤ 精神医療に関するもの

情報通信機器を用いた医学管理等に係る評価の見直し

医学管理等に係る評価の見直し

➤ 現行においても情報通信機器を用いた場合の点数が設定されているが、評価の見直しを行った医学管理等（医学管理料）

	現行の対面診療における評価	情報通信機器を用いた場合の評価
B000 特定疾患療養管理料		
1 診療所の場合	225点	196点
2 許可病床数が100床未満の病院の場合	147点	128点
3 許可病床数が100床以上200床未満の病院の場合	87点	76点
B001 5 小児科療養指導料	270点	235点
B001 6 てんかん指導料	250点	218点
B001 7 難病外来指導管理料	270点	235点
B001 27 糖尿病透析予防指導管理料	350点	305点
C101 在宅自己注射指導管理料		
1 複雑な場合	1,230点	1,070点
2 1以外の場合		
イ 月27回以下の場合	650点	566点
ロ 月28回以上の場合	750点	653点

➤ 今回新たに、情報通信機器を用いて行った場合の医学管理等（医学管理料）について評価を行ったもの

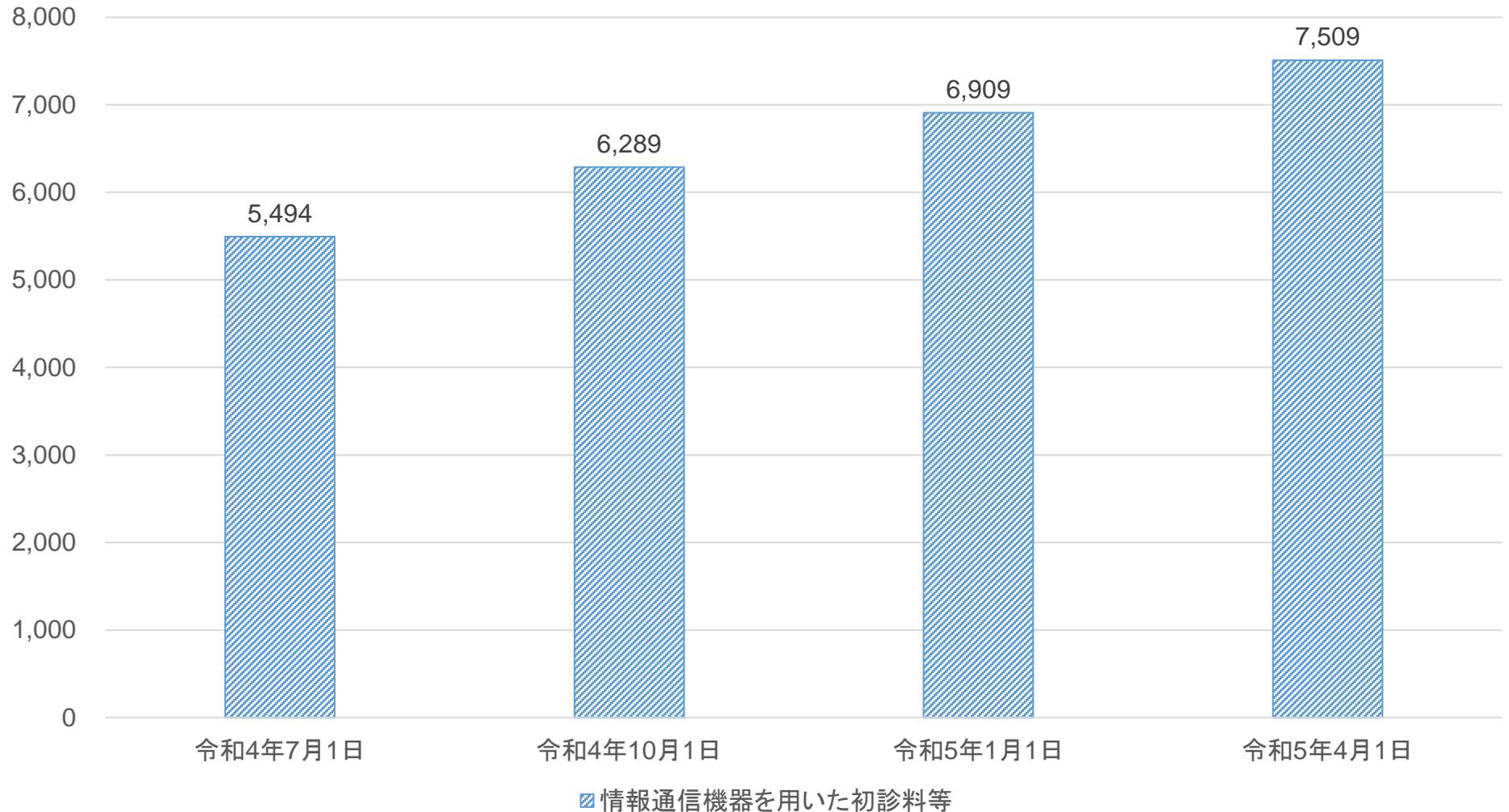
	現行の対面診療における評価	情報通信機器を用いた場合の評価
B001 1 ウイルス疾患指導料		
ウイルス疾患指導料 1	240点	209点
ウイルス疾患指導料 2	330点	287点
B001 8 皮膚科特定疾患指導管理料		
皮膚科特定疾患指導管理料（Ⅰ）	250点	218点
皮膚科特定疾患指導管理料（Ⅱ）	100点	87点
B001 18 小児悪性腫瘍患者指導管理料	550点	479点
B001 22 がん性疼痛緩和指導管理料	200点	174点
B001 23 がん患者指導管理料		
イ 略	500点	435点
ロ 略	200点	174点
ハ 略	200点	174点
ニ 略	300点	261点
B001 24 外来緩和ケア管理料	290点	252点
B001 25 移植後患者指導管理料		
イ 臓器移植後の場合	300点	261点
ロ 造血幹細胞移植後の場合	300点	261点
B001 31 腎代替療法指導管理料	500点	435点
B001-2-3 乳幼児育児栄養指導料	130点	113点
B001-9 療養・就労両立支援指導料		
1 初回	800点	696点
2 2回目以降	400点	348点
B005-6 がん治療連携計画策定料 2	300点	261点
B005-6-4 外来がん患者在宅連携指導料	500点	435点
B005-8 肝炎インターフェロン治療計画料	700点	609点
B008-2 薬剤総合評価調整管理料	250点	218点

情報通信機器を用いた初診料等の届出医療機関数

中医協 総-8
5. 6. 21改

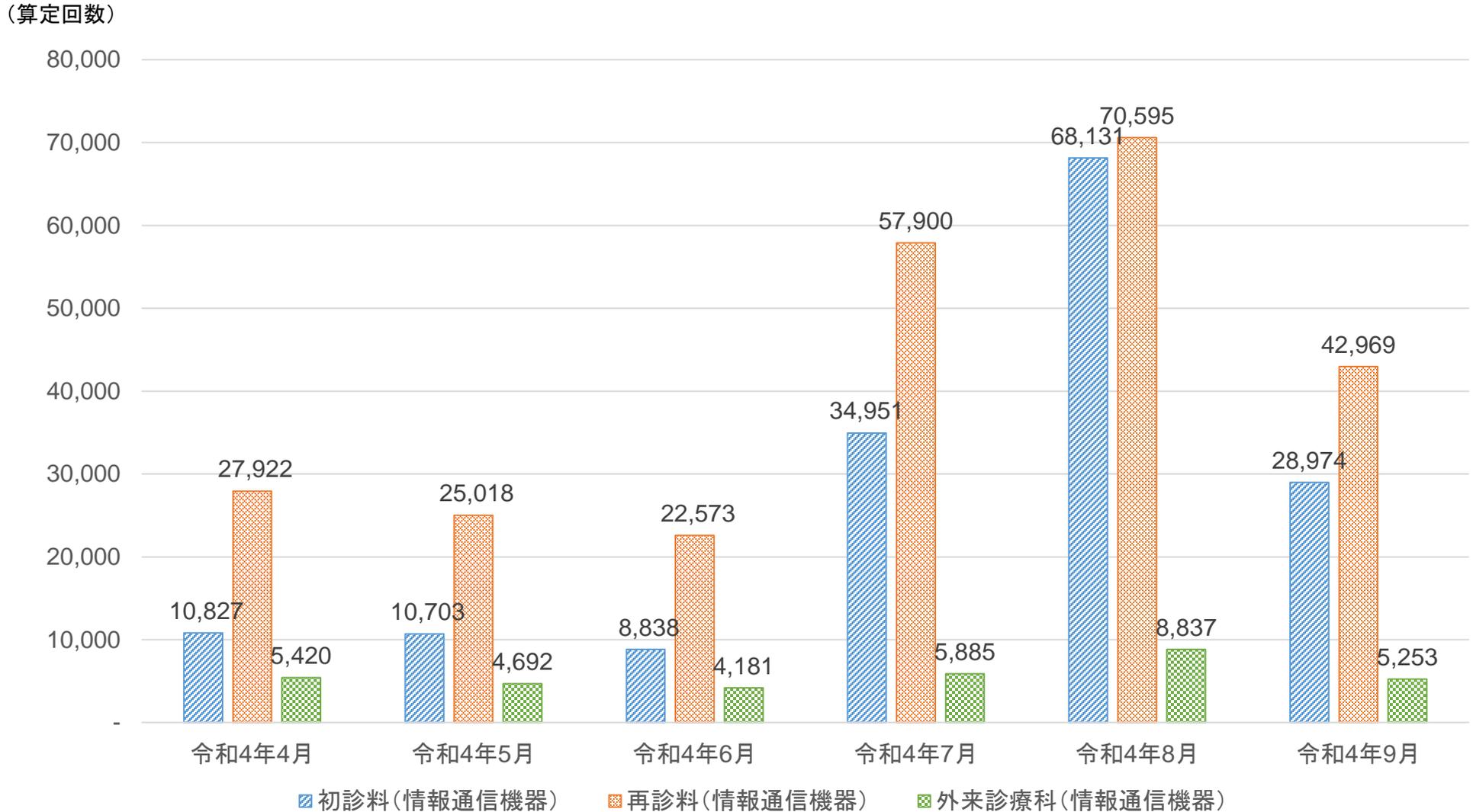
○ 情報通信機器を用いた初診料等の届出医療機関数は経時的に増加しており、令和5年4月1日時点において約7,500医療機関となっている。

(届出医療機関数)



情報通信機器を用いた初診料等の算定回数

○ 情報通信機器を用いた初診料等の算定回数は令和4年8月まで増加し、令和4年9月には減少した。



情報通信機器を用いた診療の実施状況①

○ 令和4年10月の情報通信機器を用いた診療の実施状況は以下のとおり。大半の施設では実施実績がなかったものの、初診料では6施設(全体の2.4%)、再診料・外来診療料では23施設(全体の9.3%)で15回を超える算定実績があった。

令和4年10月1ヶ月間の実績	回答数		平均	
① 情報通信機器を用いた場合の初診料の算定回数	246	件	1.8	回
② 情報通信機器を用いた場合の再診料、外来診療料の算定回数	246	件	7.2	回

	25%Tile		中央値		75%Tile	
①	0.0	回	0.0	回	0.0	回
②	0.0	回	0.0	回	3.0	回

① 回数毎の分布

	0回	1~2回	3~4回	5~6回	7~8回	9~10回	11~12回	13~14回	15回以上
施設数	200	25	4	7	2	1	0	1	6
構成比	81.3%	10.2%	1.6%	2.8%	0.8%	0.4%	0.0%	0.4%	2.4%

② 回数毎の分布

	0回	1~2回	3~4回	5~6回	7~8回	9~10回	11~12回	13~14回	15回以上
施設数	150	31	19	8	5	6	2	2	23
構成比	61.0%	12.6%	7.7%	3.3%	2.0%	2.4%	0.8%	0.8%	9.3%

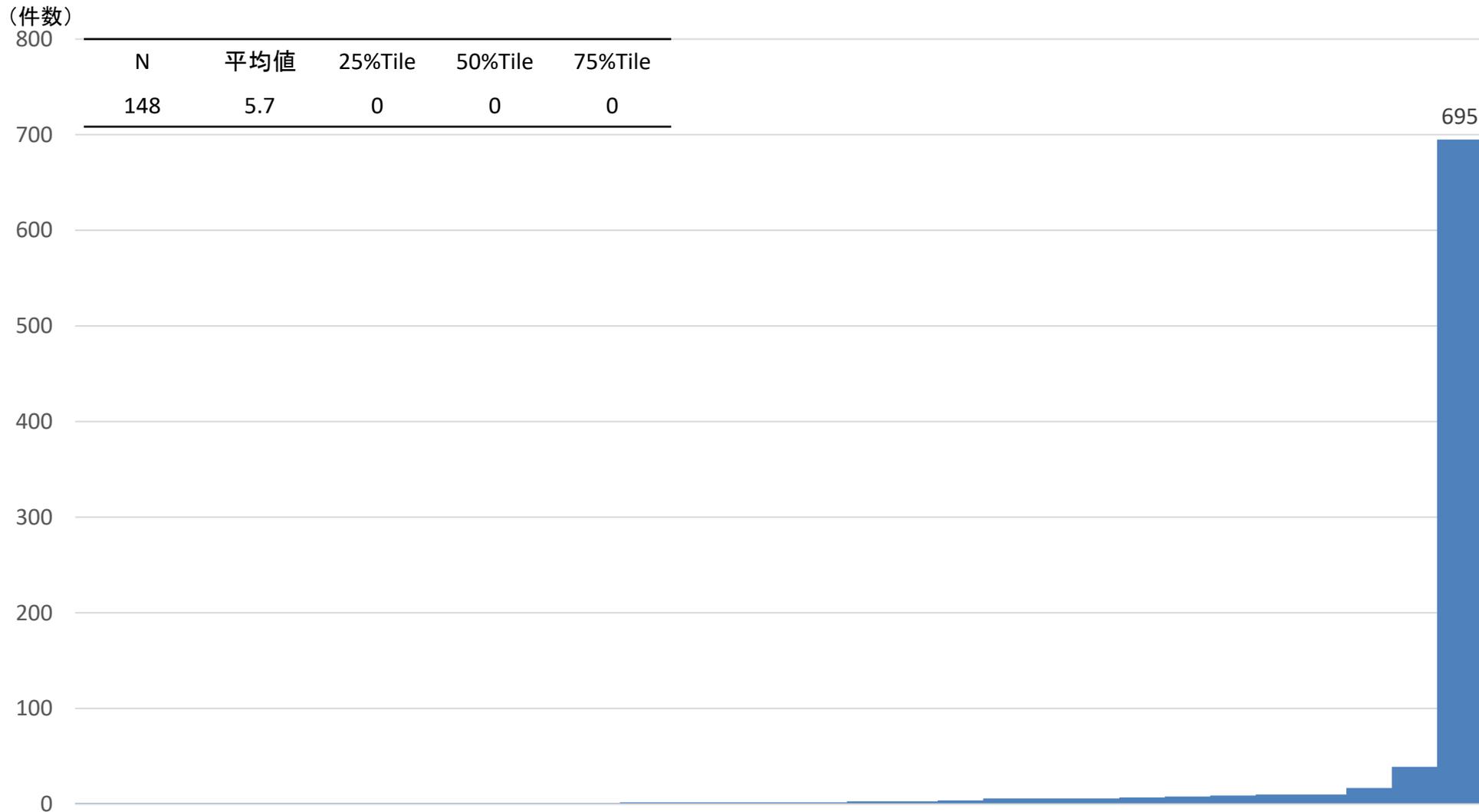
情報通信機器を用いた診療の実施状況②

- 令和4年10月における情報通信機器を用いた診療は平均9.5人に対し提供されていた。
- 情報通信機器を用いた医学管理料としては、特定疾患療養管理料が平均5.7人と最多であった。

令和4年10月1ヶ月間の実績	回答数		平均		25%Tile		中央値		75%Tile	
① 情報通信機器を用いた診療	151	件	9.5	人	0.0	人	0.0	人	2.0	人
② 情報通信機器を用いた診療実施時に算定している管理料ごとの患者数										
01 特定疾患療養管理料	148	件	5.7	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
02 小児科療養指導料	133	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
03 てんかん指導料	133	件	0.2	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
04 難病外来指導管理料	135	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
05 糖尿病透析予防指導管理料	133	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
06 在宅自己注射指導管理料	133	件	0.4	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
07 在宅時医学総合管理料	133	件	0.4	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
08 精神科在宅患者支援管理料	133	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
09 ウイルス疾患指導料	133	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
10 皮膚科特定疾患指導管理料	135	件	0.3	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
11 小児悪性腫瘍患者指導管理料	133	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
12 がん性疼痛緩和指導管理料	133	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
13 がん患者指導管理料	133	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
14 外来緩和ケア管理料	133	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
15 移植後患者指導管理料	133	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
16 腎代替療法指導管理料	133	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
17 乳幼児育児栄養指導料	133	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
18 療養・就労両立支援指導料	133	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
19 がん治療連携計画策定料2	133	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
20 外来がん患者在宅連携指導料	133	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
21 肝炎インターフェロン治療計画料	133	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
22 薬剤総合評価調整管理料	133	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
23 外来栄養食事指導料	132	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人

情報通信機器を用いた診療の実施状況③

- 情報通信機器を用いた診療における特定疾患管理料の医療機関ごとの算定状況は以下のとおり。
- 多くの医療機関の算定件数は0件であったが、算定件数が約700件である医療機関を認めた。



※グラフは算定回数0件である117医療機関を除いて作図

情報通信機器を用いた診療による医学管理料の算定状況

- 情報通信機器を用いた診療により算定可能な医学管理料の算定回数は以下のとおり。
- 令和4年度改定前から算定可能な医学管理料は令和2年から令和4年にかけて増加を認めた。
- 令和4年度改定により算定可能となった医学管理料としては、皮膚科特定疾患指導管理料が277回と最多であった。

情報通信機器を用いた診療により算定可能な医学管理料の算定回数

令和4年度改定前から算定可能な医学管理料

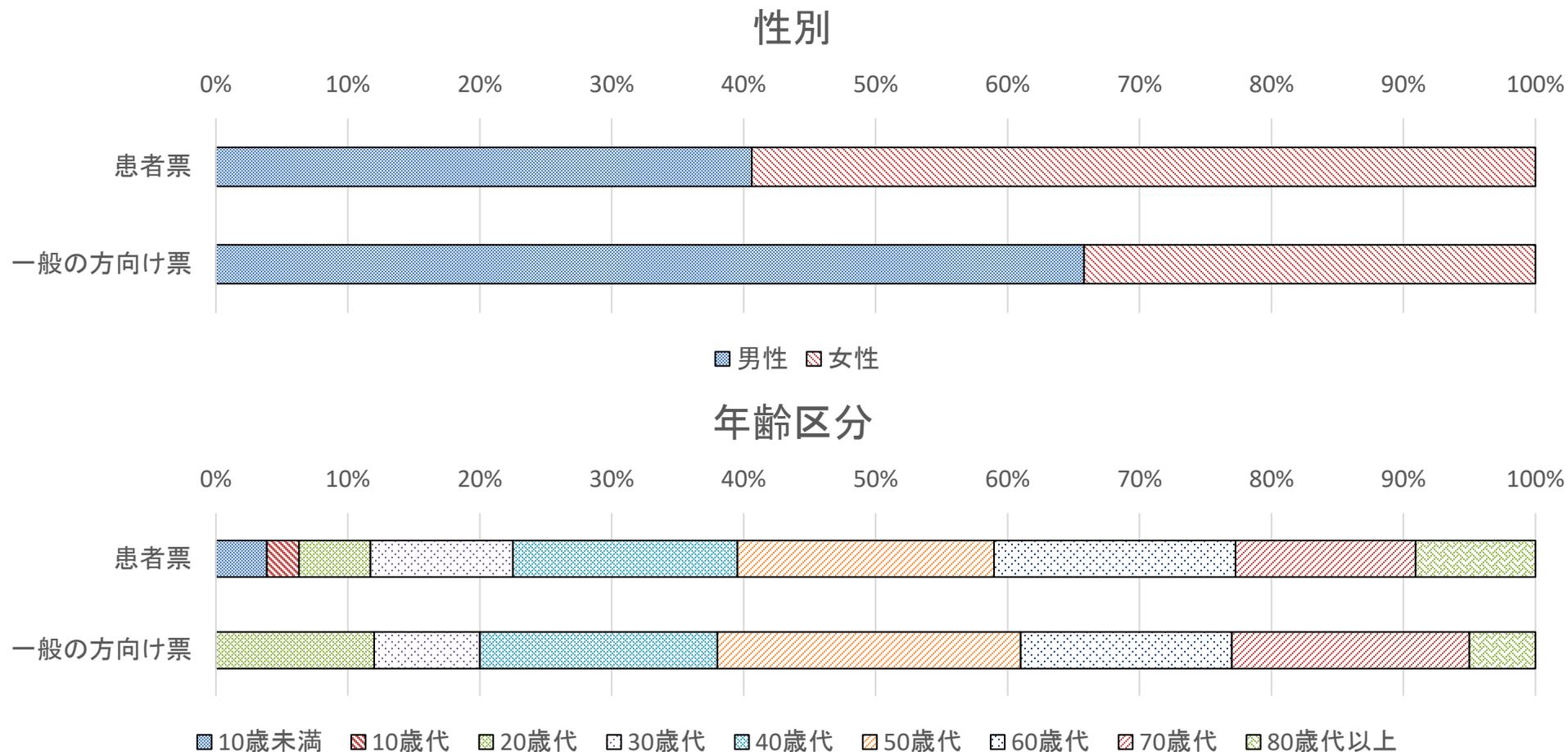
	R2	R3	R4
特定疾患療養管理料	1138	384	4603
小児科療養指導料	6	3	26
てんかん指導料	54	33	173
難病外来指導管理料	119	49	378
糖尿病透析予防指導管理料	0	0	1
在宅自己注射指導管理料	117	20	244

令和4年度改定後より算定可能な医学管理料

	R4
ウイルス疾患指導料	5
皮膚科特定疾患指導管理料	277
小児悪性腫瘍患者指導管理料	0
がん性疼痛緩和指導管理料	2
がん患者指導管理料	6
外来緩和ケア管理料	0
移植後患者指導管理料	1
腎代替療法指導管理料	0
乳幼児育児栄養指導料	72
療養・就労両立支援指導料	0
がん治療連携計画策定料2	0
外来がん患者在宅連携指導料	1
肝炎インターフェロン治療計画面料	0
薬剤総合評価調整管理料	0

患者票と一般の方向け票の患者特性

- オンライン診療等に関する意識調査(患者票、一般の方向け票)に回答した患者特性は以下のとおり。
- 患者票は一般方向け票より男性の割合が低かった。患者票は10歳未満・10歳代を含むが、それ以外の年齢区分については大きな差は認めなかった。



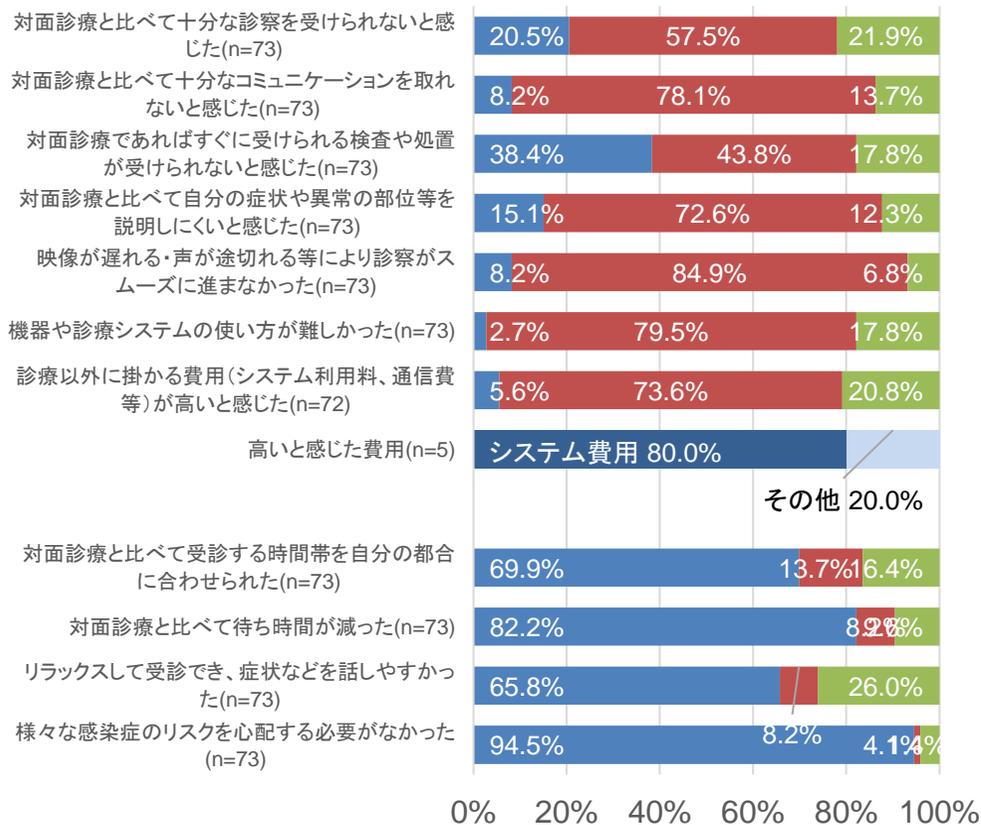
※ 患者票は外来受診患者を対象とし、一般の方向け票はインターネットによる調査となっている。

オンライン診療を受けた患者の状況等(患者調査)

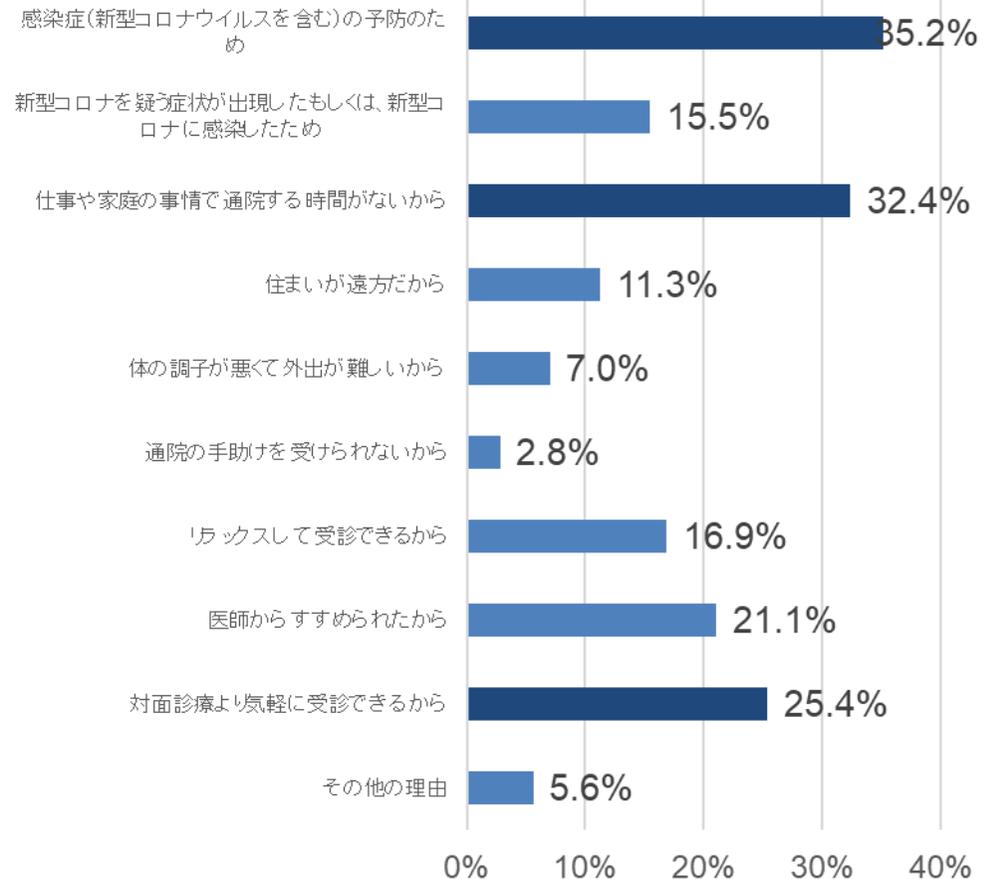
- オンライン診療の受診経験が「ある」と回答した患者を対象とした、オンライン診療を受診した感想については、「対面診療であればすぐに受けられる検査や処置が受けられないと感じた」が38.4%、「対面診療と比べて十分な診療を受けられないと感じた」が20.5%であった。「診療以外に掛かる費用を高いと感じた」が5.6%であった。また、「様々な感染症のリスクを心配する必要がなかった」は94.5%であった。
- オンライン診療を受けた理由について、「感染症の予防のため」「通院する時間がないから」が多かった。

オンライン診療を受診した感想

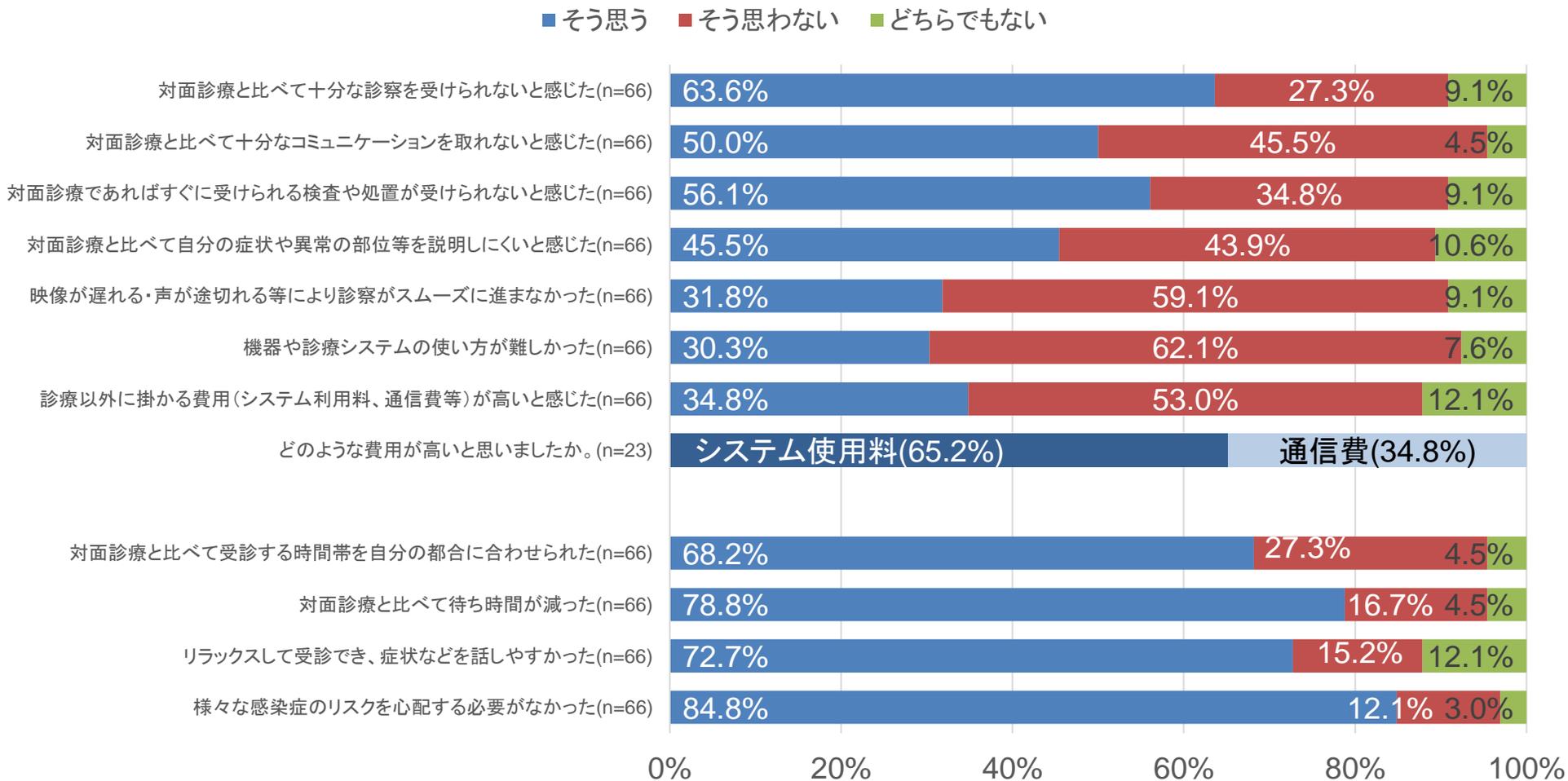
■ そう思う ■ そう思わない ■ どちらでもない



オンライン診療を受けた理由(n=71)



○ オンライン診療を受けた際に感じたことについて、「対面診療と比べて十分な診療が受けられないと感じた」は63.6%、「対面診療であればすぐに受けられる検査や処置が受けられないと感じた」は56.1%であった。「診療以外に掛かる費用を高いと感じた」は34.8%であった。また、「様々な感染症のリスクを心配する必要がなかった」は84.8%であった。



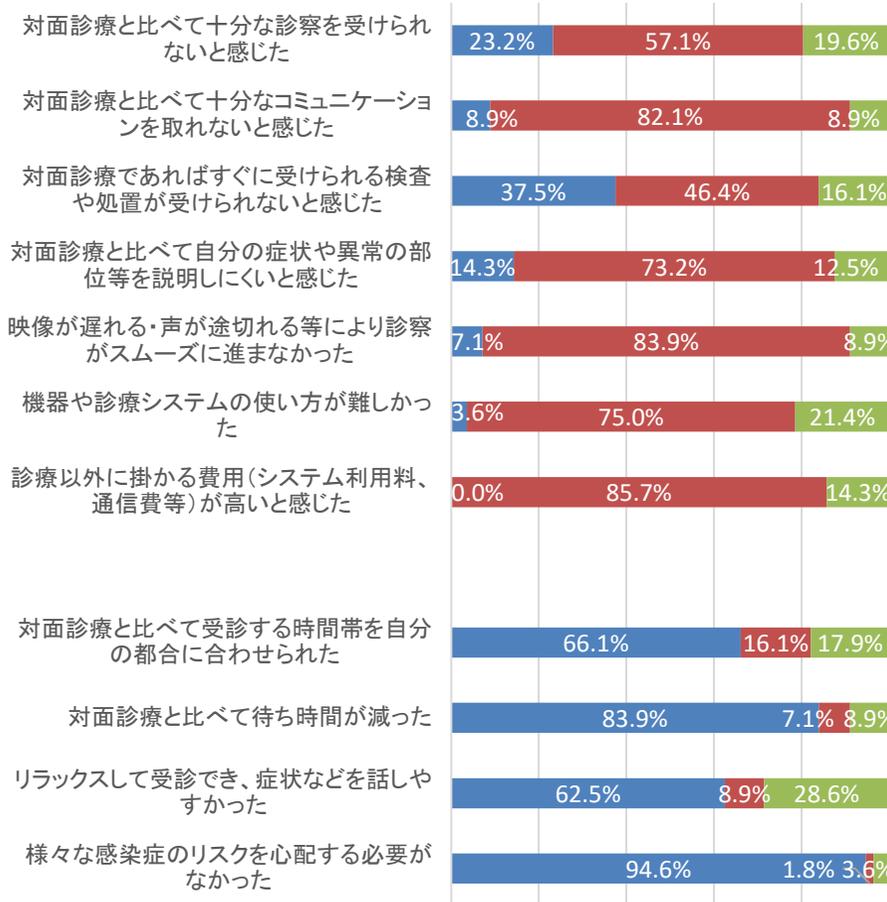
オンライン診療を受けた患者の状況等(患者調査、年齢別)

○ オンライン診療を受けた際に感じたことについて、60歳未満と60歳以上で大きく傾向は異ならなかった。

オンライン診療を受けた際に感じたこと(60歳未満)

N=56

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

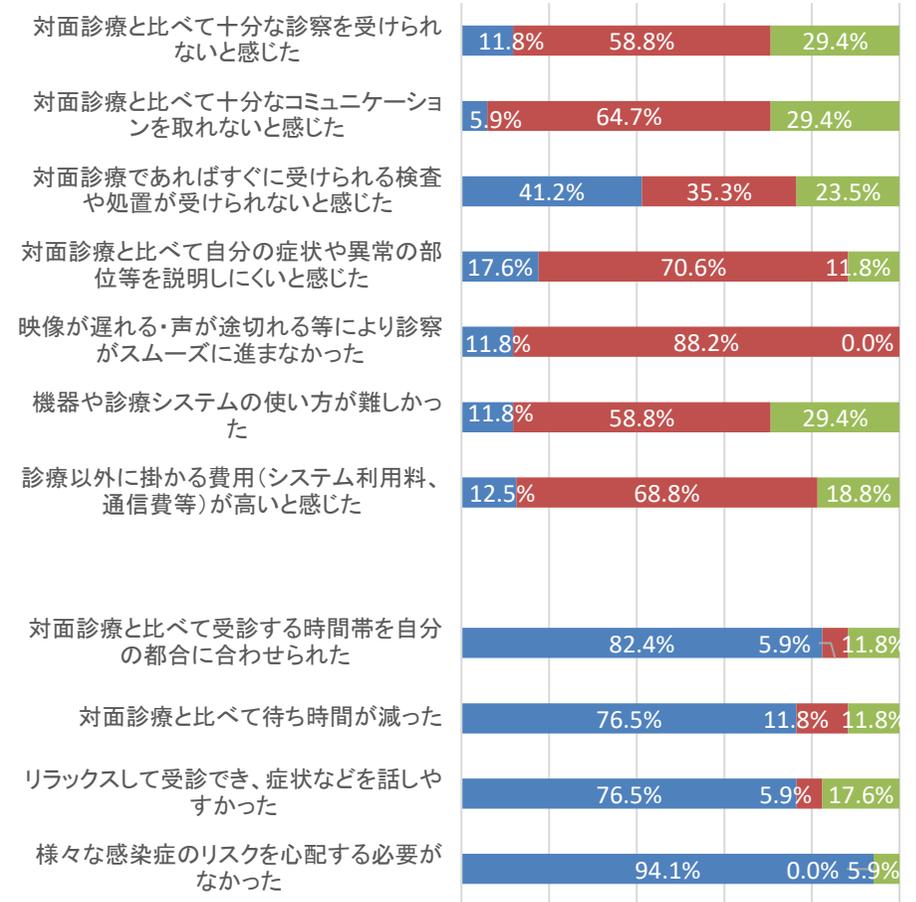


■ そう思う ■ そう思わない ■ どちらでもない

オンライン診療を受けた際に感じたこと(60歳以上)

N=17

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

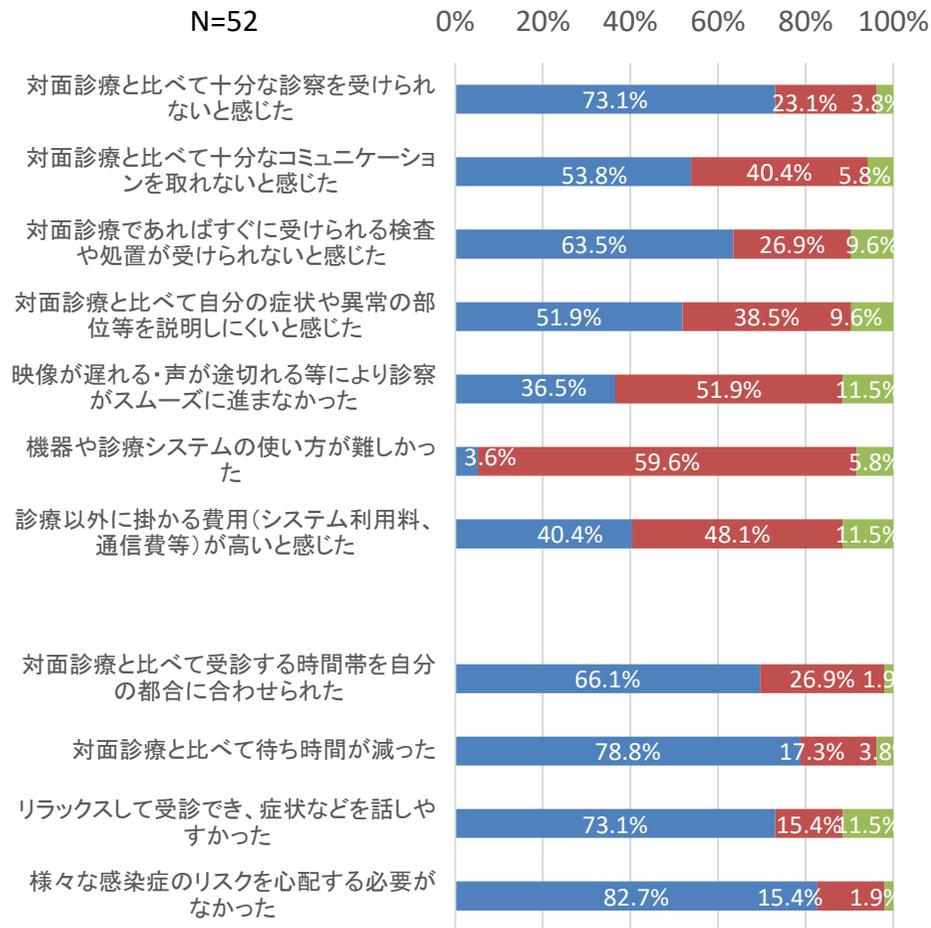


■ そう思う ■ そう思わない ■ どちらでもない

オンライン診療を受けた患者の状況等（インターネット調査、年齢別）

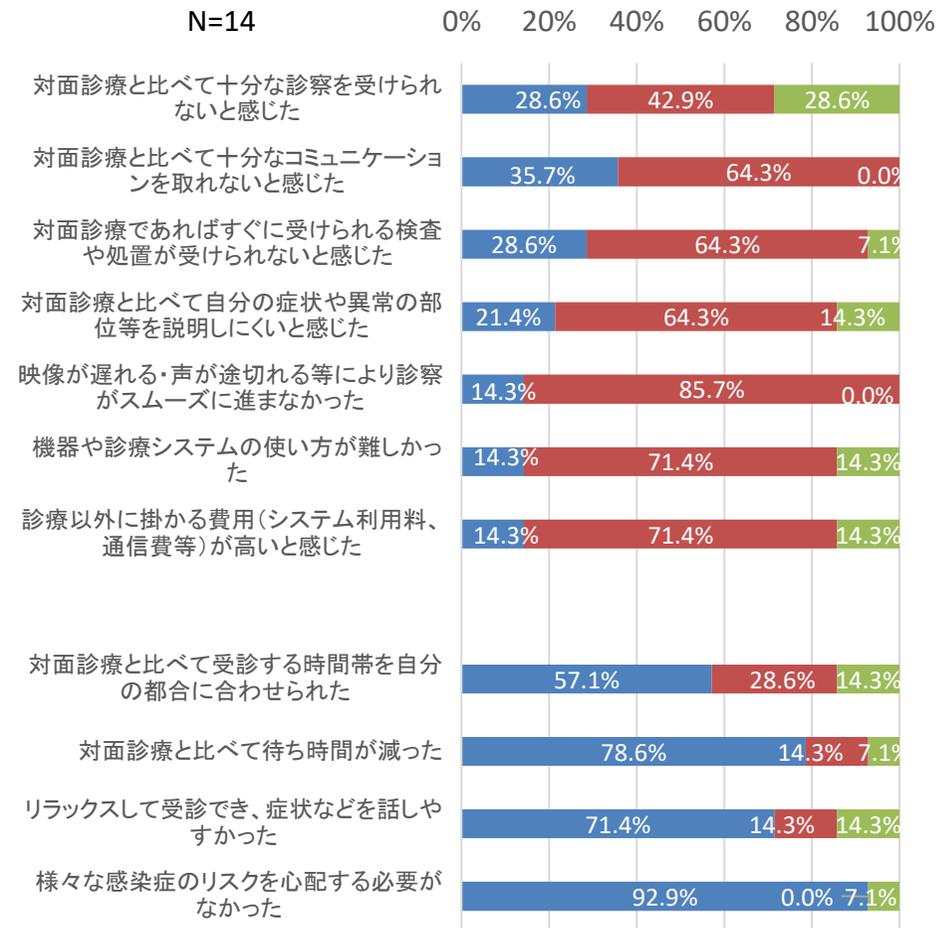
○ オンライン診療を受けた際に感じたことについて、対面診療と比べ、「十分な診察が受けられない」等と回答した割合は60歳以上に比べて、60歳未満が多かった。

オンライン診療を受けた際に感じたこと（60歳未満）



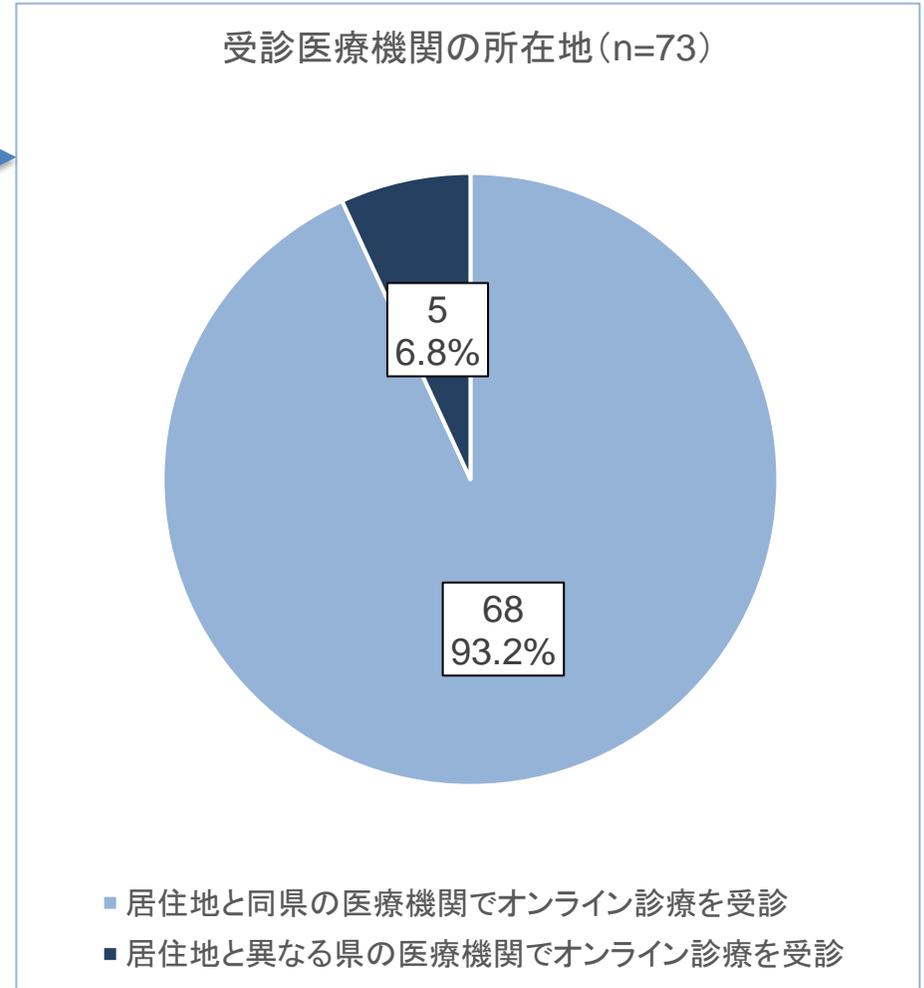
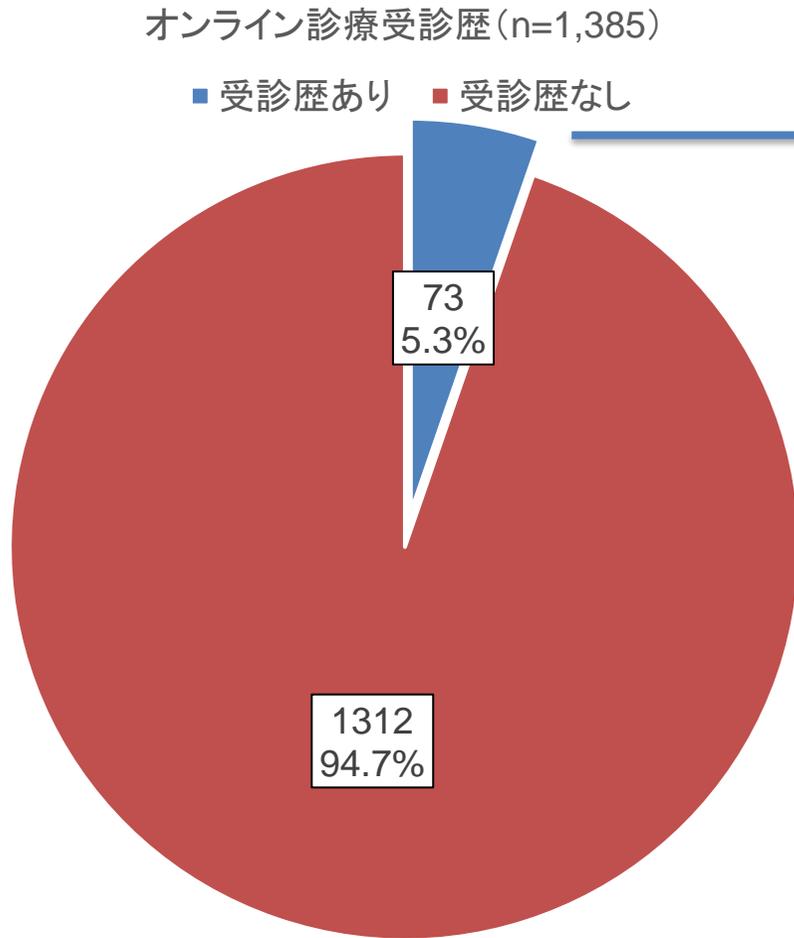
■ そう思う ■ そう思わない ■ どちらでもない

オンライン診療を受けた際に感じたこと（60歳以上）



■ そう思う ■ そう思わない ■ どちらでもない

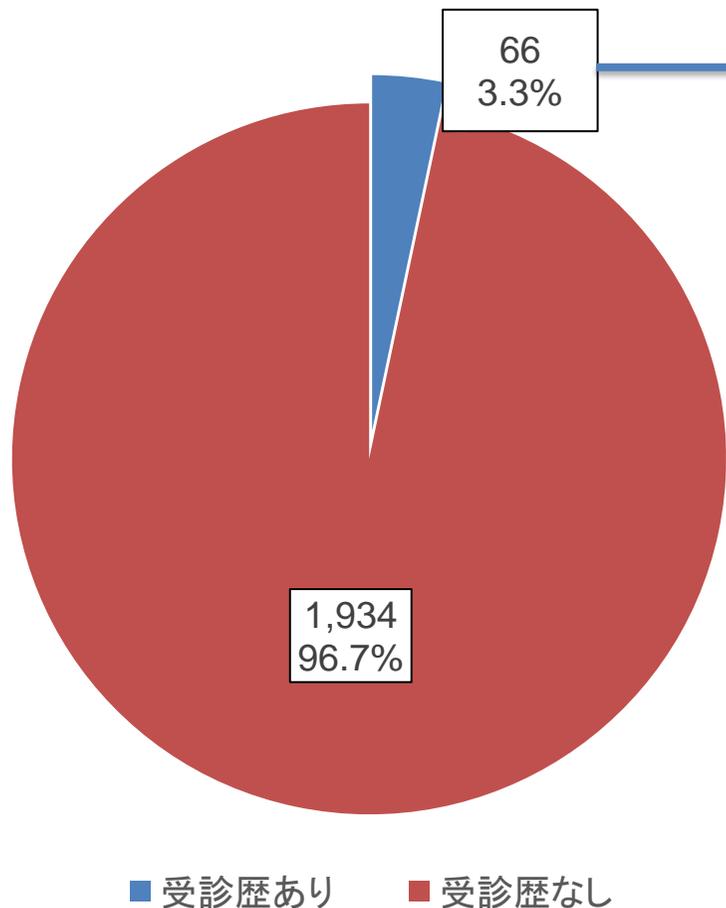
○ オンライン診療の受診者のうち受診医療機関の所在地が居住地と異なる割合は6.8%であった。



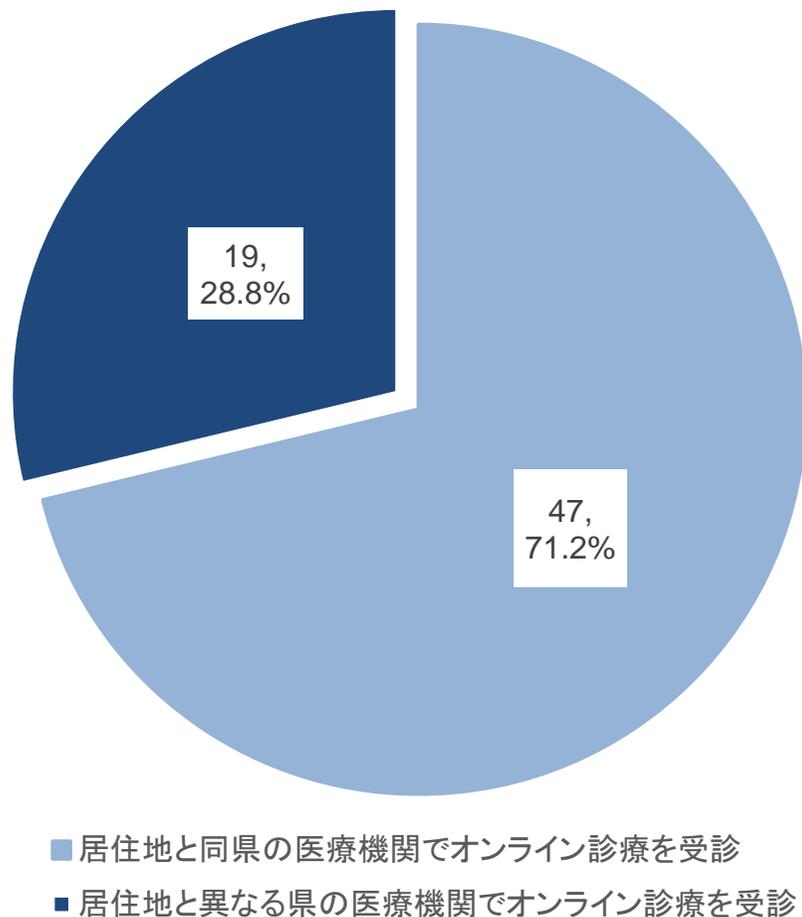
※ 受診者の居住地と受診医療機関の所在地(都道府県単位)が異なる場合を抽出

○ オンライン診療の受診者のうち受診医療機関の所在地が居住地と異なる割合は28.8%であった。

オンライン診療の受診歴(n=2000)



受診医療機関の所在地(n=66)



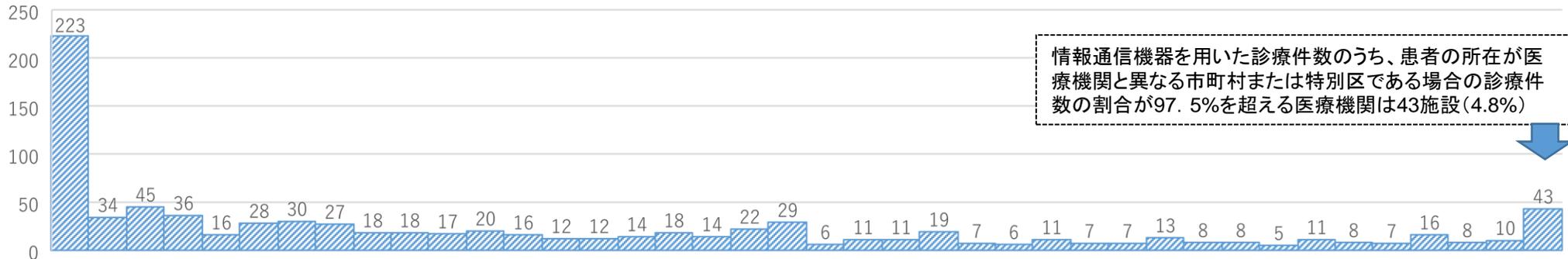
※ 受診者の居住地と受診医療機関の所在地(都道府県単位)が異なる場合を抽出

患者の所在について

○ 情報通信機器を用いた診療件数のうち、患者の所在が医療機関と異なる市町村または特別区である場合の診療件数の割合は以下のとおり。患者の所在が医療機関と異なる市町村または特別区である場合の診療件数の割合が97.5%を超える医療機関は、情報通信機器を用いた診療件数が10件以上の医療機関では43施設(4.8%)、100件以上の医療機関では7施設(3.4%)であった。

(医療機関数)

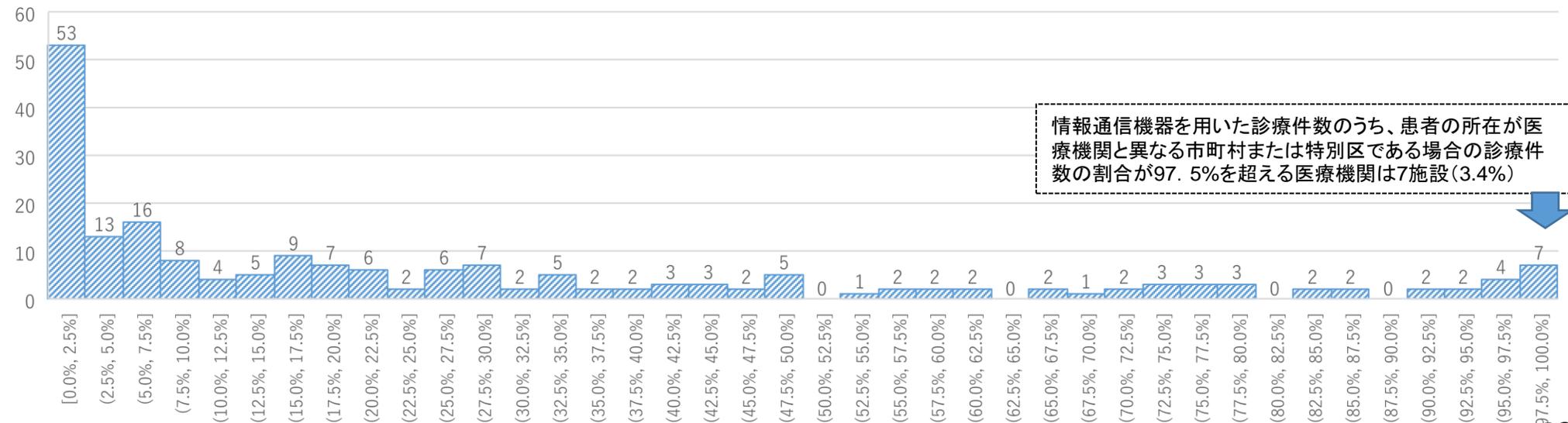
情報通信機器を用いた診療件数が10件以上の医療機関 (N=891)



情報通信機器を用いた診療件数のうち、患者の所在が医療機関と異なる市町村または特別区である場合の診療件数の割合が97.5%を超える医療機関は43施設(4.8%)

(医療機関数)

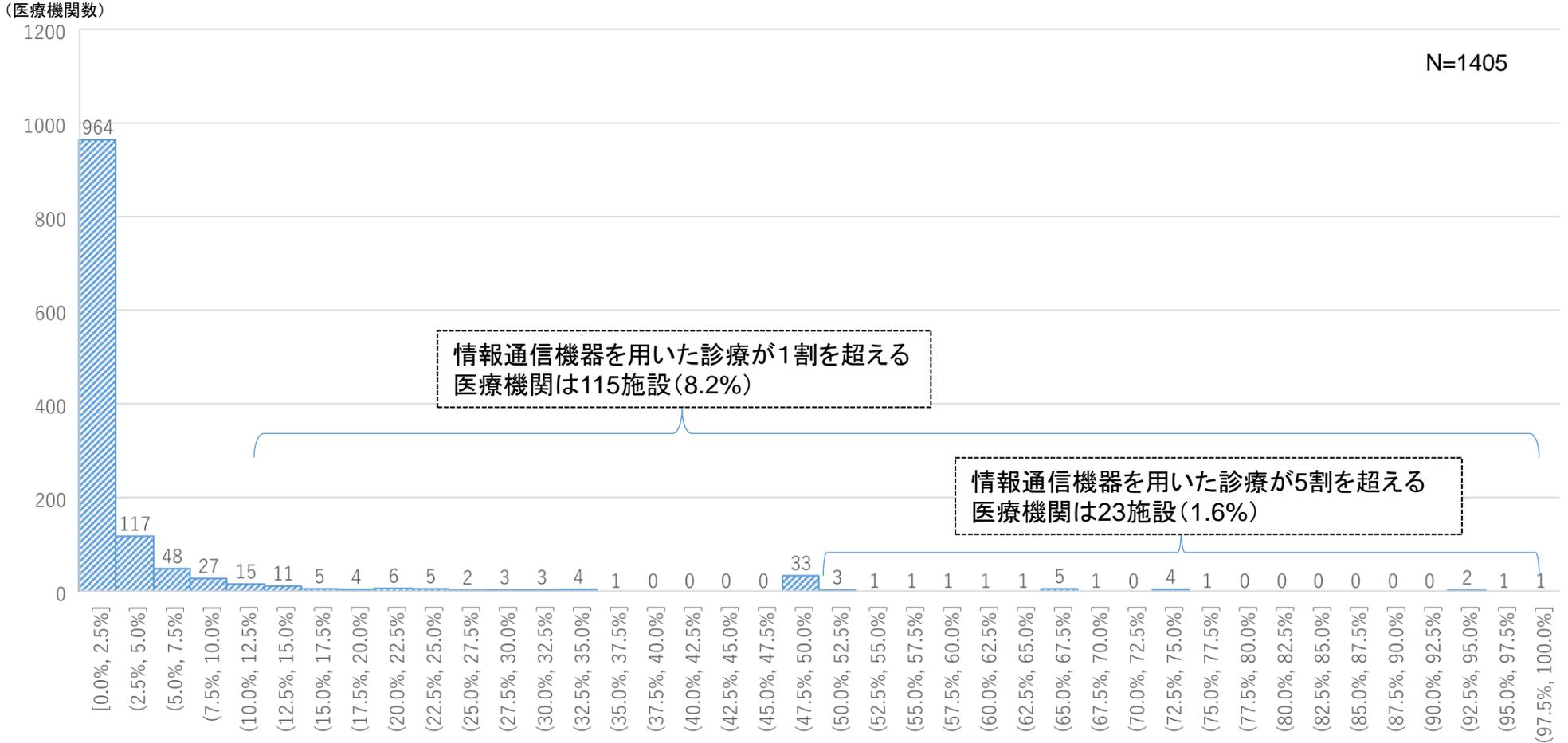
情報通信機器を用いた診療件数が100件以上の医療機関 (N=207)



