

中央社会保険医療協議会 総会（第 549 回） 議事次第

令和 5 年 7 月 1 2 日（水）薬価専門部会終了後～

議 題

- 費用対効果評価の結果を踏まえた材料価格の見直しについて
- 在宅について（その 1）
- 歯科医療について（その 1）

Expedium Verse Fenestrated Screw システムの費用対効果評価結果に基づく価格調整について

○ 費用対効果評価結果に基づく価格調整について。

Expedium Verse Fenestrated Screw システムについて、令和5年6月14日中央社会保険医療協議会において承認された費用対効果評価結果に基づき、以下のとおり価格調整を行う。

<費用対効果評価結果に基づく価格調整係数>

主な使用目的:本品は、胸椎、腰椎および仙椎における、変性疾患（すべり症、脊柱管狭窄症等）、外傷、腫瘍等による不安定性を有する患者、または脊柱変形（脊椎側弯症等）を有する患者に対して、脊椎の一時的な固定、支持またはアライメント補正を目的に使用する。当該患者において、骨粗鬆症、骨量減少症又は悪性脊椎腫瘍により骨強度が低下し、骨内におけるスクリューの固定性が損なわれるおそれがある脊椎に対しては、骨セメントとともに使用する。

対象集団	比較対照技術	有用性系加算部分の 価格調整係数 (β) ※1	営業利益部分の 価格調整係数 (θ) ※1	患者割合 (%)
脊椎スクリューを用いて多椎間の脊椎固定術を受ける、骨粗鬆症により骨強度が低下している患者	脊椎スクリュー(可動型) +人工骨 専用型 スクリュー併用	0.1	-	100

※1 「特定保険医療材料の保険償還価格算定の基準について」に基づき、本品は、以下の算式を用いて価格を算出し、価格調整後の価格とする。

$$\text{価格調整後の価格} = \text{価格調整前の価格} - \text{有用性系加算部分} \times (1 - \beta)$$

<価格調整後の価格(案)>

No	販売名	会社名	現行価格	改定価格	機能区分名	費用対効果評価区分	適用日※2
1	Expedium Verse Fenestrated Screw システム	ジョンソン・エンド・ ジョンソン株式会社	101,000 円	97,900 円	064 脊椎固定用材料 ⑦脊椎スクリュー(可 動型)・横穴付き	H2(市場規模が50億円以上)	令和5年11月1日

※2 医療機関における在庫への影響等を踏まえ、価格調整後の価格の適用には一定の猶予期間を設けることとする。

Micra 経カテーテルペースングシステム (Micra AV) の費用対効果評価結果に基づく価格調整について

○ 費用対効果評価結果に基づく価格調整について。

Micra 経カテーテルペースングシステム (Micra AV) について、令和5年6月14日中央社会保険医療協議会において承認された費用対効果評価結果に基づき、以下のとおり価格調整を行う。

<費用対効果評価結果に基づく価格調整係数>

使用目的：カテーテルを用いて経皮的に右心室内に留置される電極一体型の植込み型心臓ペースメーカー（撮像可能条件に適合する場合にのみ限定的にMRI検査が可能となる機器）

対象集団	比較対照技術	有用性系加算部分の 価格調整係数 (β) ※1	営業利益部分の 価格調整係数 (θ) ※1	患者割合 (%)
心房細動を合併していないペースメーカー適応の房室ブロック患者のうち、経静脈ペースメーカーの留置を避けることが望ましい患者	DDD 経静脈ペースメーカー (デュアルチャンバ(IV型))	0.1	-	100

※1 「特定保険医療材料の保険償還価格算定の基準について」に基づき、本品は、以下の算式を用いて価格を算出し、価格調整後の価格とする。

$$\text{価格調整後の価格} = \text{価格調整前の価格} - \text{有用性系加算部分} \times (1 - \beta)$$

<価格調整後の価格 (案) >

No	販売名	会社名	現行価格	改定価格	機能区分名	費用対効果評価区分	適用日※2
1	Micra 経カテーテル ペースングシステム (Micra AV)	日本メドトロニック 株式会社	1,170,000 円	1,070,000 円	112 ペースメーカー ⑤デュアルチャンバ・ リード一体型	H2 (市場規模が50億円以上)	令和5年11月1日

※2 医療機関における在庫への影響等を踏まえ、価格調整後の価格の適用には一定の猶予期間を設けることとする。

医薬品・医療機器等の費用対効果評価案について

	品目名	効能・効果	収載時価格	うち有用性系 加算率	市場規模 (ピーク時予測)	費用対効果評価区分	総会での 指定日	頁
①	Micra 経カテーテル ペーシングシステム (Micra AV)	※1	1,170,000 円	10% ^{※3}	77 億円	H2 (市場規模が 50 億円以上)	2021/10/13	2
②	Expedium Verse Fenestrated Screw シス テム (脊椎内固定器具)	※2	101,000 円	5% ^{※4}	76 億円	H2 (市場規模が 50 億円以上)	2021/12/8	6
③	リフヌア錠 45mg	難治性の慢性咳嗽	203.20 円 (45mg 1 錠)	なし	160 億円	H1 (市場規模が 100 億円以上)	2022/4/13	8

※1 主な使用目的：本品は、カテーテルを用いて経皮的に右心室内に留置される電極一体型の植込み型心臓ペースメーカーである。なお、本品は撮像可能条件に適合する場合にのみ限定的に MRI 検査が可能となる機器である。

※2 主な使用目的：本品は、胸椎、腰椎および仙椎における、変性疾患（すべり症、脊柱管狭窄症等）、外傷、腫瘍等による不安定性を有する患者、または脊柱変形（脊柱側弯症等）を有する患者に対して、脊椎の一時的な固定、支持またはアライメント補正を目的に使用する。当該患者において、骨粗鬆症、骨量減少症又は悪性脊椎腫瘍により骨強度が低下し、骨内におけるスクリューの固定性が損なわれるおそれがある脊椎に対しては、骨セメントとともに使用する。

※3 当該新規収載品の属する新規機能区分に対して適用される率(%)であり、所定の算式を用いた実際の補正加算率は、10.1%（令和4年2月9日保発0209第3号「特定保険医療材料の保険償還価格算定の基準について」第1章16有用性加算の記載に基づく）

※4 当該新規収載品の属する新規機能区分に対して適用される率(%)であり、所定の算式を用いた実際の補正加算率は、3.50%（同上）

医薬品・医療機器等の費用対効果の総合的評価案について

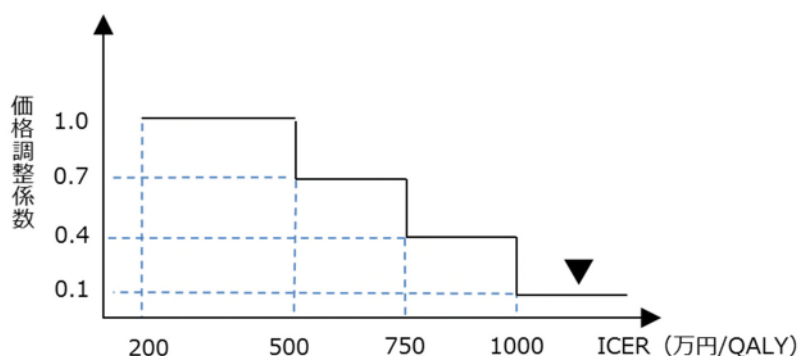
- 対象品目名： Micra 経カテーテルペースングシステム (Micra AV)
 (植込み型リードレス心臓ペースメーカー)
- 製造販売業者名： 日本メドトロニック株式会社
- 使用目的又は効果： 本品は、カテーテルを用いて経皮的に右心室内に留置される電極一体型の植込み型心臓ペースメーカーである。なお、本品は撮像可能条件に適合する場合にのみ限定的に MRI 検査が可能となる機器である。

対象集団	比較対照技術	ICER (円/QALY) の区分※1、2	患者割合 (%)
心房細動を合併していないペースメーカー適応の房室ブロック患者のうち、経静脈ペースメーカーの留置を避けることが望ましい患者	DDD 経静脈ペースメーカー (デュアルチャンバ (IV 型))	1000 万円/QALY 以上	100.0

※1 価格決定に当たっては、その時点における対象品目並びに比較対照技術の最新の価格及びその価格を用いた ICER の区分を用いる。

※2 決定された ICER の区分について、価格決定の時点における対象品目及び比較対照技術の最新の価格を用いて、機械的に再計算し、区分が変更される場合がある。

(補足) 分析対象集団の ICER の区分 (有用性系加算等の価格調整係数)



(参考) Micra AV の費用対効果評価案策定に係る主な検討事項

1. 分析枠組みについて

決定された 分析枠組み	対象とする疾患	心房細動を合併していないペースメーカー適応の房室ブロック患者のうち、経静脈ペースメーカーの留置を避けることが望ましい患者
	比較対照技術	DDD 経静脈ペースメーカー (デュアルチャンバ(IV型))
	その他	該当せず

2. 分析枠組みに係る専門組織での主な検討事項

(専門組織の見解)

- ・ 分析枠組みについて妥当と考えられる。

(企業の不服意見)

- ・ なし

3. 費用対効果評価結果案策定に係る専門組織での主な検討事項

比較対照技術である DDD 経静脈ペースメーカー (デュアルチャンバ(IV型)) に対する Micra 経カテーテルペースングシステム (Micra AV) の有用性については、製造販売業者から提出された分析データ等と公的分析結果の双方とも一定の科学的妥当性が認められた。一方、以下の項目について製造販売業者と公的分析の評価に違いが生じたため、専門組織の意見に基づき、公的分析による再分析が行われた。その結果、公的分析結果がより妥当であることから公的分析結果を採用した。

- 患者の健康状態の値 (QOL 値※) 設定のデータソースについて
- 植込み後 12 か月およびそれ以降の QOL 値の設定について
- 入院費用について

※ 人々の健康状態を 0 から 1 に数値化したもの

(専門組織 (1 回目) の見解)

- 長期の QOL 値の設定について、以下の理由により公的分析案がより妥当である。
 - ・ 企業案は、植込み後 6 ヶ月より後における、Micra AV 植込み患者と比較対照技術の患者の QOL 値の差が長期も継続すると仮定しているが、その際に用いられた値は根拠に基づいた値ではないため、それをもとに何らかの意思決定をしていくことは困難である。
 - ・ 比較対照技術*を実施した患者において、手術直後は手術傷や植え込み部位が気になってしまうことによって QOL 値の低下が生じることも否定できないが、6 か月、1 年を経た後は、そうした QOL 値の低下は考えにくく、Micra AV と比較対照技術に QOL 値の差があるとは言えないのではないかと。

※ 比較対照技術では、手術により胸部に手術傷ができるとともに、ペースメーカー本体が胸部に、リードが胸部から心臓内へ植え込まれる。一方、Micra AV は、カテーテル

によって心臓内に植込みが行われる。このため、比較対照技術である経静脈ペースメーカーと異なり、Micra AVにおいては、ポケットやリードに関連する合併症リスク、生活への影響が植込み後の期間に関係なく存在せず、これによる QOL 値の差が長期間続くと企業は主張している。

- Micra AV を植え込んでいる患者は活動性の低い方が多く、そのような患者集団において企業意見のようにリード、ポケットが存在することによる QOL 値の低下は考えにくいのではないか。

○ 入院費用の算出方法について、以下の理由により公的分析案がより妥当である

- 企業は心不全患者を完全に除外することを主張したが、高齢者で心不全になるような人にもペースメーカーを導入する可能性があることから、心不全患者を別に解析することはあっても、心不全患者を完全に除外して入院費用を算出することは、臨床実態を反映せず、入院費用を過小評価してしまうのではないか。

(企業の不服意見)

今回の分析における長期 QOL 値の設定は、本品が上市後間もないことから長期エビデンスがない状況において、過大推計を避けるための仮定値を用いており、値そのものは臨床エビデンスの裏付けがあるものではない。他方、植込み後 6 か月までの QOL 値は臨床エビデンスに基づいて設定しており、更には QOL に影響を及ぼす感染症を含む慢性期合併症、デバイス治療再介入および心不全入院の発生率の低減については長期的に持続するとの報告が複数されている。また臨床にて本品のフォローアップに数多く携わる複数の医師からも、本品は合併症のみならず長期的な QOL に大きく寄与する等の見解が得られていることを踏まえ、植込み後 6 か月時点の QOL 値が長期的に持続することは高い蓋然性をもって示されている。したがって、根拠に基づいた推計を行うため、仮定値を用いず、植込み後 6 か月時点の QOL 値が長期も継続すると仮定して分析することを希望する。但し、先の専門組織の指摘を踏まえ、新たに群間差分が時間とともに減少するシナリオを提案する。

また、入院費用の算出方法については、入院費用は心不全の中で、徐脈を有さない患者を除いた解析を希望する。

(専門組織 (2 回目) の見解)

○ 長期の QOL の設定について

製造販売業者から提出されたデータの根拠となっている論文は、QOL をベースラインの他には 3 か月と 12 か月、2 時点でのみで評価を行っている。企業は、このデータから長期的な QOL 値の傾向を推定することを主張しているが、2 時点のみのデータから QOL 値の差分の長期的な傾向を推定するのは困難である。また、QOL に影響を与える事象として、モデル上の合併症の健康状態は、電池交換に伴う一時的な合併症のみ含まれており、その他慢性期合併症、行動制限、不安感等も含めるべきと企業は主張しているが、製造販売業者の主張に基づき、QOL 値の長期的な差とは別に考慮するものとして公的分析が確認をしたところ、多く見積もっても ICER の値に与える影響は軽微であり、区分の変更には至らないと考えられた。

○入院費用の算出費用について

入院費用の算出方法について、製造販売業者は、入院費用に関して、心不全の中で徐脈を有さない患者を除いた解析を希望したが、心臓ペースメーカーは徐脈の改善を目的として植え込まれるため、徐脈を有さない心臓ペースメーカー植え込み患者は極めて限定的であると考えられ、製造販売業者が希望する解析の必要性は乏しいと考える。

よって、前回の公的分析を支持する評価は妥当であると判断する。

<参考：本資料に係る留意事項>

- ・ 総合的評価では、企業分析及び公的分析双方とも一定の科学的妥当性が認められている。
- ・ 「専門組織での主な検討事項」は、双方の主な見解の相違部分を抜粋したものである。
- ・ 費用対効果評価の詳細については、国立保健医療科学院から公表される報告書を参照されたい。

(以上)

医薬品・医療機器等の費用対効果の総合的評価案について

対象品目名： Expedium Verse Fenestrated Screw システム（脊椎内固定器具）

製造販売業者名： ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

使用目的又は効果： 本品は、胸椎、腰椎および仙椎における、変性疾患（すべり症、脊柱管狭窄症等）、外傷、腫瘍等による不安定性を有する患者、または脊柱変形（脊椎側弯症等）を有する患者に対して、脊椎の一時的な固定、支持またはアライメント補正を目的に使用する。

当該患者において、骨粗鬆症、骨量減少症又は悪性脊椎腫瘍により骨強度が低下し、骨内におけるスクリューの固定性が損なわれるおそれがある脊椎に対しては、骨セメントとともに使用する。

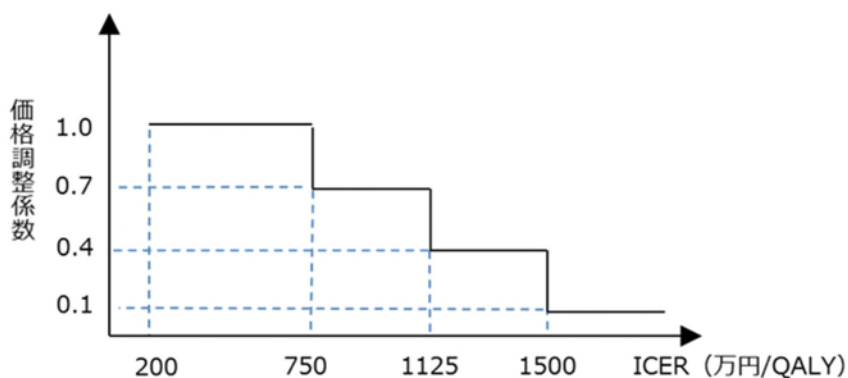
対象集団	比較対照技術	ICER（円/QALY）の区分 ^{※1、2}	患者割合（%）
脊椎スクリューを用いて多椎間の脊椎固定術を受ける、骨粗鬆症により骨強度が低下している患者	脊椎スクリュー（可動型） +人工骨 専用型 スクリュー併用	費用増加 ^{※3}	100

※1 価格決定に当たっては、その時点における対象品目並びに比較対照技術の最新の価格及びその価格を用いた ICER の区分を用いる。

※2 決定された ICER の区分について、価格決定の時点における対象品目及び比較対照技術の最新の価格を用いて、機械的に再計算し、区分が変更される場合がある。

※3 比較対照技術に対し効果が同等であり、かつ費用が増加するもの。

（補足）分析対象集団の ICER の区分（有用性系加算等の価格調整係数）



費用増加：価格調整係数（ β ）は0.1
図には示せない

(参考) Expedium Verse Fenestrated Screw システムの費用対効果評価案策定に係る主な検討事項

1. 分析枠組みについて

決定された分析枠組み	対象とする疾患	脊椎スクリューを用いて多椎間の脊椎固定術を受ける、骨粗鬆症により骨強度が低下している患者
	比較対照技術	脊椎スクリュー(可動型)+人工骨 専用型 スクリュー併用
	その他	該当せず

2. 分析枠組みに係る専門組織での主な検討事項

(専門組織の見解)

- ・ 分析枠組みについて妥当と考えられる。

(企業の不服意見)

- ・ なし

3. 費用対効果評価結果案策定に係る専門組織での主な検討事項

(専門組織の見解)

○ 追加的有用性評価について

現時点では追加的有用性についてのエビデンスに乏しく、企業および公的分析が行った費用最小化分析^{*}は妥当と考えられる。ただし、臨床現場では有用な技術であると考えられるため、今後使用頻度が増え、新たなエビデンスが出た際には再評価を行うことも考えられるのではないかと。

※比較対照技術に対し、評価対象技術の有用性が同じとみなせる場合、費用について分析を行うもの。

○ 比較対照技術の材料価格について

企業分析の後に公的分析を行い、分析にはそれぞれその時点における最新の材料価格を採用した。公的分析期間中に比較対象の材料価格が下がったため、企業分析と公的分析で分析に採用した価格が異なった。最終的な分析結果としては、最新の価格を用いた公的分析がより妥当と考えられる。

(企業の不服意見)

- ・ なし

<参考：本資料に係る留意事項>

- ・ 総合的評価では、企業分析及び公的分析双方とも一定の科学的妥当性が認められている。
- ・ 「専門組織での主な検討事項」は、双方の主な見解の相違部分を抜粋したものである。
- ・ 費用対効果評価の詳細については、国立保健医療科学院から公表される報告書を参照されたい。

(以上)

費用対効果評価対象品目（評価中のもの）（令和5年7月1日時点）

No.	総会指定	品目名	効能・効果	収載時価格※1	うち有用性系加算率	市場規模（ピーク時予測）	費用対効果評価区分	総会での指定日	現状
1	10	ゾルゲンスマ (バルティスファーム)	脊髄性筋萎縮症	167,077,222円	50%	42億円	H3（単価が高い）	2020/5/13	分析中断
2	27	レットヴィモ (日本イライリ)	非小細胞肺癌、甲状腺癌※2、 甲状腺髄様癌※2	3,680.00円（40mgカプセル） 6,984.50円（80mgカプセル）	5%	156億円	H1（市場規模が100億円以上）	2021/11/17	公的分析中※2
3	30	リフヌア (MSD)	難治性の慢性咳嗽	203.20円（45mg錠）	なし	160億円	H1（市場規模が100億円以上）	2022/4/13	評価終了/価格調整前
4	31	ピヴラツツ (イトルシアファーマシューティカルズジャパン)	※3	80,596円（150mg6mL1瓶）	5%×0※4 (0%)	138億円	H1（市場規模が100億円以上）	2022/4/13	公的分析中
5	32	ピンゼレックス (ユニセブジャパン)	尋常性乾癬、膿疱性乾癬、 乾癬性紅皮症	156,408円（160mg1mL1キット） 156,408円（160mg1mL1筒）	5%	120億円	H1（市場規模が100億円以上）	2022/4/13	公的分析中
6	33	ウィフガート (アルファエクスジャパン)	全身型重症筋無力症	421,455円（400mg20mL1瓶）	5%×0※4 (0%)	377億円	H1（市場規模が100億円以上）	2022/4/13	公的分析中
7	34	ジスバル (田辺三菱)	遅発性ジスキネジア	2,331.20円（40mgカプセル）	5%	62億円	H2（市場規模が50億円以上）	2022/5/18	公的分析中
8	35	オンデキサ (アレクシアファーマ)	※5	338,671円（200mg1瓶）	5%×0※4 (0%)	66億円	H2（市場規模が50億円以上）	2022/5/18	公的分析中
9	36	ケレンディア (バール)	2型糖尿病を合併する慢性腎臓病	149.10円（10mg錠） 213.10円（20mg錠）	なし	264億円	H1（市場規模が100億円以上）	2022/5/18	公的分析中
10	37	ラゲプリオ (MSD)	SARS-CoV-2による感染症	2,357.80円（200mgカプセル）	10%	138億円	H1（市場規模が100億円以上）	2022/8/10	公的分析中
11	38	ソーテイクツ (アリストル・マイアース・スイス)	尋常性乾癬、膿疱性乾癬、 乾癬性紅皮症	2,770.90円（6mg錠）	40%	225億円	H1（市場規模が100億円以上）	2022/11/9	企業分析中
12	39	テゼスバイア (アストラゼネカ)	気管支喘息	176,253円（210mg1.91mL1筒）	5%	145億円	H1（市場規模が100億円以上）	2022/11/9	企業分析中
13	40	バキロビット (ファイザー)	SARS-CoV-2による感染症	12,538.60円（300シート） 19,805.50円（600シート）	5%	281億円	H1（市場規模が100億円以上）	2023/3/8	企業分析中
14	41	マンジャロ (日本イライリ)	2型糖尿病	1,924円（2.5mg0.5mL1キット） 3,848円（5mg0.5mL1キット） 5,772円（7.5mg0.5mL1キット） 7,696円（10mg0.5mL1キット） 9,620円（12.5mg0.5mL1キット） 11,544円（15mg0.5mL1キット）	10%	367億円	H1（市場規模が100億円以上）	2023/3/8	企業分析中

※1 収載時価格は、キット特徴部分の原材料費除いた金額。

※2 甲状腺癌及び甲状腺髄様癌については令和4年2月25日に効能追加され、公的分析中。

※3 効能効果：脳動脈瘤によるくも膜下出血術後の脳血管攣縮、及びこれに伴う脳梗塞及び脳虚血症状の発症抑制

※4 加算係数（製品総原価の開示度に応じた加算率）・・・開示度80%以上：1.0、50～80%：0.6、50%未満：0.2又は0（令和4年4月1日以降に保険収載された医薬品については、開示率が50%未満の場合の加算係数は0）

※5 効能効果：直接作用型第Xa因子阻害剤（アピキサパン、リバーロキサパン又はエドキサパン）とシルエスタト（水和物）投与中の患者における、生命を脅かす出血又は止血困難な出血の発現時の抗凝固作用の中和

費用対効果評価対象品目（評価中のもの） （令和5年7月1日時点）

No.	総会指定	品目名	効能・効果	収載時価格※1	うち有用性系加算率	市場規模 (ピーク時予測)	費用対効果評価区分	総会での 指定日	現状
15	42	ソコーバ (塩野義)	SARS-CoV-2による感染症	7,407.40円 (125mg 1錠)	5%	192億円	H1 (市場規模が 100億円以上)	2023/3/8	企業分析中
16	43	ベスレミ (ファーマイゼンシアジャパン)	真性多血症	297,259円 (250µg0.5mL 1筒) 565,154円 (500µg1mL 1筒)	なし	163億円	H1 (市場規模が 100億円以上)	2023/5/17	分析前協議中

費用対効果評価終了品目（令和5年7月1日時点）

No.	総会指定	品目名	効能・効果	市場規模 (ピーク時予測)	費用対効果評価 区分	総会での 指定日	調整前価格	調整後価格	適用日
1	1	テリルジー100エリプタ (グラク・スミスクライン)	COPD (慢性閉塞性 肺疾患)	236億円	H 1 (市場規模が100億 円以上)	2019/5/15	4,183.50円 (14吸入1キット) 8,853.80円 (30吸入1キット)	4,160.80円 (14吸入1キット) 8,805.10円 (30吸入1キット)	2021/7/1
2	2	キムリア (バルティスファーマ)	白血病	72億円	H 3 (単価が高い)	2019/5/15	34,113,655円	32,647,761円	2021/7/1
3	3	コルトミリス (アレジオンファーマ)	発作性夜間へモグロ ビン尿症	331億円	H 1 (市場規模が100億 円以上)	2019/8/28	730,894円	699,570円	2021/8/1
4	4	ビレーズトリエアロスフィア (アストラゼネカ)	COPD (慢性閉塞性 肺疾患)	189億円	H 5 (テリルジーの類 似品目)	2019/8/28	4,150.30円	4,127.60円	2021/7/1
5	12	エナジア (バルティスファーマ)	気管支喘息	251億円	H 5 (テリルジーの類 似品目)	2020/8/19	291.90円 (中用量) 333.40円 (高用量)	290.30円 (中用量) 331.50円 (高用量)	2021/7/1
6	14	テリルジー200エリプ (グラク・スミスクライン)	COPD (慢性閉塞性 肺疾患)	130億円	H 5 (テリルジーの類 似品目)	2021/2/10	4,764.50円 (14吸入1キット) 10,098.90円 (30吸入1キット)	4,738.50円 (14吸入1キット) 10,043.30円 (30吸入1キット)	2021/7/1
7	16	イエスカルタ (第一三共)	リンパ腫	79億円	H 5 (キムリアの 類似品目)	2021/4/14	34,113,655円	32,647,761円	2021/4/21
8	20	ブレヤンジ (セルゲイ)	リンパ腫	82億円	H 5 (キムリアの 類似品目)	2021/5/12	34,113,655円	32,647,761円	2021/5/19
9	5	トリンテリックス (武田薬品工業)	うつ病・うつ状態	227億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2019/11/13	168.90円 (10mg錠) 253.40円 (20mg錠)	161.70円 (10mg錠) 242.50円 (20mg錠)	2021/11/1
10	6	コララン (小野薬品工業)	慢性心不全	57.5億円	H 2 (市場規模が 50億円以上)	2019/11/13	82.90円 (2.5mg錠) 145.40円 (5mg錠) 201.90円 (7.5mg錠)	変更なし	-
11	11	エンレスト (バルティスファーマ)	慢性心不全	141億円	H 5 (コラランの 類似品目)	2020/8/19	65.70円 (50mg錠) 115.20円 (100mg錠) 201.90円 (200mg錠)	変更なし	-
12	21	ベリキューボ (バ イル薬品)	慢性心不全	95億円	H 5 (エンレストの類 似品目)	2021/8/4	131.50円 (2.5mg錠) 230.40円 (5mg錠) 403.80円 (10mg錠)	変更なし	-
13	7	ノクサフィル ^{※1} (MSD)	深在性真菌症 ^{※2}	112億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2020/4/8	3,109.10円 (100mg錠)	3,094.90円 (100mg錠)	2022/2/1
14	9	エンハーツ (第一三共)	乳癌、胃癌 ^{※3}	129億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2020/5/13	168,434円	164,811円	2022/7/1
15	8	カボメティクス (武田薬品工業)	腎細胞癌、 肝細胞癌 ^{※4}	127億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2020/5/13	8,007.60円 (20mg錠) 22,333.00円 (60mg錠)	変更なし	-
16	13	リベルサス (ノボ ルティスファーマ)	2型糖尿病	116億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2020/11/11	143.20円 (3mg錠) 334.20円 (7mg錠) 501.30円 (14mg錠)	139.60円 (3mg錠) 325.70円 (7mg錠) 488.50円 (14mg錠)	2022/11/1

※1 ノクサフィルは内用薬（ノクサフィル錠100mg）のみが費用対効果評価対象。

※2 「造血幹細胞移植患者又は好中球減少が予測される血液悪性腫瘍患者における深在性真菌症の予防」及び「真菌症（侵襲性アスペルギルス症、フザリウム症、ムーコル症、コクシジオイデス症、クロモブラストミコシス、菌腫）の治療（侵襲性アスペルギルス症については令和3年9月27日に効能追加）」

※3 胃癌については令和2年9月25日に効能追加。

※4 肝細胞癌については令和2年11月27日に効能追加。

費用対効果評価終了品目（令和5年7月1日時点）

No.	総会指定	品目名	効能・効果	市場規模 (ピーク時予測)	費用対効果評価 区分	総会での 指定日	調整前価格	調整後価格	適用日
17	15	エムガルディ (日本イライリ)	片頭痛	173億円	H1(市場規模が 100億円以上)	2021/4/14	44,811円(120mg1mL1筒) 44,943円(120mg1mL1キット)	42,550円(120mg1mL1筒) 42,675円(120mg1mL1キット)	2023/6/1
18	22	アジヨビ (大塚製薬)	片頭痛	137億円	H5(エムガルディの 類似品目)	2021/8/4	41,167円(225mg1.5mL1筒) 41,167円(225mg1.5mL1キット)	39,090円(225mg1.5mL1筒) 39,090円(225mg1.5mL1キット)	2023/6/1
19	23	アイモビーグ (アムゼン)	片頭痛	153億円	H5(エムガルディの 類似品目)	2021/8/4	41,051円(70mg1mL1キット)	38,980円(70mg1mL1キット)	2023/6/1
20	17	ボライビー (中外製薬)	リンパ腫	120億円	H1(市場規模が 100億円以上)	2021/5/12	298,825円(30mg1瓶) 1,364,330円(140mg1瓶)	変更なし	-
21	19	アリケイス (イヌメット)	肺非結核性抗酸菌症	177億円	H1(市場規模が 100億円以上)	2021/5/12	42,408.40円	38,437.90円	2023/6/1
22	24	レベスティブ (武田薬品工業)	短腸症候群	60億円	H2(市場規模が 50億円以上)	2021/8/4	79,302円(3.8mg1瓶)	73,683円(3.8mg1瓶)	2023/6/1
23	25	ベクルレー (キリアト・サイエンス)	SARS-CoV-2による 感染症	181億円	H1(市場規模が 100億円以上)	2021/8/4	63,342円(100mg1瓶)	61,997円(100mg1瓶)	2023/6/1
24	18	ダラキューロ (ヤンセンファーマ)	多発性骨髄腫、全身 性ALアミロイドー シス	370億円	H1(市場規模が 100億円以上)	2021/5/12	445,064円	変更なし	-
25	28	バドセブ (アステラス製薬)	尿路上皮癌	118億円	H1(市場規模が 100億円以上)	2021/11/17	99,593円	91,444円	2023/6/1
26	26	Micra 経カテーテルペーシン グシステム (日本対トコック)	※5	77億円	H2(市場規模が 50億円以上)	2021/10/13	1,170,000円	1,070,000円	2023/11/1
27	29	Expedium Verse Fenestrated Screw システム (ジョンソン・エンド・ジョンソン)	※6	76億円	H2(市場規模が 50億円以上)	2021/12/8	101,000円	97,900円	2023/11/1

※5 主な使用目的：本品は、カテーテルを用いて経皮的に右心室内に留置される電極一体型の植込み型心臓ペースメーカーである。なお、本品は撮像可能条件に適合する場合にのみ限定的にMRI検査が可能となる機器である。

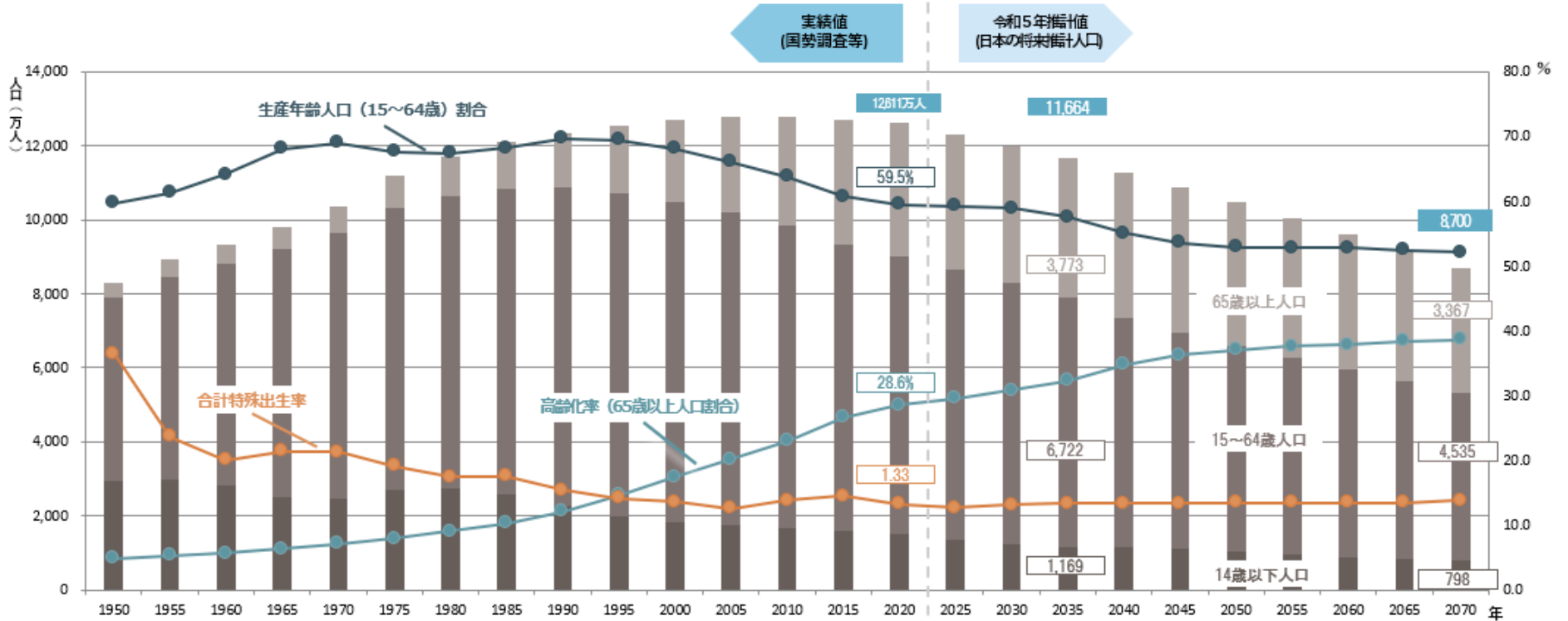
※6 主な使用目的：本品は、胸椎、腰椎および仙椎における、変性疾患（すべり症、脊柱管狭窄症等）、外傷、腫瘍等による不安定性を有する患者、または脊柱変形（脊椎側弯症等）を有する患者に対して、脊椎の一時的な固定、支持またはアライメント補正を目的に使用する。当該患者において、骨粗鬆症、骨量減少症又は悪性脊椎腫瘍により骨強度が低下し、骨内におけるスクリューの固定性が損なわれるおそれがある脊椎に対しては、骨セメントとともに使用する。

在宅(その1)

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

日本の人口の推移

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



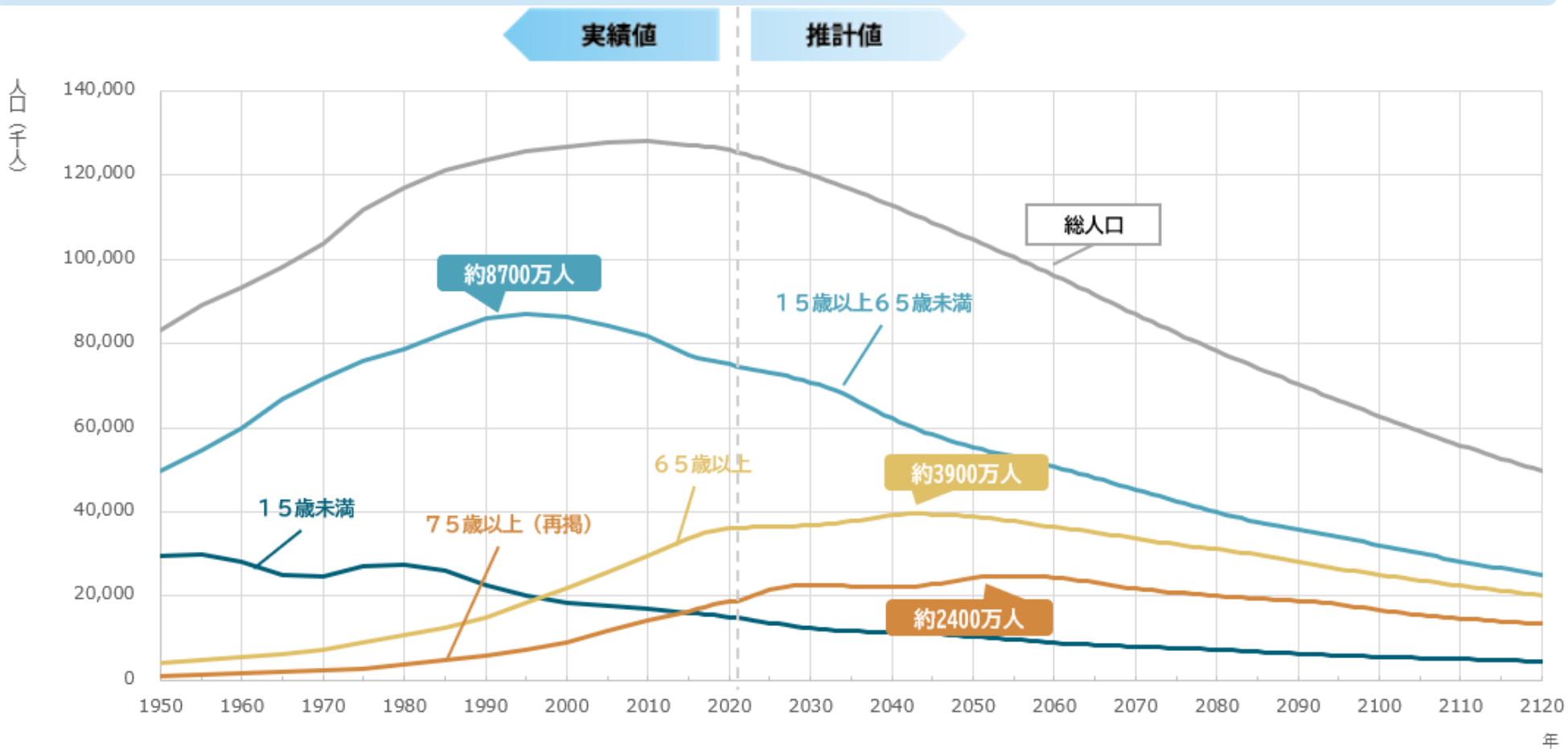
	2015年	2020年	2025年	2070年
65歳以上高齢者人口 (割合)	3,387万人(26.6%)	3,604万人(28.6%)	3,653万人(29.6%)	3,367万人(38.7%)
75歳以上高齢者人口 (割合)	1,632万人(12.8%)	1,861万人(14.8%)	2,155万人(17.5%)	2,180万人(25.1%)

出典

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

2040年頃に65歳以上人口のピークが到来する

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

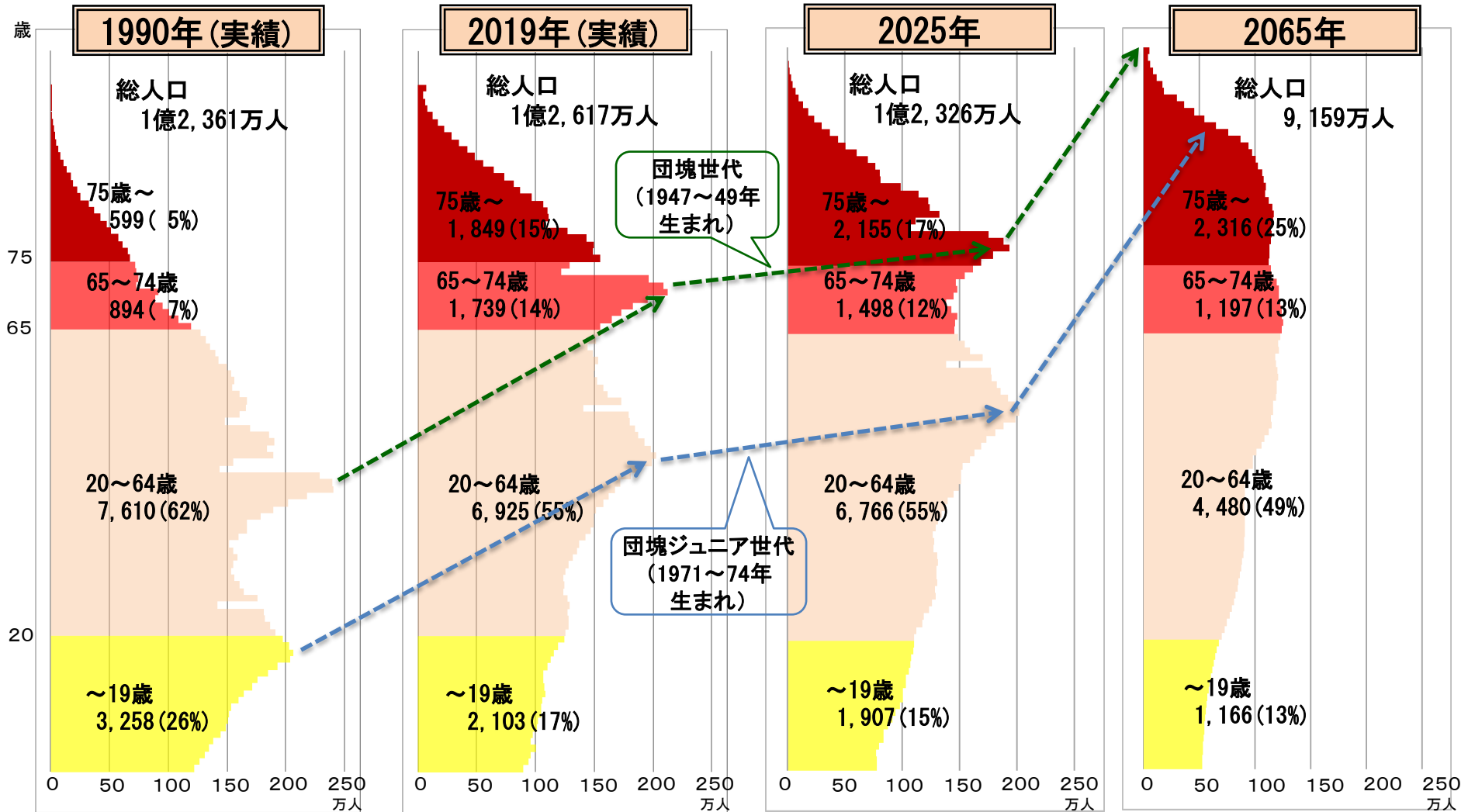


出典

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

日本の人口ピラミッド変化

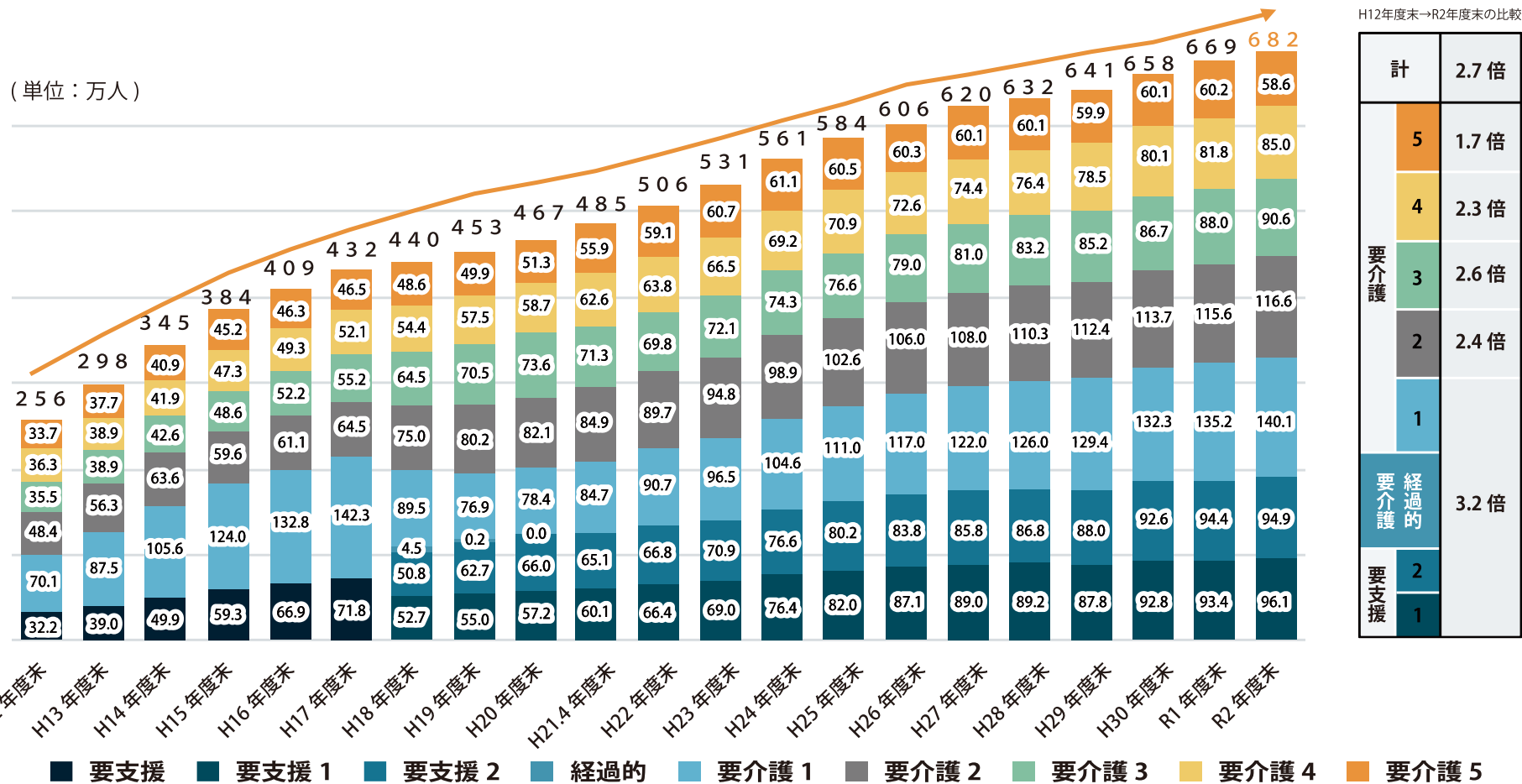
- 団塊の世代が全て75歳となる2025年には、75歳以上が全人口の17%となる。
- 2065年には、人口は9,159万人にまで減少するが、一方で、65歳以上は全人口の約38%となる。



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

要介護度別認定者数の推移

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



出典

介護保険事業状況報告

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

人生の最終段階において、医療・ケアを受けたい場所に関する希望

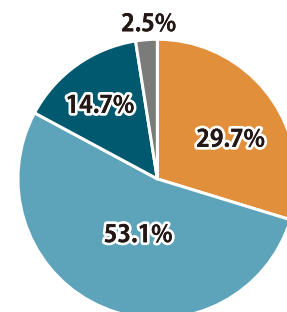
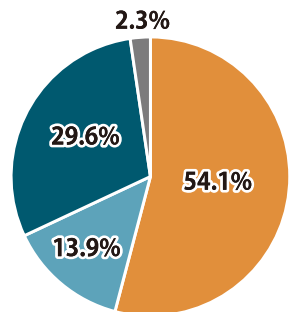
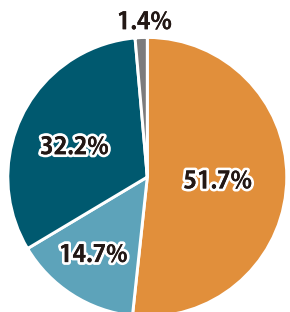
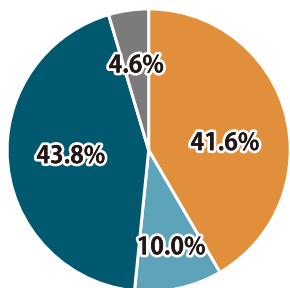
(あなたの病状)
病気で治る見込みがなく、
およそ1年以内に徐々にあるいは急に死
に至ると考えたとき。

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

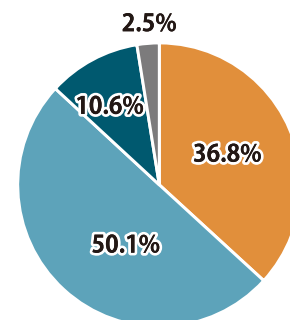
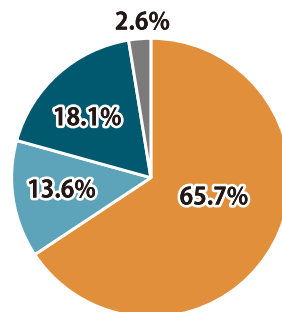
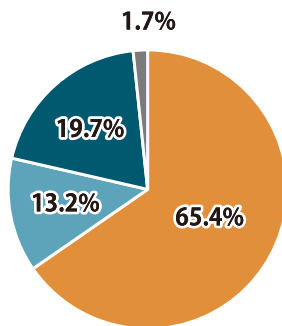
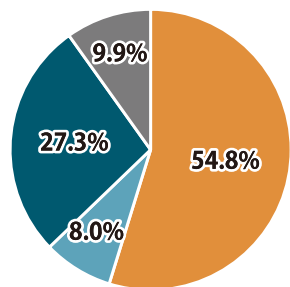
(あなたの病状)
慢性的な重い心臓病と診断され、
状態は悪化し、痛みはなく、呼吸が苦しいと
いった状態です。今は食事や着替え、
トイレなど身の回りのことに手助けが必要です。
意識や判断力は健康な時と同様に保たれています。

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

最期をどこで迎えたいですか <一般国民 (n=3,000) のみ>



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



医療機関 介護施設 自宅 無回答

出典

厚生労働省「令和4年度人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査の結果について（報告）」

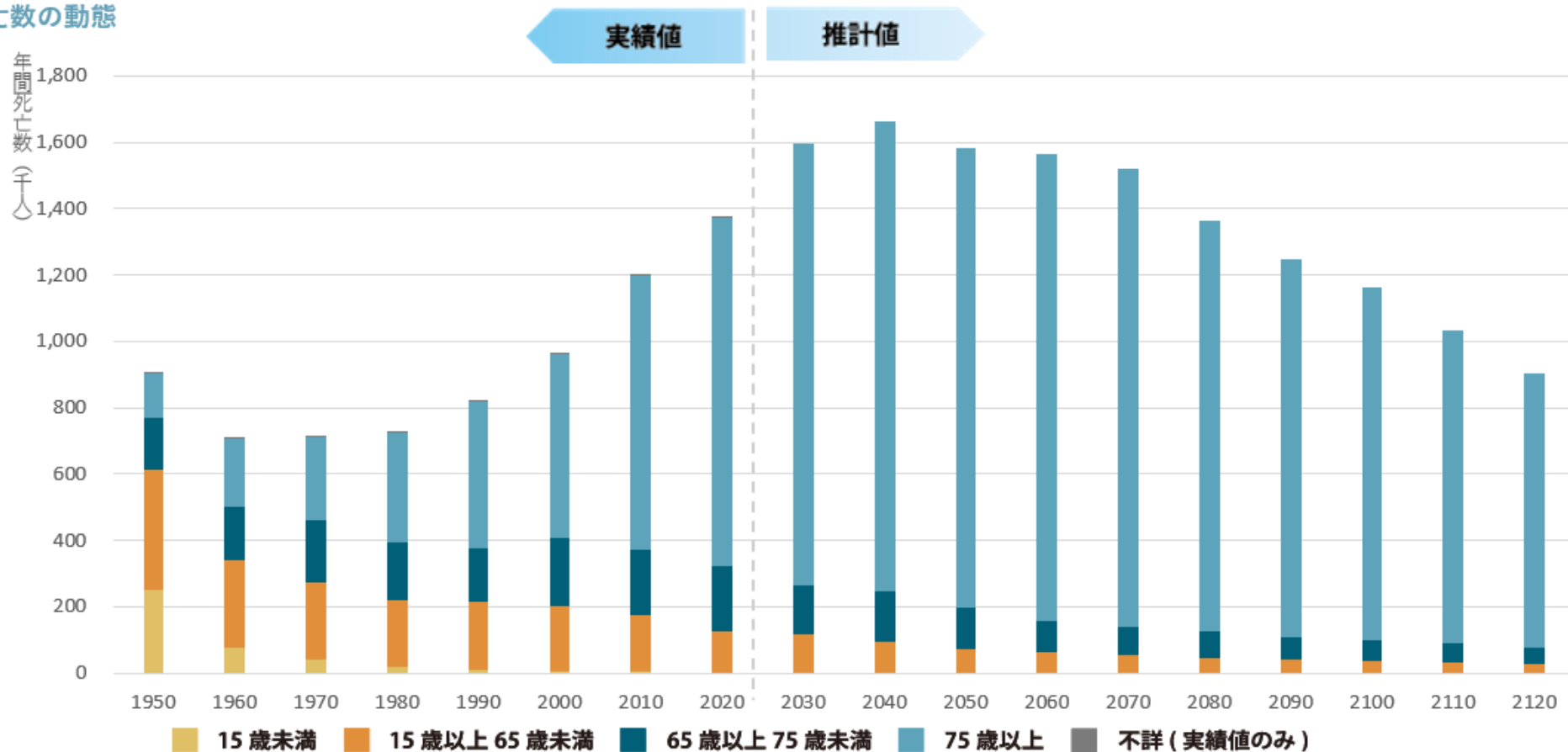
※ 集計は、小数点第2位を四捨五入しているため、数値の合計が100%ちょうどにならない場合がある

※ 回答の比率 (%) は、その質問の回答者数を基数として算出しているため、複数回答の質問はすべての比率を合計すると100%を超えることがある

死亡数が一層増加する

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

死亡数の動態

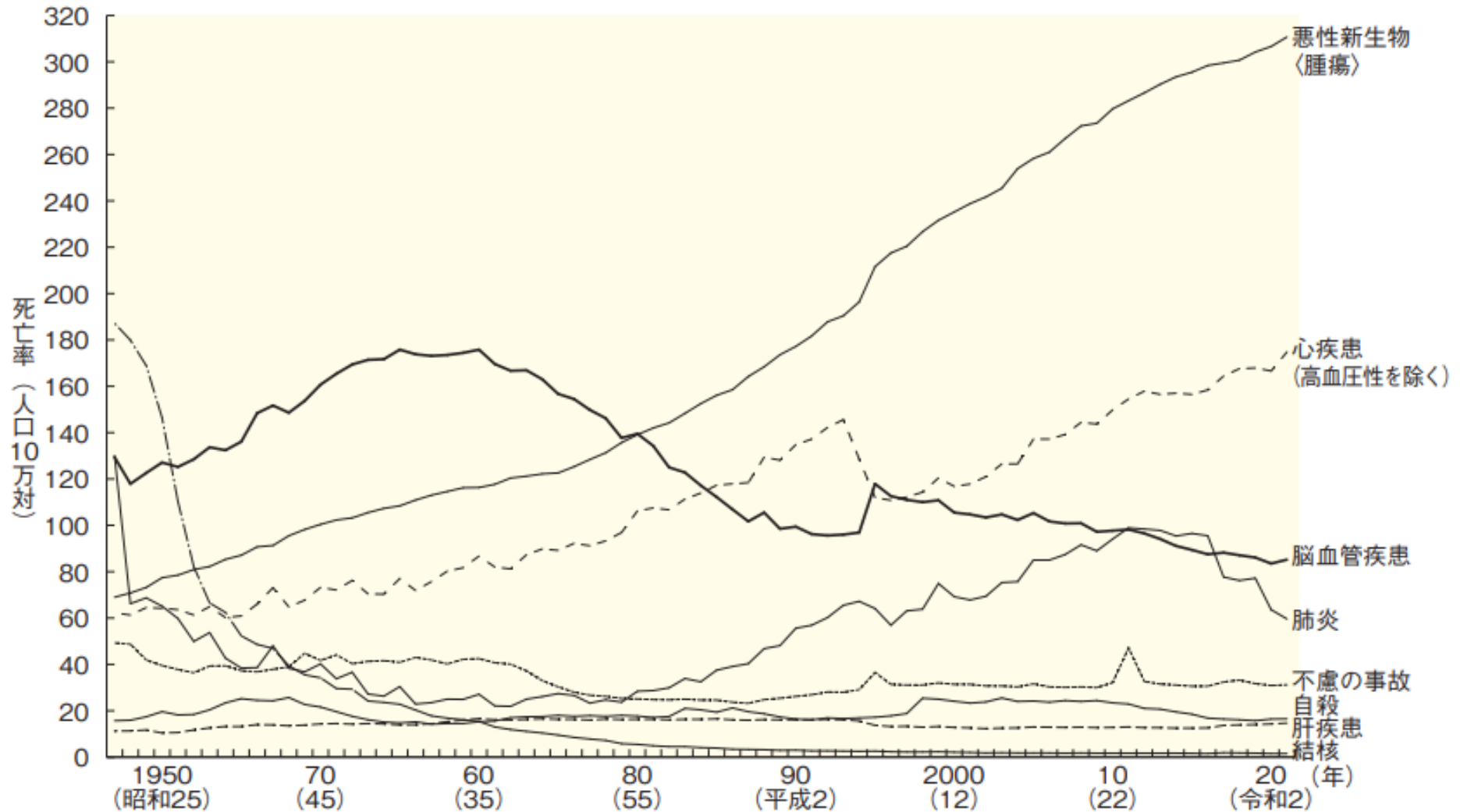


出典

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

主な死因別にみた死亡率の推移

主な死因別にみた死亡率の推移（人口10万対）



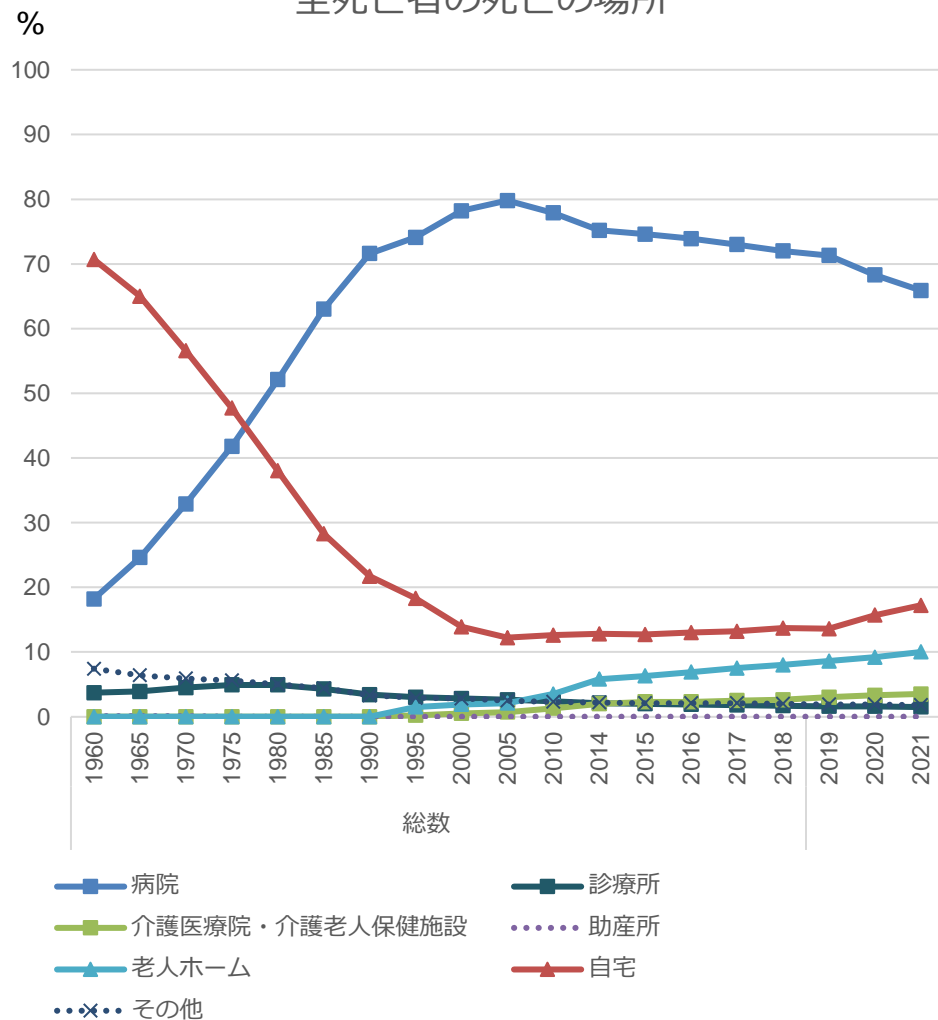
資料：厚生労働省政策統括官付人口動態・保健社会統計室「人口動態統計」

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

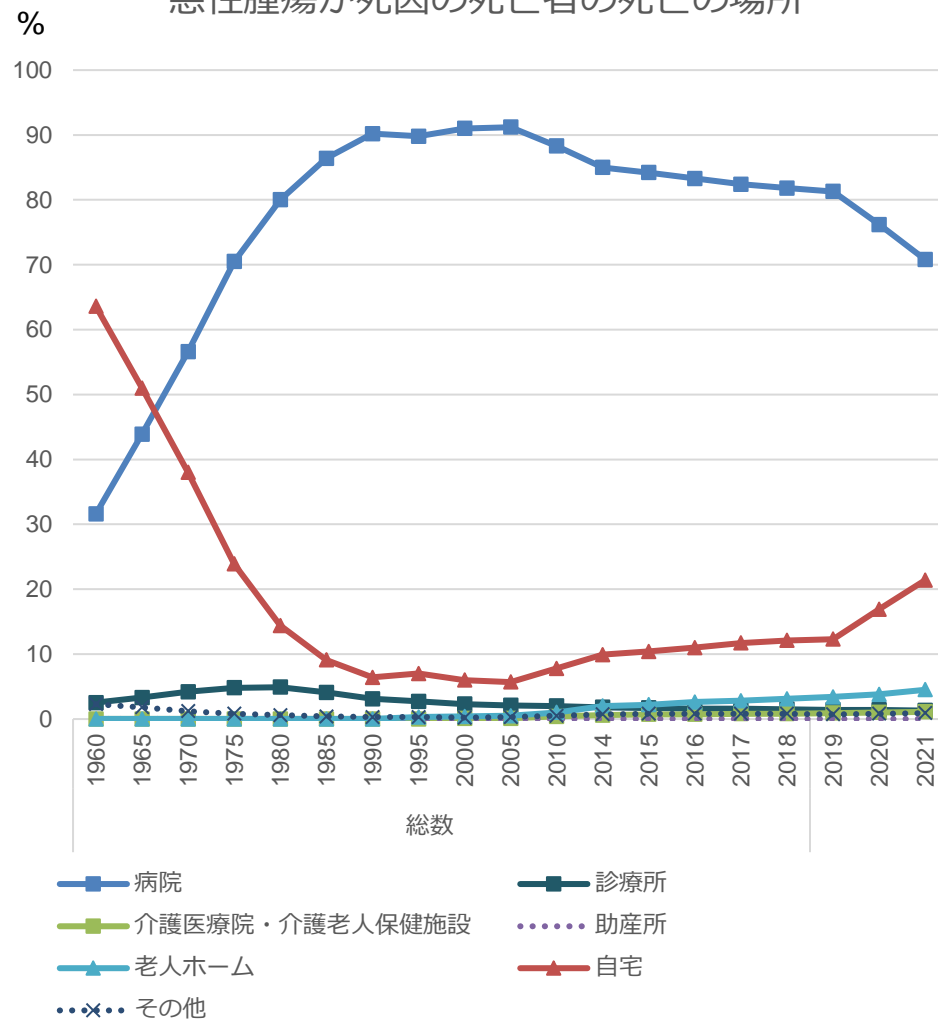
悪性腫瘍の患者の死亡の場所の推移

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

全死亡者の死亡の場所



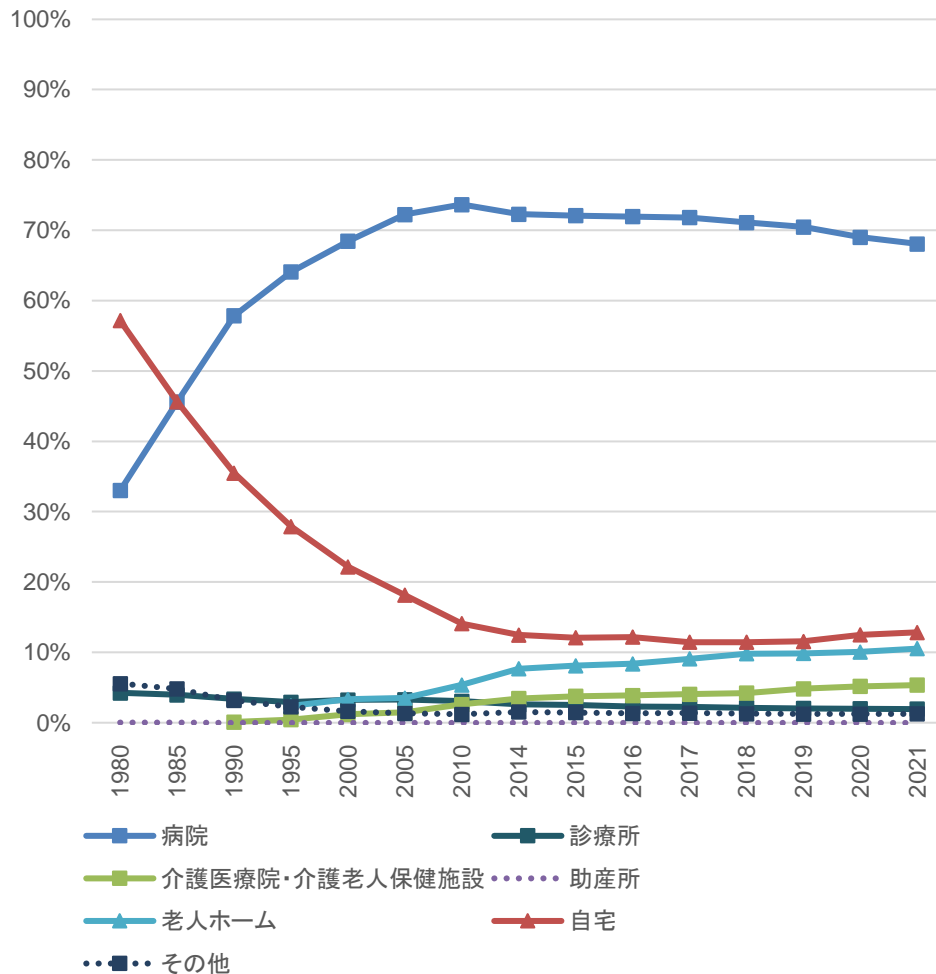
悪性腫瘍が死因の死亡者の死亡の場所



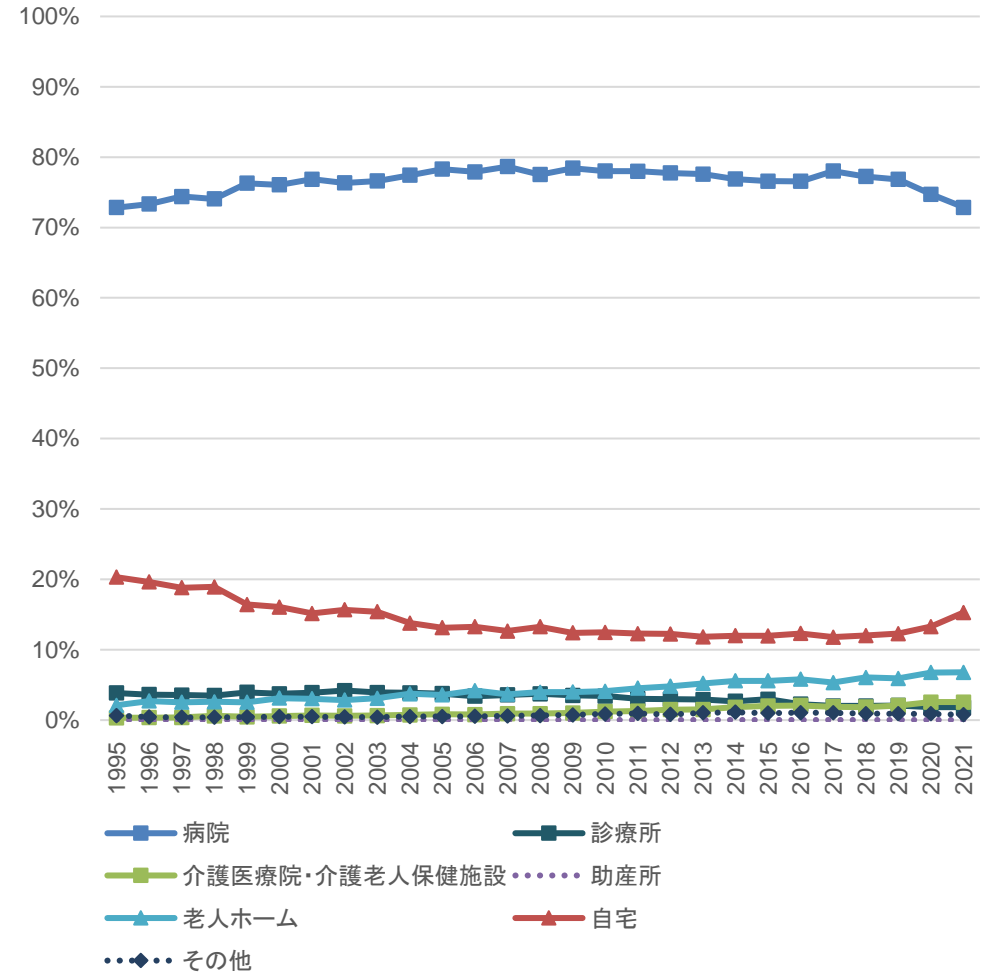
心疾患及び呼吸器系の疾患の患者の死亡の場所の推移

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

心不全が死因の死亡者の死亡の場所



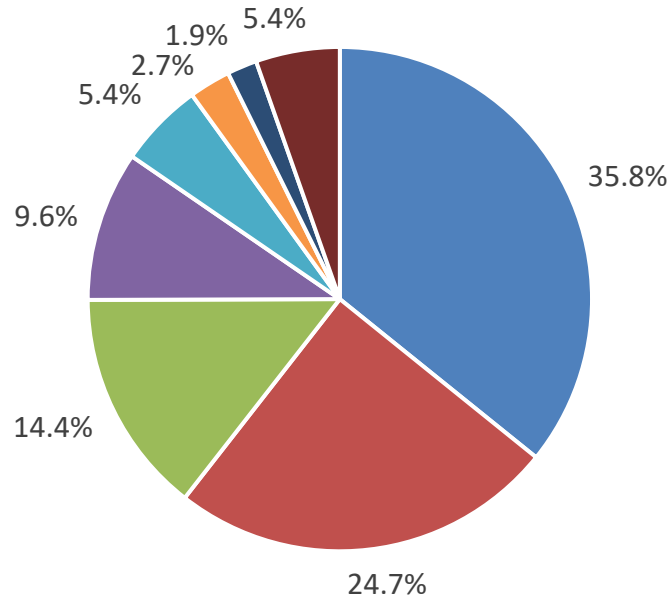
慢性閉塞性肺疾患が死因の死亡者の死亡の場所



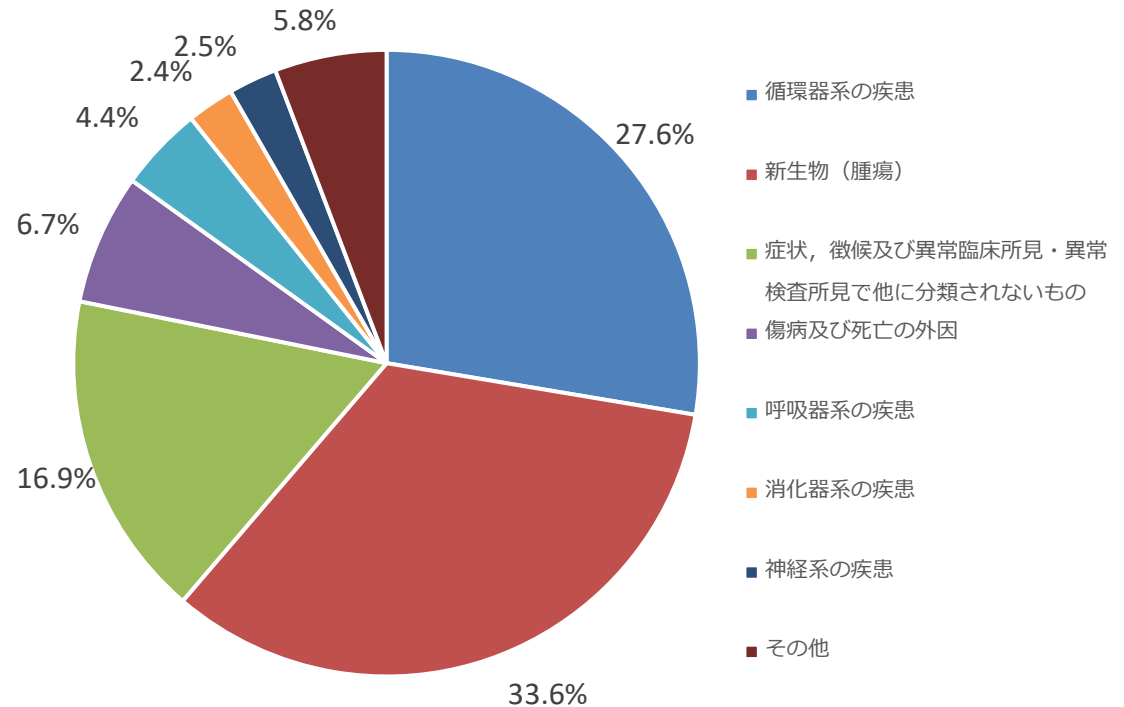
自宅における死亡者の死因の割合

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

自宅における死亡者の死因の割合
(H28)n=169,447



自宅における死亡者の死因の割合
(R3)n=247,896

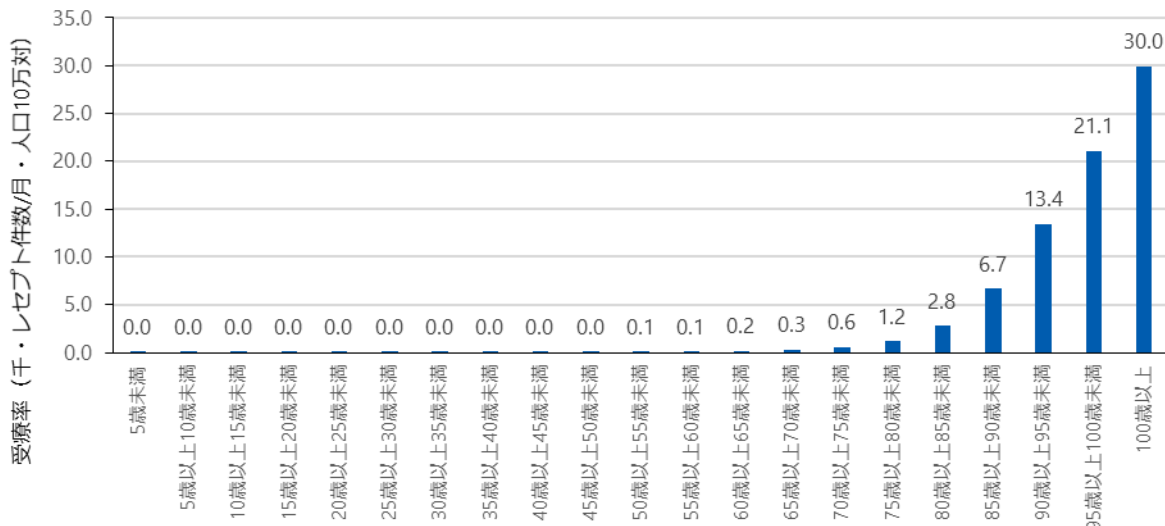


- 循環器系の疾患
- 新生物（腫瘍）
- 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの
- 傷病及び死亡の外因
- 呼吸器系の疾患
- 消化器系の疾患
- 神経系の疾患
- その他

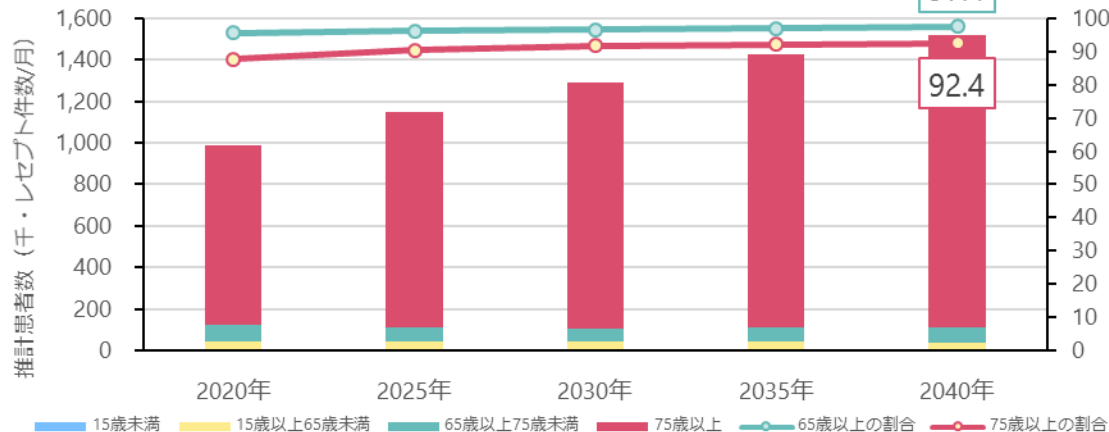
訪問診療の必要量について

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

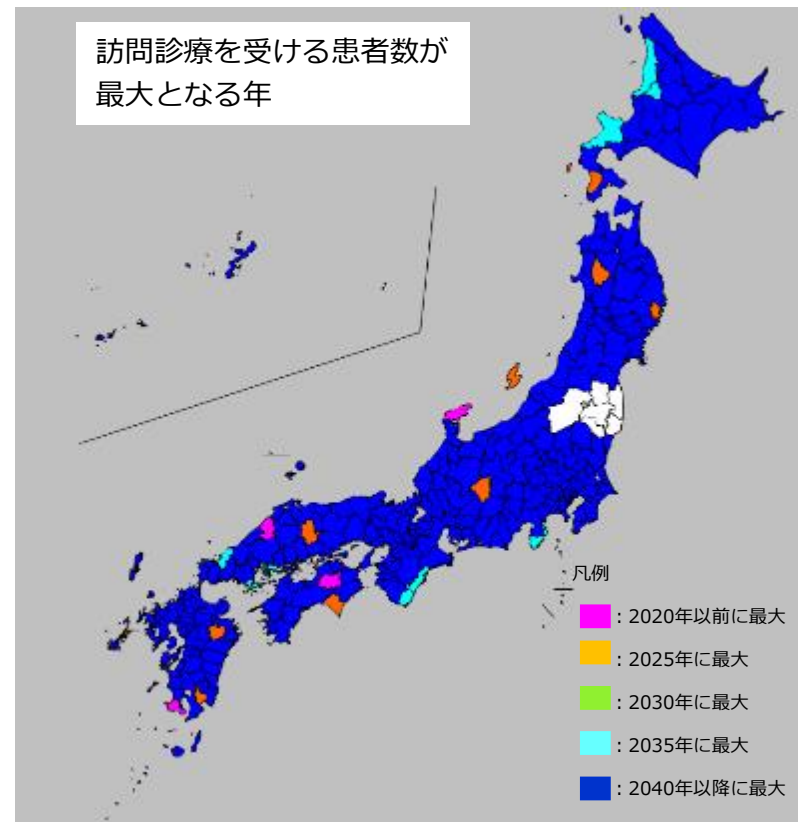
年齢階級別の訪問診療受療率（2019年度）



年齢階級別の訪問診療の将来推計



訪問診療を受ける患者数が最大となる年



【出典】

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

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

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

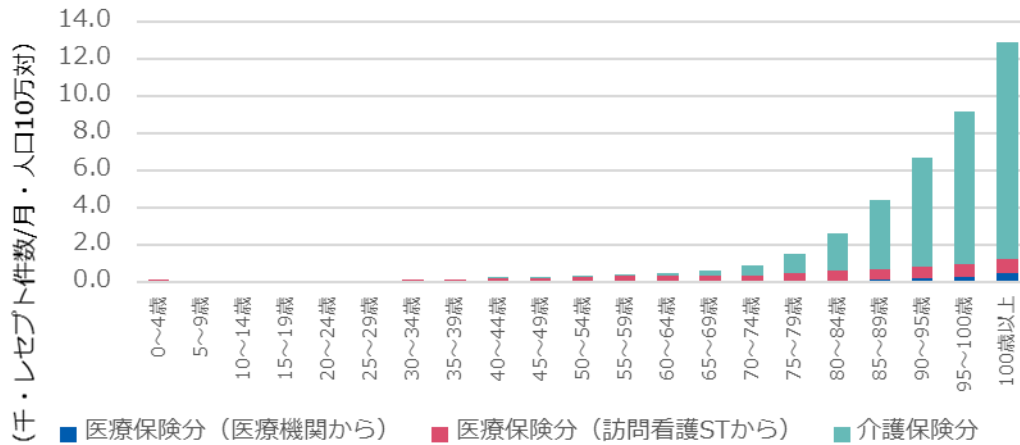
※2 2020年1月1日時点の住民基本台帳人口を利用。

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

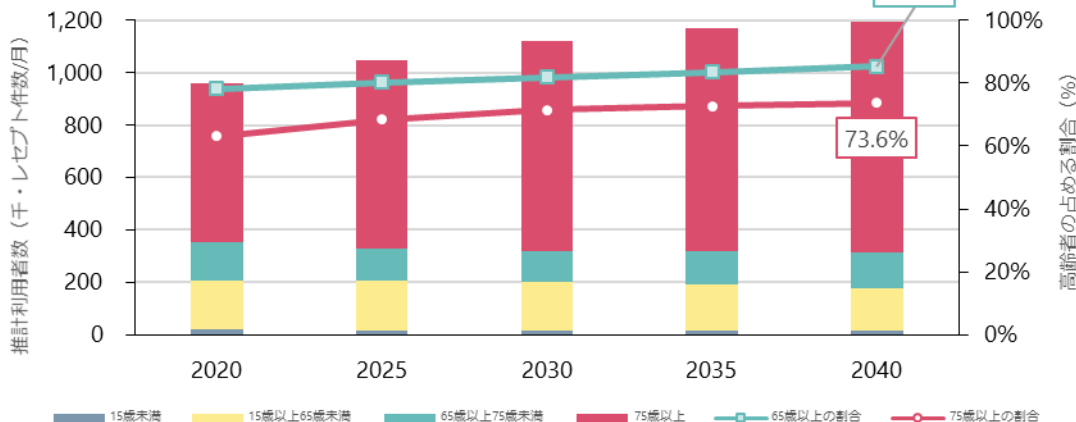
訪問看護の必要量について

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

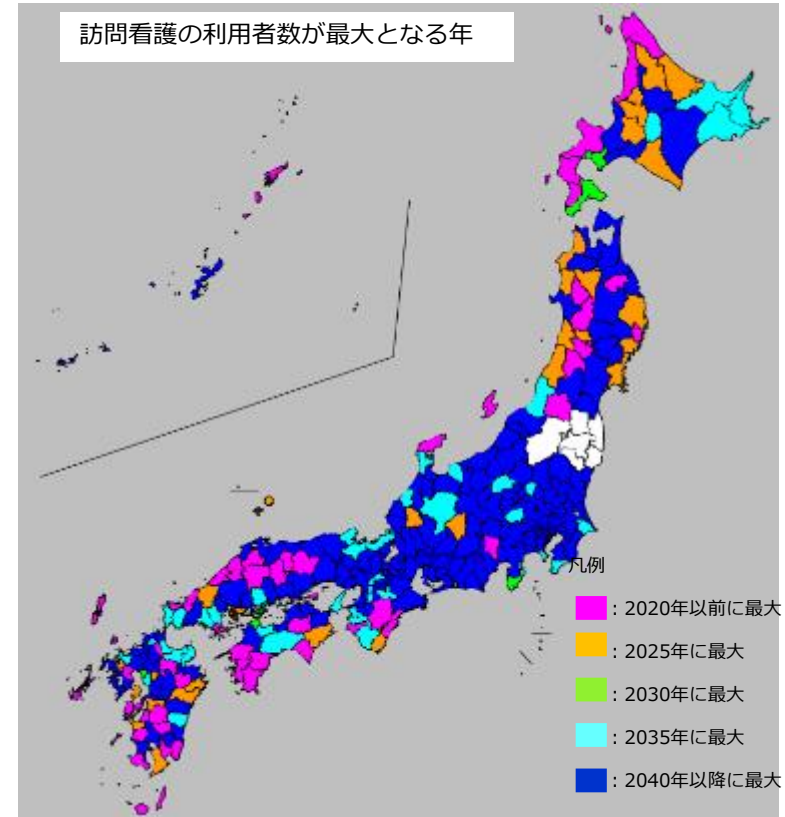
年齢階級別の訪問看護の利用率（2019年度）



年齢階級別の訪問看護の将来推計（医療保険+介護保険）



訪問看護の利用者数が最大となる年



【出典】

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

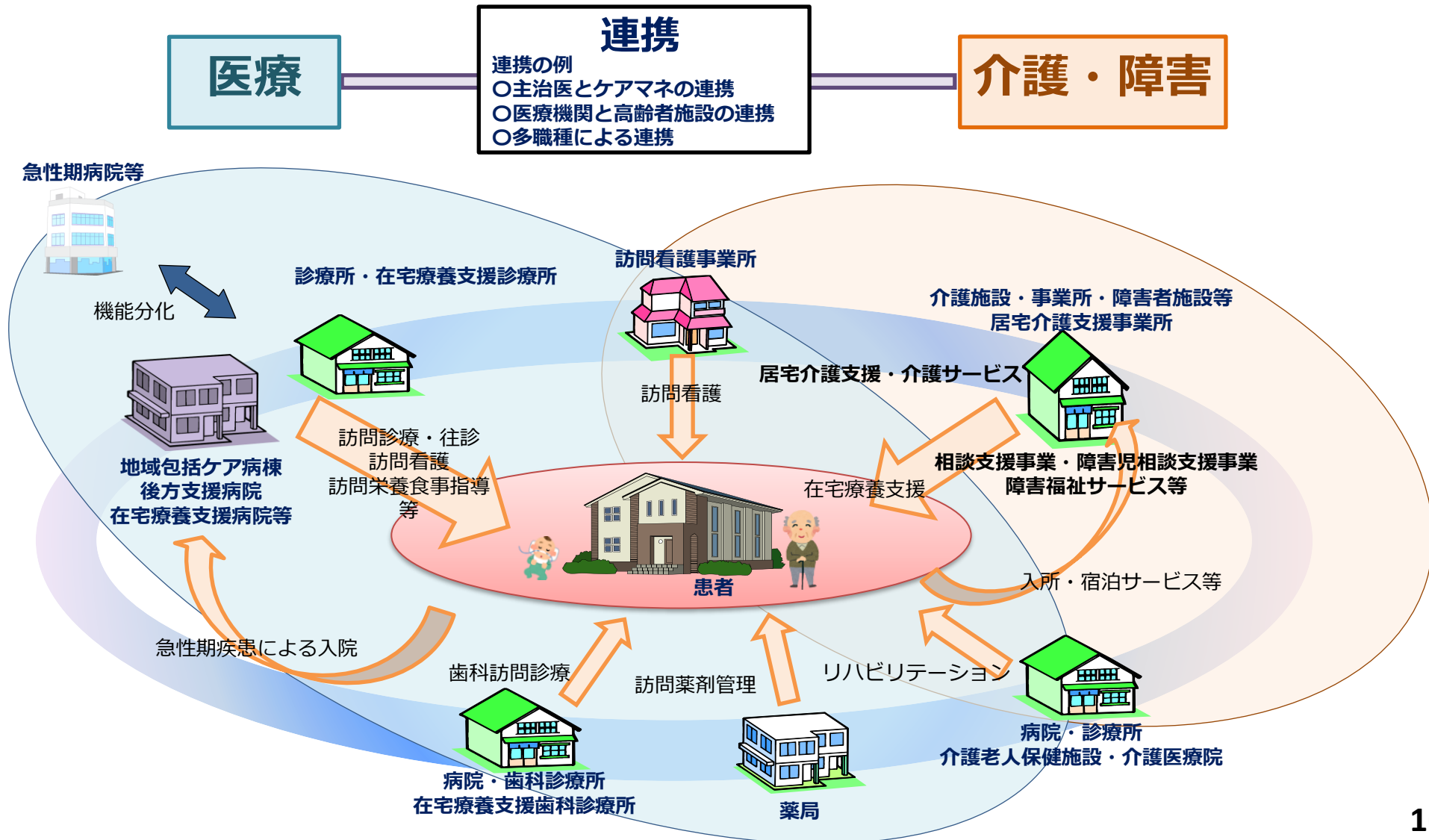
推計方法：NDBデータ（※1）、審査支払機関提供データ（※2）、介護DBデータ（※3）及び住民基本台帳人口（※4）を基に作成した2019年度の性・年齢階級・都道府県別の訪問看護の利用率を、二次医療圏別の将来推計人口（※5）に機械的に適用して推計。なお、福島県については、東日本大震災等の影響により、市町村別人口がないことから推計を行っていない。

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

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

地域包括ケアシステムにおける在宅医療（イメージ）

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

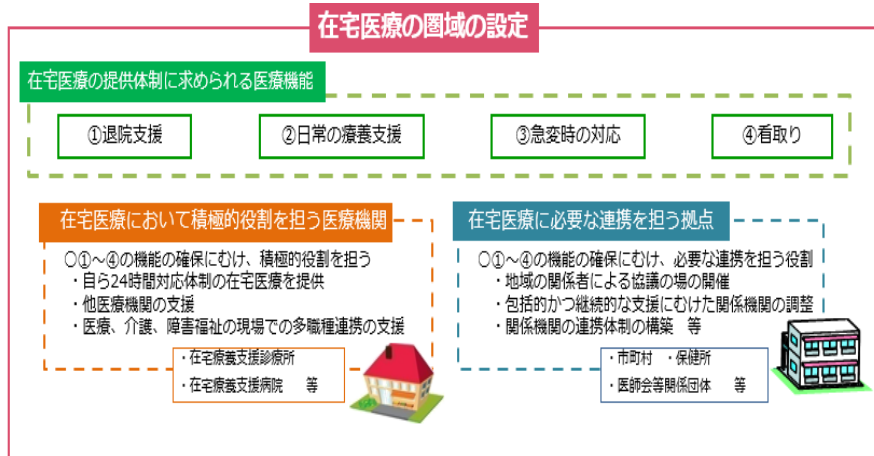


在宅医療の体制（第8次医療計画の見直しのポイント）

概要

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

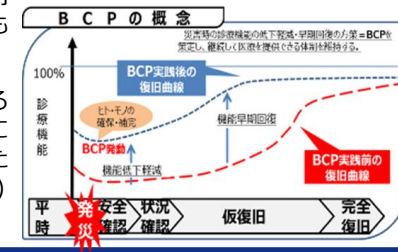
在宅医療の提供体制



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

急変時・看取り、災害時等における整備体制

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



在宅医療における各職種の関わり

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

在宅医療の体制について

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

～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～

在宅医療の提供体制に求められる医療機能

①退院支援

- 入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院支援の実施

②日常の療養支援

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

④看取り

- 住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施

③急変時の対応

- 在宅療養者の病状の急変時における往診や訪問看護の体制及び入院病床の確保

医療計画には、各機能を担う医療機関等の名称を記載

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

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

多職種連携を図りつつ、24時間体制で在宅医療を提供

在宅医療において積極的役割を担う医療機関

○①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う

- ・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
- ・他医療機関の支援
- ・医療、介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援

- ・在宅療養支援診療所
- ・在宅療養支援病院等

在宅医療に必要な連携を担う拠点

○①～④の機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割

- ・地域の関係者による協議の場の開催
- ・包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整
- ・関係機関の連携体制の構築等

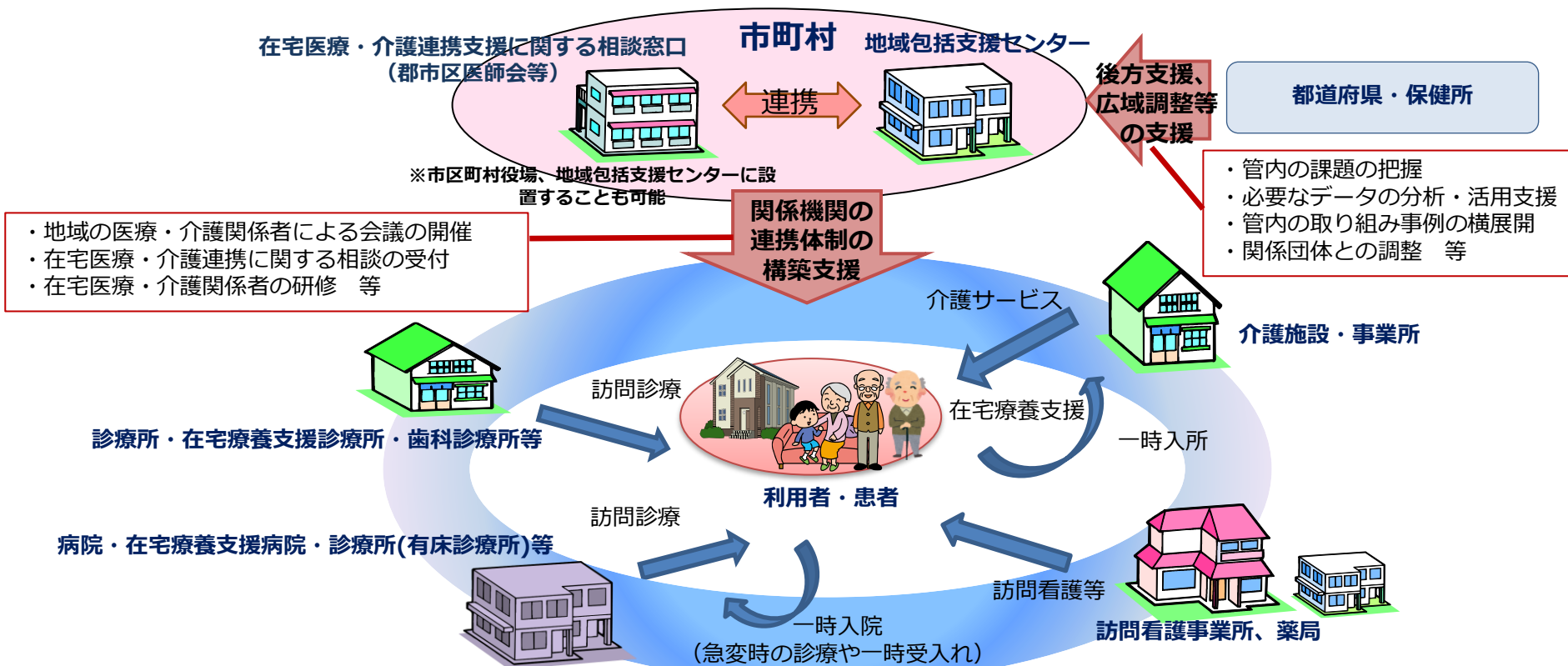
- ・市町村・保健所
- ・医師会等関係団体等

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

（※）在宅療養を支える関係機関の例

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

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



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

訪問診療を行う医師のグループ形成によるバックアップ (千葉県柏市)

患者急変時のICTを活用した患者情報連携 (新潟県長岡市)

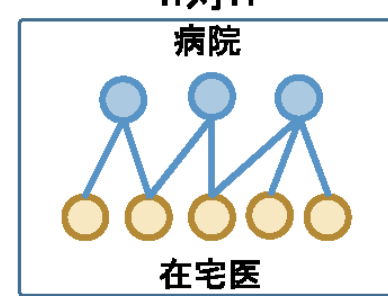
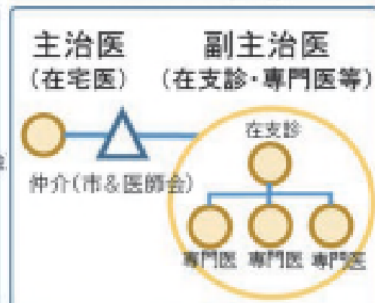
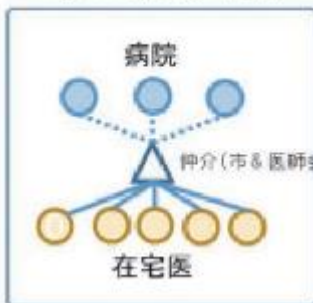
n対n(行政が仲介)

グループ診療

ICT活用の多職種連携

n対n

ICTを使用した多職種を含む水平連携



→柏市と医師会が中心となり、地域の多職種も巻き込みつつ、体制を構築。

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

○垂直連携 (柏市が事務局として実施)

- ・病診連携：急性増悪時等における病院のバックアップ体制の確保

○水平連携 (主に、柏市と柏市医師会にて実施)

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

○市民への在宅医療の支援：柏市地域医療連携センター※ (柏市が設置)

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

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

○垂直連携 (医師会及び市内10病院で実施)

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

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

○水平連携 (長岡市・医師会・訪問看護ステーション協会にて実施)

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

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

【在宅医療における情報通信機器の活用例】

対面診療の補完としてのオンライン診療

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



訪問看護等とも連携した遠隔地への医療提供

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



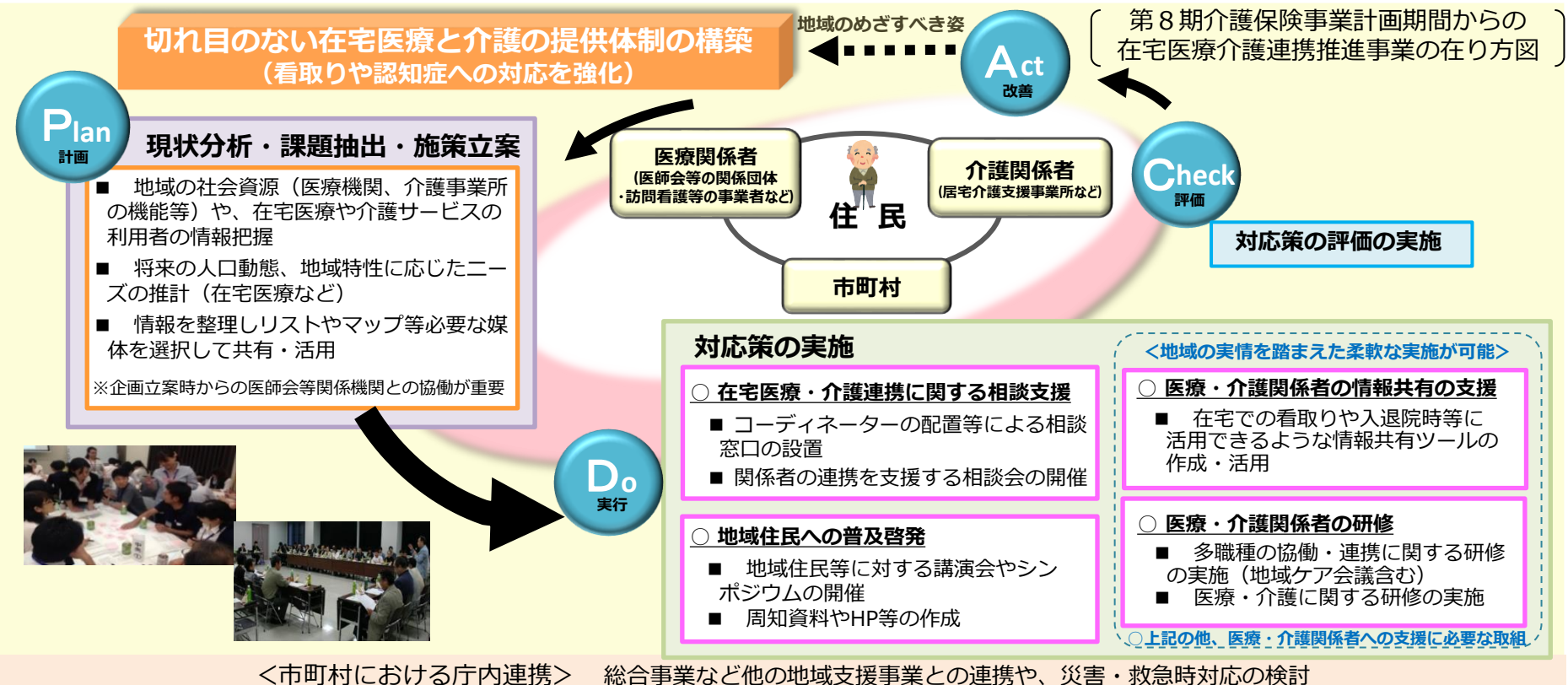
ネットワーク構築による病病連携・病診連携・多職種連携の構築

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



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

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



都道府県(保健所等)による支援

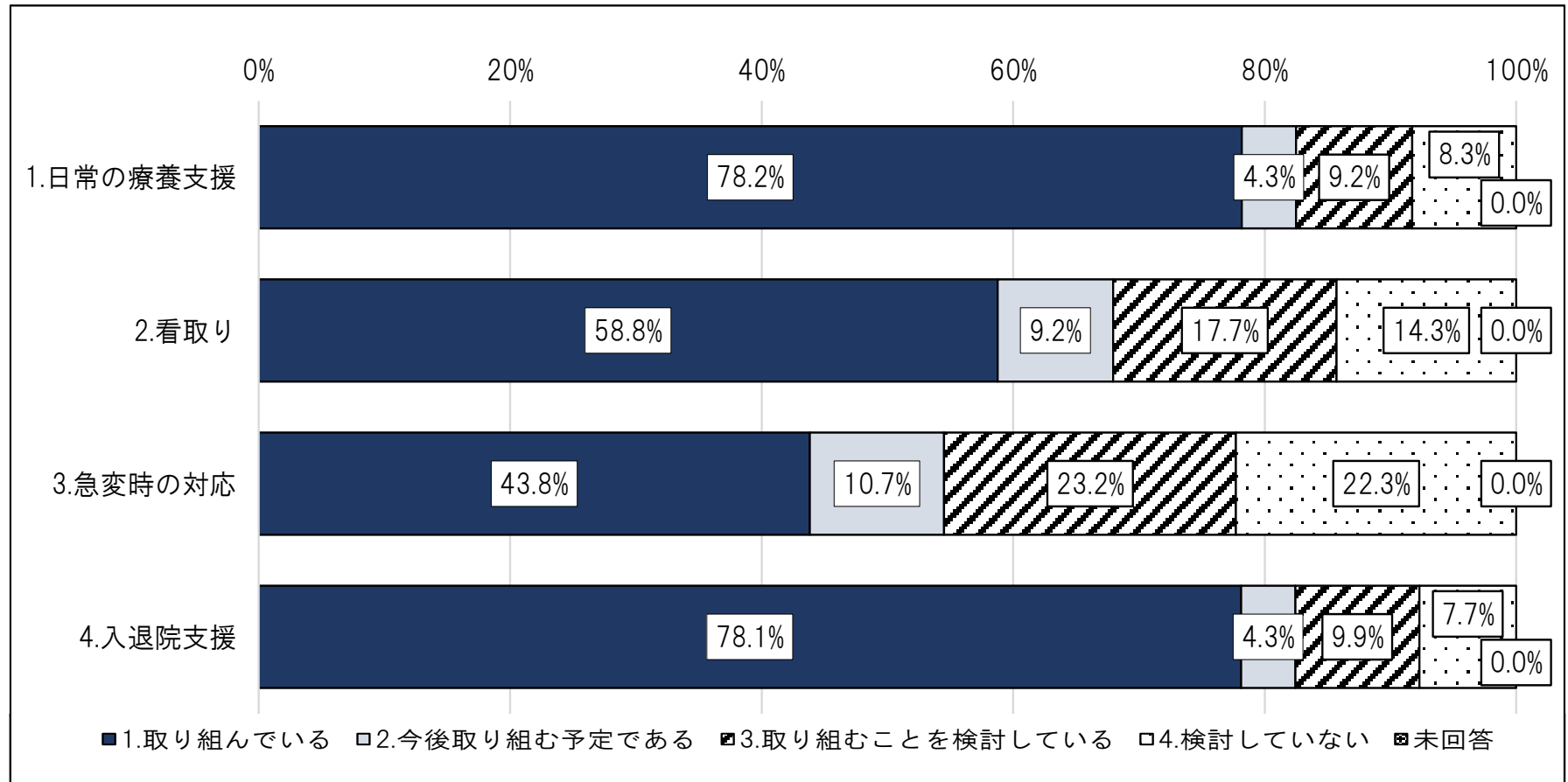
- 在宅医療・介護連携推進のための技術的支援
- 在宅医療・介護連携に関する関係市町村等の連携
- 地域医療構想・医療計画との整合

PDCAを踏まえた事業展開の現状① (n=1,741)

意見交換 資料-1 参考
R 5 . 5 . 1 8

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

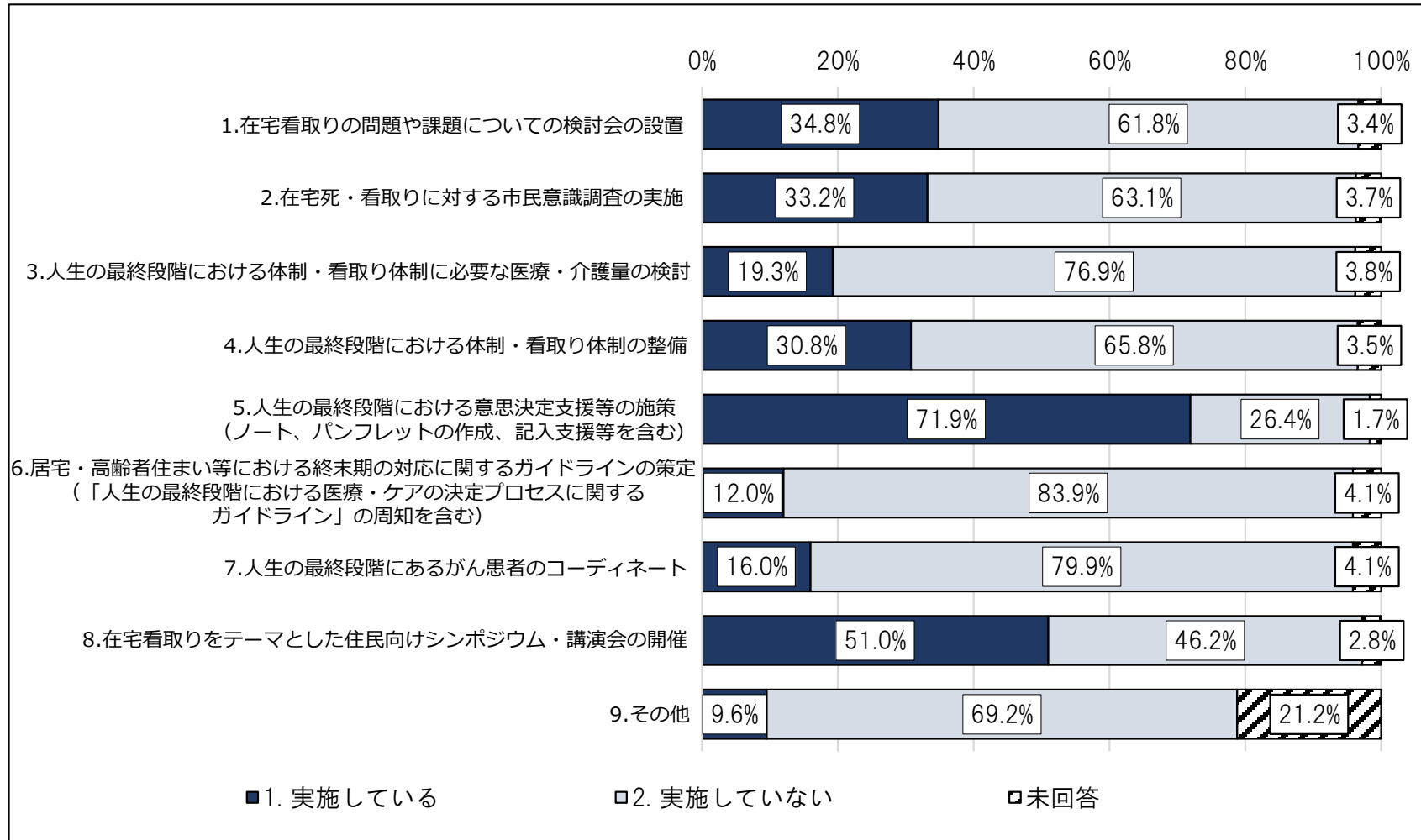
○ 「4つの場面」を意識した取組の状況



PDCAを踏まえた事業展開の現状② (n=1,183)

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

○ 「看取り」の場面に係る取組の状況



障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律等の一部を改正する法律 (令和4年法律第104号) の概要

(令和4年12月10日成立、同月16日公布)

改正の趣旨

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

改正の概要

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

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

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

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

3. 精神障害者の希望やニーズに応じた支援体制の整備【精神保健福祉法】

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

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

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

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

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

6. その他【障害者総合支援法、児童福祉法】

- ① 市町村障害福祉計画に整合した障害福祉サービス事業者の指定を行うため、都道府県知事が行う事業者指定の際に市町村長が意見を申し出る仕組みを創設する。
- ② 地方分権提案への対応として居住地特例対象施設に介護保険施設を追加する。

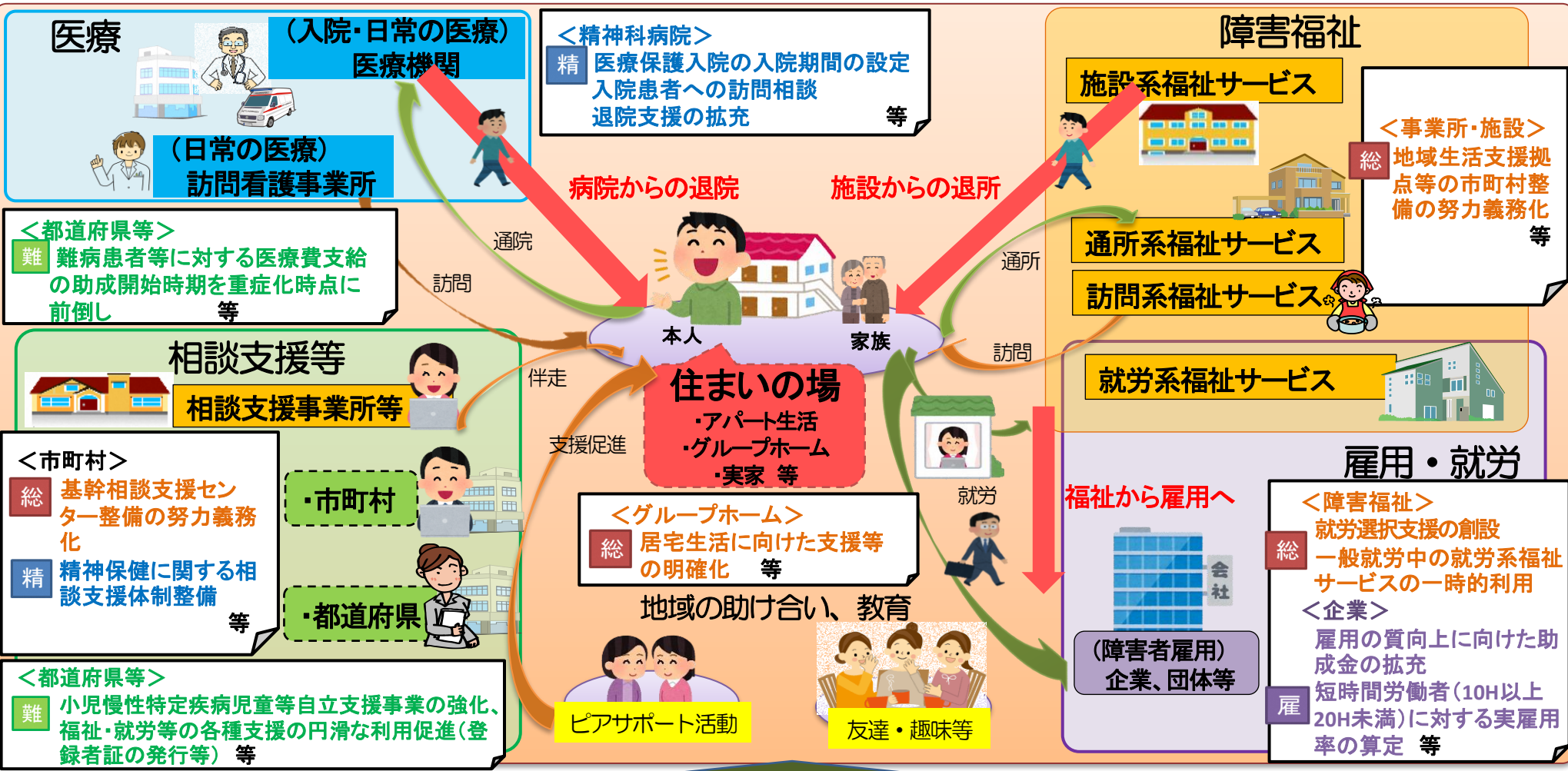
このほか、障害者総合支援法の平成30年改正の際に手当する必要があった同法附則第18条第2項の規定等について所要の規定の整備を行う。

施行期日

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

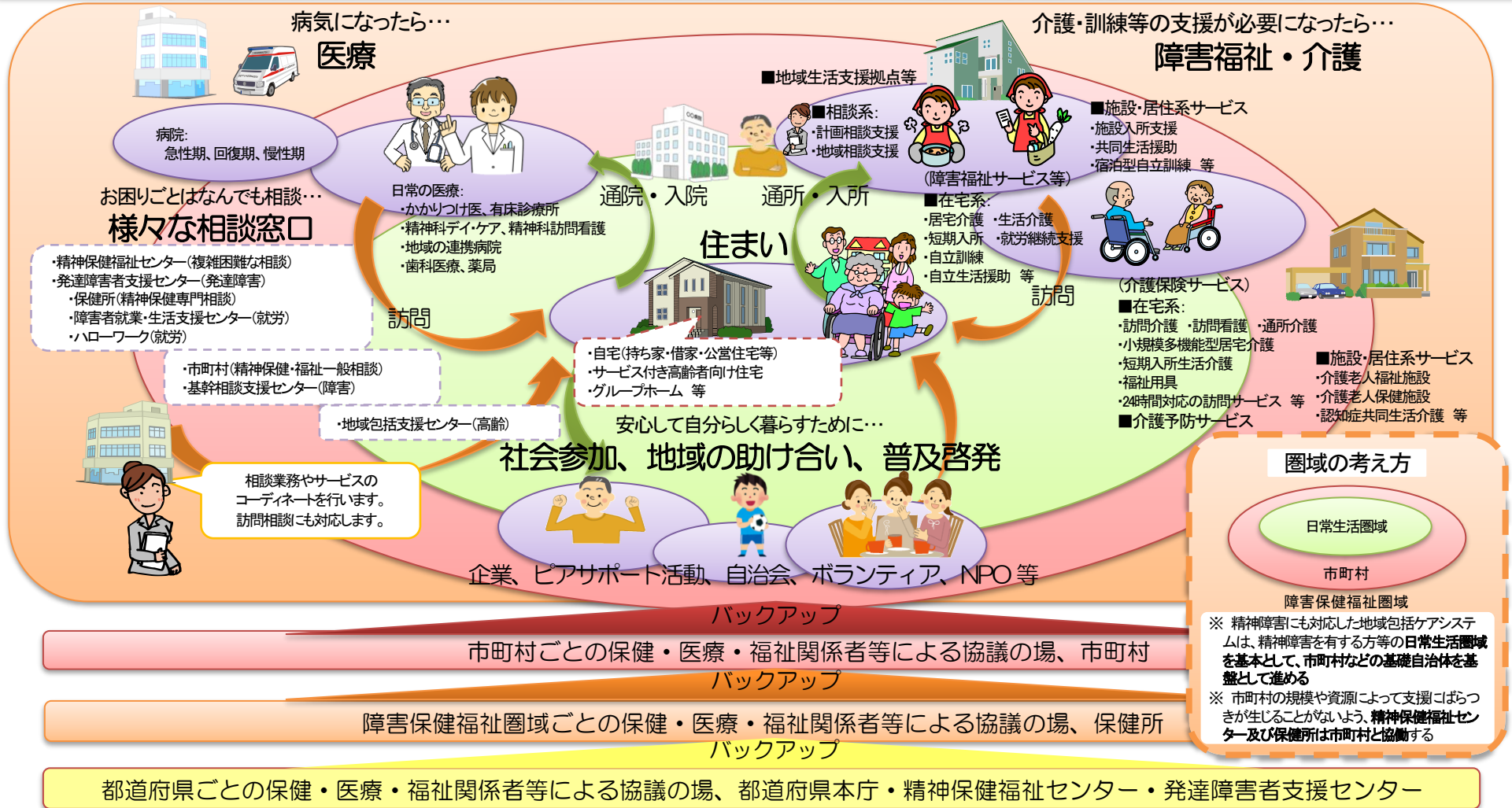
障害者や難病患者等が安心して暮らし続けることができる地域共生社会(イメージ)

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



精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）

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



令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会における主な御意見

(令和5年6月14日中医協資料より抜粋)

(テーマ1:地域包括ケアのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携)

- 介護支援専門員は利用者の既に様々な情報(例:家族や人間関係、資産状況、本人・家族の希望、趣味、嗜好、生活習慣等)を持っており、その情報に基づき課題を分析し目標を立て、サービスの利用や社会資源の活用も含めマネジメントしている。ここに、医療の情報や医師の意見等を適切に活かすことにより、より合理的なケアマネジメントができる。

(テーマ2:リハビリテーション・口腔・栄養)

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

(テーマ4:高齢者施設・障害者施設等における医療)

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

(テーマ6:人生の最終段階における医療・介護)

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

(テーマ7:訪問看護)

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

課題(小括①)

(在宅医療を取りまく状況について)

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

(地域包括ケアシステムにおける在宅医療について)

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

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

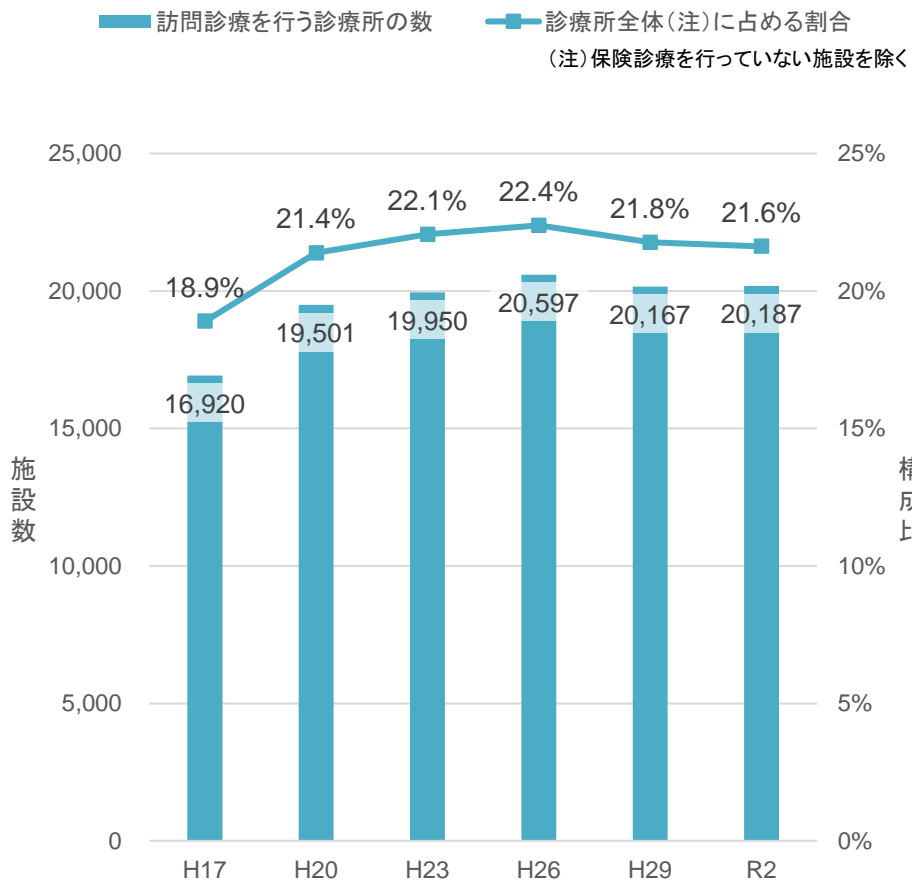
在宅医療の提供体制

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

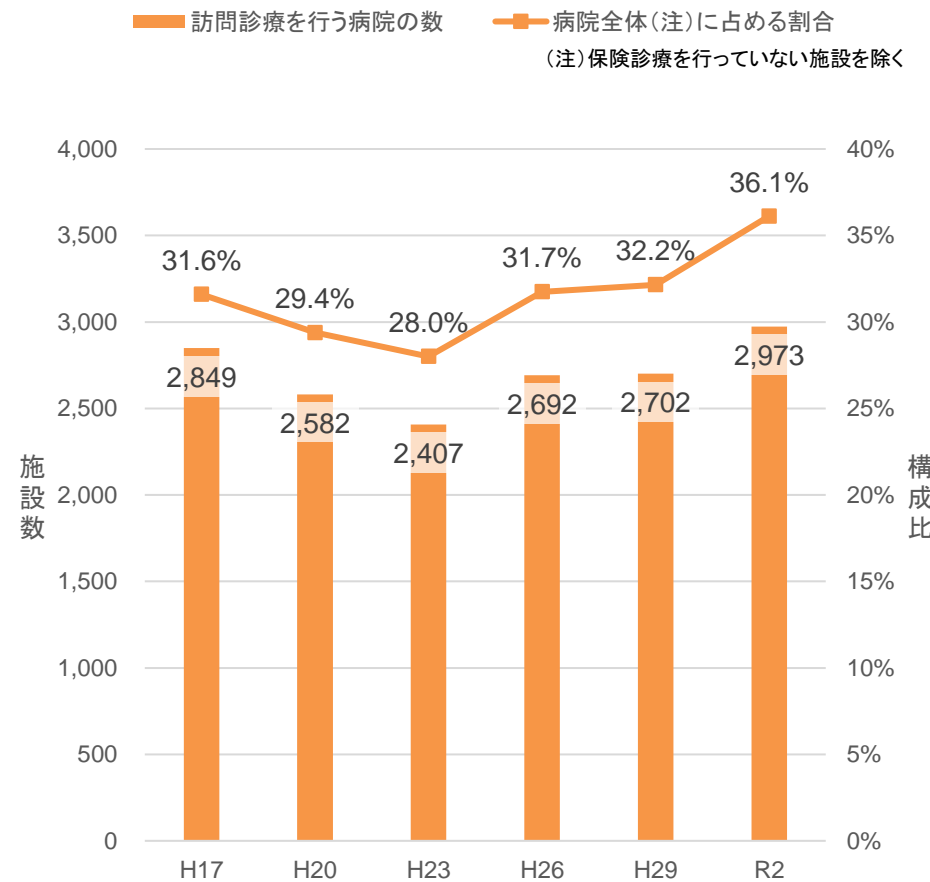
訪問診療を行う医療機関数の推移

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

診療所



病院

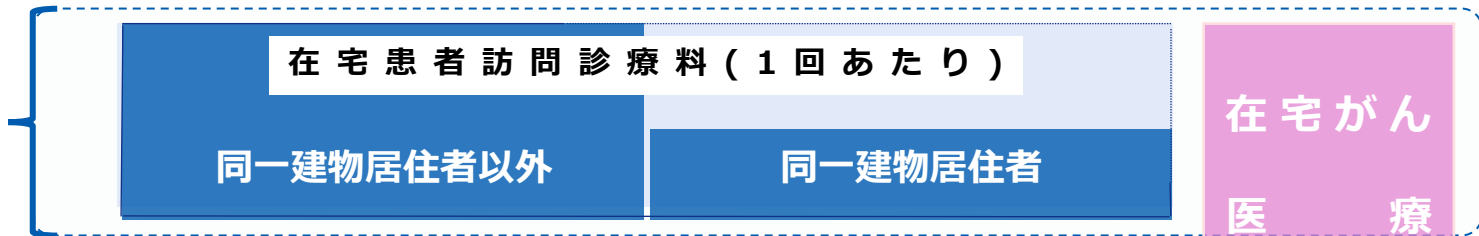


在宅医療における診療報酬上の評価構造（イメージ）

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

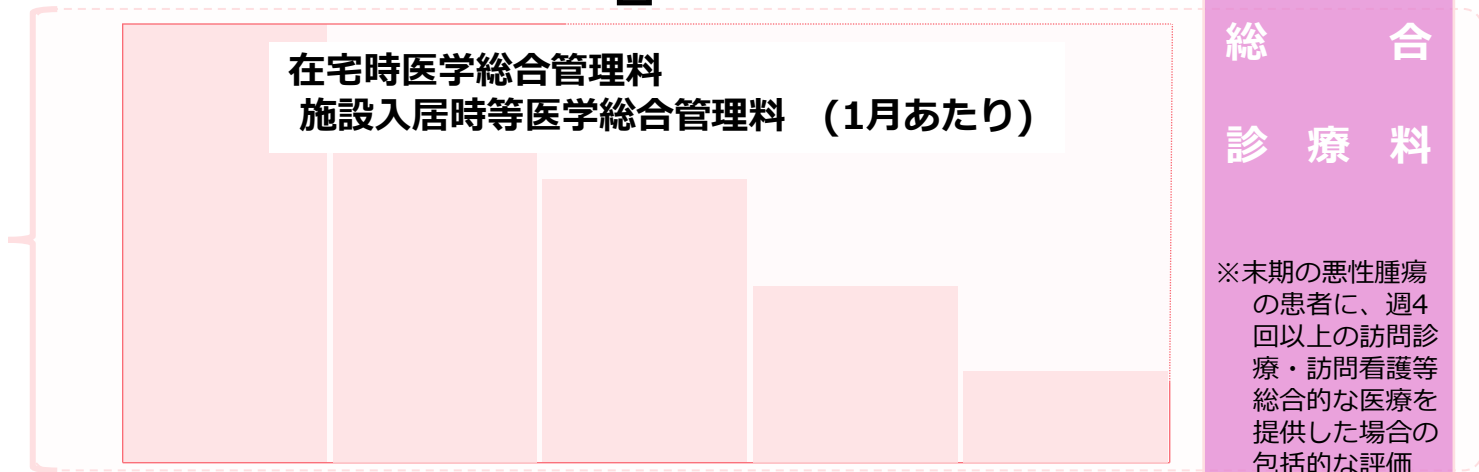
①定期的に訪問して診療を行った場合の評価

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



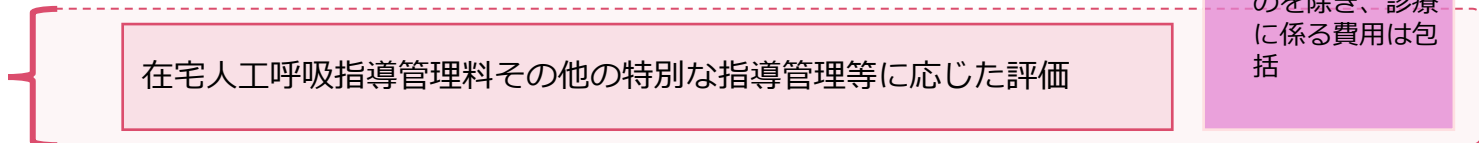
②総合的な医学的管理等を行った場合の評価

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



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

③指導管理等に対する評価



※特に規定するものを除き、診療に係る費用は包括

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

往診及び在宅患者訪問診療料の評価

○ 往診料 **720点**

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

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

○ 在宅患者訪問診療料(Ⅰ) **(1日につき)**

1 在宅患者訪問診療料 1

イ 同一建物居住者以外の場合 **888点**

ロ 同一建物居住者の場合 **213点**

2 在宅患者訪問診療料 2

イ 同一建物居住者以外の場合 **884点**

ロ 同一建物居住者の場合 **187点**

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

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

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

[算定要件] (抜粋)

○ 在宅患者訪問診療料 1

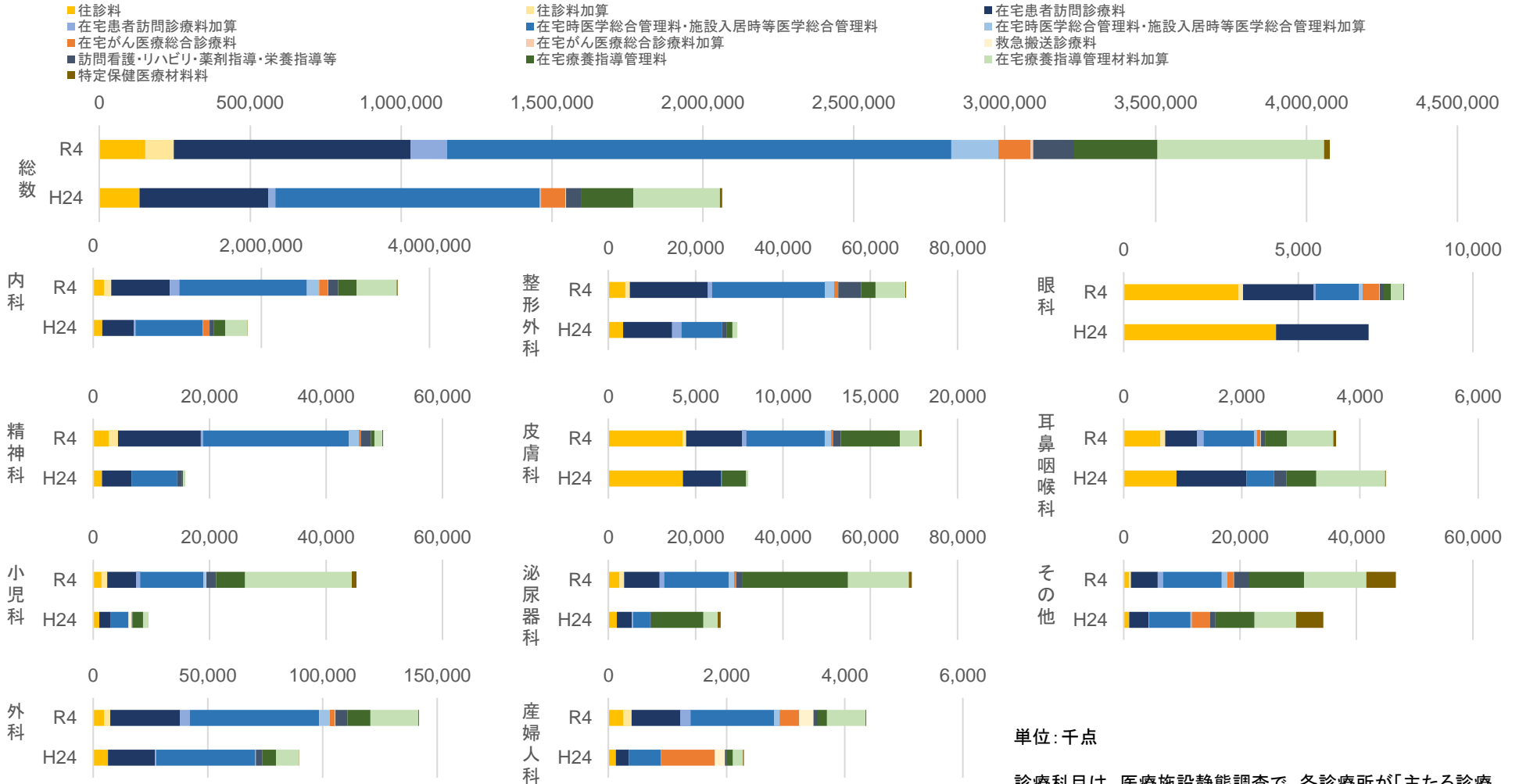
1人の患者に対して1つの保険医療機関の保険医の指導管理の下に継続的に行われる訪問診療について、1日につき1回に限り算定。

○ 在宅患者訪問診療料 2

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

在宅医療に関する診療報酬の構成の推移(診療所、診療科目別)

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



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

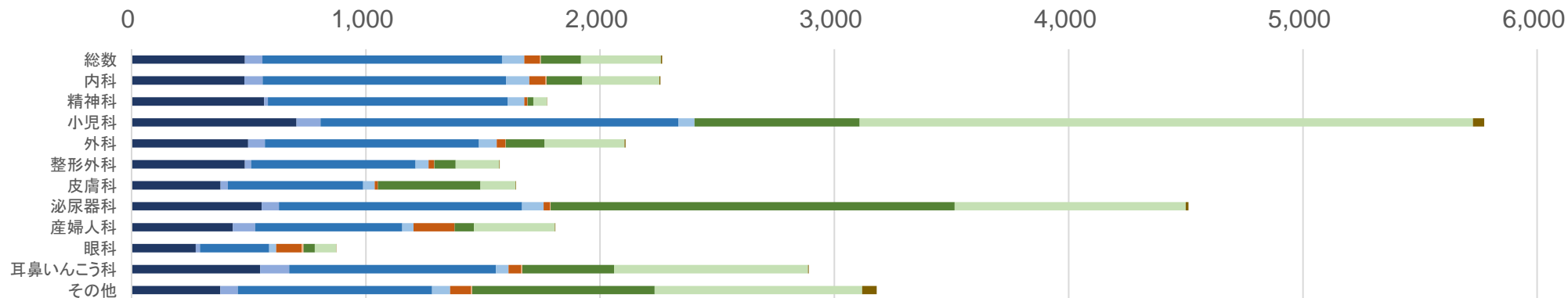
※診療所について: 平成24年以前は抽出調査、平成25年以後は全数調査

訪問診療1回あたりの診療報酬の構成の推移(診療所、診療科目別)

