

# 在宅(その1)

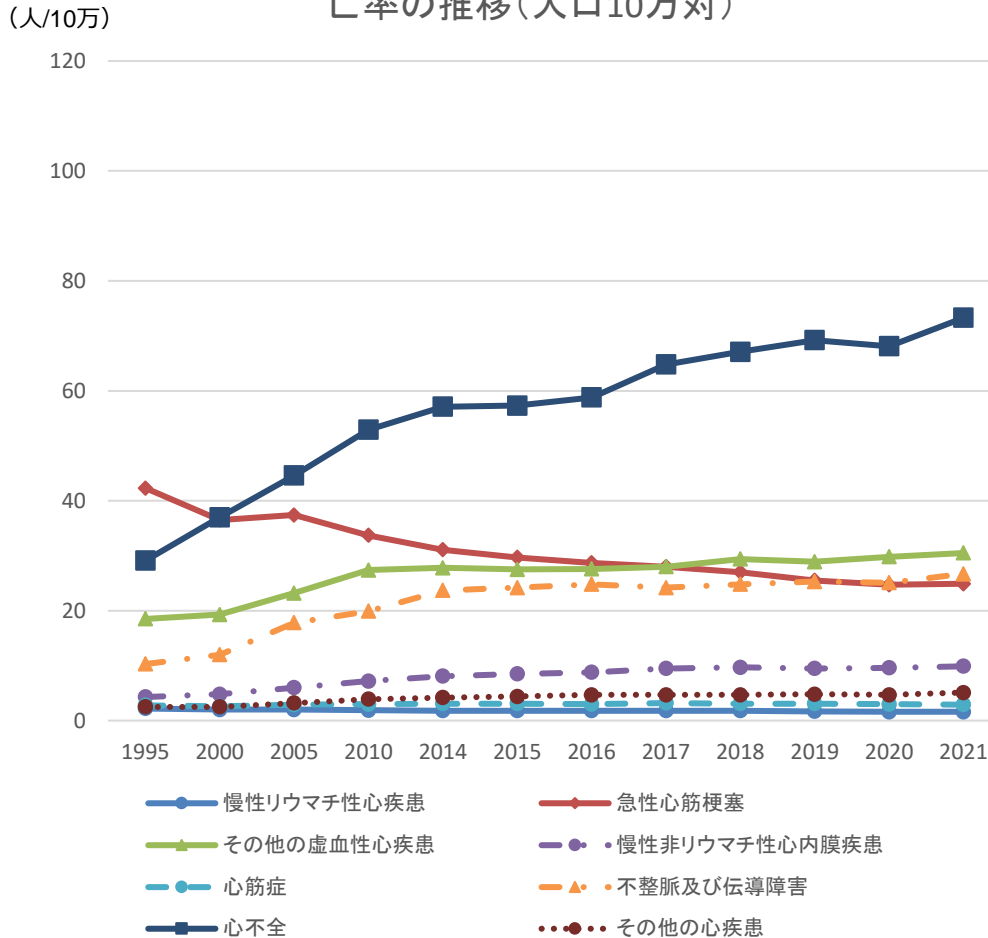
## 参考資料

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

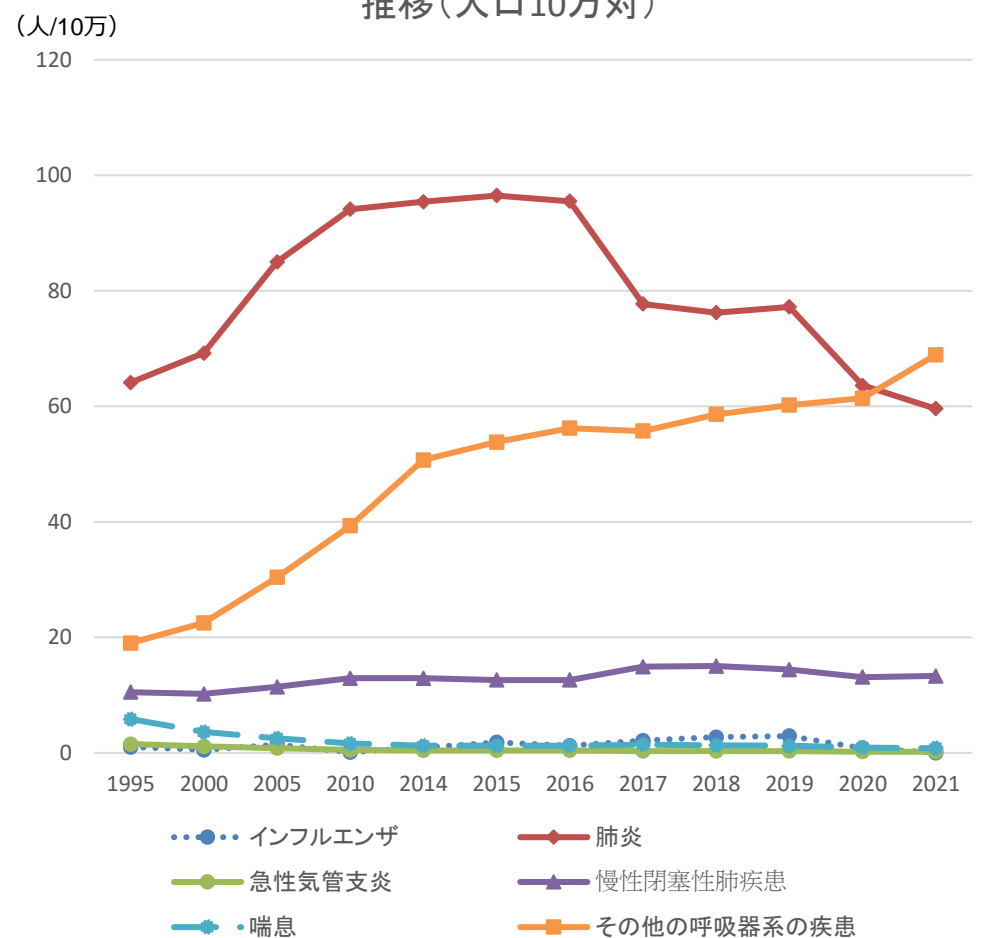
# 心疾患及び呼吸器系の疾患における死亡率の推移について

○ 死因が心疾患及び呼吸器系の疾患である者における疾患毎の死亡率の推移について、心不全による死亡やその他の呼吸器系の疾患で死亡する患者が増加している。

死因が心疾患（高血圧性を除く）である患者の死亡率の推移（人口10万対）



死因が呼吸器系の疾患である患者の死亡率の推移（人口10万対）

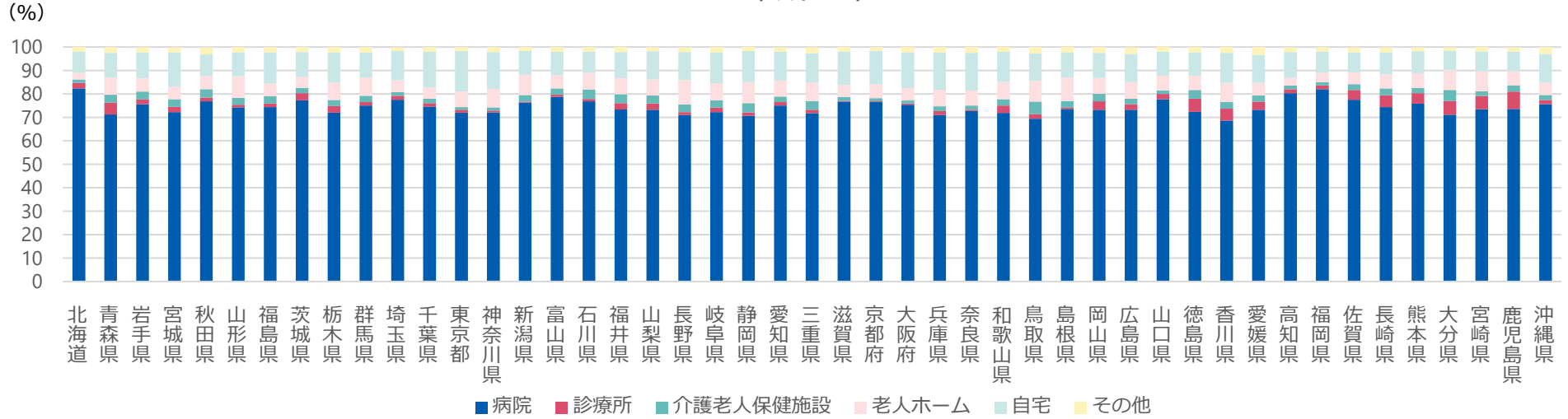


※その他の呼吸器系の疾患には、誤嚥性肺炎・間質性肺疾患が含まれる。

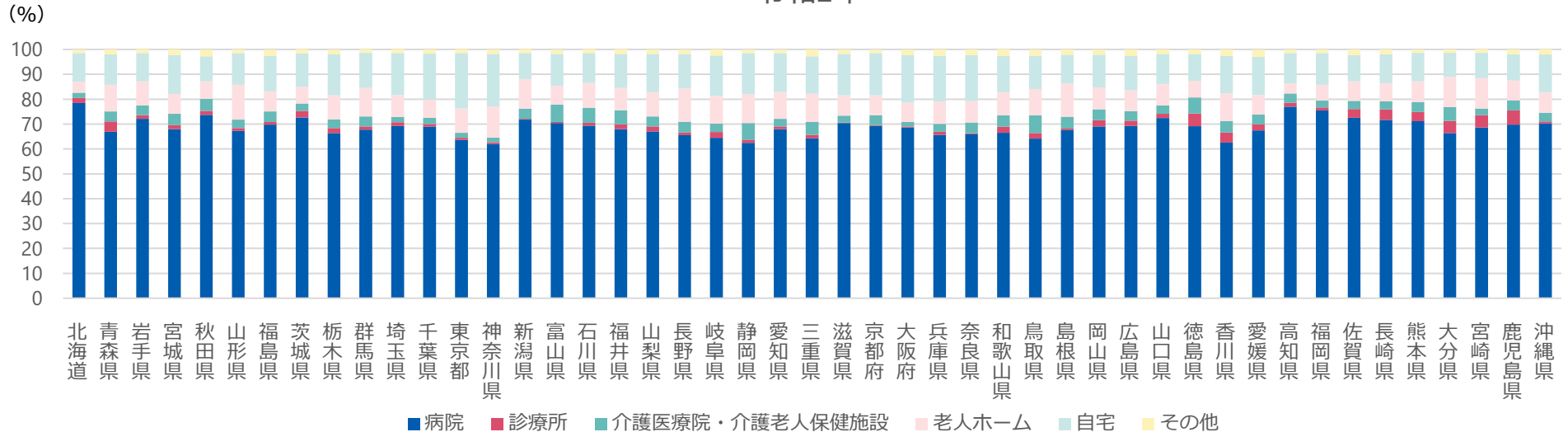
# 都道府県毎の死亡の場所の推移

○ 都道府県別に死亡の場所を見ると、自宅にて死亡する患者は全体的に増加傾向であるが、ばらつきがある。

平成27年



令和2年



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

## <在宅医療の体制構築に係る指針（令和5年3月31日）より抜粋>

### 第2 医療体制の構築に必要な事項

#### 2 各医療機能と連携

##### （5）在宅医療において積極的役割を担う医療機関

自ら24時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、他の医療機関の支援も行いながら、医療や介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援を行う病院・診療所を、**在宅医療において積極的役割を担う医療機関として医療計画に位置付けること。**

また、在宅医療において積極的役割を担う医療機関については、**在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院等の地域において在宅医療を担っている医療機関の中から位置付けることが想定される。**

なお、医療資源の整備状況が地域によって大きく異なることを勘案し、**在宅医療において積極的役割を担う医療機関以外の診療所及び病院についても、地域の実情に応じて、引き続き、地域における在宅医療に必要な役割を担うこととする。**

##### （6）在宅医療に必要な連携を担う拠点

地域の実情に応じ、**病院、診療所、訪問看護事業所、地域医師会等関係団体、保健所、市町村等の主体のいずれかを在宅医療に必要な連携を担う拠点として医療計画に位置付けること。**

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る際には、市町村が**在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組との連携**を図ることが重要である。

また、在宅医療・介護連携推進事業の実施主体と、在宅医療に必要な連携を担う拠点とが同一となることも想定される。さらに障害福祉に係る相談支援の取組との整合性に留意し、事前に市町村と十分に協議することが重要である。

なお、前項の在宅医療において積極的役割を担う医療機関が在宅医療に必要な連携を担う拠点となることも可能である。

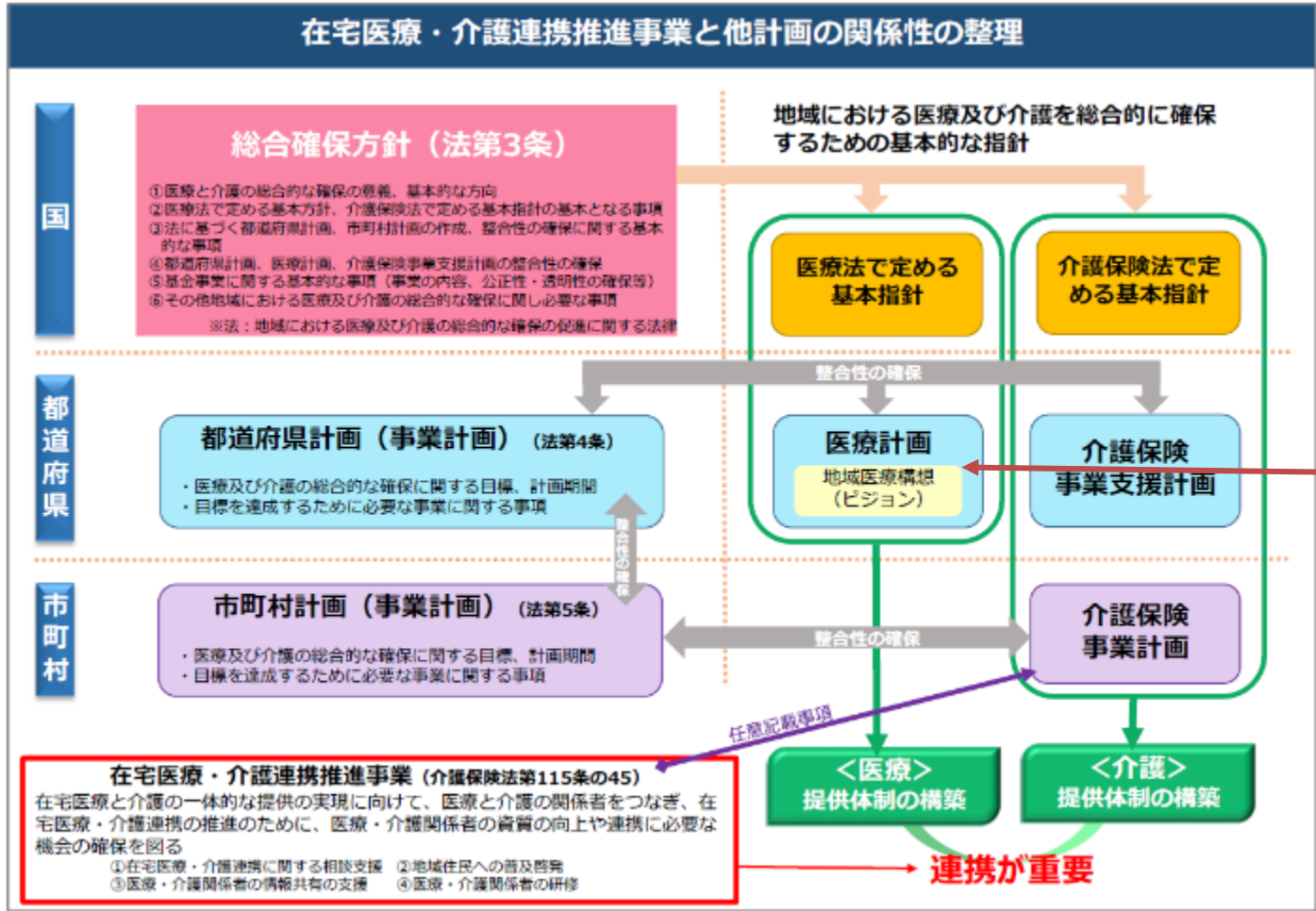
### 第3 構築の具体的な手順

#### 2 圏域の設定

（3）圏域を設定するに当たって、在宅医療の場合、医療資源の整備状況や介護との連携のあり方が地域によって大きく変わることを勘案し、**従来の二次医療圏にこだわらず**、できる限り急変時の対応体制（重症例を除く。）や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、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の配置状況並びに地域包括ケアシステムの状況も踏まえ、**市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定する。**なお、**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圏域内に少なくとも1つは設定すること。**

# 「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」の関わり

- 現行の指針において、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る際には「市町村が在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組との整合性に留意する」と記載されている。
- 「在宅医療・介護連携推進事業」の事業内容は、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」との連携が有効なものとなっている。



### 在宅医療に必要な連携を担う拠点

【設置主体】病院、診療所、訪問看護事業所、地域医師会等関係団体、保健所、市町村等

【求められる事項】

- ・ 地域の医療及び介護、障害福祉関係者による定期的な会議の開催
- ・ 在宅医療における連携上の課題の抽出及びその対応策の検討
- ・ 退院時から看取りまでの医療や介護、障害福祉サービスにまたがる様々な支援について関係機関との調整
- ・ 関係機関の連携による24時間体制の構築や多職種による情報共有の促進
- ・ 在宅医療に関する人材育成及び普及啓発

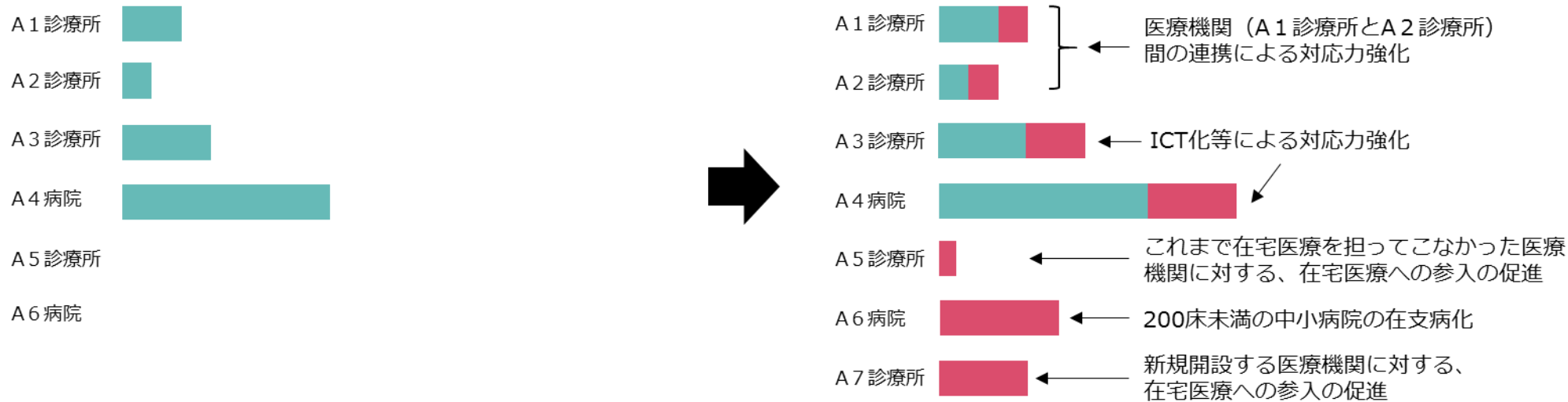
- 今後増加が見込まれる訪問診療・訪問看護の需要に対し、都道府県においては、国から提供を受けた、在宅医療提供体制の現状を把握するためのデータ等を踏まえ、適切な在宅医療の圏域を設定し、地域での協議・調整を通じて、より実効性のある体制整備を進める必要がある。
- 医療機関間及び事業所間の連携やICT化等による対応力強化を進めるとともに、これまで訪問診療を担ってこなかった医療機関や新規に開業する医療機関の訪問診療への参入促進、訪問看護事業所の機能強化等、地域医療介護総合確保基金等を活用し、地域の医療資源に応じた取組を進めていく。

## <A医療圏における訪問診療・訪問看護の2019年の実績数と需要推計>

### 2019年度の実績数



## <A医療圏の2019年度における医療機関ごとの訪問診療の供給実績を踏まえた体制整備のイメージ>





# 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、訪問診療・往診等に関係するものを抜粋)

(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。

(テーマ6: 人生の最終段階における医療・介護)

- 日々の診療や介護の中で、丁寧に本人の意思を確認することが大切であり、その意思は刻々と変わりゆくものであることを踏まえると、リアルタイムにその情報をICT等を用いて医師が医療関係者や介護関係者と共有することが非常に有効。
- 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。
- 非がんの緩和ケアについては、心不全やCOPDの末期の状態では、少量の麻薬が非常に有効であることが確認されているが、その提供については検討の余地があるのではないかと。
- 特別養護老人ホームでの看取りへの取組が強化されたが、意思を尊重したみとりの取組は進んでいる一方で、配置医師等の関係で必ずしも意思に沿わない事例もある。介護から医療サービスを利用する場合は急変等が多く連携が困難な状況もある。医療機関と介護施設が連携するために、医療情報や生活支援情報の相互交換を行うための標準的なフォーマットを国が策定し、自治体にその活用を推進することを検討していただきたい。

# 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、訪問看護に係るものを抜粋)

## (1) 更なる高齢化を見据えた訪問看護の役割等

- 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。
- 訪問看護療養費はコロナ禍のなかでも年率20%近く伸びている。厚生労働省においては、訪問看護レセプトが電子請求に移行することを踏まえ、レセプト分析についても早急に取り組み、実態把握や検証の精度を高めてもらいたい。

## (2) 地域のニーズに応えられる訪問看護の提供体制

- 訪問看護の24時間対応体制は、看護職員の身体的・精神的負担が大きいことが指摘されている。訪問看護は夜間や早朝の対応も発生するので、夜間等対応の更なる評価や複数事業所が連携し24時間対応体制を確保するための方策が必要。
- 理学療法士等による訪問看護については、訪問看護の本来の役割を管理者が理解した上で、事業所の管理者が責任をもって、利用者にとどのようなケアを提供していく必要があるのか、訪問看護の実施・評価・改善を一体的に管理していく必要がある。

## (3) 介護保険と医療保険の訪問看護の対象者

- 医療技術の進歩等の観点から別表第7の見直しを検討することは重要なことであるが、要望のみによって安易に医療保険と介護保険の境界を変更すべきものではない。
- 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。

## (4) 介護保険と医療保険の訪問看護に関する制度上の差異

- 訪問看護事業所は利用者に対し訪問看護計画に基づき継続的なケアを実施しているが、ターミナル期などで保険の適用が介護保険から医療保険に移行したことで加算の要件を満たさなくなる場合や、事業所の体制に関して介護保険と医療保険で要件が異なる場合がある。重度者の医療ニーズ対応や看取りを実施する事業所に対する評価に関し、同時改定に向けて整理・検討が必要。

# 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、歯科訪問診療に関係するものを抜粋)

## 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

- 障害福祉サービスでも医療ニーズが非常に高まっており、体制整備も含め医療と福祉の連携は喫緊の課題。口腔健康管理や歯科医療の提供、薬剤管理も同様に医療と障害福祉サービスの連携が必要。

## テーマ2:リハビリテーション・口腔・栄養

- リハビリテーション・口腔・栄養は、多職種が連携し、的確に対象者を把握し、速やかに評価や介入を行える体制を構築することが重要。その際、患者の経過や全身状態を継続的に観察している看護職がアセスメントした情報を多職種と共有し、早期の対応につなげるという体制構築が重要。
- 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。
- 病院や介護保険施設等において、口腔の問題等が認識されていないことは課題。歯科専門職以外の職種も理解できる口腔アセスメントの普及も必要。末期がん患者への対応など、状態に応じた口腔管理の推進が必要。
- 歯科医師と薬剤師の連携の推進は重要。また、口腔と栄養の連携も更に推進が必要。
- 歯科治療や定期的な口腔の管理は誤嚥性肺炎や感染を予防するうえで非常に重要。
- 給付調整を含めた制度の複雑さがあるのではないか。
- 感染症対策も含めた口腔の管理の提供のあり方も工夫が必要。

## テーマ3:要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療

- 入院による生活機能等の悪化や重症化を予防するためには、口腔管理含め多職種の早期離床等の取組が必要。また、医療機関に歯科がない場合においても、口腔の管理が継続できるような体制整備を構築すべき。脳血管疾患や誤嚥性肺炎についても医療介護連携が可能な仕組みを検討すべき。

