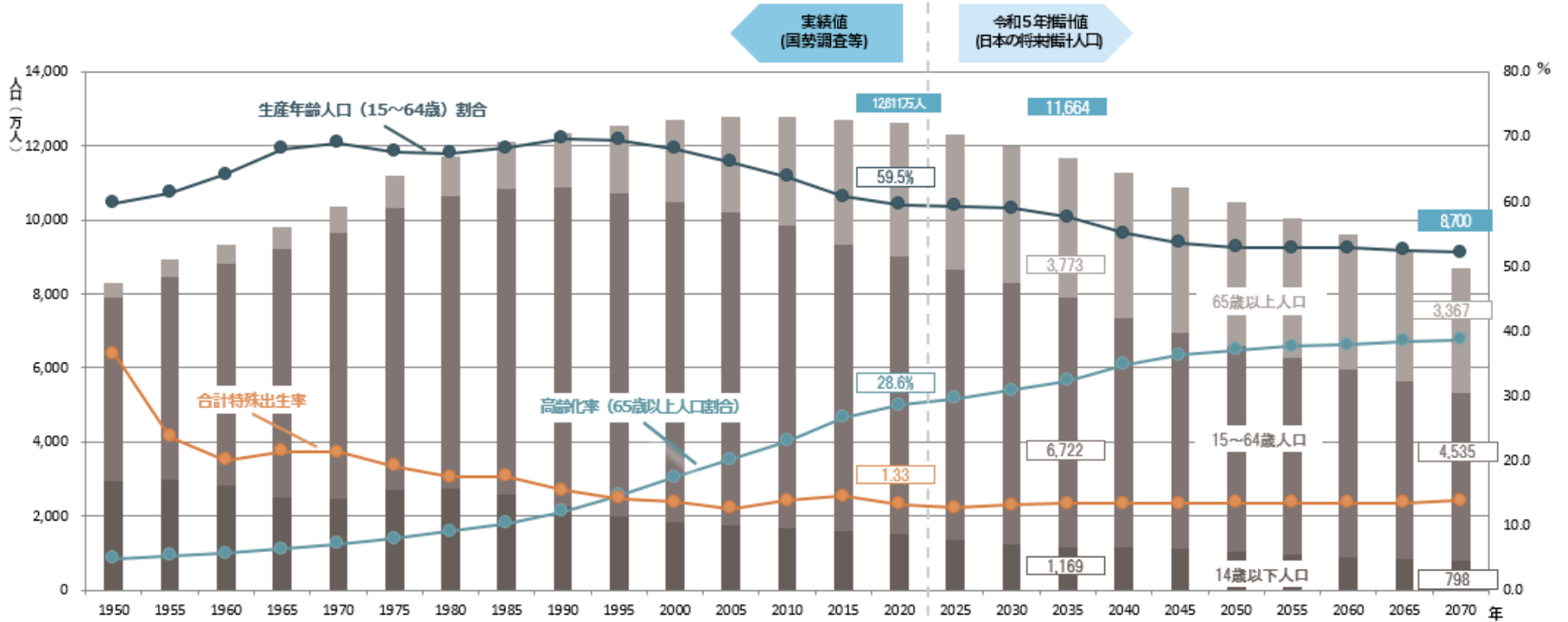


# 在宅(その1)

1. 在宅医療を取りまく状況について
2. 地域包括ケアシステムにおける在宅医療について
3. 訪問診療・往診等について
4. 訪問看護について
5. 歯科訪問診療について
6. 訪問薬剤管理について
7. 訪問栄養食事指導について

# 日本の人口の推移

○ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2070年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は38%台の水準になると推計されている。



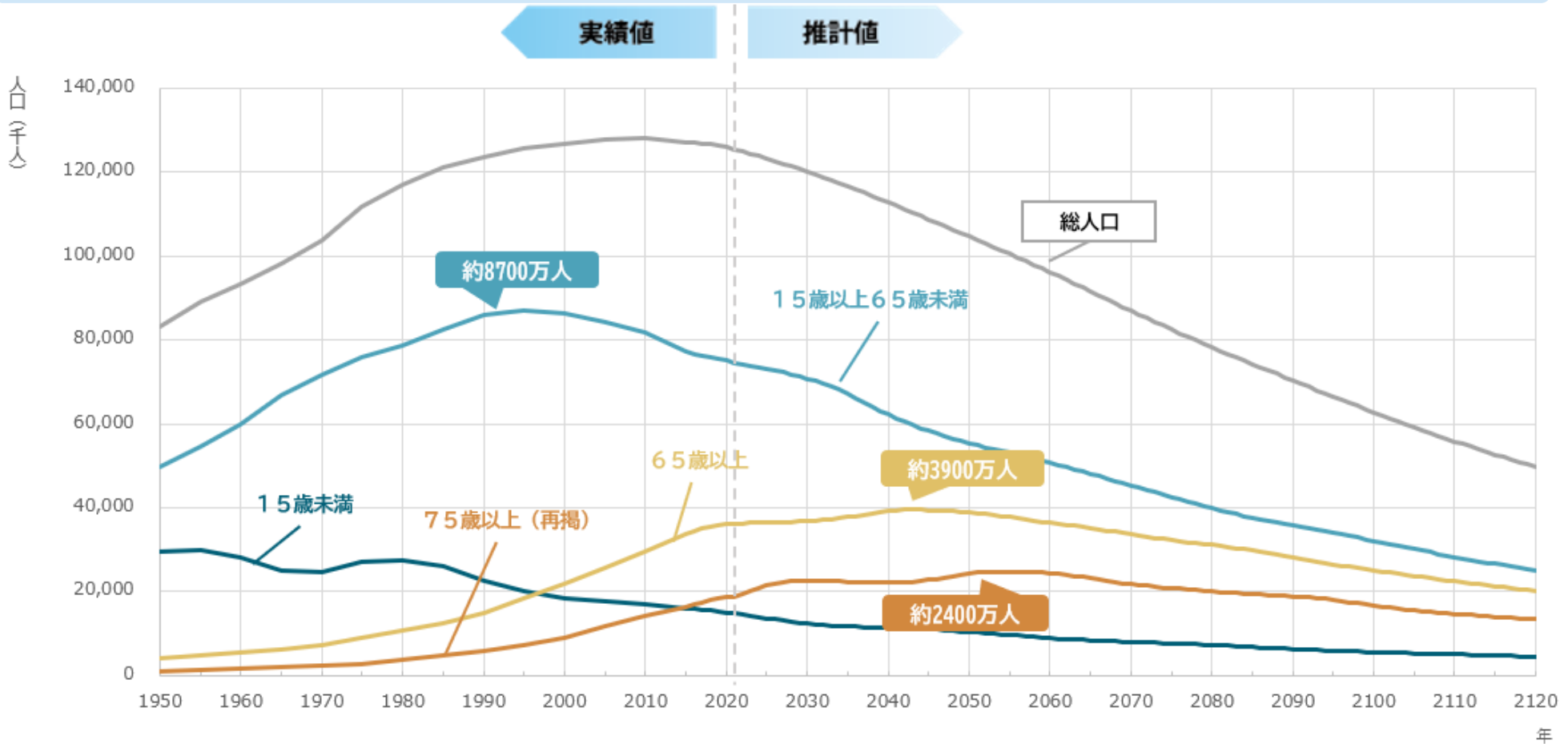
	2015年	2020年	2025年	2070年
65歳以上高齢者人口 (割合)	3,387万人(26.6%)	3,604万人(28.6%)	3,653万人(29.6%)	3,367万人(38.7%)
75歳以上高齢者人口 (割合)	1,632万人(12.8%)	1,861万人(14.8%)	2,155万人(17.5%)	2,180万人(25.1%)

## 出典

2020年までの人口は総務省「人口推計」（各年10月1日現在）、高齢化率および生産年齢人口割合は、2020年は総務省「人口推計」それ以外は総務省「国勢調査」  
 2020年までの合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」  
 2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（令和5年推計）：出生中位・死亡中位推計」

## 2040年頃に65歳以上人口のピークが到来する

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

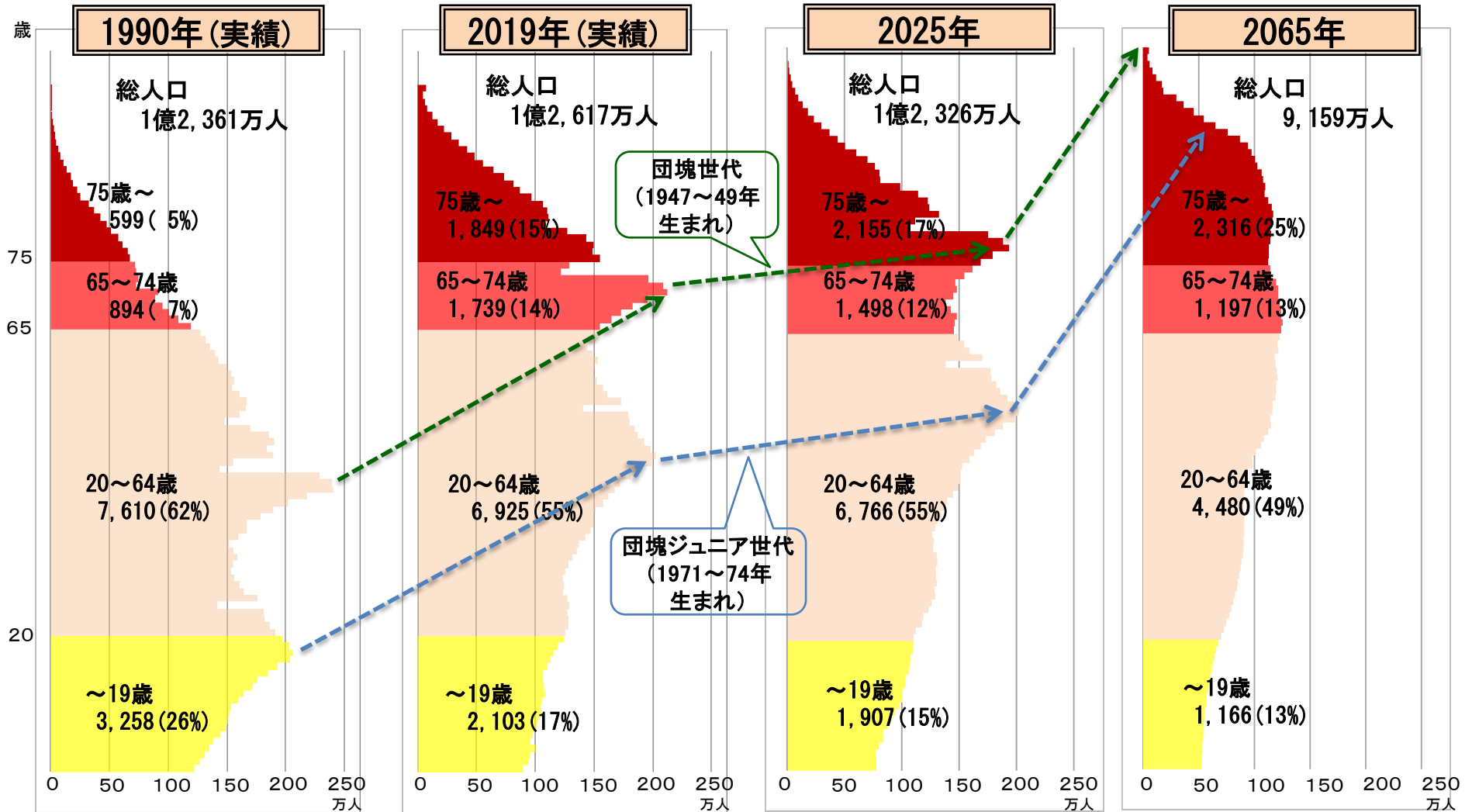


出典

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

# 日本の人口ピラミッド変化

- 団塊の世代が全て75歳となる2025年には、75歳以上が全人口の17%となる。
- 2065年には、人口は9,159万人にまで減少するが、一方で、65歳以上は全人口の約38%となる。

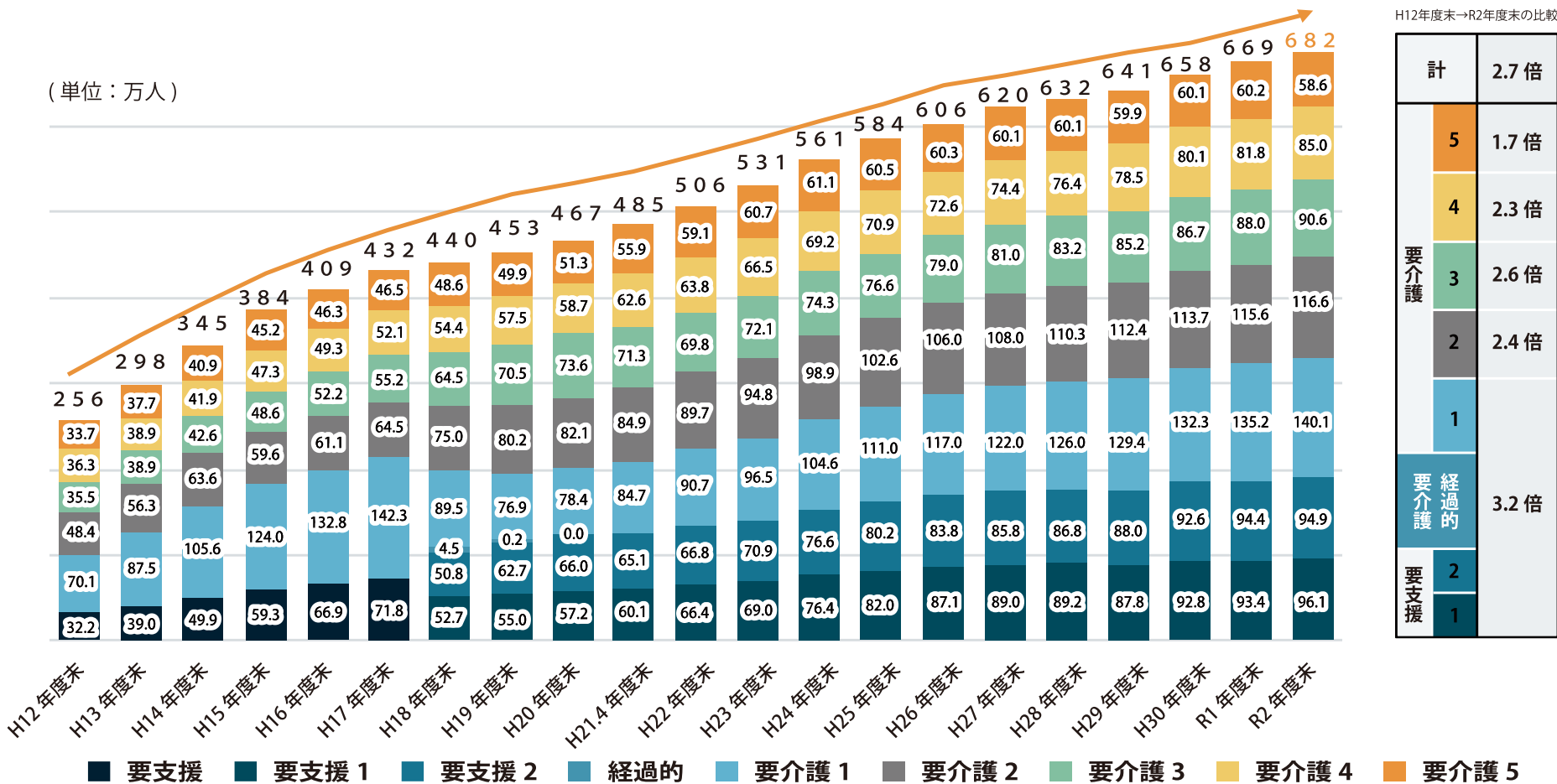


出典: 総務省「国勢調査(年齢不詳をあん分した人口)」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(令和5年推計): 出生中位・死亡中位推計」

# 要介護度別認定者数の推移

○ 要介護（要支援）の認定者数は、令和2年度末現在682万人で、この21年間で約2.7倍に。このうち軽度の認定者数の増が大きい。

(単位：万人)



出典

介護保険事業状況報告

※H22年度末の数値には、広野町、檜葉町、富岡町、川内村、双葉町、新地町は含まれていない。

# 人生の最終段階において、医療・ケアを受けたい場所に関する希望

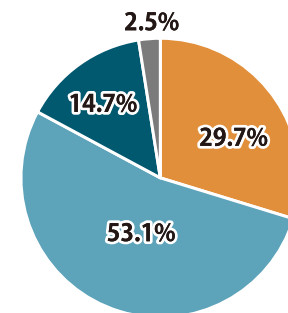
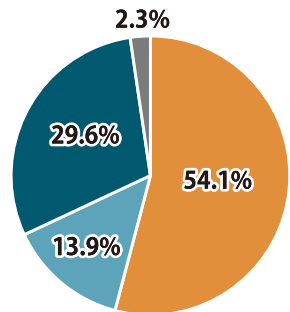
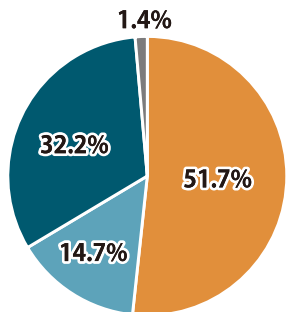
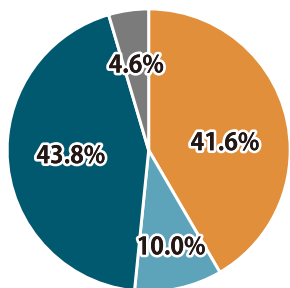
(あなたの病状)  
病気で治る見込みがなく、  
およそ1年以内に徐々にあるいは急に死  
に至ると考えたとき。

(あなたの病状)  
末期がんと診断され、状態は悪化し、痛みはなく、  
呼吸が苦しいといった状態です。今は食事や着替え、  
トイレなどの身の回りのことに手助けが必要です。  
意識や判断力は健康な時と同様に保たれています。

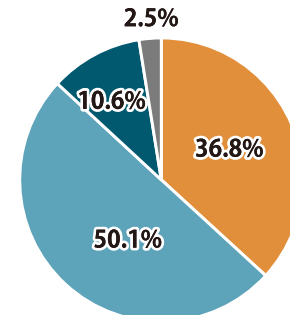
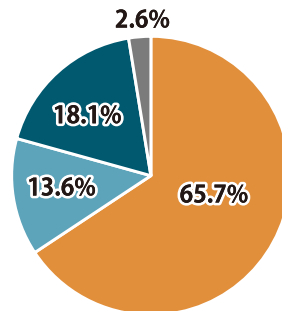
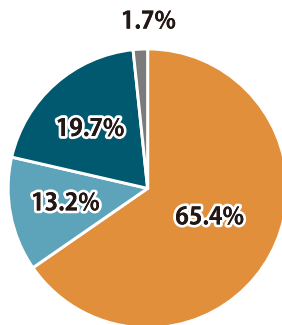
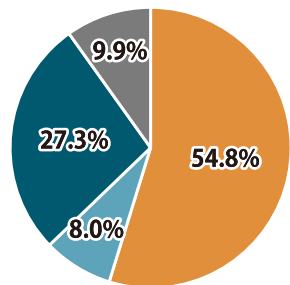
(あなたの病状)  
慢性的な重い心臓病と診断され、  
状態は悪化し、痛みはなく、呼吸が苦しいと  
いった状態です。今は食事や着替え、  
トイレなど身の回りのことに手助けが必要です。  
意識や判断力は健康な時と同様に保たれています。

(あなたの病状)  
認知症と診断され、状態は悪化し、  
自分の居場所や家族の顔が分からない状態です。  
今は、食事や着替え、トイレなど身の回りのこ  
とに手助けが必要です。

最期をどこで迎えたいですか <一般国民 (n=3,000) のみ>



それまでの医療・ケアはどこで受けたいですか <一般国民 (n=3,000) のみ>



医療機関 介護施設 自宅 無回答

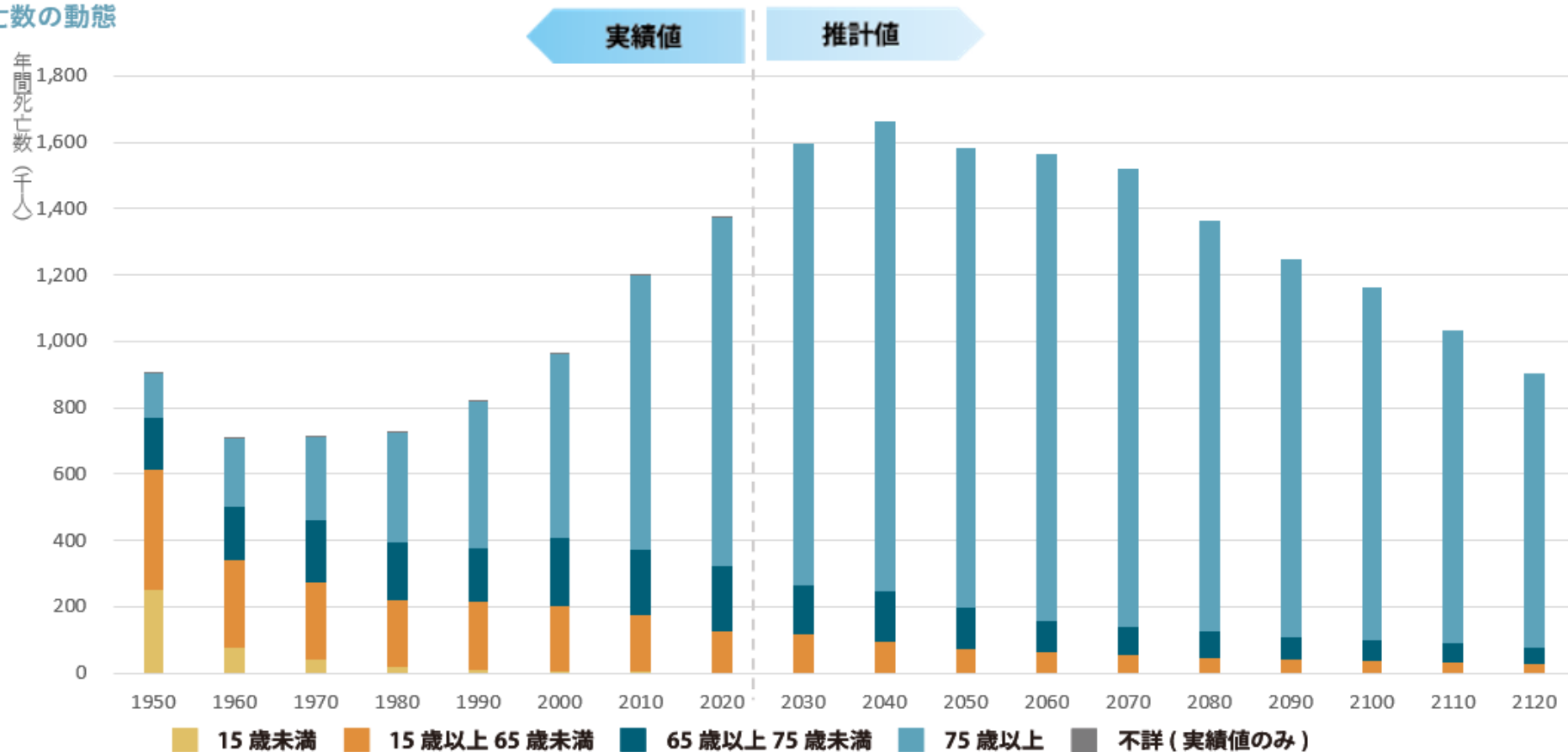
## 出典

厚生労働省「令和4年度人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査の結果について（報告）」  
 ※ 集計は、小数点第2位を四捨五入しているため、数値の合計が100%ちょうどにならない場合がある  
 ※ 回答の比率 (%) は、その質問の回答者数を基数として算出しているため、複数回答の質問はすべての比率を合計すると100%を超えることがある

# 死亡数が一層増加する

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

## 死亡数の動態



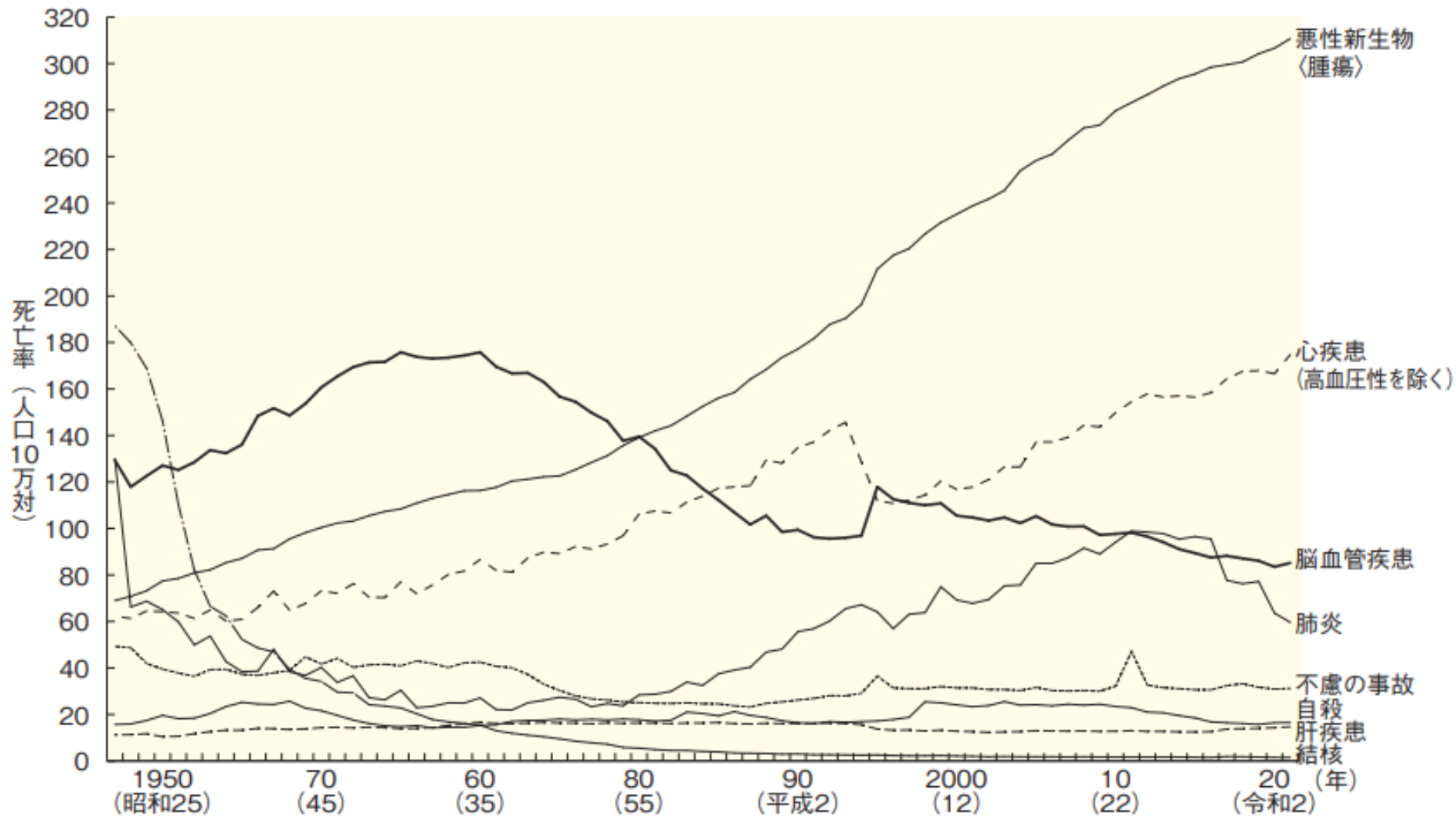
## 出典

2020年までは厚生労働省「人口動態統計（令和3年）」  
2030年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（令和5推計）：出生中位・死亡中位推計」より作成



# 主な死因別にみた死亡率の推移

## 主な死因別にみた死亡率の推移（人口10万対）



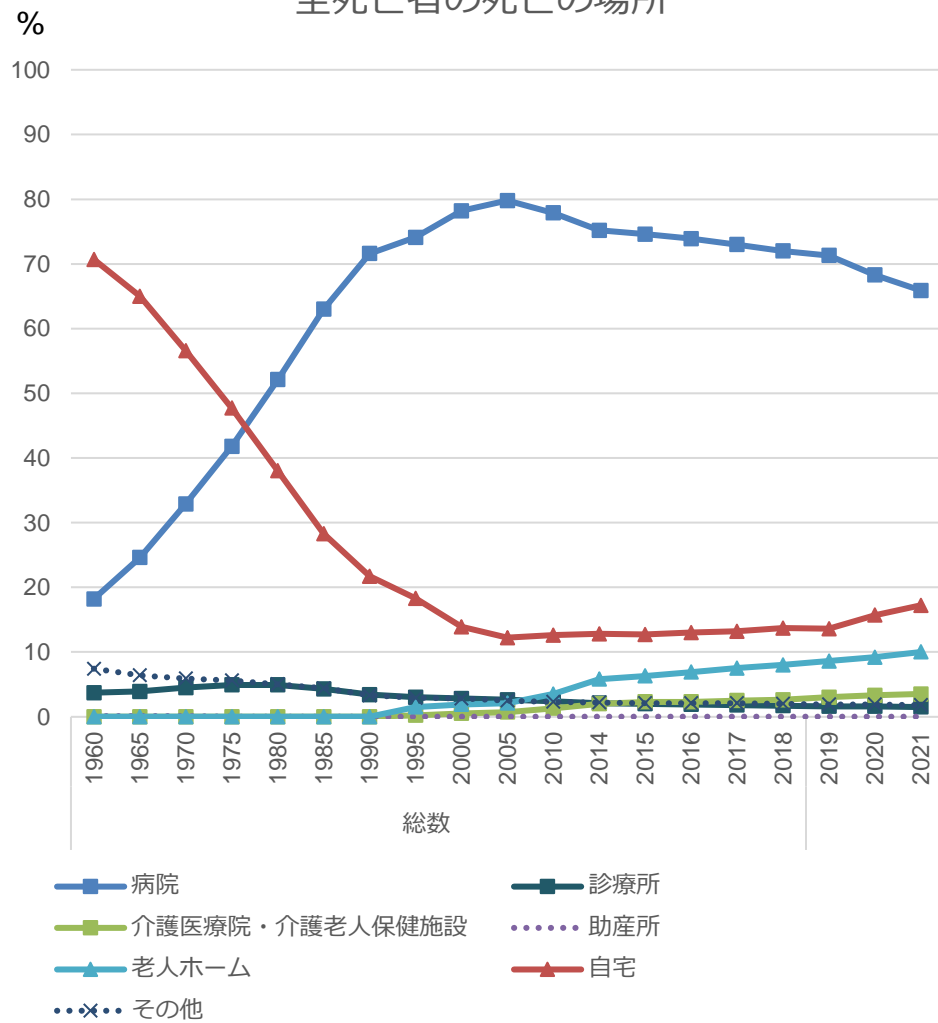
資料：厚生労働省政策統括官付人口動態・保健社会統計室「人口動態統計」

- (注) 1. 死因分類等の改正により、死因の内容に完全な一致をみることはできない。  
2. 2021（令和3）年は概数である。

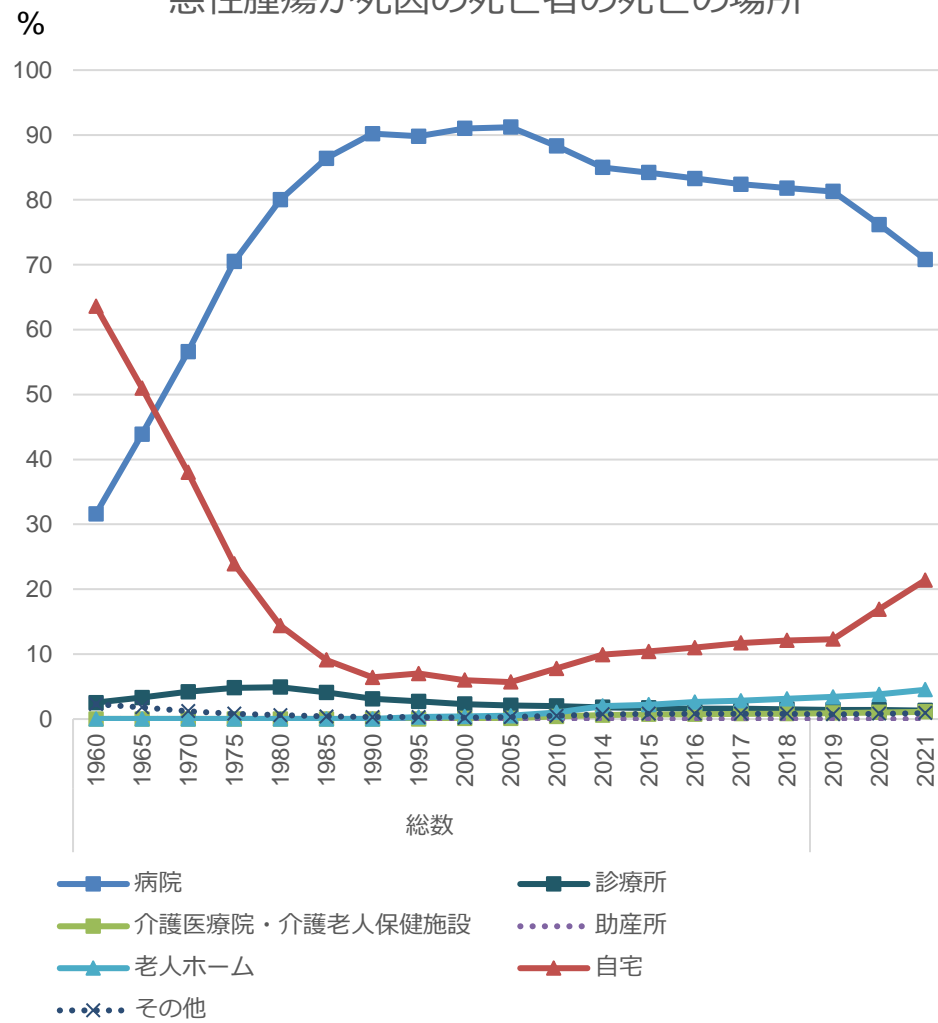
# 悪性腫瘍の患者の死亡の場所の推移

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

## 全死亡者の死亡の場所



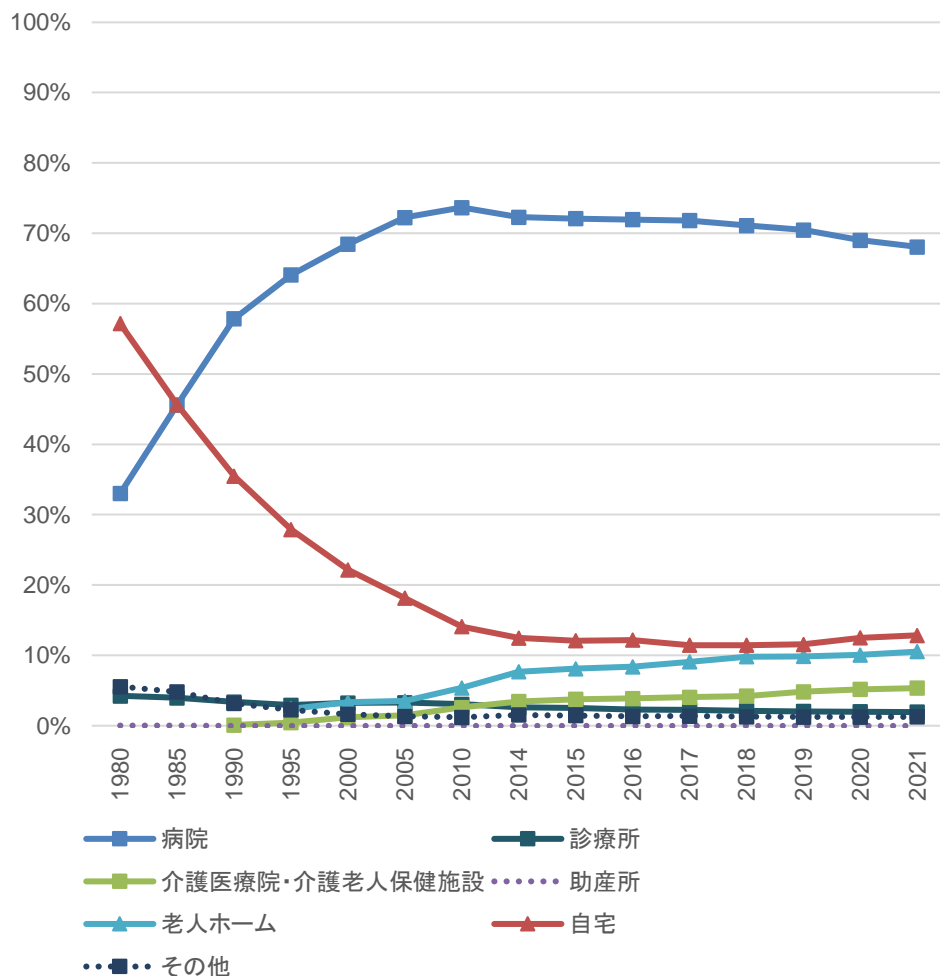
## 悪性腫瘍が死因の死亡者の死亡の場所



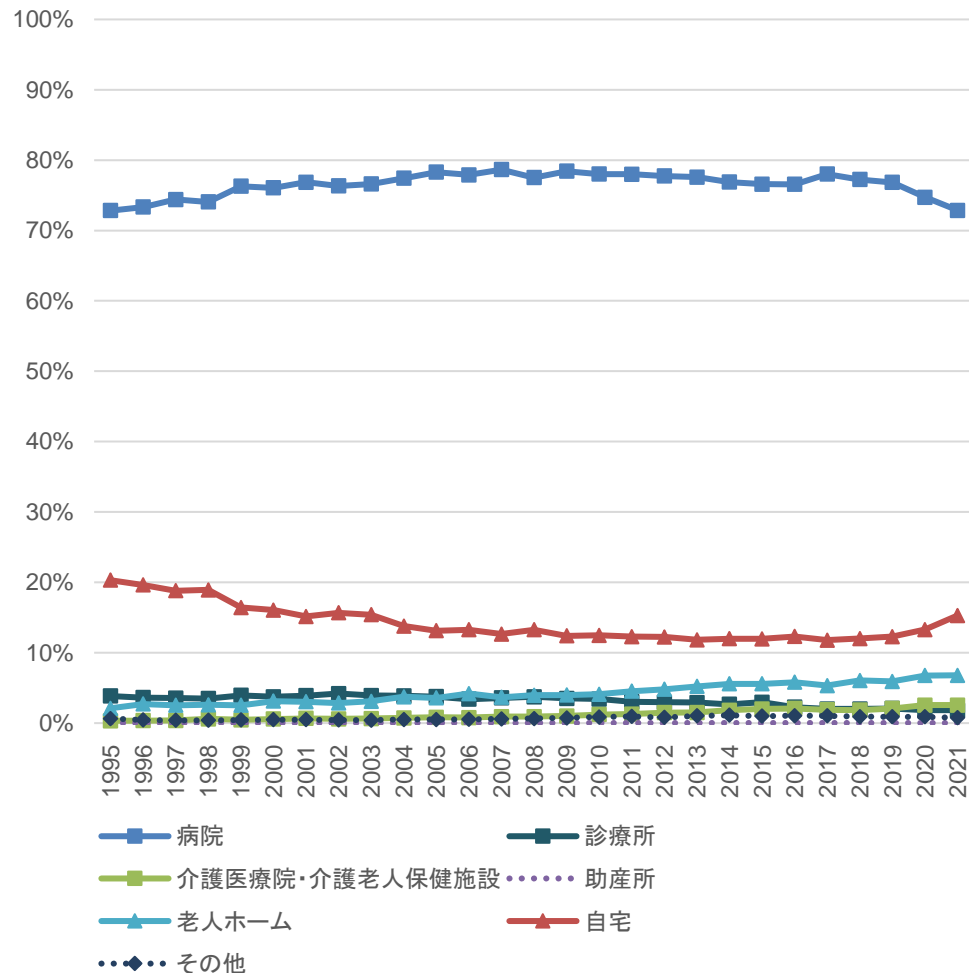
# 心疾患及び呼吸器系の疾患の患者の死亡の場所の推移

○ 心不全及び慢性閉塞性肺疾患の疾患が死因の死亡者について、自宅で死亡する患者の割合は2019年以降微増しているが、悪性腫瘍が死因の死亡者に比べると割合は低い。

## 心不全が死因の死亡者の死亡の場所



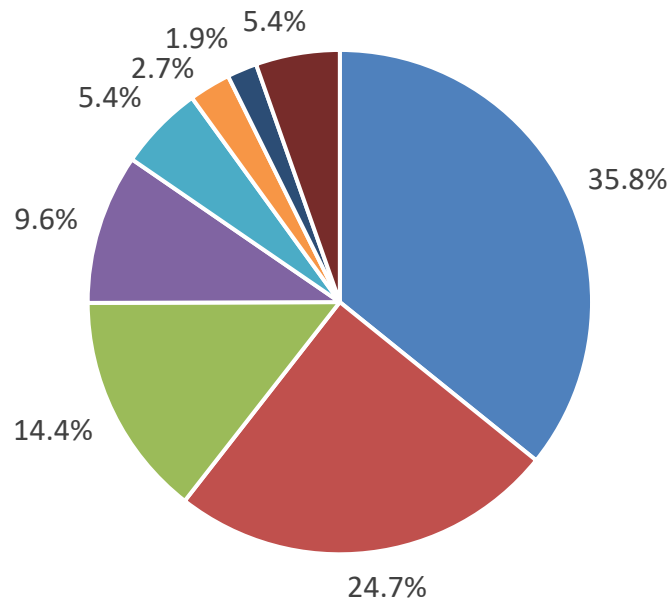
## 慢性閉塞性肺疾患が死因の死亡者の死亡の場所



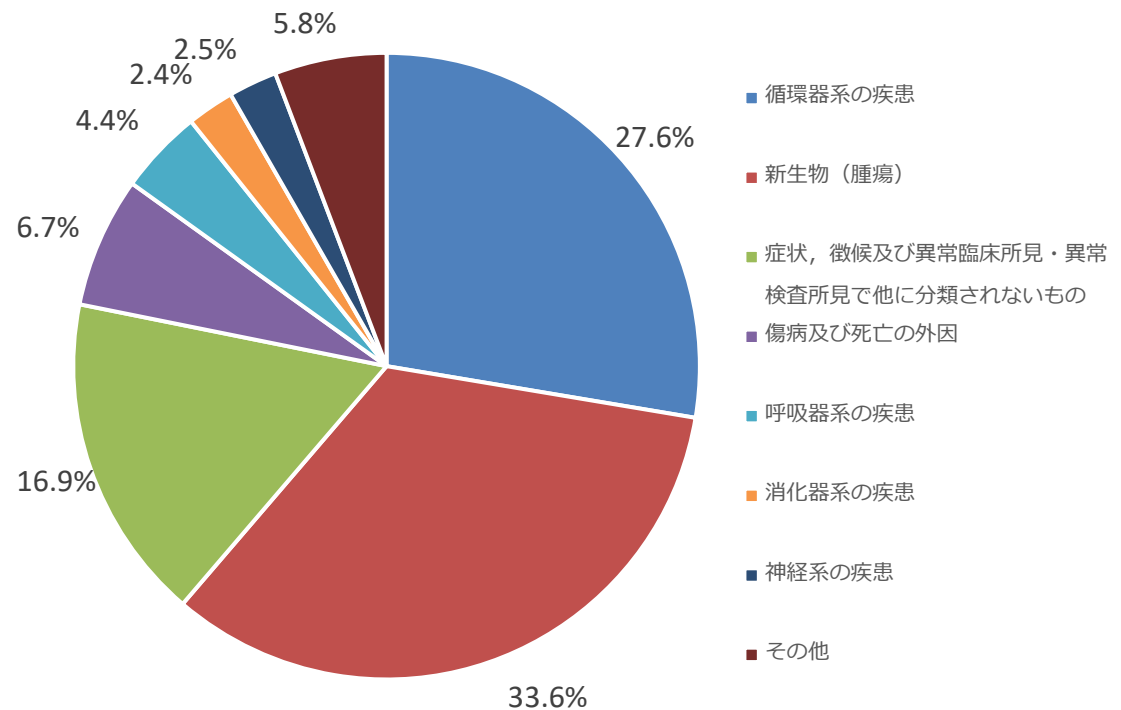
# 自宅における死亡者の死因の割合

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

自宅における死亡者の死因の割合  
(H28)n=169,447



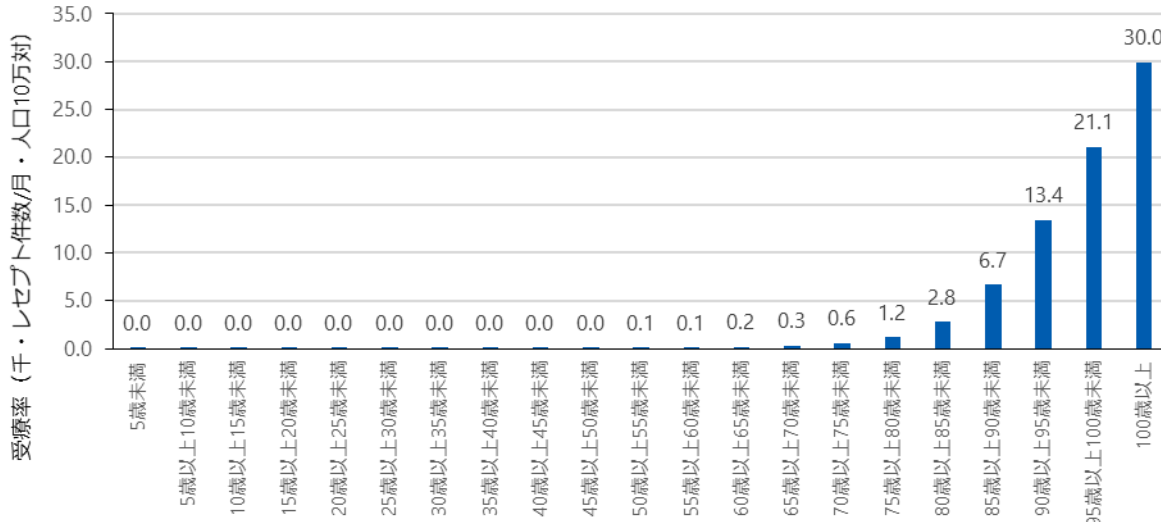
自宅における死亡者の死因の割合  
(R3)n=247,896



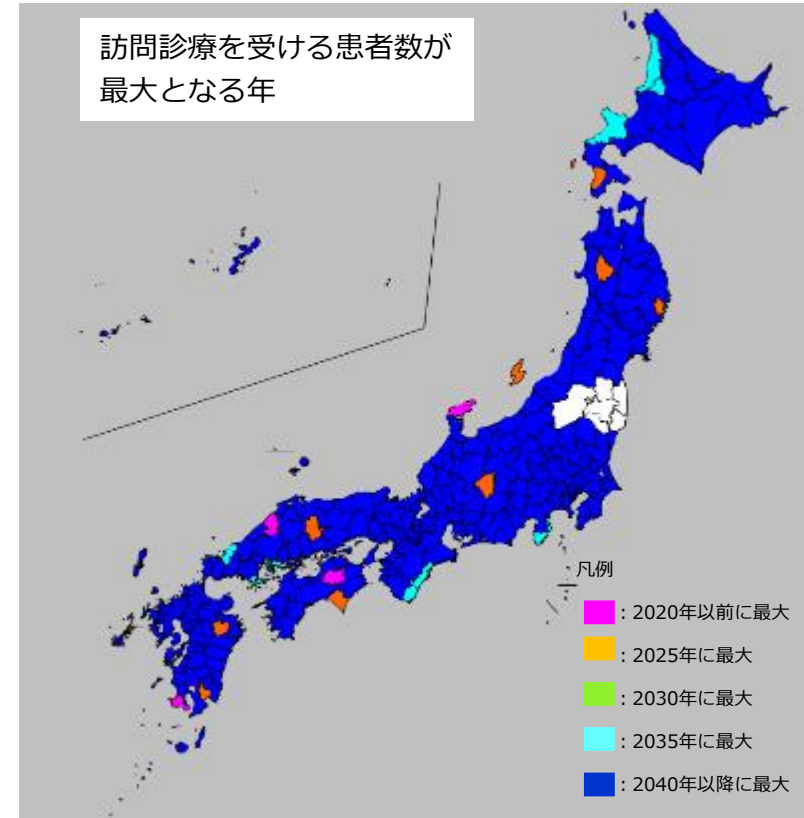
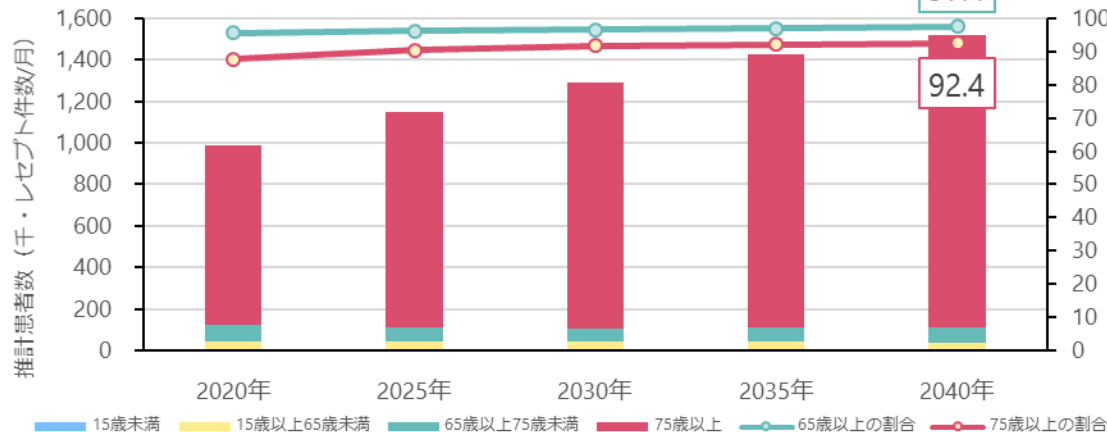
# 訪問診療の必要量について

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

年齢階級別の訪問診療受療率（2019年度）



年齢階級別の訪問診療の将来推計



【出典】

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

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

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

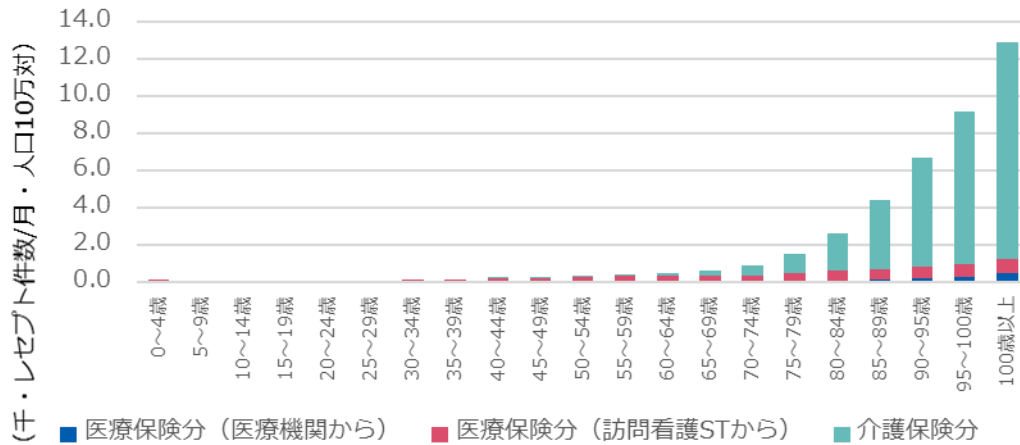
※2 2020年1月1日時点の住民基本台帳人口を利用。

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

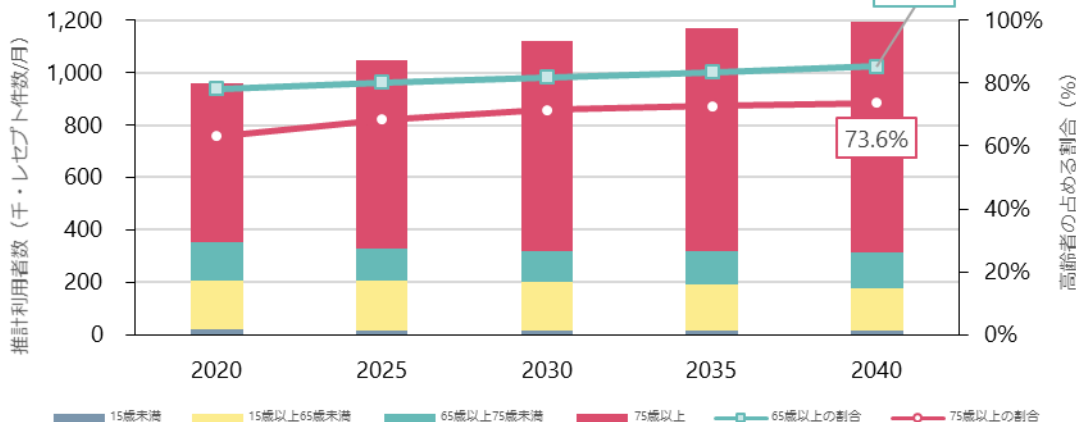
# 訪問看護の必要量について

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

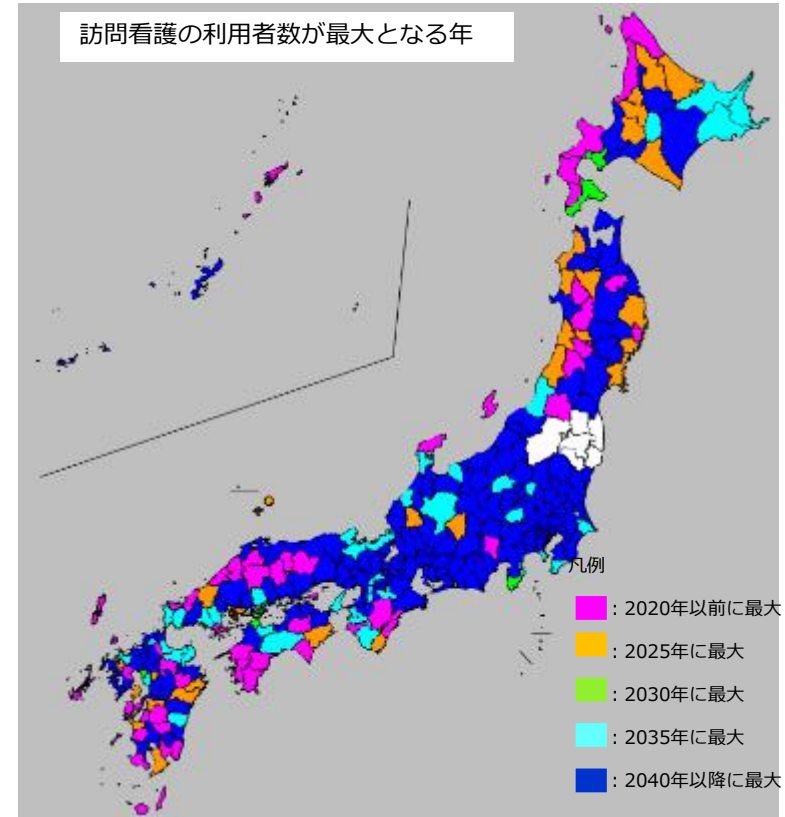
年齢階級別の訪問看護の利用率（2019年度）



年齢階級別の訪問看護の将来推計（医療保険+介護保険）



訪問看護の利用者数が最大となる年



【出典】

利用率：NDB介護DB及び審査支払機関（国保中央会・支払基金）提供訪問看護レセプトデータ（2019年度訪問看護分）、住民基本台帳に基づく人口（2020年1月1日時点）に基づき、算出。

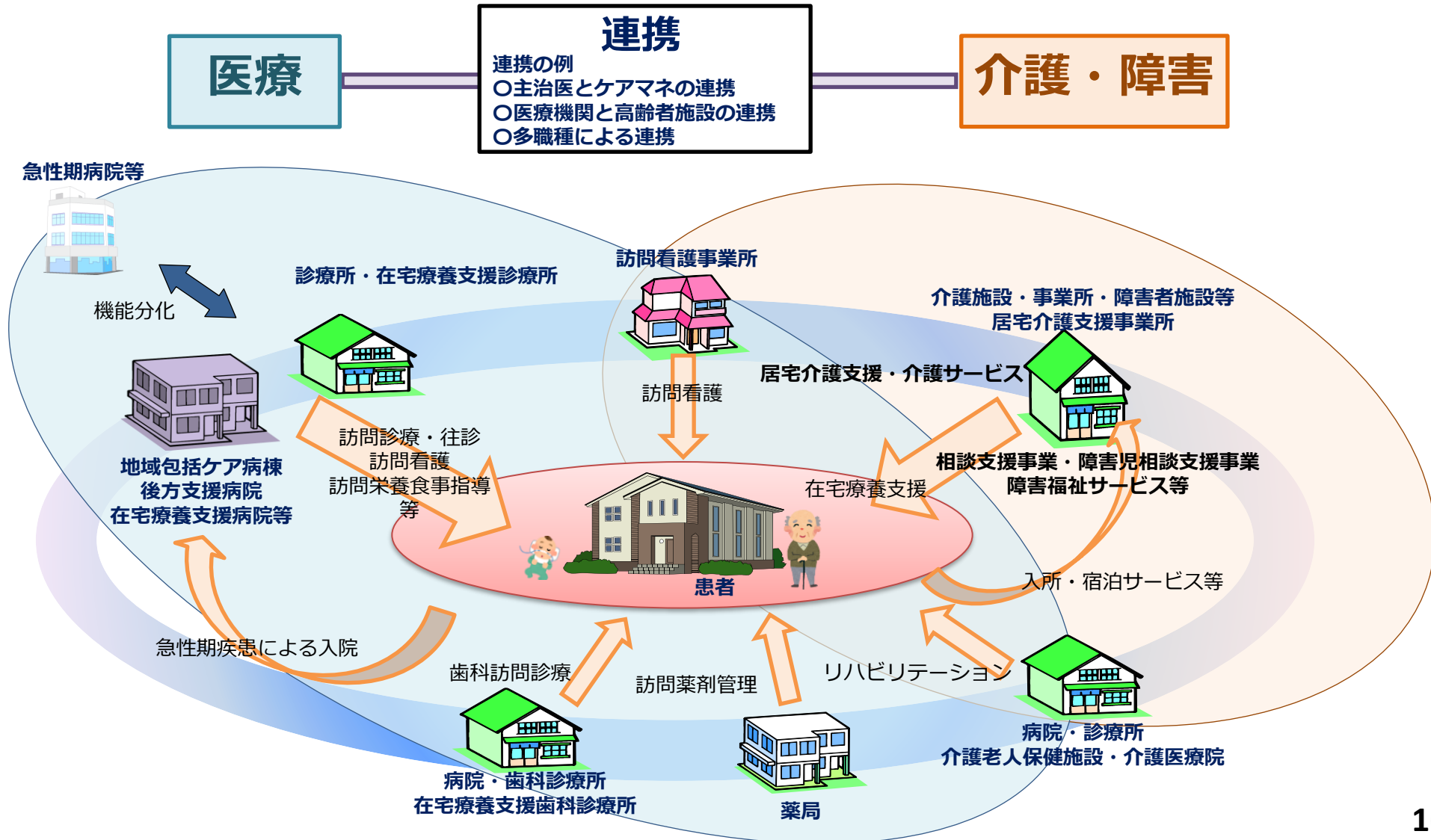
推計方法：NDBデータ（※1）、審査支払機関提供データ（※2）、介護DBデータ（※3）及び住民基本台帳人口（※4）を基に作成した2019年度の性・年齢階級・都道府県別の訪問看護の利用率を、二次医療圏別の将来推計人口（※5）に機械的に適用して推計。なお、福島県については、東日本大震災等の影響により、市町村別人口がないことから推計を行っていない。

- ※1 2019年度における在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者在宅患者訪問看護・指導料及び精神科訪問看護・指導料のレセプトを集計。
- ※2 2019年度における訪問看護レセプトを集計。
- ※3 2019年度における訪問看護費または介護予防訪問看護費のレセプトを集計。
- ※4 2020年1月1日時点の住民基本台帳人口を利用。
- ※5 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」（出生中位・死亡中位）を利用。

1. 在宅医療を取りまく状況について
2. 地域包括ケアシステムにおける在宅医療について
3. 訪問診療・往診等について
4. 訪問看護について
5. 歯科訪問診療について
6. 訪問薬剤管理について
7. 訪問栄養食事指導について

# 地域包括ケアシステムにおける在宅医療（イメージ）

- 在宅医療は、高齢になっても、病気や障害の有無にかかわらず、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう、入院医療や外来医療、介護、福祉サービスと相互に補完しながら、患者の日常生活を支える医療であり、地域包括ケアシステムの不可欠な構成要素である。



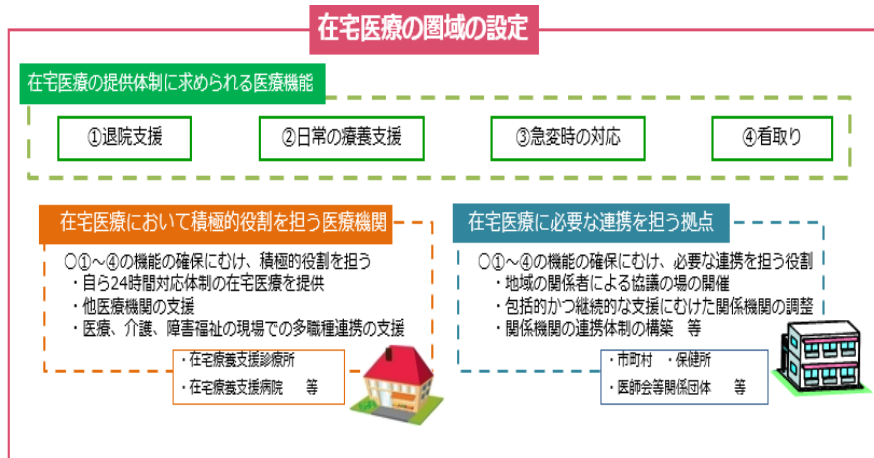


# 在宅医療の体制（第8次医療計画の見直しのポイント）

## 概要

- 今後見込まれる在宅医療の需要の増加に向け、地域の实情に応じた在宅医療の体制整備を進める。「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を医療計画に位置付け、適切な在宅医療の圏域を設定する。
- 在宅療養患者の急変時に適切に対応するための情報共有や連携を進める。また、看取りに際し本人・家族の希望に沿った医療・ケアの提供を進める。平時から在宅医療に係る関係機関の連携体制の構築を進め、災害時における業務継続計画(BCP)の策定を推進する。
- 医師・歯科医師の定期的な診察と適切な評価に基づく指示による、在宅療養患者への医療・ケアの提供を進める。在宅医療における各職種の機能・役割について明確にする。

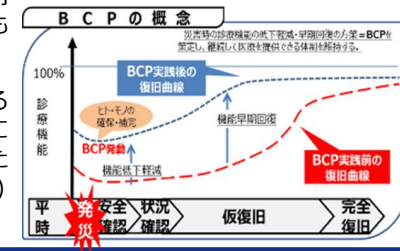
## 在宅医療の提供体制



- 国は、都道府県に対し、訪問診療及び訪問看護の必要量の推計等を提供する。都道府県は、国から提供を受けたデータを踏まえ、在宅介護の提供体制も勘案しながら在宅医療の体制整備を進める。
- 「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」について、それぞれが担うべき機能や役割を整理する。
- 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」との連携を進める。

## 急変時・看取り、災害時等における整備体制

- 在宅医療における急変時対応に関係する機関として消防機関や後方支援を行う医療機関を明確化するとともに、地域の在宅医療の協議の場への参加を促す。
- 災害時においては、各関係機関での連携が重要になることから、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」等において平時から連携を進めるとともに、国が策定した手引きや事業等も活用しながら、業務継続計画(BCP)の策定を推進する。



## 在宅医療における各職種の関わり

- 訪問看護について、退院に向けた医療機関との共同指導、ターミナルケア等の機能や役割に着目した整備や、事業所間の連携、業務効率化等について取組を進める。
- 歯科診療所と後方支援機能を有する歯科医療機関との連携や医科歯科連携の体制構築を進めるとともに、歯科衛生士の機能・役割や訪問歯科診療への関わりについて明確化する。
- 多様な病態の患者への対応やターミナルケアへの参画等の観点から、在宅医療に関わる薬剤師の資質向上を図り、麻薬や無菌製剤の調剤、小児在宅、24時間対応が可能な薬局の整備を進め、在宅医療に必要な医薬品等の提供体制を構築する。
- 在宅療養患者が居宅において生活機能の回復・維持を図る観点からリハビリテーション提供体制の整備は重要であり、その機能・役割について明確化する。
- 在宅療養患者の状態に応じた栄養管理を充実させるために、管理栄養士が配置されている在宅療養支援病院や栄養ケア・ステーション等の活用も含めた訪問栄養食事指導の体制整備が重要であり、その機能・役割について明確化する。

# 在宅医療の体制について

- 在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載。
- 国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～

## 在宅医療の提供体制に求められる医療機能

### ①退院支援

- 入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院支援の実施

### ②日常の療養支援

- 多職種協働による患者や家族の生活を支える観点からの医療の提供
- 緩和ケアの提供
- 家族への支援

### ④看取り

- 住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施

### ③急変時の対応

- 在宅療養者の病状の急変時における往診や訪問看護の体制及び入院病床の確保

医療計画には、各機能を担う医療機関等の名称を記載

- ・病院、診療所(歯科含む)・薬局
- ・訪問看護事業所・居宅介護支援事業所
- ・地域包括支援センター
- ・短期入所サービス提供施設
- ・相談支援事業所等

圏域は、二次医療圏にこだわらず、市町村単位や保健所圏域など、地域の資源の状況に応じて弾力的に設定

多職種連携を図りつつ、24時間体制で在宅医療を提供

## 在宅医療において積極的役割を担う医療機関

- ①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う
- ・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
- ・他医療機関の支援
- ・医療、介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援

- ・在宅療養支援診療所
- ・在宅療養支援病院等

## 在宅医療に必要な連携を担う拠点

- ①～④の機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
- ・地域の関係者による協議の場の開催
- ・包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整
- ・関係機関の連携体制の構築等

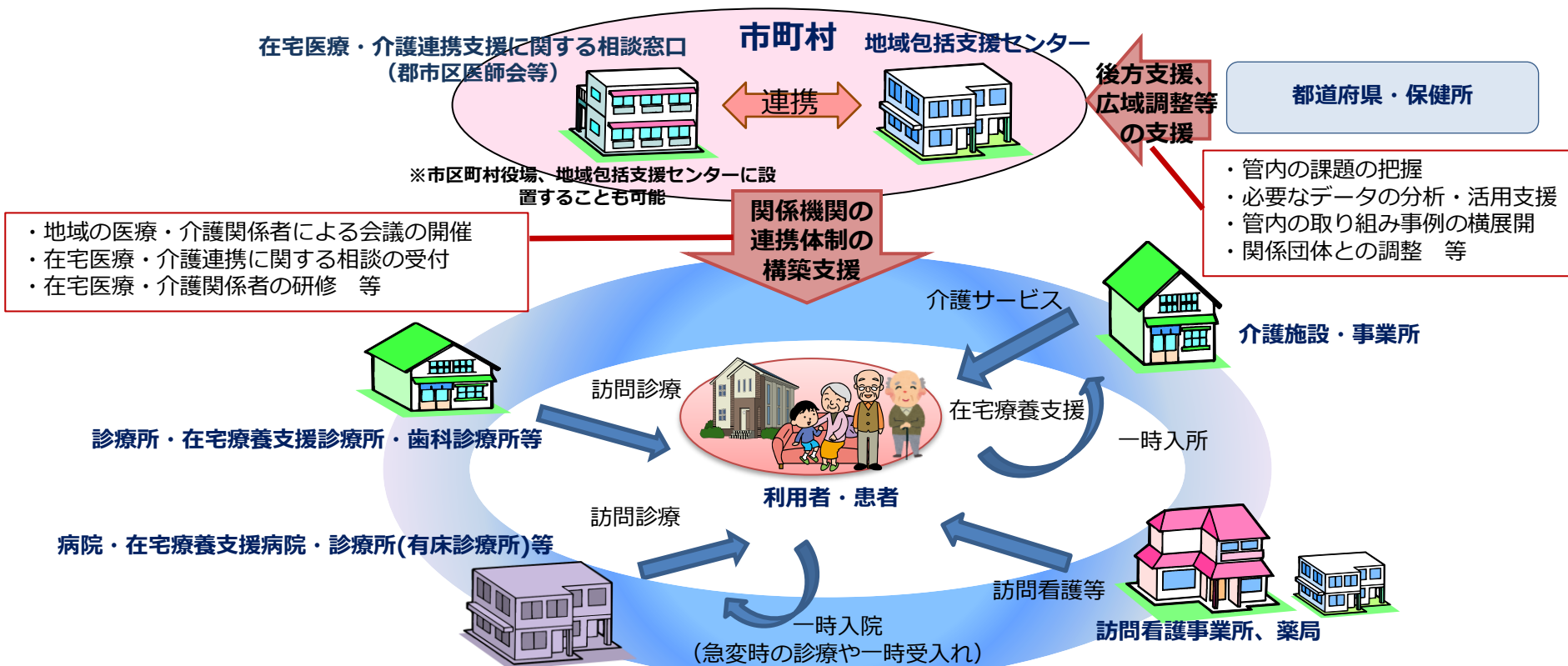
- ・市町村・保健所
- ・医師会等関係団体等

- 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。

（※）在宅療養を支える関係機関の例

- ・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等（定期的な訪問診療等の実施）
- ・病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
- ・訪問看護事業所、薬局（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
- ・介護施設・事業所（入浴、排せつ、食事等の介護、リハビリテーション、在宅復帰、在宅療養支援等の実施）

- このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。



○ 診療のバックアップ体制や夜間輪番制等の在宅医療を担う医師による相互協力や多職種連携に基づく水平連携と、急変時に入院を要する在宅療養患者のための垂直連携の仕組みを構築している地域がある。

## 訪問診療を行う医師のグループ形成によるバックアップ (千葉県柏市)

## 患者急変時のICTを活用した患者情報連携 (新潟県長岡市)

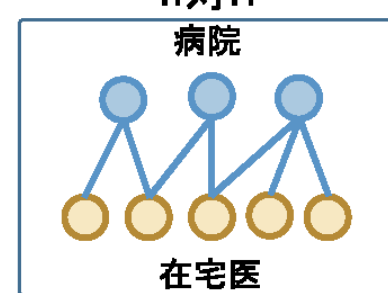
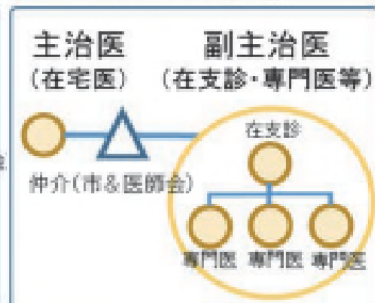
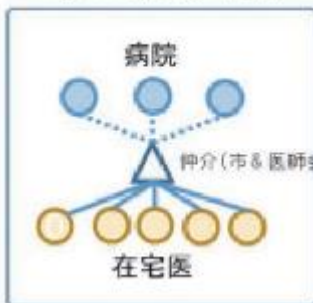
n対n(行政が仲介)

グループ診療

ICT活用の多職種連携

n対n

ICTを使用した多職種を含む水平連携



→柏市と医師会が中心となり、地域の多職種も巻き込みつつ、体制を構築。

→医師会が中心となって、長岡市の協力を得て、医師と訪問看護師グループの連携が実現。

### ○垂直連携 (柏市が事務局として実施)

- ・病診連携：急性増悪時等における病院のバックアップ体制の確保

### ○水平連携 (主に、柏市と柏市医師会にて実施)

- ・診診連携：かかりつけ医のグループ形成によるバックアップ
- ・多職種連携：情報共有システムの利活用  
在宅医・多職種向け研修会の開催

### ○市民への在宅医療の支援：柏市地域医療連携センター※ (柏市が設置)

- ・在宅主治医がいない市民の方に対して紹介
- ・多職種への『在宅医療多職種連携研修会』等の実施

※土地提供は柏市、建物は柏市医師会・柏歯科医師会・柏市薬剤師会の寄附により建立。

### ○垂直連携 (医師会及び市内10病院で実施)

- ・救急医療機関との後方支援体制や地域の医療機関とのバックアップ体制を構築。

→長岡地域救急懇談会(事務局：消防署、2か月に1回程度)において、病院関係者・医師会・市役所・警察署・弁護士会・報道機関が参加し、地域の救急体制について議論を実施。

### ○水平連携 (長岡市・医師会・訪問看護ステーション協会にて実施)

- ・ICTを利用した、多職種間で患者情報を連携(医師会)
- 長岡フェニックスネットワーク協議会(事務局：医師会、年2回程度)で、長岡市、訪問看護ステーション協会、歯科医師会、薬剤師会の各団体が参加し、連携ルールの構築や課題等について協議。

- 今後高齢化の進展に伴い、在宅医療のニーズは増加する一方で、マンパワーの制約があることを踏まえ、情報通信機器等の活用等も含めた、質の高い効果的・効率的な在宅医療の提供体制を進める必要がある。
- 在宅医療における情報通信機器等の活用の取組としては、対面診療の補完、医療過疎地における遠隔診療、多職種連携におけるネットワーク構築等がある。

## 【在宅医療における情報通信機器の活用例】

### 対面診療の補完としてのオンライン診療

・福岡県（福岡市）の医療機関では、在宅患者に対する医療提供体制の強化の一環として、訪問計画の一部にオンライン診療を組み込む事で、医師の訪問負担を軽減しつつ、在宅患者への診療頻度を高める取組を実施している。



