

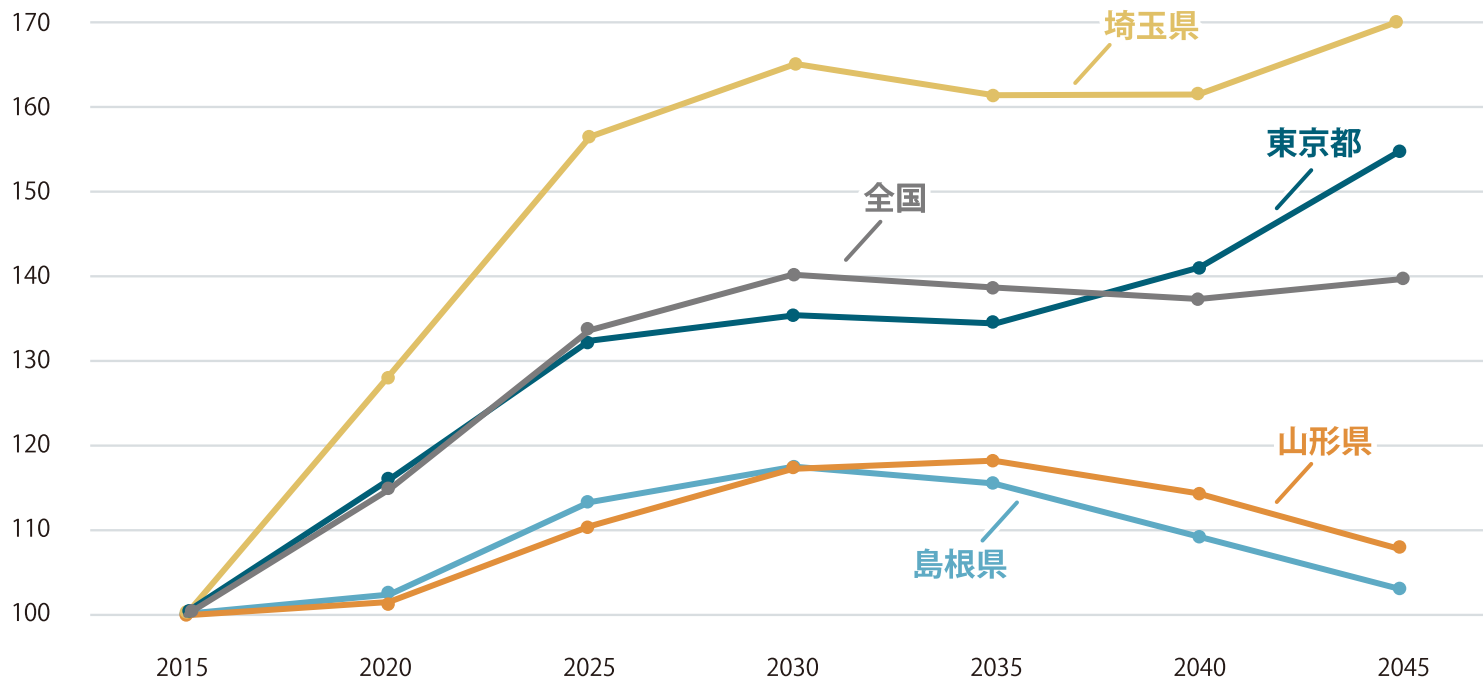
在宅（その1） 参考資料

1. 在宅医療を取りまく状況について
2. 訪問診療・往診等について
3. 訪問看護について
4. 歯科訪問診療について
5. 訪問薬剤管理指導について
6. 訪問栄養食事指導について

各地域の高齢化の状況

- 75歳以上人口は、多くの都道府県で2025年頃までは急速に上昇するが、その後の上昇は緩やかで、2030年頃をピークに減少する。
※2030年、2035年、2040年でみた場合、2030年にピークを迎えるのが25道府県、2035年にピークを迎えるのが13県
※埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、山梨県、愛知県、滋賀県、兵庫県、沖縄県では、2045年に向けてさらに上昇
- 2015年から10年間の伸びの全国計は1.34倍であるが、埼玉県、千葉県では1.5倍を超える一方、山形県、秋田県、鹿児島県では1.1倍となるなど、地域間で大きな差がある。

75歳以上人口の将来推計（2015年の人口を100としたときの指数）



埼玉県
(2025年の指数が
全国で最も高い)

東京都
(2040年に向けて上昇)

山形県
(2025年の指数が
全国で最も低い)

島根県
(2030年以降の指数が
全国で最も低い)

地域包括ケアについて

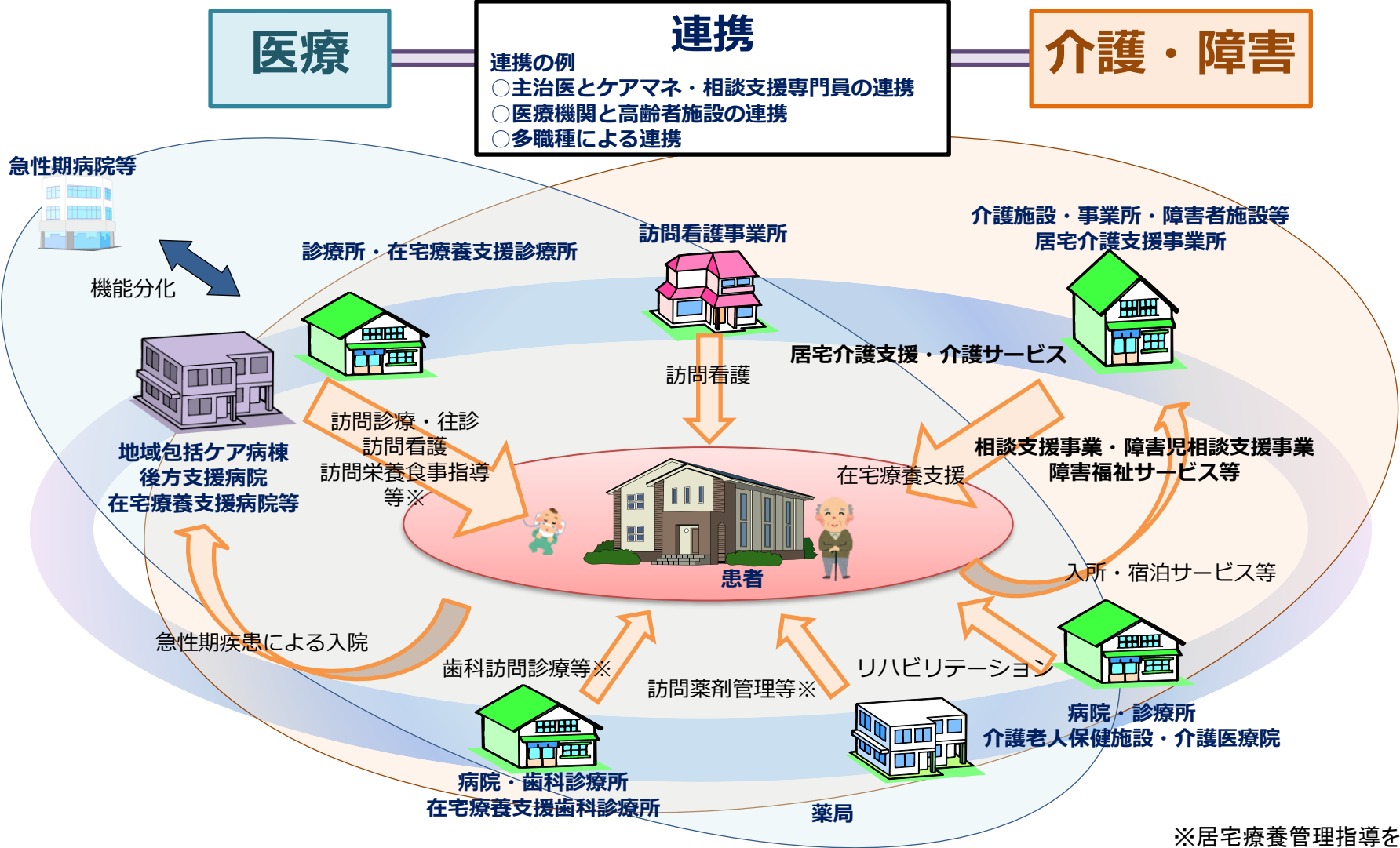
- この植木鉢図は、地域包括ケアシステムの5つの構成要素（住まい・医療・介護・予防・生活支援）が相互に関係しながら、一体的に提供される姿として図示したものです。
- 本人の選択が最も重視されるべきであり、本人・家族がどのように心構えを持つかという地域生活を継続する基礎を皿と捉え、生活の基盤となる「住まい」を植木鉢、その中に満たされた土を「介護予防・生活支援」、専門的なサービスである「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・福祉」を葉として描いています。
- 介護予防と生活支援は、地域の多様な主体によって支援され、養分をたっぷりと蓄えた土となり、葉として描かれた専門職が効果的に関わり、尊厳ある自分らしい暮らしの実現を支援しています。

医療や看護はご本人の
人生や生活の一部である



地域包括ケアシステムにおける在宅医療（イメージ）

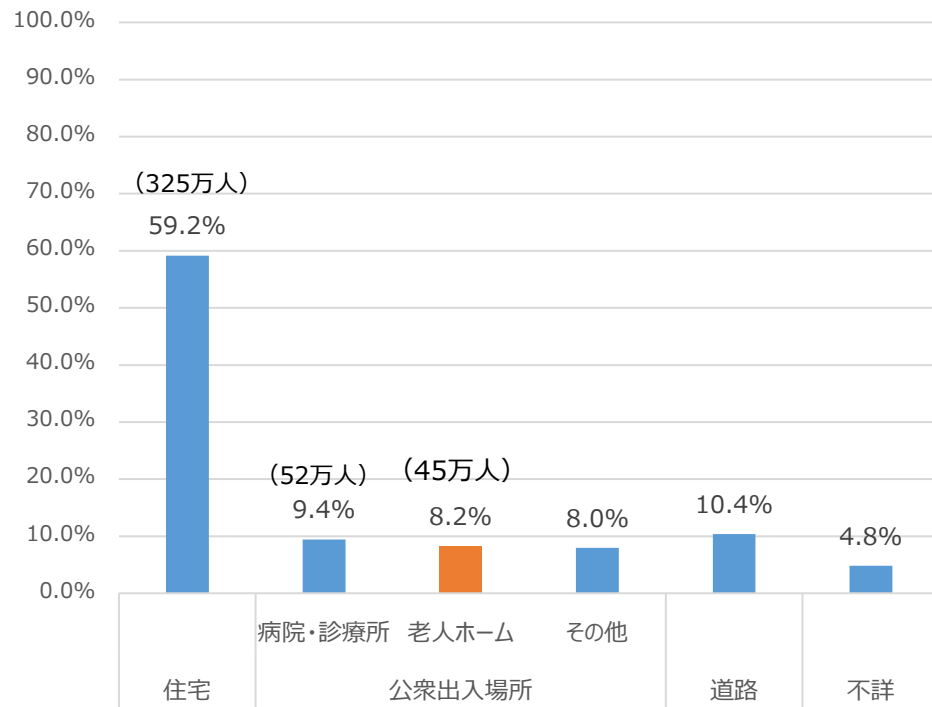
○ 在宅医療は、高齢になっても、病気や障害の有無にかかわらず、住み慣れた地域で自分らしい生活が続けられるよう、入院医療や外来医療、介護、福祉サービスと相互に補完しながら、患者の日常生活を支える医療であり、地域包括ケアシステムの不可欠な構成要素である。



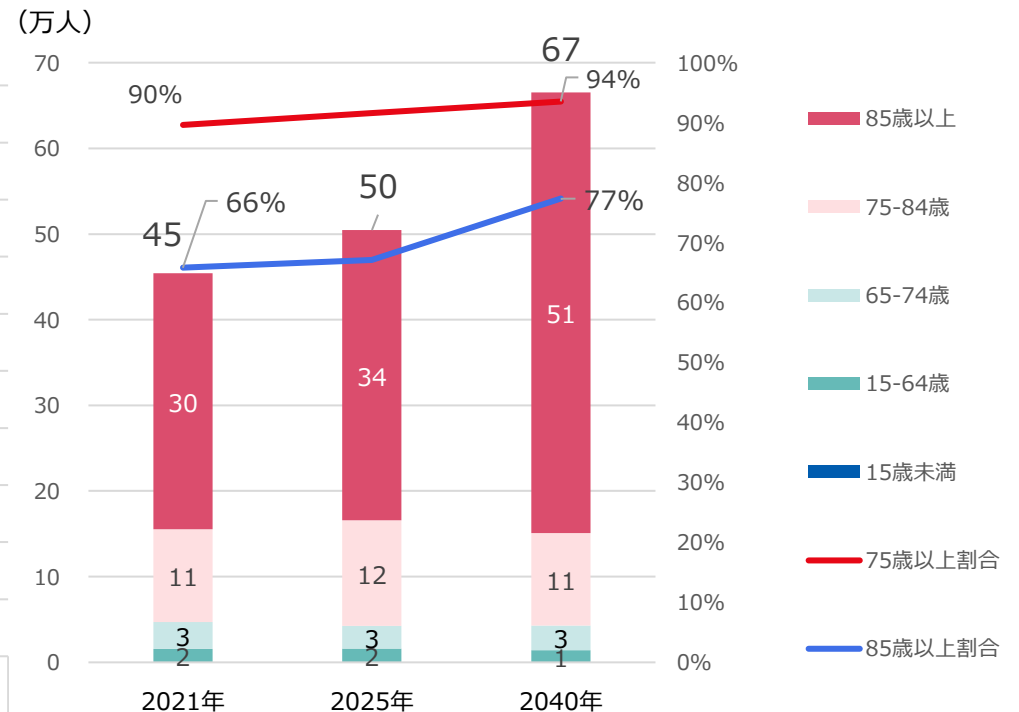
老人ホームからの救急搬送件数の見通し

老人ホーム(特養、有老等)からの救急搬送件数について、令和3年(2021年)の約45万人(全体の8.2%)から、2040年には約67万人に増加、特に85歳以上が増加する見込み。

事故発生場所別の搬送人員内訳（令和3年）



老人ホームからの救急搬送件数の見通し



資料出所：総務省消防庁「救急統計」データ（2021年）特別集計データ、総務省統計局「人口推計」（2021年）及び
国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（2023年推計）を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成

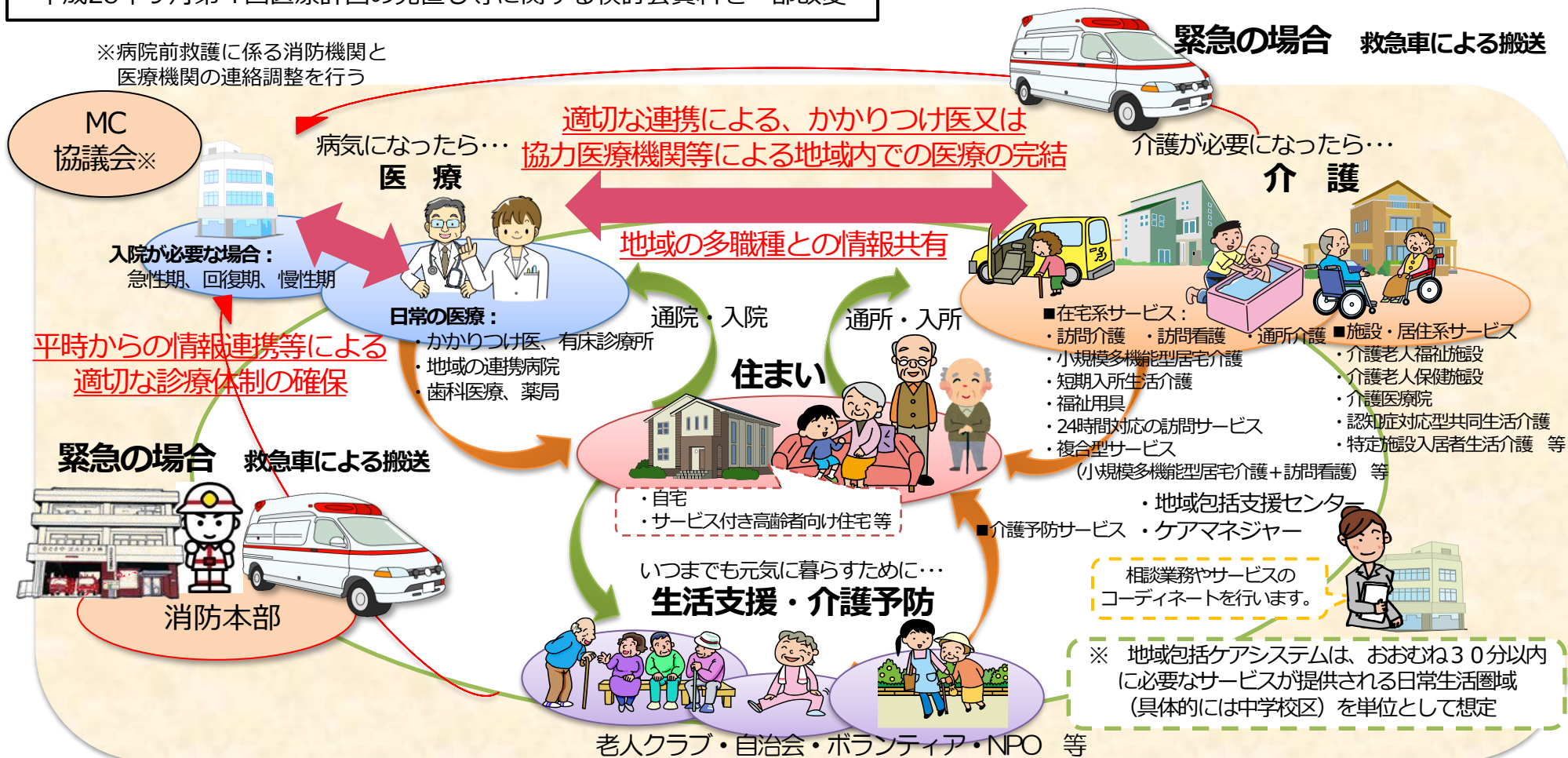
地域包括ケアシステムの中における高齢者の救急対応

診調組 入-1
7 . 6 . 1 3

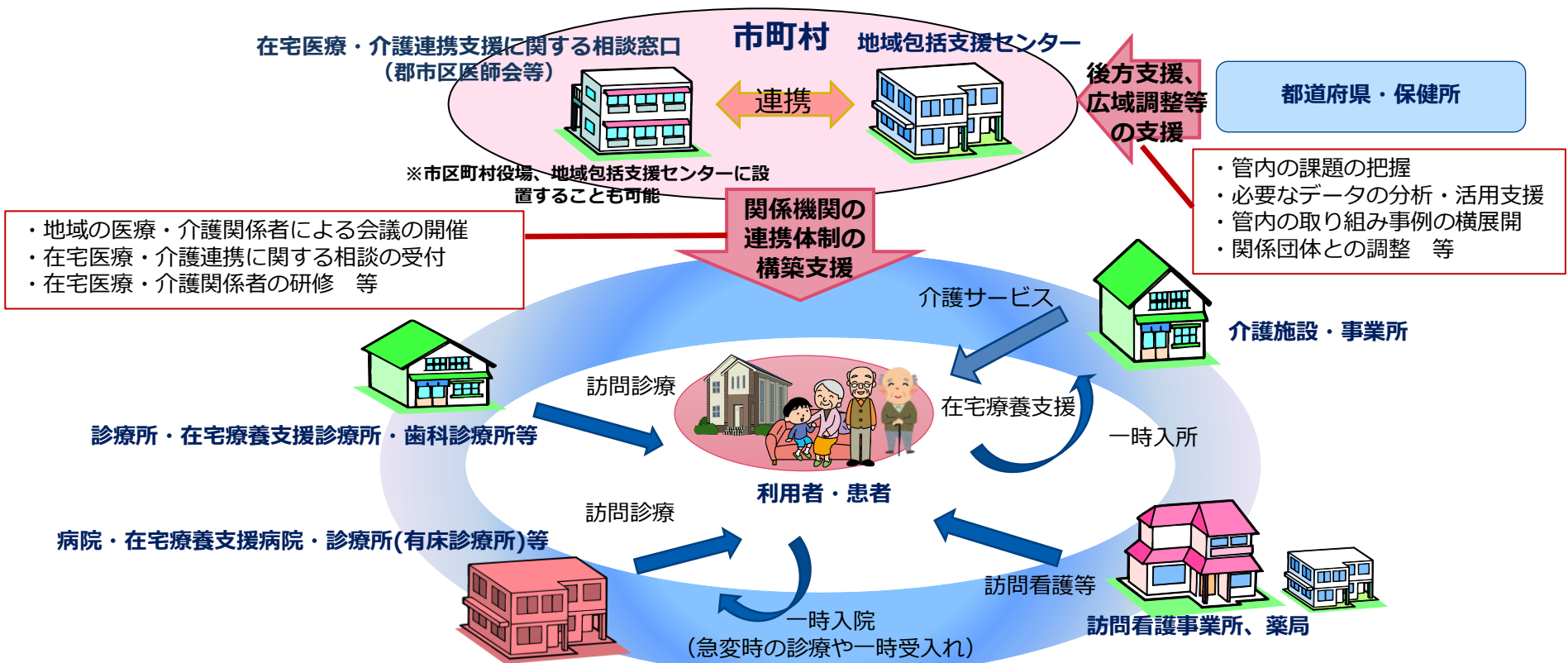
- 地域包括ケアシステムにおいては、介護施設等に入所する高齢者について、できる限り提携病院を含めた地域の中で完結することが望ましいとされてきた。

平成28年9月第4回医療計画の見直し等に関する検討会資料を一部改変

※病院前救護に係る消防機関と
医療機関の連絡調整を行う

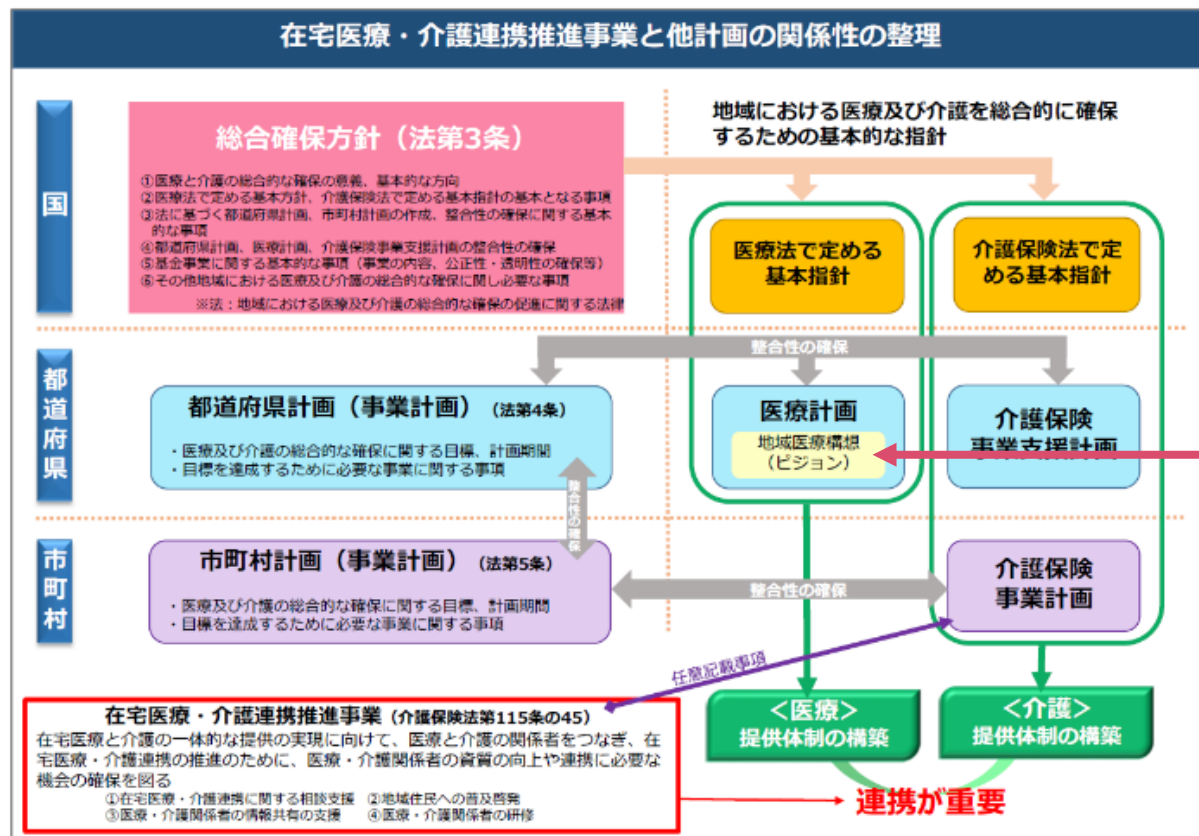


- 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。
 （※）在宅療養を支える関係機関の例
 - ・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等 （定期的な訪問診療等の実施）
 - ・病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等 （急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
 - ・訪問看護事業所、薬局 （医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
 - ・介護施設・事業所 （入浴、排せつ、食事等の介護、リハビリテーション、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。



「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

- 第8次医療計画に向けた「在宅医療の体制構築に係る指針」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連携を図ることが重要である」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、障害福祉の関係者による会議を定期的に開催し、在宅医療における提供状況の把握、災害時対応を含む連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施すること
- ・ 地域包括ケアシステムを踏まえた在宅医療の提供体制を整備する観点から、地域の医療及び介護、障害福祉サービスについて、所在地や機能等を把握し、地域包括支援センターや障害者相談支援事業所等と連携しながら、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を包括的かつ継続的に提供するように、関係機関との調整を行うこと
- ・ 質の高い在宅医療をより効率的に提供するため、関係機関の連携による急変時の対応や24時間体制の構築や多職種による情報共有の促進を図ること
- ・ 在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉関係者に必要な知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行うこと
- ・ 在宅医療に関する地域住民への普及啓発を実施すること

（関係機関の例）

- ・ 病院・診療所
- ・ 薬局
- ・ 訪問看護事業所
- ・ 居宅介護支援事業所
- ・ 訪問介護事業所
- ・ 介護保険施設
- ・ その他の介護施設・事業所
- ・ 地域包括支援センター
- ・ 基幹相談支援センター・相談支援事業所
- ・ 消防機関

1. 在宅医療を取りまく状況について
2. 訪問診療・往診等について
3. 訪問看護について
4. 歯科訪問診療について
5. 訪問薬剤管理指導について
6. 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)

	【診療報酬】	【老人診療報酬】
昭和61年		○ <u>寝たきり老人訪問診療料の創設</u> 定期的に訪問して診療を行った際に算定 ○ <u>寝たきり老人訪問指導管理料(月ごと)の創設</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、<u>療養上必要な指導管理を行った場合に算定</u>
昭和63年	○ <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	
平成4年		○ <u>寝たきり老人在宅総合診療料(月ごと)の創設</u> 計画的な医学管理の下に、 <u>月に2回以上訪問して診療した場合に算定</u>
平成6年	○ <u>在宅時医学管理料(月ごと)の創設</u> 計画的な医学管理の下に、 <u>週1回以上訪問して診療した場合に算定</u>	
平成18年	【診療報酬】 ○ <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、 <u>月2回以上訪問して診療した場合に算定</u>	



在宅医療に対する診療報酬上の主な評価の変遷②（平成18～26年度診療報酬改定）

	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
平成26年	・訪問診療料2の評価引き 下げ	・同一建物居住者に対する評 価の適正化	・機能強化型の実績要件の 引き上げ	・在宅療養後方支援病院及 び在宅患者共同診療料の創 設



在宅医療に対する診療報酬上の主な評価の変遷③ (平成28～令和6年度診療報酬改定)