情報通信機器を用いた診療件数のうち、患者の所在が医療機関と異なる市町村または特別区である場合の診療件数の割合が97.5%を超える医療機関は7施設(3.4%)

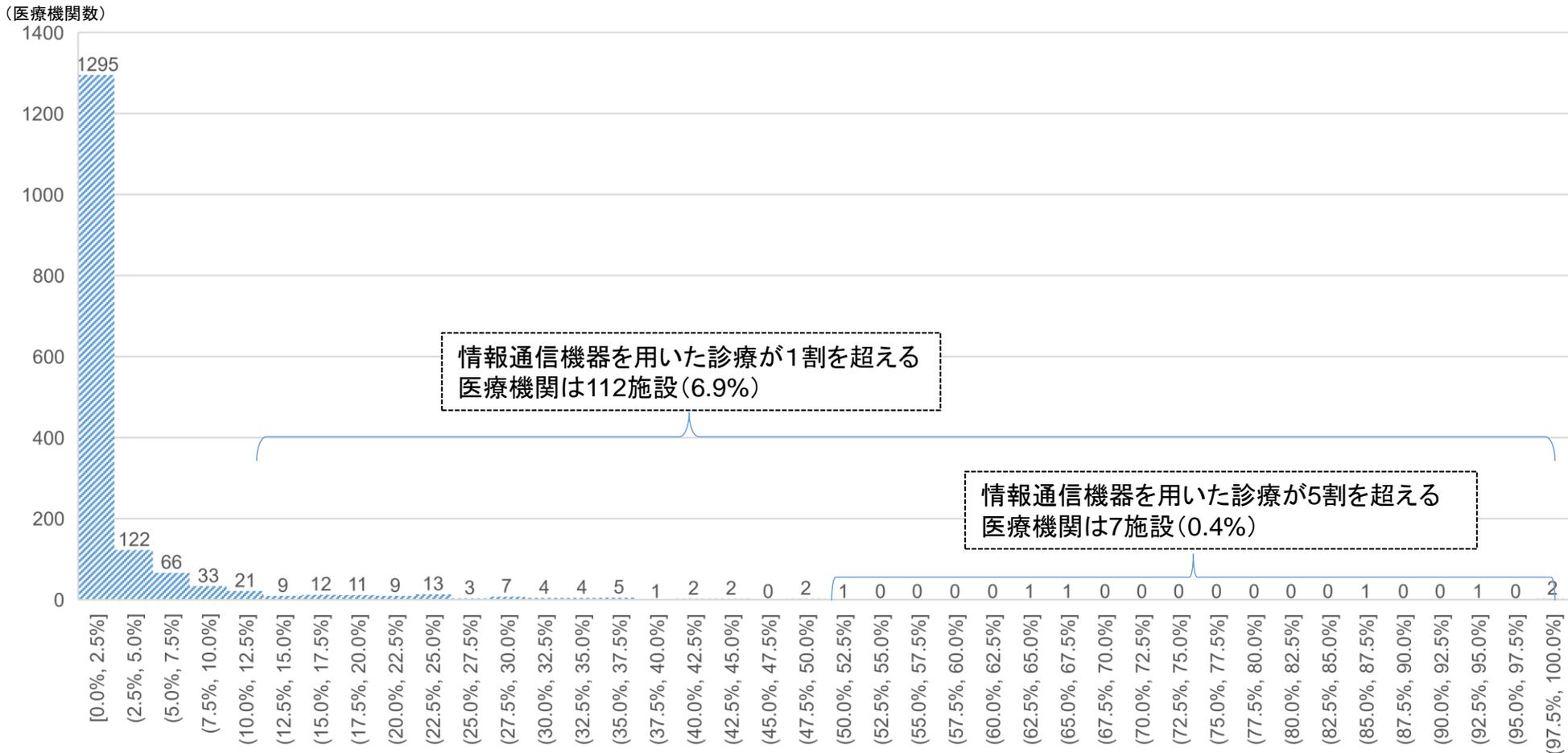
情報通信機器を用いた診療の算定割合（保険局医療課調べ）

- 外来診療に占める情報通信機器を用いた診療の割合毎の分布は、以下のとおり。
- 全診療件数のうち、情報通信機器を用いた診療が1割を超える医療機関は115施設(8.2%)であり、5割を超える医療機関は23施設(1.6%)であった。



情報通信機器を用いた診療の算定割合（NDBデータ）

- 外来診療に占める情報通信機器を用いた診療の割合毎の分布は、以下のとおり。
- 全診療件数のうち、情報通信機器を用いた診療が1割を超える医療機関は112施設(6.9%)であり、5割を超える医療機関は7施設(0.4%)であった。



情報通信機器を用いた初診・再診・外来診療料を算定した1628医療機関を対象
初診・再診・外来診療料に占める情報通信機器を用いた初診・再診・外来診療料の割合を算出

情報通信機器を用いた初診に係る傷病名

- 情報通信機器を用いた初診と対面診療における初診に係る傷病名の上位25位は以下のとおり。
情報通信機器を用いた初診における傷病名としてはCOVID-19が56.5%と最多であった。
- 対面診療における傷病名と比較すると、呼吸器感染症に類する傷病名が占める割合が多い。

No.	傷病名	令和4年度	
		5月診療月	
		回数	構成比%
計	情報通信機器を用いた初診の算定回数	10,682	100.0%
1	COVID-19	6,035	56.5%
2	急性上気道炎	2,120	19.8%
3	急性気管支炎	1,756	16.4%
4	アレルギー性鼻炎	1,083	10.1%
5	急性咽頭炎	669	6.3%
6	発熱	646	6.0%
7	咽頭炎	642	6.0%
8	コロナウイルス感染症	542	5.1%
9	気管支喘息	420	3.9%
10	急性胃腸炎	377	3.5%
11	扁桃炎	306	2.9%
12	湿疹	268	2.5%
13	急性咽頭喉頭炎	234	2.2%
14	不眠症	232	2.2%
15	感冒	226	2.1%
16	咽頭喉頭炎	211	2.0%
17	頭痛	177	1.7%
18	急性胃炎	154	1.4%
19	じんま疹	152	1.4%
20	下痢症	151	1.4%
21	廃用症候群	134	1.3%
22	皮脂欠乏症	134	1.3%
23	急性扁桃炎	129	1.2%
24	皮脂欠乏性湿疹	128	1.2%
25	嘔吐症	121	1.1%

No.	傷病名	令和4年度	
		5月診療月	
		回数	構成比%
計	対面による初診の算定回数	18,097,507	100.0%
1	COVID-19	2,226,897	12.3%
2	アレルギー性鼻炎	1,562,467	8.6%
3	近視性乱視	1,138,705	6.3%
4	急性気管支炎	975,795	5.4%
5	急性上気道炎	892,046	4.9%
6	湿疹	742,671	4.1%
7	急性咽頭喉頭炎	678,311	3.7%
8	アレルギー性結膜炎	548,146	3.0%
9	糖尿病	524,424	2.9%
10	耳垢栓塞	519,903	2.9%
11	急性副鼻腔炎	498,260	2.8%
12	気管支喘息	461,144	2.5%
13	急性咽頭炎	443,514	2.5%
14	皮脂欠乏症	428,591	2.4%
15	高血圧症	404,342	2.2%
16	遠視性乱視	385,952	2.1%
17	アトピー性皮膚炎	381,011	2.1%
18	慢性胃炎	365,715	2.0%
19	発熱	356,222	2.0%
20	皮脂欠乏性湿疹	350,153	1.9%
21	胃炎	315,687	1.7%
22	腰痛症	312,640	1.7%
23	ドライアイ	298,589	1.6%
24	頭痛	296,906	1.6%
25	肝機能障害	295,340	1.6%

情報通信機器を用いた再診・外来診療料に係る傷病名

- 情報通信機器を用いた再診料・外来診療料と対面診療における再診料・外来診療料に係る傷病名の上位25位は以下のとおり。情報通信機器を用いた再診料・外来診療料における傷病名としてはCOVID-19が27.2%と最多であった。
- 対面診療における傷病名と比較すると、呼吸器感染症に類する傷病名が占める割合が高い。

No.	傷病名	令和4年度	
		5月診療月	
		回数	構成比%
計	情報通信機器を用いた再診・外来診療料の算定回数	24,880	100.0%
1	COVID-19	6,765	27.2%
2	アレルギー性鼻炎	6,702	26.9%
3	高血圧症	3,884	15.6%
4	急性上気道炎	3,657	14.7%
5	気管支喘息	3,340	13.4%
6	便秘症	2,805	11.3%
7	急性気管支炎	2,791	11.2%
8	不眠症	2,754	11.1%
9	アレルギー性結膜炎	2,113	8.5%
10	皮脂欠乏症	2,071	8.3%
11	慢性胃炎	2,061	8.3%
12	高コレステロール血症	1,973	7.9%
13	糖尿病	1,791	7.2%
14	湿疹	1,734	7.0%
15	腰痛症	1,687	6.8%
16	急性咽頭炎	1,405	5.6%
17	高脂血症	1,396	5.6%
18	鉄欠乏性貧血	1,345	5.4%
19	アトピー性皮膚炎	1,256	5.0%
20	皮脂欠乏性湿疹	1,210	4.9%
21	コロナウイルス感染症	1,128	4.5%
22	骨粗鬆症	1,113	4.5%
23	逆流性食道炎	1,108	4.5%
24	胃潰瘍	1,079	4.3%
25	頭痛	1,007	4.0%

No.	傷病名	令和4年度	
		5月診療月	
		回数	構成比%
計	対面による再診・外来診療料の算定回数	62,206,981	100.0%
1	高血圧症	19,348,105	31.1%
2	アレルギー性鼻炎	8,944,790	14.4%
3	不眠症	8,730,208	14.0%
4	便秘症	8,206,032	13.2%
5	糖尿病	8,024,647	12.9%
6	高コレステロール血症	7,770,380	12.5%
7	慢性胃炎	7,157,835	11.5%
8	高脂血症	7,092,086	11.4%
9	腰痛症	6,844,633	11.0%
10	骨粗鬆症	5,421,005	8.7%
11	変形性膝関節症	4,636,653	7.5%
12	逆流性食道炎	4,552,906	7.3%
13	2型糖尿病	4,465,986	7.2%
14	脂質異常症	4,446,350	7.1%
15	高尿酸血症	4,366,523	7.0%
16	アレルギー性結膜炎	4,248,100	6.8%
17	気管支喘息	4,179,183	6.7%
18	維持療法の必要な難治性逆流性食道炎	4,048,947	6.5%
19	湿疹	3,521,267	5.7%
20	狭心症	3,318,654	5.3%
21	近視性乱視	3,202,902	5.1%
22	鉄欠乏性貧血	3,141,966	5.1%
23	皮脂欠乏症	3,079,372	5.0%
24	胃潰瘍	3,032,102	4.9%
25	肩関節周囲炎	2,897,913	4.7%

情報通信機器を用いた診療に係る傷病名（対面診療の割合5割未満）

○ 対面診療の割合が5割未満（情報通信機器を用いた診療が全診療の5割を超える）の医療機関における情報通信機器を用いた初診、再診料・外来診療料に係る傷病名の上位25位は以下のとおり。傷病名としては初診ではCOVID-19が37.9%、再診料・外来診療料では不眠症が39.7%と最多であった。

No.	初診料に係る傷病名	令和4年度	
		5月診療月	
		回数	構成比%
計	情報通信機器を用いた初診の算定回数	807	100.0%
1	COVID-19	306	37.9%
2	咽頭炎	268	33.2%
3	不眠症	165	20.4%
4	廃用症候群	134	16.6%
5	神経痛	111	13.8%
6	アレルギー性鼻炎	46	5.7%
7	腰痛症	36	4.5%
8	喘息性気管支炎	32	4.0%
9	頸肩腕症候群	32	4.0%
10	急性上気道炎	28	3.5%
11	湿疹	15	1.9%
12	気管支喘息	15	1.9%
13	皮脂欠乏症	15	1.9%
14	睡眠時無呼吸症候群	15	1.9%
15	胃炎	12	1.5%
16	便秘症	10	1.2%
17	急性胃腸炎	8	1.0%
18	虫刺性皮膚炎	7	0.9%
19	肩関節炎	6	0.7%
20	皮膚そう痒症	6	0.7%
21	浮腫	5	0.6%
22	慢性便秘	5	0.6%
23	咽頭喉頭炎	5	0.6%
24	更年期症候群	5	0.6%
25	変形性膝関節症	4	0.5%

No.	再診料・外来診療料に係る傷病名	令和4年度	
		5月診療月	
		回数	構成比%
計	情報通信機器を用いた再診料・外来診療料の算定回数	973	100.0%
1	不眠症	386	39.7%
2	アレルギー性鼻炎	296	30.4%
3	高血圧症	239	24.6%
4	気管支喘息	229	23.5%
5	高コレステロール血症	184	18.9%
6	急性胃炎	156	16.0%
7	変形性腰椎症	149	15.3%
8	COVID-19	143	14.7%
9	2型糖尿病	139	14.3%
10	便秘症	135	13.9%
11	慢性胃炎	133	13.7%
12	頸肩腕症候群	123	12.6%
13	糖尿病	115	11.8%
14	逆流性食道炎	112	11.5%
15	胃炎	101	10.4%
16	アトピー性皮膚炎	90	9.2%
17	高脂血症	87	8.9%
18	アレルギー性結膜炎	86	8.8%
19	変形性膝関節症	83	8.5%
20	浮腫	83	8.5%
21	神経症	79	8.1%
22	低酸素血症	77	7.9%
23	皮脂欠乏症	70	7.2%
24	慢性心不全	65	6.7%
25	急性上気道炎	60	6.2%

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

1. 考え方等

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

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

2. 実施可能な診療の補助行為

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

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

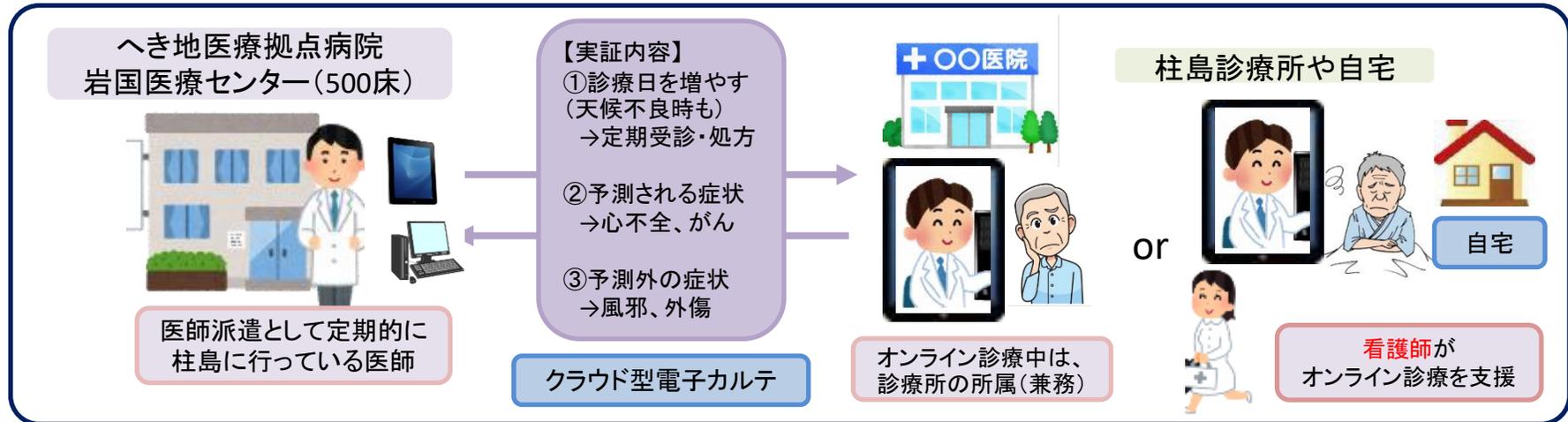
3. 提供体制

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

離島へき地におけるオンライン診療には「D to P with N」が有効

【研究班の実証ケース】 岩国市立柱島診療所（常勤医なし）

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



- ・オンライン診療「D to P with N」は、患者の同意の下、看護師が患者のそばにいる状態での診療である。医師は診療の補助行為を看護師等に指示することで、予測された範囲内における治療行為や予測されていない新たな症状等に対する検査が看護師等を介して可能となる（オンライン診療の適切な実施に関する指針）。
- ・離島等の診療所においては、荒天等により医師及び薬剤師がやむをえず不在となる場合に、一定の条件のもと医師又は薬剤師が確認しながら看護師が一定の薬剤を患者に渡すことができる（令和4年3月23日厚労省事務連絡）。

【オンライン診療において「with N(看護師)」のメリット】

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

課題

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

課題と論点

(オンライン診療)

- オンライン診療に係る診療報酬上の評価については平成30年度改定において新設し、令和2年度改定では、実態等を踏まえた見直しを実施した。さらに、新型コロナウイルス感染症の感染拡大を踏まえ、臨時的・特例的取扱いを実施し、オンライン診療による初診を可能とする等の対応を行ったところ。
- 令和4年1月の「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の見直しを踏まえ、令和4年度診療報酬改定においては、情報通信機器を用いた場合の初診料の新設を行い、算定できる医学管理料を拡充するとともに、算定要件の緩和等の見直しをおこなった。
- 情報通信機器を用いた初診料等の届出医療機関数は経時的に増加しており、令和5年4月1日時点において約7,500医療機関となっている。
- インターネット調査においては、オンライン診療を受けた際に感じたことについて、対面診療と比べ、「十分な診察が受けられない」等と回答した割合は60歳以上に比べて、60歳未満が多かった。
- 患者の所在が医療機関と異なる市町村または特別区である場合の診療件数の割合情報通信機器を用いた診療が97.5%を超える医療機関は239施設(13.7%)であった。
- 全診療件数のうち、情報通信機器を用いた診療が1割を超える医療機関は112施設(6.9%)であり、5割を超える医療機関は7施設(0.4%)であった(NDBデータ)。
- 情報通信機器を用いた初診料・再診料・外来診療料における傷病名としてはCOVID-19が最多であった。対面診療の割合が5割未満の医療機関における傷病名としては初診ではCOVID-19、再診料・外来診療料では不眠症が最多であった。
- 患者が看護師等という場合のオンライン診療(D to P with N)がへき地や在宅の場面で活用されてきている。

【論点】

- 前回の診療報酬改定を踏まえ、患者と医療機関の所在の関係、対面診療とオンライン診療の診療の割合、初診のオンライン診療に適した症状等の取扱い、またD to P with N等の活用を踏まえ、今後のオンライン診療の適切な評価についてどのように考えるか。

1. 前回の議論におけるご指摘について
2. 情報通信機器を用いた診療について(その1)
- 3. 外来医療について(その1)**
4. 外来腫瘍化学療法について
5. 横断的事項等(その2)

外来医療に係る中医協総会等における主なご意見①

<令和5年6月8日 入院・外来医療等の調査・評価分科会>

- 生活習慣病管理料および特定疾患療養管理料を算定する患者の患者像を精査する必要があるのではないか。

<令和5年6月8日 中医協総会 外来について（その1）>

（かかりつけ医機能）

- 安心・安全で質の高い医療提供は医療DXの最大の目的であり期待される効果と考える。医療DXは始まったところであり普及には一定程度の時間がかかる。かかりつけ医機能の在り方の1つとして、複数の医療機関との緊密な連携が示されている。将来的には全国医療情報プラットフォームが構築されることで実現するが、実現までの間は現在利用可能な地域医療情報連携ネットワークや紙の文書も含めた、現状の医療提供体制を生かしながら評価の在り方を検討していくべき。
- 医療法改正に伴うかかりつけ医機能の整備強化の議論については、患者の一人一人が医療の質が向上したと確信を持てることが重要。負担の健康状態や服薬情報を把握した上での適切な初期診療、普段の健康相談、夜間休日対応、専門医療機関・介護サービス・障害福祉サービス等との連携が可能であると安心した診療を受けることができる。どの診療機関でも同じ対応ができること、どこにかかればこのような対応が可能なのか、判断できる実績を含めた情報を患者が把握できるような状況にすべき。
- 令和6年度改定においては、医療法改正に基づき、体系的な見直しを行うべき。
- 医療と介護（医師と介護支援専門員）との連携を、かかりつけ医に関する評価の要件とすることも考えられる。
- 医療法改正により、患者が希望する場合、かかりつけ医機能として提供する医療内容の書面交付が令和7年4月から施行となる。生活習慣病管理料の療養計画書と内容・役割が重なってくることも考えらる。医療DXを推進するなかで、より効率的な情報共有の方法について整理することが必要。特定疾患療養管理料についても計画書の作成について議論すべきではないか。
- 連携はかかりつけ医機能の重要な要素であるため、輪番を含めて、時間外の対応を進めるべき。
- 薬剤師薬局が、かかりつけ医との連携を推進することが重要。

外来医療に係る中医協総会等における主なご意見②

<令和5年6月21日 中医協総会 外来について（その1）続き>

（生活習慣病対策）

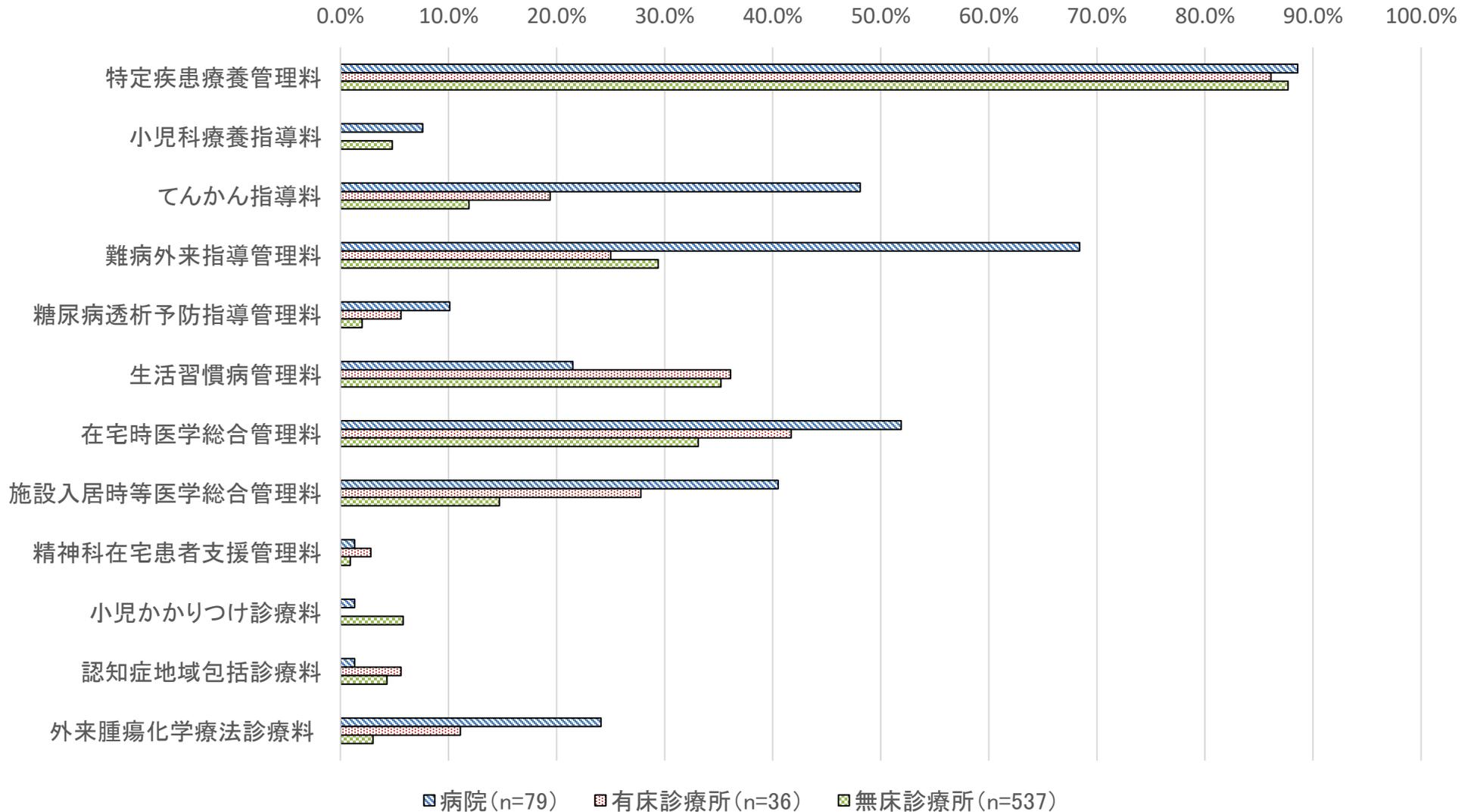
- 医科歯科連携による治療効果の改善がエビデンスとしても示されて、こうした連携を深めていくべき。
- 生活習慣病の管理をどういった形で評価していくのか、特定疾患療養管理料と生活習慣病管理料の対象となっている患者像を分析し、議論を深めていく必要がある。に「計画的な管理」を評価している地域包括診療加算と特定疾患管理料が併算定できることも踏まえ、単純に加算を新設するといった発想ではなく、既存のかかりつけ医機能の評価について体系的に整理すべき。

（外来機能の分化の推進）

- 外来医療の需要が2040年に向けて減っていくが、基幹病院に最初から受診してしまう患者がまだ多い。紹介受診重点医療機関を広げていくことが重要で、診療所についても特徴を出し、連携体制を構築していくことが重要。
- 拠点病院の外来診療のボリューム、また働き方改革の観点では夜間・休日の外来のボリュームを把握すべき。

特掲診療料の届出又は算定状況

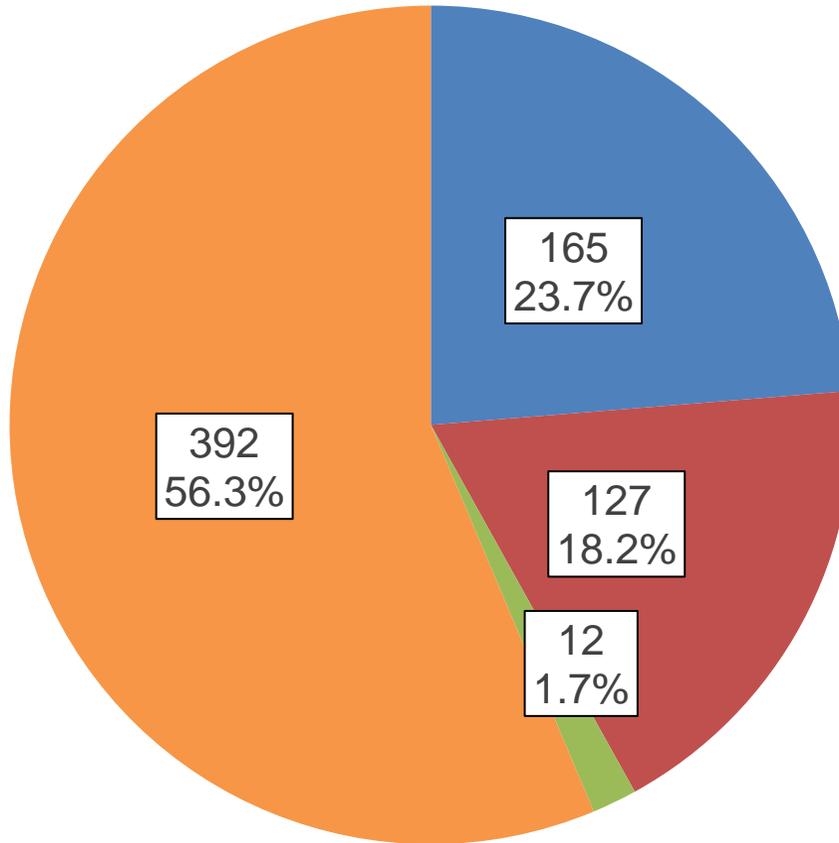
- 対象施設の特掲診療料の届出又は算定状況は以下のとおり。
- 約9割の医療機関で特定疾患療養管理料を算定していた。



時間外対応加算の種類

- 時間外対応加算の届出種類は以下のとおり。
- 届け出られている時間外対応加算の種類としては、時間外対応加算1が23.7%と多かった。

n=696(診療所のみ)



時間外対応加算の施設基準

(1) 時間外対応加算1の施設基準

当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、原則として当該保険医療機関において、常時対応できる体制にあること。

(2) 時間外対応加算2の施設基準

当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、原則として当該保険医療機関において対応できる体制にあること。

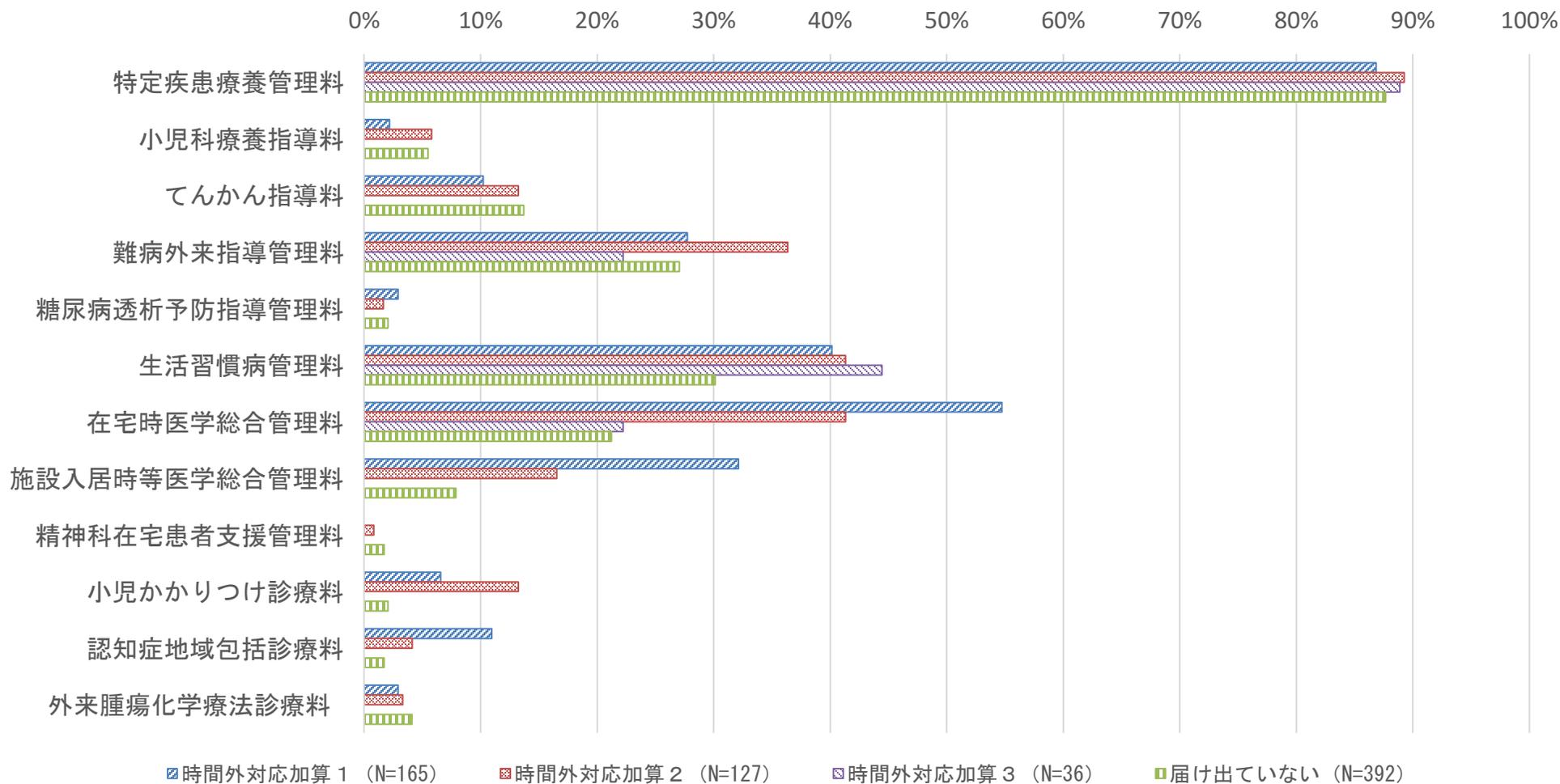
(3) 時間外対応加算3の施設基準

当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、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対応できる体制が確保されていること。

■ 時間外対応加算1 ■ 時間外対応加算2 ■ 時間外対応加算3 ■ 届け出していない

特掲診療料の届出又は算定状況（時間対応加算の届出別）

- 対象施設の時間対応加算の届出別の特掲診療料の届出又は算定状況は以下のとおり。
- 時間外対応加算1・2の届出をしている医療機関の方が、他の医療機関より、在医総管・施設総管、小児かかりつけ診療料、認知症地域包括診療料の届出又は算定している割合が多かったが、特定疾患療養管理料等ではこうした差は見られなかった。



地域包括診療料・加算について

中医協 総-8
5. 6. 21改

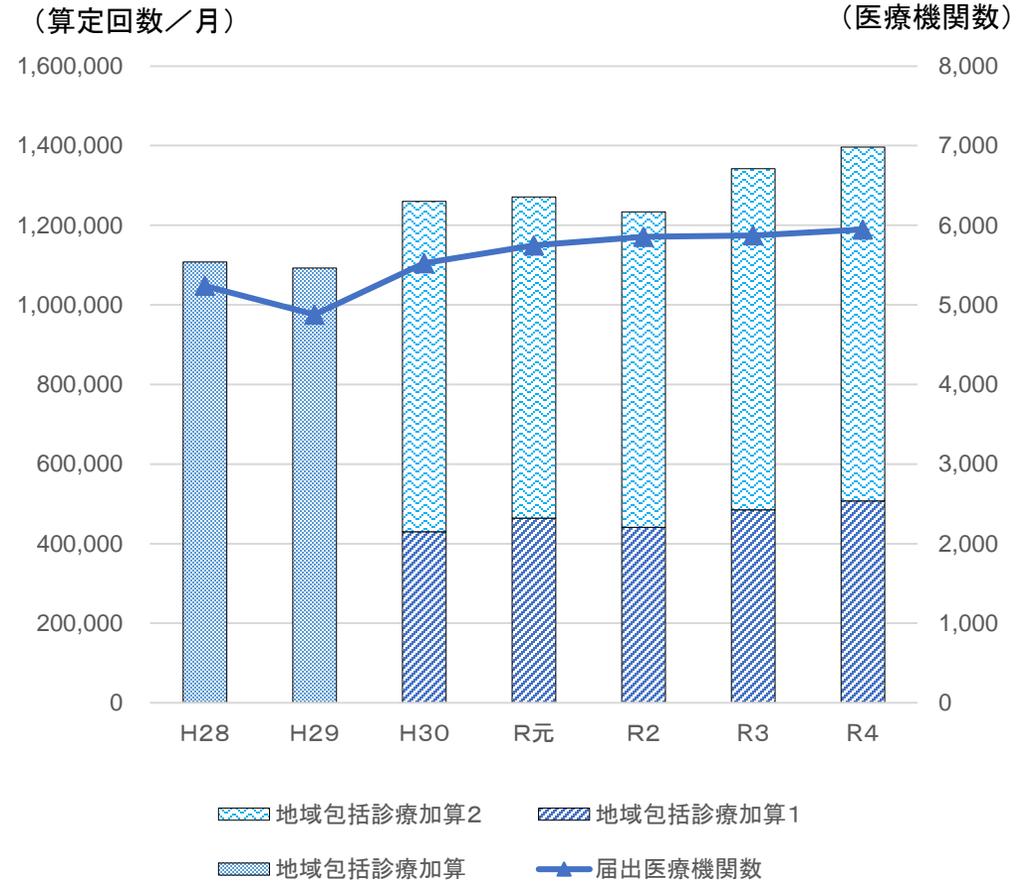
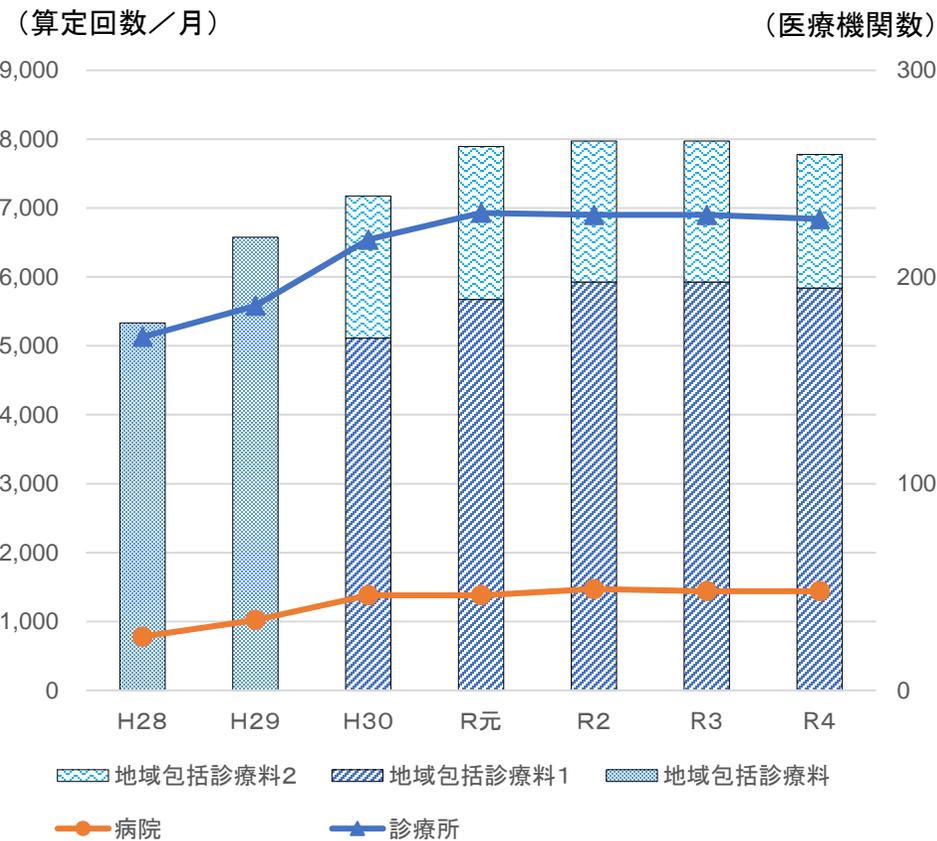
	地域包括診療料 1 1,660点 地域包括診療料 2 1,600点 (月1回)		地域包括診療加算 1 25点 地域包括診療加算 2 18点 (1回につき)
	病院	診療所	診療所
包括範囲	<p>下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・(再診料の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料 ・診療情報提供料(Ⅱ)(Ⅲ) ・在宅医療に係る点数(訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居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

地域包括診療料・加算の算定・届出状況

- 地域包括診療料の状況については、近年は届出医療機関数・算定回数ともに横ばい。
- 地域包括診療加算の届出医療機関数は横ばいであるが、算定回数は近年増加傾向。

地域包括診療料
届出医療機関数・算定回数

地域包括診療加算
届出医療機関数・算定回数



出典：
 (届出医療機関数)各年7月1日時点の主な施設基準の届出状況
 (算定回数)社会医療診療行為別統計(各年6月審査分)

地域包括診療料、地域包括診療加算の施設基準の届出状況

- 地域包括診療診療料・地域包括診療加算の届出状況は以下のとおり。
- 病院では「地域包括診療料2」の届出施設が2.3%(2件)であった。
- 診療所では「地域包括診療料1」の届出施設が1.6%(11件)、「地域包括診療料2」の届出施設が1.0%(7件)、「地域包括診療加算1」の届出施設が4.1%(29件)、「地域包括診療加算2」の届出施設が5.5%(39件)であった。

		全体	地域包括診療料・加算				いずれの届出もなし
			地域包括診療料1	地域包括診療料2	地域包括診療加算1	地域包括診療加算2	
病院	施設数	87	0	2	0	0	85
	構成比	100%	0.0%	2.3%	0.0%	0.0%	97.7%
診療所	施設数	705	11	7	29	39	619
	構成比	100%	1.6%	1.0%	4.1%	5.5%	87.8%

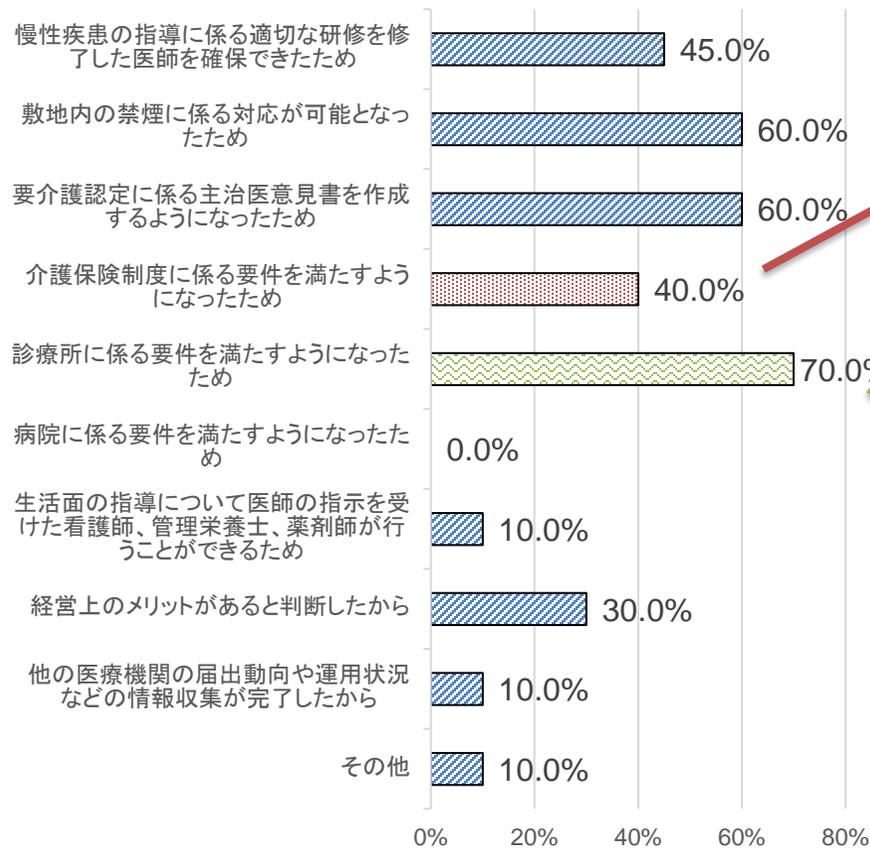
<参考> 令和3年度調査

		全体	地域包括診療料・加算				いずれの届出もなし	無回答
			地域包括診療料1	地域包括診療料2	地域包括診療加算1	地域包括診療加算2		
病院	施設数	70	1	0	0	0	68	1
	構成比	100%	1.4%	0.0%	0.0%	0.0%	97.1%	1.4%
診療所	施設数	620	14	18	42	63	457	26
	構成比	100%	2.3%	2.9%	6.8%	10.2%	73.7%	4.2%

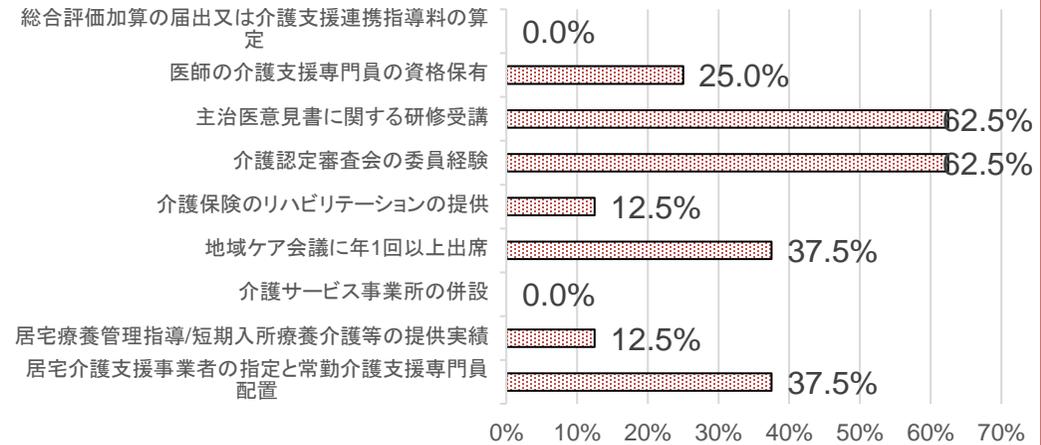
地域包括診療料／地域包括診療加算の届出を行った理由

○ 令和4年4月以降にはじめて地域包括診療料／地域包括診療加算の届出を行った施設における、届出を行った理由としては「診療所にかかる要件を満たすようになったため」が最多であった。

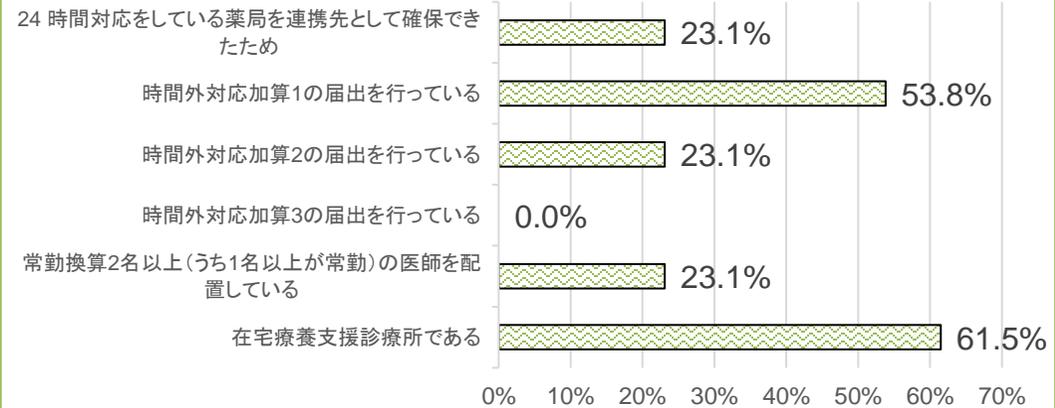
令和4年4月以降にはじめて地域包括診療料
／地域包括診療加算の届出を行った理由
(n=20)



満たすことができた介護保険制度に関する要件



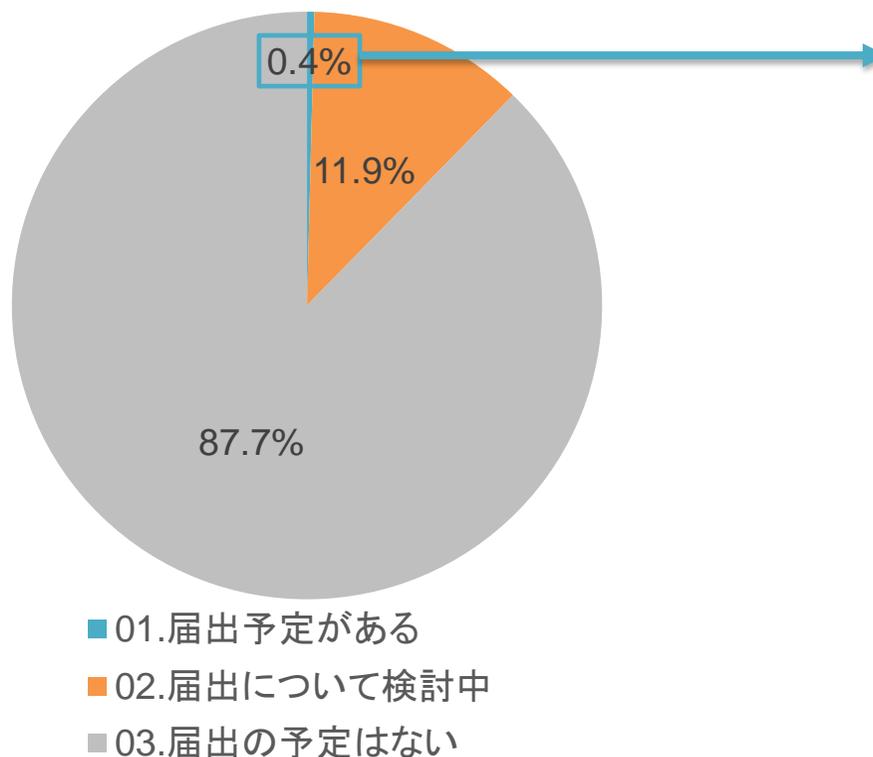
満たすことができた診療所に関する要件



地域包括診療料／地域包括診療加算の届出意向

○ 地域包括診療料／地域包括診療加算の未届出施設のうち、届出の予定があるのは0.4%であり、11.9%は検討中、残りの87.7%は届出の予定はないとしていた。

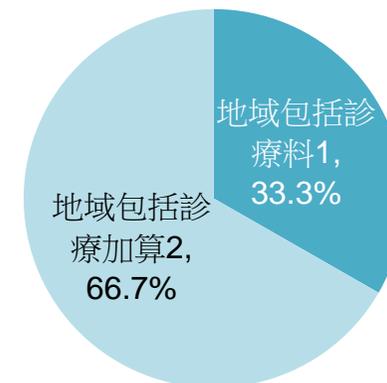
今後の地域包括診療料・地域包括診療加算の届出を行う意向について
(n=699)



届出予定時期 (n=2)



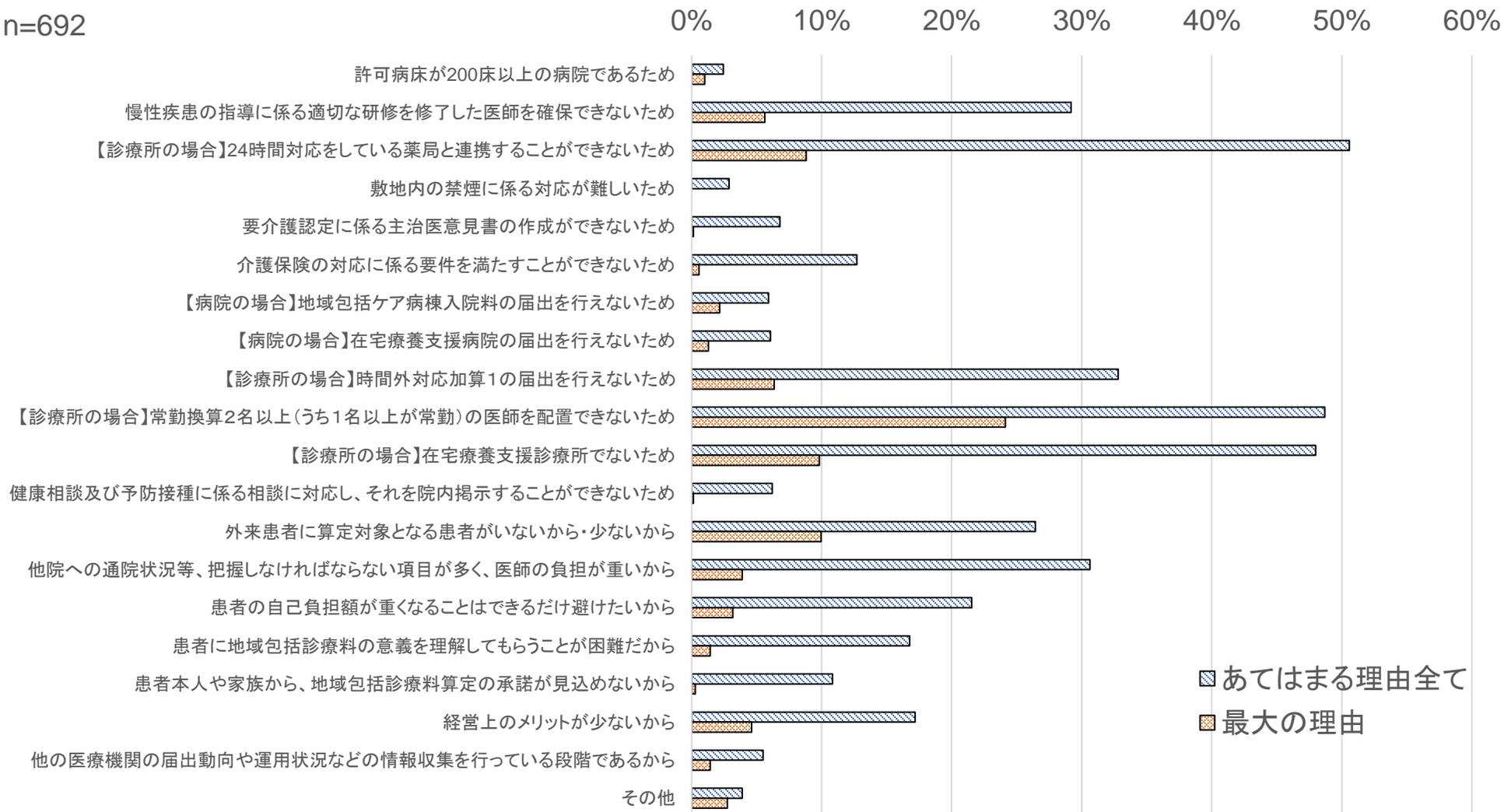
届け出予定の項目について (n=3)



地域包括診療料を届け出していない理由

○ 地域包括診療料を届け出していない理由としては、「24時間対応薬局との連携」、「常勤医師の配置」に加え、「在宅療養支援診療所でない」を挙げた施設が多かった。

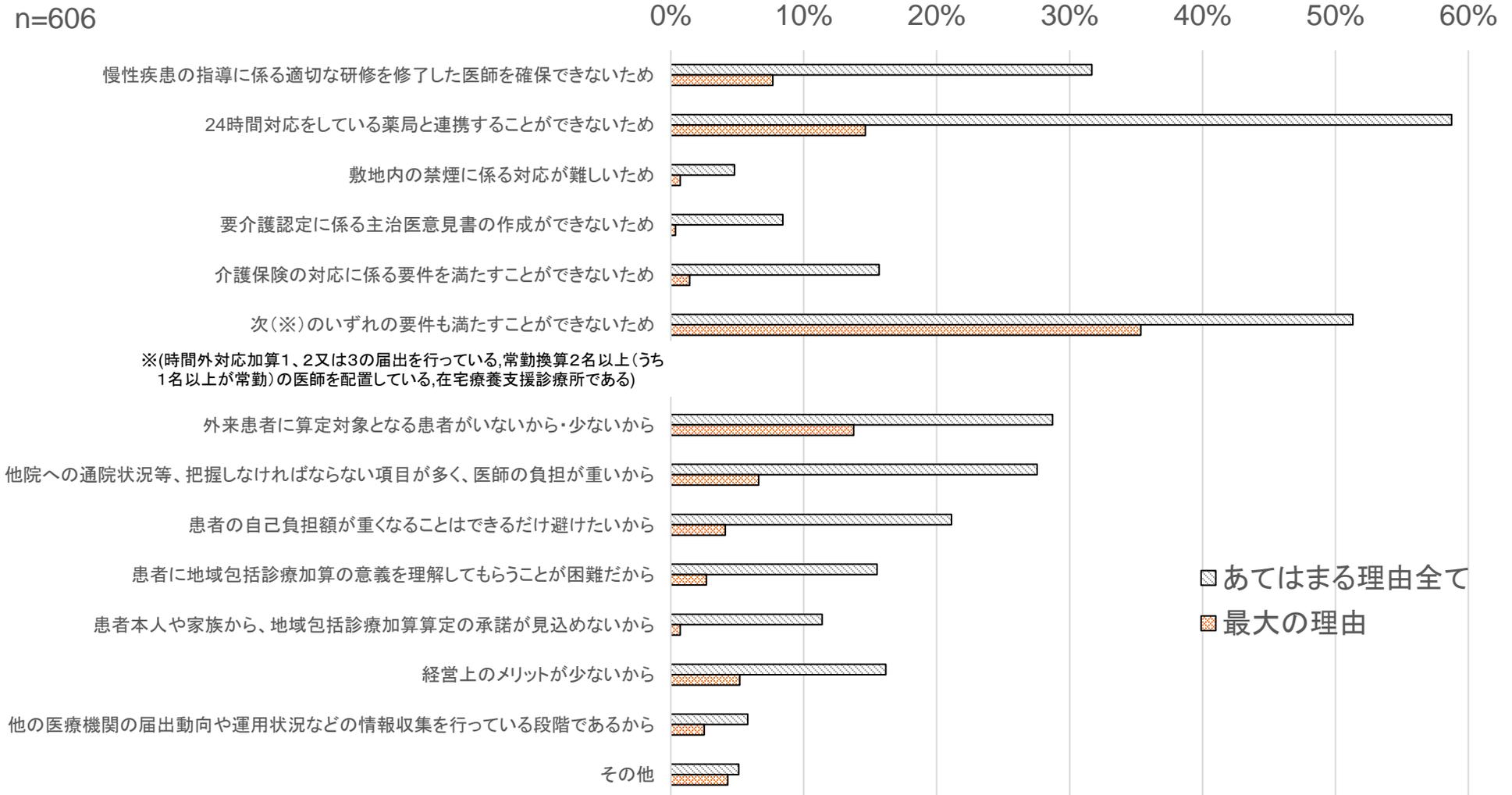
n=692



■ あてはまる理由全て
■ 最大の理由

地域包括診療加算を届け出ていない理由

○ 地域包括診療加算を届け出ていない理由として、「24時間対応薬局との連携」、「時間外対応加算等の施設基準を満たせない」、「慢性疾患に係る適切な研修終了」を挙げた施設が多かった。



日常的に連携している医療機関等の数

- 地域包括診療料1・2、地域包括診療加算1・2または認知症地域包括診療料1・2、認知症地域包括診療加算1・2を算定した患者のことで、日常的に連携している医療機関数等の数は以下のとおり。
- 専門医療提供を目的に連携している医療機関数が3.9施設と最多であった。

	回答数		平均		四分位数					
					25%Tile		中央値		75%Tile	
算定患者への専門医療提供を目的に連携している医療機関数	74	件	3.9	施設	1.0	施設	3.0	施設	5.0	施設
算定患者の認知症診断を目的に連携している医療機関数	72	件	1.3	施設	1.0	施設	1.0	施設	2.0	施設
算定患者の処方薬等を把握・調整するために定期的に連絡をとっている医療機関数	63	件	1.0	施設	0.0	施設	1.0	施設	2.0	施設
算定患者の処方薬等を管理するために連携している保険薬局数	68	件	2.1	施設	1.0	施設	1.0	施設	2.0	施設
算定患者への歯科医療提供を目的に連携している医療機関数	62	件	0.9	施設	0.0	施設	0.0	施設	1.0	施設
算定患者についてカンファレンスの実施や情報共有を行っている居宅介護支援事業所の数	65	件	2.7	事業所	0.0	事業所	2.0	事業所	3.0	事業所

○ 令和4年10月の1か月間における地域包括診療料1・2、地域包括診療加算1・2の届出を行っている施設の疾病別患者数等は以下のとおり。高血圧症を有する患者が平均201.2人と最多であった。

地域包括診療料1・2（認知症含む）、地域包括診療加算1・2（認知症含む）を算定している患者の対象疾病別患者数

	回答数		平均	四分位数						
				25%Tile		中央値		75%Tile		
高血圧症を有する患者	70	件	201.2	人	31.5	人	129.0	人	290.0	人
糖尿病を有する患者	70	件	133.3	人	12.0	人	58.5	人	123.0	人
脂質異常症を有する患者	70	件	159.4	人	12.3	人	82.0	人	237.8	人
慢性心不全を有する患者	70	件	31.7	人	0.3	人	8.5	人	26.0	人
慢性腎臓病を有する患者	70	件	19.5	人	0.0	人	2.5	人	18.5	人
認知症を有する患者	70	件	26.7	人	1.3	人	9.5	人	30.0	人