### 訪問看護等とも連携した遠隔地への医療提供

・徳之島（鹿児島県）における病院と自治体が連携し、遠隔医療支援プラットフォームを活用したモデルを構築する取組  
・訪問看護が取得した患者のバイタルデータを用いて、医師がオンラインで診察・記録を行うことができる。



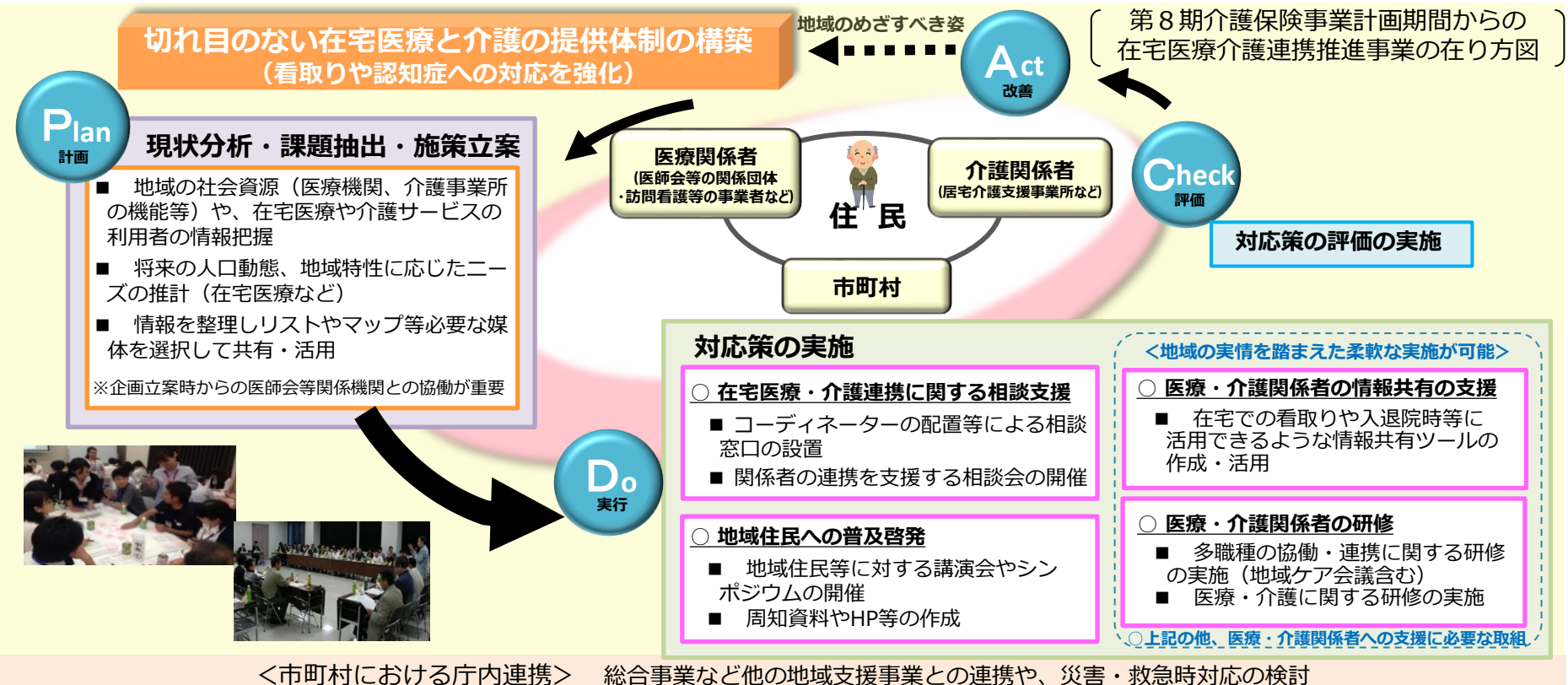
### ネットワーク構築による病病連携・病診連携・多職種連携の構築

・福井県（坂井地区）では病院が持つ患者情報（退院・看護サマリ、検査結果、画像、処方、注射など）をシステムにより、診療所や訪問看護ステーション、介護施設等と共有できる体制を整備。  
・「カナミックネットワークTRITRUS」を用いて、在宅医療関係者間 診療情報や日々の生活情報等を共有



【出典】平成29年度在宅医療連携モデル構築のための実態調査（厚生労働省医政局）

- 在宅医療・介護連携の推進については、平成23年度から医政局施策として実施。一定の成果を得られたことを踏まえ、平成26年介護保険法改正により、市町村が実施主体である地域支援事業に「在宅医療・介護連携推進事業」が位置付けられ、平成27年度から順次、市町村において本事業を開始。
- 平成29年介護保険法改正において、都道府県による市町村支援の役割を明確化。平成30年4月以降、全ての市町村において本事業を実施。
- 令和2年介護保険法改正において、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつPDCAサイクルに沿った取組を継続的に行うことによって目指す姿の実現がなされるよう、省令や「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」等を見直し。



都道府県(保健所等)による支援

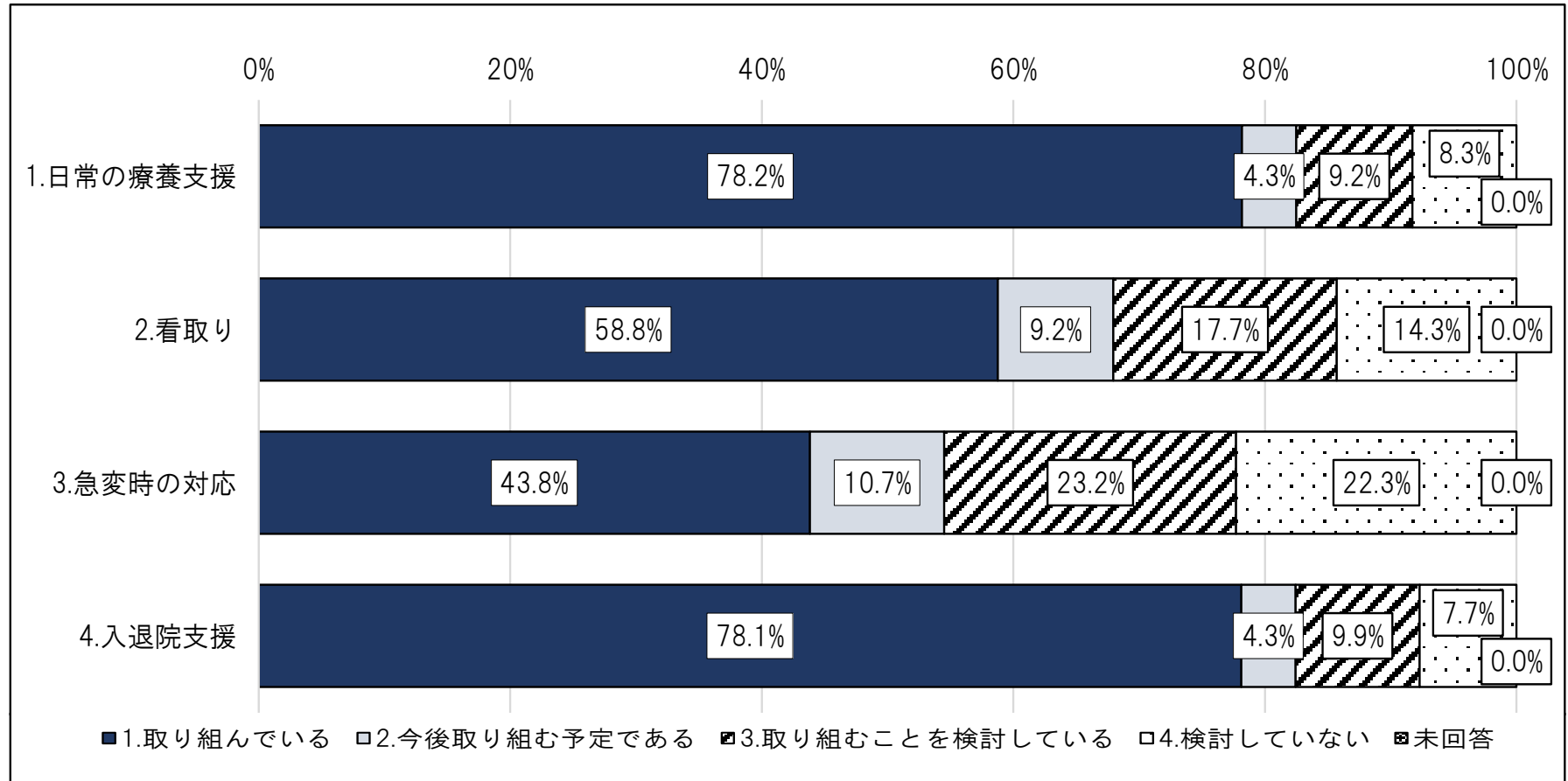
- 在宅医療・介護連携推進のための技術的支援
- 在宅医療・介護連携に関する関係市町村等の連携
- 地域医療構想・医療計画との整合

# PDCAを踏まえた事業展開の現状① (n=1,741)

意見交換 資料-1 参考  
R 5 . 5 . 1 8

○ 4つの場面を意識した取組については、「急変時の対応」が43.8%と最も進んでいない状況にある。

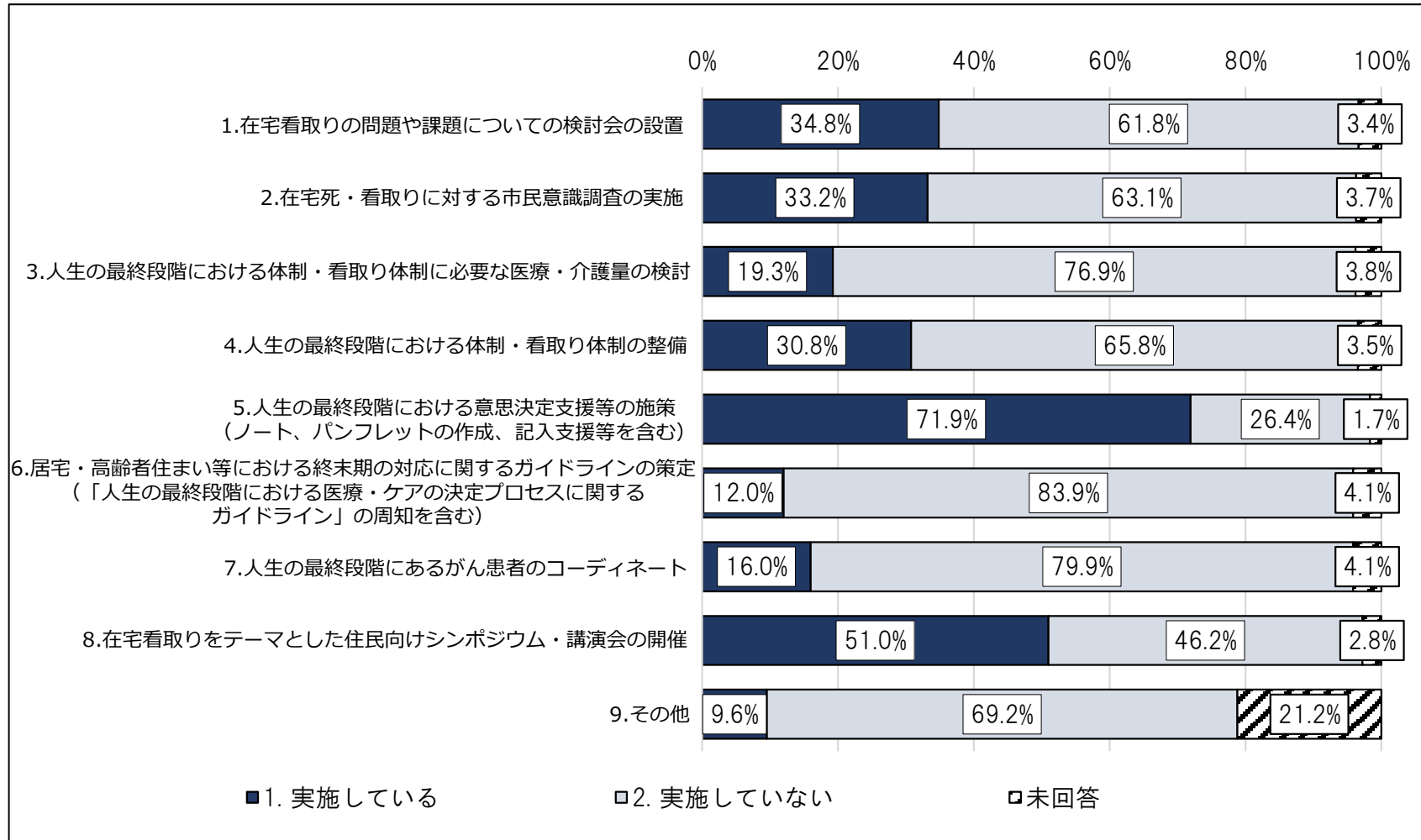
○ 「4つの場面」を意識した取組の状況



# PDCAを踏まえた事業展開の現状② (n=1,183)

○ 「看取り」の場面に係る取組では、「人生の最終段階における意思決定支援等の施策」が約70%と最も多く取り組まれており、次いで「在宅看取りをテーマとした住民向けシンポジウム・講演会の開催」が取り組まれていた。

○ 「看取り」の場面に係る取組の状況





# 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等の一部を改正する法律 (令和4年法律第104号) の概要

(令和4年12月10日成立、同月16日公布)

## 改正の趣旨

障害者等の地域生活や就労の支援の強化等により、障害者等の希望する生活を実現するため、①障害者等の地域生活の支援体制の充実、②障害者の多様な就労ニーズに対する支援及び障害者雇用の質の向上の推進、③精神障害者の希望やニーズに応じた支援体制の整備、④難病患者及び小児慢性特定疾病児童等に対する適切な医療の充実及び療養生活支援の強化、⑤障害福祉サービス等、指定難病及び小児慢性特定疾病についてのデータベースに関する規定の整備等の措置を講ずる。

## 改正の概要

### 1. 障害者等の地域生活の支援体制の充実【障害者総合支援法、精神保健福祉法】

- ① 共同生活援助（グループホーム）の支援内容として、一人暮らし等を希望する者に対する支援や退居後の相談等が含まれることを、法律上明確化する。
- ② 障害者が安心して地域生活を送れるよう、地域の相談支援の中核的役割を担う基幹相談支援センター及び緊急時の対応や施設等からの地域移行の推進を担う地域生活支援拠点等の整備を市町村の努力義務とする。
- ③ 都道府県及び市町村が実施する精神保健に関する相談支援について、精神障害者のほか精神保健に課題を抱える者も対象にできるようにするとともに、これらの者の心身の状態に応じた適切な支援の包括的な確保を旨とすることを明確化する。

### 2. 障害者の多様な就労ニーズに対する支援及び障害者雇用の質の向上の推進【障害者総合支援法、障害者雇用促進法】

- ① 就労アセスメント（就労系サービスの利用意向がある障害者との協同による、就労ニーズの把握や能力・適性の評価及び就労開始後の配慮事項等の整理）の手法を活用した「就労選択支援」を創設するとともに、ハローワークはこの支援を受けた者に対して、そのアセスメント結果を参考に職業指導等を実施する。
- ② 雇用義務の対象外である週所定労働時間10時間以上20時間未満の重度身体障害者、重度知的障害者及び精神障害者に対し、就労機会の拡大のため、実雇用率において算定できるようにする。
- ③ 障害者の雇用者数で評価する障害者雇用調整金等における支給方法を見直し、企業が実施する職場定着等の取組に対する助成措置を強化する。

### 3. 精神障害者の希望やニーズに応じた支援体制の整備【精神保健福祉法】

- ① 家族等が同意・不同意の意思表示を行わない場合にも、市町村長の同意により医療保護入院を行うことを可能とする等、適切に医療を提供できるようにするほか、医療保護入院の入院期間を定め、入院中の医療保護入院者について、一定期間ごとに入院の要件の確認を行う。
- ② 市町村長同意による医療保護入院者を中心に、本人の希望のもと、入院者の体験や気持ちを丁寧に聴くとともに、必要な情報提供を行う「入院者訪問支援事業」を創設する。また、医療保護入院者等に対して行う告知の内容に、入院措置を採る理由を追加する。
- ③ 虐待防止のための取組を推進するため、精神科病院において、従事者等への研修、普及啓発等を行うこととする。また、従事者による虐待を発見した場合に都道府県等に通報する仕組みを整備する。

### 4. 難病患者及び小児慢性特定疾病児童等に対する適切な医療の充実及び療養生活支援の強化【難病法、児童福祉法】

- ① 難病患者及び小児慢性特定疾病児童等に対する医療費助成について、助成開始の時期を申請日から重症化したと診断された日に前倒しする。
- ② 各種療養生活支援の円滑な利用及びデータ登録の促進を図るため、「登録者証」の発行を行うほか、難病相談支援センターと福祉・就労に関する支援を行う者の連携を推進するなど、難病患者の療養生活支援や小児慢性特定疾病児童等自立支援事業を強化する。

### 5. 障害福祉サービス等、指定難病及び小児慢性特定疾病についてのデータベース（DB）に関する規定の整備【障害者総合支援法、児童福祉法、難病法】

障害DB、難病DB及び小慢DBについて、障害福祉サービス等や難病患者等の療養生活の質の向上に資するため、第三者提供の仕組み等の規定を整備する。

### 6. その他【障害者総合支援法、児童福祉法】

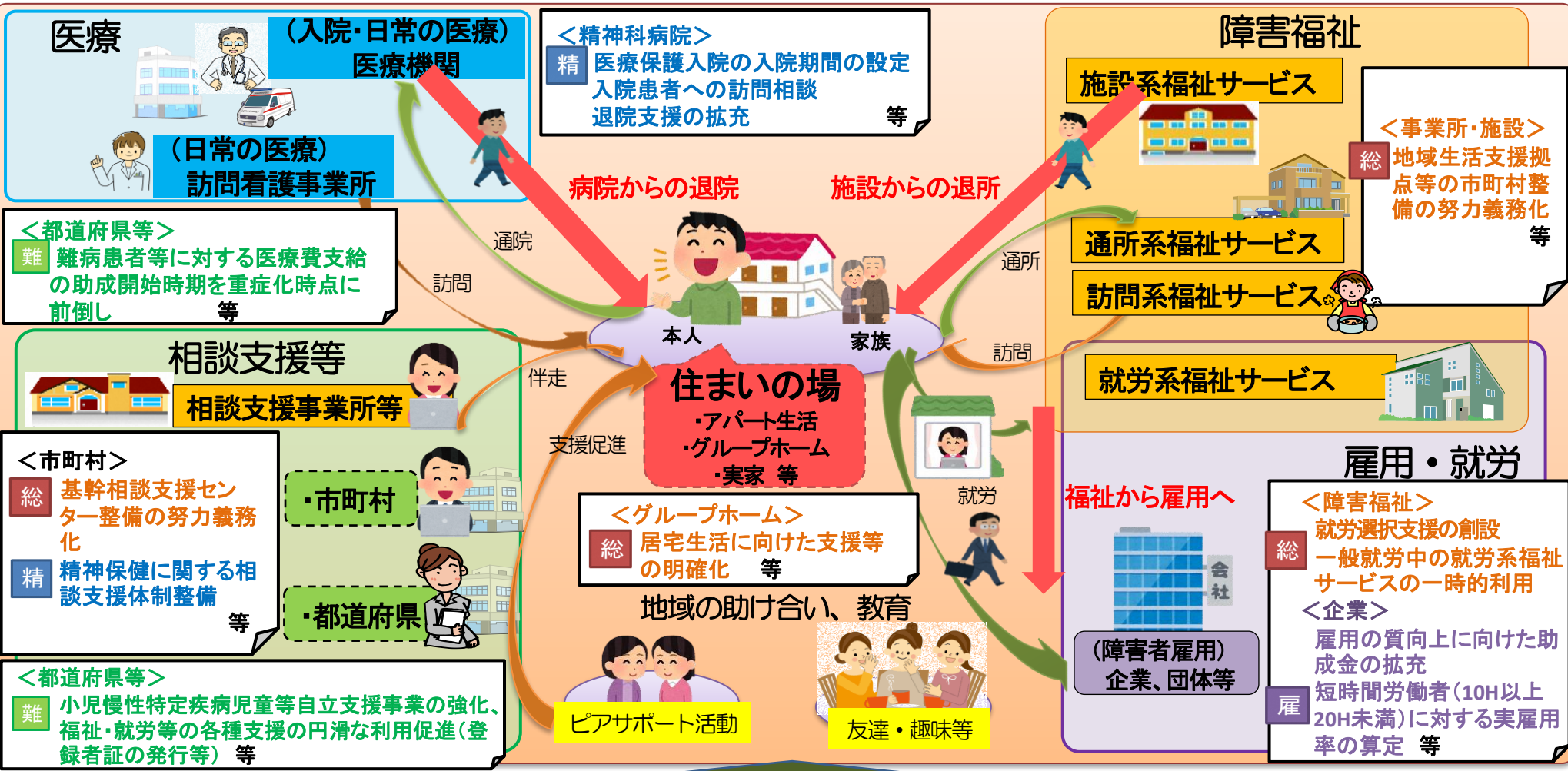
- ① 市町村障害福祉計画に整合した障害福祉サービス事業者の指定を行うため、都道府県知事が行う事業者指定の際に市町村長が意見を申し出る仕組みを創設する。
- ② 地方分権提案への対応として居住地特例対象施設に介護保険施設を追加する。  
このほか、障害者総合支援法の平成30年改正の際に手当する必要があった同法附則第18条第2項の規定等について所要の規定の整備を行う。

## 施行期日

令和6年4月1日（ただし、2①及び5の一部は公布後3年以内の政令で定める日、3②の一部、5の一部及び6②は令和5年4月1日、4①及び②の一部は令和5年10月1日）

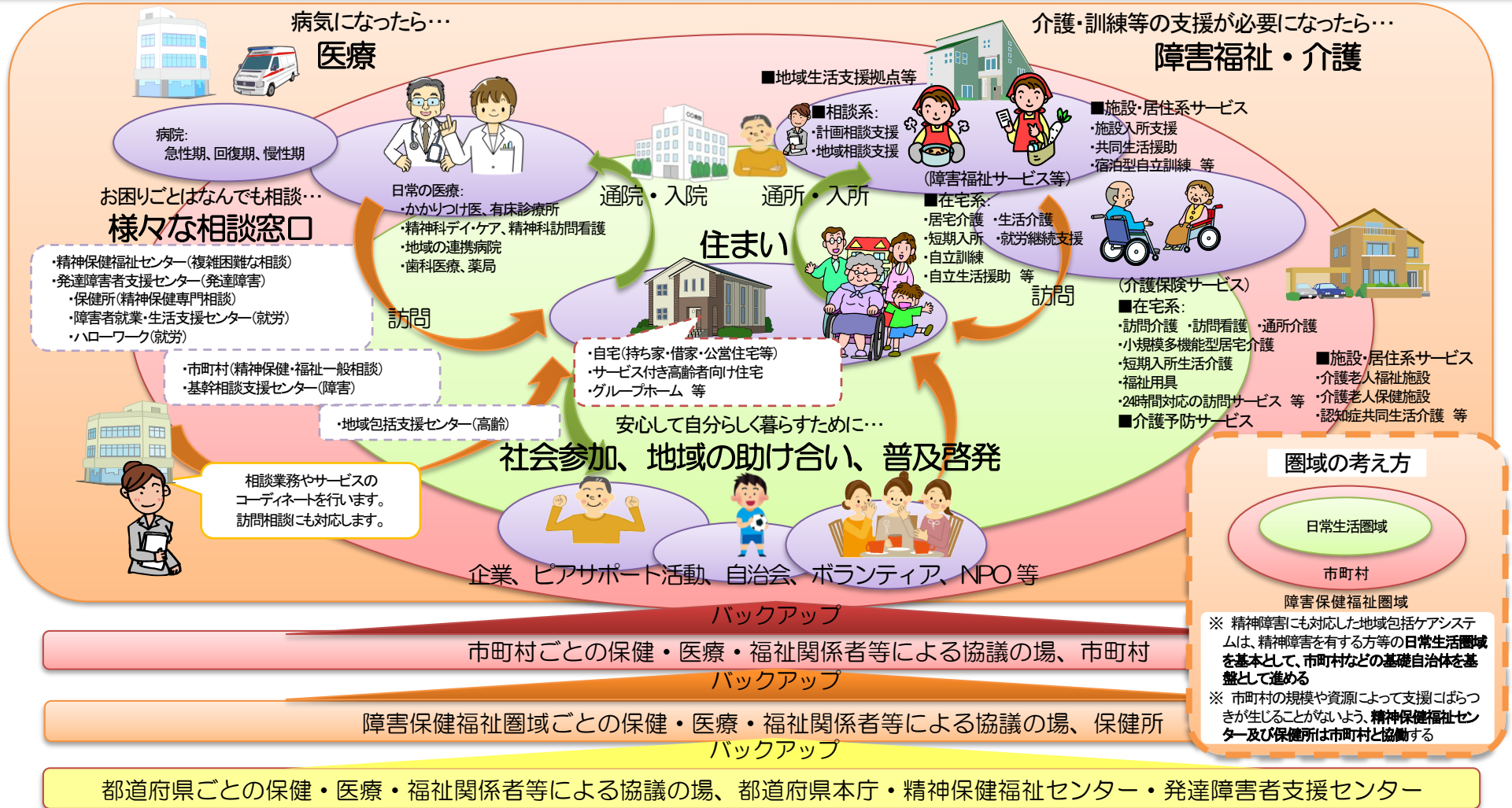
# 障害者や難病患者等が安心して暮らし続けることができる地域共生社会(イメージ)

- 障害者や難病患者等が地域や職場で生きがい・役割を持ち、医療、福祉、雇用等の各分野の支援を受けながら、その人らしく安心して暮らすことができる体制の構築を目指す。このため、本人の希望に応じて、
    - ・施設や病院からの地域移行、その人らしい居宅生活に向けた支援の充実 (障害者総合支援法関係、精神保健福祉法関係、難病法・児童福祉法関係) 総 精 難
    - ・福祉や雇用が連携した支援、障害者雇用の質の向上 (障害者総合支援法関係、障害者雇用促進法関係) 総 雇
    - ・調査・研究の強化やサービス等の質の確保・向上のためのデータベースの整備 (難病法・児童福祉法関係、障害者総合支援法関係) 難 総
- 等を推進する。



# 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）

- 精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加(就労など)、地域の助け合い、普及啓発(教育など)が包括的に確保された精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を目指す必要があり、同システムは地域共生社会の実現に向かっていく上では欠かせないものである。
- このような精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、計画的に地域の基盤を整備するとともに、市町村や障害福祉・介護事業者が、精神障害の有無や程度によらず地域生活に関する相談に対応できるように、市町村ごとの保健・医療・福祉関係者等による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、当事者・ピアサポーター、家族、居住支援関係者などとの重層的な連携による支援体制を構築していくことが必要。



# 令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会における主な御意見

(令和5年6月14日中医協資料より抜粋)

(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)

- 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。

(テーマ2:リハビリテーション・口腔・栄養)

- 令和3年度介護報酬改定で示されたリハビリ、口腔管理、栄養管理に係る一体的な計画書は、医療でも活用可能。多職種による計画作成を後押しする仕組みが必要。
- リハビリ・口腔・栄養の連携として、目標を共有することは理解できるが、誰が中心となって全体の進捗を管理するのか明確にすることも重要。

(テーマ4:高齢者施設・障害者施設等における医療)

- 連携する医療機関については、名前だけの協力医療機関ではなく、地域包括ケア病棟や在宅病、有床診など地域の医療機関と、中身のある連携体制を構築すべき。
- 施設の在り方や利用者のニーズが多様化する中で、薬剤師がその施設の特性を的確に把握した上で、多職種との連携の下で適切な薬剤管理ができるような推進策が必要。

(テーマ6:人生の最終段階における医療・介護)

- 人生の最終段階を支える医師が、在宅診療や施設における医療の中で、患者の疾病が非がんであっても、緩和ケアを専門とする医師らとICT等を使って連携することで、ご本人が望む住み慣れた環境で最期を迎えることが可能となる。
- 緩和ケアについては、患者及び家族の苦痛や不安を和らげるために総合的に対応することが重要である。このため、麻薬を早期から積極的に使用するなど、考え方が変化してきている。一方、医療用麻薬といっても多様な製品・規格があり、また取り寄せにも時間がかかることが多く、医療機関、薬局、訪問看護ステーションの間で日常からの連携体制の構築が必要。

(テーマ7:訪問看護)

- 訪問看護は、高齢者の医療・介護ニーズや在宅看取りへの対応とともに、小児や難病など、多世代にわたる利用者への対応が求められ、安定した24時間のサービス提供体制の構築・強化が急務。また、退院後早期や医療ニーズが高い方の居宅での療養を支援の対応力と入院前後の医療機関との連携体制の強化、情報共有の基盤整備も重要である。
- 医療保険の訪問看護を利用している場合には、医療と介護が一体的にマネジメントされていない現状もあるため、医療と介護が連携できる環境整備を進め、シームレスなサービス提供をできるようにすべき。

# 課題(小括①)

## (在宅医療を取りまく状況について)

- いわゆる団塊の世代が2025年には75歳以上になり、死亡数は2040年まで増加が見込まれ、今後日本は高齢多死社会を迎えるため、在宅医療の需要は引き続き増加する傾向にある。
- 令和4年度人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査によると、「病気で治る見込みがなく、およそ1年以内に徐々にあるいは急に死に至ると考えたとき」、最期を迎えたい場所やそれまでの医療・ケアを受けたい場所を自宅としている一般国民が一定数認められる。
- 死因については、悪性新生物・心疾患が増加傾向であり、死亡の場所については、自宅や介護施設等が増加する中、特に悪性腫瘍を死因とする患者の自宅での死亡が増加している。
- 訪問診療の利用者については、2025年以降に後期高齢者の割合が9割以上となることが見込まれており、多くの二次医療圏で2040年以降に利用者数のピークを迎えることが見込まれる。

## (地域包括ケアシステムにおける在宅医療について)

- 在宅医療は、高齢になっても、病気や障害の有無にかかわらず、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう、入院医療や外来医療、介護、福祉サービスと相互に補完しながら、患者の日常生活を支える医療であり、地域包括ケアシステムの不可欠な構成要素である。
- 第8次医療計画において、今後増加が見込まれる訪問診療・訪問看護の需要に対し、都道府県においては、国から提供を受けた、在宅医療提供体制の現状を把握するためのデータ等を踏まえ、適切な在宅医療の圏域を設定し、地域での協議・調整を通じて、より実効性のある体制整備を進める必要があるとされている。
- 診療のバックアップ体制や夜間輪番制等の在宅医療を担う医師による相互協力や多職種連携に基づく水平連携と、急変時に入院を要する在宅療養患者のための垂直連携の仕組みを構築している地域がある。
- 今後高齢化の進展に伴い、在宅医療のニーズは増加する一方で、マンパワーの制約があることを踏まえ、情報通信機器等の活用等も含めた、質の高い効果的・効率的な在宅医療の提供体制を進める必要があるとされている。
- 在宅医療・介護連携推進事業については、平成27年度から開始され、令和2年度の介護保険法改正における見直しで、PDCAを踏まえた事業展開の推進を図ってきているが、在宅医療の提供体制に求められる医療機能の4つの場面を意識した取組については「急変時の対応」が最も進んでいない状況にある。
- 障害者や難病患者等が地域や職場で生きがい・役割を持ち、医療、福祉、雇用等の各分野の支援を受けながら、その人らしく安心して暮らすことができる体制の構築を目指しており、施設や病院からの地域移行、その人らしい居宅生活に向けた支援の充実等を推進している。

1. 在宅医療を取りまく状況について
2. 地域包括ケアシステムにおける在宅医療について
3. 訪問診療・往診等について
4. 訪問看護について
5. 歯科訪問診療について
6. 訪問薬剤管理について
7. 訪問栄養食事指導について

# 在宅医療の提供体制

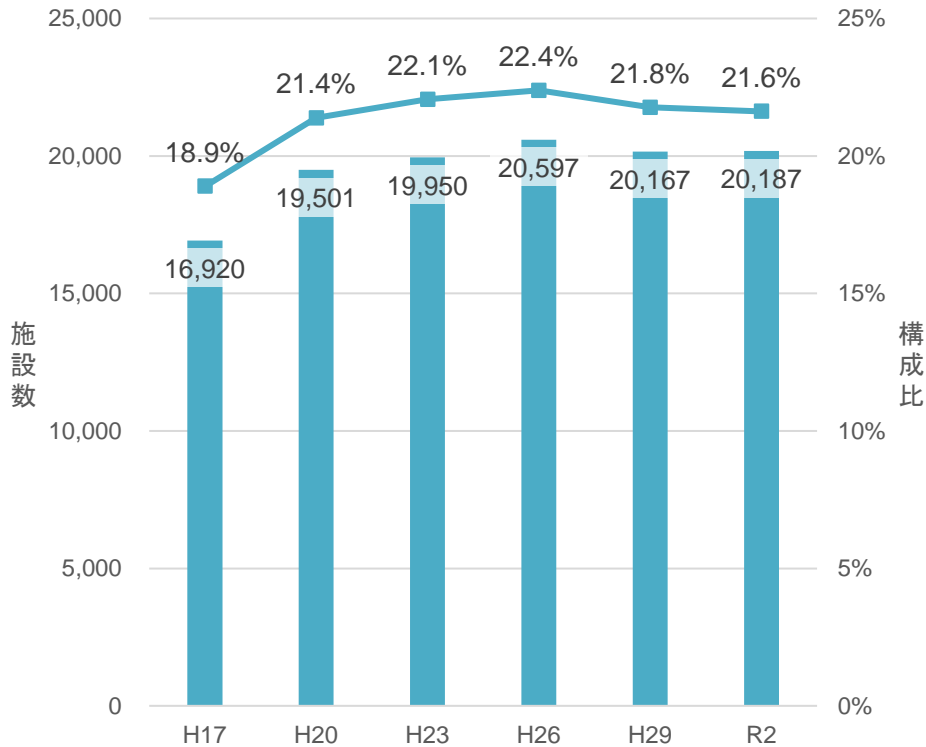
○ 訪問診療に対応する医療機関の数は、令和2年時点では診療所では全体の約22%、病院では平成26年以降増加に転じ、全体の約36%であった。

## 訪問診療を行う医療機関数の推移

訪問診療：患者宅に計画的、定期的に訪問し、診療を行うもの  
 往診：患者の要請に応じ、都度、患者宅を訪問し、診療を行うもの

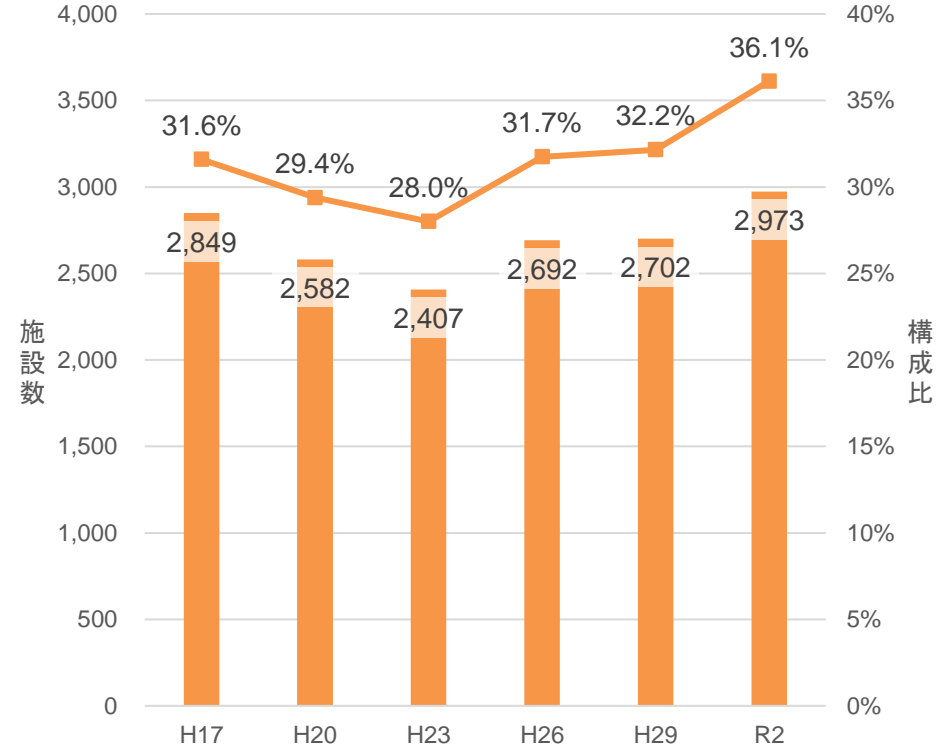
### 診療所

■ 訪問診療を行う診療所の数    ■ 診療所全体(注)に占める割合  
 (注) 保険診療を行っていない施設を除く



### 病院

■ 訪問診療を行う病院の数    ■ 病院全体(注)に占める割合  
 (注) 保険診療を行っていない施設を除く

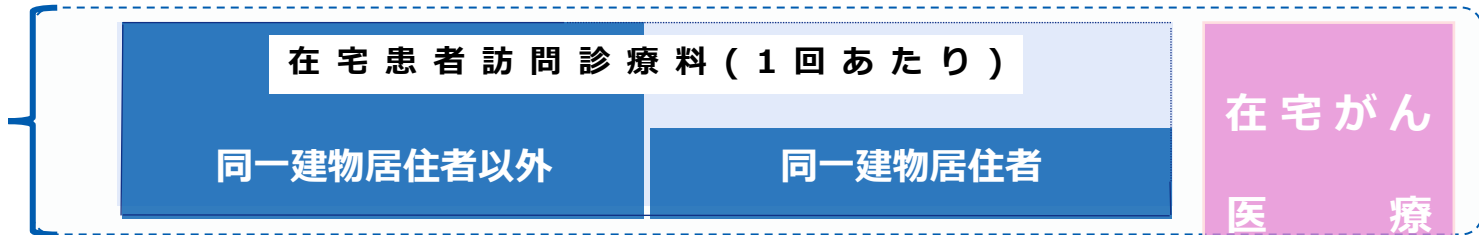


# 在宅医療における診療報酬上の評価構造（イメージ）

➤ 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。

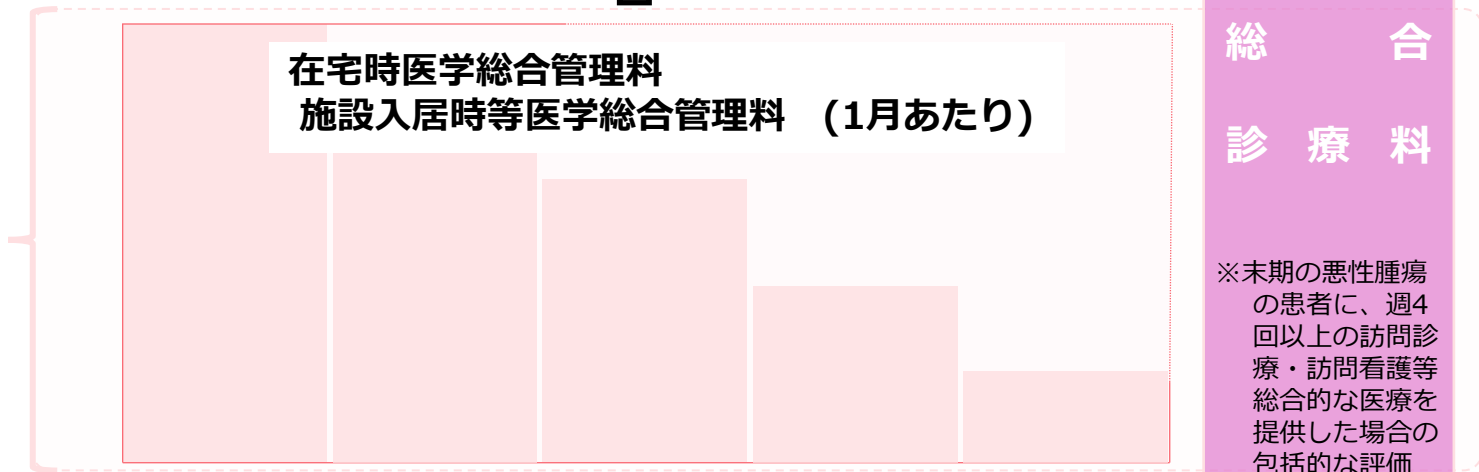
## ①定期的に訪問して診療を行った場合の評価

- 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

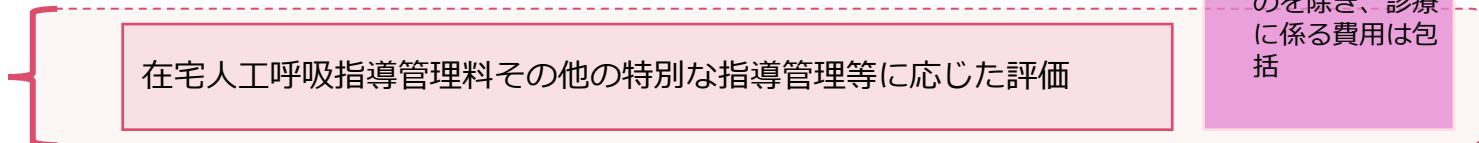


## ②総合的な医学的管理等を行った場合の評価

- 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



在宅がん  
医療

総合  
診療料

※末期の悪性腫瘍の患者に、週4回以上の訪問診療・訪問看護等総合的な医療を提供した場合の包括的な評価

※特に規定するものを除き、診療に係る費用は包括

※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

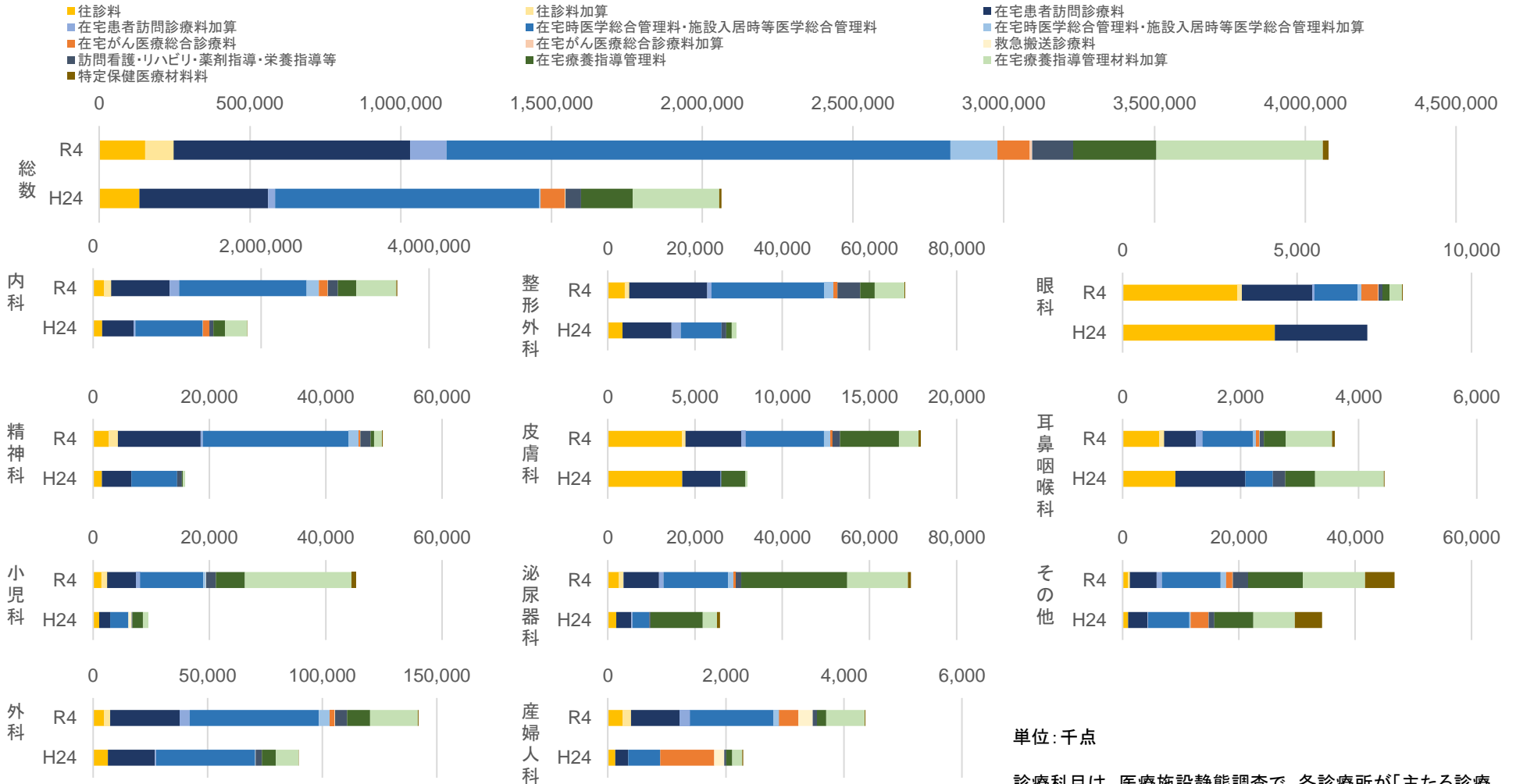
1人の患者に対して1つの保険医療機関の保険医の指導管理の下に継続的に行われる訪問診療について、1日につき1回に限り算定。

## ○ 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。

# 在宅医療に関する診療報酬の構成の推移(診療所、診療科目別)

- 診療所における、診療科目別の医療費の推移については、全体として増加傾向であり、特に小児科や精神科で増加している。
- 小児科や泌尿器科等、一部の診療科において材料加算における医療費が増加している。



出典: 社会医療診療行為別統計(平成27年より)、社会医療診療行為別調査(平成26年まで)(各年6月審査分)

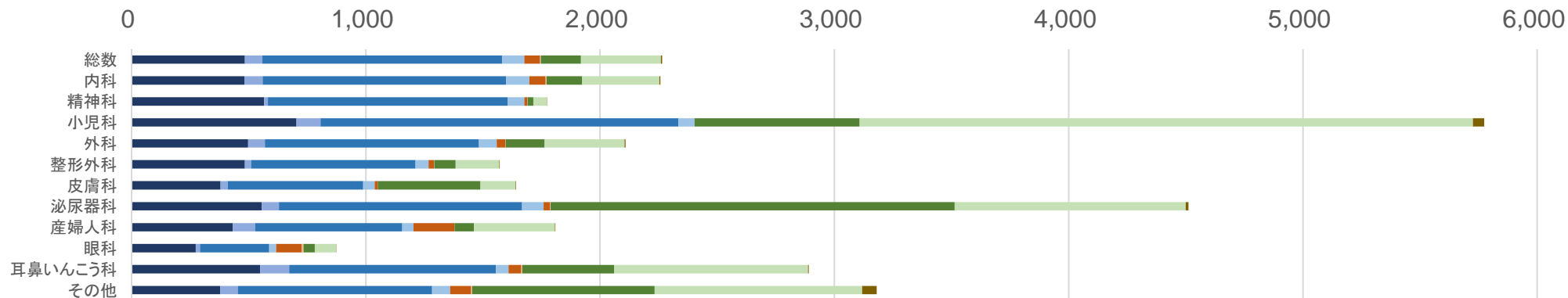
※診療所について: 平成24年以前は抽出調査、平成25年以後は全数調査

# 訪問診療1回あたりの診療報酬の構成の推移(診療所、診療科目別)

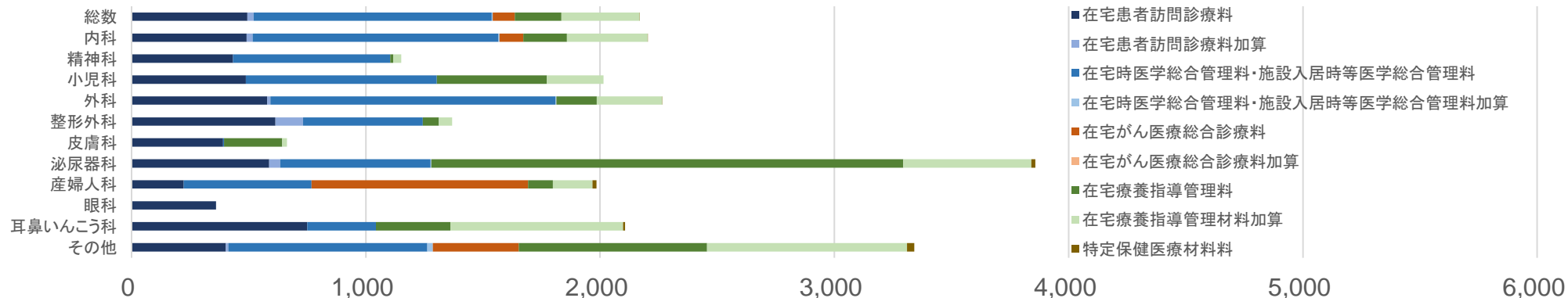
○ 診療所における在宅医療受診1回あたりに請求されている在宅医療に係る診療報酬については、総数としてみると両年度とも「在宅患者訪問診療料」「在宅時医学総合管理料」が多くを占めるが、令和4年度では加算分の診療報酬の比率が高まっている。また、診療科目ごとに見ると、令和4年度では小児科・泌尿器科は「在宅療養指導管理料」及び同材料加算の比率が極めて高い。

【令和4年度】

訪問診療1回あたりの診療報酬(点)



【平成24年度】



診療科目は、医療施設静態調査で、各診療所が「主たる診療科目」として回答したものに基づいて区分。

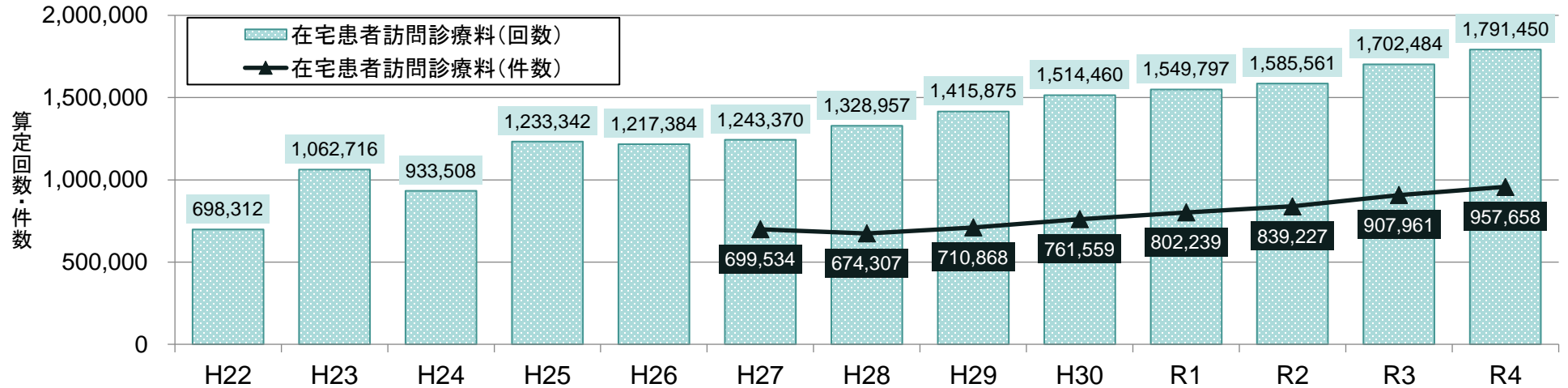
出典：社会医療診療行為別統計(平成27年より)、社会医療診療行為別調査(平成26年まで)(各年6月審査分)

※診療所について：平成24年以前は抽出調査、平成25年以後は全数調査

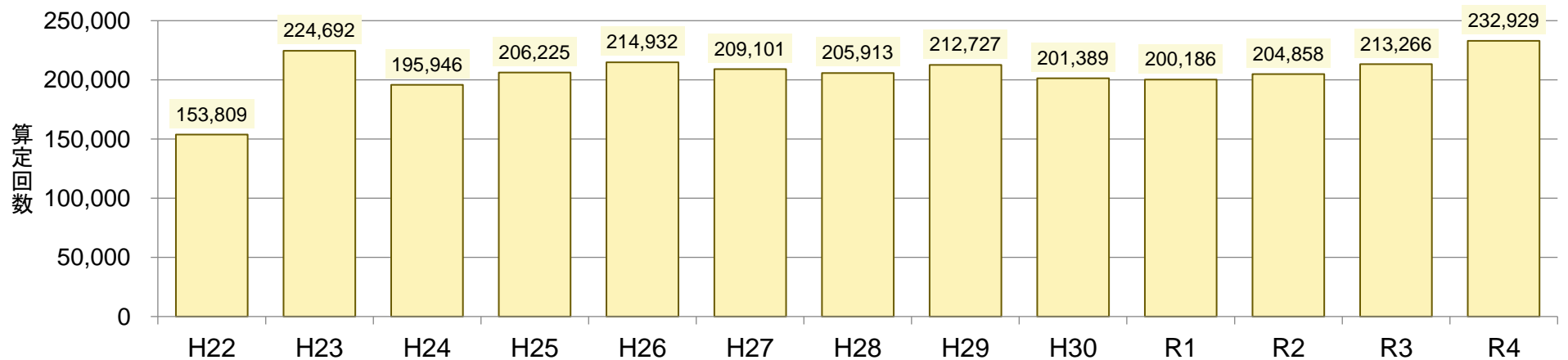
# 在宅患者訪問診療料・往診料の算定状況

○ 在宅患者訪問診療料の算定回数は平成26年から一貫して増加傾向、往診料の算定回数は令和元年から増加傾向である。

## <在宅患者訪問診療料の算定回数>



## <往診料の算定回数>



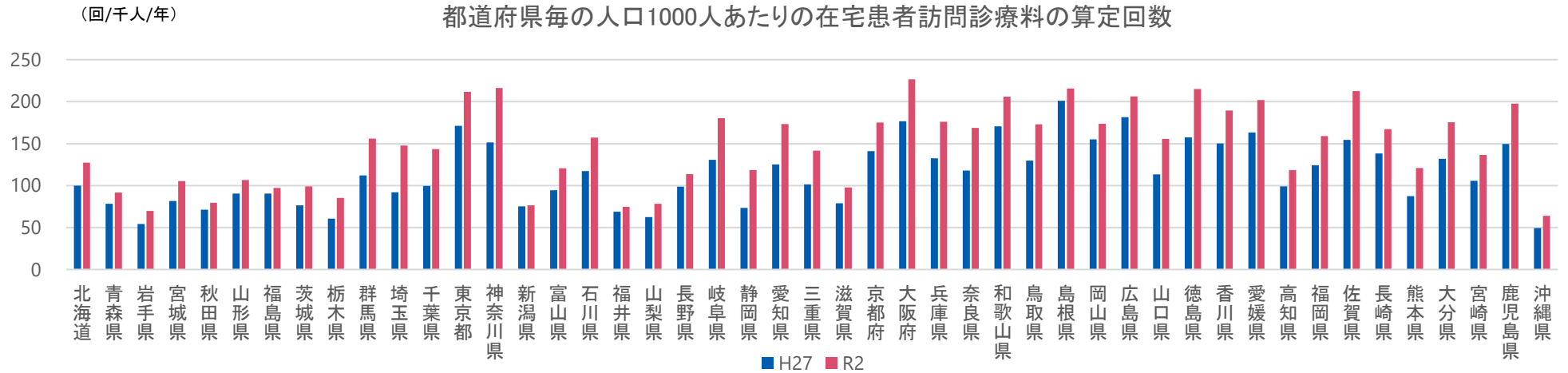
出典：社会医療診療行為別統計(平成27年より)、社会医療診療行為別調査(平成26年まで)(各年6月審査分)

※病院について：平成22年以前は抽出調査、平成23年以後は全数調査

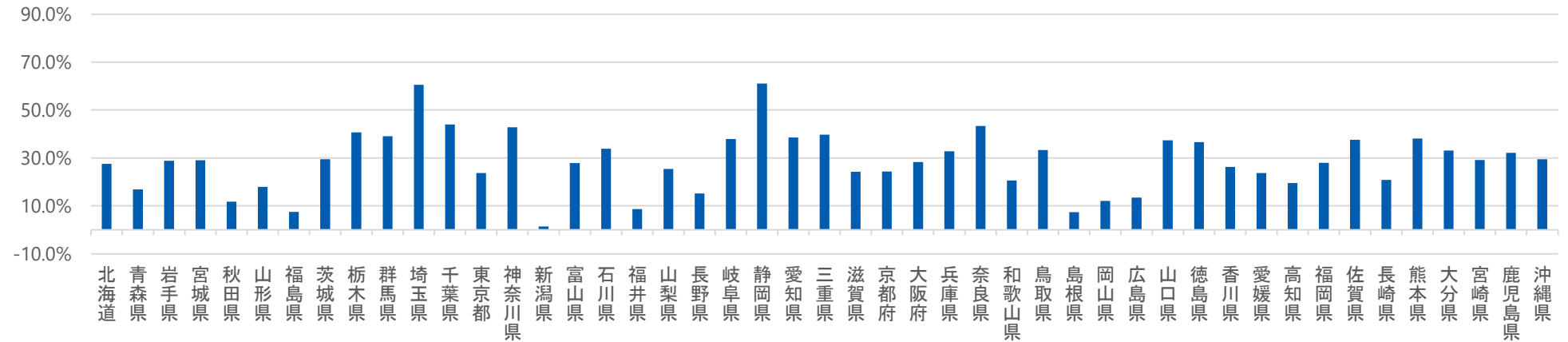
※診療所について：平成24年以前は抽出調査、平成25年以後は全数調査

# 都道府県毎の在宅患者訪問診療料の算定状況

- 平成27年と令和2年における一年間の人口1000人あたりの都道府県別の訪問診療料の算定回数及び増加率は以下のとおり(人口は令和3年度人口動態統計を使用)。
- 全ての地域で在宅患者訪問診療料の算定回数が増加しているが、人口あたりで最大3.5倍の差が生じている。



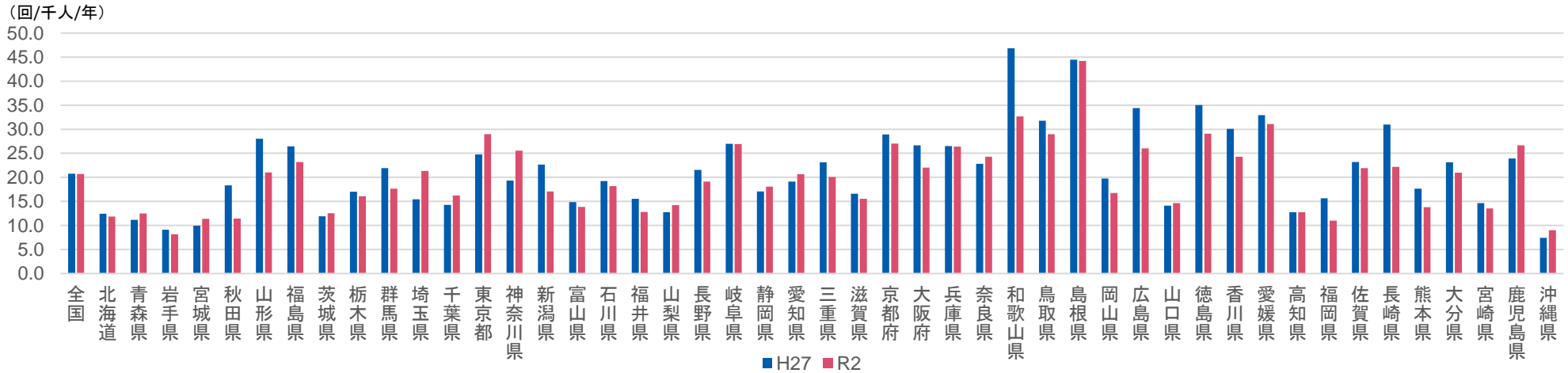
都道府県毎の人口1000人あたりの在宅患者訪問診療料の算定回数の増加率(H27→R2)



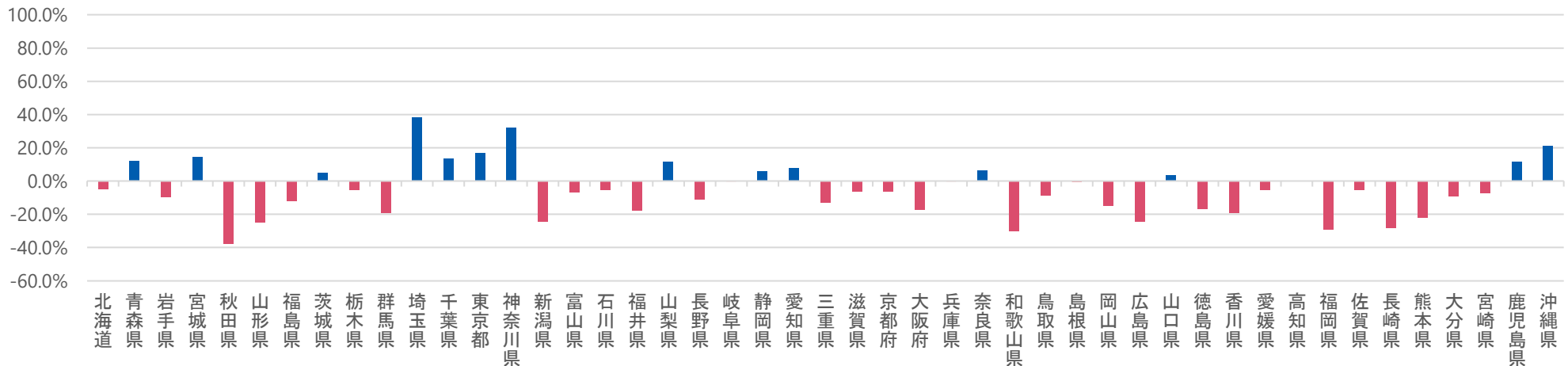
# 都道府県毎の往診料の算定状況

- 平成27年と令和2年における一年間の人口1000人あたりの都道府県別の往診料の算定回数及び増加率は以下のとおり。(人口は令和3年度人口動態統計を使用)
- 増加率で見ると増加している都道府県と増加していない都道府県が存在する。

都道府県毎の人口1000人あたりの往診料の算定回数



都道府県毎の人口1000人あたりの往診料の算定回数の増加率(H27→R2)



# 往診料における加算について

	機能強化型在支診・在支病 (単独型・連携型)		機能強化型以外 の在支診・在支病	その他の医療機関
	病床有	病床無		
往診料	720点			

+

緊急往診加算	850点	750点	650点	325点
夜間・休日往診加算	1700点	1500点	1300点	650点
深夜往診加算	2700点	2500点	2300点	1300点

## ①緊急往診加算:

保険医療機関において、標榜時間内であって、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している時に、患者又は現にその看護に当たっている者から緊急に求められて往診を行った場合に算定する。

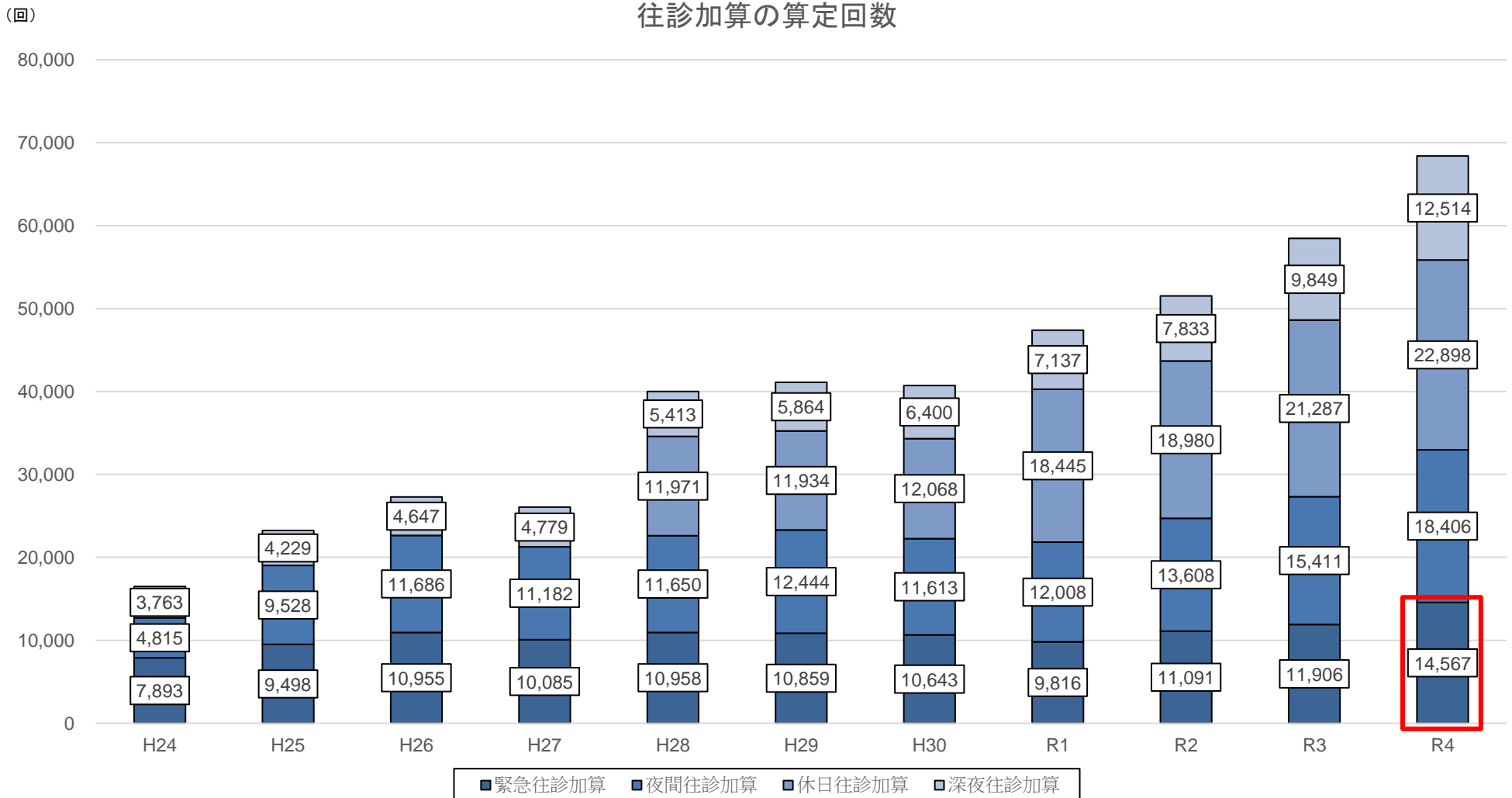
## ②夜間・休日・深夜往診加算の取扱いについて

夜間(深夜を除く。)とは午後6時から午前8時までとし、深夜の取扱いについては、午後10時から午前6時までとする。ただし、これらの時間帯が標榜時間に含まれる場合、夜間・休日往診加算及び深夜往診加算は算定できない。

休日とは、日曜日及び国民の祝日に関する法律第3条に規定する休日をいう。なお、1月2日及び3日並びに12月29日、30日及び31日は、休日として取り扱う。

# 往診加算の算定状況の推移

- 平成27年から令和4年までの往診加算の推移を見ると、緊急往診加算は令和4年に特に増加した。
- 夜間往診加算、深夜往診加算及び休日往診加算については増加傾向である。



出典：社会医療診療行為別統計(平成27年より)、社会医療診療行為別調査(平成26年まで)(各年6月審査分)

※病院について：平成22年以前は抽出調査、平成23年以後は全数調査

※診療所について：平成24年以前は抽出調査、平成25年以後は全数調査



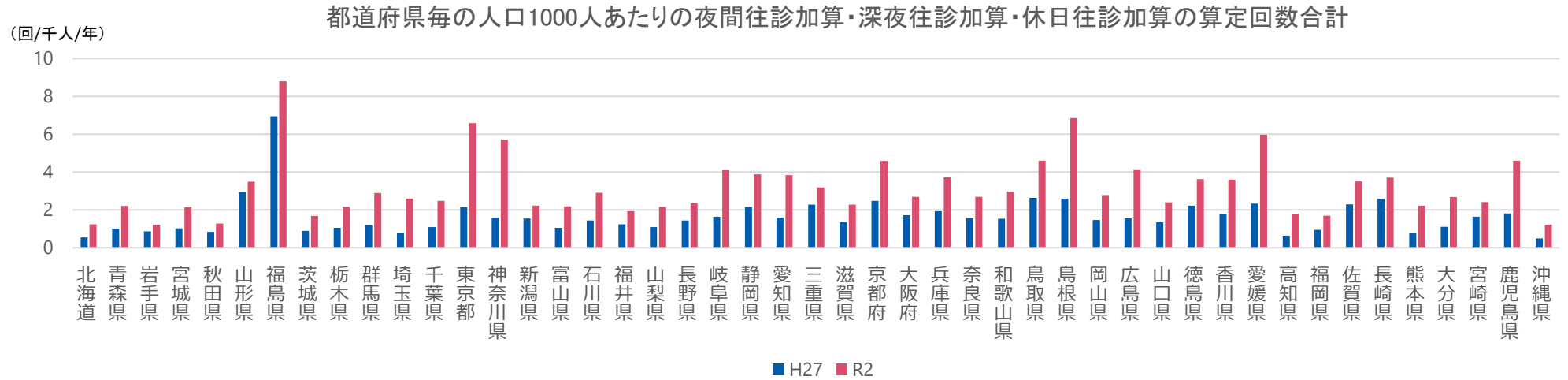
# 新型コロナウイルス感染症流行に伴う 往診に関する診療報酬上の特例について

- 新型コロナウイルス感染症の流行に伴い、往診等に関する診療報酬上の特例を設けていたため、往診料等の算定回数が増加していることが考えられる。
- 令和5年5月8日の新型コロナウイルス感染症の位置づけ変更に伴い、診療報酬上の特例について見直しが行われた。

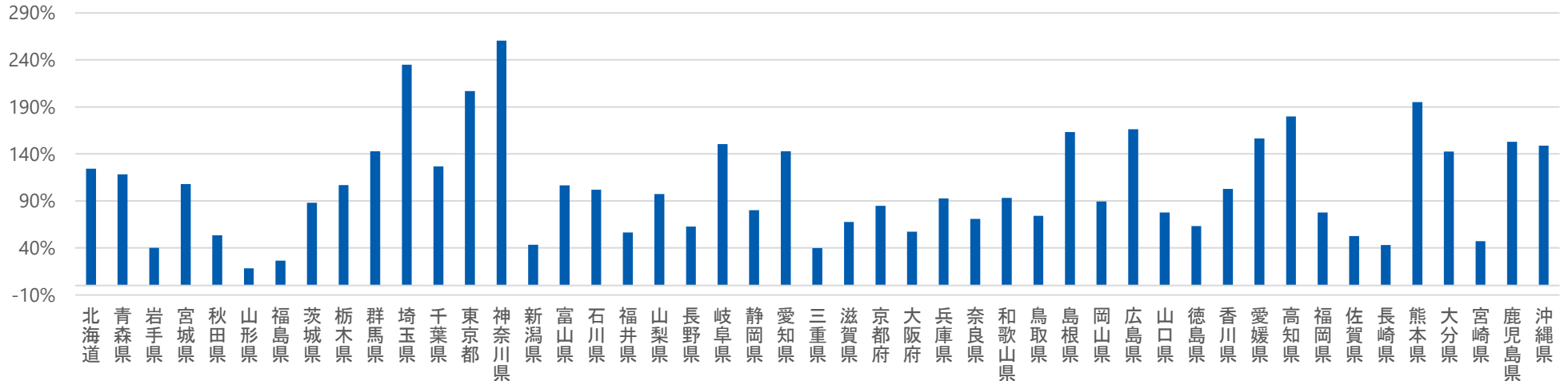
項目	診療報酬上の特例（往診に関する主なもの）		位置づけ変更後 （令和5年5月8日～）
	事務連絡発出日	具体的な内容	
新型コロナウイルス感染症患者及び疑い患者に対する往診時等の感染対策の評価	令和2年4月24日	コロナ疑い/確定患者への往診における感染対策として院内トリアージ料 <b>300点</b> を算定可能とした。	（引き続き評価）
緊急往診加算に関する特例的な取扱い	令和3年2月26日	<b>緊急往診加算（325点～850点）</b> の対象に、新型コロナウイルス感染症患者を追加。	（引き続き評価）
往診に係る算定方法の留意事項の取扱い （往診料は、本来患者又は家族等患者の看護にあたる者が、保険医療機関に対し、電話等で直接往診を求める必要がある）	令和3年4月21日	都道府県等が、自宅・宿泊療養を行っている者に対する症状増悪時の健康相談対応を、事業者に委託する場合において、 ① 最初に、患者又は家族等患者の看護に当たる者（以下、「患者等」という。）が事業者に対して電話等により、症状増悪に伴う健康相談をし、 ② 当該健康相談を受けた事業者が、医師に対して当該患者に関する情報提供を行い、 ③ 当該医師が患者等に電話等を行い、患者等から直接往診を求められ、患者への往診の必要性を認め、可及的速やかに患者に赴き診療を行った場合、往診料が算定可能。	<b>廃止</b>
新型コロナウイルス感染症患者に対する緊急の往診への追加的评价	令和3年7月30日 →令和3年9月28日	新型コロナウイルス感染症患者に対する緊急往診において救急医が <b>救急医療管理加算950点</b> が追加的算定可能とした。また、令和3年9月28日付で <b>救急医学管理加算（3倍）2,850点</b> に増点した。	<b>950点</b> 【緊急の往診】 ※介護保険施設等への緊急の往診に限り2,850点を継続
宿泊施設等における往診の特例的な取扱い	令和3年8月26日	新型コロナウイルス感染症患者に係る宿泊療養施設等において療養している患者について、 ① 当該宿泊施設等における往診に係る調整等を保健所、都道府県、市町村又は医師会が実施し、 ② 往診を担当する保険医療機関の保険医が当該患者の診療の求めがあることを確認し、 ③ 当該保険医が診療の必要性を認めこれを実施した場合、往診料が算定可能。	<b>廃止</b>

