

令和4年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業研究事業）
分担研究報告書

在宅医療を受ける患者の4つの医療機能におけるアウトカム評価：自治体の医療
介護突合データを用いた要介護度・医療必要度別の検討

研究分担者	孫瑜	筑波大学	ヘルスサービス開発研究センター	研究員
研究分担者	伊藤智子	筑波大学	医学医療系	助教
研究分担者	佐方信夫	筑波大学	医学医療系	准教授
研究協力者	吉江悟	筑波大学	ヘルスサービス開発研究センター	研究員
研究代表者	田宮菜奈子	筑波大学	医学医療系	教授
			ヘルスサービス開発研究センター	センター長

研究要旨

背景

在宅医療の需要が高まる中で、在宅医療を必要とする対象者を明確化し、特に必要性の高い患者に提供できる体制構築が必要となる。本研究では、在宅医療受療者において、在宅医療提供体制に求められる4つの医療機能の実態を明らかにし、要介護度別および医療必要度別に検討することで、より在宅医療のニーズが高い集団の検討を行うことを目的とした。

方法

つくば市の2016～2018年各9月の医療介護突合データを用い、在宅患者訪問診療料（1）の算定があった者を対象とした。各年9月から半年間の追跡期間の中で、在宅医療に求められる4つの医療機能（①退院支援、②日常の療養支援、③急変時の対応、④看取り）に関する各指標を要介護度および医療必要度別に検討した。医療必要度に関しては別に厚生労働大臣が定める状態の患者（別表第8の2）または在宅がん医療総合診療料の算定がある患者を要医療群と定義した。

結果

対象者は2032人、そのうち要医療群が230人（11.3%）であり、要介護度が重度になるにつれ要医療群の割合が増えた。追跡期間中に221人（そのうち要医療群：72人）が死亡した。要医療群に分類される患者は要介護度に関わらず急変時に対応が必要になる例や死亡例、在宅看取りの割合が多かった。また、要医療群に分類されない患者においても要介護度が重度である患者は急変時に対応が必要になる例や死亡例、在宅看取りの割合が多かった。一方で、要支援の患者は急変時の対応が必要になる症例や死亡例も少なかった。

結論

指定難病、末期の悪性腫瘍や在宅での医療処置を行っている患者や、そのような疾患や処置がなくても要介護度が重度の患者は指標からみた医療的対応が行われている割合が高か

った。一方で、要介護度が要支援の患者は要介護状態や医療的対応の点からは在宅医療の必要性は乏しいと考えられた。

A. 研究目的

我が国における在宅医療の需要は、「高齢化の進展」や「地域医療構想による病床の機能分化・連携」に伴い、大きく増加している¹。在宅医療を利用する理由として医療的理由、ADL的理由、交通事情的理由、介護者や施設による理由など様々な要因が考えられるが、今後増加する需要に対応していくためには、在宅医療を必要とする対象者を明確化し、より在宅医療の必要性が高い患者のニーズに合わせて提供できる体制づくりが必要となる。

令和3年度の報告書では、要介護度が高い患者ほど在宅療養指導管理料の算定が多いこと、また居住場所によっても在宅医療受療者の特徴は異なっており、在宅に居住する患者と比較すると施設入居者は主要な内科疾患や在宅療養指導管理料が算定されている割合は低く、要介護度も低い一方で認知症患者の割合が多いことが示されている。また、先行研究では悪性腫瘍、在宅酸素療法、要介護度4-5の患者の頻回往診リスクが高く、在宅医療のニーズが高いと考えられることも示されている²。しかし、さらにニーズを詳細に検討するためには、往診以外のアウトカムについての分析も必要であるが、それらを詳細に検討した研究はこれまでに報告されていない。

そこで本研究では、在宅医療受療者において、在宅医療提供体制に求められる4つの医療機能（退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り）がどの程度実施さ