## テーマ4:高齢者施設・障害者施設等における医療

- 歯科医療機関との連携の観点からは、協力歯科医療機関以外の地域の歯科医療機関も含む地域連携が重要。

## テーマ5:認知症

- 早期の気づき、早期対応、重度化予防には多職種連携による連携が重要。服薬管理、歯科治療、外来看護師による相談等が適切に実施されることも重要。

## テーマ6:人生の最終段階における医療・介護

- 人生の最終段階において、最期まで口から食べることや口腔を清潔に保つことは、QOL向上の観点から重要。終末期において、患者の状態に応じた適切な口腔健康管理が実施できるような実施体制の構築が必要。

## テーマ7:訪問看護

- 訪問看護の利用者には口腔に課題がある者もいるため、多職種連携がより推進される仕組みが求められる。

# 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、訪問薬剤管理に係るものを抜粋)

(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)

- DXの検討に当たっては、歯科診療所や薬局等も含めた検討が必要。また、介護DXは、医療DXの後をついていくのではなく同時に検討を進めるべき。
- 障害福祉サービスでも医療ニーズが非常に高まっており、体制整備も含め医療と福祉の連携は喫緊の課題。口腔健康管理や歯科医療の提供、薬剤管理も同様に医療と障害福祉サービスの連携が必要。

(テーマ3: 要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療)

- 薬局・薬剤師が、入院時の持参薬の整理と情報提供、退院時における入院中の薬剤管理の状況の把握をしっかりとした上で、退院後の在宅や外来での適切な薬剤管理の継続につなげていくことが重要。また、医療機関と高齢者施設との情報共有も重要。

(テーマ4: 高齢者施設・障害者施設等における医療)

- 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5: 認知症)

- 早期の気づき、早期対応、重度化予防には多職種連携による連携が重要。服薬管理、歯科治療、外来看護師による相談等が適切に実施されることも重要。

(テーマ6: 人生の最終段階における医療・介護)

- 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。
- 非がんの緩和ケアについては、心不全やCOPDの末期の状態では、少量の麻薬が非常に有効であることが確認されているが、その提供については検討の余地があるのではないか。

# 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、訪問栄養食事指導に係るものを抜粋)

## (1)リハビリテーション・口腔・栄養の一体的な取組

- リハビリテーション・口腔・栄養は、多職種が連携し、的確に対象者を把握し、速やかに評価や介入を行える体制を構築することが重要。その際、患者の経過や全身状態を継続的に観察している看護職がアセスメントした情報を多職種と共有し、早期の対応につなげるという体制構築が重要。
- 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。

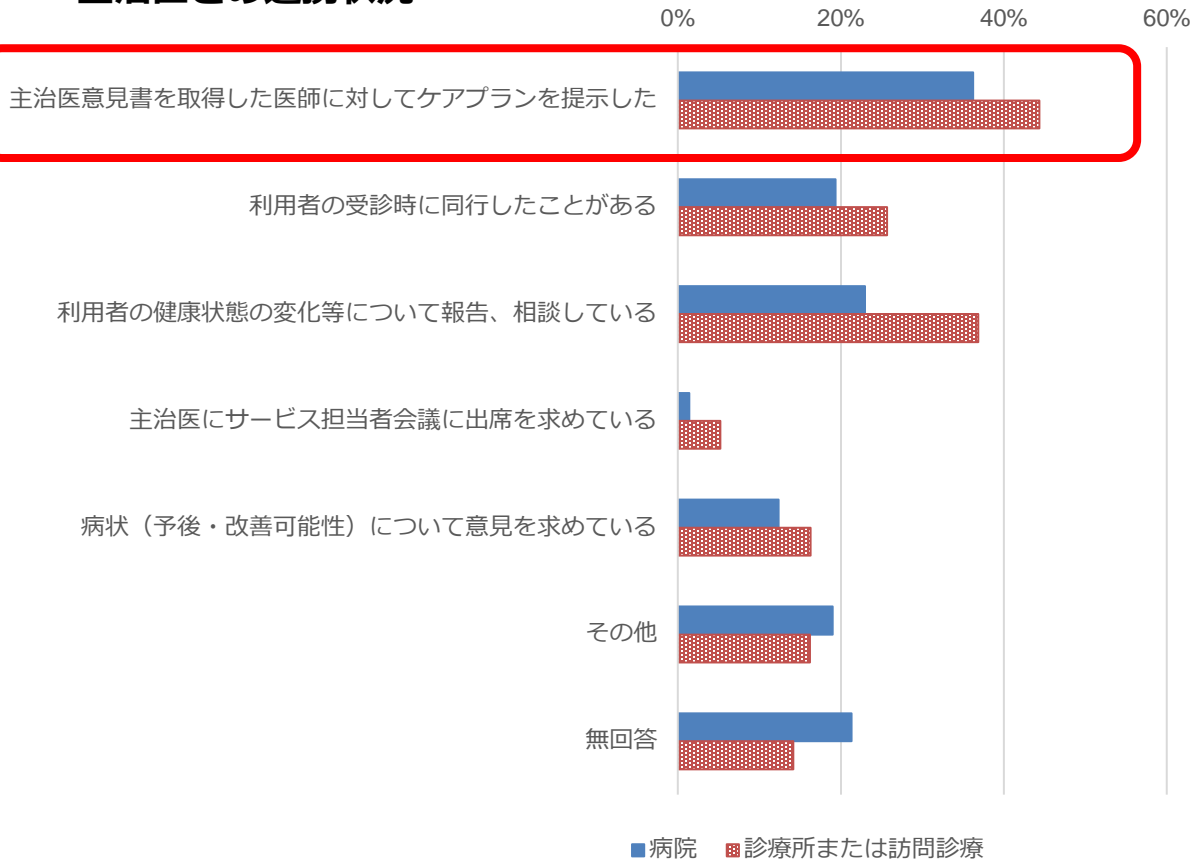
## (4)栄養

- 潜在的な低栄養の高齢者が多いことが課題であり、踏み込んだ対策が必要。
- 医療機関や介護保険施設では管理栄養士や多職種による栄養管理が行われているが、退院・退所後、在宅での栄養・食生活支援を行うための社会資源の充実が望まれる。

# 主治医と介護支援専門員との連携状況① (H30)

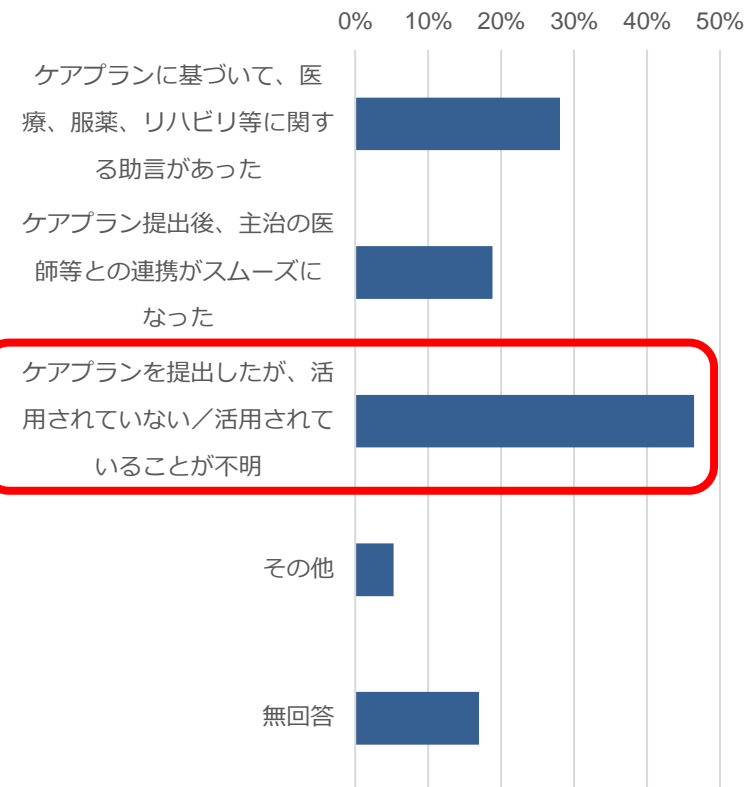
- 介護支援専門員は、約4割の利用者について、主治医意見書を取得した医師に対しケアプランを提示している。
- 一方、4割超の介護支援専門員は、主治医等にケアプランを提出しても、活用されていない／活用されていることが不明と感じている。

## ■入院・退院・看取りのいずれにも該当しない利用者における主治医との連携状況



n=2,381 (利用者調査票) (複数回答可)  
※居宅介護支援事業所のみ

## ■主治医等に意見を求めた後に提出したケアプランによる連携



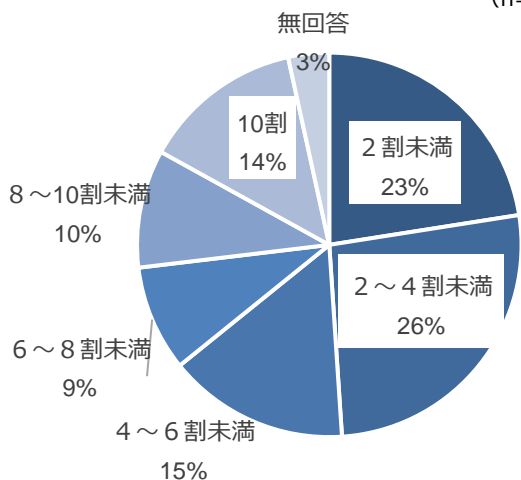
n=3,489 (ケアマネジャー調査票) (複数回答可)  
※居宅介護支援事業所のみ

# 主治医と介護支援専門員との連携状況② (R2)

- 介護支援専門員は、4割超のケアプランを主治医へ提出していた。提出したケアプランのうち、5割弱は、主治医に意見を求めていた。主治医に意見を求めたうち、ケアプランについて主治医から助言があった割合は4割弱であった。
- 介護支援専門員から医療機関へのケアプラン交付方法は、手交と郵送が最も多い。

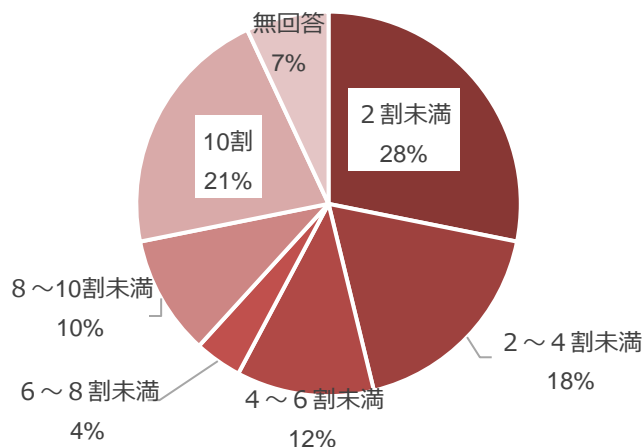
## ■ ① 主治医にケアプランを提出している割合

割合の平均：4.48  
(n=1,279)



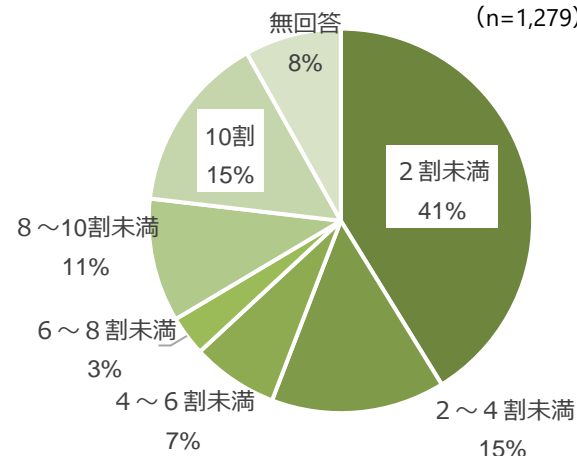
## ■ ② ①のうち、主治医に意見を求めている割合

割合の平均：4.76  
(n=1,279)

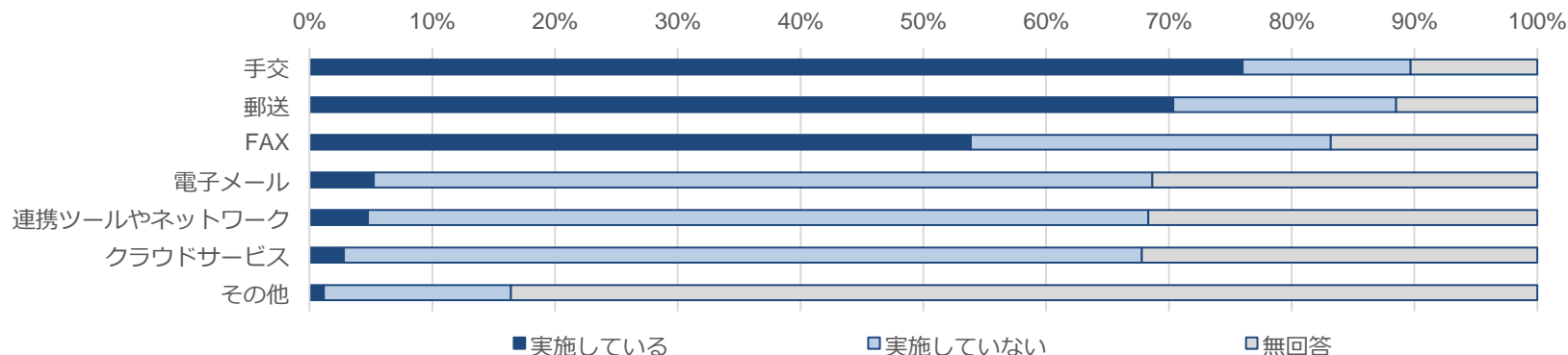


## ■ ③ ②のうち、ケアプランについて主治医から助言があった割合

割合の平均：3.85  
(n=1,279)



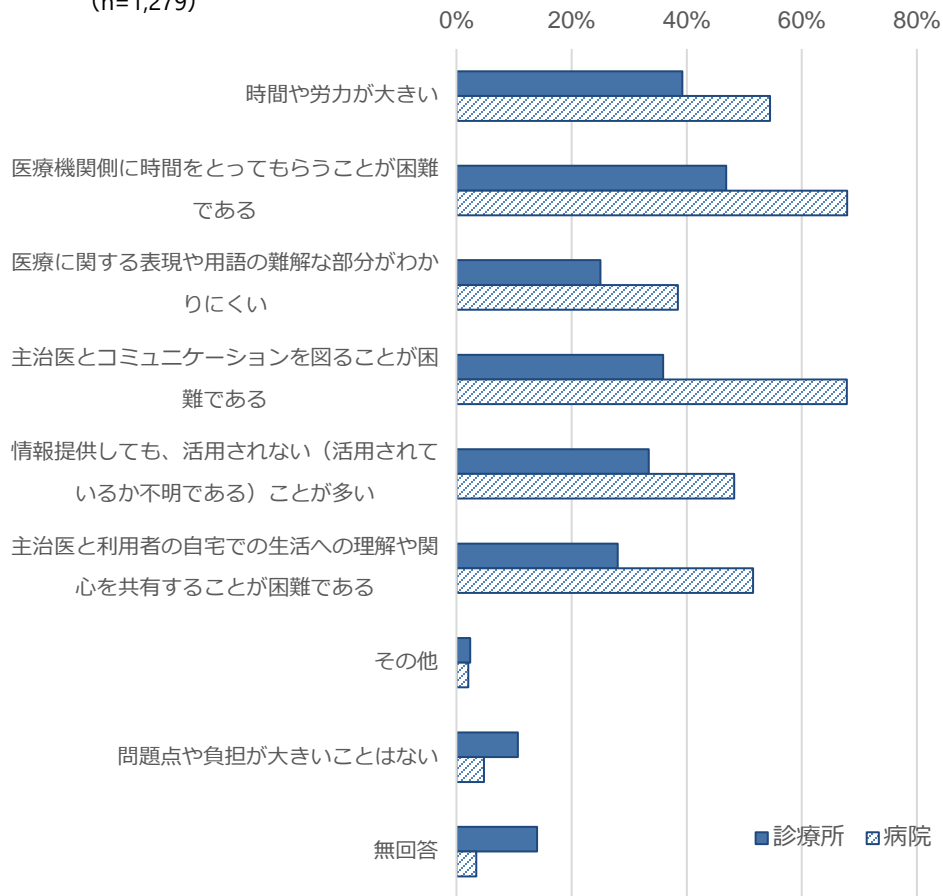
## ■ 医療機関へのケアプラン交付方法



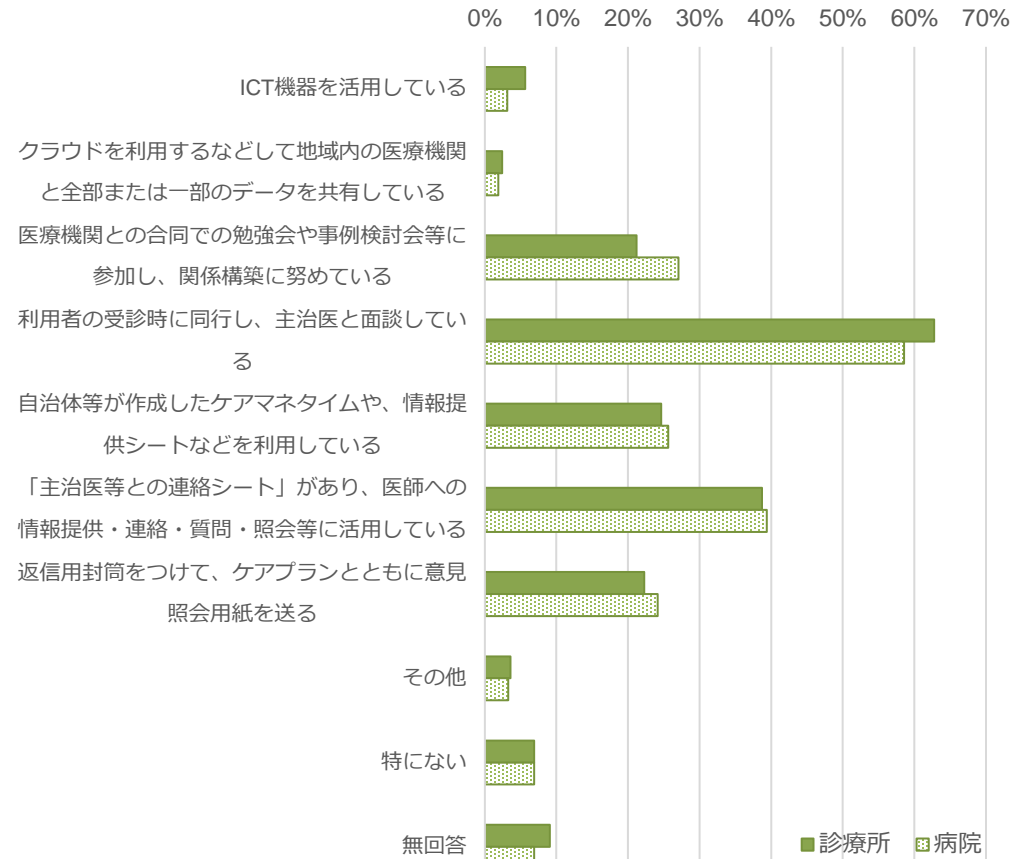
- 介護支援専門員にとって、医療機関との情報共有における問題点や負担が大きいことは、「医療機関側に時間をとってもらうことが困難」であった。
- 医療機関との情報共有における工夫として最も多いものは、「受診時に同行し主治医と面談」であった。

## ■ケアマネジメントプロセス全般において医療機関との情報共有における問題点や負担が大きいこと

(n=1,279)



## ■医療機関との情報共有における工夫

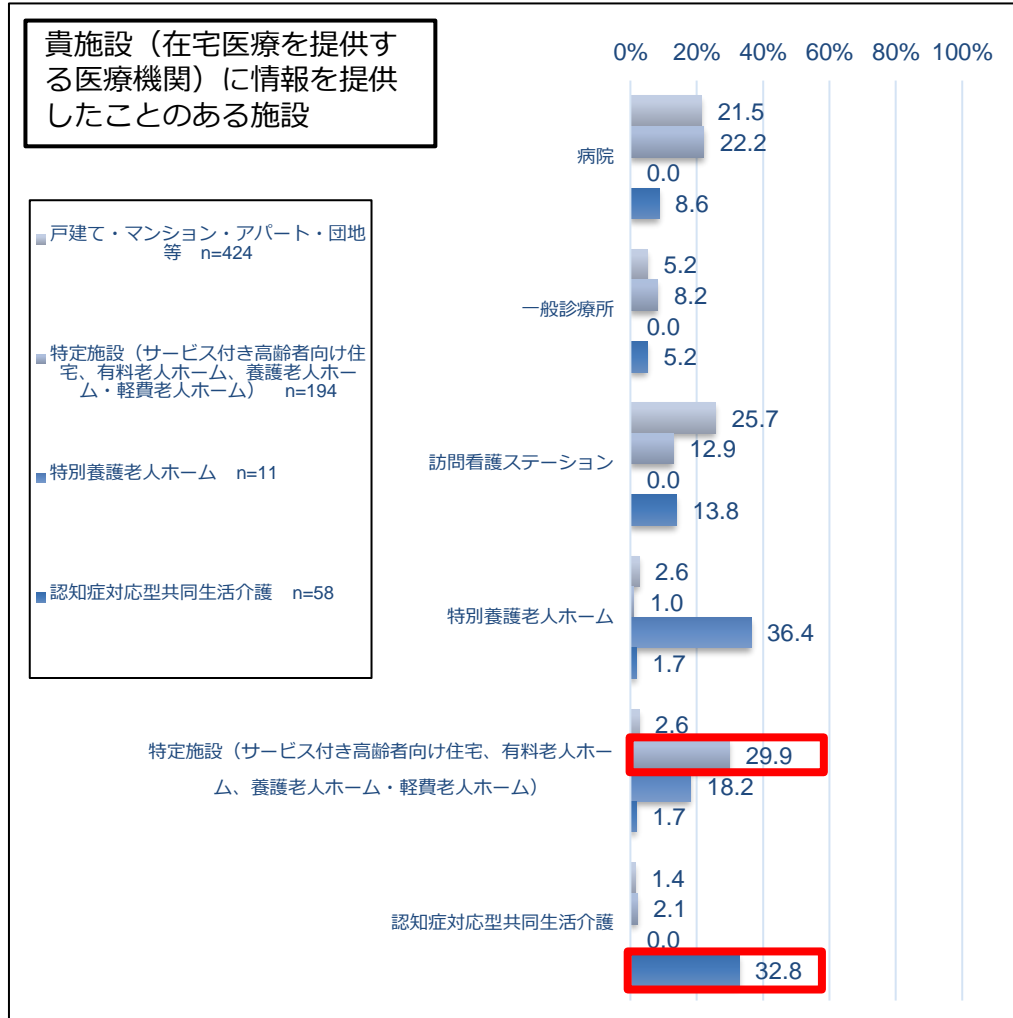
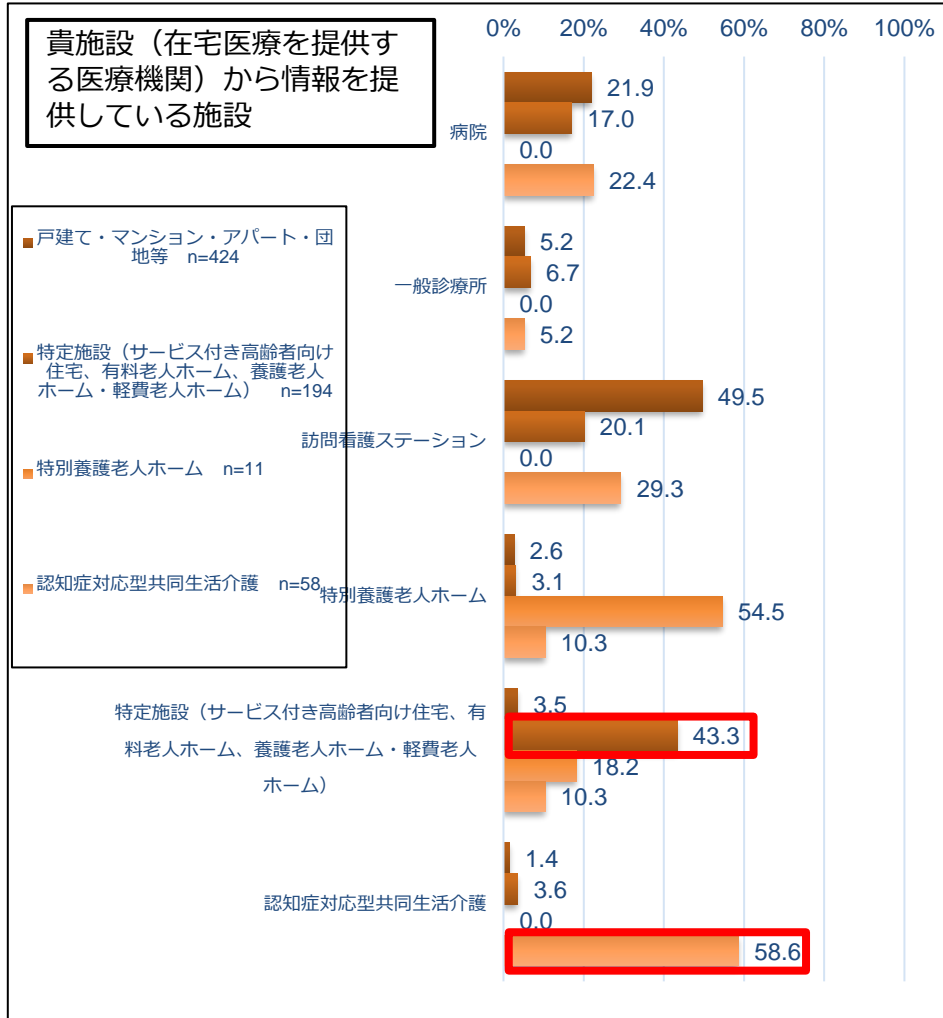




