

中央社会保険医療協議会 総会（第560回） 議事次第

令和5年10月20日（金）薬価専門部会終了後～

議 題

- 個別事項（その3）について
- 在宅（その3）について
- 選定療養に導入すべき事例等に関する提案・意見募集の結果について

個別事項(その3)

医療・介護・障害福祉サービスの連携

本日のテーマについて

- 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テーマのうち、本日は
 1. 地域包括ケアシステムのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携
 4. 高齢者施設・障害者施設等における医療について取り上げるもの。
- 上記以外の各テーマについては別途中医協総会での議論を予定。

令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会

【テーマ】

1. **地域包括ケアシステムのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携**
2. リハビリテーション・口腔・栄養
3. 要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療
4. **高齢者施設・障害者施設等における医療**
5. 認知症
6. 人生の最終段階における医療・介護
7. 訪問看護
8. 薬剤管理
9. その他

※訪問看護については、本日の総-2で議論

令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会

目的

○ 令和6年度は、6年に一度の診療報酬、介護報酬及び障害福祉サービス等報酬の同時改定になるとともに、医療介護総合確保方針、医療計画、介護保険事業(支援)計画、医療保険制度改革などの医療と介護に関わる関連制度の一体改革にとって大きな節目であることから、今後の医療及び介護サービスの提供体制の確保に向け様々な視点からの検討が重要となる。

○ このため、中央社会保険医療協議会総会及び社会保障審議会介護給付費分科会において、診療報酬と介護報酬等との連携・調整をより一層進める観点から、両会議の委員のうち、検討項目に主に関係する委員で意見交換を行う場を設けることとし、中央社会保険医療協議会総会及び社会保障審議会介護給付費分科会がそれぞれ具体的な検討に入る前に、以下のテーマ・課題に主に関わる委員にて意見交換を行った。

テーマ

1. 地域包括ケアシステムのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携
2. リハビリテーション・口腔・栄養
3. 要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療
4. 高齢者施設・障害者施設等における医療
5. 認知症
6. 人生の最終段階における医療・介護
7. 訪問看護
8. 薬剤管理
9. その他

スケジュール

令和5年 3月15日 第1回検討会 開催 テーマ1、2、3

令和5年 4月19日 第2回検討会 開催 テーマ4、5

令和5年 5月18日 第3回検討会 開催 テーマ6、7

※ テーマ8については各テーマ内で議論

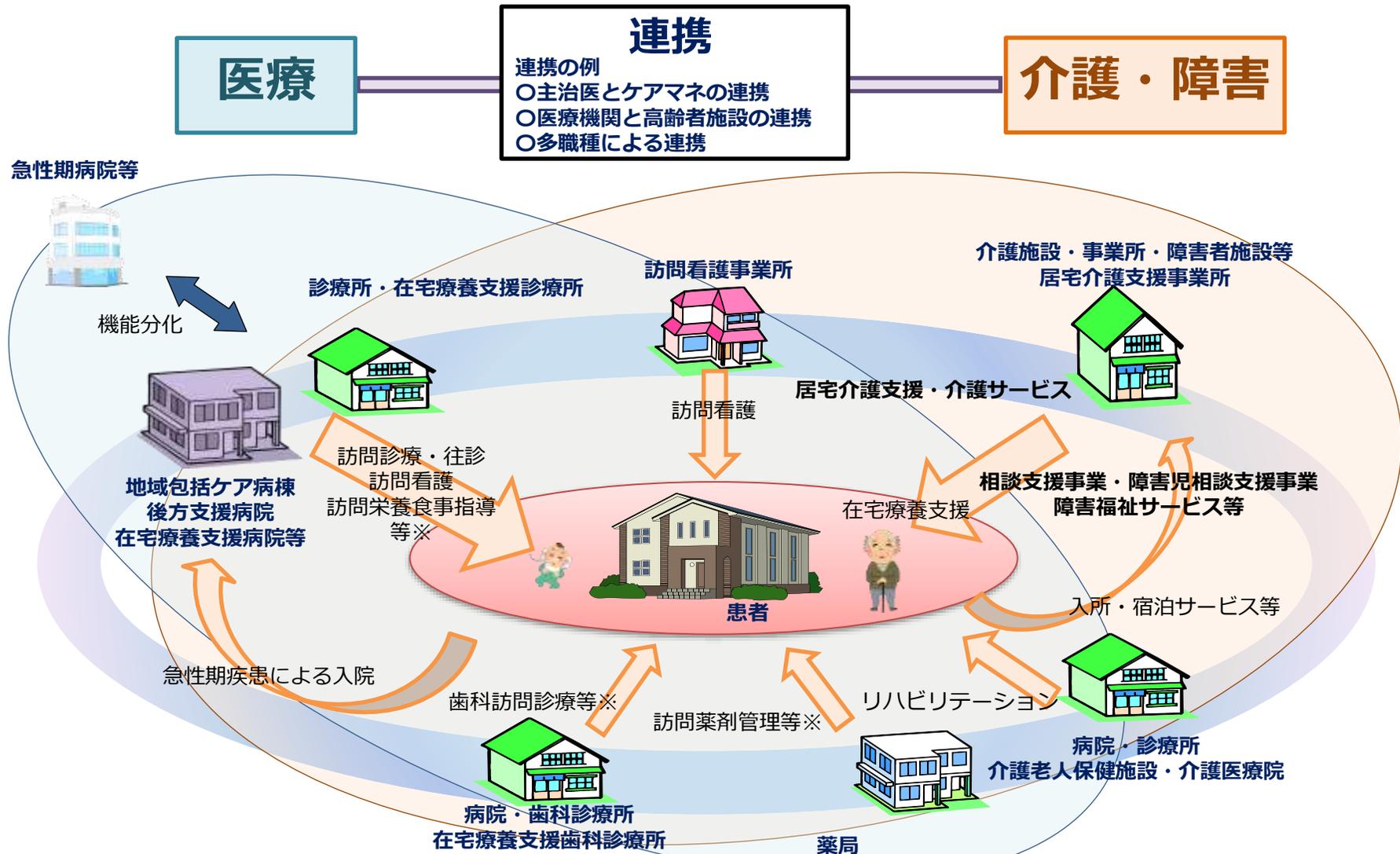
出席者(計14名)	
池端 幸彦	日本慢性期医療協会副会長
稲葉 雅之	民間介護事業推進委員会代表委員
江澤 和彦	日本医師会常任理事
小塩 隆士	一橋大学経済研究所教授 【中央社会保険医療協議会会長】
田中 志子	日本慢性期医療協会常任理事
田辺 国昭	国立社会保障・人口問題研究所所長 【社会保障審議会介護給付費分科会会長】
田母神 裕美	日本看護協会常任理事
長島 公之	日本医師会常任理事
濱田 和則	日本介護支援専門員協会副会長
林 正純	日本歯科医師会常務理事
東 憲太郎	全国老人保健施設協会会長
古谷 忠之	全国老人福祉施設協議会参与
松本 真人	健康保険組合連合会理事
森 昌平	日本薬剤師会副会長

1. 総論

2. 主治医と介護支援専門員との連携について
3. 医療機関と高齢者施設等との連携について
4. 障害福祉サービスとの連携について

地域包括ケアシステムにおける医療・介護（イメージ）

○ 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である。



※居宅療養管理指導を含む

地域生活はこうやって支える：地域包括ケアシステムの植木鉢

関係者が「まとまる」取組

葉っぱ：多職種連携



土：地域づくり

関係者が「まじわる」取組

資格や専門的な知識をもった専門職

医師、看護師、リハビリテーション職、介護職、ケアマネジャー、保健師、ケースワーカー。介護保険は引き続き生活支援サービスも提供するが、より「専門職にしかできない業務」に集中。バラバラに経営されている事業者が連携してチームに。

日常生活／地域生活

地域の様々な主体や関係者を表している。住民グループは趣味の会、ボランティアグループ、民生委員、町内会、ご近所づきあい、民間企業、商店街、コンビニ、郵便局など。多様な資源を組み合わせることで多様な選択肢を提示することで、住民は、心身能力が低下しても従前の生活を維持しやすくなる。

1. 総論

2. 主治医と介護支援専門員との連携について

3. 医療機関と高齢者施設等との連携について

4. 障害福祉サービスとの連携について

同時報酬改定に向けた意見交換会における主な御意見

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①

(1) 医療・介護・障害サービスの連携

1) 今後の重点的な課題を踏まえた医療・介護連携

- あるべき連携の姿とは、必要な情報の一方的な提供や閲覧だけでなく、相互のコミュニケーションを深め、現状、課題、目標、計画などを共有しながら、患者／利用者、家族とも同じ方向に向かい、より質の高い医療・介護の実現につなげること。
- 各職種・各施設がそれぞれの機能を十分に発揮し、ある程度マルチタスクでお互いにカバーしあい業務をまわさなければ、限られた医療・介護資源で増加する需要をまかなえない。その上で、過不足なくサービスが提供されるよう連携が必要。
- 情報提供の仕組みとして、ホームヘルパーから介護支援専門員、主治医へ報告する仕組みはできているが、主治医からも発信できるようにすることで双方向にしていく必要がある。
- 資料にある「医療においてはより「生活」に配慮した質の高い医療を、介護においてはより「医療」の視点を含めたケアマネジメント」という記載のとおりであるが、特に医療において「生活」に配慮した質の高い医療の視点が足りておらず、生活機能の情報収集が少ないのではないか。

2) 医療・介護DX

- ITの活用は情報の正確性、迅速性、網羅性の向上に大いに貢献するものであり、様式や項目の統一化は必須。
- DXの目的は業務や費用負担軽減のためでもあり、現場の負担が増大し支障を来すようでは本末転倒。また、DXの推進が目的ではなく、サービスの質の向上や最適化・効率化のツールとしてDXを活用することが重要。
- 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。

同時報酬改定に向けた意見交換会における主な御意見

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②

3) 医療・介護と障害福祉サービスとの連携

- 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。
- 医療的ケア児への対応について現場で最も問題となるのはレスパイトケアであり、医療的ケア児のレスパイトに係る必要十分な体制を構築することが重要。
- 既に共同指導や情報提供の評価は多数あるため、一つ一つの連携を評価するというよりも、全体の枠組みとしてどのように連携を担保するのが重要。

(2) 医療・介護連携を推進するために必要な主治医と介護支援専門員の連携

- 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。
- 各専門職は多忙であり、情報伝達の間をいつでも設定できるものではないため、ICTの活用による連携は有効。また、多忙な中連携を促進するため、医療機関側は連携室が窓口になるとスムーズに進むのではないか。
- ケアマネジャーが医療的な知識を持つことは大切だが、それよりも主治医との連携をするほうがさらに重要。主治医意見書において医学的管理の必要性の項目にチェックをしても、ケアプランに反映されていないという意見も多い。特にリハビリテーションの重要性は、もう少し認識を高めていく必要があるのではないか。

主治医と介護支援専門員の連携に係る主なご意見

<令和5年7月20日 中医協総会 外来について>

- 医療法改正に伴うかかりつけ医機能の整備強化の議論については、その結果、患者の一人一人が医療の質が向上したと確信を持てることが重要。普段の健康状態や服薬情報を把握した上での適切な初期診療、普段の健康相談、夜間休日対応、専門医療機関・介護サービス・障害福祉サービス等との連携が可能であると安心した診療を受けることができる。どの医療機関でも同じ対応ができること、どこにかかればこのような対応が可能なのか、判断できる実績を含めた情報を患者が把握できるような状況にすべき。
- 医療と介護(医師と介護支援専門員)との連携を、かかりつけ医に関する評価の要件とすることも考えられる。

「かかりつけ医」と「かかりつけ医機能」

日本医師会・四病院団体協議会合同提言(平成25年8月8日)より抜粋

「かかりつけ医」とは(定義)

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

「かかりつけ医機能」

- かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。
- かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
- かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進する。
- 患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和5年法律第31号）の概要

改正の趣旨

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するため、出産育児一時金に係る後期高齢者医療制度からの支援金の導入、後期高齢者医療制度における後期高齢者負担率の見直し、前期財政調整制度における報酬調整の導入、医療費適正化計画の実効性の確保のための見直し、かかりつけ医機能が発揮される制度整備、介護保険者による介護情報の収集・提供等に係る事業の創設等の措置を講ずる。

改正の概要

1. こども・子育て支援の拡充

【健康保険法、船員保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律等】

- ① 出産育児一時金の支給額を引き上げる（※）とともに、支給費用の一部を現役世代だけでなく後期高齢者医療制度も支援する仕組みとする。
（※）42万円→50万円に令和5年4月から引き上げ（政令）、出産費用の見える化を行う。
- ② 産前産後期間における国民健康保険料（税）を免除し、その免除相当額を国・都道府県・市町村で負担することとする。

2. 高齢者医療を全世代で公平に支え合うための高齢者医療制度の見直し

【健保法、高確法】

- ① 後期高齢者の医療給付費を後期高齢者と現役世代で公平に支え合うため、後期高齢者負担率の設定方法について、「後期高齢者一人当たりの保険料」と「現役世代一人当たりの後期高齢者支援金」の伸び率が同じとなるよう見直す。
- ② 前期高齢者の医療給付費を保険者間で調整する仕組みにおいて、被用者保険者においては報酬水準に応じて調整する仕組みの導入等を行う。
健保連が行う財政が厳しい健保組合への交付金事業に対する財政支援の導入、被用者保険者の後期高齢者支援金等の負担が大きくなる場合の財政支援の拡充を行う。

3. 医療保険制度の基盤強化等

【健保法、船保法、国保法、高確法等】

- ① 都道府県医療費適正化計画について、計画に記載すべき事項を充実させるとともに、都道府県ごとに保険者協議会を必置として計画の策定・評価に関与する仕組みを導入する。また、医療費適正化に向けた都道府県の役割及び責務の明確化等を行う。計画の目標設定に際しては、医療・介護サービスを効果的・効率的に組み合わせた提供や、かかりつけ医機能の確保の重要性に留意することとする。
- ② 都道府県が策定する国民健康保険運営方針の運営期間を法定化（6年）し、医療費適正化や国保事務の標準化・広域化の推進に関する事項等を必須記載とする。
- ③ 経過措置として存続する退職被保険者の医療給付費等を被用者保険者間で調整する仕組みについて、対象者の減少や保険者等の負担を踏まえて廃止する。

4. 医療・介護の連携機能及び提供体制等の基盤強化

【地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律、医療法、介護保険法、高確法等】

- ① かかりつけ医機能について、国民への情報提供の強化や、かかりつけ医機能の報告に基づく地域での協議の仕組みを構築し、協議を踏まえて医療・介護の各種計画に反映する。
- ② 医療・介護サービスの質の向上を図るため、医療保険者と介護保険者が被保険者等に係る医療・介護情報の収集・提供等を行う事業を一体的に実施することとし、介護保険者が行う当該事業を地域支援事業として位置付ける。
- ③ 医療法人や介護サービス事業者に経営情報の報告義務を課した上で当該情報に係るデータベースを整備する。
- ④ 地域医療連携推進法人制度について一定の要件のもと個人立の病院等や介護事業所等が参加できる仕組みを導入する。
- ⑤ 出資持分の定めのある医療法人が出資持分の定めのない医療法人に移行する際の計画の認定制度について、期限の延長（令和5年9月末→令和8年12月末）等を行う。

等

施行期日

令和6年4月1日（ただし、3①の一部及び4⑤は公布日、4③の一部は令和5年8月1日、1②は令和6年1月1日、3①の一部及び4①は令和7年4月1日、4③の一部は公布後3年以内に政令で定める日、4②は公布後4年以内に政令で定める日）

かかりつけ医機能が発揮される制度整備

趣旨

- かかりつけ医機能については、これまで医療機能情報提供制度における国民・患者への情報提供や診療報酬における評価を中心に組み込まれてきた。一方で、医療計画等の医療提供体制に関する取組はこれまで行われていない。
- 今後、複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の更なる増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中、地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応して、「治す医療」から「治し、支える医療」を実現していくためには、これまでの地域医療構想や地域包括ケアの取組に加え、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進める必要がある。
- その際には、国民・患者から見て、一人ひとりが受ける医療サービスの質の向上につながるものとする必要があることから、
 - ・ 国民・患者が、そのニーズに応じてかかりつけ医機能を有する医療機関を適切に選択できるための情報提供を強化し、
 - ・ 地域の実情に応じて、各医療機関が機能や専門性に応じて連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化することで、地域において必要なかかりつけ医機能を確保するための制度整備を行う。

概要

(1) 医療機能情報提供制度の刷新（令和6年4月施行）

- ・ かかりつけ医機能（「身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能」と定義）を十分に理解した上で、自ら適切に医療機関を選択できるよう、医療機能情報提供制度による国民・患者への情報提供の充実・強化を図る。

(2) かかりつけ医機能報告の創設（令和7年4月施行）

- ・ 慢性疾患を有する高齢者その他の継続的に医療を必要とする者を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能（①日常的な診療の総合的・継続的实施、②在宅医療の提供、③介護サービス等との連携など）について、各医療機関から都道府県知事に報告を求めることとする。
- ・ 都道府県知事は、報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表する。
- ・ 都道府県知事は、外来医療に関する地域の関係者との協議の場で、必要な機能を確保する具体的方策を検討・公表する。

(3) 患者に対する説明（令和7年4月施行）

- ・ 都道府県知事による（2）の確認を受けた医療機関は、慢性疾患を有する高齢者に在宅医療を提供する場合など外来医療で説明が特に必要な場合であって、患者が希望する場合に、かかりつけ医機能として提供する医療の内容について電磁的方法又は書面交付により説明するよう努める。

かかりつけ医機能が発揮される制度整備の骨格

- 国民・患者はそのニーズに応じて医療機能情報提供制度等を活用して、かかりつけ医機能を有する医療機関を選択して利用。
- 医療機関は地域のニーズや他の医療機関との役割分担・連携を踏まえつつ、かかりつけ医機能の内容を強化。

国民・患者の医療ニーズ

- ◆ 日常的によくある疾患への幅広い対応
- ◆ 休日・夜間の対応
- ◆ 入院先の医療機関との連携、退院時の受入
- ◆ 在宅医療
- ◆ 介護サービス等との連携 等

医療機能情報提供制度 (H18)

入院	病床機能報告 (H26)
外来	有床診・病院 外来機能報告 (R3) (紹介受診重点医療機関の確認)
	無床診 かかりつけ医機能報告 (新設)
在宅	

制度整備の内容

医療機能情報提供制度の刷新

- 医療機関は、**国民・患者による医療機関の選択に役立つわかりやすい情報**及び**医療機関間の連携に係る情報**を都道府県知事に報告
 - ① 情報提供項目の見直し
 - ② 全国統一のシステムの導入

かかりつけ医機能報告による機能の確保

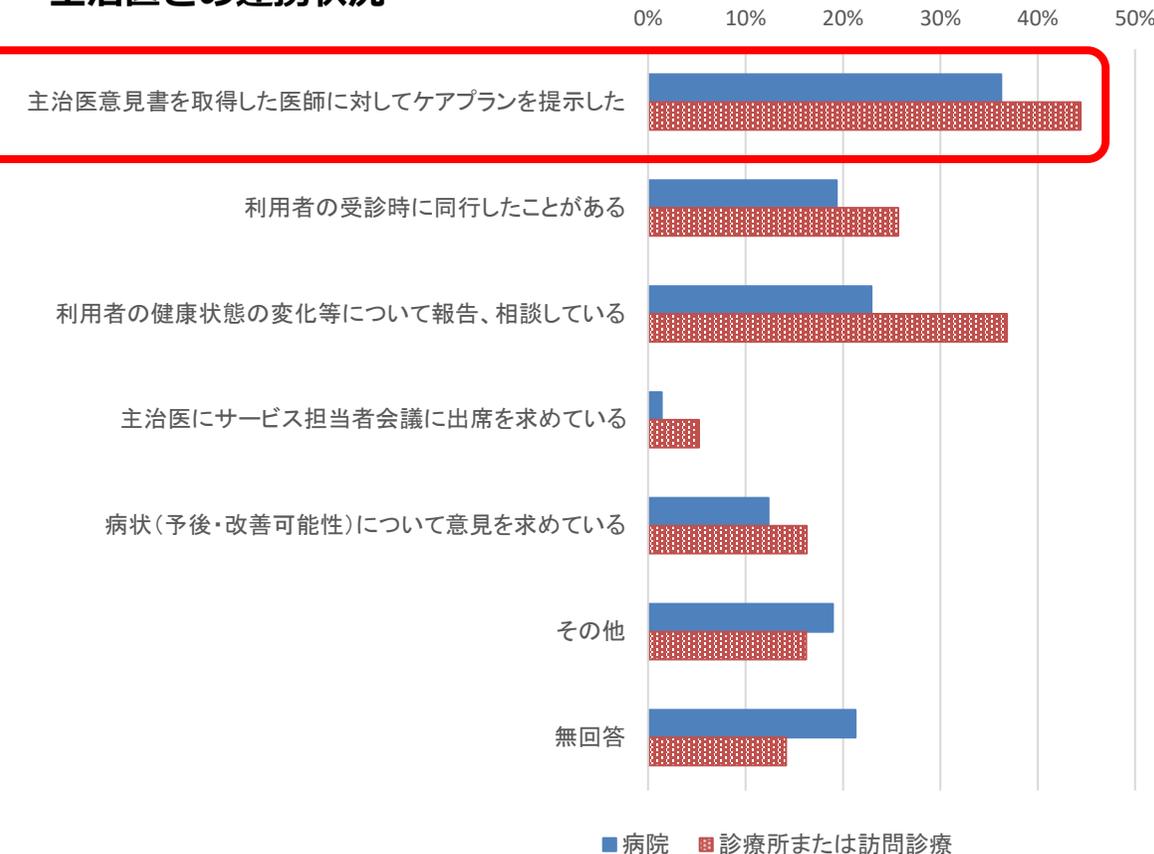
- 慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、**医療機関から都道府県知事に報告**。
- 都道府県知事は、**報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表(※)**。
- あわせて、外来医療に関する地域の協議の場で「**かかりつけ医機能**」を**確保する具体的方策を検討・公表**。

※ 医師により継続的な管理が必要と判断される患者に対して、医療機関が、提供するかかりつけ医機能の内容を説明するよう努めることとする。

主治医と介護支援専門員との連携状況① (H30)

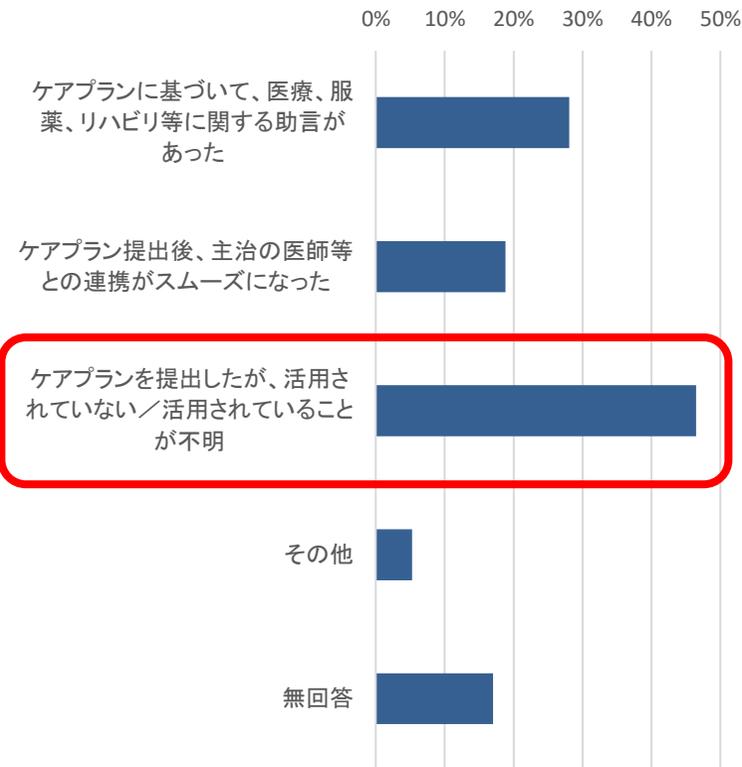
- 介護支援専門員は、約4割の利用者について、主治医意見書を取得した医師に対しケアプランを提示している。
- 一方、4割超の介護支援専門員は、主治医等にケアプランを提出しても、活用されていない／活用されていることが不明と感じている。

■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



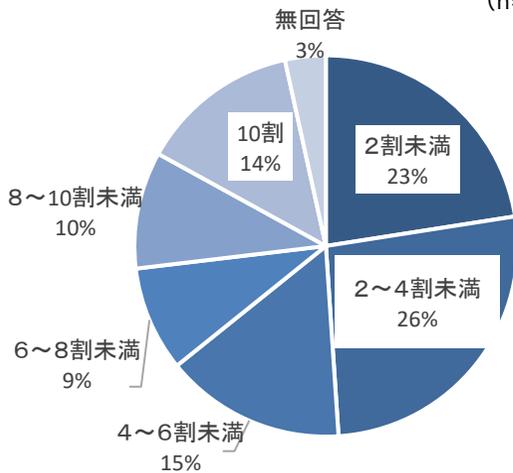
n=3,489 (ケアマネジャー調査票) (複数回答可)
※居宅介護支援事業所のみ

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る。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。

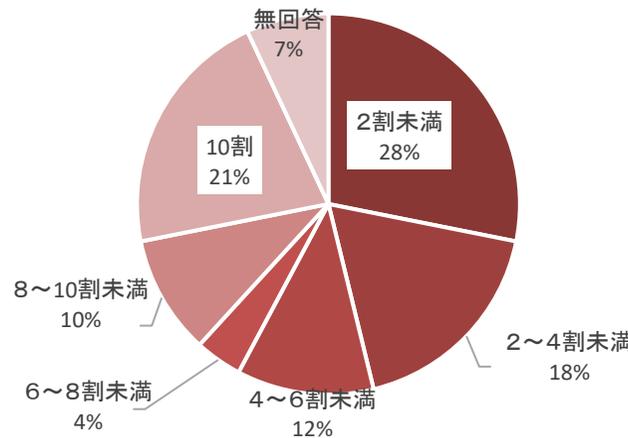
■ ① 主治医にケアプランを提出している割合

割合の平均：4.48
(n=1,279)



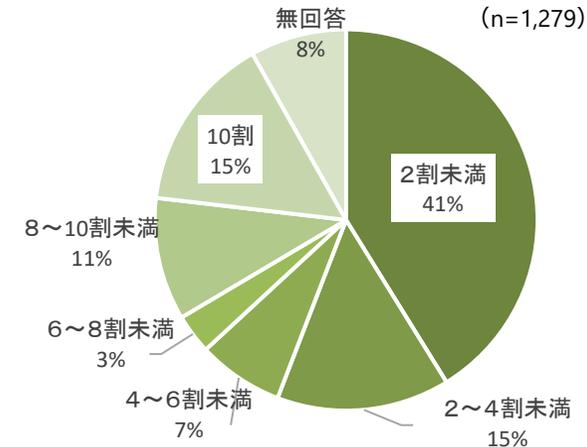
■ ② ①のうち、主治医に意見を求めている割合

割合の平均：4.76
(n=1,279)

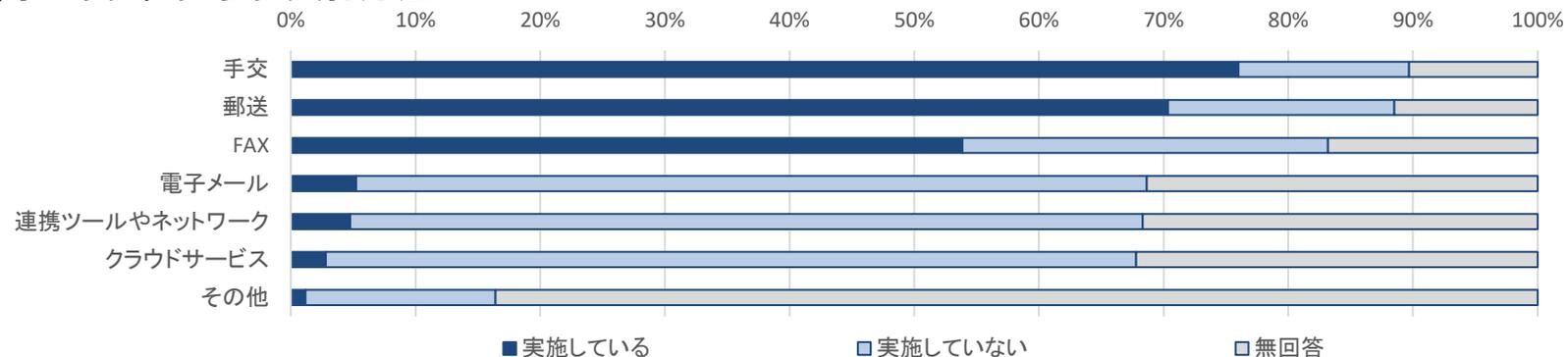


■ ③ ②のうち、ケアプランについて主治医から助言があった割合

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

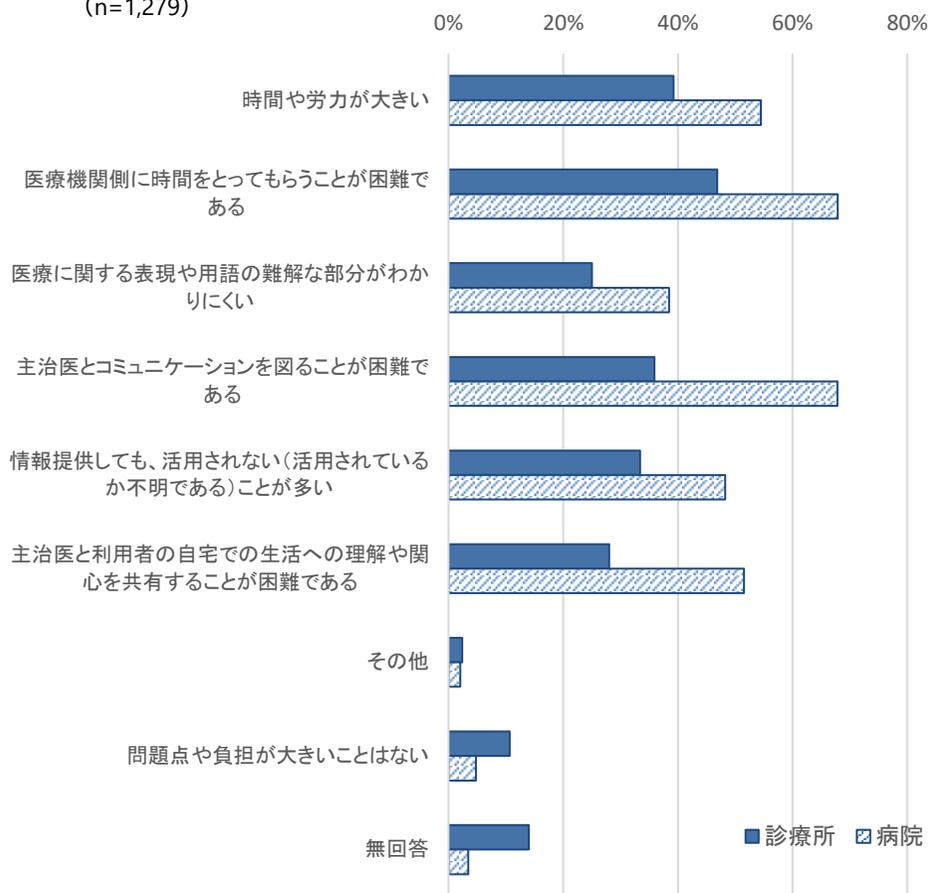


介護支援専門員から見た医療機関との情報共有の問題点や工夫

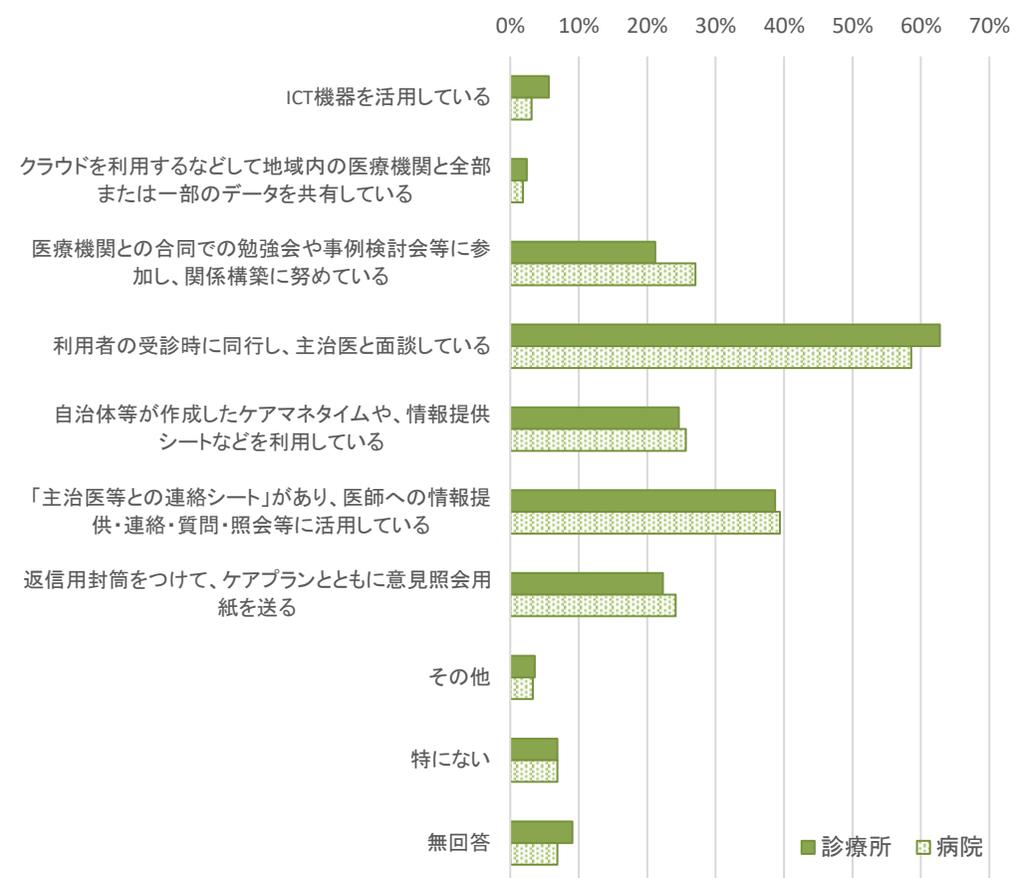
- 介護支援専門員にとって、医療機関との情報共有における問題点や負担が大きいことは、「医療機関側に時間をとってもらうことが困難」であった。
- 医療機関との情報共有における工夫として最も多いものは、「受診時に同行し主治医と面談」であった。

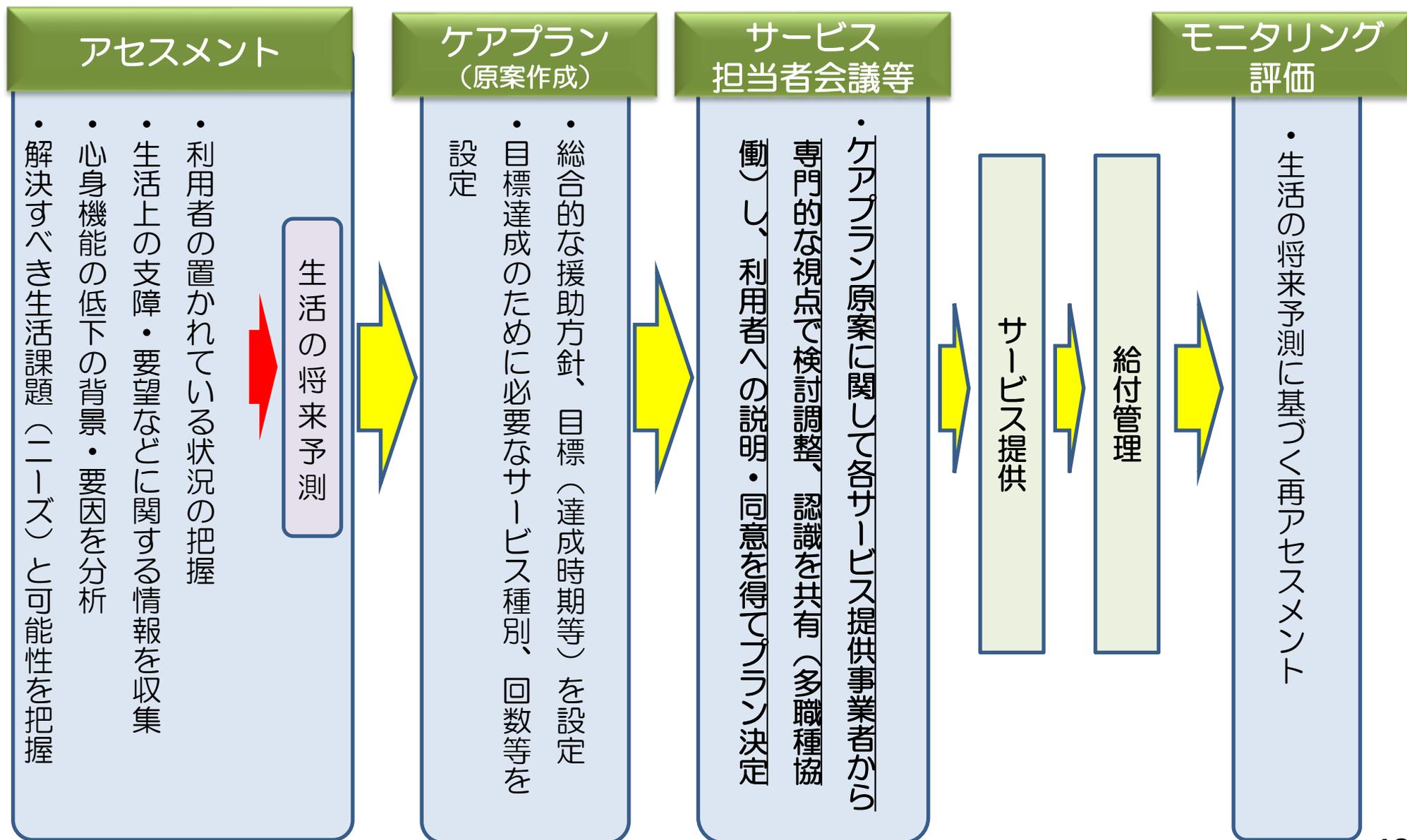
■ケアマネジメントプロセス全般において医療機関との情報共有における問題点や負担が大きいこと

(n=1,279)



■医療機関との情報共有における工夫





介護支援専門員が行うケアマネジメントに対する医師の役割

- 介護支援専門員(ケアマネジャー)の運営基準において、サービス担当者会議を通じて専門的な知見を求め、医療サービスを提供する際は医師の意見を求め、医師の医学的観点からの留意事項を尊重して居宅サービス計画を策定することが規定されている。

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準 (省令)

【指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準(抜粋)】

(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

第十三条

九 介護支援専門員は、サービス担当者会議を招集して行う会議の開催により、利用者の状況等に関する情報を担当者と共有するとともに、当該居宅サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。

十三の二 介護支援専門員は、指定居宅サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認められるものを、利用者の同意を得て主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供するものとする。

十九 介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めなければならない。

十九の二 前号の場合において、介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を主治の医師等に交付しなければならない。

二十 介護支援専門員は、居宅サービス計画に訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスを位置付ける場合にあつては、当該医療サービスに係る主治の医師等の指示がある場合に限りこれを行うものとし、医療サービス以外の指定居宅サービス等を位置付ける場合にあつては、当該指定居宅サービス等に係る主治の医師等の医学的観点からの留意事項が示されているときは、当該留意点を尊重してこれを行うものとする。

解釈通知 (抜粋)

- ⑨ サービス担当者会議等による専門的意見の聴取 (第9号)

介護支援専門員は、効果的かつ実現可能な質の高い居宅サービス計画とするため、各サービスが共通の目標を達成するために具体的なサービスの内容として何ができるかなどについて、利用者やその家族、居宅サービス計画原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者からなるサービス担当者会議の開催により、利用者の状況等に関する情報を当該担当者等と共有するとともに、専門的な見地からの意見を求め調整を図ることが重要である。(略)また、やむを得ない理由がある場合については、サービス担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとしているが、この場合にも、緊密に相互の情報交換を行うことにより、利用者の状況等についての情報や居宅サービス計画原案の内容を共有できるようにする必要がある。(略)

サービス担当者会議は、テレビ電話装置等(リアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能な機器をいう。)を活用して行うことができるものとする。(略)

機能強化加算

- 外来医療における適切な役割分担を図り、専門医療機関への受診の要否の判断等を含めた、よりの確で質の高い診療機能を評価する観点から、かかりつけ医機能に係る診療報酬を届け出ている医療機関において、初診時における診療機能を評価する。

(平成30年度診療報酬改定において新設)

初診料・小児かかりつけ診療料（初診時）

機能強化加算 80点

[算定要件]

- ・ 外来医療における適切な役割分担を図り、専門医療機関への受診の要否の判断等を含むよりの確で質の高い診療機能を評価する観点からかかりつけ医機能を有する医療機関における初診を評価するものであり、（略）初診料を算定する場合に、加算することができる。
- ・ 必要に応じ、患者に対して以下の対応を行うとともに、当該対応を行うことができる旨を院内及びホームページ等に掲示し、必要に応じて患者に対して説明すること。
 - (イ) 患者が受診している他の医療機関及び処方されている医薬品を把握し、必要な服薬管理を行うとともに、診療録に記載すること。
なお、必要に応じ、担当医の指示を受けた看護職員等が情報の把握を行うことも可能であること。
 - (ロ) 専門医師又は専門医療機関への紹介を行うこと。
 - (ハ) 健康診断の結果等の健康管理に係る相談に応じること。
 - (ニ) 保健・福祉サービスに係る相談に応じること。
 - (ホ) 診療時間外を含む、緊急時の対応方法等に係る情報提供を行うこと。

[施設基準]

- ① 適切な受診につながるような助言及び指導を行うこと等、質の高い診療機能を有する体制が整備されていること。
- ② 次のいずれかにおける届出を行っている。
 - ア 地域包括診療加算
 - イ 地域包括診療料
 - ウ 小児かかりつけ診療料
 - エ 在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る）
 - オ 施設入居時等医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る）
- ③ 地域において包括的な診療を担う医療機関であることについて、当該保険医療機関の見やすい場所 及びホームページ等に掲示する等の取組を行っていること。

機能強化加算の届出・実績等について

令和4年改定前	
届出・実績	次のいずれかの届出
	<ul style="list-style-type: none"> 地域包括診療加算 地域包括診療料
	小児かかりつけ診療料
配置医師	—

改定後	
次のいずれかを満たしていること。	
<ul style="list-style-type: none"> 地域包括診療加算1／地域包括診療料1の届出を行っていること。 (参考:地域包括加算1／診療料1の施設基準) 以下の全てを満たしていること。 <ul style="list-style-type: none"> 直近1年間に、当該保険医療機関での継続的な外来診療を経て、在宅患者訪問診療料(I)の「1」、在宅患者訪問診療料(II)又は往診料を算定した患者の数の合計が、10人以上であること。 直近1か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合が70%未満であること。 	<p>以下のいずれも満たすものであること。</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域包括診療加算2／地域包括診療料2の届出を行っていること。 直近1年間に、次のいずれかを満たしていること。 <ul style="list-style-type: none"> 地域包括診療加算2／地域包括診療料2を算定した患者が3人以上。 在宅患者訪問診療料(I)の「1」、在宅患者訪問診療料(II)又は往診料を算定した患者の数の合計が3人以上。
<ul style="list-style-type: none"> 小児かかりつけ診療料の届出を行っていること。 	
<ul style="list-style-type: none"> 在宅時医学総合管理料／施設入居時等医学総合管理料の届出を行っている機能強化型の在支診又は在支病であること。 (参考:機能強化型の在支診又は在支病の施設基準) 以下のいずれにも該当していること。 過去1年間において、 <ul style="list-style-type: none"> (在支診の場合)緊急往診の実績10件以上(連携型の場合、当該医療機関で4件以上)。 (在支病の場合)緊急往診の実績10件以上(連携型の場合、当該医療機関で4件以上)又は在支診からの緊急受入の実績が31件以上。 在宅における看取りの実績又は15歳未満の超・準超重症児の在宅医療の実績が4件以上(連携型の場合、当該医療機関で2件以上)。 	<p>以下のいずれも満たすものであること。</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅時医学総合管理料／施設入居時等医学総合管理料の届出を行っている機能強化型以外の在支診又は在支病であること。 以下のいずれかを満たしていること。 過去1年間において、 <ul style="list-style-type: none"> (在支診の場合)緊急往診の実績3件以上。 (在支病の場合)緊急往診の実績又は在支診からの緊急受入の実績の合計が3件以上。 在宅における看取りの実績又は15歳未満の超・準超重症児の在宅医療の実績が1件以上。
<ul style="list-style-type: none"> 以下のいずれかを行っている常勤の医師を配置すること。 ア 介護保険制度の利用等の相談への対応、主治医意見書の作成 イ 警察医として協力 ウ 乳幼児健診を実施 エ 定期予防接種を実施 オ 幼稚園の園医等 カ 地域ケア会議に出席 キ 一般介護予防事業に協力 	

地域包括診療料・加算について

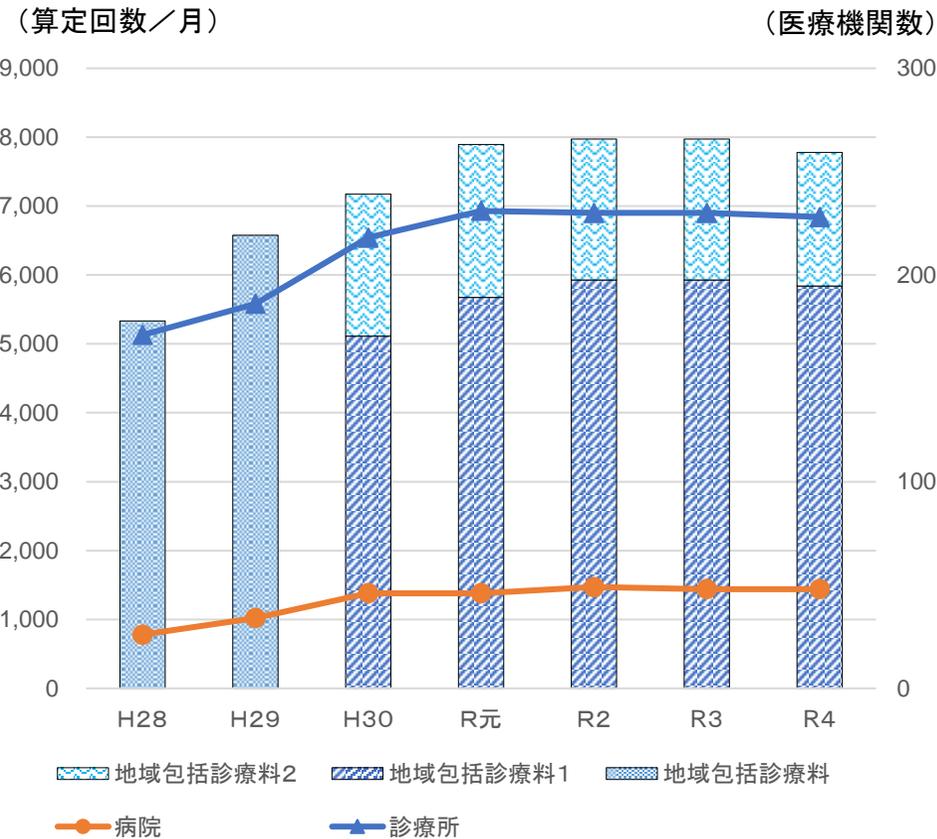
中医協 総-8
5. 6. 21改

	地域包括診療料 1 1,660点 地域包括診療料 2 1,600点 (月1回)		地域包括診療加算 1 25点 地域包括診療加算 2 18点 (1回につき)
	病院	診療所	診療所
包括範囲	<p>下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・(再診料の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料 診療情報提供料(Ⅱ)(Ⅲ) ・在宅医療に係る点数(訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。) ・薬剤料(処方料、処方せん料を除く。) ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの 		出来高
対象疾患	高血圧症、糖尿病、脂質異常症、 慢性心不全、慢性腎臓病(慢性維持透析を行っていないものに限る。) 又は、認知症の6疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)		
対象医療機関	診療所又は許可病床が200床未満の病院	診療所	
研修要件	担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。		
服薬管理	<ul style="list-style-type: none"> ・当該患者に院外処方を行う場合は24時間開局薬局であること 等 	<ul style="list-style-type: none"> ・当該患者に院外処方を行う場合は24時間対応薬局等を原則とする 等 	
	<ul style="list-style-type: none"> ・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する ・原則として院内処方を行う ・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者が受診時に持参するお薬手帳のコピーをカルテに貼付する ・当該点数を算定している場合は、7剤投与の減算規定の対象外とする 		
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・健診の受診勧奨、健康相談及び予防接種に係る相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙 等 		
介護保険制度	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること等。 		
在宅医療の提供および24時間の対応	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の往診等の体制を確保していること。(在宅療養支援診療所以外の診療所については連携医療機関の協力を得て行うものを含む。) ※ 地域包括診療加算2については在宅医療の提供及び当該患者に対し、24時間の連絡体制の確保していること。 		
	<ul style="list-style-type: none"> ・下記のすべてを満たす ①地域包括ケア病棟入院料等の届出 ②在宅療養支援病院 	<ul style="list-style-type: none"> ・下記のすべてを満たす ①時間外対応加算1の届出 ②常勤換算2人以上の医師が配置され、うち1人以上は常勤 ③在宅療養支援診療所 	<ul style="list-style-type: none"> ・下記のうちいずれか1つを満たす ①時間外対応加算1、2又は3の届出 ②常勤換算2人以上の医師が配置され、うち1人以上は常勤 ③在宅療養支援診療所

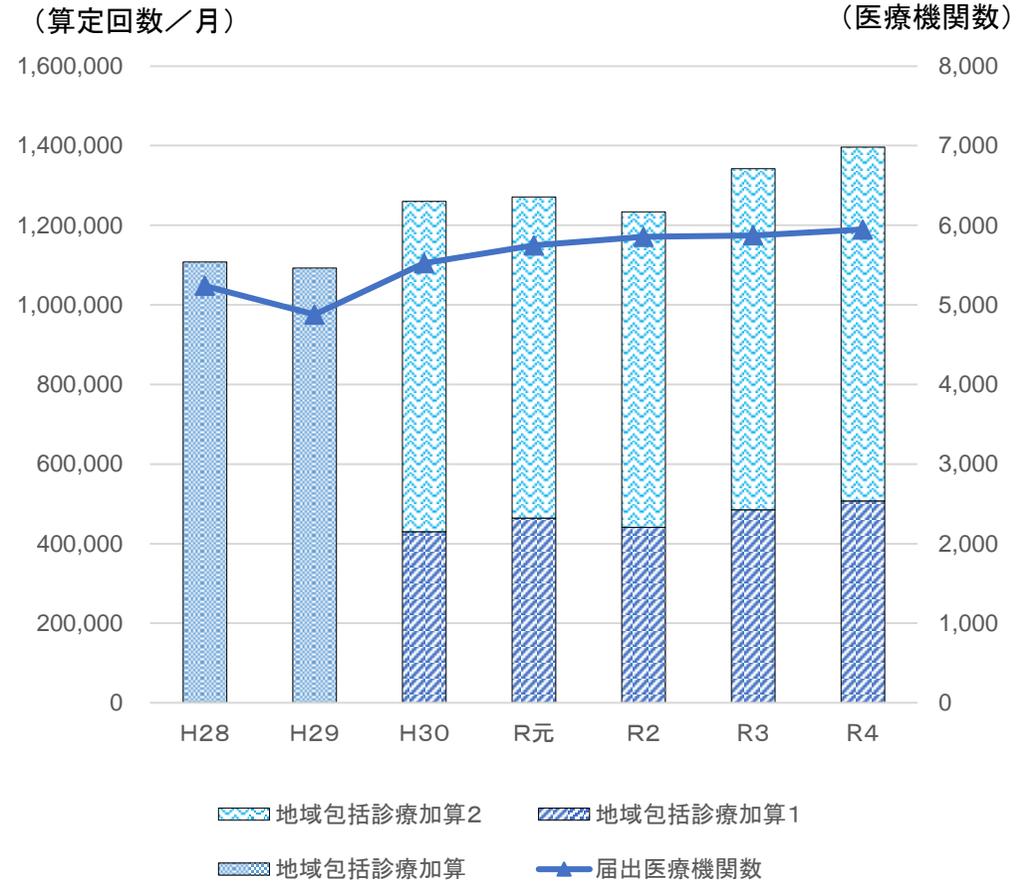
地域包括診療料・加算の算定・届出状況

- 地域包括診療料の状況については、近年は届出医療機関数・算定回数ともに横ばい。
- 地域包括診療加算の届出医療機関数は横ばいであるが、算定回数は近年増加傾向。

地域包括診療料
届出医療機関数・算定回数



地域包括診療加算
届出医療機関数・算定回数

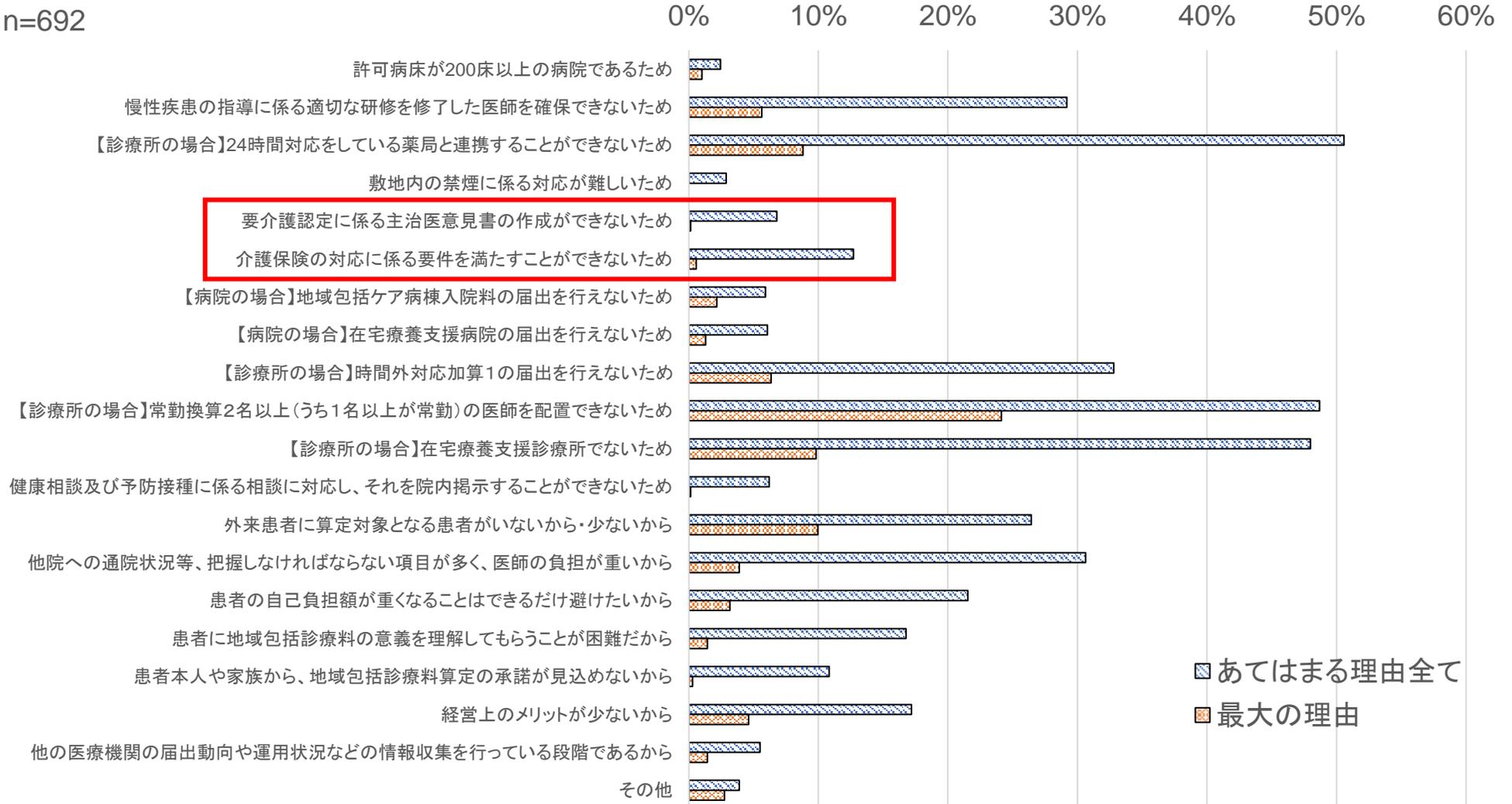


出典：
(届出医療機関数)各年7月1日時点の主な施設基準の届出状況
(算定回数)社会医療診療行為別統計(各年6月審査分)

地域包括診療料を届け出していない理由

○ 地域包括診療料を届け出していない理由としては、「24時間対応薬局との連携」、「常勤医師の配置」に加え、「在宅療養支援診療所でない」を挙げた施設が多かった。

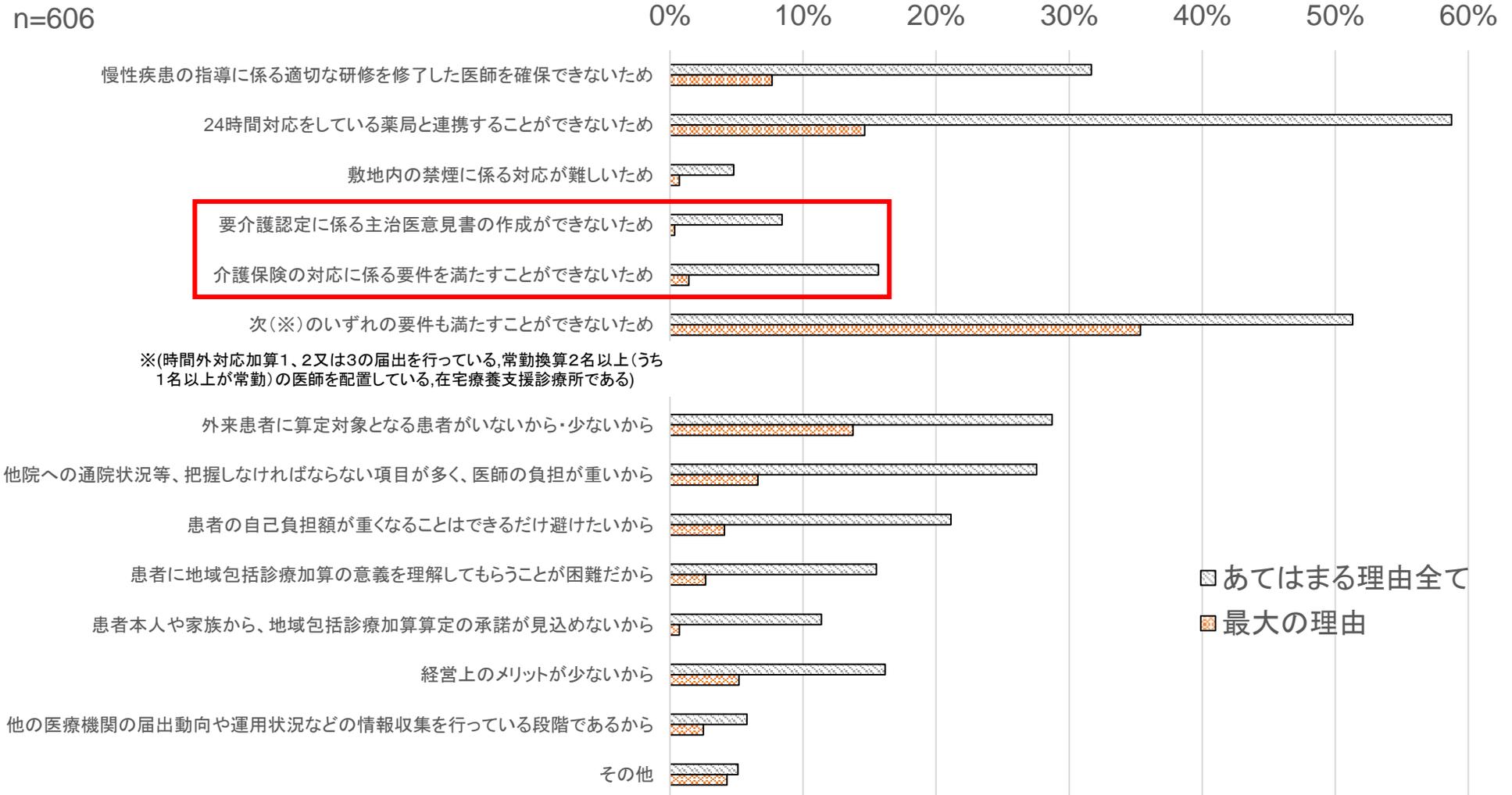
n=692



■ あてはまる理由全て
■ 最大の理由

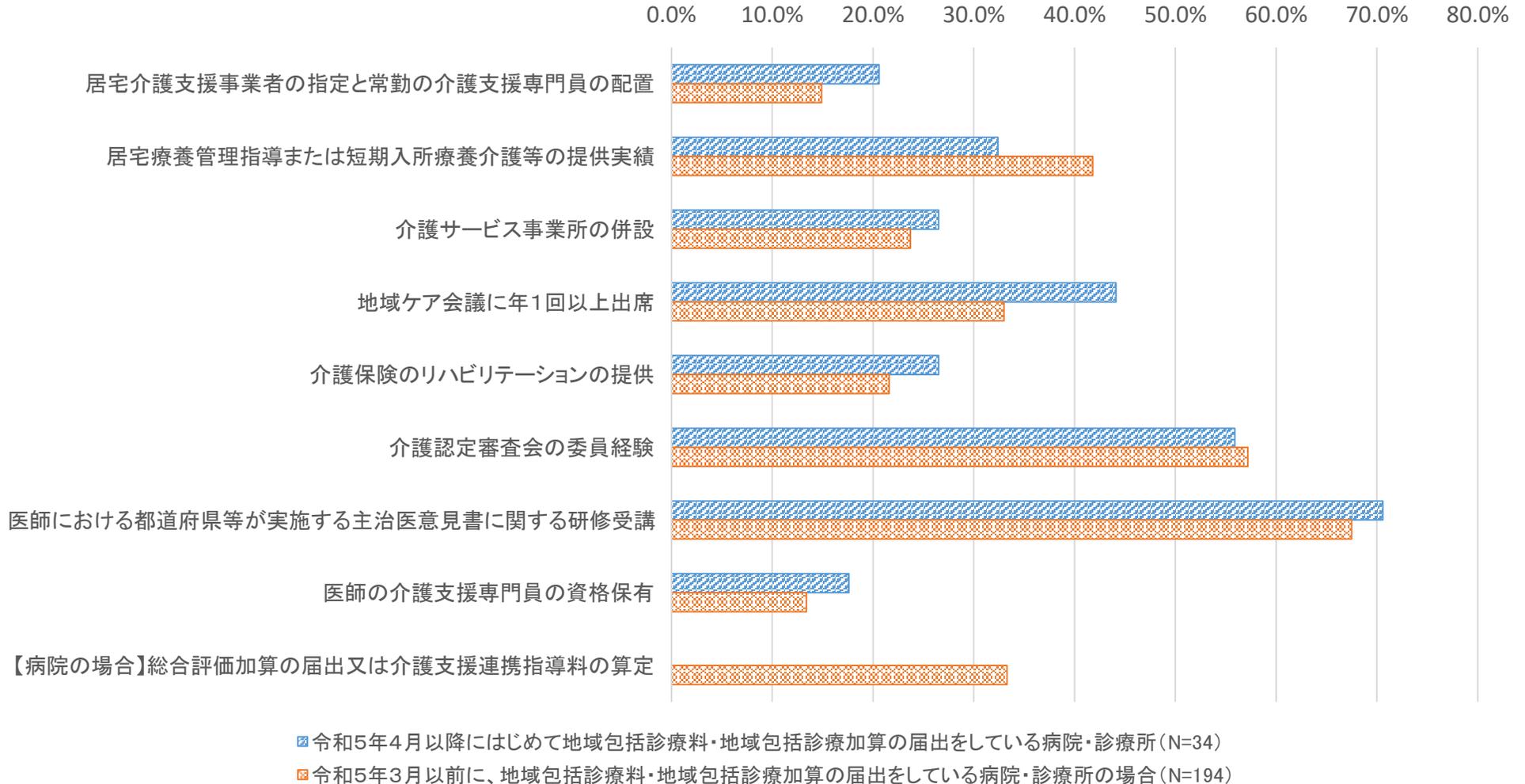
地域包括診療加算を届け出ていない理由

○ 地域包括診療加算を届け出ていない理由として、「24時間対応薬局との連携」、「時間外対応加算等の施設基準を満たせない」、「慢性疾患に係る適切な研修終了」を挙げた施設が多かった。



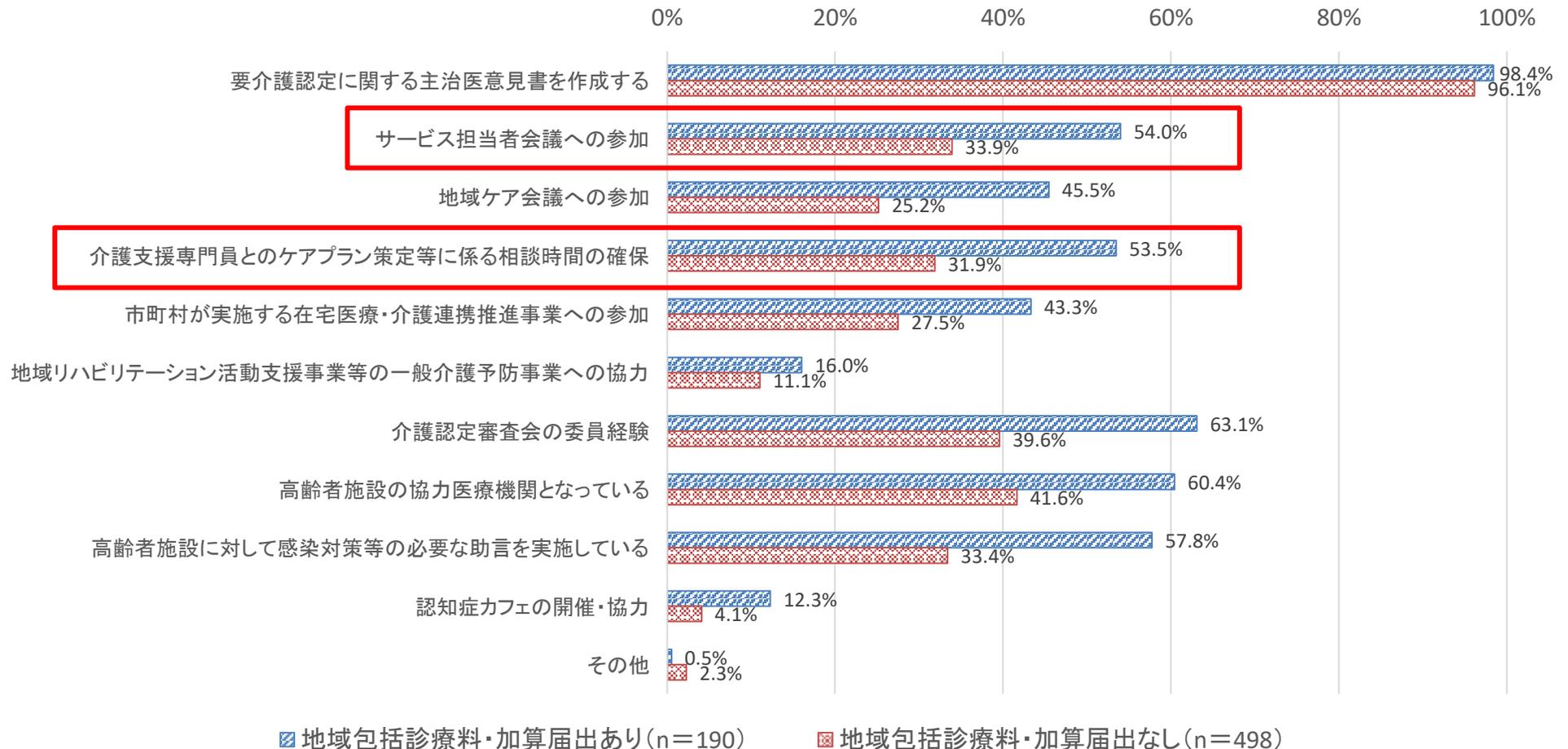
地域包括診療料・加算の介護保険制度に関する要件

- 地域包括診療料・加算における介護保険制度に関する満たすことができている要件は以下のとおり。
- 令和5年4月以降に届出をした施設及び令和5年3月以前に届出をしている施設それぞれにおいて、「医師における都道府県等が実施する主治医意見書に関する研修受講」が最多であった。