# 都道府県毎の夜間・深夜往診加算及び休日往診加算の算定状況

- 平成27年と令和2年における一年間の人口1000人あたりの都道府県別の夜間往診加算・深夜往診加算・休日往診加算の算定回数合計及び増加率は以下のとおり。
- 東京都や神奈川県など、一部地域で算定回数が増加している。



都道府県毎の人口1000人あたりの夜間往診加算・深夜往診加算・休日往診加算の算定回数の増加率(H27→R2)



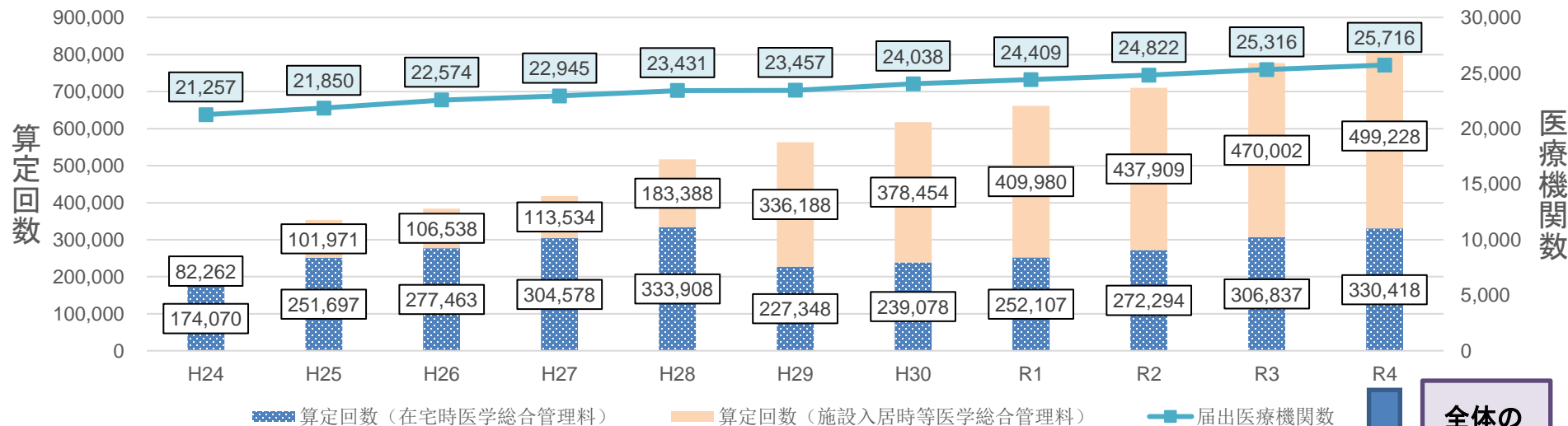
# 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料について

C002	在宅時医学総合管理料	在宅での療養を行っている患者に対するかかりつけ医機能の確立及び在宅での療養の推進を図るもの。 在宅又は施設で療養を行っている患者であって、通院困難な者に対して、個別の患者毎に総合的な在宅療養計画を作成し、総合的な医学管理料を行った場合の評価。
C002-2	施設入居時等医学総合管理料	

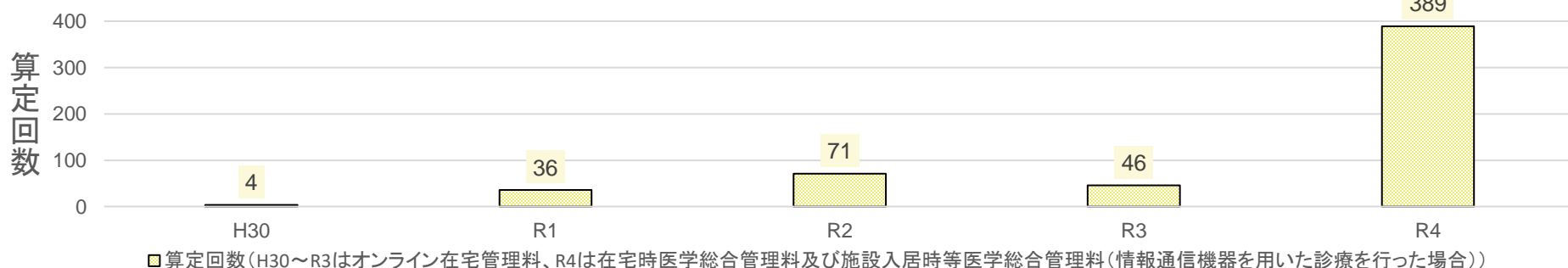
※ 在宅療養支援診療所：在支診 在宅療養支援病院：在支病		機能強化型在支診・在支病 (病床あり)			機能強化型在支診・在支病 (病床なし)			在支診・在支病			その他		
		1人	2～9人	10人～	1人	2～9人	10人～	1人	2～9人	10人～	1人	2～9人	10人～
在宅時医学総合管理料	①月2回以上訪問 (重症患者)	5,400点	4,500点	2,880点	5,000点	4,140点	2,640点	4,600点	3,780点	2,400点	3,450点	2,835点	1,800点
	②月2回以上訪問	4,500点	2,400点	1,200点	4,100点	2,200点	1,100点	3,700点	2,000点	1,000点	2,750点	1,475点	750点
	③(うち1回は情報通信機器を用いた診療)	3,029点	1,685点	880点	2,789点	1,565点	820点	2,569点	1,465点	780点	2,029点	1,180点	660点
	④月1回訪問	2,760点	1,500点	780点	2,520点	1,380点	720点	2,300点	1,280点	680点	1,760点	995点	560点
	⑤(うち2月目は情報通信機器を用いた診療)	1,515点	843点	440点	1,395点	783点	410点	1,285点	733点	390点	1,015点	590点	330点
施設入居時等医学総合管理料	①月2回以上訪問 (重症患者)	3,900点	3,240点	2,880点	3,600点	2,970点	2,640点	3,300点	2,700点	2,400点	2,450点	2,025点	1,800点
	②月2回以上訪問	3,200点	1,700点	1,200点	2,900点	1,550点	1,100点	2,600点	1,400点	1,000点	1,950点	1,025点	750点
	③(うち1回は情報通信機器を用いた診療)	2,249点	1,265点	880点	2,069点	1,175点	820点	1,909点	1,105点	780点	1,549点	910点	660点
	④月1回訪問	1,980点	1,080点	780点	1,800点	990点	720点	1,640点	920点	680点	1,280点	725点	560点
	⑤(うち2月目は情報通信機器を用いた診療)	1,125点	633点	440点	1,035点	588点	410点	955点	553点	390点	775点	455点	330点

# 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の算定状況

- 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料について、届出医療機関数及び算定回数は増加傾向である。
- 情報通信機器を用いた診療を行った在宅時医学総合管理料および施設入居時等医学総合管理料について、令和4年5月時点における算定回数は全体の約0.05%である。



情報通信機器を用いた診療を行った在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の算定回数



■算定回数(H30～R3はオンライン在宅管理料、R4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(情報通信機器を用いた診療を行った場合))

出典：算定回数については社会医療診療行為別統計(平成27年より)、社会医療診療行為別調査(平成26年まで)(各年6月審査分)

※診療所について：平成24年以前は抽出調査、平成25年以後は全数調査

届出医療機関数については保険局医療課調べ(各年7月1日時点)

情報通信機器情報通信機器を組み合わせ実施した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の算定状況については令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査及びNDBデータより

# 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>					

# 「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」 における意思決定支援や方針決定の流れ(イメージ図)(平成30年版)

意見交換 資料-1  
参 考  
R 5 . 5 . 1 8

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。

心身の状態に応じて意思は変化しうるため  
繰り返し話し合うこと



## 主なポイント

本人の人生観や価値観等、できる限り把握

本人の意思が  
確認できる

本人と医療・ケアチームとの合意形成に向けた十分な話し合いを踏まえた、**本人の意思決定が基本**

人生の最終段階における  
医療・ケアの方針決定

本人や家族等※と十分に話し合う

・家族等※が本人の意思を推定できる

**本人の推定意思を尊重し、**  
本人にとって最善の方針をとる

話し合った内容を都度文書にまとめ共有

本人の意思が  
確認できない

・家族等※が本人の意思を推定できない  
・家族がいない

本人にとって最善の方針を  
医療・ケアチームで慎重に判断

- ・心身の状態等により医療・ケア内容の決定が困難な場合
- ・家族等※の中で意見がまとまらないなどの場合等

→複数の専門家で構成する話し合いの場を設置し、**方針の検討や助言**

※本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、話し合いに先立ち特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことが重要である。

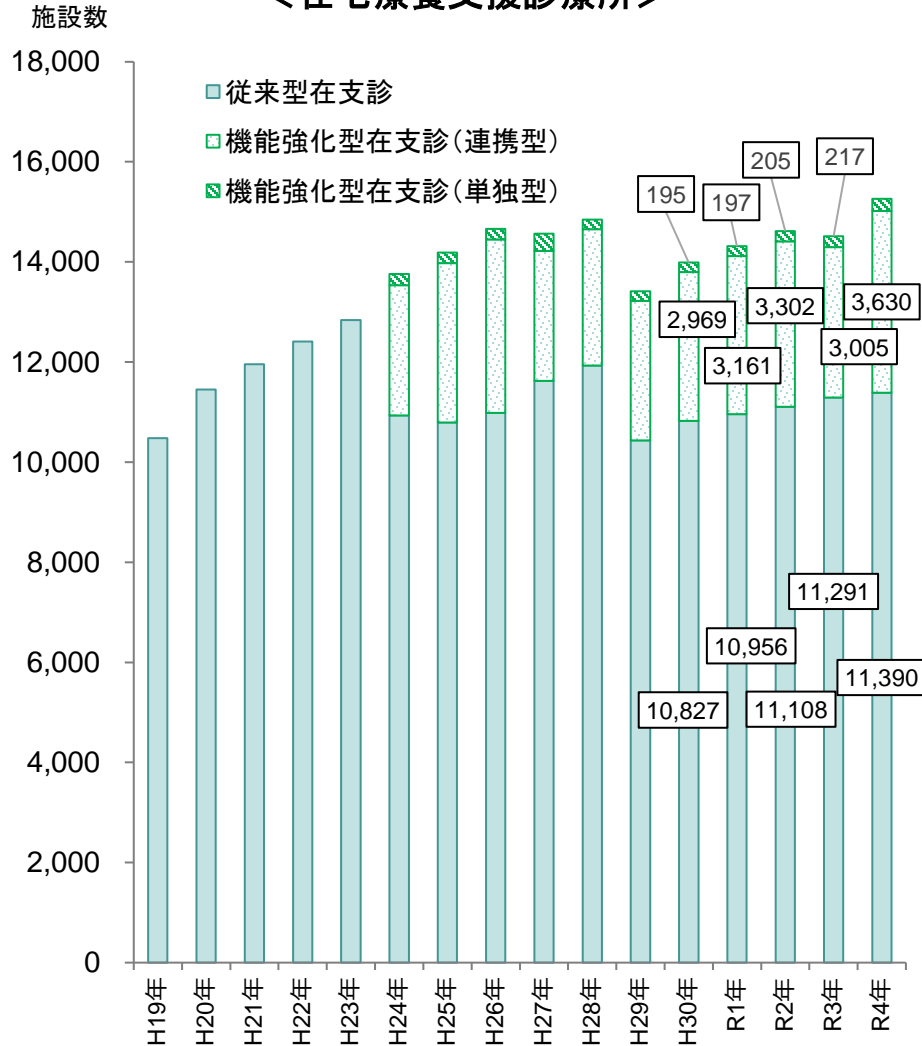
※家族等には広い範囲の人(親しい友人等)を含み、複数人存在することも考えられる。



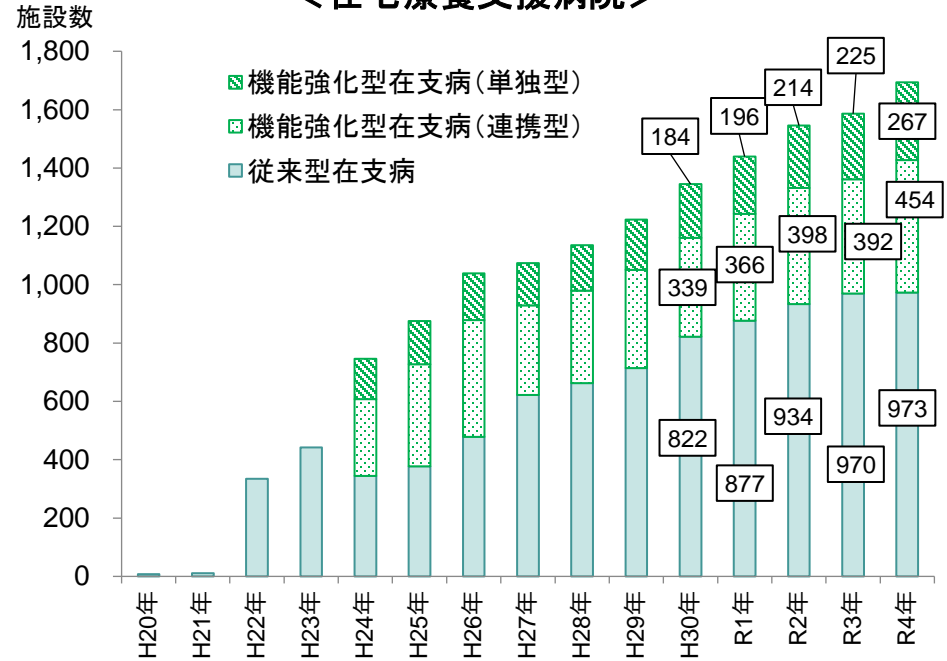
# 在宅療養支援診療所等の届出数

- 在宅療養支援病院の届出は、近年増加傾向である。
- 在宅療養支援診療所の届出は、近年横ばい傾向であったが、令和4年は増加している。

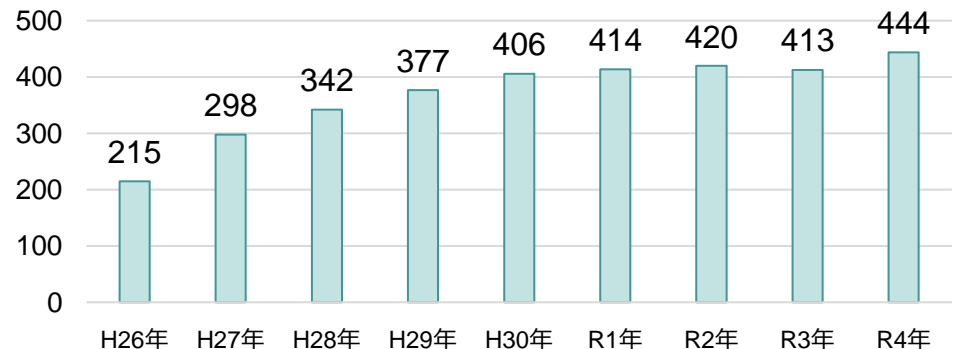
## <在宅療養支援診療所>



## <在宅療養支援病院>



## <在宅療養後方支援病院> ※平成26年新設



# 在宅ターミナルケアに対する診療報酬上の評価の概要

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

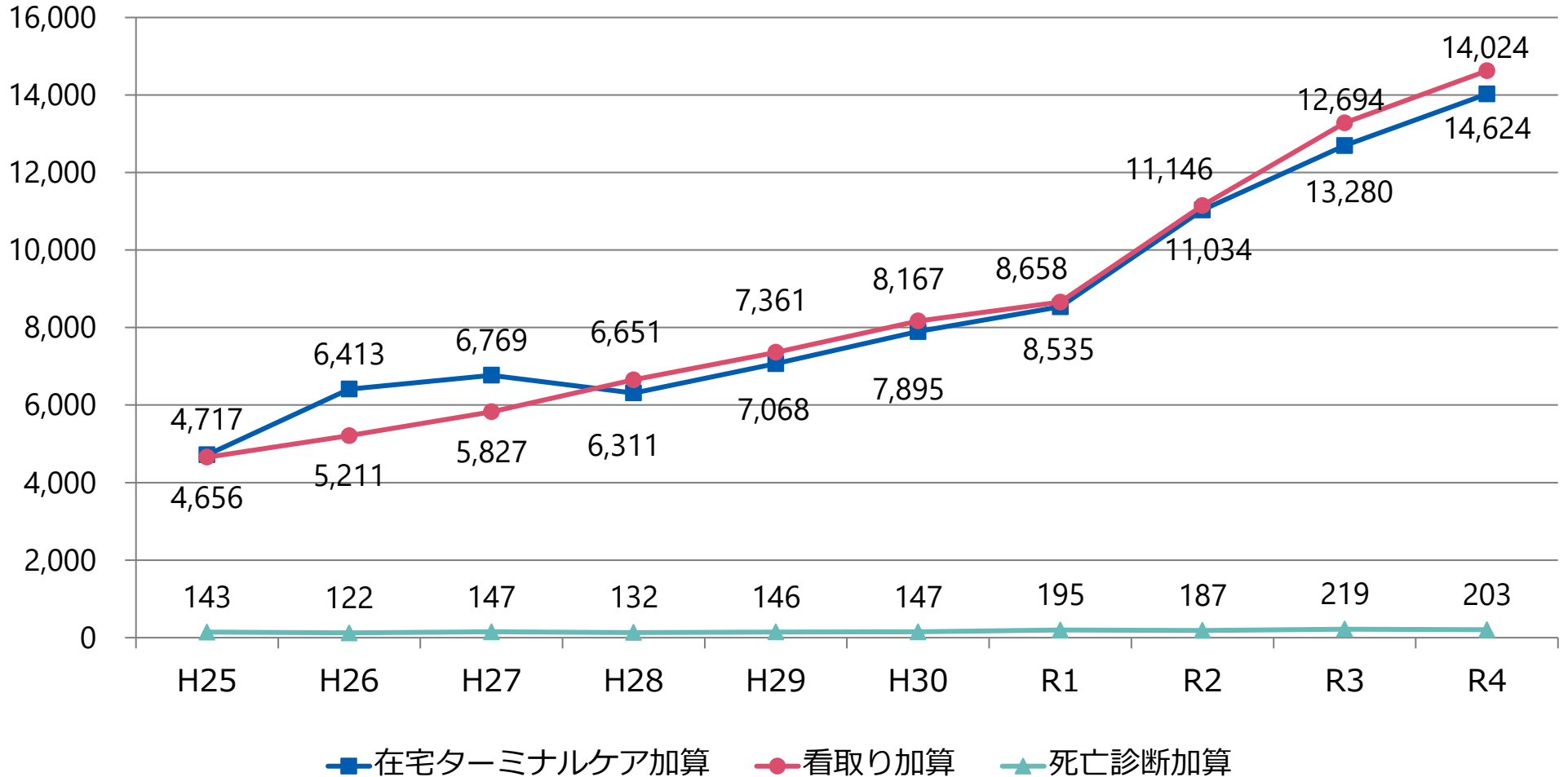


# 在宅ターミナルケア加算等の算定状況

○ 在宅ターミナルケア加算、看取り加算の算定回数は増加傾向である。

算定回数

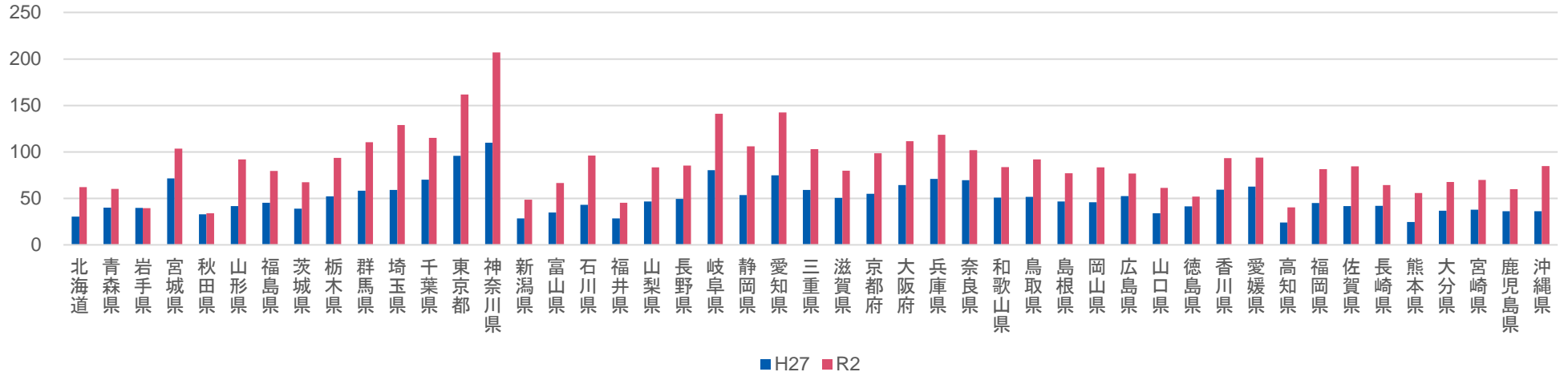
## 在宅患者訪問診療料に係る加算の算定回数



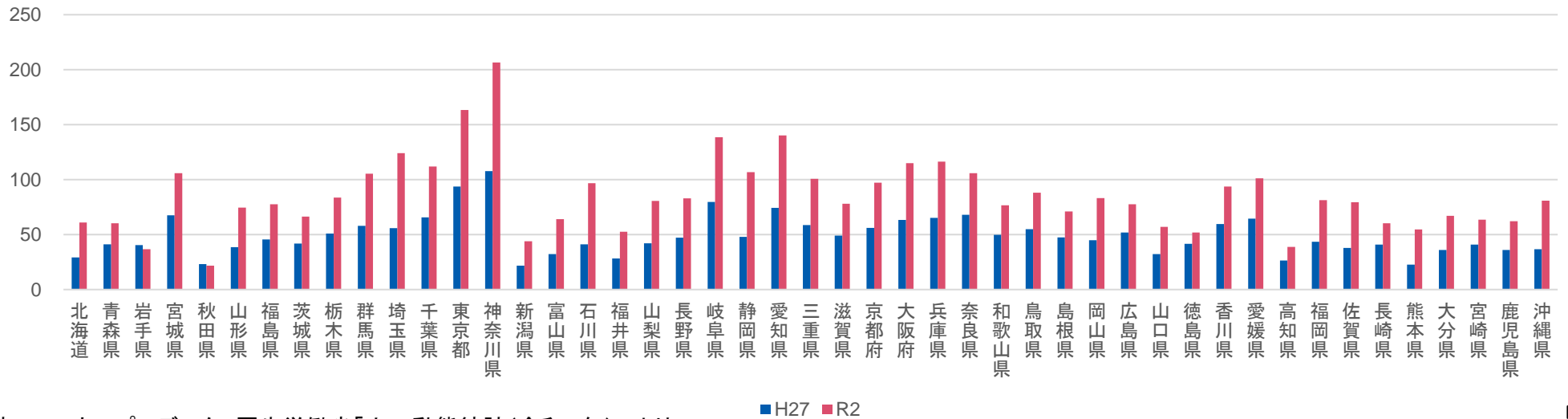
# 都道府県毎のターミナルケア加算・看取り加算の算定状況

○ 平成27年と令和2年における1年間の死亡者1000人あたりの都道府県毎の看取り加算・ターミナルケア加算の算定回数については、地域毎にばらつきがあるが、平成27年度と比較して全体的に増加している。

都道府県毎の看取り加算の算定状況(死亡者数1000人対)



都道府県毎のターミナルケア加算の算定状況(死亡者数1000人対)



# 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 |

注) 在宅がん医療総合診療料は、  
在支診・在支病のみ届出可能。



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。

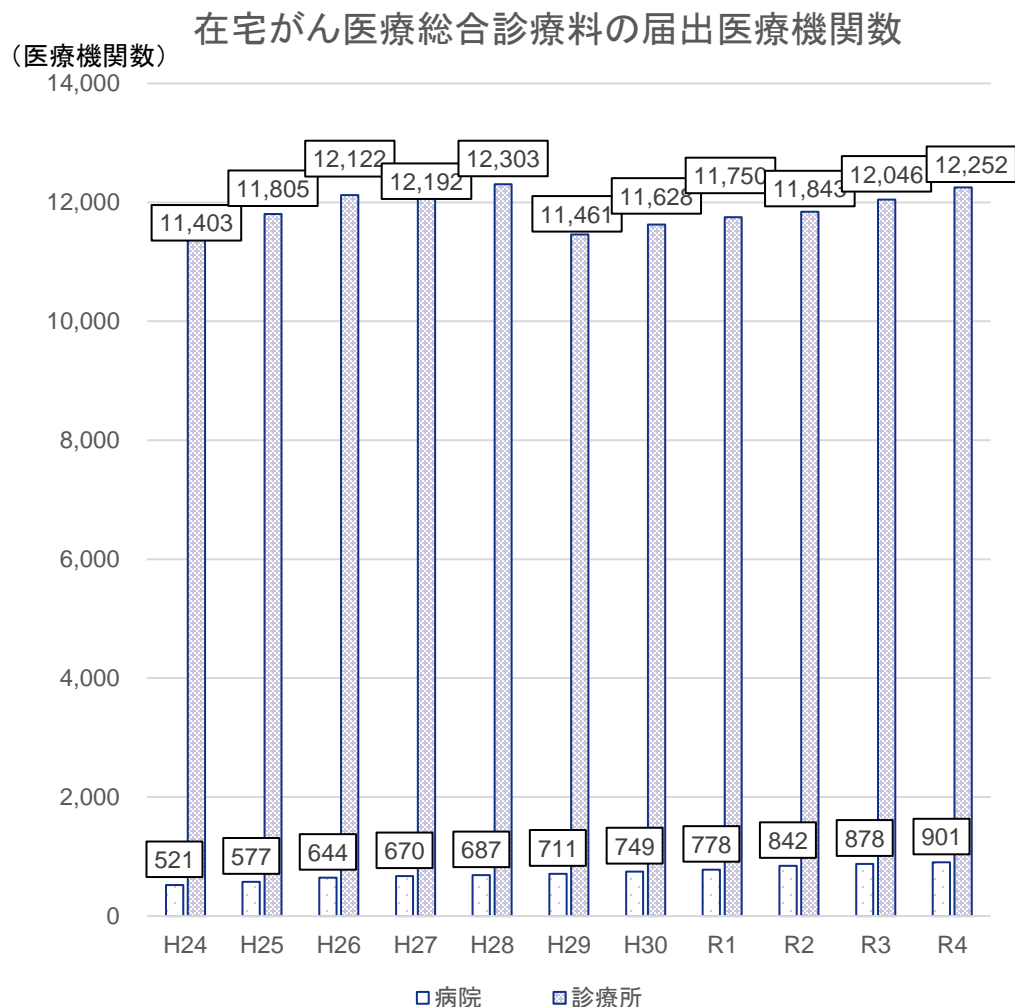
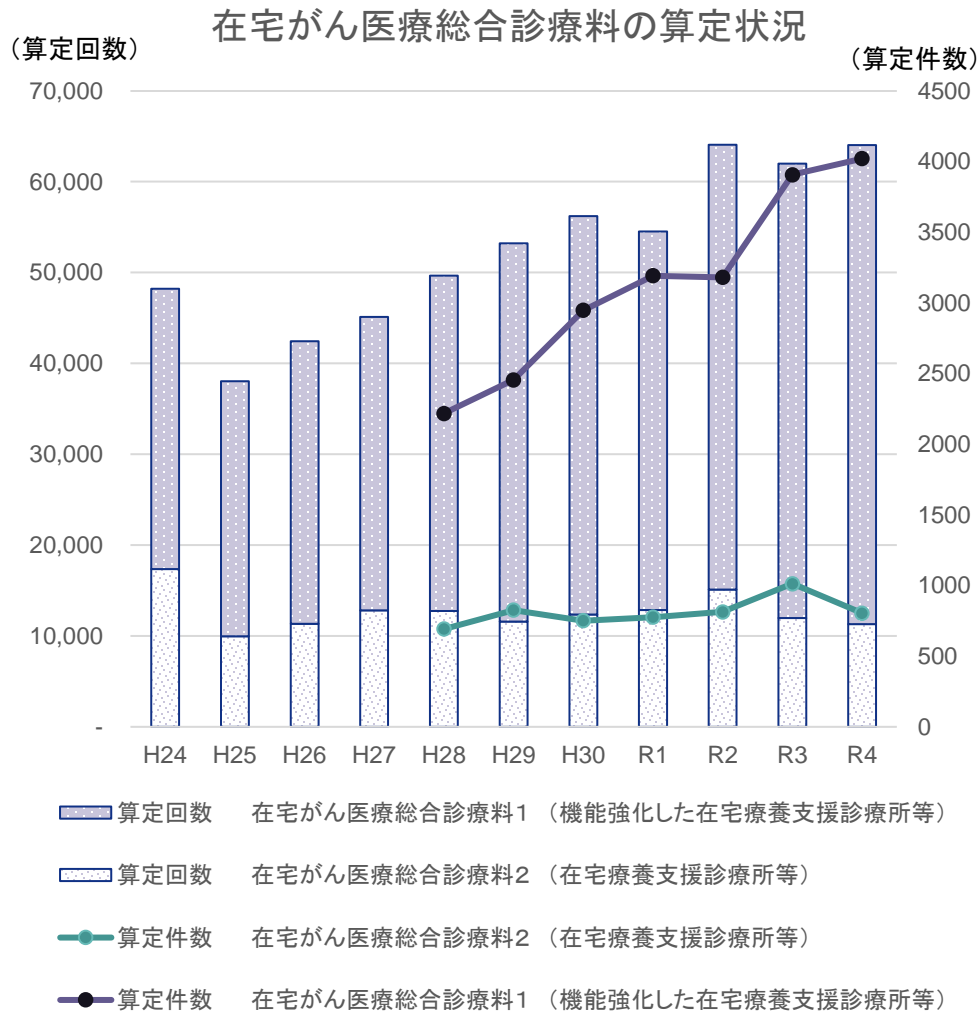
### [施設基準]（抜粋）

- 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。

# 在宅がん医療総合診療料の算定状況等

- 在宅がん医療総合診療料の算定回数は近年横ばいであるが、算定件数は増加傾向である。
- 届出医療機関数については、在宅療養支援病院で増加傾向である。

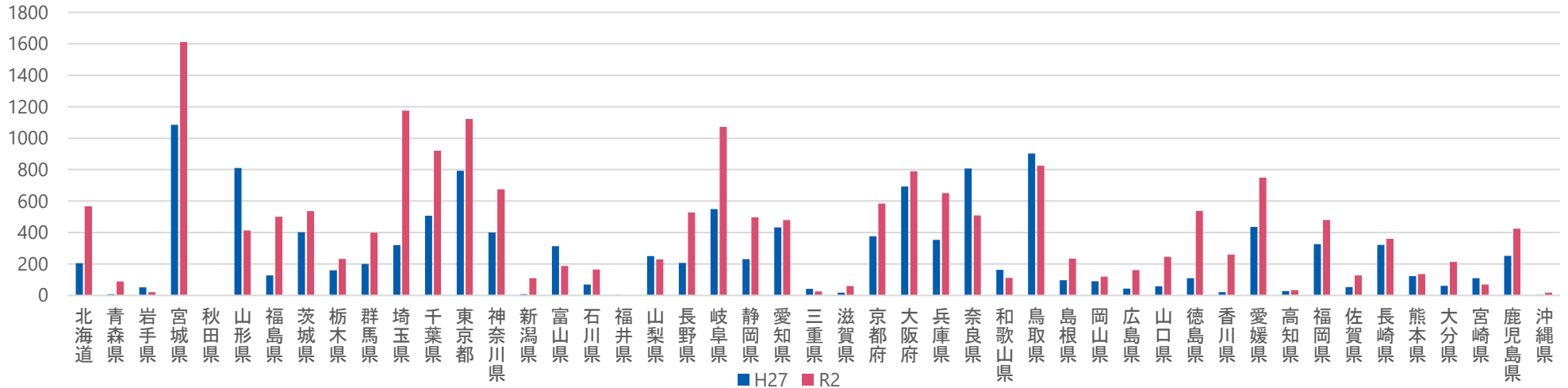


※診療所について：平成24年以前は抽出調査、平成25年以後は全数調査

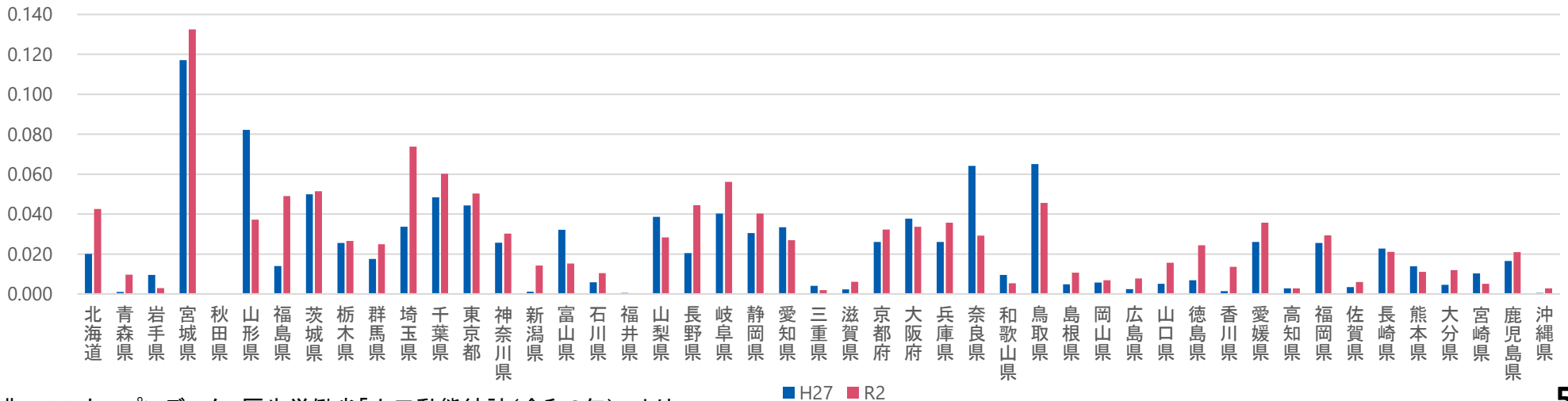
# 都道府県毎の在宅がん医療総合診療料の算定状況

○ 平成27年と令和2年における人口10万人あたりの在宅がん医療総合診療料の算定回数を都道府県毎に見ると、在宅がん医療総合診療料については都道府県によって大きなばらつきがある。

都道府県毎の在宅がん医療総合診療料の算定回数(人口10万人対)



在宅がん総合医療診療料の算定回数/(在宅がん医療総合診療料の算定回数+訪問診療料の算定回数)

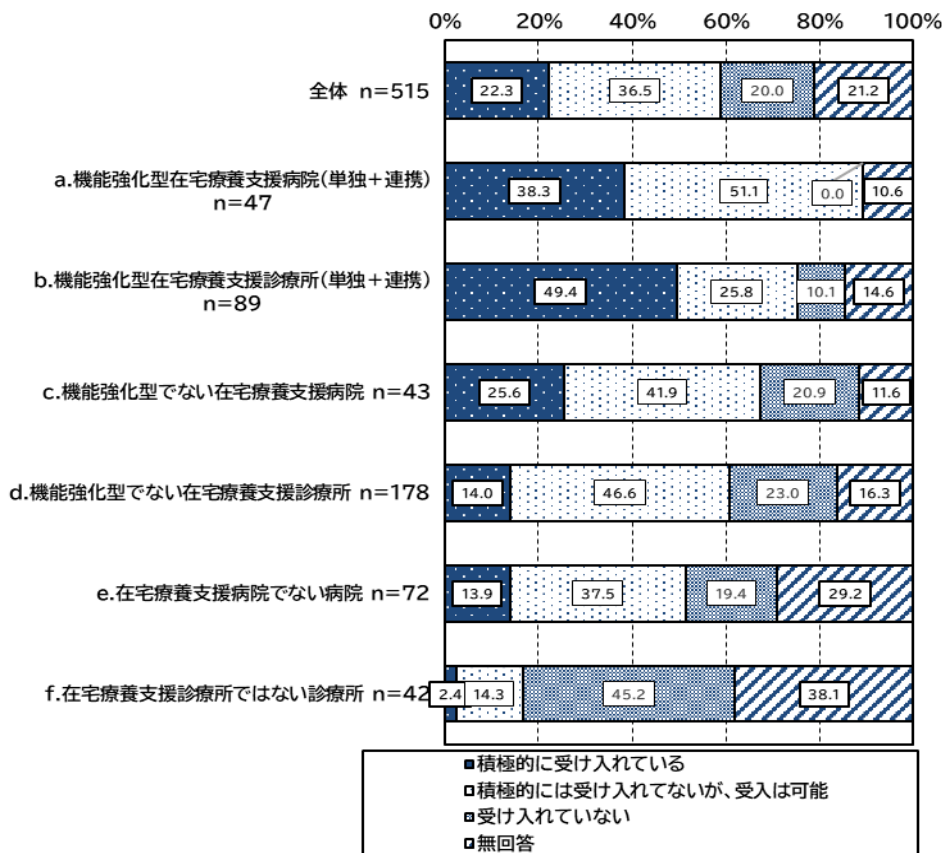


# 医療機関調査の結果⑫

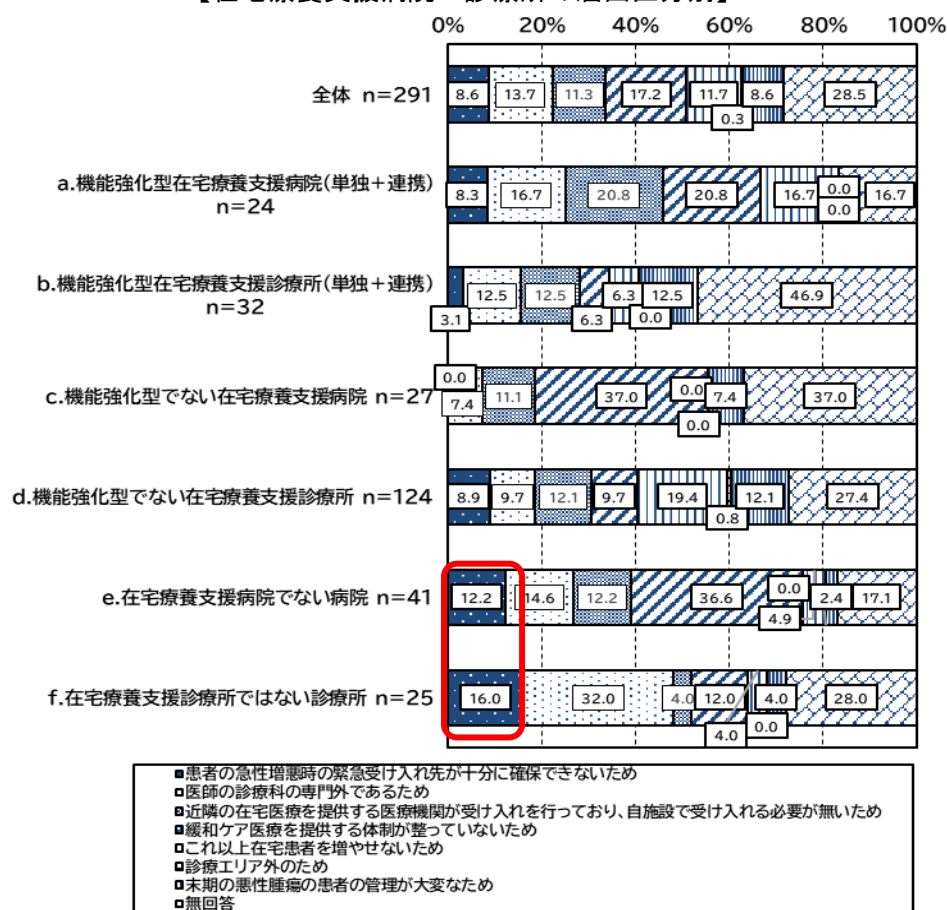
## <末期の悪性腫瘍の患者の受け入れ状況> (報告書p212,217)

- 末期の悪性腫瘍の患者の受け入れ状況については、「積極的に受け入れている」と回答した医療機関は全体の22.3%であった。
- 末期の悪性腫瘍患者を受け入れていない理由については、「緩和ケア医療を提供する体制が整っていないため」「医師の診療科の専門外であるため」が多い一方、在宅診療・在宅病以外の診療所・病院では「患者の急性増悪時の緊急受け入れ先が十分に確保できないため」が一定程度選択されていた。

図表 2-234 末期の悪性腫瘍の患者の受け入れ状況  
【在宅療養支援病院・診療所の届出区分別】



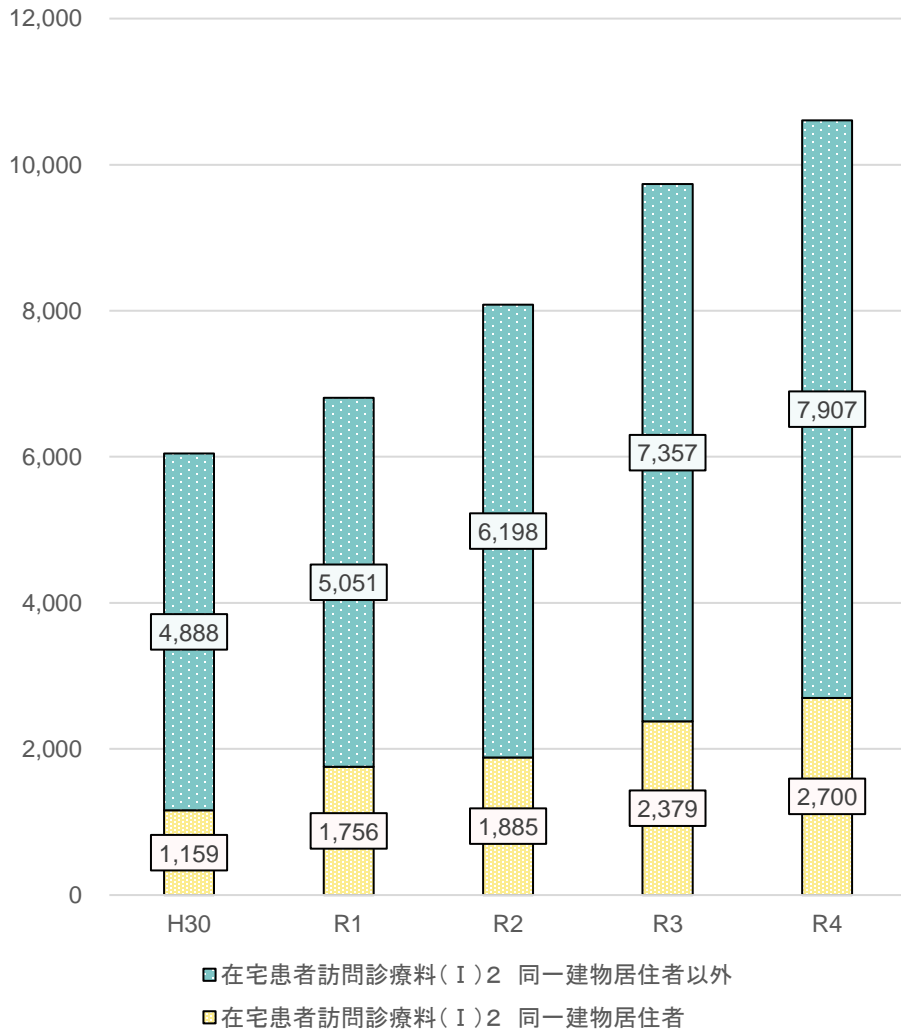
図表 2-239 末期の悪性腫瘍の患者を受け入れていない、積極的には受け入れていない理由  
【在宅療養支援病院・診療所の届出区分別】



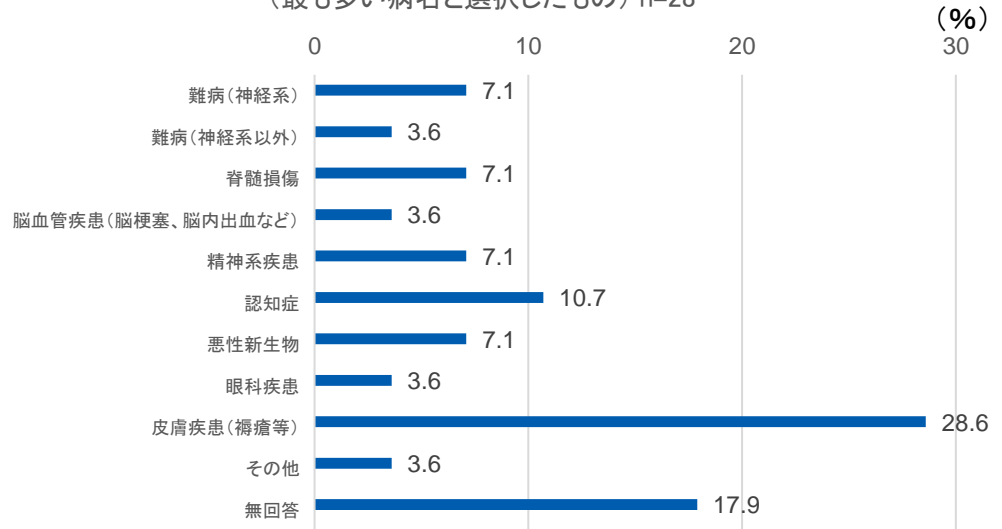
# 在宅患者訪問診療料（I）2の現状

- 在宅患者訪問診療料（I）2は、複数の医療機関による訪問診療が可能となるように平成30年に新設されたものであるが、算定回数は増加傾向である。
- 訪問診療の依頼について、対象病名としては皮膚疾患が多く、依頼先の診療科としては皮膚科が多い。

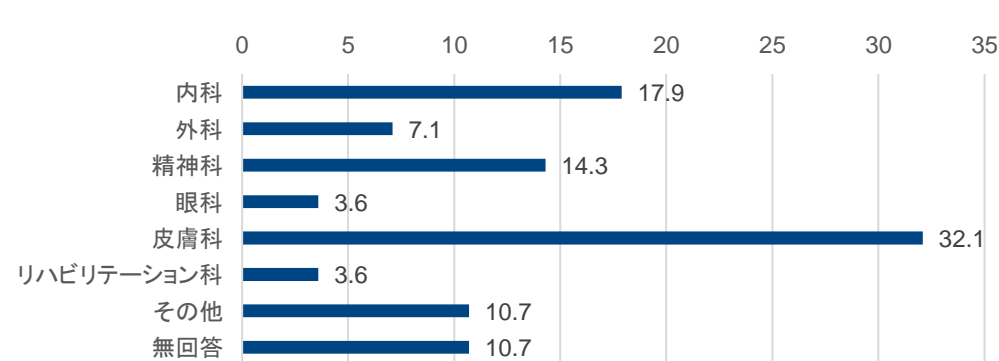
在宅患者訪問診療料（I）2の算定回数



訪問診療を依頼した対象病名  
（最も多い病名と選択したもの）n=28



訪問診療の依頼先として最も多い診療科  
（最も多い診療科と選択したもの）n=28



# 在宅療養移行加算について

## 【在宅療養移行加算】

在宅療養移行加算 1 216点

在宅療養移行加算 2 116点

〔施設基準〕

### 在宅療養移行加算 1

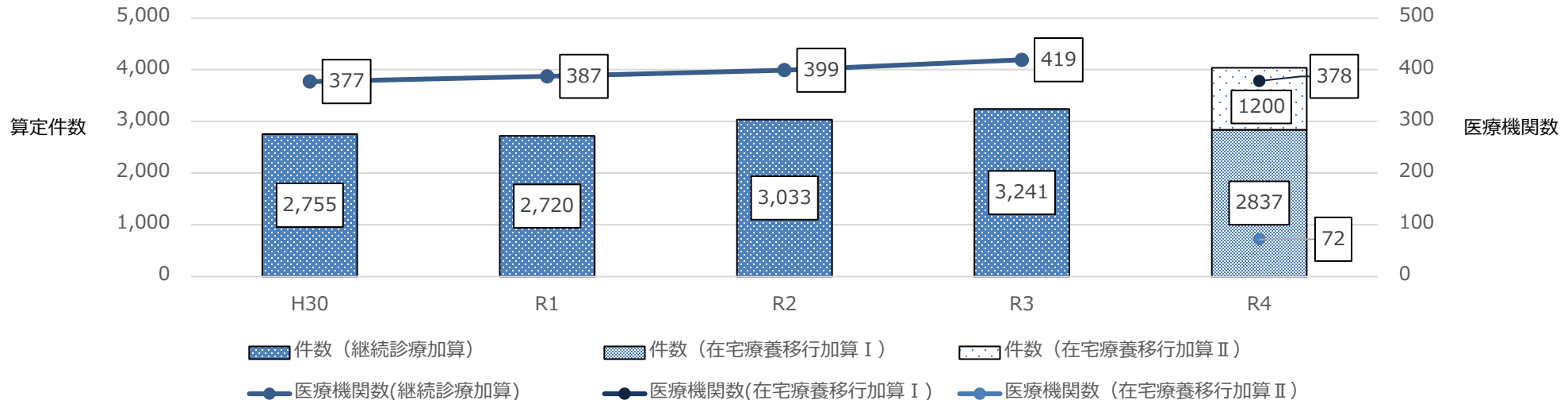
- ア 24時間の往診体制及び24時間の連絡体制
- イ 訪問看護が必要な患者に対し、訪問看護ステーションが訪問看護を提供する体制を確保している
- ウ 当該医療機関又は連携する医療機関の連絡担当者の氏名、診療時間内及び診療時間外の連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等並びに往診担当医の氏名等について、患者又は患者の家族に文書により提供し、説明している

### 在宅療養移行加算 2

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

注)在宅療養移行加算は、  
在支診・在支病では算定できない。

## ●在宅療養移行加算等の年次推移（各年5月診療分）





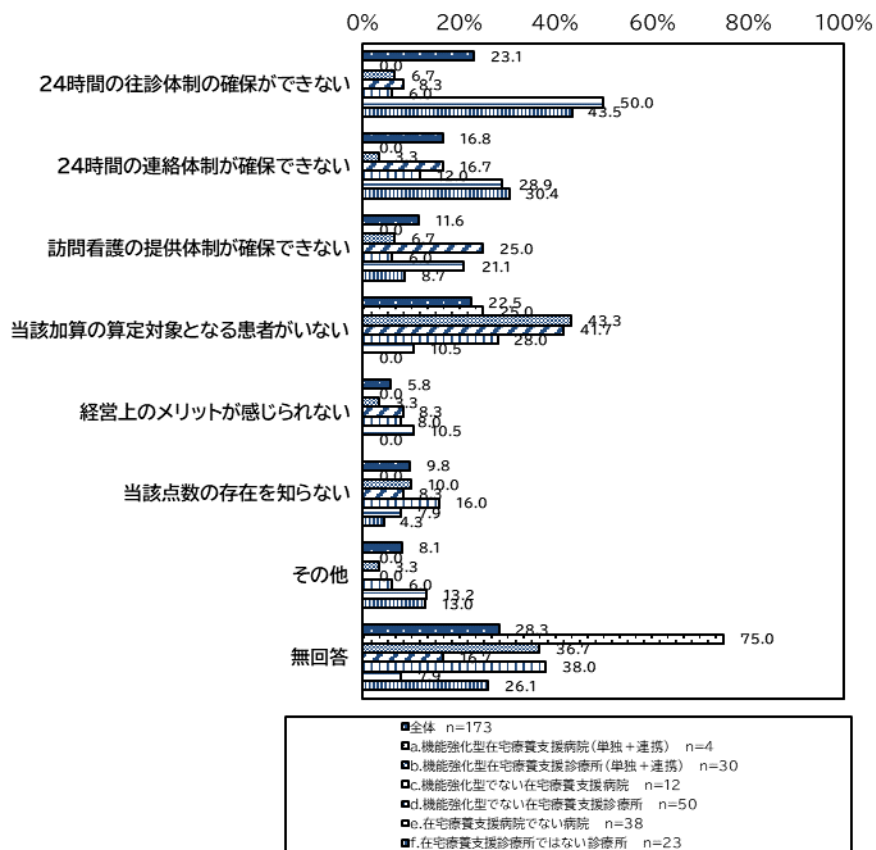
# 医療機関調査の結果⑦

中医協 検-2-1 改変  
5 . 3 . 2 2

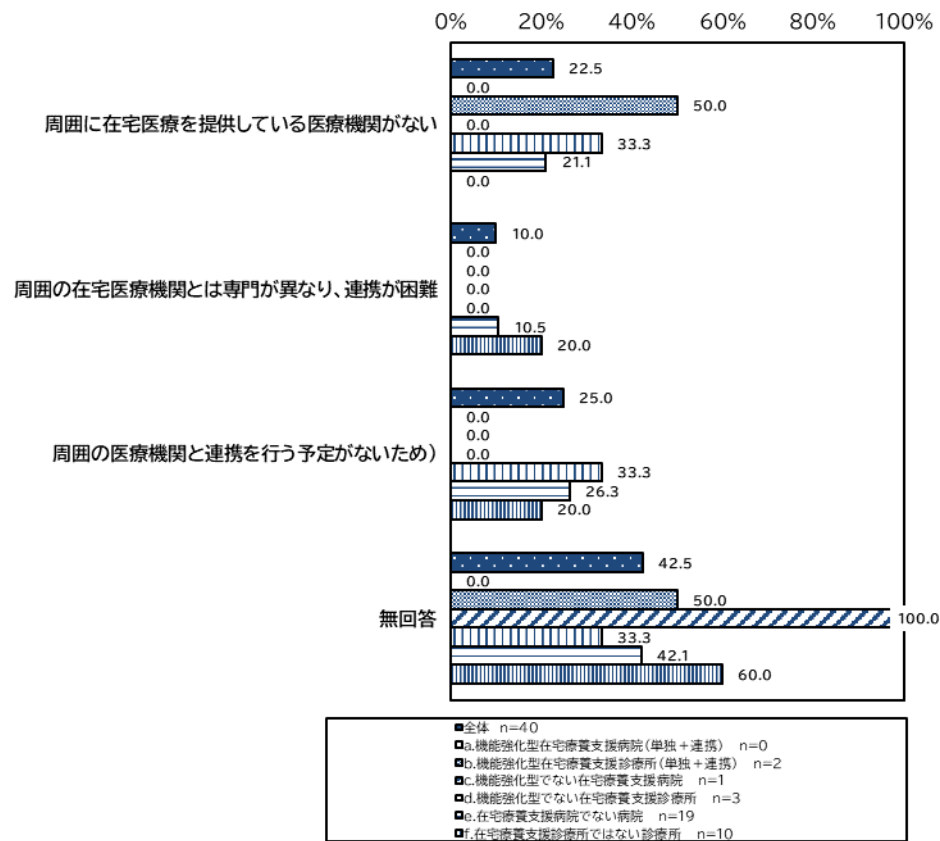
〈在宅療養移行加算1、2を算定していない理由〉(報告書p206,208)

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

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



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



## 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の概要

## C006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料(1単位)

1 同一建物居住者以外の場合 300点

2 同一建物居住者の場合 255点

通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、当該診療を行った保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を訪問させて基本的動作能力若しくは応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等について必要な指導を行わせた場合に算定する。

## 【対象患者(概要)】

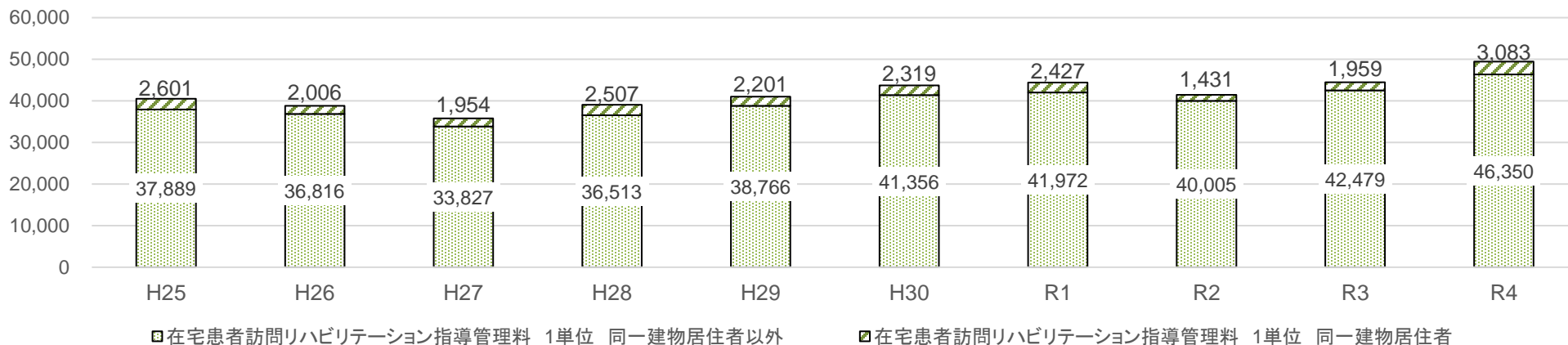
- 1については、在宅で療養を行っている患者(同一建物居住者を除く。)であって通院が困難なもの。
- 2については、在宅で療養を行っている患者(同一建物居住者に限る。)であって通院が困難なもの。

## 【算定要件(抜粋)】

- 患者1人につき、1と2を併せて週6単位(退院の日から起算して3月以内の患者にあつては、週12単位)に限り算定する。
- 患者の急性増悪等により、一時的に頻回の訪問リハビリテーション指導管理を行う必要性を認めた場合には、6月に1回に限り、当該診療の日から14日以内に行った訪問リハビリテーション指導管理については、14日を限度として、1と2を併せて1日4単位に限り算定する。

(※)介護保険の訪問リハビリテーションを提供されている患者について、上記の取扱いを行うときは、医療保険からの給付が可能。

在宅患者訪問リハビリテーション管理指導料(算定回数)



## 「訪問リハビリテーション」とは

- 原則通院の困難な利用者に対し、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士により行われるリハビリテーション

## 【指定訪問リハビリテーション事業所の要件】

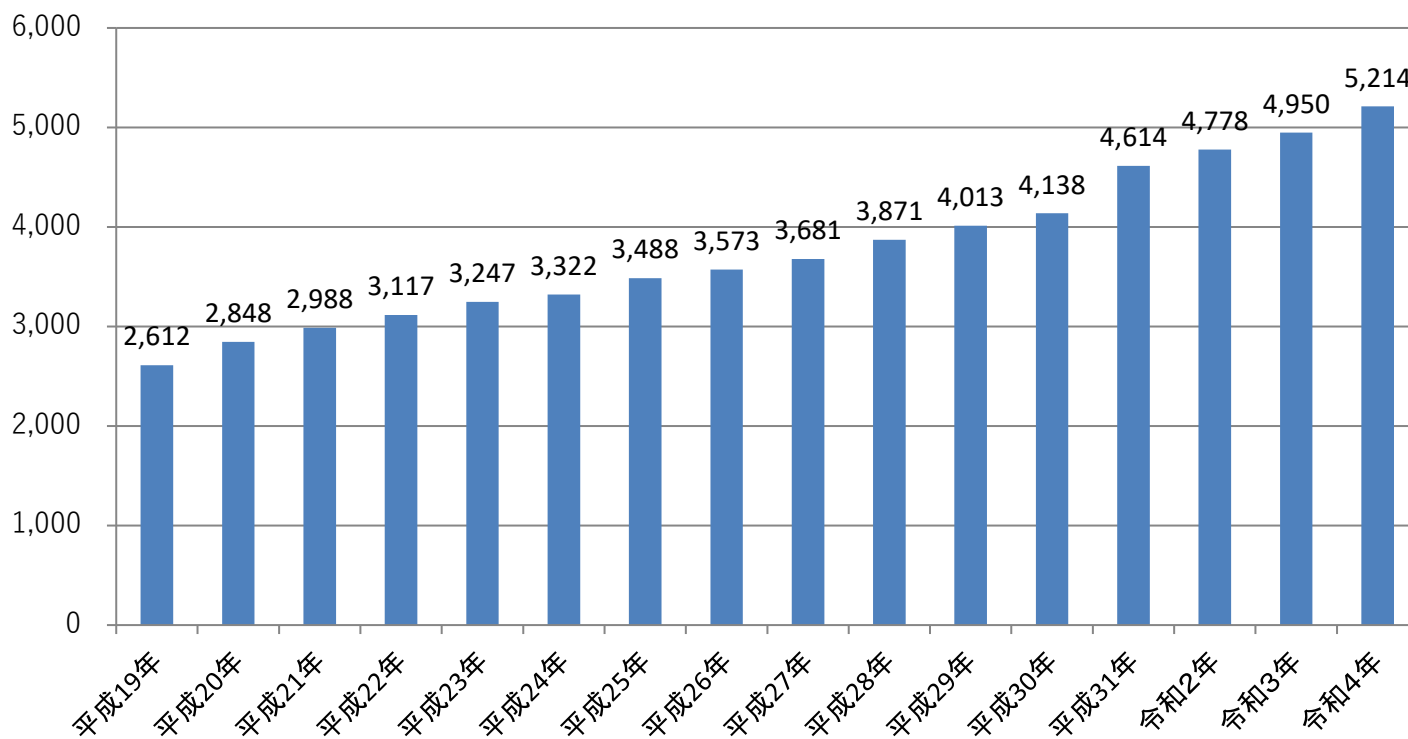
- ①専任の常勤医師一名以上 ②理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を適当数置かなければならない
- 病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院であること
- 指定訪問リハビリテーションに必要な設備及び備品等を備えているもの

## 【訪問リハビリテーションの対象者】

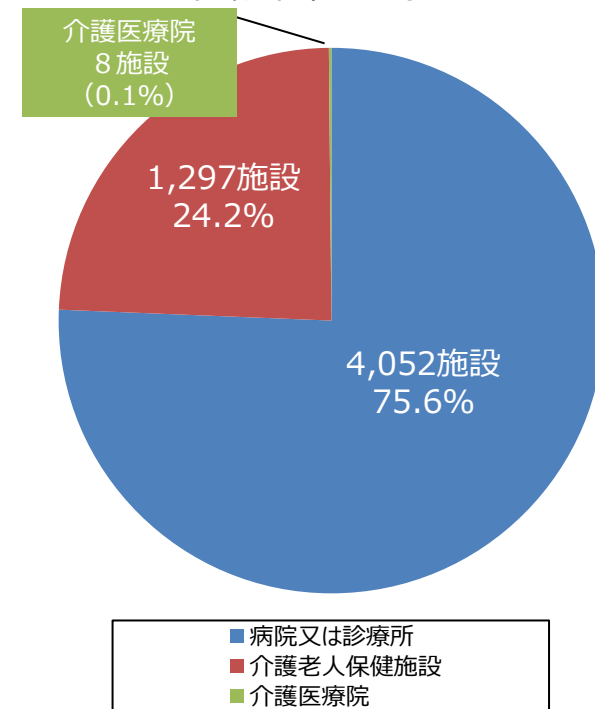
- 介護保険法の居宅要支援、要介護者

訪問リハビリテーションの請求事業所は年々増加している。開設者種別では、約8割が医療機関、約2割が介護老人保健施設である。

請求訪問リハビリテーション事業所数



開設者種別割合



(出典) 厚生労働省「介護給付費等実態統計」  
(令和5年3月審査分)

# 外来在宅共同指導料について

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

## C014 外来在宅共同指導料

外来在宅共同指導料 1

400点

(在宅療養を担う保険医療機関において算定)

外来在宅共同指導料 2

600点

(外来において診療を行う保険医療機関において算定)



### [対象患者]

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

### [算定要件]

#### 外来在宅共同指導料1

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

#### 外来在宅共同指導料2

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

### ●外来在宅共同指導料の算定状況 (令和4年5月診療分)

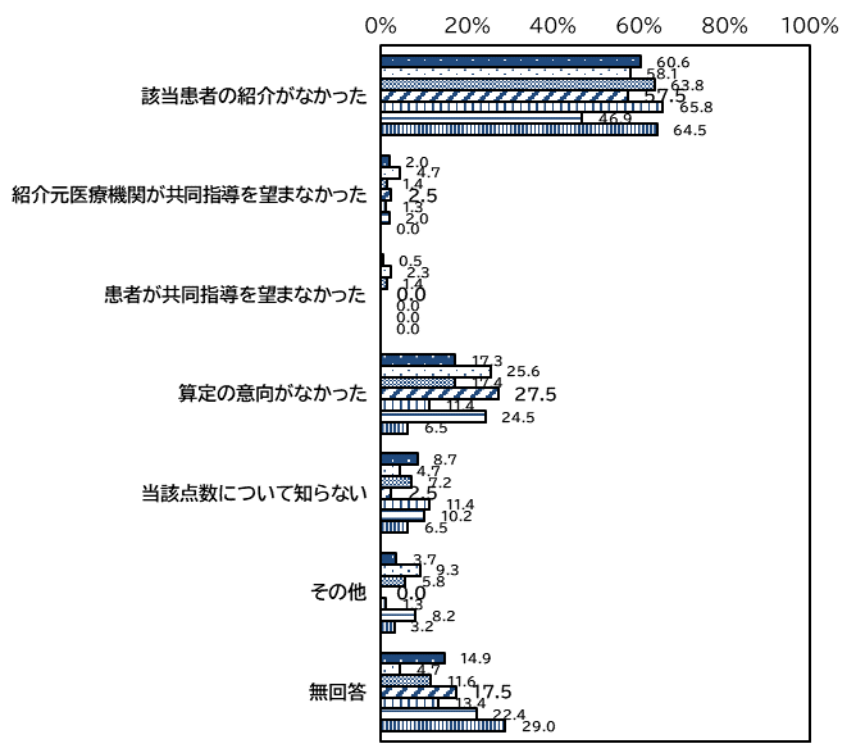
	外来在宅共同指導料	
	外来在宅共同指導料 1	外来在宅共同指導料 2
算定医療機関数	26	23
算定件数	38	30
算定回数	38	30

# 医療機関調査の結果⑥

## <外来在宅共同指導料を算定していない理由> (報告書p193,195)

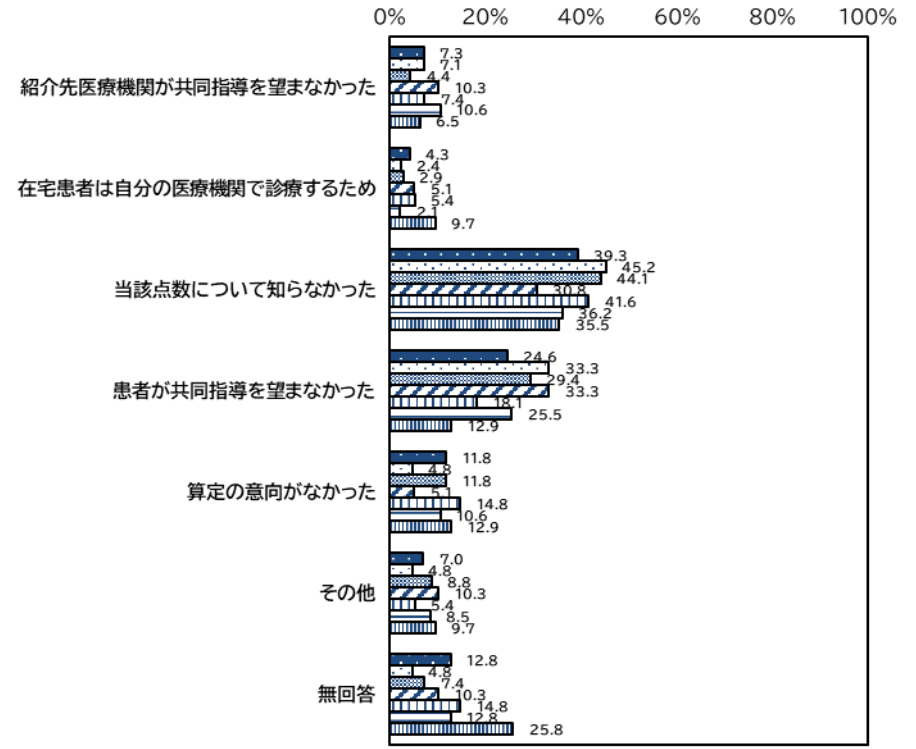
○ 外来在宅共同指導料1について算定していない理由を尋ねたところ、「該当患者の紹介がなかった」が全体の60.6%と最も多かった。外来在宅共同指導料2について同様に尋ねたところ、「当該点数について知らなかった」が全体の39.3%と最も多かった。

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



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

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



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

## 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・在宅・リハ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

## 〈在宅データ提出加算〉

大項目	項目名
療養情報	在宅療養を始めた年月
	療養を行っている場所
訪問診療の状況	訪問診療日
	主たる訪問診療を行う医療機関
訪問看護の状況	訪問看護日
	自院での実施の有無
訪問の主傷病	自院診断の有無
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名
救急受診の状況	救急受診日
	受診先
	受診経路
	転帰
入院の状況	入院年月日
	退院年月日
	受診先
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	主病名
短期入所の状況	入所年月日
	退所年月日
	短期入所利用サービス
往診の状況	往診日
	主たる訪問診療を行う医療機関
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名

大項目	項目名
患者の状態	患者の状態
バーセルインデックス	バーセルインデックス
排泄	排泄の状況
	ブリストルスケール
排尿	排尿の状況
褥瘡	褥瘡の状態
低栄養	低栄養の有無
	摂食・嚥下障害の有無
	経管・経静脈栄養の状況
がんの傷病	自院診断の有無
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名
がんのStaging分類	ステージ分類
	UICC 病期分類(T)
	UICC 病期分類(N)
	UICC 病期分類(M)
	UICC 病期分類(版)
がんのNRS	NRS

## 課題(小括②)

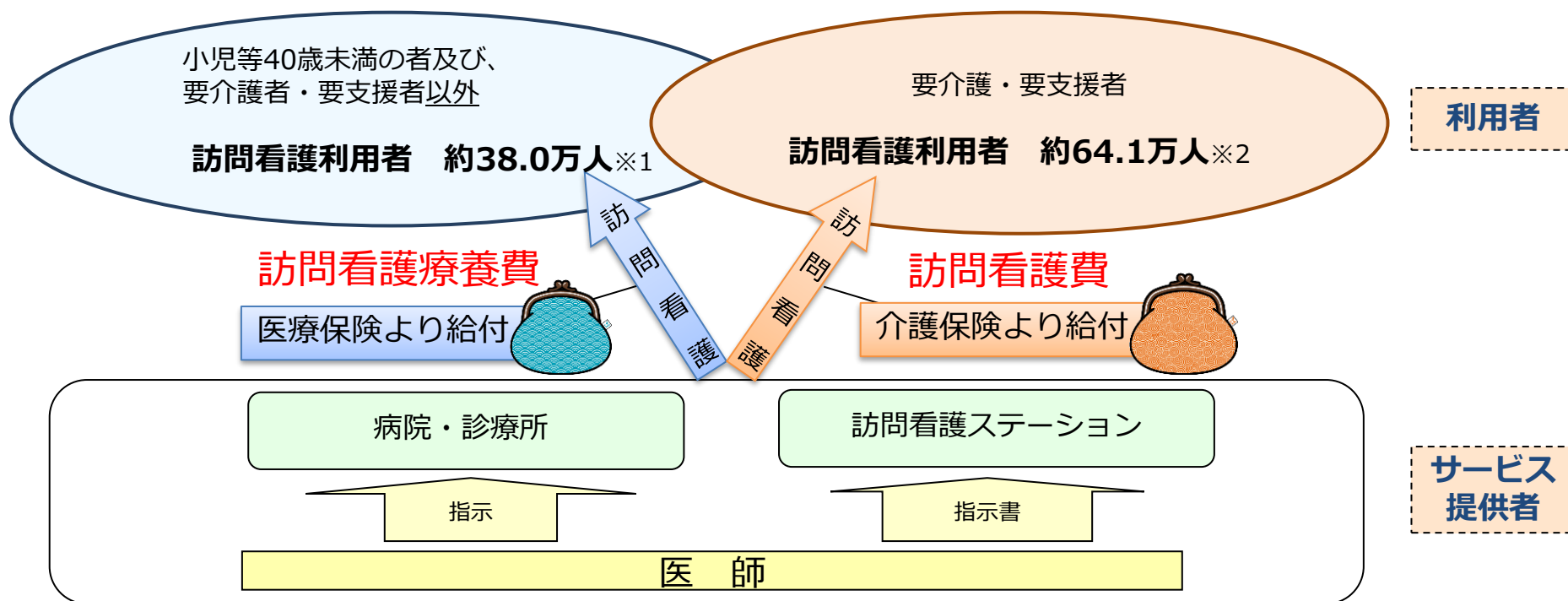
### (在宅医療における診療報酬上の取扱いについて)

- 在宅患者訪問診療料の算定回数は一貫して増加傾向である一方、訪問診療の頻度は近年減少傾向である。また、往診料の算定回数は近年特に増加している一方、地域によって算定回数の増減にばらつきが見られ、人口あたりで最大3.5倍の差が生じている。
- 往診について、全体の算定回数は横ばいであるが、夜間・深夜往診加算及び休日往診加算の算定回数は近年大きく増加しており、地域によって算定回数のばらつきを認める。
- 小児に対する在宅医療では、訪問診療の算定回数は増加しており、訪問診療一回あたりの診療報酬が増加している。往診料の算定については、主に都市部において顕著に増加している。
- 在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料について、情報通信機器を組み合わせた在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の算定回数は令和4年度になって増加しているが、算定回数は在医総管・施設総管全体の算定回数の0.05%程である。
- 看取りについて、都道府県毎の看取り加算・在宅ターミナルケア加算の算定回数については、地域毎にばらつきを認めるが、平成27年度以降、全体的に増加している。
- 緩和ケアについて、在宅がん医療総合診療料は算定回数・件数ともに増加傾向であるが、地域毎に算定回数の差を認める。在宅悪性腫瘍等患者指導管理料等の算定回数については近年横ばいで推移している。
- 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)2について、算定回数は増加傾向であり、依頼した対象病名としては皮膚疾患(28.6%)、診療科としては皮膚科(32.1%)が最も多い。
- 在宅療養移行加算について、算定していない理由としては「24時間の往診体制の確保ができない」が最も多かった。
- 訪問リハビリテーションについて、医療保険による在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数は近年横ばいであるが、訪問リハビリテーションの請求事業所は年々増加している。
- 外来在宅共同指導料について、算定していない理由としては外来在宅共同指導料1については「該当患者の紹介がなかった」が、外来在宅共同指導料2については、「当該点数について知らなかった」が最も多かった。