# 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報の共有について

○ 高齢者施設入居者の人生の最終段階における「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた情報の共有状況について、医療機関から高齢者施設へ情報を提供している割合に比べ、高齢者施設から医療機関へ情報を提供している割合が低かった。

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた情報の共有状況

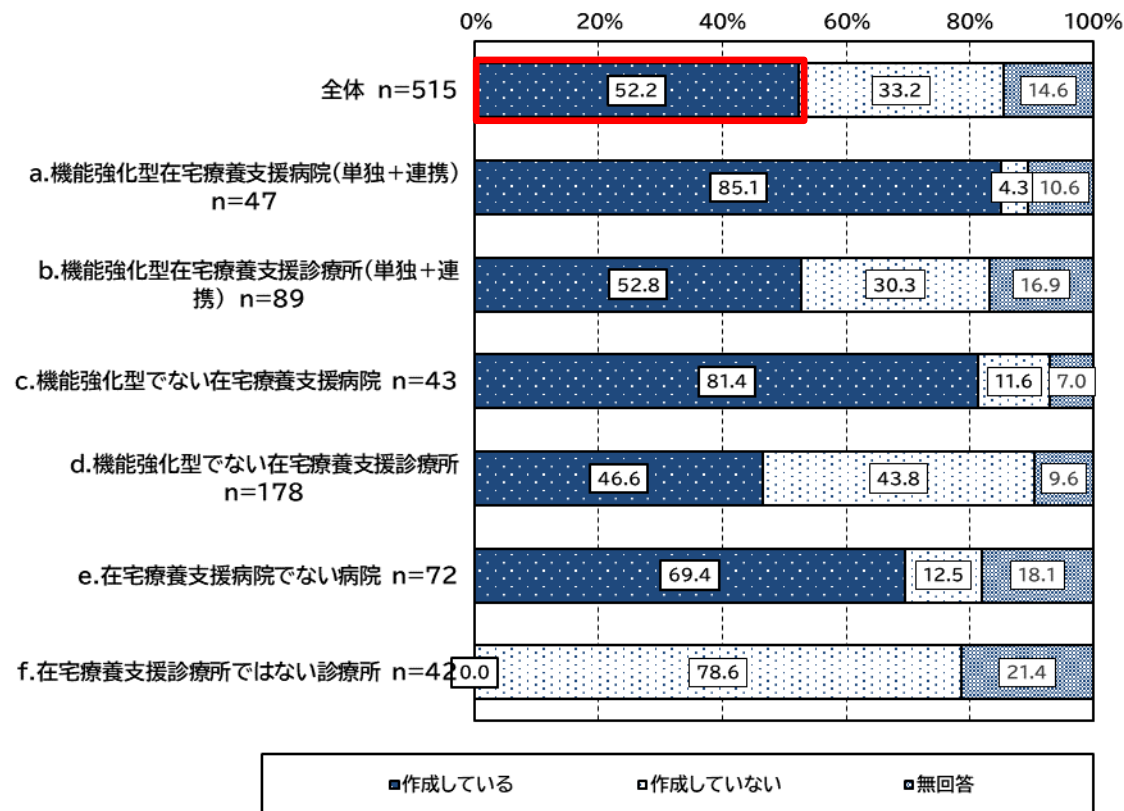


# 医療機関調査の結果⑮

＜「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた対応＞（報告書p253）

○「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定に係る指針について、作成している医療機関は全体の52.2%であった。

図表 2-280 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定に係る指針の作成状況【在宅療養支援病院・診療所の届出区分別】



# 医療機関種別の意思決定支援の指針の作成の有無

○ 医療機関における届け出状況別に「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定に係る指針の作成有無について尋ねたところ、指針を作成している医療機関の91.4%、「医療従事者を含めたチームと十分な話し合いを行うこと」を指針として定めている一方で、「介護従事者を含めたチームと十分な話し合いを行うこと」については、指針に定めている医療機関は76.2%であった。

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定に係る指針を「作成している」と回答した施設の割合

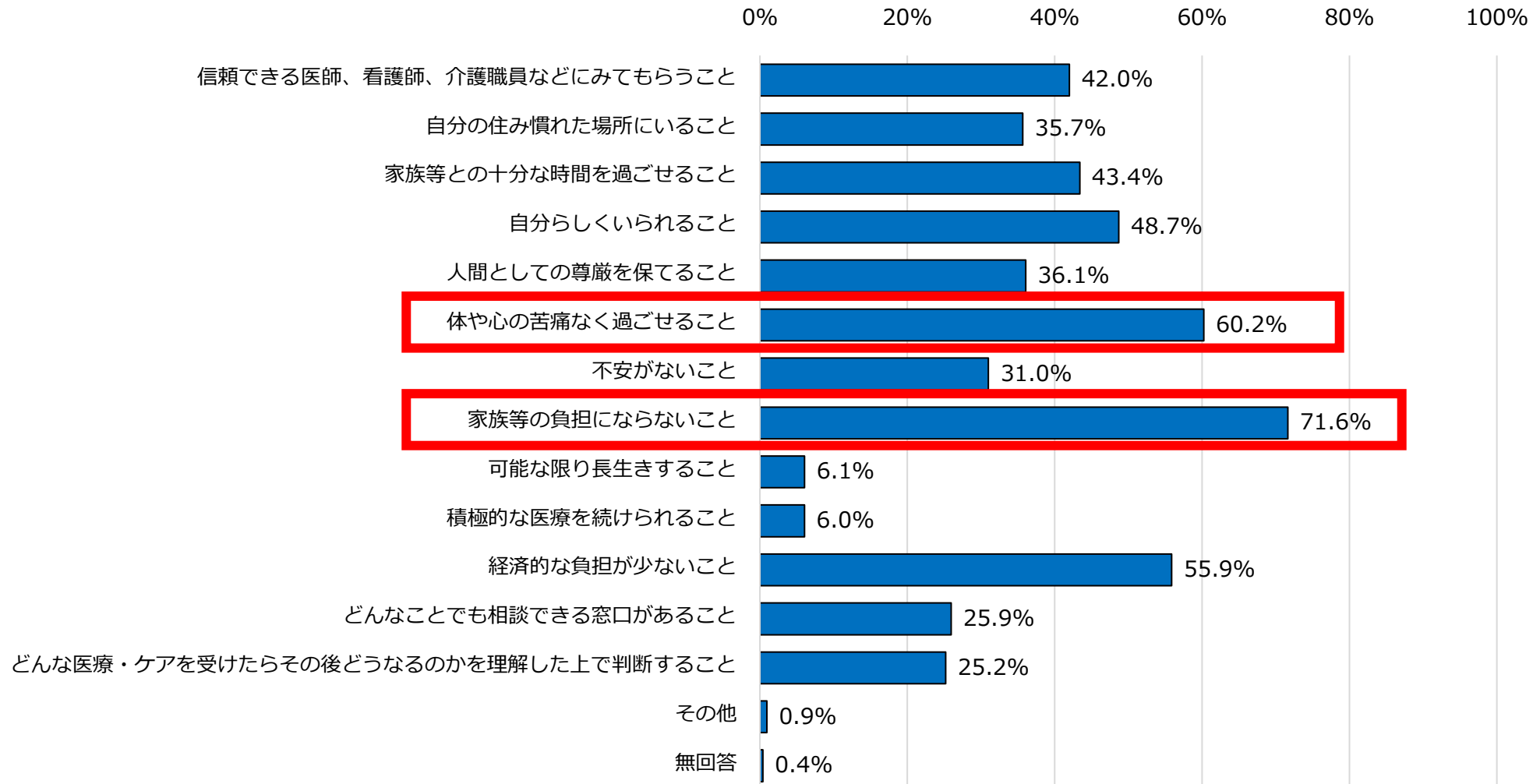
	1. 医療従事者を含めたチームと十分な話し合いを行うこと	2. 介護従事者を含めたチームと十分な話し合いを行うこと。	3. 話し合いの内容について、関係者と共有すること。	4. 本人の意思は変化しうるものであることを踏まえ、患者が自らの意思をその都度示し、伝えられるような支援を医療・ケアチームによって行うこと。	5. 本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることを踏まえ、家族等の信頼できる者も含めて、本人との話し合いを繰り返し行うこと。	6. 本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることを踏まえ、本人が特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくこと。	7. 本人の意思確認ができない場合に、医療・ケアチームと家族等で十分に話し合い、適切な手順によって慎重な判断を行うこと。	8. 本人の意思確認ができない場合で、家族等がいけない場合及び家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合に、本人にとっての最善の方針をとること。	9. 医療・ケア行為の開始・不開始、医療・ケアの内容の変更、医療・ケア行為の中止等を、医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すること。	10. 医療・ケアチームにより、可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、本人・家族等の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療・ケアを行うこと。	11. 医療・ケアの方針について、本人、家族等、医療・ケアチームの間で話し合いを繰り返し行う等しても、合意に至らない場合の対応方針。	12. 話し合った内容をその都度文章にまとめておくこと。
全体 n=269	91.4	76.2	88.8	88.1	87.7	82.2	88.1	85.9	78.8	82.9	71.0	85.1
機能強化型 在宅療養支援病院 n=40	90.0	75.0	87.5	95.0	90.0	82.5	92.5	87.5	82.5	85.0	77.5	87.5
機能強化型でない 在宅療養支援病院 n=35	94.3	74.3	94.3	85.7	82.9	74.3	91.4	85.7	74.3	82.9	68.6	85.7
在宅療養支援病院 でない病院 n=50	90.0	62.0	82.0	90.0	86.0	82.0	84.0	86.0	76.0	80.0	74.0	86.0
機能強化型 在宅療養支援診療所 n=47	95.7	85.1	95.7	91.5	93.6	89.4	93.6	87.2	76.6	87.2	72.3	87.2
機能強化型ではない 在宅療養支援診療所 n=83	91.6	84.3	89.2	85.5	90.4	84.3	86.7	86.7	83.1	84.3	68.7	84.3

※本調査において在宅療養支援診療所でない診療所において、当該指針を作成していると回答した医療機関は0件であった。

# 最期を迎えるにあたり重視する点

○ 国民がどこで最期を迎えるかを考える際に重要としていることは、「家族等の負担にならないこと」が71.6%、「体や心の苦痛なく過ごせること」が60.2%であった。

最期を迎えるにあたり重視する点<一般国民 (n=3,000) のみ >



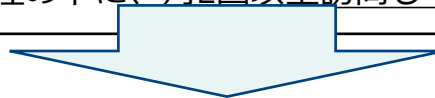
1. 在宅医療を取りまく状況について
2. 地域包括ケアシステムにおける在宅医療について
3. 訪問診療・往診等について
4. 訪問看護について
5. 歯科訪問診療について
6. 訪問薬剤管理について
7. 訪問栄養食事指導について

# 在宅医療に対する診療報酬上の主な評価の変遷①

## (昭和61～平成18年度診療報酬改定)

○ 在宅医療に対する診療報酬上の主な評価の変遷は以下のとおり。

	【診療報酬】	【老人診療報酬】
昭和61年		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <u>寝たきり老人訪問診療料の創設（～H18年）</u>； 定期的に訪問して診療を行った際に算定</li> <li>○ <u>寝たきり老人訪問指導管理料（月ごと）の創設（～H18年）</u>； 寝たきり老人訪問診療料を算定すべき診療を行った際に、療養上必要な指導管理を行った場合に算定</li> </ul>
昭和63年	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <u>在宅患者訪問診療料の創設</u>； 定期的に訪問して診療した際に算定</li> </ul>	
平成4年		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <u>寝たきり老人在宅総合診療料（月ごと）の創設（～H18年）</u>； 計画的な医学管理の下に、1月に2回以上訪問して診療した場合に算定</li> </ul>
平成6年	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <u>在宅時医学管理料（月ごと）の創設（～H18年）</u>； 計画的な医学管理の下に、週1回以上訪問して診療した場合に算定</li> </ul>	
平成18年	<p>【診療報酬】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <u>在宅時医学総合管理料（月ごと）の創設</u>； 計画的な医学管理の下に、月2回以上訪問して診療した場合に算定</li> </ul>	



# 在宅医療に対する診療報酬上の主な評価の変遷②(平成18～24年度診療報酬改定)

○ 在宅医療に対する診療報酬上の主な評価の変遷は以下のとおり。

	訪問診療料	在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学総合管理料	在宅療養支援診療所 在宅療養支援病院	その他
平成18年	-	・在宅時医学総合管理料（在総管）の創設	・在宅療養支援診療所（在支診）の創設	・入院から在宅療養への円滑な移行に係る評価 ・在宅、特別養護老人ホーム等におけるターミナルケアに係る評価
平成20年	・居住場所により訪問診療料を分類 →訪問診療料1(自宅) 訪問診療料2(居住系施設)	・特定施設入居時等医学総合管理料（特医総管）の創設	・在宅療養支援病院（在支病）の創設	・カンファレンス等の情報共有に関する評価
平成22年	・居住場所ではなく、同一建物の訪問人数により訪問診療料を再分類 →訪問診療料1(同一建物以外) 訪問診療料2(同一建物)	-	・在支病の届出を、許可病床数が200床未満の病院に拡大	・往診料の引き上げ ・乳幼児加算の創設 ・在宅ターミナルケア加算の要件緩和 ・在宅移行早期加算の創設
平成24年	・特定施設入居者に対する評価の引き上げ →訪問診療料1(同一建物以外) 訪問診療料2(特定施設等) 訪問診療料2（上記以外の同一建物）	・在総管、特医総管に対する評価の引き上げ（機能強化型在支診・在支病の創設に伴うもの）	・強化型、連携強化型の在支診・在支病を創設	・緊急時、夜間の往診料の引き上げ ・在宅ターミナルケア加算の評価体系の見直し ・在宅緩和ケアに係る評価 ・緊急時の在宅患者の受入に対する評価の引き上げ



# 在宅医療に対する診療報酬上の主な評価の変遷③(平成26～令和4年度診療報酬改定)

○ 在宅医療に対する診療報酬上の主な評価の変遷は以下のとおり。

	訪問診療料	在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学総合管理料	在宅療養支援診療所 在宅療養支援病院	その他
平成26年	<ul style="list-style-type: none"> <li>訪問診療料 2 の評価引き下げ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>同一建物居住者に対する評価の適正化</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>機能強化型の実績要件の引き上げ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅療養後方支援病院及び在宅患者共同診療料の創設</li> </ul>
平成28年	<ul style="list-style-type: none"> <li>訪問診療料 2 を「同一建物居住者の場合」に一本化</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>単一建物診療患者数、重症度、月の訪問回数に応じて細分化</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>機能強化型の施設基準に小児在宅医療に係る要件を追加</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の新設等による緊急往診や看取り実績の評価</li> <li>在宅専門医療機関の要件明確化</li> </ul>
平成30年	<ul style="list-style-type: none"> <li>訪問診療料 I に、2 (他医療機関の依頼を受けて訪問診療を行った場合)を新設</li> <li>訪問診療料 II (併設する介護施設等の場合)を新設</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>月2回以上の訪問診療を行った場合の評価を適正化</li> <li>月1回の訪問診療を行っている場合の評価を充実</li> <li>包括的支援加算を新設</li> </ul>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>往診料の算定要件を明確化</li> <li>緊急往診加算の対象患者拡大と算定要件の見直し</li> <li>ターミナルケアの評価の充実</li> <li>オンライン在宅管理料を新設</li> </ul>
令和2年	<ul style="list-style-type: none"> <li>訪問診療料 I 2 (他医療機関の依頼を受けて訪問診療を行った場合)について、6月を超えても算定可能とした</li> </ul>	-	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅療養支援病院の往診について、オンコール体制でも良いこととした</li> </ul>
令和4年	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>訪問診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせた在宅管理にかかる評価の新設</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域における協力体制の要件を追加</li> <li>適切な意思決定支援に係る指針の作成を要件化</li> <li>機能強化型の在支病に係る実績要件の見直し</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅療養移行加算の新設</li> <li>外来在宅共同指導料の新設</li> <li>在宅がん医療総合診療料に小児加算追加</li> </ul>



# 在宅患者訪問診療料の評価の変遷について

	H18	H20	H22	H24	H26	H28	H30	R1
消費増税を加味		居住地別の評価を導入	同一建物の評価を導入	特定施設に関する評価を導入	消費増税を加味	特定施設に関する評価を廃止	他機関連携の評価を導入	消費増税を加味
在宅患者訪問診療料	830点	在宅患者訪問診療料1 (居住系施設以外) 830点	在宅患者訪問診療料1 830点	在宅患者訪問診療料1 830点	在宅患者訪問診療料1 833点	在宅患者訪問診療料1 833点	在宅患者訪問診療料(I)の1のイ 833点	在宅患者訪問診療料(I)の1のイ 888点
		在宅患者訪問診療料2 (居住系施設) 200点	在宅患者訪問診療料2 200点	在宅患者訪問診療料2のイ (特定施設入居者) 400点 在宅患者訪問診療料2のロ (イ以外の場合) 200点	在宅患者訪問診療料2のイ (特定施設入居者) 203点 在宅患者訪問診療料2のロ (イ以外の場合) 103点	在宅患者訪問診療料2 203点	在宅患者訪問診療料(I)の1のロ 203点	在宅患者訪問診療料(I)の1のロ 213点
							在宅患者訪問診療料(I)の2のイ 830点	在宅患者訪問診療料(I)の2のイ 884点
							在宅患者訪問診療料(I)の2のロ 178点	在宅患者訪問診療料(I)の2のロ 187点
							在宅患者訪問診療料(II) 144点	在宅患者訪問診療料(II) 150点

同一建物居住者以外の場合

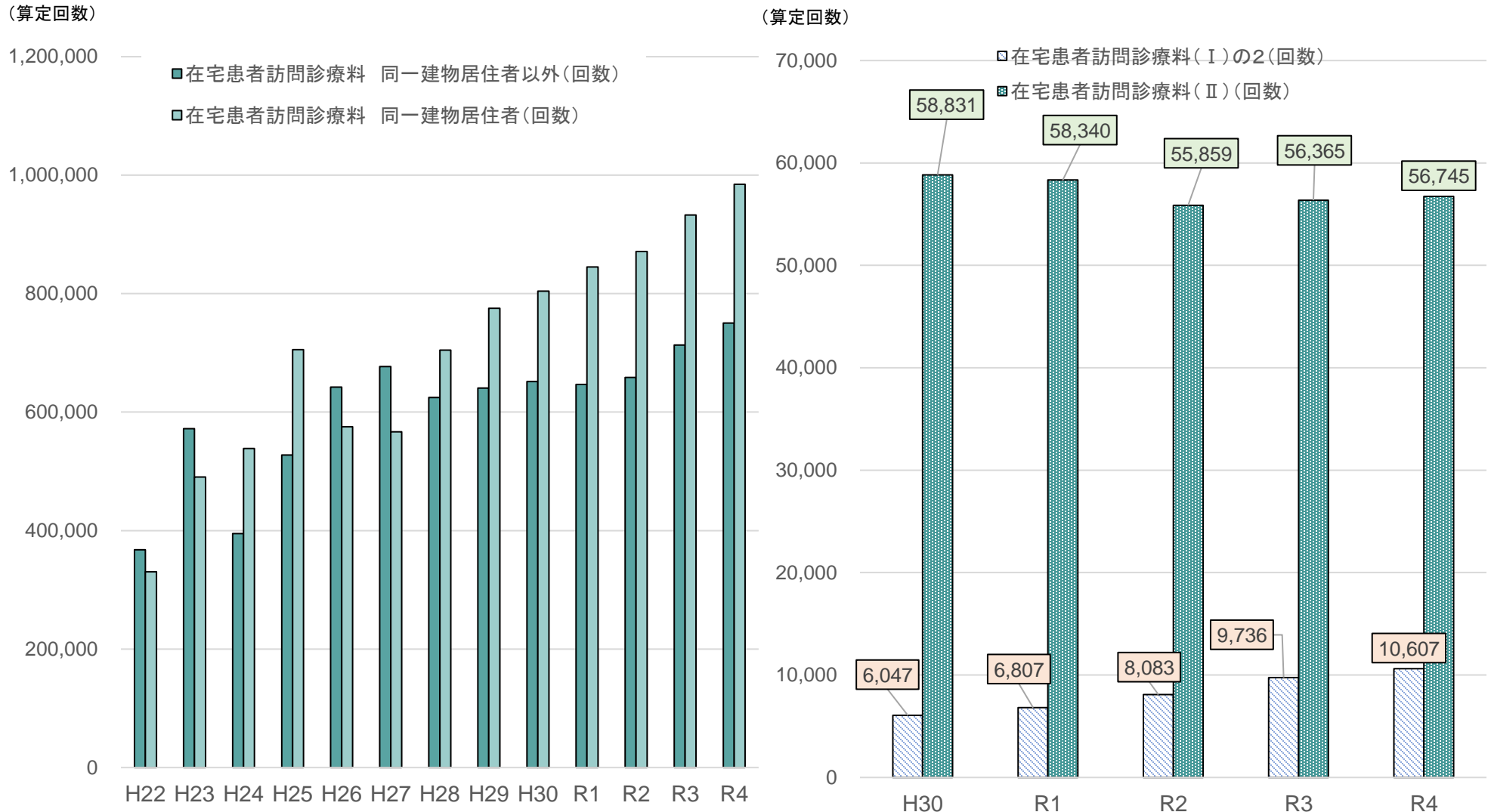
    
    
 同一建物居住者の場合

    
 他の医療機関の求めに応じて診療を行った場合

    
 当該医療機関併設の施設で診療を行った場合

# 在宅患者訪問診療料の算定状況の内訳

○ 在宅患者訪問診療料の算定状況内訳について、近年は同一建物居住者の算定回数が増加傾向である。



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)