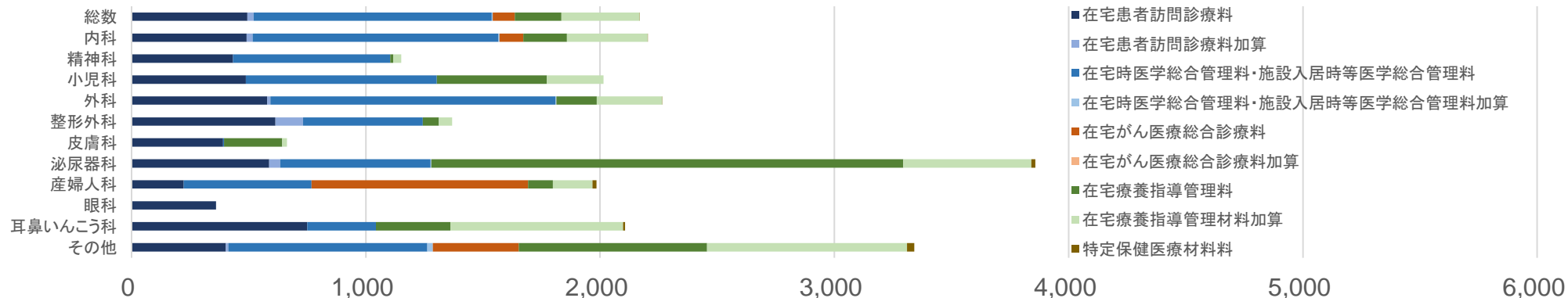
○ 診療所における在宅医療受診1回あたりに請求されている在宅医療に係る診療報酬については、総数としてみると両年度とも「在宅患者訪問診療料」「在宅時医学総合管理料」が多くを占めるが、令和4年度では加算分の診療報酬の比率が高まっている。また、診療科目ごとに見ると、令和4年度では小児科・泌尿器科は「在宅療養指導管理料」及び同材料加算の比率が極めて高い。

【令和4年度】

訪問診療1回あたりの診療報酬(点)



【平成24年度】



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

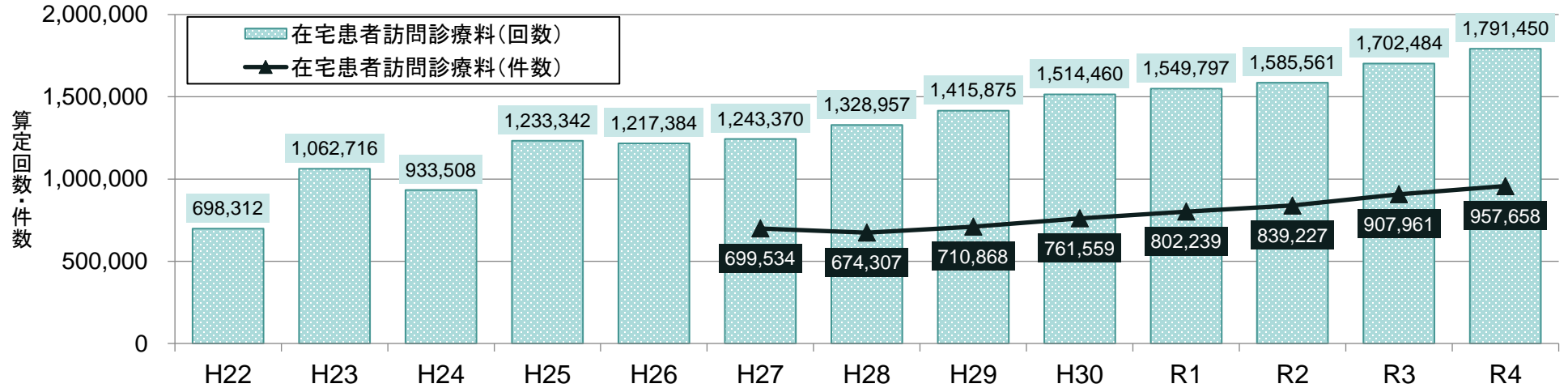
出典：社会医療診療行為別統計(平成27年より)、社会医療診療行為別調査(平成26年まで)(各年6月審査分)

※診療所について：平成24年以前は抽出調査、平成25年以後は全数調査

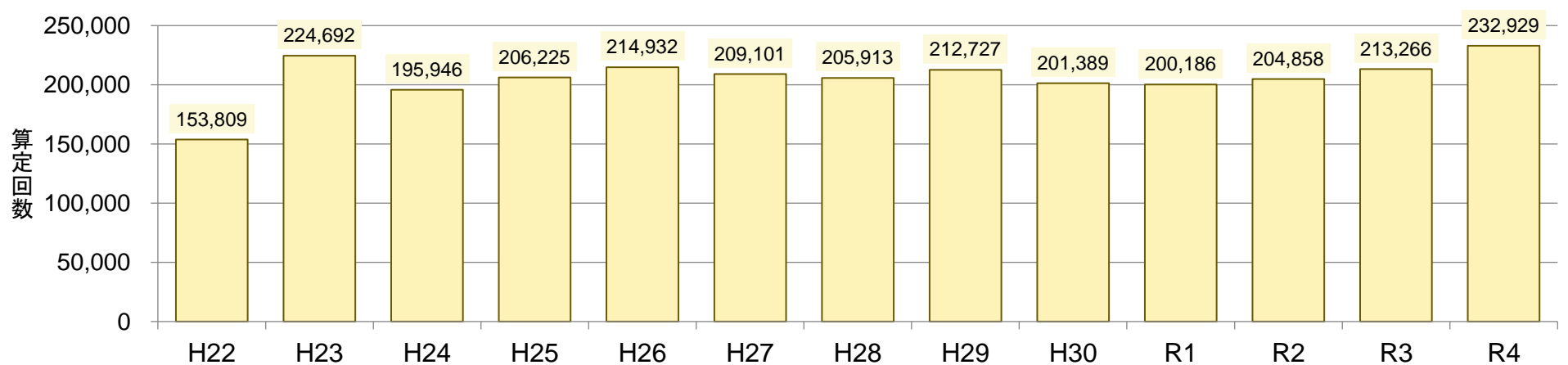
在宅患者訪問診療料・往診料の算定状況

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

<在宅患者訪問診療料の算定回数>



<往診料の算定回数>



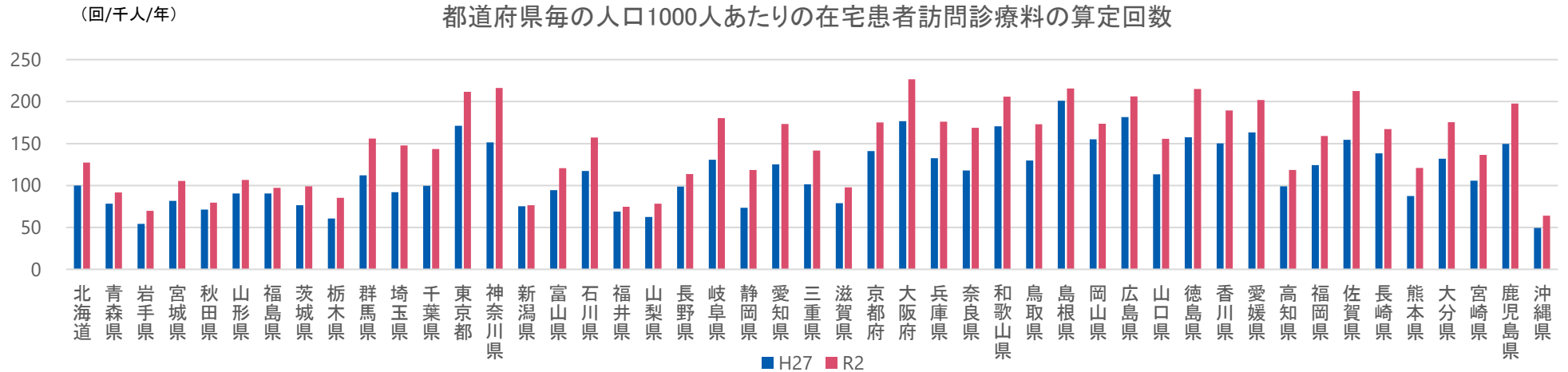
出典：社会医療診療行為別統計(平成27年より)、社会医療診療行為別調査(平成26年まで)(各年6月審査分)

※病院について：平成22年以前は抽出調査、平成23年以後は全数調査

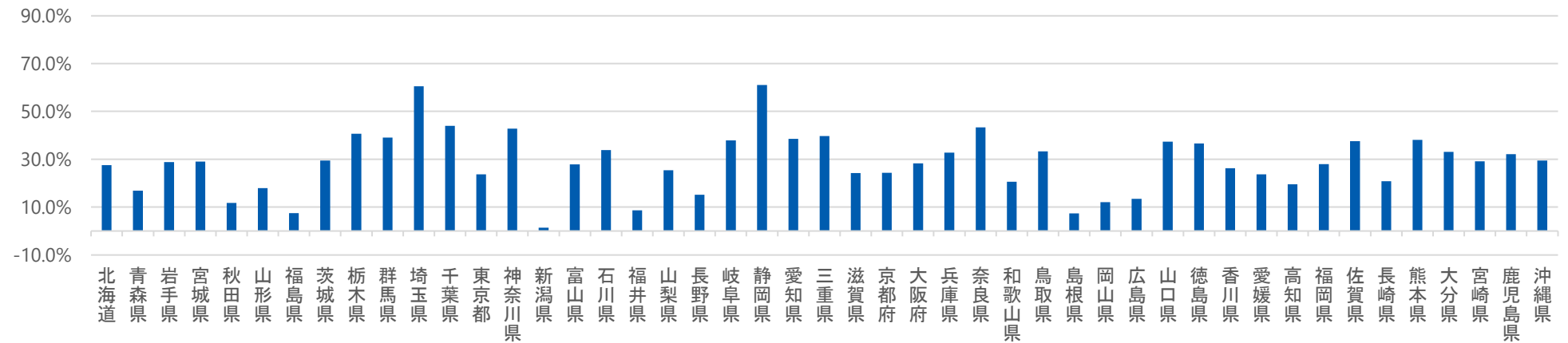
※診療所について：平成24年以前は抽出調査、平成25年以後は全数調査

都道府県毎の在宅患者訪問診療料の算定状況

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



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

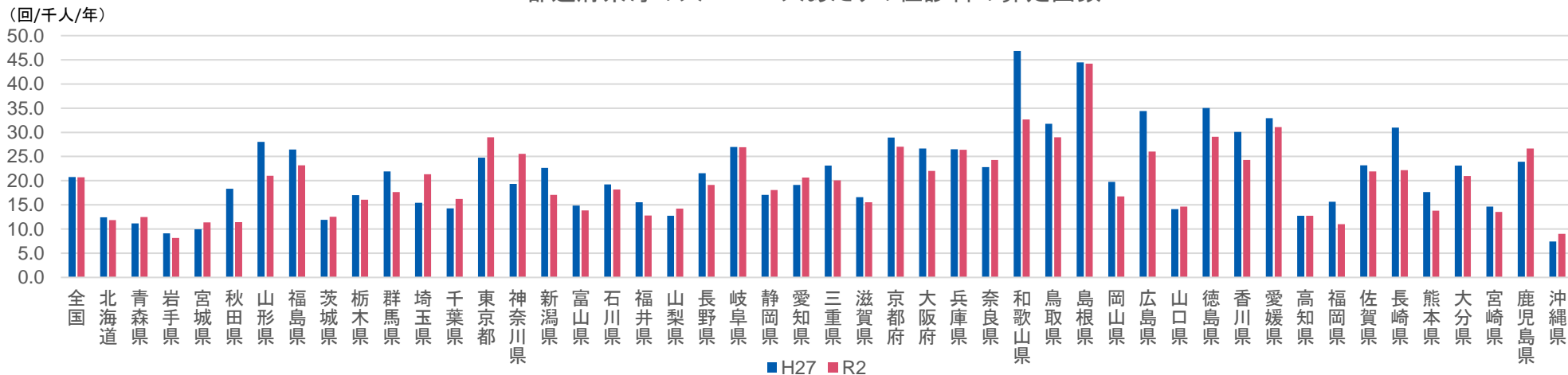


都道府県毎の往診料の算定状況

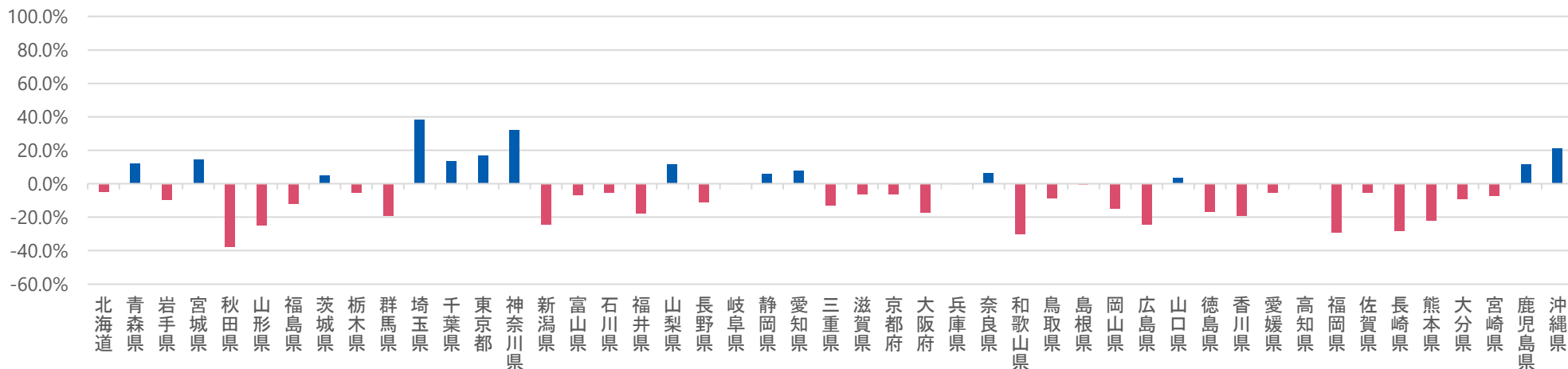
○ 平成27年と令和2年における一年間の人口1000人あたりの都道府県別の往診料の算定回数及び増加率は以下のとおり。(人口は令和3年度人口動態統計を使用)

○ 増加率で見ると増加している都道府県と増加していない都道府県が存在する。

都道府県毎の人口1000人あたりの往診料の算定回数



都道府県毎の人口1000人あたりの往診料の算定回数の増加率(H27→R2)



往診料における加算について

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

+

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

①緊急往診加算:

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

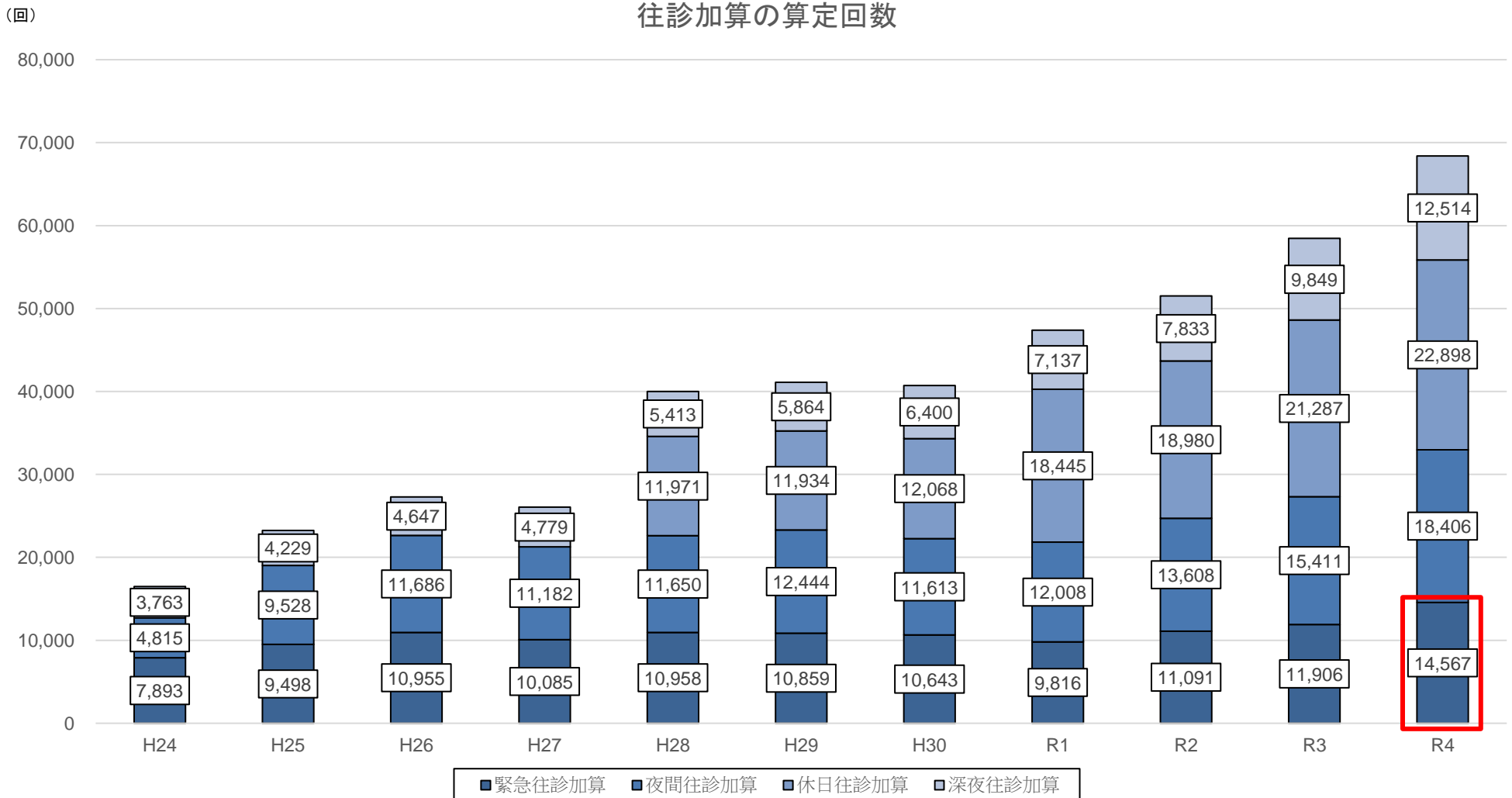
②夜間・休日・深夜往診加算の取扱いについて

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

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

往診加算の算定状況の推移

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



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

※病院について：平成22年以前は抽出調査、平成23年以後は全数調査

※診療所について：平成24年以前は抽出調査、平成25年以後は全数調査

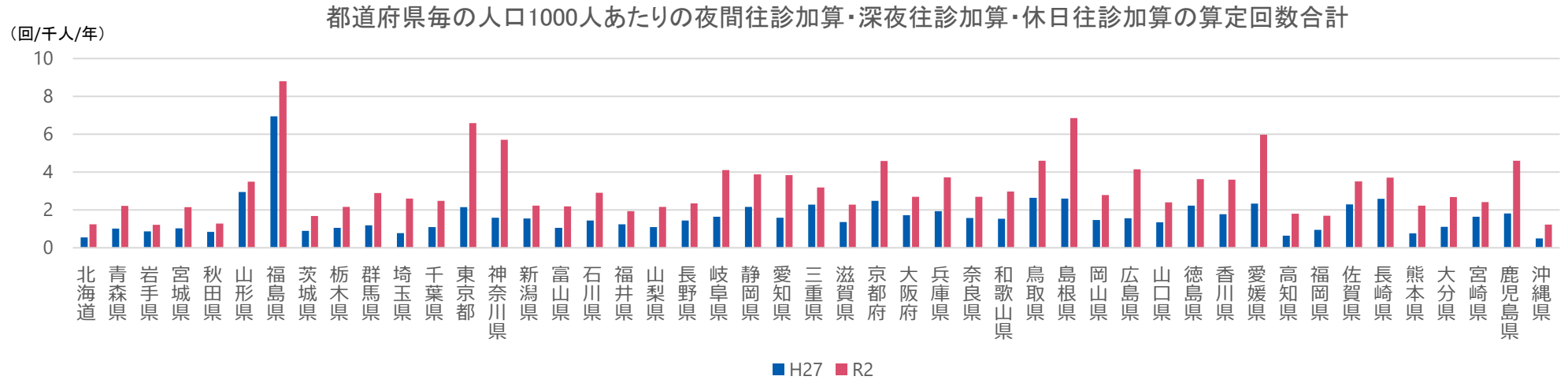
新型コロナウイルス感染症流行に伴う 往診に関する診療報酬上の特例について

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

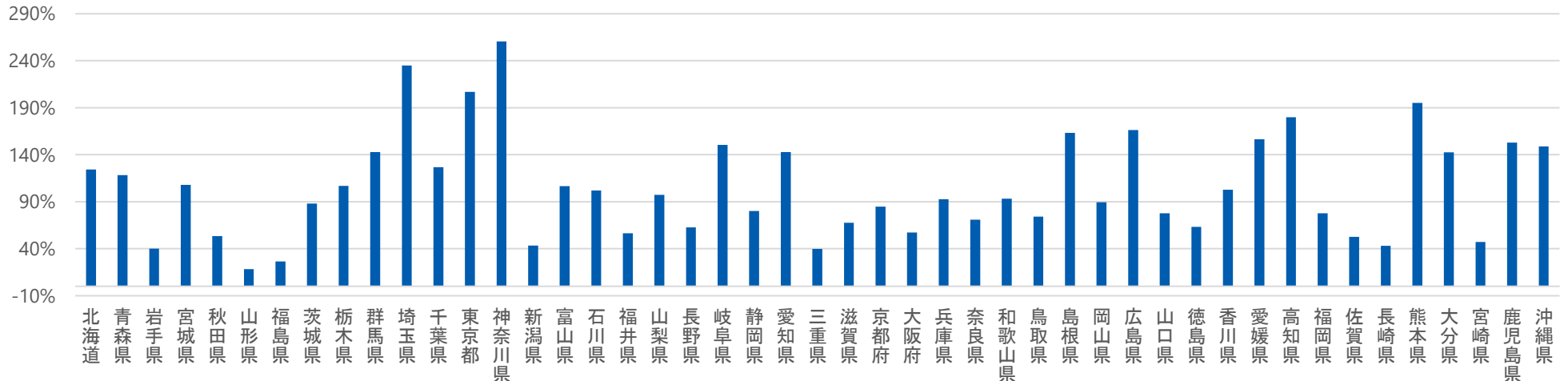
項目	診療報酬上の特例（往診に関する主なもの）		位置づけ変更後 （令和5年5月8日～）
	事務連絡発出日	具体的な内容	
新型コロナウイルス感染症患者及び疑い患者に対する往診時等の感染対策の評価	令和2年4月24日	コロナ疑い/確定患者への往診における感染対策として院内トリアージ料 300点 を算定可能とした。	（引き続き評価）
緊急往診加算に関する特例的な取扱い	令和3年2月26日	緊急往診加算（325点～850点） の対象に、新型コロナウイルス感染症患者を追加。	（引き続き評価）
往診に係る算定方法の留意事項の取扱い （往診料は、本来患者又は家族等患者の看護にあたる者が、保険医療機関に対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

都道府県毎の夜間・深夜往診加算及び休日往診加算の算定状況

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



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



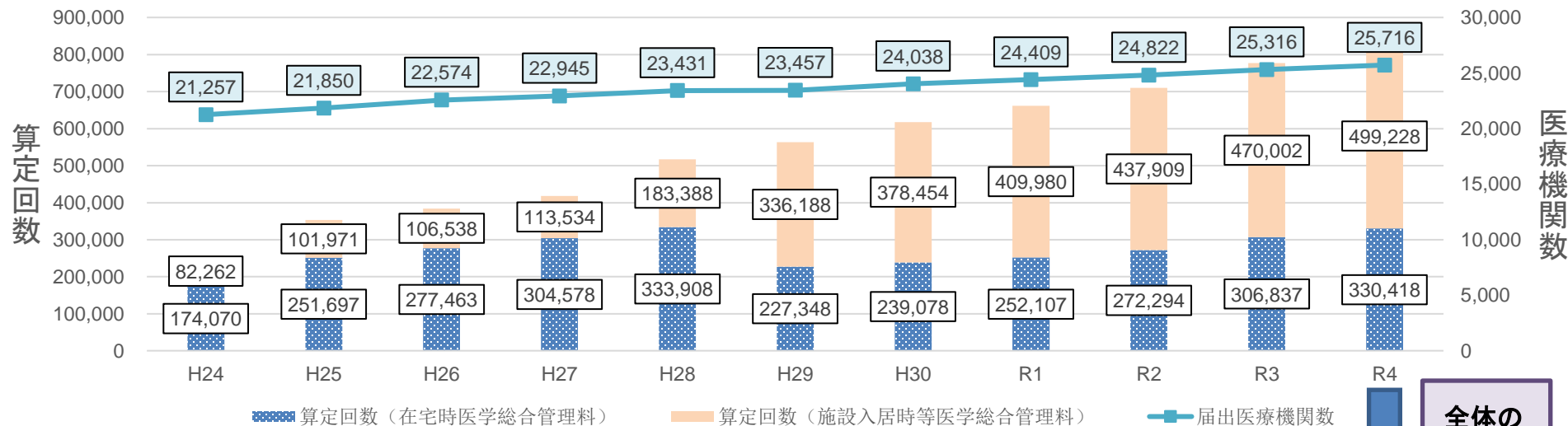
在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料について

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

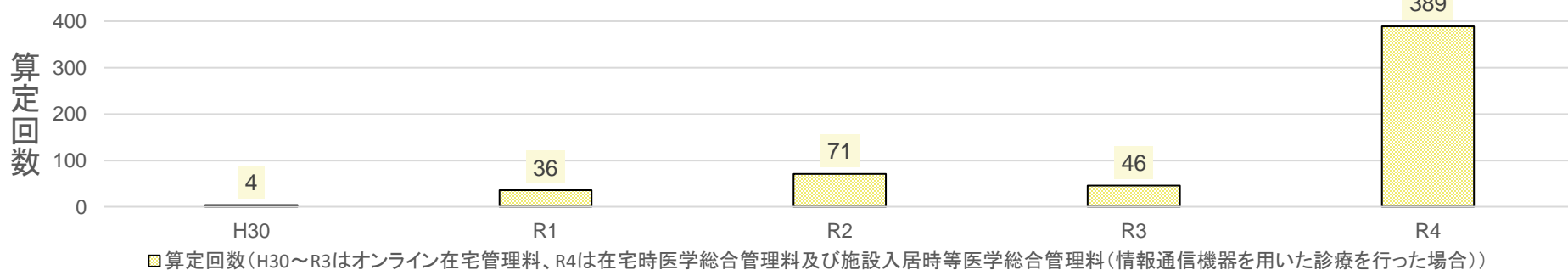
※ 在宅療養支援診療所：在支診 在宅療養支援病院：在支病		機能強化型在支診・在支病 (病床あり)			機能強化型在支診・在支病 (病床なし)			在支診・在支病			その他		
		1人	2～9人	10人～	1人	2～9人	10人～	1人	2～9人	10人～	1人	2～9人	10人～
在宅時医学総合管理料	①月2回以上訪問 (重症患者)	5,400点	4,500点	2,880点	5,000点	4,140点	2,640点	4,600点	3,780点	2,400点	3,450点	2,835点	1,800点
	②月2回以上訪問	4,500点	2,400点	1,200点	4,100点	2,200点	1,100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

在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の算定状況

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



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



■算定回数(H30～R3はオンライン在宅管理料、R4は在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料(情報通信機器を用いた診療を行った場合))

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

※診療所について：平成24年以前は抽出調査、平成25年以後は全数調査

届出医療機関数については保険局医療課調べ(各年7月1日時点)

情報通信機器情報通信機器を組み合わせ実施した在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の算定状況については令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査及びNDBデータより

在支診・在支病の施設基準 (参考)

	機能強化型在支診・在支病				在支診在支病	(参考) 在宅療養後方支援病院
	単独型		連携型			
	診療所	病院	診療所	病院		
全ての在支診・在支病の基準	① 24時間連絡を受ける体制の確保 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している ⑦ <u>適切な意思決定支援に係る指針を作成していること</u>					
全ての在支病の基準	「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。 (1) 許可病床200床未満*であること又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと (2) 往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること ※ 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては280床未満					○ 許可病床数200床以上 ○ 在宅医療を提供する医療機関と連携し、24時間連絡を受ける体制を確保 ○ 連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が24時間可能な体制を確保(病床の確保を含む) ※ やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、対応可能な病院を探し紹介すること ○ 連携医療機関との間で、3月に1回以上、患者の診療情報の交換を行い、入院希望患者の一覧表を作成
機能強化型在支診・在支病の基準	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上		⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上			
	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 10件以上	⑧ 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績10件以上 ・ <u>在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上</u> ・ <u>地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている</u>	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績連携内で10件以上 各医療機関で4件以上	⑧ 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績10件以上各医療機関で4件以上 ・ <u>在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上</u> ・ <u>地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている</u>		
	⑨ 過去1年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績 いずれか4件以上		⑨ 過去1年間の看取りの実績連携内で4件以上 かつ、各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績 いずれか2件以上			
	⑩ <u>市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等において在宅療養支援診療所以外の診療所等と連携することや、地域において24時間体制での在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい</u>					

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」 における意思決定支援や方針決定の流れ(イメージ図)(平成30年版)

意見交換 資料-1
参 考
R 5 . 5 . 1 8

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

心身の状態に応じて意思は変化しうるため
繰り返し話し合うこと



主なポイント

本人の人生観や価値観等、できる限り把握

本人の意思が
確認できる

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

人生の最終段階における
医療・ケアの方針決定

本人や家族等※と十分に話し合う

・家族等※が本人の意思を推定できる

本人の推定意思を尊重し、
本人にとって最善の方針をとる

話し合った内容を都度文書にまとめ共有

本人の意思が
確認できない

・家族等※が本人の意思を推定できない
・家族がいない

本人にとって最善の方針を
医療・ケアチームで慎重に判断

・心身の状態等により医療・ケア内容の決定が困難な場合
・家族等※の中で意見がまとまらないなどの場合等
→複数の専門家で構成する話し合いの場を設置し、方針の検討や助言

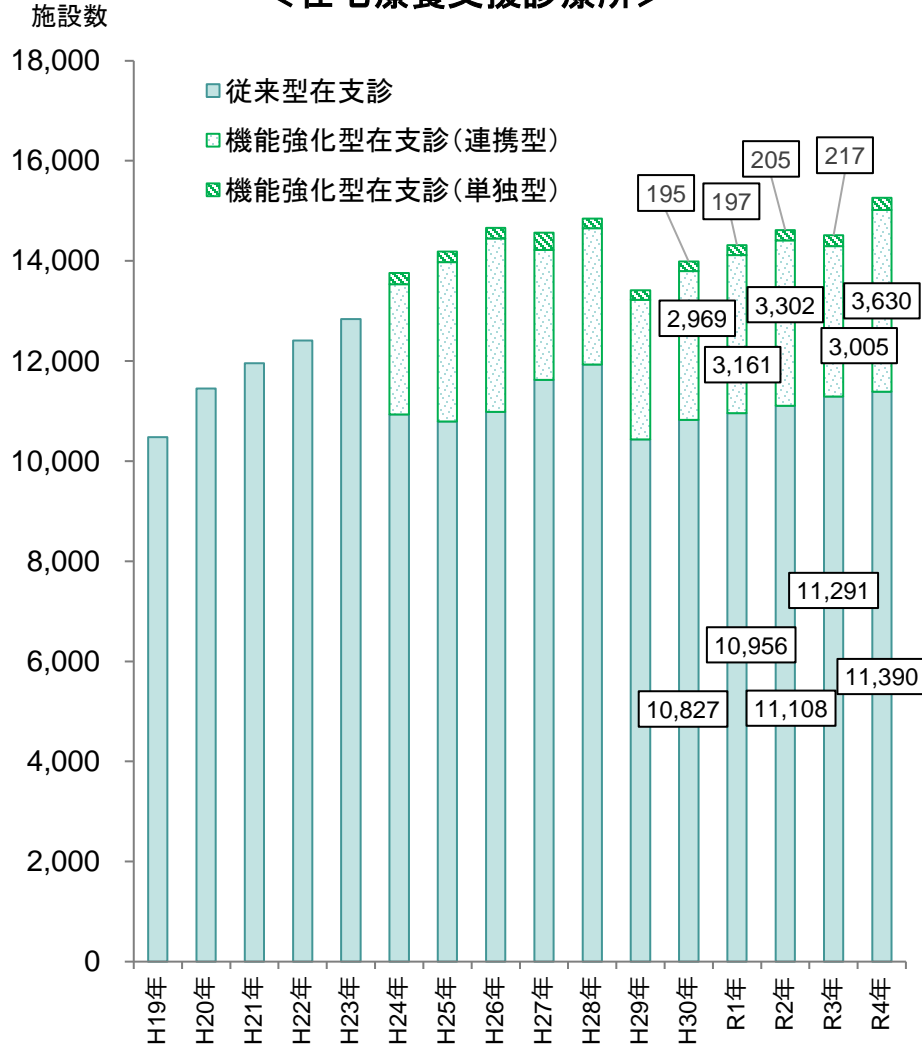
※本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、話し合いに先立ち特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことが重要である。
※家族等には広い範囲の人(親しい友人等)を含み、複数人存在することも考えられる。



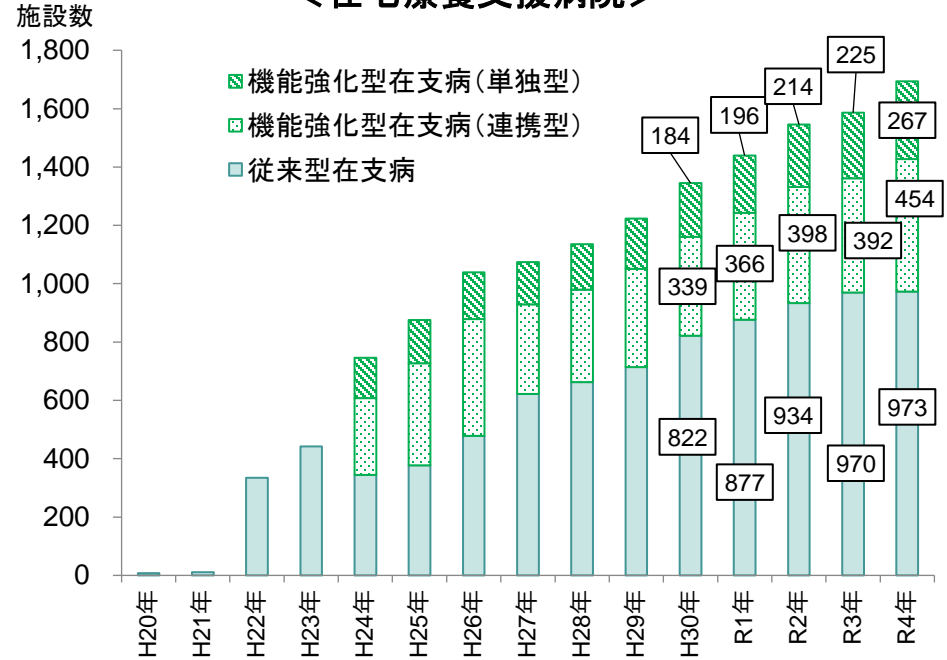
在宅療養支援診療所等の届出数

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

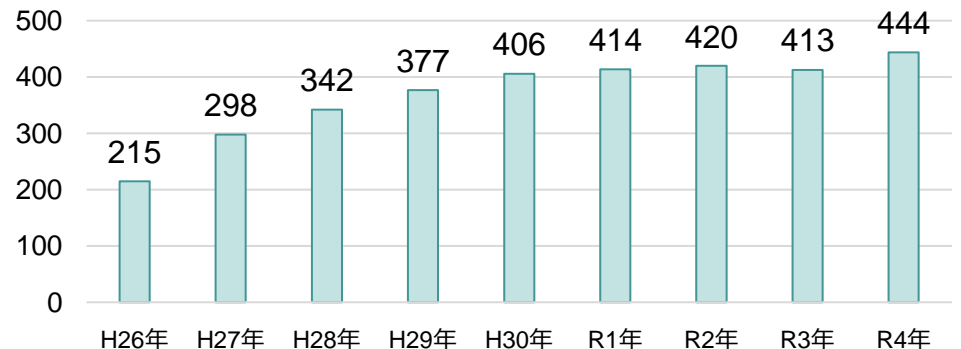
<在宅療養支援診療所>



<在宅療養支援病院>



<在宅療養後方支援病院> ※平成26年新設



在宅ターミナルケアに対する診療報酬上の評価の概要

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

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

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

■ その他の加算 ■

○ 乳幼児加算 400点

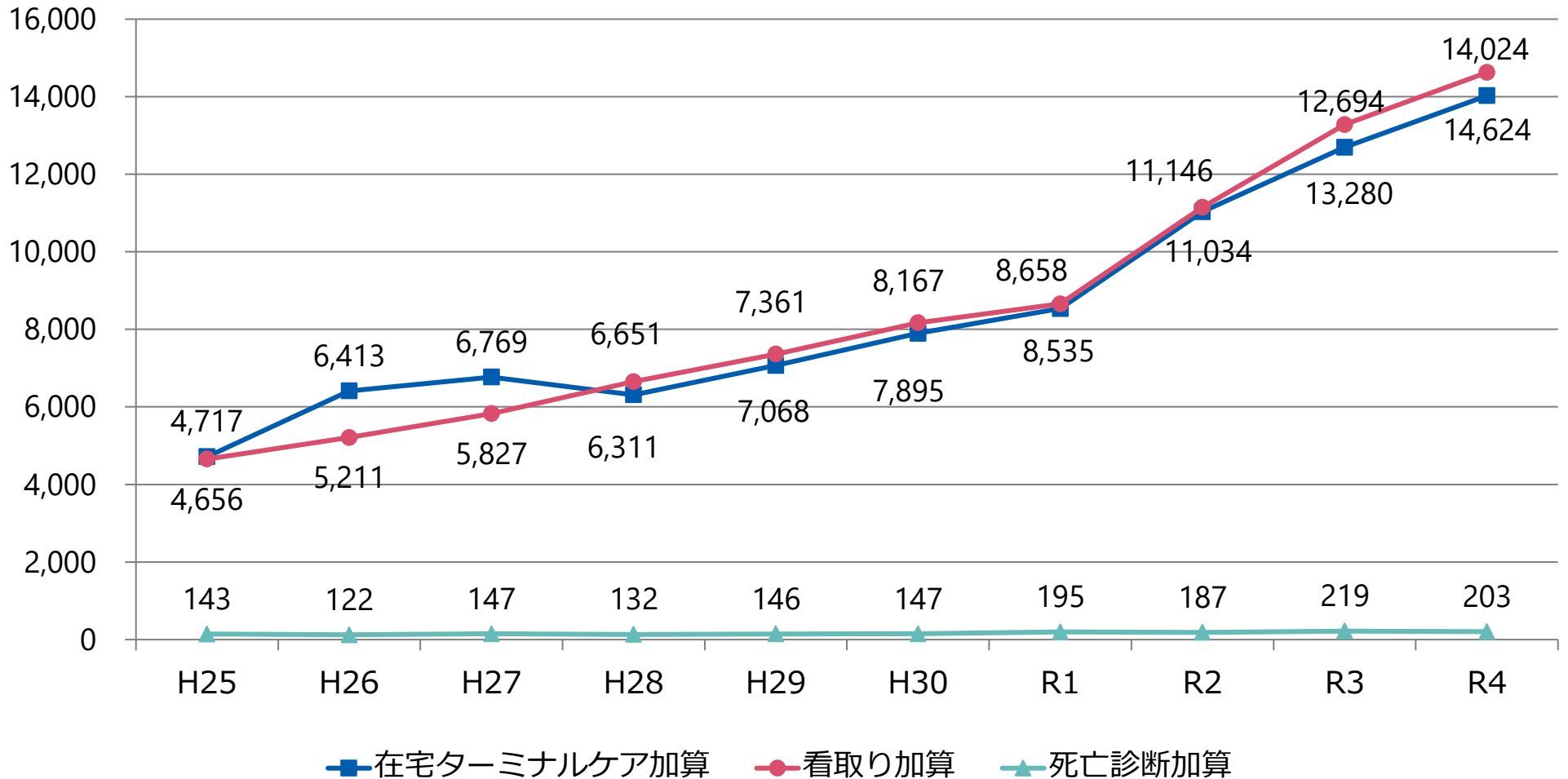
○ 診療時間に応じた加算 診療時間が1時間超の場合に100点/30分を加算

在宅ターミナルケア加算等の算定状況

○ 在宅ターミナルケア加算、看取り加算の算定回数は増加傾向である。

算定回数

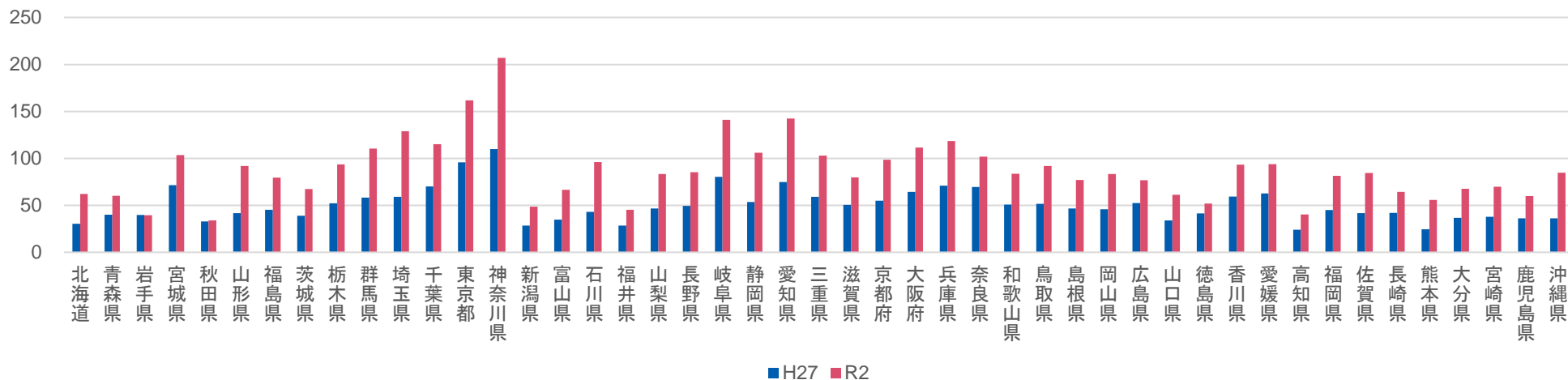
在宅患者訪問診療料に係る加算の算定回数



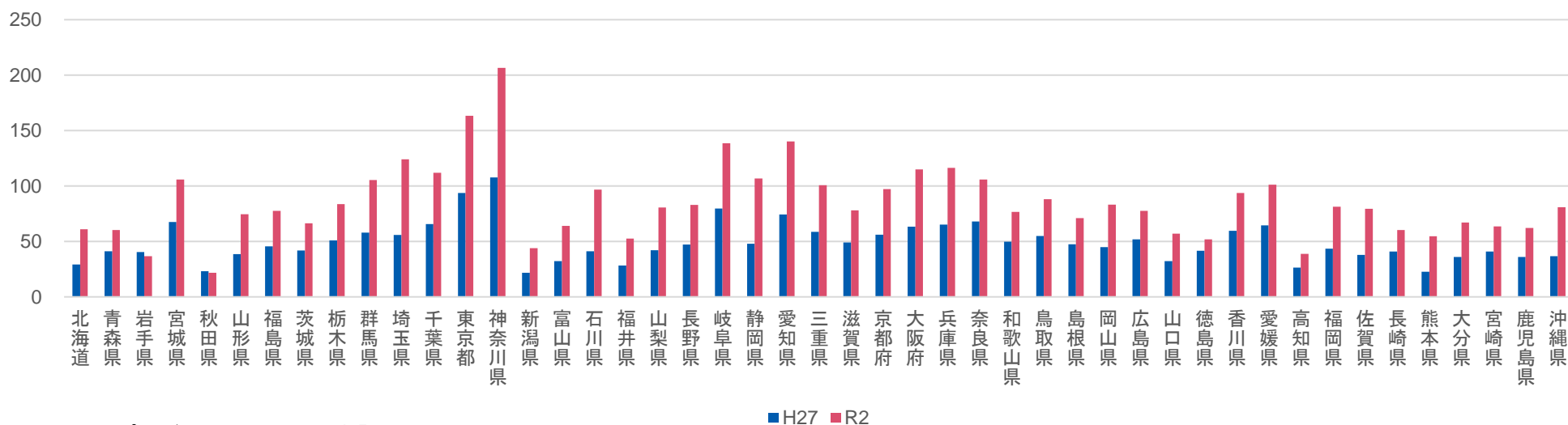
都道府県毎のターミナルケア加算・看取り加算の算定状況

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

都道府県毎の看取り加算の算定状況(死亡者数1000人対)



都道府県毎のターミナルケア加算の算定状況(死亡者数1000人対)



在宅がん医療総合診療料の概要

在宅がん医療総合診療料（1日につき）

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

注) 在宅がん医療総合診療料は、
在支診・在支病のみ届出可能。



小児加算（※）
1,000点(週に1回)

[算定要件]（抜粋）

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

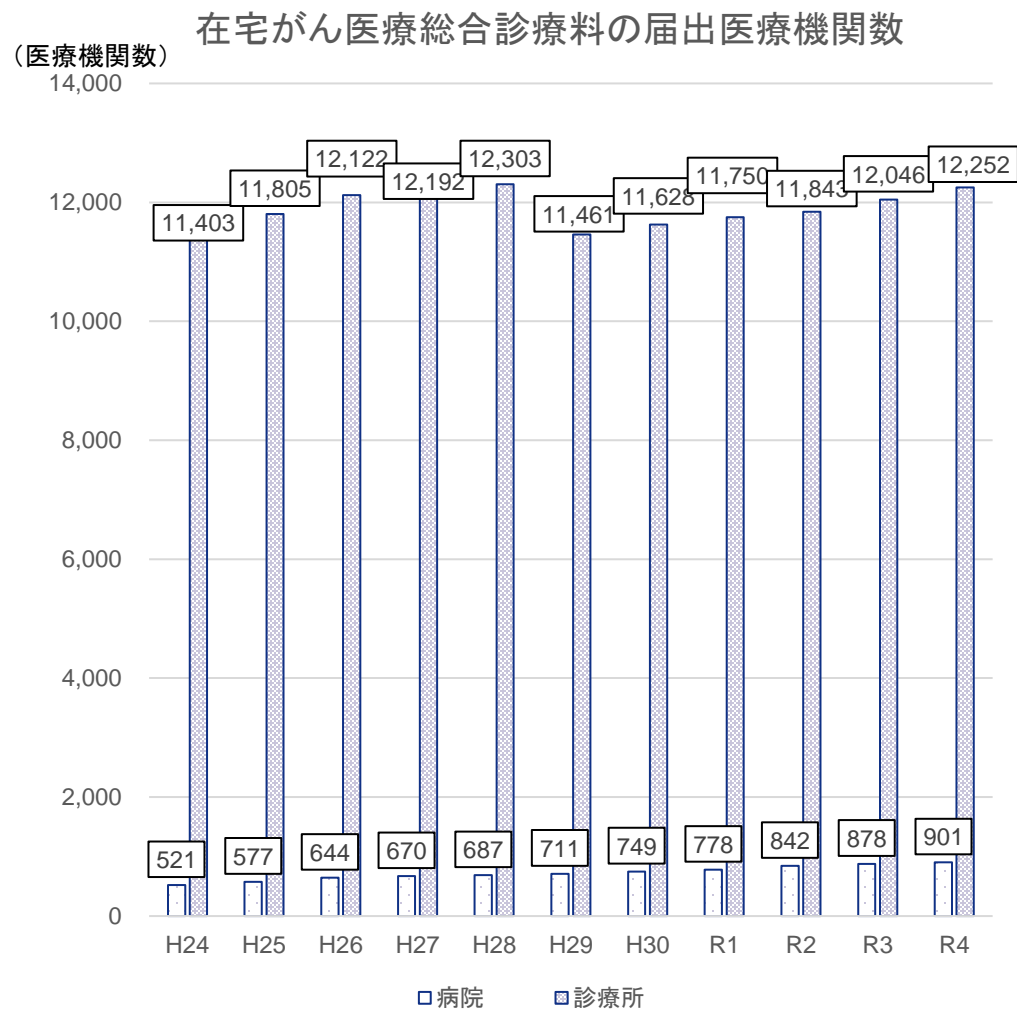
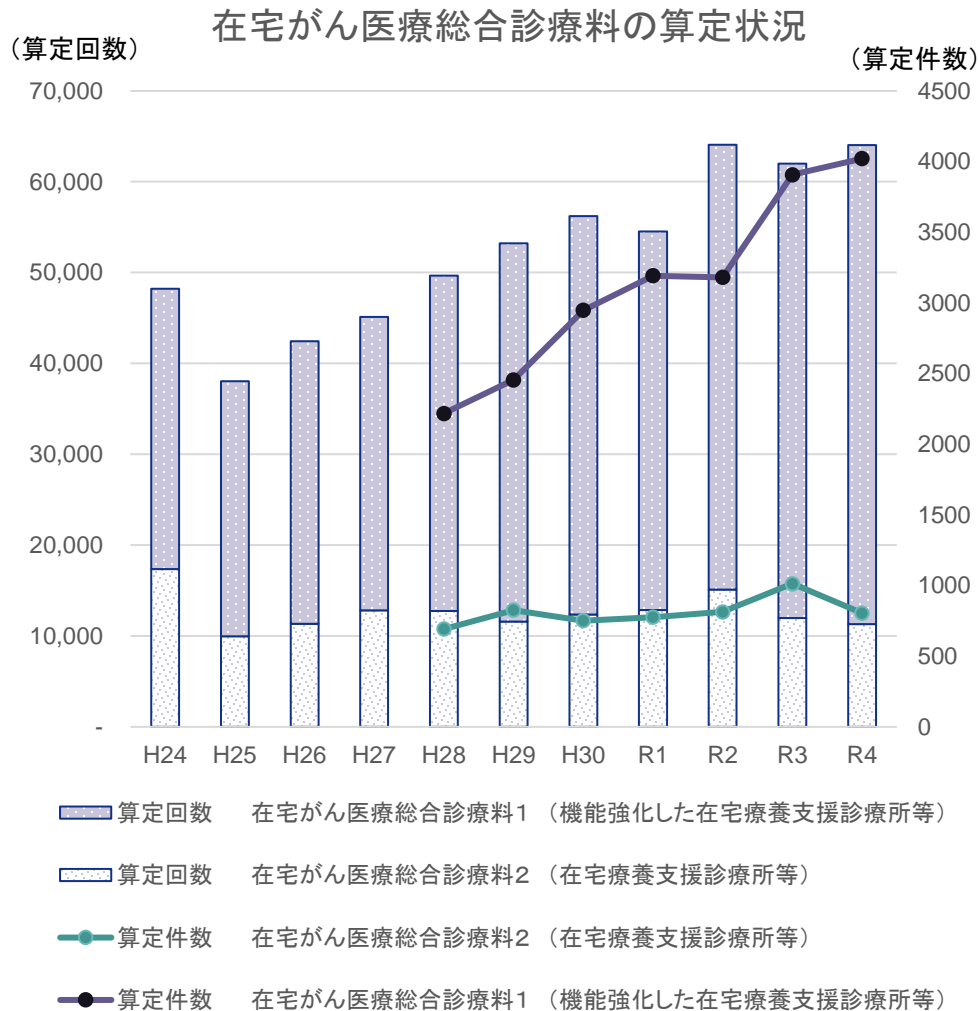
[施設基準]（抜粋）

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

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

在宅がん医療総合診療料の算定状況等

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

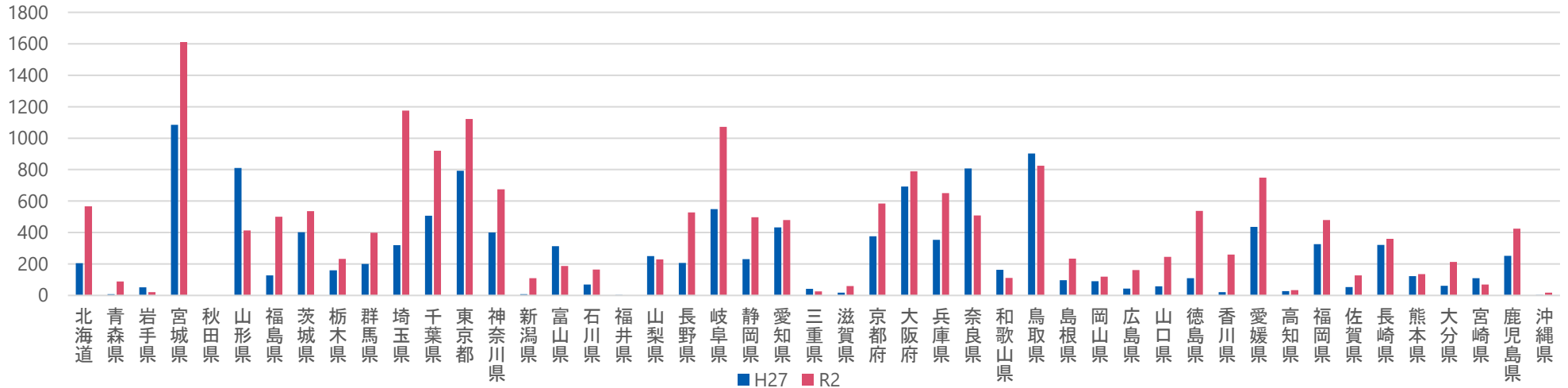


※診療所について：平成24年以前は抽出調査、平成25年以後は全数調査

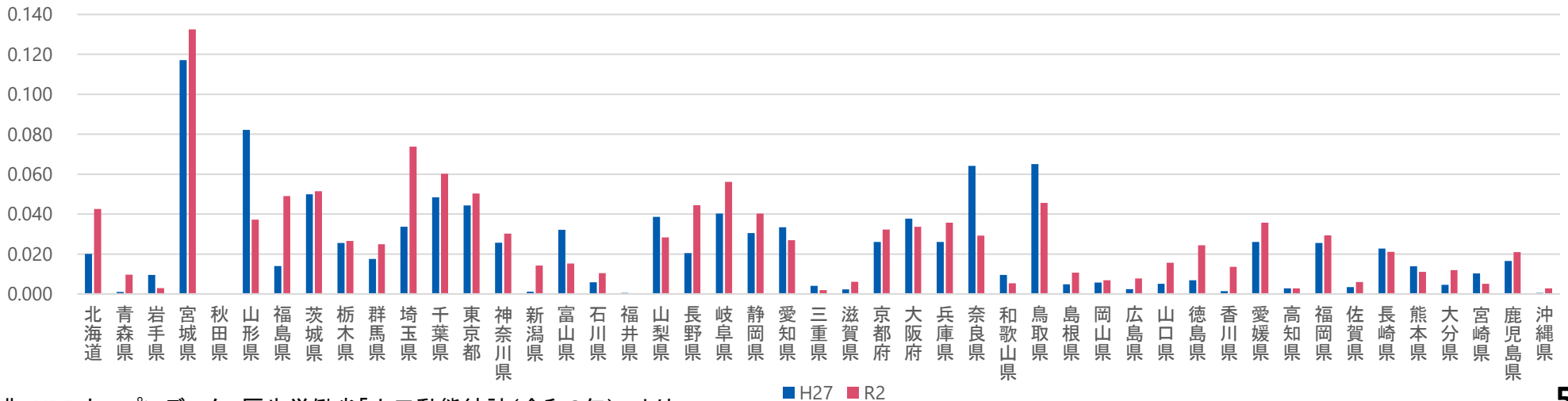
都道府県毎の在宅がん医療総合診療料の算定状況

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

都道府県毎の在宅がん医療総合診療料の算定回数(人口10万人対)



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

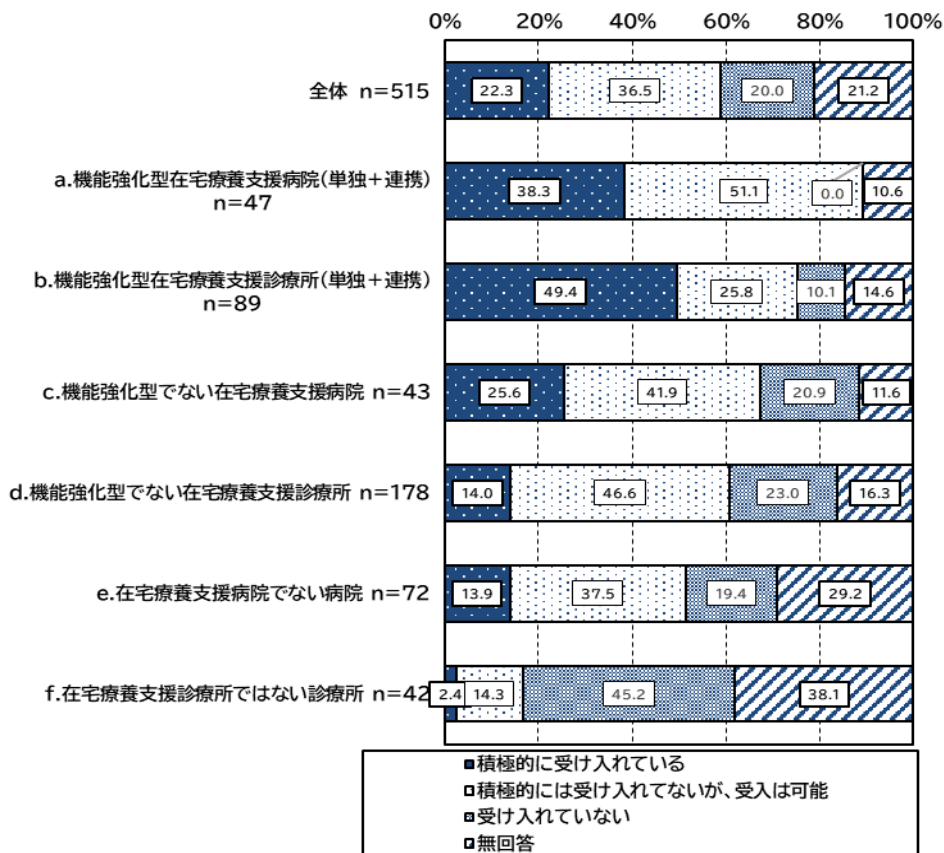


医療機関調査の結果⑫

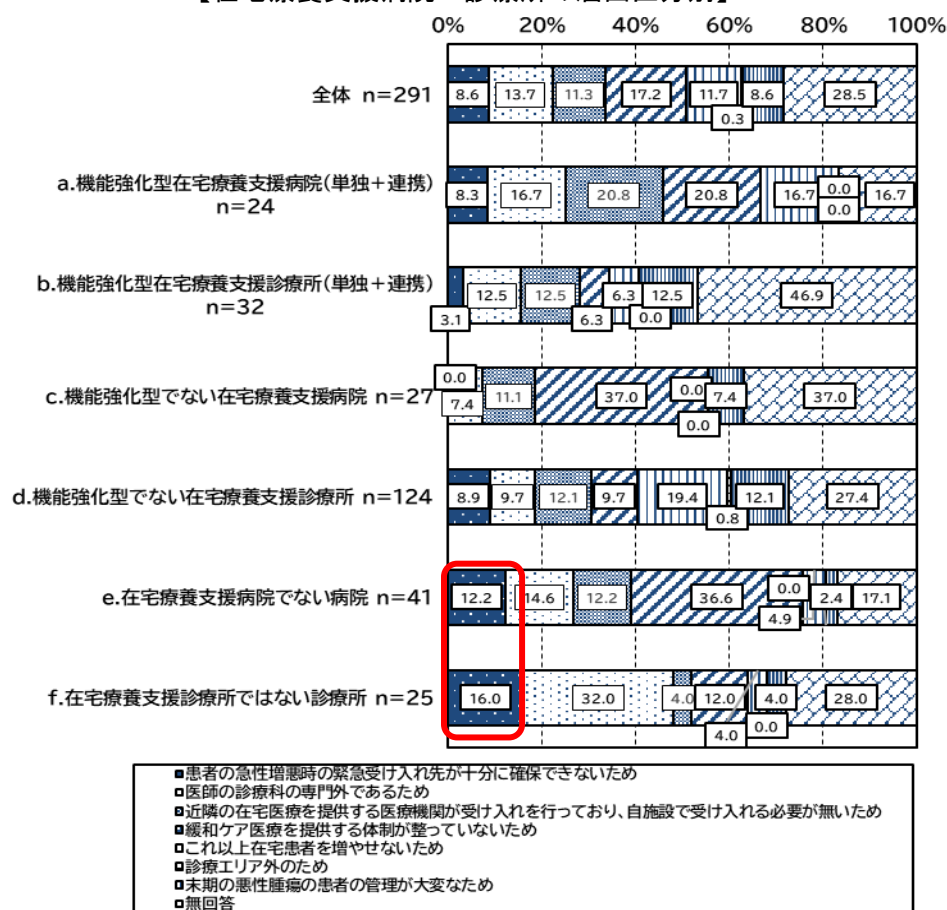
<末期の悪性腫瘍の患者の受け入れ状況> (報告書p212,217)

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

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



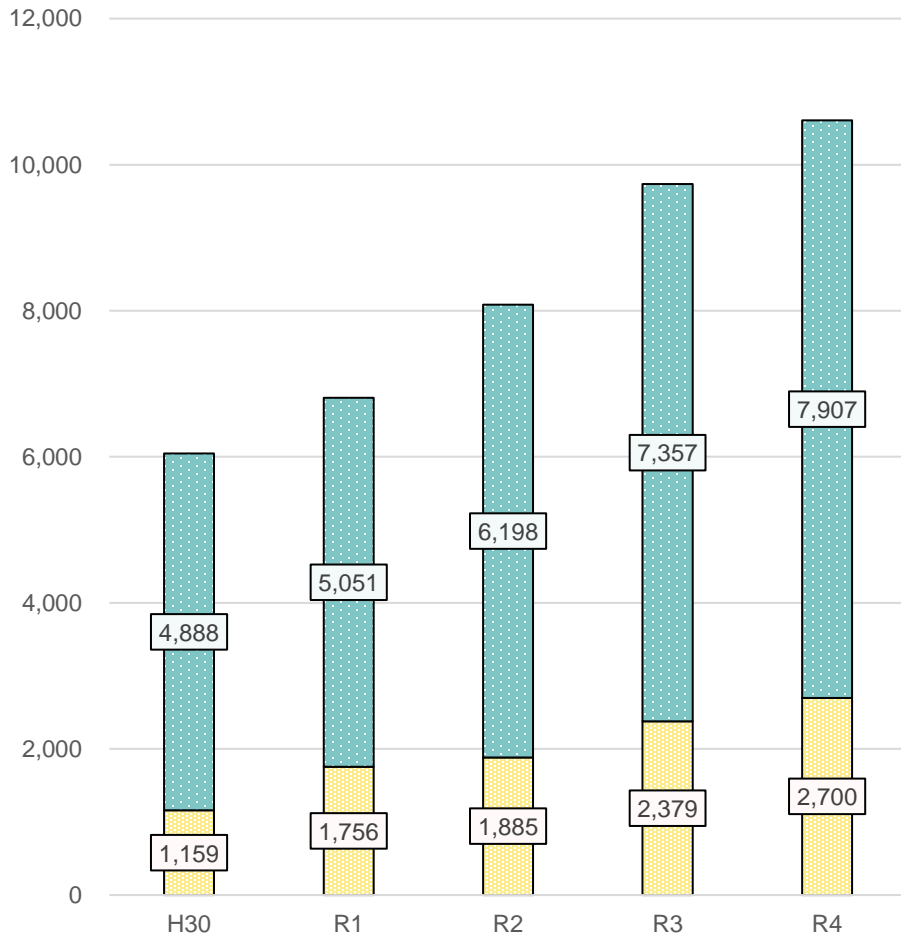
図表 2-239 末期の悪性腫瘍の患者を受け入れていない、積極的には受け入れていない理由
【在宅療養支援病院・診療所の届出区分別】



在宅患者訪問診療料（I）2の現状

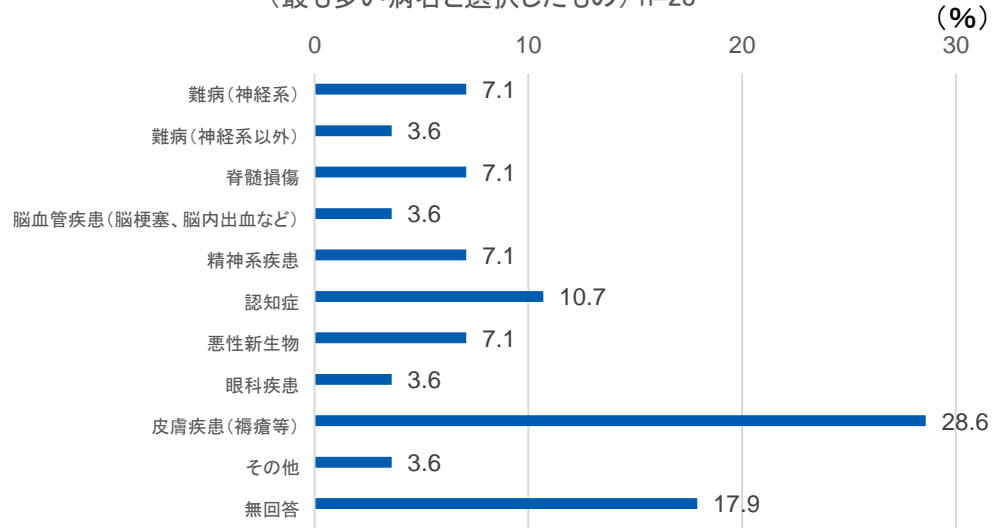
- 在宅患者訪問診療料（I）2は、複数の医療機関による訪問診療が可能となるように平成30年に新設されたものであるが、算定回数は増加傾向である。
- 訪問診療の依頼について、対象病名としては皮膚疾患が多く、依頼先の診療科としては皮膚科が多い。

在宅患者訪問診療料（I）2の算定回数

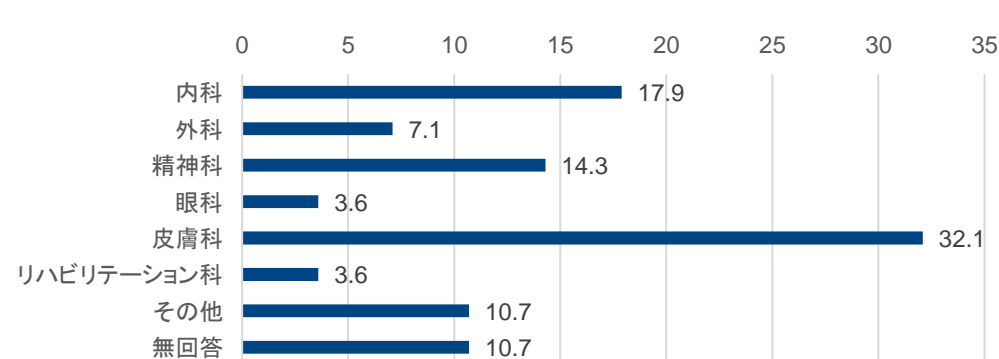


■ 在宅患者訪問診療料（I）2 同一建物居住者以外
 ■ 在宅患者訪問診療料（I）2 同一建物居住者

訪問診療を依頼した対象病名
 （最も多い病名と選択したもの）n=28



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



在宅療養移行加算について

【在宅療養移行加算】

在宅療養移行加算 1 216点

在宅療養移行加算 2 116点

〔施設基準〕

在宅療養移行加算 1

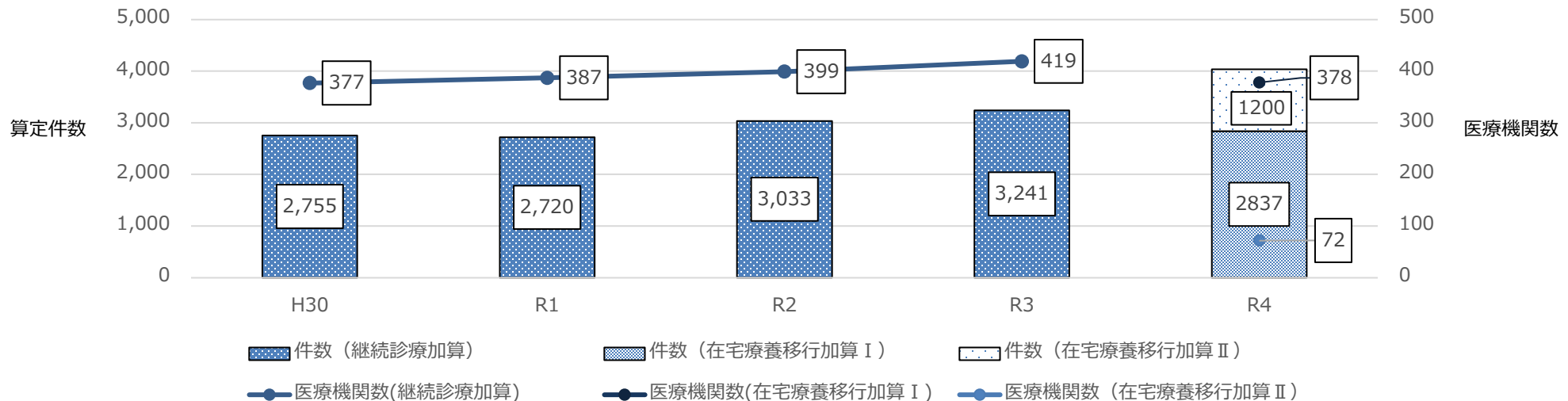
- ア 24時間の往診体制及び24時間の連絡体制
- イ 訪問看護が必要な患者に対し、訪問看護ステーションが訪問看護を提供する体制を確保している
- ウ 当該医療機関又は連携する医療機関の連絡担当者の氏名、診療時間内及び診療時間外の連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等並びに往診担当医の氏名等について、患者又は患者の家族に文書により提供し、説明している

在宅療養移行加算 2

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

注)在宅療養移行加算は、
在支診・在支病では算定できない。

●在宅療養移行加算等の年次推移（各年5月診療分）



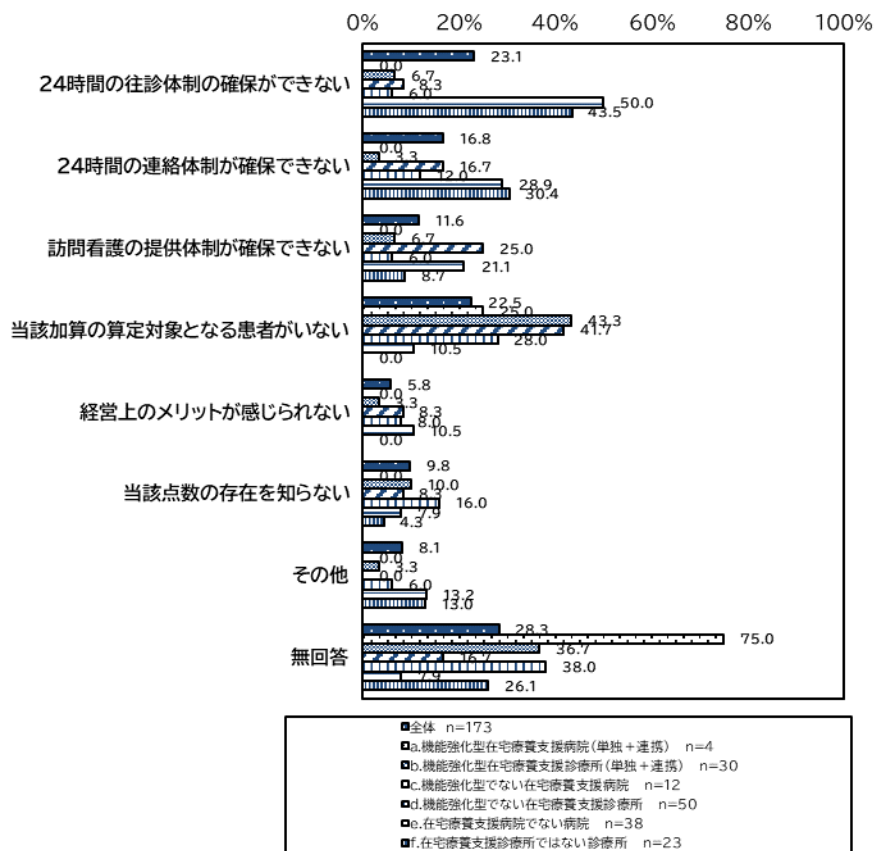
医療機関調査の結果⑦

中医協 検-2-1 改変
5 . 3 . 2 2

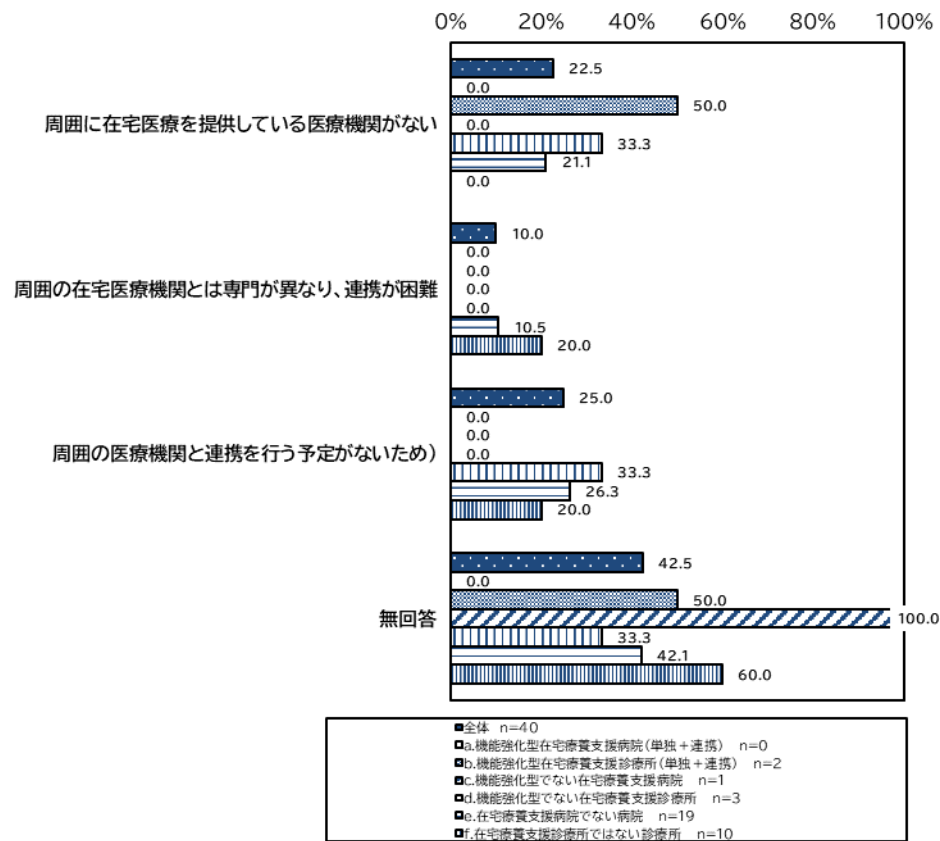
〈在宅療養移行加算1、2を算定していない理由〉(報告書p206,208)

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

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



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



在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の概要

C006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料(1単位)

1 同一建物居住者以外の場合 300点

2 同一建物居住者の場合 255点

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

【対象患者(概要)】

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

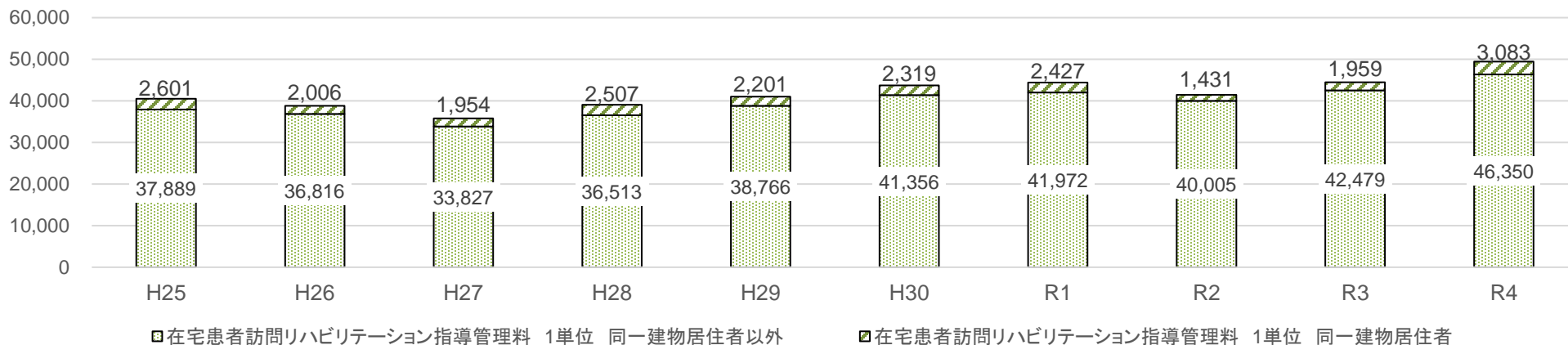
【算定要件(抜粋)】

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

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

(回)

在宅患者訪問リハビリテーション管理指導料(算定回数)



「訪問リハビリテーション」とは

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

【指定訪問リハビリテーション事業所の要件】

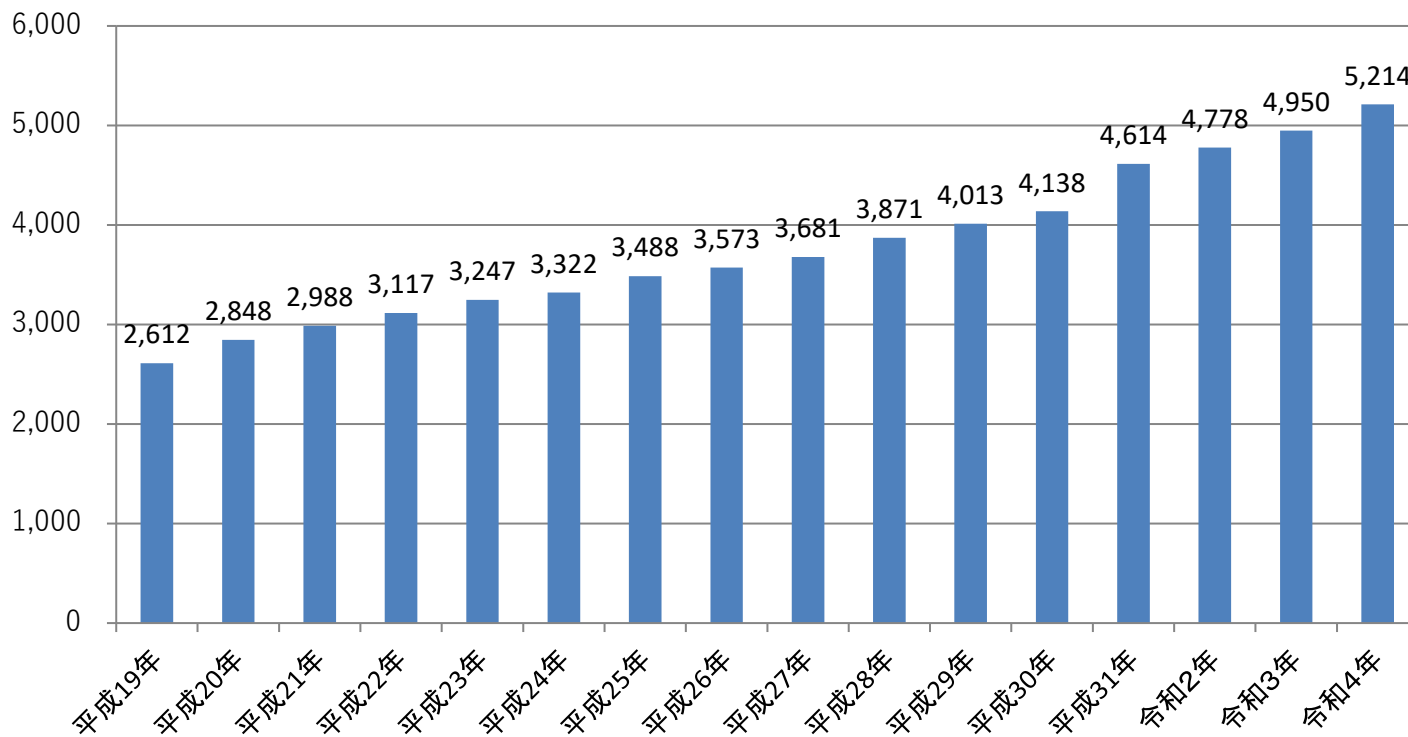
- ①専任の常勤医師一名以上 ②理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を適当数置かなければならない
- 病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院であること
- 指定訪問リハビリテーションに必要な設備及び備品等を備えているもの

【訪問リハビリテーションの対象者】

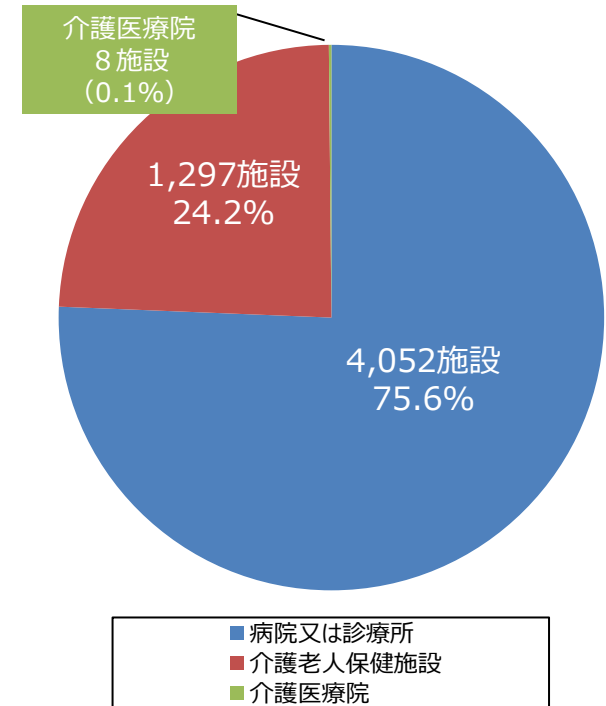
- 介護保険法の居宅要支援、要介護者

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

請求訪問リハビリテーション事業所数



開設者種別割合



(出典) 厚生労働省「介護給付費等実態統計」
(令和5年3月審査分)

外来在宅共同指導料について

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

C014 外来在宅共同指導料

外来在宅共同指導料 1

400点

(在宅療養を担う保険医療機関において算定)

外来在宅共同指導料 2

600点

(外来において診療を行う保険医療機関において算定)



[対象患者]

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

[算定要件]

外来在宅共同指導料1

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

外来在宅共同指導料2

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

●外来在宅共同指導料の算定状況 (令和4年5月診療分)

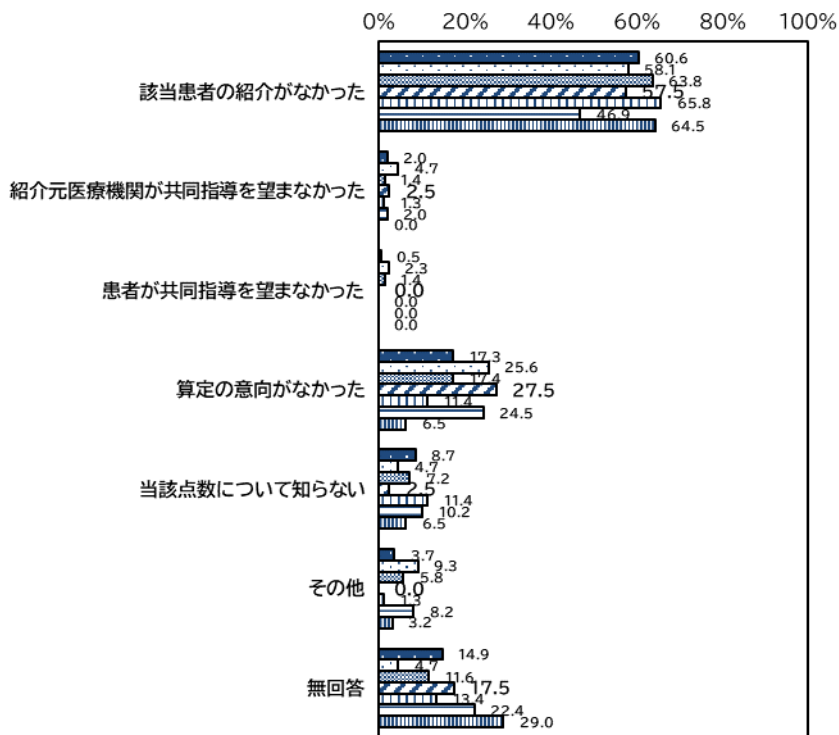
	外来在宅共同指導料	
	外来在宅共同指導料 1	外来在宅共同指導料 2
算定医療機関数	26	23
算定件数	38	30
算定回数	38	30

医療機関調査の結果⑥

<外来在宅共同指導料を算定していない理由> (報告書p193,195)

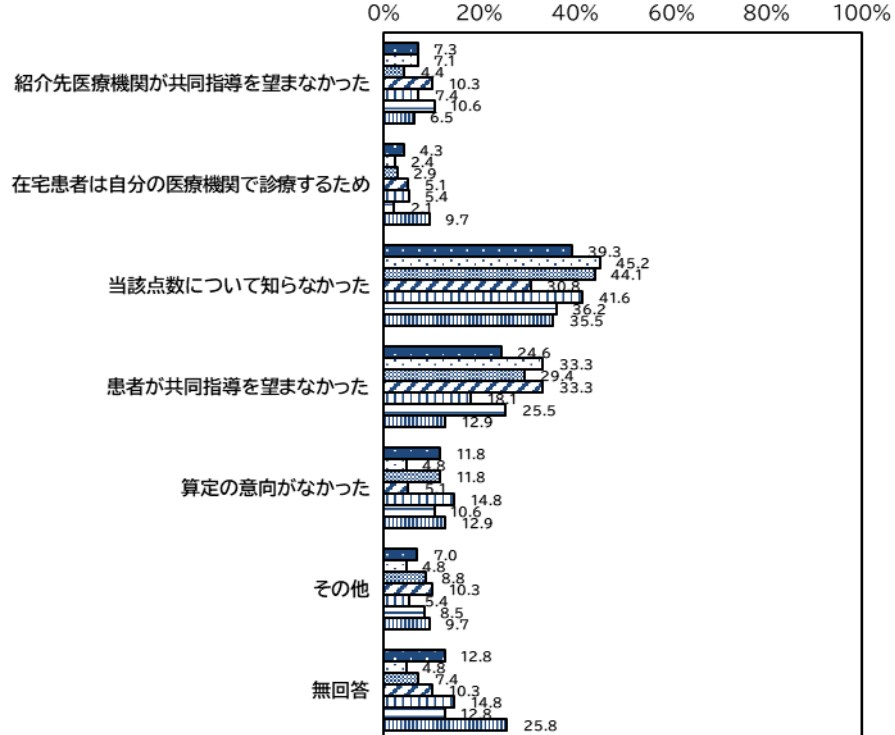
○ 外来在宅共同指導料1について算定していない理由を尋ねたところ、「該当患者の紹介がなかった」が全体の60.6%と最も多かった。外来在宅共同指導料2について同様に尋ねたところ、「当該点数について知らなかった」が全体の39.3%と最も多かった。

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



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

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



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

外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設

- ▶ 外来医療、在宅医療及びリハビリテーション医療について、データに基づく適切な評価を推進する観点から、生活習慣病管理料、在宅時医学総合管理料、疾患別リハビリテーション料等において、保険医療機関が診療報酬の請求状況、治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合の評価を新設する。

生活習慣病管理料

(新) 外来データ提出加算 50点 (月1回)

[算定要件]

- 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における**診療報酬の請求状況、生活習慣病の治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合**は、外来データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。

[施設基準]

- 外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出**するために必要な体制が整備されていること。
- データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。

在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料

(新) 在宅データ提出加算 50点 (月1回)

疾患別リハビリテーション料

(新) リハビリテーションデータ提出加算 50点 (月1回)

※ 在宅データ提出加算とリハビリテーションデータ提出加算の算定要件・施設基準は外来データ提出加算と同様。

外来・在宅・リハデータ提出加算での主な入力項目について

〈共通〉

大項目	項目名
属性	生年月日
	性別
	患者住所地域の郵便番号
身長・体重	身長
	体重
喫煙歴	喫煙区分
	1日の喫煙本数
	喫煙年数
介護情報	高齢者情報
	要介護度
診断情報/傷病	自院管理の有無
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名
入院の状況	入院の有無
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名
終診情報	当月中の終診情報
	終診年月日
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名

〈在宅データ提出加算〉

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

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

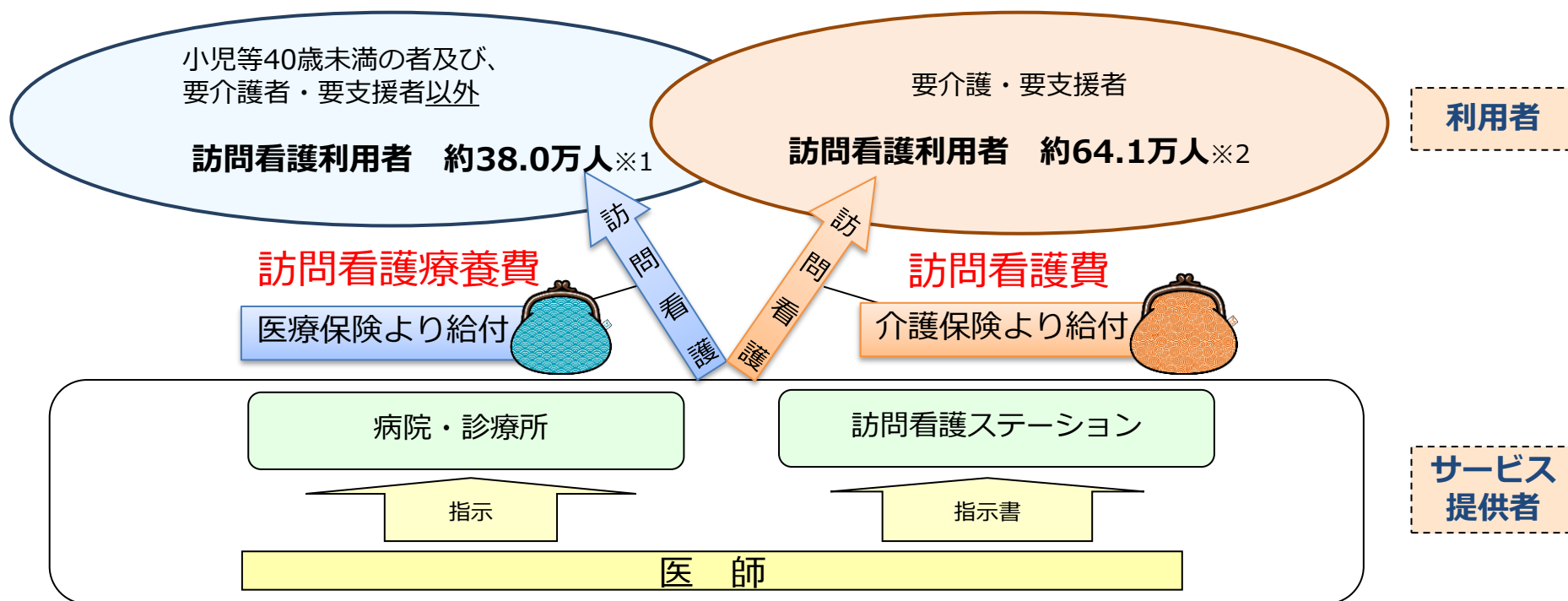
課題(小括②)

(在宅医療における診療報酬上の取扱いについて)

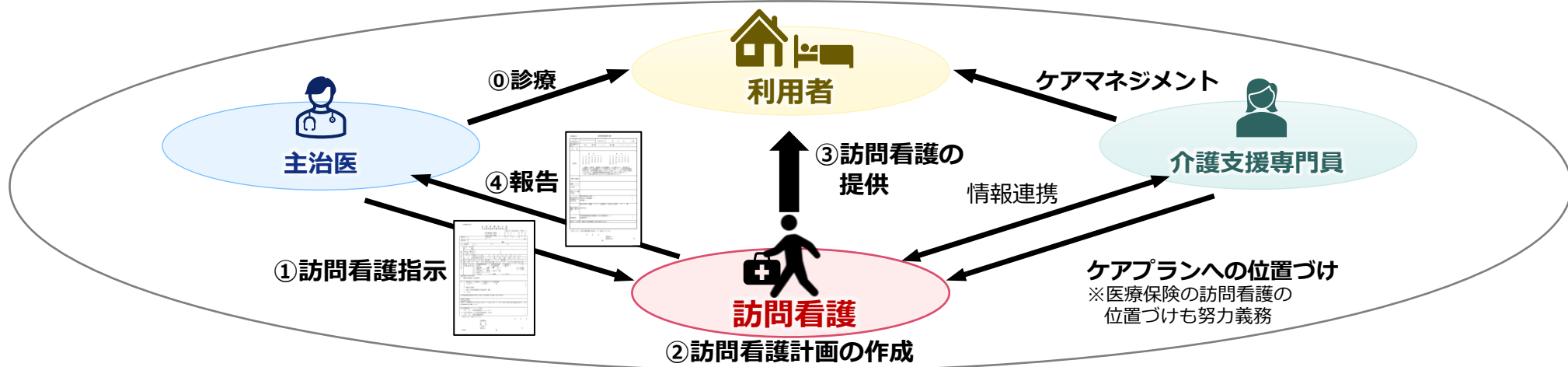
- 在宅患者訪問診療料の算定回数は一貫して増加傾向である一方、訪問診療の頻度は近年減少傾向である。また、往診料の算定回数は近年特に増加している一方、地域によって算定回数の増減にばらつきが見られ、人口あたりで最大3.5倍の差が生じている。
- 往診について、全体の算定回数は横ばいであるが、夜間・深夜往診加算及び休日往診加算の算定回数は近年大きく増加しており、地域によって算定回数のばらつきを認める。
- 小児に対する在宅医療では、訪問診療の算定回数は増加しており、訪問診療一回あたりの診療報酬が増加している。往診料の算定については、主に都市部において顕著に増加している。
- 在宅時医学総合管理料・施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

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

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



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



訪問看護ステーションにおけるPDCA

訪問看護計画

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

訪問看護の提供

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

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

評価・改善

- ・ サービス提供結果の評価
- ・ 介護支援専門員等、関係者に情報連携

計画見直し

訪問看護指示

※有効期間は6月以内

主治医への報告

※月1程度報告

訪問看護に関する報酬体系

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

精神科訪問看護に関する報酬体系

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

【医療保険】

【介護保険】

**小児等40歳未満の者、
要介護者・要支援者
以外**

(原則週3日以内)

要支援者・要介護者

(限度基準額内 無制限
(ケアプランで定める))

厚生労働大臣が定める者
(特掲診療料・別表第7※1)

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

厚生労働大臣が
定める者
(特掲診療料・
別表第8※3)

認知症以外の精神疾患

算定日数
制限無し

(※1) 別表第7

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

(※2) 特別訪問看護指示書を月2回交付できる者 (有効期間：28日間)

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

注) 特別訪問看護指示書

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

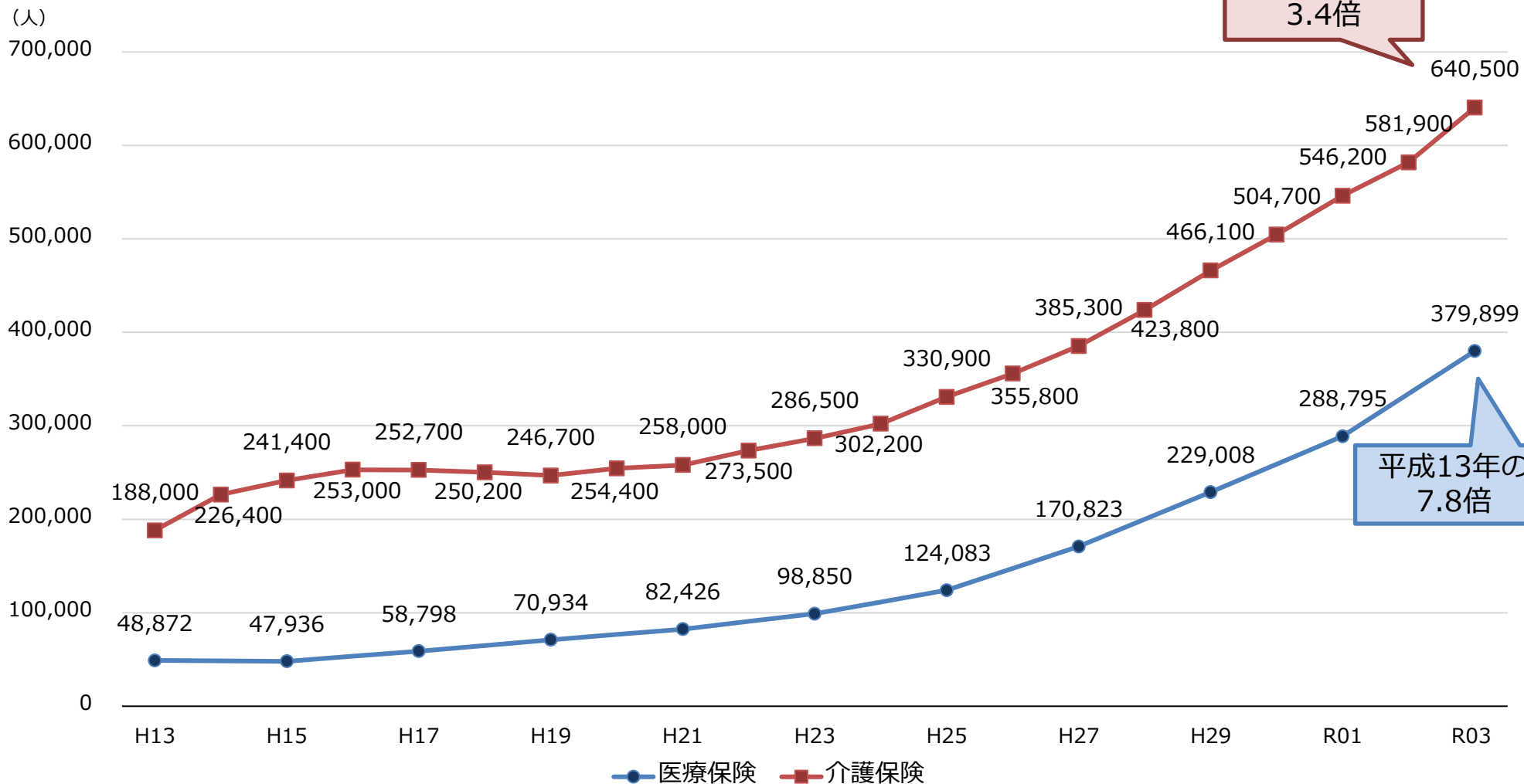
(※3) 別表第8

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

訪問看護の利用者数の推移

○ 訪問看護ステーションの利用者は、医療保険、介護保険ともに増加傾向。

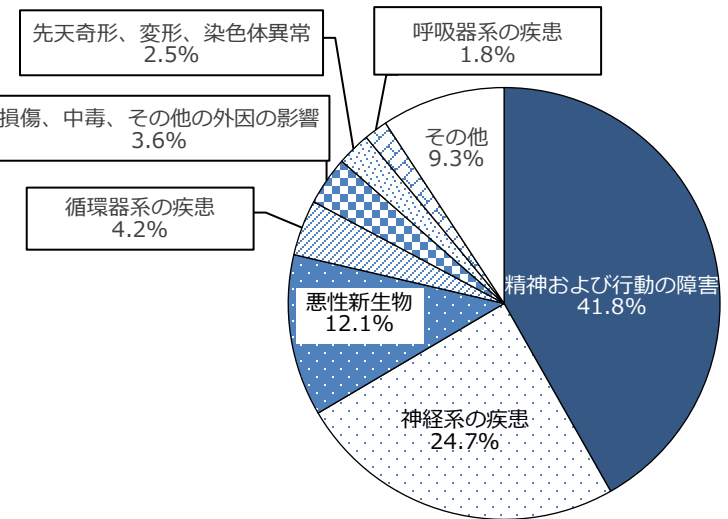
■ 訪問看護利用者数の推移



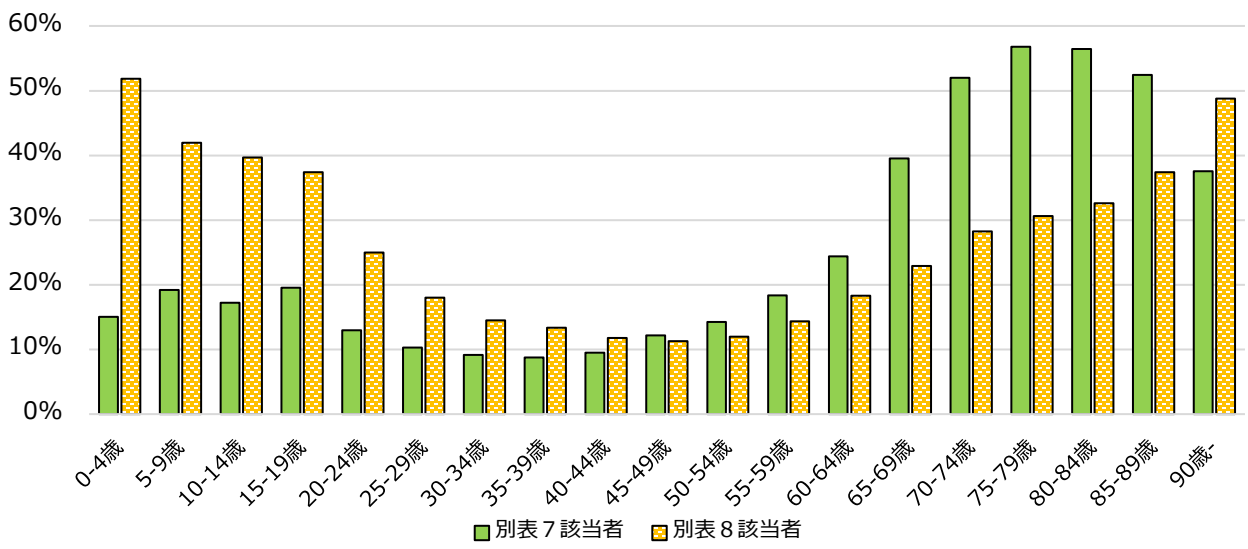
訪問看護ステーションの利用者の状態

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

■ 訪問看護利用者の主傷病



■ 訪問看護利用者における別表第7及び別表第8の該当者割合



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

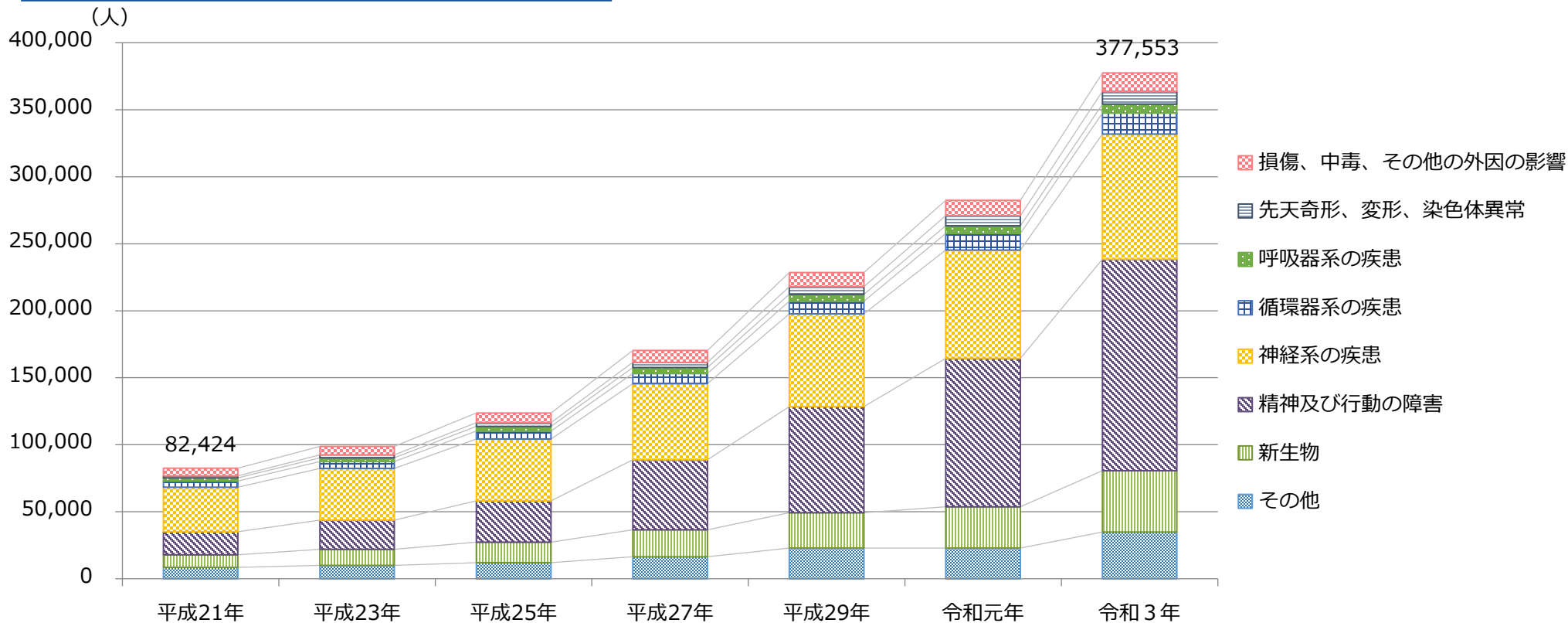
- 【別表第8】**
- 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
 - 以下のいずれかを受けている状態にある者

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

訪問看護ステーション利用者の主傷病の推移

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

■ 傷病分類（主傷病）別利用者数の推移



■ 傷病分類（主傷病）別利用者数の推移

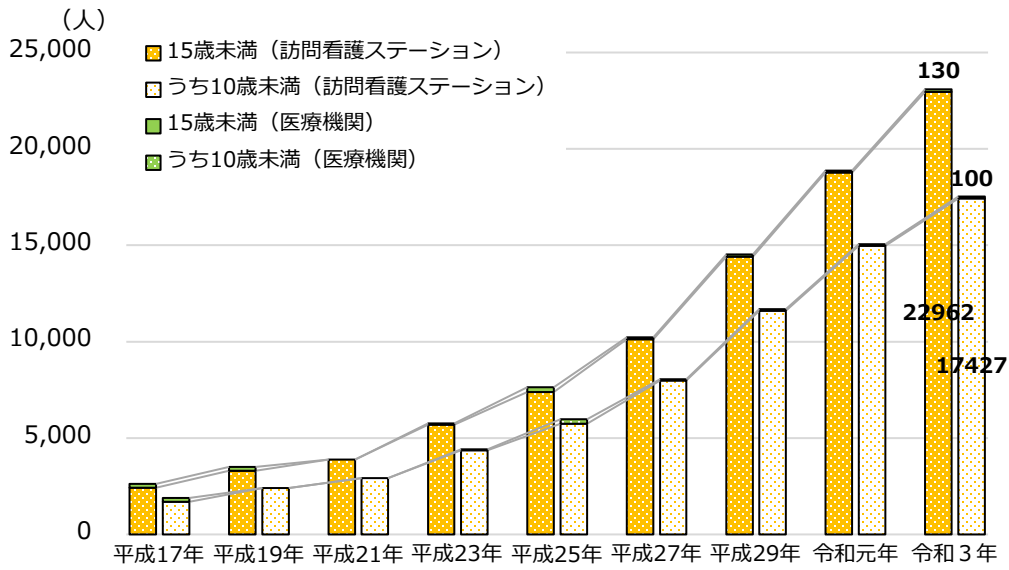
※傷病分類（主傷病）は、「社会医療行為別統計 傷病分類表」による。

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

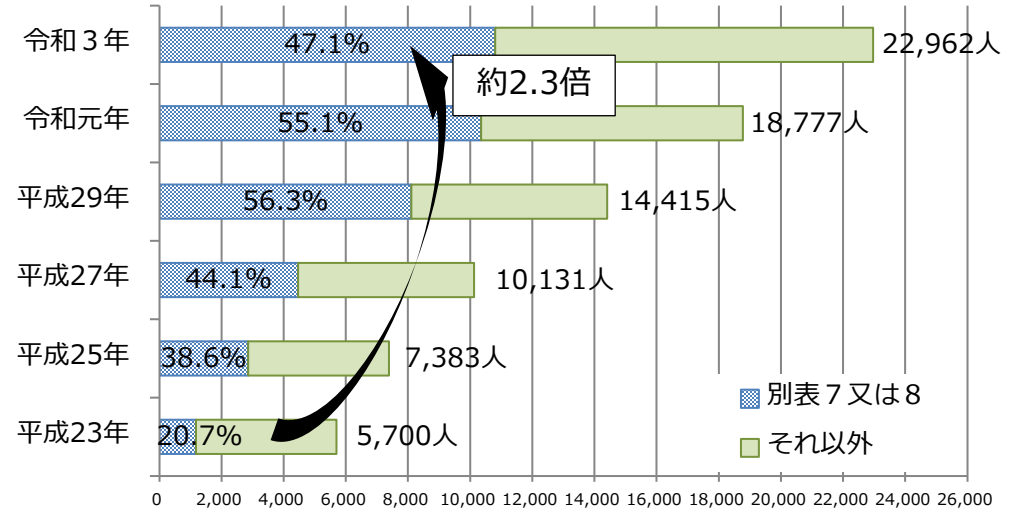
小児の訪問看護利用者の状況

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

■ 小児の訪問看護利用者数の推移



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



※1: 【別表第7】
 末期の悪性腫瘍
 多発性硬化症
 重症筋無力症
 スモン
 筋萎縮性側索硬化症
 脊髄小脳変性症
 ハンチントン病
 進行性筋ジストロフィー症
 パーキンソン病関連疾患
 多系統萎縮症
 ※要介護被保険者等に関わらず医療保険での訪問看護が可能
 算定日数制限なし

プリオン病
 亜急性硬化性全脳炎
 ラインゾーム病
 副腎白質ジストロフィー
 脊髄性筋萎縮症
 球脊髄性筋萎縮症
 慢性炎症性脱髄性多発神経炎
 後天性免疫不全症候群
 頸髄損傷
 人工呼吸器を使用している状態

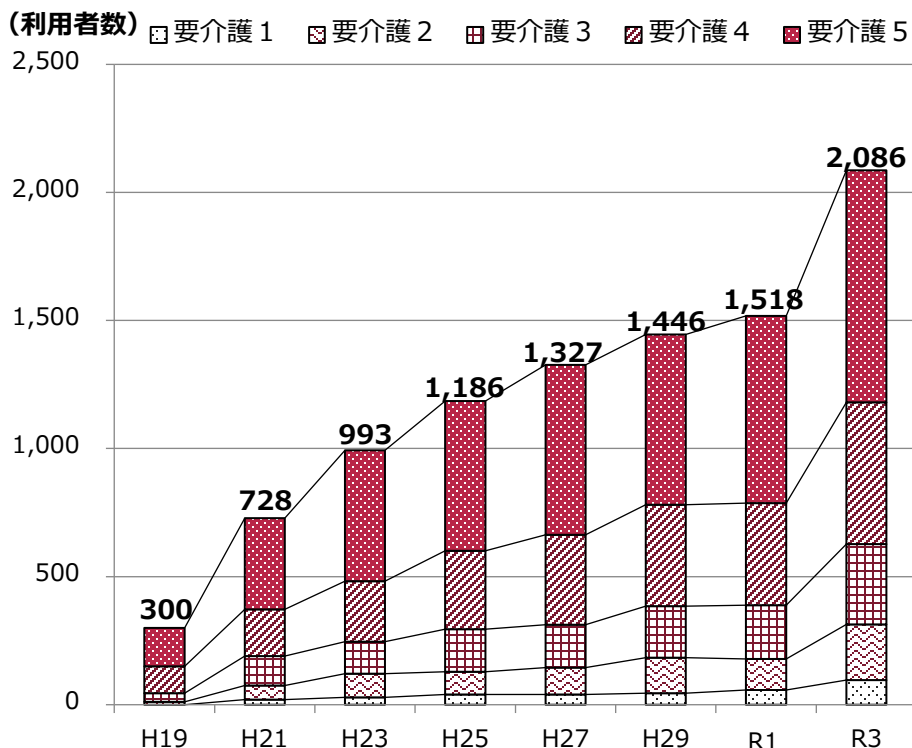
※2: 【別表第8】
 1 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
 2 以下のいずれかを受けている状態にある者
 在宅自己腹膜灌流指導管理
 在宅血液透析指導管理
 在宅酸素療法指導管理
 在宅中心静脈栄養法指導管理
 在宅成分栄養経管栄養法指導管理
 在宅自己導尿指導管理
 在宅人工呼吸指導管理
 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
 在宅自己疼痛管理指導管理
 在宅肺高血圧症患者指導管理
 3 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
 4 真皮を超える褥瘡の状態にある者
 5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者
 ※算定日数制限なし

出典: 社会医療診療行為別統計(調査)(各年6月審査分)、訪問看護療養費実態調査(平成13年のみ8月、他は6月審査分より推計)

訪問看護ステーションにおけるターミナルケア利用者数

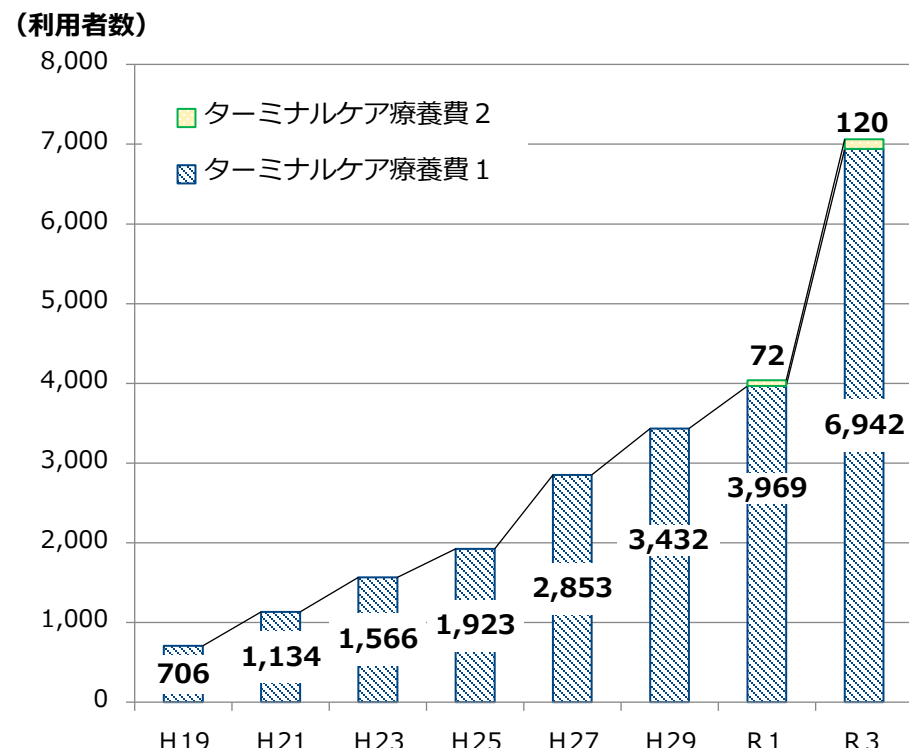
○ 介護保険のターミナルケア加算と医療保険の訪問看護ターミナル療養費はともに増加傾向であり、令和3年度は特に増加した。

■ ターミナルケア加算（介護保険）の算定数※



※病院・診療所の訪問看護事業所の算定数を含む

■ 訪問看護ターミナルケア療養費（医療保険）の算定数



※H30年度改定でターミナルケア療養費2を新設

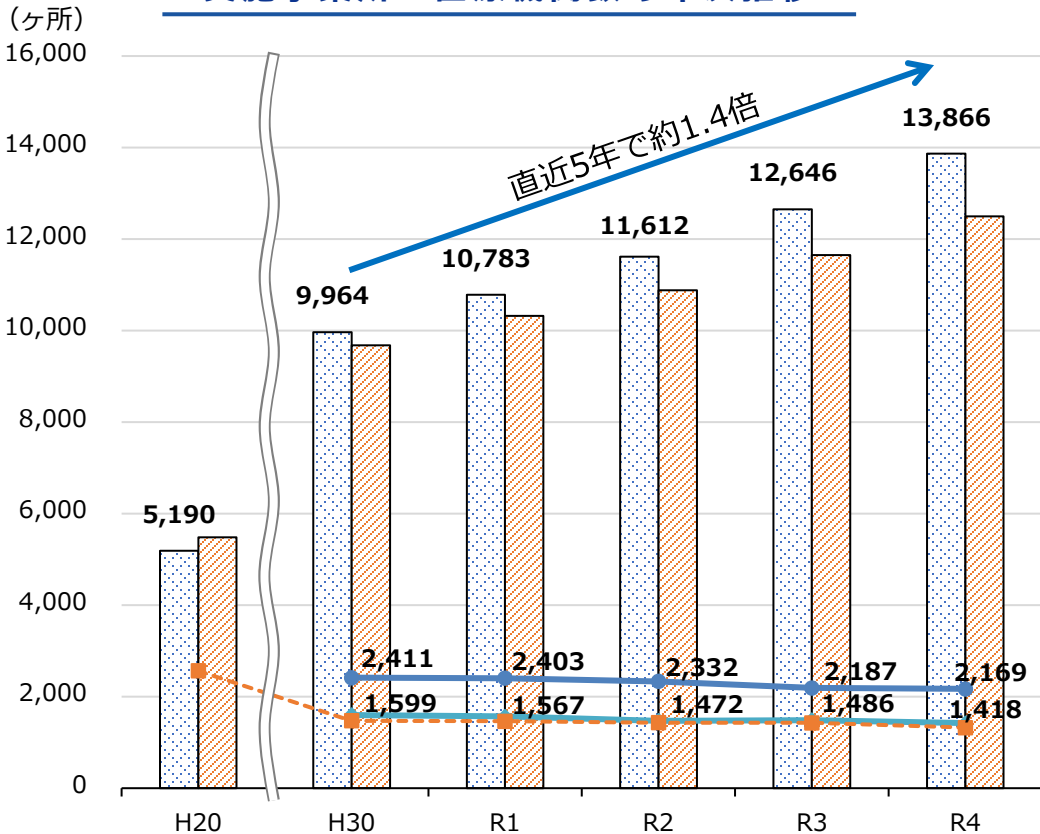
ターミナルケア加算・訪問看護ターミナル療養費

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

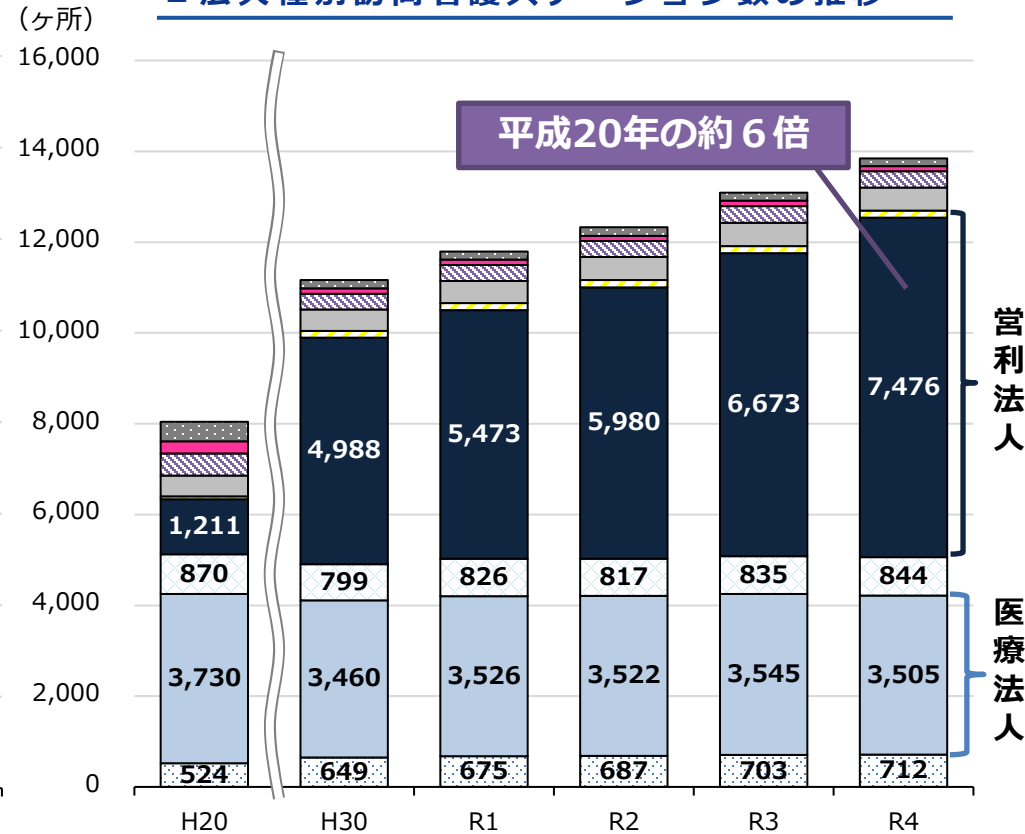
訪問看護の実施事業所・医療機関数の年次推移

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

■ 実施事業所・医療機関数の年次推移



■ 法人種別訪問看護ステーション数の推移



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

※ 医療保険の訪問看護を行う病院又は診療所は、在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料を算定する病院・診療所

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

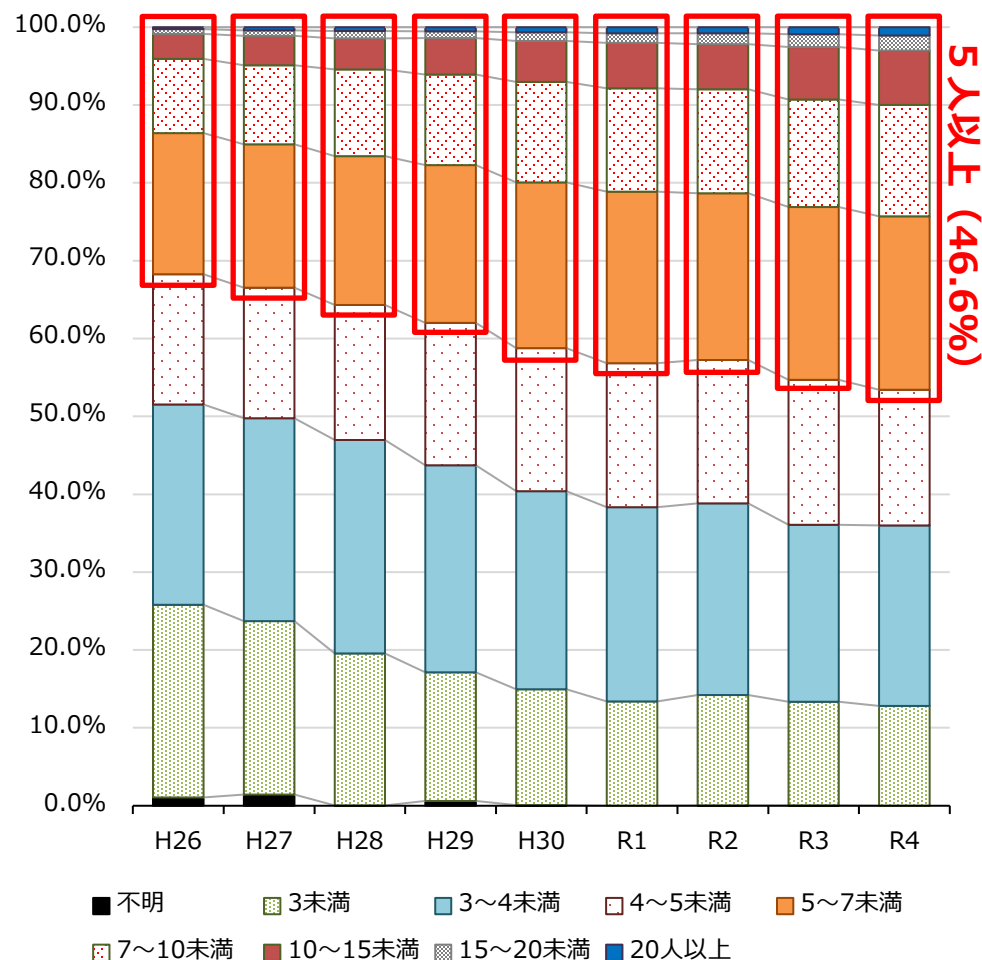
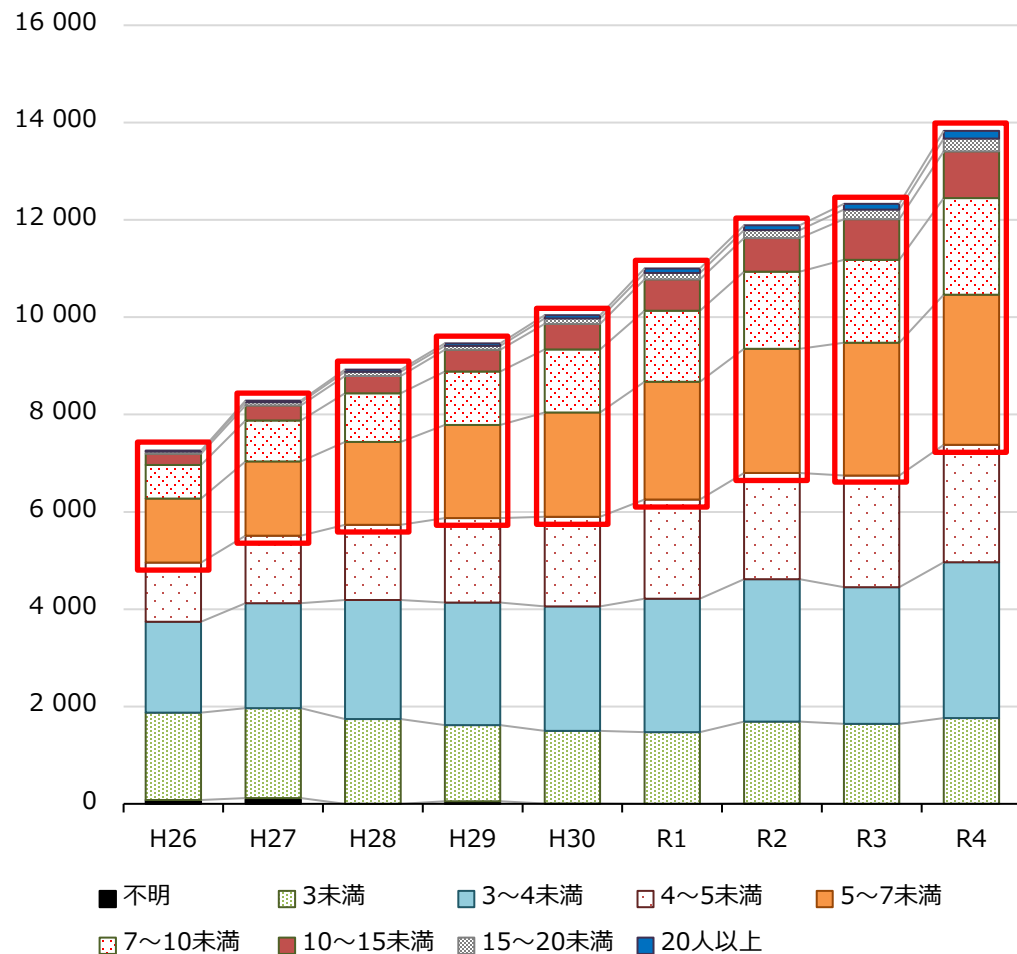
出典：(左図)医療費の動向調査の概算医療費データベース(各年5月審査分)、介護給付費等実態統計(各年4月審査分)
 (右図)介護給付費等実態統計より老健局老人保健課にて作成(各年4月審査分) ※訪問看護費の請求事業所数

看護職員の規模別の訪問看護ステーション数の推移

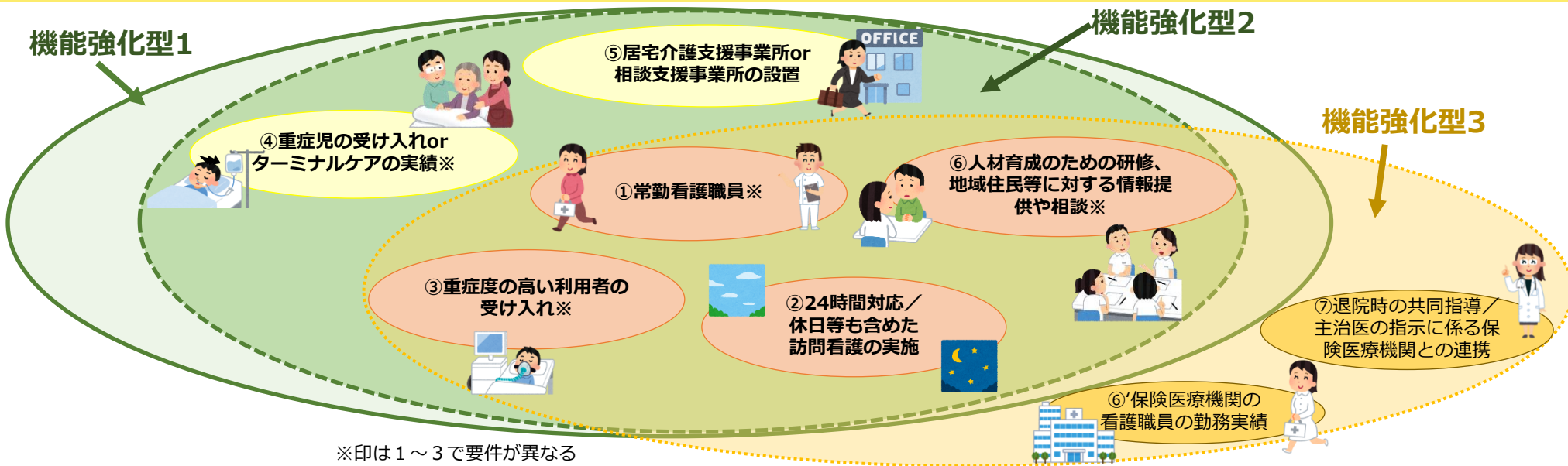
○ 看護職員規模(常勤換算)別の訪問看護ステーション数・割合とも、常勤換算5人以上が増加傾向にある。

