

中医協 総-2-2参考
4 . 3 . 2 2

中医協 検-2-2参考
4 . 3 . 2 2

質の高い在宅医療・訪問看護の確保

1. 質の高い在宅医療の確保

- ① 在宅医療に係る診療報酬の概要
- ② 在支診及び在支病による地域連携等の推進
- ③ 外来から在宅への切れ目のない在宅医療の推進
- ④ 小児の在宅医療の評価
- ⑤ 外来医療等におけるデータ提出に係る評価

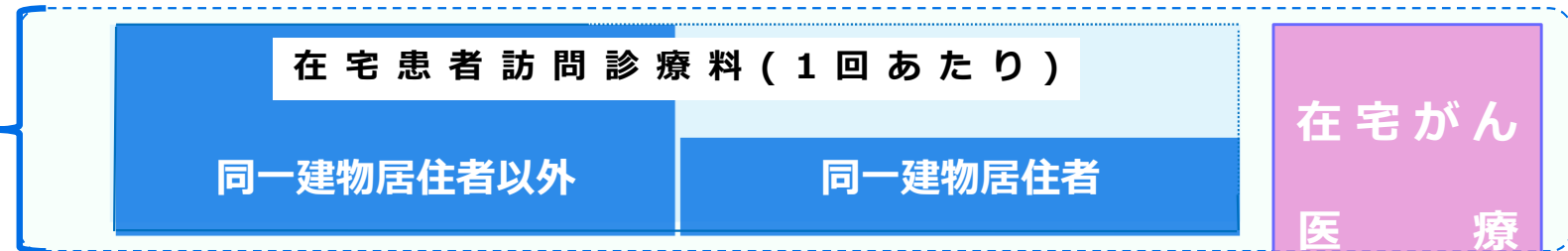
2. 質の高い訪問看護の確保

在宅医療における診療報酬上の評価構造（イメージ）

- ▶ 在宅医療に対する診療報酬上の評価は、①訪問して診療を行ったことに対する評価、②総合的な医学的管理に対する評価、③人工呼吸器その他の特別な指導管理等に対する評価の、大きく3種類の評価の組み合わせで行われている。

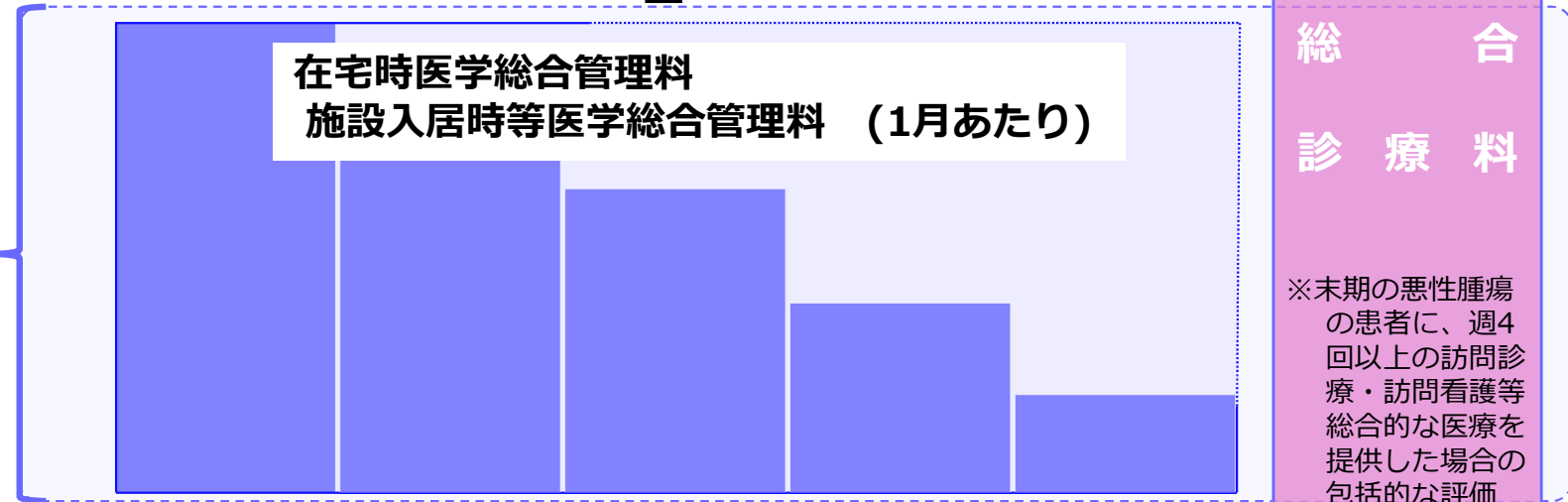
①定期的に訪問して診療を行った場合の評価

- 居住場所により段階的に評価
- 乳幼児等の診療、看取り等については、加算により評価
- 原則として週3回の算定を限度とするが、末期の悪性腫瘍等一部の疾患については例外を規定

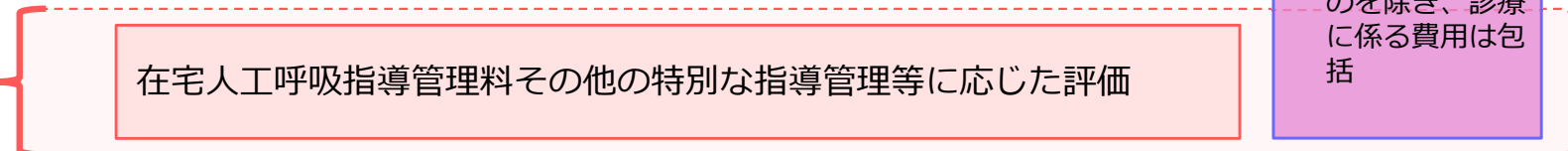


②総合的な医学的管理等を行った場合の評価

- 単一建物診療患者数、重症度及び月の訪問回数により段階的に評価
- 特別な指導管理を必要とし、頻回の診療を行った場合等は加算により評価



③指導管理等に対する評価



※上記に加え、検査、処置その他診療に当たって実施した医療行為等については、特段の規定がない場合、出来高にて算定することができる。

往診及び在宅患者訪問診療料の評価

○ 往診料 **720点**

- 患者又は家族等患者の看護等に当たる者が、保険医療機関に対し電話等で直接往診を求め、当該保険医療機関の医師が往診の必要性を認めた場合に、可及的速やかに患家に赴き診療を行った場合の評価。

※ 定期的ないし計画的に患家又は他の保険医療機関に赴いて診療を行った場合には算定できない。

○ 在宅患者訪問診療料(Ⅰ) **(1日につき)**

1 在宅患者訪問診療料 1

イ 同一建物居住者以外の場合 **888点**

ロ 同一建物居住者の場合 **213点**

2 在宅患者訪問診療料 2

イ 同一建物居住者以外の場合 **884点**

ロ 同一建物居住者の場合 **187点**

- 在宅での療養を行っている患者であって、疾病、傷病のために通院による療養が困難な者に対して、患者の入居する有料老人ホーム等に併設される保険医療機関以外の保険医療機関が定期的に訪問して診療を行った場合の評価。

※ 同一建物に居住する当該患者1人のみに対し訪問診療を行う場合は、「同一建物居住者以外の場合」の点数を算定する。

※ 患者の入居する有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が定期的に訪問して診療を行った場合は、在宅患者訪問診療料(Ⅱ) 150点を算定。

[算定要件] (抜粋)

○ 在宅患者訪問診療料 1

1人の患者に対して1つの保険医療機関の保険医の指導管理の下に継続的に行われる訪問診療について、1日につき1回に限り算定。

○ 在宅患者訪問診療料 2

患者の同意を得て、計画的な医学管理のもと、主治医として定期的に訪問診療を行っている保険医が属する他の保険医療機関の求めを受けて、当該他の保険医療機関が診療を求めた傷病に対し訪問診療を行った場合に、求めがあった日を含む月から6月を限度として算定。

在宅患者訪問診療料（Ⅰ）等の概要

在宅患者訪問診療料（Ⅰ） （1日につき）	同一建物居住者以外の場合	888点
	同一建物居住者の場合	213点

在宅ターミナルケア加算 在宅で死亡した患者に死亡日から2週間以内に2回以上の訪問診療等を実施した場合に算定	機能強化型在支診・在支病		機能強化型以外の在支診・在支病	その他の医療機関	
	有床診・在支病	無床診			
	6,500点	5,500点	4,500点	3,500点	
+在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	7,500点	6,500点	/		
+在宅療養実績加算1	/				5,250点
+在宅療養実績加算2					5,000点

看取り加算	在宅で患者を看取った場合に算定	3,000点
死亡診断加算	患家で死亡診断を行った場合に算定	200点

■ その他の加算 ■

○乳幼児加算 400点

○診療時間に応じた加算 診療時間が1時間超の場合に100点/30分を加算

質の高い在宅医療・訪問看護の確保

1. 質の高い在宅医療の確保

- ① 在宅医療に係る診療報酬の概要
- ② 在支診及び在支病による地域連携等の推進
- ③ 外来から在宅への切れ目のない在宅医療の推進
- ④ 小児の在宅医療の評価
- ⑤ 外来医療等におけるデータ提出に係る評価

2. 質の高い訪問看護の確保

在支診・在支病の施設基準の見直し

適切な意思決定支援の推進

- 全ての在支診・在支病について、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定支援に係る指針を作成していることを要件とする。

