

中央社会保険医療協議会 総会（第 626 回）議事次第

令和 7 年 11 月 12 日（水）
保険医療材料専門部会 終了後～

議 題

- 医療機器及び臨床検査の保険適用について
- 在宅について（その 3）

医療機器の保険適用について（令和7年12月1日収載予定）

区分C 2 (新機能・新技術)

	販売名	企業名	保険償還価格	算定方式	補正加算等	外国平均価格との比	頁数
①	Esprit BTK エベロリムス溶出生体吸収性スキャフォールド	アボットメディカルジャパン合同会社	259,000 円 迅速な保険導入に係る評価により、2年間に限り、 264,000 円	類似機能区分比較方式	有用性加算 5 %	0.34	2
②	軟骨修復材 モチジェル	持田製薬株式会社	1,170,000 円	原価計算方式	—	—	8
③	ディーマ プリント デンチャー ティース	クルツアージャパン 株式会社	1歯当たり 59 円	原価計算方式	—	0.84	12
④	ディーマ プリント デンチャー ベース	クルツアージャパン 株式会社	1顆当たり 2,026 円	原価計算方式	—	0.94	16

臨床検査の保険適用について（令和7年12月1日収載予定）

	販売名	測定方法	参考点数	頁数
①	E 3 (新項目) ID NOW RS ウィルス	NEAR 法 (定性)	D023 微生物核酸同定・定量検査 6 マイコプラズマ核酸検出、インフルエンザ核酸検出 291 点	21
②	E 3 (新項目) NF155 抗体「ヤマサ」EIA	ELISA 法 (定量)	D014 自己抗体検査 47 抗アクアポリン4抗体 1,000 点	24
③	E 3 (新項目) CNTN1 抗体「ヤマサ」EIA	ELISA 法 (定量)	D014 自己抗体検査 47 抗アクアポリン4抗体 1,000 点	

医療機器に係る保険適用決定区分及び価格（案）

販売名 Esprit BTK エベロリムス溶出生体吸収性スキャフォールド
 保険適用希望企業 アボットメディカルジャパン合同会社

販売名	決定区分	主な使用目的
Esprit BTK エベロリムス溶出生体吸収性スキャフォールド	C2（新機能・新技術）	包括的高度慢性下肢虚血疾患患者（慢性透析患者を除く）における、対照血管径が2.5mm以上4.0 mm以下の膝下動脈病変に対する血管内腔径の改善。ただし、本品複数本使用時はスキャフォールド全長を170mm以下とする。

○ 保険償還価格

販売名	償還価格	類似機能区分	外国平均価格との比	費用対効果評価への該当性
Esprit BTK エベロリムス溶出生体吸収性スキャフォールド	259,000 円 迅速な保険導入に係る評価により、 2年間に限り、 264,000 円	130 心臓手術用カテーテルセット (3) 冠動脈用ステントセット (4) 生体吸収・再狭窄抑制型 249,000 円 有用性加算 5 %	0.34	なし

○ 加算の定量化に関する研究班報告に基づいたポイント（試行案）

有用性加算（ハ）対象疾病の治療方法の改善

- c. 既存の治療方法に比べて効果の発現が著しく速い若しくは効果の持続が著しく長い、又は使用に際して患者の利便性や負担軽減（時間短縮等）が著しく高い（1p）

合計1ポイントで5%（1ポイントあたり5%換算）の加算となる。

○ 迅速な保険導入に係る評価

米国における承認申請から日本における承認申請までの期間及び日本における総審査期間のうち申請者側の期間の基準を満たしているため、迅速な保険導入に係る加算の対象となる。本品の保険適用から2年間（令和9年11月30日まで）に限

り、新規機能区分の償還価格（259,000円）に補正加算額の50／100（5,000円）を上乗せした264,000円を算定できることとする。

○ 準用技術料

K616 四肢の血管拡張術・血栓除去術 22,590点

○ 推定適用患者数（ピーク時）

予測年度：10年度

推定適用患者数：3,277人

○ 本医療機器の市場規模予測（ピーク時）

予測年度：10年度

本医療機器使用患者数：3,277人

予測販売金額：17.0億円

○ 費用対効果評価への該当性

該当しない（ピーク時の市場規模予測が50億円未満）

○ 定義案

「133 血管内手術用カテーテル」の定義を下線部のとおり、追加・変更する。

(1) 血管内手術用カテーテルの機能区分の考え方

術式により、経皮的脳血管形成術用カテーテル、末梢血管用ステントセット（34区分）、P T Aバルーンカテーテル（9区分）、下大静脈留置フィルタセット（2区分）、冠動脈灌流用カテーテル、オクリュージョンカテーテル（2区分）、血管内血栓異物除去用留置カテーテル（5区分）、血管内異物除去用カテーテル（6区分）、血栓除去用カテーテル（11区分）、塞栓用コイル（7区分）、汎用型圧測定用プローブ、循環機能評価用動脈カテーテル、静脈弁カッタ（3区分）、頸動脈用ステントセット（2区分）、狭窄部貫通用カテーテル、下肢動脈狭窄部貫通用カテーテル、血管塞栓用プラグ、交換用カテーテル、体温調節用カテーテル（2区分）、脳血管用ステントセット、脳動脈瘤治療用フローダイバーターシステム（2区分）、血管形成用カテーテル（2区分）及び大動脈分岐部用フィルターセット（1区分）の合計6566区分に区分する。

(2) 略

(3) 末梢血管用ステントセット

① 定義

次のいずれにも該当すること。

ア 薬事承認又は認証上、類別が「機械器具（7）内臓機能代用器」であって、一般的名称が「血管用ステント」、「腸骨動脈用ステント」、「血管用ステントグラフト」又は「薬剤溶出型大腿動脈用ステント」又は「薬剤溶出型吸収性下肢動脈用ステント」であること。

イ 四肢の血管拡張術を実施する際に、末梢血管（頸動脈、冠状動脈、胸部大動脈及び腹部大動脈以外の血管）内腔の確保を目的に病変部に挿入留置して使用するステントセット（デリバリーシステムを含む。）であること。

② 機能区分の考え方

ステントの構造及び使用目的により、一般型、橈骨動脈穿刺対応型及び、再狭窄抑制型及び生体吸収・再狭窄抑制型の合計3-4区分に区分する。

③ 機能区分の定義

ア 一般型

イ及び、ウ及びエ以外のものであること。

イ 橈骨動脈穿刺対応型

次のいずれにも該当すること。

i 橈骨動脈から末梢動脈まで送達可能な性能及び必要なカテーテル長を有していること。

ii ウ及びエに該当しないこと。

ウ 再狭窄抑制型

i 薬剤による再狭窄抑制のための機能を有し、大腿膝窩動脈の血管内腔の確保を目的に病変部に挿入留置して使用するステントセット（デリバリーシステムを含む。）であること。

ii エに該当しないこと。

エ 生体吸収・再狭窄抑制型

薬剤による再狭窄抑制のための機能を有し、膝下動脈の血管内腔の確保を目的に病変部に挿入留置して使用する生体吸収性ステントセット（デリバリーシステムを含む。）であること。

(4)～(24) 略

○ 留意事項案

「133 血管内手術用カテーテル」の留意事項を下線部のとおり、追加・変更する。

(1)～(16) 略

(17) 末梢血管用ステント・生体吸収・再狭窄抑制型は、包括的高度慢性下肢虚血疾患患者（慢性透析患者を除く）における対照血管径が 2.5mm 以上 4.0mm 以下の膝下動脈病変に対して、血管内腔径の改善を目的として使用した場合に限り、1 回の手術に対して原則として 2 個を限度として算定できる。ただし、医学的必要性から 3 個以上使用する必要がある場合は、その理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載した上で、4 個を限度として算定できる。なお、令和 9 年 11 月 30 日までに限り、迅速な保険導入に係る評価を行った価格で算定できる。

○ 留意事項案

「K616 四肢の血管拡張術・血栓除去術」の留意事項を下線部のとおり、追加・変更する。

(1) 膝窩動脈又はそれより末梢の動脈に対するステントの留置では、当該点数は算

定できない。

(2) 包括的高度慢性下肢虚血疾患患者（慢性透析患者を除く）における対照血管径が2.5mm以上4.0mm以下の膝下動脈病変に対して、血管内腔径の改善を目的として、薬剤溶出型生体吸収性下肢動脈用ステントを留置した場合は、本技術の所定点数を準用して算定する。なお、手術に伴う画像診断及び検査の費用は別に算定できない。

[参考]：企業提出資料を基に作成

○ 企業希望価格

販売名	償還価格	類似機能区分	外国平均価格との比
Esprit BTK エベロリムス 溶出生体吸収 性スキヤフォ ールド	264,000円	130 心臓手術用カテーテルセット（3） 冠動脈用ステントセット ④ 生体吸 収・再狭窄抑制型 249,000円 有用性加算5%、市場性加算（II）3%	0.35

○ 加算の定量化に関する研究班報告に基づいたポイント（試行案）

有用性加算（ハ）対象疾病の治療方法の改善

- c. 既存の治療方法に比べて効果の発現が著しく速い若しくは効果の持続が著しく長い、又は使用に際して患者の利便性や負担軽減（時間短縮等）が著しく高い
(1p)

合計1ポイントで5%（1ポイントあたり5%換算）の加算を希望する。

○ 迅速な保険導入に係る評価

米国における承認申請から日本における承認申請までの期間及び日本における総審査期間のうち申請者側の期間の基準を満たしているため、迅速な保険導入に係る加算の対象となる。本品の保険適用から2年間（令和9年11月30日まで）に限り、新規機能区分の償還価格（264,000円）に補正加算額の50/100（8,000円）を上乗せした272,000円を算定することを希望する。

○ 企業が希望する関連技術料

K616 四肢の血管拡張術・血栓除去術 22,590点

○ 推定適用患者数（ピーク時）

予測年度：10年度

推定適用患者数：3,277人

○ 本医療機器の市場規模予測（ピーク時）

予測年度：10年度

本医療機器使用患者数：3,277 人

予測販売金額：17.3 億円

○ 諸外国におけるリストプライス

アメリカ合衆国	連合王国	ドイツ	フランス	オーストラリア	外国平均価格
5,000 米ドル (755,000 円)	—	—	—	—	755,000 円

*為替レート (2024 年 8 月～2025 年 7 月の日銀による為替レートの平均)：1 米ドル=151 円

製品概要

1 販売名	Esprit BTKエベロリムス溶出生体吸収性スキャフォールド	
2 希望企業	アボットメディカルジャパン合同会社	
3 使用目的	包括的高度慢性下肢虚血疾患患者（慢性透析患者を除く）における、対照血管径が2.5mm以上4.0 mm以下の膝下動脈病変に対する血管内腔径の改善。ただし、本品複数本使用時はスキャフォールド全長を170mm以下とする。	
	<p>製品特徴</p> <ul style="list-style-type: none"> 本品は、<u>膝下領域の動脈閉塞・狭窄に起因する包括的高度慢性下肢虚血疾患</u>（以下、「CLTI」という。）の治療を目的として開発された製品であり、<u>薬剤（エベロリムス）</u>及び<u>生体吸収性ポリマー</u>でのコーティングが施された、<u>生体吸収性薬剤溶出ステントセット</u>である。 	出典：企業提出資料
4 構造・原理	<p>臨床上の有用性・安全性</p> <ul style="list-style-type: none"> LIFE-BTK試験（前向き、単盲検、多施設臨床試験）では、膝窩動脈下動脈対照血管径が2.5 mm以上、4.00 mm以下の病変を有するCLTI患者261例が登録され、被験者は本品と経皮的血管形成術用バルーン治療に（以下、「PTA」という）で2:1の比率で割り付けられた（本品群173例、PTA群88例）。 <u>手技後1年時での標的下肢の大切断（足関節より近位での切断）の回避及び一次開存（標的血管の完全閉塞、標的病変の再狭窄、血行再建術の回避）</u>を達成した割合は、本品群で74.5%、PTA群で43.7%であり、本品群で有意に多かった（p値<0.0001）。 <u>標的病変の再狭窄を除いた評価</u>では、手技後1年時まで標的下肢の大切断、標的血管の完全閉塞及び血行再建術を回避した割合は、本品群で83.2%、PTA群では69.0%であり、本品群で有意に多かった（p値=0.0081）。 <u>安全性の評価</u>としては、手技後30日以内の死亡、6ヶ月までの標的下肢の大切断および標的下肢重大血行再建（新規バイパス術の実施等）の回避率が、本品群では96.9%、PTA群では100.0%で、非劣性が示された（非劣性p値=0.0019）。 	

医療機器に係る保険適用決定区分及び価格（案）

販売名 軟骨修復材 モチジェル
保険適用希望企業 持田製薬株式会社

販売名	決定区分	主な使用目的
軟骨修復材 モチ ジェル	C2（新機能・新技 術）	本品は、膝の3cm ² 以下又は肘の1.5 cm ² 以下の軟骨欠損面積を有する関節軟骨損傷（外傷性軟骨欠損症又は離断性骨軟骨炎。ただし、変形性関節症を除く）の修復の補助及び修復された軟骨による臨床症状の緩和を目的とする。

○ 保険償還価格

販売名	償還価格	類似機能区分	外国平均価格との比	費用対効果評価への該当性
軟骨修復材 モチ ジェル	1,170,000 円	原価計算方式	—	—

○ 準用技術料

①切開下で使用する場合

K059 骨移植術（軟骨移植術を含む。） 4 自家培養軟骨移植術 14,030 点

②鏡視下で使用する場合

K059-2 関節鏡下自家骨軟骨移植術 22,340 点

○ 推定適用患者数（ピーク時）

予測年度：10 年度

推定適用患者数：5,265 人

○ 本医療機器の市場規模予測（ピーク時）

予測年度：7 年度

本医療機器使用患者数：762 人

予測販売金額：8.92 億円

- 費用対効果評価への該当性
該当しない(ピーク時の市場規模予測が 50 億円未満)

- 定義案

以下の定義を追加する。

237 軟骨修復材

次のいずれにも該当すること。

- (1) 薬事承認又は認証上、類別が「医療用品 4 整形用品」であって、一般的名称が「吸収性軟骨再生用材料」であること。
- (2) 関節軟骨の修復の補助を目的として使用するものであること。
- (3) 主成分がアルギン酸ナトリウム溶液及び塩化カルシウム溶液であること。

- 留意事項案

以下の留意事項を追加する。

237 軟骨修復材

- (1) 軟骨欠損面積が膝で 1 cm²以上 3cm²以下、肘で 1 cm²以上 1.5 cm²以下の軟骨欠損部位を有する、肘関節又は膝関節の外傷性軟骨欠損症又は離断性骨軟骨炎（変形性膝関節症を除く。）であって、自家骨軟骨移植術が困難な場合や骨端線が残存している小児に使用する場合に限り算定できる。
- (2) 軟骨修復材の使用に当たっては、関連学会の定める適正使用指針を遵守すること。
- (3) 軟骨修復材を使用した患者については、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書に使用する医療上の必要性及び軟骨欠損面積等を含めた症状詳記を記載すること。

- 留意事項案

「K059 骨移植術（軟骨移植術を含む。）」の留意事項を下線部のとおり、追加・変更する。

(1)～(9) 略

- (10) 肘関節又は膝関節の外傷性軟骨欠損症又は離断性骨軟骨炎（変形性膝関節症を除く。）に対して、軟骨修復材を使用した場合は、本区分の「4」自家培養軟骨移植術の所定点数を準用して算定する。

「K059-2 関節鏡下自家骨軟骨移植術」の留意事項を下線部のとおり、追加する。
肘関節又は膝関節の外傷性軟骨欠損症又は離断性骨軟骨炎（変形性膝関節症を除く。）に対して、関節鏡下で軟骨修復材を使用した場合は、本区分の所定点数を準用して算定する。

[参考]：企業提出資料を基に作成

○ 企業希望価格

販売名	償還価格	類似機能区分	外国平均価格との比
軟骨修復材 モチ ジエル	1,290,000 円	原価計算方式 有用性加算 10%	—

○ 加算の定量化に関する研究班報告に基づいたポイント（試行案）

有用性加算

（イ）臨床上有用な新規の機序

a. 効果発現のための当該新規材料の作用機序が類似材料と大きく異なる(2p)

合計 2 ポイントで 10% (1 ポイントあたり 5 %換算) の加算を希望する。

○ 企業が希望する準用技術料

K059 骨移植術（軟骨移植術を含む。） 4 自家培養軟骨移植術

14,030 点

K059-2 関節鏡下自家骨軟骨移植術 22,340 点

○ 推定適用患者数（ピーク時）

予測年度：10 年度

推定適用患者数：5,265 人

○ 本医療機器の市場規模予測（ピーク時）

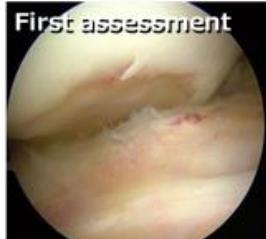
予測年度：7 年度

本医療機器使用患者数：762 人

予測販売金額：9.83 億円

○ 諸外国におけるリストプライス：なし（外国での販売実績なし）

製品概要

1 販売名	軟骨修復材 モチジエル
2 希望企業	持田製薬株式会社
3 使用目的	本品は、膝の3cm ² 以下又は肘の1.5 cm ² 以下の軟骨欠損面積を有する関節軟骨損傷（外傷性軟骨欠損症又は離断性骨軟骨炎。ただし、変形性関節症を除く）の修復の補助及び修復された軟骨による臨床症状の緩和を目的とする。
4 構造・原理	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="flex: 1;"> <p>製品特徴</p> <ul style="list-style-type: none"> 本品は、アルギン酸ナトリウムを成分としており、軟骨欠損部に埋植後に局所幹細胞が軟骨細胞へ分化するために適した3次元的足場を形成する。骨髓刺激法と併用することで軟骨修復が期待でき、単回かつ関節鏡視下の手術でも移植が可能である。 本品は、軟骨損傷に対する既存治療の位置付けを踏まえ、軟骨部の欠損面積が肘は1以上1.5cm²以下、膝は1以上3cm²以下の軟骨損傷患者の中で、自家骨軟骨移植術（以下、「MP」という。）が困難な患者や小児患者に対して使用することが想定されている。今後、日本スポーツ整形外科学会より、臨床上の位置付け、実施医師、施設要件等を含めた適正使用指針が発出される予定である。 <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> <p>アルギン酸ナトリウム溶液プレフィルドシリンジ</p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p>関節鏡画像</p>  <p>First assessment</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>2nd look(72weeks)</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> <p>塩化カルシウム溶液バイアル</p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p>術前</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>術後72週時</p> </div> </div> </div> </div>
	<p>臨床上の有用性</p> <ul style="list-style-type: none"> 本品の治験においては、外傷性軟骨損傷症又は離断性骨軟骨炎による関節軟骨損傷を有する患者（軟骨損傷面積が1cm²以上4cm²未満）を対象とし、肘8例（平均年齢13.8歳）、膝21例（平均年齢39.6歳）が登録された。 肘については、全解析集団におけるTimmerman/Andrews Elbowスコア（平均値 [両側95%信頼区間]）は、術後72週時で199.4 [197.9 ~200.9] であり、術後72週時における信頼区間の下限値が閾値を上回ったため、本治療法はMPと同程度の性能を有すると推察された。 膝については、全解析集団におけるIKDC (International Knee Documentation Committee)スコア変化量（平均値 [両側95%信頼区間]）は、術後72週時で37.56 [28.49~46.62] であり、信頼区間の下限を上回っており、本治療法はMPと同程度の性能を有すると推察された。

医療機器に係る保険適用決定区分及び価格（案）

販売名 ディーマ プリント デンチャー ティース
 保険適用希望企業 クルツアージャパン株式会社

販売名	決定区分	主な使用目的
ディーマ プリント デンチャー ティース	C 2 (新機能・新技術)	義歯の歯冠部の製作に用いる。

○ 保険償還価格

販売名	償還価格	類似機能区分	外国平均価格との比	費用対効果評価への該当性
ディーマ プリント デンチャー ティース	1歯当たり 59円	原価計算方式	0.84	なし

○ 準用技術料

M 0 1 8 有床義歯 2 総義歯（1顎につき） 2,420 点

○ 推定適用患者数（ピーク時）

予測年度：初年度

推定適用患者数：185,000 人

○ 本医療機器の市場規模予測（ピーク時）

予測年度：10 年度

本医療機器使用患者数：39,000 人

予測販売金額：0.6 億円

○ 費用対効果評価への該当性

該当しない（ピーク時の市場規模予測が 50 億円未満）

○ 定義案

「V 歯科診療報酬点数表の第2章第12部に規定する特定保険医療材料及びその材料価格」に下線部のとおり、追加する。

070 3次元プリント有床義歯冠部用材料

定義

次のいずれにも該当すること。

- (1) 薬事承認又は認証上、類別が「歯科材料（2）歯冠材料」であって、一般的名称が「歯冠用硬質レジン」であること。
- (2) JIS T6517 「歯冠用硬質レジン」第3種（光重合型）に適合するものであること。
- (3) 「液槽光重合方式3次元プリント有床義歯製作装置」を用いて総義歯の歯冠部を製作するために使用するものであること。

○ 留意事項案

「別表第二 歯科診療報酬点数表」

「第12部 歯冠修復及び欠損補綴」

「M018 有床義歯」の留意事項を下線部のとおり、追加する。

(1) ~ (13) (略)

(14) 歯科技工室設置型コンピュータ支援設計・製造ユニット及び歯科技工用重合装置（液槽光重合方式3次元プリント有床義歯製作装置）を用いて、作業模型で間接法により造形製作された有床義歯（3次元プリント有床義歯）は、「2総義歯（1顎につき）」の点数を準用して算定する。

(15) 3次元プリント有床義歯は、再製作を行った場合を除き、上下顎で同日に装着した場合に限り算定できる。

(16) (14)における3次元プリント有床義歯の製作にあたり、必要に応じて実施した印象採得、咬合採得、装着及び仮床試適については、各区分により算定する。

(17) (14)における3次元プリント有床義歯は、歯科の診療録及び診療報酬明細書に「3DFD」という略称を使用して記載して差し支えない。

(18) (14)における3次元プリント有床義歯は、以下のいずれにも該当する歯科医療機関において実施すること。

① 歯科補綴治療に係る専門の知識及び3年以上の経験を有する歯科医師が1名以上配置されていること。

② 保険医療機関内に液槽光重合方式3次元プリント有床義歯製作装置が設置されている場合は、歯科技工士を配置していること、又は保険医療機関内に液槽光重合方式3次元プリント有床義歯製作装置が設置されていない場合は、当該装置を設置している歯科技工所との連携が確保されていること。なお、使用した当該装置名及び歯科技工所名（保険医療機関内で製作する場合は除く。）

を診療録に記載すること。

「M029 有床義歯修理（1床につき）」の留意事項を下線部のとおり、追加する。

(1) ~ (8) (略)

(9) 区分番号 M018 により作製した3次元プリント有床義歯を修理する場合

は、本区分により算定する。なお、保険医療材料料（修理を行った歯数分の3次元プリント有床義歯歯冠部用材料は除く。）は、所定点数に含まれる。

「M030 有床義歯内面適合法」の留意事項を下線部のとおり、追加する。

(1) ~ (10) (略)

(11) 区分番号 M018 により作製した3次元プリント有床義歯に、硬質材料を

用いて床裏装を行った場合は、「1の口 総義歯」により算定する。

[参考]：企業提出資料を基に作成

○ 企業希望価格

販売名	償還価格	類似機能区分	外国平均価格との比
ディーマ プリント デンチャー ティース	1歯当たり 77.36円	原価計算方式	1.10

○ 企業が希望する準用技術料

M018 有床義歯 2 総義歯（1顎につき） 2,420点

○ 推定適用患者数（ピーク時）

予測年度：初年度

推定適用患者数：185,000人

○ 本医療機器の市場規模予測（ピーク時）

予測年度：10年度

本医療機器使用患者数：39,000人

予測販売金額：0.8億円

○ 諸外国におけるリストプライス

アメリカ 合衆国	連合王国	ドイツ	フランス	オーストラ リア	外国平均価格
米ドル (73.99円)	英ポンド (一円)	ユーロ (63.41円)	ユーロ (74.00円)	ユーロ (68.46円)	69.97円

*為替レート（2024年8月～2025年7月の日銀による為替レートの平均）

1米ドル=151円、1ユーロ=163円

医療機器に係る保険適用決定区分及び価格（案）

販売名 ディーマ プリント デンチャー ベース
保険適用希望企業 クルツアージャパン株式会社

販売名	決定区分	主な使用目的
ディーマ プリント デンチャー ベース	C 2 (新機能・新技術)	義歯床の製作に用いる。

○ 保険償還価格

販売名	償還価格	類似機能区分	外国平均価格 との比	費用対効果評価 への該当性
ディーマ プリント デンチャー ベース	1 顆当たり 2,026 円	原価計算方式	0.94	なし

○ 準用技術料

M 0 1 8 有床義歯 2 総義歯（1 頚につき） 2,420 点

○ 推定適用患者数（ピーク時）

予測年度：初年度

推定適用患者数：185,000 人

○ 本医療機器の市場規模予測（ピーク時）

予測年度：10 年度

本医療機器使用患者数：39,000 人

予測販売金額：1.6 億円

○ 費用対効果評価への該当性

該当しない（ピーク時の市場規模予測が 50 億円未満）

○ 定義案

「V 歯科診療報酬点数表の第2章第12部に規定する特定保険医療材料及びその材料価格」に下線部のとおり、追加する。

071 3次元プリント有床義歯床用材料

定義

次のいずれにも該当すること。

- (1) 薬事承認又は認証上、類別が「歯科材料（3）義歯床材料」であって、一般的名称が「義歯床用アクリル系レジン」であること。
- (2) JIS T6501 「義歯床用レジン」タイプ4（光重合レジン）に適合すること。
- (3) 「液槽光重合方式3次元プリント有床義歯製作装置」を用いて総義歯の義歯床を製作するために使用すること。

○ 留意事項案

「別表第二 歯科診療報酬点数表」

「第12部 歯冠修復及び欠損補綴」

「M018 有床義歯」の留意事項を下線部のとおり、追加する。

(1) ~ (13) (略)

(14) 歯科技工室設置型コンピュータ支援設計・製造ユニット及び歯科技工用重合装置（液槽光重合方式3次元プリント有床義歯製作装置）を用いて、作業模型で間接法により造形製作された有床義歯（3次元プリント有床義歯）は、「2総義歯（1顎につき）」の点数を準用して算定する。

(15) 3次元プリント有床義歯は、再製作を行った場合を除き、上下顎で同日に装着した場合に限り算定できる。

(16) (14)における3次元プリント有床義歯の製作にあたり、必要に応じて実施した印象採得、咬合採得、装着及び仮床試適については、各区分により算定する。

(17) (14)における3次元プリント有床義歯は、歯科の診療録及び診療報酬明細書に「3DFD」という略称を使用して記載して差し支えない。

(18) (14)における3次元プリント有床義歯は、以下のいずれにも該当する歯科医療機関において実施すること。

① 歯科補綴治療に係る専門の知識及び3年以上の経験を有する歯科医師が1名以上配置されていること。

② 保険医療機関内に液槽光重合方式3次元プリント有床義歯製作装置が設置されている場合は、歯科技工士を配置していること、又は保険医療機関内に液槽光重合方式3次元プリント有床義歯製作装置が設置されていない場合は、当該装置を設置している歯科技工所との連携が確保されていること。なお、使用した当該装置名及び歯科技工所名（保険医療機関内で製作する場合は除く。）

を診療録に記載すること。

「M029 有床義歯修理（1床につき）」の留意事項を下線部のとおり、追加する。

(1)～(8) (略)

(9) 区分番号 M018により作製した3次元プリント有床義歯を修理する場合

は、本区分により算定する。なお、保険医療材料料（修理を行った歯数分の3次元プリント有床義歯歯冠部用材料は除く。）は、所定点数に含まれる。

「M030 有床義歯内面適合法」の留意事項を下線部のとおり、追加する。

(1)～(10) (略)

(11) 区分番号 M018により作製した3次元プリント有床義歯に、硬質材料を

用いて床裏装を行った場合は、「1の口 総義歯」により算定する。

[参考]：企業提出資料を基に作成

○ 企業希望価格

販売名	償還価格	類似機能区分	外国平均価格との比
ディーマ プリン ト デンチャー ベ ース	1 頚当たり 2,684 円	原価計算方式	1.245

○ 企業が希望する準用技術料

M018 有床義歯 2 総義歯（1 頚につき） 2,420 点

○ 推定適用患者数（ピーク時）

予測年度：初年度

推定適用患者数：185,000 人

○ 本医療機器の市場規模予測（ピーク時）

予測年度：10 年度

本医療機器使用患者数：39,000 人

予測販売金額：2.1 億円

○ 諸外国におけるリストプライス

アメリカ 合衆国	連合王国	ドイツ	フランス	オーストラ リア	外国平均価格
米ドル (1,963 円)	英ポンド (一円)	ユーロ (2,039 円)	ユーロ (2,447 円)	ユーロ (2,173 円)	2,156 円

*為替レート（2024 年 8 月～2025 年 7 月の日銀による為替レートの平均）

1 米ドル=151 円、1 ユーロ=163 円

製品概要

1 販売名	ディーマ プリント デンチャー ティース ディーマ プリント デンチャー ベース
2 希望企業	クルツアージャパン株式会社
3 使用目的	ディーマ プリント デンチャー ティース: 義歯の歯冠部の製作に用いる。 ディーマ プリント デンチャー ベース: 義歯床の製作に用いる。
4 構造・原理	<p>製品特徴</p> <ul style="list-style-type: none"> 本品は、義歯の歯冠部及び義歯床用の光重合レジンである。 患者の模型等のスキャンデータにより、ソフトウェアで義歯形態をデザインし、液槽光重合方式3次元プリント有床義歯製作装置で本品を造形・光重合硬化させて、総義歯を製作する。 本品を用いた3次元プリント有床義歯について、日本補綴歯科学会より、臨床指針を発行する予定である。  <p>従来法による印象・咬合探得 (石膏模型、咬合床)</p> <p>出典:企業提出資料</p> <p>臨床上の有用性・安全性</p> <ul style="list-style-type: none"> 安全性に関して、ディーマ プリント デンチャー ティースは040 歯冠用光重合硬質レジン(JIS T6517 第3種)、ディーマ プリント デンチャー ベースは041・042 義歯床用アクリリック樹脂(粉末・液)及び 043・044 義歯床用アクリリック即時硬化樹脂(粉末・液) (JIS T6501)と同様の規格であることから、<u>物性は従来の材料と同様の基準を満たしている</u>。 臨床研究にて、<u>3次元プリント有床義歯は、従来の総義歯と比較して、再製作回数や修理回数の有意差はなく、装着後の併発症(潰瘍、疼痛等)は有意に小さくなることが示されている</u>。 従来法の一部をデジタル化することで、<u>製作時間の短縮や安定した精度の義歯供給が報告されている</u>。

体外診断用医薬品に係る保険適用決定区分及び価格（案）

販売名 ID NOW RS ウィルス

保険適用希望企業 アボット ダイアグノスティクス メディカル株式会社

販売名	決定区分	主な使用目的
ID NOW RS ウィルス	E3（新項目）	鼻腔ぬぐい液中のRS ウィルスRNA の検出(RS ウィルス感染の診断の補助)

○ 保険償還価格

測定項目	測定方法	保険点数	準用保険点数
RS ウィルス核酸検出	NEAR 法（定性）	291 点	D023 微生物核酸同定・定量検査 6 マイコプラズマ核酸検出、インフルエンザ核酸検出

○ 留意事項案

「D023 微生物核酸同定・定量検査」の留意事項に以下のとおり追記する。

（1）～（40）略

（41）RS ウィルス核酸検出は、以下のいずれかに該当し、RS ウィルス感染が疑われる患者に対して、RS ウィルス抗原定性が陰性であった場合に、RS ウィルス感染の診断を目的として、鼻腔拭い液を検体として、NEAR 法により実施した場合に、本区分の「6」マイコプラズマ核酸検出、インフルエンザ核酸検出の所定点数を準用して算定する。

ア 入院中の患者

イ 1歳未満の乳児

ウ パリビズマブ製剤又はニルセビマブ製剤の適応となる患者

○ 推定適用患者数（ピーク時）

予測年度：10 年度

推定適用患者数：30 万人

○ 市場規模予測（ピーク時）

予測年度：10 年度

本体外診断用医薬品使用患者数：2.1 万人

本体外診断用医薬品実施回数：2.1 万回

予測販売金額：0.5 億円

[参考]：企業提出資料を基に作成

○ 企業希望価格

測定項目	測定方法	保険点数	準用保険点数
RS ウィルス核酸検出	NEAR 法（定性）	291 点	D023 微生物核酸同定・定量検査 6 マイコプラズマ核酸検出、インフルエンザ核酸検出

○ 推定適用患者数（ピーク時）

予測年度：10 年度

推定適用患者数：739 万人

○ 市場規模予測（ピーク時）

予測年度：10 年度

本体外診断用医薬品使用患者数：36.5 万人

本体外診断用医薬品実施回数：36.5 万回

予測販売金額：9.6 億円

製品概要

1 販売名	ID NOW RSウイルス																						
2 希望企業	アボット ダイアグノスティクス メディカル株式会社																						
3 使用目的	鼻腔ぬぐい液中のRS ウィルスRNA の検出 (RS ウィルス感染の診断の補助)																						
4 構造・原理	<p>製品特徴</p> <ul style="list-style-type: none"> 本検査は等温核酸増幅検出法の1つであるNEAR法を用いてRSウイルスのRNAを検出する核酸検出試薬であり、13分以内に迅速に検査結果を提供することが可能である。 <p>1) 機器カバーを開ける 2) テストカード リッジをセット 3) サンプルカード リッジをセット 4) 検体採取した綿棒をサンプル カートリッジ内の検 体抽出液に懸濁 5) 分注カートリッジを使用して検 体抽出液を分注 6) カバーを閉じる 7) 画面に結果が表示</p>  <p>臨床上の有用性</p> <ul style="list-style-type: none"> RT-PCRを対照法とした抗原定性検査の感度、本検査の報告からRT-PCRに対する感度をまとめたメタアナリシスにおいて、本検査は抗原定性検査と比較して、小児で約20%、成人で約70%感度が高かった。 <p>(感度)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>小児</th> <th>成人</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>抗原検査</td> <td>75%</td> <td>29%</td> </tr> <tr> <td>本検査</td> <td>96%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> <u>国内の臨床試験において、本検査は抗原検査に対して有意に高い感度を示した (p = 0.007)。</u> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>対象</th> <th>感度</th> <th>特異度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>本検査</td> <td rowspan="2">小児・成人</td> <td>97.3%</td> <td>98.1%</td> </tr> <tr> <td>抗原検査</td> <td>86.5%</td> <td>98.1%</td> </tr> </tbody> </table>		小児	成人	抗原検査	75%	29%	本検査	96%	100%		対象	感度	特異度	本検査	小児・成人	97.3%	98.1%	抗原検査	86.5%	98.1%	出典：企業提出資料	
	小児	成人																					
抗原検査	75%	29%																					
本検査	96%	100%																					
	対象	感度	特異度																				
本検査	小児・成人	97.3%	98.1%																				
抗原検査		86.5%	98.1%																				