■ 看護職員規模別訪問看護ステーション数の推移

■ 看護職員規模の推移



機能強化型訪問看護ステーション

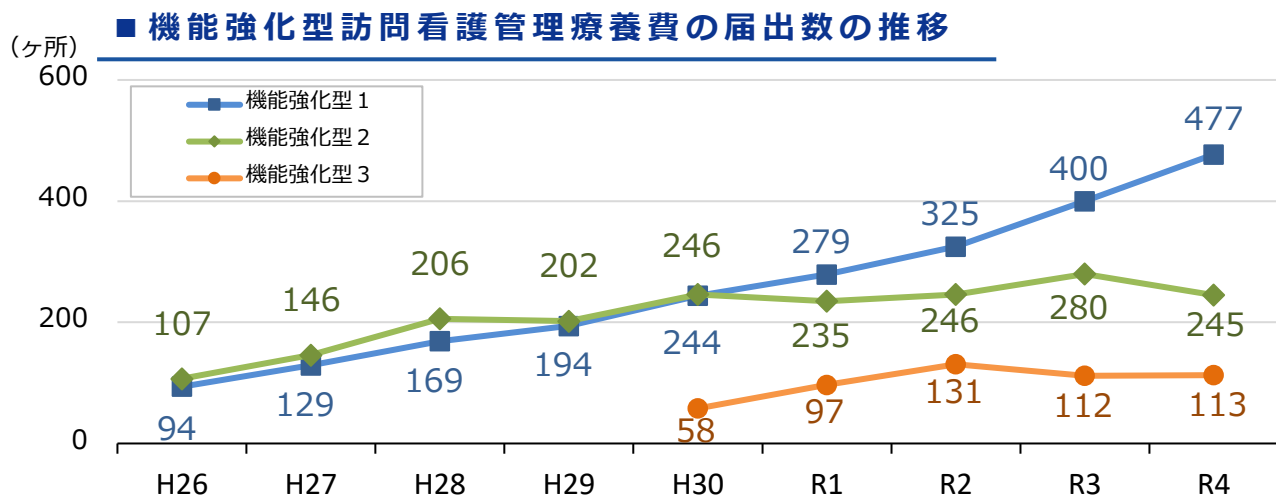


※印は1～3で要件が異なる

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

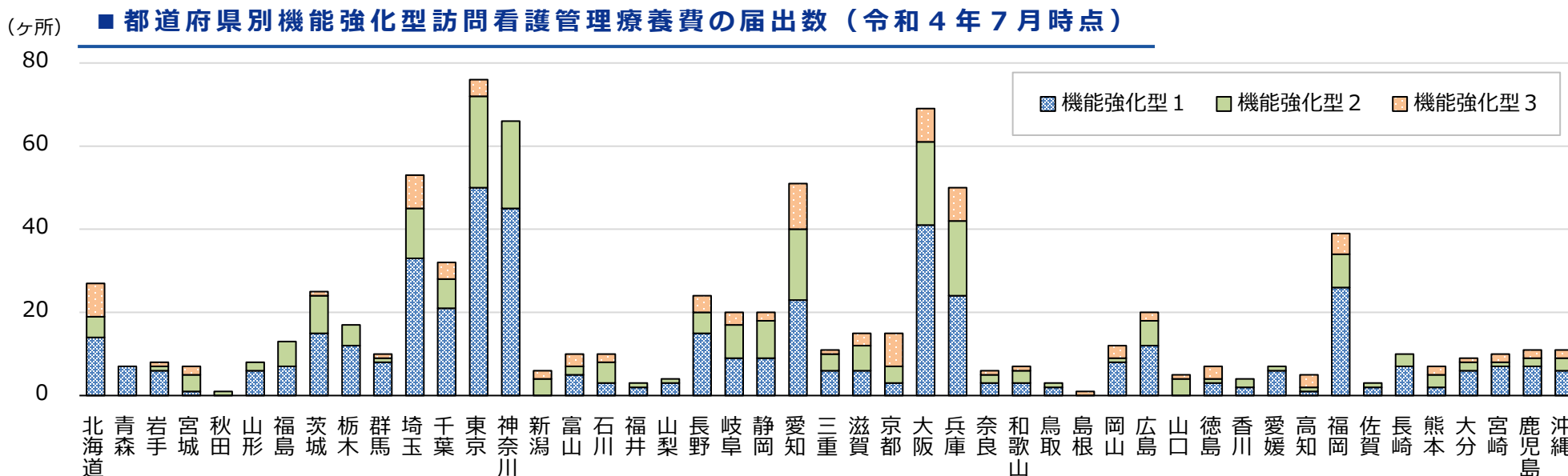
機能強化型訪問看護ステーションの届出状況

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



(令和4年7月時点)

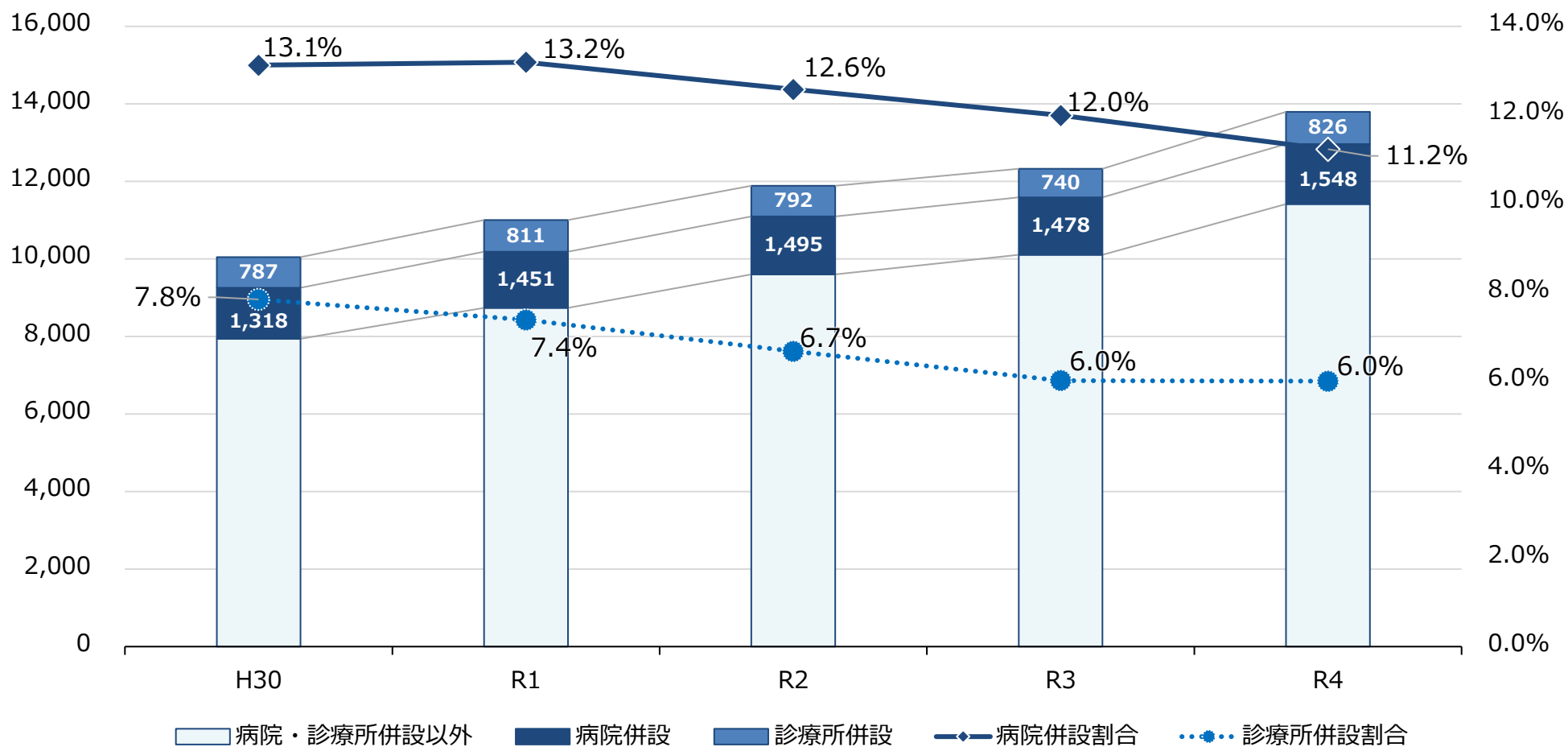
機能強化型 訪問看護管理療養費 1	477
機能強化型 訪問看護管理療養費 2	245
機能強化型 訪問看護管理療養費 3	113
計	835



病院・診療所に併設する訪問看護ステーション数・割合の推移

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

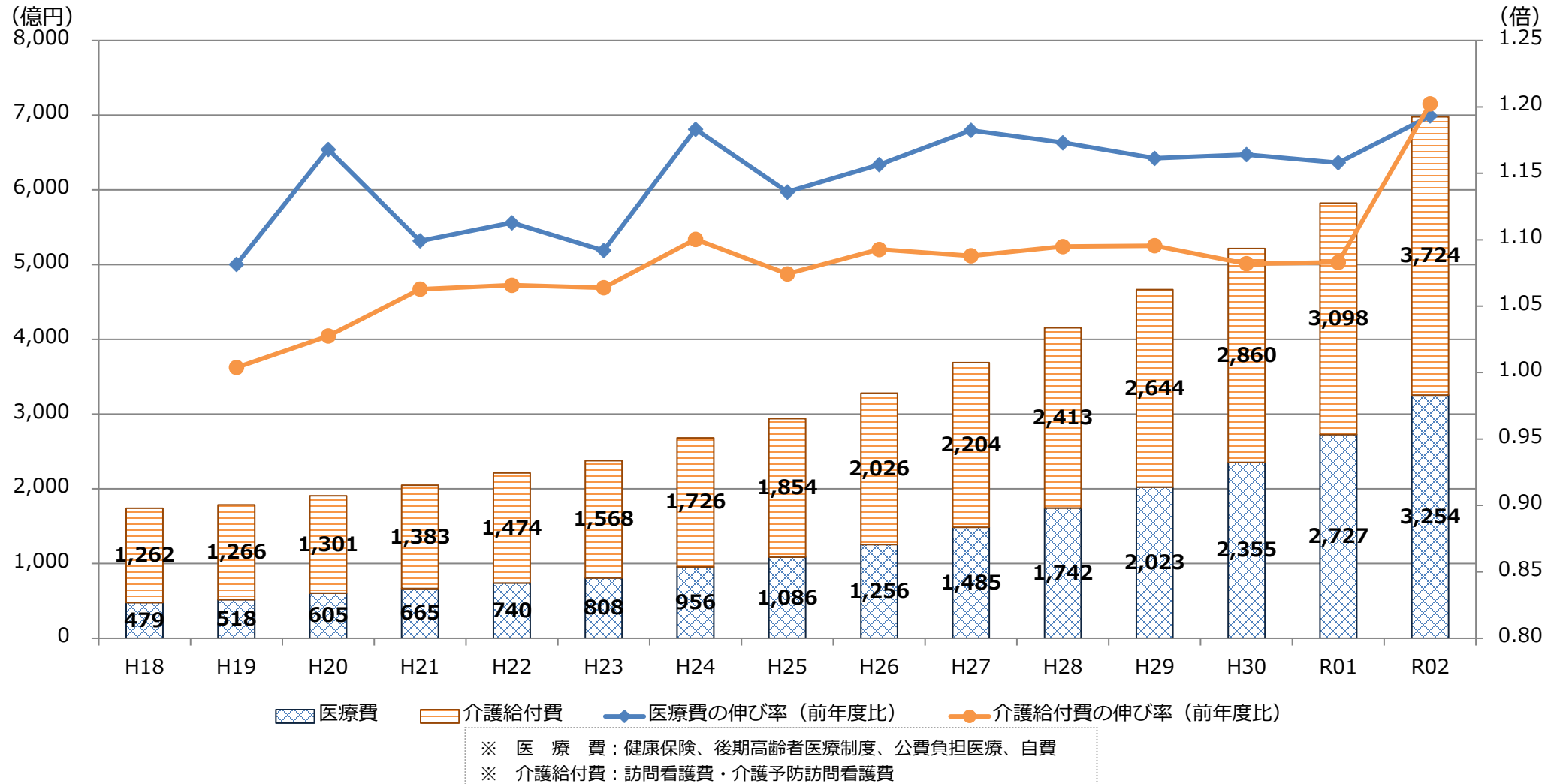
■ 病院・診療所に併設する訪問看護ステーション数・割合の推移



訪問看護に係る医療費・介護給付費の推移

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

■ 訪問看護に係る医療費・介護給付費の推移



医療保険

訪問看護利用者の1月の請求額の分布

意見交換 資料-2
R 5 . 5 . 1 8

○ 訪問看護療養費(医療保険)の1人当たり1月の請求額は3万円台が最も多く、平均は88,262円であった。

○ 請求額が65万円以上のものが、全体の約0.4%であるが存在している。

(利用者数)

請求額範囲 (円)	頻度	累積%
[0, 10,000]	525	
[10,000, 20,000]	19,917	
[20,000, 30,000]	37,362	
[30,000, 40,000]	57,414	
[40,000, 50,000]	49,464	
[50,000, 60,000]	25,461	
[60,000, 70,000]	20,868	
[70,000, 80,000]	28,671	
[80,000, 90,000]	25,169	
[90,000, 100,000]	15,795	
[100,000, 110,000]	14,010	
[110,000, 120,000]	15,342	
[120,000, 130,000]	12,582	
[130,000, 140,000]	7,029	
[140,000, 150,000]	5,340	
[150,000, 160,000]	4,377	
[160,000, 170,000]	3,840	
[170,000, 180,000]	3,156	
[180,000, 190,000]	2,790	
[190,000, 200,000]	2,541	
200,000超	27,843	

(中央値) 59,740円 (平均値) 88,262.08円

(利用者数)

請求額範囲 (円)	頻度	累積%
[200,000, 250,000]	8,574	
[250,000, 300,000]	5,421	
[300,000, 350,000]	2,949	
[350,000, 400,000]	2,001	
[400,000, 450,000]	1,839	
[450,000, 500,000]	1,563	
[500,000, 550,000]	957	
[550,000, 600,000]	1,026	
[600,000, 650,000]	1,875	
[650,000, 700,000]	552	
[700,000, 750,000]	582	
[750,000, 800,000]	144	
[800,000, 850,000]	120	
[850,000, 900,000]	81	
[900,000, 950,000]	75	
[950,000, 1,000,000]	66	
1,000,000超	18	

最大値 1,153,140

頻度 累積%

出典: 訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成(令和3年6月審査分より推計)

82

精神科訪問看護の主要要件

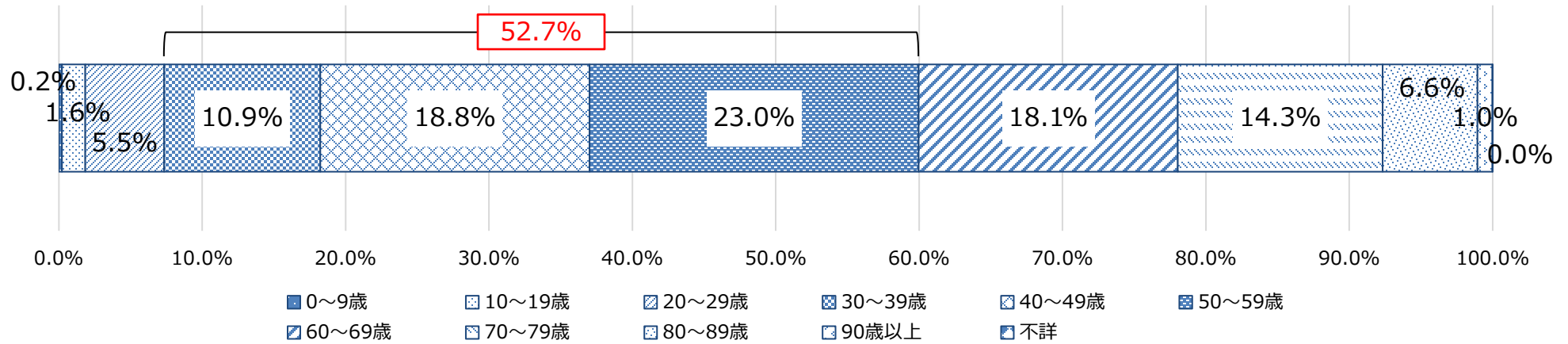
○ 精神科訪問看護は、訪問看護ステーションが精神科訪問看護基本療養費を算定する場合は一定の経験又は研修の修了が必要であること、退院後3月以内は頻回訪問が可能であること等、精神科以外の訪問看護とは異なる基準や要件が設けられている。

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

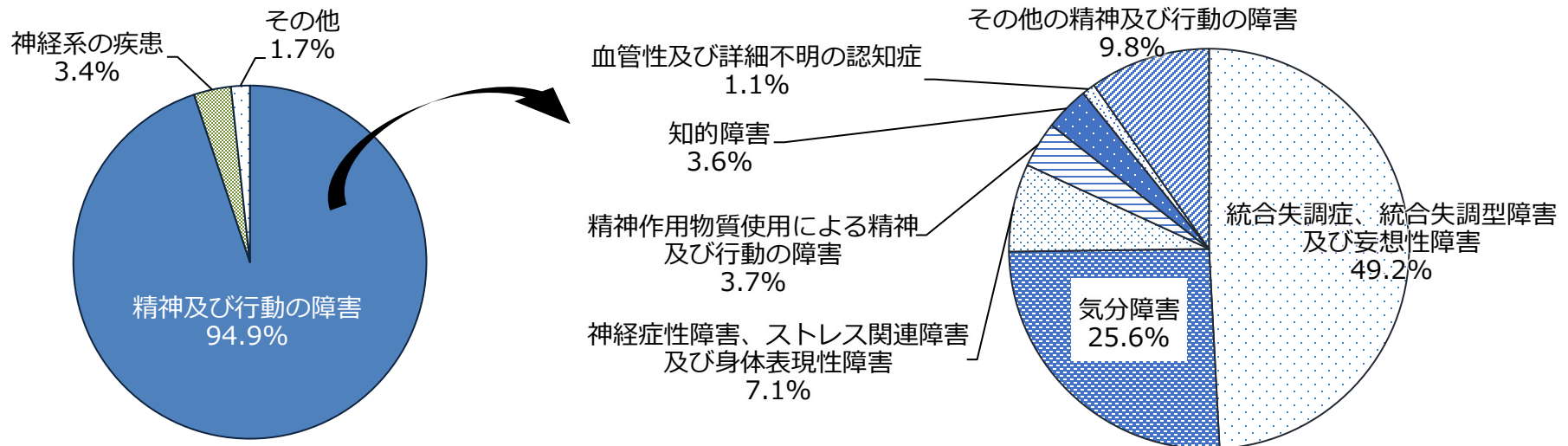
精神科訪問看護の利用者の状況

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

■ 精神科訪問看護基本療養費を算定した利用者の年齢階級別内訳

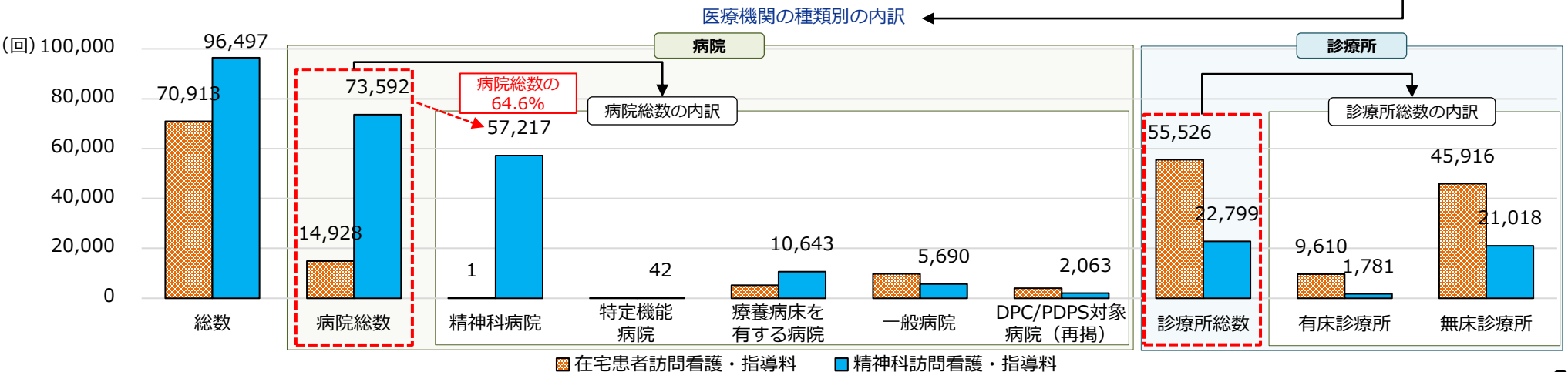
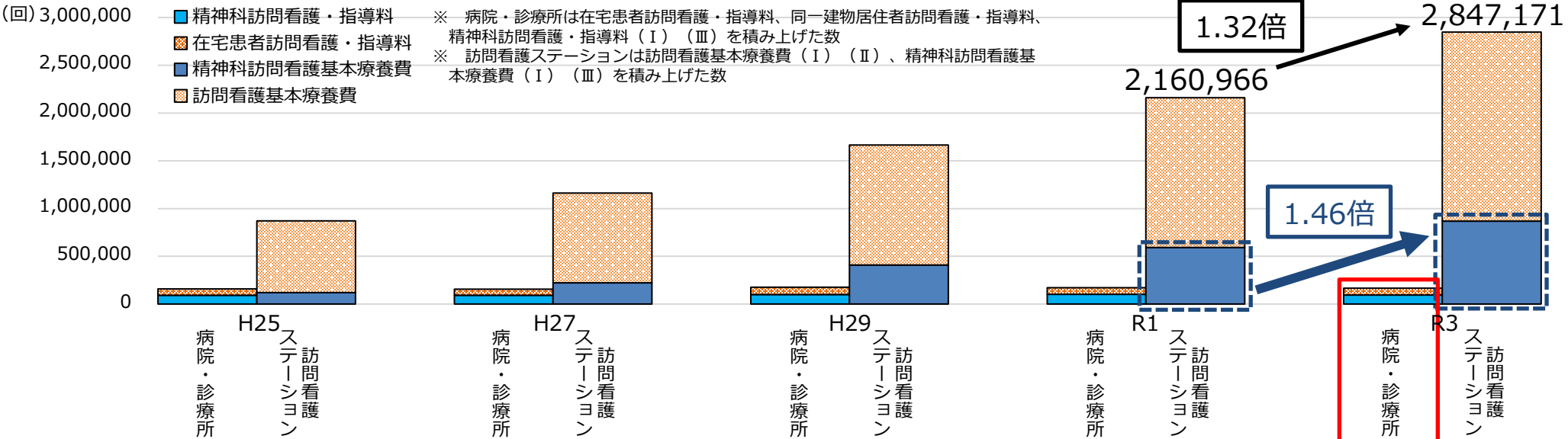


■ 精神科訪問看護基本療養費を算定した利用者の主傷病別内訳



精神科訪問看護の実施回数の推移

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

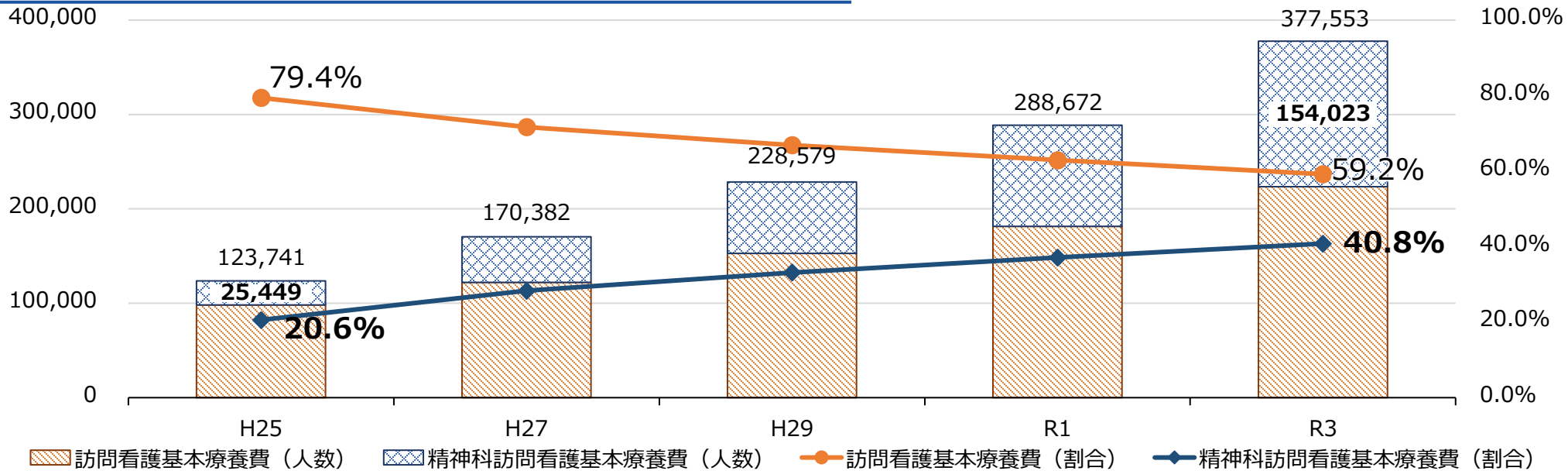


■ 在宅患者訪問看護・指導料 ■ 精神科訪問看護・指導料

全利用者に占める精神科訪問看護基本療養費の算定状況

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

■ 全利用者に占める精神科訪問看護基本療養費の推移（※1）



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

全利用者に占める精神科訪問看護利用者の割合

■ 機能強化型訪問看護ステーション n=416

96.6% 3.4% 0.0%

■ 機能強化型訪問看護ステーション以外 n=310

80.6% 9.7% 9.7%

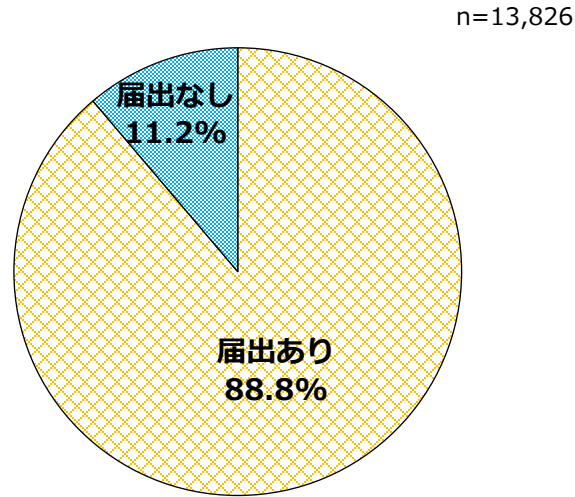
出典：(※1) 訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成(各年6月審査分より推計)

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

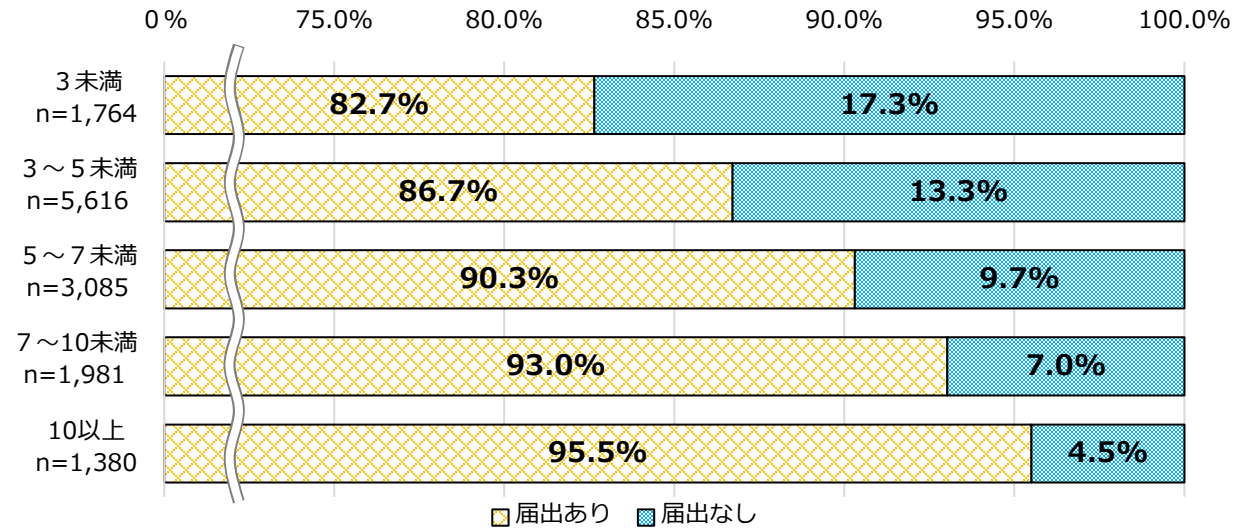
24時間対応体制加算の届出と利用者数の推移

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

■ 24時間対応体制加算の届出の状況

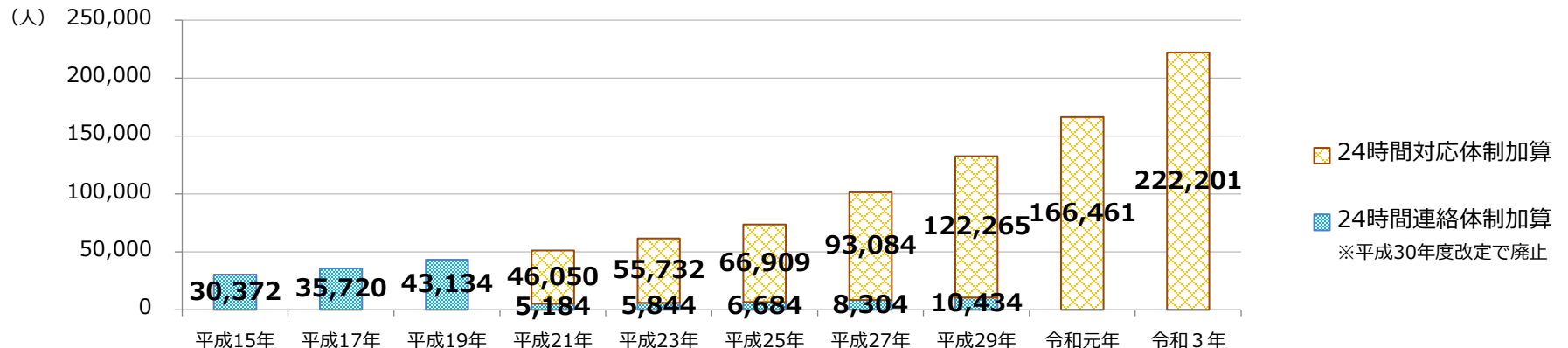


■ 看護職員規模別（常勤換算）の24時間対応体制加算の届出状況



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

■ 24時間対応体制加算・24時間連絡体制加算の利用者数（推計）



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

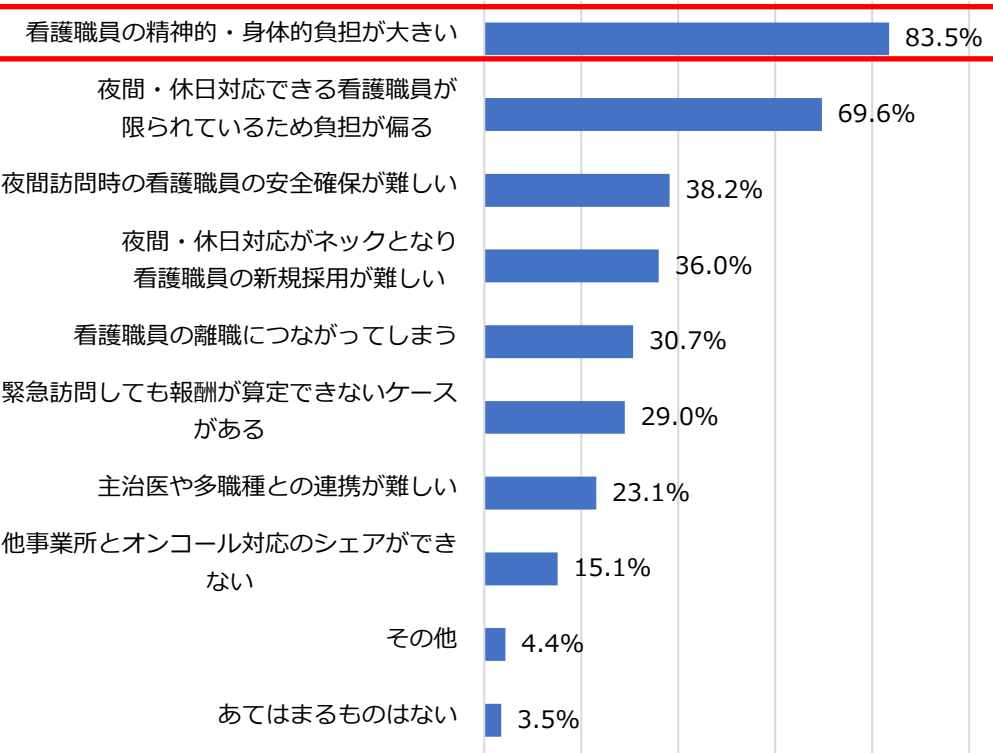
24時間対応体制の確保のための営業時間外の対応と課題

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

■ 夜間の利用者対応に関連する課題等 (※1)

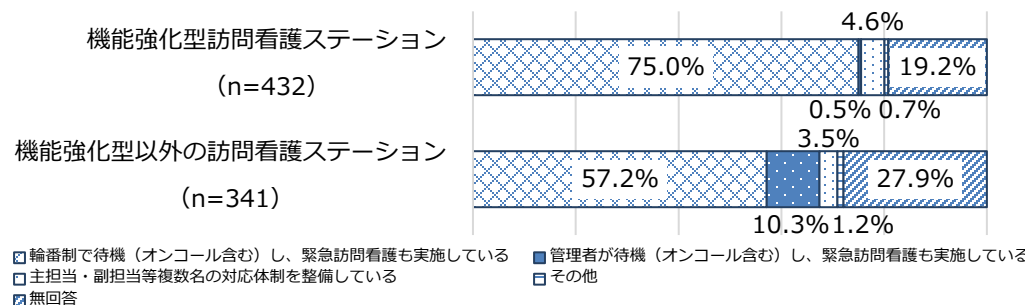
(n=1,879)

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



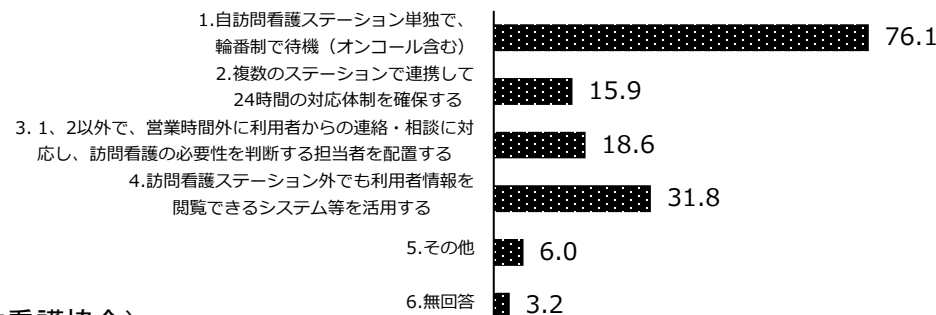
■ 24時間対応の確保のための営業時間外の対応体制 (機能強化型訪問看護ステーションの別) (※2)

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



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

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



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

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

同一建物居住者に対する訪問看護

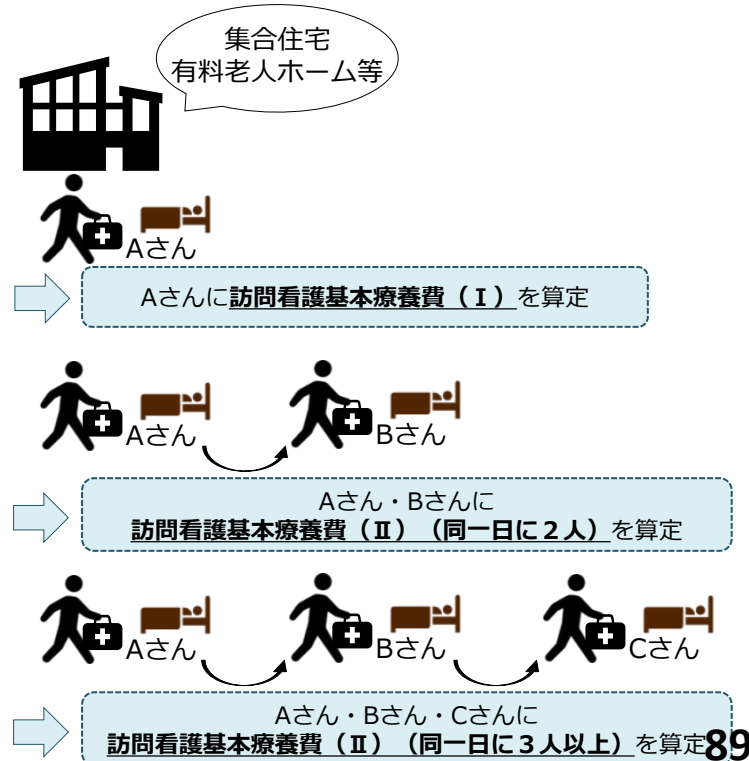
○ 同一日に同一建物に居住する3人以上の利用者に対して訪問看護を実施する場合は、同一日に2人以下のときよりも低い額を算定することとしている(訪問看護基本療養費(Ⅱ))。

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

＜同一建物居住者の考え方＞

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

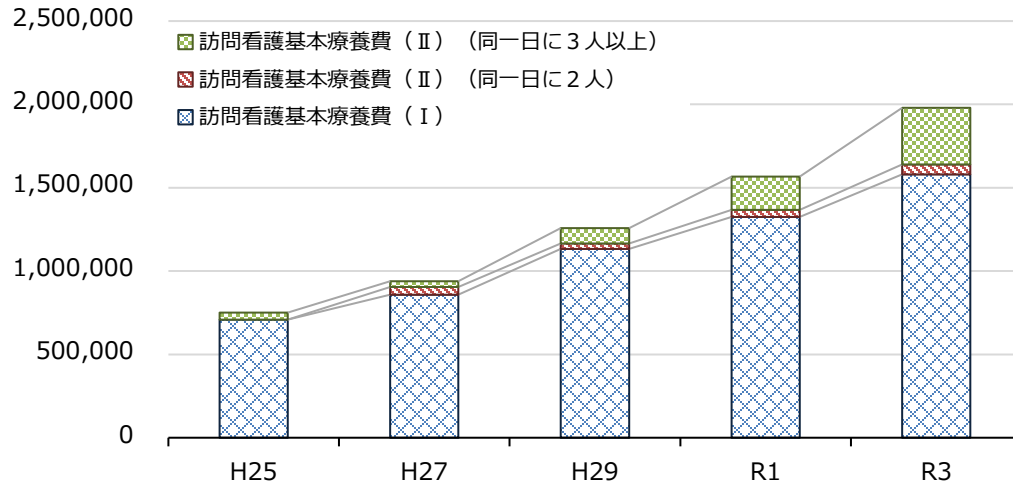
- ※ 精神科訪問看護基本療養費、精神科訪問看護・指導料についても同様の考え方。
- ※ 在宅患者訪問看護・指導料においては、同一建物居住者訪問看護・指導料として同様の考え方。



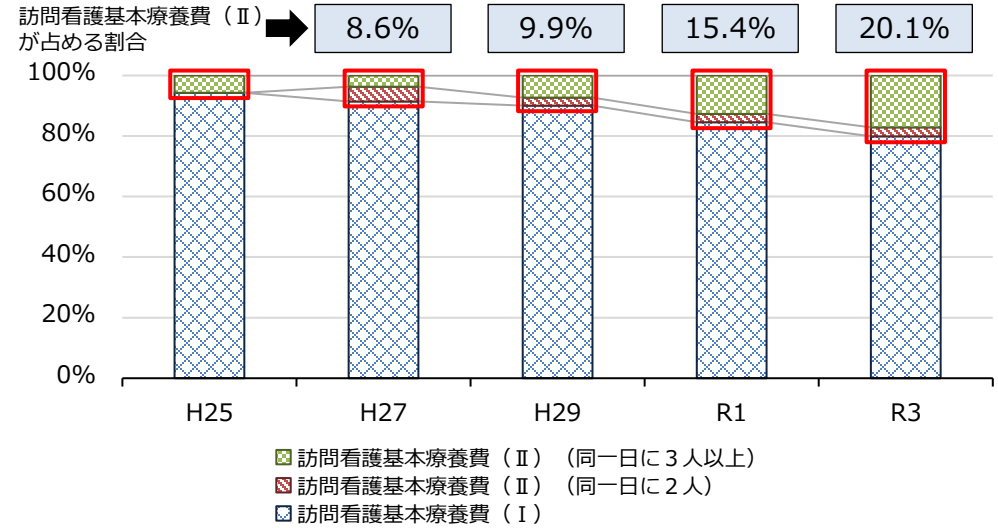
同一建物居住者への訪問看護の状況

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

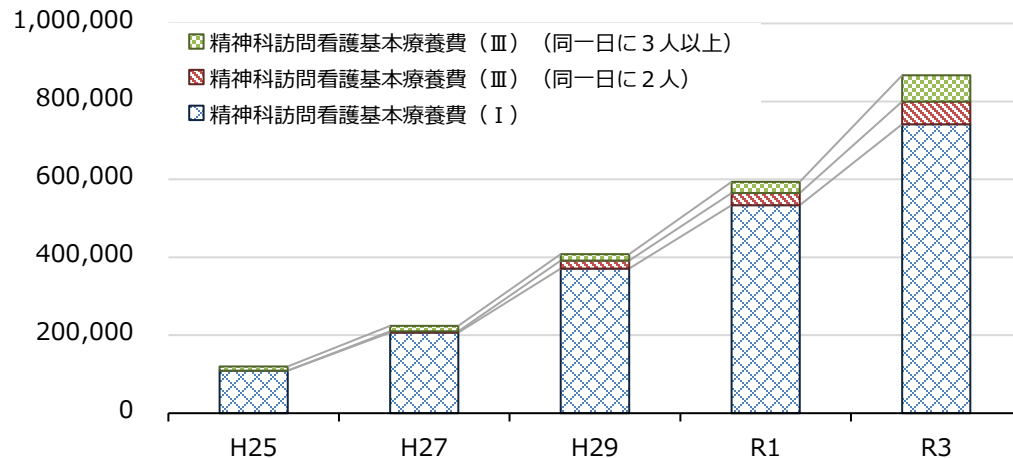
■ 訪問看護基本療養費（Ⅰ）（Ⅱ）の算定回数の推移



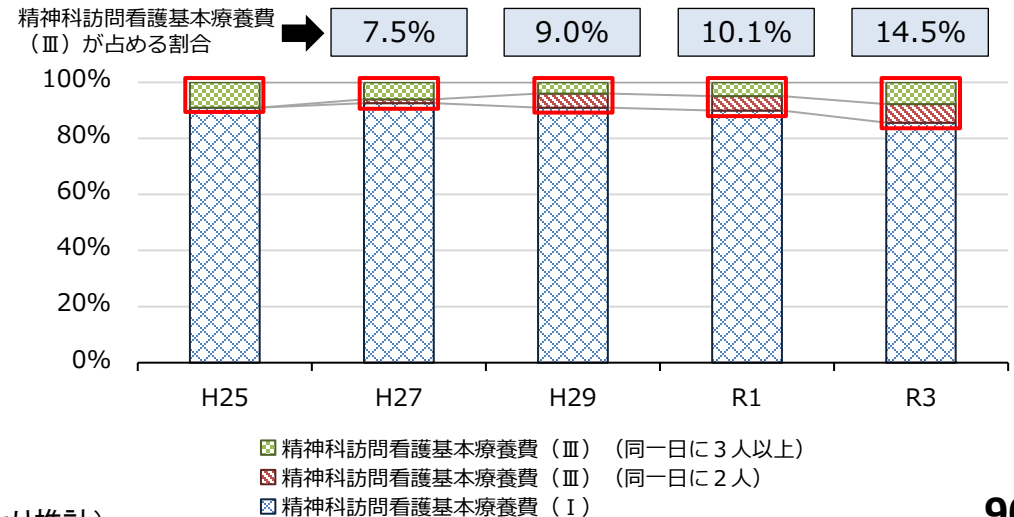
■ 訪問看護基本療養費（Ⅰ）（Ⅱ）の算定割合の推移



■ 精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）（Ⅲ）の算定回数の推移



■ 精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）（Ⅲ）の算定割合の推移



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

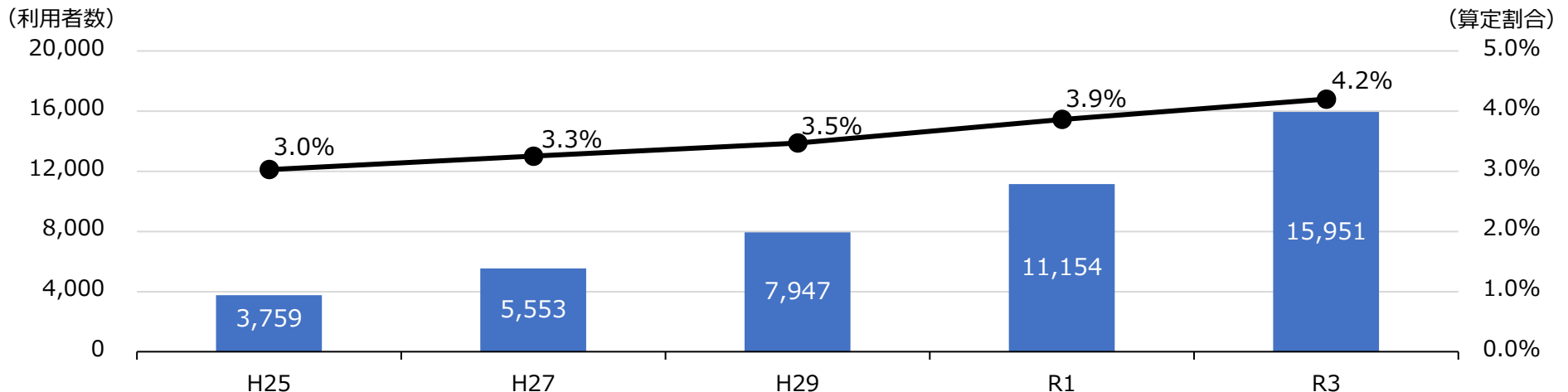
複数名訪問看護加算

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

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

対象者
<p>看護職員が、他の看護師等又は看護補助者と同時に指定訪問看護を行うことについて利用者又はその家族等の同意を得て、1人の看護師等による指定訪問看護が困難な利用者であって、次のいずれかに該当する場合、所定額に加算。</p> <ul style="list-style-type: none"> イ 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者 ロ 特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者 ハ 特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者 ニ 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者 ホ 利用者の身体的理由により1人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者 ヘ その他利用者の状況等から判断して、イからホのいずれかに準ずると認められる者

※同一建物内3人以上の場合の加算額は別に設定あり



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

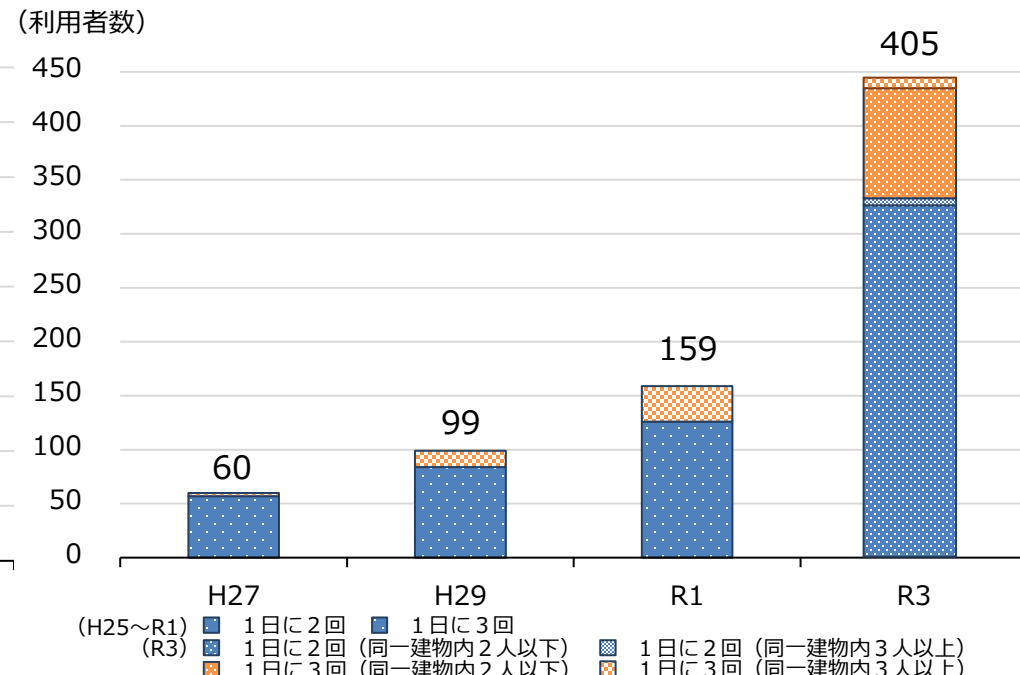
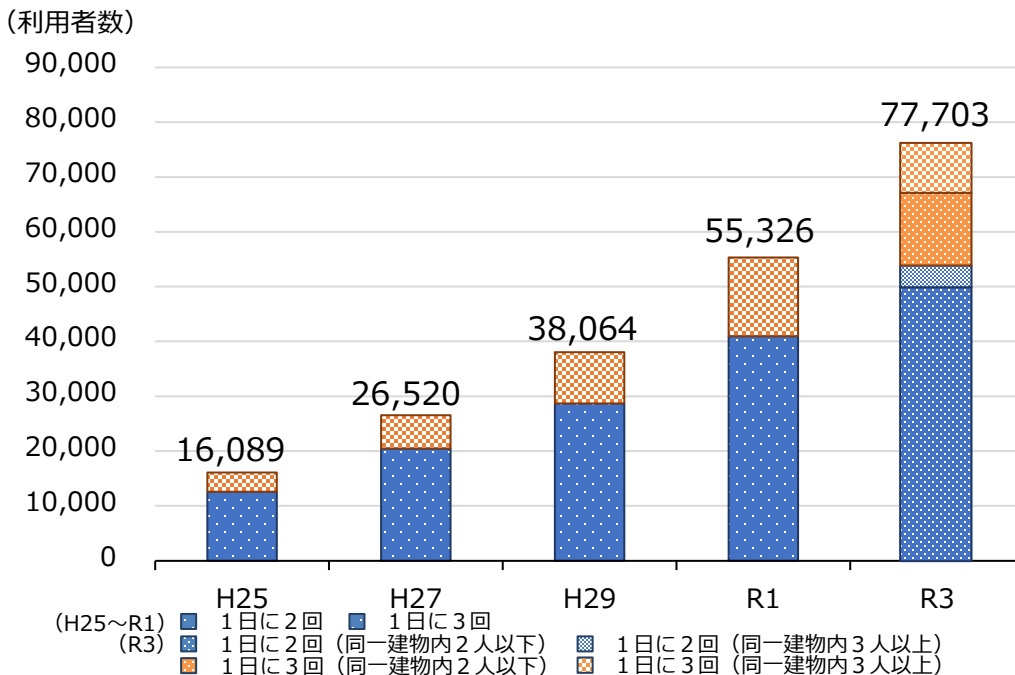
難病等複数回訪問加算・精神科複数回訪問加算

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

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

■ 難病等複数回訪問加算の利用者数

■ 精神科複数回訪問加算の利用者数



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

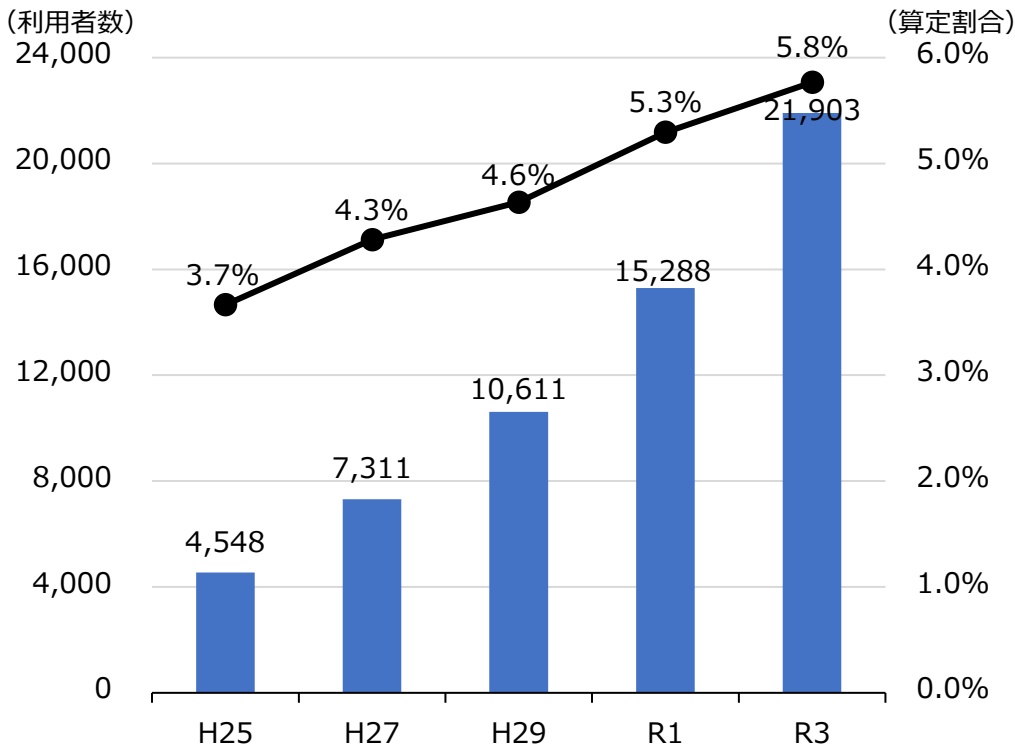
※精神科複数回訪問加算は平成26年度診療報酬改定において新設

夜間・早朝、深夜における訪問看護の状況

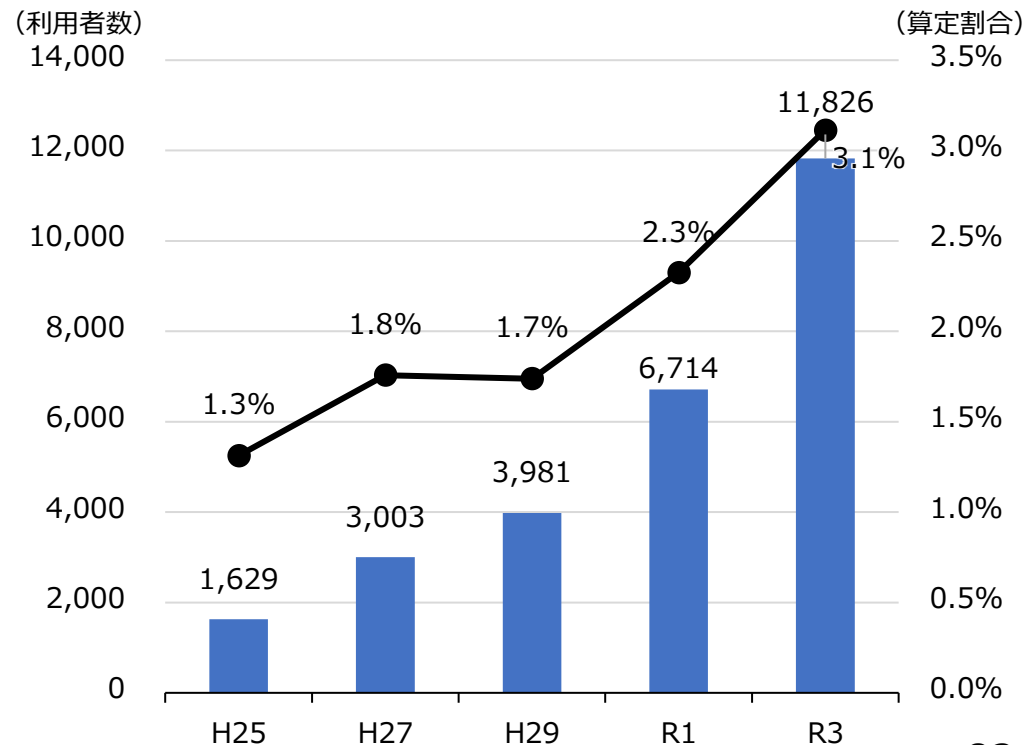
- 夜間・早朝又は深夜に訪問看護を行った場合、対象者の限定なく夜間・早朝訪問看護加算又は深夜訪問看護加算を算定できる。
- 夜間・早朝及び深夜の訪問看護の利用者数、全利用者に占める算定割合は増加傾向である。

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

■ 夜間・早朝訪問看護加算の算定状況



■ 深夜訪問看護加算の算定状況

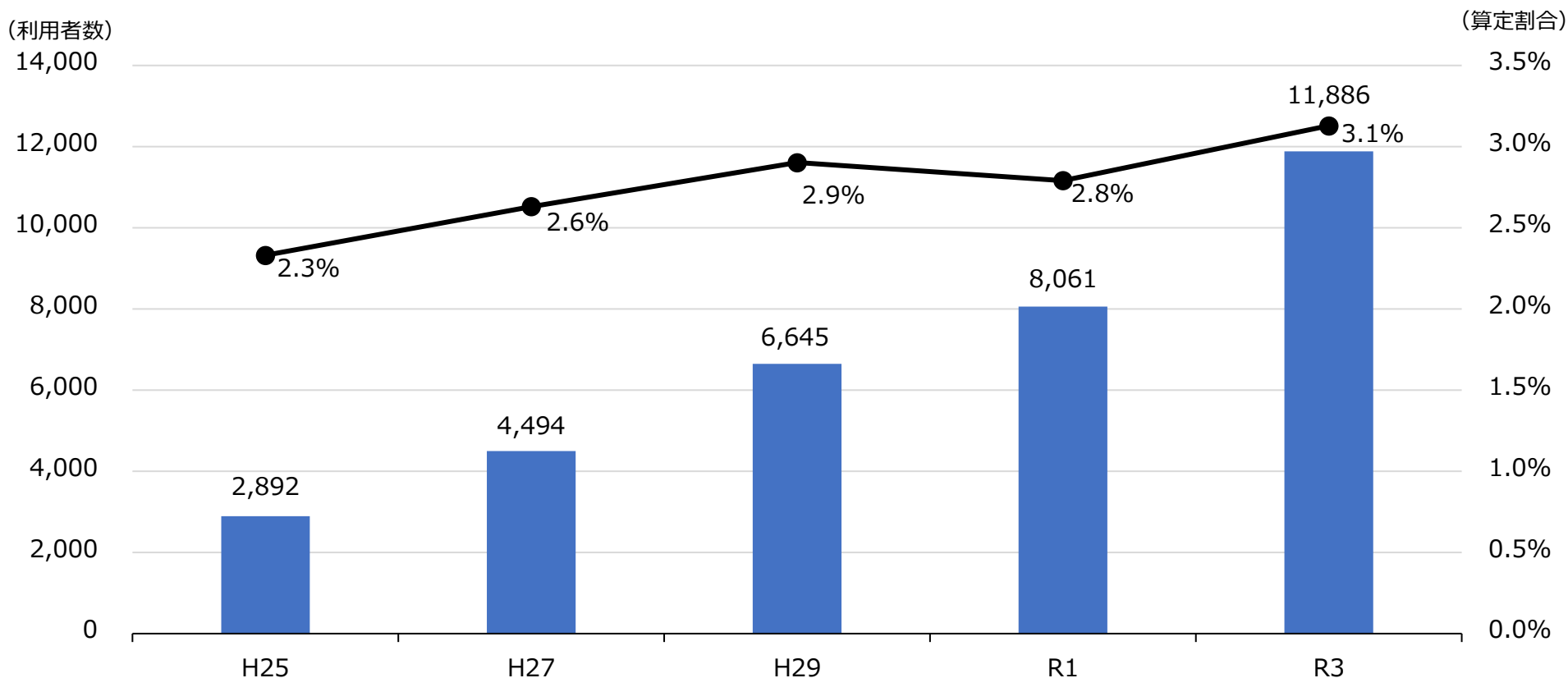


出典：訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成（各年6月審査分より推計）

緊急訪問看護加算

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

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



専門性の高い看護師による訪問看護における専門的な管理

- 専門性の高い看護師による訪問看護における専門的な管理を評価している専門管理加算は、機能強化型訪問看護ステーションの方が機能強化型以外に比べて多く届け出ている。
- 研修別では、緩和ケアに係る専門の研修を受けた者が最も多い。

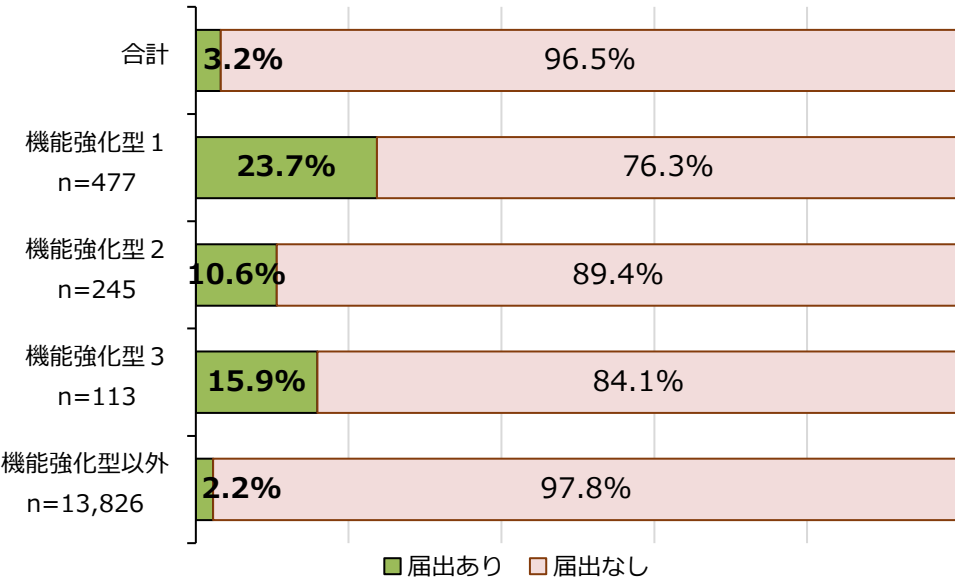
■ 専門性の高い看護師による訪問看護の評価

基本療養費／加算名	費用	算定対象	要件等
専門管理加算 (令和4年度～)	2,500円 (1月に1回)	イ 緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が計画的な管理を行った場合 <ul style="list-style-type: none"> ・悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者 ・真皮を越える褥瘡の状態にある利用者 ・人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な利用者 □ 特定行為研修を修了した看護師が計画的な管理を行った場合 <ul style="list-style-type: none"> ・手順書加算を算定する利用者 	緩和ケア、褥瘡ケア若しくは人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師又は特定行為研修を修了した看護師が、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合には、所定額に加算。

■ 専門管理加算の届出の状況

n=13,826

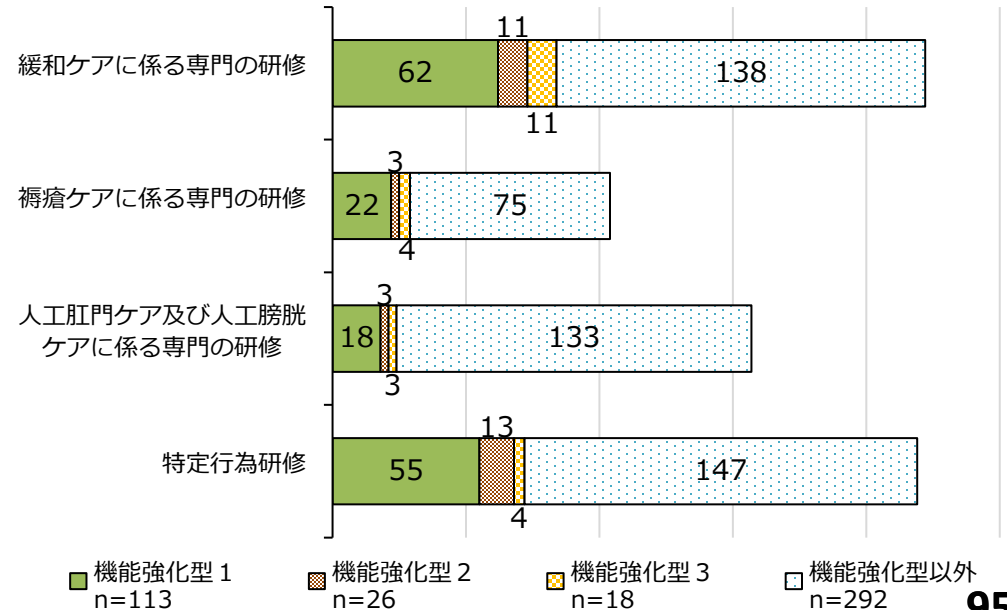
0% 20% 40% 60% 80% 100%



■ 研修別の届出状況（重複あり）

(事業所数)

0 50 100 150 200 250

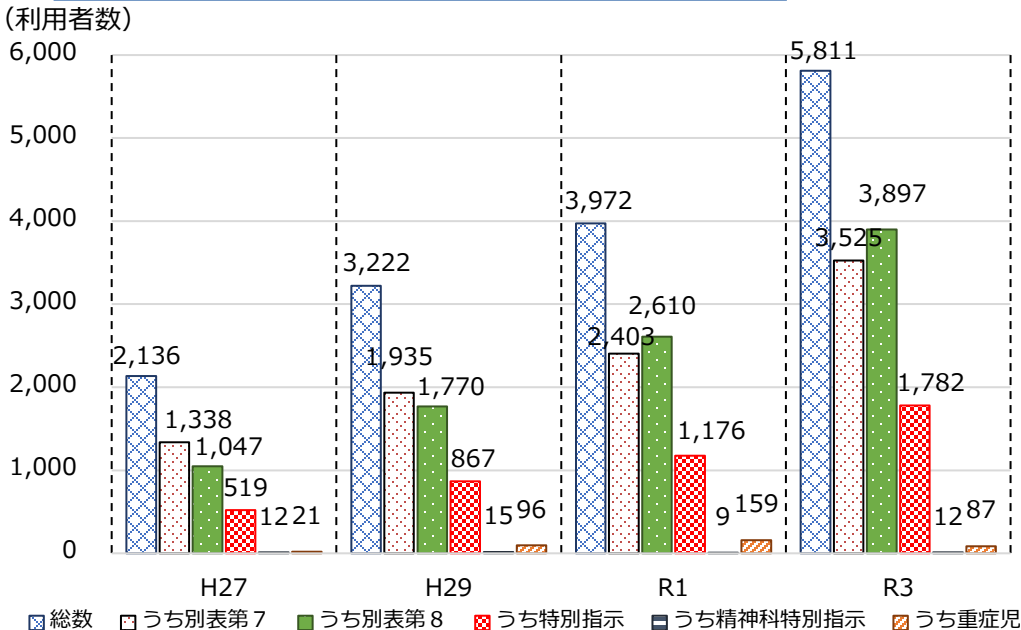


退院日当日の訪問看護

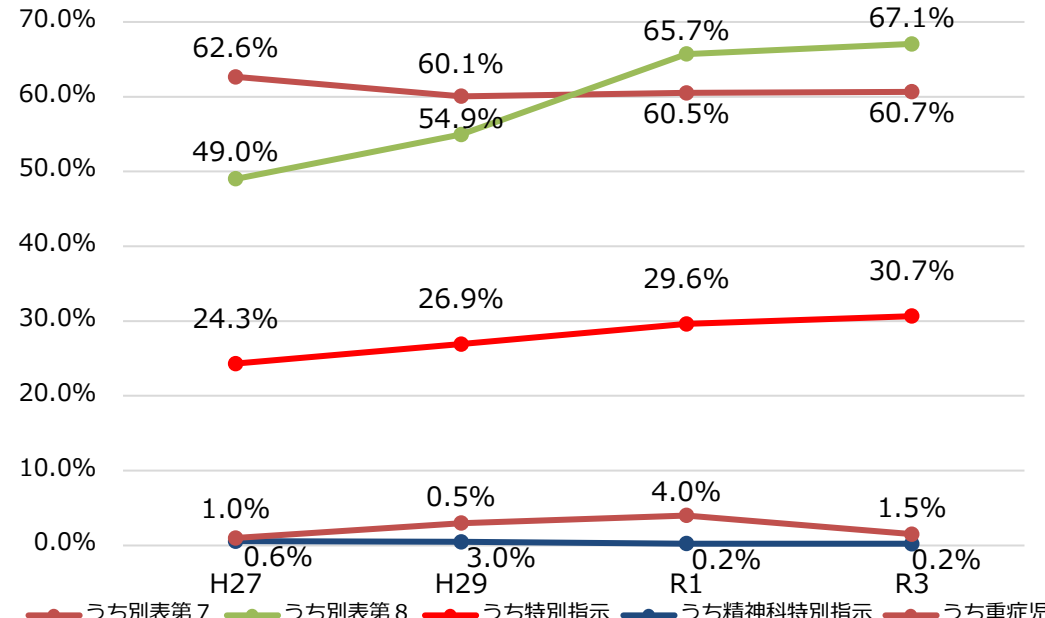
○ 退院日当日の療養上の退院支援指導の評価である退院支援指導加算を算定する利用者数は年々増加しており、退院支援指導加算を算定する利用者のうち、別表第8に掲げる者が最も増加傾向にある。

基本療養費／加算名	費用	算定対象	要件等
退院支援指導加算	6,000円 長時間にわたる療養上必要な指導を行った場合 8,400円	<p>【退院日に療養上の退院支援指導が必要な利用者】</p> <p>(1) 特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の者</p> <p>(2) 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者</p> <p>(3) 退院日の訪問看護が必要であると認められる者</p> <p>【長時間の訪問を要する者】(令和4年4月1日～)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・15歳未満の超重症児又は準超重症児 ・特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者 ・特別訪問看護指示書又は精神科特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者 	退院支援指導を要する者が、保険医療機関から退院するに当たって、当該保険医療機関以外において療養上必要な指導を行ったときは、退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われた際に6,000円(別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、長時間にわたる療養上必要な指導を行ったときにあっては、8,400円)を加算する。

■ 退院支援指導加算の算定状況(重複あり)



■ 退院支援指導加算の算定者数の総数に占める割合



課題(小括③)

(訪問看護を取りまく状況について)

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

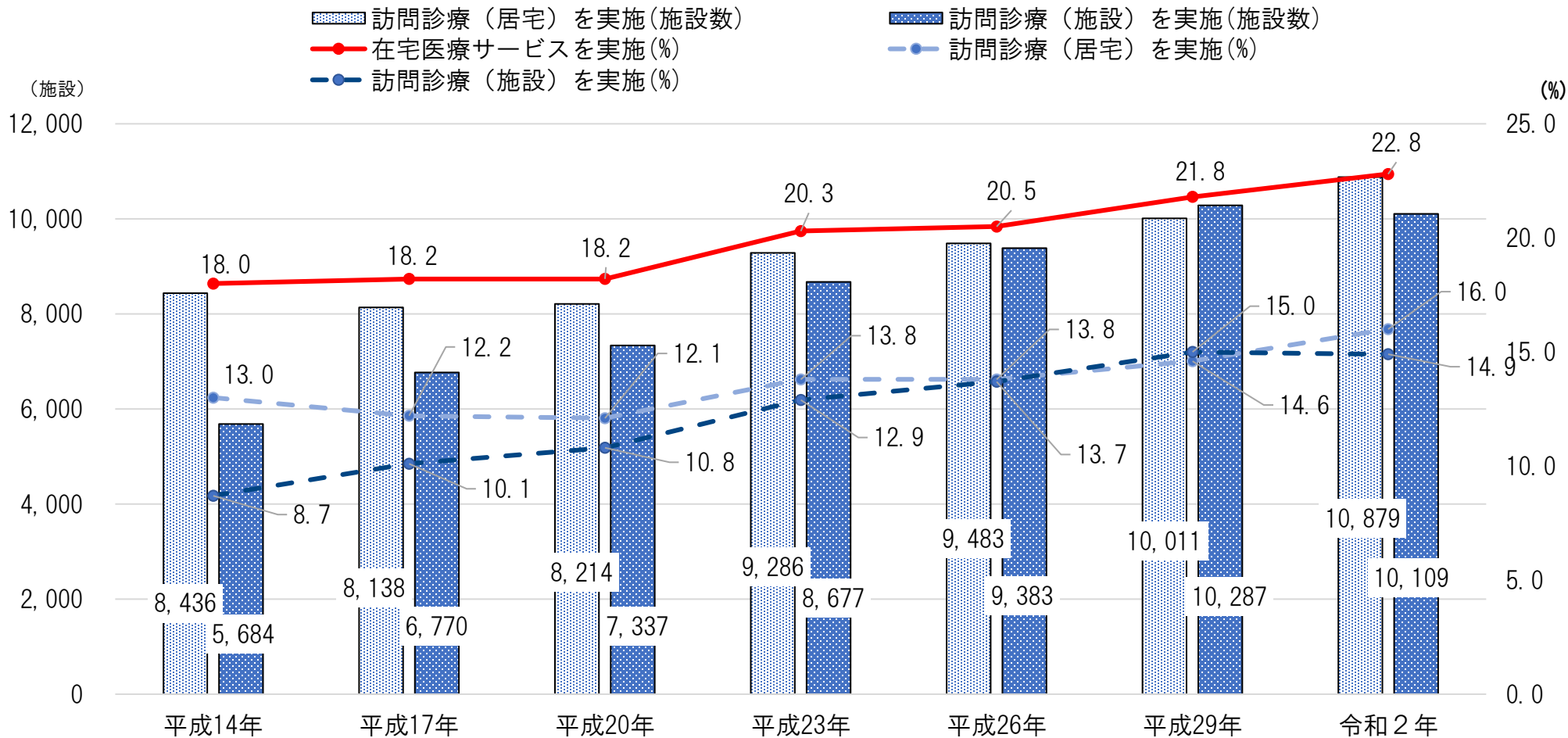
(訪問看護の実施状況等)

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

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

在宅歯科医療の提供体制

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



出典：医療施設調査

※各調査年9月に、実施件数が1以上の歯科診療所の割合

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

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

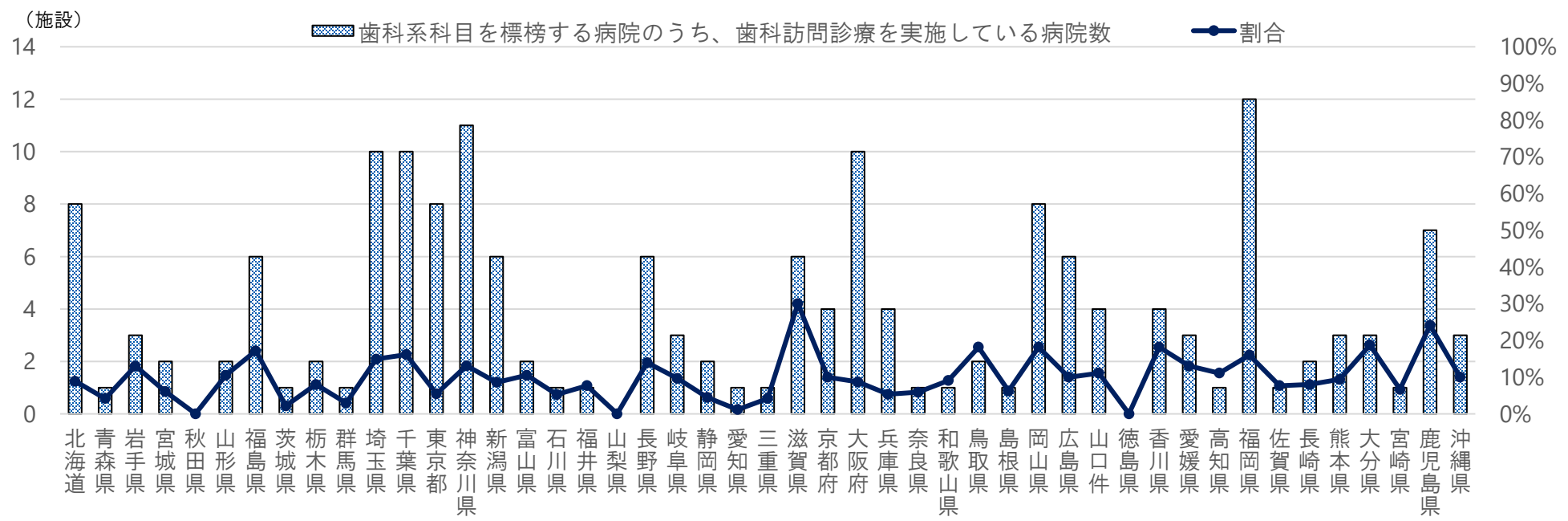
訪問診療を実施している歯科系の診療科を標榜する病院数

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

＜歯科訪問診療を実施する病院数と割合(%)＞

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

＜歯科訪問診療を実施する病院数と割合(%) (都道府県別)＞



出典：医療施設調査(特別集計)

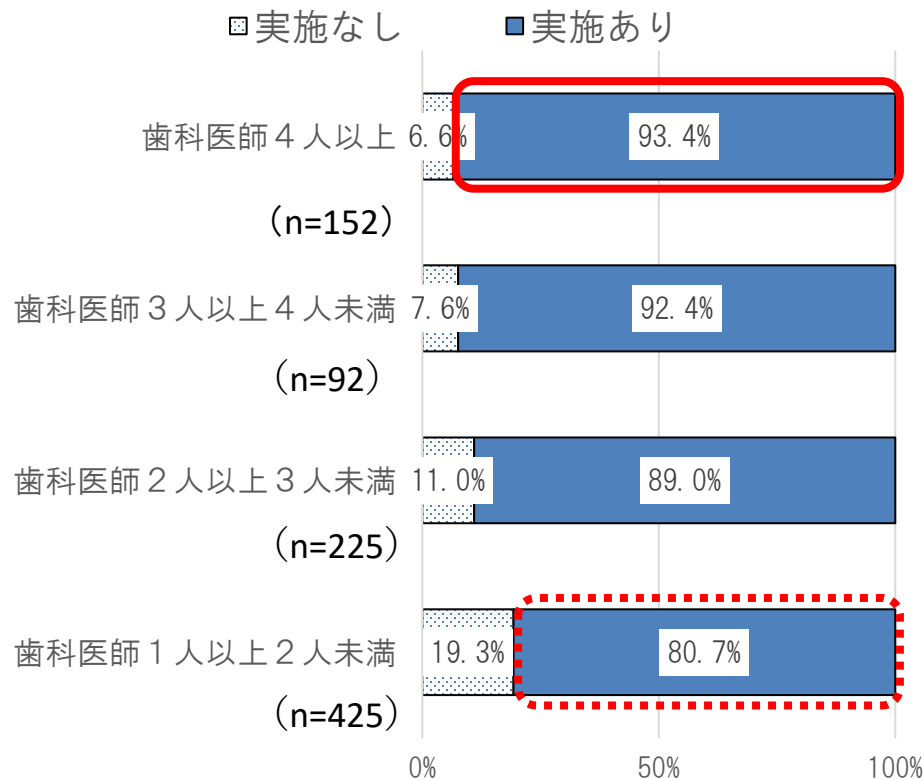
※令和2年9月に、「歯科訪問診療」の実施件数が1以上の病院数及び割合

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

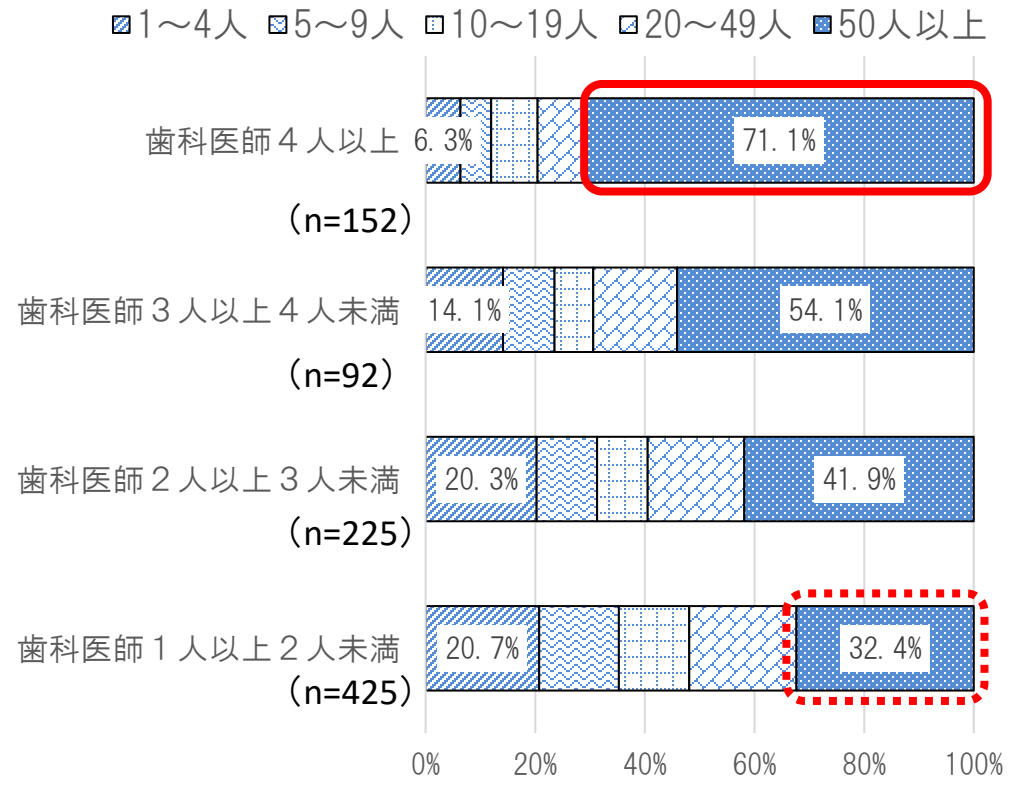
歯科医師数別の歯科訪問診療の実施状況

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

< 歯科訪問診療の実施状況 >



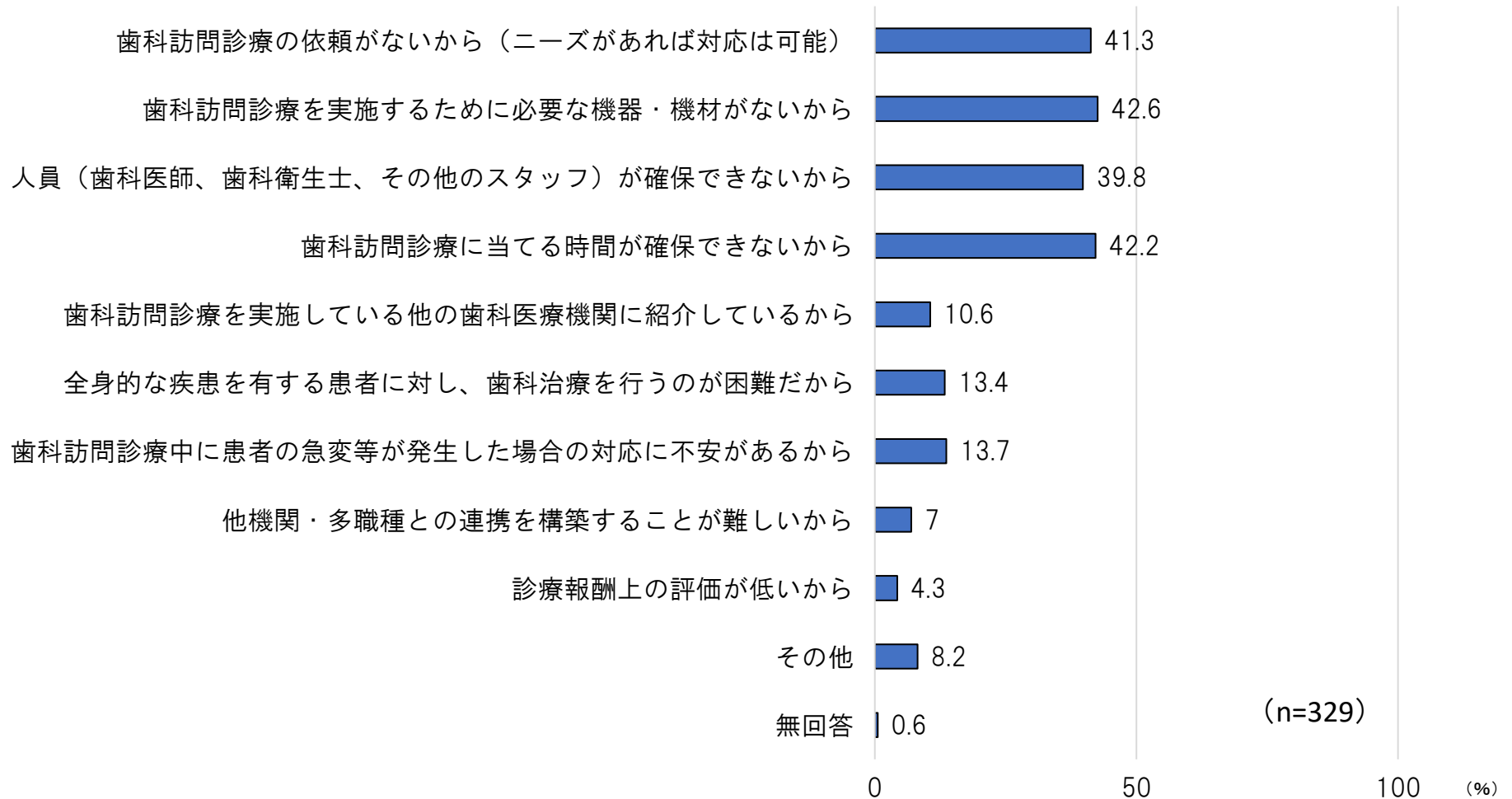
< 歯科訪問診療を実施した患者総数 >



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

歯科訪問診療を実施していない理由

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



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

歯科医療提供体制等に関する検討会中間とりまとめ(案)(抜粋)

1 はじめに

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

2 歯科保健医療の動向

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

3 これからの歯科医療の提供体制について

(1) かかりつけ歯科医の役割

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

(2) 歯科医療機関の機能分化と連携

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

(4) 医科歯科連携、多職種連携

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

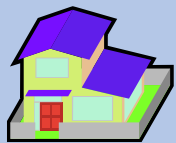
(6) 歯科専門職の人材確保・育成等

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

在宅歯科医療に係る診療報酬上の取扱い

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

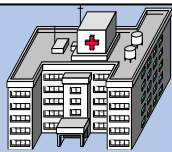
居宅、居宅系施設



通院困難な患者



歯科の標榜がない病院(介護療養型医療施設等含む。)



入院中の通院困難な患者

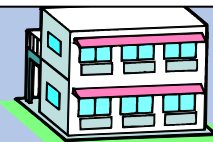
歯科の標榜がある病院(周術期口腔機能管理に関連する場合に限る)

入院中の周術期口腔機能管理を行う患者

・介護老人保健施設

・介護老人福祉施設

等



入所中の通院困難な患者

通院困難な患者

歯科訪問診療の提供

同一の建物に居住する患者数

		同一の建物に居住する患者数		
		1人 歯科訪問診療1	2人以上9人以下 歯科訪問診療2	10人以上 歯科訪問診療3
患者1人につき診療に要した時間	20分以上	【1,100点】	【361点】	【185点】
	20分未満	【880点】	【253点】	【111点】

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

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

※同居する同一世帯の複数の患者の場合は、1人は歯科訪問診療1を算定可

※歯科訪問診療料を算定する場合は、基本診療料は算定不可

患者の状況に応じて



○在宅医療に関連する各種加算、管理料等

○個別の診療内容に関する診療報酬

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

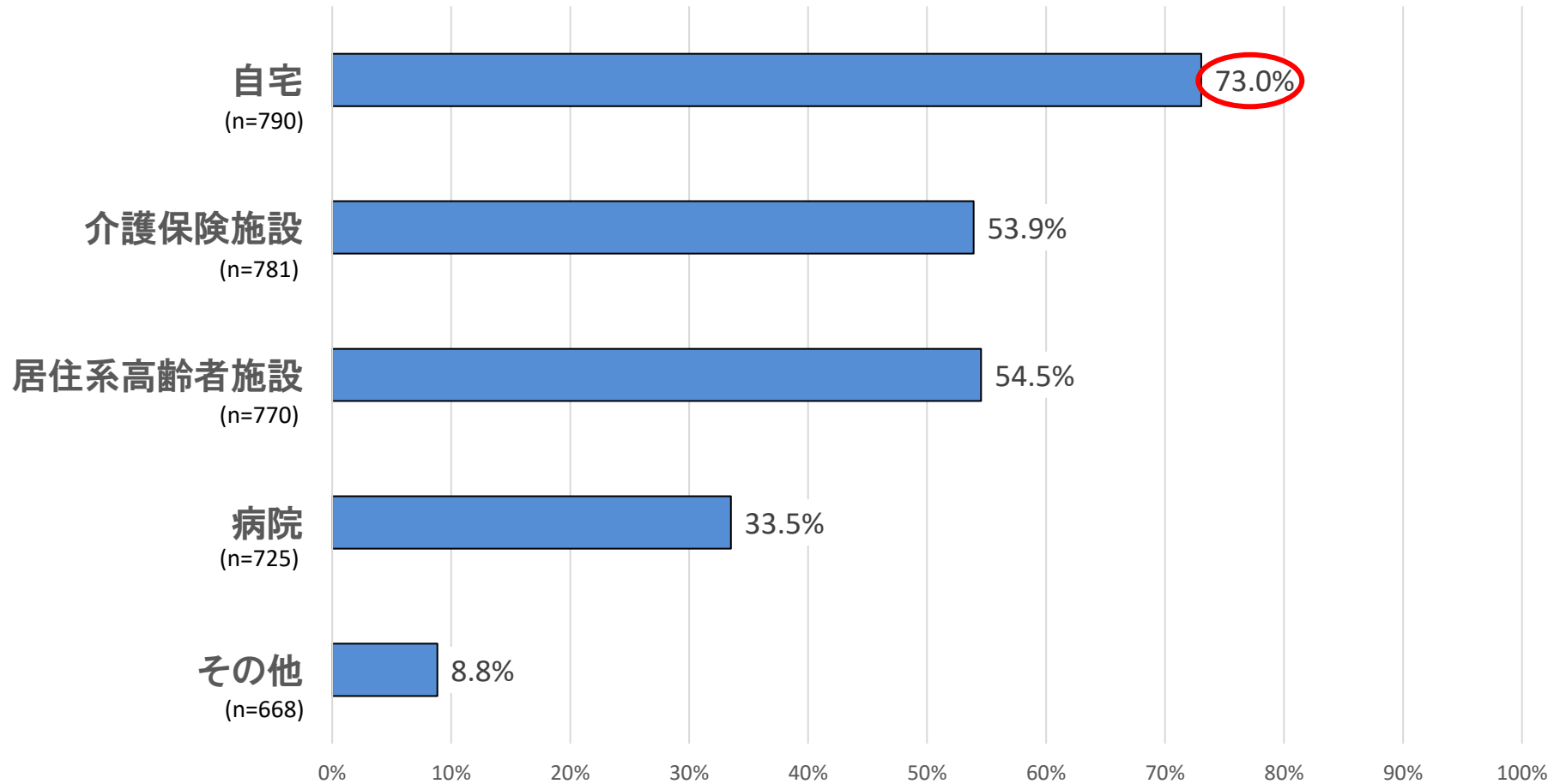
○個別の診療内容の項目に対する加算

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

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

歯科訪問診療の訪問先

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

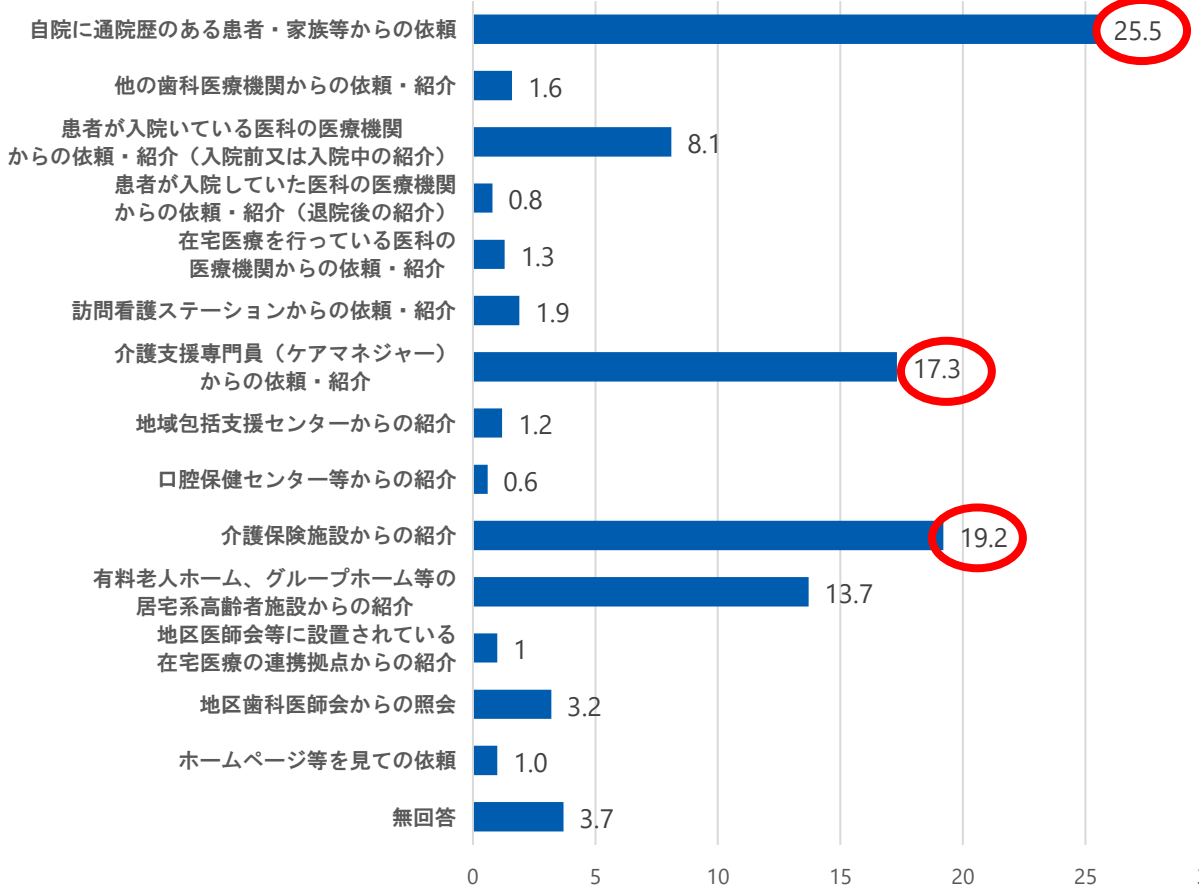


・調査対象: 在宅療養支援歯科診療所2,000施設、それ以外の歯科診療所1,000施設(いずれも無作為抽出)
・調査対象月: 令和4年7月~9月の3か月間

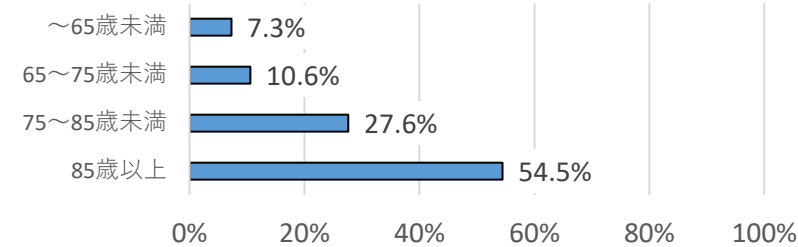
歯科訪問診療のきっかけ、患者の年齢・要介護度

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

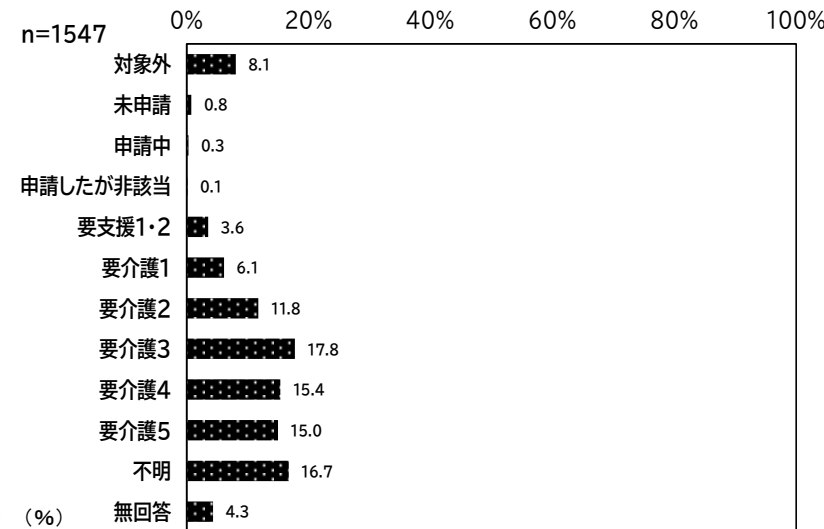
＜歯科訪問診療を受けたきっかけ＞



＜年齢＞



＜要介護度＞

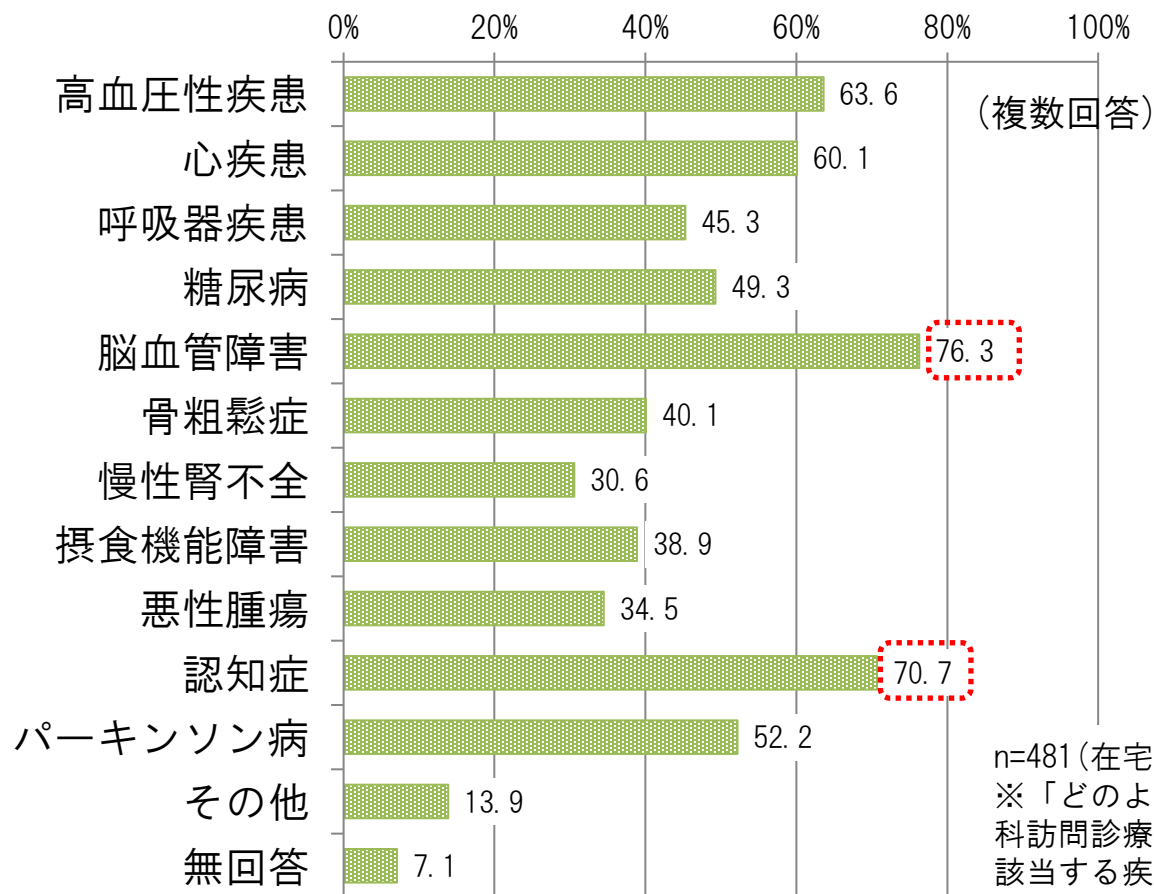


・調査対象: 令和4年7月1日～9月30日の間に調査対象施設(在宅療養支援歯科診療所、それ以外の歯科診療所)が歯科訪問診療を実施した患者のうち、最初に訪問した患者と、最後に訪問した患者2名
 ・調査対象月: 令和4年7月～9月の3か月間

歯科訪問診療を実施した患者の状態像①

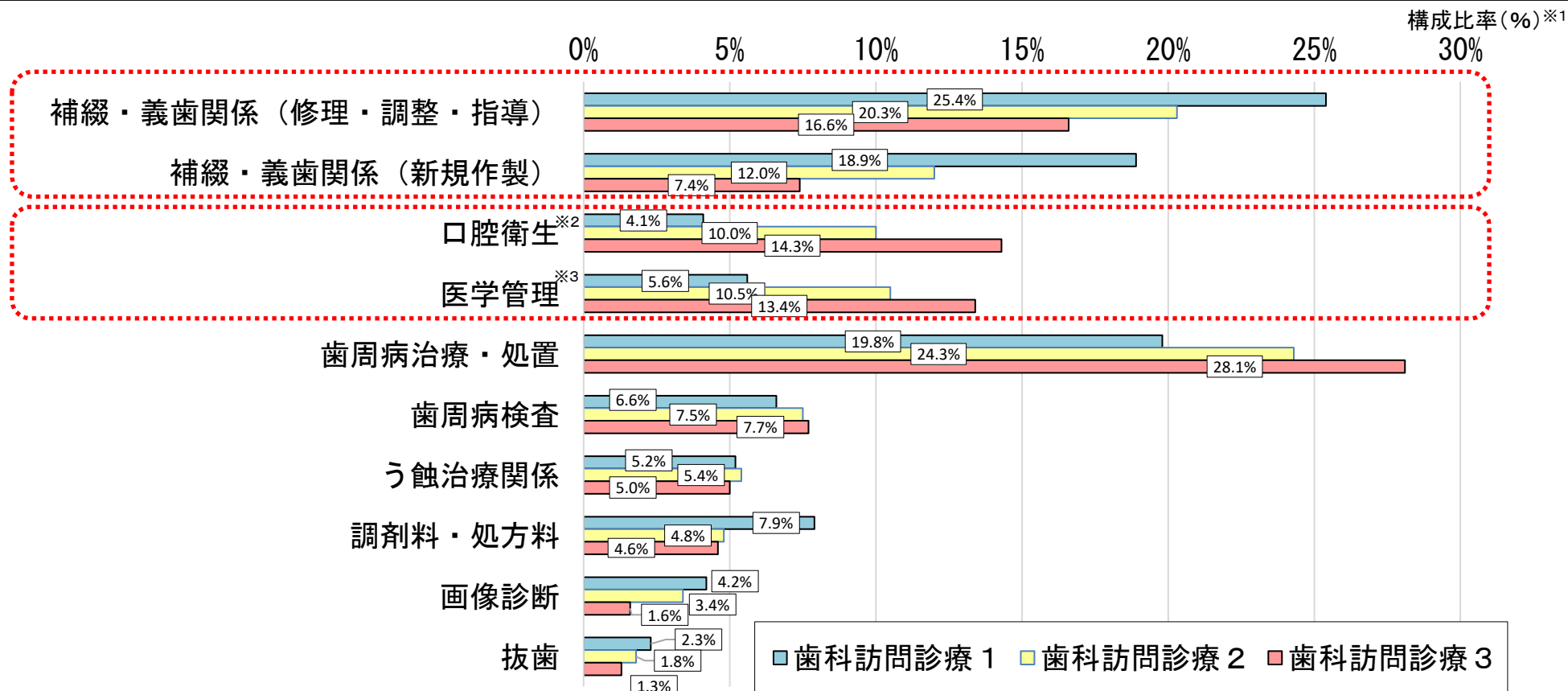
- 歯科訪問診療を実施した患者の全身的な疾患は、脳血管障害が76.3%で最も多く、次いで認知症が70.7%であった。
- また、高血圧性疾患や心疾患は約6割であった。

＜歯科訪問診療を実施した患者の全身的な疾患の状況＞



歯科訪問診療実施時に行われる診療行為

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



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

出典：NDBデータ（2018年）

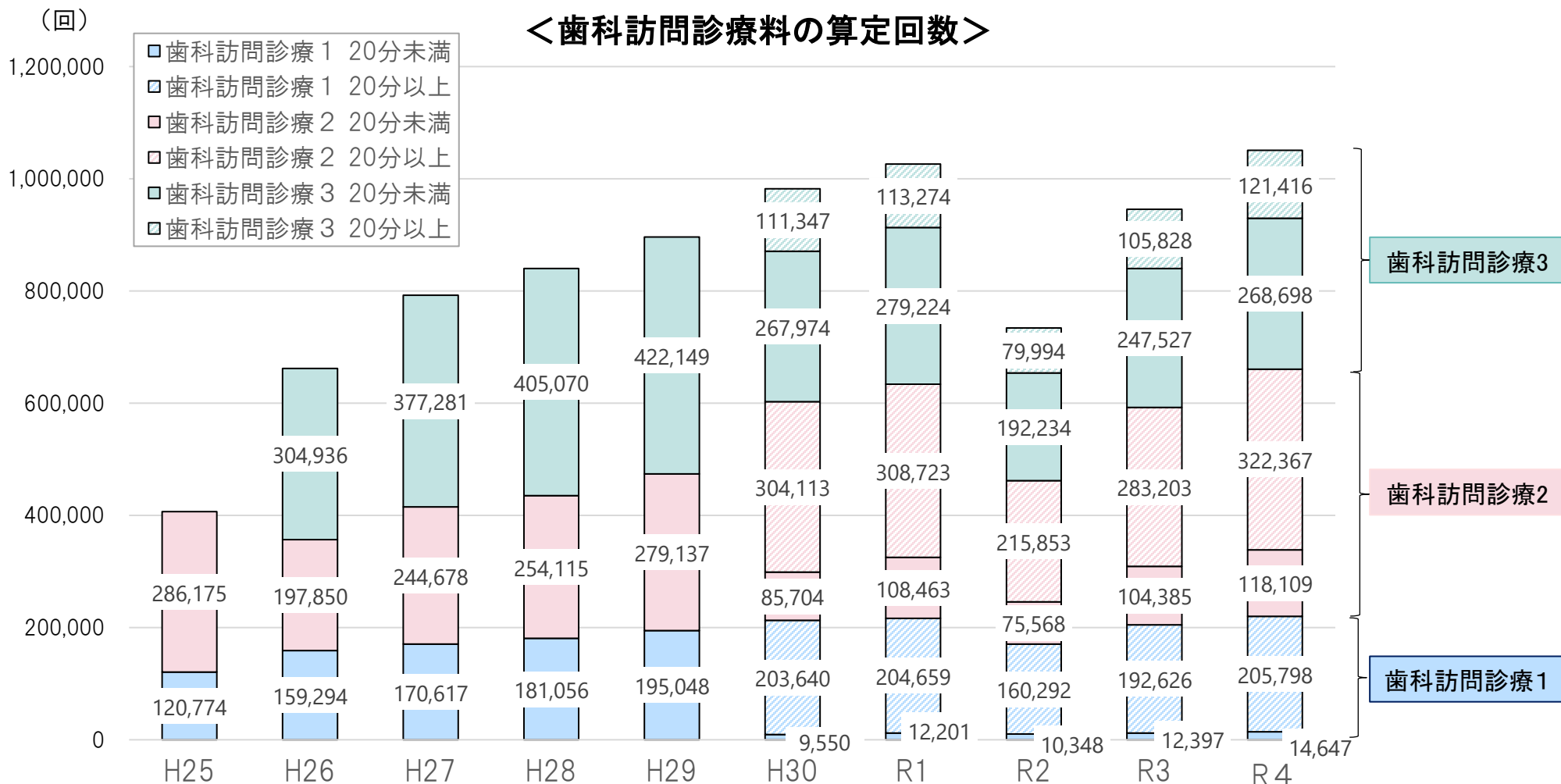
「歯周病治療・処置」「補綴・義歯関係（修理・調整・指導）」「補綴・義歯関係（新規作製）」「口腔衛生」「医学管理」「歯周病検査」「う蝕治療関係」「調剤料、処方料」「画像診断」「拔牙」

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

※3 「医学管理」に分類される診療行為：歯科疾患在宅療養管理料

歯科訪問診療料の算定状況

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

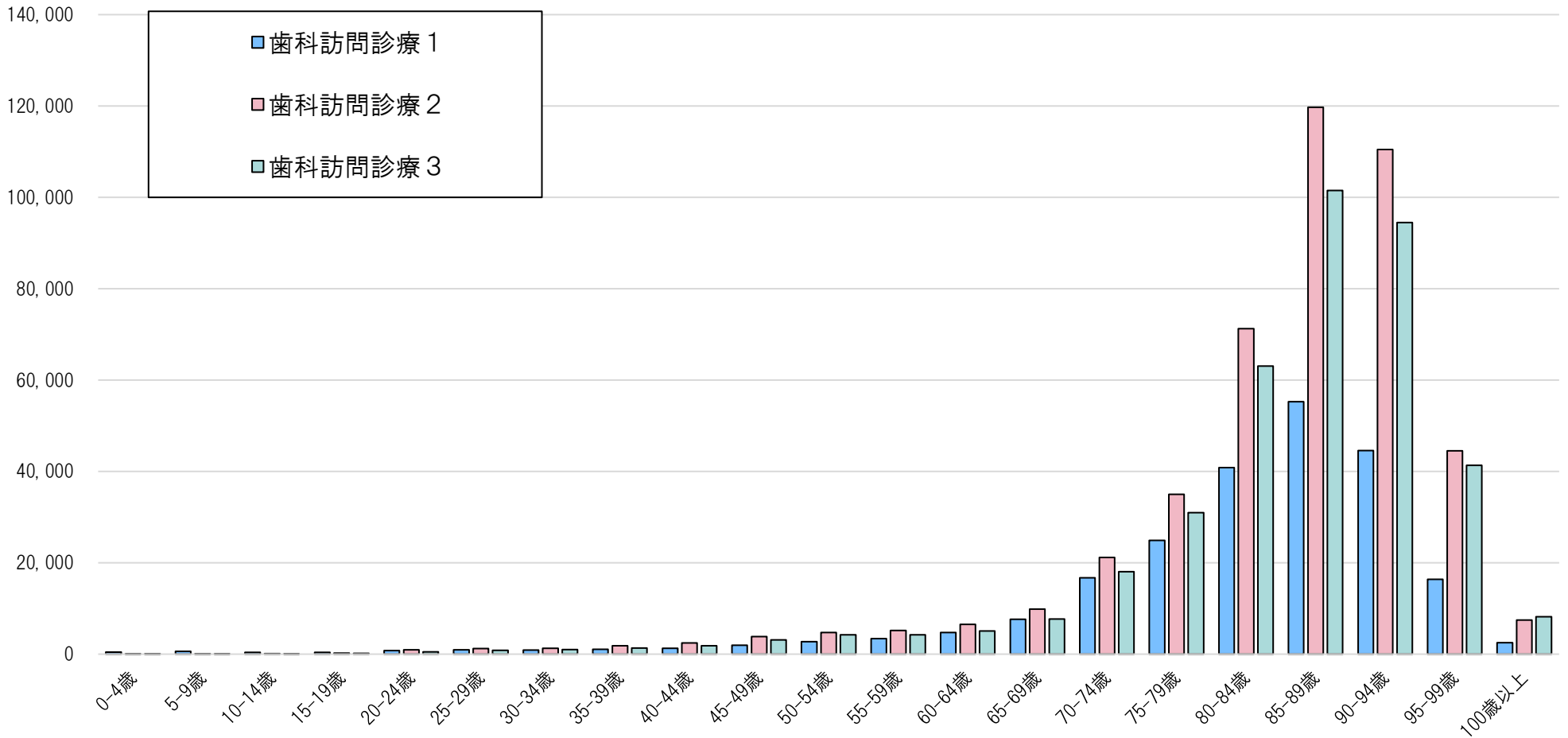


歯科訪問診療料の算定状況(年齢階級別)

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

＜歯科訪問診療料の算定回数＞

(回)



歯科訪問診療料の主な加算

緊急時や夜間等の対応に係る評価

■ 緊急時歯科訪問診療加算

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

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

■ 夜間歯科訪問診療加算

夜間(深夜を除く。)に歯科訪問診療を行った場合

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

■ 深夜歯科訪問診療加算

深夜に歯科訪問診療を行った場合

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

■ 診療時間が1時間を超えた場合の加算

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

歯科衛生士に係る評価

■ 歯科訪問診療補助加算

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

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

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

在宅療養支援歯科診療所等以外の保険医療機関の場合

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

円滑な在宅への移行の評価

■ 在宅歯科医療連携推進加算

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

■ 歯科訪問診療移行加算

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

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

特別な対応が必要な者に対する評価

■ 歯科診療特別対応加算、初診時歯科診療導入加算

著しく歯科診療が困難な者に対して歯科訪問診療を行った場合

歯科診療特別対応加算: **175点**

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

初診時歯科診療導入加算: **250点**

連携に係る評価

■ 地域医療連携体制加算

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

在宅療養支援歯科診療所の施設基準(通知抜粋)

在宅療養支援歯科診療所 1	在宅療養支援歯科診療所 2
ア) 過去 1 年間に歯科訪問診療 1 及び歯科訪問診療 2 を合計18回以上算定	過去 1 年間に歯科訪問診療 1 及び歯科訪問診療 2 を合計 4 回以上算定
イ) 高齢者の心身の特性（認知症に関する内容を含むものであること。）、口腔機能管理、緊急時対応等に係る適切な研修を修了した常勤の歯科医師を 1 名以上配置	
ウ) 歯科衛生士配置	
エ) 患家の求めに応じた迅速な歯科訪問診療が可能な体制を確保し、患家に情報提供	
オ) 後方支援の機能を有する別の保険医療機関との連携体制	
カ) 当該診療所において、過去 1 年間の在宅医療を担う他の保険医療機関、 <u>保険薬局</u> 、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所又は介護保険施設等からの依頼による歯科訪問診療料の算定回数の実績が 5 回以上	
キ) 以下のいずれか 1 つに該当すること <ol style="list-style-type: none"> ① 当該地域において、地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院・介護保険施設等で実施される多職種連携に係る会議に年 1 回以上出席 ② 過去 1 年間に、病院・介護保険施設等の職員への口腔管理に関する技術的助言や研修等の実施又は口腔管理への協力 ③ 歯科訪問診療に関する他の歯科医療機関との連携実績が年 1 回以上 	
ク) 過去 1 年間に、以下のいずれかの算定が 1 つ以上あること <ol style="list-style-type: none"> ① 栄養サポートチーム等連携加算 1 又は栄養サポートチーム等連携加算 2 の算定 ② 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定 ③ 退院時共同指導料 1、退院前在宅療養指導管理料、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料の算定 	

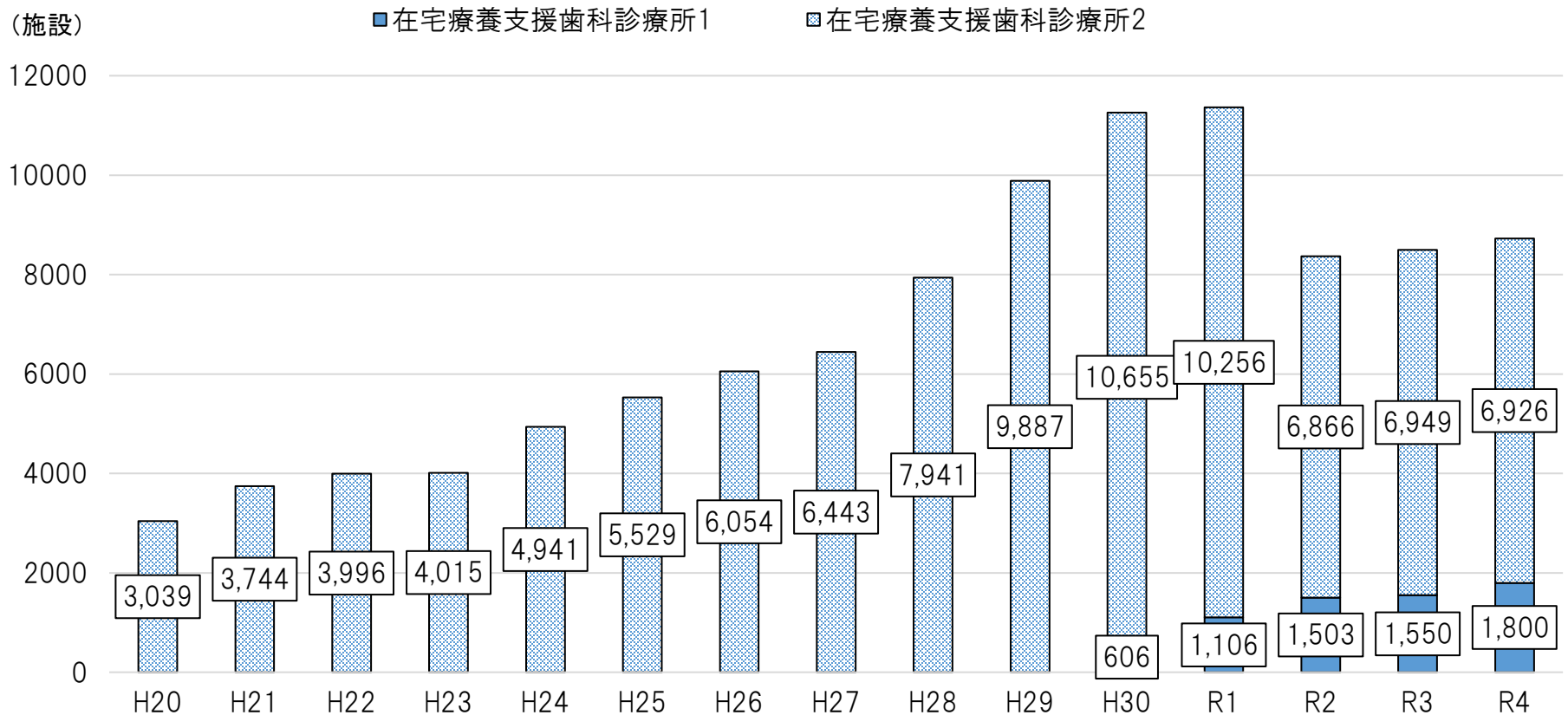
在宅療養支援歯科診療所の診療報酬上の評価

- 在宅療養支援歯科診療所は、在宅等における療養を歯科医療面から支援する歯科診療所であり、歯科訪問診療料の加算等において、内容により高い評価となっている。
- 令和4年診療報酬改定では、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料及び小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の加算について、見直しを行った。

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

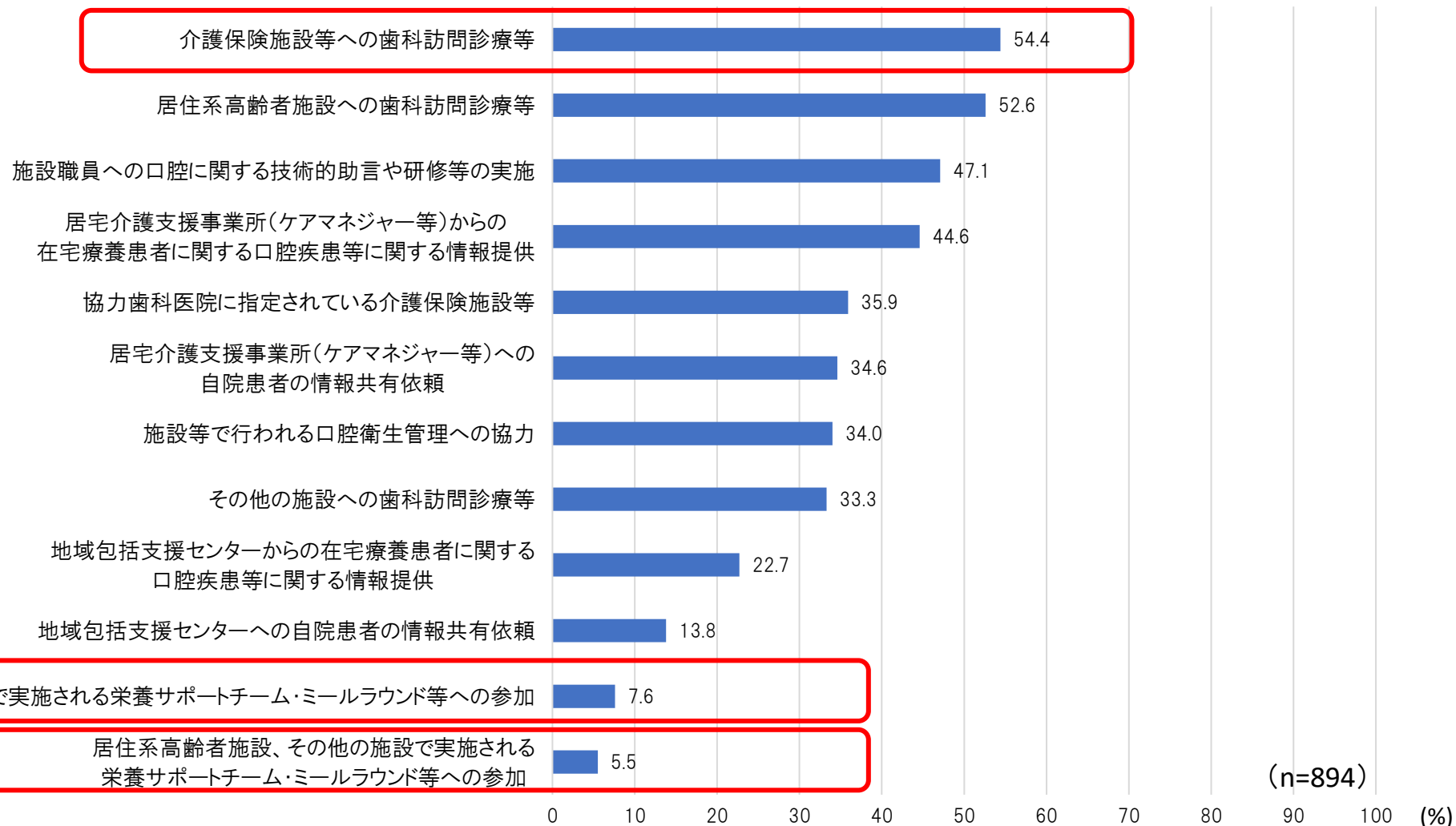
在宅療養支援歯科診療所の届出医療機関数の推移

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



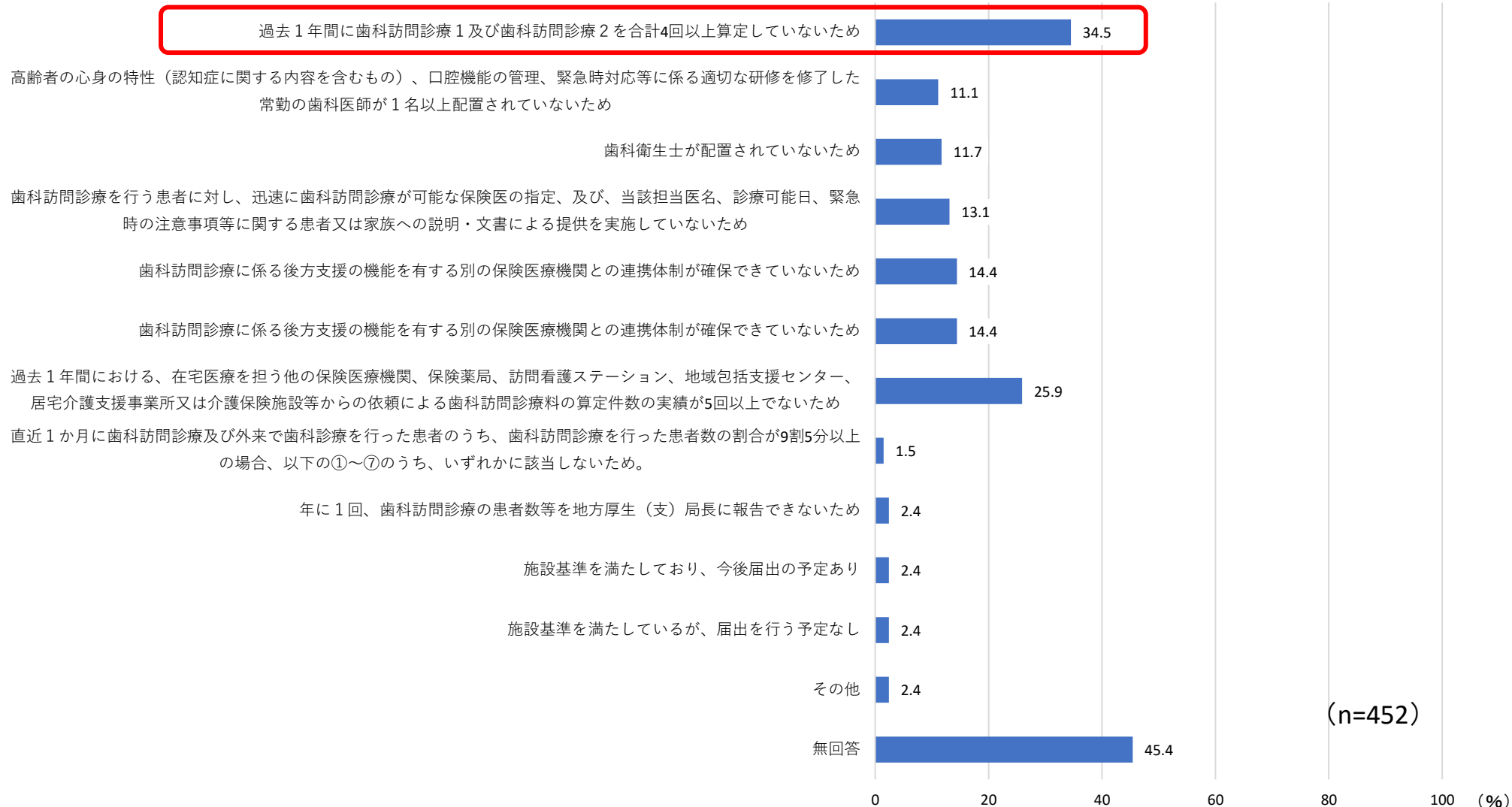
在宅療養支援歯科診療所の介護保険施設等との連携内容

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



在宅療養支援歯科診療所の届出を行っていない理由（複数回答）

○ 「在宅療養支援歯科診療所」の届出を行っていない理由としては、無回答を除くと、「過去1年間に歯科訪問診療1及び歯科訪問診療2を合計4回以上算定していないため」が、34.5%で最も多かった。

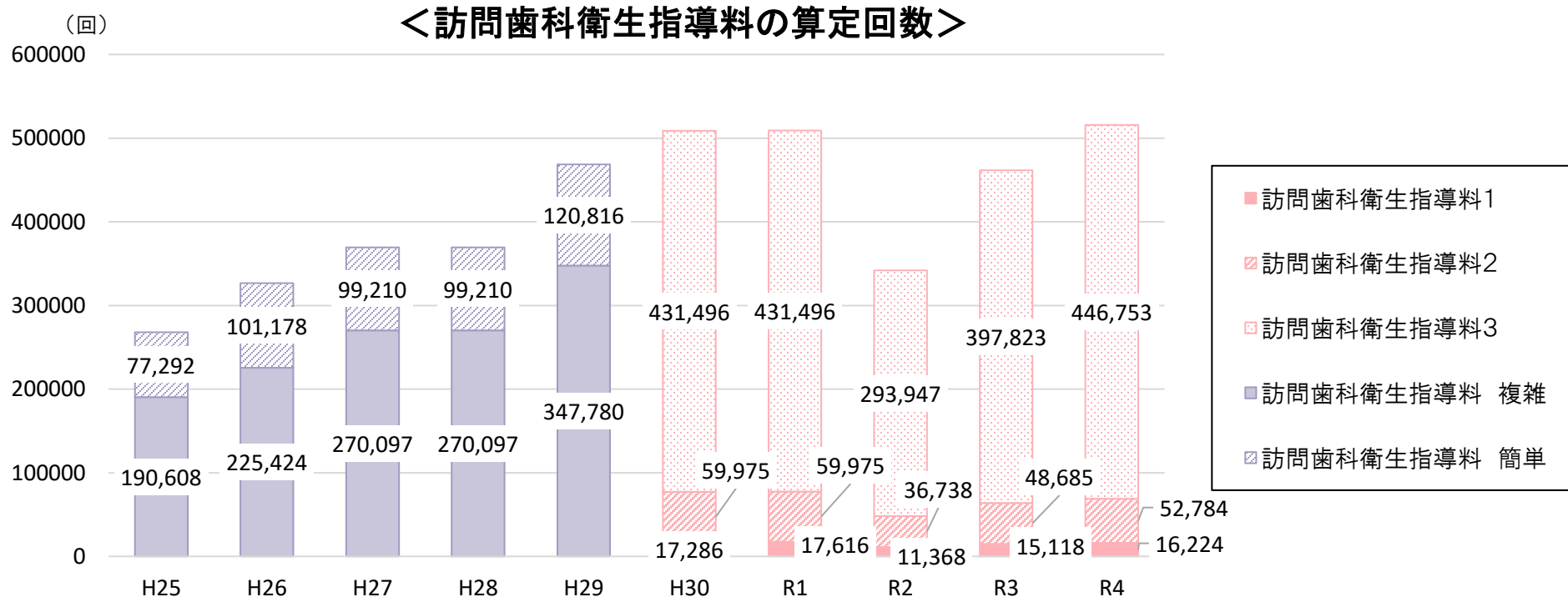


訪問歯科衛生指導料の算定状況

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

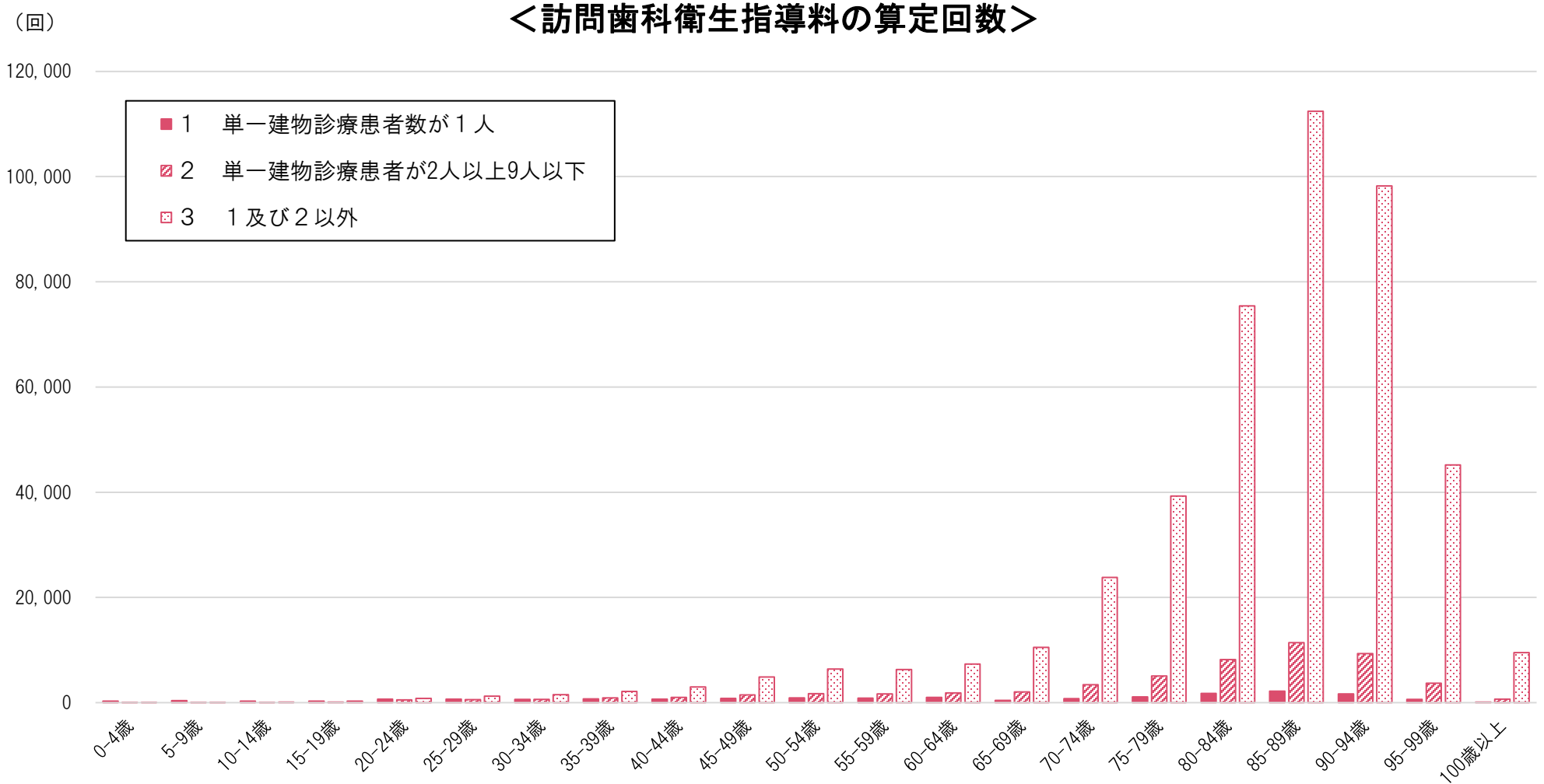
訪問歯科衛生指導料

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



訪問歯科衛生指導料の算定状況(年齢階級別)

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



居宅療養管理指導費(歯科衛生士等が行う場合)

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

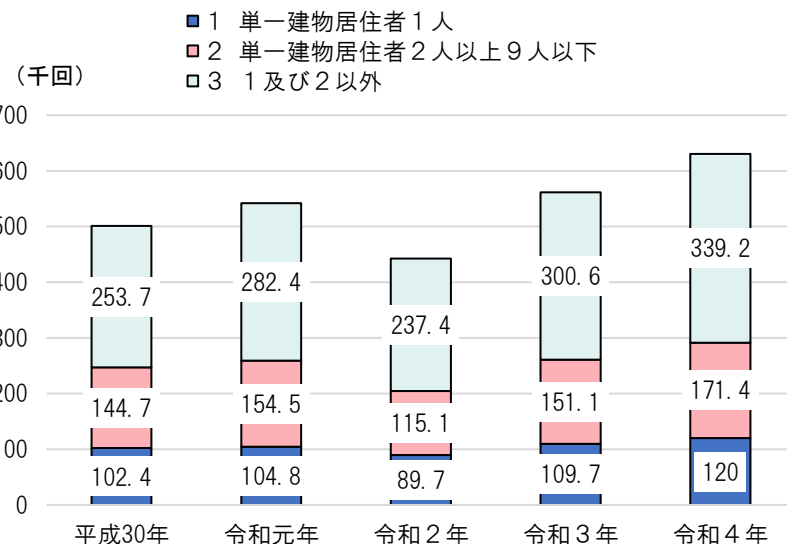
居宅療養管理指導費	(1) 単一建物居住者1人に対して行う場合	361単位/回
	(2) 単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合	325単位/回
	(3) 1及び2以外の場合	294単位/回