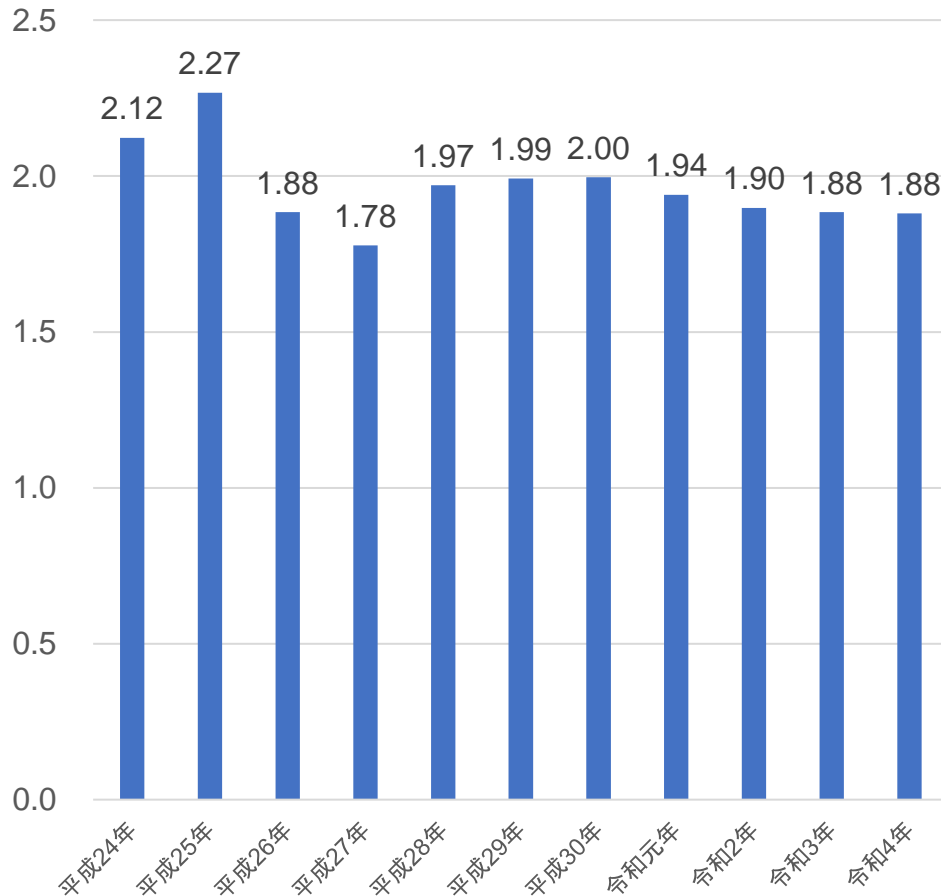
※病院について：平成22年以前は抽出調査、平成23年以後は全数調査

※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

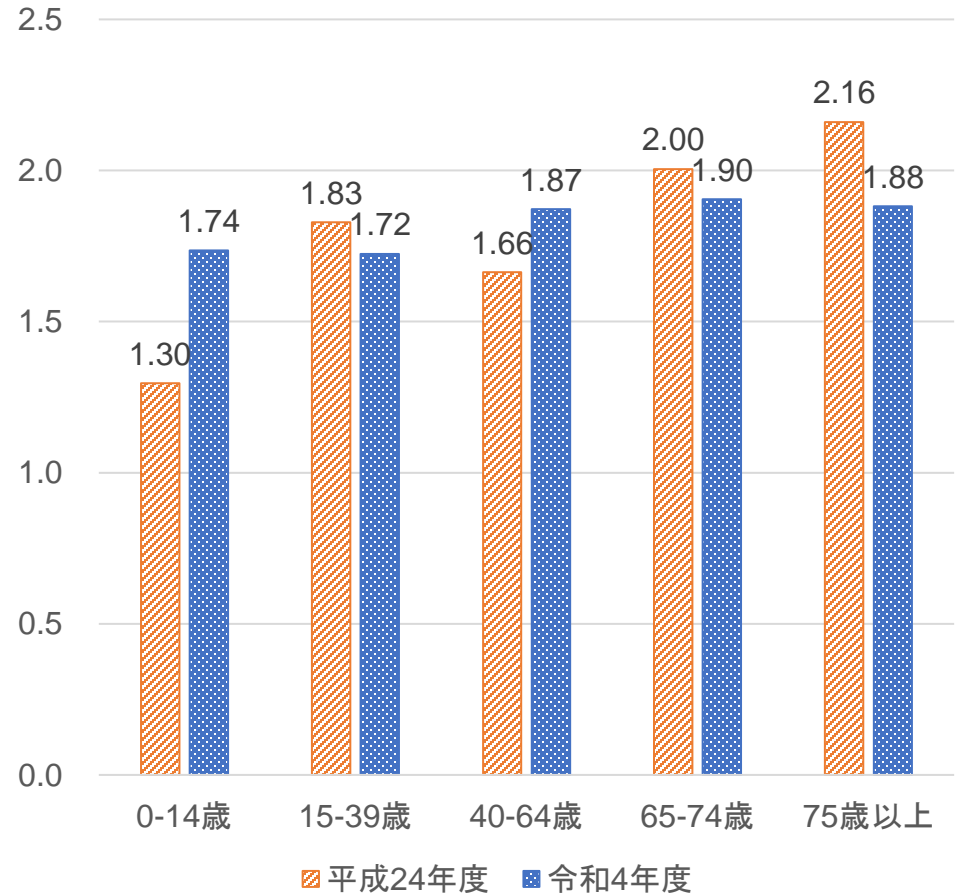
# 在宅患者一人あたり受診回数／年齢階級別の推移

○ 在宅患者一人あたりの受診回数(社会医療診療行為別統計にて各年の訪問診療料の算定回数を算定件数で割った値)は平成25年までは2回を超えていたが、平成26年以降は2回弱で推移している。平成24年度と比較すると、令和4年は0-14歳の受診回数が増加し、65歳以上の受診回数が減少している。

在宅患者1人あたり受診回数



在宅患者1人あたり受診回数の年齢階級別の推移



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)

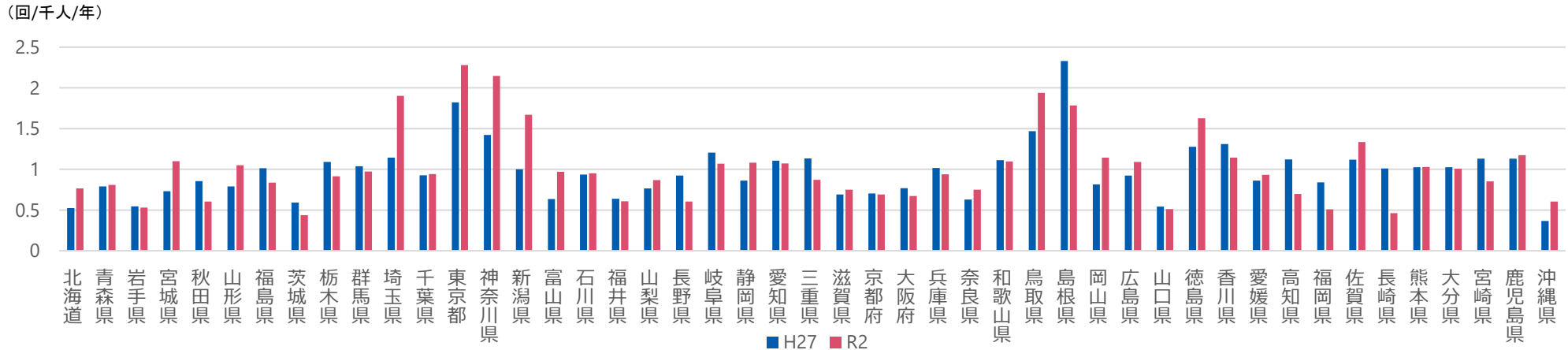
※病院について：平成22年以前は抽出調査、平成23年以後は全数調査

※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

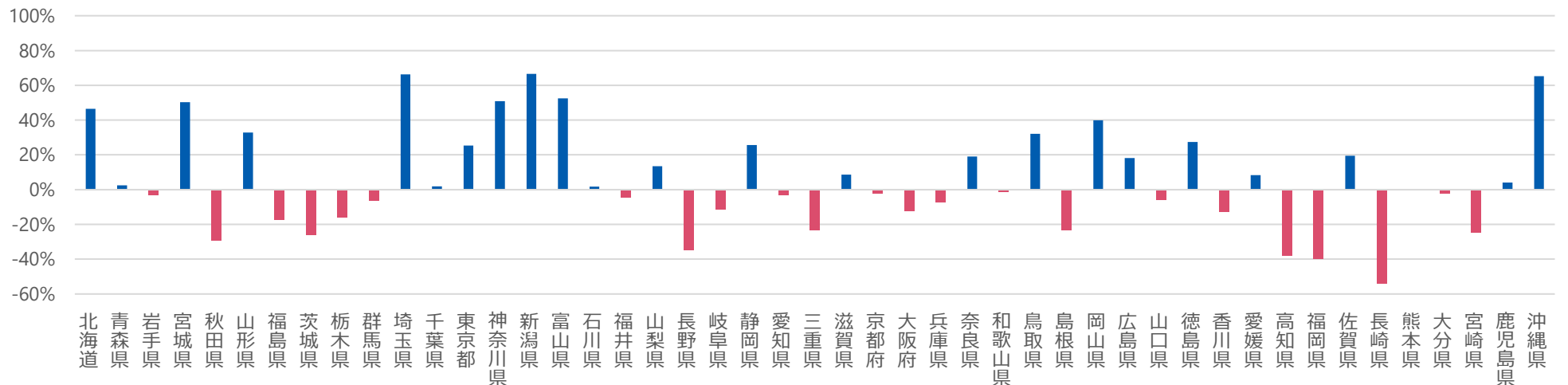
# 都道府県毎の緊急往診加算の算定状況

- 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緊急往診加算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人あたりの緊急往診加算の算定回数



都道府県毎の人口1000人あたりの緊急往診加算の算定回数の増加率(H27→R2)

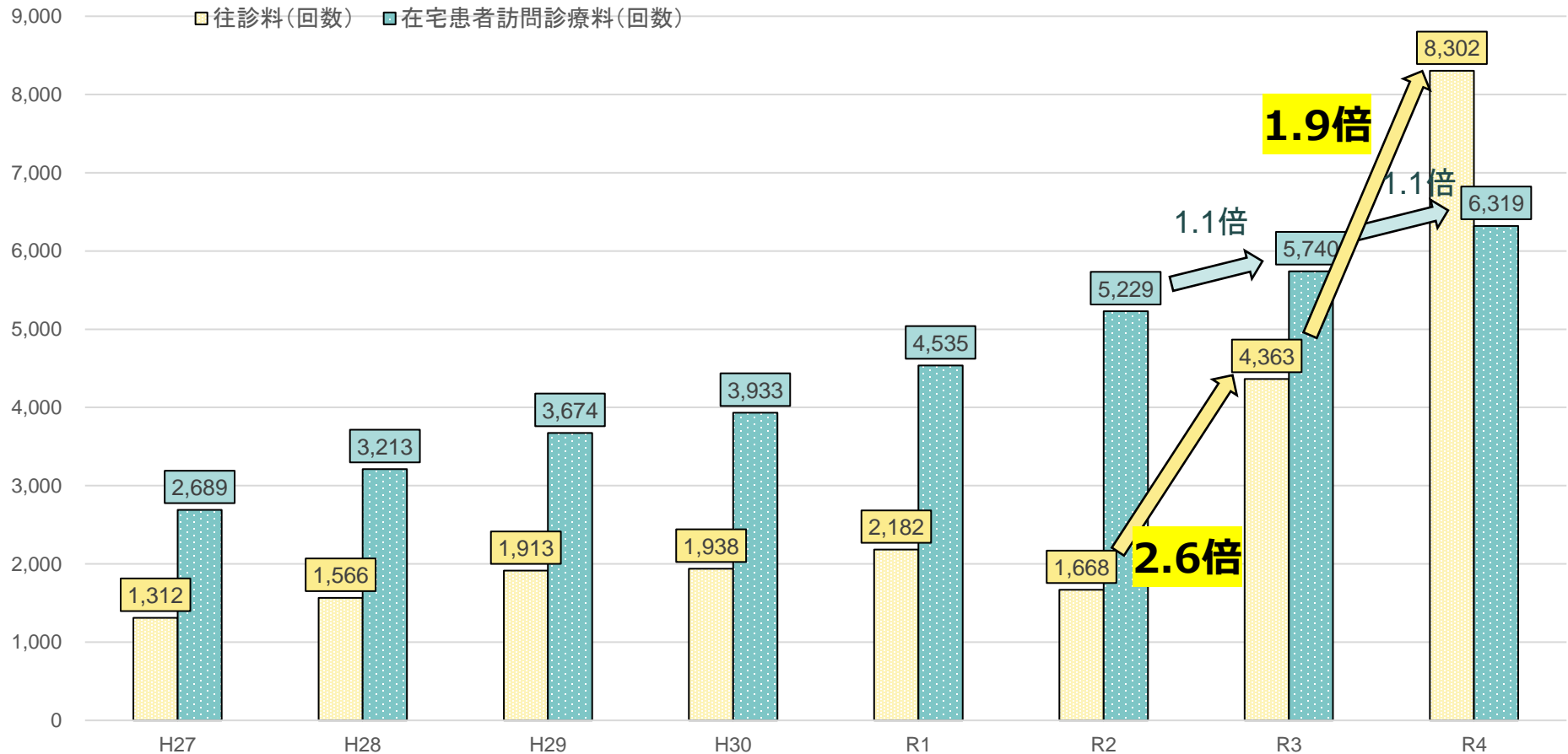


# 15歳未満の患者に対する在宅患者訪問診療料・往診料の算定状況

- 平成27年以降の15歳未満の患者に対する往診料の算定回数については、令和元年までは増加傾向であったが、令和2年に減少し、令和3年に大きく上昇し、令和4年にはさらに上昇した。
- また、訪問診療料の算定回数については、年々増加傾向にある。

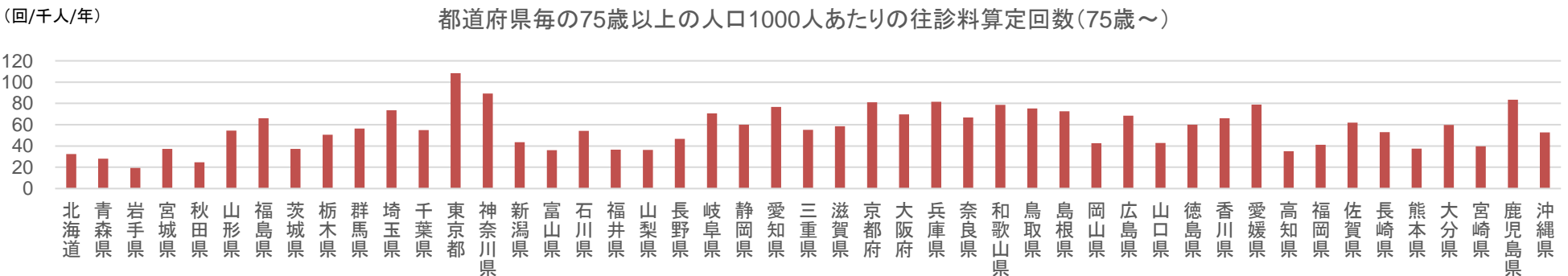
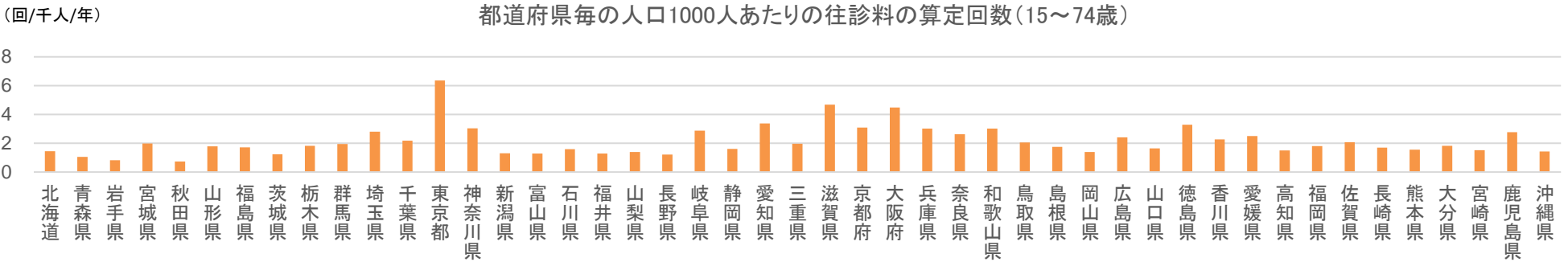
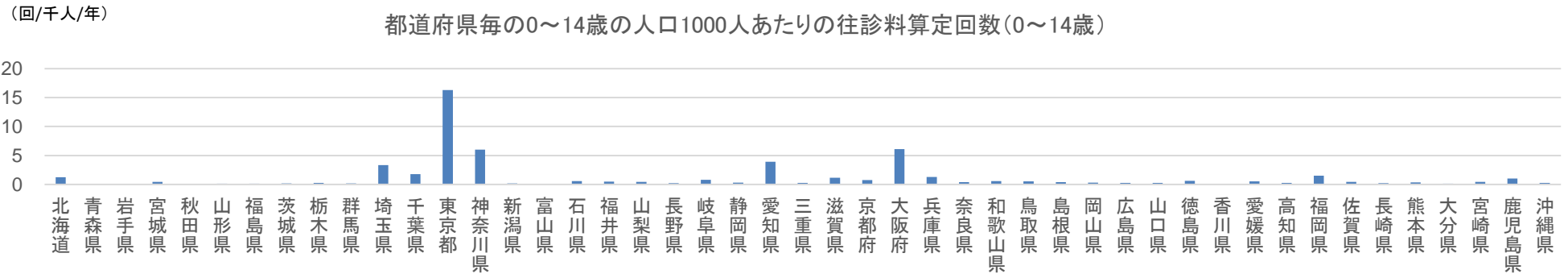
往診料・在宅患者訪問診療料の算定回数(15歳未満)

(算定回数)



# 都道府県毎の年齢別の往診料の算定回数

- 都道府県毎の年齢別の往診料の算定回数について、0～14歳では東京都や大阪府、神奈川県で算定回数が多いが、全体的には少ない傾向にある。
- 75歳以上については、地域差を認めるものの、一定程度往診が行われている。



# 在支診・在支病の施設基準の見直し

## 適切な意思決定支援の推進

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

【経過措置】

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

## 機能強化型在支診・在支病等の地域との協力推進

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

## 機能強化型在支病の要件の見直し

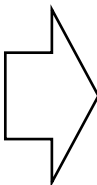
- ▶ 在宅医療を支える入院機能の充実を図る観点から、機能強化型在宅療養支援病院の要件を見直し、緊急の往診の実績に代えて、後方ベッドの確保及び緊急の入院患者の受入実績又は地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1若しくは3の届出により要件を満たすこととする。

### 現行

【在宅療養支援病院】

〔施設基準〕（抜粋・例）

- (1) 病院であって、当該病院単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。  
ア～サ（略）
- シ 過去1年間の緊急の往診の実績を10件以上有すること。
- ス（略）



### 改定後

【在宅療養支援病院】

〔施設基準〕（抜粋・例）

- (1) 病院であって、当該病院単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること  
ア～サ（略）
- シ 以下のいずれかの要件を満たすこと。
  - ・ 過去1年間の緊急の往診の実績を10件以上有すること。
  - ・ **在支診等からの要請により患者の受入れを行う病床を常に確保し、在宅療養支援診療所等からの要請により患者の緊急の受入れを行った実績が過去1年間で31件以上あること。**
  - ・ **地域包括ケア病棟入院料・管理料1又は3を届け出ていること。**
- ス（略）

# 「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の改訂について (平成30年3月14日公表)

意見交換 資料-1  
参 考  
R 5 . 5 . 1 8

## 1. 見直しの必要性

- 富山県射水市民病院の人工呼吸器取り外し事件を踏まえ、平成19年に策定された「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(平成27年に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」に名称変更)は、その策定から約10年が経過しており、
- ・ 高齢多死社会の進行に伴い、地域包括ケアシステムの構築に対応したものとする必要があること
  - ・ 英米諸国を中心として、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の概念を踏まえた研究・取組が普及してきていること
- を踏まえ、ガイドラインの見直しを行う必要がある。

## 2. 主な見直しの概要

- ① 病院における延命治療への対応を想定した内容だけではなく、在宅医療・介護の現場で活用できるよう、次のような見直しを実施
  - ・ 「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」に名称を変更
  - ・ 医療・ケアチームの対象に介護従事者が含まれることを明確化
- ② 心身の状態の変化等に応じて、本人の意思は変化しうるものであり、医療・ケアの方針や、どのような生き方を望むか等を、日頃から繰り返し話し合うこと(=ACPの取組)の重要性を強調
- ③ 本人が自らの意思を伝えられない状態になる前に、本人の意思を推定する者について、家族等の信頼できる者を前もって定めておくことの重要性を記載
- ④ 今後、単身世帯が増えることを踏まえ、③の信頼できる者の対象を、家族から家族等(親しい友人等)に拡大
- ⑤ 繰り返し話し合った内容をその都度文書にまとめておき、本人、家族等と医療・ケアチームで共有することの重要性について記載



# 在宅ターミナルケアに対する診療報酬上の評価の変遷

	在宅ターミナルケア加算	看取り加算	死亡診断加算
平成16年	在宅ターミナルケア加算 1,200点 ※1月以上にわたり在宅でターミナルケアを行った場合	—	死亡診断加算 200点 ※死亡日に往診又は訪問診療を行い死亡診断を行った場合
平成18年	在宅ターミナルケア加算(Ⅱ) 1,200点 ※死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施	在宅ターミナルケア加算(Ⅰ) 10,000点 ※(Ⅱ)に加え、在宅療養支援診療所又はその連携保険医療機関の医師が、死亡前24時間以内に訪問して看取った場合	※在宅ターミナルケア加算(Ⅰ)を算定する場合は算定できない
平成20年	在宅ターミナルケア加算(Ⅱ) 2,000点	在宅ターミナルケア加算(Ⅰ) 10,000点 ※(Ⅱ)に加え、在宅療養支援診療所、その連携保険医療機関又は在宅療養支援病院の医師が、死亡前24時間以内に訪問して看取った場合	—
平成22年	在宅ターミナルケア加算(Ⅱ) 2,000点 ※往診又は訪問診療後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者でも算定可能に	在宅ターミナルケア加算(Ⅰ) 10,000点	—
平成24年	在宅ターミナルケア加算 3,000～6,000点 ※機能強化型在支診、在支診又はそれ以外に応じて評価を区分 ※死亡日及び死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施	看取り加算 3,000点 ※事前に療養上の不安等を解決するための十分な説明と同意を行った上で、死亡日に往診又は訪問診療を行い、看取った場合	※看取り加算を算定する場合は算定できない
平成26年	在宅ターミナルケア加算 3,000～6,000点 ※在宅療養実績加算 750点 十分な緊急往診及び看取りの実績を有する在支診又は在支病の場合	—	—
平成28年	在宅ターミナルケア加算 3,000～6,000点 ※在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 1,000点 ※在宅療養実績加算1 750点 在宅療養実績加算2 500点	—	—
平成30年	在宅ターミナルケア加算 3,500～6,500点 ※酸素療法加算 2,000点 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン等を踏まえた対応を要件化	—	—

## 小児に対する在宅医療の評価の見直し

### 在宅がん医療総合診療料の見直し

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

#### 在宅がん医療総合診療料

**(新) 小児加算 1,000点 (週に1回に限る)**

##### [算定要件]

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

### 緊急往診加算の見直し

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

#### 現行

##### 【往診料】

##### [施設基準]

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

#### 改定後

##### 【往診料】

##### [施設基準]

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

## C108 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料 1,500点

注 在宅における鎮痛療法又は悪性腫瘍の化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の患者に対して、当該療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

## C108－2 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料 1,500点

注 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関の保険医が、他の保険医療機関において区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定する指導管理を受けている患者に対し、当該他の保険医療機関と連携して、同一日に当該患者に対する悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

※「在宅における鎮痛療法又は悪性腫瘍の化学療法」とは、末期の悪性腫瘍又は筋萎縮性側索硬化症若しくは筋ジストロフィーの患者であって、持続性の疼痛があり鎮痛剤の経口投与では疼痛が改善しないため注射による鎮痛剤注入が必要なもの又は注射による抗悪性腫瘍剤の注入が必要なものが、在宅において自ら実施する鎮痛療法又は化学療法をいう。

## C110 在宅自己疼痛管理指導管理料 1,300点

注 疼痛除去のため植込型脳・脊髄刺激装置を植え込んだ後に、在宅において自己疼痛管理を行っている入院中の患者以外の難治性慢性疼痛の患者に対して、在宅自己疼痛管理に関する指導管理を行った場合に算定する。

# 在宅緩和ケアの充実

## 専門的な緩和ケアの評価

- 緩和ケア専門の医師と、在宅医療を担う医療機関の医師が共同して、同一日に診療を行った場合を評価する。

【現行】



【改定後】\*在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料：  
専門の研修を受けた医師に限る



## 在宅がん医療総合診療料の引き上げ

【現行】

在宅末期医療総合診療料  
(処方せんを交付)