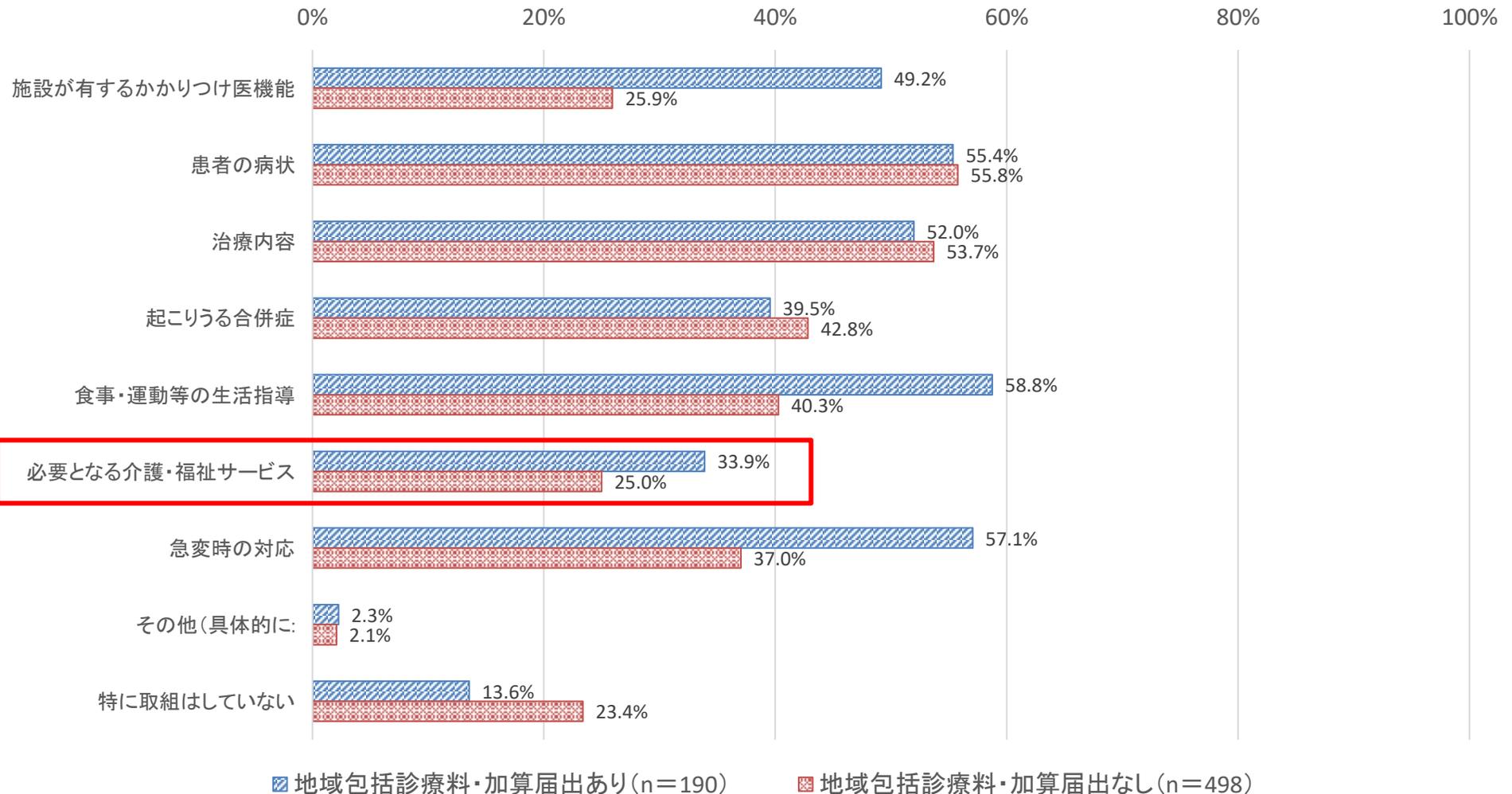
介護との連携についての取組

- 医療機関における介護との連携の取組について、要介護認定に関する主治医意見書の作成はほぼ全ての施設が取り組んでいた。
- 「サービス担当者会議への参加」は地域包括診療料・加算の届出がある施設では54.0%、届出がない施設では33.9%、「介護支援専門員とのケアプラン策定等に係る相談時間の確保」は届出のある施設では53.5%、届出のない施設では31.9%の医療機関が取り組んでいた。



書面を用いた患者への説明

○ 医療機関における書面を用いた患者への説明について、内容としては患者の病状についての説明が最多であった。必要となる介護・福祉サービスについての説明は地域包括診療料・加算の届出ある施設では33.9%、届出のない施設では25.0%であった。



主治医と介護支援専門員の連携

○ 主治医がサービス担当者会議に参加することについて、介護支援専門員から、次のような利点が挙げられた。

① 利用者・家族が「チームによる支援」を感じる場となる

サービス担当者会議は、訪問診療ではなく、特に外来通院のみを受けている方について有効。

「私はまだ通えているから大丈夫」、「うちはまだ往診は必要ないから」という利用者・家族が、例えば自宅に来るヘルパー等の訪問スタッフではなく、自らが出向き通う先の、生活の場と離れた場にいる医師とのつながりからチームを実感し、チームの一体感を感じられる貴重な機会である。

また、早い時期に、全体に対して意向の確認ができる場になる。医療への期待や自身の将来、支援者への期待等について、本人・家族の気持ちを医師と共に確認できる重要な場となり、意思決定支援のはじめの一歩となることも多い。

② 要支援者や軽度者ほど、現実を直視する場となる

自立に近く、元気な方ほど現実とセルフイメージにギャップが生じている方が多い。健康寿命を左右する大切な時期を支える外来医療における主治医には重要な役割があり、定期的な担当者会議への参加は利用者・家族、医師をはじめとする支援者双方にとって、大変有効な機会となっている。利用者・家族にとっては元気高齢者であり続けるために、現実を正しく知ることからリスクや予防への意欲・目標意識が高まる場になる。主治医は在宅の状況や家族の事情を定期的に知り、情報を更新する良い機会となるため、急変時などの意思決定支援につながる情報を得る場となる。この時期に、利用者・家族、外来医師・ケアマネジャーがつながることにより、早期からの意思決定支援の開始、本人・家族状況の把握ができ、急変等の緊急時や災害時にも役立つ。

③ 客観的な立場から評価を得られる場となる

外来で付き添う家族や支援者へのアセスメント、客観的な評価が得られることも大きなポイント。ヤングケアラー問題、虐待予防や家族の心身の健康状態、栄養評価による生活困窮などの課題の早期発見、適切な支援者とのマッチング、など、要支援者・軽度者における早期の担当者会議への主治医の参画は様々な効果が得られる。

④ 主治の医師、医師それぞれの役割が明確になる

外来医療が中心となる時、利用者は様々な診療科にかかっている。ケアマネジャーがハブとなり、医師同士や病院間のつながりをつくりコンサルテーションを進めるきっかけになるのが担当者会議である。重度になってからより、元気な頃の方が進めやすく、それぞれの医師が自分の役割を認識し、横のつながりで協力し合うネットワークをつくってもらえると、重度化した際や、急変時には大変役立つネットワークとなる。

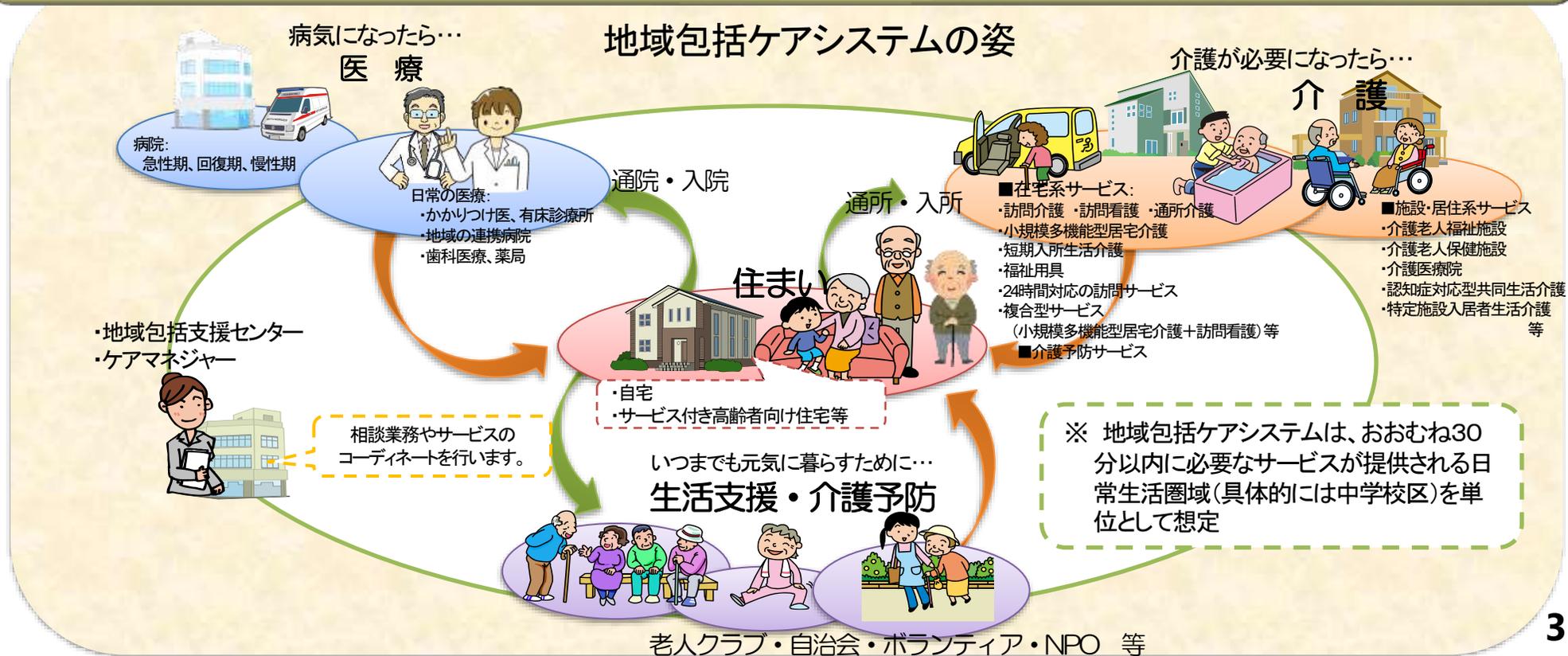
⑤ 外来の情報は宝の山であり、意思決定支援のはじめの一歩となる

のちに重要となる情報は外来医療の場にある。病気になった初期の反応や受け止め、意向や目標なども外来医師がよく把握している場合も多く、地域のかかりつけ医である場合には、その方が介護者であった時の頃のこと、近しいご親族の関係性などもよく知っていて介護や支援の入り口を教えてもらうことも多い。外来診療時の主治医へ、定期的な報告がケアマネジャーより蓄積されていけば入院時には医師間・支援者間に役立つ情報が主治医のもとに集積されており、緊急・災害時にも、入退院連携時にも役立つ。外来と病棟、外来と地域、外来と外来等、諸機関連携に大変重要な役割を担っている。

1. 総論
2. 主治医と介護支援専門員との連携について
- 3. 医療機関と高齢者施設等との連携について**
4. 障害福祉サービスとの連携について

地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**



介護保険施設の比較

意見交換 資料 - 1 参考
R 5 . 4 . 1 9

		介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護医療院	介護療養型医療施設	
基本的性格		要介護高齢者のための 生活施設 ※27年度より新規入所者は原則要介護3以上	要介護高齢者にリハビリ等 を提供し在宅復帰を目指し 在宅療養支援を行う施設	要介護高齢者の 長期療 養・生活施設	医療の必要な要介護高齢 者のための 長期療養施設	
定義		老人福祉法第20条の5に規定する 特別養護老人ホームであって、当 該特別養護老人ホームに入所す る要介護者に対し、施設サービス 計画に基づいて、入浴、排せつ、 食事等の介護その他の日常生活 上の世話、機能訓練、健康管理及 び療養上の世話を行うことを目的 とする施設	要介護者であって、主としてその 心身の機能の維持回復を図り、居 宅における生活を営むことができ るようにするための支援が必要で ある者に対し、施設サービス計画 に基づいて、看護、医学的管理の 下における介護及び機能訓練そ の他必要な医療並びに日常生活 上の世話を行うことを目的とする 施設	要介護者であって、主として長期 にわたり療養が必要である者に対 し、施設サービス計画に基づいて、 療養上の管理、看護、医学的管理 の下における介護及び機能訓練 その他必要な医療並びに日常生 活上の世話を行うことを目的とす る施設	療養病床等を有する病院又は診 療所であって、当該療養病床等に 入院する要介護者に対し、施設 サービス計画に基づいて、療養上 の管理、看護、医学的管理の下に おける介護その他の世話及び機 能訓練その他必要な医療を行うこ とを目的とする施設	
主な設置主体※1		社会福祉法人（約95%）	医療法人（約76%）	医療法人（約89%）	医療法人（約80%）	
施設数※2		10,896 件	4,221 件	734 件	277 件	
利用者数※2		638,600 人	351,900 人	42,900 人	7,400 人	
居室 面積 ・定員数	従来 型	面積／人	10.65㎡以上	8㎡以上	8㎡以上	6.4㎡以上
		定員数	原則個室	4人以下	4人以下	4人以下
	ユニッ ト型	面積／人	10.65㎡以上			
		定員数	原則個室			
「多床室」の割合※3		19.7%	53.3%	71.9%	78.9%	
平均在所(院)日数※4		1,177日	310日	189日	472日	
低所得者の割合※4		68.6%	52.5%	50.1%	50.0%	
医師の配置基準		必要数(非常勤可)	1以上 / 100:1以上	I 型: 3以上 / 48:1以上 II 型: 1以上 / 100:1以上	3以上 / 48:1以上	
医療法上の位置づけ		居宅等	医療提供施設	医療提供施設	病床	

※1 介護サービス施設・事業所調査（令和3年）より ※2 介護給付費等実態統計（令和4年10月審査分）より ※3 介護サービス施設・事業所調査（令和3年）より（数値はすべての居室のうち2人以上の居室の占める割合）
※4 は介護サービス施設・事業所調査（令和元年）より ※2 及び※3の介護老人福祉施設の数値については地域密着型含む。

介護保険と医療保険の給付調整のイメージ

○ 医療サービスは、施設により介護保険又は医療保険から給付される範囲が異なる。

※ 介護療養型医療施設、介護医療院は、指導管理、リハビリテーション等のうち日常的に必要な医療行為について、特定診療費・特別診療費を算定できる。

※ 介護医療院、介護老人保健施設は、入所者の病状が著しく変化した場合に、緊急等やむを得ない事情により施設で行われた療養について、緊急時施設診療費、緊急時施設療養費を算定できる。

手術・放射線治療 急性増悪時の医療等				緊急時施設診療費	緊急時施設療養費	医療保険で給付	
特殊な検査 (例：超音波検査等)						医療保険で給付	
簡単な画像検査 (例：エックス線診断等)						医療保険で給付	
投薬・注射 検査 (例：血液・尿等) 処置 (例：創傷処置等)	特定診療費	介護保険で給付		特別診療費			
医学的指導管理							
	介護療養型医療施設	介護医療院 (I型・II型)			介護老人保健施設	特別養護老人ホーム	

※ 上図はイメージ (例えば、簡単な手術については、介護老人保健施設のサービス費に包括されている。)

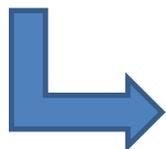
(定義)(介護保険法第8条第29項)

介護医療院とは、要介護者であって、主として長期にわたり療養が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設。

(基本方針)

第二条 介護医療院は、長期にわたり療養が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことにより、その者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするものでなければならない。

(介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準(平成30年厚生省令第5号))



○医療の必要な要介護高齢者の長期療養・生活施設

(参考1)介護老人福祉施設の定義

老人福祉法第二十条の五に規定する特別養護老人ホーム(入所定員が三十人以上であるものに限る。以下この項において同じ。)であって、当該特別養護老人ホームに入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話をを行うことを目的とする施設

(参考2)介護老人保健施設の定義

要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むことができるようにするための支援が必要である者(その治療の必要の程度につき厚生労働省令で定めるものに限る。以下この項において単に「要介護者」という。)に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設として、第九十四条第一項の都道府県知事の許可を受けたもの

〔定義〕 地域包括ケア強化法による改正前（介護保険法第8条第28項）

介護老人保健施設とは、要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設。

〔定義〕 地域包括ケア強化法による改正後（介護保険法第8条第28項）

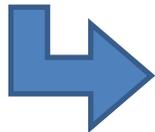
＜平成29年6月2日公布、平成30年4月1日施行＞

介護老人保健施設とは、要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むことができるようにするための支援が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設。

(基本方針)

第一条の二 介護老人保健施設は、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことにより、入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすることとともに、その者の居宅における生活への復帰を目指すものでなければならない。

(介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準(平成十一年三月三十一日)(厚生省令第四十号))



- 在宅復帰、在宅療養支援のための地域拠点となる施設
- リハビリテーションを提供する機能維持・改善の役割を担う施設

特別養護老人ホームについて

【根拠法：介護保険法第8条第22項、第27項、老人福祉法第20条の5】

- 特別養護老人ホームは、要介護高齢者のための生活施設であり、入所者に対して、入浴、排泄、食事等の介護その他日常生活の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を提供する。
- 1963年(昭和38年)の老人福祉法制定時に創設され、その後、2000年(平成12年)に介護保険法が制定された際、「介護老人福祉施設」として介護保険制度に組み込まれた。
- 定員29名以下のものは、「地域密着型特別養護老人ホーム(地域密着型介護老人福祉施設)」と呼ばれる。
- 令和3年10月審査分で、施設数は10,791施設、サービス受給者数は63.9万人である(令和3年介護給付費等実態統計)。

☆認可・指定の流れと施設基準

《認可権者》

都道府県・政令指定都市・中核市

《指定権者》

- ・定員30名以上の特養の場合
都道府県・政令指定都市・中核市
- ・定員29名以下の特養の場合
市町村

①認可申請



②老人福祉法上の「特別養護老人ホーム」として認可

③指定申請(介護保険サービスの提供を行いたい場合)



④介護保険法上の「介護老人福祉施設」として指定

《設置者》

【自治体関係】

- 都道府県
- 市町村
- 地方独立行政法人

【自治体関係以外】

- 社会福祉法人
- 日本赤十字社
- 厚生連



《人員配置基準》

- ・医師：必要数(従うべき基準)
- ・介護・看護職員：3:1(従うべき基準)
- ・機能訓練指導員：1人以上(従うべき基準)
- ・介護支援専門員：1人以上(従うべき基準)
- 等

《設備基準》

- ・居室定員：原則1人(参酌すべき基準)
- ・居室面積：1人当たり10.65㎡(従うべき基準)
- ・廊下の幅：原則1.8m以上、中廊下の幅は原則2.7m以上(参酌すべき基準)
- ・要介護者が入浴しやすい浴室の設置(参酌すべき基準)
- ・消火設備その他の非常災害時に必要な設備の設置(参酌すべき基準)
- 等

※上記のような運営基準(基準省令)は条例に委任されており、各自治体はその内容を踏まえ、基準条例を定めている。

※基準省令は、条例制定に当たり、「従うべき基準」(必ず適合しなければならない基準)、「参酌すべき基準」(十分参照しなければならない基準)と、拘束力に差異がある。

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

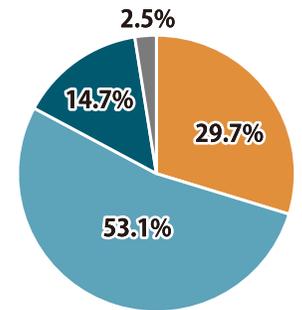
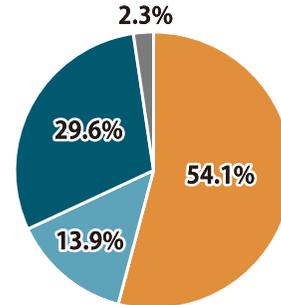
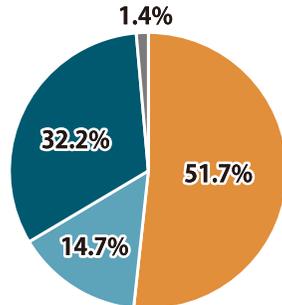
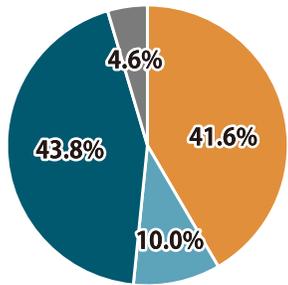
(あなたの病状)
病気で治る見込みがなく、
およそ1年以内に徐々にあるいは急に死
に至ると考えたとき。

(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。

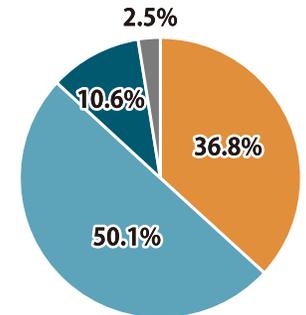
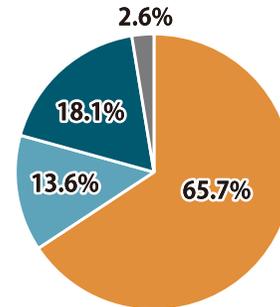
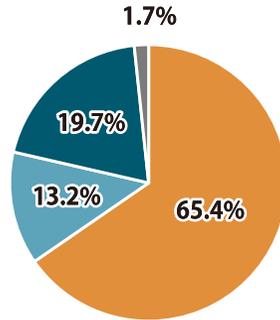
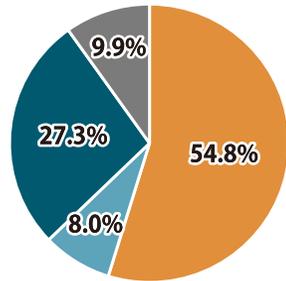
(あなたの病状)
慢性的な重い心臓病と診断され、
状態は悪化し、痛みはなく、呼吸が苦しいと
いった状態です。今は食事や着替え、
トイレなど身の回りのことに手助けが必要です。
意識や判断力は健康な時と同様に保たれています。

(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

医療・介護連携に関する介護報酬等(イメージ)

社会保障審議会
介護給付費分科会(第222回)

資料 2

令和5年8月30日

- 医療機関(入院)、高齢者施設等(入所系サービス)、自宅等の相互の連携に関する介護報酬等のイメージ。
(⇨は利用者・情報の流れ、各加算等の枠色は当該加算等の対象となる事業所等を指す。)

- 退院・退所加算(居宅介護支援事業所): 450単位~900単位/回
退所の際に医療機関等の職員と面談を行い、ケアプランを作成
- 退院時共同指導加算(訪問看護): 600単位/回
入所中に主治医等と連携して在宅生活に必要な指導を行った場合

- 退所時情報提供加算(老健・介護医療院): 500単位/回
退所後の主治医等に対し診療状況を示す文書を提供
- かかりつけ医連携薬剤調整加算(老健): 100単位~440単位/回
入所中の処方内容について主治医へ情報提供。減薬の実施。



自宅等

- 初期加算(特養・老健・介護医療院・認知症GH): 30単位/日
入所生活に慣れるための支援に係る費用
- 総合医学管理加算(短期入所療養介護(老健)): 275単位/日
治療管理を目的として、利用者を緊急的に受け入れた場合



高齢者施設等

- 退院・退所加算(居宅介護支援事業所): 450単位~900単位/回
退院の際に医療機関等の職員と面談を行い、ケアプランを作成
- 退院時共同指導加算(訪問看護): 600単位/回
入院中に主治医等と連携して在宅生活に必要な指導を行った場合

- 初期加算(特養・老健・介護医療院・認知症GH): 30単位/日
入所生活に慣れるための支援に係る費用
- 退院・退所時連携加算(特定施設): 30単位/日
病院等を退院した者を受け入れる場合の連携等を評価



医療機関

- 診療情報の提供
 - ・運営基準(老健・介護医療院)
 - ・(診療報酬)診療情報提供料(特養・特定・認知症GH):
配置医や主治医が診療情報を提供した場合

- 入院時情報連携加算(居宅介護支援事業所): 100~200単位/回
入院時に利用者に係る必要な情報を医療機関に提供した場合
- 通院時情報連携加算(居宅介護支援事業所): 50単位/月
利用者の通院時に医師の診察にケアマネジャーが同席した場合

< 平時の連携 >

- 居宅療養管理指導(医療機関): 259~514単位/回(医師の場合)
医師・歯科医師・薬剤師・管理栄養士・歯科衛生士による療養上の管理および指導

- 協力医療機関の定め(高齢者施設): 運営基準
- 医療機関連携加算(特定施設): 80単位/月
利用者の健康状況を協力医療機関又は主治医に月1回以上情報提供
- 医療連携体制加算(認知症GH): 39~59単位/日
医療機関との連携等により看護体制を確保

※ここでの高齢者施設等は、介護保険における入所系サービス(介護保険施設・特定施設・認知症GH)を指す

高齢者施設等における協力医療機関等に関する運営基準（抜粋）

意見交換 資料-1 参考
R 5 . 4 . 1 9

○ 介護医療院

第三十四条 介護医療院は、入所者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、協力病院を定めておかなければならない。

2 介護医療院は、あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めなければならない。

出典：介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成30年厚生省令第5号）

○ 老健

第三十条 介護老人保健施設は、入所者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、協力病院を定めておかなければならない。

2 介護老人保健施設は、あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めなければならない。

出典：介護老人保健施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第40号）

○ 特養

第二十八条 指定介護老人福祉施設は、入院治療を必要とする入所者のために、あらかじめ、協力病院を定めておかなければならない。

2 指定介護老人福祉施設は、あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めなければならない。

出典：指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第39号）

○ 特定施設

第九十一条 指定特定施設入居者生活介護事業者は、利用者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、協力医療機関を定めておかなければならない。

2 指定特定施設入居者生活介護事業者は、あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めなければならない。

出典：指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）

○ 認知症グループホーム

第百〇五条 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、利用者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、協力医療機関を定めておかなければならない。

2 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めなければならない。

3 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、サービスの提供体制の確保、夜間における緊急時の対応等のため、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、病院等との間の連携及び支援の体制を整えなければならない。

出典：指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生省令第34号）

○ 障害者施設

第四十六条 指定障害者支援施設等は、利用者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、協力医療機関を定めておかなければならない。

2 指定障害者支援施設等は、あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めなければならない。

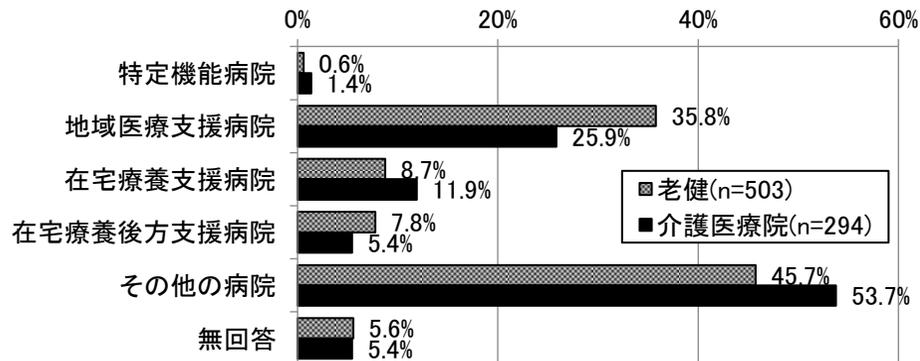
出典：障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害者支援施設等の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第172号）

(2) 介護老人保健施設及び介護医療院におけるサービスの提供実態等に関する調査研究事業

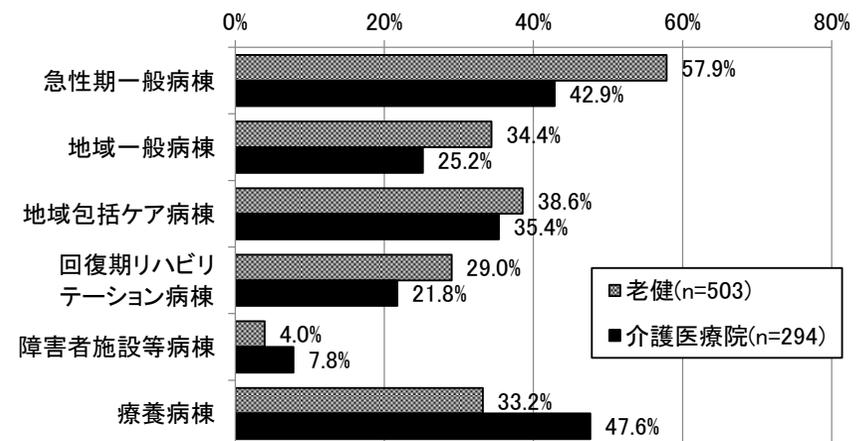
【協力病院 老健票・介護医療院票（問9）】

- 主たる協力病院の種別は、老健は「その他の病院」が45.7%、「地域医療支援病院」が35.8%、介護医療院は「その他の病院」が53.7%、「地域医療支援病院」が25.9%であった。
- 主たる協力病院が有する病床（病棟）の種類は、老健は「急性期一般病棟」が57.9%、介護医療院は「療養病棟」が47.6%であった。

図表9 主たる協力病院の種別（複数回答）



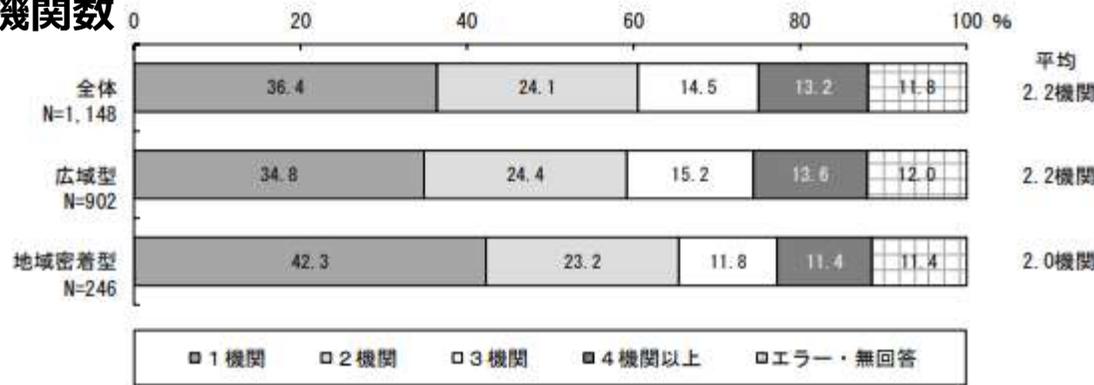
図表10 主たる協力病院が有する病床（病棟）の種類（複数回答）



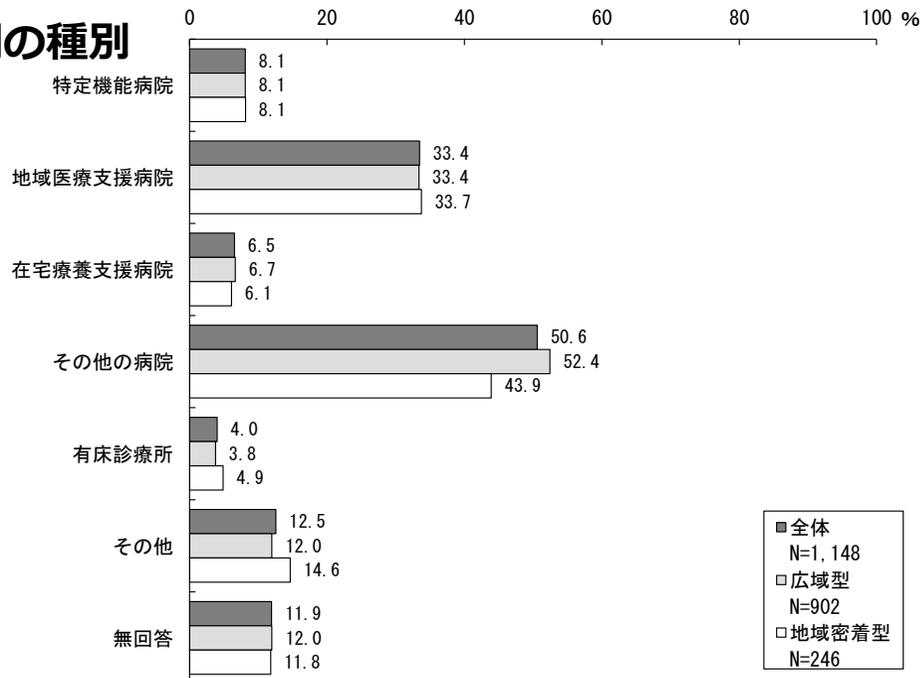
特別養護老人ホームにおける協力医療機関数及び種別

○協力医療機関数は、「1機関」が36.4%で最も多く、次いで「2機関」が24.1%と続いている。
○協力医療機関の種別は、「その他の病院」が50.6%で最も多く、次いで「地域医療支援病院」が33.4%と続いている。

○ 協力医療機関数



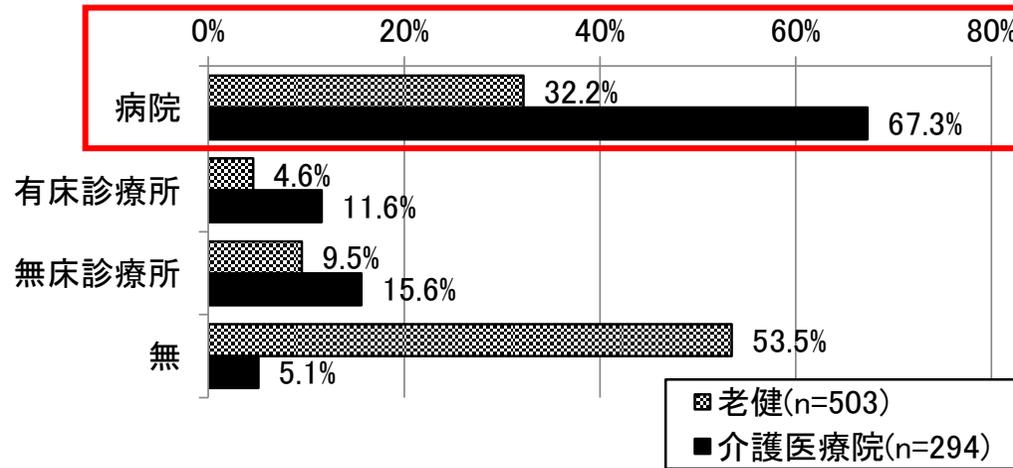
○ 協力医療機関の種別



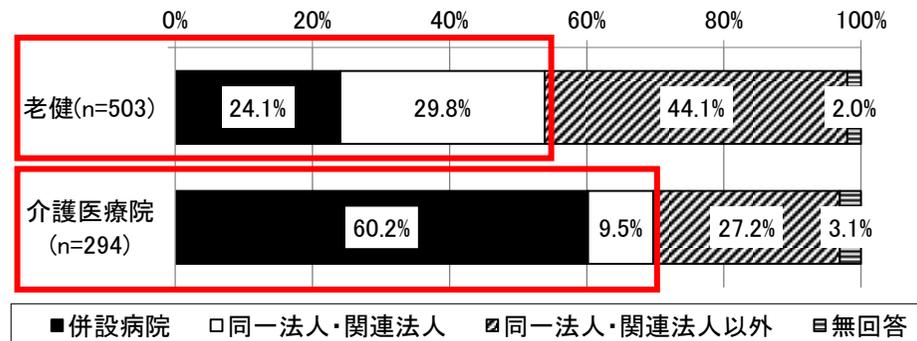
介護老人保健施設・介護医療院における併設医療機関等の状況

- 併設病院を有する割合は介護老人保健施設(老健)において32.2%、介護医療院において67.3%である。
- 主たる協力病院が併設病院や同一法人・関連法人である割合は老健において53.9%、介護医療院において69.7%である。

図表6 併設医療機関 (複数回答)



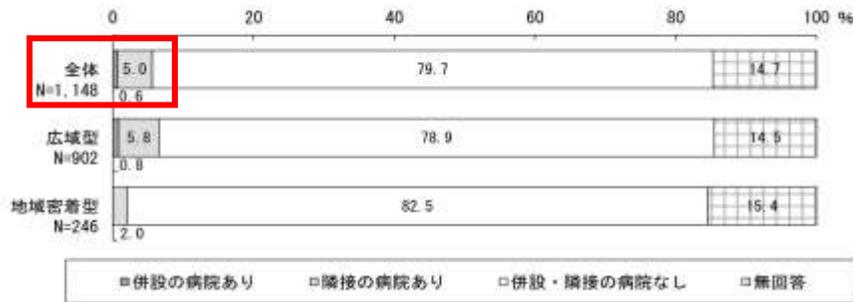
図表8 主たる協力病院 (※1か所、以下同じ) と施設との関係



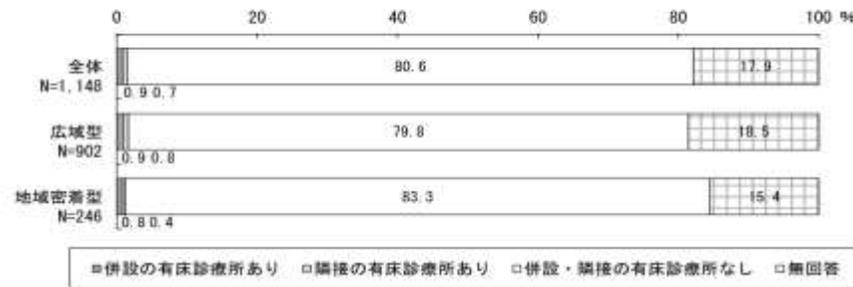
特別養護老人ホームにおける併設医療機関等の状況

- 特別養護老人ホーム(特養)において病院が併設・隣接されている割合は全体の5.6%である。
- 特養における併設・隣接されている病院のうち、関連法人の医療機関は73.4%である。

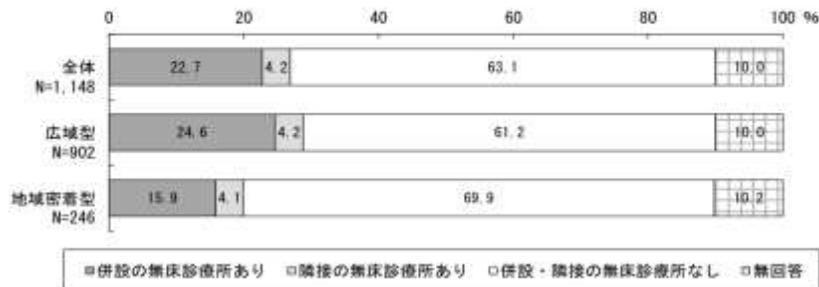
図表 病院の併設・隣接状況



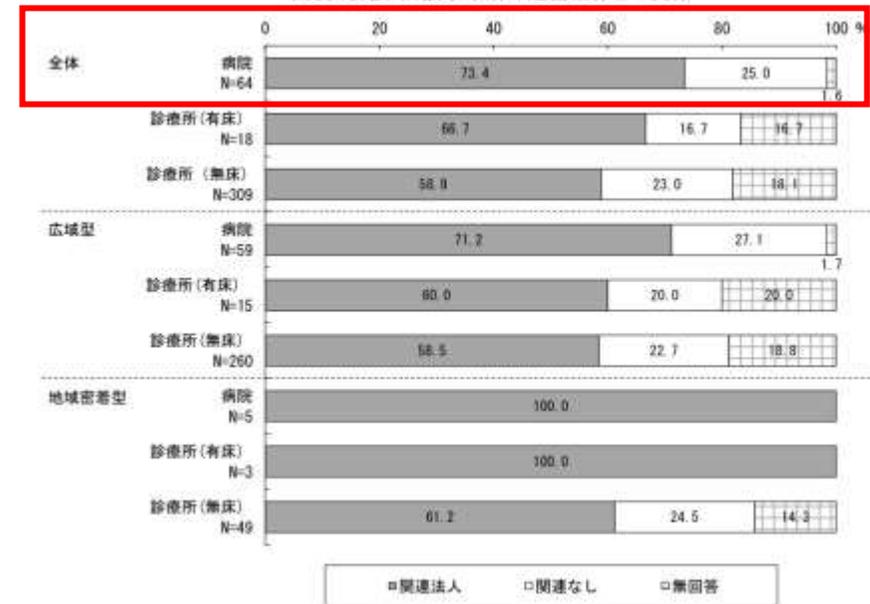
図表 有床診療所の併設・隣接状況



図表 無床診療所の併設・隣接状況



図表 併設・隣接事業所の運営主体との関係

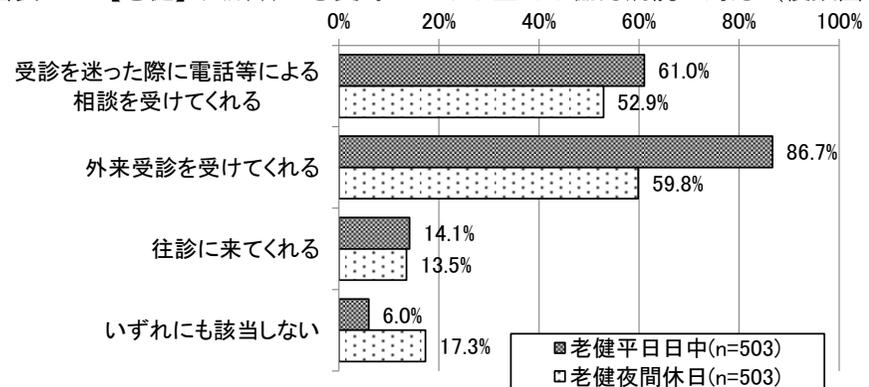


(2) 介護老人保健施設及び介護医療院におけるサービスの提供実態等に関する調査研究事業

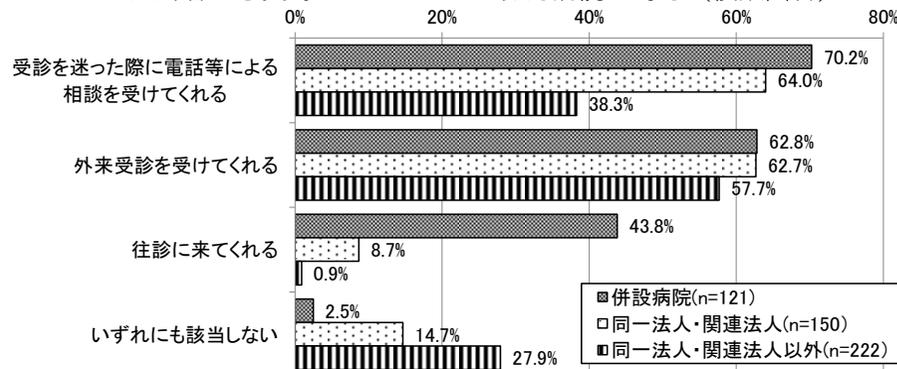
【協力病院 老健票・介護医療院票（問9）】

- 入所者の急変時における主たる協力病院の対応について、老健の平日日中では「外来受診を受けてくれる」が86.7%、夜間休日では59.8%であった。協力病院が併設病院の場合は、夜間休日に「受診を迷った際に電話等による相談を受けてくれる」が70.2%であった。
- 介護医療院では平日日中は、「外来受診を受けてくれる」が57.8%、夜間休日では「受診を迷った際に電話等による相談を受けてくれる」が48.3%であった。協力病院が併設病院の場合は、夜間休日に「往診に来てくれる」が62.1%であった。

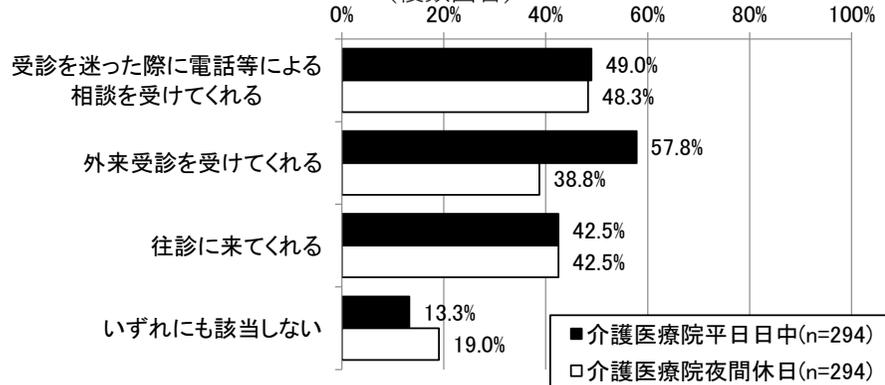
図表11 【老健】入所者の急変時における主たる協力病院の対応（複数回答）



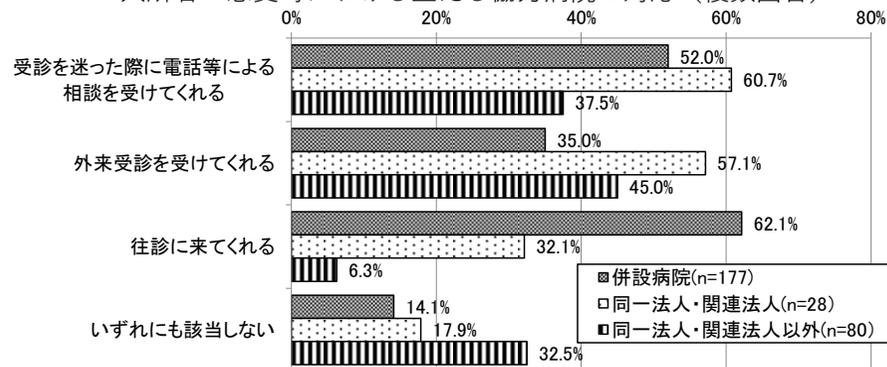
図表12 【老健・夜間休日】主たる協力病院との関係別入所者の急変時における主たる協力病院の対応（複数回答）



図表13 【介護医療院】入所者の急変時における主たる協力病院の対応（複数回答）



図表14 【介護医療院・夜間休日】主たる協力病院との関係別入所者の急変時における主たる協力病院の対応（複数回答）

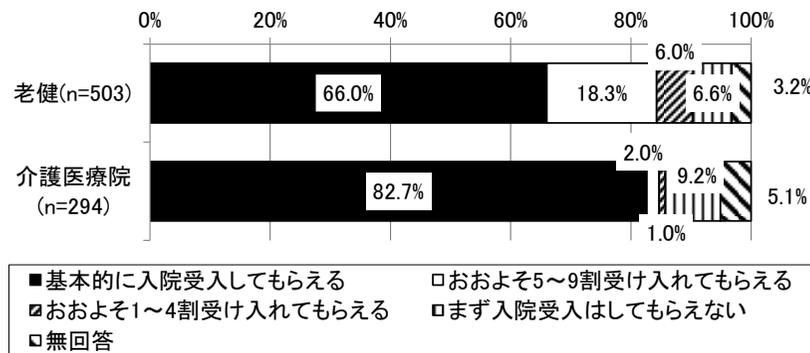


(2) 介護老人保健施設及び介護医療院におけるサービスの提供実態等に関する調査研究事業

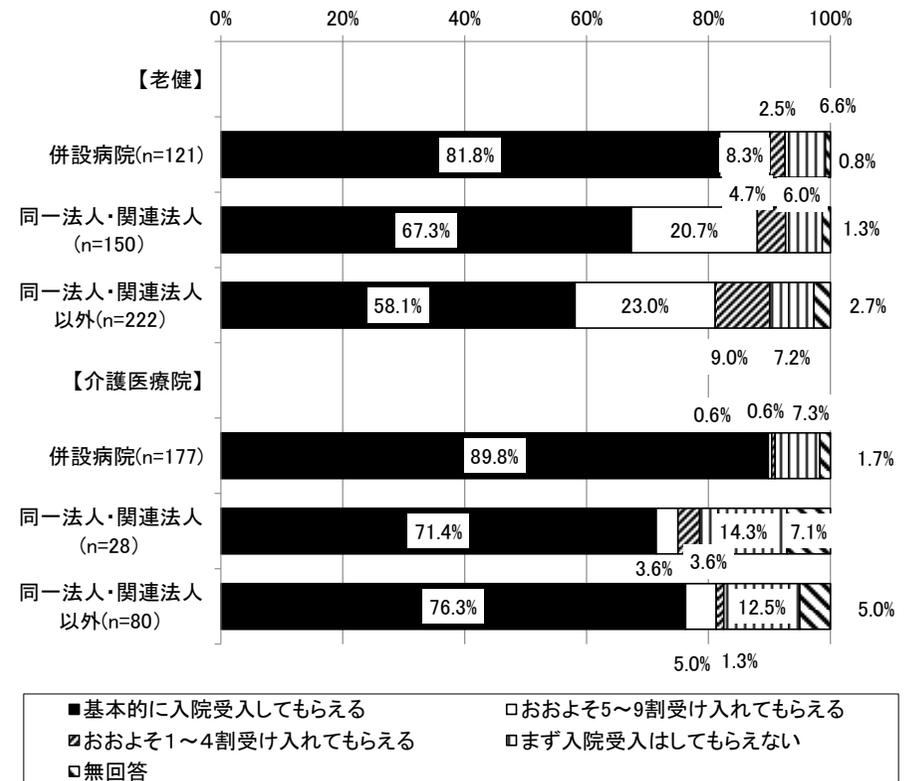
【協力病院 老健票・介護医療院票（問9）】

- 入所者の急変時における主たる協力病院の入院受入は、老健は「基本的に入院受入してもらえる」が66.0%、介護医療院は82.7%であった。主たる協力病院との関係別にみると、「基本的に入院受入してもらえる」が老健では併設病院の場合に81.8%、介護医療院では併設病院の場合に89.8%であった。
- 受入をしてもらえない理由は、老健では「病床が空いていないことが多いため」が49.1%、介護医療院では「病床が空いていないことが多いため」「救急患者は基本的に受け入れないため」がそれぞれ22.2%であった。

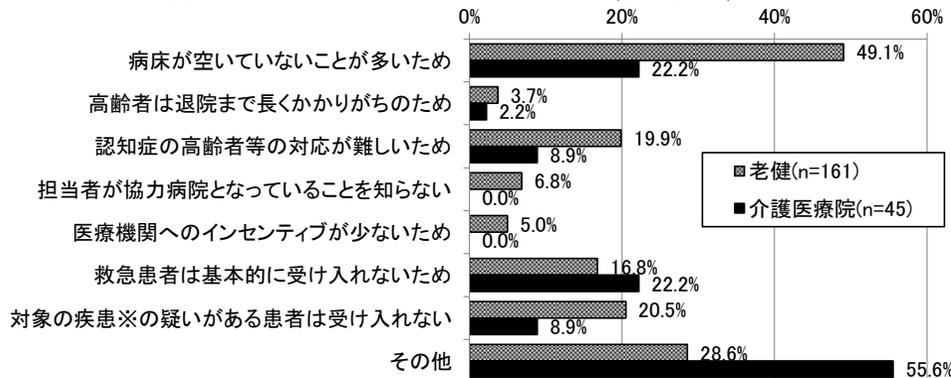
図表15 入所者の急変時における主たる協力病院の入院受入



図表16 【老健】主たる協力病院との関係別入所者の急変時における主たる協力病院の入院受入



図表17 受入をしてもらえない理由（複数回答）



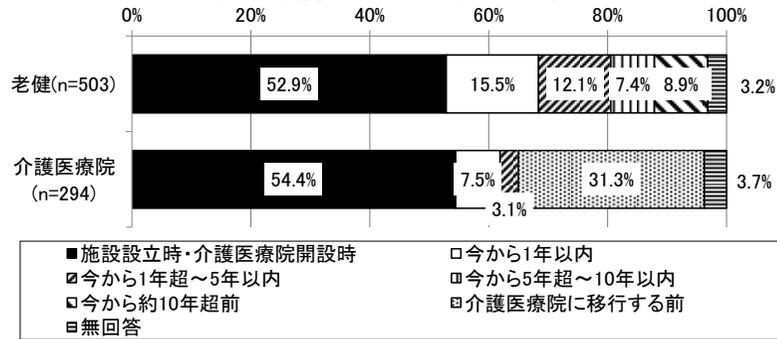
※対象の疾患：心筋梗塞、心不全、脳血管障害、骨折

(2) 介護老人保健施設及び介護医療院におけるサービスの提供実態等に関する調査研究事業

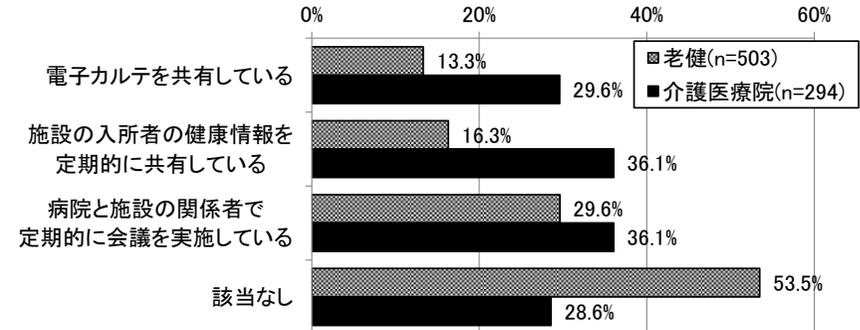
【協力病院 老健票・介護医療院票（問9）】

- 入所者の入院や休日夜間等における対応等を主たる協力病院と直近で確認した時期は、老健では「施設設立時」が52.9%、介護医療院では「介護医療院開設時」が54.4%であった。
- 主たる協力病院との連携の状況は、老健は「該当なし」が53.5%、介護医療院は「施設の入所者の健康情報を定期的に共有している」「病院と施設の関係者で定期的に会議を実施している」がそれぞれ36.1%であった。老健では、主たる協力病院が併設病院の場合、「病院と施設の関係者で定期的に会議を実施している」が47.9%、同一法人・関連法人以外の場合「該当なし」が85.6%であった。介護医療院では、主たる協力病院が併設病院の場合、「施設の入所者の健康情報を定期的に共有している」が52.5%、同一法人・関連法人以外の場合「該当なし」が77.5%であった。

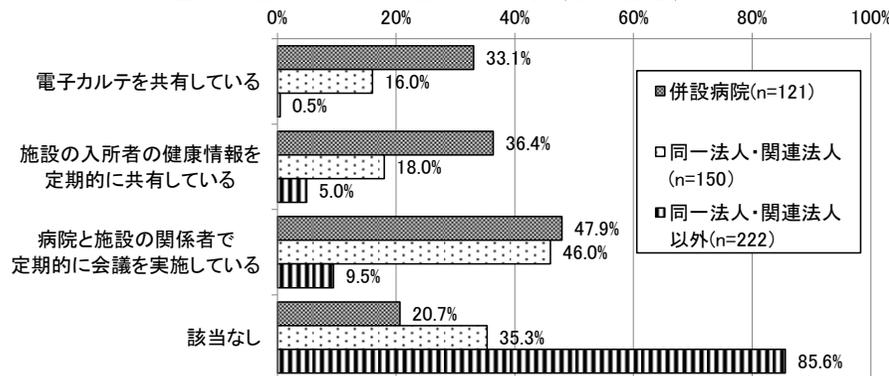
図表18 入所者の入院や休日夜間等における対応等を主たる協力病院と直近で確認した時期



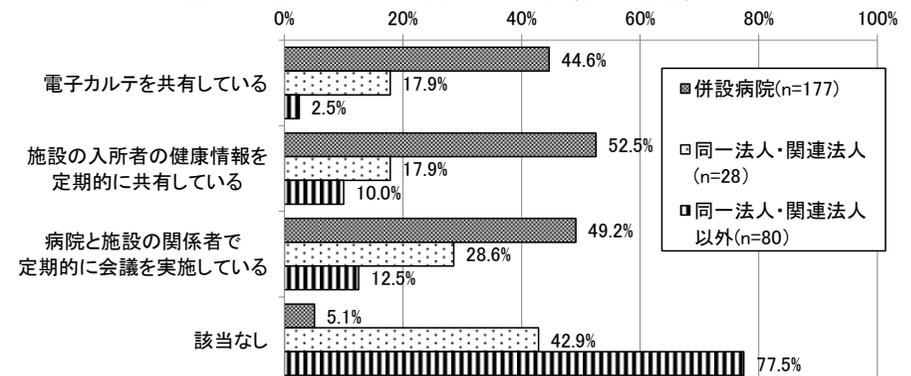
図表19 主たる協力病院との連携の状況（複数回答）



図表20 【老健】主たる協力病院との関係別
主たる協力病院との連携の状況（複数回答）



図表21 【介護医療院】主たる協力病院との関係別
主たる協力病院との連携の状況（複数回答）



介護保険施設における入所者・退所者の状況

【入所前の居場所、退所後の居場所(介護老人保健施設票問17、介護医療院票問17)】

- 老健では、入所前の居場所として「本人の家(賃貸、家族の家を含む)」が35.4%、「一般病床」が34.7%、「回復期リハビリテーション病棟」が6.9%、地域包括ケア病棟(病床)が3.3%、退所後の居場所として「一般病床」が31.3%、「本人の家(賃貸、家族の家を含む)」が28.6%であった。
- 介護医療院では、入所前の居場所として「一般病床」が34.6%、「地域包括ケア病棟(病床)」が23.0%、退所後の居場所として「一般病床」が17.8%、死亡退所が54.8%であった。

図表13 入所前の居場所、退所後の居場所(老健、介護医療院) 注) 令和4年6月～8月までの新規入所者及び退所者数を集計



介護保険施設における入所者・退所者の状況

【入所前の居場所、退所後の居場所(介護老人福祉施設票問14、介護療養型医療施設票問17)】

- 特養では、入所前の居場所として、「本人の家(賃貸、家族の家を含む)」が35.0%、「介護老人保健施設」が17.8%、「一般病床」が13.7%、退所後の居場所として「一般病床」が12.2%、死亡退所が72.7%であった。
- 介護療養型医療施設では、入所前の居場所として、死亡退所が51.7%、「本人の家(賃貸、家族の家を含む)」が8.7%、退所後の居場所として「一般病床」が15.6%、死亡退所が49.0%であった。

図表14 入所前の居場所、退所後の居場所(特養、介護療養型医療施設) 注) 令和4年6月～8月までの新規入所者及び退所者数を集計



施設内で提供可能な医療

【施設内で提供可能な医療の割合(介護老人保健施設票問38、介護医療院票問21、介護老人福祉施設票問23、医療療養病床票問15)】

- 「経鼻経管栄養」について、老健では41.7%、介護医療院では93.7%、特養では28.7%であった。
- 「24時間持続点滴」について、老健では39.9%、介護医療院では82.4%、特養では5.7%であった。
- 「喀痰吸引(1日8回以上)」について、老健では50.3%、介護医療院では83.7%、特養では24.1%であった。
- 「酸素療養(酸素吸入)」について、老健では66.1%、介護医療院では90.5%、特養では53.9%であった。
- 「インスリン注射」について、老健では86.8%、介護医療院では91.9%、特養では69.1%であった。

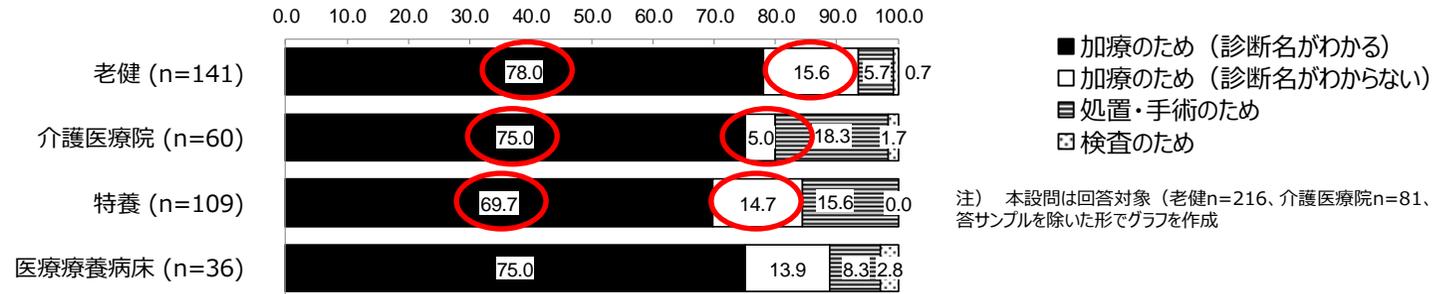
図表23 施設内で提供可能な医療の割合(複数回答可)

	単位 (%)					単位 (%)			
	老健 (n=348)	介護医療院 (n=221)	特養 (n=460)	医療療養病床 (n=247)		老健 (n=348)	介護医療院 (n=221)	特養 (n=460)	医療療養病床 (n=247)
胃ろう・腸ろうによる栄養管理	93.4	97.3	90.4	93.5	抗菌薬	61.5	82.4	27.8	85.8
経鼻経管栄養	41.7	93.7	28.7	94.3	昇圧薬	24.7	57.9	7.2	73.7
中心静脈栄養	7.8	48.0	2.2	81.4	皮内、皮下及び筋肉注射 (インスリン注射を除く)	62.6	84.6	39.3	92.7
24時間持続点滴	39.9	82.4	5.7	91.5	簡易血糖測定	88.2	92.8	62.4	94.3
カテーテル (尿道カテーテル・コンドームカテーテル) の管理	91.7	92.3	81.1	95.1	インスリン注射	86.8	91.9	69.1	95.5
ストーマ (人工肛門・人工膀胱) の管理	84.8	84.6	70.2	87.9	疼痛管理 (麻薬なし)	68.1	69.2	42.4	83.8
喀痰吸引 (1日8回未満)	87.6	95.9	73.5	93.9	疼痛管理 (麻薬使用)	19.5	46.2	15.7	76.5
喀痰吸引 (1日8回以上)	50.3	83.7	24.1	91.5	内服薬・座薬・貼付薬	73.3	69.7	55.7	85.4
ネブライザー	45.7	72.4	22.8	88.7	点滴薬	50.6	53.4	25.2	74.9
酸素療法 (酸素吸入)	66.1	90.5	53.9	92.7	創傷処置	87.1	92.8	78.5	95.1
鼻カヌー	63.8	87.3	52.0	88.3	褥瘡処置	93.4	93.7	87.0	97.2
マスク	58.3	82.4	37.6	87.4	浣腸	88.8	90.5	81.5	95.5
リザーバー付きマスク	17.2	46.6	8.7	63.6	排便	92.8	95.0	86.7	93.9
気管切開のケア	23.3	50.2	2.6	79.8	導尿	81.3	88.2	55.9	93.5
人工呼吸器の管理	3.2	13.6	0.4	49.8	膀胱洗浄	58.0	81.9	38.3	86.6
挿管	1.7	13.1	0.2	44.9	持続モニター (血圧、心拍、酸素飽和度等)	31.6	83.3	7.6	91.9
マスク式 (NPPV 等)	7.2	14.9	1.1	47.8	リハビリテーション	80.5	89.6	30.0	85.0
静脈内注射 (点滴含む)	60.6	81.9	32.0	87.9	透析	8.9	7.7	9.8	25.1
電解質輸液	63.2	86.4	34.6	87.4	その他	1.4	5.4	0.2	11.3

【退所・退院先が病院・診療所の場合の退所・退院理由(退所者・退院患者票問8)】

- 退所・退院理由については、「加療のため(診断名がわかる)」が老健では78.0%、介護医療院では75.0%、特養では69.7%、「加療のため(診断名がわからない)」は老健では15.6%、介護医療院では5.0%、特養では14.7%であった。
- 退所・退院理由が「加療のため(診断名がわかる場合)」と回答した場合、その診断名は、「肺炎」が老健では26.4%、介護医療院では17.8%、特養では31.6%であった。

図表28 退所・退院先が病院・診療所の場合、退所・退院理由(複数回答可) (%)



注) 本設問は回答対象(老健n=216、介護医療院n=81、特養n=152)であるが、無回答サンプルを除いた形でグラフを作成

図表29 加療のため(診断名がわかる場合)(複数回答可)

	単位 (%)			
	老健 (n=110)	介護医療院 (n=45)	特養 (n=76)	医療療養病床 (n=27)
肺炎	26.4	17.8	31.6	18.5
尿路感染症	4.5	6.7	5.3	7.4
骨折	10.9	8.9	1.3	7.4
脳血管疾患	6.4	11.1	5.3	7.4
心疾患	13.6	13.3	13.2	11.1
認知症による精神症状の増悪	2.7	2.2	5.3	7.4
脱水症	5.5	4.4	6.6	3.7
新型コロナ	9.1	2.2	6.6	14.8
その他	36.4	42.2	40.8	33.3

図表30 加療のため(診断名がわからない場合)(複数回答可)

	単位 (%)			
	老健 (n=22)	介護医療院 (n=3)	特養 (n=16)	医療療養病床 (n=5)
発熱	50.0	100.0	31.3	40.0
呼吸困難	27.3	0.0	12.5	20.0
胸痛	0.0	0.0	0.0	0.0
腹痛	4.5	0.0	0.0	0.0
意識障害	22.7	0.0	25.0	20.0
血圧低下	9.1	0.0	6.3	0.0
その他	36.4	0.0	62.5	40.0

- 入院による安静臥床を原因とする歩行障害、下肢・体幹の筋力低下などの機能障害(特に運動障害)は、入院関連機能障害と呼称され、全入院患者の30-40%に発生すると報告されている¹。
- 入院関連機能障害のリスクとしては以下が報告されている。

入院関連機能障害のリスク因子²⁻⁵

- 高齢であること(特に85歳以上)
- 入院前のADL低下
- 認知機能低下
- 歩行機能障害
- 栄養状態不良(低アルブミン血症)
- 悪性腫瘍の既往
- 脳卒中の既往 等

1. Ettinger WH. Can hospitalization-associated disability be prevented? JAMA. 2011;306:1800-1.
2. Sager MA, Franke T, Inouye SK, Landefeld CS, Morgan TM, Rudberg MA, et al. Functional outcomes of acute medical illness and hospitalization in older persons. Arch Intern Med. 1996;156:645-52.
3. Mehta KM, Pierluissi E, Boscardin WJ, Kirby KA, Walter LC, Chren M-M, et al. A clinical index to stratify hospitalized older adults according to risk for new-onset disability. J Am Geriatr Soc. 2011;59:1206-16.
4. Mahoney JE, Sager MA, Jalaluddin M. Use of an ambulation assistive device predicts functional decline associated with hospitalization. J Gerontol Med Sci. 1999;54A:M83-8.
5. Lindenberger EC, Landefeld CS, Sands LP, Counsell SR, Fortinsky RH, Palmer RM, et al. Ungaitedness reported by older hospitalized patients predicts functional decline. J Am Geriatr Soc. 2003;51:621-6.

