

在宅療養「在宅コーナー」

在宅療養支援病院と2022年度診療報酬改定 —ひかり病院の取り組みと今後の方向性—



医療法人良善会 ひかり病院
理事長・院長 柳 橋 健

今回は在宅療養支援病院としての当院の取り組みをまず紹介させていただき、そのあとに2022年度診療報酬改定をもとに在宅医療と在宅療養支援病院の今後の方向性、さらに今後当院がこの地域において果たすべき役割や課題について述べたいと思います。

A. 在宅療養支援病院としての当院の取り組み

(1) 在宅療養支援病院としての当院の歩み

当院の在宅療養支援病院としての歩みを表1に示しました。2019年11月から地域の訪問診療を熱心に実施されている2か所の診療所と連携を開始しました。この後すぐに新型コロナウイルス感染の流行が起きたため、月1回の連携カンファレンスをZoomで行っています。また2021年9月に在宅緩和ケア充実病院の届け出を行いました。

表1：在宅療養支援病院としての当院の歩み

2016年9月	在宅療養支援病院	施設基準1	届け出
2017年9月	在宅療養支援病院	施設基準3(機能強化型)	届け出
2019年11月	在宅療養支援病院	施設基準2(連携機能強化型)	届け出 2か所の診療所と連携開始
2020年6月	地域包括ケア病床開設		
2021年9月	在宅緩和ケア充実病院		届け出

表2

年間訪問診療実施件数(緊急の往診・看取りでの訪問を含む)	2020年度	2021年度
①在宅訪問診療(当院関連でない施設での訪問も含む)	1023	1475
②有料老人ホームかおりの里(ひかり病院関連施設)訪問診療	842	801
③ひかり病院訪問リハビリのための訪問診療	292	347
合計	2157	2623

(2) 当院の現在の訪問診療体制

過去2年間(2020年度、2021年度)の当院訪問診療総実施件数を表2に示しました。表の中の①在宅訪問診療(通常の訪問診療)については、医師は常勤医2名とパート医1名、看護師4名(当院外来兼務)、事務2名の体制で行っており、医師1名、(看護師1名)、事務1名の2~3名で訪問をしま