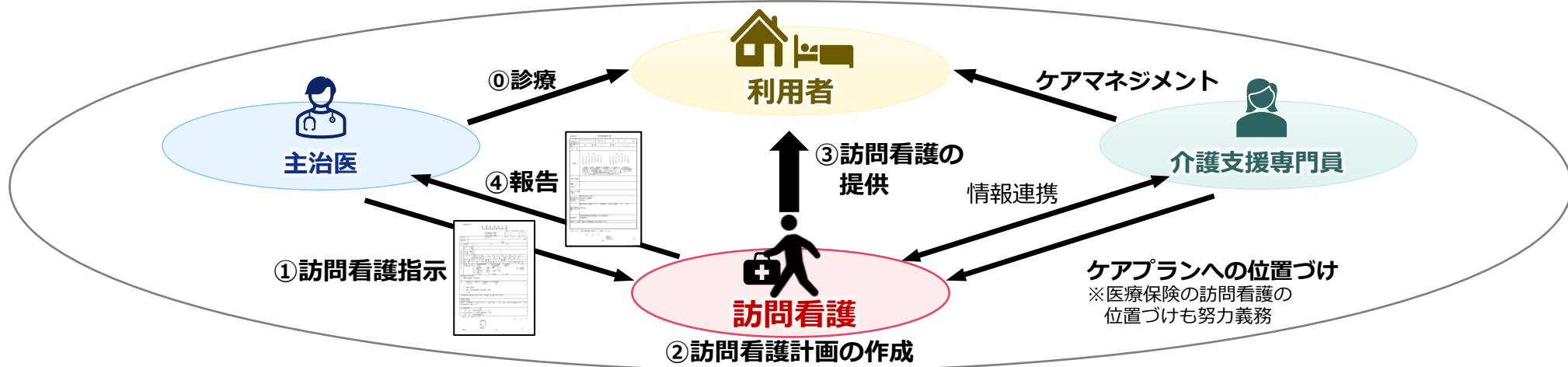


1. 在宅医療を取りまく状況について
2. 地域包括ケアシステムにおける在宅医療について
3. 訪問診療・往診等について
4. **訪問看護について**
5. 歯科訪問診療について
6. 訪問薬剤管理について
7. 訪問栄養食事指導について

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



- 訪問看護は、疾病又は負傷により居宅において継続して療養を受ける状態にある者に対し、その者の居宅において看護師等が行う療養上の世話又は必要な診療の補助をいう。
- 訪問看護の提供に際しては、①診療に基づく主治医の訪問看護指示書を受け、②利用者の希望及び心身の状況、主治医の指示等を踏まえて療養上の目標、当該目標を達成するための具体的な訪問看護計画書を作成し、③訪問看護指示書及び訪問看護計画に基づく看護を提供し、④訪問日、提供した看護内容や利用者の病状や心身の状況について、定期的に主治医へ報告する。
- 主治医との密接な連携のみならず、訪問看護ステーション内の多職種や他機関に所属する介護支援専門員等と連携し訪問看護を提供している。



## 訪問看護ステーションにおけるPDCA

### 訪問看護計画

- ・ 訪問看護計画の立案、見直し
- ・ 看護師等（准看護師を除く）は療養上の目標、目標を達成するためのサービスの内容等を記載
- ・ サービスを提供する多職種で目標やサービス内容を共有

### 訪問看護の提供

- ・ 利用者の病状や心身の状況及びその変化等の把握
- ・ 訪問看護サービスの提供

※介護保険の理学療法士等による訪問看護について概ね3月に1回程度は看護職員が訪問により、利用者の状態を評価

### 評価・改善

- ・ サービス提供結果の評価
- ・ 介護支援専門員等、関係者に情報連携

計画見直し

訪問看護指示

※有効期間は6月以内

主治医への報告

※月1程度報告

# 訪問看護に関する報酬体系

指定訪問看護事業所（訪問看護ステーション） 【訪問看護基本療養費】				病院・診療所 【在宅患者訪問看護・指導料】			
訪問看護基本療養費（Ⅰ）	(週3日目まで) (週4日目以降)	5,550 円 6,550 円		在宅患者 訪問看護・指導料	(週3日目まで) (週4日目以降)	580 点 680 点	
※准看護師の場合は基本療養費-500円、在宅患者訪問看護・指導料-50点 ※理学療法士等の場合は日数によらず5,550円 ※専門性の高い看護師による訪問（緩和ケア、褥瘡ケア、人工肛門・人工膀胱ケア）は12,850円又は1,285点（月1回）							
訪問看護基本療養費（Ⅱ）	2人まで 3人以上	(週3日目まで) (週4日目以降) (週3日目まで) (週4日目以降)	5,550 円 6,550 円 2,780 円 3,280 円	同一建物居住者 訪問看護・指導料	2人まで 3人以上	(週3日目まで) (週4日目以降) (週3日目まで) (週4日目以降)	580 点 680 点 293 点 343 点
※准看護師の場合は基本療養費-500円、在宅患者訪問看護・指導料-50点（3人以上は-250円、-25点） ※理学療法士等の場合は日数によらず5,550円（3人以上は2,780円） ※専門性の高い看護師による訪問（緩和ケア、褥瘡ケア、人工肛門・人工膀胱ケア）は12,850円又は1,285点（月1回）							
+							
訪問看護管理療養費	(月の初日)  (2日目以降)	機能強化型1 機能強化型2 機能強化型3 機能強化型以外	12,830 円 9,800 円 8,470 円 7,440 円 3,000 円				
訪問看護基本療養費（Ⅲ）	(入院中1回又は2回)	8,500 円		退院前訪問指導料	(入院中1回又は2回)	580 点	
※在宅療養に備えて一時的に外泊している患者（基準告示第2の2に規定する者に限る）に対して訪問看護を行う場合（准看護師でも同額）							
+							
基本療養費の 加算(例)	難病等複数回訪問加算	※同一建物内3人以上で低い額を算定					
	緊急訪問看護加算						
	長時間訪問看護加算						
	複数名訪問看護加算	※同一建物内3人以上で低い額を算定					
	夜間・早朝訪問看護加算						
管理療養費の 加算(例)	深夜訪問看護加算						
	24時間対応体制加算						
	退院支援指導加算	※長時間の場合は高い額を算定					
	在宅患者緊急時等カンファレンス加算						
	専門管理加算						
+							
訪問看護情報提供療養費 訪問看護ターミナルケア療養費、遠隔死亡診断補助加算				退院後訪問指導料	(1回につき)	580 点	
				訪問看護同行加算	(退院後1回に限り)	20 点	
加算部分(例)	難病等複数回訪問加算	※同一建物内3人以上で低い点数を算定					
	緊急訪問看護加算						
	長時間訪問看護・指導加算						
	複数名訪問看護・指導加算	※同一建物内3人以上で低い点数を算定					
	夜間・早朝訪問看護加算						
在宅患者緊急時等カンファレンス加算 専門管理加算	深夜訪問看護加算						
	在宅患者緊急時等カンファレンス加算						
	専門管理加算						
				在宅ターミナルケア加算			

# 精神科訪問看護に関する報酬体系

指定訪問看護事業所（訪問看護ステーション） 【精神科訪問看護基本療養費】				病院・診療所 【精神科訪問看護・指導料】			
※精神障害を有する者に対する看護について相当の経験を有する者として届出を行った者のみ実施可能							
精神科訪問看護 基本療養費（Ⅰ）	(週3日目まで) (週4日目以降)	5,550/4,250 円 6,550/5,100 円		精神科訪問看護・ 指導料（Ⅰ）	(週3日目まで) (週4日目以降)	580/445 点 680/530 点	
※訪問看護ステーションは保健師・看護師・准看護師・作業療法士、医療機関は保健師・看護師・准看護師・作業療法士・精神保健福祉士 ※金額・点数は、(30分以上の場合) / (30分未満の場合) の順に記載 ※准看護師の場合は基本療養費-500/380円、精神科訪問看護・指導料-50/40点							
精神科訪問看護 基本療養費（Ⅲ）	2人まで 3人以上	(週3日目まで) (週4日目以降) (週3日目まで) (週4日目以降)	5,550/4,250 円 6,550/5,100 円 2,780/2,130 円 3,280/2,550 円	精神科訪問看護・ 指導料（Ⅲ）	2人まで 3人以上	(週3日目まで) (週4日目以降) (週3日目まで) (週4日目以降)	580/445 点 680/530 点 293/225 点 343/268 点
※訪問看護ステーションは保健師・看護師・准看護師・作業療法士、医療機関は保健師・看護師・准看護師・作業療法士・精神保健福祉士 ※金額・点数は、(30分以上の場合) / (30分未満の場合) の順に記載 ※准看護師の場合は基本療養費-500/380円、精神科訪問看護・指導料-50/40点（3人以上は-250/190円、-25/20点）							
+							
訪問看護管理療養費	(月の初日)  (2日目以降)	機能強化型1 機能強化型2 機能強化型3 機能強化型以外	12,830 円 9,800 円 8,470 円 7,440 円 3,000 円				
精神科訪問看護 基本療養費（Ⅳ）	(入院中1回又は2回)	8,500 円		精神科退院前 訪問指導料	(入院中3回又は6回まで)	380 点 ※複数の職種が共同して指導を行った場合	320 点
※在宅療養に備えて一時的に外泊している患者（基準告示第2の2に規定する者に限る）に対して訪問看護を行う場合（准看護師でも同額）							
+							
基本療養費の 加算(例)	精神科複数回訪問加算 ※同一建物内3人以上で低い額を算定			加算部分 (例)	精神科複数回訪問加算 ※同一建物内3人以上で低い点数を算定		
	精神科緊急訪問看護加算				精神科緊急訪問看護加算		
	長時間精神科訪問看護加算				長時間精神科訪問看護・指導加算		
	複数名精神科訪問看護加算 ※同一建物内3人以上で低い額を算定				複数名精神科訪問看護・指導加算 ※同一建物内3人以上で低い点数を算定		
	夜間・早朝訪問看護加算 深夜訪問看護加算				夜間・早朝訪問看護加算 深夜訪問看護加算		
管理療養費の 加算(例)	24時間対応体制加算						
	退院支援指導加算 ※長時間の場合は高い額を算定						
	在宅患者緊急時等カンファレンス加算						
	精神科重症患者支援管理連携加算 専門管理加算						
+							
訪問看護情報提供療養費							
訪問看護ターミナルケア療養費、遠隔死亡診断補助加算							

## 【医療保険】

## 【介護保険】

小児等40歳未満の者、  
要介護者・要支援者  
以外

(原則週3日以内)

要支援者・要介護者

(限度基準額内 無制限  
(ケアプランで定める))

厚生労働大臣が定める者  
(特掲診療料・別表第7※1)

特別訪問看護指示書注)の交付を受けた者  
有効期間：14日間 (一部、2回交付可※2)

厚生労働大臣が  
定める者  
(特掲診療料・  
別表第8※3)

認知症以外の精神疾患

算定日数  
制限無し

### (※1) 別表第7

末期の悪性腫瘍	プリオン病
多発性硬化症	亜急性硬化性全脳炎
重症筋無力症	ライソゾーム病
スモン	副腎白質ジストロフィー
筋萎縮性側索硬化症	脊髄性筋萎縮症
脊髄小脳変性症	球脊髄性筋萎縮症
ハンチントン病	慢性炎症性脱髄性多発神経炎
進行性筋ジストロフィー症	後天性免疫不全症候群
パーキンソン病関連疾患	頸髄損傷
多系統萎縮症	人工呼吸器を使用している状態

### (※2) 特別訪問看護指示書を月2回交付できる者 (有効期間：28日間)

- ・気管カニューレを使用している状態にある者
- ・真皮を超える褥瘡の状態にある者

#### 注) 特別訪問看護指示書

患者の主治医が、診療に基づき、急性増悪等により一時的に頻回(週4日以上)の訪問看護を行う必要性を認め、訪問看護ステーションに対して交付する指示書。

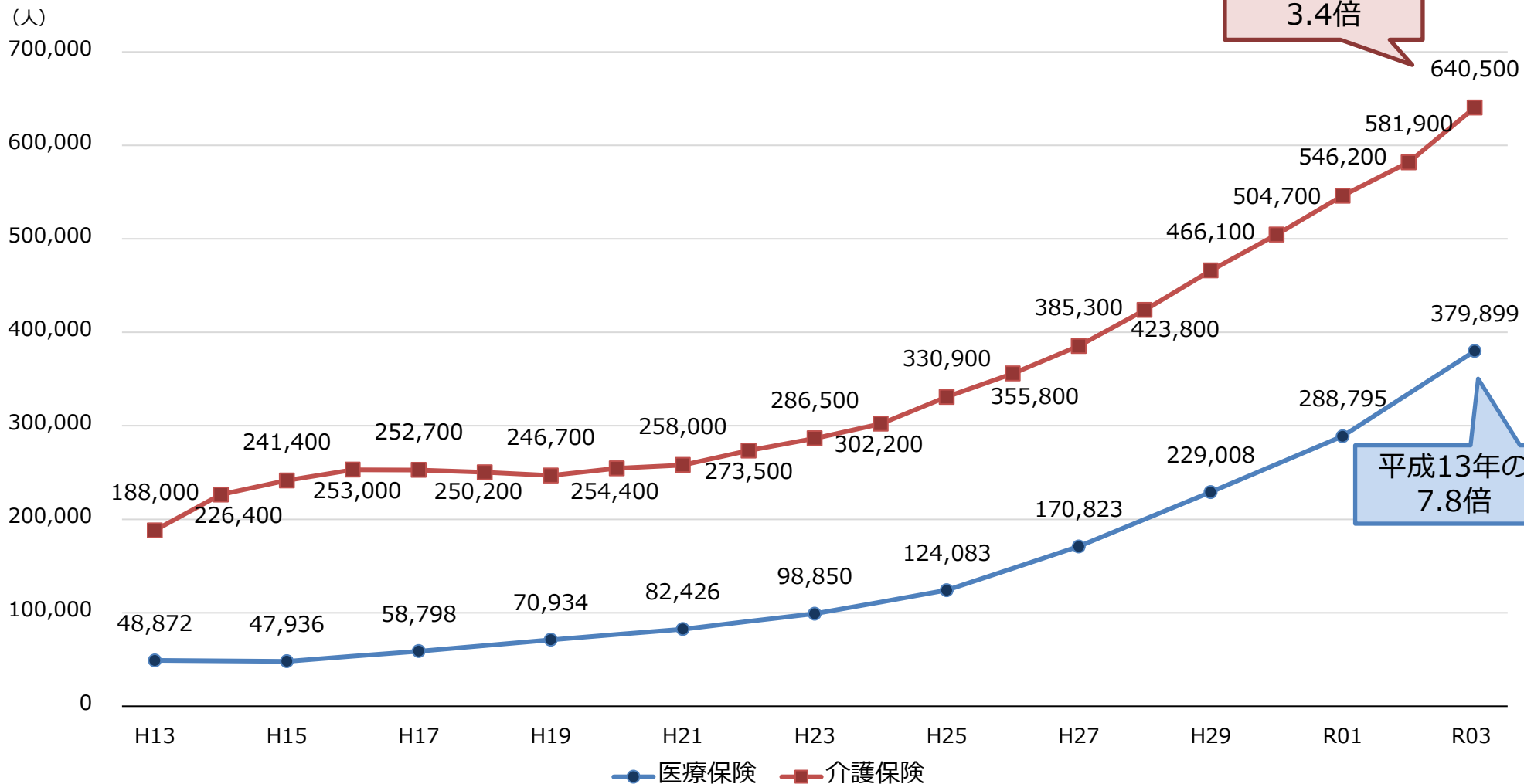
### (※3) 別表第8

- 1 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 2 以下のいずれかを受けている状態にある者
  - 在宅自己腹膜灌流指導管理
  - 在宅血液透析指導管理
  - 在宅酸素療法指導管理
  - 在宅中心静脈栄養法指導管理
  - 在宅成分栄養経管栄養法指導管理
  - 在宅自己導尿指導管理
  - 在宅人工呼吸指導管理
  - 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
  - 在宅自己疼痛管理指導管理
  - 在宅肺高血圧症患者指導管理
- 3 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 4 真皮を超える褥瘡の状態にある者
- 5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

# 訪問看護の利用者数の推移

○ 訪問看護ステーションの利用者は、医療保険、介護保険ともに増加傾向。

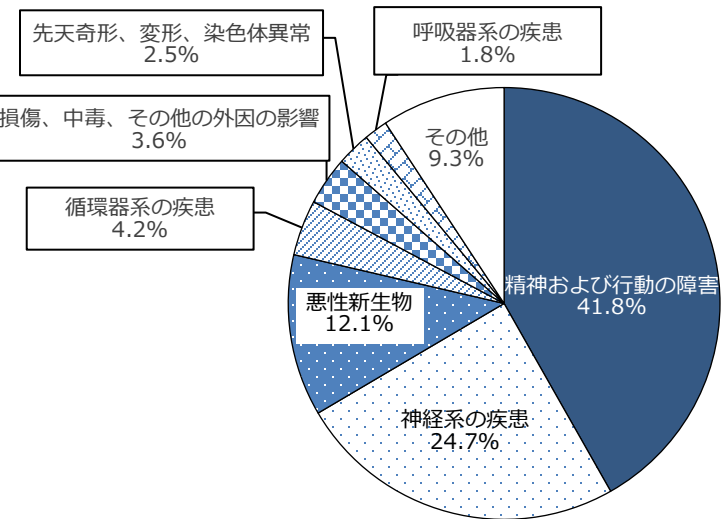
## ■ 訪問看護利用者数の推移



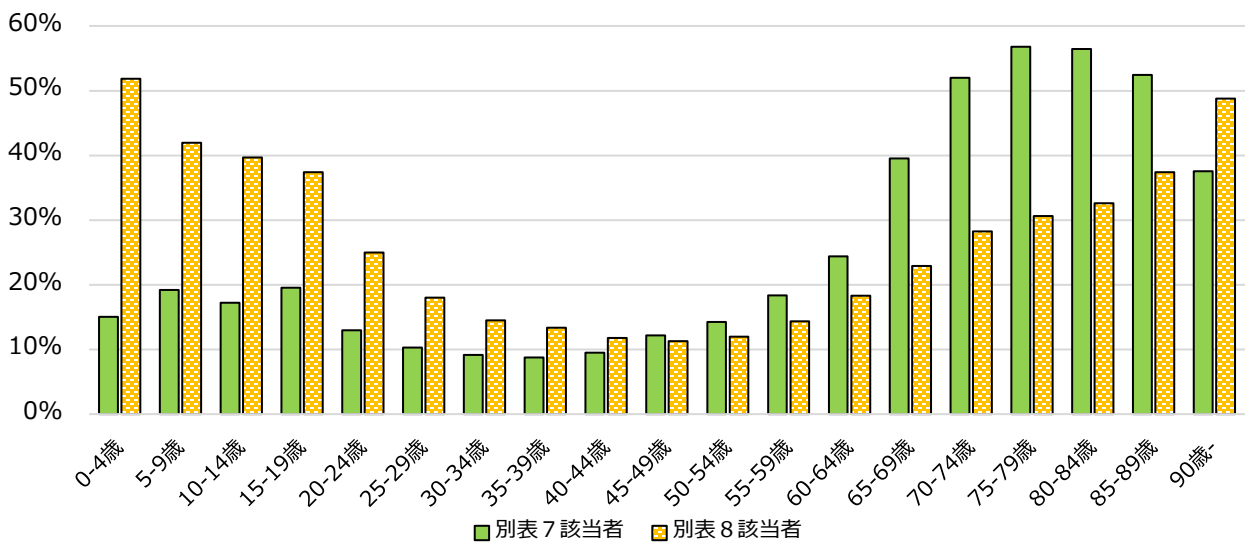
# 訪問看護ステーションの利用者の状態

- 訪問看護ステーションの利用者の主傷病は、「精神および行動の障害」が最も多く、「神経系の疾患」「悪性新生物」を含めると、75%以上を占める。
- 訪問看護利用者における別表第7の該当者は70～80歳代、別表第8の該当者は小児と高齢者の割合が高い。

## ■ 訪問看護利用者の主傷病



## ■ 訪問看護利用者における別表第7及び別表第8の該当者割合



- 【別表第7】**
- |              |                |
|--------------|----------------|
| 末期の悪性腫瘍      | プリオン病          |
| 多発性硬化症       | 亜急性硬化性全脳炎      |
| 重症筋無力症       | ライソゾーム病        |
| スモン          | 副腎白質ジストロフィー    |
| 筋萎縮性側索硬化症    | 脊髄性筋萎縮症        |
| 脊髄小脳変性症      | 球脊髄性筋萎縮症       |
| ハンチントン病      | 慢性炎症性脱髄性多発神経炎  |
| 進行性筋ジストロフィー症 | 後天性免疫不全症候群     |
| パーキンソン病関連疾患  | 頸髄損傷           |
| 多系統萎縮症       | 人工呼吸器を使用している状態 |
- ※要介護被保険者等に関わらず医療保険での訪問看護が可能  
算定日数制限なし

- 【別表第8】**
- 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
  - 以下のいずれかを受けている状態にある者
 

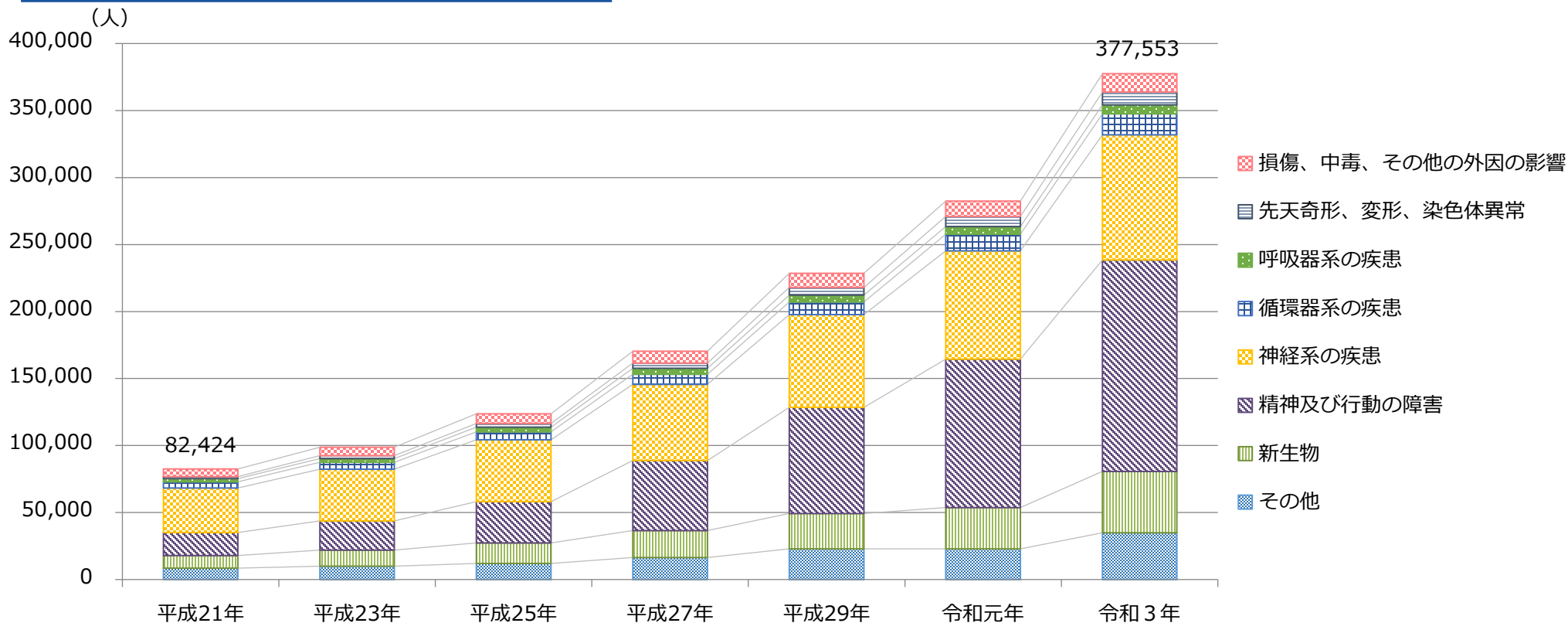
在宅自己腹膜灌流指導管理	在宅血液透析指導管理
在宅酸素療法指導管理	在宅中心静脈栄養法指導管理
在宅成分栄養経管栄養法指導管理	在宅自己導尿指導管理
在宅人工呼吸指導管理	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
在宅自己疼痛管理指導管理	在宅肺高血圧症患者指導管理
  - 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
  - 真皮を超える褥瘡の状態にある者
  - 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者
- ※算定日数制限なし



# 訪問看護ステーション利用者の主傷病の推移

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

## ■ 傷病分類（主傷病）別利用者数の推移



## ■ 傷病分類（主傷病）別利用者数の推移

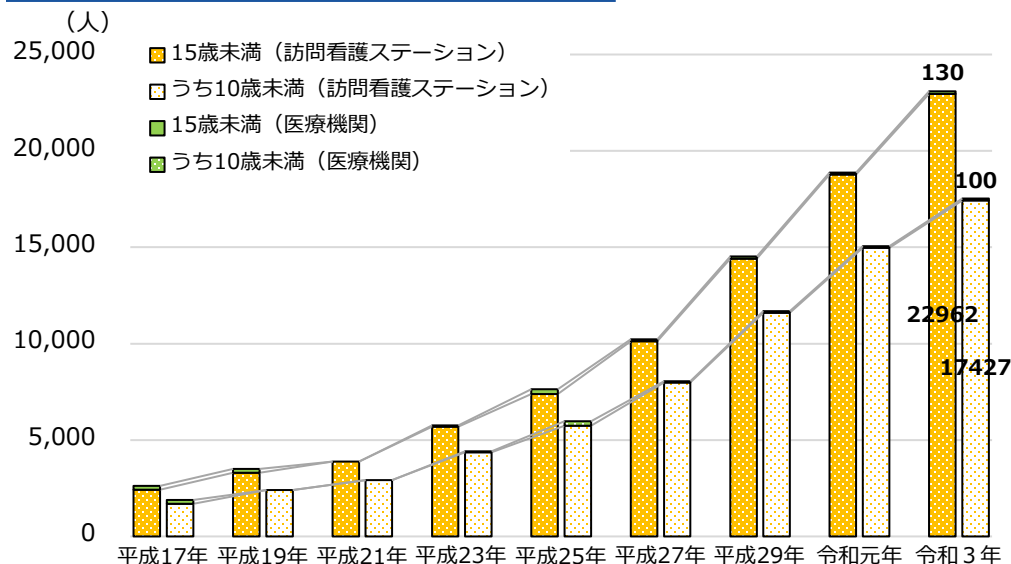
※傷病分類（主傷病）は、「社会医療行為別統計 傷病分類表」による。

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

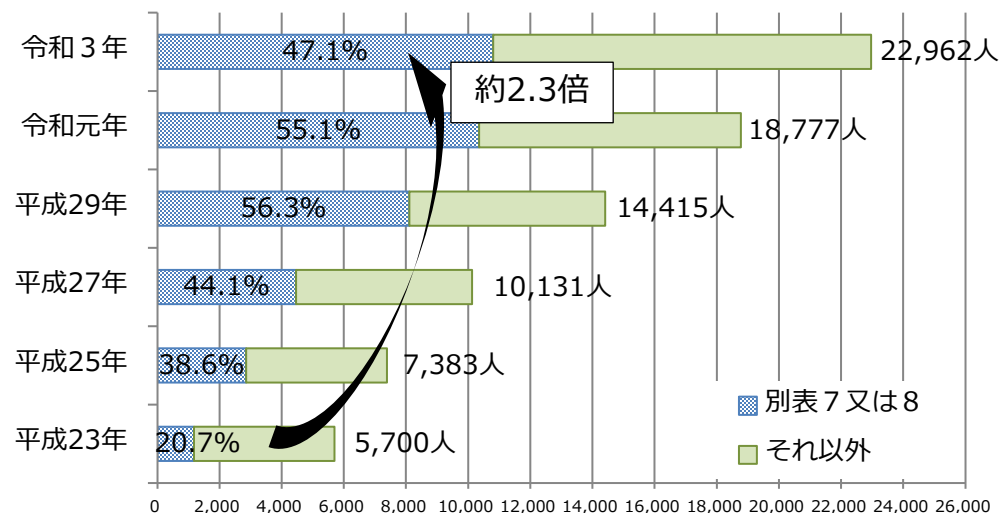
# 小児の訪問看護利用者の状況

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

## ■ 小児の訪問看護利用者数の推移



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



### ※1: 【別表第7】

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

### ※2: 【別表第8】

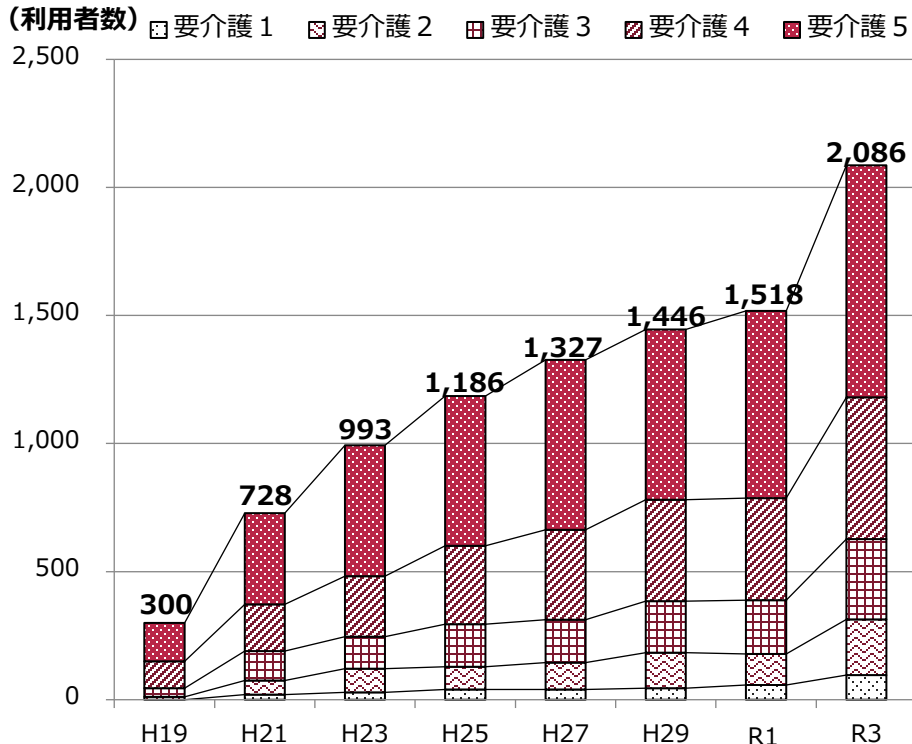
- 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
  - 以下のいずれかを受けている状態にある者
 

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

# 訪問看護ステーションにおけるターミナルケア利用者数

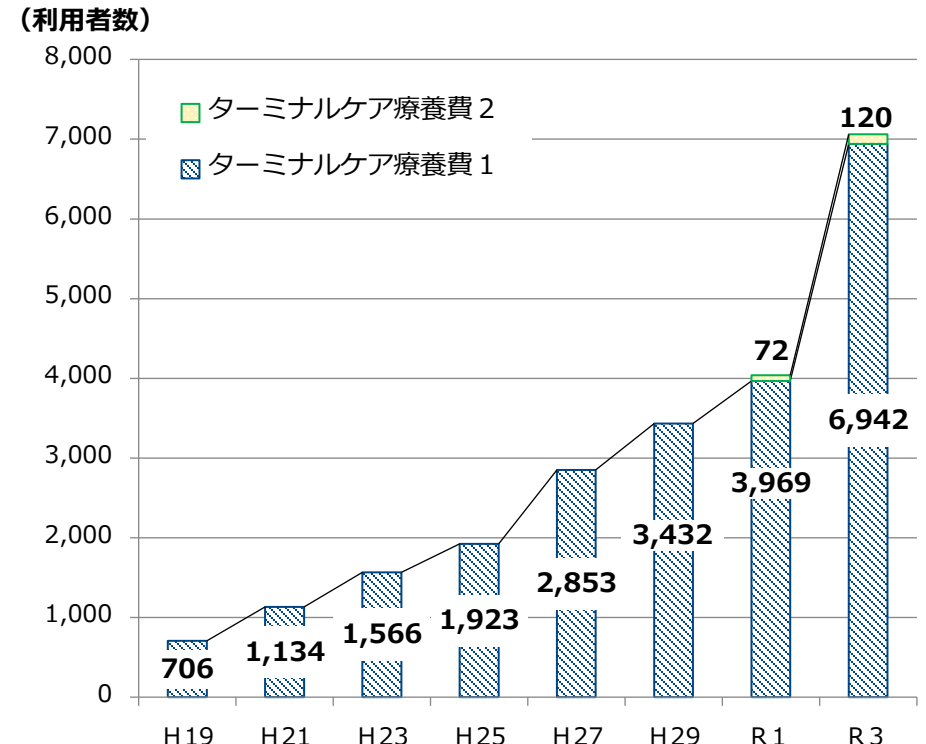
○ 介護保険のターミナルケア加算と医療保険の訪問看護ターミナル療養費はともに増加傾向であり、令和3年度は特に増加した。

## ■ ターミナルケア加算（介護保険）の算定数※



※病院・診療所の訪問看護事業所の算定数を含む

## ■ 訪問看護ターミナルケア療養費（医療保険）の算定数



※H30年度改定でターミナルケア療養費2を新設

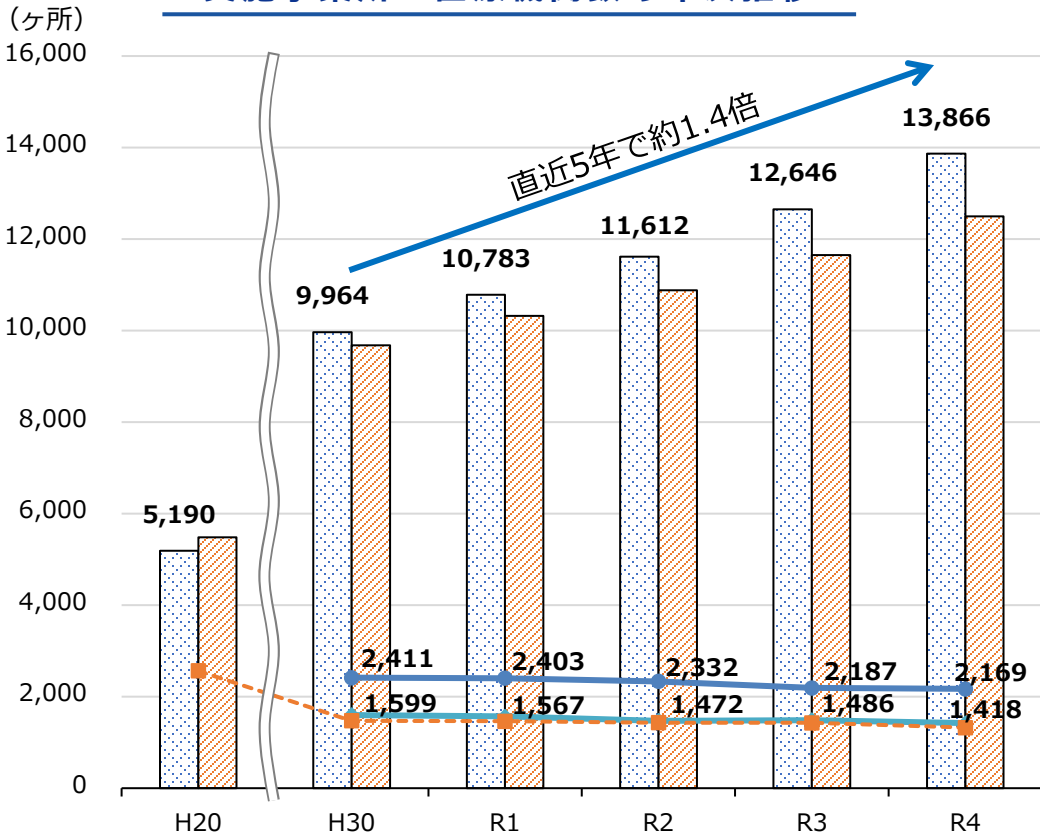
## ターミナルケア加算・訪問看護ターミナル療養費

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

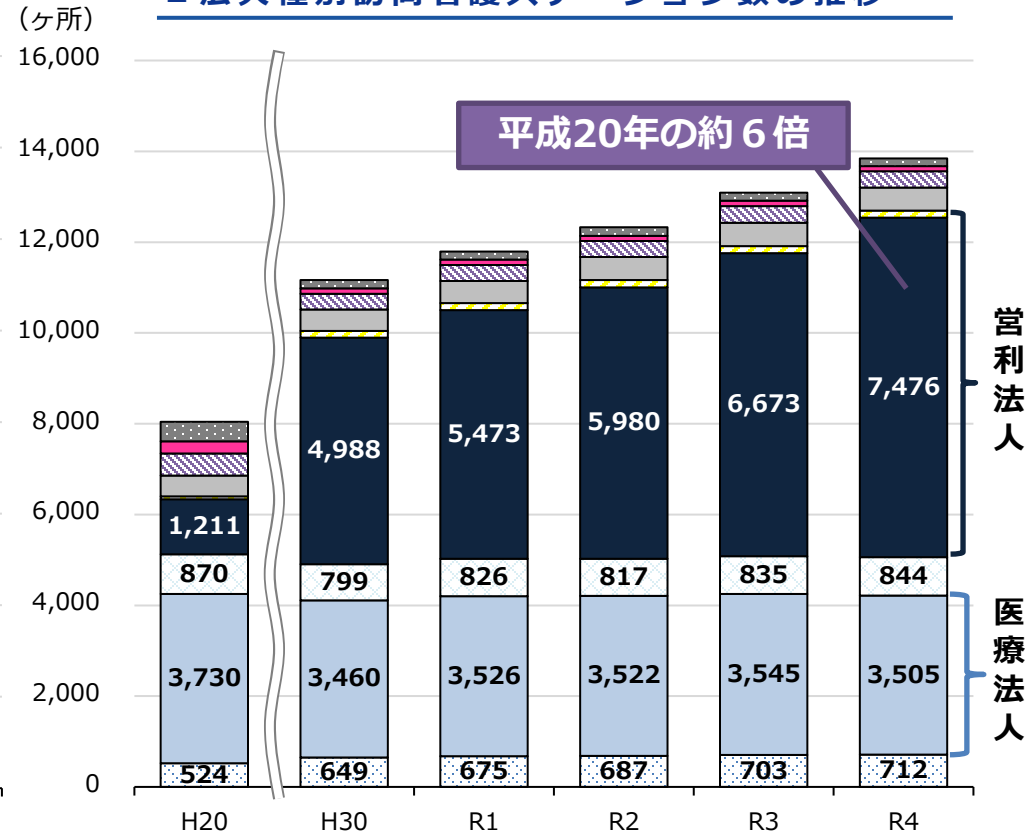
# 訪問看護の実施事業所・医療機関数の年次推移

- 訪問看護事業所の数は、近年増加しており請求事業所数は1万3千事業所を超えている。一方、介護保険を算定する病院・診療所は減少傾向である。
- 法人種別では、医療法人と営利法人が多く、営利法人の事業所の増加が著しい。

## ■ 実施事業所・医療機関数の年次推移



## ■ 法人種別訪問看護ステーション数の推移



- 医療保険の訪問看護を行う訪問看護ステーション (訪問看護療養費)
- 介護保険の訪問看護を行う訪問看護ステーション (訪問看護費)
- 医療保険の訪問看護を行う病院 (診療報酬)
- 医療保険の訪問看護を行う診療所 (診療報酬)
- 介護保険の訪問看護を行う病院又は診療所 (訪問看護費)

※ 医療保険の訪問看護を行う病院又は診療所は、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、精神科訪問看護・指導料を算定する病院・診療所

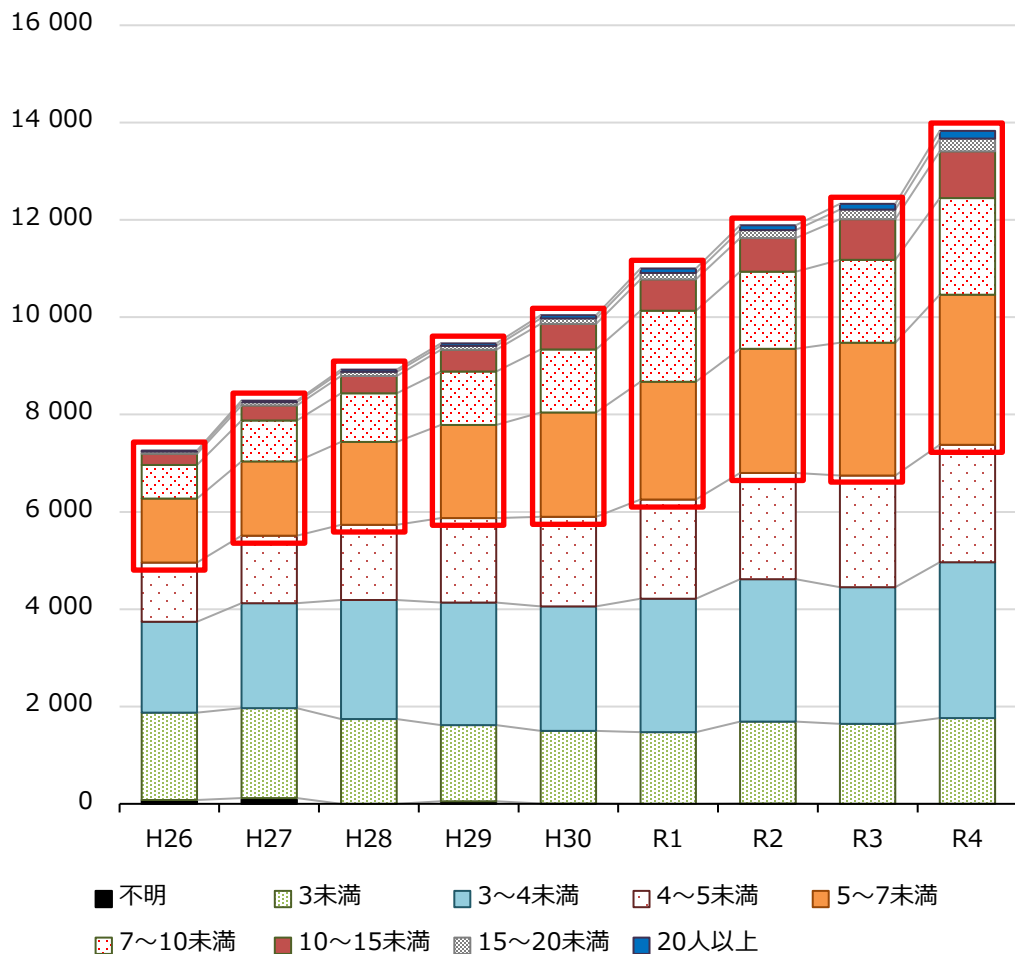
- 社会福祉法人
- 医療法人
- 社団・財団
- 営利法人
- 非営利法人(NPO)
- その他法人
- 地方公共団体
- 非法人
- その他

出典：(左図)医療費の動向調査の概算医療費データベース(各年5月審査分)、介護給付費等実態統計(各年4月審査分)  
 (右図)介護給付費等実態統計より老健局老人保健課にて作成 (各年4月審査分) ※訪問看護費の請求事業所数

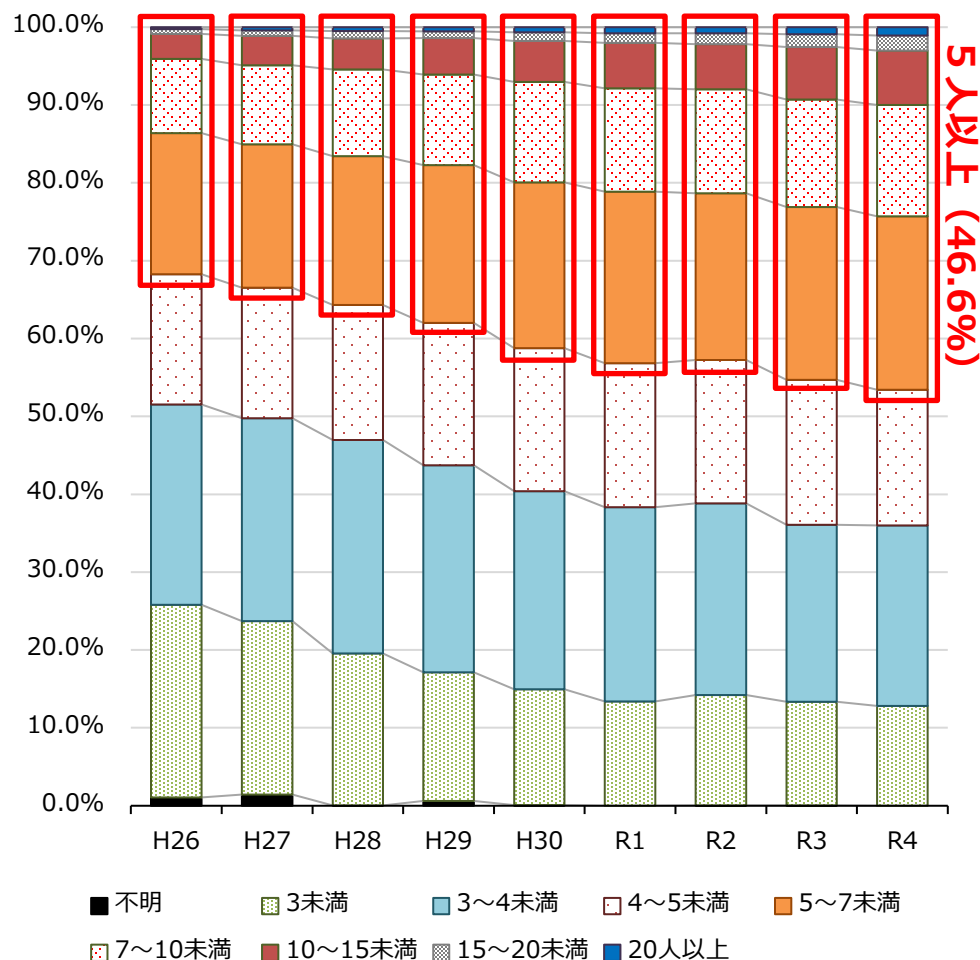
# 看護職員の規模別の訪問看護ステーション数の推移

○ 看護職員規模(常勤換算)別の訪問看護ステーション数・割合とも、常勤換算5人以上が増加傾向にある。

## ■ 看護職員規模別訪問看護ステーション数の推移

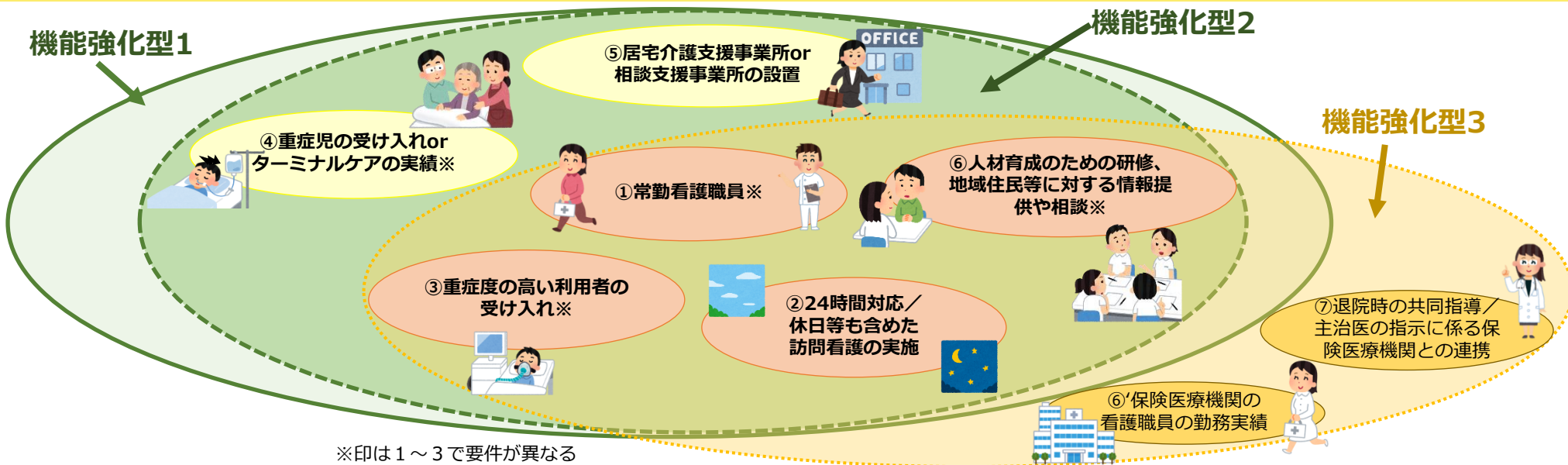


## ■ 看護職員規模の推移



5人以上 (46.6%)

# 機能強化型訪問看護ステーション

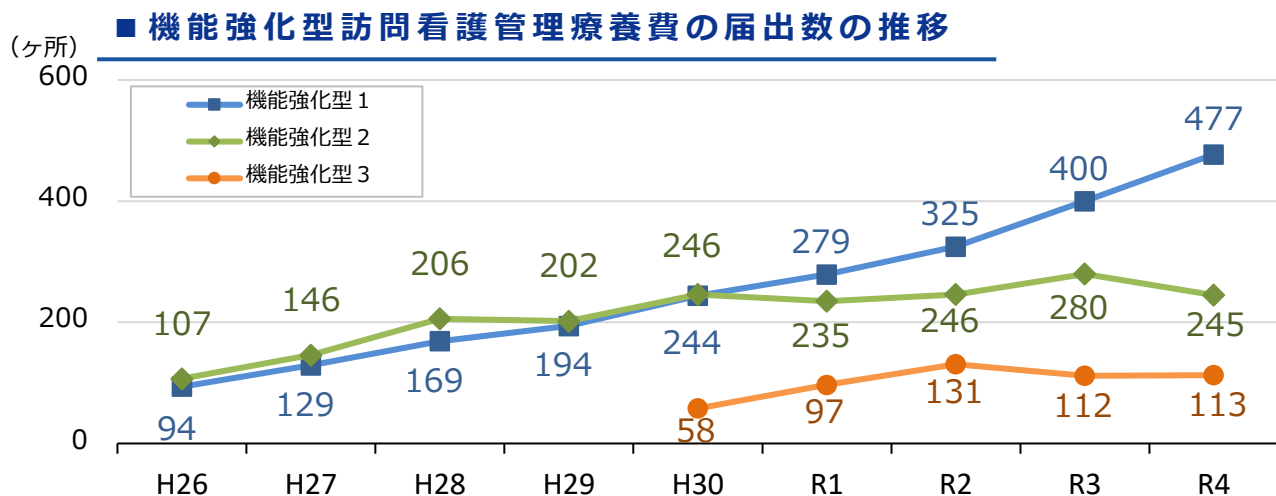


※印は1～3で要件が異なる

要件	ターミナルケアや重症児の受け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
	機能強化型1	機能強化型2	機能強化型3
① 看護職員の数、割合	常勤7人以上（1人は常勤換算可） 6割以上	常勤5人以上（1人は常勤換算可） 6割以上	常勤4人以上 6割以上
② 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		
③ 重症度の高い利用者の受け入れ	別表第7に該当する利用者数 10人以上/月	別表第7に該当する利用者数 7人以上/月	・別表7、別表8に該当する利用者又は精神科重症患者 ・複数の訪看STが共同している利用者 上記のいずれかの利用者数 10人以上/月
④ ターミナルケア又は重症児の受け入れ実績 ①ターミナルケア件数 ②ターミナルケア件数、超重症児・準超重症児の利用者数 ③超重症児・準超重症児の利用者数	①前年度20件以上 ②前年度15件以上、常時4人以上 ③常時6人以上	①前年度15件以上 ②前年度10件以上、常時3人 ③常時5人	
⑤ 居宅介護支援事業所、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 (計画作成が必要な利用者の1割程度の計画作成)			
⑥ 地域における人材育成等	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		・医療機関や他の訪問看護STを対象とした研修2回以上/年 ・地域住民・訪問看護STに対する情報提供や相談対応の実績 ・地域の医療機関の看護職員の一定期間の勤務実績
⑦ 医療機関との共同			・⑥'の医療機関以外の医療機関との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 (同一敷地内に医療機関が設置されている場合に限る)
⑧ 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の配置 (望ましい)		

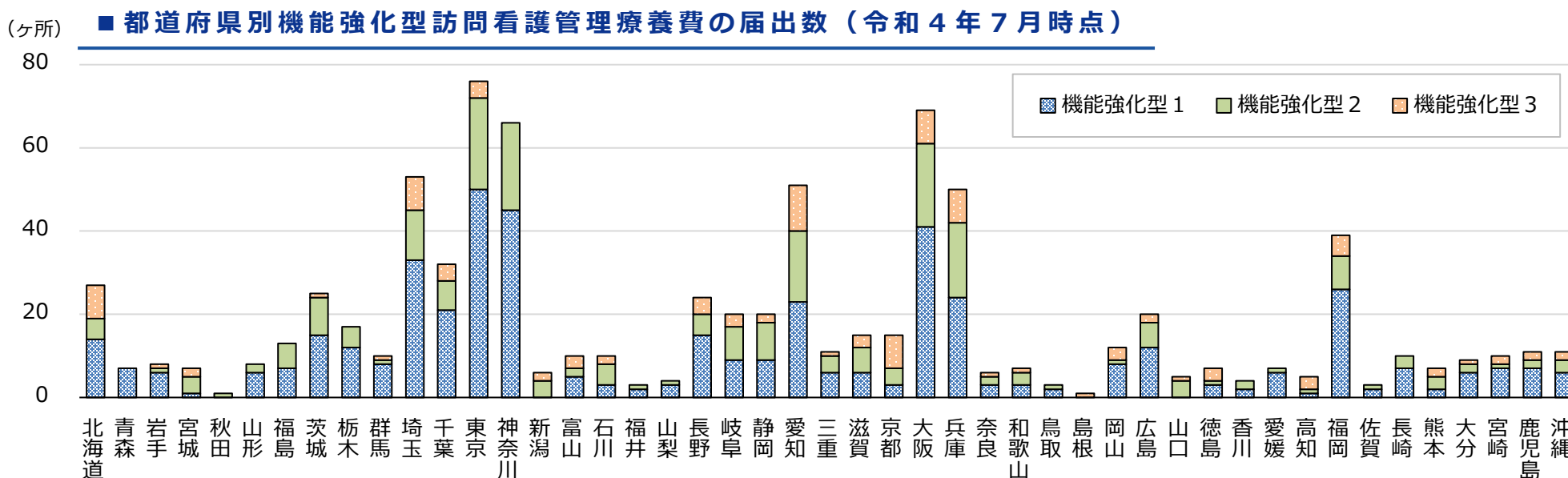
# 機能強化型訪問看護ステーションの届出状況

○ 機能強化型訪問看護管理療養費の届出は、令和4年7月時点で機能強化型1が477事業所、機能強化型2が245事業所、機能強化型3が113事業所である。



(令和4年7月時点)

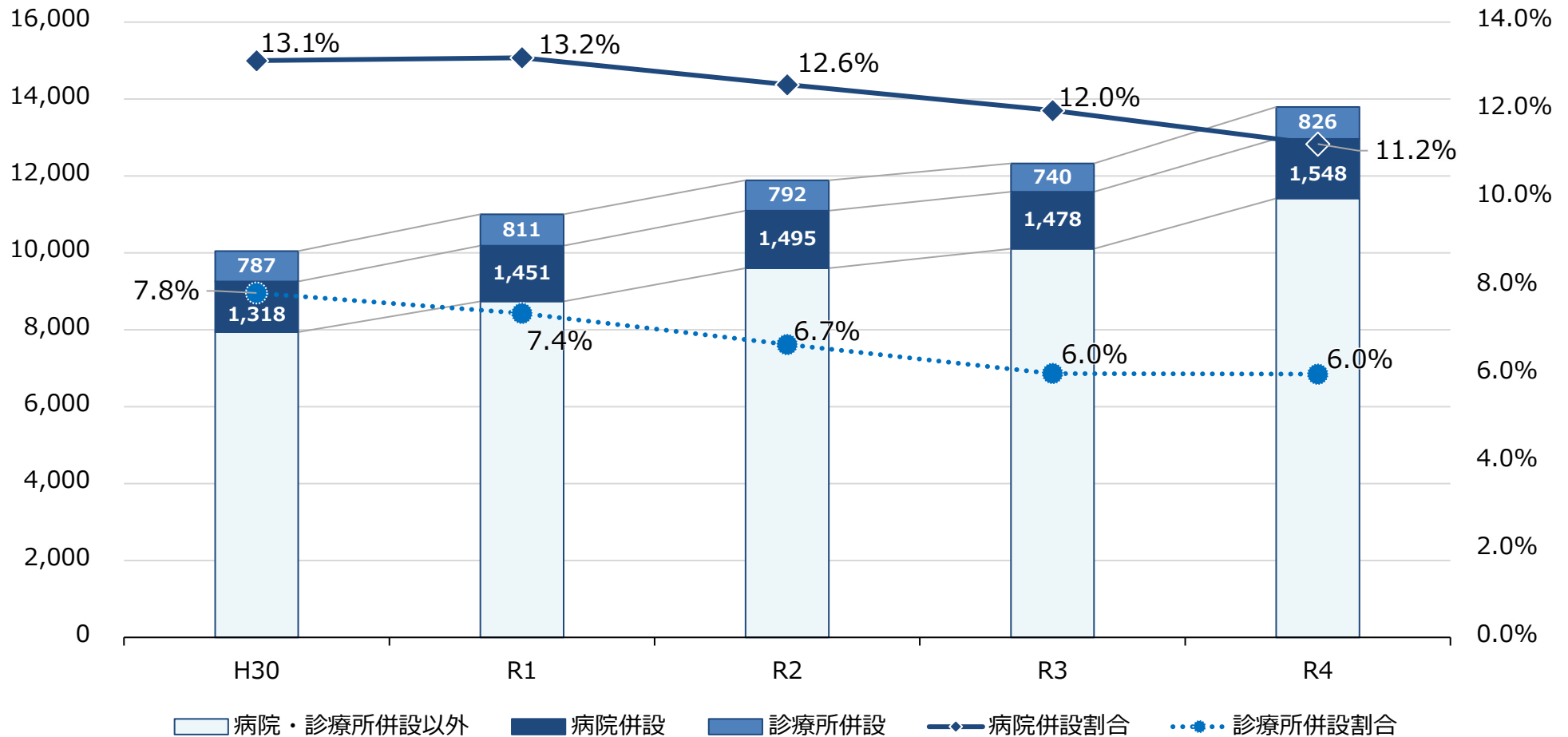
機能強化型 訪問看護管理療養費 1	477
機能強化型 訪問看護管理療養費 2	245
機能強化型 訪問看護管理療養費 3	113
計	835



# 病院・診療所に併設する訪問看護ステーション数・割合の推移

- 訪問看護ステーション数は近年増加しているが、そのうち、病院・診療所に併設する訪問看護ステーション数は微増傾向にある。
- 訪問看護ステーション数に占める病院併設の割合は減少傾向であり、診療所併設の割合は減少から横ばい傾向である。

■ 病院・診療所に併設する訪問看護ステーション数・割合の推移

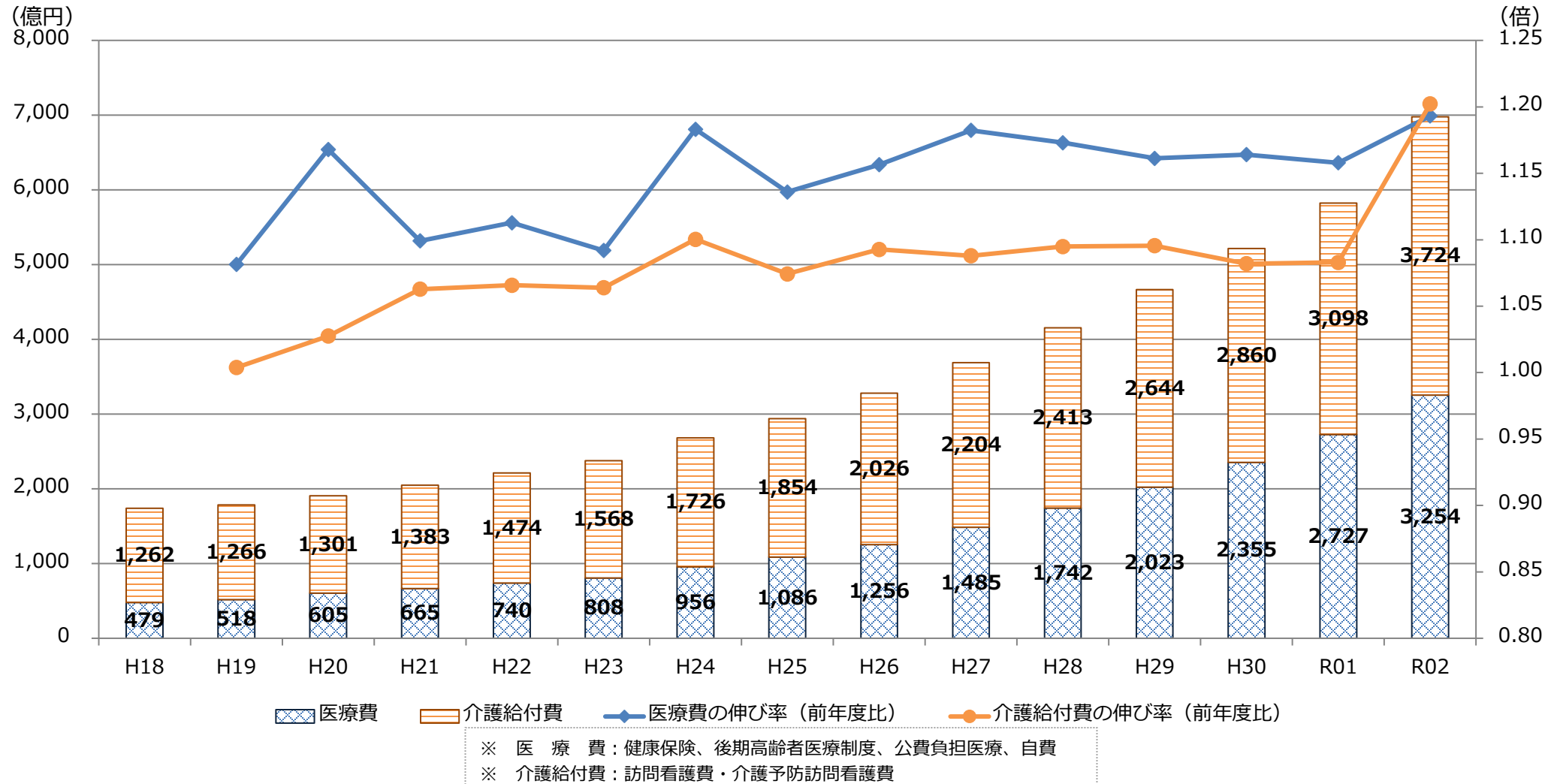




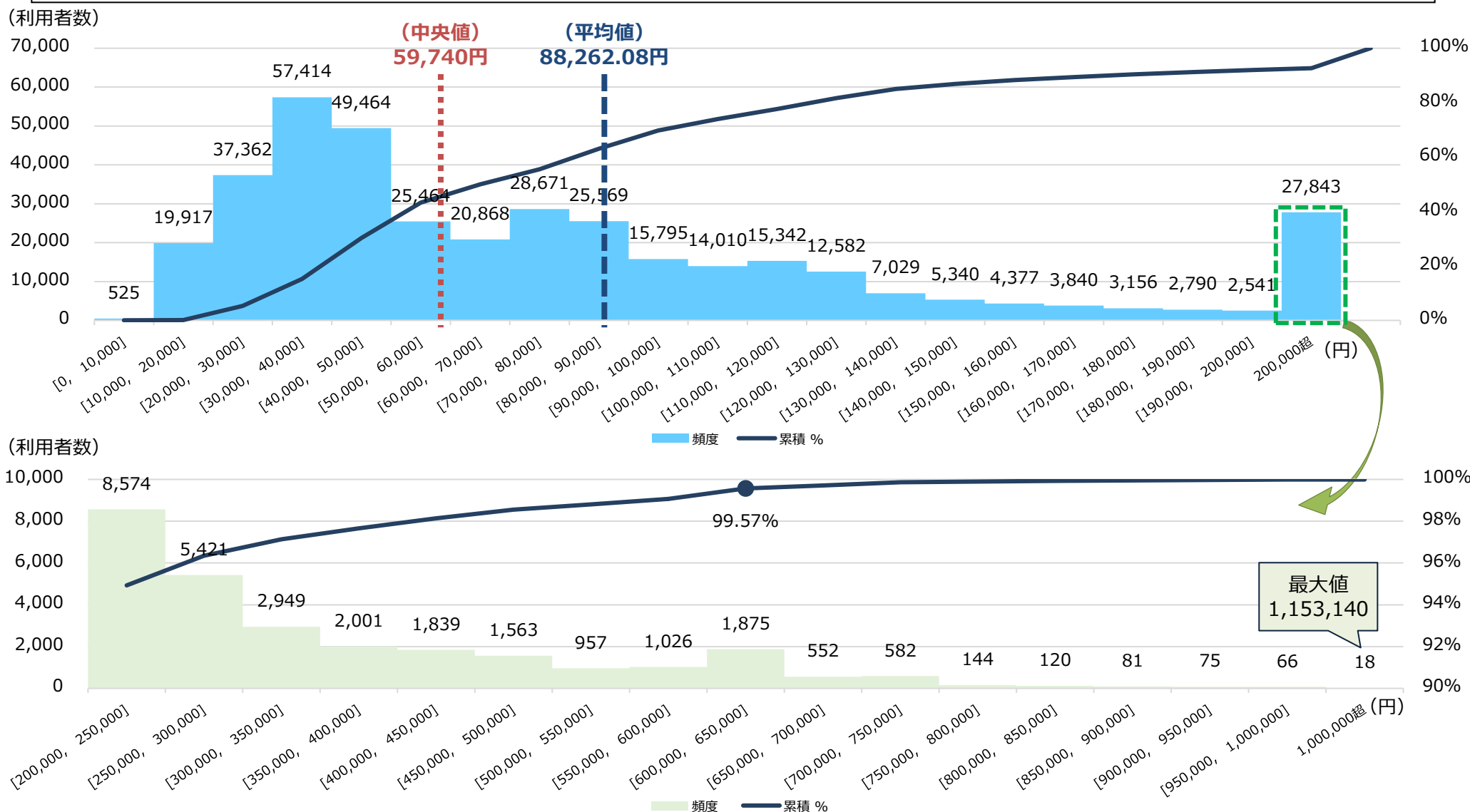
# 訪問看護に係る医療費・介護給付費の推移

○ 訪問看護ステーションの利用にかかる費用は、医療費及び介護給付費ともに増加しており、医療費の伸び率が大きい。

## ■ 訪問看護に係る医療費・介護給付費の推移



- 訪問看護療養費(医療保険)の1人当たり1月の請求額は3万円台が最も多く、平均は88,262円であった。
- 請求額が65万円以上のものが、全体の約0.4%であるが存在している。



# 精神科訪問看護の主な要件

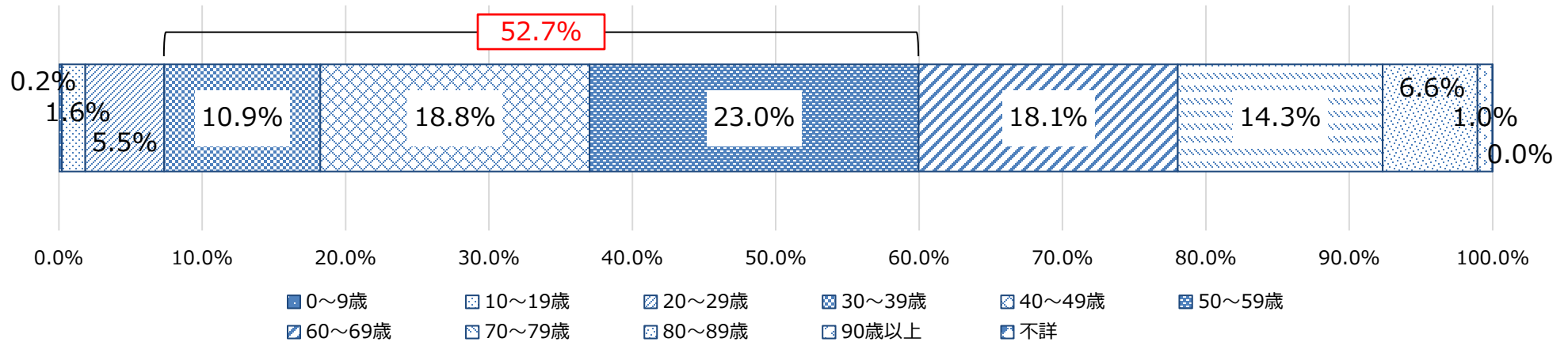
○ 精神科訪問看護は、訪問看護ステーションが精神科訪問看護基本療養費を算定する場合は一定の経験又は研修の修了が必要であること、退院後3月以内は頻回訪問が可能であること等、精神科以外の訪問看護とは異なる基準や要件が設けられている。

	訪問看護ステーション ※精神科を標榜する医療機関の精神科医からの指示に基づき実施		医療機関 ※精神科を標榜する保険医療機関が算定可能	
	訪問看護基本療養費（I）	精神科訪問看護基本療養費（I）	在宅患者訪問看護・指導料	精神科訪問看護・指導料（I）
点数等	<ul style="list-style-type: none"> <li>○保健師・助産師・看護師 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 週3日目まで 5,550円 週4日目以降 6,550円</li> <li>○准看護師 週3日目まで 5,050円 週4日目以降 6,050円</li> <li>○専門の研修を受けた看護師 12,850円</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○保健師・看護師・作業療法士 週3日目まで 30分以上 5,550円 30分未満 4,250円 週4日目以降 30分以上 6,550円 30分未満 5,100円</li> <li>○准看護師 週3日目まで 30分以上 5,050円 30分未満 3,870円 週4日目以降 30分以上 6,050円 30分未満 4,720円</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○保健師・助産師・看護師 週3日目まで 580点 週4日目以降 680点</li> <li>○准看護師 週3日目まで 530点 週4日目以降 630点</li> <li>○専門の研修を受けた看護師 1,285点</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○保健師・看護師 作業療法士・精神保健福祉士 週3日目まで 30分以上 580点 30分未満 445点 週4日目以降 30分以上 680点 30分未満 530点</li> <li>○准看護師 週3日目まで 30分以上 530点 30分未満 405点 週4日目以降 30分以上 630点 30分未満 490点</li> </ul>
対象者及び算定日数	<ul style="list-style-type: none"> <li>・下記以外：週3日まで</li> <li>・別表7：算定日数制限なし</li> <li>・別表8：算定日数制限なし</li> <li>・特別指示：月1回14日限度で算定可（ただし一部は月2回可）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神障害を有する者又はその家族等で下記以外：週3日まで</li> <li>・退院後3月以内：週5日まで</li> <li>・精神科特別指示：算定日数制限なし（月1回14日を限度）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・下記以外：週3日まで</li> <li>・急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認める者：月1回週14日限度で算定可（ただし一部は月2回可）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神障害者である患者又はその家族等で下記以外：週3日まで</li> <li>・退院後3月以内：週5日まで</li> <li>・服薬中断等により急性増悪した場合であって医師が必要と認めた者：月1回週7日限度で算定可 〔さらに継続した訪問看護が必要と医師が判断した場合は、さらに週7日限度で算定可〕</li> </ul>
届出基準	-	<p>下記のいずれかに該当する者による精神科訪問看護を実施</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 精神病棟又は精神科外来での1年以上の勤務</li> <li>(2) 精神疾患患者に対する訪問看護の1年以上の経験</li> <li>(3) 精神保健福祉センター等における精神保健業務の1年以上の経験</li> <li>(4) 専門機関等が主催する精神科訪問看護に関する知識・技術の習得を目的とした研修の修了</li> </ol>	-	-