	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28年	訪問診療料2を「同一建物居住者の場合」に一本化	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	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	- 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 - 在宅専門医療機関の要件明確化
平成30年	- 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 - 訪問診療料Ⅱ（併設する介護施設等の場合）を新設	- 月2回以上の訪問診療を行った場合の評価を適正化 - 月1回の訪問診療を行っている場合の評価を充実 - 包括的支援加算を新設	—	- 往診料の算定要件を明確化 - 緊急往診加算の対象患者拡大と算定要件の見直し - ターミナルケアの評価の充実 - オンライン在宅管理料を新設
令和2年	訪問診療料Ⅰ2（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	—	—	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
令和4年	—	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	- 地域における協力体制の要件を追加 - 適切な意思決定支援に係る指針の作成を要件化 - 機能強化型の在支病に係る実績要件の見直し	- 在宅療養移行加算の新設 - 外来在宅共同指導料の新設 - 在宅がん医療総合診療料に小児加算追加
令和6年	在支診・病における訪問診療回数が一定以上の医療機関における5回目以降の評価の見直し	- 単一建物診療患者数に応じたさらなる細分化 - 在宅医療情報連携加算の新設 - 頻回訪問加算、包括的支援加算の見直し	- 協力医療機関、訪問栄養食事指導体制の要件を追加 - 機能強化型で訪問診療回数が多い医療機関における在宅データ提出加算の要件化	- 在宅ターミナルケア加算等の充実 - 介護保険施設等連携往診加算等の新設

(参考) 在支診・在支病の施設基準

	機能強化型在支診・在支病				在支診在支病	(参考) 在宅療養 後方支援病院
	単独型		連携型			
	診療所	病院	診療所	病院		
全ての在支診・ 在支病の基準	① 24時間連絡を受ける体制の確保 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している ⑦ 適切な意思決定支援に係る指針の作成 ⑧ <u>訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備</u> ⑨ <u>介護保険施設から求められた場合、協力医療機関として定められることが望ましい</u>				○ 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	
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					
機能強化型 在支診・在支病 の基準	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上		⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上			
	⑧ 過去1年間の 緊急往診の 実績 10件以上	⑧ 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績 10件以上 ・在宅療養支援診療所等からの 要請により患者の受入を行う 病床を常に確保していること 及び在宅支援診療所等からの 要請により患者の緊急受入を 行った実績が直近1年間で31 件以上 ・地域包括ケア病棟入院料・入 院医療管理料1又は3を届け 出ている	⑧ 過去1年間の 緊急往診の実績 連携内で10件以 上 各医療機関で4 件以上	⑧ 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績 10件以上各医療機関で4件 以上 ・在宅療養支援診療所等からの 要請により患者の受入を行う 病床を常に確保していること 及び在宅支援診療所等からの 要請により患者の緊急受入を 行った実績が直近1年間で 31件以上 ・地域包括ケア病棟入院料・入 院医療管理料1又は3を届け 出ている		
	⑨ 過去1年間の看取りの実績又は超・準超重症児の 医学管理の実績 いずれか4件以上		⑨ 過去1年間の看取りの実績 連携内で4件以上 かつ、各医療機関において、看取りの実績又は超・ 準超重症児の医学管理の実績 いずれか2件以上			
	⑩ 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					
	⑪ <u>各年5月から7月までの訪問診療の回数が一定回数を超える場合においては、次年の1月から在宅データ提出 加算に係る届出を行っていること。</u>					

14

在宅療養支援診療所・病院に対する診療報酬上の主な評価の変遷

平成18年	・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、 <u>在宅療養支援診療所を創設</u>
平成20年	・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、 <u>在宅療養支援病院を創設</u>
平成22年	・ <u>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</u> （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）。
平成24年	・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、 <u>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を創設</u>
平成26年	・在宅医療を実績に応じて適切に評価する観点から、 <u>機能強化型の実績要件の引き上げ</u>
平成28年	・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、 <u>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。</u>
令和4年	・質の高い在宅医療の提供を更に推進する観点から、<u>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</u>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、<u>当該支援に係る指針の作成を要件に追加。</u> ・在宅医療を支える入院機能の充実を図る観点から、<u>機能強化型在宅療養支援病院の要件を見直し。</u>
令和6年	・医療機関と介護保険施設等の適切な連携を推進する観点から、<u>介護保険施設等の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいことを施設基準とする。</u> ・訪問栄養食事指導の推進を図る観点から、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について要件を見直す。 ・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について、各年度5月から7月の訪問診療の算定回数が2,100回を超える場合においては、データに基づく適切な評価を推進する観点から次年の1月から<u>在宅データ提出加算に係る届出を要件とする。</u>

訪問診療・往診等に関する見直し

質の高い在宅医療提供体制の構築の推進

- 質の高い在宅医療の提供体制の構築を推進する観点から、訪問診療・往診等に関する評価を見直す。

【見直しの概要（主なもの）】

・在宅医療情報連携加算の新設

他の保険医療機関等の関係職種がICTを用いて記録した患者に係る診療情報等を活用した上で、医師が計画的な医学管理を行った場合の評価

・在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料の新設

在宅で療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者の病状の急変時に、ICTの活用によって、医療従事者等の間で共有されている人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を踏まえ医師が療養上必要な指導を行った場合の評価

・往診時医療情報連携加算の新設

在支診・在支病と連携体制を構築する在支診・在支病以外の医療機関が訪問診療を行っている患者に、在支診・在支病が往診を行った場合の評価

・在宅療養移行加算の見直し

対象となる範囲を病院まで拡大するとともに、他の医療機関と平時からの連携体制を構築している場合の評価の見直し

・在宅ターミナルケア加算等の見直し

在宅ターミナルケア加算について、退院時共同指導を実施した上で訪問診療又は往診を実施している場合においても、算定可能とするとともに、看取り加算について、退院時共同指導を実施した上で往診を行い、在宅で患者を看取った場合に往診料においても算定可能とする

患者の状態に応じた適切な訪問診療・往診等の推進

- 患者の状態に応じた適切な訪問診療・往診等を推進する観点から、訪問診療・往診等に関する評価を見直す。

【見直しの概要（主なもの）】

・在宅時医学総管理料・施設入居時等医学総管理料の見直し

在宅時医学総管理料等における単一建物診療患者の数が10人以上の場合の評価の細分化、及び単一建物診療患者の数が10人以上の患者について、訪問診療の算定回数が多い医療機関について、看取りの件数等に係る一定の基準を満たさない場合の評価の見直し

・往診料の見直し

往診を行う保険医療機関において訪問診療を行っている患者等以外の患者に対する緊急の往診に係る評価の見直し

・在宅患者訪問診療料の見直し

在支診・在支病における患者1人当たりの訪問診療の回数が一定以上の場合における、5回目以降の在宅患者訪問診療料の評価の見直し

在宅患者訪問診療料の評価の変遷について

中医協 総-2参考
5 . 7 . 1 2

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	在宅患者訪問診療料1 (居住系施設以外)	在宅患者訪問診療料1	在宅患者訪問診療料1	在宅患者訪問診療料1	在宅患者訪問診療料1	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の1のイ	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の1のイ
830点	830点	830点	830点	833点	833点	833点	888点
	在宅患者訪問診療料2 (居住系施設)	在宅患者訪問診療料2	在宅患者訪問診療料2のイ (特定施設入居者)	在宅患者訪問診療料2のイ (特定施設入居者)	在宅患者訪問診療料2	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の1のロ	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の1のロ
	200点	200点	400点 在宅患者訪問診療料2のロ (イ以外の場合)	203点 在宅患者訪問診療料2のロ (イ以外の場合)	203点	203点	213点
						在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の2のイ	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の2のイ
						830点	884点
						在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の2のロ	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の2のロ
						178点	187点
						在宅患者訪問診療料(Ⅱ)	在宅患者訪問診療料(Ⅱ)
						144点	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	－	－
令和6年	死亡日及び死亡日前14日以内に退院時共同指導を実施した上で訪問診療又は往診を実施している場合においても、算定可能とする	退院時共同指導を実施した上で往診を行い、在宅で患者を看取った場合に往診料においても算定可能とする	－

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見直し①

➤ 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の算定における単一建物診療患者の数が10人以上19人以下、20人以上49人以下及び50人以上の場合の評価を新設するとともに、処方箋料の再編に伴い、在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の評価を見直す。

在宅時 医学総合管理料	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～ 19人	20人～ 49人	50人 ～	1人	2～9人	10人～ 19人	20人～ 49人	50人 ～	1人	2～9人	10人～ 19人	20人～ 49人	50人 ～	1人	2～9人	10人～ 19人	20人～ 49人	50人 ～
①月2回以上訪問 (難病等)	5,385点	4,485点	2,865点	2,400点	2,110点	4,985点	4,125点	2,625点	2,205点	1,935点	4,585点	3,765点	2,385点	2,010点	1,765点	3,435点	2,820点	1,785点	1,500点	1,315点
②月2回以上訪問	4,485点	2,385点	1,185点	1,065点	905点	4,085点	2,185点	1,085点	970点	825点	3,685点	1,985点	985点	875点	745点	2,735点	1,460点	735点	655点	555点
③ (うち1回は情報通信 機器を用いた診療)	3,014点	1,670点	865点	780点	660点	2,774点	1,550点	805点	720点	611点	2,554点	1,450点	765点	679点	578点	2,014点	1,165点	645点	573点	487点
④月1回訪問	2,745点	1,485点	765点	670点	575点	2,505点	1,365点	705点	615点	525点	2,285点	1,265点	665点	570点	490点	1,745点	980点	545点	455点	395点
⑤ (うち2月目は情報通 信機器を用いた診療)	1,500点	828点	425点	373点	317点	1,380点	768点	395点	344点	292点	1,270点	718点	375点	321点	275点	1,000点	575点	315点	264点	225点
施設入居時等 医学総合管理料	1人	2～9人	10人～ 19人	20人～ 49人	50人 ～	1人	2～9人	10人～ 19人	20人～ 49人	50人 ～	1人	2～9人	10人～ 19人	20人～ 49人	50人 ～	1人	2～9人	10人～ 19人	20人～ 49人	50人 ～
①月2回以上訪問 (難病等)	3,885点	3,225点	2,865点	2,400点	2,110点	3,585点	2,955点	2,625点	2,205点	1,935点	3,285点	2,685点	2,385点	2,010点	1,765点	2,435点	2,010点	1,785点	1,500点	1,315点
②月2回以上訪問	3,185点	1,685点	1,185点	1,065点	905点	2,885点	1,535点	1,085点	970点	825点	2,585点	1,385点	985点	875点	745点	1,935点	1,010点	735点	655点	555点
③ (うち1回は情報通信 機器を用いた診療)	2,234点	1,250点	865点	780点	660点	2,054点	1,160点	805点	720点	611点	1,894点	1,090点	765点	679点	578点	1,534点	895点	645点	573点	487点
④月1回訪問	1,965点	1,065点	765点	670点	575点	1,785点	975点	705点	615点	525点	1,625点	905点	665点	570点	490点	1,265点	710点	545点	455点	395点
⑤ (うち2月目は情報通 信機器を用いた診療)	1,110点	618点	425点	373点	317点	1,020点	573点	395点	344点	292点	940点	538点	375点	321点	275点	760点	440点	315点	264点	225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見直し②

➤ 訪問診療の算定回数が多い医療機関における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評価を見直す。

[概要]

- 単一建物診療患者の数が10人以上の患者について、当該保険医療機関における直近3月間の訪問診療回数及び当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関（令和6年3月31日以前に開設されたものを除く。）における直近3月間の訪問診療回数を合算した回数が2,100回以上の場合であって、次の要件をいずれかを満たさない場合はそれぞれ所定点数の100分の60に相当する点数を算定する。
 - (イ) 直近1年間に5つ以上の保険医療機関から、文書による紹介を受けて訪問診療を開始した実績があること。
 - (ロ) 当該保険医療機関において、直近1年間の在宅における看取りの実績を20件以上有していること又は重症児の十分な診療実績等を有していること。
 - (ハ) 直近3か月に在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定した患者のうち、施設入居時等医学総合管理料を算定した患者（「特掲診療料の施設基準等」別表第七に掲げる別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者等を除く。）の割合が7割以下であること。
- (ニ) 直近3月間に在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定した患者のうち、要介護3以上、「特掲診療料の施設基準等」別表第八の二に掲げる別に厚生労働大臣が定める状態の患者等の割合が5割以上であること。

【参考：対象医療機関に該当する場合の在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料び評価】

在宅時医学総合管理料 ・施設入居時等医学総合管理料	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		
	10人～ 19人	20人～ 49人	50人～	10人～ 19人	20人～ 49人	50人～	10人～ 19人	20人～ 49人	50人～	10人～ 19人	20人～ 49人	50人～
①月2回以上訪問(難病等)	1,719点	1,440点	1,266点	1,575点	1,323点	1,161点	1,431点	1,206点	1,059点	1,071点	900点	789点
②月2回以上訪問	711点	639点	543点	651点	582点	495点	591点	525点	447点	441点	393点	333点
③(うち1回は情報通信機器を用いた診療)	519点	468点	396点	483点	432点	367点	459点	407点	347点	387点	344点	292点
④月1回訪問	459点	402点	345点	423点	369点	315点	399点	342点	294点	327点	276点	237点
⑤(うち2月目は情報通信機器を用いた診療)	255点	224点	190点	237点	206点	175点	225点	193点	165点	189点	158点	135点

➤ 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について、各年度5月から7月の訪問診療の算定回数が2,100回を超える場合においては、データに基づく適切な評価を推進する観点から次年の1月から在宅データ提出加算に係る届出を要件とする。

在宅医療におけるICTを用いた連携の推進①

在宅医療情報連携加算の新設

- 他の保険医療機関等の関係職種がICTを用いて記録（以下、単に「記録」とする。）した患者に係る診療情報等を活用した上で、医師が計画的な医学管理を行った場合の評価を新設する。

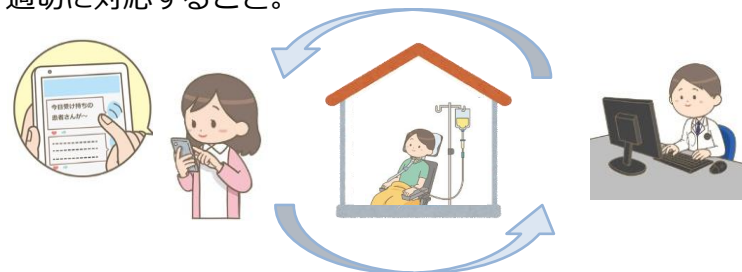
（新）在宅医療情報連携加算（在医総管・施設総管・在宅がん医療総合診療料） 100点

〔算定要件〕（概要）

- 医師が、医療関係職種等により記録された患者の医療・ケアに関わる情報を取得及び活用した上で、計画的な医学管理を行うこと及び医師が診療を行った際の診療情報等について記録し、医療関係職種等に共有することについて、患者からの同意を得ていること。
- 以下の情報について、適切に記録すること
 - 次回の訪問診療の予定日及び当該患者の治療方針の変更の有無
 - 当該患者の治療方針の変更の概要（変更があった場合）
 - 患者の医療・ケアを行う際の留意点（医師が、当該留意点を医療関係職種等に共有することが必要と判断した場合）
 - 患者の人生の最終段階における医療・ケア及び病状の急変時の治療方針等についての希望（患者又はその家族等から取得した場合）
- 医療関係職種等が当該情報を取得した場合も同様に記録することを促すよう努めること。
- 訪問診療を行う場合に、過去90日以内に記録された患者の医療・ケアに関する情報（当該保険医療機関及び当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関等が記録した情報を除く。）をICTを用いて取得した情報の数が1つ以上であること。
- 医療関係職種等から患者の医療・ケアを行うに当たっての助言の求めがあった場合は、適切に対応すること。

〔施設基準〕（概要）

- （1） 患者の診療情報等について、連携する関係機関とICTを用いて共有し、常に確認できる体制を有しており、共有できる体制にある連携する関係機関（特別の関係にあるものを除く。）の数が、5以上であること。
- （2） 地域において、連携する関係機関以外の保険医療機関等が、当該ICTを用いた情報を共有する連携体制への参加を希望した場合には連携体制を構築すること。ただし、診療情報等の共有について同意していない患者の情報については、この限りでない。
- （3） 厚生労働省の定める「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。
- （4） （1）に規定する連携体制を構築していること及び実際に患者の情報を共有している実績のある連携機関の名称等について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示及び原則としてウェブサイトに掲載していること。



- ・ 診療情報、治療方針
- ・ 医療関係職種等が医療・ケアを行う際の留意事項
- ・ 人生の最終段階における医療・ケア等に関する情報等の情報共有

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療③

在宅療養における後方病床の評価①

- 在宅医療を行うにあたり、緊急時における後方病床の確保が重要であることから、在宅療養後方支援病院を新設し評価を行う。

(新) 在宅療養後方支援病院

[施設基準]

- ① 許可病床200床以上の病院であること
- ② 当該病院を緊急時に入院を希望する病院としてあらかじめ当該病院に届け出ている患者（以下、入院希望患者という）について緊急時にいつでも対応し、必要があれば入院を受け入れること
- ③ 入院希望患者に対して在宅医療を提供している医療機関と連携し、3月に1回以上、診療情報の交換をしていること

現行

在宅患者緊急入院診療加算（入院初日）
1 連携型在支診、在支病の場合
2,500点

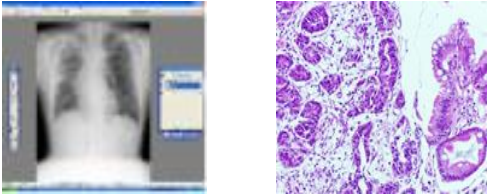
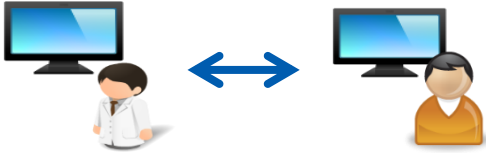
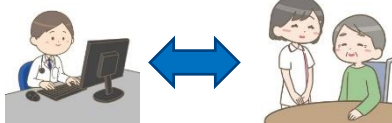


改定後

在宅患者緊急入院診療加算（入院初日）
1 連携型在支診、在支病、在宅療養後方支援病院の場合
2,500点

[算定要件]

- ① 入院希望患者に対して算定する。
- ② 500床以上の場合は、15歳未満の人工呼吸を実施している患者若しくは15歳未満から引き続き人工呼吸を実施しており体重が20kg未満の患者又は神経難病等の患者に限り算定することができる。

	診療形態	診療報酬での対応
医師対医師 (D to D)	情報通信機器を用いて画像等の送受信を行い特定領域の専門的な知識を持っている医師と連携して診療を行うもの 	・ 遠隔画像診断 画像を他医療機関の専門的な知識を持つ医師に送信しその読影・診断結果を受信した場合 ・ 遠隔病理診断 術中迅速病理検査において、標本画像等を他医療機関の専門的な知識を持っている医師に送信し、診断結果を受信した場合（その後、顕微鏡による観察を行う。） ・ 遠隔ICU（特定集中治療室遠隔支援加算） ・ その他（超急性期脳卒中加算、脳血栓回収療法連携加算、遠隔脳波診断、遠隔放射線治療計画加算）
医師対患者 (D to P)	情報通信機器を用いた診療	[D to P] 患者側に医療従事者の同席なしで、医師と患者間で診療を行う  ・ 情報通信機器を用いた初診料・再診料・外来診療料 ・ 情報通信機器を用いた医学管理料 ・ 情報通信機器を用いた在宅時医学総合管理料 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診療計画を作成し、当該計画に基づき、計画的な療養上の医学管理を行うことを評価 ・ 情報通信機器を用いた通院精神療法（再診） ※ 電話等による再診 患者の病状の変化に応じ療養について医師の指示を受ける必要のある場合であって、患者等から電話等により治療上の意見を求められて指示をした場合に算定が可能
	[D to P with D] 患者が医師という場合のオンライン診療	・ 遠隔連携診療料 ・ 遠隔連携遺伝カウンセリング 
	[D to P with N] 患者が看護師等という場合のオンライン診療	・ 看護師等遠隔診療補助加算（再診料等） 
	情報通信機能を備えた機器を用いて患者情報の遠隔モニタリングを行うもの 	・ 遠隔モニタリング加算（心臓ペースメーカー指導管理料、在宅患者酸素療法指導料、在宅患者持続陽圧呼吸療法、在宅自己腹膜灌流指導管理料、在宅血液透析指導管理料） 対象患者に対して、情報通信機能を備えた機器を活用したモニタリングを行い、療養上必要な指導管理を行った場合

(参考) 在宅データ提出加算について

〈共通項目〉

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特有の項目〉

大項目	項目名	大項目	項目名
療養情報	在宅療養を始めた年月	患者の状態	患者の状態
	療養を行っている場所		
訪問診療の状況	訪問診療日	バーセルインデックス	バーセルインデックス
	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	排泄	排泄の状況
	自院での実施の有無		ブリストルスケール
訪問の主傷病	自院診断の有無	排尿	排尿の状況
	ICD10コード		
	傷病名コード	褥瘡	褥瘡の状況
	修飾語コード		
	傷病名	低栄養	低栄養の有無
救急受診の状況	救急受診日		摂食・嚥下障害の有無
	受診先		経管・経静脈栄養の状況
	受診経路	がんの傷病	自院診断の有無
	転帰		ICD10コード
入院の状況	入院年月日		傷病名コード
	退院年月日		修飾語コード
	受診先		傷病名
	ICD10コード	がんのStaging分類	ステージ分類
	傷病名コード		UICC 病期分類(T)
	修飾語コード		UICC 病期分類(N)
短期入所の状況	主病名		UICC 病期分類(M)
	入所年月日		UICC 病期分類(版)
	退所年月日	がんのNRS	NRS
往診の状況	短期入所利用サービス		
	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		

在宅データ提出加算 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、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。

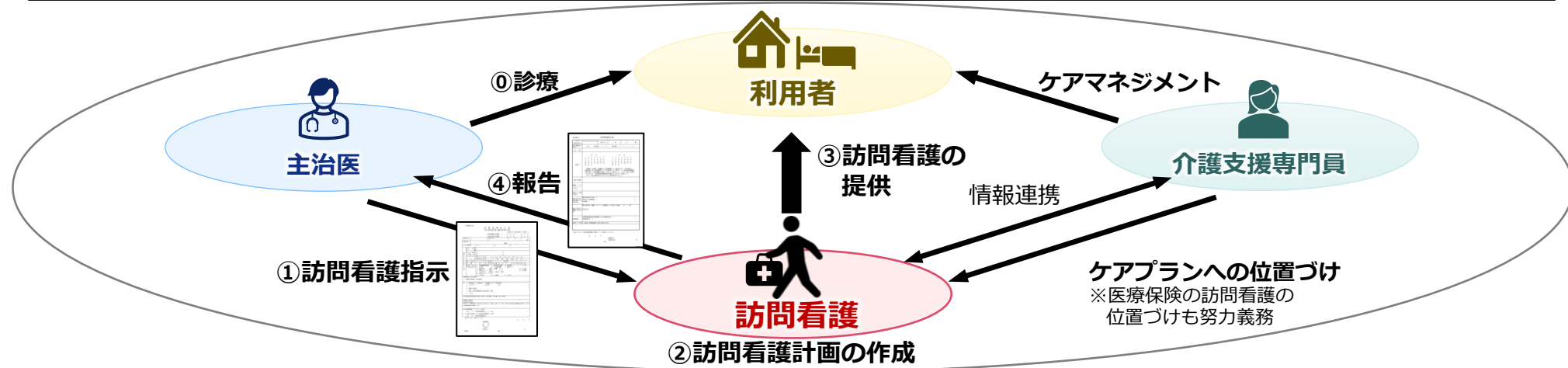
〔施設基準〕

- 在宅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。

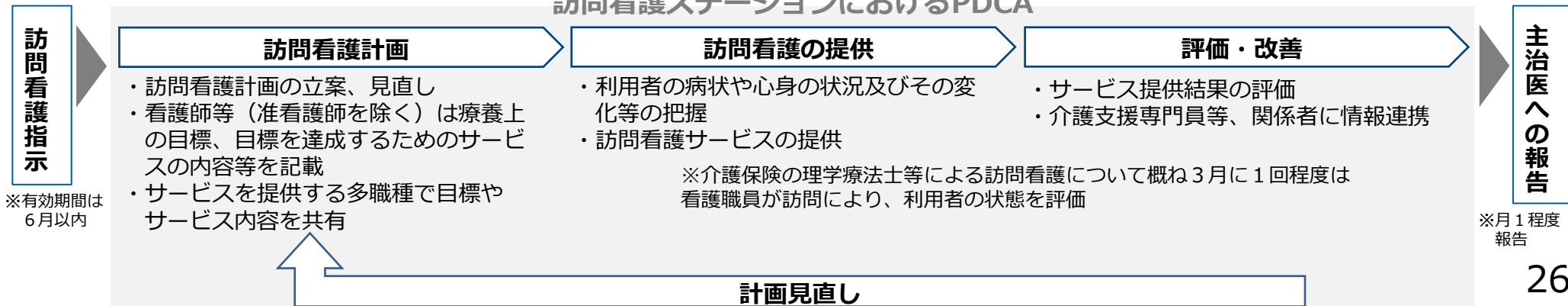
1. 在宅医療を取りまく状況について
2. 訪問診療・往診等について
3. 訪問看護について
4. 歯科訪問診療について
5. 訪問薬剤管理指導について
6. 訪問栄養食事指導について

訪問看護の提供

- 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) 5,550 円 (週4日目以降) 6,550 円		在宅患者 訪問看護・指導料		(週3日目まで) 580 点 (週4日目以降) 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 (週3日目まで) 5,550 円 (週4日目以降) 6,550 円 3人以上 (週3日目まで) 2,780 円 (週4日目以降) 3,280 円		同一建物居住者 訪問看護・指導料		2人まで (週3日目まで) 580 点 (週4日目以降) 680 点 3人以上 (週3日目まで) 293 点 (週4日目以降) 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) 機能強化型1 13,230 円 機能強化型2 10,030 円 機能強化型3 8,700 円 機能強化型以外 7,670 円 (2日目以降) 訪問看護管理療養費1 3,000 円 訪問看護管理療養費2 2,500 円		退院前訪問指導料		(入院中1回又は2回) 580 点	
訪問看護基本療養費（Ⅲ）		(入院中1回又は2回) 8,500 円		退院後訪問指導料		(1回につき) 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）		訪問看護同行加算		(退院後1回に限り) 20 点	
+							
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 深夜訪問看護加算		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 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 専門管理加算				在宅患者緊急時等カンファレンス加算 専門管理加算	
+							
		訪問看護情報提供療養費 訪問看護医療DX情報活用加算 訪問看護ターミナルケア療養費、遠隔死亡診断補助加算				訪問看護医療DX情報活用加算 在宅ターミナルケア加算、遠隔死亡診断補助加算	