す。また毎朝入退院支援看護師(地域連携室)も加わってカンファレンスを行っています。

②③についてはそれぞれ別のパート医が行っています。

(3) ①在宅訪問診療(通常の訪問診療)での過去2年間(2020年度、2021年度)の実績

図 1

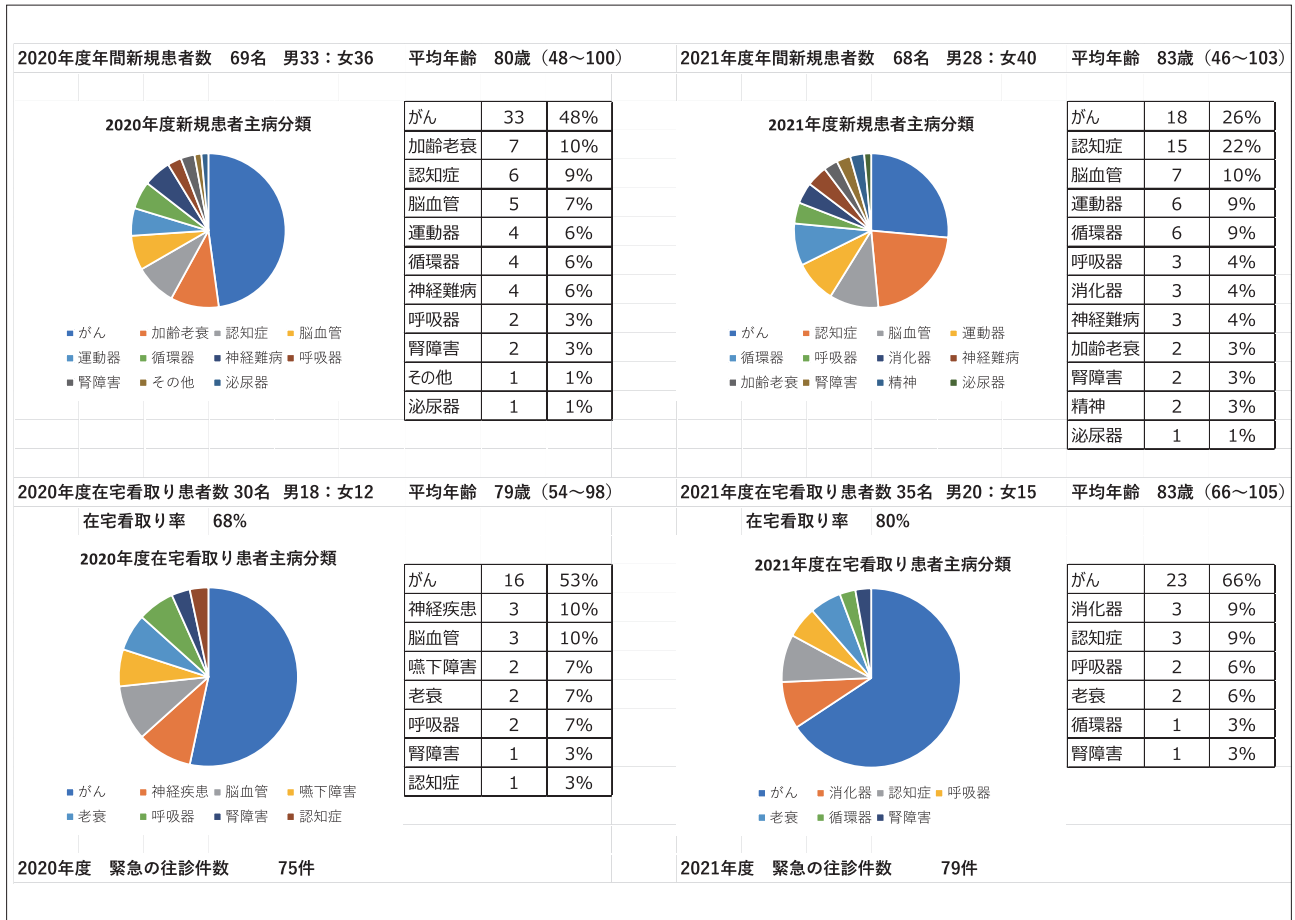


図1に過去2年間（2020年度、2021年度）の新規患者数、在宅看取り患者数とその主病分類、在宅看取り率を示しました。新規患者は女性が多く、在宅看取り患者は男性が多いというデータが出ています。2021年度の在宅看取り率は80%でした。

表3に2年間の診療内容の実績を示しました。オピオイド系鎮痛薬の注射による自己疼痛コントロール（PCA）にはCADD-Legacyまたはディスポのバルーンインフューザー（シユアーフューザー[®]A PCAセット）を使っています。当院ではポケットエコーとしてmirucoのコンベックスタイプとVscan Extendを所有しており、胸水腹水の穿刺や、排尿管理、その他呼吸器、消化器、運動器などの診断にも使っています。また経鼻胃管の挿入時には頸部食道での胃管確認に有用です。胃ろう内視鏡（ペンタックス ポータブルマルチスコープ）も所有しており、在宅での胃ろうボタンの交換

表 3

訪問診療実績2（2020年4月～2022年3月）	
オピオイド系鎮痛薬の使用	33例
オピオイド系鎮痛薬の注射による自己疼痛コントロール（PCA）	3例
胸水穿刺	3回/3例
腹水穿刺	10回/5例
経鼻胃管の管理・経鼻胃管の交換	3例
胃ろう管理・胃ろうボタン交換	2例
嚥下内視鏡検査（咽喉頭観察）	1例
人工呼吸器管理	1例
上肢下肢痙縮に対するボトックス注射	8回/2例

や嚥下内視鏡として使用しています。胃ろうボタンについては当院ではGB胃瘻バルーンボタン ラージボアタイプを使用しており、抜去挿入時の抵抗や痛みがほとんどなく、またラージボアタイプでは在宅での胃ろう内視鏡による確認が可能です。また上肢下肢痙縮に対するボトックス注射も在宅で行っています。これにも注射部位確認にポケットエコーが有用です。