体外診断用医薬品に係る保険適用決定区分及び価格（案）

販売名 NF155 抗体「ヤマサ」EIA、CNTN1 抗体「ヤマサ」EIA
保険適用希望企業 ヤマサ醤油株式会社

販売名	決定区分	主な使用目的
NF155 抗体「ヤマサ」EIA	E3（新項目）	血清中のニューロファシン155抗体の測定（慢性炎症性脱髓性多発神経炎並びに自己免疫性ノドパチーの診断補助）
CNTN1 抗体「ヤマサ」EIA	E3（新項目）	血清中のコンタクチン1抗体の測定（慢性炎症性脱髓性多発神経炎並びに自己免疫性ノドパチーの診断補助）

○ 保険償還価格

測定項目	測定方法	保険点数	準用保険点数
抗 NF155 抗体	ELISA 法 (定量)	1,000 点	D014 自己抗体検査 47 抗アクアポリン4抗体 1,000 点
抗 CNTN1 抗体	ELISA 法 (定量)	1,000 点	D014 自己抗体検査 47 抗アクアポリン4抗体 1,000 点

○ 留意事項案

「D014 自己抗体検査」の留意事項に下記のとおり追記する。

(1)～(31) 略

(32) 抗 NF155 抗体及び抗 CNTN1 抗体は、慢性炎症性脱髓性多発神経炎又は自己免疫性ノドパチーの診断補助（治療効果判定を除く。）を目的として、ELISA 法により測定した場合に、それぞれ本区分の「47」抗アクアポリン4抗体の所定点数を準用して、患者 1 人につき 1 回ずつ算定できる。自己免疫性ノドパチーの再発が疑われる場合は、初回の検査で陽性であったいずれかの項目に限り再度算定することとする。ただし、2 回目以降の当該検査の算定に当たっては、その医学的な必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

○ 推定適用患者数（ピーク時）

(1) NF155 抗体「ヤマサ」EIA

予測年度：初年度

推定適用患者数：274～478 人

(2) CNTN1 抗体「ヤマサ」EIA

予測年度：初年度

本体外診断用医薬品使用患者数：236～325 人

○ 市場規模予測（ピーク時）

(1) NF155 抗体「ヤマサ」EIA

予測年度：初年度

本体外診断用医薬品使用患者数：274～478 人

本体外診断用医薬品実施回数：274～478 回

予測販売金額：274～478 万円

(2) CNTN1 抗体「ヤマサ」EIA

予測年度：初年度

本体外診断用医薬品使用患者数：236～325 人

本体外診断用医薬品実施回数：236～325 回

予測販売金額：236～325 万円

[参考]：企業提出資料を基に作成

○ 企業希望価格

測定項目	測定方法	保険点数	準用保険点数
D000 NF155 抗体 「ヤマサ」EIA	ELISA 法 (定量)	1,920 点	D014 自己抗体検査 47 抗アクアポリン4抗体 1,000 点 D014 自己抗体検査 43 抗 GM1IgG 体、抗 GQ1bIgG 抗体 460 点 2回分
D000 CNTN1 抗体 「ヤマサ」EIA	ELISA 法 (定量)	1,920 点	D014 自己抗体検査 47 抗アクアポリン4抗体 1,000 点 D014 自己抗体検査 43 抗 GM1IgG 体、抗 GQ1bIgG 抗体 460 点 2回分

○ 推定適用患者数 (ピーク時)

(1) NF155 抗体「ヤマサ」EIA

予測年度：初年度

推定適用患者数：274～478 人

(2) CNTN1 抗体「ヤマサ」EIA

予測年度：初年度

本体外診断用医薬品使用患者数：236～325 人

○ 市場規模予測 (ピーク時)

(1) NF155 抗体「ヤマサ」EIA

予測年度：初年度

本体外診断用医薬品使用患者数：274～478 人

本体外診断用医薬品実施回数：274～478 回

予測販売金額：526～918 万円

(2) CNTN1 抗体「ヤマサ」EIA

予測年度：初年度

本体外診断用医薬品使用患者数：236～325 人

本体外診断用医薬品実施回数：236～325 回

予測販売金額：453～624 万円

製品概要

1 販売名	NF155抗体「ヤマサ」EIA、CNTN1抗体「ヤマサ」EIA				
2 希望企業	ヤマサ醤油株式会社				
3 使用目的	NF155抗体「ヤマサ」EIA	血清中のニューロファシン155抗体の測定（慢性炎症性脱髓性多発神経炎並びに自己免疫性ノドパチーの診断補助）			
	CNTN1抗体「ヤマサ」EIA	血清中のコンタクチン1抗体の測定（慢性炎症性脱髓性多発神経炎並びに自己免疫性ノドパチーの診断補助）			
4 構造・原理	<p>製品特徴</p> <ul style="list-style-type: none"> 本品は、<u>指定難病の慢性炎症性脱髓性多発神経炎</u>（以下、「<u>CIDP</u>」という。）及び<u>自己免疫性ノドパチーの診断補助</u>を目的として、<u>血清中のニューロファシン155抗体、コンタクチン1抗体を測定する体外診断用医薬品</u>である。測定原理は<u>ELISA法</u>である。 CIDPのうち、免疫グロブリン療法に抵抗性を示すものがあり、「<u>慢性炎症性脱髓性多発根ニューロパチー、多巣性運動ニューロパチー診療ガイドライン2024</u>（監修 日本神経学会）」において、「<u>自己免疫性ノドパチー</u>」として記載されている。 典型的CIDPとCIDPバリエントに対して、<u>NF155抗体検査、CNTN1抗体検査</u>の両方を実施し、どちらか陽性の場合は<u>自己免疫性ノドパチー</u>と診断され、両方陰性の場合はCIDPと診断される。本品により自己免疫性ノドパチーと診断された場合は、免疫グロブリン療法が回避できる。 				
	<p>臨床上の有用性</p> <ul style="list-style-type: none"> 本品と、九州大学で実施したCell-Based-Assay(CBA法) の結果を比較した。 NF155抗体の判定一致率は、全体一致率98.6%、感度100.0%、特異度98.3%であった。 CNTN1抗体の判定一致率は、全体一致率98.3%、感度100.0%、特異度98.2%であった。 				

NF155抗体		CBA	
		陽性	陰性
本品	陽性	54	4
	陰性	0	228

CNTN1抗体		CBA	
		陽性	陰性
本品	陽性	12	5
	陰性	0	269

在宅 (その3)

1. 訪問診療・往診等について
2. 訪問看護について

1. 訪問診療・往診等について

1-1. 在宅医療に係る連携体制の構築の推進について

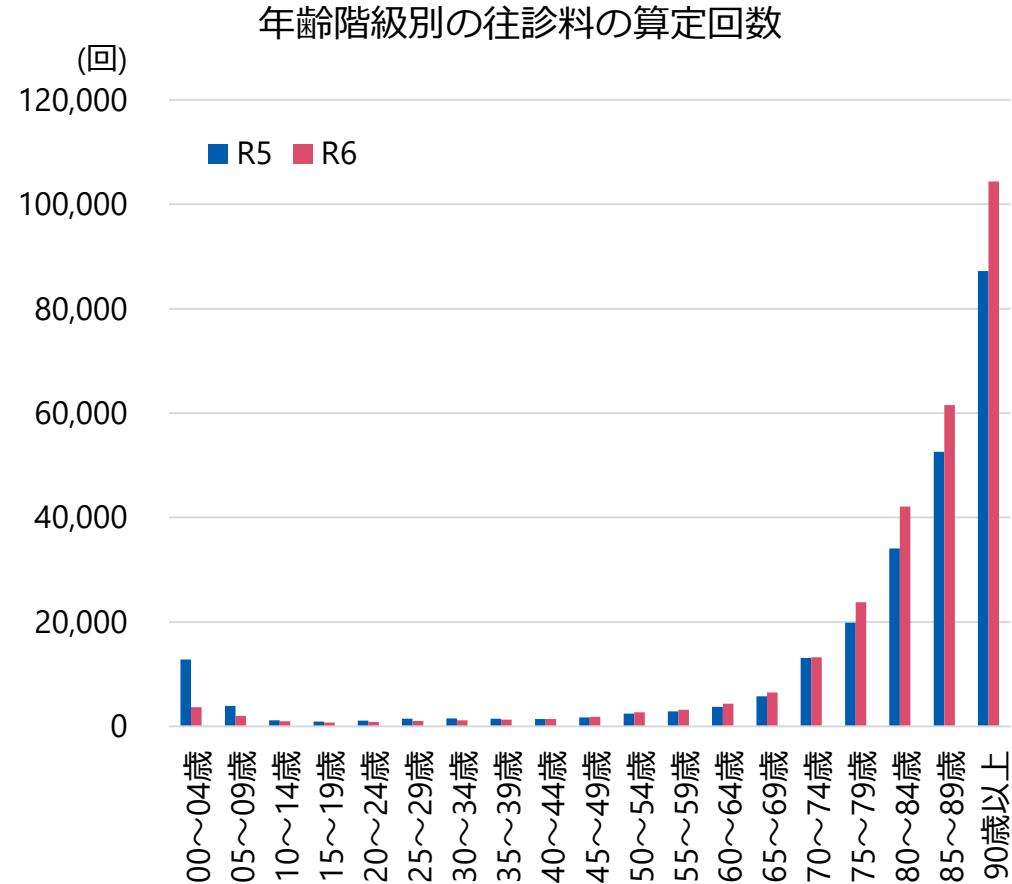
1-2. 在宅患者個別の指導管理に係る評価等について

2. 訪問看護について

年齢別の往診料等の算定状況について

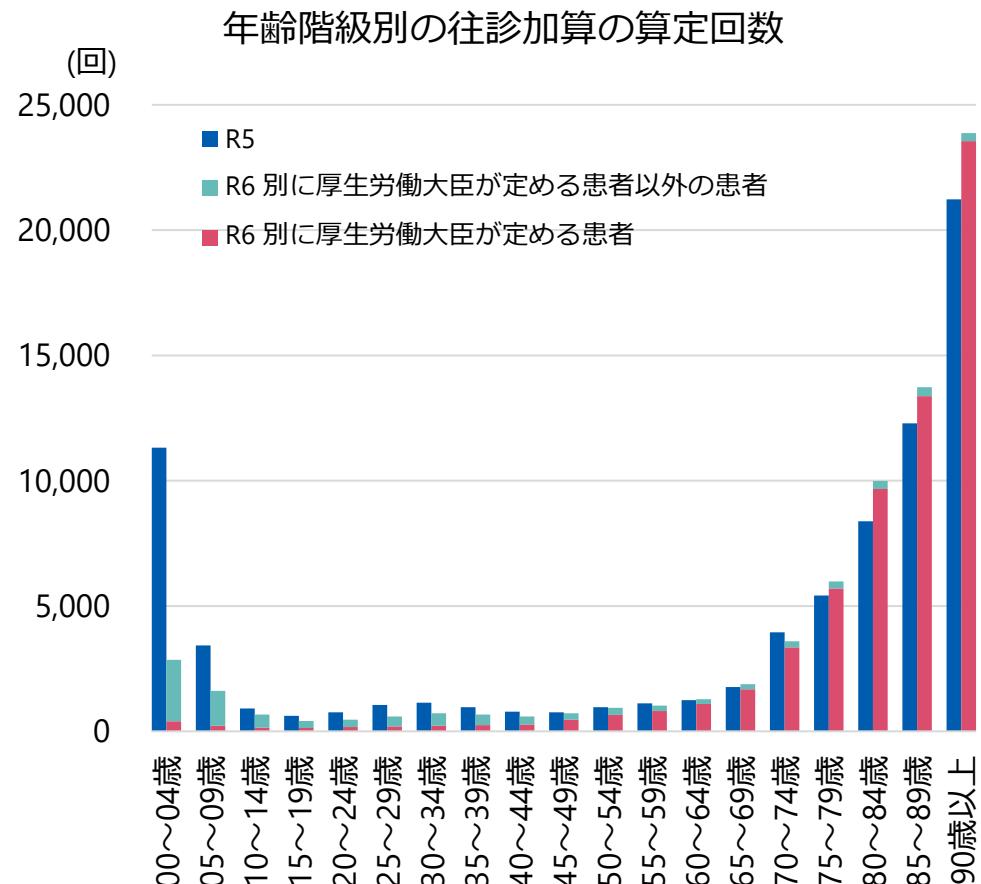
中医協 総-2
7.8.27

- 令和5年と令和6年の往診料及び往診加算の算定回数を、年齢階級別に比較したところ、小児の算定回数が減少している一方で、高齢者の算定回数が増加していた。



別に厚生労働大臣が定める患者とは、以下のいずれかに該当する場合を指す。

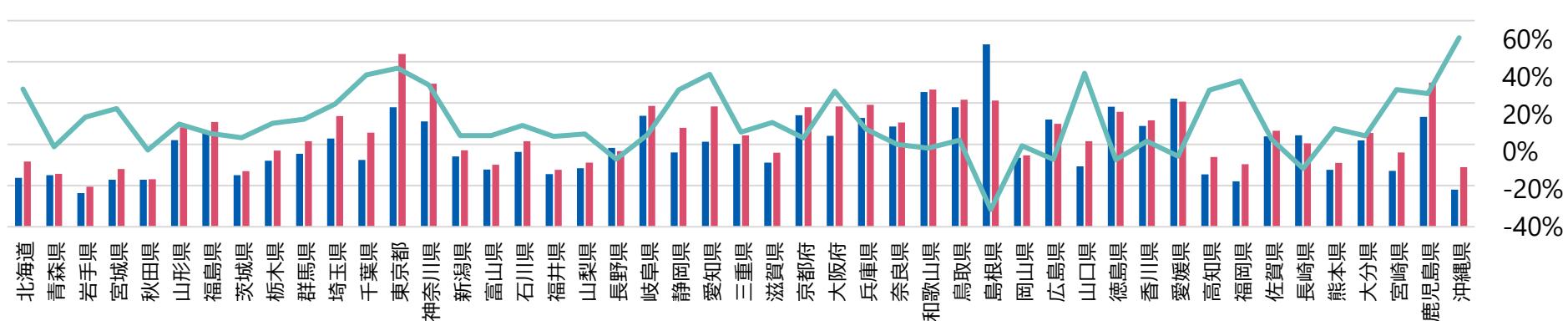
- ① 往診を行う保険医療機関において過去60日以内に在宅患者訪問診療料等を算定している患者
- ② 往診を行う保険医療機関と連携体制を構築している他の保険医療機関において、過去60日以内に在宅患者訪問診療料等を算定している患者
- ③ 往診を行う保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者
- ④ 往診を行う保険医療機関と平時からの連携体制を構築している介護保険施設等に入所する患者



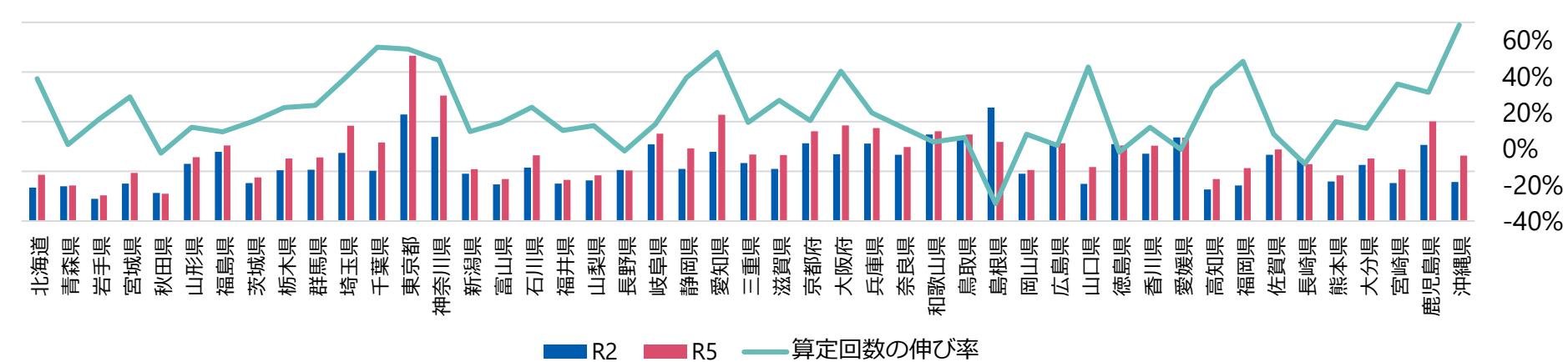
都道府県別の往診料の算定状況について

- 都道府県別の人ロ当たり往診料算定回数について、令和2年と令和5年の算定回数を比較すると、都心を中心に往診料の伸び率が大きい。
- 75歳以上人口当たりの往診料算定回数についても、同様の傾向がある。

都道府県別の往診料の算定回数の推移（人ロ当たり算定回数）

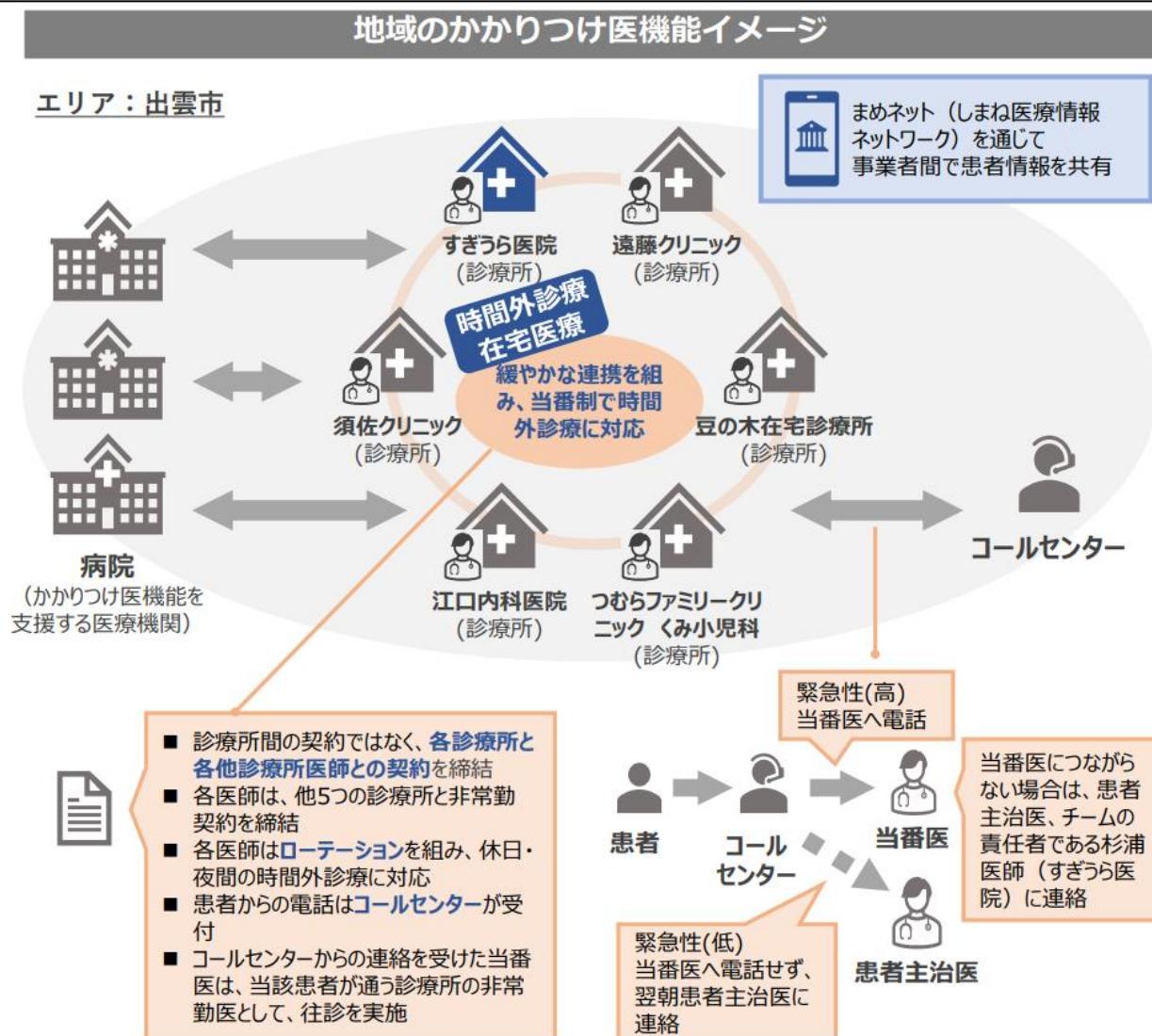


都道府県別の往診料の算定回数の推移（75歳人口千人当たり算定回数）



在宅医療提供診療所同士のICTを用いた平時からの情報連携事例

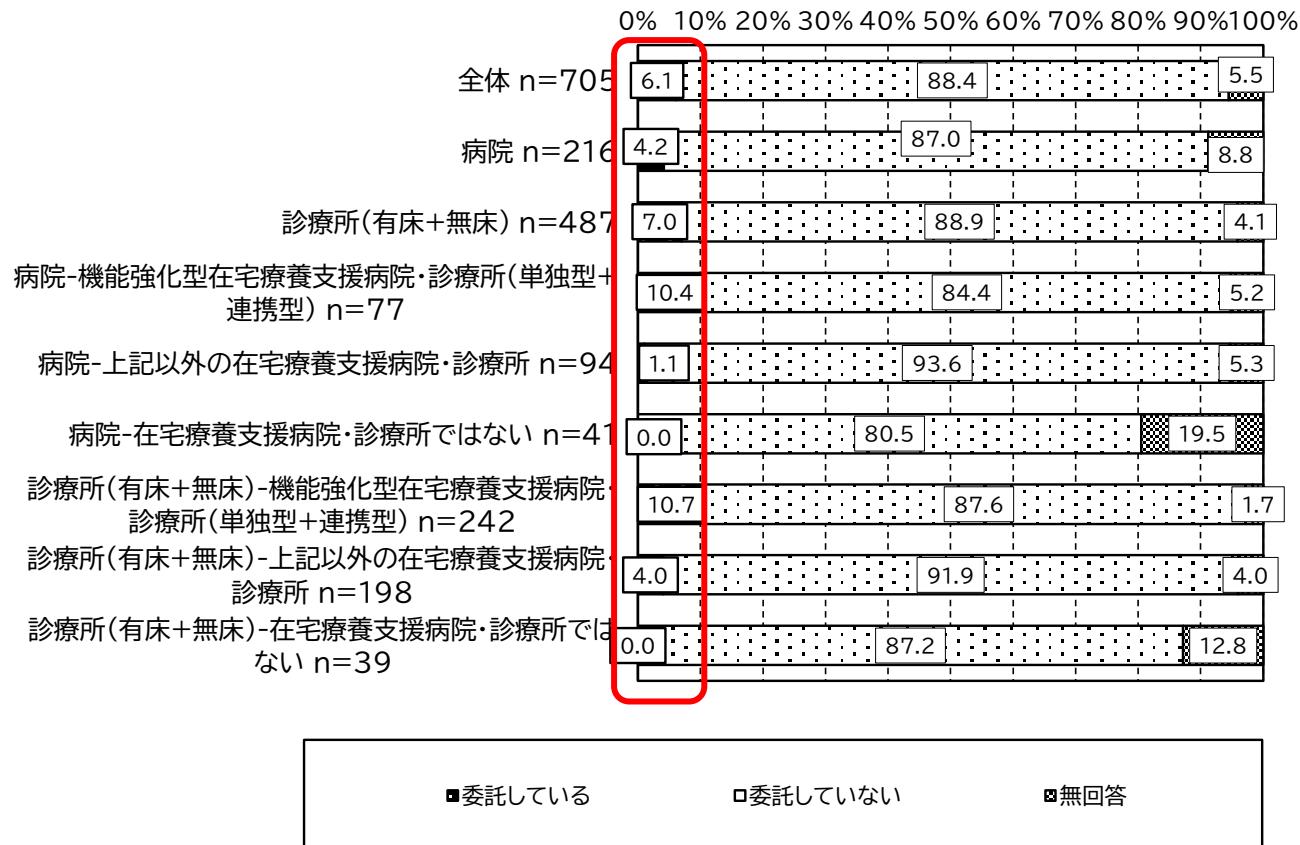
- 在宅医療を提供する診療所同士が医療情報ネットワークを活用することで平時からの医療情報等の共有体制を構築し、当番制で休日・時間外対応を行うなど、円滑に24時間往診体制を構築している事例がある。



24時間の往診体制確保のための民間企業等の利用状況について

- 24時間の往診体制確保のため、第三者（民間企業等）への委託を行っている在宅医療提供医療機関は、6.1%存在した。
- 機能強化型在宅療養支援病院・診療所において、委託を行っている医療機関の割合が高かった。

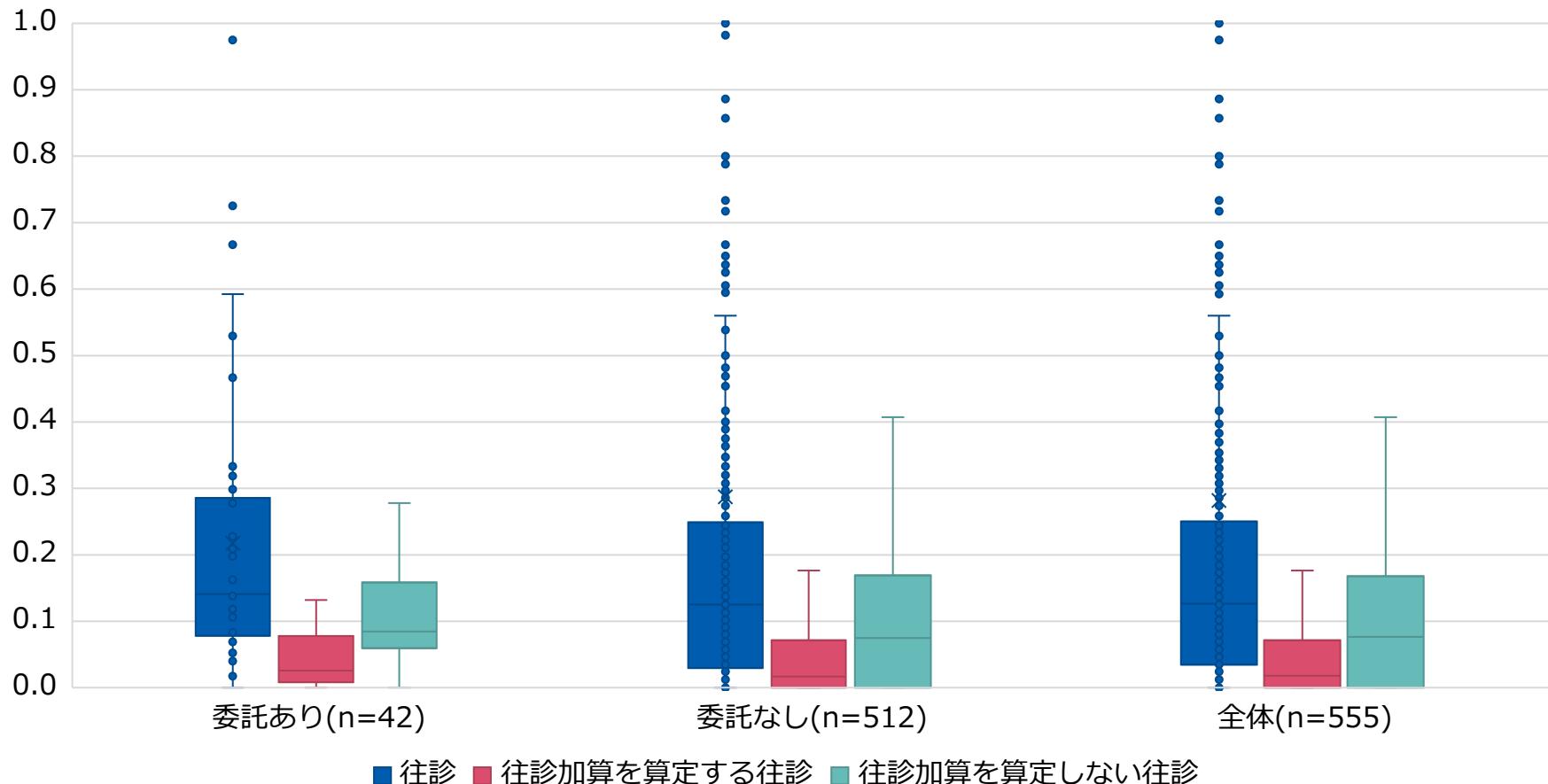
図表 2-43 24時間の往診担当医の確保方法として、第三者（民間企業等）への委託の有無（種別×届出区分別）



民間企業利用有無別の訪問診療及び往診の実施状況

- 24時間往診体制を構築する必要のある在宅療養支援診療所・病院において、民間企業への委託有無によって、往診料・往診加算の算定状況に大きな違いはなかった。

在宅療養支援診療所・病院における委託有無別の、
往診料又は往診加算算定回数/訪問診療患者数 の比



在宅療養支援診療所・病院の連絡体制・往診体制の要件

- 在宅療養支援診療所・病院の施設基準において、24時間連絡体制の確保に当たっては、当該医療機関において連絡を受ける担当者をあらかじめ指定し、当該担当者と直接連絡が取れる連絡先電話番号等を事前に患者等に説明することが定められている。
- また、24時間往診体制の確保に当たっては、往診担当医及び担当日等を文書により患家に提供することが定められている。

連絡体制・往診体制の要件の例（機能強化型でない在宅療養支援診療所における要件（抜粋））

○連絡体制に係る要件

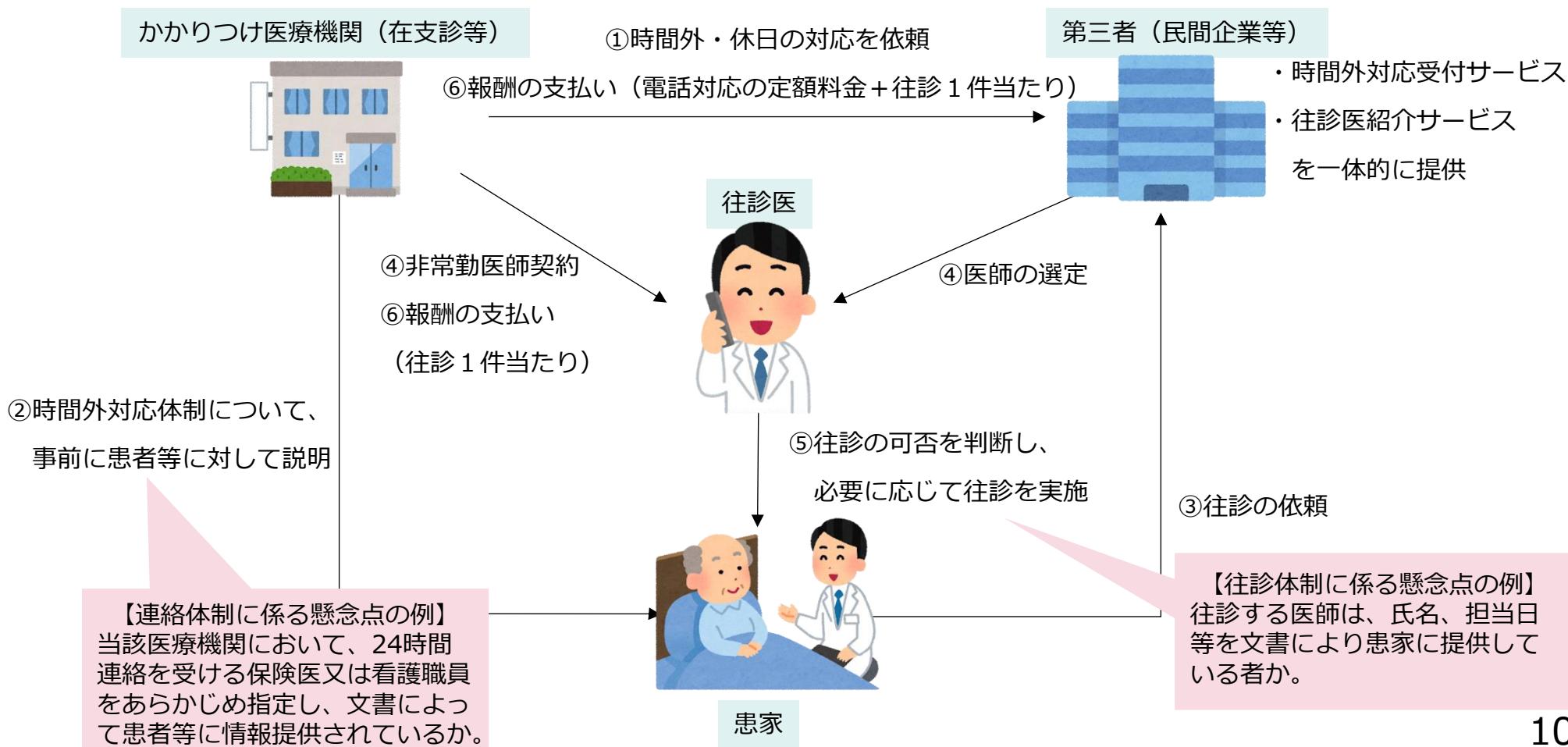
当該診療所において、24時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供していること。なお、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示すること。

○往診体制に係る要件

当該診療所において、又は別の保険医療機関の保険医との連携により、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。

時間外や夜間の連絡・往診代行サービスの流れ（イメージ）

- 24時間連絡体制の確保のため、連絡窓口（コールセンター業務）をサービス会社に委託している事例がある。さらに、24時間往診体制の確保のため、サービス会社に登録されている医師がその場でかかりつけ医療機関の非常勤医師として雇用契約を結ぶことで、当該医療機関の医師として往診が行われる事例がある。
- この場合、時間外や夜間に誰が連絡応需や往診を行うかについて、患者への事前説明が十分になされていないのではないかといった懸念が指摘されている。