- DPCデータによると、令和3年度における介護施設・福祉施設からの入院患者は年間66万例ある。
- このうち、急性期一般入院基本料を算定する病棟へ入院する患者が75%を占める。

介護施設・福祉施設からの令和3年4月から令和4年3月までの入院症例

入院料	症例数	各入院料に占める割合	平均年齢	救急車による搬送割合	救急入院割合	死亡割合	24時間死亡割合	平均在院日数
全入院料（入院料問わず）	661,008	100%	85.5	35.2%	52.2%	15.4%	3.1%	20.7
急性期一般入院基本料料1～7	492,744	75%	85.8	36.3%	56.4%	13.1%	2.6%	18.8
急性期一般入院基本料1（再掲）	291,957	44%	85.3	45.2%	65.1%	12.2%	2.9%	18.1
急性期一般入院基本料2～7（再掲）	200,787	30%	86.5	23.4%	43.8%	14.3%	2.3%	19.9
特定機能病院入院基本料（一般病棟）	7,332	1%	78.9	0.4	0.4	0.1	0.0	15.4
地域一般入院料1～3	27,840	4%	86.4	12.8%	24.5%	18.1%	1.5%	23.0
地域包括ケア病棟入院料1～4	48,313	7%	86.8	10.0%	12.2%	19.4%	1.0%	29.6
療養病棟入院基本料	12,052	2%	87.3	2.6%	7.9%	41.7%	2.2%	42.3

特定機能病院入院基本料（一般病棟）は7:1および10:1それぞれを含む。
地域包括ケア病棟入院料は同入院料1～4及び医療管理料1～4を含む。
療養病棟入院基本料は同入院料1～2及び特別入院基本料を含む。

介護施設・福祉施設からの入院患者

意見交換 資料－5参考－1
R 5 . 3 . 1 5

- 介護施設・福祉施設からの入院患者のうち、急性期一般入院料1～7を算定する病棟へ入院する患者の医療資源を最も投入した傷病名の上位50位は以下の通り。
- 誤嚥性肺炎が約14%、尿路感染症とうっ血性心不全がそれぞれ約5%を占める。

NO	ICD10	傷病名	件数	割合 (%)
		全入院	492,744	100%
1	J690	食物及び吐物による肺臓炎	70,192	14.2%
2	N390	尿路感染症, 部位不明	25,010	5.1%
3	I500	うっ血性心不全	22,448	4.6%
4	J189	肺炎, 詳細不明	22,363	4.5%
5	S7210	転子貫通骨折 閉鎖性	19,054	3.9%
6	S7200	大腿骨頸部骨折 閉鎖性	17,052	3.5%
7	N10	急性尿管間質性腎炎	13,606	2.8%
8	U071	2019年新型コロナウイルス急性呼吸器疾患	12,850	2.6%
9	E86	体液量減少 (症)	10,588	2.1%
10	J159	細菌性肺炎, 詳細不明	7,490	1.5%
11	I509	心不全, 詳細不明	7,162	1.5%
12	K803	胆管炎を伴う胆管結石	5,602	1.1%
13	I633	脳動脈の血栓症による脳梗塞	5,420	1.1%
14	L031	(四) 肢のその他の部位の蜂巣炎 <蜂窩織炎>	4,553	0.9%
15	J180	気管支肺炎, 詳細不明	4,100	0.8%
16	K830	胆管炎	4,043	0.8%
17	A419	敗血症, 詳細不明	4,034	0.8%
18	I634	脳動脈の塞栓症による脳梗塞	3,845	0.8%
19	G408	その他のてんかん	3,814	0.8%
20	K810	急性胆のう <嚢> 炎	3,625	0.7%
21	S3200	腰椎骨折 閉鎖性	2,972	0.6%
22	I693	脳梗塞の続発・後遺症	2,854	0.6%
23	N185	慢性腎臓病, ステージ 5	2,839	0.6%
24	K805	胆管炎及び胆のう <嚢> 炎を伴わない胆管結石	2,784	0.6%
25	I638	その他の脳梗塞	2,758	0.6%

NO	ICD10	傷病名	件数	割合 (%)
26	I469	心停止, 詳細不明	2,706	0.5%
27	I639	脳梗塞, 詳細不明	2,599	0.5%
28	S0650	外傷性硬膜下出血 頭蓋内に達する開放創を伴わないもの	2,486	0.5%
29	K573	穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	2,447	0.5%
30	K562	軸捻 (転)	2,379	0.5%
31	K922	胃腸出血, 詳細不明	2,157	0.4%
32	K565	閉塞を伴う腸癒着 [索条物]	2,150	0.4%
33	N12	尿管間質性腎炎, 急性又は慢性と明示されないもの	2,129	0.4%
34	I610	(大脳) 半球の脳内出血, 皮質下	2,078	0.4%
35	J90	胸水, 他に分類されないもの	1,890	0.4%
36	G20	パーキンソン < Parkinson > 病	1,844	0.4%
37	A099	詳細不明の原因による胃腸炎及び大腸炎	1,752	0.4%
38	K567	イレウス, 詳細不明	1,720	0.3%
39	K550	腸の急性血行障害	1,684	0.3%
40	E871	低浸透圧及び低ナトリウム血症	1,667	0.3%
41	A415	その他のグラム陰性菌による敗血症	1,571	0.3%
42	K800	急性胆のう <嚢> 炎を伴う胆のう <嚢> 結石	1,470	0.3%
43	M6259	筋の消耗及び萎縮, 他に分類されないもの 部位不明	1,458	0.3%
44	D65	播種性血管内凝固症候群 [脱線維素症候群]	1,415	0.3%
45	A499	細菌感染症, 詳細不明	1,398	0.3%
46	D649	貧血, 詳細不明	1,380	0.3%
47	N201	尿管結石	1,364	0.3%
48	N209	尿路結石, 詳細不明	1,340	0.3%
49	N178	その他の急性腎不全	1,339	0.3%
50	S2200	胸椎骨折 閉鎖性	1,293	0.3%

○ 一般病院への入院が、在宅要介護高齢者の要介護度を悪化させる要因となることが報告されている。

在宅要介護高齢者の要介護度悪化に関連する要因の分析結果(要介護1)

一自治体の2014年6月から2020年3月までの医科(国民健康保険、後期高齢者医療制度)及び介護レセプトから2014年6月に要介護認定を受けて、要支援1以上と判定された65歳以上の高齢者を抽出した。このうち、2014年6月に入院・入所していない在宅の高齢者を分析対象として、以後月単位で医療・介護サービスの利用状況及び主たる傷病の有病の状況を医科及び介護レセプトから把握し、月単位のパネルデータを作成し、要介護度の悪化に関連する要因を分析。

年齢と一般病院への入院が要介護度悪化の重要な要因

要介護度悪化に関連する要因のパネルデータ分析の結果(要介護1: 8,564名)

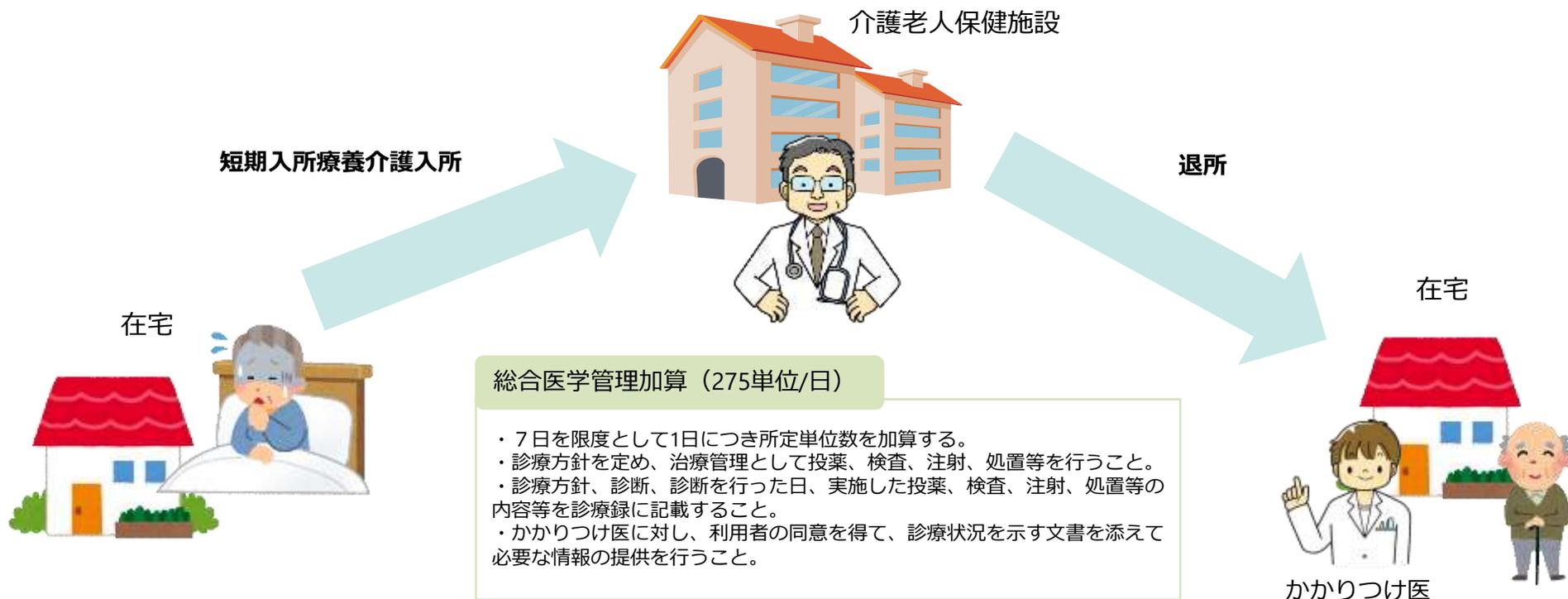
説明変数	オッズ比 (OR)	ORの95%信頼区間		p値
		下限	上限	
年齢階級 75-84歳(対照:65-74歳)	7.94	5.48	11.51	<0.001
年齢階級 85歳以上(対照:65-74歳)	76.50	50.61	115.63	<0.001
糖尿病	0.90	0.83	0.97	0.008
高血圧	0.84	0.76	0.91	<0.001
気分障害	1.02	0.89	1.17	0.767
皮膚疾患	1.29	1.20	1.38	<0.001
関節障害	0.81	0.73	0.89	<0.001
骨折	1.77	1.61	1.94	<0.001
腎不全	1.45	1.26	1.67	<0.001
心不全	1.24	1.13	1.35	<0.001
肺炎	1.50	1.35	1.67	<0.001
悪性腫瘍	0.97	0.89	1.06	0.489
認知症	1.82	1.65	2.00	<0.001
脳血管障害	1.04	0.95	1.14	0.407
尿路感染症	1.21	1.07	1.36	0.002
貧血	1.36	1.24	1.49	<0.001
一般病院入院(※)	2.72	2.48	2.99	<0.001
外来受診	0.81	0.74	0.90	<0.001

(※)看護配置基準10:1以上で、地域包括ケア病棟入院料・管理料を算定していない病棟への入院

介護老人保健施設における医療ニーズのある利用者の受け入れを促進するため、令和3年度介護報酬改定において、総合医学管理加算(短期入所療養介護)を新設。

概要

- 介護老人保健施設が提供する短期入所療養介護について、医療ニーズのある利用者の受入の促進や介護老人保健施設における在宅療養支援機能の推進を図るため、医師が診療計画に基づき必要な診療、検査等を行い、退所時にかかりつけ医に情報提供を行う総合的な医学的管理を評価する加算。



同時報酬改定に向けた意見交換会における主な御意見

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

(1) 急性期疾患に対応する医療機関等

- 要介護の高齢者に対する急性期医療は、介護保険施設の配置医や地域包括ケア病棟が中心的に担い、急性期一般病棟は急性期医療に重点化することで、限られた医療資源を有効活用すべきである。
- 地域包括ケア病棟はまさに在宅支援の病棟であり、高齢者の亜急性期をしっかり受けられるため、このような役割を推進すべき。
- 医療機関と介護保険施設の平時からの連携が重要であり、医療機関としては地域包括ケア病棟等を有する中小病院がその主体となるべきである。

(2) 高齢者の心身の特性に応じた対応

- 急性期病院における高齢者の生活機能の低下を予防することは重要。病状を踏まえ、各医療専門職種が共通認識を持ったうえでチーム医療による離床の取組を推進すべき。
- 労働人口が減る中で専門職の配置については、全体のバランスはよく見ていくべき。急性期病棟に介護福祉士を配置するようなことは、現実的でないし、医療と介護の役割分担の観点からも、望ましい姿とは言えない。
- 診療報酬の早期離床・リハ加算としてICUでの取組みが進められていることもあり、急性期病院にリハ職を配置することでより良いアウトカムが出るのではないか。

(3) 入退院支援

- 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。

(4) 医療・介護の人材確保

- 急性期病院では介護やリハビリの人材確保は困難。多職種でお互いの機能を担い、タスクシフト・タスクシェアのもとで連携することが重要。

同時報酬改定に向けた意見交換会における主な御意見

テーマ4：高齢者施設・障害者施設等における医療

(1) 高齢者施設・障害者施設等の医療提供機能

- 医療も介護も人材が不足し、保険財政もこれまで以上に厳しい状況になる。まずは自施設の職員による対応力の向上を図った上で、自施設で対応可能な範囲を超えた場合に外部の医療機関と連携して対応にあたるべき。
- 特養の配置医師について、必ずしも常勤の配置が求められているわけではなく、緊急時の対応が困難な例も報告されている。協力医療機関との関係性を含め、要介護者に適した緊急時の対応、入院・医療についてのルール化、医療・介護の連携の制度化を進めていくべき。

(2) 医療機関と高齢者施設等との連携

- 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るべき。
- 急変時の速やかな相談・往診体制や入院受入れとともに、重症化しないための予防的な関わりや日常的なケアの質向上の観点から、専門性の高い看護師による高齢者施設への訪問看護を地域連携の中で推進していくことも必要ではないか。
- 高齢者施設から医療機関へ受診・入院する際に混乱が見られる。とにかく救急車で運んで急性期の病院に行こうという行動が一部見られるが、これは医療資源の使い方及び本人・家族にとってよくないことだろう。医師あるいは特定行為の看護師の助言・判断を、高齢者施設の職員がリアルタイムで簡単に受けられるような仕組みがあると良いのではないか。

(3) 高齢者施設等における薬剤管理

- 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。

(4) 感染症対策

- 平時から実効性のあるマニュアルの整備、職員に対する教育研修等が重要。組織の垣根を越えて、高齢者施設・障害者施設が専門人材を有する医療機関から支援や助言が受けられる仕組みが必要。

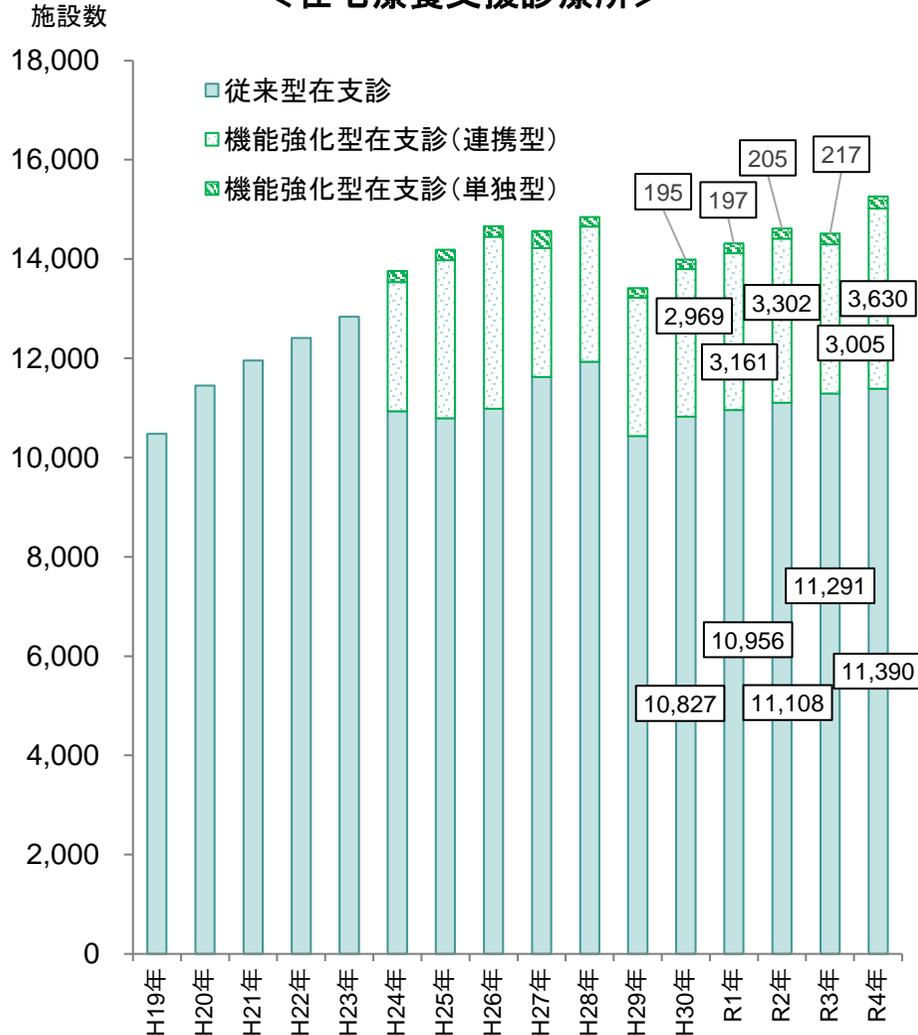
在支診・在支病の施設基準 (参考)

	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>					

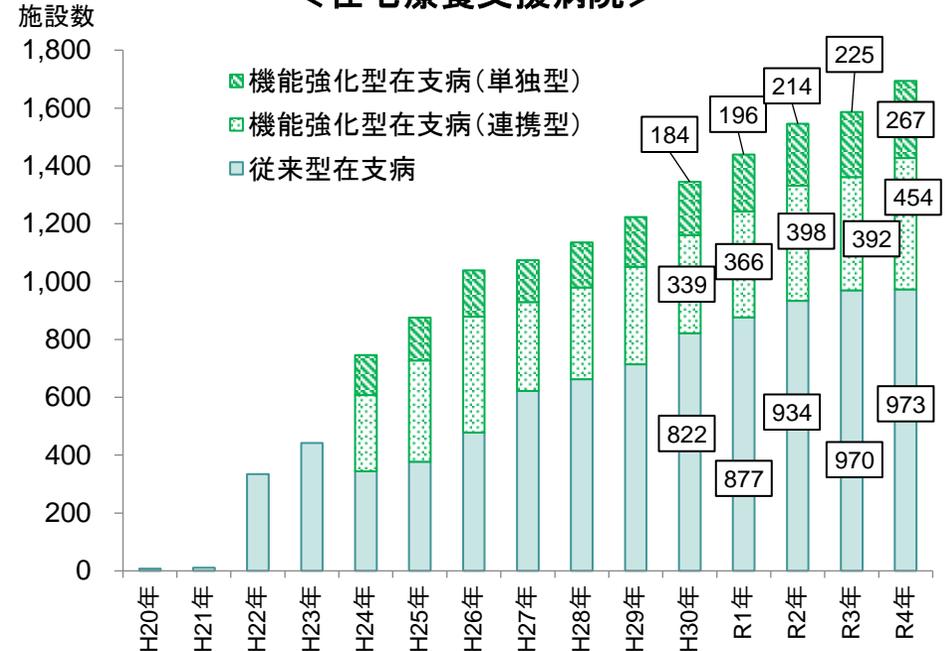
在宅療養支援診療所等の届出数

- 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。

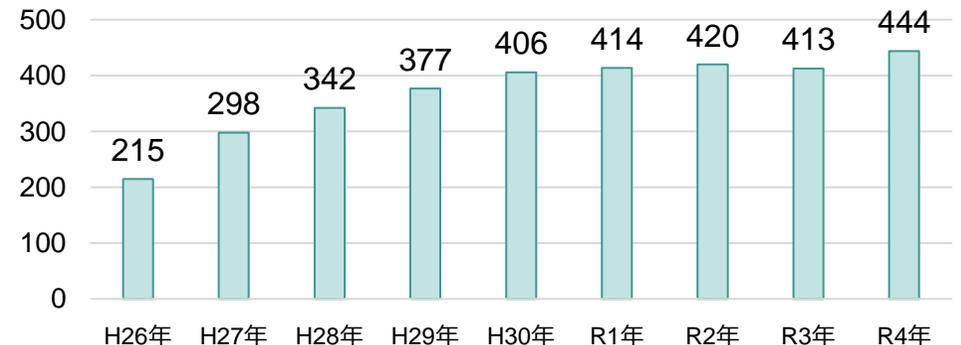
<在宅療養支援診療所>



<在宅療養支援病院>



<在宅療養後方支援病院> ※平成26年新設



地域包括ケア病棟入院料に係る施設基準

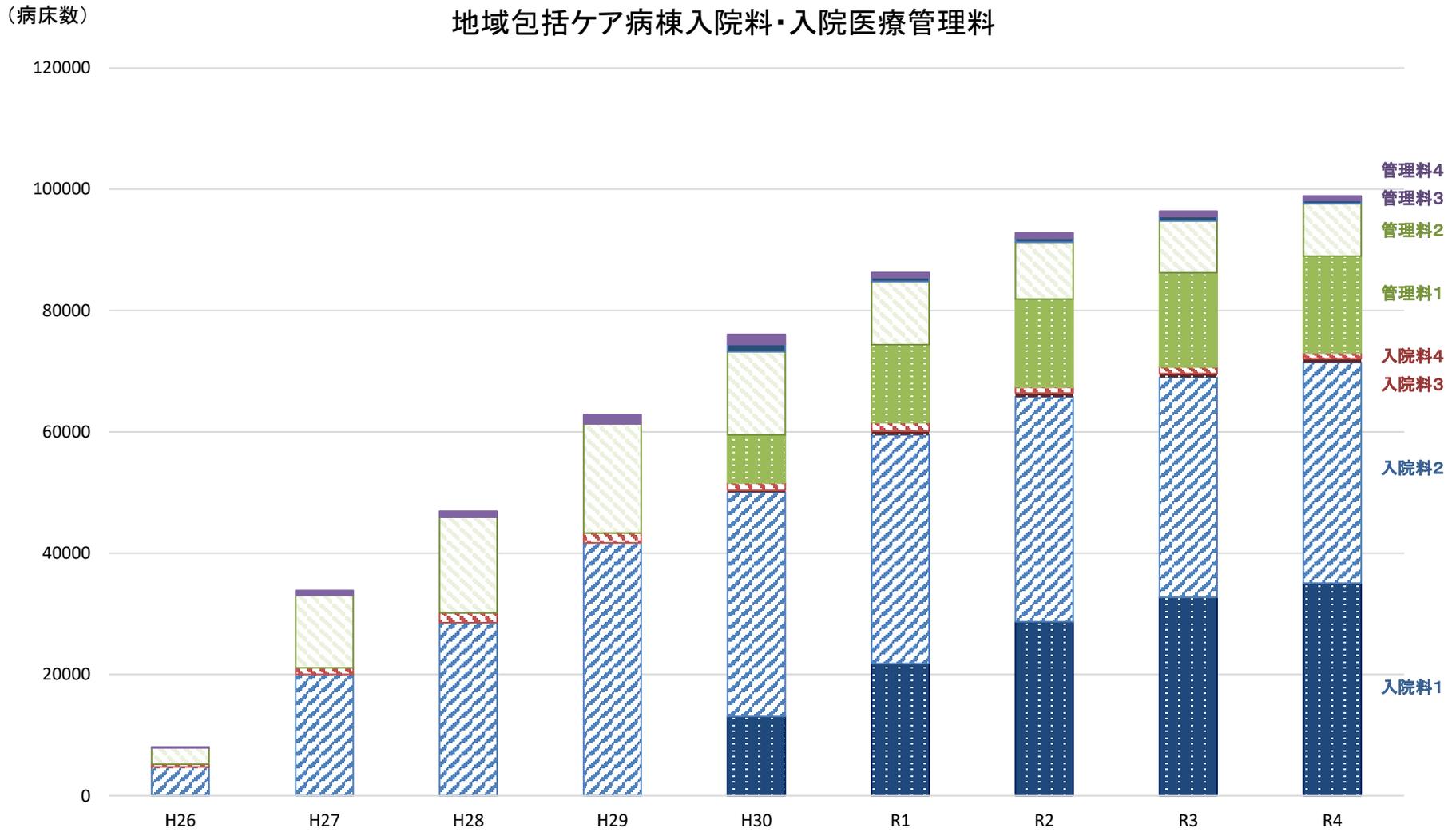


	入院料1	管理料1	入院料2	管理料2	入院料3	管理料3	入院料4	管理料4
看護職員	13対1以上（7割以上が看護師）							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置							
リハビリテーション実施	リハビリテーションを提供する患者については1日平均2単位以上提供していること							
意思決定支援の指針	適切な意思決定支援に係る指針を定めていること							
救急の実施	<u>一般病床において届け出る場合には、第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院であること（ただし、200床未満の場合は救急外来を設置していること又は24時間の救急医療提供を行っていることで要件を満たす。）</u>							
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
許可病床数200床未満	○		-		○		-	
室面積	6.4平方メートル以上				-			
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ 12% 以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ 8% 以上							
自院の一般病棟から転棟した患者割合	-		6割未満 (許可病床数200床以上の場合) <u>(満たさない場合85/100に減算)</u>		-		6割未満 (許可病床数200床以上の場合) <u>(満たさない場合85/100に減算)</u>	
自宅等から入棟した患者割合	2割 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で 8人 以上)		いずれか1つ以上 (満たさない場合90/100に減算) <u>(「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)</u>		2割 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で 8人 以上)		いずれか1つ以上 (満たさない場合90/100に減算) <u>(「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)</u>	
自宅等からの緊急患者の受入	3月で 9人 以上				3月で 9人 以上			
在宅医療等の実績	○（2つ以上）				○（2つ以上）			
在宅復帰率	7割2分5厘 以上				7割以上 （満たさない場合90/100に減算）			
入退院支援部門等	入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること <u>入院料及び管理料の1・2については入退院支援加算1を届け出ていること（許可病床数100床以上の場合）（満たさない場合90/100に減算）</u>							
点数（生活療養）	2,809点（2,794点）		2,620点（2,605点）		2,285点（2,270点）		2,076点（2,060点）	

・療養病床については95/100の点数を算定する。ただし、**救急告示あり/自宅等から入棟した患者割合が6割以上/自宅等からの緊急患者受け入れ3月で30人以上のいずれか**を満たす場合は100/100

入院料別の届出病床数の推移

○ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の届出病床数は以下のとおり。届出病床数はいずれも増加傾向であった。



出典：保険局医療課調べ(各年7月1日時点)

診療報酬の取扱い（新型コロナの診療報酬上の特例の見直し①）

○ 診療報酬上の特例措置について、現場の実態等も踏まえつつ、点数の見直しを行う（令和5年10月1日～）。

新型コロナの類型変更（令和5年5月）に伴う方向性・考え方		令和5年9月まで	令和5年10月～
外来	空間分離・時間分離に必要な人員、PPE等の感染対策を引き続き評価 その上で受入患者を限定しないことを評価する仕組みへ	① 300点 【対応医療機関の枠組みを前提として、院内感染対策に加え、受入患者を限定しない形に8月末までに移行】 又は、 ② 147点 【①に該当せず、院内感染対策を実施】	① 147点 【対応医療機関であって、院内感染対策を実施し、受入患者を限定しない】 又は、 ② 50点 【①に該当せず、院内感染対策を実施】
	届出の簡略化などの状況変化を踏まえて見直し 位置付け変更に伴い医療機関が実施する入院調整等を評価	147点 【初診時含めコロナ患者への療養指導（注）】 ※ロナプリーブ投与時の特例（3倍）は終了 （注）家庭内の感染防止策や、重症化した場合の対応等の指導	終了
在宅	緊急往診は、重症化率の変化に伴う必要性の低下を踏まえて見直し 介護保険施設等での療養を支援する観点から同施設等に対する緊急往診は引き続き評価	950点 【緊急の往診】 ※介護保険施設等への緊急往診は 2,850点	300点 【緊急の往診】 ※介護保険施設等への緊急往診は 950点
		950点 【介護保険施設等において、看護職員とともに、施設入所者に対してオンライン診療を実施する場合】	300点 【介護保険施設等において、看護職員とともに、施設入所者に対してオンライン診療を実施する場合】
	往診時等の感染対策を引き続き評価	300点 【コロナ疑い/確定患者への往診】	50点 【コロナ疑い/確定患者への往診】

R6改定において恒常的な感染症対策への見直し

診療報酬の取扱い（新型コロナの診療報酬上の特例の見直し②）

新型コロナの類型変更（令和5年5月）に伴う方向性・考え方		令和5年9月まで	令和5年10月～
入院	入院患者の重症化率低下、看護補助者の参画等による業務・人員配置の効率化等を踏まえて見直し 介護業務の増大等を踏まえ、急性期病棟以外での要介護者の受入れを評価	①重症患者 <u>ICU等の入院料：1.5倍</u> （+2,112～+8,159点/日） ②中等症患者等（急性期病棟等） <u>救急医療管理加算1：2～3倍</u> （1,900～2,850点/日）	①重症患者 <u>ICU等の入院料：1.2倍</u> （+845～3,263/日） ②中等症患者等（急性期病棟等） <u>救急医療管理加算2：2～3倍</u> （840～1,260点/日）
		※ 介護保険施設等からの患者等をリハビリ提供や入院退院支援体制が充実した病棟（例：地域包括ケア病棟等）が受け入れる場合は加算（+950点/日）	※ 介護保険施設等からの患者等をリハビリ提供や入院退院支援体制が充実した病棟（例：地域包括ケア病棟等）が受け入れる場合は加算（+420点/日）
	コロナ回復患者を受け入れた場合 <u>750点/日</u> （60日目まで。さらに14日目までは+950点）	コロナ回復患者を受け入れた場合 <u>500点/日</u> （14日目まで）	
	必要な感染対策を 引き続き評価	<u>250～1,000点/日</u> （感染対策を講じた診療）	<u>125点～500点/日</u> （感染対策を講じた診療）
+	必要な感染対策を 引き続き評価	<u>300点/日</u> （2類感染症の個室加算の適用）	<u>300点/日</u> （2類感染症の個室加算の適用）
		<u>250点/日</u> （必要な感染予防策を講じた上でリハビリを実施）	<u>50点/日</u> （必要な感染予防策を講じた上でリハビリを実施）
		298点 （治療の延期が困難なコロナ患者に対する歯科治療の実施）	147点 （治療の延期が困難なコロナ患者に対する歯科治療の実施）
コロナ患者への歯科治療を 引き続き評価	298点 （治療の延期が困難なコロナ患者に対する歯科治療の実施）	147点 （治療の延期が困難なコロナ患者に対する歯科治療の実施）	
コロナ患者への服薬指導等を引き続き評価	薬局におけるコロナ治療薬の交付 服薬管理指導料： <u>2倍（+59点又は+45点）</u> 自宅・介護施設等への対応を評価 （訪問対面500点、電話等200点を算定可）	薬局におけるコロナ治療薬の交付 服薬管理指導料： <u>1.5倍（+30点又は+23点）</u> 自宅・介護施設等への対応を評価 （訪問対面：500点/200点を算定可）	

R6改定において恒常的な感染症対策への見直し

※このほか、令和5年5月8日から令和6年3月までの時限措置として、新型コロナ罹患後症状に関する診療報酬の特例（+147点/3月ごとに算定可）

出典：「新型コロナウイルス感染症に関する10月以降の見直し等について」（令和5年9月15日厚生労働省公表資料）より抜粋

類型見直しに伴う高齢者施設等における医療機関との連携体制等に関する調査

- 高齢者施設等における医療機関との連携体制の確保については、令和4年4～5月に、各都道府県において高齢者施設等への聞き取り等を実施いただき、高齢者施設等が協力医療機関を事前確保している、又は自治体が指定する医療機関や医療チームの往診派遣を要請できることの確認を行っていただいたところ。
- 今般の新型コロナウイルス感染症対策本部決定（令和5年3月10日）において、高齢者施設等については、入院が必要な高齢者の適切かつ確実な入院体制を確保しつつ、感染対策の徹底、医療機関との連携強化、療養体制の確保等を進めることとされたことを踏まえ、改めて、高齢者施設等と医療機関の連携体制について、各都道府県においてご確認をいただくため、調査を実施する。
- 具体的には、下記の項目について、対象となる高齢者施設等に調査を実施し、各都道府県で取りまとめた上で、厚生労働省にご提出をいただきたい。
- なお、本調査については、地域医療介護総合確保基金（介護分）による「令和5年度新型コロナウイルス感染症流行下における介護サービス事業所等のサービス提供体制確保事業」における「感染対策等を行った上での施設内療養に要する費用」（施設内療養者1名あたり最大30万円）の補助にあたっての要件確認も兼ねており、**令和5年5月8日以降は、本調査によりすべての要件を満たすことが確認された事業所のみ、補助の対象とする。**

調査対象

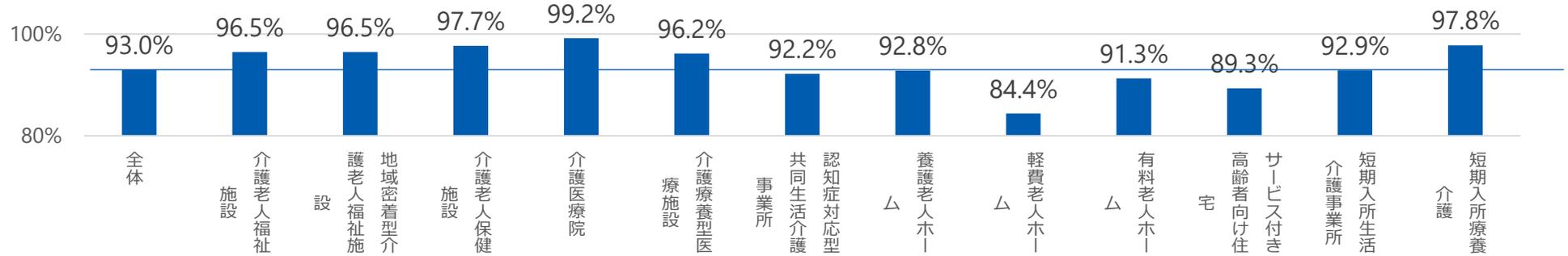
特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設、認知症グループホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、短期入所生活介護、短期入所療養介護

	調査内容	具体的な調査項目
1	医療機関との連携体制の確保	<ul style="list-style-type: none"> ・施設入所者に新型コロナウイルス患者（疑い含む）が発生した際に連携する医療機関（※）の確保状況（医療機関名、事前相談を行った年月日）（自施設の医師が実施する場合も可） <p><※連携医療機関に求められる主な対応></p> <ol style="list-style-type: none"> ① 施設からの電話等による相談への対応 ② 施設への往診（オンライン診療含む） ③ 入院の可否の判断や入院調整（当該医療機関以外への入院調整も含む）
2	感染対策	<ul style="list-style-type: none"> ・全職員に対する、感染症の予防及びまん延防止のための研修の実施状況（直近の実施日） ・感染症の予防及びまん延防止のための訓練の実施状況（直近の実施日） <p>※ 令和5年5月8日までに実施予定の場合含む</p>
3	ワクチンの接種状況	<ul style="list-style-type: none"> ・希望する施設入所者へのオミクロン株対応ワクチン（1回目）の実施状況および接種実施時期 ・希望する施設入所者へのオミクロン株対応ワクチン（2回目）の実施予定の有無および接種実施予定時期

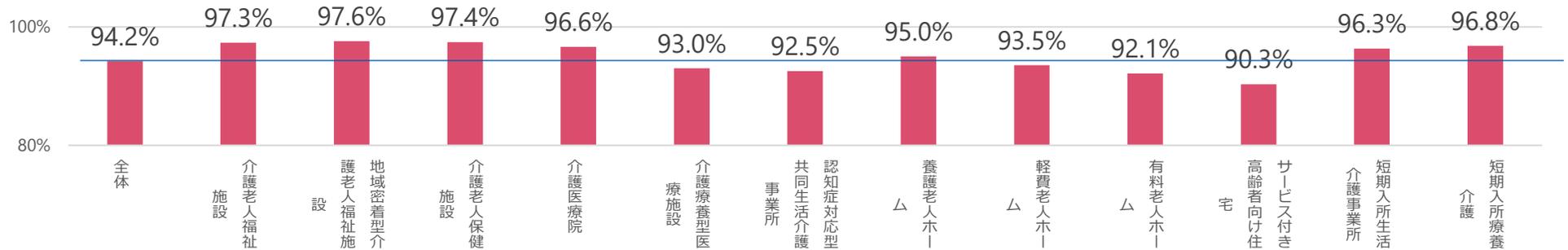
新型コロナの類型変更に伴う高齢者施設等と医療機関との連携状況

○ 新型コロナウイルス感染症の類型変更に伴う高齢者施設と医療機関の連携状況の調査によると、多くの高齢者施設で連携医療機関の確保を行っている。

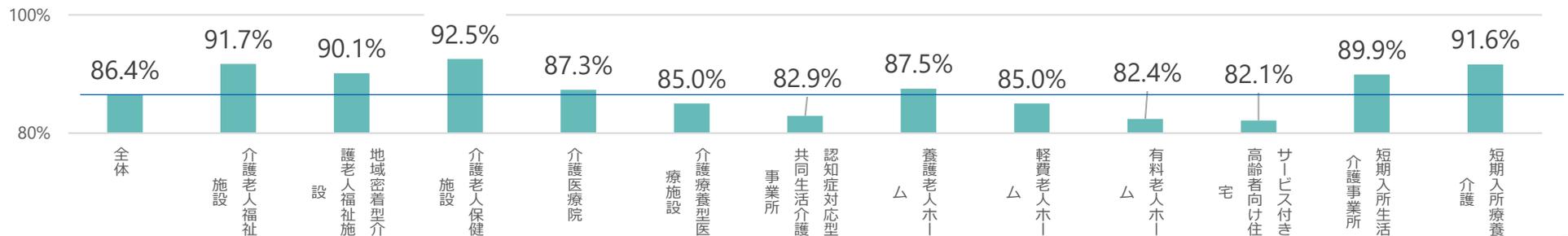
連携医療機関の確保



感染症予防等の研修



感染症予防等の訓練



新型コロナウイルスの類型変更に伴う高齢者施設等と医療機関との連携状況

○ 新型コロナウイルス感染症の類型変更に伴う高齢者施設と医療機関の連携状況の調査によると、一部の県において連携医療機関の確保をしている高齢者施設の割合が80%以下である。

(%)



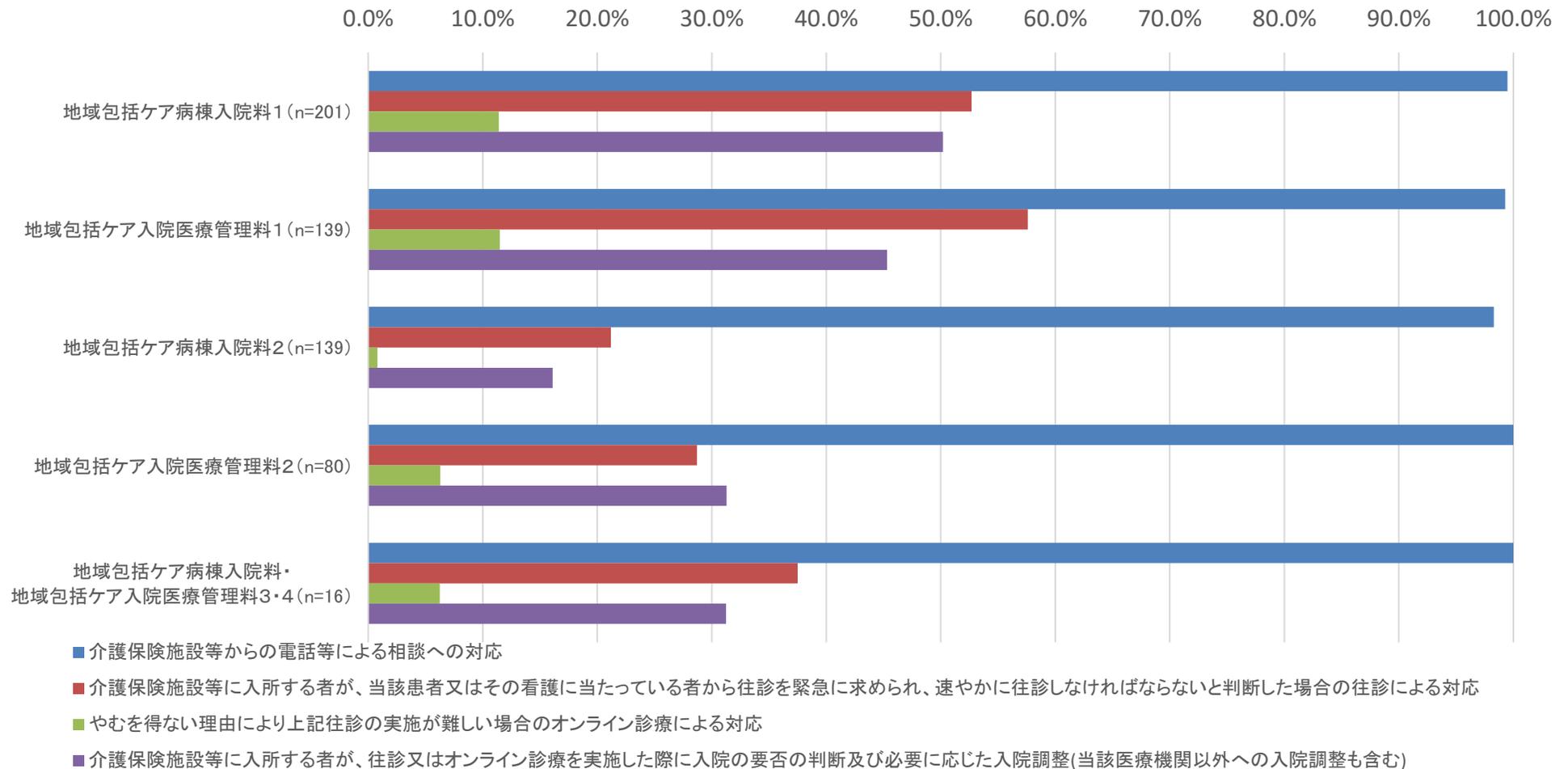
出典：類型見直しに伴う高齢者施設等における医療機関との連携体制等に関する調査

介護保険施設等との連携に係る状況①

診調組 入-3
5.10.5改

- 地域包括ケア病棟・病室を有する医療機関における介護保険施設等に関する連携の実施体制は、介護保険施設からの電話等による相談への対応はほとんどの病棟で可能とされているが、緊急時の往診による対応は特に地域包括ケア病棟・病室2において対応できない施設が多い。

地域包括ケア病棟・病室における介護保険施設等に関する連携の実施体制について

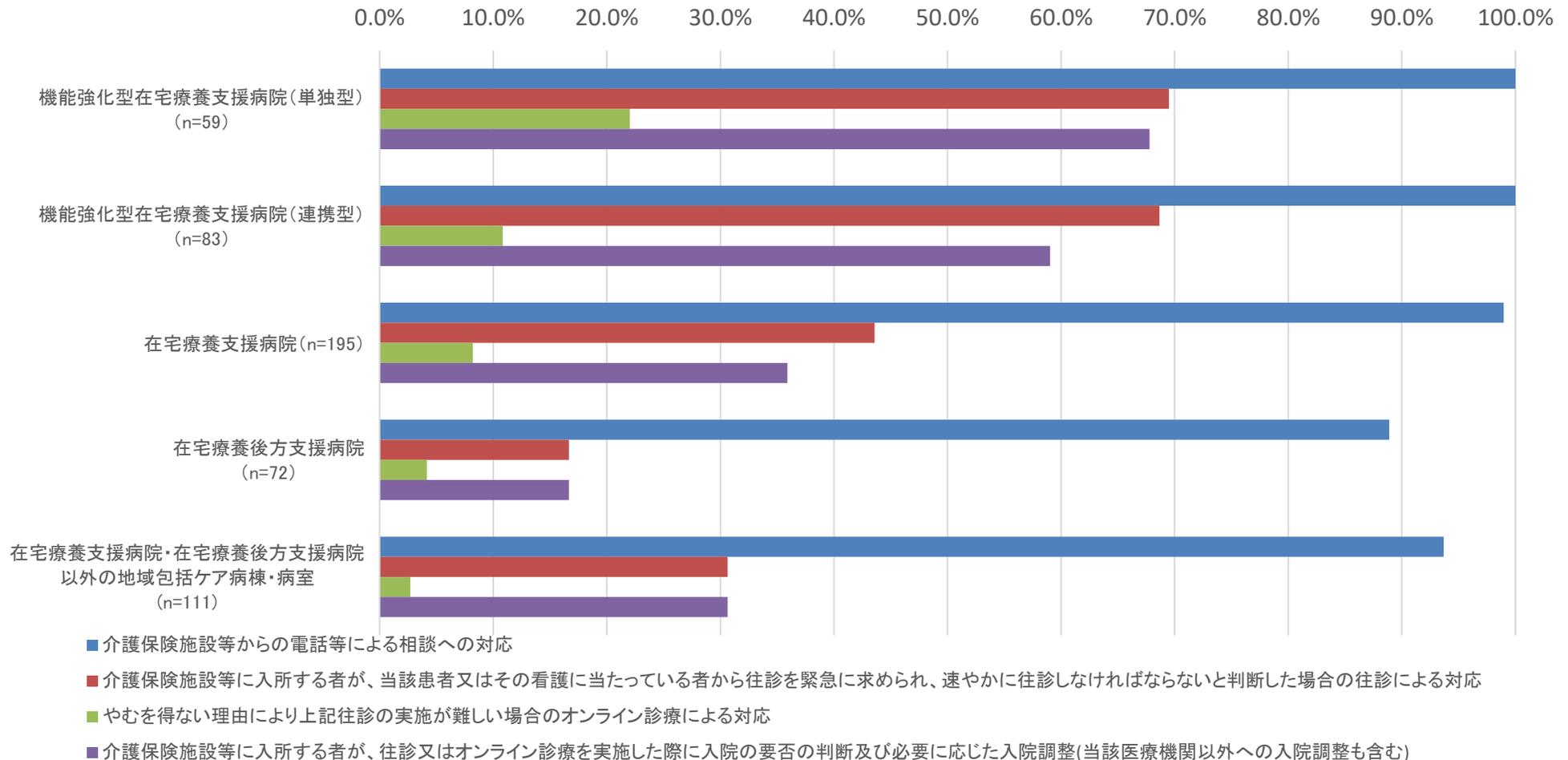


介護保険施設等との連携に係る状況②

診 調 組 入 - 3
5 . 1 0 . 5

- 地域包括ケア病棟等の届出のある在宅療養支援病院(在支病)等における介護保険施設等に関する連携の実施体制は、介護保険施設からの電話等による相談対応はほとんどの医療機関で対応可能とされており、緊急時の往診について、特に機能強化型在支病においては対応可能と回答した医療機関が多かったが、全体の70%程度に留まっている。

在宅療養支援病院等における介護保険施設等に関する連携の実施体制について

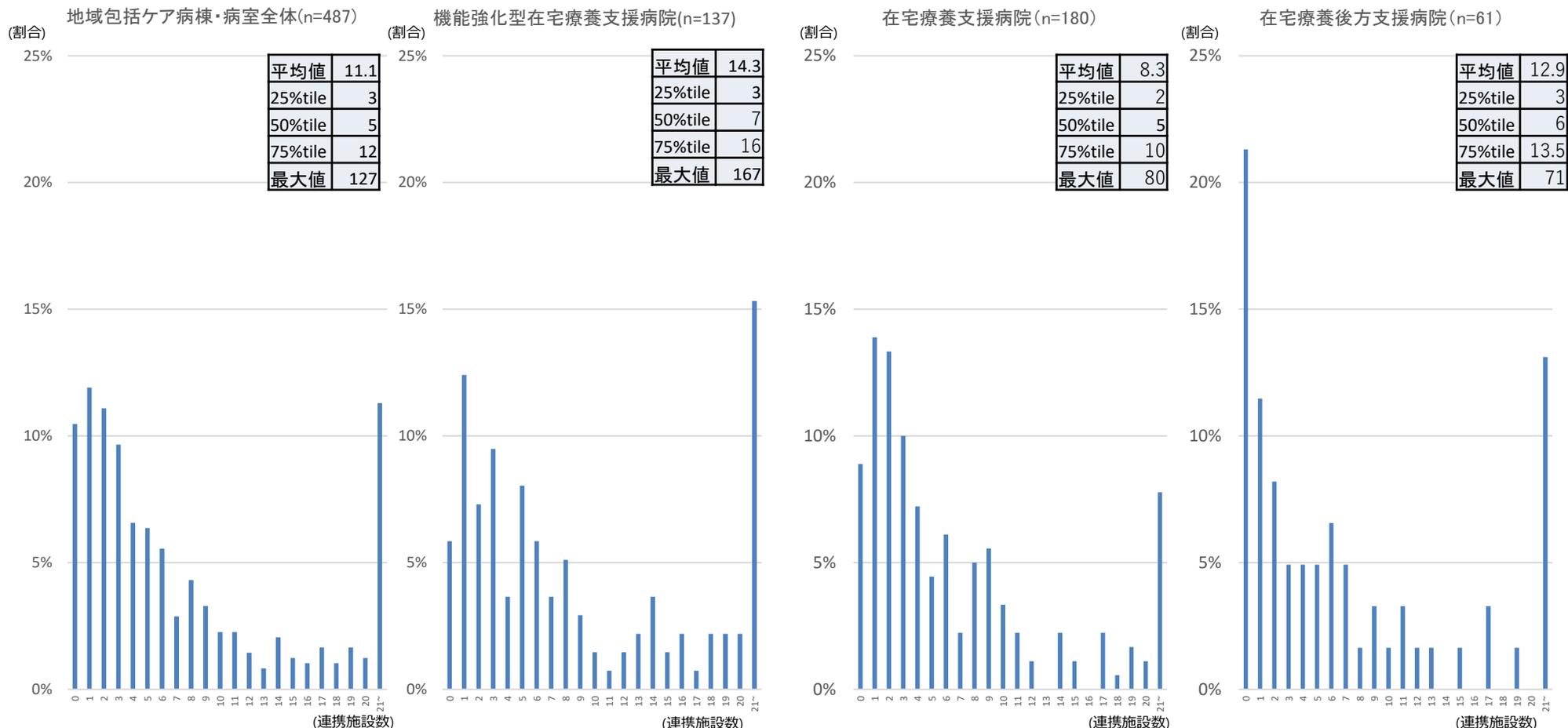


介護保険施設等との連携に係る状況③

診 調 組 入 - 3
5 . 1 0 . 5

- 地域包括ケア病棟・病室を有する医療機関等における、電話等による相談や緊急時の往診等の対応についてあらかじめ取り決めを行うなどしている介護保険施設等の数については、機能強化型在宅療養支援診療所が、平均値が高く、21施設以上の施設と取り決めを行っている割合が高かった。

介護保険施設等との連携体制の構築



出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

介護保険施設等：介護医療院、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、特定施設、認知症高齢者グループホーム

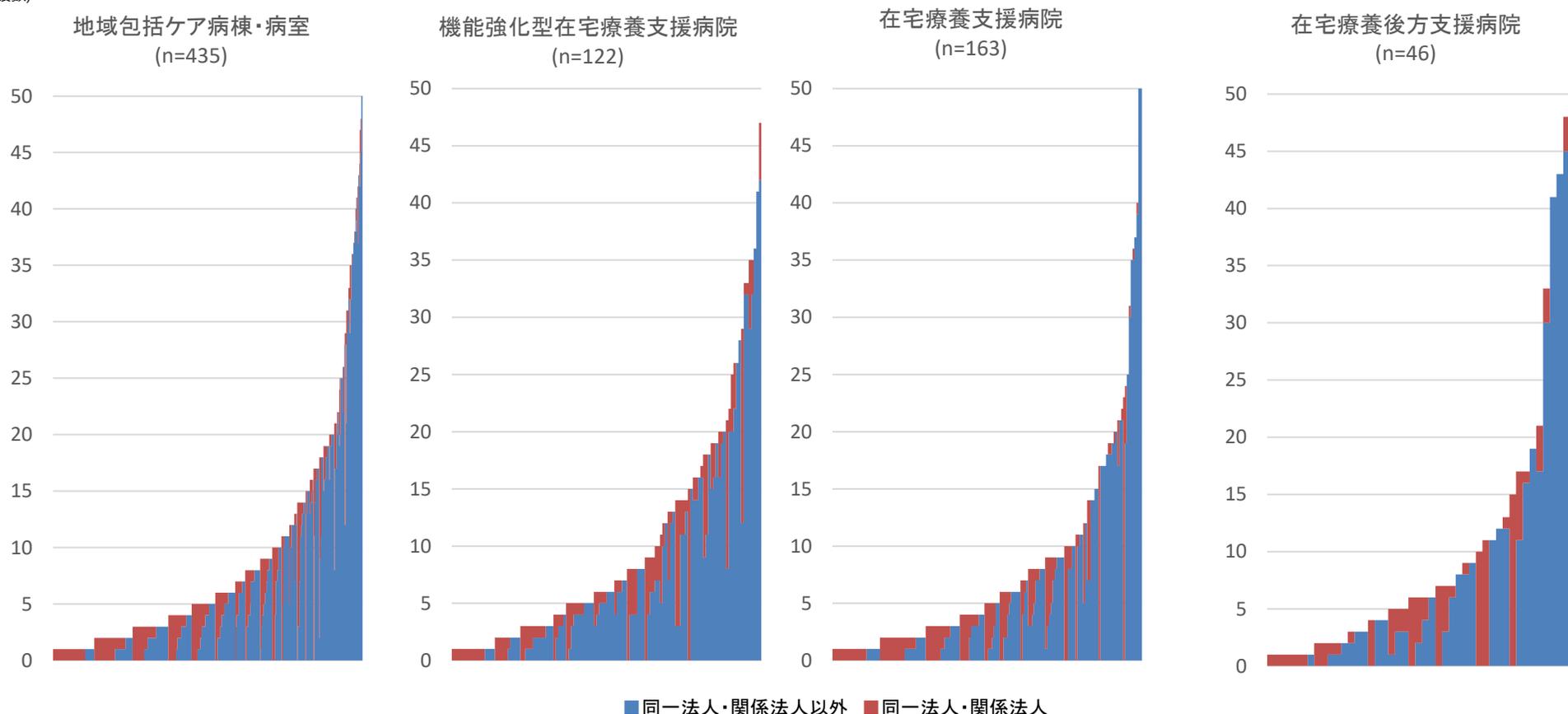
介護保険施設等との連携に係る状況④

- 地域包括ケア病棟・病室を有する医療機関等ごとの、電話等による相談や緊急時の往診等の対応についてあらかじめ取り決めを行うなどしている介護保険施設等の数は、以下のとおり。
- 多くの介護保険施設と取り決めを行う医療機関もあるが、中には同一法人・関係法人内の介護保険施設とのみ取り決めを行っている医療機関も存在した。

介護保険施設等との連携体制の構築状況

※電話等による相談や緊急時の往診等の対応についてあらかじめ取り決めを行うなどしている介護保険施設等の数が1以上50以下の施設のみ集計
(50より大きい介護保険施設数:地域包括ケア病棟・病室:15施設、機能強化型在宅療養支援病院:7施設、在宅療養支援病院:1施設、在宅療養後方支援病院:2施設)

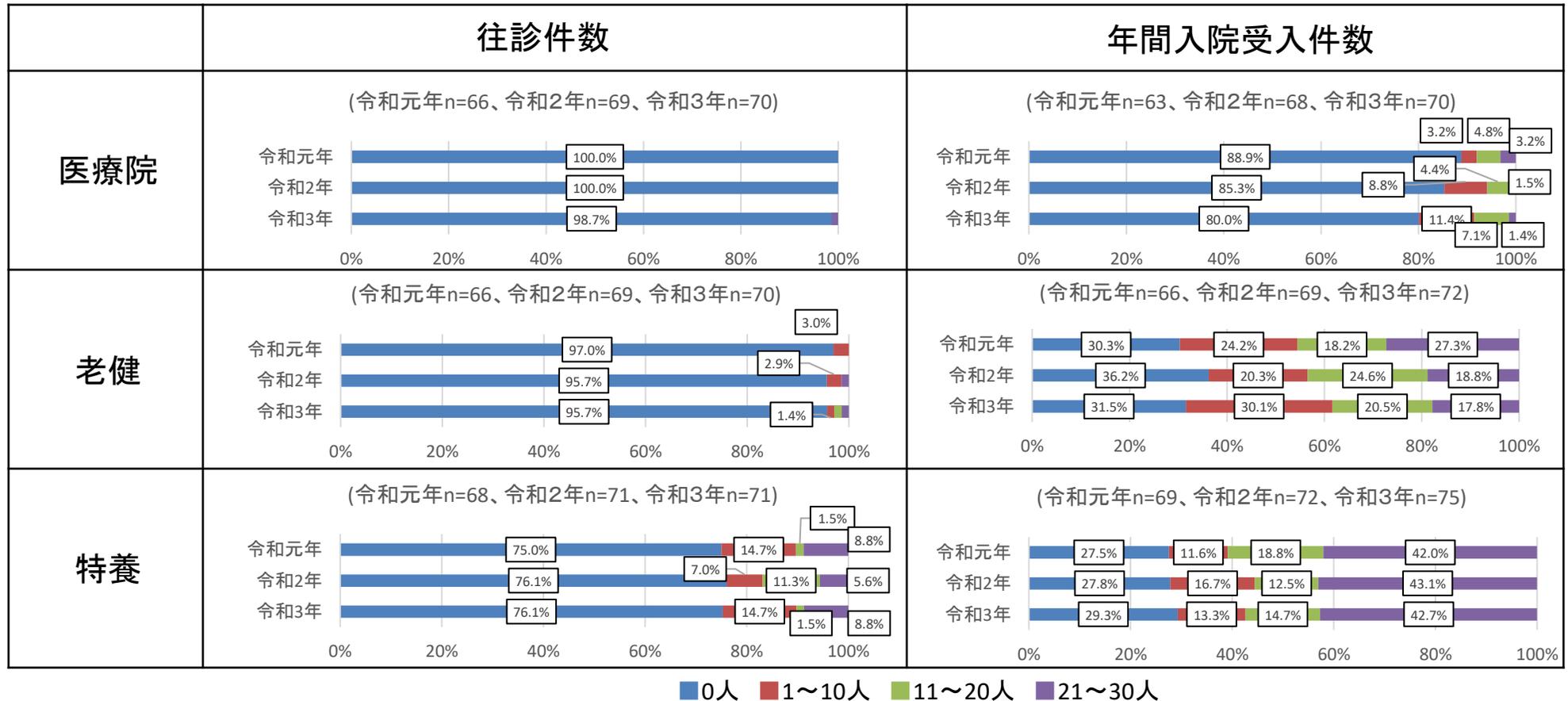
(施設数)



在宅療養支援病院における介護保険施設に対する往診等の対応状況

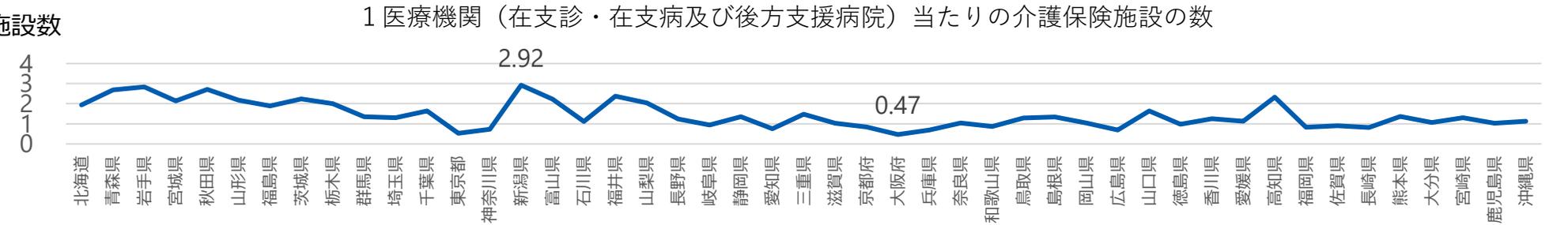
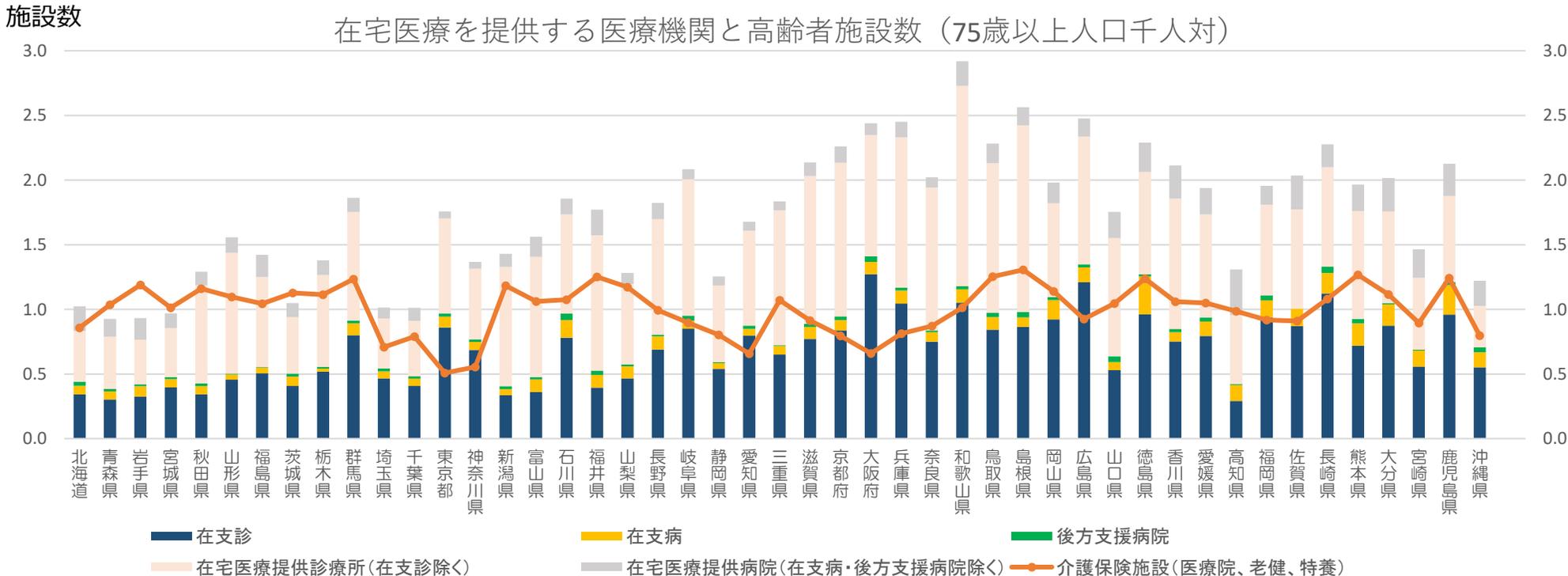
- 在宅療養支援病院において、特養に往診を行っていない在支病の割合は75%程度で推移し、近年変化はない、介護老人保健施設、介護医療院への往診はほとんど行われていなかった。
- 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設に入所している患者の入院は多くの在宅療養支援病院で受け入れられており、近年傾向に大きな変化はない。

在宅療養支援病院における介護保険施設への年間往診件数、介護保険施設からの年間入院受入件数割合



各都道府県における在宅医療を提供する医療機関と介護保険施設の数

- 各都道府県における在宅医療を提供している医療機関の数と介護保険施設の数とは以下のとおり。
- 在宅療養支援診療所(在支診)・在宅療養支援病院(在支病)、在宅療養後方支援病院(後方支援病院)について、1医療機関当たりの介護保険施設の数は0.47~2.92施設と幅がある。