B. 在宅療養支援病院、在宅医療に関する2022年度診療報酬改定とひかり病院の今後の方向性

表4～6は厚生労働省による令和4年度診療報酬改定の概要在宅（令和4年3月4日版）から抜粋しています。表4に書かれているように、在支診・在

支病の施設基準の見直しとして①適切な意思決定支援の推進、②機能強化型在支診・在支病等の地域との協力推進、③機能強化型在支病の要件の見直しが挙げられています。

表4

令和4年度診療報酬改定 I-6 質の高い在宅医療・訪問看護の確保-①	
在支診・在支病の施設基準の見直し	
<p>適切な意思決定支援の推進</p> <p>▶ 全ての在支診・在支病について、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定支援に係る指針を作成していることを要件とする。</p> <p>【経過措置】 令和4年3月31日時点において在宅療養支援診療所等であるものについては、令和4年9月30日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。</p>	
<p>機能強化型在支診・在支病等の地域との協力推進</p> <p>▶ 機能強化型の在支診及び在支病について、市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等において在宅療養支援診療所以外の診療所等と連携することや、地域において24時間体制での在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい旨を施設基準に明記する。</p>	
<p>機能強化型在支病の要件の見直し</p> <p>▶ 在宅医療を支える入院機能の充実を図る観点から、機能強化型在宅療養支援病院の要件を見直し、緊急の往診の実績に代えて、後方ベッドの確保及び緊急の入院患者の受入実績又は地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1若しくは3の届出により要件を満たすこととする。</p>	
<p>現行</p> <p>【在宅療養支援病院】 【施設基準】（抜粋・例） (1) 病院であって、当該病院単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。 ア～サ（略） シ 過去1年間の緊急の往診の実績を10件以上有すること。 ス（略）</p>	<p>改定後</p> <p>【在宅療養支援病院】 【施設基準】（抜粋・例） (1) 病院であって、当該病院単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること ア～サ（略） シ 以下のいずれかの要件を満たすこと。 ・ 過去1年間の緊急の往診の実績を10件以上有すること。 ・ 在支診等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保し、在宅療養支援診療所等からの要請により患者の緊急の受入を行った実績が過去1年間で31件以上あること。 ・ 地域包括ケア病棟入院料・管理料1又は3を届け出ていること。 ス（略）</p>

令和4年度診療報酬改定 I-6 質の高い在宅医療・訪問看護の確保-①

在支診・在支病の施設基準（参考）

	機能強化型在支診・在支病				在支診在支病	(参考)在宅療養後方支援病院
	単独型		連携型			
	診療所	病院	診療所	病院		
全ての在支診・在支病の基準	① 24時間連絡を受ける体制の確保 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している ⑦ 適切な意思決定支援に係る指針を作成していること					
全ての在支病の基準	「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。 (1) 許可病床200床未満であること又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと (2) 往診を担当する医師は、当該病院の当番体制を担う医師と別であること ※ 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては280床未満					○ 許可病床数200床以上 ○ 在宅医療を提供する医療機関と連携し、24時間連絡を受ける体制を確保 ○ 連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が24時間可能な体制を確保（病床の確保を含む） ※ やむを得ず当該病院に入院させた場合は、対応可能な病院を探し紹介すること ○ 連携医療機関との間で、3月に1回以上、患者の診療情報の交換を行い、入院希望患者の一覧表を作成
機能強化型在支診・在支病の基準	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師3人以上		⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師連携内で3人以上			
	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績10件以上	⑧ 次のうちいずれか1つ ・ 過去1年間の緊急往診の実績10件以上 ・ 在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅療養支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上 ・ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績連携内で10件以上 各医療機関で4件以上	⑧ 次のうちいずれか1つ ・ 過去1年間の緊急往診の実績10件以上各医療機関で4件以上 ・ 在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅療養支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上 ・ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている		
	⑨ 過去1年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績いずれか4件以上	⑨ 過去1年間の看取りの実績連携内で4件以上かつ、各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績いずれか2件以上				
	⑩ 市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等において在宅療養支援診療所以外の診療所等と連携することや、地域において24時間体制での在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい					

※：真定は令和4年度診療報酬改定における変更点

まず③については

- 1年間の緊急往診の実績10件以上各医療機関で4件以上（今までの要件）
- 在支診などからの要請により患者の緊急受け入れを行った実績が1年間で31件以上
- 地域包括ケア病棟入院料・管理料1または3を届け出ている

のうちいずれか1つを満たすこととなりました。（ちなみに地域包括ケア病棟入院料・管理料1または3では「自宅から入棟した患者割合2割以上」「自宅からの緊急患者の受け入れ3月で9人以上」「在宅医療等の実績」が施設基準となりました。）

当院では緊急往診の実績10件以上で、要件はクリアしていますが、今後在宅からの受け入れ、特に緊急受け入れ（subacute患者の受け入れ）については病棟の受け入れ体制のさらなる合理化・強化を図り、地域のニーズにこたえられるようにしていきたいと思っております。またご紹介のほどよろしく願いいたします。

②につきましては「市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等において在支診以外の診療所等

と連携することが望ましい」「地域において24時間体制での在宅医療提供に係る積極的役割を担うことが望ましい」などが施設基準に設けられました。「在支診以外の診療所等との連携」につきましては表5の「外来在宅共同指導料」の新設、表6の「在宅療養移行加算」の新設（継続診療加算から在宅療養移行加算に名称変更、在宅療養移行加算2が新設された）などにより「在支診以外の診療所」の先生方が、在宅医療を担う医療機関との連携を構築することを推進する改定ともなっています。