27

精神科訪問看護に関する報酬体系

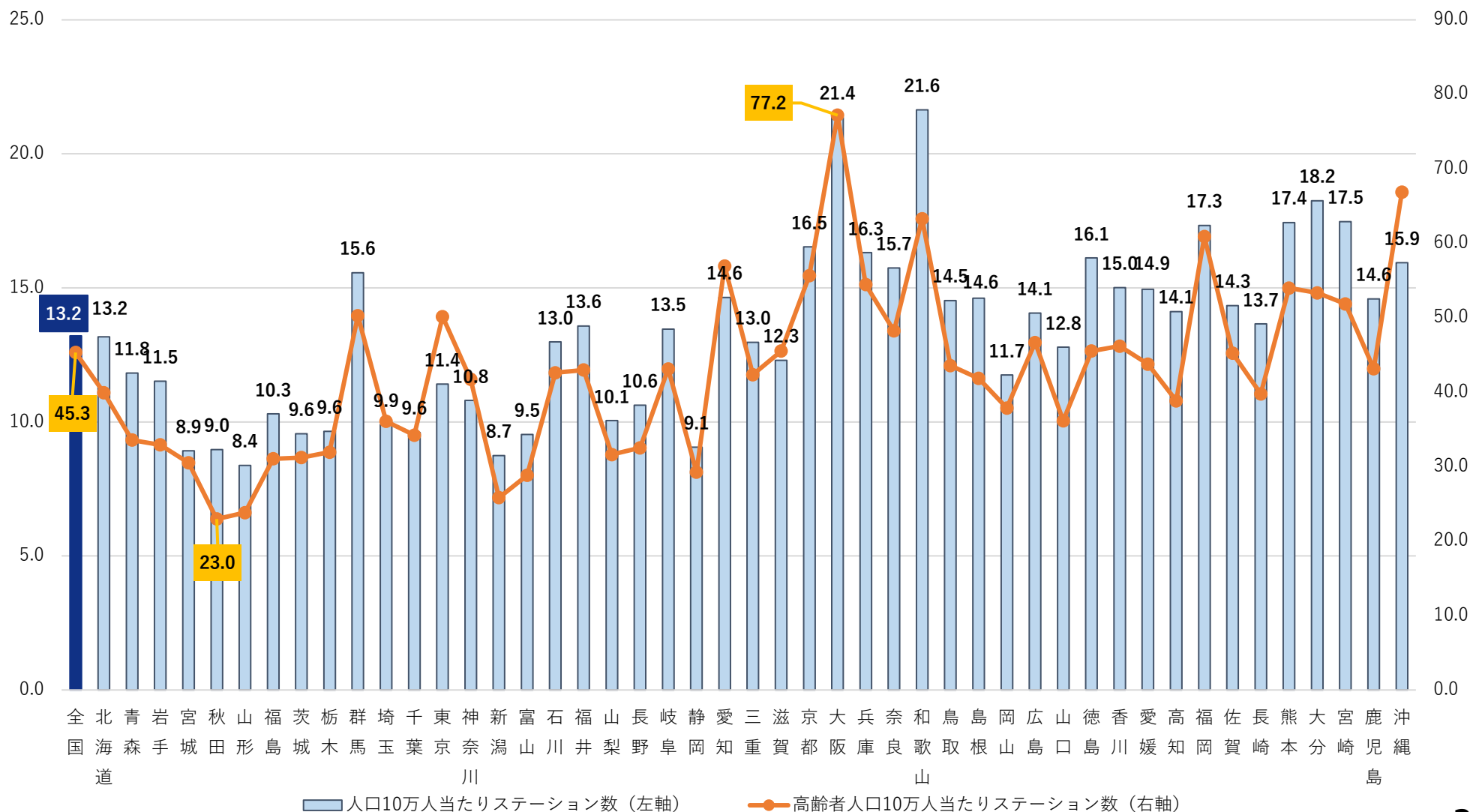
指定訪問看護事業所（訪問看護ステーション） 【精神科訪問看護基本療養費】 ※精神障害を有する者に対する看護について相当の経験を有する者として届出を行った者のみ実施可能				病院・診療所 【精神科訪問看護・指導料】					
精神科訪問看護 基本療養費（Ⅰ）		（週3日目まで） （週4日目以降）	5,550／4,250 円 6,550／5,100 円	精神科訪問看護・ 指導料（Ⅰ）		（週3日目まで） （週4日目以降）	580／445 点 680／530 点		
※訪問看護ステーションは保健師・看護師・准看護師・作業療法士、医療機関は保健師・看護師・准看護師・作業療法士・精神保健福祉士 ※金額・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）	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	13,230 円 10,030 円 8,700 円 7,670 円					
		（2日目以降）	訪問看護管理療養費1 訪問看護管理療養費2	3,000 円 2,500 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	
+									
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			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			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			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								
	精神科重症患者支援管理連携加算								
+									
訪問看護情報提供療養費		訪問看護医療DX情報活用加算		訪問看護医療DX情報活用加算					
訪問看護ターミナルケア療養費、遠隔死亡診断補助加算									

28

都道府県別訪問看護ステーション数

中医協 総 - 4
7 . 6 . 2 5

全国でみると、人口10万人当たりの訪問看護ステーション数は13.2か所、高齢者人口10万人当たりの訪問看護ステーション数は45.3か所である。

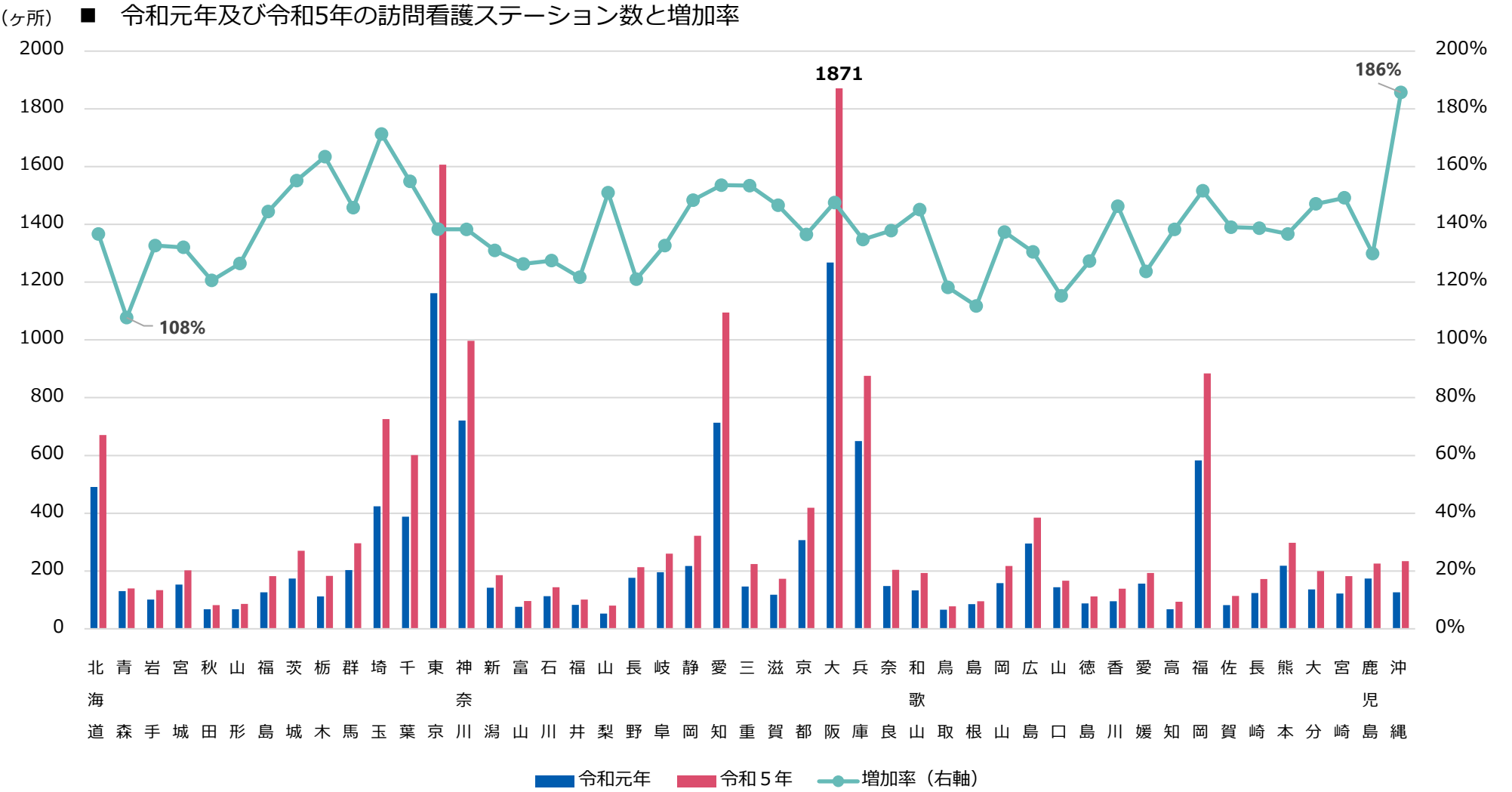


出典: 令和5年度介護サービス施設・事業所調査及び令和5年10月1日「現在推計人口」(総務省統計局)

都道府県別訪問看護ステーション数と増加率

中 医 協 総 - 4
7 . 6 . 2 5

令和元年から令和5年までの5年間ですべての都道府県で増加しており、特に、都市部での増加数が多い

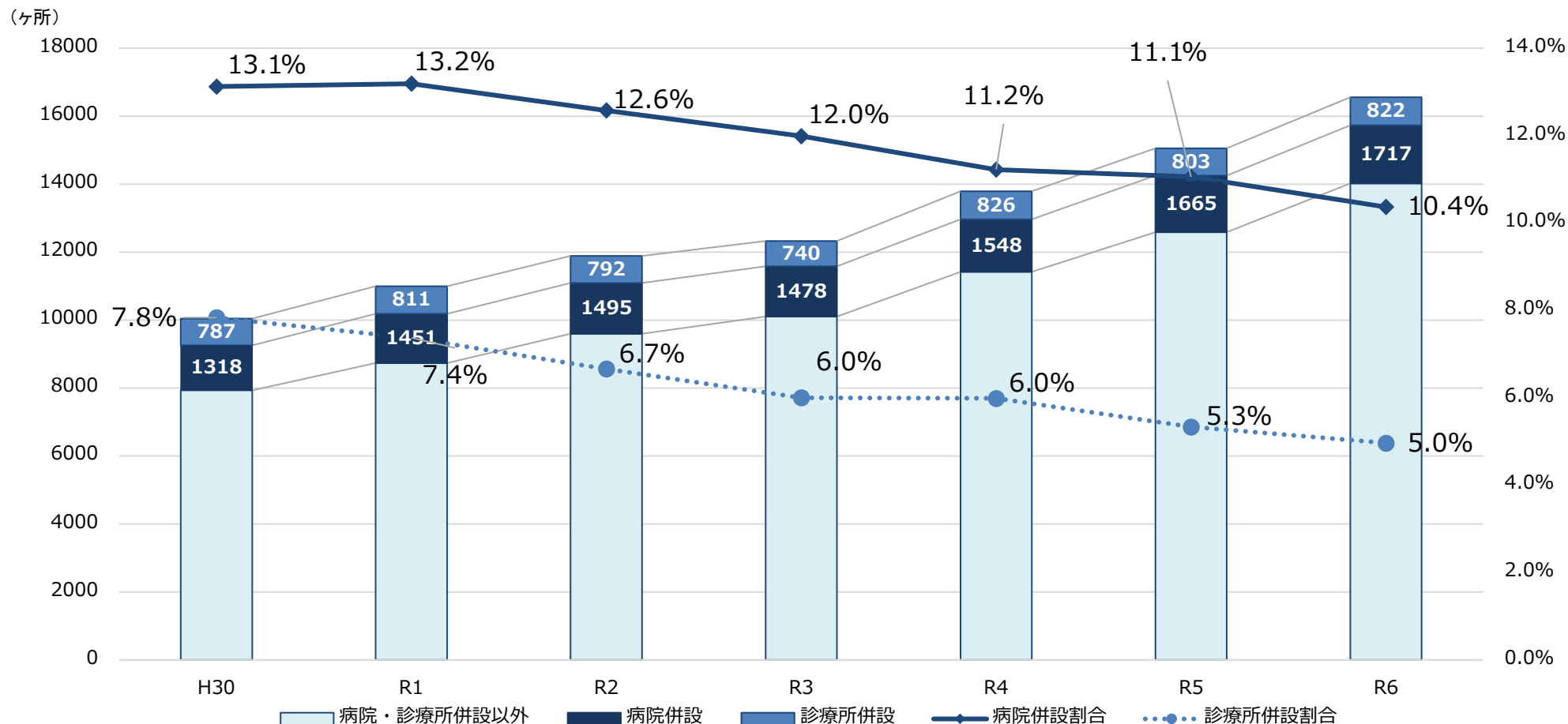


病院・診療所に併設する訪問看護ステーション数・割合の推移

○ 訪問看護ステーション数は近年増加しているが、訪問看護ステーション数に占める病院・診療所に併設する訪問看護ステーション※数の割合は減少傾向である。

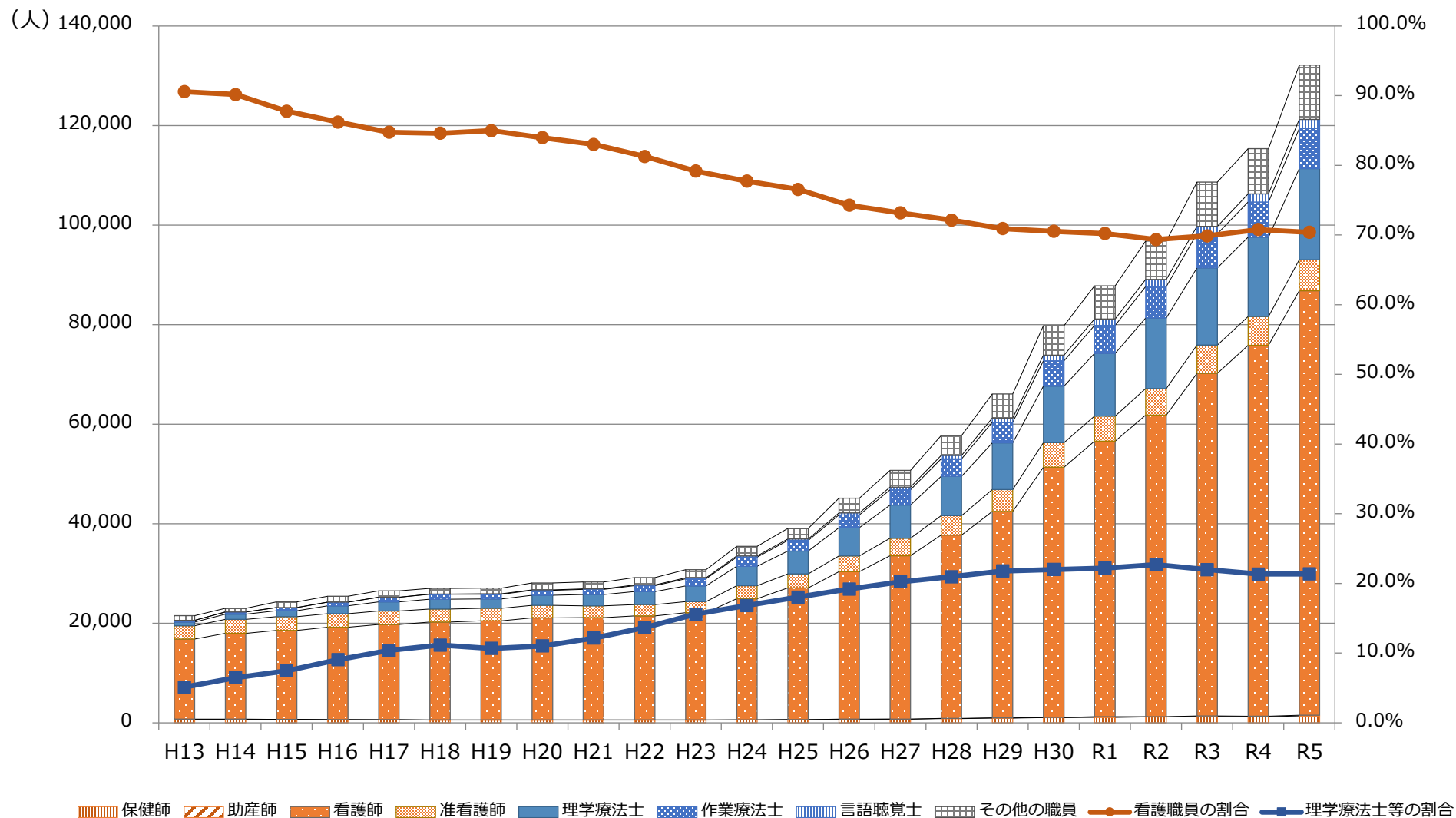
※同一敷地内に病院・診療所がある訪問看護ステーション

■ 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



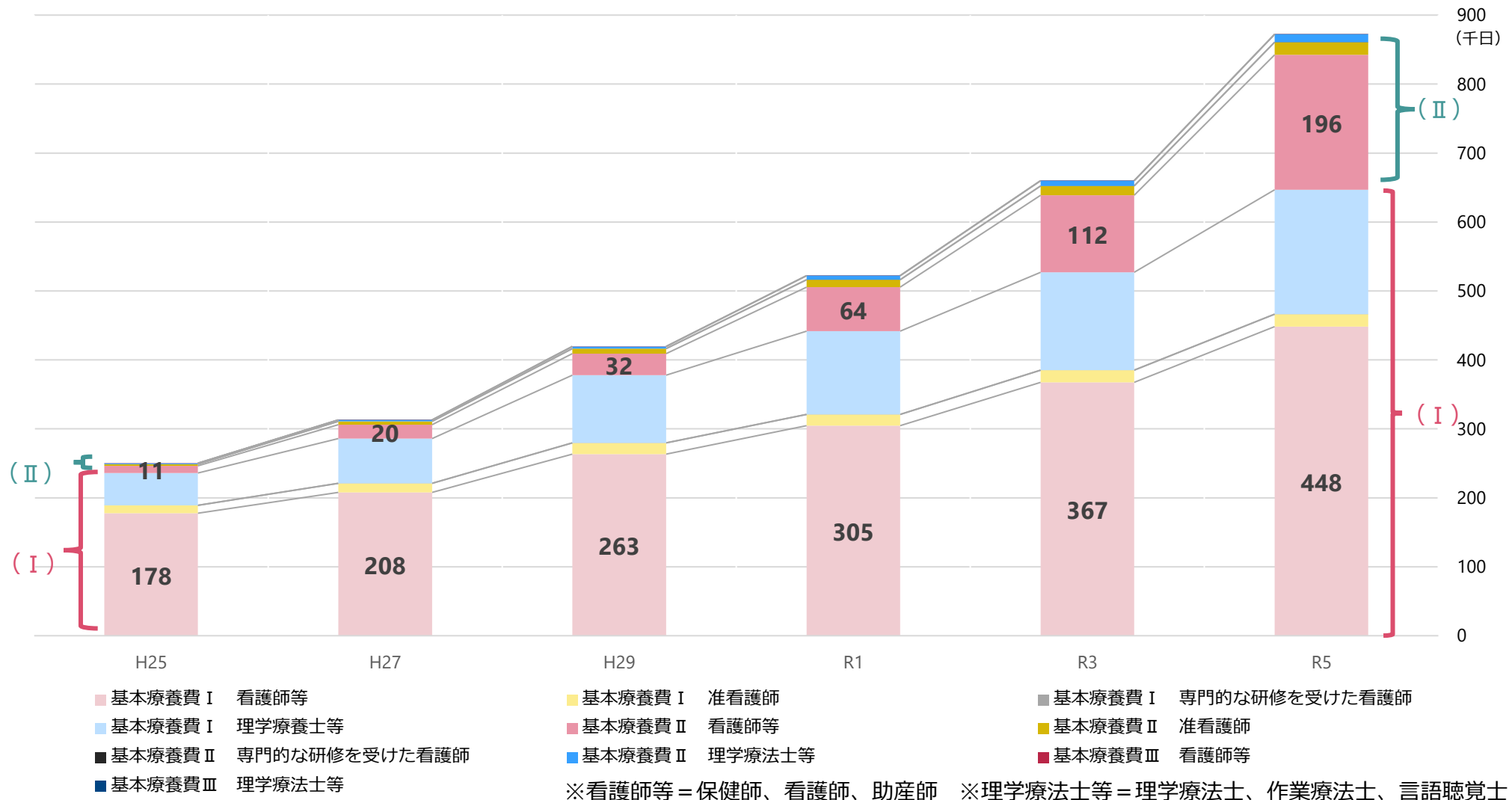
訪問看護ステーションにおける職種別の従事者数の推移

- 訪問看護ステーションの従事者数（医療保険・介護保険含む）は増加傾向が続いている。近年の職種別従事者数の割合看護職員数の割合は7割程度、理学療法士等数の割合は2割程度で推移している。



訪問職種別の訪問看護基本療養費の算定日数

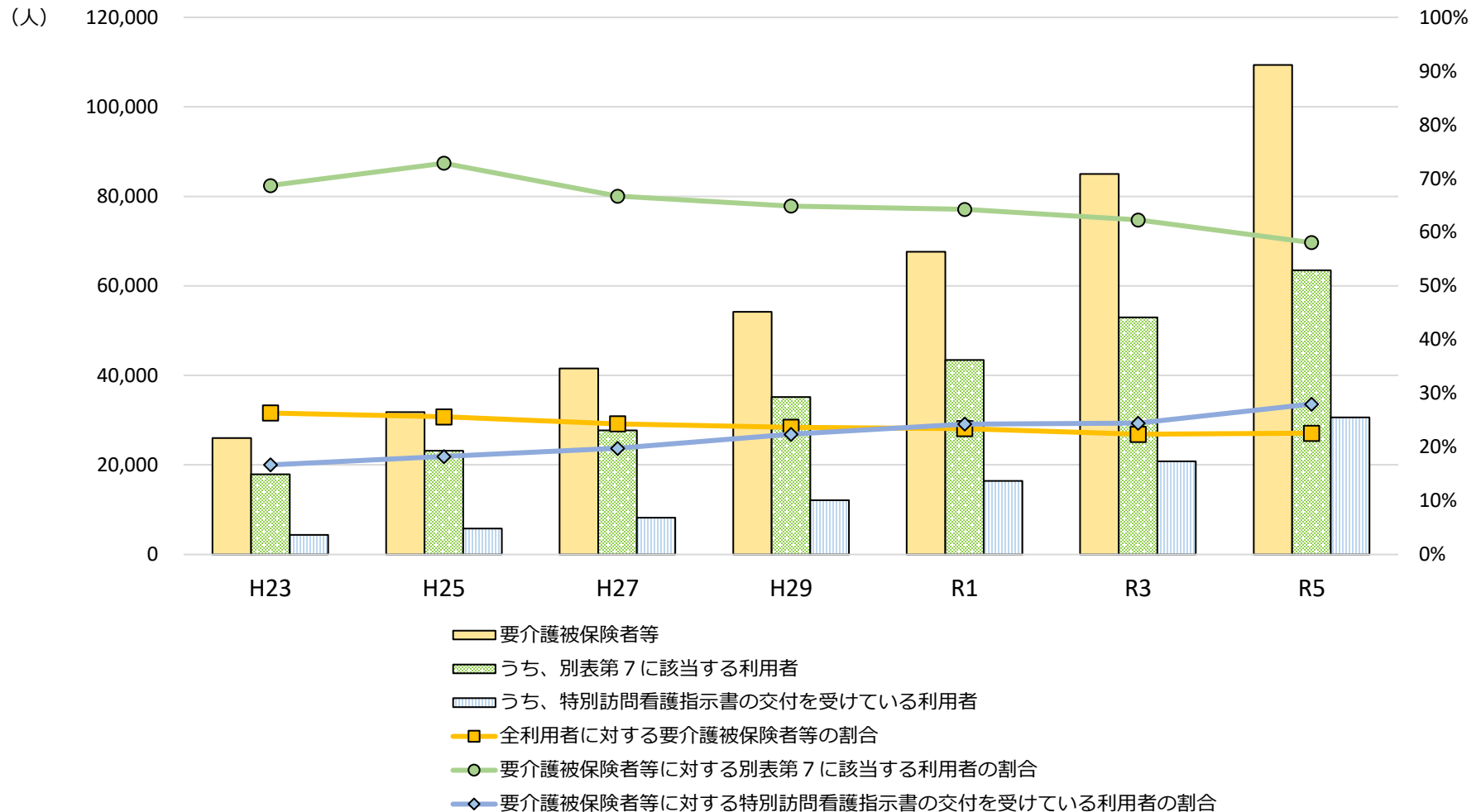
- 訪問看護基本療養費を算定する訪問職種別の算定日数の推移をみると、訪問看護基本療養費（Ⅱ）の看護師等による場合の算定日数の伸びが大きい。



医療保険の訪問看護利用者における要介護被保険者等の状況

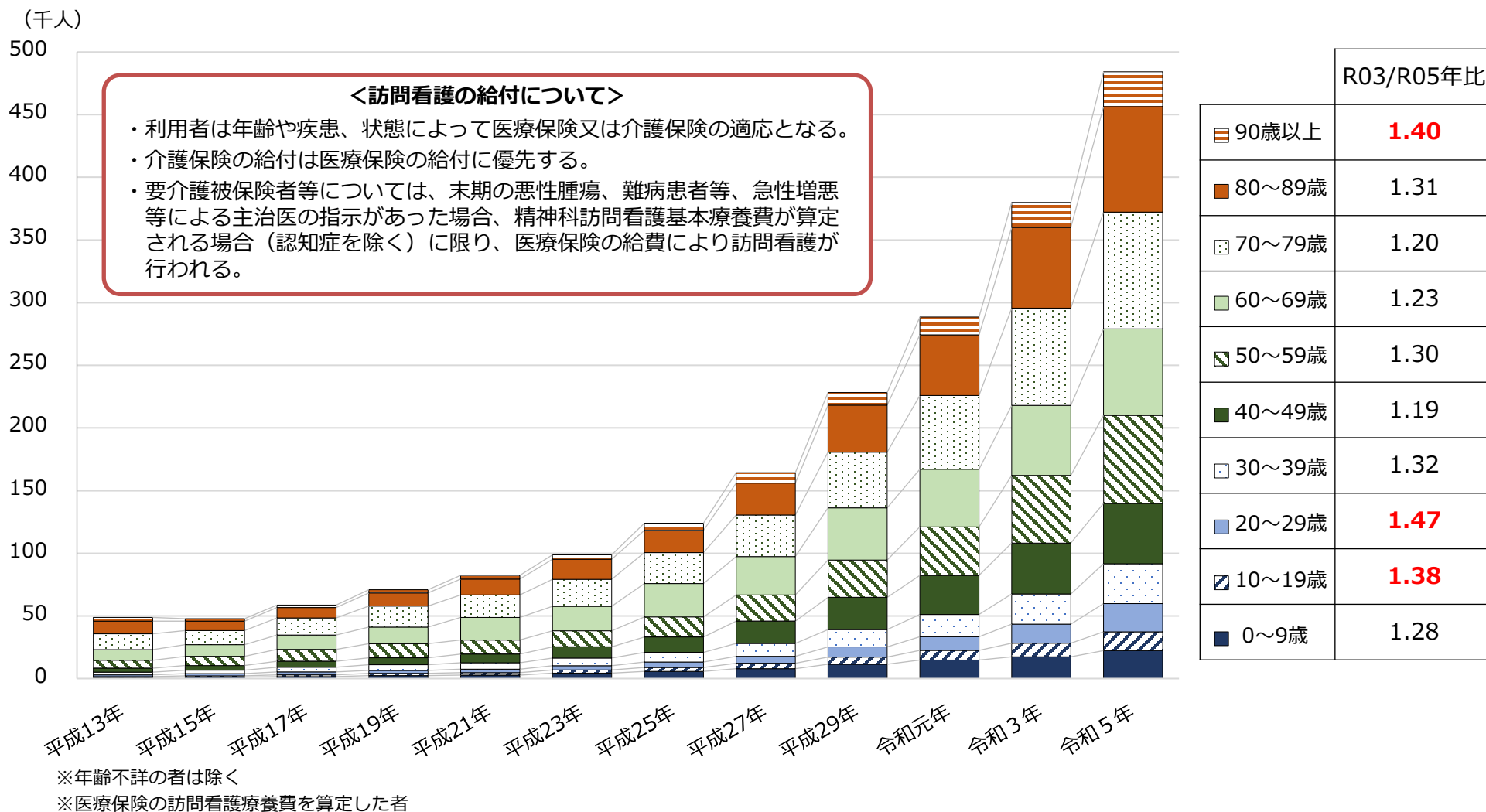
- 医療保険における訪問看護ステーションの利用者に対する要介護被保険者等の割合は横ばい。
- そのうち、特別訪問看護指示書の交付を受けている利用者の割合は増加傾向。