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

<訪問歯科衛生指導料と居宅療養管理指導費(歯科衛生士等が行う場合)>

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

<算定回数の推移>



歯科訪問診療における歯科疾患や口腔機能の管理に係る評価

歯科疾患の管理に対する評価

■ 歯科疾患在宅療養管理料

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

口腔機能の管理に対する評価

■ 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料 (H28新設)

- 在宅等において療養を行っている通院困難な患者に対する口腔機能の管理の包括的な評価
- 対象: 歯科訪問診療料を算定した患者であって、摂食機能障害又は口腔機能低下症を有し、継続的な歯科疾患の管理が必要なもの
- 20分以上必要な指導管理を行った場合に算定(月4回)

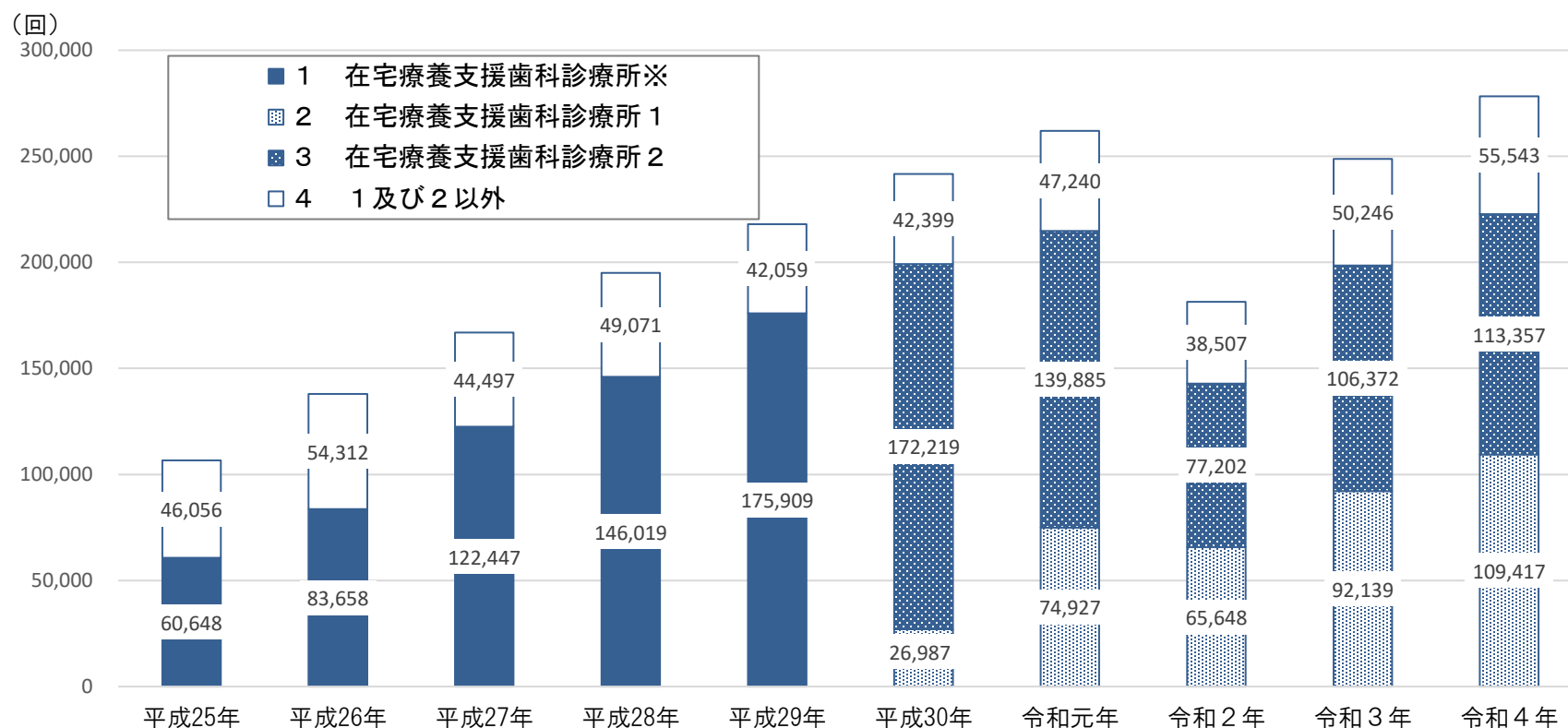
■ 小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料 (H28新設)

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

歯科疾患在宅療養管理料の算定状況

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

＜歯科疾患在宅療養管理料の算定回数＞



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

居宅療養管理指導費(歯科医師が行う場合)

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

居宅療養管理指導費

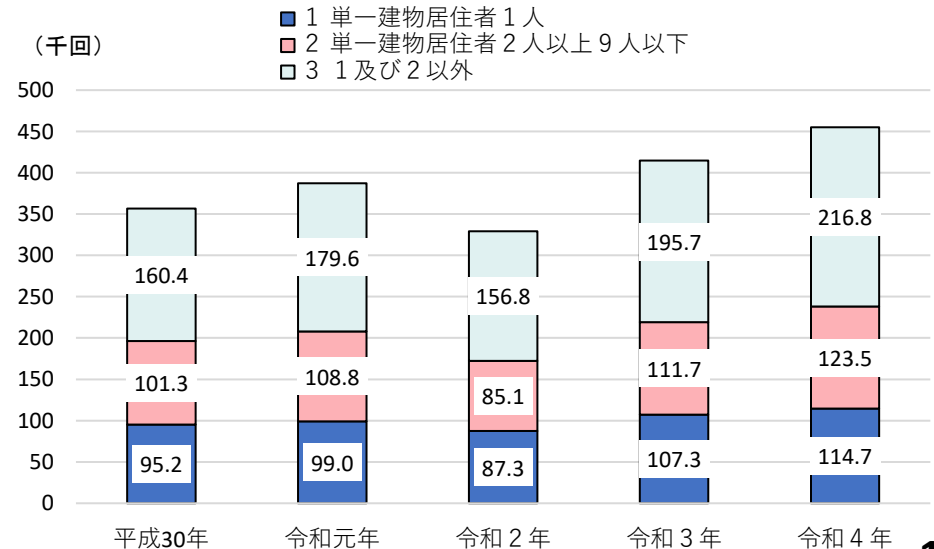
1 単一建物居住者1人に対して行う場合	516単位/回
2 単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合	486単位/回
3 1及び2以外の場合	440単位/回

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

<居宅療養管理指導費(歯科医師が行う場合)の給付調整の対象となる主な項目>

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

<算定回数の推移>



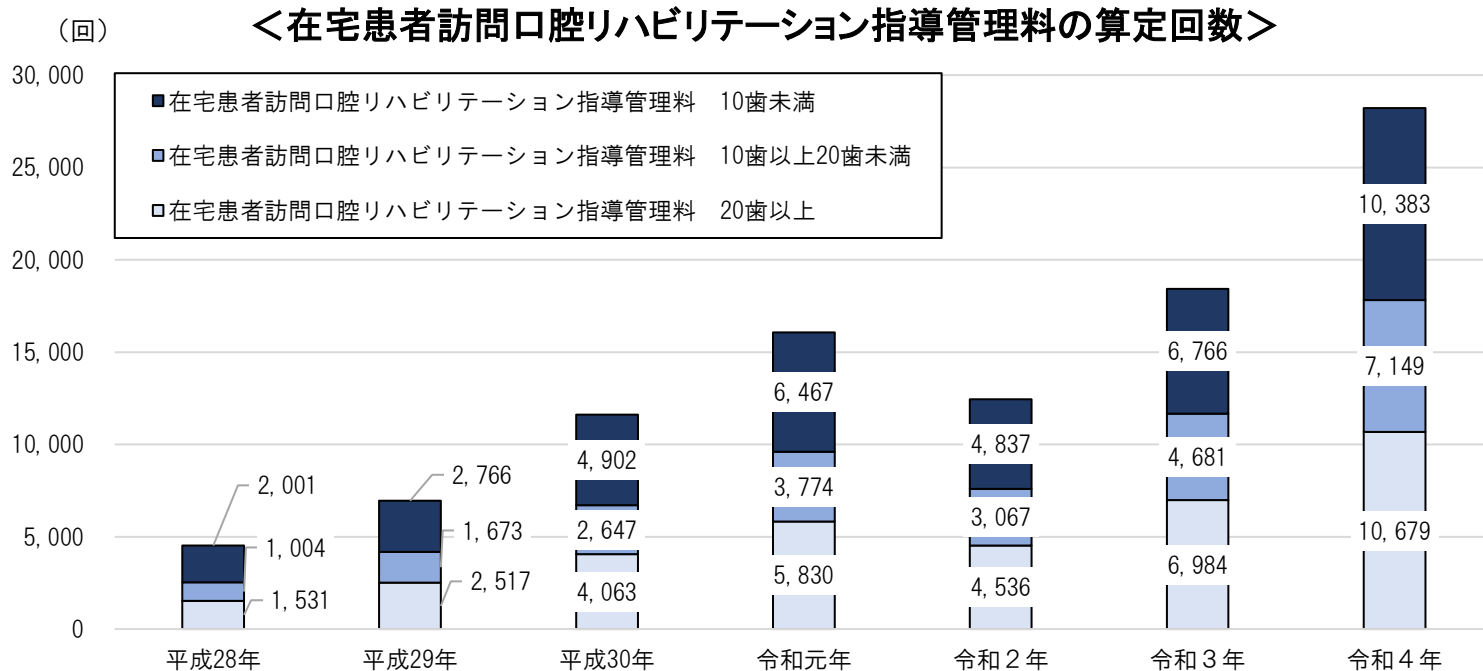
出典:介護給付費等実態統計(各年6月審査分)

在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料

- 令和4年度診療報酬改定では、対象疾患に口腔機能低下症が含まれることを明確化するとともに、評価の見直しを行った。
- 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定回数は、増加傾向にある。

在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料

- 歯科訪問診療料を算定した患者であって、摂食機能障害又は口腔機能低下症を有し、継続的な歯科疾患の管理が必要なもの
- 対象患者
 - ・ 発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食機能に障害があるもの
 - ・ 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影によって他覚的に嚥下機能の低下が確認できるものであって、医学的に摂食機能療法の有効性が期待できるもの
 - ・ 歯の喪失や加齢、これら以外の全身的な疾患等により口腔機能の低下を認める在宅等療養患者等



栄養サポートチーム等連携加算

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

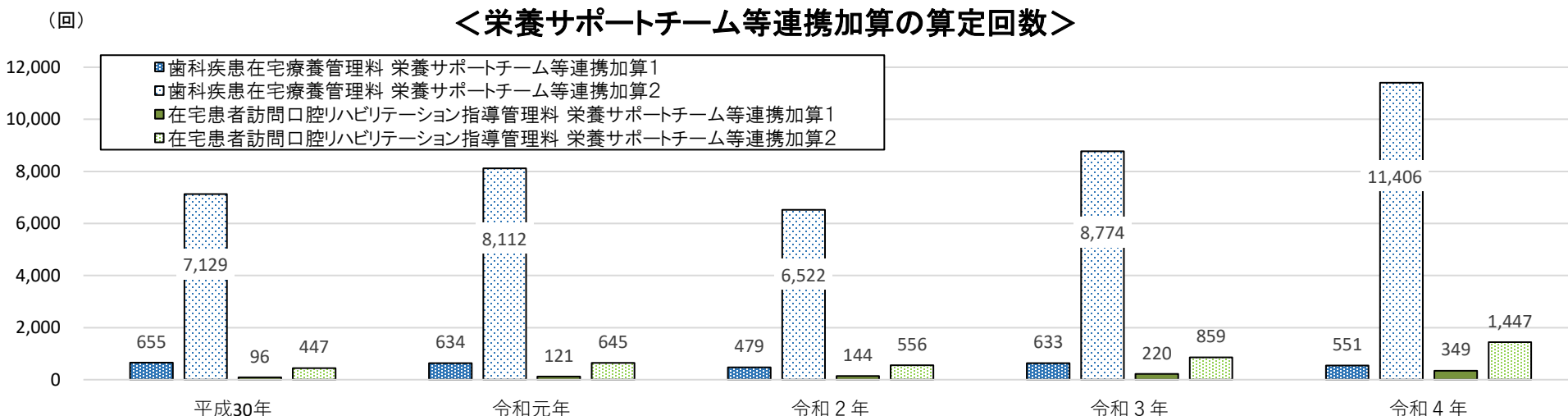
栄養サポートチーム等連携加算1

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

栄養サポートチーム等連携加算2

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

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



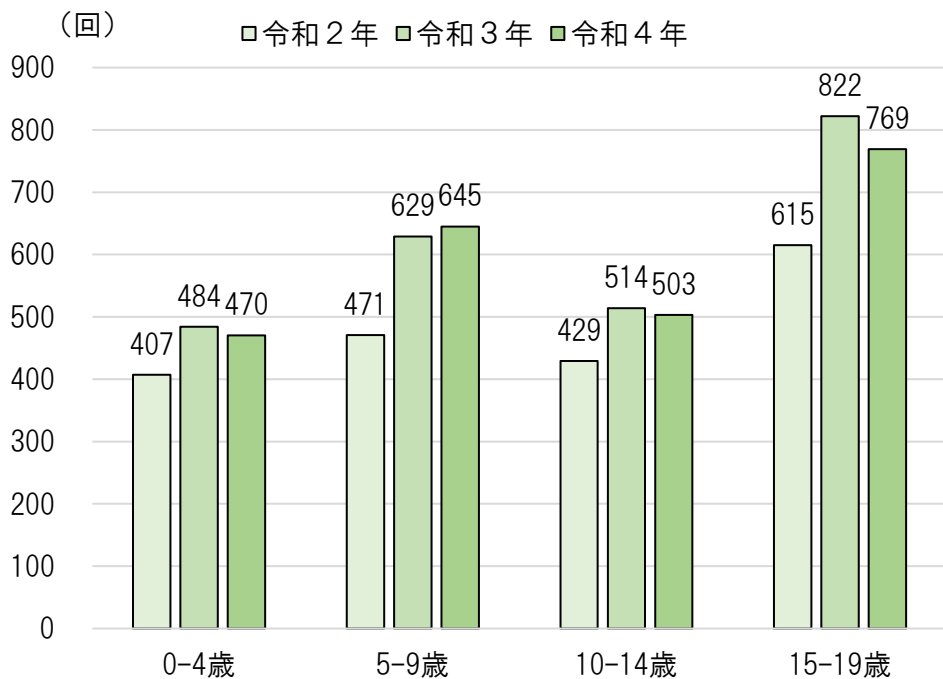
〈参考：歯科疾患在宅療養管理料、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定回数〉

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

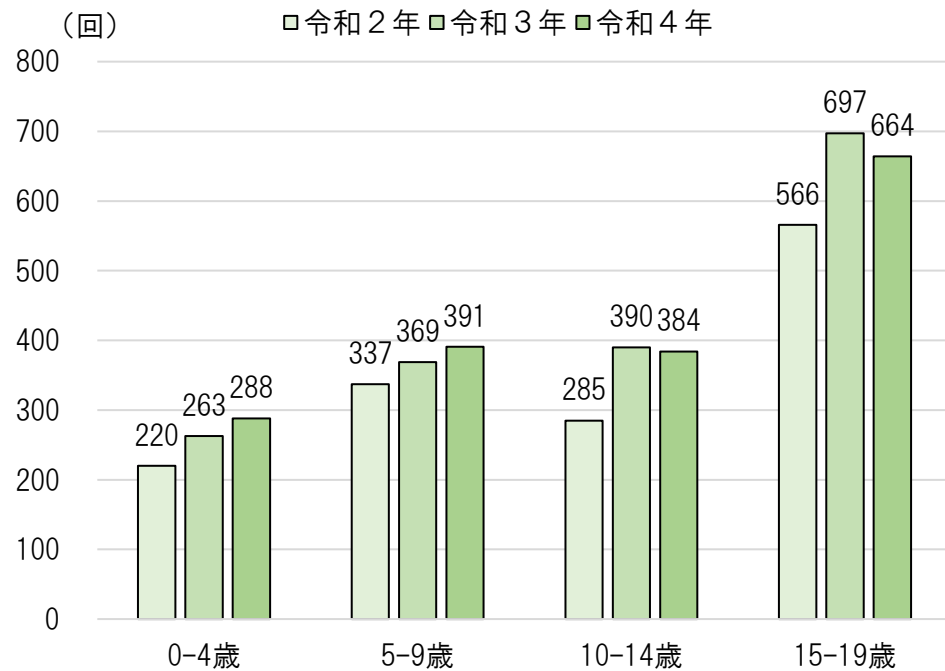
小児に対する歯科訪問診療の実施状況

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

＜歯科訪問診療料(20歳未満)の算定回数＞



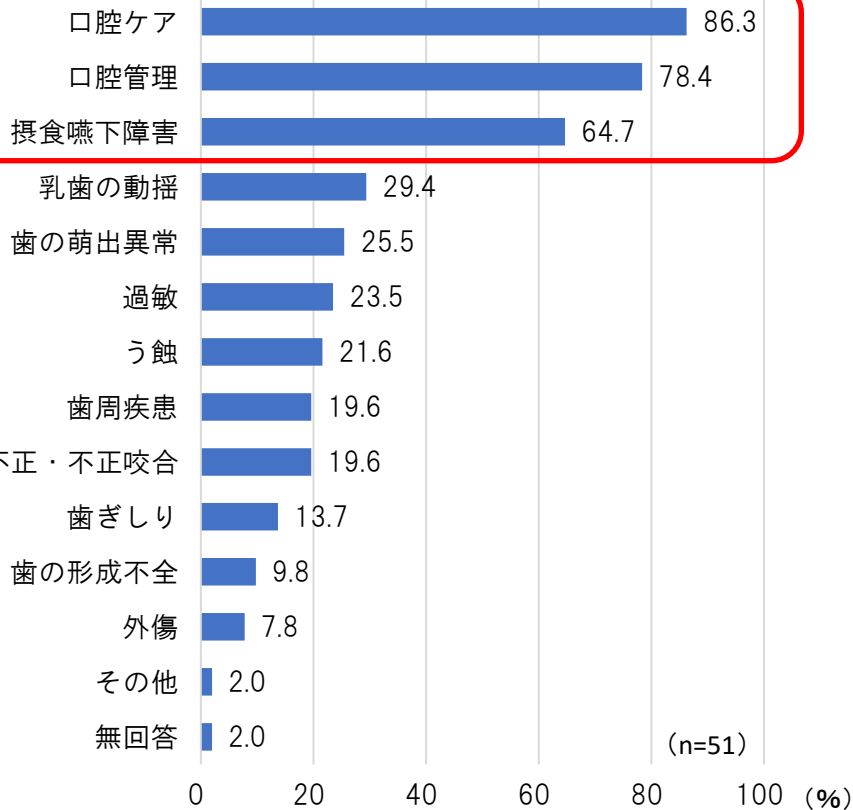
＜訪問歯科衛生指導料(20歳未満)の算定回数＞



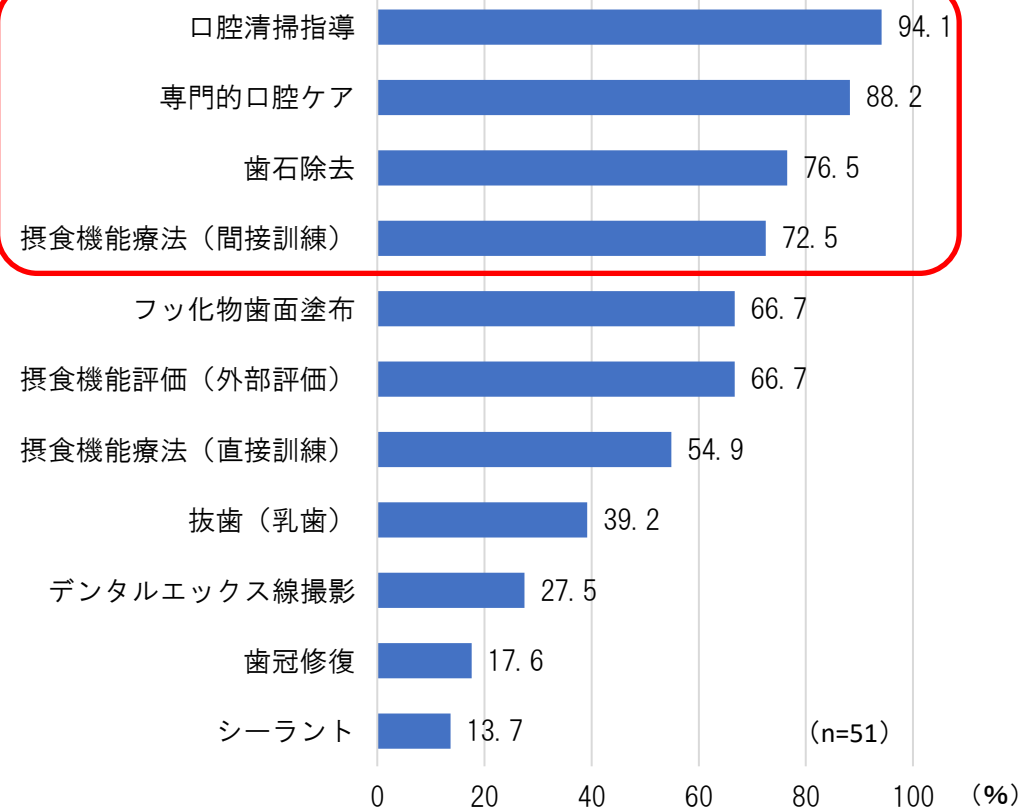
小児在宅歯科医療の状況

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

＜小児在宅歯科医療の患者の主訴(複数回答)＞



＜小児在宅歯科医療で実施している内容(複数回答)＞



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

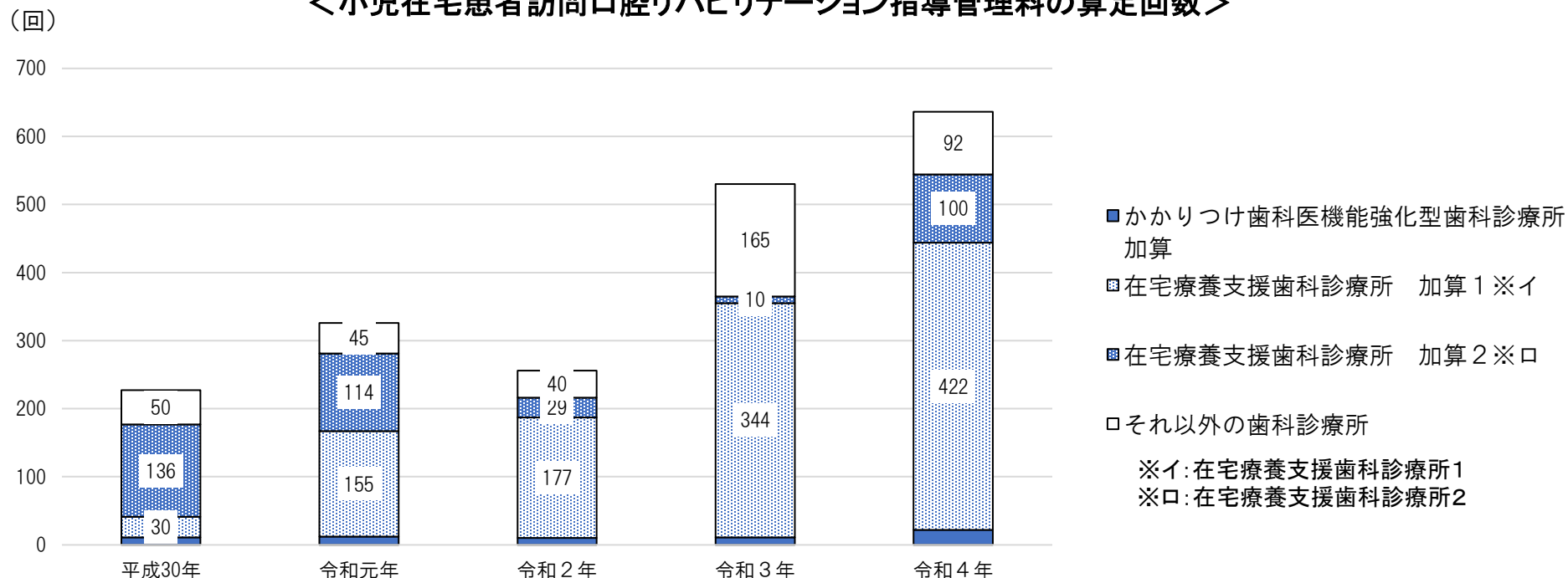
小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料

- 令和4年度診療報酬改定において、指導管理料について、対象患者の年齢を15歳未満から18歳未満に引き上げるとともに、18歳に達した日以後も継続的な歯科疾患の管理が必要な者を対象患者に追加し、評価を見直した。
- 小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定回数は、令和2年を除き、増加傾向にある。

小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料

- 歯科訪問診療料を算定した18歳未満の患者であって、継続的な歯科疾患の管理が必要なもの又は18歳に達した日前に当該管理料を算定した患者であって、同日以後も継続的な歯科疾患の管理が必要なもの
- 対象患者
 - ・ 口腔機能の発達不全を認めるもの、口腔疾患又は摂食機能障害を有するもの

<小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定回数>



連携に係る主な診療報酬上の評価

退院時の連携に関する主な評価

退院時共同指導料1

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

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

多職種連携に関する主な評価

在宅患者連携指導料 900点

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

在宅患者緊急時等カンファレンス料 200点

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

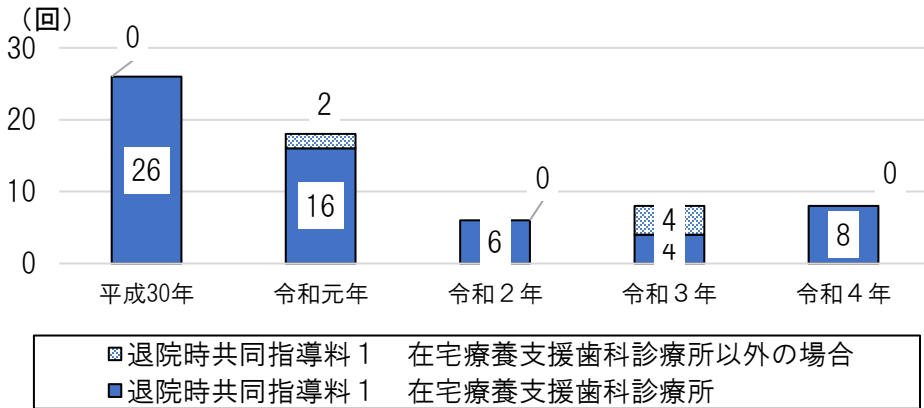
歯科医療機関連携加算1 100点 ※医科点数表診療情報提供料(I)の加算

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

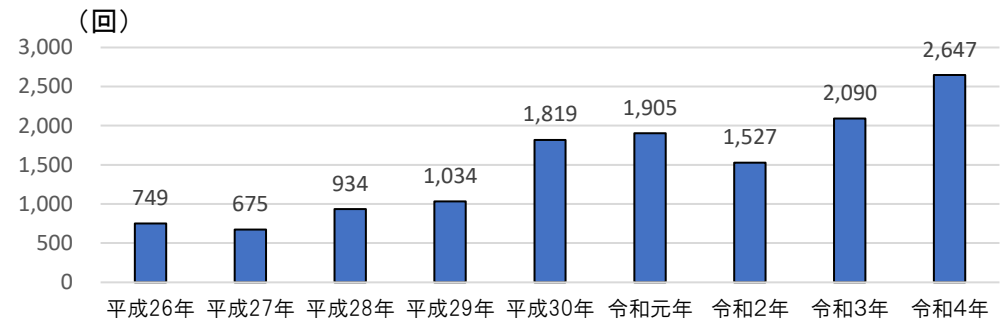
連携に係る主な診療報酬上の評価の算定状況

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

<退院時共同指導料1の算定回数>

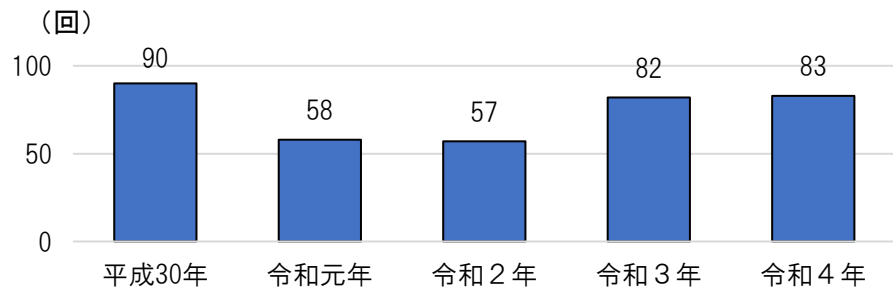


<歯科医療機関連携加算1 ※医科点数表 診療情報提供料(Ⅰ)の加算の算定回数>

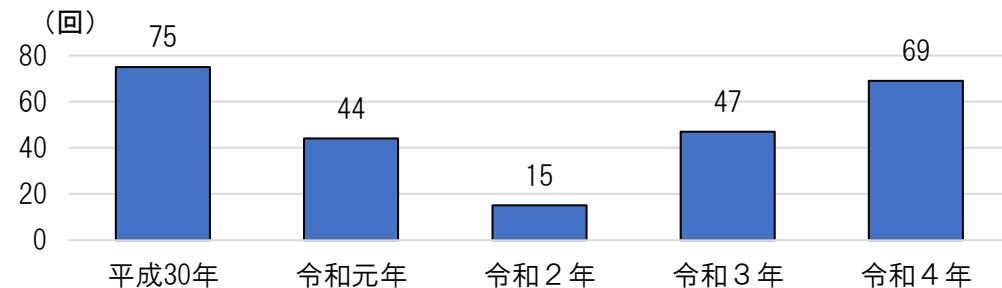


※令和4年度診療報酬改定において、紹介元医療機関の要件緩和(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院→医科又は医科歯科併設の保険医療機関)及び対象患者を拡大(訪問診療を行った栄養障害を有する患者又は摂食機能障害を有する患者→歯科訪問診療の必要性を認めた患者)

<在宅患者連携指導料の算定回数>

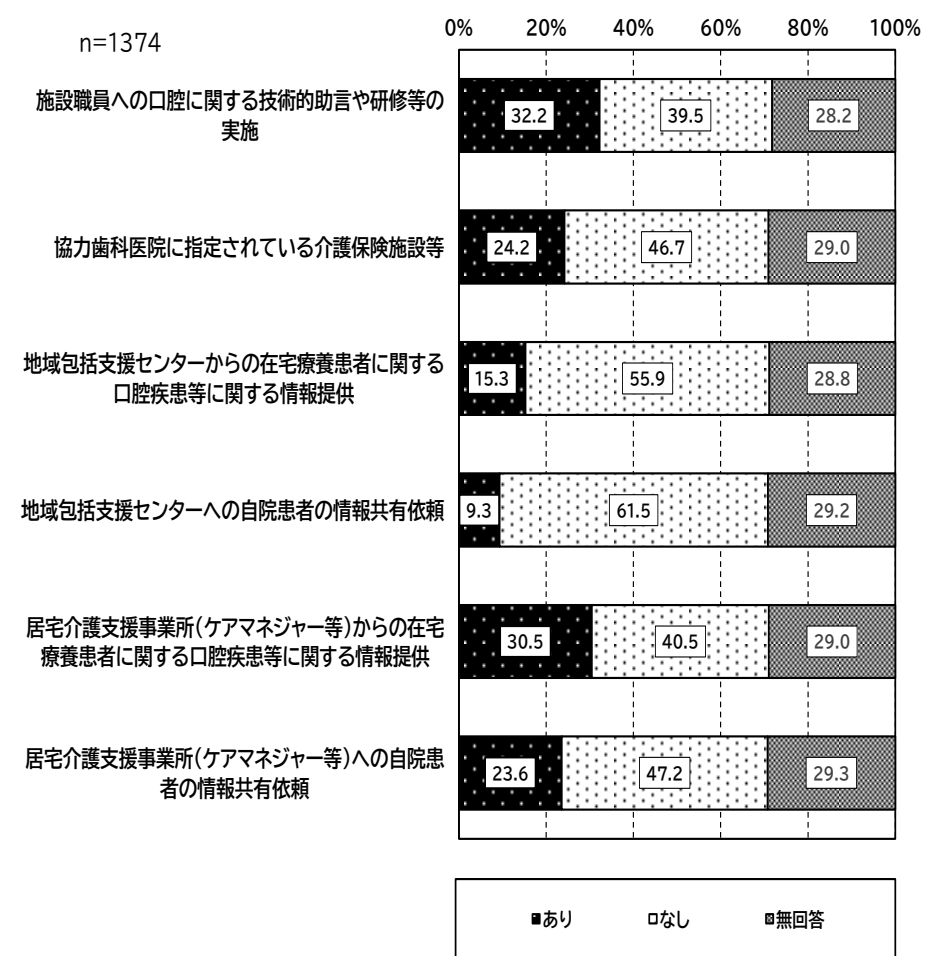
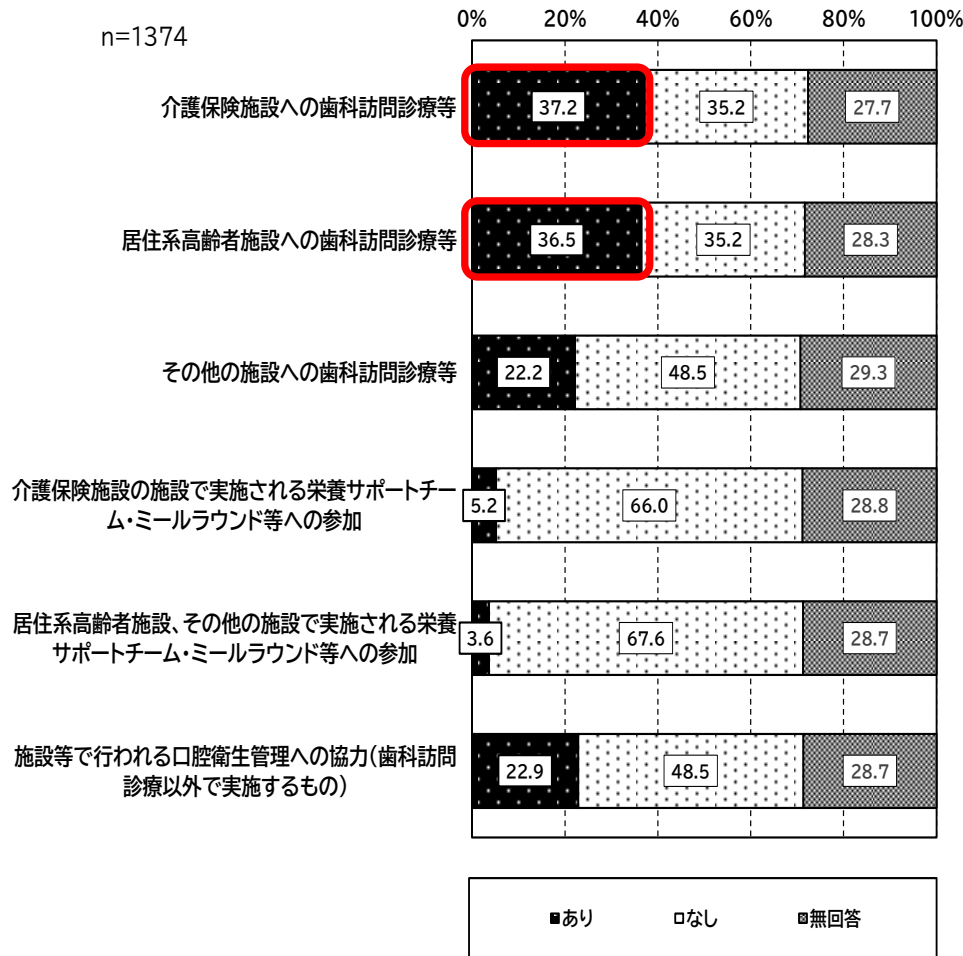


<在宅患者緊急時等カンファレンス料の算定回数>



介護保険施設等との連携状況

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



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

課題(小括④)

(在宅歯科医療を取り巻く状況)

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

(歯科訪問診療の実施状況等)

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

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

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

① 医薬品・医療機器・衛生材料の提供体制の構築

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

② 薬物療法の提供及び薬物療法に関する情報の多職種での共有・連携

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

③ 急変時の対応

- ▶ 24時間対応体制

④ ターミナルケアへの関わり

- ▶ 医療用麻薬の調剤及び管理（廃棄含む）

第8次医療計画における在宅医療のうち訪問薬剤管理指導に関する事項

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

2 在宅医療の提供体制

(2) 日常の療養生活の支援

④ 訪問薬剤管理指導

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

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

薬局における訪問薬剤管理指導業務（調剤報酬）（1）

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

薬局における訪問薬剤管理指導業務（調剤報酬）（2）

項目	点数	内容	回数
○在宅患者緊急時等共同指導料	700点	急変等に伴い、医師の求めにより、医師等と共同でカンファレンスを行い、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定	月2回まで
麻薬管理指導加算	100点		
在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	250点		
乳幼児加算	100点		
小児特定加算	450点		
在宅中心静脈栄養法加算	150点		
○在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料	40点 30点	重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合に算定	
○経管投薬支援料	100点		初回のみ
○在宅患者調剤加算（薬剤調製料）	15点	基準を満たした薬局において、在宅患者訪問薬剤管理指導料等を算定している患者の処方箋受付1回につき加算	
(参考) 介護報酬における評価	○ 居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行う場合） ・単一建物居住者が1人の場合 517単位（麻薬管理指導加算+100単位） ・単一建物居住者が2～9人の場合 378単位（麻薬管理指導加算+100単位） ・単一建物居住者が10人以上の場合 341単位（麻薬管理指導加算+100単位）		

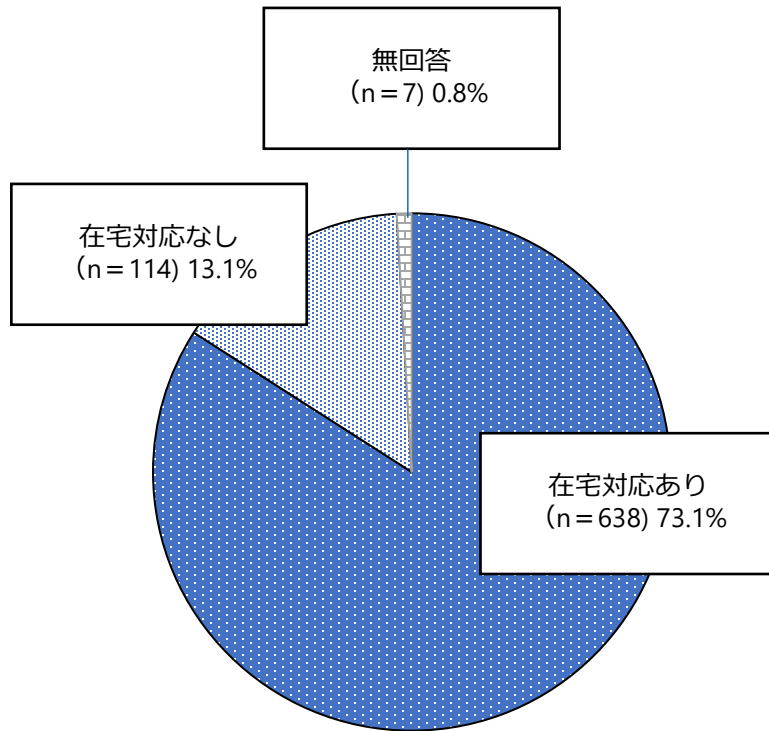
※薬剤師が行う薬剤管理指導は、医療保険と介護保険では基本的には同じ業務であるが給付調整により算定できる範囲が異なる

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

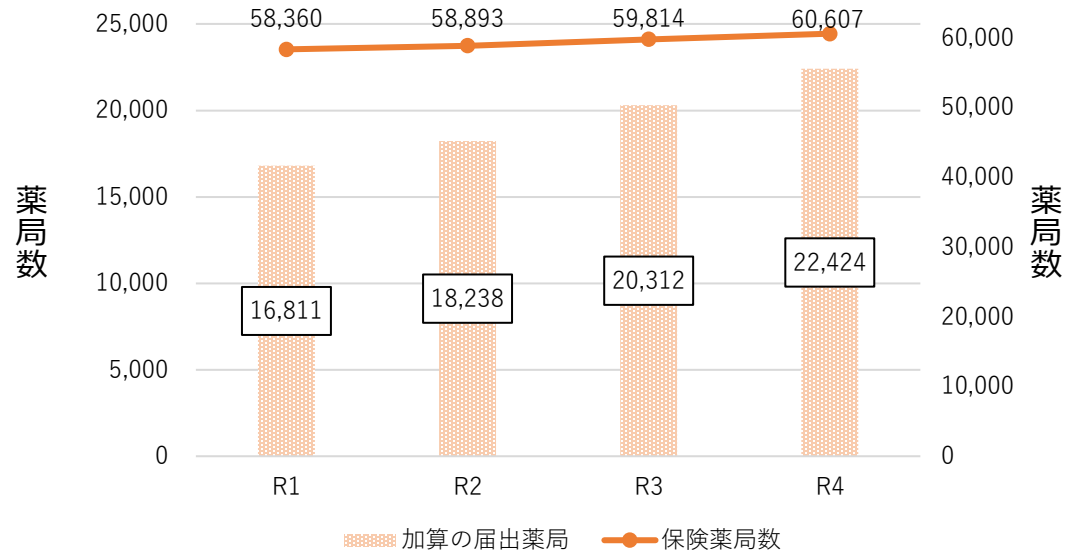
薬局における在宅業務の実施状況

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

■ 在宅対応の有無※1 (n=759)



■ 在宅患者調剤加算の届出数※2 (各年7月1日)



在宅患者調剤加算 (処方箋受付1回につき+15点)

[施設基準]

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

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

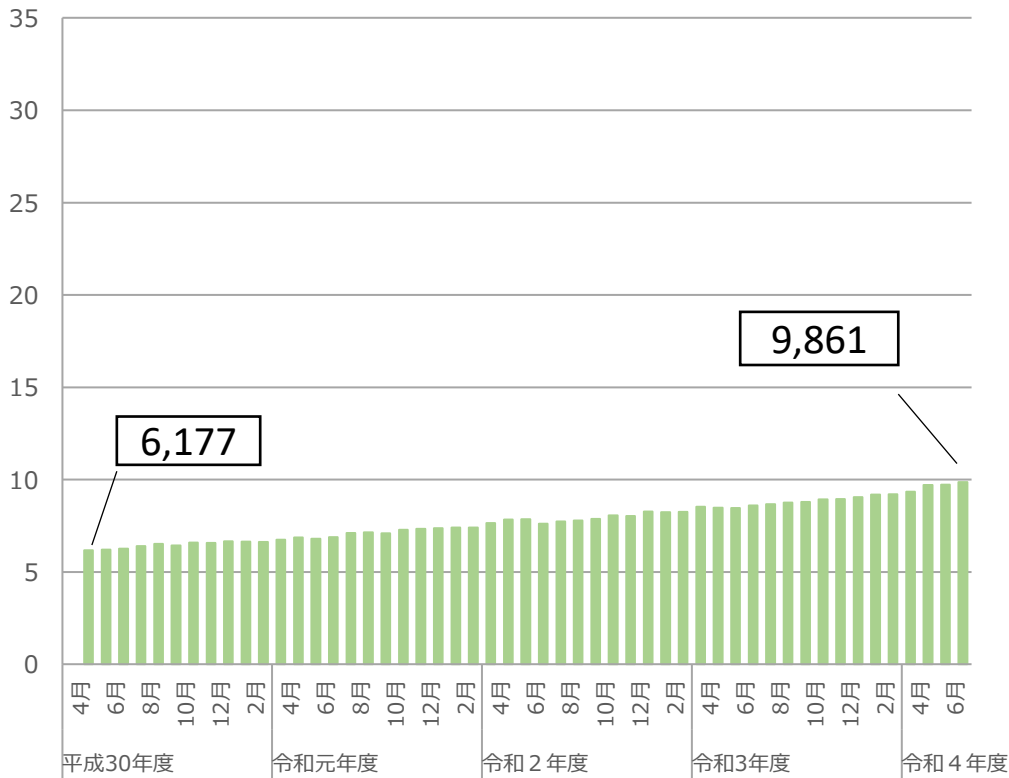
※2 届出薬局数・保険薬局数については保険局医療課調べ(令和元年より各年7月1日時点)

在宅患者に対する訪問薬剤管理を行う薬局数の推移

○ 在宅業務を実施している薬局が増加している。

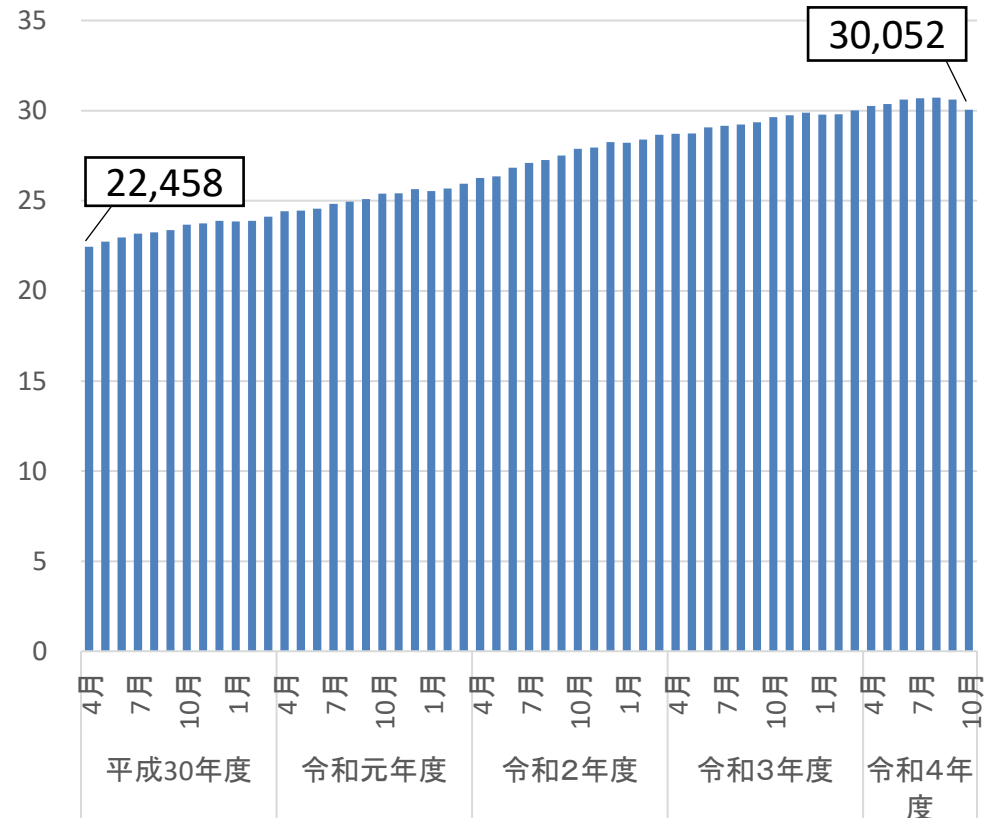
在宅患者訪問薬剤管理指導料算定薬局数(医療保険)

薬局数(千)



居宅療養管理指導費算定薬局数(介護保険)

薬局数(千)



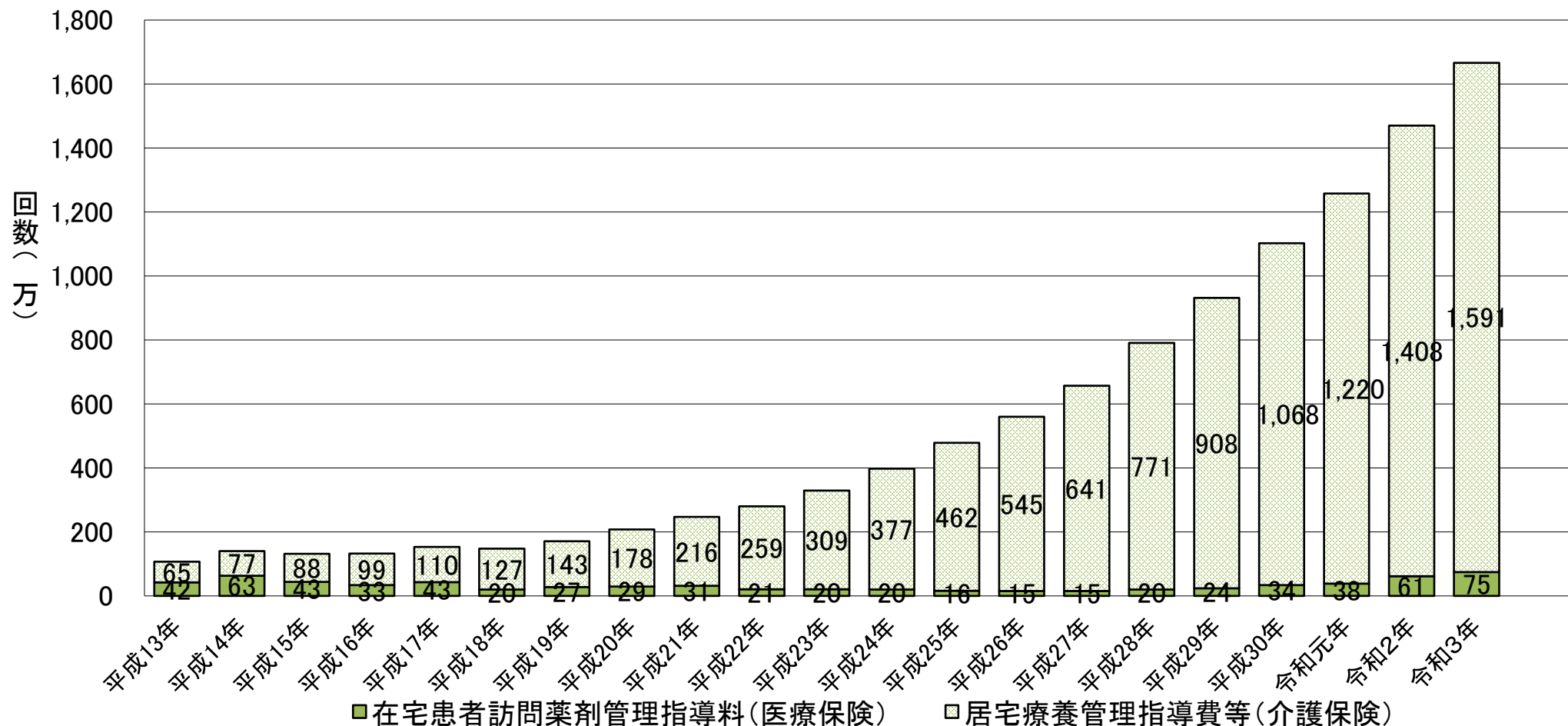
注) 在宅療養を行っている患者に係る薬剤管理指導については、対象患者の年齢や疾患、状態によって医療保険又は介護保険いずれかの適用となるが、介護保険の給付は医療保険の給付に優先する。

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

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

薬局における在宅患者訪問薬剤管理指導の実施状況

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



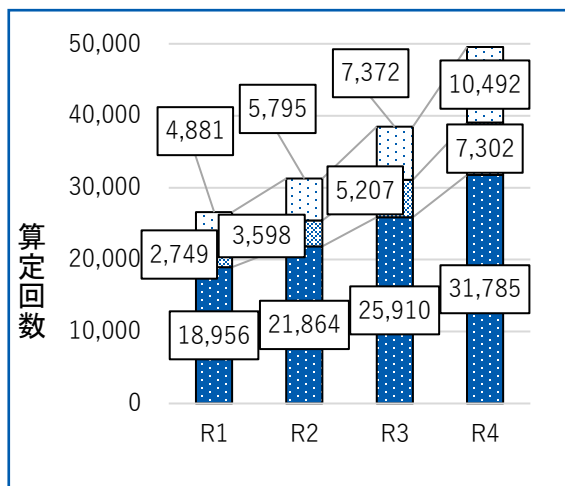
注) 在宅療養を行っている患者に係る薬剤管理指導については、対象患者が要介護又は要支援の認定を受けている場合には介護保険扱いとなり、認定を受けていない場合には医療保険扱いとなる。

薬局における在宅患者訪問薬剤管理指導料等の算定状況

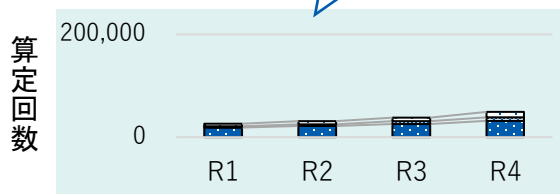
- 薬局における在宅患者(緊急)訪問薬剤管理指導料(医療保険)、居宅療養管理指導費(介護保険)の算定回数についてはいずれも増加傾向である。
- 医療保険における訪問薬剤管理指導においては、1人の単一建物診療患者への訪問の割合が高い。

■ 在宅訪問薬剤管理指導料 (医療保険)

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



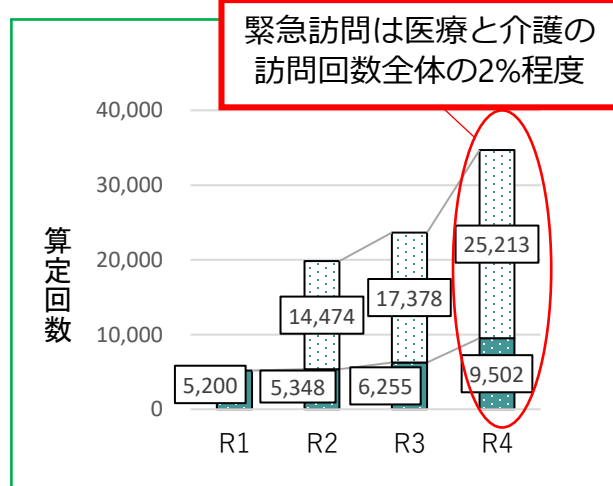
拡大



■ 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 (医療保険)

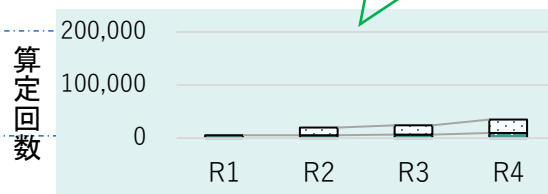
- 計画的な訪問薬剤管理指導に係る疾患の急変に伴うもの以外(注)
- 計画的な訪問薬剤管理指導に係る疾患の急変に伴うもの

(注) 令和2年度診療報酬改定で新設



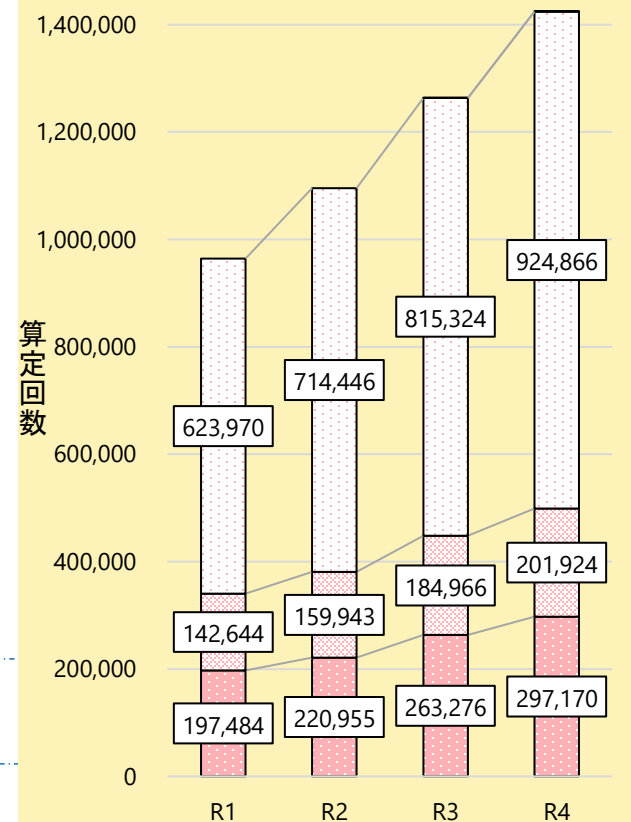
緊急訪問は医療と介護の訪問回数全体の2%程度

拡大



■ 薬局における居宅療養管理指導費 (介護保険)

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



薬剤師と他職種連携状況

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

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

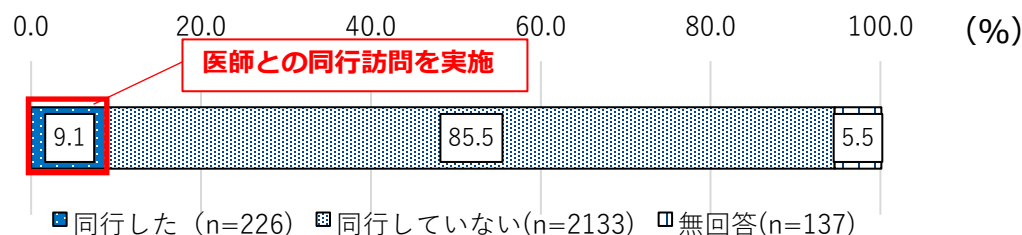
出典: 令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「在宅医療、在宅歯科医療、在宅薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査」

保険薬局調査(施設票)をもとに保険局医療課にて作成

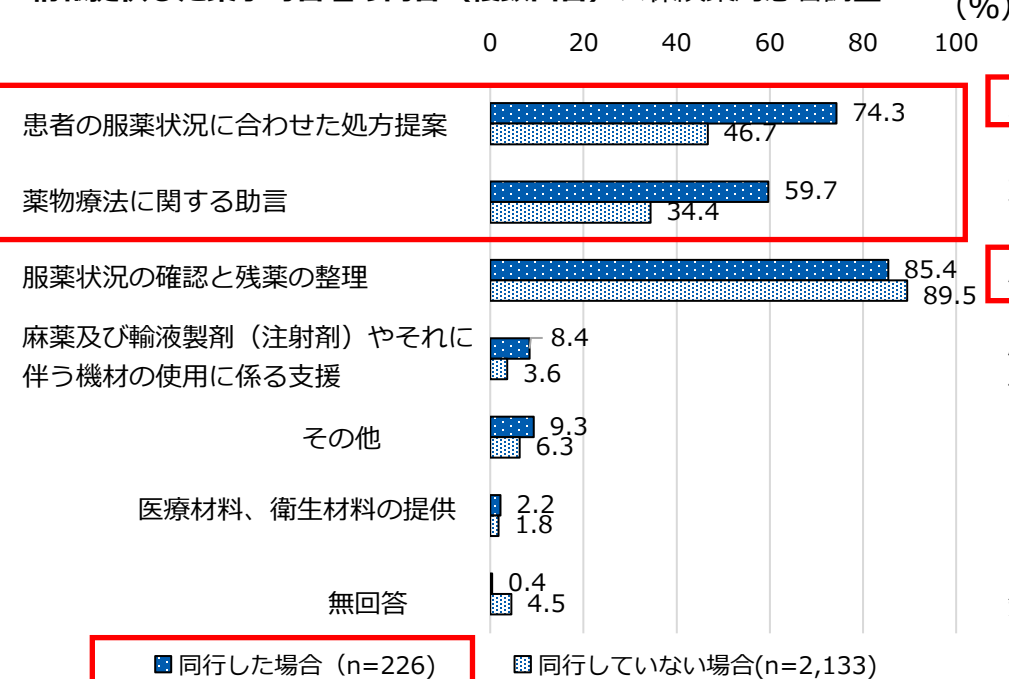
薬剤師と医師の連携（同行訪問）

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

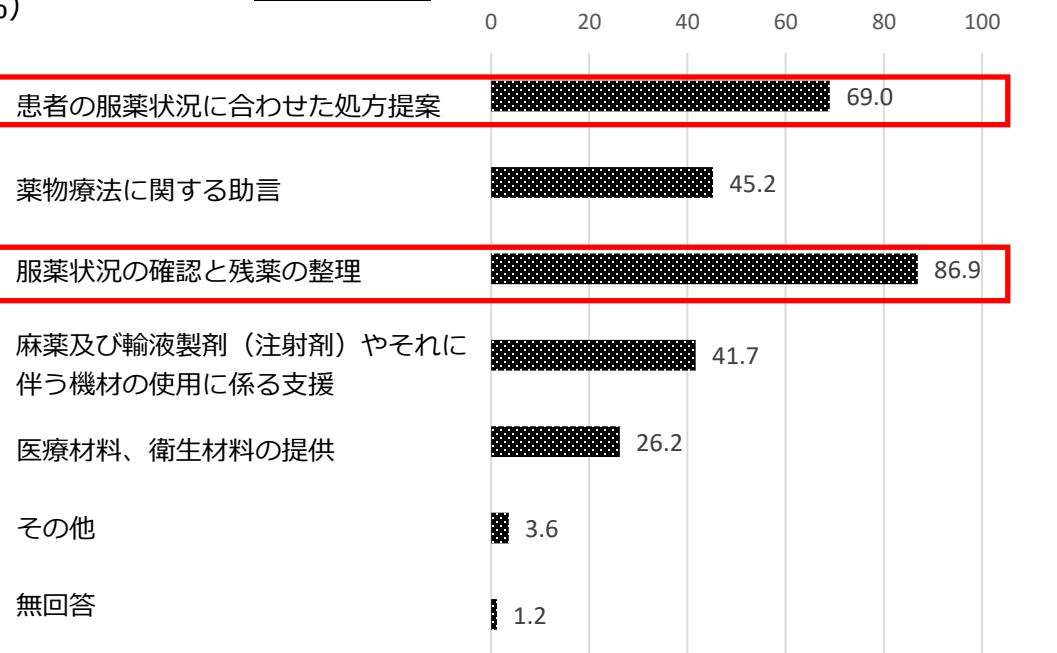
■ 訪問薬剤管理指導で、医師の訪問への同行の実施状況（※保険薬局患者調査票）



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



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



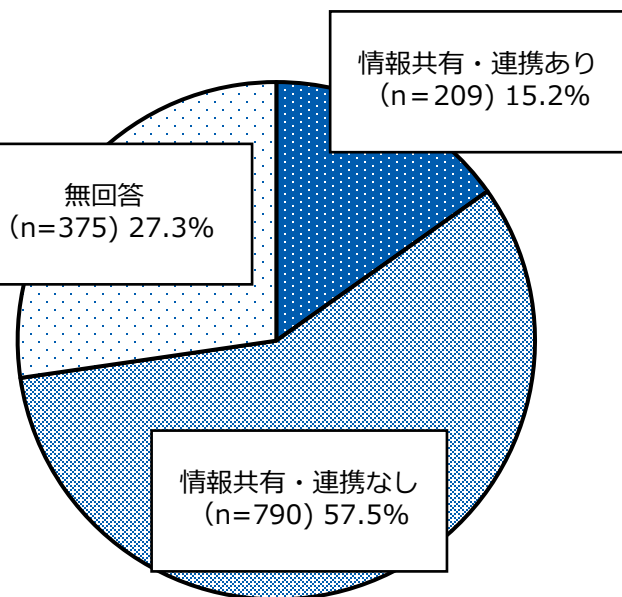
n=84

薬剤師と歯科医師の連携状況

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

■ 歯科医師の回答：薬剤師と歯科医師との情報共有・連携の有無

※歯科医療機関調査



■ 歯科医師の回答：歯科医師が保険薬局の薬剤師に期待すること

※歯科医療機関調査

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

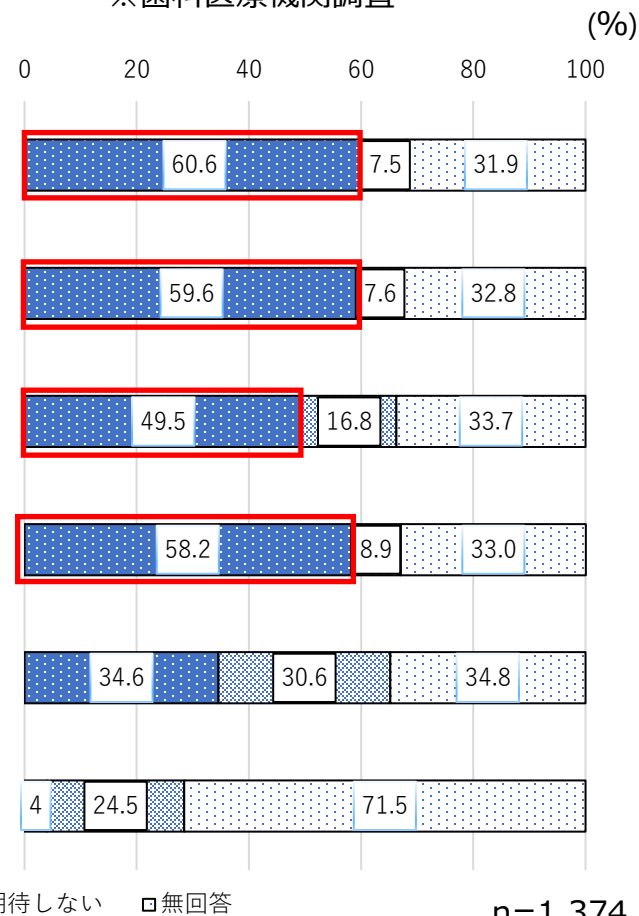
薬剤による副作用等により口渇が発現し口腔内の衛生状態が悪化する可能性がある場合、口渇等の薬の副作用に関する情報提供

嚥下困難患者の製剤工夫について主治医及び歯科医師へ処方提案

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

疼痛評価

その他

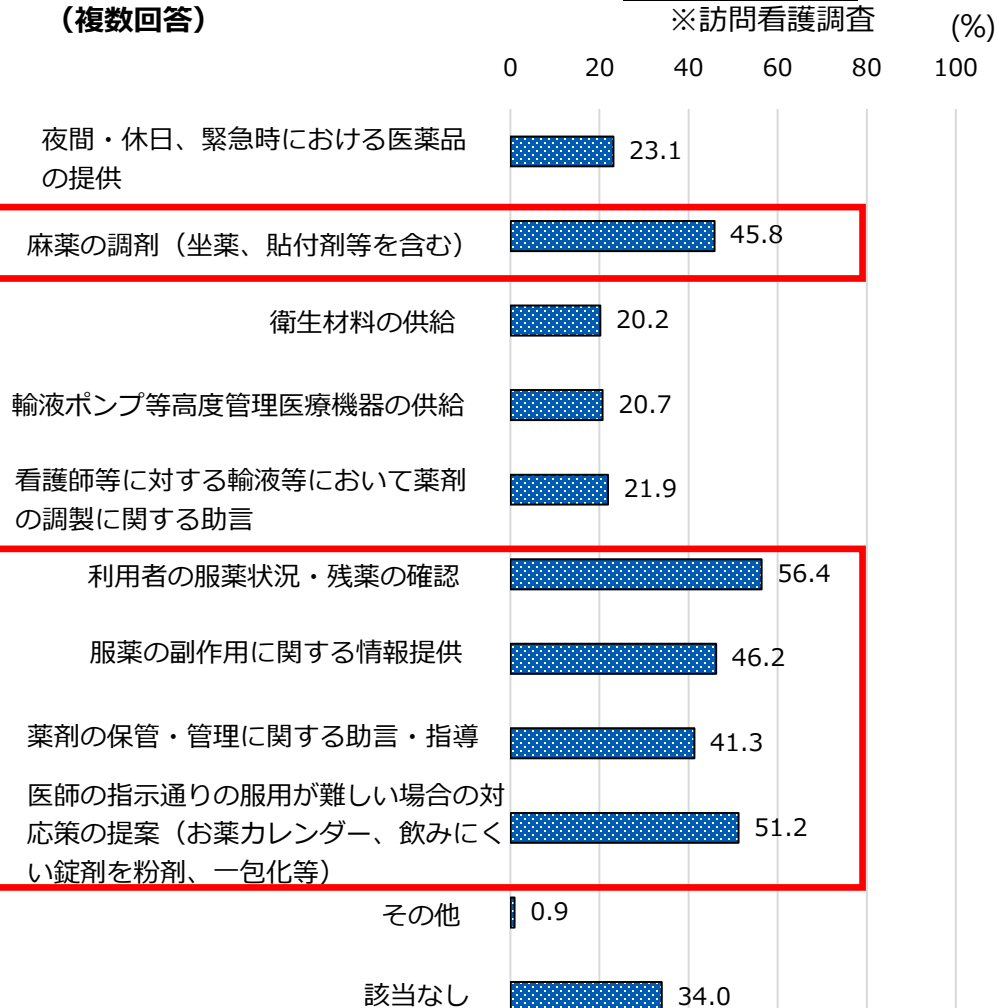


n=1,374

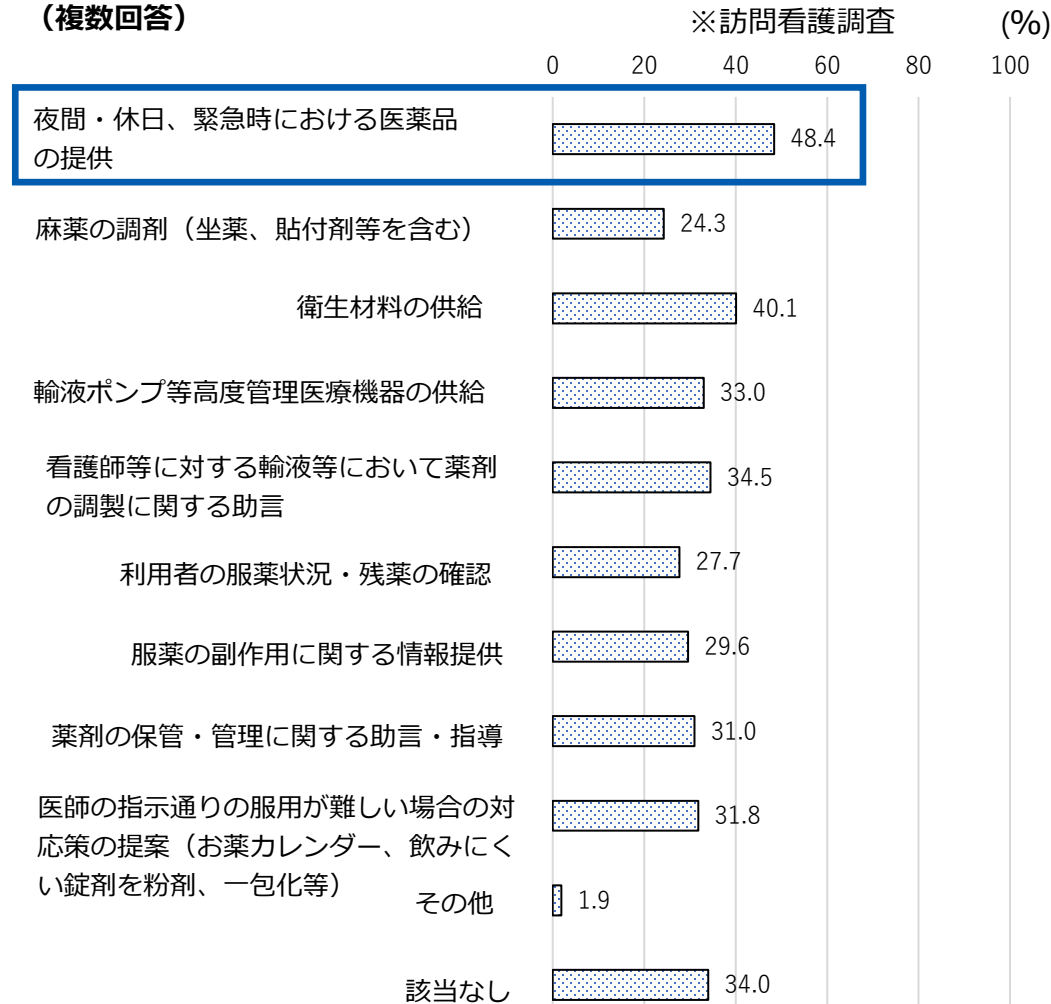
薬剤師と訪問看護師の連携状況

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

■ 訪問看護師の回答：連携している薬剤師が実施していること (複数回答)



■ 訪問看護師の回答：連携する薬剤師の活動として期待すること (複数回答)



高齢者施設等の各施設類型における薬剤管理

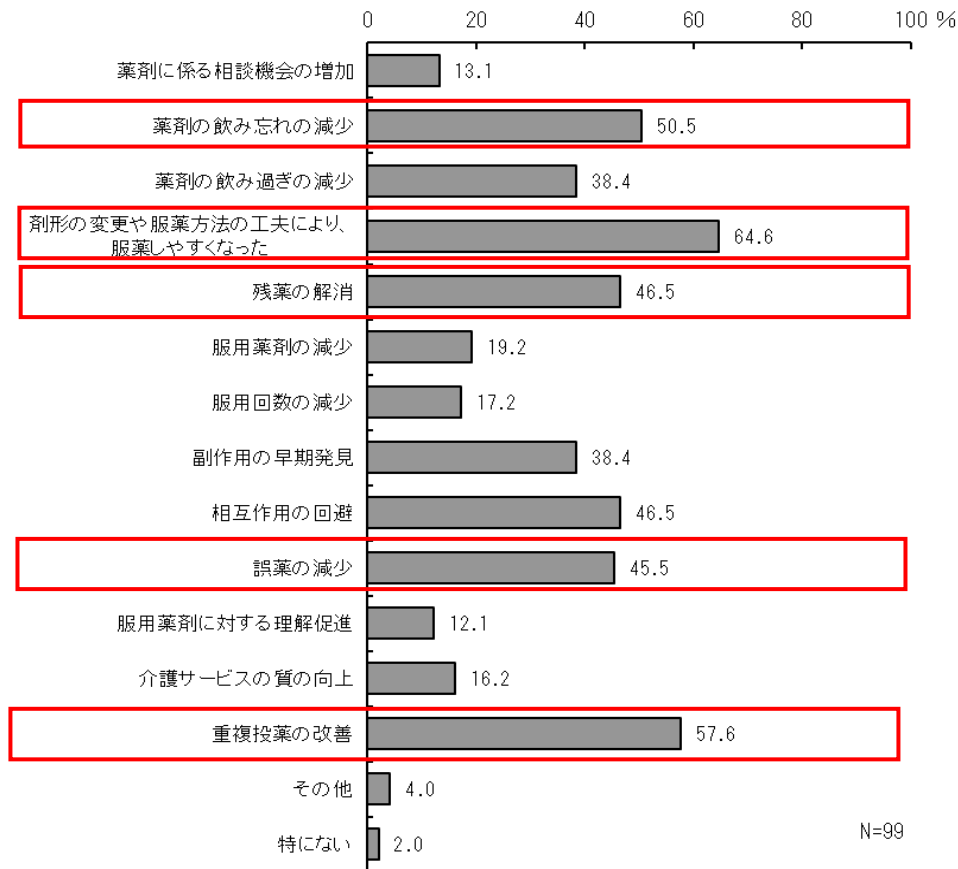
- 高齢者施設等においては、施設類型によって医師・薬剤師の配置や入所者の状況等が異なることから、それぞれの施設類型に応じた薬剤管理の対応が必要であり、以下のような課題も有する。

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

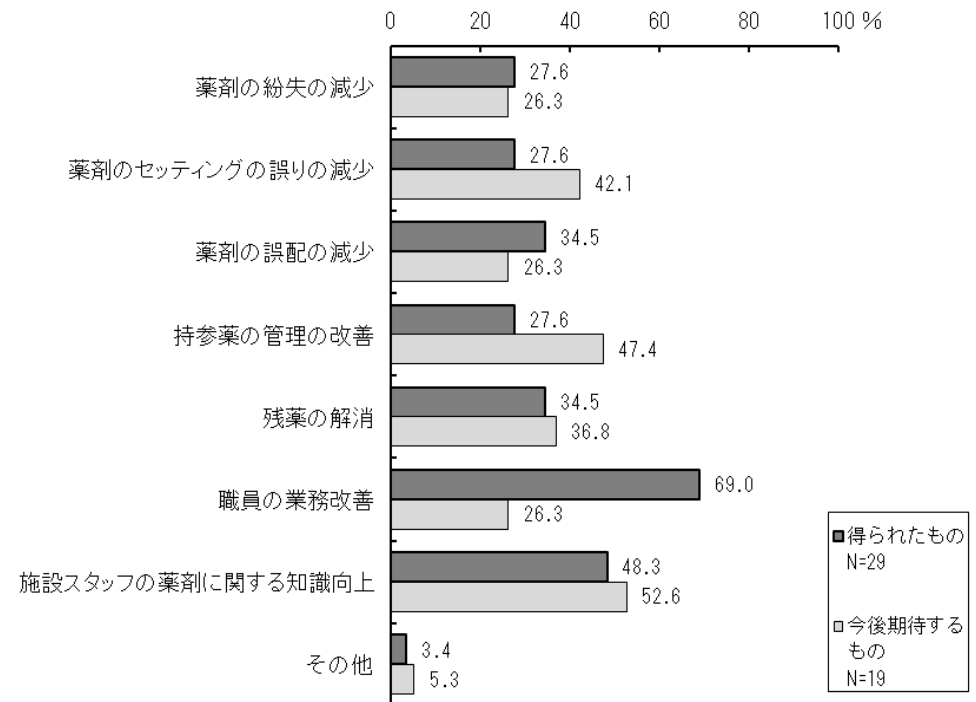
※ 短期入所療養介護は、病院・診療所・介護医療院・老健施設が実施することができ、人員配置基準は、原則施設ごとの基準による。

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

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



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



薬局における医療用麻薬の管理

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

■麻薬小売業者の免許

・薬局で麻薬を調剤するには、麻薬小売業者の免許を取得することが必要。

■管理

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

■麻薬の譲受・譲渡

・譲受は、同一都道府県内の麻薬卸売業者に限定。

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

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

■薬局の備蓄体制

・成分、規格が多様であり、医師の処方にあわせた麻薬を保管することが必要。

■廃棄

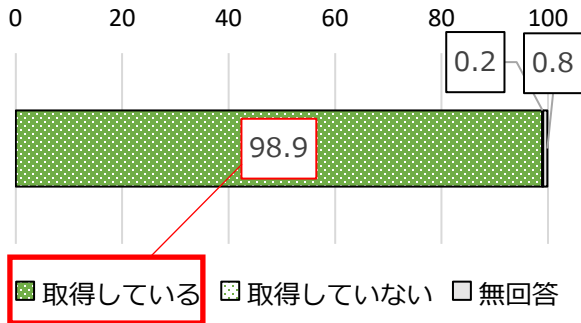
・調剤前の麻薬を廃棄しようとするときは、あらかじめ「麻薬廃棄届」により、都道府県知事に届け出た後、都道府県職員立会の下でなければ廃棄することはできない。

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

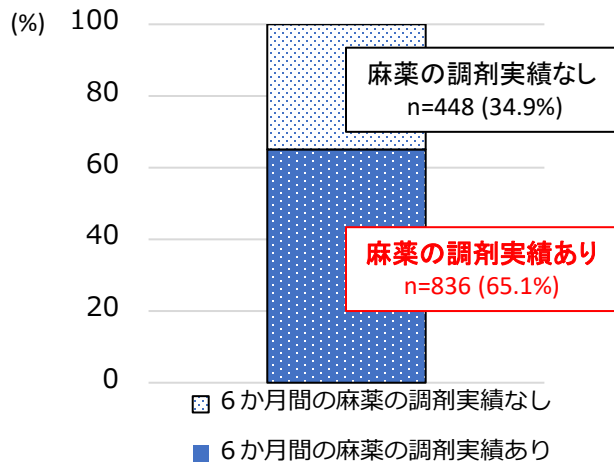
薬局における麻薬の調剤実績

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

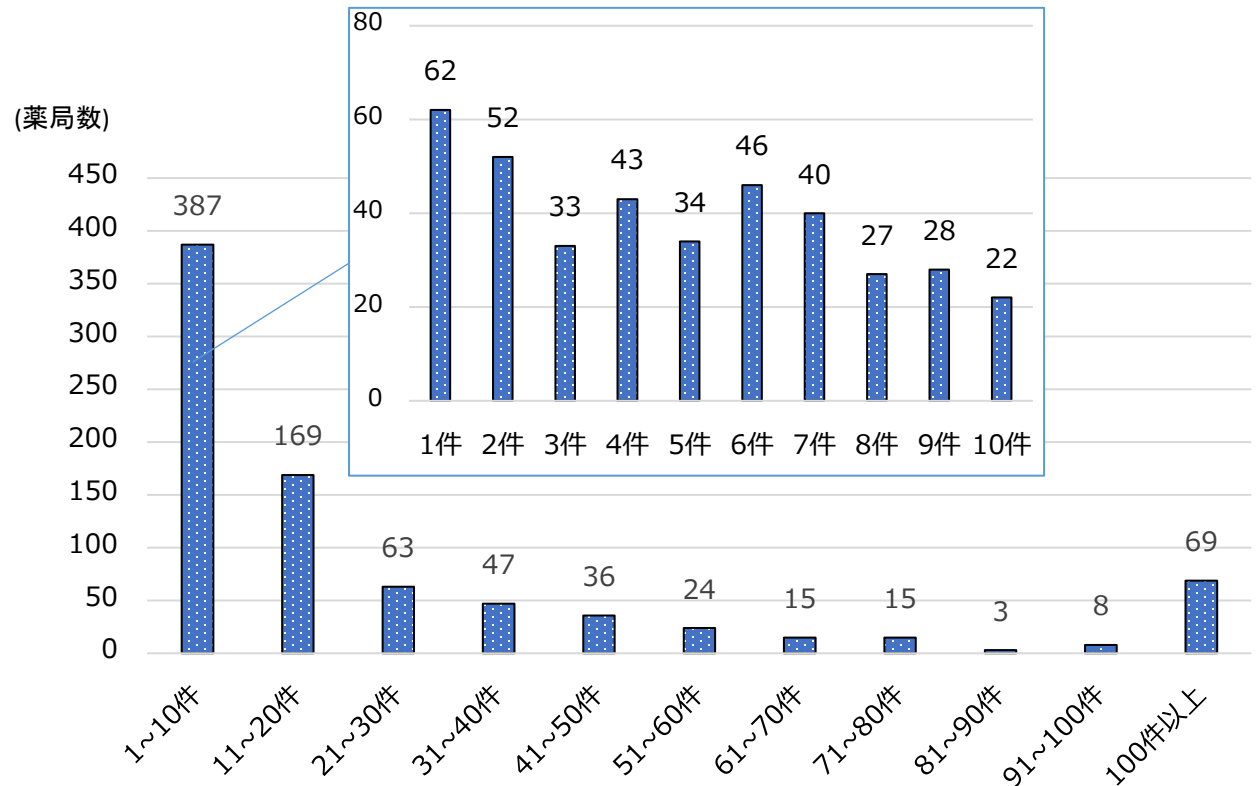
■ 麻薬小売業免許の取得状況 (n=1,423) (※在宅訪問を行っている薬局に対する調査)



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



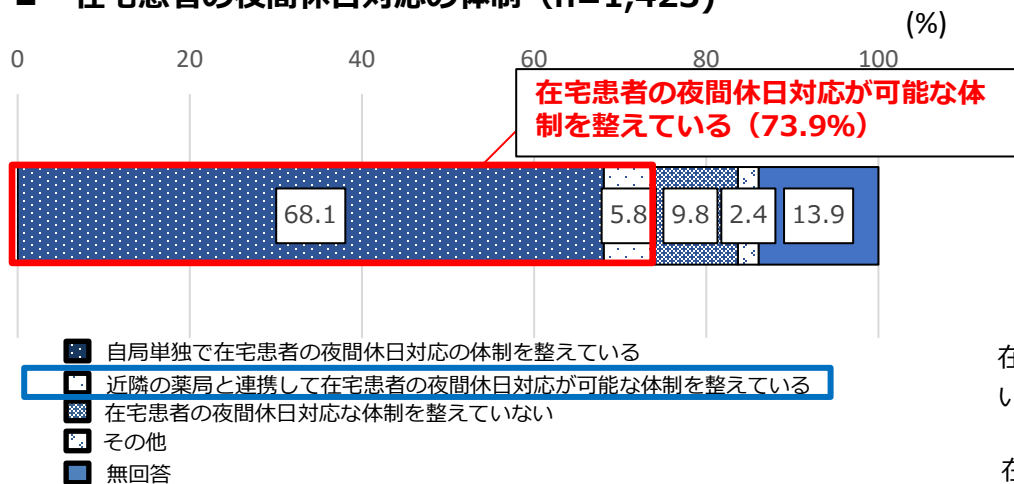
■ 麻薬小売業免許を有する薬局の6か月間の麻薬の調剤実績 (n=836)



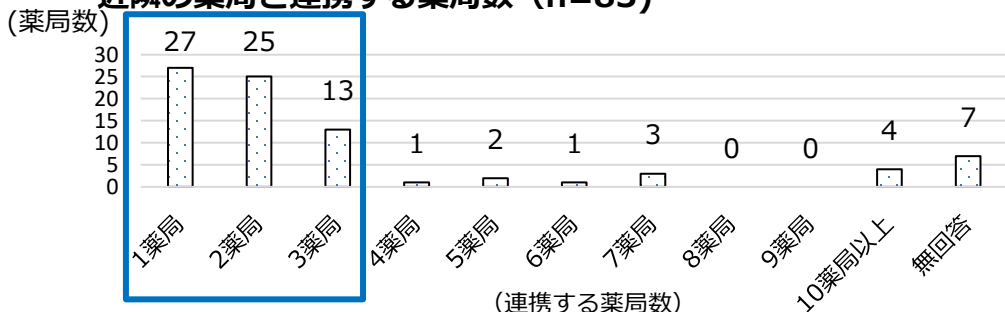
在宅患者の夜間休日対応の体制等

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

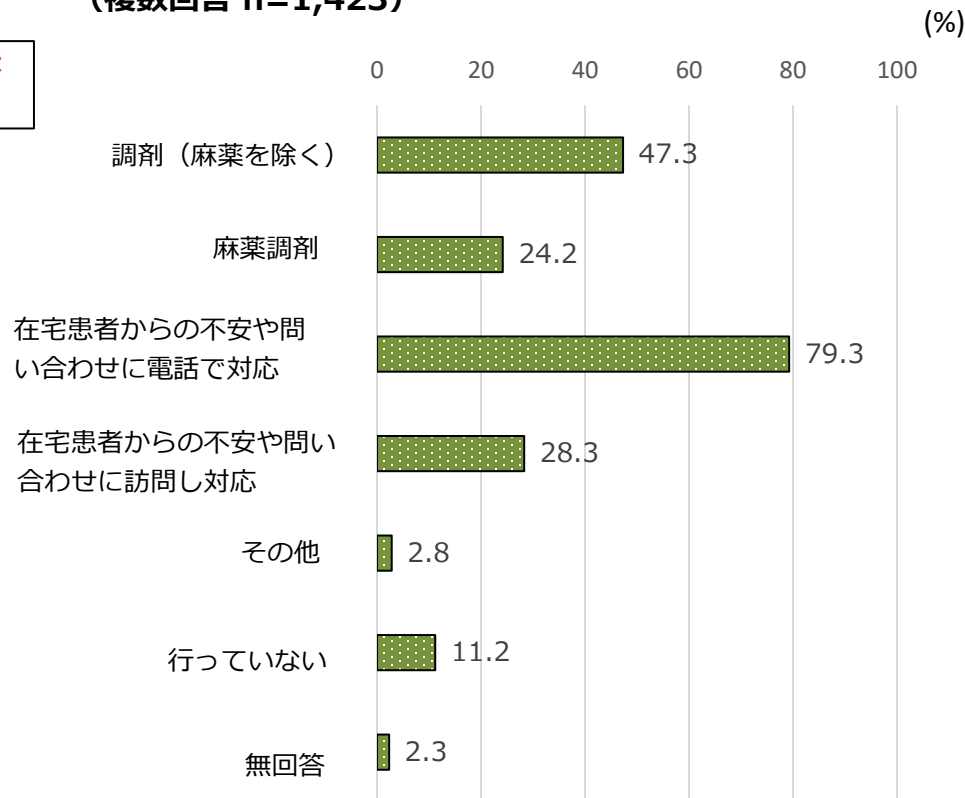
■ 在宅患者の夜間休日対応の体制 (n=1,423)



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



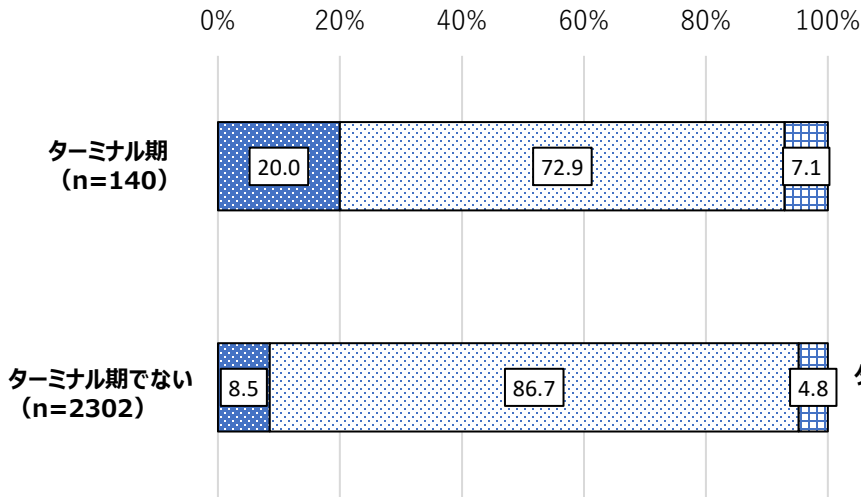
■ 在宅患者の夜間休日対応での業務内容 (複数回答 n=1,423)



医師の訪問への同行、訪問頻度（ターミナル期の有無別）

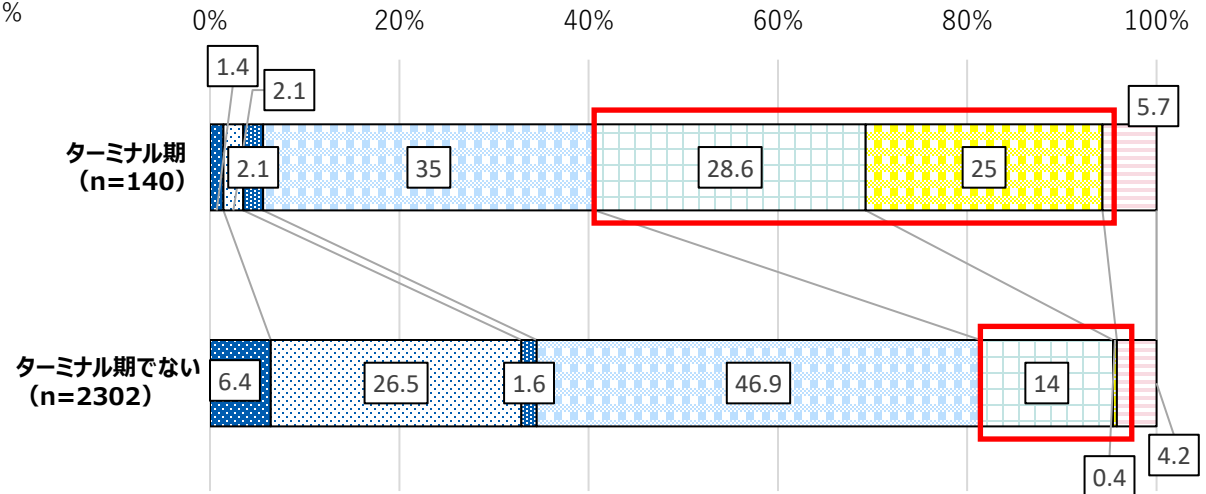
- ターミナル期の患者の20%で、薬剤師が医師と同行して訪問していた。
- ターミナル期の患者への訪問頻度は、週に1回以上の実施が半数を超えており、週に2回以上の場合も25%を占めていた。

■ 医師の訪問への同行



■ 同行した ■ 同行していない □ 無回答

■ 訪問頻度

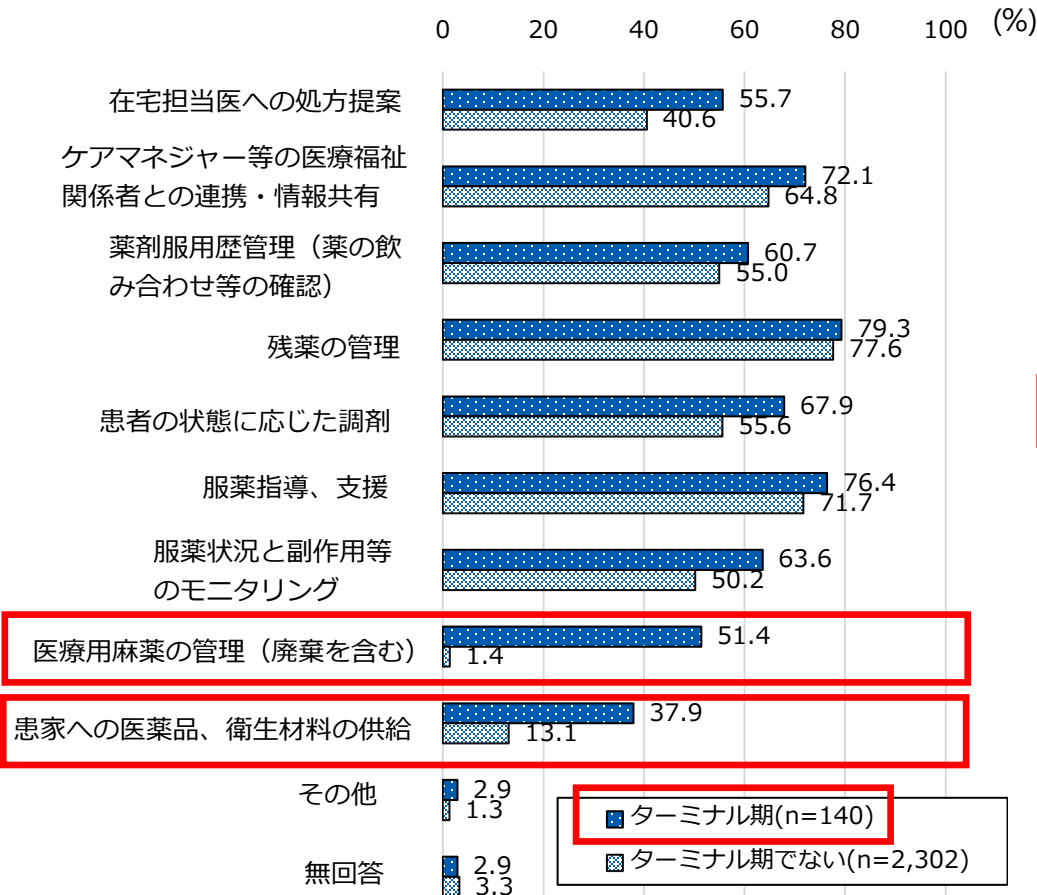


■ 4週に1回未満 ■ 4週に1回 ■ 3週に1回
 ■ 2週に1回 □ 週に1回 ■ 週に2回以上
 □ 無回答

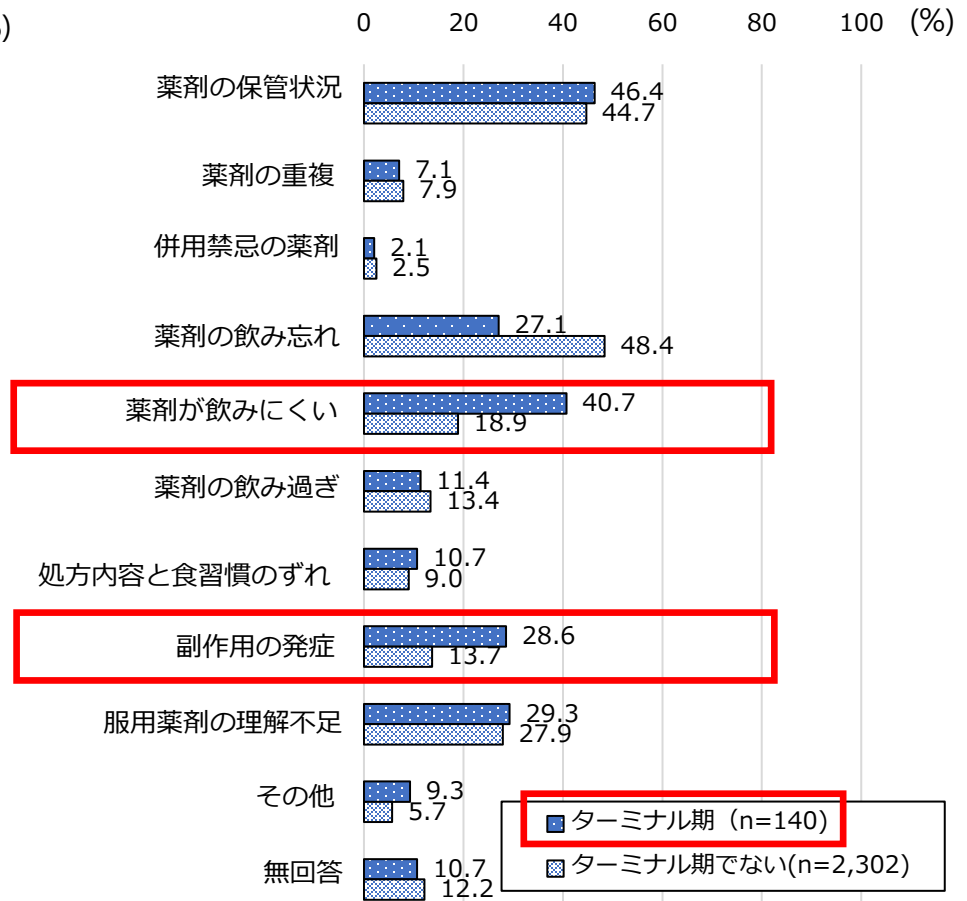
在宅訪問時の薬学的管理及び薬剤管理上の問題点（ターミナル期の有無別）

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

■ 患者の在宅訪問時に実施した薬学的管理（ターミナル期の該当有無別）



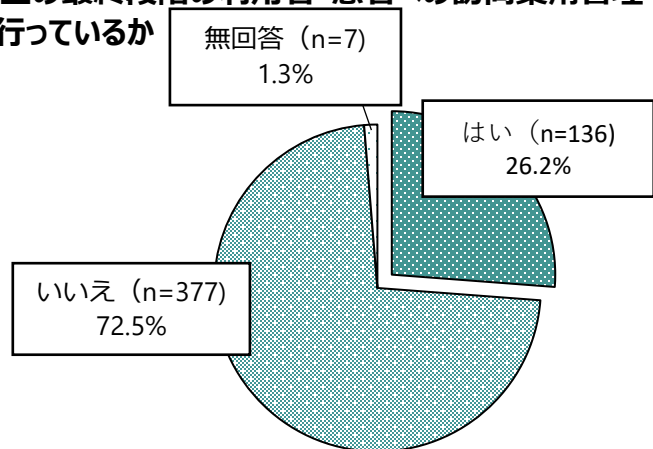
■ 患者の在宅訪問時に発見された薬剤管理上の問題点（ターミナル期の該当有無別）



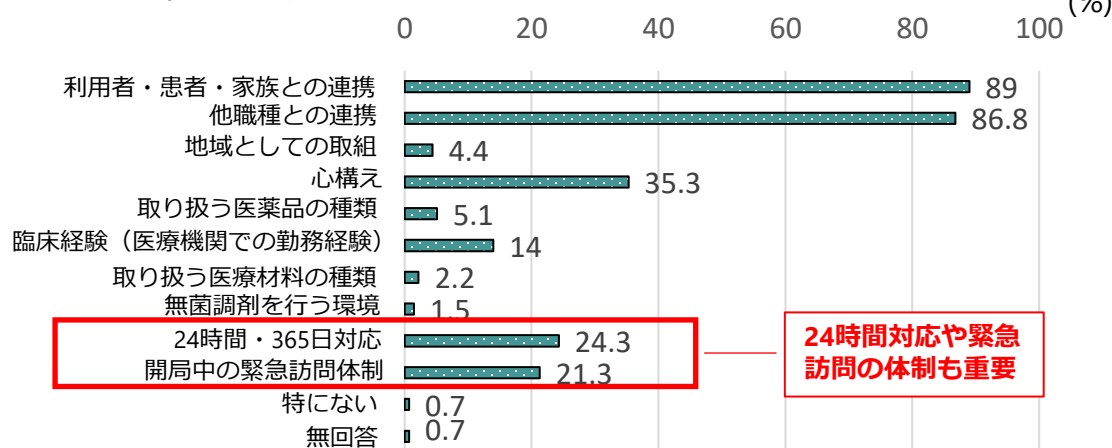
人生の最終段階の利用者・患者への訪問薬剤管理指導

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

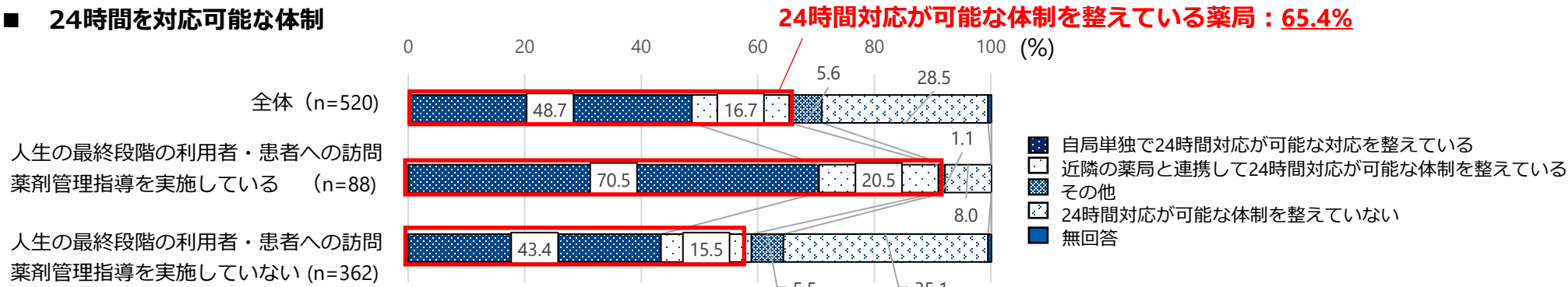
■ 人生の最終段階の利用者・患者への訪問薬剤管理指導を行っているか



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



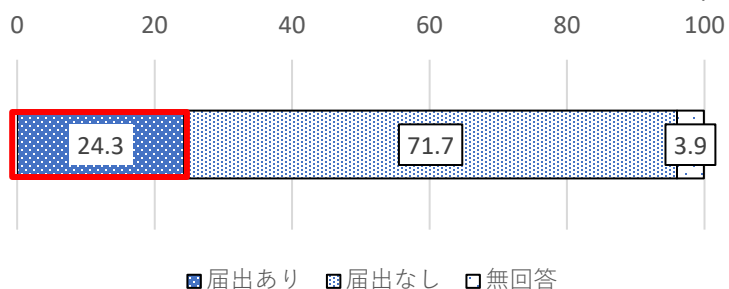
■ 24時間を対応可能な体制



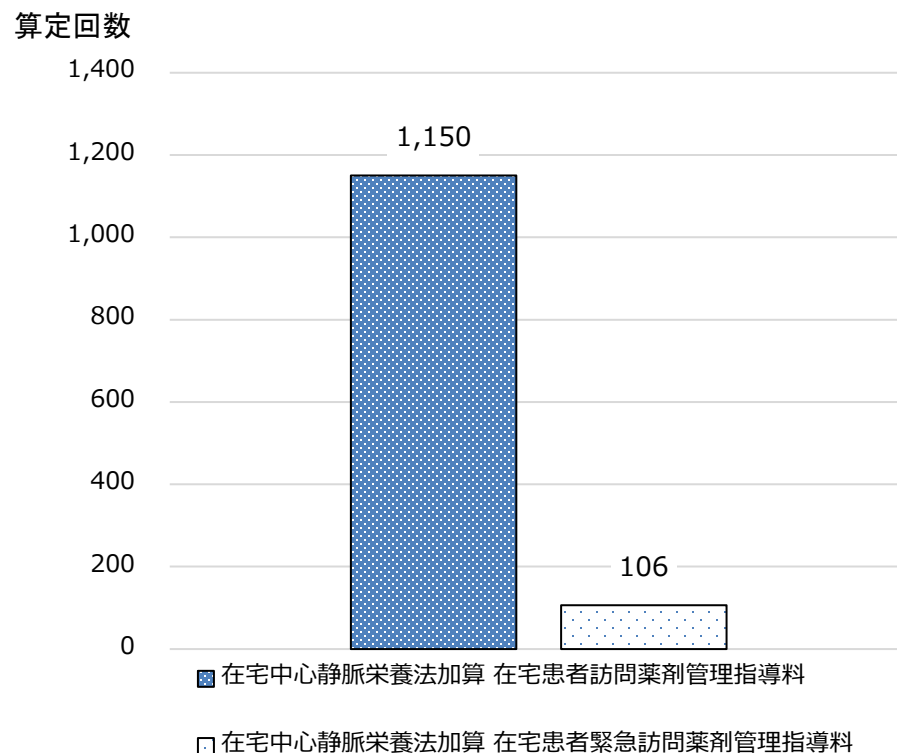
在宅中心静脈栄養法加算の届出状況等

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

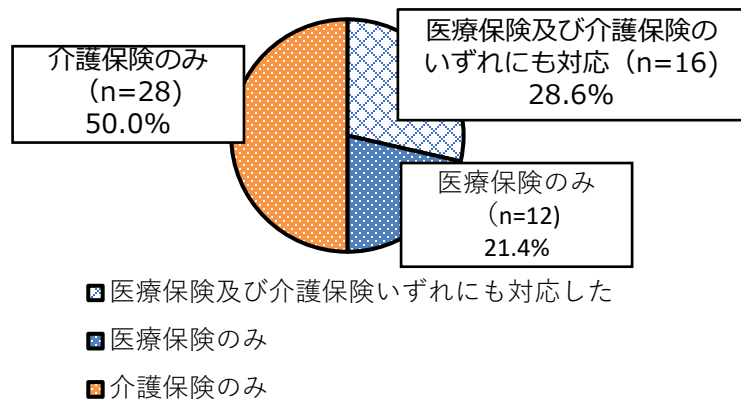
■ 在宅中心静脈栄養法加算の届出状況※1 (n=1,423) (※在宅訪問を行っている薬局に対する調査) (%)



■ 在宅中心静脈栄養法加算の算定状況※2



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



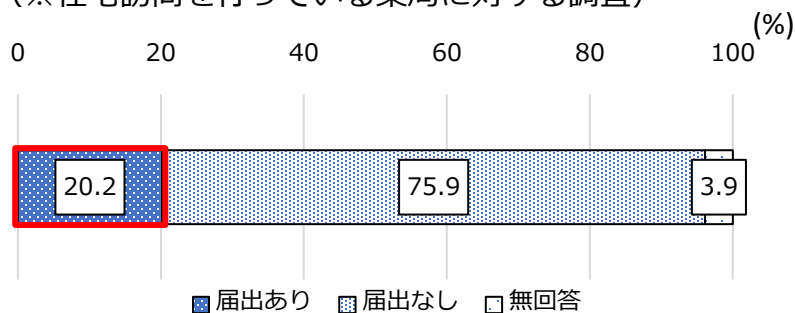
出典: ※1 令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「在宅医療、在宅歯科医療、在宅薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査 保険薬局調査(患者票)をもとに保険局医療課にて作成
※2 算定回数については社会医療診療行為別統計(令和4年6月審査分)

在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算の届出状況等

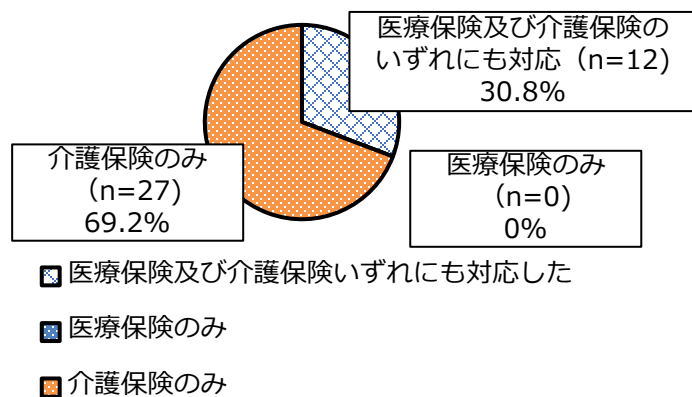
- 在宅訪問を行っている薬局のうち約2割の薬局が在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算の届出を行っていた。算定は、緊急時の訪問に伴う割合が多い傾向がある。
- 医療保険を利用する患者だけでなく、介護保険を利用する患者においても、麻薬の持続注射療法に係る薬学管理が行われている。

■ 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算の届出状況※1 (n=1,423)

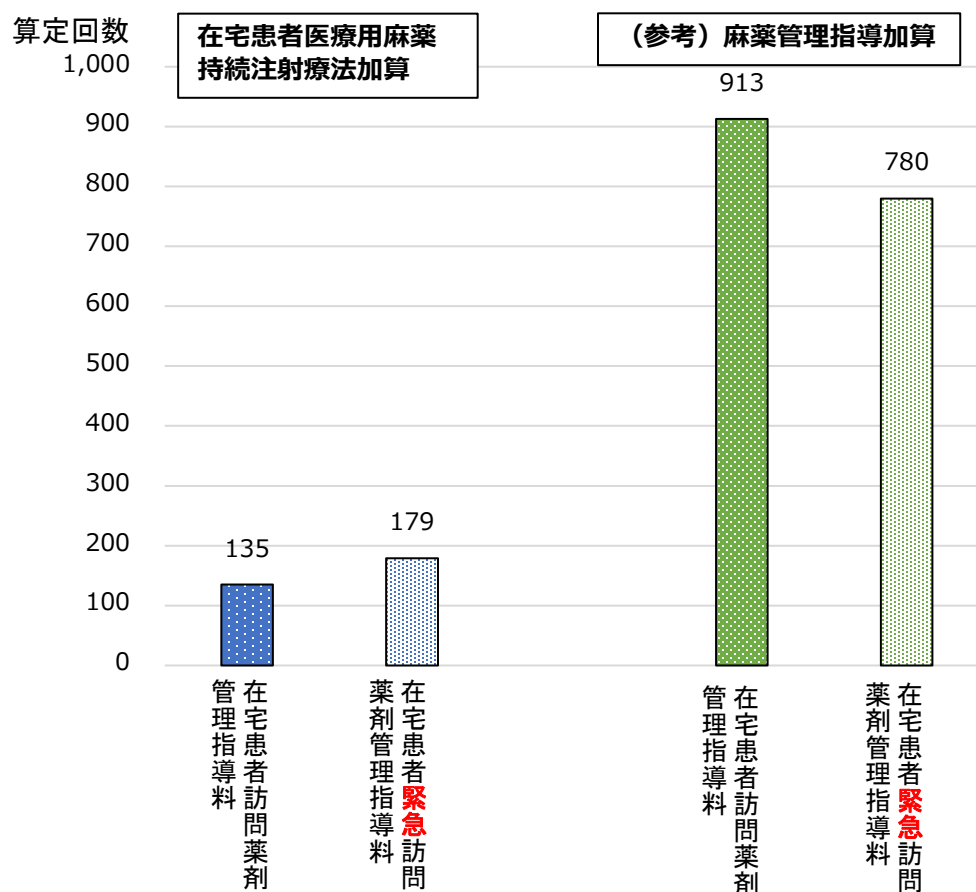
(※在宅訪問を行っている薬局に対する調査)



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



■ 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算の算定状況※2



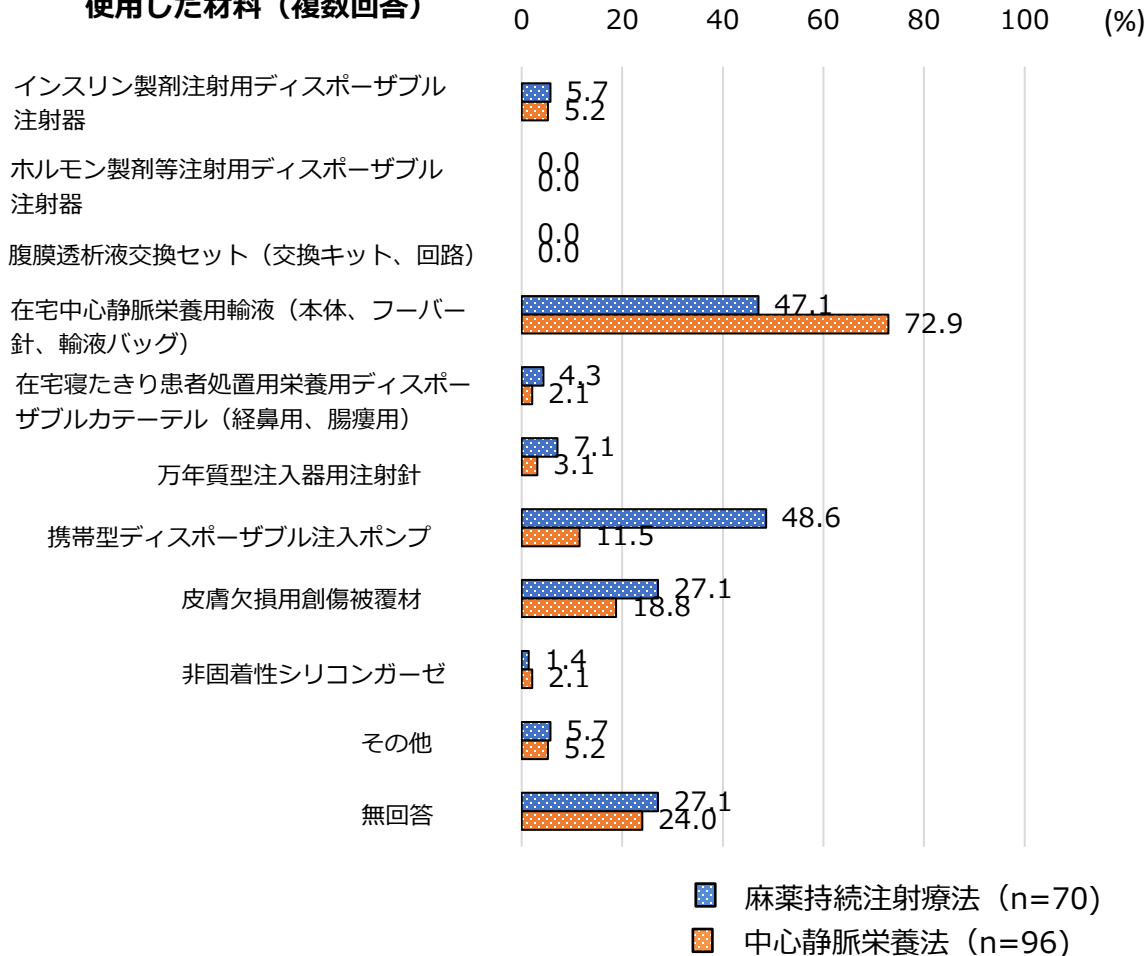
出典: ※1 令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「在宅医療、在宅歯科医療、在宅薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査」
保険薬局調査(施設票)をもとに保険局医療課にて作成

※2 算定回数については社会医療診療行為別統計(令和4年6月審査分)

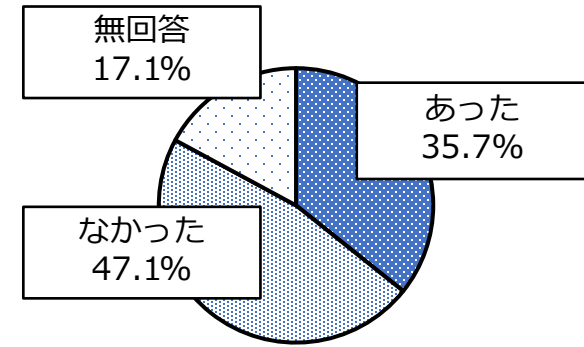
薬局における医療材料の供給

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

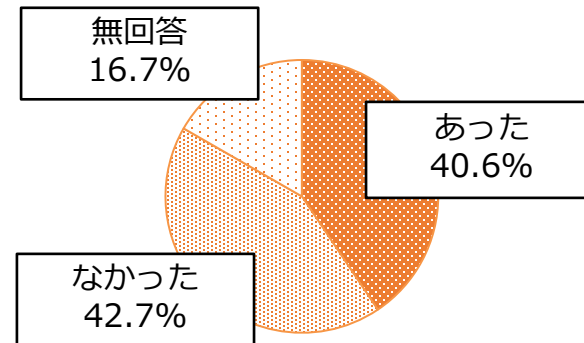
■ 在宅において、麻薬持続注射療法又は中心静脈栄養法を行っている患者に使用した材料（複数回答）



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



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



課題(小括⑤)

(在宅薬剤管理における取組等について)

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

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

第8次医療計画における在宅医療のうち訪問栄養食事指導に関する事項

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

2 在宅医療の提供体制

(2) 日常の療養生活の支援

⑥ 訪問栄養食事指導

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

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

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

在宅療養要介護高齢者における栄養障害と摂食・嚥下障害の状況

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

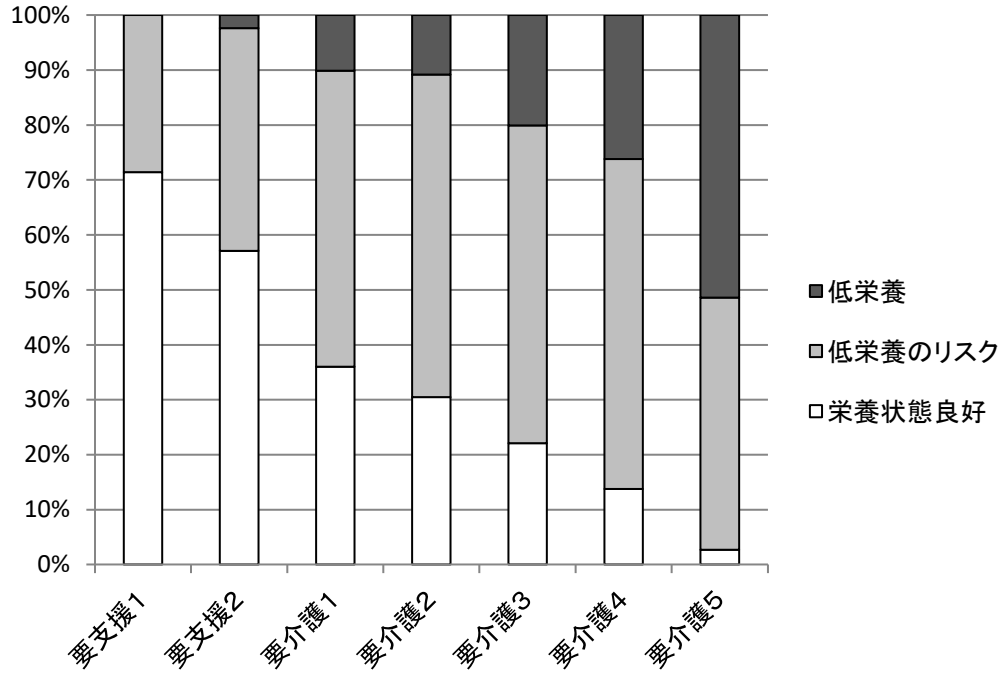


図 要介護度とMNA®-SF* 3群との関係

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

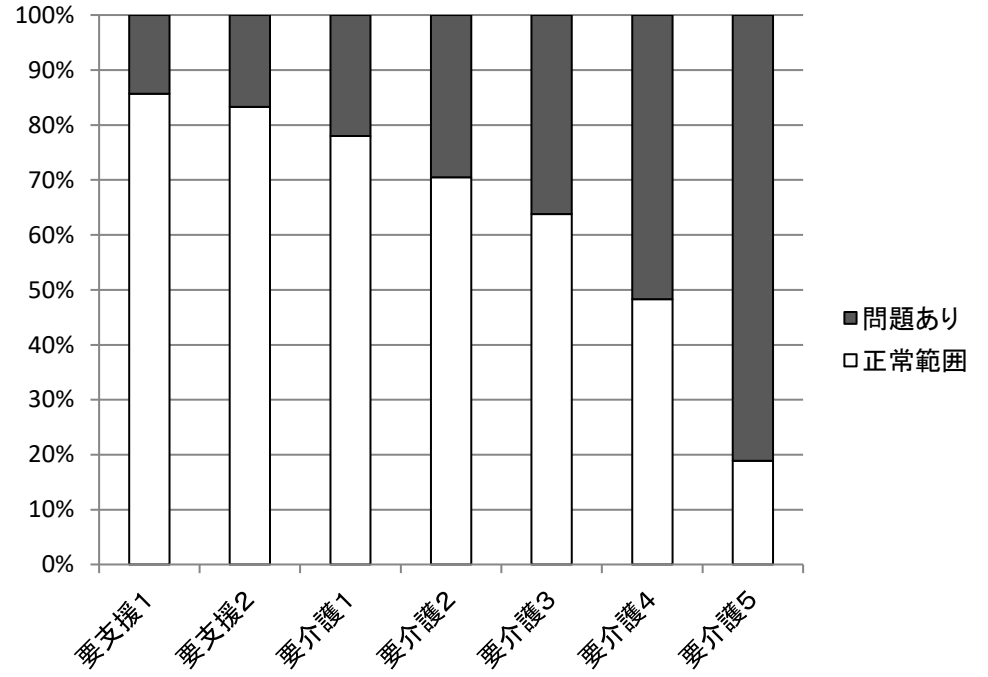


図 要介護度とDSS** (正常範囲とそれ以外) との関係

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

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

【事例】リハビリテーション・口腔・栄養の連携（認知症・在宅）

意見交換 資料-4 参考-1
R 5 . 3 . 1 5

82歳 男性 要介護度3

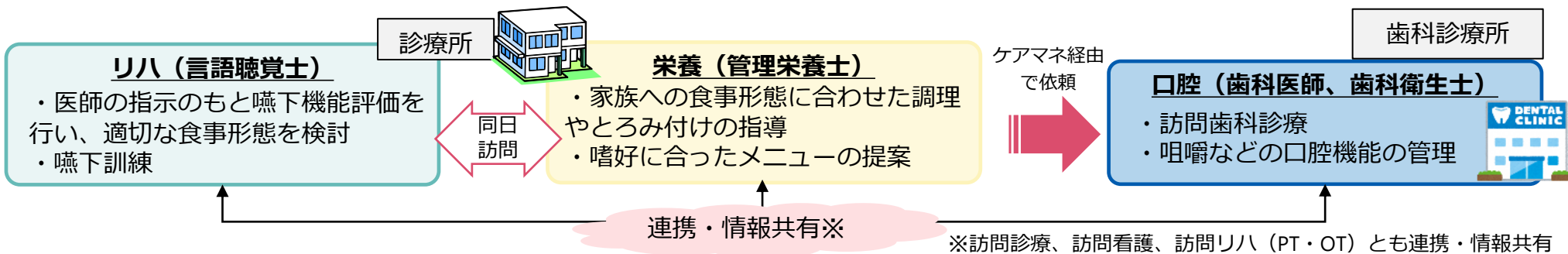
認知症による摂食・嚥下機能の低下や食事量のムラ・嗜好の偏りに多職種で対応

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

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

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

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



介入時
(学会分類コード4)

水分とろみなし
(むせる)

ハンバーグ
(一口大に切ると「嫌だ」と拒否)



全粥
(唾液で後半は離水する)

状況に合わせて調整

主食：ミキサー粥、粥ゼリー
副菜：市販介護食品の検討
水分：とろみの調整

半年後
(学会分類コード2-1)

水分濃いとろみ

市販介護食
1品



粥ゼリー
(大好きなお餅に見た目を工夫)

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

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

ある夏の日

そうめんが
食べたい！

診察時でも
STリハビリ時でも
言われ…

そうめんをミキサーにかけ
ゲル化剤で作成
食感はずりー



そうめんゼリーを作成

160

在宅患者訪問栄養食事指導料の概要

C009 在宅患者訪問栄養食事指導料（月2回に限る）

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

1 在宅患者訪問栄養食事指導料1

保険医療機関の管理栄養士が
当該保健医療機関の医師の指示に基づき実施

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

2 在宅患者訪問栄養食事指導料2

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

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

【対象患者】

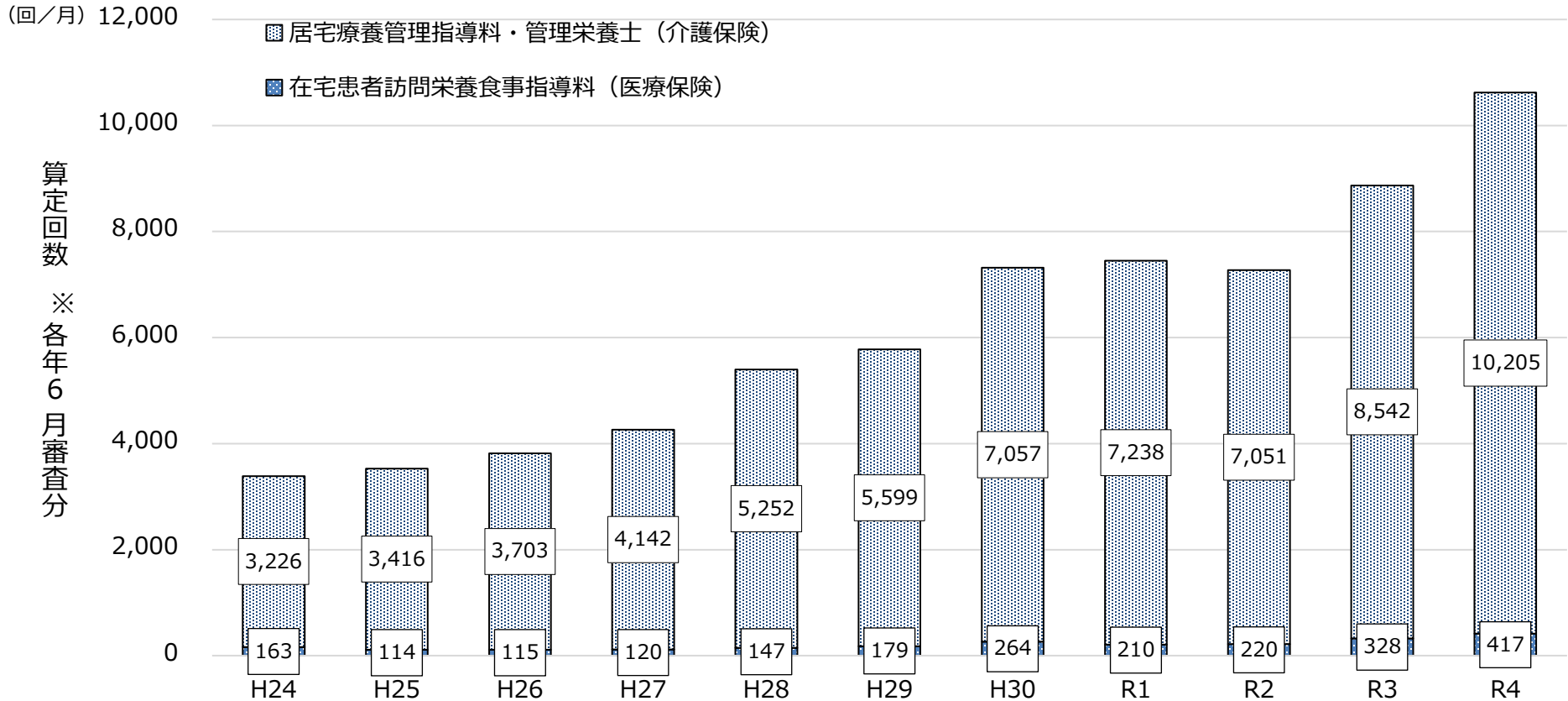
- 疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する別表第三※に掲げる特別食を必要とする患者
- がん患者
- 摂食機能又は嚥下機能が低下した患者
- 低栄養状態にある患者

※別表第三

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

訪問栄養食事指導の実施状況

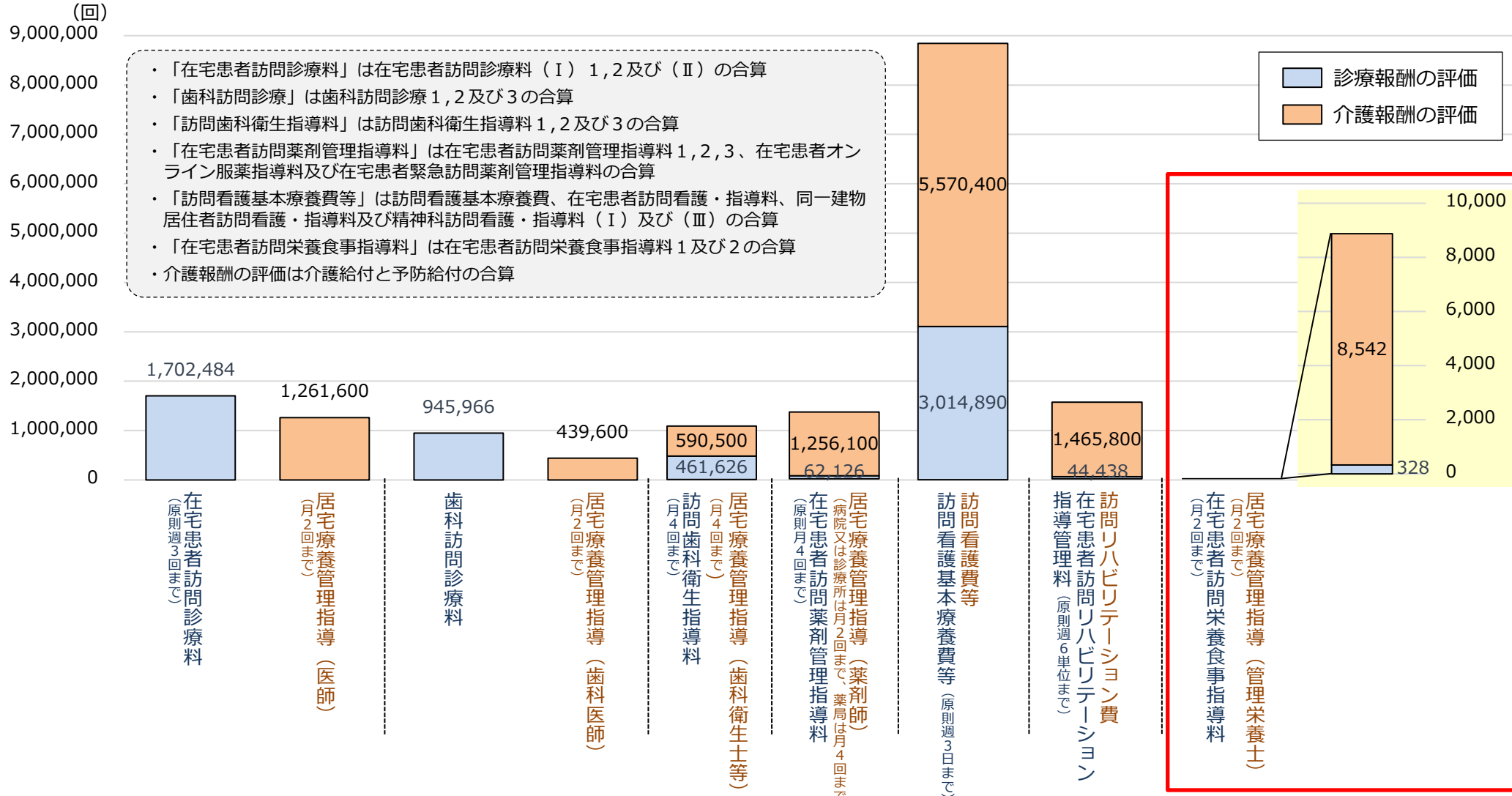
- 訪問栄養食事指導の算定回数は、令和2年は微減したものの、年々増加している。
- ほとんどが介護保険による居宅療養管理指導であり、令和4年(6月審査分)は約1万回/月だった。



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

各職種が行う在宅医療等に係る報酬の算定回数の比較

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



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

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

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

在宅患者訪問栄養食事指導料を算定していない理由

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

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

※最も多いものに網掛け

課題(小括⑥)

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

在宅医療についての論点

【論点】

（総論）

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

（訪問診療・往診等）

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

（訪問看護）

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

（歯科訪問診療）

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

（訪問薬剤管理）

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

（訪問栄養食事指導）

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

在宅(その1)