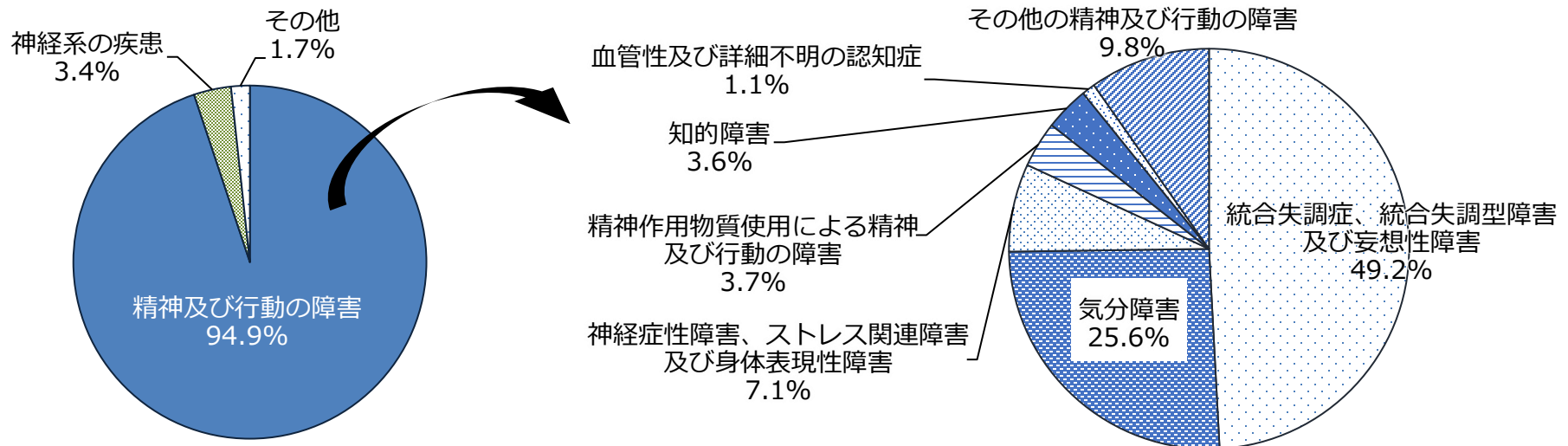
# 精神科訪問看護の利用者の状況

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

## ■ 精神科訪問看護基本療養費を算定した利用者の年齢階級別内訳

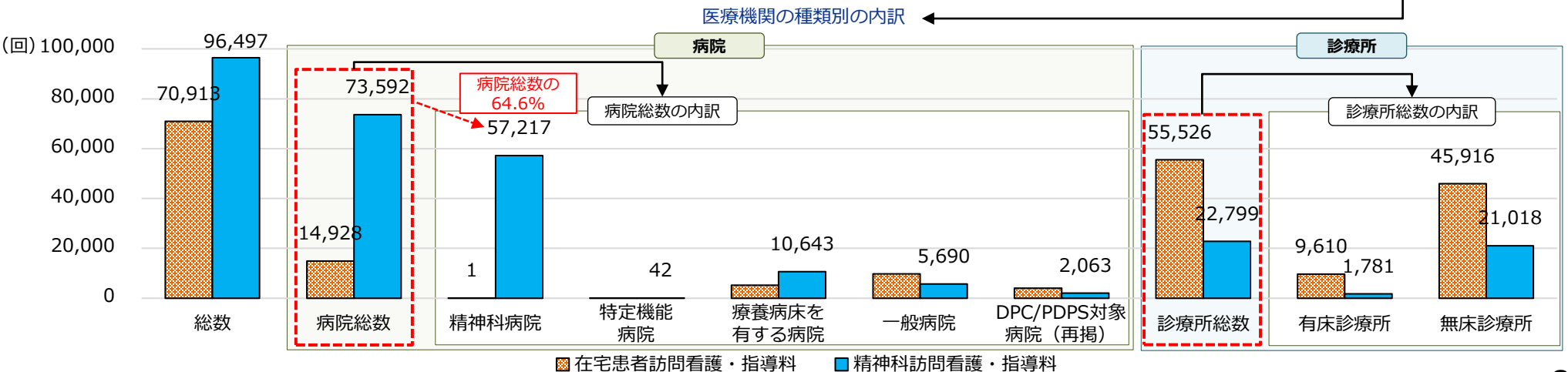
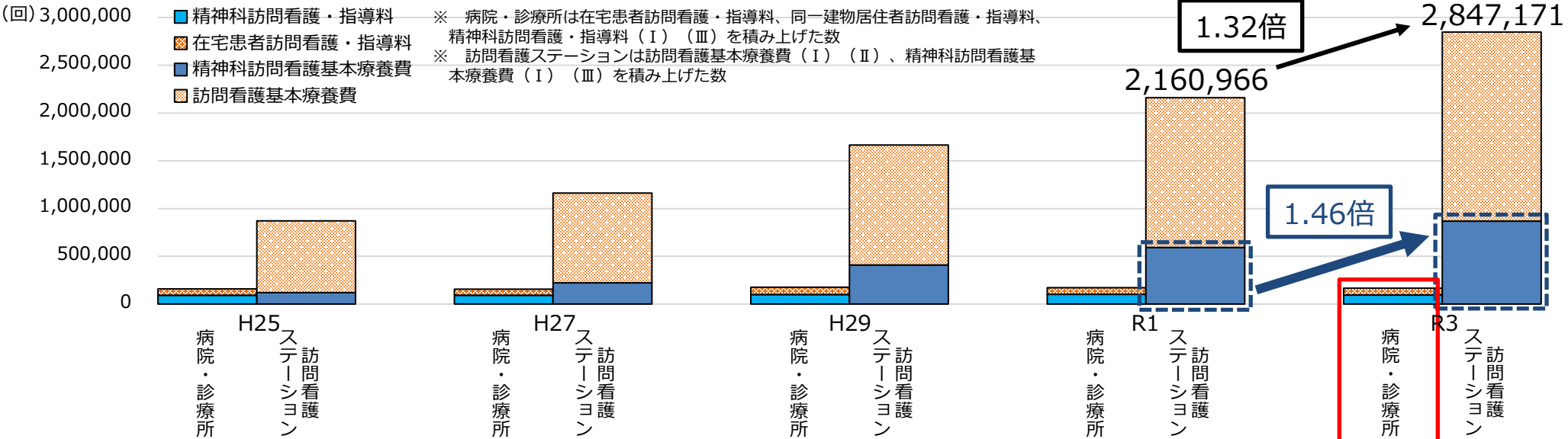


## ■ 精神科訪問看護基本療養費を算定した利用者の主傷病別内訳



# 精神科訪問看護の実施回数の推移

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

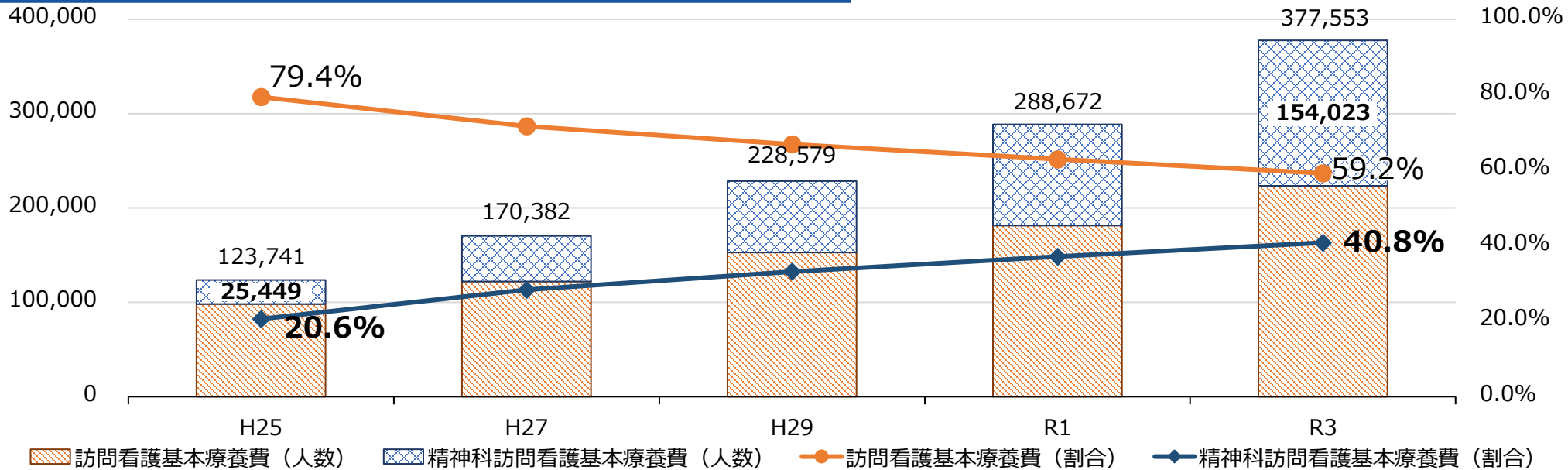


出典：社会医療診療行為別統計（調査）（各年6月審査分）、訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成（令和3年6月審査分より推計）

# 全利用者に占める精神科訪問看護基本療養費の算定状況

- 訪問看護ステーションの利用者数は、訪問看護基本療養費、精神科訪問看護基本療養費ともに増加しており、全利用者のうち精神科訪問看護基本療養費を算定する者の割合が増加している。
- 訪問看護ステーションの全利用者に占める精神科訪問看護利用者の割合を見ると、機能強化型訪問看護ステーションの96.6%は20%未満であるのに対して、機能強化型以外の9.7%が80%以上であった。

## ■ 全利用者に占める精神科訪問看護基本療養費の推移（※1）



## ■ 訪問看護ステーションの全利用者に占める精神科訪問看護利用者の割合（※2）

全利用者に占める精神科訪問看護利用者の割合

### ■ 機能強化型訪問看護ステーション n=416

96.6% 3.4% 0.0%

### ■ 機能強化型訪問看護ステーション以外 n=310

80.6% 9.7% 9.7%

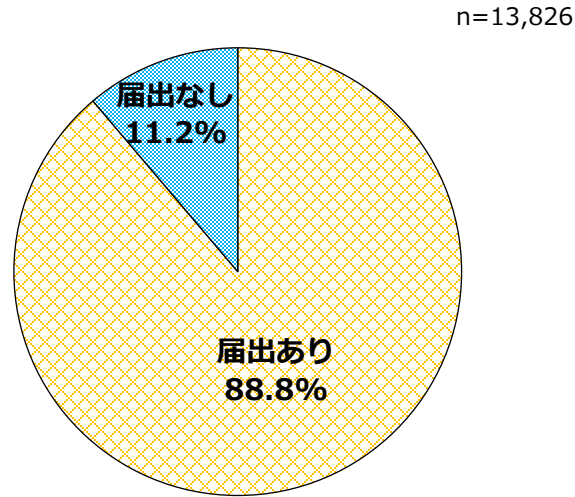
出典：（※1）訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成（各年6月審査分より推計）

（※2）令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査」（訪問看護票（施設））をもとに保険局医療課にて作成

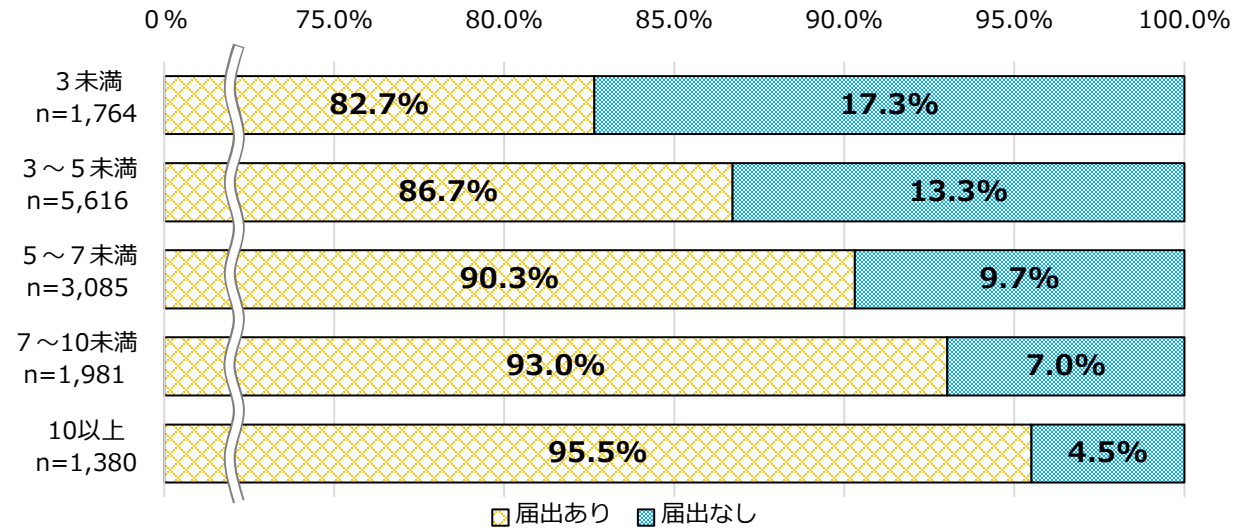
# 24時間対応体制加算の届出と利用者数の推移

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

## ■ 24時間対応体制加算の届出の状況

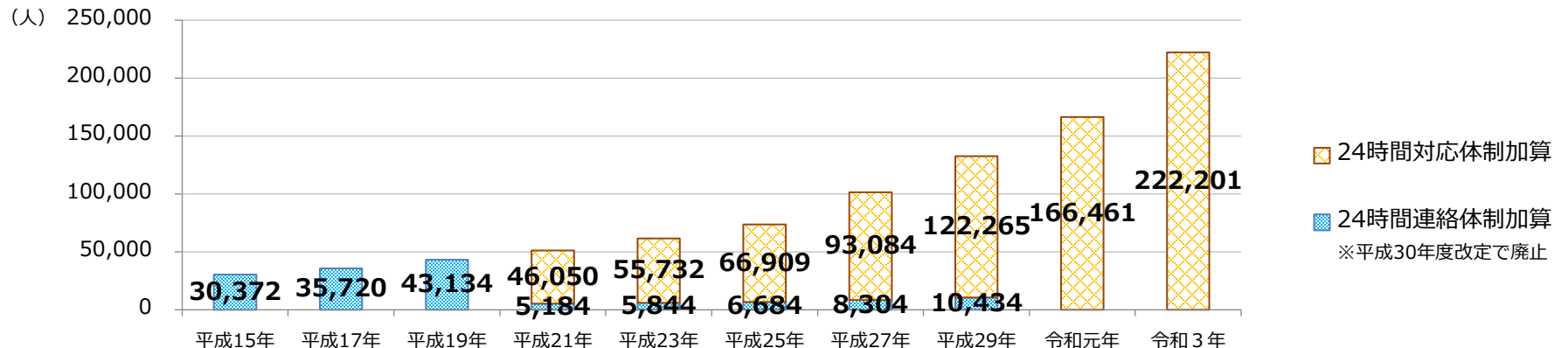


## ■ 看護職員規模別（常勤換算）の24時間対応体制加算の届出状況



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

## ■ 24時間対応体制加算・24時間連絡体制加算の利用者数（推計）



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

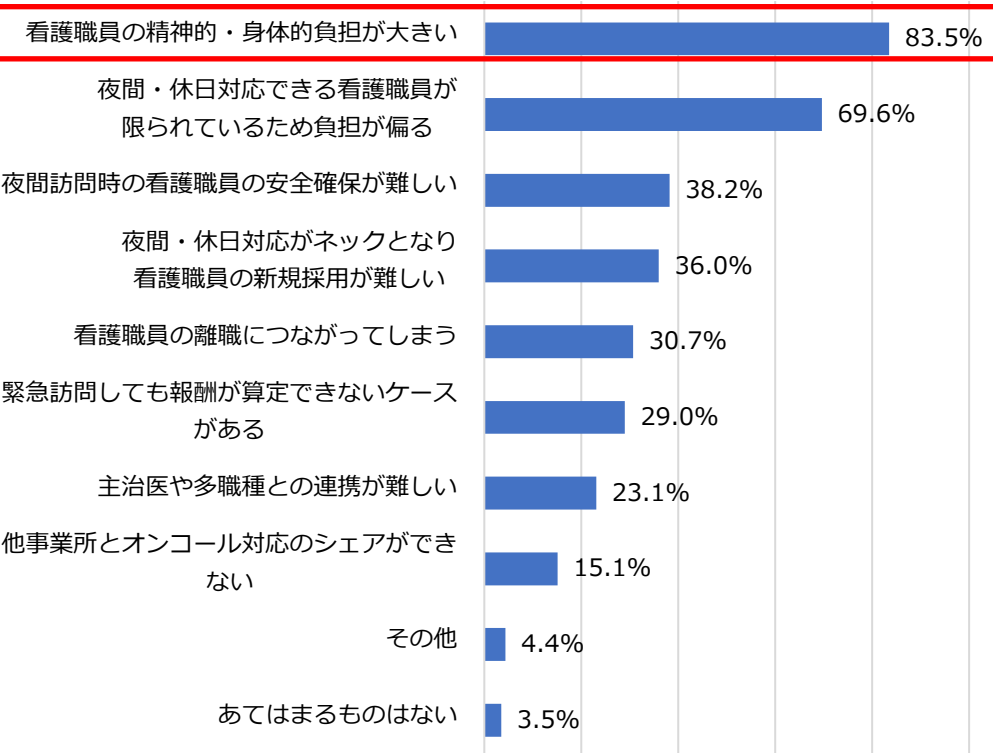
# 24時間対応体制の確保のための営業時間外の対応と課題

- 在宅療養をしている利用者の医療ニーズや看取り等支援するため、多くの訪問看護ステーションで24時間365日、オンコールや緊急訪問に対応しているが、看護職員の精神的・身体的負担が大きいこと、夜間・休日対応できる看護職員に限られるため負担が偏るといった指摘がある。
- 24時間対応体制の確保のための営業時間外の対応体制は「輪番制で待機(オンコールを含む)し、緊急訪問看護も実施している」が75.0%で最も多かった。
- また、24時間対応体制に係る営業時間外の対応や職員の負担等を軽減する対応策として望ましいものは、「自訪問看護ステーション単独で、輪番制で待機(オンコールを含む)」が76.1%で最も多かった。

## ■ 夜間の利用者対応に関連する課題等 (※1)

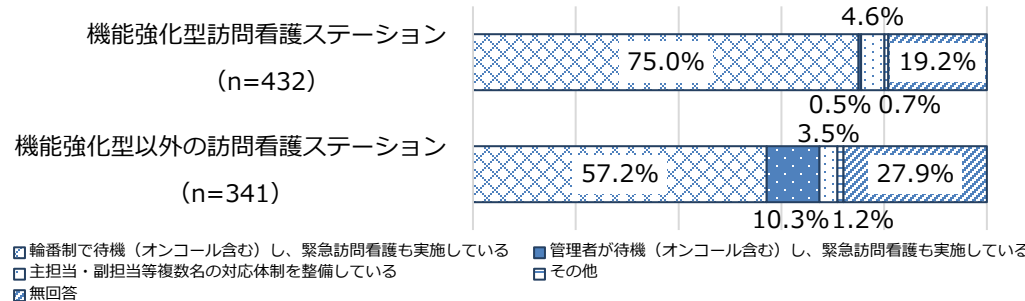
(n=1,879)

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



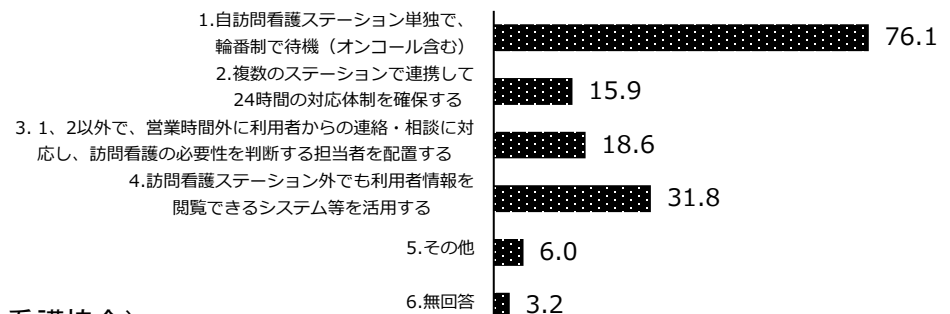
## ■ 24時間対応の確保のための営業時間外の対応体制 (機能強化型訪問看護ステーションの別) (※2)

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



## ■ 24時間対応体制に係る営業時間外の対応や職員の負担等を軽減する対応策として望ましいもの (※2)

0% 20% 40% 60% 80% 100% (n=785)



出典:(※1)2024年度診療報酬・介護報酬改定等に向けた訪問看護実態調査(日本看護協会)

(※2)令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査」



# 同一建物居住者に対する訪問看護

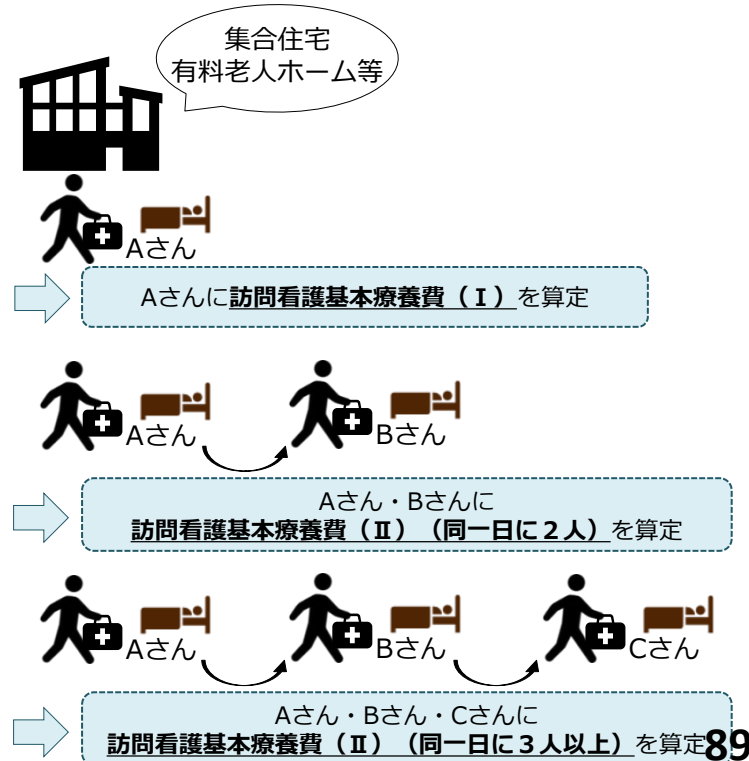
○ 同一日に同一建物に居住する3人以上の利用者に対して訪問看護を実施する場合は、同一日に2人以下のときよりも低い額を算定することとしている(訪問看護基本療養費(Ⅱ))。

	訪問看護基本療養費(Ⅰ)	訪問看護基本療養費(Ⅱ)	
		同一日に2人	同一日に3人以上
保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	週3日目まで 5,550円 週4日目以降 6,550円	週3日目まで 5,550円 週4日目以降 6,550円	週3日目まで <b>2,780円</b> 週4日目以降 <b>3,280円</b>
准看護師	週3日目まで 5,050円 週4日目以降 6,050円	週3日目まで 5,050円 週4日目以降 6,050円	週3日目まで <b>2,530円</b> 週4日目以降 <b>3,030円</b>

## ＜同一建物居住者の考え方＞

- 当該者と同一の建物に居住する他の者に対して当該訪問看護ステーションが同一日に指定訪問看護を行う場合の当該者をいう。
- 建築基準法第2条第1号に掲げる建築物に居住する複数の利用者のことをいい、具体的には、
  - ア 以下に入居・入所している複数の利用者
    - ・ 養護老人ホーム
    - ・ 特別養護老人ホーム
    - ・ 軽費老人ホーム
    - ・ 有料老人ホーム
    - ・ マンションなどの集合住宅 等
  - イ 以下のサービスを受けている複数の利用者
    - ・ 短期入所生活介護
    - ・ 小規模多機能型居宅介護(宿泊サービス)
    - ・ 認知症対応型共同生活介護
    - ・ 介護予防短期入所生活介護
    - ・ 介護予防小規模多機能型居宅介護(宿泊サービス)
    - ・ 介護予防認知症対応型共同生活介護 等

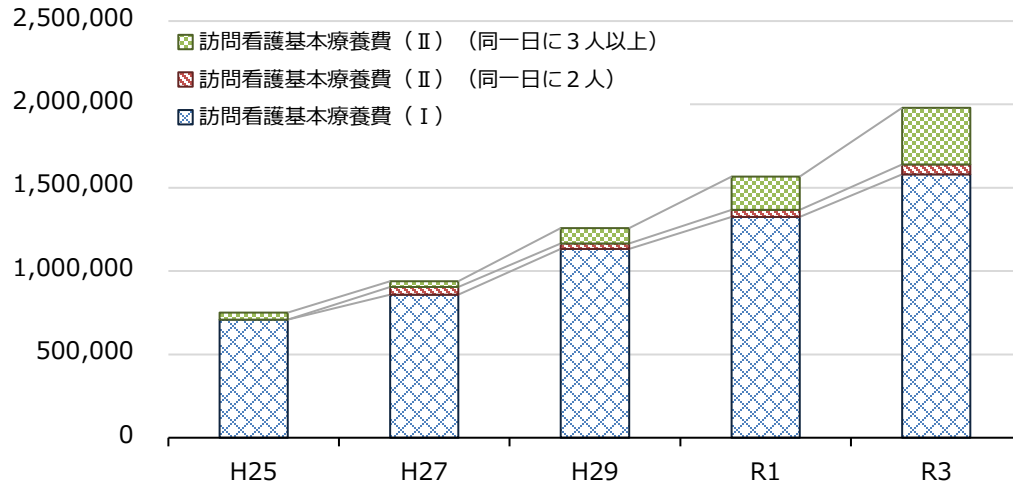
- ※ 精神科訪問看護基本療養費、精神科訪問看護・指導料についても同様の考え方。
- ※ 在宅患者訪問看護・指導料においては、同一建物居住者訪問看護・指導料として同様の考え方。



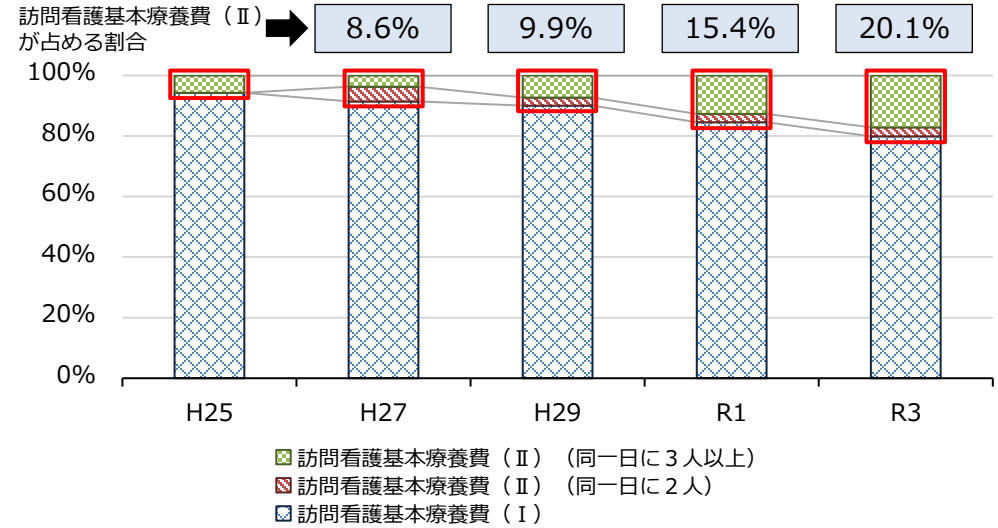
# 同一建物居住者への訪問看護の状況

○ 同一建物居住者に対する訪問看護については、算定回数・算定割合ともに増加傾向。

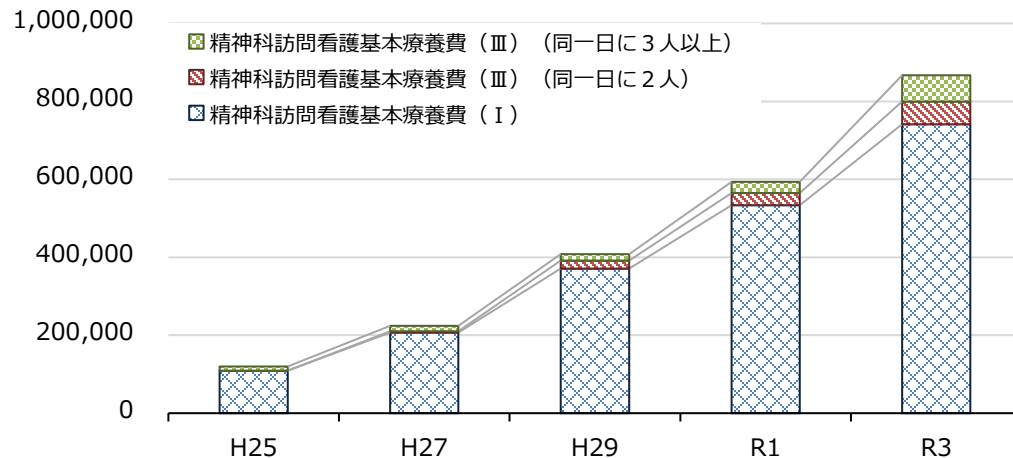
## ■ 訪問看護基本療養費（Ⅰ）（Ⅱ）の算定回数の推移



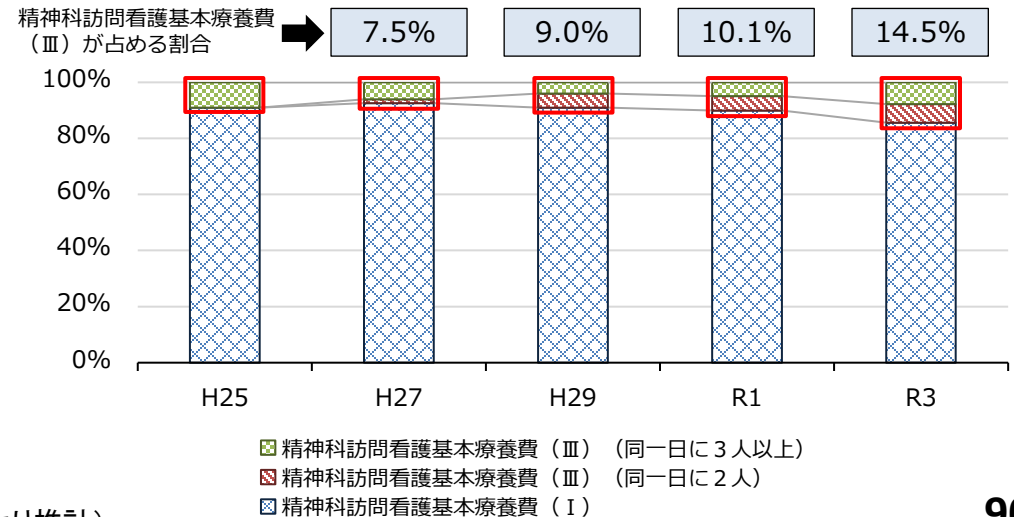
## ■ 訪問看護基本療養費（Ⅰ）（Ⅱ）の算定割合の推移



## ■ 精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）（Ⅲ）の算定回数の推移



## ■ 精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）（Ⅲ）の算定割合の推移



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

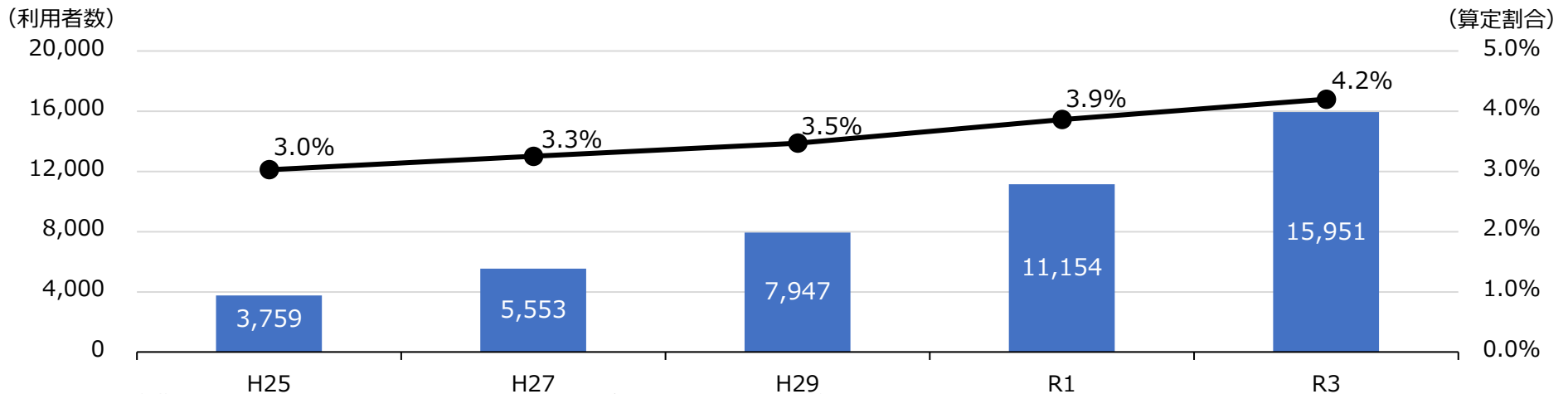
# 複数名訪問看護加算

- 別表第7の利用者等に対し、複数名で訪問看護を行った場合、複数名訪問看護加算を算定できる。
- 複数名訪問看護加算を算定する利用者数及び全利用者に占める算定割合は増加傾向である。

報酬と訪問者	対象者	加算額（※）	指定訪問看護の実施者	同時に訪問する者
	イ～二	4,500円（週1回）	看護職員 （保健師、助産師、看護師、准看護師）	保健師、助産師、看護師、 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士
	イ～二	3,800円（週1回）	看護職員	准看護師
	二～ハ	3,000円（週3回）	看護職員	その他職員 （保健師、助産師、看護師、准看護師 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士 看護補助者）
イ～ハ	3,000円（1日に1回の場合） 6,000円（1日に2回の場合） 10,000円（1日に3回以上の場合）			

対象者
<p>看護職員が、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うことについて利用者又はその家族等の同意を得て、1人の看護師等による指定訪問看護が困難な利用者であって、次のいずれかに該当する場合、所定額に加算。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>イ 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者</li> <li>ロ 特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>ホ 利用者の身体的理由により1人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者</li> <li>ヘ その他利用者の状況等から判断して、イからホのいずれかに準ずると認められる者</li> </ul>

※同一建物内3人以上の場合の加算額は別に設定あり



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

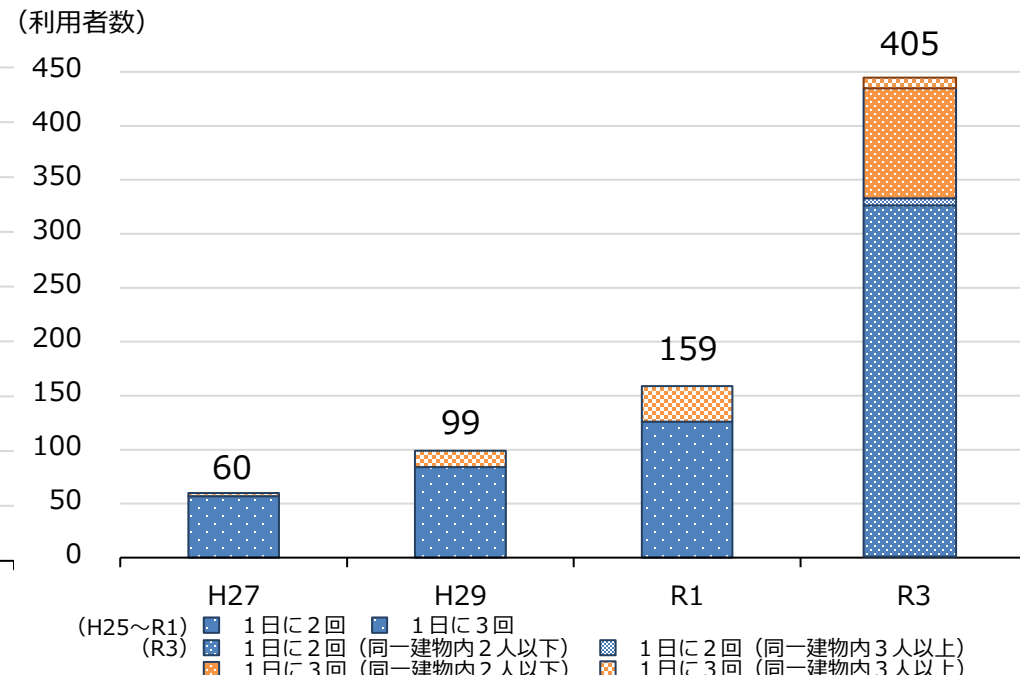
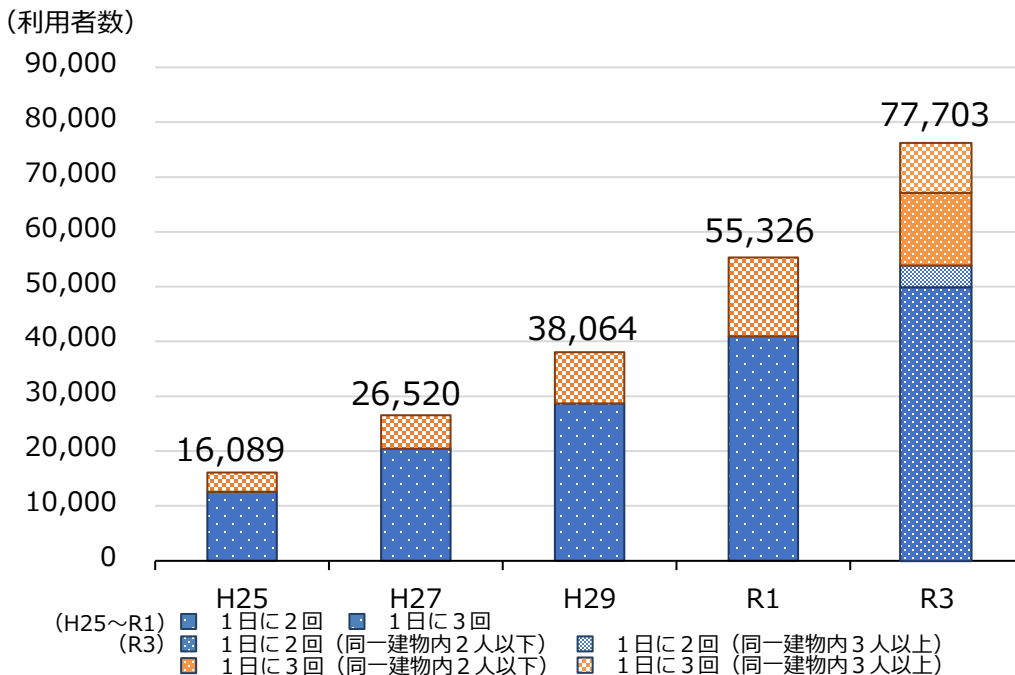
# 難病等複数回訪問加算・精神科複数回訪問加算

- 別表第7、別表第8、特別訪問看護指示書の交付を受けた利用者、精神科在宅患者支援管理料を算定する利用者に対し、必要に応じて1日に2回又は3回以上訪問看護を行った場合、難病等複数回訪問加算／精神科複数回訪問加算を算定できる。
- 複数回訪問看護加算を算定する利用者は増加傾向である。

	加算額	対象者
<b>難病等複数回訪問加算</b>	(1) 1日に2回 同一建物内1人又は2人 4,500円 同一建物内3人 4,000円	・特掲診療料の施設基準等の別表第7に掲げる疾病等の者 ・特掲診療料の施設基準等の別表第8に掲げる者 ・特別訪問看護指示書の交付を受けた利用者
<b>精神科複数回訪問加算</b>	(2) 1日に3回以上 同一建物内1人又は2人 8,000円 同一建物内3人 7,200円	・精神科在宅患者支援管理料を算定する利用者

■ 難病等複数回訪問加算の利用者数

■ 精神科複数回訪問加算の利用者数



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

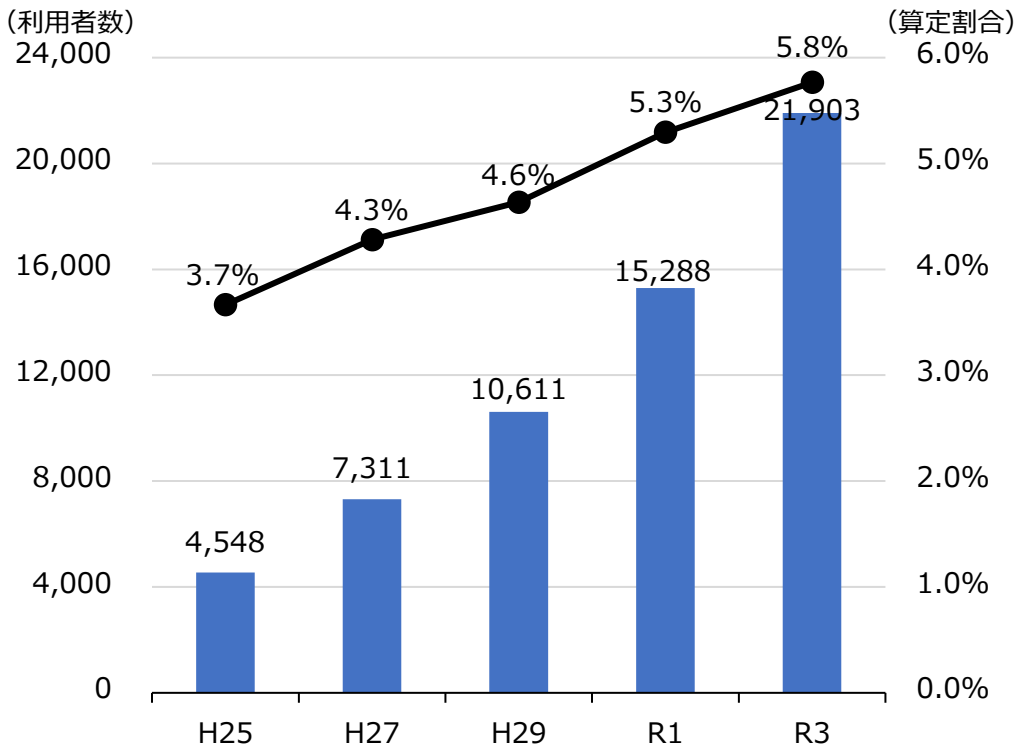
※精神科複数回訪問加算は平成26年度診療報酬改定において新設

# 夜間・早朝、深夜における訪問看護の状況

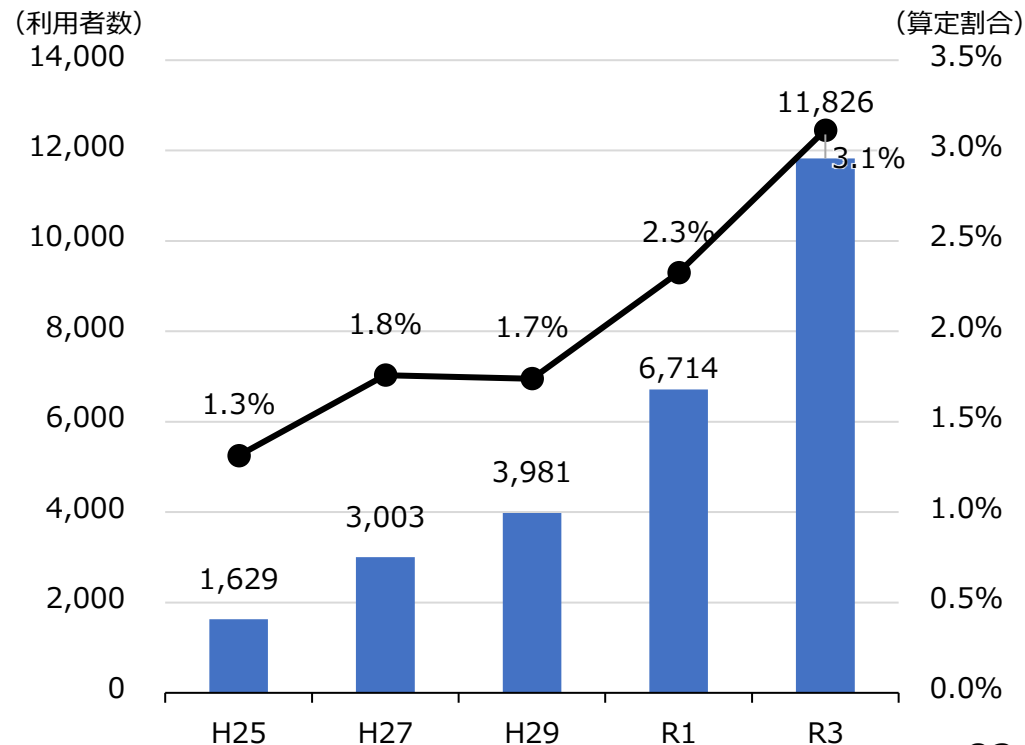
- 夜間・早朝又は深夜に訪問看護を行った場合、対象者の限定なく夜間・早朝訪問看護加算又は深夜訪問看護加算を算定できる。
- 夜間・早朝及び深夜の訪問看護の利用者数、全利用者に占める算定割合は増加傾向である。

	加算額	要件等
夜間・早朝訪問看護加算	2,100円（1日につき）	夜間（午後6時から午後10時までの時間）又は早朝（午前6時から午前8時までの時間）に指定訪問看護を行った場合に、所定額に加算。
深夜訪問看護加算	4,200円（1日につき）	深夜（午後10時から午前6時までの時間）に指定訪問看護を行った場合に、所定額に加算。

■ 夜間・早朝訪問看護加算の算定状況



■ 深夜訪問看護加算の算定状況

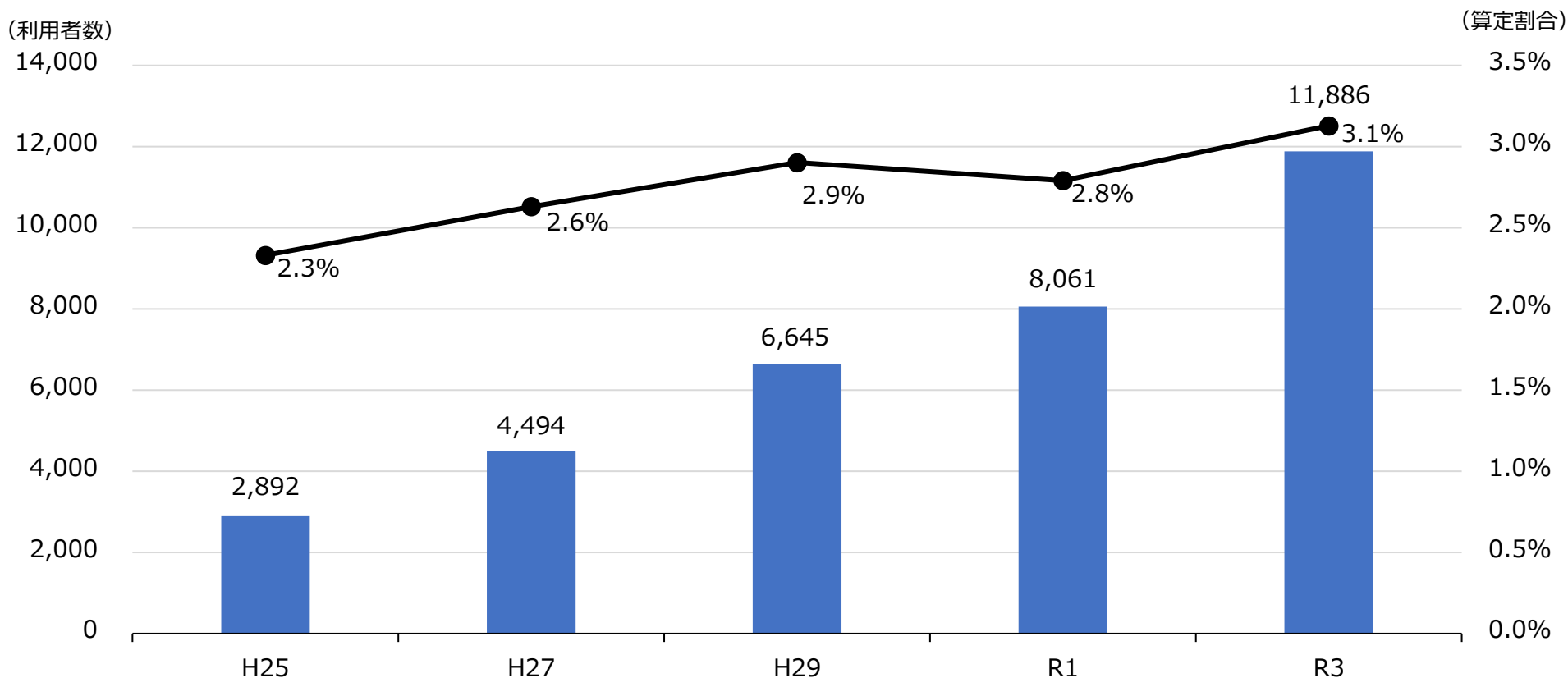


出典：訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成（各年6月審査分より推計）

# 緊急訪問看護加算

- 利用者又はその家族等の求めに応じ、その主治医の指示に基づき緊急に訪問看護を実施した場合、緊急訪問看護加算を算定できる。
- 緊急訪問看護の利用者数、全利用者に占める算定割合は増加傾向である。

加算額	要件等
2,650円（1日につき）	訪問看護計画に基づき定期的に行う指定訪問看護以外であって、利用者又はその家族等の求めに応じて、その主治医（診療所又は在宅療養支援病院の保険医に限る。）の指示に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が緊急に指定訪問看護を実施した場合に、所定額に加算。



# 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

- 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を評価している専門管理加算は、機能強化型訪問看護ステーションの方が機能強化型以外に比べて多く届け出ている。
- 研修別では、緩和ケアに係る専門の研修を受けた者が最も多い。

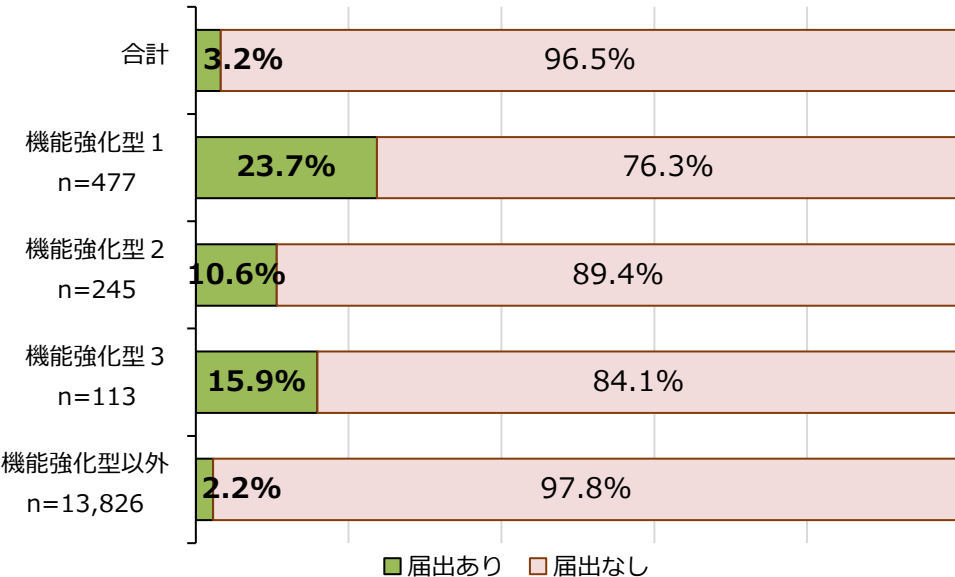
## ■ 専門性の高い看護師による訪問看護の評価

基本療養費／加算名	費用	算定対象	要件等
専門管理加算 (令和4年度～)	2,500円 (1月に1回)	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 <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・真皮を越える褥瘡の状態にある利用者</li> <li>・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</li> </ul> □ 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 <ul style="list-style-type: none"> <li>・手順書加算を算定する利用者</li> </ul>	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。

## ■ 専門管理加算の届出の状況

n=13,826

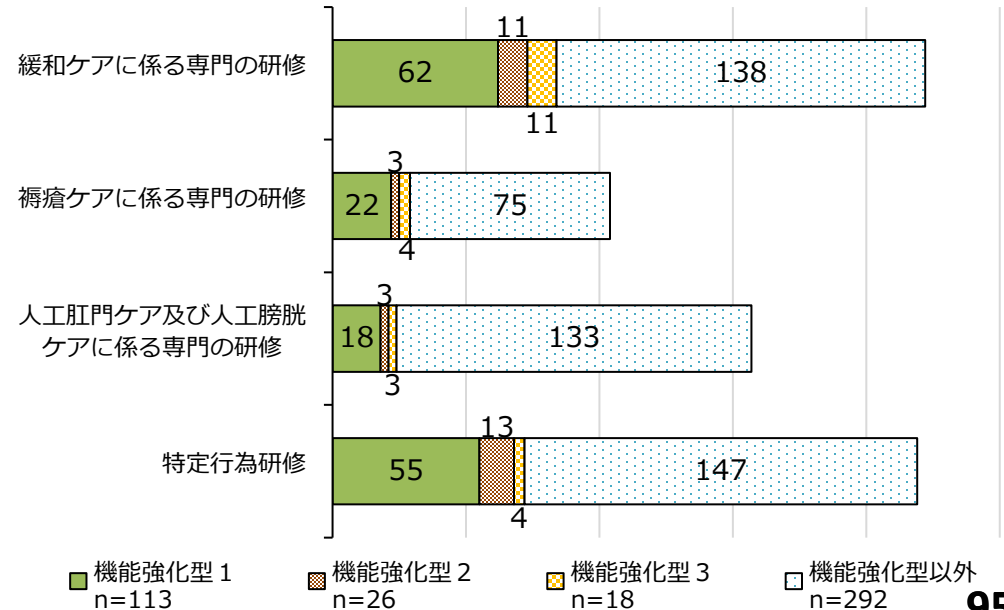
0% 20% 40% 60% 80% 100%



## ■ 研修別の届出状況（重複あり）

(事業所数)

0 50 100 150 200 250

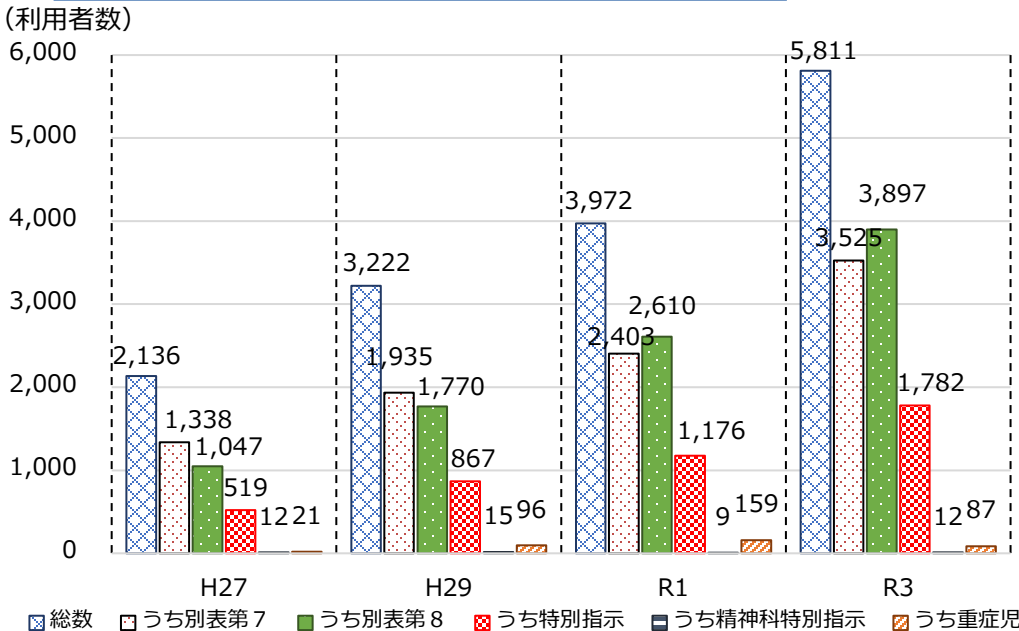


# 退院日当日の訪問看護

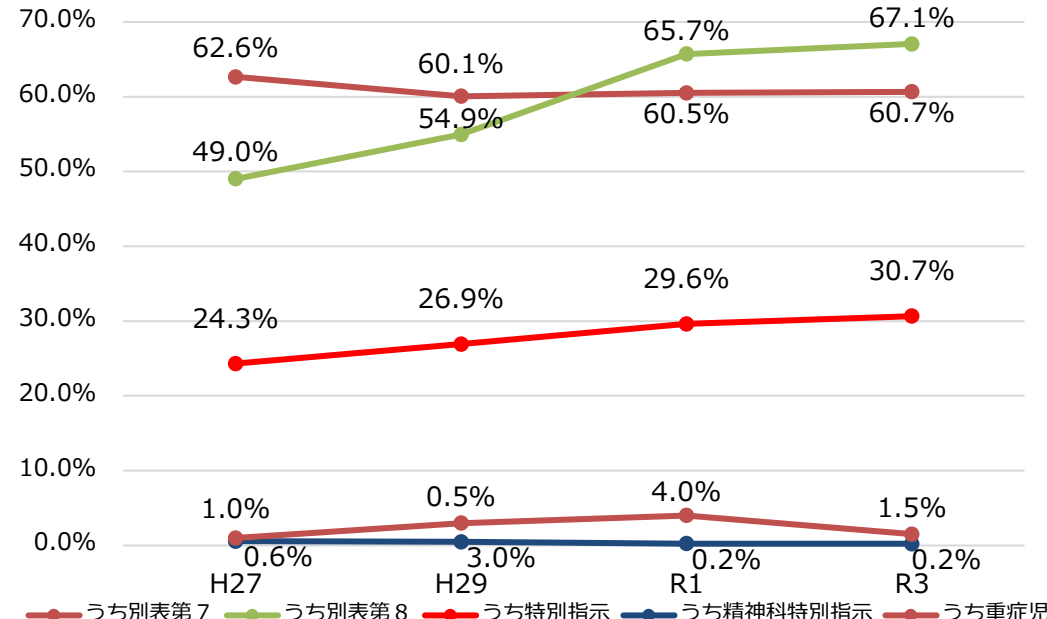
○ 退院日当日の療養上の退院支援指導の評価である退院支援指導加算を算定する利用者数は年々増加しており、退院支援指導加算を算定する利用者のうち、別表第8に掲げる者が最も増加傾向にある。

基本療養費／加算名	費用	算定対象	要件等
退院支援指導加算	6,000円 長時間にわたる療養上必要な指導を行った場合 8,400円	<p>【退院日に療養上の退院支援指導が必要な利用者】</p> <p>(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</p> <p>(2) 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者</p> <p>(3) 退院日の訪問看護が必要であると認められる者</p> <p>【長時間の訪問を要する者】(令和4年4月1日～)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・15歳未満の超重症児又は準超重症児</li> <li>・特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者</li> <li>・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</li> </ul>	退院支援指導を要する者が、保険医療機関から退院するに当たって、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は、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(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。

■ 退院支援指導加算の算定状況 (重複あり)



■ 退院支援指導加算の算定者数の総数に占める割合



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



## 課題(小括③)

### (訪問看護を取りまく状況について)

- 訪問看護の利用者については、2025年以降に後期高齢者の割合が7割以上になることが見込まれている。また、既にピークを迎えている地域もあり、地域差はあるものの、多くの二次医療圏(198の医療圏)においては2040年以降にピークを迎えることが見込まれている。
- 訪問看護における介護保険と医療保険の対象者は、年齢、疾病、状態で区分されており、その状態等に応じて介護保険又は医療保険のいずれかから訪問看護を提供している。原則として、介護保険の給付は医療保険の給付に優先する。
- 医療保険の訪問看護の利用者数の伸びが顕著である。また、在宅医療の中で訪問看護に求められる役割の1つであるターミナルケアの利用者数は近年増加傾向にあり、特に令和3年度は顕著に増加している。
- 訪問看護ステーションの数は増加傾向であり、看護職員が常勤換算で5人以上の訪問看護ステーションが増加している。また、機能強化型訪問看護管理療養費の届出も増加傾向にある。
- 訪問看護に係る医療費及び介護給付費ともに増加しており、医療費の伸び率が大きい。

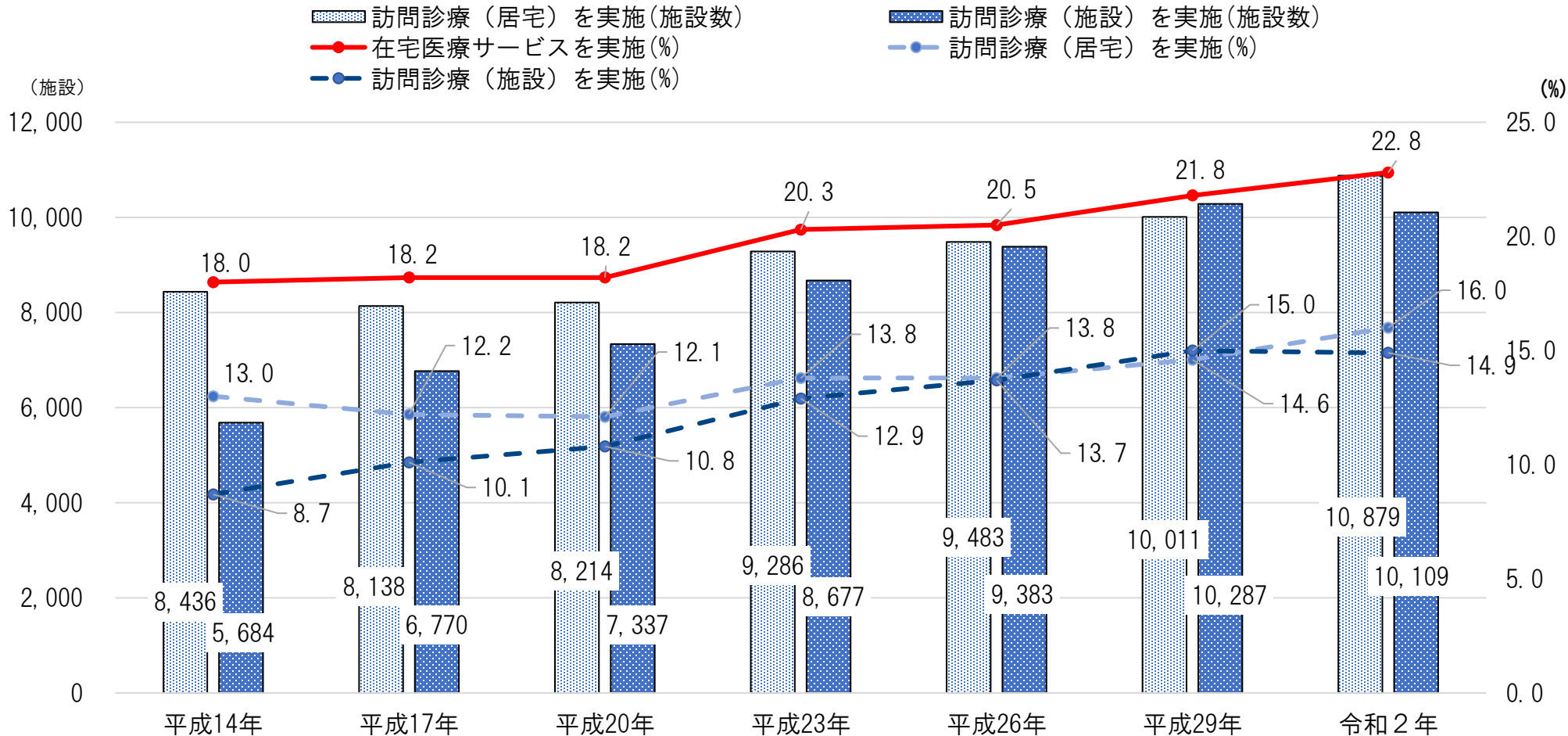
### (訪問看護の実施状況等)

- 訪問看護ステーションの利用者の主傷病は、「精神及び行動の障害」が最も多く、精神科訪問看護基本療養費を算定した利用者の主傷病のうち、統合失調症等の利用者が約半数を占めている。また、訪問看護の利用者のうち、精神科訪問看護基本療養費を算定する者の割合が訪問看護基本療養費を算定する者に比して増加している。
- 24時間対応について、24時間対応体制加算は約9割の訪問看護ステーションが届け出ている。24時間対応に係る課題等として、看護職員の精神的・身体的負担が大きいことや夜間・休日対応できる看護職員が限られているため負担が偏ること等が挙げられている。
- 同一建物居住者に対する訪問看護、複数名による訪問看護や複数回訪問看護の算定回数・算定割合が増加している。また、夜間・早朝、深夜における訪問看護や緊急訪問看護も同様に増加している。
- 退院日当日の訪問看護は増加しており、別表第8に掲げる者に対する訪問看護が増加傾向にある。

1. 在宅医療を取りまく状況について
2. 地域包括ケアシステムにおける在宅医療について
3. 訪問診療・往診等について
4. 訪問看護について
5. **歯科訪問診療について**
6. 訪問薬剤管理について
7. 訪問栄養食事指導について

# 在宅歯科医療の提供体制

- 在宅医療サービスを実施する歯科診療所の割合は増加しており、令和2年では22.8%である。
- 訪問先別にみると、令和2年では、居宅への訪問診療を実施する歯科診療所の割合は16.0%、施設への訪問診療を実施する歯科診療所の割合は14.9%である。



出典：医療施設調査

※各調査年9月に、実施件数が1以上の歯科診療所の割合

※平成20年、令和2年の在宅医療サービスを実施している歯科診療所の割合は特別集計結果

※令和2年の訪問診療（施設）を実施している歯科診療所の施設数及び割合は、特別集計結果

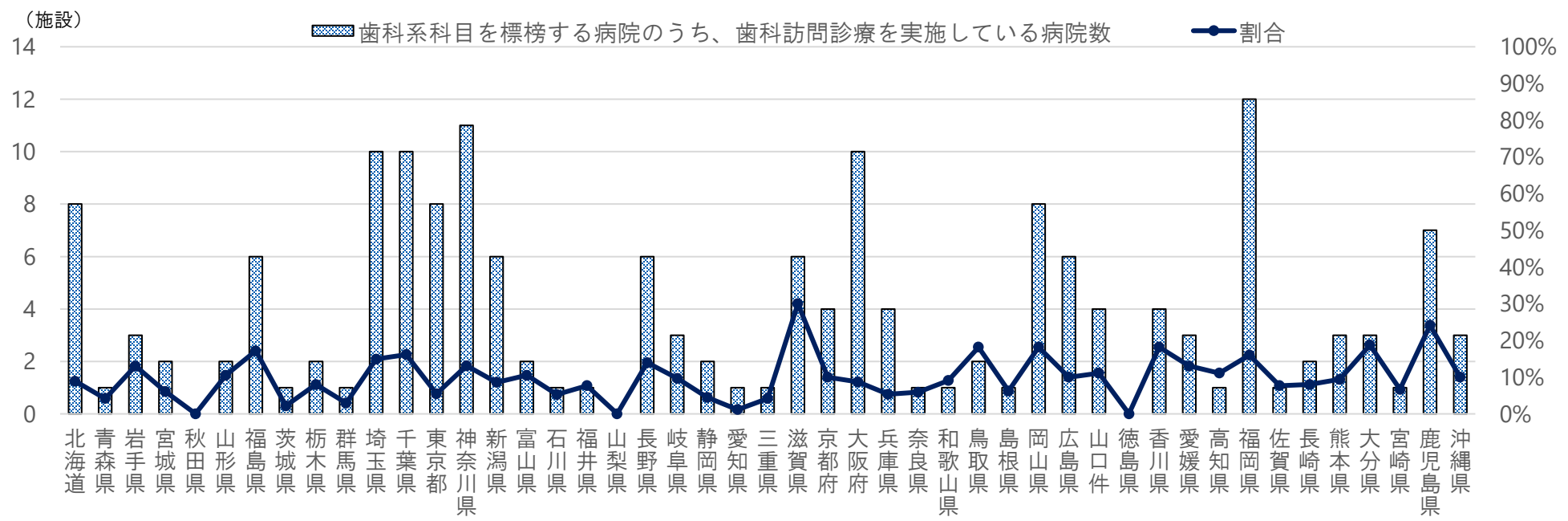
# 訪問診療を実施している歯科系の診療科を標榜する病院数

- 歯科系の診療科を標榜する病院のうち、歯科訪問診療を実施する病院は9.6%である。
- 都道府県別にみると、歯科訪問診療を実施している歯科系診療科を標榜する病院がない都道府県もある。

＜歯科訪問診療を実施する病院数と割合(%)＞

歯科系の診療科を標榜する病院数	歯科訪問診療を実施する病院数	歯科訪問診療を実施する病院の割合(%)
1,819施設	175施設	9.6%

＜歯科訪問診療を実施する病院数と割合(%) (都道府県別)＞



出典：医療施設調査(特別集計)

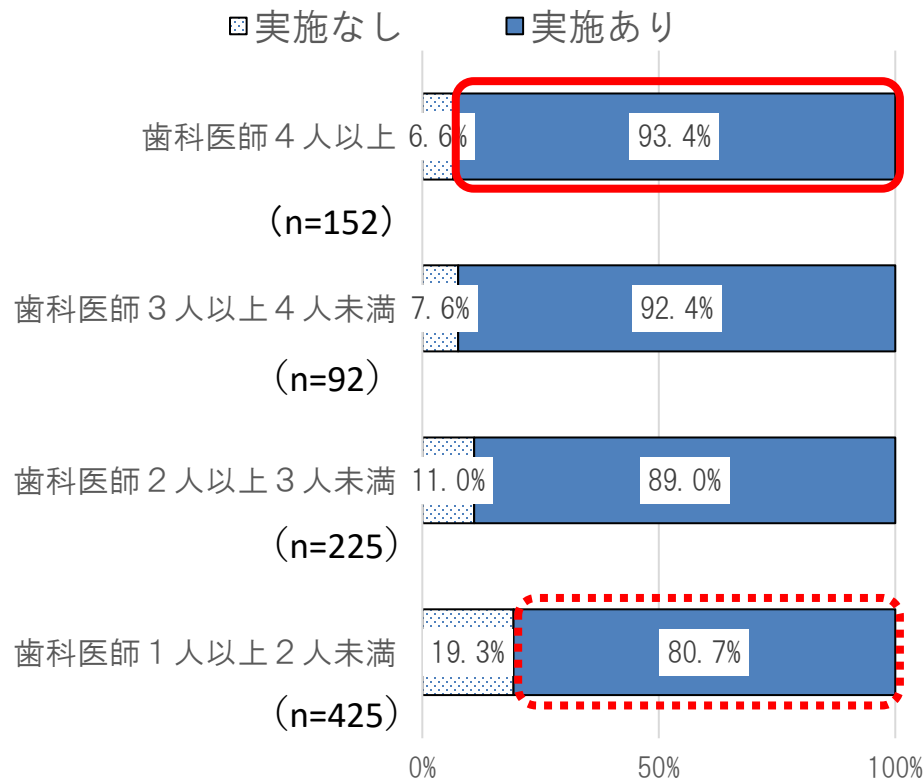
※令和2年9月に、「歯科訪問診療」の実施件数が1以上の病院数及び割合

※歯科系の診療科を標榜する病院：歯科、歯科口腔外科、小児歯科、矯正歯科のいずれかを標榜する病院

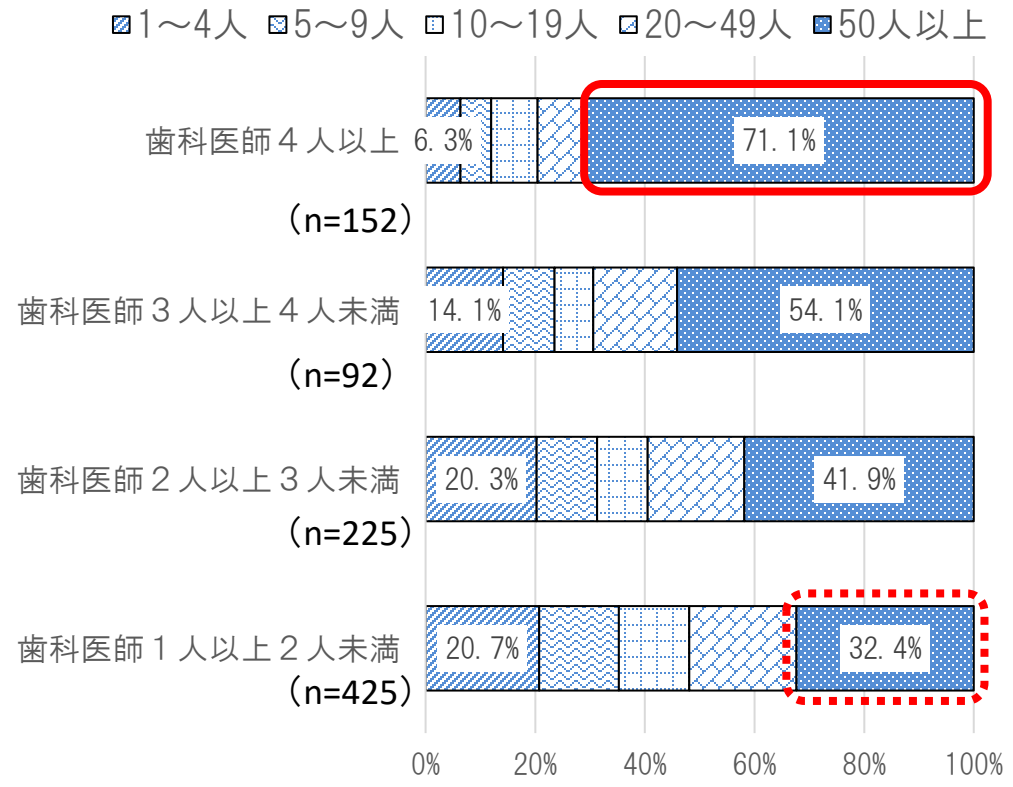
# 歯科医師数別の歯科訪問診療の実施状況

- 歯科医師数別の歯科訪問診療の実施状況は、歯科医師が2人未満の歯科診療所で80.7%、4人以上で93.4%と、歯科医師数が多いほど歯科訪問診療を実施している歯科診療所の割合が大きい。
- 歯科訪問診療を実施した患者総数について、3か月間で「50人以上」に実施している歯科診療所の割合は、歯科医師が2人未満の歯科診療所では32.4%に対し、4人以上では71.1%と、歯科医師数が多いほど実施人数が多かった。