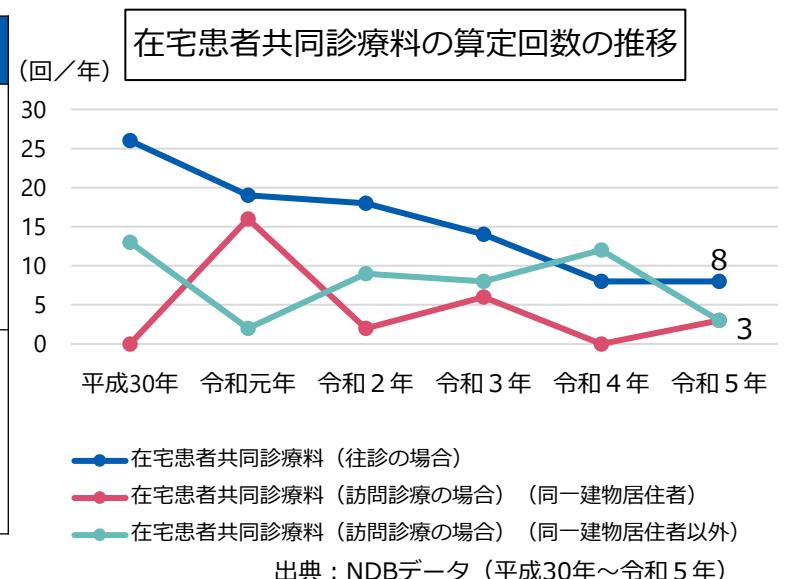


在宅患者共同診療料について

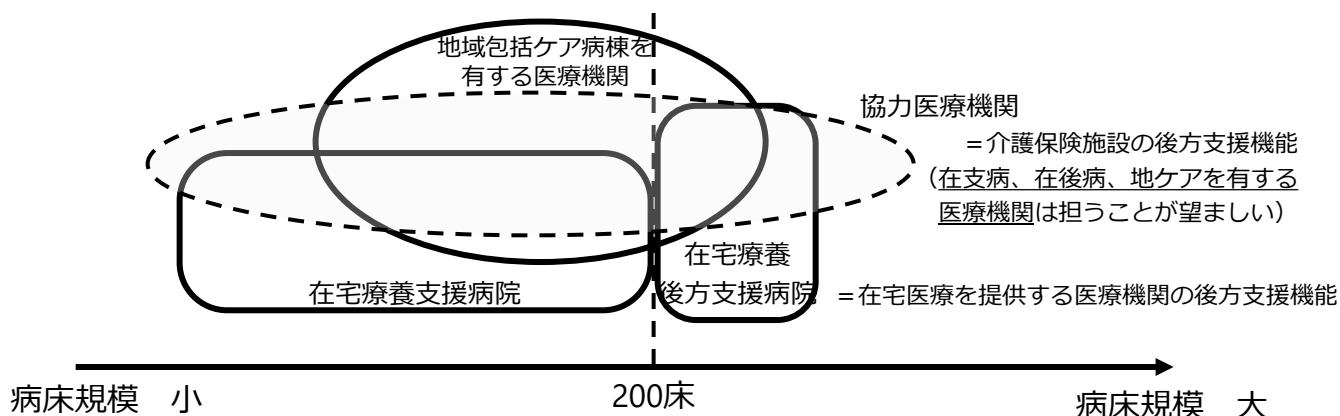
- 在宅療養後方支援病院には、連携医療機関の患者等に対する往診や訪問診療、入院受入について、後方支援機能を果たした際の加算が設けられている。
- 連携医療機関の患者に対し、当該医療機関の医師と共同で往診や訪問診療を行った場合に算定される在宅患者共同診療料の算定回数は経年的に減少し、令和5年の年間算定回数は14回であった。

在宅療養後方支援病院等による往診や入院受入の評価

	往診の評価	入院受入の評価
在宅医療 (連携医療機関) の 後方支援	在宅患者共同診療料 ※在宅医療を提供する連携医療機関からの求めに応じて、 共同で往診又は訪問診療 を行った場合に算定。 在後病のみ	在宅患者緊急入院診療加算1 連携型在支病 又は 在後病 (特定の疾病の場合のみ)
(参考) 介護保険施設 (協力対象施設) の 後方支援	介護保険施設等連携往診加算 協力医療機関	協力対象施設入所者入院加算 以下のいずれか 在支診／在支病 かつ 協力医療機関 在後病／地ケア有



参考) 加算の要件となっている枠組みのイメージ



- 遠隔医療のうち、D to P with D型及びD to D型の遠隔医療について、有用性や、非代替性／効率性などの視点を踏まえると、以下のような場面での活用が想定されるのではないか。

D to P with D型のオンライン診療

- 具体的なシーンとしては、次のような場合が考えられるのではないか。

- 希少性の高い疾患等であり、地理的に近隣の医療機関では診断・治療が困難な疾患について、専門の医師と地域のかかりつけ医と連携して治療方針を決定する場合
 - かかりつけ医を受診する患者に、専門の医師の診療技術の提供が期待される<有用性>
 - 地理的に専門医への受診が困難な患者が、専門的な診療を受けることができる<非代替性>
- (例) 指定難病、てんかん、希少がん、医療的ケア児（者）等
- 在宅医療において、一部の診療科や多職種チームでなければ対応困難な場合
 - 外来の受診が困難な患者に、専門の医師の診療技術の提供が期待される<有用性>
 - 専門医が往診を行うよりも効率的である<効率性>
- (例) 眼科、皮膚科、耳鼻咽喉科等の診療科、緩和ケアチーム等

D to D型の遠隔医療

① 検査・画像診断支援

- 検査・画像診断等に関する専門の医師がいない被支援施設の医師に代わり、専門施設の専門の医師が検査・画像診断等を実施する場合。
 - 非支援施設の患者に、専門施設と同等の診断技術の提供が期待される<有用性>
 - 集約的に診断を行うことで、各医療機関で行うよりも効率的に実施できる場合も想定される<効率性>
- (例) 遠隔画像診断、遠隔病理診断、遠隔脳波診断等、エキスパートパネル（がん遺伝子パネル検査）

② 診療支援

- 緊急性が高い病態の患者に専門の医師の助言により治療方針が変更となり得る場合に、リアルタイムに患者の診療情報を共有し、専門の医師が被支援施設の医師に専門的な助言を行う
 - 専門の医師の診断技術の提供により患者のアウトカムが向上することが期待される<有用性>
 - 専門の医師が不在の施設の患者について、緊急に必要な専門的判断を提供できる<非代替性>
- (例) 遠隔 I C U、超急性期脳卒中加算

※こうした遠隔医療の活用に当たっては、質の確保や安全性の確保が前提となる。

1. 訪問診療・往診等について

1-1. 在宅医療に係る連携体制の構築の推進について

1-2. 在宅患者個別の指導管理に係る評価等について

2. 訪問看護について

在宅療養指導管理材料加算の算定ルールについて

- 在宅療養指導管理材料加算は複数種類算定することができるが、加算ごとに算定ルールが異なることから、診療頻度の調整が生じることがある。

算定頻度	在宅療養指導管理材料加算
月1回算定	C151 注入器加算
	C153 注入器用注射針加算
	C154 紫外線殺菌機加算
	C155 自動腹膜灌流装置加算
	C156 透析液供給装置加算
	C160 在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算
	C162 在宅経管栄養法用栄養管セット加算
	C164 人工呼吸器加算
	C166 携帯型ディスポーサブル注入ポンプ加算
	C167 疼痛管理用送信機加算
	C168 携帯型精密輸液ポンプ加算
	C168-2 携帯型精密ネプライザ加算
	C169 気管切開患者用人工鼻加算
	C170 排痰補助装置加算
	C173 横隔神経電気刺激装置加算
	C175 在宅抗菌薬吸入療法用ネプライザ加算
2月に2回算定可能	C152 間歇注入シリンジポンプ加算
	C152-2 持続血糖測定器加算
	C152-3 経腸投薬用ポンプ加算
	C152-4 持続皮下注入シリンジポンプ加算
	C161 注入ポンプ加算
3月に3回算定可能	通則3 乳幼児呼吸管理材料加算
	C150 自己血糖測定器加算
	C157 酸素ボンベ加算
	C158 酸素濃縮装置加算
	C159 液化酸素装置加算
	C159-2 呼吸同調式デマンドバルブ加算
	C163 特殊カテーテル加算
	C165 在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算
	C171 在宅酸素療法材料加算
	C171-2 在宅持続陽圧呼吸療法材料加算
	C171-3 在宅ハイフローセラピー材料加算
	C172 在宅経肛門の自己洗腸用材料加算
	C174 在宅ハイフローセラピー装置加算

在宅療養指導管理材料加算の算定頻度と診察月の例

	4月	5月	6月	7月	8月	9月
材料加算A (3月に3回)	3月分			3月分		
診察月	○	●	●	○	●	●
	4月	5月	6月	7月	8月	9月
材料加算A (3月に3回)	3月分			3月分		
材料加算B (月1回)	1月分	1月分	1月分	1月分	1月分	1月分
診察月	○	○	○	○	○	○
	4月	5月	6月	7月	8月	9月
材料加算A (3月に3回)	3月分			3月分		
材料加算C (2月に2回)	2月分		2月分		2月分	
診察月	○	●	○	○	○	●

○ : 材料加算の算定のために診察が必須の月

● : 医師の医学的判断により診察要否を選択できる月

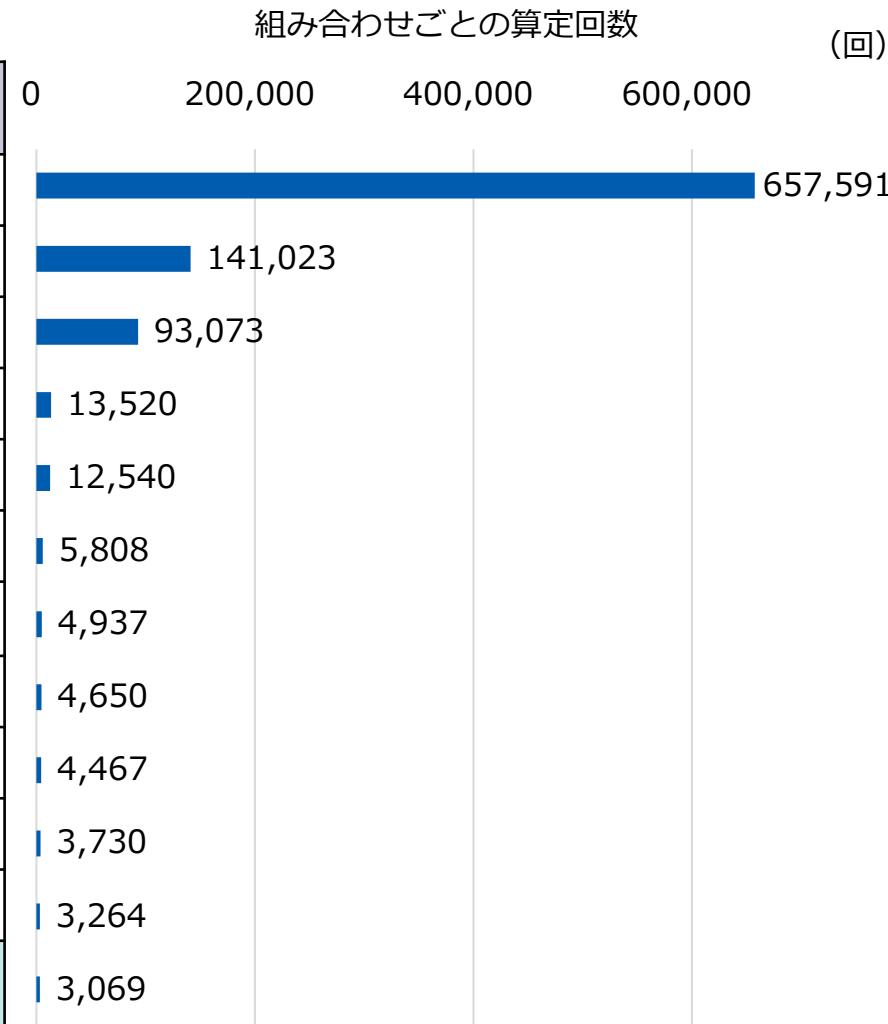
複数種類の在宅療養指導管理材料加算の併算定状況

- 算定ルールの異なる複数種類の在宅療養指導管理材料加算を併算定している症例が、月15万例程度存在している。

在宅療養指導管理料と材料加算の算定の組み合わせ

赤：1月に1回、黄：2月に2回、緑：3月に3回

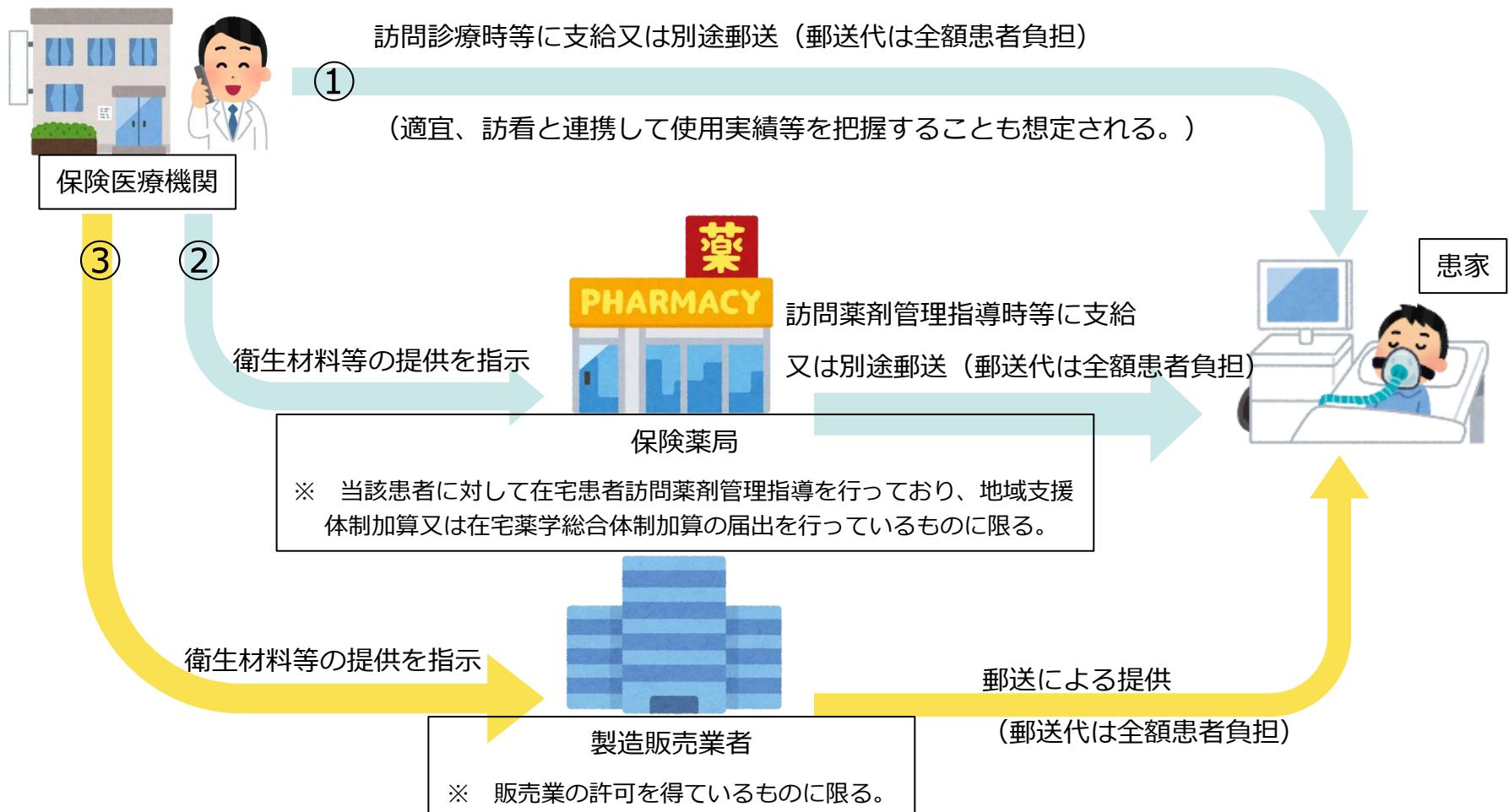
在宅療養 指導管理料	在宅療養指導管理材料加算				
	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算	在宅持続陽圧呼吸療法材料加算		
在宅自己注射指導管理料	血糖自己測定器加算	注入器用注射針加算			
在宅酸素療法指導管理料	酸素ボンベ加算	酸素濃縮装置加算	呼吸同調式デマンドバルブ加算	在宅酸素療法材料加算	
在宅酸素療法指導管理料	酸素ボンベ加算	酸素濃縮装置加算	在宅酸素療法材料加算		
在宅酸素療法指導管理料	酸素濃縮装置加算	在宅酸素療法材料加算			
在宅自己注射指導管理料	在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算	在宅持続陽圧呼吸療法材料加算			
在宅自己注射指導管理料	血糖自己測定器加算	在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算	在宅持続陽圧呼吸療法材料加算		
在宅自己注射指導管理料	血糖自己測定器加算	持続血糖測定器加算			
在宅自己腹膜灌流指導管理料	紫外線殺菌器加算	自動腹膜灌流装置加算			
在宅中心静脈栄養法指導管理料	在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算	注入ポンプ加算			
在宅自己注射指導管理料	血糖自己測定器加算	間歇注入シリンジポンプ加算			
在宅人工呼吸指導管理料	酸素ボンベ加算	酸素濃縮装置加算	呼吸同調式デマンドバルブ加算	人工呼吸器加算	在宅酸素療法材料加算



※ 算定回数が3,000回以上の組み合わせを掲載した。15

在宅で使用する衛生材料等の提供ルールについて

- 在宅療養を行っている患者が使用する衛生材料及び保険医療材料の提供に当たっては、①保険医療機関が提供する場合、②保険薬局（当該患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行っており、地域支援体制加算又は在宅薬学総合体制加算の届出を行っているものに限る。）に対して、保険医療機関が必要な衛生材料等の提供を指示した場合が認められているが、③保険医療機関からの指示に基づき、衛生材料等を製造している企業から直接患者宅へ衛生材料等を郵送することについては、明確になっていない。



薬剤師と医師の連携（同行訪問）

中医協 総-2
5. 7. 12

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

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



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

(%)

患者の服薬状況に合わせた処方提案



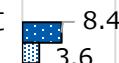
薬物療法に関する助言



服薬状況の確認と残薬の整理



麻薬及び輸液製剤（注射剤）やそれに
伴う機材の使用に係る支援



その他



医療材料、衛生材料の提供



無回答



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

(%)

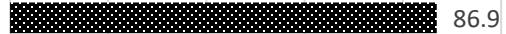
患者の服薬状況に合わせた処方提案



薬物療法に関する助言



服薬状況の確認と残薬の整理



麻薬及び輸液製剤（注射剤）やそれに
伴う機材の使用に係る支援



医療材料、衛生材料の提供



その他



無回答



■ 同行した場合 (n=226)

■ 同行していない場合(n=2,133)

n=84

17

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）、医療機関調査（施設票）をもとに保険局医療課にて作成

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、医師とともに患者を訪問したり、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

【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 |
| 2 残薬調整に係るものの場合 | 30点 |



〔主な算定要件〕

- 「残薬調整に係るもの場合」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「□」を算定し、処方箋の交付前に処方医への残薬に関する提案を行い、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「□」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。
- 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。
- 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隨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「□ 残薬調整に係るもの場合」についても同様の見直しを実施（30点→20点）。

改定後

【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】

- | | |
|------------------------------------|-----|
| 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 | |
| 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 |
| □ 残薬調整に係るもの場合 | 20点 |

医師と薬剤師の同時訪問による患者の服薬管理への効果

- 医師と薬剤師が同時に訪問する体制を取っている場合、減薬の実施に繋がることや、在宅担当医への処方提案など、充実した薬剤管理に繋がることから、より適切な処方やポリファーマシー対策に繋がる可能性がある。

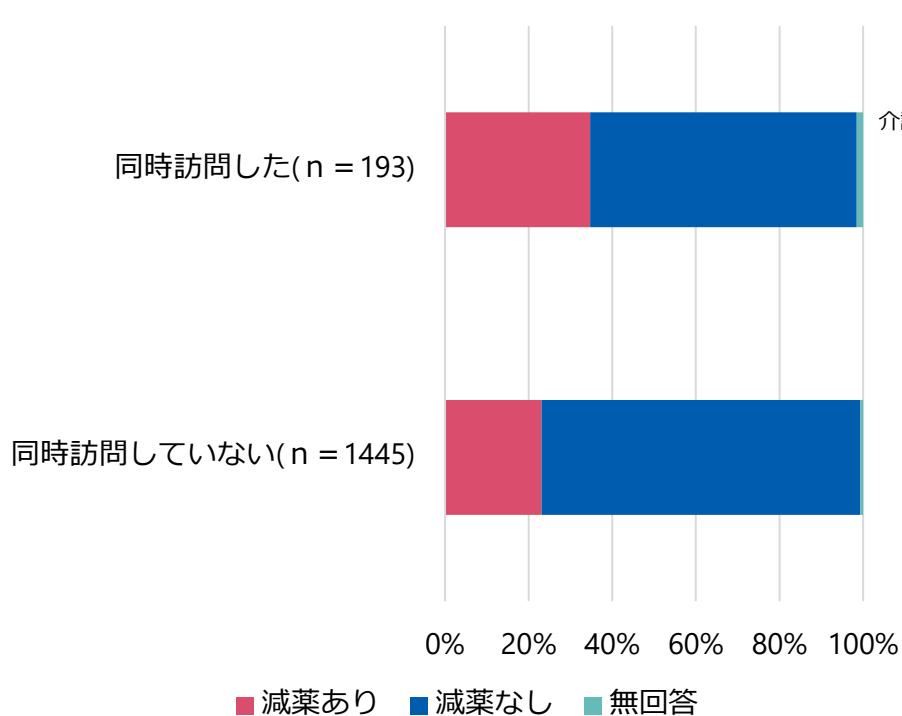
医師と薬剤師の同時訪問有無別の、

医師と薬剤師の同時訪問有無別の、

(複数回答可)

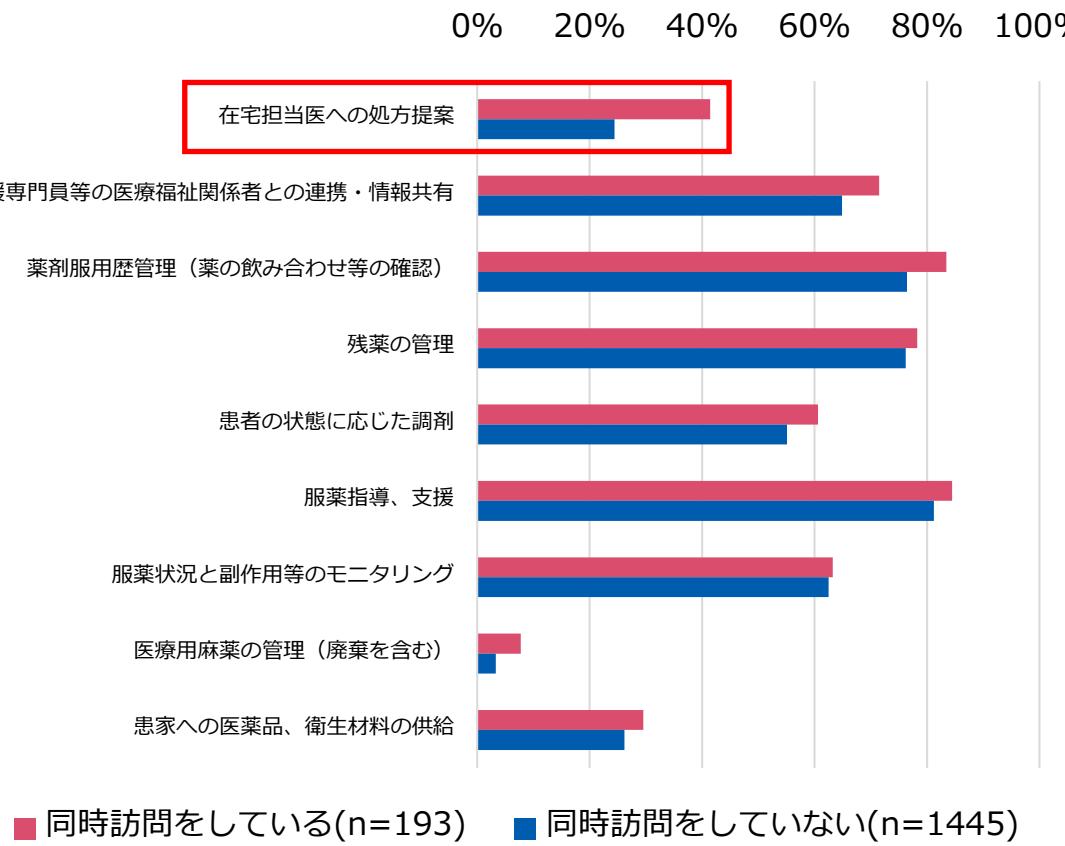
減薬の実施有無

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



医師と薬剤師の同時訪問有無別の、

薬剤管理の内容別実施割合



在宅医療に係る課題と論点①

（在宅医療に係る連携体制の構築の推進について）

- 在宅医療を提供する診療所同士が医療情報ネットワークを活用することで平時からの医療情報等の共有体制を構築し、当番制で休日・時間外対応を行うなど、円滑に24時間往診体制を構築している事例がある。
- 24時間の往診体制確保のため、第三者（民間企業等）への委託を行っている在宅医療提供医療機関は、6.1%存在した。
- 24時間連絡体制の確保のため、連絡窓口（コールセンター業務）をサービス会社に委託している事例がある。さらに、24時間往診体制の確保のため、サービス会社に登録されている医師がその場でかかりつけ医療機関の非常勤医師として雇用契約を結ぶことで、当該医療機関の医師として往診が行われる事例がある。こういった運用について、時間外や夜間に誰が連絡応需や往診を行うかについて、患者への事前説明が十分になされていないのではないかといった懸念が指摘されている。
- 在宅患者共同診療料は在宅医療を提供する連携医療機関からの求めに応じて、共同で往診又は訪問診療を行った場合に算定する点数であるが、算定回数は極めて少ない。

（在宅患者個別の指導管理に係る評価等について）

- 在宅療養指導管理材料加算は複数種類算定することができるが、加算ごとに算定ルールが異なることから、診療頻度の調整が生じることがあり、算定ルールの異なる複数種類の在宅療養指導管理材料加算を併算定している症例が、月15万例程度存在している。
- 在宅療養を行っている患者が使用する衛生材料及び保険医療材料の提供に当たって、保険医療機関からの指示に基づき、衛生材料等を製造している企業から直接患者宅へ衛生材料等を郵送することについては、明確になっていない。
- 医師と薬剤師が同時に訪問する体制を取っている場合、減薬の実施に繋がることや、在宅担当医への処方提案など、充実した薬剤管理に繋がることから、より適切な処方やポリファーマシー対策に繋がる可能性がある。

在宅医療に係る課題と論点②

【論点】

(在宅医療に係る連携体制の構築の推進について)

- 地域を面で支える在宅医療提供体制の構築を推進する観点から、24時間体制の確保に当たって保険医療機関以外の第三者（株式会社等）によるサービスを利用する場合における、在宅療養支援診療所及び病院の連絡体制及び往診体制に係る要件をどのように考えるか。
- 在宅患者共同診療料の活用場面を想定すると、算定状況や情報通信機器を用いた診療（D to P with D等）の推進との関係を含めて、当該診療料の在り方についてどのように考えるか。

(在宅患者個別の指導管理に係る評価等について)

- 在宅療養指導管理材料加算について、2種類以上の加算を算定する場合であっても、医師の医学的判断に基づく診療頻度の決定を推進する観点から、算定ルールを「3月に3回」に統一することについて、どのように考えるか。
- 医師が支給を決定した衛生材料及び特定保険医療材料について、医療機関や薬局からの送付だけでなく、医師の指示に基づき企業等から自宅に直接郵送できることとすることについて、どのように考えるか。
- 訪問診療に当たって薬剤師が同時訪問をすることにより、ポリファーマシー対策等のメリットが期待されることを踏まえ、診療報酬上の評価をどのように考えるか。

1. 訪問診療・往診等について

2. 訪問看護について

2-1 訪問看護の現状

2-2 精神科訪問看護について

2-3 難治性皮膚疾患を持つ利用者への訪問看護について

2-4 妊産婦及び乳幼児への訪問看護について

2-5 訪問看護ステーションにおけるICTを用いた情報連携について

2-6 訪問看護指示書の交付に係る取り扱いについて

2-7 訪問看護に係る安全管理体制について

2-8 訪問看護の記録等について

2-9 過疎地域等の訪問看護について

1. 訪問診療・往診等について

2. 訪問看護について

2-1 訪問看護の現状

2-2 精神科訪問看護について

2-3 難治性皮膚疾患を持つ利用者への訪問看護について

2-4 妊産婦及び乳幼児への訪問看護について

2-5 訪問看護ステーションにおけるICTを用いた情報連携について

2-6 訪問看護指示書の交付に係る取り扱いについて

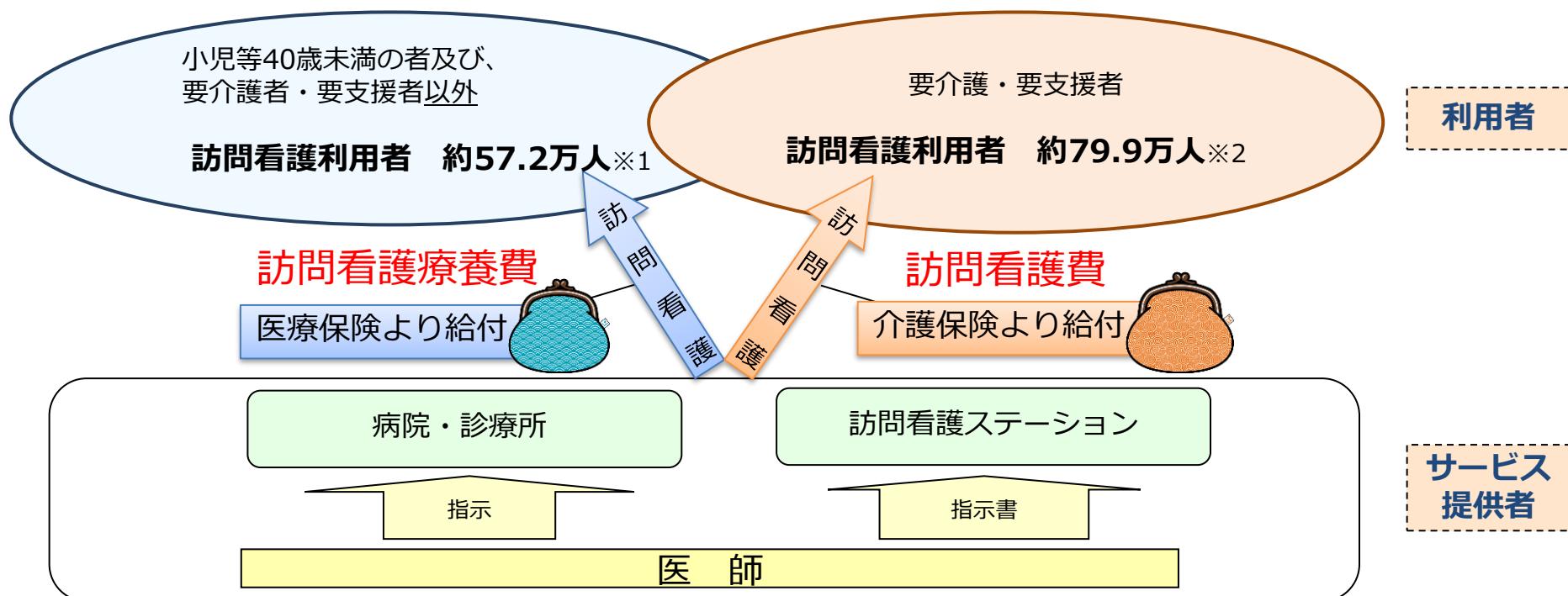
2-7 訪問看護に係る安全管理体制について

2-8 訪問看護の記録等について

2-9 過疎地域等の訪問看護について

訪問看護の仕組み

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



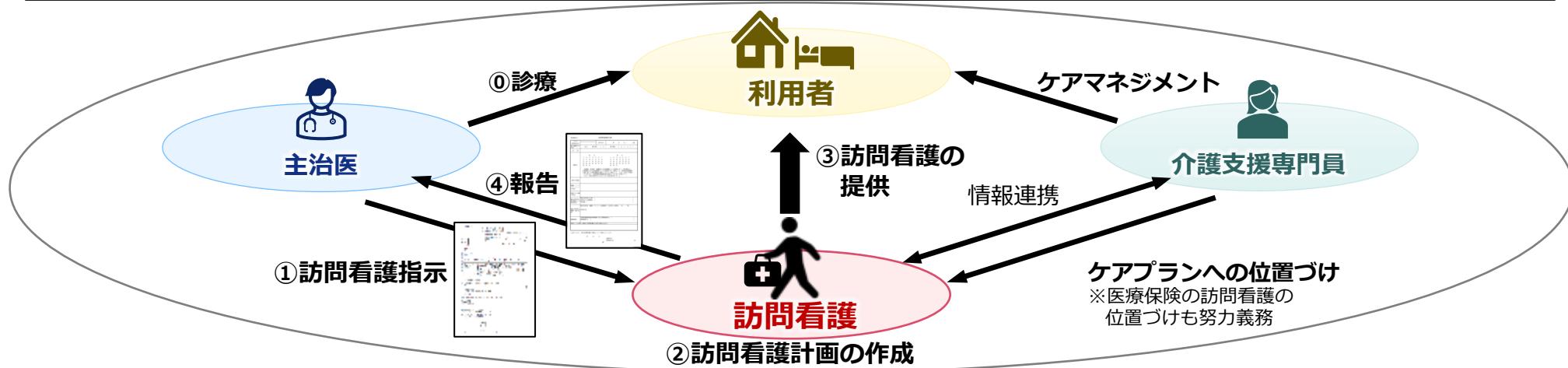
出典: (※1)訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成(令和7年6月審査分速報値より推計)

(※2)介護給付費等実態統計(令和6年6月審査分)