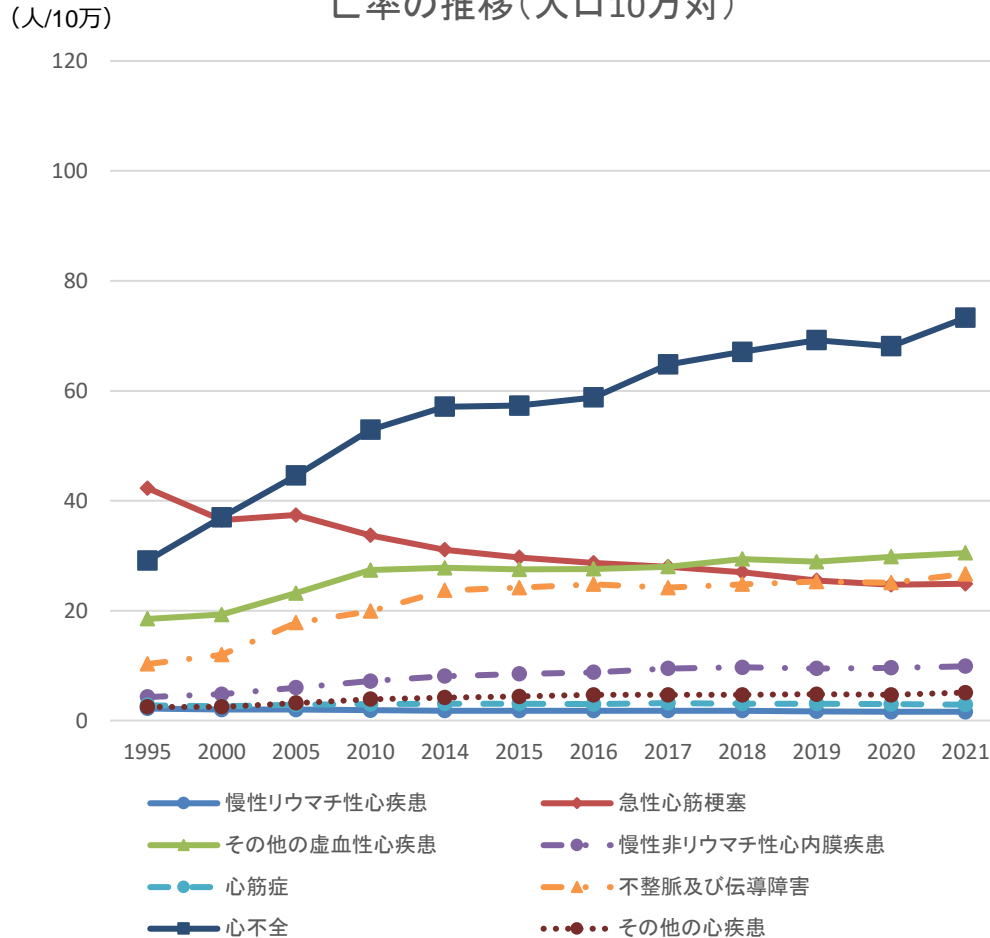
参考資料

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

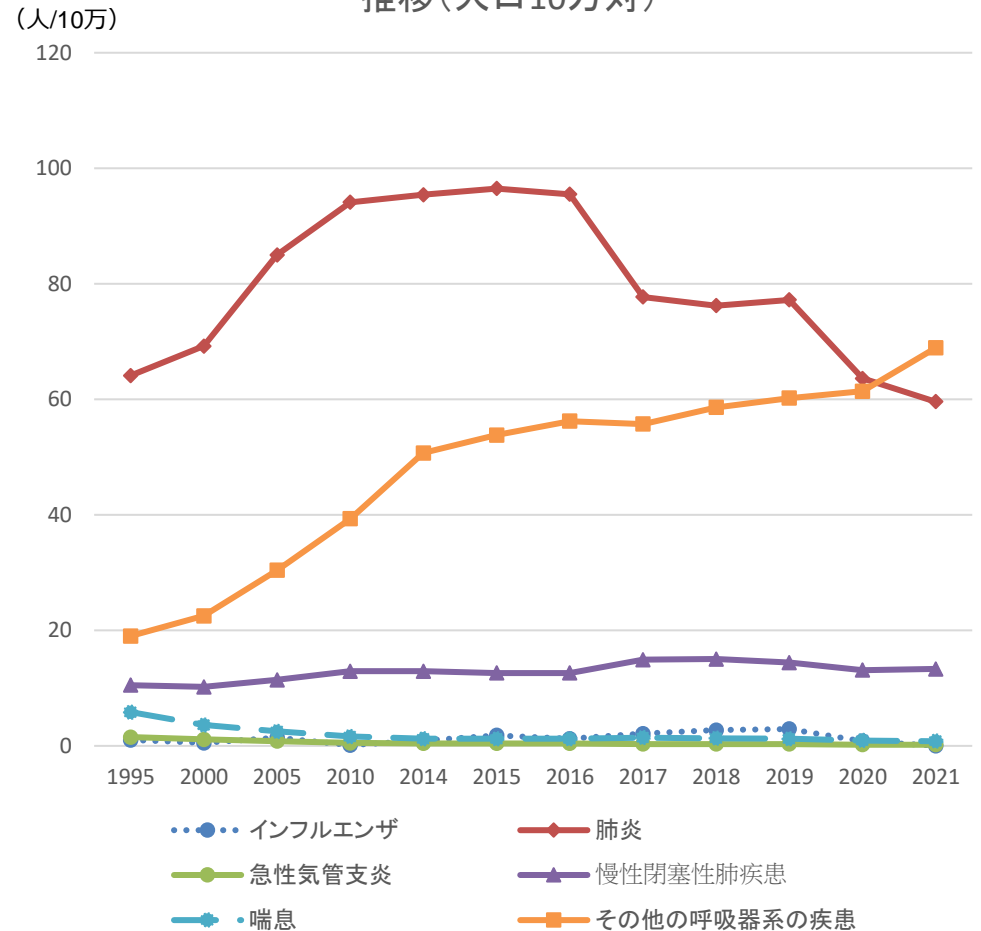
心疾患及び呼吸器系の疾患における死亡率の推移について

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

死因が心疾患（高血圧性を除く）である患者の死亡率の推移（人口10万対）



死因が呼吸器系の疾患である患者の死亡率の推移（人口10万対）

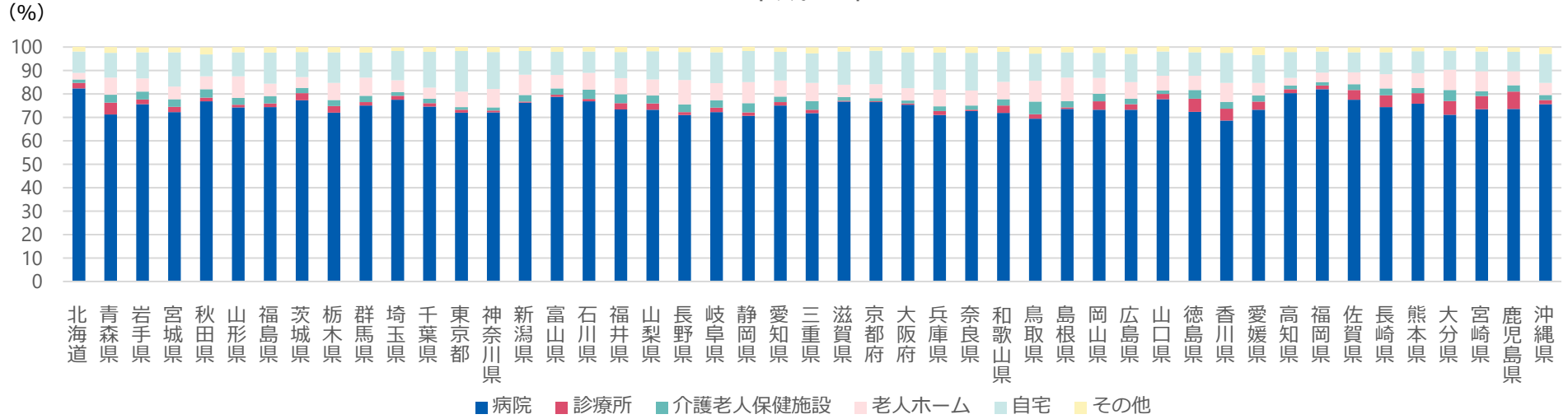


※その他の呼吸器系の疾患には、誤嚥性肺炎・間質性肺疾患が含まれる。

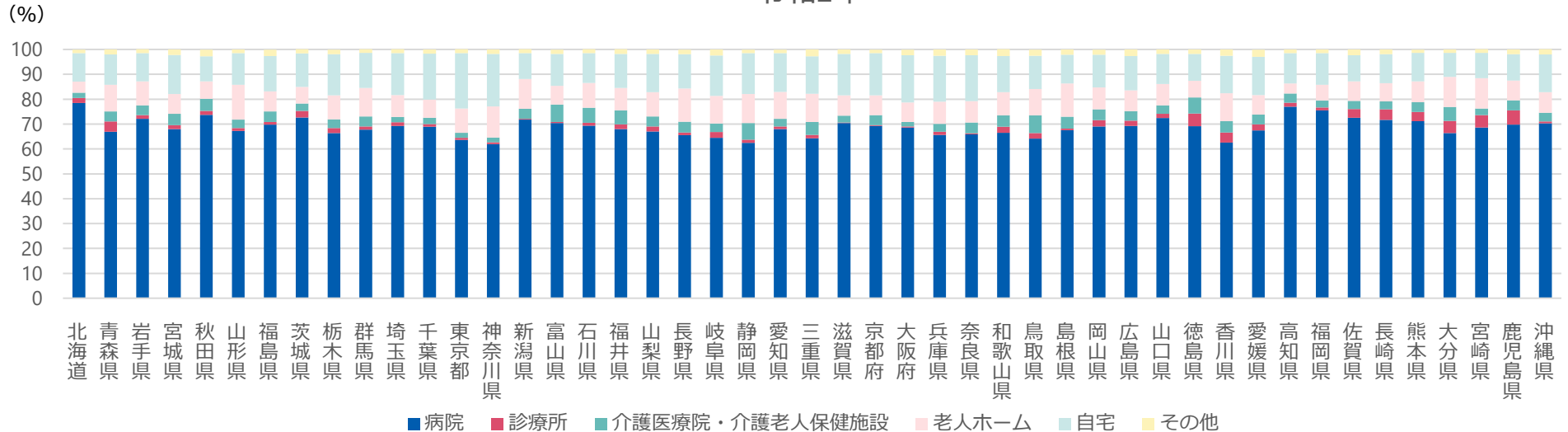
都道府県毎の死亡の場所の推移

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

平成27年



令和2年



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

<在宅医療の体制構築に係る指針（令和5年3月31日）より抜粋>

第2 医療体制の構築に必要な事項

2 各医療機能と連携

（5）在宅医療において積極的役割を担う医療機関

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

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

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

（6）在宅医療に必要な連携を担う拠点

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

在宅医療に必要な連携を担う拠点を医療計画に位置付ける際には、市町村が**在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組との連携**を図ることが重要である。

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

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

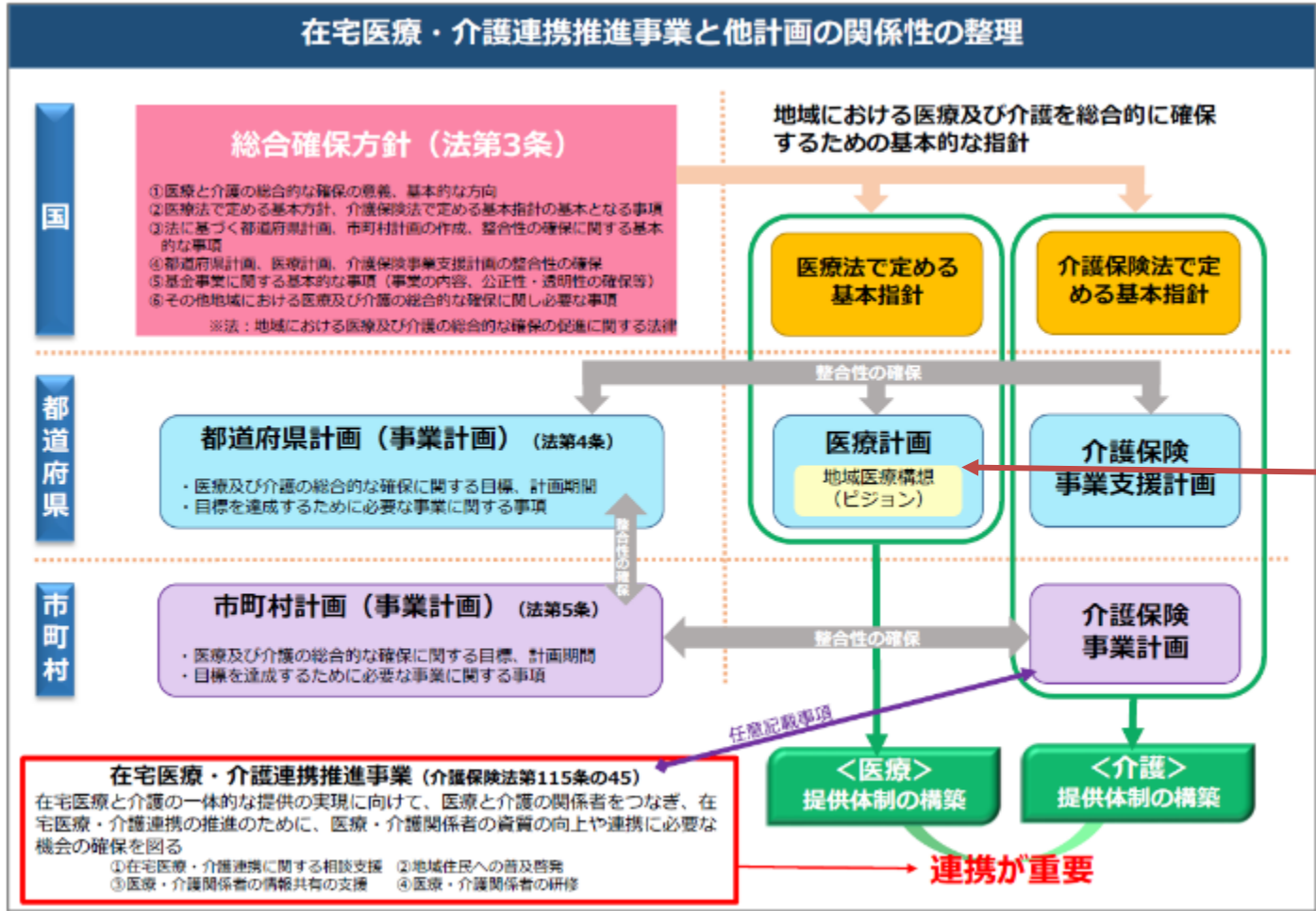
第3 構築の具体的な手順

2 圏域の設定

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

「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」の関わり

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



在宅医療に必要な連携を担う拠点

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

【求められる事項】

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

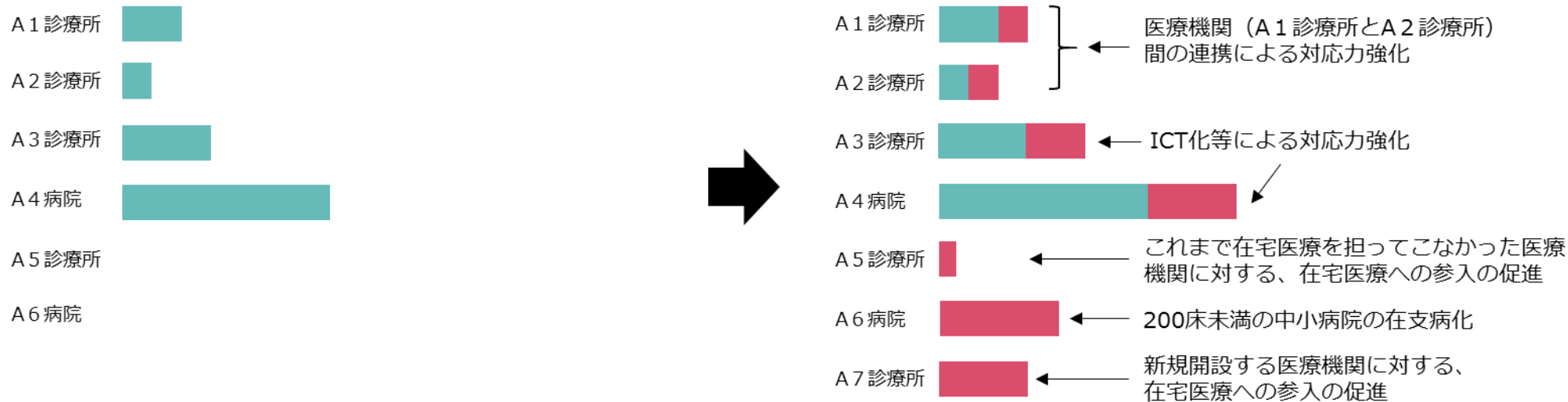
- 今後増加が見込まれる訪問診療・訪問看護の需要に対し、都道府県においては、国から提供を受けた、在宅医療提供体制の現状を把握するためのデータ等を踏まえ、適切な在宅医療の圏域を設定し、地域での協議・調整を通じて、より実効性のある体制整備を進める必要がある。
- 医療機関間及び事業所間の連携やICT化等による対応力強化を進めるとともに、これまで訪問診療を担ってこなかった医療機関や新規に開業する医療機関の訪問診療への参入促進、訪問看護事業所の機能強化等、地域医療介護総合確保基金等を活用し、地域の医療資源に応じた取組を進めていく。

<A医療圏における訪問診療・訪問看護の2019年の実績数と需要推計>

2019年度の実績数



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



令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会における主な御意見

(令和5年6月14日中医協資料より、訪問診療・往診等に関係するものを抜粋)

(テーマ1: 地域包括ケアのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携)

- 介護支援専門員は利用者の既に様々な情報(例: 家族や人間関係、資産状況、本人・家族の希望、趣味、嗜好、生活習慣等)を持っており、その情報に基づき課題を分析し目標を立て、サービスの利用や社会資源の活用も含めマネジメントしている。ここに、医療の情報や医師の意見等を適切に活かすことにより、より合理的なケアマネジメントができる。

(テーマ4: 高齢者施設・障害者施設等における医療)

- 連携する医療機関については、名前だけの協力医療機関ではなく、地域包括ケア病棟や在宅病、有床診など地域の医療機関と、中身のある連携体制を構築すべき。

(テーマ6: 人生の最終段階における医療・介護)

- 日々の診療や介護の中で、丁寧に本人の意思を確認することが大切であり、その意思は刻々と変わりゆくものであることを踏まえると、リアルタイムにその情報をICT等を用いて医師が医療関係者や介護関係者と共有することが非常に有効。
- 人生の最終段階を支える医師が、在宅診療や施設における医療の中で、患者の疾病が非がんであっても、緩和ケアを専門とする医師らとICT等を使って連携することで、ご本人が望む住み慣れた環境で最期を迎えることが可能となる。
- 緩和ケアについては、患者及び家族の苦痛や不安を和らげるために総合的に対応することが重要である。このため、麻薬を早期から積極的に使用するなど、考え方が変化してきている。一方、医療用麻薬といっても多様な製品・規格があり、また取り寄せにも時間がかかることが多く、医療機関、薬局、訪問看護ステーションの間で日常からの連携体制の構築が必要。
- 非がんの緩和ケアについては、心不全やCOPDの末期の状態では、少量の麻薬が非常に有効であることが確認されているが、その提供については検討の余地があるのではないかと。
- 特別養護老人ホームでの看取りへの取組が強化されたが、意思を尊重したみとりの取組は進んでいる一方で、配置医師等の関係で必ずしも意思に沿わない事例もある。介護から医療サービスを利用する場合は急変等が多く連携が困難な状況もある。医療機関と介護施設が連携するために、医療情報や生活支援情報の相互交換を行うための標準的なフォーマットを国が策定し、自治体にその活用を推進することを検討していただきたい。

令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会における主な御意見

(令和5年6月14日中医協資料より、訪問看護に係るものを抜粋)

(1) 更なる高齢化を見据えた訪問看護の役割等

- 訪問看護は、高齢者の医療・介護ニーズや在宅看取りへの対応とともに、小児や難病など、多世代にわたる利用者への対応が求められ、安定した24時間のサービス提供体制の構築・強化が急務。また、退院後早期や医療ニーズが高い方の居宅での療養を支援の対応力と入院前後の医療機関との連携体制の強化、情報共有の基盤整備も重要である。
- 訪問看護療養費はコロナ禍のなかでも年率20%近く伸びている。厚生労働省においては、訪問看護レセプトが電子請求に移行することを踏まえ、レセプト分析についても早急に取り組み、実態把握や検証の精度を高めてもらいたい。

(2) 地域のニーズに応えられる訪問看護の提供体制

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

(3) 介護保険と医療保険の訪問看護の対象者

- 医療技術の進歩等の観点から別表第7の見直しを検討することは重要なことであるが、要望のみによって安易に医療保険と介護保険の境界を変更すべきものではない。
- 医療保険の訪問看護を利用している場合には、医療と介護が一体的にマネジメントされていない現状もあるため、医療と介護が連携できる環境整備を進め、シームレスなサービス提供をできるようにすべき。

(4) 介護保険と医療保険の訪問看護に関する制度上の差異

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

令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会における主な御意見

(令和5年6月14日中医協資料より、歯科訪問診療に関係するものを抜粋)

テーマ1:地域包括ケアのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携

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

テーマ2:リハビリテーション・口腔・栄養

- リハビリテーション・口腔・栄養は、多職種が連携し、的確に対象者を把握し、速やかに評価や介入を行える体制を構築することが重要。その際、患者の経過や全身状態を継続的に観察している看護職がアセスメントした情報を多職種と共有し、早期の対応につなげるという体制構築が重要。
- 令和3年度介護報酬改定で示されたリハビリ、口腔管理、栄養管理に係る一体的な計画書は、医療でも活用可能。多職種による計画作成を後押しする仕組みが必要。
- リハビリ・口腔・栄養の連携として、目標を共有することは理解できるが、誰が中心となって全体の進捗を管理するのか明確にすることも重要。
- 病院や介護保険施設等において、口腔の問題等が認識されていないことは課題。歯科専門職以外の職種も理解できる口腔アセスメントの普及も必要。末期がん患者への対応など、状態に応じた口腔管理の推進が必要。
- 歯科医師と薬剤師の連携の推進は重要。また、口腔と栄養の連携も更に推進が必要。
- 歯科治療や定期的な口腔の管理は誤嚥性肺炎や感染を予防するうえで非常に重要。
- 給付調整を含めた制度の複雑さがあるのではないか。
- 感染症対策も含めた口腔の管理の提供のあり方も工夫が必要。

テーマ3:要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療

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

テーマ4:高齢者施設・障害者施設等における医療

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

テーマ5:認知症

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

テーマ6:人生の最終段階における医療・介護

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

テーマ7:訪問看護

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

令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会における主な御意見

(令和5年6月14日中医協資料より、訪問薬剤管理に係るものを抜粋)

(テーマ1: 地域包括ケアのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携)

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

(テーマ3: 要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療)

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

(テーマ4: 高齢者施設・障害者施設等における医療)

- 施設の在り方や利用者のニーズが多様化する中で、薬剤師がその施設の特性を的確に把握した上で、多職種との連携の下で適切な薬剤管理ができるような推進策が必要。

(テーマ5: 認知症)

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

(テーマ6: 人生の最終段階における医療・介護)

- 緩和ケアについては、患者及び家族の苦痛や不安を和らげるために総合的に対応することが重要である。このため、麻薬を早期から積極的に使用するなど、考え方が変化してきている。一方、医療用麻薬といっても多様な製品・規格があり、また取り寄せにも時間がかかることが多く、医療機関、薬局、訪問看護ステーションの間で日常からの連携体制の構築が必要。
- 非がんの緩和ケアについては、心不全やCOPDの末期の状態では、少量の麻薬が非常に有効であることが確認されているが、その提供については検討の余地があるのではないかと。

令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会における主な御意見

(令和5年6月14日中医協資料より、訪問栄養食事指導に係るものを抜粋)

(1)リハビリテーション・口腔・栄養の一体的な取組

- リハビリテーション・口腔・栄養は、多職種が連携し、的確に対象者を把握し、速やかに評価や介入を行える体制を構築することが重要。その際、患者の経過や全身状態を継続的に観察している看護職がアセスメントした情報を多職種と共有し、早期の対応につなげるという体制構築が重要。
- 令和3年度介護報酬改定で示されたリハビリ、口腔管理、栄養管理に係る一体的な計画書は、医療でも活用可能。多職種による計画作成を後押しする仕組みが必要。
- リハビリ・口腔・栄養の連携として、目標を共有することは理解できるが、誰が中心となって全体の進捗を管理するのか明確にすることも重要。

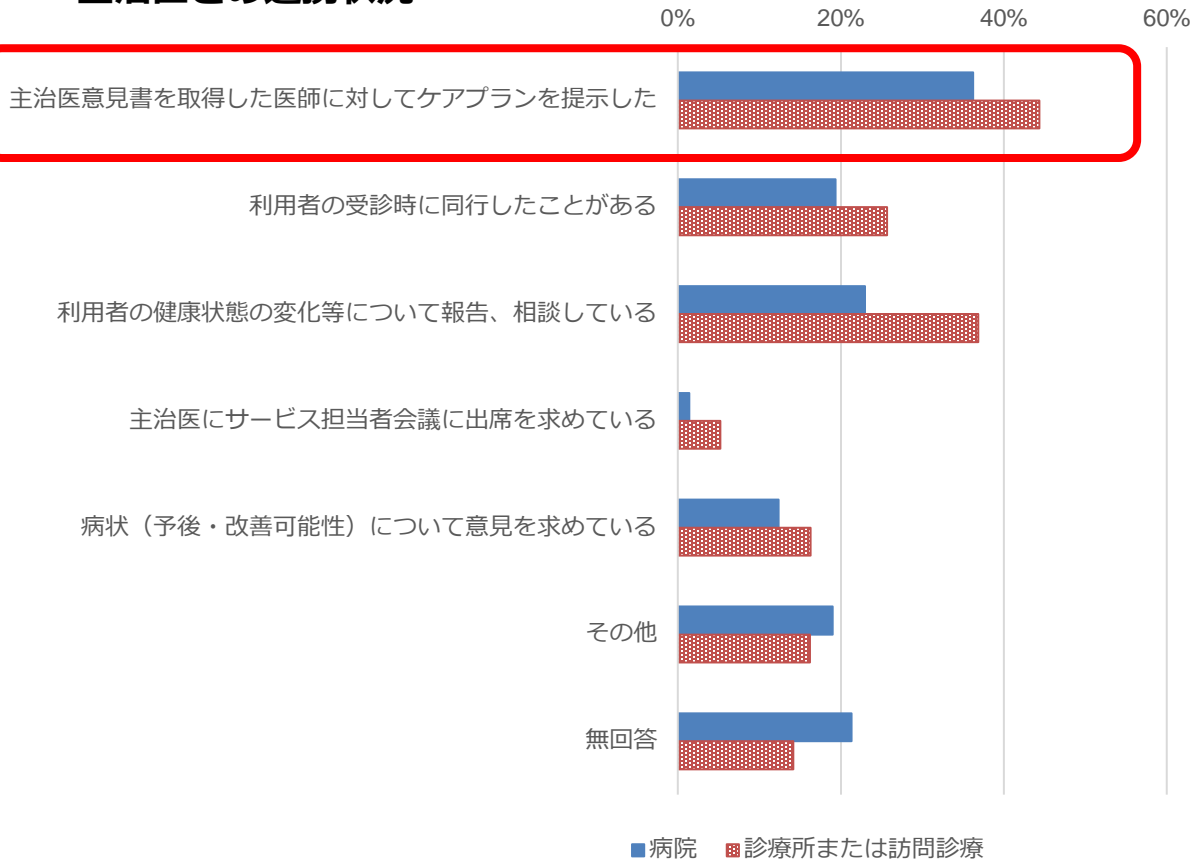
(4)栄養

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

主治医と介護支援専門員との連携状況① (H30)

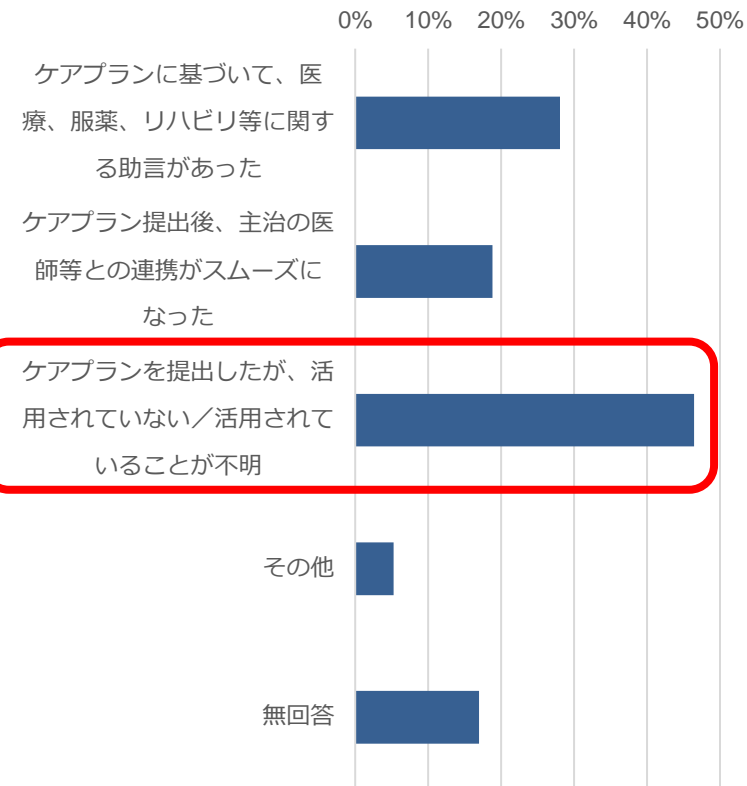
- 介護支援専門員は、約4割の利用者について、主治医意見書を取得した医師に対しケアプランを提示している。
- 一方、4割超の介護支援専門員は、主治医等にケアプランを提出しても、活用されていない／活用されていることが不明と感じている。

■入院・退院・看取りのいずれにも該当しない利用者における主治医との連携状況



n=2,381 (利用者調査票) (複数回答可)
※居宅介護支援事業所のみ

■主治医等に意見を求めた後に提出したケアプランによる連携



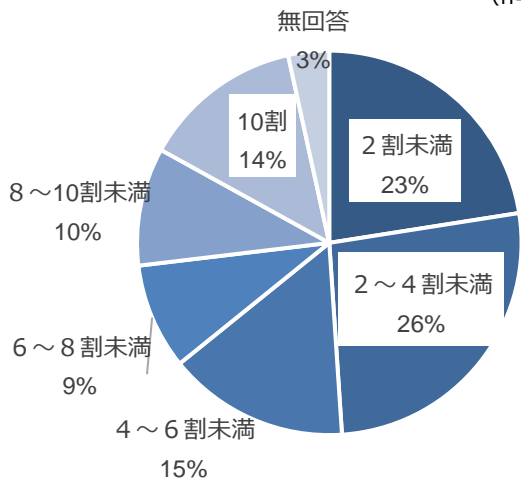
n=3,489 (ケアマネジャー調査票) (複数回答可)
※居宅介護支援事業所のみ

主治医と介護支援専門員との連携状況② (R2)

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

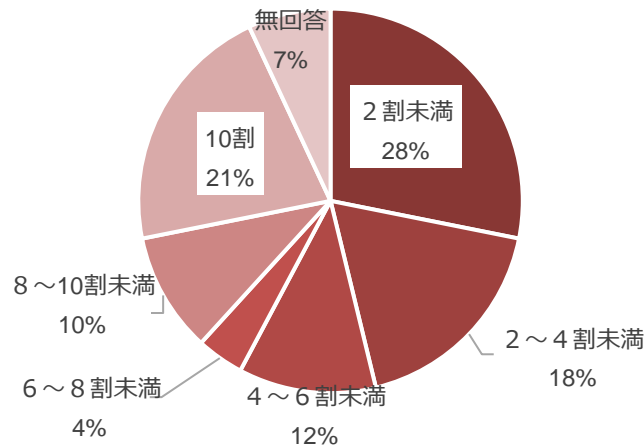
■ ① 主治医にケアプランを提出している割合

割合の平均：4.48
(n=1,279)



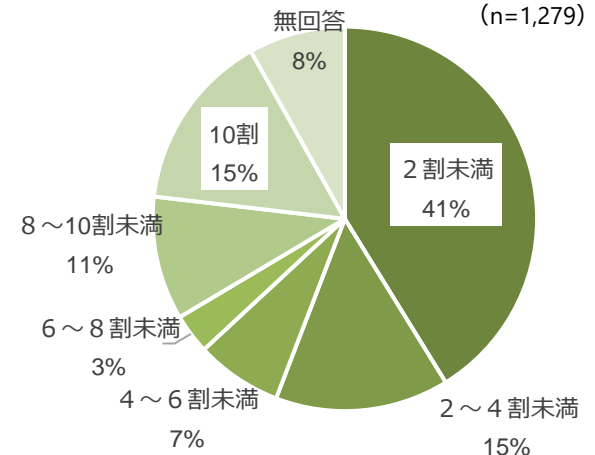
■ ② ①のうち、主治医に意見を求めている割合

割合の平均：4.76
(n=1,279)

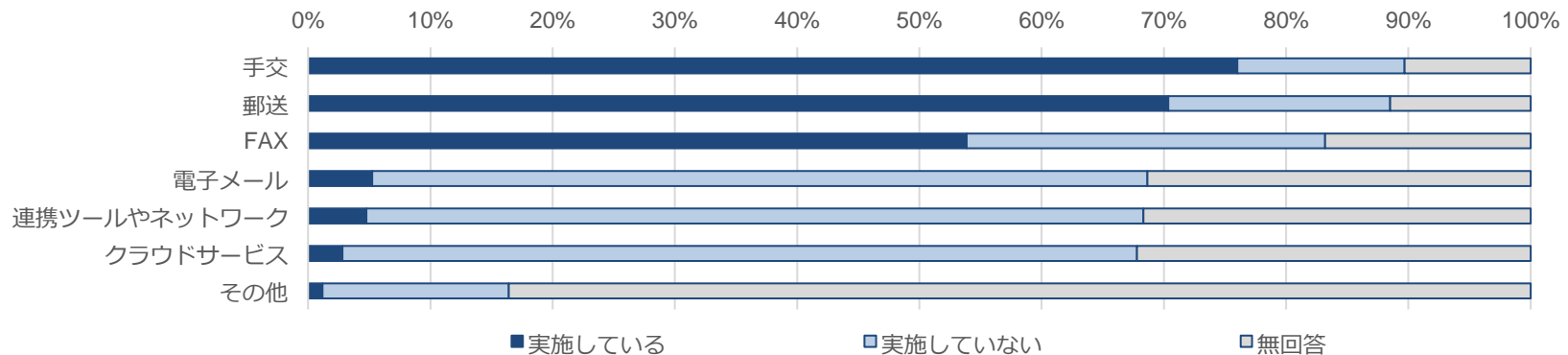


■ ③ ②のうち、ケアプランについて主治医から助言があった割合

割合の平均：3.85
(n=1,279)



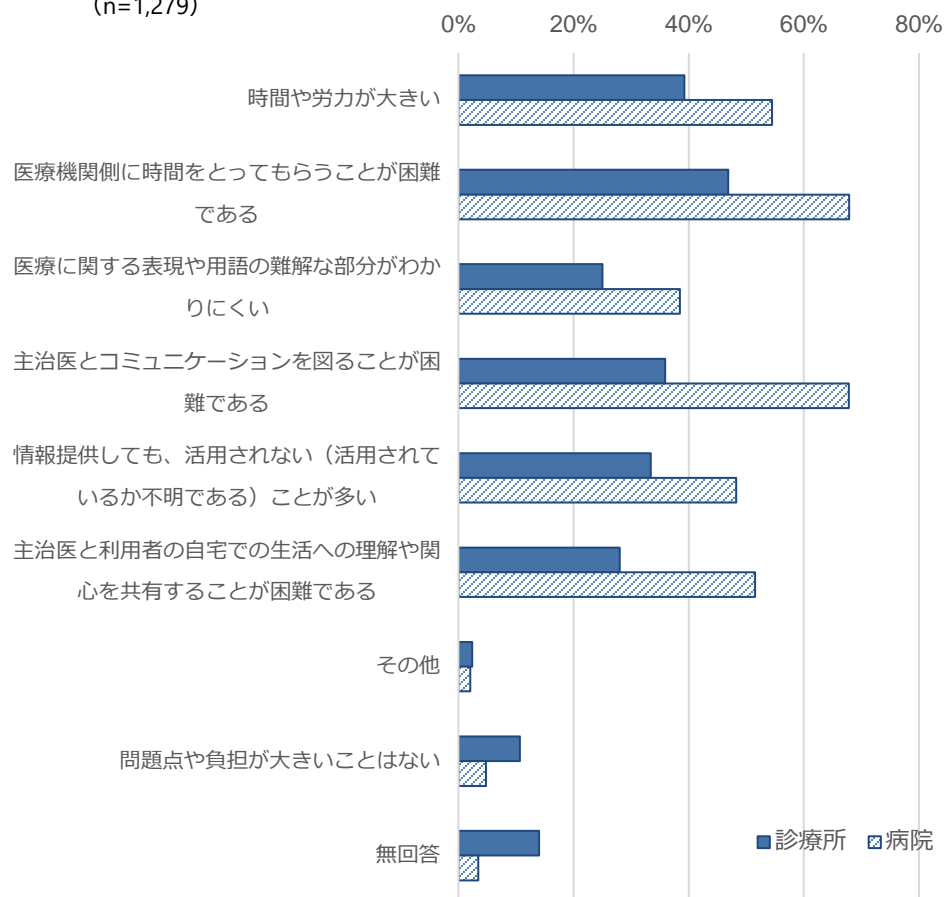
■ 医療機関へのケアプラン交付方法



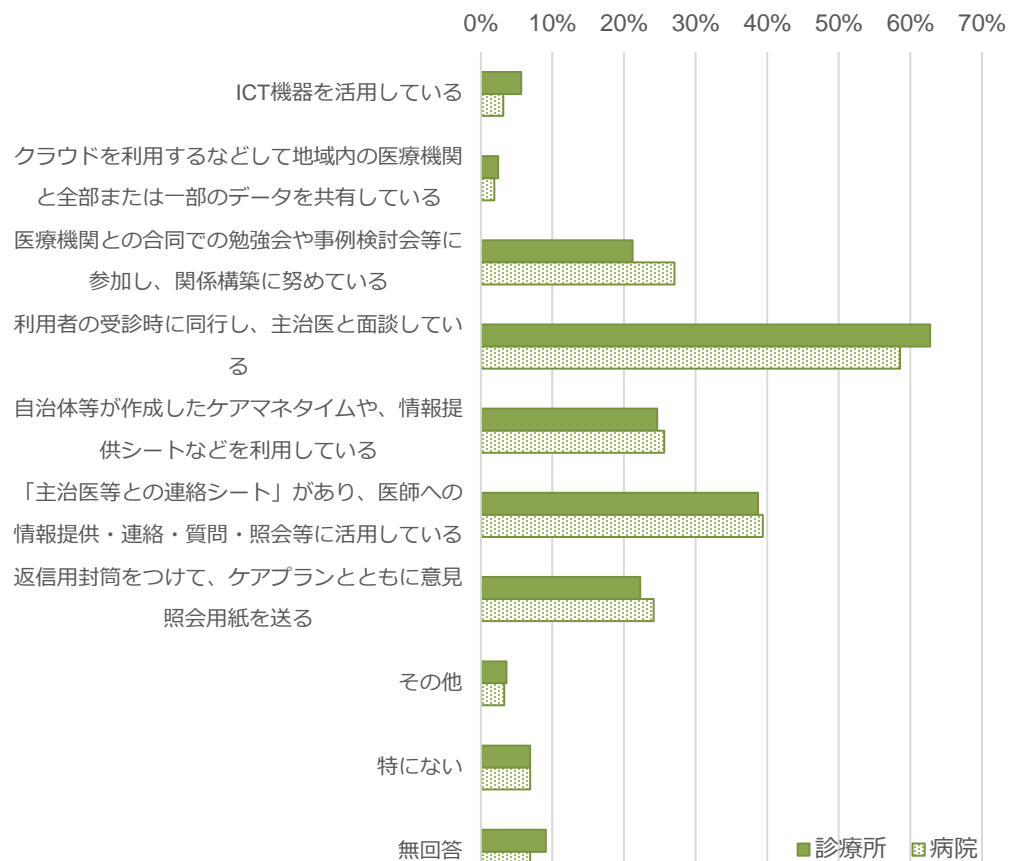
- 介護支援専門員にとって、医療機関との情報共有における問題点や負担が大きいことは、「医療機関側に時間をとってもらうことが困難」であった。
- 医療機関との情報共有における工夫として最も多いものは、「受診時に同行し主治医と面談」であった。

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

(n=1,279)



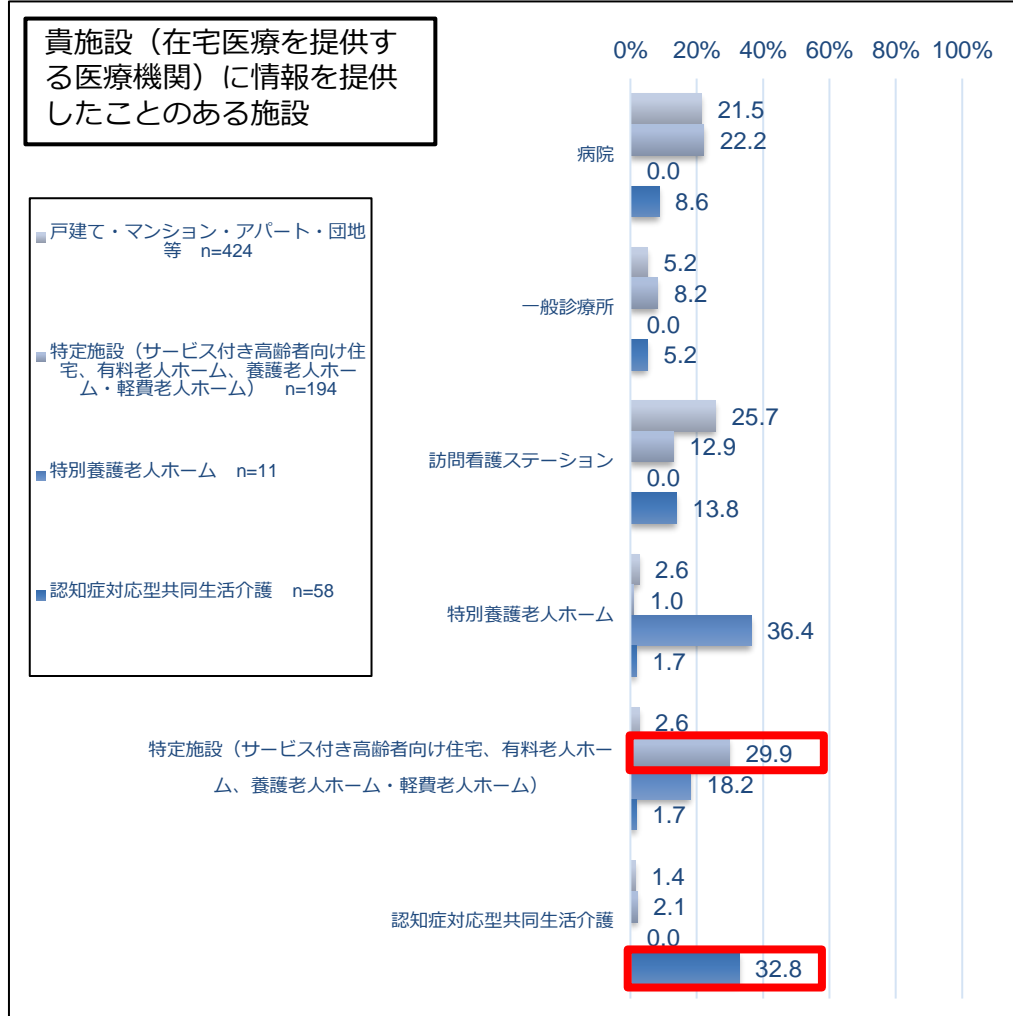
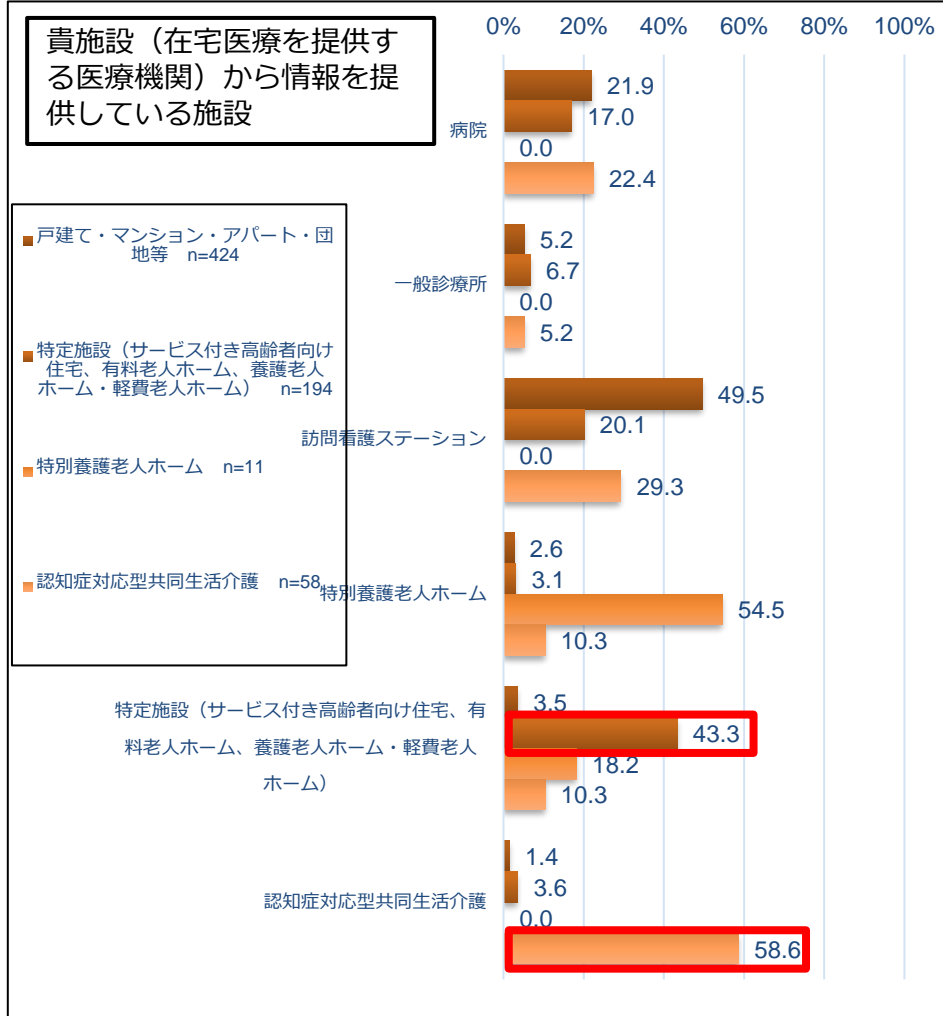
■医療機関との情報共有における工夫



人生の最終段階における医療・ケアに関する情報の共有について

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

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

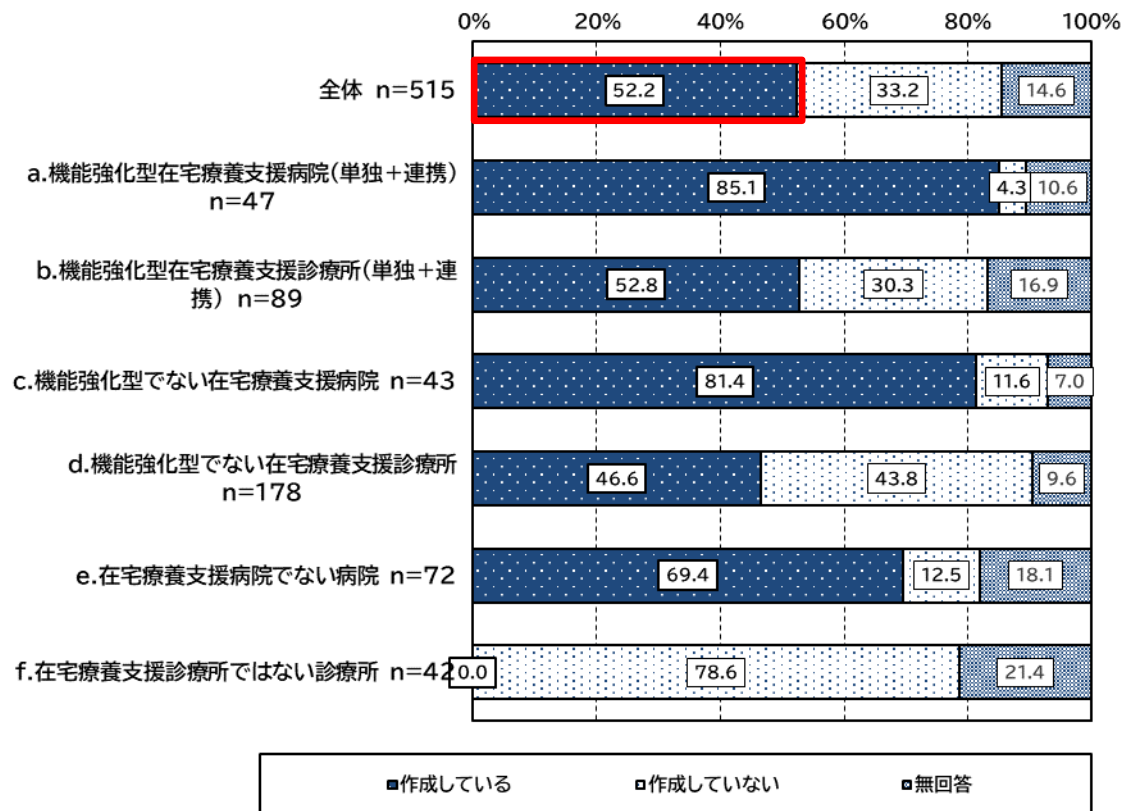


医療機関調査の結果⑮

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

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

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



医療機関種別の意思決定支援の指針の作成の有無

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

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

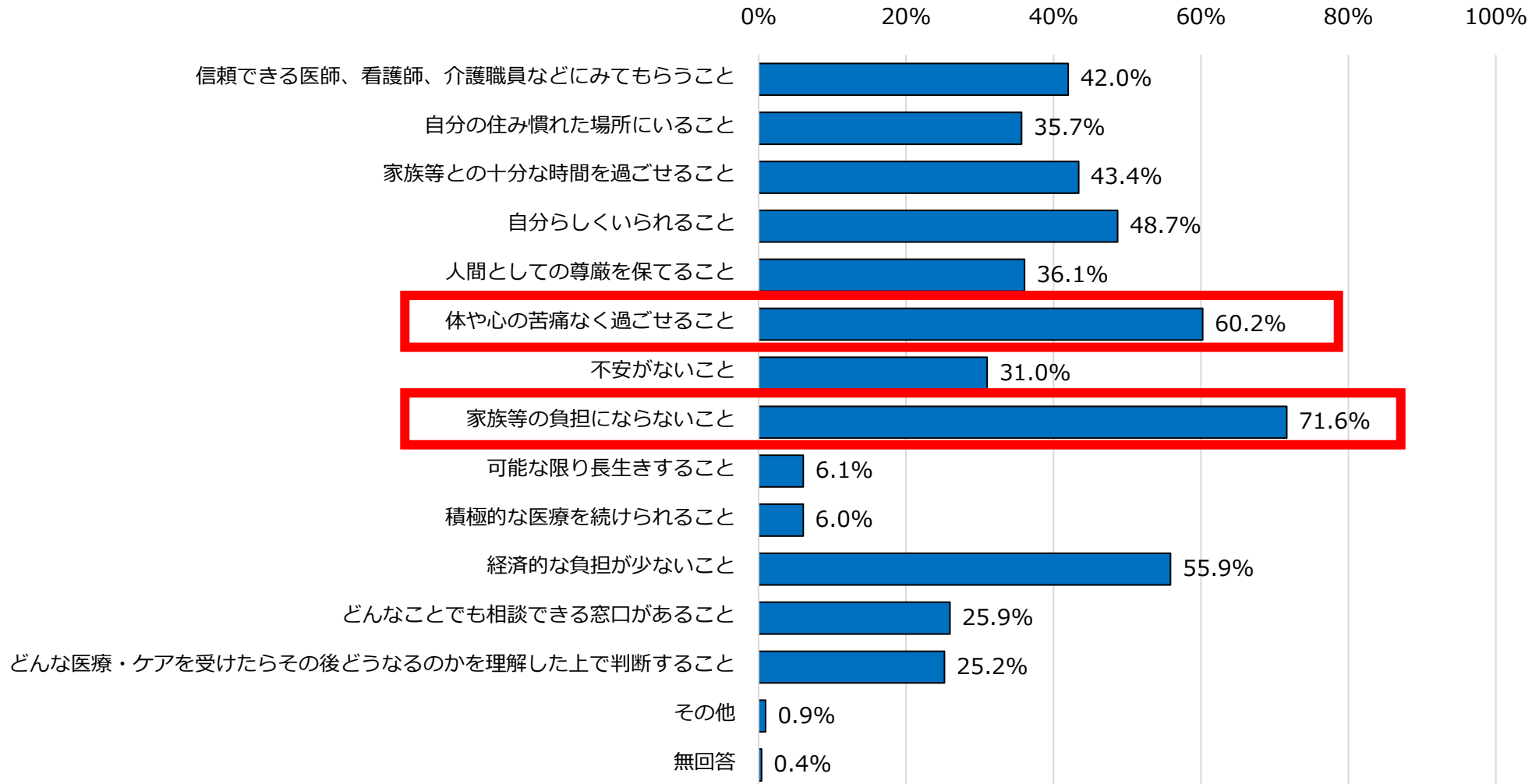
	1. 医療従事者を含めたチームと十分な話し合いを行うこと	2. 介護従事者を含めたチームと十分な話し合いを行うこと。	3. 話し合いの内容について、関係者と共有すること。	4. 本人の意思は変化しうるものであることを踏まえ、患者が自らの意思をその都度示し、伝えられるような支援を医療・ケアチームによって行うこと。	5. 本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることを踏まえ、家族等の信頼できる者も含めて、本人との話し合いを繰り返し行うこと。	6. 本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることを踏まえ、本人が特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくこと。	7.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

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

最期を迎えるにあたり重視する点

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

最期を迎えるにあたり重視する点<一般国民 (n=3,000) のみ >



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

在宅医療に対する診療報酬上の主な評価の変遷①

(昭和61～平成18年度診療報酬改定)

○ 在宅医療に対する診療報酬上の主な評価の変遷は以下のとおり。

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



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

○ 在宅医療に対する診療報酬上の主な評価の変遷は以下のとおり。

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



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

○ 在宅医療に対する診療報酬上の主な評価の変遷は以下のとおり。

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

在宅患者訪問診療料の評価の変遷について

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

同一建物居住者以外の場合

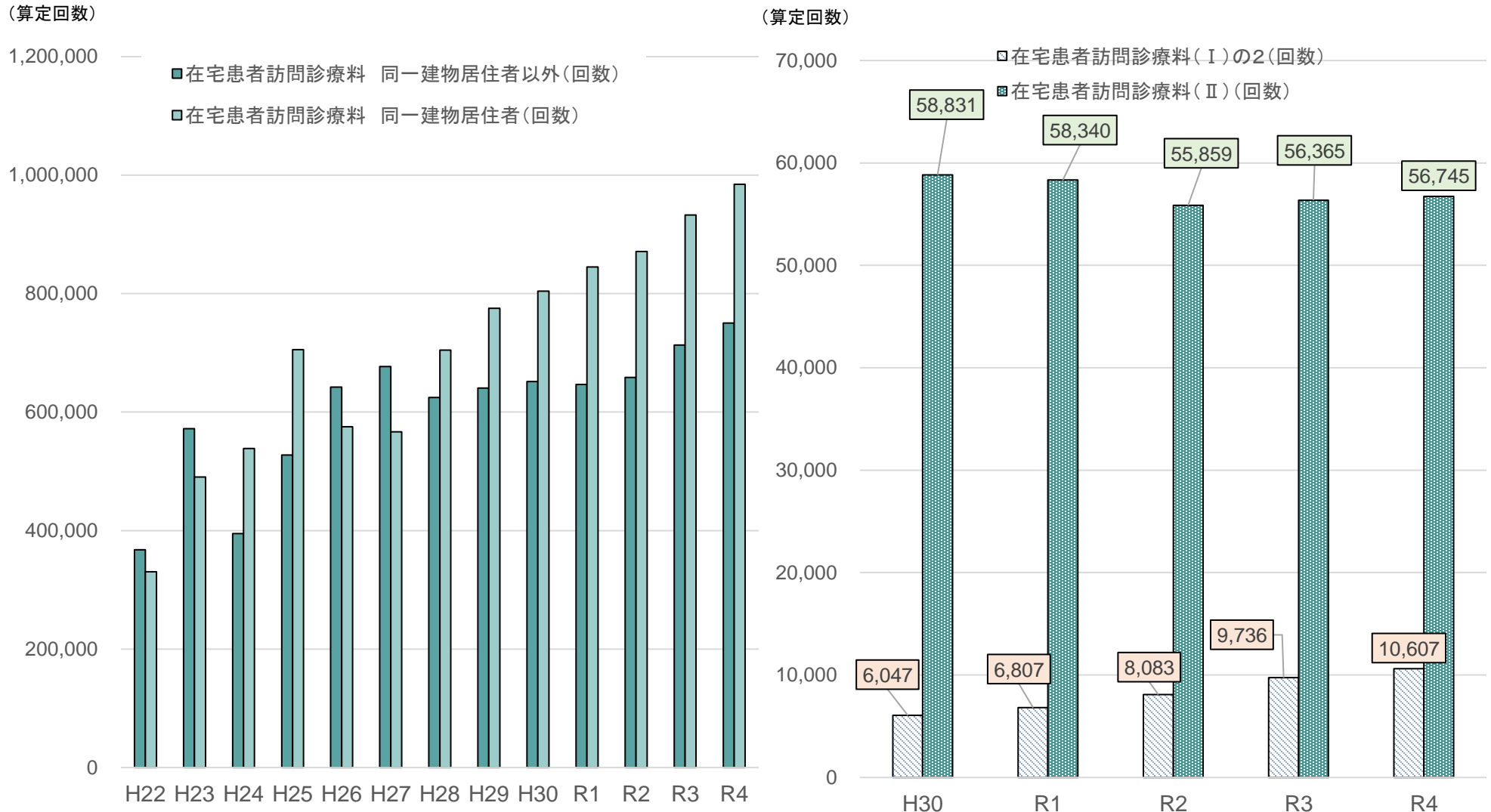
 同一建物居住者の場合

 他の医療機関の求めに応じて診療を行った場合

 当該医療機関併設の施設で診療を行った場合

在宅患者訪問診療料の算定状況の内訳

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



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

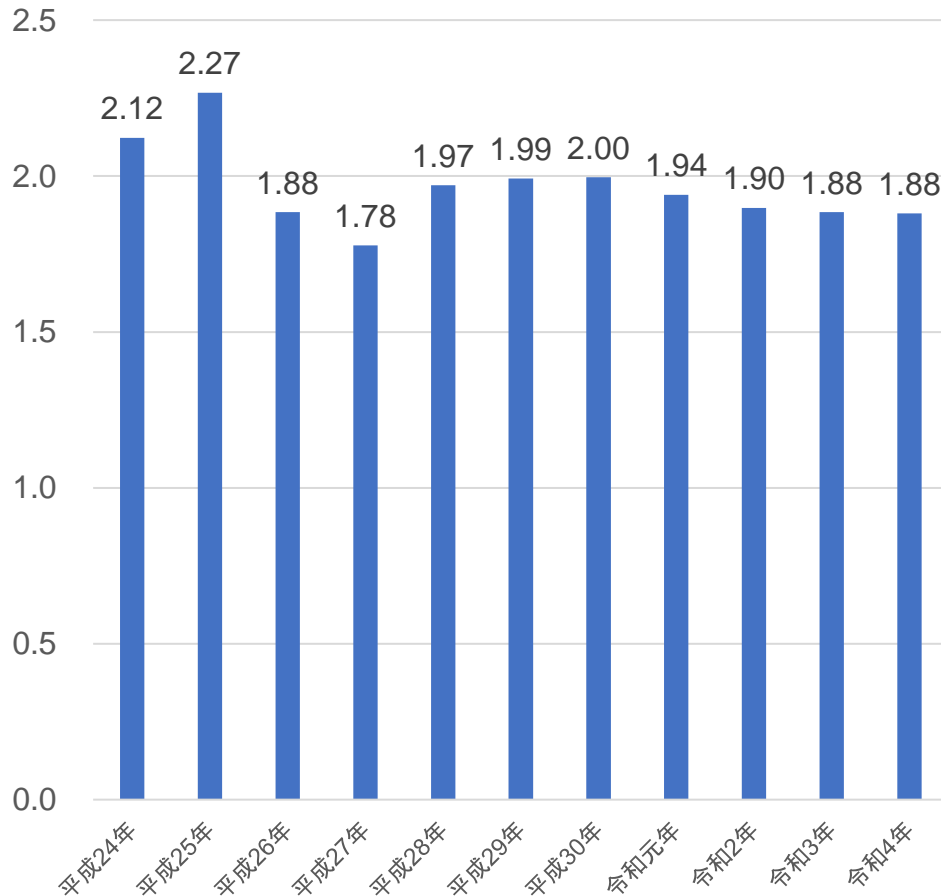
※病院について：平成22年以前は抽出調査、平成23年以後は全数調査

※診療所について：平成24年以前は抽出調査、平成25年以後は全数調査

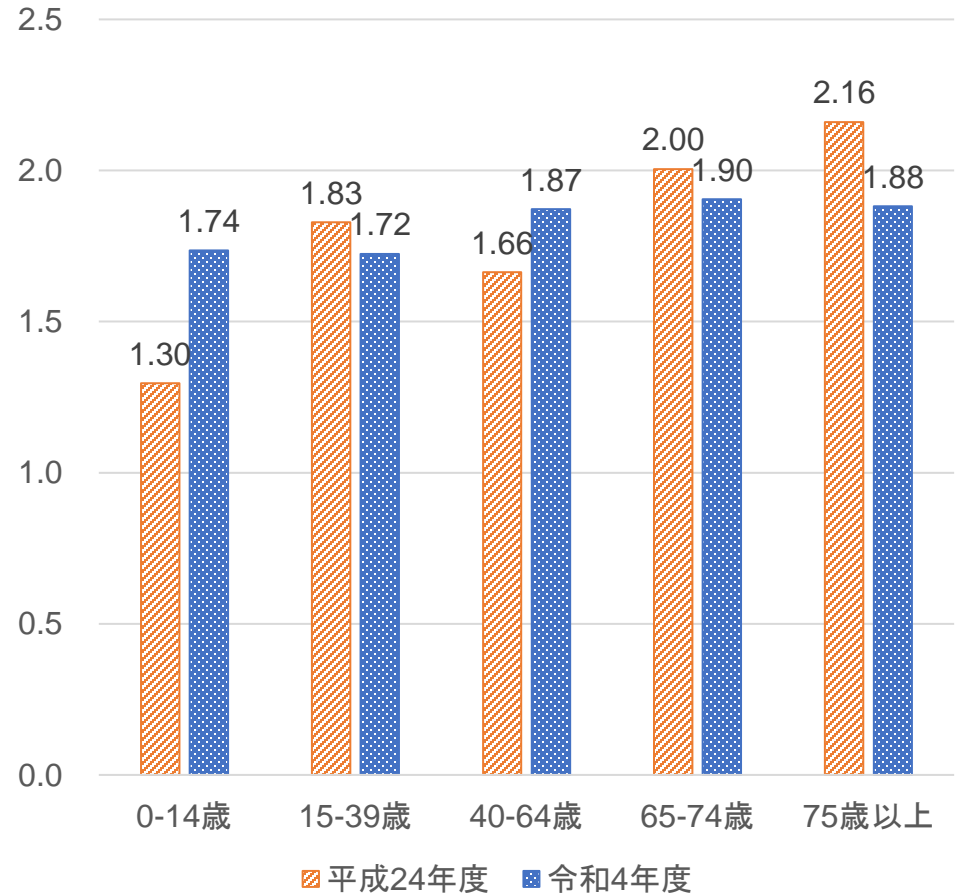
在宅患者一人あたり受診回数／年齢階級別の推移

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

在宅患者1人あたり受診回数



在宅患者1人あたり受診回数の年齢階級別の推移



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

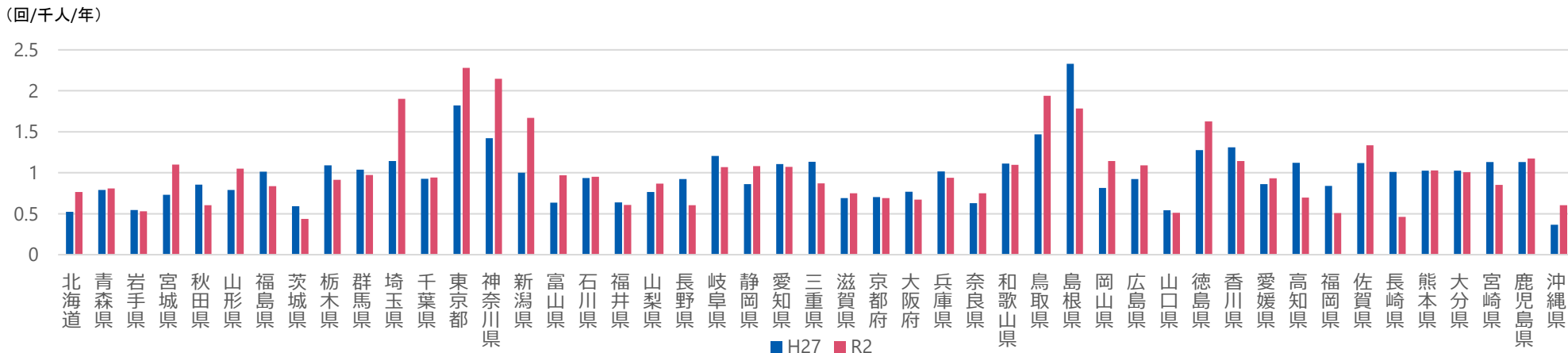
※病院について：平成22年以前は抽出調査、平成23年以後は全数調査

※診療所について：平成24年以前は抽出調査、平成25年以後は全数調査

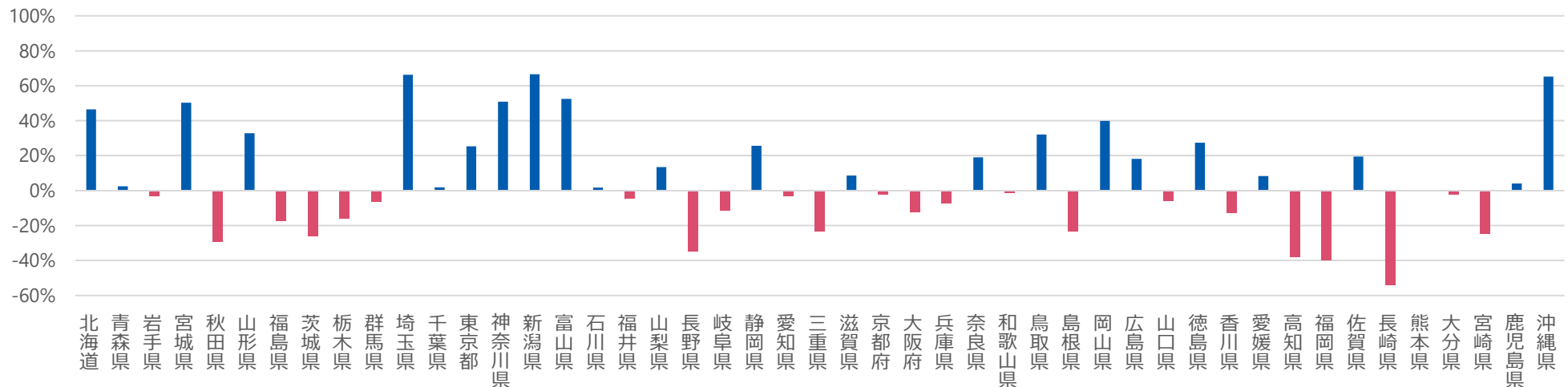
都道府県毎の緊急往診加算の算定状況

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

都道府県毎の人口1000人あたりの緊急往診加算の算定回数



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

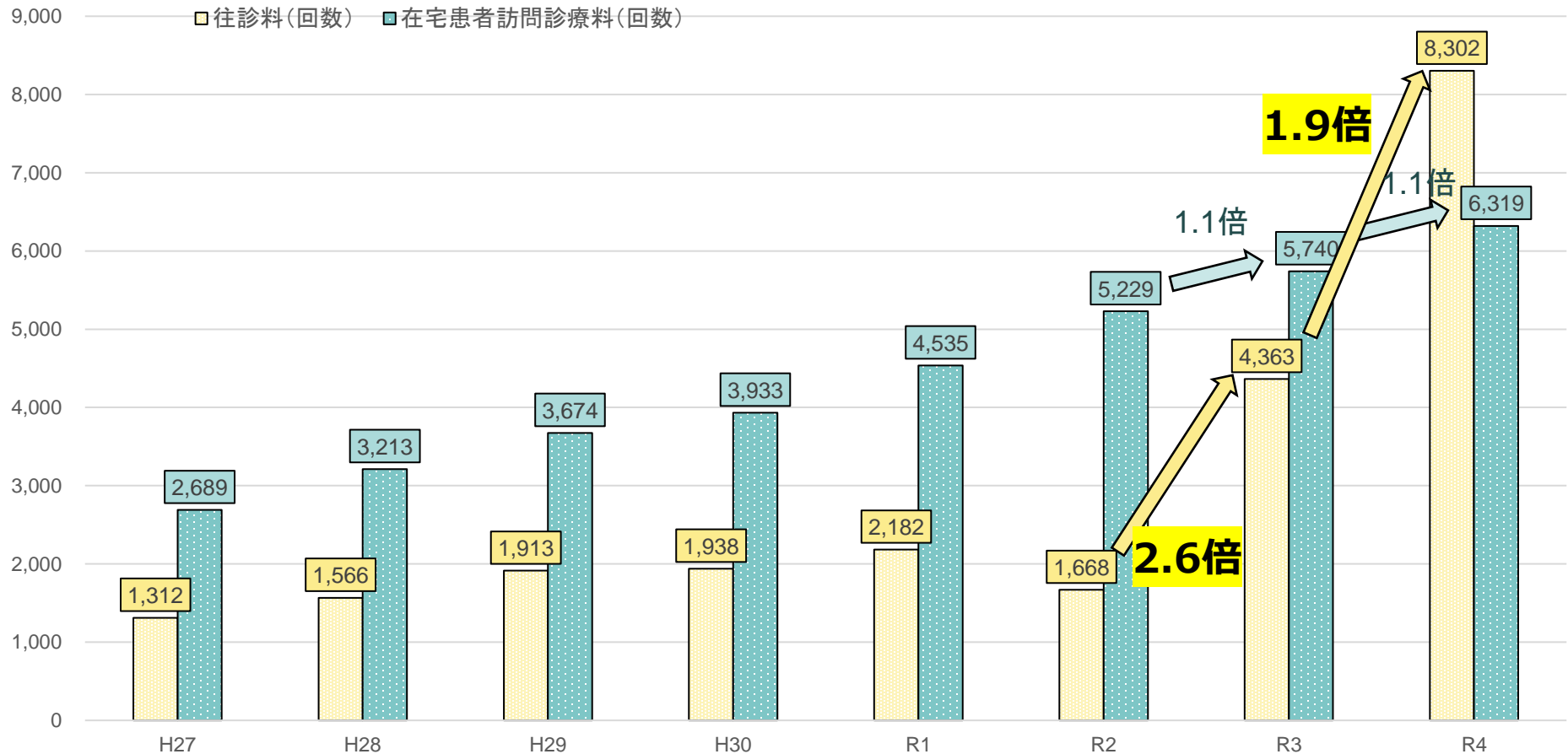


15歳未満の患者に対する在宅患者訪問診療料・往診料の算定状況

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

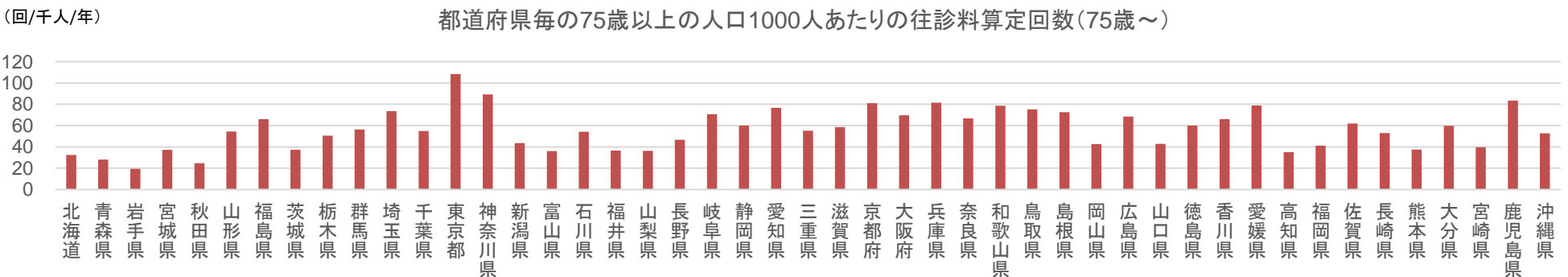
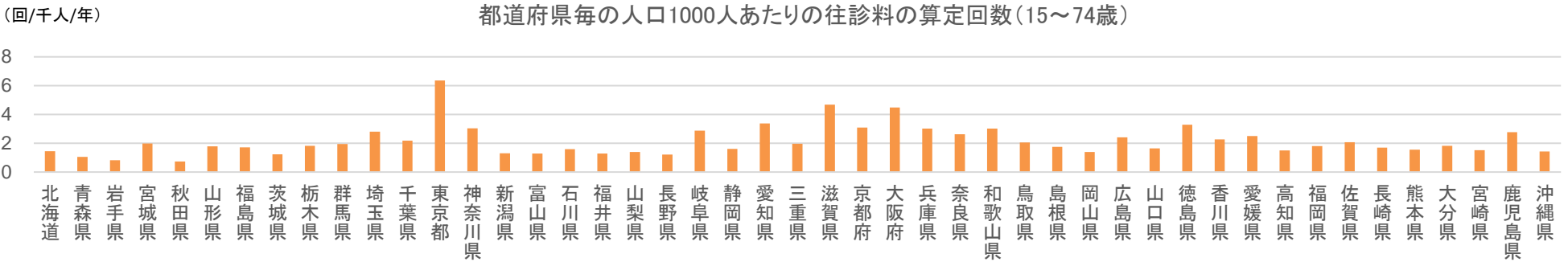
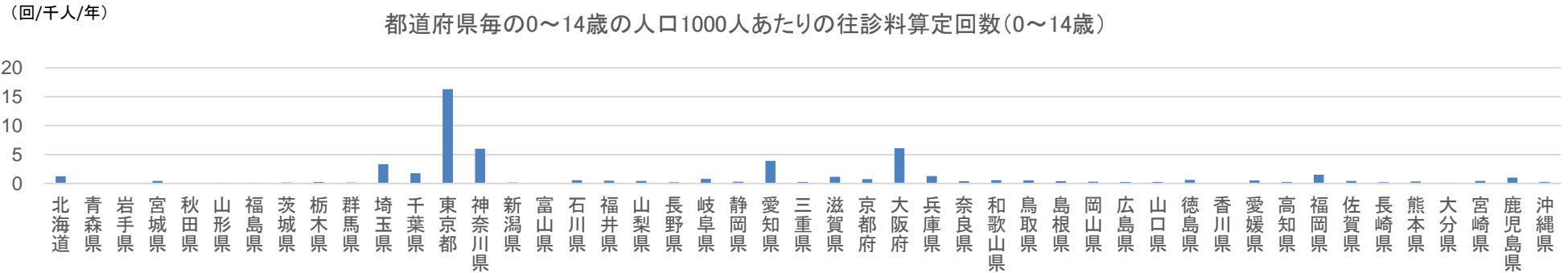
往診料・在宅患者訪問診療料の算定回数(15歳未満)

(算定回数)



都道府県毎の年齢別の往診料の算定回数

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



在支診・在支病の施設基準の見直し

適切な意思決定支援の推進

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

【経過措置】

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

機能強化型在支診・在支病等の地域との協力推進

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

機能強化型在支病の要件の見直し

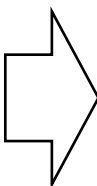
- ▶ 在宅医療を支える入院機能の充実を図る観点から、機能強化型在宅療養支援病院の要件を見直し、緊急の往診の実績に代えて、後方ベッドの確保及び緊急の入院患者の受入実績又は地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1若しくは3の届出により要件を満たすこととする。

現行

【在宅療養支援病院】

【施設基準】（抜粋・例）

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



改定後

【在宅療養支援病院】

【施設基準】（抜粋・例）

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

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

意見交換 資料-1
参 考
R 5 . 5 . 1 8

1. 見直しの必要性

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

2. 主な見直しの概要

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

在宅ターミナルケアに対する診療報酬上の評価の変遷

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

小児に対する在宅医療の評価の見直し

在宅がん医療総合診療料の見直し

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

在宅がん医療総合診療料

(新) 小児加算 1,000点 (週に1回に限る)

[算定要件]

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

緊急往診加算の見直し

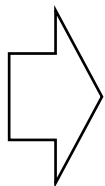
- 緊急往診加算について、小児に対する在宅医療を適切に評価する観点から、緊急往診加算について要件を見直し、小児特有の速やかな往診が必要な場合を明確にする。

現行

【往診料】

[施設基準]

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



改定後

【往診料】

[施設基準]

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

C108 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料 1,500点

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

C108－2 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料 1,500点

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

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

C110 在宅自己疼痛管理指導管理料 1,300点

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

在宅緩和ケアの充実

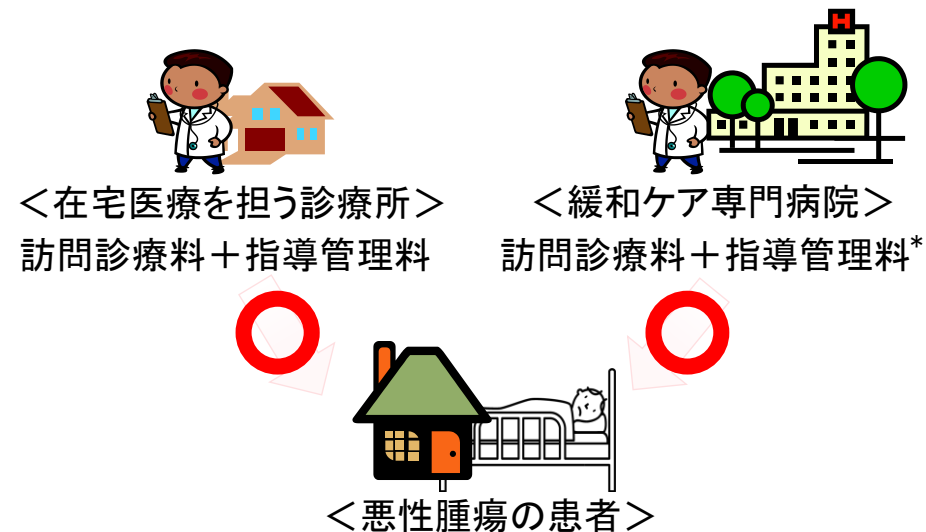
専門的な緩和ケアの評価

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

【現行】



【改定後】*在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料：
専門の研修を受けた医師に限る



在宅がん医療総合診療料の引き上げ

【現行】

在宅末期医療総合診療料
(処方せんを交付)

1, 495
点

【改定後】

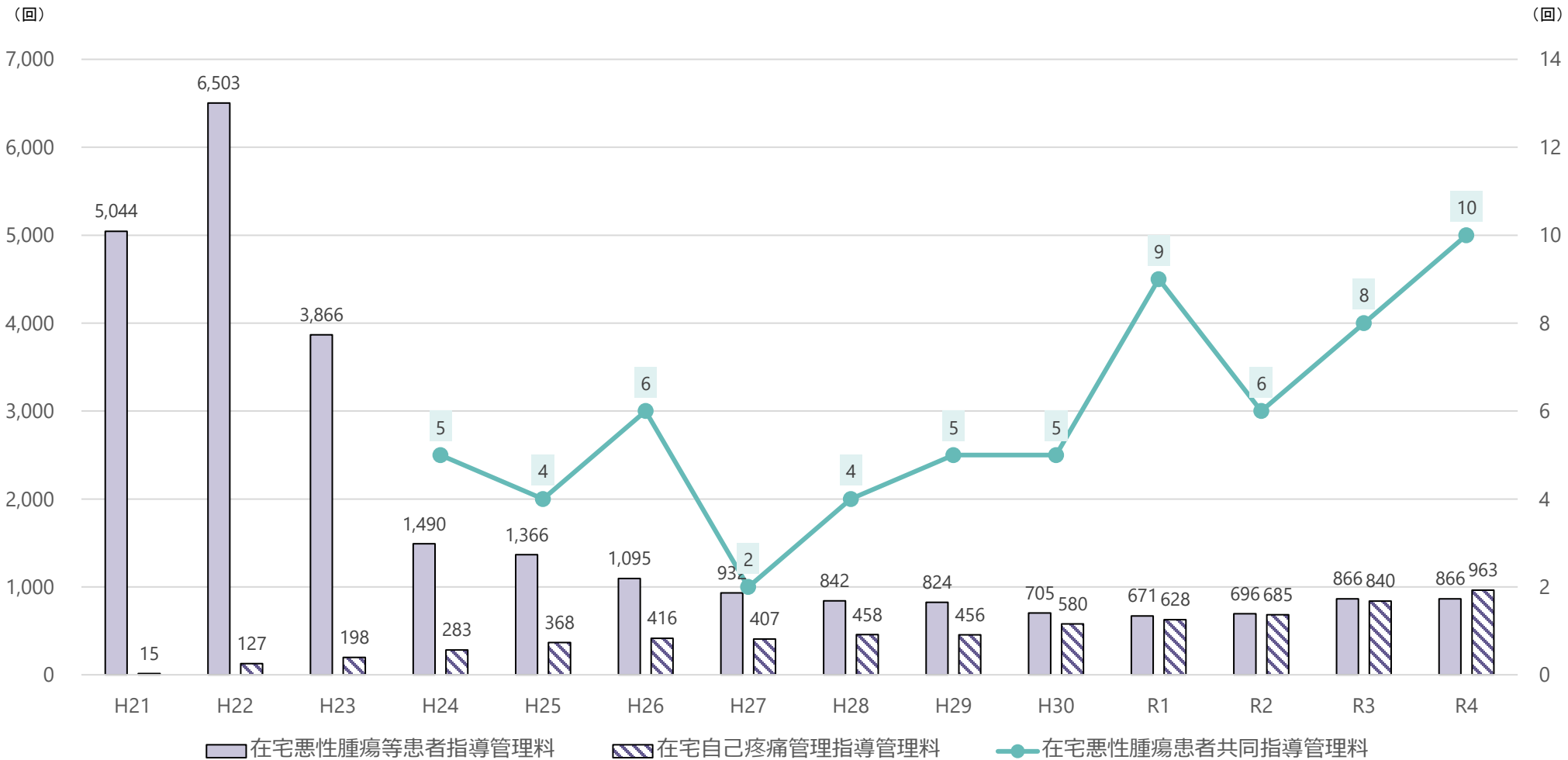
在宅がん医療総合診療料
(処方せんを交付)

1, 800
点

※機能を強化した在宅診療・在宅病(病床有)の例 36

在宅悪性腫瘍等患者指導管理料等の算定状況

○ 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料等の算定回数は近年横ばいで推移している。



※病院について：平成22年以前は抽出調査、平成23年以後は全数調査
 ※診療所について：平成24年以前は抽出調査、平成25年以後は全数調査

在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院に対する診療報酬上の主な評価の変遷

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

<p>平成18年</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者ができるだけ住み慣れた家庭や地域で療養しながら生活を送れるよう、また、身近な人に囲まれて在宅での最期を迎えることも選択できるよう、在宅療養支援診療所を創設
<p>平成20年</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・診療所のない地域においては、在宅医療の主たる担い手が病院となっている現状に着目し、在宅療養支援病院を創設
<p>平成22年</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅療養支援病院について、在宅医療を支える地域における医療機関の役割を鑑み、施設基準を緩和（要件のひとつである「半径4km以内に診療所が存在しないこと」について「許可病床数が200床未満の病院であること」でも良いとした）。
<p>平成24年</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢化に伴い、今後在宅医療の需要がますます高まることが予想され、在宅医療を担う医療機関の機能強化等が更に重要になることを踏まえ、在宅療養支援病院の機能分化と連携等による機能強化を進めるため、機能強化型の在宅療養支援病診療所及び在宅療養支援病院を創設
<p>平成26年</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療を実績に応じて適切に評価する観点から、機能強化型の実績要件の引き上げ
<p>平成28年</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・小児在宅医療に積極的に取り組んでいる保健医療機関を評価する観点から、機能強化型の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の実績要件について、看取り実績だけでなく、重症児に対する医学管理の実績を評価。
<p>令和4年</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・質の高い在宅医療の提供を更に推進する観点から、地域支援事業等に係る関係者と連携することが望ましい旨を機能強化型の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の施設基準に明記。 ・人生の最終段階における適切な意思決定支援を推進する観点から、当該支援に係る指針の作成を要件に追加 ・在宅医療を支える入院機能の充実を図る観点から、機能強化型在宅療養支援病院の要件を見直し

在宅緩和ケア充実診療所・病院加算

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

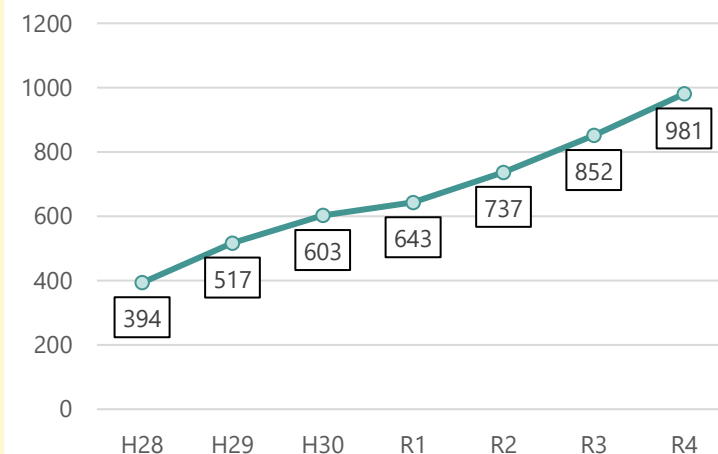
緊急、夜間・休日又は深夜の往診	<u>100点</u>
ターミナルケア加算	<u>1,000点</u>
在宅時医学総合管理料	<u>100～400点</u>
施設入居時等医学総合管理料	<u>75～300点</u>
在宅がん医療総合診療料	<u>150点</u>

施設基準

[施設基準]

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

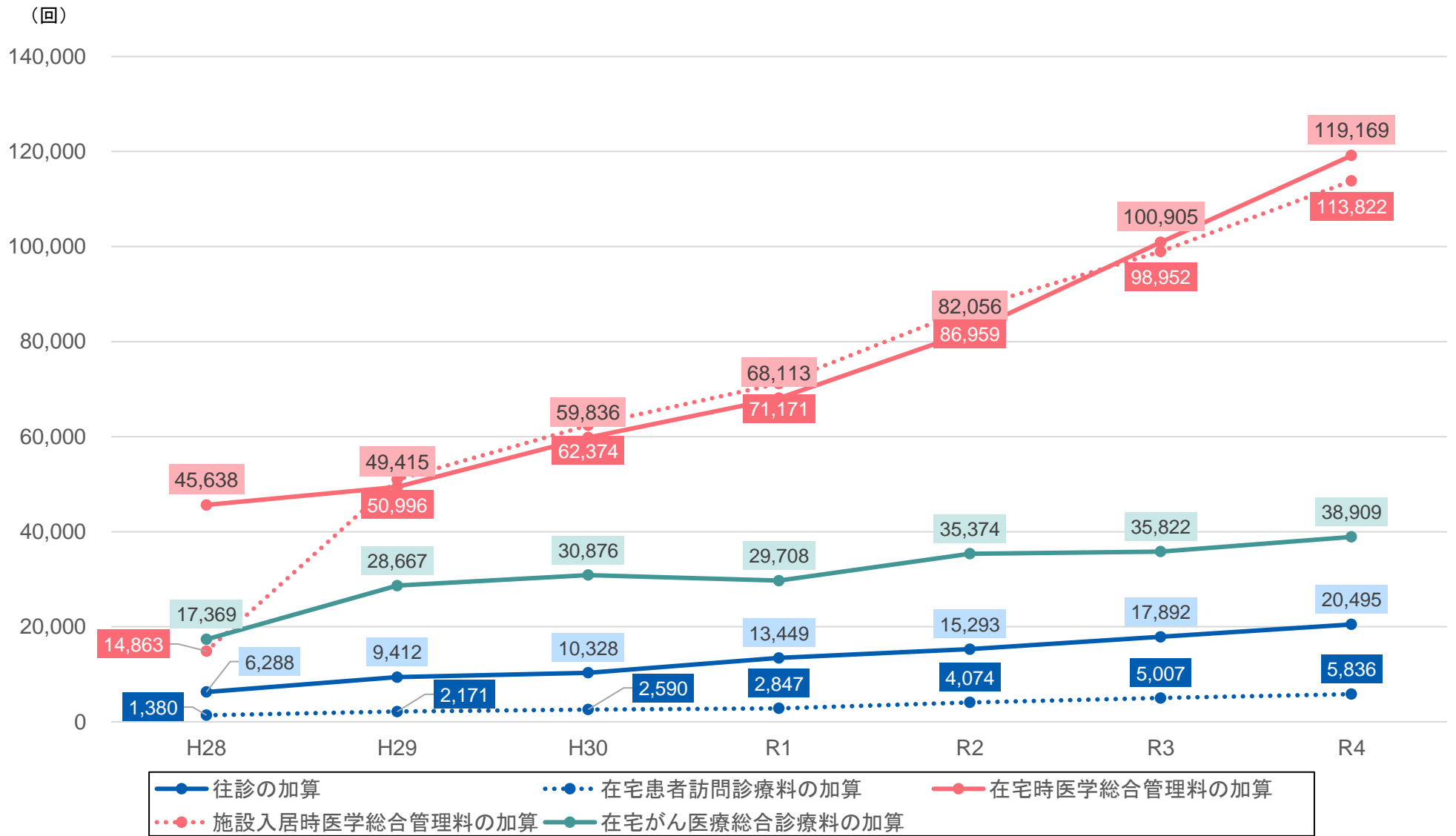
届出医療機関数の推移



出典：保険局医療課調べ

在宅緩和ケア充実診療所加算の算定状況

○ 在宅緩和ケア充実診療所加算の算定状況は増加傾向。

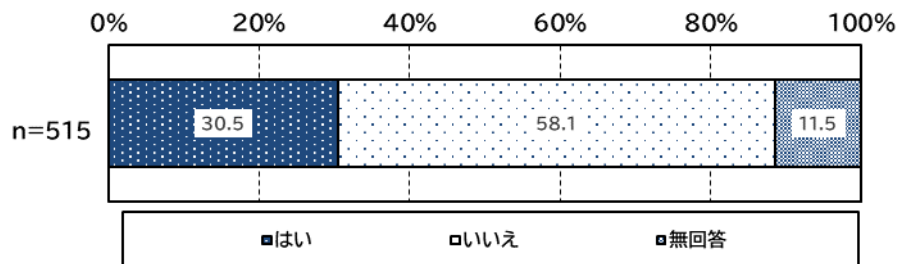


医療機関調査の結果⑬

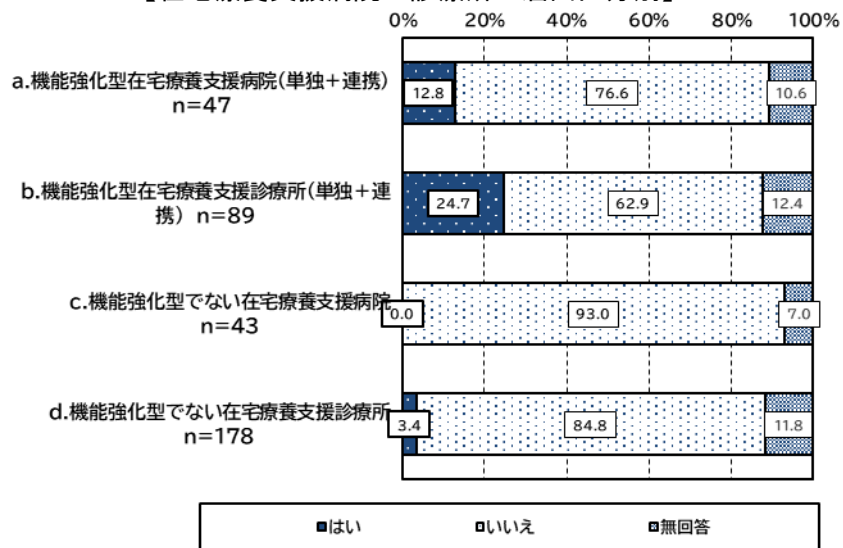
＜在宅がん医療総合診療料の届出等＞（報告書p218,222,224）

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

図表 2-240 在宅がん医療総合診療料の届出

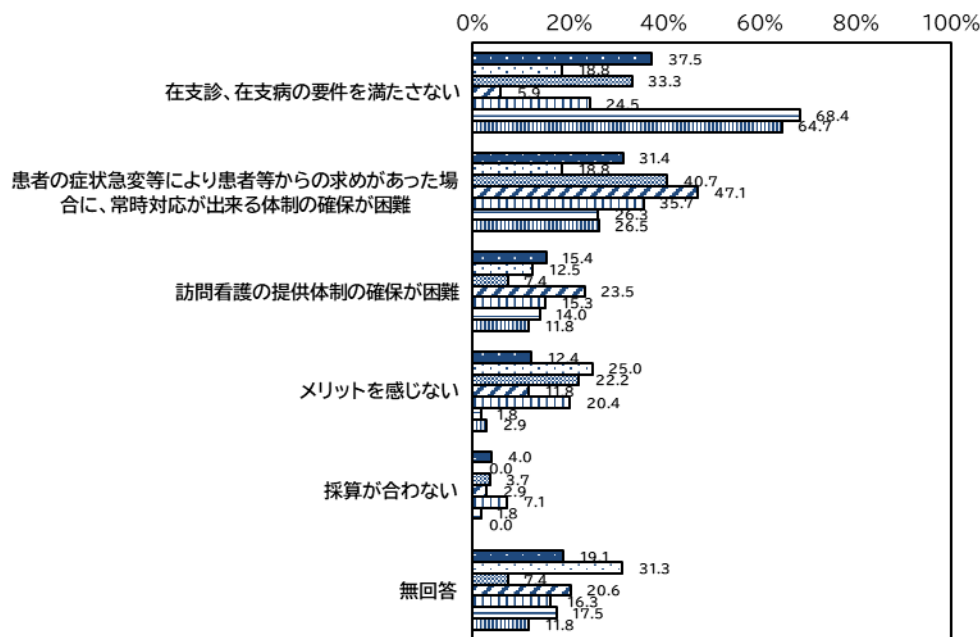


図表 2-248 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の届出
【在宅療養支援病院・診療所の届出区分別】



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

【在宅療養支援病院・診療所の届出区分別】



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

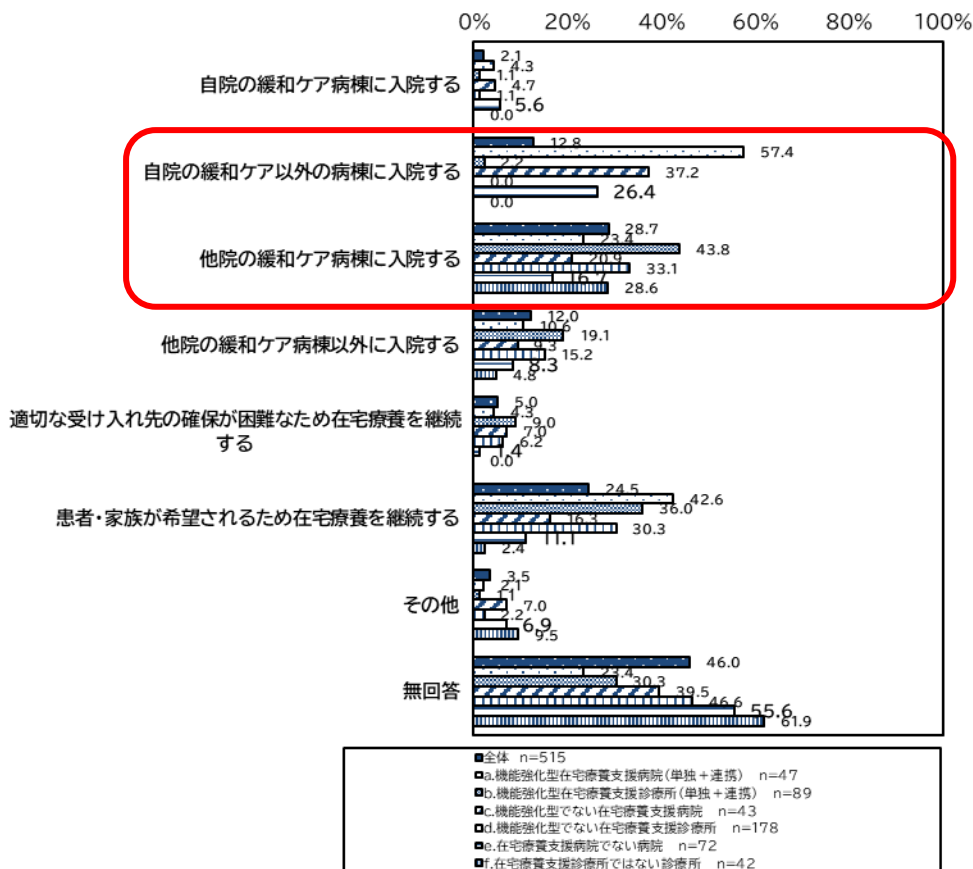
医療機関調査の結果

<末期の悪性腫瘍の患者の受け入れ状況> (報告書p226,234)

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

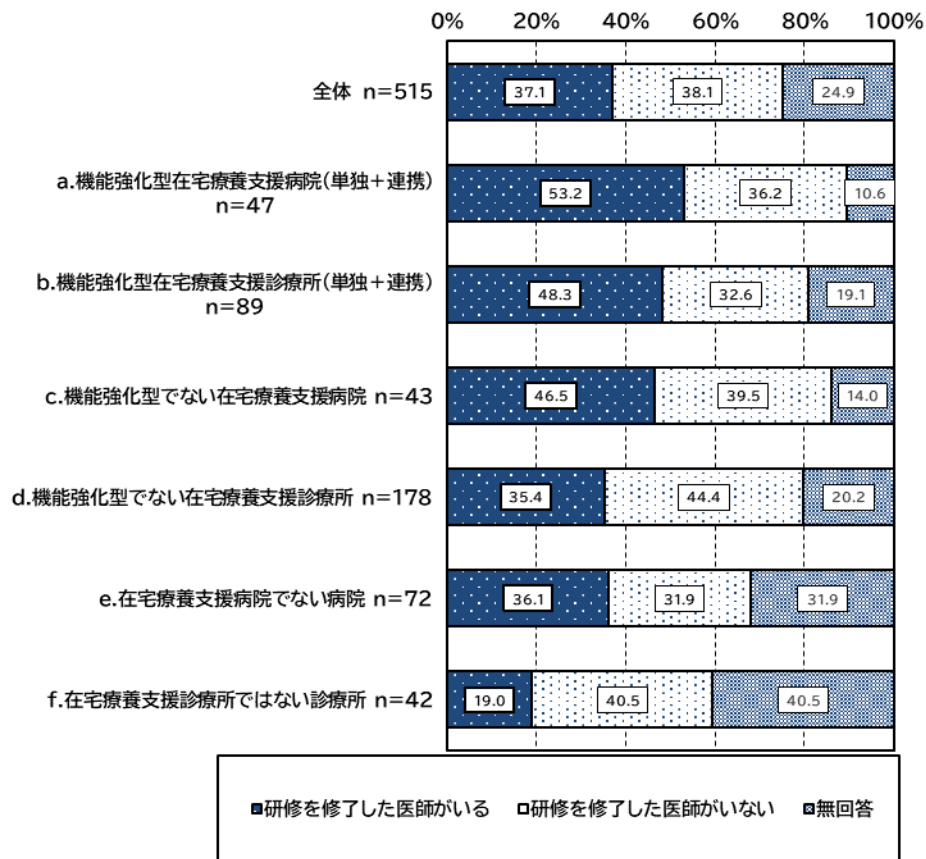
図表 2-259 在宅療養で鎮痛療法を行っている患者が疼痛コントロール不良になった場合の対応

【在宅療養支援病院・診療所の届出区分別】



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

【在宅療養支援病院・診療所の届出区分別】



質の高い在宅医療の確保

複数の医療機関による訪問診療の明確化

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

改定後

【在宅患者訪問診療料(Ⅰ)2】

[算定要件]

(7)「2」は、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理のもと、主治医として定期的に訪問診療を行っている保険医が属する他の保険医療機関の求めを受けて、当該他の保険医療機関が診療を求めた傷病に対し訪問診療を行った場合に、求めがあった日を含む月から**6月を限度**として算定できる。

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

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

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



他の医療機関に訪問診療を依頼した対象病名のうち、多いもの

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

※保険局医療課調べ

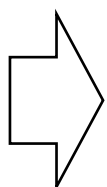
情報通信機器を用いた在宅管理に係る評価について①

情報通信機器を用いた在宅管理に係る評価の見直し

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

現行

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



改定後

在宅時医学総合管理料（施設入居時等医学総合管理料についても同様）に**情報通信機器を用いた場合の評価**を設定

（例：機能強化型在支診・在支病（病床あり）の場合）

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

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

在宅療養移行加算等における要件の一覧

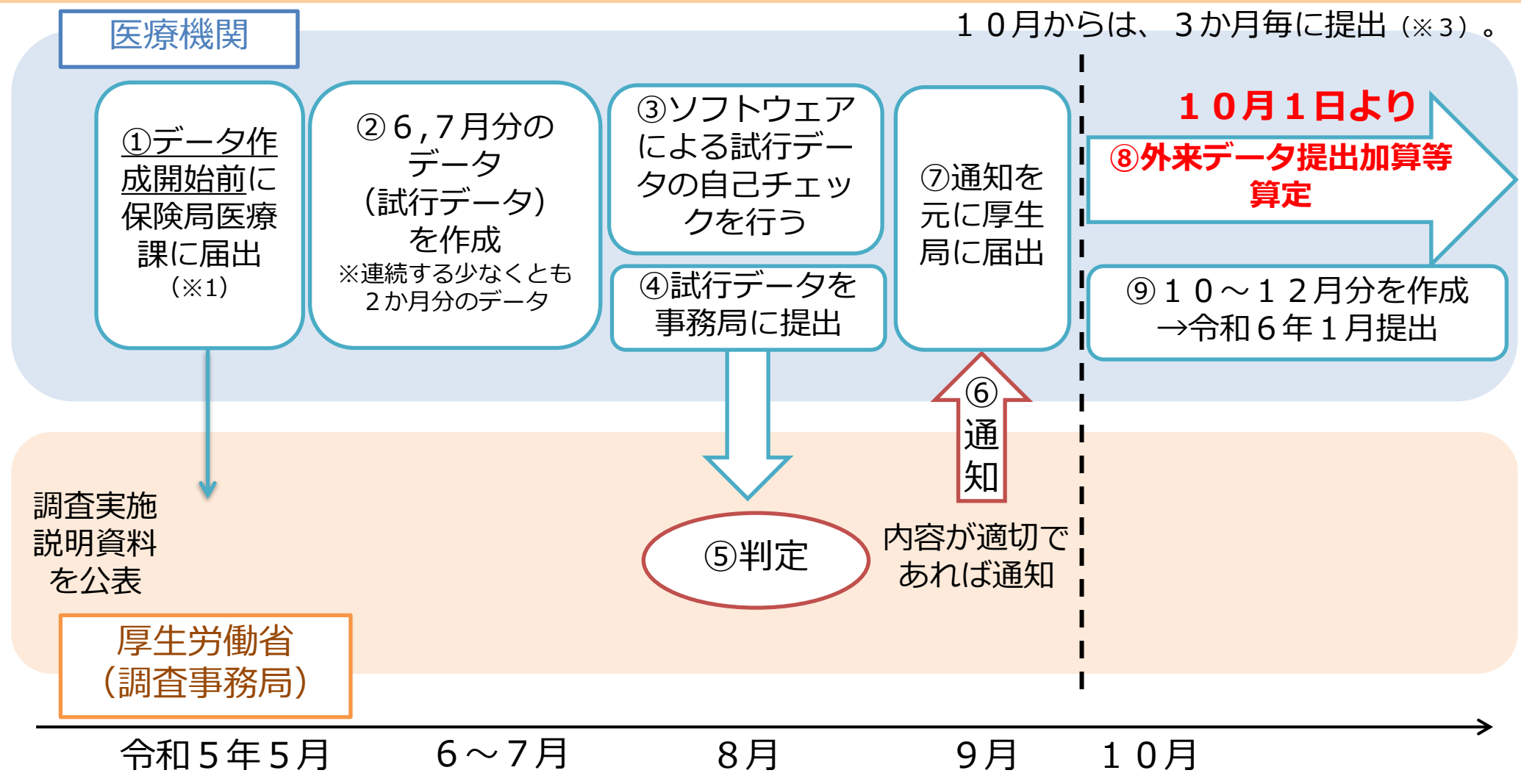
○：どちらでもよい ◎：必ず満たす必要がある ×：要件を満たさない -：施設基準上の要件ではない			24時間要件					
			往診を行う体制		訪問看護を行う体制		連絡を受ける体制	
			単独	連携	単独	連携	単独	連携
在宅療養支援診療所	機能強化型	単独型	◎	×	○		◎	×
		連携型	○ (<10)		○ (<10)		○ (<10)	
	その他	○		○		◎	×	
在宅療養支援病院	機能強化型	単独型	◎	×	○		◎	×
		連携型	○ (<10)		○ (<10)		○ (<10)	
	その他	◎	×	○		◎	×	
(新) 在宅療養移行加算 1			○※1		-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

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

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

<10：連携医療機関数が10未満であること。

外来医療等のデータ提出を始める医療機関のスケジュール（イメージ）



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

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

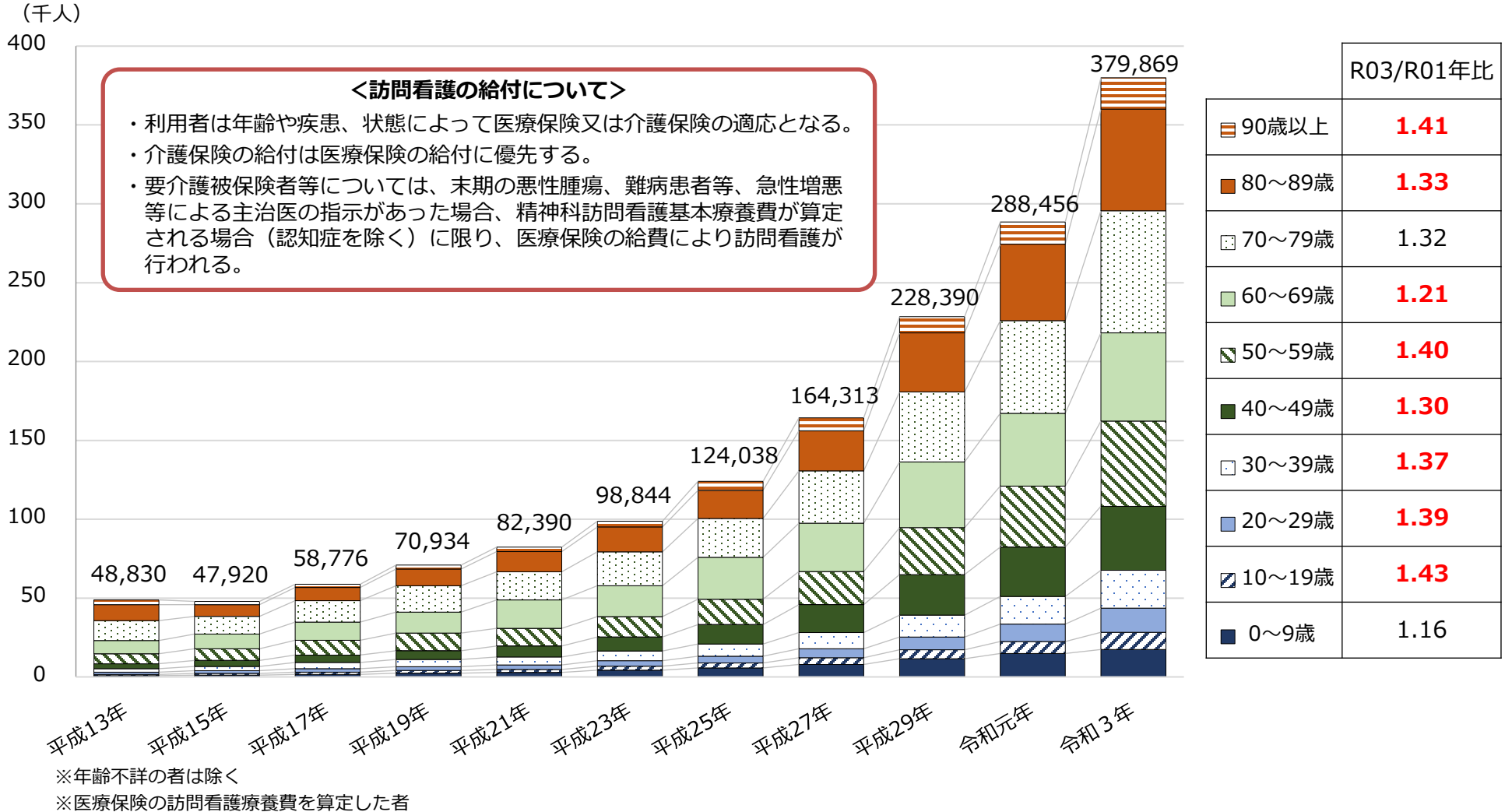
※3 提出データについては、より詳細な点検を厚生労働省（調査事務局）にて実施し、データの追加提出を求める場合がある。

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

訪問看護ステーションの利用者数の推移（年齢階級別）

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

■ 年齢階級別利用者数の推移



機能強化型訪問看護ステーションの見直し

機能強化型訪問看護管理療養費の見直し

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

現行

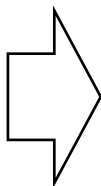
【機能強化型訪問看護管理療養費1及び2】

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

【施設基準】

ア～キ 略

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



改定後

【機能強化型訪問看護管理療養費1及び2】

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

【施設基準】

ア～キ 略

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

【経過措置】

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

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

改定後

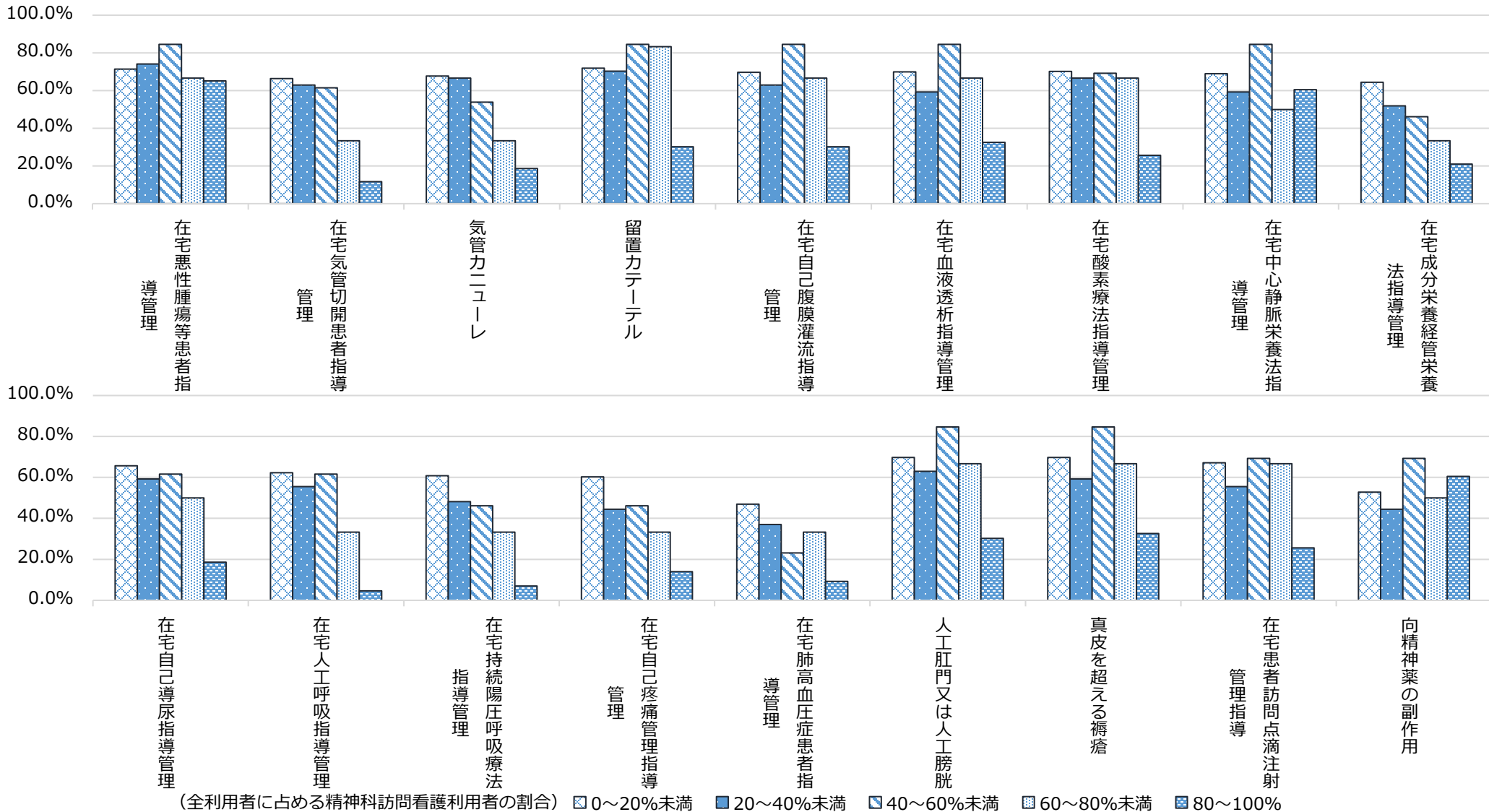
【機能強化型訪問看護管理療養費】

【施設基準】

コ 専門の研修を受けた看護師が配置されていることが望ましい。

身体合併症を有する精神科訪問看護利用者への対応可否

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



利用者が安心して24時間対応等を受けられる体制の整備

業務継続に向けた取組強化の推進

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

【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】

（業務継続計画の策定等）

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

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

複数の訪問看護ステーションによる24時間対応体制の見直し

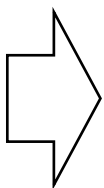
- 利用者が安心して24時間対応を受けられる体制の整備を促進する観点から、複数の訪問看護ステーションが連携することで24時間対応体制加算を算定できる場合の要件について、自治体や医療関係団体等が整備する地域の連携体制に参画している場合を追加する。

現行

【24時間対応体制加算
（訪問看護管理療養費）】

〔算定要件〕

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



改定後

【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】

〔算定要件〕

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

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

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

複数名訪問看護加算の見直し

複数名訪問看護加算の見直し

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

現行

【複数名訪問看護加算】

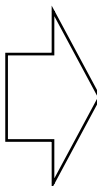
[算定要件]

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

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

[算定対象]

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



改定後

【複数名訪問看護加算】

[算定要件]

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

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

※その他職員：看護師等又は看護補助者

[算定対象]

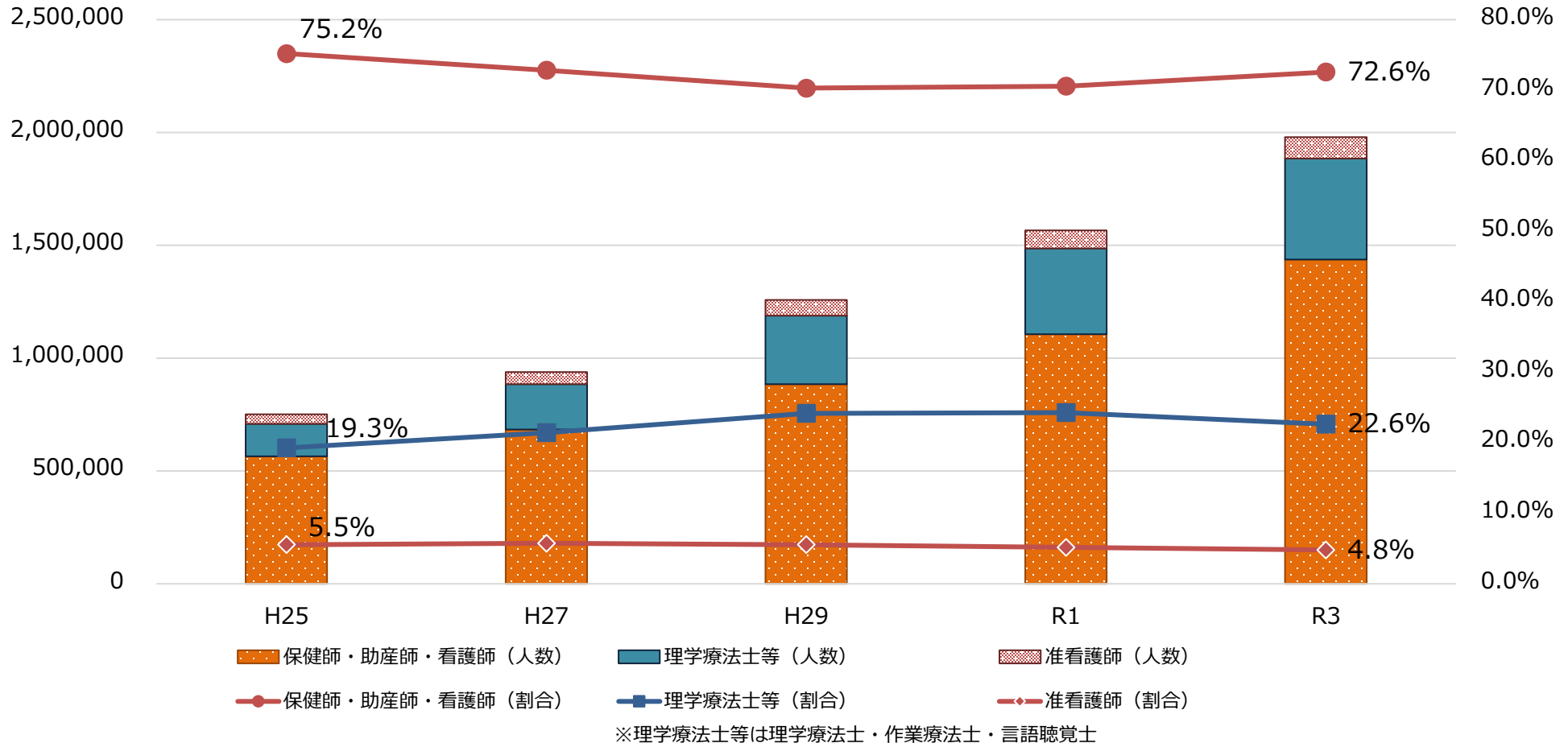
- イ 特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の者
- ロ 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者
- ハ 特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者
- ニ 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者
- ホ 利用者の身体的理由により一人の看護職員による訪問看護が困難と認められる者（訪問看護基本療養費の注12のハに該当する場合に限る。）
- ヘ その他利用者の状況等から判断して、イからホまでのいずれかに準ずると認められる者（訪問看護基本療養費の注12のハに該当する場合に限る。）

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

訪問看護基本療養費の職種別の算定状況

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

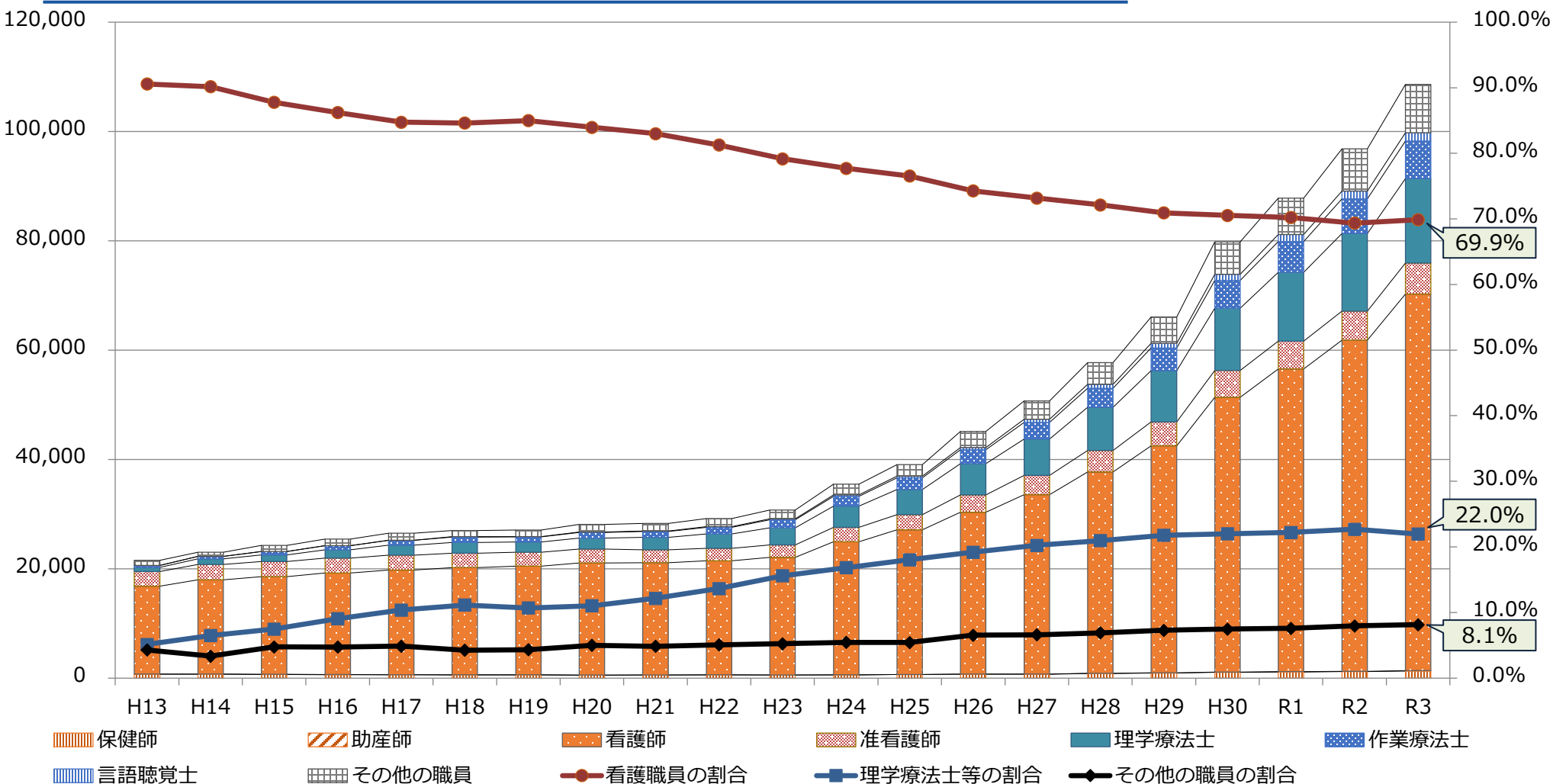
■ 訪問看護基本療養費の職種別の算定状況



訪問看護ステーションにおける職種別の従事者数の推移

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

■ 訪問看護ステーションにおける職種別の従事者数の推移（常勤換算）



訪問看護指示書の記載欄の見直し

訪問看護指示書の記載欄の見直し

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

(別紙様式 16)

訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

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

患者氏名 _____ 生年月日 _____ (歳)

患者住所 _____ 電話 () - _____

主たる傷病名 (1) _____ (2) _____ (3) _____

現在の状況

病状・治療 状												
投与中の薬剤 の用量・用法	1. _____		2. _____		3. _____		4. _____		5. _____		6. _____	
日常生活 自立度	寝たきり度	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2			
認知症の状況		I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M				
要介護認定 の状況	要支援 (1 2)	要介護 (1 2 3 4 5)										
褥瘡の 深さ	DESIGN分類	D3	D4	D5	NPUAP分類		III度	IV度				
装着・使用 医療機器等	1. 自動腹膜灌流装置	2. 透析液供給装置	3. 酸素療法 (_____ /min)	4. 吸引器	5. 中心静脈栄養	6. 輸液ポンプ						
	7. 経管栄養 (経鼻・胃腸 : サイズ _____ 日に1回交換)	8. 留置カテーテル (部位 : サイズ _____ 日に1回交換)	9. 人工呼吸器 (陽圧式・陰圧式 : 設定 _____)	10. 気管カニューレ (サイズ _____)	11. 人工肛門	12. 人工膀胱	13. その他 (_____)					

留意事項及び指示事項

I 療養生活指導上の留意事項

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

2. 褥瘡の処置等

3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理

4. その他

在宅患者訪問点滴注射に関する指示 (投与薬剤・投与量・投与方法等)

緊急時の連絡先
不在時の対応

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

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

上記のとおり、指示いたします。

年 月 日

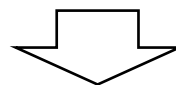
医療機関名 _____ 印
住 所 _____
電 話 _____
(FAX) _____
医師氏名 _____

事業所 _____ 殿

訪問看護指示書 (抜粋)
在宅患者訪問点滴注射指示書

現行

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



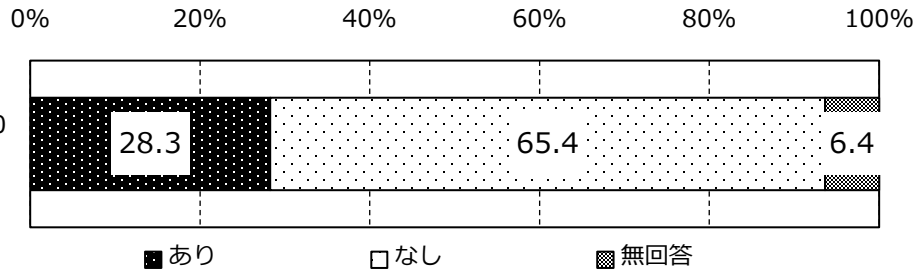
改定後

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

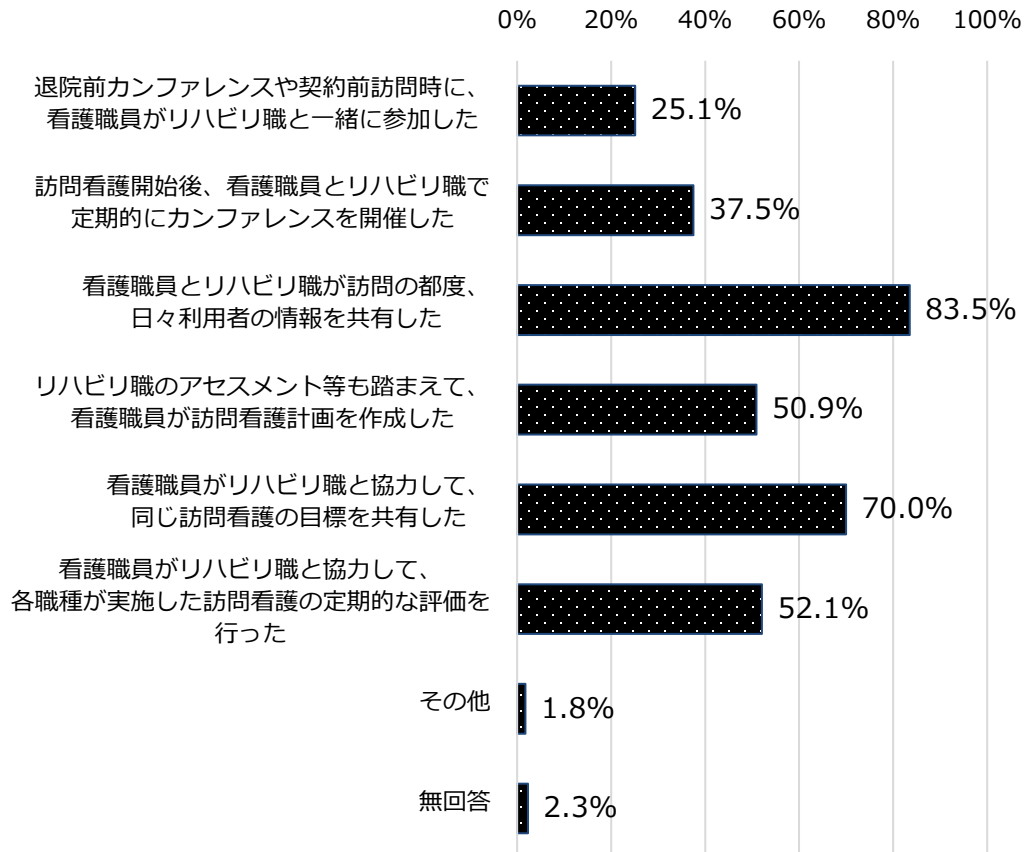
理学療法士等が行う訪問看護の指示の有無と内容等

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

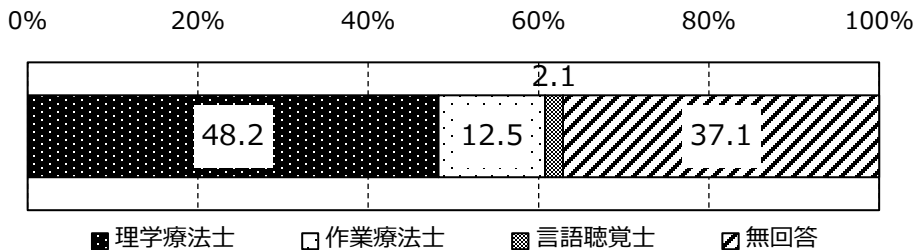
訪問看護指示書におけるリハビリ職が行う指示の有無



リハビリ職と看護職員の具体的な連携方策として行ったこと (複数回答)



訪問看護指示書の記載事項 (職種) (令和4年10月)



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

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

専門性の高い看護師による訪問看護の評価の推進

専門性の高い看護師による同行訪問の見直し

- 褥瘡ケアに係る専門の研修に特定行為研修を追加する。

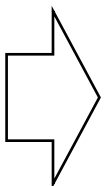
現行

【訪問看護基本療養費(Ⅰ)・(Ⅱ)】

[施設基準]

褥瘡ケアに係る専門の研修

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



改定後

【訪問看護基本療養費(Ⅰ)・(Ⅱ)】

[施設基準]

褥瘡ケアに係る専門の研修

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

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

専門性の高い看護師による訪問看護における専門的な管理の評価の新設

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

(新) 専門管理加算 2,500円(1月に1回)

[算定要件]

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

[算定対象]

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

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

※在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料についても同様

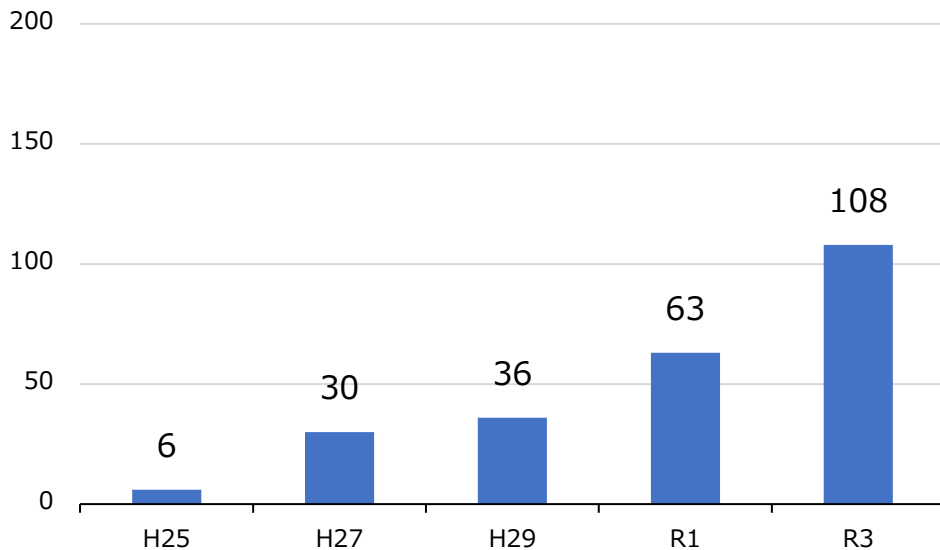
専門の研修を受けた看護師による同行訪問

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

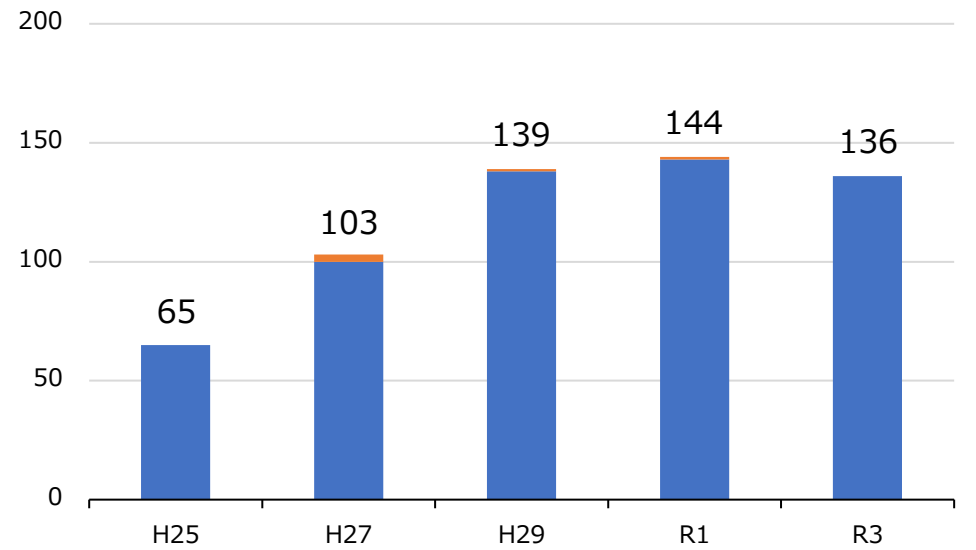
■ 専門性の高い看護師による訪問看護の評価

基本療養費／加算名	費用	算定対象	要件等
訪問看護 基本療養費 (Ⅰ)・(Ⅱ) など	12,850円 (1月に1回)	<ul style="list-style-type: none"> 悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者 真皮を越える褥瘡の状態にある利用者 人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な利用者 	悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が、他の訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師又は当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師若しくは准看護師と共同して同一日に指定訪問看護を行った場合に算定。