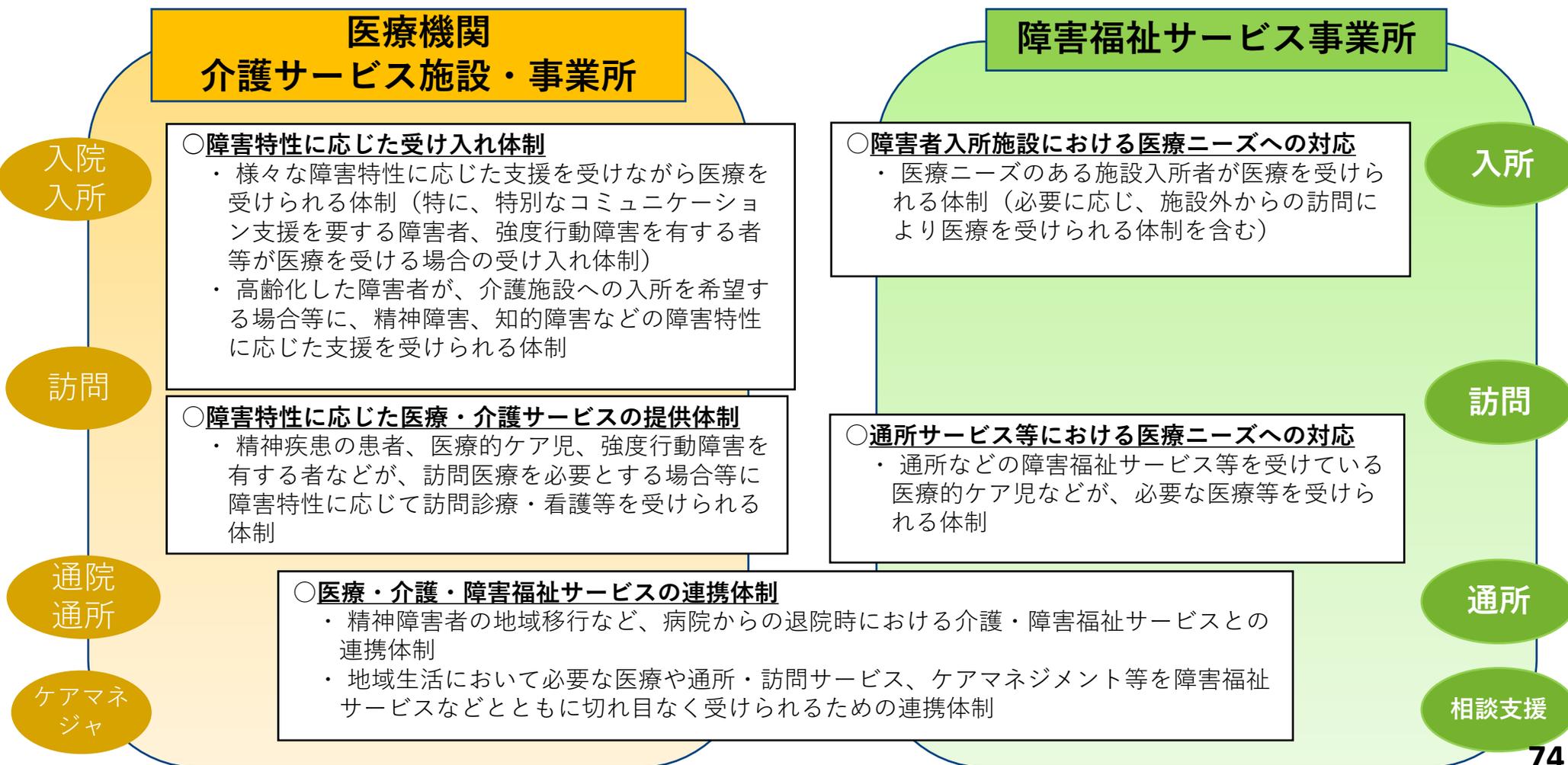


出典: 人口・厚生労働省「人口動態統計」(令和3年)
 医療機関数: 保険局医療課調べ(在支診・在支病・後方支援病院は令和4年7月1日時点で届け出ている医療機関、診療所・病院は令和4年5月診療分のNDBデータにおいて在宅患者訪問診療料又は往診料を算定した医療機関数)
 高齢者施設数: 「介護サービス施設・事業所調査」(令和3年)及び保険局医療課調べ

1. 総論
2. 主治医と介護支援専門員との連携について
3. 医療機関と高齢者施設等との連携について
4. 障害福祉サービスとの連携について

障害者への医療・介護サービス提供に当たって求められる対応

- 高齢化した障害者、精神疾患の患者、身体疾患に罹患した障害者、医療的ケア児、強度行動障害を有する者など、医療・介護・障害福祉サービスにまたがるニーズがある。
- 様々な障害特性や個々の状況に応じて、適切に医療・介護・障害福祉サービスを受けられる体制が求められる。



同時報酬改定に向けた意見交換会における主な御意見

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②

3) 医療・介護と障害福祉サービスとの連携

- 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。
- 医療的ケア児への対応について現場で最も問題となるのはレスパイトケアであり、医療的ケア児のレスパイトに係る必要十分な体制を構築することが重要。
- 既に共同指導や情報提供の評価は多数あるため、一つ一つの連携を評価するというよりも、全体の枠組みとしてどのように連携を担保するのが重要。

(2) 医療・介護連携を推進するために必要な主治医と介護支援専門員の連携

- 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。
- 各専門職は多忙であり、情報伝達の間をいつでも設定できるものではないため、ICTの活用による連携は有効。また、多忙な中連携を促進するため、医療機関側は連携室が窓口になるとスムーズに進むのではないか。
- ケアマネジャーが医療的な知識を持つことは大切だが、それよりも主治医との連携をするほうがさらに重要。主治医意見書において医学的管理の必要性の項目にチェックをしても、ケアプランに反映されていないという意見も多い。特にリハビリテーションの重要性は、もう少し認識を高めていく必要があるのではないか。

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

社会保障審議会障害者部会
第134回(R5.1.23)資料3

(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】

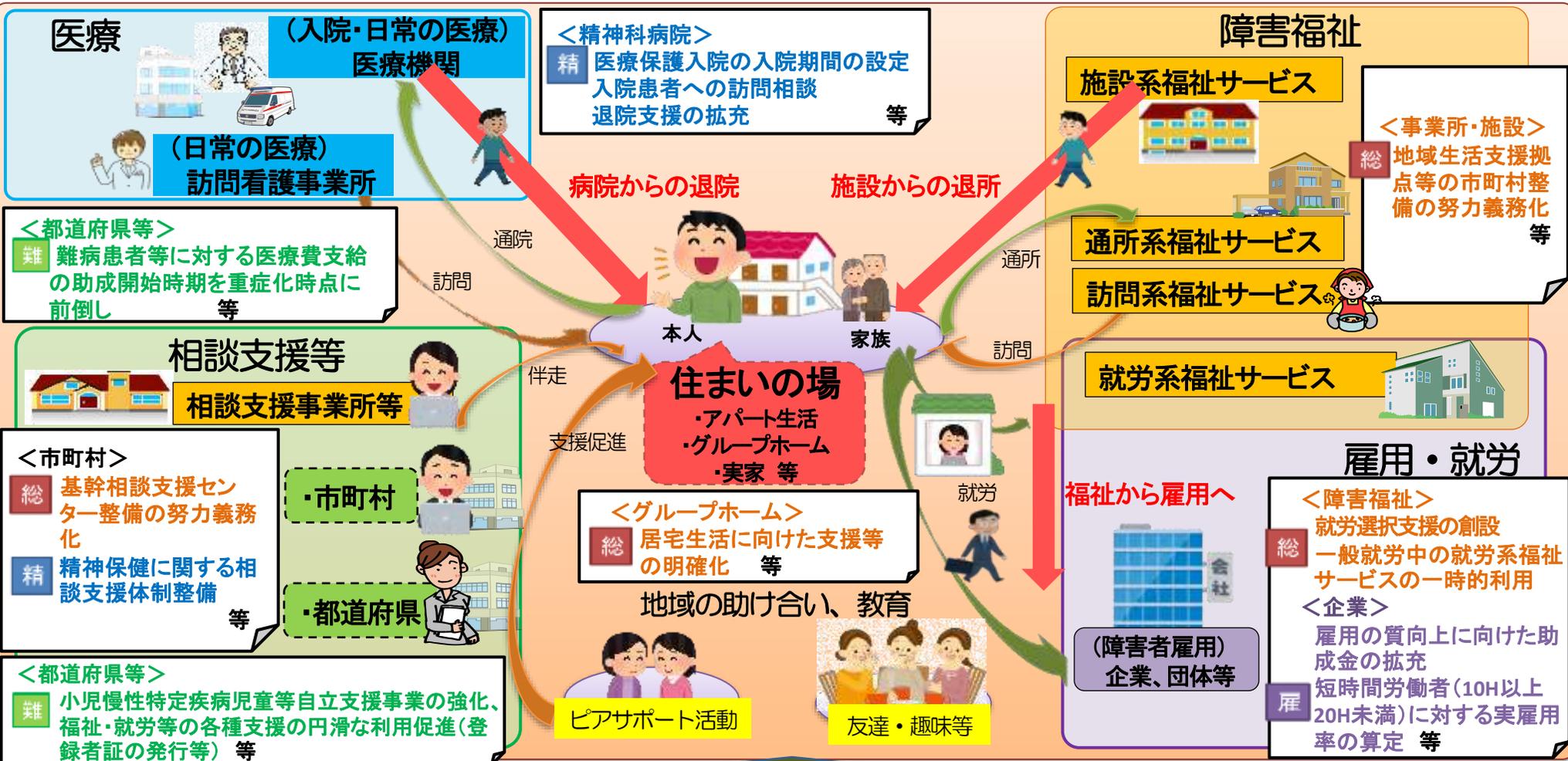
- ① 市町村障害福祉計画に整合した障害福祉サービス事業者の指定を行うため、都道府県知事が行う事業者指定の際に市町村長が意見を申し出る仕組みを創設する。
- ② 地方分権提案への対応として居住地特例対象施設に介護保険施設を追加する。

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。



概要

- 施設に入所する障害者につき、主として夜間において、入浴、排せつ及び食事等の介護、生活等に関する相談及び助言その他の必要な日常生活上の支援（施設入所支援）を行うとともに、施設入所支援以外の施設障害福祉サービス（生活介護、自立訓練、就労移行支援及び就労継続支援 B 型等）を実施する施設。

対象者

- ① 生活介護利用者のうち、区分 4 以上の者（50 歳以上の場合は、区分 3 以上）
- ② 自立訓練、就労移行支援又は就労継続支援 B 型の利用者のうち、入所させながら訓練等を実施することが必要かつ効果的であると認められる者又は通所によって訓練を受けることが困難な者
- ③ 特定旧法指定施設に入所していた者であって継続して入所している者又は、地域における障害福祉サービスの提供体制の状況その他やむを得ない事情により通所によって介護等を受けることが困難な者のうち、①又は②に該当しない者若しくは就労継続支援 A 型を利用する者

障害者支援施設（日中活動の場と居住支援の場を一体的に指定）

居宅



通所

日中活動の場（昼間）

- 【介護給付】
- ・ 生活介護
- 【訓練等給付】
- ・ 自立訓練（機能訓練・生活訓練）
 - ・ 就労移行支援
 - ・ 就労継続支援 B 型
 - ・ 就労継続支援 A 型（経過措置）



居住支援の場（夜間）

- 【介護給付】
- ・ 施設入所支援
→ 入浴、排せつ等の介護や日常生活上の相談支援等を実施
- ※居宅で生活する障害者が、その介護を行う者の疾病その他の理由により、障害者支援施設での短期間の入所を必要とする場合、短期入所としても利用可能（別途、短期入所事業所の指定が必要）

日中活動サービス



通所

※ 障害者支援施設が実施する日中活動サービスを居宅から通所して利用すること、施設入所支援の利用者が障害者支援施設以外が実施する日中活動サービスを利用することも可能。

障害者支援施設（生活介護・施設入所支援を行う場合）における人員基準・設備基準の概要

○ 障害者支援施設は、日中活動の場と居住支援の場を一体的に指定しており、昼間実施サービスによって人員配置が異なる。

日中活動の場（昼間）※生活介護を行う場合

人員基準	医師	利用者に対して日常生活上の健康管理及び療養上の指導を行うために 必要な数
	看護職員	生活介護の単位ごとに、 1人以上
	理学療法士 又は 作業療法士	利用者に対して日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う場合は、生活介護の単位ごとに当該訓練を行うために 必要な数
	生活支援員	生活介護の単位ごとに、 1人以上（1人以上は常勤）
	看護職員、理学療法士又は作業療法士及び生活支援員の総数は、生活介護の単位ごとに、 常勤換算 で①から③までに掲げる平均障害支援区分に応じ、それぞれ①から③までに掲げる数 ①平均障害支援区分が4未満： 利用者数を6で除した数以上 ②平均障害支援区分が4以上5未満： 利用者数を5で除した数以上 ③平均障害支援区分が5以上： 利用者数を3で除した数以上	
	サービス管理責任者	利用者60名以下： 1人以上 利用者61名以上：1人に、利用者数が60人を超えて40又はその端数を増すごとに1人を加えて得た数以上 ※1人以上は常勤



居住支援の場（夜間）※施設入所支援

人員基準	生活支援員	利用者数60人以下：1人以上 利用者数61人以上：1人に、利用者が60人を超えて40又はその端数を増すごとに1人を加えて得た数以上
	サービス管理責任者	当該施設等において、昼間実施サービスを行う場合に配置されるサービス管理責任者が兼ねること

※施設長を障害者支援施設に1人配置（専従で配置。ただし、管理上支障がない場合は他の業務等に従事可能。）

設備基準

訓練・作業室	訓練又は作業に支障のない広さを有し、必要な機械器具等を備えること
居室	<ul style="list-style-type: none"> 居室の定員：4人以下 地階に設けず、利用者1人当たりの床面積について収納設備等を除き、9.9平方メートル以上とすること 寝台等、利用者の身の回り品を保管することができる設備及びブザー等の設備を備えること 一以上の出入口は、避難上有効な空地、廊下等に直接面して設けること
食堂	食事の提供に支障がない広さを有し、必要な備品を備えること
浴室	利用者の特性に応じたものとする
洗面所・便所	居室のある階ごとに設けて、利用者の特性に応じたものであること
廊下幅	1.5メートル以上（中廊下の幅は、1.8メートル以上）

障害福祉サービスにおける医療・看護の提供体制

サービス類型	生活介護	短期入所		施設入所支援	自立訓練 (機能訓練)	自立訓練 (生活訓練)、宿 泊型自立 訓練	就労移行 支援、就 労継続支 援A型、B 型	共同生活 援助	児童発達支援		放課後等デイサービ ス		福祉型障害児入所施設	
		短期入所 (福祉 型)	短期入所 (福祉型 強化)						重心型以 外	重心型 ※1	重心型以 外	重心型 ※1	知的障害 児、盲児、 ろうあ児	自閉症児、 肢体不自 由児
人員基準上の看護職員の配置	あり	なし	あり	なし	あり	なし	なし	なし	なし	あり	なし	あり	なし	あり
配置型の看護職員にかかる加算	常勤看護職員等配置加算	常勤看護職員等配置加算	常勤看護職員等配置加算 医療的ケア対応支援加算	夜間看護体制加算	—	看護職員配置加算	—	看護職員配置加算 医療的ケア対応支援加算	看護職員加配加算 ※基本報酬により評価	看護職員加配加算	看護職員加配加算 ※基本報酬により評価	看護職員配置加算	看護職員配置加算	看護職員配置加算
連携型の看護職員にかかる加算	—	医療連携体制加算	—	—	—	医療連携体制加算	医療連携体制加算	医療連携体制加算	医療連携体制加算	—	医療連携体制加算	—	—	—

※1 主として重症心身障害児を通わせる施設

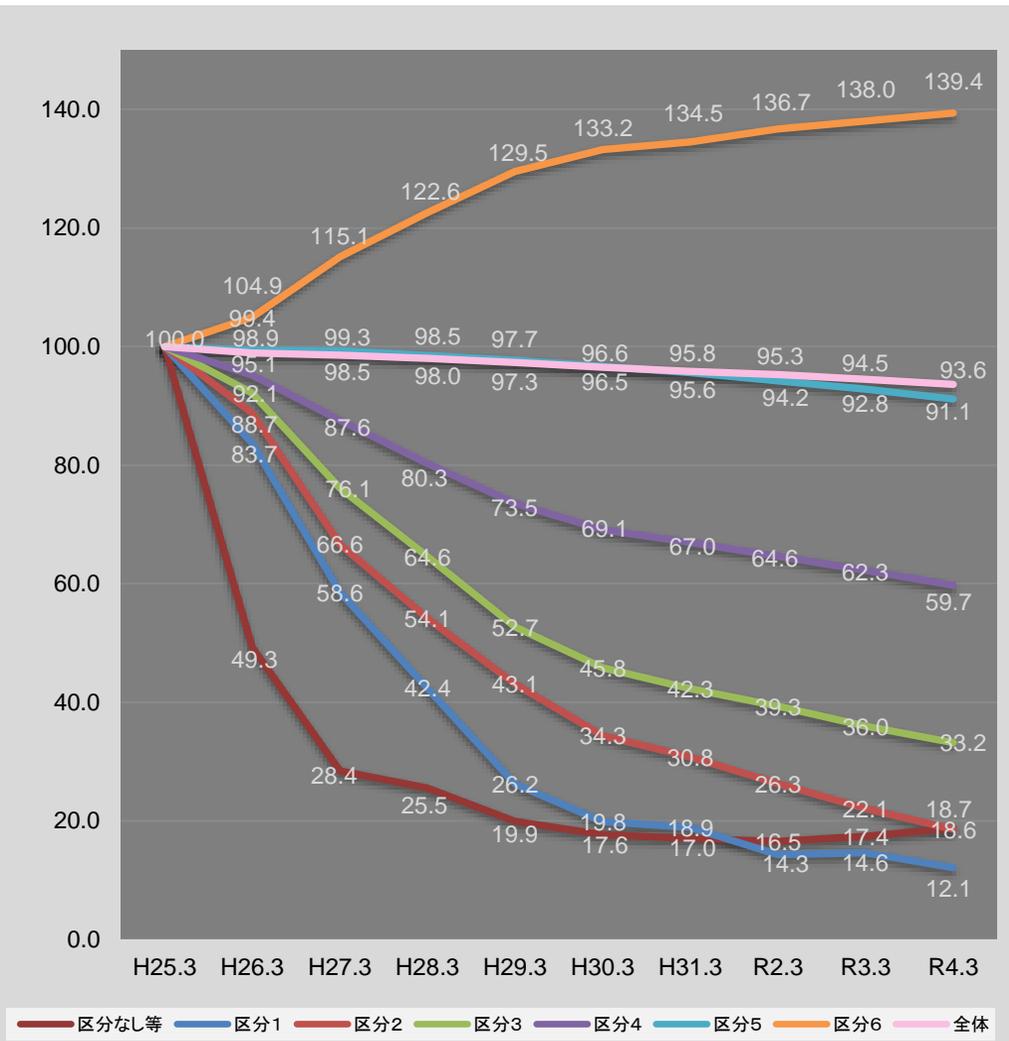
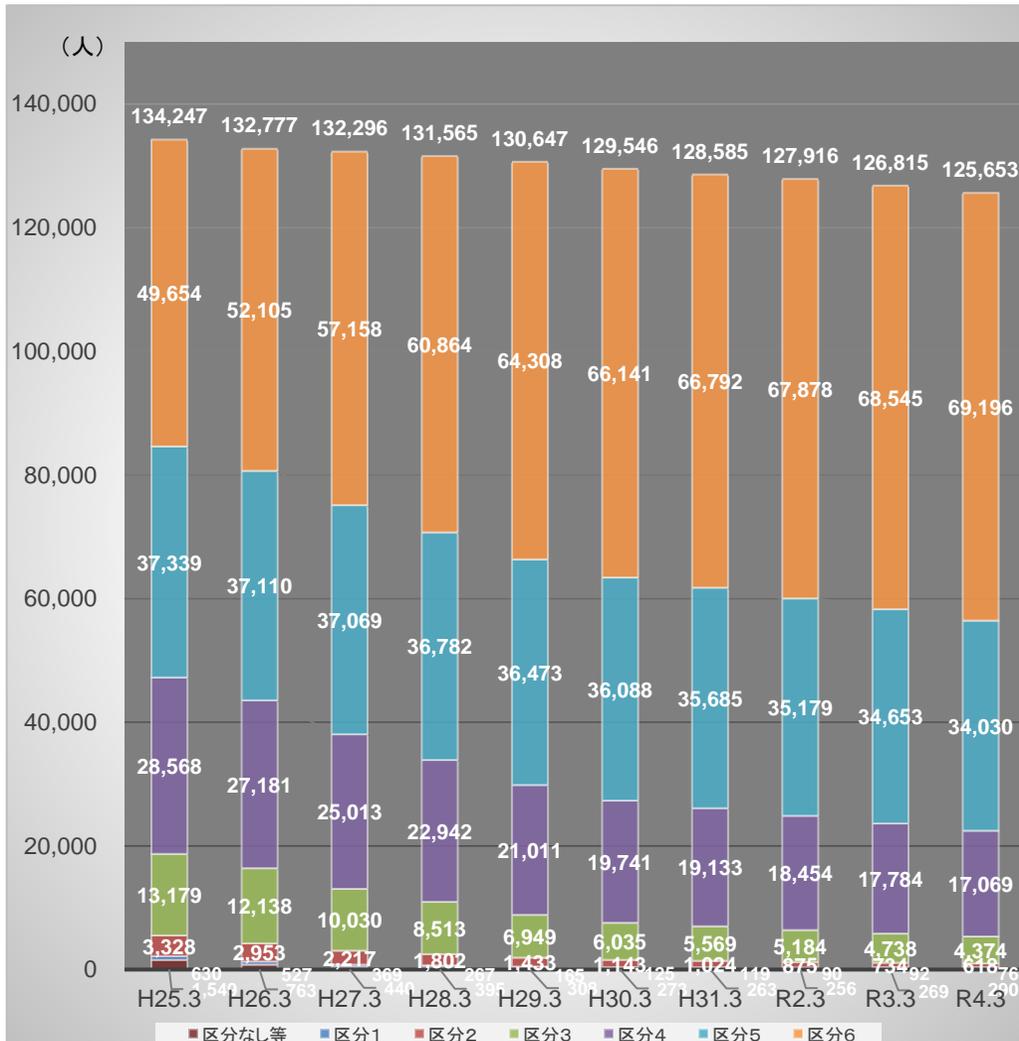
障害者が利用できるサービス

障害児者が利用できるサービス

障害児が利用できるサービス

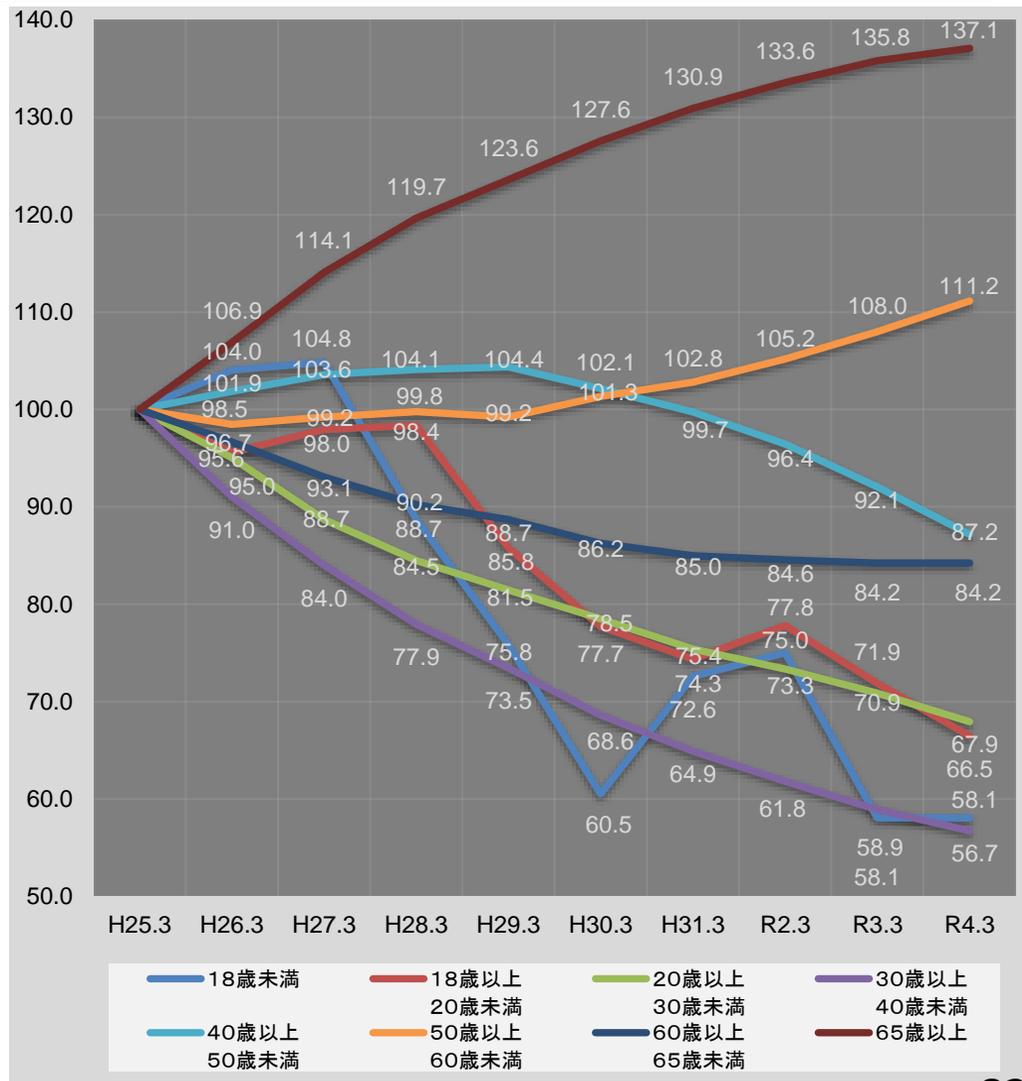
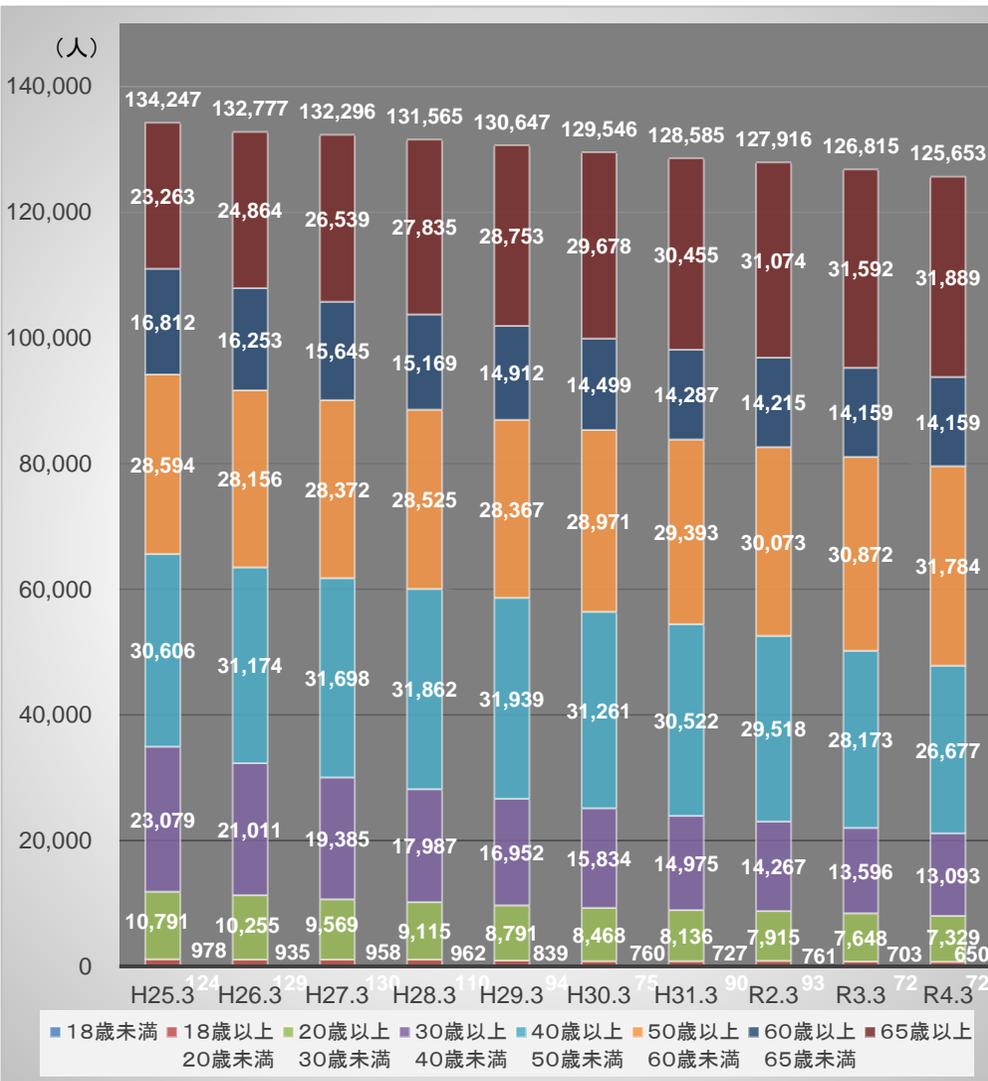
障害者支援施設の入所者数の推移（障害支援区分別）

- 障害支援区分別の利用者数について、令和4年3月時点と平成25年3月時点と比較すると、
- ・ 区分1は87.9%減少、区分2は81.4%減少、区分3は66.8%減少、区分4は40.3%減少、区分5は8.9%減少となっている。
 - ・ 区分6は39.4%増加となっている。



障害者支援施設の入所者数の推移（年齢階級別）

- 年齢階級別の利用者数について、令和4年3月時点と平成25年3月時点と比較すると、
- ・ 20歳以上30歳未満は32.1%減少、30歳以上40歳未満は43.3%減少となっている。
 - ・ 50歳以上60歳未満については11.2%増加、65歳以上については37.1%増加となっている。



障害者支援施設等入所者の医療機関の受診等の課題

中医協 総3
3. 1. 2. 1. 0

～「障害者支援施設等と医療機関における連携状況に関する実態調査報告書」から～

- 障害者支援施設等入所者の診療で対応困難だった経験を有する医療機関の割合は約27%。
- 入所施設にとって、入所者の医療機関の受診等について「症状を自己申告出来ない入所者は、受診の判断が困難」「検査・診察の待機時間が長い又は待機が困難」などの課題がある。

○本調査では障害者支援施設等を通じて日常的に連携する医療機関に回答を依頼した。回答のあった医療機関の属性は以下のとおり (n=230)

1)医療機関の施設種別

病院(31.3%)、有床診療所(5.2%)、無床診療所(63.5%)

2)標榜診療科(複数回答)

内科(56.5%)、外科(18.7%)、整形外科(20.9%)、小児科(17.4%)、産婦人科(3.5%)、呼吸器科(16.1%)、循環器科(15.2%)、精神科(31.3%)、眼科(7.8%)、耳鼻咽喉科(6.1%)、歯科(27.8%)、泌尿器科(7.4%)、皮膚科(12.6%)、その他(20.4%)※

※リハビリテーション科、心療内科、神経内科、脳神経外科、形成外科、アレルギー科 等

3)診療したことのある入所者の主な障害特性

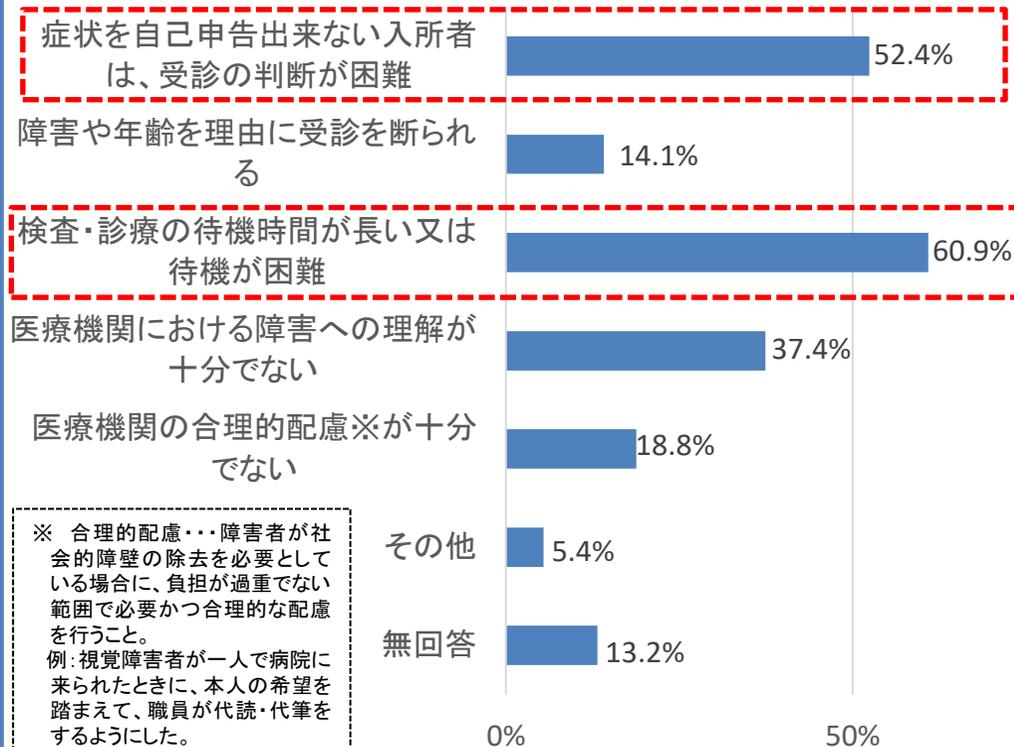
視覚障害(10.4%)、聴覚・平衡機能障害(6.5%)、肢体不自由(36.5%)、内部障害(8.3%)、精神障害(55.2%)、知的障害(81.7%)、発達障害(自閉症など)(18.7%)、高次脳機能障害(18.7%)、その他(3.5%)

○障害者支援施設等の入所者の受診で対応困難だった経験の有無 (令和元年度1年間について)

ある(26.5%)、ない(73.5%)

入所者の医療機関の受診等についての課題 (施設等_複数回答)(n=1183)

(回答者:障害者支援施設、福祉型障害児入所施設、グループホーム)



出典:障害者支援施設等と医療機関における連携状況に関する実態調査報告書(令和2年度障害者総合福祉推進事業)

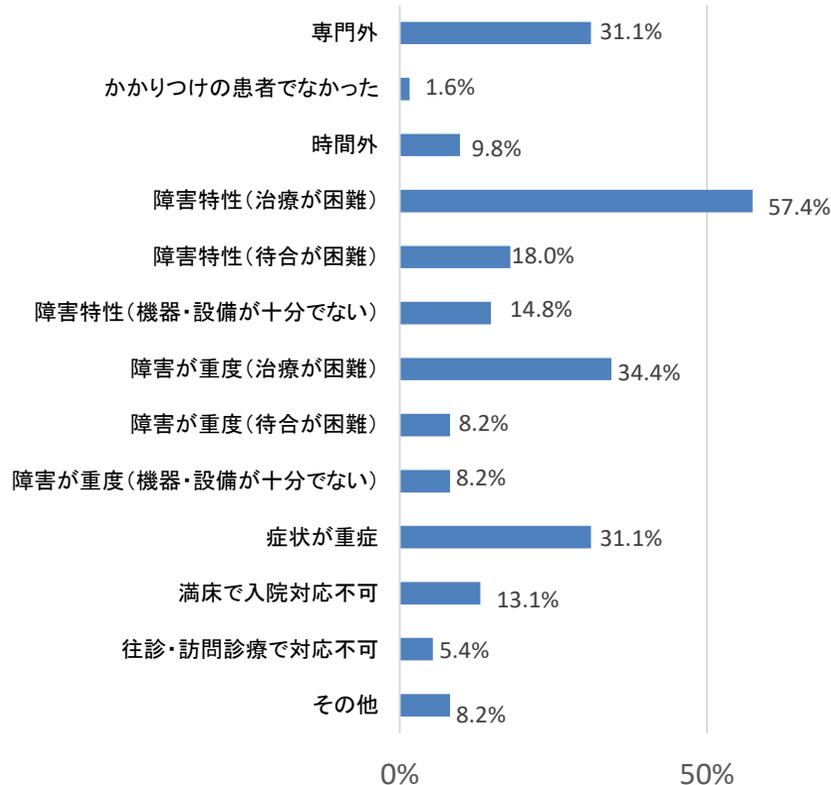
※調査対象は障害者支援施設、福祉型障害児入所施設、共同生活援助(グループホーム)(以下「入所施設等」)及び入所施設等と連携する医療機関(以下「医療機関」)

※回収率:入所施設等:53.2%(1,183有効回収数/2,222配布数)

医療機関:入所施設等が日常的に連携している医療機関に入所施設等を通じて回答を依頼(入所施設等1カ所最大5医療機関)し、230医療機関が回答

- 医療機関が対応困難な理由としては、「障害特性」「障害が重度」と回答した割合が高い。
- 対応が困難だった入所者の状況等としては「安静・治療の継続が困難」「強いこだわり」などがあつた。また、必要な具体的支援としては「日常的な関わりの強化」「互いの情報共有」「早期段階からの相談体制」などの意見があつた。

医療機関における対応が困難だった理由(複数回答)
(対応困難だった経験がある医療機関、複数回答)(n=61)



【対応が困難だった入所者の状況等(自由記述)】

- ・ 安静・治療の継続が困難
- ・ 発達障害による強いこだわり
- ・ 診察を抵抗・拒否する
- ・ 恐怖心が強く検査・治療ができない
- ・ コミュニケーションが取れない
- ・ 知的障害に伴う激しい診療拒否
- ・ 強度行動障害による激しい診療拒否 等

【障害者支援施設等との連携において必要な支援(自由記述)】

- ・ 患者の退院先となるため、日常的な関わりを強化し、コミュニケーションを図る必要
- ・ 互いに情報共有、検討していくことの積み重ねが必要
- ・ 早期段階からの相談体制
- ・ 新型コロナウイルス対策にかかる支援 等

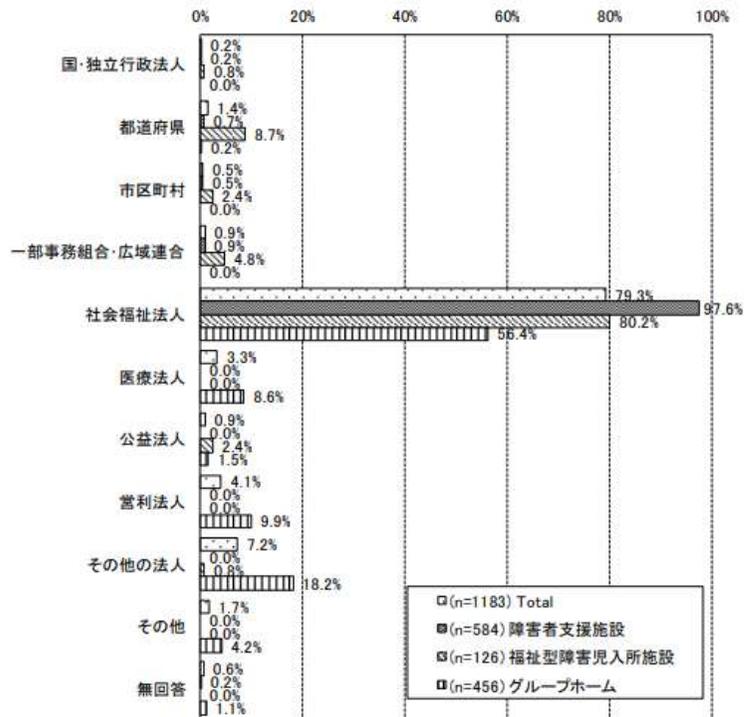
出典:障害者支援施設等と医療機関における連携状況に関する実態調査報告書(令和2年度障害者総合福祉推進事業)

※調査対象は障害者支援施設、福祉型障害児入所施設、共同生活援助(グループホーム)と連携する医療機関

障害者支援施設の運営主体等について

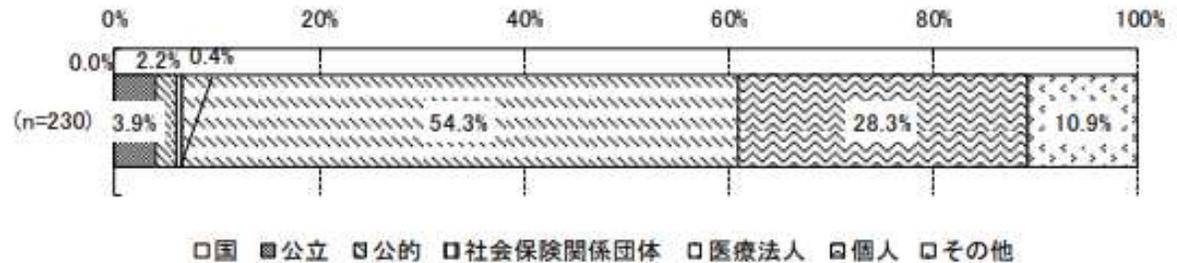
- 障害者支援施設の運営主体は「社会福祉法人」が97.6%である
- 障害者支援施設等の日常的に連携している医療機関は「医療法人」が最も高く54.3%、次いで「個人」が28.3%となっている。

障害者支援施設等の運営主体



(注) 合計には施設種別が不明の17件が含まれる(以降同様)。

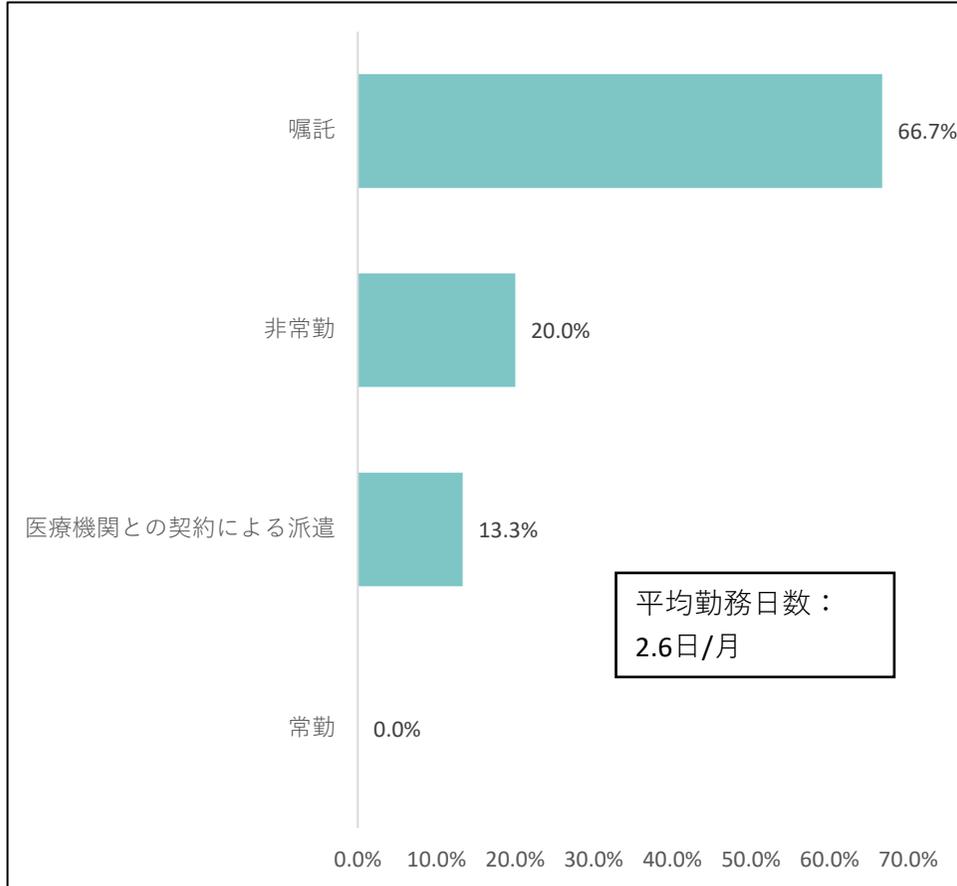
障害者支援施設等が日常的に連携している医療機関の開設者



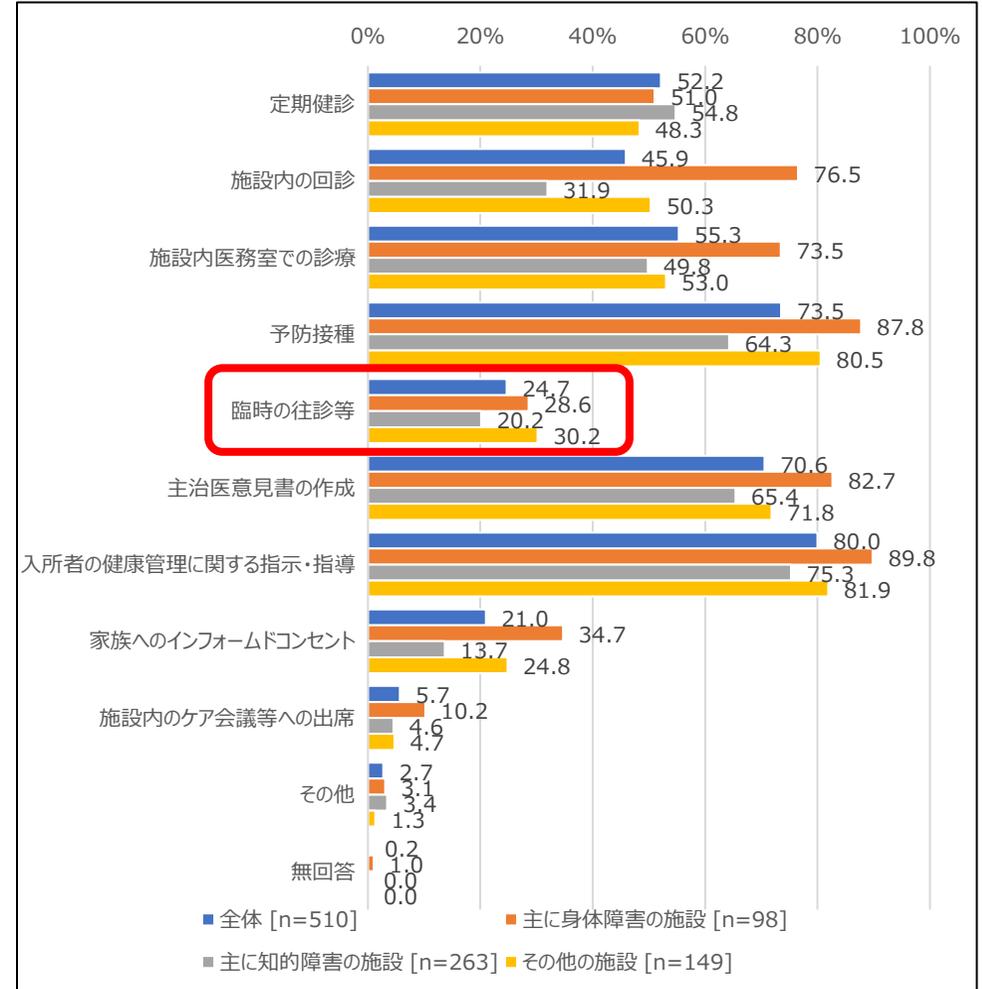
配置医師の状況について

- 配置医師の勤務形態は、「嘱託」が66.7%、非常勤が20%となっている。また、月の平均勤務日数は、2.6日となっている。(図表1)
- 施設の配置医師が業務として「臨時の往診等」を実施している割合は、24.7%となっている。(図表2)

図表1. 配置医師の勤務形態

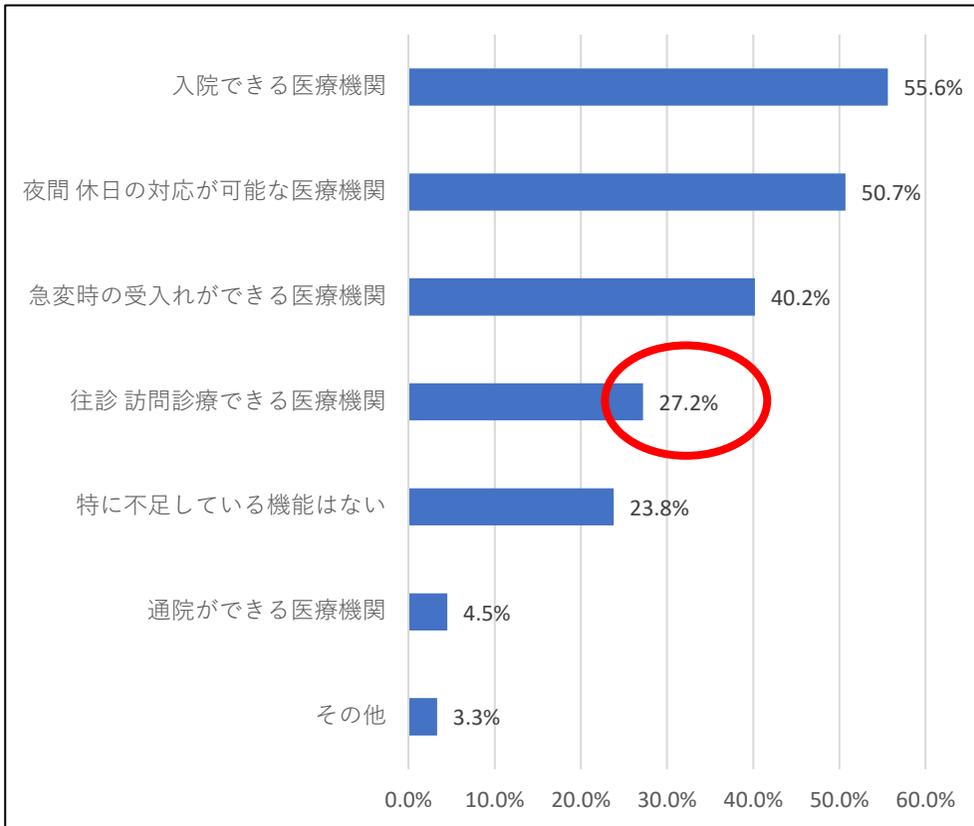


図表2. 施設で配置医師が行っている業務



- 令和2年度に実施した調査研究によると、障害者支援施設の連携先の医療機関に不足している機能として、「往診・訪問診療できる医療機関」と回答した障害者支援施設は27.2%であった。(図表1)
- 日常的な受診(訪問診療・往診)の課題等として、「施設では訪問診療が対象外となることが困る。」や、「入所施設に訪問診療を入れるように取り扱いを変えて欲しい。」、「配置医だけでは、対応困難である。」といった意見があった。(図表2)

図表1. 障害者支援施設の連携先の医療機関に不足している機能 (n=584)



図表2. 日常的な受診(訪問診療・往診)の課題等(自由記述式) ※要約

<夜間の対応>

- ・ 夜間の怪我等に対して、往診してほしい。

<対応する医療機関がない、少ない>

- ・ 訪問診療・往診の対応が出来る医療機関が少ない、見つけられない。
- ・ 往診、訪問診療ができる医師がいない。

<要望>

- ・ 対応困難な場合に往診の対応ができる医療機関があると良い。
- ・ 特殊な科に円滑に受診できる体制があれば良い。
- ・ 重度障害者の受診が難しい為、訪問し治療してくれる病院の紹介があれば良い。

<その他>

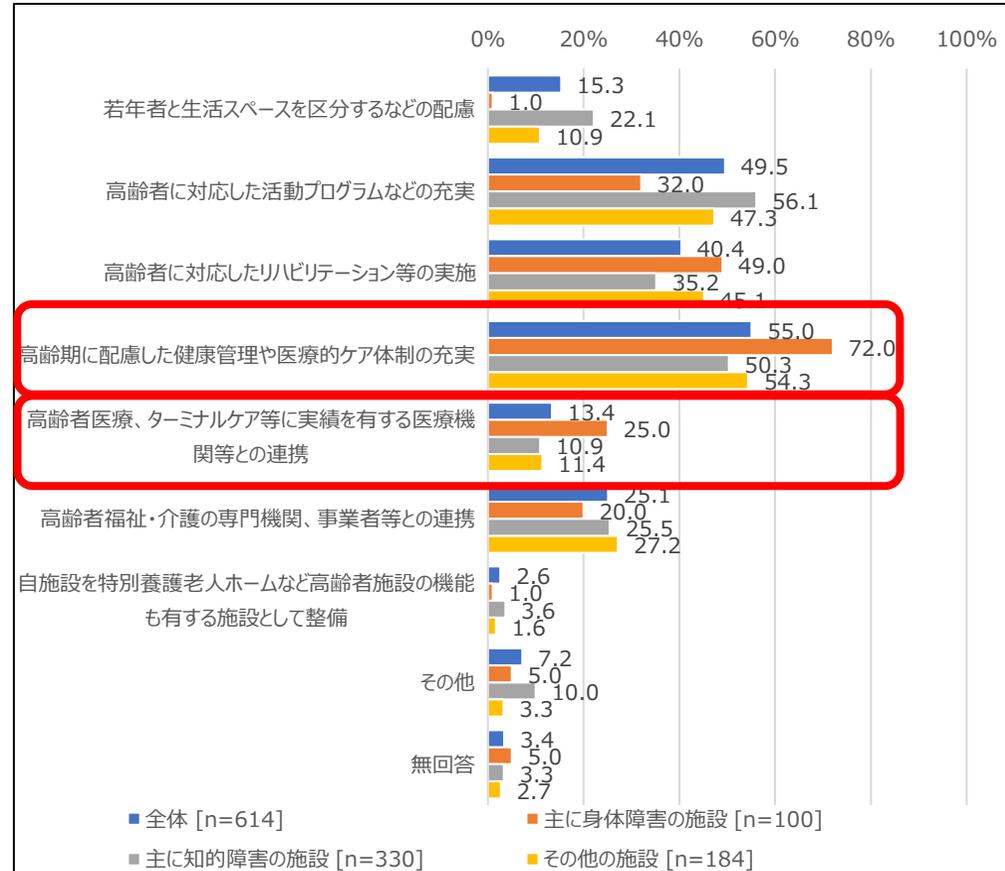
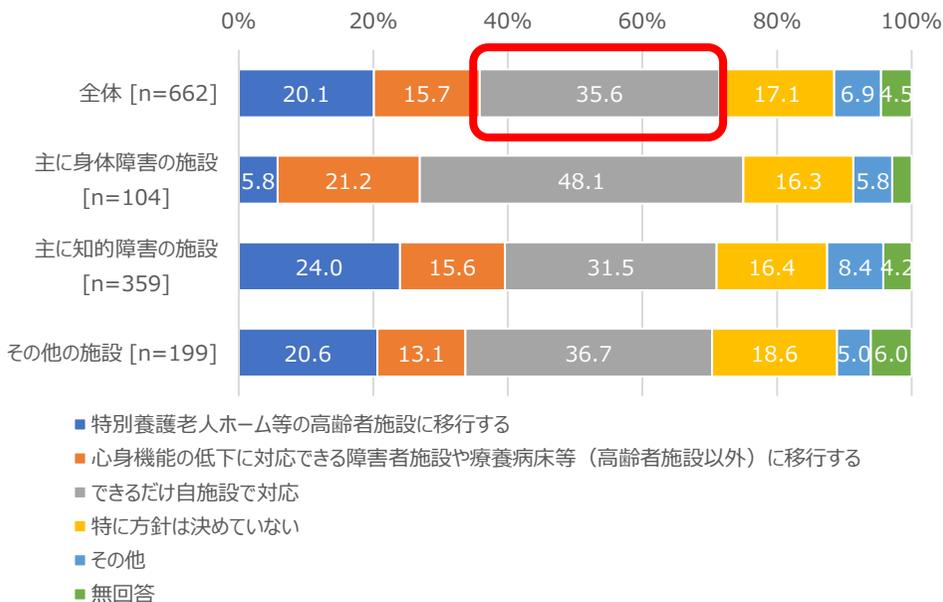
- ・ 利用するにあたり、診問診療が利用出来ず、とても悩んだ。
- ・ 施設では訪問診療が対象外となることが困る。
- ・ 入所施設に訪問診療を入れるように取り扱いを変えて欲しい。
- ・ 配置医だけでは、対応困難である。
- ・ 利用者の特性に合わせた医療が選択できるようにして欲しい。

施設入所支援における高齢化に伴う対応

- 加齢にともなう心身機能の低下が顕著となっている者の対応方針としては、「できるだけ自施設で対応」としているところが35.6%となっている。(図表1)
- 入所者の高齢化への対応としては、「高齢期に配慮した健康管理や医療的ケア体制の充実」に対応している割合が高いが、「高齢者医療、ターミナルケア等実績を有する医療機関等との連携」を実施している割合が低い状況にあった。(図表2)

図表1. 加齢にともなう心身機能の低下が顕著となっている者の対応方針

図表2. 入所者の高齢化への対応状況



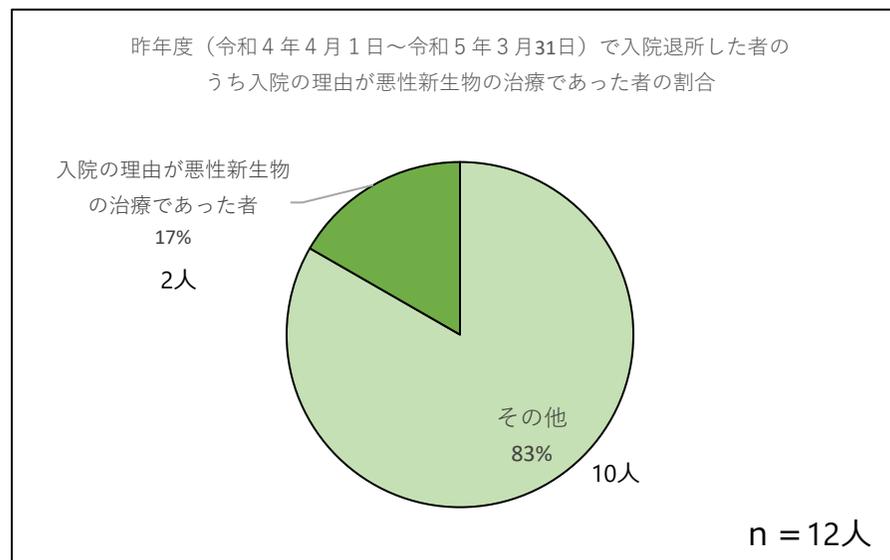
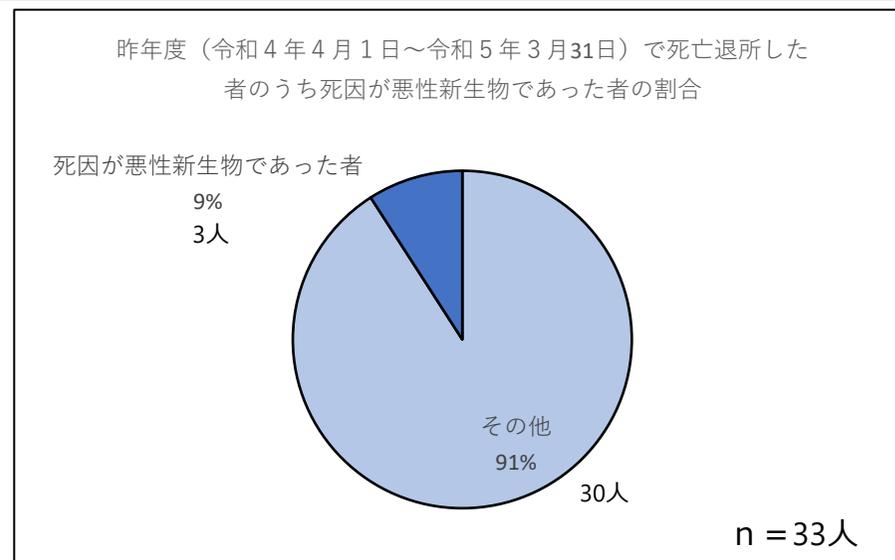
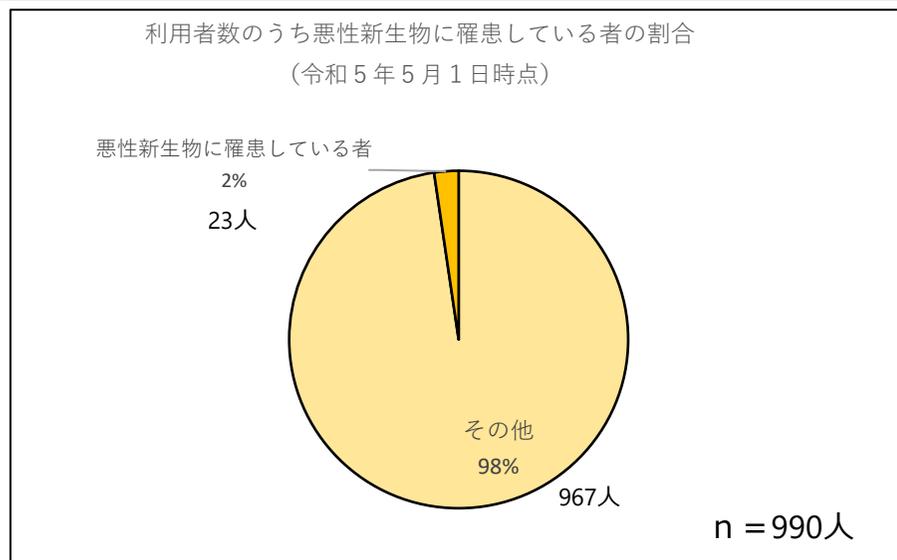
障害者支援施設における訪問診療・往診の取扱いについて

- 障害者支援施設においては配置医師を求めることとしている。
- 特別養護老人ホームにおいては、末期の悪性腫瘍の患者に対して在宅患者訪問診療料を算定できるとしているが、障害者支援施設においては、訪問診療料を算定できない。

	特別養護老人ホーム	障害者支援施設（生活介護を行う場合）
医師の配置基準	入所者に対し健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数（非常勤可）	<u>利用者に対して日常生活上の健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数</u>
看護師の配置		<u>生活介護の単位ごとに1人以上</u>
配置医師の役割	健康管理又は療養上の指導	<u>日常生活上の健康管理又は療養上の指導</u>
訪問診療に係る費用	<p>介護報酬で評価※</p> <p>※当該患者が末期の悪性腫瘍の場合又は当該患者を当該特別養護老人ホームで看取った場合（在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院又は当該特別養護老人ホームの協力医療機関の医師により、死亡日から遡って30日間に行われたものに限る）場合、在宅患者訪問診療料を算定することができる。</p>	障害福祉サービス等報酬で評価
往診にかかる費用	<p>医療保険で評価※</p> <p>※患者の傷病が配置医師の専門外にわたるものであり、入所者若しくはその家族等の求め等を踏まえ、入所者の状態に応じた医学的判断による配置医師の求めがある場合又は緊急の場合であって特別養護老人ホーム等の管理者の求めがあった場合</p>	<p>医療保険で評価※</p> <p>※患者の傷病が配置医師の専門外にわたるものであり、入所者若しくはその家族等の求め等を踏まえ、入所者の状態に応じた医学的判断による配置医師の求めがある場合又は緊急の場合であって特別養護老人ホーム等の管理者の求めがあった場合</p>

障害者支援施設における悪性新生物により死亡退所した者等の割合（団体を通じたアンケート結果）

- 利用者数のうち悪性新生物に罹患している者の割合は、令和5年5月1日時点で、全体の2%であった。
- 昨年度「死亡退所」した者のうち死因が悪性新生物であった者の割合は、全体の9%、「入院退所」した者のうち入院の理由が悪性新生物の治療であった者の割合は、全体の17%であった。



※ 団体を通じて障害者支援施設22施設にアンケートを行った結果を基に障害福祉課にて作成

※ 施設入所支援の入所者数：125,653人
(国保連データR4.3月時点)

悪性新生物により障害者支援施設での生活を継続することが困難であった事例

(論点4参考資料④)

- 本人にとって慣れた職員がおり、慣れた環境である障害者支援施設において、訪問診療等が受診できれば、本人・家族の希望する環境で治療できたと思われるが、それが困難であった事例。

障害福祉サービス等報酬改定検討チーム

第37回 (R5.9.27)

資料2

<ケース1>

■ 基本情報

- 年齢・性別：60代・男性
疾患：胃がん
障害支援区分：区分6
意思表示等：明確な意思表示はわかりにくが、本人が嫌なことに対する意思表示は可能
家族の状況：両親は死別、妹は健在
現在のキーパーソンは妹夫婦
連携機関：病院（協力医療機関）
計画相談支援事業所

■ 支援経過

- ・ 体調不良で病院に受診したところ、胃がんが発覚。
- ・ 本人は、知らない人しかいない病院ではなく、施設からの通院での治療を希望した。
- ・ 通院で医師から指示を受け、施設内では看護師と栄養士が連携して食事や治療の管理等を実施。
- ・ 病状悪化により、徐々に本人が動けなくなり、通院困難となった。
- ・ 本人と施設職員がキーパーソンである妹を交えて話し合った上で、協力医療機関の医師にも相談したところ、施設では頻回な治療・ケアに対する対応が困難との判断で入院治療に移行し、そのまま病院で死亡した。

<ケース2>

■ 基本情報

- 年齢・性別：40代・女性
疾患：乳がん
障害支援区分：区分6
意思表示等：慣れた職員には意思表示できるが、不慣れた環境・人には意思表示が困難
家族の状況：母親は死別、父親は健在
現在のキーパーソンは父親と叔母
連携機関：病院（協力医療機関）
計画相談支援事業所

■ 支援経過

- ・ 通院時に乳がんが判明、乳房切除の手術実施。
- ・ その後、数年が経過し、通院治療をしていたが、徐々に状態が悪化。
- ・ 医師からは入院を勧められたが、病院では知らない人ばかりの環境になり、本人にとって自分の病状や快・不快の意思表示等をするのも難しいため、父親や叔母、本人を交えて話し合い、施設でできる限り見てほしいとの希望が示された。
- ・ しかしその後、さらに病状が悪化したため、協力医療機関の医師に相談したところ、施設では頻回な治療・ケアに対する対応が困難との判断で入院治療に移行し、そのまま病院で死亡した。

※ ケース1,2ともに、厚生労働省において、障害者支援施設の職員への聞き取りにより把握

【論点4】 障害者支援施設における悪性腫瘍患者への医療提供について

障害福祉サービス等報酬改定検討チーム

第37回（R5.9.27）

資料2

現状・課題

- 障害者支援施設の入所者については、配置基準上、医師が配置されていることが想定されていることから、原則として、診療報酬の在宅患者訪問診療料等の費用については障害福祉サービス等報酬からの給付になっている。
- 一方で、特別養護老人ホームの入所者についても同様の取扱いになっているものの、末期の悪性腫瘍である場合は、特例として在宅患者訪問診療料等が算定可能となっている。
- 障害者支援施設においては、施設入所者の高齢化等が顕著であり、平成25年3月時点と令和4年3月時点の年齢階級別の利用者数を比較すると、50歳以上60歳未満については11.2%増加、65歳以上については37.1%増加となっているとともに、入所者のうち悪性腫瘍に罹患している者や、悪性腫瘍により入院退所・死亡退所する者も一定程度いる状況となっている。
- なお、令和5度から、厚生労働科学研究費を活用して
 - ・ 障害者支援施設等における全国の看取り等の実態調査や、看取りに関する先駆的事業所へのインタビュー調査
 - ・ 終末期の支援を行う支援者や関係者向けに、知的障害者の看取りや終末期における医療機関等との連携を図る上で備えるべき内容が整理されたマニュアルの作成を実施する予定としている。

検討の方向性

- 在宅患者訪問診療料等の診療報酬上の取扱いを踏まえて、障害者支援施設の入所者が末期の悪性腫瘍である場合の医療提供体制について、どのような対応が考えられるか。

入退院時についての医療と福祉の連携と報酬上の評価

入退院時に医療機関と福祉事業者の情報連携（文書等による情報の提供、収集）や協働による支援の検討（カンファレンスの開催や参加）等の連携を推進するため、当該業務について相互に報酬上評価を行っている。

入院時

相談支援

退院時

○入院時情報連携加算

入院時に医療機関が求める利用者の情報を医療機関に提供した場合
(Ⅰ) 訪問 (Ⅱ) 文書等

○介護支援等連携指導料

患者の同意を得て、医師等が相談支援専門員等と共同して患者の心身の状況等を踏まえて導入が望ましい障害福祉サービス等や退院後に利用可能な障害福祉サービス等について説明及び指導を行った場合