継続的かつ全人的に診療を行っている患者の疾患別患者数

	回答数		平均	四分位数						
				25%Tile		中央値		75%Tile		
がんを有する患者	21	件	46.9	人	2.0	人	8.0	人	54.0	人
脳血管疾患を有する患者	21	件	39.2	人	4.0	人	34.0	人	57.0	人
虚血性心疾患を有する患者	21	件	74.8	人	0.0	人	14.0	人	48.0	人
心不全を有する患者を有する患者	21	件	51.9	人	4.0	人	20.0	人	40.0	人
COPD(慢性閉塞性肺疾患)を有する患者	21	件	16.9	人	0.0	人	5.0	人	17.0	人
高尿酸血症を有する患者	21	件	63.5	人	28.0	人	60.0	人	84.0	人
その他	21	件	48.9	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人

認知症地域包括診療料・加算について

	認知症地域包括診療料 1 1,681点 認知症地域包括診療料 2 1,613点 (月1回)		認知症地域包括診療加算 1 35点 認知症地域包括診療加算 2 28点 (1回につき)
	病院	診療所	診療所
包括範囲	下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。 ・(再診料の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料 ・診療情報提供料(Ⅱ)(Ⅲ) ・在宅医療に係る点数(訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。) ・薬剤料(処方料、処方せん料を除く。) ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの		出来高
対象患者	以下の全ての要件を満たす認知症患者 ・認知症以外に1以上の疾病を有する(疑いは除く) ・同月に、当該保険医療機関において「1処方につき5種類を超える内服薬」「1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬を合わせて3種類を超えて含むもの」のいずれの投薬も受けていない患者		
対象医療機関	診療所又は許可病床が200床未満の病院		診療所
研修要件	担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。		
服薬管理	・当該患者に院外処方を行う場合は24時間開局薬局であること 等	・当該患者に院外処方を行う場合は24時間対応薬局等を原則とする 等	
	・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する ・原則として院内処方を行う ・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者が受診時に持参するお薬手帳のコピーをカルテに貼付する		
健康管理	・健診の受診勧奨、健康相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙 等		
介護保険制度	・介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること等。		
在宅医療の提供	・在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の往診等の体制を確保していること。(在宅療養支援診療所以外の診療所については連携医療機関の協力を得て行うものを含む。)		
施設基準	それぞれ以下の届出を行っていること 診療料1：地域包括診療料1 診療料2：地域包括診療料2		それぞれ以下の届出を行っていること 加算1：地域包括診療加算1 加算2：地域包括診療加算2

認知症地域包括診療料・加算の算定状況

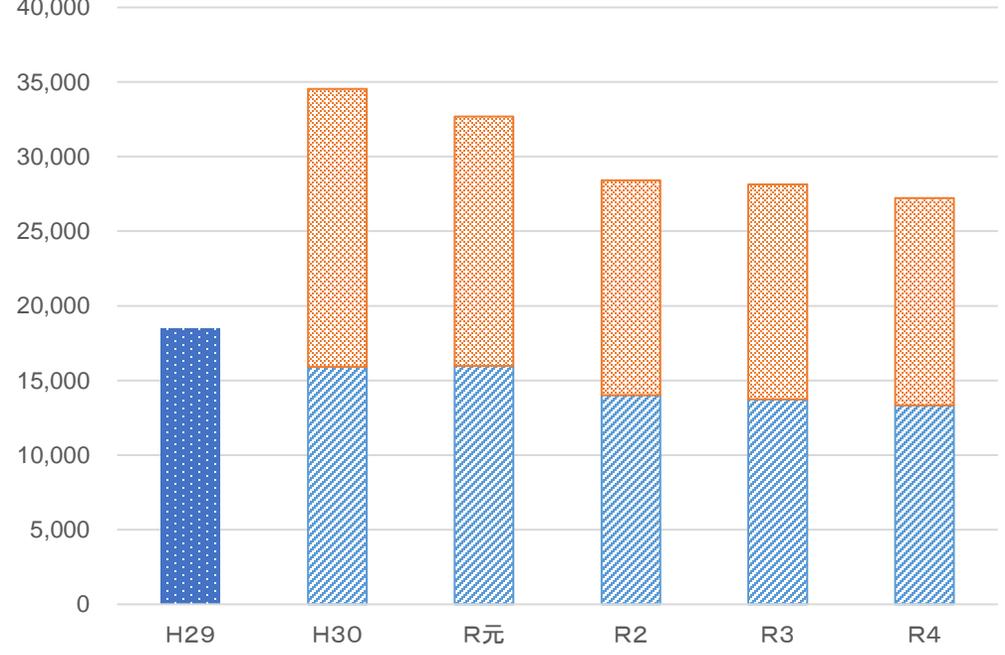
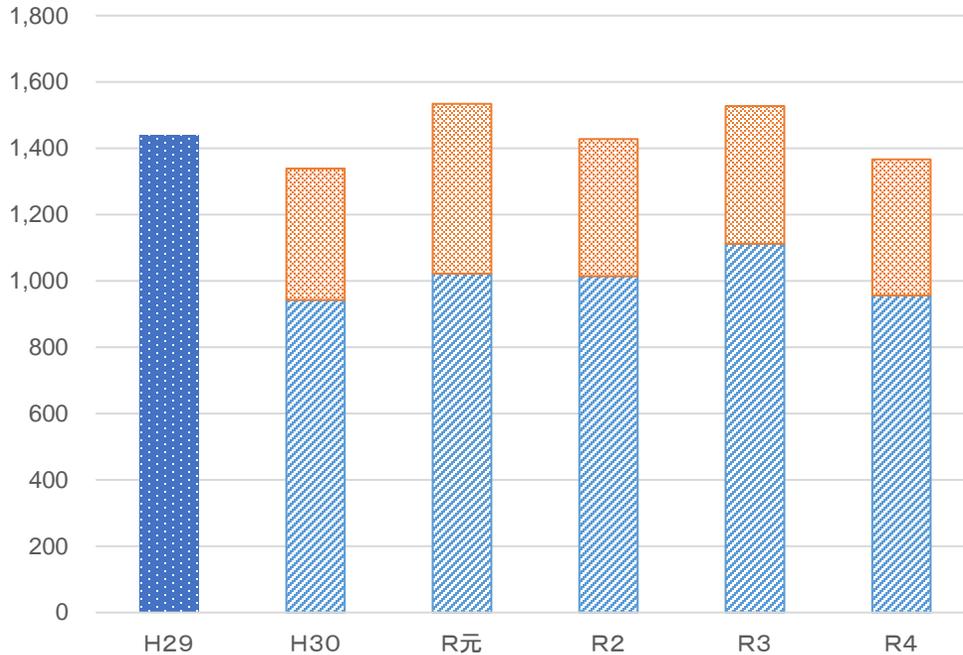
- 認知症地域包括診療料の算定回数は月当たり約1,400回で推移している。
- 認知症地域包括診療加算の算定回数は、平成30年に増加し、以降は低下傾向である。

認知症地域包括診療料
算定回数

認知症地域包括診療加算
算定回数

(算定回数/月)

(算定回数/月)



■ 認知症地域包括診療料2
■ 認知症地域包括診療料1
■ 認知症地域包括診療料

■ 認知症地域包括診療加算2
■ 認知症地域包括診療加算1
■ 認知症地域包括診療加算

生活習慣病管理料の見直し

包括範囲及び評価の見直し

- 生活習慣病患者は、患者ごとに薬剤料が大きく異なっている実態を踏まえ、投薬に係る費用を生活習慣病管理料の包括評価の対象範囲から除外し、評価を見直す。

現行

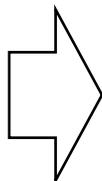
【生活習慣病管理料】

(1：処方箋を交付する場合／2：それ以外の場合)

- イ 脂質異常症を主病とする場合 650点／1,175点
- ロ 高血圧症を主病とする場合 700点／1,035点
- ハ 糖尿病を主病とする場合 800点／1,280点

[算定要件]

- 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った医学管理等、検査、投薬、注射及び病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。



改定後

【生活習慣病管理料】

- (改)** 1 脂質異常症を主病とする場合 **570点**
- 2 高血圧症を主病とする場合 **620点**
- 3 糖尿病を主病とする場合 **720点**

[算定要件]

- 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った**医学管理等、検査、注射及び病理診断の費用**は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。

算定要件の見直し

- 生活習慣に関する総合的な治療管理については、多職種と連携して実施しても差し支えないことを明確化する。また、管理方針を変更した場合に、患者数の定期的な記録を求めないこととする。

現行

【生活習慣病管理料】 [算定要件]

- 脂質異常症等の患者に対し、治療計画を策定し、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、算定できる。
- 糖尿病又は高血圧症の患者については、管理方針を変更した場合に、その理由及び内容等を診療録に記載し、当該患者数を定期的に記録していること。



改定後

【生活習慣病管理料】 [算定要件]

- 脂質異常症等の患者に対し、治療計画を策定し、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、算定できる。**この場合において、総合的な治療管理は、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施しても差し支えない。**
- 糖尿病又は高血圧症の患者については、管理方針を変更した場合に、その理由及び内容等を診療録に記載していること。
(削除)

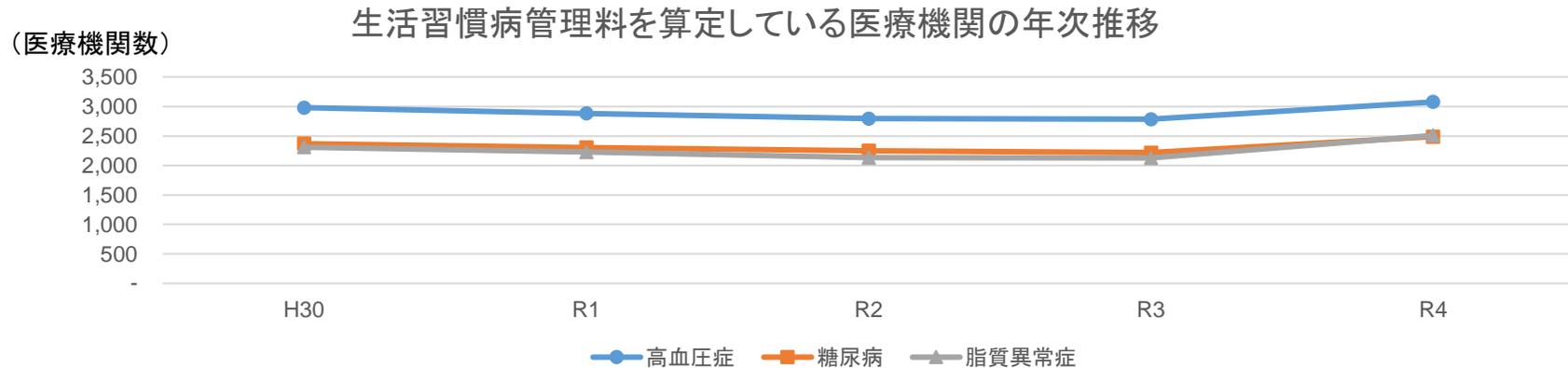
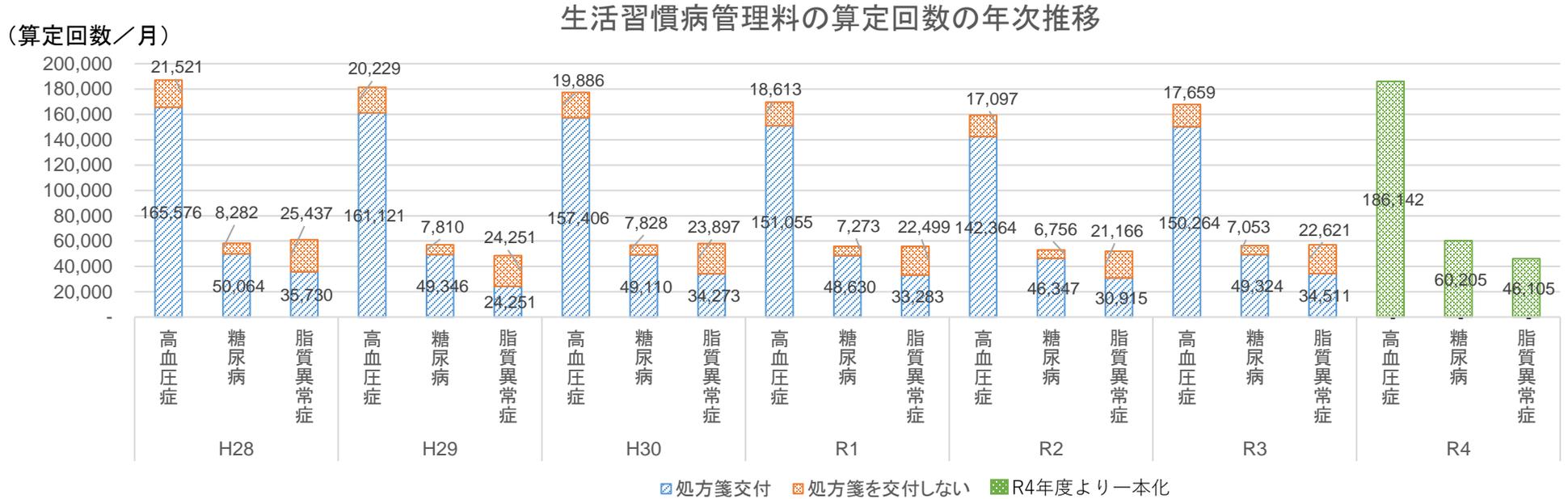
生活習慣病の診療の評価について

中医協 総-8
5. 6. 21

	生活習慣病管理料	糖尿病合併症管理料	糖尿病透析予防指導管理料	高度腎機能障害患者指導加算
評価	570～720点（月1回）	170点（月1回）	350点（月1回）	100点
概要	治療計画に基づき、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の計測、飲酒及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に算定。	糖尿病足病変ハイリスク要因を有する通院患者に対し、専任の医師又は看護師が、患者に対し爪甲切除、角質除去、足浴等を実施するとともに、足の状態の観察方法、足の清潔・爪切り等の足のセルフケア方法、正しい靴の選択方法についての指導を行った場合に算定。	ヘモグロビンA1cが6.1%(JDS)以上又は内服薬やインスリン製剤を使用し、糖尿病性腎症第2期以上の患者に対し、「透析予防診療チーム」が、食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を個別に実施した場合に算定。	eGFR 45ml/分/1.73m ² 未満の患者に、医師が、腎機能を維持するために運動の種類、頻度、強度、時間、留意すべき点等について指導した場合に算定。
算定要件	<ul style="list-style-type: none"> 療養計画書を作成。 少なくとも1月に1回以上の総合的な治療管理を行う。<u>この場合、総合的な治療管理は、看護師、薬剤師、管理栄養士等の他職種と連携して実施しても差し支えない。</u> 管理方針を変更した場合に、理由・内容等を記録。 学会等の診療ガイドライン等を参考にする。 糖尿病患者に対しては年1回程度眼科の診察を促す。 	<ul style="list-style-type: none"> 指導計画を作成。 ハイリスク要因に関する評価結果、指導計画及び実施した指導内容を診療録又は療養指導記録に記載。 	<ul style="list-style-type: none"> 「透析予防診療チーム」（糖尿病性腎症の予防指導に従事した経験を持つ、専任の医師、専任の看護師（保健師）及び管理栄養士からなる）が、日本糖尿病学会の「糖尿病治療ガイド」等に基づき指導を行う。 指導計画を作成する。 保険者から求めがあった場合は情報提供を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> 糖尿病透析予防指導管理料を算定している。
対象疾患	脂質異常症、高血圧症、糖尿病	糖尿病	糖尿病	糖尿病
対象医療機関・施設基準	<ul style="list-style-type: none"> 200床未満の病院及び診療所 	<ul style="list-style-type: none"> 糖尿病・糖尿病足病変の診療に従事した経験を5年以上有する専任の常勤医師1名以上配置。 糖尿病足病変患者の看護に従事した経験を5年以上有し、適切な研修を修了した専任の看護師を1名以上配置。 	<ul style="list-style-type: none"> 医師、看護師又は保健師のうち、少なくとも1名以上は常勤。 薬剤師、理学療法士が配置されることが望ましい。 糖尿病教室を定期的実施している。 算定した患者の状態の変化等を厚生局長に報告している。 	<p>次の②の①に対する割合が5割以上。</p> <p>① 3か月間に本管理料を算定しeGFRが30未満だった患者</p> <p>② ①から3月以上経過した時点で、血清クレアチニン等が改善した患者</p>
包括範囲	在宅自己注射指導管理料、 <u>医学管理等（糖尿病合併症管理料、がん性疼痛緩和指導管理料、外来緩和ケア管理料、糖尿病透析予防指導管理料を除く）、検査、注射、病理診断</u>		外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料、特定疾患療養管理料	

生活習慣病管理料の算定状況

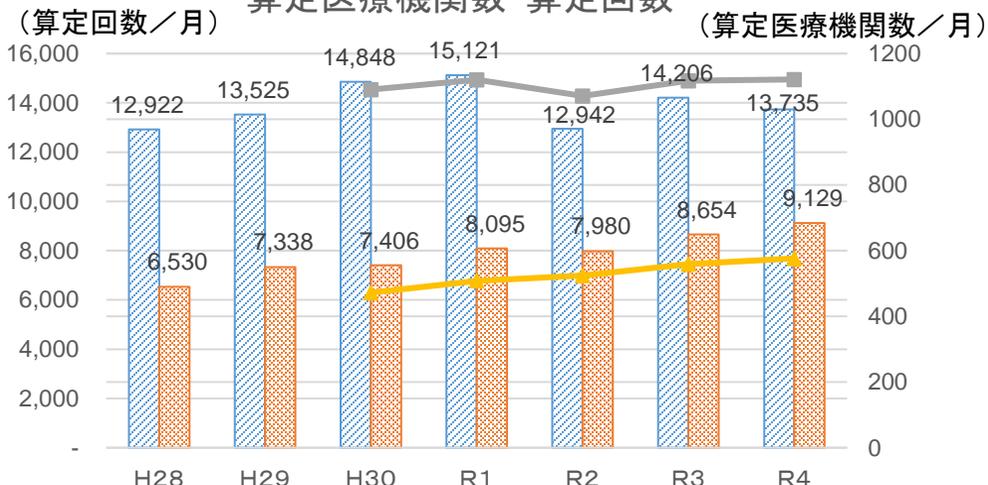
○ 生活習慣病管理料を算定している回数・医療機関ともに若干上昇している。



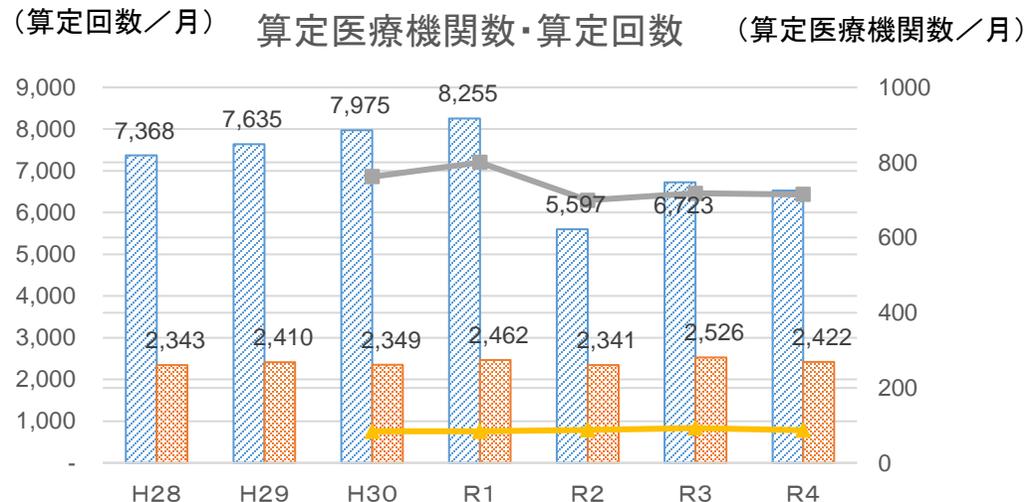
生活習慣病の管理に係る報酬の算定状況

○ 生活習慣病の管理に係る報酬の算定回数はいずれも平成28年から令和元年にかけては増加傾向であるが、令和2年には特に病院における算定医療機関数・算定回数が減少し、以降横ばいで推移している。

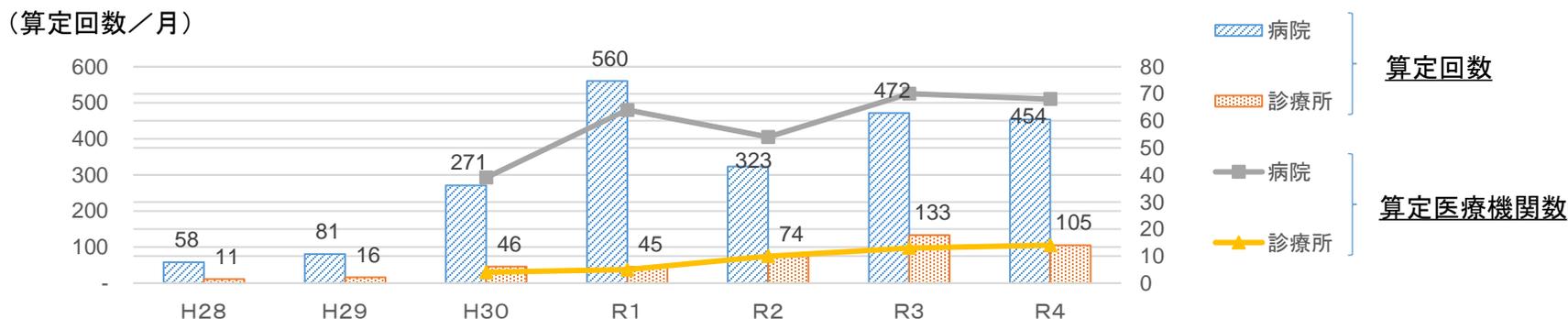
糖尿病合併症管理料
算定医療機関数・算定回数



糖尿病透析予防指導管理料
算定医療機関数・算定回数



高度腎機能障害患者指導加算
算定医療機関数・算定回数

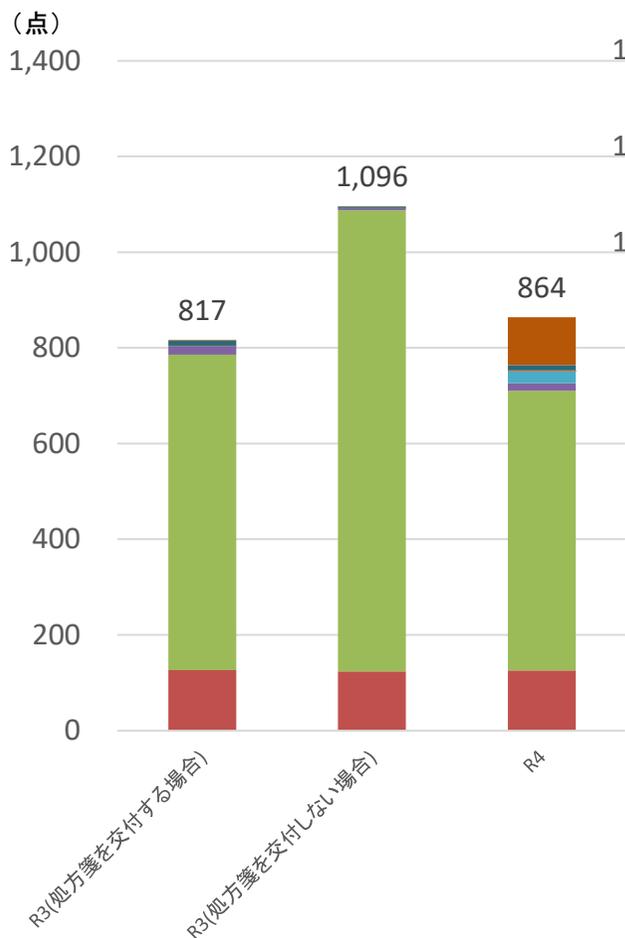


出典：H28～29年は社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）、H30～R4年はNDBデータ（各年5月診療分）

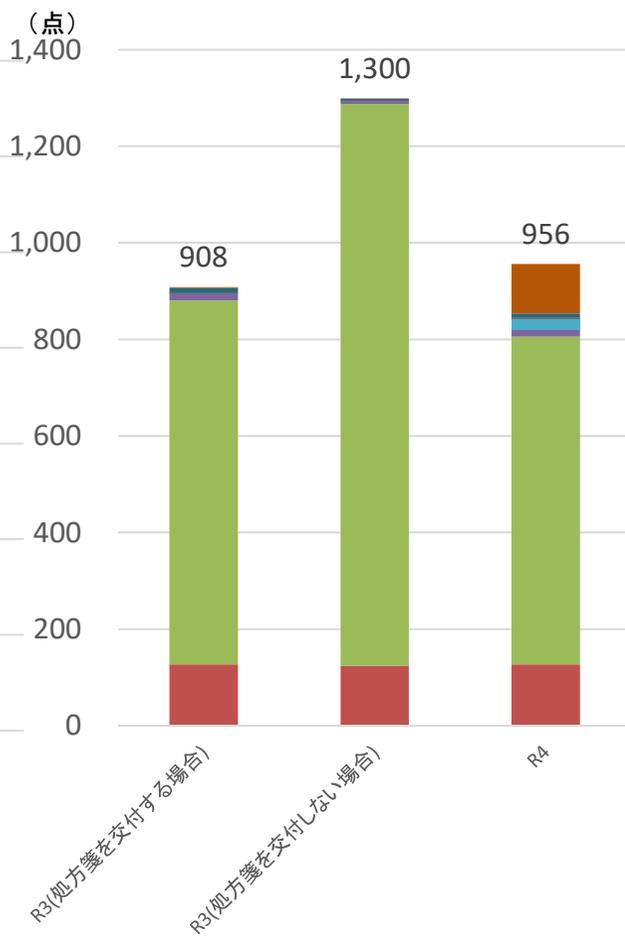
生活習慣病管理料に係る診療費の内訳

- 生活習慣病管理料の算定日における診療費(平均)の内訳は以下のとおり。
- 令和4年度診療報酬改定後において、「投薬」に係る費用が増加している。

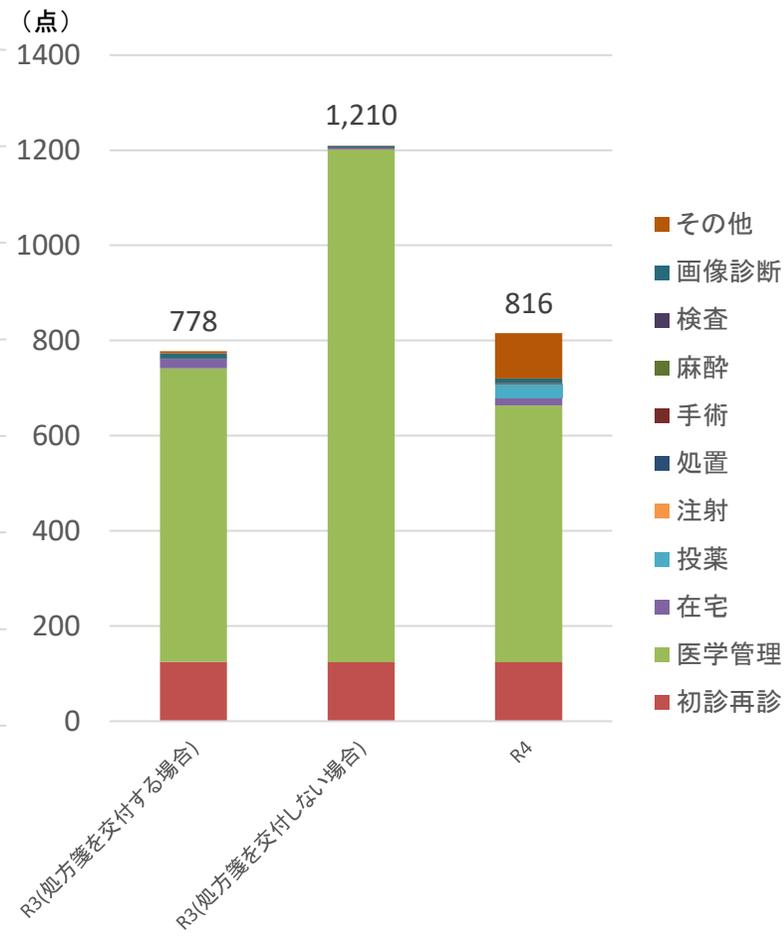
高血圧を主病とするもの



糖尿病を主病とするもの



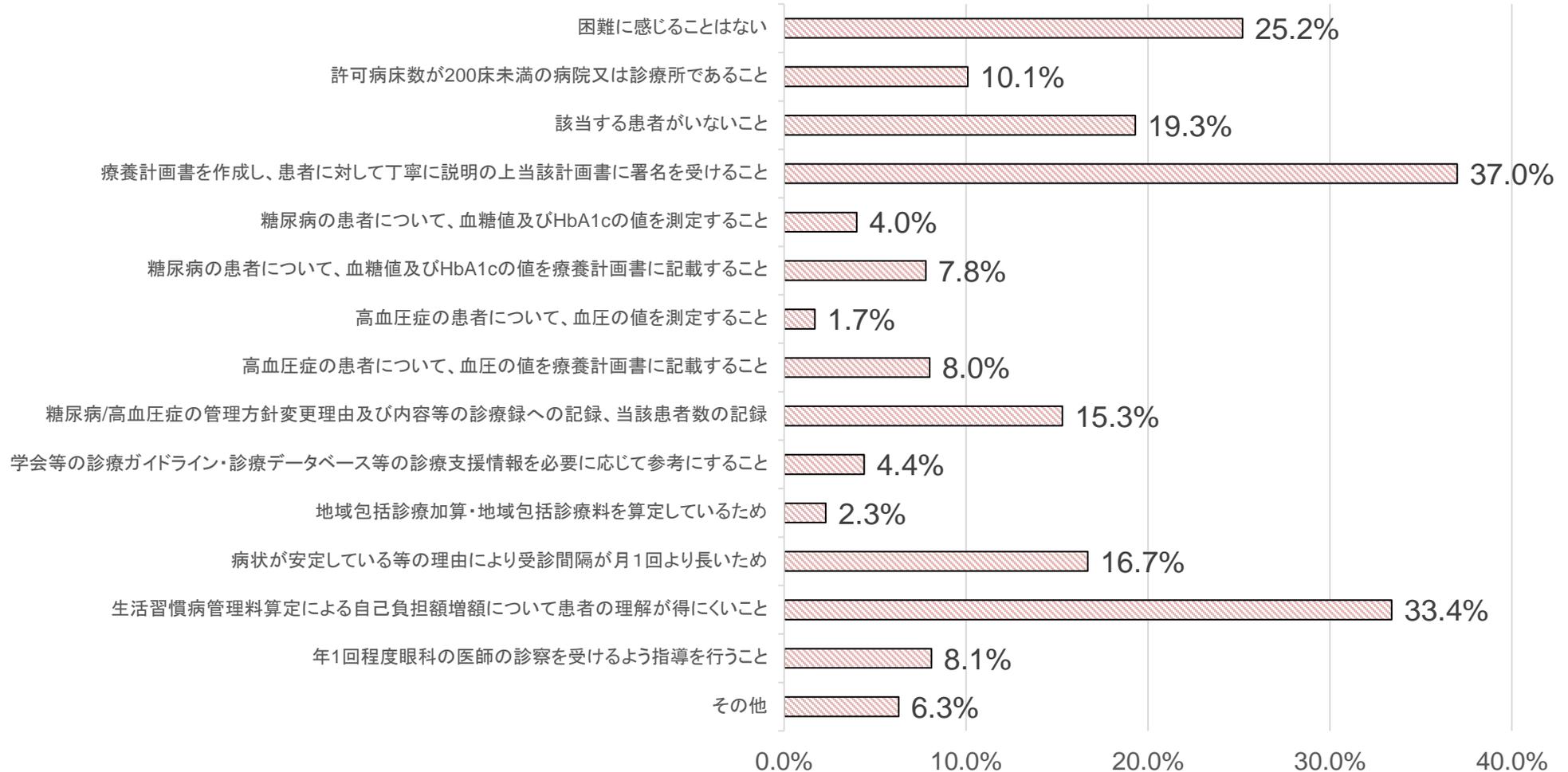
脂質異常症を主病とするもの



生活習慣病管理料の算定について困難を感じること

○ 生活習慣病管理料の算定について困難を感じることとして、「療養計画書を作成し、説明の上計画書に署名を受けること」、「自己負担額について患者の理解が得にくいこと」が多かった。

n=652



生活習慣病管理料の療養計画書

○ 生活習慣病管理料において、検査・問診、重点を置く領域と指導項目(食事、運動、たばこ等)、服薬指導等についての療養計画書を作成し、患者に対し説明の上当該計画書に署名を受けることが求められる。

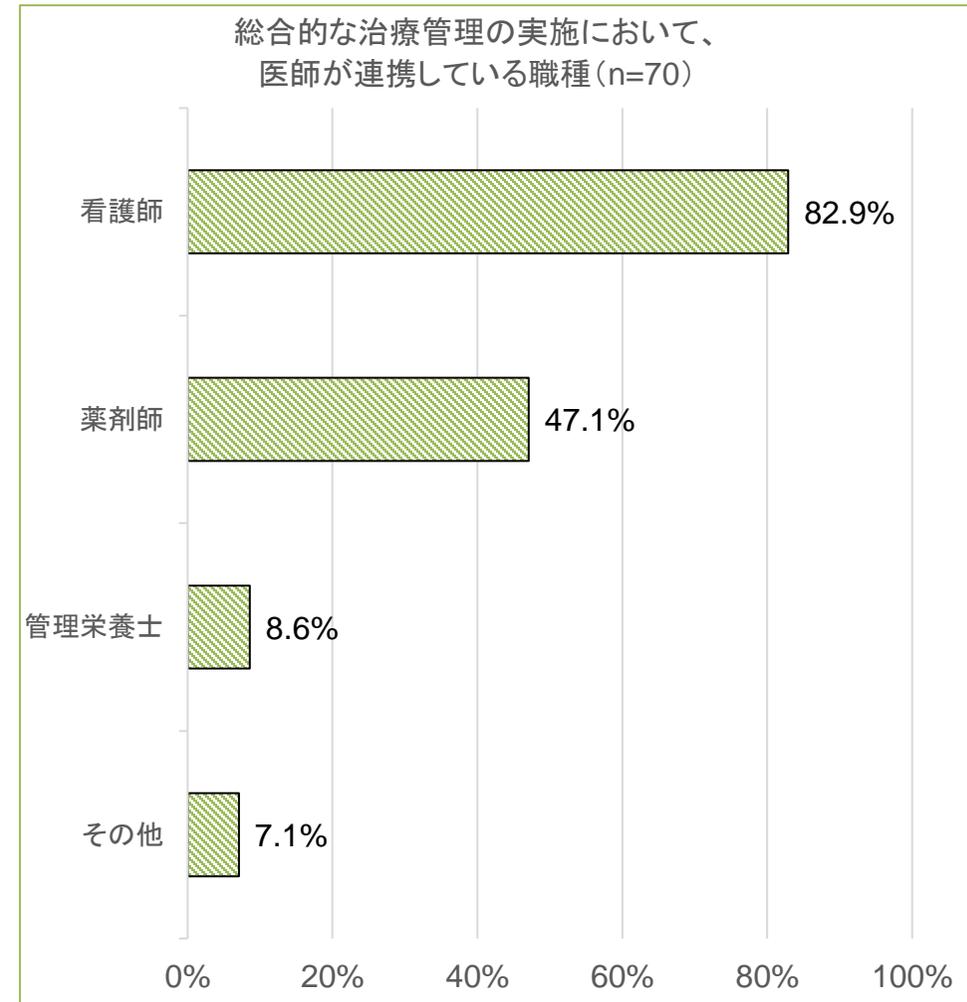
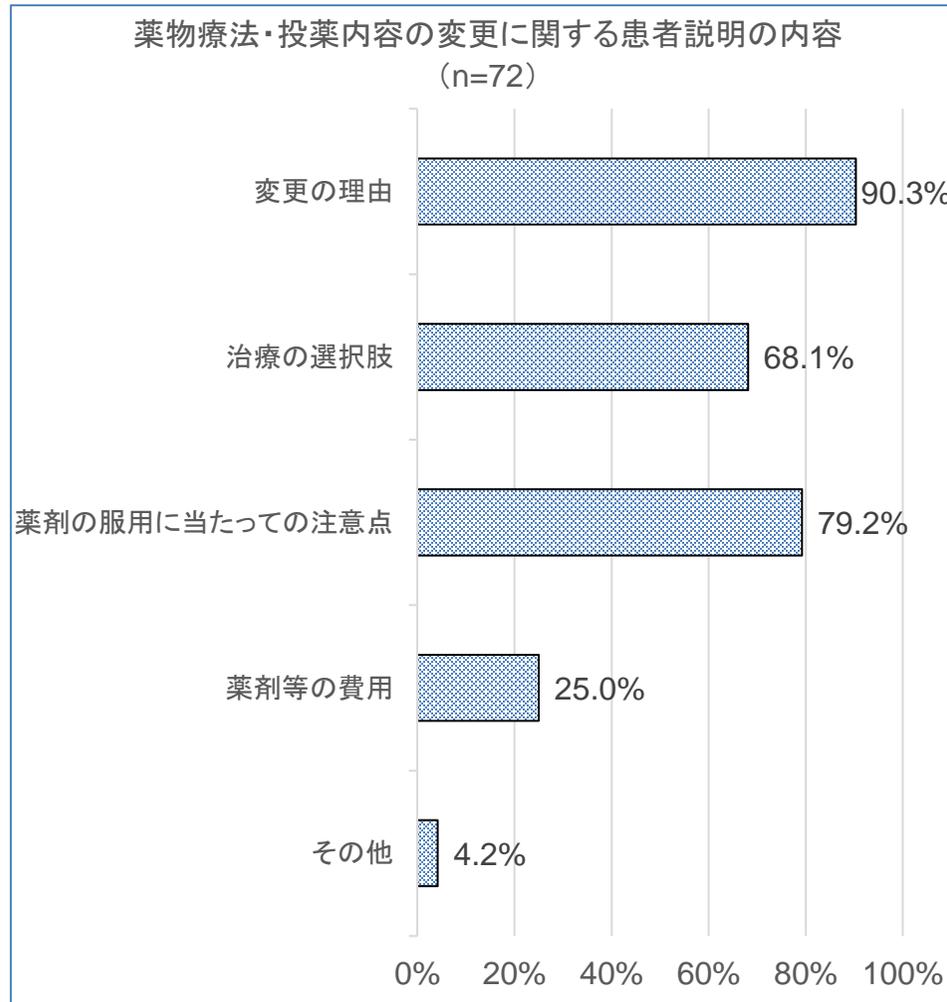
(別紙様式9)

生活習慣病 療養計画書 初回用		(記入日: 年 月 日)	
患者氏名: (男・女)		主病:	
生年月日: 明・大・昭・平・令 年 月 日生(才)		<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症	
ねらい: 検査結果を理解できること・自分の生活上の問題点を抽出し、目標を設定できること			
【検査項目】	□身長 (cm)	□血糖(□空腹時 □随時 □食後()時間)	【血液検査項目】(採血日 月 日)
	□体重: 現在(kg) → 目標(kg)	□HbA1c: 現在(%) → 目標(%)	□総コレステロール (mg/dl)
【問診】	□BMI ()	□HbA1c: 現在(%) → 目標(%)	□中性脂肪 (mg/dl)
	□腹囲: 現在(cm) → 目標(cm)	□HDLコレステロール (mg/dl)	□LDLコレステロール (mg/dl)
【栄養状態】	□栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満)	□HDLコレステロール (mmHg)	□その他 ()
	□収縮期/拡張期血圧: 現在(/) → 目標(/)	□LDLコレステロール (mmHg)	□その他 ()
【運動】	□運動負荷心電図	□その他 ()	□その他 ()
	□その他 ()	□その他 ()	□その他 ()
【問診】 <input type="checkbox"/> 食事の状況 <input type="checkbox"/> 運動の状況 <input type="checkbox"/> たばこ <input type="checkbox"/> 歯科の受診状況 <input type="checkbox"/> その他の生活			
【①達成目標】: 患者と相談した目標			
【②行動目標】: 患者と相談した目標			
			医師氏名 (印)
【重点を置く領域と指導項目】	□食事	□食事摂取量を適正にする □食塩・調味料を控える	□野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす □外食の際の注意事項()
	□運動	□油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす □その他()	□節酒: [減らす(種類・量: を週 回)] □間食: [減らす(種類・量: を週 回)] □食べ方: (ゆっくり食べる・その他()) □食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくとる
【服薬指導】	□運動処方: 種類(ウォーキング・) 時間(30分以上・)、頻度(ほぼ毎日・週 日) 強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍 拍/分 or) □日常生活の活動量増加(例: 1日1万歩・) □運動時の注意事項など()	□禁煙・節煙の有効性 □禁煙の実施方法等	
	□たばこ	□非喫煙者である	□仕事 □余暇 □睡眠の確保(質・量) □減量 □家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等) □その他()
【療養を行うにあたっての問題点】		□処方なし □薬の説明	
【他の施設の利用状況について】		□有 □無	
【特定健康診査の受診の有無】		□有 □無	
【特定保健指導の利用の有無】		□有 □無	
【保険者からの情報提供の求めに対する協力の同意】		□有 □無	
※実施項目は、□にチェック、()内には具体的に記入 ※担当者が同一の場合、すべての欄に署名する必要はない。		患者署名	
		医師氏名 (印)	

(別紙様式9の2)

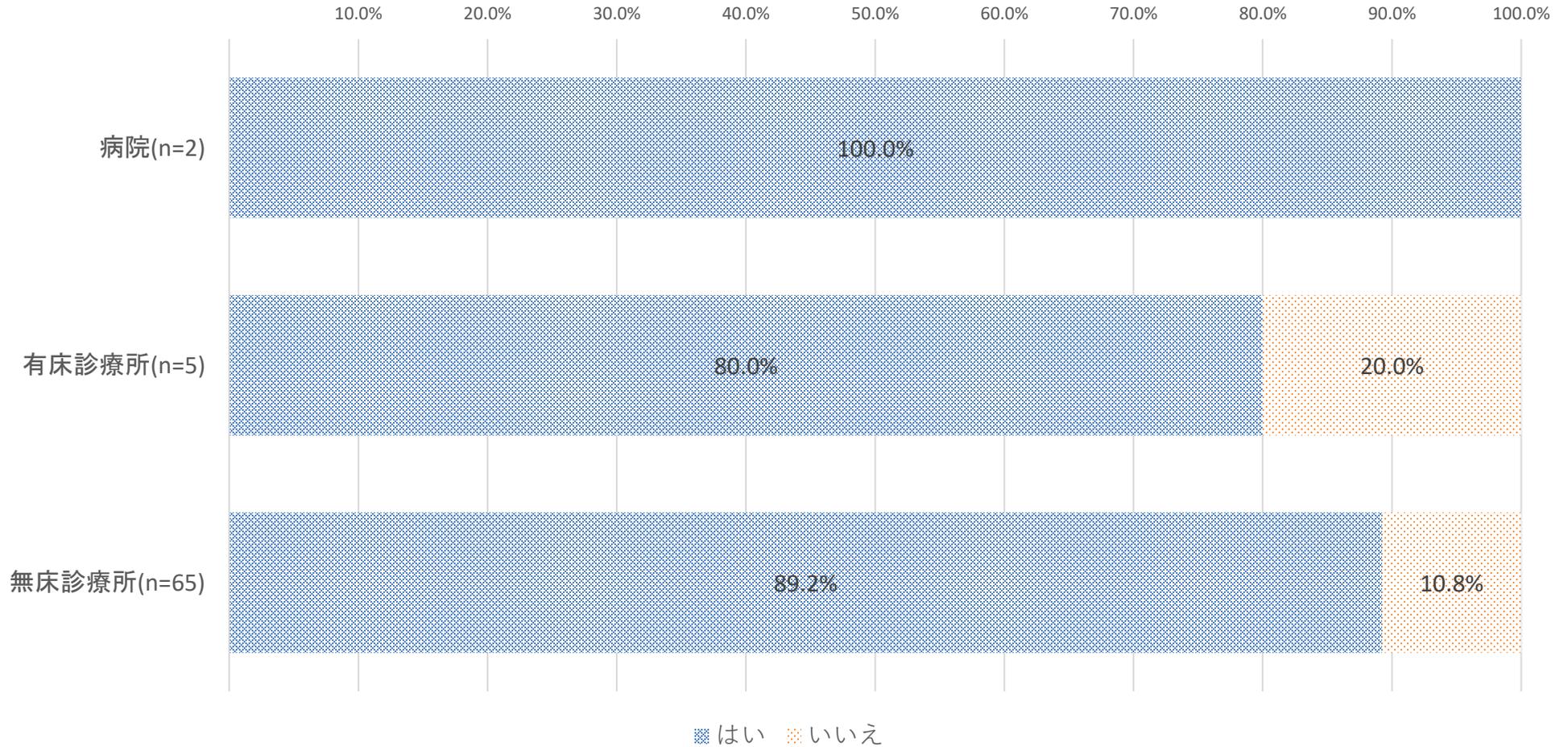
生活習慣病 療養計画書 継続用		(記入日: 年 月 日)()回目	
患者氏名: (男・女)		主病:	
生年月日: 明・大・昭・平・令 年 月 日生(才)		<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症	
ねらい: 重点目標の達成状況を理解できること・目標再設定と指導された生活習慣改善に取り組めること			
【検査項目】	□体重: 現在(kg) → 目標(kg)	□血糖(□空腹時 □随時 □食後()時間)	【血液検査項目】(採血日 月 日)
	□BMI ()	□HbA1c: 現在(%) → 目標(%)	□総コレステロール (mg/dl)
【問診】	□腹囲: 現在(cm) → 目標(cm)	□HbA1c: 現在(%) → 目標(%)	□中性脂肪 (mg/dl)
	□栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満)	□HDLコレステロール (mmHg)	□LDLコレステロール (mg/dl)
【運動】	□収縮期/拡張期血圧: 現在(/) → 目標(/)	□LDLコレステロール (mmHg)	□その他 ()
	□運動負荷心電図	□その他 ()	□その他 ()
【目標の達成状況と次の目標】: 患者と相談した目標			
【①達成目標】: 患者と相談した目標			
【②行動目標】: 患者と相談した目標			
			医師氏名 (印)
【重点を置く領域と指導項目】	□食事	□今回は、指導の必要なし □食事摂取量を適正にする □食塩・調味料を控える	□野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす □外食の際の注意事項()
	□運動	□油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす □その他()	□節酒: [減らす(種類・量: を週 回)] □間食: [減らす(種類・量: を週 回)] □食べ方: (ゆっくり食べる・その他()) □食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくとる
【服薬指導】	□運動	□今回は、指導の必要なし □運動処方: 種類(ウォーキング・) 時間(30分以上・)、頻度(ほぼ毎日・週 日) 強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍 拍/分 or) □日常生活の活動量増加(例: 1日1万歩・) □運動時の注意事項など()	□禁煙・節煙の有効性 □禁煙の実施方法等
	□たばこ	□非喫煙者である	□仕事 □余暇 □睡眠の確保(質・量) □減量 □家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等) □その他()
【療養を行うにあたっての問題点】		□処方なし □薬の説明	
【他の施設の利用状況について】		□有 □無	
【特定健康診査の受診の有無】		□有 □無	
【特定保健指導の利用の有無】		□有 □無	
【保険者からの情報提供の求めに対する協力の同意】		□有 □無	
※実施項目は、□にチェック、()内には具体的に記入 ※担当者が同一の場合、すべての欄に署名する必要はない。		患者署名	
		医師氏名 (印)	

○ 令和4年10月1ヶ月間に糖尿病または高血圧症の患者で管理方針を変更した患者がいた施設において、薬物療法・投薬内容の変更に関する患者説明の内容、職種間連携の状況について、内容としては「変更の理由」「薬剤の服用に当たっての注意点」が多く、連携している職種としては看護師が最多であった。



○ 多くの施設で、糖尿病を主病とする患者に定期的な眼科受診を勧めていた。

糖尿病を主病としている患者である患者に定期的な眼科受診を勧めているか(n=72)



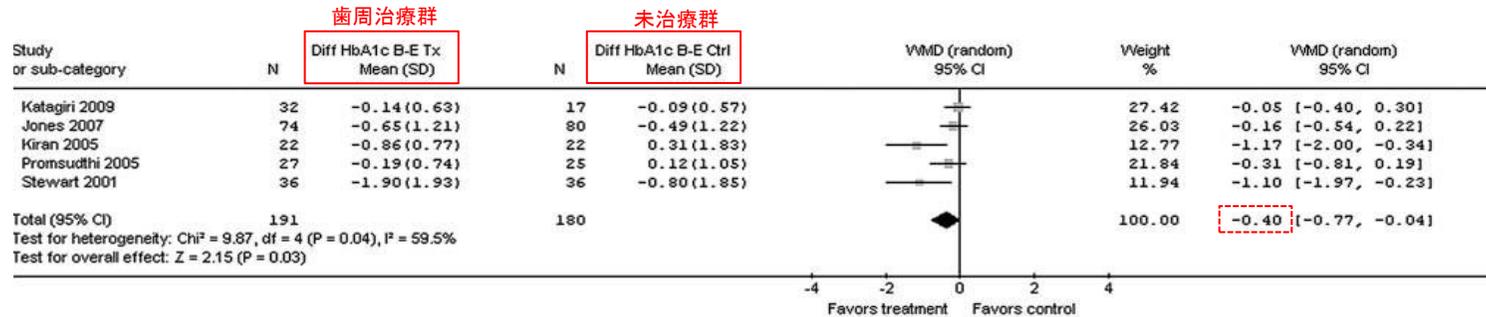
糖尿病診療ガイドライン2019（日本糖尿病学会）

- ・歯周病は、慢性炎症として血糖コントロールに悪影響を及ぼすことが疫学的に示されている
- ・2型糖尿病では歯周治療により血糖が改善する可能性があり※、推奨される（推奨グレードA）《参考1》
（※文献の相違があるものの、共通して歯周基本治療後に、HbA1cが0.29~0.66%低下することが示されている）

糖尿病患者に対する歯周治療ガイドライン 改訂第2版 2014（日本歯周病学会）

- ・糖尿病患者は1型か2型にかかわらず非糖尿病患者に比較して有意に歯周病の発症率が高い《参考2》
- ・血糖コントロール不良の糖尿病は歯周病の進行に関与し、歯周病を悪化させる
- ・複数のメタアナリシスにおいて歯周治療による血糖コントロールの改善効果が支持されており、糖尿病患者に対しては歯周治療が勧められる

○歯周治療による血糖コントロール改善効果：歯周治療による炎症性サイトカイン低下により、インスリン抵抗性の改善が促されると考えられている



メタアナリシスにおいて、2型糖尿病患者に対する歯周治療介入により未治療群に比較して、HbA1cが -0.40%有意に改善されることが示された。

《参考1》出典:Teeuw WJ, Gerdes VE, Loos BG: Effect of periodontal treatment on glycemic control of diabetic patients: a systematic review and meta-analysis. Diabetes Care 33: 421-427, 2010

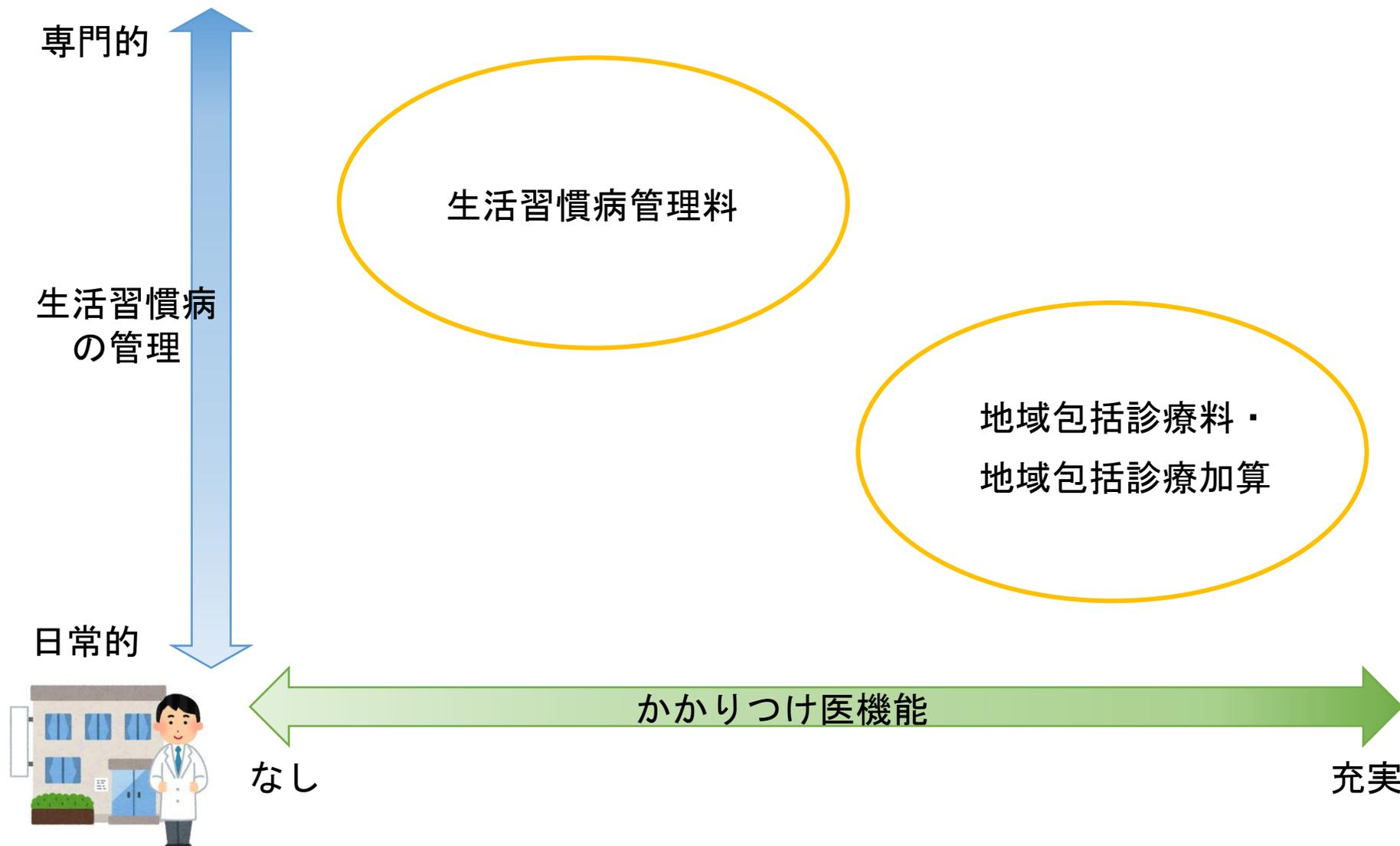
○糖尿病患者の歯周病発症率：口腔乾燥による自浄作用低下や、歯周病細菌に対する抵抗力の低下等により、歯周病の発症率が有意に高い（「第6の合併症」とされる）

	N	Relative Risk	95%CI	p value	Relative Risk	95%CI	p value
HbA1c < 6.5%	5,706	1			1		
HbA1c ≥ 6.5%	150	1.47	1.25-1.73	0.001	1.17	1.01-1.36	0.038
Body Mass Index (BMI)							
< 22	2,319				1		
22-25	2,153				1.12	1.04-1.22	0.005
25-30	1,244				1.23	1.12-1.34	0.001
> 30	140				1.41	1.16-1.70	0.001
Smoking status							
Never smoked	2,484				1		
Former smoker	1,360				1.12	1.02-1.24	0.022
Current smoker	2,012				1.52	1.40-1.66	0.001
Sex							
Men	4,511				1		
Women	1,345				0.90	0.81-1.00	0.044
Age, yrs							
					1.03	1.02-1.03	0.001

健診受診者5,856人を対象とした調査で、HbA1c≥6.5%の群で歯周病の発生率に係る相対危険度が1.17倍（性別・年齢・喫煙・BMIによる調整後）であることが示された。

《参考2》出典:Morita I, Inagaki K, Nakamura F et al Relationship between periodontal status and levels of glycated hemoglobin. J Dent Res 91: 161-166, 2012

200床未満の病院及び診療所における 生活習慣病の管理を中心とした評価



○ 生活習慣病を主病とする患者の概数および特定疾患療養管理料算定患者の概数(令和4年10月の受診患者数)は以下のとおり。

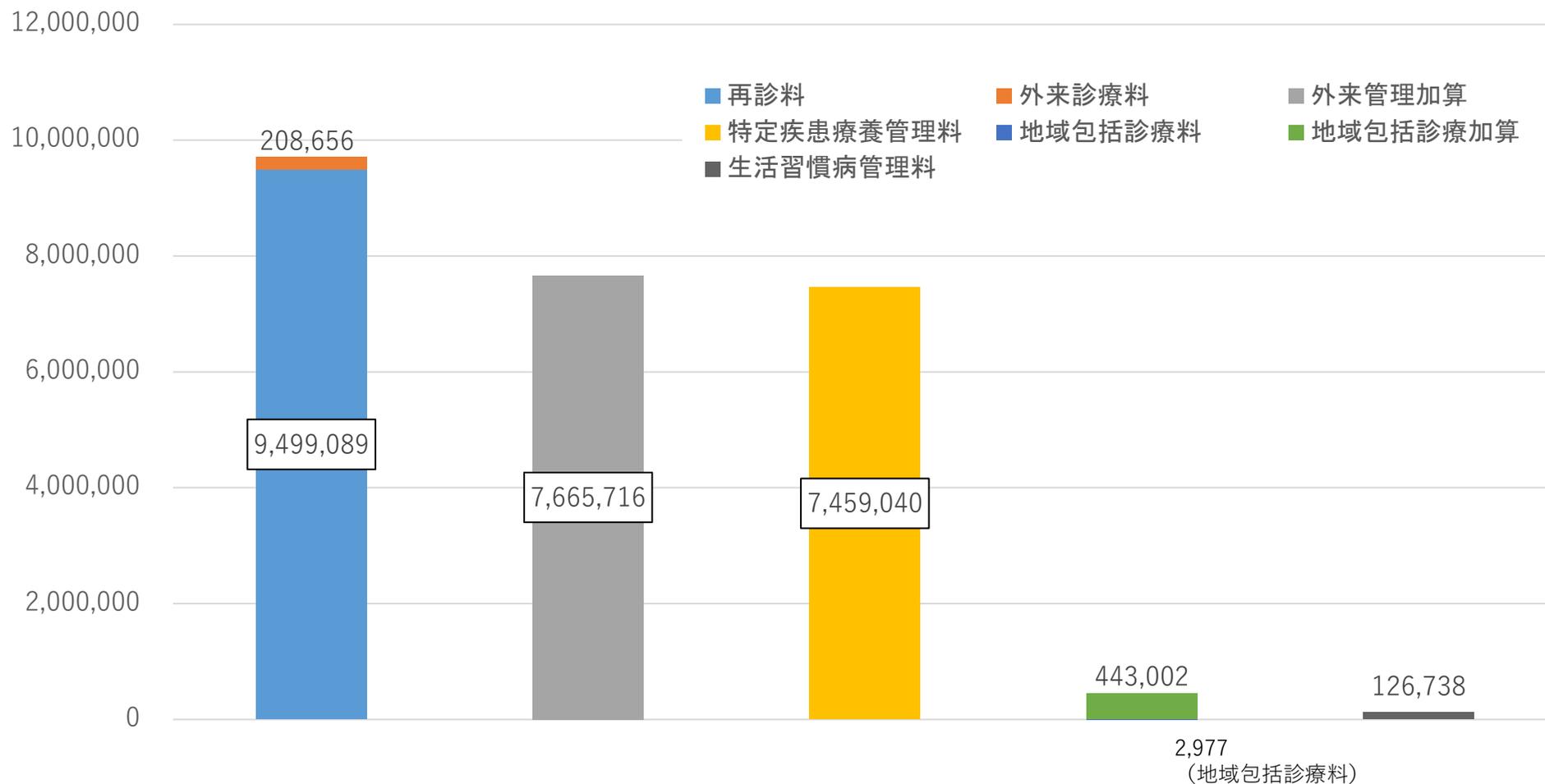
令和4年10月の受診患者数

	回答数		平均		四分位数					
					25%Tile		中央値		75%Tile	
① 脂質異常症、高血圧又は糖尿病を主病とする患者の概ねの人数 (在宅医療の患者は含めず、生活習慣病管理料の算定の有無を問わない)	690	件	316.0	人	0.0	人	121.0	人	438.3	人
② 特定疾患療養管理料を算定した患者の概ねの人数	690	件	288.6	人	0.0	人	129.0	人	450.0	人