れているかの実態を明らかにし、要介護度別および病態別に検討することで、より在宅医療のニーズが高い集団の検討を行うことを目的とした。

B. 研究方法

茨城県つくば市の国保・後期高齢者医療制度の医療・介護保険レセプトデータを用いた。2016年のつくば市の総人口は226,963人、要介護認定率は16.5%である³。2016年～2018年の各9月に在宅患者訪問診療料（1）の算定があった者を対象とし、各年9月から半年間の追跡期間の中で在宅医療に求められる4つの医療機能（①退院支援、②日常の療養支援、③急変時の対応、④看取り）の各指標に関して要介護度（要介護度情報なし、要支援、要介護1-3、要介護4-5に分類）および医療必要度別に検討した。また、要介護度、医療必要度別の在宅時/施設入居時医学総合管理料の割合についても記述した。要介護度はADLを示す尺度として用い、各年9月までの直近の介護レセプトから判断した。医療必要度に関しては在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料に規定する別に厚生労働大臣が定める状態の患者（別表第8の2）または在宅がん医療総合診療料の算定がある患者を要医療群と分類し、それ以外は要医療群以外と分類した（要医療群の詳細は補足表1参考）。以下、在宅医療に求められる4つの医療機能に関して抽出した指標を示す。

① 退院支援

各年 6-9 月に入院があった患者のうち、以下の項目の割合を記述した。

- 入院中の退院時共同指導料の算定
- 半年以内の全ての再入院、
- 半年以内の Ambulatory care-sensitive conditions (ACSCs, プライマリ・ケアの適切な介入により、重症化による入院を予防できる可能性のある疾患) による再入院

ACSCs はプライマリ・ケアの利用しやすさと質の指標として用いられており、急性疾患、慢性疾患、ワクチン接種で予防可能な疾患の 3 つに大きく分類される⁴。急性疾患は蜂窩織炎や腎盂腎炎等、慢性疾患には COPD やうっ血性心不全等、ワクチン接種で予防可能な疾患にはインフルエンザや肺炎等が含まれる(詳細は補足表 2 参照)。本研究では、NHS (英国の国民保健サービス)⁵ が定義する 19 の ACSCs を、先行研究⁶ で一般的に使用されている ICD-10 を用いて同定した。

② 日常の療養支援

以下の項目の割合を記述した。

- 訪問歯科診療の利用
- 訪問看護の利用 (介護/医療保険の訪問看護の利用および訪問看護指示料から算定)
- 半年以内の要介護度の改善/悪化

③ 急変時の対応

追跡期間中の 1 回以上の各項目について割合を記述した。

- 全時間帯の往診

- 夜間休日の往診
- 夜間休日の救急搬送または受診 (夜間休日救急搬送医学管理料、院内トリアージ実施料、時間外加算/休日加算/深夜加算より抽出)
- すべての原因による入院
- ACSCs による入院

④ 看取り

追跡期間中に死亡した患者を対象とし、以下の割合を記述した。

- 在宅ターミナルケア加算数
- 看取り加算数
- 死亡診断加算数
- 病院での死亡 (退院月=死亡月の場合を病院での死亡と判断)

すべての解析は STATA version 15 用いた。

C. 研究結果

全体について

対象者は 2032 人、そのうち要医療群が 230 人 (11.3%) であった。全体および要介護度別の在宅時/施設入居時医学総合管理料の算定結果を表 1 に示す。要医療群以外では在宅時医学総合管理料の算定割合が 50.3% (907/1,802 人) だったのに対し、要医療群では 80.4% (185/230 人) であり、特に要介護度情報がない要医療群において在宅時医学総合管理料の算定割合が 93.9% (31/33 人) と高くなっていた。医療必要度別の要介護度の検討では、要医療群以外では要介護 1-3 が 55.0% (991/1,802 人) と最も多く、次いで要介護 4-5 (35.6%) だったのに対し、要医療群では要介護 4-5

が 59.6%(137/230 人)と最も多くなっており、要支援はわずか1名のみであった。また、要介護度別の医療必要度の分布では、要介護度情報なし群で最も要医療群の割合が高く (21.3%)、要介護情報がある人の中では要介護度が重度になるにつれて要医療群の割合が増えた(要支援:2.1%、要介護 1-3 : 5.6%、要介護 4-5 : 17.6%)。

① 退院支援

各年 6-9 月に入院があった 207 人 (そのうち要医療群:52 人) が対象となった。結果を表 2 に示す。入院中の退院時共同指導料の算定は要医療群以外 (14.8%) と比べて要医療群 (32.7%) の方が多かった。全ての原因による再入院、ACSCs による再入院も全体的に要医療群の方が多かったが、要介護度情報がない要医療群においては半年以内の全再入院・ACSCs による再入院率が 50%以上と高くなっていた。一方で要介護度情報がない要医療群では再入院の割合は比較的低くなっていた。