○診療情報提供料(Ⅰ)

患者の同意を得て、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(退院日の前後2週間) 介護支援等連携指導料を算定した場合は算定不可。

○入退院支援加算1 ○入退院支援加算2

退院困難な患者を抽出し、早急に本人・家族と面談、カンファレンスを実施した場合

○医療・保育・教育機関等連携加算

【計画作成時】
障害福祉サービス等以外の医療機関、保育機関等の職員と面談を行い、必要な情報提供を受け協議等を行った上で、サービス等利用計画を作成した場合

○退院・退所加算 【計画作成時】

退院退所時に、医療機関等の多職種からの情報収集や医療機関等における退院・退所時のカンファレンスへの参加を行った上で、サービス等利用計画を作成した場合

○集中支援加算 ※R3年度報酬改定で新設

【計画作成時・モニタリング時以外】
障害福祉サービス等の利用に関して、以下の支援を行った場合(①~③について各々月1回算定可)

- ①月2回以上の居宅等への訪問による面談
- ②サービス担当者会議の開催
- ③他機関の主催する利用者の支援についての検討を行う会議への参加

診療報酬(医療機関)

障害福祉サービス等報酬
(計画相談支援・障害児相談支援)

A246 入退院支援加算（退院時1回）

➤ 施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施することを評価。

- 入退院支援加算1 イ 一般病棟入院基本料等の場合 700点 □ 療養病棟入院基本料等の場合 1,300点
入退院支援加算2 イ 一般病棟入院基本料等の場合 190点 □ 療養病棟入院基本料等の場合 635点
入退院支援加算3 1,200点
 ➤ 入退院支援加算1又は2を算定する患者が15歳未満である場合、所定点数に次の点数を加算する。 小児加算 200点

[主な算定要件・施設基準]

	入退院支援加算1	入退院支援加算2	入退院支援加算3
退院困難な要因	ア. 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症 イ. 緊急入院 ウ. 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること エ. 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある オ. 生活困窮者であること カ. 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。） キ. 排泄に介助を要すること ク. 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと	ケ. 退院後に医療処置が必要 コ. 入退院を繰り返している サ. 入院治療を行っても長期的な低栄養状態になることが見込まれること シ. 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること ス. 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること セ. その他患者の状況から判断してアからスまでに準ずると認められる場合	ア. 先天奇形 イ. 染色体異常 ウ. 出生体重1,500g未満 エ. 新生児仮死（Ⅱ度以上のものに限る） オ. その他、生命に関わる重篤な状態
①退院困難な患者の抽出 ②・患者・家族との面談 ・退院支援計画の着手 ③多職種によるカンファレンスの実施	①原則入院後3日以内に退院困難な患者を抽出 ②・原則として、患者・家族との面談は一般病棟入院基本料等は7日以内 療養病棟入院基本料等は14日以内に実施 ・入院後7日以内に退院支援計画作成に着手 ③入院後7日以内にカンファレンスを実施	①原則入院後7日以内に退院困難な患者を抽出 ②・できるだけ早期に患者・家族と面談 ・入院後7日以内に退院支援計画作成に着手 ③できるだけ早期にカンファレンスを実施	①入院後7日以内に退院困難な患者を抽出 ②③ ・7日以内に家族等と面談 ・カンファレンスを行った上で、入院後1か月以内に退院支援計画作成に着手
入退院支援部門の設置	入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置		
入退院支援部門の人員配置	入退院支援及び地域連携業務の十分な経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上 かつ、①もしくは②（※） ①専従の看護師が配置されている場合は、専任の社会福祉士を配置 ②専従の社会福祉士が配置されている場合は、専任の看護師を配置		5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師又は専任の看護師並びに専従の社会福祉士
病棟への入退院支援職員の配置	各病棟に入退院支援等の業務に専従として従事する専任の看護師又は社会福祉士を配置（2病棟に1名以上）	-	-
連携機関との面会	連携機関の数が25以上であること。 連携機関の職員が年3回以上の頻度で対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて面会し、情報の共有等を行っていること	-	-
介護保険サービスとの連携	相談支援専門員との連携等の実績	-	-

入退院支援加算届出医療機関における連携体制

- 入退院支援加算の施設基準で求める連携機関の施設数は、入院料別に大きな差はなく、いずれの入院料の場合も介護保険サービス事業所との連携が最も多い。
- 連携機関の施設数は、医療機関毎のばらつきが大きい。

■ 入退院支援加算の施設基準で求める連携機関（※）の施設数

	中央値	(25%tile)	(75%tile)	最頻値	平均値	
急性期一般病棟を有する医療機関	① 連携機関数の合計	34	26	76.5	25	70.2
	② うち、病院	8	2	17	0	14.3
	③ うち、診療所	2	0	6	0	11.3
	④ うち、介護保険サービス事業所	20	5	39.3	0	34.0
	⑤ うち、障害福祉サービス事業所	0	0	1	0	1.4
	⑥ うち、その他の施設	1	0	7	0	9.9
地域包括ケア病棟を有する医療機関	① 連携機関数の合計	31	25	59.8	25	52.7
	② うち、病院	4	1	11	0	8.5
	③ うち、診療所	1	0	4	0	8.3
	④ うち、介護保険サービス事業所	20	11	32.75	0	30.2
	⑤ うち、障害福祉サービス事業所	0	0	1	0	0.8
	⑥ うち、その他の施設	0	0	5	0	4.9
回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関	① 連携機関数の合計	32	25	79.3	25	61.0
	② うち、病院	7	1	14.25	0	11.0
	③ うち、診療所	1	0	4	0	5.9
	④ うち、介護保険サービス事業所	22	11	44	0	37.3
	⑤ うち、障害福祉サービス事業所	0	0	1	0	0.8
	⑥ うち、その他の施設	0	0	1	0	0.8

（※）連携機関

- ① 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は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に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者等（以下「連携機関」という。）であり、かつ
- ② 入退院支援部門あるいは病棟に配置されている入退院支援及び地域連携業務を担う看護師又は社会福祉士と、それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて面会し、情報の共有等を行っている施設等をいう。

【論点2】入院中の重度訪問介護利用における入院前の医療と障害福祉の連携した支援への評価について

障害福祉サービス等報酬改定検討チーム

第36回（R5.9.19）

資料2

現状・課題

- 重度訪問介護を利用している障害支援区分6の重度障害者は、入院中も引き続き重度訪問介護を利用して、本人の状態を熟知した重度訪問介護従業者（ヘルパー）により、病院等の職員と意思疎通を図る上で必要なコミュニケーション支援を受けることが可能となっている。
- 重度障害者が入院する場合、医療機関と重度訪問介護事業所等の密接な連携が必要となる。このため、重度訪問介護従業者の院内感染対策等も含め、入院時の事前調整など綿密な連携調整が必要となるが、現在はその業務負担に関し十分な評価がされていない。

検討の方向性

- 重度訪問介護利用者が重度訪問介護従業者の付添いにより入院する際、その入院前に、重度訪問介護事業所の職員と医療機関の職員とが事前調整を行った場合、この重度訪問介護事業所が医療機関と連携した支援について評価できるように検討してはどうか。

入院中の重度訪問介護利用における医療と福祉の連携（イメージ）

医療と福祉の連携

入院前



【医療機関との具体的な事前調整の内容】

- (1) 障害者本人、障害福祉サービス等事業者から医療機関への伝達事項
 - ・入院する障害者の基本情報、利用している障害福祉サービス等
 - ・入院する障害者の障害特性等の伝達（障害の状態、介護方法（例：体位変換、食事、排泄）など）
 - ・障害者本人の入院中の生活・退院後の生活の希望
 - ・重度訪問介護の制度（目的、内容）
- (2) 医療機関から障害福祉サービス等事業者への伝達事項
 - ・医療機関の入院規則
 - ・感染対策（体温等の確認、マスク装着の徹底）
- (3) 医療機関と障害福祉サービス等の調整
 - ・看護師が行う業務と重度訪問介護従業者が行う業務の確認（コミュニケーション支援の範囲の確認）
 - ・障害特性を踏まえた病室等の環境調整や対応（ベッド等の配置など）
 - ・重度訪問介護従業者の人数、勤務時間、勤務体制
 - ・重度訪問介護従業者から医療機関への報告等の伝達方法

重度訪問介護事業所等の職員が医療機関職員に対し、入院前の事前調整で伝達する内容 （入院する障害者の障害特性等の伝達（具体例））

- ・障害者本人の基本情報（障害の状況など）
- ・利用している障害福祉サービス等
- ・通院や服薬の状況
- ・障害特性（障害の状態（身体・生活機能の状況）など）
- ・日常生活における介助の方法（重度訪問介護従業者が行っている本人独自の座位姿勢、体位変換、褥瘡になりやすい人の支援方法（クッションの使用など）、食事（きざみ・とろみ）、吸引、排痰、排泄など）
- ・日常生活における介助の頻度、時間、タイミング
- ・日常生活における介助の手順やコツ、介助の注意点（気をつけていること）
- ・強度行動障害のある障害者の場合、音や光に過敏になる状況、本人のこだわり、落ち着かせ方など
- ・自宅や障害者通所支援事業所で行っている昼間の時間の過ごし方など日常生活のルーティン、また、その事業所職員との日常での関わり方
- ・障害者本人の入院中の生活・退院後の生活の希望 など

※重度訪問介護事業所等にヒアリングを行い、まとめたもの

強度行動障害を有する患者の入院に係る医療と福祉の連携（イメージ）

○ 強度行動障害とは自傷、他害、破壊等の行動が高い頻度で起こるため、特別な配慮が必要になっている状態であり、個々の自閉症の特性に合わせた標準的な支援の内容を医療と福祉で共有していくことが必要である。

■ 強度行動障害を有する患者の入院に係る医療と福祉の連携（イメージ）

入院前のカンファレンス等を用いた事前調整

- ① 家族や障害福祉サービス事業者等から医療機関への情報共有
 - ・余暇グッズ ・食事（食べられるもの）
 - ・1日の流れなどの伝え方 ・治療をするときの伝え方と練習方法
 - ・本人のこだわり（注射や包帯の巻き方など）等
- ② 医療機関から本人・家族や障害福祉サービス事業者等への情報共有
 - ・入院規則 ・実施予定の検査や治療の内容 等

①、②を踏まえた入院前からの調整

- ・本人に適した入院中の環境調整（入院時の経路、部屋の場所、個室の必要性等）
- ・検査や治療内容を説明するための支援のグッズの準備
- ・退院にあたり調整すべき担当者や調整事項等の事前把握 等

入院

退院前のカンファレンス等を用いた再調整

① 本人への支援の再検討

- ・入院中の治療内容を踏まえた退院後の在宅・施設等における支援方法の検討（投薬方法等）
- ・本人・家族、障害福祉サービス事業者等からの情報で行った実践の評価（今後の入院等に備えて調整等が必要な事項の整理も含む）等

③ 医療従事者と障害福祉サービス事業者等との連携強化

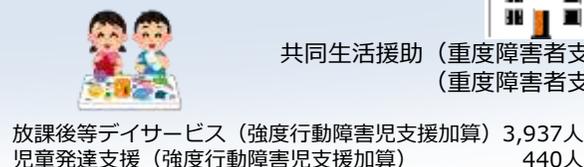
- ・退院後の通院等で必要な情報の整理
- ・他科との情報連携 等

強度行動障害の定義

・自分の体を叩いたり食べられないものを口に入れる、危険につながる飛び出しなど**本人の健康を損ねる行動**、他人を叩いたり物を壊す、大泣きが何時間も続くなど**周囲の人のくらしに影響を及ぼす行動**が、**著しく高い頻度**で起こるため、特別に配慮された支援が必要になっている状態のこと。

（参考）行動障害関連の障害福祉サービス・障害児支援の利用者：延べ78,579人（令和4年10月時点）

（行動援護、共同生活援助、短期入所、生活介護等を重複して利用する場合があるため、延べ人数としている）



強度行動障害を有する患者の入院前のカンファレンス等を用いた事前調整の具体例

標準的な支援の活用（視覚的な支援）：GHからの入院

【対象者】20代 男性 知的障害（最重度） 自閉症

【疾病】 自傷行為による外傷性網膜剥離 眼科手術

【入院時カンファ】入院時カンファレンスで「余暇グッズ」「生活・コミュニケーション支援」について障害福祉サービス事業者から情報を得た（*自閉症のある方は、同じ行動を繰り返すという障害特性から、普段から使用している「余暇グッズ（自由時間を適応的に過ごせるもの）」が、不適応行動の予防として大きな役割をもった）

【治療について】入院中は得た情報から、1日の予定やコミュニケーショングッズを借りたり、追加で作成。余暇グッズももってきてもらうことで、不適応行動を予防した入院ができた。

【退院時カンファ】点眼処置などの方法をグループホームスタッフに伝えることで、退院前に点眼薬の流れを本人に示す支援グッズの準備ができた

特別な対応の検討：施設からの入院

【対象者】19歳 男性 知的障害（最重度） 自閉症 強度行動障害児支援加算用判定表スコア26点

【疾病】 口腔内腫瘍

【入院時カンファ】入院時カンファレンスで、歯科医師らからコミュニケーション方法の聞き取り

【治療について】医療従事者が手順書などを作成して処置を進めるが、初めての環境に戸惑い不穏状態へ。急遽、障害福祉サービス事業者が手伝うことで対応できた。病室では事前に確認しておいたDVDデッキの持ち込みができたため、落ち着いて過ごすことができた。

【退院時カンファ】特になし

練習の活用：在宅からの入院

【対象者】20代 男性 知的障害（最重度） 自閉症 行動関連項目23点

【疾病】 蜂窩織炎

【入院時カンファ】かかりつけの大学病院の小児科。家族から本人の状態や障害特性などをまとめたもの（余暇グッズ情報、多くの人を見ると圧倒されてしまうこと、いままでの治療で使っていたグッズ（注射の方法など）、食事情報（過敏さやこだわりで食べられないものが多い））を受け取った

【治療について】個室対応。持参してもらった支援グッズを使用して、CTの練習を3回実施してから検査。余暇時間を過ごすためのお気に入りグッズ

【退院時カンファ】大学病院の小児科から、成人の総合病院へ。入院時に使用したもの（余暇グッズ、人が少ない移動をすること、治療で使ったグッズ（CTスキャンなど）、食事情報（母が持参していた））などを伝える

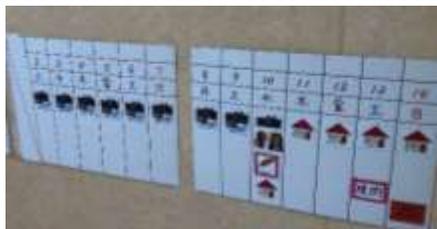
視覚的支援グッズの例 余暇グッズの例



音楽が好きだがヘッドホンができないこともあるため、タブレットで楽器をならす余暇グッズ



興味関心のあるもの（たとえば国旗）とかで、簡単な課題をするためのグッズ



カレンダーで一日終わったら紙を貼って、退院までの日数を知るためのグッズ



着替えについて、いつ、何を着るのかを示すことが必要な場合のグッズ

課題①

(主治医と介護支援専門員との連携について)

- 令和5年の医療法改正では、かかりつけ医機能報告を創設し、慢性疾患を有する高齢者その他の継続的に医療を必要とする者を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、各医療機関から都道府県知事に報告を求めることとされた。各医療機関から都道府県知事に報告するかかりつけ医機能には介護サービス等との連携が含まれる。
- 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。
- 介護保険制度の介護支援専門員の運営基準において、サービス担当者会議を通じて専門的な知見を求めること、医療サービスを提供する際は医師の意見を求めること、医師の医学的観点からの留意事項を尊重して居宅サービス計画を策定することが規定されている。
- かかりつけ医機能に係る評価である機能強化加算は、介護保険制度の利用等の相談への対応、主治医意見書の作成する医師を配置することが施設基準として求められている。
- また、地域包括診療料・加算は、介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること等が要件とされている。満たすことができている介護保険制度に関する要件としては、「医師における都道府県等が実施する主治医意見書に関する研修受講」が最多であった。
- 医療機関における介護との連携の取組について、要介護認定に関する主治医意見書の作成はほぼ全ての施設が取り組んでいた。「サービス担当者会議への参加」は地域包括診療料・加算の届出がある施設では54.0%、届出がない施設では33.9%、「介護支援専門員とのケアプラン策定等に係る相談時間の確保」は届出のある施設では53.5%、届出のない施設では31.9%の医療機関が取り組んでいた。
- 医療機関における書面を用いた患者への説明について、内容としては患者の病状についての説明が最多であった。必要となる介護・福祉サービスについての説明は地域包括診療料・加算の届出ある施設では33.9%、届出のない施設では25.0%であった。
- 主治医がサービス担当者会議に参加することについて、介護支援専門員から聞き取った結果、患者の意思決定支援のはじめの一步となる等の利点が挙げられた。

課題②

(医療機関と高齢者施設等との連携について)

- 高齢者施設等において、介護保険施設(介護医療院・介護老人保健施設・特別養護老人ホーム)では協力病院、介護保険施設以外の高齢者施設等(特定施設・認知症グループホーム)については協力医療機関を定めることが運営基準上求められている。
- 同時報酬改定に向けた意見交換会では、高齢者施設と医療機関の連携体制として、協力医療機関との関係性も含めた要介護者に適した緊急時の対応、入院・医療についてのルール化、医療・介護の連携の制度化を進めていくべきとの意見もあった。
- 地域包括ケア病棟・病室を有する医療機関における介護保険施設等に関する連携の実施体制は、介護保険施設からの電話等による相談への対応はほとんどの病棟で可能とされているが、緊急時の往診による対応はできない施設が多く、機能強化型在宅病において対応可能な割合は70%程度に留まっている。
- 地域包括ケア病棟・病室を有する医療機関等における、電話等による相談や緊急時の往診等の対応についてあらかじめ取り決めを行うなどしている介護保険施設等の数については、機能強化型在宅療養支援診療所が、平均値が高く、21施設以上の施設と取り決めを行っている割合が高かった。
- 在宅療養支援病院について、特別養護老人ホームに往診を行っていない在宅療養支援病院の割合は75%程度で推移し、近年変化はない。また、介護老人保健施設、介護医療院への往診はほとんど行われていなかった。特別養護老人ホーム、介護老人保健施設に入所している患者の入院は多くの在宅療養支援病院で受け入れられており、近年傾向に大きな変化はない。
- 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について、都道府県別の1医療機関当たりの介護保険施設の数は0.47～2.92施設と幅がある。

課題③

(障害福祉サービスとの連携について)

(総論)

- 障害者への医療・介護サービスの提供に当たっては、様々な障害特性や個々の状況に応じて、適切に医療・介護・障害福祉サービスを受けられる体制が求められている。

(障害者支援施設入所者に対する医療提供体制に関する連携)

- 障害者支援施設とは、施設に入所する障害者につき、主として夜間において、入浴、排せつ及び食事等の介護、生活等に関する相談及び助言その他の必要な日常生活上の支援(施設入所支援)を行うとともに、施設入所支援以外の施設障害福祉サービス(生活介護、自立訓練、就労移行支援及び就労継続支援B型等)を実施する施設である。
- 障害者支援施設には人員基準として配置医師を求めており、配置医師の勤務形態は、「嘱託」が66.7%、「非常勤」が20%となっている。また、月の平均勤務日数は、2.6日となっている。
- 施設の配置医師の業務として「臨時の往診等」を実施している割合は、24.7%となっている。
- 障害者支援施設においては、施設入所者の高齢化等が顕著であり、平成25年3月時点と令和4年3月時点の年齢階級別の利用者数を比較すると、50歳以上60歳未満については11.2%増加、65歳以上については37.1%増加となっているとともに、入所者のうち悪性腫瘍の者や、悪性腫瘍により入院退所・死亡退所する者も一定程度いる状況となっている。

(入退院支援に係る医療と障害福祉サービスとの連携)

- 入退院時に医療機関と福祉事業者の情報連携や協働した支援の実施については、診療報酬及び障害福祉サービス等報酬双方で一定程度評価している。
- 入退院支援加算の施設基準で求める連携機関の施設数は、入院料別に大きな差はなく、いずれの入院料の場合も障害福祉サービス事業所との連携がほとんどない。
- 特に、特別なコミュニケーション支援を要する者や強度行動障害の状態の者については、入院前に医療機関と本人・家族や障害福祉サービス事業者等と事前調整を行うことで、本人にとって必要な医療を円滑に提供できる可能性がある。

医療・介護・障害福祉サービスの連携についての論点

【論点】

(主治医と介護支援専門員との連携について)

- かかりつけ医に係る診療報酬上の評価である機能強化加算等では主治医意見書の作成等が要件とされており、令和5年の医療法改正では、各医療機関から都道府県知事に報告するかかりつけ医機能には介護サービス等との連携が含まれている。医療の視点を踏まえたケアマネジメントを提供するためには、サービス担当者会議等を通じて、認識が共有され、より医療と生活の双方の視点に基づいたケアプランが策定されることが重要となるが、このような主治医と介護支援専門員との連携を推進するためにどのような方策が考えられるか。

(医療機関と高齢者施設等との連携について)

- 現在の介護保険施設等と協力医療機関のあり方、実際の医療機関と介護保険施設等の連携状況、医療機関における介護保険施設等の入所者の病状急変時の対応状況及び在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院並びに地域包括ケア病棟等に求められる役割を踏まえ、介護保険施設等と医療機関が平時から介護保険施設入所者の緊急時の対応等についてあらかじめ取り決めを行う等して連携を行い、介護保険施設等入所者の病状急変時に電話相談、往診、オンライン診療、入院の要否の判断を含めた入院調整等を適時適切に行えるようにするためにどのような対応が考えられるか。

(障害福祉サービスとの連携について)

- 様々な障害特性や個々の状況に応じて、適切に医療・介護・障害福祉サービスを受けられる体制を推進する観点から、障害者支援施設における配置医師の医療提供の実態や、高齢化による入所者の特性の変化や対応状況等を踏まえた、医療保険における給付の範囲のあり方についてどのように考えるか。
- 特別なコミュニケーション支援を要する者や強度行動障害の状態の者等、入院前に医療機関と本人・家族や障害福祉サービス事業者等と事前調整を行うことで、本人にとって必要な医療を円滑に提供できる可能性があることを踏まえ、入退院支援における医療機関と障害福祉サービス事業者等との連携を推進するためにどのような方策が考えられるか。

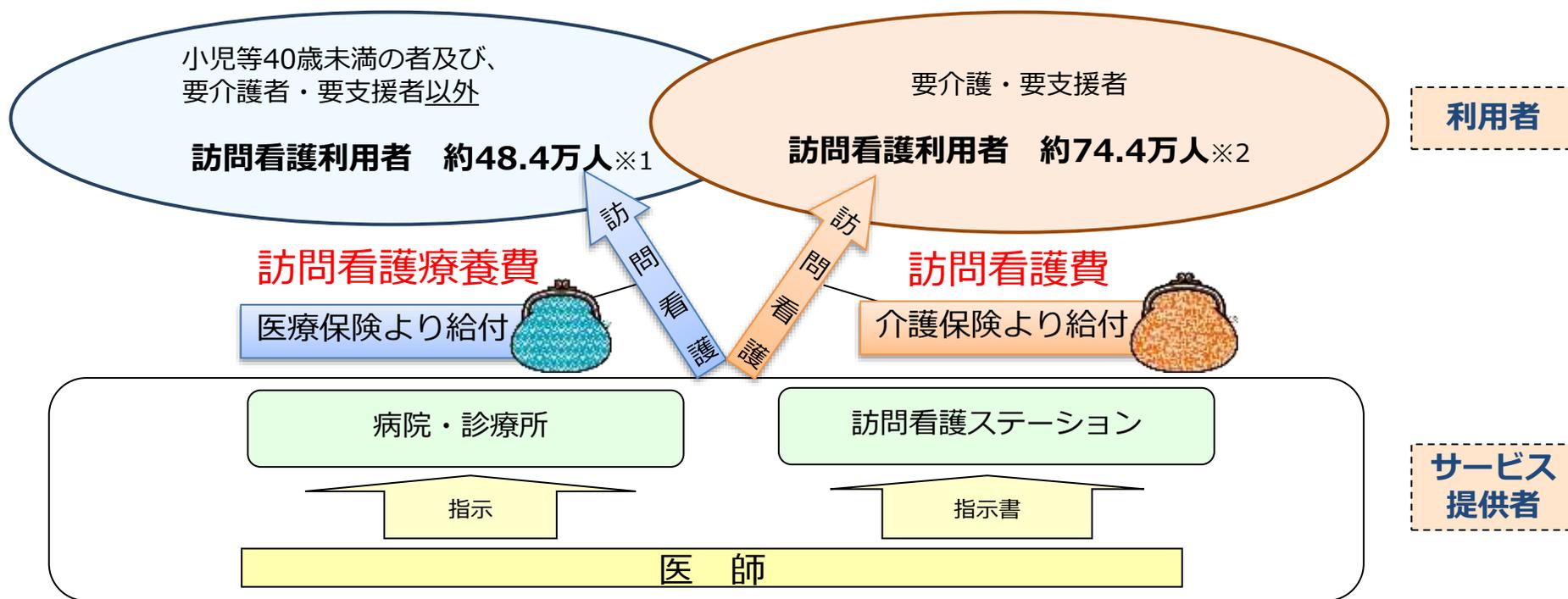
在宅(その3)

1. 訪問看護の現状

2. 訪問看護における24時間対応体制の確保について
3. 機能強化型訪問看護ステーションについて
4. 集合住宅等における効率的な訪問看護等について
5. 精神科訪問看護について
6. 医療ニーズの高い利用者の退院支援について
7. 周産期及び乳幼児への訪問看護について
8. オンライン請求開始に伴う訪問看護療養費明細書等の対応について
9. 介護保険における訪問看護との制度上の差異について

訪問看護の仕組み

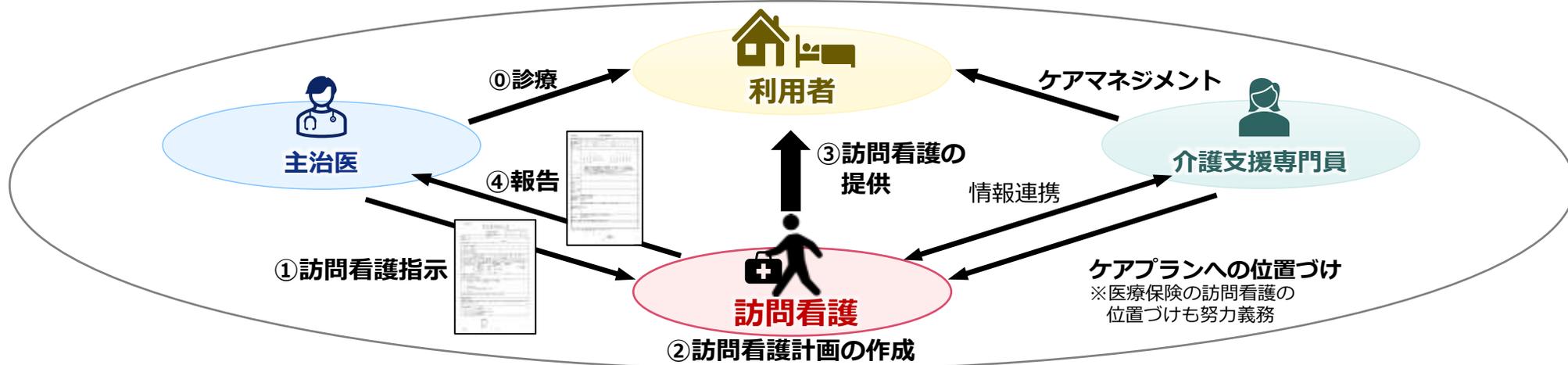
- 訪問看護は、疾病又は負傷により居宅において継続して療養を受ける状態にある者に対し、その者の居宅において看護師等が行う療養上の世話又は必要な診療の補助をいう。
- サービス提供は、病院・診療所と訪問看護ステーションの両者から行うことができる。
- 利用者は年齢や疾患、状態によって医療保険又は介護保険の適応となるが、介護保険の給付は医療保険の給付に優先することとしており、要介護被保険者等については、末期の悪性腫瘍、難病患者、急性増悪等による主治医の指示があった場合などに限り、医療保険の給付により訪問看護が行われる。



出典：(※1)訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成(令和5年6月審査分より推計)(速報値)

(※2)介護給付費等実態統計(令和5年6月審査分)

- 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

令和5年7月12日開催の中医協における主な意見

- 訪問看護ステーションが利用者の医療ニーズや看取り等の支援を行うためには、オンコールや緊急訪問など、24時間対応体制を確保する必要があるが、看護職員の精神的・身体的負担が非常に大きくなっていることを踏まえ、看護職員が働く環境の整備、事業所の体制整備や事業所間の連携等の推進を検討していく必要がある。
- 訪問看護ステーションの規模について、効率性の観点からも、大規模化を引き続き推進する方向で検討を進めるべき。
- 精神科訪問看護について、適切なケアが提供されているのかも踏まえ、どのような状態の患者に対して、どのようなサービスが提供されているのか、実態を丁寧にみていく必要がある。
- 精神科訪問看護では、身体疾患を合併した利用者への対応に加え、疾患や障害を持つ利用者の家族等や社会的な課題への対応が求められることがあるなど、複雑困難な対応をしている場合もあることから、必要な方策や評価の在り方を検討すべき。

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】

訪問看護基本療養費（Ⅰ）	（週3日目まで）	5,550 円
	（週4日目以降）	6,550 円

※准看護師の場合は基本療養費-500円、在宅患者訪問看護・指導料-50点 ※理学療法士等の場合は日数によらず5,550円
※専門性の高い看護師による訪問（緩和ケア、褥瘡ケア、人工肛門・人工膀胱ケア）は12,850円又は1,285点（月1回）

訪問看護基本療養費（Ⅱ）	2人まで	（週3日目まで）	5,550 円
		（週4日目以降）	6,550 円
	3人以上	（週3日目まで）	2,780 円
		（週4日目以降）	3,280 円

※准看護師の場合は基本療養費-500円、在宅患者訪問看護・指導料-50点（3人以上は-250円、-25点） ※理学療法士等の場合は日数によらず5,550円（3人以上は2,780円）
※専門性の高い看護師による訪問（緩和ケア、褥瘡ケア、人工肛門・人工膀胱ケア）は12,850円又は1,285点（月1回）

+

訪問看護管理療養費	（月の初日）	機能強化型1	12,830 円
		機能強化型2	9,800 円
		機能強化型3	8,470 円
		機能強化型以外	7,440 円
	（2日目以降）		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
--------------	-------------	---------

※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
	深夜訪問看護加算

管理療養費の 加算（例）	24時間対応体制加算
	退院支援指導加算 ※長時間の場合は高い額を算定
	在宅患者緊急時等カンファレンス加算
	専門管理加算

+

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

病院・診療所 【在宅患者訪問看護・指導料】

在宅患者 訪問看護・指導料	（週3日目まで）	580 点
	（週4日目以降）	680 点

同一建物居住者 訪問看護・指導料	2人まで	（週3日目まで）	580 点
		（週4日目以降）	680 点
	3人以上	（週3日目まで）	293 点
		（週4日目以降）	343 点

退院前訪問指導料	（入院中1回又は2回）	580 点
----------	-------------	-------

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】

※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）	5,550/4,250 円
	（週4日目以降）	6,550/5,100 円

※訪問看護ステーションは保健師・看護師・准看護師・作業療法士、医療機関は保健師・看護師・准看護師・作業療法士・精神保健福祉士

※金額・点数は、（30分以上の場合）/（30分未満の場合）の順に記載 ※准看護師の場合は基本療養費-500/380円、精神科訪問看護・指導料-50/40点

精神科訪問看護 基本療養費（Ⅲ）	2人まで	（週3日目まで）	5,550/4,250 円
		（週4日目以降）	6,550/5,100 円
	3人以上	（週3日目まで）	2,780/2,130 円
		（週4日目以降）	3,280/2,550 円

※訪問看護ステーションは保健師・看護師・准看護師・作業療法士、医療機関は保健師・看護師・准看護師・作業療法士・精神保健福祉士

※金額・点数は、（30分以上の場合）/（30分未満の場合）の順に記載 ※准看護師の場合は基本療養費-500/380円、精神科訪問看護・指導料-50/40点（3人以上は-250/190円、-25/20点）

+

訪問看護管理療養費

（月の初日）	機能強化型1	12,830 円
	機能強化型2	9,800 円
	機能強化型3	8,470 円
	機能強化型以外	7,440 円
（2日目以降）		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
---------------------	-------------	---------

※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
精神科緊急訪問看護加算
長時間精神科訪問看護加算
複数名精神科訪問看護加算 ※同一建物内3人以上で低い額を算定
夜間・早朝訪問看護加算
深夜訪問看護加算

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

病院・診療所 【精神科訪問看護・指導料】

精神科訪問看護・ 指導料（Ⅰ）	（週3日目まで）	580/445 点
	（週4日目以降）	680/530 点

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

精神科退院前 訪問指導料	（入院中3回又は6回まで）	380 点
	※複数の職種が共同して指導を行った場合	320 点

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

【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。

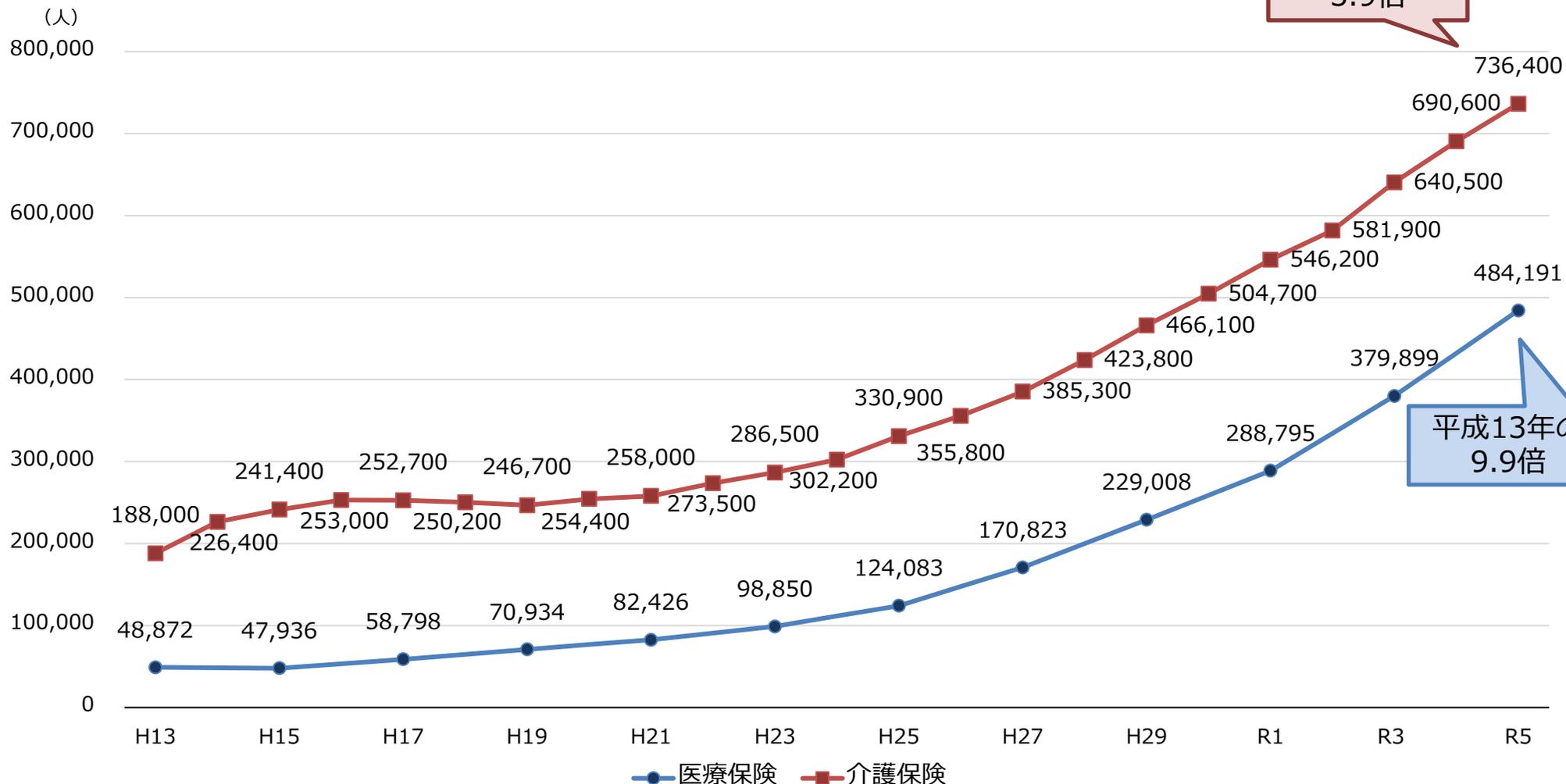
(※3) 別表第8

- 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。

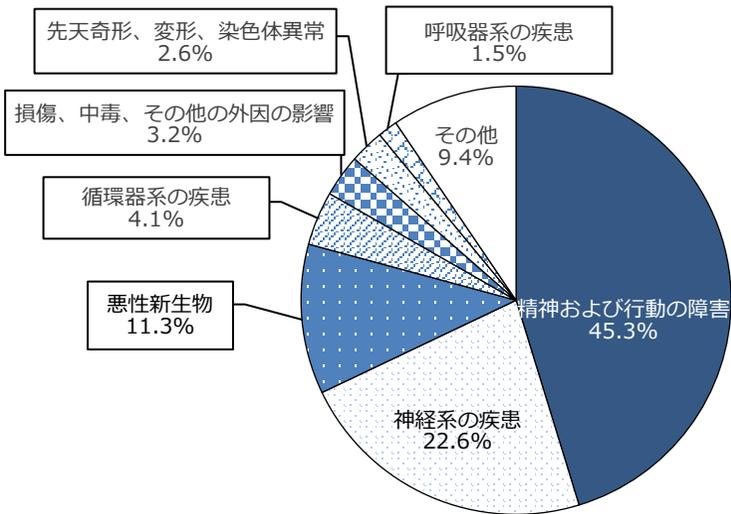
■ 訪問看護利用者数の推移



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、8割弱を占める。
- 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

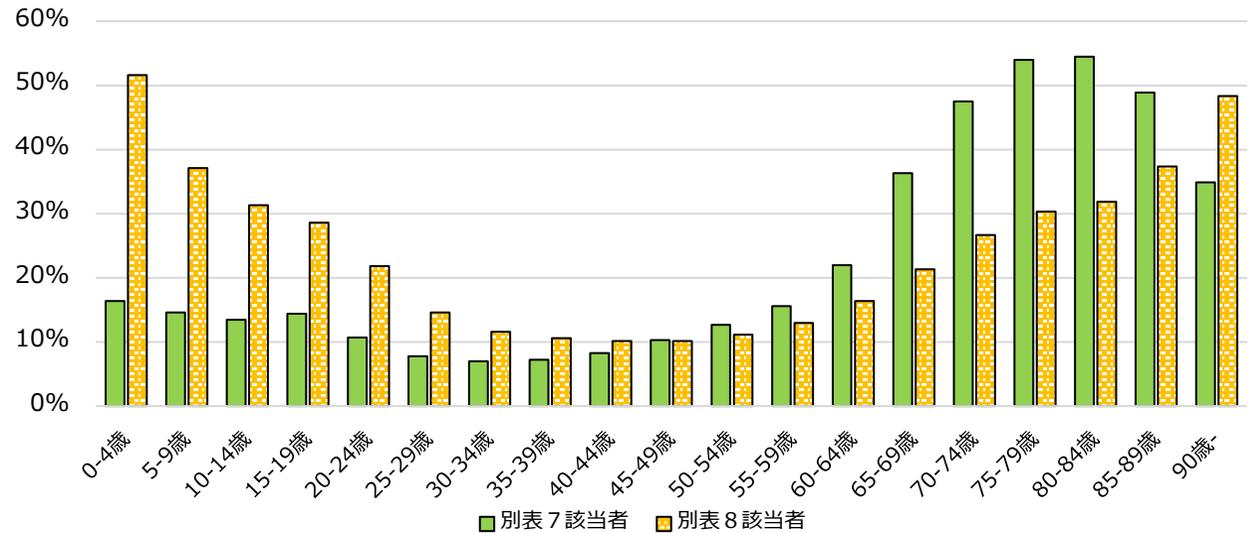


【別表第7】

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

■ 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】

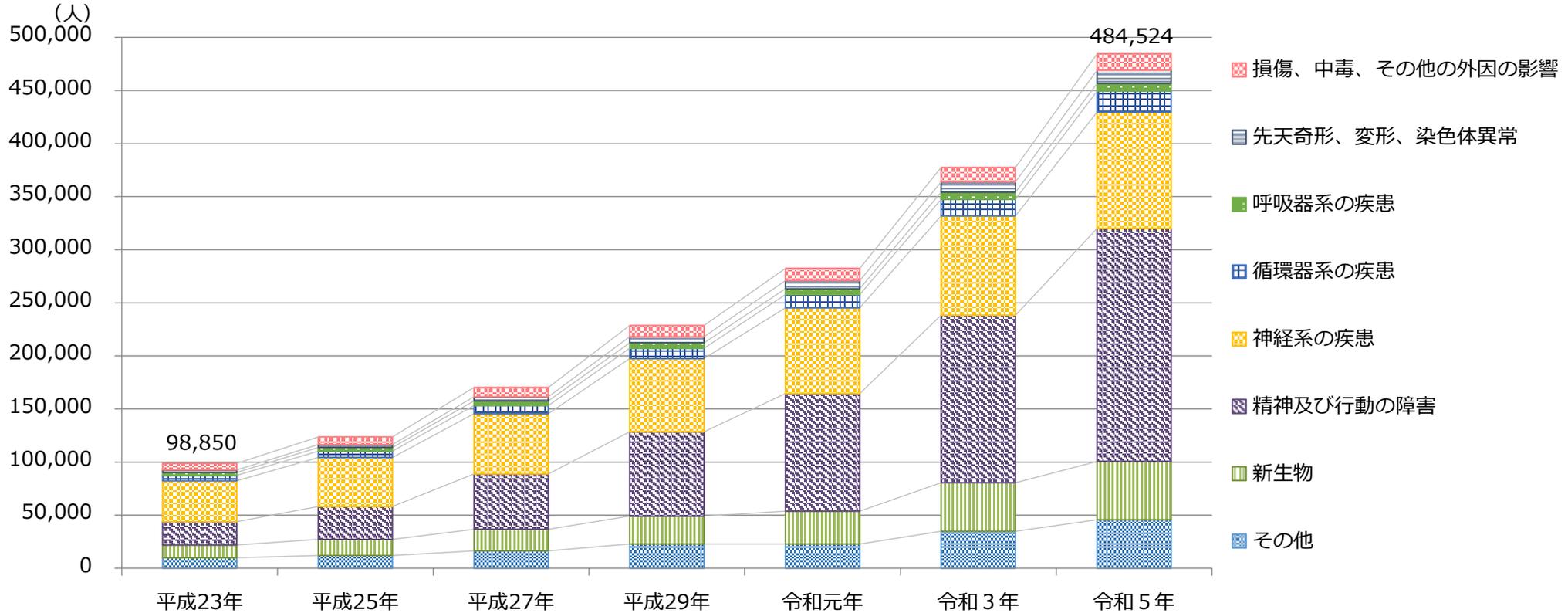
- 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
 - 以下のいずれかを受けている状態にある者

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の利用者の主傷病の推移

○ 訪問看護ステーションの利用者の主傷病は、「精神および行動の障害」が年々増加しており、令和5年を平成23年及び令和3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



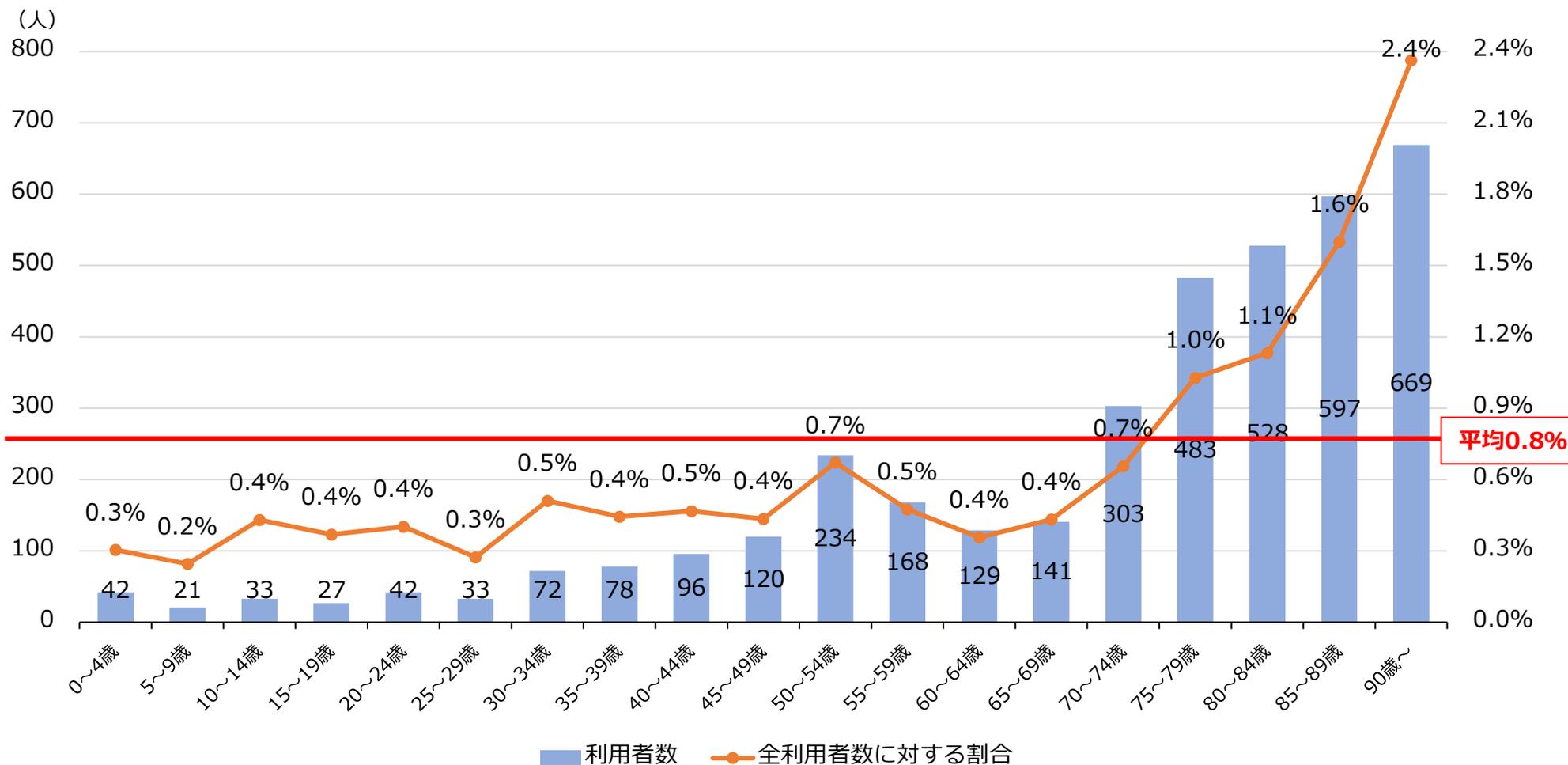
■ 傷病分類（主傷病）別利用者数の推移

※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
R5/H23年比	4.59	10.01	2.84	3.91	2.55	5.82	2.41
R5/R3年比	1.20	1.39	1.17	1.25	1.08	1.31	1.12

新型コロナウイルス感染症の利用者への訪問看護の提供状況

○ 令和5年6月審査分の訪問看護療養費明細書における、新型コロナウイルス感染症の利用者に対する訪問看護の提供状況は、年齢階級が高くなるにつれ、人数は増加し、各年齢階級の利用者にも占める割合も高くなっていった。



業務継続に向けた取組

○ 訪問看護ステーションでは、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よう、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)の実施等が義務付けられており、訪問看護ステーションの9割弱は策定完了又は策定中であった。

指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準（平成12年厚生省令第80号）
 （業務継続計画の策定等）※令和6年3月31日までの間、業務継続計画の策定等については、努力義務とする。
 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。

図表11 Q13 感染症BCP策定状況（サービス別）

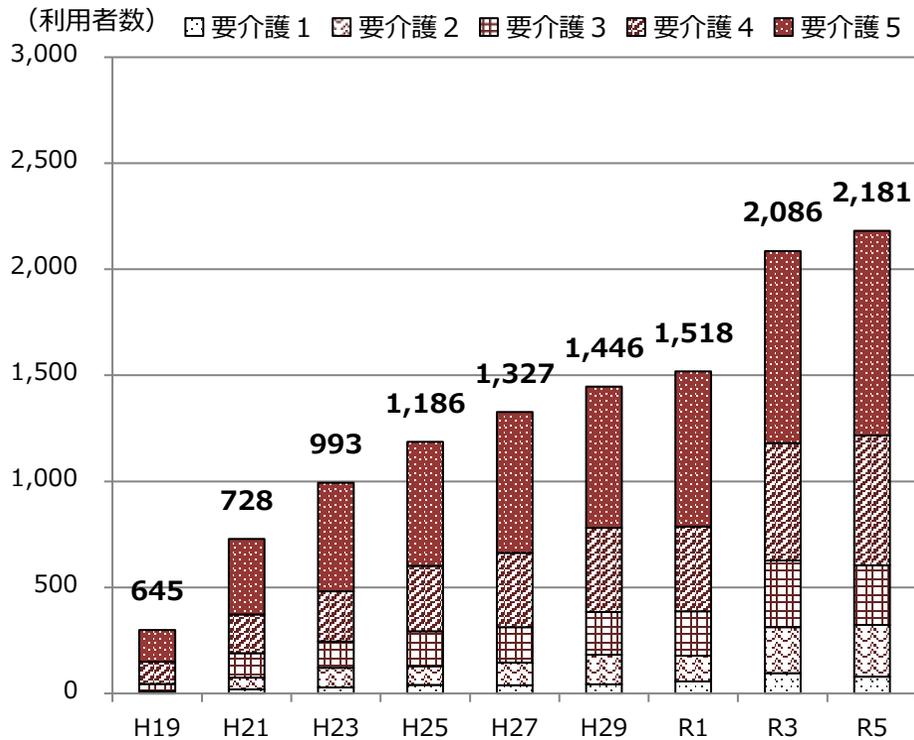
図表13 Q21 自然災害BCP策定状況（サービス別）



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

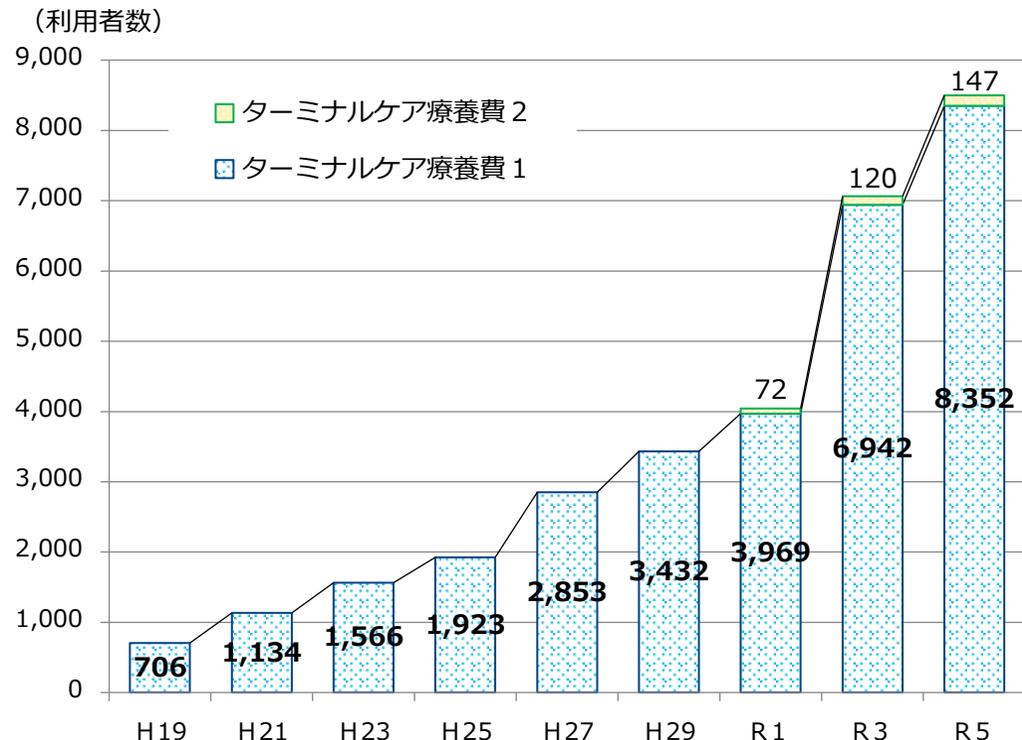
○ 介護保険のターミナルケア加算と医療保険の訪問看護ターミナル療養費はともに増加傾向であり、令和3年は特に増加し、令和5年も継続的に増加している。

■ 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。

1. 訪問看護の現状

2. 訪問看護における24時間対応体制の確保について

3. 機能強化型訪問看護ステーションについて

4. 集合住宅等における効率的な訪問看護等について

5. 精神科訪問看護について

6. 医療ニーズの高い利用者の退院支援について

7. 周産期及び乳幼児への訪問看護について

8. オンライン請求開始に伴う訪問看護療養費明細書等の対応について

9. 介護保険における訪問看護との制度上の差異について

24時間対応体制加算の算定要件等

- 24時間対応体制加算において、営業日以外の日及び営業時間以外の時間の体制については、当該訪問看護ステーション以外の施設又は従事者を經由するような連絡相談体制等を認めていない。
- 連絡相談を担当する者は、原則として、当該訪問看護ステーションの保健師又は看護師としている。

訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションが、利用者又はその家族等に対して当該基準に規定する24時間の対応体制にある場合（指定訪問看護を受けようとする者の同意を得た場合に限る。）には、24時間対応体制加算として、月1回に限り、6,400円を所定額に加算する。ただし、当該月において、当該利用者について他の訪問看護ステーションが24時間対応体制加算を算定している場合は、算定しない。

訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて

別添 届出基準

2 24時間対応体制加算

(1) 24時間対応体制加算を算定する訪問看護ステーションにあつては、その定める営業日以外の日及び営業時間以外の時間において、利用者又はその家族等からの電話等による連絡及び相談が直接受けられる体制が整備されていること。

なお、当該訪問看護ステーション以外の施設又は従事者を經由するような連絡体制に係る連絡相談体制及び訪問看護ステーション以外の者が所有する電話を連絡先とすることは認められないこと。

機能強化型訪問看護管理療養費3の届出を行っている訪問看護ステーションにおいて、併設する保険医療機関の看護師が営業時間外の利用者又はその家族等からの電話等に対応する場合を除き、24時間対応体制に係る連絡相談を担当する者は、原則として、当該訪問看護ステーションの保健師又は看護師とし、勤務体制等を明確にすること。

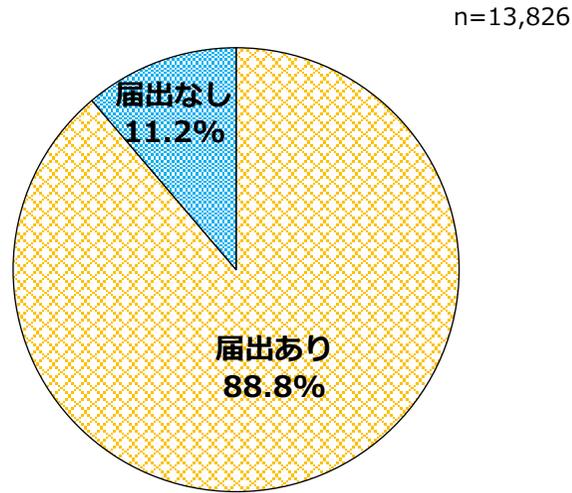
(2) 当該加算を算定する訪問看護ステーションにあつては、利用者又はその家族等に訪問看護ステーションの所在地、電話番号及び直接連絡のとれる連絡先電話番号等を記載した文書を必ず交付すること等により、24時間対応体制加算の円滑な運営を図るものであること。

また、24時間対応体制加算の趣旨にかんがみ、直接連絡のとれる連絡先は複数とすること。

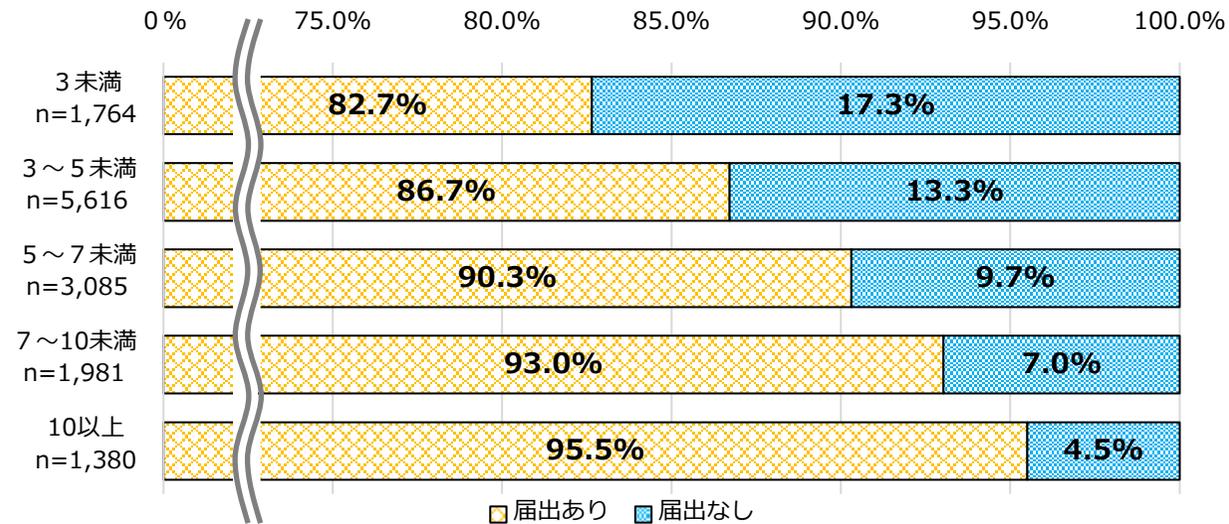
24時間対応体制加算の届出と利用者数の推移

○ 全訪問看護ステーションのうち、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

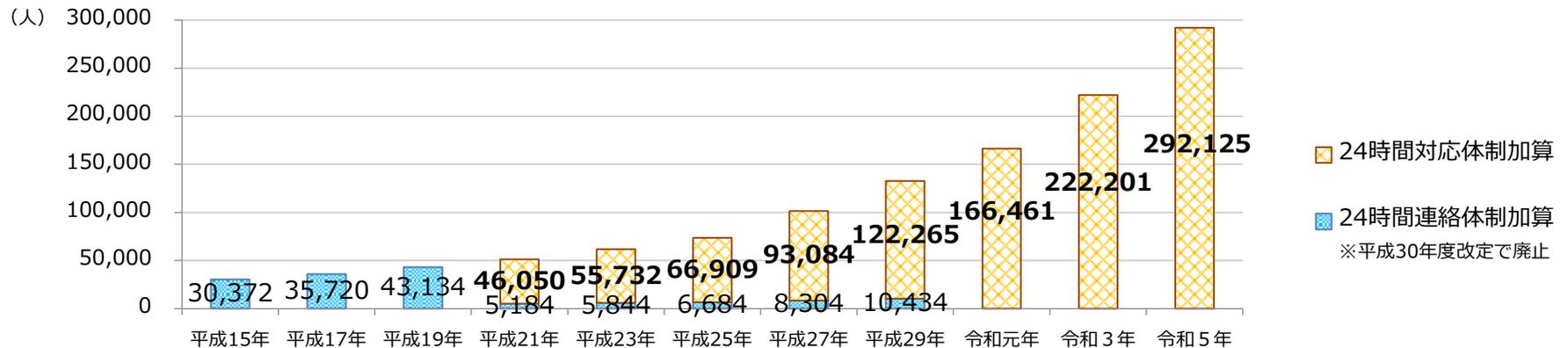


■ 看護職員規模別（常勤換算）の24時間対応体制加算の届出状況



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）



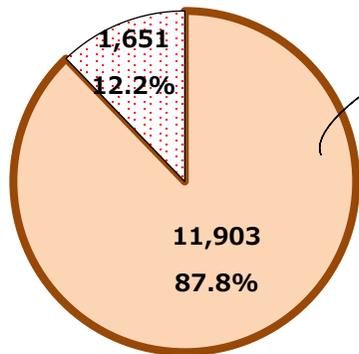
出典：訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成(各年6月審査分より推計(令和5年6月審査分は速報値))

訪問看護における24時間対応体制と緊急訪問の状況

○ 介護保険と医療保険の利用者において、24時間対応体制に係る加算に同意している利用者の割合及び緊急訪問の利用状況に大きな違いはなく、届出をしているステーションの利用者の半数以上が加算の同意をしている。

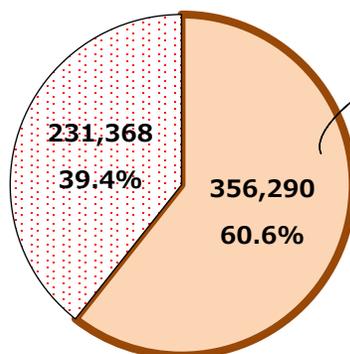
介護保険

加算の届出の有無
(事業所数)



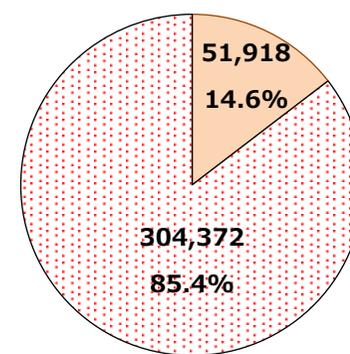
■ 届出あり □ 届出なし

加算の同意の有無
(利用実人員数)



■ 同意あり □ 同意なし

加算の同意者のうち、緊急訪問の有無
(利用実人員数)

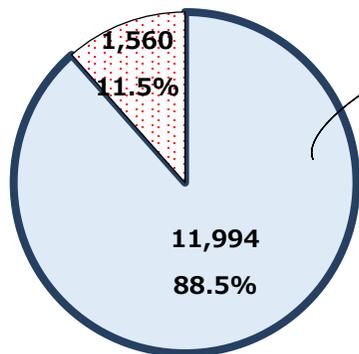


■ 訪問あり □ 訪問なし

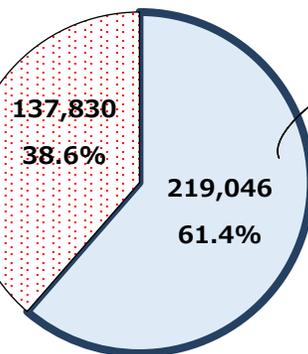
緊急時訪問看護加算

医療保険

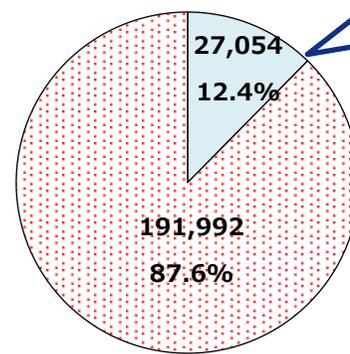
24時間対応体制加算



■ 届出あり □ 届出なし



■ 同意あり □ 同意なし



■ 訪問あり □ 訪問なし

1人あたりの緊急訪問回数
3.1回

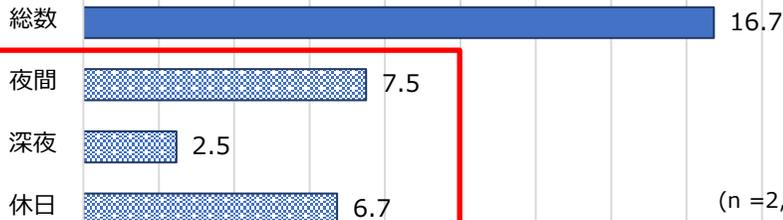
利用者又はその家族等からの電話相談の状況等

- 利用者又は家族等から電話等により看護に関する意見を求められた回数は、1事業所あたり16.7回/月であった。そのうち、早朝・夜間は7.5回/月、深夜は2.5回/月、休日は6.7回/月であった。
- 相談内容について、体調(病状)に関する内容に係る相談を受けた事業所の割合は72.9%で最も多いが、訪問に関する確認や調整に関する相談を受けた事業所も35.6%であり一定数存在していた。
- 具体的には、看護師が受ける電話相談は体調面や医療処置に関するものなど、緊急訪問を含め対応を要するものがあつた。一方、訪問日時の確認や時間の変更など、必ずしも即時的な対応を要さないと考えられるものも一定数存在していた。

■ 利用者又は家族等からの電話等による相談の頻度

(2023年7月1か月間・1事業所あたりの回数を掲載)

0.0 2.0 4.0 6.0 8.0 10.0 12.0 14.0 16.0 18.0 (回)



(n=2,543)

■ 相談内容別の相談実績(事業所割合)

(2023年7月1か月間の実績を掲載)

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



(n=3,096)

出典: 令和5年度老人保健健康増進等事業「訪問看護及び療養通所介護における医療と介護の一体的なサービス提供についての調査研究事業」(一般社団法人全国訪問看護事業協会)訪問看護事業所のサービス内容や連携等に関する実態調査(速報値)