## ＜歯科訪問診療の実施状況＞



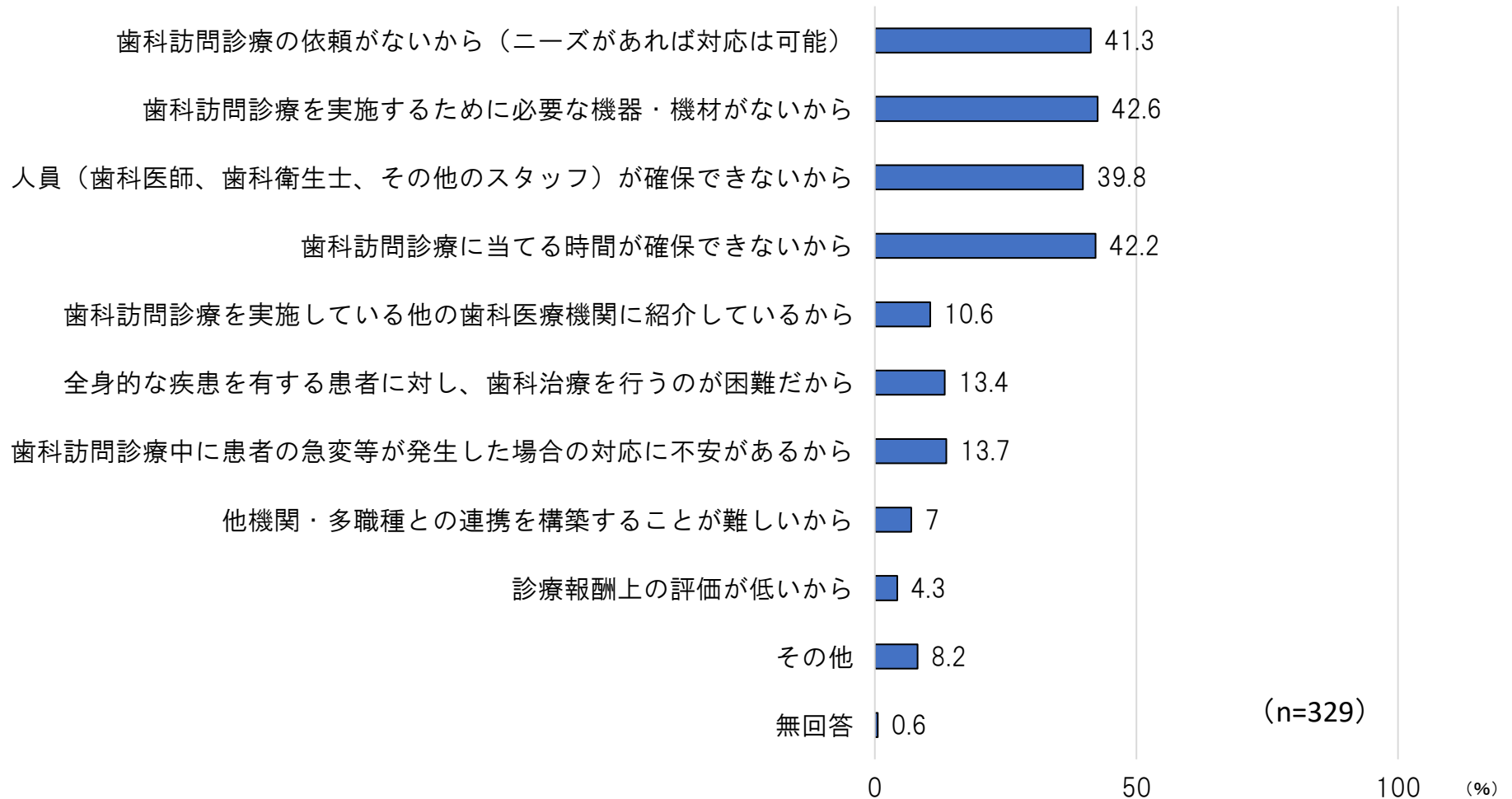
## ＜歯科訪問診療を実施した患者総数＞



・調査対象：在宅療養支援歯科診療所2,000施設、それ以外の歯科診療所1,000施設(いずれも無作為抽出)  
 ・調査対象月：令和4年7月～9月の3か月間

# 歯科訪問診療を実施していない理由

○ 歯科訪問診療等を実施していない理由は、「歯科訪問診療を実施するために必要な機器・機材がないから」が42.6%で最も多く、次いで「歯科訪問診療に当てる時間が確保できないから」が42.2%だった。



・調査対象：在宅療養支援歯科診療所2,000施設、それ以外の歯科診療所1,000施設（いずれも無作為抽出）  
・調査対象月：令和4年7月～9月の3か月間

# 歯科医療提供体制等に関する検討会中間とりまとめ(案)(抜粋)

## 1 はじめに

食べることは生きることの基本であり、地域包括ケアシステムの構築をはじめとして、地域保健・医療における歯科保健医療の役割は重要である。高齢化の進展に伴い、歯科医療機関では、これまでのう蝕や歯周病等への対応に加え、在宅歯科医療や口腔機能の維持向上への取組の重要性が増している。

## 2 歯科保健医療の動向

- また、高齢者は、基礎疾患に伴う健康状態や日常生活自立度の変化、必要とされる口腔管理等が様々であり、居宅や介護保険施設での訪問歯科診療等、歯科保健医療を提供する場所や治療内容等が多岐にわたる。

## 3 これからの歯科医療の提供体制について

### (1) かかりつけ歯科医の役割

- かかりつけ歯科医には、歯科治療はもちろん、成長発育期における健全な歯列育成や口腔衛生習慣の習得等のための対応、予防・重症化予防、患者の基礎疾患や服用薬剤についての理解等が求められる。これに加え、歯科医療ニーズの多様化に伴い、口腔機能の向上や介護予防、周術期における口腔の管理、訪問診療や障害者への対応、終末期等の口腔の管理等、求められる対応が多岐にわたってきている。

### (2) 歯科医療機関の機能分化と連携

- 国民・患者にとって、生涯を通じていつでも安心して歯科医療を受けることができる歯科医療提供体制を構築するために、地域における「連携」について、「いつ」「誰が」「何を」行うのか等、具体的に検討することが重要である。
- そのためには、各歯科医療機関の機能を把握し、見える化をすることも有用な方法である。例えば、歯科専門医、訪問歯科診療を実施している歯科診療所、当該歯科医療機関が対応している診療内容等が挙げられる。

### (4) 医科歯科連携、多職種連携

- 多職種連携を推進するためには、機能を含めた歯科医療資源の見える化を図ることも有効な手法のひとつである。公表する内容や方法は、他職種や行政関係者、住民等が期待する内容・方法で行われることが重要である。例えば、歯科医学的な観点から、歯科医師の専門性等について把握するとともに、多職種連携の観点からは、訪問診療の実施状況、摂食・嚥下機能の維持・向上による食支援等への取組状況等を把握することも効果的であると考えられる。
- 地域住民の満足度等を把握することが難しい場合には、介護施設側から口腔の衛生管理や訪問診療のニーズに対して、歯科診療側が応えられない事例がどの程度あるか等を把握することで、地域の訪問歯科診療の評価や目標設定することも考えられる。

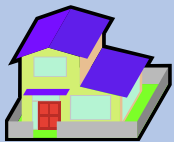
### (6) 歯科専門職の人材確保・育成等

- 第8次医療計画等に関する意見のとりまとめにおいて、在宅療養患者に対する口腔の管理の重要性について記載されている。近年、口腔と全身との関係について広く指摘されており、口腔の管理の重要性が高まっていること等から、在宅歯科医療において、歯科医師だけではなく、歯科衛生士の口腔の管理へのより一層の関わりが期待されている。

# 在宅歯科医療に係る診療報酬上の取扱い

- 歯科訪問診療料は、訪問先の建物の種類に関わらず、訪問診療にかかった「時間」及び同一建物における「患者数」で整理されている。
- 個々の診療にかかる診療報酬は、外来診療と同様に出来高で算定する。

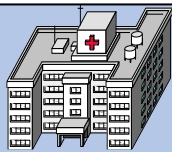
## 居宅、居宅系施設



通院困難な患者



歯科の標榜がない病院(介護療養型医療施設等含む。)



入院中の通院困難な患者

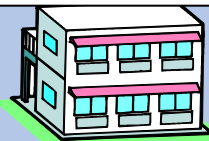
歯科の標榜がある病院(周術期口腔機能管理に関連する場合に限る)

入院中の周術期口腔機能管理を行う患者

・介護老人保健施設

・介護老人福祉施設

等



入所中の通院困難な患者

通院困難な患者

歯科訪問診療の提供

## 同一の建物に居住する患者数

		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】	【253点】	【111点】

※患者の容体が急変し、診療を中止した場合は20分未満であっても、歯科訪問診療1又は2の算定が可能

※「著しく歯科診療が困難な者」又は要介護3以上に準じる状態の場合は、20分未満でも歯科訪問診療1の算定が可能

※同居する同一世帯の複数の患者の場合は、1人は歯科訪問診療1を算定可

※歯科訪問診療料を算定する場合は、基本診療料は算定不可

患者の状況に応じて



○在宅医療に関連する各種加算、管理料等

○個別の診療内容に関する診療報酬

・う蝕治療・有床義歯の作製や修理・歯科疾患の指導管理など診療行為に対して出来高算定

○個別の診療内容の項目に対する加算

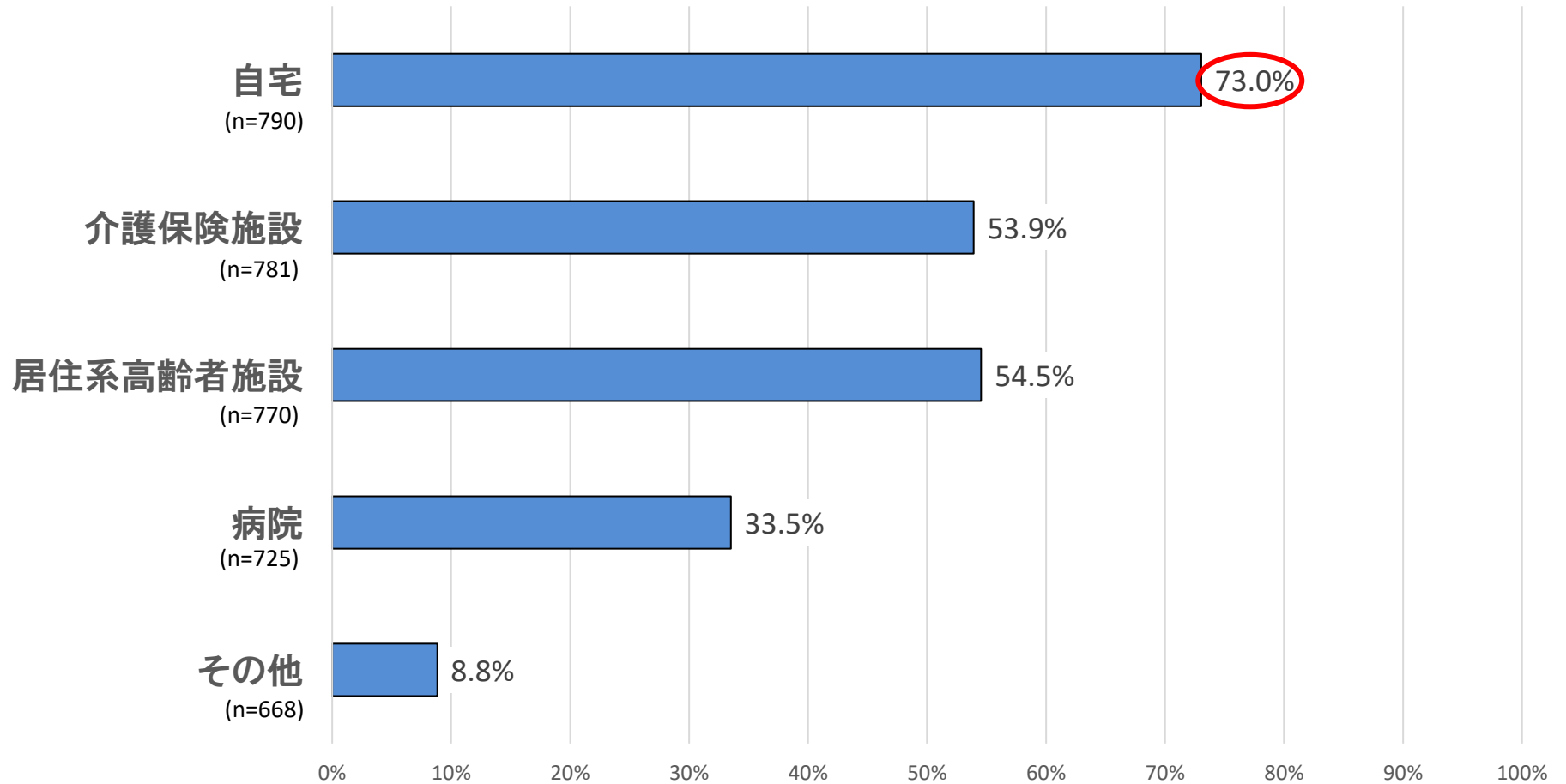
・消炎鎮痛、有床義歯の調整等に関連する項目について100分の30～70に相当する点数を加算

・歯科訪問診療料及び特別対応加算を算定した患者に対しては、処置の部と歯冠修復及び欠損補綴(一部除外あり)の部を行った場合に100分の30～50に相当する点数を加算



# 歯科訪問診療の訪問先

○ 歯科訪問診療の訪問先について、患者の自宅への歯科訪問診療を行った歯科医療機関は73.0%、居住系高齢者施設及び介護保険施設への歯科訪問診療の実施はそれぞれ54.5%、53.9%だった。

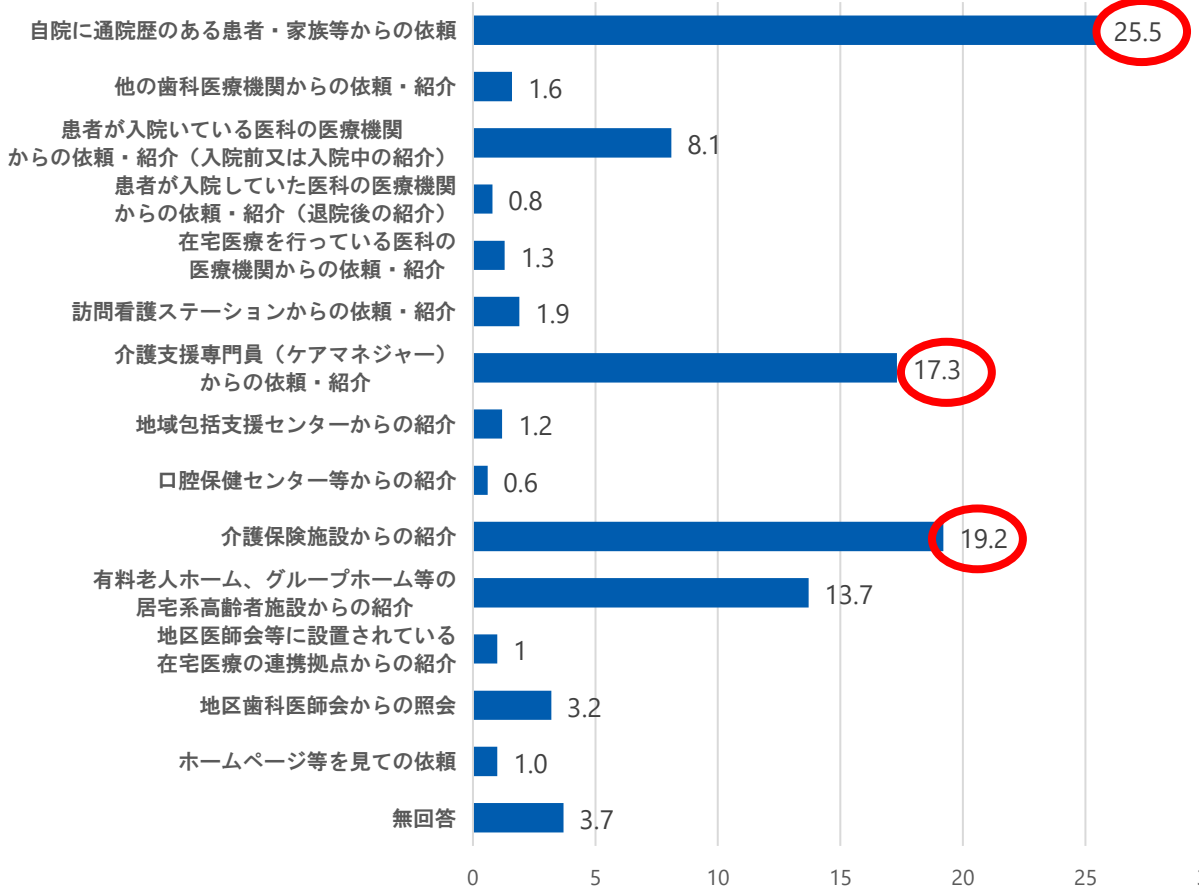


・調査対象: 在宅療養支援歯科診療所2,000施設、それ以外の歯科診療所1,000施設(いずれも無作為抽出)  
・調査対象月: 令和4年7月~9月の3か月間

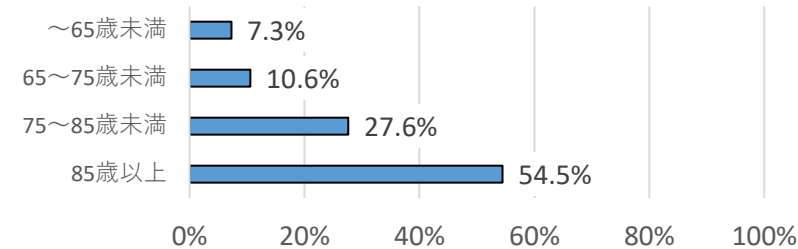
# 歯科訪問診療のきっかけ、患者の年齢・要介護度

- 歯科訪問診療を実施したきっかけは、「自院に通院歴のある患者・家族等からの依頼」が25.5%と最も多く、次いで「介護保険施設からの紹介」が19.2%、「介護支援専門員(ケアマネジャー)からの依頼・紹介」が17.3%の順であった。
- 歯科訪問診療を実施した患者の年齢については、85歳以上が54.5%と半数を超え、要介護度については、要介護3が17.8%で最も多かった。

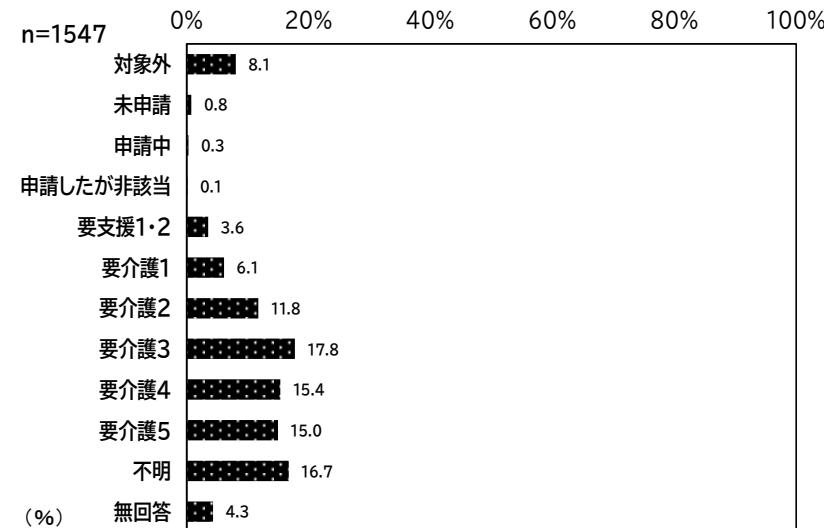
## ＜歯科訪問診療を受けたきっかけ＞



## ＜年齢＞



## ＜要介護度＞

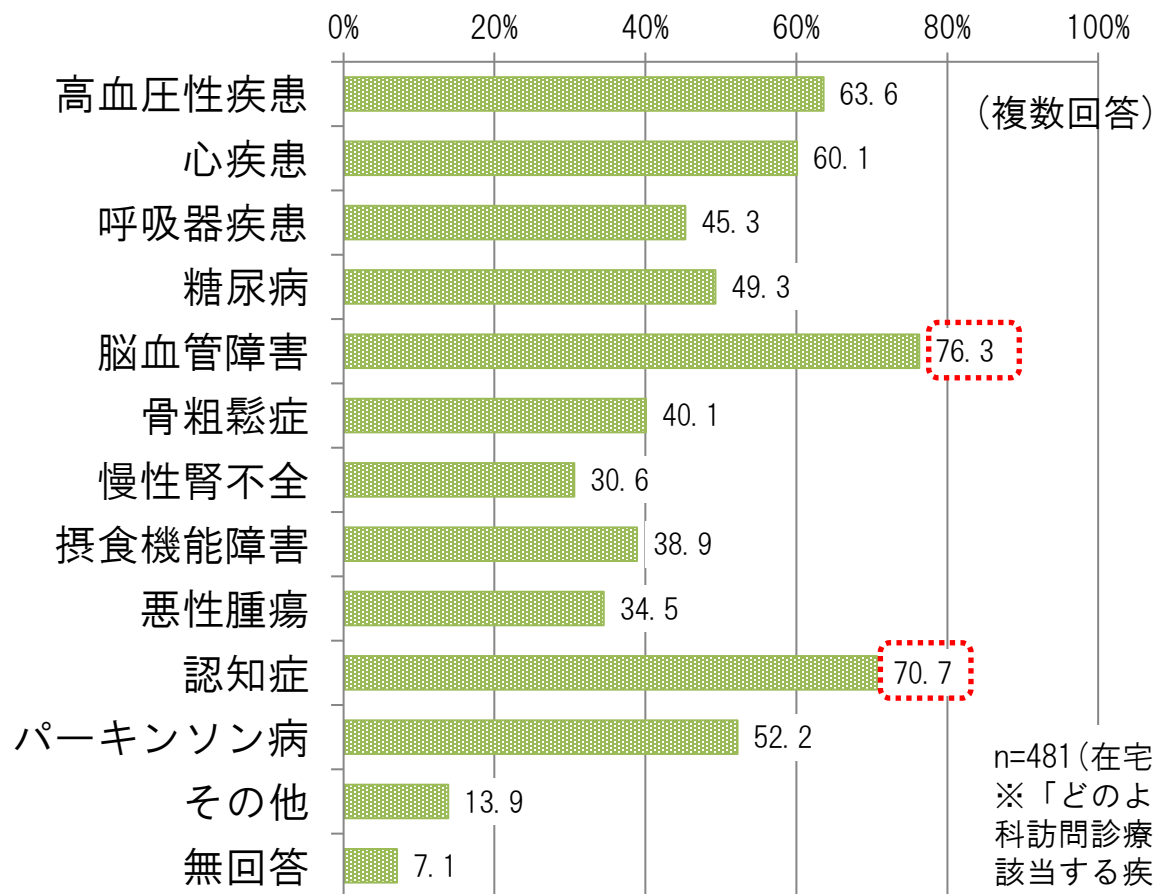


・調査対象: 令和4年7月1日～9月30日の間に調査対象施設(在宅療養支援歯科診療所、それ以外の歯科診療所)が歯科訪問診療を実施した患者のうち、最初に訪問した患者と、最後に訪問した患者2名  
 ・調査対象月: 令和4年7月～9月の3か月間

# 歯科訪問診療を実施した患者の状態像①

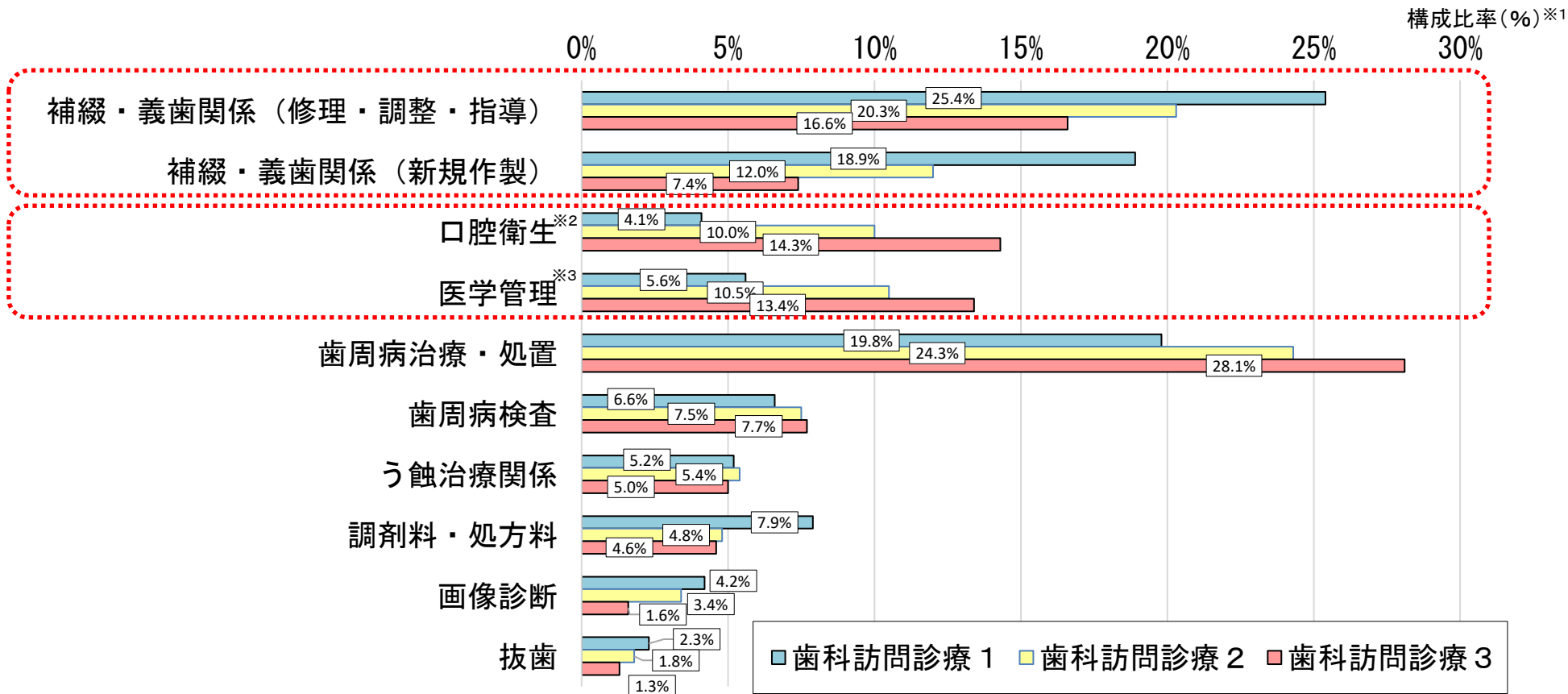
- 歯科訪問診療を実施した患者の全身的な疾患は、脳血管障害が76.3%で最も多く、次いで認知症が70.7%であった。
- また、高血圧性疾患や心疾患は約6割であった。

＜歯科訪問診療を実施した患者の全身的な疾患の状況＞



# 歯科訪問診療実施時に行われる診療行為

- 歯科訪問診療実施時に行われる診療行為の構成比率を比較すると、「補綴・義歯関係(修理・調整・指導)」や「補綴・義歯関係(新規作製)」について、歯科訪問診療1において多い傾向であった。
- 一方、「口腔衛生」や「医学管理」については、歯科訪問診療3において多い傾向であった。



※1 訪問診療時に行われる診療行為のうち、上位50件に該当する診療行為について、以下の10分類を作成し、構成比率を算出  
<10分類>

出典：NDBデータ（2018年）

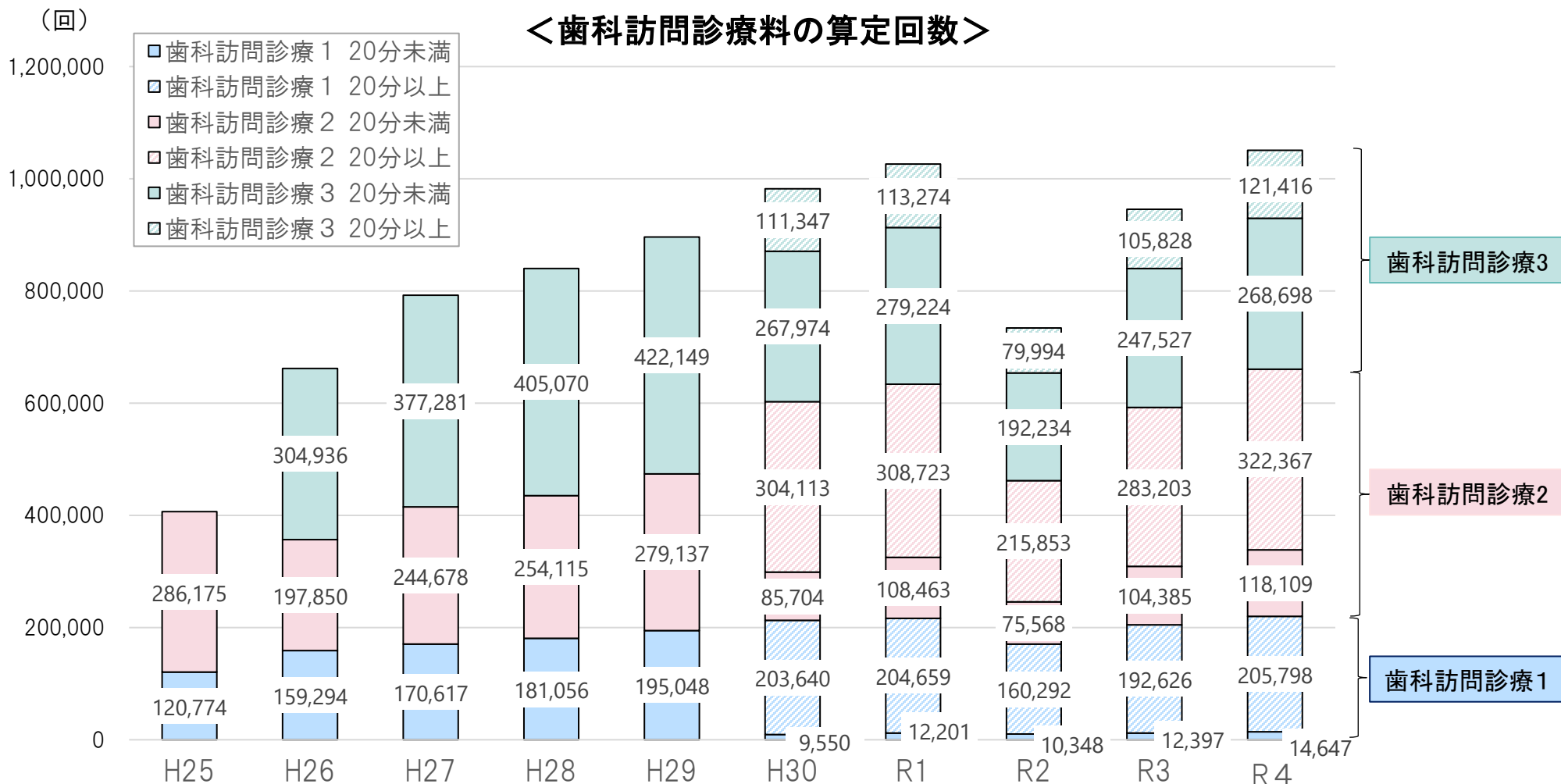
「歯周病治療・処置」「補綴・義歯関係(修理・調整・指導)」「補綴・義歯関係(新規作製)」「口腔衛生」「医学管理」「歯周病検査」「う蝕治療関係」「調剤料、処方料」「画像診断」「拔牙」

※2 「口腔衛生」に分類される診療行為：訪問歯科衛生指導料、在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、機械的歯面清掃処置

※3 「医学管理」に分類される診療行為：歯科疾患在宅療養管理料

# 歯科訪問診療料の算定状況

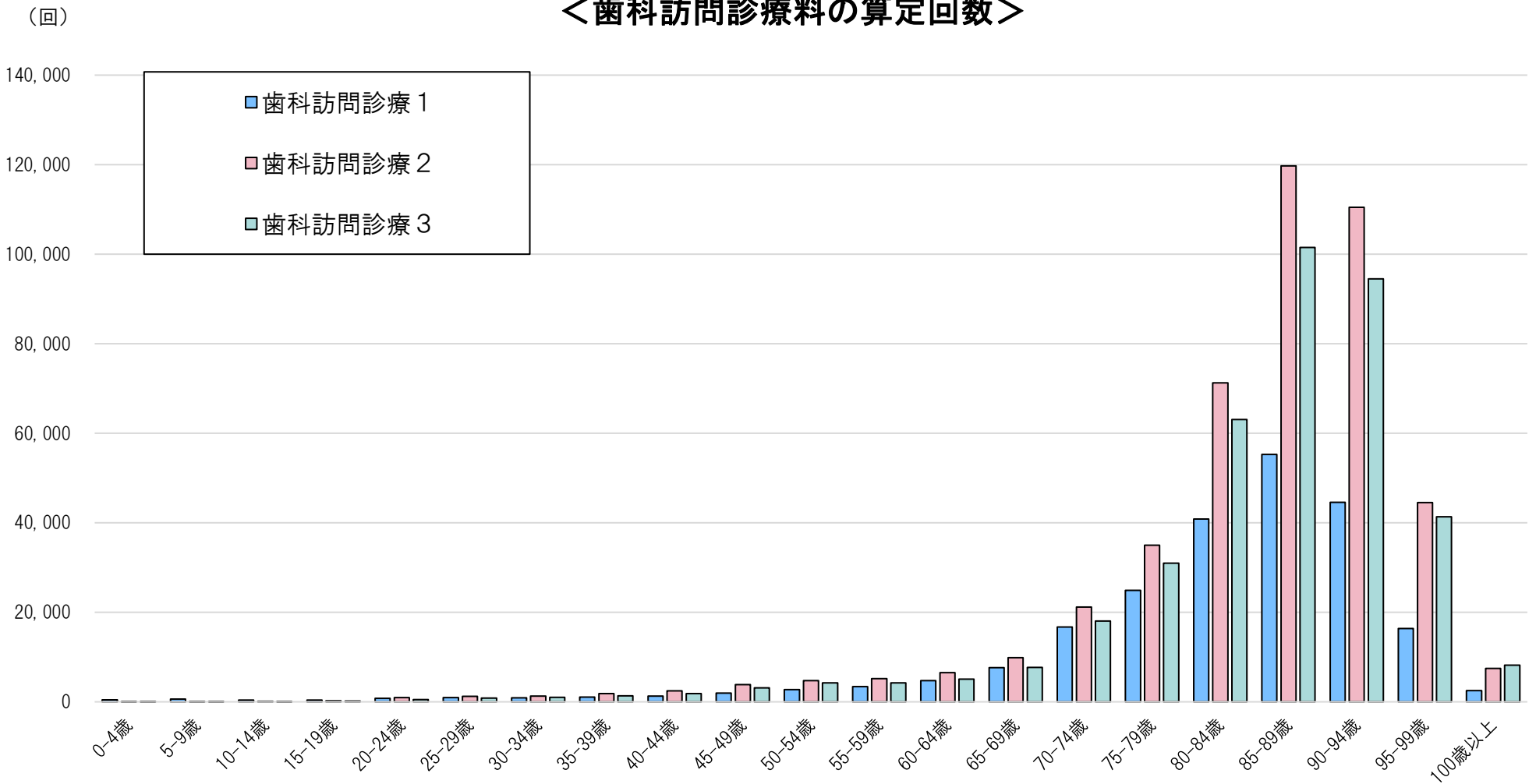
- 歯科訪問診療料の算定回数は令和2年に減少したものの、増加傾向にあり、特に歯科訪問診療2及び3の割合が大きい。また、歯科訪問診療1及び2と比較し、歯科訪問診療3は20分未満の割合が多い。
- 平成30年度以降は、歯科訪問診療2が最も多く算定されている。



# 歯科訪問診療料の算定状況(年齢階級別)

○ 年齢階級別の歯科訪問診療料の算定状況をみると、歯科訪問診療1，歯科訪問診療2，歯科訪問診療3のいずれも85～89歳で最も多く実施されている。

＜歯科訪問診療料の算定回数＞



# 歯科訪問診療料の主な加算

## 緊急時や夜間等の対応に係る評価

### ■ 緊急時歯科訪問診療加算

別に厚生労働大臣が定める時間であって、診療に従事している時間において緊急に歯科訪問診療を行った場合

歯科訪問診療1: **425点** 歯科訪問診療2: **140点** 歯科訪問診療3: **70点**

### ■ 夜間歯科訪問診療加算

夜間(深夜を除く。)に歯科訪問診療を行った場合

歯科訪問診療1: **850点** 歯科訪問診療2: **280点** 歯科訪問診療3: **140点**

### ■ 深夜歯科訪問診療加算

深夜に歯科訪問診療を行った場合

歯科訪問診療1: **1,700点** 歯科訪問診療2: **560点** 歯科訪問診療3: **280点**

### ■ 診療時間が1時間を超えた場合の加算

診療時間が1時間を超えた場合、30分又はその端数を増すごとに、**100点**を加算。

## 歯科衛生士に係る評価

### ■ 歯科訪問診療補助加算

歯科衛生士が、歯科医師と同行の上歯科訪問診療の補助を行った場合は、以下の点数を1日につき所定点数に加算

在宅療養支援歯科診療所1、在宅療養支援歯科診療所2、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の場合

同一建物居住者以外の場合: **115点** 同一建物居住者の場合: **50点**

在宅療養支援歯科診療所等以外の保険医療機関の場合

同一建物居住者以外の場合: **90点** 同一建物居住者の場合: **30点**

## 円滑な在宅への移行の評価

### ■ 在宅歯科医療連携推進加算

歯科訪問診療1について、施設基準を届け出た保険医療機関において、在宅で療養を行っている患者に対して行った場合、**100点**を加算。

### ■ 歯科訪問診療移行加算

歯科訪問診療1について、保険医療機関の外来を受診していた患者であって在宅等において療養を行っている者に対し歯科訪問診療を実施した場合

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の場合: **150点** 口 それ以外の場合: **100点**

## 特別な対応が必要な者に対する評価

### ■ 歯科診療特別対応加算、初診時歯科診療導入加算

著しく歯科診療が困難な者に対して歯科訪問診療を行った場合

歯科診療特別対応加算: **175点**

1回目の歯科訪問診療を行った場合であって、当該患者が歯科治療環境に円滑に適応できるような技法を用いた場合

初診時歯科診療導入加算: **250点**

## 連携に係る評価

### ■ 地域医療連携体制加算

施設基準を届け出た保険医療機関において、診療時間以外の時間等における緊急時の診療体制を確保する必要を認め、患者に対し、連携する保険医療機関に関する情報を文書により提供し、患者又は家族等の同意を得て、連携保険医療機関に対し診療状況を示す文書を添えて、患者に係る歯科診療に必要な情報を提供した場合、1回に限り**300点**を加算。

# 在宅療養支援歯科診療所の施設基準(通知抜粋)

在宅療養支援歯科診療所 1	在宅療養支援歯科診療所 2
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18回以上算定	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
イ) 高齢者の心身の特性（認知症に関する内容を含むものであること。）、口腔機能管理、緊急時対応等に係る適切な研修を修了した常勤の歯科医師を 1 名以上配置	
ウ) 歯科衛生士配置	
エ) 患家の求めに応じた迅速な歯科訪問診療が可能な体制を確保し、患家に情報提供	
オ) 後方支援の機能を有する別の保険医療機関との連携体制	
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、 <u>保険薬局</u> 、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	
キ) 以下のいずれか 1 つに該当すること <ol style="list-style-type: none"> <li>① 当該地域において、地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院・介護保険施設等で実施される多職種連携に係る会議に年 1 回以上出席</li> <li>② 過去 1 年間に、病院・介護保険施設等の職員への口腔管理に関する技術的助言や研修等の実施又は口腔管理への協力</li> <li>③ 歯科訪問診療に関する他の歯科医療機関との連携実績が年 1 回以上</li> </ol>	
ク) 過去 1 年間に、以下のいずれかの算定が 1 つ以上あること <ol style="list-style-type: none"> <li>① 栄養サポートチーム等連携加算 1 又は栄養サポートチーム等連携加算 2 の算定</li> <li>② 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は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算定</li> <li>③ 退院時共同指導料 1、退院前在宅療養指導管理料、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料の算定</li> </ol>	



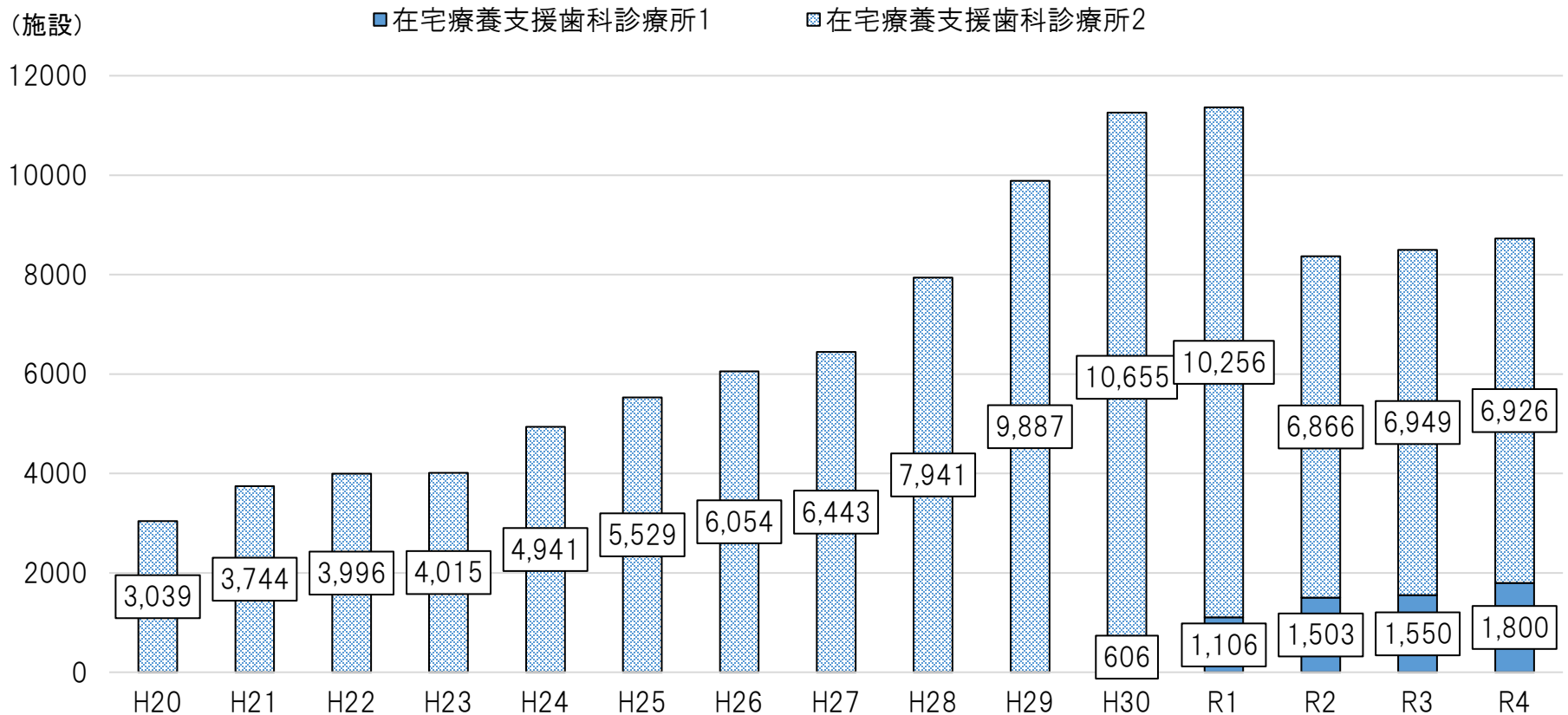
# 在宅療養支援歯科診療所の診療報酬上の評価

- 在宅療養支援歯科診療所は、在宅等における療養を歯科医療面から支援する歯科診療所であり、歯科訪問診療料の加算等において、内容により高い評価となっている。
- 令和4年診療報酬改定では、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の加算について、見直しを行った。

区分	在宅療養支援 歯科診療所1	在宅療養支援 歯科診療所2	かかりつけ歯 科医機能強化 型歯科診療所	その他の歯科医療機関
歯科訪問診療料 歯科訪問診療補助加算	(1) 同一建物居住者以外:115点 (2) 同一建物居住者 :50点			(1)同一建物居住者以外:90 点 (2)同一建物居住者 :30 点
歯科訪問診療料 歯科訪問診療移行加算	100点		150点	100点
歯科疾患在宅療養管理料	340点	230点	200点	
在宅患者訪問口腔リハビリテーション 指導管理料の加算	<u>145点</u>	<u>80点</u>	75点	—
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加算				
退院時共同指導料1	900点		500点	

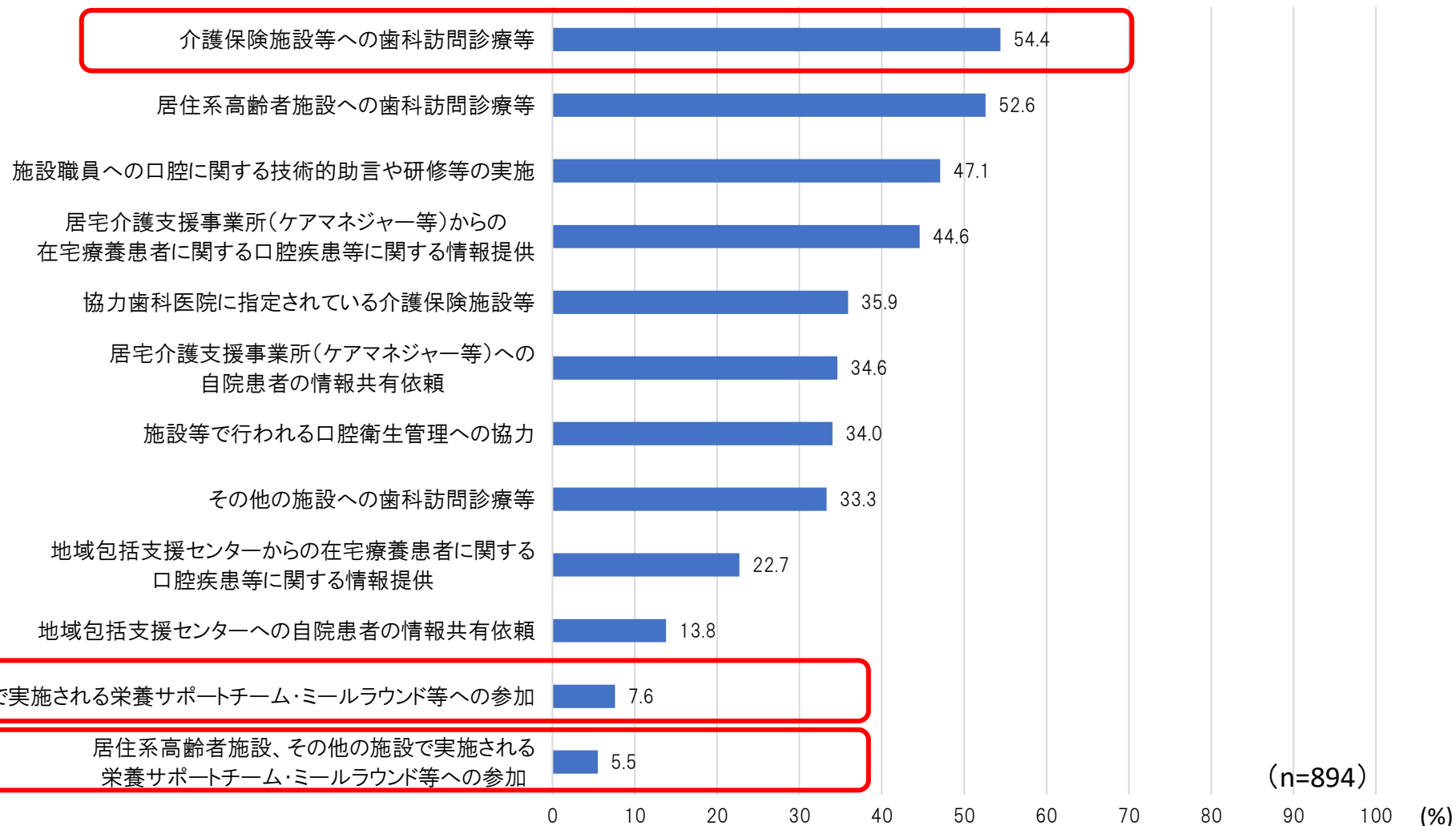
# 在宅療養支援歯科診療所の届出医療機関数の推移

- 在宅療養支援歯科診療所の届出医療機関数は、令和元年まで増加していたが、平成30年度診療報酬改定における施設基準の見直しの経過措置が終了した令和2年は減少し、以降はほぼ横ばいで推移している。
- 令和4年時点で、在宅療養支援歯科診療所1は1,800施設、在宅療養支援歯科診療所2は6,926施設となっている。



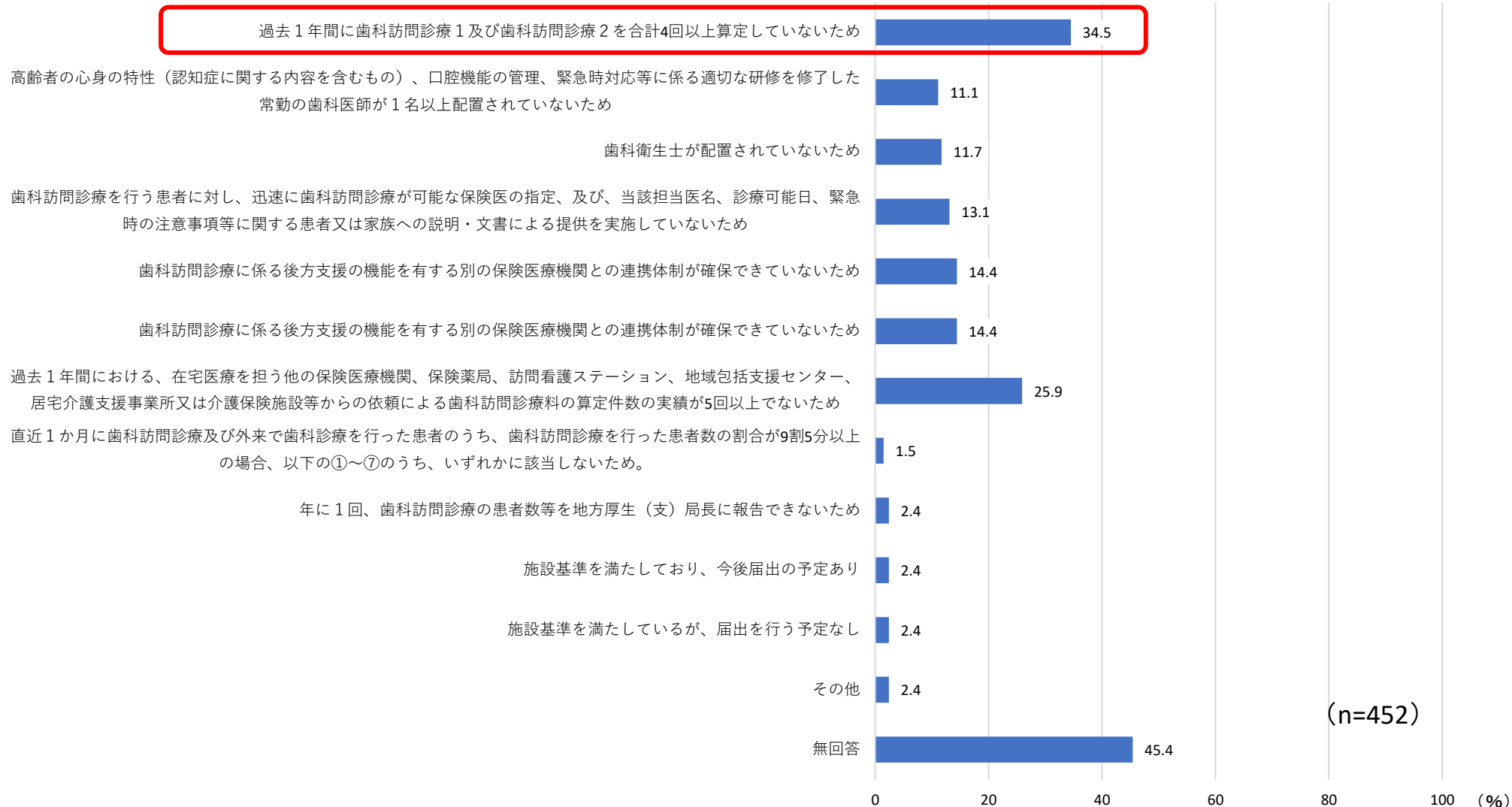
# 在宅療養支援歯科診療所の介護保険施設等との連携内容

- 在宅療養支援歯科診療所と介護保険施設等との連携内容では、介護保険施設等への歯科訪問診療等が最も多く、54.4%であった。
- 一方、栄養サポートチーム・ミールラウンド等への参加は10%未満に留まっていた。



# 在宅療養支援歯科診療所の届出を行っていない理由（複数回答）

○ 「在宅療養支援歯科診療所」の届出を行っていない理由としては、無回答を除くと、「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回以上算定していないため」が、34.5%で最も多かった。

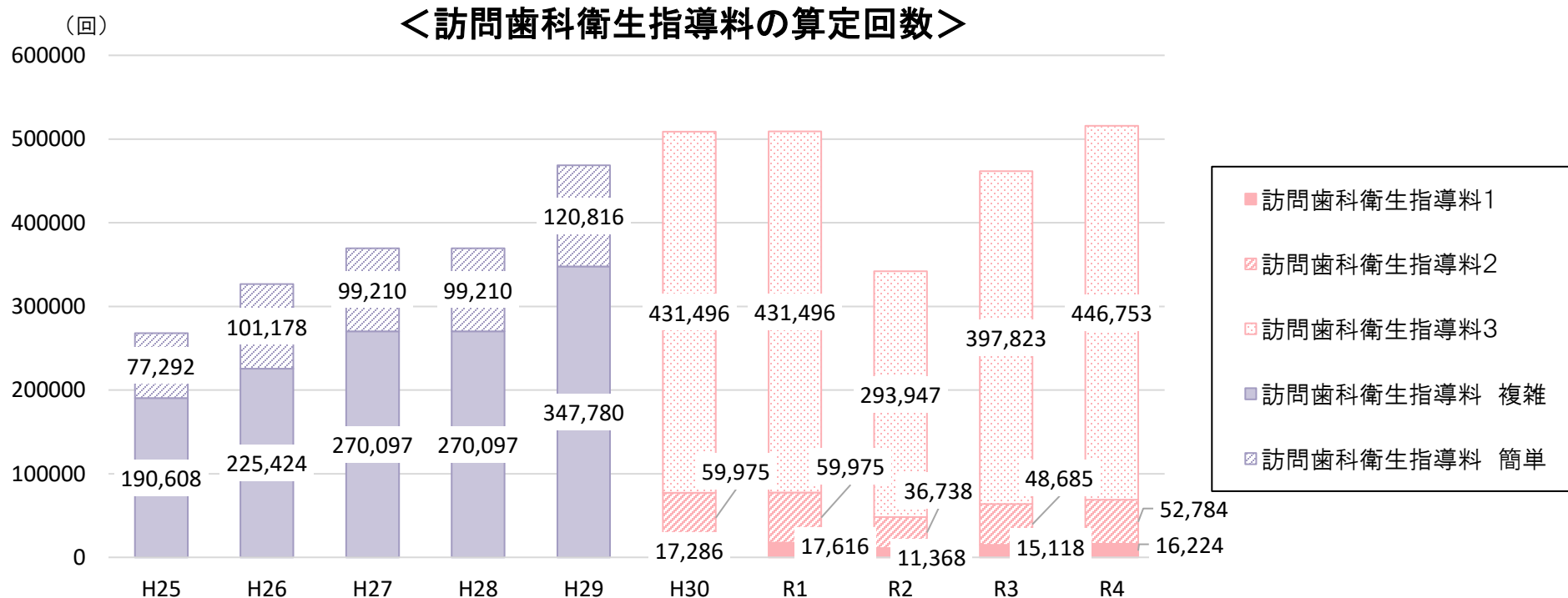


# 訪問歯科衛生指導料の算定状況

- 訪問歯科衛生指導料の算定回数は、令和2年を除き、近年ほぼ横ばいとなっている。
- 算定回数は、訪問歯科衛生指導料3(1(単一建物診療患者1人)及び2(単一建物診療患者2人以上9人以下)以外の場合)が最も多く算定されており、令和4年では8割以上を占めていた。

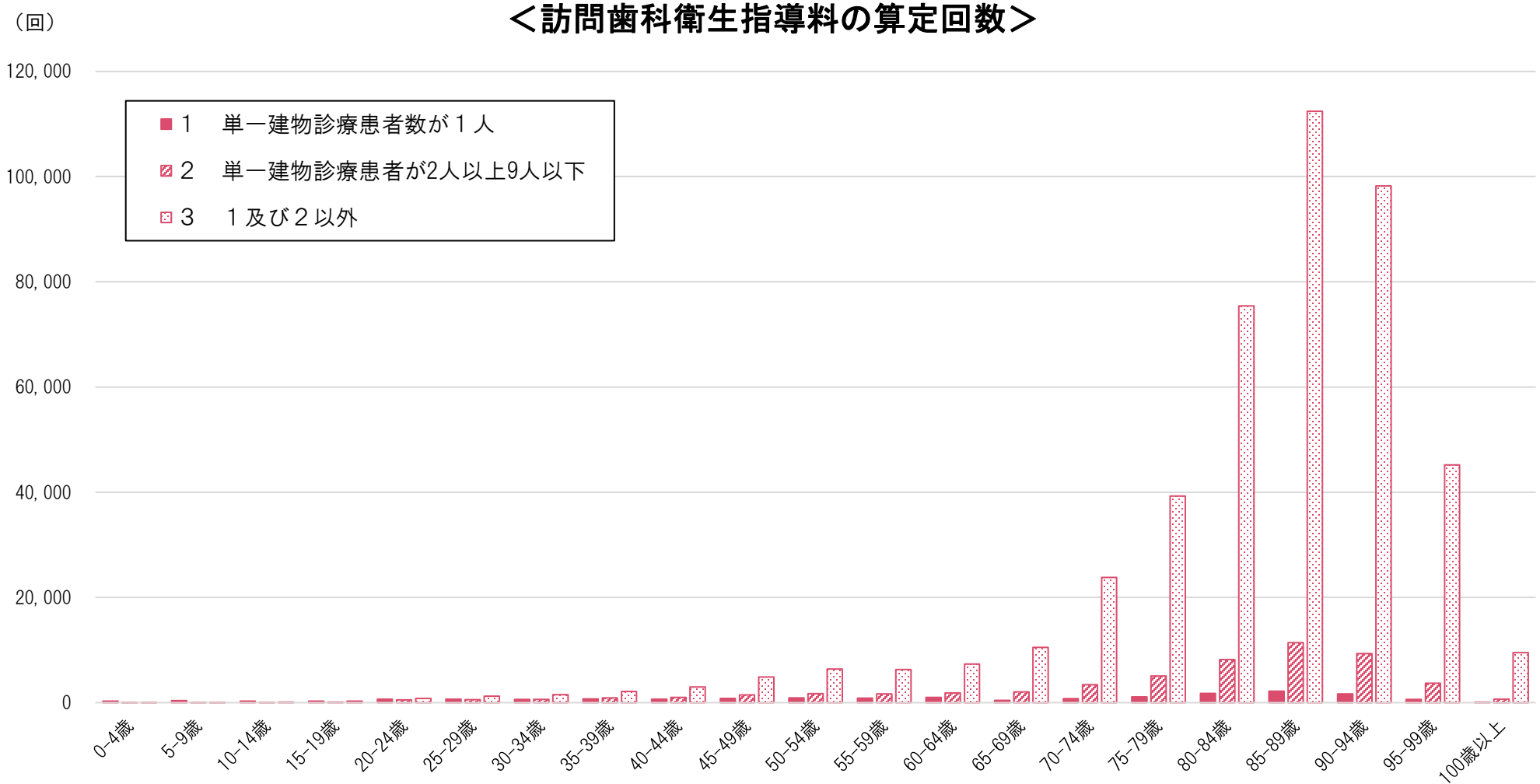
## 訪問歯科衛生指導料

- 歯科訪問診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士、保健師、看護師又は准看護師が訪問して療養上必要な指導を実施
- 口腔内の清掃(機械的歯面清掃を含む。)、有床義歯の清掃指導又は口腔機能の回復若しくは維持に関する実地指導を実施(月4回を限度)



# 訪問歯科衛生指導料の算定状況(年齢階級別)

○ 年齢階級別の訪問歯科衛生指導料の算定状況を見ると、「1 単一建物診療患者が1人の場合」「2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合」「1及び2以外の場合」のいずれも85～89歳で最も多く実施されている。



# 居宅療養管理指導費(歯科衛生士等が行う場合)

○ 歯科衛生士等による訪問による指導について、患者が要介護被保険者等であり、在宅の利用者であって通院または通所が困難な場合は、給付調整により、介護報酬の居宅療養管理指導費(歯科衛生士等が行う場合)により算定される。

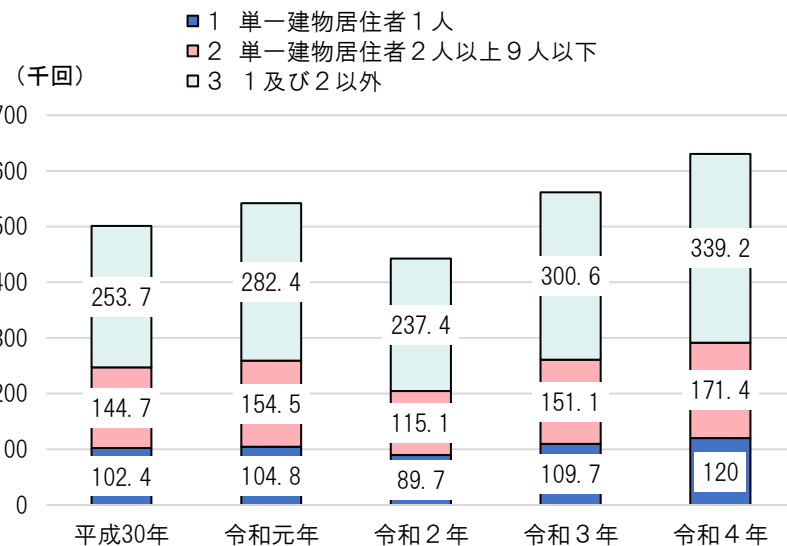
居宅療養管理指導費	(1) 単一建物居住者1人に対して行う場合	361単位/回
	(2) 単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合	325単位/回
	(3) 1及び2以外の場合	294単位/回

- ・ 在宅の利用者であって通院または通所が困難なものに対して、歯科衛生士、保健師又は看護職員が、当該利用者に対して訪問歯科診療を行った歯科医師の指示に基づき、当該利用者を訪問し、実地指導を行った場合に算定
- ・ 1月に4回を限度

## <訪問歯科衛生指導料と居宅療養管理指導費(歯科衛生士等が行う場合)>

	1人の患者(利用者)に対して歯科衛生士等が1対1で指導を行った場合		
	同一建物に1人	同一建物に2人以上9人以下	同一建物に10人以上
指導時間 20分以上	【診療報酬】 訪問歯科衛生指導料1 <b>360点</b>	【診療報酬】 訪問歯科衛生指導料2 <b>328点</b>	【診療報酬】 訪問歯科衛生指導料3 <b>300点</b>
	【介護報酬】 居宅療養管理指導費 (1)同一建物居住者が1人 <b>361単位</b>	【介護報酬】 居宅療養管理指導費 (2)同一建物居住者が2~9人 <b>325単位</b>	【介護報酬】 居宅療養管理指導費 (3)同一建物居住者が10人以上 <b>294単位</b>

## <算定回数の推移>



# 歯科訪問診療における歯科疾患や口腔機能の管理に係る評価

## 歯科疾患の管理に対する評価

### ■ 歯科疾患在宅療養管理料

- 歯科訪問診療の患者の歯科疾患の継続的な管理の評価
- 歯科訪問診療料を算定した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、当該患者の歯科疾患の状況及び口腔機能評価の結果等を踏まえて管理計画を作成した場合に算定(月1回)
- 歯の喪失や加齢、これら以外の全身的な疾患等により口腔機能の低下を認める在宅等療養患者

## 口腔機能の管理に対する評価

### ■ 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料 (H28新設)

- 在宅等において療養を行っている通院困難な患者に対する口腔機能の管理の包括的な評価
- 対象: 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
- 20分以上必要な指導管理を行った場合に算定(月4回)

### ■ 小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料 (H28新設)

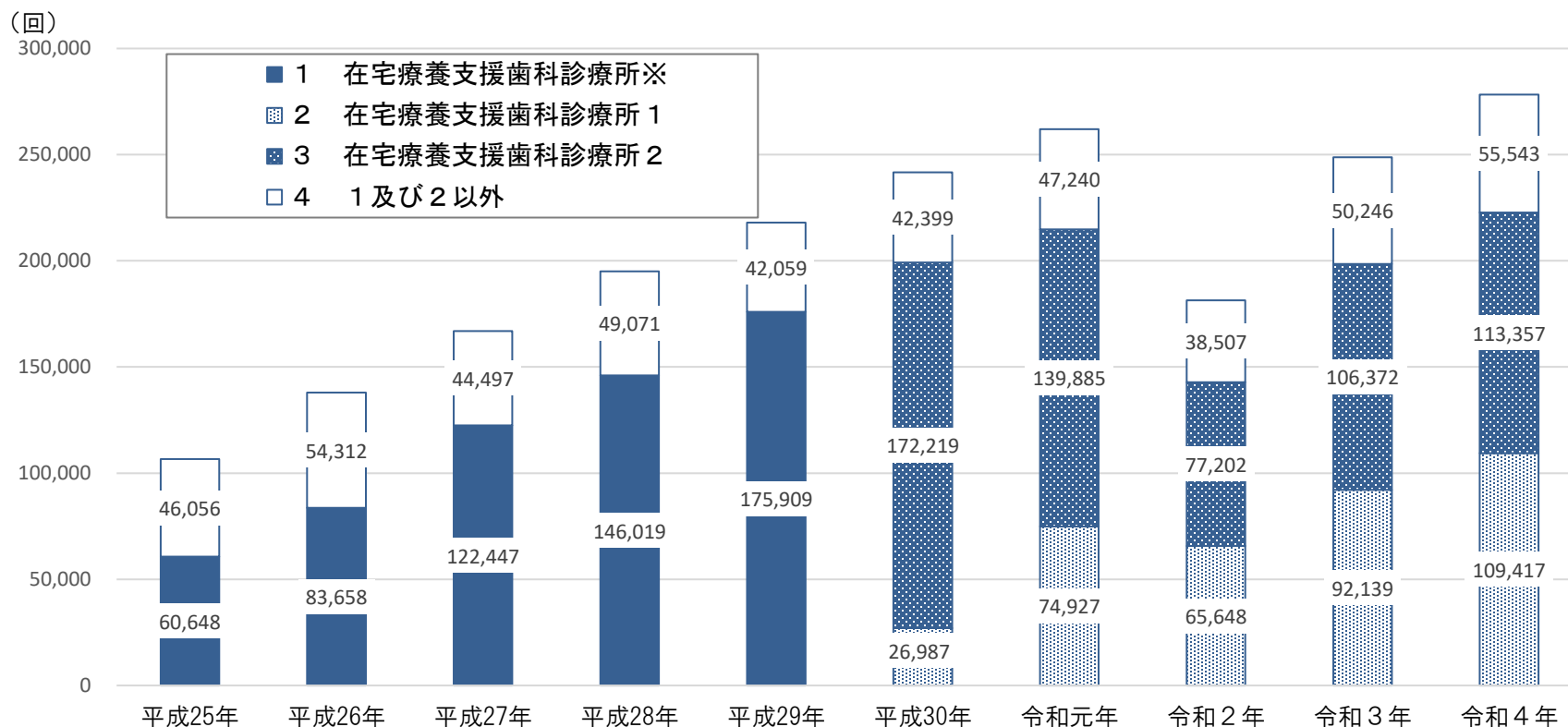
- 通院困難な小児に対する口腔衛生指導や口腔機能管理等を包括した評価
- 対象: 歯科訪問診療料を算定した18歳未満の患者であって、継続的な歯科疾患の管理が必要なもの又は18歳に達した日より前に当該管理料を算定した患者であって、同日以後も継続的な歯科疾患の管理が必要なもの
- 20分以上必要な指導管理を行った場合に算定(月4回)



# 歯科疾患在宅療養管理料の算定状況

- 歯科疾患在宅療養管理料の算定回数は、令和2年で減少しているが、経年的には増加傾向にある。
- 算定している医療機関の施設基準の内訳は、在宅療養支援歯科診療所2が最も多いが、在宅療養支援歯科診療所1による算定回数が増加傾向にある。

＜歯科疾患在宅療養管理料の算定回数＞



※平成30年に、連携機能を強化した「在宅療養支援歯科診療所1」と、従来の在宅療養支援歯科診療所に相当する「在宅療養支援歯科診療所2」に見直し。

# 居宅療養管理指導費(歯科医師が行う場合)

○ 歯科医師による介護支援専門員に対するケアプラン作成等に必要な情報提供や利用者等に対する居宅サービスを利用する上での留意点、介護方法等について指導及び助言を行った場合、介護報酬の居宅療養管理指導費(歯科医師が行う場合)により算定される。

## 居宅療養管理指導費

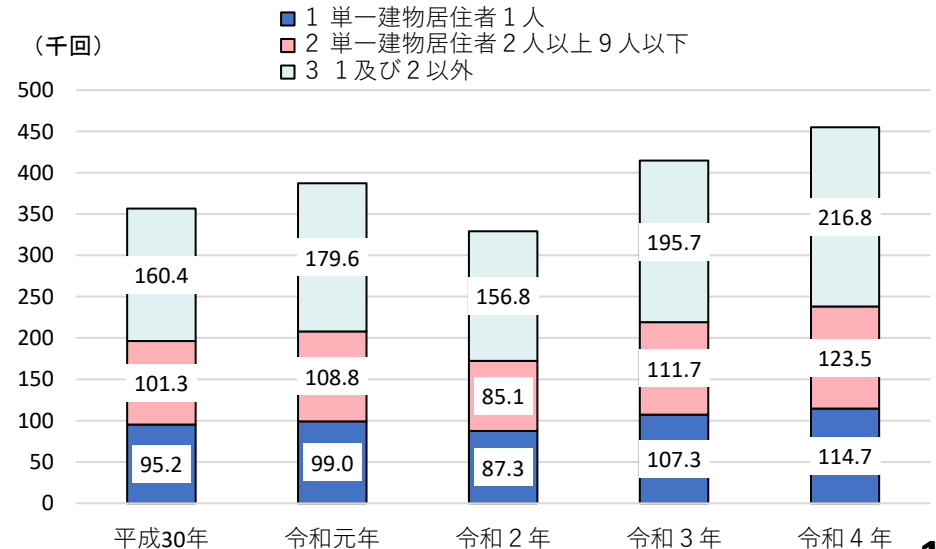
1 単一建物居住者1人に対して行う場合	516単位/回
2 単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合	486単位/回
3 1及び2以外の場合	440単位/回

在宅の利用者であって通院が困難なものに対して、歯科医師が、当該利用者の居宅を訪問して行う計画的かつ継続的な歯科医学的管理に基づき、介護支援専門員に対する居宅サービス計画の策定等に必要な情報提供並びに利用者またはその家族等に対する居宅サービスを利用する上での留意点、介護方法等についての指導及び助言を行った場合に、単一建物居住者の人数に従い、1月に2回を限度として、所定単位数を算定する。

## ＜居宅療養管理指導費(歯科医師が行う場合)の給付調整の対象となる主な項目＞

- 歯科疾患管理料
- 歯科疾患在宅療養管理料
- 歯科特定疾患療養管理料
- 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料
- 在宅患者連携指導料
- 診療情報提供料(Ⅰ)注2及び注6