高血圧患者の外来診療における算定状況

○ 主傷病名が高血圧である外来患者について、日常的な管理指導等に係る診療報酬として算定されているものを集計したところ、以下のとおりだった。

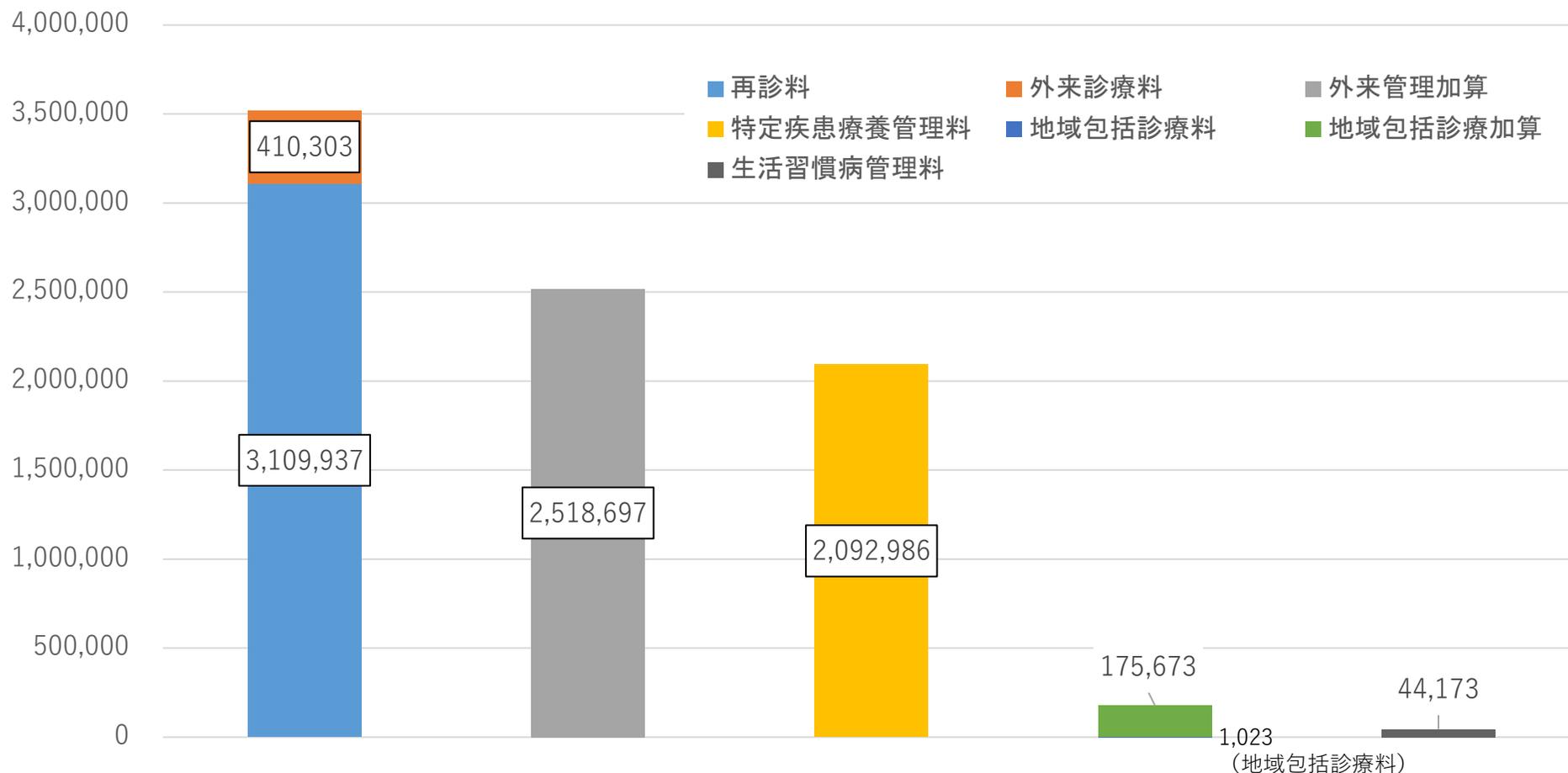
主傷病が高血圧の患者における、
外来診療に係る診療報酬の算定回数



糖尿病患者の外来診療における算定状況

○ 主傷病名が糖尿病である外来患者について、日常的な管理指導等に係る診療報酬として算定されているものを集計したところ、以下のとおりだった。

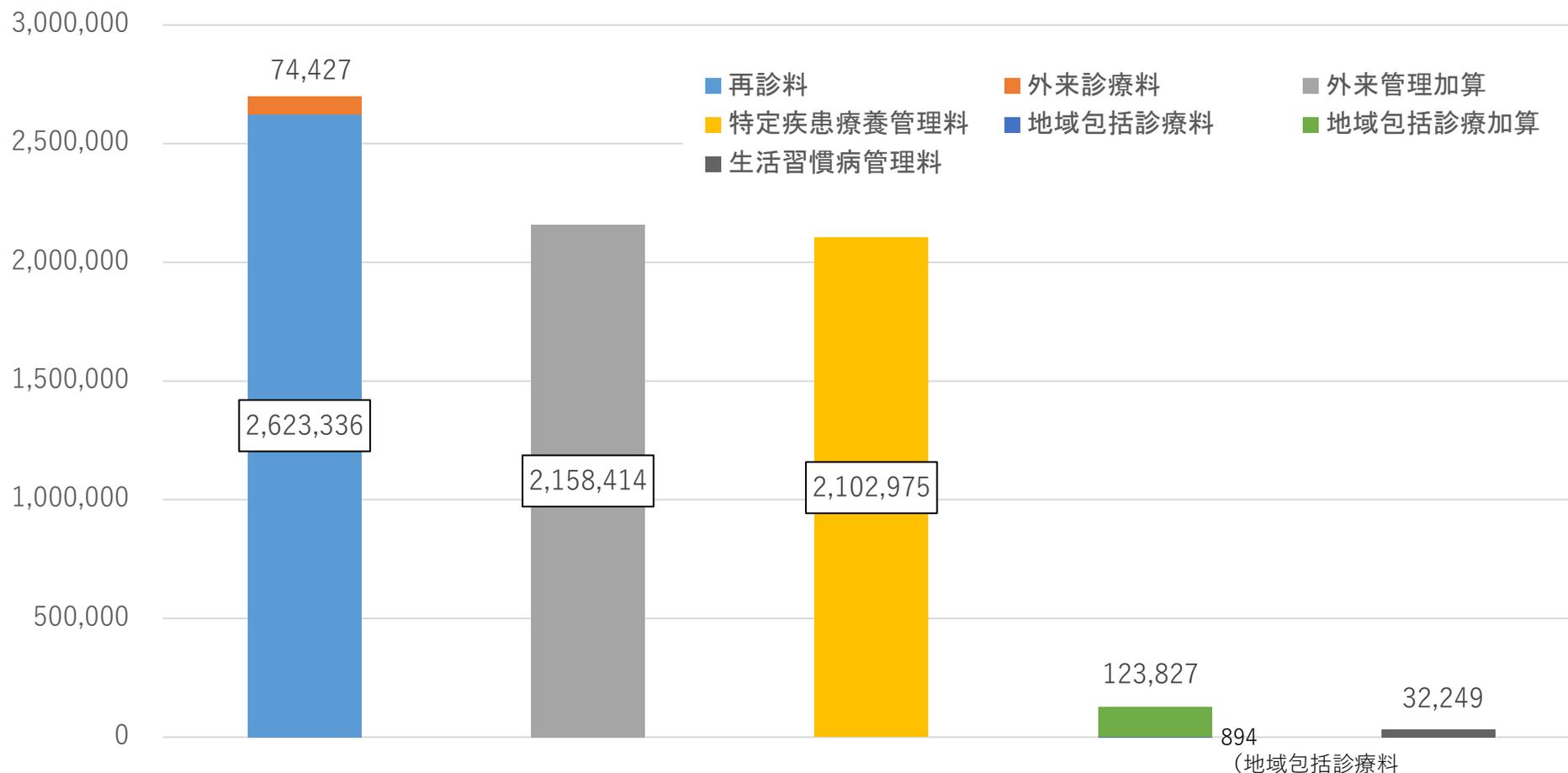
主傷病が糖尿病の患者における、
外来診療に係る診療報酬の算定回数



脂質異常症患者の外来診療における算定状況

○ 主傷病名が脂質異常症である外来患者について、日常的な管理指導等に係る診療報酬として算定されているものを集計したところ、以下のとおりだった。

主傷病が脂質異常症の患者における、
外来診療に係る診療報酬の算定回数



特定疾患療養管理料に係る傷病名

- 特定疾患療養管理料の算定時に係る主傷病名の上位50位は以下の通り。
 ○ 同管理料の全算定件数に占める主傷病名の割合は、高血圧は57.7%、糖尿病は16.2%、脂質異常症は23.9%、心不全は2.3%であった。

No.	傷病名	令和4年度	
		5月診療月	
		回数	構成比%
計	特定疾患療養管理料の全算定回数	12,937,842	100.0%
再掲	糖尿病(計)	2,092,986	16.2%
	脂質異常症(計)	3,092,941	23.9%
	高血圧症(計)	7,459,040	57.7%
	心不全(計)	292,875	2.3%
1	高血圧症 I10	7,458,725	57.7%
2	高コレステロール血症 E780	1,453,006	11.2%
3	糖尿病 E14	1,081,173	8.4%
4	2型糖尿病 E11	994,862	7.7%
5	高脂血症 E785	989,977	7.7%
6	気管支喘息 J459	925,271	7.2%
7	慢性胃炎 K295	742,738	5.7%
8	脂質異常症 E785	629,425	4.9%
9	本態性高血圧症 I10	429,611	3.3%
10	狭心症 I209	295,917	2.3%
11	アレルギー性鼻炎 J304	256,012	2.0%
12	胃潰瘍 K259	209,380	1.6%
13	脳梗塞 I639	197,959	1.5%
14	便秘症 K590	171,476	1.3%
15	胃炎 K297	170,414	1.3%
16	腰痛症 M5456	159,965	1.2%
17	慢性腎不全 N189	151,821	1.2%
18	逆流性食道炎 K210	147,866	1.1%
19	甲状腺機能低下症 E039	147,114	1.1%
20	慢性心不全 I509	136,812	1.1%
21	高尿酸血症 E790	135,955	1.1%
22	不眠症 G470	131,632	1.0%
23	肝機能障害 K769	109,162	0.8%

No. (続き)	傷病名	令和4年度	
		5月診療月	
		回数	構成比%
24	維持療法の必要な難治性逆流性食道炎 K210	108,900	0.8%
25	前立腺癌 C61	107,572	0.8%
26	変形性膝関節症 M171	105,192	0.8%
27	慢性気管支炎 J42	104,927	0.8%
28	湿疹 L309	103,063	0.8%
29	脂肪肝 K760	102,149	0.8%
30	骨粗鬆症 M8199	98,959	0.8%
31	非弁膜症性心房細動 I489	92,547	0.7%
32	心房細動 I489	92,171	0.7%
33	心不全 I509	90,796	0.7%
34	脳梗塞後遺症 I693	80,414	0.6%
35	乳癌 C509	75,967	0.6%
36	アレルギー性結膜炎 H101	74,012	0.6%
37	慢性肝炎 K739	72,277	0.6%
38	鉄欠乏性貧血 D509	71,524	0.6%
39	頭痛 R51	69,632	0.5%
40	バセドウ病 E050	66,639	0.5%
41	急性気管支炎 J209	65,314	0.5%
42	前立腺肥大症 N40	64,057	0.5%
43	萎縮性胃炎 K294	62,497	0.5%
44	不整脈 I499	62,298	0.5%
45	アルツハイマー型認知症 G309	61,009	0.5%
46	肩関節周囲炎 M750	61,001	0.5%
47	急性上気道炎 J069	58,753	0.5%
48	うつ血性心不全 I500	58,512	0.5%
49	過活動膀胱 N328	56,043	0.4%
50	胃癌 C169	55,021	0.4%

かかりつけ医機能に係る評価等の対象患者

	加算の趣旨	対象患者（疾患等）
地域包括診療加算 地域包括診療料	かかりつけ医機能	高血圧症、糖尿病、脂質異常症、 <u>慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っているものに限る。）</u> 又は、認知症の6疾病のうち2つ以上（疑いは除く。）
認知症地域包括診療加算 認知症地域包括診療料	かかりつけ医機能	以下の全ての要件を満たす認知症患者 <ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症以外に1以上の疾病を有する（疑いは除く） ・ 同月に、当該保険医療機関において「1処方につき5種類を超える内服薬」「1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬を合わせて3種類を超えて含むもの」のいずれの投薬も受けていない患者
小児かかりつけ診療料	かかりつけ医機能	当該保険医療機関を4回以上受診した未就学児（6歳以上の患者にあつては、6歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る）の患者であつて入院中の患者以外のもの。
機能強化加算	かかりつけ医機能	特段の要件なし（初診料算定時）。
生活習慣病管理料	疾患管理	脂質異常症、高血圧症、糖尿病
特定疾患療養管理料	治療計画に基づき、服薬、運動、栄養等の療養上の管理を行った場合の評価	結核、悪性新生物、甲状腺障害、処置後甲状腺機能低下症、糖尿病、スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害、ムコ脂質症、リポ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症、リポジストロフィー、ローノア・ベンソード腺脂肪腫症、高血圧性疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管疾患、一過性脳虚血発作及び関連症候群、単純性慢性気管支炎及び粘液膿性慢性気管支炎、詳細不明の慢性気管支炎、その他の慢性閉塞性肺疾患、肺気腫、喘息、喘息発作重積状態、気管支拡張症、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃炎及び十二指腸炎、肝疾患（経過が慢性なものに限る。）、慢性ウイルス性肝炎、アルコール性慢性膵炎、その他の慢性膵炎、思春期早発症、性染色体異常

外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設

- ▶ 外来医療、在宅医療及びリハビリテーション医療について、データに基づく適切な評価を推進する観点から、生活習慣病管理料、在宅時医学総合管理料、疾患別リハビリテーション料等において、保険医療機関が診療報酬の請求状況、治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合の評価を新設する。

生活習慣病管理料

(新) 外来データ提出加算 50点 (月1回)

[算定要件]

- 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における**診療報酬の請求状況、生活習慣病の治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合**は、外来データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。

[施設基準]

- 外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出**するために必要な体制が整備されていること。
- データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。

在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料

(新) 在宅データ提出加算 50点 (月1回)

疾患別リハビリテーション料

(新) リハビリテーションデータ提出加算 50点 (月1回)

※ 在宅データ提出加算とリハビリテーションデータ提出加算の算定要件・施設基準は外来データ提出加算と同様。

外来医療等のデータ提出を始める医療機関のスケジュール（イメージ）

10月からは、3か月毎に提出（※3）。

医療機関

①データ作成開始前に
保険局医療課に届出
（※1）

②6,7月分のデータ
（試行データ）
を作成
※連続する少なくとも
2か月分のデータ

③ソフトウェア
による試行データの自己
チェックを行う

④試行データを
事務局に提出

⑦通知を
元に厚生局に届出

10月1日より
⑧外来データ提出加算等
算定

⑨10~12月分を作成
→令和6年1月提出

調査実施
説明資料
を公表

⑤判定

⑥通知
内容が適切で
あれば通知

厚生労働省
（調査事務局）

令和5年5月

6~7月

8月

9月

10月

※1 5/20までに厚生局を
経由して届出（施設の状況
により若干時期が異なる）

※2 自己チェック用のソフトは厚生労働省が追って作成・配付。医療機関側で提出前にチェックを実施（必須）。

※3 提出データについては、より詳細な点検を厚生労働省（調査事務局）にて実施し、データの追加提出を求める場合がある。

外来データ提出加算での主な入力項目について

〈共通〉

大項目	項目名
属性	生年月日
	性別
	患者住所地域の郵便番号
身長・体重	身長
	体重
喫煙歴	喫煙区分
	1日の喫煙本数
	喫煙年数
介護情報	高齢者情報
	要介護度
診断情報/傷病	自院管理の有無
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名
入院の状況	入院の有無
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名
終診情報	当月中の終診情報
	終診年月日
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名

〈外来データ提出加算〉

大項目	項目名
外来受診情報	受診年月日
	初診/再診
	他院による紹介の有無
	診療科コード
糖尿病の有無	糖尿病の有無
	自院管理の有無
糖尿病の診断年月	診断年月
血糖コントロール・慢性合併症	血糖コントロール
	慢性合併症：網膜症
	慢性合併症：腎症
	慢性合併症：神経障害
高血圧症の有無	高血圧症の有無
	自院管理の有無
高血圧症の診断年月	診断年月
血圧	血圧分類
	リスク層
	収縮期血圧
	拡張期血圧
脂質異常症の有無	脂質異常症の有無
	自院管理の有無
脂質異常症の診断年月	診断年月

大項目	項目名
リスク分類・LDLコレステロール	リスク分類
	LDLコレステロール
脳卒中の有無（初発）	脳卒中の有無（既往含む）
	脳卒中の初発の種類（既往含む）
	脳卒中の初発の発症（診断）年月
脳卒中（初発以外）	脳卒中の初発以外の種類（既往含む）
	脳卒中の初発以外の発症（診断）年月
急性冠症候群の有無（初発）	急性冠症候群の有無（既往含む）
	急性冠症候群の初発の種類（既往含む）
	急性冠症候群の初発の発症（診断）年月
急性冠症候群の（初発以外）	急性冠症候群の初発以外の種類（既往含む）
	急性冠症候群の初発以外の発症（診断）年月
心不全の有無	心不全の有無
	心不全の診断年月
急性大動脈解離の有無（初発）	急性大動脈解離の有無（既往含む）
	急性大動脈解離の初発の発症（診断）年月
急性大動脈解離（初発以外）	急性大動脈解離の初発以外の発症（診断）年月
慢性腎臓病の有無	慢性腎臓病の有無
	慢性腎臓病の診断年月
高尿酸血症の有無	高尿酸血症の有無
	高尿酸血症の診断年月
	尿酸値

紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し①

- ▶ 外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲を見直すとともに、当該医療機関における定額負担の対象患者について、その診療に係る保険給付範囲及び定額負担の額等を見直す。

現行制度

[対象病院]

- ・ 特定機能病院
 - ・ 地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る）
- ※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる

[定額負担の額]

- ・ 初診：医科 5,000円、 歯科 3,000円
- ・ 再診：医科 2,500円、 歯科 1,500円

見直し後

[対象病院]

- ・ 特定機能病院
 - ・ 地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る）
 - ・ **紹介受診重点医療機関（一般病床200床以上に限る）**
- ※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる

[定額負担の額]

- ・ 初診：医科 **7,000円**、 歯科 **5,000円**
- ・ 再診：医科 **3,000円**、 歯科 **1,900円**

[保険給付範囲からの控除]

外来機能の明確化のための**例外的・限定的な取扱い**として、定額負担を求める患者（**あえて紹介状なしで受診する患者等**）の初診・再診について、**以下の点数を保険給付範囲から控除**

- ・ 初診：医科 **200点**、 歯科 **200点**
- ・ 再診：医科 **50点**、 歯科 **40点**

(例) 医科初診・選定療養費7,000円・患者負担3,000円の場合の医療費

定額負担 5,000円	
医療保険から支給 (選定療養費) 7,000円	患者負担 3,000円

定額負担 7,000円	
医療保険から支給 (選定療養費) 5,600円 (=7,000円-2,000円×0.7)	患者負担 2,400円 (=3,000円-2,000円×0.3)

[施行日等] **令和4年10月1日から施行・適用**。また、新たに紹介受診重点医療機関となってから6か月の経過措置を設ける。

紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し②

現行制度

【対象患者】

- ・ **初診**：他の病院又は診療所からの紹介状なしで受診した患者
- ・ **再診**：他の病院（病床数200床未満に限る）又は診療所に対して、文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該医療機関を受診した患者

※ 緊急その他やむを得ない事情がある場合には、定額負担を求めてはならない。

※ 正当な理由がある場合には、定額負担を求めなくても良い。

《定額負担を求めなくても良い場合》 ※初診・再診共通

- ① 自施設の他の診療科を受診している患者
- ② 医科と歯科との間で院内紹介された患者
- ③ 特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者
- ④ 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者
- ⑤ 外来受診から継続して入院した患者
- ⑥ 地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者
- ⑦ 治験協力者である患者
- ⑧ 災害により被害を受けた患者
- ⑨ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
- ⑩ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者

見直し後

➤ 定額負担を求めなくても良い場合について、以下のとおり見直す。

【初診の場合】

- ① 自施設の他の診療科から院内紹介されて受診する患者
- ② 医科と歯科との間で院内紹介された患者
- ③ 特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者
- ④ 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者
- ⑤ 外来受診から継続して入院した患者
- ⑥ 地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者
- ⑦ 治験協力者である患者
- ⑧ 災害により被害を受けた患者
- ⑨ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
- ⑩ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者（※急を要しない時間外の受診、単なる予約受診等、患者の都合により受診する場合は認められない）

【再診の場合】

- ① 自施設の他の診療科を受診している患者
- ② 医科と歯科との間で院内紹介された患者
- ③ 特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者
- ① 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者
- ② 外来受診から継続して入院した患者
- ⑥ 地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者
- ⑦ 治験協力者である患者
- ③ 災害により被害を受けた患者
- ④ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
- ⑤ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者（※急を要しない時間外の受診、単なる予約受診等、患者の都合により受診する場合は認められない）

※ 再診の場合、定額負担の対象患者は、他の病院等に対して文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該医療機関を受診した患者であり、**現行制度における①、②、③、⑥、⑦に該当する場合は想定されえないため**、要件から削除。

初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し①

- 外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介患者・逆紹介患者の受診割合が低い特定機能病院等を紹介状なしで受診した患者等に係る初診料・外来診療料について、
- 対象病院に、一般病床の数が200床以上の紹介受診重点医療機関を追加する。
 - 「紹介率」・「逆紹介率」について、以下のとおり、実態に即した算出方法、項目の定義及び基準を見直す。

【改定後】 初診料の注2、3 214点
(情報通信機器を用いた初診については186点)

外来診療料の注2、3 55点

	特定機能病院	地域医療支援病院 (一般病床200床未満を除く)	紹介受診重点医療機関 (一般病床200床未満を除く)	許可病床400床以上 (一般病床200床未満を除く)
減算規定の基準		紹介割合50%未満 又は 逆紹介割合30%未満		紹介割合40%未満 又は 逆紹介割合20%未満
紹介割合 (%)	$(\text{紹介患者数} + \text{救急患者数}) / \text{初診患者数} \times 100$			
逆紹介割合 (%)	$\text{逆紹介患者数} / (\text{初診} + \text{再診患者数}) \times 1,000$			
初診患者の数	医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数。以下を除く。 ・ 救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者			
再診患者の数	患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者以外の患者の数。以下を除く。 ・ 救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者、B005-11遠隔連携診療料又はB011連携強化診療情報提供料を算定している患者			
紹介患者の数	他の病院又は診療所から紹介状により紹介された者の数（初診に限る）。 ・ 情報通信機器を用いた診療のみを行った場合を除く。			
逆紹介患者の数	紹介状により他の病院又は診療所に紹介した患者の数。 ・ B005-11遠隔連携診療料又はB11連携強化診療情報提供料を算定している患者を含む。 ・ 情報通信機器を用いた診療のみ行い、他院に紹介した患者を除く。			
救急患者の数	地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された初診の患者の数。			

病院区分別の紹介・逆紹介割合

- 初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定について、いずれの病院区分でも、90%を超える医療機関が基準を超えていた。
- 特定機能病院においては逆紹介割合の基準を超えていない施設が7.9%であった。地域医療支援病院では紹介割合の基準は2.0%、逆紹介割合の基準は1.3%が超えていなかった。許可病床400床以上病院では紹介割合の基準は2.3%、逆紹介割合の基準は1.2%の施設が超えていなかった。

病院区分別基準値の充足状況

特定機能病院(n=51)

地域医療支援病院(n=296)

		紹介割合				紹介割合			
		50%以上		50%未満		50%以上		50%未満	
逆紹介割合	30%以上	47施設	92.2%	0施設	0.0%	287施設	97.0%	5施設	1.7%
	30%未満	3施設	5.9%	1施設	2.0%	3施設	1.0%	1施設	0.3%

許可病床400床以上(n=264)

		紹介割合			
		40%以上		40%未満	
逆紹介割合	20%以上	256施設	97.0%	5施設	1.9%
	20%未満	2施設	0.8%	1施設	0.4%

初診料及び外来診療料の減算対象

紹介割合・逆紹介割合の分布

紹介割合(%)

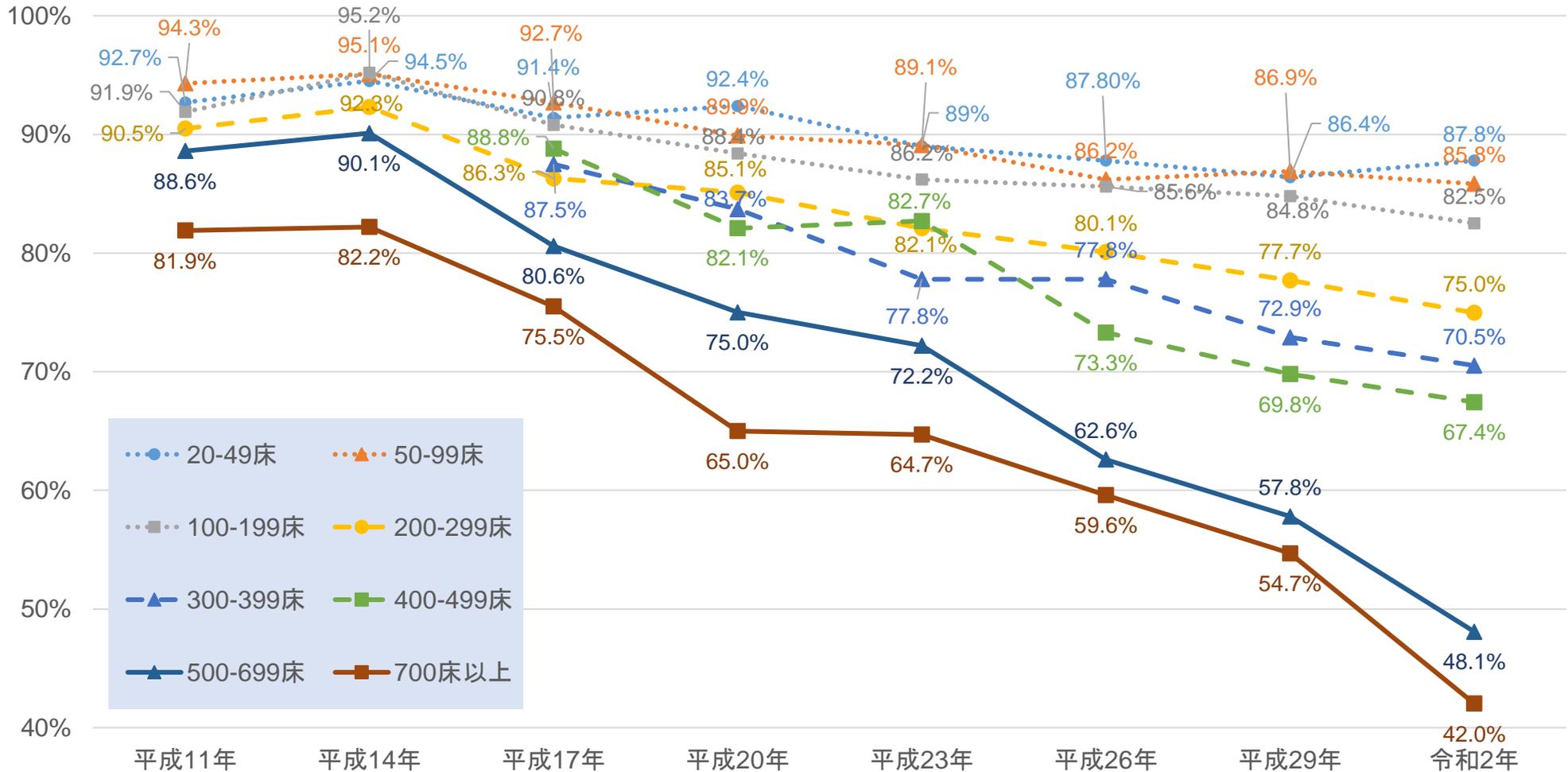
	特定機能病院 (n=51)	地域医療支援 病院 (n=296)	許可病床400床 以上病院 (n=264)
第3四分位点	90.4	92.1	92.9
中央値	85.3	82.8	84.0
第1四分位点	77.2	70.9	72.2
平均値	81.8	83.4	82.4

逆紹介割合(%)

	特定機能病院 (n=51)	地域医療支援 病院 (n=296)	許可病床400床 以上病院 (n=264)
第3四分位点	46.3	93.0	82.4
中央値	39.7	71.6	59.3
第1四分位点	33.1	54.1	43.6
平均値	42.4	82.9	70.7

紹介なしで外来受診した患者の割合の推移（病床規模別）

○ 紹介無しで外来受診した患者の割合を病床規模別に見たところ、全体的に減少傾向にあり、病床数が多い病院において比較的減少傾向が顕著であり、令和2年は500床以上の病床規模においては5割以下になった。



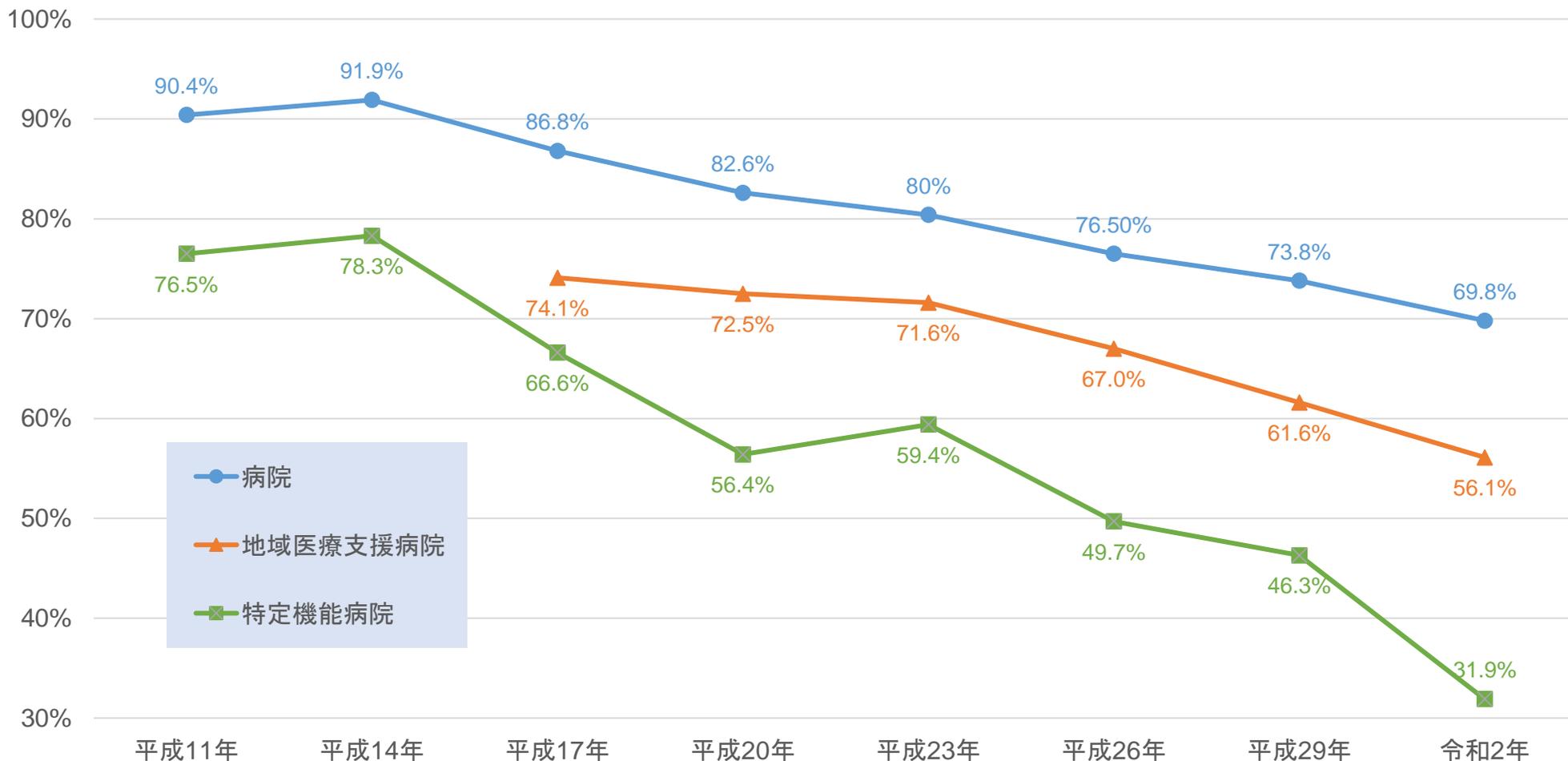
出典：平成11年から令和2年患者調査を基に作成。

注1：平成11年～平成14年については「300～499床」をまとめて集計しているため、平成17年以降より「300～399床」、「400～499床」に分けて表示。

注2：平成23年患者調査については、宮城県の上巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値。

紹介なしで外来受診した患者の割合の推移（機能別）

○ 紹介無しで外来受診した患者の割合を機能別に見たところ、全体的に減少傾向にあり、令和2年は特定機能病院では31.9%、地域医療支援病院では56.1%であった。

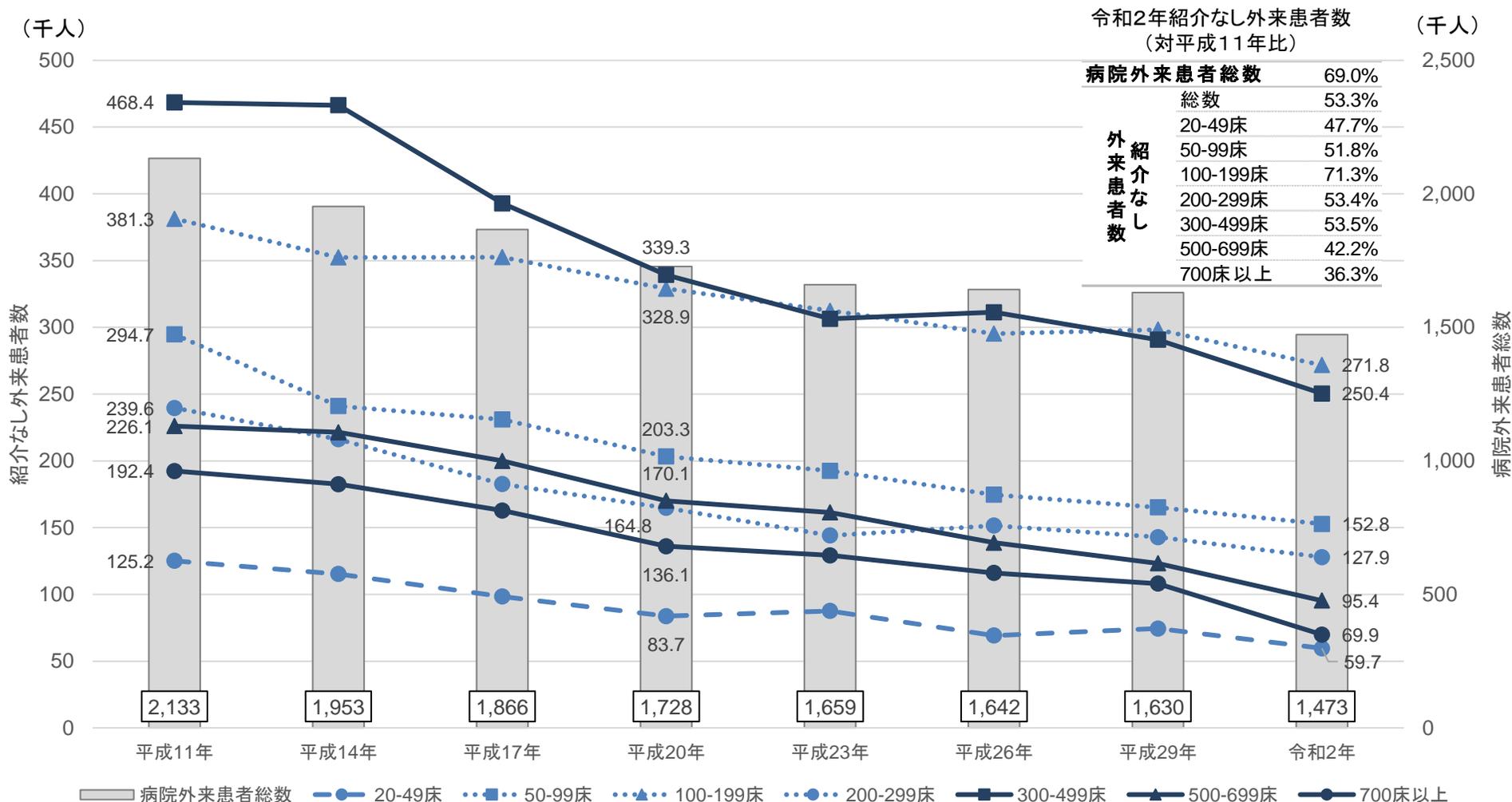


出典：平成11年から令和2年患者調査を基に作成。

注：平成23年患者調査については、宮城県の上巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値。

紹介なしで外来受診した患者数の推移（病床規模別）

○ 病院の外来患者総数が減少していることに伴い、全ての病床規模で紹介無しで外来受診した患者数が減少しているが、とりわけ300床以上の病院での減少が目立つ。



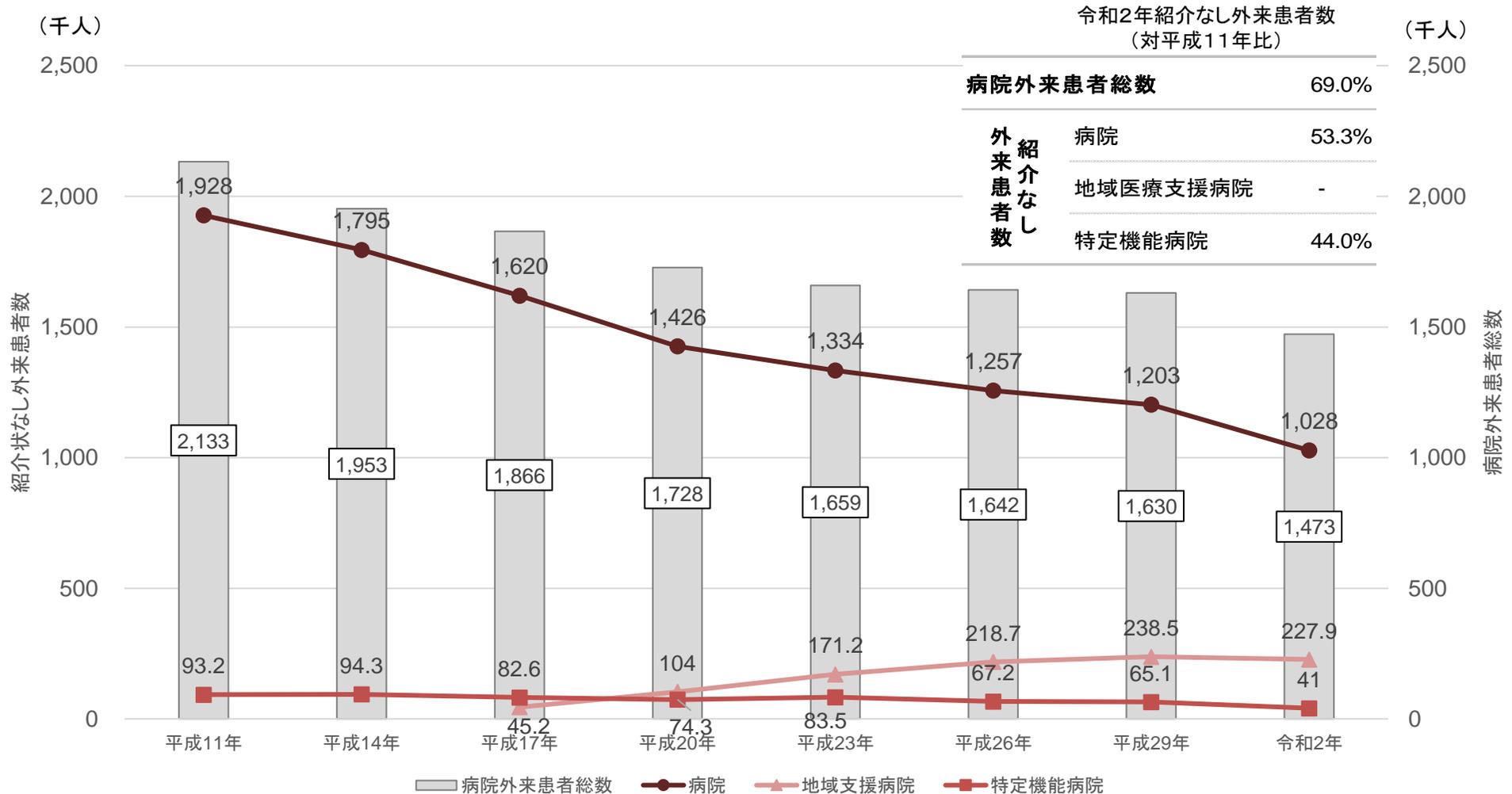
出典：平成11年から令和2年患者調査を基に作成。

注1：当グラフでは「300～499床」をまとめて集計している。

注2：平成23年患者調査については、宮城県の上巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値。

紹介なしで外来受診した患者数の推移（機能別）

○ 令和2年の特定機能病院の紹介無し外来受診患者数は平成11年の約44%まで減少している。



出典：平成11年から令和2年患者調査を基に作成。

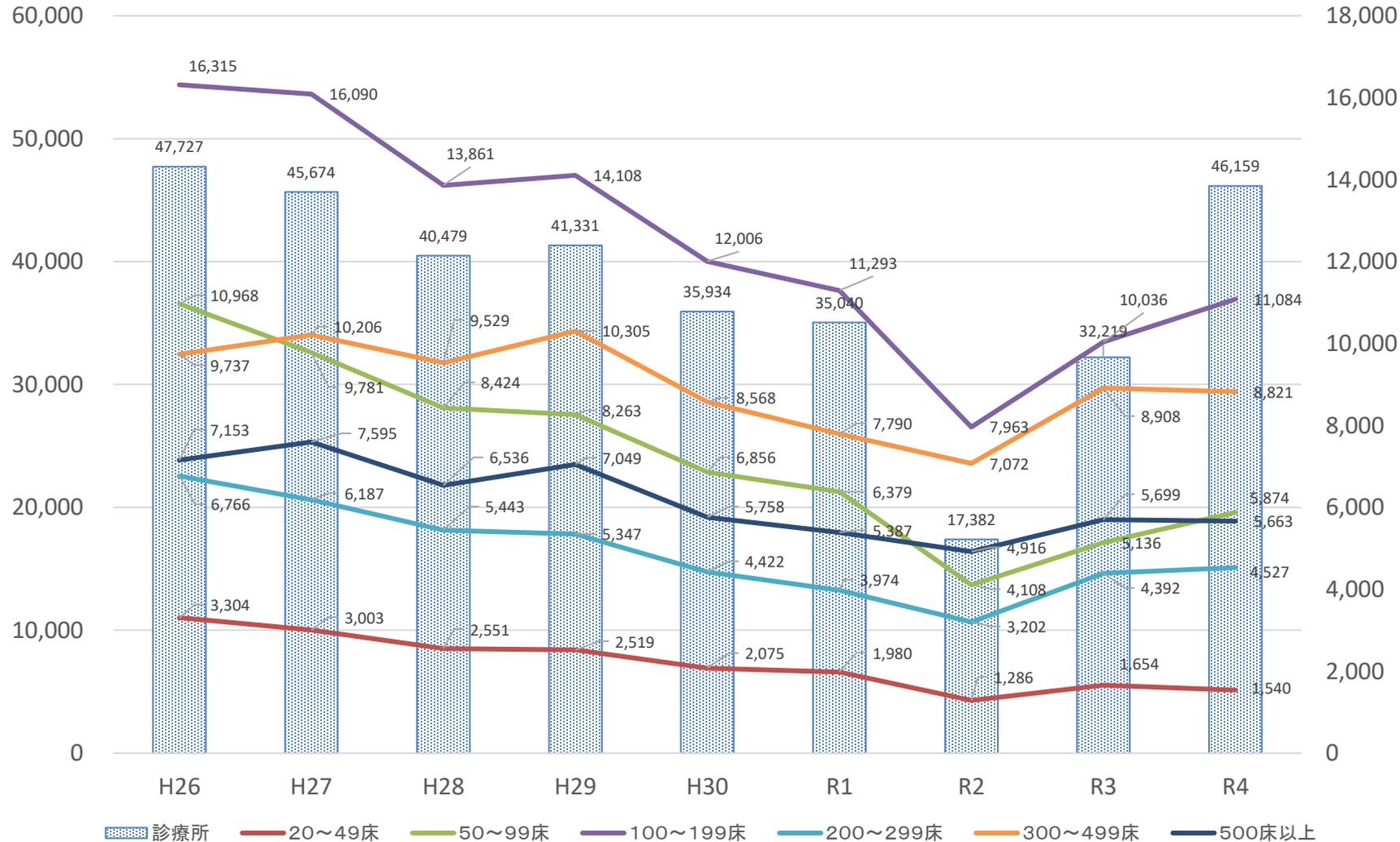
注：平成23年患者調査については、宮城県石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値。

時間外加算（初診料）の算定回数の推移（病床規模別）

○ 令和4年の時間外加算（初診料）の算定回数は平成26年と比べ減少している。

(算定回数:診療所)

(算定回数:病院)

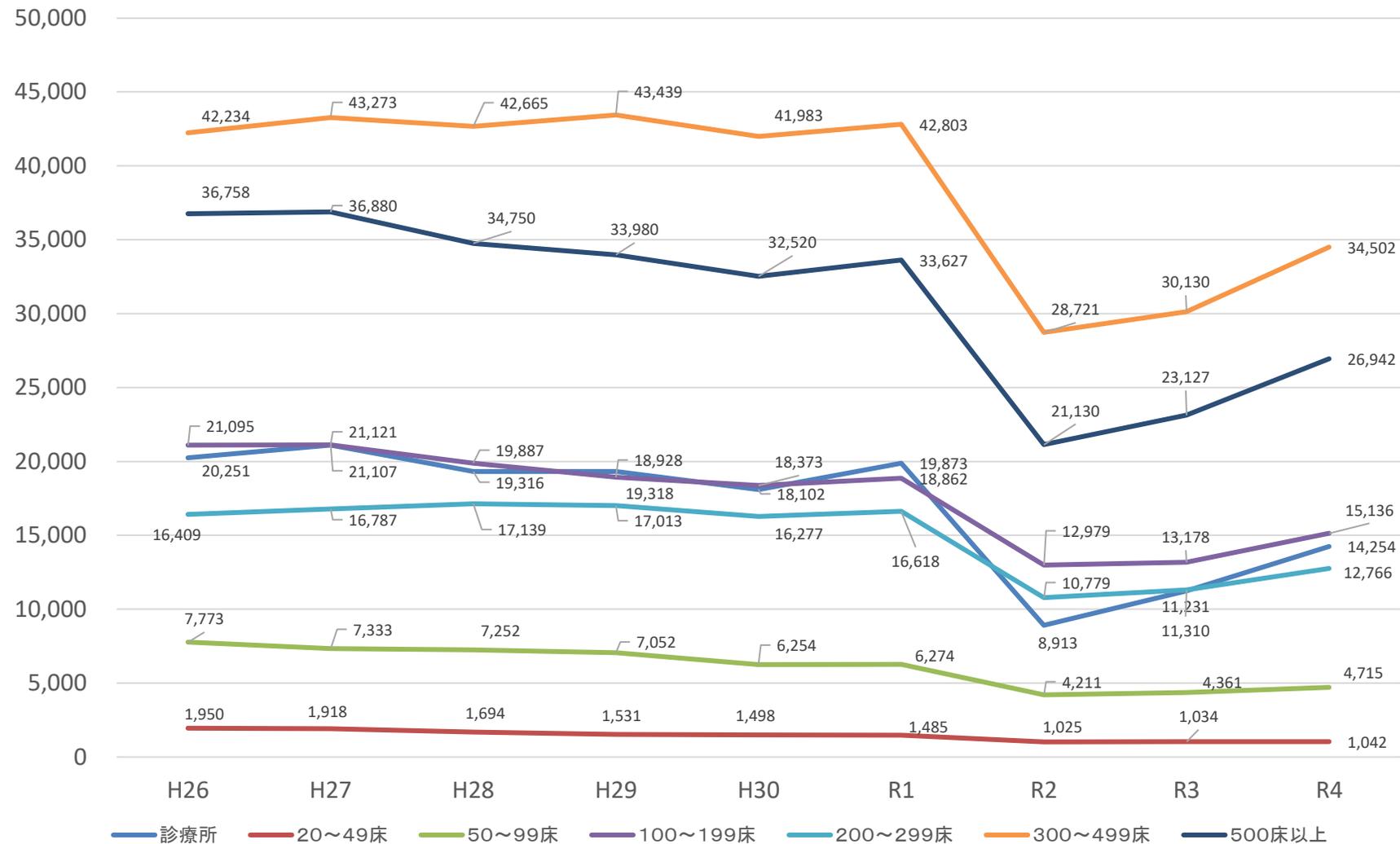


比率	R4/H26 (%)
診療所	96.7%
20~49床	46.6%
50~99床	53.6%
100~199床	67.9%
200~299床	66.9%
300~499床	90.6%
500床以上	79.2%

深夜加算（初診料）の算定回数の推移（病床規模別）

○ 令和4年の深夜加算（初診料）の算定回数は平成26年と比べ減少している。

(算定回数)



比率	R4 / H26 (%)
診療所	70.4%
20~49床	53.4%
50~99床	60.7%
100~199床	71.8%
200~299床	77.8%
300~499床	81.7%
500床以上	73.3%

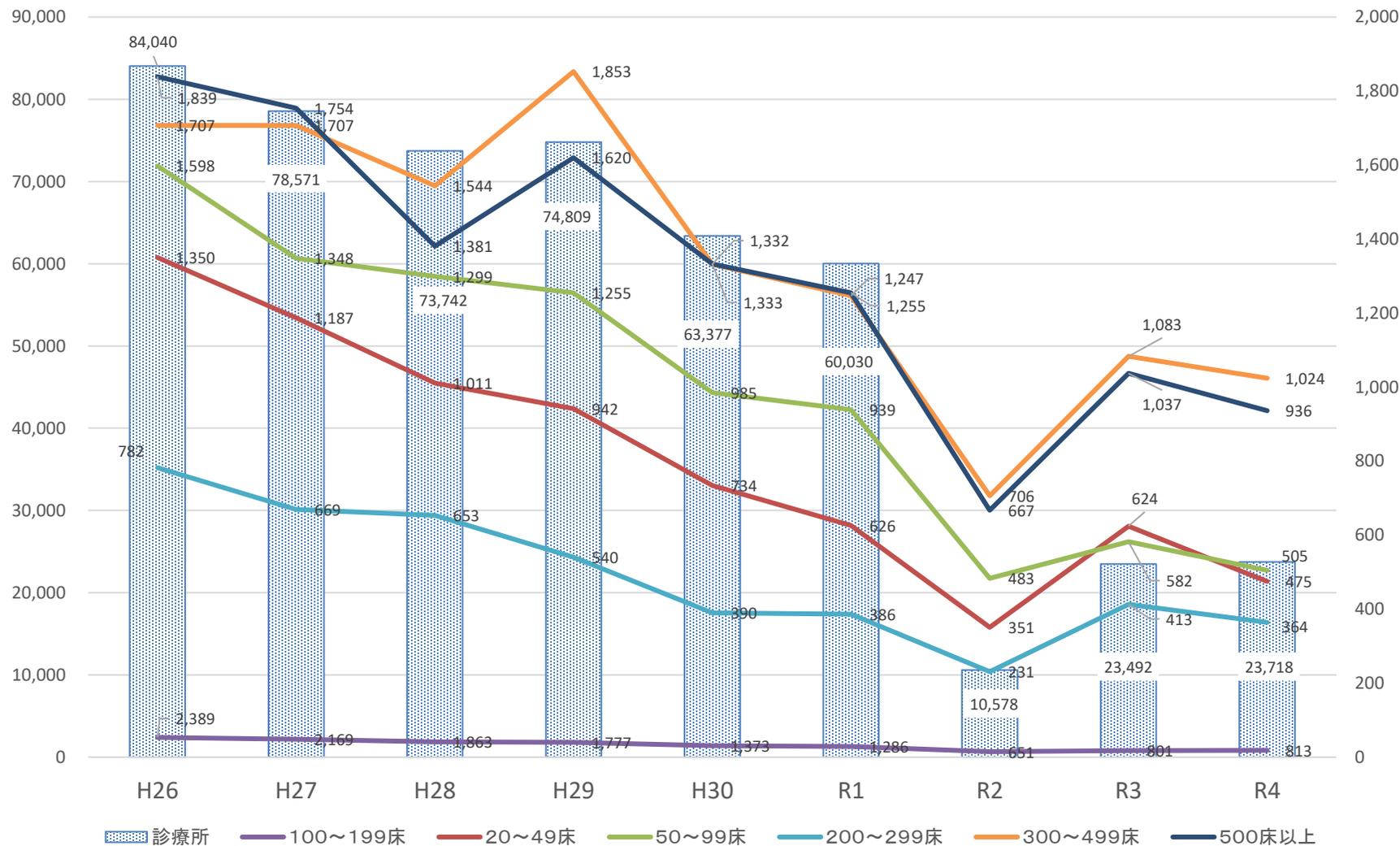
乳幼児時間外加算（初診料）の算定回数の推移（病床規模別）

○ 令和4年の乳幼児時間外加算（初診料）※の算定回数は平成26年と比べ減少している。

※ 乳幼児時間外加算と小児科乳幼児夜間加算の積算

(算定回数:診療所)

(算定回数:病院)



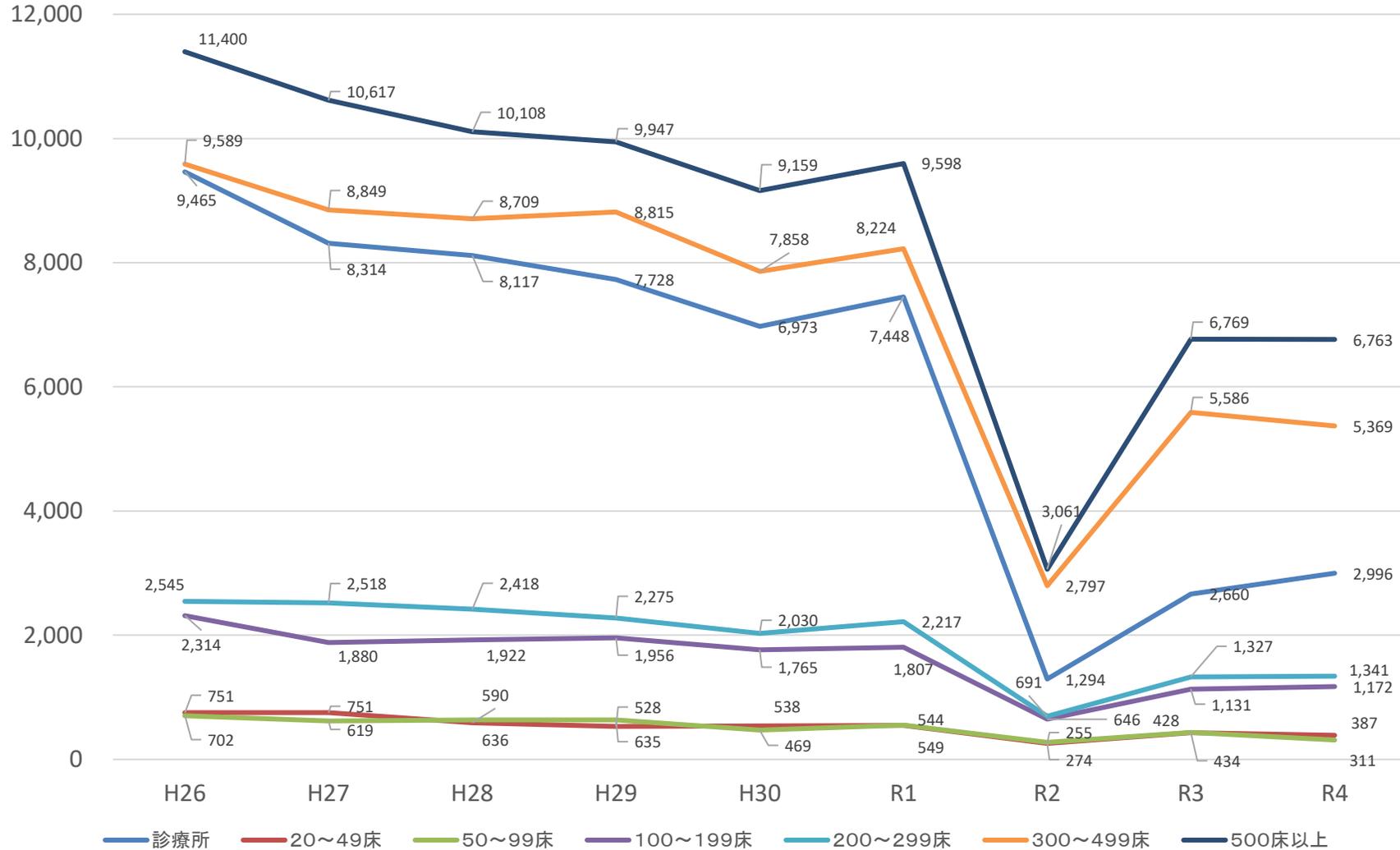
比率	R4/H26 (%)
診療所	28.2%
20~49床	35.2%
50~99床	31.6%
100~199床	34.0%
200~299床	46.5%
300~499床	60.0%
500床以上	50.9%

乳幼児深夜加算（初診料）の算定回数の推移（病床規模別）

○ 令和4年の乳幼児深夜加算（初診料）※の算定回数は平成26年と比べ減少している。

※ 乳幼児深夜加算と小児科乳幼児深夜加算の積算

(算定回数)



比率	R4/H26 (%)
診療所	31.7%
20~49床	51.5%
50~99床	44.3%
100~199床	50.6%
200~299床	52.7%
300~499床	56.0%
500床以上	59.3%

課題と論点

(かかりつけ医機能)

- 地域包括診療加算等について、令和4年度診療報酬改定においては、慢性疾患を有する患者に対するかかりつけ医機能の評価を推進する観点から、対象疾患に、慢性心不全及び慢性腎臓病を追加した。
- 地域包括診療加算の届出医療機関数は横ばいであるが、算定回数は近年増加傾向にある。
- 地域包括診療料1・2、地域包括診療加算1・2の届出を行っている施設の疾病別患者数としては、高血圧症を有する患者が平均201.2人と最多であった。
- 時間外対応加算1・2の届出をしている医療機関の方が、他の医療機関より、在医総管・施設総管、小児かかりつけ診療料、認知症地域包括診療料の届出又は算定している割合が多かったが、特定疾患療養管理料等ではこうした差は見られなかった。

(生活習慣病対策)

- 生活習慣病管理料について、令和4年度診療報酬改定においては、投薬にかかる費用を包括評価の対象範囲から除外し評価を見直すとともに、総合的な治療管理について、他職種と連携し実施して差し支えないことを明確化した。
- 生活習慣病管理料の算定について困難を感じることで、「療養計画書を作成し、説明の上計画書に署名を受けること」、「自己負担額について患者の理解が得にくいこと」が多い。
- 多くの施設で、糖尿病を主病とする患者に定期的な眼科受診を勧めていた。また、糖尿病患者に対する医科歯科連携の有効性が示されている。
- 高血圧、脂質異常症、糖尿病患者の外来診療においては、外来管理加算および特定疾患療養管理料が算定される割合が多い。

(外来機能の分化の推進)

- 令和4年度診療報酬改定においては、紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲に紹介受診重点医療機関(一般病床200床以上に限る)を追加し、医療機関における定額負担の対象患者について、その診療に係る保険給付範囲及び定額負担の額等を見直した。
- 初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定について、いずれの病院区分でも、90%を超える医療機関が基準を超えていた。
- 紹介無しで外来受診した患者の割合を病床規模別に見たところ、全体的に減少傾向にあり、病床数が多い病院において減少傾向が顕著であった。患者数の推移についても同様の結果であった。
- 時間外加算等の算定件数は平成26年と比べ、令和4年には減少していた。

【論点】

- 生活習慣病対策、外来機能の分化を推進していく観点から、効果的・効率的な医療を提供するための、診療報酬の在り方についてどのように考えるか。

1. 前回の議論におけるご指摘について
2. 情報通信機器を用いた診療について(その1)
3. 外来医療について(その1)
- 4. 外来腫瘍化学療法について**
 - 4-1 外来化学療法の概要**
 - 4-2 外来化学療法の実施状況
5. 横断的事項等(その2)

第2 分野別施策と個別目標

2. 患者本位で持続可能ながん医療の提供

(1) がん医療提供体制等

③ 手術療法・放射線療法・薬物療法について

(ウ) 薬物療法について

(現状・課題)

国は、がんに対する質の高い薬物療法を安全に提供するため、拠点病院等を中心に、継続的にレジメンを審査し管理する体制の整備や、専門的な知識及び技能を有する医師等の医療従事者の配置を推進してきた。また、免疫チェックポイント阻害薬や遺伝子情報に基づく治療薬等の新しい薬物療法について保険適用が拡大されたほか、外来での薬物療法の拡大が進められてきた。