■ 訪問看護ステーションの利用者における、要介護被保険者等、別表第7該当者、特別訪問看護指示書の交付を受けている利用者数及び割合の推移



訪問看護ステーションの利用者数の推移（年齢階級別）

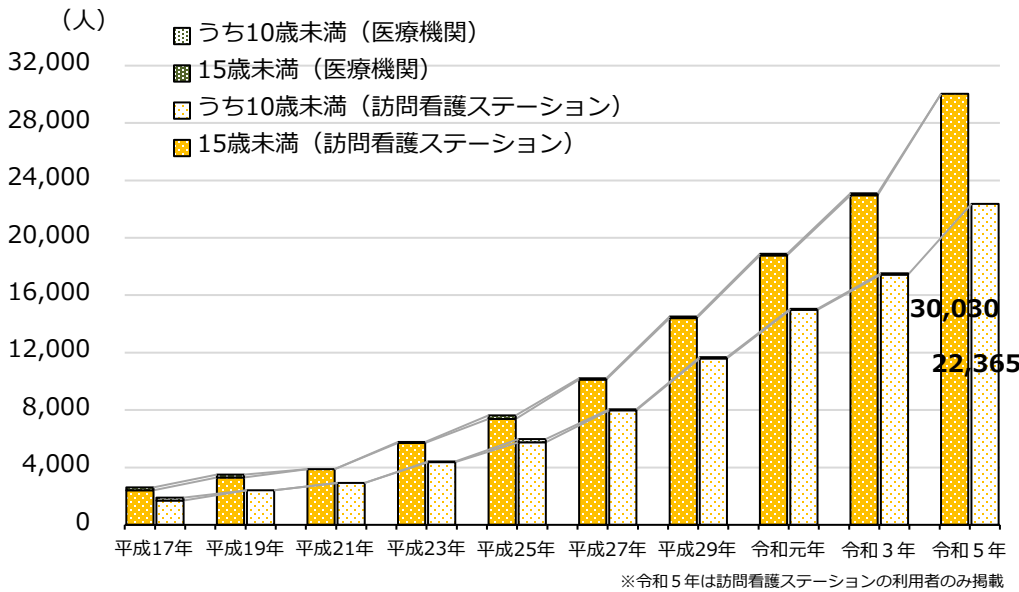
- 訪問看護の利用者は高齢者が半数以上である。
- 特に90歳以上の高齢者と、乳幼児を含む30歳未満の若年層の利用者が増加している。



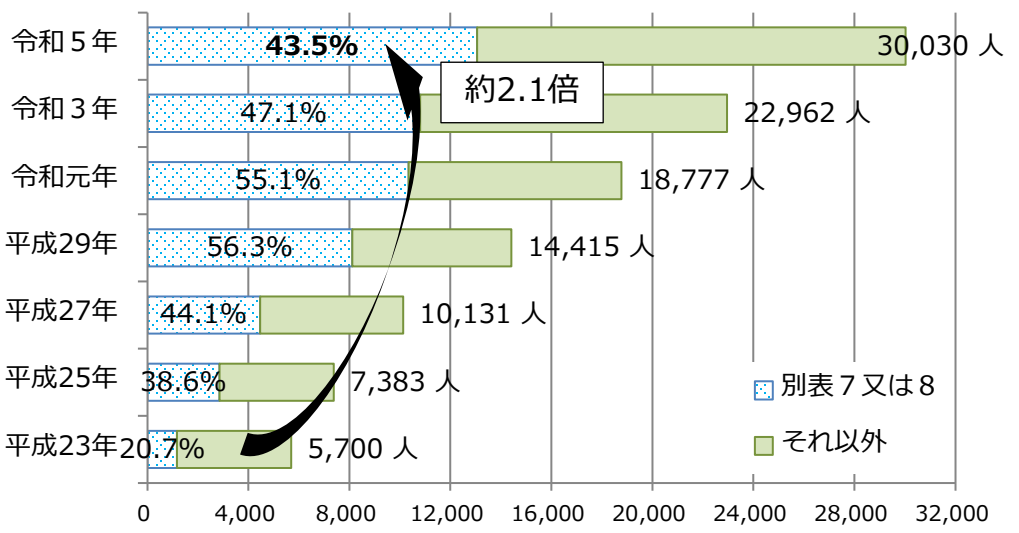
小児の訪問看護利用者の状況

- 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、近年の増加が著しい。
- 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5年は約2.1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

精神科訪問看護の主な要件

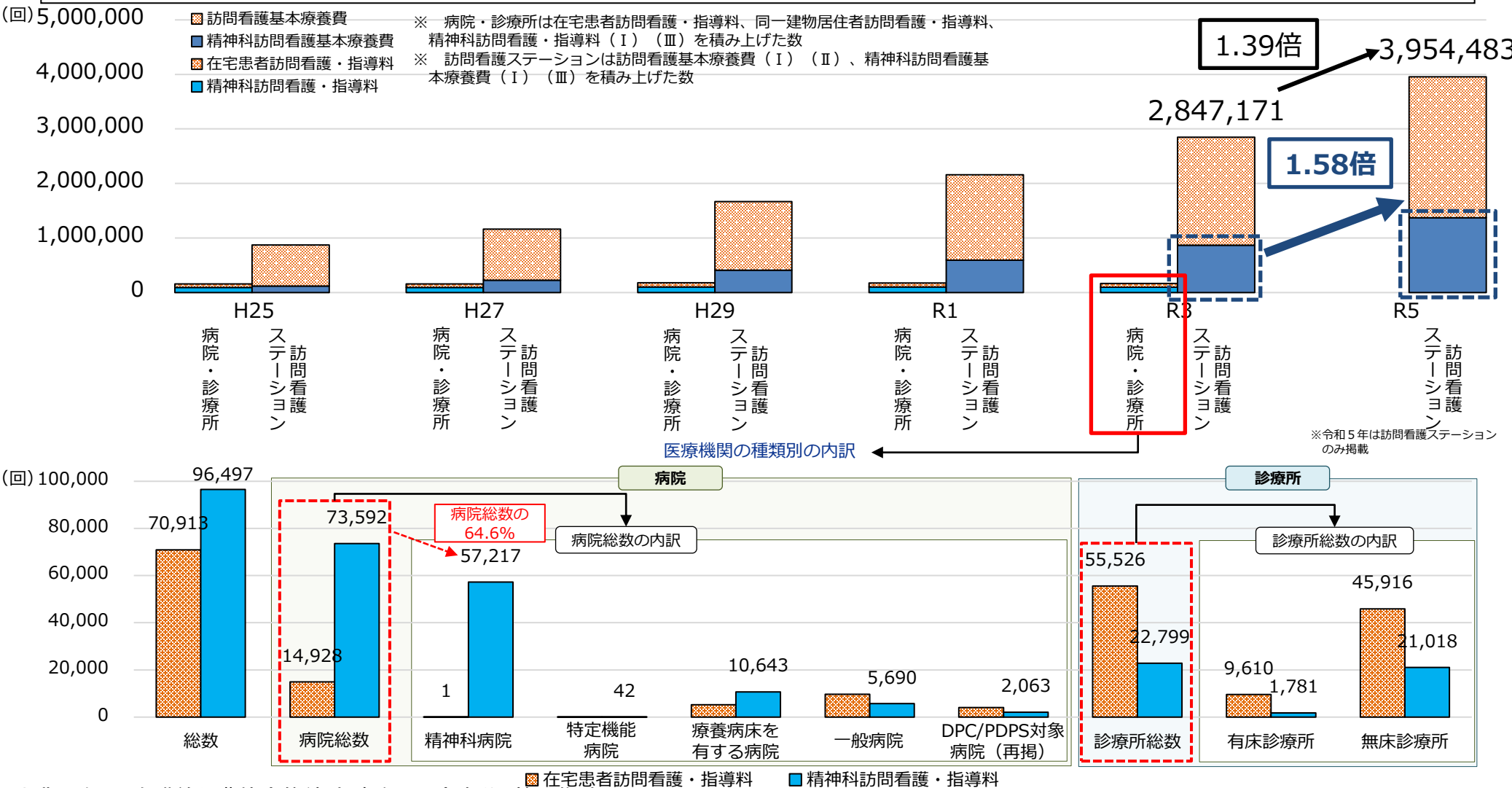
- 訪問看護ステーションが精神科訪問看護基本療養費を算定する場合は一定の経験又は研修の修了が必要であること、退院後３月以内は頻回訪問が可能であること等、精神科以外の訪問看護とは異なる基準や要件が設けられている。

	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	○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 ○准看護師 週3日目まで 5,050円 週4日目以降 6,050円 ○専門の研修を受けた看護師 12,850円	○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 ○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	○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 ○准看護師 週3日目まで 530点 週4日目以降 630点 ○専門の研修を受けた看護師 1,285点	○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 ○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
対象者 及び 算定日数	・下記以外：週3日まで ・別表7：算定日数制限なし ・別表8：算定日数制限なし ・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）	・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 ・退院後3月以内：週5日まで ・精神科特別指示：算定日数制限なし （月1回14日を限度）	・下記以外：週3日まで ・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）	・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 ・退院後3月以内：週5日まで ・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】
届出基準	－	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 （1）精神病棟又は精神科外来での1年 以上の勤務 （2）精神疾患患者に対する訪問看護の 1年以上の経験 （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 （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	－	－

精神科訪問看護の実施回数の推移

中医協 総 - 2
5 . 1 0 . 2 0

- 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3年から令和5年において約1.39倍であるが、精神科訪問看護基本療養費のみでは約1.58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: (左図) 介護給付費等実態統計 (各年4月審査分 特別集計)

(右図) 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 (令和5年6月審査分は速報値))

訪問看護ステーションの機能に応じた訪問看護管理療養費の見直し①

訪問看護管理療養費の見直し（月の初日の訪問の場合）

- 機能強化型訪問看護管理療養費1の要件について、在宅看護等に係る専門の研修を受けた看護師を配置することとする。
- 訪問看護ステーションにおける適切な感染管理の下での利用者への対応を評価する観点から、訪問看護管理療養費の評価を見直す。
- 訪問看護ステーションにおける訪問看護療養費明細書のオンライン請求が開始されることを踏まえ、訪問看護療養費明細書のオンライン請求及び領収証兼明細書の発行を推進する観点から、訪問看護管理療養費の評価を見直す。

現行

【訪問看護管理療養費】		
1 月の初日の訪問の場合		
イ 機能強化型訪問看護管理療養費1		12,830円
ロ 機能強化型訪問看護管理療養費2		9,800円
ハ 機能強化型訪問看護管理療養費3		8,470円
ニ イからハまで以外の場合		7,440円

[施設基準]
機能強化型訪問看護管理療養費1の基準
イ～ハ 略
(新設)

改定後

【訪問看護管理療養費】		
1 月の初日の訪問の場合		
イ 機能強化型訪問看護管理療養費1		13,230円
ロ 機能強化型訪問看護管理療養費2		10,030円
ハ 機能強化型訪問看護管理療養費3		8,700円
ニ イからハまで以外の場合		7,670円

[施設基準]
機能強化型訪問看護管理療養費1の基準
イ～ハ 略

ト 専門の研修を受けた看護師が配置されていること。

[経過措置]
令和6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に係る届出を行っている訪問看護ステーションについては、令和8年5月31日までの間に限り、当該基準に該当するものとみなす。

(参考) 算定留意事項

第5 訪問看護管理療養費について
(新) 災害等が発生した場合においても、指定訪問看護の提供を中断させない、又は中断しても可能な限り短い期間で復旧させ、利用者に対する指定訪問看護の提供を継続的に実施できるよう業務継続計画を策定し必要な措置を講じていること。

(参考) 機能強化型訪問看護ステーションの要件等

	機能強化型 1	機能強化型 2	機能強化型 3
	ターミナルケアの実施や、重症児の受入れ等を積極的に行う手厚い体制を評価		地域の訪問看護の人材育成等の役割を評価
月の初日の額	13,230円	10,030円	8,700円
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
24時間対応	24時間対応体制加算の届出 + 休日、祝日等も含めた計画的な訪問看護の実施		
重症度の高い利用者の受入れ	別表7の利用者 月10人以上	別表7の利用者 月7人以上	別表7・8の利用者、精神科重症患者又は複数の訪 看STが共同して訪問する利用者 月10人以上
ターミナルケアの実施、 重症児の受入れ	以下のいずれか ・ターミナル 前年度20件以上 ・ターミナル 前年度15件以上 + 重症児 常時4人以上 ・重症児 常時6人以上	以下のいずれか ・ターミナル 前年度15件以上 ・ターミナル 前年度10件以上 + 重症児 常時3人以上 ・重症児 常時5人以上	
介護・障害サービスの 計画作成	以下のいずれか ・居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置 + 特に医療的な管理が必要な利用者の1割程度について、介護サービス等計画又は介護予防 サービス計画を作成 ・特定相談支援事業所又は障害児相談支援事業所を同一敷地内に設置 + サービス等利用計画又は障害児支援利用計画の作成が必要な利用者の1割程度について、計 画を作成		
地域における 人材育成等	以下のいずれも満たす ・人材育成のための研修等の実施 ・地域の医療機関、訪問看護ステーション、住民等に対する情報提供又は相談の実績		以下のいずれも満たす ・地域の医療機関や訪看STを対象とした研修 年2回 ・地域の訪看STや住民等への情報提供・相談の実績 ・地域の医療機関の看護職員の一定期間の勤務実績
医療機関との共同			以下のいずれも満たす ・退院時共同指導の実績 ・併設医療機関以外の医師を主治医とする利用者が 1割以上
専門の研修を受けた看 護師の配置	専門の研修を受けた看護師が配置されていること	専門の研修を受けた看護師が配置されていること（望ましい）	

[経過措置]令和6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に係る届出を行っている訪問看護ステーションについては、令和8年5月31日までの間に限り、専門の研修を受けた看護師の配置に係る基準に該当するものとみなす。

訪問看護ステーションの機能に応じた訪問看護管理療養費の見直し②

訪問看護管理療養費の見直し（月の2日目以降の訪問の場合）

➤ 多様化する利用者や地域のニーズに対応するとともに、質の高い効果的なケアが実施されるよう、訪問看護ステーションの機能強化を図る観点から、訪問看護管理療養費の要件及び評価を見直す。

現行	改定後
【訪問看護管理療養費】 2 月の2日目以降の訪問の場合（1日につき） 3,000円	【訪問看護管理療養費】 2 月の2日目以降の訪問の場合（1日につき） (新) <u>イ</u> 訪問看護管理療養費1 3,000円 (新) <u>ロ</u> 訪問看護管理療養費2 2,500円

[算定要件]
指定訪問看護を行うにつき安全な提供体制が整備されている訪問看護ステーション（1のイ、ロ及び八並びに2のイ及びロについては、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に限る。）であって、利用者に対して訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っているものが、当該利用者に係る訪問看護計画書及び訪問看護報告書並びに精神科訪問看護計画書及び精神科訪問看護報告書を当該利用者の主治医（保険医療機関の保険医又は介護老人保健施設若しくは介護医療院の医師に限る。以下同じ。）に対して提出するとともに、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を継続して行った場合に、訪問の都度算定する。

[施設基準]
・ **訪問看護管理療養費1の基準**
訪問看護ステーションの利用者のうち、同一建物居住者（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。以下同じ。）であるものが占める割合が7割未満であって、次のイ又はロに該当するものであること。
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及び特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者に対する訪問看護について相当な実績を有すること。
ロ 精神科訪問看護基本療養費を算定する利用者のうち、GAF尺度による判定が40以下の利用者の数が月に5人以上であること。
・ **訪問看護管理療養費2の基準**
訪問看護ステーションの利用者のうち、同一建物居住者であるものが占める割合が7割以上であること又は当該割合が7割未満であって上記のイ若しくはロのいずれにも該当しないこと。

[経過措置]
令和6年3月31日時点において現に指定訪問看護事業者が、当該指定に係る訪問看護事業を行う事業所については、令和6年9月30日までの間に限り、訪問看護管理療養費1の基準に該当するものとみなす。

すべての事業所で
届出が必要です



訪問看護管理療養費 1 及び 2 の届出状況

- 令和 6 年度診療報酬改定において、訪問看護管理療養費（月の 2 日目以降の訪問の場合）の要件及び評価が見直された。
- 令和 7 年 7 月 1 日時点で、訪問看護管理療養費 1 を届け出たステーション数は 12,317 事業所、訪問看護管理療養費 2 を届け出たステーション数は 7,403 事業所である。

訪問看護管理療養費の見直し（月の 2 日目以降の訪問の場合）

改定後

【訪問看護管理療養費】

2 月の 2 日目以降の訪問の場合（1 日につき）

（新）	イ	訪問看護管理療養費 1	3,000円
（新）	ロ	訪問看護管理療養費 2	2,500円

[施設基準]

・ 訪問看護管理療養費 1 の基準

訪問看護ステーションの利用者のうち、同一建物居住者（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。以下同じ。）であるものが占める割合が 7 割未満であって、次のイ又はロに該当するものであること。

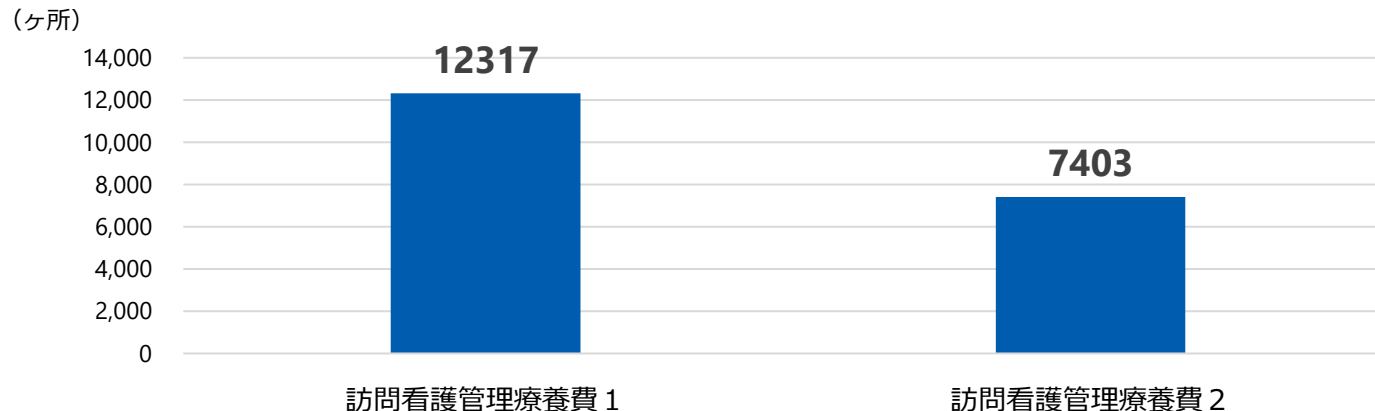
イ 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者及び特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者に対する訪問看護について相当な実績を有すること。

ロ 精神科訪問看護基本療養費を算定する利用者のうち、GAF 尺度による判定が 40 以下の利用者の数が月に 5 人以上であること。

・ 訪問看護管理療養費 2 の基準

訪問看護ステーションの利用者のうち、同一建物居住者であるものが占める割合が 7 割以上であること又は当該割合が 7 割未満であって上記のイ若しくはロのいずれにも該当しないこと。

■ 訪問看護管理療養費（月の 2 日目以降の訪問の場合）の届出状況



訪問看護ステーションにおける持続可能な24時間対応体制確保の推進①

24時間対応体制加算の見直し①

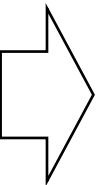
➤ 訪問看護ステーションにおける看護師等の働き方改革及び持続可能な24時間対応体制の確保を推進する観点から、24時間対応体制加算について、看護業務の負担軽減のための取組を行った場合を考慮した評価体系に見直す。

現行

【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】

〔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が、利用者又はその家族等に対して当該基準に規定する24時間の対応体制にある場合（指定訪問看護を受けようとする者の同意を得た場合に限る。）には、24時間対応体制加算として、月1回に限り、6,400円を所定額に加算する。ただし、当該月において、当該利用者について他の訪問看護ステーションが24時間対応体制加算を算定している場合は、算定しない。



改定後

【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】

〔施設基準〕

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が、利用者又はその家族等に対して当該基準に規定する24時間の対応体制にある場合（指定訪問看護を受けようとする者の同意を得た場合に限る。）には、24時間対応体制加算として、次に掲げる区分に従い、月1回に限り、いずれかを所定額に加算する。ただし、当該月において、当該利用者について他の訪問看護ステーションが24時間対応体制加算を算定している場合は、算定しない。

<u>（新）</u> <u>イ</u> <u>24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組を行っている場合</u>	<u>6,800円</u>
<u>（新）</u> <u>ロ</u> <u>イ以外の場合</u>	<u>6,520円</u>

（参考）24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組

訪問看護管理療養費の注2のイを算定する場合、次に掲げる24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組に関する内容のうち、ア又はイを含む2項目以上を満たしていること。

- ア 夜間対応した翌日の勤務間隔の確保
- イ 夜間対応に係る勤務の連続回数が2連続（2回）まで
- ウ 夜間対応後の暦日の休日確保
- エ 夜間勤務の二重を踏まえた勤務体制の工夫
- オ ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減
- カ 電話等による連絡及び相談を担当する者に対する支援体制の確保

訪問看護ステーションにおける持続可能な24時間対応体制確保の推進②

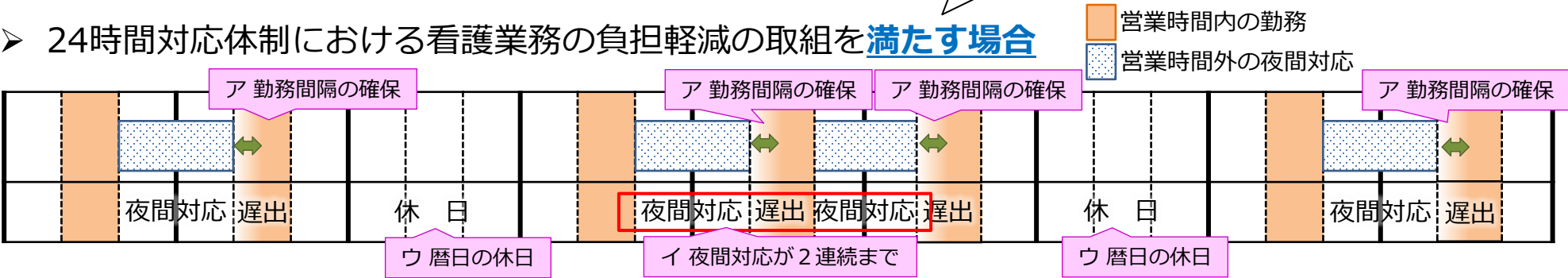
24時間対応体制加算の見直し②

(参考) 24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組

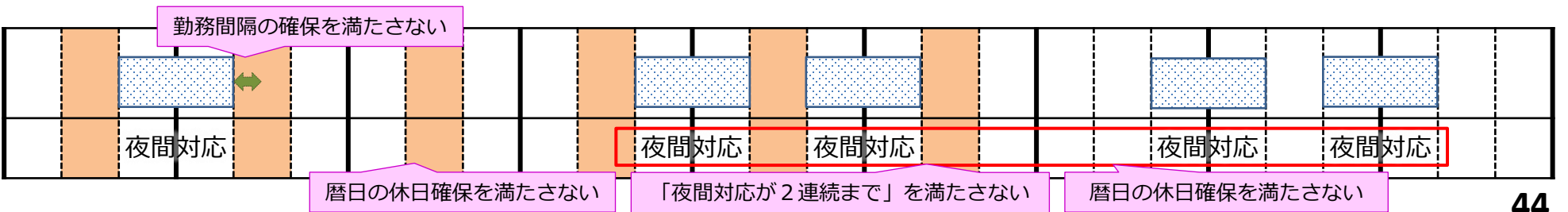
- 訪問看護管理療養費の注2のイを算定する場合、次に掲げる24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組に関する内容のうち、ア又はイを含む2項目以上を満たしていること。
- ア 夜間対応した翌日の勤務間隔の確保
 - イ 夜間対応に係る勤務の連続回数が2連続（2回）まで
 - ウ 夜間対応後の暦日の休日確保
 - エ 夜間勤務の二ズを踏まえた勤務体制の工夫
 - オ ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減
 - カ 電話等による連絡及び相談を担当する者に対する支援体制の確保

ア又はイを含む2項目
以上を満たしていること

➤ 24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組を満たす場合



➤ 24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組を満たさない場合



訪問看護ステーションにおける持続可能な24時間対応体制確保の推進③

24時間対応体制加算の見直し③

- 24時間対応体制加算について、24時間対応に係る連絡体制の取扱いを見直す。

改定後

【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】

[届出基準通知]

機能強化型訪問看護管理療養費3の届出を行っている訪問看護ステーションにおいて、併設する保険医療機関の看護師が営業時間外の利用者又はその家族等からの電話等に対応する場合を除き、24時間対応体制に係る連絡相談を担当する者は、原則として、当該訪問看護ステーションの保健師又は看護師とし、勤務体制等を明確にすること。**ただし、次のいずれにも該当し、24時間対応体制に係る連絡相談に支障がない体制を構築している場合には、24時間対応体制に係る連絡相談を担当する者について、当該訪問看護ステーションの保健師又は看護師以外の職員（以下この項において「看護師等以外の職員」とする。）でも差し支えない。**

ア 看護師等以外の職員が利用者又はその家族等からの電話等による連絡及び相談に対応する際のマニュアルが整備されていること。

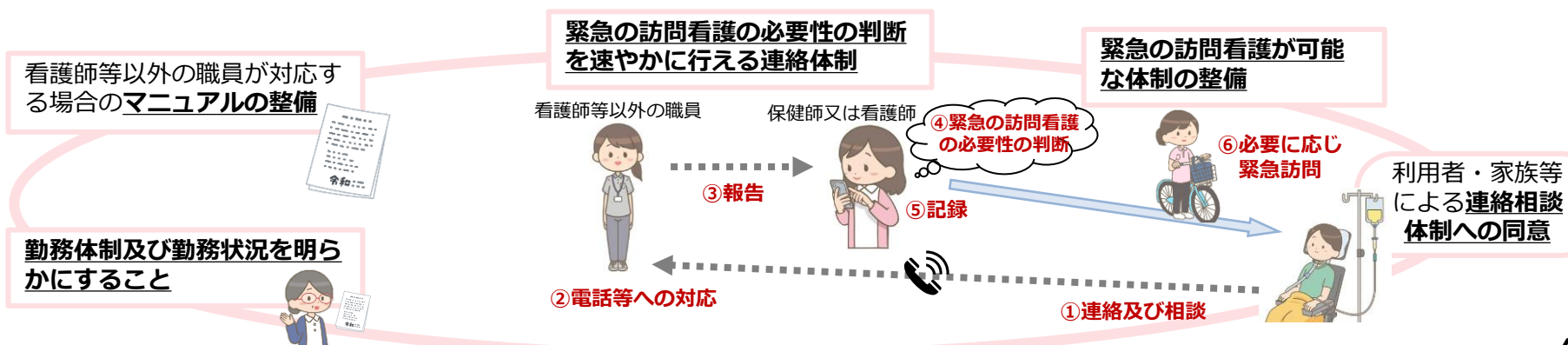
イ 緊急の訪問看護の必要性の判断を保健師又は看護師が速やかに行える連絡体制及び緊急の訪問看護が可能な体制が整備されていること。

ウ 当該訪問看護ステーションの管理者は、連絡相談を担当する看護師等以外の職員の勤務体制及び勤務状況を明らかにすること。

エ 看護師等以外の職員は、電話等により連絡及び相談を受けた際に保健師又は看護師へ報告すること。報告を受けた保健師又は看護師は、当該報告内容等を訪問看護記録書に記録すること。

オ アからエについて、利用者及び家族等に説明し、同意を得ること。

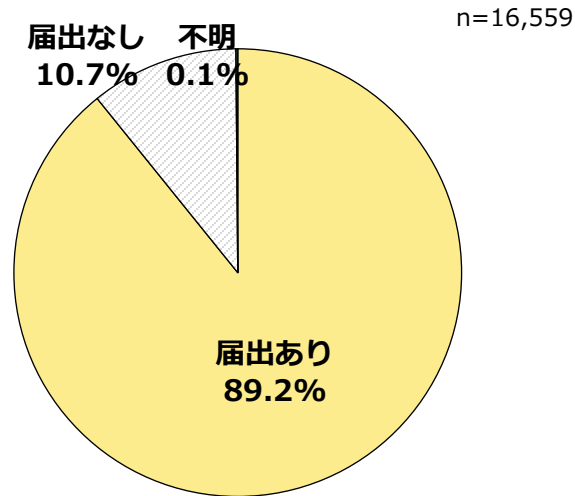
カ 指定訪問看護事業者は、連絡相談を担当する看護師等以外の職員に関して別紙様式2を用いて地方厚生（支）局長に届け出ること。