② 日常の療養支援

結果を表 3 に示す。訪問歯科診療は要医療群以外の方が多かったのに対し、訪問看護は要医療群の方が多くなっていた。要介護度悪化の割合は両群とも変わらなかった。要介護度別にみると、要介護度が重度になるにつれ要医療群・それ以外いずれも訪問歯科診療の割合は増加していた。訪問看護も要医療群以外では要介護度が重度になるにつれ増える傾向にあったが要介護 4-5 でも 42.4%にとどまった。一方で要医療群では要支援を除くと、訪問看護は要介護度情報なし群、要介護 1-5 いずれも

70-80%程度と多かった。

③ 急変時の対応

結果を表 4 に示す。全体的に要医療群の方が要医療群以外に比べて全時間帯の往診、夜間休日の往診、夜間休日救急搬送/受診、全ての原因による再入院、ACSCs による再入院の割合が多くなっており、各指標の割合は概ね連動していた。要医療群においては特に要介護度情報なし群で最も各指標の割合が高くなっていたが、要介護 1-3、要介護 4-5 群でも比較的高い割合で急変時の対応が必要となっていた。要医療群以外においては要介護度が重度になるにつれて急変時の対応を要する割合が増えた。

④ 看取り

追跡期間中に死亡し看取りのアウトカム分析の対象となった患者は 221 人 (そのうち要医療群が 72 人) であった (表 5)。追跡期間中に死亡した人の割合は要介護度情報なし群で 16.1%(25/155 人)、要支援群で 2.1%(1/48 人)、要介護 1-3 群で 7.4%(78/1,050 人)、要介護 4-5 群で 15.0%(117/779 人)であった。医療必要度別では、要医療群で追跡期間中に死亡した割合は全体で 31.3%(72/230 人)であり、いずれの要介護度でもほぼ変わらなかったのに対し、要医療群以外では全体で 8.6%(155/1,802 人)であり要介護度が高くなるほど死亡例が多くなった。死亡した人における分析では、全体的に要医療群の方が死亡前後のケアを伴う在宅看取り(在宅ターミナルケア加算、看取り加算)が多くなっていた。要医療群においては特に要

介護度情報なし群で最も在宅ターミナルケア加算、看取り加算の算定割合が高くなっていたが、要介護 1-3、要介護 4-5 群でも 6 割以上で看取り加算の算定を認めた。一方で、要医療群以外では要介護度が重度になるにつれて在宅ターミナルケア加算や看取り加算の算定割合が増え、病院での死亡の割合が減少した。

D. 考察

対象患者の分布について

在宅時/医学総合管理料の算定状況から、要医療群以外では自宅居住と施設入所が半数ずつ程度であるのに対し、要医療群では 8 割が自宅に居住していると考えられた。特に要医療群の中では要介護度情報がない患者の自宅居住割合が高く、若年者で難病等を有していたり、医療的処置の必要性から自宅で訪問診療を受けているケースが多いと考えられた。要介護度別の検討で、要介護度情報なし群で最も要医療の割合が高く (21.3%)、要介護情報がある人の中では要介護度が重度になるにつれて要医療の割合が増えたという結果は、令和 3 年度の報告書 (在宅医療を受ける患者の実態 : 3 自治体の医療介護突合データを用いた地域別・居住場所分類別の検討) の要介護度と各種指導管理料算定の関連をみた結果と一致するものであった。要医療群で要支援の患者は 1 名しかいなかったが、難病等や末期がん、医療処置を要する患者は要介護認定の際に要介護に分類されることが多いためと考えられた。

① 退院支援

要医療群の方が退院時共同指導料の算

定が多かったが、再入院の割合も多くなっており、病態が不安定であることが原因と考えられた。一方で、要介護度情報がない要医療群以外においては再入院率が高く、要介護認定が間に合わないまま在宅医療導入となった急性期の症例が含まれると考えられた。