訪問看護の提供

中医協 総一2参考
7.8.27

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



訪問看護ステーションにおけるPDCA

訪問看護計画

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

訪問看護の提供

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

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

評価・改善

- ・サービス提供結果の評価
- ・介護支援専門員等、関係者に情報連携

主治医への報告

※月1程度報告

訪問看護指示

※有効期間は
6月以内

計画見直し

【医療保険】

小児等40歳未満の者、
要介護者・要支援者
以外

(原則週3日以内)

厚生労働大臣が定める者
(特掲診療料・別表第7※1)

週4日以上
の訪問看護
が可能

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

厚生労働大臣が
定める者
(特掲診療料・
別表第8※3)

認知症以外の精神疾患

【介護保険】

要支援者・要介護者

限度基準額内で
ケアプランで定める

(※1) 別表第7

末期の悪性腫瘍	ブリオン病
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	慢性炎症性脱髓性多発神経炎
進行性筋ジストロフィー症	後天性免疫不全症候群
パーキンソン病関連疾患	頸髄損傷
多系統萎縮症	人工呼吸器を使用している状態

(※2) 特別訪問看護指示書を月2回交付できる者
(有効期間: 28日間)

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

注) 特別訪問看護指示書

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

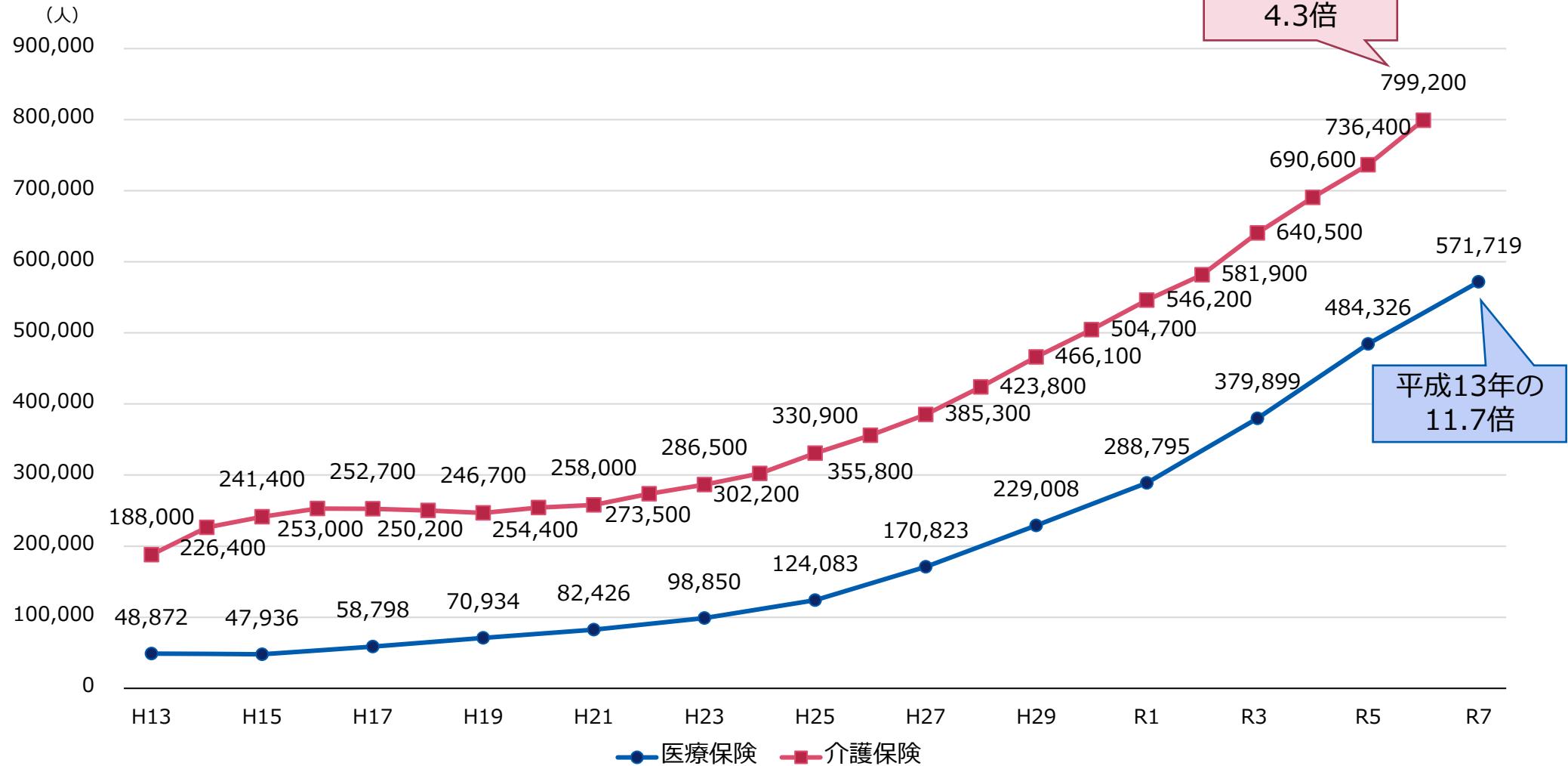
(※3) 別表第8

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

訪問看護の利用者数の推移

○ 訪問看護ステーションの利用者は、医療保険、介護保険ともに増加傾向。

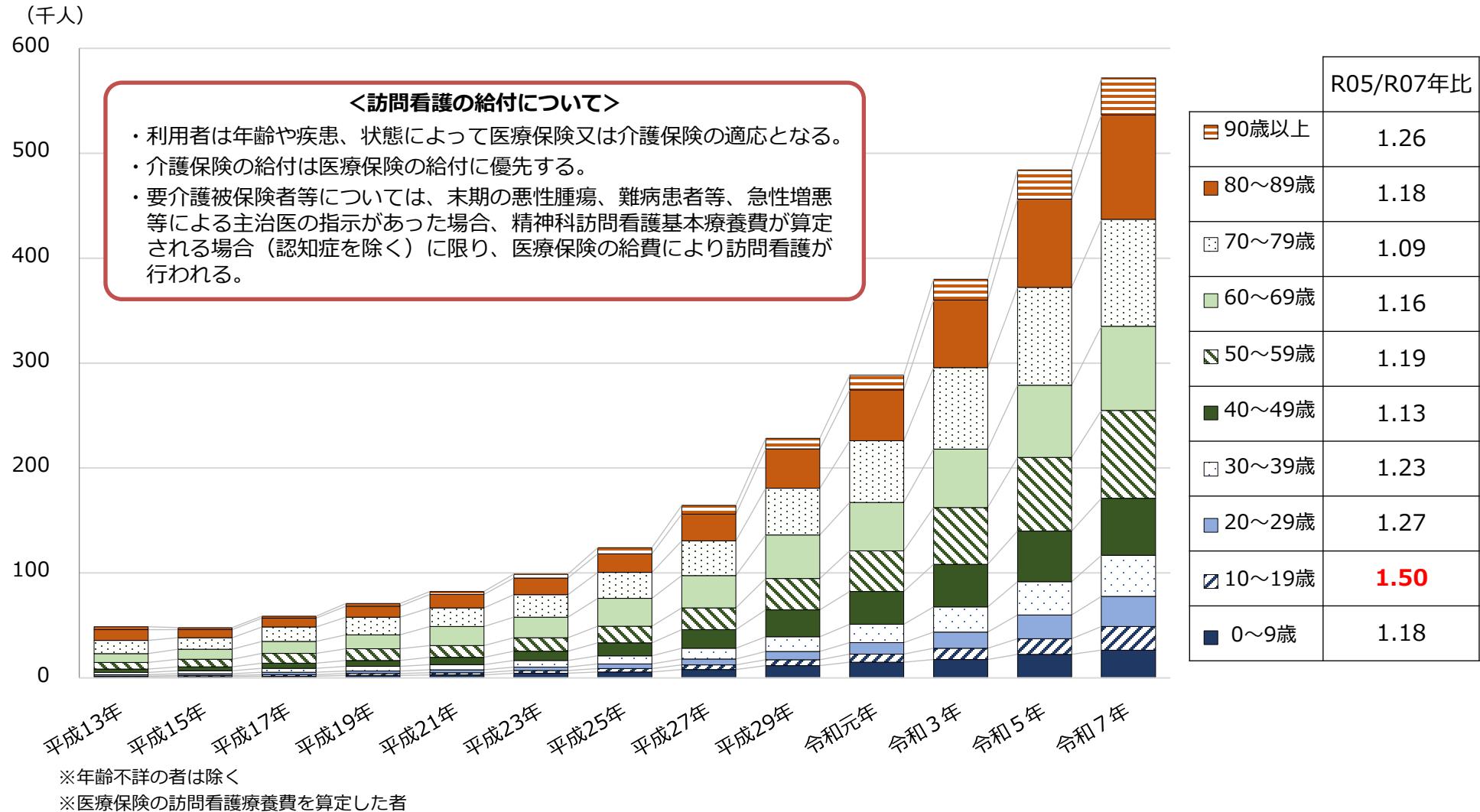
■ 訪問看護利用者数の推移



出典：訪問看護療養費実態調査（平成13年のみ8月、他は6月審査分より推計（令和7年6月審査分は速報値））、介護給付費等実態統計（各年5月審査分）

訪問看護ステーションの利用者数の推移（年齢階級別）

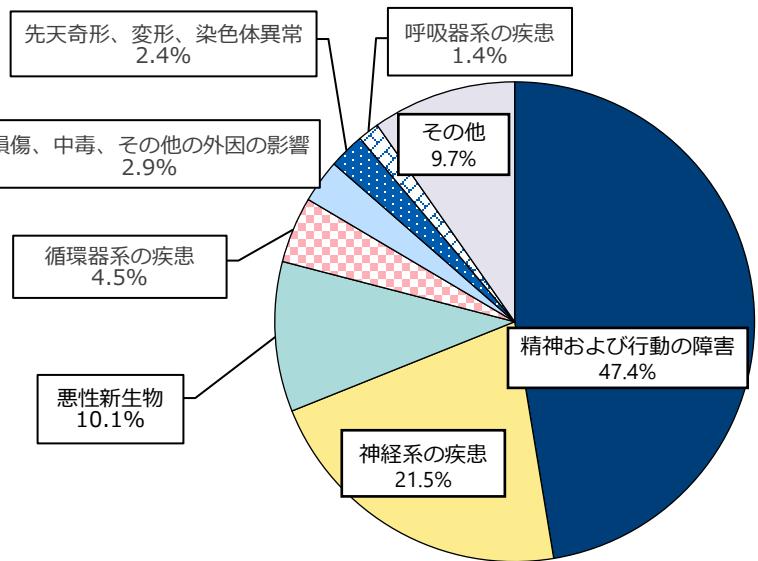
- 訪問看護の利用者は高齢者が半数以上である。
- 特に若年層の利用者が増加している。



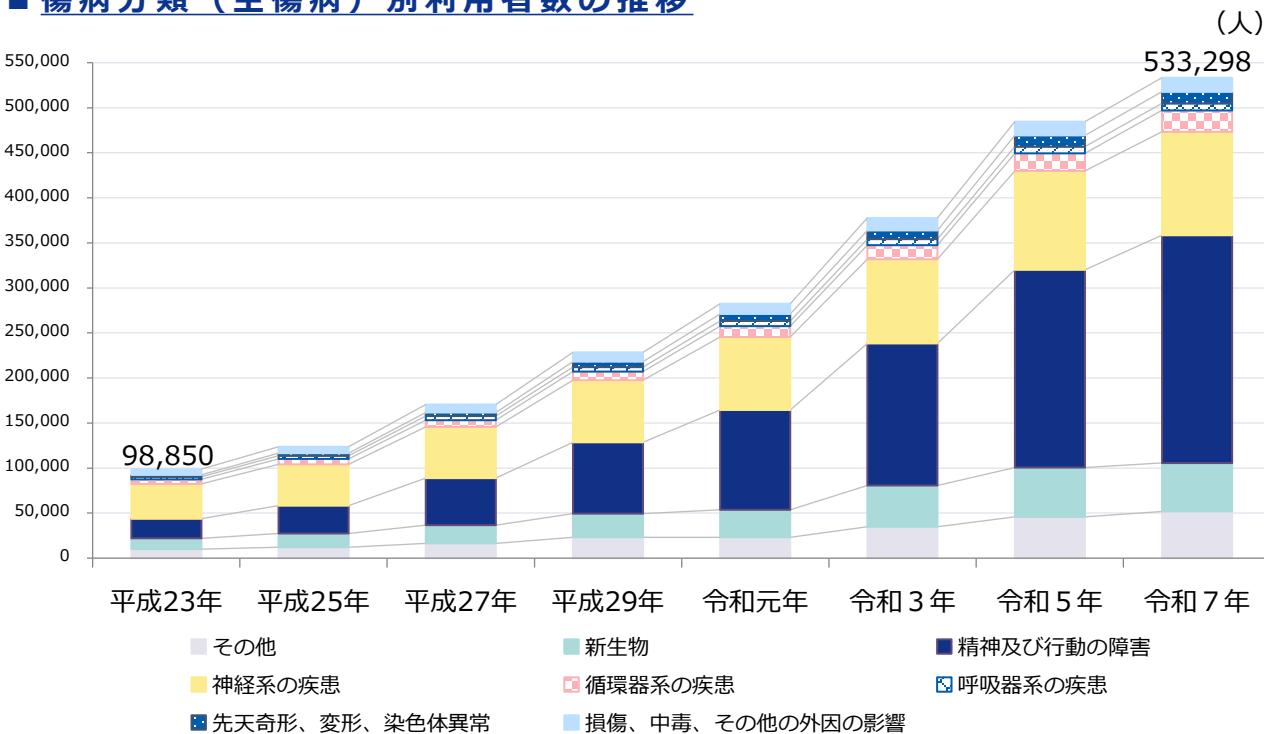
医療保険の訪問看護ステーションの利用者の状態

- 訪問看護ステーションの医療保険による利用者の主傷病は、「精神および行動の障害」が最も多く、「神経系の疾患」、「悪性新生物」を含めると、8割弱を占める。
- 訪問看護ステーションの利用者の主傷病は、「精神および行動の障害」が年々増加している。

■ 訪問看護利用者の主傷病



■ 傷病分類（主傷病）別利用者数の推移



■ 傷病分類（主傷病）別利用者数の推移

※傷病分類（主傷病）は、「社会医療行為別統計 傷病分類表」による。

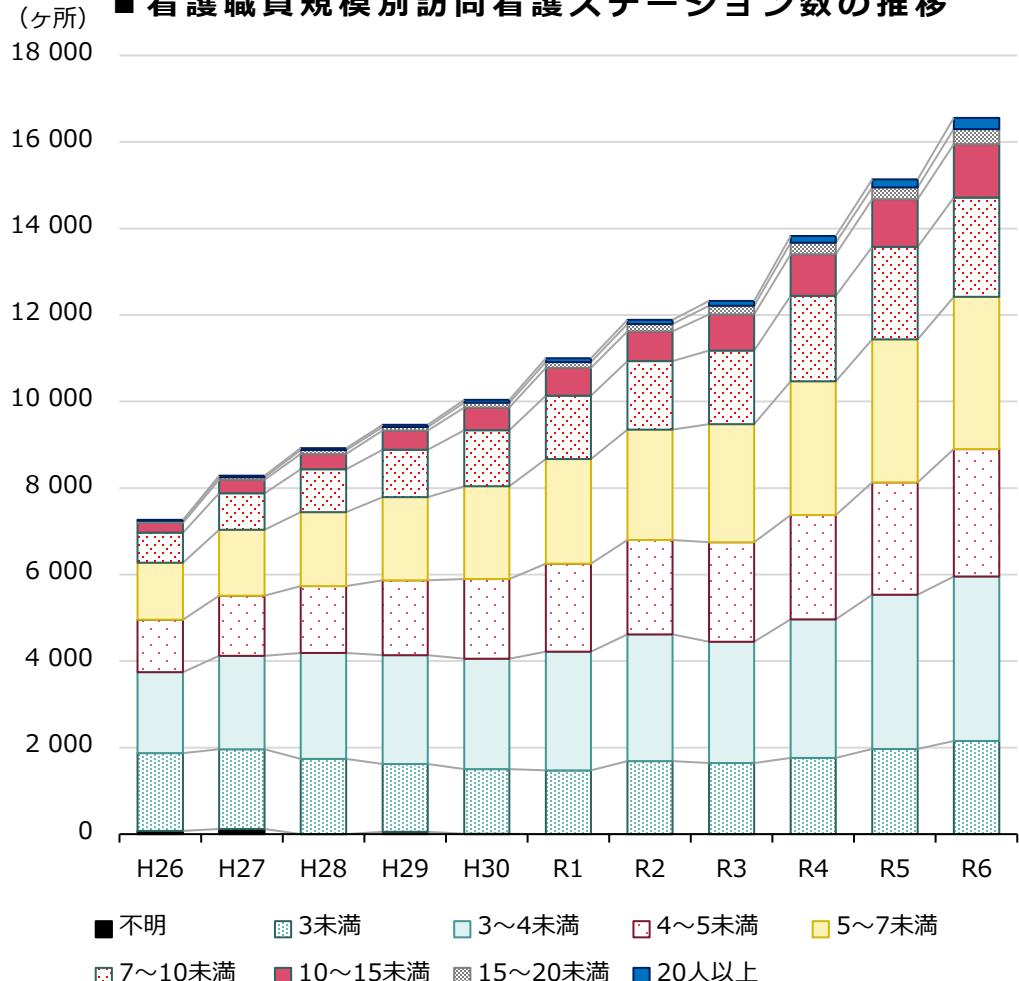
	新生物	精神及び行動の障害	神経系の疾患	循環器系の疾患	呼吸器系の疾患	先天奇形、変形、染色体異常	損傷、中毒、その他の外因の影響
R7/H23年比	4.51	11.53	2.98	4.72	2.72	6.01	2.43
R7/R5年比	0.98	1.15	1.05	1.21	1.07	1.03	1.01

看護職員の規模別の訪問看護ステーション数の推移

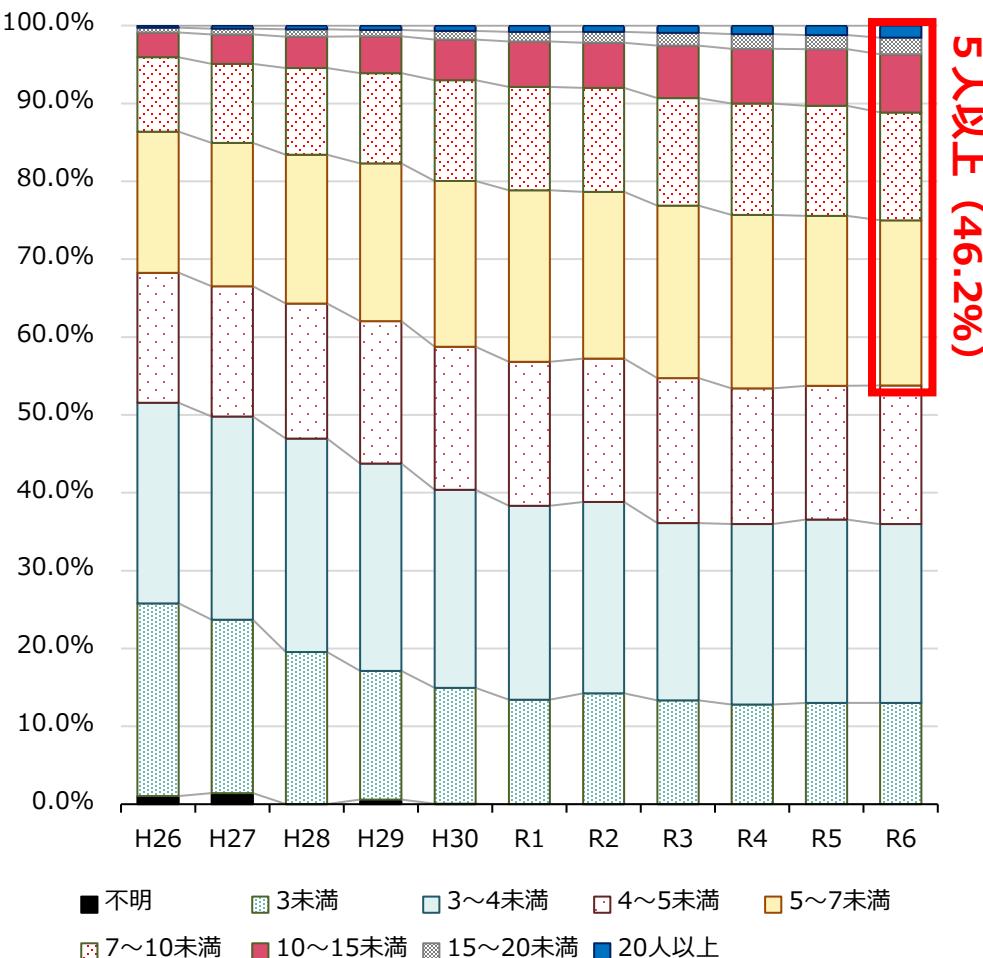
中医協 総-2
7.8.27

- 看護職員規模（常勤換算）別の訪問看護ステーション数の割合については、令和6年では5人以上の訪問看護ステーションの割合が46.2%となっている。

■ 看護職員規模別訪問看護ステーション数の推移



■ 看護職員規模の推移



出典：保険局医療課調べ（各年7月1日時点、令和6年は8月1日時点）

機能強化型訪問看護ステーションの届出状況

中医協 総-2
7.8.27

- 機能強化型訪問看護管理療養費の届出は、令和6年8月時点で機能強化型1が477事業所、機能強化型2が314事業所、機能強化型3が172事業所である。

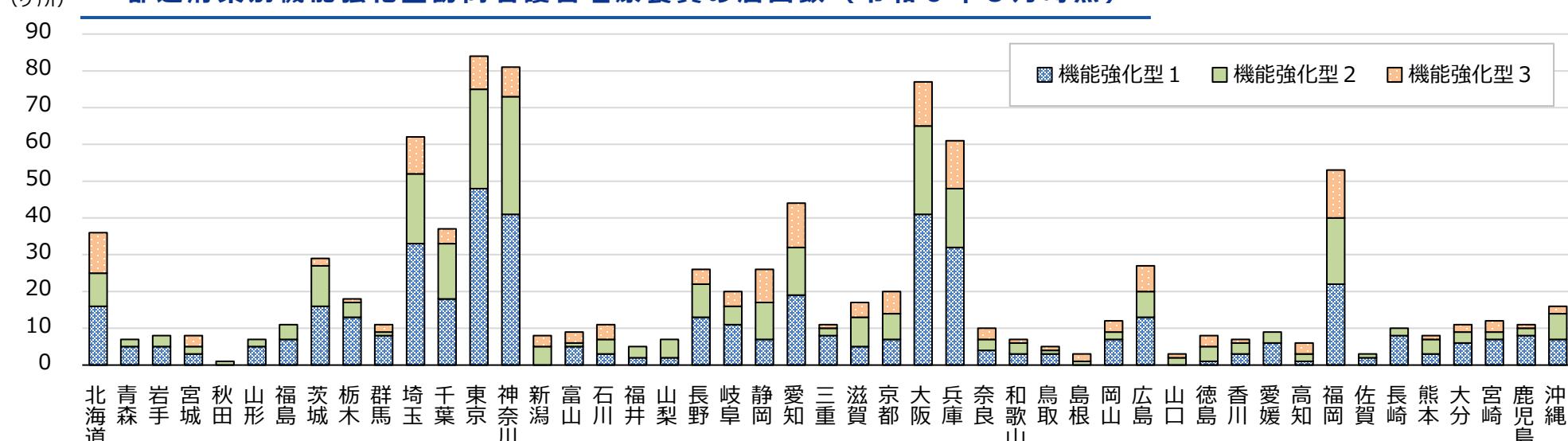
■ 機能強化型訪問看護管理療養費の届出数の推移



(令和6年8月時点)

機能強化型 訪問看護管理療養費 1	477
機能強化型 訪問看護管理療養費 2	314
機能強化型 訪問看護管理療養費 3	172
計	963

■ 都道府県別機能強化型訪問看護管理療養費の届出数（令和6年8月時点）

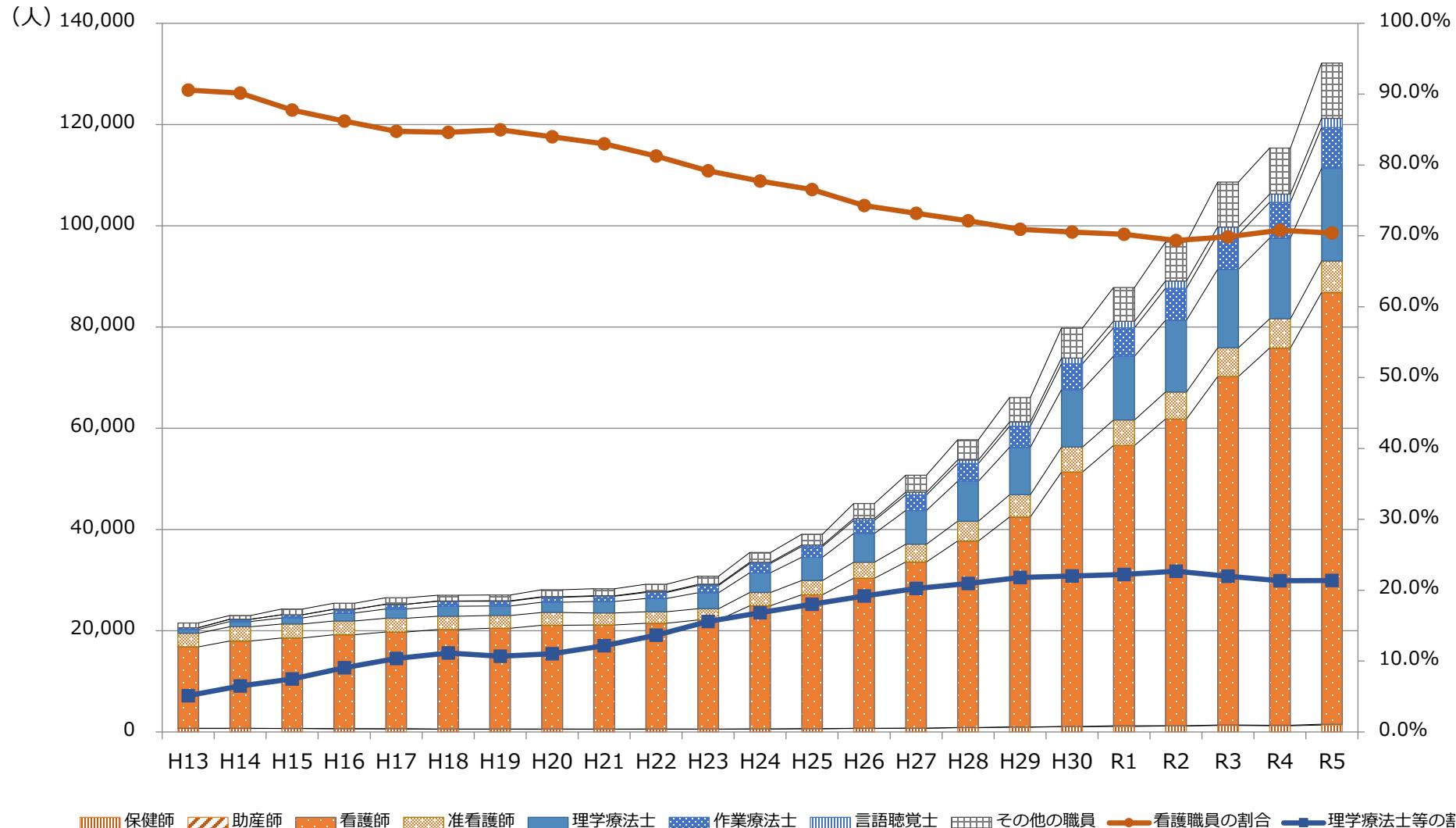


出典：保険局医療課調べ（各年7月1日時点、令和6年は8月1日時点）

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

中医協 総-2
7.8.27

- 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。



精神科訪問看護に関する報酬体系

中医協 総一2参考
7.8.27

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

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
---------------------	----------------------	--------------------------------

※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 (週3日目まで) (週4日目以降)	5,550／4,250 円 6,550／5,100 円
	3人以上 (週3日目まで) (週4日目以降)	2,780／2,130 円 3,280／2,550 円

※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 (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	13,230 円 10,030 円 8,700 円 7,670 円 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
精神科緊急訪問看護加算	
長時間精神科訪問看護加算	
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
夜間・早朝訪問看護加算	
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	
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	

病院・診療所 【精神科訪問看護・指導料】

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
--------------------	----------------------	------------------------

精神科訪問看護・ 指導料（Ⅲ）	2人まで (週3日目まで) (週4日目以降)	580／445 点 680／530 点
	3人以上 (週3日目まで) (週4日目以降)	293／225 点 343／268 点

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

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	
長時間精神科訪問看護・指導加算	
複数名精神科訪問看護・指導加算	※同一建物内3人以上で低い点数を算定
夜間・早朝訪問看護加算	
深夜訪問看護加算	

訪問看護医療DX情報活用加算

1. 訪問診療・往診等について

2. 訪問看護について

2-1 訪問看護の現状

2-2 精神科訪問看護について

2-3 難治性皮膚疾患を持つ利用者への訪問看護について

2-4 妊産婦及び乳幼児への訪問看護について

2-5 訪問看護ステーションにおけるICTを用いた情報連携について

2-6 訪問看護指示書の交付に係る取り扱いについて

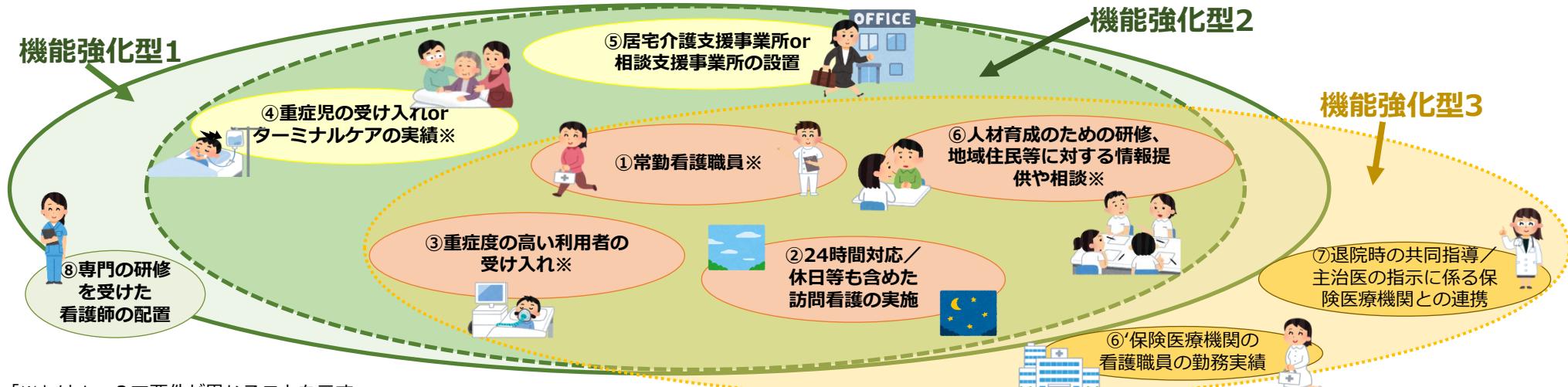
2-7 訪問看護に係る安全管理体制について

2-8 訪問看護の記録等について

2-9 過疎地域等の訪問看護について

機能強化型訪問看護ステーションの要件等

中医協 総-2
7.8.27



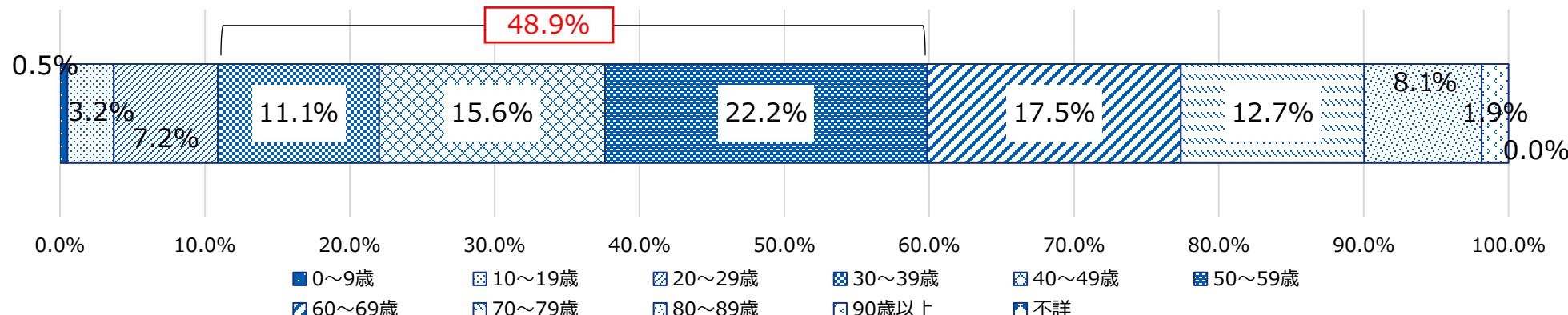
「※」は1～3で要件が異なることを示す

要件	ターミナルケアや重症児の受け入れ等を積極的に行う手厚い体制を評価		地域の訪問看護の人材育成等の役割を評価
	機能強化型1	機能強化型2	
月の初日の額	13,230円	10,030円	8,700円
① 看護職員の数、割合	常勤 7人以上 (1人は常勤換算可) 6割以上	常勤 5人以上 (1人は常勤換算可) 6割以上	常勤 4人以上 6割以上
② 24時間対応	24時間対応体制加算の届出 + 休日、祝日等も含めた計画的な訪問看護の実施		
③ 重症度の高い利用者の受け入れ	別表第7に該当する利用者数 10人以上／月	別表第7に該当する利用者数 7人以上／月	・別表7、別表8に該当する利用者又は精神科重症患者 ・複数の訪看STが共同している利用者 上記のいずれかの利用者数 10人以上／月
④ ターミナルケア又は重症児の受け入れ実績 ①ターミナルケア件数 ②ターミナルケア件数、超重症児・準超重症児の利用者数 ③超重症児・準超重症児の利用者数	①前年度20件以上 ②前年度15件以上、常時 4人以上 ③常時 6人以上	①前年度15件以上 ②前年度10件以上、常時 3人 ③常時 5人	
⑤ 居宅介護支援事業所、特定相談支援事業所又は障害児相談支援事業所を同一敷地内に設置 (計画作成が必要な利用者の1割程度の計画作成)			
⑥ 地域における人材育成等	人材育成のための研修等の実施 地域の医療機関、訪看ST、住民等に対する情報提供又は相談の実績		・医療機関や他の訪問看護STを対象とした研修2回以上／年 ・地域住民・訪問看護STに対する情報提供や相談対応の実績 ・地域の医療機関の看護職員の一定期間の勤務実績
⑦ 医療機関との共同			
⑧ 専門の研修を受けた看護師の配置	専門の研修を受けた看護師の配置	専門の研修を受けた看護師の配置 (望ましい)	