## ＜算定回数の推移＞



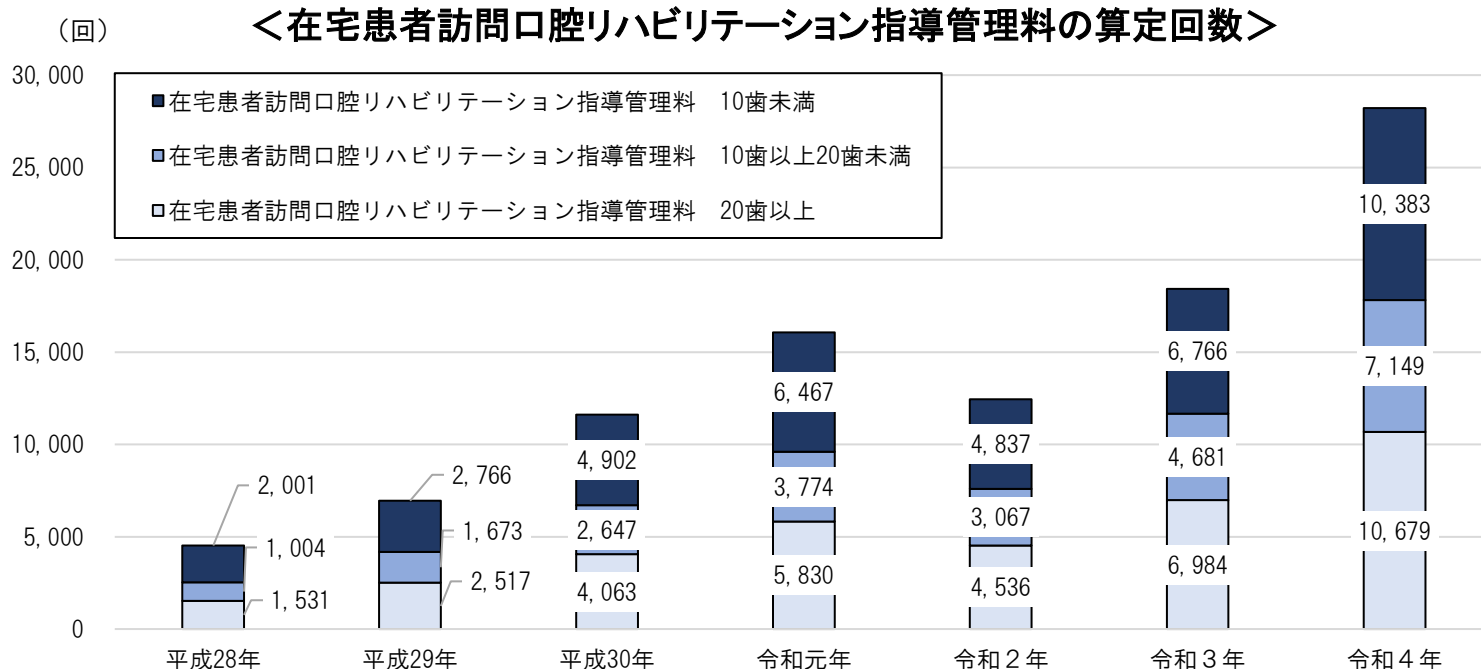
出典:介護給付費等実態統計(各年6月審査分)

# 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料

- 令和4年度診療報酬改定では、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、評価の見直しを行った。
- 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定回数は、増加傾向にある。

## 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料

- 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
- 対象患者
  - ・ 発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食機能に障害があるもの
  - ・ 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影によって他覚的に嚥下機能の低下が確認できるものであって、医学的に摂食機能療法の有効性が期待できるもの
  - ・ 歯の喪失や加齢、これら以外の全身的な疾患等により口腔機能の低下を認める在宅等療養患者等



# 栄養サポートチーム等連携加算

- 栄養サポートチーム等と連携した場合の評価として、歯科疾患在宅療養管理料及び在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料に栄養サポートチーム等連携加算が設けられている。
- 栄養サポートチーム等連携加算1はほぼ横ばいであるが、栄養サポートチーム等連携加算2の算定回数は緩やかに増加している。

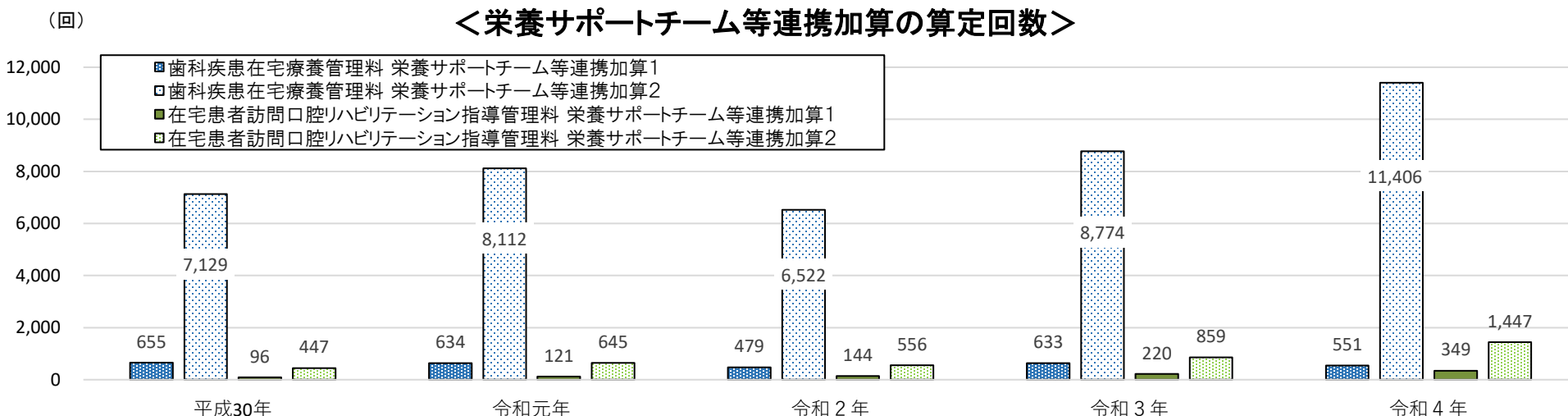
## 栄養サポートチーム等連携加算1

他の保険医療機関に入院している患者に対して、栄養サポートチーム等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて口腔機能評価に基づく管理を実施。

## 栄養サポートチーム等連携加算2

介護保険施設等に入所している患者に対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、口腔機能評価に基づく管理を実施。

※ いずれも歯科疾患在宅療養管理料、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の加算)



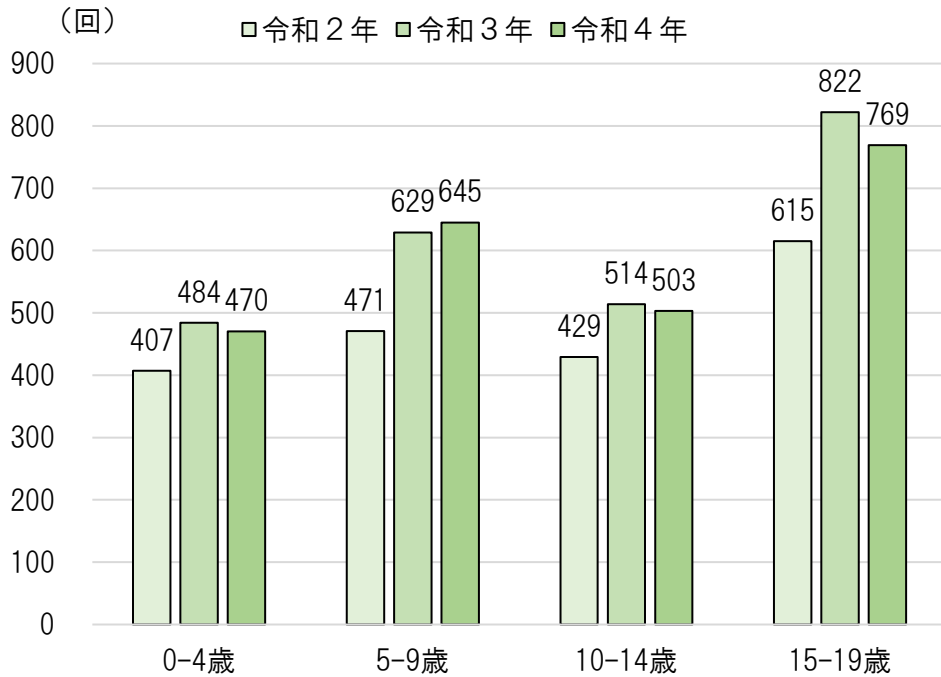
## 〈参考：歯科疾患在宅療養管理料、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定回数〉

	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
歯科疾患在宅療養管理料	241,605	262,052	181,357	248,757	278,317
在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料	11,612	16,071	12,440	18,331	28,211

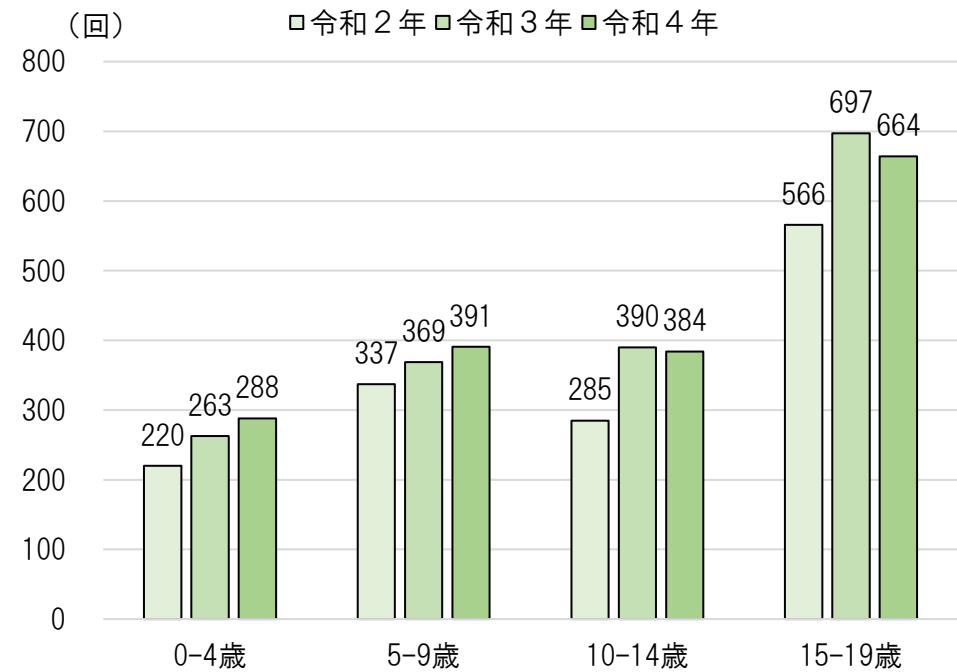
# 小児に対する歯科訪問診療の実施状況

○ 小児に対する歯科訪問診療料及び訪問歯科衛生指導料の算定回数の経年推移をみると、全体としてはまだ少ないが、増加傾向にある。

## < 歯科訪問診療料(20歳未満)の算定回数 >



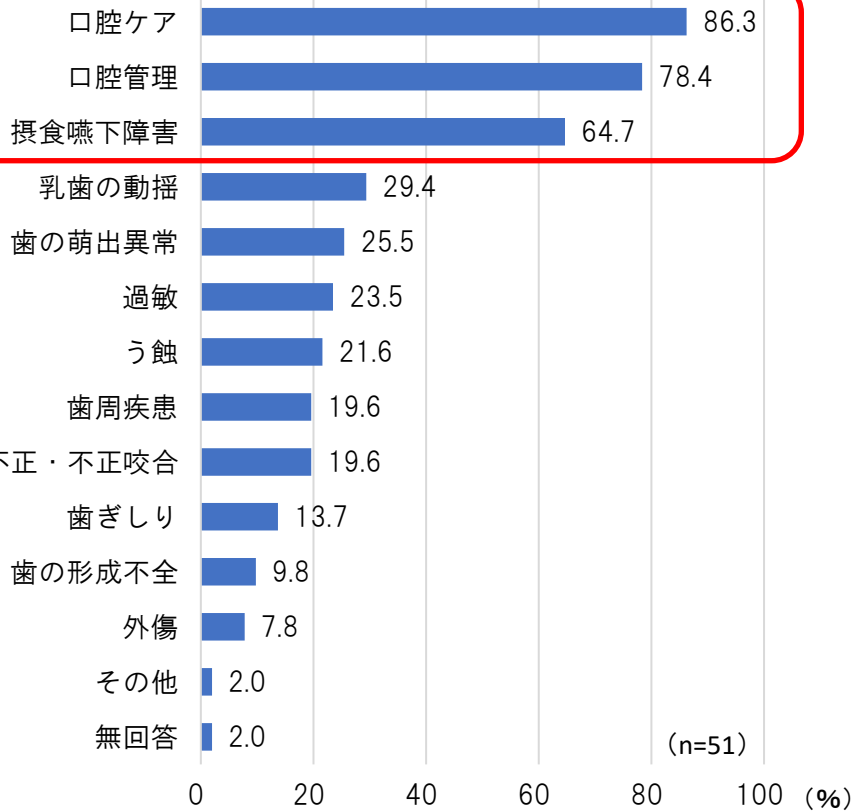
## < 訪問歯科衛生指導料(20歳未満)の算定回数 >



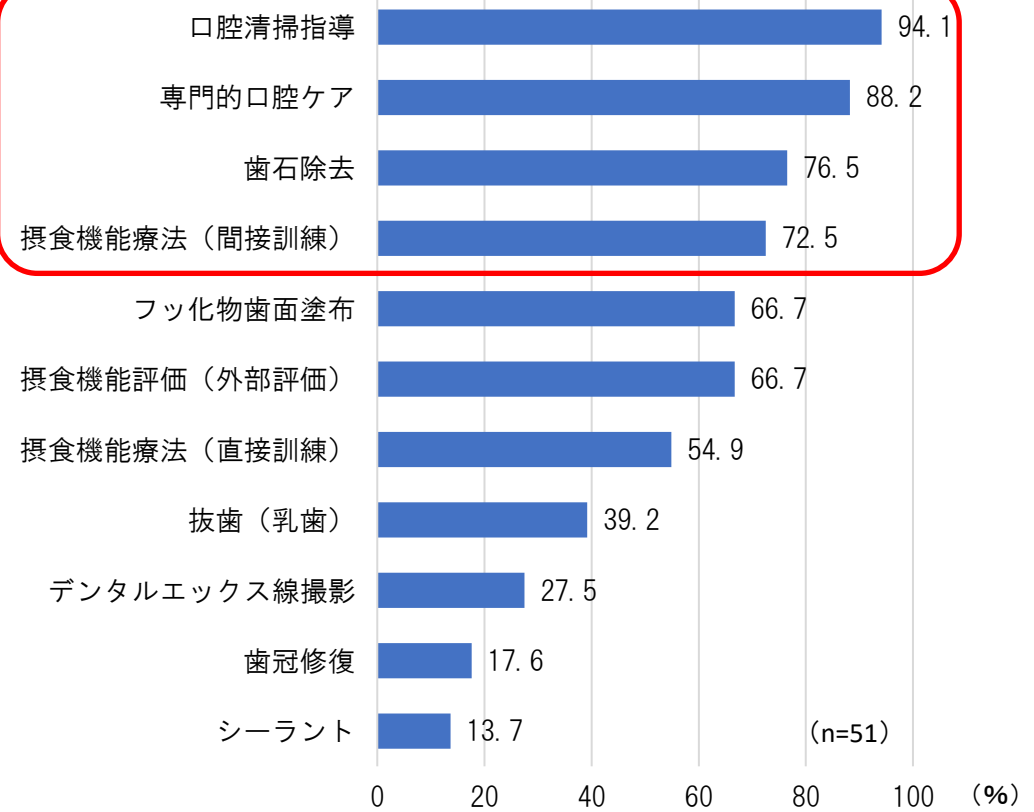
# 小児在宅歯科医療の状況

○ 小児在宅歯科医療の患者の主訴としては、「口腔ケア」「口腔管理」「摂食嚥下障害」が多く、「口腔清掃指導」「専門的口腔ケア」「歯石除去」「摂食機能療法」などが行われている。

＜小児在宅歯科医療の患者の主訴(複数回答)＞



＜小児在宅歯科医療で実施している内容(複数回答)＞



調査対象: 小児在宅歯科医療研究会のメンバーリストに登録されている歯科医師206名  
 調査手法: 郵送調査  
 調査実施期間: 2019年12月～2020年2月

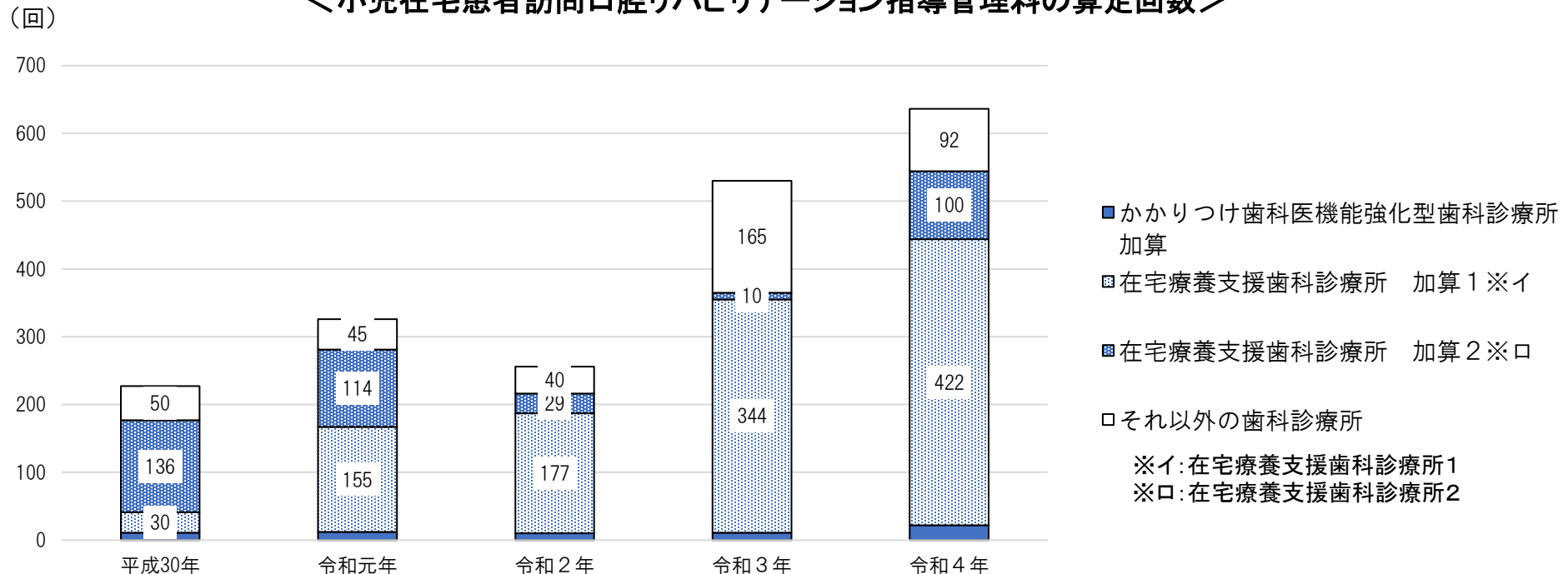
# 小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料

- 令和4年度診療報酬改定において、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、評価を見直した。
- 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算定回数は、令和2年を除き、増加傾向にある。

## 小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料

- 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
- 対象患者
  - ・ 口腔機能の発達不全を認めるもの、口腔疾患又は摂食機能障害を有するもの

＜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算定回数＞



# 連携に係る主な診療報酬上の評価

## 退院時の連携に関する主な評価

### 退院時共同指導料1

在宅療養支援歯科診療所1または在宅療養支援歯科診療所2の場合	900点
それ以外の場合	500点

- 地域における、患者の退院後の在宅療養を担う医療機関と連携する別の保険医療機関の歯科医師またはその指示を受けた歯科衛生士が、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を共同して行った上で、文書により情報提供した場合の評価。

## 多職種連携に関する主な評価

### 在宅患者連携指導料 900点

- 歯科訪問診療を実施している保険医療機関の歯科医師が、訪問診療を実施している保険医療機関(診療所及び許可病床数が200床未満の病院に限る。)、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局又は訪問看護ステーションと文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合
- 月1回に限り算定

### 在宅患者緊急時等カンファレンス料 200点

- 歯科訪問診療を実施している保険医療機関の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、在宅での療養を行っている患者の状態の急変等に伴い、当該歯科医師の求め又は当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の医師の求めにより、訪問診療を実施している保険医療機関の医師、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、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員又は相談支援専門員と共同でカンファレンスを行い又はカンファレンスに参加し、それらと共同で療養上必要な指導を行った場合
- 月2回に限り算定

### 歯科医療機関連携加算1 100点 ※医科点数表診療情報提供料(I)の加算

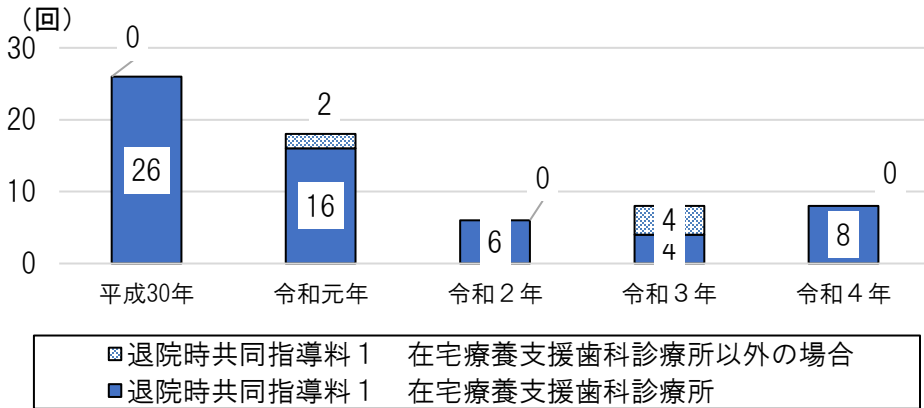
- 医科の保険医療機関又は医科歯科併設の保険医療機関の医師が、歯科訪問診療の必要性を認めた患者について、在宅歯科医療を行う、歯科を標榜する保険医療機関に対して情報提供を行った場合



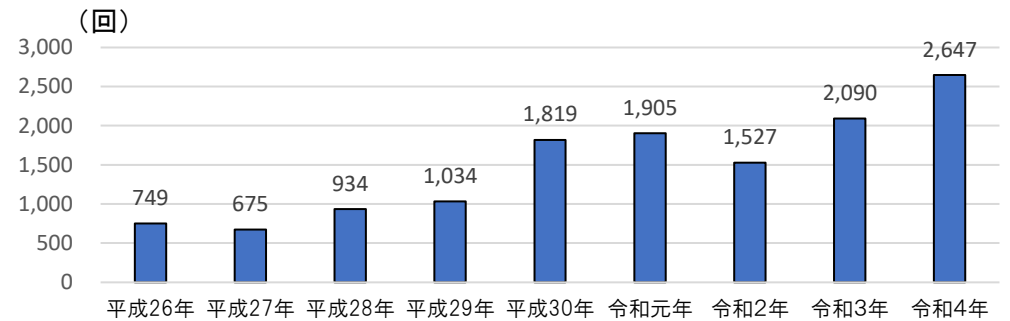
# 連携に係る主な診療報酬上の評価の算定状況

- 歯科診療所の医療介護連携に係る項目の算定回数をみると、いずれの項目も算定回数が少ない。
- 歯科医療機関連携加算1（診療情報提供料Ⅰの加算）の算定回数は、令和2年を除き、増加傾向である。

## <退院時共同指導料1の算定回数>

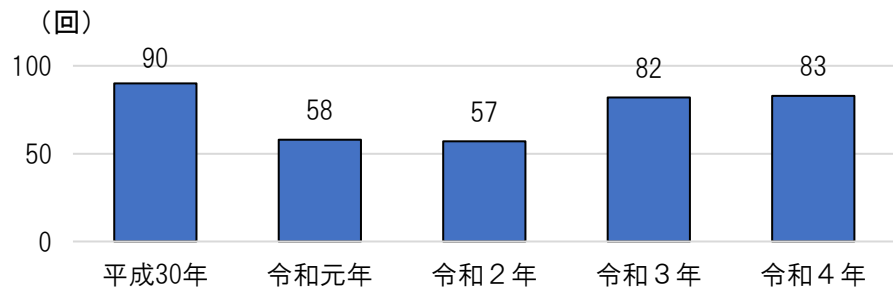


## <歯科医療機関連携加算1 ※医科点数表 診療情報提供料(Ⅰ)の加算の算定回数>

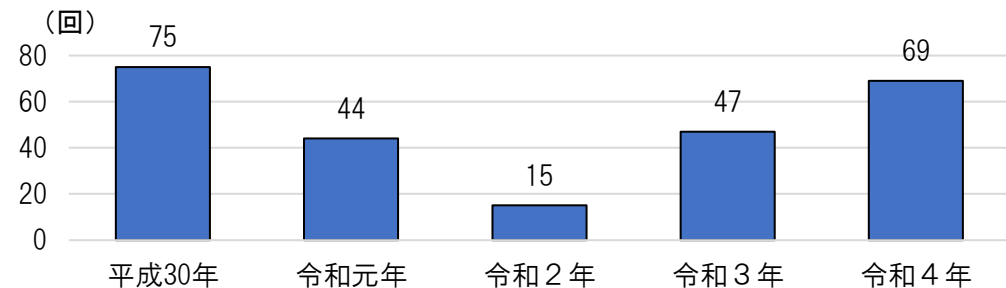


※令和4年度診療報酬改定において、紹介元医療機関の要件緩和(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院→医科又は医科歯科併設の保険医療機関)及び対象患者を拡大(訪問診療を行った栄養障害を有する患者又は摂食機能障害を有する患者→歯科訪問診療の必要性を認めた患者)

## <在宅患者連携指導料の算定回数>

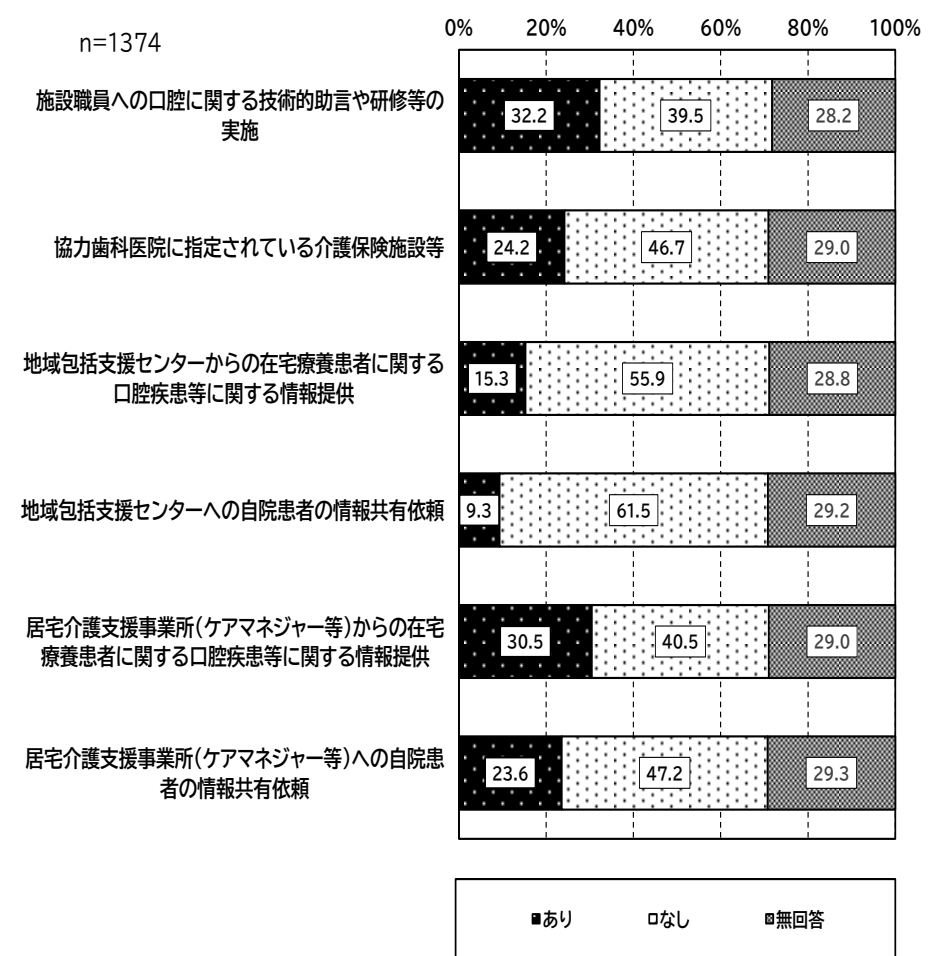
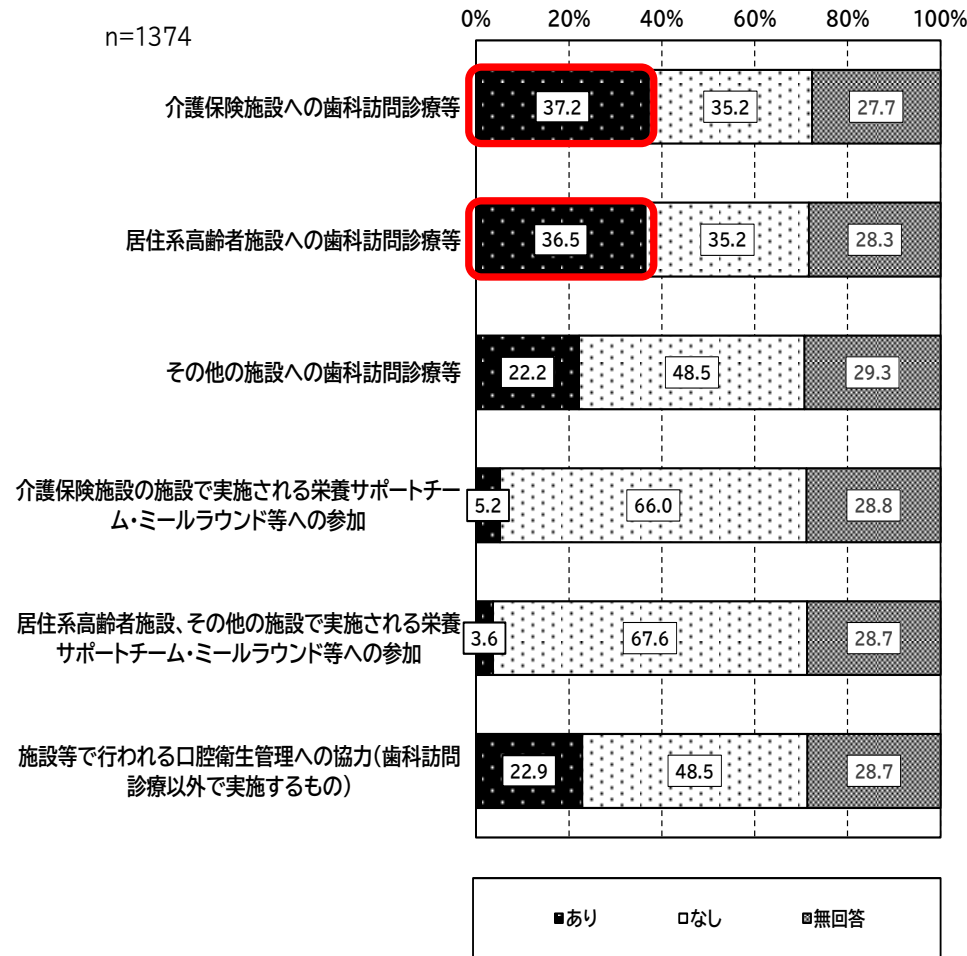


## <在宅患者緊急時等カンファレンス料の算定回数>



# 介護保険施設等との連携状況

○ 歯科診療所と介護保険施設等との連携内容は、「介護保険施設への歯科訪問診療等」が最も多く37.2%、次いで「居住系高齢者施設への歯科訪問診療等」で36.5%だった。



・調査対象: 在宅療養支援歯科診療所2,000施設、それ以外の歯科診療所1,000施設(いずれも無作為抽出)  
 ・調査対象月: 令和4年7月～9月の3か月間

## 課題(小括④)

### (在宅歯科医療を取り巻く状況)

- 医療サービスを実施する歯科診療所の割合は増加しており、令和2年では22.8%である。
- 歯科訪問診療の訪問先としては、自宅が最も多く、次いで居住系高齢者施設、介護保険施設となっている。
- 歯科訪問診療を受ける患者の多くは高齢者であり、85～89歳で最も多く実施されている。
- また、脳血管障害や認知症などの疾患を有する者が多く、歯科訪問診療を受けたきっかけとしては、「自院に通院歴のある患者・家族等からの依頼」が最も多い。

### (歯科訪問診療の実施状況等)

- 在宅歯科医療を推進する観点から、歯科訪問診療料の評価や在宅療養支援歯科診療所の施設基準の見直しなどを行っている。
- 歯科訪問診療料の算定回数は、令和2年に減少したものの増加傾向にあり、歯科訪問診療2が最も多く算定されている。
- 在宅療養支援歯科診療所の施設数は、令和元年まで増加していたが令和2年に減少し、以降はほぼ横ばいで推移。
- 「在宅療養支援歯科診療所1, 2」の届出を行っていない理由としては、無回答を除くと、「過去1年間に歯科訪問診療1及び歯科訪問診療2を4回以上算定していないため」が最も多い。
- 訪問歯科衛生指導料の算定回数は、令和2年を除き近年ほぼ横ばいとなっている。年齢階級別でみると、訪問歯科衛生指導料1～3のいずれも85～89歳で最も多く実施されている。
- 歯科疾患在宅療養管理料の算定回数は令和2年で減少しているが、経年的には増加傾向にあり、内訳をみると在宅療養支援歯科診療所1による算定回数が増加傾向にある。
- 歯科訪問診療料を算定した患者における、口腔機能の評価に基づく継続的な歯科疾患の管理について評価の充実を行ってきており、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の算定回数は増加傾向にある。
- 栄養サポートチーム等と連携した場合の評価である栄養サポートチーム等連携加算の算定は増加しているものの、連携は一部にとどまる。
- 小児に対する歯科訪問診療は、全体としては少ないが、算定回数は増加している。
- 歯科訪問診療の実施にあたり、医科医療機関(病院、診療所)や保険薬局、介護保険施設等との連携が求められるが、関連する診療報酬項目の算定は少なく連携は一部にとどまる。

1. 在宅医療を取りまく状況について
2. 地域包括ケアシステムにおける在宅医療について
3. 医療と介護等の連携について
4. 訪問診療・往診等について
5. 訪問看護について
6. 歯科訪問診療について
7. 訪問薬剤管理について
8. 訪問栄養食事指導について

在宅医療において薬局に期待される主な役割として、下記のような内容が考えられる。

## ① 医薬品・医療機器・衛生材料の提供体制の構築

- ▶ 多数の医薬品の備蓄
- ▶ 患者の状態に応じた調剤（一包化、簡易懸濁法、無菌調剤等）
- ▶ 医療用麻薬の調剤及び管理（廃棄含む）
- ▶ 医療機器・衛生材料の提供

## ② 薬物療法の提供及び薬物療法に関する情報の多職種での共有・連携

- ▶ 服薬指導・支援、薬剤服用歴管理（薬の飲み合わせの等の確認）
- ▶ 服薬状況と副作用等のモニタリング、残薬の管理
- ▶ 入院時及び退院時の薬物療法に関する情報の共有
- ▶ 在宅医への処方提案

## ③ 急変時の対応

- ▶ 24時間対応体制

## ④ ターミナルケアへの関わり

- ▶ 医療用麻薬の調剤及び管理（廃棄含む）

# 第8次医療計画における在宅医療のうち訪問薬剤管理指導に関する事項

- 第8次医療計画においては、在宅医療の提供体制のうち訪問薬剤管理指導に関しては、在宅医療の質の向上のため薬剤師の関与が期待されており、また、在宅医療に必要な医薬品等の提供体制を構築することが求められている。

## 2 在宅医療の提供体制

### (2) 日常の療養生活の支援

#### ④ 訪問薬剤管理指導

全薬局61,791か所のうち、訪問薬剤管理指導業務を実施している薬局は、医療保険では9,207か所で算定回数は約75万回/年、介護保険では30,021か所（重複あり）で算定回数は約1,591万回/年である。医療機関の薬剤師が実施した訪問薬剤管理指導業務は、医療保険約340回/月、介護保険約6,000回/月となっている。薬局には、医薬品、医療機器等の提供体制の構築や患者の服薬情報の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導、薬物療法に関する情報の共有をはじめとした多職種との連携、夜間・休日を含む急変時の対応等が求められている。薬剤師の関与により、薬物有害事象への対処や服薬状況の改善が見込まれ、在宅医療の質の向上につながることから、薬剤師の果たす役割は大きい。

高度な薬学管理等を充実させ、多様な病態の患者への対応やターミナルケアへの参画等を推進するため、麻薬調剤や無菌製剤処理、小児への訪問薬剤管理指導、24時間対応が可能な薬局の整備が必要である。そのため、地域医療介護総合確保基金等を活用し、医療機関等と連携して行われる研修や、カンファレンス等への参加を通じて、在宅医療に関わる薬剤師の資質向上を図ることが重要である。また、都道府県の薬務主管課と医務主管課が連携し、地方薬事審議会等を活用して、麻薬調剤や無菌製剤処理等の高度な薬学管理が可能な薬局の整備状況や実績について把握・分析を行い、在宅医療に必要な医薬品等の提供体制を構築することが求められている。

# 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
<b>○在宅患者訪問薬剤管理指導料</b> ・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	650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
麻薬管理指導加算	100点		
在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	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		
<b>○在宅患者オンライン薬剤管理指導料</b> 麻薬管理指導加算 乳幼児加算 小児特定加算	59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	※ <b>末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者</b> の場合は週2回かつ月8回まで
麻薬管理指導加算	22点		
乳幼児加算	12点		
小児特定加算	350点		
<b>○在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料</b> 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療法加算 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	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
麻薬管理指導加算	100点		
在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	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		
<b>○在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料</b> 麻薬管理指導加算 乳幼児加算 小児特定加算	59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	
麻薬管理指導加算	22点		
乳幼児加算	12点		
小児特定加算	350点		

# 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療法加算	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	40点 30点	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	
○経管投薬支援料	100点		初回のみ
○在宅患者調剤加算（薬剤調製料）	15点	基準を満たした薬局において、在宅患者訪問薬剤管理指導料等を算定している患者の処方箋受付1回につき加算	
(参考) 介護報酬における評価	○ 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（麻薬管理指導加算+100単位） ・単一建物居住者が2～9人の場合 378単位（麻薬管理指導加算+100単位） ・単一建物居住者が10人以上の場合 341単位（麻薬管理指導加算+100単位）		

※薬剤師が行う薬剤管理指導は、医療保険と介護保険では基本的には同じ業務であるが給付調整により算定できる範囲が異なる

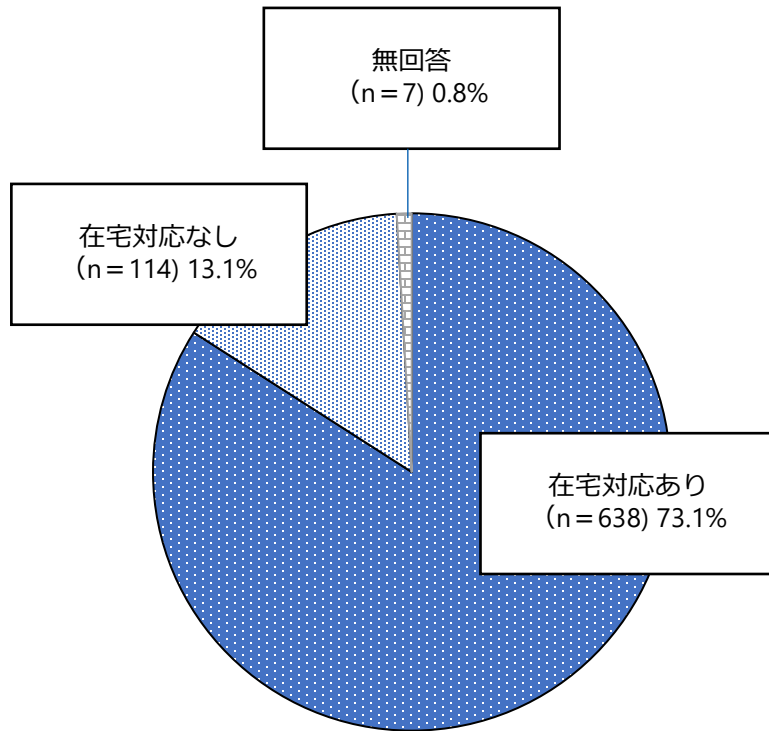
	医療保険での評価 (調剤報酬)	介護保険での評価 (介護報酬)
麻薬の薬剤管理指導	○ 麻薬管理指導加算（100点）	○ 麻薬管理指導加算 （100単位）
麻薬の持続注射を行っている患者の指導	○ 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算（250点）	
中心静脈栄養法を行っている患者の指導	○ 在宅中心静脈栄養法加算（150点）	—
緊急時の訪問薬剤管理指導	○ 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料（緊急時は全て医療保険で評価）	



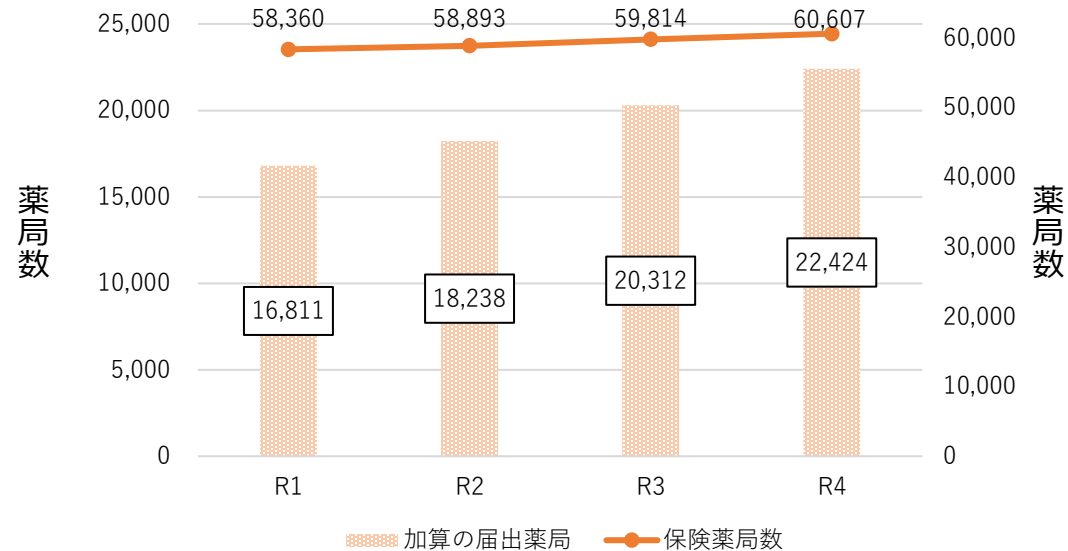
# 薬局における在宅業務の実施状況

- 在宅対応ありと回答した薬局は7割を超えていた。
- 一定の訪問実績が必要な在宅患者調剤加算の届出薬局数については、薬局全体の37%であり、増加傾向にある。

## ■ 在宅対応の有無※1 (n=759)



## ■ 在宅患者調剤加算の届出数※2 (各年7月1日)



### 在宅患者調剤加算 (処方箋受付1回につき+15点)

#### [施設基準]

- ・ 地方厚生局長に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出
- ・ 直近一年間の在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅管理指導費の実績 (算定回数が計10回以上)
- ・ 開局時間以外の時間における在宅患者に対する調剤並びに薬学管理及び指導に対応できる体制整備
- ・ 地方公共団体、医療機関及び福祉関係者等に対する在宅業務体制に係る周知
- ・ 在宅業務従事者に対する定期的な研修
- ・ 医療材料及び衛生材料を供給できる体制
- ・ 麻薬小売業者の免許を取得し、必要な指導を行うことができる体制

出典: ※1 令和4年度厚生労働省保険局医療課委託調査「薬局の機能に係る実態調査」をもとに保険局医療課にて作成

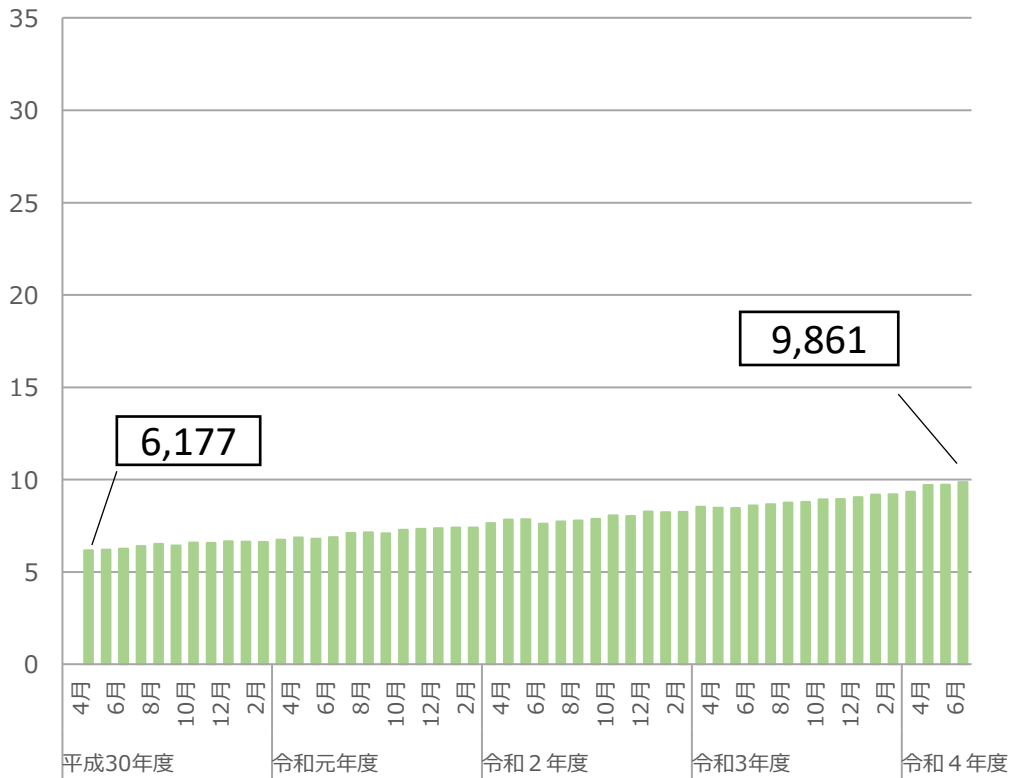
※2 届出薬局数・保険薬局数については保険局医療課調べ(令和元年より各年7月1日時点)

# 在宅患者に対する訪問薬剤管理を行う薬局数の推移

○ 在宅業務を実施している薬局が増加している。

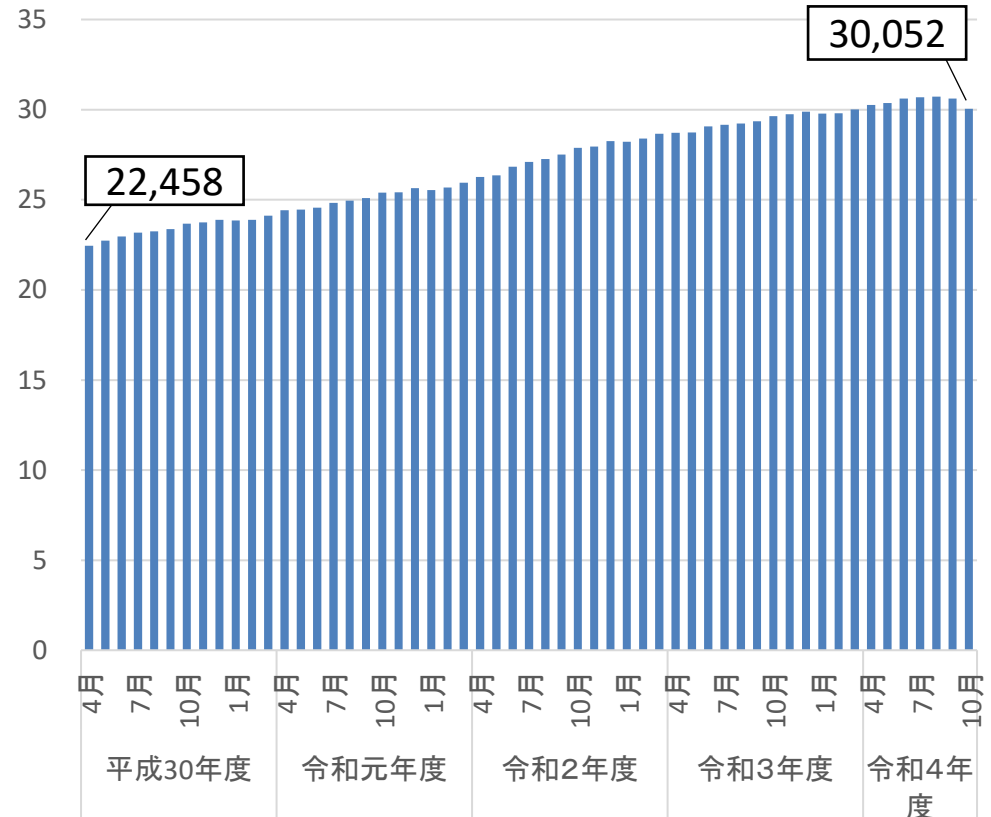
## 在宅患者訪問薬剤管理指導料算定薬局数(医療保険)

薬局数(千)



## 居宅療養管理指導費算定薬局数(介護保険)

薬局数(千)



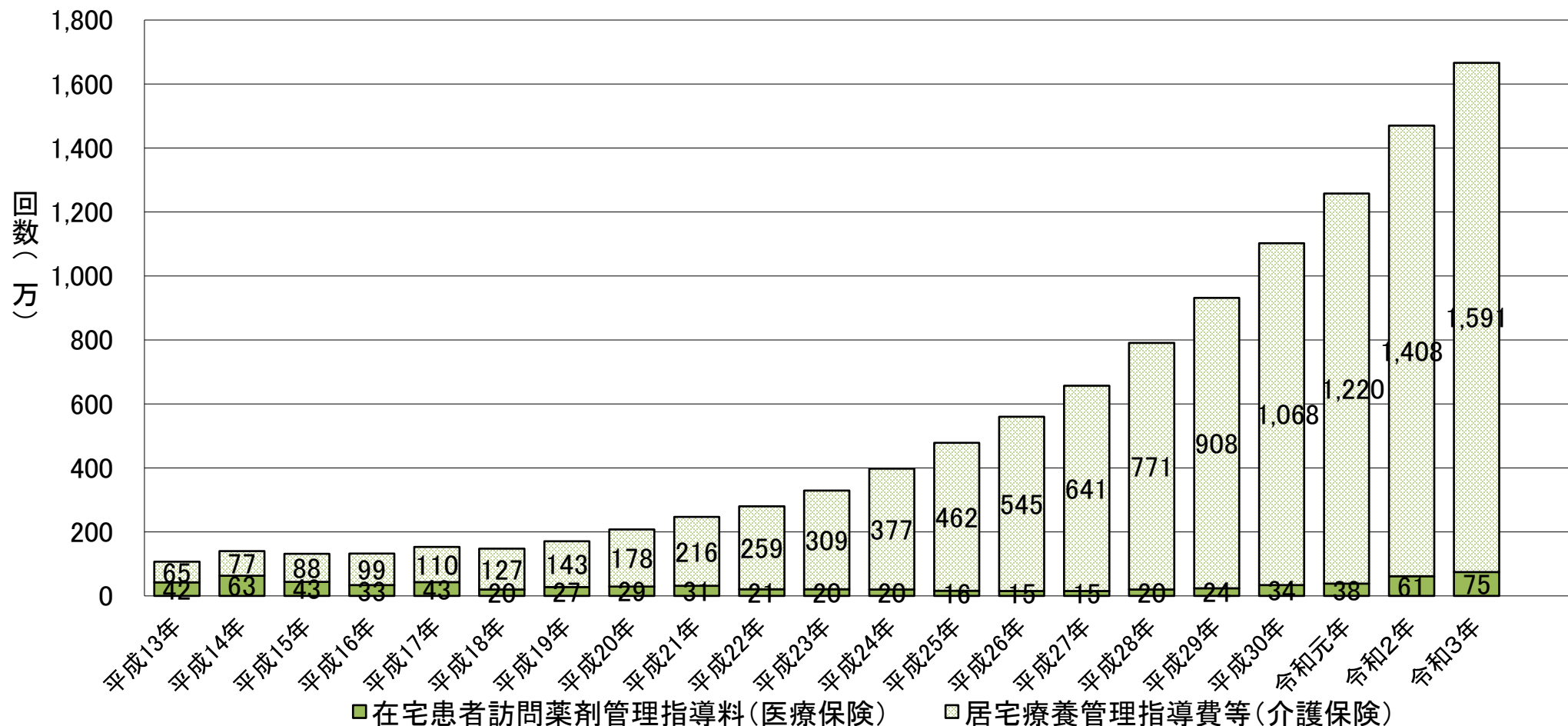
注) 在宅療養を行っている患者に係る薬剤管理指導については、対象患者の年齢や疾患、状態によって医療保険又は介護保険いずれかの適用となるが、介護保険の給付は医療保険の給付に優先する。

出典: 在宅患者訪問薬剤管理指導料算定薬局数(医療保険)については、NDBデータ

居宅療養管理指導費算定薬局数(介護保険)については、厚生労働省老健局老人保健課で特別集計

# 薬局における在宅患者訪問薬剤管理指導の実施状況

○ 医療保険における「在宅患者訪問薬剤管理指導料」、介護保険における「居宅療養管理指導」に係る算定回数は伸びており、そのほとんどは介護保険によるものである。全体として薬剤師による在宅薬剤管理は進んでいる。



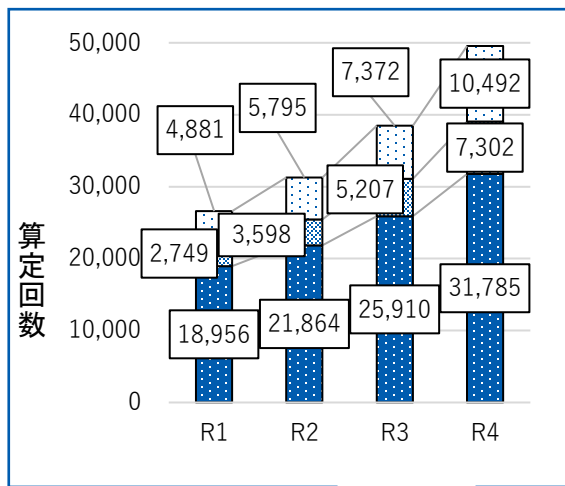
注) 在宅療養を行っている患者に係る薬剤管理指導については、対象患者が要介護又は要支援の認定を受けている場合には介護保険扱いとなり、認定を受けていない場合には医療保険扱いとなる。

# 薬局における在宅患者訪問薬剤管理指導料等の算定状況

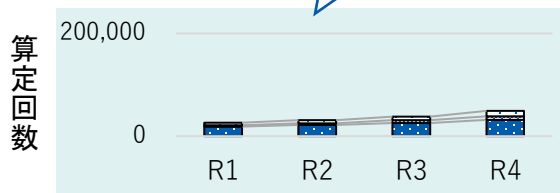
- 薬局における在宅患者(緊急)訪問薬剤管理指導料(医療保険)、居宅療養管理指導費(介護保険)の算定回数についてはいずれも増加傾向である。
- 医療保険における訪問薬剤管理指導においては、1人の単一建物診療患者への訪問の割合が高い。

## ■ 在宅訪問薬剤管理指導料 (医療保険)

- 単一建物 診療患者10人以上
- 単一建物 診療患者2人以上9人以下
- 単一建物 診療患者1人



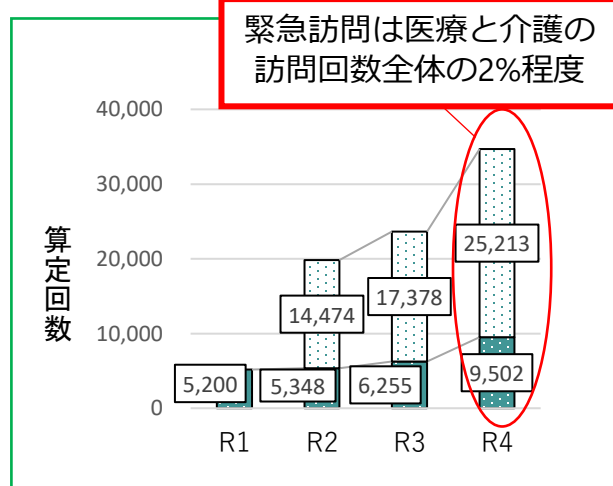
拡大



## ■ 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 (医療保険)

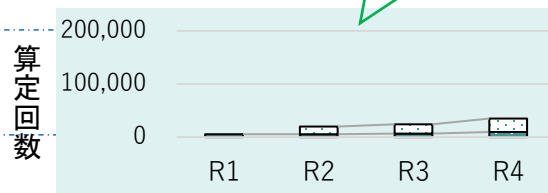
- 計画的な訪問薬剤管理指導に係る疾患の急変に伴うもの以外(注)
- 計画的な訪問薬剤管理指導に係る疾患の急変に伴うもの

(注) 令和2年度診療報酬改定で新設



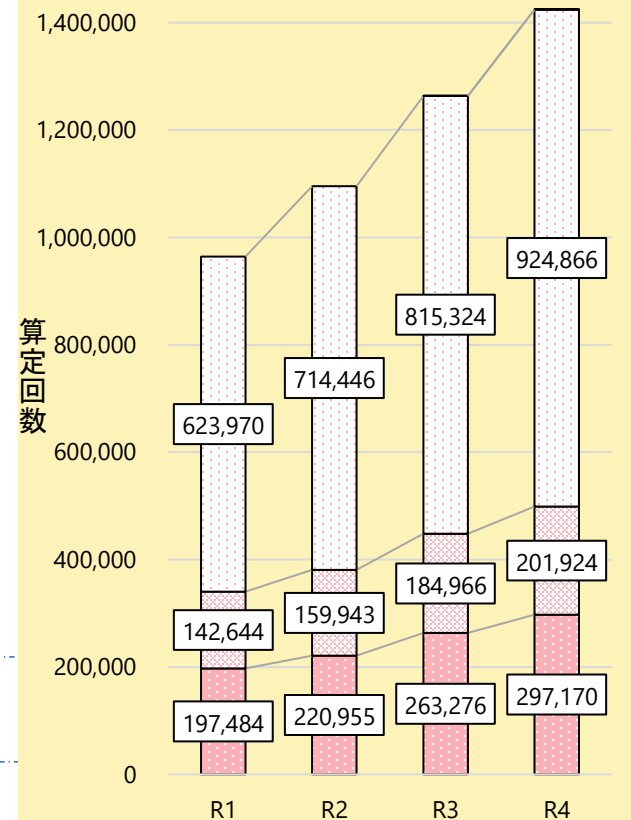
緊急訪問は医療と介護の訪問回数全体の2%程度

拡大



## ■ 薬局における居宅療養管理指導費 (介護保険)

- 単一建物 診療患者10人以上
- 単一建物 診療患者2人以上9人以下
- 単一建物 診療患者1人



# 薬剤師と他職種連携状況

- 薬剤師から医師、看護師、ケアマネジャー等の様々な職種への情報提供が実施されている。
- 医師に対しては、患者の服薬状況に基づく処方提案や服薬が困難な場合の対応策の提案が多く実施されていた。

	情報提供の実施割合 (n=336)	情報提供した内容の内訳										
		服薬状況の確認と残薬の整理	患者の服薬状況に合わせた処方提案	砕薬、錠剤を粉砕し、飲みやすい剤形に加工する	医師の指示と薬剤師の提案が一致しない場合の対応策の提案	薬物療法に関する助言	服用薬の副作用に関する情報提供	夜間休日を含む緊急時の医薬品提供	麻薬の供給	医療材料、衛生材料の提供	輸液等において薬剤の調製に関する助言	無回答
医師	97.9	90.0	82.4	69.3	64.1	62.0	33.7	33.4	26.1	25.2	14.6	2.4
歯科医師	8.0	29.6	40.7	22.2	51.9	25.9	11.1	11.1	3.7	3.7	3.7	11.1
看護師	74.4	78.4	40.8	60.4	53.6	55.2	28.0	28.0	28.4	30.8	12.0	4.4
ケアマネジャー	89.0	77.3	35.8	55.5	42.8	49.2	15.1	15.1	9.4	14.0	3.0	7.7
介護士	32.7	68.2	26.4	62.7	48.2	50.0	12.7	12.7	5.5	13.6	3.6	4.5
生活相談員	10.7	52.8	22.2	61.1	41.7	36.1	11.1	11.1	5.6	22.2	2.8	8.3
PT/OT/ST	6.5	36.4	13.6	40.9	40.9	68.2	22.7	22.7	4.5	22.7	4.5	13.6
管理栄養士	3.3	9.1	27.3	36.4	36.4	36.4	9.1	9.1	9.1	9.1	9.1	18.2
その他	1.5	60.0	0.0	40.0	20.0	40.0	20.0	20.0	40.0	20.0	40.0	20.0

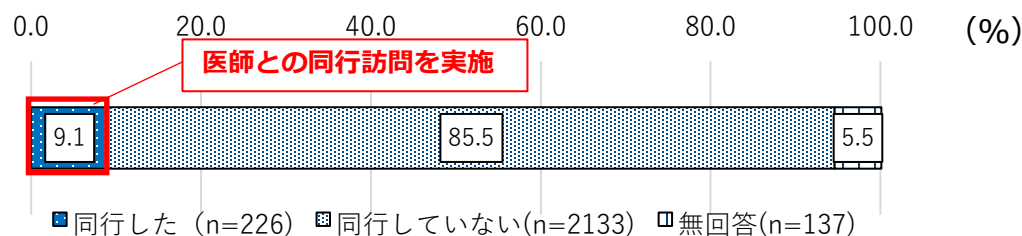
出典：令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「在宅医療、在宅歯科医療、在宅薬剤師管理及び訪問看護の実施状況調査」

保険薬局調査（施設票）をもとに保険局医療課にて作成

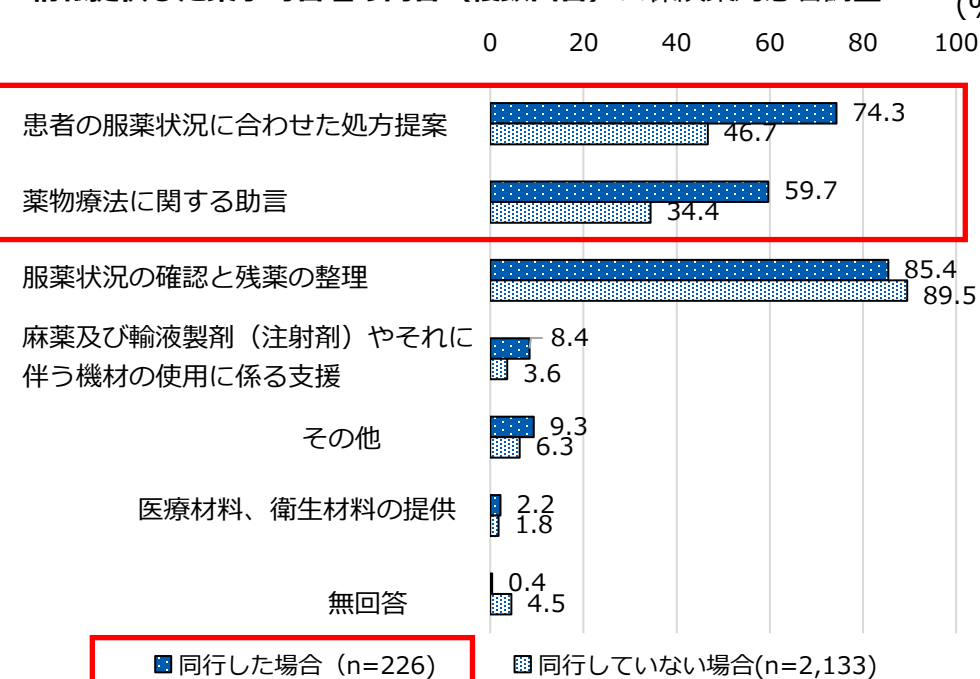
# 薬剤師と医師の連携（同行訪問）

- 薬剤師が医師の訪問に同行した場合、同行していない場合に比べ、特に「患者の状況に合わせた処方提案」、「薬物治療に関する助言」の薬学的管理がより多く実施されている。
- 医師が同行した薬剤師に期待することも「患者の服薬状況に合わせた処方提案」、「服薬状況の確認と残薬の整理」との回答が多く挙げられた。

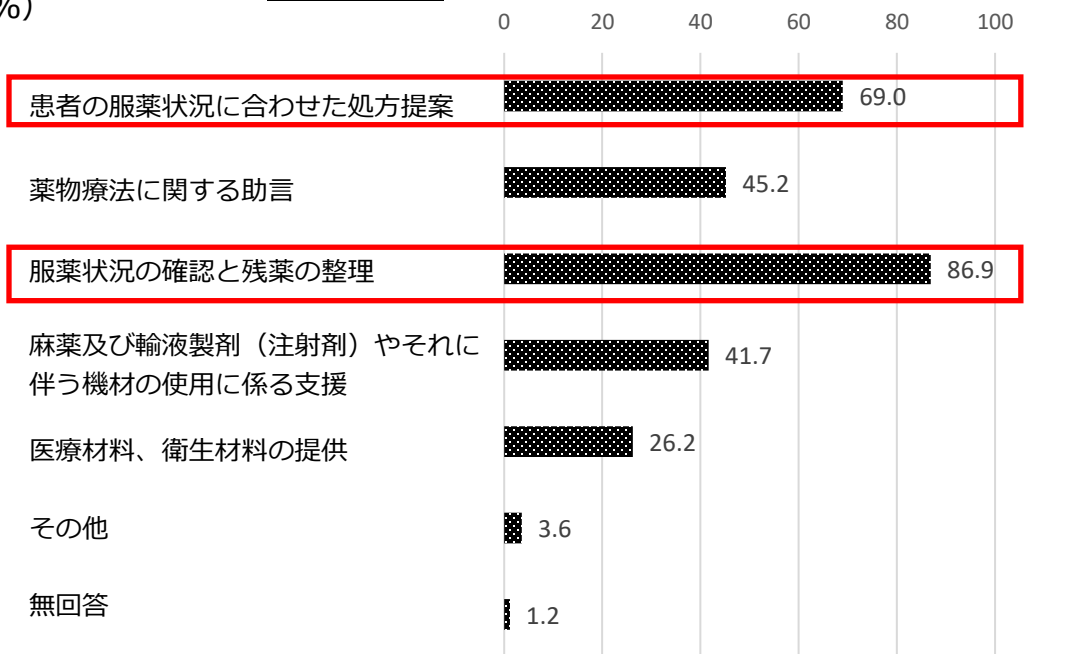
## ■ 訪問薬剤管理指導で、医師の訪問への同行の実施状況（※保険薬局患者調査票）



## ■ 医師の訪問に同行した場合又は同行していない場合における薬剤師が情報提供した薬学的管理の内容（複数回答）※保険薬局患者調査



## ■ 医師の回答：医師が薬局の薬剤師と一緒に訪問した時に薬剤師に期待すること（複数回答）※医療機関調査



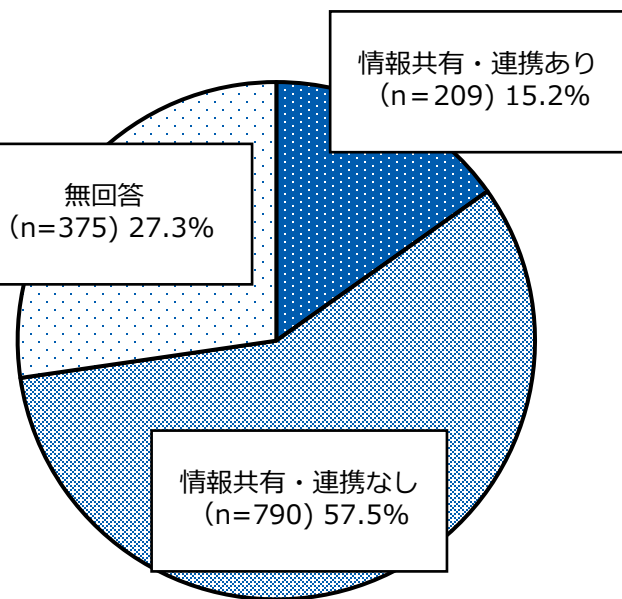
n=84

# 薬剤師と歯科医師の連携状況

- 薬剤師と歯科医師との情報共有・連携については、全体の15.2%であった。
- 一方で、歯科医師から薬剤師に対しては、あらかじめ服用を中止する必要がある薬剤の情報提供等、薬物治療に関する連携について期待が高い。

## ■ 歯科医師の回答：薬剤師と歯科医師との情報共有・連携の有無

※歯科医療機関調査



## ■ 歯科医師の回答：歯科医師が保険薬局の薬剤師に期待すること

※歯科医療機関調査

歯科診療に伴いあらかじめ服用を中止する必要がある薬剤（抗凝固薬、ビスホスホネート等）について情報提供

薬剤による副作用等により口渇が発現し口腔内の衛生状態が悪化する可能性がある場合、口渇等の薬の副作用に関する情報提供

嚥下困難患者の製剤工夫について主治医及び歯科医師へ処方提案

医科処方薬と歯科処方薬の間の相互作用（血圧降下剤と抗真菌薬等）について、主治医及び歯科医師への情報提供と処方提案

疼痛評価

その他

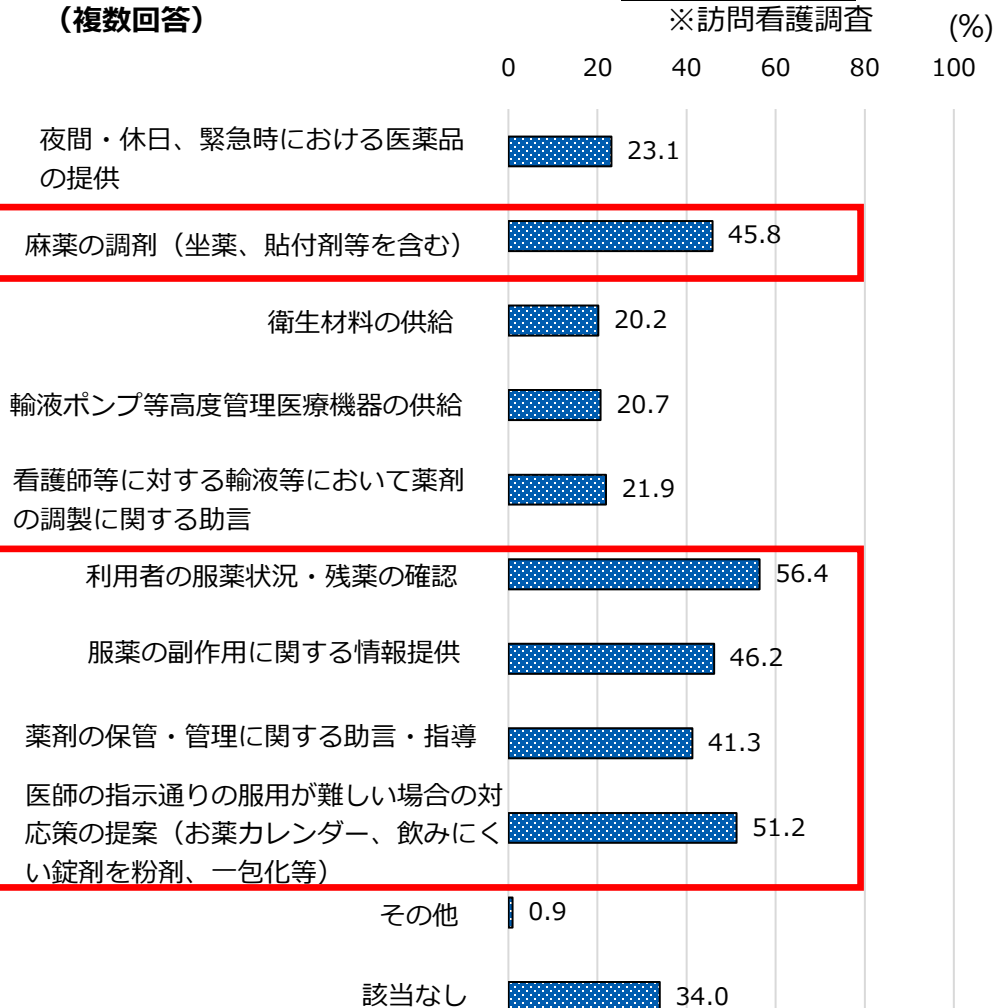


n=1,374

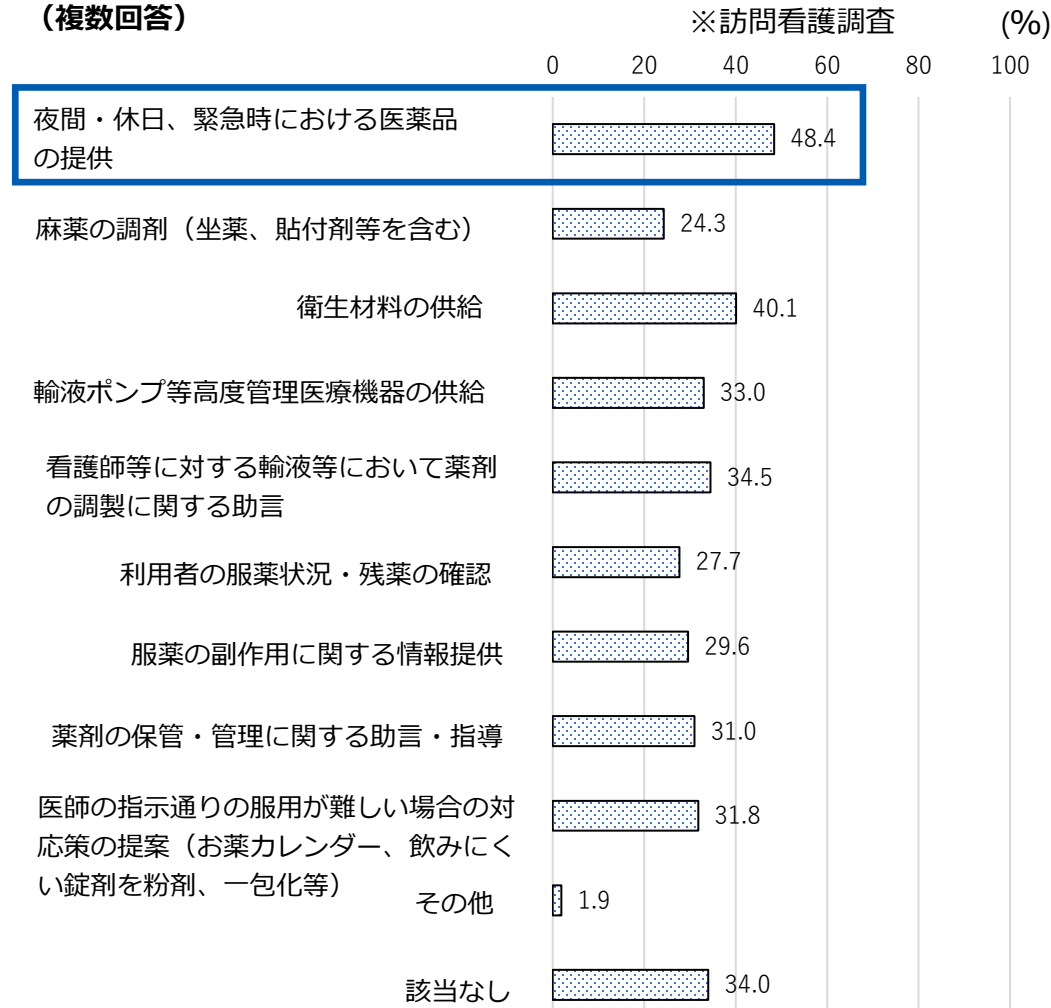
# 薬剤師と訪問看護師の連携状況

- 看護師と連携している薬剤師は、「服薬状況・残薬の確認」、「麻薬の調剤」等を多く実施している。
- 訪問を担う看護師が特に連携する薬剤師の活動として期待することとして、「夜間・休日、緊急時における医薬品の提供」が多く挙げられていた。