② 日常の療養支援

訪問歯科診療は要医療群以外の方が多かったことに関しては、要医療群以外で施設入居者の割合が高く、施設への包括的な訪問歯科診療が含まれている可能性が考えられた。また、要医療群以外の訪問看護利用率の低さも施設入所の割合が関係していると考えられた。一方で要医療群では要介護度に関わらず多くの症例で訪問看護が導入されていた。

③ 急変時の対応

要医療群では、要支援以外においては全体的に急変時の対応が必要になるケースが多く、医療的ニーズが高いと考えられた。特に要介護度情報なし群には若年者で医療処置などの必要性から在宅医療を受けているケースが含まれると考えられ、急変時の対応が必要になるケースの上昇に寄与していると考えられた。一方で、要医療群以外では要介護度が重度になるにつれ急変時の対応が必要になる割合が増えた。先行研究でも、要介護度が重度である人ほど発熱が多く⁷、発熱は往診の主要な理由であること⁸、要介護 4-5 は頻回往診のリスクが高いことが示されており²、ADL や全身状態から感染症を発症しやすく、急変時の対応が必要となる割合が高くなる

考えられた。

④ 看取り

追跡期間中に死亡した患者は要介護度情報なし群で最も高く、要介護度認定がある患者の中では要介護度が高くなるにつれ上昇した。また、要医療群では半年の追跡期間に 3 割程度と高い割合で死亡を認めた。死亡した患者の中での分析では、要医療群の方が全体的に在宅ターミナルケア加算や看取り加算の算定が多くなっていったことから、死亡前後のケアを含む在宅看取りが行われている割合が高いと考えられた。要医療群では各疾患の経過から予後予測が行いやすいことが在宅看取りの増加に関連している可能性が考えられた。要医療群以外では要介護度が重度になるにつれて在宅看取りの割合が増え、病院での死亡の割合が減少したが、こちらも ADL や全身状態の悪化から予後予測が行いやすくなることに関連している可能性が考えられた。

全体に関して

要医療群では要支援に認定されることは稀であることを考えると、要医療群ではいずれの要介護度であっても(要介護度認定がなくても)急変時の対応が必要になる例や死亡例、死亡した人の中における在宅看取りが比較的多く訪問看護の導入割合も高かった。一方で、要医療群以外では要介護度が重度になるにつれて急変時の対応が必要になる例や死亡例、死亡した人の中における在宅看取りの割合が高くなった。以上より、要医療群に分類される患者(末期の悪性腫瘍や指定難病、在宅での医

療処置が必要な患者)や、要医療群以外の要介護度 4-5 の患者は急変時の対応や看取りが必要になる割合が高く、指標からみた医療的対応の点からは在宅医療の必要性が高いと考えられた。一方で要支援の患者においては急変時の対応が必要になる症例や死亡例も少なかったことから、要介護状態や医療的対応の観点からは要支援の患者における在宅医療の必要性は乏しいと考えられた。

E. 結論

本研究の要医療群に含まれる末期の悪性腫瘍や指定難病、在宅での医療処置を行っている患者や、要介護度が重度の患者では急変時に対応が必要になる患者の割合が多く、指標からみた医療的対応のニーズが高い可能性が考えられた。またこれらの患者では在宅看取りの割合も増加しており、予後予測が行いやすいことが在宅看取り率の上昇に寄与している可能性が考えられた。一方で、要介護度が要支援の患者における在宅医療の必要性については、要介護状態や医療的対応の点からは乏しいと考えられた。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

参考文献

1. 厚生労働省. 中央社会保険医療協議会総会(第 486 回)資料 在宅(その 1)在宅医療について. 2021. <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000823122.pdf>.

2. Sun Y, Iwagami M, Sakata N, et al. Development and validation of a risk score to predict the frequent emergency house calls among older people who receive regular home visits. *BMC Prim Care* 2022; **23**(1): 132.

3. e-stat 政府統計の総合窓口. <https://www.e-stat.go.jp>.

4. Sanderson C, Dixon J. Conditions for which onset or hospital admission is potentially preventable by timely and effective ambulatory care. *J Health Serv Res Policy* 2000; **5**(4): 222-30.

5. Purdy S, Griffin T, Salisbury C, Sharp D. Ambulatory care sensitive conditions: terminology and disease coding need to be more specific to aid policy makers and clinicians. *Public Health* 2009; **123**(2): 169-73.