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



■ 医療機関における専門の研修を受けた看護師の同行訪問の算定件数



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

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

訪問看護における特定行為の手順書の交付に係る評価の新設

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

(新) 手順書加算 150点(6月に1回)

[算定要件]

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

※訪問看護において専門の管理を必要とするもの

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

医療的ニーズの高い利用者の退院支援の見直し

退院支援指導加算の見直し

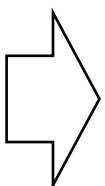
- 退院日の利用者の状態及び訪問看護の提供状況に応じた評価を行う観点から、退院日に看護師等が長時間の退院支援指導を行った場合の評価を新設する。

現行

【退院支援指導加算（訪問看護管理療養費）】

[算定要件]

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



改定後

【退院支援指導加算（訪問看護管理療養費）】

[算定要件]

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

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

（参考）別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者

長時間の訪問看護を要する利用者であって、次のいずれかに該当するもの

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

訪問看護に係る関係機関との連携強化

自治体等への情報提供の見直し

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

現行

【訪問看護情報提供療養費1】

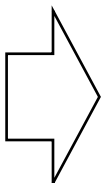
[算定要件]

- ・市町村
- ・都道府県

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

[算定対象]

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



改定後

【訪問看護情報提供療養費1】

[算定要件]

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

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

[算定対象]

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

学校等への情報提供の見直し

- 訪問看護情報提供療養費2について、情報提供先に高等学校等を追加する。

現行

【訪問看護情報提供療養費2】

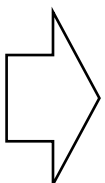
[算定要件]

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

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

[算定対象]

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



改定後

【訪問看護情報提供療養費2】

[算定要件]

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

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

[算定対象]

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

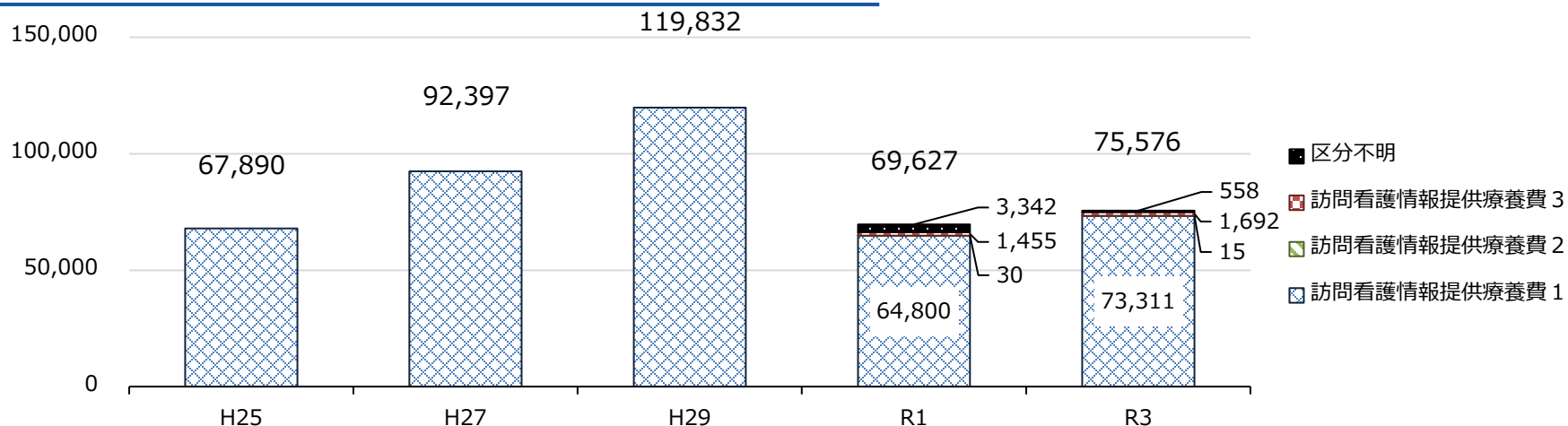
(※) 保育所、認定こども園、家庭的保育事業を行う者、小規模保育事業を行う者、事業所内保育事業を行う者

訪問看護情報提供療養費の算定要件及び算定状況

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

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

■ 訪問看護情報提供療養費の算定状況（推計）



出典：令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（表中）、訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成（各年6月審査分より推計）（下図）

訪問看護レセプトの現状と電子化の背景・目的

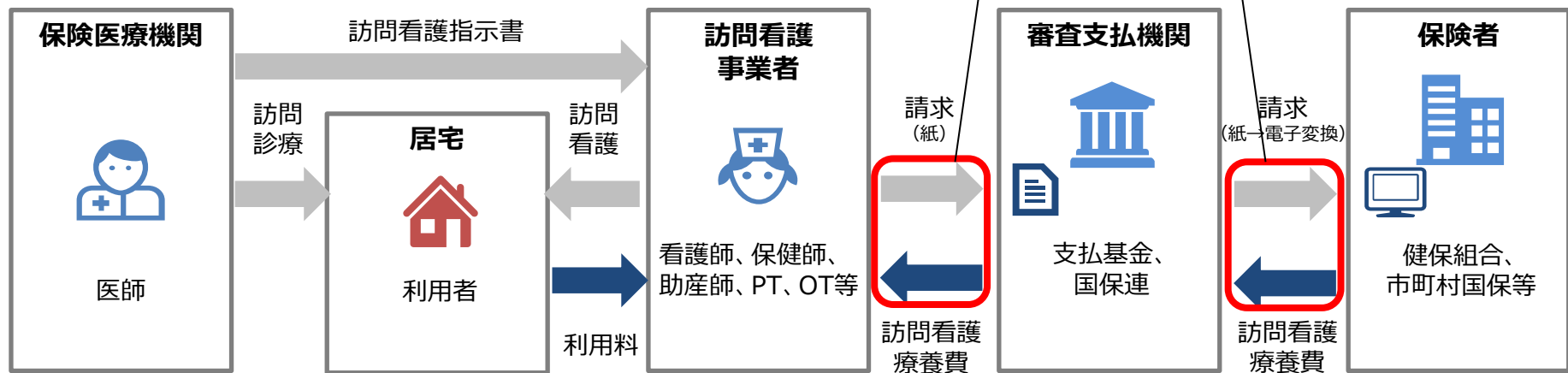
訪問看護レセプトの現状

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

訪問看護レセプトの電子化の目的

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

訪問看護の流れとレセプト電子化範囲



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

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

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

在宅歯科医療に関する近年の主な変遷

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

在宅療養支援歯科診療所に関する主な変遷

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

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

訪問歯科衛生指導料に関する主な変遷

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

質の高い在宅歯科医療の提供の推進

20分未満の歯科訪問診療の評価の見直し

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

現行

【歯科訪問診療料（1日につき）】

[算定要件]

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

改定後

【歯科訪問診療料（1日につき）】

[算定要件]

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



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

在宅医療における医科歯科連携の推進

在宅療養支援歯科診療所 1 及び 2 の見直し

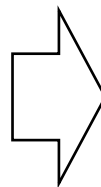
- 在宅療養支援歯科診療所 1 及び 2 の施設基準について、歯科訪問診療の実績要件を見直す。

現行

【在宅療養支援歯科診療所】

[施設基準]

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



改定後

【在宅療養支援歯科診療所】

[施設基準]

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

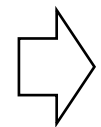
[経過措置] 令和4年3月31日において、現に在宅療養支援歯科診療所 1 の届出を行っている保険医療機関については、令和5年3月31日までの間に限り、1の(1)のアの基準を満たしているものとみなす。

- 在宅療養支援歯科診療所 1 及び 2 に関連する項目の評価を見直す。

現行

【歯科疾患在宅療養管理料】

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



改定後

【歯科疾患在宅療養管理料】

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

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

質の高い在宅歯科医療の提供の推進

在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の見直し

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

現行

【在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】

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

[算定要件]

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

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

改定後

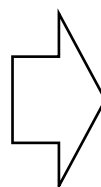
【在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】

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

[算定要件]

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

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



質の高い在宅歯科医療の提供の推進

小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の見直し

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

現行

【小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】 450点

[算定要件]

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

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

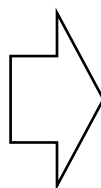
改定後

【小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】 600点

[算定要件]

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

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



在宅医療における医科歯科連携の推進

歯科医療機関連携加算1の対象医療機関及び患者の拡充

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

現行

【歯科医療機関連携加算1（医科点数表 診療情報提供料（I））】

【算定要件】

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

ア （略）

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

改定後

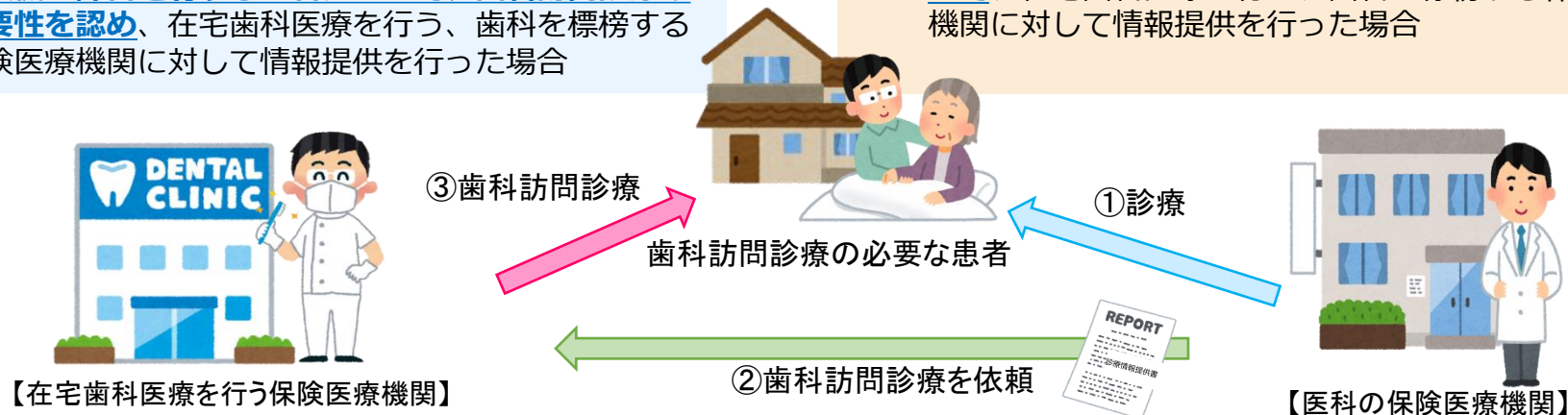
【歯科医療機関連携加算1（医科点数表 診療情報提供料（I））】

【算定要件】

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

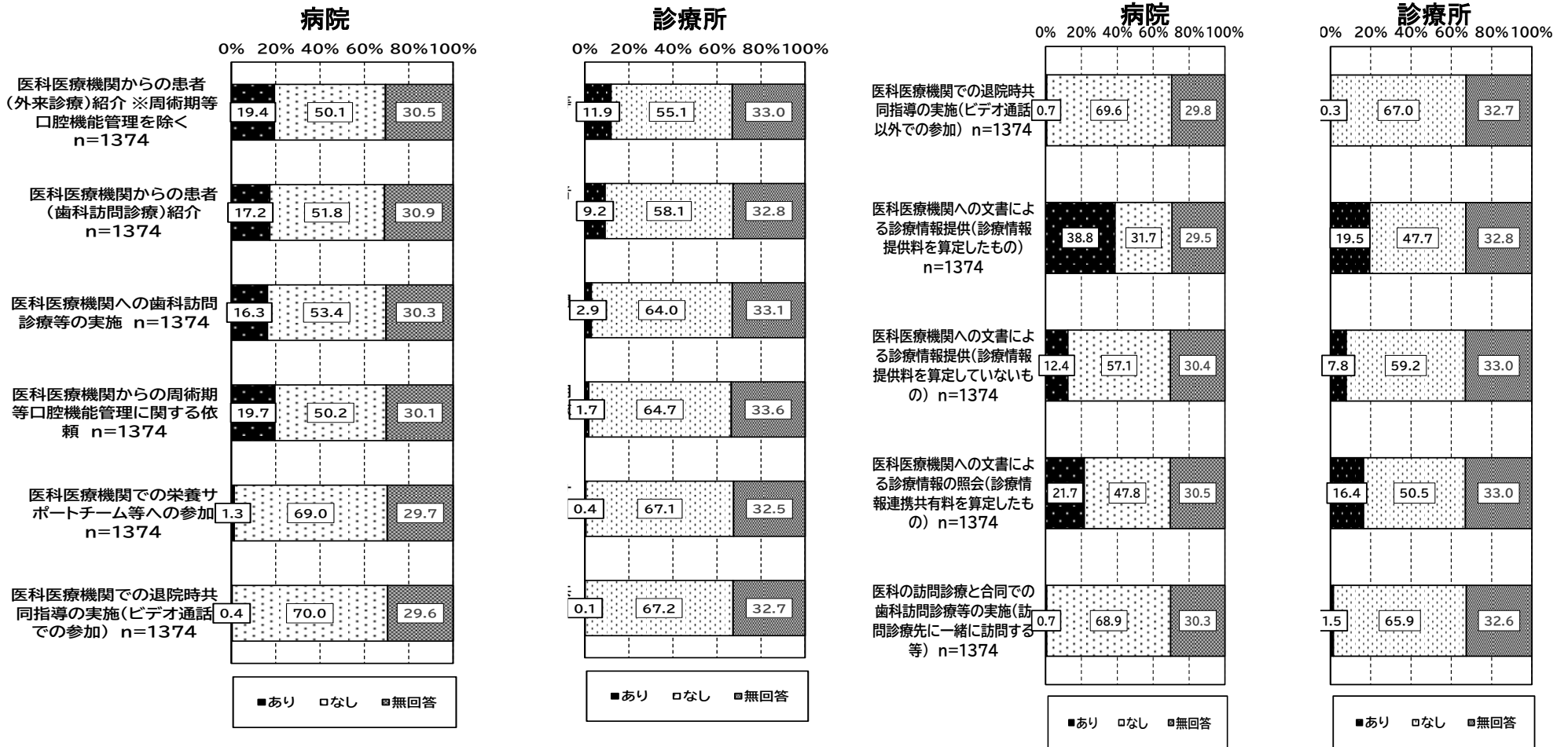
ア （略）

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



医科医療機関との連携状況

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

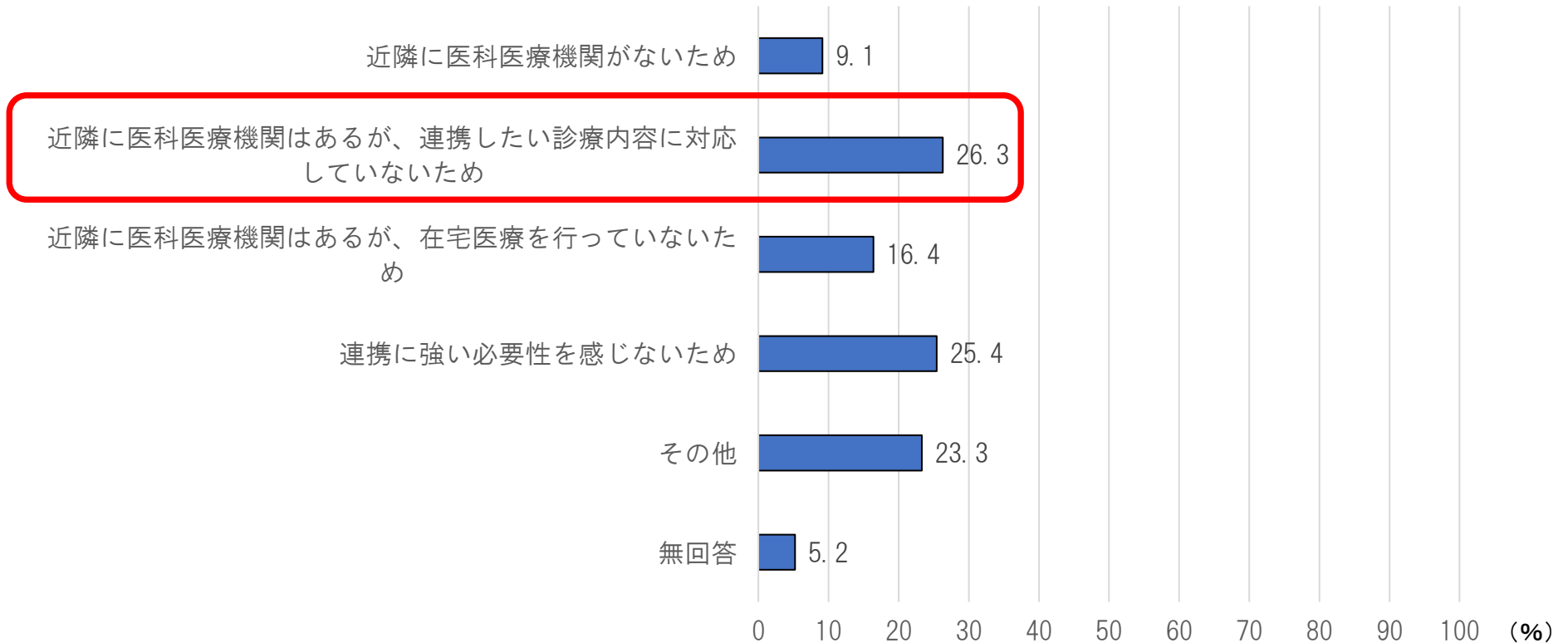


・調査対象: 在宅療養支援歯科診療所2,000施設、それ以外の歯科診療所1,000施設(いずれも無作為抽出)
 ・調査対象月: 令和4年7月～9月の3か月間

医科医療機関と連携していない理由

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

(n=232)



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

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

緩和ケアに対応する薬局における麻薬の備蓄体制

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

■ 緩和ケアに対応する薬局における麻薬の在庫



麻薬を保管する金庫
(鍵をかけた堅固な設備)



■ 医療用麻薬成分、製品等一覧 ※規格数は、10mg錠、20mg錠等の数

成分	投与方法	代表的な製品名	規格数	成分	投与方法	代表的な製品名	規格数	成分	投与方法	代表的な製品名	規格数
モルヒネ硫酸塩水和物	経口 (徐放)	MSコンチン錠	3	オキシドロン塩酸塩水和物	経口 (徐放)	オキシドロンT R錠	4	フェンタニル	外用 (3日製剤)	デュロテップM Tパッチ	5
		MSツイスロンカプセル	3			オキシドロン徐放錠NX	4			ラフェンタテープ	5
		モルヒネ硫酸塩水和物徐放細粒分包	2			オキシドロン徐放カプセル	4		外用 (1日製剤)	ワンデュロパッチ	5
モルヒネ塩酸塩水和物	経口 (徐放)	バシーフカプセル	3			オキシドロン錠NX	4			フェンタニルクエン酸塩	口腔粘膜吸収
		オプソ内服液	2			オキノーム散	4	イーフェンバカル錠	6		
		モルヒネ塩酸塩錠	1			オキシドロン内服液	4	注射	フェンタニル注射液		
		モルヒネ塩酸塩末	1	オキファスト注	2	タベンタドール塩酸塩	経口 (徐放)		タベンタ錠	3	
	注射	アンバック注	3	ヒドロモルフォン塩酸塩	経口 (徐放)	ナルラビド錠	3	メサドン塩酸塩	経口 (徐放)	メサベイン錠	2
経直腸	アンバック坐剤	3	経口 (徐放)		ナルサス錠	4					
			注射		ナルベイン注	2					

夜間休日対応を含めた地域における連携の取組

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

滋賀県薬剤師会の取組 (在宅医療支援薬局の公開)

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

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

在宅医療支援薬局情報サイト

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



在宅医療支援薬局情報リスト(冊子)

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

(薬局情報)

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

(地域担当者情報)

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

※リスト掲載項目や内容は、見直し・改訂を毎年実施

岸和田市における多職種連携の取組 (在宅医療・介護のポータルサイトの開設)

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

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

アットホームきしわだ

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

薬局名	なにわ薬局土生店	最終更新日	2023年1月5日
校区	土生	包括医療	連携可否
薬局名	山原 大塚	電話	072-426-0100
住所	岸和田市土生町4-4-54		
訪問先連絡先	072-426-0100	FAX	072-426-0101
E-mail	7stars@naniwa-pharmacy.com	HP	https://www.7stars-pharmacy.com/
営業時間	◆月・水・金曜日 10:30~19:30 ◆土曜日 10:30~17:30 ◆日曜日 10:30~12:30 ◆休日・祝日		
在宅対応	可	訪問在宅対応	可
訪問可能エリア	岸和田		
対応可能科目・診療	内科・小児科		
特色・実績など	地域の在宅医療を支援しています。		
記入責任者	山原 大塚		

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

栄養食事指導の見直し

外来栄養食事指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料の見直し

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

現行

【外来栄養食事指導料】

イ 初回	260点
ロ 2回目以降	200点

【在宅患者訪問栄養食事指導料】

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

改定後

【外来栄養食事指導料】

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

【在宅患者訪問栄養食事指導料】

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

【外来栄養食事指導料2、在宅患者訪問栄養食事指導料2の算定要件】

診療所において、特別食を医師が必要と認めたものに対し、当該保険医療機関以外(日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の医療機関に限る)の管理栄養士が、当該保健医療機関の医師の指示に基づき対面で必要な栄養指導を行った場合に算定する。



診療所



在宅等



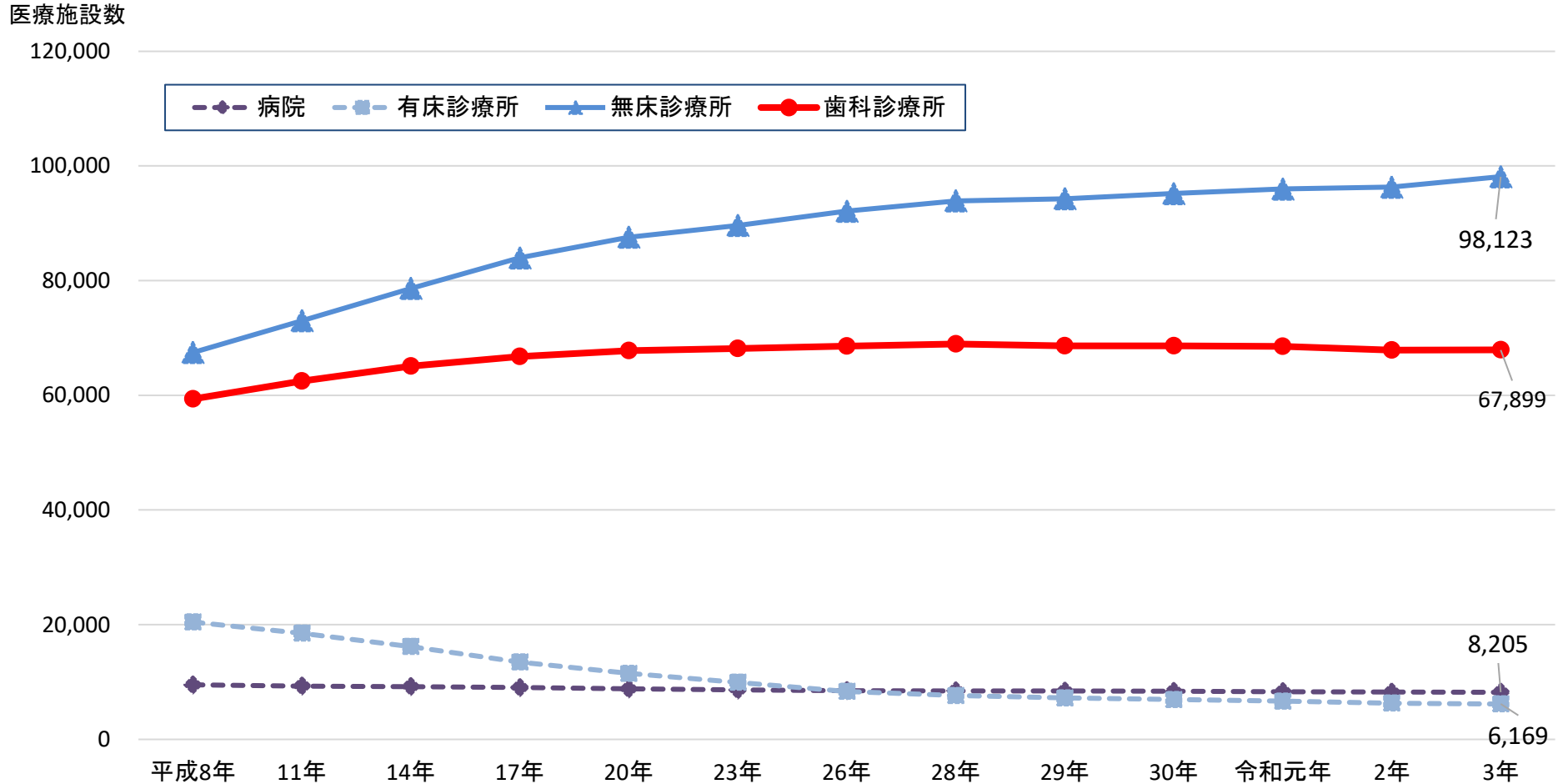
栄養ケア・ステーション
他の医療機関

歯科医療(その1)

1. 歯科医療を取り巻く現状等について
2. 診療内容と医療費について
3. 歯科医療に係る診療報酬上の評価について

医療施設数の年次推移

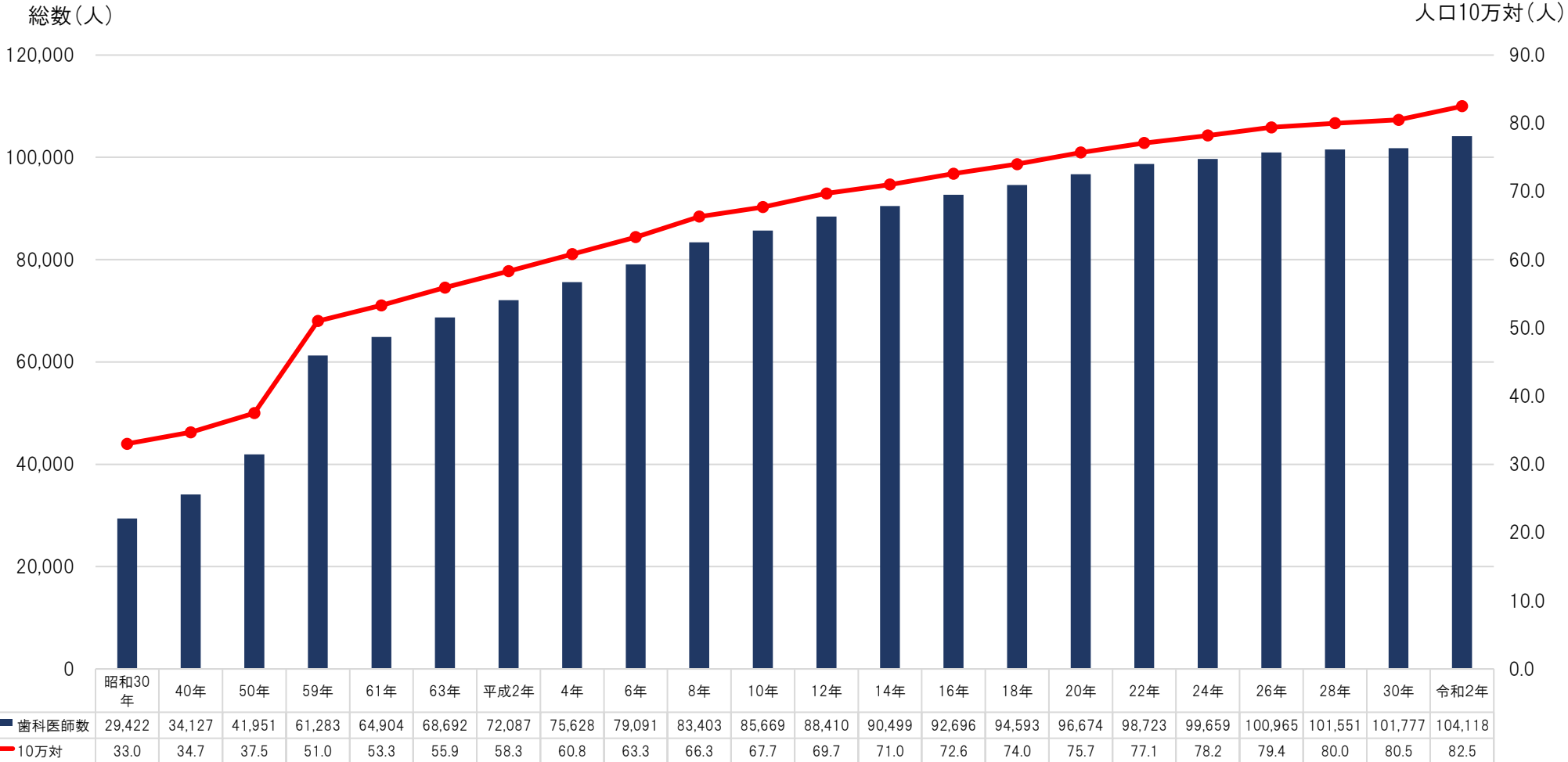
○ 歯科診療所数は令和3年で67,899施設であり、近年横ばいで推移している。



注)平成20年までの「一般診療所」には「沖縄県における介輔診療所」を含む。

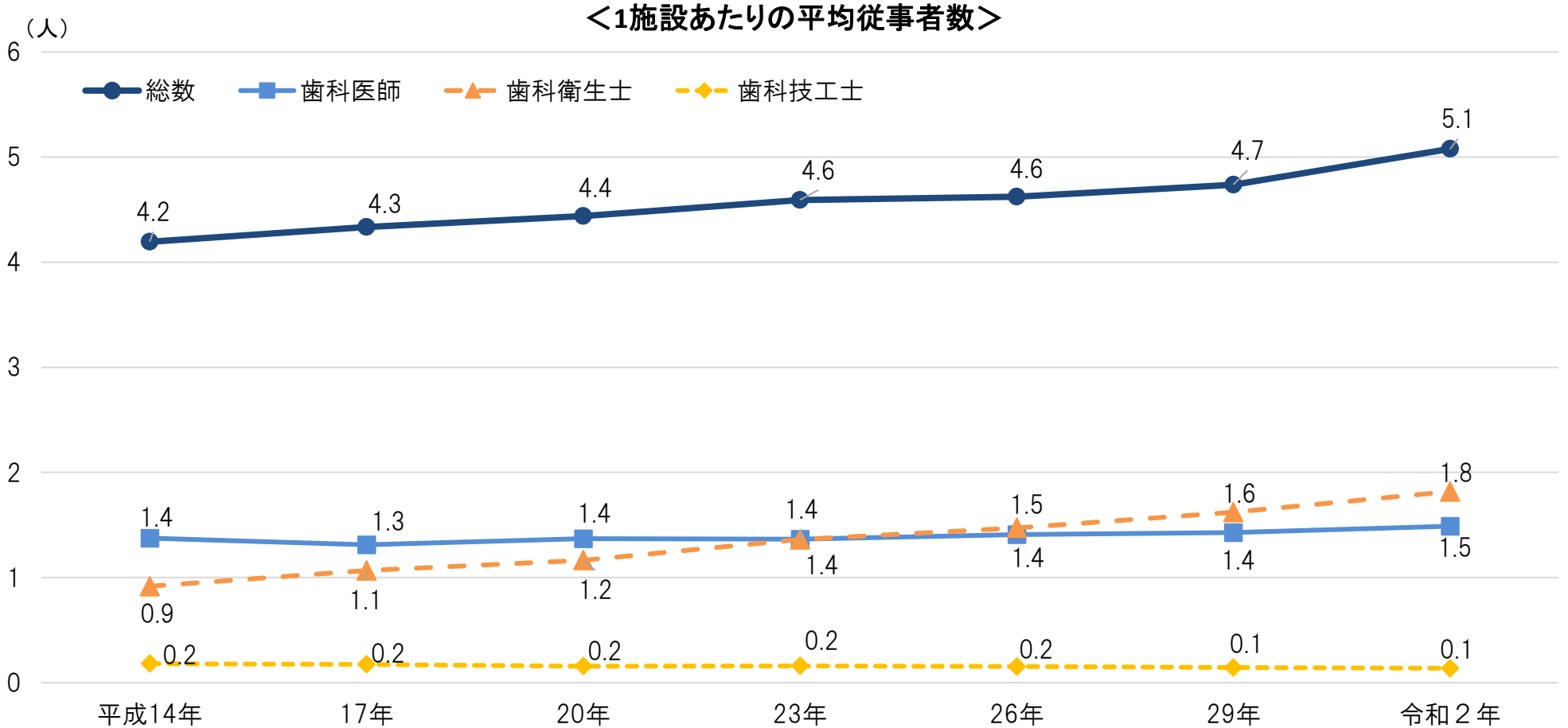
歯科医師数の年次推移（医療施設従事者数）

- 令和2年の歯科医師数(医療施設従事者数)は104,118人となっている。
- 人口10万対歯科医師数(医療施設従事者数)は、平成22年には77.1人だったが令和2年には82.5人と増加している。
- 医療施設に従事する歯科医師の伸び率(平成30年→令和2年)は、2.0%と増加している。



歯科診療所の従事者数の推移

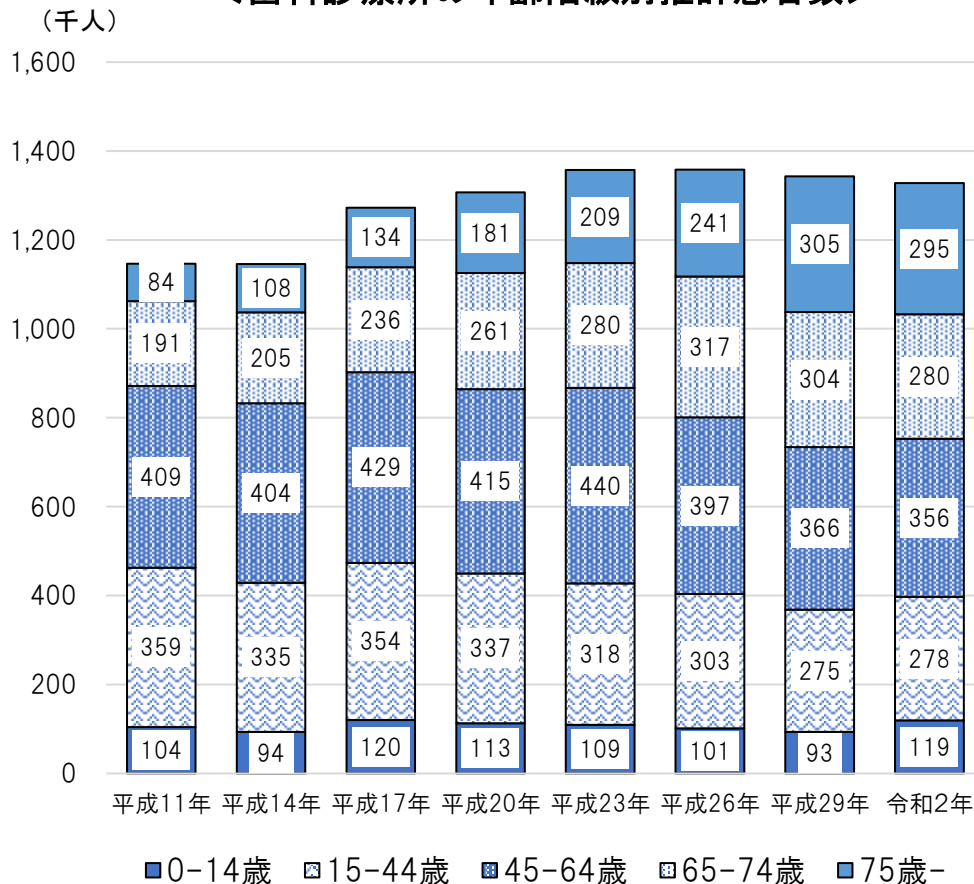
- 令和2年の歯科診療所の常勤換算の従事者数(総数)の平均は5.1人であり、小規模事業所が多い。
- 1診療所あたりの平均歯科医師数は1.5人であり、横ばいである。
- 一方、平均歯科衛生士数は1.8人であり、平成14年の0.9人から2倍に増加している。



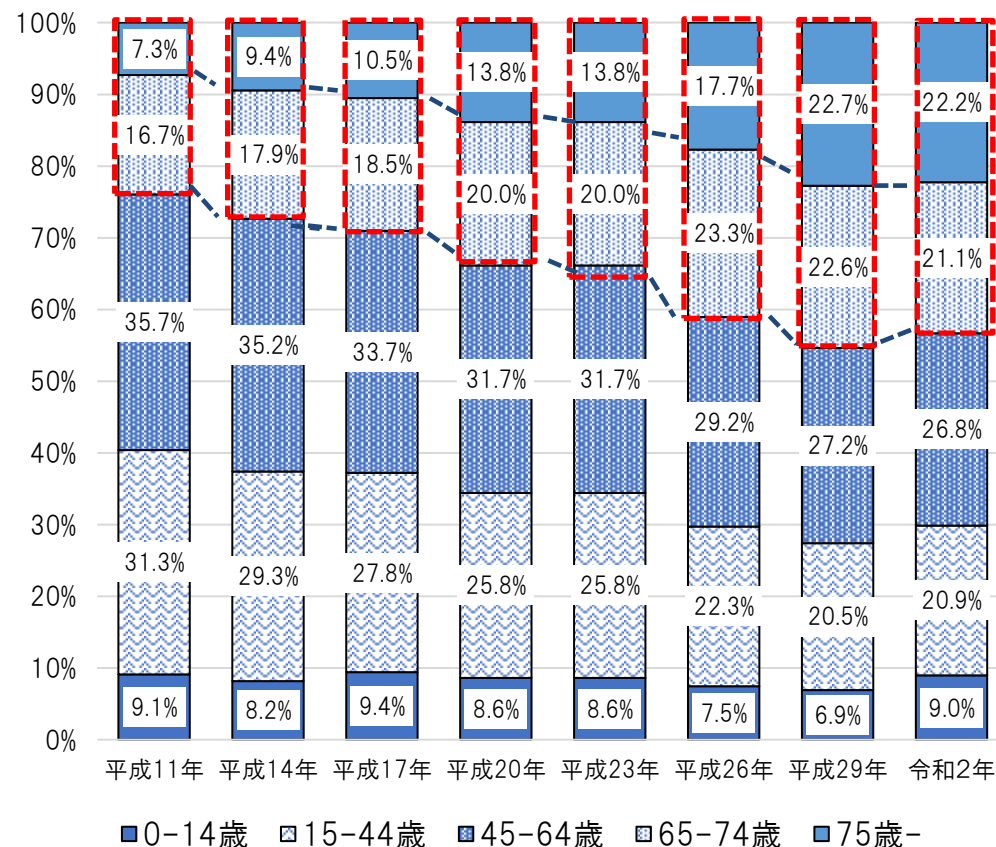
年齢階級別の推計患者数の年次推移

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

< 歯科診療所の年齢階級別推計患者数 >



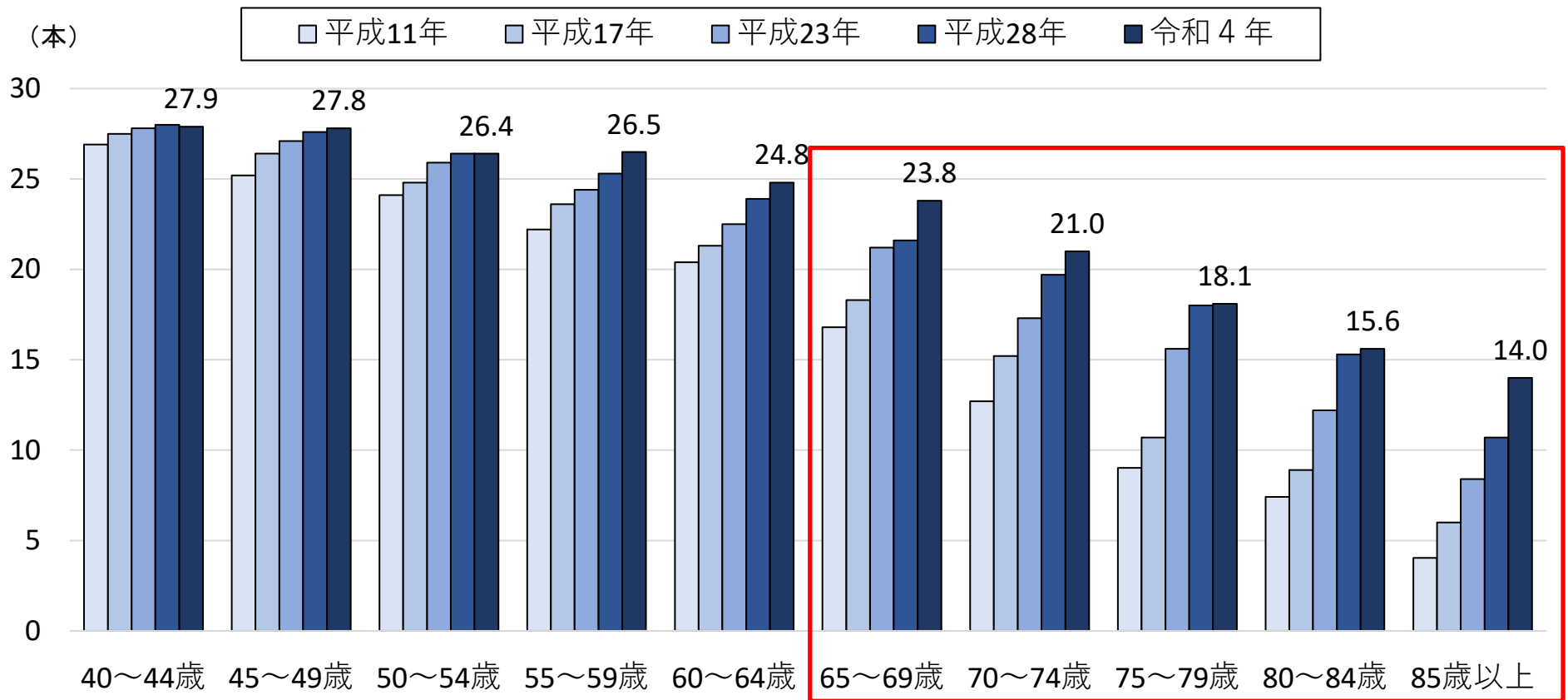
< 歯科診療所の年齢階級別推計患者割合 >



※推計外来患者：調査日当日に、歯科診療所で受療した外来患者（往診、訪問診療を含む）の推計数

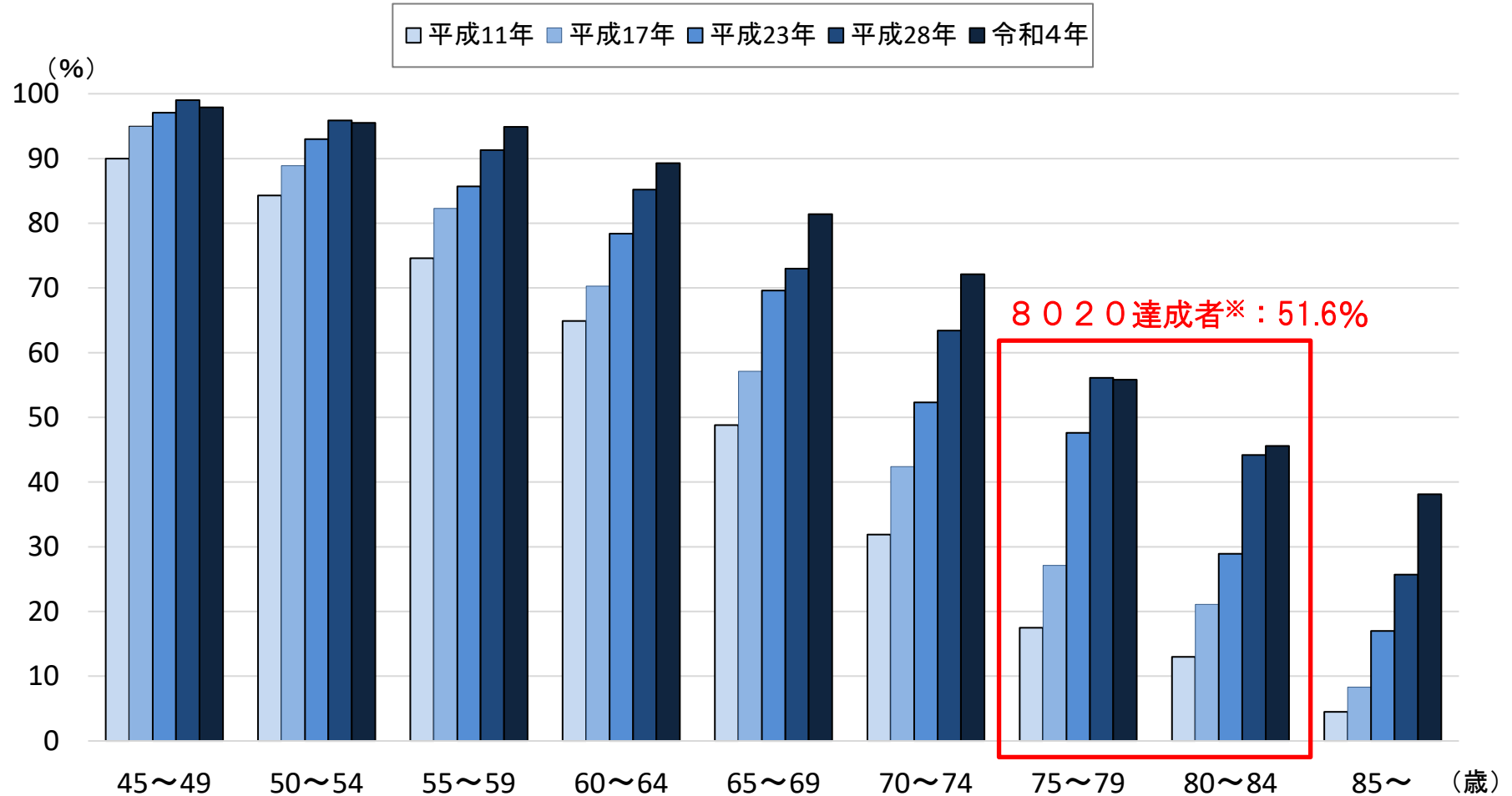
一人平均現在歯数(年齢階級別)

- 各調査年を比較すると、すべての年齢階級で一人平均現在歯数は増加している。
- とくに、65歳以上の高齢者で大きく増加している。



20歯以上の者の割合(年齢階級別)

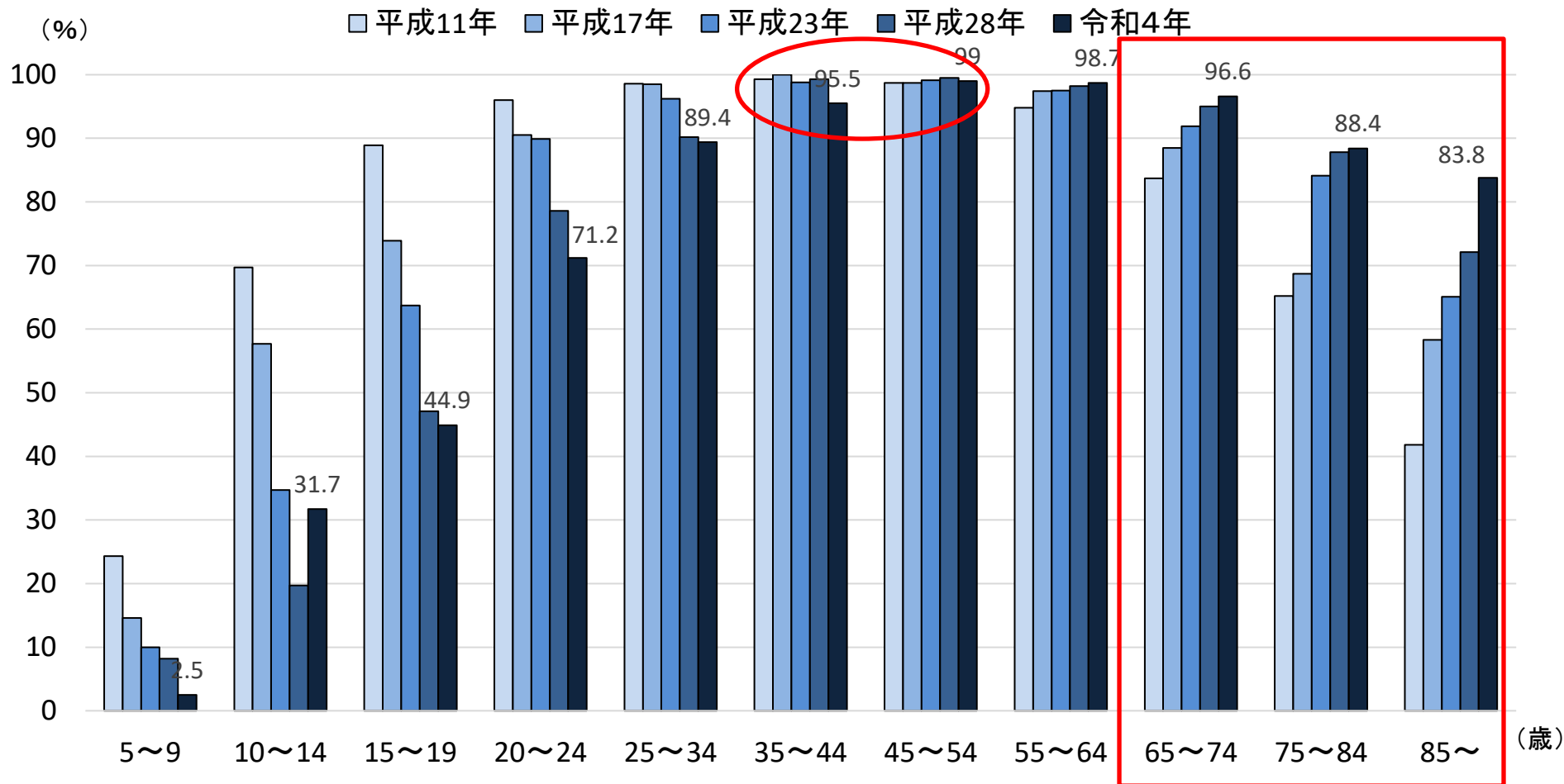
- 各調査年を比較すると、すべての年齢階級で20歯以上有する者の割合は増加している。
- 令和4年における80歳で20本以上の歯を残す「8020(ハチマルニイマル)」の達成者は51.6%である。



※8020達成者は、75歳以上85歳未満の20本以上歯を有する者の割合から推計

う蝕有病率(年齢階級別)

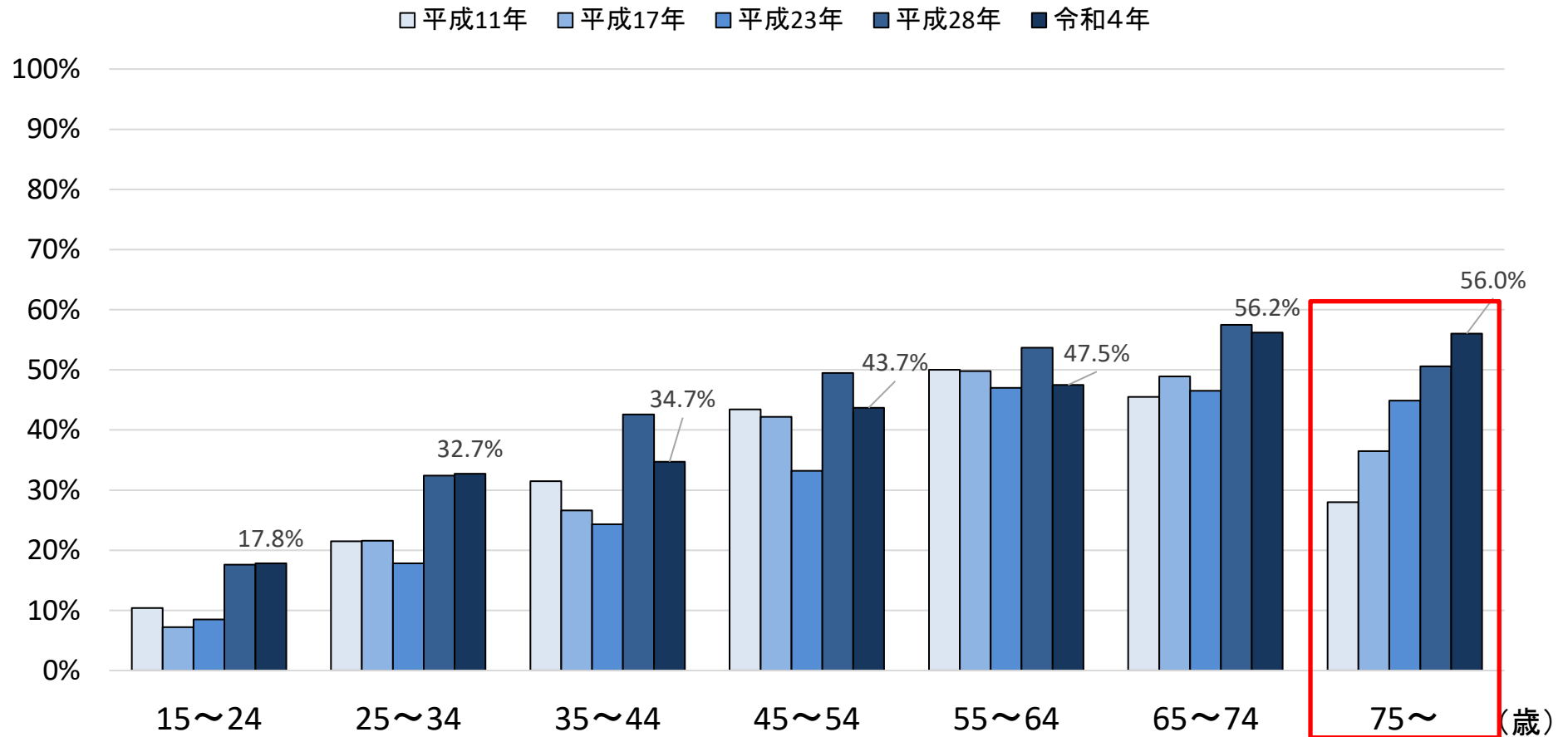
- う蝕有病率(処置が完了している者も含む。)は、35～54歳で9割以上となっている。
- 年齢階級別のう蝕有病率は、65歳以上(特に85歳以上)では増加傾向である。



※う蝕有病率:処置完了の者+処置歯・未処置歯を有する者+未処置の者の合計の割合

4ミリ以上の歯周ポケットのある者の割合（年齢階級別）

- 令和4年の調査結果では、4ミリ以上の歯周ポケットのある者の割合は、55歳以降では約半数近くとなっている。
- 経年推移をみると、55歳～64歳は近年ほぼ横ばいであるが、65歳以上（特に75歳以上）では増加傾向である。

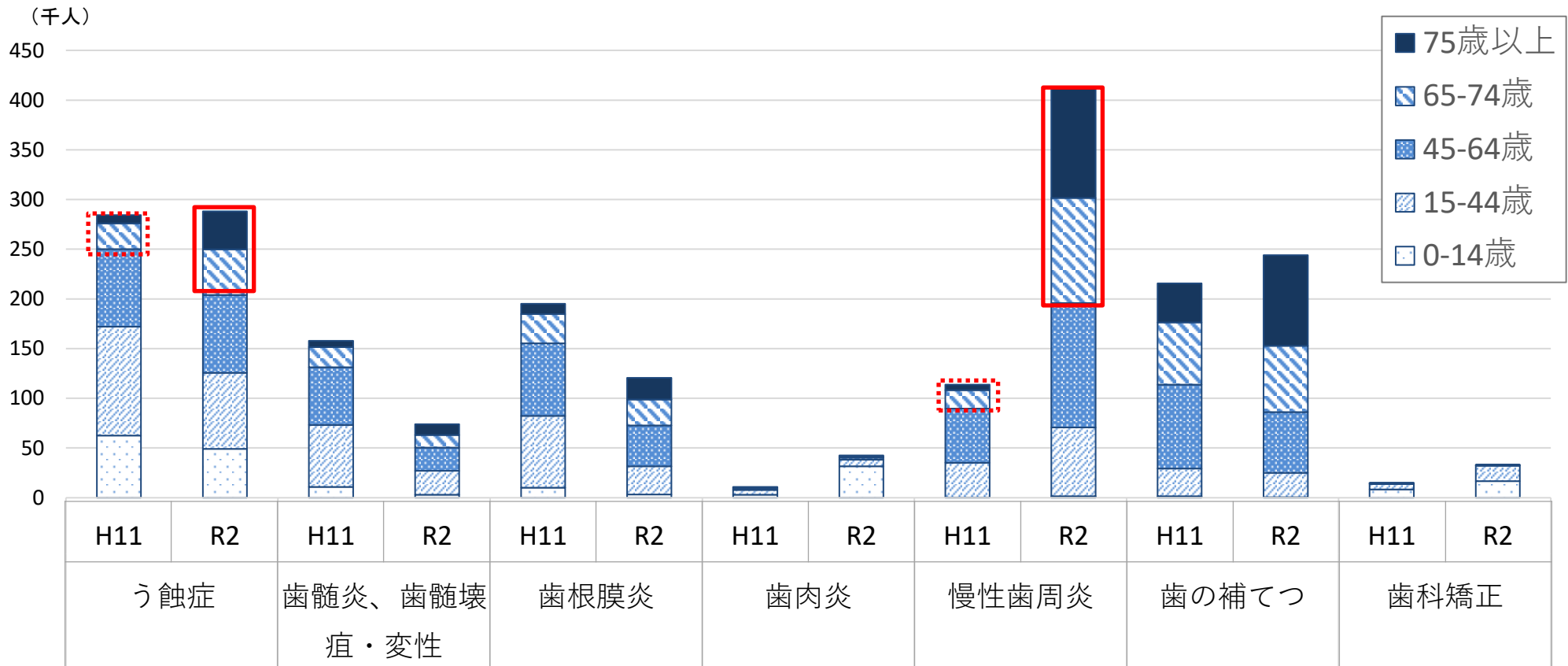


※対象歯がない者を分母に含めた割合

歯科傷病分類別の推計患者数

- 約20年前と比べ、う蝕に関連する傷病の推計患者数はほぼ横ばいだが、15～44歳で減少し、65歳以上で増加している。
- 慢性歯周炎は、全体として推計患者数は増加しているが特に65歳以上の増加が著しい。

＜主な歯科傷病分類別の推計患者数(年齢階級別)＞



※推計患者数とは、調査日当日に、歯科診療所で受療した外来患者(訪問診療を含む。)の推計数である。

歯を抜くに至った主な原因

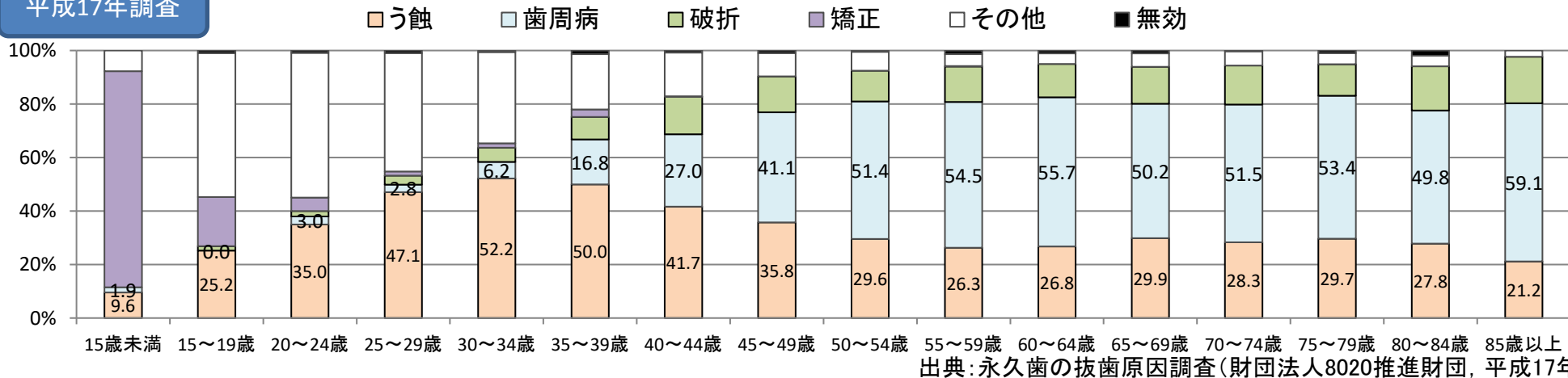
令和4年2月24日

第9回歯科口腔保健の推進に関する専門委員会

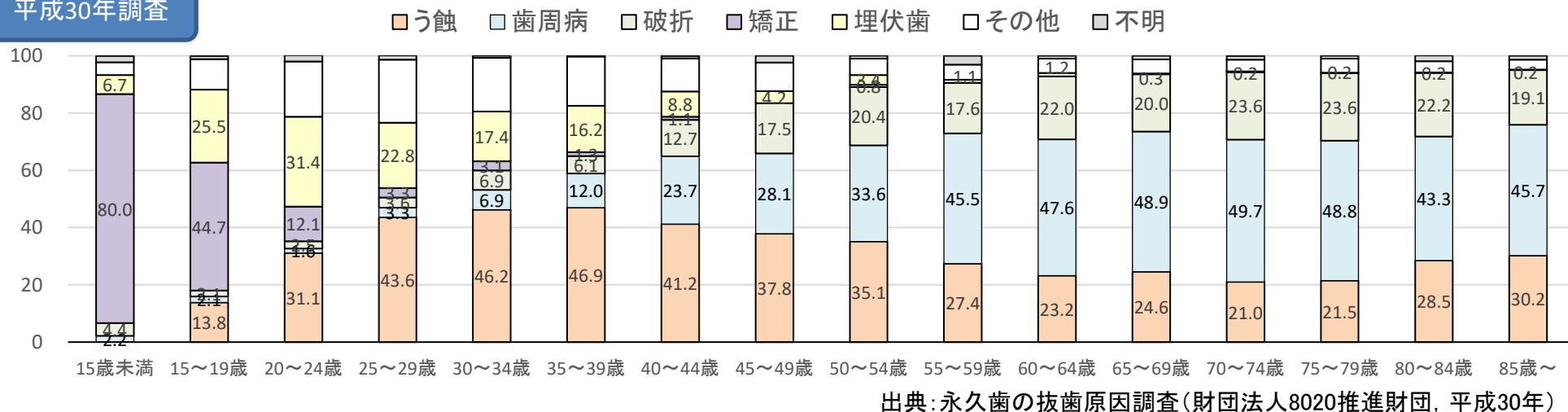
資料
1-2

○ 歯を抜くに至った主な原因として、平成17年調査では、50歳以降、歯周病が原因で抜歯に至ったケースの割合が半数を超え、60～64歳で55.7%を占める。一方、平成30年調査では、歯周病が原因で抜歯に至るケースが最も大きいのは70～74歳で、49.7%である。

平成17年調査

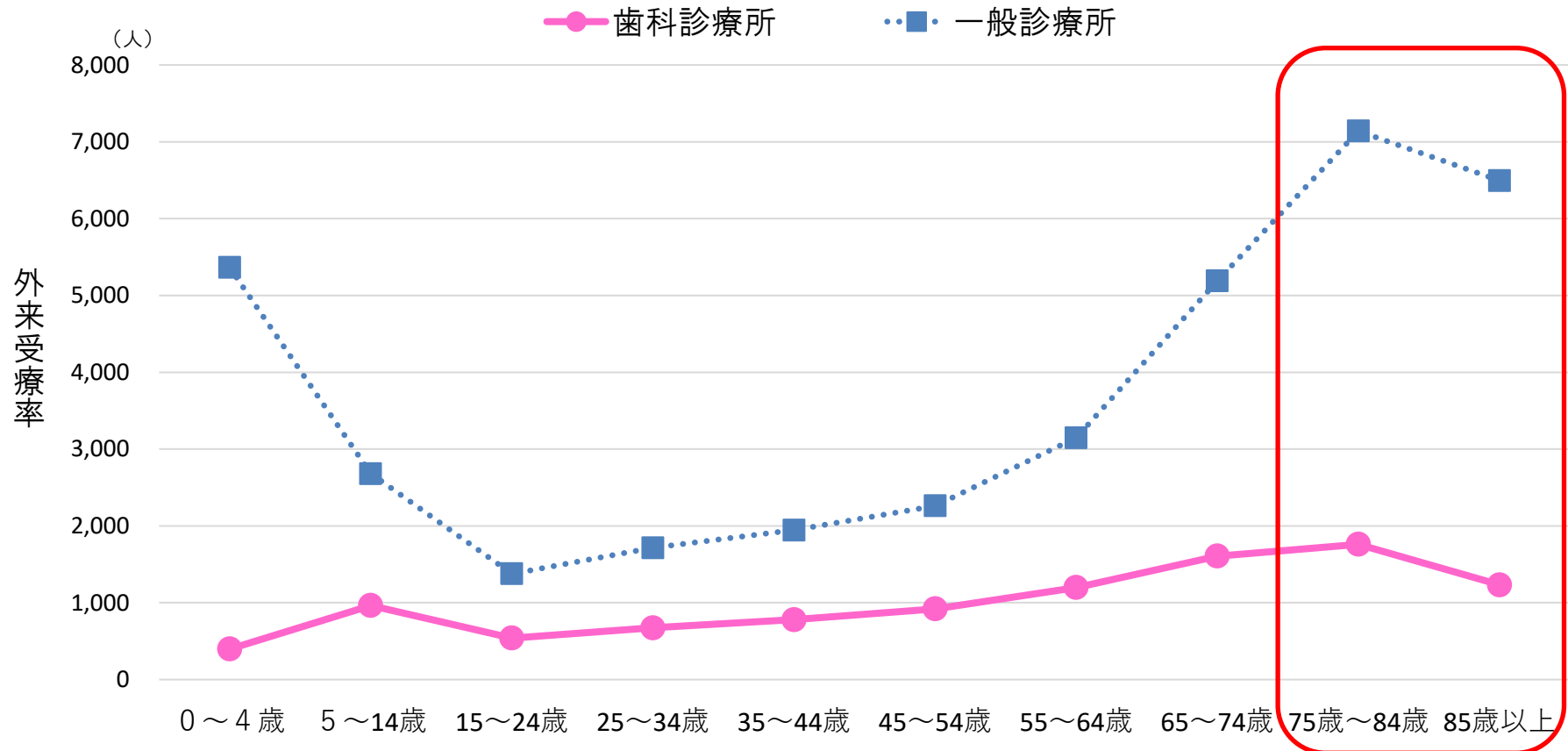


平成30年調査



歯科診療所の外来受療率

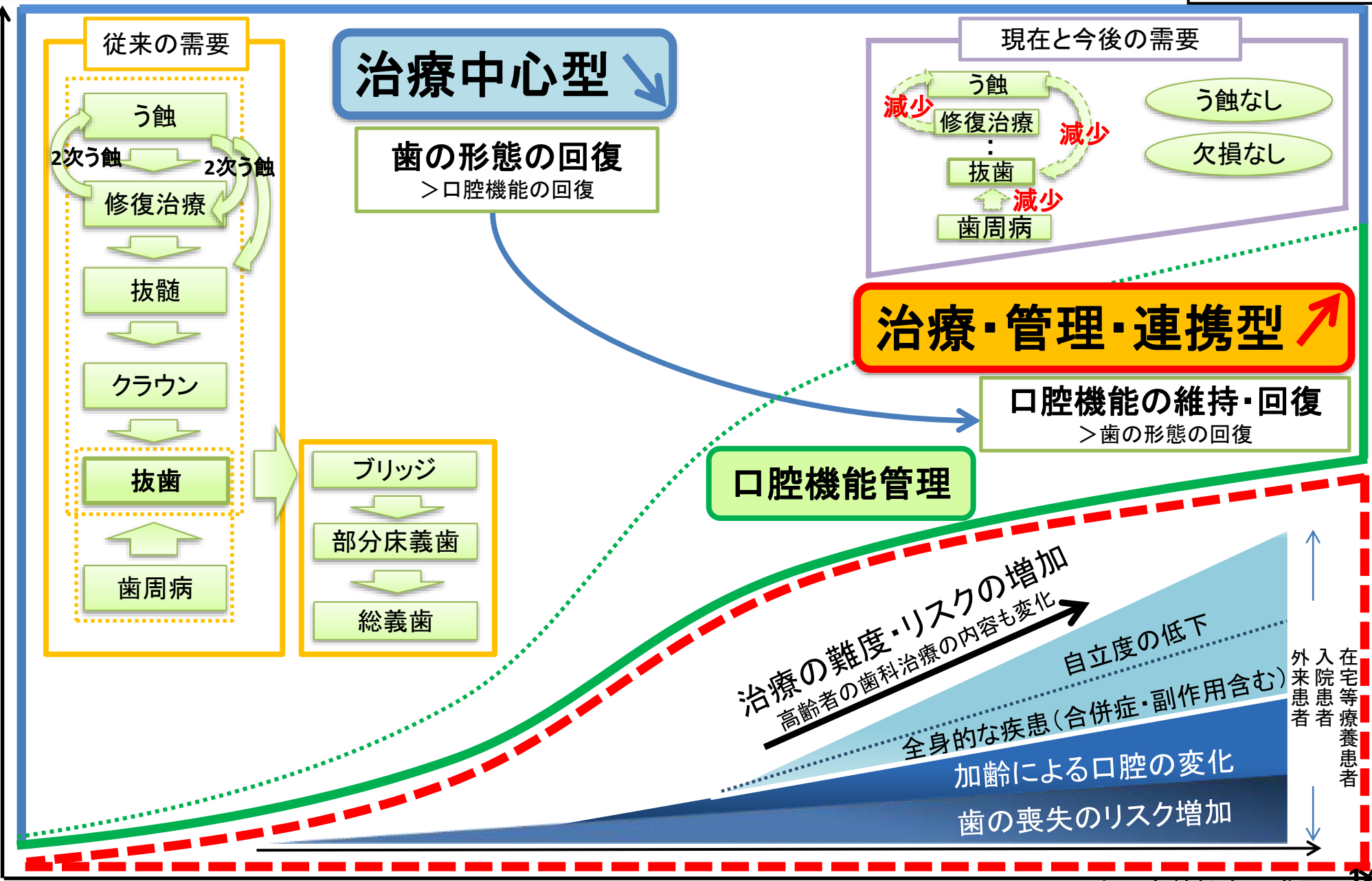
○ 令和2年度の歯科診療所の外来受療率は、若年者でやや増加し青年期で減少した後、75～84歳をピークに低下している。



※ 外来受療率とは、推計外来患者数(調査日当日に、病院、一般診療所、歯科診療所で受療した外来患者(訪問診療を含む。))の推計数を人口10万対であらわした数である。

歯科治療の需要の将来予想 (イメージ)

歯科治療の需要

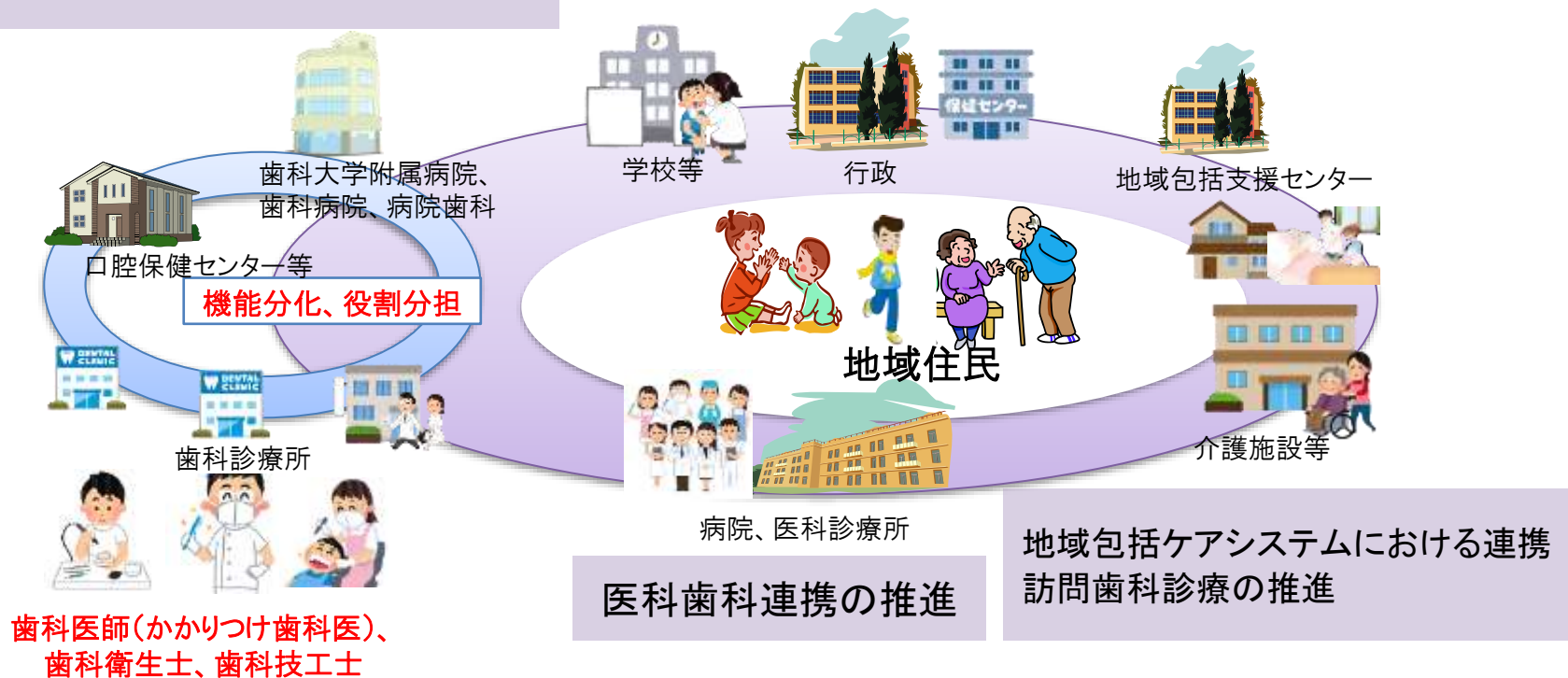


健康寿命の延伸

← 予防・健康づくりへの歯科保健医療の寄与

歯科医療機関の役割分担・機能分化、
かかりつけ歯科医の機能・役割

歯科疾患の予防・重症化予防、
ライフステージに応じた口腔機能管理



QOLの向上

← 口腔機能(食べる機能)の維持・回復・向上

歯科医療提供体制等に関する検討会中間とりまとめ(案)(抜粋)①

1 はじめに

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

2 歯科保健医療の動向

- 歯科疾患予防の充実によるう蝕等の歯科疾患の罹患状況の改善に伴い、今後は従来から行われている歯の形態回復に関連した歯科治療だけでなく、機能回復や歯科疾患等の予防・重症化予防、管理等の重要性が増加することが予想される。
- また、高齢者は、基礎疾患に伴う健康状態や日常生活自立度の変化、必要とされる口腔管理等が様々であり、居宅や介護保険施設での訪問歯科診療等、歯科保健医療を提供する場所や治療内容等が多岐にわたる。
- そのため、各ライフステージにおける歯科医療の需要に対し、効果的な歯科医療を提供するため、診療ガイドライン策定等により信頼性の高いエビデンスに基づいた治療技術を現場へ普及・定着させていくことが重要である。

3 これからの歯科医療の提供体制について

(1) かかりつけ歯科医の役割

- かかりつけ歯科医には、歯科治療はもちろん、成長発育期における健全な歯列育成や口腔衛生習慣の習得等のための対応、予防・重症化予防、患者の基礎疾患や服用薬剤についての理解等が求められる。これに加え、歯科医療ニーズの多様化に伴い、口腔機能の向上や介護予防、周術期における口腔の管理、訪問診療や障害者への対応、終末期等の口腔の管理等、求められる対応が多岐にわたってきている。
- 患者意識も変化しており、「痛くなったら歯科に行く」というのではなく、かかりつけ歯科医を持ち、定期的に受療する等、予防・重症化予防等へのニーズも増加している。
- 多様化するニーズに対応するため、病診連携、診診連携も含めて、様々な医療機関や関係機関と連携体制を整備する必要がある。
- 災害時や新興感染症感染拡大時等の有事の際の地域における歯科保健医療活動等も期待されていることから、歯科医療機関において災害時の備え等も含めた歯科保健指導、災害時の支援等も期待される。

(2) 歯科医療機関の機能分化と連携

- 国民・患者にとって、生涯を通じていつでも安心して歯科医療を受けることができる歯科医療提供体制を構築するために、地域における「連携」について、「いつ」「誰が」「何を」行うのか等、具体的に検討することが重要である。
- そのためには、各歯科医療機関の機能を把握し、見える化をすることも有用な方法である。例えば、歯科専門医、訪問歯科診療を実施している歯科診療所、当該歯科医療機関が対応している診療内容等が挙げられる。
- 歯科診療所は常勤歯科医師が1人であることが多いことから、多様化するニーズに対して、診療所単位で対応することが困難になってきており、地域においてカバーできるような体制づくりが必要である。
- 歯科診療所の規模の拡大・多機能化については、マネジメントの在り方やモデルを提示することも期待される。また、ICTを活用することにより患者等にとって有効な歯科診療が提案されることも期待される。
- なお、歯科医療提供体制の構築に際しては、今後の人口減少にも鑑み、新たに資源を設置することのみではなく、既存の歯科医療資源(病院、有床診療所、診療所等)を踏まえ、それぞれの地域の歯科医療資源に応じた機能分化や連携の在り方等、地域特性に応じた歯科医療提供体制の構築を検討すべきである。また、当該地域に不足している機能については、その原因の分析を行うことも重要である。

歯科医療提供体制等に関する検討会中間とりまとめ(案)(抜粋)②

(3) 病院歯科の役割等

- 第8次医療計画等に関する意見のとりまとめにおいても、地域包括ケアシステムの中で歯科医療提供体制を確保するには、病院と地域の歯科診療所等の連携体制を構築することが重要である旨記載されている。
- いわゆる病院歯科は、高度な歯科口腔外科機能を担っているところや、地域の歯科医療機関の後方支援機能としてオールラウンドに対応できる一般外来診療を担っているところもある。また、歯学部附属病院や医学部附属病院の病院歯科においてもそれぞれ特性がある。さらに、臨床研修や生涯研修、専門医の研修等教育を行う施設としての側面を有しているものもある。
- 病院歯科と歯科診療所等との連携を推進することは重要。
- 口腔の管理を行うことにより誤嚥性肺炎の発症予防につながることや、周術期における口腔管理により在院日数の短縮につながること等、近年、口腔と全身の関係について広く指摘されており、入院患者等に対する口腔管理を通じて行われる医科歯科連携の観点からも、病院歯科の役割は大きい。

(4) 医科歯科連携、多職種連携

- 多職種連携を推進するためには、機能を含めた歯科医療資源の見える化を図ることも有効な手法のひとつ。(中略)例えば、歯科医学的な観点から、歯科医師の専門性等について把握するとともに、多職種連携の観点からは、訪問診療の実施状況、摂食・嚥下機能の維持・向上による食支援等への取組状況等を把握することも効果的。
- 地域住民の満足度等を把握することが難しい場合には、介護施設側から口腔の衛生管理や訪問診療のニーズに対して、歯科診療側が応えられない事例がどの程度あるか等を把握することで、地域の訪問歯科診療の評価や目標設定することも考えられる。
- 歯科専門職自ら積極的に関わることで、関係職種との連携構築にも資することにつながる。例えば、歯科専門職が、地域ケア会議等の(中略)に参画することで、顔の見える関係性が構築されるだけでなく、当該地域における他職種のニーズに対してきめ細やかに対応することができるようになることも期待される。
- 高齢化が進めば、認知症を抱える者も増加することが想定されることから、口腔機能の管理等を通じて高齢者等と接する中で、認知症の疑いがある人に早期に気づき、かかりつけ医等と連携して対応するとともに、その後も認知症の人の状況に応じた口腔機能の管理等を適切に行うことを推進するため、すべての歯科医師が認知症対応力向上研修を受講することが期待される。

(5) 障害児・者への歯科医療提供体制

- 障害児・者への歯科医療提供体制は、地域差が大きいことが指摘されており、例えば、鎮静下での歯科医療の提供体制について、障害の内容や重度別分析するとともに、歯科医療機関の機能の見える化を図ることも重要。その際には、患者、患者家族の求める情報、困りごと等を踏まえた内容にすることが期待される。
- 障害児・者等に対する歯科医療提供体制の見える化を進めることにより、事故等で中途障害を負った者やその家族等にとっても情報が入手しやすくなることが期待できる。
- 口腔保健センターと一般歯科診療所では支援体制等も異なるため、各々の求められる役割を整理したうえで、地域の障害児・者への歯科医療提供体制を検討すべき。

(6) 歯科専門職の人材確保・育成等

- 歯科医師、歯科衛生士及び歯科技工士の需給の課題は、地域によって異なるため、その実態把握を行ったうえで、具体的な対応策を検討することが重要。
- 第8次医療計画等に関する意見のとりまとめにおいて、在宅療養患者に対する口腔の管理の重要性について記載されている。近年、口腔と全身との関係について広く指摘されており、口腔の管理の重要性が高まっていること等から、在宅歯科医療において、歯科医師だけではなく、歯科衛生士の口腔の管理へのより一層の関わりが期待されている。

令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会における主な意見（歯科に関する内容）

テーマ1:地域包括ケアのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携

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

テーマ2:リハビリテーション・口腔・栄養

- リハビリテーション・口腔・栄養は、多職種が連携し、的確に対象者を把握し、速やかに評価や介入を行える体制を構築することが重要。その際、患者の経過や全身状態を継続的に観察している看護職がアセスメントした情報を多職種と共有し、早期の対応につなげるという体制構築が重要。
- 令和3年度介護報酬改定で示されたリハビリ、口腔管理、栄養管理に係る一体的な計画書は、医療でも活用可能。多職種による計画作成を後押しする仕組みが必要。
- リハビリ・口腔・栄養の連携として、目標を共有することは理解できるが、誰が中心となって全体の進捗を管理するのか明確にすることも重要。
- 病院や介護保険施設等において、口腔の問題等が認識されていないことは課題。歯科専門職以外の職種も理解できる口腔アセスメントの普及も必要。末期がん患者への対応など、状態に応じた口腔管理の推進が必要。
- 歯科医師と薬剤師の連携の推進は重要。また、口腔と栄養の連携も更に推進が必要。
- 歯科治療や定期的な口腔の管理は誤嚥性肺炎や感染を予防するうえで非常に重要。
- 給付調整を含めた制度の複雑さがあるのではないか。
- 感染症対策も含めた口腔の管理の提供のあり方も工夫が必要。

テーマ3:要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療

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

テーマ4:高齢者施設・障害者施設等における医療

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

テーマ5:認知症

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

テーマ6:人生の最終段階における医療・介護

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

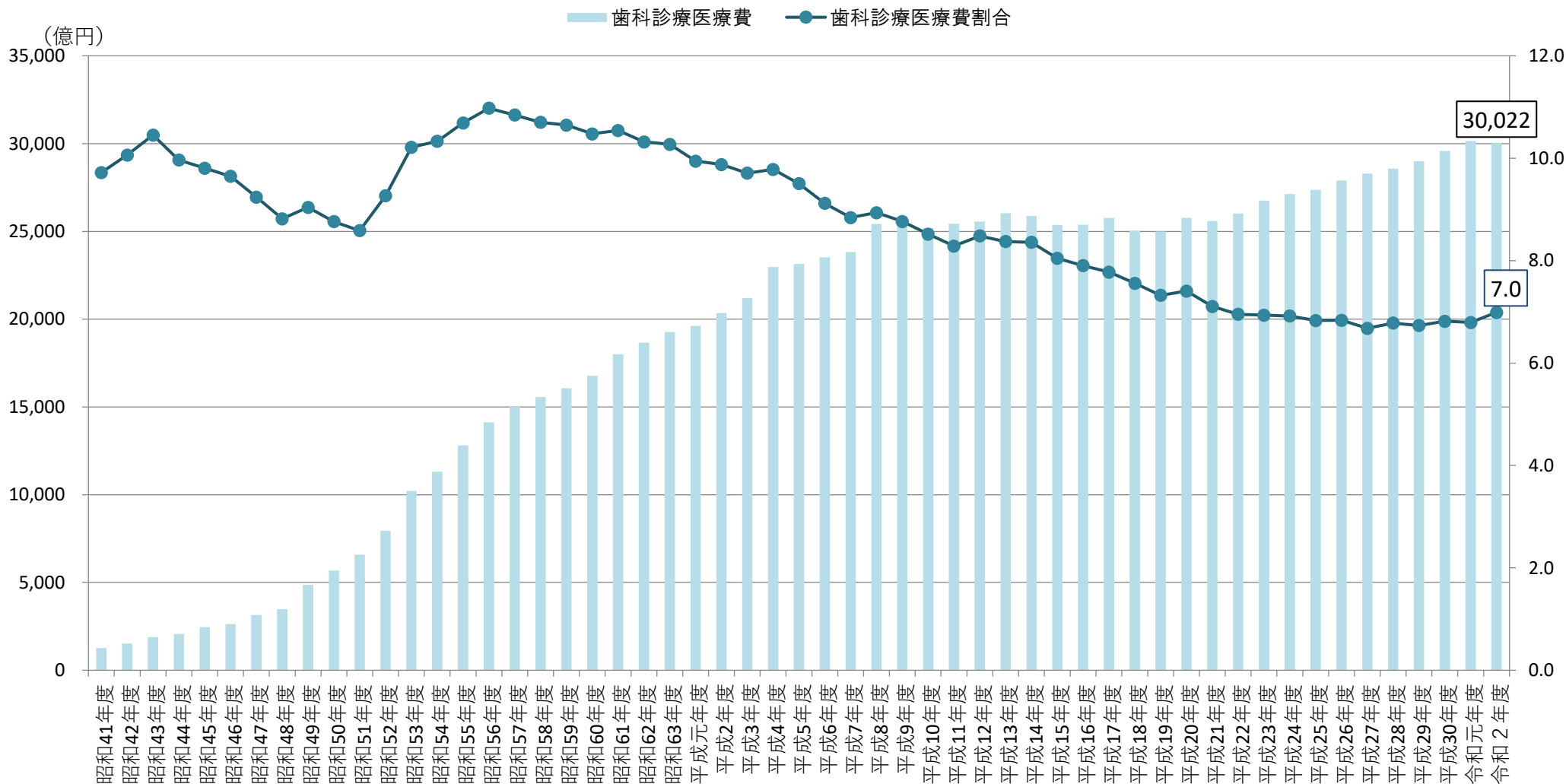
テーマ7:訪問看護

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

1. 歯科医療を取り巻く現状等について
2. 診療内容と医療費について
3. 歯科医療に係る診療報酬上の評価について

国民医療費と歯科診療医療費の年次推移

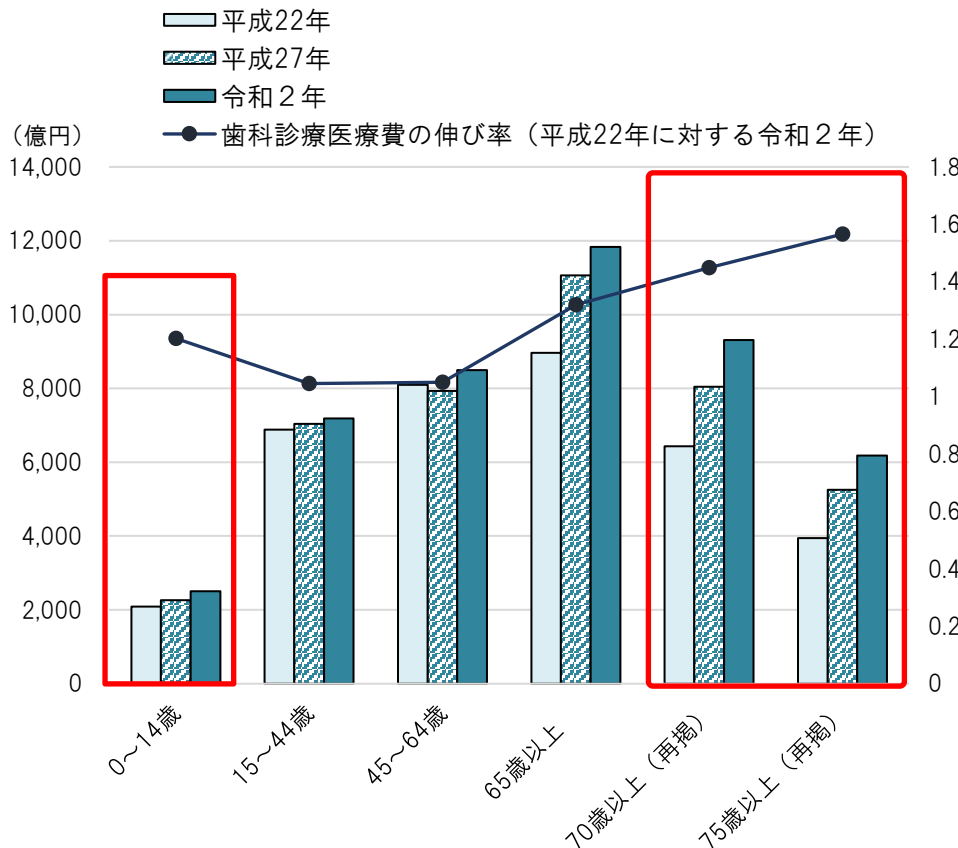
- 歯科診療医療費は約3兆円(令和2年度)であり、近年は増加傾向にある。
- 一方、国民医療費に占める歯科診療医療費は、約7%(令和2年度)となっている。



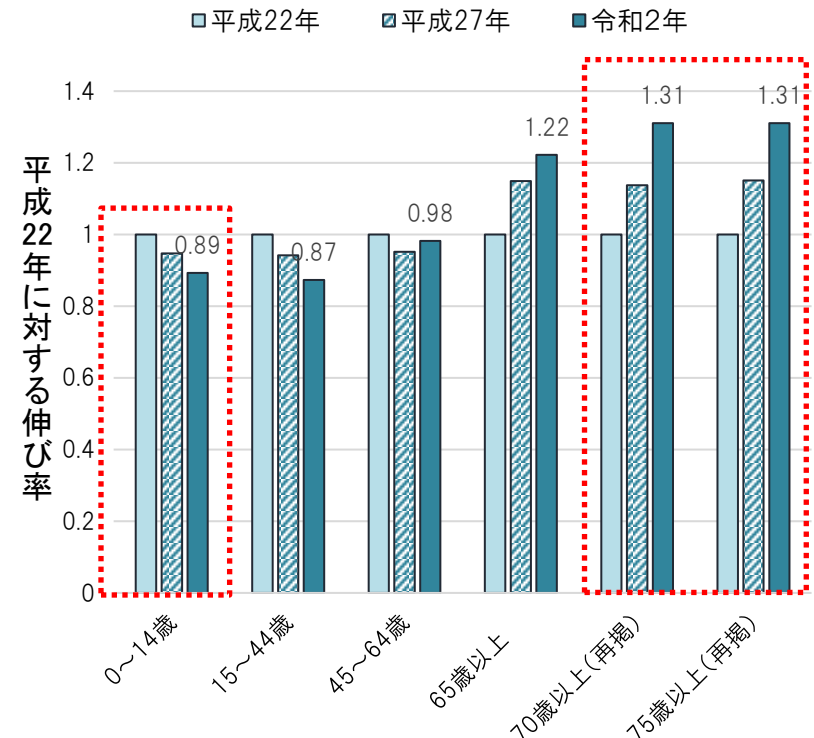
歯科診療医療費（年齢階級別）の推移

- 平成22年からの10年間の歯科診療医療費の推移を年齢階級別にみると、0～14歳の若年者と70歳以上の高齢者で伸びている。
- 特に高齢者の歯科診療医療費の伸びが大きい、人口の伸び率も大きくなっている。

<年齢階級別歯科診療医療費>



(参考)<人口の伸び率>



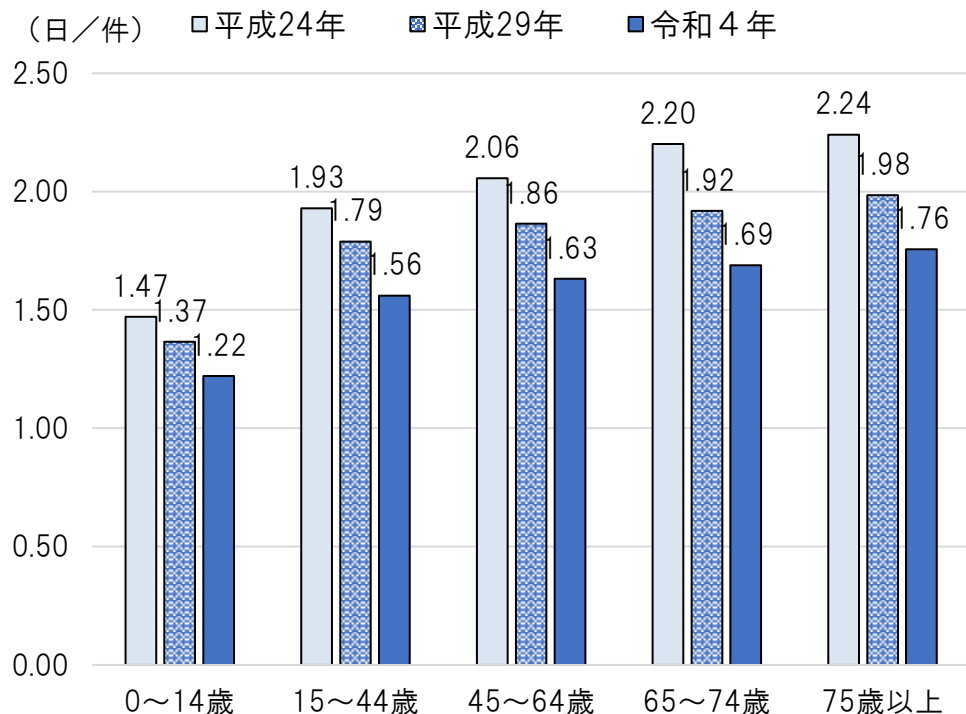
※伸び率: 平成22年の歯科診療医療費を1とした場合の令和2年の人口1人あたり歯科診療医療費

※伸び率: 平成22年の人口を1とした場合の平成27年、令和2年の人口
 ※各年10月の数値

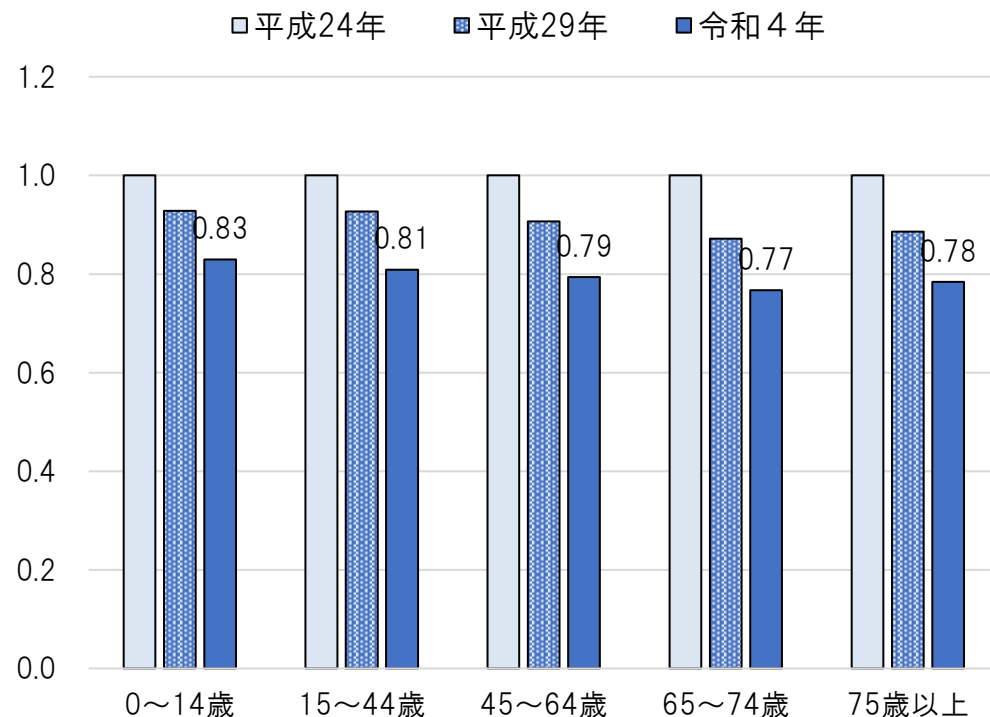
レセプト1件あたり診療実日数（年齢階級別）

○ レセプト1件あたり診療実日数は、いずれの年齢階級でも減少傾向であり、伸び率(対平成24年)をみると、いずれの年齢階級でも0.8前後の減少となっている。

<レセプト1件あたり診療実日数>



<レセプト1件あたり診療実日数の伸び率(対平成24年)>

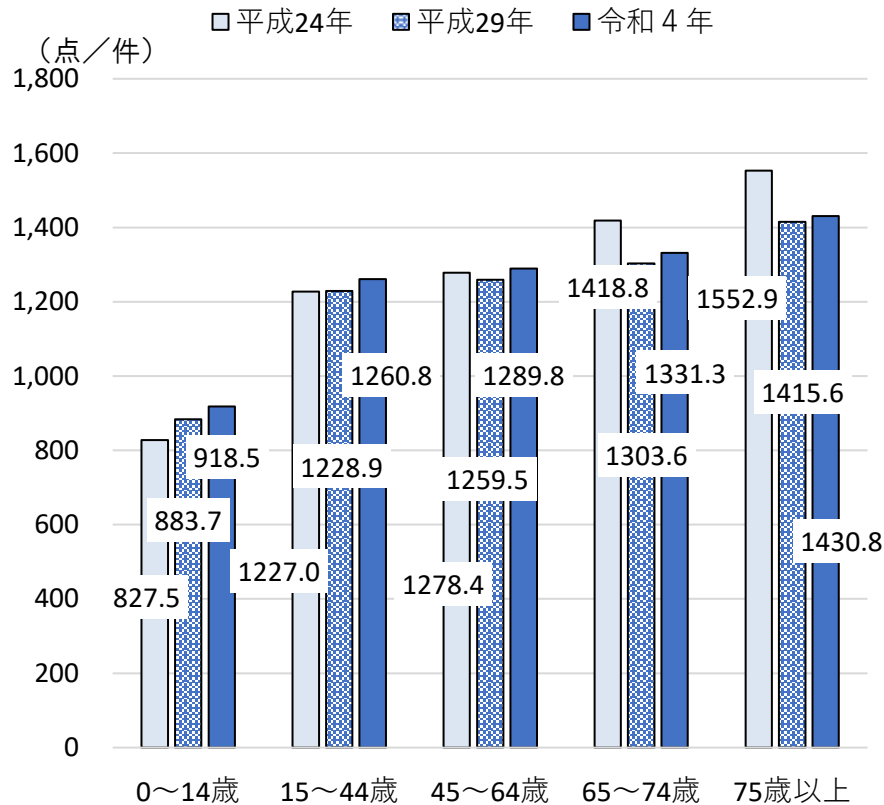


※伸び率：平成24年のレセプト1件あたり診療実日数を1とした場合の平成29年、令和4年のレセプト1件あたり診療実日数

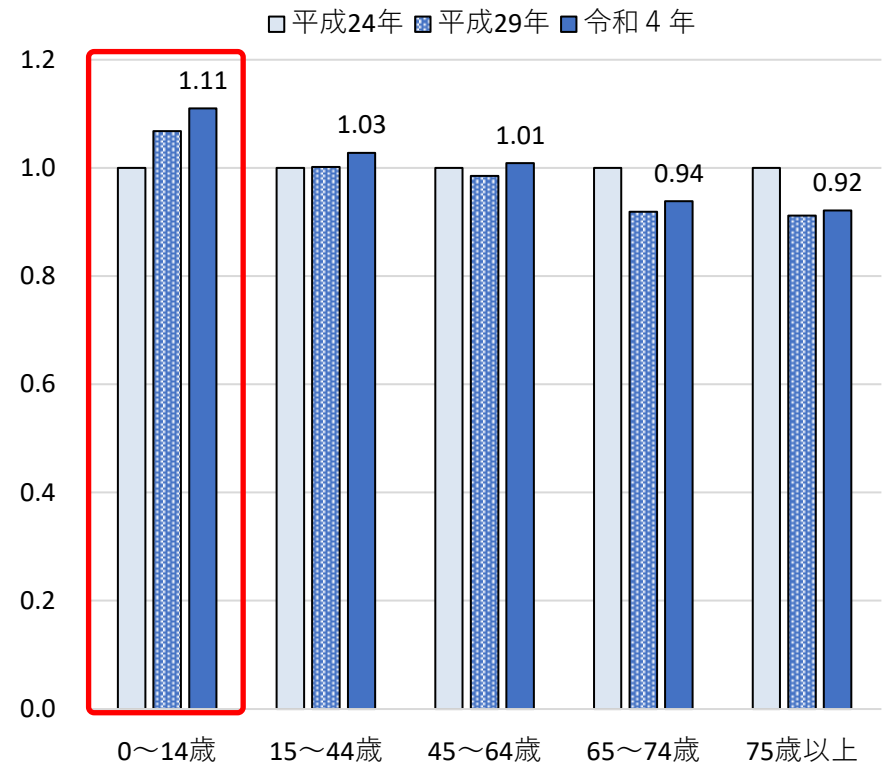
レセプト1件当たり平均点数（年齢階級別）

- レセプト1件あたり平均点数は、0～14歳では900点前後であり、年齢階級が上がると増加傾向にある。
- 伸び率でみると、0～14歳では伸びているが、15歳以降はほぼ横ばいとなっている。

＜レセプト1件あたり平均点数＞



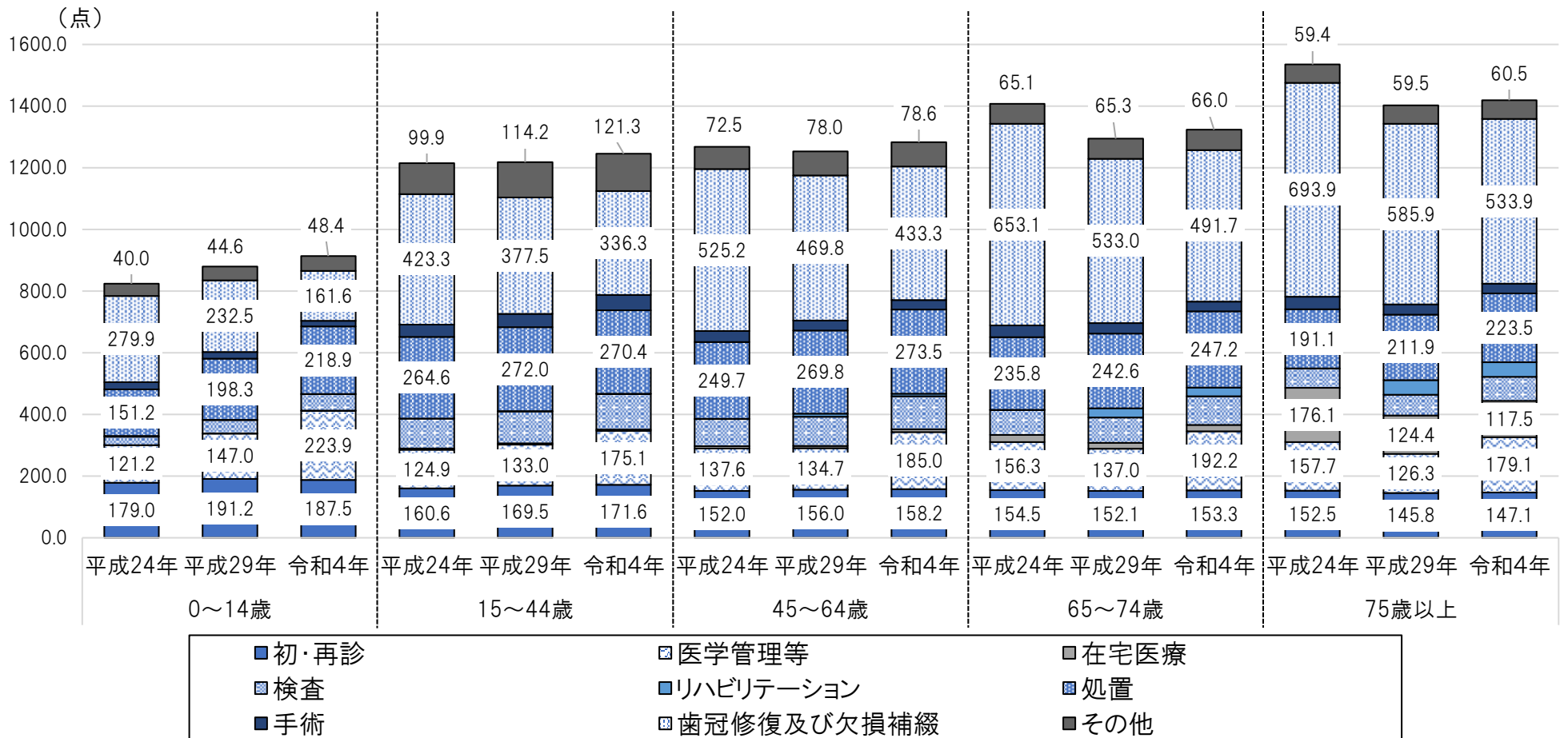
＜レセプト1件あたり平均点数の伸び率(対平成24年)＞



※伸び率：平成24年のレセプト1件あたり平均点数を1とした場合の平成29年、令和4年のレセプト1件あたり平均点数

診療行為別レセプト1件当たり平均点数（年齢階級別）

- 診療行為別のレセプト1件あたり平均点数をみると、令和4年では0～14歳では「医学管理」、15歳以上になると「歯冠修復及び欠損補綴」の占める割合が最も大きくなる。
- 各年齢階級とも「医学管理」及び「処置」が増加傾向にあり、「歯冠修復及び欠損補綴」が減少している。
- 0～14歳では、平成24年では「歯冠修復及び欠損補綴」の点数が最も高かったが、令和4年では「医学管理」の点数が最も高い。

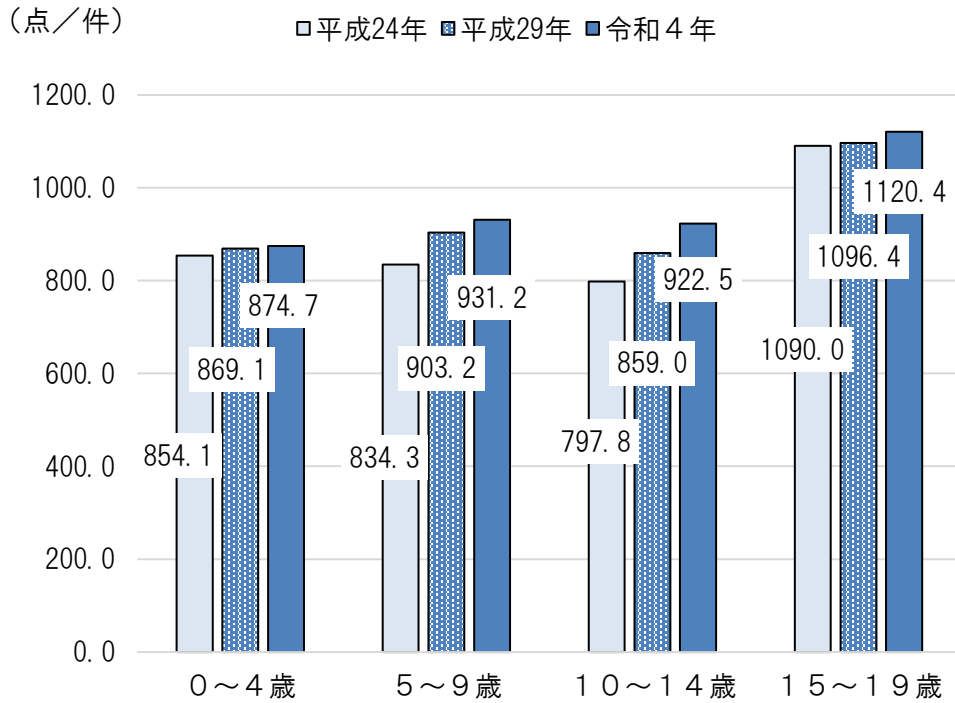


出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（各年6月審査分）

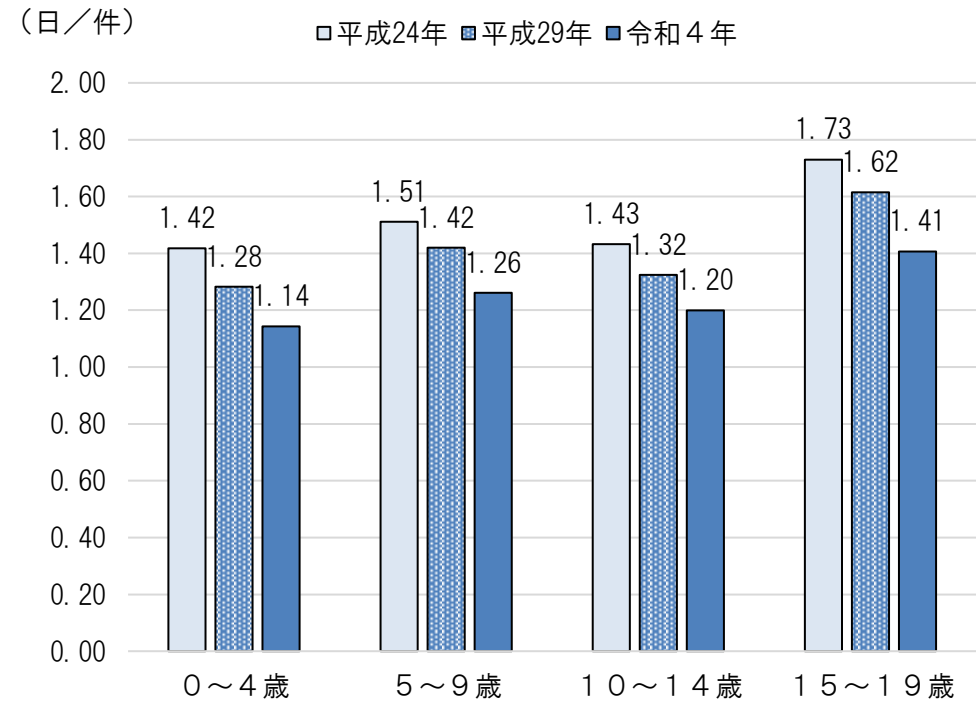
レセプト1件当たり平均点数及び診療実日数（0歳～19歳）

- 0歳～19歳の患者のレセプト1件あたり平均点数は、いずれの年齢階級も増加傾向にある。
- 0歳～19歳の患者のレセプト1件あたり診療実日数は、いずれの年齢階級も減少傾向にある。

<レセプト1件あたり平均点数>

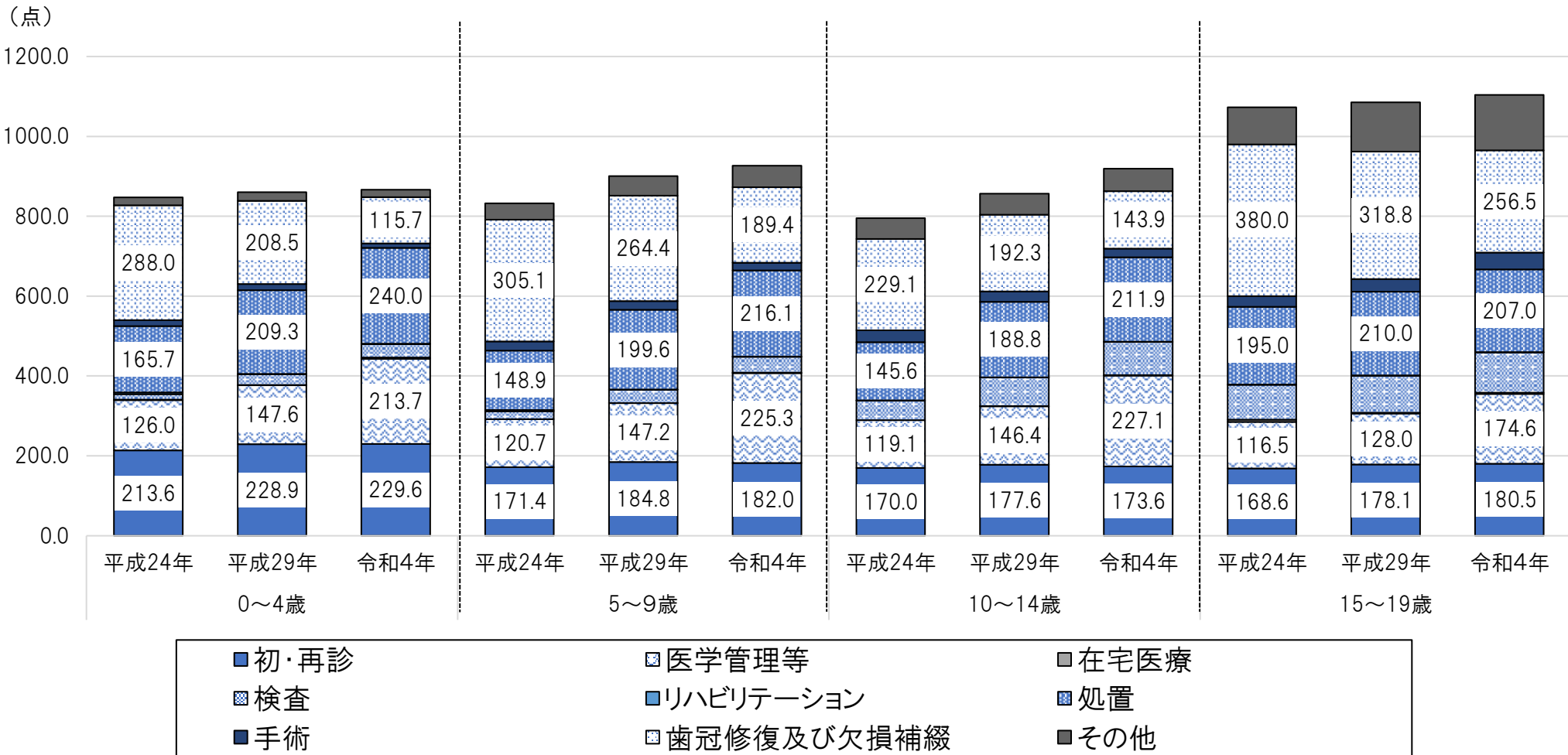


<レセプト1件あたり診療実日数>



診療行為別レセプト1件当たり平均点数（0歳～19歳）

- 診療行為別のレセプト1件あたり平均点数をみると、令和4年では0～4歳では「処置」、5～14歳では「医学管理」、15～19歳では「歯冠修復及び欠損補綴」の占める割合が最も大きくなる。
- 各年齢階級とも「医学管理」及び「処置」が増加傾向にあり、「歯冠修復及び欠損補綴」が減少している。



1. 歯科医療を取り巻く現状等について
2. 診療内容と医療費について
3. 歯科医療に係る診療報酬上の評価について

3. 歯科医療に係る診療報酬上の評価について

① かかりつけ歯科医機能に係る評価

- ② 病院における歯科の機能に係る評価
- ③ 医科歯科連携
- ④ 介護との連携
- ⑤ 院内感染防止対策
- ⑥ 歯科疾患の重症化予防
- ⑦ ライフステージに応じた口腔機能の管理
- ⑧ 障害者・有病者・認知症の人への歯科医療
- ⑨ 電話や情報通信機器を用いた歯科診療
- ⑩ 歯科固有の技術

■かかりつけ歯科医とは

かかりつけ歯科医とは、安全・安心な歯科医療の提供のみならず医療・介護に係る幅広い知識と見識を備え、地域住民の生涯に亘る口腔機能の維持・向上をめざし、地域医療の一翼を担う者としてその責任を果たすことができる歯科医師をいう。

■かかりつけ歯科医が担う役割

患者の乳幼児期から高齢期までのライフステージに応じた継続管理や重症化予防のための適切な歯科医療の提供および保健指導を行い、口腔や全身の健康の維持増進に寄与すること。

また、地域の中では、住民のために行政や関係する各団体と共に歯科健診などの保健活動等を通じ口腔保健向上の役割を担い、地域の関係機関や他職種と連携し、通院が困難な患者にさまざまな療養の場で切れ目のない在宅歯科医療や介護サービスを提供するとともに、地域包括ケアに参画することなどがかかりつけ歯科医の役割である。

診療報酬におけるかかりつけ歯科医機能の評価

- 診療報酬において、ライフステージに合わせた継続的な口腔管理の実施や医療安全の取組、連携に係る取組に積極的に取り組む歯科医療機関を、「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」として評価している。

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所に求められる役割(イメージ)

生涯を通じた口腔の管理に関する事項

- 乳幼児期から高齢期までの各ライフステージに合わせた継続的な口腔管理を実施している。
- 歯科訪問診療が必要になった場合に、歯科訪問診療を実施する(又は歯科訪問診療に対応している医療機関へ依頼する体制を構築する)。

連携や地域活動に関する事項

- 緊急時対応のため、あらかじめ医療機関と事前の連携体制が確保されている。
- 病院や診療所(医科を含む)、介護保険施設等と連携している。
- 地域保健活動に積極的に取り組んでいる。

医療安全・感染対策に関する事項

- 診察室等の清潔さや治療器具への取扱い等の医療安全のための体制が整備されている。

職員の体制に関する事項

- 歯科医師が複数名又は歯科医師及び歯科衛生士がいる。
- 研修を受講する等して資質向上をはかっているスタッフがいる。

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所に関する主な変遷

改定年	概 要
H28	<ul style="list-style-type: none"> ○ 「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」の施設基準を新設 <ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の行う歯科疾患の重症化予防等の評価 ・歯科疾患管理料 エナメル質初期う蝕管理加算 新設(260点) ・歯周病安定期治療(Ⅱ)新設(1歯以上10歯未満 380点、11歯以上20歯未満 550点、20歯以上830点) ・在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算 新設(100点)
H30	<ul style="list-style-type: none"> ○ 施設基準を見直し <ul style="list-style-type: none"> ・う蝕や歯周病の重症化予防に関する継続的な管理実績等を要件に追加。 ・歯科訪問診療料の実績要件について在宅療養支援歯科診療所との連携実績でも可能とする。 ・研修内容の見直し。 ・地域連携に関する参加実績を要件に追加、関連する要件の見直し。 ○ かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の行う歯科疾患の重症化予防・口腔管理等の評価の充実 <ul style="list-style-type: none"> ・在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算 評価見直し(75点) ・小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算 新設(75点) ○ 外来受診していた患者が通院困難になった場合に、かかりつけ歯科医が継続的に歯科訪問診療を実施した場合の評価新設 <ul style="list-style-type: none"> ・歯科訪問診療移行加算 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の場合 150点 ○ 歯科訪問診療に歯科衛生士が同行し、歯科訪問診療の補助を行った場合の評価の充実 <ul style="list-style-type: none"> ・歯科訪問診療補助加算 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の場合 同一建物居住者以外の場合 115点、同一建物居住者の場合 50点
R2	<ul style="list-style-type: none"> ○ 歯科疾患管理料 長期管理加算 新設 <ul style="list-style-type: none"> (かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の場合 120点、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所以外の場合 100点)
R4	<ul style="list-style-type: none"> ○ 施設基準を見直し <ul style="list-style-type: none"> ・歯周病安定期治療(Ⅰ)又は歯周病安定期治療(Ⅱ) ・地域連携に関する要件の選択肢として、「過去1年間に福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設、介護老人福祉施設又は介護老人保健施設における定期的な歯科健診に協力していること。」を追加。 ○ 歯周病安定期治療(Ⅱ)を歯周病安定期治療に統合し、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算(120点)新設

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準

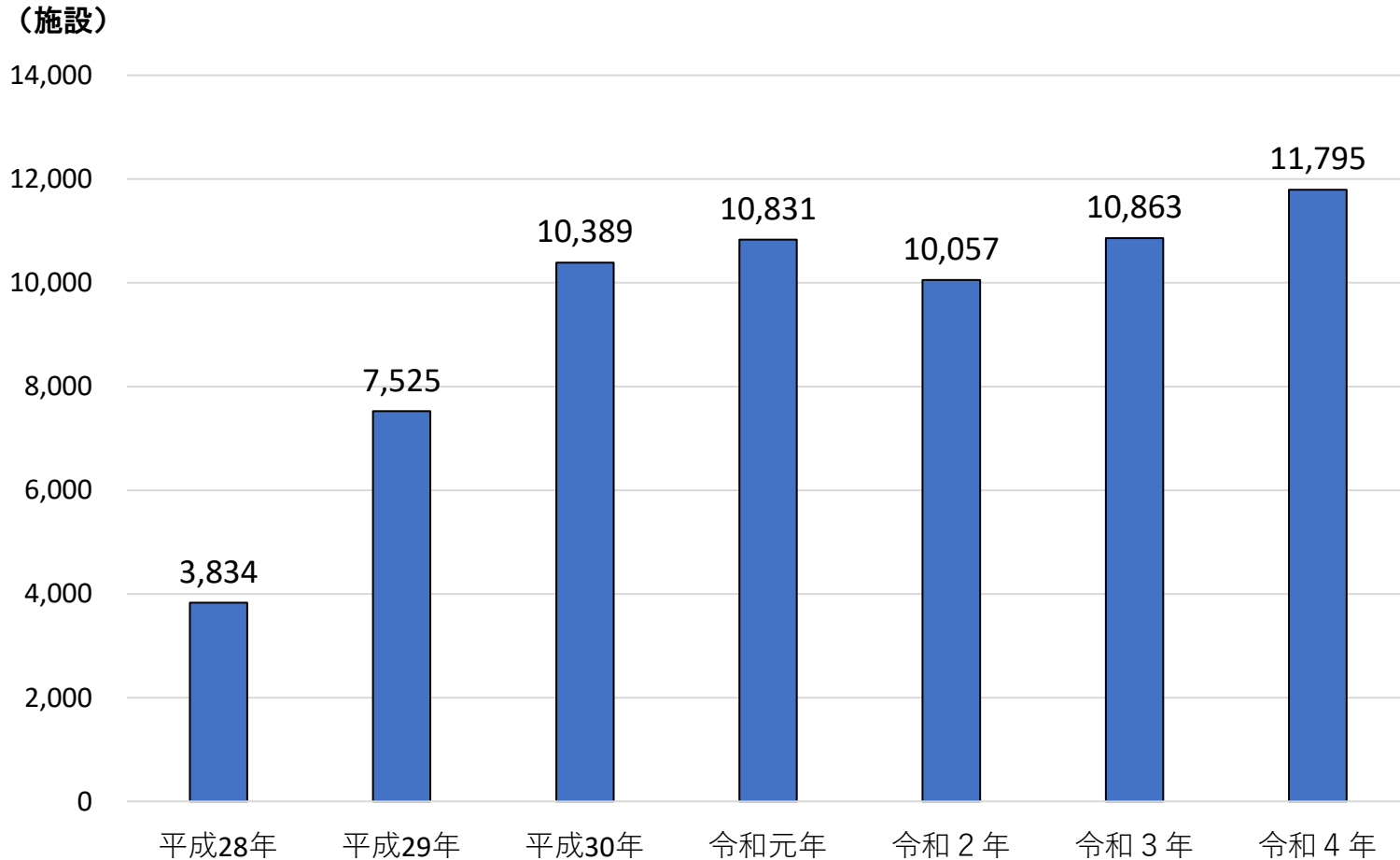
○ かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準は以下のとおりである。

施設基準

- 歯科医師が複数名配置又は歯科医師及び歯科衛生士がそれぞれ1名以上配置
- 次のいずれにも該当
 - ・過去1年間に歯周病安定期治療又は歯周病重症化予防治療を合計30回以上算定
 - ・過去1年間にフッ化物歯面塗布処置又は歯科疾患管理料のエナメル質初期う蝕管理加算を合計10回以上算定
 - ・クラウン・ブリッジ維持管理料を算定する旨の届出
 - ・歯科初診料の注1に規定する施設基準の届出
- 過去1年間に歯科訪問診療1若しくは2の算定回数又は連携する在宅療養支援歯科診療所1若しくは2に依頼した歯科訪問診療の回数が合計5回以上
- 過去1年間に診療情報提供料又は診療情報連携共有料を合計5回以上算定している実績
- 当該医療機関に、歯科疾患の重症化予防に資する継続管理に関する研修(口腔機能の管理を含む)、高齢者の心身の特性及び緊急時対応等の適切な研修を修了した歯科医師が1名以上在籍
- 別の保険医療機関との事前の連携体制の確保
- 迅速に歯科訪問診療が可能な歯科医師をあらかじめ指定し、文書により提供
- 歯の切削時等に飛散する細かな物質を吸引できる環境を確保
- 患者にとって安心で安全な歯科医療環境の提供を行うにつき十分な装置・器具等(AED、酸素供給装置等)を所有
- 以下のうちの3つ以上に該当
 - ・過去1年間に、居宅療養管理指導の提供実績
 - ・地域ケア会議に年1回以上出席
 - ・介護認定審査会の委員の経験
 - ・在宅医療に関するサービス担当者会議、病院・介護保険施設等で実施される多職種連携会議等に参加
 - ・栄養サポートチーム等連携加算1又は2の算定実績
 - ・在宅医療・介護等に関する研修を受講
 - ・過去1年間に、退院時共同指導料1、退院前在宅療養指導管理料、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料の算定実績
 - ・認知症対応力向上研修等、認知症に関する研修を受講
 - ・過去1年間に、福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設、介護老人福祉施設又は介護老人保健施設における定期的な歯科健診に協力
 - ・自治体が実施する事業に協力
 - ・学校歯科医等に就任
 - ・過去1年間に、歯科診療特別対応加算又は初診時歯科診療導入加算の算定実績

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の届出医療機関数

- かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の届出医療機関数は、令和2年を除き増加している。
- 令和4年時点で、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の届出医療機関数は11,795施設である。



かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所に関する診療報酬上の評価

① 歯科疾患の重症化予防に対する評価

歯科疾患管理料 長期管理加算

初診月から6月を超えて歯科疾患の管理及び療養上必要な指導を行った場合、以下の点数を加算

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所: **120点**

その他の保険医療機関: 100点

歯科疾患管理料 エナメル質初期う蝕管理加算

エナメル質初期う蝕に罹患している患者に対して、管理及び療養上必要な指導等を行い、その内容について説明した場合、**260点**を加算

歯周病安定期治療

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において、歯周病安定期治療を開始した場合、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算として**120点**を加算

歯周病安定期治療（算定間隔）

- ・2回目以降の歯周病安定期治療の算定は、3月に1回算定
- ・ただし、歯周病安定期治療の治療間隔の短縮が必要とされる場合又はかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所においてはこの限りでない

② 在宅歯科医療に対する評価

歯科訪問診療料 歯科訪問診療移行加算

歯科訪問診療1について、外来を受診していた患者であって在宅等において療養を行っている者に対し歯科訪問診療を実施した場合は、以下の点数を加算

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の場合: **150点**

それ以外の保険医療機関の場合: 100点

歯科訪問診療料 歯科訪問診療補助加算

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

在宅療養支援歯科診療所1、在宅療養支援歯科診療所2、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の場合: 同一建物居住者以外の場合→ **115点**

同一建物居住者の場合→ **50点**

それ以外の保険医療機関の場合: 同一建物居住者以外の場合→ 90点

同一建物居住者の場合→ 30点

③ 口腔機能の管理に対する評価

在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料

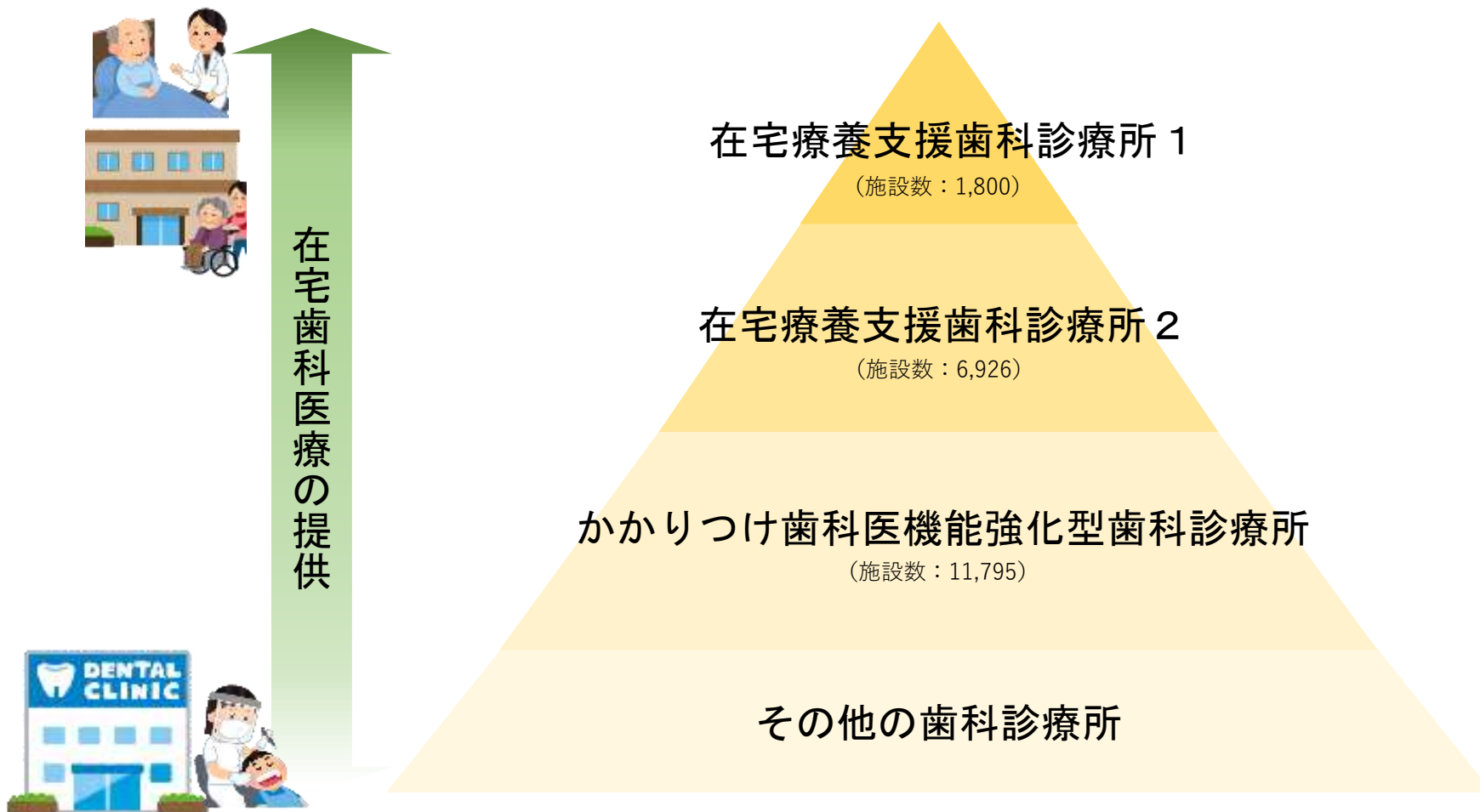
かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の歯科医師が指導管理を実施した場合、**75点**を加算