24時間対応体制加算の届出と利用者数の推移

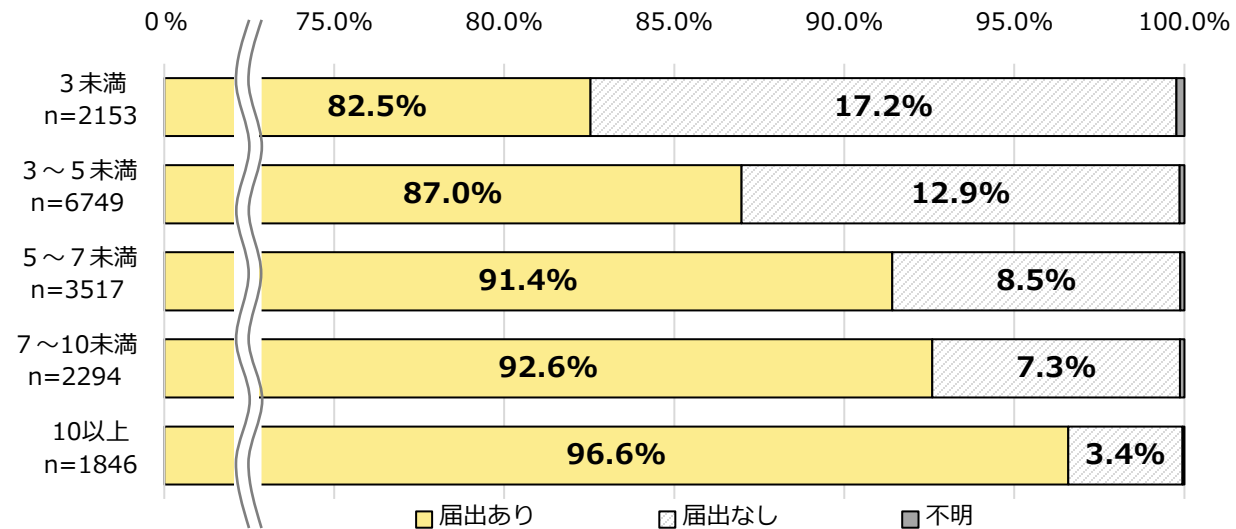
- 全訪問看護ステーションのうち、89.2%が24時間対応体制加算を届け出ているが、規模が小さくなるにつれて届出の割合が少なくなっている。

■ 24時間対応体制加算の届出の状況

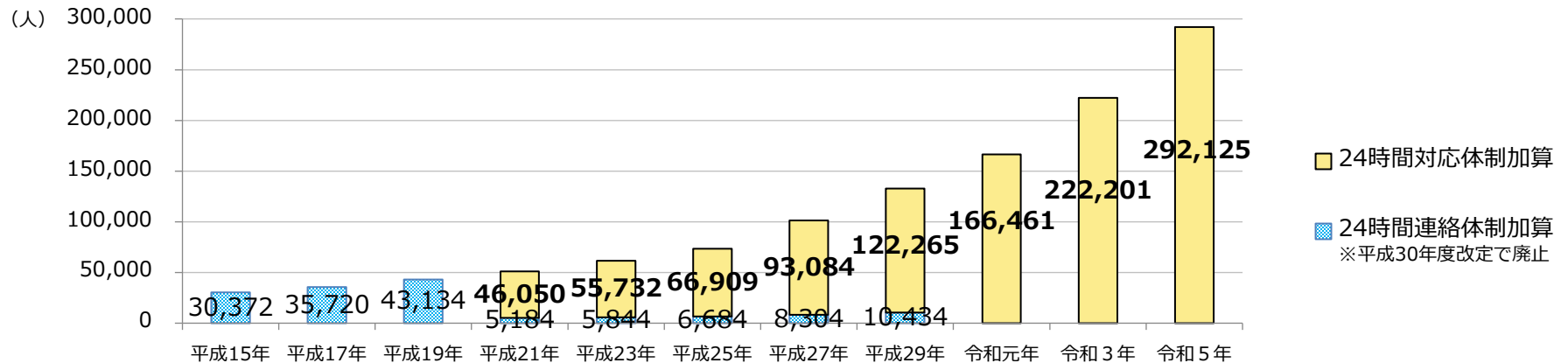


出典：保険局医療課調べ（令和6年8月1日時点）

■ 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



■ 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（令和5年6月審査分は速報値））

緊急訪問看護加算の評価の見直し

緊急訪問看護加算の見直し

- 緊急の指定訪問看護が適切に提供されるよう、緊急訪問看護加算について、要件及び評価を見直すとともに、訪問看護療養費請求書等の記載内容を見直す。

現行

【緊急訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】

[算定要件]

1 及び 2（いずれもハを除く。）については、利用者又はその家族等の求めに応じて、その主治医（診療所又は医科点数表の区分番号 C 0 0 1 の注 1 に規定する在宅療養支援病院（以下「在宅療養支援病院」という。）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は、緊急訪問看護加算として、1 日につき 2,650 円を所定額に加算する。

[算定要件]（抜粋）
（新規）

(4) （略）
（新規）

改定後

【緊急訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】

[算定要件]

1 及び 2（いずれもハを除く。）については、利用者又はその家族等の求めに応じて、その主治医（診療所又は医科点数表の区分番号 C 0 0 1 の注 1 に規定する在宅療養支援病院（以下「在宅療養支援病院」という。）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は、緊急訪問看護加算として、次に掲げる区分に従い、1 日につき、いずれかを所定額に加算する。

<u>(新)</u>	<u>イ</u>	<u>月14日目まで</u>	<u>2,650円</u>
<u>(新)</u>	<u>ロ</u>	<u>月15日目以降</u>	<u>2,000円</u>

[算定要件]（抜粋）

(4) 当該加算に関し、利用者又はその家族等からの電話等による緊急の求めに応じて、主治医の指示により、緊急に指定訪問看護を実施した場合は、その日時、内容及び対応状況を訪問看護記録書に記録すること。

(5) （略）

(6) 緊急訪問看護加算を算定する場合には、当該加算を算定する理由を、訪問看護療養費明細書に記載すること。

※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・指導料及び精神科訪問看護療養費についても同様

専門の研修を受けた看護師による計画的な管理

- 専門の研修を受けた看護師による計画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、特定行為研修を受けた者が最も多い。

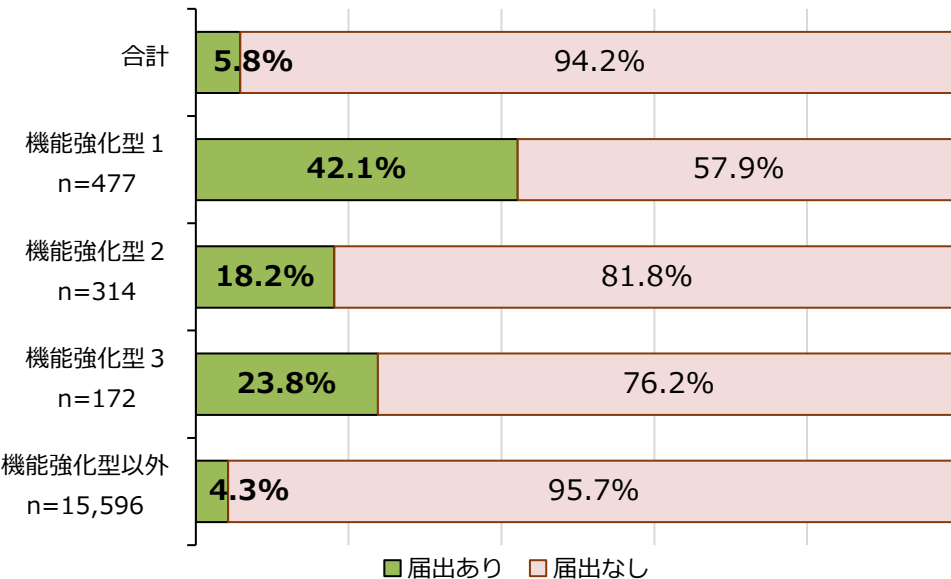
■ 専門の研修を受けた看護師による訪問看護における計画的な管理

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 ・悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者 ・真皮を越える褥瘡の状態にある利用者 ・人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な利用者 □ 特定行為研修を修了した看護師が計画的な管理を行った場合 ・手順書加算を算定する利用者	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=16,559

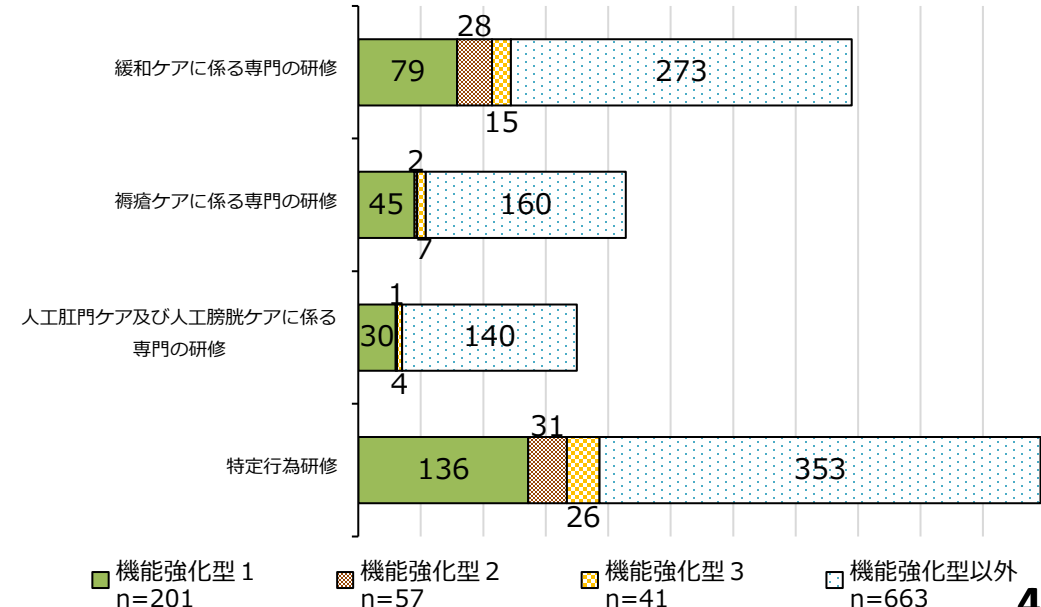
0% 20% 40% 60% 80% 100%



■ 研修別の届出状況（重複あり）

(事業所数)

0 50 100 150 200 250 300 350 400 450 500 550



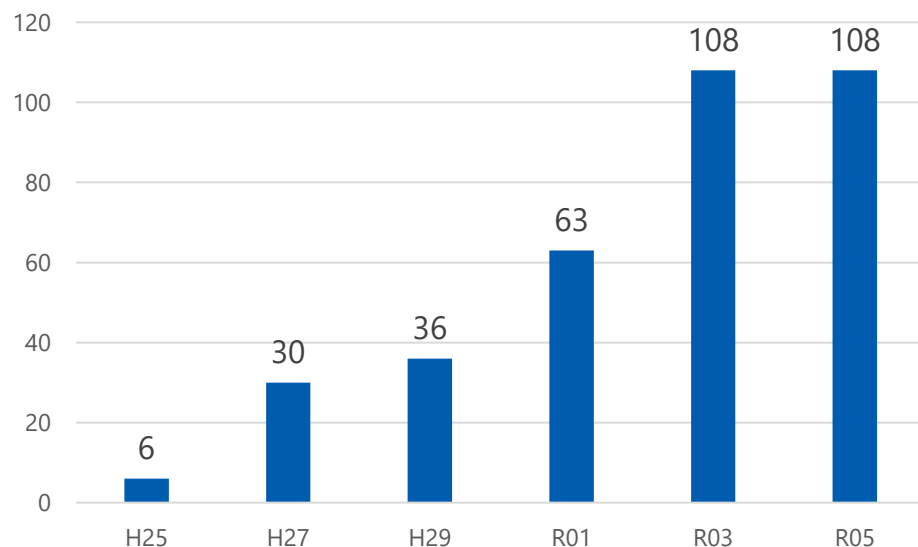
専門の研修を受けた看護師による同行訪問

- 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令和3年度に増加したのち横ばいだが、医療機関からの算定件数は令和5年度で増加した。

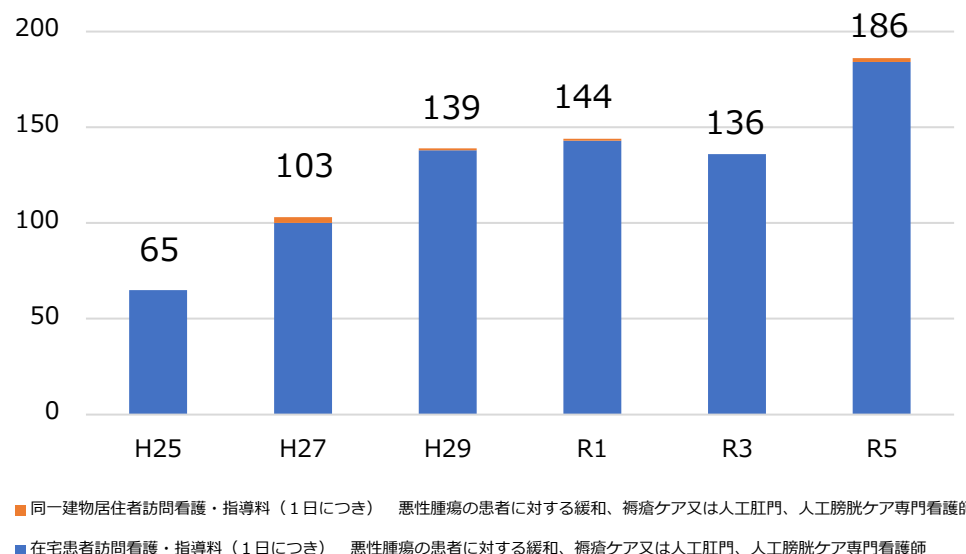
■ 専門性の高い看護師による訪問看護の評価

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)	- 悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者 - 真皮を越える褥瘡の状態にある利用者 - 人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な利用者	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



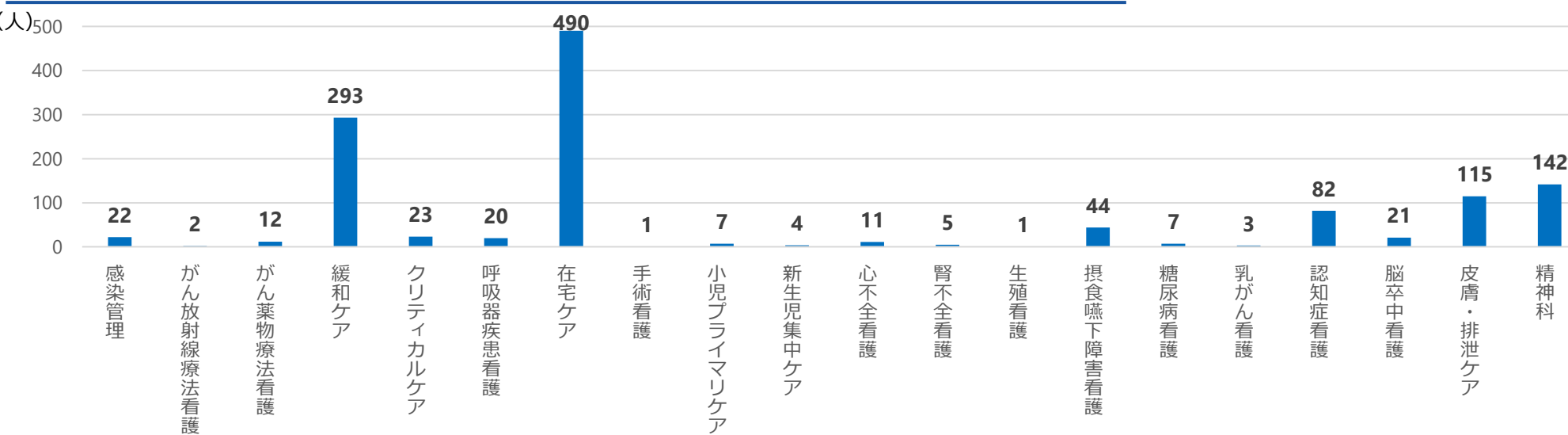
専門看護師・認定看護師の訪問看護ステーションにおける在籍状況

○ 訪問看護ステーションに在籍する専門看護師及び認定看護師の各専門・認定分野別の人数は以下のとおり。

■ 訪問看護ステーションに在籍する専門看護師の人数（2024年12月末現在） n=186



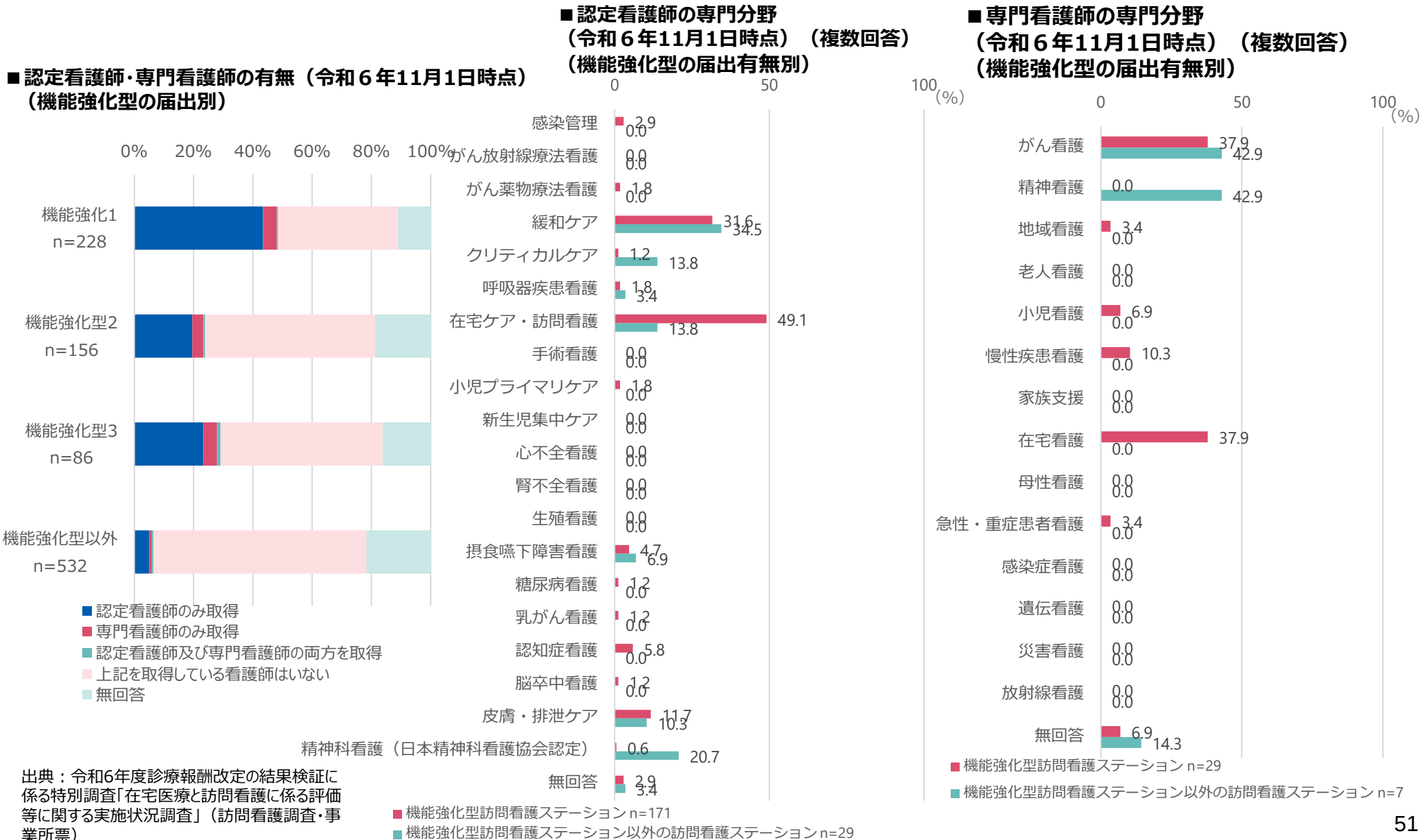
■ 訪問看護ステーションに在籍する認定看護師の人数（2024年12月末現在） n=1,035



出典：公益社団法人日本看護協会「データで見る専門看護師 分野別所属先種別登録者数一覧」及び「データで見る認定看護師 分野別所属先種別登録者数一覧」 及び日本精神科看護協会「精神科認定看護師全国データ」をもとに保険局医療課にて作成

訪問看護ステーションに所属する認定看護師・専門看護師

○ 専門性の高い看護師（認定看護師・専門看護師）の事業所への所属の有無と専門分野は以下の通り。

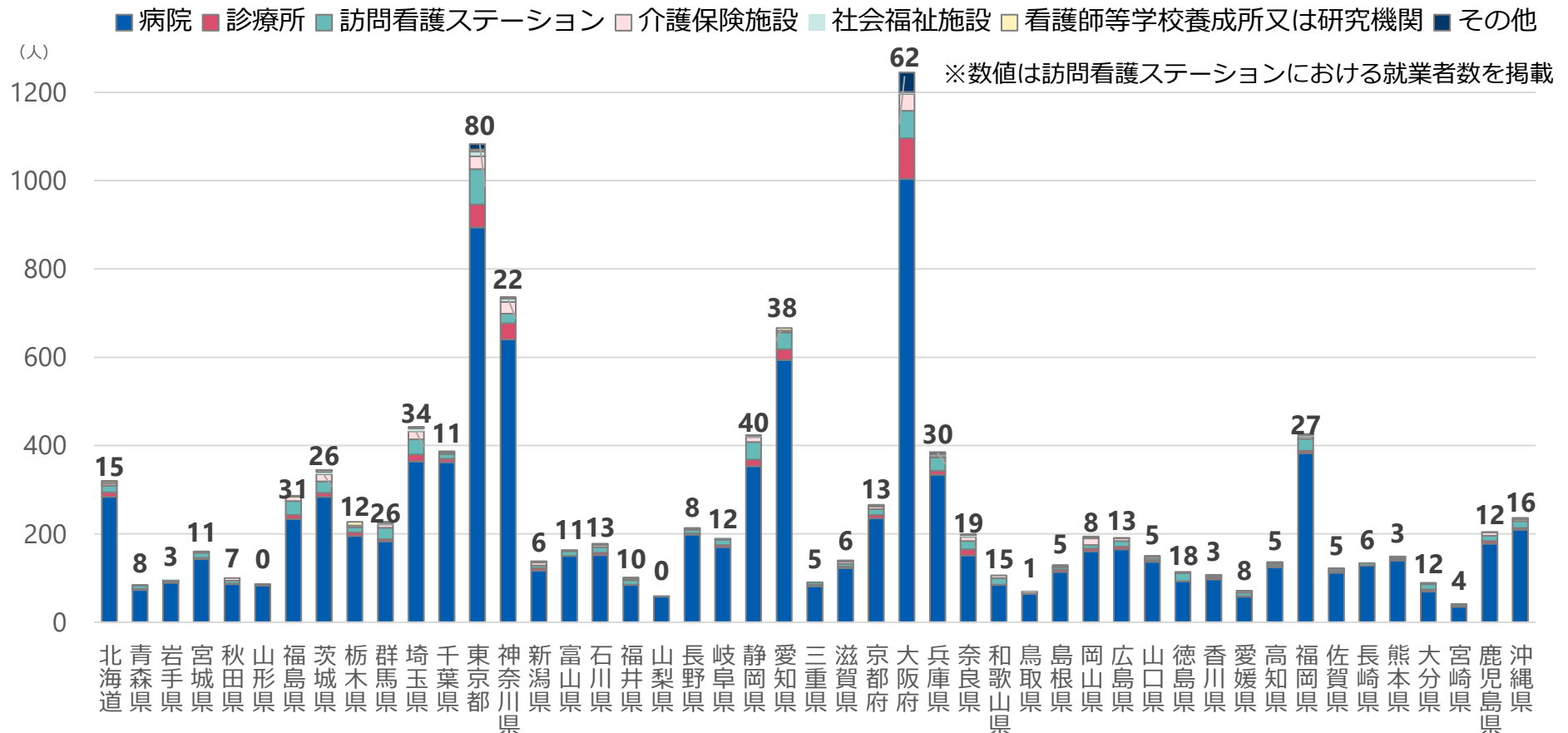


特定行為研修修了者の就業状況

■ 就業場所別

	病院	診療所	訪問看護 ステーション	介護保険施設	社会福祉施設	看護師等学校養成所 又は研究機関	その他	合計
就業者数（人）	10,067	409	725	293	67	68	80	11,709
割合	85.9%	3.5%	6.2%	2.5%	0.6%	0.6%	0.7%	100.0%

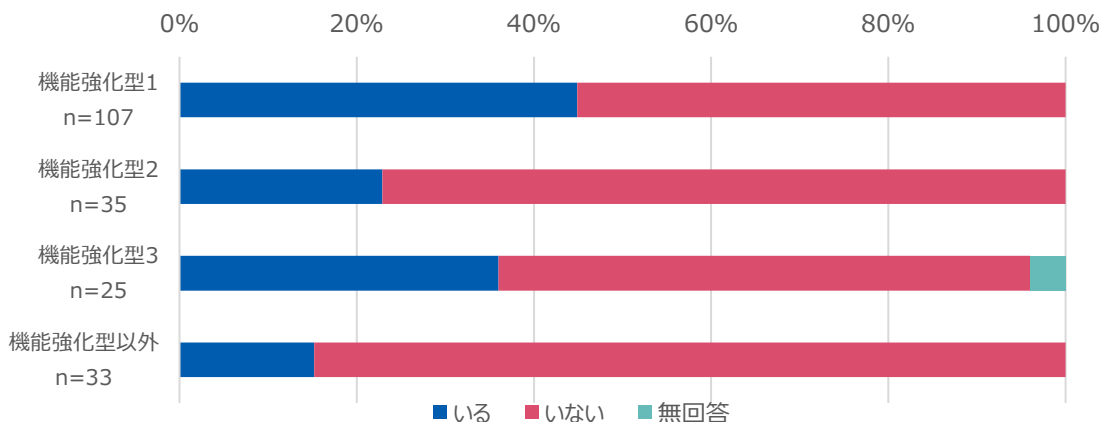
■ 都道府県別



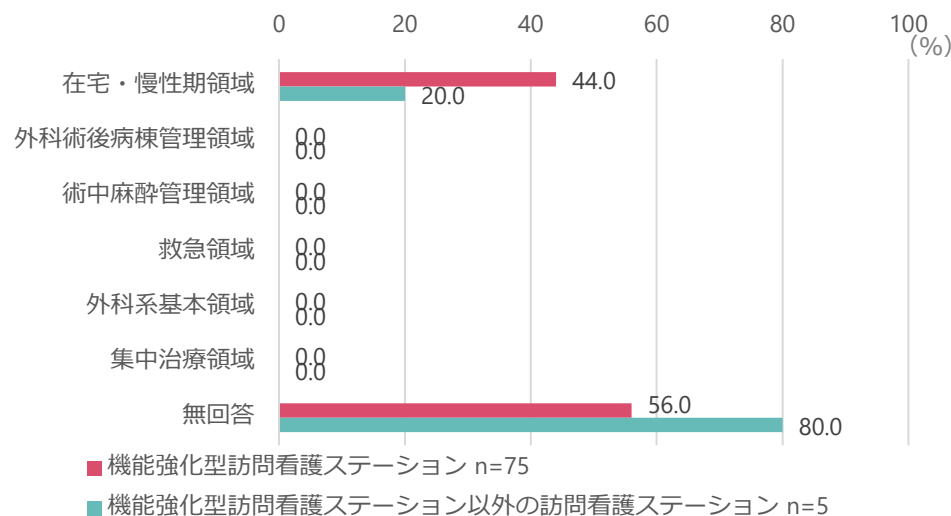
訪問看護ステーションに所属する特定行為研修修了者

○ 訪問看護ステーションにおける特定行為研修修了者の配置状況及び修了分野は以下のとおり。

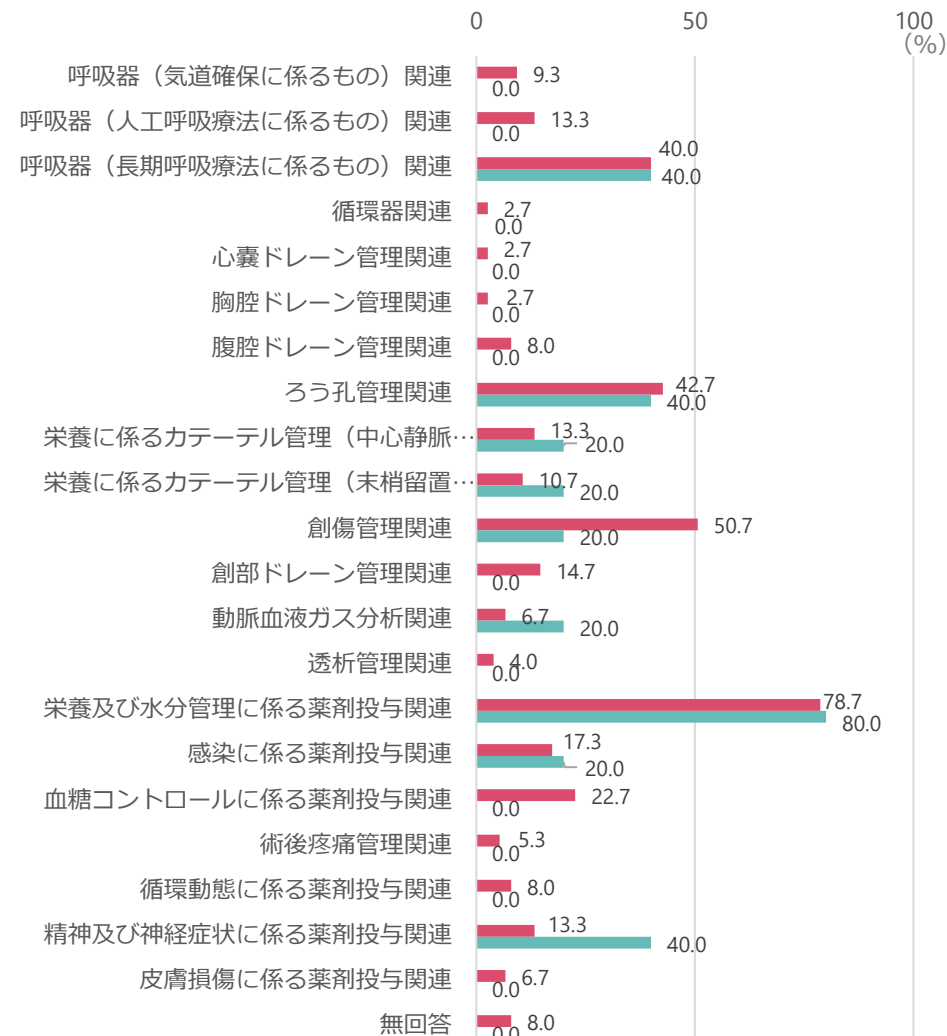
■ 特定行為研修修了者の有無（令和6年11月1日時点）（機能強化型の届出別）



■ 特定行為研修修了者が修了しているパッケージ研修（複数回答）（令和6年11月1日時点）（機能強化型の届出有無別）



■ 特定行為研修修了者が修了している特定行為区分（複数回答）（令和6年11月1日時点）（機能強化型の届出有無別）



訪問看護医療DX情報活用加算の新設

訪問看護医療DX情報活用加算

- 指定訪問看護ステーション等において、居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムを通じて利用者の診療情報を取得し、当該情報を活用して質の高い医療を提供することに係る評価を新設する。