【経過措置】

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

機能強化型在支診・在支病等の地域との協力推進

- 機能強化型の在支診及び在支病について、市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等において在宅療養支援診療所以外の診療所等と連携することや、地域において24時間体制での在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい旨を施設基準に明記する。

機能強化型在支病の要件の見直し

- 在宅医療を支える入院機能の充実を図る観点から、機能強化型在宅療養支援病院の要件を見直し、緊急の往診の実績に代えて、後方ベッドの確保及び緊急の入院患者の受入実績又は地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1若しくは3の届出により要件を満たすこととする。

現行

【在宅療養支援病院】

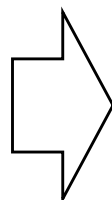
〔施設基準〕（抜粋・例）

(1) 病院であって、当該病院単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。

ア～サ（略）

シ 過去1年間の緊急の往診の実績を10件以上有すること。

ス（略）



改定後

【在宅療養支援病院】

〔施設基準〕（抜粋・例）

(1) 病院であって、当該病院単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること

ア～サ（略）

シ 以下のいずれかの要件を満たすこと。

- 過去1年間の緊急の往診の実績を10件以上有すること。

- 在支診等からの要請により患者の受入れを行う病床を常に確保し、在宅療養支援診療所等からの要請により患者の緊急の受入れを行った実績が過去1年間で31件以上あること。

- 地域包括ケア病棟入院料・管理料1又は3を届け出ていること。

ス（略）

在支診・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 <u>適切な意思決定支援に係る指針を作成していること</u>					
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、当該病院の当直体制を担う医師と別であること ※ 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては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時間連絡を受けられる体制を確保 ○ 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ることができなかった場合は、対応可能な病院を探し紹介すること ○ 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 ・ <u>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</u> ・ <u>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</u>	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 ・ <u>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</u> ・ <u>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</u>		
	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 <u>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</u>					

*: 青字は令和4年度診療報酬改定における変更点

質の高い在宅医療・訪問看護の確保

1. 質の高い在宅医療の確保

- ① 在宅医療に係る診療報酬の概要
- ② 在支診及び在支病による地域連携等の推進
- ③ 外来から在宅への切れ目のない在宅医療の推進
- ④ 小児の在宅医療の評価
- ⑤ 外来医療等におけるデータ提出に係る評価

2. 質の高い訪問看護の確保

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

[対象患者]

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

[算定要件]

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



在宅療養支援診療所以外の診療所の訪問診療に対する評価

在宅療養移行加算の新設

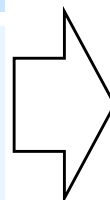
- 継続診療加算について、名称を在宅療養移行加算に変更する。
- 従来の継続診療加算に加えて、市町村や地域医師会との協力により、往診が必要な患者に対し、当該医療機関又は連携する他の医療機関が往診を提供する体制を有している場合の評価を新設する。

現行

【継続診療加算】
継続診療加算 216点

【施設基準】
継続診療加算

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



改定後

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

【施設基準】
在宅療養移行加算 1

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

在宅療養移行加算 2

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

在宅療養移行加算等における要件の一覧

○：どちらでもよい ◎：必ず満たす必要がある ×：要件を満たさない -：施設基準上の要件ではない			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。

質の高い在宅医療・訪問看護の確保

1. 質の高い在宅医療の確保

- ① 在宅医療に係る診療報酬の概要
- ② 在支診及び在支病による地域連携等の推進
- ③ 外来から在宅への切れ目のない在宅医療の推進
- ④ **小児の在宅医療の評価**
- ⑤ 外来医療等におけるデータ提出に係る評価

2. 質の高い訪問看護の確保

小児に対する在宅医療の評価の見直し

在宅がん医療総合診療料の見直し

- 在宅医療における小児がん診療のニーズが高まっていることを踏まえ、在宅がん医療総合診療料について小児に係る加算を新設する。

在宅がん医療総合診療料

(新) 小児加算 1,000点 (週に1回に限る)

[算定要件]

15歳未満の小児（児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）に対して総合的な医療を提供した場合に算定する。

緊急往診加算の見直し

- 緊急往診加算について、小児に対する在宅医療を適切に評価する観点から、緊急往診加算について要件を見直し、小児特有の速やかな往診が必要な場合を明確にする。

現行

【往診料】

[施設基準]

緊急に行う往診とは、患者又は現にその看護に当たっている者からの訴えにより、速やかに往診しなければならないと判断した場合をいい、具体的には、往診の結果、急性心筋梗塞、脳血管障害、急性腹症等が予想される場合をいう。

改定後

【往診料】

[施設基準]

緊急に行う往診とは、患者又は現にその看護に当たっている者からの訴えにより、速やかに往診しなければならないと判断した場合をいい、具体的には、往診の結果、急性心筋梗塞、脳血管障害、急性腹症等が予想される場合（15歳未満の小児（児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）については、これに加えて、低体温、けいれん、意識障害、急性呼吸不全等が予想される場合）をいう。

在宅がん医療総合診療料の概要

在宅がん医療総合診療料（1日につき）

- | | | |
|---|-----------------|--------|
| 1 | 機能強化型の在支診・在支病 | |
| | イ 病床を有する場合 | |
| | (1) 処方箋を交付する場合 | 1,800点 |
| | (2) 処方箋を交付しない場合 | 2,000点 |
| | イ 病床を有しない場合 | |
| | (1) 処方箋を交付する場合 | 1,650点 |
| | (2) 処方箋を交付しない場合 | 1,850点 |
| 2 | 機能強化型以外の在支診・在支病 | |
| | イ 処方箋を交付する場合 | 1,495点 |
| | ロ 処方箋を交付しない場合 | 1,685点 |



小児加算
1,000点(週に1回)

【算定要件】（抜粋）

- **在宅での療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者**であって通院が困難なものについて算定する。
- 計画的な医学管理の下に、次に掲げる基準のいずれにも該当する総合的な医療を提供した場合に、1週間を単位として当該基準を全て満たした日に算定する。
 - ア 当該患者に対し、**訪問診療又は訪問看護を行う日が合わせて週4日以上**であること。
 - イ 訪問診療の回数が週1回以上であること。
 - ウ 訪問看護の回数が週1回以上であること。

【施設基準】（抜粋）

- 居宅において療養を行っている末期の悪性腫瘍患者であって通院が困難なものに対して、計画的な医学管理の下に総合的な医療を提供できること。
- 患者に対し、定期的に訪問診療及び訪問看護を実施できる体制があること。
- 患者の症状急変等により、患者等から求めがあった場合に、常時対応ができる体制があること。

※小児加算は15歳未満の小児（児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）について算定。

質の高い在宅医療・訪問看護の確保

1. 質の高い在宅医療の確保

- ① 在宅医療に係る診療報酬の概要
- ② 在支診及び在支病による地域連携等の推進
- ③ 外来から在宅への切れ目のない在宅医療の推進
- ④ 小児の在宅医療の評価
- ⑤ 外来医療等におけるデータ提出に係る評価

2. 質の高い訪問看護の確保

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]

- (1) **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。
- (2) 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)