先ほども述べましたように当院は2か所の診療所と機能強化型在宅療養支援病院・診療所として連携、月1回のカンファレンスをZoomで行っています。情報共有にはびわ湖あさがおネットのメール機能を用いており、「大津市中部における機能強化型在宅医療連携」の名称でメーリングリストを作成しています。この連携を核にして、先ほどの在宅療養移行加算2などを使っての連携に広げていけないかと考えているところです。ぜひ地域の在宅医療の強化のためご協力いただければと存じます。

表5

令和4年度診療報酬改定 I-4 外来医療の機能分化等-④

外来医療を担う医師と在宅医療を担う医師が共同して行う指導の評価

▶ 通院患者のスムーズな在宅医療への移行を推進する観点から、外来在宅共同指導料を新設する。

(新)	外来在宅共同指導料	
	外来在宅共同指導料1	400点 <small>(在宅療養を担う保険医療機関において算定)</small>
	外来在宅共同指導料2	600点 <small>(外来において診療を行う保険医療機関において算定)</small>

【対象患者】

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

【算定要件】

- **外来在宅共同指導料1**
保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者について、**当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医が**、当該患者の同意を得て、患者等を訪問して、在宅での療養に必要な説明及び指導を、外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関の保険医と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、患者1人につき1回に限り、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関において算定する。
- **外来在宅共同指導料2**
外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関において、患者1人につき1回に限り算定する。なお、当該保険医療機関の保険医が、在宅での療養に必要な説明及び指導を情報通信機器を用いて行った場合においても算定できる。




表6

令和4年度診療報酬改定 I-5 かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価-⑥

在宅療養支援診療所以外の診療所の訪問診療に対する評価

在宅療養移行加算の新設

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

現行	改定後
<p>【継続診療加算】 継続診療加算 216点</p> <p>【施設基準】 継続診療加算 ア 24時間の往診体制及び24時間の連絡体制を有していること イ 訪問看護が必要な患者に対し、訪問看護ステーションが訪問看護を提供する体制を確保している ウ 当該医療機関又は連携する医療機関の連絡担当者の氏名、診療時間内及び診療時間外の連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等並びに往診担当医の氏名等について、患者又は患者の家族に文書により提供し、説明</p>	<p>(新) 【在宅療養移行加算】 在宅療養移行加算1 216点 在宅療養移行加算2 116点</p> <p>【施設基準】 在宅療養移行加算1 ア 24時間の往診体制及び24時間の連絡体制 イ 訪問看護が必要な患者に対し、訪問看護ステーションが訪問看護を提供する体制を確保している ウ 当該医療機関又は連携する医療機関の連絡担当者の氏名、診療時間内及び診療時間外の連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等並びに往診担当医の氏名等について、患者又は患者の家族に文書により提供し、説明</p> <p>在宅療養移行加算2 ア 当該医療機関又は連携する他の医療機関が往診を提供する体制を有していること イ 24時間の連絡体制を有していること イ 訪問看護が必要な患者に対し、訪問看護ステーションが訪問看護を提供する体制を確保している ウ 当該医療機関又は連携する医療機関の連絡担当者の氏名、診療時間内及び診療時間外の連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等並びに往診担当医の氏名等について、患者又は患者の家族に文書により提供し、説明</p>

令和4年度診療報酬改定 I-5 かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価-⑥

在宅療養移行加算等における要件の一覧

			24時間要件					
			往診を行う体制		訪問看護を行う体制		連絡を受ける体制	
			単独	連携	単独	連携	単独	連携
在宅療養支援診療所	機能強化型	単独型	○	×	○	○	○	×
		連携型	○ (<10)		○ (<10)		○ (<10)	
	その他		○		○		○	×
在宅療養支援病院	機能強化型	単独型	○	×	○	○	○	×
		連携型	○ (<10)		○ (<10)		○ (<10)	
	その他		○	×	○		○	×
(新) 在宅療養移行加算1				○※1		-		○※1
(新) 在宅療養移行加算2				※2		-		○※1

※1：地域医師会等の協力を得て規定する体制を確保することでも差し支えない。（協力してもよい旨を明記しているのみであり、24時間の体制は在宅診療等と同様に満たす必要がある。）
 ※2：「24時間体制の往診を行う体制」は求めないが、市町村や地域医師会との協力により、往診が必要な患者に対し、当該医療機関又は連携する他の医療機関が往診を提供する体制を有していることを要件とする。
 <10：連携医療機関数が10未満であること。