1, 495  
点

【改定後】

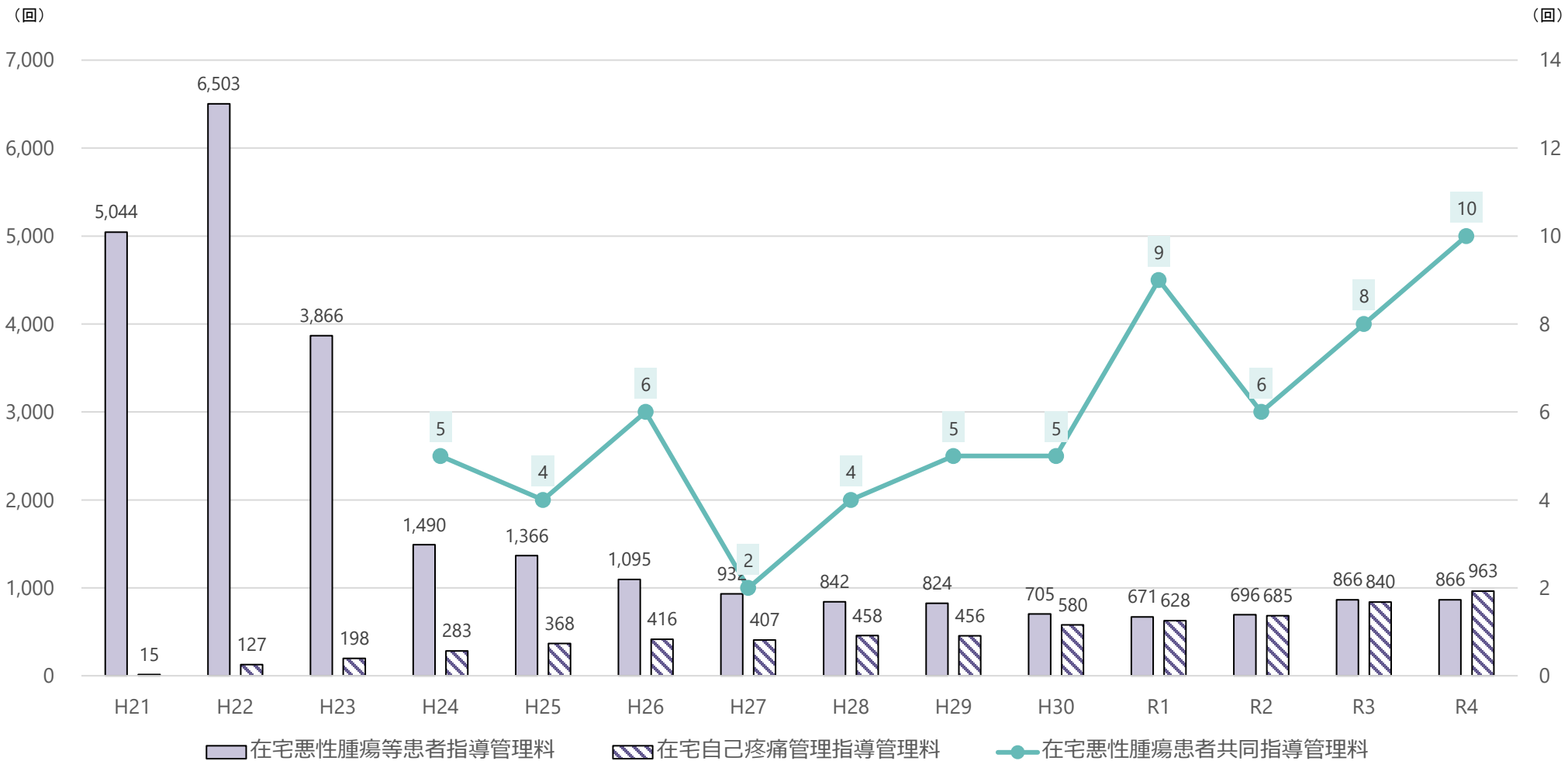
在宅がん医療総合診療料  
(処方せんを交付)

1, 800  
点

※機能を強化した在宅診療・在宅病(病床有)の例 36

# 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料等の算定状況

○ 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料等の算定回数は近年横ばいで推移している。



※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

# 在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院に対する診療報酬上の主な評価の変遷

○ 在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院に対する診療報酬上の主な評価の変遷は以下のとおり。

<p><b>平成18年</b></p>	<p>・高齢者ができるだけ住み慣れた家庭や地域で療養しながら生活を送れるよう、また、身近な人に囲まれて在宅での最期を迎えることも選択できるよう、在宅療養支援診療所を創設</p>
<p><b>平成20年</b></p>	<p>・診療所のない地域においては、在宅医療の主たる担い手が病院となっている現状に着目し、在宅療養支援病院を創設</p>
<p><b>平成22年</b></p>	<p>・在宅療養支援病院について、在宅医療を支える地域における医療機関の役割を鑑み、施設基準を緩和（要件のひとつである「半径4km以内に診療所が存在しないこと」について「許可病床数が200床未満の病院であること」でも良いとした）。</p>
<p><b>平成24年</b></p>	<p>・高齢化に伴い、今後在宅医療の需要がますます高まることが予想され、在宅医療を担う医療機関の機能強化等が更に重要になることを踏まえ、在宅療養支援病院の機能分化と連携等による機能強化を進めるため、機能強化型の在宅療養支援病診療所及び在宅療養支援病院を創設</p>
<p><b>平成26年</b></p>	<p>・在宅医療を実績に応じて適切に評価する観点から、機能強化型の実績要件の引き上げ</p>
<p><b>平成28年</b></p>	<p>・小児在宅医療に積極的に取り組んでいる保健医療機関を評価する観点から、機能強化型の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の実績要件について、看取り実績だけでなく、重症児に対する医学管理の実績を評価。</p>
<p><b>令和4年</b></p>	<p>・質の高い在宅医療の提供を更に推進する観点から、地域支援事業等に係る関係者と連携することが望ましい旨を機能強化型の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の施設基準に明記。          ・人生の最終段階における適切な意思決定支援を推進する観点から、当該支援に係る指針の作成を要件に追加          ・在宅医療を支える入院機能の充実を図る観点から、機能強化型在宅療養支援病院の要件を見直し</p>

## 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算

○ 十分な実績を有する医療機関が、以下の項目に該当する診療を行った際に、以下に示す点数を所定点数に加算する。

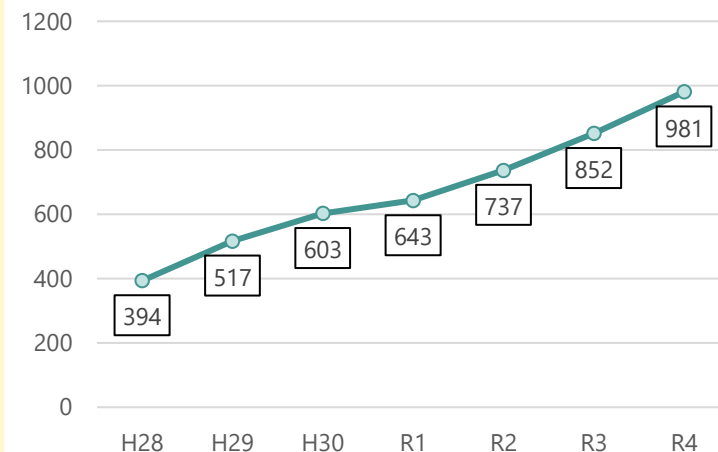
緊急、夜間・休日又は深夜の往診	<u>100点</u>
ターミナルケア加算	<u>1,000点</u>
在宅時医学総合管理料	<u>100～400点</u>
施設入居時等医学総合管理料	<u>75～300点</u>
在宅がん医療総合診療料	<u>150点</u>

### 施設基準

#### [施設基準]

- ① 機能強化型の在支診・病の届出を行っていること。
- ② 過去1年間の緊急往診の実績が15件以上、かつ、看取りの実績が20件以上であること。
- ③ 緩和ケア病棟又は在宅での1年間の看取り実績が10件以上の医療機関において、3か月以上の勤務歴がある常勤の医師がいること。
- ④ 末期の悪性腫瘍等の患者であって、鎮痛剤の経口投与では疼痛が改善しないものに対し、患者が自ら注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を実施した実績を、過去1年間に2件以上有していること、又は過去に5件以上実施した経験のある常勤の医師配置されており、適切な方法によってオピオイド系鎮痛薬を投与した実績を過去1年間に10件以上有していること。
- ⑤ 「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した研修」又は「緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会等」を修了している常勤の医師がいること。
- ⑥ 院内等において、過去1年間の看取り実績及び十分な緩和ケアが受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

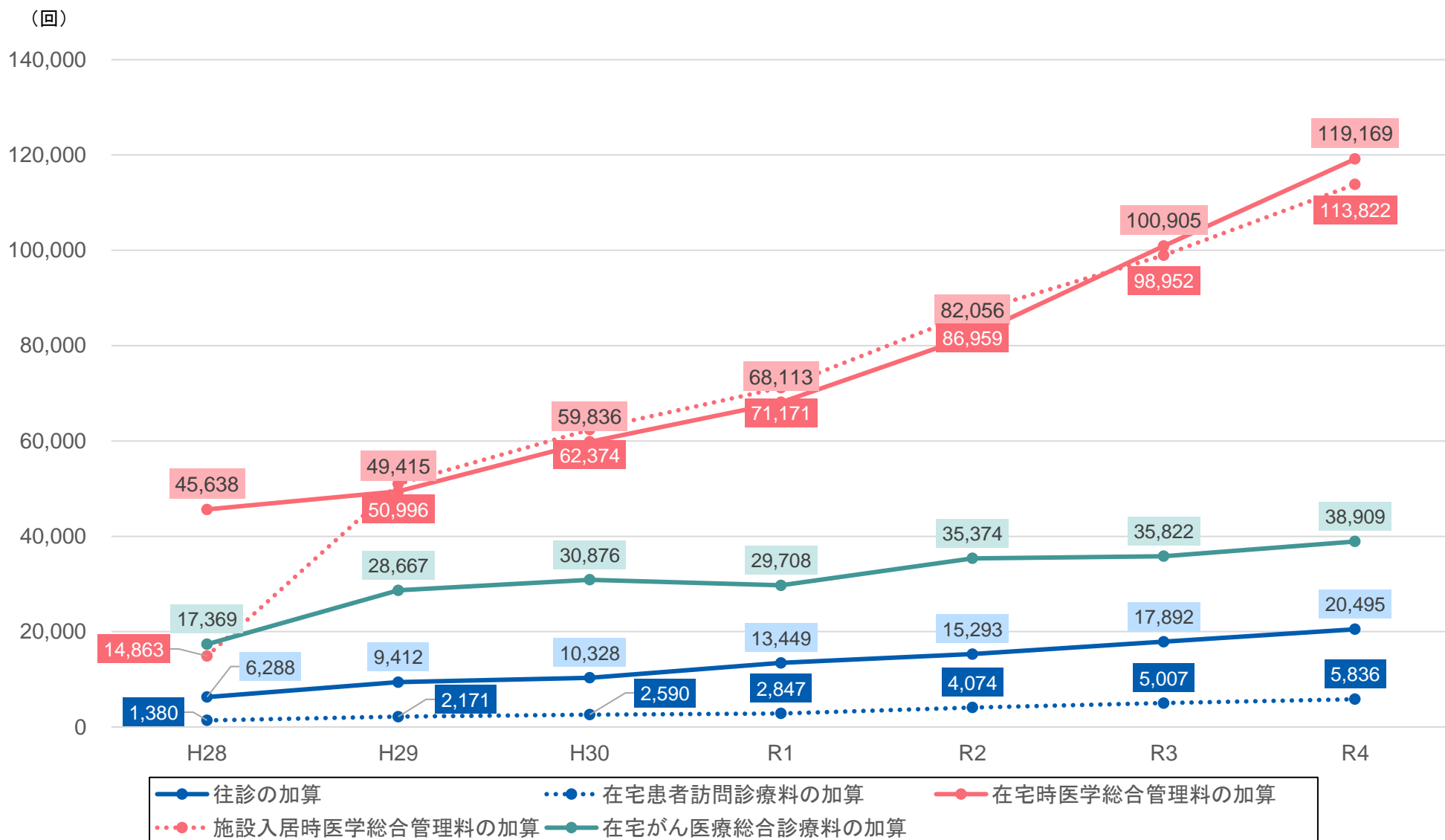
届出医療機関数の推移



出典: 保険局医療課調べ

# 在宅緩和ケア充実診療所加算の算定状況

○ 在宅緩和ケア充実診療所加算の算定状況は増加傾向。



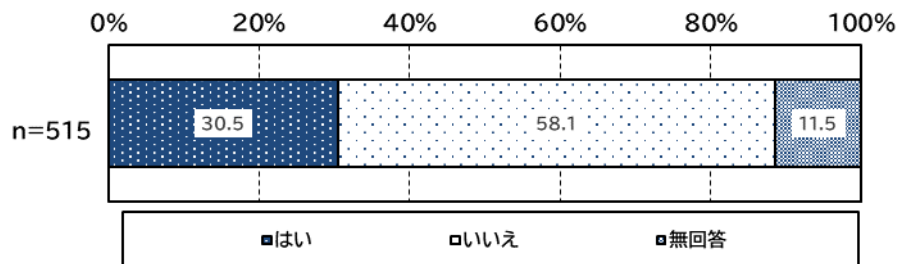


# 医療機関調査の結果⑬

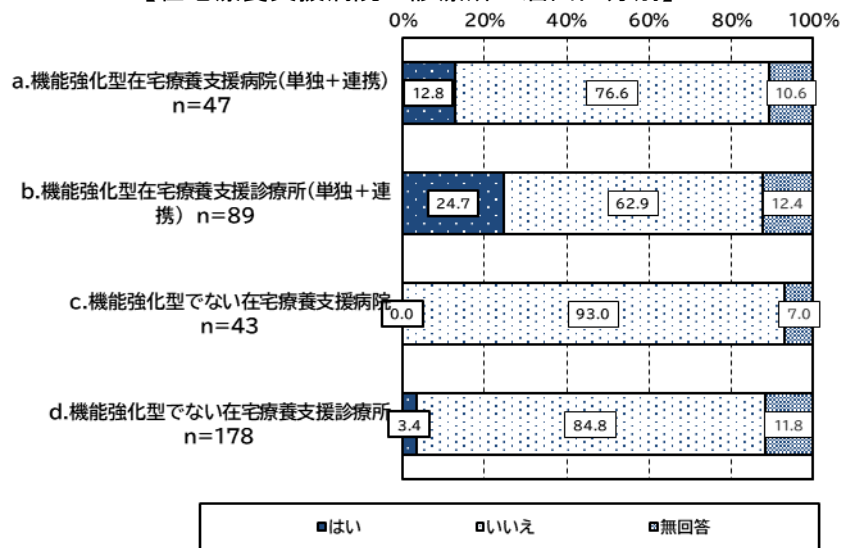
＜在宅がん医療総合診療料の届出等＞（報告書p218,222,224）

○ 在宅がん医療総合診療料を届け出ている医療機関は全体の30.5%であった。また、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算を届け出ている医療機関は機能強化型在宅療養支援病院で12.8%、機能強化型在宅療養支援診療所で24.7%であった。

図表 2-240 在宅がん医療総合診療料の届出

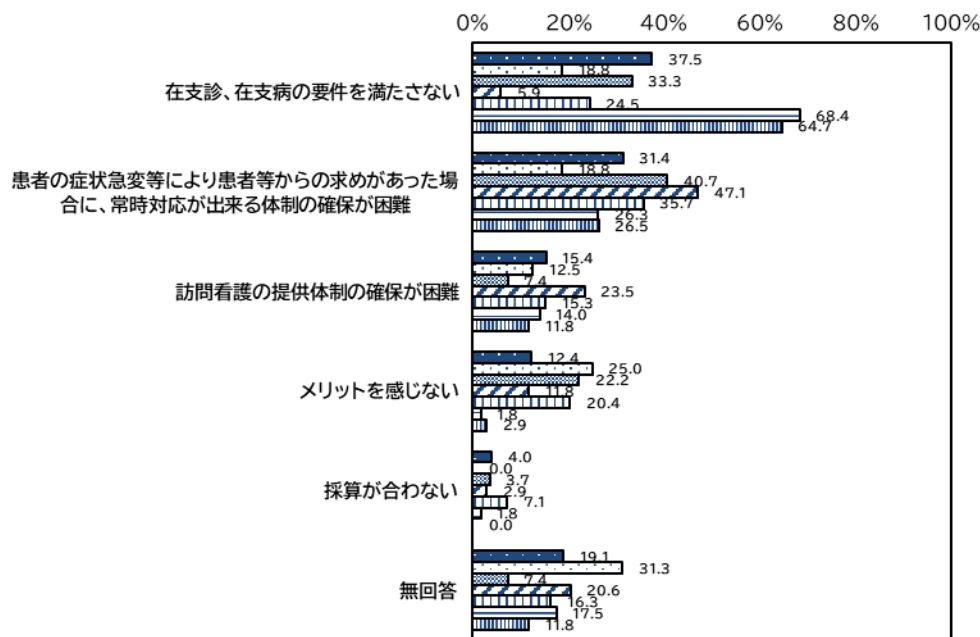


図表 2-248 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の届出  
【在宅療養支援病院・診療所の届出区分別】



図表 2-246 在宅がん医療総合診療料の届出を行っていない理由  
(複数回答)

【在宅療養支援病院・診療所の届出区分別】



- 全体 n=299
- a. 機能強化型在宅療養支援病院(単独+連携) n=16
- b. 機能強化型在宅療養支援診療所(単独+連携) n=27
- c. 機能強化型でない在宅療養支援病院 n=34
- d. 機能強化型でない在宅療養支援診療所 n=98
- e. 在宅療養支援病院でない病院 n=57
- f. 在宅療養支援診療所でない診療所 n=34

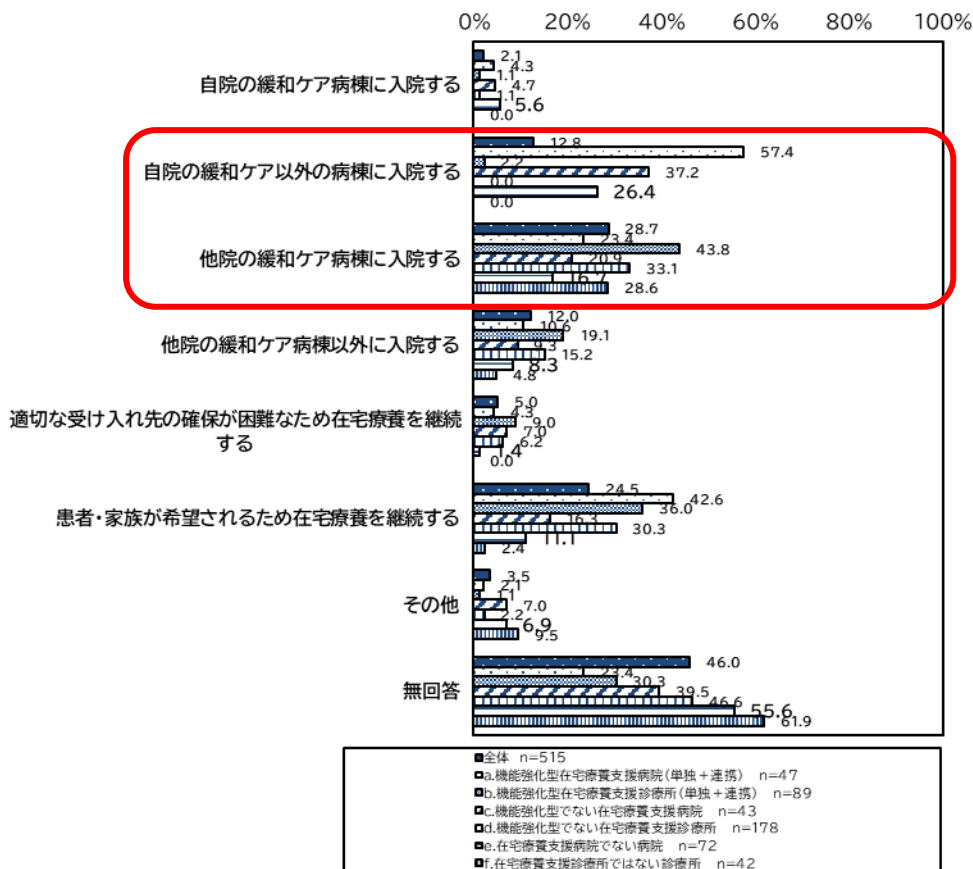
# 医療機関調査の結果

## <末期の悪性腫瘍の患者の受け入れ状況> (報告書p226,234)

○末期の悪性腫瘍の患者が疼痛コントロール不良時に入院する場所として、在宅療養支援病院では「自院の緩和ケア以外の病棟に入院する」が、在宅療養支援診療所では、他院の緩和ケア病棟に入院するが最も多かった。

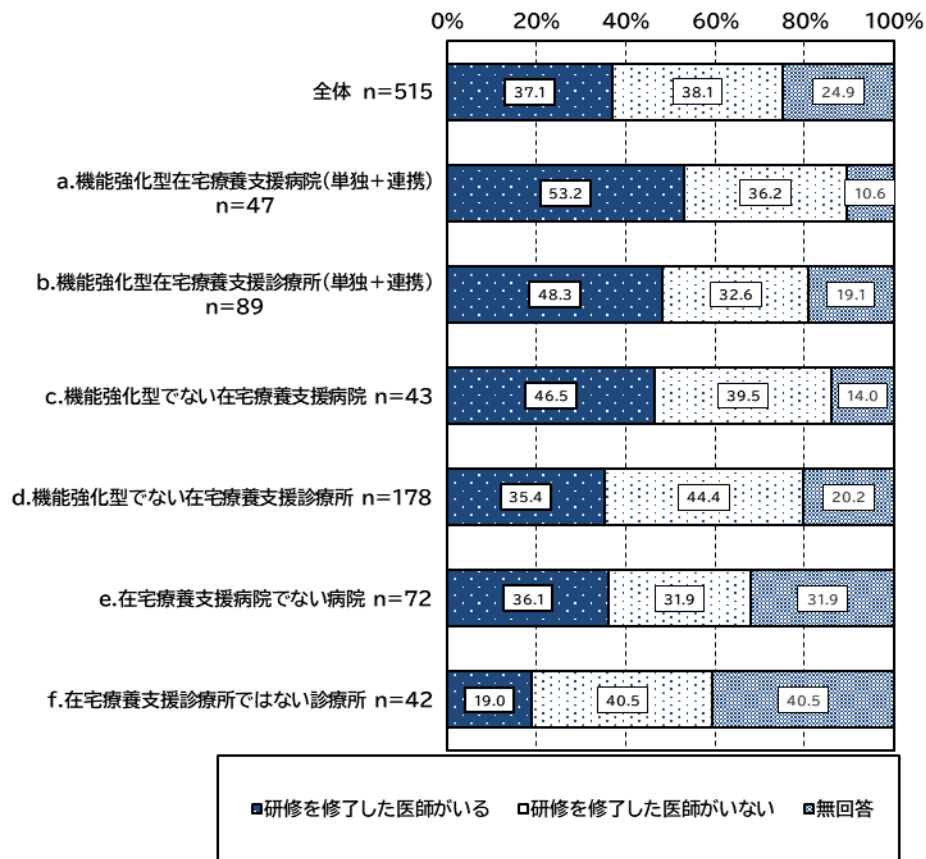
図表 2-259 在宅療養で鎮痛療法を行っている患者が疼痛コントロール不良になった場合の対応

【在宅療養支援病院・診療所の届出区分別】



図表 2-250 訪問診療に関する医療従事者について、緩和ケア研修の有無（医師）

【在宅療養支援病院・診療所の届出区分別】



# 質の高い在宅医療の確保

## 複数の医療機関による訪問診療の明確化

- 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)2について、主治医が他の保険医療機関と情報共有し、診療状況を把握した上で、診療の求めをした場合には、6月を超えても引き続き当該診療料を算定できるよう、要件を明確化する。

### 改定後

#### 【在宅患者訪問診療料(Ⅰ)2】

#### [算定要件]

(7)「2」は、当該患者の同意を得て、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**として算定できる。

ただし、当該他の保険医療機関の求めに応じ、既に訪問診療を行った患者と同一の患者について、**当該他の保険医療機関との間で情報共有し、主治医である保険医がその診療状況を把握した上で**、医学的に必要と判断し、以下に該当する診療の求めが新たにあった場合には、**6月を超えて算定できる**。

- ア その診療科の医師でなければ困難な診療
- イ 既に診療した傷病やその関連疾患とは明らかに異なる傷病に対する診療

- 現行、主治医の求めを受けて診療する他の医療機関について、当該診療料を6月を限度として算定することされているところ、アまたはイに該当する患者については、さらに6月(6月+6月=12月)算定できるとしている。
- 今回の改定により、アまたはイに該当する患者については、要件を満たせば、12月を超えても算定できることを明確化する。



他の医療機関に訪問診療を依頼した対象病名のうち、多いもの

- ・ 皮膚疾患(褥瘡等)
- ・ 歯科・口腔疾患
- ・ 循環器疾患(高血圧症、心不全など)
- ・ 脳血管疾患(脳梗塞、脳出血など)
- ・ 精神系疾患 等

※保険局医療課調べ

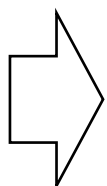
# 情報通信機器を用いた在宅管理に係る評価について①

## 情報通信機器を用いた在宅管理に係る評価の見直し

- 在宅時医学総合管理料について、訪問による対面診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせる実施した場合の評価を新設するとともに、オンライン在宅管理料を廃止する。
- 施設入居時等医学総合管理料について、訪問による対面診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせる実施した場合の評価を新設する。