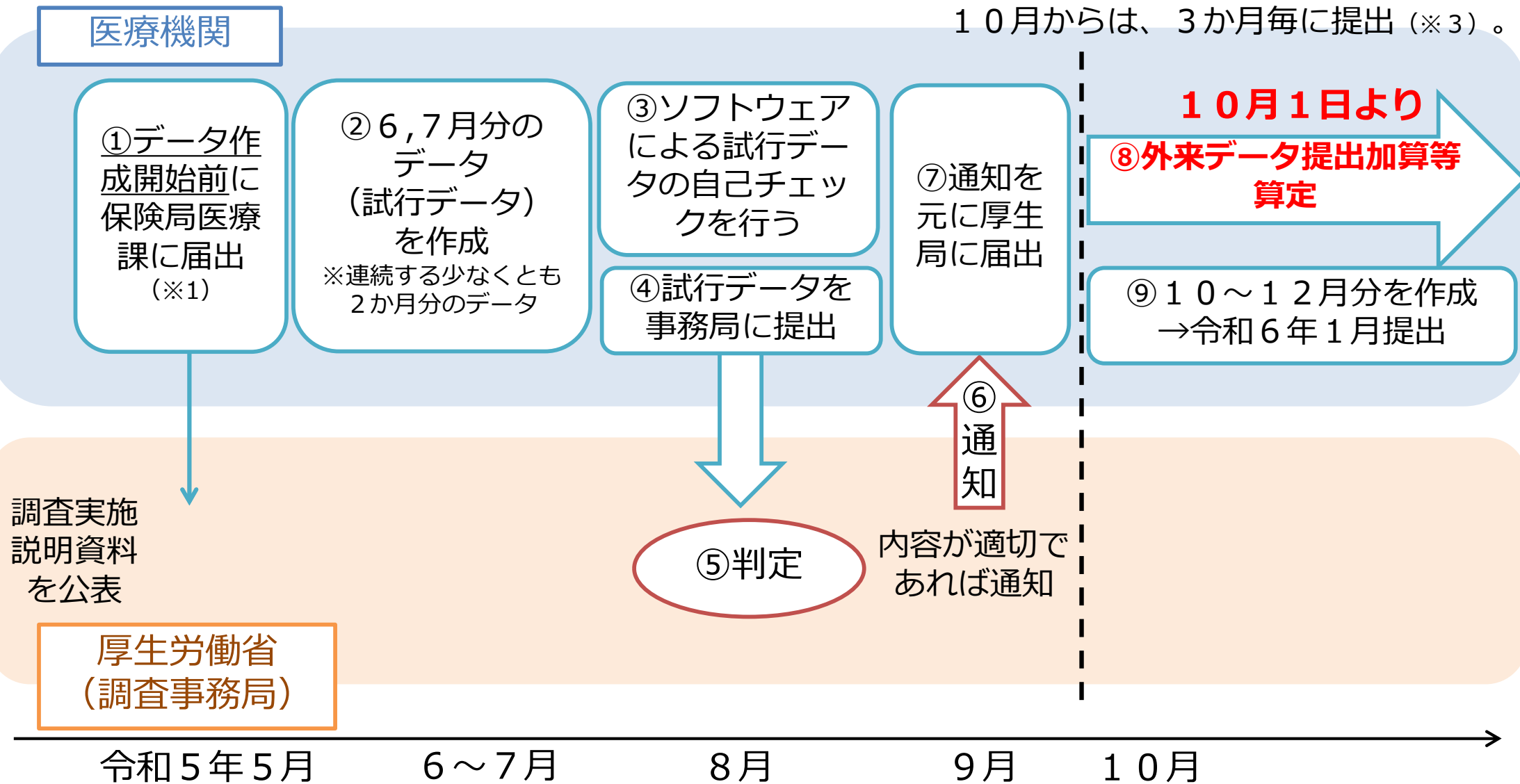
疾患別リハビリテーション料

(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）。



※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。

質の高い在宅医療・訪問看護の確保

1. 質の高い在宅医療の確保

2. 質の高い訪問看護の確保

- ① 訪問看護における連携強化の推進
- ② 専門性の高い看護師による訪問看護の評価の推進
- ③ 医療ニーズの高い利用者の退院支援の見直し
- ④ 遠隔死亡診断の補助の評価

利用者が安心して24時間対応等を受けられる体制の整備

業務継続に向けた取組強化の推進

- 感染症や災害が発生した場合であっても、必要な訪問看護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から、訪問看護ステーションにおける業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等を義務化する。

【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】
（業務継続計画の策定等）

第二十二條の二 指定訪問看護事業者は、感染症及び非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問看護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下この条において「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じなければならない。

- 2 指定訪問看護事業者は、看護師等に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施しなければならない。
- 3 指定訪問看護事業者は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

複数の訪問看護ステーションによる24時間対応体制の見直し

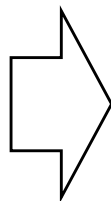
- 利用者が安心して24時間対応を受けられる体制の整備を促進する観点から、複数の訪問看護ステーションが連携することで24時間対応体制加算を算定できる場合の要件について、自治体や医療関係団体等が整備する地域の連携体制に参画している場合を追加する。

現行

【24時間対応体制加算
（訪問看護管理療養費）】

【算定要件】

- 2つの訪問看護ステーションが連携することによって24時間対応体制加算を算定できる場合
- ・ 特別地域に所在する訪問看護ステーション
 - ・ 医療を提供しているが医療資源の少ない地域に所在する訪問看護ステーション



改定後

【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】

【算定要件】

- 2つの訪問看護ステーションが連携することによって24時間対応体制加算を算定できる場合
- ・ 特別地域に所在する訪問看護ステーション
 - ・ 医療を提供しているが医療資源の少ない地域に所在する訪問看護ステーション
 - ・ 業務継続計画を策定した上で自然災害等の発生に備えた地域の相互支援ネットワークに参画している訪問看護ステーション

自然災害等の発生に備えた地域の相互支援ネットワークは次のいずれにも該当するもの

- ア 都道府県、市町村又は医療関係団体等（ウにおいて「都道府県等」という。）が主催する事業
- イ 自然災害や感染症等の発生により業務継続が困難な事態を想定して整備された事業
- ウ 都道府県等が当該事業の調整等を行う事務局を設置し、当該事業に参画する訪問看護ステーション等の連絡先を管理している

機能強化型訪問看護ステーションの見直し

機能強化型訪問看護管理療養費の見直し

- 機能強化型訪問看護管理療養費 1 及び 2 について、他の訪問看護ステーション等に対する研修等の実施及び相談の対応実施を必須の要件とするとともに、評価を見直す。

現行

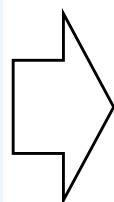
【機能強化型訪問看護管理療養費 1 及び 2】

機能強化型訪問看護管理療養費 1	12,530円
機能強化型訪問看護管理療養費 2	9,500円

【施設基準】

ア～キ 略

ク 地域住民等に対する情報提供や相談、人材育成のための研修を実施していることが望ましい。



改定後

【機能強化型訪問看護管理療養費 1 及び 2】

(改) 機能強化型訪問看護管理療養費 1	12,830円
(改) 機能強化型訪問看護管理療養費 2	9,800円

【施設基準】

ア～キ 略

ク 直近 1 年間に、人材育成のための研修等を実施していること。
ケ 直近 1 年間に、地域の保険医療機関、訪問看護ステーション又は住民等に対して、訪問看護に関する情報提供又は相談に応じている実績があること。

【経過措置】

令和 4 年 3 月 31 日において現に機能強化型訪問看護管理療養費 1 又は 2 を届け出ているものについては、令和 4 年 9 月 30 日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

- 機能強化型訪問看護管理療養費 1 から 3 までについて、専門の研修を受けた看護師が配置されていることが望ましいこととして、要件に追加する。

改定後

【機能強化型訪問看護管理療養費】

【施設基準】

コ 専門の研修を受けた看護師が配置されていることが望ましい。

機能強化型訪問看護ステーションの要件等 (参考)

	機能強化型 1	機能強化型 2	機能強化型 3
	ターミナルケアの実施や、重症児の受入れ等を積極的に行う手厚い体制を評価		地域の訪問看護の人材育成等の役割を評価
月の初日の額※1	12,830円	9,800円	8,470円
看護職員の数・割合※2	常勤7人以上（1人は常勤換算可）、6割以上	5人以上（1人は常勤換算可）、6割以上	4人以上、6割以上
24時間対応	24時間対応体制加算の届出 + 休日、祝日等も含めた計画的な訪問看護の実施		
重症度の高い利用者の受入れ	別表7の利用者 月10人以上	別表7の利用者 月7人以上	別表7・8の利用者、精神科重症患者又は複数の訪看STが共同して訪問する利用者 月10人以上
ターミナルケアの実施、重症児の受入れ※3	以下のいずれか ・ターミナル 前年度20件以上 ・ターミナル 前年度15件以上 + 重症児 常時4人以上 ・重症児 常時6人以上	以下のいずれか ・ターミナル 前年度15件以上 ・ターミナル 前年度10件以上 + 重症児 常時3人以上 ・重症児 常時5人以上	
介護・障害サービスの計画作成	以下のいずれか ・居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置 + 特に医療的な管理が必要な利用者の1割程度について、介護サービス等計画又は介護予防サービス計画を作成 ・特定相談支援事業所又は障害児相談支援事業所を同一敷地内に設置 + サービス等利用計画又は障害児支援利用計画の作成が必要な利用者の1割程度について、計画を作成		
地域における人材育成等	以下のいずれも満たす ・ 人材育成のための研修等の実施 ・ 地域の医療機関、訪看ST、住民等に対する情報提供又は相談の実績		以下のいずれも満たす ・地域の医療機関や訪看STを対象とした研修 年2回 ・地域の訪看STや住民等への情報提供・相談の実績 ・地域の医療機関の看護職員の一定期間の勤務実績
医療機関との共同			以下のいずれも満たす ・退院時共同指導の実績 ・併設医療機関以外の医師を主治医とする利用者が1割以上
専門の研修を受けた看護師の配置	専門の研修を受けた看護師が配置されていること (望ましい)		

訪問看護に係る関係機関との連携強化

自治体等への情報提供の見直し

- 訪問看護情報提供療養費 1 について、情報提供先に指定特定相談支援事業者及び指定障害児相談支援事業者を追加する。

現行

【訪問看護情報提供療養費 1】

[算定要件]

- ・市町村
- ・都道府県

に対して、当該市町村等からの求めに応じて、当該利用者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供

[算定対象]

- (1) 特掲診療料の施設基準等別表第 7 に掲げる疾病等の者
- (2) 特掲診療料の施設基準等別表第 8 に掲げる者
- (3) 精神障害を有する者又はその家族等
- (4) 15歳未満の小児



改定後

【訪問看護情報提供療養費 1】

[算定要件]

- ・市町村
- ・都道府県
- ・**指定特定相談支援事業者**
- ・**指定障害児相談支援事業者**

に対して、当該市町村等からの求めに応じて、当該利用者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供

[算定対象]

- (1) 特掲診療料の施設基準等別表第 7 に掲げる疾病等の者
- (2) 特掲診療料の施設基準等別表第 8 に掲げる者
- (3) 精神障害を有する者又はその家族等
- (4) **18歳**未満の**児童**

学校等への情報提供の見直し

- 訪問看護情報提供療養費 2 について、情報提供先に高等学校等を追加する。

現行

【訪問看護情報提供療養費 2】

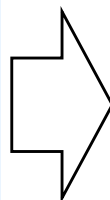
[算定要件]