(新) 訪問看護医療DX情報活用加算

50円



[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、健康保険法第3条第13項の規定による電子資格確認により、利用者の診療情報を取得等した上で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は、訪問看護医療DX情報活用加算として、月1回に限り、50円を所定額に加算する。

[施設基準]

- (1) 訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令（平成4年厚生省令第5号）第1条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。
- (2) 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。
- (3) 医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い訪問看護を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して訪問看護を行うことについて、当該訪問看護ステーションの見やすい場所に掲示していること。
- (4) (3)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。

[経過措置]

令和6年3月31日において現に指定訪問看護事業者が、当該指定に係る訪問看護事業を行う事業所については、令和7年5月31日までの間に限り、(3)の基準に該当するものとみなす。

※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・指導料についても同様

訪問看護レセプトのオンライン請求・オンライン資格確認

凡例 オンライン請求 : マーカー
オンライン資格確認 : マーカー

- 訪問看護ステーションにおいて、令和6年6月よりレセプトのオンライン請求とオンライン資格確認を開始しました。
- また、令和6年（2024年）12月2日より従来の健康保険証が新たに発行されなくなり、マイナ保険証を基本とする仕組みに移行したことに伴い、オンライン請求・オンライン資格確認が義務化となっています。

近時の動き

- 令和5年11月30日 居宅同意取得型のプレ運用開始 ※医療機関・薬局向け
改正請求命令・省令の公布
※ 訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令の一部を改正する命令（令和5年内閣府・厚生労働省令第9号）
※ 保険医療機関及び保険医療養担当規則等の一部を改正する省令（令和5年厚生労働省令第147号）
- 令和6年1月12日 通知発出
※ 訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令及び指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準等の一部改正に伴う実施上の留意事項について
※ 指定訪問看護事業者に係る電子情報処理組織を用いた費用の請求に関する取扱いについて
※ 「オンライン資格確認等、レセプトのオンライン請求及び健康保険組合に対する社会保険手続きに係る電子申請システムに係るセキュリティに関するガイドライン」等の改正について
- 令和6年1月15日 医療機関等向け総合ポータルサイトでの新規ユーザー登録等開始
- 令和6年2月1日 オンライン請求システム／オンライン資格確認等システムへの接続試験・運用テスト等が可能に
- 令和6年6月1日 令和6年度診療報酬改定・介護報酬改定（医療系サービス分）の施行
オンライン請求・オンライン資格確認の開始（請求は7月請求分から）
- 令和6年10月31日 義務化時点で導入できない場合の経過措置の届出〆切（R6.4～）
- 令和6年12月2日 オンライン請求・オンライン資格確認の義務化（請求は12月請求分から）・経過措置

（参考）請求命令・省令改正に伴う取扱いや届出の様式等については、厚生労働省・支払基金HP等において掲載。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000190624_00002.html

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_08280.html#onsk_gimuka

https://www.ssk.or.jp/oshirase/special_houkanr0601.html

訪問看護療養費実態調査について

調査の概要

- 統計法に基づく一般統計調査に位置づけられている。
- 平成 13 年度から 2 年に 1 回実施している。



調査の目的

- 訪問看護療養費の請求実態について把握・分析等を行うことにより、訪問看護療養費の支給額等を適正に評価し、次回診療報酬改定時における訪問看護療養費の改定を行うための基礎資料を得ること。

調査の対象

- 社会保険診療報酬支払基金及び都道府県国民健康保険団体連合会

調査の事項・方法

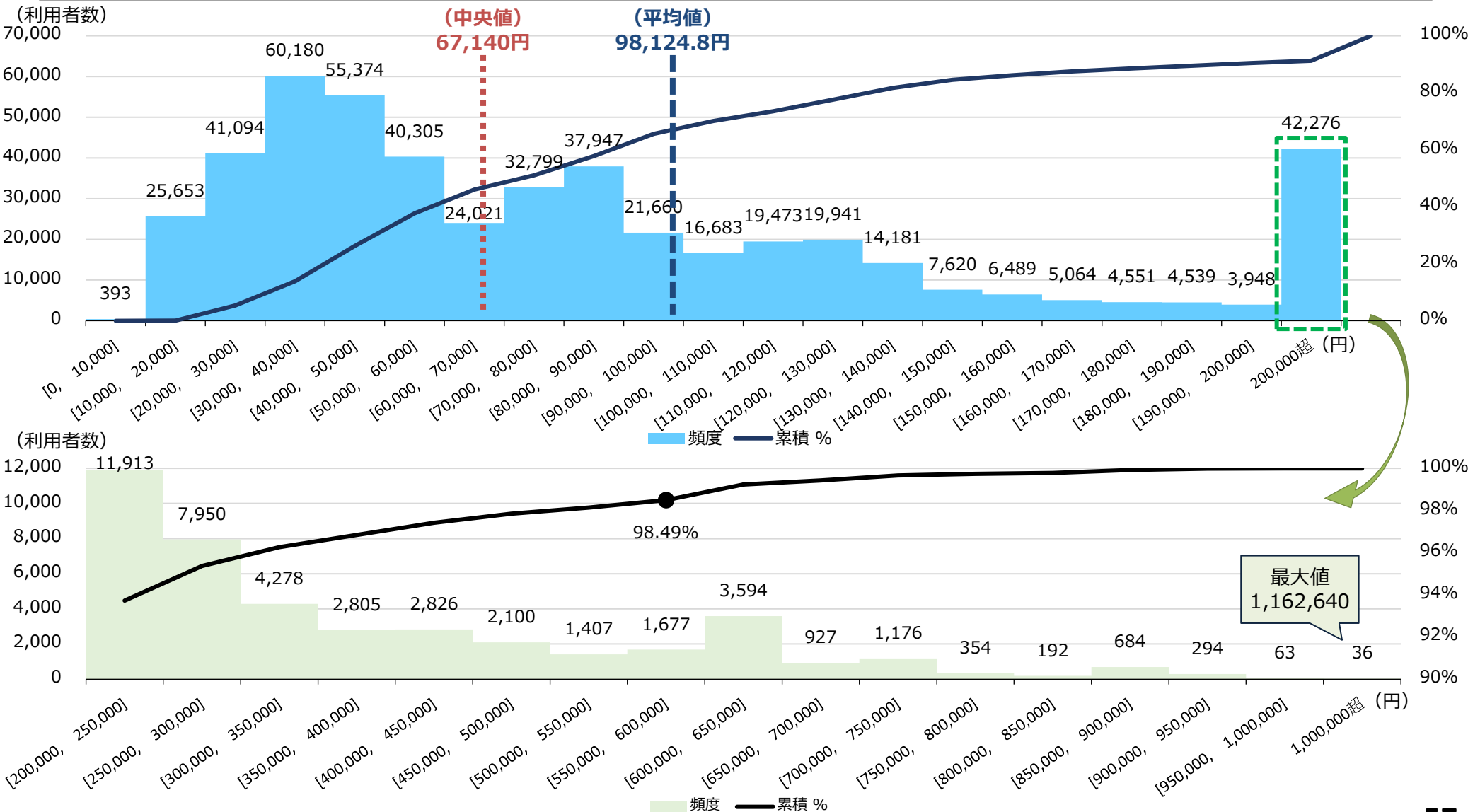
- 社会保険診療報酬支払基金及び都道府県国民健康保険団体連合会において調査実施年 6 月に審査する訪問看護療養費明細書のうち、無作為で 1 / 3 を抽出。（平成23年度以前は 1 / 2 を抽出）
- 社会保険診療報酬支払基金及び都道府県国民健康保険団体連合会が、訪問看護療養費の請求のため作成した訪問看護療養費明細書の写しを厚生労働省に提出する。

※令和 7 年度調査において N D B（匿名医療保険等関連情報データベース）から取得できる情報（訪問看護事業所がオンラインにより訪問看護療養費の請求を行ったもの）については、提出を求めないこととしている。

訪問看護利用者の1月の請求額の分布

中医協 総-2
5. 10. 20

- 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98,125円であった。
- 請求額が60万円以上のものが、全体の約1%強であるが存在している。



1. 在宅医療を取りまく状況について
2. 訪問診療・往診等について
3. 訪問看護について
4. 歯科訪問診療について
5. 訪問薬剤管理指導について
6. 訪問栄養食事指導について

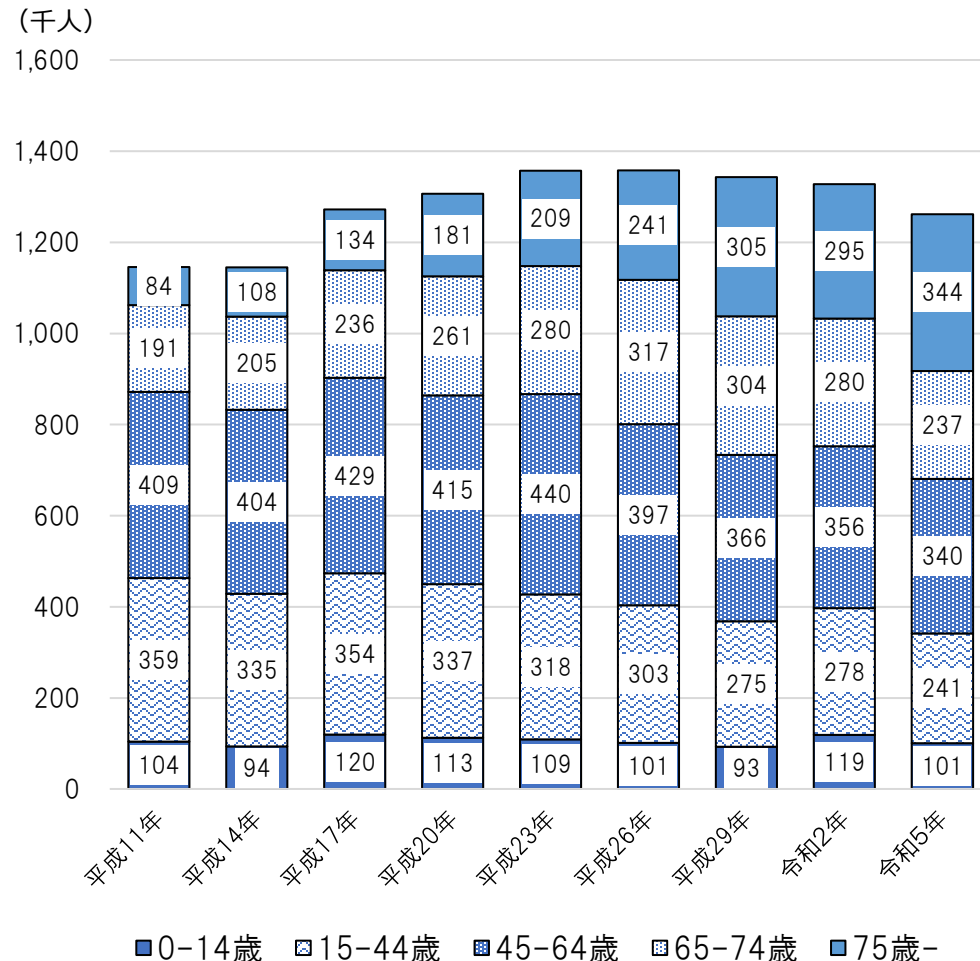
年齢階級別の推計患者数の年次推移

第10回歯科医療提供体制等に関する検討会
(令和6年12月25日) 資料1

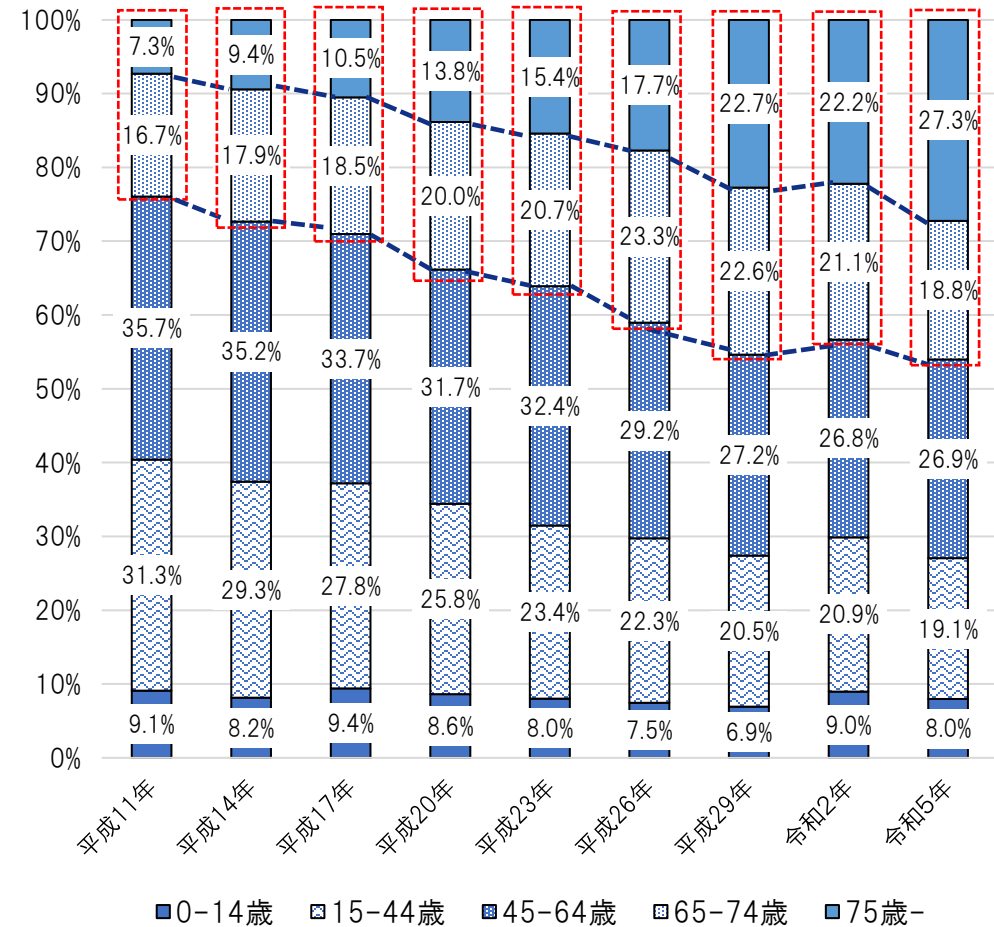
- 推計患者数は、平成26年をピークに緩やかに減少している。
- 年齢階級別の推計患者の割合は、65歳以上が増加している。

中医協 総 - 4
7 . 6 . 2 5

＜歯科診療所の年齢階級別推計患者数＞



＜歯科診療所の年齢階級別推計患者割合＞



※推計患者：調査日当日に、歯科診療所で受療した患者の推計数
※不詳は除いた数又は割合

(出典：患者調査)

歯科医療提供体制の確保（第8次医療計画の見直しのポイント）

中医協 総 - 4
7 . 6 . 2 5 改

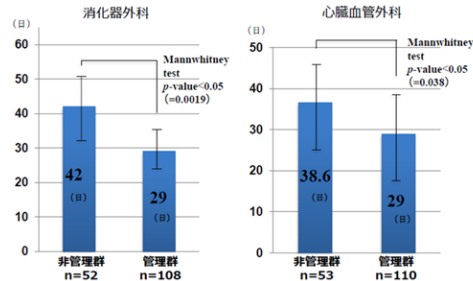
概要

- 地域の歯科医療提供体制の状況や、歯科専門職の配置状況の把握を行った上で、医科歯科連携における歯科の果たす役割を認識し、病院の規模や機能に応じて地域の歯科医療従事者を病院において活用することや、病院と歯科診療所の連携を推進することなど、地域の実情を踏まえた取組を推進する。
- 歯科専門職確保のため、地域医療介護総合確保基金を積極的に活用する。

医科歯科連携の重要性

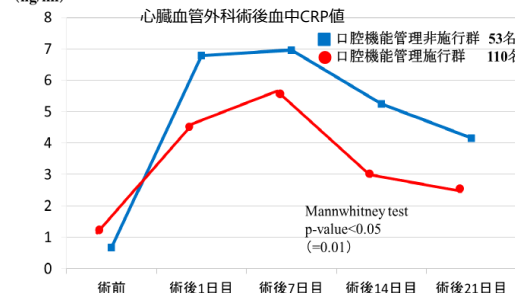
歯科医師が入院患者の口腔の管理を行うことによって、在院日数の短縮や肺炎発症の抑制に資することが明らかとなる等、口腔と全身の関係について広く知られるようになり、医科歯科連携の重要性が増している。

入院患者に対する在院日数削減効果



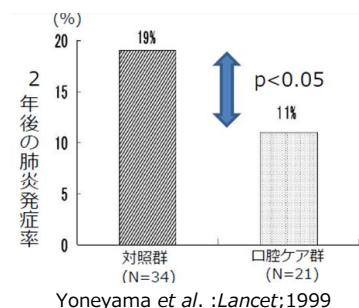
出典：第84回社会保障審議会医療保険部会（H26.11）
堀憲部委員提出資料
千葉大学医学部附属病院における介入試験結果

術後の回復過程に及ぼす効果

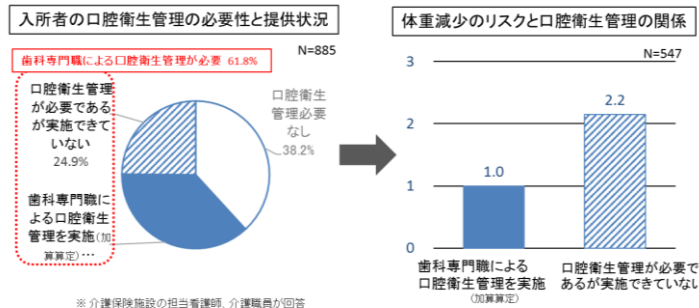


出典：第84回社会保障審議会医療保険部会（H26.11）
堀憲部委員提出資料
千葉大学医学部附属病院における介入試験結果

要介護者に対する肺炎発症の抑制効果



体重減少のリスクと口腔衛生管理の関係

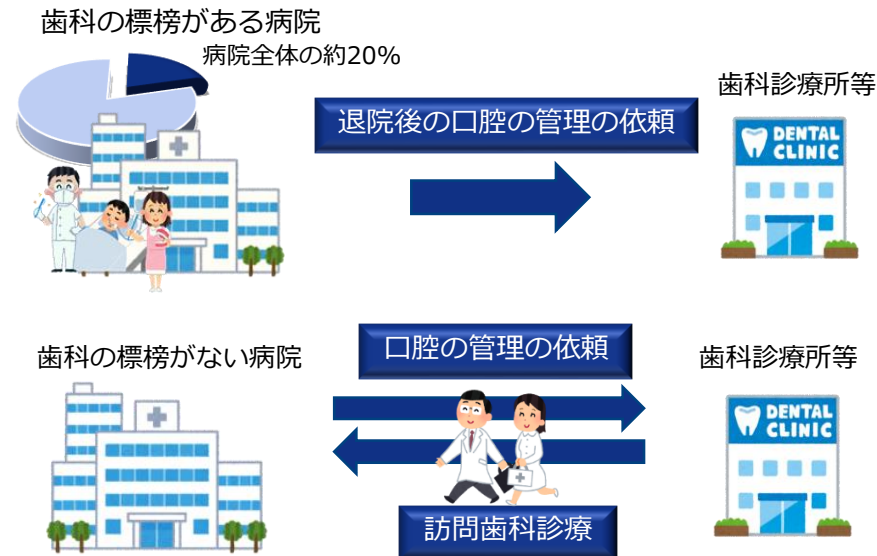


出典：令和元年度 老人保健健康増進等事業「介護保険施設等における口腔の健康管理等に関する調査研究事業報告書」の数値を再分析

地域の実情に応じた歯科医療体制の確保

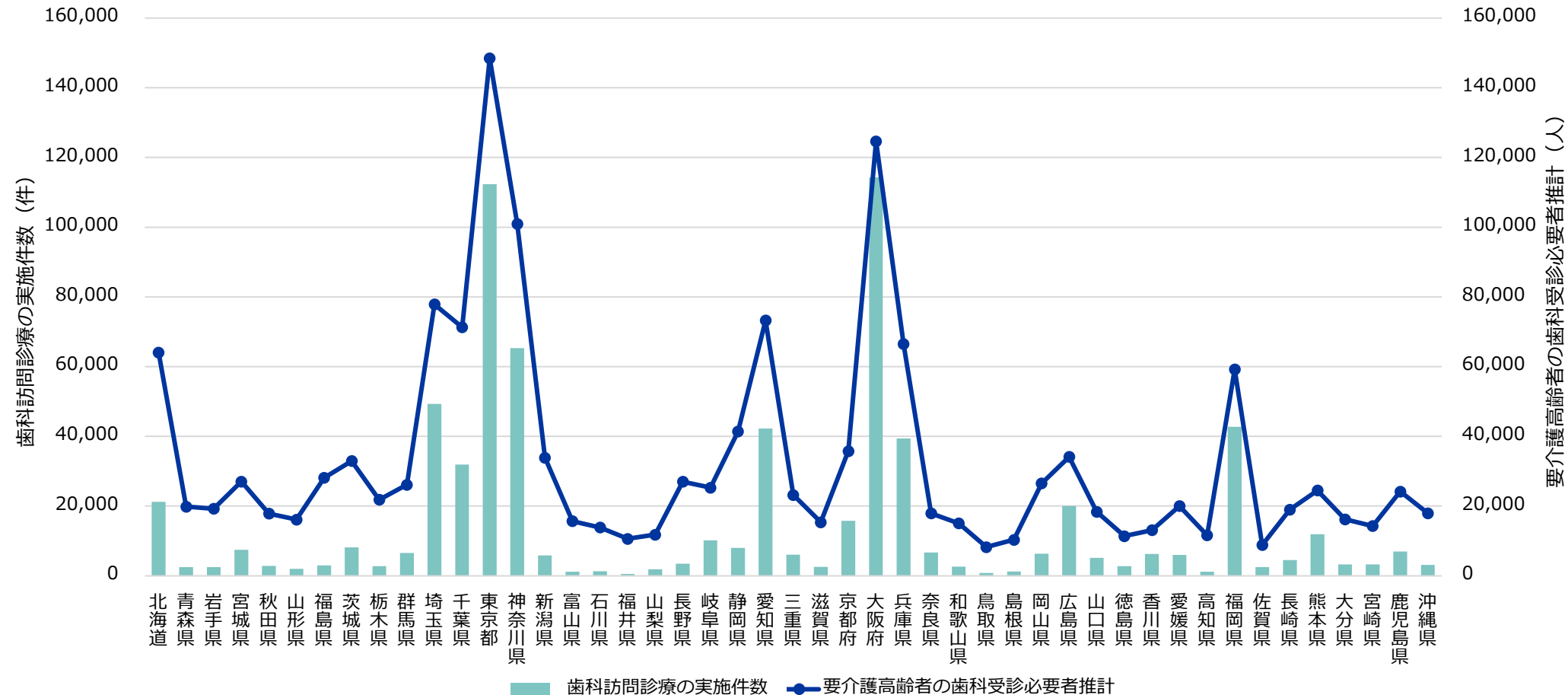
地域の実情を踏まえて、病院に歯科専門職を配置することや、病院と地域の歯科専門職の連携が重要。

病院と地域の歯科診療所等の連携のイメージ



要介護高齢者（都道府県別）における歯科訪問診療の推定需要と供給

○ 全ての都道府県で、要介護高齢者における歯科訪問診療の推定需要数と比べ、歯科医療機関の実施件数（供給数）は低い。



注1：歯科訪問診療の実施件数は医療施設調査（令和5年9月分）、要介護高齢者数は介護保険事業状況報告 月報（暫定）9月分より算出。

注2：令和元年日本歯科医学会「フレイルおよび認知症と口腔健康の関係に焦点化した人生100年時代を見据えた歯科治療指針作成に関する研究」より、「要介護高齢者（N=290,平均年齢86.9±6.6歳）の調査（※）では、歯科医療や口腔健康管理が必要である高齢者は64.3%であった」と報告されていることから、要介護3～5の認定者数の64.3%を歯科受診の推定需要数と仮定して算出。