6. Sasabuchi Y, Matsui H, Yasunaga H, Fushimi K. Increase in avoidable hospital admissions after the Great East Japan Earthquake. *J Epidemiol Community Health* 2017; **71**(3): 248-52.

7. Yokobayashi K, Matsushima M,

Watanabe T, Fujinuma Y, Tazuma S. Prospective cohort study of fever incidence and risk in elderly persons living at home. *BMJ Open* 2014; **4**(7): e004998.

8. Kuroda K, Miura T, Kuroiwa S, Kuroda M, Kobayashi N, Kita K. What are the factors that cause emergency home visit in home medical care in Japan? *J Gen Fam Med* 2021; **22**(2): 81-6.

表 1. 医療必要度別および要介護度別の在宅時/施設入居時医学管理料算定状況

	要医療群以外 N=1802 n (%)	要医療群* N=230 n (%)
全体		
在宅時医学総合管理料	907 (50.3)	185 (80.4)
施設入居時医学総合管理料	731 (40.6)	45 (19.6)
管理料なし	164 (9.1)	0 (0)
要介護度別		
要介護度情報なし		
	N=122	N=33
在宅時医学総合管理料	65 (53.3)	31 (93.9)
施設入居時医学総合管理料	43 (35.3)	2 (6.1)
管理料なし	14 (11.5)	0 (0)
要支援 1-2		
	N=47	N=1
在宅時医学総合管理料	31 (66.0)	0
施設入居時医学総合管理料	11 (23.4)	1 (100)
管理料なし	5 (10.6)	0 (0)
要介護 1-3		
	N=991	N=59
在宅時医学総合管理料	435 (43.9)	43 (72.9)
施設入居時医学総合管理料	477 (48.1)	16 (27.1)
管理料なし	79 (8.0)	0 (0)
要介護 4-5		
	N=642	N=137
在宅時医学総合管理料	376 (58.6)	111 (81.0)
施設入居時医学総合管理料	200 (31.2)	26 (19.0)
管理料なし	66 (10.3)	0 (0)

*在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料に規定する別に厚生労働大臣が定める状態の患者（別表第8の2）または在宅がん医療総合診療料の算定がある患者（具体的には末期悪性腫瘍や指定難病、在宅での医療処置を行っている患者が含まれる；補足表1参照）

表 2. 入院歴がある患者における医療必要度別および要介護度別の退院支援に関する各指標

	要医療群以外 N=155 n (%)	要医療群* N=52 n (%)
全体		
入院中の退院時共同指導料あり	23 (14.8)	17 (32.7)
半年以内の全再入院	60 (38.7)	23 (44.2)
半年以内の ACSC 再入院	49 (31.6)	17 (32.7)
要介護度別		
要介護度情報なし N=13 N=13		
入院中の退院時共同指導料あり	2 (15.4)	3 (23.1)
半年以内の全再入院	8 (61.5)	4 (30.8)
半年以内の ACSCs 再入院	7 (53.9)	2 (15.4)
要支援 1-2 N=1 N=0		
入院中の退院時共同指導料あり	0	0
半年以内の全再入院	0	0
半年以内の ACSCs 再入院	0	0
要介護 1-3 N=68 N=9		
入院中の退院時共同指導料あり	4 (5.9)	4 (44.4)
半年以内の全再入院	23 (33.8)	5 (55.6)
半年以内の ACSCs 再入院	17 (25.0)	3 (33.3)
要介護 4-5 N=73 N=30		
入院中の退院時共同指導料あり	17 (23.4)	10 (33.3)
半年以内の全再入院	29 (39.7)	14 (46.7)
半年以内の ACSCs 再入院	25 (34.3)	12 (40.0)

ACSCs, Ambulatory care-sensitive conditions

*在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料に規定する別に厚生労働大臣が定める状態の患者（別表第 8 の 2）または在宅がん医療総合診療料の算定がある患者（具体的には末期悪性腫瘍や指定難病、在宅での医療処置を行っている患者が含まれる；補足表 1 参照）