- ・保育所等 (※) ・幼稚園 ・小学校 ・中学校 ・義務教育校
- ・中等教育学校 (前期課程) ・特別支援学校 (小学部、中学部)

へ通園又は通学する利用者について、当該学校等からの求めに応じて、必要な情報を提供

[算定対象]

- (1) 15歳未満の超重症児又は準超重症児
- (2) 15歳未満の特掲診療料の施設基準等別表第 7 に掲げる疾病等の者
- (3) 15歳未満の特掲診療料の施設基準等別表第 8 に掲げる者



改定後

【訪問看護情報提供療養費 2】

[算定要件]

- ・保育所等 (※) ・幼稚園 ・小学校 ・中学校 ・**高等学校**
- ・義務教育校 ・**中等教育学校** ・**特別支援学校** ・**高等専門学校**
- ・**専修学校**

へ通園又は通学する利用者について、当該学校等からの求めに応じて、必要な情報を提供

[算定対象]

- (1) **18歳**未満の超重症児又は準超重症児
- (2) **18歳**未満の特掲診療料の施設基準等別表第 7 に掲げる疾病等の者
- (3) **18歳**未満の特掲診療料の施設基準等別表第 8 に掲げる者

(※) 保育所、認定こども園、家庭的保育事業を行う者、小規模保育事業を行う者、事業所内保育事業を行う者

訪問看護情報提供療養費における情報提供先（参考）

	情報提供療養費 1	情報提供療養費 2	情報提供療養費 3				
<table border="1" style="width: 100%; height: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center; vertical-align: middle;">対象者</td> <td style="width: 20%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> ・別表第7該当者 ・別表第8該当者 ・精神障害を有する者、 その家族等 ・18歳未満の児童 </td> <td style="width: 20%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> ・18歳未満の超重症児、 準超重症児 ・18歳未満の別表第7該当者 ・18歳未満の別表第8該当者 </td> <td style="width: 30%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> ・入院・入所する利用者 </td> </tr> </table>	対象者	<ul style="list-style-type: none"> ・別表第7該当者 ・別表第8該当者 ・精神障害を有する者、 その家族等 ・18歳未満の児童 	<ul style="list-style-type: none"> ・18歳未満の超重症児、 準超重症児 ・18歳未満の別表第7該当者 ・18歳未満の別表第8該当者 	<ul style="list-style-type: none"> ・入院・入所する利用者 			
対象者	<ul style="list-style-type: none"> ・別表第7該当者 ・別表第8該当者 ・精神障害を有する者、 その家族等 ・18歳未満の児童 	<ul style="list-style-type: none"> ・18歳未満の超重症児、 準超重症児 ・18歳未満の別表第7該当者 ・18歳未満の別表第8該当者 	<ul style="list-style-type: none"> ・入院・入所する利用者 				
市町村・都道府県	○	—	—				
指定特定相談支援事業者	X⇒○	—	—				
指定障害児相談支援事業者	X⇒○	—	—				
保育所等（※1）、幼稚園、小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校（前期課程）、特別支援学校（小学部、中学部）	—	○	—				
特別支援学校（幼稚部、高等部）、高等学校、中等教育学校（後期課程）、高等専門学校、専修学校	—	X⇒○	—				
保険医療機関（※2）	—	—	○				
介護老人保健施設（※2）	—	—	○				
介護医療院（※2）	—	—	○				

（※1）保育所等：保育所、認定こども園、家庭的保育事業を行う者、小規模保育事業を行う者、事業所内保育事業を行う者

（※2）主治医が利用者の入院・入所する保険医療機関等に対して情報提供を行うにあたり、訪問看護ステーションから主治医に対して情報提供を行う

複数名訪問看護加算の見直し

複数名訪問看護加算の見直し

- 複数名訪問看護加算（複数名訪問看護・指導加算）における看護補助者が同行する場合の加算について、看護師等が同行する場合も算定可能とする。

現行

【複数名訪問看護加算】

[算定要件]

訪問看護ステーションの看護職員が、当該訪問看護ステーションの他の看護師等又は看護補助者と同時に指定訪問看護を行った場合に算定

- イ 看護師等
- ロ 准看護師
- ハ 看護補助者（別表7・8、特別指示以外）
- ニ 看護補助者（別表7・8、特別指示）

[算定対象]

- イ 特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の者
- ロ 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者
- ハ 特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者
- ニ 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者
- ホ 利用者の身体的理由により一人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者（看護職員が看護補助者と同時に指定訪問看護を行う場合に限る。）
- ヘ その他利用者の状況等から判断して、イからホまでのいずれかに準ずると認められる者（看護職員が看護補助者と同時に指定訪問看護を行う場合に限る。）



改定後

【複数名訪問看護加算】

[算定要件]

訪問看護ステーションの看護職員が、当該訪問看護ステーションの他の看護師等又は看護補助者と同時に指定訪問看護を行った場合に算定

- イ 看護師等
- ロ 准看護師
- ハ **その他職員**（別表7・8、特別指示以外）
- ニ **その他職員**（別表7・8、特別指示）

※その他職員：看護師等又は看護補助者

[算定対象]

- イ 特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の者
- ロ 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者
- ハ 特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者
- ニ 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者
- ホ 利用者の身体的理由により一人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者（**訪問看護基本療養費の注12の八に該当する場合に限る。**）
- ヘ その他利用者の状況等から判断して、イからホまでのいずれかに準ずると認められる者（**訪問看護基本療養費の注12の八に該当する場合に限る。**）

※在宅患者訪問看護・指導料の注7及び同一建物居住者訪問看護・指導料の注4に規定する複数名訪問看護・指導加算についても同様

訪問看護指示書の記載欄の見直し

訪問看護指示書の記載欄の見直し

- 医師の指示に基づき、医療的ニーズの高い利用者に対する理学療法士等による訪問看護が適切に提供されるよう、理学療法士等が訪問看護の一環として実施するリハビリテーションに係る訪問看護指示書の記載欄を見直す。

(別紙様式 16)

訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

訪問看護指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)
点滴注射指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日 (歳)

患者住所 _____ 電話 () - _____

主たる傷病名 (1) _____ (2) _____ (3) _____

現在の状況
病状・治療状態 _____
投与中の薬剤の用量・用法 _____
日常生活自立度 寝たきり度 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
認知症の状況 I IIa IIb IIIa IIIb IV M
要介護認定の状況 要支援(1 2) 要介護(1 2 3 4 5)

装着・使用医療機器等
1. 自動腹膜透析装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法 (1/min)
4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ
7. 経管栄養 (経鼻・胃瘻 : サイズ _____ 日に1回交換)
8. 留置カテーテル (部位 : _____ サイズ _____ 日に1回交換)
9. 人工呼吸器 (陽圧式・陰圧式 : 設定 _____)
10. 気管カニューレ (サイズ _____)
11. 人工肛門 12. 人工膀胱 13. その他 (_____)

留意事項及び指示事項
I 療養生活指導上の留意事項 _____
II 1. リハビリテーション
(理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問看護の一環として行うものについて
1日あたり20・40・60・()分を週()回(注:介護保険の訪問看護を行う場合に記載))
2. 褥瘡の処置等
3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理
4. その他 _____

在宅患者訪問点滴注射に関する指示(投与薬剤・投与量・投与方法等) _____

緊急時の連絡先
不在時の対応 _____
特記すべき留意事項(注:薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往、定期回診・随時対応型訪問看護者及び複合型サービス利用者の留意事項等があれば記載して下さい) _____

他の訪問看護ステーションへの指示
(無 有 : 指定訪問看護ステーション名 _____)
たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示
(無 有 : 訪問介護事業所名 _____)

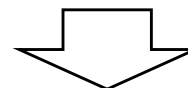
上記のとおり、指示いたします。 _____ 年 月 日

医療機関名 _____ 住所 _____ 電話 (FAX.) _____ 医師氏名 _____ 印 _____
事業所 _____ 殿

訪問看護指示書 (抜粋)
在宅患者訪問点滴注射指示書

現行

- II 1. リハビリテーション
(理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問看護の一環として行うものについて
1日あたり20・40・60・()分を週()回(注:介護保険の訪問看護を行う場合に記載))
2. 褥瘡の処置等
3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理
4. その他



改定後

- II 1. **理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護**
(**1日あたり()分を週()回**)
2. 褥瘡の処置等
3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理
4. その他

質の高い在宅医療・訪問看護の確保

1. 質の高い在宅医療の確保

2. 質の高い訪問看護の確保

- ① 訪問看護における連携強化の推進
- ② 専門性の高い看護師による訪問看護の評価の推進
- ③ 医療ニーズの高い利用者の退院支援の見直し
- ④ 遠隔死亡診断の補助の評価

専門性の高い看護師による訪問看護の評価の推進

専門性の高い看護師による同行訪問の見直し

- 褥瘡ケアに係る専門の研修に特定行為研修を追加する。

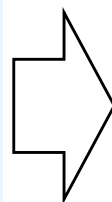
現行

【訪問看護基本療養費(Ⅰ)・(Ⅱ)】

[施設基準]

褥瘡ケアに係る専門の研修

- ・ 国又は医療関係団体等が主催する研修であって、必要な褥瘡等の創傷ケア知識・技術が習得できる600時間以上の研修期間



改定後

【訪問看護基本療養費(Ⅰ)・(Ⅱ)】

[施設基準]