※歯科治療（義歯・う蝕・歯周疾患・粘膜疾患・保湿）の必要性の有無を歯科医師が判定

要介護高齢者：特定地域の在宅療養、認知症グループホーム、通所サービス、療養病棟、老人保健施設、特別養護老人ホームの入所、利用者など

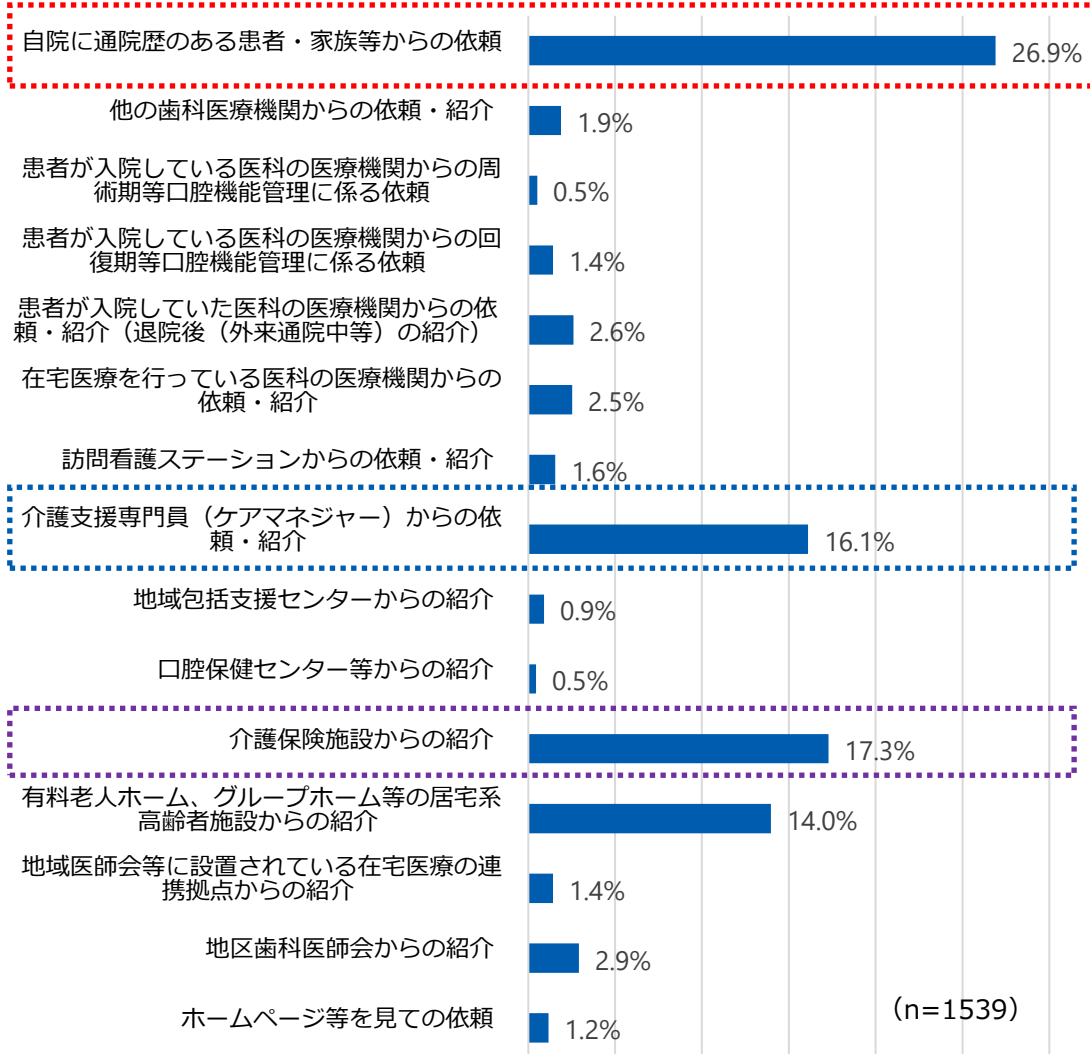
歯科訪問診療料及び訪問歯科衛生指導料に係る主な改定内容

改定年度	歯科訪問診療料	訪問歯科衛生指導料
平成24年	➤ 「歯科訪問診療料」の対象者の表現（常時寝たきりの状態）の見直し ➤ 「歯科訪問診療補助加算」（歯援診における歯科訪問診療時に歯科衛生士が同行し、歯科診療の補助を実施）【同一建物居住者以外の場合：110点、同一建物居住者の場合：45点】の新設	—
平成26年	➤ 「※在宅かかりつけ歯科診療所加算」（在宅療養患者中心に歯科訪問診療を行っている歯科診療所が当該患者に対して歯科訪問診療を実施）【100点】の新設 ※平成28年度改定で「在宅歯科医療推進加算」に名称変更 ➤ 歯科訪問診療2（2人以上）を、歯科訪問診療料2（2～9人）及び歯科訪問診療3（10人以上、20分未満）に見直し ➤ 「歯科訪問診療料」の引き上げ（消費税引き上げ対応分）	—
平成28年	➤ 歯科訪問診療1（同一建物居住者）に対する時間要件（20分未満）の廃止 ➤ 歯科訪問診療3の点数引き下げ【143点→120点】	—
平成30年	➤ 「歯科訪問診療料」の点数引き上げ（在宅患者等急性歯科疾患対応加算を廃止し、包括） ➤ 20分未満の「歯科訪問診療料」の見直し（70/100に相当する点数） ➤ 「歯科訪問診療移行加算」（外来を受診していた患者が通院困難になり、歯科訪問診療に移行した場合）【※か強診：150点、か強診以外：100点】の新設 ※令和6年度改定で「口腔管理体制強化加算」に内容及び名称変更	➤ 「訪問歯科衛生指導料」の評価区分（複雑、簡単）を、単一建物診療患者が1人、2人以上9人以下、その他に見直し
令和4年	➤ 「通信画像情報活用加算」（訪問歯科衛生指導実施時に、歯科医師が情報通信機器を用いて状態を観察した患者に対して、歯科訪問診療を実施した場合）【30点】の新設	
令和6年	➤ 歯科訪問診療2及び3を、歯科訪問診療2（2～3人）、歯科訪問診療3（4～9人）、歯科訪問診療4（10人～19人）及び歯科訪問診療5（20人以上）に見直し ➤ 「在宅療養支援歯科病院」の新設 ➤ 「在宅歯科医療情報連携加算」（他の保険医療機関の保険医である歯科医師等とICTを用いて記録した当該患者に係る診療情報等を活用した上で計画的な歯科医学的管理を実施）【100点】の新設	➤ 緩和ケアを受けている患者の回数制限の見直し ➤ 複数名訪問歯科衛生指導加算（指導が困難な者に対して複数名で訪問した場合）【150点】の新設

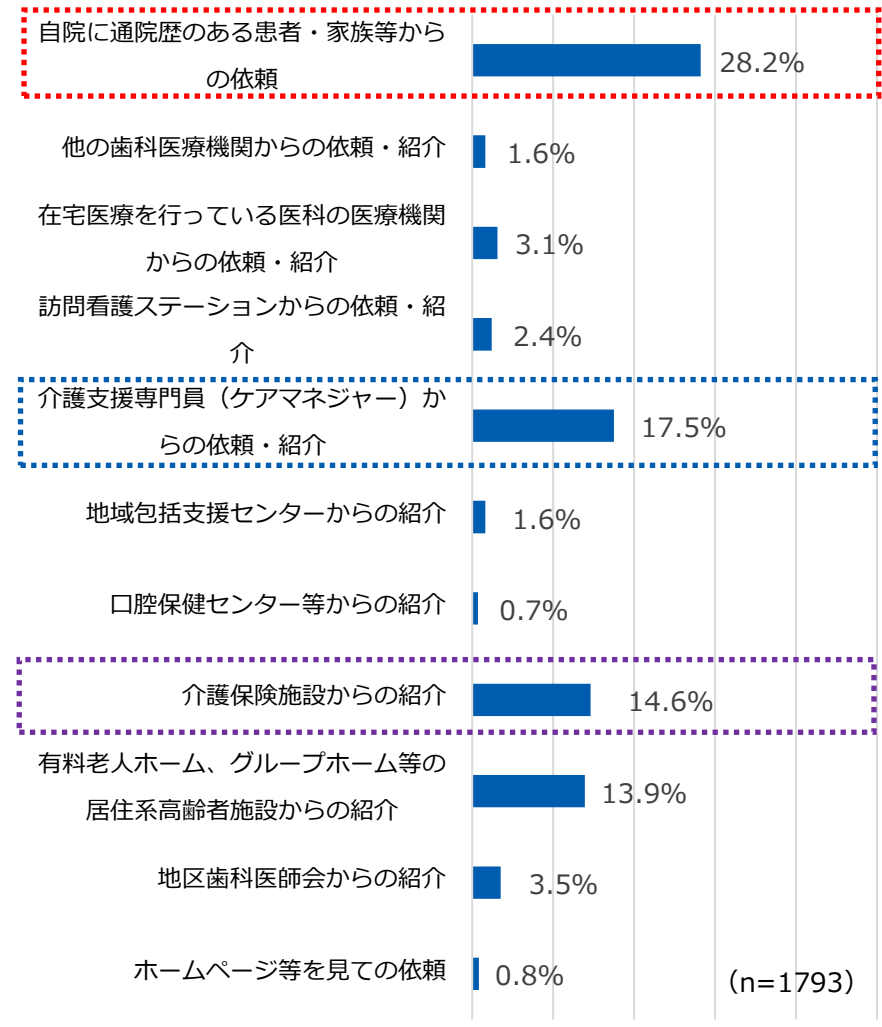
歯科訪問診療を実施したきっかけ

- 歯科訪問診療を実施したきっかけとして、自院に通院歴のある患者・家族等からの依頼や、介護支援専門員、介護保健施設からの紹介が多い。

【令和6年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（在宅）】

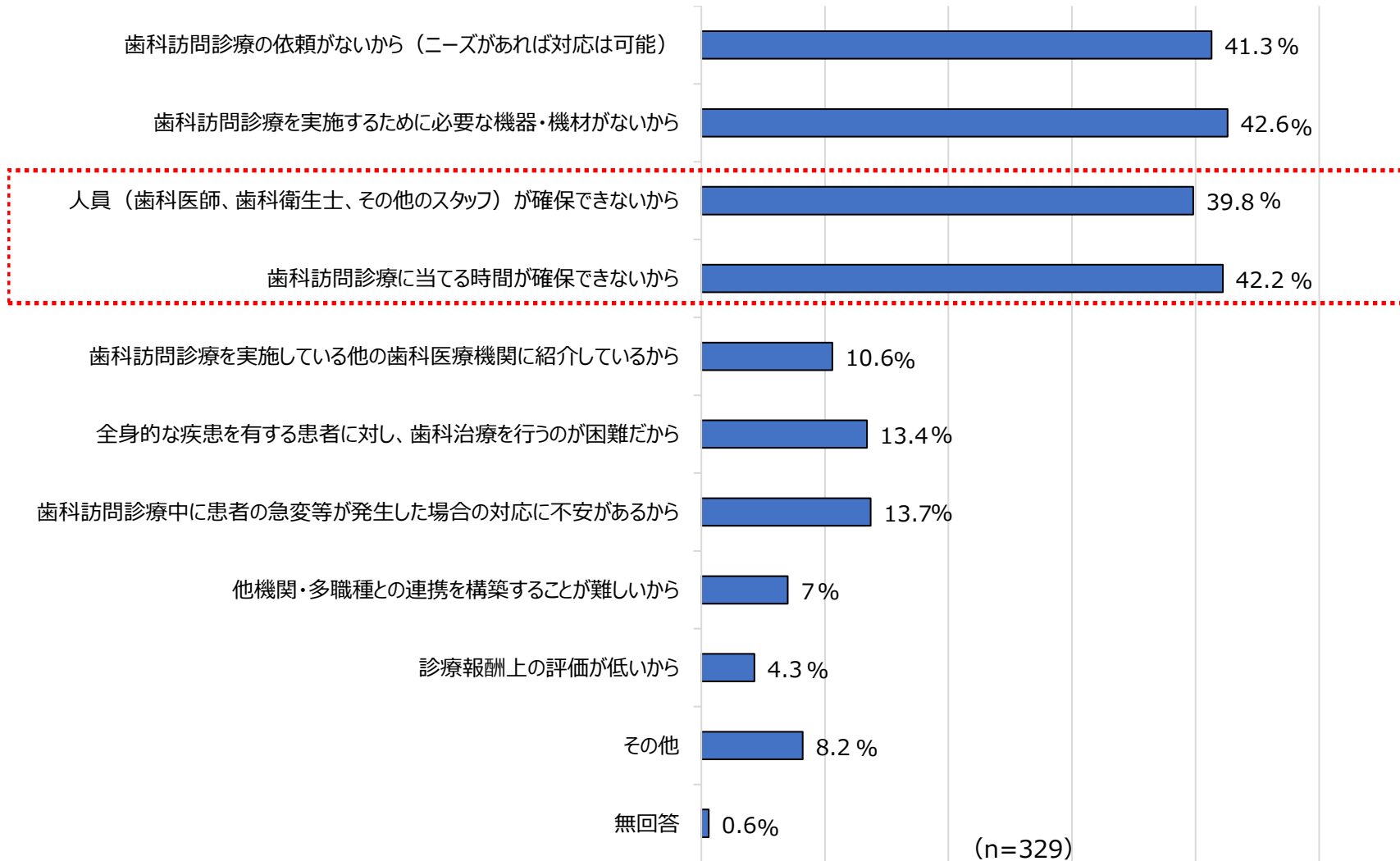


【平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（在宅）】



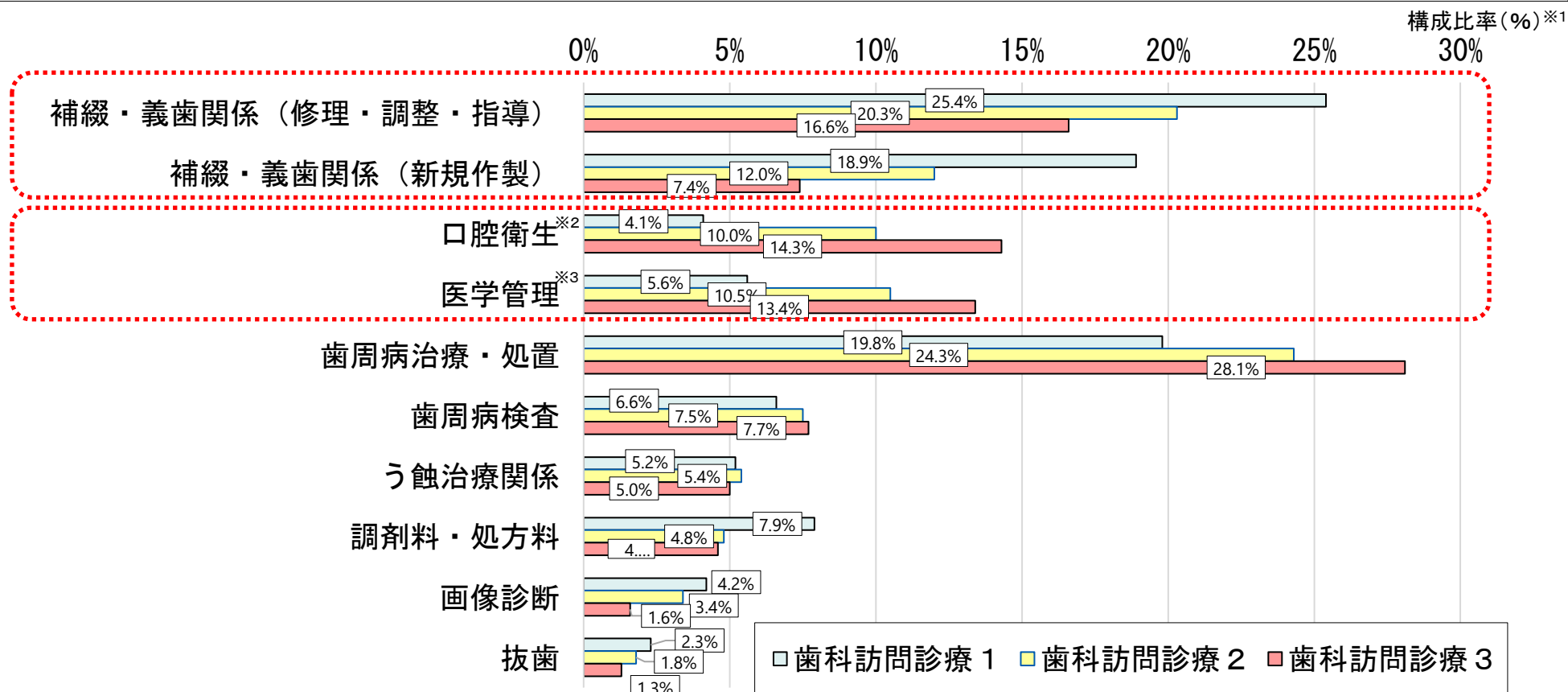
歯科訪問診療を実施していない理由

- 歯科訪問診療等を実施していない理由として、「歯科訪問診療に当てる時間が確保できないから」、「人員（歯科医師、歯科衛生士、その他のスタッフ）が確保できないから」が多い。



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

出典：NDBデータ（2018年）

<10分類>

「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

質の高い在宅歯科医療の提供の推進

歯科訪問診療料の見直しと歯科訪問診療を行う病院の評価の新設

- 歯科訪問診療 1 における20分未満の場合の評価を見直すとともに、歯科訪問診療 2 及び歯科訪問診療 3 について、同一建物居住者に対して歯科訪問診療を実施する場合の区分を見直す。

		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3人以下 歯科訪問診療 2	4人以上9人以下 歯科訪問診療 3	10人以上19人以下 歯科訪問診療 4	20人以上 歯科訪問診療 5
患者1人につき 診療に要した 時間	20分 以上	【1,100点】	【410点】	【310点】	【160点】	【95点】
	20分 未満		【287点】	【217点】	【96点】	【57点】

- 歯科訪問診療の後方支援や地域の歯科診療所と連携し、口腔機能評価等を含む歯科訪問診療を行う在宅療養支援歯科病院を新設する。

(新) 在宅療養支援歯科病院

〔施設基準〕

- (1) 保険医療機関である歯科診療を行う病院であって、歯科訪問診療 1、歯科訪問診療 2 又は歯科訪問診療 3 を算定していること。
- (2) 高齢者の口腔機能管理に係る研修を受けた常勤の歯科医師が 1 名以上配置されていること。
- (3) 歯科衛生士が 1 名以上配置されていること。
- (4) 在宅歯科診療に係る後方支援の機能を有していること。
- (5) 定期的に、在宅患者等の口腔機能管理を行っている患者数等を地方厚生局長等に報告していること。
- (6) 当該地域において、保険医療機関、介護・福祉施設等との十分な連携の実績があること。



訪問歯科衛生指導の推進

訪問歯科衛生指導料の見直し①

- 終末期の悪性腫瘍の患者等、緩和ケアを受けている患者に対して、訪問歯科衛生指導を行う場合の訪問歯科衛生指導料の算定回数制限を見直す。
- 訪問歯科衛生指導が困難な者に対して、歯科衛生士等が複数名で訪問する場合の評価を新設する。
- 訪問歯科衛生指導の実態を踏まえ、訪問歯科衛生指導料の評価を見直す。

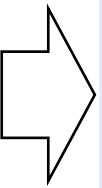
現行

【訪問歯科衛生指導料】

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

[算定要件]

注1 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として、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住するもののうち、当該保険医療機関が歯科訪問診療を実施し、歯科衛生士等が同一月に訪問歯科衛生指導を行っているものをいう。）又はその家族等に対して、当該患者の口腔内の清掃（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行い指導時間が20分以上であった場合は、患者1人につき、月4回に限り、算定する。なお、当該歯科衛生指導で実施した指導内容等については、患者に対し文書により提供する。



改定後

【訪問歯科衛生指導料】

1 単一建物診療患者が1人の場合	362点
2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	326点
3 1及び2以外の場合	295点

[算定要件]

注1 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として、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住するもののうち、当該保険医療機関が歯科訪問診療を実施し、歯科衛生士等が同一月に訪問歯科衛生指導を行っているものをいう。）又はその家族等に対して、当該患者の口腔内の清掃（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行い指導時間が20分以上であった場合は、患者1人につき、月4回に限り算定する。なお、当該歯科衛生指導で実施した指導内容等については、当該患者又はその家族等に対し文書により提供する。

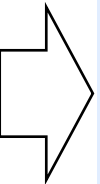
訪問歯科衛生指導の推進

訪問歯科衛生指導料の見直し②

現行

【訪問歯科衛生指導料】
[算定要件]
(新設)

(新設)



改定後

【訪問歯科衛生指導料】
[算定要件]
注 2 歯科訪問診療料を算定した患者であって緩和ケアを実施するものに対して行った場合には、注 1 の規定にかかわらず、月 8 回に限り算定する。

3 1 については、訪問歯科衛生指導が困難な者等に対して、保険医療機関の歯科衛生士等が、当該保険医療機関の他の歯科衛生士等と同時に訪問歯科衛生指導を行うことについて、当該患者又はその家族等の同意を得て、訪問歯科衛生指導を実施した場合（歯科訪問診療料を算定する日を除く。）には、複数名訪問歯科衛生指導加算として、150 点を所定点数に加算する。

<複数名訪問歯科衛生指導加算の対象患者>

- 次に掲げる状態又はこれらに準ずる状態である患者
- ※複数名による訪問歯科衛生指導の必要性は、前回訪問時の状況等から判断
- イ 脳性麻痺等で身体の不随意運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態
 - ロ 知的発達障害等により開口保持ができない状態や療養上必要な実地指導の目的が理解できず治療に協力が得られない状態
 - ハ 重症の呼吸器疾患等で頻繁に実地指導の中断が必要な状態
 - ニ 日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ実地指導に際して家族等の援助を必要とする状態
 - ホ 人工呼吸器を使用している状態又は気管切開等を行っており実地指導に際して管理が必要な状態
 - ヘ 強度障害の状態であって、日常生活に支障を来すような症状・行動が頻繁に見られ、実地指導に協力が得られない状態
 - ト 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
 - チ 利用者の身体的理由により 1 人の歯科衛生士等による実地指導が困難と認められる者
 - リ その他利用者の状況等から判断して、イからチのいずれかに準ずると認められる者

入院患者の栄養管理等における歯科専門職の連携の推進

在宅歯科医療に係る関係者との連携の推進②

- 歯科疾患在宅療養管理料等について、他の保険医療機関等からの情報提供に基づき在宅歯科医療に係る管理を行う場合の評価を新設する。

(新) 在宅歯科医療情報連携加算 100点

**(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、
小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料)**

[算定要件]

注7 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、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得て、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医、他の保険医療機関の保険医である歯科医師等、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、管理栄養士、介護支援専門員又は相談支援専門員等であって当該患者に関わる者が、電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法を用いて記録した当該患者に係る診療情報等を活用した上で、計画的な歯科医学的管理を行った場合に、在宅歯科医療情報連携加算として、月1回に限り、100点を所定点数に加算する。

入院患者の栄養管理等における歯科専門職の連携の推進

栄養サポートチーム等との連携の評価の見直し①

- 他の保険医療機関の入院患者等に対する多職種での栄養管理等に歯科医師が参画し、それを踏まえて在宅歯科医療に係る管理を行う場合の評価を新設する。

(新) 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料

1	在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料 1	100点
2	在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料 2	100点
3	在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料 3	100点

[算定要件]

- 注 1 1については、当該保険医療機関の歯科医師が、他の保険医療機関に入院している患者であって、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を算定しているものに対して、当該患者の入院している他の保険医療機関の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行った場合に、月1回に限り算定する。
- 2 2については、当該保険医療機関の歯科医師が、介護保険法第8条第25項に規定する介護保険施設等に入所している患者であって、歯科疾患在宅療養管理料又は在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定しているものに対して、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、その結果を踏まえて口腔機能評価に基づく管理を行った場合に、月1回に限り算定する。
- 3 3については、当該保険医療機関の歯科医師が、児童福祉法第42条に規定する障害児入所施設等に入所している患者であって、小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定しているものに対して、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、その結果を踏まえて口腔機能評価に基づく管理を行った場合に、月1回に限り算定する。

1. 在宅医療を取りまく状況について
2. 訪問診療・往診等について
3. 訪問看護について
4. 歯科訪問診療について
5. 訪問薬剤管理指導について
6. 訪問栄養食事指導について

薬局における訪問薬剤管理指導業務（調剤報酬）（1）

項目	点数	内容	回数
○在宅薬学総合体制加算 1 ○在宅薬学総合体制加算 2	15点 50点	基準を満たした薬局において、在宅患者の処方箋1枚につき加算	
○在宅患者訪問薬剤管理指導料 ・単一建物診療患者が1人の場合 ・単一建物診療患者が2～9人の場合 ・単一建物診療患者が10人以上の場合	650点 320点 290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、患者を訪問して、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 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	100点 250点		※末期の悪性腫瘍の患者、 注射による麻薬の投与が必要な患者 及び中心静脈栄養法の対象患者の場合は週2回かつ月8回まで
乳幼児加算 小児特定加算 在宅中心静脈栄養法加算	100点 450点 150点		
○在宅患者オンライン薬剤管理指導料	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	
麻薬管理指導加算 乳幼児加算 小児特定加算	22点 12点 350点		
○在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 1 計画的な訪問薬剤管理指導に係る疾患の急変に伴うものの場合 2 1以外の場合	1：500点 2：200点	急変等に伴い、医師の求めにより、緊急に患者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 ※末期の悪性腫瘍の患者、 注射による麻薬の投与が必要な患者 の場合は原則として 月8回まで
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	100点 250点 100点 450点 150点		
○在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料	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 乳幼児加算 小児特定加算	22点 12点 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
○在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 1 夜間訪問加算 休日訪問加算 深夜訪問加算	400点 600点 1,000点	末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者の急変時等の緊急訪問について、休日、夜間、深夜に実施した場合に算定	
○在宅患者緊急時等共同指導料	700点	急変等に伴い、医師の求めにより、医師等と共同でカンファレンスを行い、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定	月2回まで
麻薬管理指導加算	100点		
在宅患者医療用麻薬持続注射法加算	250点		
乳幼児加算	100点		
小児特定加算	450点		
在宅中心静脈栄養法加算	150点		
○在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 1 ・残薬調整に係るもの以外 ・残薬調整に係るもの	40点 20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	
○在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 2 ・残薬調整に係るもの以外 ・残薬調整に係るもの	40点 20点	患者へ処方箋を交付する前に処方医と処方内容を相談し、処方に係る提案が反映された処方箋を受け付けた場合に算定	
○経管投薬支援料	100点		初回のみ
○在宅移行初期管理料	230点	計画的に実施する訪問薬剤管理指導の前の段階で患家を訪問し、今後の訪問薬剤管理指導のための服薬状況の確認や薬剤の管理等に必要な指導を行った場合に算定	1回に限る

(参考) 介護報酬	○ 居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行う場合） ・ 単一建物居住者が1人の場合 518単位 ・ 単一建物居住者が2～9人の場合 379単位 ・ 単一建物居住者が10人以上の場合 342単位 ・ 情報通信機器を用いて行う場合 46単位 麻薬指導加算 +100単位 医療用麻薬持続注射療法加算 +250単位 在宅中心静脈栄養法加算 +150単位
--------------	--

在宅業務に関する調剤報酬改定の概要

外来／在宅移行期

在宅療養

ターミナル期

■在宅移行初期管理料の新設

退院直後など、計画的に実施する訪問薬剤管理指導の前の段階で患家を訪問し、多職種と連携して今後の訪問薬剤管理指導のための服薬状況の確認や薬剤の管理等の必要な指導等を実施した場合の評価の新設



■介護支援専門員への情報提供の評価

外来患者に関する情報を介護支援専門員へ提供した場合の評価の新設
(服薬情報等提供料2のハ)



■在宅患者訪問薬剤管理指導料の見直し

注射による麻薬の投与が必要な患者への定期訪問の上限回数見直し
(末期の悪性腫瘍の場合と同様の措置)
月4回 → 週2回かつ月8回

※介護保険の評価
(居宅療養管理指導費等)も同様の改定



■在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の見直し

末期の悪性腫瘍や注射による麻薬の投与が必要な患者への緊急訪問の上限回数見直し
月4回 → 原則として月8回

■夜間訪問加算・休日訪問加算・深夜訪問加算の新設

末期の悪性腫瘍や注射による麻薬の投与が必要な患者に対して夜間・休日・深夜に緊急訪問した場合の評価の新設



■在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の見直し

薬剤師が、医師とともに患家を訪問したり、ICTの活用等により医師等の多職種と患者情報を共有する環境等において、処方箋交付前に医師と処方内容を調整した場合の評価の追加



■無菌製剤処理加算の評価対象の見直し

無菌製剤処理加算の対象に、医療用麻薬を希釈せず原液のまま注入器等に無菌的に調製した場合を追加



■在宅訪問の体制評価の新設（在宅薬学総合体制加算）

(加算1) 在宅患者に対する必要な薬学的管理及び指導の体制を整備した薬局の評価
(加算2) 上記に加え、がん末期などのターミナルケア又は医療的ケア児等の小児在宅患者に対する高度な薬学的管理及び指導の体制を整備した薬局の評価
※在宅患者の処方箋に基づく対応の場合の加算 (在宅患者調剤加算の廃止)

在宅訪問を行う体制に係る評価の新設

- 麻薬の備蓄や無菌製剤処理の体制、小児在宅医療の対応等の在宅訪問を十分行うための体制整備や実績に基づく薬局の評価を新設する。

現行			改定後		
【薬剤調製料】			【調剤基本料】		
(廃止)	在宅患者調剤加算	15点	(新) 1	在宅薬学総合体制加算 1	15点
			2	在宅薬学総合体制加算 2	50点