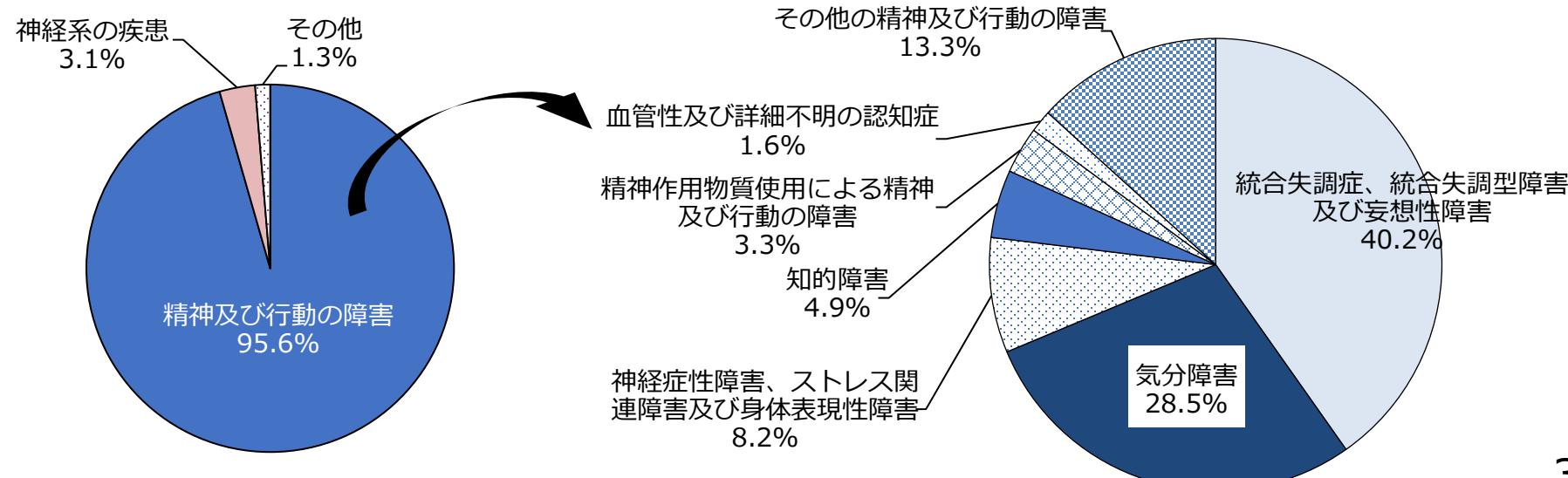
精神科訪問看護の利用者の状況

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

■ 精神科訪問看護基本療養費を算定した利用者の年齢階級別内訳



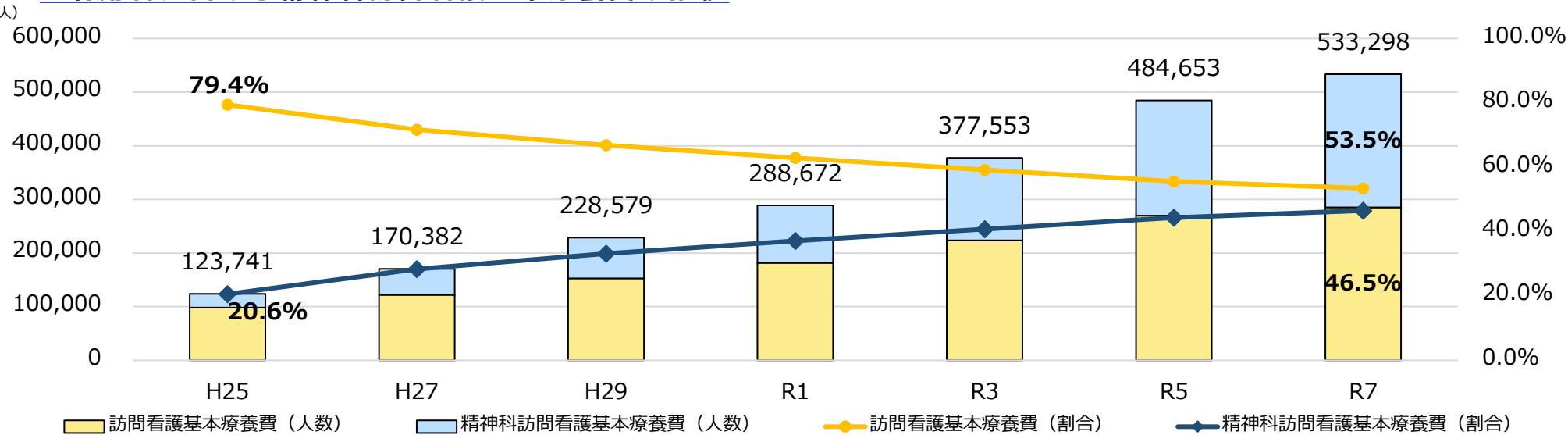
■ 精神科訪問看護基本療養費を算定した利用者の主傷病別内訳



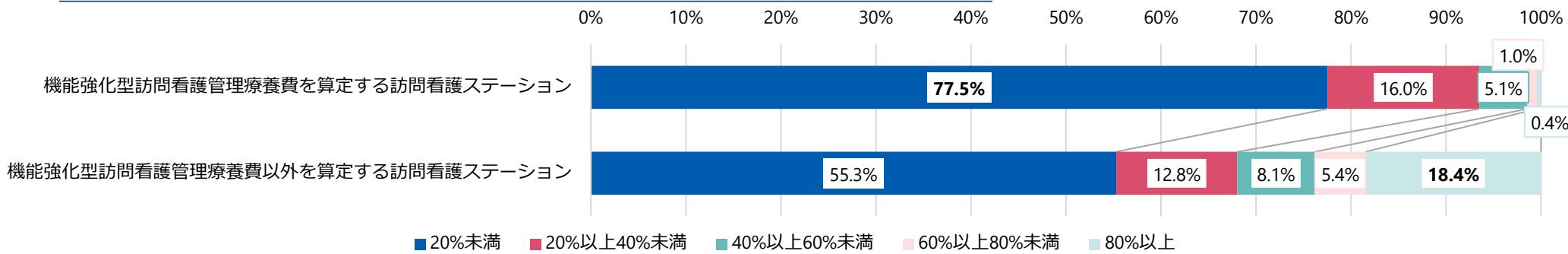
精神科訪問看護基本療養費の算定状況

- 訪問看護ステーションにおける医療保険の訪問看護の利用者のうち精神科訪問看護基本療養費を算定する者の割合が増加している。
- 機能強化型訪問看護ステーションでは、機能強化型以外の訪問看護ステーションと比べて、医療保険の訪問看護利用者に占める精神科訪問看護利用者の割合が少ない訪問看護ステーションが多い。

■全利用者に占める精神科訪問看護基本療養費の推移



■訪問看護ステーションの全利用者に占める精神科訪問看護利用者の割合



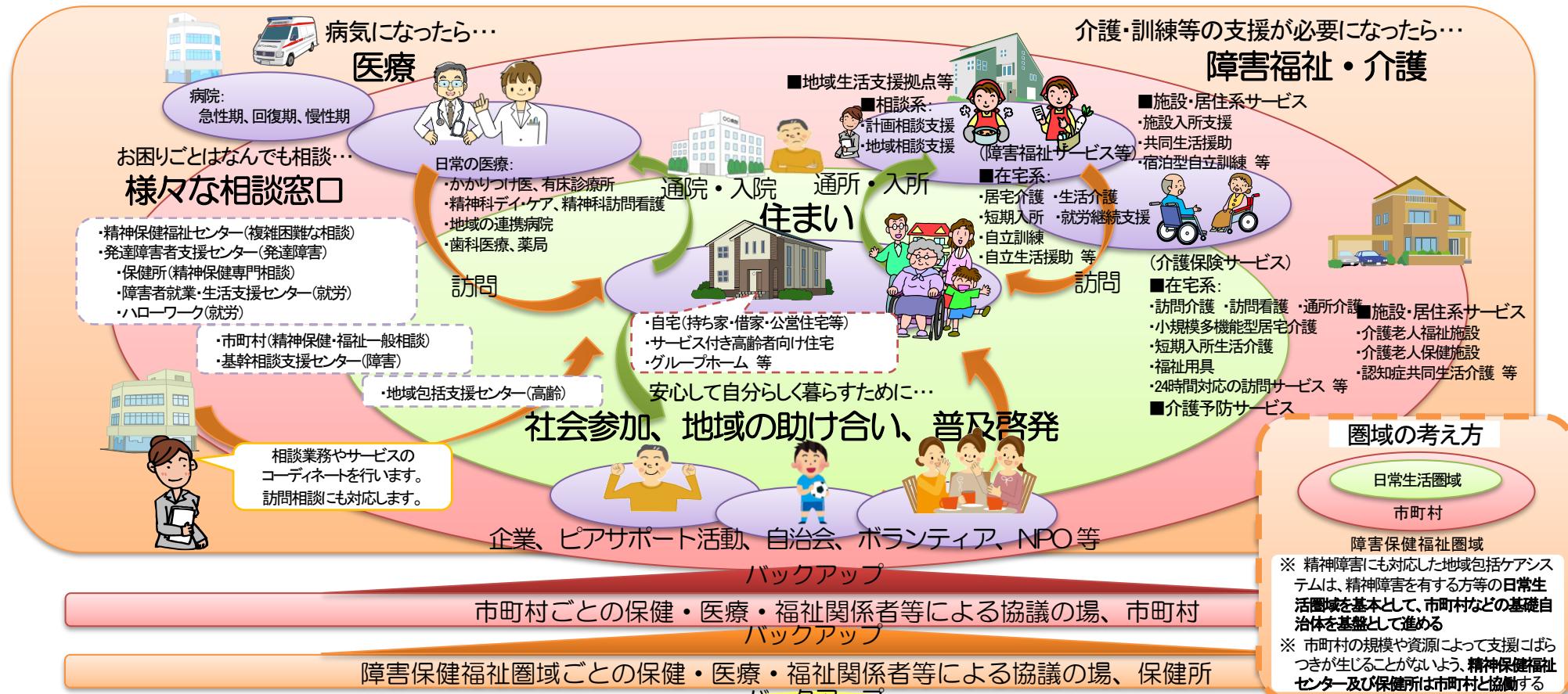
出典：（上図）訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成（各年6月審査分より推計（令和7年6月審査分は速報値））

（下図）NDBデータ（令和7年5月実施分）※令和7年5月実施分のオンライン請求の割合は、レセプト件数ベースで90.4%（出典：社会保険診療報酬支払基金「レセプト請求形態別の請求状況」）

近年の精神保健医療福祉の経緯③

- 「これから的精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」（平成29年2月とりまとめ）では、「地域生活中心」という理念を基軸としながら、精神障害者の一層の地域移行を進めるための地域づくりを推進する観点から、精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしができるよう、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を目指すことが新たな理念として示された。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）



精神科訪問看護に対する施策上の求められる役割

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会報告書（令和3年3月18日）

- 精神科訪問看護は、精神障害を有する方等の「地域生活」を支える観点から、精神科医療機関において継続して治療を受けることへの支援や日常生活での困りごとの相談、身体合併症の早期発見・管理、精神科医療機関以外の関係機関からの相談に応じること・医療との連携を促進すること等の役割が期待され、実際にその役割を果たしている場合も多い。精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築において重要な医療に係る資源の一つであるため、更なる役割の発揮が期待される。

地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会報告書（令和4年6月9日）

- 精神科医療の提供体制の充実には、精神保健に関する「本人の困りごと等」への支援を行う平時の対応を充実する観点と、精神科救急医療体制整備をはじめとする精神症状の急性増悪や精神疾患の急性発症等による患者の緊急のニーズへの対応を充実する観点が必要である。平時においては、かかりつけの医療機関に通院し、障害福祉・介護その他のサービスを利用しながら、本人の希望に応じた暮らしを支援するとともに、患者の緊急のニーズへの対応においては、入院治療（急性期）へのアクセスに加え、受診前相談や入院外医療（夜間・休日診療、電話対応、在宅での診療、訪問看護等）について、都道府県等が精神科病院、精神科訪問看護を行う訪問看護事業所等と連携しながら必要な体制整備に取り組むことが望ましい。
- 患者本人のニーズの実現に向けた「包括的支援マネジメント」の推進（訪問診療・訪問看護の充実、外来患者に対する相談体制の充実、医療・福祉等の地域の多職種・多機関連携の推進等）
- 昼夜を問わず、患者の緊急のニーズに対応できるよう、今後、地域の実情に応じた受診前相談の体制整備、時間外診療への対応や入院の要否に関する判断の診察、在宅での診療、訪問看護等の入院外医療の更なる充実について、診療報酬等の評価を含めて検討を進めるべきである。

令和7年10月20日

第1回から第10回までの本検討会の御議論の内容を整理したものであり、引き続き必要な検討を行うこととする。

かかりつけ精神科医機能

- ◆ かかりつけ精神科医機能については、以下の内容の御議論があった。
- 地域において必要な入院外医療の機能を確保する取り組みの一環として、特定機能病院及び歯科医療機関以外の全ての医療機関が、かかりつけ医機能報告制度を実施することを踏まえ、これまで使用してきた「かかりつけ精神科医機能」は、名称の混乱もあることから使用しないこととし、「精神科におけるかかりつけ医機能」として、引き続き必要な機能を確保することとすること。
- その際、かかりつけ医機能報告制度において、地域における協議の場で必要な対策を議論し、講じていくという取り組みが始まる予定であるため、精神科領域においても、この取り組みを行い、地域に必要な機能を、複数の医療機関が補完しあいながら面として確保していくこと。

初診待機

- ◆ 初診待機については、以下の内容の御議論があった。
- 初診にかかる前の相談支援体制を確保する観点から、都道府県や市町村等において実施している精神保健に関する相談支援や地域において医療機関等が実施している相談体制等を活用することが重要であるため、それらの情報を整理して、初診の前に当該相談を希望される方が利用できるように、住民に対して広く周知を行うことを進めていくこと。
- 初診の前に実施した相談によって受診が推奨される場合には、速やかに医療機関を受診できるようにする必要があり、医療機関の紹介や相談者本人の同意のもと相談内容を医療機関に提供する等の連携を行うことを推進すること。
- また、初診待機が課題であるとされていることを踏まえ、地域において医療機関が初診を優先的に受ける輪番体制を組むことや可能な患者については再診の受診間隔をあけることを含め、医療機関が初診をより積極的に診療することを促していくこと。

情報通信機器を用いた診療

注 初診・再診における情報通信機器を用いた精神療法の在り方については、実際に情報通信機器を用いた診療を行う関係者からのヒアリング等を踏まえて、引き続き必要な議論を行う。

精神科訪問看護

- ◆ 精神科訪問看護については、以下の内容の御議論があった。
- 精神科訪問看護については、一部の事業所において利用者の意向とは異なる過剰なサービスを提供しているのではないかとの指摘があることに留意して体制整備を行うとともに、地域包括ケアシステムの推進のため、精神障害者や精神保健に課題を抱える者に対する地域における看護・ケアの拠点となる訪問看護事業所※が求められること。

※ 24時間対応できる体制を構築しており、必要に応じて利用者又は家族などの求めに応じ緊急に訪問看護を提供すること、措置入院を経て退院した利用者等への精神科訪問看護の提供体制が確保されていること、長期間の利用者を含め包括的なマネジメントを行い、訪問看護計画を立案するとともに、医療機関や障害福祉サービス事業所等と連携して定期的にカンファレンスを行っていること等の役割が期待される。

行政が行うアウトリーチ支援

- ◆ 行政が行うアウトリーチ支援については、以下の内容の御議論があった。
- 未治療者、治療中断者やひきこもり状態の者等に対する行政が行うアウトリーチ支援を充実する観点から、当事者の意向を尊重しつつ、病状等も十分に踏まえたうえで必要な方を医療機関につなぐ等の体制を推進すること。

機能強化型訪問看護管理療養費 3 における精神疾患有する利用者の要件

- 機能強化型訪問看護管理療養費 3 においては、精神科重症患者支援管理連携加算の利用者数が実績要件の対象となっている。
- しかし、精神科重症患者支援管理連携加算は、医療機関が精神科在宅患者支援管理料を算定した場合のみが対象となっており、精神科在宅患者支援管理料が普及していない中では算定が難しい。

■機能強化型訪問看護管理療養費における実績要件

要件	ターミナルケアや重症児の受け入れ等を積極的に行う手厚い体制を評価		地域の訪問看護の人材育成等の役割を評価
	機能強化型 1	機能強化型 2	
③ 重症度の高い利用者の受け入れ	別表第 7 に該当する利用者数 10人以上／月	別表第 7 に該当する利用者数 7人以上／月	・別表 7、別表 8 に該当する利用者又は精神科重症患者 ・複数の訪問STが共同している利用者 上記のいずれかの利用者数 10人以上／月

機能強化型訪問看護管理療養費 3

〔施設基準〕（抜粋）

工 特掲診療料の施設基準等別表第七に規定する疾病等の利用者、特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者又は精神科重症患者支援管理連携加算を算定する利用者が月に10人以上いること又は複数の訪問看護ステーションで共同して訪問看護を提供する利用者が月10人以上いること。

精神科重症患者支援管理連携加算

費用（月に1回）	<input checked="" type="checkbox"/> 精神科在宅患者支援管理料 2 のイを算定する利用者 8,400円 <input type="checkbox"/> 精神科在宅患者支援管理料 2 のロを算定する利用者 5,800円
主な算定要件	<ul style="list-style-type: none">精神科在宅患者支援管理料 2 を算定する利用者の主治医が属する保険医療機関と連携し、当該保険医療機関の職員と共に会議を行い、支援計画を策定し、精神科在宅患者支援管理料 2 のイを算定する利用者においては週 2 回以上、2 のロを算定する利用者においては月 2 回以上の精神科訪問看護を実施した場合に算定。保険医療機関と連携して設置する専任のチームに、保健師等のいずれか 1 名以上が参加していること。カンファレンスの他、緊急対応に必要な診療情報について隨時提供を受けていること。イの算定に当たっては、チームカンファレンスを週 1 回以上開催し、うち 2 月に 1 回以上は保健所又は精神保健福祉センター等と共に会議（共同カンファレンス）を開催すること。ロの算定に当たっては、チームカンファレンスを月 1 回以上開催し、必要に応じて共同カンファレンスを行うこと。

■精神科在宅患者支援管理料 2 1か月の算定回数

※算定回数については、(1)単一建物診療患者 1 人以上 と (2)単一建物診療患者 2 人以上の合計

（医療機関）精神科在宅患者支援管理料 2 イ：0 件、精神科在宅患者支援管理料 2 ロ：9 件

精神科訪問看護における支援ニーズの高い利用者の状態像

- 精神科訪問看護における支援ニーズの高い利用者として、「周産期・子育て期にある」「ひきこもり状態にある」「精神科への未受診または治療を中断している」「身体合併症がある」「暴力または迷惑行為がある」「小児である」「医療依存度が高い身体疾患をもつ」が挙げられている。
- 支援ニーズの高い利用者への訪問看護における困難や今後の課題について、多機関との連携や協働してケアを提供することが挙げられている。

■精神科訪問看護における支援ニーズの高い利用者における困難と今後の課題*

対象者	困難 (抜粋)	今後の課題 (抜粋)	連携が想定される機関等
周産期・子育て	<ul style="list-style-type: none"> 精神症状や服薬の影響により養育を行うことが困難になる 母子ともに地域の中で孤立しやすい 子どもと母親双方への支援が必要となる 他機関・他職種との連携にすれが生じやすい 	<ul style="list-style-type: none"> 家族背景や社会資源の活用状況、子どもの発達段階を考慮した家族全体への支援 各機関・支援者と支援方針を共にしケアマネジメントを行うための仕組みづくり 	<ul style="list-style-type: none"> 児童相談所 市町村 要保護児童対策地域協議会 医療機関 学校 等
小児	<ul style="list-style-type: none"> 訪問を受け入れてもらえない 他機関と共に課題認識を得るのが難しい 	<ul style="list-style-type: none"> 地域における多分野での支援ネットワークの構築 児童精神科の知識や看護のスキルをもつ人材の育成 	
ひきこもり状態	<ul style="list-style-type: none"> 本人が訪問・ケアを拒否する 次のステップが見つからない 主治医と十分連携できない 	<ul style="list-style-type: none"> 複数機関での情報共有の範囲と方法の整備 複数機関で支援をする際のケースマネジメント 	
未受診・治療中断	<ul style="list-style-type: none"> 本人が困っていないことに対する支援の困難さ 訪問看護単独では判断ができないことに対する不安や迷い 支援契約が締結されていない状態での関わりの限界 	<ul style="list-style-type: none"> 支援契約が締結されていない中での中断者支援の持続可能性 支援体制の地域格差の解消 	<ul style="list-style-type: none"> 市町村 保健所 精神保健福祉センター 医療機関等
暴力・迷惑行為	<ul style="list-style-type: none"> 近隣トラブルがある 訪問者への迷惑行為 各家族員に対する支援者間の連携不足 	<ul style="list-style-type: none"> 地域社会への適応に多くの困難があっても、その人本来のリカバリーに向けて寄り添う支援 長期にわたり関係者と密に連携して支援できる体制づくり 	
身体合併症	<ul style="list-style-type: none"> 本人が治療の必要性を感じていない 精神疾患があることで、身体科からの受け入れ拒否がある 身体科、精神科それぞれの主治医との連携が困難 精神科訪問看護師の身体疾患ケアの経験、知識、技術の不足がある 	<ul style="list-style-type: none"> 医療関係者だけでなく地域社会の人々の意見を踏まえた連携体制 本人をエンパワメントしながら、本人の価値観やゴールについて本人、家族、関係機関と話し合う過程 	<ul style="list-style-type: none"> 精神科以外の医療機関 等
医療依存度が高い身体疾患	<ul style="list-style-type: none"> 異なる診療科との調整が難しい 身体症状と精神症状の判断が難しい 本人の意思表示・自己決定が難しい 	<ul style="list-style-type: none"> 地域での支援のマネジメント 	

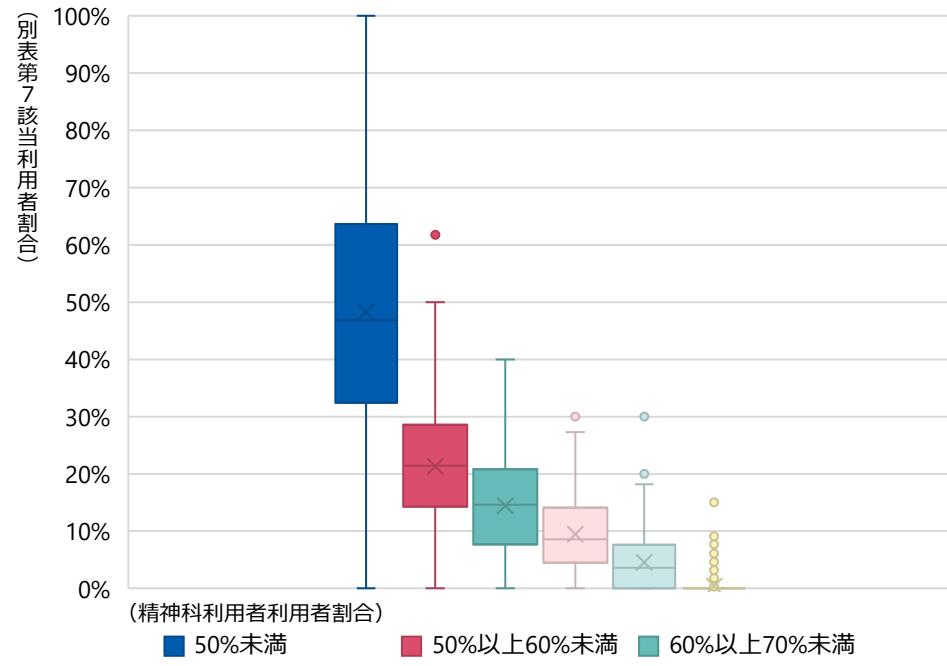
そのほか、医療観察訪問看護の利用者や、措置入院又は緊急措置入院を経て退院した患者で都道府県等が作成する退院後支援計画に基づく支援期間にある者等において、支援ニーズが高く、公的機関等との連携が必要であると想定される。

精神科訪問看護利用者割合別の医療ニーズが高い者の受け入れ状況

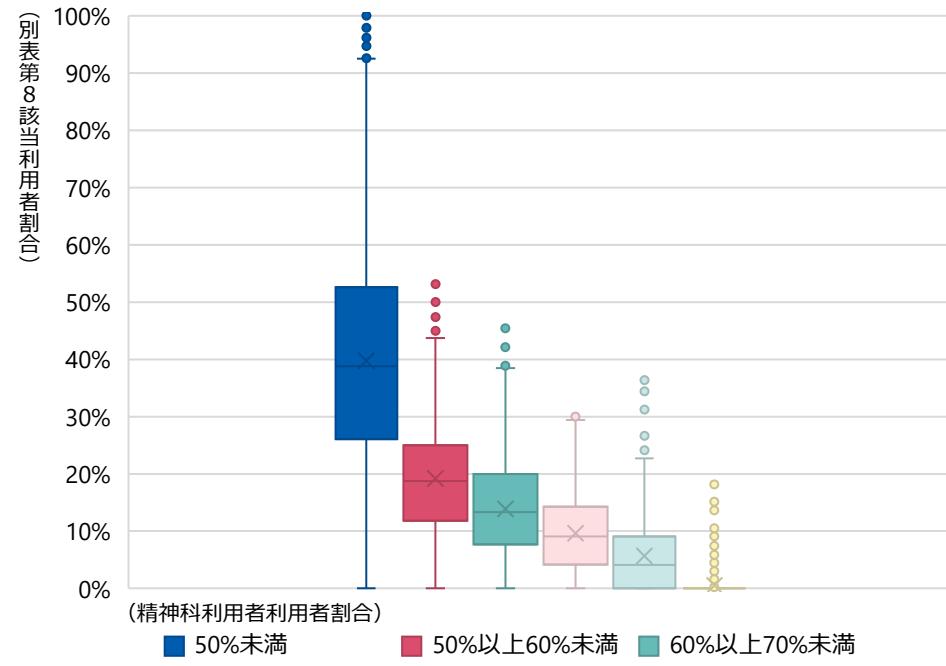
- 精神科訪問看護療養費を算定する利用者の割合が高い訪問看護ステーションほど、別表第7及び別表第8に該当する利用者の割合が低い傾向にある。

※レセプト件数が10件以上の訪問看護ステーションを対象

■ 精神科訪問看護利用者割合別の別表第7該当利用者割合



■ 精神科訪問看護利用者割合別の別表第8該当利用者割合



全利用者における精神科訪問看護利用者割合

全利用者における別表第7該当利用者割合

	平均値	中央値
50%未満	48.3%	46.9%
50%以上60%未満	21.3%	21.4%
60%以上70%未満	14.4%	14.6%
70%以上80%未満	9.4%	8.6%
80%以上90%未満	4.6%	3.6%
90%以上	0.4%	0.0%

全利用者における精神科訪問看護利用者割合

全利用者における別表第8該当利用者割合

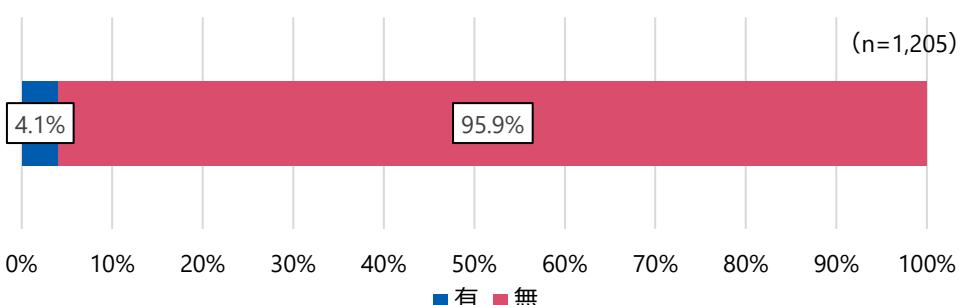
	平均値	中央値
50%未満	39.8%	38.8%
50%以上60%未満	19.2%	18.8%
60%以上70%未満	13.9%	13.3%
70%以上80%未満	9.6%	9.1%
80%以上90%未満	5.7%	4.1%
90%以上	0.5%	0.0%

出典：NDBデータ（令和7年5月実施分）※令和7年5月実施分のオンライン請求の割合は、レセプト件数ベースで90.4%（出典：社会保険診療報酬支払基金「レセプト請求形態別の請求状況」）

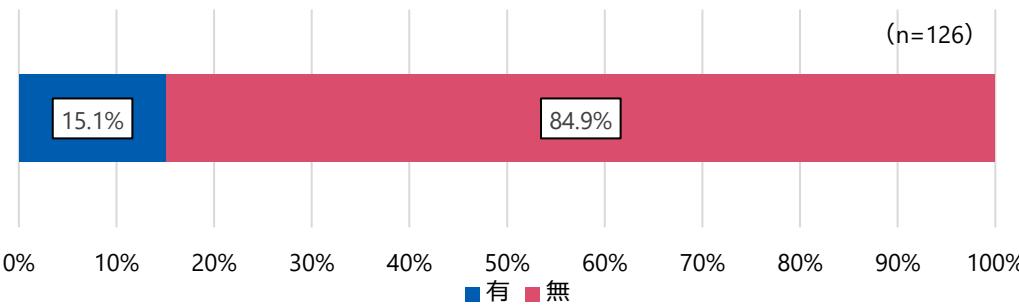
精神科訪問看護を提供する訪問看護ステーションにおける身体疾患や医療処置の受け入れ状況

- 身体疾患や医療処置が発生したため他のステーションに移管した利用者が「有」の事業所があり、精神障害を有する利用者が身体合併症を併発した場合に、対応が困難な事業所があると考えられる。
- 移管した場合の利用者の疾患としては「その他」の次に「悪性新生物」と回答した事業所が多く、また、移管理由は「医療的ケアがあった」と回答した事業所が最も多かった。

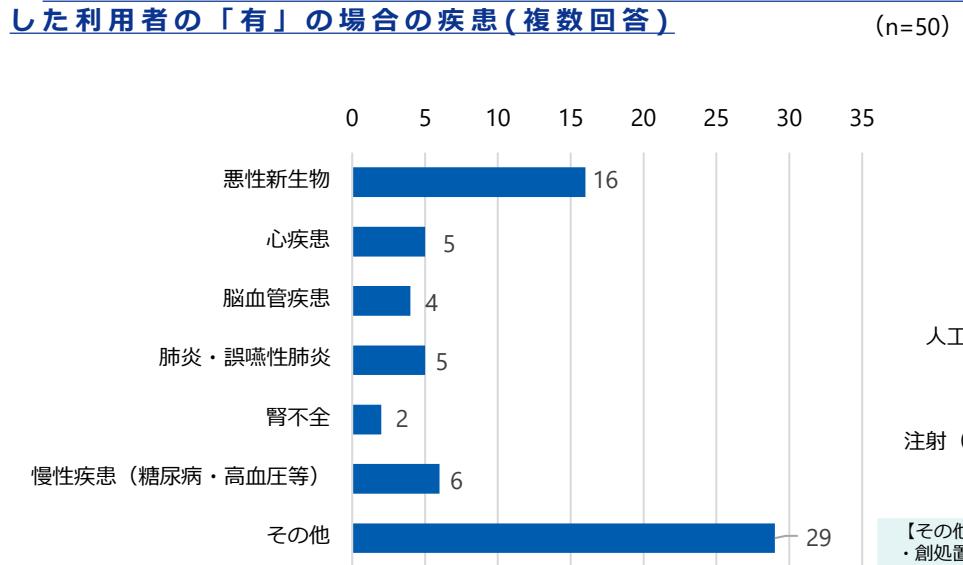
■ 身体疾患や医療処置が発生したため、他のステーションに移管した利用者の有無（2024年5月～10月）



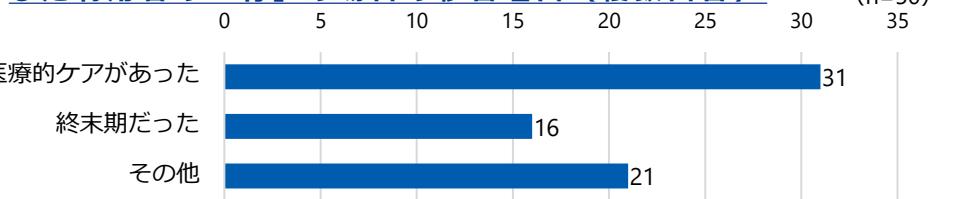
■ 24時間対応体制加算を算定していない事業所における有無



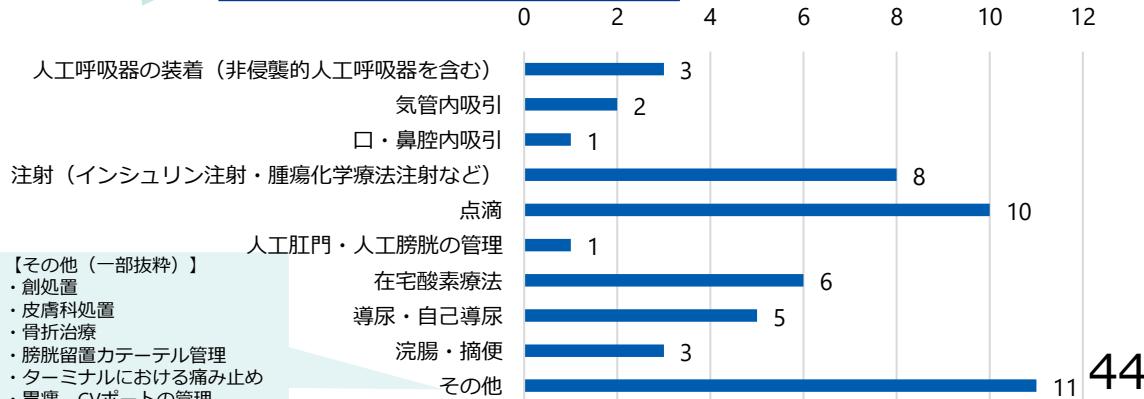
■ 身体疾患や医療処置が発生したため、他のステーションに移管した利用者の「有」の場合の疾患（複数回答）