褥瘡ケアに係る専門の研修

- ・ 国又は医療関係団体等が主催する研修であって、必要な褥瘡等の創傷ケア知識・技術が習得できる600時間以上の研修期間
- ・ **特定行為研修(創傷管理関連)**

※在宅患者訪問看護・指導料3、同一建物居住者訪問看護・指導料3についても同様

専門性の高い看護師による訪問看護における専門的な管理の評価の新設

- 専門の研修を受けた看護師が、専門的な管理を含む訪問看護を実施する場合の評価を新設する。

(新) 専門管理加算 2,500円(1月に1回)

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める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訪問看護ステーションの緩和ケア、褥瘡ケア若しくは人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師又は特定行為研修を修了した看護師が、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合には、所定額に加算する。

[算定対象]

- イ 緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が計画的な管理を行った場合
 - ・ 悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者
 - ・ 真皮を越える褥瘡の状態にある利用者
 - ・ 人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な利用者
- 特定行為研修を修了した看護師が計画的な管理を行った場合
 - ・ 手順書加算を算定する利用者

※対象の特定行為：気管カニューレの交換、胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換、膀胱ろうカテーテルの交換、褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去、創傷に対する陰圧閉鎖療法、持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整、脱水症状に対する輸液による補正

※在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料についても同様

訪問看護における特定行為の手順書の交付に係る評価の新設

- 質の高い訪問看護の提供を推進する観点から、訪問看護ステーション等の看護師に対して、医師が特定行為の実施に係る手順書を交付した場合の評価を新設する。

(新) 手順書加算 150点(6月に1回)

[算定要件]

当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき、特定行為（訪問看護において専門の管理を必要とするものに限る。）に係る管理の必要を認め、当該患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーション等の看護師（指定研修機関において行われる研修を修了した者に限る。）に対して、手順書を交付した場合に、所定点数に加算する。

※訪問看護において専門の管理を必要とするもの

- 気管カニューレの交換
- 胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換
- 膀胱ろうカテーテルの交換
- 褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去
- 創傷に対する陰圧閉鎖療法
- 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整
- 脱水症状に対する輸液による補正

質の高い在宅医療・訪問看護の確保

1. 質の高い在宅医療の確保

2. 質の高い訪問看護の確保

- ① 訪問看護における連携強化の推進
- ② 専門性の高い看護師による訪問看護の評価の推進
- ③ 医療ニーズの高い利用者の退院支援の見直し
- ④ 遠隔死亡診断の補助の評価

医療的ニーズの高い利用者の退院支援の見直し

退院支援指導加算の見直し

- 退院日の利用者の状態及び訪問看護の提供状況に応じた評価を行う観点から、退院日に看護師等が長時間の退院支援指導を行った場合の評価を新設する。

現行

【退院支援指導加算（訪問看護管理療養費）】

[算定要件]

指定訪問看護を受けようとする者が、退院支援指導を要する者として別に厚生労働大臣が定める者に該当する場合に、保険医療機関から退院するに当たって、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、退院日に当該保険医療機関以外において療養上必要な指導を行ったときには、退院支援指導加算として、退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われた際に6,000円を加算する。



改定後

【退院支援指導加算（訪問看護管理療養費）】

[算定要件]

指定訪問看護を受けようとする者が、退院支援指導を要する者として別に厚生労働大臣が定める者に該当する場合に、保険医療機関から退院するに当たって、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、退院日に当該保険医療機関以外において療養上必要な指導を行ったときには、退院支援指導加算として、退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われた際に6,000円 **（区分番号01の注10に規定する別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、長時間にわたる療養上必要な指導を行ったときにあっては、8,400円）**を加算する。

（参考）別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者

長時間の訪問看護を要する利用者であって、次のいずれかに該当するもの

- ・ 15歳未満の超重症児又は準超重症児
- ・ 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者
- ・ 特別訪問看護指示書又は精神科特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者

退院日のターミナルケアの見直し

訪問看護ターミナルケア療養費の見直し

- 死亡日及び死亡日前14日以内に2回以上実施することとしている訪問看護について、退院日の退院支援指導を含めて判断できることとする。

現行

【訪問看護ターミナルケア療養費】

〔算定要件〕

訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師等が、在宅で死亡した利用者又は特別養護老人ホーム等で死亡した利用者に対して、その主治医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上指定訪問看護を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合に算定する。



改定後

【訪問看護ターミナルケア療養費】

〔算定要件〕

訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師等が、在宅で死亡した利用者又は特別養護老人ホーム等で死亡した利用者に対して、その主治医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上指定訪問看護（区分番号02の注7に規定する退院支援指導加算の算定に係る療養上必要な指導を含む。）を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合に算定する。

※ 1回を退院支援指導加算とする場合は、退院日にターミナルケアに係る療養上必要な指導を行っていること。

質の高い在宅医療・訪問看護の確保

1. 質の高い在宅医療の確保

2. 質の高い訪問看護の確保

- ① 訪問看護における連携強化の推進
- ② 専門性の高い看護師による訪問看護の評価の推進
- ③ 医療ニーズの高い利用者の退院支援の見直し
- ④ 遠隔死亡診断の補助の評価

ICTを活用した遠隔死亡診断の補助に対する評価の新設

- 医師が行う死亡診断等について、ICTを活用した在宅での看取りに関する研修を受けた看護師が補助した場合の評価として、訪問看護ターミナルケア療養費に遠隔死亡診断補助加算を新設する。

(新) 遠隔死亡診断補助加算 1,500円

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める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訪問看護ステーションの情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師が、医科点数表の区分番号C001の注8（区分番号C001-2の注6の規定により準用する場合を含む。）に規定する死亡診断加算を算定する利用者（別に厚生労働大臣が定める地域に居住する利用者に限る。）について、その主治医の指示に基づき、情報通信機器を用いて医師の死亡診断の補助を行った場合は、遠隔死亡診断補助加算として、所定額に加算する。

[施設基準]

情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師が配置されていること

(参考) 死亡診断加算 (在宅患者訪問診療料)

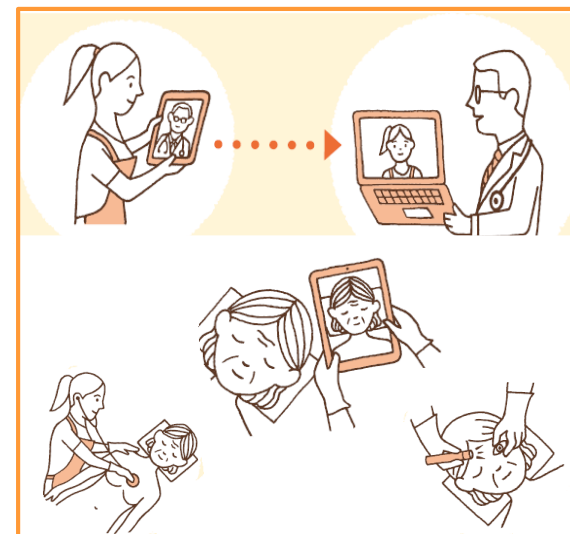
C001 在宅患者訪問診療料(I)
注8 死亡診断加算 200点

以下の要件を満たしている場合であって、「情報通信機器（ICT）を利用した死亡診断等ガイドライン（平成29年9月厚生労働省）」に基づき、ICTを利用した看護師との連携による死亡診断を行う場合には、往診又は訪問診療の際に死亡診断を行っていない場合でも、死亡診断加算のみを算定可能。

ア 当該患者に対して定期的・計画的な訪問診療を行っていたこと。

イ 正当な理由のために、医師が直接対面での死亡診断等を行うまでに12時間以上を要することが見込まれる状況であること。

ウ 特掲診療料の施設基準等の第四の四の三の三に規定する地域に居住している患者であって、連携する他の保険医療機関において区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算若しくは「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料又は連携する訪問看護ステーションにおいて訪問看護ターミナルケア療養費を算定していること。



【出典】イラストは、平成28～30年度科学研究費補助金（挑戦的萌芽）「エンドオブライフ・ケアにおける在宅・特養での死亡確認をめぐる問題の所在と検討」（東北大学大学院 尾崎章子）によるパンフレットに掲載のものを使用

経過措置について（在宅・訪問看護）

	区分番号	項目	経過措置
1	C在宅医療	在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院	令和4年3月31日時点で、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の届出を行っている病棟については、令和4年9月30日までの間に限り、「意思決定支援に関する指針」に係る施設基準を満たしているものとする。
2	訪問看護	機能強化型訪問看護管理療養費	令和4年3月31日時点で、機能強化型訪問看護管理療養費1又は2の届出を行っている訪問看護ステーションについては、令和4年9月30日までの間に限り、「人材育成のための研修等」及び「訪問看護に関する情報提供又は相談」に係る基準を満たしているものとする。
3	訪問看護	指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準	令和6年3月31日までの間、業務継続計画の策定等については、努力義務とする。

施設基準の届出について

お願い

- 令和4年4月1日から算定を行うためには、**令和4年4月20日(水曜日)(必着)**までに、届出を行う保険医療機関等の所在地を管轄する地方厚生(支)局へ届出が必要となりますので、ご注意願います。
- 締切日直前に届出が集中することが予想されますので、できる限り早期にご提出いただくようお願いいたします。