■ 訪問看護師の回答：連携している薬剤師が実施していること  
(複数回答)



■ 訪問看護師の回答：連携する薬剤師の活動として期待すること  
(複数回答)





# 高齢者施設等の各施設類型における薬剤管理

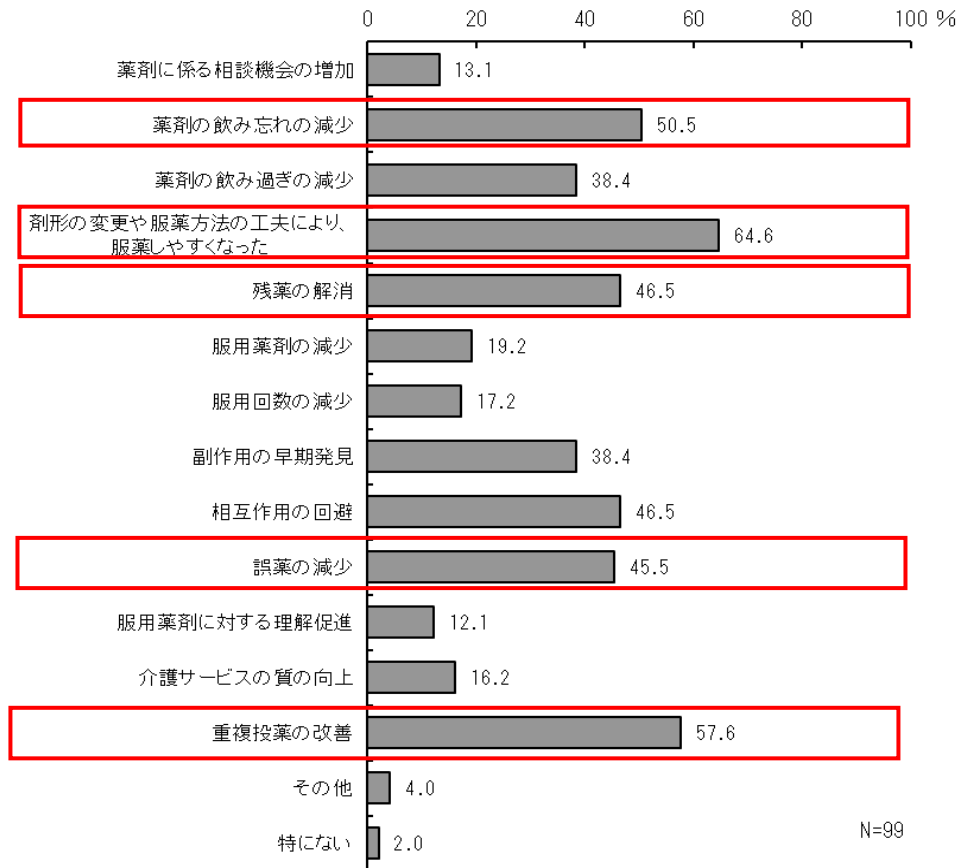
- 高齢者施設等においては、施設類型によって医師・薬剤師の配置や入所者の状況等が異なることから、それぞれの施設類型に応じた薬剤管理の対応が必要であり、以下のような課題も有する。

		介護医療院	介護老人保健施設	特別養護老人ホーム (介護老人福祉施設)	その他施設 (サ高住等)	短期入所（ショートステイ）	
						短期入所療養介護	短期入所生活介護
施設配置基準	医師	○ I型: 3以上 / 48:1以上 II型: 1以上 / 100:1以上	○ 1以上	○ 必要数（非常勤可）	×	○ ※	○ 必要数（非常勤可）
	薬剤師	○ I型: 150:1以上 II型: 300:1以上	○ 適当数（300:1）	×	×	○ ※	×
薬剤管理の現状等		自施設の医師・薬剤師等が薬剤管理を実施  抗がん剤・抗ウイルス剤・麻薬等の一部の薬剤については、往診を行う医師が処方する場合は、薬剤費について医療保険による給付が可能 (処方箋の交付も可能)		薬局の薬剤師が訪問し、薬剤管理指導を実施  末期の悪性腫瘍の患者に対しては、計画に基づく訪問による薬剤管理指導が可能	薬局の薬剤師が計画に基づく訪問により薬剤管理指導を実施  介護認定を受けている方は介護保険が適用	普段は在宅等で薬局薬剤師等による薬剤管理指導（居宅療養管理指導）を受けている者が、短期的に入所し、その期間は当該施設において薬剤管理を受ける	
課題		抗がん剤等の処方箋を薬局が応需しても調剤報酬が算定できないことについて検討が必要		服薬管理指導料3を算定できるが、要介護度3以上の患者に対する訪問薬剤管理指導の評価として適切であるかについて検討が必要  (末期の悪性腫瘍の患者には医療保険の訪問薬剤管理指導料が算定可能)	医療保険では麻薬の持続注射療法や中心静脈栄養法を行っている患者の指導を評価されているが、介護保険では現状評価されていないことについて検討が必要  (末期の悪性腫瘍等の患者であっても介護保険が優先)	短期入所中においても薬学管理が適切に継続できるようにすることについて検討が必要	

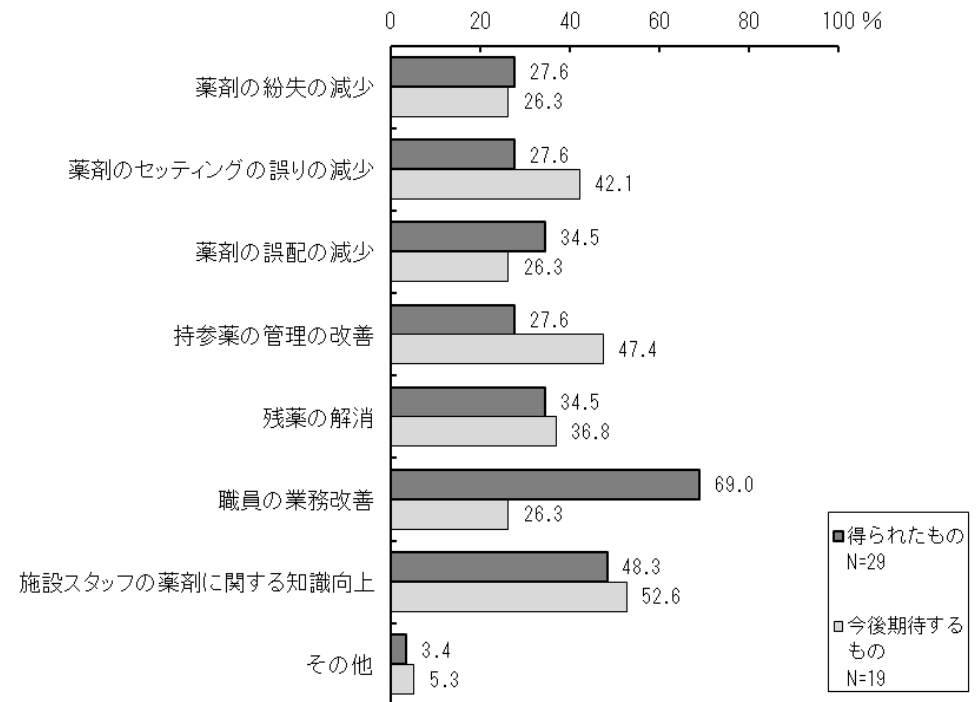
※ 短期入所療養介護は、病院・診療所・介護医療院・老健施設が実施することができ、人員配置基準は、原則施設ごとの基準による。

○ 薬剤師の訪問による薬剤管理により、重複投薬、服薬アドヒアランス、誤薬等の改善に加え、施設職員の業務改善にもつながっているが、施設職員との連携や持参薬の管理等の薬剤管理について、更なる推進が期待されている。

**薬剤師の訪問により利用者において改善された点**  
(特別養護老人ホームに薬剤指導を行う薬局への調査、複数回答)



**訪問により施設が得たメリット・今後期待するもの**  
(特別養護老人ホームへの調査、複数回答)



# 薬局における医療用麻薬の管理

○ 薬局における医療用麻薬の取扱いについては、多くの手続きによる厳重な管理が必要

## ■麻薬小売業者の免許

・薬局で麻薬を調剤するには、麻薬小売業者の免許を取得することが必要。

## ■管理

・麻薬は薬局内の鍵をかけた堅固な設備内に保管しなければならない。薬局で保管している麻薬の数量を逐次管理するための帳簿の作成・記録が義務づけられている。

## ■麻薬の譲受・譲渡

・譲受は、同一都道府県内の麻薬卸売業者に限定。

・譲渡は、麻薬処方箋の交付を受けた者(患者等)に対し、調剤した麻薬を交付する以外は不可(薬局で有している麻薬を譲受先の麻薬卸売業者へ返品することはできない)。

(麻薬小売業者間譲渡許可:2以上の麻薬小売業者が一定の要件で許可を有した場合に限り、当該麻薬小売業者間で麻薬の譲渡が可能)

## ■薬局の備蓄体制

・成分、規格が多様であり、医師の処方にあわせた麻薬を保管することが必要。

## ■廃棄

・調剤前の麻薬を廃棄しようとするときは、あらかじめ「麻薬廃棄届」により、都道府県知事に届け出た後、都道府県職員立会の下でなければ廃棄することはできない。

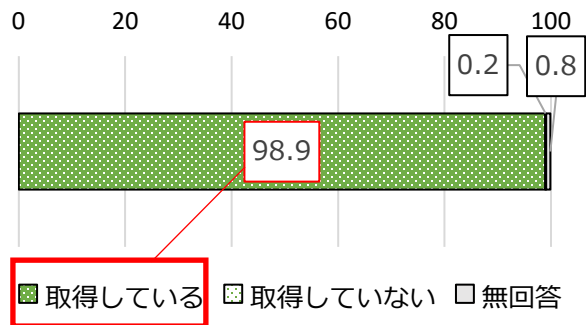
・患者の死亡等により調剤済みの麻薬が不要になったときは、残っている麻薬を遺族等から譲り受けた上で、麻薬小売業者自ら、他の薬剤師又は職員の立会の下で廃棄し、「調剤済麻薬廃棄届」の提出が必要。

# 薬局における麻薬の調剤実績

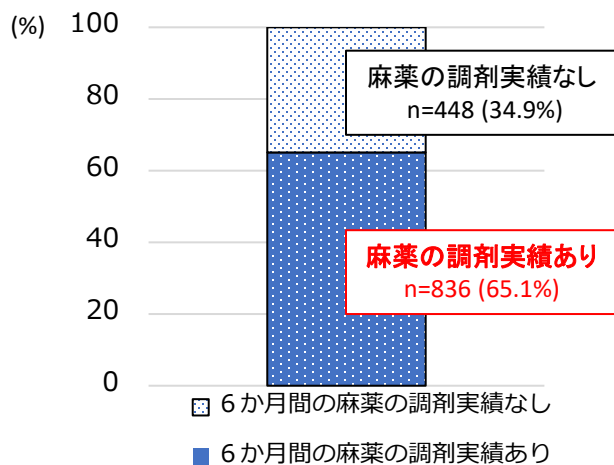
- 在宅訪問を行っている薬局の9割以上が麻薬小売業者の免許を有しており、これらの薬局の7割程度で半年間に麻薬調剤の実績がある。
- 麻薬調剤の実績は、10件以下(月1回前後)が約半数である一方、100件以上の薬局も8%程度あった。

## ■ 麻薬小売業免許の取得状況 (n=1,423)

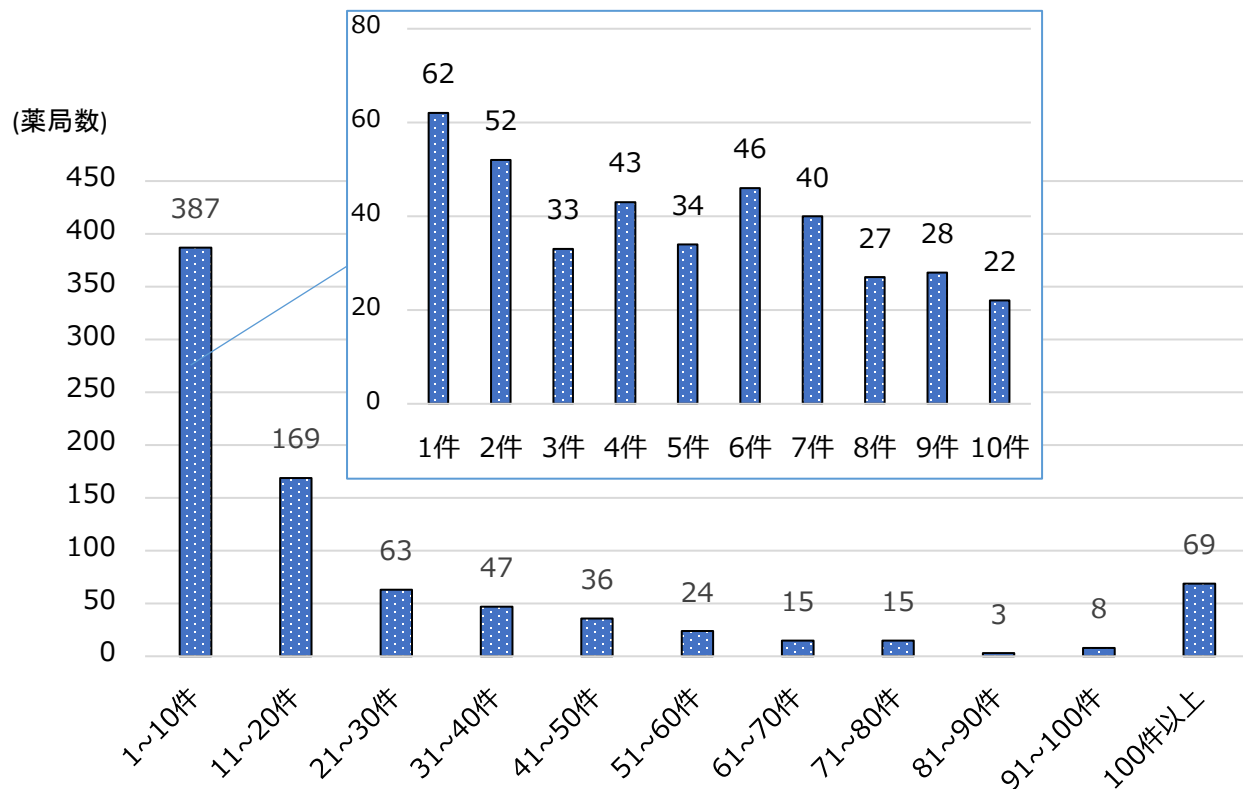
(※在宅訪問を行っている薬局に対する調査)



## ■ 麻薬小売業免許を有する薬局の6か月間の麻薬の調剤実績の有無 (n=1,284)



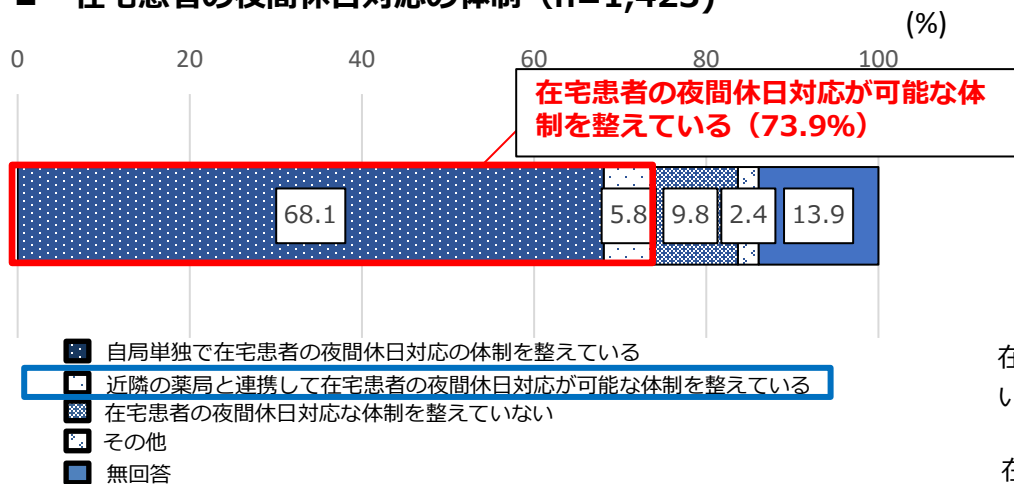
## ■ 麻薬小売業免許を有する薬局の6か月間の麻薬の調剤実績 (n=836)



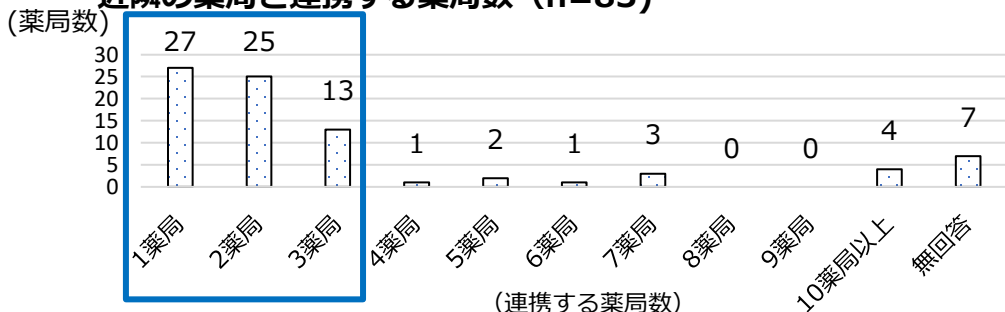
# 在宅患者の夜間休日対応の体制等

- 在宅患者の夜間休日対応が可能な体制を整えている薬局は73.9%であった。
- これらのうち、近隣の薬局と連携して体制を整えている場合は、1～3薬局と連携している薬局が約8割であった。
- 夜間休日対応での業務内容は、「在宅患者からの不安や問い合わせに電話で対応」と回答した薬局が約8割と最も多く、調剤対応も半数程度あった。

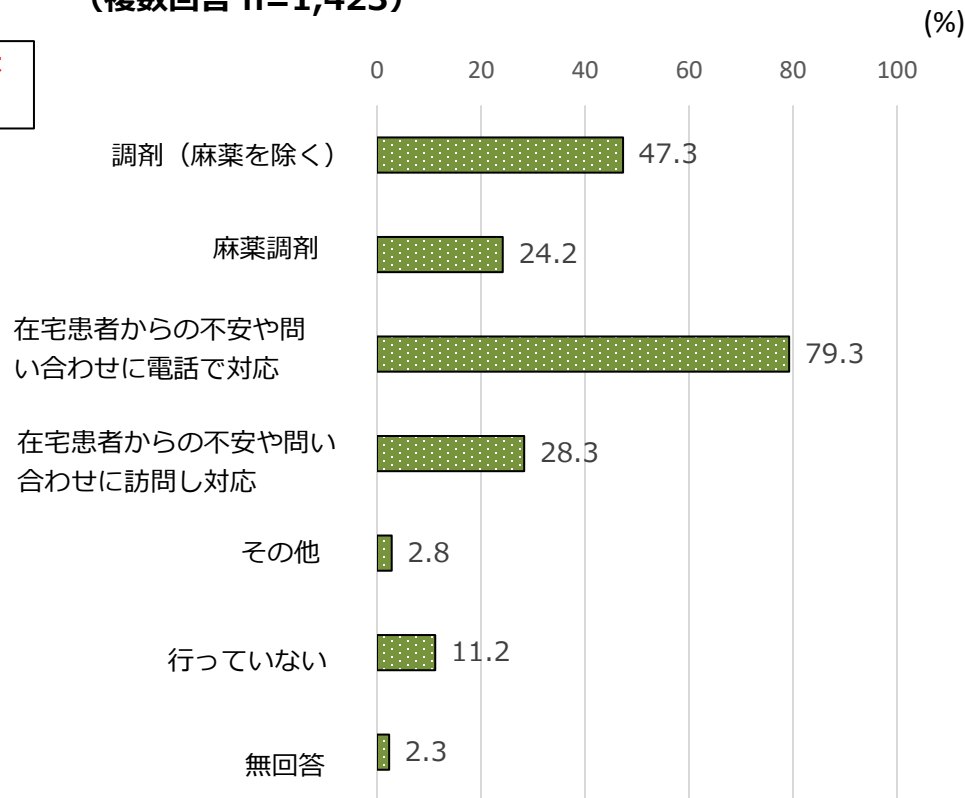
## ■ 在宅患者の夜間休日対応の体制 (n=1,423)



## ■ 夜間休日対応が可能な体制を整えている薬局のうち近隣の薬局と連携する薬局数 (n=83)



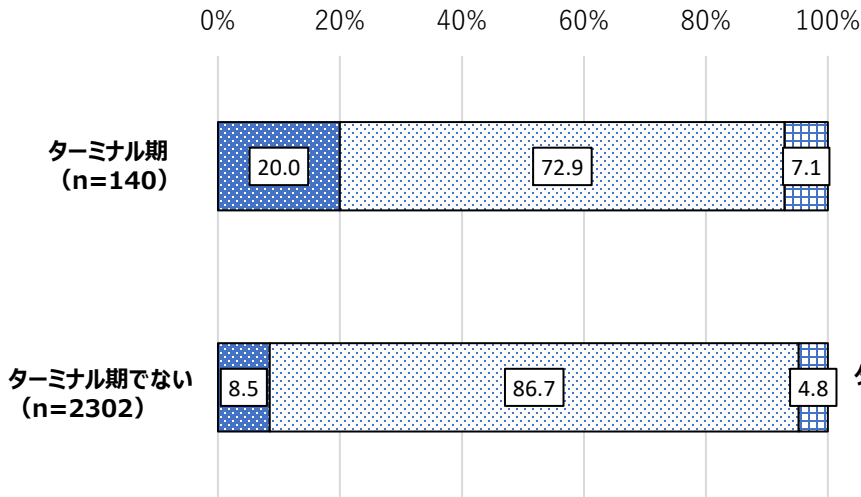
## ■ 在宅患者の夜間休日対応での業務内容 (複数回答 n=1,423)



# 医師の訪問への同行、訪問頻度（ターミナル期の有無別）

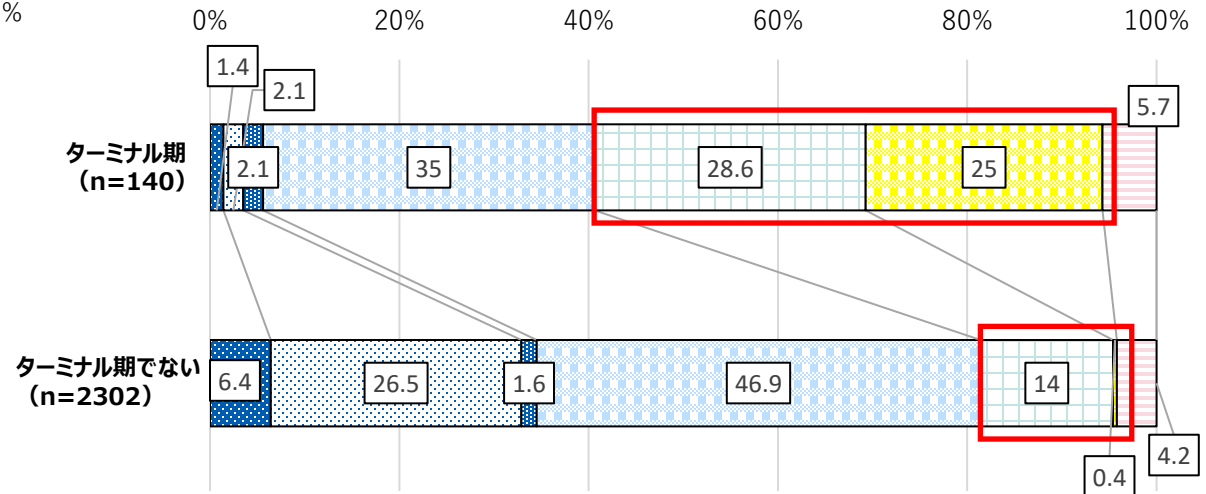
- ターミナル期の患者の20%で、薬剤師が医師と同行して訪問していた。
- ターミナル期の患者への訪問頻度は、週に1回以上の実施が半数を超えており、週に2回以上の場合も25%を占めていた。

## ■ 医師の訪問への同行



■ 同行した   ■ 同行していない   □ 無回答

## ■ 訪問頻度

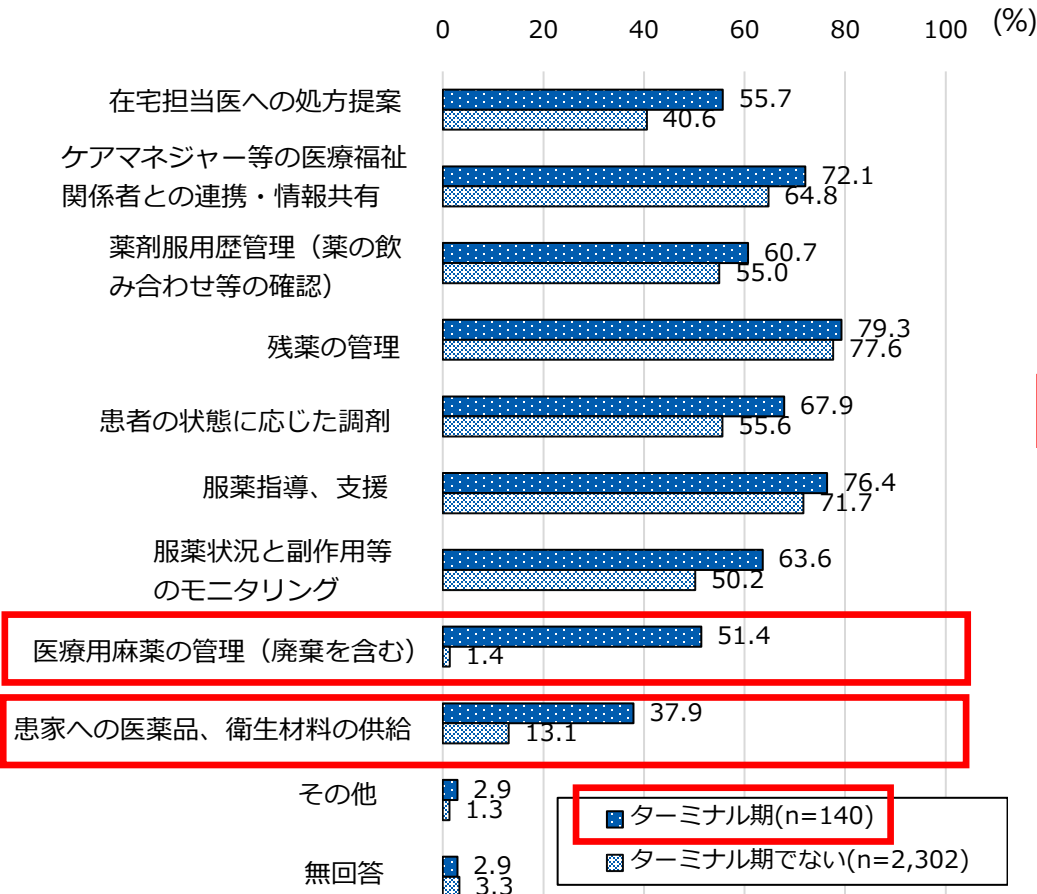


■ 4週に1回未満   ■ 4週に1回   ■ 3週に1回  
 ■ 2週に1回   □ 週に1回   ■ 週に2回以上  
 □ 無回答

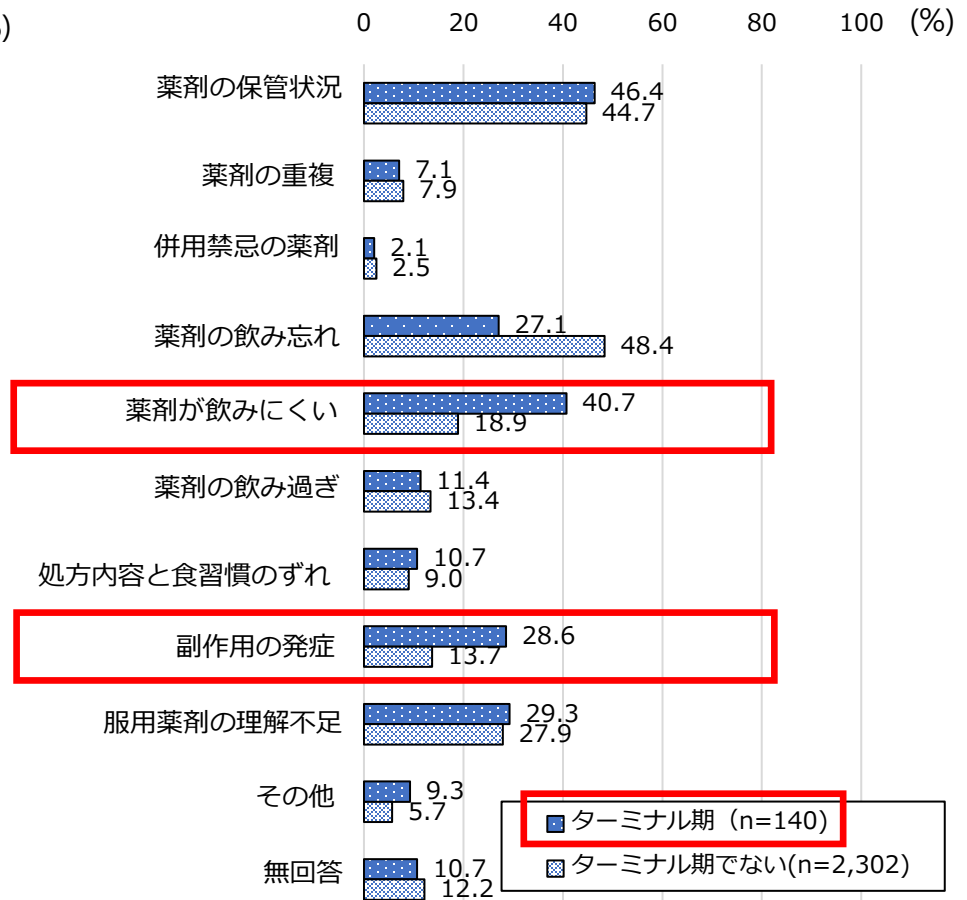
# 在宅訪問時の薬学的管理及び薬剤管理上の問題点（ターミナル期の有無別）

- ターミナル期の患者では、廃棄を含む医療用麻薬の管理等の薬学的管理がそうでない患者に比べて多く実施されていた。
- ターミナル期の患者では薬剤管理上の問題点として、「薬剤が飲みにくい」、「副作用の発症」がそうでない患者より多く挙げられた。

## ■ 患者の在宅訪問時に実施した薬学的管理（ターミナル期の該当有無別）



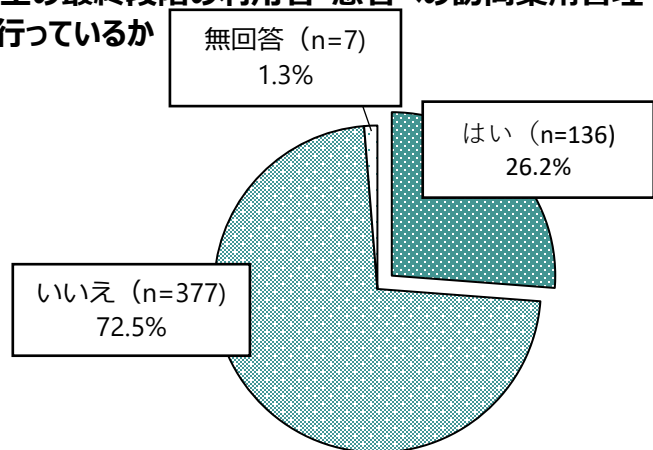
## ■ 患者の在宅訪問時に発見された薬剤管理上の問題点（ターミナル期の該当有無別）



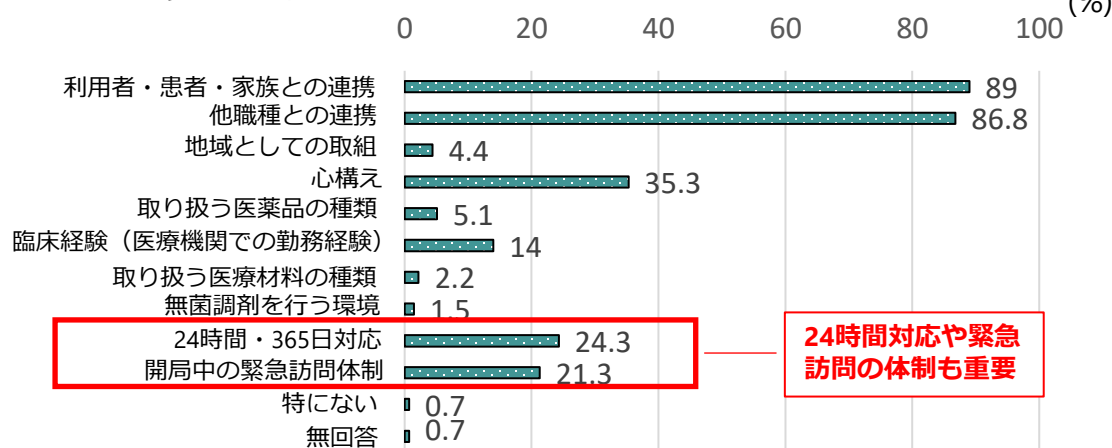
# 人生の最終段階の利用者・患者への訪問薬剤管理指導

- 人生の最終段階の利用者・患者への訪問薬剤管理指導を行っている薬局は26.2%であった。
- 実施に当たり重要と考える事項については、利用者・患者・家族や他職種との連携が8割を超えており、その他にも24時間・365日対応や開局中の緊急訪問体制も重要と考えられていた。
- 24時間対応が可能な薬局は全体で65.4%であるが、人生の最終段階の利用者・患者への訪問薬剤管理指導を実施している薬局では90%を超えていた。

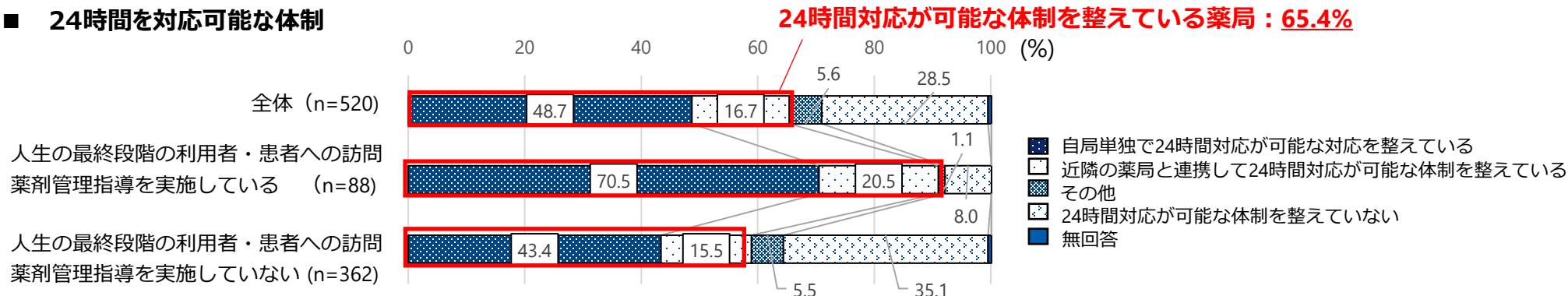
## ■ 人生の最終段階の利用者・患者への訪問薬剤管理指導を行っているか



## ■ 実施に当たり重要と考える事項 (左記で「行っている」と回答した薬局に、複数回答(3つまで)) (%)



## ■ 24時間を対応可能な体制

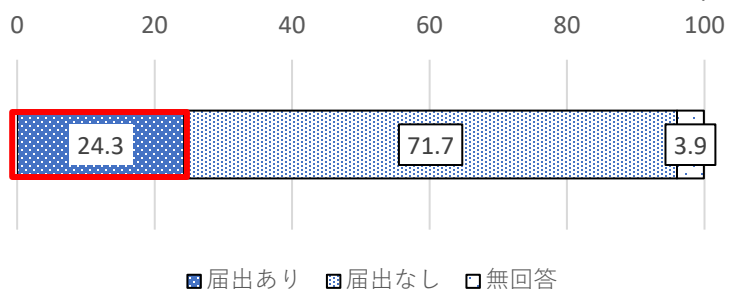




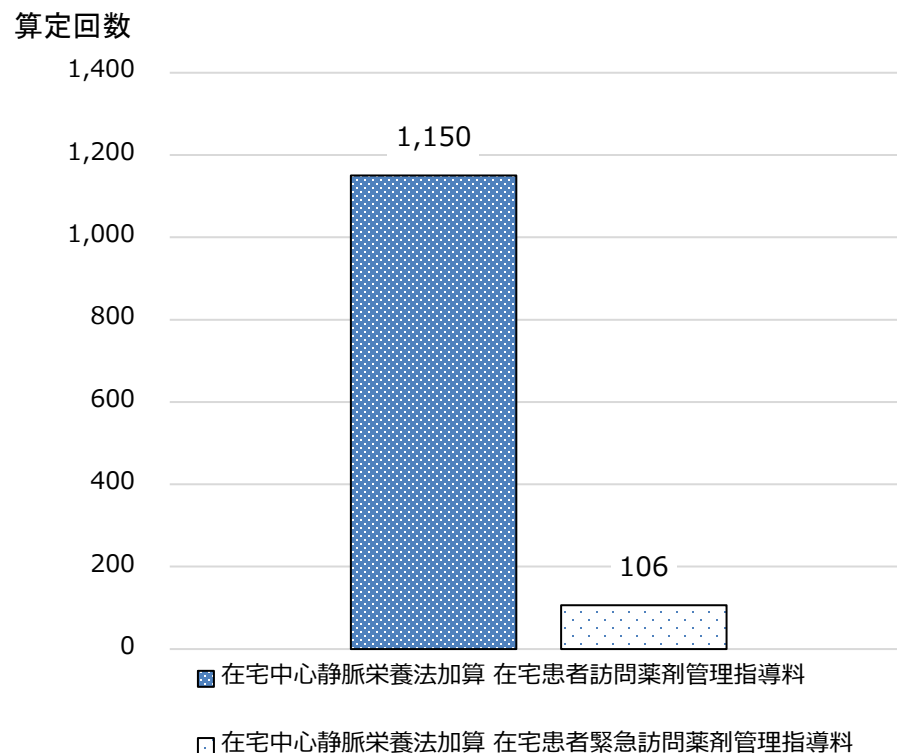
# 在宅中心静脈栄養法加算の届出状況等

- 在宅訪問を行っている薬局のうち24.3%の薬局が在宅患者中心静脈栄養法加算の届出を行っていた。算定は、通常の定期的な訪問に伴う割合が高い傾向がある。
- 医療保険を利用する患者だけでなく、介護保険を利用する患者においても中心静脈栄養法に係る薬学管理が行われている。

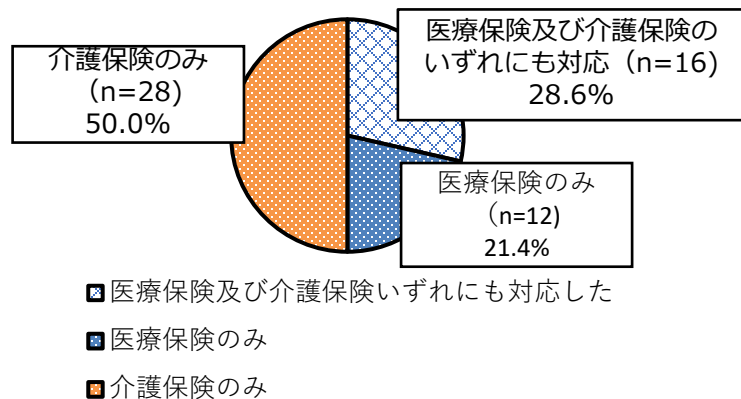
## ■ 在宅中心静脈栄養法加算の届出状況※1 (n=1,423) (※在宅訪問を行っている薬局に対する調査) (%)



## ■ 在宅中心静脈栄養法加算の算定状況※2



## ■ 令和4年5月～10月の間に在宅患者中心静脈栄養法加算に相当する薬学的管理及び指導を1回以上行った薬局※1 (n=56)

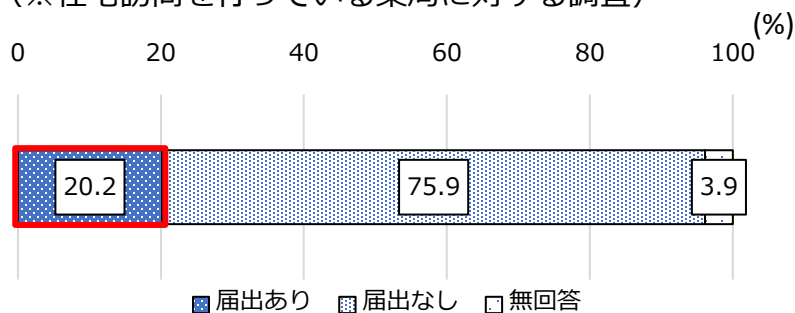


出典: ※1 令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「在宅医療、在宅歯科医療、在宅薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査 保険薬局調査(患者票)をもとに保険局医療課にて作成  
※2 算定回数については社会医療診療行為別統計(令和4年6月審査分)

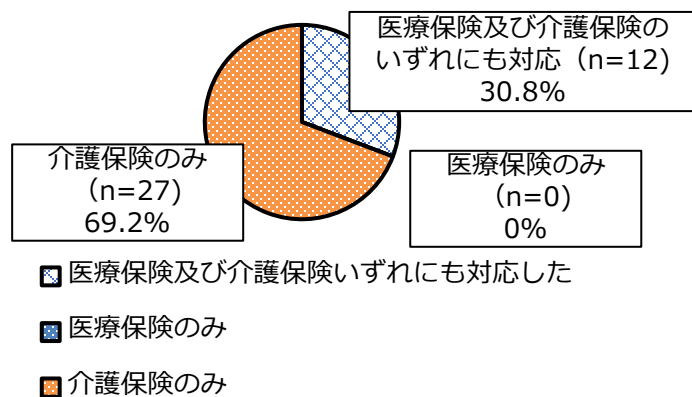
# 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算の届出状況等

- 在宅訪問を行っている薬局のうち約2割の薬局が在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算の届出を行っていた。算定は、緊急時の訪問に伴う割合が多い傾向がある。
- 医療保険を利用する患者だけでなく、介護保険を利用する患者においても、麻薬の持続注射療法に係る薬学管理が行われている。

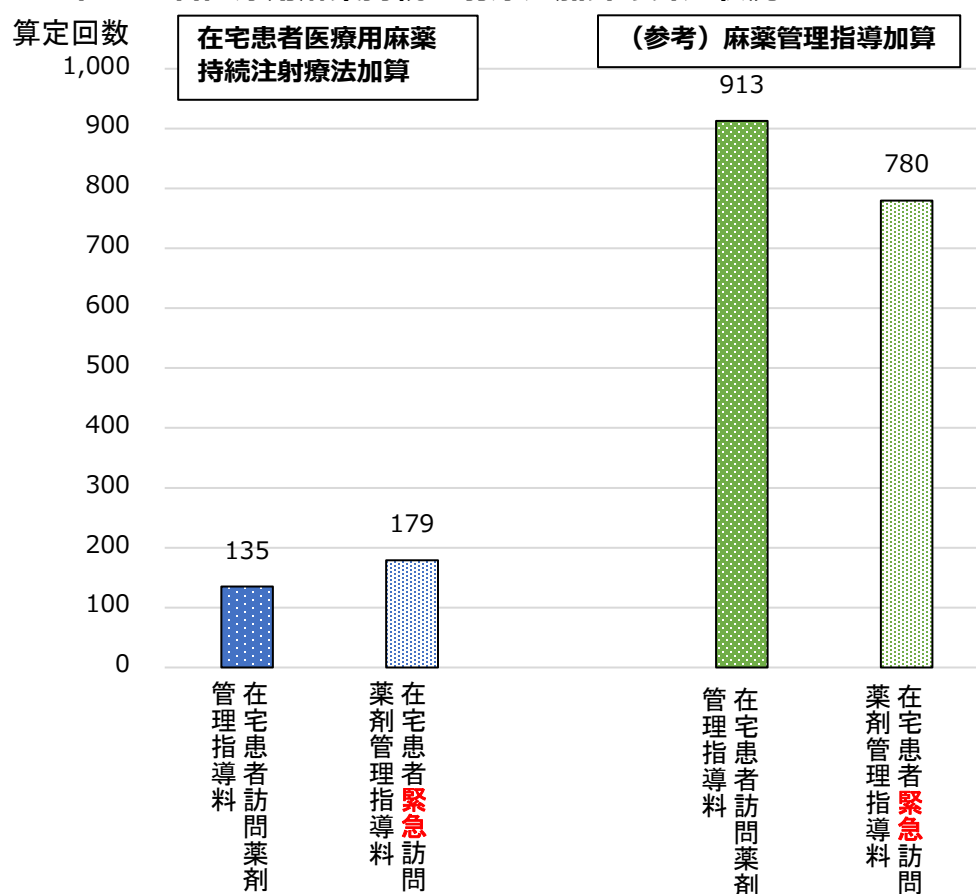
## ■ 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算の届出状況※1 (n=1,423) (※在宅訪問を行っている薬局に対する調査)



## ■ 令和4年5月～10月の間に在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算に相当する薬学的管理及び指導を1回以上行った薬局数※1 (n=39)



## ■ 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算の算定状況※2



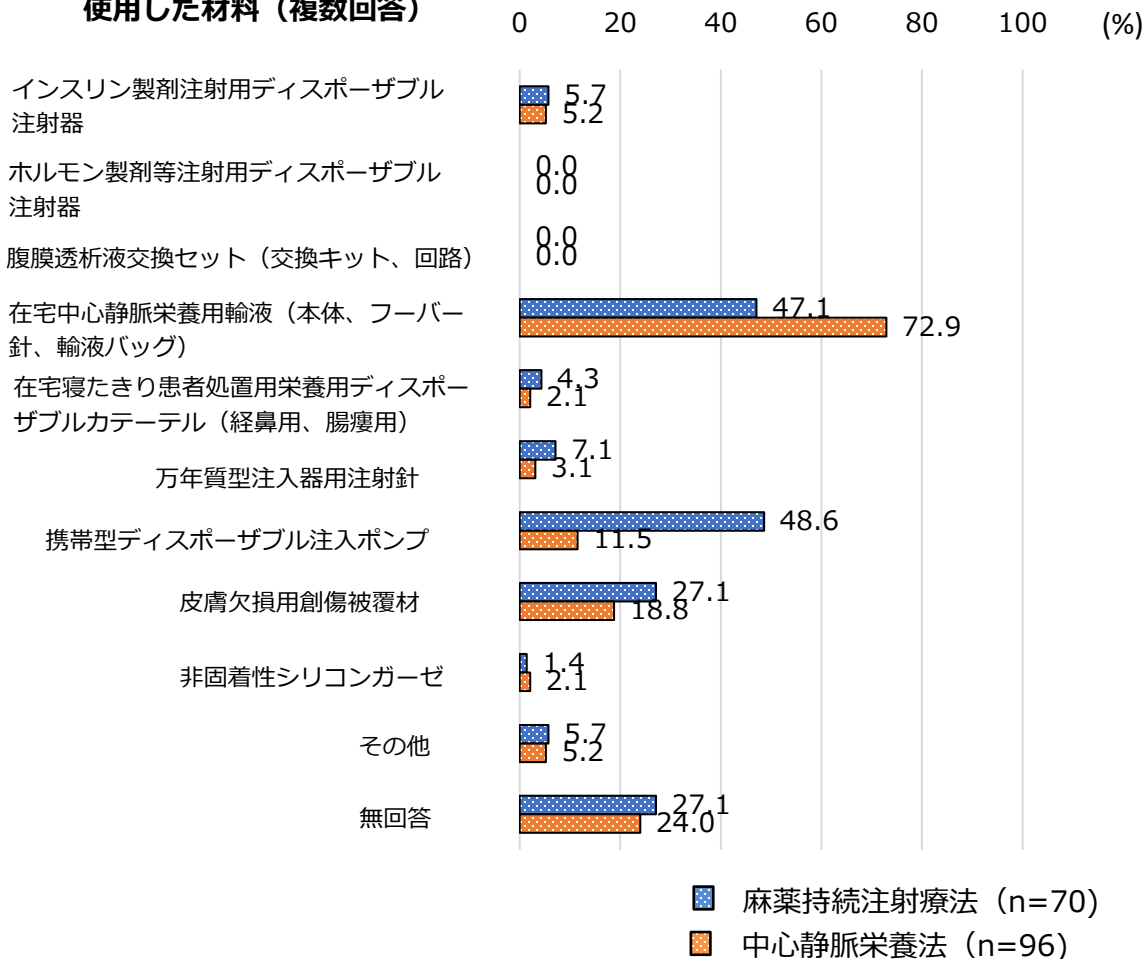
出典: ※1 令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「在宅医療、在宅歯科医療、在宅薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査」  
保険薬局調査(施設票)をもとに保険局医療課にて作成

※2 算定回数については社会医療診療行為別統計(令和4年6月審査分)

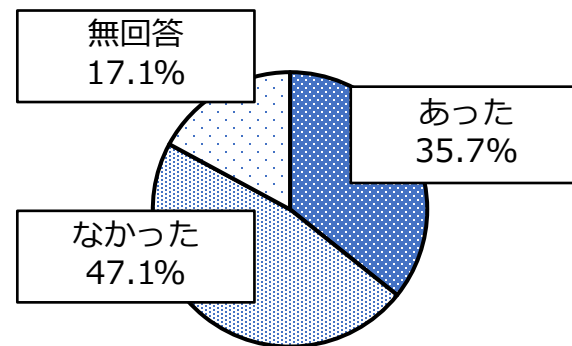
# 薬局における医療材料の供給

- 麻薬持続注射療法、中心静脈栄養法に対応する薬局においては、そのために必要な医療材料の提供を行っている。
- 医療材料を使用する中で、償還価格が仕入れ価格を下回ること(いわゆる「逆ざや」)がある薬局は約4割あった。

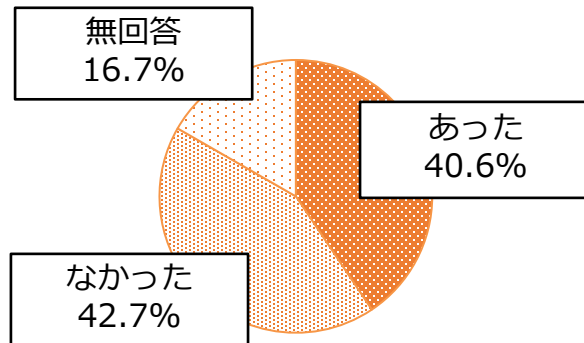
■ 在宅において、麻薬持続注射療法又は中心静脈栄養法を行っている患者に使用した材料（複数回答）



■ 麻薬持続注射療法を行っている患者に材料を使用するなかで、償還価格が仕入れ価格を下回ることの有無（n=70）



■ 中心静脈栄養法を行っている患者に材料を使用するなかで、償還価格が仕入れ価格を下回ることの有無（n=96）



## 課題(小括⑤)

### (在宅薬剤管理における取組等について)

- 医療保険における「在宅患者訪問薬剤管理指導料」の算定回数、介護保険における「居宅療養管理指導」に係る算定回数は伸びており、全体として薬剤師による在宅患者への薬学的管理は進んでいる。
- 医師、看護師、ケアマネジャー等の様々な職種への情報提供などの連携が実施されており、更なる連携の推進が期待されている。
- 高齢者施設等においては、訪問薬剤管理指導等の算定ができない施設が存在するが、薬剤師の訪問による薬学的管理により重複投薬等の改善に加え、施設職員の業務改善にもつながっており、更なる推進が期待されている。
- 緩和ケアにおいては、麻薬を含めた円滑な医薬品の提供体制の整備が求められているが、特に医療用麻薬には複数の種類、剤形、規格が存在しており、多様なニーズに対応するためにはこれらを常時取り揃えておく必要がある。
- 在宅患者の夜間休日対応が可能な体制を整えている薬局は65.4%あり、人生の最終段階の利用者・患者への訪問薬剤管理指導を実施している薬局では90%を超えている。特に、人生の最終段階の利用者・患者に関しては、24時間・365日対応や開局中の緊急訪問体制が重要とされている。
- 令和4年改定で新たに評価された在宅中心静脈栄養法加算、在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算に関しては、介護保険を利用する患者においてもこれらの薬学的管理が行われている。

1. 在宅医療を取りまく状況について
2. 地域包括ケアシステムにおける在宅医療について
3. 訪問診療・往診等について
4. 訪問看護について
5. 歯科訪問診療について
6. 訪問薬剤管理について
7. 訪問栄養食事指導について

# 第8次医療計画における在宅医療のうち訪問栄養食事指導に関する事項

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

## 2 在宅医療の提供体制

### (2) 日常の療養生活の支援

#### ⑥ 訪問栄養食事指導

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

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

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

# 在宅療養要介護高齢者における栄養障害と摂食・嚥下障害の状況

○ 在宅療養高齢者において、栄養障害及び摂食・嚥下障害が認められる者は多く存在し、要介護度が高いほど、その割合も高い

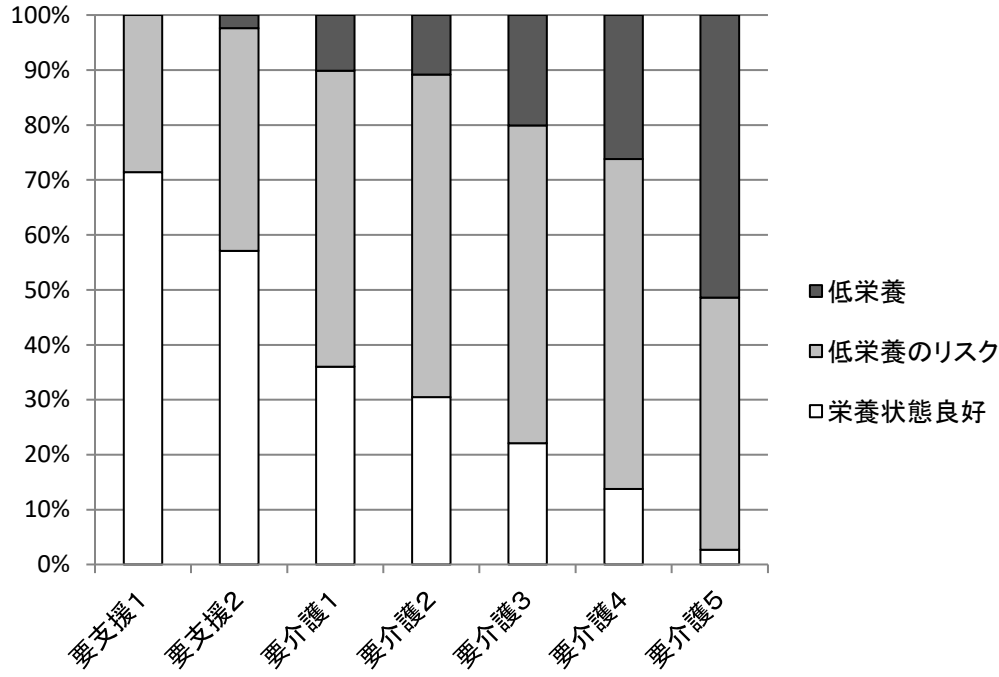


図 要介護度とMNA<sup>®</sup>-SF\* 3群との関係

\* 簡易栄養状態評価表 (Mini Nutritional Assessment-Short Form)

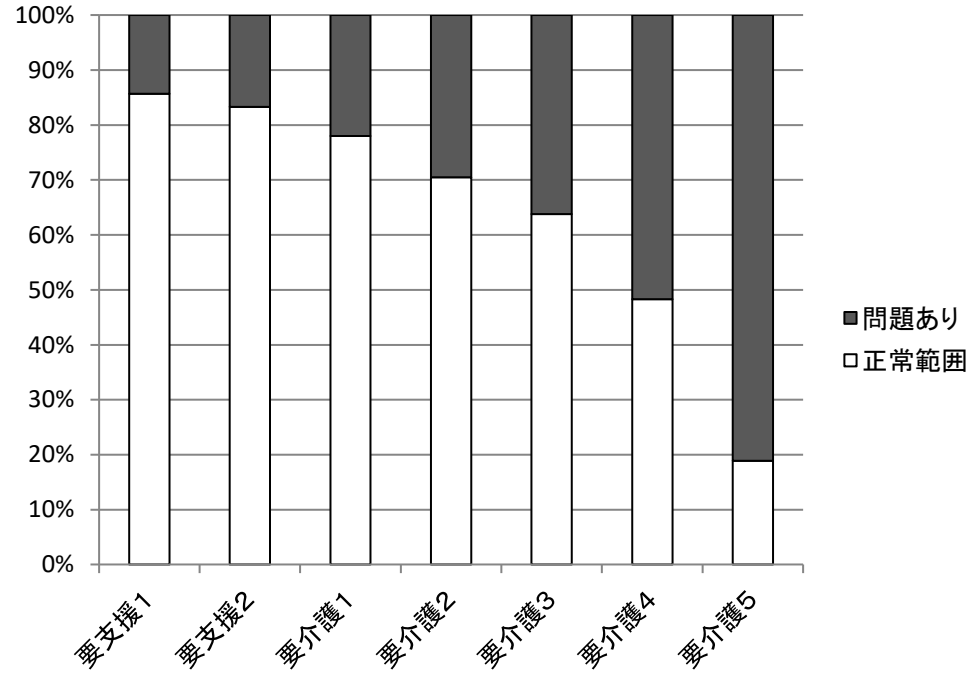


図 要介護度とDSS\*\* (正常範囲とそれ以外) との関係

\*\* 摂食・嚥下障害臨床的重症度分類 (Dysphagia Severity Scale)

対象者：居宅サービス利用者 男性460名、女性682名 (平均年齢81.2±8.7歳)

# 【事例】リハビリテーション・口腔・栄養の連携（認知症・在宅）

意見交換 資料-4参考-1  
R 5 . 3 . 1 5

82歳 男性 要介護度3

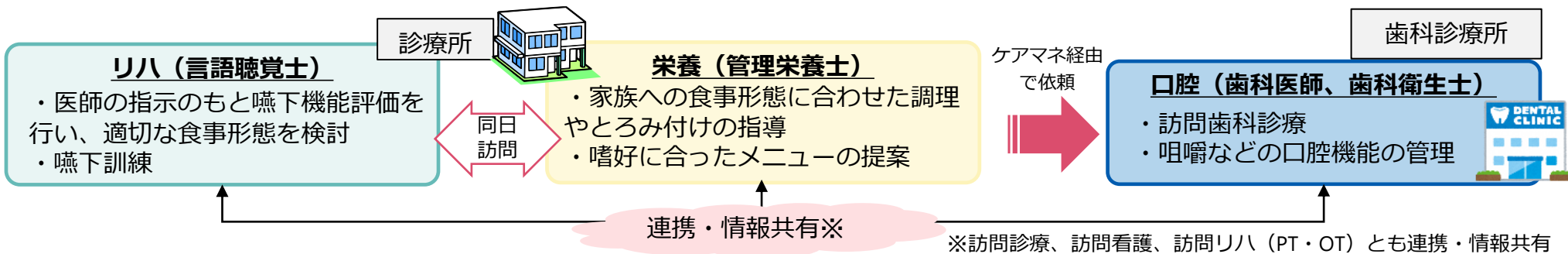
## 認知症による摂食・嚥下機能の低下や食事量のムラ・嗜好の偏りに多職種で対応

＜主病名＞アルツハイマー型認知症 悪性リンパ腫 脳梗塞後 <ADL> 歩行は要介助、食事と排泄は自立

＜経過＞数年前から食事量が減り、むせるようになった。誤嚥性肺炎にて3か月間入院治療。退院後、訪問診療開始。

＜嚥下状態＞嚥下障害で特に水分での誤嚥兆候が強い <口腔状態＞口腔内清掃状態不良

＜食形態＞介入時：全粥、軟菜食、水分とろみなし（入院時：全粥、ソフト食、水分薄とろみ）



**介入時**  
(学会分類コード4)

水分とろみなし  
(むせる)

ハンバーグ  
(一口大に切ると「嫌だ」と拒否)



全粥  
(唾液で後半は離水する)

状況に合わせて調整

主食：ミキサー粥、粥ゼリー  
副菜：市販介護食品の検討  
水分：とろみの調整

**半年後**  
(学会分類コード2-1)

水分濃いとろみ

市販介護食  
1品



粥ゼリー  
(大好きなお餅に見た目を工夫)

＜身体状況＞ 身長：160cm 体重：51kg  
＜血液データ＞ Alb 3.1g/dL TP 5.8g/dL  
＜摂取栄養量＞ エネルギー：500kcal  
たんぱく質：15g

＜身体状況＞ 身長：160cm 体重：**54kg**  
＜血液データ＞ Alb **3.7g/dL** TP **6.7g/dL**  
＜摂取栄養量＞ エネルギー：**1500kcal**  
たんぱく質：**55g**

ある夏の日

そうめんが  
食べたい！

診察時でも  
STリハビリ時でも  
言われ…

そうめんをミキサーにかけ  
ゲル化剤で作成  
食感はずゼリー



そうめんゼリーを作成

160



# 在宅患者訪問栄養食事指導料の概要

## C009 在宅患者訪問栄養食事指導料（月2回に限る）

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

### 1 在宅患者訪問栄養食事指導料1

保険医療機関の管理栄養士が  
当該保健医療機関の医師の指示に基づき実施

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

### 2 在宅患者訪問栄養食事指導料2

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

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

### 【対象患者】

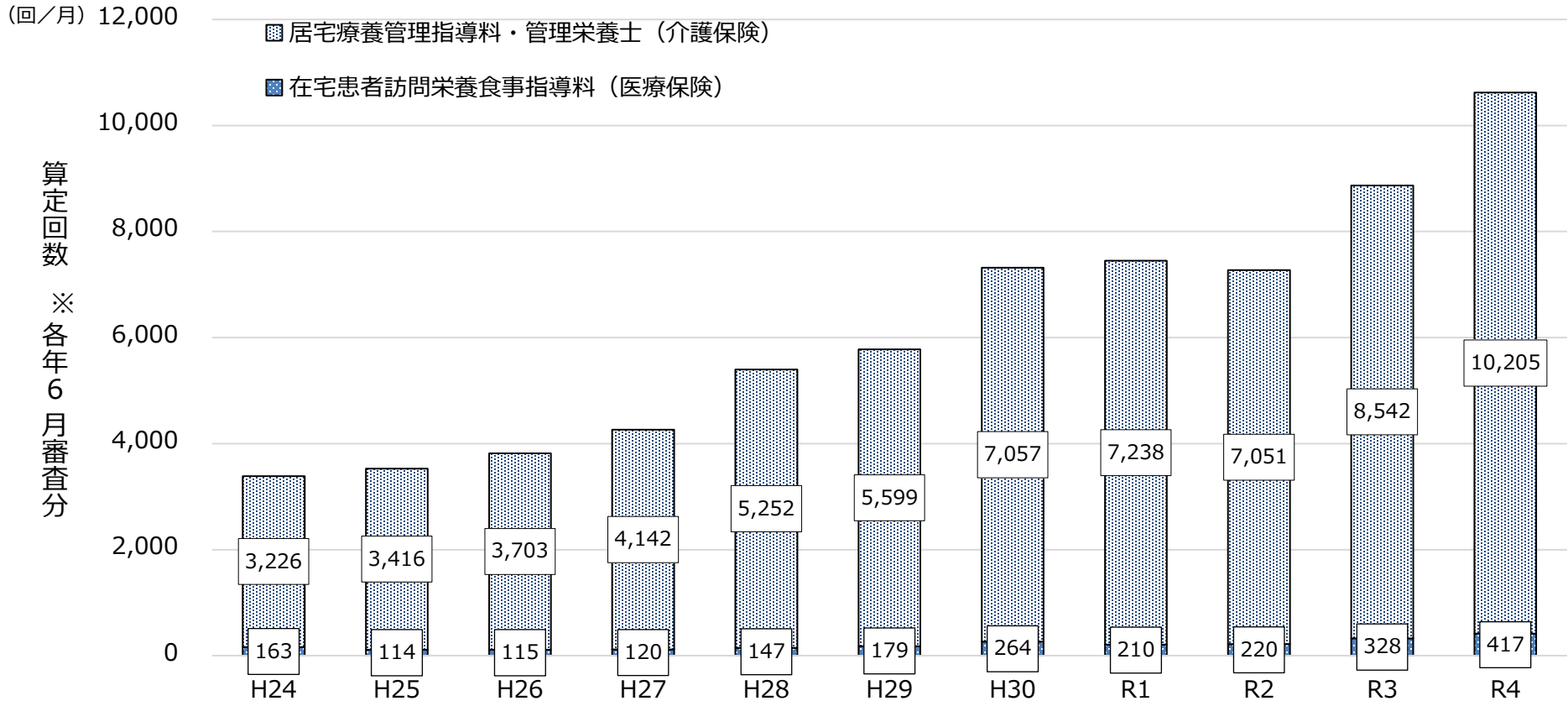
- 疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する別表第三※に掲げる特別食を必要とする患者
- がん患者
- 摂食機能又は嚥下機能が低下した患者
- 低栄養状態にある患者

### ※別表第三

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

# 訪問栄養食事指導の実施状況

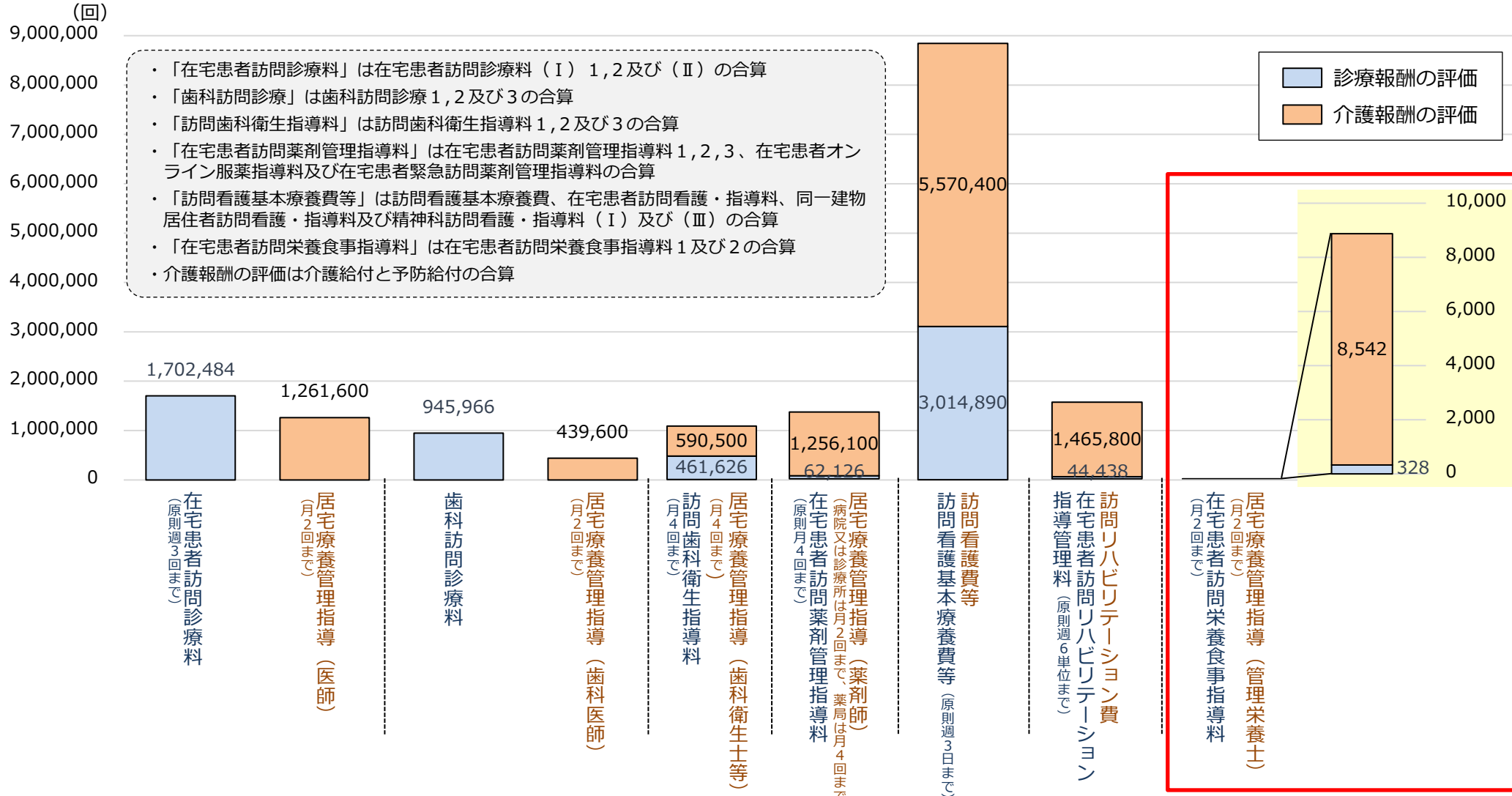
- 訪問栄養食事指導の算定回数は、令和2年は微減したものの、年々増加している。
- ほとんどが介護保険による居宅療養管理指導であり、令和4年(6月審査分)は約1万回／月だった。



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

# 各職種が行う在宅医療等に係る報酬の算定回数の比較

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



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

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

出典: 社会医療診療行為別統計 (令和3年6月審査分)、介護給付費等実態統計 (令和3年6月審査分)、訪問看護療養費実態調査 (令和3年6月審査分より推計) 163

# 在宅患者訪問栄養食事指導料を算定していない理由

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

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

※最も多いものに網掛け

## 課題(小括⑥)

- 在宅療養患者の状態に応じた栄養管理を充実させるために、管理栄養士が配置されている在宅療養支援病院や栄養ケア・ステーション等の活用も含めた訪問栄養食事指導の体制整備が求められている。
- 在宅療養高齢者において、栄養障害及び摂食・嚥下障害が認められる者は一定数存在し、要介護度が高いほど、その割合も高い。
- 訪問栄養食事指導(医療保険・介護保険)の算定回数は増加しているが、約1万回／月程度であり、他職種が行う在宅医療等に係る報酬と比べると少ない。
- 在宅患者訪問栄養食事指導料を算定していない理由としては、病院では「算定対象となる患者はいるが、自院の管理栄養士が訪問栄養食事指導を行うための体制が整っていない」、診療所では「算定対象となる患者はいるが、自院に管理栄養士がいない」や「算定対象となる患者(特別食の提供や栄養管理の必要性が認められる患者)がいない」が多い。

# 在宅医療についての論点

## 【論点】

### (総論)

- 今後、在宅医療の需要が大幅に増加することが見込まれる中、疾患や障害の有無にかかわらず、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるように地域包括ケアシステムを推進する観点から、在宅医療の提供体制について、どのように考えるか。
- その中で、在宅療養患者の急変時に適切に対応するための情報共有や連携を充実させるためには、どのような方策が考えられるか。
- 本人・家族の希望に沿った医療・ケアの促進について、どのように考えるか。

### (訪問診療・往診等)

- 質の高い訪問診療・往診等を十分な量提供する観点から、訪問診療・往診等に係る診療報酬上の評価について、どのように考えるか。

### (訪問看護)

- 質の高い訪問看護や、更なる高齢化等を見据えた24時間対応に応えられる訪問看護の提供体制の構築を推進する観点から、訪問看護に係る診療報酬上の評価について、どのように考えるか。

### (歯科訪問診療)

- 年齢や疾患等の患者の状態や口腔の状態、療養する場所等に応じた在宅歯科医療を推進する観点から、歯科訪問診療に係る歯科診療報酬上の評価について、どのように考えるか。

### (訪問薬剤管理)

- 患者の服薬状況等の情報を共有しながら、最適な薬学的管理やそれに基づく指導を実施を推進していく観点から、訪問薬剤管理指導の提供体制や多職種との連携に係る調剤報酬上の評価について、どのように考えるか。

### (訪問栄養食事指導)

- 在宅療養患者の状態に応じ、必要な訪問栄養食事指導を提供する観点から、訪問栄養食事指導に係る診療報酬上の評価について、どのように考えるか。