表 3. 医療必要度別および要介護度別の日常の療養支援に関する各指標

	要医療群以外 N=1802 n (%)	要医療群* N=230 n (%)
全体		
訪問歯科診療あり	357 (19.8)	13 (5.7)
訪問看護あり	523 (29.0)	179 (77.8)
半年以内の要介護度改善	46 (2.6)	3 (1.3)
半年以内の要介護度悪化	247 (13.7)	29 (12.6)
要介護度別		
要介護度情報なし N=122 N=33		
訪問歯科診療あり	11 (9.0)	2 (6.1)
訪問看護あり	21 (17.2)	28 (84.9)
半年以内の要介護度悪化	7 (5.7)	0
要支援 1-2 N=47 N=1		
訪問歯科診療あり	5 (10.6)	0
訪問看護あり	10 (21.3)	0
半年以内の要介護度改善	1 (2.1)	0
半年以内の要介護度悪化	9 (19.2)	0
要介護 1-3 N=991 N=59		
訪問歯科診療あり	216 (21.8)	2 (3.4)
訪問看護あり	220 (22.0)	45 (76.3)
半年以内の要介護度改善	22 (2.2)	1 (1.7)
半年以内の要介護度悪化	188 (19.0)	19 (32.2)
要介護 4-5 N=642 N=137		
訪問歯科診療あり	125 (19.5)	9 (6.6)
訪問看護あり	272 (42.4)	106 (77.4)
半年以内の要介護度改善	16 (2.5)	2 (1.5)
半年以内の要介護度悪化	50 (7.8)	10 (7.1)

*在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料に規定する別に厚生労働大臣が定める状態の患者（別表第8の2）または在宅がん医療総合診療料の算定がある患者（具体的には末期悪性腫瘍や指定難病、在宅での医療処置を行っている患者が含まれる；補足表1参照）

表 4. 医療必要度別および要介護度別の急変時の対応に関する各指標

	要医療群以外 N=1802 n (%)	要医療群* N=230 n (%)
全体		
全時間帯の往診あり	495 (27.5)	113 (49.1)
夜間休日の往診あり	135 (7.5)	60 (26.1)
夜間休日救急搬送/受診あり	355 (19.7)	79 (34.4)
全ての原因による入院あり	321 (17.8)	59 (25.7)
ACSCs による入院あり	275 (15.3)	45 (19.6)
要介護度別		
要介護度情報なし		
	N=122	N=33
全時間帯の往診あり	20 (16.4)	23 (69.7)
夜間休日の往診あり	4 (3.3)	13 (39.4)
夜間休日救急搬送/受診あり	13 (10.7)	13 (39.4)
全ての原因による入院あり	22 (18.0)	8 (24.2)
ACSCs による入院あり	17 (13.9)	5 (15.2)
要支援 1-2		
	N=47	N=1
全時間帯の往診あり	7 (14.9)	0
夜間休日の往診あり	2 (4.3)	0
夜間休日救急搬送/受診あり	5 (10.6)	0
全ての原因による入院あり	3 (6.4)	0
ACSCs による入院あり	3 (6.4)	0
要介護 1-3		
	N=991	N=59
全時間帯の往診あり	263 (26.5)	31 (52.5)
夜間休日の往診あり	57 (5.8)	19 (32.2)
夜間休日救急搬送/受診あり	189 (19.1)	26 (44.1)
全ての原因による入院あり	181 (18.3)	18 (30.5)
ACSCs による入院あり	158 (15.9)	15 (25.4)
要介護 4-5		
	N=642	N=137
全時間帯の往診あり	205 (31.9)	59 (43.1)
夜間休日の往診あり	72 (11.2)	28 (20.4)
夜間休日救急搬送/受診あり	148 (23.1)	40 (29.2)
全ての原因による入院あり	115 (17.9)	33 (24.1)
ACSCs による入院あり	97 (15.1)	25 (18.3)

*在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料に規定する別に厚生労働大臣が定める状態の患者（別表第 8 の 2）または在宅がん医療総合診療料の算定がある患者（具体的には末期悪性腫瘍や指定難病、在宅での医療処置を行っている患者が含まれる；補足表 1 参照）