### 現行

【オンライン在宅管理料】  
月1回以上の訪問診療を行っている場合に算定できる。



### 改定後

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も同様）に**情報通信機器を用いた場合の評価**を設定

（例：機能強化型在支診・在支病（病床あり）の場合）

※ 機能強化型在支診・在支病（病床なし）、在支診・在支病、その他についても同様。

	1人	2～9人	10人～
①月2回以上訪問（重症患者）	5,400点	4,500点	2,880点
②月2回以上訪問	4,500点	2,400点	1,200点
③（うち1回は情報通信機器を用いた診療）	<b>3,029点</b>	<b>1,685点</b>	<b>880点</b>
④月1回訪問	2,760点	1,500点	780点
⑤（うち2月目は情報通信機器を用いた診療）	<b>1,515点</b>	<b>843点</b>	<b>440点</b>

## 在宅療養移行加算等における要件の一覧

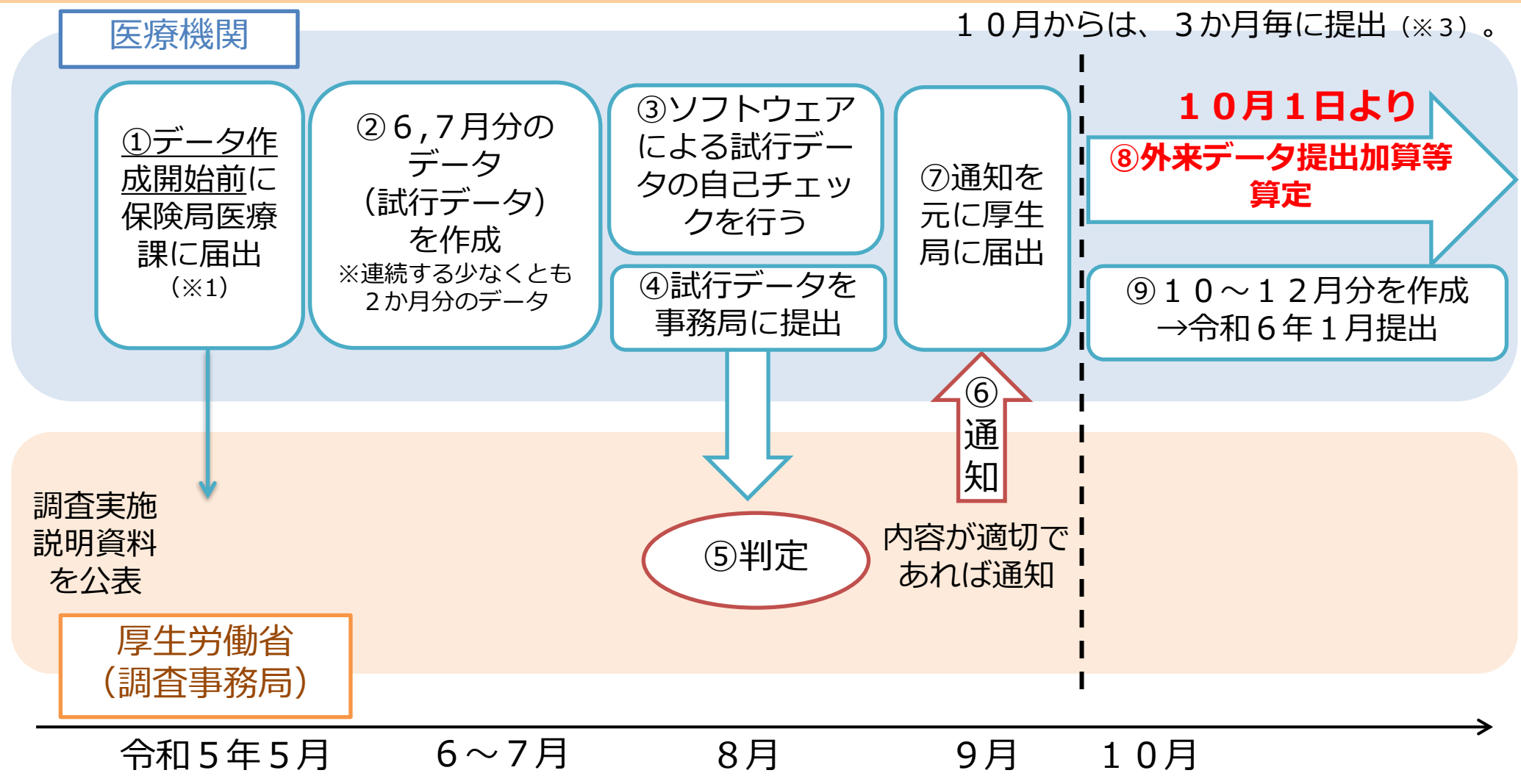
○：どちらでもよい ◎：必ず満たす必要がある ×：要件を満たさない -：施設基準上の要件ではない			24時間要件					
			往診を行う体制		訪問看護を行う体制		連絡を受ける体制	
			単独	連携	単独	連携	単独	連携
在宅療養支援診療所	機能強化型	単独型	◎	×	○		◎	×
		連携型	○ (<10)		○ (<10)		○ (<10)	
	その他	○		○		◎	×	
在宅療養支援病院	機能強化型	単独型	◎	×	○		◎	×
		連携型	○ (<10)		○ (<10)		○ (<10)	
	その他	◎	×	○		◎	×	
<b>(新) 在宅療養移行加算 1</b>			○※1		-		○※1	
<b>(新) 在宅療養移行加算 2</b>			※2		-		○※1	

※1：地域医師会等の協力を得て規定する体制を確保することでも差し支えない。（協力してもよい旨を明記しているのみであり、24時間の体制は在宅診療等と同様に満たす必要がある。）

※2：「24時間体制の往診を行う体制」は求めないが、市町村や地域医師会との協力により、**往診が必要な患者に対し、当該医療機関又は連携する他の医療機関が往診を提供する体制を有していること**を要件とする。

<10：連携医療機関数が10未満であること。

# 外来医療等のデータ提出を始める医療機関のスケジュール（イメージ）



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

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

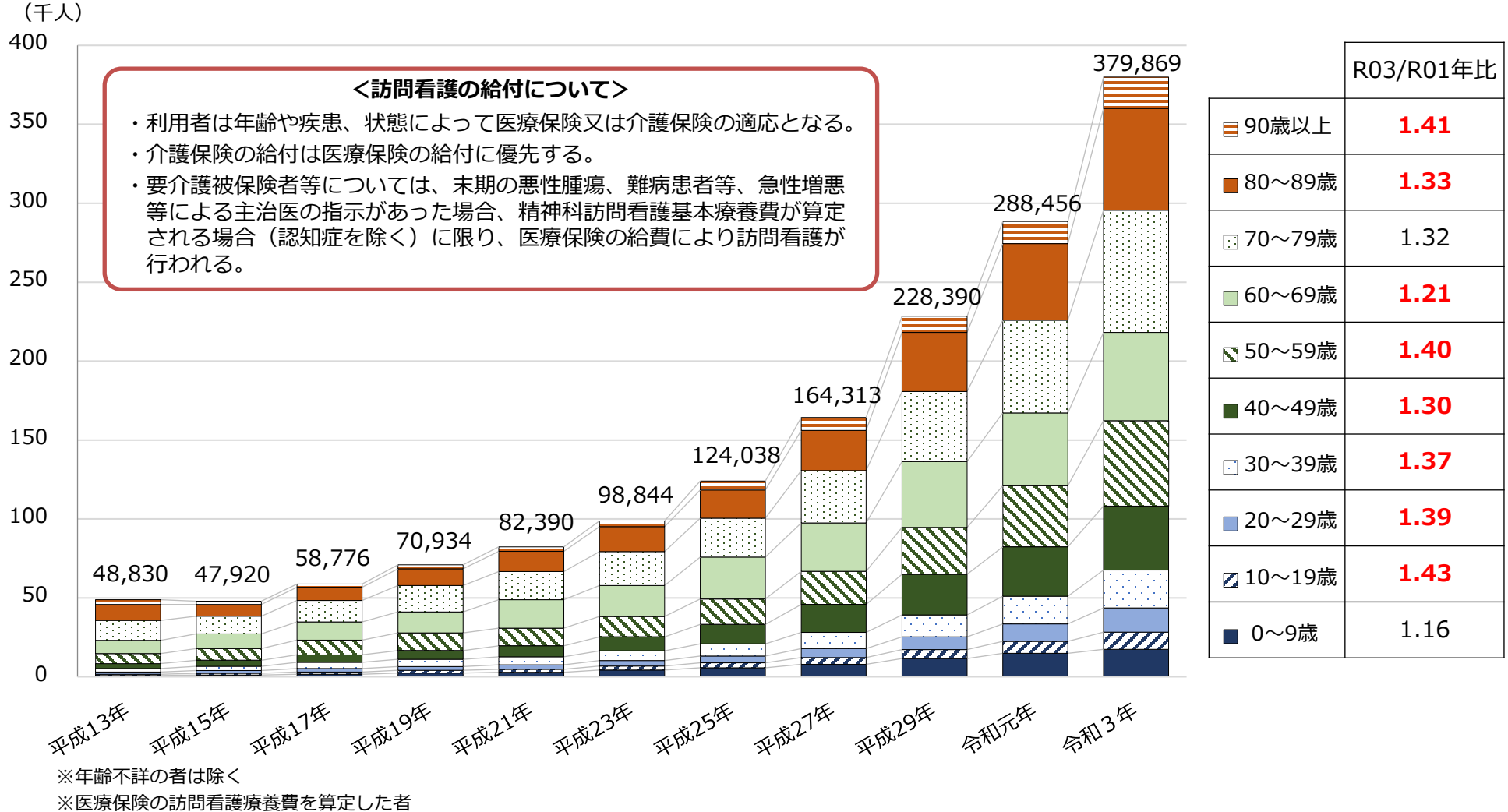
※3 提出データについては、より詳細な点検を厚生労働省（調査事務局）にて実施し、データの追加提出を求める場合がある。

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

# 訪問看護ステーションの利用者数の推移（年齢階級別）

- 訪問看護の利用者は高齢者が半数以上である。
- 特に70歳以上の高齢者と、乳幼児を含む30歳未満の若年層の利用者が増加している。

## ■ 年齢階級別利用者数の推移





# 機能強化型訪問看護ステーションの見直し

## 機能強化型訪問看護管理療養費の見直し

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

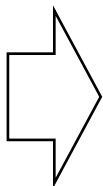
### 現行

#### 【機能強化型訪問看護管理療養費1及び2】

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

#### 【施設基準】

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



### 改定後

#### 【機能強化型訪問看護管理療養費1及び2】

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

#### 【施設基準】

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

#### 【経過措置】

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

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

### 改定後

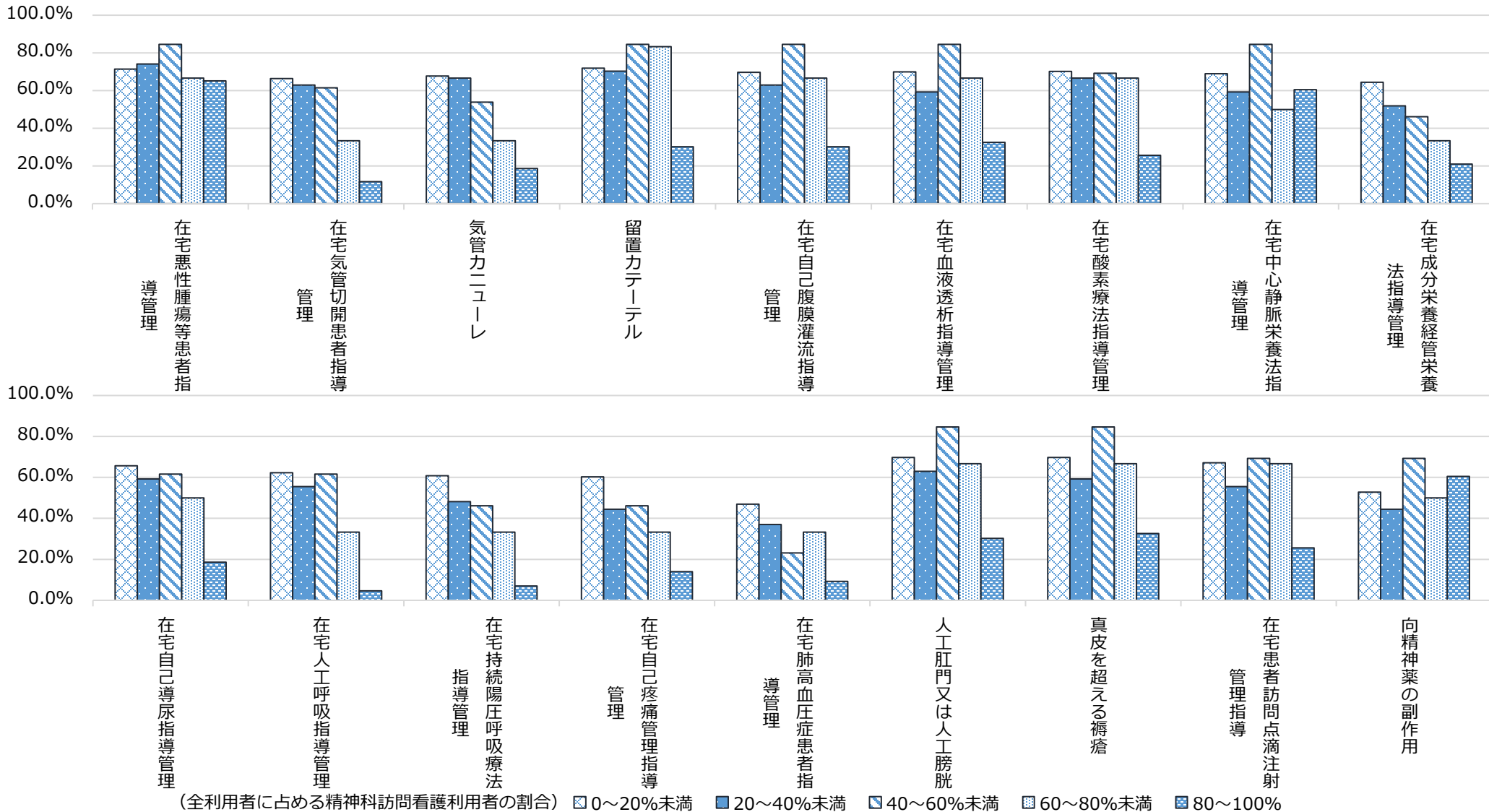
#### 【機能強化型訪問看護管理療養費】

#### 【施設基準】

- コ 専門の研修を受けた看護師が配置されていることが望ましい。

# 身体合併症を有する精神科訪問看護利用者への対応可否

○ 身体合併症を有する精神科訪問看護の利用者への対応については、全利用者に占める精神科訪問看護の利用者割合が高いほど、対応可能な状態が少ない傾向にある。



# 利用者が安心して24時間対応等を受けられる体制の整備

## 業務継続に向けた取組強化の推進

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

【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】

（業務継続計画の策定等）

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

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

## 複数の訪問看護ステーションによる24時間対応体制の見直し

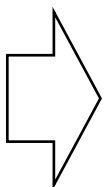
- 利用者が安心して24時間対応を受けられる体制の整備を促進する観点から、複数の訪問看護ステーションが連携することで24時間対応体制加算を算定できる場合の要件について、自治体や医療関係団体等が整備する地域の連携体制に参画している場合を追加する。

### 現行

【24時間対応体制加算  
（訪問看護管理療養費）】

【算定要件】

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



### 改定後

【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】

【算定要件】

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

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

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

# 複数名訪問看護加算の見直し

## 複数名訪問看護加算の見直し

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

### 現行

#### 【複数名訪問看護加算】

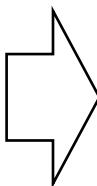
##### [算定要件]

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

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

##### [算定対象]

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



### 改定後

#### 【複数名訪問看護加算】

##### [算定要件]

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

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

※その他職員：看護師等又は看護補助者

##### [算定対象]

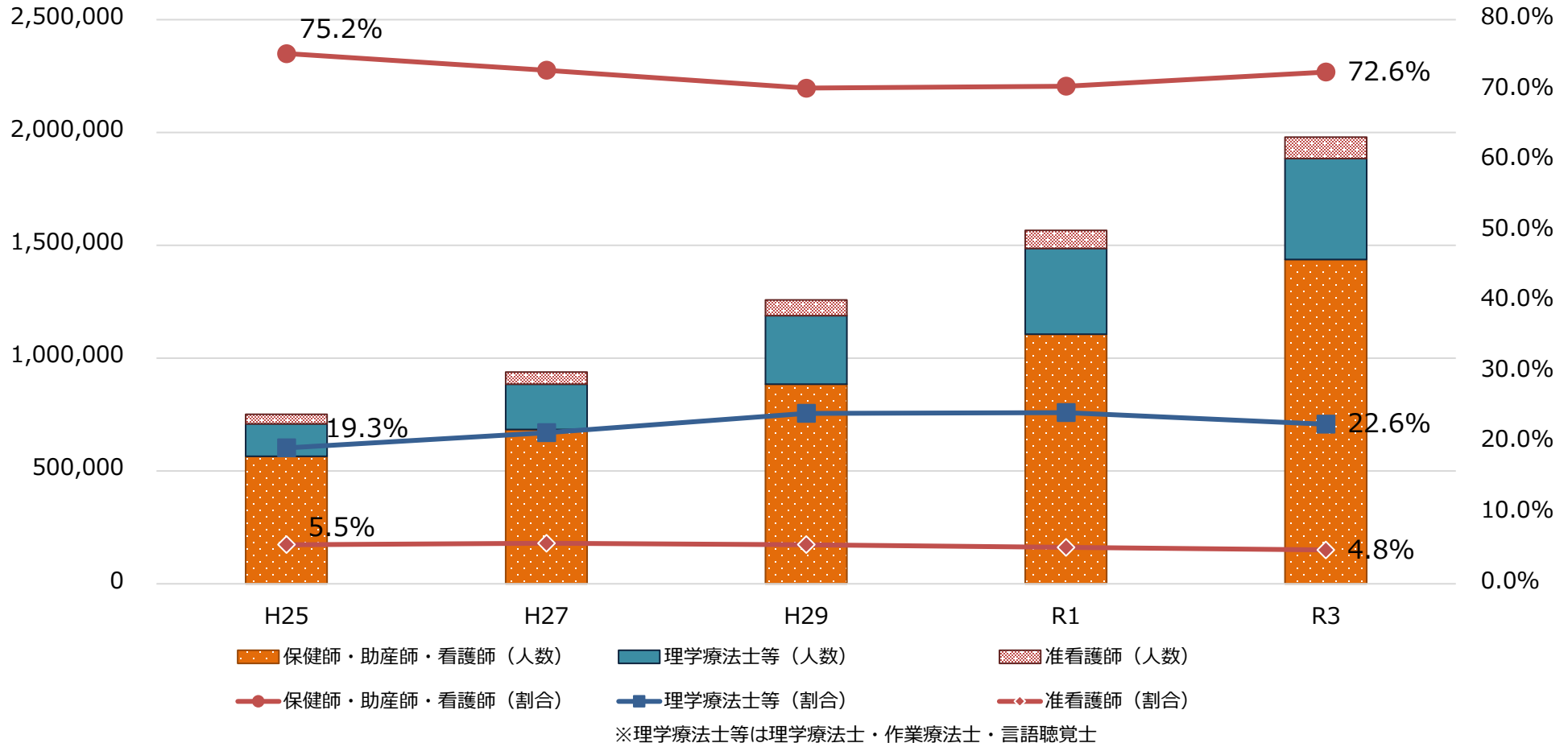
- イ 特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の者
- ロ 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者
- ハ 特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者
- ニ 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者
- ホ 利用者の身体的理由により一人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者（訪問看護基本療養費の注12のハに該当する場合に限る。）
- ヘ その他利用者の状況等から判断して、イからホまでのいずれかに準ずると認められる者（訪問看護基本療養費の注12のハに該当する場合に限る。）

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

# 訪問看護基本療養費の職種別の算定状況

- 訪問看護基本療養費の職種別の算定日数は各職種とも増加傾向にある。
- 職種別の算定割合は各職種とも横ばいである。

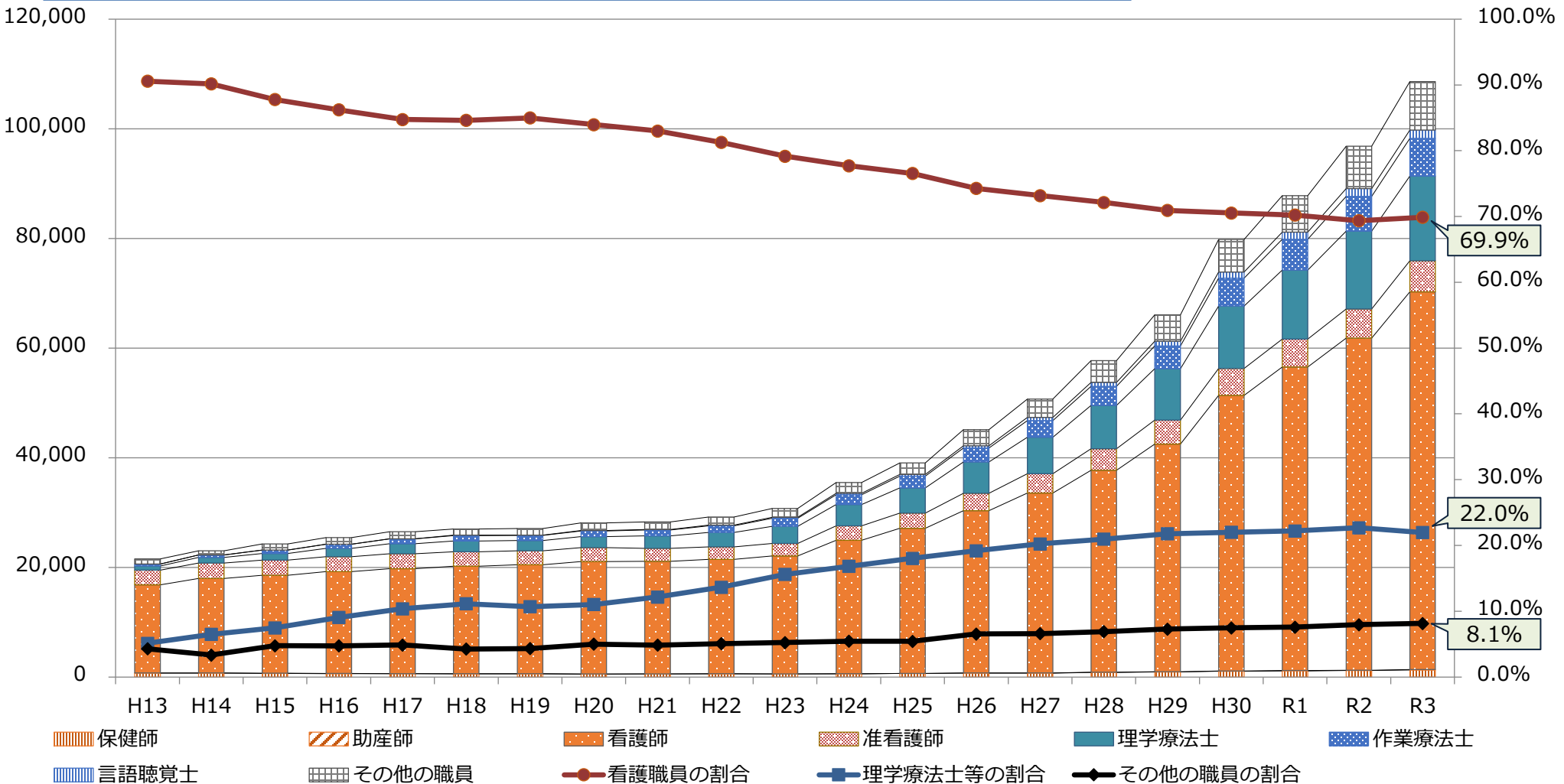
## ■ 訪問看護基本療養費の職種別の算定状況



# 訪問看護ステーションにおける職種別の従事者数の推移

○ 訪問看護ステーションの従事者数のうち、看護職員数は増加しているものの、従事者全体に占める割合は減少している。

■ 訪問看護ステーションにおける職種別の従事者数の推移（常勤換算）



# 訪問看護指示書の記載欄の見直し

## 訪問看護指示書の記載欄の見直し

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

(別紙様式 16)

**訪問看護指示書**  
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

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

患者氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ ( 歳 )

患者住所 \_\_\_\_\_ 電話 ( ) - \_\_\_\_\_

主たる傷病名 (1) \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_ (3) \_\_\_\_\_

病状・治療態 \_\_\_\_\_

投与中の薬剤の用量・用法

1.	2.
3.	4.
5.	6.