[算定要件]

- 在宅薬学総合体制加算は、在宅患者に対する薬学的管理及び指導を行うにつき必要な体制を評価するものであり、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料若しくは在宅患者緊急時等共同指導料又は介護保険における居宅療養管理指導費若しくは介護予防居宅療養管理指導費を算定している患者等が提出する処方箋を受け付けて調剤を行った場合に算定できる。

[施設基準]

○在宅薬学総合体制加算 1

- (1) 在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出
- (2) 在宅薬剤管理の実績 24回以上／年
- (3) 開局時間外における在宅業務対応 (在宅協力薬局との連携含む)
- (4) 在宅業務実施体制に係る地域への周知
- (5) 在宅業務に関する研修 (認知症・緩和医療・ターミナルケア) 及び学会等への参加
- (6) 医療材料及び衛生材料の供給体制
- (7) 麻薬小売業者の免許の取得

○在宅薬学総合体制加算 2

- (1) 加算 1 の施設基準を全て満たしていること
- (2) 開局時間の調剤応需体制 (2 名以上の保険薬剤師が勤務)
- (3) かかりつけ薬剤師指導料等の算定回数の合計 24回以上／年
- (4) 高度管理医療機器販売業の許可
- (5) ア又はイの要件への適合
 - ア がん末期などターミナルケア患者に対する体制
 - ①医療用麻薬の備蓄・取扱 (注射剤 1 品目以上を含む 6 品目以上)
 - ②無菌室、クリーンベンチ又は安全キャビネットの整備
 - イ 小児在宅患者に対する体制 (在宅訪問薬剤管理指導等に係る小児特定加算及び乳幼児加算の算定回数の合計 6 回以上／年)

在宅療養へ移行する患者に対する服薬支援等の評価（新設）

- 退院直後など、計画的に実施する訪問薬剤管理指導の前の段階で患家を訪問し、多職種と連携して今後の訪問薬剤管理指導のための服薬状況の確認や薬剤の管理等の必要な指導等を実施した場合の評価を設ける。

（新）在宅移行初期管理料

230点（1回に限り）



〔算定要件〕

- （1）以下のア及びイを満たす患者のうち、薬学的管理の観点から薬剤師が患家を訪問して特に重点的な服薬支援の行う必要性があると判断したものを対象とする。
 - ア **認知症患者、精神障害者である患者など自己による服薬管理が困難な患者、児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である18歳未満の患者、6歳未満の乳幼児、末期のがん患者及び注射による麻薬の投与が必要な患者。**
 - イ 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療養管理指導費（いずれも単一建物診療患者が1人の場合に限る。）に係る医師の指示のある患者。
- （2）薬物療法に係る円滑な在宅療養への移行及び在宅療養の継続の観点から、以下に掲げる業務を実施すること。
 - ア 患者及びその家族等から、服薬状況、居住環境、家族関係等の薬学的管理に必要な情報を収集すること。
 - イ 患家における残薬の確認及び整理並びに服薬管理方法の検討及び調整を行うこと。
 - ウ 日常の服薬管理を適切に行うことができるよう、ポリファーマシーへの対応や服用回数を減らすための観点も踏まえ、必要に応じて医師等と使用する薬剤の内容を調整すること。
 - エ 在宅での療養に必要な情報を当該患者の在宅療養を担う保険医療機関等の多職種と共有すること。
 - オ 退院直後の患者の場合は、入院していた医療機関と連携し、入院中の処方内容に関する情報や、患者の退院に際して実施された指導の内容などに関する情報提供文書を活用した服薬支援を実施することが望ましい。
- （3）当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の医師及び居宅介護支援事業者の介護支援専門員の関係職種に対して必要な情報提供を文書で行うこと。
- （4）計画的な訪問薬剤管理指導を実施する前であって別の日に患家を訪問して（2）に掲げる業務を実施した場合に算定する。
- （5）**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療養管理指導費（いずれも単一建物診療患者が1人の場合に限る。）の算定した初回算定日の属する月に1回に限り算定する。**

医師と連携して処方内容を調整した場合の評価

在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料

- 在宅医療において、薬剤師が、医師とともに患家を訪問したり、ICTの活用等により医師等の多職種と患者情報を共有する環境等において、薬剤師が医師に対して処方提案を行い、当該提案が反映された処方箋を受け付けた場合の評価を設ける。
- 残薬調整に係る処方変更がなされた場合の評価を見直す（※）。

現行	改定後
	
【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】	
1 残薬調整に係るもの以外の場合 40点	1 処方箋に基づき処方医に処方内容を照会し、処方内容が変更された場合
2 残薬調整に係るものの場合 30点	イ 残薬調整に係るもの以外の場合 40点
	ロ 残薬調整に係るものの場合 20点
	2 患者へ処方箋を交付する前に処方医と処方内容を相談し、 処方に係る提案が反映された処方箋を受け付けた場合
	イ 残薬調整に係るもの以外の場合 40点
	ロ 残薬調整に係るものの場合 20点

【主な算定要件】

- (1) 「残薬調整に係るものの場合」は、残薬に関し、受け付けた処方箋について、処方医に対して連絡・確認を行い、処方の変更が行われた場合には「1」の「ロ」を算定し、処方箋の交付前に処方医への残薬に関連する処方に係る提案を行い、当該提案が反映された処方箋を受け付けた場合には「2」の「ロ」を算定する。なお、当該加算を算定する場合においては、残薬が生じる理由を分析するとともに、必要に応じてその理由を処方医に情報提供すること。
- (2) 患者へ処方箋を交付する前に処方内容に係る提案を実施した場合は、**処方箋の交付前に行った処方医への処方提案の内容（具体的な処方変更の内容、提案に至るまでに検討した薬学的見地から検討した内容及び理由等）の要点及び実施日時を薬剤服用歴等に記載**する。
- (3) 医療従事者間のICTを活用した服薬状況等の情報共有等により対応した場合には、処方提案等の行為を行った日時が記録され、必要に応じてこれらの内容を随時確認できることが望ましい。

※調剤管理料の重複投薬・相互作用等防止加算の「ロ 残薬調整に係るものの場合」についても同様の見直しを実施（30点→20点）。

特別養護老人ホームの職員と連携した服薬支援の評価

施設連携加算

- 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の施設職員と協働して、日常の服薬管理が容易になるよう薬学的観点から支援や指導等を実施することの評価を新設する。

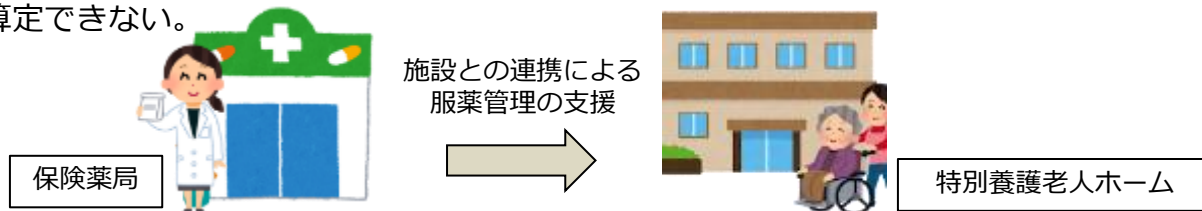
（新）外来服薬支援料2 施設連携加算

50点（月に1回に限り）



[主な算定要件]

- (1) 当該患者の服薬状況等に基づき継続的に適切な服薬が行えるよう、特に重点的な服薬管理の支援を行うことが必要な以下の場
合に限り、外来服薬支援料2に加えて算定する。
 - ア 地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設への入所時であって、服用している薬剤が多く、入所後の服薬管理に
ついて当該施設職員と協働した服薬支援が必要と薬剤師が認めた場合
 - イ 新たな薬剤が処方された若しくは薬剤の用法又は用量が変更となった患者のうち、これまでの服薬管理とは異なる方法等
での服薬支援が必要と薬剤師が認めた場合
 - ウ 患者が服薬している薬剤に関する副作用等の状況、体調の変化等における当該施設職員からの相談に基づき薬剤師が当該
患者の服薬状況等の確認を行った結果、これまでの服薬管理とは異なる方法等での服薬支援が必要と薬剤師が認めた場合
- (3) 当該保険薬局が調剤した薬剤以外に他の保険薬局で調剤された薬剤や保険医療機関で院内投薬された薬剤等の調剤済みの薬剤
も含めて一包化等の調製を行うこと。
- (4) 当該施設職員との協働した服薬管理については、**施設における患者の療養生活の状態を薬剤師自らが直接確認**し、薬剤の保管
状況、服薬状況、残薬の状況、投薬後の併用薬剤、投薬後の併診に関する情報、患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる
症状など）、重複服用、相互作用、実施する服薬支援措置、施設職員が服薬の支援・管理を行う上で留意すべき事項等に関する
確認等を行った上で実施すること。
- (5) 単に当該施設の要望に基づき服用薬剤の一包化等の調製を行い、当該施設の職員に対して服薬の支援・管理に関する情報共有
等を行ったのみの場合は算定できない。



介護保険施設における調剤報酬の取扱い

		介護医療院	介護老人保健施設	介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)
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)
	薬剤師	○ Ⅰ型:150:1 以上 Ⅱ型:300:1 以上	○ 適当数(300:1)	×
調剤報酬		施設の医師以外の医師が高度な薬学的管理を必要とする薬剤(※1)に係る処方箋を発行した場合に限り、以下の調剤報酬を算定できる。 ・調剤技術料(調剤基本料、薬剤調製料) ・薬学管理料(調剤管理料、服薬管理指導料3、外来服薬支援料2、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料(※2)) ・薬剤料 ・特定保険医療材料料(※3)		多くが算定可能 (ショートステイの利用者も含む) ・薬局の薬剤師が訪問し、服薬管理指導を実施した場合、服薬管理指導料3を算定可能。 ・末期の悪性腫瘍の患者に対しては、計画に基づく訪問薬剤管理指導が可能。

- ※1：抗悪性腫瘍剤の費用、HIF-PH阻害剤の費用、疼痛コントロールのための医療用麻薬の費用、抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はHIV感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）の費用
- ※2：新興感染症等の患者への緊急訪問に限る。
- ※3：介護医療院は除く。

薬剤師と他職種連携状況

中 医 協 総 - 2
5 . 7 . 1 2

- 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 % (薬局数：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	患者の服薬状況に合わせた処方 砕、一包化等	い場合の指示と レ、対応策の提 ン、飲みく提 ダ、飲みにい ー、化等	医師の指示と の処方 の指し 示す おが 難し	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	それ及び輸液製剤（注射剤）の支	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
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	

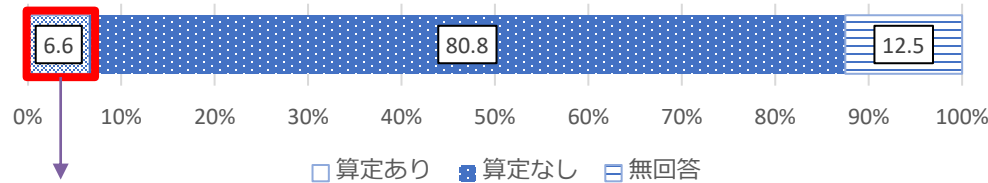
出典：令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「在宅医療、在宅歯科医療、在宅薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査」

保険薬局調査（施設票）をもとに保険局医療課にて作成

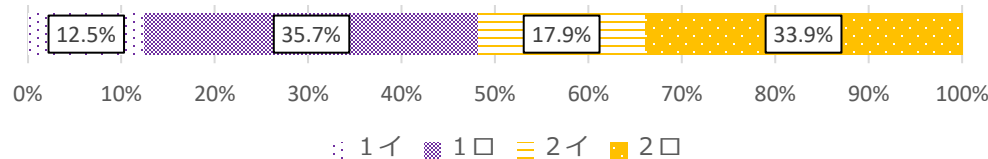
在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料について

- 訪問薬剤管理指導を行っている薬局のうち約7%の薬局において、在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料を算定していた。

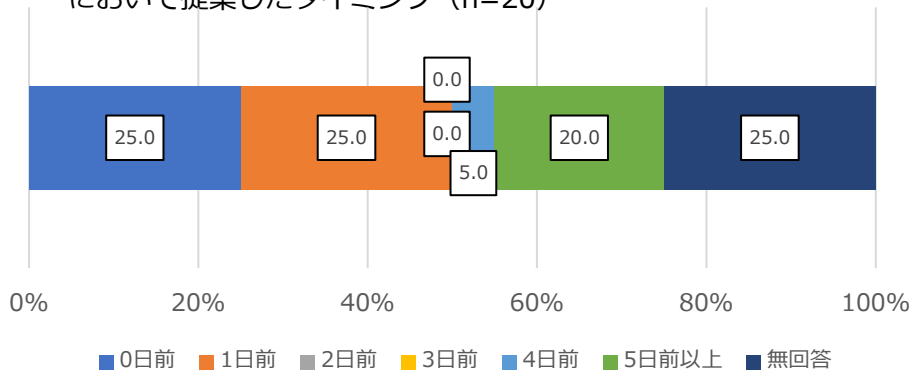
■ 1ヶ月間における在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の算定状況 (n=1690)



■ 算定内訳 (n=112)



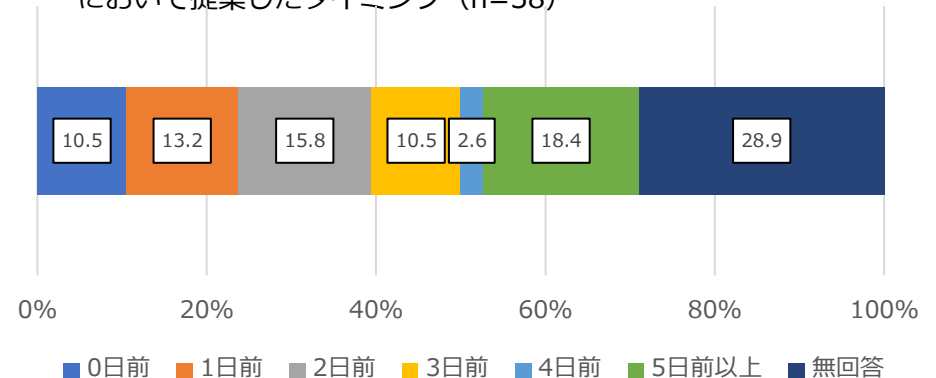
⇒ ■ 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 1イ、2イにおいて提案したタイミング (n=20)



■ 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料

- 処方箋に基づき処方医に処方内容を照会し、処方内容が変更された場合
 - イ 残薬調整に係るもの以外の場合 40点
 - 残薬調整に係るものの場合 20点
- 患者へ処方箋を交付する前に処方医と処方内容を相談し、処方に係る提案が反映された処方箋を受け付けた場合
 - イ 残薬調整に係るもの以外の場合 40点
 - 残薬調整に係るものの場合 20点

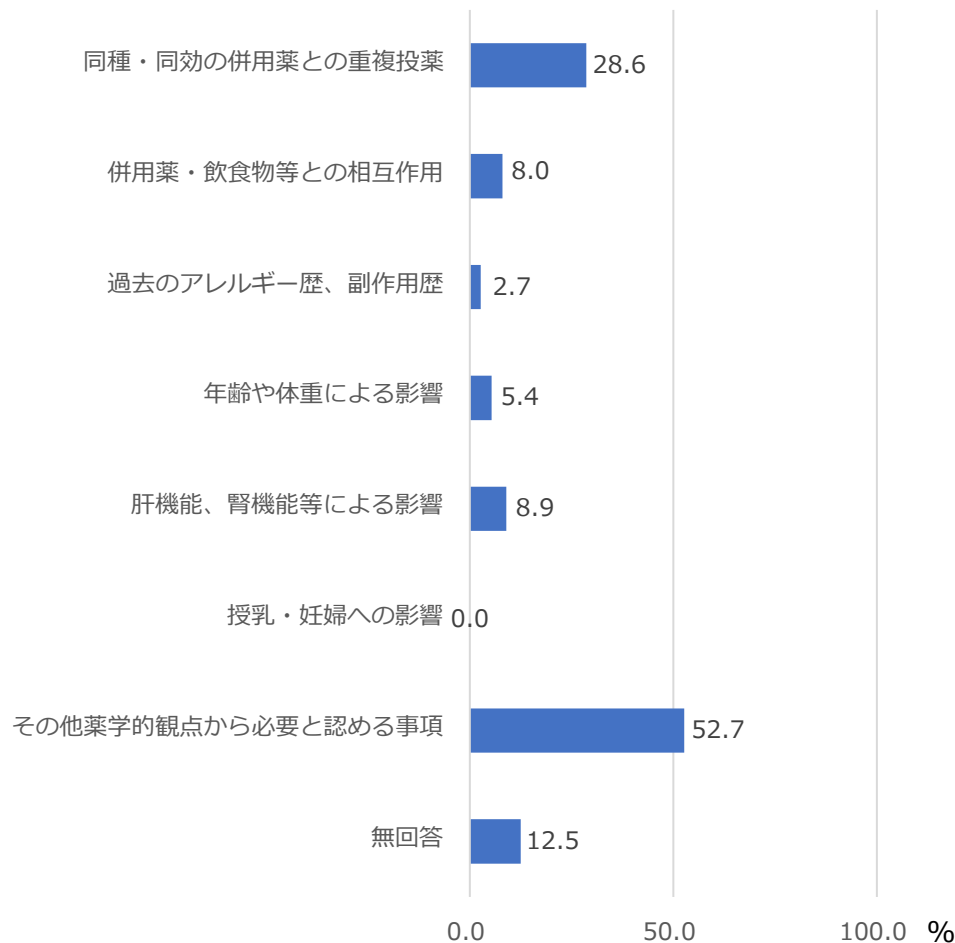
⇒ ■ 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 1□、2□において提案したタイミング (n=38)



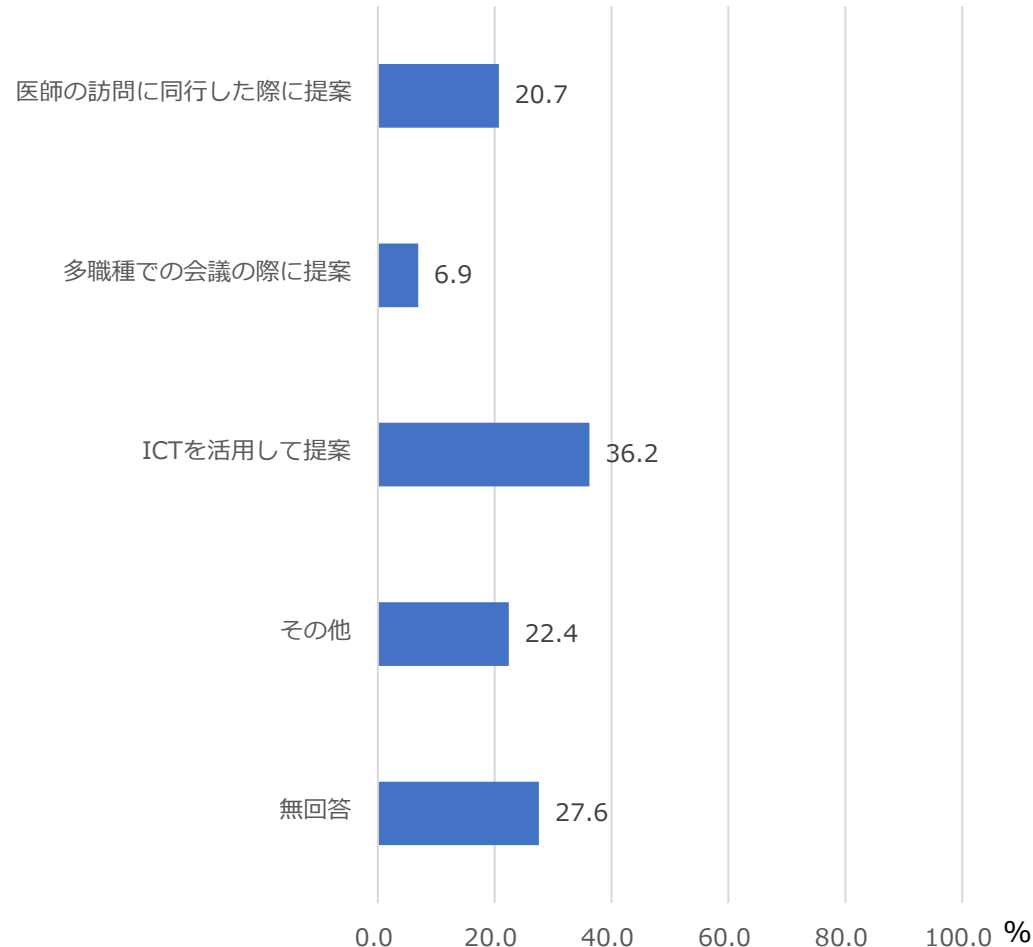
在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料について②

- 処方医に連絡確認を行った内容としては、同種・同効の併用薬との重複投薬が約29%であった。
- 処方に係る提案方法としては、「ICTを活用して提案」が約36%の他、「医師の訪問に同行した際に提案」が約21%であった。

■ 連絡確認を行った内容



■ 処方に係る提案方法



○ 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

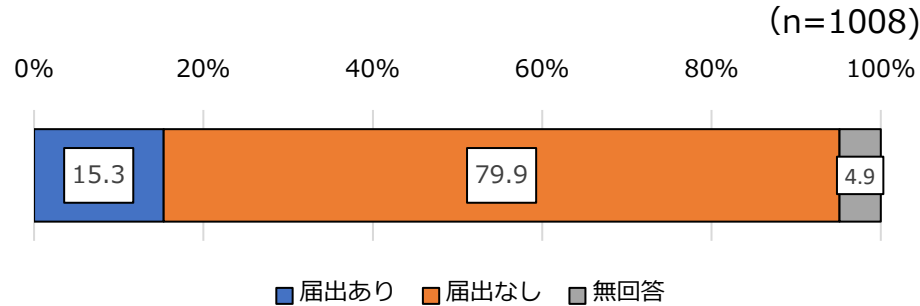
・調剤前の麻薬を廃棄しようとするときは、あらかじめ「麻薬廃棄届」により、都道府県知事に届け出た後、都道府県職員立会の下でなければ廃棄することはできない。

・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。

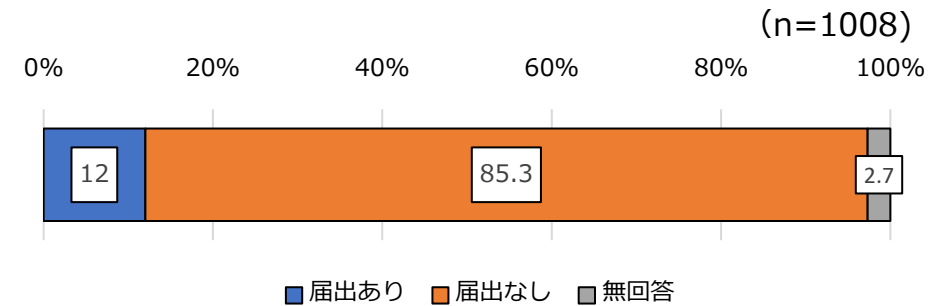
在宅中心静脈栄養法加算等の届出状況等

- 令和4年度の診療報酬改定で新設された「在宅中心静脈栄養法加算」及び「在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算」は、令和6年度介護報酬改定において、同様の算定項目が設けられた。
- それぞれの届出状況、算定状況は以下のとおり。

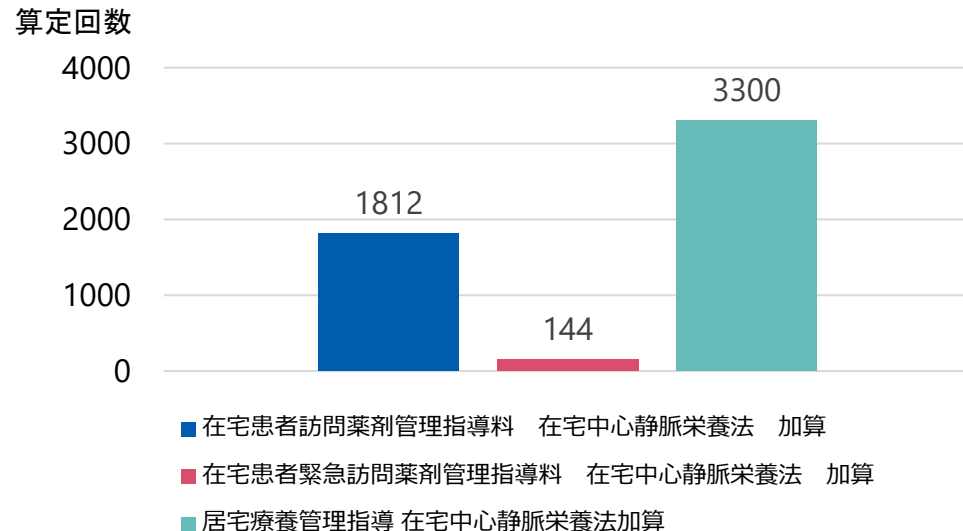
■ 在宅中心静脈栄養法加算の届出状況※1



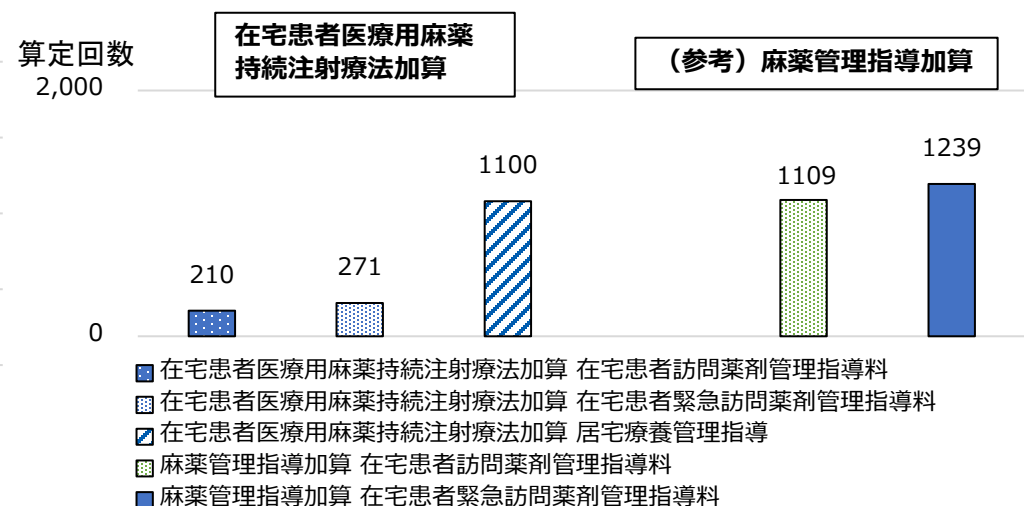
■ 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算の届出状況※1



■ 在宅中心静脈栄養法加算の算定状況※2



■ 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算の算定状況※2



1. 在宅医療を取りまく状況について
2. 訪問診療・往診等について
3. 訪問看護について
4. 歯科訪問診療について
5. 訪問薬剤管理指導について
6. 訪問栄養食事指導について

在宅療養支援診療所・病院における訪問栄養食事指導の推進

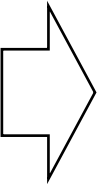
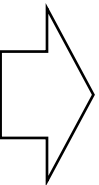
在宅療養支援診療所・病院の要件の見直し

- 訪問栄養食事指導の推進を図る観点から、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について要件を見直す。

現行

【在宅療養支援診療所】
[施設基準]
(新設)

【在宅療養支援病院】
[施設基準]
(新設)



改定後

【在宅療養支援診療所】
[施設基準]
・ 当該診療所において、当該診療所の管理栄養士又は当該診療所以外（公益社団法人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」又は他の保険医療機関に限る。）の管理栄養士との連携により、医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を整備することが望ましい。

【在宅療養支援病院】
[施設基準]
・ 当該病院において、当該病院の管理栄養士により、医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を有していること。

[経過措置]
令和6年3月31日において現に在宅療養支援病院に係る届出を行っている保険医療機関については、令和7年5月31日までの間に限り、該当するものとみなす。