表 5. 追跡期間中に死亡した患者における医療必要度別および要介護度別の看取りに関する各指標

	要医療群以外 N=290 n (%)	要医療群* N=72 n (%)
全体		
在宅ターミナルケア加算あり	146 (50.3)	53 (73.6)
看取り加算あり	137 (47.2)	50 (69.4)
死亡診断加算あり	24 (8.3)	1 (1.4)
病院での死亡	87 (30.0)	10 (13.9)
要介護度別		
要介護度情報なし		
	N=12	N=13
在宅ターミナルケア加算あり	3 (25.0)	10 (76.9)
看取り加算あり	3 (25.0)	10 (76.9)
死亡診断加算あり	0	0
病院での死亡	7 (58.3)	1 (7.7)
要支援 1-2		
	N=1	N=0
在宅ターミナルケア加算	1 (100)	0
看取り加算	1 (100)	0
死亡診断加算	0	0
病院での死亡	0	0
要介護 1-3		
	N=57	N=21
在宅ターミナルケア加算	25 (43.9)	14 (66.7)
看取り加算	23 (40.4)	13 (61.9)
死亡診断加算	3 (5.3)	1 (4.8)
病院での死亡	24 (42.1)	2 (9.5)
要介護 4-5		
	N=85	N=32
在宅ターミナルケア加算	45 (52.9)	23 (71.9)
看取り加算	48 (56.5)	21 (65.6)
死亡診断加算	6 (7.1)	0
病院での死亡	19 (22.4)	7 (21.9)

*在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料に規定する別に厚生労働大臣が定める状態の患者（別表第 8 の 2）または在宅がん医療総合診療料の算定がある患者（具体的には末期悪性腫瘍や指定難病、在宅での医療処置を行っている患者が含まれる；補足表 1 参照）

補足表 1：難病等ありと定義した患者

以下の①または②がある患者を難病等と定義した

①別表第 8 の 2 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料に規定する別に

厚生労働大臣が定める状態の患者

一 次に掲げる疾患に罹患している患者

末期の悪性腫瘍

スモン

難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病

後天性免疫不全症候群

脊髄損傷

真皮を越える褥瘡

二 次に掲げる状態の患者

在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている状態

在宅血液透析を行っている状態

在宅酸素療法を行っている状態

在宅中心静脈栄養法を行っている状態

在宅成分栄養経管栄養法を行っている状態

在宅自己導尿を行っている状態

在宅人工呼吸を行っている状態

植込型脳・脊髄刺激装置による疼痛管理を行っている状態

肺高血圧症であって、プロスタグランジン I₂ 製剤を投与されている状態

気管切開を行っている状態

気管カニューレを使用している状態

ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態

人工肛門又は人工膀胱を設置している状態

②在宅がんを算定している患者

補足表2： Ambulatory care-sensitive conditions (ACSCs)の定義と対応する ICD-10 コード

ACSC 分類	ACSC	ICD-10 コード
急性	蜂窩織炎	L03, L04, L08.0, L08.8, L08.9, L88, L98.0
	脱水、胃腸炎	E86, K52.2, K52.8, K52.9
	歯科疾患	A69.0, K02, K03, K04, K05, K06, K08, K09.8, K09.9, K12, K13
	耳・鼻・喉の感染症	H66, H67, J02, J03, J06, J31.2
	壊疽	R02
	栄養不足	E40, E41, E42, E43, E55.0, E64.3
	骨盤内炎症性疾患	N70, N73, N74
	穿孔性・出血性潰瘍	K25.0-K25.2, K25.4-25.6, K26.0-K26.2, K26.4-26.6, K27.0-27.2, K27.4-K27.6, K280-K282, K284-K286
	腎盂腎炎	N10, N11, N12, N13.6
慢性	狭心症	I20, I24.0, I24.8, I24.9
	喘息	J45, J46
	COPD	J20, J41, J42, J43, J44, J47
	うっ血性心不全	I11.0, I50, J81
	痙攣、てんかん	G40, G41, R56, O15
	糖尿病合併症	E10.0-E10.8, E11.0-E11.8, E12.0-E12.8, E13.0-E13.8, E14.0-E14.8
	高血圧	I10, I11.9
	鉄欠乏性貧血	D50.1, D50.8, D50.9
ワクチンにより 予防可能	インフルエンザ、肺炎	J10, J11, J13, J14, J15.3, J15.4, J15.7, J15.9, J16.8, J18.1, J18.8
	その他ワクチンで予防可能な疾患	A35, A36, A37, A80, B05, B06, B16.1, B16.9, B18.0, B18.1, B26, G00.0, M01.4