■ 身体疾患や医療処置が発生したため、他のステーションに移管した利用者の「有」の場合の移管理由（複数回答）



■ 医療的ケアの内容（複数回答）

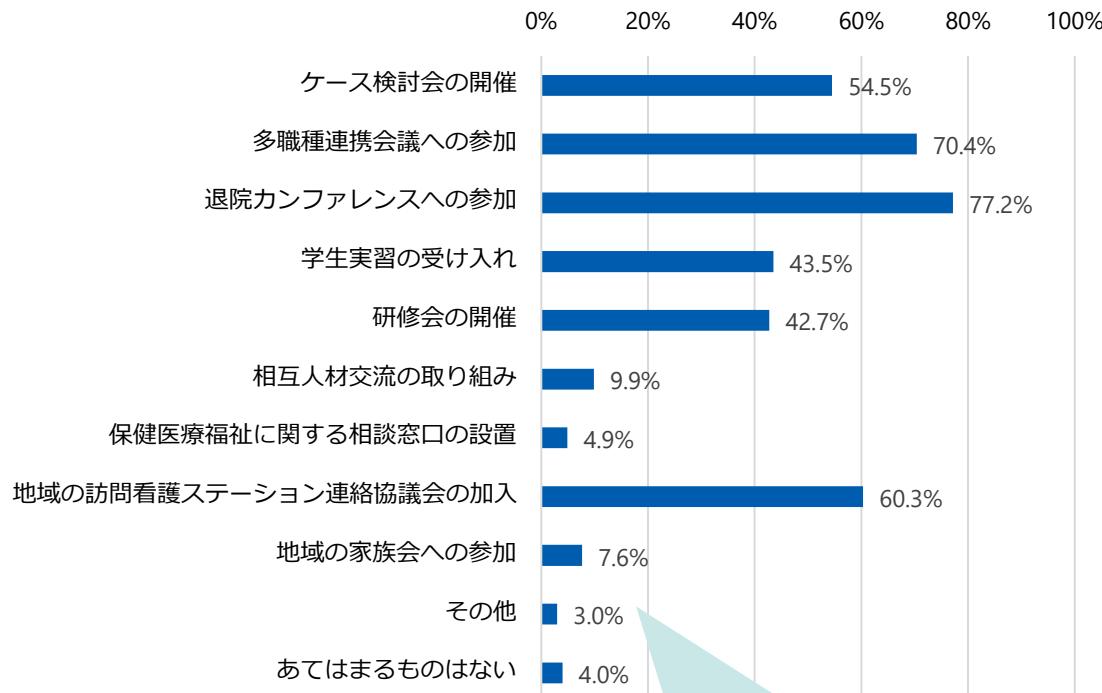


精神科訪問看護における地域との連携等

- 精神科訪問看護を行う事業所における多職種・他機関との連携として「退院カンファレンスへの参加」、「多職種連携会議への参加」等が多い。
- このような活動を通じて、地域等と顔の見える関係を構築していると考えられる。

■ 多職種・他機関との連携 (2024年5月～10月)

精神科訪問看護基本療養費を算定する事業所を対象に集計 (n=1,205)



(自由記載 例)

- ・自立支援協議会への参加
- ・地域連携会との情報共有
- ・多機関でのカンファレンス
- ・障害者支援センター職員との連携アディクション関連フォーラムの運営(当事者とともに)

■ 地域との連携状況 (複数回答) (n=56)

	n (%)
地域包括支援センターが主催する会議	18 (32.1)
居宅介護支援事業所が主催する会議	21 (37.5)
介護関連で市区町村が主催する会議	12 (21.4)
介護事業者が主催する会議	8 (14.3)
介護関連で自治体(都道府県)が主催する会議	4 (7.1)
基幹相談支援センターが主催する会議	17 (30.4)
障害福祉サービスにおける相談支援事業所が主催する会議	34 (60.7)
障害福祉サービス事業者が主催する会議	19 (33.9)
障害福祉関連で自治体が主催する会議	13 (23.2)
精神障害にも対応した地域包括ケアシステム(にも包括)における協議の場	16 (28.6)
福祉・介護地域生活支援拠点等の会議	6 (10.7)
精神科医療機関主催の個別ケースカンファレンス	35 (62.5)
訪問看護ステーション主催のケースカンファレンス	7 (12.5)
市区町村の保健担当課主催のカンファレンス	17 (30.4)
保健所主催のカンファレンス	12 (21.4)
その他	9 (16.1)
なし	1 (1.8)

出典：(左図)全国訪問看護事業協会「令和6年度精神科訪問看護に関する実態調査」
(右図)令和6年度厚生労働行政推進調査事業費補助金(特別研究事業)「利用者の状態変化に適切に対応する精神科訪問看護の提供体制整備に向けた研究」(研究代表者：萱間真美)

1. 訪問診療・往診等について

2. 訪問看護について

2-1 訪問看護の現状

2-2 精神科訪問看護について

2-3 難治性皮膚疾患を持つ利用者への訪問看護について

2-4 妊産婦及び乳幼児への訪問看護について

2-5 訪問看護ステーションにおけるICTを用いた情報連携について

2-6 訪問看護指示書の交付に係る取り扱いについて

2-7 訪問看護に係る安全管理体制について

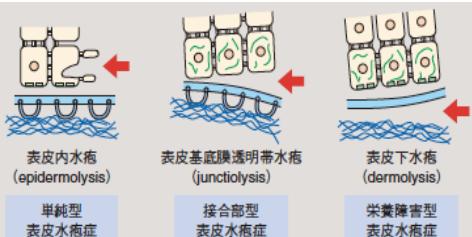
2-8 訪問看護の記録等について

2-9 過疎地域等の訪問看護について

表皮水疱症について

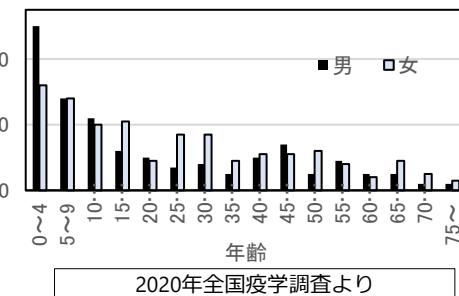
- 表皮水疱症は、先天的素因により、日常生活で外力の加わる部位に水疱が反復して生ずることを主な臨床症状とする一群の疾患である。

■表皮水疱症の概要



あたらしい皮膚科学第3版(WEB公開版) より

- 水疱が形成される皮膚の深さによって単純型、接合部型、栄養障害型の3大病型に分類される。
- 出生時から外力が加わりやすい部位の皮膚に水疱、びらんの形成を繰り返し、症状は生涯にわたって持続する。



■表皮水疱症の治療法

一般的処置(在宅処置)

- 流水洗浄にて清潔に保つ
- 新しい水疱は穿刺し内容液を排出
- 軟膏塗布
- 創傷被覆材貼付
- 包帯固定

特殊治療

- 自家培養表皮細胞シートによる治療
- 遺伝子組み換えウイルス外用による遺伝子治療

合併症治療

- 合指症分離手術、食道狭窄バルーン拡張治療、輸血、栄養補助、有棘細胞癌切除等

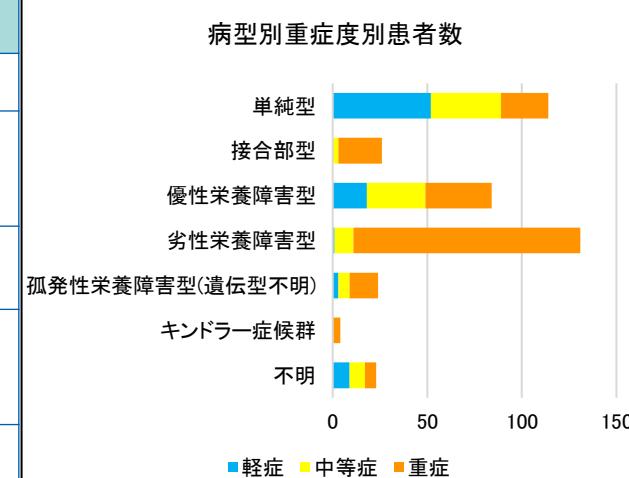
■表皮水疱症の医療支援

- 指定難病36(表皮水疱症)による医療費補助
- 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料(1,000点)による在宅処置材料の給付
皮膚科又は形成外科を担当する医師が、在宅において皮膚処置を行っている入院中の患者以外のものに対して、当該処置に関する指導管理を行った場合に算定する。

■表皮水疱症の病型分類

	単純型	接合部型	栄養障害型	その他
推計受療患者数	165人	55人	340人	30人
細分類	限局型 中等症汎発型 重症汎発型	中等症汎発型 重症汎発型(致死型)	顕性型 潜性中等症汎発型 潜性重症汎発型	Kindler症候群
特徴	びらんは浅い 夏季に増悪	重症度が高い	びらんは深く重症度が高い 瘢痕形成する	皮膚萎縮
合併症	まれに筋ジストロフィー	まれに幽門閉鎖症	偽合指症・関節拘縮・食道狭窄 貧血・低栄養・心不全・腎不全 有棘細胞癌	
東邦大学症例写真				

■表皮水疱症の病型別重症度と患者数



出典：東邦大学医学部皮膚科学講座
石河晃教授提供資料

表皮水疱症の患者に対する訪問看護のケア

- 表皮水疱症の患者に対する訪問看護のケアとして、皮膚状態の観察を行い、状態に応じて、洗浄や水疱穿刺、ドレッシング材の選択等を行っている。潰瘍や水疱が発生することに伴い、ケアを繰り返し実施する必要がある。

■表皮水疱症のケア内容

- ・利用者の発達段階に応じて、自立を促す関わりも必要
- ・利用者が乳児や幼児、学童であればケアが受け入れられる工夫が必要

	ドレッシング材を剥がす	保清	水疱穿刺	軟膏 / ドレッシング材による保護
看護ケアの詳細	<ul style="list-style-type: none">・バイタルサインを確認し、感染兆候の有無や貧血の有無等を確認。・ドレッシング材から滲出液の程度と部位を確認。滲出液の性状の観察。・剥がす際の出血状況（傷の深さ）を確認。・利用者の言葉や姿勢から可動域や痛みの確認を観察。	<ul style="list-style-type: none">・創部の痛みや状態に合わせ洗浄方法を変更。・創部の感染兆候の有無を確認。	<ul style="list-style-type: none">・新生水疱の確認を行い、再貯留が起きないよう水疱の際を複数穿刺する。・水疱の内容液の性状の観察。・穿刺の際の苦痛を緩和する。	<ul style="list-style-type: none">・創部の観察を行ったうえで、処方されている被覆材や外用薬から適切なものを選択。・使用部位に合わせ被覆材を適切なサイズや形状にカットする。・患者の可動の妨げにならないようドレッシング材で覆う。・変更した点や注意事項を家族や本人に伝達、指導。

看護師による皮膚ケアの例



在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料算定者の訪問看護における評価

- 表皮水疱症患者に対して、在宅で行う皮膚処置に関する指導管理を行った場合の評価として在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料がある。
- 現在、週4日以上の訪問看護が可能となる別表第8に当該管理は対象となっていない。

在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料（1,000点/月）

〔算定留意事項通知〕（抜粋）

（1）在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料は、表皮水疱症患者又は水疱型先天性魚鱗癖様紅皮症患者であって、難治性の皮膚病変に対する特殊な処置が必要なものに対して、水疱、びらん又は潰瘍等の皮膚の状態に応じた薬剤の選択及び被覆材の選択等について療養上の指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

特掲診療料の施設基準等 別表第8

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

在宅難治性皮膚疾患処置指導管理は
含まれていない

1. 訪問診療・往診等について

2. 訪問看護について

2-1 訪問看護の現状

2-2 精神科訪問看護について

2-3 難治性皮膚疾患を持つ利用者への訪問看護について

2-4 妊産婦及び乳幼児への訪問看護について

2-5 訪問看護ステーションにおけるICTを用いた情報連携について

2-6 訪問看護指示書の交付に係る取り扱いについて

2-7 訪問看護に係る安全管理体制について

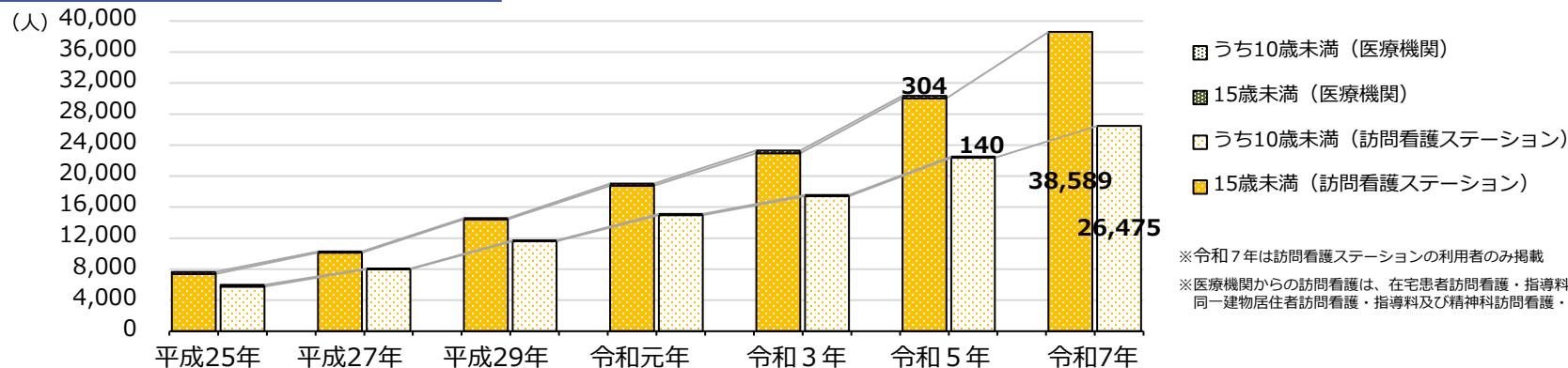
2-8 訪問看護の記録等について

2-9 過疎地域等の訪問看護について

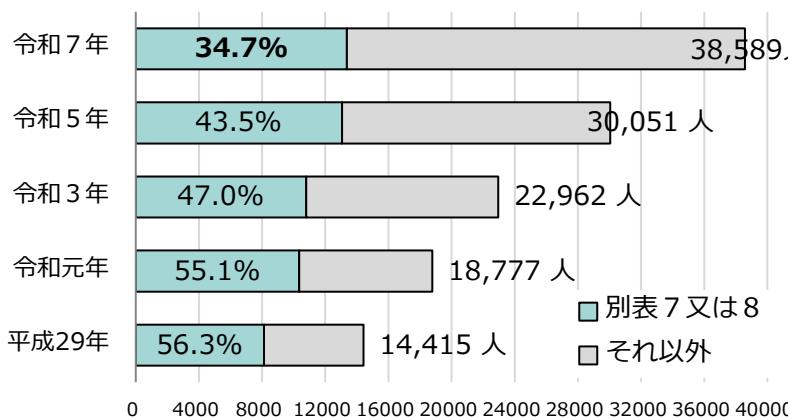
小児の訪問看護利用者の状況

- 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、令和7年では34.7%である。
- 6歳未満の利用者において、別表第7又は別表第8に該当する利用者の割合や利用者数は大きく変わらないが、6歳以上15歳未満の利用者において、別表第7又は別表第8に該当しない利用者数の割合と利用者数が大きく増えている。

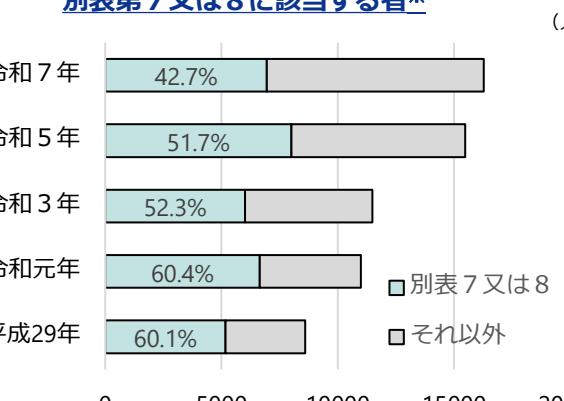
■小児（15歳未満）の訪問看護利用者数の推移



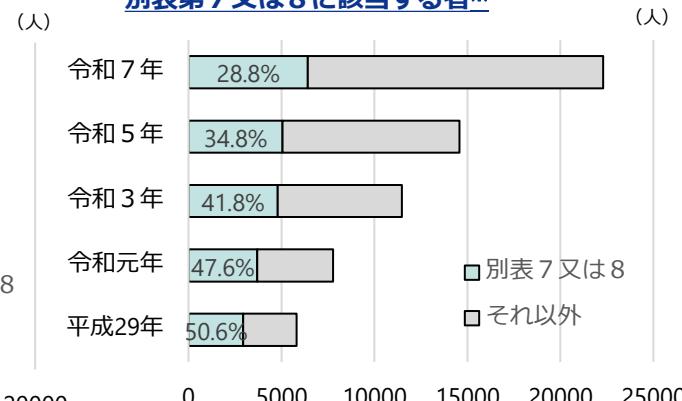
■小児（15歳未満）の訪問看護利用者の中、 基準告示第2の1（別表第7又は8）に該当する者※



■6歳未満の訪問看護利用者の中、 別表第7又は8に該当する者※



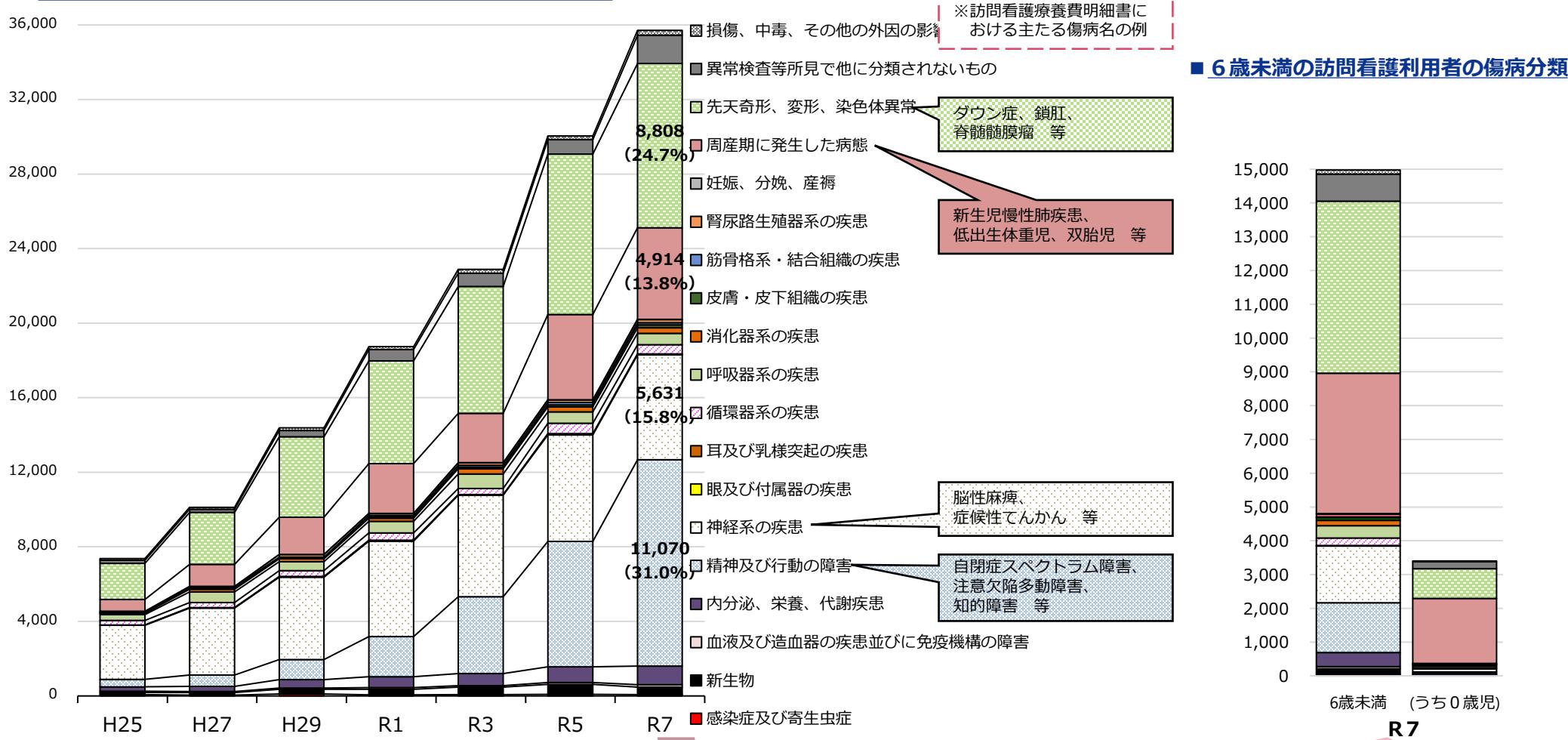
■6歳以上15歳未満の訪問看護利用者の中、 別表第7又は8に該当する者※



小児の利用者における傷病名

- 15歳未満の小児の利用者は、「精神及び行動の障害」が主たる傷病名である利用者数及び利用者に占める割合が増加傾向にある。
 - 6歳未満の利用者をみると、「先天奇形、変形、染色体異常」、「周産期に発生した病態」が主たる傷病名である利用者数の割合が高い。

■小児（15歳未満）の訪問看護利用者の推移（傷病名分類別）



乳幼児に対する訪問看護の評価

- 乳幼児に対する訪問看護は、乳幼児加算や機能強化型訪問看護管理療養費の実績要件等により評価しており、令和6年度診療報酬改定では乳幼児加算について、利用者の状態に応じて区分し、それぞれの評価を設けることとされた。
- 乳幼児加算の算定状況は増加傾向で、そのうち別に大臣が定める者に該当する割合は42.0%であった。

乳幼児加算の見直し

- 訪問看護基本療養費の乳幼児加算について、利用者の状態に応じて区分し、それぞれの評価を設ける。

改定前

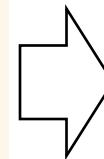
【乳幼児加算（訪問看護基本療養費）】

【算定要件】

1及び2（いずれもハを除く。）については、6歳未満の乳幼児に対し、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った場合は、乳幼児加算として、1日につき1,500円を所定額に加算する。

【施設基準】

（新設）



改定後

【乳幼児加算（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、6歳未満の乳幼児に対し、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った場合は、乳幼児加算として、1日につき**1,300円（別に厚生労働大臣が定める者に該当する場合にあっては、1,800円）**を所定額に加算する。

【施設基準】

乳幼児加算に係る厚生労働大臣が定める者

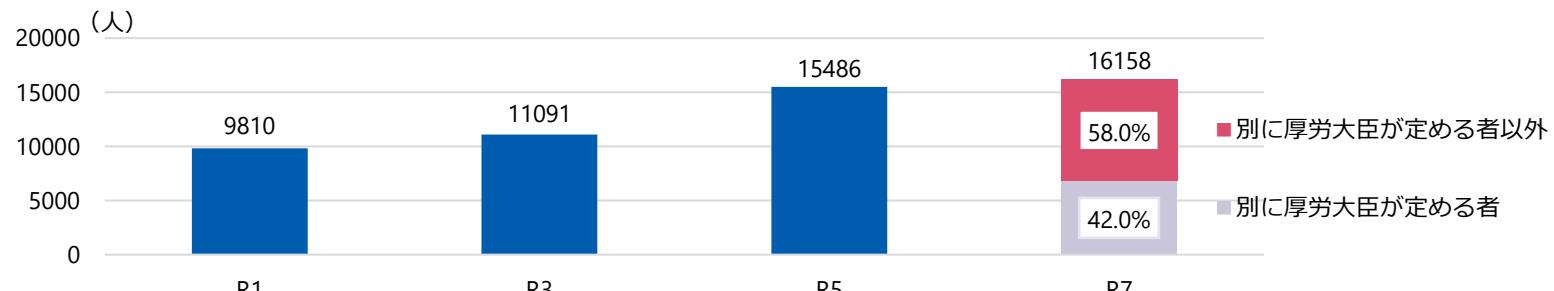
- (1) **超重症児又は準超重症児**
- (2) **特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者**
- (3) **特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者**

※在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料についても同様

■機能強化型訪問看護管理療養費における実績要件

要件	ターミナルケアや重症児の受け入れ実績等を積極的に行う手厚い体制を評価		地域の訪問看護の人材育成等の役割を評価
	機能強化型1	機能強化型2	
④ ターミナルケア又は重症児の受け入れ実績 ①ターミナルケア件数 ②ターミナルケア件数、 超重症児・準超重症児の利用者数 ③超重症児・準超重症児の利用者数	①前年度20件以上 ②前年度15件以上、 常時4人以上 ③常時6人以上	①前年度15件以上 ②前年度10件以上、 常時3人 ③常時5人	

■乳幼児加算の算定利用者数の推移

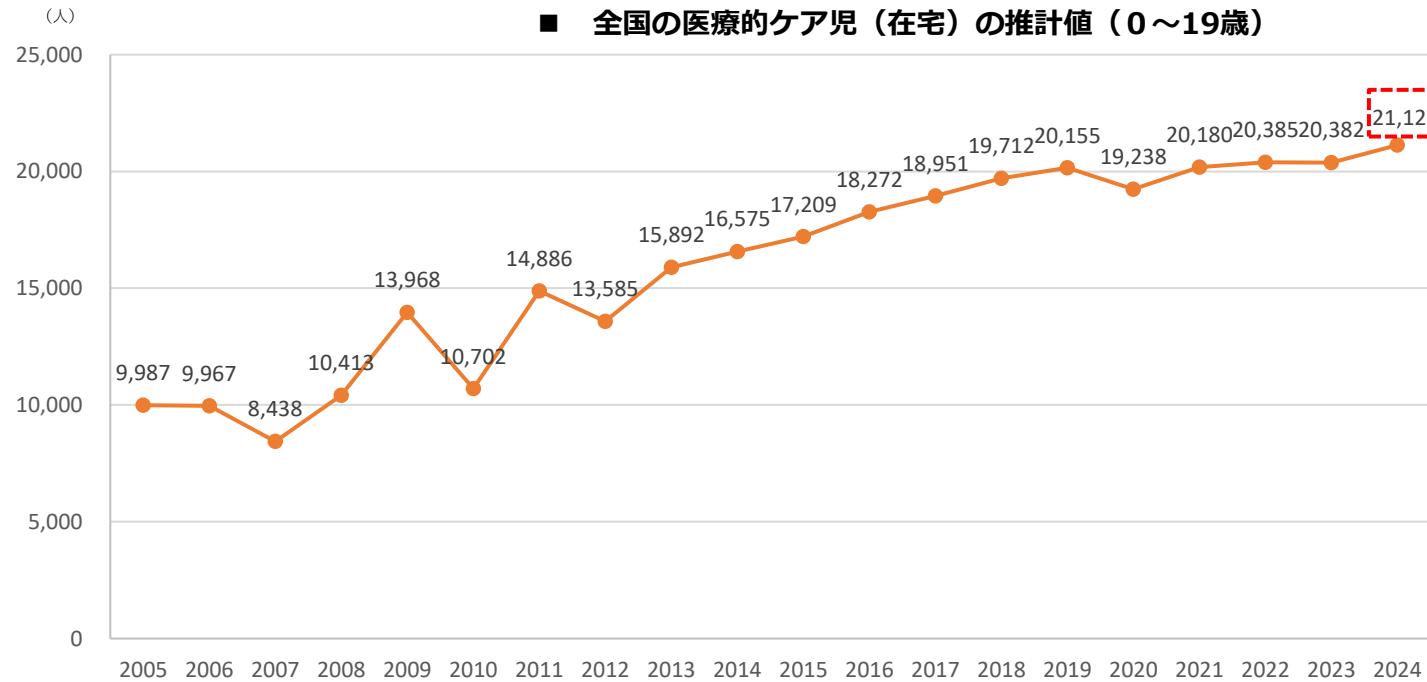


出典：訪問看護療養費実態調査（各年6月審査分より推計（令和7年6月審査分は速報値））

医療的ケア児について

- 医療的ケア児とは、新生児集中治療室（NICU：Neonatal Intensive Care Unit）等を退院した後も、引き続き、人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養等の医療的ケア※が日常的に必要な児童のこと。
- 全国の医療的ケア児（在宅）は、2万人を超えている（推計）。

※「医療的ケア」とは、人工呼吸器による呼吸管理、喀痰吸引その他の医療行為をいう。



他の医療行為とは、
気管切開の管理、
鼻咽頭工アウェイの管理、
ネブライザーの管理、
酸素療法、経管栄養、
中心静脈カテーテルの管理、
皮下注射、血糖測定、
継続的な透析、導尿等

出典：厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業「医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究（田村班）」
及び当該研究事業関係者の協力のもと、社会医療診療行為別統計によりこども家庭庁支援局障害児支援課で作成



医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律（令和3年6月18日公布・同年9月18日施行）

- 第二条 この法律において「医療的ケア」とは、人工呼吸器による呼吸管理、喀痰吸引その他の医療行為をいう。
- 2 この法律において「医療的ケア児」とは、日常生活及び社会生活を営むために恒常的に医療的ケアを受けることが不可欠である児童（18歳未満の者及び18歳以上の者であつて高等学校等（学校教育法に規定する高等学校、中等教育学校の後期課程及び特別支援学校の高等部をいう。）に在籍するものをいう。）をいう。

母子に対する訪問看護の例

- 母親がうつ病等の疾病で訪問看護が必要な場合、訪問時に看護の一環として、子の世話を補助する等の育児支援を同時にを行うことがある。
- また、乳幼児の患者に対する看護の一環として、母への育児指導を行うことがある。
- こうした母子に対する訪問看護の取り扱いが明確でないため、現場の運用が不安定になると指摘がある。

■ヒアリングの概要：母子を中心に訪問看護を提供している訪問看護ステーションに訪問看護の状況に関するヒアリングを実施

	訪問看護指示	疾患名	背景	訪問看護のケア
事例A	母に対する精神科訪問看護	統合失調症	父がADHD、DV歴あり	<ul style="list-style-type: none"> 母の体調管理、精神症状のケアを行いつつ、母への授乳指導を実施。 子の体重測定や沐浴を実施し、発育状況を母に説明することで、母の育児負担や不安の軽減を図っている。 母が自身の体調に合わせながら育児を自立して行えるよう支援している。
事例B	母に対する精神科訪問看護	精神過敏 気分障害		<ul style="list-style-type: none"> 母と子のみの時間帯の心的負荷が大きいため、保育園の迎え後～家族が帰宅するまでの時間帯に訪問 母が不安定な時に育児放棄気味となり子が体重増加不良となってしまったため、母親の精神安定を目指し、子の沐浴やミルクを与える等育児支援を行っている。
事例C	母に対する精神科訪問看護	うつ病	父が精神疾患	<ul style="list-style-type: none"> 母が眠剤の影響で朝起きられないため、朝に訪問し母の生活リズムの確立や服薬管理を支援しつつ、子の沐浴や更衣等の養育支援を実施。母の負担の軽減のため、父に家事や育児方法の指導を実施。 母の精神状態は安定し、父の手技が獲得され、訪問頻度が徐々に減り、訪問看護を終了。
事例D	母に対する精神科訪問看護	うつ病	虐待経験あり	<ul style="list-style-type: none"> 妊娠期から介入し、出産後も訪問を継続。 保健師や医療機関とも連携しつつ母の暴言などの虐待リスクに対して早期対応し、育児支援もしながら家族の自立を支援した結果、母親が復職し社会復帰できた。
事例E	子に対する訪問看護	極低出生体重児	母が緘黙症の傾向 (未診断)	<ul style="list-style-type: none"> 子の泣き声が苦手、触れない等、母子で過ごすことが難しい状況で児童相談所とも連携。 行政や医療機関とのコミュニケーションに応じず、訪問看護ステーションのスタッフのみが会話できる状態のため、訪問看護にて見守りを実施。 子のバイタルサイン測定や発達フォロー、母の育児相談や自立支援も実施。

その他

- 訪問看護指示書の範囲内での看護ケアを意識しており、目的沿った事業やサービスを紹介するようにしている。
- 行政や医療機関との情報共有、連携を行っている。
- おおむね半年～1年程度の期間か、子の保育園入園等のタイミングで訪問看護を卒業するケースが多い。

1. 訪問診療・往診等について

2. 訪問看護について

2-1 訪問看護の現状

2-2 精神科訪問看護について

2-3 難治性皮膚疾患を持つ利用者への訪問看護について

2-4 妊産婦及び乳幼児への訪問看護について

2-5 訪問看護ステーションにおけるICTを用いた情報連携について

2-6 訪問看護指示書の交付に係る取り扱いについて

2-7 訪問看護に係る安全管理体制について

2-8 訪問看護の記録等について

2-9 過疎地域等の訪問看護について

在宅医療におけるICTを用いた連携の推進

- 在宅で療養を行っている患者等に対し、ICTを用いた連携体制の構築を通じて、質の高い在宅医療の提供を推進する観点から、医療・ケアに関わる関係職種がICTを利用して診療情報を共有・活用して実施した計画的な医学管理を行った場合の評価、患者の急変時等に、ICTを用いて関係職種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、療養上必要な指導を行った場合の評価等を実施。



施設調査(医療機関票)の結果④-1

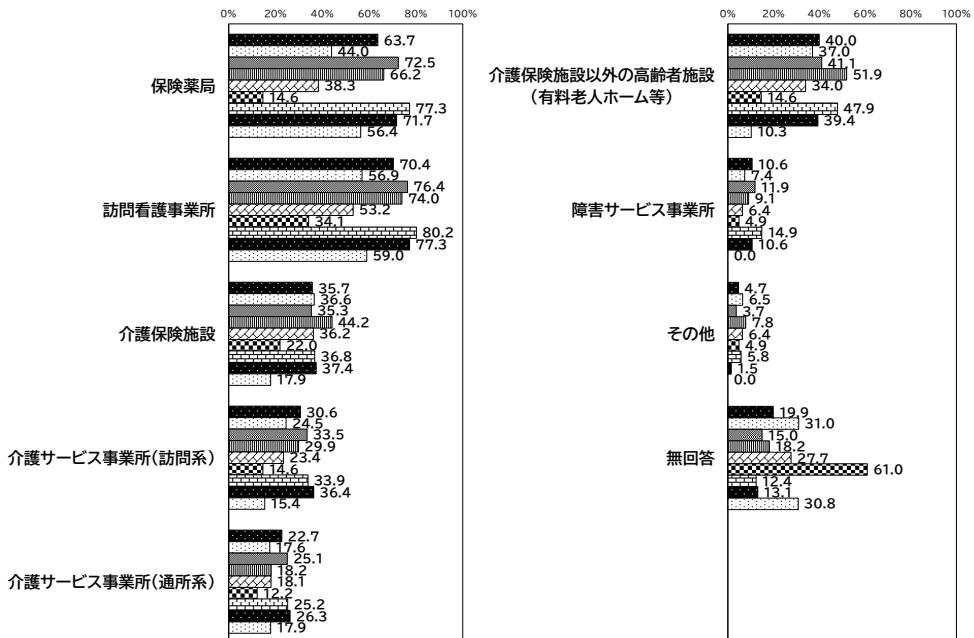
中医協 総-4-3-1

7 . 4 . 2 3

保険医療機関以外の関係機関との連携(報告書P86・P88)