■ 追加ヒアリングの概要

電話相談の具体的な内容について、訪問看護ステーションへのヒアリングや訪問看護ステーションが記録している相談内容等により収集。

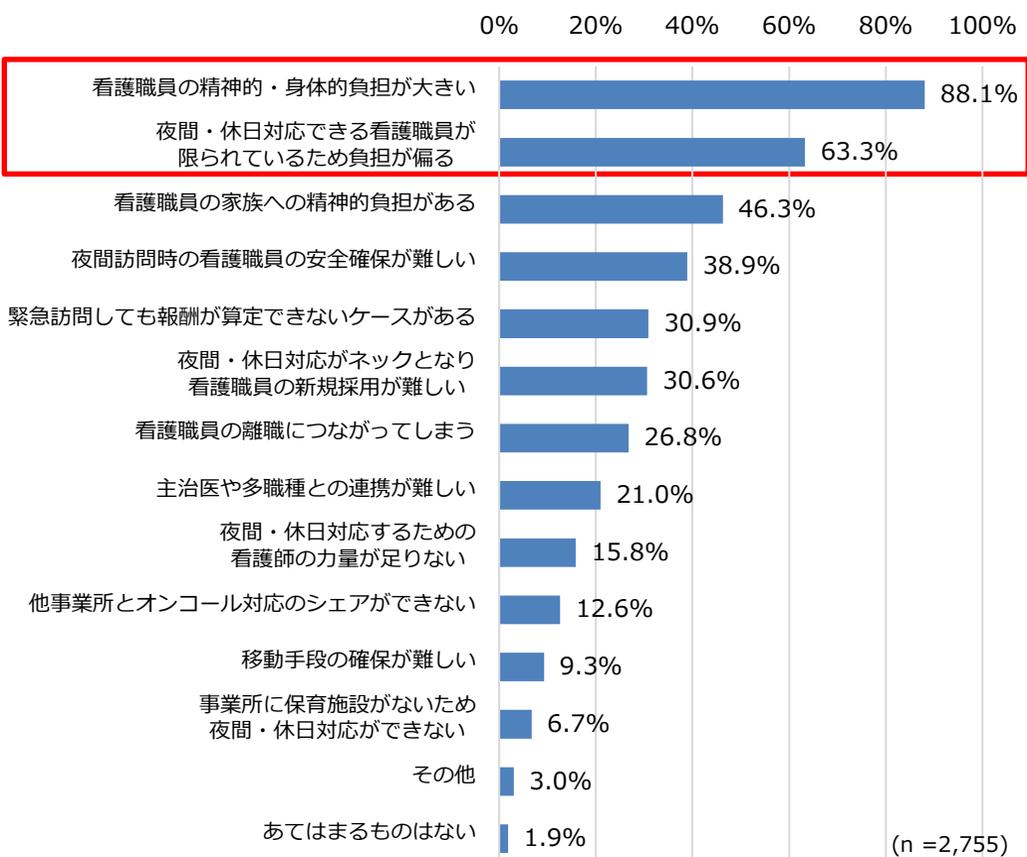
■ 電話相談の内容

- ・ 便が出なくて痛がっている
- ・ 息苦しい、酸素をあげてもSpO2が上がらない
- ・ 傷口に飲み物をこぼしてしまった
- ・ 血圧が低下してきた
- ・ ストーマから排泄物が漏れている
- ・ おむつの交換ができない
- ・ 薬を飲み忘れてしまった、内服薬がなくなってしまった
- ・ 掻きむしりに処方されている塗布薬を塗っていいか
- ・ 輸液ポンプのアラームが鳴り止まない
- ・ 翌日の病院での検査が不安
- ・ 予定が入ったため訪問をキャンセルしたい
- ・ 訪問時間を変更して欲しい、訪問日時を確認

24時間対応体制の確保に係る課題と負担軽減の取組

- 24時間対応体制に関する課題としては、「看護職員の精神的・身体的負担が大きい」、「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」が多く挙げられていた。
- 24時間対応に係る連絡体制の負担軽減の取組をしているとした訪問看護ステーションは7割弱であり、「ICTの活用」や「夜間対応した翌日の勤務体制の調整」等が取り組まれている他、看護職員に対するサポート体制の構築が主であり、「勤務間インターバルをとる」といった取組は21.6%と他の取組より少ない傾向にあった。

■ 24時間対応に係る課題等



■ 24時間対応体制に係る負担軽減の取組内容



■ 追加ヒアリングの概要

24時間対応体制に係る看護職員の負担軽減の取組を行っている訪問看護ステーションに取組内容に関するヒアリングを実施。

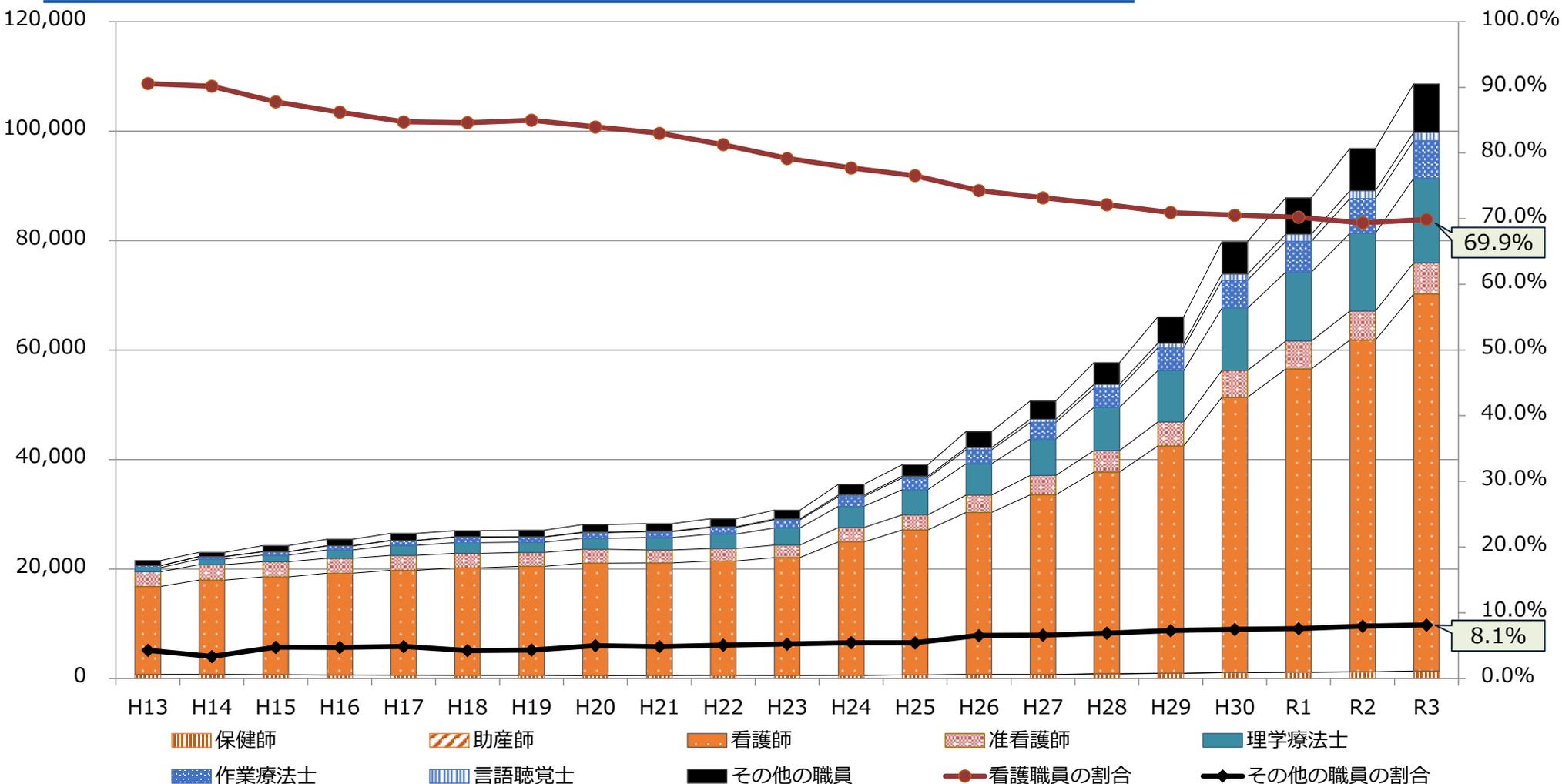
■ 負担軽減の取組内容

- ✓ 深夜・夜間救急があった場合、翌日の勤務調整（午前休暇等）など当番者の身体の休息を確保する
- ✓ 当番翌日は代休・年次有給休暇取得・遅出・早退等にする勤務体系としている
- ✓ 連続する携帯当番を避ける
- ✓ 新規利用者、重症者や担当する利用者以外は事前の同行訪問等を行い利用者の状況・特徴を把握している
- ✓ 緊急対応が予測される場合は事前の情報交換と対応方法を周知
- ✓ 管理者やスタッフへの相談が可能となるようサポート体制をつくる
 - ・ ICTを活用し、利用者情報の共有を図ることや担当看護師が相談対応する
 - ・ スタッフが翌月の当番表案を確認し、全員の意見を反映させた上で24時間対応体制を取る
 - ・ 複数名を電話当番とした上で、対応の優先順位付けを行い当番同士で相談対応

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

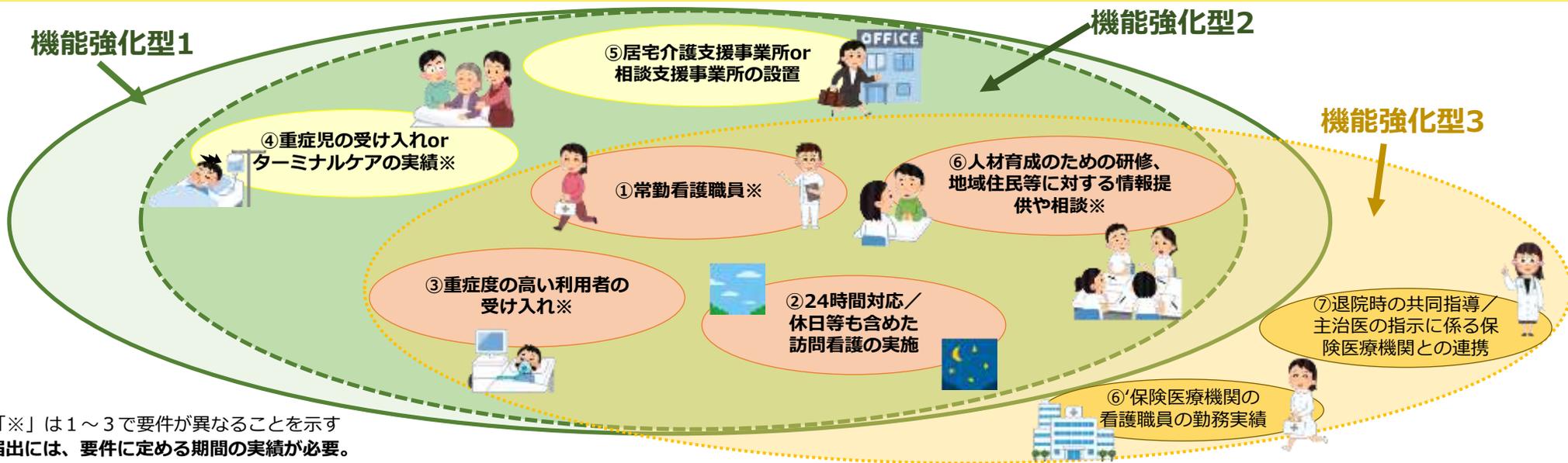
- 訪問看護ステーションにおける職種別の従事者数は、いずれの職種も増加している。
- 看護職員数は増加しているが、従事者全体に占める割合は減少している。

■ 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）



1. 訪問看護の現状
2. 訪問看護における24時間対応体制の確保について
- 3. 機能強化型訪問看護ステーションについて**
4. 集合住宅等における効率的な訪問看護等について
5. 精神科訪問看護について
6. 医療ニーズの高い利用者の退院支援について
7. 周産期及び乳幼児への訪問看護について
8. オンライン請求開始に伴う訪問看護療養費明細書等の対応について
9. 介護保険における訪問看護との制度上の差異について

機能強化型訪問看護ステーション

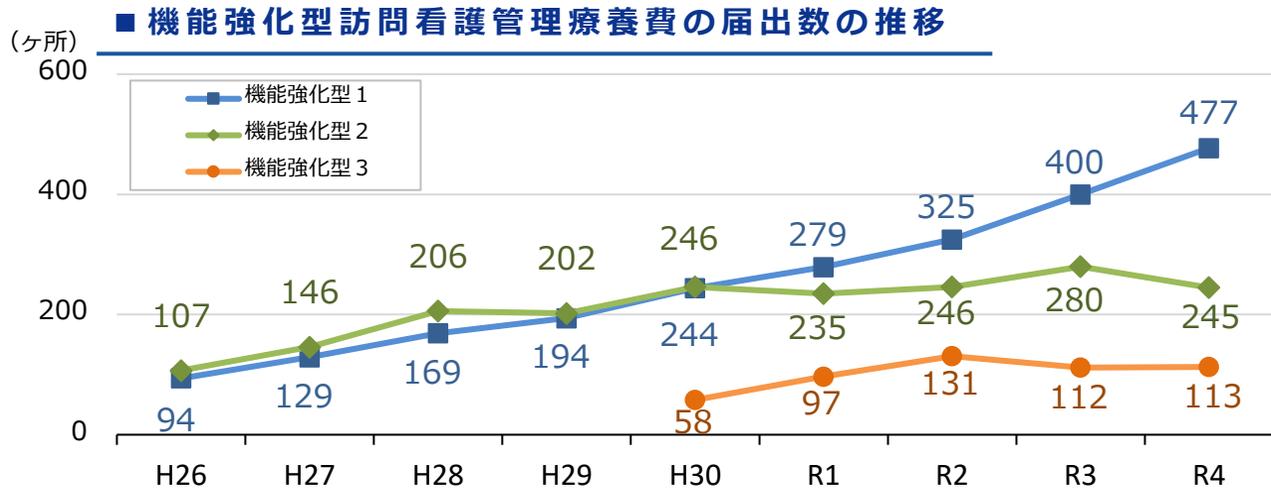


「※」は1～3で要件が異なることを示す
届出には、要件に定める期間の実績が必要。

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 居室介護支援事業所、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)		

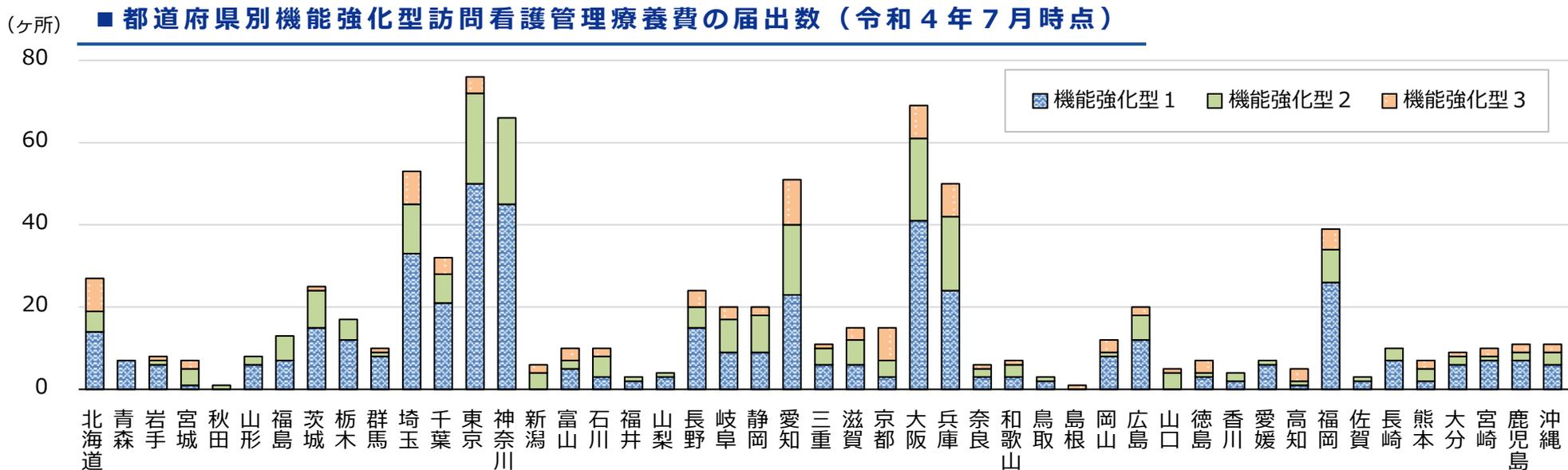
機能強化型訪問看護ステーションの届出状況

○ 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。



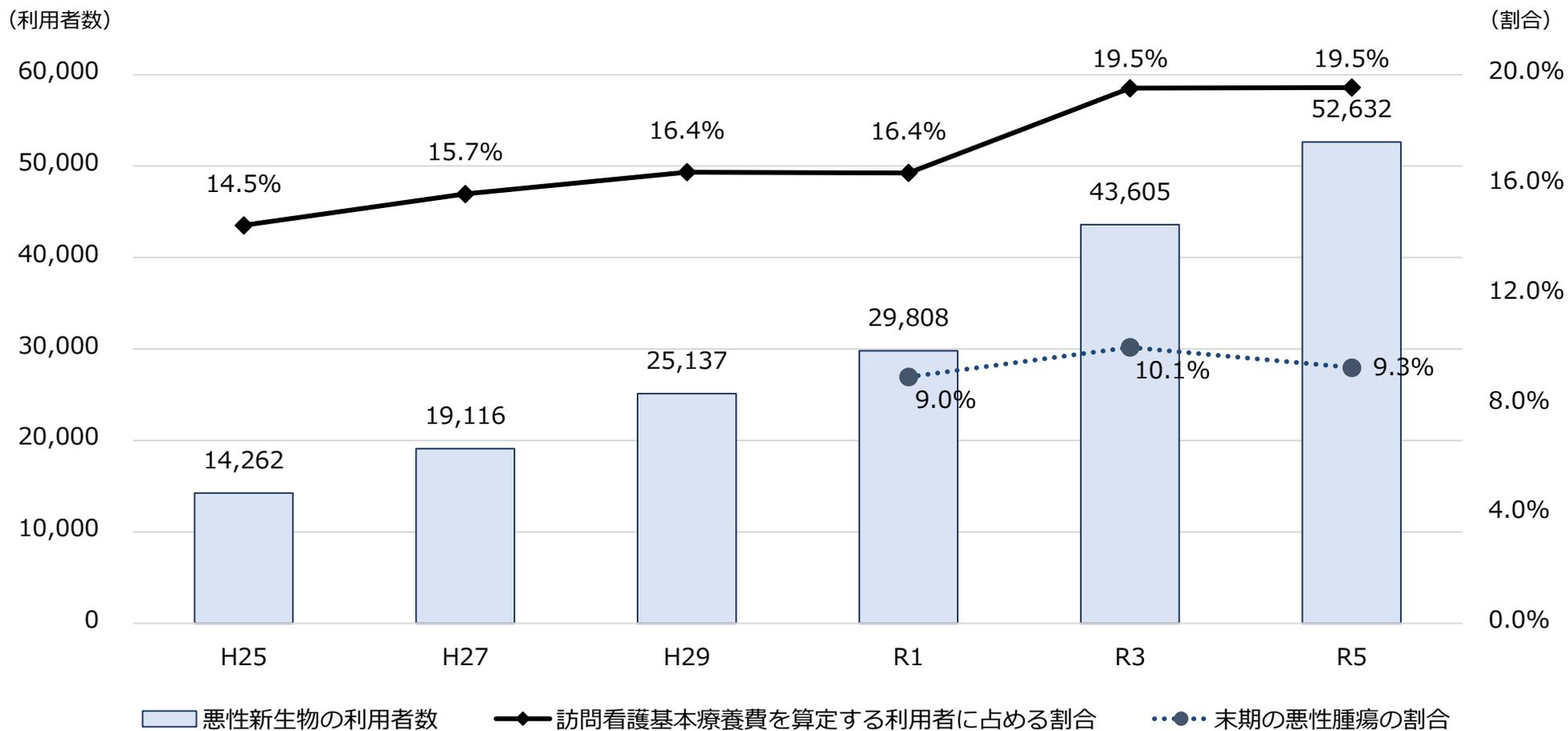
(令和4年7月時点)

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



訪問看護基本療養費を算定する利用者に占める悪性新生物の状況

- 訪問看護基本療養費を算定する利用者のうち、主たる傷病名が悪性新生物である利用者数及び割合は近年増加傾向にあり、令和3年に顕著に増加した。
- また、末期の悪性腫瘍の利用者割合は横ばいである。

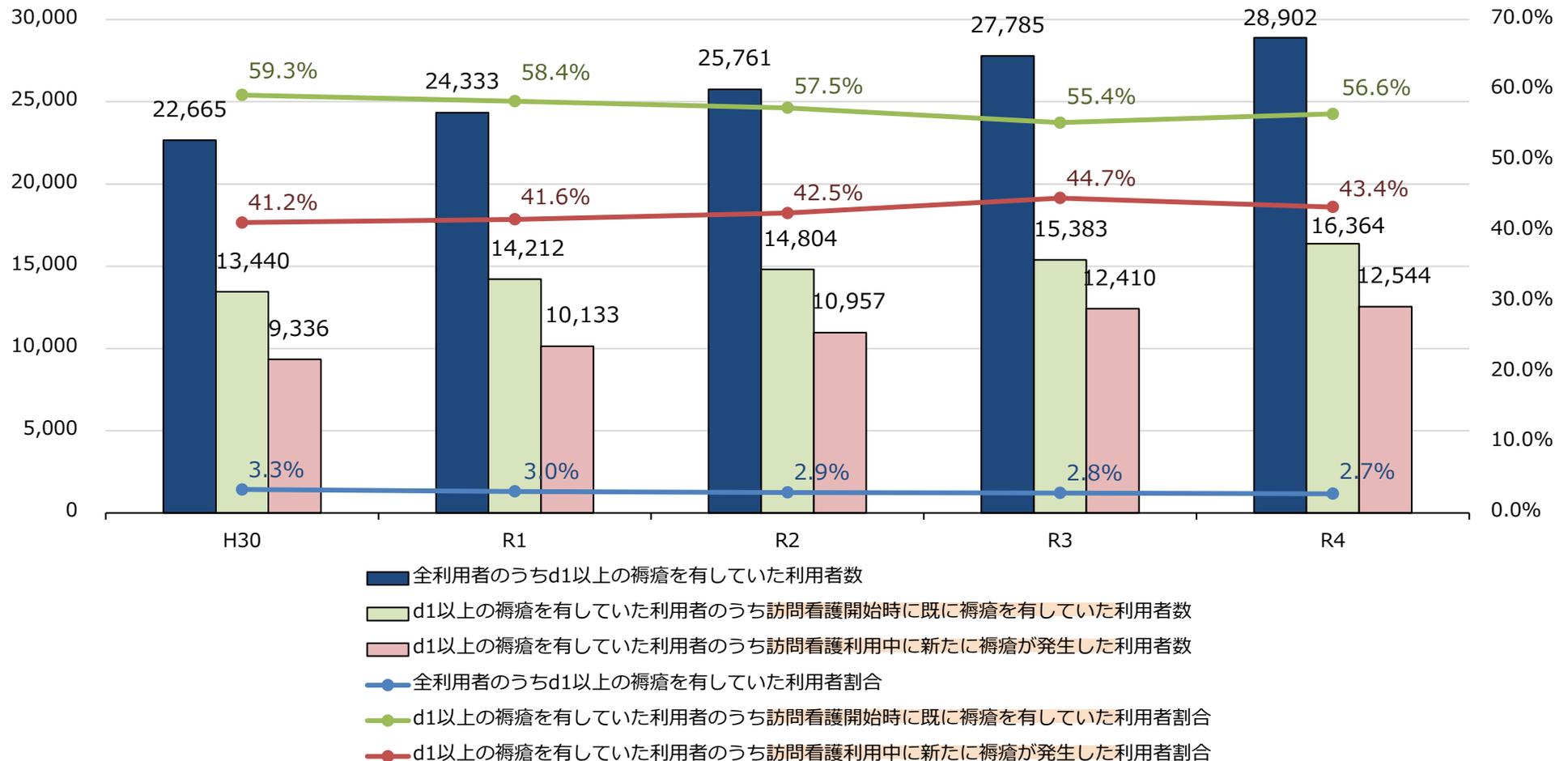


※ 「末期の悪性腫瘍の割合」は別表第7該当者のうち、末期の悪性腫瘍の利用者を集計

訪問看護利用者における褥瘡の発生状況等

- 全利用者のうちd1以上の褥瘡を有していた利用者数及びd1以上の褥瘡を有していた利用者のうち訪問看護開始時に既に褥瘡を有していた利用者数は増加している。
- d1以上の褥瘡を有していた利用者のうち訪問看護利用中に新たな褥瘡が発生した利用者数は増加していたが、令和3年から令和4年にかけては横ばいである。

■ 訪問看護利用者における褥瘡の発生状況等



機能強化型訪問看護ステーションの専門の研修を受けた看護師の配置

- 令和4年度診療報酬改定において、機能強化型訪問看護管理療養費1から3は、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、要件を追加した。
- 機能強化型1のうち36.3%、機能強化型2のうち22.0%、機能強化型3のうち21.2%の訪問看護ステーションで専門の研修を受けた看護師が配置されている。

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、要件を追加する。

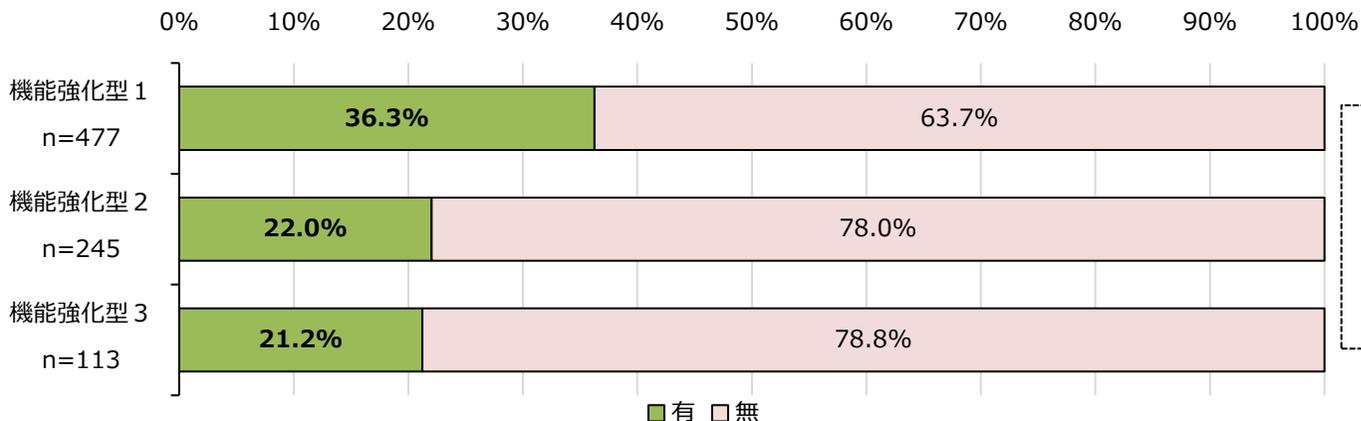
改定後

【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。

■ 機能強化型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配置状況



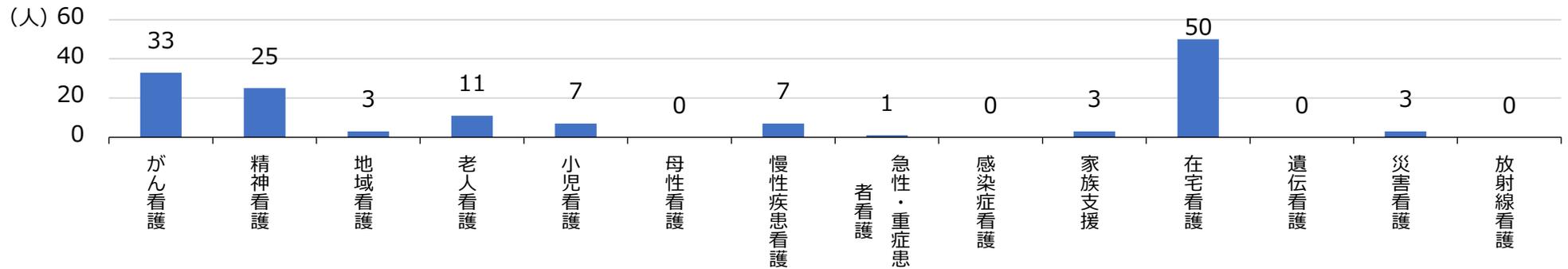
※専門の研修には、以下の研修が該当する。

- ①日本看護協会の認定看護師教育課程
- ②日本看護協会が認定している看護系大学院の専門看護師教育課程
- ③日本精神科看護協会の精神科認定看護師教育課程
- ④特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる研修

専門看護師・認定看護師の訪問看護ステーションにおける在籍状況

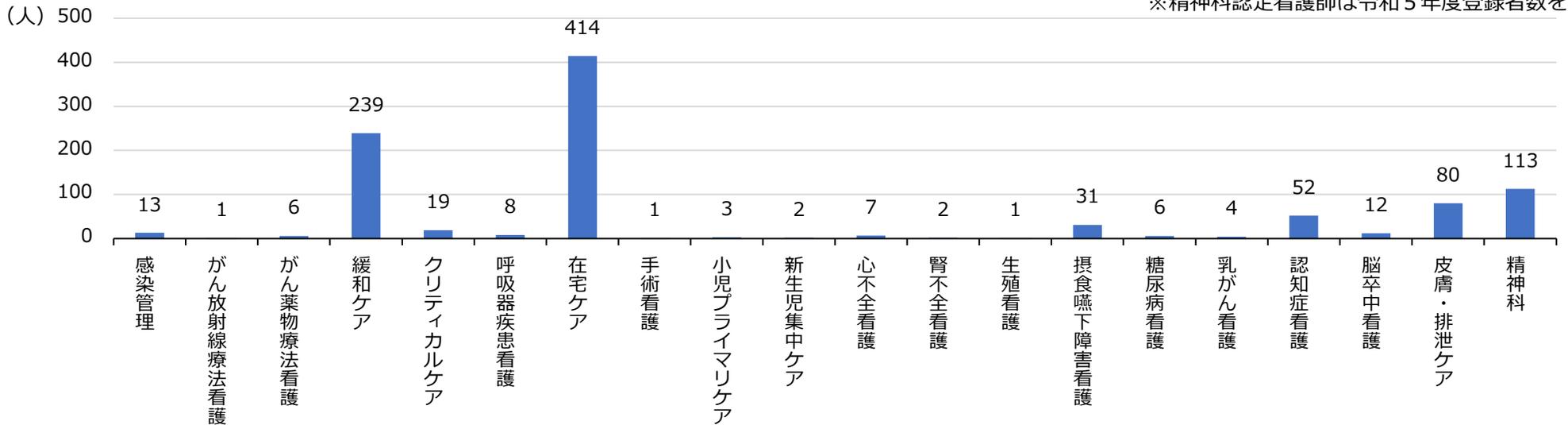
○ 訪問看護ステーションに在籍する専門看護師及び認定看護師の各専門・認定分野別の人数は以下のとおり。

■ 訪問看護ステーションに在籍する専門看護師の人数（2022年12月末現在） n=143



■ 訪問看護ステーションに在籍する認定看護師の人数（2022年12月末現在） n=1,014

※精神科認定看護師は令和5年度登録者数を掲載



特定行為研修修了者の就業状況

■ 就業場所別の就業状況

n=4,653

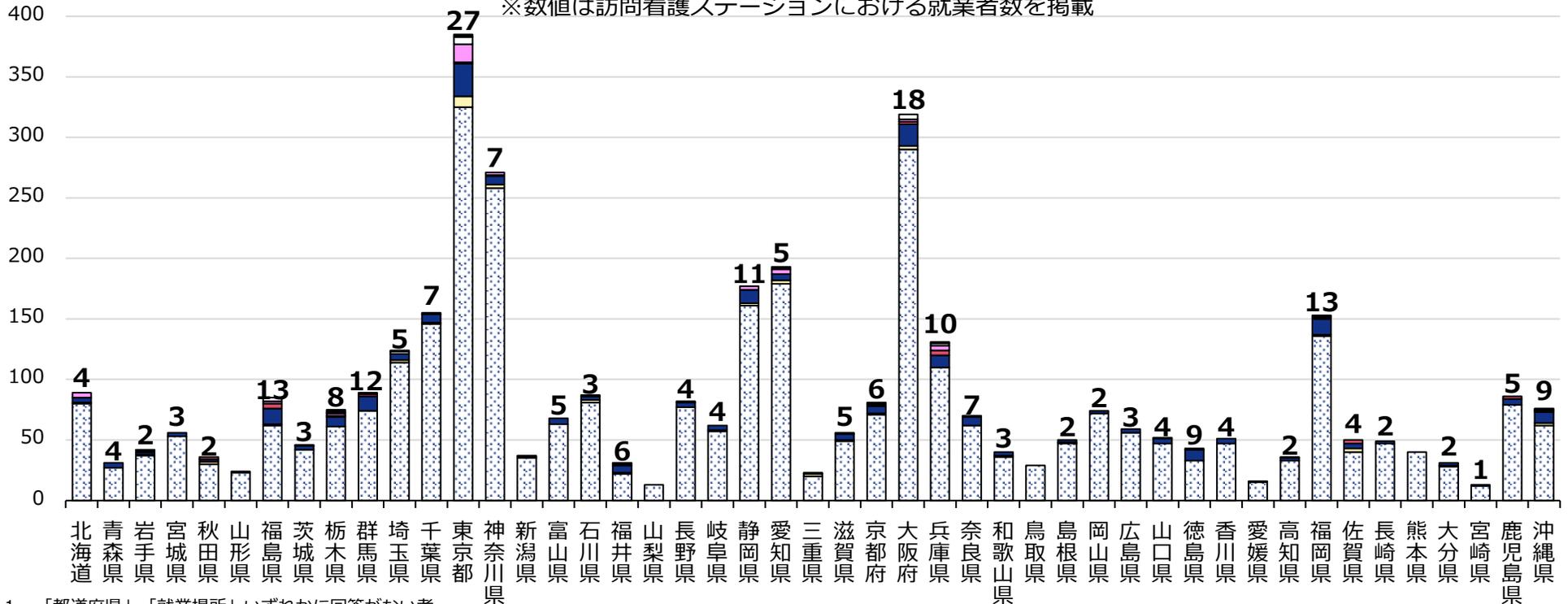
就業場所	病院	診療所	訪問看護 ステーション	介護福祉 施設	教育機関	その他	未就労	不明※ ¹
就業者総数	3,481	47	246	30	44	26	12	767
割合	74.8%	1.0%	5.3%	0.6%	0.9%	0.6%	0.3%	16.5%

■ 都道府県別の就業状況

n=3,886※²

(人) ■ 病院 ■ 診療所 ■ 訪問看護ステーション ■ 介護福祉施設 ■ 教育機関 □ その他 ■ 未就労

※数値は訪問看護ステーションにおける就業者数を掲載



※1 「都道府県」「就業場所」いずれかに回答がない者

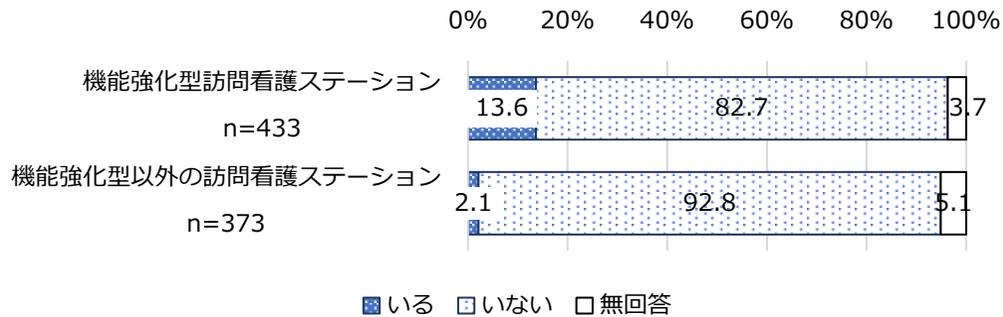
※2 総数4,653名から※1を除いた数

(令和5年3月時点)

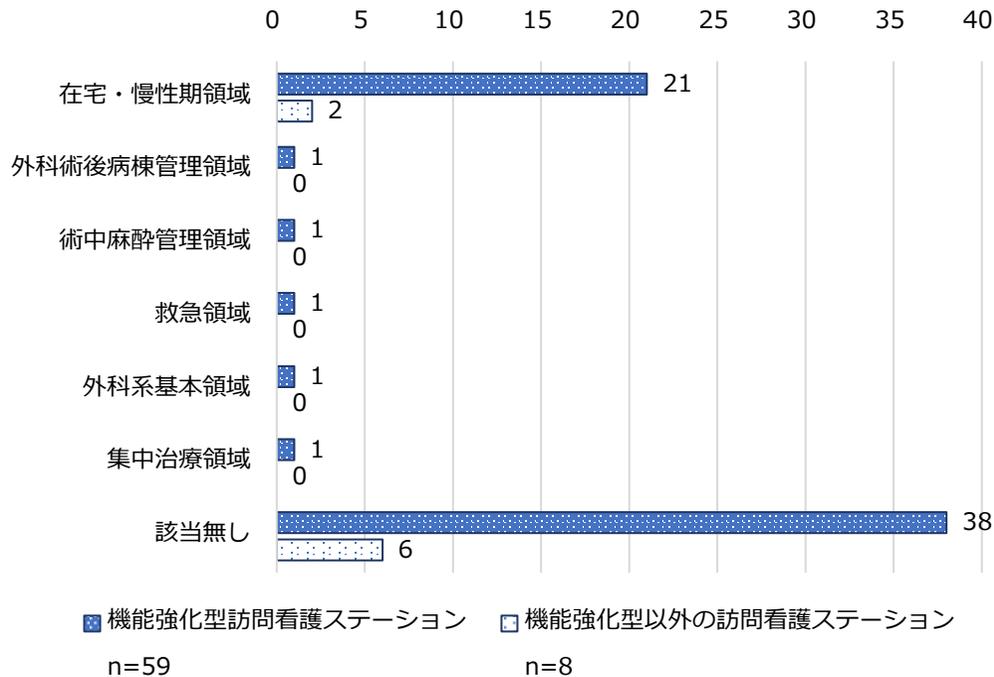
訪問看護ステーションの所属する特定行為研修修了者

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

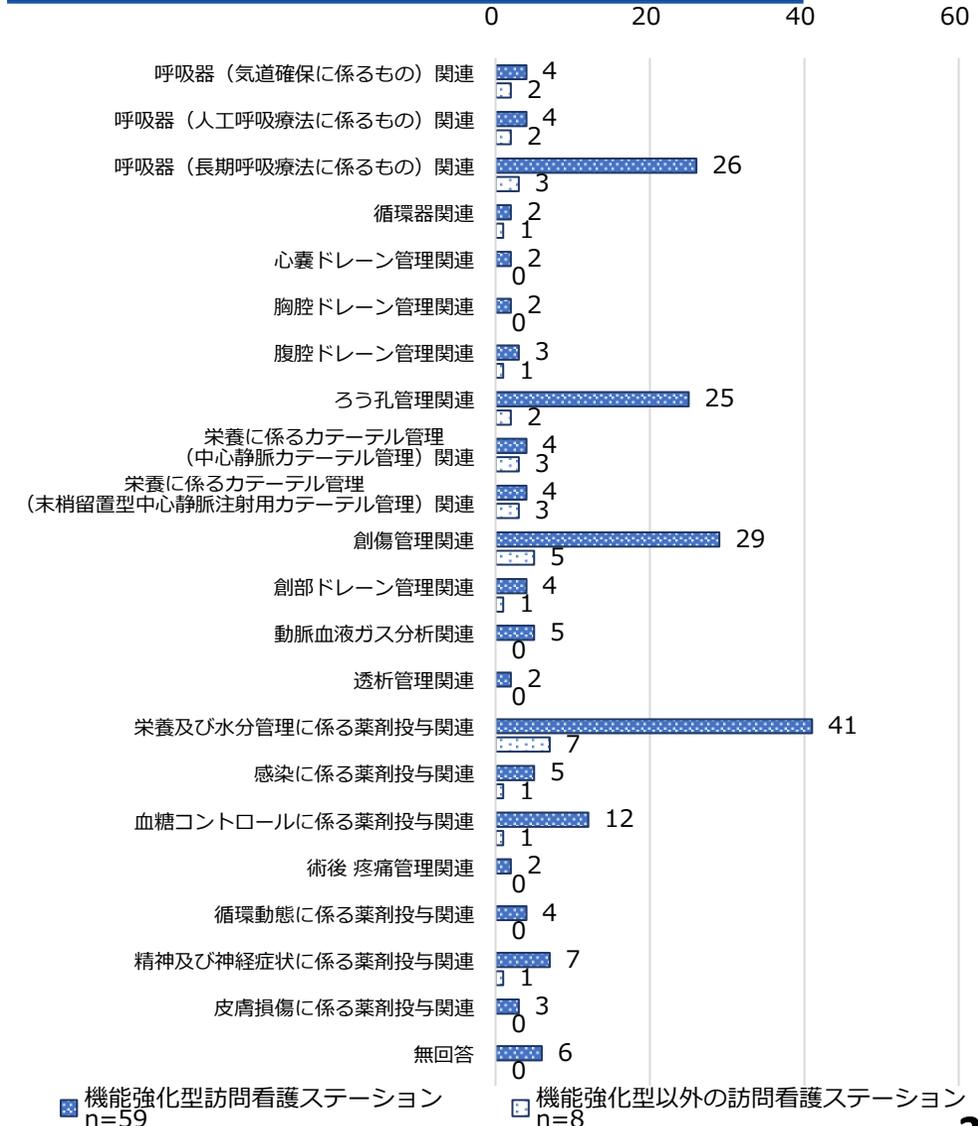
■ 特定行為研修修了者の有無



■ 特定行為研修修了者が修了しているパッケージ研修



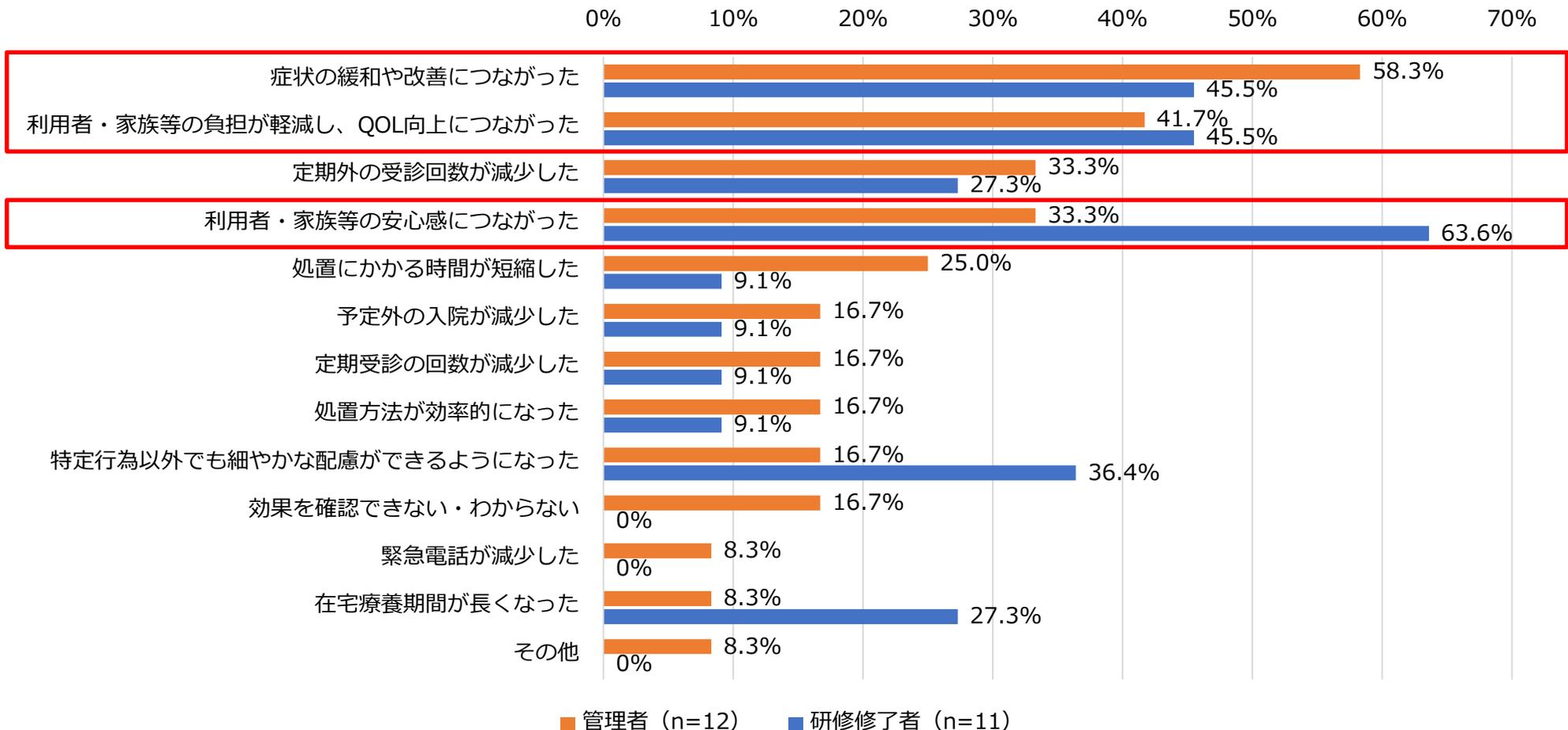
■ 特定行為研修修了者が修了している特定行為区分



特定行為研修修了者の活動の効果（利用者に対する効果）

- 利用者に対して特定行為を実施した効果について、管理者と研修修了者は共通して、「症状の緩和や改善につながった」、「利用者・家族等の負担が軽減し、QOL向上につながった」ことを多く挙げている。
- また、研修修了者は「利用者・家族等の安心感につながった」ことを最も多く挙げている。

■ 利用者に対して特定行為を実施した効果

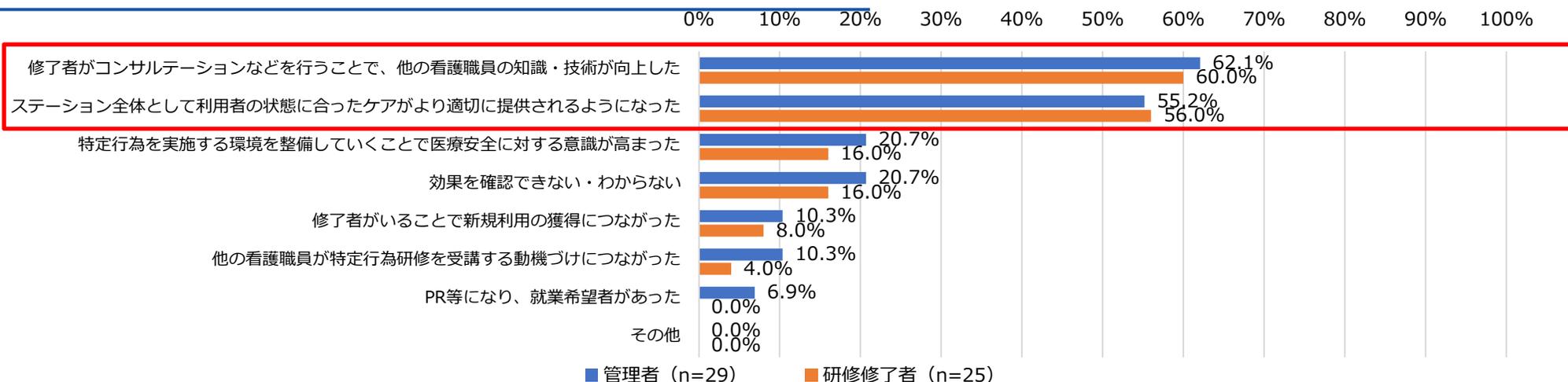


■ 管理者 (n=12) ■ 研修修了者 (n=11)

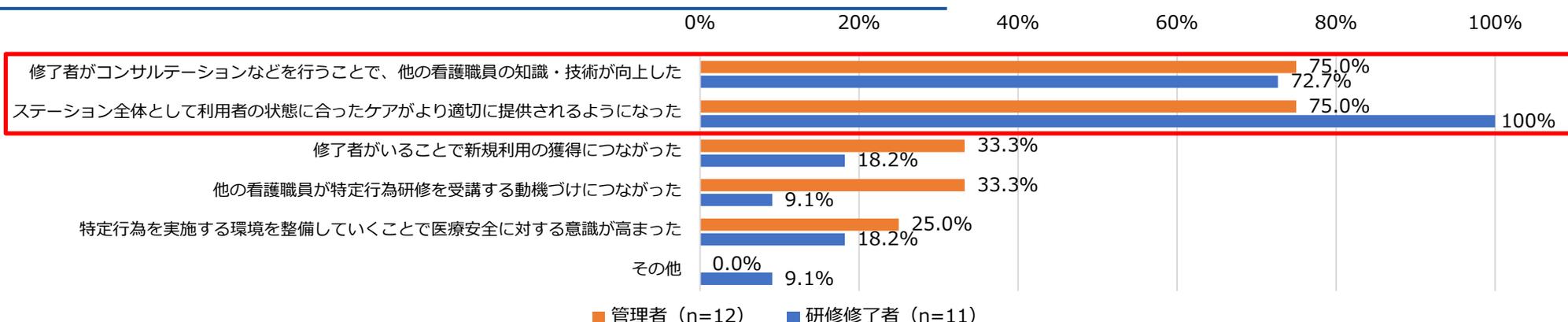
特定行為研修修了者の活動の効果（訪問看護ステーションに対する効果）

- 訪問看護ステーションに研修修了者がいることによる効果としては、管理者と研修修了者ともに「修了者がコンサルテーションなどを行うことで、他の看護職員の知識・技術が向上した」、「ステーション全体として利用者の状態に合ったケアがより適切に提供されるようになった」ことを多く挙げている。
- 訪問看護ステーションで特定行為を実践していることによる効果としては、同項目がより多く挙げられた。

■ 訪問看護ステーションに研修修了者がいることによる効果



■ 訪問看護ステーションで特定行為を実践していることによる効果



医療計画における看護師の特定行為研修の体制の整備等について

- ◆ 特定行為研修修了者その他の専門性の高い看護師は、在宅医療の推進のほか、新興感染症等の感染拡大時の迅速かつ的確な対応及び医師の働き方改革に伴うタスク・シフト/シェアの推進に資するものとしてその役割が期待されている。
- ◆ こうした看護師を活用することにより地域の実情に応じた医療機能の確保と充実を図るため、各都道府県においては、特定行為研修修了者その他の専門性の高い看護師の養成と就業の促進について、計画的に取組を進めることが求められている。
(医政看発0331第6号 令和5年3月31日 医政局看護課長通知)

■ 第8次医療計画に記載する事項

- 地域の実情に応じた指定研修機関や協力施設の確保等の研修体制の整備に向けた具体的な計画
- 特定行為研修修了者その他の専門性の高い看護師の就業者数の目標

■ 研修体制の整備等に係る目標設定

地域における研修体制や特定行為研修修了者等の就業状況における課題に基づき、指定研修機関数や協力施設数、特定行為研修修了者等の就業者数について、地域の実情に応じた数値目標並びに目標達成に要する期間を設定する。特定行為研修修了者等の就業者数の目標の設定にあたっては、以下の点を考慮する。

1. 在宅医療における質の高い効果的なケアの実施の推進
2. 新興感染症等の感染拡大時に、高度急性期に対応できる知識と技術を有する看護師の確保
3. 看護の質の向上と医師の時間外労働の上限規制に資するタスク・シフト/シェアの推進

地域における看護師の特定行為に係る手順書普及事業

事業の目的

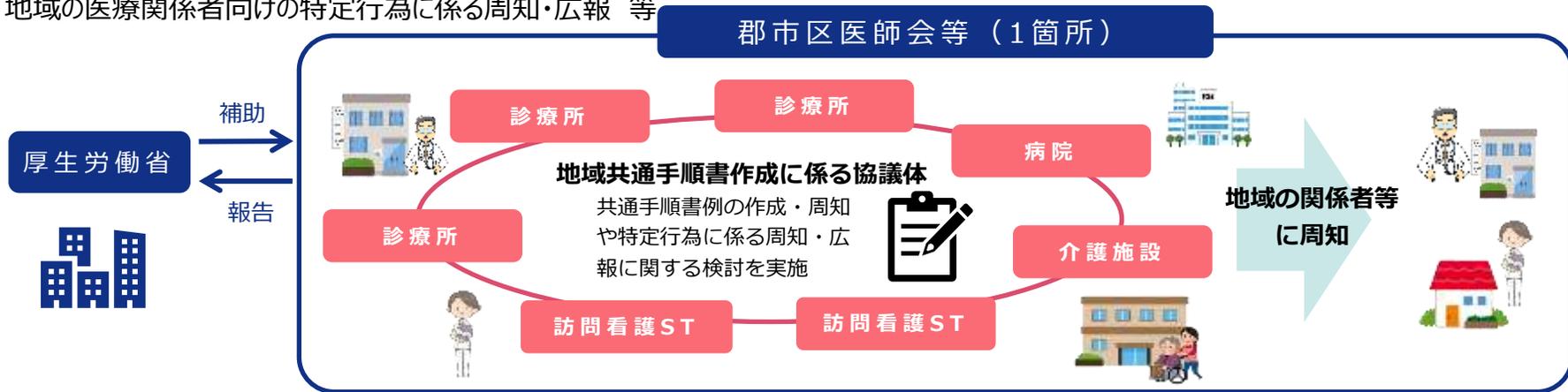
- 在宅領域における特定行為研修制度は、特定行為研修を修了した看護師があらかじめ作成されている手順書（包括的指示）に基づき、効果的・効率的なケアを実施することにより、在宅医療のニーズの増大に対応し、在宅療養者の安全な生活を支えるだけでなく、医師の働き方改革にも寄与する非常に重要な制度である。
- 一方で在宅領域においては特定行為の実施が進んでいない現状があり、その理由のひとつとして、一人の医師が数多くの患者を担当していて多忙であることや患者ごとに担当する訪問看護ステーションが異なる等の事情により手順書の発行に係る医師の負担が大きいという課題がある。
- 本事業により、在宅医療を担う診療所等の医師が訪問看護ステーション等の看護師に特定行為を依頼する際に活用可能な地域共通の手順書例を作成・周知することを通じて、特定行為研修修了者の活動体制の整備を図り、在宅領域における特定行為の実施と特定行為研修修了者の養成と確保を推進する。

事業の概要

訪問看護ステーション等の特定行為研修修了者の活躍を推進するため、郡市区医師会等に対し、以下の取組にかかる費用を補助する。

<事業内容>

- 地域共通手順書例の作成と周知
- 地域共通手順書例の作成に係る関係者との協議
- 地域の医療関係者向けの特定行為に係る周知・広報 等



地域における特定行為実施体制推進事業

令和6年度概算要求

1 事業の目的

- 地域における特定行為研修修了者の養成・確保にあたっては、多くの訪問看護師等が働きながらそれぞれの生活圏で特定行為研修を受講できるよう、特定行為研修の受講体制の整備を推進することが不可欠である。
- 今後の在宅医療ニーズの増大を踏まえ、地域において、特定行為研修修了者による特定行為が実施される体制を構築するため、**訪問看護ステーション、介護施設、指定研修機関以外の医療機関等に勤務する地域の看護師に対して、特定行為研修の受講支援等を行う指定研修機関（本事業においては「地域支援型の指定研修機関」という。）の整備を推進する。**第8次医療計画では、都道府県における特定行為研修修了者数の目標値を設定しているところであり、当事業は地域における特定行為研修修了者の増加に寄与する。また、地域支援型の指定研修機関の整備は、代替職員の確保を調整することから、訪問看護師の特定行為研修受講中における地域の訪問看護サービス提供体制を維持することにも寄与するものである。
- 診療所等の医師が手順書を活用できるよう、標準的な手順書例を地域の実情に応じて調整・周知すること等により、修了者が円滑に特定行為を実施できる体制を構築し、**地域における特定行為研修修了者の活躍を推進する。**

2 事業の概要

地域支援型の指定研修機関推進事業

地域における特定行為研修実施体制を推進するため、指定研修機関に対し、以下の体制構築にかかる費用を補助する。

- 地域版特定行為研修推進委員会の設置（都道府県、二次医療圏単位）
- 地域の看護師の研修受講等を支援するコーディネーターの配置

厚生労働省

補助

地域支援型の
指定研修機関（仮称）
都道府県・二次医療圏単位

連携

都道府県

地域版
特定行為研修推進委員会

コーディネーター

特定行為研修受講の
体制整備

【具体的な取組例】

- 訪問看護STの看護師の実習場所の調整
- 代替職員の調整・確保
- 訪問看護ST等向けの長期型の研修プランの検討、作成 等

地域標準手順書普及等事業

訪問看護ステーション等の修了者の活躍を推進するため、郡市区医師会等に対し、以下の取組にかかる費用を補助する。

- 地域標準手順書普及等推進委員会の設置（郡市区医師会単位）
- 標準的な手順書例（在宅パッケージに含まれる行為）の地域の実情に応じた調整・周知等
- 地域向けの特定行為に係る周知・広報 等

特定行為研修修了者の
活躍推進

※訪問看護STが手順書の手交を受けることが想定される圏域

厚生労働省

補助

郡市区医師会等※

診療所

診療所

診療所

地域標準手順書
普及等推進委員会



病院

訪問看護ST

訪問看護ST

3 実施主体等

実施主体：指定研修機関

補助率：1 / 2

実施主体：郡市区医師会等

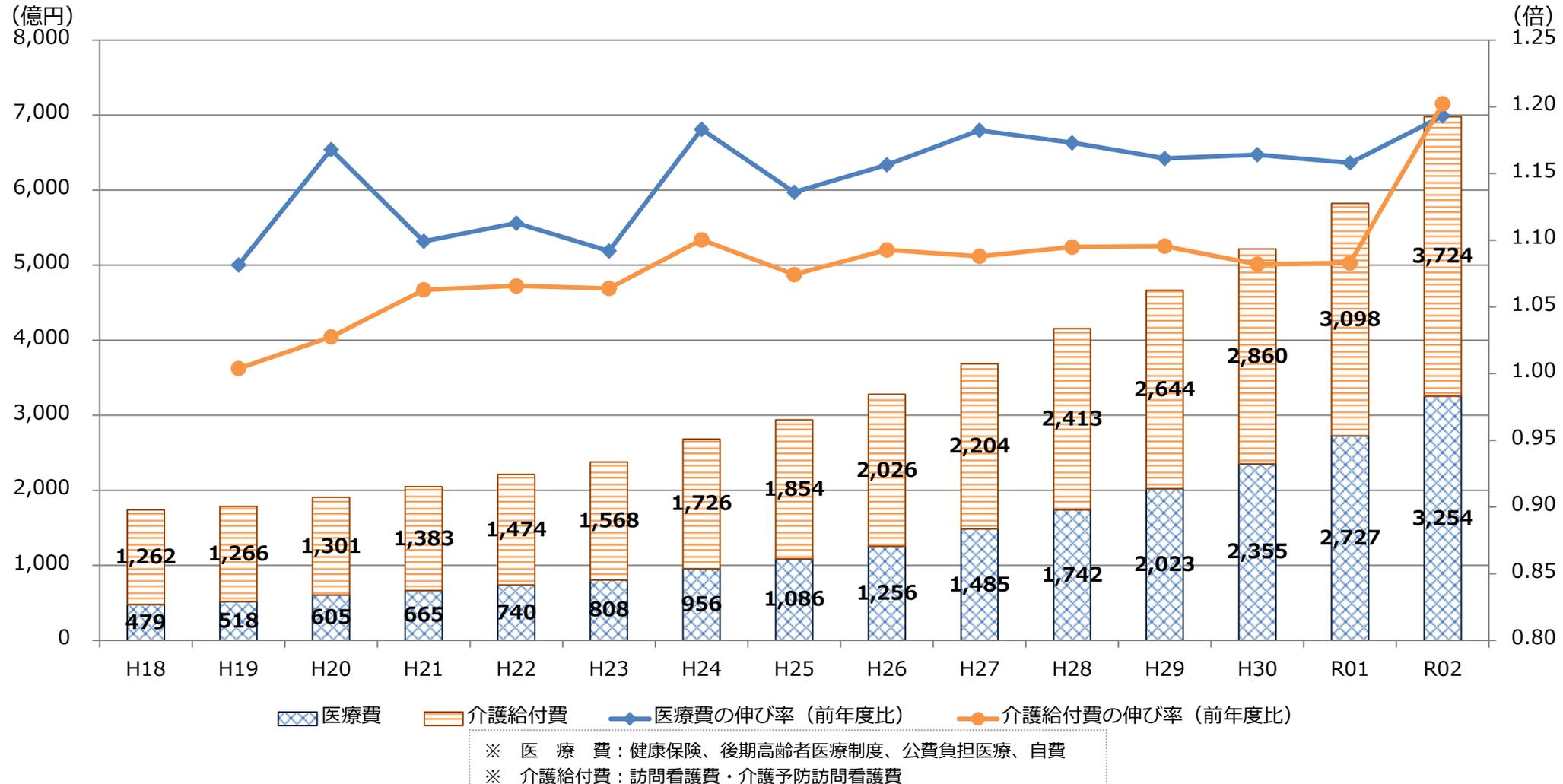
補助率：10 / 10

1. 訪問看護の現状
2. 訪問看護における24時間対応体制の確保について
3. 機能強化型訪問看護ステーションについて
- 4. 集合住宅等における効率的な訪問看護等について**
5. 精神科訪問看護について
6. 医療ニーズの高い利用者の退院支援について
7. 周産期及び乳幼児への訪問看護について
8. オンライン請求開始に伴う訪問看護療養費明細書等の対応について
9. 介護保険における訪問看護との制度上の差異について

訪問看護に係る医療費・介護給付費の推移

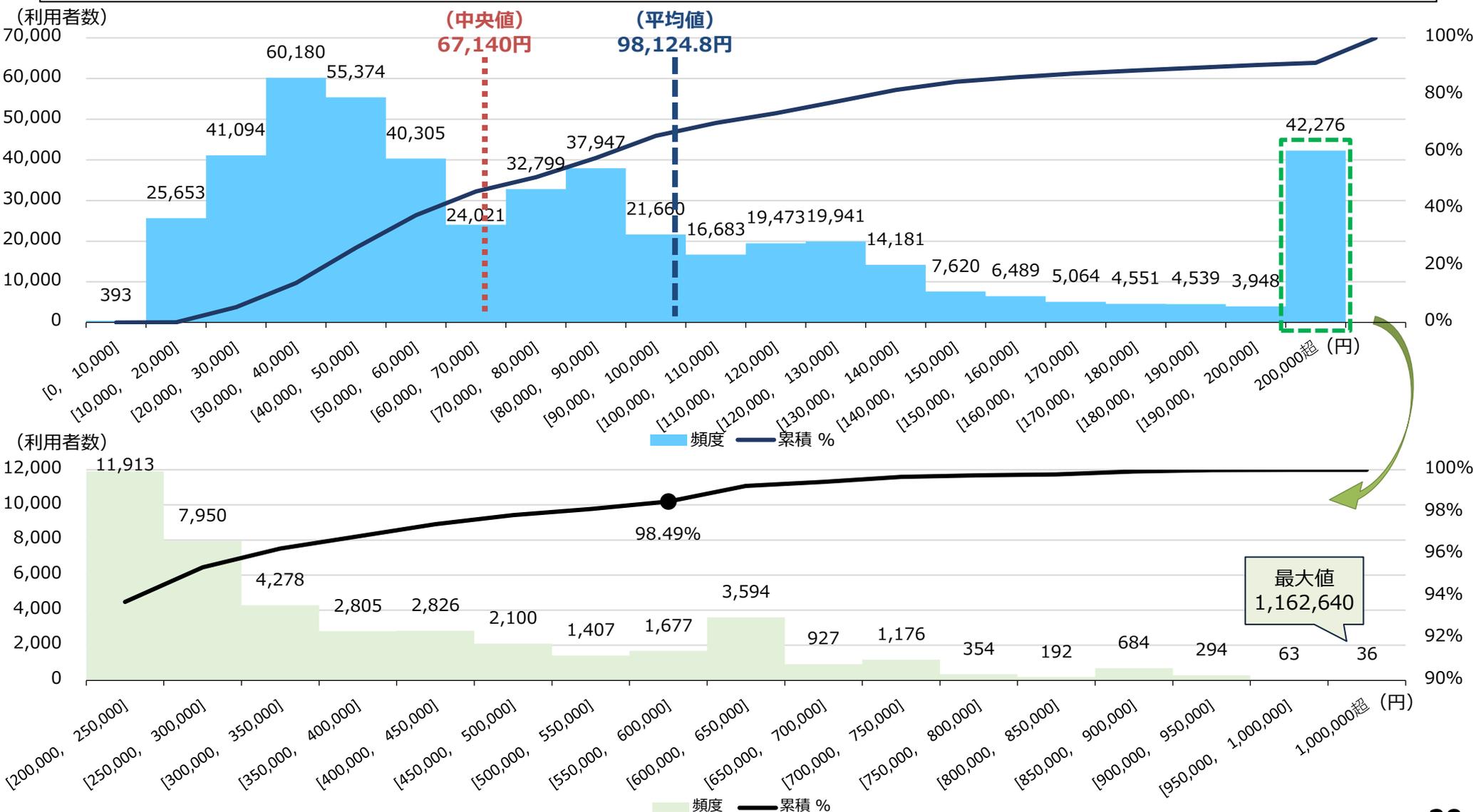
○ 訪問看護ステーションの利用にかかる費用は、医療費及び介護給付費ともに増加しており、医療費の伸び率が大きい。

■ 訪問看護に係る医療費・介護給付費の推移



訪問看護利用者の1月の請求額の分布

- 訪問看護療養費(医療保険)の1人当たり1月の請求額は3万円台が最も多く、平均は98,125円であった。
- 請求額が60万円以上のものが、全体の約1%強であるが存在している。

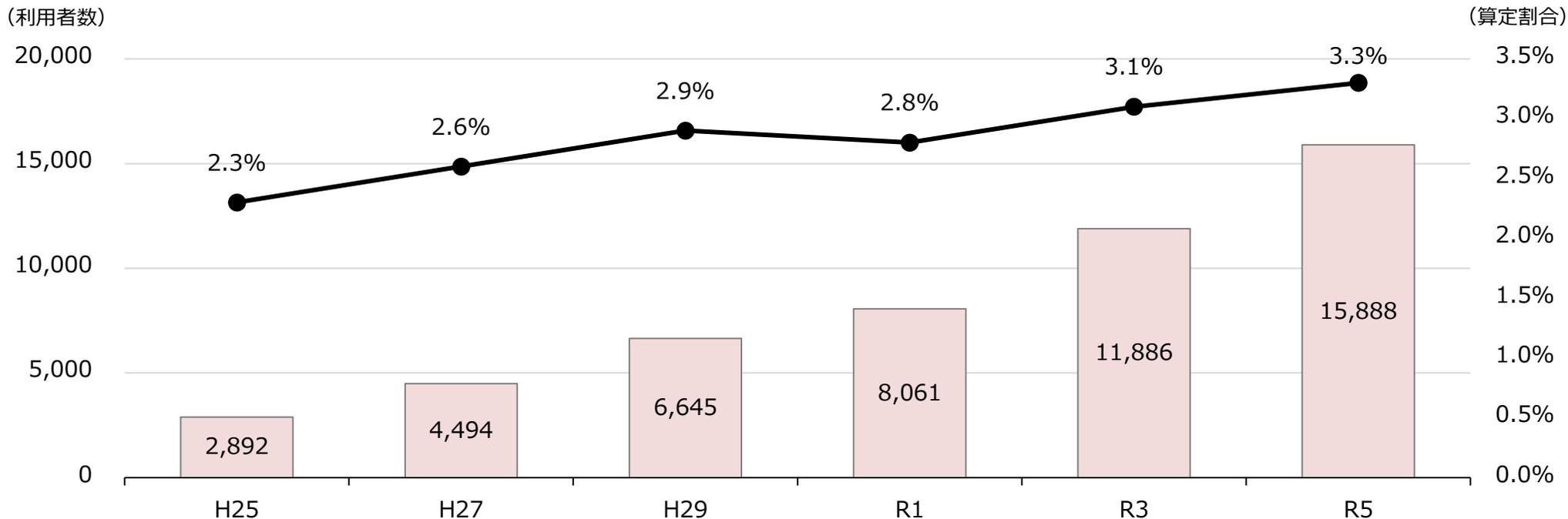


出典: 訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成(令和5年6月審査分より推計)(速報値)