一方で、高齢のがん患者等の合併症リスクの高い患者の増加や新しい薬物療法の普及に伴う、新たな副作用や学際領域への対応に向け、薬物療法に係る専門的な医療従事者の配置について、地域間及び医療機関間における差の改善が求められている。

科学的根拠に基づく正しい薬物療法に関する知識の普及について、EBM普及推進事業Mindsに登録されているがんに関連した診療ガイドラインの数、患者用診療ガイドラインの数は増加しており、関係学会等によりエビデンスを活用しやすい環境の整備が進められている一方で、インターネット上で科学的根拠に乏しい情報が多く見られている。特に、近年研究開発が進み、有力な治療選択肢の一つとなっている免疫療法をはじめ、がん患者が治療法に関する正しい情報を得ることができるよう、取組を進める必要がある。

また、患者やその家族等の経済的な負担の軽減につながるバイオ後続品について、更なる使用促進に向けた取組が求められている。

第2 分野別施策と個別目標

2. 患者本位で持続可能ながん医療の提供

(1) がん医療提供体制等

③ 手術療法・放射線療法・薬物療法について

(ウ) 薬物療法について

(取り組むべき施策)

国及び都道府県は、患者が、病態や生活背景等、それぞれの状況に応じた適切かつ安全な薬物療法を外来も含め適切な場で受けられるよう、標準的治療の提供に加えて、科学的根拠に基づく高度な薬物療法の提供についても、医療機関間の役割分担の明確化及び連携体制の整備等の取組を進める。

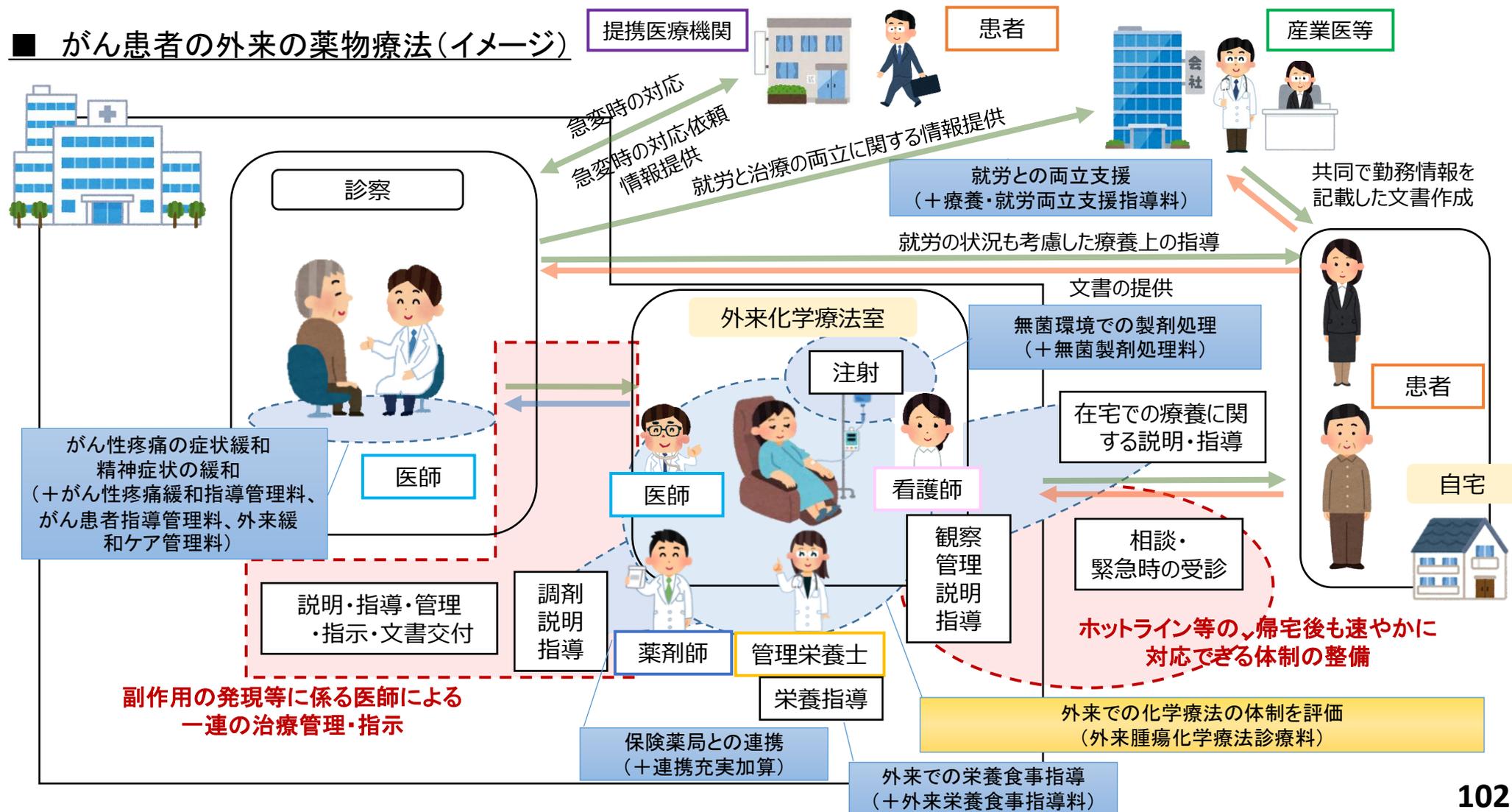
国は、国立研究開発法人国立がん研究センター（以下「国立がん研究センター」という。）や関係学会と連携し、国民が、薬物療法等に関する正しい情報を得ることができるよう、科学的根拠に基づく治療法に関する情報提供及び普及啓発を推進する。

国及び都道府県は、バイオ後続品に係る新たな目標を踏まえ、使用促進のための具体的な方策を検討する。

がん患者の外来における薬物療法のイメージ

- がん患者の外来における薬物療法については外来化学療法をはじめ、各種の体制整備を評価してきている。
- 引き続き、安心・安全ながん患者の通院治療を推進していく必要がある。

■ がん患者の外来の薬物療法(イメージ)



- 外来化学療法を安全に実施するためには、施設の設備や体制を整える必要がある。
- 外来化学療法に必要な体制として、専任の医師・看護師・薬剤師など多職種が連携し、治療体制を整備していくことが必要であり、その一つとして、副作用管理体制が挙げられる。

外来化学療法に必要な体制について

表4 要件

外来化学療法を行う施設の設備・体制についての必要条件

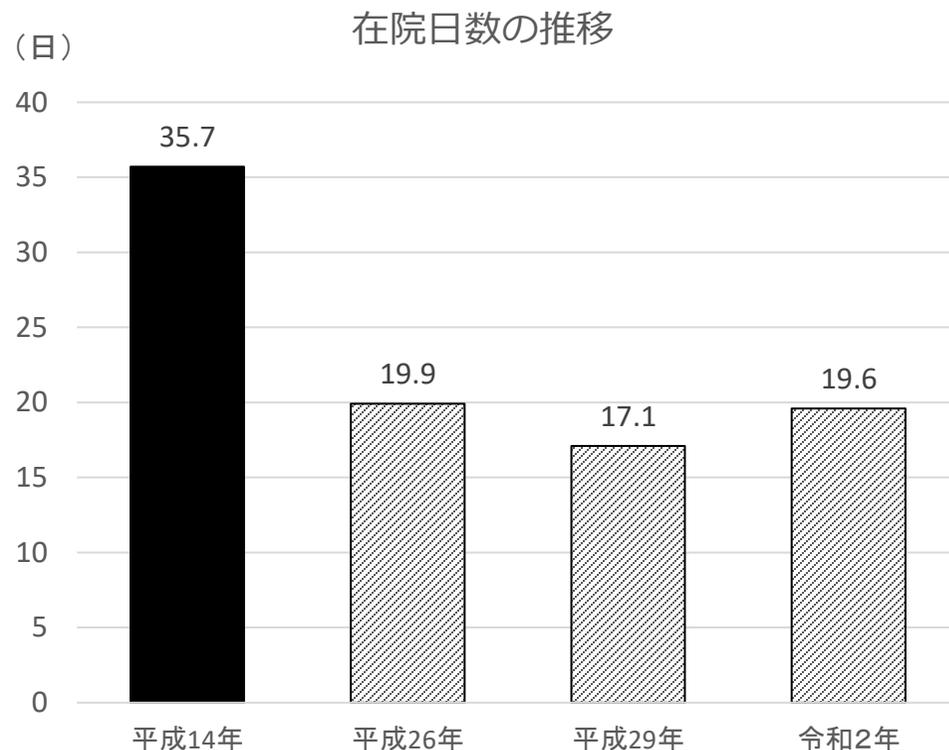
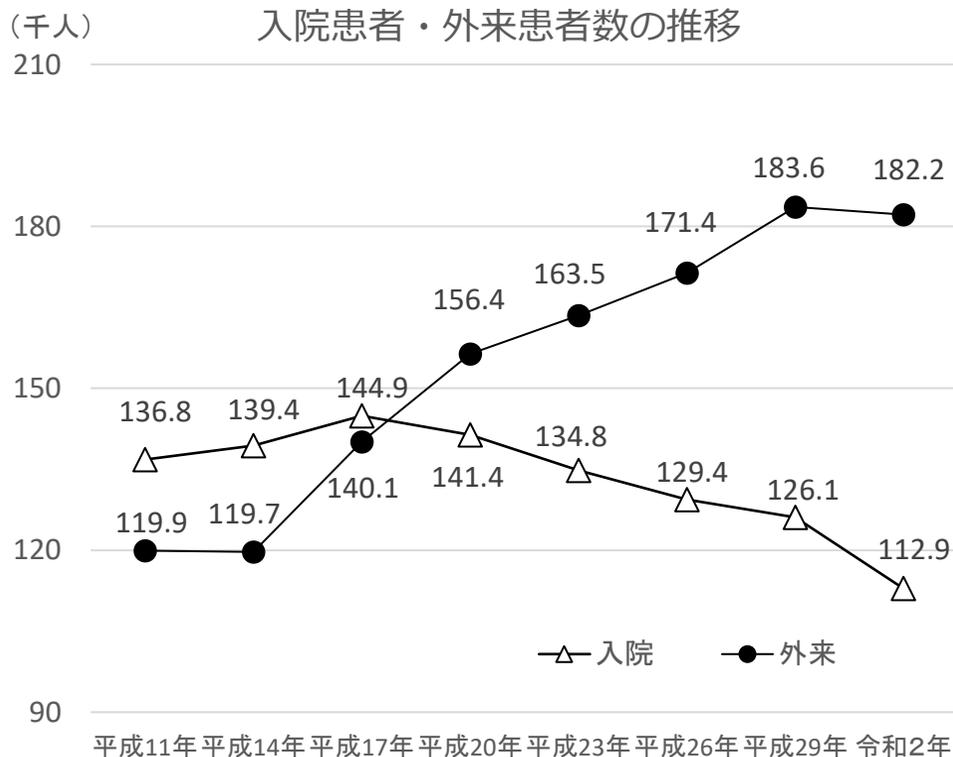
1. がん化学療法に精通した医師・薬剤師・看護師など他職種の連携
2. レジメンの管理、指示の統一
3. マニュアルやガイドラインの作成と定期的な見直し
4. エラーを防止するシステム
5. 緊急時に迅速に対応できる体制
6. 外来における患者教育
7. 他部門との連携
8. 外来化学療法運営を検討する場

表5 職種別のチーム医療の役割

医師	薬剤師	看護師
<ol style="list-style-type: none"> 1. 新しい治療・プロトコールがスタートする場合は、必ず事前に説明・勉強会を実施 2. 情報の共有化の徹底 3. 確実な指示 4. 当番医との連携 5. 看護師とのコミュニケーションスキル 6. チーム医療の実施 7. 急性期副作用に対応 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 迅速な抗がん薬調整の強化 2. 薬剤調整の連絡(投与時間に制限があるレジメンの取り決めなど) 3. 医師からの指示の実施、レジメンの確認 4. 患者への薬剤指導 5. 医師・看護師との定例ミーティングの開催 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 適切な知識のもと安全・確実な投与管理 2. 副作用症状のマネジメント <ol style="list-style-type: none"> a. 副作用症状の予防と緩和 b. 患者・家族へのセルフケア支援 3. 副作用症状以外の症状マネジメント 4. 意思決定支援 5. 不安を軽減する情報収集 6. 信頼関係の構築 7. 安全や緊急時のためのシステム作り 8. チーム医療の推進 9. セルフケア支援

入院日数の短縮化と通院治療へのシフト

- 近年、がんの入院患者数は減少傾向であるが、外来患者数は増えている。
- がん患者の在院日数については減少傾向であったが、平成29年から令和2年にかけて増加していた。



※悪性新生物(がん)の入院患者・外来患者数

※悪性新生物(がん)の退院患者における平均在院日数(病院・一般診療所)

外来化学療法の1月当たり投与回数(実態例)

- 外来化学療法における1月当たりの投与回数と、外来受診回数の関係は以下のとおり。
- 外来受診回数は、外来化学療法投与回数と同回数の場合が大半であったが、外来化学療法投与タイミング以外にも受診がみられた。

月当たり外来化学療法投与回数								
月当たりの外来受診回数※	1	2	3	4	5	6	10	総計
1	1504							1504
2	618	1375						1993
3	232	338	429					999
4	64	136	102	102				404
5	12	28	33	17	13			103
6	6	5	4	1		3		19
7	2		3					5
8	1							1
10	1		1				1	3
総計	2440	1882	572	120	13	3	1	5031
	(48.5%)	(37.4%)	(11.4%)	(2.4%)	(0.3%)	(0.06%)	(0.02%)	

※ 外来受診には化学療法投与なしを含む。

四国がんセンター調べ
(2020年度)

外来化学療法に係る副作用

○ 外来化学療法に係る副作用は、新規薬剤の開発もあり多岐に渡り、発症時期も異なっている。

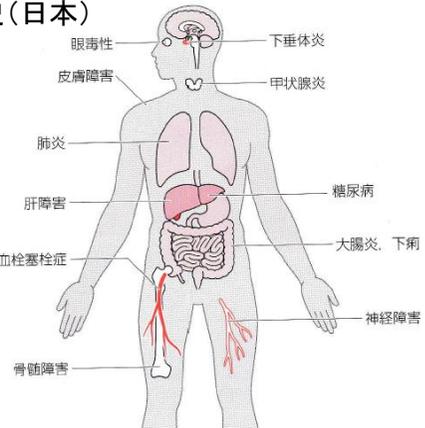
外来化学療法に係る副作用



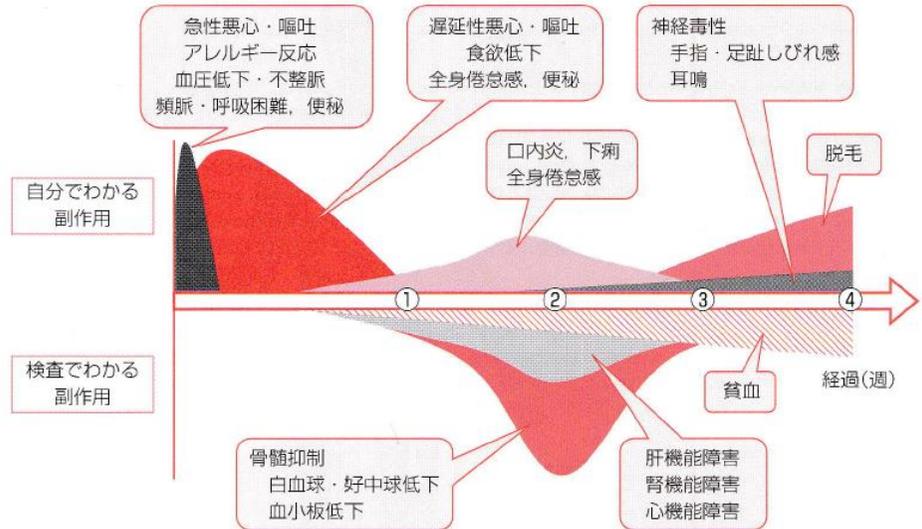
主な抗がん薬開発の歴史(日本)

臓器	副作用の内容
全身	倦怠感、疲労、発熱
呼吸器	間質性肺炎、鼻出血
消化器	悪心、嘔吐、下痢、消化不良、食欲低下、味覚障害、口内炎、肝機能異常
心血管	QT延長、徐脈、心機能低下、高血圧、動脈静脈血栓症、浮腫
内分泌	甲状腺機能低下、高血糖、体重減少
泌尿器	蛋白尿、クレアチニン上昇、電解質異常(低ナトリウム、高マグネシウム、低マグネシウム、高リン、低リン)
神経	白質脳症、末梢神経障害、視覚変化
皮膚、四肢	皮疹、爪周囲炎、皮膚乾燥、脱毛、手足症候群、関節痛
骨髄	白血球減少、好中球減少、リンパ球減少、貧血、血小板減少
免疫系	易感染性

分子標的治療薬の副作用



免疫チェックポイント阻害薬の副作用



細胞障害性抗がん薬による副作用発現時期の目安

外来化学療法の副作用への対応
 投与中のモニタリングの他、投与後の副作用症状とその対応についての患者指導、緊急時に相談・対応ができる体制などが必要となっている

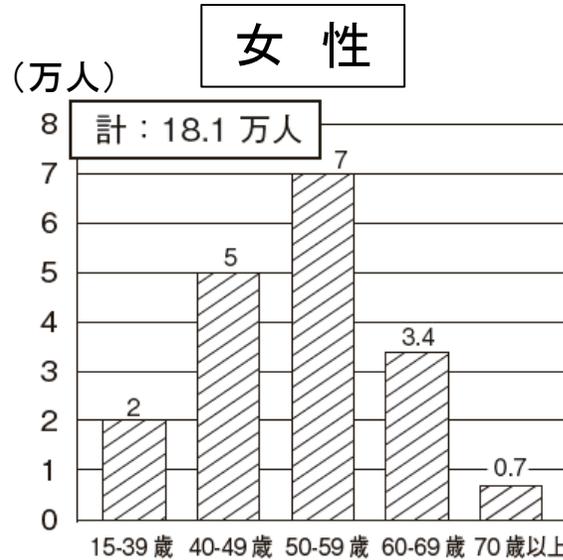
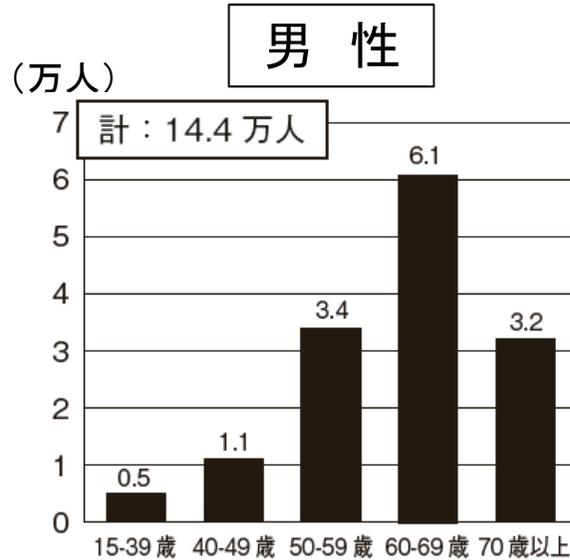
国立がん研究センターに学ぶ
 がん薬物療法看護スキルアップ
 南江堂 2018年

がん情報サービス
<https://ganjoho.jp/>

仕事をもちながら悪性新生物で通院している者

○ 悪性新生物の治療のため、仕事をもちながら通院している者は増加傾向であり、特に女性および高齢者の増加が著しい。

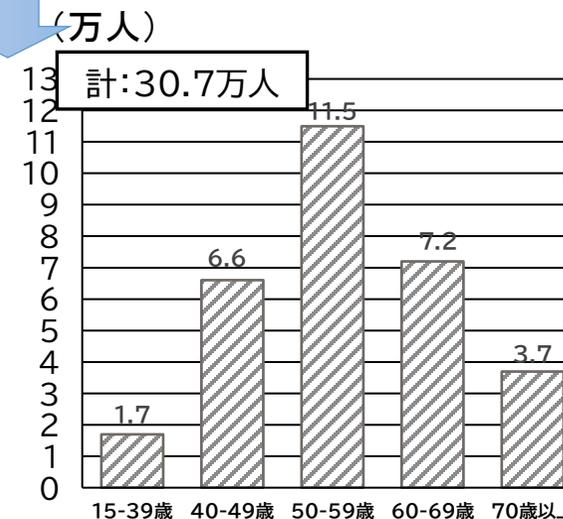
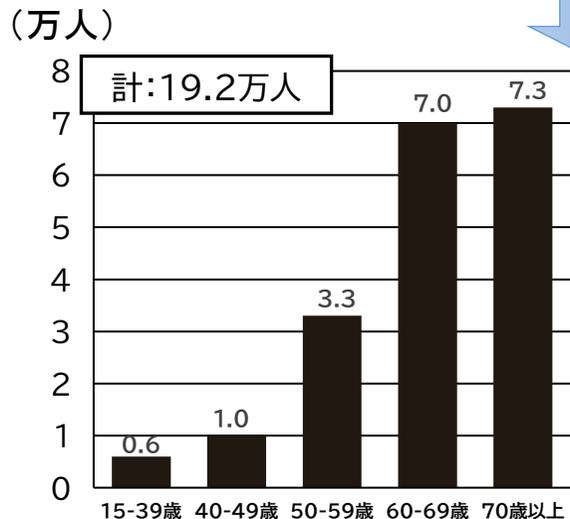
平成22年



計：32.5万人

資料：厚生労働省「平成22年国民生活基礎調査」を基に同省健康局にて特別集計したもの

令和4年



計：49.9万人

資料：厚生労働省「令和4年国民生活基礎調査」を基に同省保険局医療課にて特別集計したもの

※ 仕事をもちているとは、調査月に収入を伴う仕事を少しでもしたことを行い被雇用者のほか、自営業主、家族従事者等を含む。

出典：厚生労働省 事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン 参考資料 がんに関する留意事項

外来化学療法その他の評価について（主なもの）

	がん性疼痛緩和指導管理料	がん患者指導管理料	外来緩和ケア管理料
評価	200点 当該保険医療機関の緩和ケアに係る研修を受けた保険医が計画的な治療管理及び療養上必要な指導を行い、麻薬を処方した場合に、月1回	イ 医師が看護師と共同して治療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合（1回に限り） 500点 ロ 医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合（6回に限り） 200点 ハ 医師又は薬剤師が抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射の必要性等について文書により説明を行った場合（6回に限り） 200点 ニ 医師が遺伝子検査の必要性について文書により説明を行った場合 300点	290点 当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師等が共同して療養上必要な指導を行った場合に、月1回
概要	がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与している患者に対して、WHO方式のがん性疼痛の治療法に基づき、当該保険医療機関の緩和ケアに係る研修を受けた保険医が計画的な治療管理及び療養上必要な指導を行い、麻薬を処方した場合に、月1回に限り算定。	医師又は看護師が行う心理的不安を軽減するための介入及び医師又は薬剤師が行う抗悪性腫瘍剤の副作用等の指導管理を行った場合に算定。	緩和ケアを要する入院中の患者以外の患者（症状緩和を目的として麻薬が投与されている患者に限る。）に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師等が共同して療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定。
主な算定要件	<ul style="list-style-type: none"> 緩和ケアの経験を有する医師が当該指導管理を行った場合に算定。 麻薬の処方前の疼痛の程度（疼痛の強さ、部位、性状、頻度等）、麻薬の処方後の効果判定、副作用の有無、治療計画及び指導内容の要点を診療録に記載する。 	<ul style="list-style-type: none"> 指導内容等の要点を診療録等に記載。 患者の十分な理解が得られた場合に算定。 看護師、薬剤師が実施した場合、医師に対して情報提供や提案などを行う。 ロは継続して治療を行う者のうち、STAS-Jで2以上の項目が2項目以上該当、又はDCS 40点以上の者を対象。 ニは乳癌、卵巣癌又は卵管癌と診断された患者のうち遺伝性乳がん卵巣がん症候群が疑われる患者を対象。 	<ul style="list-style-type: none"> 緩和ケアチームは、身体症状及び精神症状の緩和を提供することが必要である。緩和ケアチームの医師は緩和ケアに関する研修を修了した上で診療に当たること。 症状緩和に係るカンファレンスが週1回程度開催されており、緩和ケアチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担当する保険医、看護師などが参加していること。
主な施設基準	<ul style="list-style-type: none"> 緩和ケアの経験を有する医師が配置されていること。なお、緩和ケアの経験を有する医師とは、次に掲げるいずれかの研修を修了した者であること。 (1) 「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針」（平成29年12月1日付け健発1201第2号厚生労働省健康局長通知）に準拠した緩和ケア研修会（平成29年度までに開催したものであって、「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」に準拠したものを含む。） (2) 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立がん研究センター主催）等 	<ul style="list-style-type: none"> イは、緩和ケアの研修を修了した医師及び専任看護師がそれぞれ1名以上配置、緩和ケア研修会等の終了、看護師は、5年以上がん患者の看護に従事した経験を有し、がん患者へのカウンセリング等に係る適切な研修（6月以上600時間以上）を修了した者。 ロは、緩和ケアの研修を修了した医師及び専任看護師がそれぞれ1名以上配置。看護師はイと同様。 ハは、化学療法の経験を5年以上有する医師及び専任薬剤師がそれぞれ1名以上配置、薬剤師は、3年以上化学療法に係る業務に従事した経験を有し、40時間以上のがんに係る適切な研修を修了し、がん患者に対する薬剤管理指導の実績を50症例以上有する者。 ニは、BRCA1/2 遺伝子検査の血液を検体とするものの施設基準に係る届出を行っていること。 	<ul style="list-style-type: none"> 以下の4名から構成される緩和ケアに係るチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）が設置。 ア 身体症状の緩和を担当する専任の常勤医師 イ 精神症状の緩和を担当する専任の常勤医師 ウ 緩和ケアの経験を有する専任の常勤看護師 エ 緩和ケアの経験を有する専任の薬剤師 症状緩和に係るカンファレンスが週1回程度開催されており、緩和ケアチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担う保険医、看護師、薬剤師などが参加していること。 当該医療機関において緩和ケアチームが組織上明確に位置づけられていること。 院内の見やすい場所に緩和ケアチームによる診療が受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。
創設年度	平成20年	平成26年	平成24年

外来化学療法のその他の評価について（主なもの）

	療養・就労両立支援指導料	連携充実加算	無菌製剤処理科
評価	1 初回 2 2回目以降	800点 400点	150点 外来腫瘍化学療法診療料1のイを算定する日に月1回
			無菌製剤処理科1 (悪性腫瘍に対して用いる薬剤が注射される一部の患者) イ 閉鎖式接続器具を使用した場合 180点 ロ イ以外の場合 45点
概要	患者と事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書の内容を踏まえ、就労の状況を考慮して療養上の指導を行うとともに、当該患者の同意を得て、当該患者が勤務する事業場において選任されている労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）第13条第1項に規定する産業医、同法第10条第1項に規定する総括安全衛生管理者、同法第12条に規定する衛生管理者若しくは同法第12条の2に規定する安全衛生推進者若しくは衛生推進者又は同法第13条の2の規定により労働者の健康管理等を行う保健師に対し、病状、治療計画、就労上の措置に関する意見等当該患者の就労と療養の両立に必要な情報を提供した場合に、月1回に限り算定。	患者に治療計画等を提供し、患者の状態を踏まえた必要な指導を行うとともに、地域の薬局薬剤師を対象とした研修会の実施等の連携体制を整備している場合に算定。	抗がん剤への被曝防止の観点等から、閉鎖式接続器具を使用した場合等、無菌製剤処理を行う場合に算定。
主な算定要件	<ul style="list-style-type: none"> 「2」については、「1」を算定した患者について、情報提供を行った診療の次回以降の受診時に、就労の状況等を確認し、必要な療養上の指導を行った場合に、「1」を算定した日の属する月又はその翌月から起算して3月を限度として、月1回に限り算定。 「1」については、事業場の産業医等への就労と療養の両立に必要な情報を記載した文書の作成に係る評価を含むことから、当該指導料を算定する場合、当該文書の発行に係る費用を、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できない。 	<ul style="list-style-type: none"> 化学療法の経験を有する医師又は化学療法に係る調剤の経験を有する薬剤師が必要に応じてその他の職種と共同して、患者に注射又は投薬されている抗悪性腫瘍剤等の副作用の発現状況を評価するとともに、副作用の発現状況を記載した治療計画等の治療の進捗に関する文書を患者に交付する。 療養のため必要な栄養の指導を実施する場合には、管理栄養士と連携を図る。 	<ul style="list-style-type: none"> 無菌環境において、無菌化した器具を用いて、製剤処理を行う。常勤の薬剤師が行い、記録を整備し保管する。 悪性腫瘍に対して用いる薬剤で細胞毒性を有するものに関し、皮内注射、皮下注射、筋肉内注射、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入又は点滴注射が行われる場合に算定。常勤薬剤師が患者ごとに、投与経路、投与速度、投与間隔等の確認を行った上で行う。
主な施設基準	<ul style="list-style-type: none"> 特記事項なし 	<ul style="list-style-type: none"> レジメンに係る委員会に管理栄養士が参加。 地域の保険薬局等との連携体制として、レジメンをホームページ等で閲覧できるようにする、地域の薬局薬剤師等を対象とした研修会等を年1回以上実施する、保険薬局等からのレジメンに関する照会等に応じる体制を整備する、当該体制についてホームページや研修会等で周知する。 外来化学療法を実施している医療機関に5年以上、栄養管理に係る3年以上の経験を有する専任常勤管理栄養士。 	<ul style="list-style-type: none"> 2名以上の常勤薬剤師。 無菌製剤処理を行うための専用の部屋（内法による測定で5平方メートル以上）を有していること。 無菌製剤処理を行うための無菌室、クリーンベンチ又は安全キャビネットを備えている。
創設年度	平成30年	令和2年	平成20年

悪性腫瘍の治療における安心・安全な外来化学療法の評価の新設

- 悪性腫瘍の患者に対する外来における安心・安全な化学療法の実施を推進する観点から、必要な診療体制を整備した上で外来化学療法を実施する場合の評価を新設する。

現行	
イ 外来化学療法加算1	
(1) 抗悪性腫瘍剤を注射した場合	
① 15歳未満	820点
② 15歳以上	600点
ロ 外来化学療法加算2	
(1) 抗悪性腫瘍剤を注射した場合	
① 15歳未満	740点
② 15歳以上	470点



改定後	
(新) 1 外来腫瘍化学療法診療料1	
イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合	700点
ロ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合	400点
(新) 2 外来腫瘍化学療法診療料2	
イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合	570点
ロ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合	270点
(新) 注 15歳未満の小児の場合	200点を加算

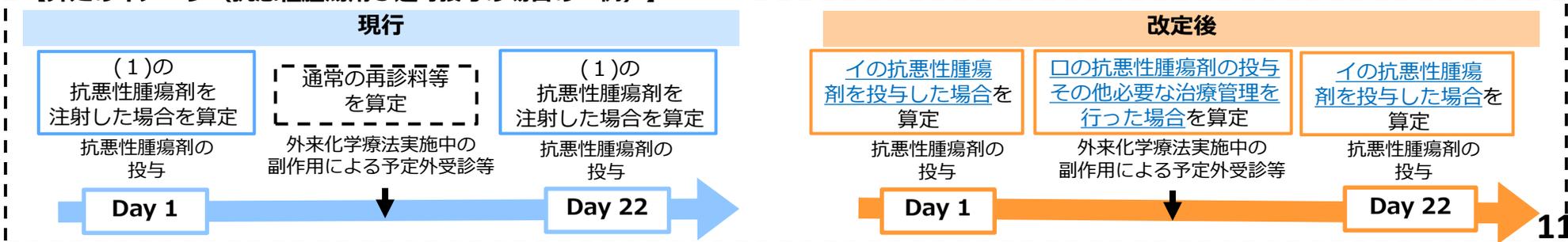
[算定要件]

- 悪性腫瘍を主病とする患者で、入院中の患者以外の患者に対して、**注射による化学療法の実施及び実施に伴うその他必要な治療管理（副作用等に係る診療等を含む）**を行った場合に、**イについては抗悪性腫瘍剤を投与した日に、月3回に限り、ロについては抗悪性腫瘍剤の投与その他の必要な治療管理を行った場合に週1回に限り**算定する。
- ロに規定する点数**は、注射による外来化学療法の実施その他必要な治療管理を実施中の期間に、**当該外来化学療法又は治療に伴う副作用等で来院した患者に対し、診察（身体診察を含む）の上、必要に応じて速やかに検査、投薬等を行う体制を評価したもの**である。
- 患者の心理状態に十分配慮された環境で、**抗悪性腫瘍剤の効能・効果、投与計画、副作用の種類とその対策等について文書により説明**を行う。

[施設基準]

- 専任の医師又は看護師又は薬剤師が院内に常時1人以上配置され、本診療料を算定している患者からの副作用等に係る問い合わせ・相談に24時間対応できる連絡体制が整備**されていること。 ・ 急変時等に当該患者が入院できる体制が確保されていること。
- 外来化学療法を実施するための治療室を有していること。 ・ 化学療法の経験を有する専任の医師、看護師、薬剤師が勤務していること。
- (外来腫瘍化学療法診療料1のみ) 化学療法のレジメンの妥当性を評価・承認する委員会を開催していること。

【算定のイメージ（抗悪性腫瘍剤3週毎投与の場合の一例）】



がん患者の治療と仕事の両立に向けた支援の充実

- がん患者の治療と仕事の両立の推進等の観点から、主治医が産業医から助言を得て、患者の就労の状況を踏まえて治療計画の見直し・再検討を行う等の医学管理を行った場合の評価を新設する。
- 専任の看護師等が、がん患者に対し、就労を含む療養環境の調整等に係る相談窓口を設置した場合の評価を設ける。

(新)	療養・就労両立支援指導料	1,000点
	相談体制充実加算	500点



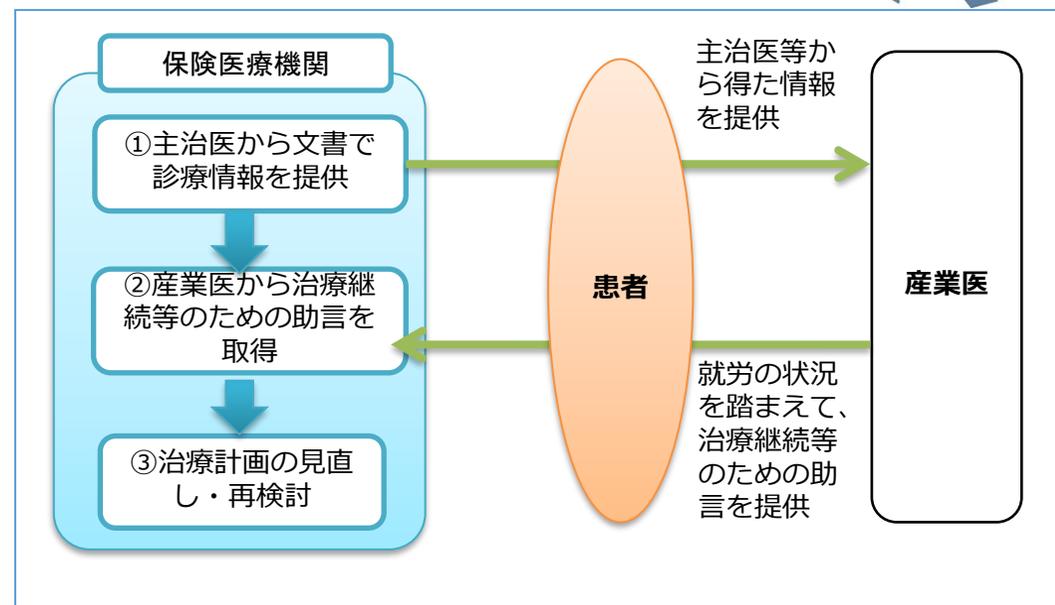
[算定要件]

就労中のがん患者であって、入院中の患者以外のものに対し、以下の全てを行った場合に算定する。

- (1) 医師が病状、治療計画、就労上必要な配慮等について、産業医あてに文書で診療情報を提供
- (2) 医師又は医師の指示を受けた看護職員若しくは社会福祉士が病状や治療による状態変化等に応じた就労上の留意点に係る指導
- (3) 産業医から治療継続等のための助言の取得
- (4) 産業医による助言を踏まえ、医師が治療計画を見直し・再検討

[相談体制充実加算の施設基準]

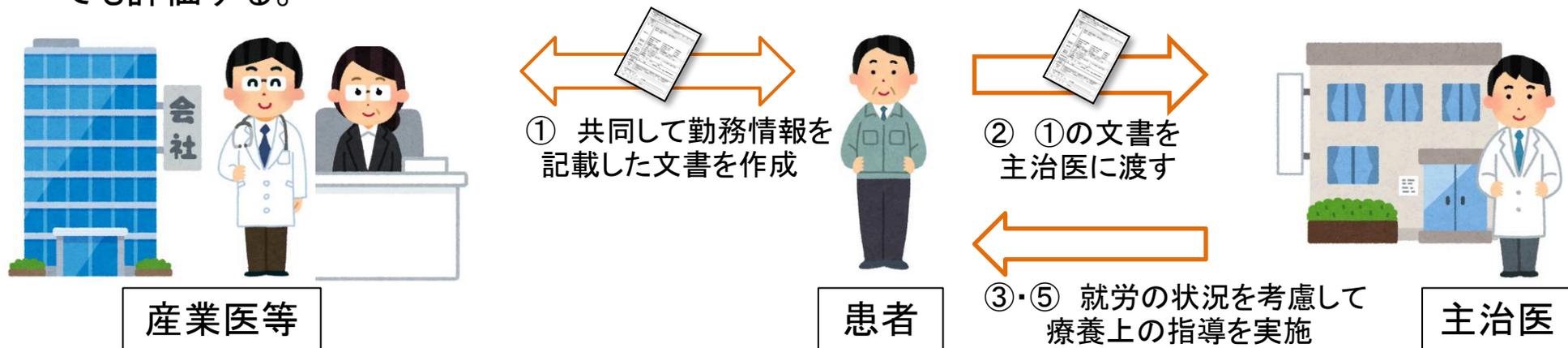
- (1) 療養環境の調整に係る相談窓口を設置し、専任の看護師又は社会福祉士を配置していること。
- (2) 就労を含む療養環境の調整について、相談窓口等において患者からの相談に応じる体制があることを周知していること。



[両立支援の流れ(イメージ)]

治療と仕事の両立に向けた支援の充実①

➤ 療養・就労両立支援指導料について、企業から提供された勤務情報に基づき、患者に療養上必要な指導を実施するとともに、企業に対して診療情報を提供した場合について評価する。また、診療情報を提供した後の勤務環境の変化を踏まえ療養上必要な指導を行った場合についても評価する。



患者の勤務する事業場の産業医等に対して、就労と治療の両立に必要な情報を記載した文書の提供を行う。

当該患者の診察に同席した産業医等に対して、就労と治療の両立に必要なことを説明する。

現行	
療養・就労両立支援指導料	1,000点
相談体制充実加算	500点



改定後	
療養・就労両立支援指導料(3月に限る)	
1 初回	800点
2 2回目以降	400点
相談支援加算	50点

治療と仕事の両立に向けた支援の充実②

対象患者及び連携先の拡大

- 療養・就労両立支援指導料について、両立支援をより充実させるよう、以下の見直しを行う。
 - ◆ 対象となる疾患に**脳血管疾患、肝疾患、指定難病**を追加
 - ◆ 対象となる企業側の連携先に、患者が勤務する事業場において、選任されている**総括安全衛生管理者、衛生管理者、安全衛生推進者及び労働者の健康管理等を行う保健師**を追加

相談支援加算の創設

- 当該患者に対して、看護師又は社会福祉士が相談支援を行った場合の評価を新設する。

療養・就労両立支援指導料
(新) 相談支援加算 50点

[相談支援加算の算定要件]

当該患者に対して、**看護師又は社会福祉士が相談支援を行った場合**に、相談支援加算として、50点を所定点数に加算する。

[相談支援加算の施設基準]

専任の看護師又は社会福祉士を配置していること。専任の看護師又は社会福祉士については、国又は医療関係団体等が実施する研修であって、厚生労働省の定める両立支援コーディネーター養成のための研修カリキュラムに即した研修を修了していること。



療養・就労両立支援指導料の見直し

療養・就労両立支援指導料における対象患者及び連携先の拡大

- 治療と仕事の両立を推進する観点から、療養・就労両立支援指導料について対象疾患及び主治医の診療情報提供先を見直す。
 - ・対象となる疾患に**心疾患、糖尿病及び若年性認知症**を追加
 - ・対象となる企業側の連携先に、患者が勤務する事業場において、選任されている**衛生推進者**を追加

療養・就労両立支援指導料における職種要件の見直し

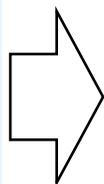
- 治療と仕事の両立支援における心理的不安等に対するサポートや、両立支援の関係者間の連携を推進する観点から、相談支援加算の対象職種に、精神保健福祉士及び公認心理師を追加する。



現行

【療養・就労両立支援指導料】
[算定要件]

注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該患者に対して、看護師又は社会福祉士が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、50点を所定点数に加算する。



改定後

【療養・就労両立支援指導料】
[算定要件]

注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該患者に対して、看護師、社会福祉士、**精神保健福祉士又は公認心理師**が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、50点を所定点数に加算する。

1. 前回の議論におけるご指摘について

2. オンライン診療について(その1)

3. 外来医療について(その1)

4. 外来腫瘍化学療法について

4-1 外来化学療法の概要

4-2 外来化学療法の実施状況

5. 横断的事項等(その2)

外来腫瘍化学療法診療料の算定要件及び施設基準

- 外来腫瘍化学療法診療料1及び2が令和4年度診療報酬改定で新設された。
- 主な施設基準については、「患者からの電話等による緊急の相談等に24時間対応できる連絡体制の整備」が追加された。

	外来腫瘍化学療法診療料 1		外来腫瘍化学療法診療料 2	
	イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合	ロ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合	イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合	ロ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合
点数(1日につき)	700点	400点	570点	270点
算定対象	入院中の患者以外の悪性腫瘍を主病とする患者			
主な算定要件	<ul style="list-style-type: none"> ○ 患者の同意を得た上で、化学療法の経験を有する医師、化学療法に従事した経験を有する専任の看護師及び化学療法に係る調剤の経験を有する専任の薬剤師が必要に応じてその他の職種と共同して、注射による外来化学療法の実施その他の必要な治療管理を行った場合に算定 ○ 「1」の「ロ」及び「2」の「ロ」に規定する点数は、注射による外来化学療法の実施その他必要な治療管理を実施中の期間に、当該外来化学療法を実施している保険医療機関において、当該外来化学療法又は治療に伴う副作用等で来院した患者に対し、診察（視診、聴診、打診及び触診等の身体診察を含む）の上、必要に応じて速やかに検査、投薬等を行う体制を評価 			
	○ 当該保険医療機関で実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会において、承認され、登録されたレジメンを用いて治療を行ったときのみ算定可能		-	
主な施設基準	<ul style="list-style-type: none"> (1) 外来化学療法を実施するための専用のベッドを有する治療室 (2) 化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤医師 (3) 化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤看護師（化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務） (4) 化学療法に係る調剤の経験を5年以上有する専任の常勤薬剤師 (5) 専任の医師、看護師、または薬剤師が院内に常時（※1）一人以上配置され、本診療料を算定している患者からの電話等による緊急の相談等に24時間対応できる連絡体制の整備（※2） (6) 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制等の確保 (7) 実施される化学療法のレジメンの妥当性を評価し、承認する委員会の開催（委員会は、化学療法に携わる各診療科の医師の代表者、業務に携わる看護師及び薬剤師から構成され、少なくとも年1回開催） 		<ul style="list-style-type: none"> (1) 外来化学療法を実施するための専用のベッドを有する治療室 (2) 化学療法の経験を有する専任の常勤看護師（化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務） (3) 専任の常勤薬剤師 (4) 専任の医師、看護師、または薬剤師が院内に常時（※1）一人以上配置され、本診療料を算定している患者からの電話等による緊急の相談等に24時間対応できる連絡体制の整備（※2） (5) 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制等の確保 	

※1 「常時とは、24時間」のことを指す（令和4年3月31日事務連絡）。

※2 令和4年3月31日時点で外来化学療法加算1又は2の届出を行っている診療所であって、令和4年9月30日までの間に体制を整備することが困難な場合については、やむを得ない理由等により院内に常時1人以上配置することが困難な場合であって、電話等による緊急の相談等に医師、看護師又は薬剤師が24時間対応できる連絡体制が整備され、患者に周知している場合においては、令和6年3月31日までの間に限り、外来腫瘍化学療法診療料2を届け出てもよい（令和4年7月26日事務連絡）。

外来腫瘍化学療法診療料の算定状況

- 令和4年の外来腫瘍化学療法診療料1の届出医療機関数は、令和3年における外来化学療法加算1の届出医療機関数と比較して、94%の医療機関が届出を行っていた。
- 算定回数については、令和4年の診療料1イ及びロの合計値(303,175件)は、令和3年(259,916件)と比較して増加。
- 令和4年の外来腫瘍化学療法診療料2の届出医療機関数は、令和3年における外来化学療法加算2の届出医療機関数と比較して、37%の医療機関が届出を行っていた。
- 算定回数については、令和4年の診療料2イ及びロの合計値(4,793件)は、令和3年(6,008件)と比較して減少。

	外来腫瘍化学療法診療料1		外来腫瘍化学療法診療料2																																																																																																													
	イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合	ロ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合	イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合	ロ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合																																																																																																												
点数(1日につき)	700点	400点	570点	270点																																																																																																												
算定対象	入院中の患者以外の悪性腫瘍を主病とする患者																																																																																																															
届出医療機関数	<table border="1"> <caption>届出医療機関数 (診療料1)</caption> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>病院</th> <th>診療所</th> <th>合計</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>H27</td><td>1,530</td><td>66</td><td>1,596</td></tr> <tr><td>H28</td><td>1,557</td><td>65</td><td>1,622</td></tr> <tr><td>H29</td><td>1,560</td><td>63</td><td>1,623</td></tr> <tr><td>H30</td><td>1,563</td><td>63</td><td>1,626</td></tr> <tr><td>R1</td><td>1,591</td><td>62</td><td>1,653</td></tr> <tr><td>R2</td><td>1,624</td><td>63</td><td>1,687</td></tr> <tr><td>R3</td><td>1,653</td><td>65</td><td>1,718</td></tr> <tr><td>R4</td><td>1,578</td><td>36</td><td>1,614</td></tr> </tbody> </table> <p>※ 令和4年4月1日以前は外来化学療法加算1を届け出ている医療機関数を表示</p>		年度	病院	診療所	合計	H27	1,530	66	1,596	H28	1,557	65	1,622	H29	1,560	63	1,623	H30	1,563	63	1,626	R1	1,591	62	1,653	R2	1,624	63	1,687	R3	1,653	65	1,718	R4	1,578	36	1,614	<table border="1"> <caption>届出医療機関数 (診療料2)</caption> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>病院</th> <th>診療所</th> <th>合計</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>H27</td><td>598</td><td>344</td><td>942</td></tr> <tr><td>H28</td><td>582</td><td>336</td><td>918</td></tr> <tr><td>H29</td><td>580</td><td>328</td><td>908</td></tr> <tr><td>H30</td><td>568</td><td>322</td><td>890</td></tr> <tr><td>R1</td><td>570</td><td>315</td><td>885</td></tr> <tr><td>R2</td><td>555</td><td>309</td><td>864</td></tr> <tr><td>R3</td><td>557</td><td>307</td><td>864</td></tr> <tr><td>R4</td><td>299</td><td>23</td><td>322</td></tr> </tbody> </table> <p>※ 令和4年4月1日以前は外来化学療法加算2を届け出ている医療機関数を表示</p>		年度	病院	診療所	合計	H27	598	344	942	H28	582	336	918	H29	580	328	908	H30	568	322	890	R1	570	315	885	R2	555	309	864	R3	557	307	864	R4	299	23	322																																				
年度	病院	診療所	合計																																																																																																													
H27	1,530	66	1,596																																																																																																													
H28	1,557	65	1,622																																																																																																													
H29	1,560	63	1,623																																																																																																													
H30	1,563	63	1,626																																																																																																													
R1	1,591	62	1,653																																																																																																													
R2	1,624	63	1,687																																																																																																													
R3	1,653	65	1,718																																																																																																													
R4	1,578	36	1,614																																																																																																													
年度	病院	診療所	合計																																																																																																													
H27	598	344	942																																																																																																													
H28	582	336	918																																																																																																													
H29	580	328	908																																																																																																													
H30	568	322	890																																																																																																													
R1	570	315	885																																																																																																													
R2	555	309	864																																																																																																													
R3	557	307	864																																																																																																													
R4	299	23	322																																																																																																													
算定回数	<table border="1"> <caption>算定回数 (診療料1)</caption> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>加算1A①</th> <th>加算1A②</th> <th>診療料1のイ</th> <th>診療料1のロ</th> <th>合計</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>H27</td><td>169,077</td><td>312</td><td>169,389</td><td>0</td><td>169,389</td></tr> <tr><td>H28</td><td>193,540</td><td>284</td><td>193,824</td><td>0</td><td>193,824</td></tr> <tr><td>H29</td><td>215,286</td><td>396</td><td>215,682</td><td>0</td><td>215,682</td></tr> <tr><td>H30</td><td>241,863</td><td>375</td><td>242,238</td><td>0</td><td>242,238</td></tr> <tr><td>R1</td><td>250,329</td><td>268</td><td>250,597</td><td>0</td><td>250,597</td></tr> <tr><td>R2</td><td>247,266</td><td>261</td><td>247,527</td><td>0</td><td>247,527</td></tr> <tr><td>R3</td><td>259,642</td><td>274</td><td>259,916</td><td>0</td><td>259,916</td></tr> <tr><td>R4</td><td>38,265</td><td>38,265</td><td>264,910</td><td>303,175</td><td>303,175</td></tr> </tbody> </table> <p>※ 令和4年4月1日以前は外来化学療法加算1のAの算定回数を表示 ※ 加算Aについては、R2、R3は「抗悪性腫瘍剤を注射した場合」に相当</p>		年度	加算1A①	加算1A②	診療料1のイ	診療料1のロ	合計	H27	169,077	312	169,389	0	169,389	H28	193,540	284	193,824	0	193,824	H29	215,286	396	215,682	0	215,682	H30	241,863	375	242,238	0	242,238	R1	250,329	268	250,597	0	250,597	R2	247,266	261	247,527	0	247,527	R3	259,642	274	259,916	0	259,916	R4	38,265	38,265	264,910	303,175	303,175	<table border="1"> <caption>算定回数 (診療料2)</caption> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>加算2A①</th> <th>加算2A②</th> <th>診療料2のイ</th> <th>診療料2のロ</th> <th>合計</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>H27</td><td>8,312</td><td>41</td><td>8,353</td><td>0</td><td>8,353</td></tr> <tr><td>H28</td><td>8,653</td><td>58</td><td>8,711</td><td>0</td><td>8,711</td></tr> <tr><td>H29</td><td>9,004</td><td>42</td><td>9,046</td><td>0</td><td>9,046</td></tr> <tr><td>H30</td><td>8,496</td><td>52</td><td>8,548</td><td>0</td><td>8,548</td></tr> <tr><td>R1</td><td>7,912</td><td>48</td><td>7,960</td><td>0</td><td>7,960</td></tr> <tr><td>R2</td><td>6,014</td><td>64</td><td>6,078</td><td>0</td><td>6,078</td></tr> <tr><td>R3</td><td>5,973</td><td>35</td><td>6,008</td><td>0</td><td>6,008</td></tr> <tr><td>R4</td><td>1,704</td><td>1,089</td><td>3,789</td><td>4,793</td><td>4,793</td></tr> </tbody> </table> <p>※ 令和4年4月1日以前は外来化学療法加算2のAの算定回数を表示 ※ 加算Aについては、R2、R3は「抗悪性腫瘍剤を注射した場合」に相当</p>		年度	加算2A①	加算2A②	診療料2のイ	診療料2のロ	合計	H27	8,312	41	8,353	0	8,353	H28	8,653	58	8,711	0	8,711	H29	9,004	42	9,046	0	9,046	H30	8,496	52	8,548	0	8,548	R1	7,912	48	7,960	0	7,960	R2	6,014	64	6,078	0	6,078	R3	5,973	35	6,008	0	6,008	R4	1,704	1,089	3,789	4,793	4,793
年度	加算1A①	加算1A②	診療料1のイ	診療料1のロ	合計																																																																																																											
H27	169,077	312	169,389	0	169,389																																																																																																											
H28	193,540	284	193,824	0	193,824																																																																																																											
H29	215,286	396	215,682	0	215,682																																																																																																											
H30	241,863	375	242,238	0	242,238																																																																																																											
R1	250,329	268	250,597	0	250,597																																																																																																											
R2	247,266	261	247,527	0	247,527																																																																																																											
R3	259,642	274	259,916	0	259,916																																																																																																											
R4	38,265	38,265	264,910	303,175	303,175																																																																																																											
年度	加算2A①	加算2A②	診療料2のイ	診療料2のロ	合計																																																																																																											
H27	8,312	41	8,353	0	8,353																																																																																																											
H28	8,653	58	8,711	0	8,711																																																																																																											
H29	9,004	42	9,046	0	9,046																																																																																																											
H30	8,496	52	8,548	0	8,548																																																																																																											
R1	7,912	48	7,960	0	7,960																																																																																																											
R2	6,014	64	6,078	0	6,078																																																																																																											
R3	5,973	35	6,008	0	6,008																																																																																																											
R4	1,704	1,089	3,789	4,793	4,793																																																																																																											

外来化学療法加算の算定要件と算定状況

- 外来化学療法加算1の届出医療機関数は増加傾向。算定回数は横ばい。
- 外来化学療法加算2の届出医療機関数及び算定回数は微減。

	外来化学療法加算 1		外来化学療法加算 2																																																							
	①15歳未満	②15歳以上	①15歳未満	②15歳以上																																																						
点数(1日につき)	670点	450点	640点	370点																																																						
算定対象	入院中の患者以外の患者（悪性腫瘍を主病とする患者を除く） (G001静脈内注射、G002動脈注射、G003抗悪性腫瘍剤局所持続注入、G003-3肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、G004点滴注射、G005中心静脈注射、G006挿入型カテーテルによる中心静脈注射に加算)																																																									
主な算定要件	○ 注射による化学療法の必要性、副作用、用法・用量、その他の留意点等について文書で説明し同意を得た上で、外来化学療法に係る専用室において、注射により薬剤等が投与された場合に加算		-																																																							
	○ 当該保険医療機関で実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会において、承認され、登録されたレジメンを用いて治療を行ったときのみ算定可能		-																																																							
主な施設基準	(1) 外来化学療法を実施するための専用のベッドを有する治療室 (2) 化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤医師 (3) 化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤看護師（化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務） (4) 化学療法に係る調剤の経験を5年以上有する専任の常勤薬剤師 (5) 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制等の確保 (6) 実施される化学療法のレジメンの妥当性を評価し、承認する委員会の開催（委員会は、化学療法に携わる各診療科の医師の代表者、業務に携わる看護師及び薬剤師から構成され、少なくとも年1回開催）		(1) 外来化学療法を実施するための専用のベッドを有する治療室 (2) 化学療法の経験を有する専任の常勤看護師（化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務） (3) 専任の常勤薬剤師 (4) 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制等の確保																																																							
届出医療機関数及び算定回数	<table border="1"> <caption>外来化学療法加算1の届出医療機関数及び算定回数</caption> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>届出医療機関数</th> <th>算定回数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>H27</td><td>66</td><td>26,085</td></tr> <tr><td>H28</td><td>65</td><td>30,713</td></tr> <tr><td>H29</td><td>63</td><td>32,749</td></tr> <tr><td>H30</td><td>63</td><td>31,087</td></tr> <tr><td>R1</td><td>62</td><td>28,913</td></tr> <tr><td>R2</td><td>63</td><td>29,455</td></tr> <tr><td>R3</td><td>65</td><td>30,346</td></tr> <tr><td>R4</td><td>66</td><td>30,346</td></tr> </tbody> </table>		年度	届出医療機関数	算定回数	H27	66	26,085	H28	65	30,713	H29	63	32,749	H30	63	31,087	R1	62	28,913	R2	63	29,455	R3	65	30,346	R4	66	30,346	<table border="1"> <caption>外来化学療法加算2の届出医療機関数及び算定回数</caption> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>届出医療機関数</th> <th>算定回数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>H27</td><td>344</td><td>6,666</td></tr> <tr><td>H28</td><td>336</td><td>6,285</td></tr> <tr><td>H29</td><td>328</td><td>6,441</td></tr> <tr><td>H30</td><td>322</td><td>6,347</td></tr> <tr><td>R1</td><td>315</td><td>6,068</td></tr> <tr><td>R2</td><td>309</td><td>5,272</td></tr> <tr><td>R3</td><td>307</td><td>5,054</td></tr> <tr><td>R4</td><td>303</td><td>4,954</td></tr> </tbody> </table>		年度	届出医療機関数	算定回数	H27	344	6,666	H28	336	6,285	H29	328	6,441	H30	322	6,347	R1	315	6,068	R2	309	5,272	R3	307	5,054	R4	303	4,954
年度	届出医療機関数	算定回数																																																								
H27	66	26,085																																																								
H28	65	30,713																																																								
H29	63	32,749																																																								
H30	63	31,087																																																								
R1	62	28,913																																																								
R2	63	29,455																																																								
R3	65	30,346																																																								
R4	66	30,346																																																								
年度	届出医療機関数	算定回数																																																								
H27	344	6,666																																																								
H28	336	6,285																																																								
H29	328	6,441																																																								
H30	322	6,347																																																								
R1	315	6,068																																																								
R2	309	5,272																																																								
R3	307	5,054																																																								
R4	303	4,954																																																								

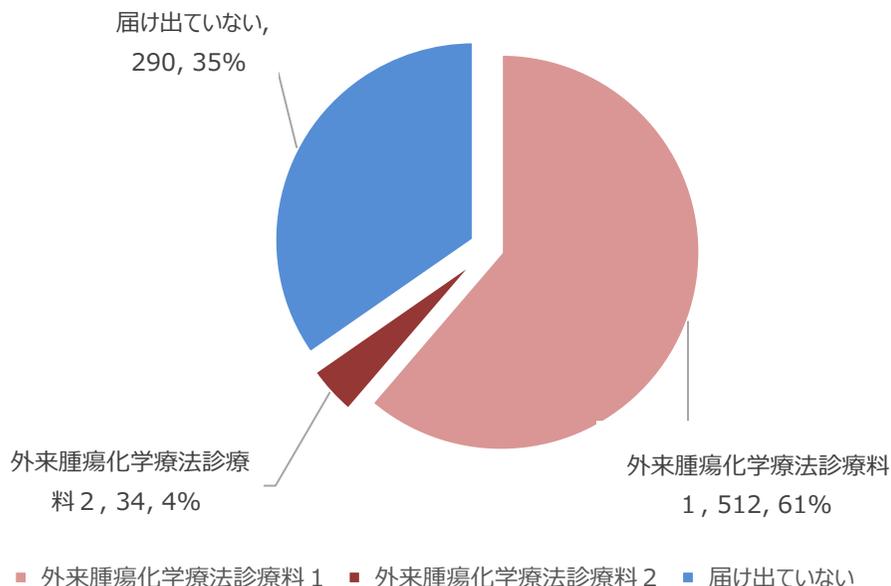
出典：届出医療機関数：各年7月1日時点の主な施設、算定回数：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

※加算Bについては、R2、R3は「抗悪性腫瘍剤以外の薬剤を注射した場合」に相当

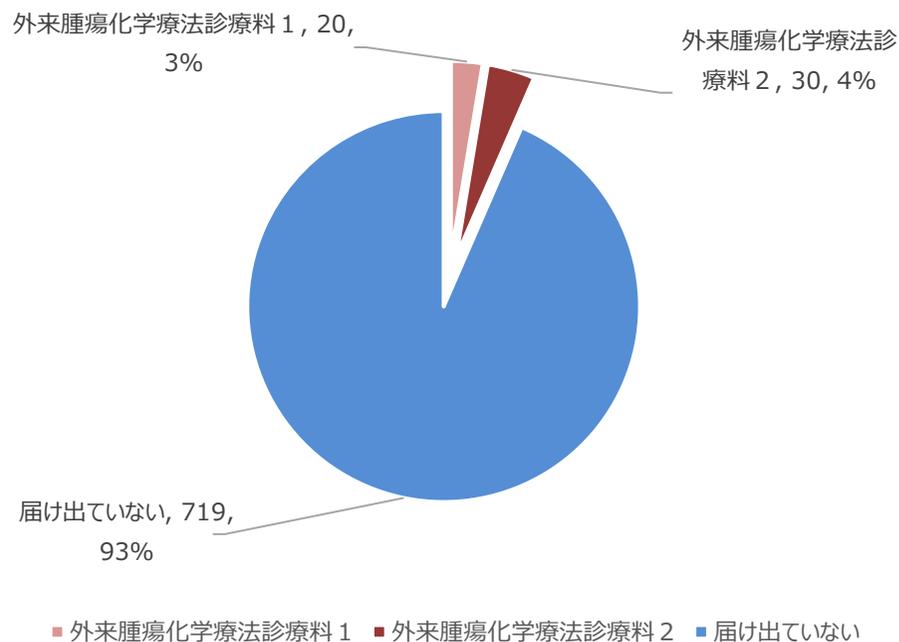
外来腫瘍化学療法診療料の届出状況

- 令和4年度入院・外来調査の施設票(A票)での結果では、外来腫瘍化学療法診療料1を届け出ている施設が512施設(61%)、届け出していない施設が290施設(35%)であった。
- 外来施設票では、全体(n=769)に対して、外来腫瘍化学療法診療料1・2を算定していた施設は、それぞれ約3%、約4%であった。