- 患者情報を共有している連携施設の種別については、「訪問看護事業所」が70.4%と最も多く、次いで「保険薬局」が63.7%であった。
- 常時情報を閲覧可能なシステムによるICTを用いた平時からの連携体制の構築有無については、「構築していない」が34.2%と最も多く、次いで「構築している」が33.9%であった。

図表 2-70 在宅医療を提供するにあたって、患者情報を共有している連携施設の種別(複数回答) (種別×届出区分)



■全体 n=705

□病院 n=216

△診療所(有床+無床) n=487

□病院-機能強化型在宅療養支援病院・診療所(単独型+連携型) n=77

□病院-上記以外の在宅療養支援病院・診療所 n=94

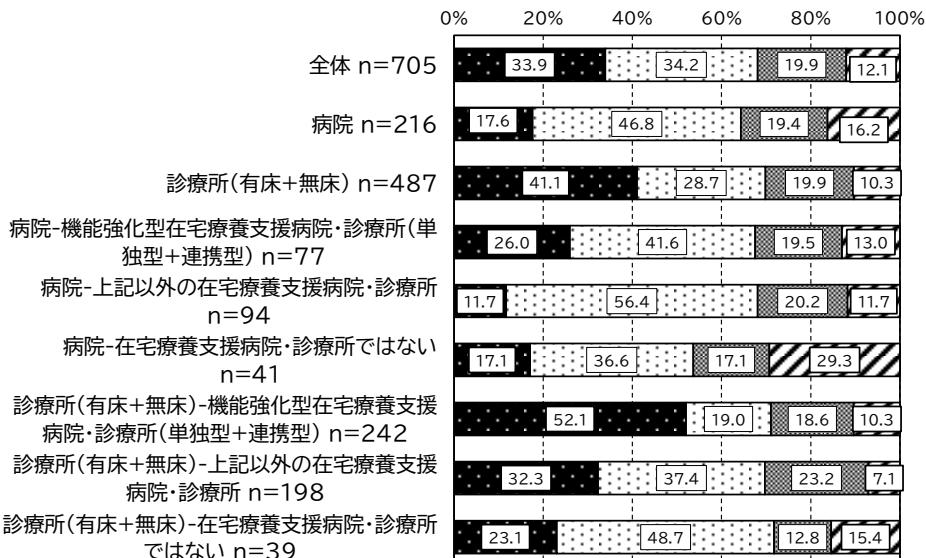
□病院-在宅療養支援病院・診療所ではない n=41

△診療所(有床+無床)-機能強化型在宅療養支援病院・診療所(単独型+連携型) n=242

△診療所(有床+無床)-上記以外の在宅療養支援病院・診療所 n=198

□診療所(有床+無床)-在宅療養支援病院・診療所ではない n=39

図表 2-72 地域包括ケアシステムを構築する関係機関との、常時情報を閲覧可能なシステムによるICTを用いた平時からの連携体制の構築有無(複数回答) (種別×届出区分)

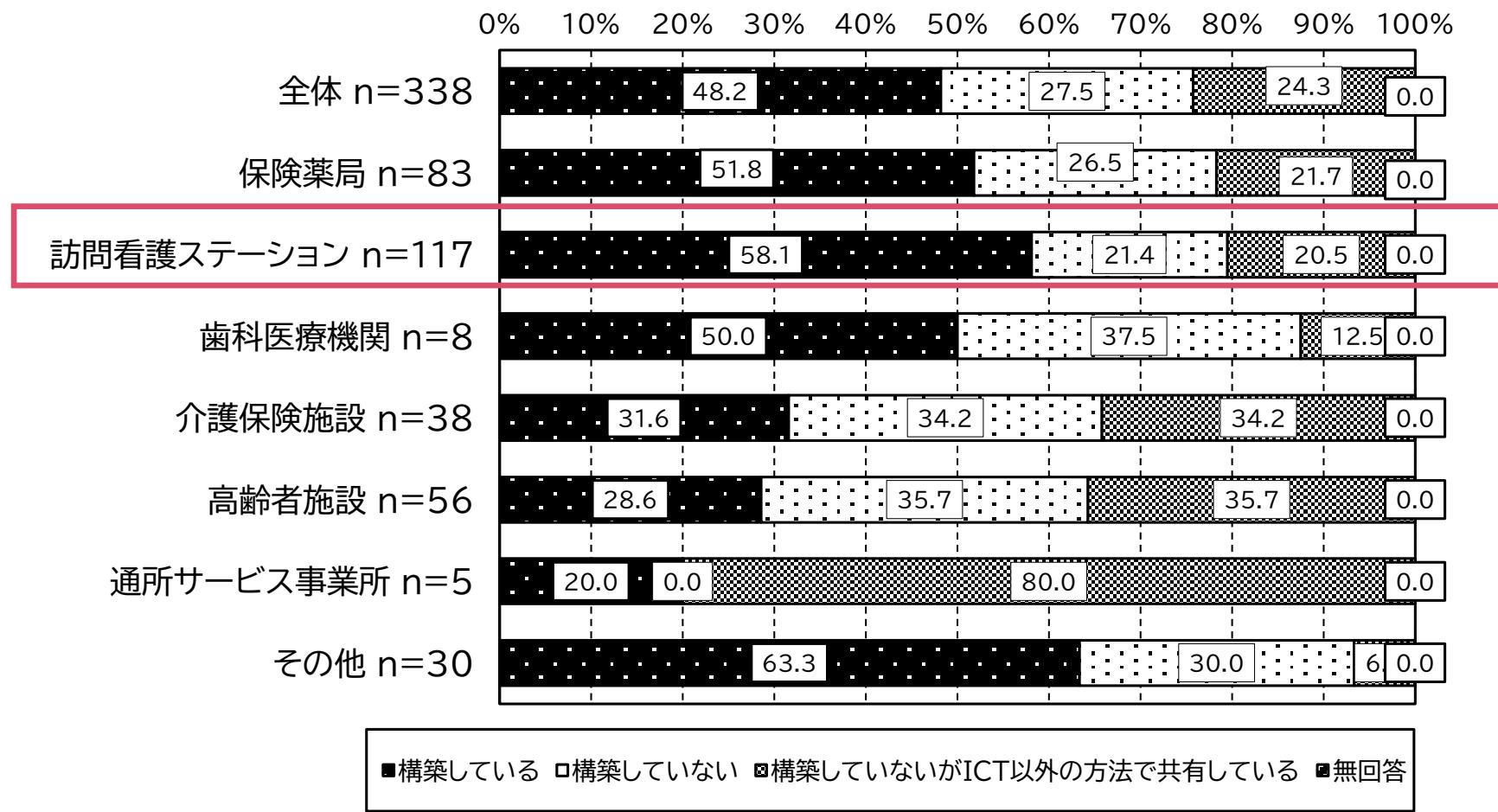


■構築している □構築していない ▢構築していないがICT以外の方法で共有している □無回答

常時情報を閲覧可能なシステムによるICTを用いた関係機関との平時からの連携体制の構築状況

- 常時情報を閲覧可能なシステムによるICTを用いた関係機関との平時からの連携体制の構築状況について施設別にみると、訪問看護ステーションは「構築している」が58.1%であった。

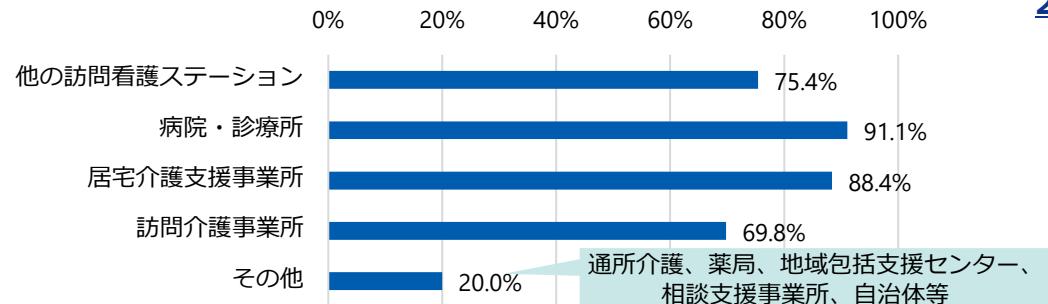
■ 常時情報を閲覧可能なシステムによるICTを用いた関係機関との平時からの連携体制の構築状況（施設種別）



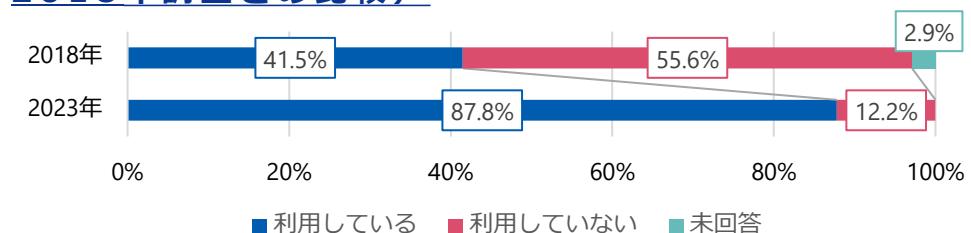
訪問看護ステーションにおけるICTの連携状況

- ICTを他事業所との連携に利用している訪問看護ステーションの割合は、2018年と比べると2023年では大幅に増加傾向であった。
- 地域連携にICTを利用している場合の効果について、「時間の短縮」の割合が75.6%と最も多く、次いで「連絡もれの防止」が64.4%、「患者のQOL向上」が40.3%であった。

■ 地域で連携している事業所について（複数回答）(n=2,302)

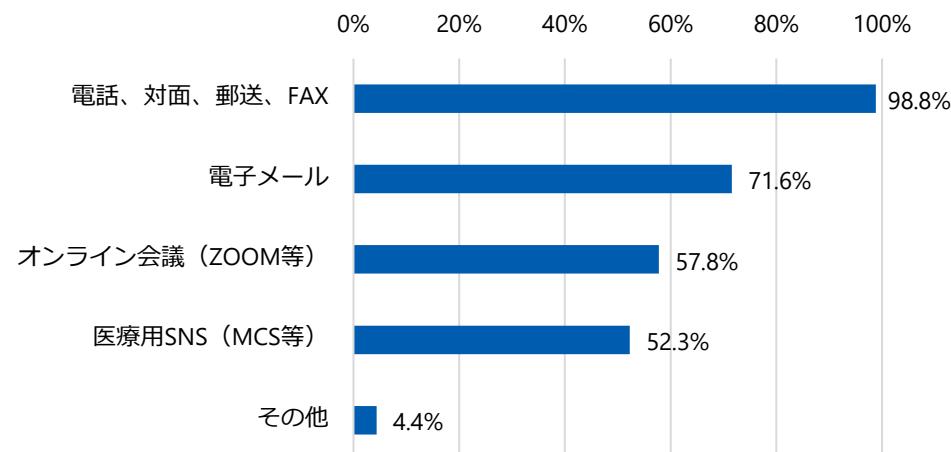


■ ICTを他事業所との連携に利用している事業所の2018年調査との比較)

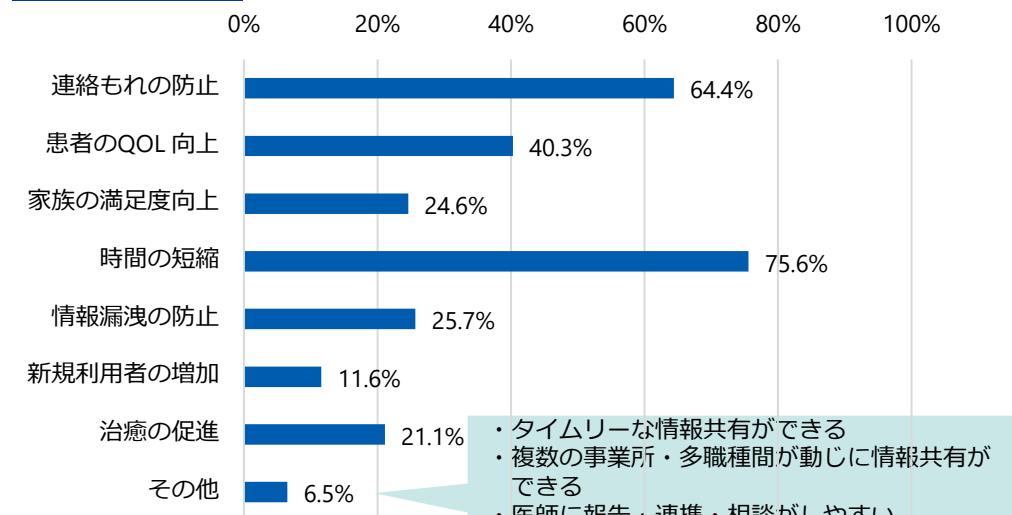


（2018年：全国訪問看護事業協会、訪問看護ステーションにおけるICTの普及状況に関するアンケート）

■ 他事業所との連携方法について（複数回答）(n=2,303)



■ 地域連携にICTを利用している場合の効果について（複数回答）(n=2,333)



医療・ケアに関わる関係職種とのICTを活用した情報の共有に関する評価について

- 令和6年度診療報酬改定において、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として在宅医療情報連携加算が新設された。
- 訪問看護ステーションにおいて、他医療機関等とのICTの連携体制が構築され連携している状況があるものの、他機関等とICTを用いて情報を連携し訪問看護に活用したことに対する評価の加算等はない。

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・ケアに関す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

1. 訪問診療・往診等について

2. 訪問看護について

2-1 訪問看護の現状

2-2 精神科訪問看護について

2-3 難治性皮膚疾患を持つ利用者への訪問看護について

2-4 妊産婦及び乳幼児への訪問看護について

2-5 訪問看護ステーションにおけるICTを用いた情報連携について

2-6 訪問看護指示書の交付に係る取り扱いについて

2-7 訪問看護に係る安全管理体制について

2-8 訪問看護の記録等について

2-9 過疎地域等の訪問看護について

訪問看護指示書の交付に係る取り扱い

- 訪問看護指示料は、作成した訪問看護指示書を訪問看護ステーション等に対して交付した場合に算定できる。
- 疑義解釈において、訪問看護指示書は「医師の所属する医療機関が準備し、その交付についても医療機関の責任において行うもの」と示している。

算定留意事項通知（抄）

C 0 0 7 訪問看護指示料

(1) 訪問看護指示料は、在宅での療養を行っている患者であって、疾病、負傷のために通院による療養が困難な者に対する適切な在宅医療を確保するため、指定訪問看護に関する指示を行うことを評価するものであり、在宅での療養を行っている患者の診療を担う保険医（患者が選定する保険医療機関の保険医に限る。以下この項において「主治医」という。）が、診療に基づき指定訪問看護の必要性を認め、当該患者の同意を得て、別紙様式16を参考に作成した訪問看護指示書に有効期間（6ヶ月以内に限る。）を記載して、当該患者が選定する訪問看護ステーション等に対して交付した場合に算定する。なお、1か月の指示を行う場合には、訪問看護指示書に有効期間を記載することを要しない。

I 0 1 2 – 2 精神科訪問看護指示料

(1) 精神科訪問看護指示料は、入院中以外の精神疾患有する患者であって、適切な在宅医療を確保するため、指定訪問看護に関する指示を行うことを評価するものであり、患者の診療を担う保険医（精神科の医師に限る。）が診療に基づき指定訪問看護の必要性を認め、当該患者又はその家族等の同意を得て、別紙様式17を参考に作成した精神科訪問看護指示書に有効期間（6ヶ月以内に限る。）を記載して、当該患者又はその家族等が選定する訪問看護ステーションに対して交付した場合に算定する。なお、1か月の指示を行う場合には、精神科訪問看護指示書に有効期間を記載することを要しない。

別紙様式16 訪問看護指示書

（別紙様式16）

訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

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

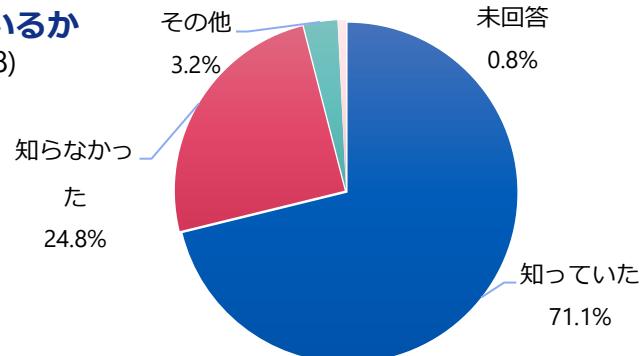
患者氏名	生年月日 年 月 日 (西暦)		
患者住所	電話 () -		
主たる看護師名	(1)	(2)	(3)
看護師登録番号			
現状・使用薬			
現状中の薬剤の種類・用法	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/>		
現状の状況	J 1	J 2	A 1 A 2 B 1 B 2 C 1 C 2
要介護の状況	1 <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
要支援の状況	要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)		
当該項目に○を付す	HE101-0200D 分類 D 3 D 4 D 5 NPUAP 分類 度度 須度		
著・使用	1. 理学療法装置 2. 運動器装置 3. 電気療法 (1 2 3 4 5)		
便・排泄	4. 便器 5. 排泄装置 6. 転床ポンプ		
寝・就寝	7. 経鼻 8. 経皮 9. 経口 10. 経耳 11. 経皮カーネル (開放) 12. 人工呼吸 (1 2 3 4 5)		
その他	13. その他 ()		
留意事項及び指示事項			
1. 常在生活指導の留意事項			
II 1. 理学療法士・言語聴覚士・音楽聴覚士が行う訪問看護 (1 2 3 4 5) 分を () 回			
2. 神経の検査等			
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・連絡先			
緊急時・連絡先 (1 2 3 4 5)			
緊急時・連絡先 (1 2 3 4 5)			
緊急時・連絡先 (1 2 3 4 5)			
緊急時・連絡先 (1 2 3 4 5)			
他の訪問看護ステーションへの指示			
1. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
2. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
3. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
4. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
5. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
6. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
7. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
8. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
9. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
10. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
11. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
12. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
13. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
14. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
15. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
16. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
17. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
18. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
19. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
20. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
21. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
22. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
23. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
24. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
25. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
26. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
27. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
28. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
29. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
30. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
31. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
32. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
33. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
34. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
35. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
36. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
37. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
38. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
39. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
40. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
41. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
42. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
43. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
44. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
45. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
46. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
47. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
48. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
49. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
50. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
51. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
52. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
53. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
54. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
55. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
56. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
57. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
58. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
59. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
60. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
61. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
62. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
63. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
64. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
65. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
66. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
67. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
68. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
69. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
70. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
71. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
72. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
73. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
74. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
75. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
76. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
77. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
78. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
79. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
80. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
81. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
82. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
83. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
84. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
85. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
86. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
87. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
88. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
89. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
90. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
91. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
92. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
93. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
94. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
95. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
96. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
97. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
98. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
99. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
100. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
101. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
102. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
103. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
104. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
105. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
106. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
107. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
108. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
109. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
110. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
111. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
112. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
113. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
114. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
115. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
116. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
117. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
118. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
119. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
120. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
121. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
122. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
123. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
124. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
125. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
126. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
127. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
128. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
129. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
130. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
131. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
132. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
133. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
134. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
135. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
136. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
137. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
138. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
139. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
140. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
141. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
142. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
143. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
144. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
145. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
146. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
147. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
148. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
149. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
150. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
151. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
152. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
153. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
154. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
155. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
156. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
157. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
158. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
159. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
160. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
161. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
162. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
163. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
164. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
165. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
166. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
167. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
168. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
169. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
170. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
171. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
172. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
173. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
174. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
175. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
176. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
177. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
178. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
179. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
180. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
181. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
182. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
183. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
184. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
185. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
186. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
187. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
188. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
189. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
190. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
191. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
192. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
193. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
194. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
195. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
196. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
197. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
198. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
199. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
200. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
201. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
202. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
203. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
204. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
205. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
206. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
207. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
208. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
209. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
210. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
211. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
212. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
213. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
214. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
215. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
216. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
217. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
218. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
219. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
220. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
221. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
222. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
223. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
224. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
225. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
226. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
227. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
228. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
229. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
230. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
231. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
232. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
233. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
234. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
235. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
236. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
237. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
238. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
239. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
240. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
241. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
242. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
243. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
244. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
245. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
246. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
247. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
248. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
249. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
250. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
251. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
252. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
253. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
254. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
255. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
256. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
257. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
258. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
259. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
260. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
261. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
262. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
263. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
264. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
265. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
266. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
267. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
268. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
269. 指定看護師名 (1 2 3 4 5)			
270. 指定看護師名 (

訪問看護指示書の交付に係る認識や方法の実態について

- 医療機関における訪問看護指示書の郵送にかかる費用負担先の認識は統一されていない。

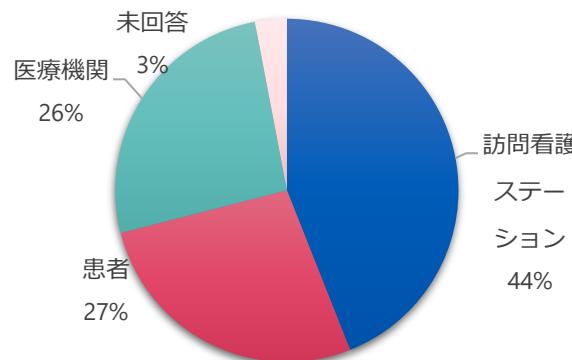
訪問看護ステーション

■指示書の準備や交付について、医療機関の責任において行うこと を知っているか (n=3,948)

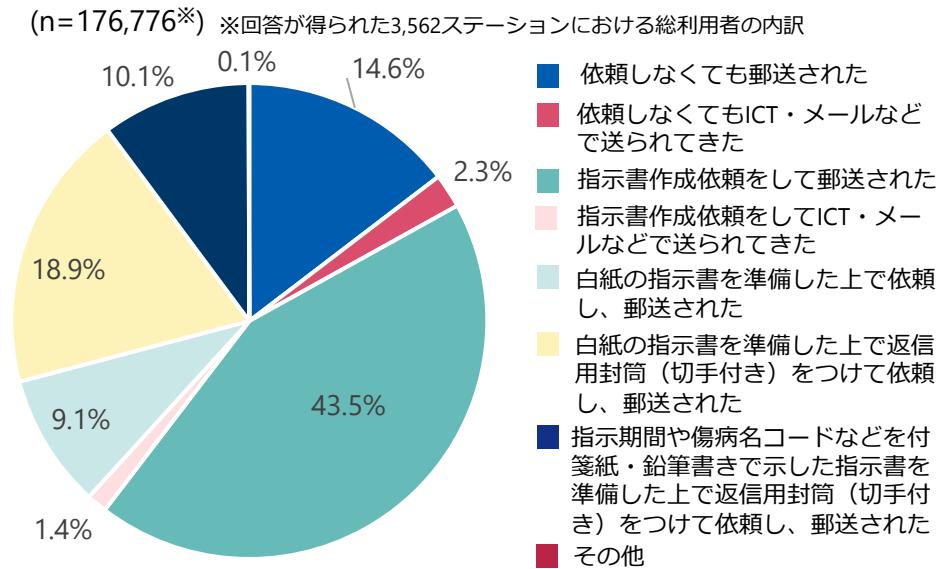


医療機関

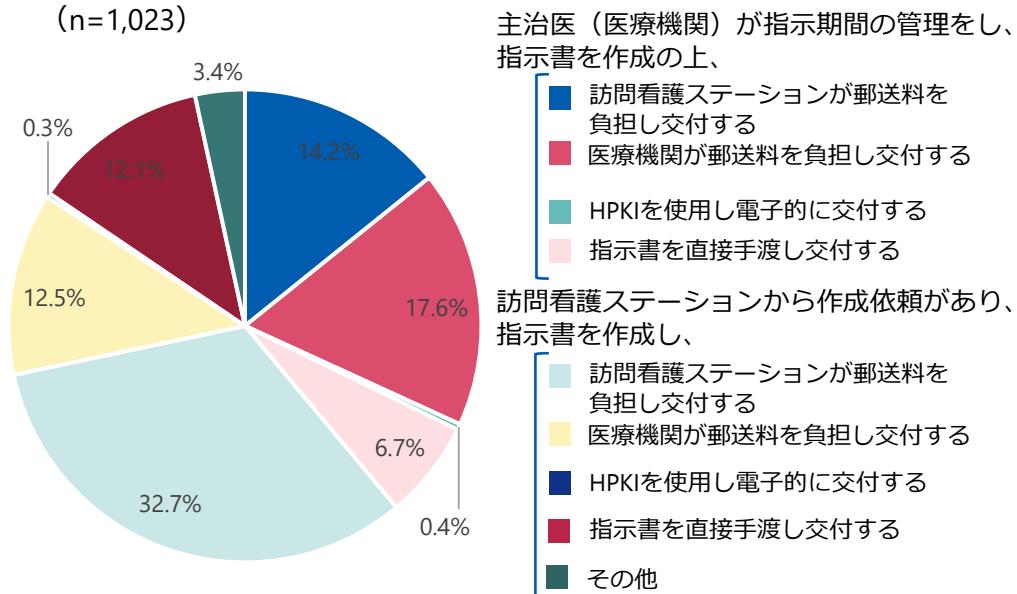
■医療機関からの指示書の郵送にかかる費用負担先の認識 (n=1,023)



■訪問看護指示書の受理方法別の利用者割合 (n=176,776*) ※回答が得られた3,562ステーションにおける総利用者の内訳



■訪問看護指示書の継続交付に関するルールまたは最多い方法 (n=1,023)



1. 訪問診療・往診等について

2. 訪問看護について

2-1 訪問看護の現状

2-2 精神科訪問看護について

2-3 難治性皮膚疾患を持つ利用者への訪問看護について

2-4 妊産婦及び乳幼児への訪問看護について

2-5 訪問看護ステーションにおけるICTを用いた情報連携について

2-6 訪問看護指示書の交付に係る取り扱いについて

2-7 訪問看護に係る安全管理体制について

2-8 訪問看護の記録等について

2-9 過疎地域等の訪問看護について

訪問看護における医療安全に係る規定

- 指定訪問看護の提供により事故が発生した場合の対応については、訪問看護事業者の運営に関する基準において保険者や家族等に連絡を行う等の必要な措置を講じなければならないと規定している。
- 「安全な提供体制の整備」を訪問看護管理療養費の算定要件に規定している。

指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準（抄）

（事故発生時の対応）

第28条 指定訪問看護事業者は、利用者に対する指定訪問看護の提供により事故が発生した場合は、全国健康保険協会、後期高齢者医療広域連合又は健康保険組合、当該利用者の家族等に連絡を行うとともに、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、利用者に対する指定訪問看護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行わなければならない。

指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準について（抄）

（23）事故発生時の対応（基準省令第28条関係）

基準省令第28条は、利用者が安心して指定訪問看護の提供を受けることができるよう、指定訪問看護事業者は、利用者に対する指定訪問看護の提供により事故が発生した場合は、全国健康保険協会、後期高齢者医療広域連合又は健康保険組合、当該利用者の家族等に対して連絡を行う等の必要な措置を講じるべきこととともに、当該利用者に対する指定訪問看護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行わなければならないこととしたものである。

このほか、次の点に留意すること。

① 利用者に対する指定訪問看護の提供により事故が発生した場合の対応方法については、あらかじめ指定訪問看護事業者が定めておくことが望ましいこと。

② 指定訪問看護事業者は、賠償すべき事態において速やかに賠償を行うため、損害賠償保険に加入しておくか、又は賠償資力を有することが望ましいこと。

③ 指定訪問看護事業者は、事故が生じた際にはその原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じること。

訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法（抄）

第5 訪問看護管理療養費について（一部抜粋）

1(1) 訪問看護管理療養費は、訪問看護ステーションにおいて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おり、訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションが、利用者に係る訪問看護計画書及び訪問看護報告書又は精神科訪問看護計画書及び精神科訪問看護報告書を主治医に書面又は電子的な方法により提出するとともに、主治医との連携確保や訪問看護計画の見直し等を含め、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する休日・祝日等も含めた計画的な管理を継続して行った場合に算定する。

(2)(1)の安全な提供体制の整備とは、以下の要件を満たすものである。

ア 安全管理に関する基本的な考え方、事故発生時の対応方法等が文書化されていること。

イ 訪問先等で発生した事故、インシデント等が報告され、その分析を通じた改善策が実施される体制が整備されていること。

（以下略）

訪問看護ステーションにおける事故発生時の管理体制

- 回答のあった訪問看護ステーションの約9割が事故・インシデントの件数を把握しており、約8割が事故防止・安全管理体制に関する教育・研修の機会が設けられている。
- 医療保険の訪問看護利用者の事故について、外部機関への報告したことのある訪問看護ステーションは34事業所で、4.0%であった。

Total (N=855)			
事故件数の把握	n (% or min-max)	インシデント件数の把握	n (% or min-max)
把握している	362(42.3)	把握している	545(63.7)
把握している（発生なし）	471(55.1)	把握している（発生なし）	239(28.0)
把握していないorわからない	22(2.6)	把握していないorわからない	71(8.3)
事故件数（過去1年） (n=833)	3.23 ± 8.5 [0-92]	インシデント件数（過去1年） (n=784)	9.2 ± 21.3 [0-240]
事故内容（多かった事故3件を選択） (n=362)		インシデント内容（多かったインシデント3件を選択）(n=545)	
転倒転落	111(30.7)	転倒転落	125(22.9)
転倒転落以外の負傷	40(11.0)	転倒転落以外の負傷	28(5.1)
誤嚥誤飲異食	2(0.6)	誤嚥誤飲異食	11(2.0)
薬剤関連	193(53.3)	薬剤関連	253(46.4)
処置関連	19(5.2)	処置関連	45(8.3)
カテーテル・ライン関連	50(13.8)	カテーテル・ライン関連	61(11.2)
医療機器関連	10(2.8)	医療機器関連	21(3.9)
熱傷	1(0.3)	熱傷	2(0.4)
溺水	0(0.0)	溺水	1(0.2)
自傷自殺	2(0.6)	自傷自殺	2(0.4)
家財汚損	26(7.2)	家財汚損	15(2.8)
情報漏洩紛失	23(6.4)	情報漏洩紛失	73(13.4)
スケジュールミス等	165(45.6)	スケジュールミス等	260(47.7)
看護師の交通事故	152(42.0)	看護師の交通事故	96(17.6)
看護師の針刺し	6(1.7)	看護師の針刺し	8(1.5)
利用者・利用者関係者からの暴力	16(4.4)	利用者・利用者関係者からの暴力	10(1.8)
その他	55(15.2)	その他	92(16.9)

※事故内容はあくまでも過去1年間で多かった事故を3件までチェックしてもらったものであり、事故発生件数とは一致しないことに留意する必要がある

※インシデント内容についても上記と同様の留意が必要である

出典：厚生労働科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）

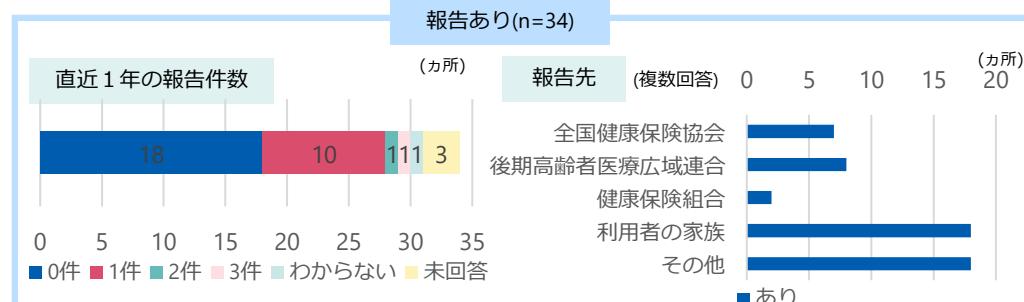
「訪問看護サービスの安全管理に係る多角的・科学的エビデンス構築」（研究代表者 山本則子）

	n(%)
事業所の医療安全管理体制	
問.事故防止・安全管理に関する教育・研修の機会	

スタッフ全員を対象に、勉強会や研修会への受講機会がある	657 (76.8)
常勤のスタッフのみを対象に、定期的に勉強会や研修会への受講機会がある	61 (7.1)
その他	31 (3.6)
ない	106 (12.4)

	n(%)
問. 医療保険事故の外部機関への報告フロー	
問. 医療保険事故の外部機関への報告	
把握している（詳細も理解している）	179(20.9)
なんとなく知っているが、詳細は把握していない	320(37.4)
あまり知らない	243(28.4)
全く知らない	113(13.2)
ある	34(4.0)
ない	821(96.0)

※上記医療保険事故の外部機関への報告フローの回答から、報告方法の周知が課題として挙げられる。医療保険事故について外部機関への報告が少ないことは、下記報告経験がない理由にもあるように、報告すべき事例が発生していないことが大きく影響している可能性に留意する必要がある。



(参考) 医療法における医療安全管理体制確保について

- 医療法においては、医療の安全を確保するための指針の策定、研修の実施、医療安全管理委員会の設置等が義務づけられている。

医療法第6条の12(病院等の管理者の責務)

病院、診療所又は助産所の管理者は、(中略)、以下を講じなければならない。

- ① 医療の安全を確保するための指針の策定
- ② 従業者に対する研修の実施
- ③ その他の当該病院、診療所又は助産所における医療の安全を確保するための措置

医療法施行規則第1条の11(医療安全管理体制の確保)

1 病院等の管理者は、次に掲げる安全管理のための体制を確保しなければならない。(ただし、第二号については、病院、患者を入院させるための施設を有する診療所及び入院施設を有する助産所に限る。)