歯科 診療報酬改定の概要

令和4年度歯科診療報酬改定のポイント

効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築

【かかりつけ歯科医の機能の充実】

- **かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準の見直し**
 - ・施設基準について、地域における連携体制に係る要件等の見直し

【地域包括ケアシステムの推進のための取組】

- **総合的医療管理に係る医科歯科連携の推進**
 - ・口腔に症状が発現する疾患の医科歯科連携を推進するため、総合医療管理加算等について対象疾患及び対象となる医療機関の見直し
- **在宅医療における医科歯科連携の推進**
 - ・診療情報提供料（I）歯科医療機関連携加算について、対象医療機関及び患者の拡充【医科点数表】

【質の高い在宅歯科医療の提供の推進】

- **20分未満の歯科訪問診療の評価の見直し**
 - ・歯科訪問診療の実態を踏まえ、診療時間が20分未満の歯科訪問診療を行った場合の見直し
- **在宅療養支援歯科診療所の施設基準の見直し**
 - ・質の高い在宅歯科医療の提供を推進するため、在宅療養支援歯科診療所1及び2の施設基準について、歯科訪問診療の実績要件等を見直すとともに、施設基準に関連する評価の見直し

患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

1. 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進

【歯科外来診療における感染防止対策の推進】

- ・施設基準に新興感染症に関する研修を追加するとともに、歯科初診料・再診料を引き上げ
(歯科初診料：261点→264点、歯科再診料：53点 → 56点)

【ライフステージに応じた口腔機能管理の推進】

- **口腔機能管理料の対象患者の見直し**
 - ・口腔機能の低下がみられる年齢等の実態を踏まえ、対象患者の範囲を65歳以上から50歳以上に拡充
- **小児口腔機能管理料の対象患者の見直し**
 - ・口腔機能の発達不全がみられる年齢等の実態を踏まえ、対象患者の範囲を15歳未満から18歳未満に拡充

【歯科固有の技術の評価の見直し】

- **新規技術の保険導入等**
 - ・CAD/CAMインレー
 - ・口腔細菌定量検査
 - ・先天性疾患等に起因した咬合異常に対する歯科矯正の適応症の拡充 など
- **歯科用貴金属材料の随時改定の見直し**

【歯科口腔疾患の重症化予防の推進】

- **歯周病の重症化予防の推進**
 - ・歯周病安定期治療(I)及び(II)について、整理・統合するとともに、評価を見直し
- **う蝕の重症化予防の推進**
 - ・フッ化物洗口指導について、現在の罹患状況等を踏まえ、対象患者の範囲を13歳未満から16歳未満に拡充
 - ・フッ化物歯面塗布処置について、初期の根面う蝕に係る対象患者の範囲に在宅療養患者に加えて65歳以上の外来患者を追加

【歯科診療所と病院の機能分化・連携の強化】

- **歯科診療特別対応連携加算の見直し**
 - ・施設基準に他の歯科医療機関との連携を加えるとともに評価を引き上げ

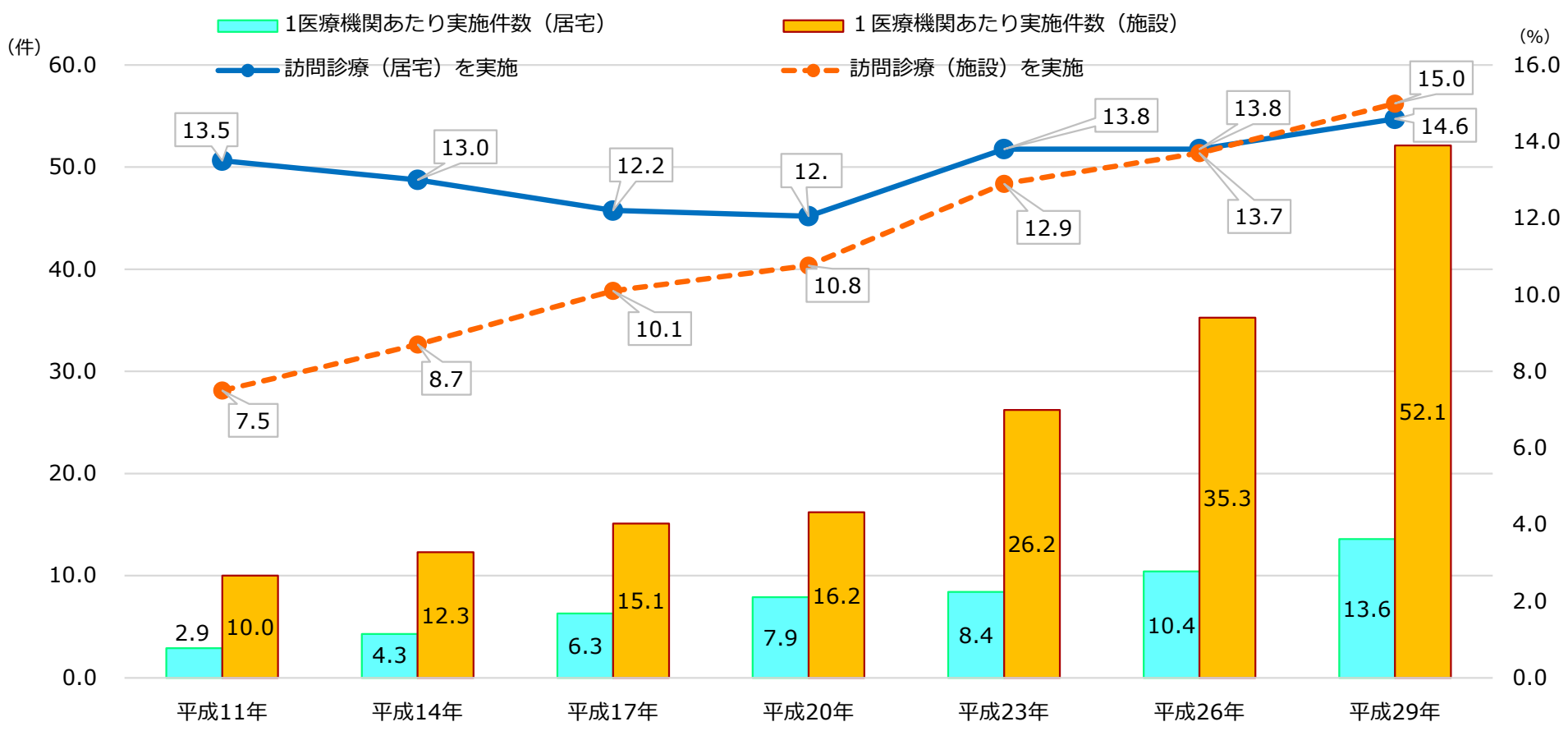
2. 医療におけるICTの利活用・デジタル化への対応

- **情報通信機器を活用した在宅歯科医療の評価**
 - ・訪問歯科衛生指導の実施時に、歯科医師が情報通信機器を用いて状態を観察し、当該観察の内容を次回以降の診療に活用した場合の評価を新設

歯科訪問診療を提供している歯科診療所の状況

中医協 総-4-2
3 . 1 1 . 1 0

- 居宅において歯科訪問診療を提供している歯科診療所の割合は微増傾向。
- 施設において歯科訪問診療を実施している歯科診療所は、調査を重ねるごとに増加しており、居宅で歯科訪問診療医療を提供している歯科診療所よりも多くなった。
- 1歯科診療所あたりの歯科訪問診療の実施件数(各年9月分)は、調査を重ねるごとに増加しており、特に、施設での増加が顕著。



注：平成23年は宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県の全域を除いて算出

質の高い在宅歯科医療の提供の推進

20分未満の歯科訪問診療の評価の見直し

- ▶ 歯科訪問診療の実態を踏まえ、診療時間が20分未満の歯科訪問診療を行った場合について見直しを行う。

現行

【歯科訪問診療料（1日につき）】

【算定要件】

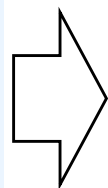
注4 1から3までを算定する患者（歯科訪問診療料の注13に該当する場合を除く。）について、当該患者に対する診療時間が20分未満の場合は、それぞれの**所定点数の100分の70に相当する点数により**算定する。ただし、次のいずれかに該当する場合は、この限りではない。

改定後

【歯科訪問診療料（1日につき）】

【算定要件】

注4 1から3までを算定する患者（歯科訪問診療料の注13に該当する場合を除く。）について、当該患者に対する診療時間が20分未満の場合における歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3についてはそれぞれ**880点、253点又は111点**を算定する。ただし、次のいずれかに該当する場合は、この限りではない。



R 4 改定後		同一の建物に居住する患者数		
		1人 歯科訪問診療 1	2人以上9人以下 歯科訪問診療 2	10人以上 歯科訪問診療 3
患者1人につき 診療に要した 時間	20分 以上	【1,100点】	【361点】	【185点】
	20分 未満	【880点】 <u>100分の80相当</u>	【253点】 100分の70相当	【111点】 <u>100分の60相当</u>