現在の状況

日常生活自立度	寝たきり度	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2
認知症の状況		I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	

要介護認定の状況

要支援 ( 1 2 ) 要介護 ( 1 2 3 4 5 )

褥瘡の深さ

DESIGN分類	D 3	D 4	D 5	NPUAP分類	Ⅲ度	Ⅳ度
----------	-----	-----	-----	---------	----	----

装着・使用医療機器等

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

留意事項及び指示事項

I 療養生活指導上の留意事項

II 1. リハビリテーション

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問看護の一環として行うものについて  
1日あたり20・40・60・( )分を週( )回(注:介護保険の訪問看護を行う場合に記載)

2. 褥瘡の処置等

3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理

4. その他

在宅患者訪問点滴注射に関する指示(投与薬剤・投与量・投与方法等)

緊急時の連絡先

不在時の対応

特記すべき留意事項(注:薬の相互作用・副作用についての留意点、薬剤アレルギーの既往、定期巡回・随時対応型訪問看護看護及び複合型サービス開始の留意事項等があれば記載して下さい。)

他の訪問看護ステーションへの指示

( 無 有 : 指定訪問看護ステーション名 \_\_\_\_\_ )

たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示

( 無 有 : 訪問介護事業所名 \_\_\_\_\_ )

上記のとおり、指示いたします。

年 月 日

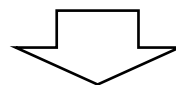
医療機関名 \_\_\_\_\_ 印  
住 所 \_\_\_\_\_  
電 話 \_\_\_\_\_  
( FAX ) \_\_\_\_\_  
医師氏名 \_\_\_\_\_

事業所 \_\_\_\_\_ 殿

訪問看護指示書 (抜粋)  
在宅患者訪問点滴注射指示書

現行

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



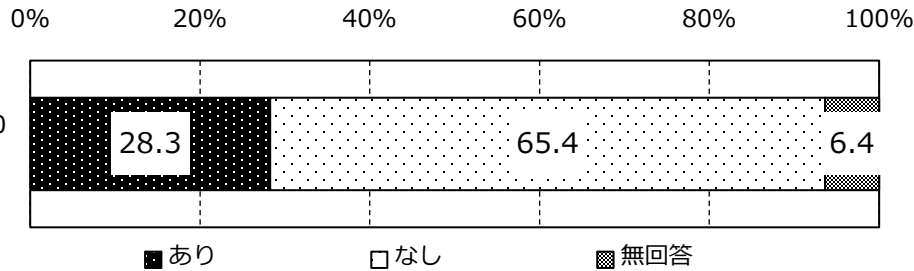
改定後

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

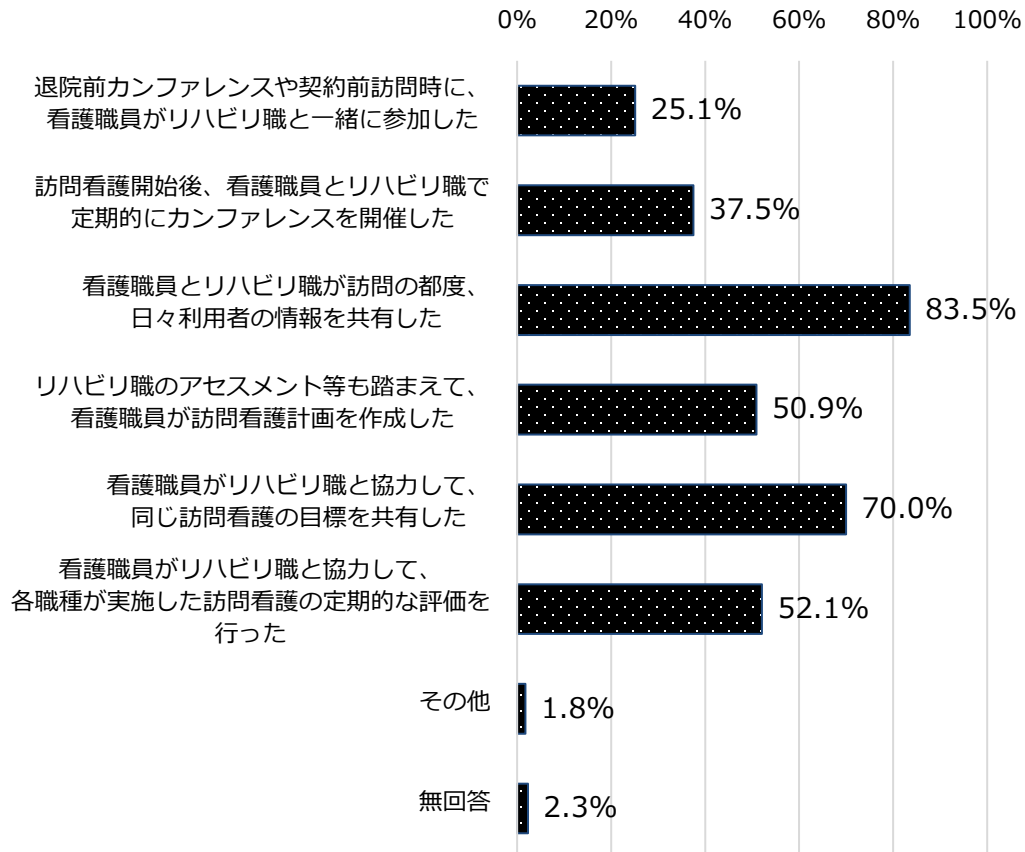
# 理学療法士等が行う訪問看護の指示の有無と内容等

- 訪問看護指示書におけるリハビリ職が行う訪問看護の指示の有無は「あり」が28.3%であり、職種は理学療法士が48.2%で最も多かった。また、記載事項(指示内容)は、1日あたり平均48.9分、週平均1.6回であった。
- 看護職員とリハビリ職の具体的な連携方策は、「訪問の都度、日々利用者の情報を共有した」が83.5%と最も多く、次いで「同じ目標を共有」が70.0%であった。

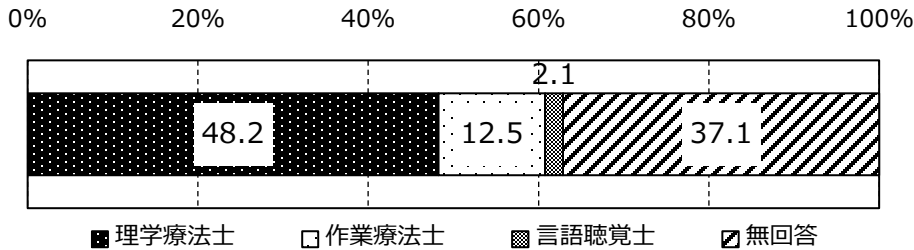
訪問看護指示書におけるリハビリ職が行う指示の有無



リハビリ職と看護職員の具体的な連携方策として行ったこと (複数回答)



訪問看護指示書の記載事項(職種) (令和4年10月)



訪問看護指示書の記載事項(指示内容) (令和4年10月)  
[1日あたり( )分を週( )回]

	回答者数	平均値	標準偏差	中央値
1日あたり(分)	800	48.6	11.4	40
週(回)	800	1.6	1.0	1



# 専門性の高い看護師による訪問看護の評価の推進

## 専門性の高い看護師による同行訪問の見直し

- 褥瘡ケアに係る専門の研修に特定行為研修を追加する。

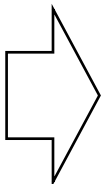
### 現行

【訪問看護基本療養費(Ⅰ)・(Ⅱ)】

[施設基準]

褥瘡ケアに係る専門の研修

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



### 改定後

【訪問看護基本療養費(Ⅰ)・(Ⅱ)】

[施設基準]

褥瘡ケアに係る専門の研修

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

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

## 専門性の高い看護師による訪問看護における専門的な管理の評価の新設

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

**(新) 専門管理加算 2,500円(1月に1回)**

### [算定要件]

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの緩和ケア、褥瘡ケア若しくは人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師又は特定行為研修を修了した看護師が、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合には、所定額に加算する。

### [算定対象]

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

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

※在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料についても同様

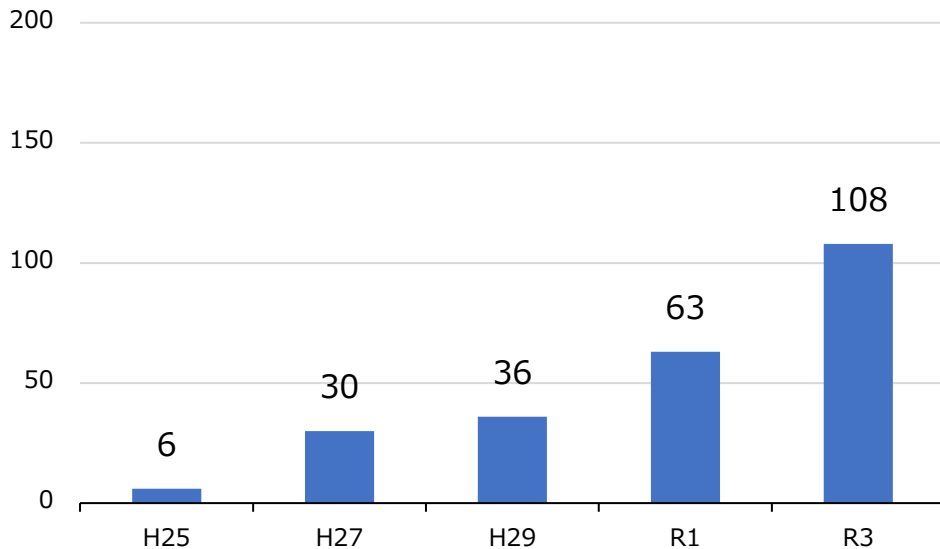
# 専門の研修を受けた看護師による同行訪問

○ 専門の研修を受けた看護師による同行訪問は、訪問看護ステーションからの算定件数は増加傾向だが、医療機関からの算定件数は横ばいである。

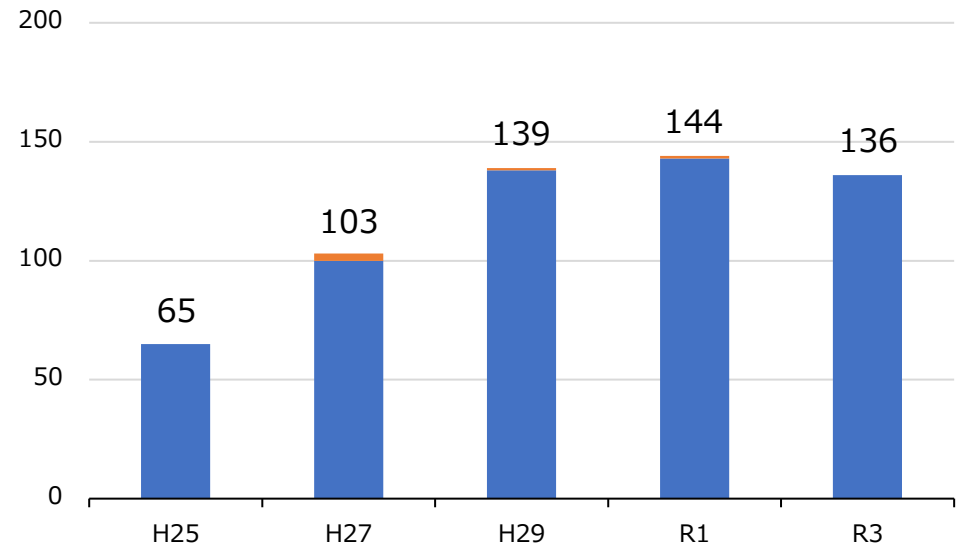
## ■ 専門性の高い看護師による訪問看護の評価

基本療養費／加算名	費用	算定対象	要件等
訪問看護 基本療養費 (Ⅰ)・(Ⅱ) など	12,850円 (1月に1回)	<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>	悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、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、他の訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師又は当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師若しくは准看護師と共同して同一日に指定訪問看護を行った場合に算定。

### ■ 訪問看護ステーションにおける専門の研修を受けた看護師の同行訪問の算定件数



### ■ 医療機関における専門の研修を受けた看護師の同行訪問の算定件数



■ 同一建物居住者訪問看護・指導料（1日につき） 悪性腫瘍の患者に対する緩和、褥瘡ケア又は人工肛門、人工膀胱ケア専門看護師  
■ 在宅患者訪問看護・指導料（1日につき） 悪性腫瘍の患者に対する緩和、褥瘡ケア又は人工肛門、人工膀胱ケア専門看護師

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）（左図）、社会医療診療行為別統計（調査）（各年6月審査分）（右図）

## 訪問看護における特定行為の手順書の交付に係る評価の新設

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

### **(新) 手順書加算 150点(6月に1回)**

#### [算定要件]

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

※訪問看護において専門の管理を必要とするもの

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

# 医療的ニーズの高い利用者の退院支援の見直し

## 退院支援指導加算の見直し

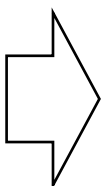
- 退院日の利用者の状態及び訪問看護の提供状況に応じた評価を行う観点から、退院日に看護師等が長時間の退院支援指導を行った場合の評価を新設する。

### 現行

#### 【退院支援指導加算（訪問看護管理療養費）】

##### [算定要件]

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



### 改定後

#### 【退院支援指導加算（訪問看護管理療養費）】

##### [算定要件]

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

**（区分番号01の注10に規定する別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、長時間にわたる療養上必要な指導を行ったときには、8,400円）**を加算する。

### （参考）別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者

長時間の訪問看護を要する利用者であって、次のいずれかに該当するもの

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

# 訪問看護に係る関係機関との連携強化

## 自治体等への情報提供の見直し

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

### 現行

#### 【訪問看護情報提供療養費1】

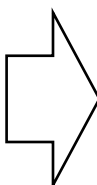
#### [算定要件]

- ・市町村
- ・都道府県

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

#### [算定対象]

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



### 改定後

#### 【訪問看護情報提供療養費1】

#### [算定要件]

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

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

#### [算定対象]

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

## 学校等への情報提供の見直し

- 訪問看護情報提供療養費2について、情報提供先に高等学校等を追加する。

### 現行

#### 【訪問看護情報提供療養費2】

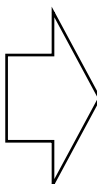
#### [算定要件]

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

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

#### [算定対象]

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



### 改定後

#### 【訪問看護情報提供療養費2】

#### [算定要件]

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

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

#### [算定対象]

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

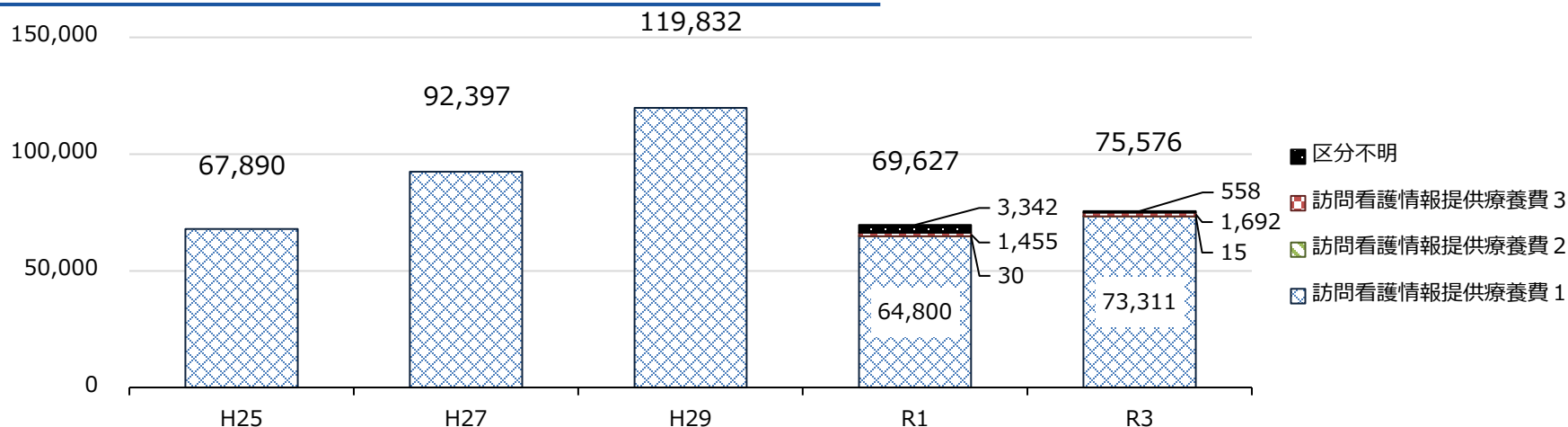
(※) 保育所、認定こども園、家庭的保育事業を行う者、小規模保育事業を行う者、事業所内保育事業を行う者

# 訪問看護情報提供療養費の算定要件及び算定状況

	訪問看護情報提供療養費 1	訪問看護情報提供療養費 2	訪問看護情報提供療養費 3
金額	1,500円	1,500円	1,500円
情報提供先	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市町村</li> <li>・都道府県</li> <li>・指定特定相談支援事業者</li> <li>・指定障害児相談支援事業者</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保育所等 ・幼稚園</li> <li>・小学校 ・中学校 ・高等学校</li> <li>・義務教育学校 ・中等教育学校（前期課程、後期課程）</li> <li>・特別支援学校（幼稚部、小学部、中学部、高等部）</li> <li>・高等専門学校 ・専修学校</li> </ul> ※ 看護職員が勤務している学校が対象	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保険医療機関</li> <li>・介護老人保健施設</li> <li>・介護医療院</li> </ul>
算定対象者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・別表第 7 該当者 ・別表第 8 該当者</li> <li>・精神障害を有する者又はその家族等</li> <li>・18歳未満の児童</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・18歳未満の超重症児、準超重症児</li> <li>・18歳未満の別表第 7 該当者</li> <li>・18歳未満の別表第 8 該当者</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保険医療機関等に入院・入所する利用者</li> </ul>
主な算定要件	利用者の同意を得て、市町村等又は指定特定相談支援事業者等からの求めに応じて、指定訪問看護の状況を示す文書を添えて、当該市町村等が利用者に対して、健康教育、健康相談、機能訓練、訪問指導等の保健サービス又はホームヘルプサービス等の福祉サービスを有効に提供するために必要な情報を提供	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者及び家族の同意を得て、学校等の求めに応じて、医療的ケアの実施方法等の指定訪問看護の状況を示す文書を添えて必要な情報を提供</li> <li>・各年度 1回に限り算定</li> <li>・入園若しくは入学又は転園若しくは転学時等の当該学校等に初めて在籍する月については別に算定できる</li> <li>・医療的ケアの実施方法等を変更した月については別に算定できる</li> </ul>	利用者の同意を得て、利用者の診療を行っている保険医療機関が入院・入所する保険医療機関等に対して診療状況を示す文書を添えて紹介を行うに当たり、指定訪問看護に係る情報を主治医に提供
算定状況※ 機能強化型/ 機能強化型以外 (R4年10月分)	算定した事業所：31.1%/14.1% ・平均人数：19.6人/17.6人 ・中央値：13人/7人 ・最大人数：229人/235人	算定した事業所：0.6%/0.4% ・平均人数：4.8人/2.7人 ・中央値：2人/3人 ・最大人数：13人/4人	算定した事業所：8.4%/2.8% ・平均人数：2.2人/6.7人 ・中央値：1人/2人 ・最大人数：10人/77人

※調査に回答した訪問看護ステーションに占める各情報提供療養費を算定した利用者がある訪問看護ステーションの割合、算定した利用者があるステーションにおける算定利用者数の平均人数、中央値、最大人数

## ■ 訪問看護情報提供療養費の算定状況（推計）



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（表中）、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）（下図）

# 訪問看護レセプトの現状と電子化の背景・目的

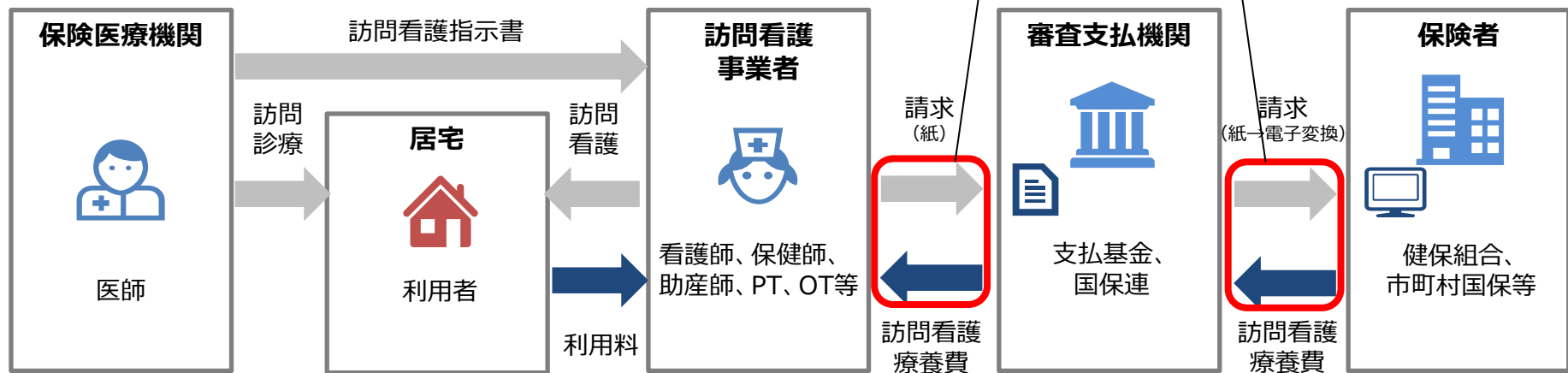
## 訪問看護レセプトの現状

- ① 過去約20年間で、訪問看護ステーション事業所数は約3倍、訪問看護療養費のレセプト総件数は約7倍にまで増加<sup>\*1</sup>しており、高齢化の進展に伴い今後更なる増加が見込まれる。（詳細は次頁参照）
- ② 介護保険における訪問看護療養費請求は電子化されている一方、医療保険における訪問看護療養費請求は紙運用<sup>\*2</sup>で行われている。

## 訪問看護レセプトの電子化の目的

- ① 全国の訪問看護ステーションにおけるレセプト請求事務や、審査支払機関・保険者等におけるレセプト処理事務の効率化。
- ② より質の高い医療・看護の実現に向けた、レセプト情報の利活用（介護保険分野と合わせた訪問看護全体のデータ分析、地域医療や在宅医療の実態把握等）の推進。

## 訪問看護の流れとレセプト電子化範囲



\*1：訪問看護ステーション事業所数（平成12年4月時点：4,049事業所、令和2年4月時点：11,612事業所）、訪問看護レセプト数総件数（平成12年度：535,110件、令和元年度：3,609,465件）【出典：厚生労働省「医療費の動向調査」（年度版）最近の医療費の動向[概算医療費データベース] 制度別医療機関種別 医療費：<https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken03/03.html>】