小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算

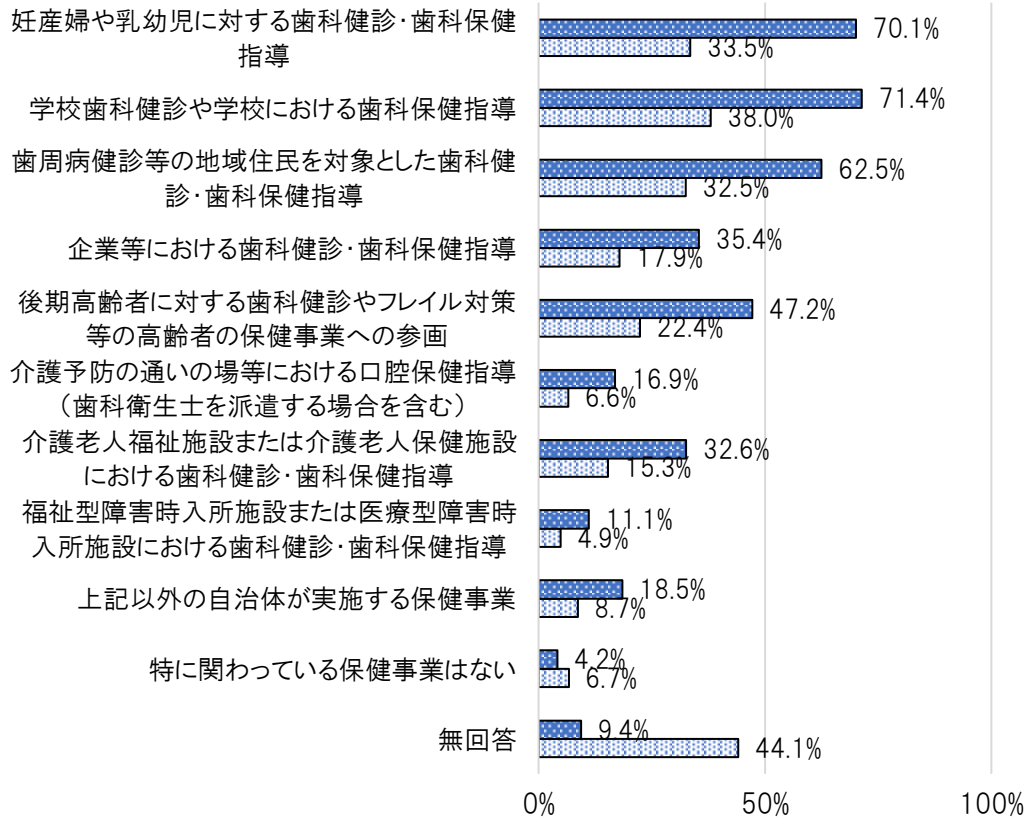
かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の歯科医師が指導管理を実施した場合、**75点**を加算



地域保健活動や在宅医療・介護連携に関する取組状況

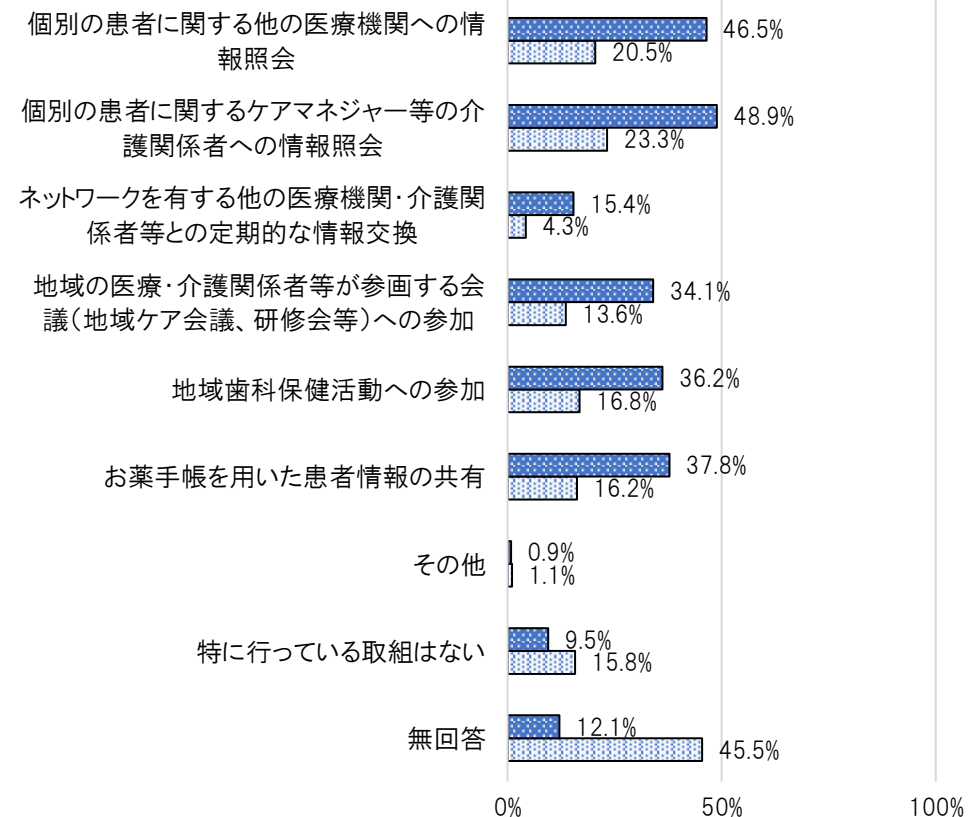
○ 地域保健活動や在宅医療・介護連携に関する取組状況について、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所は、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所以外の歯科診療所に比べ、取組を行っている歯科医療機関の割合が大きい。

<地域保健活動に取り組む歯科医療機関の割合>

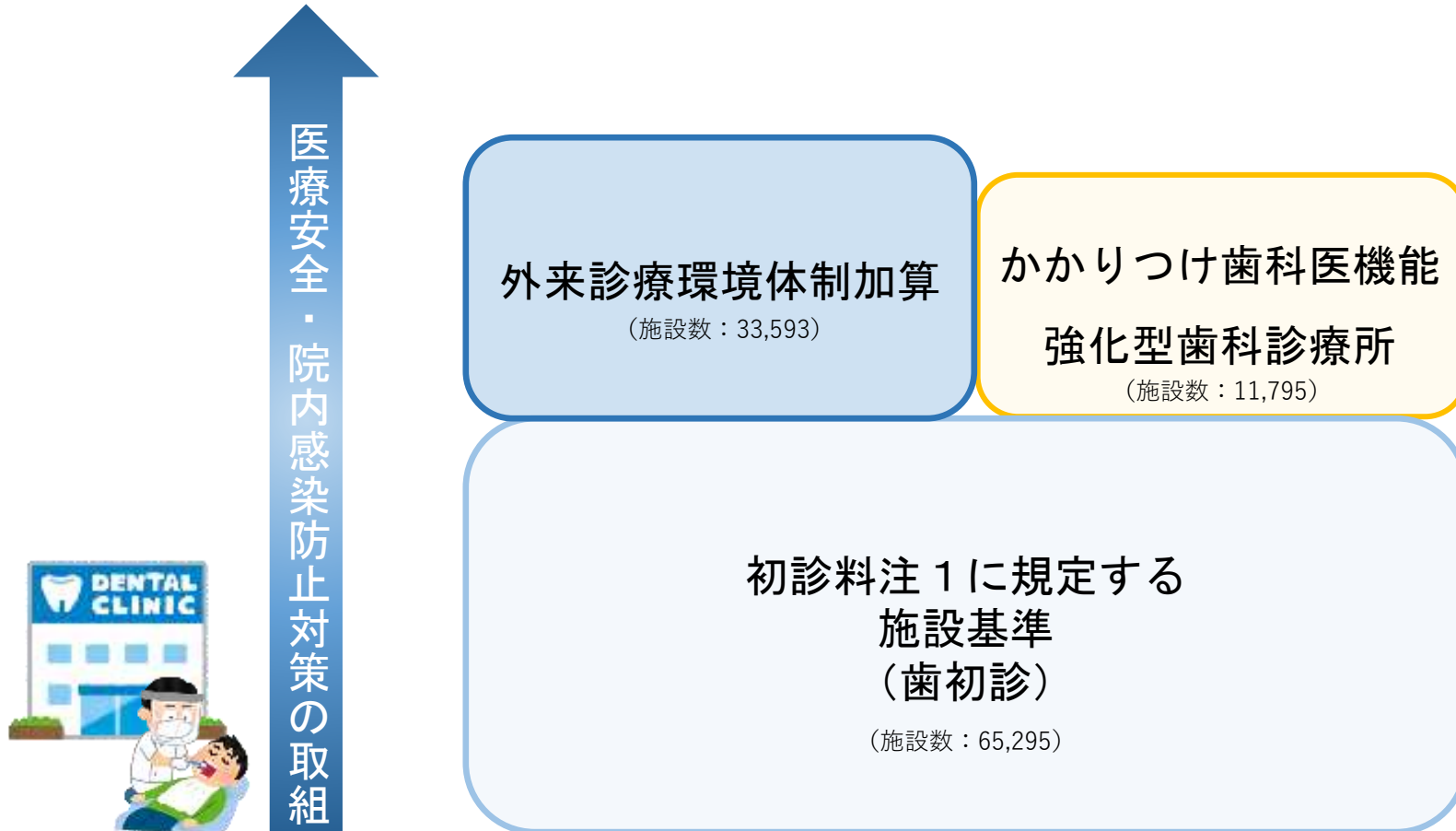


■ かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所 (n=693)
 □ かかりつけ機能強化型歯科診療所以外の歯科診療所 (n=653)

<在宅医療・介護連携に取り組む歯科医療機関の割合>



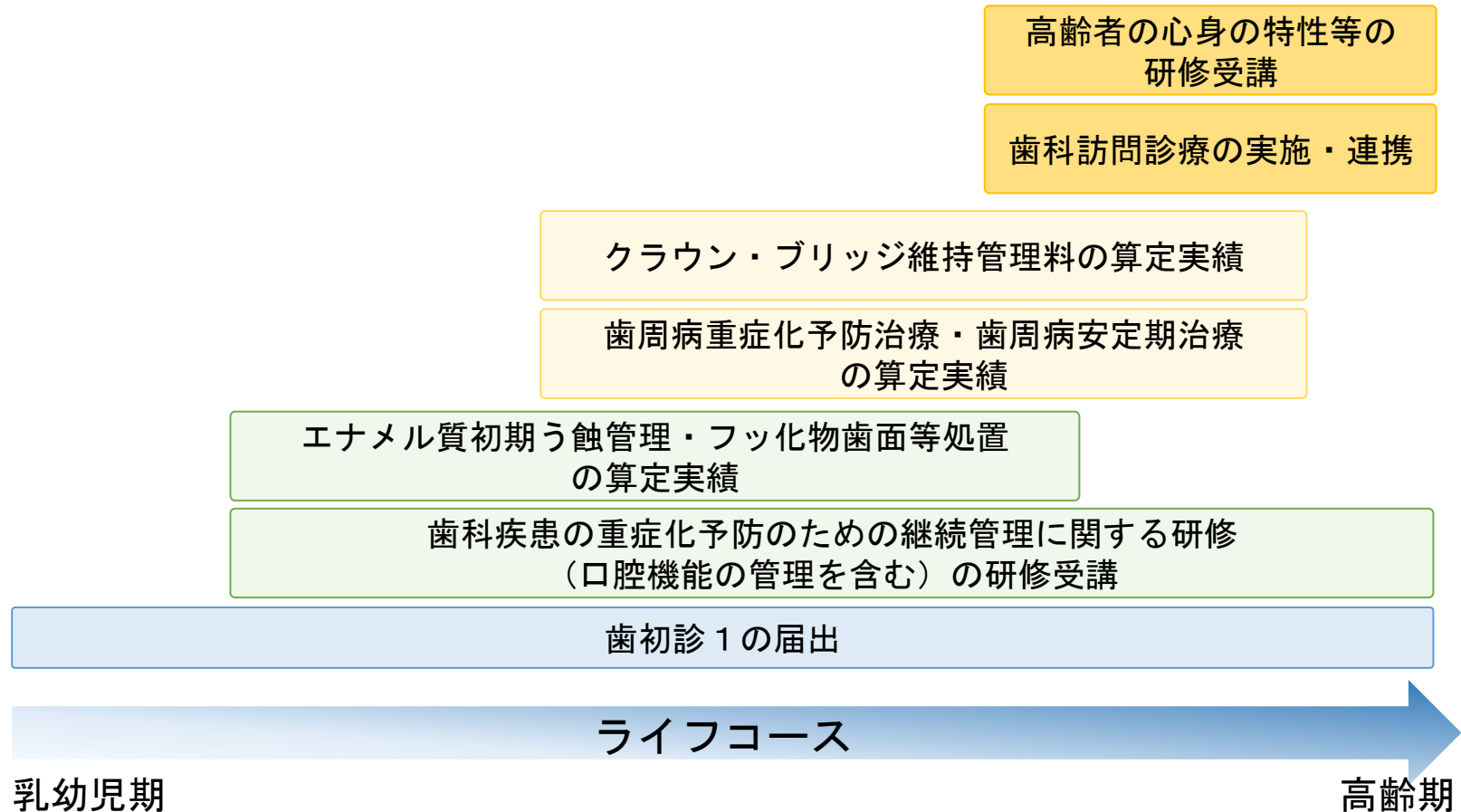
■ かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所 (n=693)
 □ かかりつけ機能強化型歯科診療所以外の歯科診療所 (n=653)



かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準とライフコース（イメージ）

- かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準では、エナメル質初期う蝕や歯周病、クラウン・ブリッジ等の治療・管理に係る項目の算定実績や歯科訪問診療の実施・連携、高齢者の心身の特性等に関する研修受講を必須としている。
- 一方で、永久歯萌出前の小児に対応する歯科治療に係る項目の算定実績や、小児の心身の特性等に関する研修受講など小児に関する要件は設定はなされていない。

＜かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準において必須としている施設基準要件（概要）＞



(参考) かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所、在宅療養支援歯科診療所、外来診療環境体制加算の施設基準①

	かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所	在宅療養支援歯科診療所		外来診療環境体制加算 1, 2	
		1	2		
生涯を通じた口腔の管理に関する事項	<ul style="list-style-type: none"> ○ 次のいずれにも該当 <ul style="list-style-type: none"> ・過去1年間に歯周病安定期治療又は歯周病重症化予防治療を合計30回以上算定 ・過去1年間にフッ化物歯面塗布処置又は歯科疾患管理料のエナメル質初期う蝕管理加算を合計10回以上算定 ・クラウン・ブリッジ維持管理料を算定する旨の届出 ・歯科初診料の注1に規定する施設基準の届出 	/		/	
生涯を通じた口腔の管理に関する事項(うち、在宅歯科医療に関する事項)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 過去1年間に歯科訪問診療1若しくは2の算定回数又は連携する在宅療養支援歯科診療所1若しくは2に依頼した歯科訪問診療の回数が合計5回以上 ○ 迅速に歯科訪問診療が可能な歯科医師をあらかじめ指定し、文書により提供 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 患者の求めに応じた迅速な歯科訪問診療が可能な体制を確保し、患者に情報提供 ○ 後方支援の機能を有する別の保険医療機関との連携体制を確保 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 過去1年間に歯科訪問診療1及び歯科訪問診療2を合計18回以上算定 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 過去1年間に歯科訪問診療1及び歯科訪問診療2を合計4回以上算定 	/
医療安全・感染対策に関する事項	<ul style="list-style-type: none"> ○ 歯科点数表の初診料注1に規定する施設基準の届出(再掲) ○ 歯科用吸引装置等により、歯の切削時等に飛散する細かな物質を吸引できる環境を確保 ○ 患者にとって安心して安全な歯科医療環境の提供を行うにつき十分な装置・器具等を有していること。AEDは保有していることがわかる院内掲示を行っていることが望ましい ○ 偶発症等緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関との事前の連携体制を確保 	/		<ul style="list-style-type: none"> ○ 歯科点数表の初診料注1に係る施設基準の届出 ○ 歯科用吸引装置等により、歯の切削時等に飛散する細かな物質を吸引できる環境を確保 ○ 患者にとって安心して安全な歯科医療環境の提供を行うにつき次の十分な装置・器具等を有していること。AEDは保有していることがわかる院内掲示を実施 ○ 偶発症等緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関との事前の連携体制を確保 	
職員の体制に関する事項	<ul style="list-style-type: none"> ○ 歯科医師が複数名配置又は歯科医師及び歯科衛生士がそれぞれ1名以上配置 ○ 歯科疾患の重症化予防に資する継続管理に関する研修(口腔機能の管理を含む)、高齢者の心身の特性及び緊急時対応等の適切な研修を修了した歯科医師が1名以上 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 歯科衛生士を配置 ○ 高齢者の心身の特性(認知症に関する内容を含むものであること。)、口腔機能の管理、緊急時対応等に係る適切な研修を修了した常勤の歯科医師を1名以上配置 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 歯科医師が複数名配置又は歯科医師及び歯科衛生士がそれぞれ1名以上配置 ○ 偶発症に対する緊急時の対応、医療事故対策等の医療安全対策に係る研修を修了した常勤の歯科医師を1名以上配置 ○ 見やすい場所に、緊急時における連携保険医療機関との連携方法やその対応等、医療安全管理対策を実施している旨を院内掲示 	/	

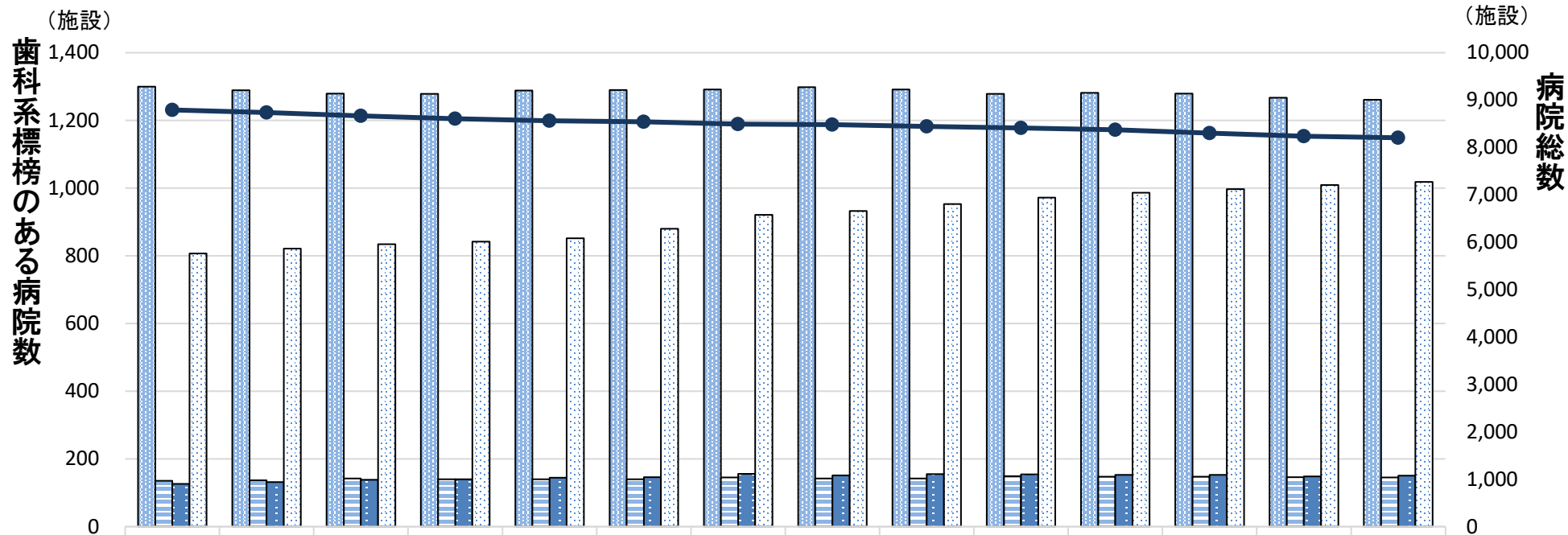
	かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所	在宅療養支援歯科診療所		外来診療環境体制加算 1, 2
		1	2	
連携や地域活動に関する事項	<ul style="list-style-type: none"> ○ 過去1年間に診療情報提供料又は診療情報連携共有料を合計5回以上算定している実績があること ○ 以下のうちの3つ以上に該当していること <ul style="list-style-type: none"> ・過去1年間に、居宅療養管理指導の提供実績 ・地域ケア会議に年1回以上出席 ・介護認定審査会の委員の経験 ・在宅医療に関するサービス担当者会議、病院・介護保険施設等で実施される多職種連携会議等に参加 ・栄養サポートチーム等連携加算1又は2の算定実績 ・在宅医療・介護等に関する研修を受講 ・過去1年間に、退院時共同指導料1、退院前在宅療養指導管理料、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料の算定実績 ・認知症対応力向上研修等、認知症に関する研修を受講 ・過去1年間に、福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設、介護老人福祉施設又は介護老人保健施設における定期的な歯科健診に協力 ・自治体が実施する事業に協力 ・学校歯科医等に就任 ・過去1年間に、歯科診療特別対応加算又は初診時歯科診療導入加算の算定実績 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 過去1年間の在宅医療を担う他の保険医療機関、保険薬局、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所又は介護保険施設等からの依頼による歯科訪問診療料の算定回数の実績が5回以上 		
		<ul style="list-style-type: none"> ○ 以下のいずれか1つに該当すること <ul style="list-style-type: none"> ① 地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院・介護保険施設等で実施される多職種連携に係る会議に年1回以上出席 ② 過去1年間に、病院・介護保険施設等の職員への口腔管理に関する技術的助言や研修等の実施又は口腔管理への協力 ③ 歯科訪問診療に関する他の歯科医療機関との連携実績が年1回以上 ○ 過去1年間に、以下のいずれかの算定が1つ以上あること <ul style="list-style-type: none"> ① 栄養サポートチーム等連携加算1又は2の算定 ② 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定 ③ 退院時共同指導料1、退院前在宅療養指導管理料、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料の算定 		

3. 歯科医療に係る診療報酬上の評価について

- ① かかりつけ歯科医機能に係る評価
- ② 病院における歯科の機能に係る評価
- ③ 医科歯科連携
- ④ 介護との連携
- ⑤ 院内感染防止対策
- ⑥ 歯科疾患の重症化予防
- ⑦ ライフステージに応じた口腔機能の管理
- ⑧ 障害者・有病者・認知症の人への歯科医療
- ⑨ 電話や情報通信機器を用いた歯科診療
- ⑩ 歯科固有の技術

歯科を標榜する病院数の年次推移

○ 歯科を標榜する病院数については、「歯科口腔外科」を標榜する施設数が増加傾向である一方、「歯科」を標榜する施設数は減少傾向である。



	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3
■ 歯科	1300	1289	1279	1278	1288	1290	1291	1298	1291	1278	1281	1279	1267	1261
■ 矯正歯科	135	137	142	140	140	140	145	142	142	149	147	147	146	145
■ 小児歯科	126	131	138	140	144	146	156	151	155	154	153	153	148	150
■ 歯科口腔外科	807	821	834	842	852	880	921	932	953	972	986	997	1009	1018
● 病院総数	8793	8738	8669	8604	8564	8540	8493	8480	8442	8412	8372	8300	8238	8205

歯科系の診療科を標榜する病院数（令和2年10月1日時点）
 （歯科、歯科口腔外科、小児歯科、矯正歯科のいずれかを標榜する病院数）
 1,819施設

地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る主な変遷

改定年	概 要
H10以前	<p>○ 病院歯科の施設基準を届け出た保険医療機関において初診を行った場合、病院歯科(Ⅰ)、病院歯科(Ⅱ)を加算</p> <p>※ 施設基準</p> <p>病院歯科(Ⅰ): 歯科医師2名以上配置、紹介等患者数が初診患者の総数に100分の30を乗じて得られた数以上</p> <p>病院歯科(Ⅱ): 歯科医師2名以上配置、紹介等患者数が初診患者の総数に100分の20を乗じて得られた数以上</p>
H12	<p>○ 病院歯科初診料1、病院歯科初診料2を新設</p> <p>※ 施設基準</p> <p>病院歯科初診料1: 歯科医師2名以上配置、「紹介率が100分の30以上」「紹介率が100分の20以上で別表に掲げる手術の実施件数が年間30件以上」のいずれかを満たすこと</p> <p>病院歯科初診料2: 歯科医師2名以上配置、紹介率が100分の20以上</p>
H16	<p>○ 評価見直し</p>
H18	<p>○ 病院歯科初診料1, 2の評価見直し、名称を地域歯科診療支援病院初診料に見直し</p> <p>※ 施設基準</p> <ul style="list-style-type: none"> ・歯科医師3名以上配置、看護師及び准看護師が2名以上配置、歯科衛生士が1名以上配置 ・「紹介率が100分の30以上」「紹介率が100分の20以上で別表に掲げる手術の実施件数が年間30件以上」いずれかに該当 ・歯科医療を担当する別の保険医療機関との連携体制の確保
H20	<p>○ 施設基準について、歯科医師の人員配置要件の見直し(歯科医師3名以上 → 歯科医師2名以上)</p>
H22	<p>○ 施設基準の見直し(障害者等の受け入れの実績を選択可能な要件の1つに追加)</p>
H30	<p>○ 施設基準に、院内感染防止対策に関する内容を追加</p> <p>○ 施設基準の見直し(周術期等口腔機能管理の実績を選択可能な要件の1つに追加)</p>

地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準

- 地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準は、人員配置基準の他、紹介率、手術の実施件数又は歯科診療特別対応加算の算定患者数、周術期等口腔機能管理料等の算定等が要件になっている。

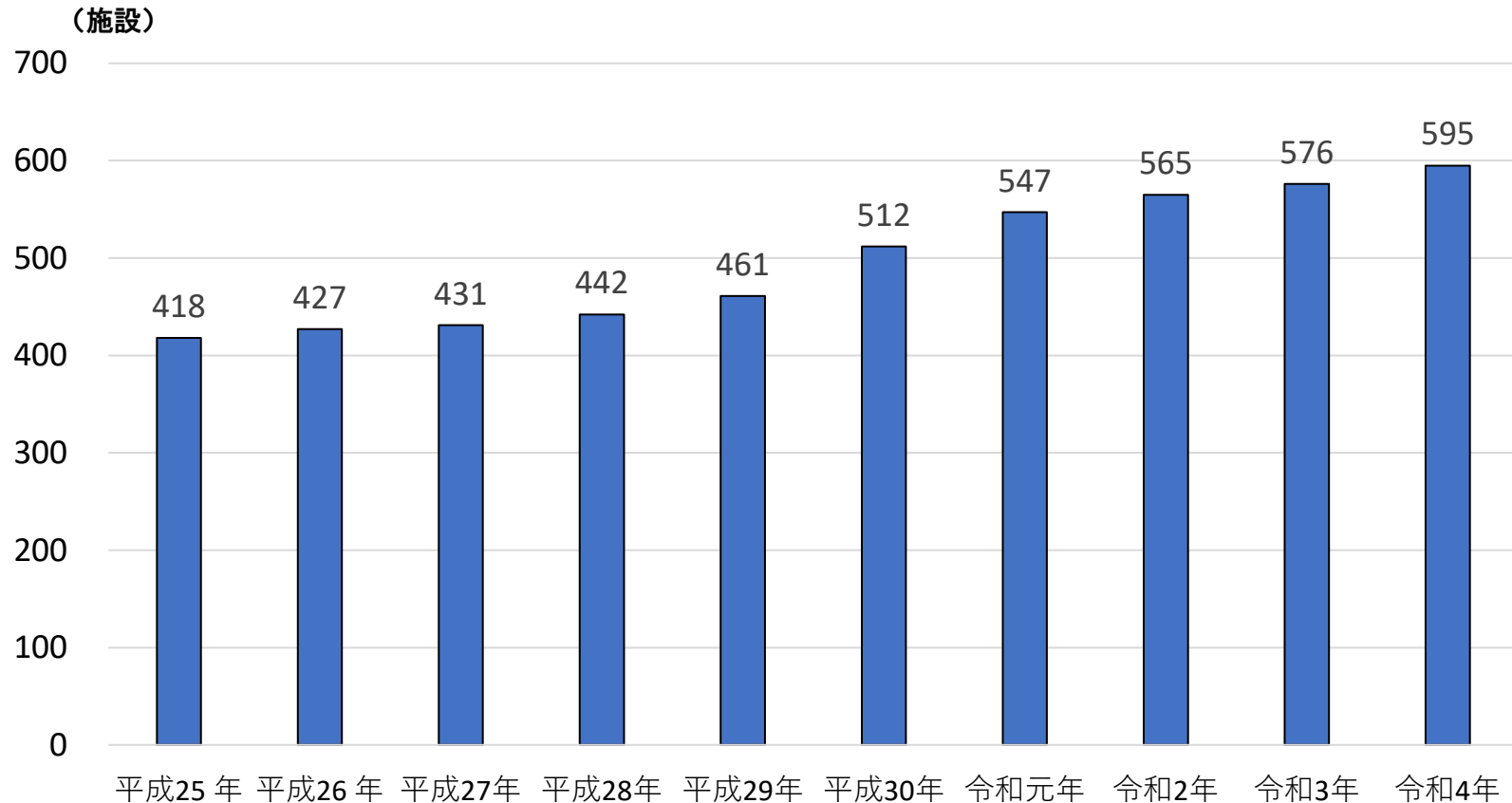
施設基準

- 看護師及び准看護師が2名以上配置されていること。
- 歯科衛生士が1名以上配置されていること。
- 歯科外来診療における院内感染防止対策につき十分な体制が整備されていること。
- 歯科外来診療における院内感染防止対策に係る研修を受けた常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。
- 歯科外来診療の院内感染防止対策に係る院内掲示を行っていること。
- 次のイ又は口のいずれかに該当すること。
 - イ 次のいずれかに該当すること。
 - ・歯科医療を担当する病院である保険医療機関における当該歯科医療についての紹介率が30%以上であること。
 - ・歯科医療を担当する病院である保険医療機関における当該歯科医療についての紹介率が20%以上であって、別表に掲げる手術の1年間の実施件数の総数が30件以上であること。
 - ・歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、歯科医療を担当する他の保険医療機関において歯科診療特別対応加算を算定した患者又は歯科訪問診療料を算定した患者であって、他の保険医療機関から文書により診療情報の提供を受けて当該保険医療機関の外来診療部門において歯科医療を行ったものの月平均患者数が5人以上であること。
 - ・歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、歯科診療特別対応加算を算定した患者の月平均患者数が30人以上であること。
 - ロ 次のいずれにも該当すること
 - ・常勤の歯科医師が1名以上配置されていること
 - ・歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、周術期等口腔機能管理計画策定料、周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）、周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）、周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）のいずれかを算定した患者の月平均患者数が20人以上であること。
- 当該地域において、歯科医療を担当する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。

地域歯科診療支援病院歯科初診料の届出医療機関数

- 地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準の届出医療機関数は、年々増加しており、令和4年で595施設である。

＜地域歯科診療支援病院歯科初診料の届出医療機関数＞



病院で求められる歯科医療（イメージ）

急性期 医療

回復期医療

慢性期医療

入院

口腔機能管理、口腔衛生管理

周術期等の口腔衛生管理、
口腔機能管理

化学療法、放射線治療時等の
口腔衛生管理、口腔機能管理

口腔機能の回復を目的とした歯科治療

非経口摂取
患者の口腔
衛生管理

摂食嚥下障害への対応（摂食嚥下リハビリテーション）

栄養サポート

気管内挿管時の
口腔内装置等

リハビリテーション・栄養との連携

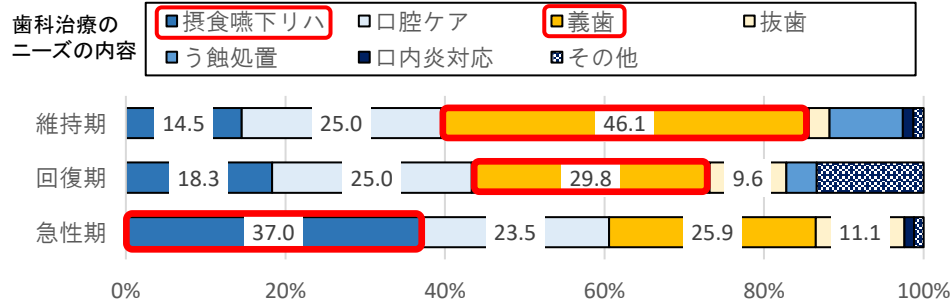
外来

- ・地域からの紹介による患者（全身管理が必要な患者等）に対する歯科治療
- ・障害児者や医療的ケア児に対する歯科治療
- ・歯科口腔外科領域の手術・処置（入院が必要なものも含む） 等

- 口腔の状態は全身の疾患の影響等により変化するため、例えば脳卒中患者では、急性期では摂食嚥下障害への対応が、回復期や維持期では義歯への対応が多いなど、歯科治療のニーズも変化する。
- 回復期や生活期では歯科のかかわりがない場合も多く、転院により口腔機能管理が途切れる可能性がある。
- 入院により歯科治療や口腔管理が中断し、口腔内の状況の悪化や口腔機能の低下が進行することが指摘されている。

歯科治療のニーズ(急性期、回復期、維持期)

- 脳卒中患者で食事の問題のある高齢者に対する歯科治療のニーズとして、急性期では摂食嚥下障害への対応が、回復期や維持期では義歯への対応が多い。

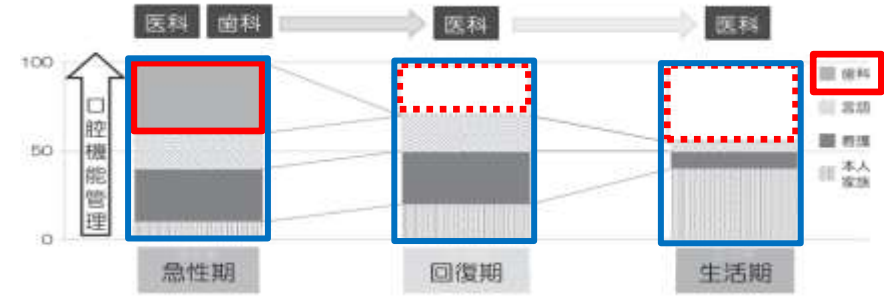


脳卒中と口腔機能. 古屋純一.日補会誌 Ann Jpn Prosthodont Soc 12 : 309-315, 2020
図「病気による歯科的ニーズの違い」を元に作図

出典:脳卒中と口腔機能. 古屋純一.日補会誌 Ann Jpn Prosthodont Soc 12 : 309-315, 2020

脳卒中患者における口腔管理の課題

- 回復期や生活期では歯科のかかわりがない場合も多く、転院により口腔機能管理が途切れる可能性がある。
- また、回復期や生活期においては、口腔機能管理の提供量は減少する。



地域と多職種でつなぐ脳卒中患者の口腔機能管理. 古屋純一. 老年歯科医学 34 27-33 2019
図 脳卒中患者における口腔機能管理の問題を元に作図

出典:地域と多職種でつなぐ脳卒中患者の口腔機能管理. 古屋純一. 老年歯科医学 34 27-33 2019

在宅歯科医療の課題

在宅歯科医療に関する現状と課題

- 在宅歯科医療に関して、**医科歯科連携の推進、歯科医療と介護との連携の推進及び歯科医療機関間(歯科診療所間、病院歯科と歯科診療所)における連携の強化**が課題である。
- **入院により歯科治療や口腔管理が中断し、その間に口腔内の状況の悪化や口腔機能の低下が進行することが多く、退院後に「痛くて食べられない」等の訴えがでて初めて、家族やかかりつけ医からかかりつけ歯科医に連絡が入り、治療を再開するケースが多い。**
- **要支援・要介護高齢者の口腔内の状況は良好とはいえないことが多く、潜在的な歯科医療や口腔ケア等のニーズがあると考えられるが、患者からの訴えがない場合はそのニーズを把握することが難しいため、介護支援専門員等も含めた要支援・要介護高齢者に関わる他職種との連携が必要**である。

出典:在宅歯科医療の充実に向けた議論の整理(在宅歯科医療の提供体制等に関する検討会報告書、令和元年6月10日)

歯科医師の確保（第8次医療計画の見直しのポイント）

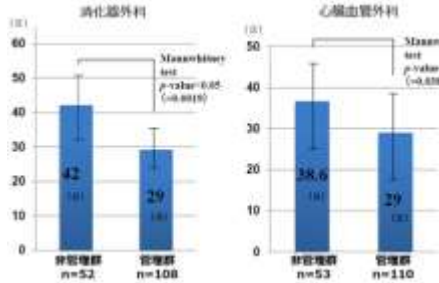
概要

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

医科歯科連携の重要性

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

入院患者に対する在院日数削減効果



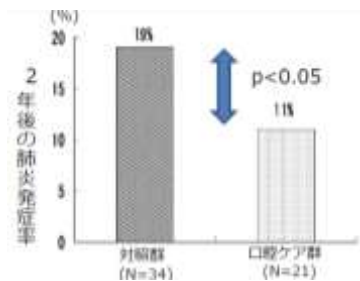
出典：第84回社会保障審議会医療保険部会（H26.11）
堀憲部委員提出資料
千葉大学医学部附属病院における介入試験結果

術後の回復過程に及ぼす効果



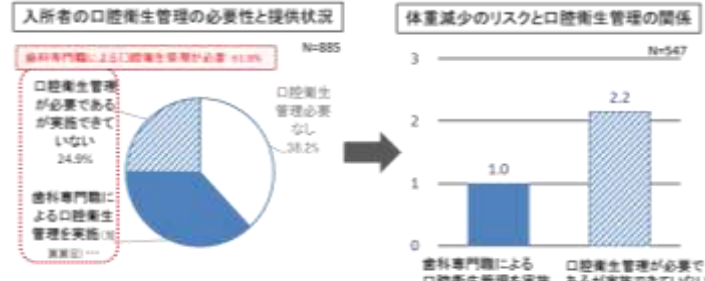
出典：第84回社会保障審議会医療保険部会（H26.11）
堀憲部委員提出資料
千葉大学医学部附属病院における介入試験結果

要介護者に対する肺炎発症の抑制効果



Yoneyama et al. :Lancet;1999

体重減少のリスクと口腔衛生管理の関係



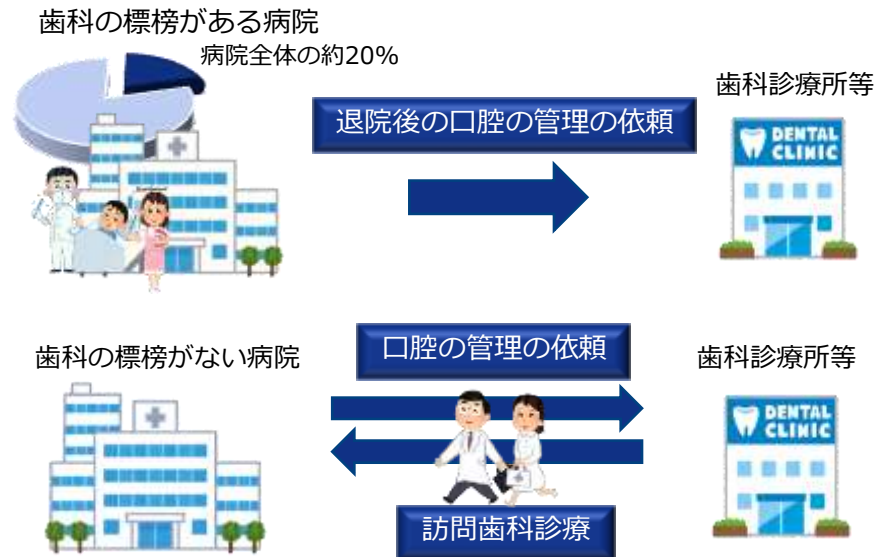
※ 介護施設等の口腔ケア実施状況調査結果

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

地域の実情に応じた歯科医療体制の確保

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

病院と地域の歯科診療所等の連携のイメージ



3. 歯科医療に係る診療報酬上の評価について

- ① かかりつけ歯科医機能に係る評価
- ② 病院における歯科の機能に係る評価
- ③ 医科歯科連携
- ④ 介護との連携
- ⑤ 院内感染防止対策
- ⑥ 歯科疾患の重症化予防
- ⑦ ライフステージに応じた口腔機能の管理
- ⑧ 障害者・有病者・認知症の人への歯科医療
- ⑨ 電話や情報通信機器を用いた歯科診療
- ⑩ 歯科固有の技術

周術期等口腔機能管理に関する主な変遷

改定年	概 要
H24	<ul style="list-style-type: none"> ○ 周術期口腔機能に係る評価を新設 周術期口腔機能管理計画策定料 300点、周術期口腔機能管理料(Ⅰ) 190点、周術期口腔機能管理料(Ⅱ) 300点 周術期口腔機能管理料(Ⅲ) 190点、周術期専門的口腔衛生処置 80点
H26	<ul style="list-style-type: none"> ○ 周術期口腔機能管理料の評価見直し 周術期口腔機能管理料(Ⅰ) 手術前 190点 → 280点 周術期口腔機能管理料(Ⅱ) 手術前 300点 → 500点 ○ 歯科医療機関連携加算 100点 新設(医科点数表) ○ 周術期口腔機能管理後手術加算 100点 新設(医科点数表、歯科点数表)
H28	<ul style="list-style-type: none"> ○ 歯科標榜のある病院に入院中の患者に対して歯科訪問診療料が算定できるよう要件見直し ○ 周術期専門的口腔衛生処置の評価の見直し (周術期専門的口腔衛生処置 80点 → 周術期専門的口腔衛生処置 92点) ○ 周術期口腔機能管理後手術加算の評価の見直し (周術期口腔機能管理後手術加算 100点 → 周術期口腔機能管理後手術加算 200点)
H30	<ul style="list-style-type: none"> ○ 周術期口腔機能管理から周術期等口腔機能管理に名称変更 周術期口腔機能管理計画策定料 → 周術期等口腔機能管理計画策定料 周術期口腔機能管理料(Ⅰ)、(Ⅱ)、(Ⅲ) → 周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)、(Ⅱ)、(Ⅲ) 周術期専門的口腔衛生処置 → 周術期等専門的口腔衛生処置 ○ 周術期等専門的口腔衛生処置を細分化(がん等に係る放射線治療又は化学療法による口腔粘膜炎に対する材料を使用した場合の評価を新設) 周術期専門的口腔衛生処置 92点 → 周術期等専門的口腔衛生処置1 92点 周術期等専門的口腔衛生処置2 100点
R2	<ul style="list-style-type: none"> ○ 周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)の評価見直し 周術期等口腔機能管理料(Ⅲ) 190点 → 周術期等口腔機能管理料(Ⅲ) 200点 ○ 周術期等専門的口腔衛生処置の見直し 周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)を算定した患者に対して実施される周術期等専門的口腔衛生処置の算定回数を月1回から月2回に見直し ○ 歯科医療機関連携加算2 新設(医科医療機関が歯科医療機関へ予約を行い患者の紹介行った場合の評価)
R4	<ul style="list-style-type: none"> ○ 周術期等専門的口腔衛生処置の評価見直し 周術期等専門的口腔衛生処置1 92点 → 100点 周術期等専門的口腔衛生処置2 100点 → 110点

周術期等口腔機能管理の評価

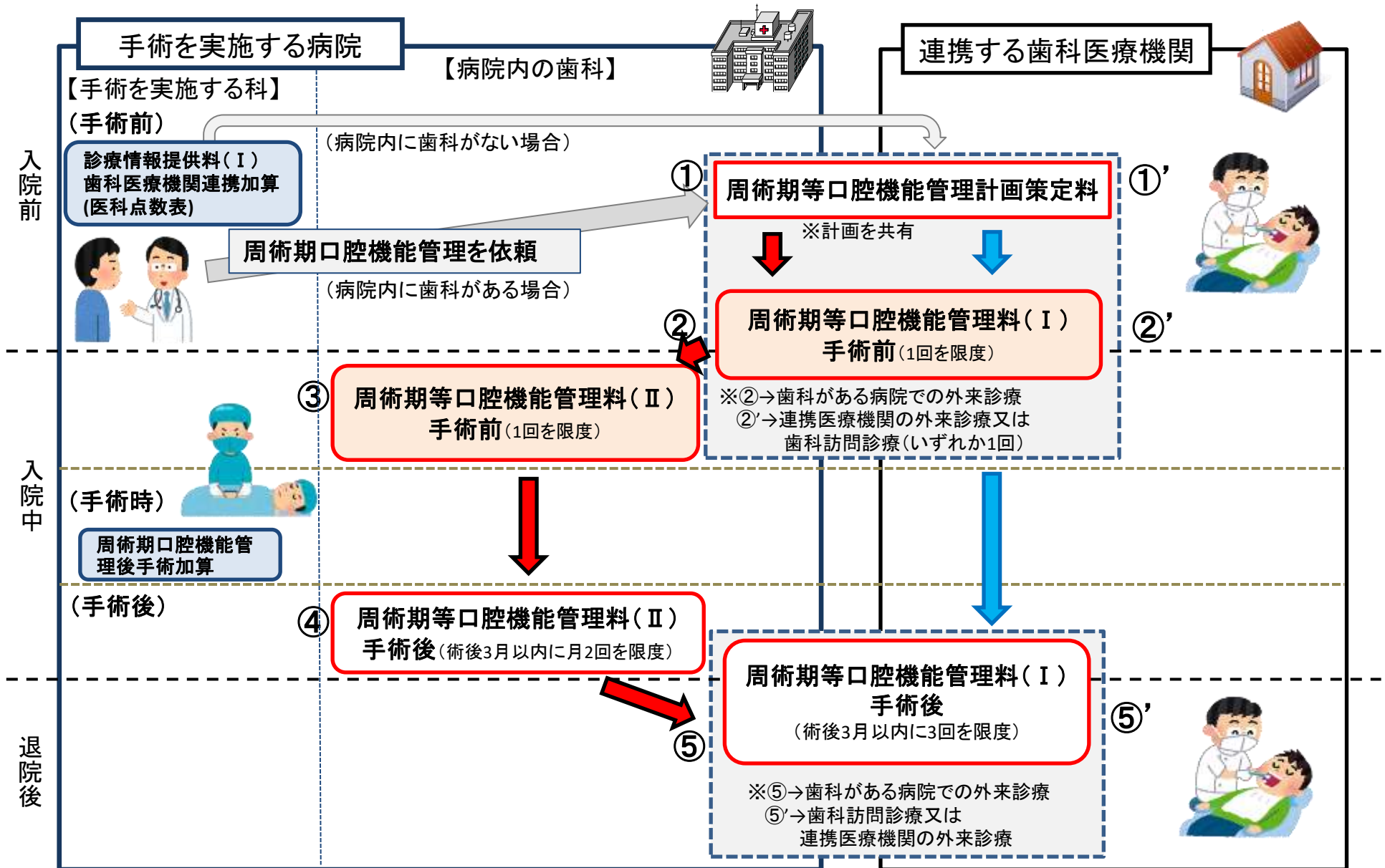
周術期等における口腔機能の管理の評価

- がん患者等の周術期等における口腔機能の管理等を評価
 - 周術期等口腔機能管理計画策定料 300点
【周術期における一連の口腔機能の管理計画の策定を評価】
 - 周術期等口腔機能管理料(Ⅰ) 1 手術前 280点 2 手術後 190点
【主に入院前後の口腔機能の管理を評価】
 - 周術期等口腔機能管理料(Ⅱ) 1 手術前 500点 2 手術後 300点
【入院中の口腔機能の管理を評価】
 - 周術期等口腔機能管理料(Ⅲ) 200点
【放射線治療、化学療法又は緩和ケアを実施する(予定している患者も含む)患者の口腔機能の管理を評価】
- 周術期等における入院中の患者の歯科衛生士の専門的口腔衛生処置を評価
 - 周術期等専門的口腔衛生処置1 100点
【入院中の患者の専門的口腔衛生処置を評価】
 - 周術期等専門的口腔衛生処置2 110点
【放射線治療、化学療法を行っている患者に対し口腔粘膜保護材を使用した口腔粘膜に対する処置を評価】

周術期等口腔機能管理に関する医科歯科連携の評価

- 周術期等口腔機能管理が必要な患者における医科医療機関から歯科医療機関連携に係る評価
 - 歯科医療機関連携加算1 100点 【医科点数表】
(診療情報提供料の加算)
 - 歯科医療機関連携加算2 100点 【医科点数表】
(診療情報提供料の加算。当該患者が受診する日の予約を行った上で当該患者の紹介を行った場合の評価。)
- 周術期口腔機能管理を実施した患者に対する手術料の加算
 - 周術期口腔機能管理後手術加算 200点 【医科、歯科点数表】
(手術料の加算)

周術期における口腔機能管理のイメージ(医科で手術をする場合)



手術前に化学療法を実施する場合の周術期等口腔機能管理のイメージ (歯科標榜がある病院)

入院前

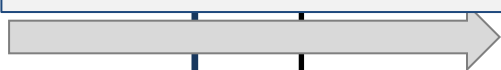
手術を実施する病院
【医科】

手術を実施する病院【歯科】

(手術前)



周術期等口腔機能管理を依頼



周術期等口腔機能管理計画策定料

周術期等口腔機能管理料 (I)
手術前 (1回限り)

(手術前 化学療法)



周術期等口腔機能管理料 (III)
(1月に1回限り)

周術期等口腔衛生処置
(1月に2回限り)

周術期等口腔機能管理料 (II)
手術前 (1回限り)

(手術時)

周術期口腔機能
管理後手術加算



(手術後)



周術期等口腔機能管理料 (II)
手術後 (術後3月以内に月2回限り)

入院中

退院後



周術期等口腔機能管理料 (I)
手術後
(術後3月以内に3回限り)

手術前に化学療法を実施する場合の周術期等口腔機能管理のイメージ(歯科標榜がない病院)

入院前

手術を実施する病院
【医科】※歯科標榜なし

歯科医療機関(手術を実施する病院以外)

(手術前)

診療情報提供料(Ⅰ)
歯科医療機関
連携加算



周術期等口腔機能
管理を依頼



周術期等口腔機能管理計画策定料

周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)
手術前(1回限り)



(手術前 化学療法)



周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)
(1月に1回限り)

※歯科訪問診療を
実施する場合

周術期等口腔衛生処置
(1月に2回限り)

入院中

(手術時)

周術期口腔機能
管理後手術加算



(手術後)



周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)
手術後

※歯科訪問診療を実施する場合

(術後3月以内に
3回限り)

周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)
手術後



退院後

周術期等口腔機能管理計画策定料の状況

- 周術期等口腔機能管理計画策定料は、病院併設歯科で主に算定されているが、近年、歯科診療所による算定も増加している。

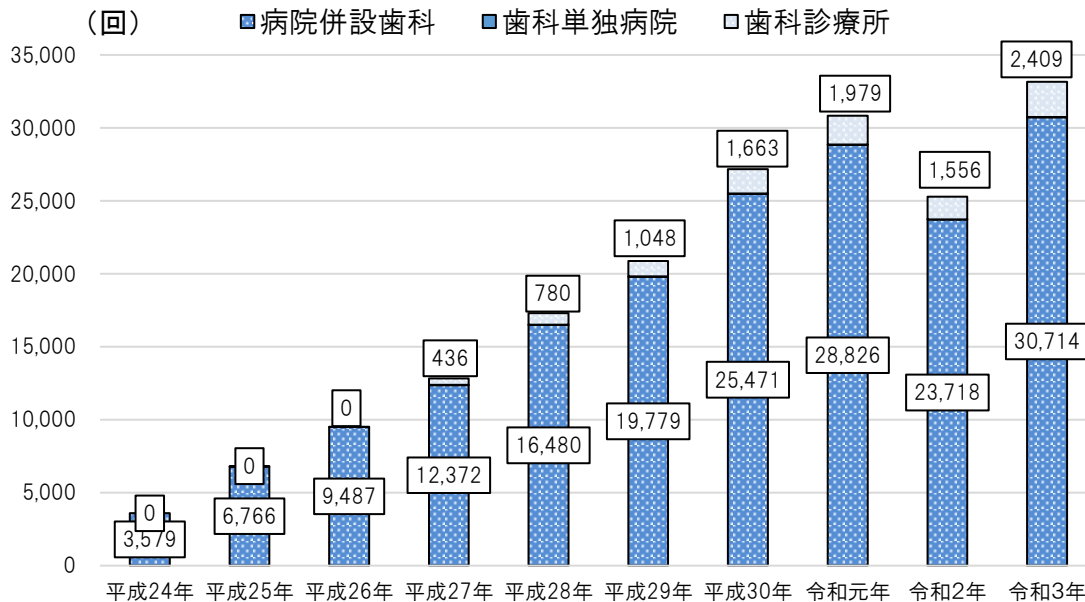
周術期等口腔機能管理計画策定料

- 歯科診療を実施している保険医療機関において、手術等を実施する保険医療機関からの文書による依頼に基づき、周術期等の口腔機能の評価及び一連の管理計画を策定
- 当該手術等に係る一連の治療を通じて1回に限り算定

対象患者

がん等にかかる手術または放射線治療、化学療法もしくは緩和ケアを実施する患者

<周術期等口腔機能管理計画策定料の算定回数>



<周術期等口腔機能管理計画策定料の算定医療機関数>

	令和元年度	令和2年度
診療所	9,089	9,298
病院	1,036	1,052
総数	10,149	10,360

※施設区分不詳は除外しているため、診療所分と病院分の合算が、総数と一致しない
 ※各年度1年間に周術期等口腔機能管理計画策定料の算定があった医療機関数

出典：歯科保健医療に関するオープンデータ
 (歯科保健医療情報収集・分析等推進事業)

周術期等口腔機能管理料の状況

○ 周術期等口腔機能管理に関する項目は、いずれも令和2年を除き算定回数は増加している。

○ また、周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)は、歯科診療所による算定も増加している。

周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)

○ 主に入院前後の口腔機能の評価を評価。

対象患者

○ 対象となる手術の例

- ・頭頸部領域、呼吸器領域、消化器領域等の悪性腫瘍の手術
- ・心臓血管外科手術
- ・人工股関節置換術等の整形外科手術
- ・臓器移植手術 ・造血幹細胞移植
- ・脳卒中に対する手術 等

○ 脳卒中等による緊急手術において、術前の管理を行っていない場合は手術後早期に依頼を受けた場合。

周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)

○ 主に入院中の口腔機能の評価を評価。

対象患者

○ 対象となる手術の例

- ・頭頸部領域、呼吸器領域、消化器領域等の悪性腫瘍の手術
- ・心臓血管外科手術
- ・人工股関節置換術等の整形外科手術
- ・臓器移植手術 ・造血幹細胞移植
- ・脳卒中に対する手術 等

○ 脳卒中等による緊急手術において、術前の管理を行っていない場合は手術後早期に依頼を受けた場合。

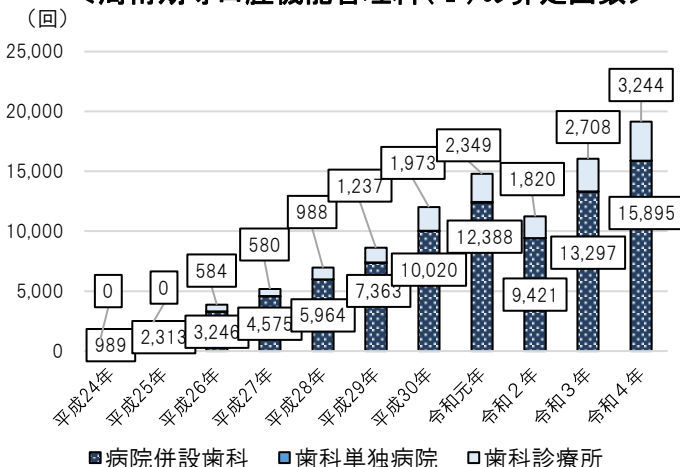
周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)

○ 放射線治療、化学療法又は緩和ケアを実施又は実施予定の患者の口腔機能の評価を評価。

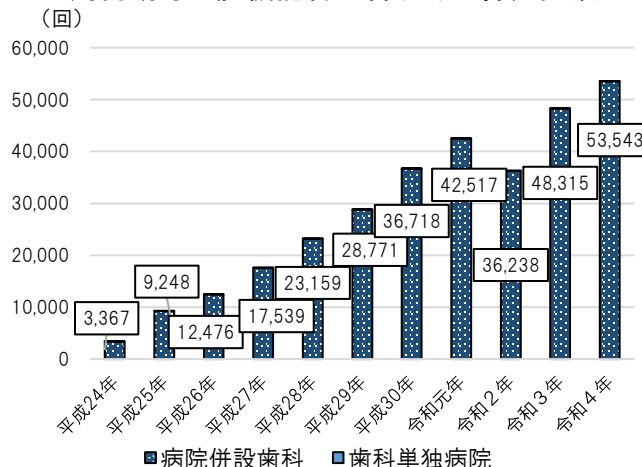
対象患者

○ 放射線治療、化学療法又は緩和ケアを実施する患者(予定している患者も含む)。

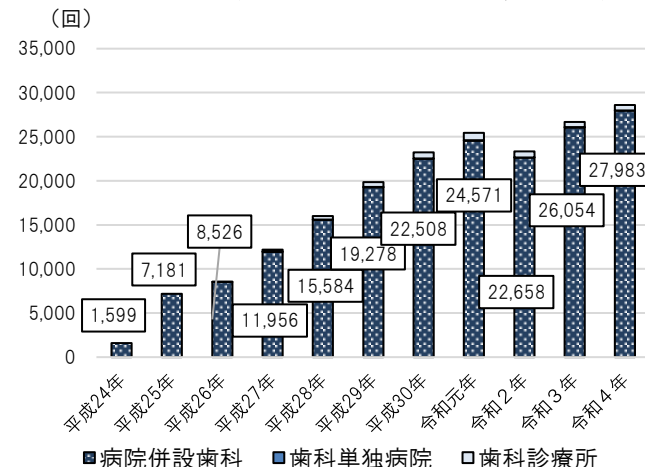
＜周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)の算定回数＞



＜周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)の算定回数＞



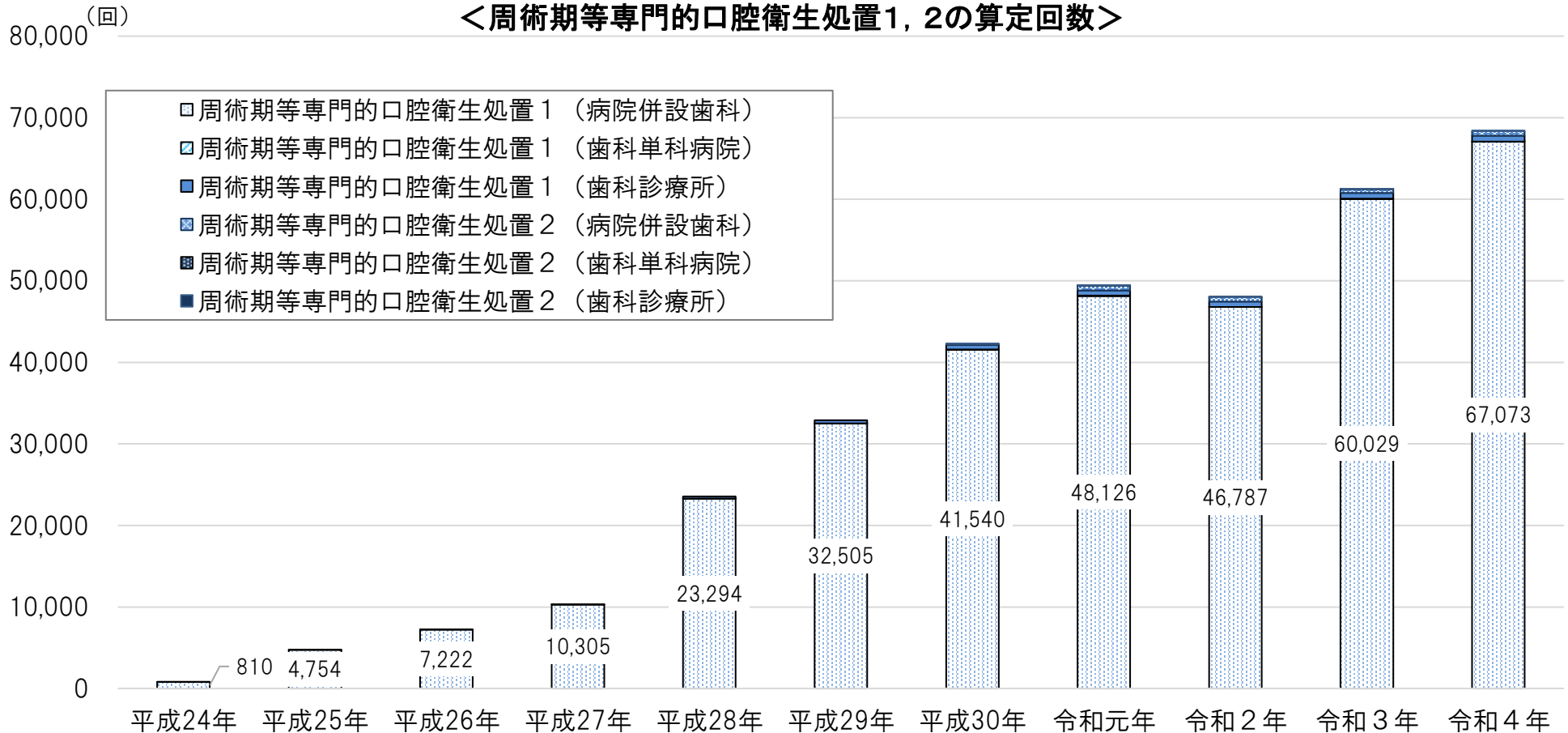
＜周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)の算定回数＞



周術期等専門的口腔衛生処置の算定状況

- 周術期等専門的口腔衛生処置は、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、患者の口腔の衛生状態にあわせて、口腔粘膜等の専門的な口腔清掃や機械的歯面清掃等を行った場合の評価。
- 周術期等専門的口腔衛生処置のほとんどが病院併設歯科で算定されており、令和2年を除き算定回数は増加傾向にある。

＜周術期等専門的口腔衛生処置1, 2の算定回数＞



※ 平成29年までは、周術期専門的口腔衛生処置の算定回数

診療情報連携共有料の算定状況

- 医科歯科連携を推進する観点から、歯科診療を行う上で必要な診療情報や処方内容等の診療情報について、医科の保険医療機関と歯科の保険医療機関の間で情報共有することにより、質の高い診療が効率的に行われることを評価するもの。

歯科点数表

[対象患者]

慢性疾患を有する患者又は歯科治療を行う上で特に全身的な管理の必要性を認め検査値や診療情報を確認する必要がある患者

[算定要件]

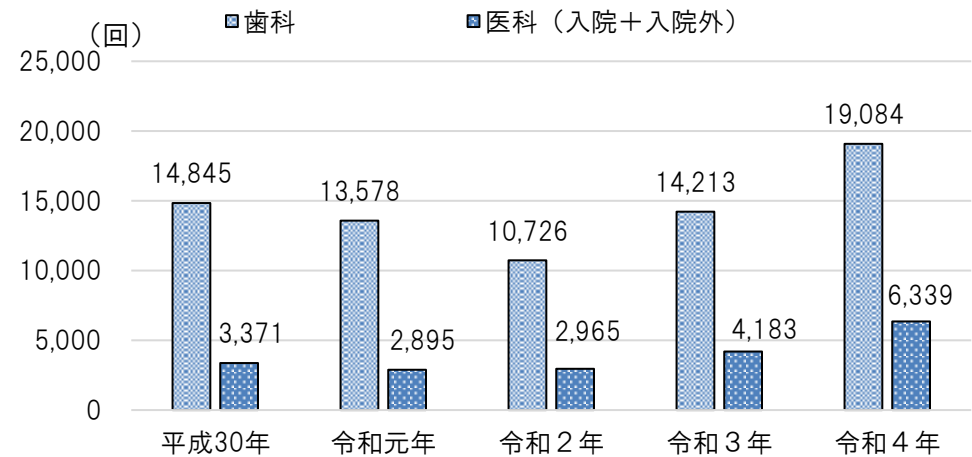
- ・ 当該患者の同意を得て、別の保険医療機関に当該患者の診療情報の提供を文書により求めた場合に算定
- ・ 保険医療機関と連携を図り、必要に応じて問合せに対応できる体制(窓口の設置など)を確保
- ・ 保険医療機関ごとに患者1人につき、診療情報の提供を求めた日の属する月から起算して3月に1回に限り算定
- ・ 診療情報提供料(I)により紹介した月から起算して3月以内に、同一の保険医療機関に対して当該患者の診療情報の提供を求めた場合において、診療情報連携共有料は別に算定不可

医科点数表

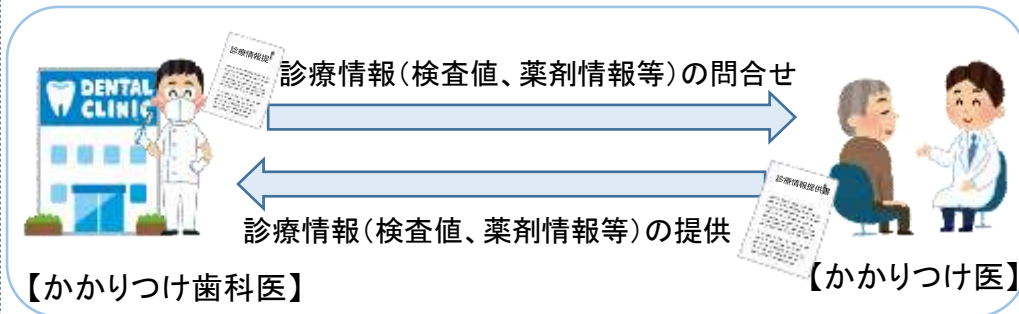
[算定要件]

- ・ 歯科診療を担う保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、検査結果、投薬内容等を文書により提供した場合に3月に1回算定
- ・ 歯科診療を担う保険医療機関と連携を図り、必要に応じて問合せに対応できる体制(窓口の設置など)を確保
- ・ 同一の患者について、同一の保険医療機関に対して紹介を行い、診療情報提供料(I)を算定した月においては、診療情報連携共有料は別に算定不可

<診療情報連携共有料の算定回数>



出典: 社会医療診療行為別統計(各年6月審査分)



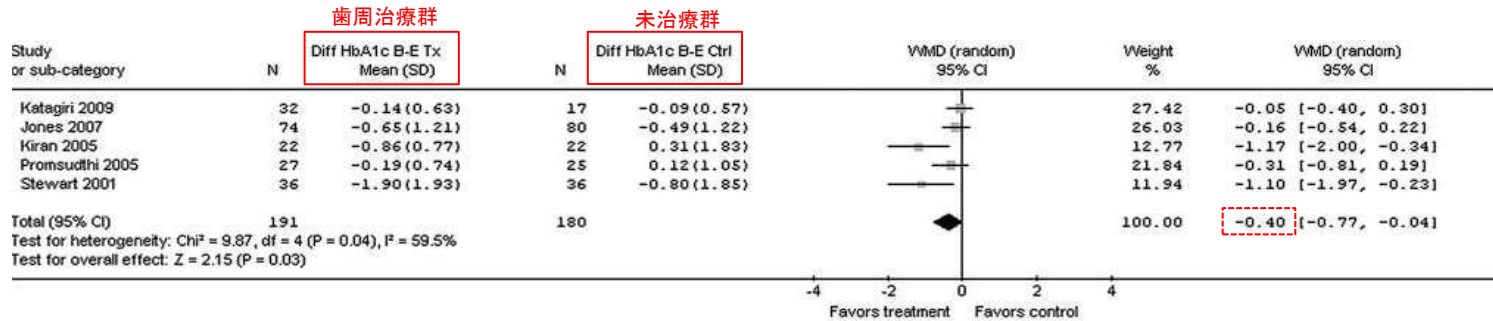
糖尿病診療ガイドライン2019（日本糖尿病学会）

- ・歯周病は、慢性炎症として血糖コントロールに悪影響を及ぼすことが疫学的に示されている
- ・2型糖尿病では歯周治療により血糖が改善する可能性があり※、推奨される（推奨グレードA）《参考1》
（※文献の相違があるものの、共通して歯周基本治療後に、HbA1cが0.29~0.66%低下することが示されている）

糖尿病患者に対する歯周治療ガイドライン 改訂第2版 2014（日本歯周病学会）

- ・糖尿病患者は1型か2型にかかわらず非糖尿病患者に比較して有意に歯周病の発症率が高い《参考2》
- ・血糖コントロール不良の糖尿病は歯周病の進行に関与し、歯周病を悪化させる
- ・複数のメタアナリシスにおいて歯周治療による血糖コントロールの改善効果が支持されており、糖尿病患者に対しては歯周治療が勧められる

○歯周治療による血糖コントロール改善効果：歯周治療による炎症性サイトカイン低下により、インスリン抵抗性の改善が促されると考えられている



メタアナリシスにおいて、2型糖尿病患者に対する歯周治療介入により未治療群に比較して、HbA1cが -0.40%有意に改善されることが示された。

《参考1》出典: Teeuw WJ, Gerdes VE, Loos BG: Effect of periodontal treatment on glycemic control of diabetic patients: a systematic review and meta-analysis. Diabetes Care 33: 421-427, 2010

○糖尿病患者の歯周病発症率：口腔乾燥による自浄作用低下や、歯周病細菌に対する抵抗力の低下等により、歯周病の発症率が有意に高い（「第6の合併症」とされる）




	N	Relative Risk	95%CI	p-value	Relative Risk	95%CI	p-value
HbA1c							
< 6.5%	5,706	1			1		
≥ 6.5%	150	1.47	1.25-1.73	0.001	1.17	1.01-1.36	0.038
Body Mass Index (BMI)							
< 22	2,319	1			1		
22-25	2,153	1.12	1.04-1.22	0.005			
25-30	1,244	1.23	1.12-1.34	0.001			
> 30	140	1.41	1.16-1.70	0.001			
Smoking status							
Never smoked	2,484	1			1		
Former smoker	1,360	1.12	1.02-1.24	0.022			
Current smoker	2,012	1.52	1.40-1.66	0.001			
Sex							
Men	4,511	1			1		
Women	1,245	0.90	0.81-1.00	0.044			
Age, yrs							
		1.03	1.02-1.03	0.001			

健診受診者5,856人を対象とした調査で、HbA1c≥6.5%の群で歯周病の発生率に係る相対危険度が1.17倍（性別・年齢・喫煙・BMIによる調整後）であることが示された。

《参考2》出典: Morita I, Inagaki K, Nakamura F et al: Relationship between periodontal status and levels of glycated hemoglobin. J Dent Res 91: 161-166, 2012

○ 薬剤の中には、唾液分泌を抑制する薬剤や、歯肉炎、顎骨壊死の原因となる薬剤がある。

口腔内に影響を及ぼす代表的な薬剤

口腔内環境への影響	薬効分類等	一般名
唾液分泌抑制 (口腔乾燥、衛生状態の悪化、 摂食嚥下の困難さ増大等) 	鎮痙剤、吸入薬(末梢性抗コリン薬)	アトロピン、臭化ブチルスコポラミン、チオトロピウム
	パーキンソン病治療薬(中枢性抗コリン薬)	トリヘキシフェニジル
	抗うつ薬(三環系抗うつ薬、定型抗精神薬)	イミプラミン、アミトリプチン
	抗アレルギー薬(第1世代抗ヒスタミン薬)	クロルフェニラミン、ジフェンヒドラミン
	利尿薬	フロセミド
薬物性歯肉増殖症 (口腔内の炎症、衛生状態の悪化等) 	抗てんかん薬(ヒダントイン系薬)	フェニトイン
	降圧剤(カルシウムチャネル拮抗薬)	ニフェジピン
	免疫抑制剤(カルシニューリン阻害薬)	シクロスポリン
顎骨壊死 (疼痛、感染症リスクの増加等) 	ビスホスホネート系薬剤 (骨吸収抑制剤、骨粗鬆症治療剤等)	ゾレドロン酸水和物、パミドロン酸二ナトリウム アレンドロン酸ナトリウム水和物、リセドロン酸ナトリウム水 和物、エチドロン酸二ナトリウム

出典: 薬剤と口腔機能 日補綴会誌AnnJpan Prosthodont Soc 12:330-336,2020

口腔乾燥症の病態と治療 日補綴会誌AnnJpan Prosthodont Soc 7:136-141,2915

歯周治療のガイドライン2022

顎骨壊死検討委員会ポジションペーパー2023(日本口腔外科学会、日本骨粗鬆症学会、日本病院薬剤師会、日本歯科放射線学会、日本臨床口腔病理学会、日本骨代謝学会)

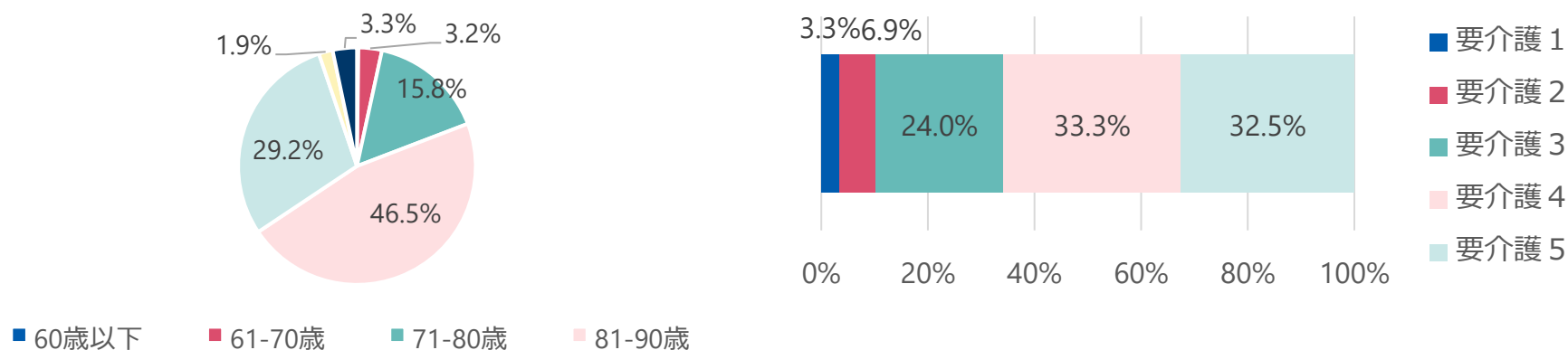
口腔機能低下症に関する基本的な考え方(令和2年3月日本歯科医学会) より作製

3. 歯科医療に係る診療報酬上の評価について

- ① かかりつけ歯科医機能に係る評価
- ② 病院における歯科の機能に係る評価
- ③ 医科歯科連携
- ④ 介護との連携
- ⑤ 院内感染防止対策
- ⑥ 歯科疾患の重症化予防
- ⑦ ライフステージに応じた口腔機能の管理
- ⑧ 障害者・有病者・認知症の人への歯科医療
- ⑨ 電話や情報通信機器を用いた歯科診療
- ⑩ 歯科固有の技術

○ 介護保険施設の入所者の歯科の受療状況について、定期的な受診を行っている者は11.4%に過ぎず、入所後1度も歯科受診の経験がない者が約3割を占めていた。

介護保険施設37施設に入所し、本人等から同意の得られた1,060人を対象に調査を実施。
(調査期間令和元年10月～令和2年2月)



歯科の受診状況	n	%
定期的を受けている	110	11.4
何かあったときに受診した経験がある	561	58.1
受診経験なし	280	29.0
必要を指摘されたことがあるが希望されない、拒否がある	14	1.5

協力歯科医療機関が実施している内容、協力歯科医療機関に実施してもらいたい内容

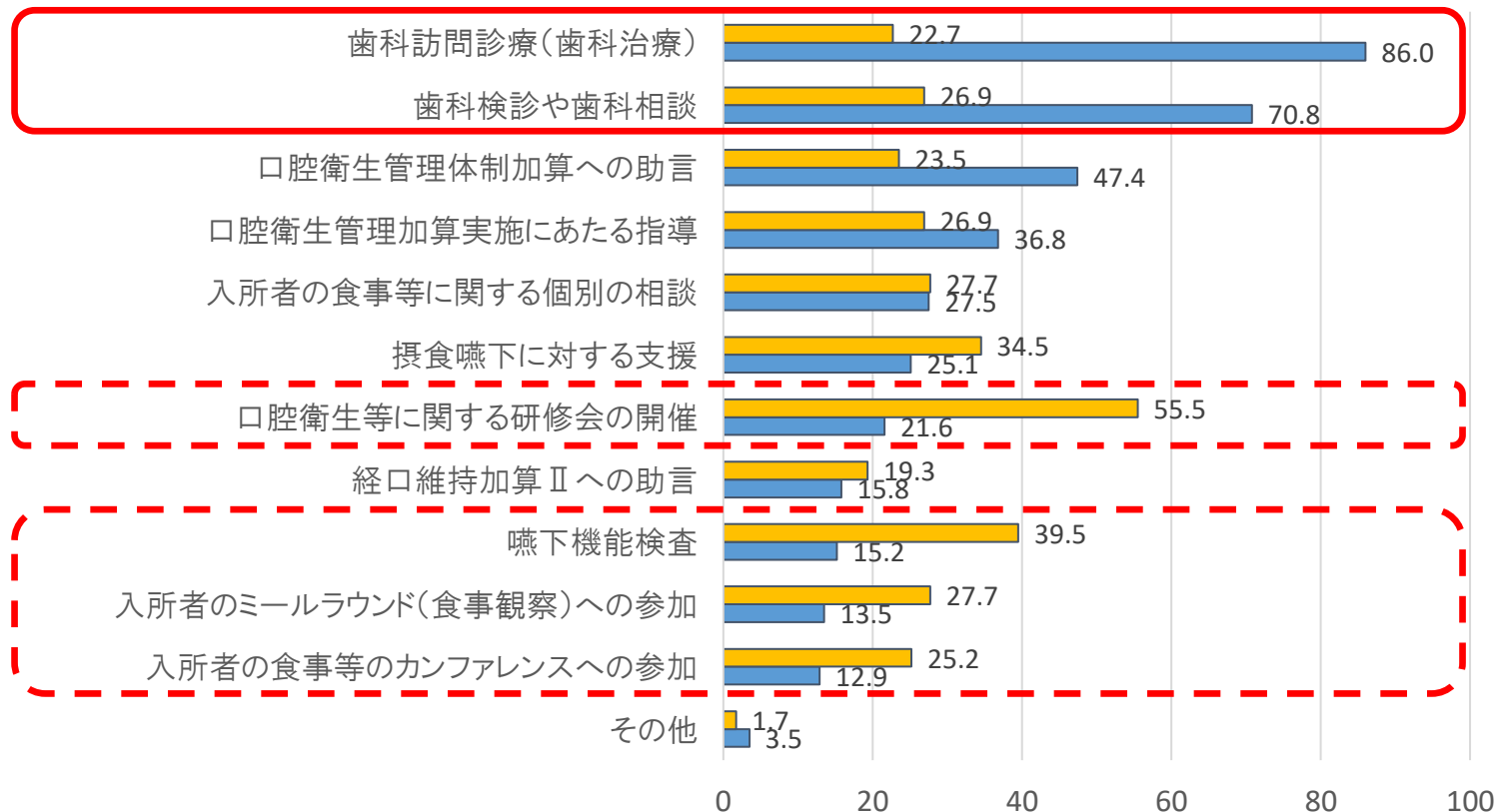
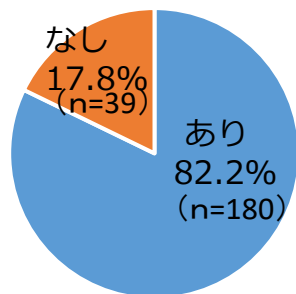
意見交換 資料-4 参考1
R 5 . 3 . 1 5

- 協力歯科医療機関を定めている介護保険施設は82.2%であった。
- 協力歯科医療機関が実施している内容として、歯科訪問診療、歯科検診や歯科相談が多かった。
- 協力歯科医療機関に実施してもらいたい内容としては、口腔衛生管等に関する研修会や、摂食嚥下に関する内容が多かった。

協力歯科医療機関の有無

協力歯科医療機関が実施している内容・実施してもらいたい内容(複数回答)

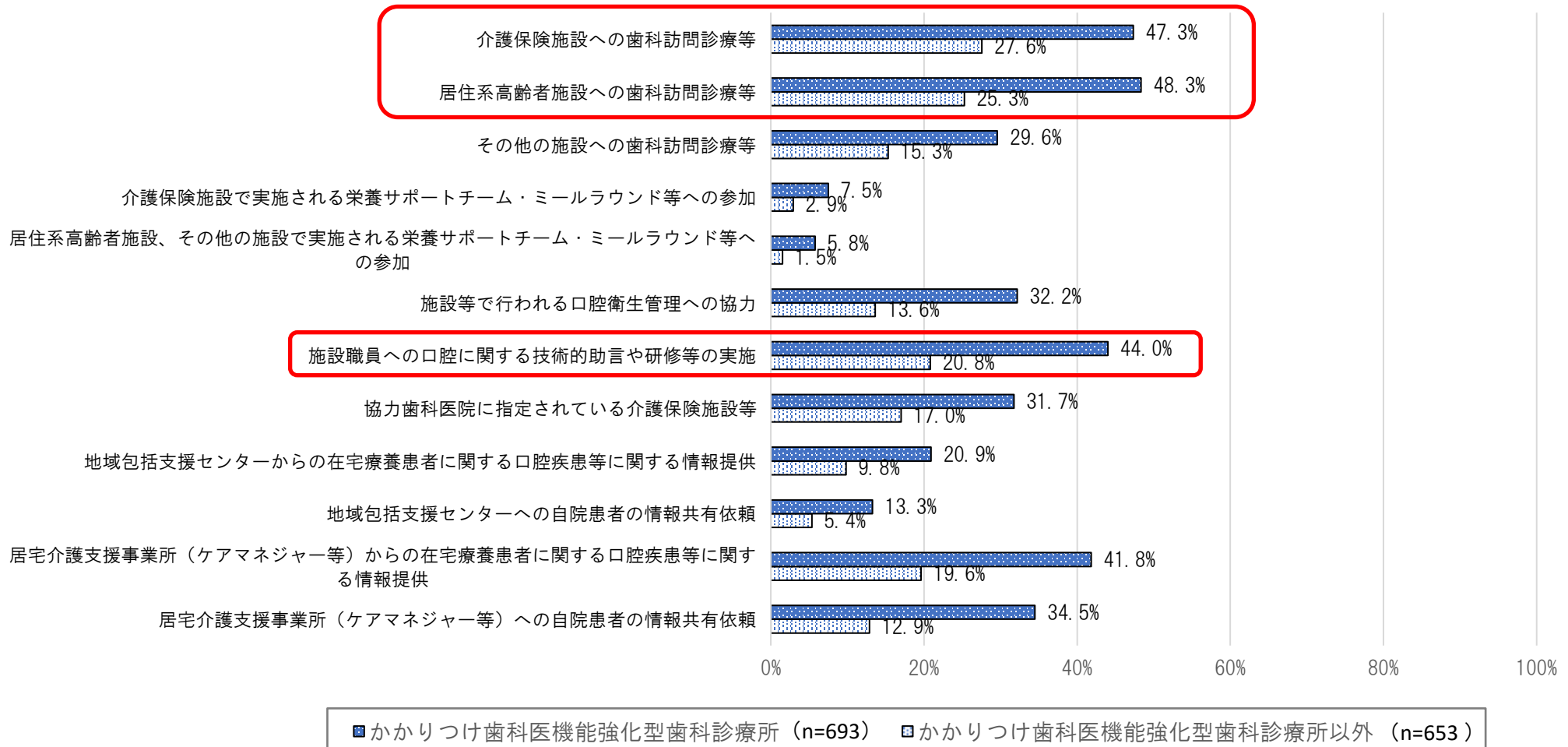
■ 協力歯科医療機関に実施してもらいたい内容(n=119)
■ 協力歯科医療機関が実施している内容(n=171)



※介護保険施設に対し、協力歯科医療機関が実施している内容と、協力歯科医療機関に実施してもらいたい内容を調査した結果

介護保険施設等との連携状況

- 介護保険施設等との連携状況をみると、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所及びかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所以外の歯科診療所のいずれも、「介護保険施設への歯科訪問診療等」「居住系高齢者施設への歯科訪問診療等」を実施している割合が大きい。
- かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所は、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所以外の歯科診療所に比べ、「施設職員への口腔に関する技術的助言や研修等の実施」をしている割合が大きい。



- 利用者の口腔に関する情報提供を行った介護支援専門員は約3割だった。
- 介護支援専門員から、歯科医師・歯科衛生士に情報提供を依頼し、実際に情報提供を受けた割合は約5割だった。
- 情報提供しなかった理由として、「担当する歯科医師に取得すべき情報を伝えていないため」、「その他」が多く、「その他」の内容としては「本人・家族が対応したため」「該当する利用者がいないため」「必要がなかった」などが多かった。

調査の概要

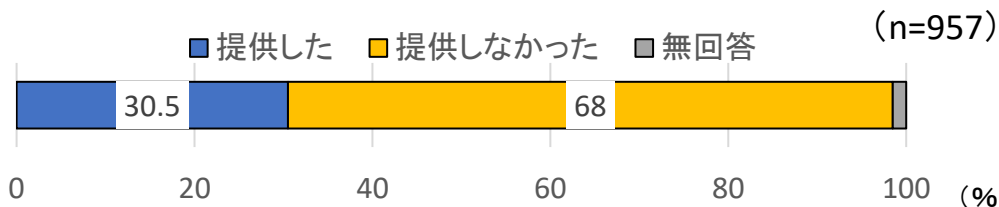
調査対象：一般社団法人日本介護支援専門員協会会員の中から無作為抽出した介護支援専門員2,000名

回収結果：回収数1,087(回収率54.4%)、有効回答数957(有効回答率47.9%)

調査期間：令和元年12月3日～令和2年1月10日

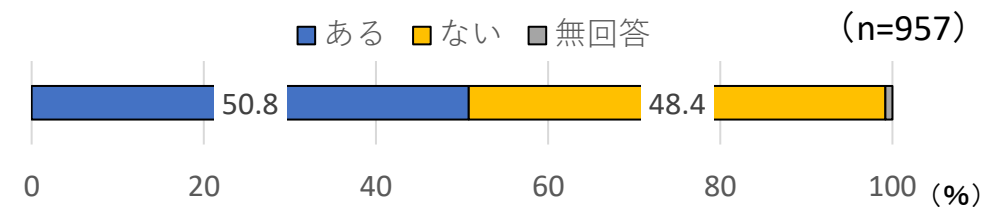
口腔に関する情報提供をした介護支援専門員の割合 (介護支援専門員調査)

※対象期間：平成31年4月～令和元年9月の半年間調査



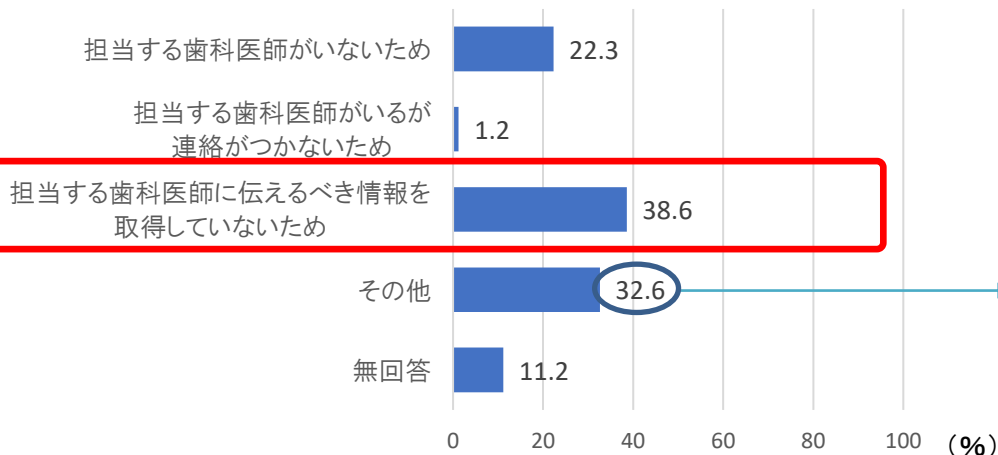
歯科医師・歯科衛生士に情報提供を依頼し、実際に提供を受けた割合 (介護支援専門員調査)

※対象期間：平成31年4月～令和元年9月の半年間調査



介護支援専門員が、口腔に関する情報を歯科医師に提供しなかった理由(複数回答)

(n=651)



その他の内容として、「本人・家族が対応したため」「該当する利用者がいないため」「必要がなかった」「自ら歯科受診しているため」「本人や家族の了承が得られなかった」等

在宅における指導管理（歯科医師）

- 歯科疾患在宅療養管理料の算定回数は令和2年を除きほぼ横ばいである。
- 居宅療養管理指導費（歯科医師が行う場合）の算定回数は、緩やかに増加している。

歯科疾患在宅療養管理料

- 1 在宅療養支援歯科診療所1の場合 340点
- 2 在宅療養支援歯科診療所2の場合 230点
- 3 1及び2以外の場合 200点

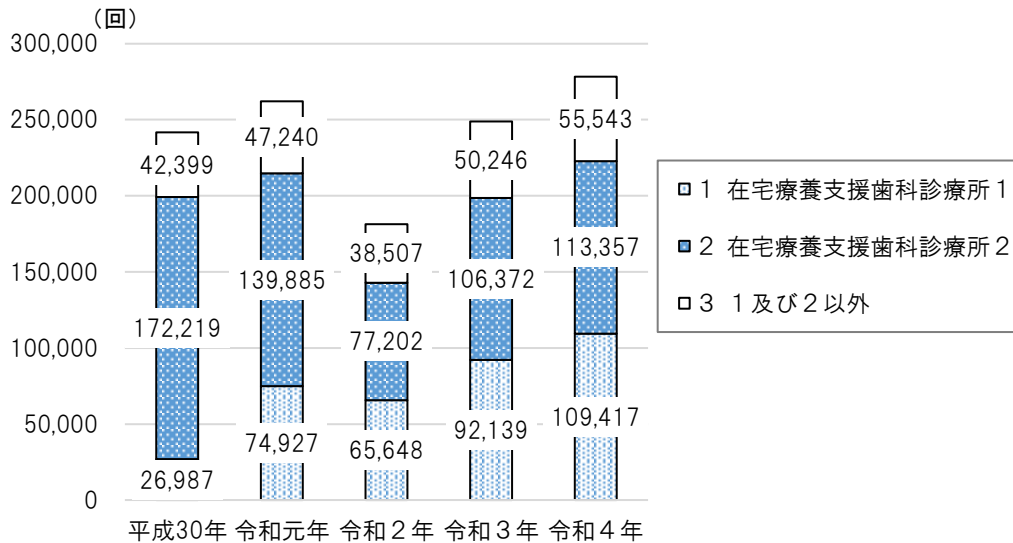
- ・ 歯科医師が、歯科訪問診療を算定した患者であって継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、歯科疾患の状況及び合わせて実施した口腔機能評価の結果等を踏まえて管理計画を作成した場合
- ・ 月1回に限り算定

居宅療養管理指導費（歯科医師が行う場合）

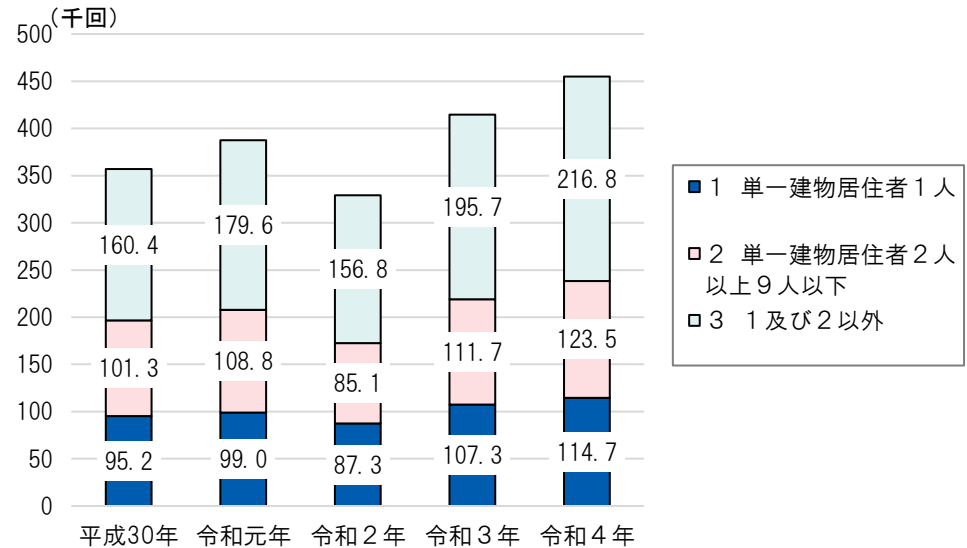
- 1 単一建物居住者1人に対して行う場合 516単位/回
- 2 単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合 486単位/回
- 3 1及び2以外の場合 440単位/回

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

<歯科疾患在宅療養管理料の算定回数>



<居宅療養管理指導費（歯科医師が行う場合）の算定回数>



在宅における指導管理（歯科衛生士）

- 訪問歯科衛生指導料の算定回数は令和2年を除きほぼ横ばいである。
- 居宅療養管理指導費（歯科衛生士等が行う場合）の算定回数は、緩やかに増加している。

訪問歯科衛生指導料

- | | |
|------------------------|------|
| 1 単一建物診療患者が1人の場合 | 360点 |
| 2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 | 328点 |
| 3 1及び2以外の場合 | 300点 |

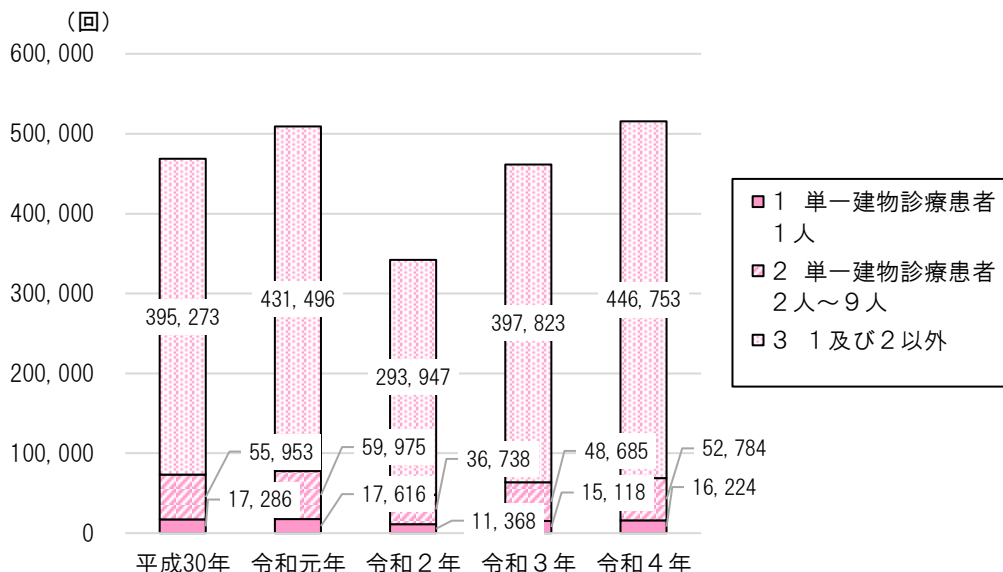
- ・ 歯科訪問診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士等が訪問して療養上必要な指導として、単一建物診療患者又はその家族等に対して、当該患者の口腔内の清掃（機械的歯面清掃を含む。）、有床義歯の清掃指導又は口腔機能の回復若しくは維持に関する実地指導を行い指導時間が20分以上であった場合は、患者1人につき、月4回に限り、算定する。

居宅療養管理指導費（歯科衛生士等が行う場合）

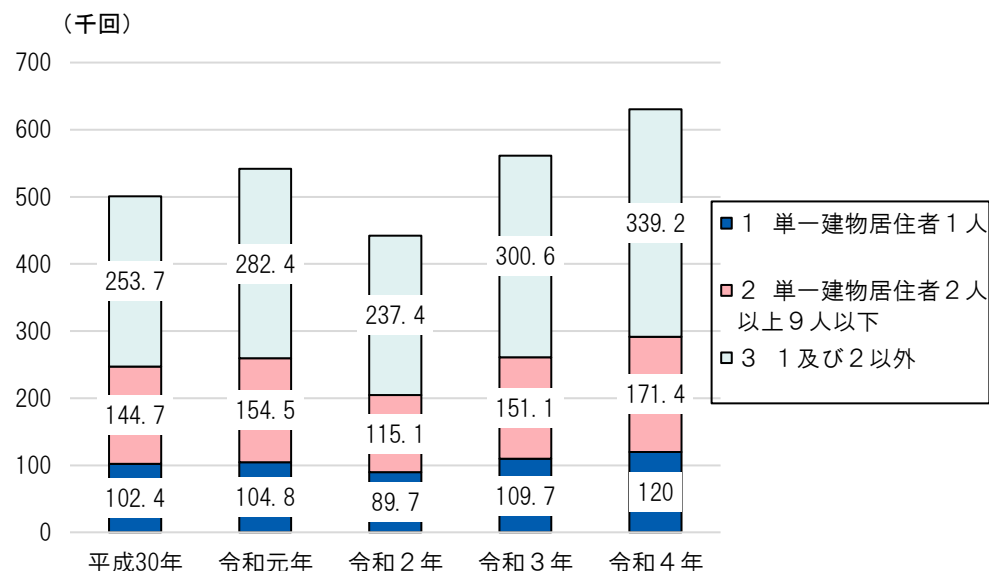
- | | |
|---------------------------|---------|
| 1 単一建物居住者1人に対して行う場合 | 361単位/回 |
| 2 単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合 | 325単位/回 |
| 3 1及び2以外の場合 | 294単位/回 |

- ・ 在宅の利用者であって通院または通所が困難なものに対して、歯科衛生士、保健師又は看護職員が、当該利用者に対して訪問歯科診療を行った歯科医師の指示に基づき、当該利用者を訪問し、実地指導を行った場合に、単一建物居住者の人数に従い、1月に4回を限度として、所定単位数を算定する。

<訪問歯科衛生指導料の算定回数>



<居宅療養管理指導費（歯科衛生士等が行う場合）の算定回数>



3. 歯科医療に係る診療報酬上の評価について

- ① かかりつけ歯科医機能に係る評価
- ② 病院における歯科の機能に係る評価
- ③ 医科歯科連携
- ④ 介護との連携
- ⑤ 院内感染防止対策**
- ⑥ 歯科疾患の重症化予防
- ⑦ ライフステージに応じた口腔機能の管理
- ⑧ 障害者・有病者・認知症の人への歯科医療
- ⑨ 電話や情報通信機器を用いた歯科診療
- ⑩ 歯科固有の技術

- 歯科外来診療においては、日常的に唾液もしくは血液に触れる環境下で多くの器械・器具を使用している。

歯科外来診療時に使用する患者毎に交換（滅菌）が必要な器械・器具の例



- ・口腔内バキューム
- ・排唾管
- ・スリーウェイシリンジ

- (患者用)
- ・エプロン
 - ・うがい用コップ 等

- (術者用)
- ・手袋 等

- 歯科治療基本セット
 - ・歯科用ミラー
 - ・ピンセット 等
- 手用器具

○歯科用ガス圧式ハンドピース

【使用目的】

圧縮空気を回転に変換することにより、歯科用バー、リーマ等の回転器具を駆動する。

- マイクロモーター用ハンドピース
- スケーラー

【治療内容に応じて使用する器具の例】

○バー、ポイント類



○印象用トレー (型取り用の器具)



○抜歯用器具



歯科診療における院内感染防止対策の推進

基本診療料の施設基準及び評価の見直し

- ▶ 歯科外来診療における院内感染防止対策を推進し、新興感染症にも適切に対応できる体制を確保する観点から、歯科初診料における歯科医師及び職員を対象とした研修等に係る要件を見直すとともに、基本診療料の評価を見直す。

現行

【初診料】

1 歯科初診料 261点

【再診料】

1 歯科再診料 53点

【施設基準】

- 1 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準
- (2) 感染症患者に対する歯科診療に対応する体制を確保していること。
- (3) 歯科外来診療の**院内感染防止対策に係る研修**を4年に1回以上、定期的に受講している常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。
- (4) 職員を対象とした**院内感染防止対策にかかる標準予防策等の院内研修**等を実施していること。



改定後

【初診料】

1 歯科初診料 264点

【再診料】

1 歯科再診料 56点

【施設基準】

- 1 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準
- (2) 感染症患者に対する歯科診療を円滑に実施する体制を確保していること。
- (3) 歯科外来診療の**院内感染防止対策に係る標準予防策及び新興感染症に対する対策の研修**を4年に1回以上、定期的に受講している常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。
- (4) 職員を対象とした**院内感染防止対策にかかる標準予防策及び新興感染症に対する対策等の院内研修**等を実施していること。

【経過措置】

令和4年3月31日において、現に歯科点数表の初診料の注1の届出を行っている保険医療機関については、令和5年3月31日までの間に限り、1の(3)及び(4)の基準を満たしているものとみなす。ただし、令和3年4月1日から令和4年3月31日の間に(3)の研修を受講した者については、当該研修を受けた日から2年を経過する日までは当該基準を満たしているものとみなす。

歯科初診料、再診料の院内感染防止対策に関する届出

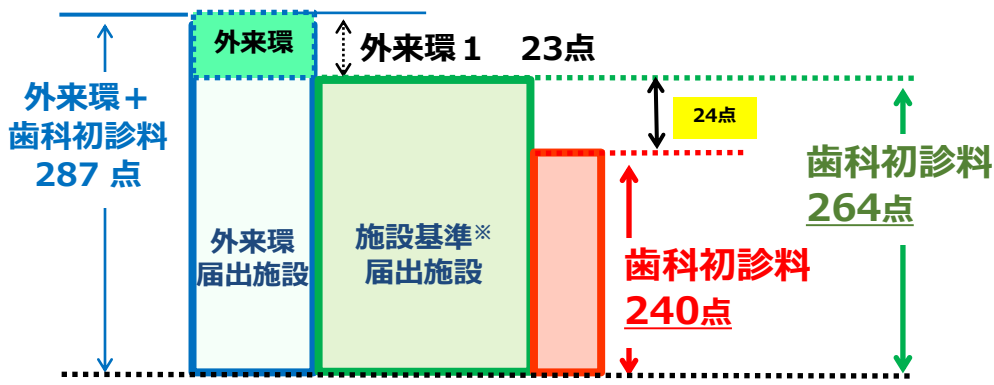
- 令和4年度診療報酬改定において、院内感染防止対策を更に推進し、新興感染症にも適切に対応できる体制を確保する観点から、歯科初診料及び歯科再診料の評価の見直しを行った。
- 令和4年7月1日現在の初診料(歯科)注1に掲げる基準の届出医療機関数は、65,295施設である。

施設基準

- (1) 口腔内で使用する歯科医療機器等について、患者ごとの交換や、専用の機器を用いた洗浄・滅菌処理を徹底する等十分な院内感染防止対策を講じていること
- (2) 感染症患者に対する歯科診療を円滑に実施する体制を確保していること
- (3) 歯科外来診療の院内感染防止対策に係る標準予防策及び新興感染症に対する対策の研修を4年に1回以上、定期的に受講している常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。
- (4) 職員を対象とした院内感染防止対策にかかる標準予防策及び新興感染症に対する対策等の院内研修等を実施していること。
- (5) 当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策を実施している旨の院内掲示を行っていること。

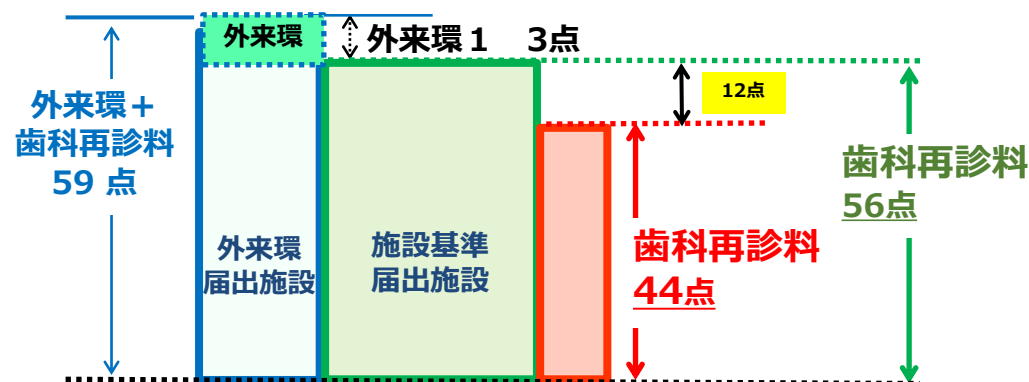
【R4年改定後 (R4.4.1～)】

(歯科初診料)



※初診料の注1に規定する施設基準

(歯科再診料)



<届出医療機関数>

	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
初診料(歯科)注1に掲げる基準を満たす届出医療機関数	65,200	65,214	65,257	65,295

歯科外来診療環境体制加算に係る主な変遷

改定年	概 要
H20	○ 新設 (初診時30点)
H24	○ 再診時の評価新設 (初診時28点、再診時2点)
H26	○ 評価見直し(初診時26点、再診時4点)
H28	○ 評価見直し(初診時25点、再診時5点)
H30	<ul style="list-style-type: none"> ○ 初診料注1の施設基準新設に伴い、施設基準見直し <ul style="list-style-type: none"> ・口腔内で使用する歯科医療機器等の患者ごとの交換等の十分な感染症対策を講じていること等の要件廃止 ○ 地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準要件への院内感染防止対策の追加に伴い、当該施設基準を届け出ている病院を対象とした外来診療環境体制加算2を新設 ○ 歯初診の新設に伴う評価見直し(外来環1:初診時23点、再診時 3点、外来環2:25点、再診時 5点)
R2	<ul style="list-style-type: none"> ○ 施設基準見直し (歯科衛生士が1名以上配置されていること → 歯科医師が複数名配置されていること又は歯科医師及び歯科衛生士がそれぞれ1名以上配置されていること。)

歯科外来診療環境体制加算の施設基準

- 歯科外来診療環境体制加算は、歯科の外来診療の特性を踏まえ、患者にとってより安全で安心できる環境の整備を図る取組を評価するもの。
- 歯科外来診療環境体制加算1と、地域歯科診療支援病院歯科初診料を対象とした歯科外来診療環境体制加算2がある。

施設基準

【外来診療環境体制加算1】

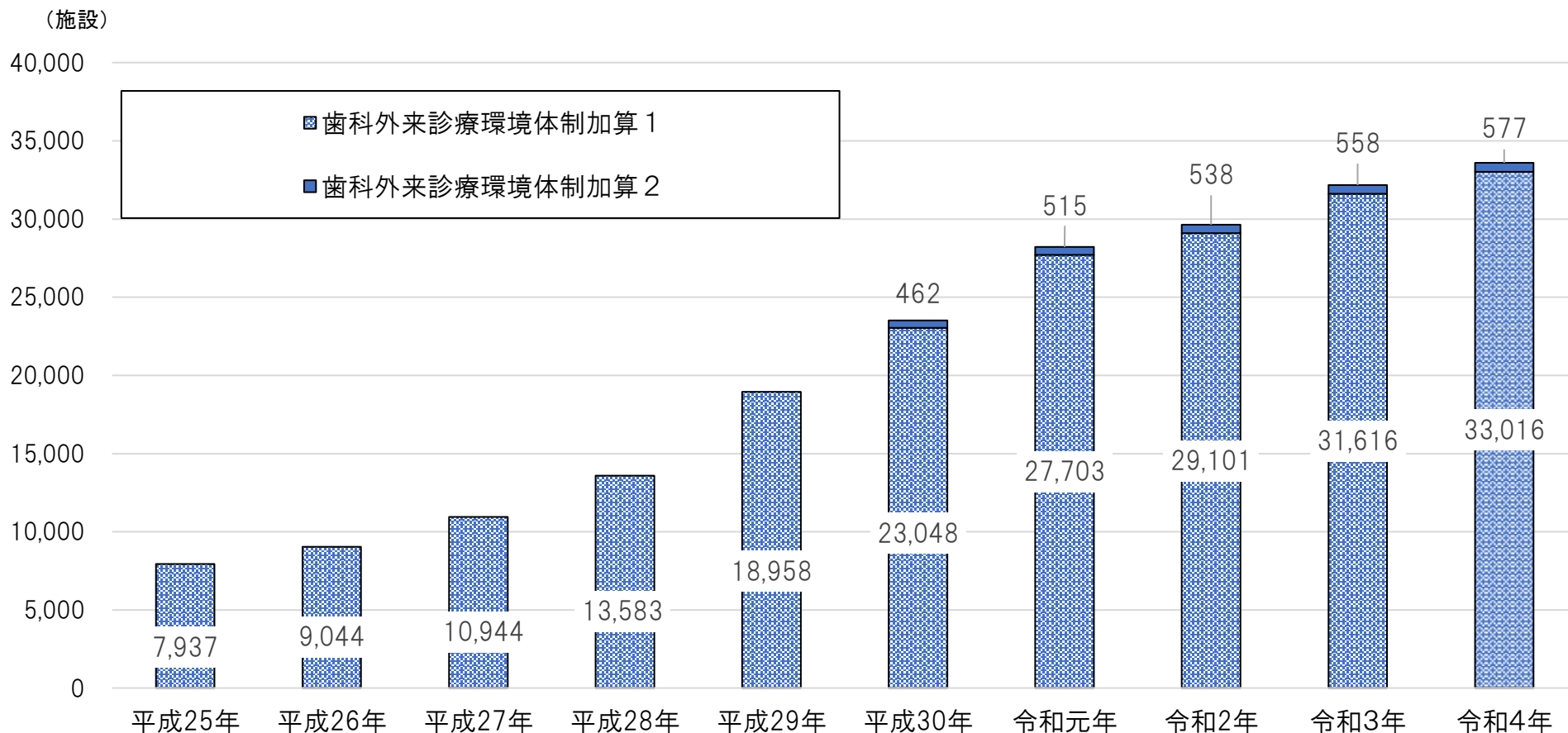
- ア 歯科医療を担当する保険医療機関(歯科点数表の地域歯科診療支援病院歯科初診料にかかる施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を除く。)であること。
- イ 歯科点数表の初診料の注1に係る施設基準の届出を行っていること。
- ウ 偶発症に対する緊急時の対応、医療事故対策等の医療安全対策に係る研修を修了した常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。
- エ 歯科医師が複数名配置されていること又は歯科医師及び歯科衛生士がそれぞれ1名以上配置されていること。
- オ 患者にとって安心して安全な歯科医療環境の提供を行うにつき次の十分な装置・器具等を有していること。また、自動体外式除細動器(AED)については保有していることがわかる院内掲示を行っていること。
 - (イ) 自動体外式除細動器(AED)、(ロ) 経皮的酸素飽和度測定器(パルスオキシメーター)、(ハ) 酸素(人工呼吸・酸素吸入用のもの)、(ニ) 血圧計、(ホ) 救急蘇生セット、(ヘ) 歯科用吸引装置
- カ 診療における偶発症等緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関との事前の連携体制が確保されていること。
- キ 歯科用吸引装置等により、歯科ユニット毎に歯牙の切削時等に飛散する細かな物質を吸収できる環境を確保していること。
- ク 当該保険医療機関の見やすい場所に、歯科診療に係る医療安全管理対策を実施している旨の院内掲示を行っていること。

【外来診療環境体制加算2】

- ア 歯科点数表の地域歯科診療支援病院歯科初診料の届出を行った保険医療機関であること。
- イ 外来環1のウからクまでの施設基準をすべて満たすこと。
- ウ 歯科外来診療において発生した医療事故、インシデント等を報告・分析し、その改善を実施する体制を整備していること。

歯科外来診療環境体制加算の届出状況

- 歯科外来診療環境体制加算の届出医療機関数は増加している。
- 令和4年の届出医療機関数は、33,593施設であり、歯科診療所では令和4年で約半数が届出を行っている。



3. 歯科医療に係る診療報酬上の評価について

- ① かかりつけ歯科医機能に係る評価
- ② 病院における歯科の機能に係る評価
- ③ 医科歯科連携
- ④ 介護との連携
- ⑤ 院内感染防止対策
- ⑥ 歯科疾患の重症化予防**
- ⑦ ライフステージに応じた口腔機能の管理
- ⑧ 障害者・有病者・認知症の人への歯科医療
- ⑨ 電話や情報通信機器を用いた歯科診療
- ⑩ 歯科固有の技術

歯科疾患の重症化予防について（歯科口腔保健の推進に関する基本的事項（素案））

歯科口腔保健の推進のための基本的な方針 歯科疾患の予防

- う蝕、歯周病等の歯科疾患がない社会を目指して、広く国民に歯科疾患の成り立ち及び予防方法について普及啓発を行うとともに、歯・口腔の健康を増進する一次予防に重点を置いた対策を総合的に推進。
- 歯科疾患の発症・重症化リスクが高い集団に対する歯・口腔の健康に関連する生活習慣の改善や歯の喪失の防止等ができるようにする取組を組み合わせることにより、効果的な歯科疾患の予防・重症化予防を実現。

歯科疾患の予防における目標・計画

乳幼児期

- ・健全な歯・口腔の育成を図るため、歯科疾患等に関する知識の普及啓発、う蝕予防のための食生活や生活習慣並びに発達の程度に応じた口腔清掃等に係る歯科保健指導及びフッ化物応用や小窩裂溝予防填塞法等のう蝕予防に重点的に取り組む。

少年期

- ・健全な歯・口腔の育成を図るため、乳幼児期の取組に加え、歯周病予防対策にも取り組む。また、学校における歯・口腔の健康に関する教育のほか、運動時等に生じる歯の外傷への対応方法等の少年期に特徴的な歯・口腔の健康に関する知識の普及啓発を図るなど、歯科口腔保健の推進に取り組む。

青壮年期

- ・健全な歯・口腔の維持を図るため、口腔の健康と全身の健康の関係性に関する知識の普及啓発、う蝕・歯周病等の歯科疾患の予防のための口腔清掃や食生活等に係る歯科保健指導等の歯科疾患の予防及び生活習慣の改善の支援に取り組む。
- ・特に歯周病予防の観点からは、禁煙支援と緊密に連携した歯周病対策等に取り組む。

中年期・高齢期

- ・歯の喪失防止を図るため、青壮年期の取組に加えて、根面う蝕、歯・口腔領域のがんや粘膜疾患等の中年期・高齢期に好発する疾患等に関する知識の普及啓発に取り組む。
- ・また、フッ化物応用等の根面う蝕の発症予防や歯周病の重症化予防等のための口腔清掃や食生活等に係る歯科保健指導等の歯科疾患の予防及び生活習慣の改善の支援に取り組む。

その他

- ・妊産婦やその家族等に対して、妊産婦の歯・口腔の健康の重要性に関する知識の普及啓発を図る。妊産婦等の生活習慣や生理的な変化によりリスクが高くなるう蝕や歯周病等の歯科疾患に係る歯科口腔保健に取り組む。
- ・また、乳幼児等の歯・口腔の健康の増進のための知識に関する普及啓発等を推進する。

歯科疾患の管理や重症化予防に関する評価

歯科疾患の管理に関する主な評価

■歯科疾患管理料 100点

歯科疾患管理料は、継続的な歯科疾患の管理が必要な患者に対し、当該患者又はその家族等の同意を得て管理計画を作成し、その内容について説明を行った場合の評価。

う蝕の重症化予防に関する主な評価

■歯科疾患管理料 エナメル質初期う蝕管理加算 260点

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において、エナメル質初期う蝕に罹患している患者に対して、管理及び療養上必要な指導等を行い、その内容について説明した場合に加算。

■歯科疾患管理料 フッ化物洗口加算 40点

16歳未満のう蝕に罹患しているう蝕多発傾向患者又はその家族等に対して、歯科医師または歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物洗口に係る指導を行った場合に加算。

■フッ化物歯面塗布処置

う蝕多発傾向者の場合 110点

歯科疾患管理料又は歯科特定疾患療養管理料を算定したう蝕多発傾向者に対するフッ化物歯面塗布処置の評価

初期の根面う蝕に罹患している患者の場合 110点

在宅等で療養を行う初期の根面う蝕患者又は65歳以上の初期の根面う蝕患者に対するフッ化物歯面塗布処置の評価

エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合 130点

歯科疾患管理料を算定したエナメル質初期う蝕に罹患している患者に対するフッ化物歯面塗布処置の評価

歯周病の重症化予防に関する主な評価

■歯周病重症化予防治療	1歯以上10歯未満	150点
	10歯以上20歯未満	200点
	20歯以上	300点

歯科疾患管理料または歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者で、2回目以降の歯周病検査の結果、歯周ポケットが4ミリメートル未満の患者に対する処置を評価。

■歯周病安定期治療	1歯以上10歯未満	200点
	10歯以上20歯未満	250点
	20歯以上	350点

歯科疾患管理料または歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者で、4ミリメートル以上の歯周ポケットを有する者に対して、一連の歯周基本治療等の終了後に、一時的に病状が安定した状態にある患者に対する処置を評価。

歯科疾患管理料

- 歯科疾患管理料は、継続的な歯科疾患の管理が必要な患者に対し、当該患者又はその家族等の同意を得て管理計画を作成し、その内容について説明を行った場合の評価。

歯科疾患管理料

歯科疾患管理料 100点(月1回を限度)

※ 1回目の歯科疾患管理料は、所定点数の100分の80に相当する点数

[算定要件]

- 患者又はその家族等の同意を得て管理計画を作成
- 管理計画は、歯科疾患の継続的管理を行う上で必要となる情報
 - 患者の歯科疾患と関連性のある生活習慣の状況及び患者の基本状況(全身の状態、基礎疾患の有無、服薬状況、喫煙状況等)、生活習慣の改善目標、口腔内の状態、必要に応じて実施した検査結果等の要点、歯科疾患と全身の健康との関係、治療方針の概要等

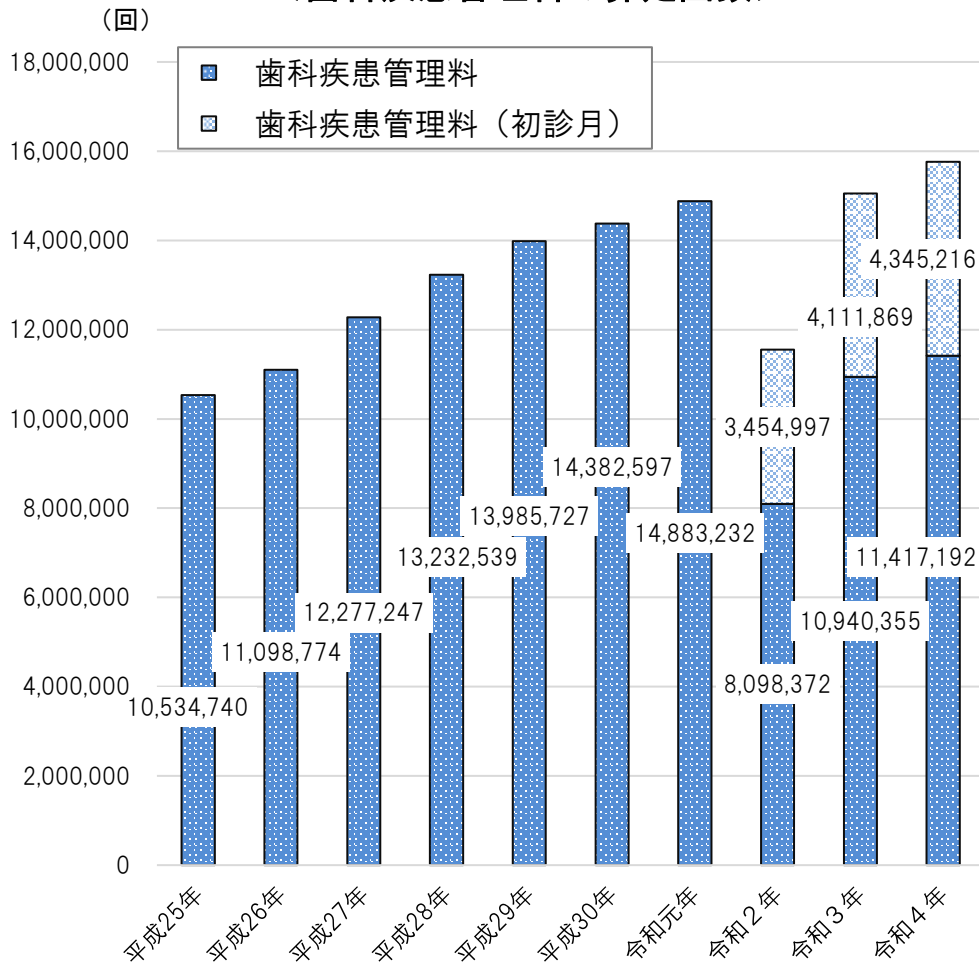
<歯科疾患管理料の加算>

	かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所	かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所以外	概要
長期管理加算	120点	100点	初診日の属する月から起算して6月を超えて歯科疾患の管理及び療養上必要な指導を実施
文書提供加算	10点		歯科疾患の管理に係る内容を文書により提供
フッ化物洗口指導加算	40点		16歳未満のう蝕に罹患しているう蝕多発傾向者に対し、フッ化物洗口に係る薬液の取扱い及び洗口法に関する指導を実施
エナメル質初期う蝕管理加算	260点	-	かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において、エナメル質初期う蝕の管理及び療養上必要な指導を実施し、内容を説明
総合医療管理加算	50点		歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し必要な管理及び療養上の指導等を実施

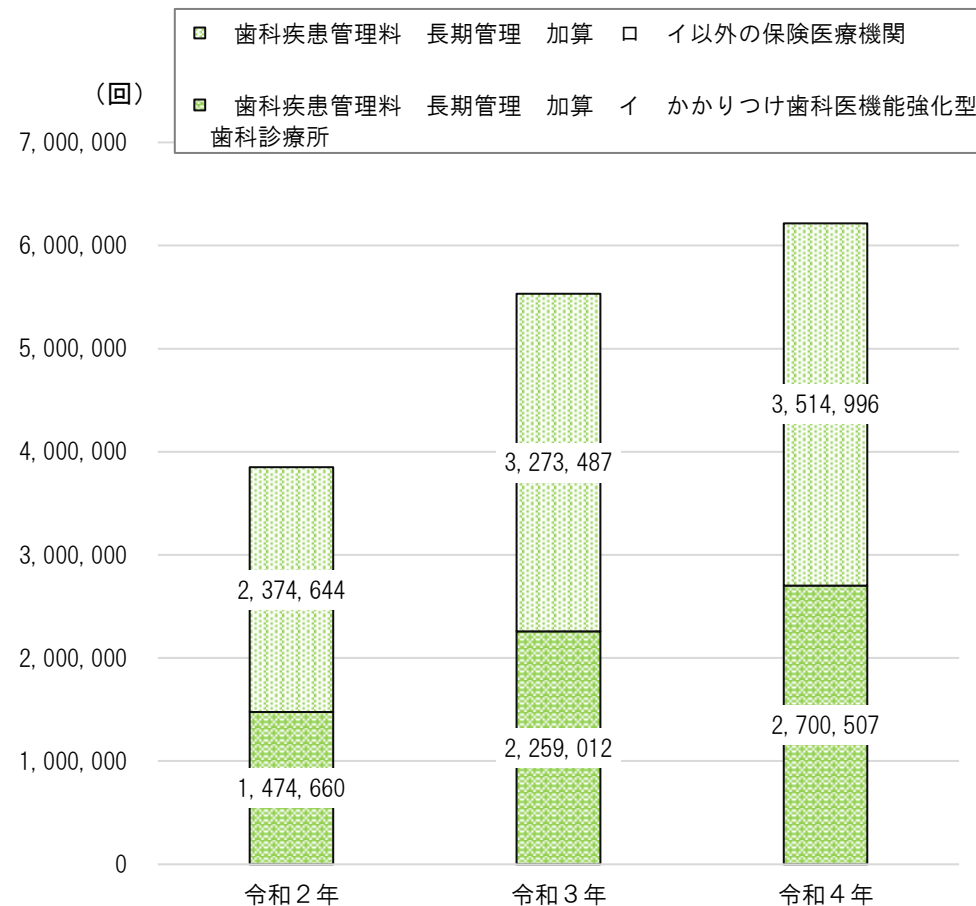
歯科疾患管理料の算定状況

- 歯科疾患管理料の算定回数は、令和2年を除き、増加傾向である。令和4年は、歯科疾患管理料の算定回数のうち、約27.6%が初診月の算定となっている。
- 歯科疾患管理料の長期管理加算の算定回数は増加傾向にある。

＜歯科疾患管理料の算定回数＞



＜歯科疾患管理料 長期管理加算の算定回数＞



歯科口腔疾患の重症化予防 の推進

フッ化物洗口指導加算の対象患者の見直し

- フッ化物洗口指導について、小児のう蝕罹患状況等を踏まえ、対象患者の範囲を見直す。

現行

【フッ化物洗口指導加算（歯科疾患管理料）】 【算定要件】

注8 **13歳未満**のう蝕に罹患している患者であって、う蝕多発傾向にあり、う蝕に対する歯冠修復終了後もう蝕活動性が高く、継続的な指導管理が必要なもの（以下「う蝕多発傾向者」という。）のうち、4歳以上のう蝕多発傾向者又はその家族等に対して、当該患者の療養を主として担う歯科医師（以下「主治の歯科医師」という。）又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物洗口に係る薬液の取扱い及び洗口法に関する指導を行った場合は、歯科疾患管理の実施期間中に患者1人につき1回に限り、フッ化物洗口指導加算として、40点を所定点数に加算する。（略）

（う蝕多発傾向者の判定基準）

年 齢	歯冠修復終了歯	
	乳 歯	永 久 歯
0～4歳	1歯以上	-
5～7歳	3歯以上	又は 1歯以上
8～10歳	-	2歯以上
11～12歳	-	3歯以上

改定後

【フッ化物洗口指導加算（歯科疾患管理料）】 【算定要件】

注8 **16歳未満**のう蝕に罹患している患者であって、う蝕多発傾向にあり、う蝕に対する歯冠修復終了後もう蝕活動性が高く、継続的な指導管理が必要なもの（以下「う蝕多発傾向者」という。）のうち、4歳以上のう蝕多発傾向者又はその家族等に対して、当該患者の療養を主として担う歯科医師（以下「主治の歯科医師」という。）又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物洗口に係る薬液の取扱い及び洗口法に関する指導を行った場合は、歯科疾患管理の実施期間中に患者1人につき1回に限り、フッ化物洗口指導加算として、40点を所定点数に加算する。（略）

（う蝕多発傾向者の判定基準）

年 齢	歯冠修復終了歯	
	乳 歯	永 久 歯
0～4歳	1歯以上	-
5～7歳	2歯以上	又は 1歯以上
8～11歳	2歯以上	又は 2歯以上
12～15歳	-	2歯以上

歯科口腔疾患の重症化予防 の推進

フッ化物歯面塗布処置の対象患者見直し

- フッ化物歯面塗布処置について、高齢者のう蝕罹患状況等を踏まえ、対象患者の範囲を見直す。

現行

【フッ化物歯面塗布処置（1口腔につき）】

2 在宅等療養患者の場合 110点

[算定要件]

注2 2については、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定し、初期の根面う蝕に罹患している在宅等で療養を行う患者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、2回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行った場合に限り、月1回に限り算定する。

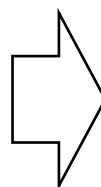
改定後

【フッ化物歯面塗布処置（1口腔につき）】

2 初期の根面う蝕に罹患している患者の場合
110点

[算定要件]

注2 2については、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定し、初期の根面う蝕に罹患している在宅等で療養を行う患者 又は区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料（注10に規定するエナメル質初期う蝕管理加算を算定した場合を除く。）を算定し、初期の根面う蝕に罹患している65歳以上の患者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、2回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行った場合に限り、月1回に限り算定する。



フッ化物応用によるう蝕の重症化予防に係る診療報酬上の評価①

- フッ化物洗口指導加算については、令和4年診療報酬改定において対象患者を13歳未満から16歳未満に見直した。令和4年の算定回数は増加している。
- エナメル質初期う蝕管理加算の算定回数は、増加傾向にある。

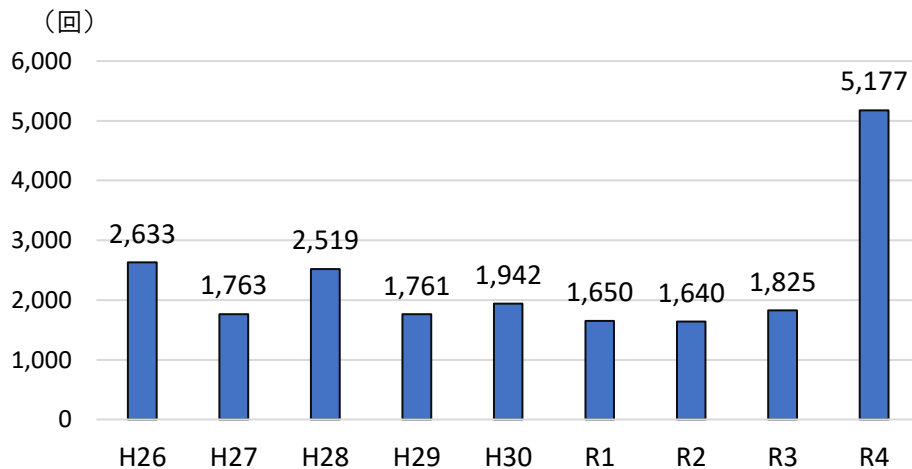
歯科疾患管理料 フッ化物洗口指導加算

- **16歳未満**のう蝕多発傾向患者（※）に対し、フッ化物洗口に係る指導を行った場合の評価。

（う蝕多発傾向者の判定基準）

年齢	歯冠修復終了歯	
	乳 歯	永 久 歯
0～4歳	1歯以上	—
5～7歳	2歯以上	又は 1歯以上
8～11歳	2歯以上	又は 2歯以上
12～15歳	—	2歯以上

<歯科疾患管理料 フッ化物洗口指導加算の算定回数>

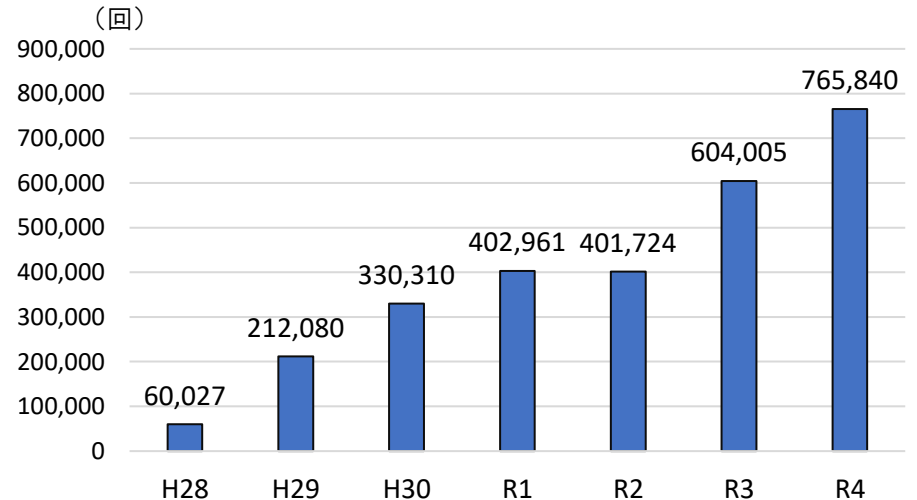


歯科疾患管理料 エナメル質初期う蝕管理加算

- かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において、エナメル質初期う蝕（※）に罹患している患者に対し、管理及び指導を行った場合の評価。

※ エナメル質に局限した表面が粗造な白濁等の脱灰病変

<歯科疾患管理料 エナメル質初期う蝕管理加算の算定回数>

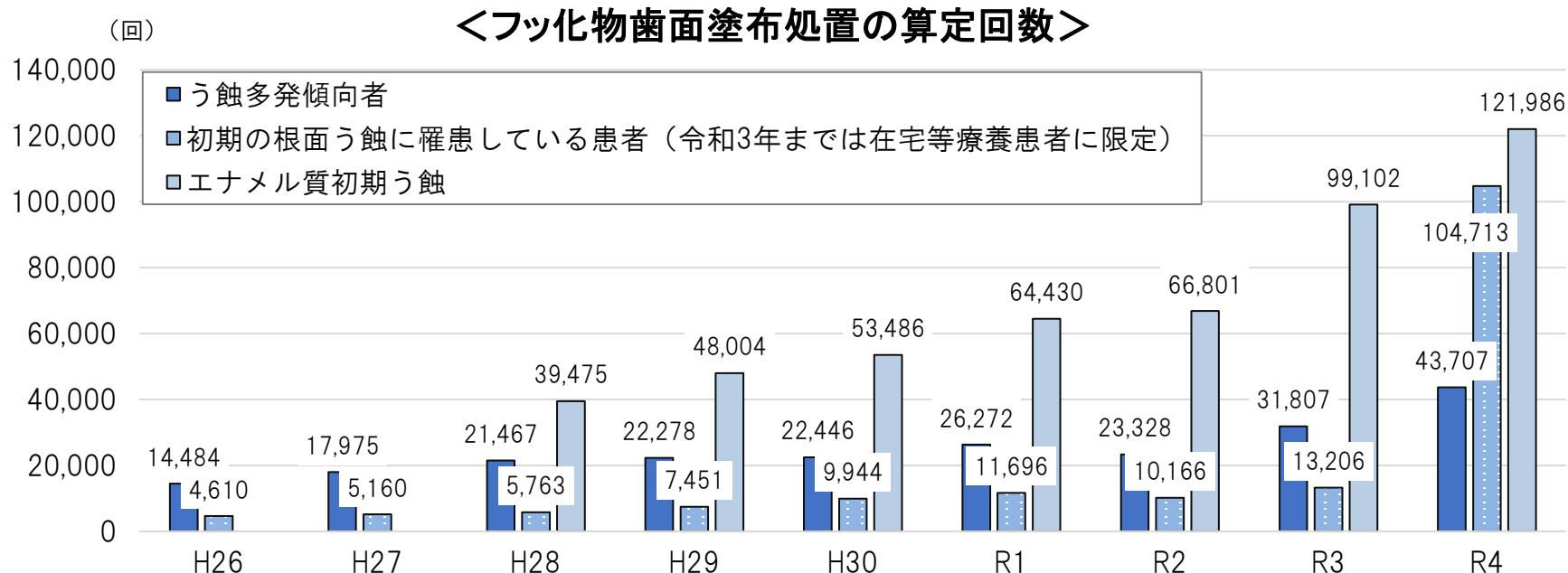


フッ化物応用によるう蝕の重症化予防に係る診療報酬上の評価②

- 根面う蝕に対するフッ化物歯面塗布処置については、令和4年度診療報酬改定において在宅療養患者に加え、外来における65歳以上の初期の根面う蝕罹患者に対象を拡大した。
- フッ化物歯面塗布処置の算定回数は、いずれも増加傾向にあり、特に「初期の根面う蝕罹患者」に対する算定が増加している。