施設票(A票)で集計した
外来腫瘍化学療法診療料の届出数(割合)(n=836)



外来施設票で集計した
外来腫瘍化学療法診療料の届出数(割合)(n=769)

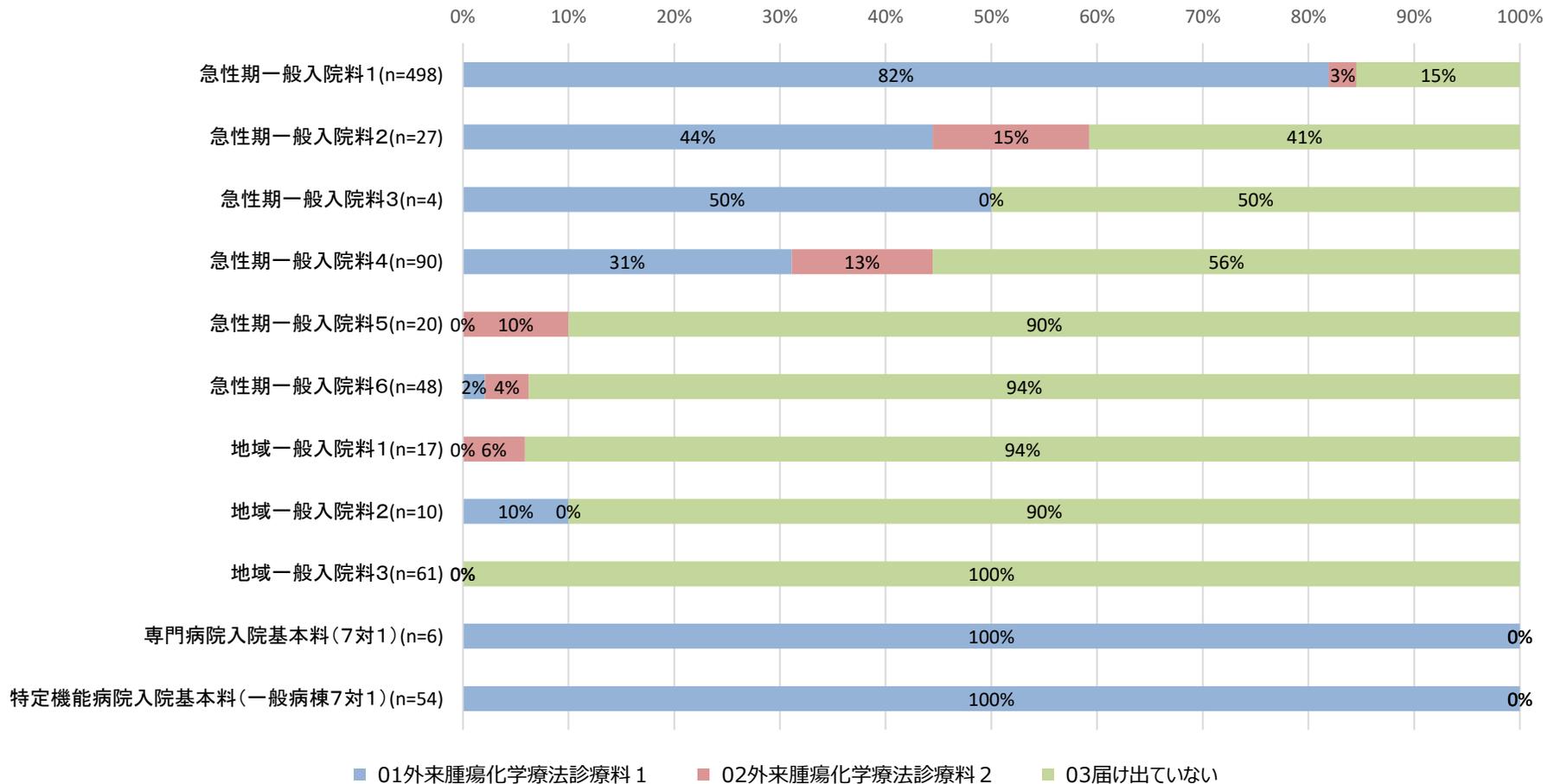


※ 施設票(A票): 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、特定集中治療室管理料、小児特定集中治療室管理料、小児入院医療管理料、感染対策向上加算、急性期充実体制加算、重症患者対応体制強化加算等の届出を行っている医療機関、約2,300施設を対象としている。

※ 外来施設票: 情報通信機器を用いた診療、生活習慣病管理料、外来腫瘍化学療法診療料、外来感染対策向上加算等の届出等を行っている医療機関、約2,300施設を対象としている。

○ 急性期一般入院料1、専門病院入院基本料(7対1)、特定機能病院入院基本料(一般病棟7対1)を届け出る医療機関において、外来腫瘍化学療法診療料の届出を行った施設の割合は、それぞれ82%、100%、100%と高い割合だった。

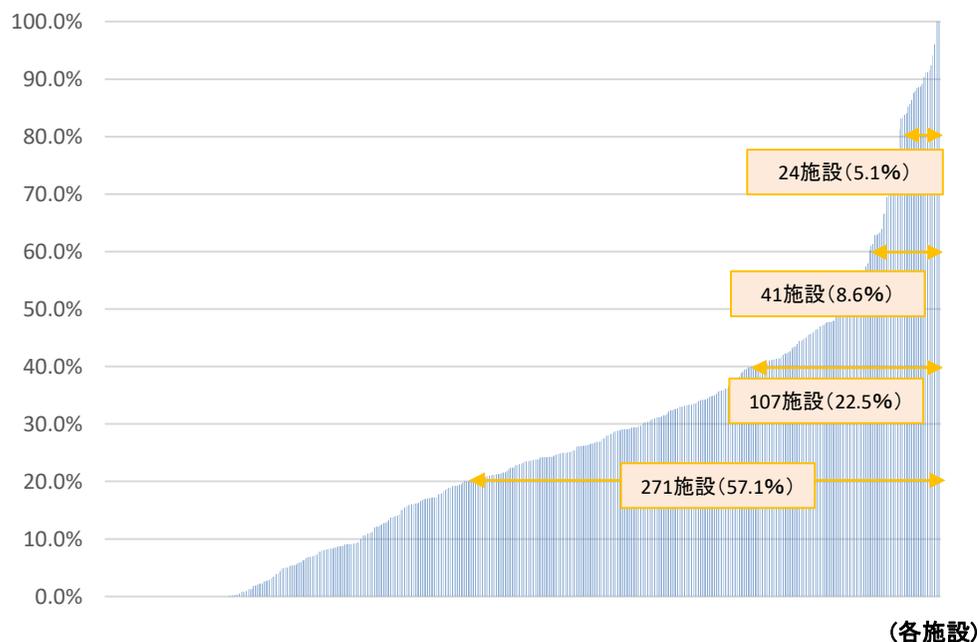
入院料ごとの外来腫瘍化学療法診療料の届出状況



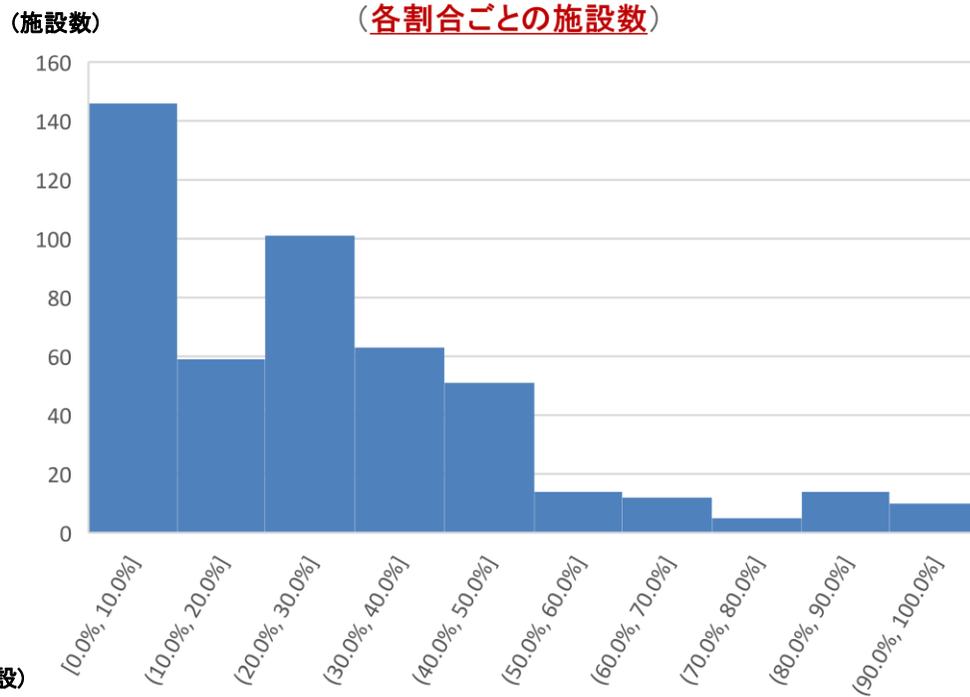
外来化学療法及び入院での化学療法の実施状況（実患者数）①

○ 外来腫瘍化学療法診療料を届出している病院(n=475)において、「化学療法を実施した実患者数」のうち、「1サイクル(※1)も外来で化学療法を行わずに、全て入院で化学療法を実施した実患者数」の割合は、中央値23.2%であった。

「化学療法を実施した実患者数」のうち、「外来で化学療法を行わずに、全て入院で化学療法を実施した実患者数」の割合
(各施設ごとの割合)



「化学療法を実施した実患者数」のうち、「外来で化学療法を行わずに、全て入院で化学療法を実施した実患者数」の割合
(各割合ごとの施設数)



N	平均値	25%Tile	50%Tile	75%Tile
475	25.9%	7.1%	23.2%	36.9%

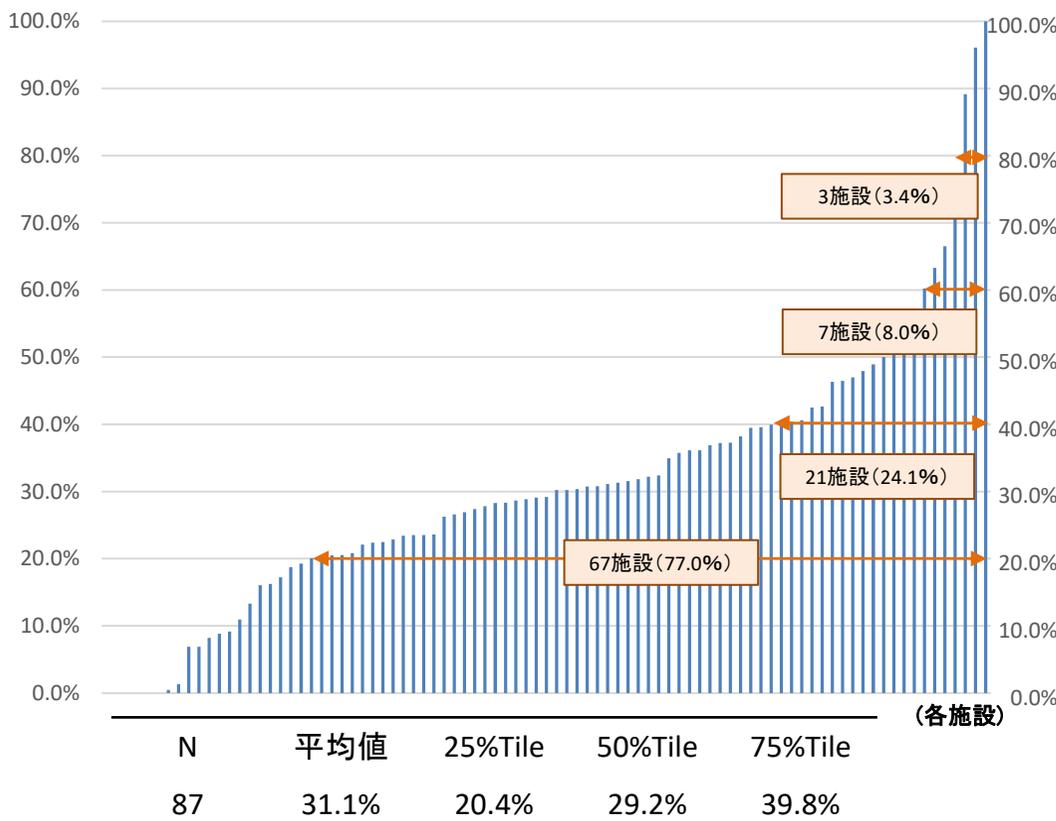
※1 クール、コースと同義。抗悪性腫瘍剤の投与と投与後の休業期間を含む一連の期間を指す

※2 「外来で化学療法を行わずに、全て入院で化学療法を実施した実患者数」=1-「1サイクル以上、外来で化学療法を実施した実患者数」/「化学療法を実施した実患者数」

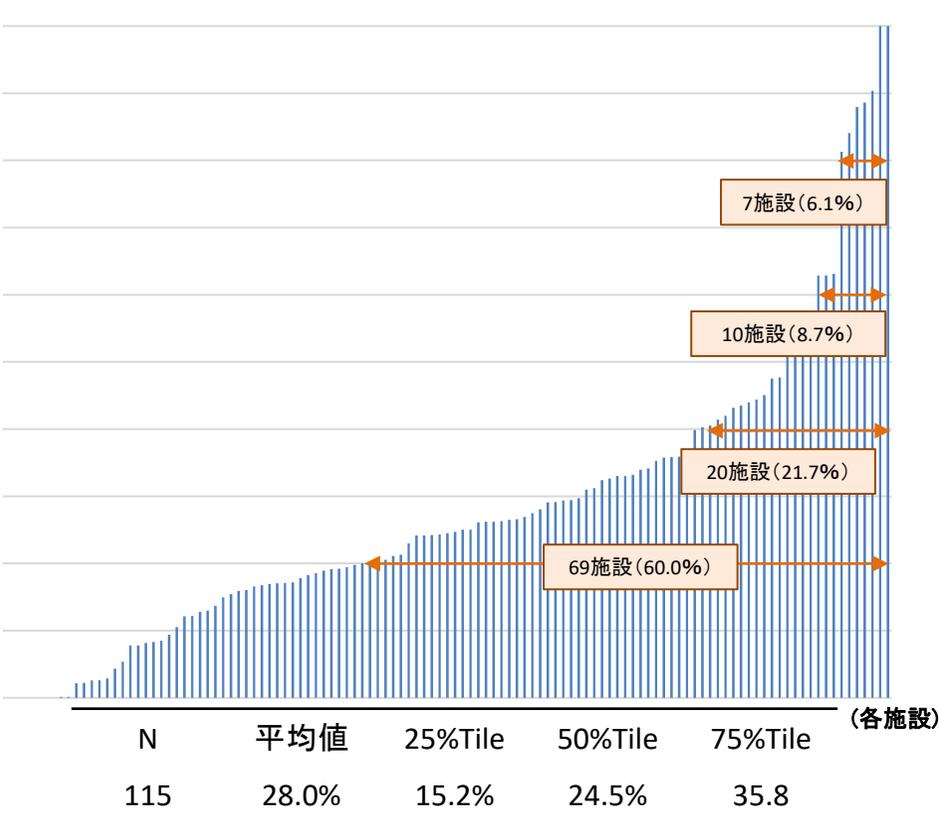
外来化学療法及び入院での化学療法の実施状況（実患者数）②

○ 急性期充実体制加算及び総合入院体制加算を届け出ている施設において、「化学療法を実施した実患者数」のうち、「1サイクル(※1)も外来で化学療法を行わずに、全て入院で化学療法を実施した実患者数」の割合は、中央値は29.2%、24.5%であった。

急性期充実体制加算届出施設における「化学療法を実施した実患者数」のうち、「外来で化学療法を行わずに、全て入院で化学療法を実施した実患者数」の割合（各施設ごとの割合）



総合入院体制加算届出施設における「化学療法を実施した実患者数」のうち、「外来で化学療法を行わずに、全て入院で化学療法を実施した実患者数」の割合（各施設ごとの割合）



※1 クール、コースと同義。抗悪性腫瘍剤の投与と投与後の休業期間を含む一連の期間を指す

※2 「外来で化学療法を行わずに、全て入院で化学療法を実施した実患者数」=1-「1サイクル以上、外来で化学療法を実施した実患者数」/「化学療法を実施した実患者数」

入院料ごとの外来化学療法の実施状況（実患者数）

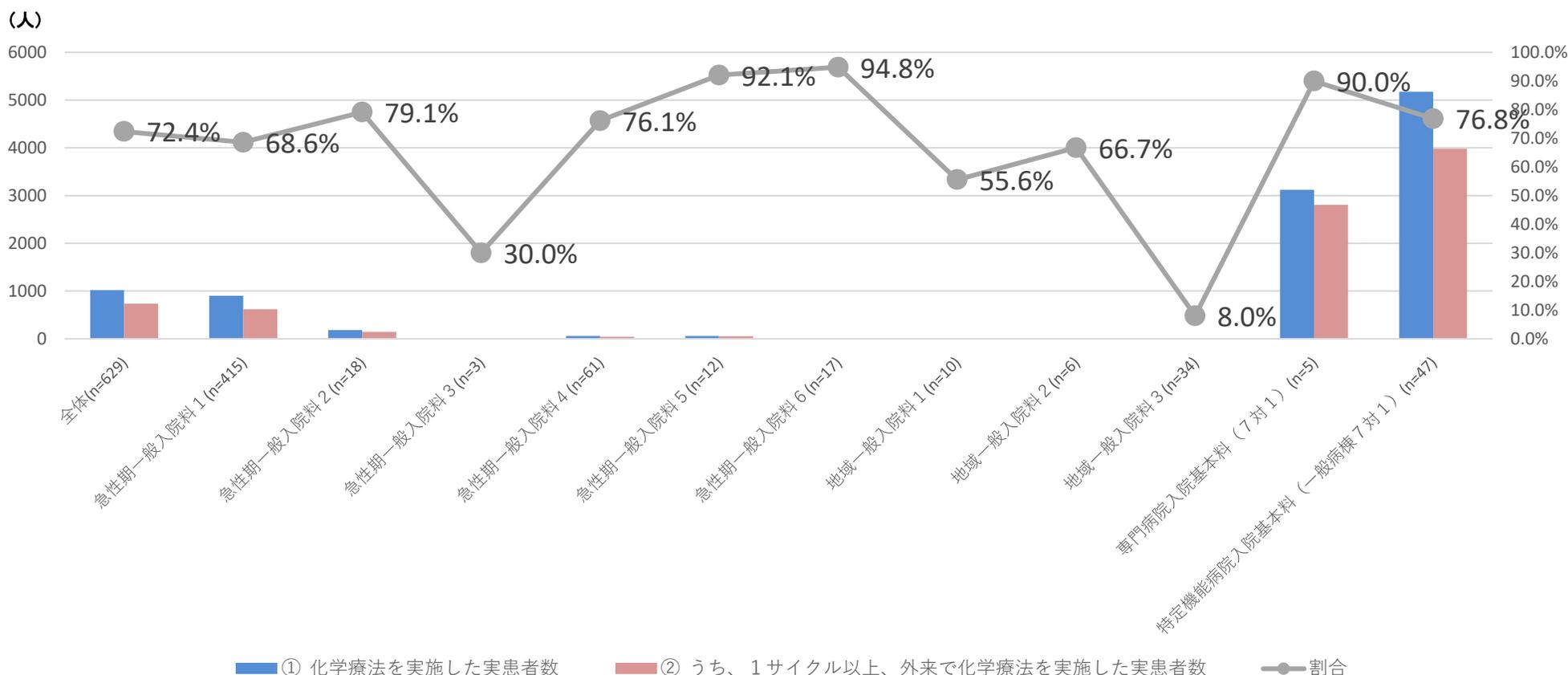
診調組 入-1
5. 6. 8 改

- 化学療法※¹実施患者数(平均値)のうち1サイクル※²以上外来で実施した患者の割合は、72.4%であった。
- 特定機能入院基本料(一般病棟7対1)や専門病院入院基本料(7対1)を算定している施設において、化学療法が多く実施されていた。
- 急性期一般入院料2～6、地域一般入院料1～3を算定している施設においては、化学療法を実施した患者数は少なかった。

※¹ 悪性腫瘍を主病とする患者に対し抗悪性腫瘍剤を投与するもの

※² クール、コースと同義。抗悪性腫瘍剤の投与と投与後の休薬期間を含む一連の期間を指す

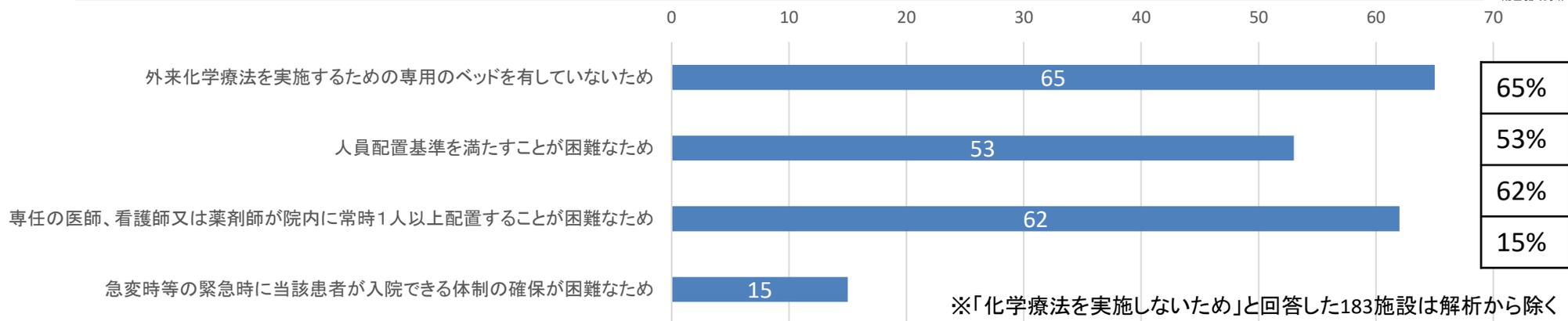
「化学療法を実施した実患者数(平均値)のうち、「1サイクル以上、外来で化学療法を実施した実患者数」の割合



外来腫瘍化学療法診療料を届け出していない理由

- 外来腫瘍化学療法診療料を届け出していない理由については、化学療法を実施しないという理由を除くと、「専用のベッドを有していないため」が理由として最多であった。
- 「急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制の確保が困難なため」という理由を挙げている施設は、施設票(A票)(15%)及び外来施設票(21%)と他の理由に比較して少なかった。

外来腫瘍化学療法診療料を届出しない理由(施設票(A票))(複数回答可)(回答数100)



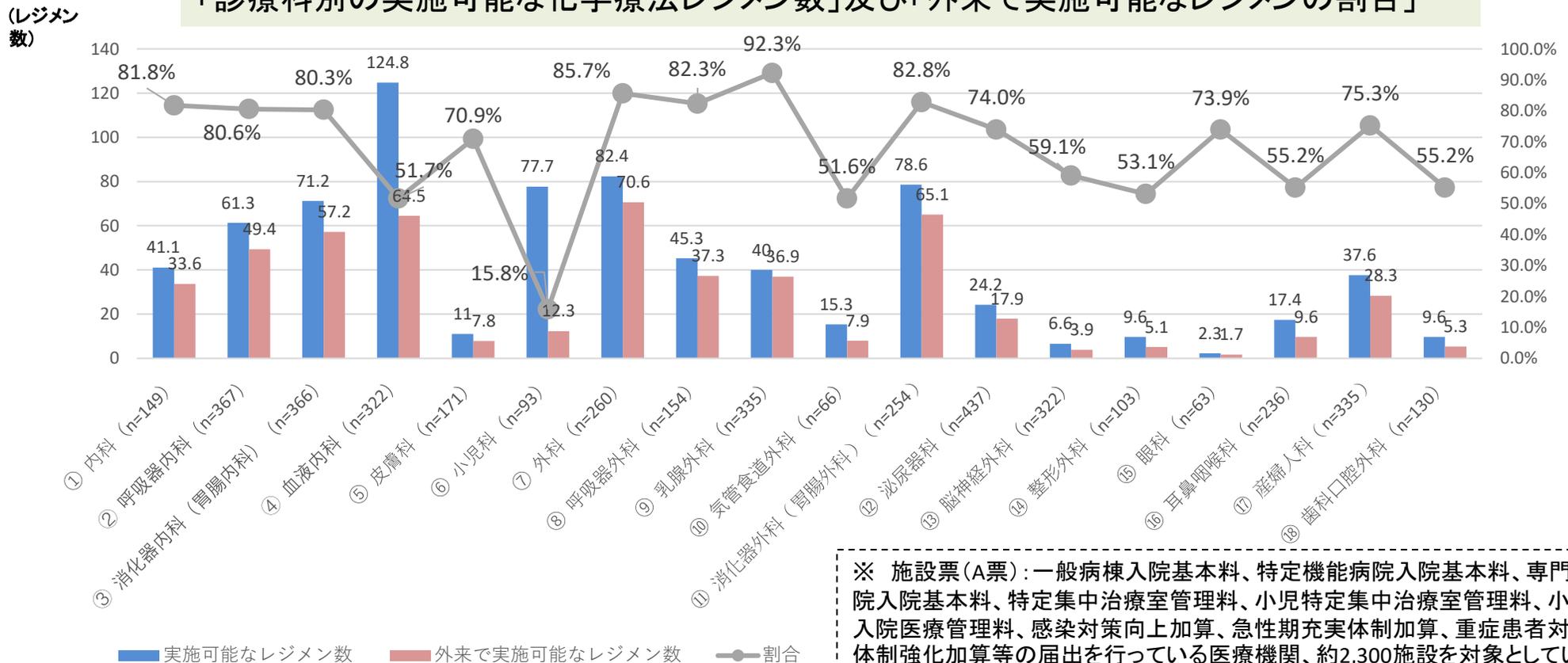
外来腫瘍化学療法診療料を届出しない理由(外来施設票)(複数回答可)(回答数123)



診療科別の化学療法レジメン数①

- 診療科別の実施可能なレジメン(平均値)については、血液内科(124.8種類)、外科(82.4種類)、消化器外科(78.6種類)、小児科(77.7種類)、消化器内科(71.2種類)が多い傾向であった。
- そのうち外来で実施できるレジメン数(平均値)の割合は、乳腺外科(92.3%)、外科(85.7%)、消化器外科(82.8%)、呼吸器外科(82.3%)、内科(81.8%)では多い傾向であった。
- 一方で、小児科(15.8%)、気管食道外科(51.6%)、血液内科(51.7%)、整形外科(53.1%)においては、外来で実施できるレジメン数(平均値)の割合が少ない傾向であった。

「診療科別の実施可能な化学療法レジメン数」及び「外来で実施可能なレジメンの割合」



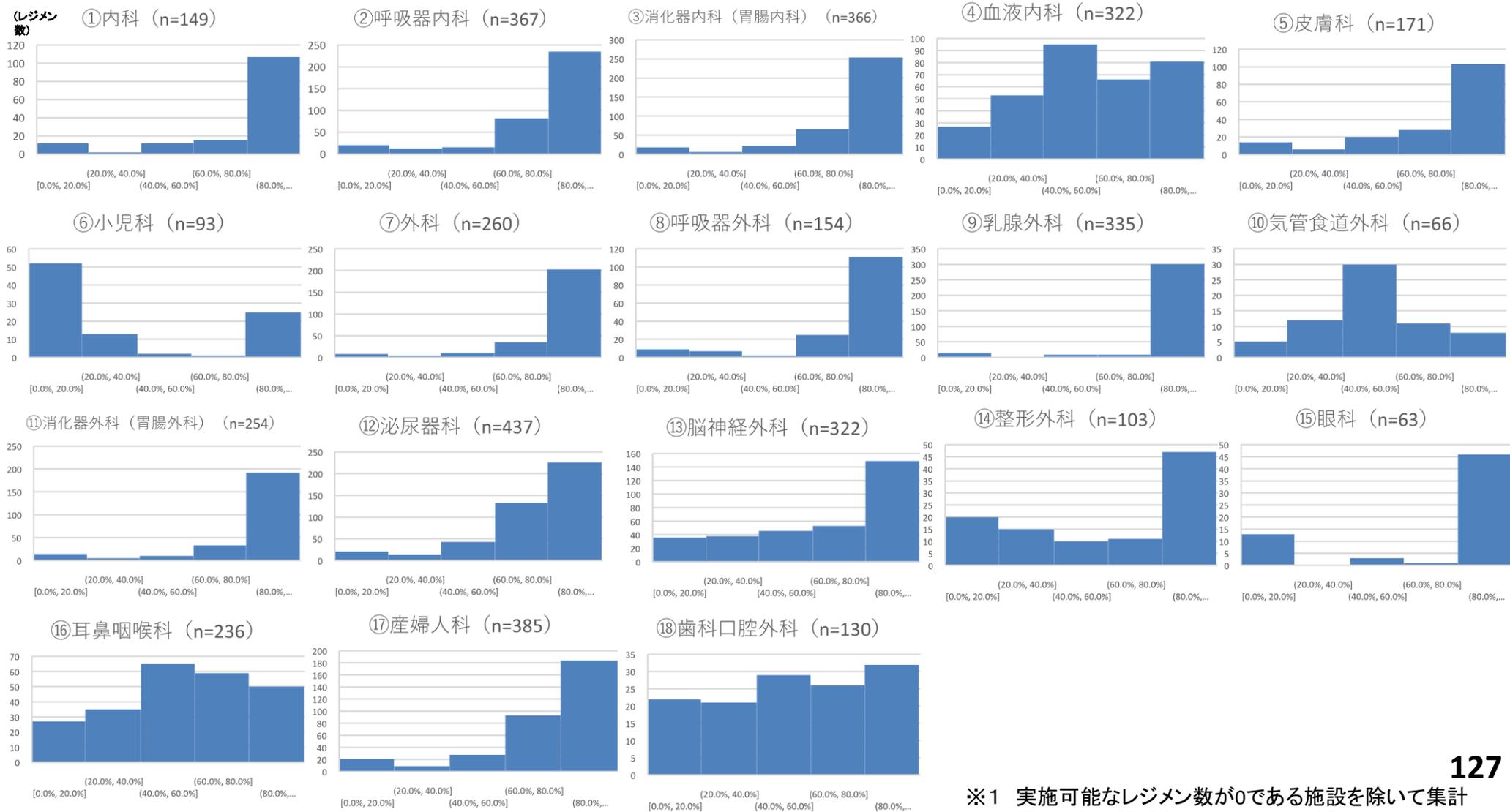
※ 施設票(A票): 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、特定集中治療室管理料、小児特定集中治療室管理料、小児入院医療管理料、感染対策向上加算、急性期充実体制加算、重症患者対応体制強化加算等の届出を行っている医療機関、約2,300施設を対象としている。

※1 実施可能なレジメン数が0である施設を除いて集計 **126**

※2 回答した施設数が30以下のものは除外

診療科別の化学療法レジメン数②

- 実施可能な化学療法のレジメン数のうち、外来で実施可能なレジメン数の割合は、⑥小児科においては、割合が0-20%である施設が最も多かった。
- 血液内科、気管食道外科、耳鼻咽喉科では、割合が40-60%である施設が最も多かった。

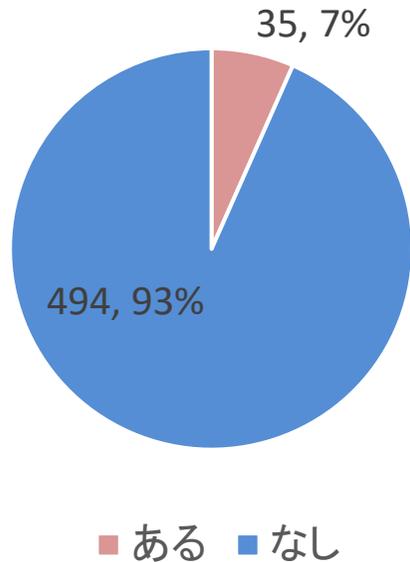


※1 実施可能なレジメン数が0である施設を除いて集計
 ※2 回答した施設数が30以下のものは除外

専用室を使用可能な診療科の制限について

○ 外来腫瘍化学療法診療料を届出している施設において、専用室を使用可能な診療科の制限の有無については、「制限がない」が病院では93%、診療所では75%であった。

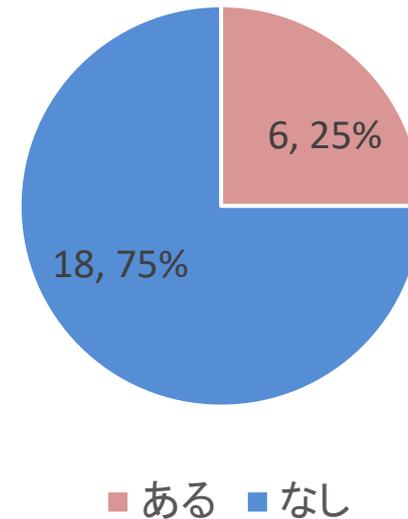
専用室を使用可能な診療科の制限の有無
(病院) (n=529)



※病院のデータは施設票(A票)から抽出

※ 施設票(A票): 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、特定集中治療室管理料、小児特定集中治療室管理料、小児入院医療管理料、感染対策向上加算、急性期充実体制加算、重症患者対応体制強化加算等の届出を行っている医療機関、約2,300施設を対象としている。

専用室を使用可能な診療科の制限の有無
(診療所) (n=24)



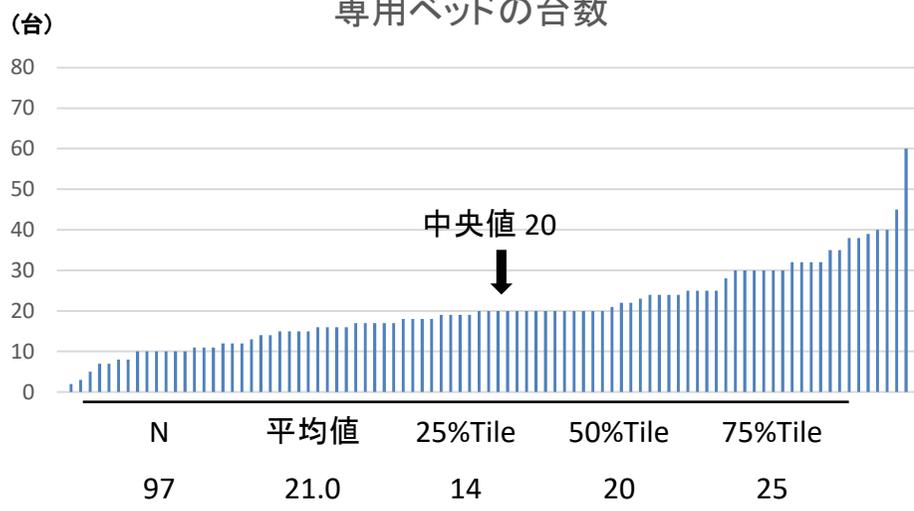
※診療所のデータは外来施設票から抽出

※ 外来施設票: 情報通信機器を用いた診療、生活習慣病管理料、外来腫瘍化学療法診療料、外来感染対策向上加算等の届出等を行っている医療機関、約2,300施設を対象としている。

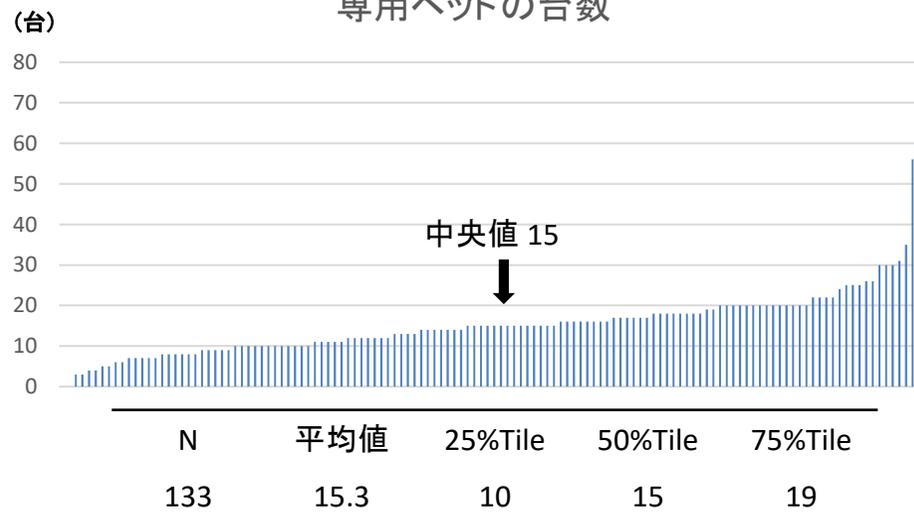
外来化学療法専用ベッドの台数及び使用制限について

○ 急性期充実体制加算及び総合入院体制加算の届出施設における専用ベッドの台数の中央値は、それぞれ20台及び15台であった。

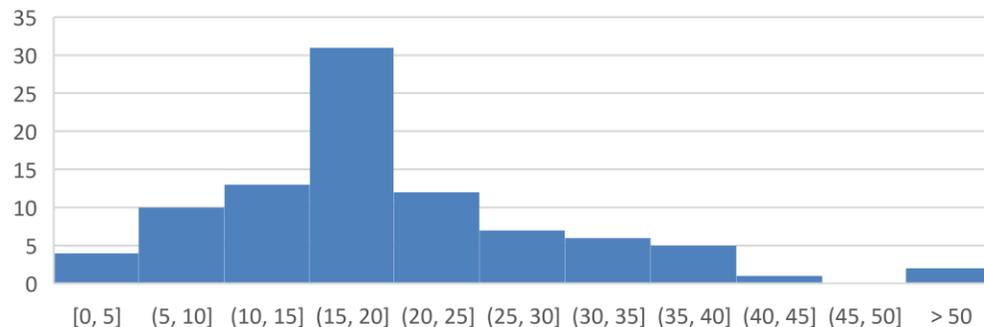
急性期充実体制加算届出施設における
専用ベッドの台数



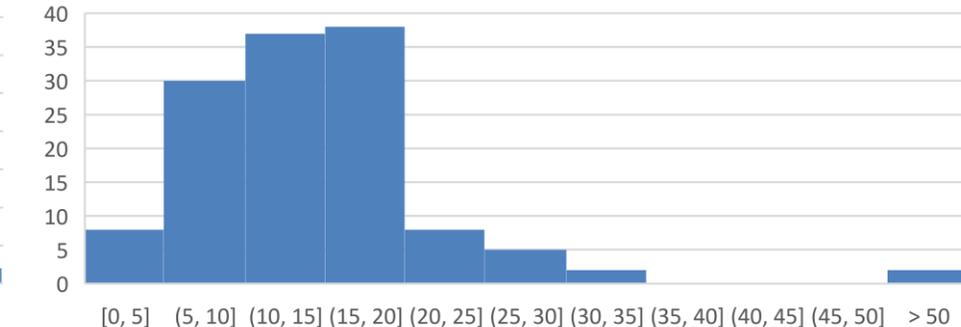
総合入院体制加算届出施設における
専用ベッドの台数



(台) 急性期充実体制加算届出施設における専用ベッドの台数の分布



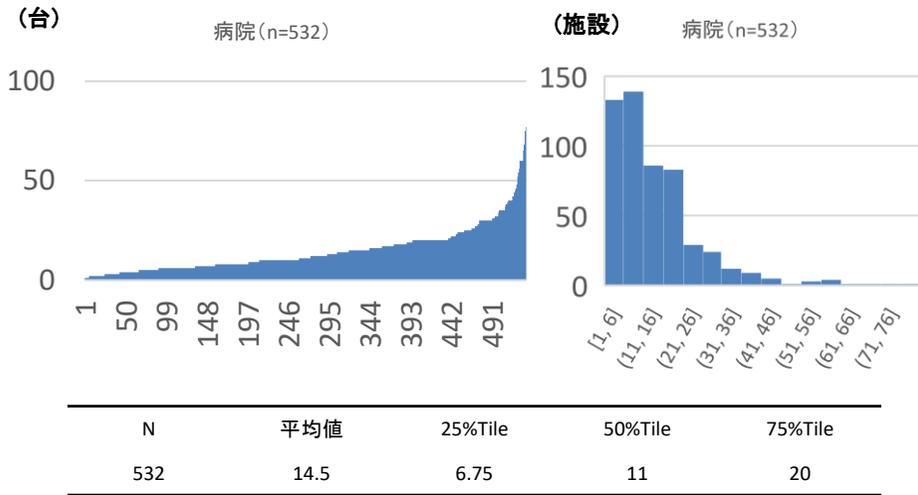
(台) 総合入院体制加算届出施設における専用ベッドの台数の分布



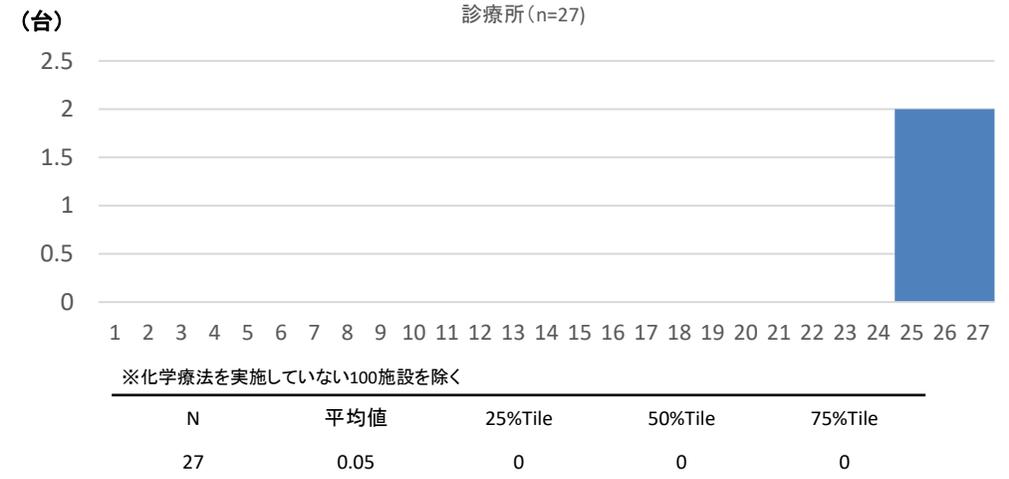
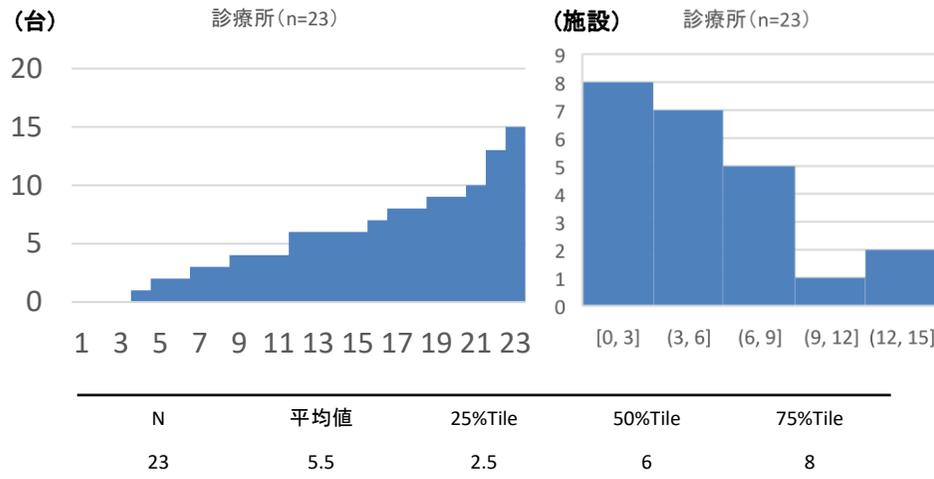
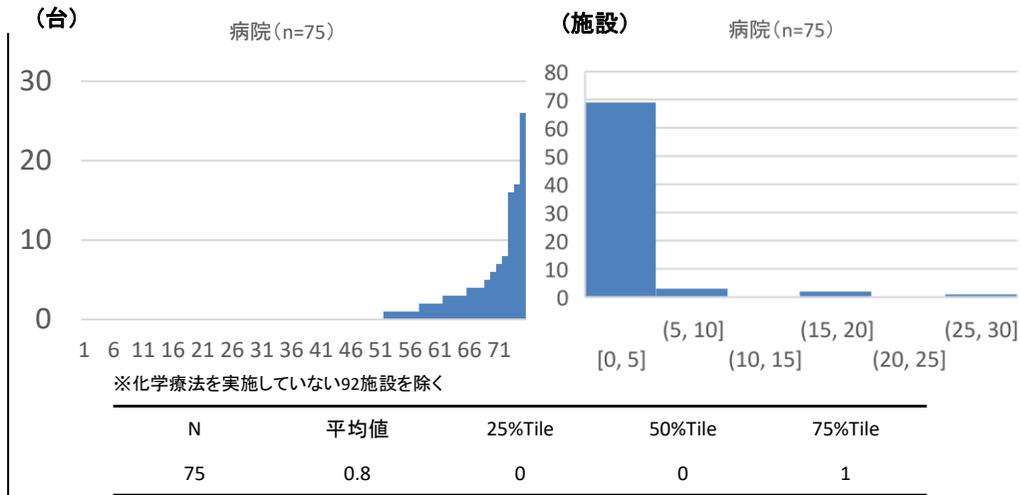
外来化学療法の専用ベッドの台数について

- 外来化学療法の専用ベッドの台数については、外来腫瘍化学療法診療料を届け出ている施設は台数が多い傾向であった。
- 病院と診療所を比較すると、病院の方が専用ベッドの台数は多い傾向であった。

外来腫瘍化学療法診療料届出あり



外来腫瘍化学療法診療料届出なし



外来化学療法職員の配置状況

- 病院、診療所それぞれにおける、外来化学療法職員の配置状況については、外来化学療法診療料を届け出ている施設は、専任の職員数の割合が多い傾向であった。
- 薬剤師については、看護師や医師と比較して、配置数が少なかった。

病院

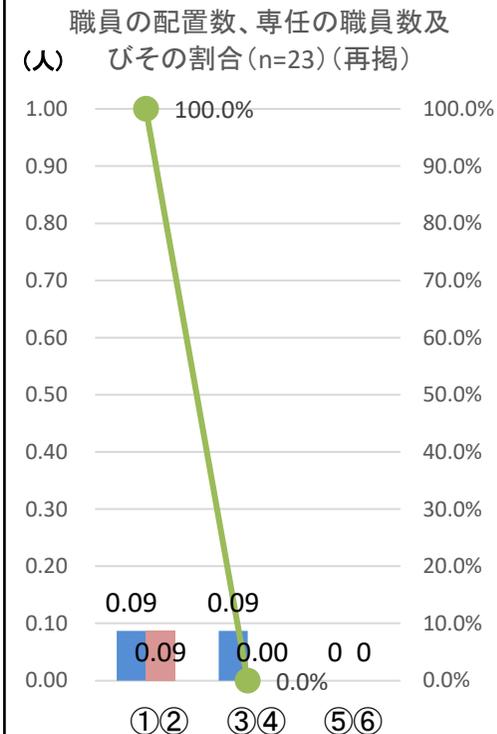
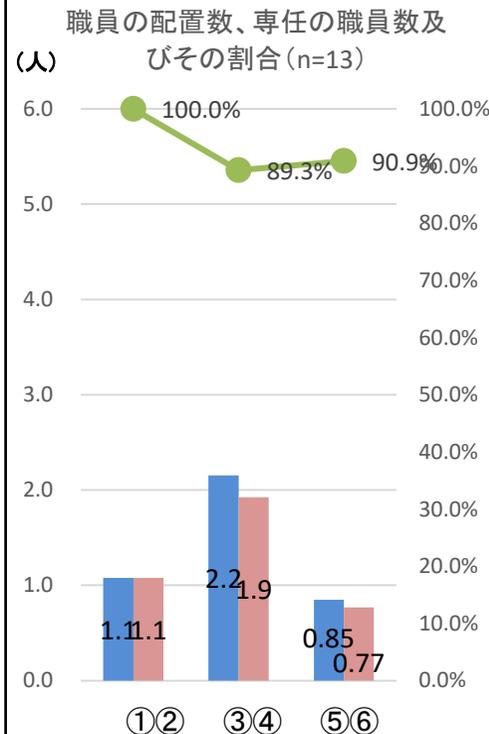
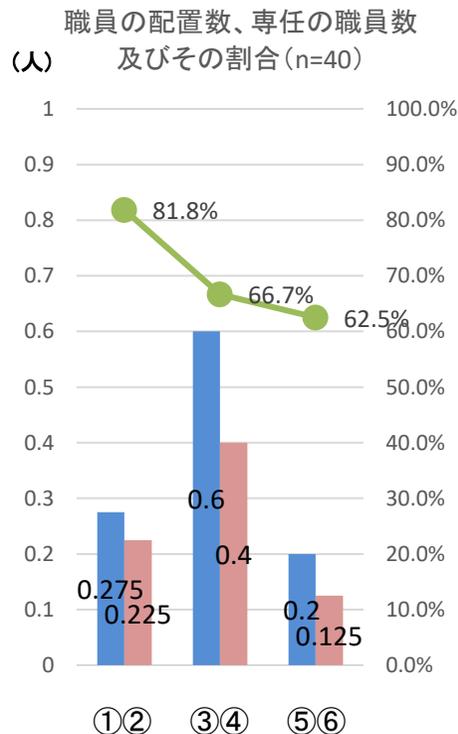
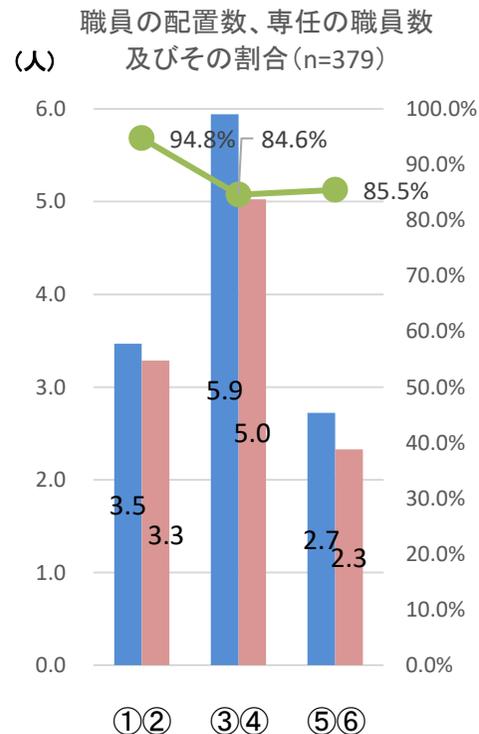
診療所

外来腫瘍化学療法診療料届出あり(n=379)

外来腫瘍化学療法診療料届出なし(n=40)
※化学療法を実施していない65施設を除く

外来腫瘍化学療法診療料届出あり(n=13)

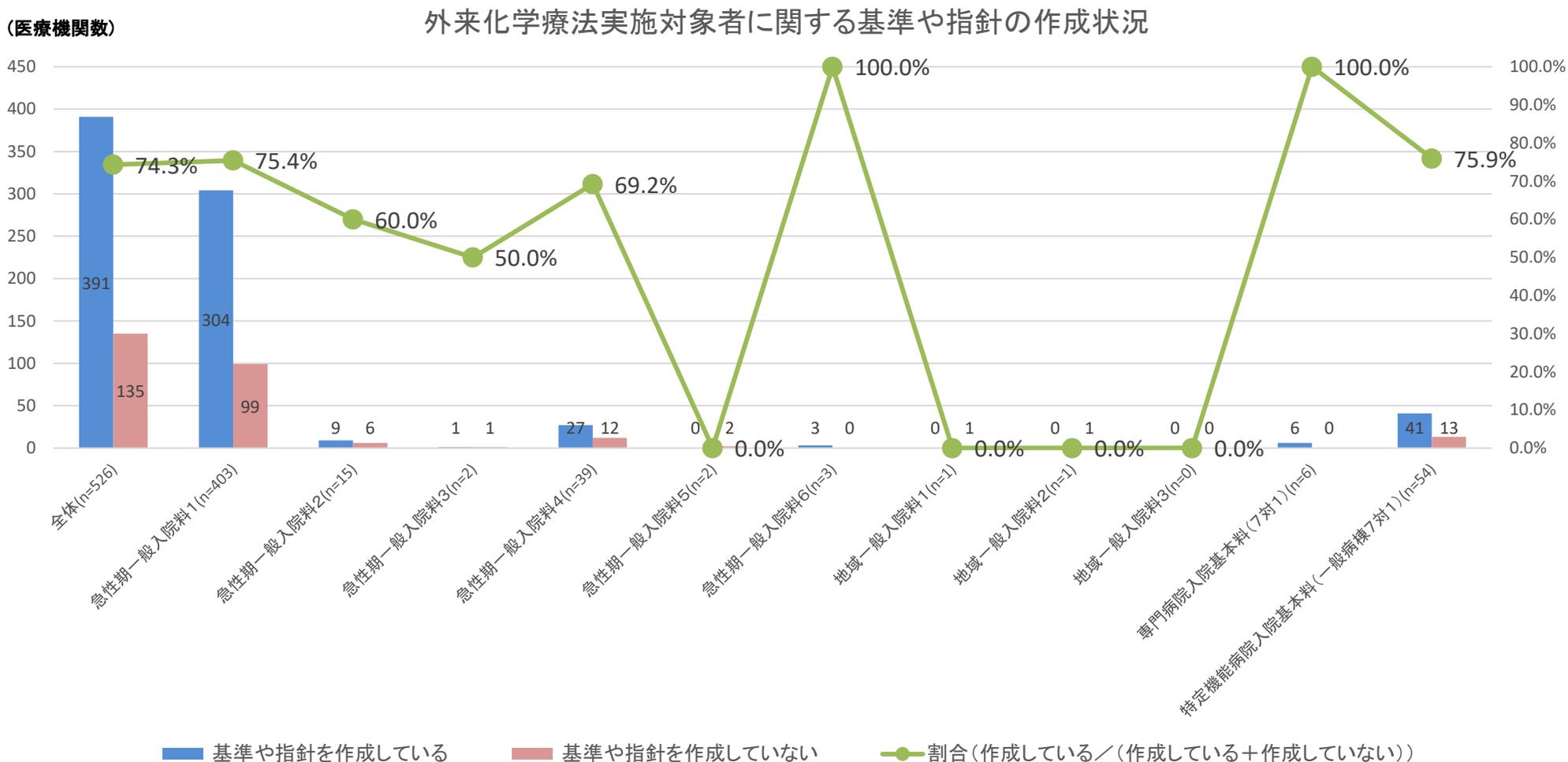
外来腫瘍化学療法診療料届出なし(n=23)
※化学療法を実施していない80施設を除く



- ① 専任の医師
- ② うち 化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤医師
- ③ 専任の看護師
- ④ うち 化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤看護師
- ⑤ 専任の薬剤師
- ⑥ うち 化学療法にかかる調剤の経験を5年以上有する専任の常勤薬剤師

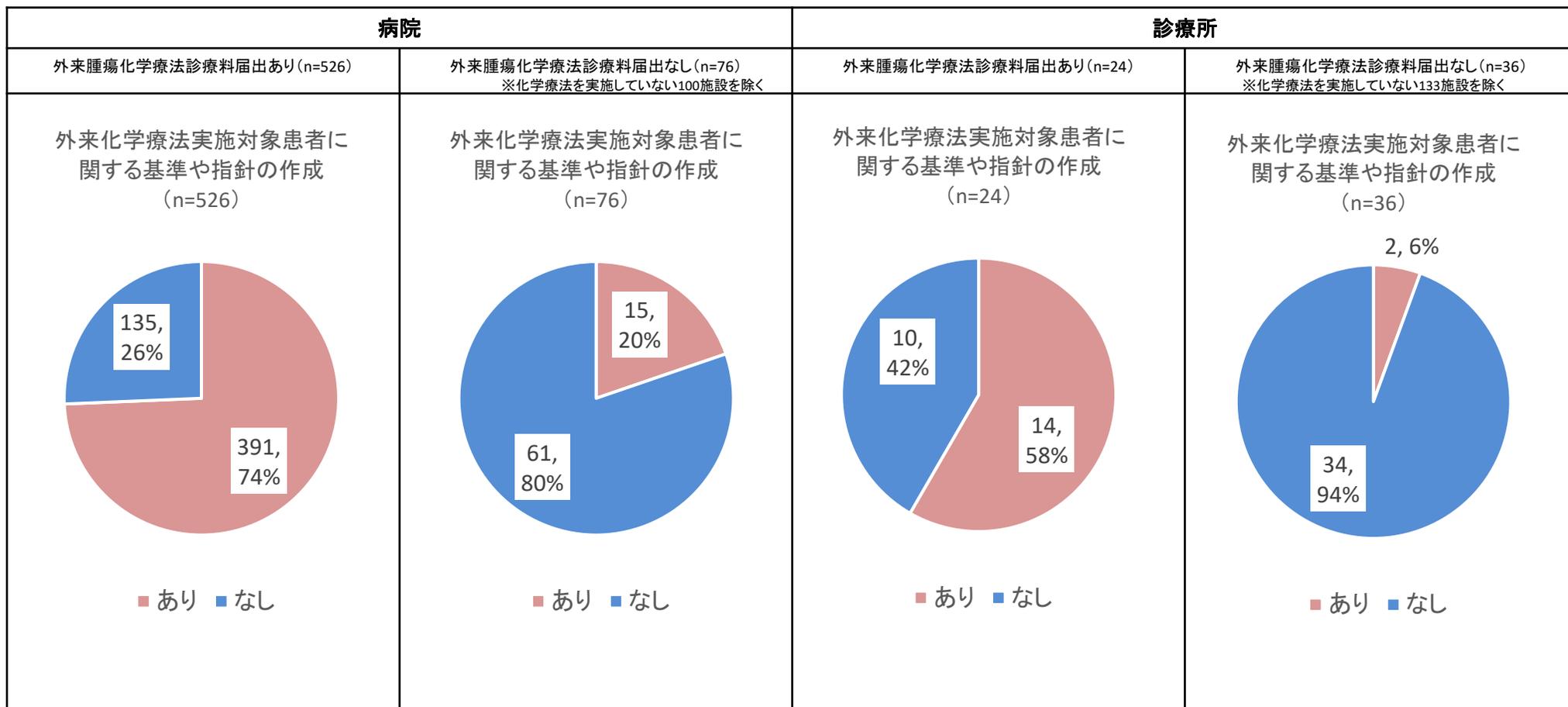
外来化学療法実施対象患者に関する基準や指針の作成①

○ 外来化学療法実施対象患者に関する基準や指針の作成状況については、外来腫瘍化学療法診療料を届出している病院では、74%の施設では「作成している」であった。



外来化学療法実施対象患者に関する基準や指針の作成②

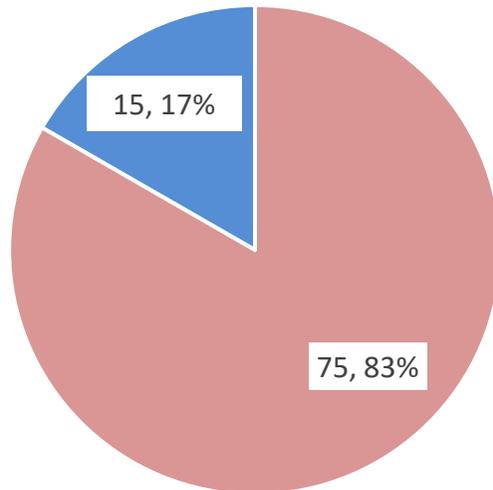
- 外来腫瘍化学療法診療料を届け出ている医療機関においては、病院では74%、診療所では58%の施設が外来化学療法実施対象患者に関する基準や指針を作成していた。
- 外来化学療法を実施しているが、外来化学療法診療料を届出していない施設においては、外来化学療法実施対象患者に関する基準や指針を作成していない施設が多かった。



外来化学療法実施対象患者に関する基準や指針の作成③

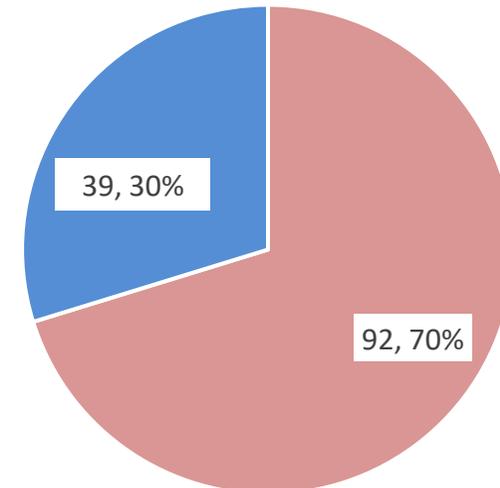
- 急性期充実体制加算を届け出ている90施設において、75施設(83%)は、外来化学療法実施対象患者に関する基準や指針を作成していた。
- 総合入院体制加算を届け出ている131施設において、92施設(70%)は、外来化学療法実施対象患者に関する基準や指針を作成していた。