在宅医療における医科歯科連携の推進

在宅療養支援歯科診療所 1 及び 2 の見直し

- 在宅療養支援歯科診療所 1 及び 2 の施設基準について、歯科訪問診療の実績要件を見直す。

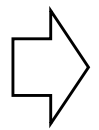
現行	改定後
<p>【在宅療養支援歯科診療所】 [施設基準]</p> <p>(1) 在宅療養支援歯科診療所 1 の施設基準 ア 過去 1 年間に歯科訪問診療料 1 及び歯科訪問診療 2 を 合計15回以上を算定していること。 カ 当該診療所において、過去 1 年間の在宅医療を担う他の保険医療機関、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所又は介護保険施設、保険薬局等からの依頼による歯科訪問診療料の算定回数の実績が 5 回以上であること。</p> <p>(2) 在宅療養支援歯科診療所 2 の施設基準 ア 過去 1 年間に歯科訪問診療 1 及び歯科訪問診療 2 を 合計10回以上算定していること。</p>	<p>【在宅療養支援歯科診療所】 [施設基準]</p> <p>(1) 在宅療養支援歯科診療所 1 の施設基準 ア 過去 1 年間に歯科訪問診療料 1 及び歯科訪問診療 2 を 合計18回以上を算定していること。 カ 当該診療所において、過去 1 年間の在宅医療を担う他の保険医療機関、保険薬局、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所又は介護保険施設、保険薬局等からの依頼による歯科訪問診療料の算定回数の実績が 5 回以上であること。</p> <p>(2) 在宅療養支援歯科診療所 2 の施設基準 ア 過去 1 年間に歯科訪問診療 1 及び歯科訪問診療 2 を 合計4回以上算定していること。</p>



[経過措置] 令和4年3月31日において、現に在宅療養支援歯科診療所 1 の届出を行っている保険医療機関については、令和5年3月31日までの間に限り、1の(1)のアの基準を満たしているものとみなす。

- 在宅療養支援歯科診療所 1 及び 2 に関連する項目の評価を見直す。

現行	改定後								
<p>【歯科疾患在宅療養管理料】</p> <table border="0"> <tr> <td>1 在宅療養支援歯科診療所 1 の場合</td> <td style="text-align: right;"><u>320点</u></td> </tr> <tr> <td>2 在宅療養支援歯科診療所 2 の場合</td> <td style="text-align: right;"><u>250点</u></td> </tr> </table>	1 在宅療養支援歯科診療所 1 の場合	<u>320点</u>	2 在宅療養支援歯科診療所 2 の場合	<u>250点</u>	<p>【歯科疾患在宅療養管理料】</p> <table border="0"> <tr> <td>1 在宅療養支援歯科診療所 1 の場合</td> <td style="text-align: right;">340点</td> </tr> <tr> <td>2 在宅療養支援歯科診療所 2 の場合</td> <td style="text-align: right;">230点</td> </tr> </table>	1 在宅療養支援歯科診療所 1 の場合	340点	2 在宅療養支援歯科診療所 2 の場合	230点
1 在宅療養支援歯科診療所 1 の場合	<u>320点</u>								
2 在宅療養支援歯科診療所 2 の場合	<u>250点</u>								
1 在宅療養支援歯科診療所 1 の場合	340点								
2 在宅療養支援歯科診療所 2 の場合	230点								



※在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料及び小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料についても同様

質の高い在宅歯科医療の提供の推進

在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の見直し

- ▶ 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の対象疾患に口腔機能低下症が含まれることを明確化するとともに評価を見直す。

現行

【在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】

1 10歯未満	350点
2 10歯以上20歯未満	450点
3 20歯以上	550点

[算定要件]

注1 当該保険医療機関の歯科医師が、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者であって、摂食機能障害を有し、継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、20分以上必要な指導管理を行った場合に、月4回に限り算定する。

5 在宅療養支援歯科診療所1又は在宅療養支援歯科診療所2の歯科医師が、当該指導管理を実施した場合は、在宅療養支援歯科診療所加算1又は在宅療養支援歯科診療所加算2として、それぞれ**125点又は100点を加算**する。ただし、注4に規定する加算を算定している場合は、算定できない。

改定後

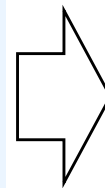
【在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】

1 10歯未満	400点
2 10歯以上20歯未満	500点
3 20歯以上	600点

[算定要件]

注1 当該保険医療機関の歯科医師が、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者であって、摂食機能障害**又は口腔機能低下症**を有し、継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、20分以上必要な指導管理を行った場合に、月4回に限り算定する。

5 在宅療養支援歯科診療所1又は在宅療養支援歯科診療所2の歯科医師が、当該指導管理を実施した場合は、在宅療養支援歯科診療所加算1又は在宅療養支援歯科診療所加算2として、それぞれ**145点又は80点を加算**する。ただし、注4に規定する加算を算定している場合は、算定できない。



質の高い在宅歯科医療の提供の推進

小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の見直し

- ▶ 小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料について、対象患者の年齢を15歳未満から18歳未満に引き上げるとともに、18歳に達した日以後も継続的な歯科疾患の管理が必要な者を対象患者に追加し、評価を見直す。

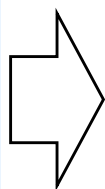
現行

【小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】 **450点**

〔算定要件〕

注1 当該保険医療機関の歯科医師が、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した**15歳未満**の患者であって、継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者又はその家族の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、20分以上必要な指導管理を行った場合に、月4回に限り算定する。

5 在宅療養支援歯科診療所1又は在宅療養支援歯科診療所2の歯科医師が、当該指導管理を実施した場合は、在宅療養支援歯科診療所加算1又は在宅療養支援歯科診療所加算2として、それぞれ**125点又は100点を加算**する。ただし、注4に規定する加算を算定している場合は、算定できない。



改定後

【小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】 **600点**

〔算定要件〕

注1 当該保険医療機関の歯科医師が、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した**18歳未満**の患者であって、継続的な歯科疾患の管理が必要なもの**又は18歳に達した日以前に当該管理料を算定した患者であって、同日以後も継続的な歯科疾患の管理が必要なもの**に対して、当該患者又はその家族の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、20分以上必要な指導管理を行った場合に、月4回に限り算定する。

5 在宅療養支援歯科診療所1又は在宅療養支援歯科診療所2の歯科医師が、当該指導管理を実施した場合は、在宅療養支援歯科診療所加算1又は在宅療養支援歯科診療所加算2として、それぞれ**145点又は80点を加算**する。ただし、注4に規定する加算を算定している場合は、算定できない。

在宅医療における医科歯科連携の推進

歯科医療機関連携加算1の対象医療機関及び患者の拡充

- 診療情報提供料（I）における歯科医療機関連携加算1について、情報提供を行う医師の所属及び患者の状態に係る要件を廃止し、「医師が歯科訪問診療の必要性を認めた患者」を対象とする。

現行

【歯科医療機関連携加算1（医科点数表 診療情報提供料（I））】

[算定要件]

(25) 「注14」に規定する歯科医療機関連携加算1は、保険医療機関（歯科診療を行う保険医療機関を除く。）が、歯科を標榜する保険医療機関に対して、当該歯科を標榜する保険医療機関において口腔内の管理が必要であると判断した患者に関する情報提供を、以下のア又はイにより行った場合に算定する。（略）

ア （略）

イ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に属する医師が、訪問診療を行った栄養障害を有する患者又は摂食機能障害を有する患者について、歯科訪問診療の必要性を認め、在宅歯科医療を行う、歯科を標榜する保険医療機関に対して情報提供を行った場合

改定後

【歯科医療機関連携加算1（医科点数表 診療情報提供料（I））】

[算定要件]

(27) 「注14」に規定する歯科医療機関連携加算1は、保険医療機関（歯科診療を行う保険医療機関を除く。）が、歯科を標榜する保険医療機関に対して、当該歯科を標榜する保険医療機関において口腔内の管理が必要であると判断した患者に関する情報提供を、以下のア又はイにより行った場合に算定する。（略）

ア （略）

イ 医科の保険医療機関又は医科歯科併設の保険医療機関の医師が、歯科訪問診療の必要性を認めた患者について、在宅歯科医療を行う、歯科を標榜する保険医療機関に対して情報提供を行った場合



訪問歯科衛生指導の実施時におけるICTの活用に係る評価の新設

情報通信機器を活用した在宅歯科医療の評価

- 歯科衛生士等による訪問歯科衛生指導の実施時に、歯科医師が情報通信機器を用いて状態を観察した患者に対して、歯科訪問診療を実施し、当該観察の内容を診療に活用した場合の評価を新設する。

(新) 歯科訪問診療料（1日につき） 通信画像情報活用加算 30点

[対象患者]

過去2月以内に訪問歯科衛生指導料を算定した患者

[対象施設]

地域歯科診療支援病院歯科初診料、在宅療養支援歯科診療所1又は在宅療養支援歯科診療所2

[算定要件]

訪問歯科衛生指導の実施時に**歯科衛生士等がリアルタイムで口腔内の画像を撮影できる装置を用いて、口腔内の状態等を撮影**し、当該保険医療機関において**歯科医師がリアルタイムで観察**し、得られた情報を次回の歯科訪問診療（歯科訪問診療1又は2に限る。）に活用した場合に算定



調剤報酬改定の概要

令和4年度調剤報酬改定のポイント

薬局薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進

【薬局薬剤師業務の評価体系の見直し】

➤ 調剤業務の評価体系の見直し

- 調剤業務の評価について、対物業務である薬剤調製や取り揃え・監査業務の評価と、患者に応じた対応が必要となる処方内容の薬学的知見に基づく分析、調剤設計等及び調剤録・薬剤服用歴への記録の評価への再編
- 重複投薬・相互作用の防止等に係る加算の位置付けの見直し
- 複数の医療機関から6種類以上の内服薬が処方された患者が薬局を初めて利用する場合等において、必要な薬学的分析を行った場合の評価を新設