緊急訪問看護加算の算定要件等

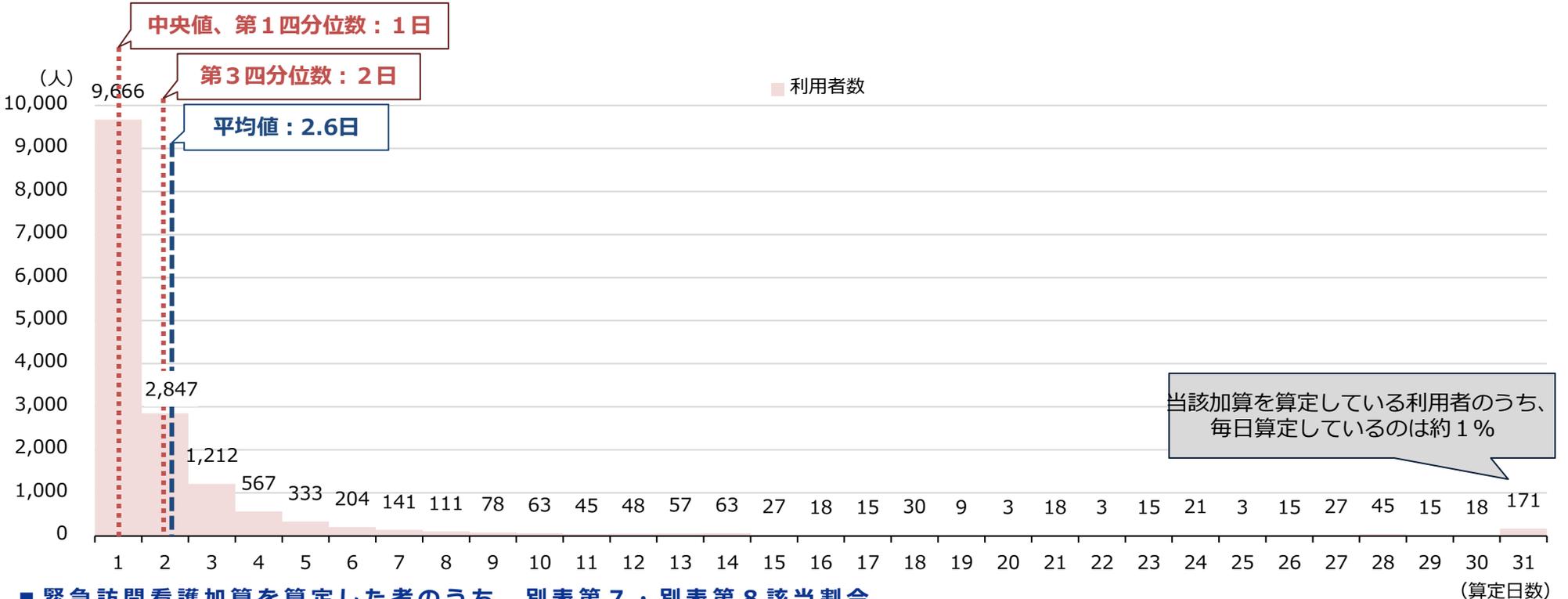
- 緊急訪問看護加算は、利用者又はその家族等の求めに応じ、その主治医の指示に基づき緊急に訪問看護を実施した場合に算定できる。なお、利用者又は家族等の緊急の求め、主治医の指示内容等について、訪問看護記録への記録に関する規定はない。
- 緊急訪問看護の利用者数、全利用者に占める算定割合は増加傾向である。

加算額	要件等
2,650円（1日につき）	<ul style="list-style-type: none"> ● 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。 ● 指示を行った主治医は、指示内容を診療録に記載すること。 ● 緊急の指定訪問看護を行った場合は、速やかに主治医に利用者の病状等を報告するとともに、必要な場合は特別訪問看護指示書の交付を受け、訪問看護計画について見直しを行うこと。



緊急訪問看護加算の算定状況

- 訪問看護基本療養費の緊急訪問看護加算を1日以上算定している利用者の1月の算定日数は、月1日が最も多く、月平均は2.6日である。また、算定日数は1日から31日までばらつきがあり、当該加算を算定している利用者のうち、約1%が毎日算定している。
- 月の算定日数が多い利用者は医療ニーズの高い利用者である別表第7、別表第8に該当する者が多い傾向にある。



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。

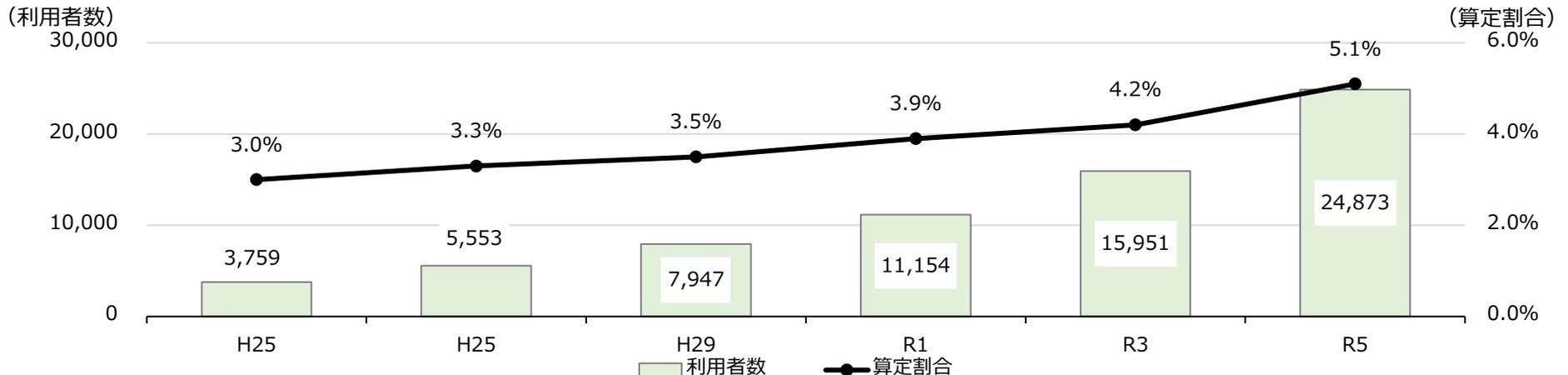
報酬と訪問者	対象者	加算額（※）	指定訪問看護の実施者	同時に訪問する者
	イ～二	4,500円（週1回）	看護職員 （保健師、助産師、看護師、准看護師）	保健師、助産師、看護師、 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士
	イ～二	3,800円（週1回）	看護職員	准看護師
	二～ハ	3,000円（週3回）	看護職員	その他職員 保健師、助産師、看護師、准看護師 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士 看護補助者
イ～ハ	3,000円（1日に1回の場合） 6,000円（1日に2回の場合） 10,000円（1日に3回以上の場合）			

対象者

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。

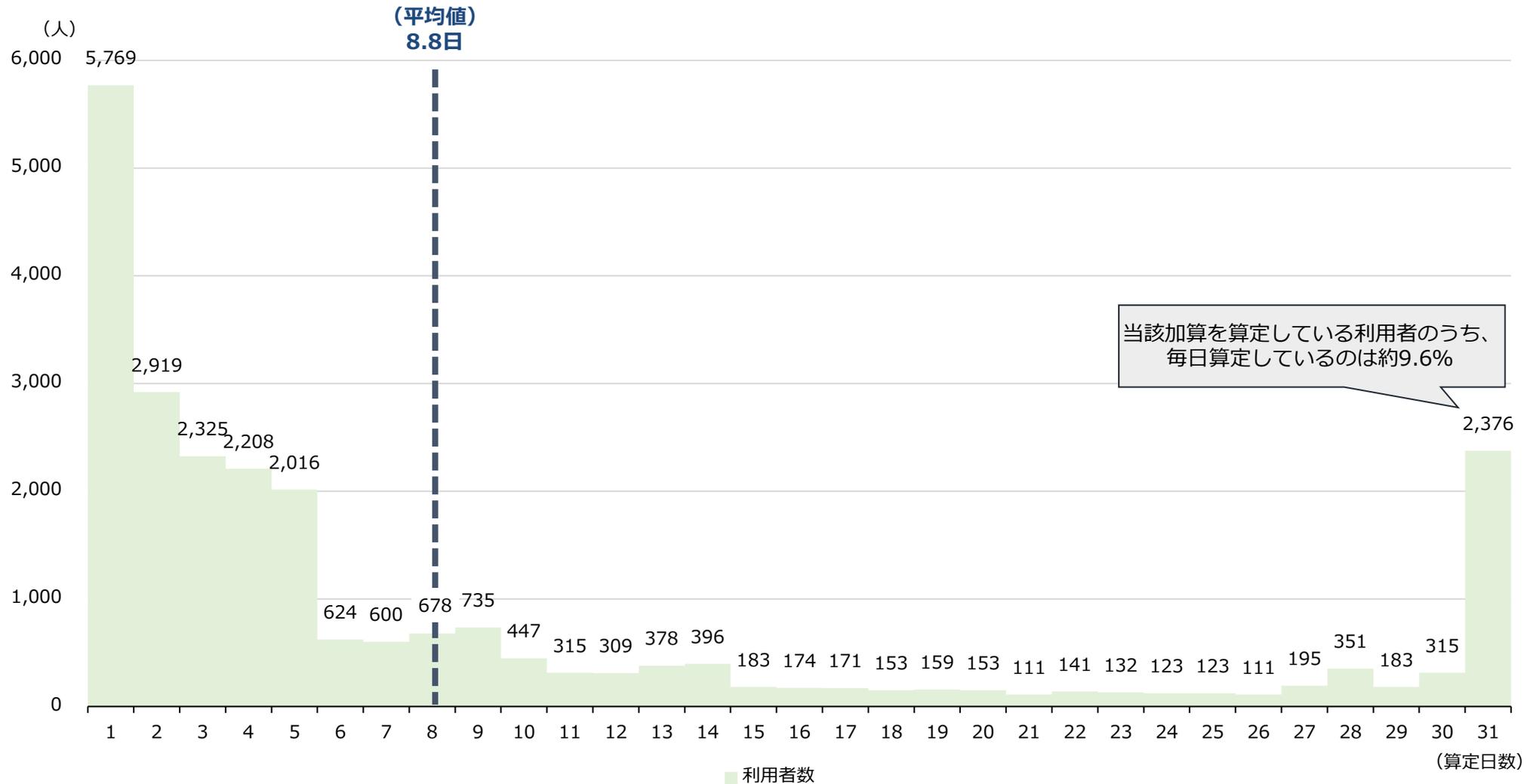
- イ 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者
- ロ 特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者
- ハ 特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者
- ニ 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者
- ホ 利用者の身体的理由により1人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者
- ヘ その他利用者の状況等から判断して、イからホのいずれかに準ずると認められる者

※同一建物内3人以上の場合の加算額は別に設定あり



複数名訪問看護加算の算定状況

○ 訪問看護基本療養費の複数名訪問看護加算を1日以上算定している利用者の1月の算定状況は、月1日が最も多く、月平均は8.8日である。また、算定日数は1日から31日までばらつきがあり、当該加算を算定している利用者のうち、約9.6%が毎日算定している。



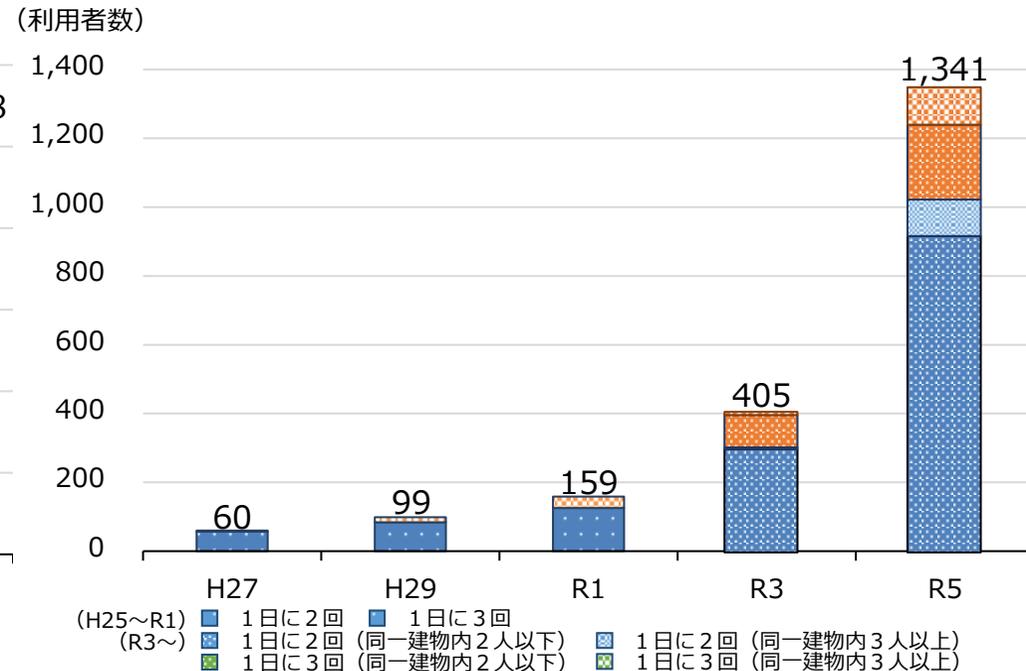
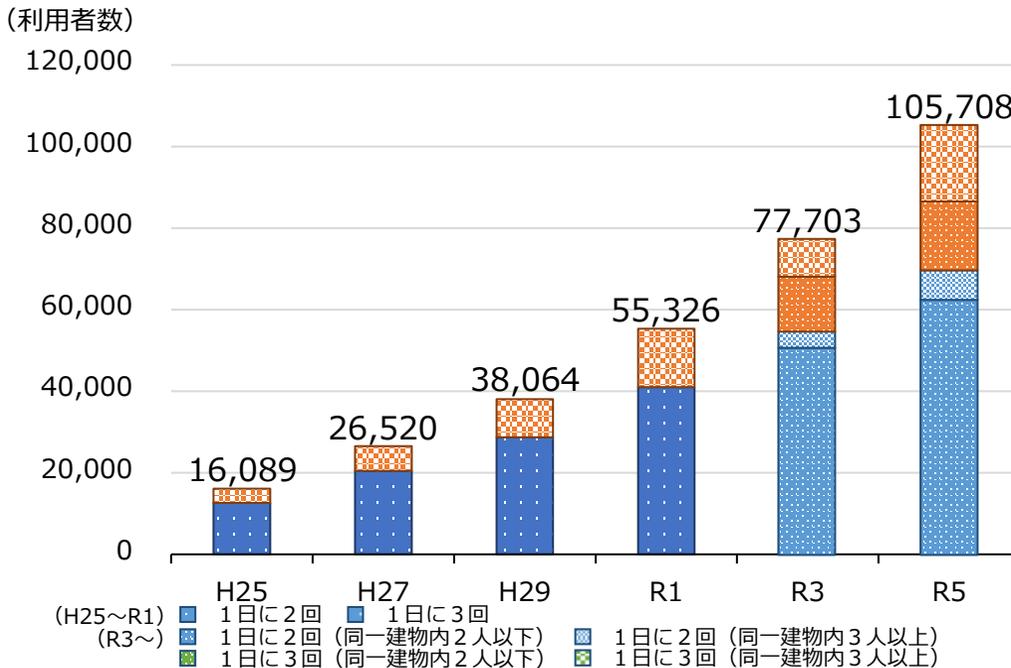
難病等複数回訪問加算・精神科複数回訪問加算

- 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 ※平成26年度診療報酬改定において新設	(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

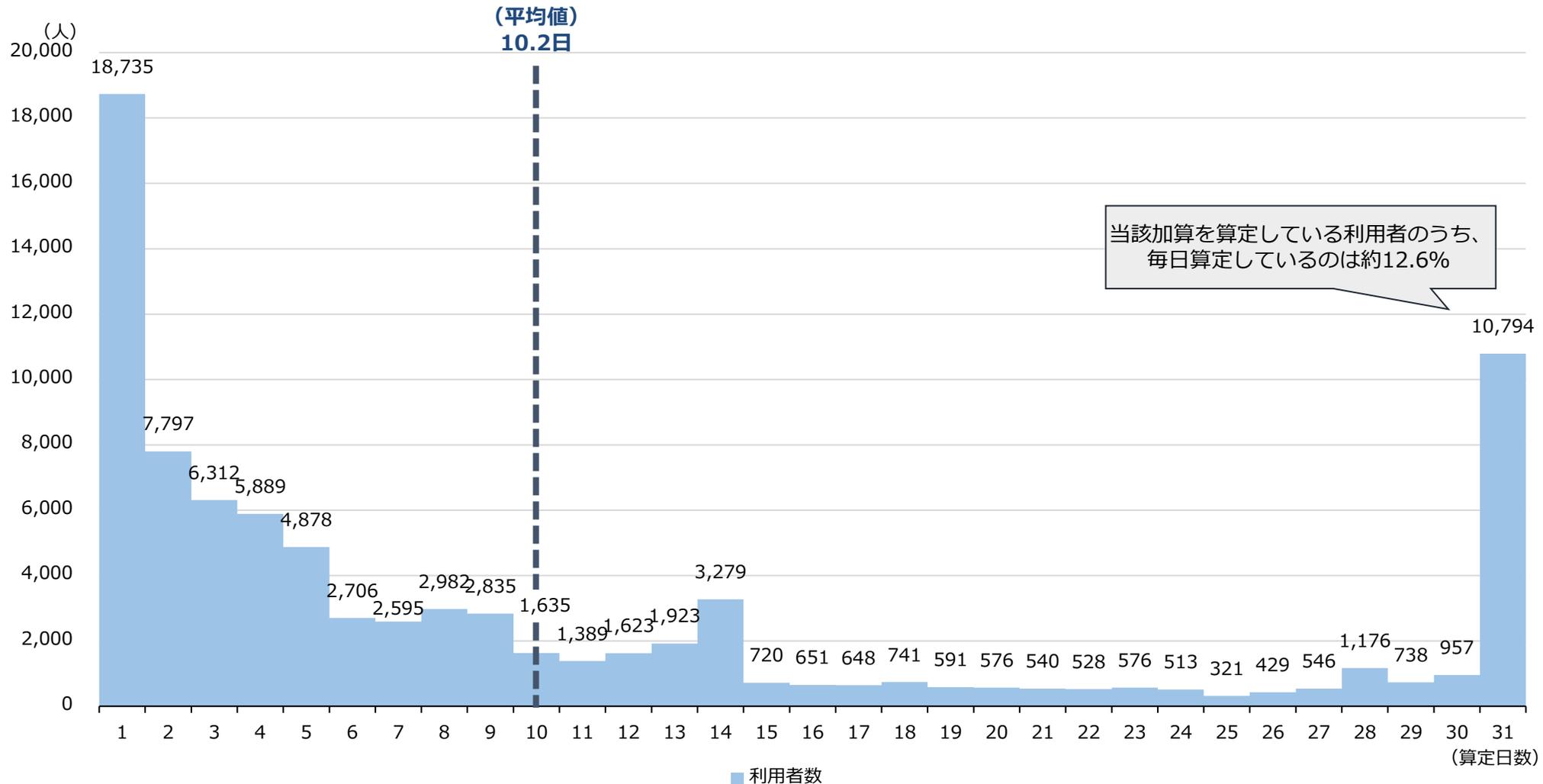
■ 難病等複数回訪問加算の利用者延べ数

■ 精神科複数回訪問加算の利用者延べ数



難病等複数回訪問看護加算の算定状況

○ 訪問看護基本療養費の難病等複数回訪問看護加算を1日以上算定している利用者の1月の算定状況は、月1日が最も多く、月平均は10.2日である。また、算定日数は1日から31日までばらつきがあり、当該加算を算定している利用者のうち、約12.6%が毎日算定している。



同一建物居住者に対する訪問看護

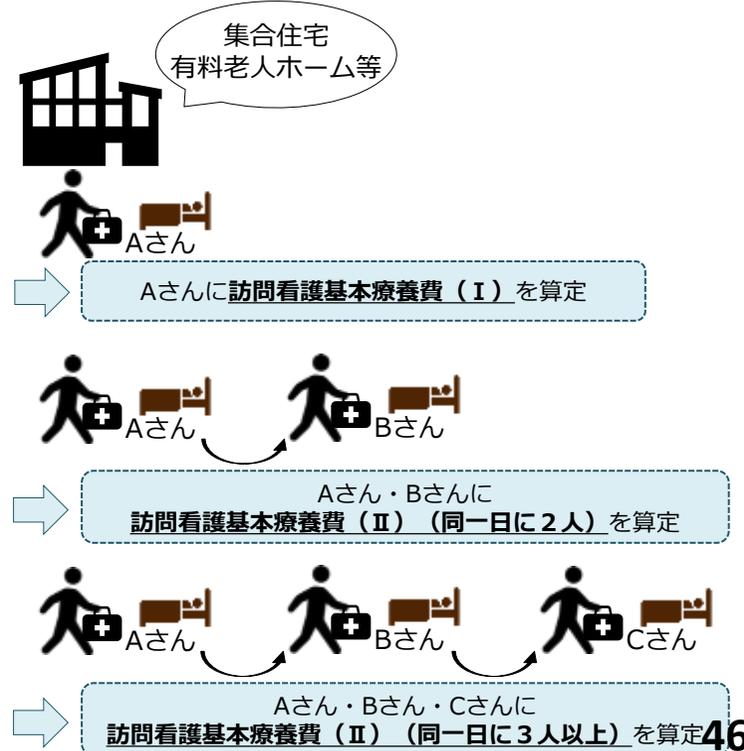
○ 同一日に同一建物に居住する3人以上の利用者に対して訪問看護を実施する場合は、同一日に2人以下のときよりも低い額を算定することとしている(訪問看護基本療養費(Ⅱ))。

	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

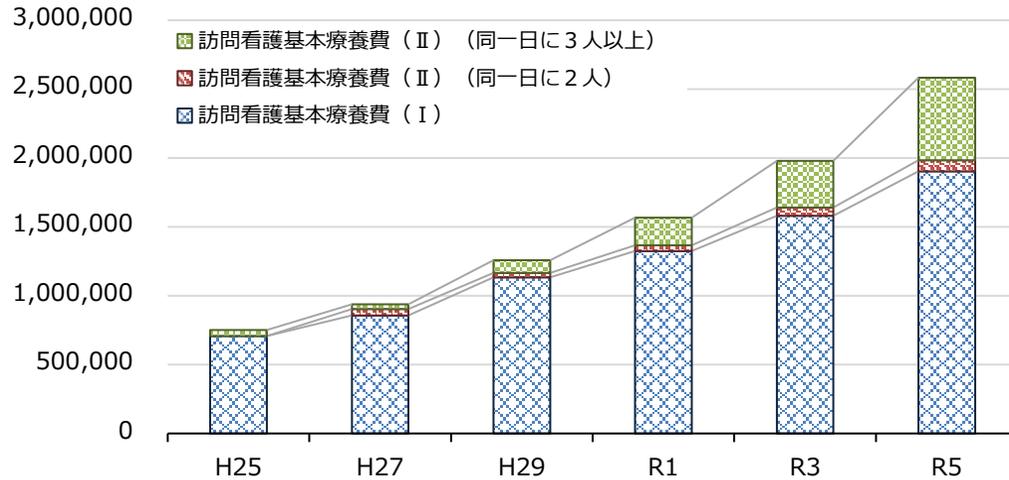
- ※ 精神科訪問看護基本療養費、精神科訪問看護・指導料についても同様の考え方。
- ※ 在宅患者訪問看護・指導料においては、同一建物居住者訪問看護・指導料として同様の考え方。



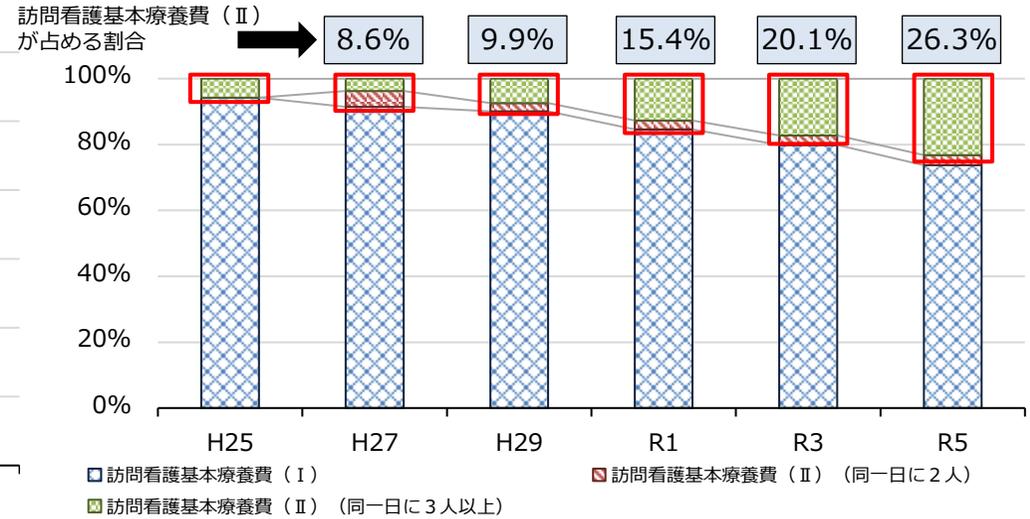
同一建物居住者への訪問看護の状況

○ 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。

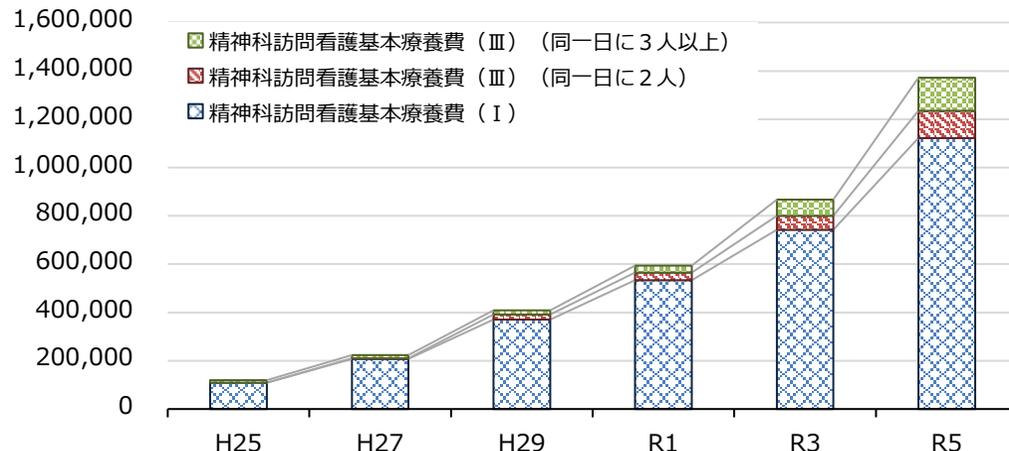
■ 訪問看護基本療養費（Ⅰ）（Ⅱ）の算定回数の推移



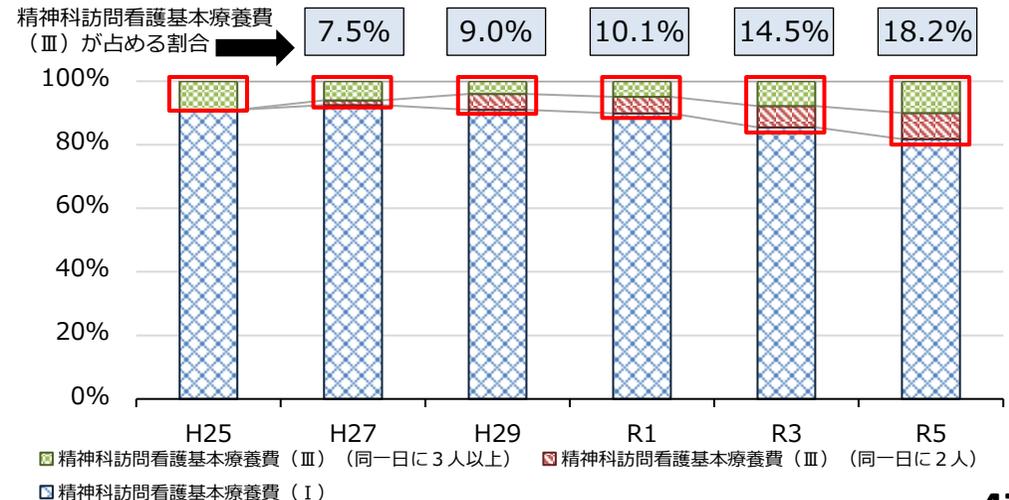
■ 訪問看護基本療養費（Ⅰ）（Ⅱ）の算定割合の推移



■ 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



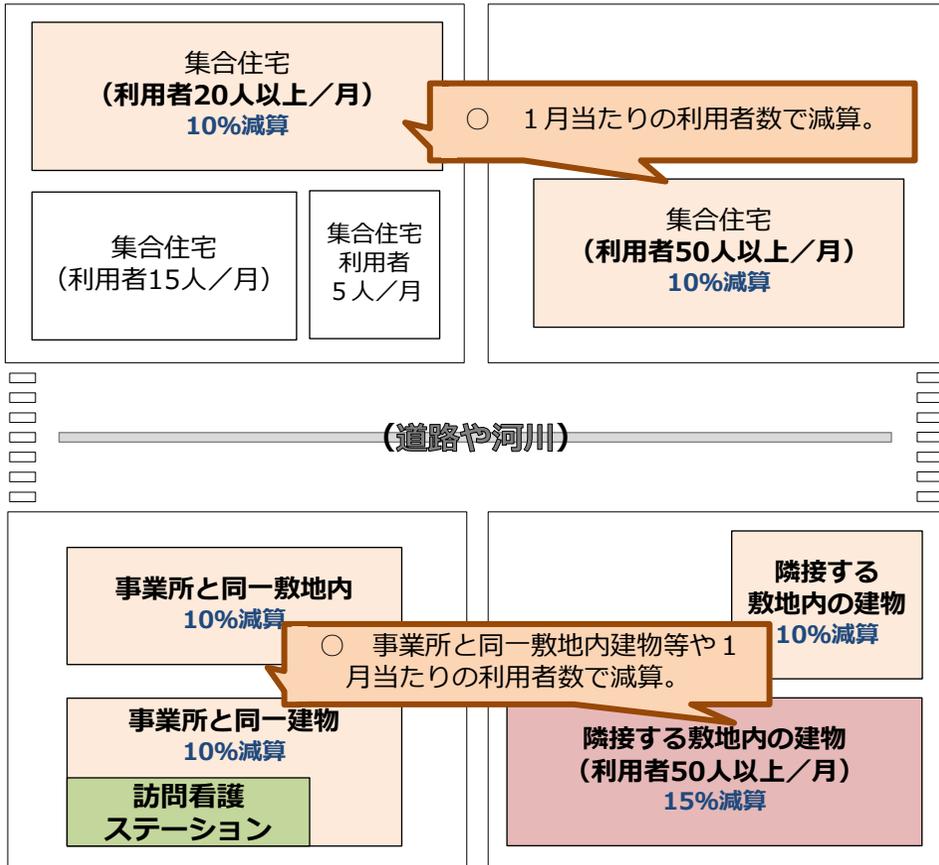
出典：訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成（各年6月審査分より推計（令和5年6月審査分は速報値））

訪問看護における同一建物居住者等の考え方

- 介護保険は、訪問看護ステーションと同一建物、同一敷地内や隣接する敷地内の建物に居住する利用者等に対して訪問看護を提供する場合、訪問看護費から単位数が減算される。
- 医療保険は、同一日に同一の建物に居住する3人以上に訪問看護を行う場合、訪問看護基本療養費（Ⅱ）等を算定することとしている。

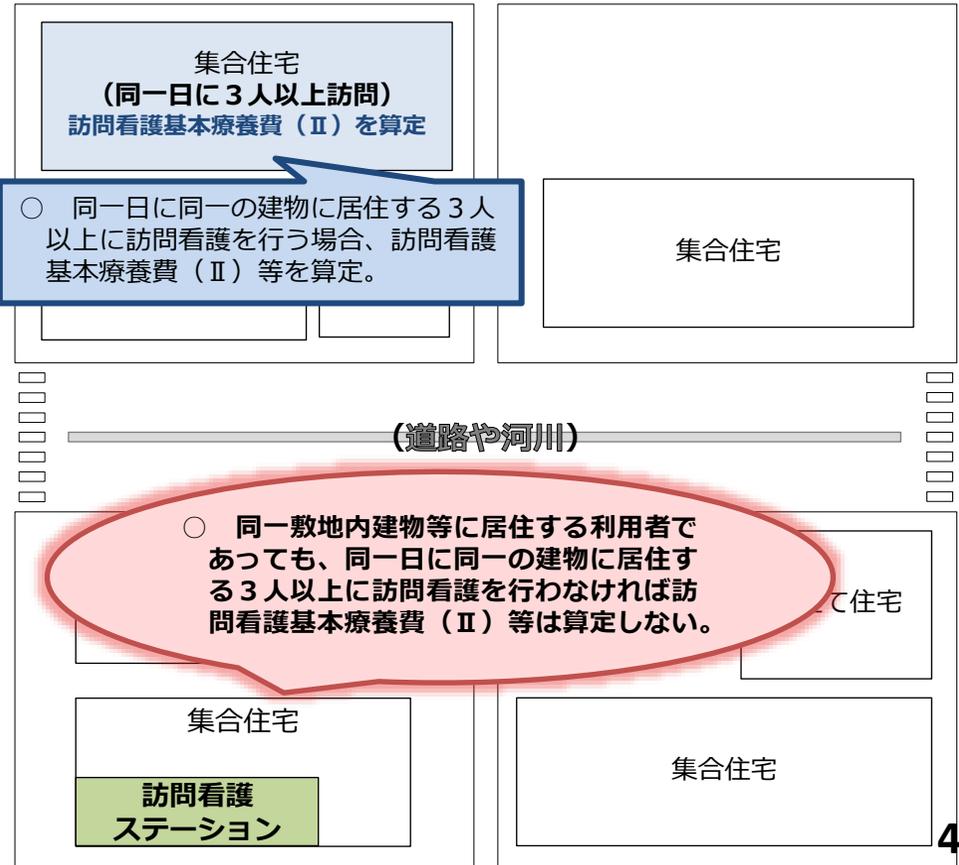
■ 介護保険の場合

- 事業所と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物若しくは事業所と同一の建物に居住する利用者（同一敷地内建物等）又は事業所における1月当たりの利用者が同一の建物に20人以上/月の場合、訪問看護料を10%減算。同一敷地内建物等の利用者の人数が50人以上/月の場合、訪問看護料を15%減算。



■ 医療保険の場合

- 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。
- 同一建物居住者とは建築基準法第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う。



1. 訪問看護の現状
2. 訪問看護における24時間対応体制の確保について
3. 機能強化型訪問看護ステーションについて
4. 集合住宅等における効率的な訪問看護等について
- 5. 精神科訪問看護について**
6. 医療ニーズの高い利用者の退院支援について
7. 周産期及び乳幼児への訪問看護について
8. オンライン請求開始に伴う訪問看護療養費明細書等の対応について
9. 介護保険における訪問看護との制度上の差異について

精神科訪問看護の主要要件

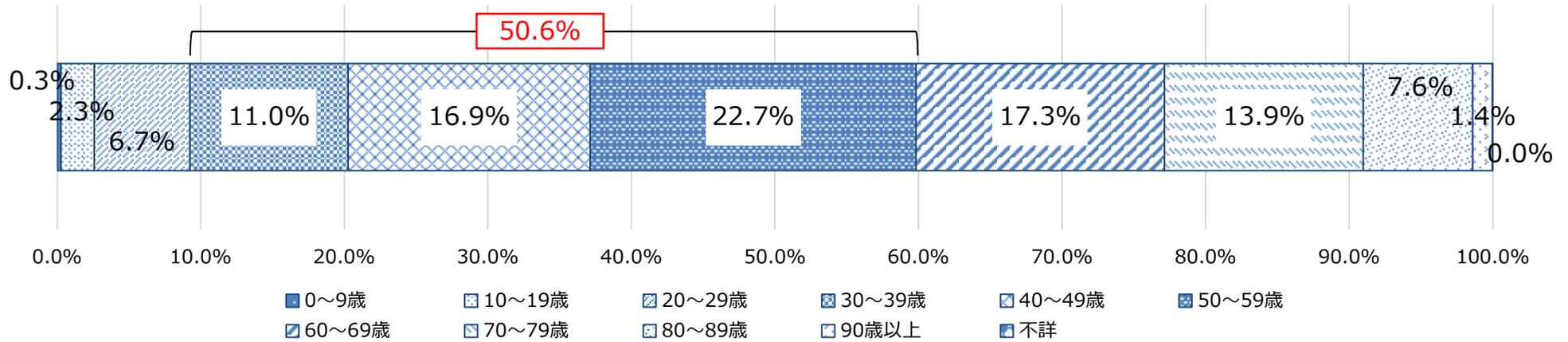
○ 精神科訪問看護については、訪問看護ステーションが精神科訪問看護基本療養費を算定する場合に、一定の経験又は研修の修了が必要であること、退院後3月以内は頻回訪問が可能であること等、精神科以外の訪問看護とは異なる基準や要件が設けられている。

	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 	-	-

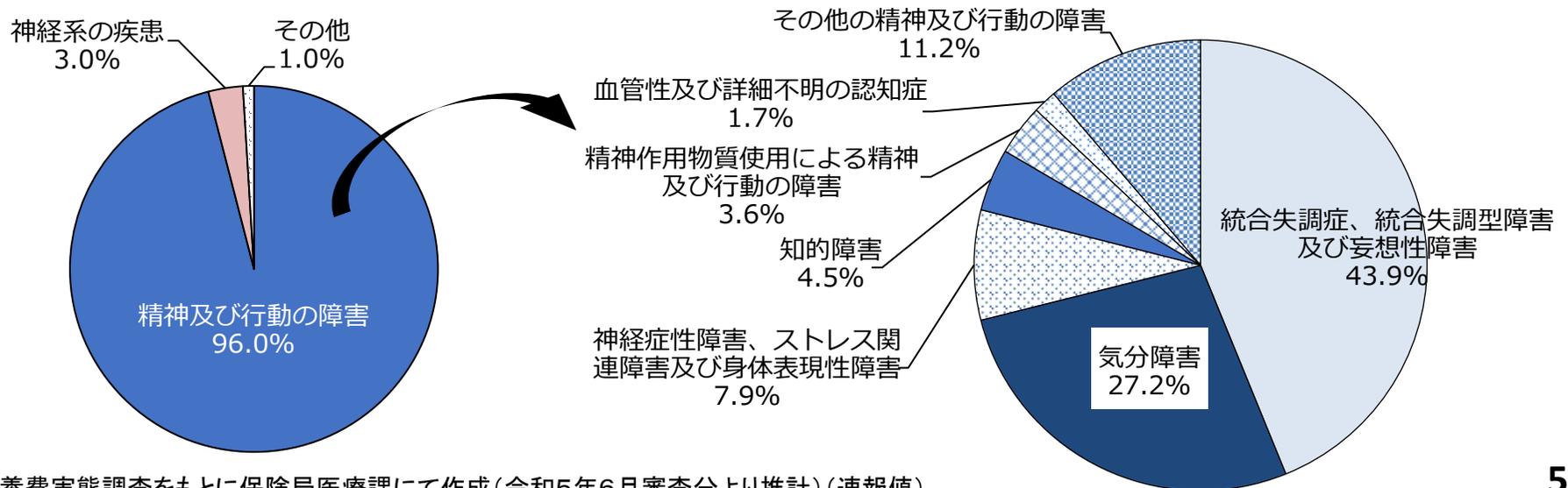
精神科訪問看護の利用者の状況

- 精神科訪問看護基本療養費を算定した利用者は、30～50歳代の利用者が約半数を占めている。
- 精神科訪問看護基本療養費を算定した利用者の主傷病のうち、最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

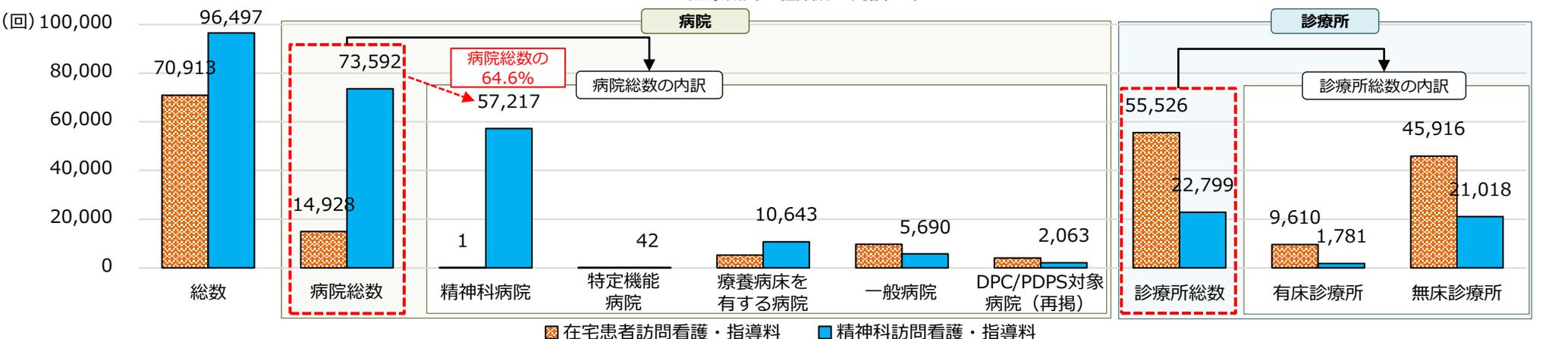
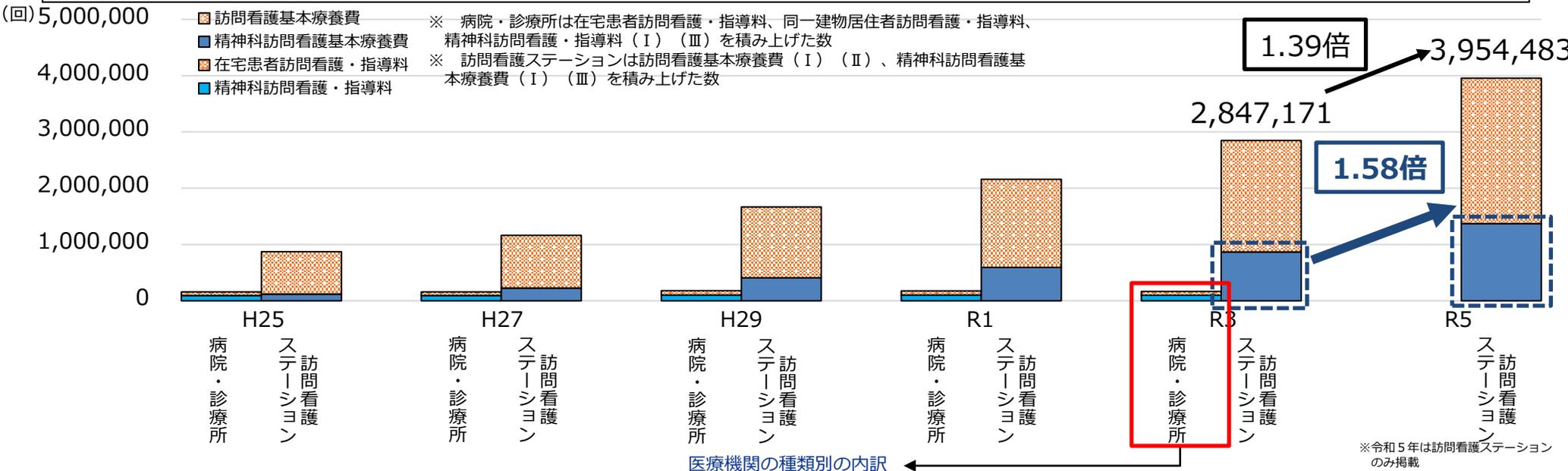


■ 精神科訪問看護基本療養費を算定した利用者の主傷病別内訳



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3年から令和5年において約1.39倍であるが、精神科訪問看護基本療養費のみでは約1.58倍となっている。
- 病院からの訪問看護の実施回数のうち、64.6%が精神科病院からの精神科訪問看護・指導料である。



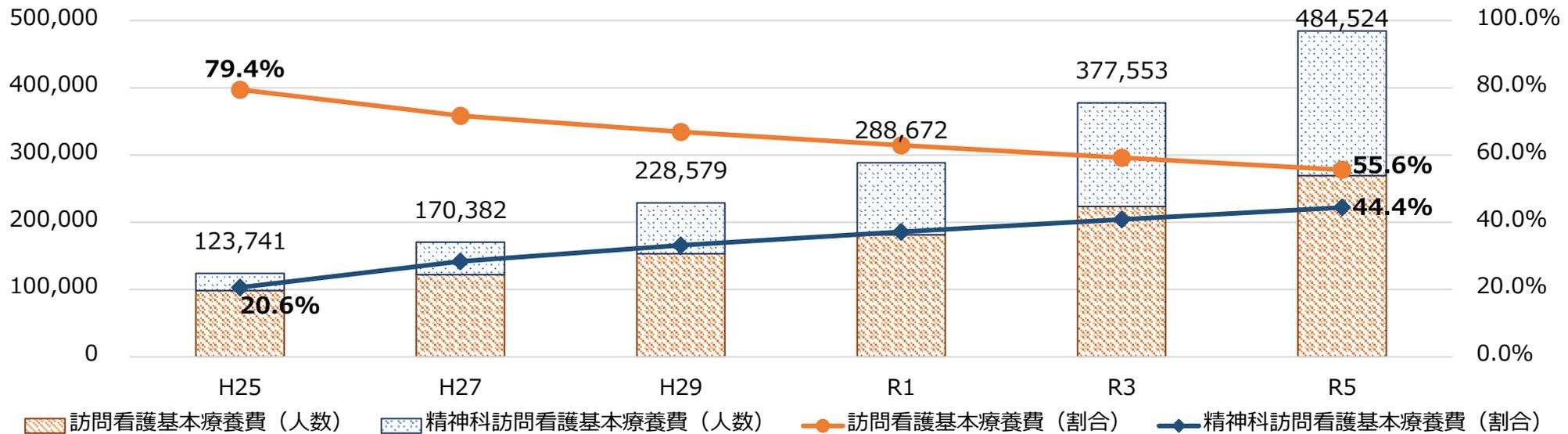
※令和5年は訪問看護ステーションのみ掲載

出典：(左図)介護給付費等実態統計(各年4月審査分 特別集計)
 (右図)訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成(各年6月審査分より推計(令和5年6月審査分は速報値))

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(令和5年6月審査分は速報値))

(※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・利用者票))をもとに保険局医療課にて作成

精神科訪問看護に対する施策上の求められる役割

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

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

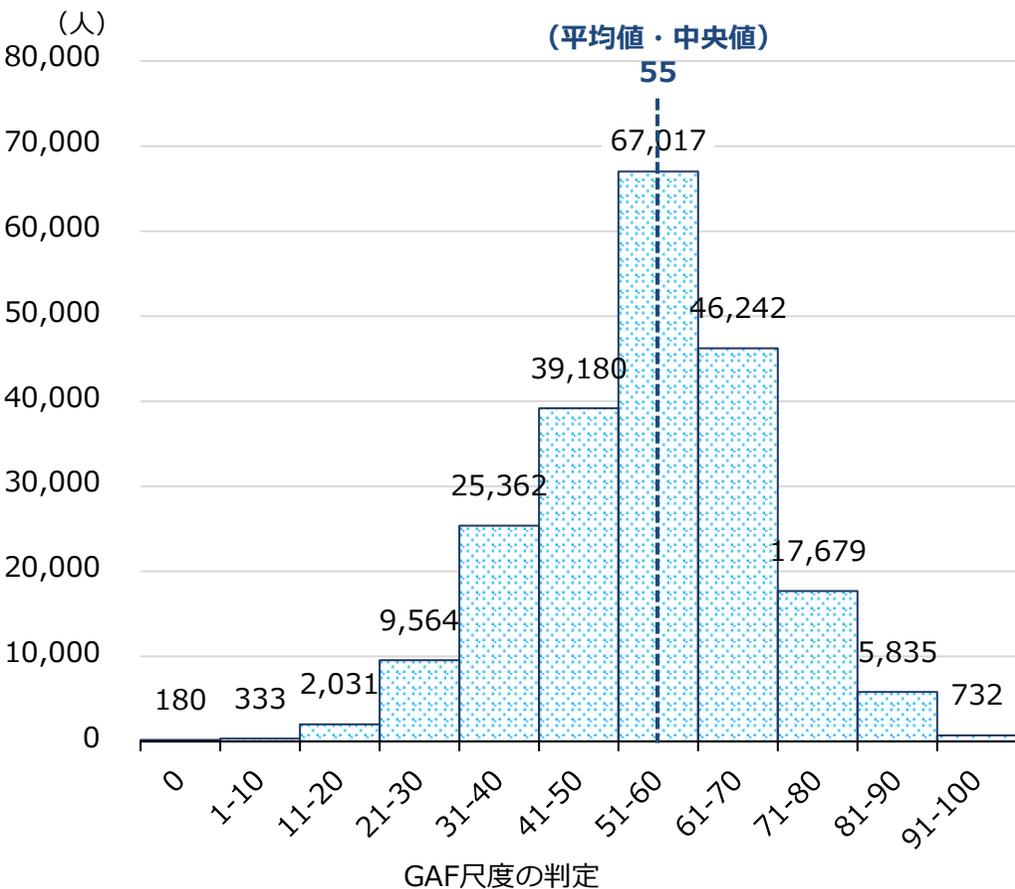
地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会報告書（令和4年6月9日）

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

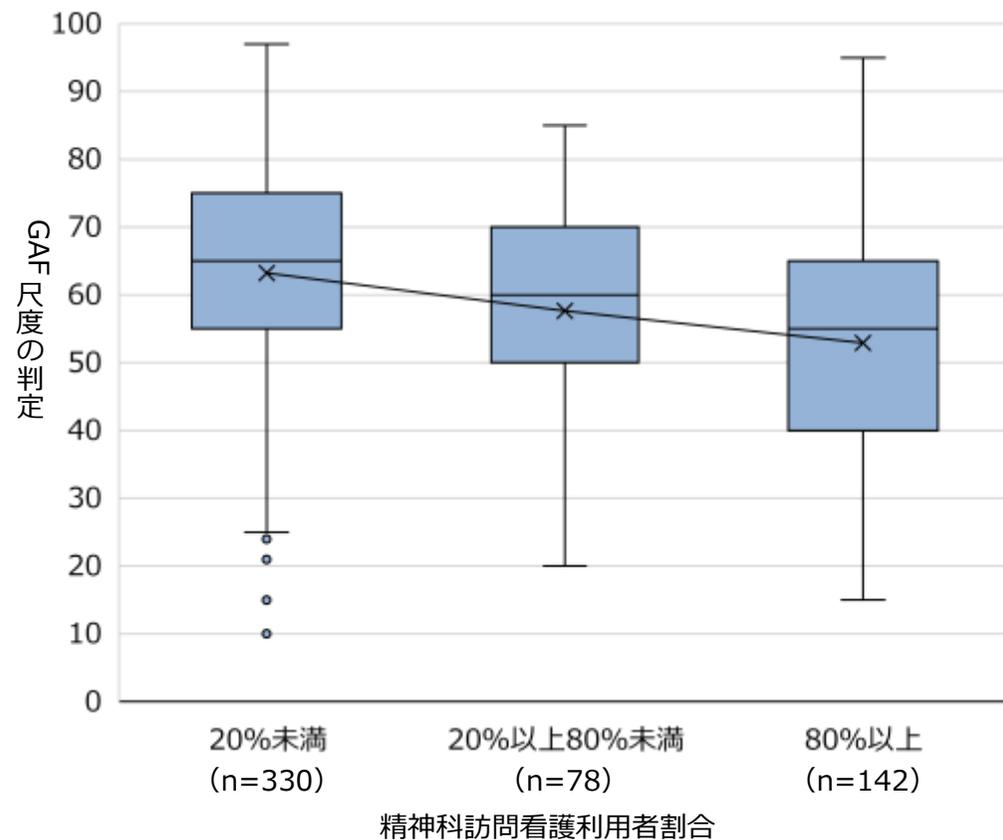
精神科訪問看護利用者のGAF尺度による評価の状況

- 精神科訪問看護利用者のGAF尺度による判定は、60-51の利用者が最も多く、平均は55であった。
- 訪問看護ステーションの利用者に占める精神科訪問看護利用者割合が80%以上のステーションにおける精神科訪問看護利用者は、他と比してGAF尺度の判定が低い傾向であった。

■ 精神科訪問看護利用者のGAF尺度による判定の状況



■ 精神科訪問看護利用者割合別の精神科訪問看護利用者のGAF尺度による判定の状況



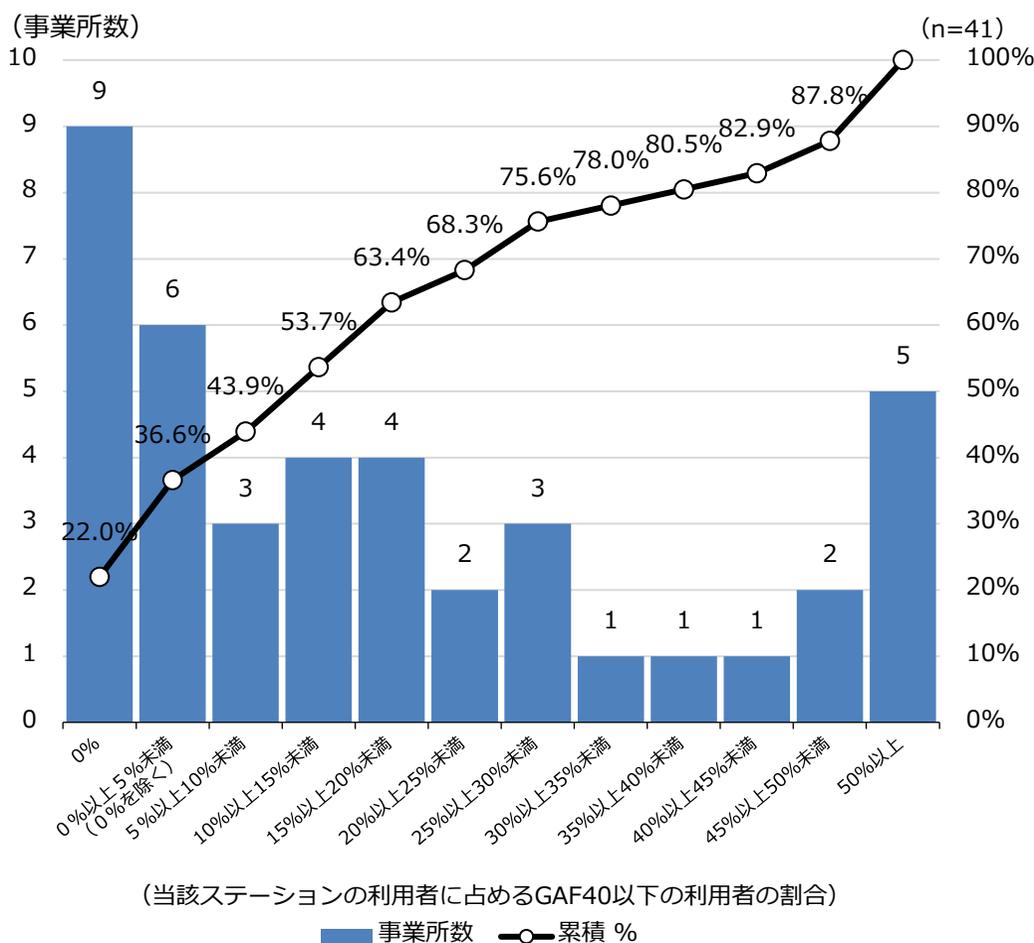
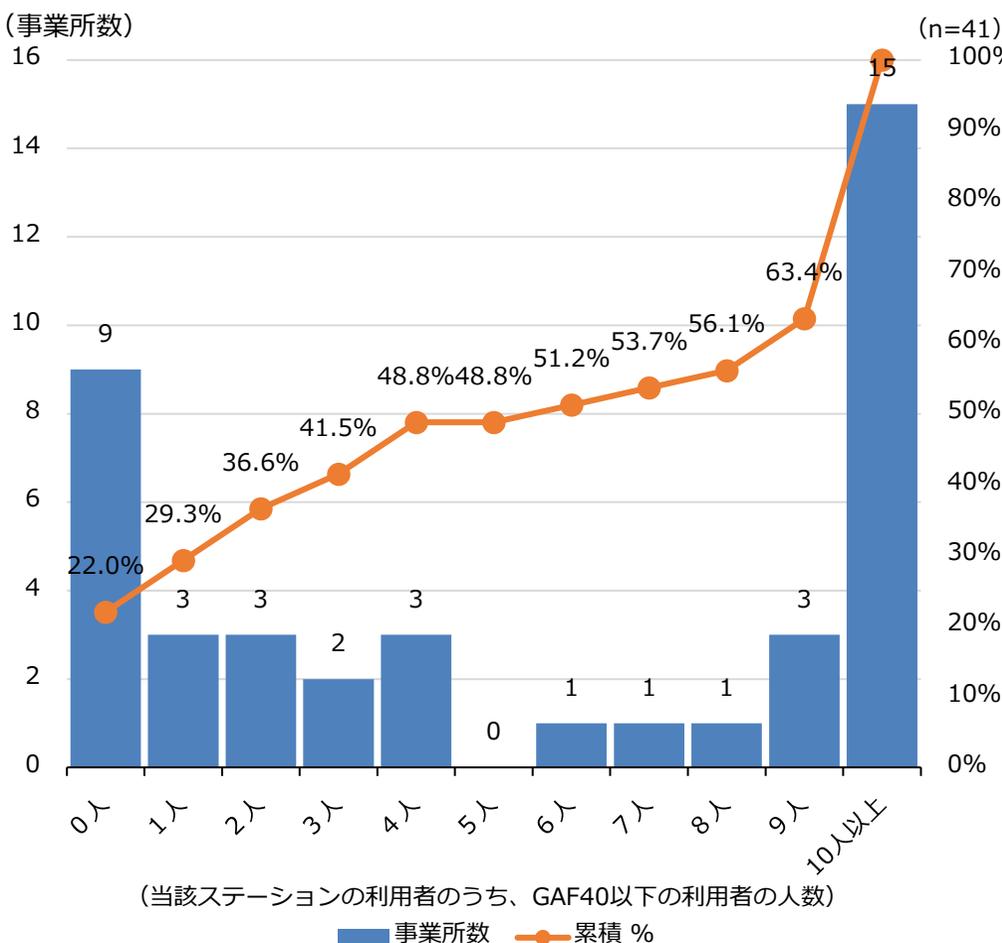
出典：(左図) 訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成(令和5年6月審査分より推計)(速報値)

(右図) 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・利用者票))をもとに保険局医療課にて作成

GAF尺度による判定が40以下の利用者の受入状況

○ 訪問看護ステーションの利用者に占める精神科訪問看護利用者割合が80%以上の訪問看護ステーションにおけるGAF尺度による判定が40以下の利用者の受入状況にはばらつきがあった。

■ 精神科訪問看護利用者割合が80%以上の訪問看護ステーションにおけるGAF尺度40以下の利用者の受入状況



(参考) GAF(機能の全体的評定)の概要

- 「機能の全体的評定(GAF)尺度」とは、被評価者の全般的機能レベルについての臨床家の判断と記録するための指標であり、精神疾患に対する治療の計画を立て、治療の効果を評価し、また転帰を予測するなどの目的で活用される。
- GAF尺度は、心理的、社会的及び職業的機能について点数を付ける。
※ 身体的(又は環境的)制約による機能の障害を含めない。

100-91	広範囲の行動にわたって最高に機能しており、生活上の問題で手に負えないものは何もなく、その人の多数の長所があるために他の人々から求められている。症状は何もない。
90-81	症状がまったくないか、ほんの少しだけ(例:試験前の軽い不安)。すべての面でよい機能で、広範囲の活動に興味をもち参加し、社会的にはそつがなく、生活に大体満足し、日々のありふれた問題や心配以上のものはない(例:たまに家族と口論する)。
80-71	症状があったとしても、心理社会的ストレスに対する一過性で予期される反応である(例:家族と口論した後の集中困難)。社会的、職業的、または学校の機能にごくわずかな障害以上のものはない(例:一時的に学業に遅れをとる)。
70-61	いくつかの軽い症状がある(例:抑うつ気分と軽い不眠)。または社会的、職業的、または学校の機能にいくらかの困難はある(例:時にずる休みをしたり、家の金を盗んだりする)が、全般的には機能はかなり良好であって、有意義な対人関係もある。
60-51	中程度の症状(例:感情が平板で、会話がまわりくどい、時にパニック発作がある)、または、社会的、職業的、または学校の機能における中程度の困難(例:友達が少ししかいない、仲間や仕事の同僚との葛藤)。
50-41	重大な症状(例:自殺念慮、強迫的儀式が重症、しょっちゅう万引する)、または社会的、職業的、または学校の機能におけるなんらかの深刻な障害(例:友達がいない、仕事が続かない)
40-31	現実検討かコミュニケーションにいくらかの欠陥(例:会話は時々非論理的、あいまい、または関係性がなくなる)。または、仕事や学校、家族関係、判断、思考、または気分など多くの面での重大な欠陥(例:抑うつ的な男が友人を避け、家族を無視し、仕事ができない。子供がしばしば年下の子供をなぐり、家庭では反抗的であり、学校では勉強ができない)
30-21	行動は妄想や幻覚に相当影響されている。またはコミュニケーションか判断に重要な欠陥がある(例:時々、滅裂、ひどく不適切にふるまう、自殺の考えにとらわれている)、またはほとんどすべての面で機能することができない(例:1日中床についている、仕事も家庭も友達もない)。
20-11	自己または他者を傷つける危険がかなりあるが(例:死をはっきりと予期することなしに自殺企図、しばしば暴力的になる、躁病性興奮)、または時には最低限の身の身の清潔維持ができない(例:大便をぬりたくる)、またはコミュニケーションに重大な欠陥(例:大部分滅裂か無言症)。
10-1	自己または他者を傷つける危険が続いている(例:暴力の繰り返し)、または最低限の身の身の清潔維持が持続的に不可能、または死をはっきり予測した重大な自殺行為
0	情報不十分

- GAFは、被評価者の全般的機能レベルを最もよく反映する、0~100の値により評価する。
- GAF尺度の10点ごとの各範囲(左記)の記述は、症状の重症度に関するものと、機能に関するものの2つの部分から成り、得点を決定する際には、2つのうちのどちらか悪い方に最もよく適合する範囲を選択する。
- 選択された10点ごとの範囲の中で1つのGAF得点を決めるために、被評価者の機能がその10点の範囲のどの値に該当するかを評価する。

精神科訪問看護基本療養費の届出基準

訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて（令和4年保医発0304第4号）

1 精神科訪問看護基本療養費

当該訪問看護基本療養費を算定する訪問看護ステーションの保健師、看護師、准看護師又は作業療法士は、**次のいずれかに該当する者であり、該当者でなければ精神科訪問看護基本療養費は算定できないこと。**届出については、別紙様式1を用いること。ただし、**令和2年3月31日までに（4）に掲げる研修を修了していた者については、（4）のクに掲げる内容を受講していなくても差し支えない。**

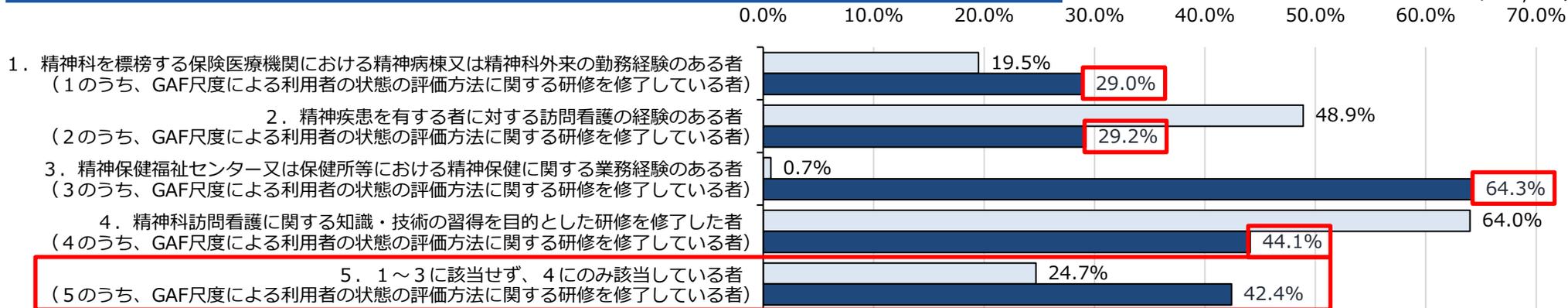
- (1) 精神科を標榜する保険医療機関において、精神病棟又は精神科外来に勤務した経験を1年以上有する者
- (2) 精神疾患を有する者に対する訪問看護の経験を1年以上有する者
- (3) 精神保健福祉センター又は保健所等における精神保健に関する業務の経験を1年以上有する者
- (4) 国、都道府県又は医療関係団体等が主催する精神科訪問看護に関する知識・技術の習得を目的とした20時間以上を要し、修了証が交付される研修を修了している者。なお、研修は次の内容を含むものである。

- ア 精神疾患を有する者に関するアセスメント
- イ 病状悪化の早期発見・危機介入
- ウ 精神科薬物療法に関する援助
- エ 医療継続の支援
- オ 利用者との信頼関係構築、対人関係の援助
- カ 日常生活の援助
- キ 多職種との連携
- ク **GAF尺度による利用者の状態の評価方法**

- (4) に該当する者として届出している者のうち、44.1%が(ク)に関する研修を受講していた。
- (1)～(3)に該当している者であっても一定数は「ク」に関する研修を受講していた。