急性期充実体制加算を届け出ている施設における基準や指針の作成の有無



■ 指針あり ■ 指針なし

総合入院体制加算を届け出ている施設における基準や指針の作成の有無

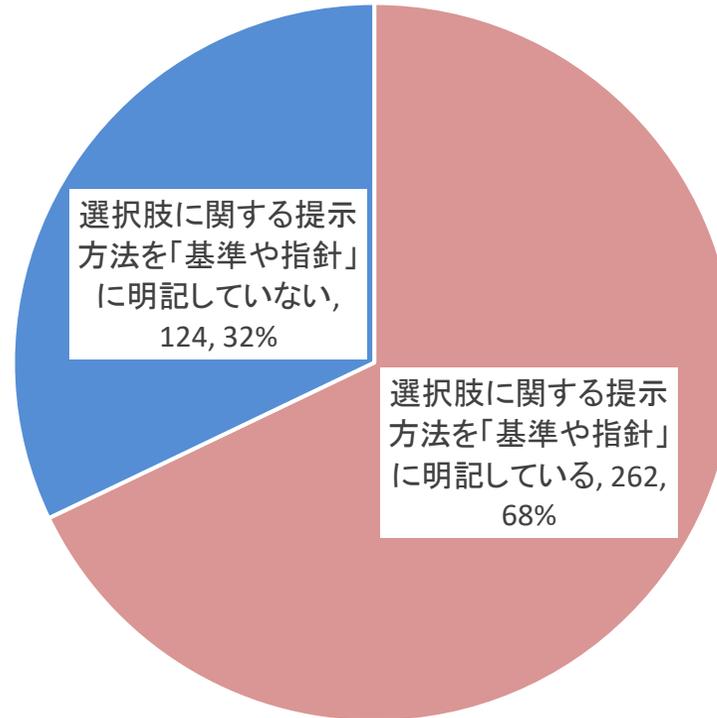


■ 指針あり ■ 指針なし

患者に対する外来での化学療法の選択肢に関する提示方法

- 外来腫瘍化学療法診療料を届出し、「外来化学療法実施対象患者に関する基準や指針」を作成している病院において、68% (262施設) においては、患者に対する外来での化学療法の選択肢に関する提示方法を「基準や指針」に記載していた。

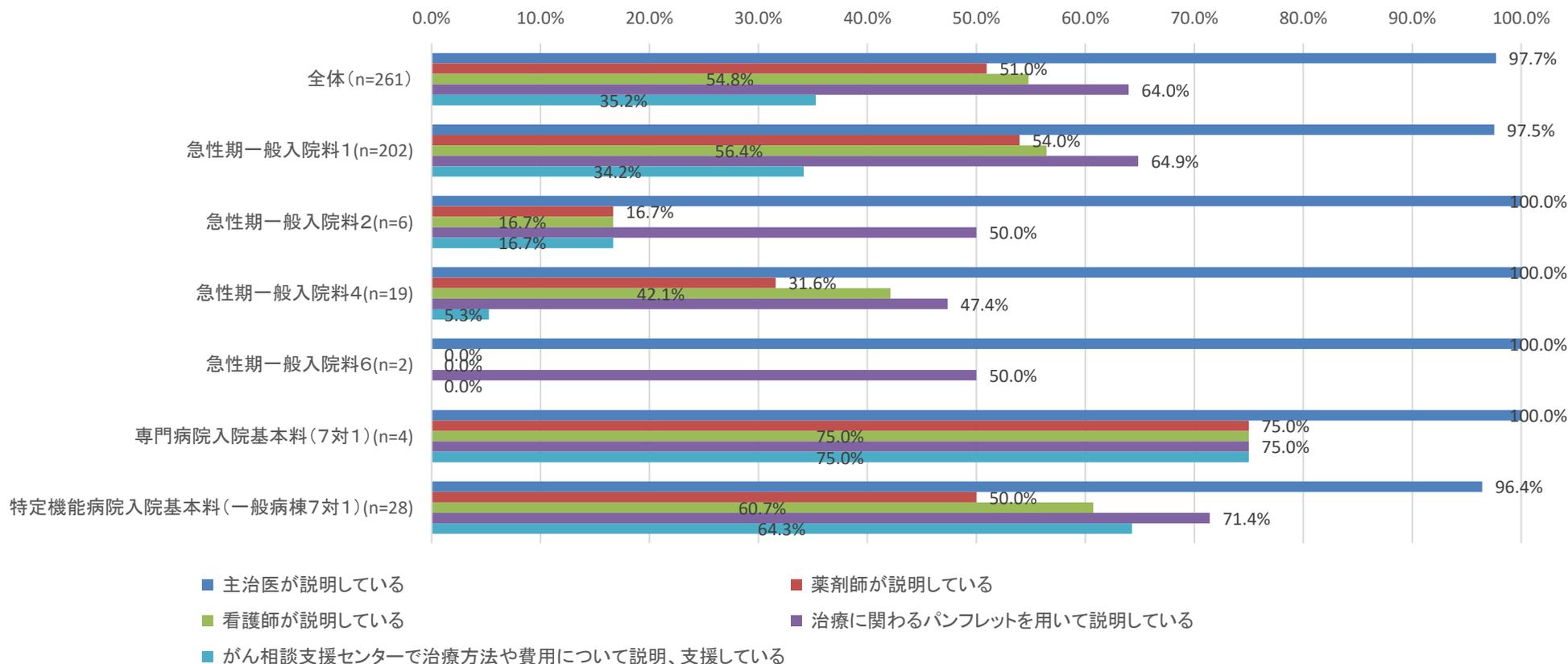
患者に対する外来での化学療法の選択肢に関する提示方法を「基準や指針」に記載しているかどうか (n=386)



患者への選択肢の提示方法について

- 「外来化学療法実施対象患者に関する基準や指針を作成し、「選択肢に関する提示方法を明記している」施設(n=261)においては、外来化学療法の選択肢に関する患者への提示方法については、主治医が基本的に説明し、治療に関わるパンフレットを用いられている割合が高かった。
- がん相談支援センターでの説明や支援については、35.2%の施設で実施されていた。

外来化学療法の選択肢に関する患者への提示方法(複数回答可)



外来化学療法患者への時間外の対応体制

- 外来腫瘍化学療法診療料を届出している病院では、「①電話又はメール等による相談を常時受けられる体制」、「②速やかに受診が必要な場合に、自院において診療ができる体制」をとっている割合が高かった。
- 一方、外来腫瘍化学療法診療料を届出している診療所では、「③速やかに受診が必要な場合には、連携している他の医療機関において診療ができる体制」を取っている施設(66.7%)が多かった。
- 診療所では、「②速やかに受診が必要な場合に、自院において診療ができる体制」を取っている施設の割合は低い傾向であった。

病院

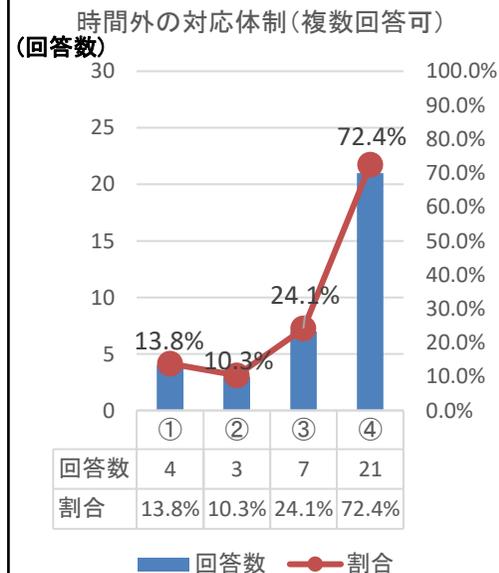
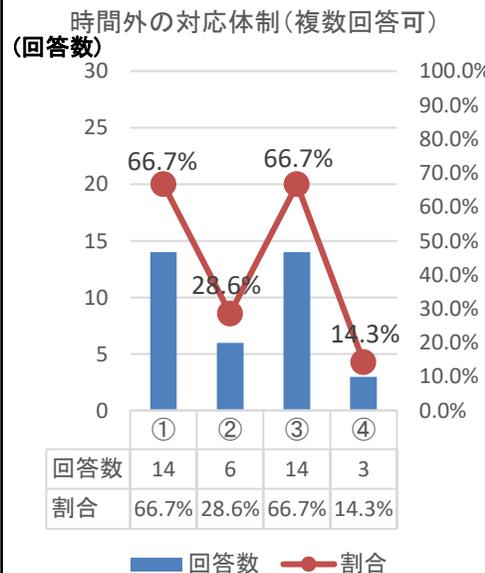
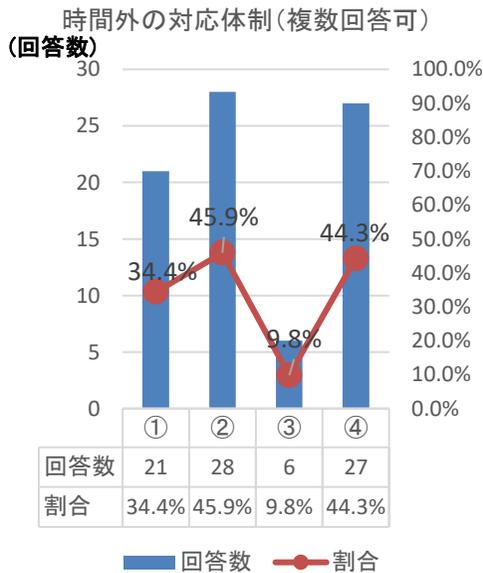
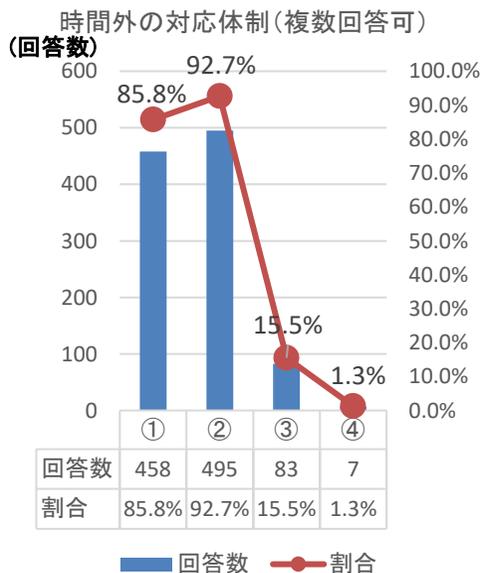
診療所

外来腫瘍化学療法診療料届出あり(n=534)

外来腫瘍化学療法診療料届出なし(n=61)
※化学療法を実施していない39施設を除く

外来腫瘍化学療法診療料届出あり(n=21)

外来腫瘍化学療法診療料届出なし(n=29)
※化学療法を実施していない115施設を除く



- ①電話又はメール等による相談を常時受けられる体制を取っている
- ②速やかに受診が必要な場合に、自院において診療ができる体制を取っている
- ③速やかに受診が必要な場合には、連携している他の医療機関において診療ができる体制を取っている
- ④時間外の対応体制は取っていない

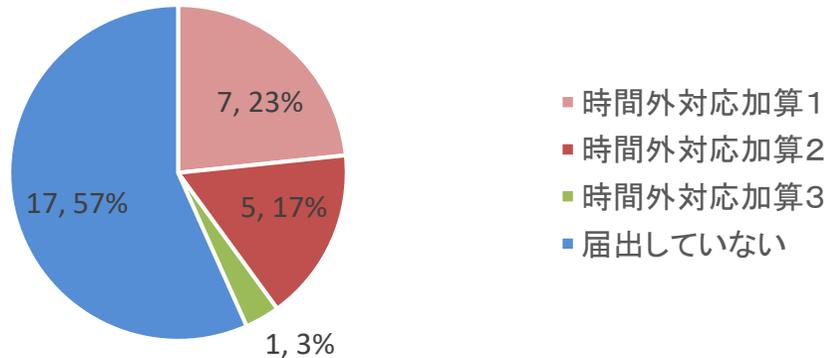
出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設票(A票)、外来施設票)

※ なお、令和4年7月26日事務連絡において、令和4年3月31日時点で外来化学療法加算1又は2の届出を行っている診療所であって、令和4年9月30日までの間に外来腫瘍化学療法診療料の施設基準に示す体制を整備することが困難な場合については、やむを得ない理由等により院内に常時1人以上配置することが困難な場合であって、電話等による緊急の相談等に医師、看護師又は薬剤師が24時間対応できる連絡体制が整備され、患者に周知している場合においては、令和6年3月31日までの間に限り、外来腫瘍化学療法診療料2を届け出てもよいことを示している。

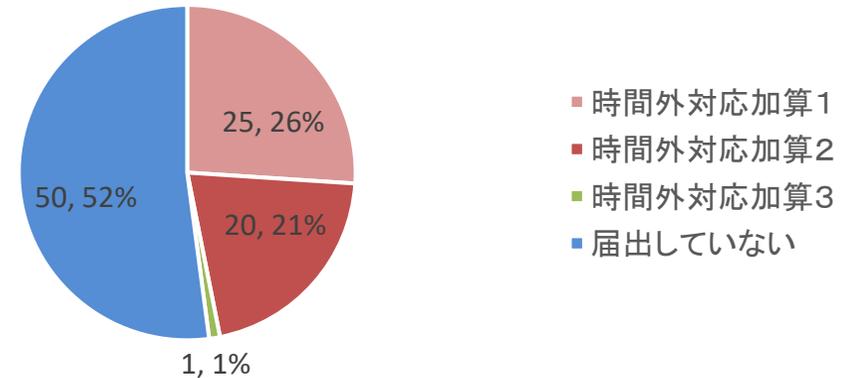
診療所における時間外への対応体制（外来化学療法を実施している施設）

○ 外来化学療法を実施している診療所において、「時間外対応加算1～3」の届出状況は、外来腫瘍化学療法診療料1、2を届け出ている施設は、それぞれ「加算1」が23%、「加算2」が17%、「加算3」が3%、「届出していない」が57%であった。

外来腫瘍化学療法診療料を届け出ている施設における時間外対応加算の届出状況 (n=30)



外来腫瘍化学療法診療料を届けていない施設における時間外対応加算の届出状況 (n=96)



時間外対応加算の施設基準

1 通則

- (1) 診療所であること。
- (2) 標榜時間外において、患者からの電話等による問い合わせに応じる体制を整備するとともに、対応者、緊急時の対応体制、連絡先等について、院内掲示、連絡先を記載した文書の配布、診察券への記載等の方法により患者に対し周知していること。

2 時間外対応加算1に関する施設基準

- 診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、原則として当該診療所において、常時対応できる体制がとられていること。また、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかった場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。

3 時間外対応加算2に関する施設基準

- (1) 診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において対応できる体制がとられていること。また、標榜時間内や標榜時間外の夜間の数時間に、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかった場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。

- (2) 休診日、深夜及び休日等においては、留守番電話等により、地域の救急医療機関等の連絡先の案内を行うなど、対応に配慮すること。

4 時間外対応加算3に関する施設基準

- (1) 診療所（連携している診療所を含む。）を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、複数の診療所による連携により対応する体制がとられていること。
- (2) 当番日については、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において対応できる体制がとられていること。また、標榜時間内や当番日の標榜時間外の夜間の数時間に、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかった場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。

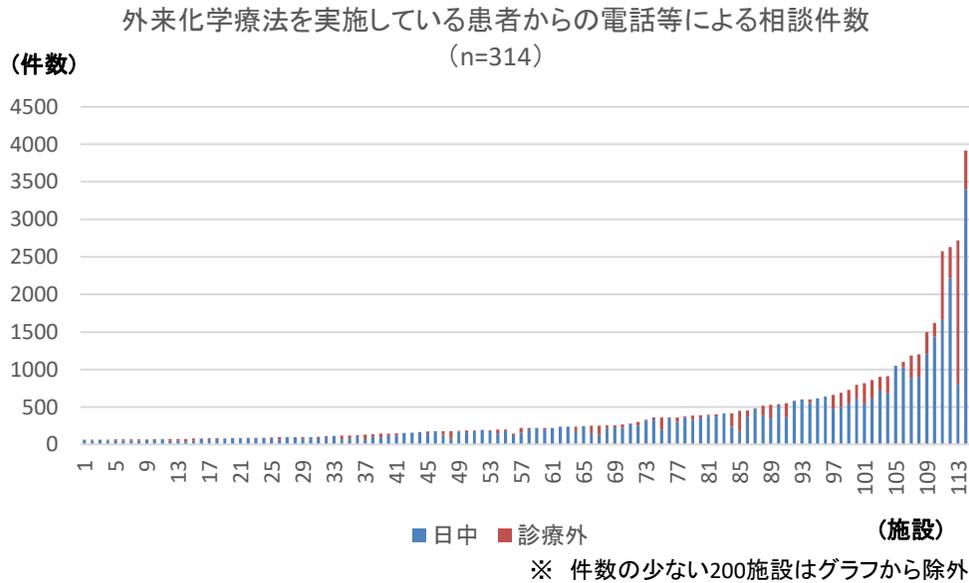
- (3) 当番日以外の日、深夜及び休日等においては、留守番電話等により、当番の診療所や地域の救急医療機関等の案内を行うなど、対応に配慮すること。

- (4) 複数の診療所の連携により対応する場合、連携する診療所の数は、当該診療所を含め最大で3つまでとすること。

患者からの相談件数

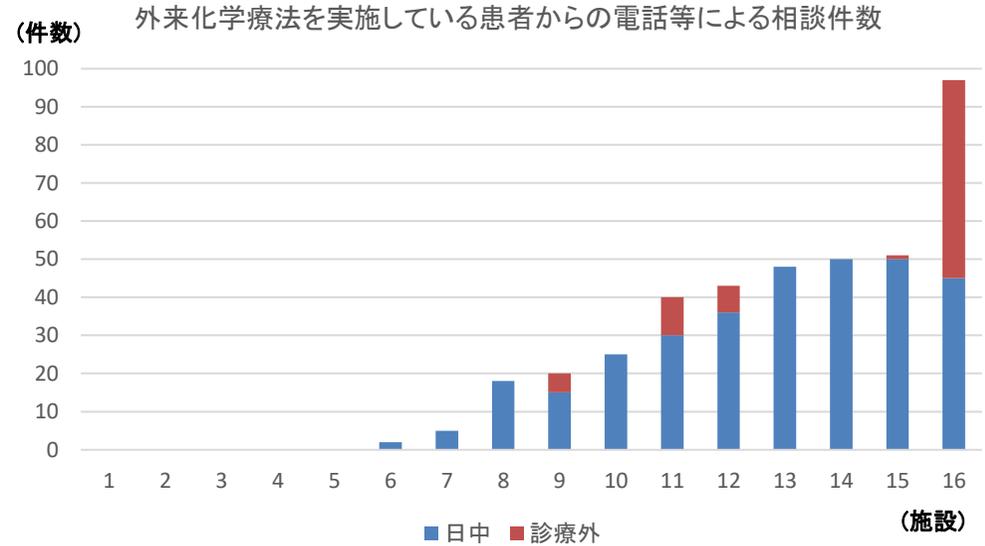
- 外来化学療法を実施している患者からの電話等による相談件数(平均値)は、病院では161.7件、診療所では24.9件であった。
- うち、診療時間外の割合(平均値)は、病院が20.1%、診療所は18.8%であった。

病院(n=314)



	合計	日中	診療外	診療外の割合
平均値	161.7	128.9	32.6	20.1%

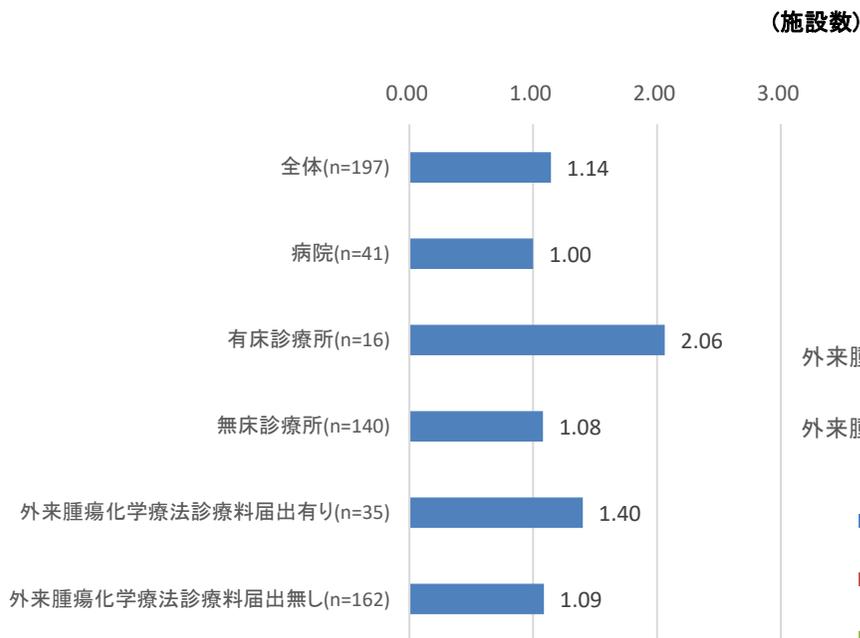
診療所(n=16)



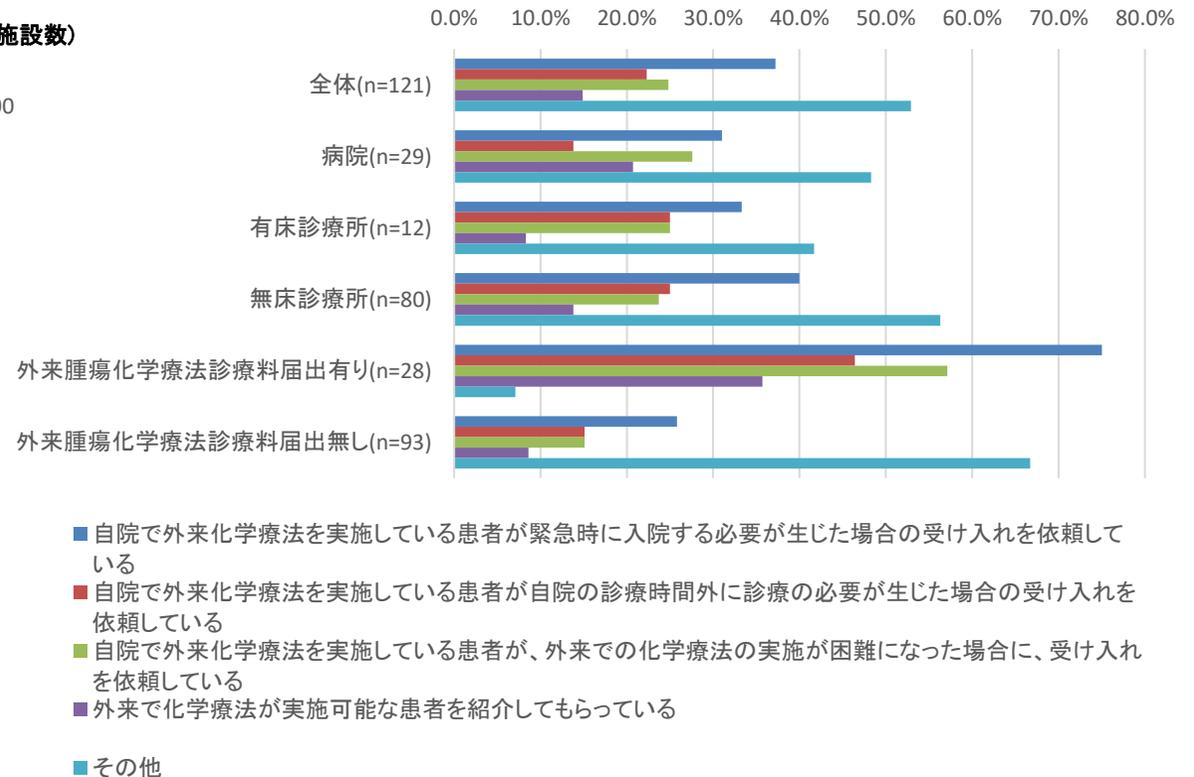
	合計	日中	診療外	診療外の割合
平均値	24.9	20.3	4.9	18.8%

- 外来腫瘍化学療法診療料を届け出ている施設については、平均1.4施設と連携していた。
- 連携先医療機関との連携内容のうち、自院で外来化学療法を実施している患者について、「緊急時に入院する必要が生じた場合の受け入れを依頼している」が37.2%、「自院の診療時間外に診療の必要が生じた場合の受け入れを依頼している」が22.3%、「外来での化学療法の実施が困難になった場合に、受け入れを依頼している」が24.8%であった。

連携先施設数



連携先医療機関との連携内容(複数回答可)

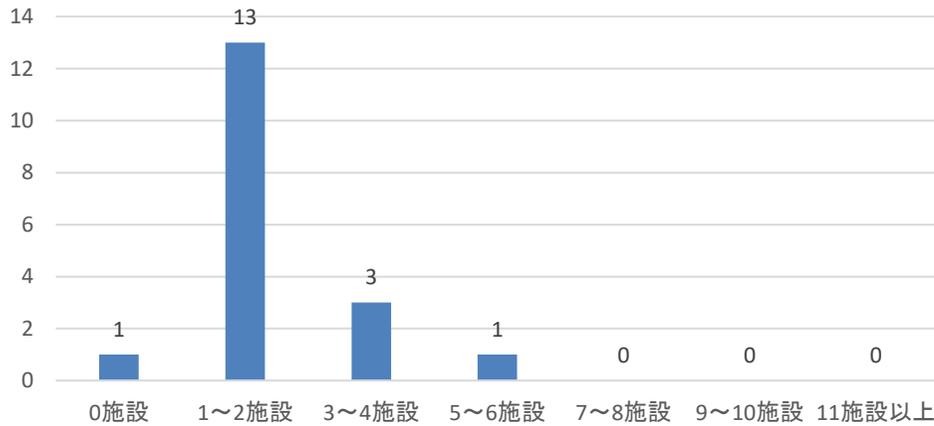


診療所における他の医療機関との連携状況

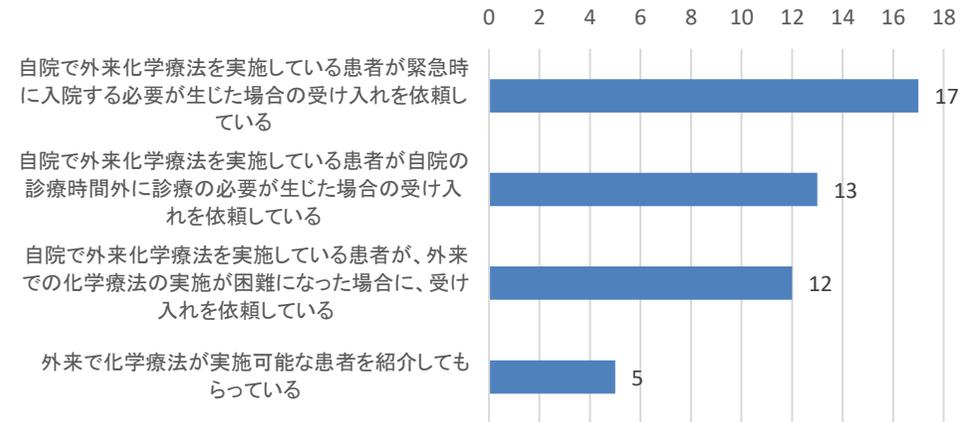
- 外来腫瘍化学療法診療料届出施設では、入院や診療時間外の対応について、他の医療機関との連携施設数は、1～2施設と回答した施設が最も多かった。
- 具体的な連携内容については、「自院で外来化学療法を実施している患者が緊急時に入院する必要がある場合の受け入れを依頼している」と回答する施設が多かった。

外来腫瘍化学療法診療料届出あり

連携先施設数 (n=18)

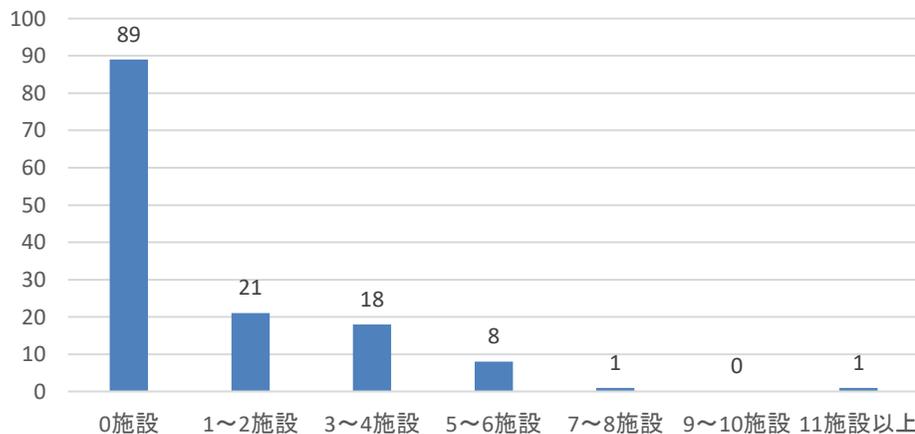


連携先の医療機関との連携内容 (複数回答可) (n=17)



外来腫瘍化学療法診療料届出なし

連携先医療機関数 (n=138)



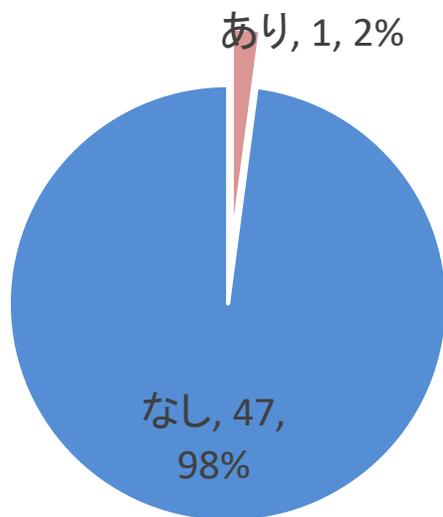
連携先の医療機関との連携内容 (複数回答可) (n=75)



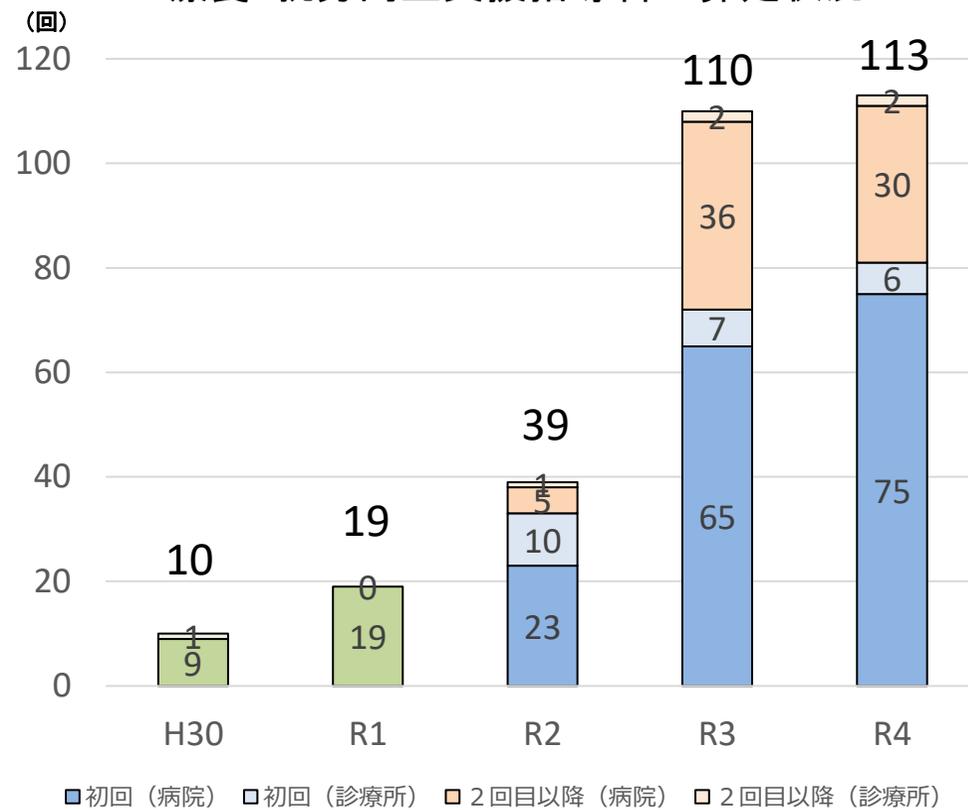
外来腫瘍化学療法診療料と療養・就労両立支援指導料

- 外来施設票において、外来腫瘍化学療法診療料1及び2を届出していた48施設のうち47施設(98%)では、令和4年4月～9月の6か月間において、療養・就労両立支援指導料を算定していなかった。
- 療養・就労両立支援指導料の算定状況については、平成30年以降徐々に増加しているが、令和4年6月の1か月間では、「初回」及び「2回目以降」の算定回数の合計は、113回であった。

外来腫瘍化学療法診療料を算定した施設における、令和4年4月～9月の6か月間での、療養・就労両立支援指導料を算定状況



療養・就労両立支援指導料の算定状況

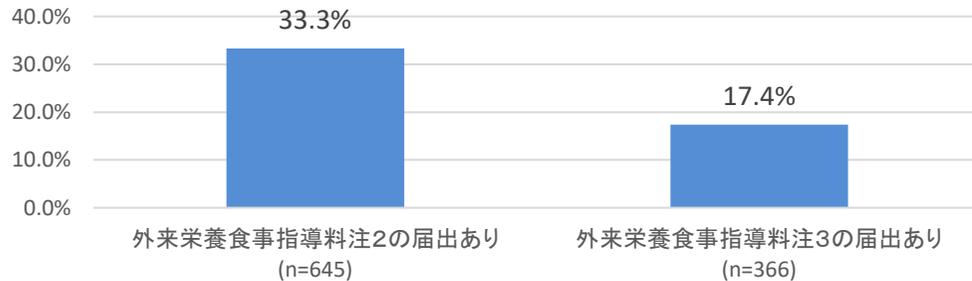


※ 令和2年4月1日以前は「初回」「2回目」の区別がないため、色を分けて記載

外来腫瘍化学療法診療料と外来栄養食事指導料

- 外来腫瘍化学療法診療料届出施設において、外来栄養食事指導料注2及び注3の届出を行っていた施設の割合は33.3%及び17.4%であった。
- 施設基準のうち満たすのが困難な要件として、「④③の管理栄養士が医療関係団体等が実施する悪性腫瘍に関する栄養管理方法等の習得を目的とした研修を修了していないため」、「⑥専任の管理栄養士が悪性腫瘍の栄養管理に関する研修(中略)を修了することが困難であるため」の回答が多かった。

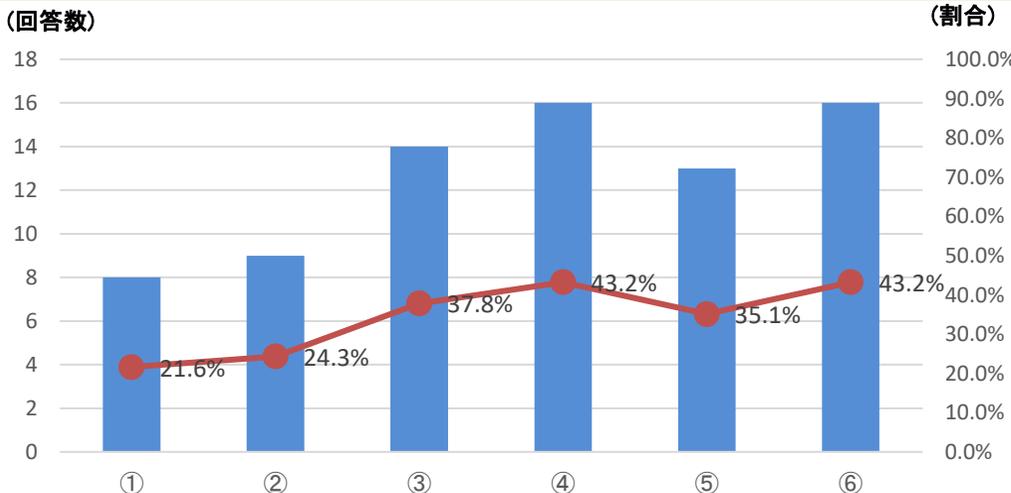
外来栄養食事指導料注2及び注3の外来腫瘍化学療法診療料の届出医療機関数(n=1,936)に占める割合



注2: 管理栄養士が、外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対して、外来腫瘍化学療法診療料の算定日と同日に月2回以上(時間不問)の指導を行った場合
 注3: 専門的な知識を有した管理栄養士が、外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対して、療養のため必要な指導を行った場合

出典: 令和4年7月1日時点の主な施設基準の届出状況

外来栄養食事指導料注2及び注3を届け出していない施設において、外来栄養食事指導料注2及び注3の施設基準のうち満たすのが困難な要件(複数回答可)(n=37)



- ① 外来腫瘍化学療法診療料を算定していないため
- ② 外来腫瘍化学療法診療料の算定日と同日に外来栄養食事指導を行うことが困難であるため
- ③ 外来化学療法を実施している保険医療機関に5年以上勤務し、栄養管理(悪性腫瘍患者に対するものを含む)に係る3年以上の経験を有する専任の常勤管理栄養士の確保が困難であるため
- ④③の管理栄養士が医療関係団体等が実施する悪性腫瘍に関する栄養管理方法等の習得を目的とした研修を修了していないため
- ⑤ 栄養管理(悪性腫瘍患者に対するものを含む)に係る3年以上の経験を有する専任の常勤管理栄養士を配置することが困難であるため
- ⑥ 専任の管理栄養士が悪性腫瘍の栄養管理に関する研修(医療関係団体等が実施する300時間以上の研修もしくは悪性腫瘍の栄養管理のための専門的な知識・技術を有する管理栄養士の養成を目的とした研修)を修了することが困難であるため

課題と論点

(外来腫瘍化学療法診療料)

- 外来腫瘍化学療法診療料1については、外来化学療法加算1の施設から9割以上の医療機関は移行できていた。
- 一方、外来腫瘍化学療法診療料2については、令和3年度と比較し、移行している施設数は3割台であった。
- 外来腫瘍化学療法診療料1及び2の届出医療機関数算定回数は令和4年度以降微増傾向であった。
- 外来腫瘍化学療法診療料1の算定回数は、診療料1イ及びロの合計値は、303,175件と増加。診療料2イ及びロの合計値は、4,793件と減少。
- 急性期充実体制加算及び総合入院体制加算を届け出ている施設では、化学療法を実施した実患者数のうち全て入院で化学療法を実施した実患者数の割合は、中央値は29.2%、24.5%。
- 外来化学療法実施施設において、外来腫瘍化学療法診療料を届出しない理由については、「専用のベッドを有していないため」が理由として最多であった。
- 診療科によって、外来・入院化学療法の患者数の違いが認められた(小児科は外来で実施できるレジメン数の割合が少ない傾向であった)。
- 外来化学療法室において、薬剤師については、看護師や医師と比較して、配置数が少なかった
- 外来腫瘍化学療法診療料を届け出ている医療機関においては、病院では74%、診療所では58%の施設が外来化学療法実施対象患者に関する基準や指針を作成していた。
- 外来化学療法を実施しているが、外来化学療法診療料を届出していない施設においては、外来化学療法実施対象患者に関する基準や指針を作成していない施設が多かった。
- 時間外の体制については、外来腫瘍化学療法診療料を届出している診療所では、「③速やかに受診が必要な場合には、連携している他の医療機関において診療ができる体制」を取っている施設が多かった。
- 外来化学療法を実施している診療所において、時間外対応加算1～3の届出状況は、届出していないが最多であった。
- 療養・就労両立支援指導料の算定状況については、平成30年以降徐々に増加しているが、算定回数は低水準であった。
- 外来栄養食事指導料を届出しない理由として、「④悪性腫瘍に関する栄養管理方法等の習得を目的とした研修を修了していないため」、「⑥悪性腫瘍の栄養管理に関する研修を修了することが困難であるため」の回答が多かった。

【論点】

- 外来腫瘍化学療法をさらに推進するあたり、現在の評価の在り方について、どのように考えていくか。
- また、より質の高い外来化学療法を提供する観点および就労との両立を支援する観点などから、現行の評価についてどのように考えていくか。

1. 前回の議論におけるご指摘について
2. 情報通信機器を用いた診療について(その1)
3. 外来医療について(その1)
4. 外来腫瘍化学療法について
5. **横断的事項等(その2)**

入退院支援に係る診療報酬の主な変遷

【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

【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

【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

【早期からの退院支援と関係医療機関との平時からの連携の推進】

平成28年：退院支援加算1・2・3、地域連携診療計画加算

- ・入院早期からの取組を実施
- ・連携する医療機関等と日頃からの関係づくり

平成30年：加算名称を「入退院支援加算」に見直し、入院時支援加算

令和2年・令和4年：入退院支援部門の人員配置の見直し

令和4年：入退院支援加算の対象者の追加

A246 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 700点 □ 療養病棟入院基本料等の場合 1,300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 □ 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. 要介護状態であると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. 生活困窮者であること 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であること（必要と推測されること。） キ. 排泄に介助を要すること ク. 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと	ケ. 退院後に医療処置が必要 コ. 入退院を繰り返している サ. 入院治療を行っても長期的な低栄養状態になることが見込まれること シ. 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること ス. 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること セ. その他患者の状況から判断してアからスまでに準ずると認められる場合	ア. 先天奇形 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14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	（※）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。	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	連携機関の数が25以上であること。 連携機関の職員が年3回以上の頻度で対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて面会し、情報の共有等を行っていること	-	-
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	-	-

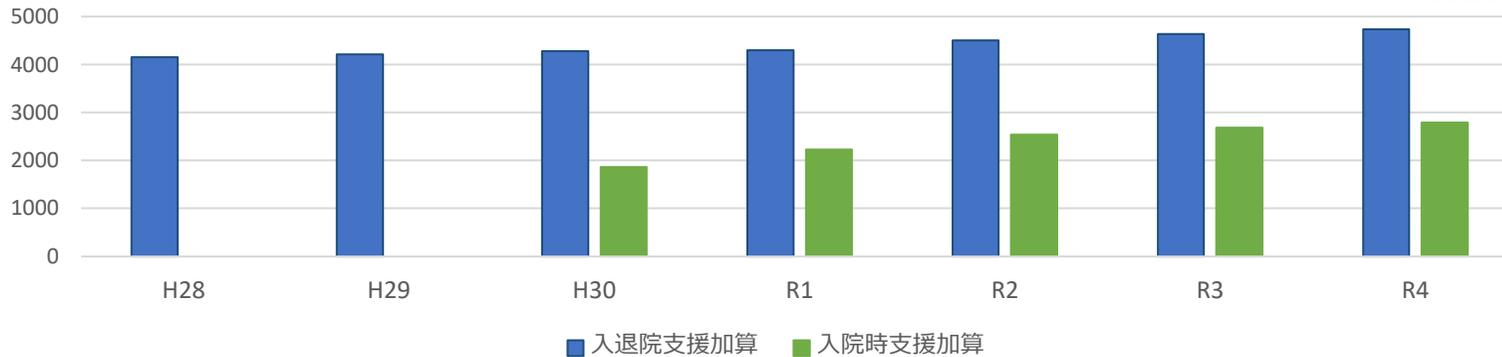
入退院支援加算の届出・算定状況

- 入退院支援加算と入院時支援加算の届出施設は徐々に増加している。
- 入退院支援加算と入院時支援加算の算定回数はいずれも増加している。

■入退院支援加算（※）の届出状況の推移

入退院支援加算届出施設数

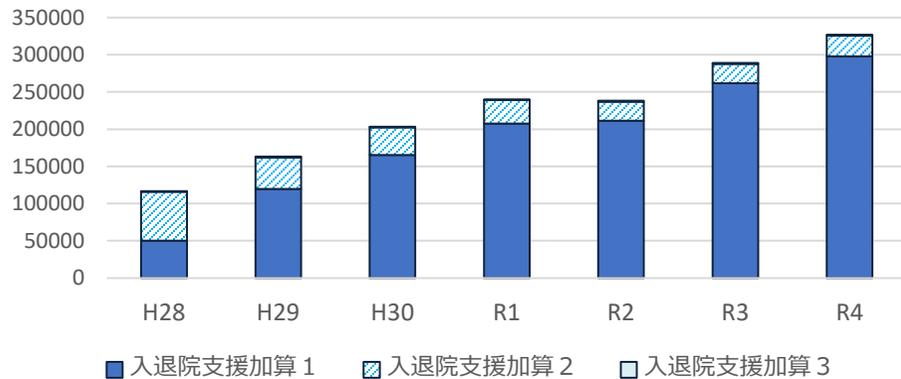
(※)
加算名称について、H28は「退院支援加算」、H30以降は「入退院支援加算」となっている。



出典：各年7月1日の届出状況。保険局医療課調べ。

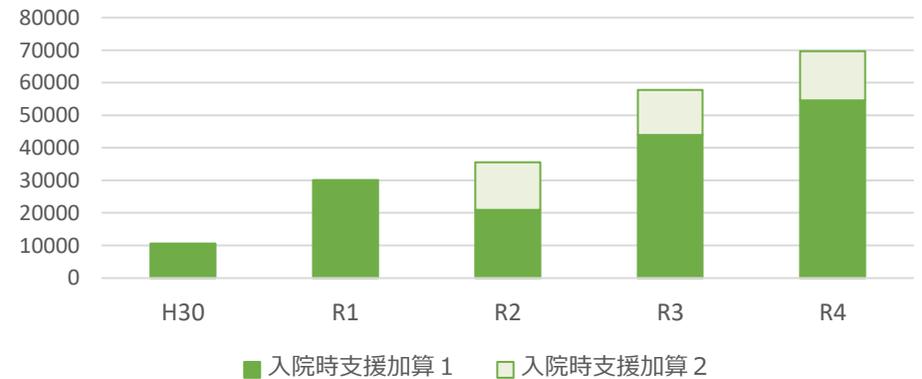
■入退院支援加算（※）の算定状況の推移

入退院支援加算(算定回数)



■入院時支援加算の算定状況の推移

入院時支援加算(算定回数)

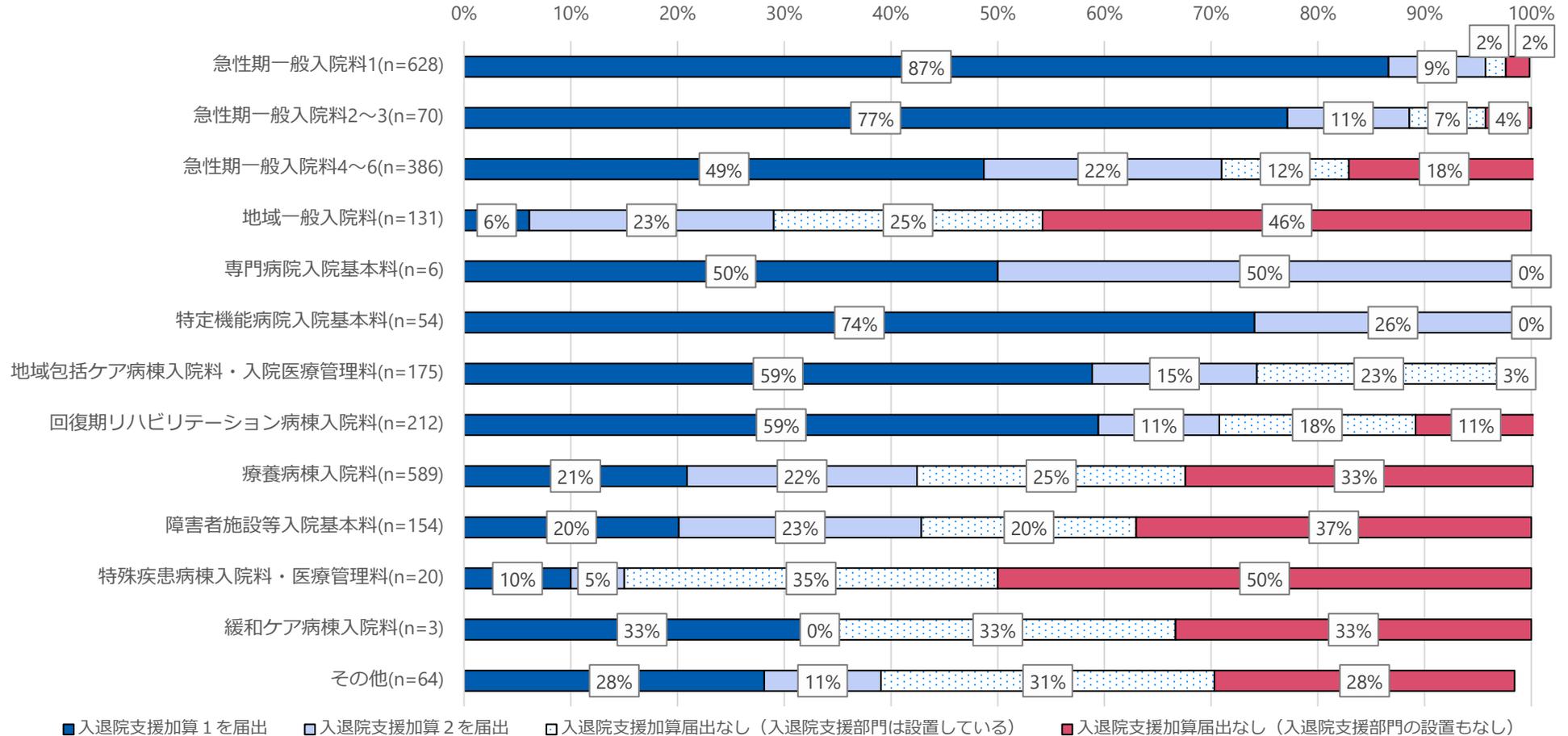


出典：社会医療診療行為別統計(各年6月審査分)

入退院支援加算 1・2 の届出状況

- 入退院支援加算は、急性期一般入院料や専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料での届出が多かった。
- 地域一般入院料や療養病棟入院料等では、3割以上が入退院支援加算の届出がなく、かつ、入退院支援部門も設置していなかった。

■ 入退院支援加算 1 又は 2 の届出状況



入院料別の入院患者の特徴

○ 急性期一般入院料、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟の入院患者の特徴は以下のとおり。

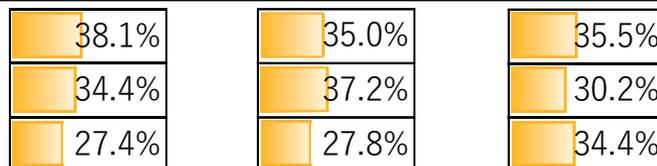
急性期一般入院料

急性期1 急性期2・3 急性期4～6

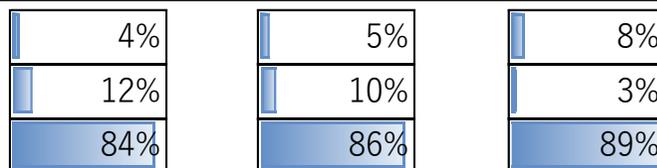
平均在院日数

11.7日 14.9日 13.8日

予定・緊急入院区分
 予定
 緊急（救急車等）
 緊急（外来初再診後）



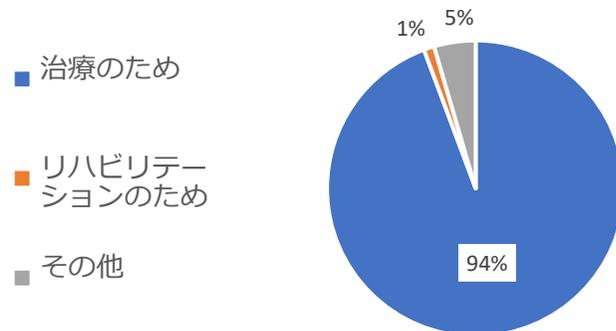
入棟前の場所
 他院（有床診含む）
 自院の他病棟
 その他



入院中の手術の実施

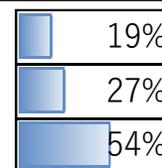
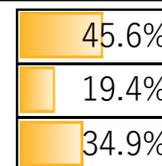
43.4% 42.8% 38.8%

入院の理由

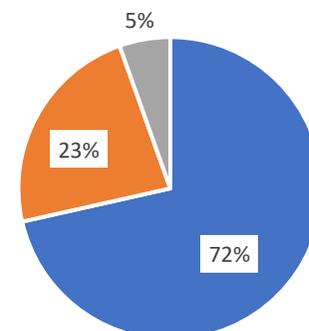


地域包括ケア病棟

26.9日

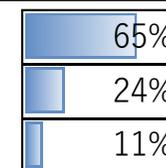
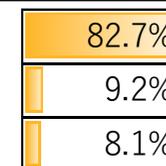


17.9%

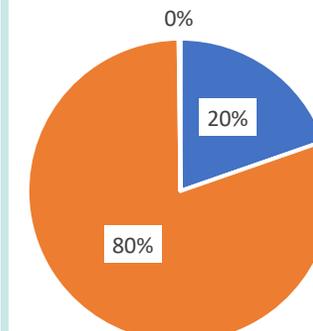


回復期リハビリテーション病棟

66.0日



10.5%



入院料別の入退院支援加算の対象者における「退院困難な要因」

○ 入退院支援加算の対象者における「退院困難な要因」は入院料別に構成割合が異なり、急性期一般入院料では「緊急入院であること」の割合が高く、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟では「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であること(必要と推測されること)」の割合が高かった。

	急性期一般入院料 1(n=356)	急性期一般入院料2～ 3(n=46)	急性期一般入院料4～ 6(n=170)	地域包括ケア病棟入院 料・入院医療管理料 (n=82)	回復期リハビリテー ション病棟入院料 (n=94)
① 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること	15.1%	13.4%	14.5%	8.8%	5.5%
② 緊急入院であること	31.5%	27.0%	20.1%	16.5%	12.1%
③ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること	4.8%	5.1%	5.2%	5.1%	5.4%
④ 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こと	0.1%	0.1%	0.1%	0.2%	0.1%
⑤ 生活困窮者であること	0.8%	1.1%	0.9%	1.8%	0.5%
⑥ 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であること(必要と推測されること)	24.7%	25.0%	31.6%	40.7%	51.3%
⑦ 排泄に介助を要すること	5.0%	6.9%	5.3%	5.8%	6.4%
⑧ 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと	4.9%	7.2%	7.6%	8.0%	6.9%
⑨ 退院後に医療処置(胃瘻等の経管栄養法を含む)が必要なこと	4.2%	4.3%	4.7%	4.5%	3.7%
⑩ 入退院を繰り返していること	2.9%	3.8%	4.9%	4.7%	3.4%
⑪ 入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれること	0.4%	0.8%	1.1%	1.2%	0.3%
⑫ 家族に対する介護や介護等を日常的に行っている児童等であること	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%
⑬ 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
⑭ その他患者の状況から判断して①から⑬までに準ずると認められる場合	5.4%	5.2%	4.2%	2.5%	4.4%

入退院支援加算届出医療機関における連携体制

- 入退院支援加算の施設基準で求める連携機関の施設数は、入院料別に大きな差はなく、いずれの入院料の場合も介護保険サービス事業所との連携が最も多い。
- 連携機関の施設数は、医療機関毎のばらつきが大きい。

■ 入退院支援加算の施設基準で求める連携機関（※）の施設数

	中央値	(25%tile)	(75%tile)	最頻値	平均値	
急性期一般病棟を有する医療機関	① 連携機関数の合計	34	26	76.5	25	70.2
	② うち、病院	8	2	17	0	14.3
	③ うち、診療所	2	0	6	0	11.3
	④ うち、介護保険サービス事業所	20	5	39.3	0	34.0
	⑤ うち、障害福祉サービス事業所	0	0	1	0	1.4
	⑥ うち、その他の施設	1	0	7	0	9.9
地域包括ケア病棟を有する医療機関	① 連携機関数の合計	31	25	59.8	25	52.7
	② うち、病院	4	1	11	0	8.5
	③ うち、診療所	1	0	4	0	8.3
	④ うち、介護保険サービス事業所	20	11	32.75	0	30.2
	⑤ うち、障害福祉サービス事業所	0	0	1	0	0.8
	⑥ うち、その他の施設	0	0	5	0	4.9
回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関	① 連携機関数の合計	32	25	79.3	25	61.0
	② うち、病院	7	1	14.25	0	11.0
	③ うち、診療所	1	0	4	0	5.9
	④ うち、介護保険サービス事業所	22	11	44	0	37.3
	⑤ うち、障害福祉サービス事業所	0	0	1	0	0.8
	⑥ うち、その他の施設	0	0	1	0	0.8

(※)連携機関

- ① 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指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者等(以下「連携機関」という。)であり、かつ
- ② 入退院支援部門あるいは病棟に配置されている入退院支援及び地域連携業務を担う看護師又は社会福祉士と、それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な機器を用いて面会し、情報の共有等を行っている施設等をいう。

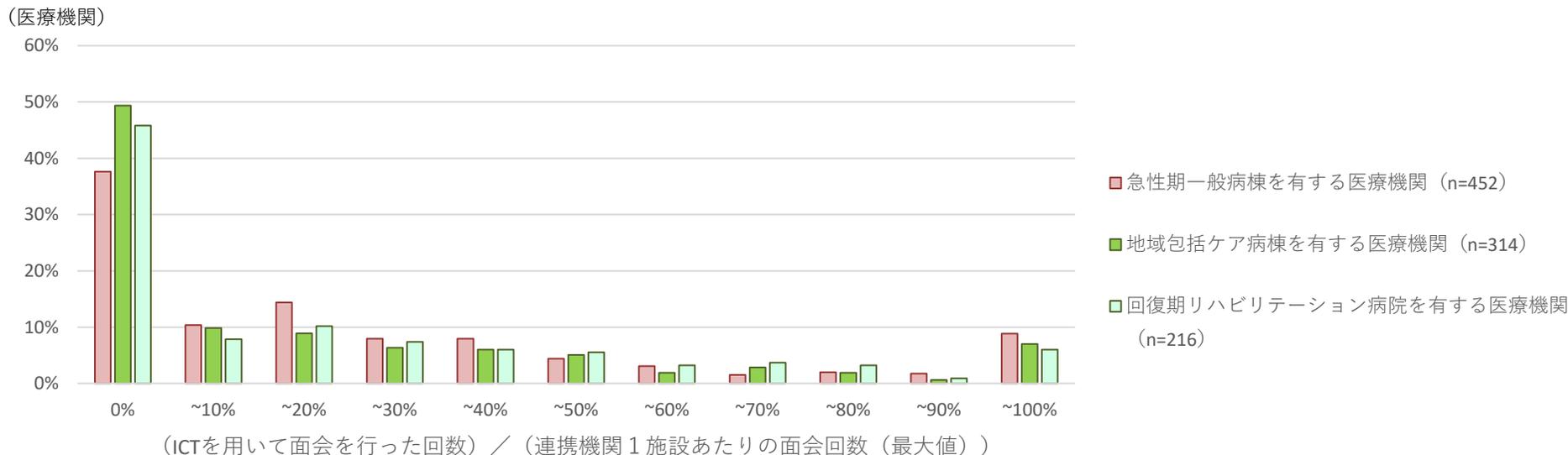
入退院支援加算1届出医療機関における連携機関との面会回数

- 入退院支援加算1届出医療機関における、連携機関1施設あたりの面会回数の最大値は、入院料別に大きな差はない。
- 連携機関1施設あたりの面会回数(最大値)のうちICTを用いた面会回数の割合をみると、0%の医療機関が約4~5割であるが、9割以上の医療機関も一定程度ある。

■入退院支援加算1届出医療機関における、連携機関1施設あたりの面会回数(最大値) (令和3年11月1月~令和4年10月31日)

	中央値	(25%tile)	(75%tile)	最頻値	平均値
急性期一般病棟を有する医療機関(n=455)	10	6	18	5	17.0
地域包括ケア病棟を有する医療機関(n=316)	10	6	23.3	6	19.3
回復期リハビリテーション病院を有する医療機関(n=218)	9	5	20	3	16.1