\*2：「訪問看護療養費及び公的負担医療に関する費用の請求に関する省令」に基づき、厚生労働大臣の定める方式（紙）を指す。

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



# 在宅歯科医療に関する近年の主な変遷

改定年	概 要
H26	<ul style="list-style-type: none"> <li>○「在宅かかりつけ歯科診療所加算」新設（100点） → 歯科訪問診療の実績が月平均5人以上、そのうち8割以上が歯科訪問診療1を算定している歯科診療所の歯科訪問診療1の加算</li> <li>○ 歯科訪問診療2の見直し及び歯科訪問診療3の新設等 → 「2」: 同一建物居住者で2人以上9人未満の患者に対し20分以上診療を実施した場合 「3」: 20分未満の歯科訪問診療を実施した場合又は同一建物居住者で10人以上の患者に対し歯科訪問診療を実施した場合</li> <li>○ 「歯科訪問診療料」の消費税対応（「1」: 850点→866点、「2」: 380点→283点、「3」: 143点（新設））</li> </ul>
H28	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 「在宅かかりつけ歯科診療所加算」を「在宅歯科医療推進加算」に改称、施設基準の算定回数要件を緩和</li> <li>○ 「歯科訪問診療1」における20分要件を見直し → 「著しく歯科診療が困難な者」又は要介護3以上に準じる状態等で、20分以上の診療が困難である場合に限り条件を緩和</li> <li>○ 「在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料」の新設</li> </ul>
H30	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 「歯科訪問診療料」の見直し <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「1」: 886点→1,036点、「2」: 283点→338点、「3」: 120点→175点</li> <li>・ 20分未満について見直し（人数に関わらず）歯科訪問診療3（175点） → （人数に応じ）歯科訪問診療1～3の100分の70の点数</li> <li>・ 在宅患者等急性歯科疾患対応加算の廃止</li> </ul> </li> <li>○ 「在宅療養支援歯科診療所」の施設基準を、機能に応じ「在宅療養支援歯科診療所1」と「在宅療養支援歯科診療所2」に見直し</li> <li>○ 「在宅等療養患者専門的口腔衛生処置」の新設（120点）</li> <li>○ 「小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料」の新設（450点）</li> </ul>
R1	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 「歯科訪問診療の消費税対応（10月）（「1」: 1,036点→1,100点、「2」: 338点→361点、「3」: 175点→185点）</li> </ul>
R2	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 「歯科疾患在宅療養管理料」を見直し 「3 在宅療養支援歯科診療所1及び2以外の場合」 190点→200点</li> </ul>
R4	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 「歯科訪問診療料」のうち、診療時間が20分未満の評価の見直し（「1」: 770点→880点、「3」: 130点→111点）</li> <li>○ 「在宅療養支援歯科診療所」の施設基準を見直し <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 歯科訪問診療の実績要件（過去1年間の歯科訪問診療料1及び歯科訪問診療料2の算定回数）について、 在宅療養支援歯科診療所1: 15回以上 → 18回以上    在宅療養支援歯科診療所2: 10回以上 → 4回以上</li> <li>・ 依頼による歯科訪問診療料の算定実績要件の依頼元に、保険薬局を追加</li> </ul> </li> <li>○ 「歯科疾患在宅療養管理料」を見直し 「1 在宅療養支援歯科診療所1の場合」320点→340点、「2 在宅療養支援歯科診療所2の場合」250点→230点</li> </ul>

# 在宅療養支援歯科診療所に関する主な変遷

- 在宅等における療養を歯科医療面から支援する在宅療養支援歯科診療所は、平成20年診療報酬改定において新設された。
- 平成30年診療報酬改定において、連携を推進する観点から機能に応じ在宅療養支援歯科診療所1と在宅療養支援歯科診療所2に見直した。令和4年診療報酬改定においては、施設基準の一部要件を見直した。

改定年	概要
H20	○ 「在宅療養支援歯科診療所」を新設
H28	(参考) 「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」新設、施設基準において過去1年間の歯科訪問診療1又は2の算定実績を要件に位置づけ。
H30	○ 在宅療養支援歯科診療所の役割を明確化するとともに機能に応じた評価となるよう見直し。従来より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。
R4	○ 「在宅療養支援歯科診療所」の施設基準を見直し <ul style="list-style-type: none"> <li>・歯科訪問診療の実績要件の見直し            (在宅療養支援歯科診療所1:15回以上 → 18回以上      在宅療養支援歯科診療所2:10回以上 → 4回以上)</li> <li>・依頼による歯科訪問診療料の算定実績要件の依頼元に、保険薬局を追加</li> </ul>

# 訪問歯科衛生指導料に関する主な変遷

改定年	概 要
H6	○ 「訪問歯科衛生指導料 250点」新設 患者の口腔内での清掃または有床義歯の清掃に係る実地指導を行った場合に月4回を限度として算定
H10	○ 「訪問歯科衛生指導料の評価見直し(細分化)」 1 訪問歯科衛生指導料(Ⅰ) 500点 2 訪問歯科衛生指導料(Ⅱ) 250点 訪問先が社会福祉施設等である場合には2により算定(社会福祉施設等でも1人の患者に対して行った場合は1により算定)
H12	○ 「訪問歯科衛生指導料の評価見直し」 1 複雑なもの 500点 2 簡単なもの 80点 複雑なものは患者と1体1で20分以上行った場合に算定 簡単なものは ・1人の患者に対して1対1で20分に満たないもの ・10人以下を標準とし、1回の指導時間は40分を超えるもの
H14	○ 「訪問歯科衛生指導料の評価見直し」 1 複雑なもの 500点 → 1 複雑なもの イ 1回目 550点 ロ 2回目以降 300点 2 簡単なもの 80点 → 2 簡単なもの 80点
H16	○ 「訪問歯科衛生指導料の評価見直し」 1 複雑なもの → 1 複雑なもの 350点 イ 1回目 550点 ロ 2回目以降 300点 2 簡単なもの 80点 → 2 簡単なもの 100点
H22	○ 歯科衛生士による訪問歯科衛生指導の評価の引き上げ 1 複雑なもの 350点 → 360点 2 簡単なもの 100点 → 120点
H30	○ 1人の患者に1対1で20分以上の指導を行った場合の評価とし、単一建物診療患者(訪問歯科衛生指導を行った患者)の人数に応じた区分を新設。 1 単一建物診療患者が1人の場合 360点 2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 328点 3 1及び2以外の場合 300点 ○ 指導内容に口腔機能に関連する療養上必要な指導を追加

# 質の高い在宅歯科医療の提供の推進

## 20分未満の歯科訪問診療の評価の見直し

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

### 現行

【歯科訪問診療料（1日につき）】

【算定要件】

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

### 改定後

【歯科訪問診療料（1日につき）】

【算定要件】

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



R4改定後		同一の建物に居住する患者数		
		1人 歯科訪問診療1	2人以上9人以下 歯科訪問診療2	10人以上 歯科訪問診療3
患者1人につき 診療に要した 時間	20分 以上	【1,100点】	【361点】	【185点】
	20分 未満	【880点】 <u>100分の80相当</u>	【253点】 100分の70相当	【111点】 <u>100分の60相当</u>

# 在宅医療における医科歯科連携の推進

## 在宅療養支援歯科診療所 1 及び 2 の見直し

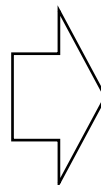
- 在宅療養支援歯科診療所 1 及び 2 の施設基準について、歯科訪問診療の実績要件を見直す。

### 現行

#### 【在宅療養支援歯科診療所】

##### [施設基準]

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



### 改定後

#### 【在宅療養支援歯科診療所】

##### [施設基準]

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

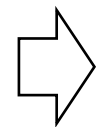
[経過措置] 令和4年3月31日において、現に在宅療養支援歯科診療所 1 の届出を行っている保険医療機関については、令和5年3月31日までの間に限り、1の(1)のアの基準を満たしているものとみなす。

- 在宅療養支援歯科診療所 1 及び 2 に関連する項目の評価を見直す。

### 現行

#### 【歯科疾患在宅療養管理料】

- |   |                   |      |
|---|-------------------|------|
| 1 | 在宅療養支援歯科診療所 1 の場合 | 320点 |
| 2 | 在宅療養支援歯科診療所 2 の場合 | 250点 |



### 改定後

#### 【歯科疾患在宅療養管理料】

- |   |                   |      |
|---|-------------------|------|
| 1 | 在宅療養支援歯科診療所 1 の場合 | 340点 |
| 2 | 在宅療養支援歯科診療所 2 の場合 | 230点 |

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

## 質の高い在宅歯科医療の提供の推進

### 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の見直し

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

#### 現行

【在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】

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

[算定要件]

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

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

#### 改定後

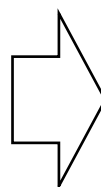
【在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】

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

[算定要件]

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

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



## 質の高い在宅歯科医療の提供の推進

### 小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の見直し

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

#### 現行

【小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】 450点

[算定要件]

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

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

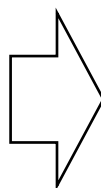
#### 改定後

【小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】 600点

[算定要件]

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

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



# 在宅医療における医科歯科連携の推進

## 歯科医療機関連携加算1の対象医療機関及び患者の拡充

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

### 現行

【歯科医療機関連携加算1（医科点数表 診療情報提供料（I））】

【算定要件】

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

ア （略）

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

### 改定後

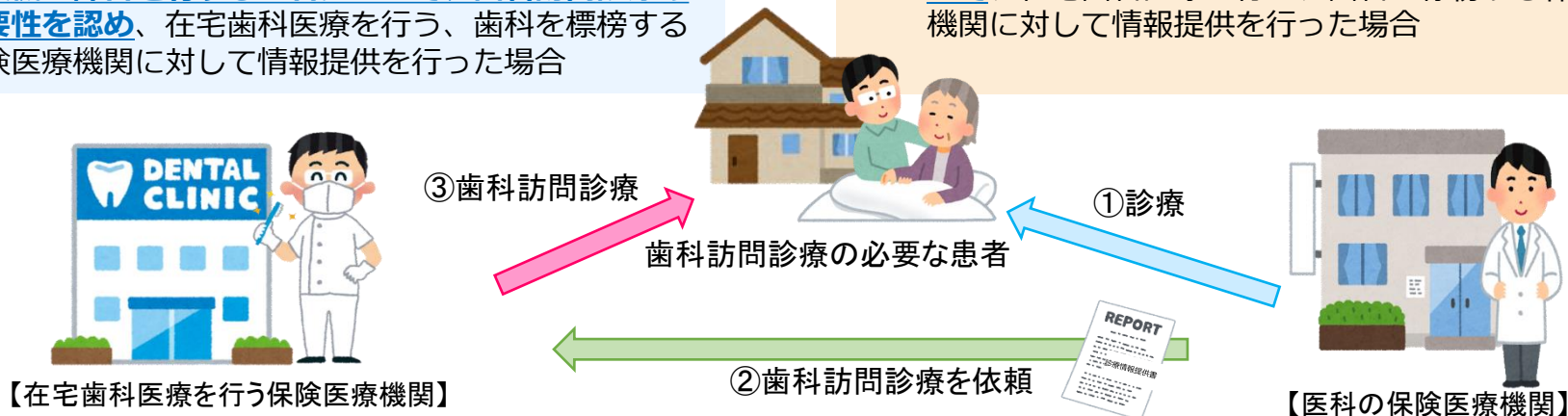
【歯科医療機関連携加算1（医科点数表 診療情報提供料（I））】

【算定要件】

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

ア （略）

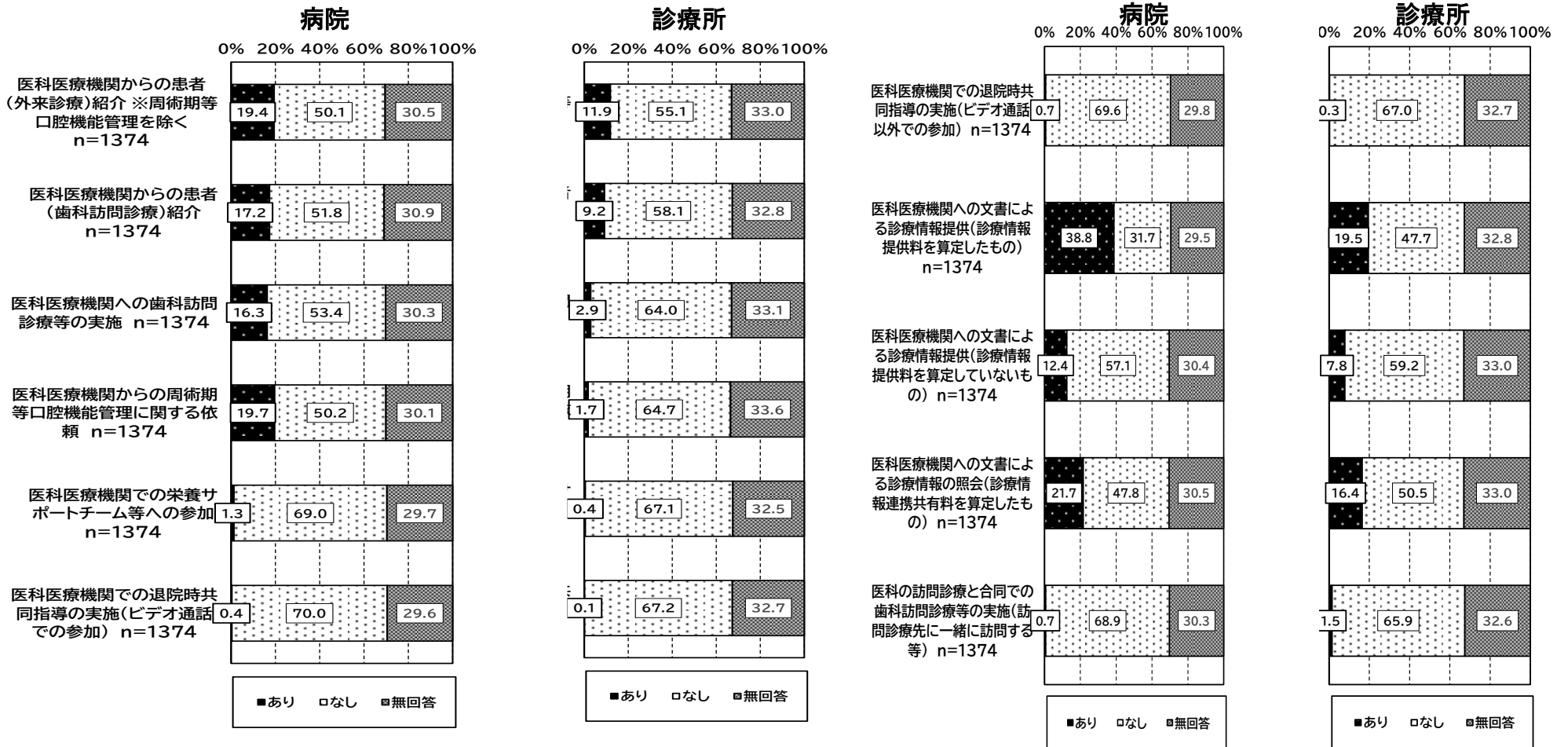
イ **医科の保険医療機関又は医科歯科併設の保険医療機関の医師が、歯科訪問診療の必要性を認めた患者について、在宅歯科医療を行う、歯科を標榜する保険医療機関に対して情報提供を行った場合**





# 医科医療機関との連携状況

○ 医科医療機関(病院・診療所)との連携内容としては、病院、診療所いずれも「医科医療機関への文書による診療情報提供」の実施ありが最も多く、それぞれ38.8%と19.5%だった。

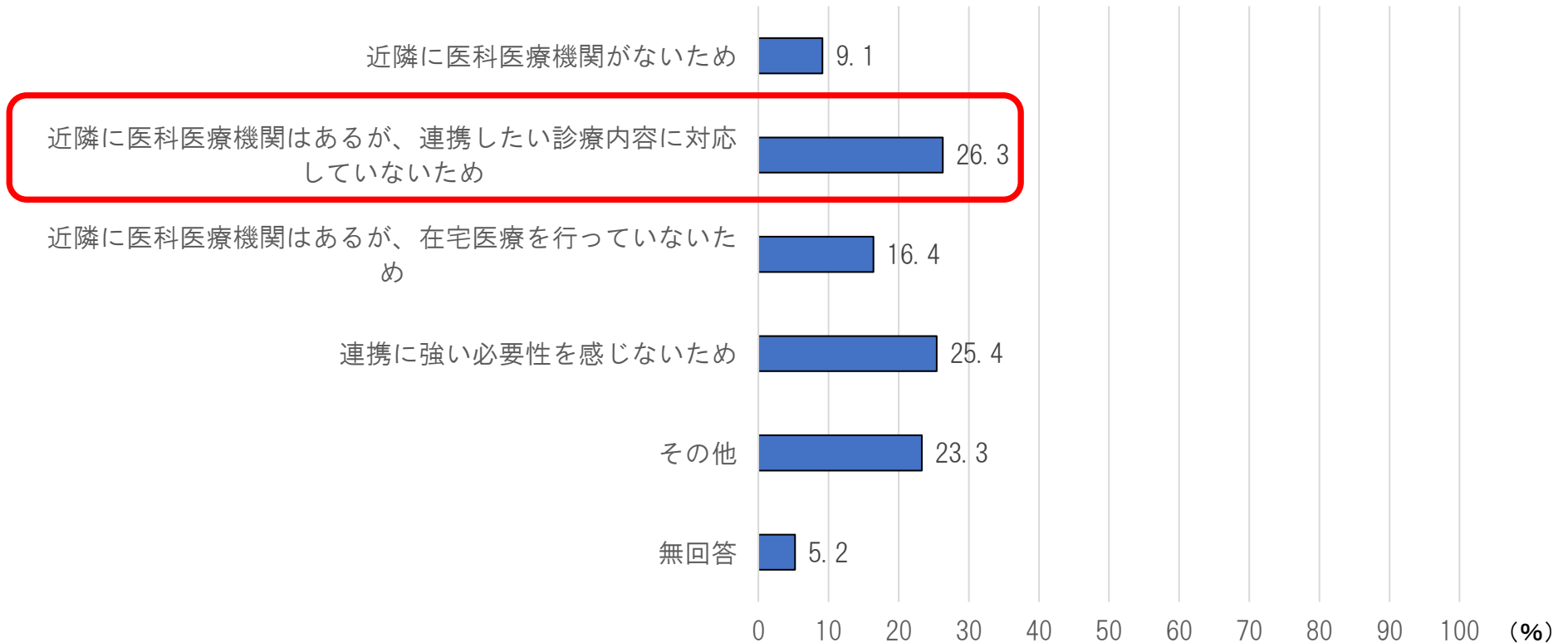


・調査対象: 在宅療養支援歯科診療所2,000施設、それ以外の歯科診療所1,000施設(いずれも無作為抽出)  
 ・調査対象月: 令和4年7月~9月の3か月間

# 医科医療機関と連携していない理由

- 医科医療機関(病院・診療所)と連携していない理由としては、「近隣に医科医療機関はあるが、連携したい診療内容に対応していないため」が最も多く、26.3%であった。

(n=232)



- ・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

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

# 緩和ケアに対応する薬局における麻薬の備蓄体制

○ 緩和ケアに対応する薬局では、様々な状態の患者に対応するため複数の種類、剤形、規格の医療用麻薬を取り揃えておく必要がある。

## ■ 緩和ケアに対応する薬局における麻薬の在庫



麻薬を保管する金庫  
(鍵をかけた堅固な設備)



## ■ 医療用麻薬成分、製品等一覧 ※規格数は、10mg錠、20mg錠等の数

成分	投与方法	代表的な製品名	規格数
モルヒネ硫酸塩水和物	経口 (徐放)	MSコンチン錠	3
		MSツワイスロンカプセル	3
		モルヒネ硫酸塩水和物徐放細粒分包	2
モルヒネ塩酸塩水和物	経口 (徐放)	パシーフカプセル	3
	経口	オプソ内服液	2
		モルヒネ塩酸塩錠	1
		モルヒネ塩酸塩末	1
	注射	アンバック注	3
	経直腸	アンバック坐剤	3

成分	投与方法	代表的な製品名	規格数
オキシドロン塩酸塩水和物	経口 (徐放)	オキシドロンT R錠	4
		オキシドロン徐放錠NX	4
		オキシドロン徐放カプセル	4
	経口	オキシドロン錠NX	4
		オキノーム散	4
		オキシドロン内服液	4
ヒドロモルフォン塩酸塩	注射	オキファスト注	2
	経口 (徐放)	ナルラビド錠	3
	経口	ナルサス錠	4
注射	ナルベイン注	2	

成分	投与方法	代表的な製品名	規格数
フェンタニル	外用 (3日製剤)	デュロテップMTパッチ	5
	外用 (1日製剤)	ラフェンタテープ	5
フェンタニルクエン酸塩	口腔粘膜吸収	ワンデュロパッチ	5
		アブストラル舌下錠	3
	注射	イーフェンバカル錠	6
メサドン塩酸塩	注射	フェンタニル注射液	3
	経口 (徐放)	タベンタ錠	3
メサドン塩酸塩	経口 (徐放)	メサベイン錠	2

# 夜間休日対応を含めた地域における連携の取組

○ 様々な在宅医療へのニーズに対応するため、地域における夜間休日対応を含めた連携体制の構築と、インターネットを通じた情報の公開を行っている事例がある。

## 滋賀県薬剤師会の取組 (在宅医療支援薬局の公開)

滋賀県薬剤師会のホームページにおいて、24時間の在宅対応が可能な薬局(在宅医療支援薬局)の情報を公開し、検索が可能。薬局リストは冊子にして関係機関にも配布。

※24時間対応とは、時間外でも①連絡が取れ、②自薬局又は連携薬局の協力で訪問対応が可能であること。

### 在宅医療支援薬局情報サイト

地域、条件(在宅対応、麻薬・衛生材料の取扱い等)を指定して検索し、薬局の詳細な情報を確認することが可能。



### 在宅医療支援薬局情報リスト(冊子)

在宅医療に対応している薬局のリストの冊子を各地域において、医療機関、訪問看護ステーション、市役所・町役場、郡市医師会、地域包括支援センター等に、地域薬剤師会の担当者が訪問して配布。地区薬剤師会ごとの窓口担当者も掲載。

#### (薬局情報)

- ・ 薬局名/所在地/連絡先/担当者/訪問実績
- ・ 退院時カンファ参加可否
- ・ 麻薬小売業者免許有無
- ・ 無菌調整対応可否
- ・ 医薬品・医療材料分割対応有無
- ・ 小児在宅受入可否、等

#### (地域担当者情報)

- ・ 地域の窓口担当者リスト
- ・ 終末期医療に対応可能な薬剤師のリスト など

※リスト掲載項目や内容は、見直し・改訂を毎年実施

## 岸和田市における多職種連携の取組 (在宅医療・介護のポータルサイトの開設)

岸和田市医師会がポータルサイト(※)を運営し、市内で提供されている在宅医療・介護の閲覧・検索などが可能(薬局の対応も含む)。夜間休日対応の可否も掲載されている。

※岸和田市歯科医師会、岸和田市薬剤師会、訪問看護ステーション運営協議会、訪問リハビリテーション提供機関、地域包括支援センター、岸和田市、岸和田保健所からの情報提供や協力を得て運営。

### アットホームきしわだ

住み慣れた地域で、病気や障害を持っていても安心して生活を継続できるように、医療・介護の両面に関わる施設や情報を提供するポータルサイト。

薬局名	ななほし薬局土生店	最終更新日	2023年1月5日
市区	土生	包括施設	連絡先
薬局名	山原 大輝	電話	072-426-0100
住所	岸和田市土生町4-4-54		
診療時間	072-426-0100	FAX	072-426-0101
E-mail	7stars@nababrandy.com	HP	https://www.nababrandy.com/na/na.html
営業時間	◆月・水・金曜日 10:30~19:30 ◆土曜日 10:30~17:30 ◆日曜日 10:30~12:30 ◆休日・祝日		
在宅対応	可	訪問在宅対応	可
訪問対応エリア	岸和田市		
対応可能科目・診療	内科・小児科		
特色・実績など	地域の在宅医療を支援しています。		
記入責任者	山原 大輝		

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

# 栄養食事指導の見直し

## 外来栄養食事指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料の見直し

- 外来・在宅患者に対する栄養食事指導を推進する観点から、診療所における外来栄養食事指導料及び在宅患者訪問栄養食事指導料について、他の医療機関及び栄養ケア・ステーションの管理栄養士が栄養指導を行った場合を評価する。

### 現行

#### 【外来栄養食事指導料】

イ 初回	260点
ロ 2回目以降	200点

#### 【在宅患者訪問栄養食事指導料】

1 単一建物診療患者が1人の場合	530点
2 単一建物診療患者が2人～9人の場合	480点
3 1及び2以外の場合	440点

### 改定後

#### 【外来栄養食事指導料】

イ <u>外来栄養食事指導料1</u>	(1) 初回	260点
	(2) 2回目以降	200点
ロ <u>外来栄養食事指導料2</u>	(1) <u>初回</u>	<u>250点</u>
	(2) <u>2回目以降</u>	<u>190点</u>

#### 【在宅患者訪問栄養食事指導料】

1 <u>在宅患者訪問栄養食事指導料1</u>	
イ 単一建物診療患者が1人の場合	530点
ロ 単一建物診療患者が2人～9人の場合	480点
ハイ及びロ以外の場合	440点
2 <u>在宅患者訪問栄養食事指導料2</u>	
イ <u>単一建物診療患者が1人の場合</u>	<u>510点</u>
ロ <u>単一建物診療患者が2人～9人の場合</u>	<u>460点</u>
ハイ及びロ以外の場合	<u>420点</u>

#### 【外来栄養食事指導料2、在宅患者訪問栄養食事指導料2の算定要件】

診療所において、特別食を医師が必要と認めたものに対し、当該保険医療機関以外(日本栄養士会若しく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」又は他の医療機関に限る)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対面で必要な栄養指導を行った場合に算定する。



診療所



在宅等



栄養ケア・ステーション  
他の医療機関