- 一 医療に係る安全管理のための指針を整備すること。
- 二 医療に係る安全管理のための委員会(以下「医療安全管理委員会」という。)を設置し、次に掲げる業務その他の医療に係る安全管理のための業務を行わせること。
 - イ 当該病院等において重大な問題その他医療安全管理委員会において取り扱うことが適当な問題が発生した場合における速やかな原因の究明のための調査及び分析
 - ロ イの分析の結果を活用した医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策の立案及び実施並びに従業者への周知
 - ハ ロの改善のための方策の実施の状況の調査及び必要に応じた当該方策の見直し
- 三 医療に係る安全管理のため、従業者の医療の安全に関する意識、他の従業者と相互に連携して業務を行うことについての認識、業務を安全に行うための技能の向上等を目的として、医療に係る安全管理のための基本的な事項及び具体的な方策についての職員研修を実施すること。
- 四 医療機関内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策を講ずること。

2 病院等の管理者は、前項各号に掲げる体制の確保に当たつては、次に掲げる措置を講じなければならない。

- 一 院内感染対策の体制確保に係る措置
- 二 医薬品安全管理体制確保に係る措置
- 三 医療機器安全管理体制確保に係る措置
- 三の二 診療用放射線安全管理体制確保に係る措置
- 四 高難度新規医療技術又は未承認新規医薬品等を用いた医療の提供に当たつての必要な措置

訪問看護における医療安全に関する研修教材作成事業

背景・目的

- 訪問看護における医療事故・ヒヤリハット事例が一定程度発生していることが報告された※。現行、医療機関においては、医療法で従業者に対する医療の安全を確保するための研修が義務づけられているが、訪問看護ステーションにおいては同様の規定がない。

※ R6～7年度 厚生労働科学研究費「訪問看護サービスの安全管理に係る多角的・科学的エビデンス構築」（研究代表者山本則子）、R1～3年度 厚生労働科学研究費「実証研究に基づく訪問看護・介護に関する事故および感染症予防のガイドライン策定のための研究」（研究代表者柏木聖代）
- 今後、在宅医療のニーズの増加が見込まれるなか、在宅医療を担う訪問看護において安心・安全な訪問看護を提供し、医療の質の向上を図ることを目的に訪問看護ステーションで活用できる医療安全研修の教材を作成する。

事業の概要

訪問看護ステーションにおける安全管理に関する既存調査や研究結果、各団体で現に提供されている研修や教材等を整理し、それらを参考とし、今後現場で活用することができる研修資材を作成する。

訪問看護ステーションにおける医療安全に関する研修教材作成検討委員会構成

メンバー：医療安全の有識者、法曹、訪問看護関係団体、訪問看護ステーションの管理者等

① 既存の調査や研究結果、各団体等で提供されている研修や研修資材の整理

② ①を踏まえた教材の内容等を検討

③ 研修教材作成
・総論編・事例編

訪問看護ステーション

配布
周知・広報



目指す姿

訪問看護ステーションにおける医療安全に係る研修の実施

スケジュール

R7.5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	R8.1月	2月	3月
準備 委員会設置等	① 既存調査や 研究結果、現状 の研修等の整理	② 研修教材の内容 検討			③ 研修教材作成			完成 周知広報		

1. 訪問診療・往診等について

2. 訪問看護について

2-1 訪問看護の現状

2-2 精神科訪問看護について

2-3 難治性皮膚疾患を持つ利用者への訪問看護について

2-4 妊産婦及び乳幼児への訪問看護について

2-5 訪問看護ステーションにおけるICTを用いた情報連携について

2-6 訪問看護指示書の交付に係る取り扱いについて

2-7 訪問看護に係る安全管理体制について

2-8 訪問看護の記録等について

2-9 過疎地域等の訪問看護について

- 指定訪問看護の提供については「指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準について」等で示しているところ。
- 利用者の状態にかかわらず一律に回数を定めて訪問看護を行っている事例がある等の報道があつたことを踏まえ、「利用者の個別の状況を踏まえずに一律に訪問看護の日数等を定めるといったこと」や「利用者の居宅への訪問に直接携わっていない指定訪問看護事業者の開設者等が訪問看護の日数等を定めるといったことは認められない」といった具体的な解釈について、令和6年10月に事務連絡を発出し周知を行つた。

指定訪問看護の提供については、健康保険法（大正11年法律第70号）第92条第1項に基づく「指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準」（平成12年厚生省令第80号。以下「基準省令」という。）及び「指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準について」（令和2年3月5日保発0305第4号。以下「基準通知」という。）において、その取扱方針をお示ししてきたところであるが、今般、利用者の状態にかかわらず一律に回数を定めて訪問看護を行っている事例がある等の報道があつたことを踏まえ、指定訪問看護の提供に関する取扱方針の具体的な解釈をお示しするので、貴管下の訪問看護ステーションに周知徹底を図り、その取扱いに遺漏のないよう特段の御配慮を願いたい。

指定訪問看護事業者は、基準省令に従い、訪問看護を受ける者の心身の状況等に応じて自ら適切な指定訪問看護を提供するものとしており、指定訪問看護の取扱方針については基準通知の第三の4（9）において以下のように示しているところである。

- ①指定訪問看護は、利用者の心身の特性を踏まえて、利用者の療養上妥当適切に行い、日常の療養生活の充実に資するようにするとともに、漫然かつ画一的なものにならないよう、主治医との密接な連携のもとに看護目標及び訪問看護計画に沿って行うこととしたものであること。
- ②指定訪問看護の提供については、目標達成の度合いやその効果等について評価を行うとともに、訪問看護計画の修正を行い、改善を図る等に努めなければならないものであること。

したがって、訪問看護の日数、回数、実施時間及び訪問する人数（以下「訪問看護の日数等」という。）については、訪問看護ステーションの看護師等が訪問時に把握した利用者や家族等の状況に即して、主治医から交付された訪問看護指示書に基づき検討されるものであることから、訪問看護ステーションの看護師等が利用者の個別の状況を踏まえずに一律に訪問看護の日数等を定めるといったことや、利用者の居宅への訪問に直接携わっていない指定訪問看護事業者の開設者等が訪問看護の日数等を定めるといったことは認められないことに留意すること。

精神科訪問看護を提供する訪問看護ステーションにおける支援調整に関する取り組み

- 精神科訪問看護を提供する事業所で支援調整時のアセスメントや頻度変更を判断するプロセスにおいて取り組んでいることとして、情報共有や検討のためのミーティング等のほか、「頻度変更に関するアセスメント様式や、基準を作成し、判断のプロセスを可視化して慎重に判断する」ことが挙げられた。
- 訪問頻度については、訪問看護のアセスメントを明文化する等、判断のプロセスを可視化して慎重に判断している実態があった。

■ 支援調整に関する事業所の取り組み

支援調整時のアセスメントや頻度変更を判断するプロセスにおいて各事業所で取り組んでいることとして、以下の4点が挙げられた。

①スタッフ間で状況を共有し、事業所全体で支援調整について検討する場をもつ	<ul style="list-style-type: none">・情報共有アプリを用いて、所長と担当看護師（複数）で情報共有している。状態の変化があれば、朝のミーティングで事業所内でも共有している。・支援調整について、事業所内事例検討会での討議や、ケア会議の開催も準備している。・毎月、所内の指標に照らし合わせて、ケース検討の頻度が増える仕組みがある。ケア度を高める／ケアを切り替えることや、特別指示の必要性を所内全体で検討している。・定例のミーティング（サテライトオフィスともZOOMで接続）で、複数スタッフ（看護師・作業療法士）で検討している。
②利用者の状態の変化を毎日のミーティングで共有し、事業所全体で支援の方向性を検討する	<ul style="list-style-type: none">・スタッフが気になること（病状変化、生活の変化、オンラインの増加など）は、業務日誌や記録ソフトに記入し、翌日のミーティングで特記事項を必ず共有する。管理者も含めて、事業所内で支援の方向性を検討する。・毎日、オンラインで短時間のスタッフミーティングを行っている。（事例検討、計画書や報告書の検討、学習の機会、支援の調整に関する相談など、テーマを設定）・家族の不安が強い場合、身体状態の観察・ケアが必要な場合、単身・グループホームへの転居時、本人とともに家族も支援が必要な場合も、頻回な訪問を検討する。
③支援調整について、本人とともに考え共有する	<ul style="list-style-type: none">・症状安定のため本人より、一時的に増やしていた訪問回数を減らしたいと希望があった場合、事業所に持ち帰って訪問回数の変更を検討する。・訪問回数を変更する際は、まず本人と一緒に考えてから、所内カンファレンスでのアセスメントにて決定し、本人に正式に伝える。
④頻度変更に関するアセスメント様式や、基準を作成し、判断のプロセスを可視化して慎重に判断する	<ul style="list-style-type: none">・頻度変更に関するアセスメント（看護師がどのように考えたか）が記録上では希薄だと感じ、新たな様式を作成した。オリジナルで、「訪問回数アセスメント表（精神面、身体面、生活面についてチェックボックスと自由記載ができ、GAF得点と、頻度変更の理由、プランを記載する）」の枠を作成した。・訪問回数を変更する際の基準を示した表を作成しており、慎重に判断する。回数を減らすときは、希死念慮の有無や精神状態などについて、基準に従って慎重に判断している。



訪問頻度の変更に際しては、多くの事業所でミーティングやカンファレンスを行い、複数のスタッフで検討する仕組みを設けていた。

独自の基準やアセスメント様式を作成している事業所もあり、訪問看護のアセスメントを明文化する取り組みがなされていた。

- 「指定訪問看護事業者等の指導及び監査について」（指導要綱）を改正（令和7年4月3日）。
- 主な改正内容については以下のとおり。
 - **厚生労働省並びに地方厚生（支）局及び都道府県による指導の仕組みを新設**
 - 訪問看護療養費請求書の **1件当たりの平均額が高い訪問看護ステーション**に対して選定基準設けるよう個別指導の選定基準の見直し

「指定訪問看護事業者等の指導及び監査について」の一部改正について（令和7年4月3日保発0403第1号）（抜粋）

第3 指導の形態

2 個別指導

個別指導は、地方厚生（支）局及び都道府県又は厚生労働省並びに地方厚生（支）局及び都道府県が共同で、指導対象となる訪問看護ステーションの指定訪問看護事業者及び看護師等を一定の場所に集めて又は当該訪問看護ステーションにおいて個別に面接懇談方式により行う。

（1）地方厚生（支）局及び都道府県が共同で行うもの。（以下「都道府県個別指導」という。）

（2）**厚生労働省並びに地方厚生（支）局及び都道府県が共同で行うものであって、特定の範囲の訪問看護ステーション又は緊急性を要する場合等共同で行う必要性が生じた訪問看護ステーションについて行うもの。**（以下「共同指導」という。）

第4 指導対象となる訪問看護ステーションの選定

3 個別指導の選定基準

⑤ **訪問看護療養費請求書の1件当たりの平均額が高い訪問看護ステーション**（ただし、取扱件数の少ない訪問看護ステーションは除く。）について **1件当たりの平均額が高い順に選定する。**

訪問看護の時間の記録に関する規定

- 訪問看護の時間の記録について、訪問看護基本療養費（精神科訪問看護基本療養費）を算定する場合には訪問時間を記録することとされているが、記載要領上では明確に示されていない。

算定留意事項（抄）

第4 訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費の共通事項について

4 每回の訪問時においては、訪問看護記録書に、訪問年月日、利用者の体温、脈拍等の心身の状態、利用者の病状、家庭等での看護の状況、実施した指定訪問看護の内容、指定訪問看護に要した時間等の概要（精神科訪問看護基本療養費（I）又は（III）を算定する場合は、月の初日の指定訪問看護時におけるG A F尺度も加えて記入すること。）及び訪問に要した時間（特別地域訪問看護加算を算定する場合に限る。）を記入すること。また、訪問看護ステーションにおける日々の訪問看護利用者氏名、訪問場所、訪問時間（開始時刻及び終了時刻）及び訪問人数等について記録し、保管しておくこと。

訪問看護計画書等の記載要領等について

（3）記録書に関する事項

② 記録書Ⅰには、初回訪問年月日、訪問職種、主たる傷病名、現病歴、既往歴、療養状況、介護状況、訪問看護の依頼目的、緊急時の主治医・家族等の連絡先、指定居宅介護支援事業所等の連絡先、その他関係機関との連絡事項等を記入すること。

また、記録書Ⅱには、訪問年月日、訪問職種、病状・バイタルサイン、実施した看護・リハビリテーションの内容等（精神科訪問看護に係る記録書Ⅱには、食生活・清潔・排泄・睡眠・生活リズム・部屋の整頓等、精神状態、服薬等の状況、作業・対人関係、実施した看護内容等）の必要な事項を記入すること。精神科訪問看護に係る記録書Ⅱにおいては、月の初日の指定訪問看護時には、G A F尺度により判定した値を記入すること。

参考様式2 訪問看護記録書Ⅱ

利用者氏名		看護師等氏名	
		訪問職種	保健師・助産師・看護師・准看護師 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士
訪問年月日	年 月 日 () 時 分～ 時 分		
利用者の状態（病状） バイタルサイン 体温 ℃ 脈拍 /分 呼吸 /分 血圧 /			

参考様式1 訪問看護記録書Ⅰ No.1

利用者氏名	生年月日	年 月 日 () 歳
住 所	電話番号	() -
看護師等 氏名	訪問職種	保健師・助産師・看護師・准看護師 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士
初回訪問年月日	年 月 日 () 時 分～ 時 分	
主たる傷病名		
現 病 歴		

指定訪問看護の時間に関する記録に関する課題点

- 訪問看護記録書の様式においては訪問時刻が示されているが、記録の記載要領上では「訪問年月日」を記入することとなっている。
- 算定留意事項通知上では訪問看護記録書に記載する「指定訪問看護に要した時間等」となっている。
- また、「訪問時間（開始時刻及び終了時刻）及び訪問人数等について記録し、保管しておくこと。」とされているが、記録先について明らかとなっていない。
- 計画された時刻ではなく、実際に訪問に開始した時刻、実際に訪問を終了した時刻を記載することは明記されていない。

訪問看護における情報等を電子的方法で取り扱う場合の規定

- 訪問看護の運営基準や訪問看護療養費の算定留意事項通知において、情報等を電子的方法で提供等する場合やビデオ通話で共有等する場合において「医療情報システムの安全管理ガイドライン」を遵守することを求めている。
- 一方、訪問看護の運営基準の「記録の整備」において、「医療情報システムの安全管理ガイドライン」の遵守を求めるような記載はない。

医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 第6.0版（抜粋）

本ガイドラインの対象 医療機関等の範囲

医療機関等とは、病院、一般診療所、歯科診療所、助産所、薬局、**訪問看護ステーション**、介護事業者、医療情報連携ネットワーク運営事業者等を想定する。

本ガイドラインの前提 医療情報システムの安全管理に関する法令

医療従事者等が作成する文書については、関係する法令により示されており（例えば医師法における診療録）、各法令が求める内容に従って作成する必要がある。その上で、電磁的記録による保存を行うことができる文書等に記録された情報を電子媒体に保存する場合には、当該情報の**見読性・真正性・保存性**が確保されている必要がある。

見読性の確保	必要に応じ電磁的記録に記録された事項を出力することにより、直ちに明瞭かつ整然とした形式で使用に係る電子計算機その他の機器に表示し、及び書面を作成できること。
真正性の確保	電磁的記録に記録された事項について、保存すべき期間中における当該事項の改変又は消去の事実の有無及びその内容を確認することができる措置を講じ、かつ、当該電磁的記録の作成に係る責任の所在を明らかにすること。
保存性の確保	電磁的記録に記録された事項について、保存すべき期間中において復元可能な状態で保存することができる措置を講じていること。

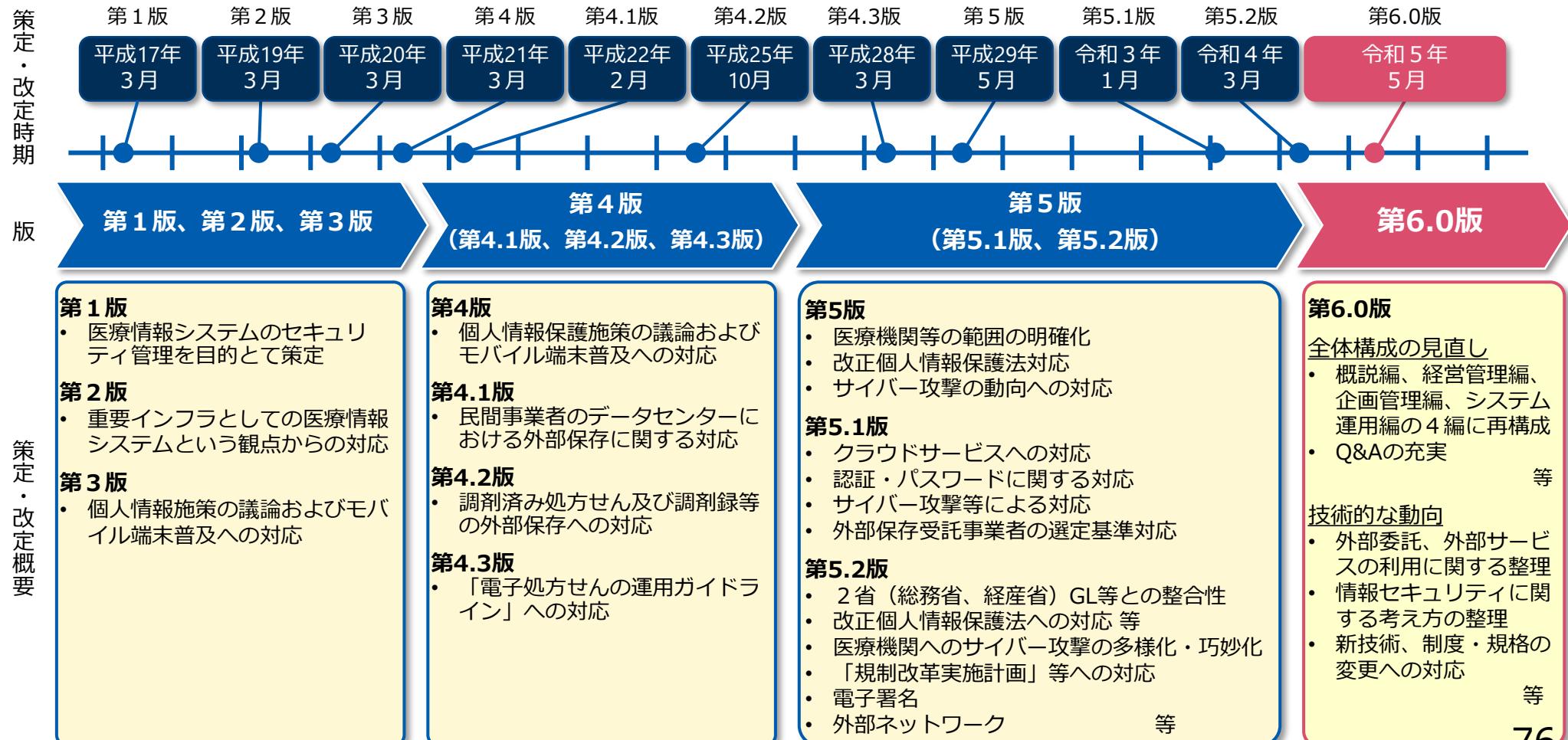
■「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を引用している箇所

記録類に関しては記載がない

通知	概要	該当箇所
運営に関する基準 (通知) 抜粋	(10) 主治医との関係（基準省令第16条関係） 訪問看護計画書及び訪問看護報告書	電子的方法によって、個々の利用者の訪問看護に関する計画等を主治医に提出する場合は、厚生労働省「 医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 」を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、本ガイドラインに定められた電子署名を施すこと。
	(15) 運営規程（基準省令第21条関係） 虐待の防止のための対策を検討する委員会	虐待防止検討委員会は、ビデオ通話が可能な機器を用いても行うことができるものとする。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」、厚生労働省「 医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 」等を遵守すること。
算定留意事項 (通知) 抜粋	第1 通則に関する事項 文書による提供等をすることとされている個々の利用者の訪問看護に関する情報等	文書による提供等をすることとされている個々の利用者の訪問看護に関する情報等を、電磁的方法によって、利用者、保険医療機関、保険薬局、他の指定訪問看護事業者等に提供等する場合は、厚生労働省「 医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 」を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、本ガイドラインに定められた電子署名を施すこと。
	退院時共同指導加算 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	利用者の個人情報をビデオ通話の画面上で共有する際は、利用者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共にネットワーク上の端末において共同指導を実施する場合には、厚生労働省「 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。

医療情報システムの安全管理に関するガイドライン策定の背景及び改定の経緯

- 医療情報システムの安全管理に関するガイドラインは、e-文書法、個人情報保護等への対応を行うための情報セキュリティ管理のガイドラインとして、平成17年3月に第1版を策定。
- 以降、各種制度の動向や情報システム技術の進展等に対応して改定。今般、**令和5年5月に第6.0版を策定。**



1. 訪問診療・往診等について

2. 訪問看護について

2-1 訪問看護の現状

2-2 精神科訪問看護について

2-3 難治性皮膚疾患を持つ利用者への訪問看護について

2-4 妊産婦及び乳幼児への訪問看護について

2-5 訪問看護ステーションにおけるICTを用いた情報連携について

2-6 訪問看護指示書の交付に係る取り扱いについて

2-7 訪問看護に係る安全管理体制について

2-8 訪問看護の記録等について

2-9 過疎地域等の訪問看護について

特別地域訪問看護加算について

- 過疎地域等における訪問看護の評価として特別地域訪問看護加算があり、訪問看護ステーションが特別地域にある場合か利用者宅が特別地域にある場合であって、最も合理的な経路及び方法による当該訪問看護ステーションの所在地から利用者の家庭までの移動にかかる時間が1時間以上である者に対して訪問看護を実施した場合に算定できることとなっている。
- 特別地域に該当する訪問看護ステーションは全体の1.5%で、算定件数は微増傾向だが、利用者全体の算定割合は横ばいである。

特別地域訪問看護加算

- 訪問看護ステーションの看護師等が、最も合理的な経路及び方法による当該訪問看護ステーションの所在地から利用者の家庭までの移動にかかる時間が1時間以上である者に対して指定訪問看護を行い、次のいずれかに該当する場合、特別地域訪問看護加算として、所定額の100分の50に相当する額を加算する。
 - イ 別に厚生労働大臣が定める地域に所在する訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行う場合
 - ロ 別に厚生労働大臣が定める地域外に所在する訪問看護ステーションの看護師等が、別に厚生労働大臣が定める地域に居住する利用者に対して指定訪問看護を行う場合
- ※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・指導料も同様

【イ】訪問看護ステーションが特別地域にある場合



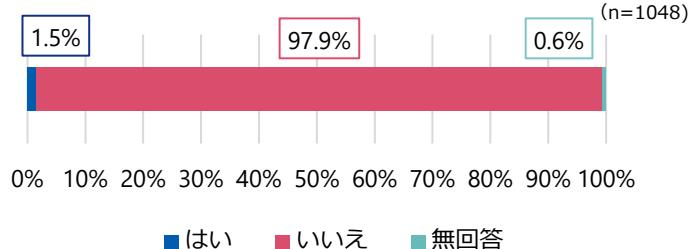
【ロ】利用者宅が特別地域にある場合



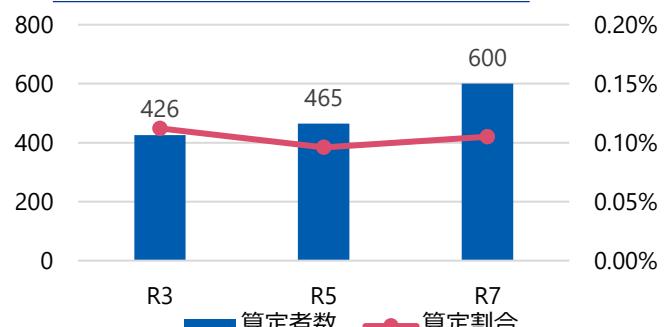
特別地域訪問看護加算で定める地域
(特別地域)

- 離島振興法（昭和二十八年法律第七十二号）第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域
- 奄美群島振興開発特別措置法（昭和二十九年法律第百八十九号）第一条に規定する奄美群島の地域
- 山村振興法（昭和四十年法律第六十四号）第七条第一項の規定により振興山村として指定された山村の地域
- 小笠原諸島振興開発特別措置法（昭和四十四年法律第七十九号）第四条第一項に規定する小笠原諸島の地域
- 沖縄振興特別措置法（平成十四年法律第十四号）第三条第三号に規定する離島
- 過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法（令和三年法律第十九号）第二条第一項に規定する過疎地域

■医療保険の「特別地域訪問看護加算」に係る地域の該当有無



■特別地域訪問看護加算の算定利用者数



出典：(左図) 令和6年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査」(訪問看護調査(施設票))
(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(令和7年6月審査分速報値より推計)

特別地域にある訪問看護ステーションの状況等

- 特別地域訪問看護加算で定める特別地域に所在している訪問看護ステーションでは、移動手段や道路状況は地理的条件により様々であった。移動時間を含めた訪問全体に長時間を使うことや訪問のルートに利用者宅がないことから、1日あたりの訪問件数が限られるという状況があり、非効率なサービス提供を余儀なくされている場合がある。

公益財団法人日本訪問看護財団が、特別地域訪問看護加算の対象地域のいずれかに所在している事業所であり、医療法人・営利法人・社団法人・社会福祉法人と法人格を分散して抽出した10事業所のうち7事業所からFAX及びwebによる回答、電話によるヒアリング調査を実施。

各事業所の回答内容（順不同）

出典：日本訪問看護財団の調査結果をもとに保険局医療課にて作成

訪問に係る状況について <ul style="list-style-type: none">50分かけて訪問し、移動の時間が長く頻回に行けないため、ケアに2時間を要し、計4時間ほどを利用者1人にかけるもある。訪問するための往復に時間がとられる。通過するルートに利用者宅がない。遠い利用者宅でも通過するルートに利用者宅があれば効率は良いが、ほぼないため、午前中の訪問が1件になる。	道路状況について <ul style="list-style-type: none">山道、獣道を通る。冬は積雪した道路を通る。天候によっては欠航になりスケジュールを組み直す。
移動時間について <ul style="list-style-type: none">平均的な片道の移動時間は30～40分で、冬季は+10～15分。冬、積雪時には時間がかかる。島内の訪問であれば移動時間は1時間もかかるない。	移動手段について <ul style="list-style-type: none">基本的に自動車を使用する。離島に訪問する場合は、海上タクシーや船舶を利用する。船舶が欠航になったら延泊せず飛行機を利用する。
算定について <ul style="list-style-type: none">一番遠い訪問先は片道1時間30分かかるがサテライトからは片道45分のため、実際にはサテライトから訪問していない場合でも、加算を算定していない。地図アプリで検索して時間を確認して算定可否を判断する。	課題について <ul style="list-style-type: none">移動距離が長い。人口減少が著しく、利用者の獲得につなげにくい。訪問看護ステーションの人材不足。

片道の移動時間が1時間を超えない場合であっても、遠距離の移動を要したり、ケアの時間を含めて長時間をするなど、非効率なサービス提供を余儀なくされている場合がある。

訪問看護に係る課題と論点①

(精神科訪問看護について)

- 精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会において、地域包括ケアシステムの推進のため、精神障害者や精神保健に課題を抱える者に対する地域における看護・ケアの拠点となる訪問看護事業所が求められることが示されている。
- 機能強化型訪問看護管理療養費3においては、精神科重症患者支援管理連携加算の利用者数が実績要件の対象となっている。しかし、精神科重症患者支援管理連携加算は、医療機関が精神科在宅患者支援管理料を算定した場合のみが対象となっており、精神科在宅患者支援管理料が普及していない中では算定が難しい。
- 精神科訪問看護における支援ニーズの高い利用者として、「周産期・子育て期にある」「ひきこもり状態にある」「精神科への未受診または治療を中断している」「身体合併症がある」「暴力または迷惑行為がある」「小児である」「医療依存度が高い身体疾患をもつ」が挙げられている。
- 精神科訪問看護療養費を算定する利用者の割合が高い訪問看護ステーションほど、別表第7及び別表第8に該当する利用者の割合が低い傾向にあり、身体疾患や医療処置が発生したため他のステーションに移管した利用者が「有」の事業所があり、精神障害を有する利用者が身体合併症を併発した場合に、対応が困難な事業所があると考えられる。
- 精神科訪問看護を行う事業所における多職種・他機関との連携として「退院カンファレンスへの参加」、「多職種連携会議への参加」等が多く、このような活動を通じて、地域等と顔の見える関係を構築していると考えられる。

(難治性皮膚疾患を持つ利用者への訪問看護について)

- 表皮水疱症は、先天的素因により、日常生活で外力の加わる部位に水疱が反復して生ずることを主な臨床症状とする一群の疾患である。
- 潰瘍や水疱が発生することに伴い、ケアを繰り返し実施する必要があり、看護では皮膚状態の観察を行い、状態に応じて、洗浄や水疱穿刺、ドレッシング材の選択等を行っている。
- 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理は週4日以上の訪問看護が可能な別表第8に規定されていない。

(妊娠婦及び乳幼児への訪問看護について)

- 令和6年度診療報酬改定で乳幼児加算について、利用者の状態に応じて区分しそれぞれの評価を設けることとされた。
- 乳幼児加算の算定状況は増加傾向で、そのうち別に大臣が定める者に該当する割合は42.0%であった。
- 母親がうつ病等の疾病で訪問看護が必要な場合、訪問時に看護の一環として、子の世話を補助する等の育児支援を同時にを行うことがあり、また、乳幼児の患者に対する看護の一環として、母への育児指導を行うことがあるが、こうした母子に対する訪問看護の取り扱いが明確でないため、現場の運用が不安定になるとの指摘がある。

訪問看護に係る課題と論点②

(訪問看護ステーションにおけるICTを用いた情報連携について)

- ・ 保険医療機関における保険医療機関以外の関係機関との連携状況をみると、患者情報を共有している連携施設の種別について、「訪問看護事業所」が70.4%と最も多かった。
- ・ 常時情報を閲覧可能なシステムによるICTを用いた関係機関との平時からの連携体制の構築状況について施設別にみると、訪問看護ステーションは「構築している」が58.1%であった。
- ・ 訪問看護ステーションにおいて、他医療機関等とのICTの連携体制が構築され連携している状況があるものの、他機関等とICTを用いて情報を連携し訪問看護に活用したことに対する評価の加算等はない。

(訪問看護指示書の交付に係る取り扱いについて)

- ・ 訪問看護指示料等は、訪問看護指示書を訪問看護ステーション等に対して交付した場合に算定でき、疑義解釈では「医師の所属する医療機関が準備し、その交付についても医療機関の責任において行うもの」と示している。
- ・ 医療機関における訪問看護指示書の郵送にかかる費用負担先の認識は統一されていない状況がある。

(訪問看護に係る安全管理体制について)

- ・ 訪問看護ステーションの約9割が医療事故・インシデントの件数を把握しており、約8割が事故防止・安全管理体制に関する教育・研修の機会が設けられている。
- ・ 医療法においては、医療の安全を確保するための指針の策定、研修の実施、医療安全管理委員会の設置等が義務づけられている。

(訪問看護の記録等について)

- ・ 精神科訪問看護を提供する訪問看護ステーションが頻度変更を判断するプロセスにおいて、複数のスタッフで検討する仕組みやアセスメントを明文化する取組がなされ、慎重に判断している実態があった。
- ・ 訪問看護ステーションが情報等を電子的方法で提供等する場合やビデオ通話で共有等する場合において「医療情報システムの安全管理ガイドライン」を遵守することを求めている。一方、訪問看護の運営基準の「記録の整備」において、「医療情報システムの安全管理ガイドライン」の遵守を求めるような記載はない。

(過疎地域等の訪問看護について)

- ・ 過疎地域等における訪問看護の評価として特別地域訪問看護加算が設けられており、算定件数は微増傾向だが、利用者全体の算定割合は横ばいである。
- ・ 特別地域訪問看護加算で定める特別地域に所在している訪問看護ステーションでは、移動時間が1時間を超えない場合であっても、遠距離の移動を要したり、ケアの時間を含めて長時間をするなど、非効率なサービス提供を余儀なくされている場合がある。

訪問看護に係る課題と論点③

【論点】

(精神科訪問看護について)

- 精神科訪問看護に求められる機能を踏まえ、地域と連携し精神科訪問看護を提供する機能の高い訪問看護ステーションの評価のあり方についてどう考えるか。

(難治性皮膚疾患を持つ利用者への訪問看護について)

- 訪問看護師による手厚いケアのニーズがある重症な難治性皮膚疾患の利用者の状況を踏まえ、在宅難治性皮膚疾患処置指導管理を別表第8に追加することについてどう考えるか。

(妊産婦及び乳幼児への訪問看護について)

- 妊産婦及び乳幼児の利用者への質の高い訪問看護の推進についてどう考えるか。その際、育児支援を主な目的とした訪問看護は診療報酬の対象とならないことを明確化する一方で、傷病を原因として在宅で療養する妊産婦や乳幼児の利用者本人の訪問看護を行う場合に、その一環として、本人へのケアと併せて、子の育児の支援や、母の育児指導等を行う場合に、こうした時間が訪問看護の提供時間に含まれることを明確化することについて、どう考えるか。

(訪問看護ステーションにおけるICTを用いた情報連携について)

- 訪問看護事業所と患者情報を共有する医療機関が多く、訪問看護ステーションにおいてもICTを用いた関係機関との平時からの連携体制が普及してきていることを踏まえ、訪問看護ステーションが地域の関係機関等とICTを用いて情報連携して訪問看護に活用した場合の評価を設けることについてどう考えるか。

(訪問看護指示書の交付に係る取り扱いについて)

- 訪問看護指示書の交付に係る郵送代について、訪問看護指示書を交付する保険医療機関が負担することを明確化することについてどう考えるか。

(訪問看護に係る安全管理体制について)

- 訪問看護において事故やインシデントが一定発生していることや保険医療機関では医療安全に関する研修の受講が義務づけられていることから、訪問看護ステーションの従事者が医療安全に係る研修を受講することについてどう考えるか。

(訪問看護の記録等について)

- より質の高い訪問看護の提供の実現に向け、指定訪問看護において求められている記録等に、実施した看護に係る看護過程の評価と当該評価に基づくアセスメントや、実際の訪問開始時刻と終了時刻を記載すること等を明確化することについてどう考えるか。

(過疎地域等の訪問看護について)

- 特別地域訪問看護加算について、移動時間のみによる評価となっているが、移動及び訪問看護の提供の合計にかかる時間が極めて長い場合も含めて評価することについてどう考えるか。