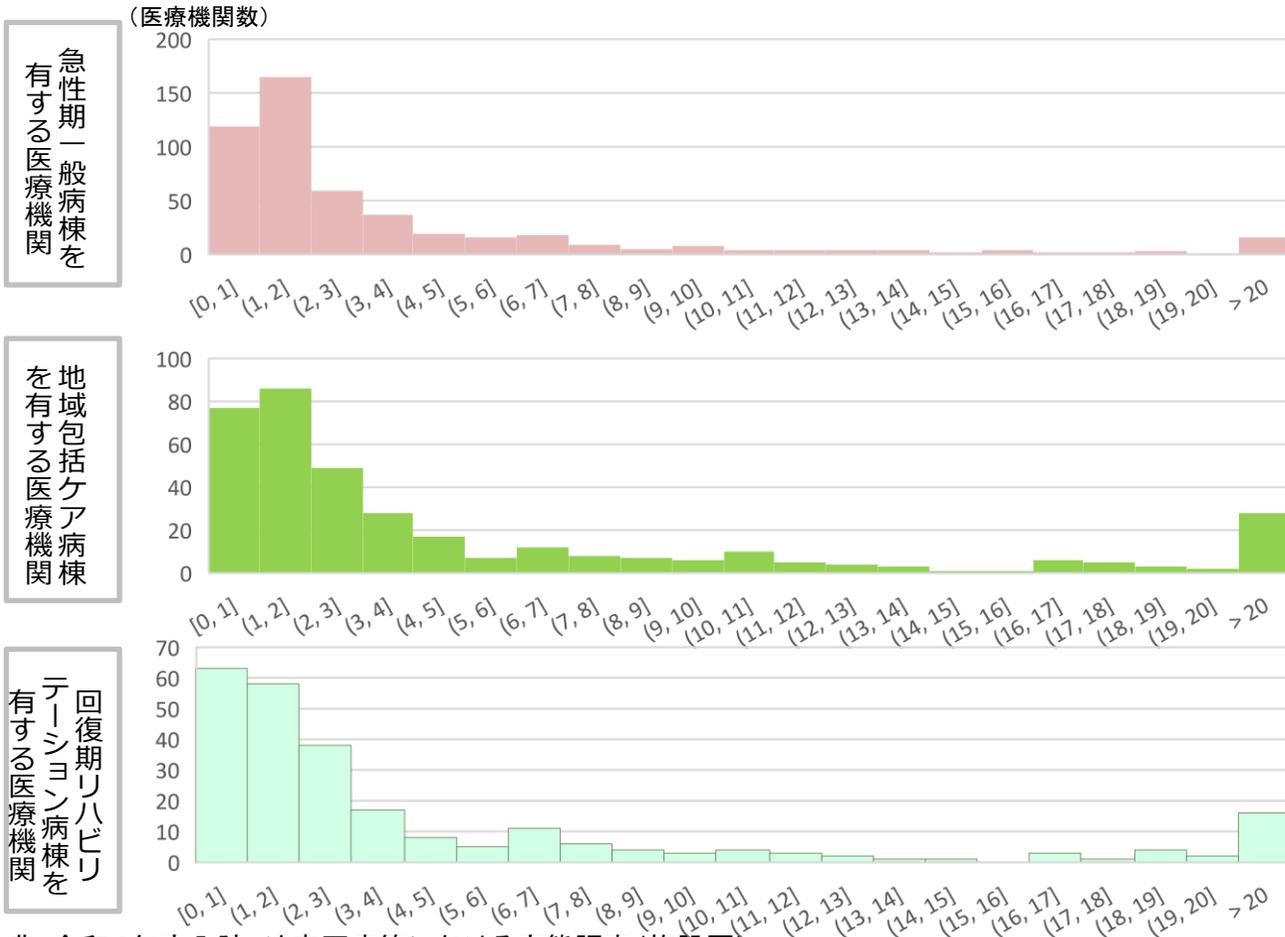
■入退院支援加算1届出医療機関における、連携機関1施設あたりの面会回数(最大値)のうち、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な機器を用いて面会を行った回数の割合の分布



入退院支援加算1届出医療機関における介護支援等連携指導料の算定回数

- 入退院支援加算1届出医療機関における、算定対象病床数に対する介護支援等連携指導料の算定回数の分布は、以下のとおり。
- 地域包括ケア病棟又は回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関では、算定対象病床数に対して介護支援等連携指導料の算定回数が多い医療機関が一定数ある。

■ (介護支援等連携指導料の算定回数) / (「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数に 0.15 を乗じた数と「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数に 0.1 を乗じた数の合計) (令和3年11月1日～令和4年10月31日)



(※)入退院支援加算1における介護支援等連携指導料に係る施設基準

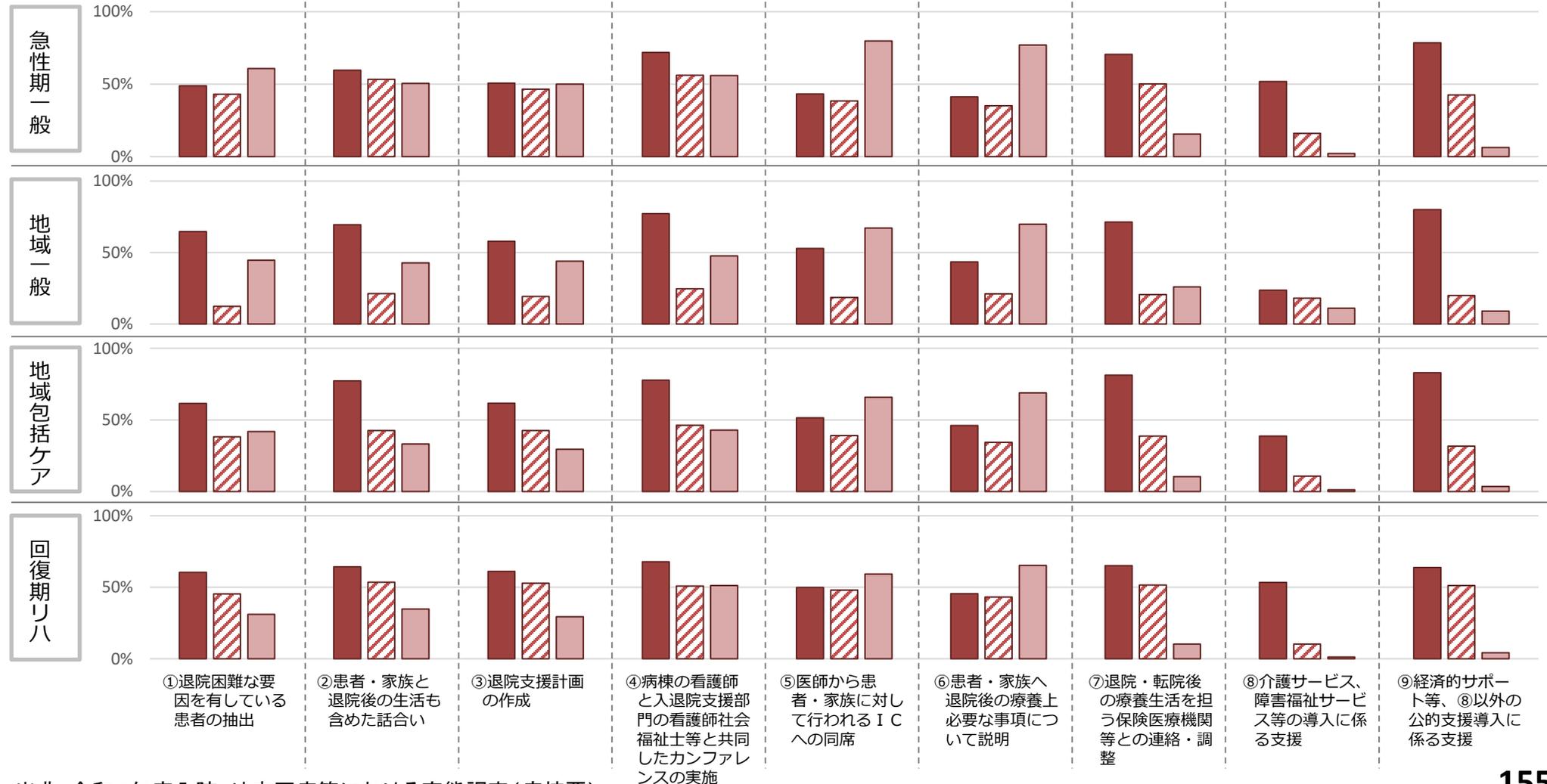
過去1年間の介護支援等連携指導料の算定回数と過去1年間の相談支援専門員との連携回数(区分番号「A307」小児入院医療管理料を算定する患者に対する支援に限る。)の合計回数が、以下のア及びイを合計した数を上回ること。
 ア「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数(介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。)に0.15を乗じた数と「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数(介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。)に0.1を乗じた数の合計
 イ「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数(区分番号「A307」小児入院医療管理料を算定する病床に限る。)に0.05を乗じた数

退院支援に関する各取組の実施状況・実施者

○ 退院支援に関する各取組のうち、「医師から行われるICへの同席」、「患者・家族への退院後の療養上必要な事項の説明」は病棟の看護師等が実施していることが多く、「退院・転院先との連絡調整」、「介護サービス等の導入に係る支援」、「経済的サポート等、公的支援導入に係る支援」は入退院支援部門の看護師・社会福祉士等が実施していることが多かった。

■退院支援に関する各取組の実施者別実施状況

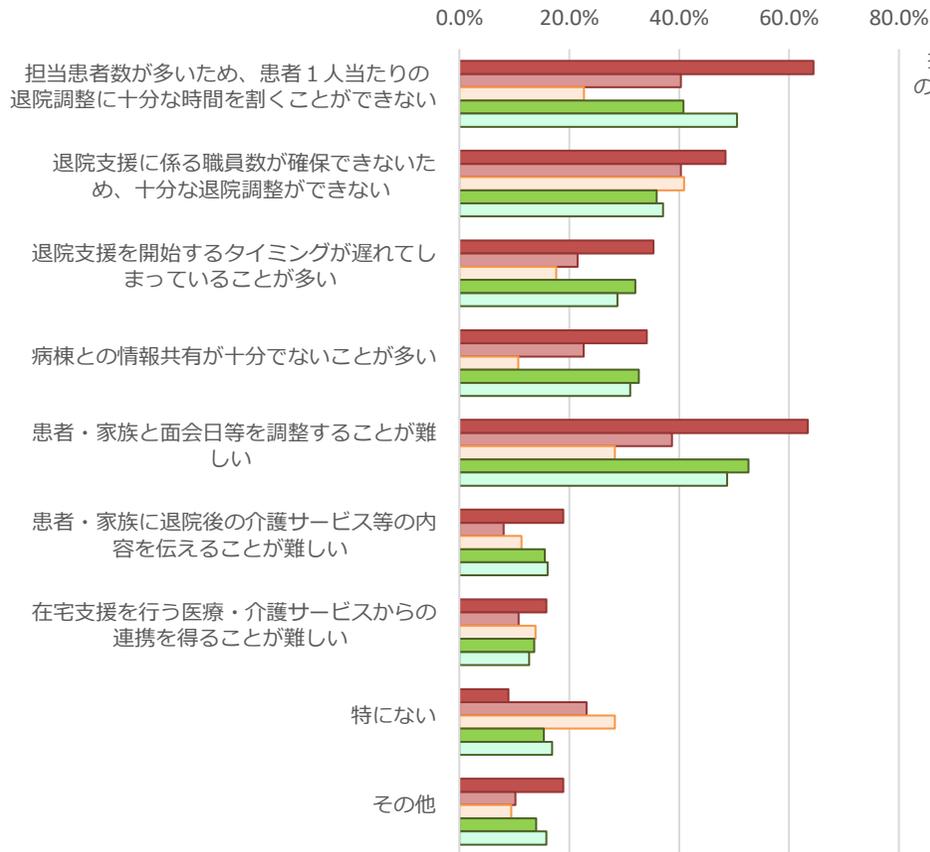
■ ① 入退院支援部門の看護師・社会福祉士等 ■ ② 病棟専任の入退院支援職員 ■ ③ ①、②以外の病棟の看護師等



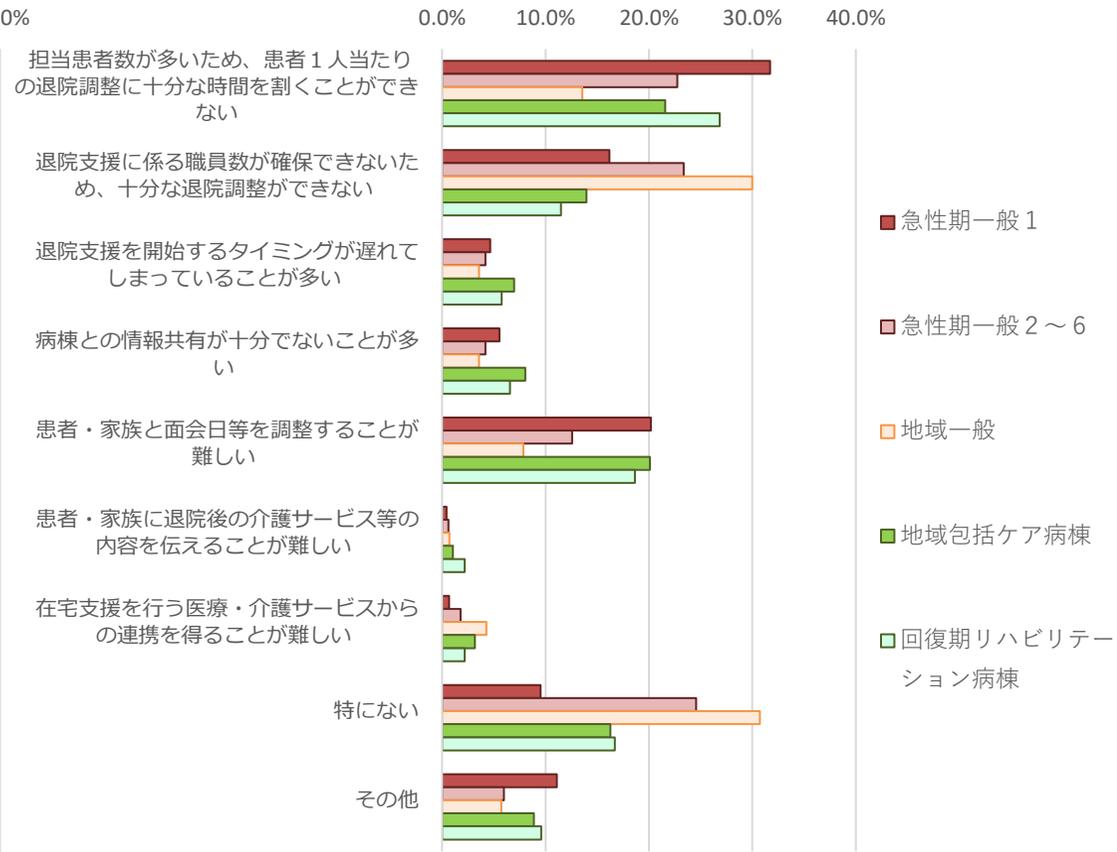
入院料別の退院支援の積極的な取組や促進等を困難にしている事項

○ 退院支援の積極的な取り組みや促進等を困難にしている事項は、届出入院料によりやや異なるが、急性期一般入院料1、地域包括ケア病棟及び回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関では、「患者1人当たりの退院調整に十分な時間を割くことができない」、「患者・家族と面会日等を調整することが難しい」等の割合が高かった。

■ 退院支援の積極的な取組や促進等を困難にしている事項（該当するものすべて選択）



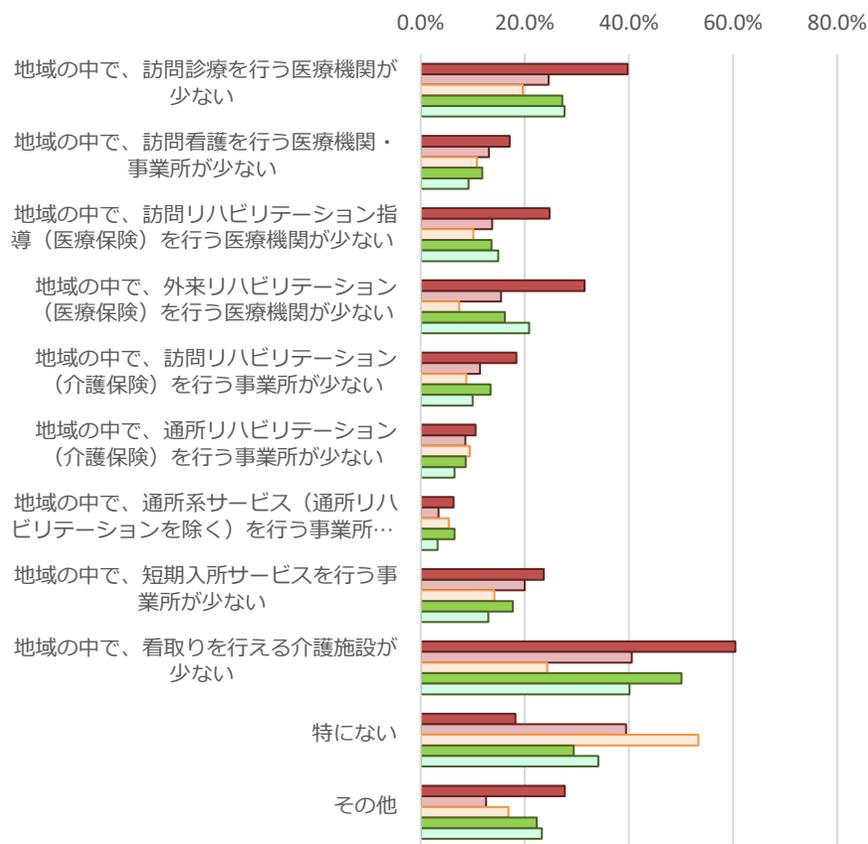
■ 退院支援の積極的な取組や促進等を困難にしている事項（最も該当するもの）



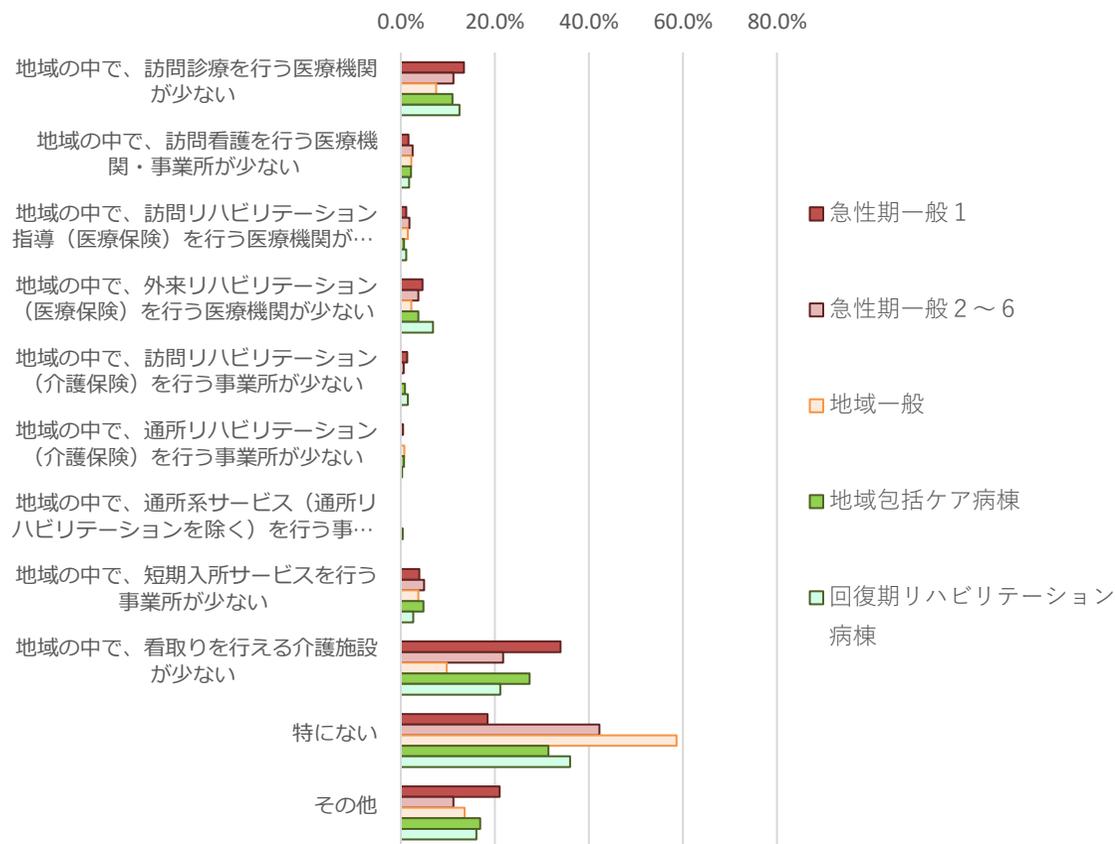
入院料別の退院を困難にしている事項

○ その他に退院を困難にしている事項は、「特にない」を除くと、いずれの入院料においても、「地域の中で見取りを行える介護施設が少ない」、「地域の中で、訪問診療を行う医療機関が少ない」の割合が高かった。

■ その他に退院を困難にしている事項（該当するものすべて選択）



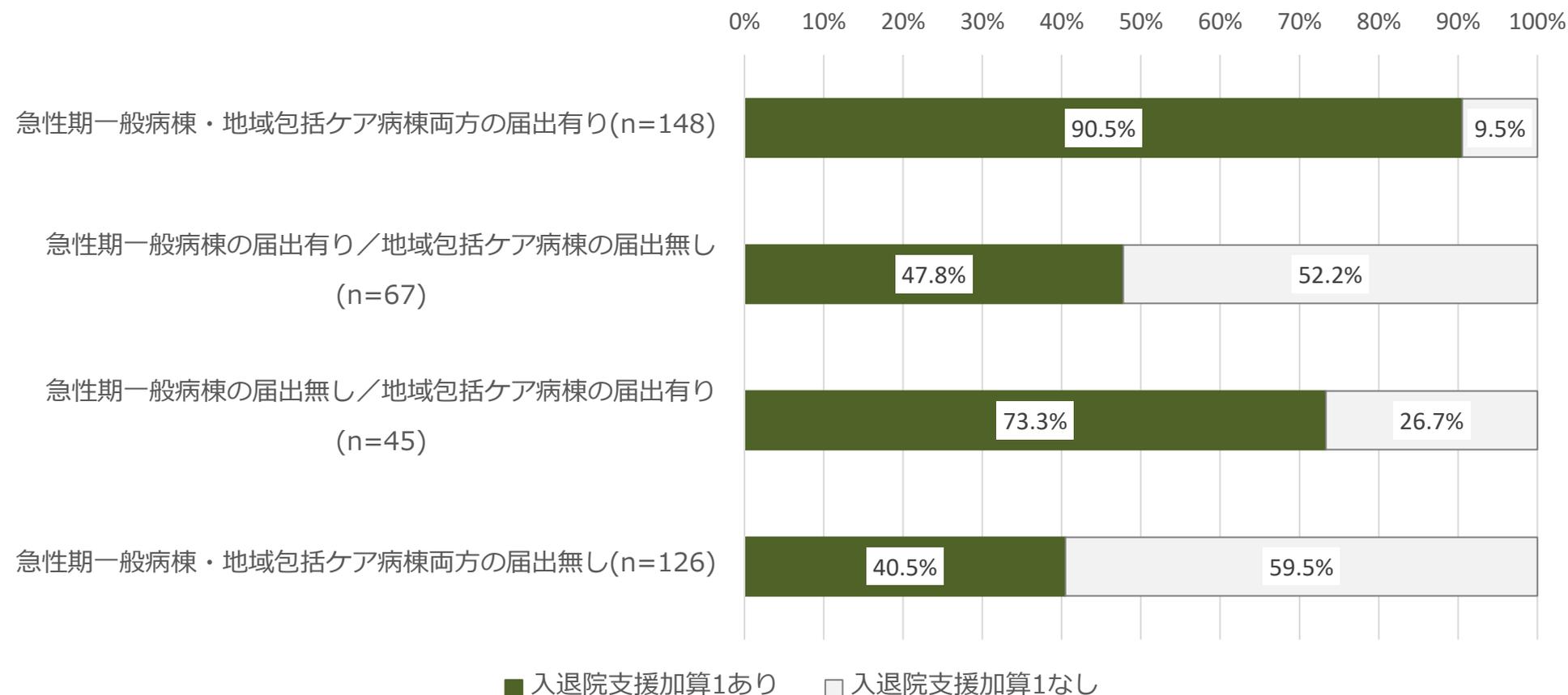
■ その他に退院を困難にしている事項（最も該当するもの）



回復期リハビリテーション病棟における入退院支援加算1の届出状況

○ 回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関において、急性期一般病棟及び地域包括ケア病棟の届出有無別に入退院支援加算1の届け出状況を見ると、急性期一般病棟・地域包括ケア病棟の届出がない医療機関において、入退院支援加算1の届出割合が低い。

■ 他の入院料の届出別、回復期リハビリテーション病棟における入退院支援加算1の届出状況



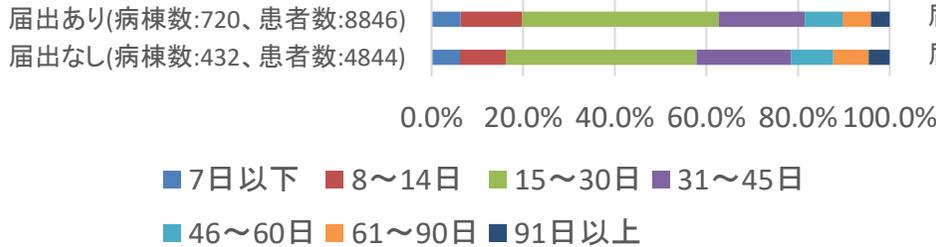
入退院支援加算1の届出別の他院からの患者の受け入れについて（回りハ）

○ 入退院支援加算1の届出有無別に、他院から転院した患者の発症から入棟までの日数を見ると、入退院支援加算1の届出を行っている医療機関において、入退院支援加算1の届出を行っていない医療機関と比較して早期から転院患者の受け入れを行っている。

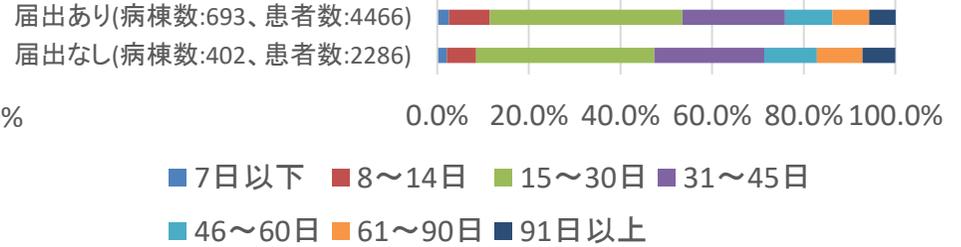
■回復期リハビリテーション病棟における、他院から転院した患者の発症から入棟までの日数

他院から転院した患者の発症から入棟までの平均日数	入退院支援加算1	
	届出あり	届出なし
脳血管	37.9	43.4
運動器	28.2	29.9
廃用	29.9	43.9
全体	33.3	37.9

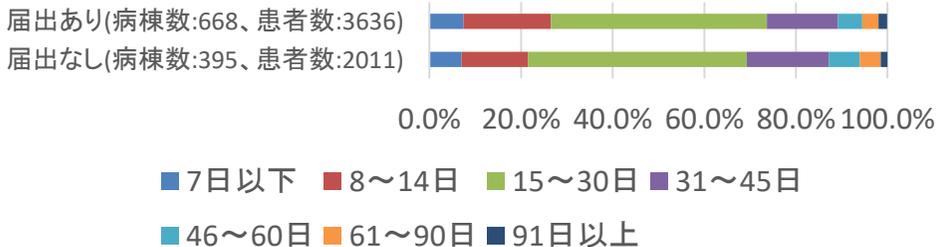
全体



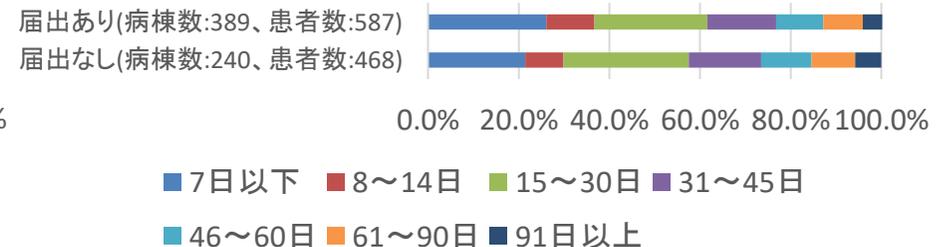
脳血管疾患



運動器疾患



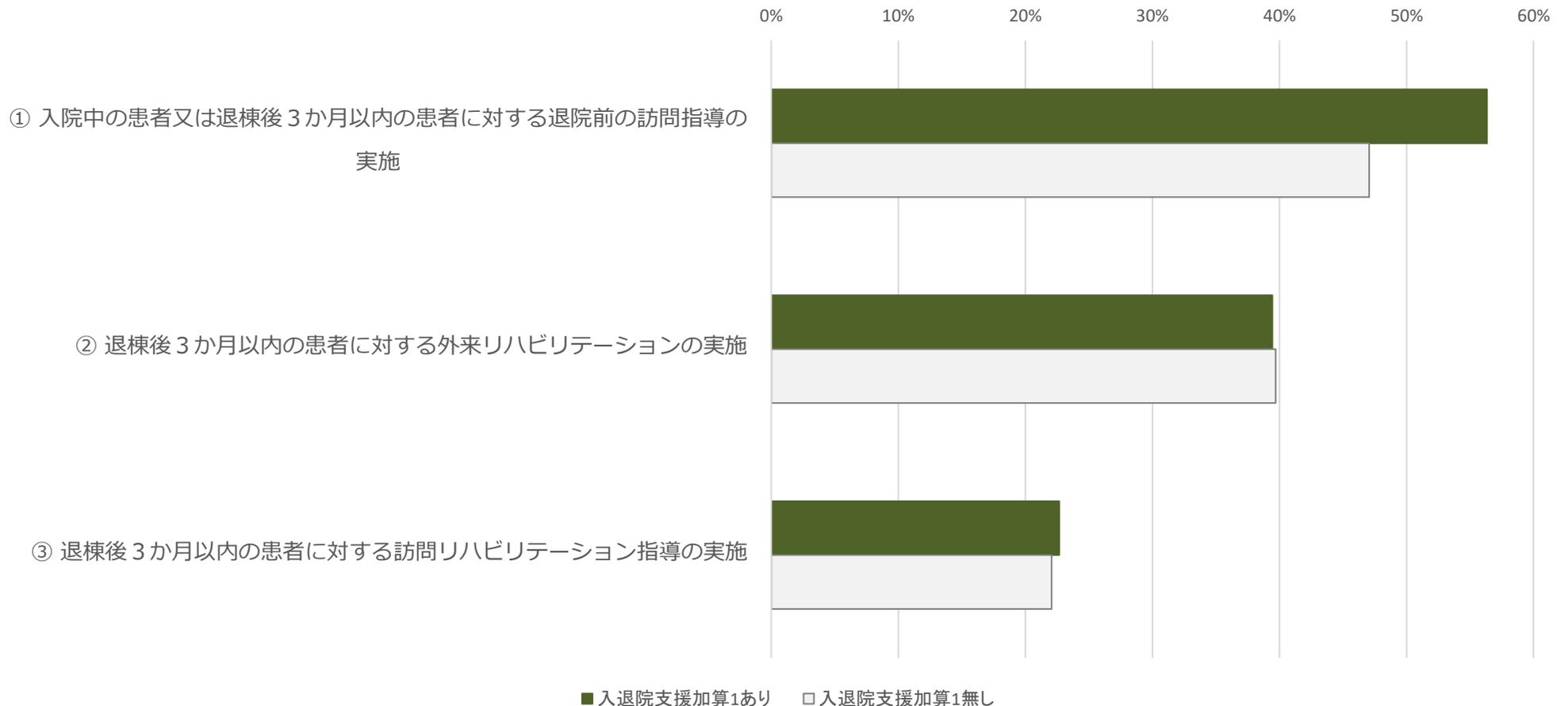
廃用症候群



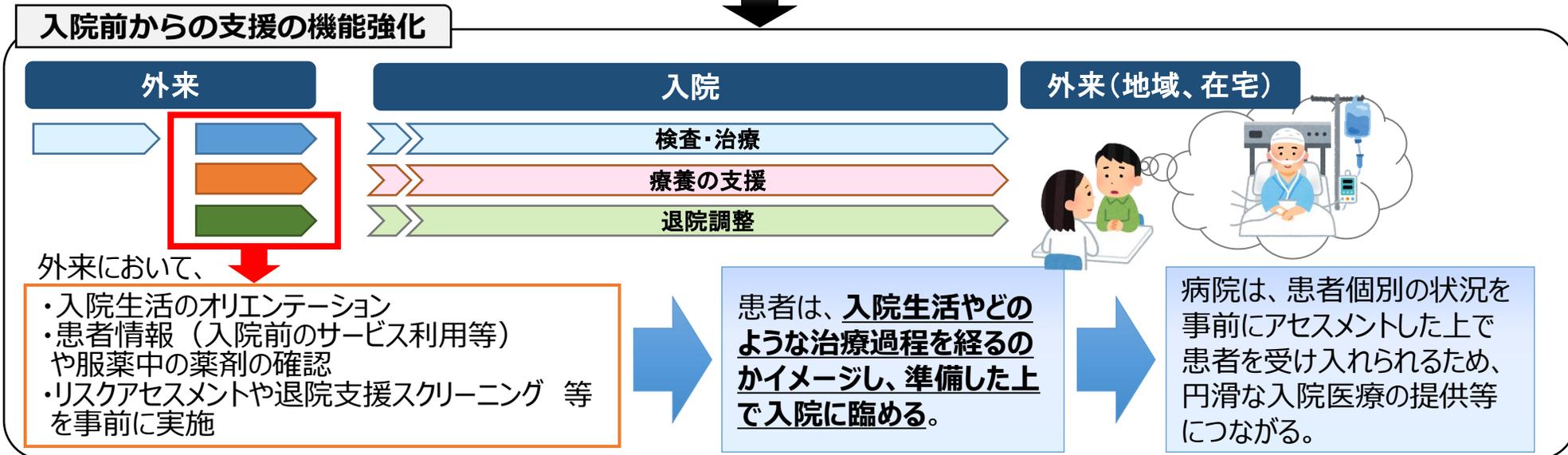
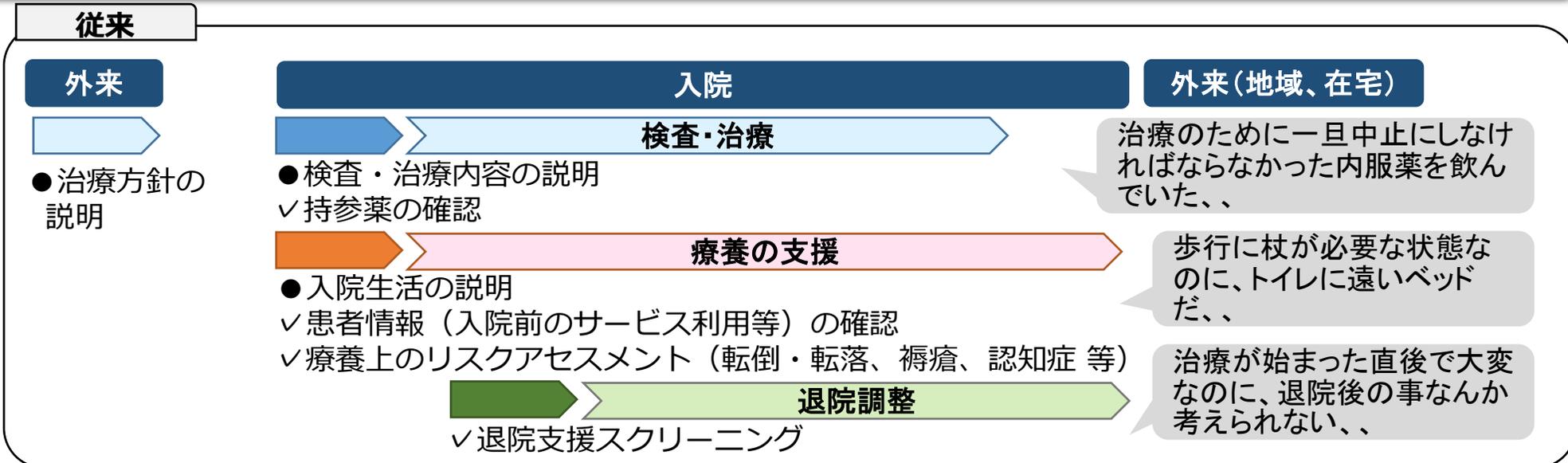
入退院支援加算1の届出別の退院前後の指導・リハビリについて（回リハ）

○ 回復期リハビリテーション病棟における入退院支援1の届出別の病棟専従のリハビリ専門職の退院後のフォローアップについて、入退院支援加算1を届出がある医療機関の方が、届出がない場合と比較して病棟専従のリハビリ専門職による退院前の訪問指導の実施があると回答した割合が高かった。

■ 回復期リハビリテーション病棟における、入退院支援加算1届出別の病棟専従のリハビリ職による退院前後の指導・リハビリの実施状況



入院前からの支援の機能強化(イメージ)



入院時支援加算の概要

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入院前に以下のア) からク) 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
 - エ) 栄養状態の評価
 - オ) 服薬中の薬剤の確認
 - カ) 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

入院時支援加算の届出状況

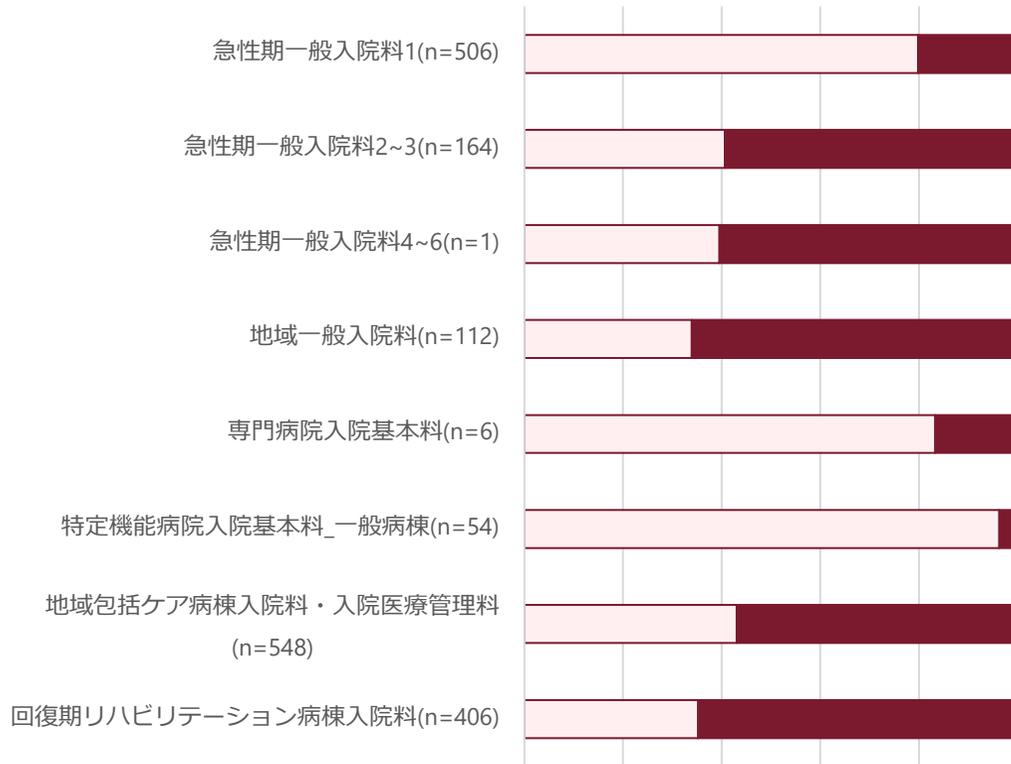
- 入退院支援加算1・2届出医療機関のうち、急性期一般入院料1、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料では、入院時支援加算を8割以上届け出ている。
- 入院時支援加算を届け出していない理由は、「入退院支援部門への看護師・MSWの配置が困難なため」が最も多い。

■ 入退院支援加算1・2届出医療機関における入院時支援加算の届出状況

■ 急性期医療機関(※)において入院時支援加算を届け出していない理由(複数回答) (n=112)

(※) 急性期一般病棟、特定機能病院(一般)、専門病院

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



□ 入院時支援加算：届出あり ■ 入院時支援加算：届出なし

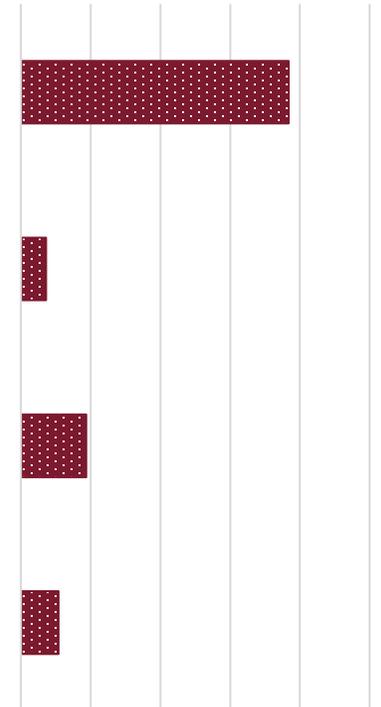
0% 20% 40% 60% 80% 100%

入退院支援部門に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またはMSWの配置が困難なため

転院または退院時に、連携機関とあらかじめ協議することが困難なため

地域連携を行うための十分な体制を整えることが困難なため

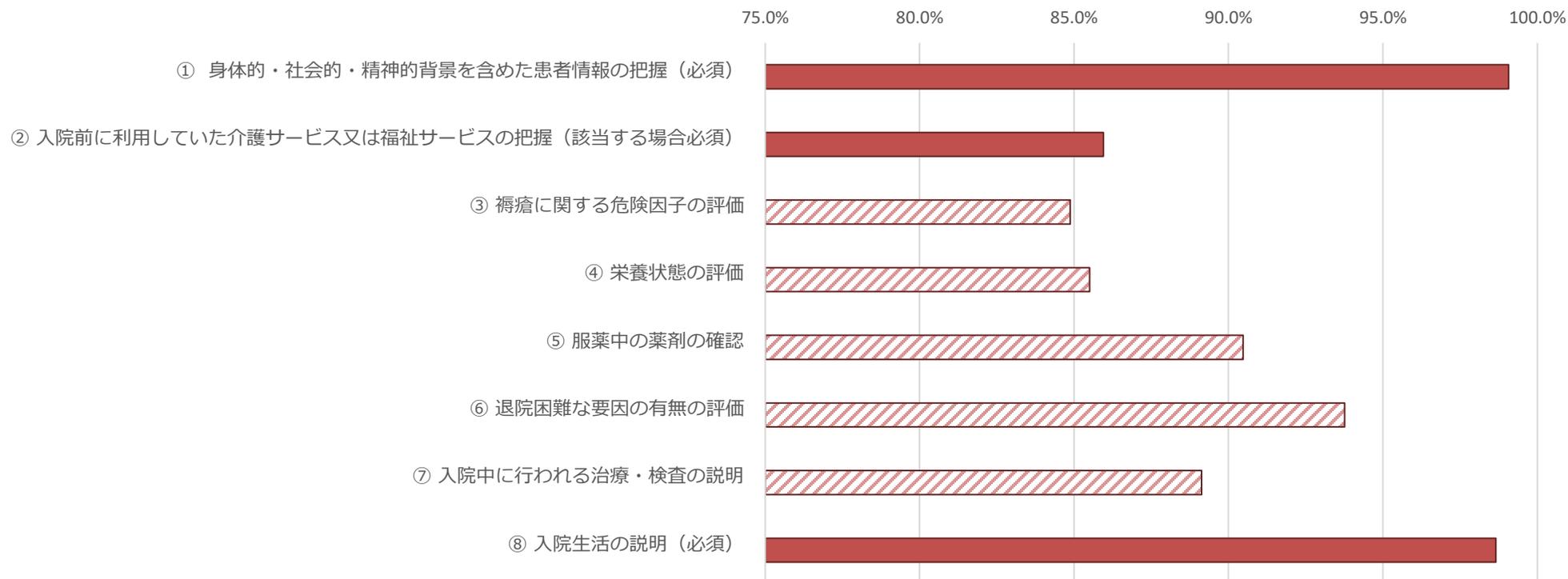
その他



入院時支援加算を算定した患者における入院前に実施した事項

- 入院時支援加算を算定した患者における入院前に実施した事項について、必須項目以外では、「退院困難な要因の有無の評価」の実施率が高いが、「褥瘡に関する危険因子の評価」、「栄養状態の評価」の実施率は低い。

■ 入院時支援加算を算定した患者について、入院前に実施した事項（令和4年8月～10月の3か月間）



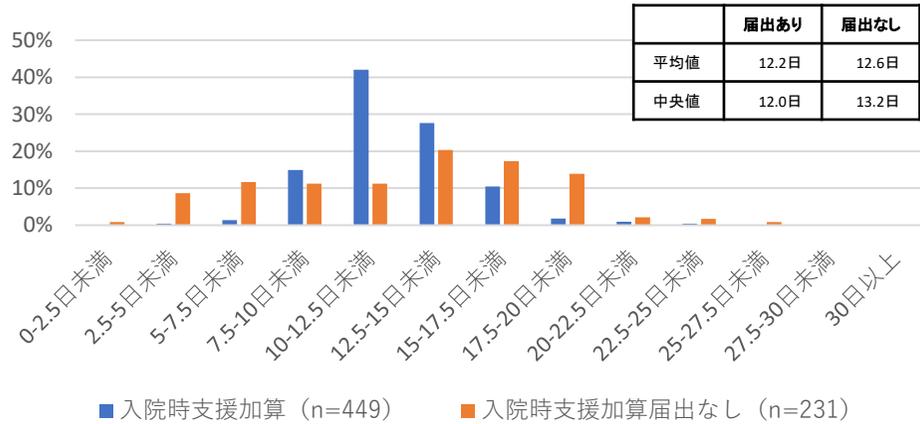
※
入院前に①から⑧まで全て実施した場合は、入院時支援加算1
患者の病態等により①、②及び⑧を含む一部項目を実施した場合は、入退院支援加算2

入院時支援加算の届出有無と平均在院日数

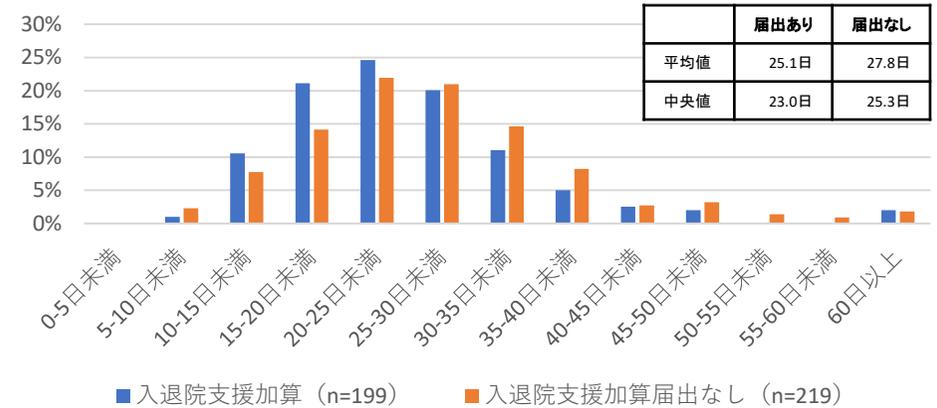
○ 入院時支援加算の届出有無と平均在院日数の関係を見ると、急性期一般入院基本料、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料のいずれにおいても、入院時支援加算の届出が有る場合は、届出無い場合と比較して平均在院日数が短かった。

■ 入院料別の入院時支援加算の届出有無と平均在院日数

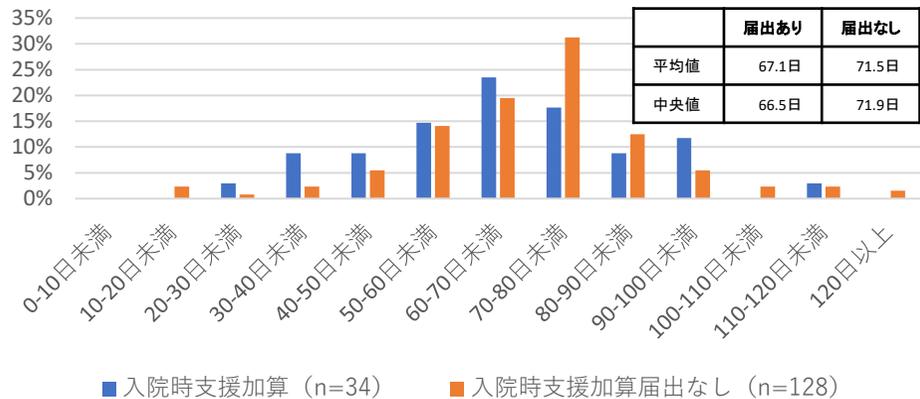
急性期一般入院基本料



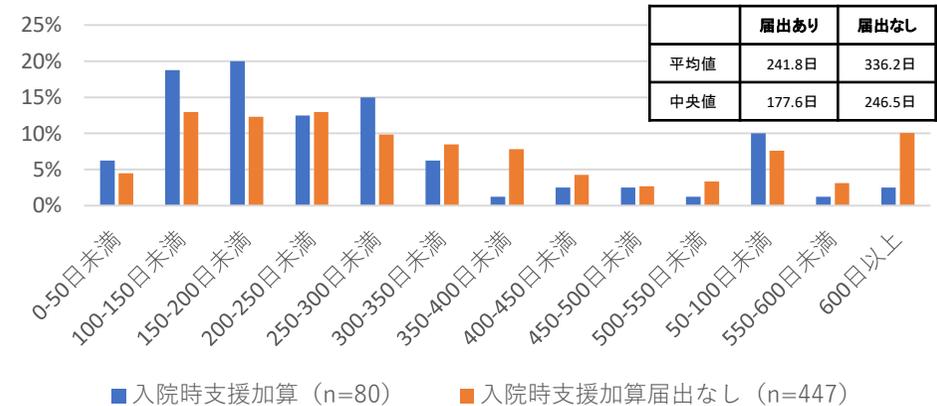
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料



回復期リハビリテーション病棟入院料



療養病棟入院基本料



テーマ1: 地域包括ケアのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携②

3) 医療・介護と障害福祉サービスとの連携

- 障害福祉サービスでも医療ニーズが非常に高まっており、体制整備も含め医療と福祉の連携は喫緊の課題。口腔健康管理や歯科医療の提供、薬剤管理も同様に医療と障害福祉サービスの連携が必要。
- 医療的ケア児への対応について現場で最も問題となるのはレスパイトケアであり、医療的ケア児のレスパイトに係る必要十分な体制を構築することが重要。
- 既に共同指導や情報提供の評価は多数あるため、一つ一つの連携を評価するというよりも、全体の枠組みとしてどのように連携を担保するのが重要。

(2) 医療・介護連携を推進するために必要な主治医と介護支援専門員の連携

- 介護支援専門員は利用者の既に様々な情報(例: 家族や人間関係、資産状況、本人・家族の希望、趣味、嗜好、生活習慣等)を持っており、その情報に基づき課題を分析し目標を立て、サービスの利用や社会資源の活用も含めマネジメントしている。ここに、医療の情報や医師の意見等を適切に活かすことにより、より合理的なケアマネジメントができる。
- 各専門職は多忙であり、情報伝達の場をいつでも設定できるものではないため、ICTの活用による連携は有効。また、多忙な中連携を促進するため、医療機関側は連携室が窓口になるとスムーズに進むのではないか。
- ケアマネジャーが医療的な知識を持つことは大切だが、それよりも主治医との連携をするほうがさらに重要。主治医意見書において医学的管理の必要性の項目にチェックをしても、ケアプランに反映されていないという意見も多い。特にリハビリテーションの重要性は、もう少し認識を高めていく必要があるのではないか。

入退院時についての医療と福祉の連携と報酬上の評価

入退院時に医療機関と福祉事業者の情報連携（文書等による情報の提供、収集）や協働による支援の検討（カンファレンスの開催や参加）等の連携を推進するため、当該業務について相互に報酬上評価を行っている。

入院時

相談支援

退院時

○入院時情報連携加算

入院時に医療機関が求める利用者の情報を医療機関に提供した場合
(Ⅰ) 訪問 (Ⅱ) 文書等

○介護支援等連携指導料

患者の同意を得て、医師等が相談支援専門員等と共同して患者の心身の状況等を踏まえて導入が望ましい障害福祉サービス等や退院後に利用可能な障害福祉サービス等について説明及び指導を行った場合

○診療情報提供料(Ⅰ)

患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合(退院日の前後2週間) 介護支援等連携指導料を算定した場合は算定不可。

○入退院支援加算1 ○入退院支援加算2

退院困難な患者を抽出し、早急に本人・家族と面談、カンファレンスを実施した場合

○医療・保育・教育機関等連携加算

【計画作成時】
障害福祉サービス等以外の医療機関、保育機関等の職員と面談を行い、必要な情報提供を受け協議等を行った上で、サービス等利用計画を作成した場合

○退院・退所加算 【計画作成時】

退院退所時に、医療機関等の多職種からの情報収集や医療機関等における退院・退所時のカンファレンスへの参加を行った上で、サービス等利用計画を作成した場合

○集中支援加算 ※R3年度報酬改定で新設

【計画作成時・モニタリング時以外】
障害福祉サービス等の利用に関して、以下の支援を行った場合(①～③について各々月1回算定可)

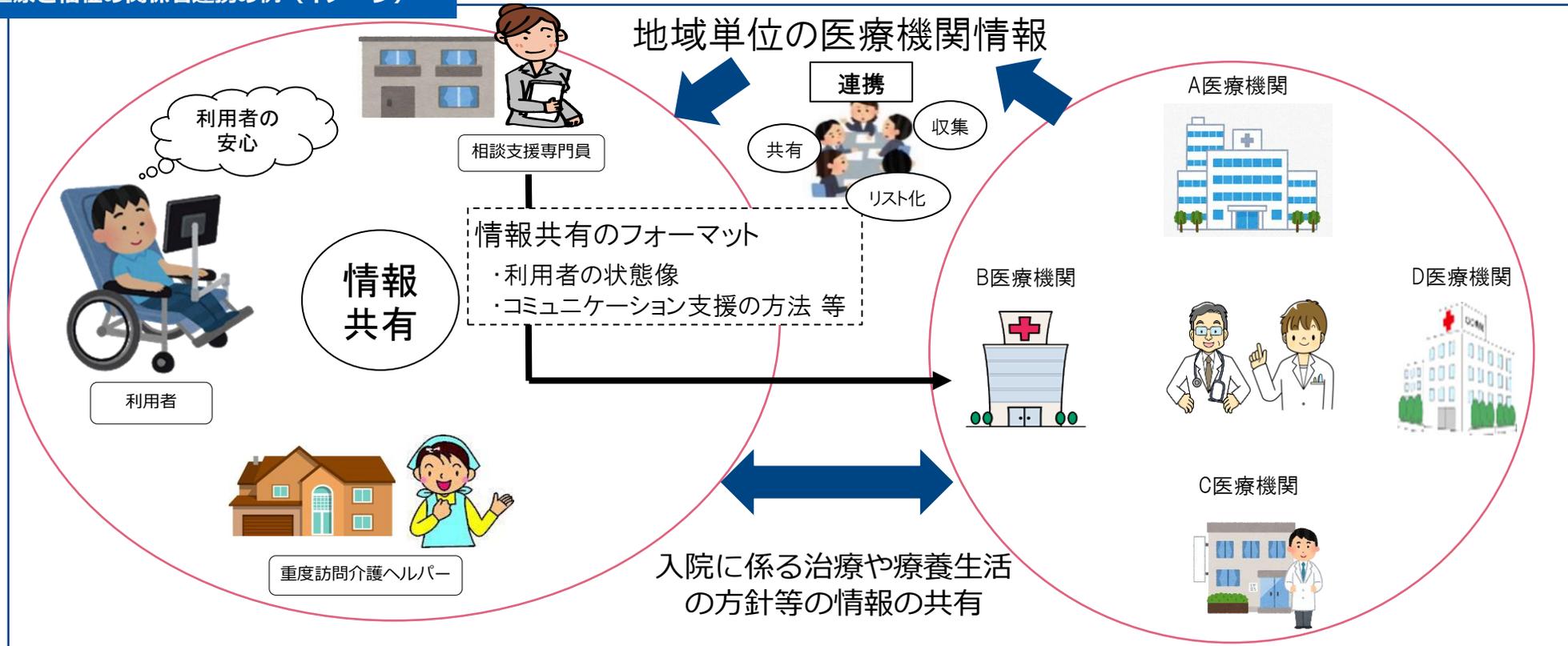
- ①月2回以上の居宅等への訪問による面談
- ②サービス担当者会議の開催
- ③他機関の主催する利用者の支援についての検討を行う会議への参加

診療報酬(医療機関)

障害福祉サービス等報酬
(計画相談支援・障害児相談支援)

- 入院中の重度障害者のコミュニケーション支援等が行われる場合には、医療機関と支援者は当該入院に係る治療や療養生活の方針等の情報を共有するなど十分に連携することが必要である。このため、利用者の普段の状態像・支援ニーズや入院中の個々の利用者の症状に応じたコミュニケーション支援の方針・方法等について、関係者間で情報を共有するためのフォーマットの作成など、より円滑な連携に向けての検討が必要である。
- また、入院時に重度訪問介護を利用する者にとって地域の医療機関における重度障害者の受入等に関する情報があれば有用である。このため、医療と福祉の関係者が連携して、地域の医療機関情報をリスト化し、共有を図ること等の検討も必要である。

医療と福祉の関係者連携の例（イメージ）



障害者への医療・介護サービス提供に当たって求められる対応

- 高齢化した障害者、精神疾患の患者、身体疾患に罹患した障害者、医療的ケア児、強度行動障害を有する者など、医療・介護・障害福祉サービスにまたがるニーズがある。
- 様々な障害特性や個々の状況に応じて、適切に医療・介護・障害福祉サービスを受けられる体制が求められる。

医療機関 介護サービス施設・事業所

障害福祉サービス事業所

入院
入所

訪問

通院
通所

ケアマネ
ジャ

入所

訪問

通所

相談支援

- **障害特性に応じた受け入れ体制**
 - ・ 様々な障害特性に応じた支援を受けながら医療を受けられる体制（特に、特別なコミュニケーション支援を要する障害者、強度行動障害を有する者等が医療を受ける場合の受け入れ体制）
 - ・ 高齢化した障害者が、介護施設への入所を希望する場合等に、精神障害、知的障害などの障害特性に応じた支援を受けられる体制

- **障害特性に応じた医療・介護サービスの提供体制**
 - ・ 精神疾患の患者、医療的ケア児、強度行動障害を有する者などが、訪問医療を必要とする場合等に障害特性に応じて訪問診療・看護等を受けられる体制

- **医療・介護・障害福祉サービスの連携体制**
 - ・ 精神障害者の地域移行など、病院からの退院時における介護・障害福祉サービスとの連携体制
 - ・ 地域生活において必要な医療や通所・訪問サービス、ケアマネジメント等を障害福祉サービスなどとともに切れ目なく受けられるための連携体制

- **障害者入所施設における医療ニーズへの対応**
 - ・ 医療ニーズのある施設入所者が医療を受けられる体制（必要に応じ、施設外からの訪問により医療を受けられる体制を含む）

- **通所サービス等における医療ニーズへの対応**
 - ・ 通所などの障害福祉サービス等を受けている医療的ケア児などが、必要な医療等を受けられる体制

課題と論点

(入退院支援)

- 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、入退院支援加算による評価を実施するとともに、入院時支援加算等により、外来部門と病棟との連携強化を推進している。
- 入院料別に入退院支援の特徴を見ると、以下のような特徴があった。
 - 入退院加算の対象者における「退院困難な要因」は、急性期一般入院料では「緊急入院」、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟では「ADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要」が多い
 - 連携機関の施設数は入院料別に大きな差はなく、いずれも介護保険サービス事業所との連携が最も多い
 - 地域包括ケア病棟では、退院支援に関する各取組を入退院支援部門の職員が実施していることが多い
 - 退院支援を困難にしている事項は、急性期一般入院料1、地域包括ケア病棟及び回復期リハビリテーション病棟では、「患者1人当たりの退院調整に十分な時間を割くことができない」、「患者・家族と面会日等を調整することが難しい」が多い
 - 退院を困難にしている事項は、いずれの入院料においても「地域の中で看取りを行える介護施設が少ない」、「地域の中で、訪問診療を行う医療機関が少ない」が多い
- 特に回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関では、以下のような特徴があった。
 - 急性期一般病棟及び地域包括ケア病棟両方の届出が無い場合、入退院支援加算1の届出割合が低い
 - 入退院支援加算1を届け出ている方が、早期からの転院患者を受け入れている
 - 入退院支援加算1を届け出ている方が、リハビリ専門職による退院前の訪問指導を実施している
- 入院時支援加算算定患者に対して入院前に実施した事項は、必須項目以外では、「退院困難な要因の有無の評価」の実施率は高いが、「褥瘡に関する危険因子の評価」、「栄養状態の評価」の実施率は低かった。
- 入院時支援加算を届出有りの方が、いずれの入院料においても平均在院日数が短かった。
- 障害を有する者の医療と福祉の連携に必要性を指摘されているが、入退院支援加算の連携機関に障害福祉サービス事業所はほとんど挙げられていなかった。

【論点】

- 入院料別の入院患者の特徴も踏まえ、質の高い入院医療を推進するとともに、退院後も必要な療養が受けられ住み慣れた地域で継続して生活できるようにするための入退院支援について、どのように考えるか。