フッ化物歯面塗布処置(1口腔につき)

- 以下の対象者に対して、フッ化物歯面塗布処置を行った場合の評価。
 - ・ 歯科疾患管理料又は歯科特定疾患療養管理料を算定したう蝕多発傾向者
 - ・ 歯科訪問診療料を算定し初期の根面う蝕に罹患している在宅等で療養を行う患者又は歯科疾患管理料を算定し初期の根面う蝕に罹患している65歳以上の患者
 - ・ 歯科疾患管理料を算定したエナメル質初期う蝕に罹患している患者



歯周病の継続管理（歯周治療のガイドライン2022）

歯周病の継続管理

- 歯周病の主因子である細菌性プラークは口腔内に常在する。また、外傷性因子も口腔内に常に存在することから、適切な歯周治療を行っても4mm以上の歯周ポケットや根分岐部病変などが残存する場合がある。
- 歯周病患者へのモチベーションの効果は時間とともに低下するほか、(略)口腔内の環境は時間の経過とともに変化する。さらに、全身的因子の影響をうけることもあることなどから、歯周病は再発、重症化する可能性が高い。
- (略)患者のモチベーションを高め、プラークコントロールを中心とした日常生活上の指導を基盤とする(略)継続的な管理を行うことが最も重要である。

出典:「歯周治療のガイドライン2022」(特定非営利活動法人 日本歯周病学会編) から引用

継続管理の種類	状態	目的	治療内容	リコール間隔
メンテナンス	治癒 ・全てのポケット4mm未満でありBOP(-) ・動揺度(-) ・根分岐部病変(-) ・細菌数、抗体価: Low Risk	①歯周病再発の予防 ②新たな歯周病発症部位の早期発見 ③良好な歯周組織環境の長期にわたる維持	適切な間隔でのメンテナンスによる 口腔衛生指導(プラークコントロール) 専門的機械的歯面清掃 スケーリング・ルートプレーニング	各種検査情報や行われた治療などから決定。
歯周病重症化予防治療	進行予防 ・全てのポケット4mm未満であるがBOP(+) ・動揺度(±) ・根分岐部病変(±)	①歯周病の重症化予防 ②新たな歯周病発症部位の早期発見 ③良好な歯周組織環境の長期にわたる維持	適切な間隔での歯周病重症化予防治療による 口腔衛生指導(プラークコントロール) 専門的機械的歯面清掃 スケーリング・ルートプレーニング	プラークコントロールを含む患者の協力状態や歯周組織の状態によるが、一般的には1~3か月ごと。
サポータティブペリオドンタルセラピー(SPT)	病状安定 ・4mm以上のポケットが存在するがBOP(±) ・動揺度(±) ・根分岐部病変(±) ・細菌数、抗体価: Middle Risk	①病状安定部位を維持あるいは治癒させるための治療 ②新たな歯周病発症部位の早期発見 ③良好な歯周組織環境の維持	適切な間隔でのSPTによる 口腔衛生指導(プラークコントロール) 専門的機械的歯面清掃 スケーリング・ルートプレーニング 歯周ポケット内洗浄 歯周ポケット内抗菌薬投与 外傷性因子の除去(咬合調整、固定)	歯周組織の状態や患者のプラークコントロールの程度により異なるが、一般的には1~3か月ごと。 状況変化に応じて適宜増減。

歯周病重症化予防治療と歯周病安定期治療（SPT）

- 歯周基本治療等を終了した後の歯周病の継続的な管理の評価として、歯周病重症化予防治療と歯周病安定期治療がある。

	歯周病重症化予防治療	歯周病安定期治療
評価の趣旨	歯科疾患管理料又は歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者で、2回目以降の歯周病検査の結果、歯周ポケットが4ミリメートル未満の患者に対する処置等の評価したもの	歯科疾患管理料又は歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者で、4ミリメートル以上のポケットを有するもので、一連の歯周基本治療等の終了後に、一次的に症状が安定した状態にある患者に対する処置等の評価したもの
対象となる状態	部分的な歯肉の炎症又はプロービング時の出血が認められる状態	歯周基本治療等の終了後の再評価のための検査結果において、歯周組織の多くの部分は健康であるが、一部分に病変の進行が停止し症状が安定していると考えられる4ミリメートル以上の歯周ポケットが認められる状態
算定の頻度	2回目以降は3月に1回算定可。	2回目以降は3月に1回算定可。 歯周病安定期治療の治療間隔の短縮が必要とされる場合（※）又はかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所においては月1回算定可。 ※歯周病安定期治療の治療間隔の短縮が必要とされる場合 ・歯周外科手術を実施した場合 ・全身的な疾患の状態により歯周病の病状に大きく影響を与える場合 ・全身的な疾患の状態により歯周外科手術が実施できない場合 ・侵襲性歯周炎の場合
処置内容	スケーリング 機械的歯面清掃 等	プラークコントロール スケーリング スケーリング・ルートプレーニング 咬合調整 機械的歯面清掃 等

歯科口腔疾患の重症化予防 の推進

歯周病安定期治療の見直し

- 全身の健康にもつながる歯周病の安定期治療及び重症化予防治療を更に推進する観点から、歯周病安定期治療（Ⅰ）及び（Ⅱ）について、歯科診療の実態を踏まえ、整理・統合し、評価を見直す。

現行

【歯周病安定期治療（Ⅰ）】

[算定要件]

注2 2回目以降の歯周病安定期治療（Ⅰ）の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行う。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合等の歯周病安定期治療（Ⅰ）の治療間隔の短縮が必要とされる場合は、この限りでない。

(新設)

【歯周病安定期治療（Ⅱ）】

改定後

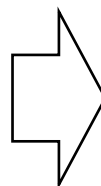
【歯周病安定期治療】

[算定要件]

注2 2回目以降の歯周病安定期治療の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行う。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合等の歯周病安定期治療の治療間隔の短縮が必要とされる場合又はかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において歯周病安定期治療を開始した場合は、この限りでない。

3 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において歯周病安定期治療を開始した場合は、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算として、120点を所定点数に加算する。

（削除）



歯周病重症化予防治療

- 歯周病重症化予防治療は、一連の歯周基本治療等の終了後に、歯周ポケットが4ミリメートル未満であり部分的な歯肉の炎症等が認められる患者に対する処置を評価したもの。

歯周病重症化予防治療

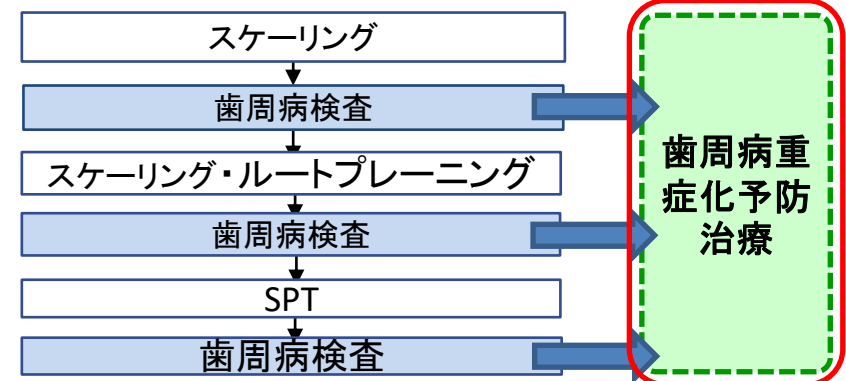
1	1歯以上10歯未満	150点
2	10歯以上20歯未満	200点
3	20歯以上	300点

[対象となる状態]

- 2回目以降の歯周病検査の結果、4ミリメートル未満の歯周ポケットを有するが、部分的な歯肉の炎症又はプロービング時の出血が認められる状態

[算定要件]

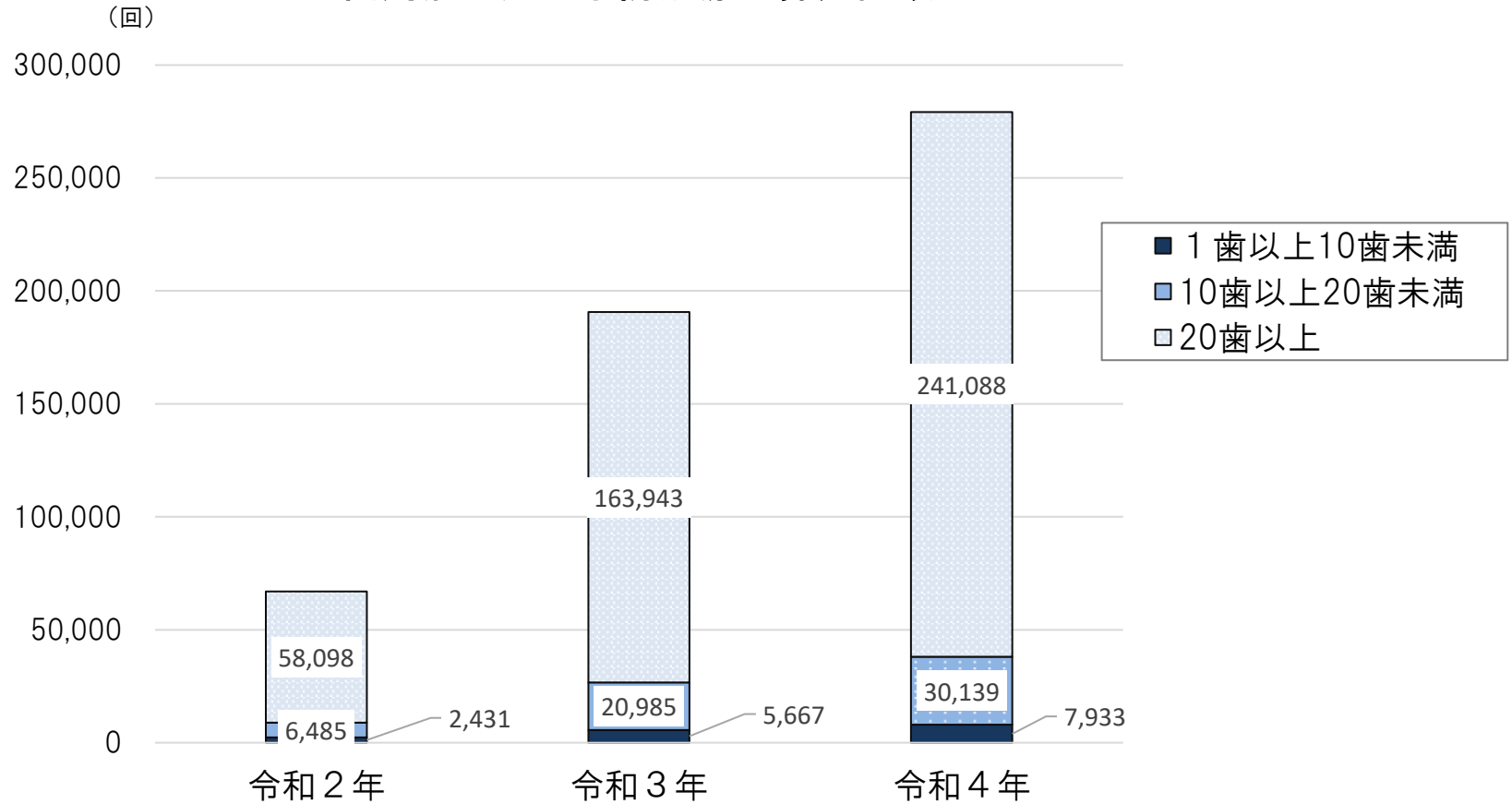
- 2回目以降の歯周病検査終了後、一時的に病状が改善傾向にある患者に対し、重症化予防を目的として、スケーリング、機械的歯面清掃等の継続的な治療を開始した場合は、それぞれの区分に従い月1回に限り算定する。
- 2回目以降の歯周病重症化予防治療の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行う。
- 歯周病安定期治療を算定した月は算定できない。



歯周病重症化予防治療の算定状況

○ 令和2年診療報酬改定において新設された歯周病重症化予防治療の算定回数は増加傾向にある。

＜歯周病重症化予防治療の算定回数＞



歯周病安定期治療

- 歯周病安定期治療は、4ミリメートル以上の歯周ポケットを有する者に対して、一連の歯周基本治療等の終了後に、一時的に病状が安定した状態にある患者に対する処置を評価したもの。

歯周病安定期治療

1	1歯以上10歯未満	200点
2	10歯以上20歯未満	250点
3	20歯以上	350点

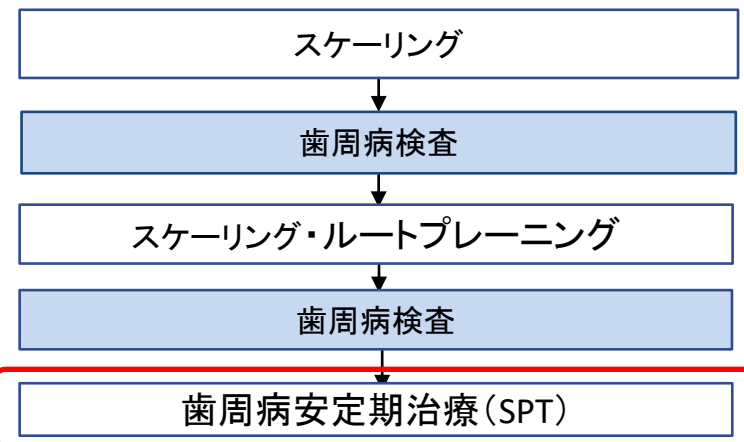
※ かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において歯周病安定期治療を開始した場合、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算として120点を加算。

[対象となる状態]

- 歯周基本治療等の終了後の再評価のための歯周病検査の結果、歯周組織の多くの部分は健康であるが、一部分に病変の進行が停止し症状が安定していると考えられる4ミリメートル以上の歯周ポケットが認められる状態

[算定要件]

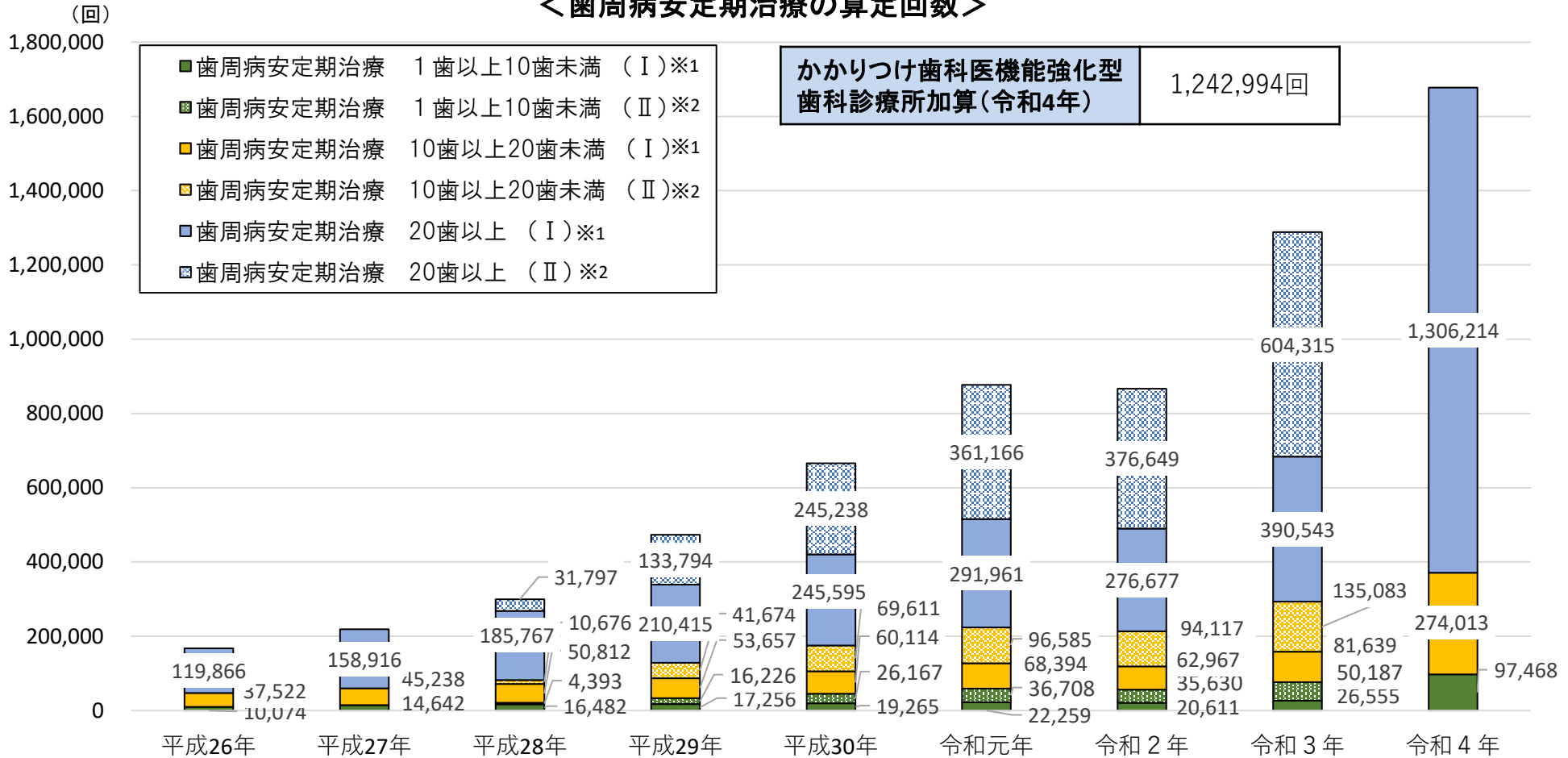
- 一連の歯周病治療終了後、一時的に病状が安定した状態にある患者に対し、歯周組織の状態を維持するためのプラークコントロール、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング、機械的歯面清掃等の継続的な治療を開始した場合は、それぞれの区分に従い月1回に限り算定する。
- 2回目以降の歯周病重症化予防治療の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行う。
- 歯周病重症化予防治療を算定した月は算定できない。



歯周病安定期治療の算定状況

- 歯周病安定期治療の算定回数は増加傾向にある。
- 令和4年の歯周病安定期治療の算定回数に占めるかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算の割合は、約74%であった。

＜歯周病安定期治療の算定回数＞



※1平成26年、平成27年、令和4年は、歯周病安定期治療。

※2 歯周病安定期治療(II)はかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所のみ算定可。令和4年度改定で歯周病安定期治療の加算(かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算)に見直し。

歯科衛生実地指導料

○ 歯科衛生実地指導料は、歯科衛生士による実地指導を評価したものであり、算定回数は令和2年を除き増加傾向である。

歯科衛生実地指導料

歯科衛生実地指導料1

80点

(歯科衛生実地指導料1：歯科疾患に罹患している患者)

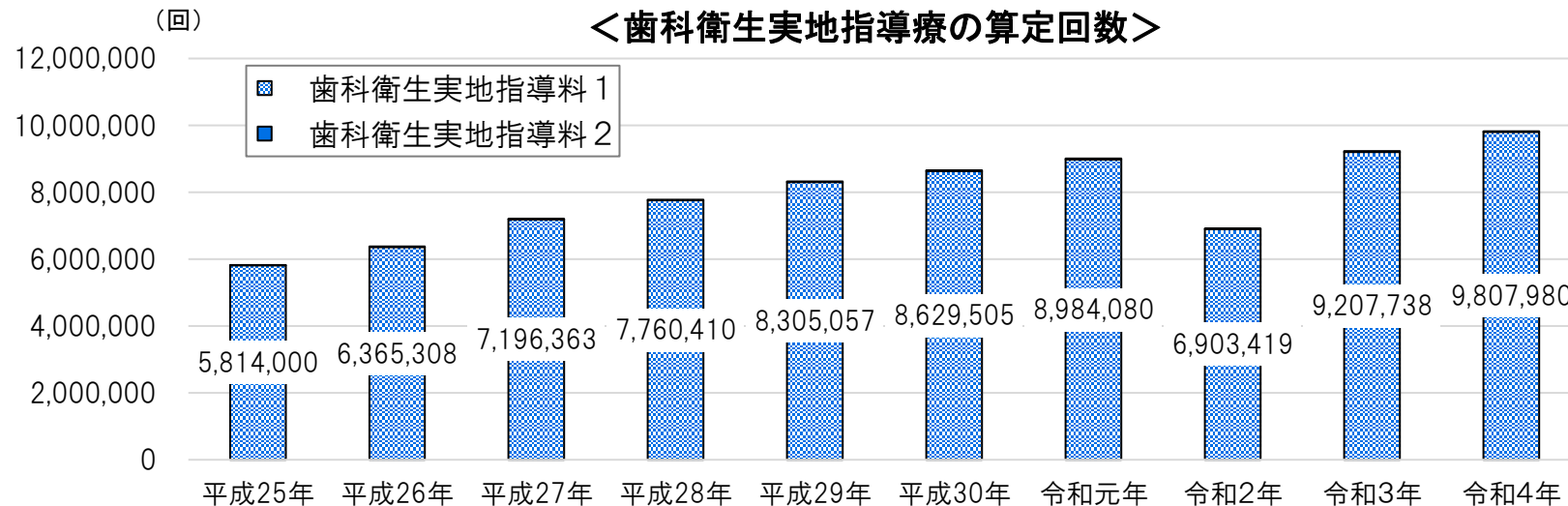
歯科衛生実地指導料2

100点

(歯科衛生実地指導料2：歯科診療特別対応加算を算定している患者)

[内容]

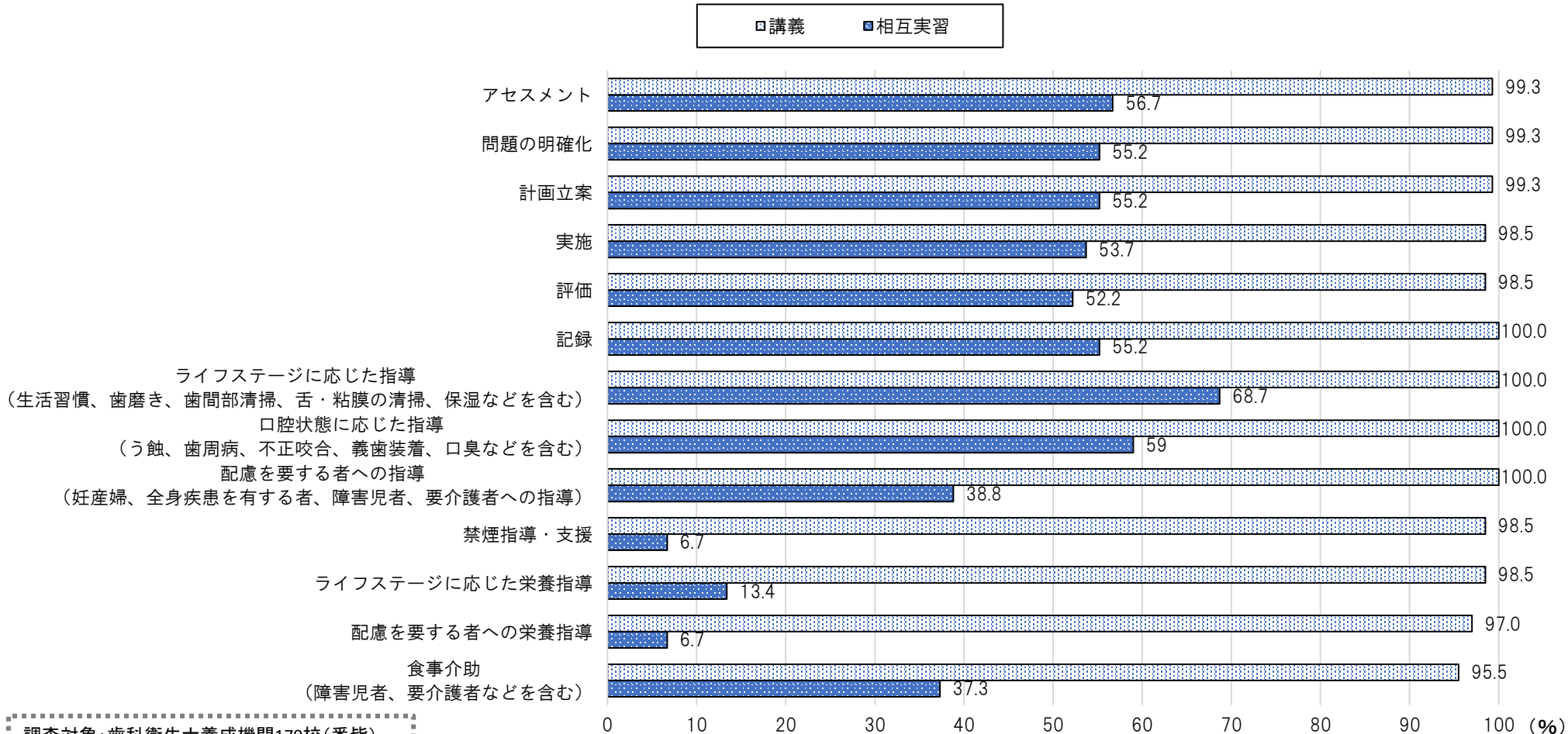
- 主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、以下の必要な事項について15分以上実施した場合に算定
 - ・ プラークチャート等を用いたプラークの付着状況の指摘及び患者自身によるブラッシングを観察した上でのプラーク除去方法の指導
 - ・ その他、患者の状態に応じて必要な事項



歯科衛生士の教育内容

○ 近年の歯科衛生士の教育課程では、単なるプラークの除去方法の指導のみでなく、口腔の状態や生活習慣などを踏まえた歯科保健指導の実施等について教育が行われている。

＜歯科衛生課程等に関する教育の実施状況＞



調査対象: 歯科衛生士養成機関179校(悉皆)
 調査手法: 郵送調査
 調査実施期間: 令和3年12月～令和4年1月

3. 歯科医療に係る診療報酬上の評価について

- ① かかりつけ歯科医機能に係る評価
- ② 病院における歯科の機能に係る評価
- ③ 医科歯科連携
- ④ 介護との連携
- ⑤ 院内感染防止対策
- ⑥ 歯科疾患の重症化予防
- ⑦ ライフステージに応じた口腔機能の管理
- ⑧ 障害者・有病者・認知症の人への歯科医療
- ⑨ 電話や情報通信機器を用いた歯科診療
- ⑩ 歯科固有の技術

口腔機能の獲得・維持・向上について（歯科口腔保健の推進に関する基本的事項（素案））

歯科口腔保健の推進のための基本的な方針 口腔機能の獲得・維持・向上

- 食べる喜び、話す楽しみ等のQOL（生活の質）の向上等のために、口腔機能の獲得・維持・向上を図るには、各ライフステージにおいて適切な取組が重要。
- 乳幼児期から青年期にかけては良好な口腔・顎・顔面の成長発育及び適切な口腔機能の獲得を図る必要がある。壮年期から高齢期においては、口腔機能の維持を図るとともに、口腔機能が低下した際には回復及び向上を図っていくことが重要。

口腔機能の獲得・維持・向上における目標・計画

乳幼児期から青年期

- ・適切な口腔機能の獲得を図るため、口呼吸等の習癖が不正咬合や口腔の機能的な要因と器質的な要因が相互に口腔機能の獲得等に影響すること等の口腔・顎・顔面の成長発育等に関する知識の普及啓発を図る。
- ・口腔機能の獲得等に悪影響を及ぼす習癖等の除去、食育等に係る歯科保健指導等に取り組む。また、口腔機能に影響する習癖等に係る歯科口腔保健施策の実施に際し、その状況の把握等を行いつつ取り組むものとする。

壮年期から高齢期

- ・口腔機能の維持及び口腔機能が低下した場合にはその回復及び向上を図るため、オーラルフレイル等の口腔機能に関する知識の普及啓発、食育や口腔機能訓練等に係る歯科保健指導等に関する取組を推進する。
- ・口腔機能に影響する要因の変化は高齢期以前にも現れることから、中年期から、口腔機能の低下の予防のための知識に関する普及啓発や口腔機能訓練等に係る歯科保健指導等の取組を行う。
- ・特に高齢期では、口腔機能に影響する歯・口腔の健康状態等の個人差が大きいことから、個人の状況に応じて医療や介護等の関連領域・関係職種と密に連携を図り、口腔機能の維持及び口腔機能が低下した場合はその回復及び向上に取り組む。

ライフステージに応じた口腔機能管理の推進

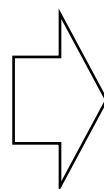
- ▶ ライフステージに応じた口腔機能管理を推進する観点から、小児口腔機能管理料について、口腔機能の発達不全がみられる年齢等の実態を踏まえ、対象患者を見直す。

現行

【小児口腔機能管理料】

[算定要件]

注1 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、口腔機能の発達不全を有する**15歳未満の小児**に対して、口腔機能の獲得を目的として、当該患者等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。



改定後

【小児口腔機能管理料】

[算定要件]

注1 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、口腔機能の発達不全を有する**18歳未満の児童**に対して、口腔機能の獲得を目的として、当該患者等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。



小児口腔機能管理料

- 平成30年度診療報酬改定において、口腔機能の発達不全を認める小児のうち、特に継続的な管理が必要な患者（口腔機能発達不全症の患者）に対する評価として、小児口腔機能管理加算を新設され、令和2年度診療報酬改定では歯の萌出していない患者への管理も対象に追加するとともに、診療実態にあわせて小児口腔機能管理料とした。
- 令和4年度診療報酬改定においては、対象患者の実態を踏まえて、対象患者の年齢を15歳未満から18歳未満とした。

小児口腔機能管理料

[対象患者]

- **18歳未満**の口腔機能の発達不全を認める患者のうち、以下に該当する者

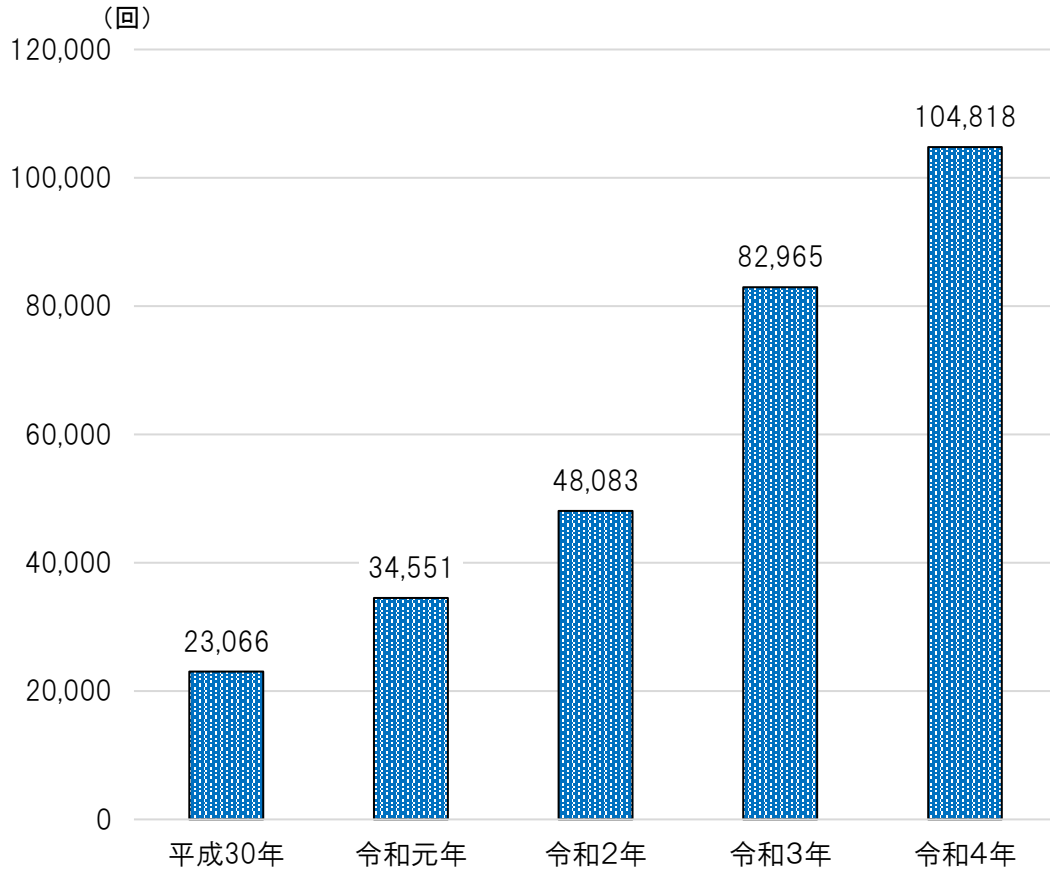
離乳完了前 食べる機能のC項目において1項目以上、 食べる機能・話す機能のC項目において2項目以上を含む3項目以上該当		
A機能	B分類	C項目
食べる	哺乳	先天性歯がある
		口唇、歯槽携帯に異常がある
		舌小帯に異常がある
		乳首をしっかり口にくむことができない
		授乳時間が長すぎる、短すぎる
		哺乳量・授乳回数が多すぎたり少なすぎたりムラがある等
	離乳	開始しているが首の据わりが確認できない
		スプーンを舌で押し出す状態がみられる
話す	構音機能	口唇の閉鎖不全がある
その他	栄養(体格)	やせ、または肥満である(カウプ指数で評価)
	その他	口腔周囲に過敏がある 上記以外の問題点

離乳完了後（18ヵ月以降） 咀嚼機能のC項目において1項目以上、 食べる機能・話す機能のC項目において2項目以上を含む3項目以上に該当		
A機能	B分類	C項目
食べる	咀嚼機能	歯の萌出に遅れがある
		機能的因子による歯列・咬合の異常がある
		咀嚼に影響するう蝕がある
強く咬みしめられない		
咀嚼時間が長すぎる、短すぎる		
偏咀嚼がある		
	嚥下機能	舌の突出(乳児嚥下の残存)がみられる(離乳完了後)
	食行動	哺乳量・食べる量、回数が多すぎたり少なすぎたりムラがある等
話す	構音機能	構音に障害がある
		口唇の閉鎖不全がある
		口腔習癖がある 舌小帯に異常がある
その他	栄養(体格)	やせ、または肥満である(カウプ指数、ローレル指数で評価)
	その他	口呼吸がある
		口蓋扁桃等に肥大がある
		睡眠時のいびきがある 上記以外の問題点

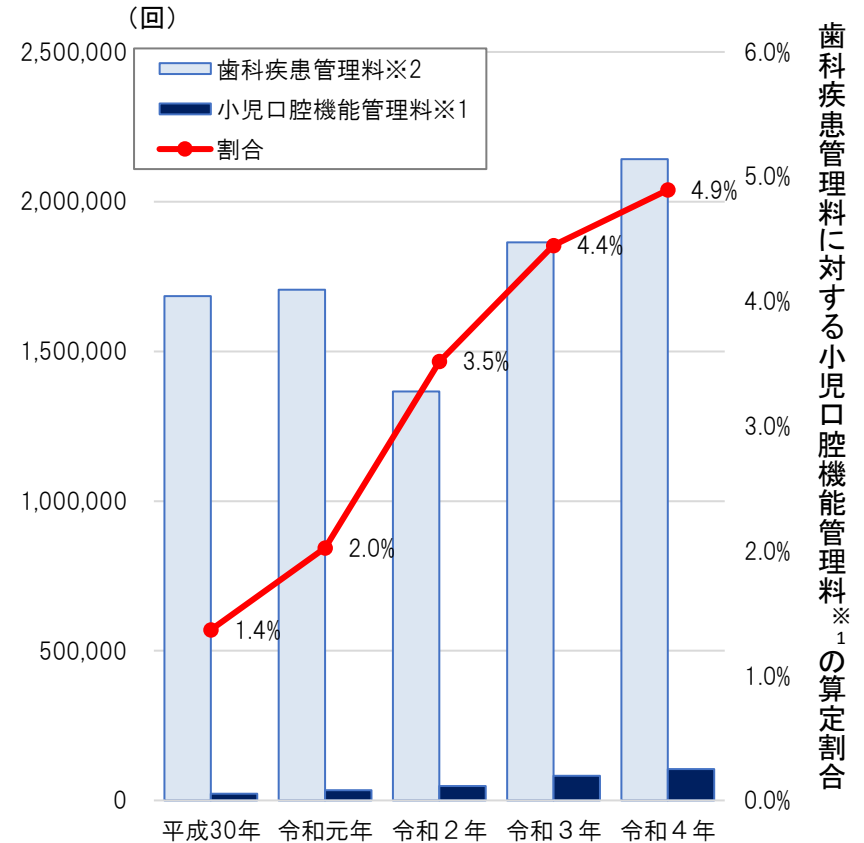
小児口腔機能管理料の算定状況

○ 小児口腔機能管理料の算定回数は、年々増加しているが、歯科疾患管理料の算定回数に対する割合は令和4年で、4.9%にとどまっている。

＜小児口腔機能管理料※1の算定回数＞



＜歯科疾患管理料※2の算定回数と歯科疾患管理料※2に対する小児口腔機能管理料※1の割合＞



※1 平成30年、令和元年は歯科疾患管理料 小児口腔機能管理加算の算定回数

※2 歯科疾患管理料算定回数：平成30年～令和3年は15歳未満、令和4年は20歳未満

ライフステージに応じた口腔機能管理の推進

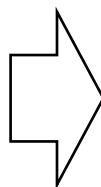
- ▶ ライフステージに応じた口腔機能管理を推進する観点から、口腔機能管理料について、口腔機能の低下がみられる年齢等の実態を踏まえ、対象患者を見直す。

現行

【口腔機能管理料】

[算定要件]

- (1) 口腔機能管理料とは、**65歳以上**の歯の喪失や加齢、これら以外の全身的な疾患等により口腔機能の低下を認める患者に対して、口腔機能の回復又は維持・向上を目的として行う医学管理を評価したものをいい、関係学会の診断基準により口腔機能低下症と診断されている患者のうち、咀嚼機能低下（区分番号D011-2に掲げる咀嚼能力検査を算定した患者に限る。）、咬合力低下（区分番号D011-3に掲げる咬合圧検査を算定した患者に限る。）又は低舌圧（区分番号D012に掲げる舌圧検査を算定した患者に限る。）のいずれかに該当するものに対して、継続的な指導及び管理を実施する場合に当該管理料を算定する。
(略)



改定後

【口腔機能管理料】

[算定要件]

- (1) 口腔機能管理料とは、**50歳以上**の歯の喪失や加齢、これら以外の全身的な疾患等により口腔機能の低下を認める患者に対して、口腔機能の回復又は維持・向上を目的として行う医学管理を評価したものをいい、関係学会の診断基準により口腔機能低下症と診断されている患者のうち、咀嚼機能低下（区分番号D011-2に掲げる咀嚼能力検査を算定した患者に限る。）、咬合力低下（区分番号D011-3に掲げる咬合圧検査を算定した患者に限る。）又は低舌圧（区分番号D012に掲げる舌圧検査を算定した患者に限る。）のいずれかに該当するものに対して、継続的な指導及び管理を実施する場合に当該管理料を算定する。
(略)



口腔機能管理料

- 平成30年度診療報酬改定において、口腔機能管理加算（歯科疾患管理料の加算）として、歯の喪失や加齢等により、口腔機能の低下を認める患者のうち、特に継続的な管理が必要な患者（口腔機能低下症の患者）に対する評価を新設し、令和2年度診療報酬改定では、診療実態にあわせて口腔機能管理料とした。
- 令和4年度診療報酬改定では、口腔機能低下症の実態を踏まえて、対象患者を65歳以上から50歳以上とした。

口腔機能管理料

[対象患者]

- **50歳以上**の口腔機能の低下を認める患者
- 次の評価項目（下位症状）のうち、**3項目以上（咀嚼機能低下（D011-2に掲げる咀嚼能力検査を算定した患者に限る。）、咬合力低下（D011-3に掲げる咬合圧検査を算定した患者に限る。）又は低舌圧（D012に掲げる舌圧検査を算定した患者に限る。）のいずれかの項目を含む。）に該当するもの**

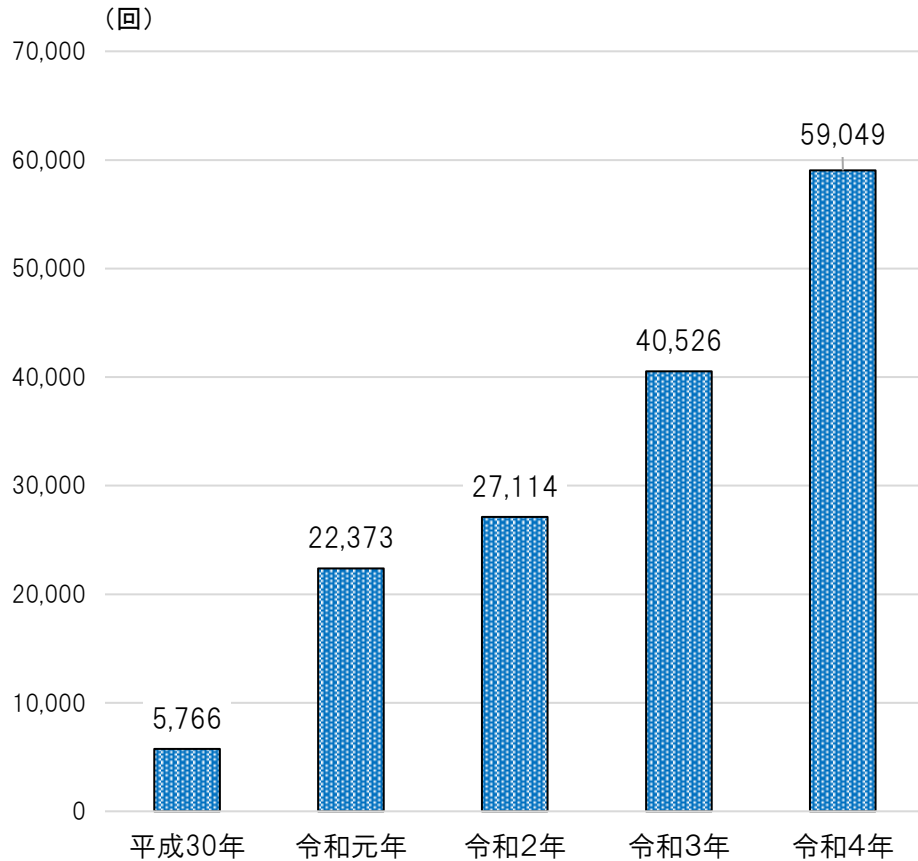
下位症状	検査項目	該当基準
①口腔衛生状態不良	舌苔の付着程度	50%以上
②口腔乾燥	口腔粘膜湿潤度	27未満
	唾液量	2g/2分以下
③咬合力低下	咬合力検査	200N未満（プレスケール）、500N未満（プレスケールⅡ・フィルタなし）350N未満、（プレスケールⅡ・フィルタあり）
	残存歯数	20本未満

下位症状	検査項目	該当基準
④舌口唇運動機能低下	オーラルディアドコキネシス	Pa/ta/ka いずれか1つでも 6回/秒未満
⑤低舌圧	舌圧検査	30kPa未満
⑥咀嚼機能低下	咀嚼能力検査	100mg/dL未満
	咀嚼能率スコア法	スコア0,1,2
⑦嚥下機能低下	嚥下スクリーニング検査（EAT-10）	3点以上
	自記式質問票（聖隷式嚥下質問紙）	Aが1項目以上該当

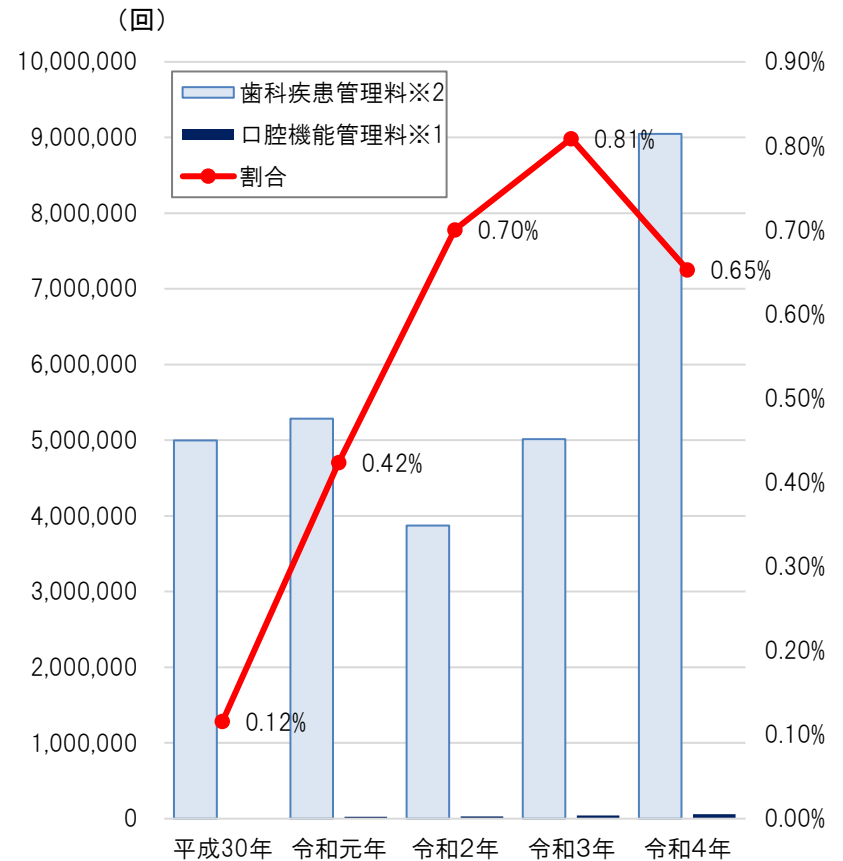
口腔機能管理料の算定状況

○ 口腔機能管理料の算定回数は年々増加しているが、歯科疾患管理料の算定回数に対する割合は令和4年で0.65%にとどまっている。

＜口腔機能管理料※1の算定回数＞



＜歯科疾患管理料※2の算定回数と歯科疾患管理料※2に対する口腔機能管理料※1の割合＞



歯科疾患管理料に対する口腔機能管理料※1の算定割合

※1 平成30年、令和元年は歯科疾患管理料口腔機能管理加算の算定回数
 ※2 歯科疾患管理料算定回数：平成30年～令和3年は65歳以上、令和4年は50歳以上

3. 歯科医療に係る診療報酬上の評価について

- ① かかりつけ歯科医機能に係る評価
- ② 病院における歯科の機能に係る評価
- ③ 医科歯科連携
- ④ 介護との連携
- ⑤ 院内感染防止対策
- ⑥ 歯科疾患の重症化予防
- ⑦ ライフステージに応じた口腔機能の管理
- ⑧ 障害者・有病者・認知症の人への歯科医療
- ⑨ 電話や情報通信機器を用いた歯科診療
- ⑩ 歯科固有の技術

障害者歯科診療に係る評価の主な変遷

	概要
S49	<p>○ 「心身障害者加算」新設 →精神的欠陥又は肉体的障害を有している者であるため、著しく歯科診療が困難な者を診察した場合の初再診料の加算</p>
H6	<p>○ 「心身障害者加算」が「障害者加算」に名称見直し</p>
H12	<p>○ 「障害者加算」の対象者の要件見直し →著しく歯科診療が困難な障害者について ・脳性麻痺等で身体の不随運動や緊張が強く体幹の得られない状態 ・知的発達障害により開口保持が出来ない状態や治療の目的が理解できずに治療に協力が得られない状態 ・重症の喘息患者で頻繁に治療の中断が必要な状態 ・これらに準ずる状態</p> <p>○ 「初診時歯科診療導入加算」新設 →歯科治療の環境に円滑に対応できるための方法(Tell-show-do法)を用いた場合の初診時の加算</p>
H22	<p>○ 「障害者歯科医療連携加算」新設 →障害者加算を算定した患者を紹介され受け入れた医療機関の初診料の加算</p> <p>○ 診療情報提供料(Ⅰ)注6の加算の新設 →障害者加算を算定した患者を文書を添えて紹介した場合の加算</p>
H24	<p>○ 障害者加算の名称の見直し及び対象者の明確化 →障害者加算を歯科診療特別対応加算に、障害者歯科医療連携加算を歯科診療特別対応連携加算(歯特連)に名称変更 ※加算の対象者である、著しく歯科診療が困難な者の例示として、「日常生活に支障を来たすような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、歯科診療に際して家族等の援助を必要とする状態」を明確化</p> <p>○ 診療情報提供料(Ⅰ)注7の加算の新設 →歯科診療特別対応加算連携加算の施設基準を満たす歯科医療機関が、歯科診療特別対応加算を算定した患者を紹介した場合の加算</p> <p>○ 歯科診療特別対応地域支援加算の新設 →歯科診療所(歯特連の届出医療機関を除く)が、歯特連の届出を行っている歯科医療機関で歯科診療特別対応加算を算定した患者について、文書による診療情報提供を受けた上で、外来において初診を行った場合の初診料の加算</p>
H26	<p>○ 歯科診療特別対応連携加算の施設基準の見直し →歯科診療特別対応加算を算定した外来患者の月平均患者数の要件を、20人から10人に見直し。</p>
R4	<p>○ 歯科診療特別対応連携加算の施設基準の見直し →歯科診療を担当する他の保険医療機関との連携体制が整備されていることを要件に追加</p>

障害による口腔の特徴等

精神発達・心理的発達と行動の障害

知的障害(精神遅滞)

- ・精神遅滞の原因疾患の特徴として、エナメル質減形成、過剰歯、先天性欠如歯、不正咬合、口蓋裂などがみられる。

自閉性障害/広汎性発達障害自閉症

- ・精神遅滞の状態、行動の調整の困難性などにより、う蝕の罹患状況は異なる。
- ・歯口清掃不良によって進行した悪習癖が見られることがある。
- ・口腔の悪習癖から、二次的に歯列・咬合に異常をきたすことがある。
- ・対応に際しては、一人ひとりの特性にあった環境を整えることが重要。

強度行動障害

- ・歯磨きをさせない、口を開けない、歯磨き習慣が定着しない、暴れるため通院できない、抑制できないなど歯科保健医療管理が非常に困難。
- ・歯科保健医療管理に関して、口を開けない、暴れる、歯磨きをさせないなど困難を伴うことが多い。
- ・歯磨きの習慣の定着が難しく、予防も困難。

神経・運動障害

脳性まひ

- ・口腔衛生管理の不備や口腔機能の障害による自浄作用の低下により、う蝕や歯周疾患の罹患率が高くなる。
- ・未処置歯や口臭、歯石沈着や食物滞留が多く見られる。

筋ジストロフィー

- ・約50%以上に開咬がみられる。
- ・咀嚼筋の萎縮により、咬合力の低下や巨舌が原因で歯列弓拡大等が見られる。
- ・進行に伴い摂食・嚥下障害がおこる。

重度心身障害

- ・狭窄・V字歯列の歯列以上が上顎に多く見られる。
- ・咬合異常がある。
- ・てんかん発作による歯の破折、脱臼等がみられる。

障害者への歯科治療の特徴など

○ 歯科治療の困難性

- ・患者が治療の必要性を理解できない場合、治療に必要な協力が得られない
- ・四肢や口腔の緊張や不随意運動のため姿勢の維持、開口の動作が出来ない
- ・言語によるコミュニケーションが確立しにくい

○ 特異的な歯科症状

- ・口腔の奇形・先天性の欠損、歯列、咬合などの形態学上の異常があり、それに対する対応として専門的知識や診断が必要
- ・口腔の機能的異常が、摂食・嚥下、味覚、構音、表情といった機能の不全、障害が診られ、その診断、対応に専門的知識と経験が必要
- ・う蝕、歯周病、欠損という歯科疾患の症状に特異的なことがある

平成22年度社会保険指導者研修会講演資料「地域で診る障害者歯科」(緒方克也氏)より一部改変

「著しく歯科治療が困難な者」に対する診療を歯科診療特別対応加算として評価

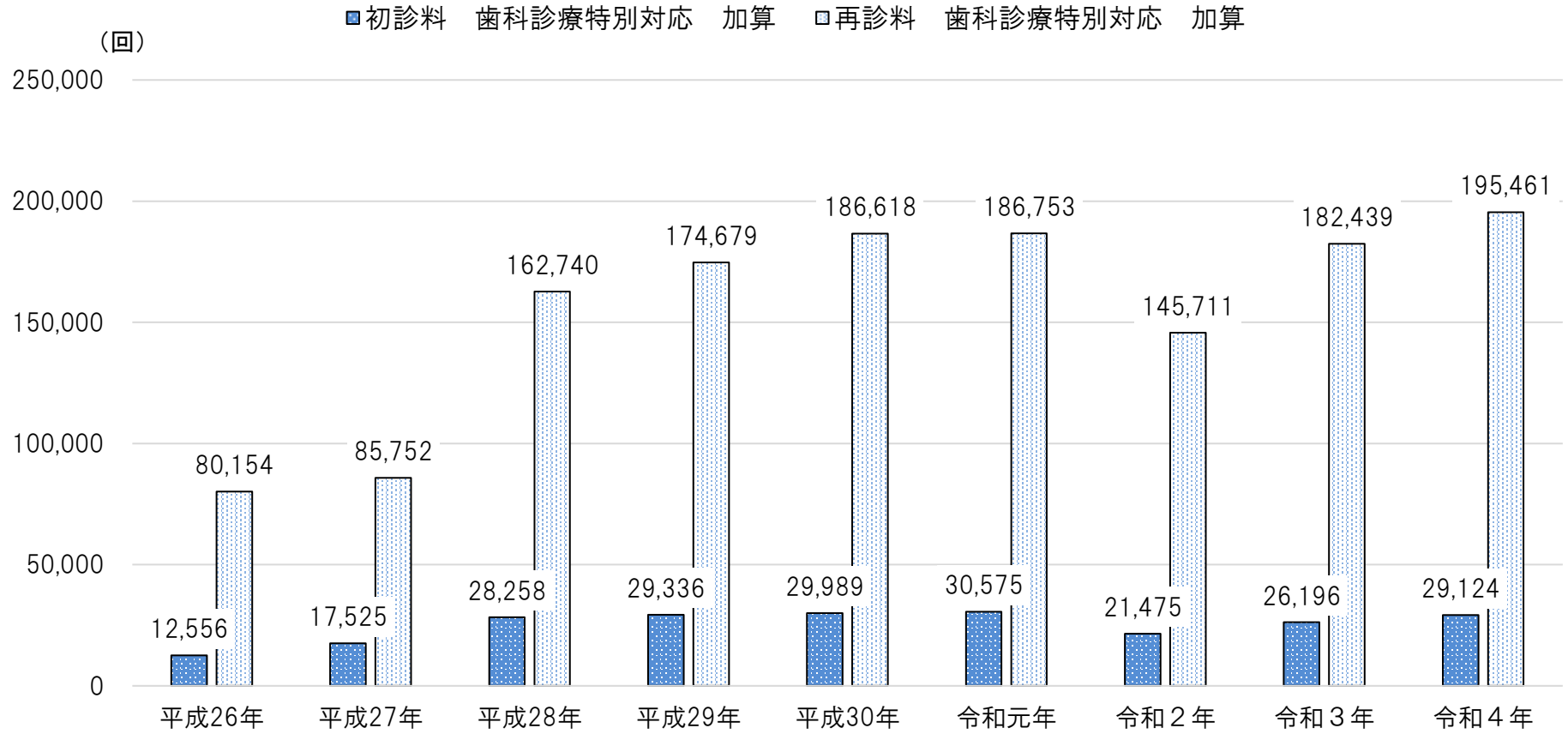
【著しく歯科治療が困難な者】

- ◆ 脳性麻痺等で身体の不随意運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態
- ◆ 知的発達障害により開口保持ができない状態や治療の目的が理解できずに治療に協力が得られない状態
- ◆ 重症の喘息患者で頻繁に治療の中断が必要な状態
- ◆ 日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ歯科診療に際して家族等の援助を必要とする状態

歯科診療特別対応加算の算定状況

○ 歯科診療特別対応加算の算定回数は、令和2年を除き年々増加している。

＜歯科診療特別対応加算の算定回数＞



歯科診療で特別な対応が必要な患者に対する診療報酬上の評価

診療内容に関する評価

①歯科診療特別対応加算【+175点】

著しく歯科診療が困難な患者に対して歯科診療を行った場合の初・再診料、歯科訪問診療料の加算

②初診時歯科診療導入加算【+250点】

歯科治療環境に円滑に適応できるような技法を用いた場合の初診料、歯科訪問診療料の加算

③歯科衛生実地指導料2【100点】

歯科診療特別対応加算を算定している患者に対する歯科衛生士の実地指導

④個々の技術料の加算

処置、手術、麻酔、歯冠修復及び欠損補綴の特掲診療料の各行為に対する100分の30～70に相当する点数の加算

連携に関する評価

診療情報提供料(I) 注6加算【+100点】

自院で歯科診療特別対応加算を算定した患者を文書を添えて紹介した場合の加算

⑥歯科診療特別対応地域支援加算【+100点】

歯科診療所が、歯科診療特別対応連携加算(歯特連)の届出を行っている歯科医療機関で歯科診療特別対応加算を算定した患者について、文書による診療情報提供を受けた上で、外来において初診を行った場合の初診料の加算

歯科医療機関※1

紹介

⑤歯科診療特別対応連携加算【+150点】

他の歯科医療機関で歯科診療特別対応加算を算定した患者を紹介され、受け入れた場合の初診料の加算

診療情報提供料(I) 注7の加算【+100点】

自院で歯科診療特別対応加算を算定した患者を文書を添えて紹介した場合の加算

紹介

後方支援をおこなう歯科医療機関※2

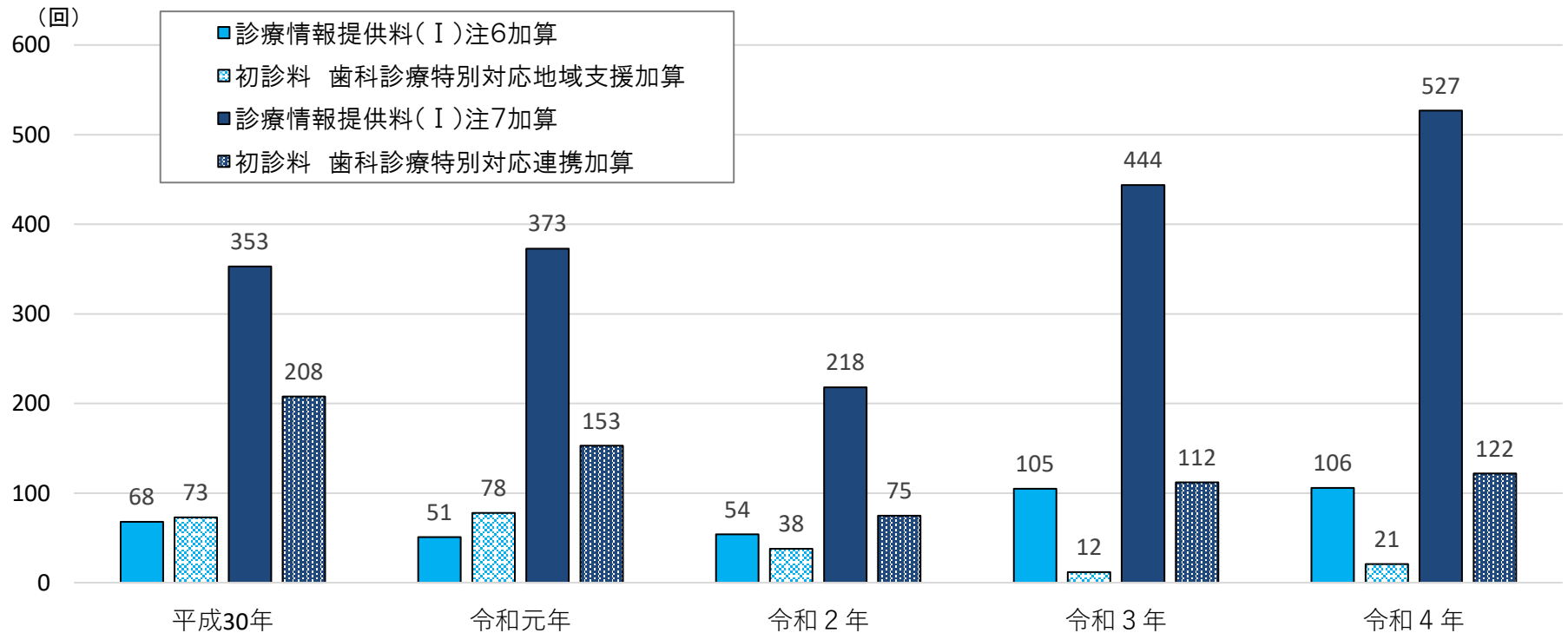
※1 歯科診療特別対応連携加算の届出を行っている歯科医療機関を除く

※2 歯特連又は地域歯科診療支援病院の届出を行っている歯科医療機関

障害者歯科診療に係る連携に係る点数の算定状況

- 診療情報提供料(Ⅰ)注6加算及び診療情報提供料(Ⅰ)注7の加算の算定回数は、令和2年を除き年々増加している。
- 歯科診療特別対応地域支援加算及び歯科診療特別対応連携加算の算定回数は令和2年に減少した後、算定回数はほぼ横ばいである。

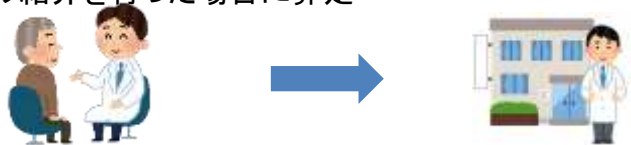
<診療情報提供料(Ⅰ)・初診料の障害者歯科診療に係る連携に関する項目の算定回数>



○ 診療情報提供料は、医療機関間の有機的連携の強化及び医療機関から保険薬局又は保健・福祉医療機関への診療情報提供機能の評価している。

① 別の保険医療機関に紹介した場合

別の保険医療機関での診療の必要を認め、診療情報を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定



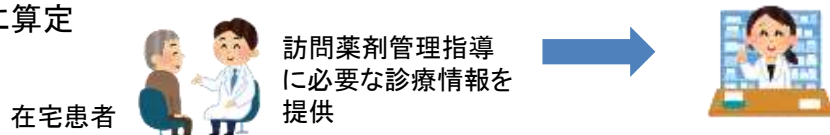
② 指定居宅介護支援事業者等に提供する場合

診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に算定



③ 保険薬局に提供する場合

在宅患者について、在宅患者訪問薬剤管理指導が必要と認められ、当該患者に係る在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な情報を提供した場合に算定



④ 介護老人保健施設又は介護医療院に提供する場合

介護老人保健施設又は介護医療院に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合算定



診療情報提供料 (I) の加算

治療計画などの情報添付による加算

保険医療機関が、別の保険医療機関等に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して紹介を行った場合には**200点**を加算

検査・画像情報提供加算

患者の紹介を行う際に、検査結果等のうち主要なものについて、他の保険医療機関に対し、電子的方法により、閲覧可能な形式で提供した場合又は電子的に送受される診療情報提供書に添付した場合、下記の点数を加算

イ. 退院する患者→**200点** ロ. 入院中の患者以外の患者→**30点**

診療情報提供料(I) 注6加算

保険医療機関(歯科診療特別対応連携加算の届出を行っている歯科医療機関を除く)が、自院で歯科診療特別対応加算を算定した患者を文書を添えて紹介した場合、**100点**を加算

診療情報提供料(I) 注7加算

歯特連又は地域歯科診療支援病院の届出を行っている歯科医療機関が、自院で歯科診療特別対応加算を算定した患者を文書を添えて紹介した場合、**100点**を加算

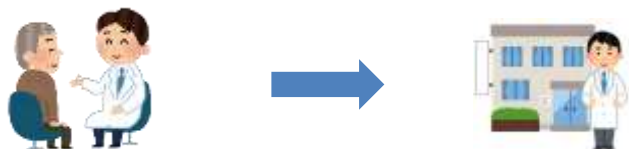
診療情報提供料（Ⅰ）概要

中医協 総 - 8 改
5 . 6 . 2 1

医療機関間の有機的連携の強化及び医療機関から保険薬局又は保健・福祉医療機関への診療情報提供機能の評価。

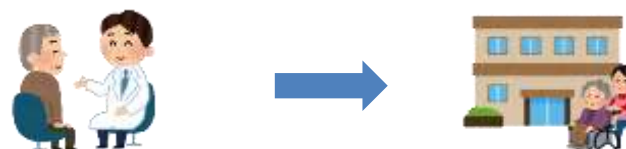
① 別の保険医療機関に紹介した場合

別の保険医療機関での診療の必要を認め、診療情報を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定。



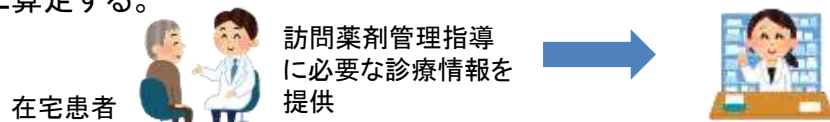
② 指定居宅介護支援事業者等に提供する場合

診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に算定する。



③ 保険薬局に提供する場合

在宅患者について、在宅患者訪問薬剤管理指導が必要と認められ、当該患者に係る在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な情報を提供した場合に算定する。



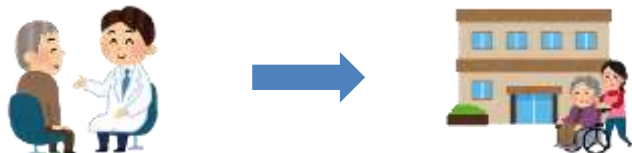
④ 精神障害者施設等に提供する場合

精神障害者である患者について、診療状況を示す文書を添えて、当該患者の社会復帰の促進に必要な情報を提供した場合に算定する。



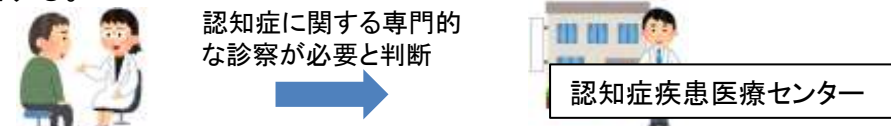
⑤ 介護老人保健施設又は介護医療院に提供する場合

介護老人保健施設又は介護医療院に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合算定する。



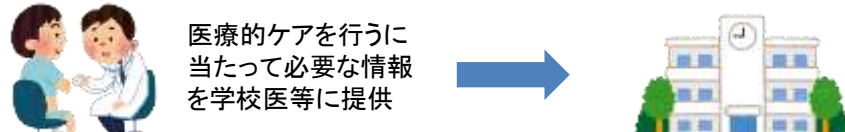
⑥ 認知症に関する専門の保険医療機関等に提供する場合

認知症の状態にある患者について、認知症に関する専門の保険医療機関等に対して診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定する。



⑦ 義務教育諸学校に提供する場合

障害児である患者について、当該患者が通学する義務教育諸学校に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活を送るにあたり必要な情報を提供した場合に算定する。

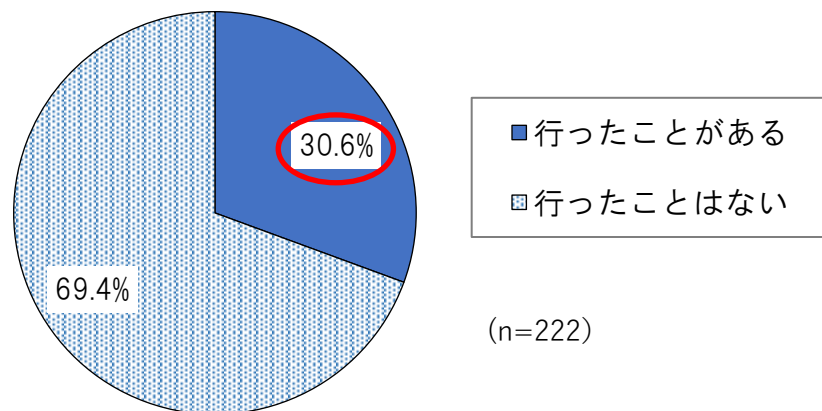


診療情報提供料（Ⅰ） 250点
(患者1人につき月1回に限り)

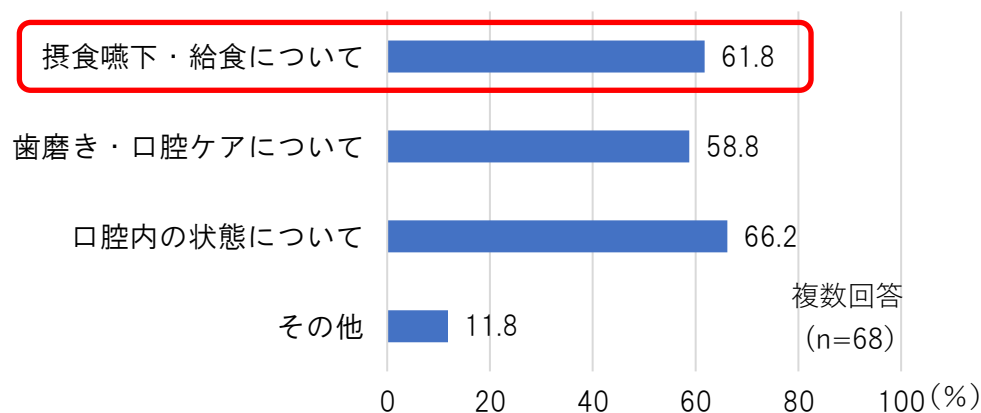
歯科医療機関から学校等への情報提供

- 日本障害者歯科学会の会員を対象とした調査では、30.6%で学校等に情報提供を行ったことがあると回答しており、その内容は「口腔内の状態」が最も多いが、「摂食嚥下、給食」についても61.8%であった。
- また、情報提供を行ったことがある場合、「情報提供がないと学校等での給食が提供できないケースがあった」と回答した割合が33.8%であった。

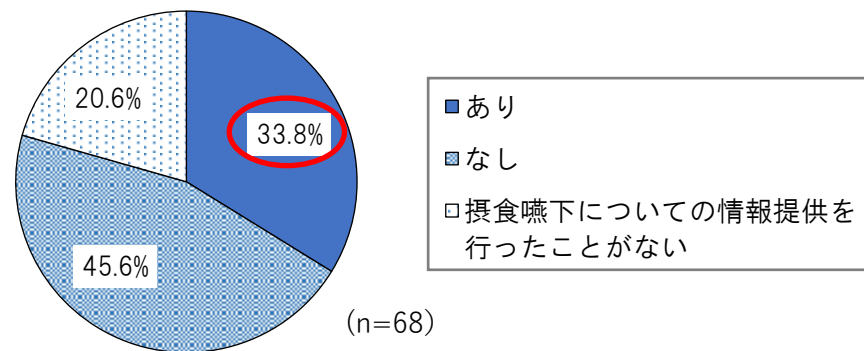
<学校等に対する情報提供について>



<学校等に対する情報提供の内容>



<「情報提供がないと学校等での給食が提供できないケースがあった」と回答した者の割合>



調査対象: 日本障害者歯科学会会員(悉皆)
 調査手法: ウェブ調査
 調査実施期間: 2023年3月29~4月10日

総合的医療管理に係る医科歯科連携の推進

総合医療管理加算等の算定要件の見直し

- 口腔に症状が発現する疾患に係る医科歯科連携を推進する観点から、総合医療管理加算等について対象疾患及び対象となる医療機関を見直す。

現行

【総合医療管理加算（歯科疾患管理料）】

[算定要件]

注11 **別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、総合医療管理加算として、50点を所定点数に加算する。**

[対象患者]

糖尿病の患者、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者又は血液凝固阻止剤投与中の患者

[施設基準]

六の二の四 **歯科疾患管理料の注11に規定する総合医療管理加算及び**歯科治療時医療管理料の施設基準

改定後

【総合医療管理加算（歯科疾患管理料）】

[算定要件]

注11 別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、総合医療管理加算として、50点を所定点数に加算する。

[対象患者]

糖尿病の患者、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者、**血液凝固阻止剤投与中の患者又はHIV感染症の患者**

[施設基準]

六の二の四 歯科治療時医療管理料の施設基準

※ 在宅総合医療管理加算についても同様の見直しを行う。

全身的な疾患を有する者への医学管理の評価

- 全身的な疾患を有する者に対する医学管理の評価として、医科の担当医からの診療情報提供に基づく医学管理を評価した「歯科疾患管理料総合医療管理加算」や総合的な医療管理が必要な患者のモニタリングを評価した「歯科治療時医療管理料」がある。
- 歯科疾患管理料総合医療管理加算及び歯科治療時医療管理料の算定回数は、いずれも増加傾向にある。

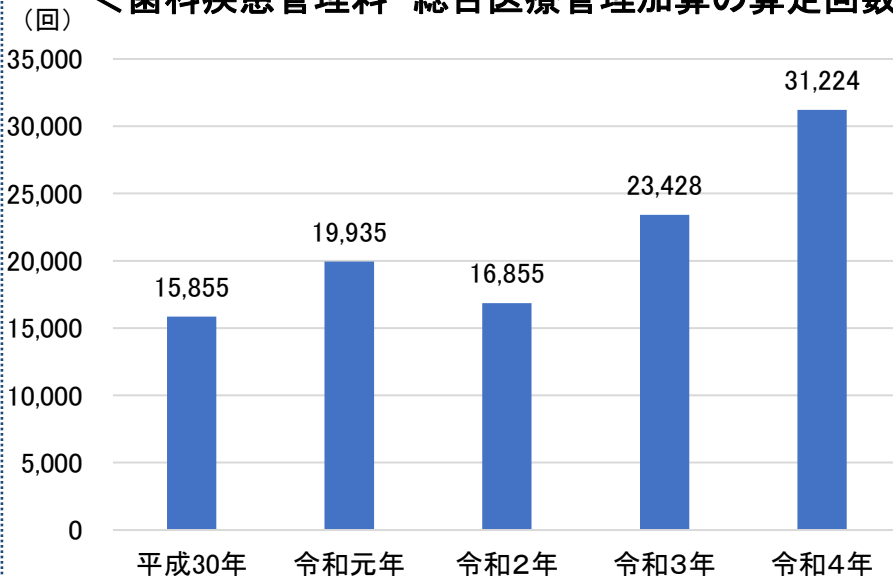
歯科疾患管理料 総合医療管理加算

医科の担当医からの診療情報提供に基づく医学管理を評価

対象患者

糖尿病、骨吸収抑制薬投与中、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチ、血液凝固阻止剤投与中の患者

<歯科疾患管理料 総合医療管理加算の算定回数>



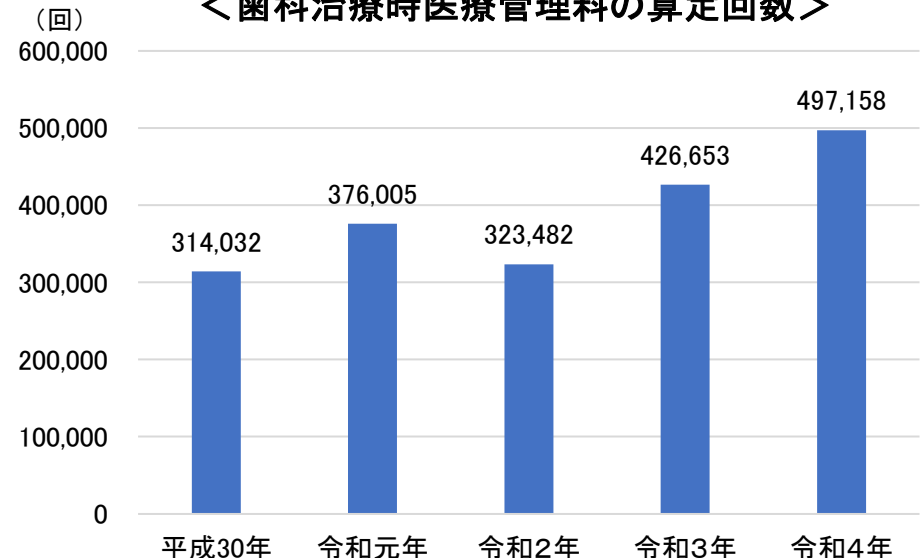
歯科治療時医療管理料

総合的な医療管理が必要な患者のモニタリングの評価

対象患者

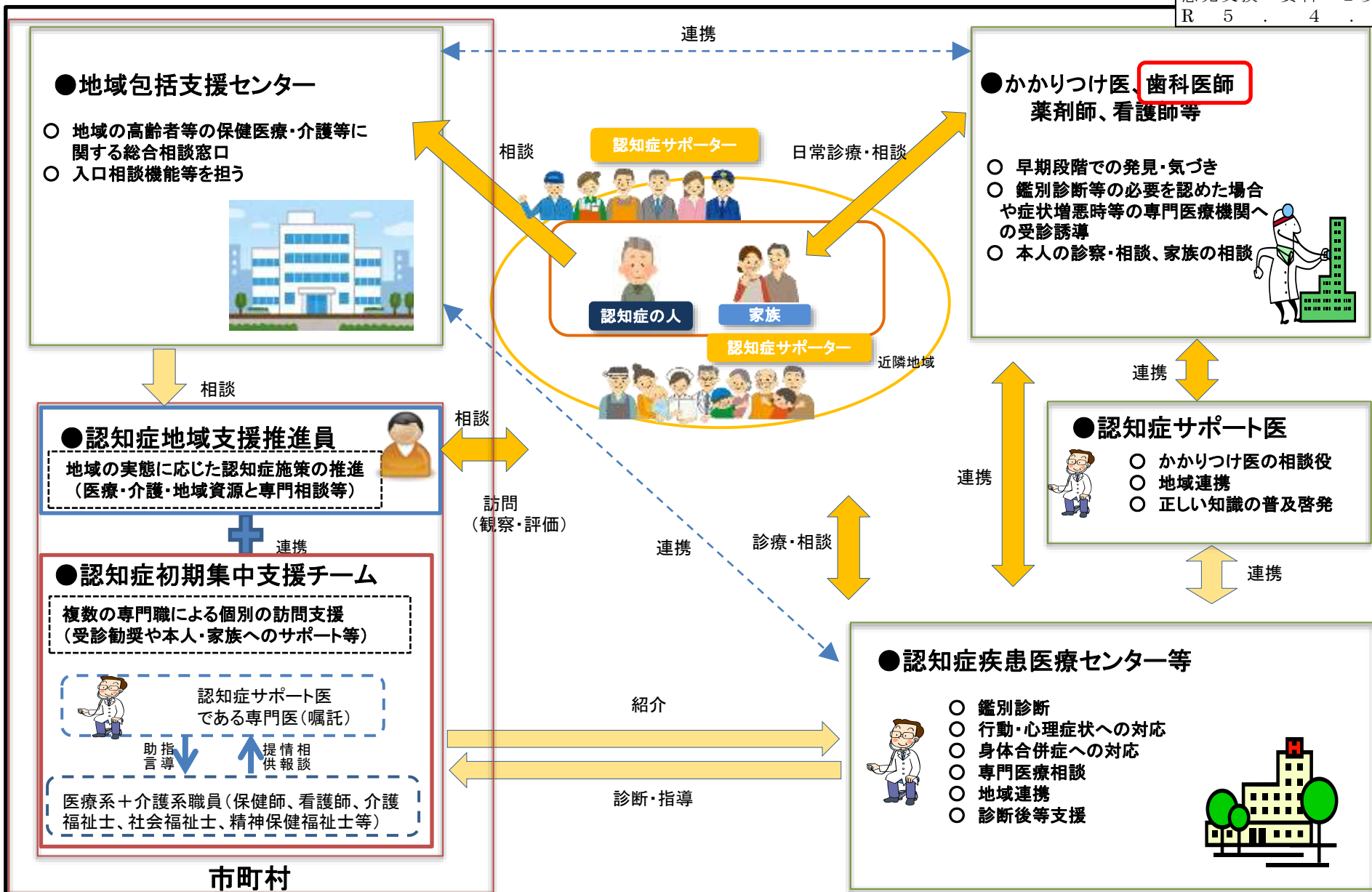
高血圧性疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管障害、喘息、慢性気管支炎、糖尿病、甲状腺機能低下症、甲状腺機能亢進症、副腎皮質機能不全、てんかん、慢性腎臓病（腎代替療法を行う患者に限る。）の患者、人工呼吸器を装着している患者又は在宅酸素療法を行っている患者

<歯科治療時医療管理料の算定回数>



認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

意見交換 資料-2参考1改
R 5 . 4 . 1 9



認知症予防から人生の最終段階まで、認知症の容態に応じ、相談先や、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければいいのか、これらの流れをあらかじめ標準的に示した「認知症ケアパス」を作成し、整理

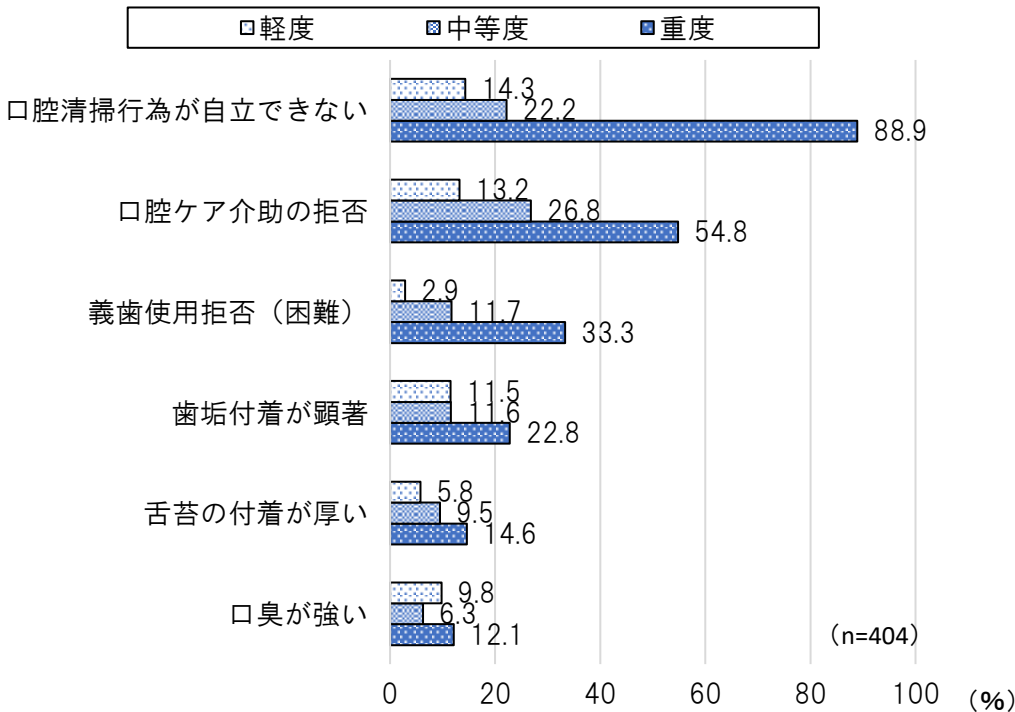
医療従事者向け認知症対応力向上等研修

	かかりつけ医	認知症サポート 医養成	認知症サポート 医フォローアップ	歯科医師	薬剤師	病院勤務の 医療従事者	看護職員	病院勤務以外の 看護師等
開始年度	平成18年度	平成17年	平成23年度	平成28年度	平成28年度	平成25年度	平成28年度	令和3年度
受講対象	医師 (かかりつけ医)	地域において認知症の診療に携わっており、役割を担えたと実施主体の長が認めた医師	認知症サポート医/実施主体の長が適当と認めた者	歯科医師	薬剤師	病院勤務の医療従事者	指導的役割の看護職員	病院勤務以外の看護師等の医療従事者
標準的カリキュラム	<p>講義 210分</p> <p>①かかりつけ医の役割(30)</p> <p>②基本知識(60)</p> <p>③診療における実践(60)</p> <p>④地域・生活における実践(60)</p> <p>演習(任意)</p>	<p>講義 300分</p> <p>①認知症サポート医の役割(60)</p> <p>②新しい診断・治療の知識(60)</p> <p>③事例(症例)検討(90)</p> <p>④マネジメントに必要な知識(90)</p> <p>⑤グループワーク(150分)</p> <p>演習(必修) (上記に含む)</p>	<p>時間は規定なし</p> <p>地域における医療と介護が一体となった認知症の人への支援体制の構築という認知症サポート医の役割を適切に果たすための研修内容とすること。</p> <p>(例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症の診断、治療、ケア、連携等に関する最新の知識の講義 ・診断、治療等の対応が困難であった症例の検討 ・地域において認知症の人を支援する資源等に関するグループ討議 等 	<p>講義 210分</p> <p>①基本知識(30)</p> <p>②かかりつけ歯科医の役割(90)</p> <p>③連携と制度(90)</p> <p>演習(任意)</p>	<p>講義210分</p> <p>①基本知識(30)</p> <p>②対応力(90) (薬学的管理、気づき・連携)</p> <p>③制度等(90)</p> <p>演習(任意)</p>	<p>講義 90分</p> <p>①目的(15)</p> <p>②対応力(60)</p> <p>③連携等(15)</p> <p>演習(任意)</p>	<p>講義 1,080分</p> <p>①基本知識(180)</p> <p>②対応力向上講義(330)演習(150)</p> <p>③マネジメント講義(180)演習(240)</p> <p>演習(必修) (上記に含む)</p>	<p>講義 100分</p> <p>①基本知識(20)</p> <p>②地域における実践(70)</p> <p>③社会資源等(10)</p> <p>演習(任意)</p>
令和3年度 修了者実績	7.2万人 (9万人)	1.2万人 (1.6万人)	—	2.1万人 (4万人)	4.2万人 (6万人)	18.8万人 (30万人)	2.5万人 (4万人)	R3年度 新設

認知症の人に対する歯科治療

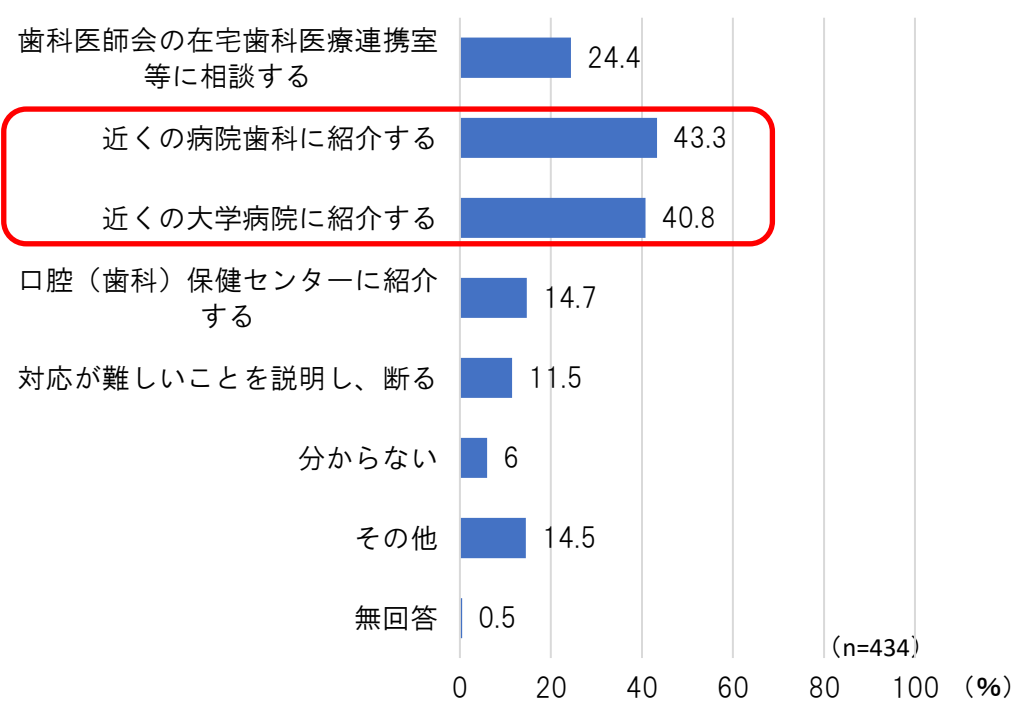
- 認知症が重度になると口腔清掃が自立困難になる者の割合が大きくなる一方で、口腔ケア介助を拒否する者の割合も大きくなる。
- 認知症の人に対して、歯科治療が困難な場合、「近くの大学病院に紹介する」「近くの病院歯科に紹介する」と回答した歯科医療機関が多く、それぞれ約4割となっている。

<認知症重症度別の口腔管理の状態>



調査対象: 認知症高齢者を含む施設入所者(療養型病院、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、グループホーム、通所介護事業所) 404名(男性101名、女性303名、平均年齢86.6±7.8歳)
 調査手法: 施設入所者に対し、実態調査を実施。認知症重症度は、Clinical Dementia Rating ;CDRIによる分類
 調査実施期間: 令和2年12月～令和3年1月

<歯科治療が困難な場合の対応>



調査対象: 在宅療養支援歯科診療所1又は在宅療養支援歯科診療所2 1,100施設(抽出)
 有効回答数: 在宅療養支援歯科診療所434施設(有効回答率39.5%)
 調査手法: 郵送調査
 調査実施期間: 令和2年12月～令和3年1月

3. 歯科医療に係る診療報酬上の評価について

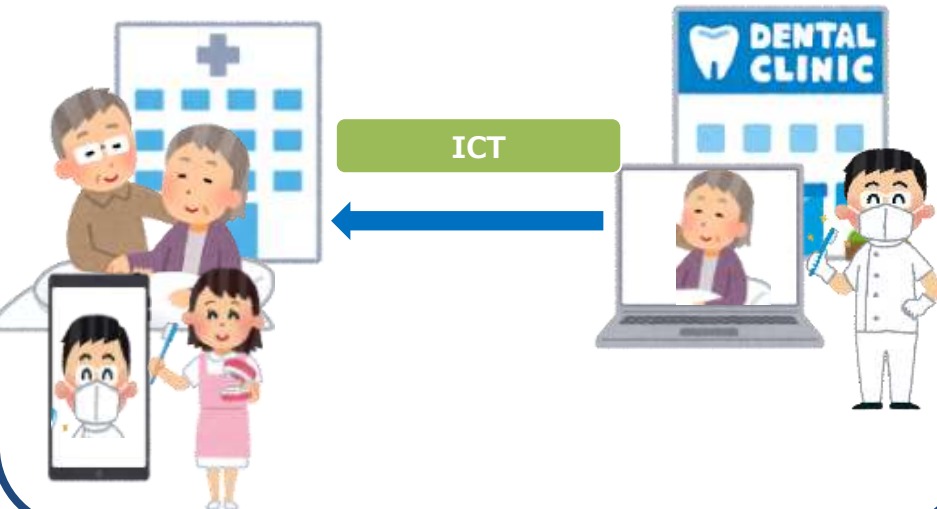
- ① かかりつけ歯科医機能に係る評価
- ② 病院における歯科の機能に係る評価
- ③ 医科歯科連携
- ④ 介護との連携
- ⑤ 院内感染防止対策
- ⑥ 歯科疾患の重症化予防
- ⑦ ライフステージに応じた口腔機能の管理
- ⑧ 障害者・有病者・認知症の人への歯科医療
- ⑨ 電話や情報通信機器を用いた歯科診療
- ⑩ 歯科固有の技術

- 歯科医療において期待されるICTを活用する診療形態として、Ⅰ :Dentist to P with DH (Dental Hygienist) やⅡ :Dentist to P with Doctorなどが挙げられる。
- 令和2・3年度の「ICTを活用した医科歯科連携の検証事業」において、歯科診療におけるICTの活用について検証を行っている。

【歯科医療におけるICT活用のイメージ】

Ⅰ :Dentist to P with DH

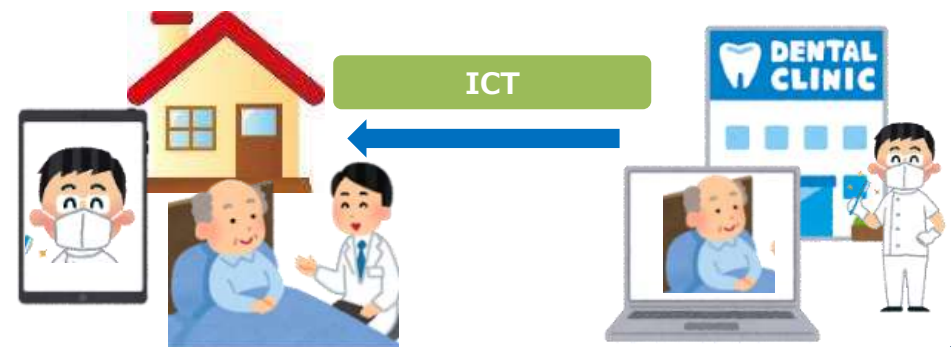
口腔衛生管理が必要な患者に対し、歯科医師の指示により、歯科衛生士が在宅や歯科医師がいない病院、施設等において口腔衛生管理等を行う。



Ⅱ :Dentist to P with Doctor

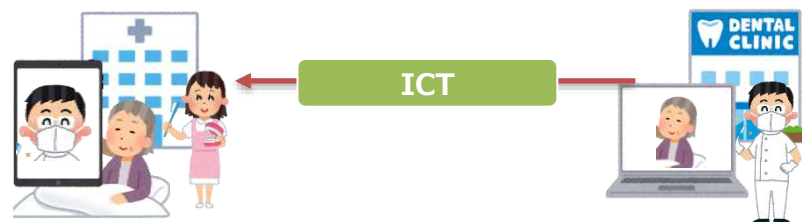
在宅療養を行っている患者に対し食支援で医師・歯科医師等の多職種が関与している場合において、医師の診療時に、必要に応じて歯科医師が口腔機能・口腔衛生に関する指導管理を行う。

※その他、病院（救急搬送時）に、専門の歯科医師（口腔外科等）がいない場合等。



実証イメージ（Dentist to P with DH）

- 口腔衛生管理が必要な患者に対し、歯科医師の指示により、歯科衛生士が在宅や歯科医師がいない病院、施設等において口腔衛生管理等を実施。



検証結果

- 歯科衛生士が訪問による口腔衛生管理等を実施する際に、遠隔の歯科医師が口腔内の状況を確認することで、より詳細な指導が可能となった。
- 歯科医師が同行できない場合において、歯科医療機関での対面診療の合間に対応することが可能であった。



- 口腔内カメラによる口腔内の撮影に関して、現場の撮影者は口腔内カメラで歯科医師から指示された部位が撮影できるようにするとともに、口腔内カメラで適切に映すことができない部分については、口頭での説明が必要になるため、歯科分野について一定の知識が必要。
- 患者の状況を確認しながら計画に基づいて実施することが望ましく、初診においては対面が望ましいと考えられるとともに、定期的に歯科医師による対面診療の実施が必要。

※Dentist to P with Doctorについては、今後更なる検証が必要。

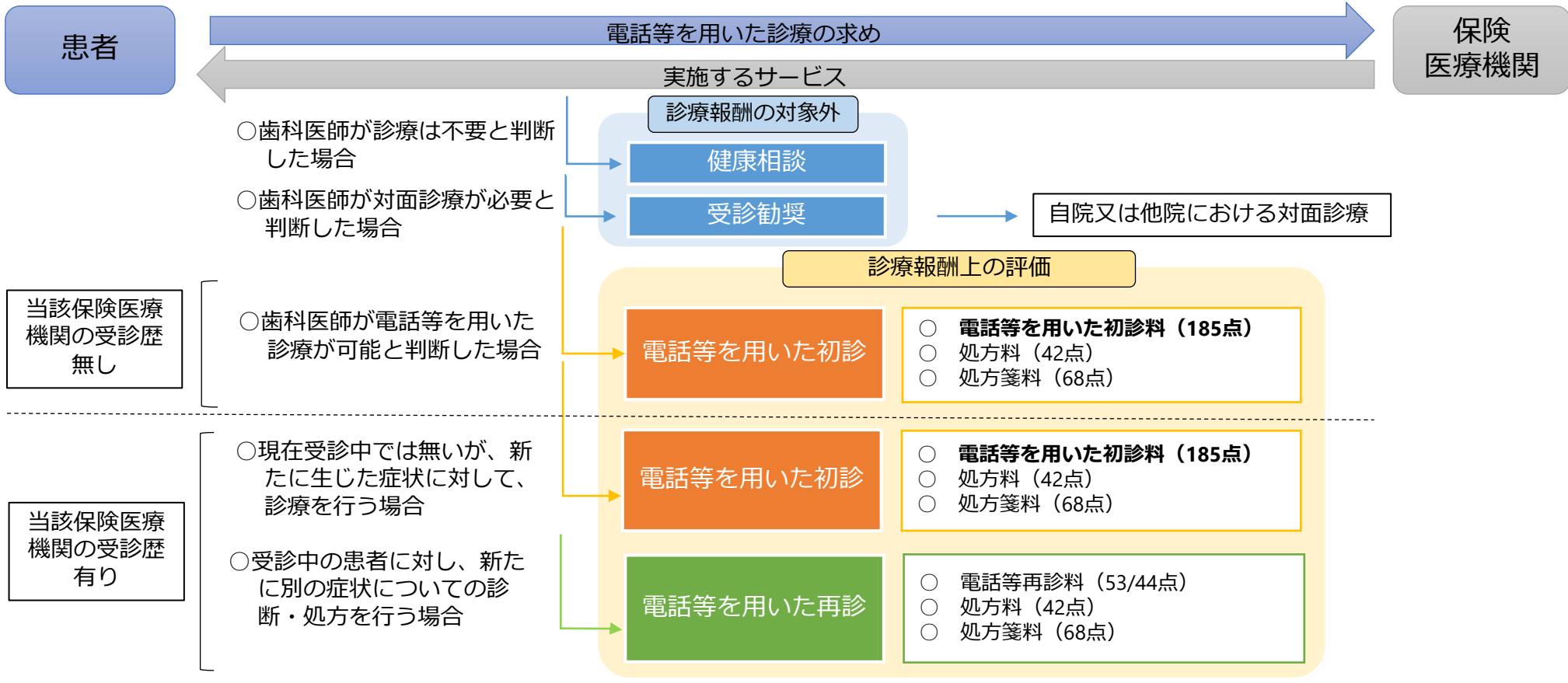
新型コロナウイルスの感染拡大防止に向けた 歯科医療における電話や情報通信機器を用いた診療の活用について【概要】

- 国民・患者が安心して歯科医療を受けることができるよう、初診も含め、電話や情報通信機器（以下、「電話等」とする。）で歯科医療機関へアクセスし、適切な対応が受けられる仕組みを時限的・特例的な取扱いとして整備する。
- 具体的な運用は以下のとおり（基本的には医科診療と同様の取り扱い）
 - ・ 初診患者、過去に対面による受診履歴がある患者及び診療情報提供書等により患者の歯科疾患の状況等が把握できている患者について、歯科医師の判断で診断や処方を可能とする。
 - ・ 初診から電話等を用いた診療を行う場合は、速やかに対面診療に移行する又は紹介可能な歯科医療機関との連携体制をとることとする。
 - ・ 感染が収束し、本事務連絡が廃止された後は、直接の対面診療に移行するものとする。
 - ・ 電話等を用いた歯科診療において、受診履歴のない患者に対する処方日数は7日以内とし、症状が改善しない場合には、速やかに対面診療への移行や他医療機関への紹介ができることを条件とする。（投薬の対象と考えられるのは歯周病等の急性炎症が想定される。）
 - ・ 電話等を用いた診療や受診勧奨を行う歯科医療機関は、その実施状況を所在地の都道府県に報告を行う。また、各都道府県は厚生労働省に報告を行う（医科と同時に取りまとめ）。
 - ・ これらの特例措置は、原則3月ごとに感染拡大の状況を検証し、その結果を踏まえて継続するかどうかを判断する。

歯科診療における新型コロナウイルス感染症の拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の時限的・特例的な取扱いについて
（令和2年4月24日付け厚生労働省医政局歯科保健課、医薬・生活衛生局総務課事務連絡）

歯科診療における新型コロナウイルス感染症の拡大に際しての 電話等を用いた診療に対する診療報酬上の臨時的な取扱いについて

- 新型コロナウイルスの感染が拡大し、医療機関の受診が困難になりつつあることに鑑み、時限的・特例的な対応として、「新型コロナウイルスの感染拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の時限的・特例的な取扱いについて」（令和2年4月24日厚生労働省医政局歯科保健課）が発出されたことを踏まえ、当該事務連絡に関連する診療報酬の取扱いについて、以下の対応とした（「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その15）」（令和2年4月27日厚生労働省保険局医療課）。
※新型コロナウイルス感染症の類型見直しに伴い、本特例は令和5年7月31日をもって終了する（令和5年3月31日厚生労働省保険局医療課）。



- 時限的・特例的な対応として、電話等を用いた初診について、歯科医師が診察可能であると判断し診察及び処方等を行った場合には、電話等を用いた**初診料として185点（※1）を算定**することとする。
- また、電話等を用いた診療を行う以前より、「歯科疾患管理料、歯科特定疾患療養管理料」を算定していた患者に対して、電話等を用いた診療及び処方、医学管理等を行う場合、**管理料として55点（※2）を算定**することとする。

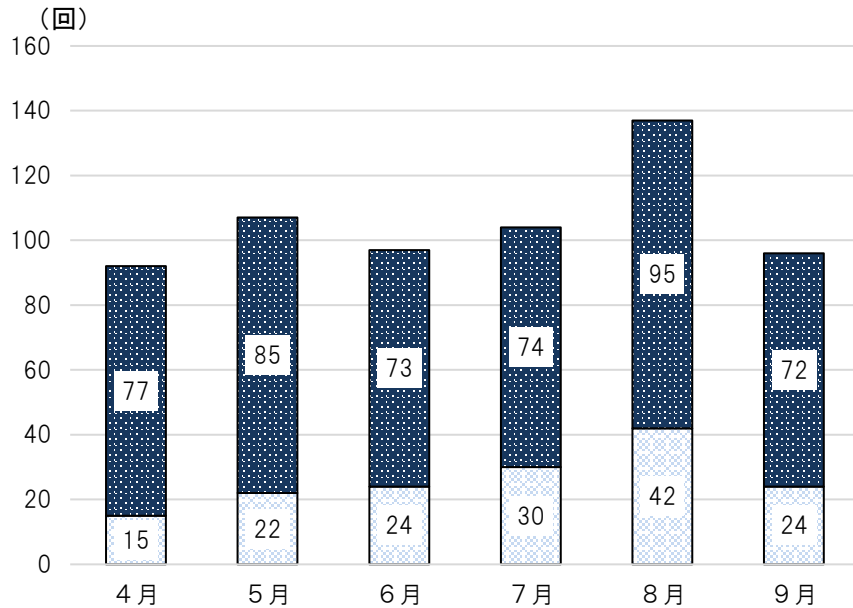
※1 算定告示C000 3「歯科訪問診療3」185点

※2 算定告示B004-6-2「歯科治療時医療管理料」45点、B001-3「歯周病患者画像活用指導料」10点の和

電話等再診料及び電話等再診に係るコロナ特例の算定状況

- 新型コロナウイルス感染症の拡大による臨時的な取扱いである電話等を用いた診療は、令和4年4月以降も1月あたり約90～140回程度算定されている。
- 電話等再診の算定回数は、歯科再診料と地域歯科診療支援病院歯科再診料のいずれも令和2年に増加している。

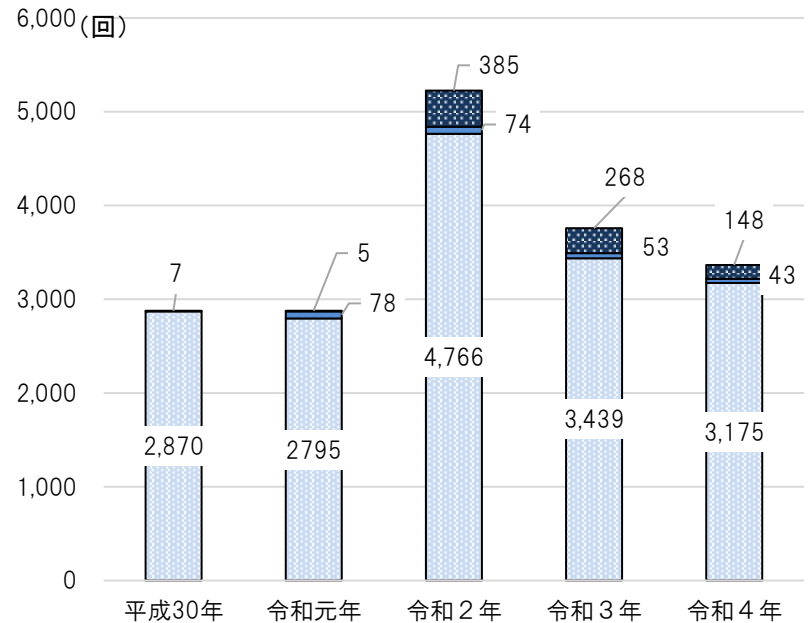
＜新型コロナウイルス感染症の拡大による臨時的な取扱い（電話等を用いた診療）の算定回数＞



令和4年

- 地域歯科診療支援病院歯科再診料（診療報酬上臨時的取扱）
- 歯科再診料（診療報酬上臨時的取扱）

（参考）＜電話等再診の算定回数＞



- 地域歯科診療支援病院歯科再診料 電話等再診
- 歯科再診料 電話等再診（初診料注に規定する施設基準に適合しない歯科医療機関）
- 歯科再診料 電話等再診

電話や情報通信機器を用いた診療について

- 情報通信機器を用いた診療を実施した患者の症状は、「あてはまるものはない」を除くと、直前まで対面診療を行っていた患者では、「義歯や歯の破損」が最も多く、次いで「粘膜の痛み、腫脹」であった。一方初診患者では、「粘膜の痛み、主張」「歯周組織の痛み、腫脹」が多かった。
- 電話や情報通信機器を用いた診療について、「ないが、機会があれば行いたいと考えている」が最も多く53.0%であった。

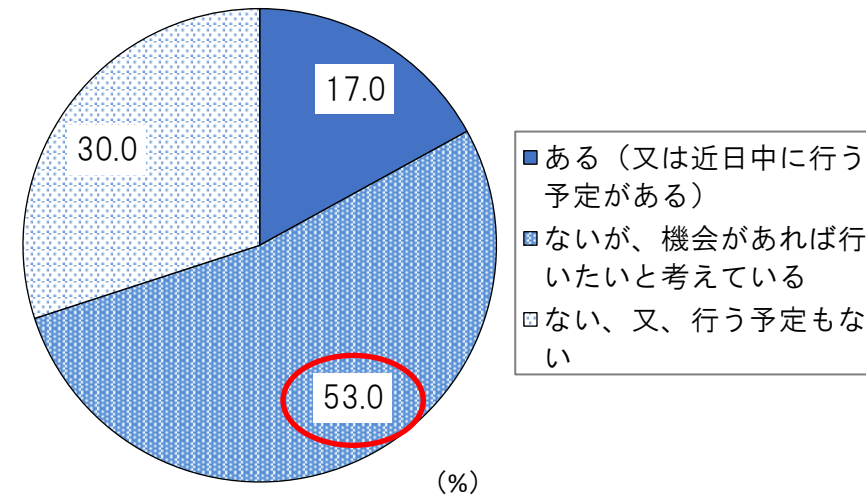
<情報通信機器を用いた診療を実施した患者の症状>

	歯の痛み	歯周組織の痛み、腫脹	智歯周囲の痛み、腫脹	顎（関節・筋等）の痛み	粘膜の痛み・腫脹	義歯や歯の破損等	あてはまるものはない
初診 (n=69)	8.7	10.1	5.8	4.3	13.0	2.9	78.3
過去に対面診療を実施 (n=69) ※1	14.5	13.0	8.7	11.6	11.6	5.8	68.1
直近まで対面診療を実施 (n=69) ※2	13.0	15.9		5.8	17.4	18.8	62.3

※1 過去に対面診療を行ったことがあるが、今回、情報通信機器を用いた診療を行った疾患（又は症状）に対しては対面診療を行っていない

※2 情報通信機器を用いた診療を行った疾患（又は症状）に対して、直近まで対面診療を行っていた

<電話や情報通信機器を用いた診療の実施状況>



(n=1,154)

調査の概要: 令和2年4月24日から11月30日までの実施状況を調査

調査対象: 電話や情報通信機器を用いた診療を行う医療機関(1,800施設)、日本老年歯科医学会会員のうち、訪問歯科診療実施会員(約500名)、在宅療養支援歯科診療所連絡会会員(約500名)、日本顎関節学会会員(約2,500名)、日本口腔顎顔面痛学会(約700名)。(診療を主に行っている医療機関は、歯科診療所54%、医学部のある大学付属病院18%、歯科大学・歯学部付属病院15%、病院11%)

回収結果: 有効回答数1,154件

訪問歯科衛生指導の実施時におけるICTの活用に係る評価の新設

情報通信機器を活用した在宅歯科医療の評価

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

(新) 歯科訪問診療料（1日につき） 通信画像情報活用加算 30点

[対象患者]

過去2月以内に訪問歯科衛生指導料を算定した患者

[対象施設]

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

[算定要件]

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



通信画像情報活用加算の算定状況

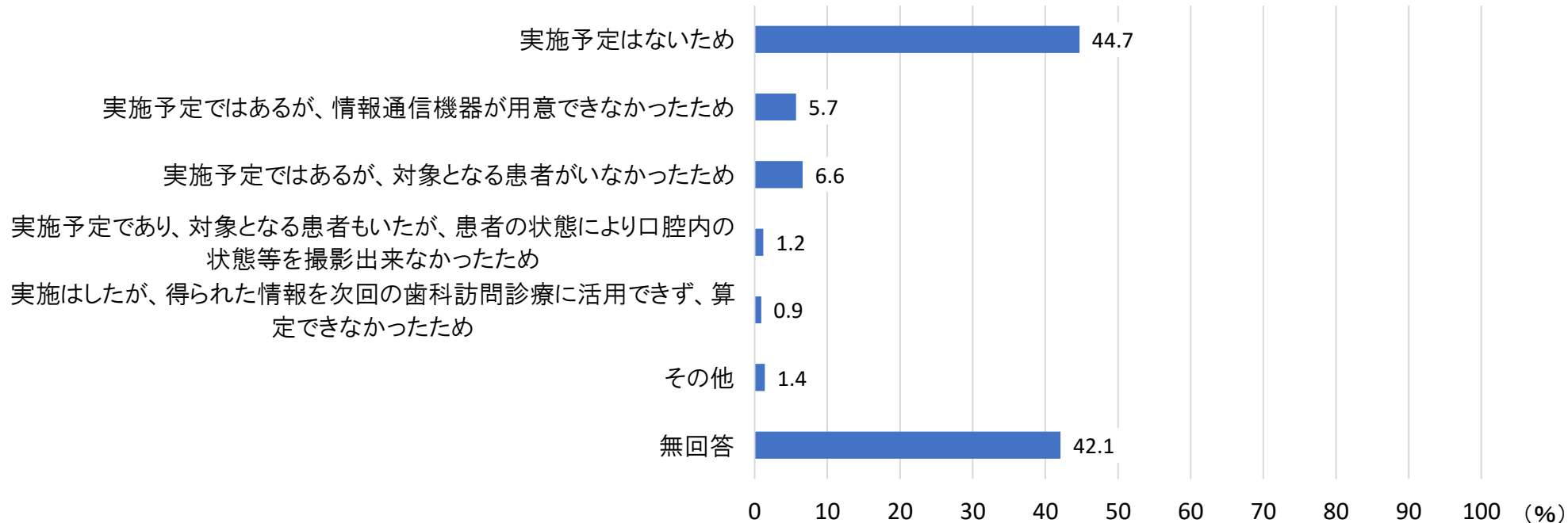
- 通信画像情報活用加算の算定回数は令和4年7月で262回、算定医療機関数は68施設であった。
- 算定していない医療機関にその理由を聞いたところ「実施予定はない」が最も多く44.7%であった。

＜通信画像情報活用加算の算定状況＞

	算定医療機関数(施設)	算定件数(件)	算定回数(回)
通信画像情報活用加算	68	262	262

出典：NDBデータ(令和4年7月診療月)

＜通信画像情報活用加算を算定していない理由＞



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

3. 歯科医療に係る診療報酬上の評価について

- ① かかりつけ歯科医機能に係る評価
- ② 病院における歯科の機能に係る評価
- ③ 医科歯科連携
- ④ 介護との連携
- ⑤ 院内感染防止対策
- ⑥ 歯科疾患の重症化予防
- ⑦ ライフステージに応じた口腔機能の管理
- ⑧ 障害者・有病者・認知症の人への歯科医療
- ⑨ 電話や情報通信機器を用いた歯科診療
- ⑩ 歯科固有の技術

近年の診療報酬改定で導入された主な新規技術について

- 口腔疾患の重症化予防や口腔機能低下、生活の質に配慮した歯科医療を推進する観点から新規技術の導入を行っている。

第3部 検査

- 咬合圧検査
- 有床義歯咀嚼機能検査
- 精密触覚機能検査
- 小児口唇閉鎖力検査
- 睡眠時歯科筋電図検査
- 咀嚼能力検査
- 口腔細菌定量検査

等

第4部 画像診断

- 歯科用部分パノラマ断層撮影

第8部 処置

- 口腔粘膜処置
- 歯周病重症化予防治療
- 象牙質レジンコーティング法
- 非経口摂取患者口腔粘膜処置
- 加圧根管充填処置Ni-Tiロータリーファイル加算

等

第9部 手術

- 神経再生誘導術(※)
- 口腔粘膜血管腫凝固術
- レーザー機器加算
- 超音波切削機器加算
- 顎関節人工関節全置換術
- 口腔粘膜蛍光観察評価加算

等

第12部 歯冠修復及び欠損補綴

- 高強度硬質レジnbrリッジ
- 咬合印象
- リテイナー 広範囲顎骨支持型補綴(ブリッジ形態のもの)の場合
- CAD/CAMインレー
- CAD/CAM冠
- チタン冠
- レジン前装チタン冠
- 磁性アタッチメント

等

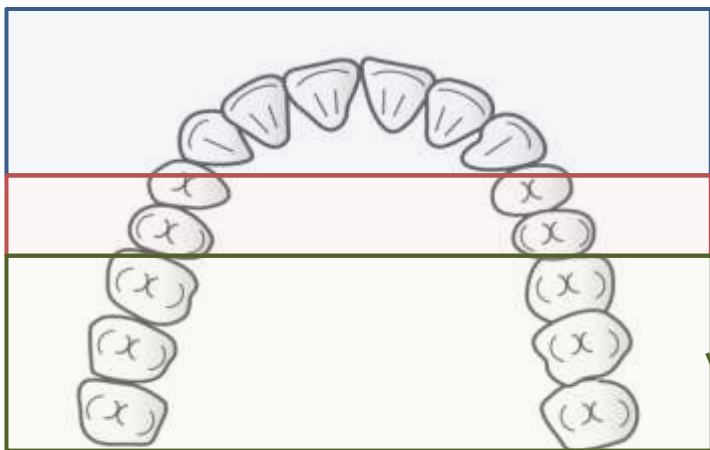
第13部 歯科矯正

- 牽引装置
- スライディングプレート

等

※医科で保険収載されていた技術について、歯科においても導入されたもの

歯の部位と歯冠修復の種類（材料）



前歯	使用 金属	<ul style="list-style-type: none"> ・4分の3冠 ・レジン前装金属冠 ・レジン前装チタン冠 (R4.4～)
	不使用 金属	<ul style="list-style-type: none"> ○硬質レジンジャケット冠 ○CAD/CAM冠 (R2.9～)
小臼歯	使用 金属	<ul style="list-style-type: none"> ・5分の4冠 ・全部金属冠
	不使用 金属	<ul style="list-style-type: none"> ○硬質レジンジャケット冠 ○CAD/CAM冠 (H26.4～)
大臼歯	使用 金属	<ul style="list-style-type: none"> ・全部金属冠 ・チタン冠 (R2.6～)
	不使用 金属	<ul style="list-style-type: none"> ○硬質レジンジャケット冠 ○CAD/CAM冠 <ul style="list-style-type: none"> ・金属アレルギー患者: 全ての大臼歯 (H28.4～) ・金属アレルギー患者以外: <ul style="list-style-type: none"> 下顎第一大臼歯のみ (H29.12～) 第一大臼歯のみ (R2.4～)

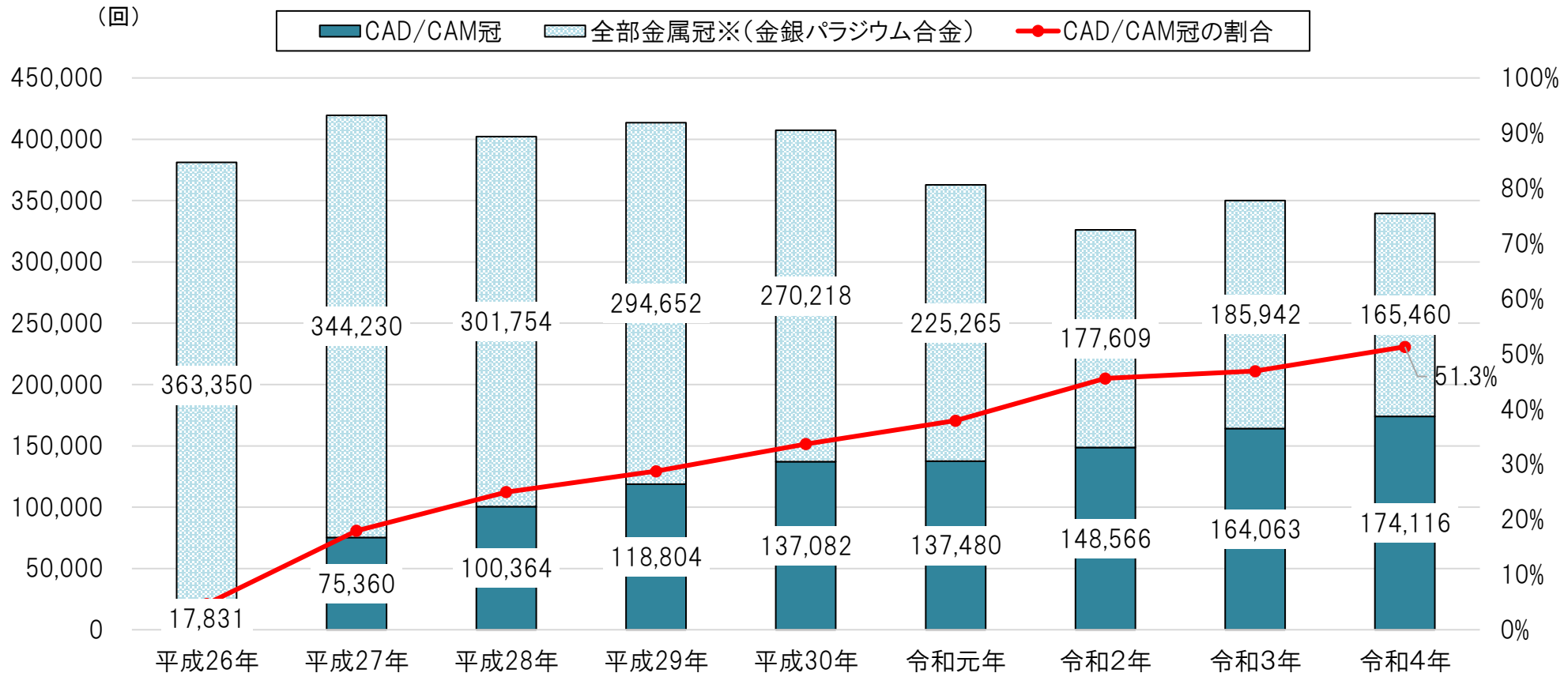
臼歯(奥歯)

- ◆ CAD/CAM冠の要件: 上下顎両側の第二大臼歯が全て残存し、左右の咬合支持がある患者に対し、過度な咬合圧が加わらない場合に限る。(金属アレルギー患者を除く。)
- ◆ CAD/CAM冠以外で歯科用貴金属以外の材料を用いる技術:
 - ・支台築造(ファイバーポスト)
 - ・CAD/CAMインレー(小臼歯・第一大臼歯)
 - ・高強度硬質レジンブリッジ(第2小臼歯欠損の場合の臼歯3歯ブリッジ)

歯冠修復(小臼歯)の算定状況

- 小臼歯の歯冠修復は、経年的には減少傾向であるが近年は横ばいとなっている。
- 全部金属冠（金銀パラジウム合金）は年々減少する一方で、CAD/CAM冠は大きく増加しており、令和4年にはCAD/CAM冠の算定回数が金銀パラジウム合金の算定回数を上回り、約51%を占めている。

＜CAD/CAM冠、全部金属冠(小臼歯)の算定回数＞

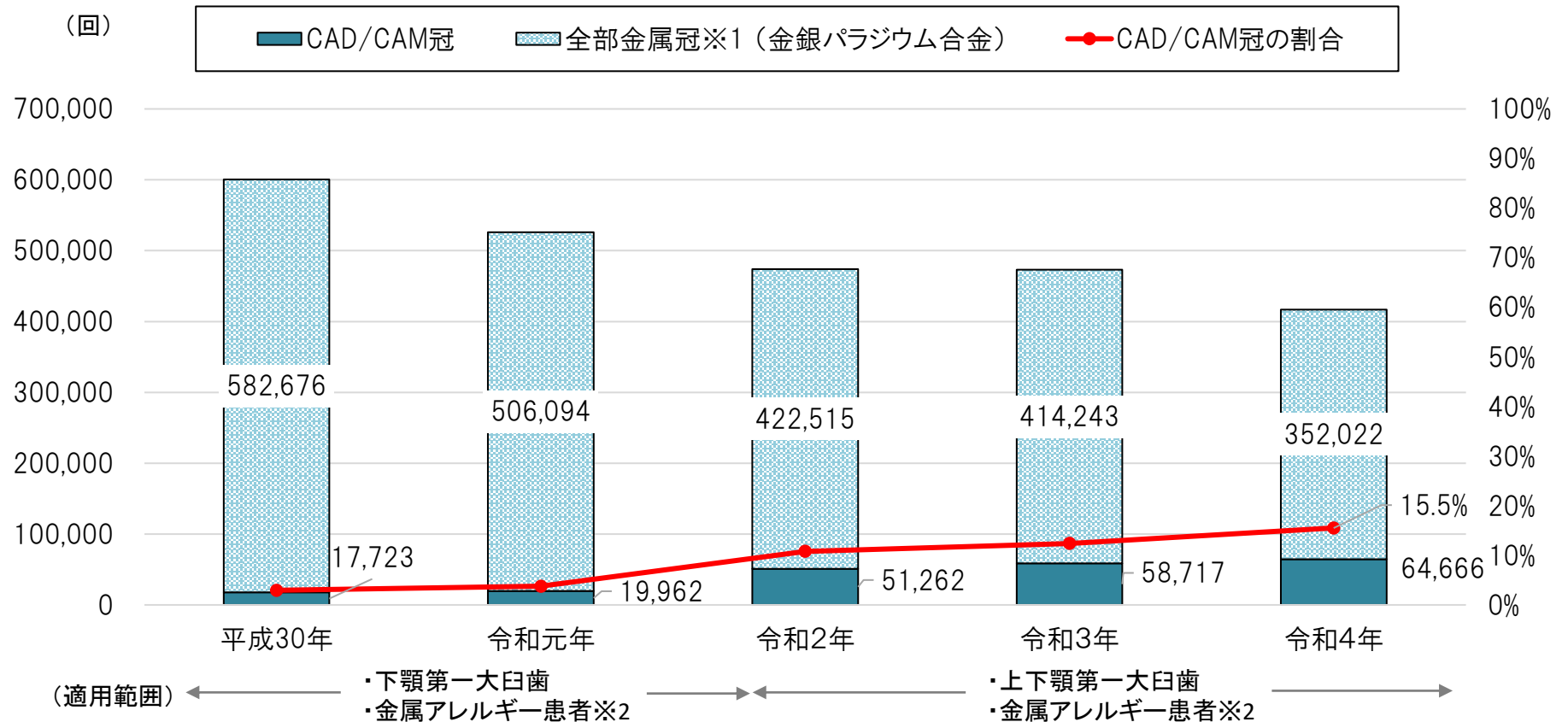


※全部金属冠にはブリッジの支台装置も含まれる。

歯冠修復(大臼歯)の算定状況

- 大臼歯の歯冠修復は、平成30年以降、減少傾向にある。
- 全部金属冠(金銀パラジウム合金)は年々減少している一方でCAD/CAM冠は増加しており、令和4年は約16%となっている。

＜CAD/CAM冠、全部金属冠(大臼歯)の算定回数＞



※1 全部金属冠にはブリッジの支台装置も含まれる。
 ※2 金属アレルギー患者は全ての大臼歯が保険適用となる。

歯科固有の技術の評価の見直し（歯冠修復及び欠損補綴関係）

金属代替材料による歯冠修復物の評価の新設

- ▶ コンピュータ支援設計・製造ユニットを用いて作成した、金属代替材料による歯冠修復物の評価を新設する。

(新) CAD/CAMインレー 750点

【算定要件】

- (1) CAD/CAMインレーとは、CAD/CAM冠用材料との互換性が制限されない歯科用CAD/CAM装置を用いて、作業模型で間接法により製作された歯冠修復物をいい、隣接歯との接触面を含む窩洞（複雑なもの）に限り、認められる。
- (2) CAD/CAMインレーは以下のいずれかに該当する場合に算定する。
 - イ 小臼歯に使用する場合
 - ロ 上下顎両側の第二大臼歯が全て残存し、左右の咬合支持がある患者に対し、過度な咬合圧が加わらない場合等において第一大臼歯に使用する場合
 - ハ 歯科用金属を原因とする金属アレルギーを有する患者において、大臼歯に使用する場合（医科の保険医療機関又は医科歯科併設の医療機関の医師との連携の上で、診療情報提供（診療情報提供料の様式に準ずるもの）に基づく場合に限る。）

【施設基準】

CAD/CAM冠及びCAD/CAMインレー

- (1) 十分な体制が整備されていること。
- (2) 十分な機器及び設備を有していること又は十分な機器及び設備を有している歯科技工所との連携が確保されていること。

	算定区分
歯冠形成	う蝕歯インレー修復形成又は歯冠形成の「3のロ 複雑なもの」
印象採得	「1のイ 単純印象」又は「1のロ 連合印象」
装着	「1 歯冠修復」

（参考）CAD/CAMインレーに係る特定保険医療材料料

- 1 小臼歯
 - (1) CAD/CAM冠用材料（Ⅰ） 188点
 - (2) CAD/CAM冠用材料（Ⅱ） 181点
- 2 大臼歯
 - CAD/CAM冠用材料（Ⅲ） 350点



参考：金属歯冠修復（インレー）



CAD/CAMインレー



出典）保存修復学 第6版（医歯薬出版株式会社）

歯科医療についての課題と論点①

(歯科医療提供体制(かかりつけ歯科医機能・病院における歯科の機能等))

- ・ ライフステージに応じた継続的な口腔の管理や医療安全の取組、連携に係る取組に積極的に取り組む歯科医療機関として、平成28年度診療報酬改定においてかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所を新設し、以降施設基準の見直し等が行われおり、施設基準の届出医療機関数は年々増加している。
- ・ かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準には歯科疾患の重症化予防や歯科訪問診療に関する実績要件等が必須とされており、小児の歯科治療に関する要件は設定されていない。
- ・ 地域歯科診療支援病院歯科初診料の届出医療機関数は増加している。
- ・ 入院患者に対して、急性期、回復期及び慢性期のそれぞれに応じた歯科医療が提供されることが求められる。

(医科歯科連携をはじめとした多職種連携、介護との連携)

- ・ がん等の周術期等における口腔機能管理を評価した周術期等口腔機能管理は、平成24年度診療報酬改定において新設されて以降、対象患者の見直し等が行われたきた。
- ・ 医科歯科連携を推進する観点から、歯科診療を行う上で必要な診療情報や処方内容等の診療情報について、医科の保険医療機関と歯科の保険医療機関の間で情報共有することにより、診療情報連携共有料において評価しているが算定状況は低調である。
- ・ 介護保険施設等と協力歯科医療機関の連携内容は歯科訪問診療が多いが、一方で施設が実施してもらいたい内容は研修会や摂食嚥下に関する内容が多い。かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所では、「施設職員への口腔に関する技術的助言や研修等の実施」をしている割合が大きい。

(院内感染防止対策)

- ・ 平成30年度以降、院内感染防止対策を推進する観点から、歯科初診料及び歯科再診料に係る評価の見直しが行われてきた。
- ・ 歯科初・再診料の院内感染防止対策に係る加算の施設基準の届出医療機関数は令和4年時点で65,295施設である。
- ・ 歯科の外来診療の特性を踏まえ、歯科外来診療の環境の整備を図る取組を評価した歯科外来診療環境体制加算の施設基準の届出医療機関数は令和4年時点で33,593施設である。

(歯科疾患の重症化予防・ライフコースに応じた口腔機能の管理、歯科固有の技術)

- ・ 歯科疾患の重症化予防を推進する観点から、令和4年度診療報酬改定においては、フッ化物歯面塗布処置の対象患者を見直すとともに、歯周病の管理について歯周病安定期治療を更に推進するため、従来の歯周病安定期治療(Ⅰ)と歯周病安定期治療(Ⅱ)を整理・統合した。
- ・ 小児及び高齢者に対する口腔機能管理については、令和4年度診療報酬改定において対象患者の見直しを行ったが、算定状況は低調である。
- ・ 歯科衛生士による実地指導を評価した歯科衛生実地指導料は、平成8年に新設されて以降、平成22年の障害者に対する実地指導の評価新設を除き、大きな見直しは行われていない。
- ・ 歯科固有の技術について、これまでの診療報酬改定において、口腔疾患の重症化予防や口腔機能低下、生活の質に配慮した歯科医療を推進する観点から新規技術の導入を行っている。
- ・ 歯科用貴金属以外の歯冠修復材料について保険適用が進んでおり、歯冠修復の算定回数について小臼歯は令和4年にCAD/CAM冠が全部金属冠を上回ったが、大臼歯の歯冠修復に占めるCAD/CAM冠の割合は約16%である。

歯科医療についての課題と論点②

(障害者・有病者・認知症の人への歯科医療)

- ・ 歯科診療を行う上で特別な対応を必要とする患者に対しては、診療内容に関する評価と連携に関する評価が行われており、令和4年度診療報酬改定においては、歯科診療特別対応連携加算の施設基準の見直しが行われた。
- ・ 障害児の摂食や口腔ケアにはリスクを伴うことから、個々の状態に応じた配慮が必要である。摂食嚥下障害を有する障害児について、当該患者が通学する学校等に対し、歯科医療機関から口腔内の状態や摂食嚥下等について学校生活を送るにあたり必要な情報の提供を行うケースがある。
- ・ 認知症が重度になると口腔清掃が自立困難になる者の割合が大きくなる一方で、口腔ケアの介助を拒否する者の割合も大きくなる。また、認知症患者に対して歯科治療ができない場合、近くの病院歯科等に紹介する歯科医療機関の割合が大きい。

(電話や情報通信機器を用いた歯科診療)

- ・ 新型コロナウイルス感染症の感染拡大を踏まえ、電話や情報通信機器を用いた歯科診療については臨時的・特例的取扱いを実施し、初診を含めて実施を可能とする等の対応を行っている。
- ・ 令和4年度診療報酬改定において、歯科衛生士等による訪問歯科衛生指導の実施時に、歯科医師が情報通信機器を用いて状態を観察した患者に対して、歯科訪問診療を実施し当該観察の内容を診療に活用した場合の評価を新設した。

【論点】

- かかりつけ歯科医に求められる機能や病院における歯科医療など、歯科医療機関の機能・役割に応じた評価について、どのように考えるか。
- 医科歯科連携やリハビリテーション・栄養・口腔の連携、介護との連携など、関係者との連携をさらに推進する観点から、診療報酬のあり方についてどのように考えるか。
- 歯科外来診療における院内感染防止対策や患者にとってより安全で安心できる外来診療の環境の整備の評価について、どのように考えるか。
- 口腔疾患の重症化予防や年齢に応じた口腔機能管理をさらに推進するため、歯科衛生士による実地指導の評価も含め、診療報酬のあり方について、どのように考えるか。また、障害者等の歯科診療を行う上で配慮を要する患者に対する評価について、どのように考えるか。
- 新型コロナウイルス感染症の拡大時の臨時的な取扱いにおける実施状況等をふまえ、電話や情報通信機器を用いた歯科診療の評価について、どのように考えるか。
- 生活の質に配慮した歯科医療の提供等を推進する観点から、歯科固有の技術の評価について、どのように考えるか。