➤ 服薬指導等業務の評価の見直し

- 薬学的知見に基づく服薬指導と薬剤服用歴等への記録、薬剤の使用状況等の継続的な把握等に係る評価への再編

➤ 外来服薬支援に係る評価

- 多種類の薬剤が投与されている患者等における内服薬の一包化及び必要な服薬指導について、評価の位置付けの見直し

【対人業務の評価の拡充】

➤ 糖尿病患者に対する調剤後の状況の確認等の評価の拡充

- インスリン等の糖尿病治療薬の調剤後に、電話等で服用状況や副作用等を確認し、医師に結果を報告することなどの評価を拡充

➤ 医療的ケア児に対する薬学的管理の評価

- 医療的ケア児である患者に対して、患者の状態に合わせた必要な薬学的管理及び指導を行った場合の評価を新設

➤ 入院時の持参薬整理の評価

- 医療機関からの求めに応じて、薬局において入院予定の患者の服用薬に関する情報等の把握と持参薬の整理、医療機関への情報提供を行った場合の評価を新設

➤ 減薬提案に係る情報提供の評価の見直し

- 処方された内服薬に係る減薬の提案による実績に応じた評価への見直し

➤ 同一薬局の利用推進

- かかりつけ薬剤師と連携して必要な指導等を実施した場合を特例的に評価

薬局の機能と効率性に応じた評価の見直し

➤ 調剤基本料の評価の見直し

- 損益率の状況等を踏まえた、同一グループ全体の処方箋受付回数が多い薬局及び同一グループの店舗数が多い薬局に係る評価の見直し

➤ 特別調剤基本料の見直し

- 敷地内薬局について、医薬品の備蓄の効率性等を考慮した評価の見直し

➤ 地域支援体制加算の要件及び評価の見直し

- 調剤基本料の算定、地域医療への貢献に係る体制や実績に応じて類型化した評価体系への見直し
- 災害や新興感染症の発生時等における医薬品供給や衛生管理に係る対応など、地域において必要な役割を果たすことができる体制を確保した場合の評価の新設

➤ 後発医薬品の調剤数量割合が高い薬局の評価

- 後発医薬品の調剤数量割合の基準の引き上げと評価の見直し
- 後発医薬品の調剤数量割合が低い場合の減算規定の評価の見直しと範囲の拡大

在宅業務の推進

➤ 緊急訪問の評価の拡充

- 主治医と連携する他の医師の指示による訪問薬剤管理指導を実施した場合を評価

➤ 在宅患者への薬学的管理及び指導の評価の拡充

- 医療用麻薬持続注射療法が行われている患者に対する、在宅での療養の状況に応じた薬学的管理及び指導を行った場合の評価の新設
- 中心静脈栄養法が行われている患者に対する、在宅での療養の状況に応じた薬学的管理及び指導を行った場合の評価を新設

ICTの活用

➤ 外来患者及び在宅患者へのオンライン服薬指導の評価

- 薬機法改正を踏まえたオンライン服薬指導を実施した場合の評価の見直し

➤ 外来患者へのオンライン資格確認システムの活用の評価

- オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定検診情報等を取得し、当該情報を活用して調剤等を実施することに係る評価の新設

薬局における訪問薬剤管理指導業務（調剤報酬）（1）

項目	点数	内容	回数
○在宅患者訪問薬剤管理指導料 ・単一建物診療患者が1人の場合 ・単一建物診療患者が2～9人の場合 ・単一建物診療患者が10人以上の場合 麻薬管理指導加算 在宅患者医療用麻薬持続注射法加算 乳幼児加算 小児特定加算 在宅中心静脈栄養法加算	650点 320点 290点 100点 250点 100点 450点 150点	医師の指示に基づき、薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に算定	薬剤師1人 週40回まで 患者1人につき 月4回まで ※末期の悪性腫瘍の患者等の場合は週2回かつ月8回まで
○在宅患者オンライン薬剤管理指導料 麻薬管理指導加算 乳幼児加算 小児特定加算	59点 22点 12点 350点	訪問診療の実施に伴い、処方箋が交付等されている患者に対して、オンラインで必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定	
○在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 1 計画的な訪問薬剤管理指導に係る疾患の急変に伴うものの場合 2 1以外の場合 麻薬管理指導加算 在宅患者医療用麻薬持続注射法加算 乳幼児加算 小児特定加算 在宅中心静脈栄養法加算	1：500点 2：200点 100点 250点 100点 450点 150点	急変等に伴い、医師の求めにより、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定	月4回まで
○在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料 麻薬管理指導加算 乳幼児加算 小児特定加算	59点 22点 12点 350点	急変等に伴い、医師の求めにより、緊急にオンラインで必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定	

薬局における訪問薬剤管理指導業務（調剤報酬）（2）

項目	点数	内容	回数
○在宅患者緊急時等共同指導料	700点	急変等に伴い、医師の求めにより、医師等と共同でカンファレンスを行い、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定	月2回まで
麻薬管理指導加算	100点		
在宅患者医療用麻薬持続注射法加算	250点		
乳幼児加算	100点		
小児特定加算	450点		
在宅中心静脈栄養法加算	150点		
○在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料		重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合に算定	
・残薬調整に係るもの以外	40点		
・残薬調整に係るもの	30点		
○経管投薬支援料	100点		初回のみ
○（調剤料）在宅患者調剤加算	15点	基準を満たした薬局において、在宅患者の処方箋1枚につき加算	

(参考) 介護報酬	○ 居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行う場合）		
	・単一建物居住者が1人の場合	517単位	（麻薬指導加算 +100単位）
	・単一建物居住者が2～9人の場合	378単位	（麻薬指導加算 +100単位）
	・単一建物居住者が10人以上の場合	341単位	（麻薬指導加算 +100単位）

患者の状態に応じた在宅薬学管理の推進

在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の見直し

- 在宅患者への訪問薬剤管理指導について、主治医と連携する他の医師の指示により訪問薬剤管理指導を実施した場合を対象に加える。

現行

【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】 [算定要件]

訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて月4回に限り算定。



改定後

【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】 [算定要件]

訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医 **又は当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医**の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて月4回に限り算定。

※ 在宅患者緊急時等共同指導料についても同様。

患者の状態に応じた在宅薬学管理の推進

- 在宅で医療用麻薬持続注射療法が行われている患者に対して、注入ポンプによる麻薬の使用など在宅での療養の状況に応じた薬学的管理及び指導を行った場合について、新たな評価を行う。

(新) 在宅患者訪問薬剤管理指導料 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算 250点

[算定要件]

在宅で医療用麻薬持続注射療法を行っている患者に対して、その投与及び保管の状況、副作用の有無等について患者又はその家族等に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合に1回につき所定点数に加算する。この場合において、注3に規定する加算（麻薬管理指導加算）は算定できない。

[施設基準]

- (1) 麻薬及び向精神薬取締法第三条の規定による麻薬小売業者の免許を受けていること。
- (2) 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第三十九条第一項の規定による高度管理医療機器の販売業の許可を受けていること。

※在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料についても同様。

患者の状態に応じた在宅薬学管理の推進

- 在宅中心静脈栄養法が行われている患者に対して、輸液セットを用いた中心静脈栄養法用輸液等の薬剤の使用など在宅での療養の状況に応じた薬学的管理及び指導を行った場合について、新たな評価を行う。

(新) 在宅患者訪問薬剤管理指導料 在宅中心静脈栄養法加算 150点

[算定要件]

在宅中心静脈栄養法を行っている患者に対して、その投与及び保管の状況、配合変化の有無について確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合に1回につき所定点数に加算する。

[施設基準]

医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第三十九条第一項の規定による高度管理医療機器の販売業の許可を受けている又は同法第三十九条の三第一項の規定による管理医療機器の販売業の届出を行っていること。

※在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料についても同様。

患者の状態に応じた在宅薬学管理の推進

退院時共同指導料の見直し

- 退院時共同指導について、患者が入院している医療機関における参加職種の範囲を医療機関における退院時共同指導料の要件に合わせ拡大する。
- 薬局の薬剤師が、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導に参加する場合の要件を緩和する。

現行

【退院時共同指導料】

[算定要件]

保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は保健師、助産師、看護師若しくは准看護師と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。

[留意事項]

退院時共同指導料の共同指導は対面で行うことが原則であるが、保険薬局又は入院保険医療機関のいずれかが「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和2年3月5日保医発0305第2号）の別添3の別紙2に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する場合は、保険薬局の薬剤師が、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。

退院時共同指導料の共同指導は対面で行うことが原則であるが、当該患者に対する診療等を行う医療関係職種等の3者（当該保険薬局の薬剤師を含む。）以上が参加しており、そのうち2者以上が入院保険医療機関に赴き共同指導を行っている場合に、保険薬局の薬剤師が、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。

改定後

【退院時共同指導料】

[算定要件]

保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は保健師、助産師、看護師、准看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。

[留意事項]

退院時共同指導料の共同指導は、保険薬局の薬剤師が、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。

(削除)



※在宅患者緊急時等共同指導料についても同様。