■ 精神科訪問看護基本療養費に係る届出に関する基準の該当状況（重複あり）

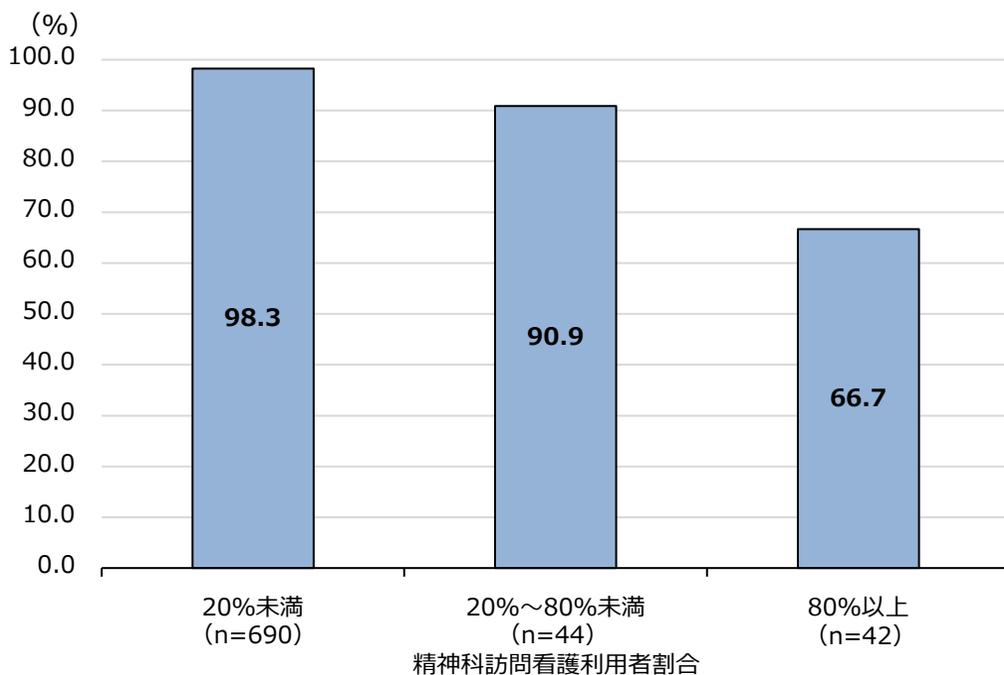
(n=3,770)



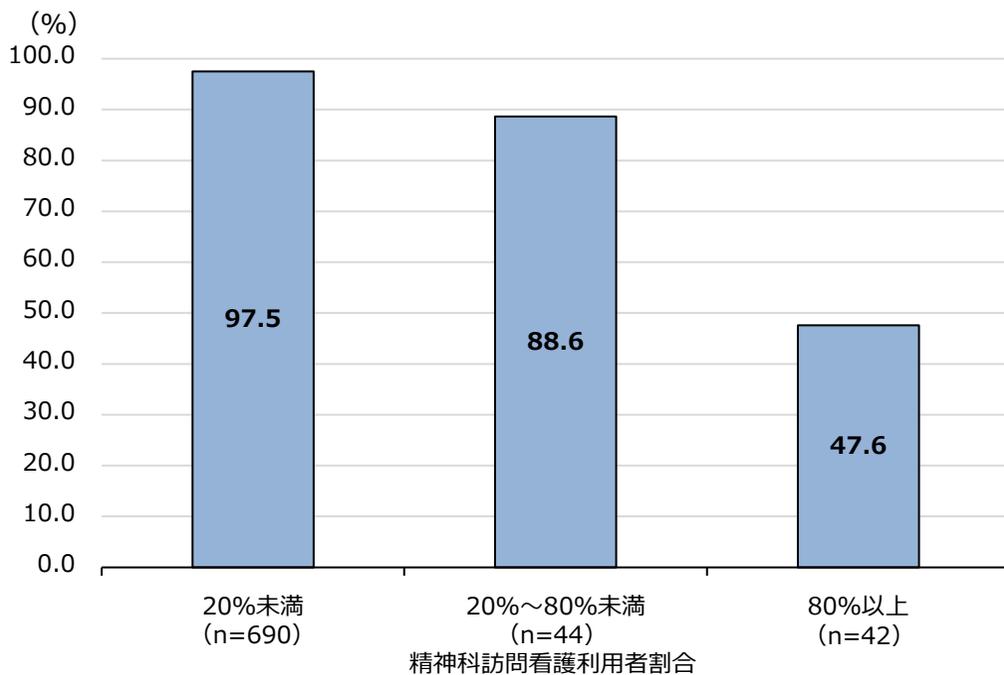
精神科訪問看護利用者割合別の加算の届出状況

○ 精神科訪問看護の利用者割合が高い訪問看護ステーションほど、24時間対応体制加算や特別管理加算の届出割合は低い傾向にあった。

■ 24時間対応体制加算の届出状況 (精神科訪問看護利用者割合別)



■ 特別管理加算の届出状況 (精神科訪問看護利用者割合別)



24時間対応体制加算は、必要時の緊急時訪問看護に加えて、営業時間外における利用者や家族等との電話連絡及び利用者又はその家族等への指導等による日々の状況の適切な管理といった対応やその体制整備を評価するもの。

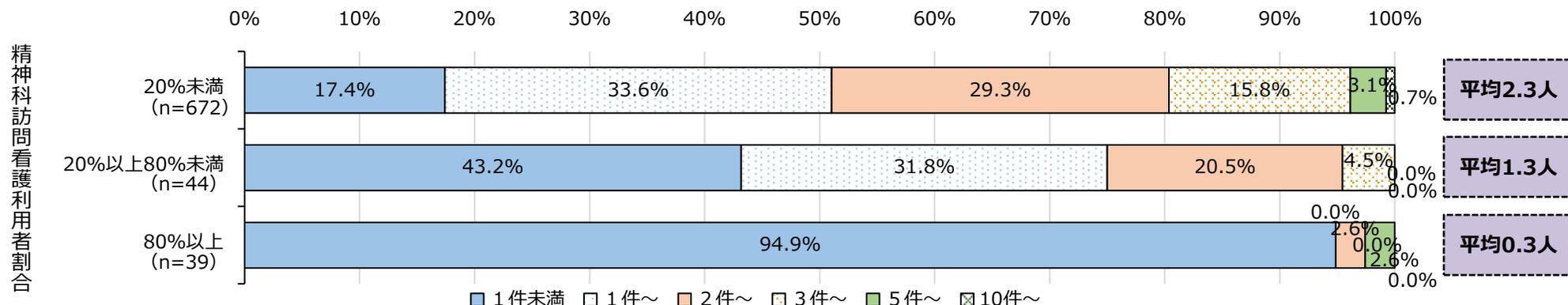
特別管理加算は、指定訪問看護に関し特別な管理を必要とする利用者(※)に対して指定訪問看護を行うにつき、当該利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制等を整備し、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を評価するもの。

※特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者

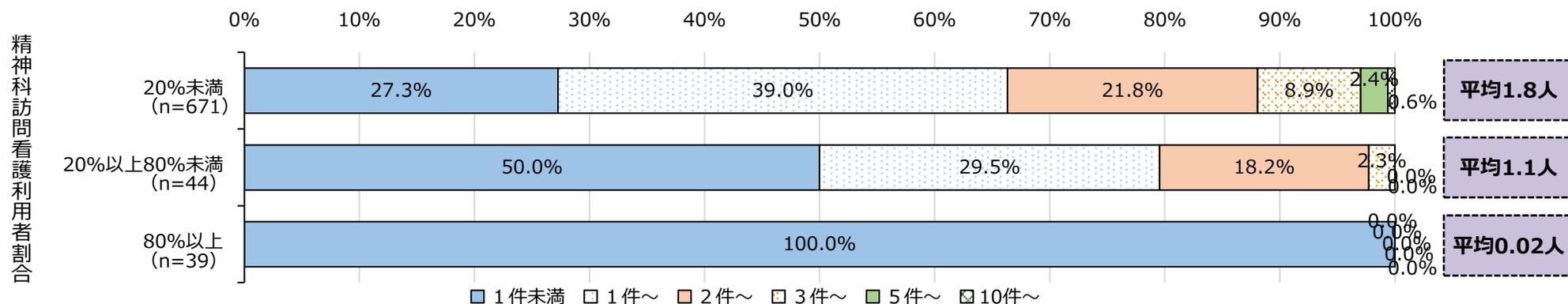
精神科訪問看護利用者割合別の医療ニーズが高い者の受入状況

○ 訪問看護ステーションにおける精神科訪問看護利用者割合別の看護職員等1人当たりの別表第7及び別表第8該当者の受入状況は、精神科訪問看護の利用者割合が高くなるほど低くなる傾向にある。

■ 精神科訪問看護利用者割合別の看護職員等1人当たりの別表第7該当者の受入状況



■ 精神科訪問看護利用者割合別の看護職員等1人当たりの別表第8該当者の受入状況

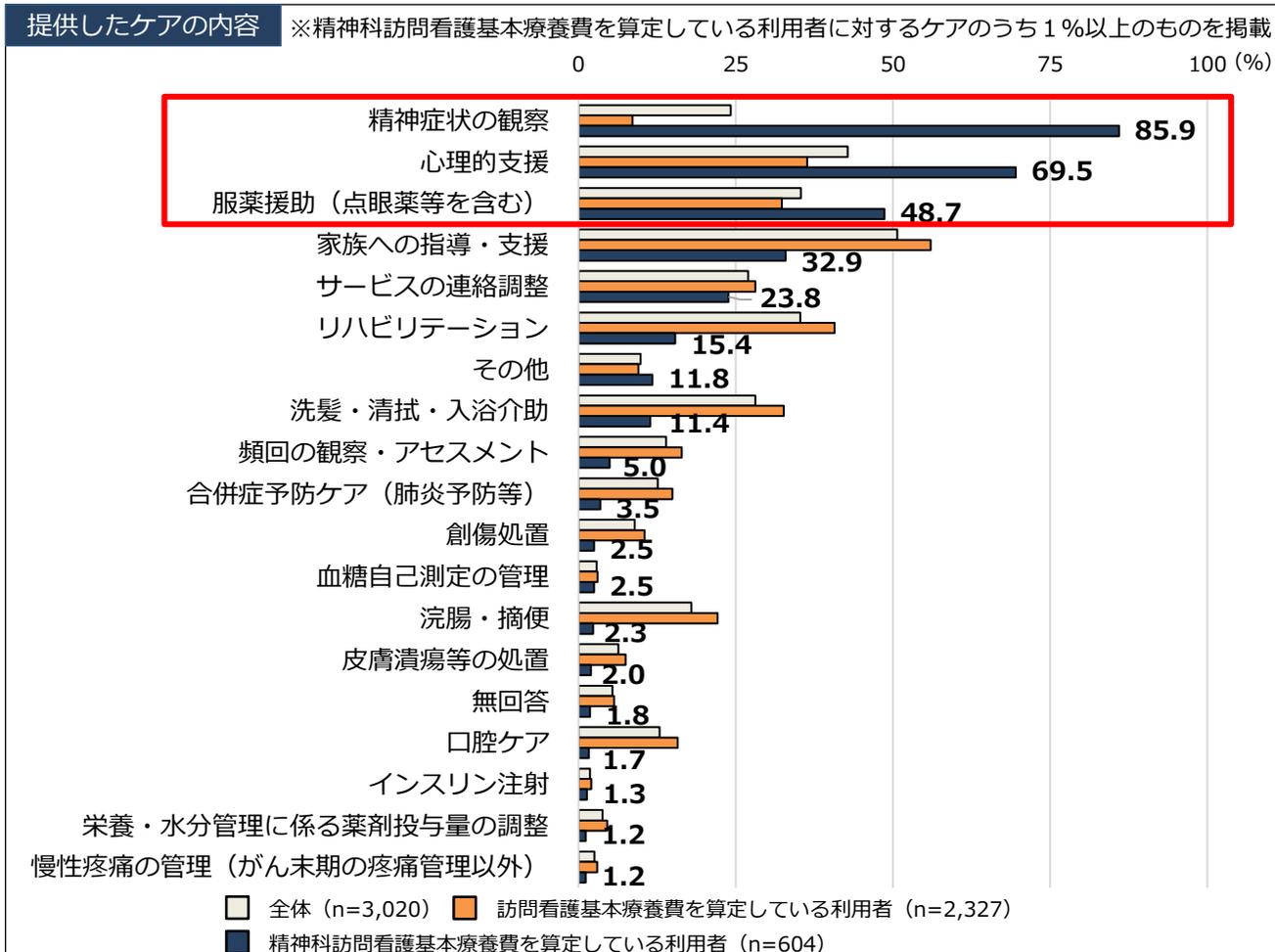
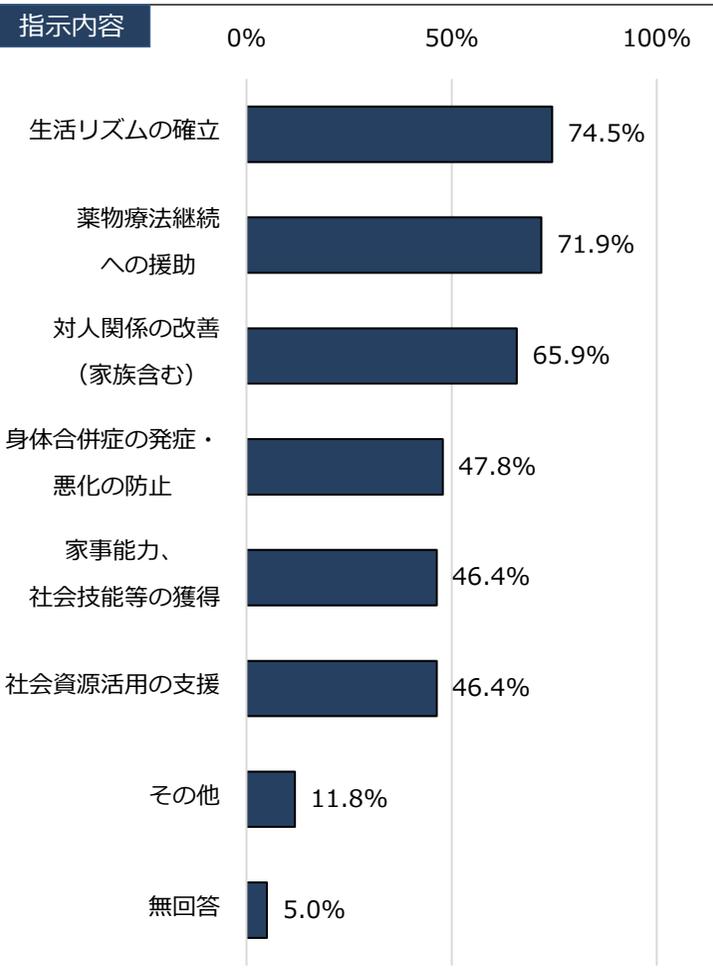


精神科訪問看護の指示内容及び提供したケアの内容

- 精神科訪問看護指示書における指示内容は、「生活リズムの確率」が74.5%、「薬物療法継続への援助」が71.9%、「対人関係の改善(家族含む)」が65.9%であった。
- 提供したケアの内容は、「精神症状の観察」が85.9%、「心理的支援」が69.5%、「服薬援助(点滴薬等を含む)」が48.7%であった。

■ 精神科訪問看護指示書における指示内容と提供したケアの内容

※訪問看護基本療養費は訪問看護指示書に基づき提供したケアの内容



精神科訪問看護における提供したケアの内容（精神科訪問看護利用者割合別）

○ 精神科訪問看護利用者割合が80%以上の事業所では、「精神症状の観察」、「心理的支援」、「家族への指導・支援」、「サービスの連絡調整」等の提供割合が高く、「服薬援助(点眼薬等を含む)」、「リハビリテーション」、「合併症ケア(肺炎予防等)」等の提供割合が低い傾向にあった。

■ 精神科訪問看護利用者割合別の提供したケアの内容

※利用者に対するケアのうち1%以上のものを掲載

	精神科訪問看護 (全数) (n=579)	精神科訪問看護利用者割合		
		20%未満 (n=351)	20%以上80%未満 (n=83)	80%以上 (n=145)
精神症状の観察	85.8%	80.3%	88.0%	96.6%
心理的支援	69.6%	67.5%	67.5%	71.7%
服薬援助(点眼薬等を含む)	47.8%	50.7%	44.6%	41.4%
家族への指導・支援	32.1%	27.9%	25.3%	35.9%
サービスの連絡調整	22.6%	14.8%	14.5%	24.1%
リハビリテーション	15.2%	17.7%	8.4%	6.2%
その他	12.1%	9.4%	13.3%	10.3%
洗髪・清拭・入浴介助	11.1%	12.5%	3.6%	6.2%
頻回の観察・アセスメント	5.2%	4.3%	0.0%	7.6%
合併症ケア(肺炎予防等)	3.3%	2.8%	1.2%	0.7%
浣腸・摘便	2.4%	3.4%	1.2%	0.7%
血糖自己測定管理	2.4%	2.6%	3.6%	0.7%
創傷処置	2.2%	3.1%	0.0%	1.4%
皮膚潰瘍等の処置	2.1%	2.0%	4.8%	0.0%
インスリン注射	1.4%	1.7%	0.0%	1.4%
口腔ケア	1.4%	1.1%	0.0%	1.4%
栄養・水分管理に係る薬剤投与量の調整	1.2%	1.1%	3.6%	0.0%
慢性疼痛の管理(がん末期の疼痛管理以外)	1.2%	2.0%	0.0%	0.0%

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、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査」(訪問看護票(利用者))をもとに保険局医療課にて作成

精神科訪問看護における提供したケアの内容（GAF尺度別）

○ GAF尺度が40-0の利用者に対しては、「家族への指導・支援」、「サービスの連絡調整」、「頻回の観察・アセスメント」等の提供割合が高く、「服薬援助（点眼薬等を含む）」、「リハビリテーション」等の提供割合が低い傾向にあった。

■ GAF尺度の判定別の提供したケアの内容

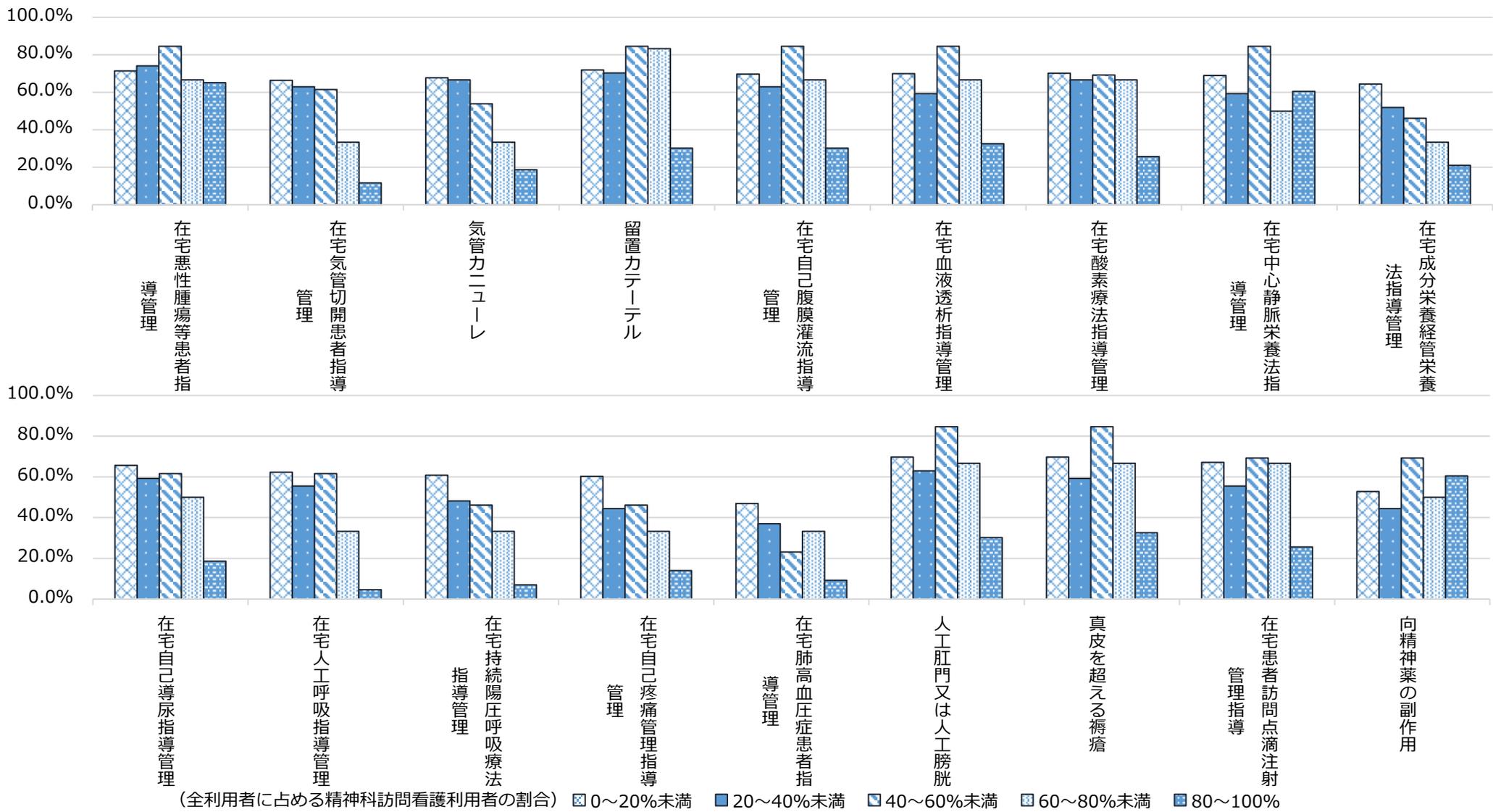
※GAF尺度による判定が40-0の利用者に対するケアのうち1%以上のものを掲載

	GAF尺度の判定	
	40-0 (n=79)	100-41 (n=471)
精神症状の観察	87.3%	85.6%
心理的支援	73.4%	69.0%
服薬援助（点眼薬等を含む）	43.0%	49.0%
家族への指導・支援	36.7%	31.2%
サービスの連絡調整	31.6%	21.0%
洗髪・清拭・入浴介助	12.7%	11.0%
リハビリテーション	10.1%	15.9%
頻回の観察・アセスメント	10.1%	4.7%
その他	7.6%	13.0%
浣腸・排便	5.1%	1.9%
創傷処置	2.5%	2.1%
褥瘡の処置	2.5%	0.6%
口腔ケア	2.5%	1.3%
合併症ケア（肺炎予防等）	2.5%	3.6%
ターミナル期のケア	1.3%	0.4%
胃ろう・腸ろうによる栄養管理	1.3%	0.4%
採血	1.3%	0.0%
血糖自己測定管理	1.3%	2.8%
インスリン注射	1.3%	1.3%
点滴・中心静脈栄養・注射（インスリン注射以外）	1.3%	0.2%
膀胱（留置）カテーテルの管理	1.3%	0.0%
酸素療法管理（在宅酸素・酸素吸入）	1.3%	0.2%

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、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査」（訪問看護票（利用者））をもとに保険局医療課にて作成

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。



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

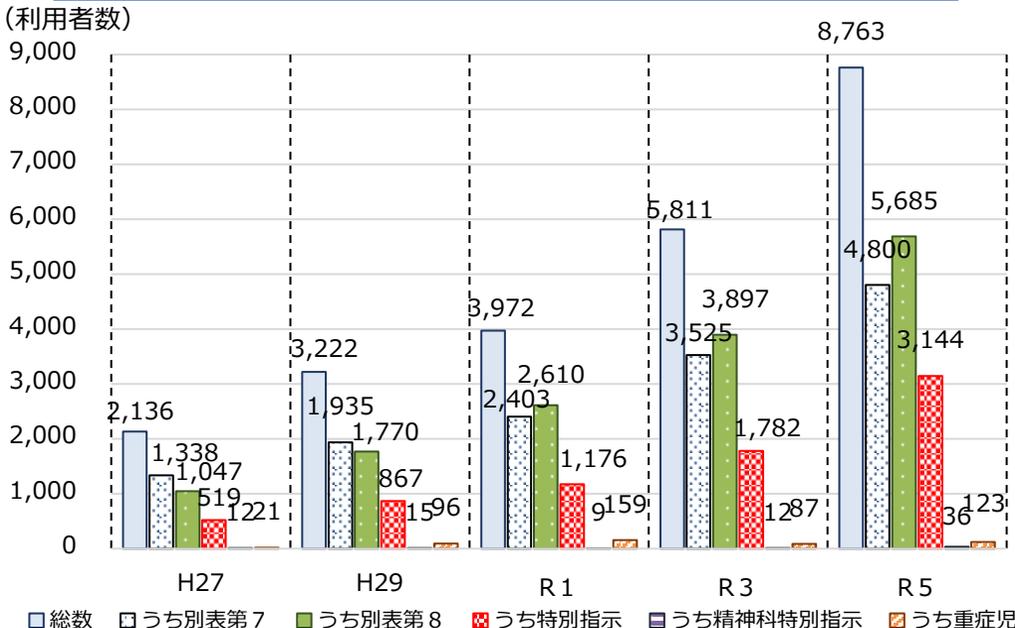
1. 訪問看護の現状
2. 訪問看護における24時間対応体制の確保について
3. 機能強化型訪問看護ステーションについて
4. 集合住宅等における効率的な訪問看護等について
5. 精神科訪問看護について
- 6. 医療ニーズの高い利用者の退院支援について**
7. 周産期及び乳幼児への訪問看護について
8. オンライン請求開始に伴う訪問看護療養費明細書等の対応について
9. 介護保険における訪問看護との制度上の差異について

退院日当日の訪問看護

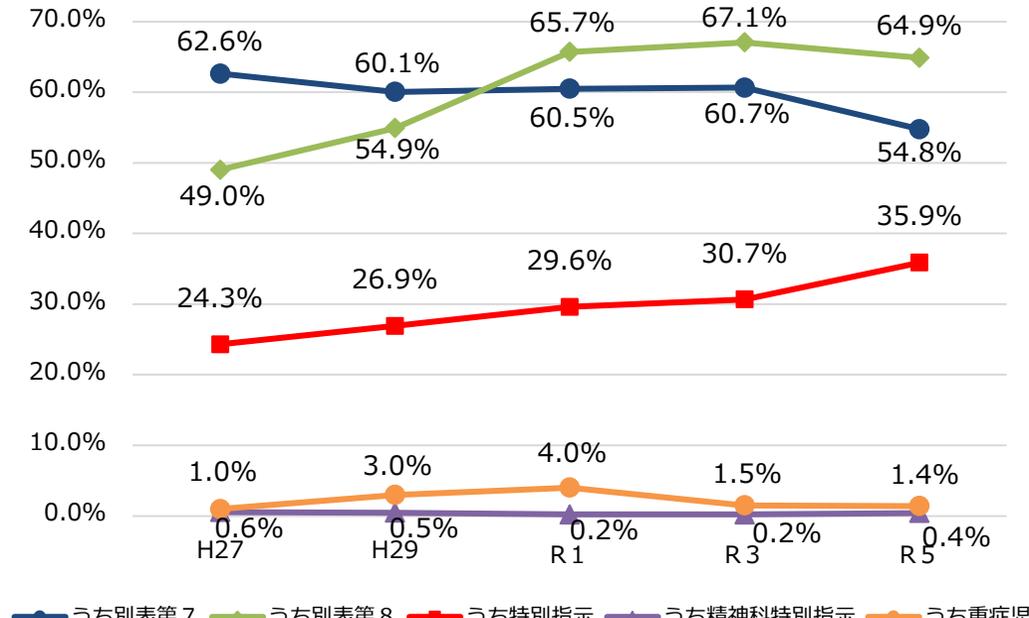
○ 退院日当日の療養上の退院支援指導の評価である退院支援指導加算を算定する利用者数は年々増加しており、退院支援指導加算を算定する利用者のうち、別表第8に掲げる者が最も増加傾向にある。

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 (総数を除き重複あり)



■ 退院支援指導加算の算定者数の総数に占める割合

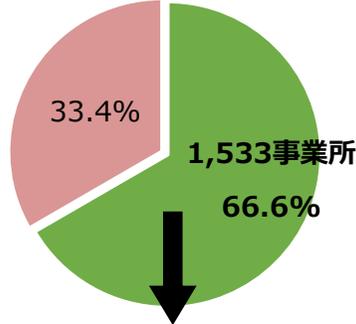


退院日当日の訪問看護の状況

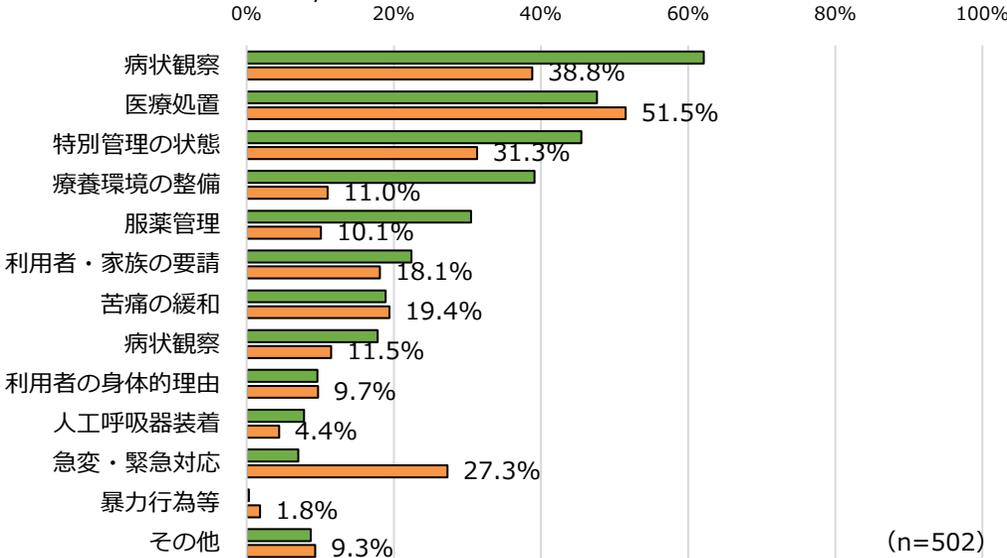
- 医療機関を退院した利用者がある事業所のうち66.6%が事業所が退院当日の訪問看護を提供していた。
- 退院当日に複数回訪問看護を行った理由は、「医療処置」、「急変・緊急対応」や「苦痛の緩和」が多かった。

■ 退院当日の訪問看護の実施とその内容（複数回答）

- 医療機関を退院した利用者があった事業所のうち、退院日に訪問看護を提供した事業所



- 上記のうち、退院日の訪問理由（緑帯）と複数回訪問看護を実施した事業所（14.8%（227事業所,502件））における複数回訪問看護の理由（橙帯）



■ 退院当日の複数回訪問看護の事例

10代 男性

【疾患】神経変性疾患、脳性麻痺（痙性四肢麻痺）、てんかん、精神運動発達遅滞、胃食道逆流症
 【退院当日の状態】
 原疾患により胃ろう増設状態。今回、急性肺炎にて入院。加療中に心停止し、重度脳障害、気管切開、人工呼吸器を導入。

【退院当日の看護】

- 1回目訪問（退院支援指導として）【80分訪問】

人工呼吸器装着状態であることから、吸引、母親への介護指導のため訪問。更衣などを行い、在宅療養開始するにあたり呼吸器、医療物品、薬剤などを確認。自然排尿はあるが、残尿もあるため用手圧迫により排尿誘導。現状確認を終え訪問終了。

- 2回目訪問（緊急連絡にて訪問）【90分訪問】

呼吸状態が変化し、排痰ケアを行い気管内・口鼻腔の吸引を実施。姿勢により、人工呼吸器のリークが多くなるため、適宜姿勢を整える。1回目訪問では、吸引直後の酸素飽和度の下がり方が強めだったが（80%後半）、気管内吸引時は94%程度に落ち着く。経過を主治医へ報告。

※ 上記訪問においては、療養生活を問題なく送れるよう訪問介護職員への第3号研修（痰の吸引）の指導も合わせて行っており、1回当たりの訪問時間が長くなっている。

30代 女性

【疾患】悪性神経膠腫末期

【退院当日の状態】

予後1カ月と家族が説明を受け、自宅での療養を希望され退院。自宅着は16時半頃。

【退院当日の訪問看護】

- 1回目訪問（退院支援指導として）【70分訪問】

利用者は、開眼し声掛けに頷く様子はあるが傾眠傾向。訪問時尿失禁あり、吸引などする時は全身が動く。口腔内に唾液が溜まりやすく、適宜吸引実施。清拭、更衣、体位変換等も実施するが、体動により血尿失禁見られるなど、状態は不安定。

医師からの説明も踏まえて、現在の状態からいつ看取りになってもおかしくないことなど家族と共有し、呼吸停止時には救急搬送しないこと等を再確認。その上で、退院したばかりであること、家族も対応方法が分からない状況であることを踏まえ、思いや不安を傾聴し、不安な時には電話相談するよう促し訪問終了。

- 2回目訪問（緊急連絡にて訪問）【90分訪問】

20時頃痙攣あり、家族から対応方法に関する緊急コール。疾患に伴うものであることから、鎮静剤使用座薬を使用するよう説明し、緊急訪問。ピクつく程度の痙攣が続き、本人も辛そうであったため追加で座薬使用。薬剤の副作用の確認も含め、呼吸・循環状態を確認し、体位調整するなどケアを実施。

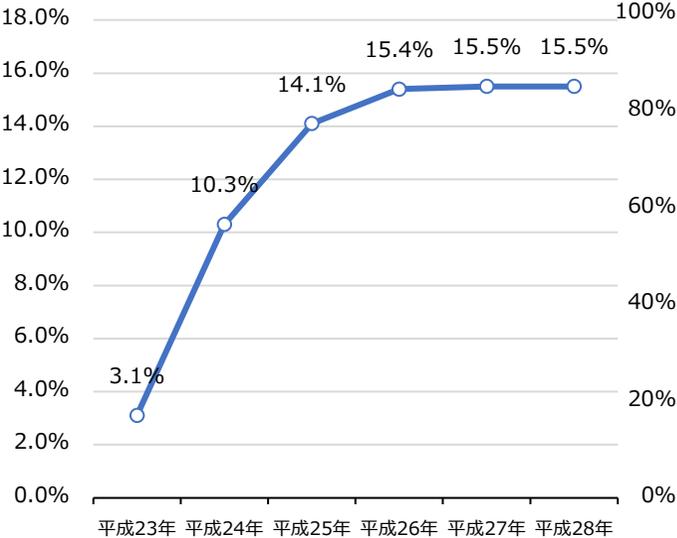
次に同様の症状が発生した際の対応（座薬の使用等）を家族に指導し、なお、不安な際には連絡するようお伝え。その後、実母も訪問され、揺すられて開眼する程度の意識レベルを保てており、笑みを浮かべて反応あり。夫の吸引の手法も確認し訪問終了。

1. 訪問看護の現状
2. 訪問看護における24時間対応体制の確保について
3. 機能強化型訪問看護ステーションについて
4. 集合住宅等における効率的な訪問看護等について
5. 精神科訪問看護について
6. 医療ニーズの高い利用者の退院支援について
- 7. 周産期及び乳幼児への訪問看護について**
8. オンライン請求開始に伴う訪問看護療養費明細書等の対応について
9. 介護保険における訪問看護との制度上の差異について

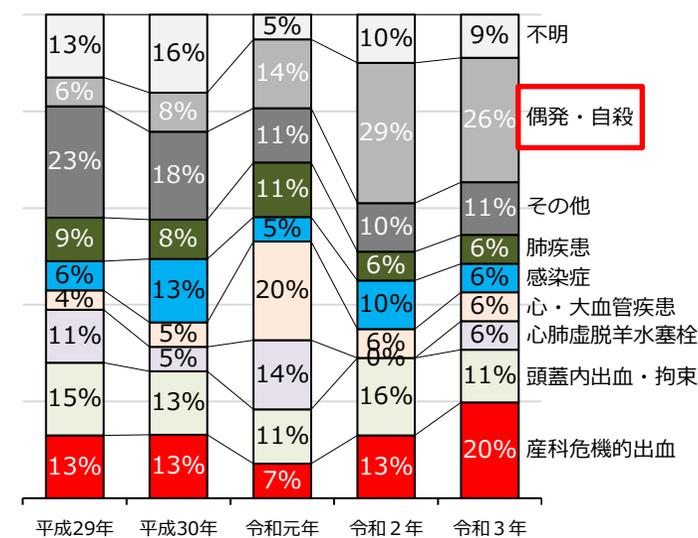
ハイリスク妊産婦に対して求められる支援

- 特定妊婦等の社会的ハイリスク妊産婦の数は年々増えている。また、入院医療関係者と地域医療・保健関係者や福祉関係者間で、妊娠中から産後までの切れ目のない支援体制の構築が進められているところ。
- これらのハイリスク妊産婦への出産後の訪問看護では、精神疾患へのケア以外にも、産後の身体状況の確認や出産に伴う身体的変化に対するセルフケアへの支援、家族への指導やケア、児童相談所や行政と連携した支援など、多岐にわたる看護を提供している実態がある。

※1 ■ 社会的ハイリスク妊産婦の割合の推移



※2 ■ 妊産婦死亡の原因別頻度の推移（割合）



※3 ■ 施設ごとのメンタルヘルス介入必要割合

	回答施設数	分娩数	要介入数	頻度 (%)
病院	338	20,385	1,108	5.4
診療所	735	18,510	443	2.4
合計	1,073	38,895	1,551	4.0

※要介入数は回答した各施設により、精神疾患の既往、抑うつ等症状の有無等を元に介入必要と判断されたもの。

疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（令和5年6月29日医政地発0629第3号）

- 社会的ハイリスク妊産婦（特定妊婦等の妊娠中から家庭環境におけるハイリスク要因を有する妊婦）への対応として、周産期医療に関する協議会等を通じて、市町村が行っている保健、福祉等に係る施策等について情報共有を図り、支援につなげることが求められている。

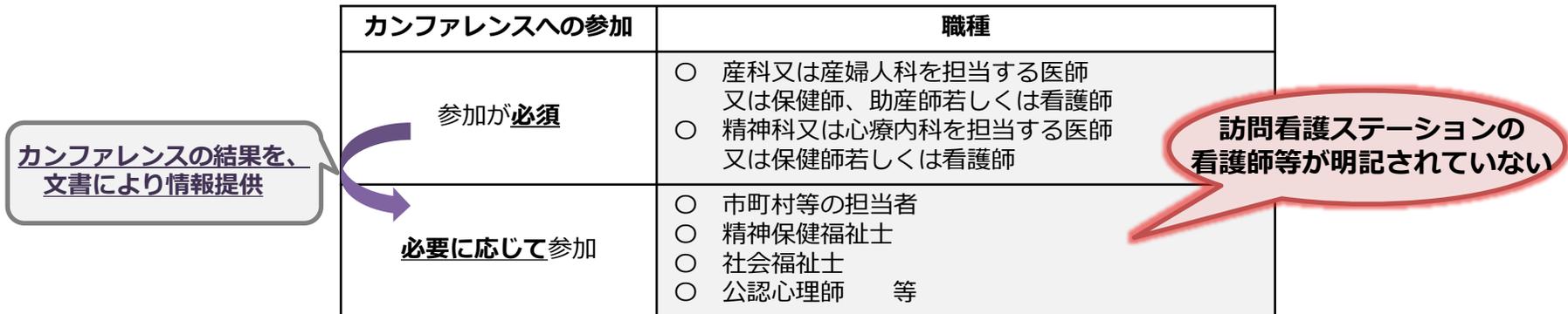
出典：(※1, 3) 平成28年～平成30年度厚生労働科学研究「ハイリスク妊婦の把握と保健・医療の連携による妊娠期からの切れ目のない支援の構築のための研究」（光田信明）

(※2) 日本産婦人科医会「母体安全への提言2021 Vol.12」

ハイリスク妊産婦連携指導料について

○ ハイリスク妊産婦連携指導料は、精神疾患を合併した妊産婦(ハイリスク妊産婦)に対して、産科、精神科及び自治体の多職種が連携して患者の外来診療を行う場合を評価している。

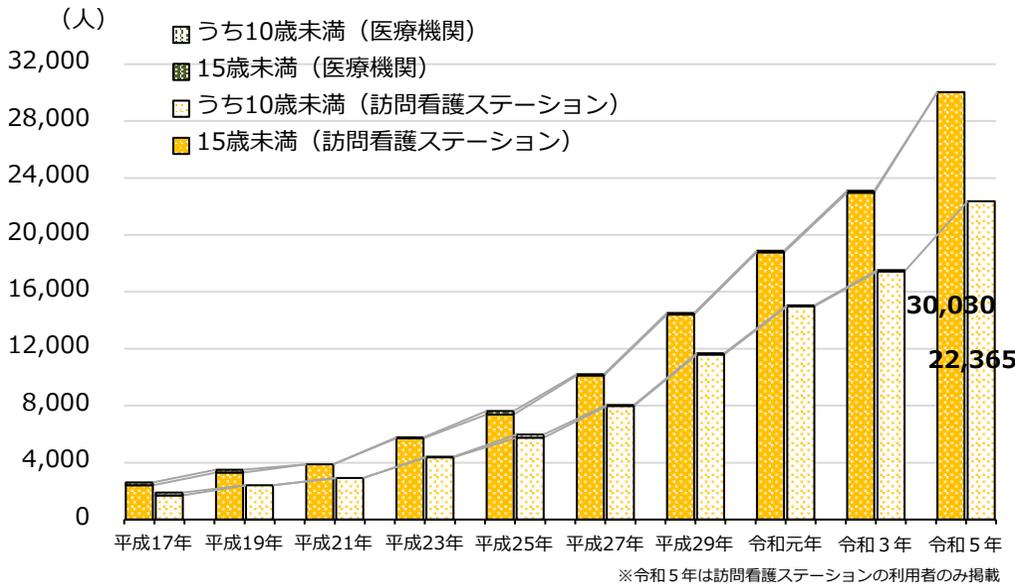
ハイリスク妊産婦連携指導料 1 1,000点 (月 1 回)	ハイリスク妊産婦連携指導料 2 750点 (月 1 回)
産科又は産婦人科	精神科又は心療内科
精神疾患を有する又は精神疾患が疑われ精神科若しくは心療内科への紹介が必要と判断された妊婦又は出産後 2 月以内の精神疾患の患者	精神疾患を有する又は精神疾患が疑われ産科若しくは産婦人科から紹介された妊婦又は出産後 6 月以内の精神疾患の患者
概ね月に 1 回の頻度で、患者の心理的不安を軽減するための面接及び療養上の指導を行う	精神疾患及びその治療が妊娠、出産等に与える影響について患者に説明し、療養上の指導を行う
必要に応じて小児科と適切に連携して診療する体制を有している	
産科又は産婦人科を担当する医師又は保健師、助産師若しくは看護師及び当該患者の診療を担当する精神科又は心療内科を担当する医師又は保健師若しくは看護師及び市町村等の担当者による多職種カンファレンスが概ね 2 ヶ月に 1 回程度の頻度で開催	
出産後の養育について支援を行うことが必要と認められる場合、患者の同意を得た上で、市町村等に相談し、情報提供を行う	
精神疾患の妊産婦について、直近 1 年間の市町村等との連携実績が 1 件以上。原則として受診する全ての妊産婦を対象に、メンタルヘルスのスクリーニングを適切に実施	精神疾患の妊産婦について、直近 1 年間の他の保険医療機関又は市町村等との連携実績が 1 件以上



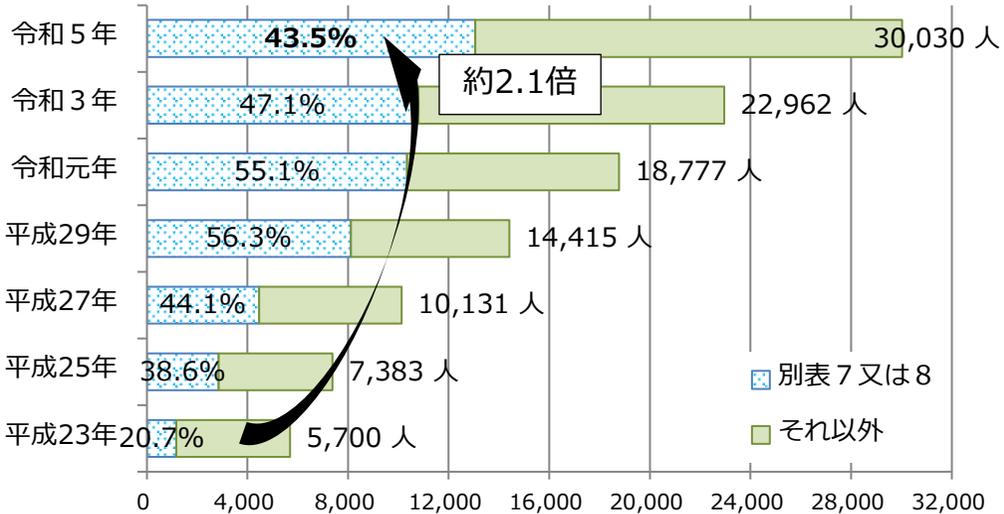
小児の訪問看護利用者の状況

- 訪問看護を受ける小児(15歳未満)の利用者数は増加しており、近年の増加が著しい。
- 小児の訪問看護利用者数のうち、難病等や医療的ケア(基準告示第2の1)に該当する者の割合は、平成23年に比べて令和5年は約2.1倍である。

■ 小児の訪問看護利用者数の推移



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



※1: 【別表第7】

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

※要介護被保険者等に関わらず医療保険での訪問看護が可能
算定日数制限なし

※2: 【別表第8】

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

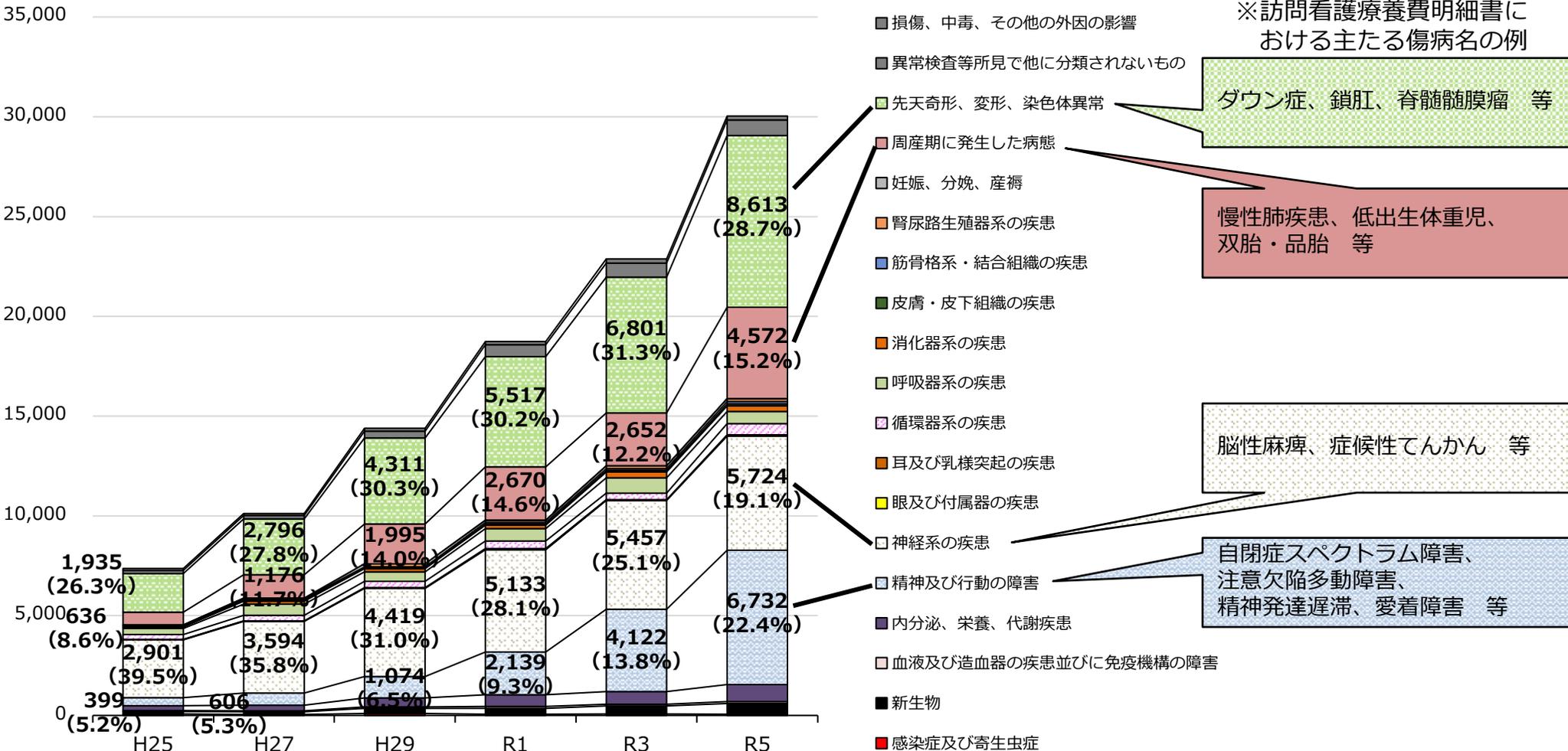
在宅自己腹膜灌流指導管理	在宅血液透析指導管理
在宅酸素療法指導管理	在宅中心静脈栄養法指導管理
在宅成分栄養経管栄養法指導管理	在宅自己導尿指導管理
在宅人工呼吸指導管理	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
在宅自己疼痛管理指導管理	在宅肺高血圧症患者指導管理
- 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 真皮を超える褥瘡の状態にある者
- 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

※算定日数制限なし

小児の利用者における傷病名

- 15歳未満の小児の利用者は、「精神及び行動の障害」や「周産期に発生した病態」が主たる傷病名である利用者数及び利用者に占める割合が増加傾向にあり、「精神及び行動の障害」は顕著に増加している。
- 「先天奇形、変形、染色体異常」、「神経系の疾患」が主たる傷病名である利用者数は増加している一方で、利用者に占める割合は減少している。

■ 主たる傷病名別の小児の訪問看護利用者数・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（令和5年6月審査分は速報値））

乳幼児に対する訪問看護の評価

- 乳幼児に対する訪問看護は、乳幼児加算や機能強化型訪問看護管理療養費における実績要件等により評価している。
- 訪問看護を受ける乳幼児のうち、別表第7、別表第8、超重症児、準超重症児のいずれかに該当する乳幼児は52.1%であり、別表第8該当が最も多い。

■ 乳幼児に対する訪問看護の評価

①乳幼児加算

	加算額	対象者
乳幼児加算	1,500円	6歳未満の乳幼児

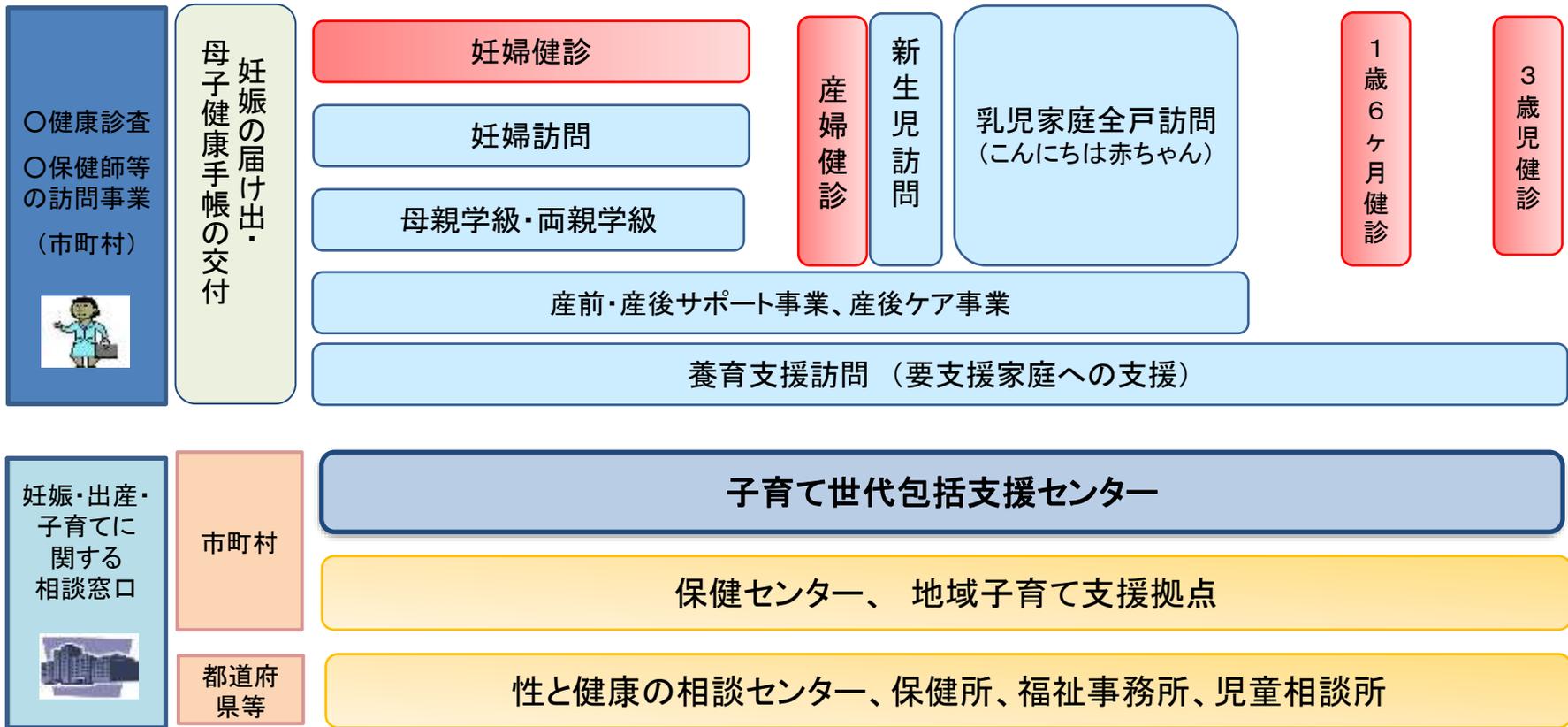
②機能強化型訪問看護管理療養費における実績要件

要件	ターミナルケアや重症児の受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
④ ターミナルケア又は重症児の受け入れ実績 ①ターミナルケア件数 ②ターミナルケア件数、 超重症児・準超重症児の利用者数 ③ 超重症児・準超重症児の利用者数	①前年度20件以上 ②前年度15件以上、 常時4人以上 ③ 常時6人以上	①前年度15件以上 ②前年度10件以上、 常時3人 ③ 常時5人	

■ 乳幼児に対する訪問看護の実績等

年齢	利用者数	別表第7、別表第8、超重症児、準超重症児のいずれかに該当									
				うち、別表第7該当		うち、別表第8該当		うち、超重症児該当		うち、準超重症児該当	
		利用者数	割合	利用者数	割合	利用者数	割合	利用者数	割合	利用者数	割合
0	7,557	3,993	52.8%	1,188	15.7%	3,930	52.0%	783	10.4%	603	8.0%
1	1,539	966	62.8%	288	18.7%	939	61.0%	168	10.9%	129	8.4%
2	1,620	873	53.9%	255	15.7%	837	51.7%	186	11.5%	129	8.0%
3	1,515	750	49.5%	243	16.0%	741	48.9%	198	13.1%	102	6.7%
4	1,581	711	45.0%	288	18.2%	681	43.1%	180	11.4%	108	6.8%
5	1,674	780	46.6%	309	18.5%	747	44.6%	201	12.0%	114	6.8%
合計	15,486	8,073	52.1%	2,571	16.6%	7,875	50.9%	1,716	11.1%	1,185	7.7%

妊娠・出産等に係る支援体制の概要



※妊婦健診費用については、全市町村において14回分を公費助成。
 また、出産費用については、医療保険から出産育児一時金として原則50万円を支給。

母子保健法の一部を改正する法律（産後ケア事業の法制化）について

公布日：令和元年12月6日
法律番号：令和元年法律第69号

産後ケア事業とは

○産後ケアを必要とする出産後1年を経過しない女子及び乳児に対して、心身のケアや育児のサポート等（産後ケア）を行い、産後も安心して子育てができる支援体制を確保するもの。

概要

- 現在、予算事業として実施している市町村事業の「産後ケア事業」について、母子保健法上に位置づける。
- 各市町村について、「産後ケア事業」の実施の努力義務を規定する。

事業内容等

- 実施主体：市町村
※事業の全部又は一部の委託可
- 内容：心身の状態に応じた保健指導
療養に伴う世話
育児に関する指導若しくは相談その他の援助
- 実施類型：①短期入所型
②通所型（デイサービス型）
③居宅訪問型（アウトリーチ型）
- 実施施設：病院、診療所、助産所その他厚生労働省令で定める施設
- 実施基準：厚生労働省令で定める基準
（人員、設備、運営等に係る基準）

対象者

- 産後ケアを必要とする出産後1年を経過しない女子、乳児

他の機関・事業との産前からの連携

- 市町村は、妊娠期から出産後に至る支援を切れ目なく行う観点から、
 - ・母子健康包括支援センターその他の関係機関と必要な連絡調整
 - ・母子保健法に基づく母子保健に関する他の事業、児童福祉法その他の法令に基づく母性及び乳児の保健及び福祉に関する事業との連携を図ることにより、妊産婦及び乳児に対する支援の一体的な実施その他の措置を講ずるよう努めなければならない。

施行日

- 2年を超えない範囲内で政令で定める日（令和3年4月1日）

産後ケアで出来ること(イメージ)

事業目的

○ 出産後の母子に対して心身のケアや育児のサポート等を行い、産後も安心して子育てができる支援体制を確保するもの。

実施主体等

○ 市区町村 (本事業の趣旨を理解し、適切な実施ができる団体等に事業の全部又は一部の委託が可能)



事業概要

○ 事業内容

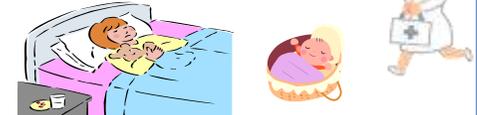
助産師、保健師又は看護師等が、出産後1年以内の女子・乳児への保健指導、授乳指導、療養に伴う世話、心理的ケアやカウンセリング、育児に関する指導や育児サポート等を実施。

○ 実施方法・実施場所等

①短期入所型(ショートステイ型)・・・産後ケアセンター(医療機関や助産所の空きベッド又は厚生労働省令で定める施設)に数日間入所し、心身のケア等を実施



医療機関
助産所



②通所型(デイサービス型)・・・産後ケアセンター等において、日中、来所した利用者を実施



厚生労働省令
で定める施設

(個別ケア)

- ・育児相談
- ・カウンセリング 等



(集団ケア)

- ・母親同士の交流
- ・育児サポート教室 等



③居宅訪問型(アウトリーチ型)・・・利用者の自宅において、助産師等が訪問し実施



助産師が訪問



自宅

- ・乳房マッサージ
- ・授乳指導 等



※①～③のうち一部の実施も可能

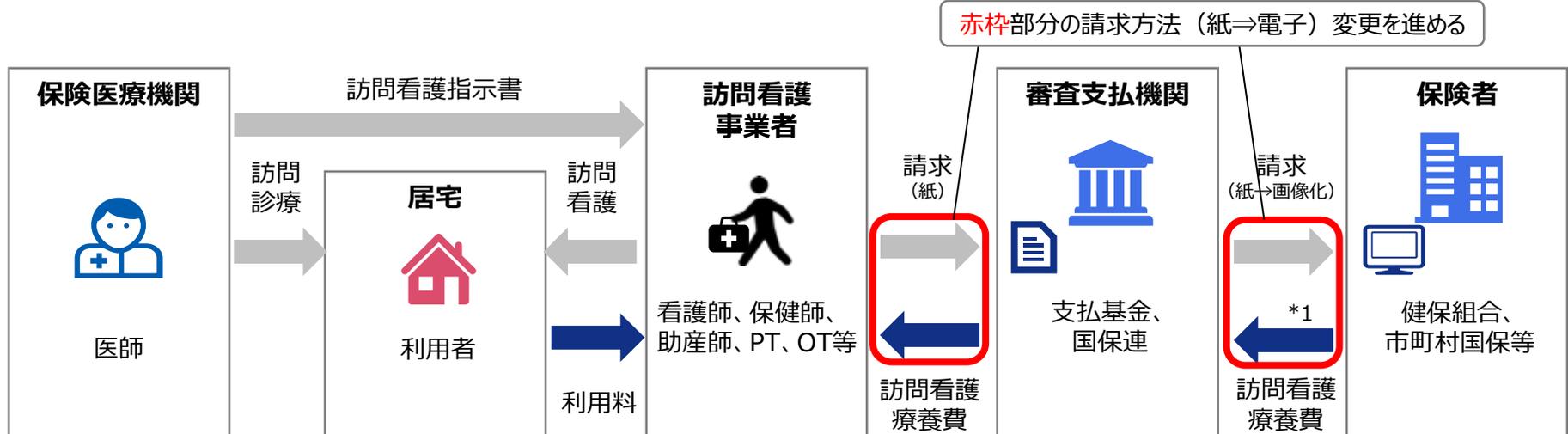
1. 訪問看護の現状
2. 訪問看護における24時間対応体制の確保について
3. 機能強化型訪問看護ステーションについて
4. 集合住宅等における効率的な訪問看護等について
5. 精神科訪問看護について
6. 医療ニーズの高い利用者の退院支援について
7. 周産期及び乳幼児への訪問看護について
- 8. オンライン請求開始に伴う訪問看護療養費明細書等の対応について**
9. 介護保険における訪問看護との制度上の差異について

訪問看護レセプト（医療保険）のオンライン請求について

1. 概要・目的

- オンライン請求とは、電子的に作成したレセプトデータを、セキュリティが確保されたネットワーク回線により、オンラインで審査支払機関に送付することです。
- 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が図られます。
- 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）の推進につながります。

2. 訪問看護の流れとオンライン請求の範囲



*1：保険者からの再審査請求は紙運用

訪問看護レセプトのオンライン請求・オンライン資格確認

- 訪問看護ステーションにおいて、令和6年6月よりレセプトのオンライン請求とオンライン資格確認を開始する。
- また、令和6年秋の保険証廃止を見据えつつ、オンライン請求・オンライン資格確認を義務化する。その際、現行の保険証廃止は、国民の不安払拭のための措置が完了することが大前提であり、医療現場に混乱が生じないように、安心してマイナ保険証を利用できる環境を実現する。

1. オンライン請求・オンライン資格確認の開始

- 訪問看護ステーションの**オンライン請求を開始** (省令改正・令和6年6月施行予定。適用は翌月請求分から)
- 訪問看護ステーションの**オンライン資格確認を開始** ※令和6年6月開始予定
- 訪問看護ステーションに対する**オンライン資格確認導入に係る財政支援**
 - ※ **オンライン請求**の開始に向けて準備が必要な機器等の一部は、**オンライン資格確認**と兼用することが可能

2. オンライン請求・オンライン資格確認の義務化・経過措置

- 訪問看護ステーションに**オンライン請求を義務化** (省令改正・令和6年秋(保険証廃止時期)施行予定)
 - ※ 経過措置：通信障害、システム整備中、ネットワーク環境、改築工事、廃止・休止、その他特に困難な事情
- 訪問看護ステーションに**オンライン資格確認を義務化** (省令改正・令和6年秋(保険証廃止時期)施行予定)
 - ※ 経過措置：システム整備中、ネットワーク環境、改築工事、廃止・休止、その他特に困難な事情

今後のスケジュール（案）

	令和5年度 (2023年度)							令和6年度 (2024年度)						
	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月~
マイルストーン	R6診療報酬改定施行 秋：保険証廃止													
オンライン請求・ オンライン資格確認 導入推進の取組	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20%;"> <p>総合ポータルサイト開設 (説明資料、動画等) ★</p> </div> <div style="width: 40%; text-align: center;"> <p>総合ポータルサイト更新 (利用申請、 電子証明書発行) ★</p> </div> <div style="width: 20%; text-align: right;"> <p>義務化 経過措置 ★</p> </div> </div> <p style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">※ 導入支援事業者や介護レセコンベンダなどシステム事業者が参画する連絡協議会を開催し、ベンダ側に対しても導入促進を図る。</p>													
訪問看護 ステーション	<p style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">✓ 訪問看護ステーションごとに順次導入</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%; border: 1px solid green; padding: 5px; background-color: #e0f0e0;"> <p>準備・導入作業 (導入支援事業者等へ見積依頼・契約調整)</p> </div> <div style="width: 20%; border: 1px solid blue; padding: 5px; background-color: #e0e0f0;"> <p>接続・運用テスト (端末の設定、運用テスト等)</p> </div> <div style="width: 30%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="background-color: yellow; display: inline-block; padding: 2px;">オンライン請求開始</p> <p style="font-size: small; margin-left: 5px;">※報酬改定が6月から であることを踏まえた対応</p> <p style="background-color: #e0ffe0; display: inline-block; padding: 2px;">オンライン資格確認開始</p> </div> </div>													

訪問看護療養費明細書の傷病名の記載について

- 訪問看護療養費明細書の「主たる傷病名」は、主治医が交付した訪問看護指示書に基づいて記載することとなっている。
- オンライン請求開始後は、訪問看護療養費明細書の様式及び記載要領を変更し、「傷病名コード」で記録することになる予定。

医療機関

訪問看護指示料

別紙様式に基づき主たる傷病名等を記載する。

訪問看護指示書

訪問看護ステーション

訪問看護療養費明細書（紙レセプト）

主たる傷病名については、当該指定訪問看護に係る**主治医の交付した訪問看護指示書に基づいて記載**する。

訪問看護療養費明細書（紙レセプト）

- 「主たる傷病名」は訪問看護指示書に基づき傷病名称を転記。

オンライン請求開始後（予定）

訪問看護指示料（出力紙レセプト様式（案））
傷病名に対応する**7桁の傷病名コード**を訪問看護指示書に基づいて記録する予定。

出力紙レセプト様式（案）

1. 訪問看護の現状
2. 訪問看護における24時間対応体制の確保について
3. 機能強化型訪問看護ステーションについて
4. 集合住宅等における効率的な訪問看護等について
5. 精神科訪問看護について
6. 医療ニーズの高い利用者の退院支援について
7. 周産期及び乳幼児への訪問看護について
8. オンライン請求開始に伴う訪問看護療養費明細書等の対応について
- 9. 介護保険における訪問看護との制度上の差異について**

医療保険と介護保険の訪問看護ステーションの運営規程に係る取扱い

- 訪問看護ステーションの管理者に係る取扱いに差異が生じており、医療保険の訪問看護ステーションにおける運営規程では、「虐待の防止のための措置に関する事項」を定める義務はない。

	医療保険	介護保険
省令	<p>指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準（平成12年厚生省令第80号）</p> <p>（運営規程）</p> <p>第21条 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションごとに、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規程（以下「運営規程」という。）を定めておかなければならない。</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 事業の目的及び運営の方針 二 従業者の職種、員数及び職務の内容 三 営業日及び営業時間 四 指定訪問看護の内容及び利用料その他の費用の額 五 通常の実施地域 六 緊急時等における対応方法 七 その他運営に関する重要事項 	<p>指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）</p> <p>（運営規程）</p> <p>第73条 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護事業所ごとに、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規程（以下この章において「運営規程」という。）を定めておかなければならない。</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 事業の目的及び運営の方針 二 従業者の職種、員数及び職務の内容 三 営業日及び営業時間 四 指定訪問看護の内容及び利用料その他の費用の額 五 通常の実施地域 六 緊急時等における対応方法 七 虐待の防止のための措置に関する事項 八 その他運営に関する重要事項

医療保険と介護保険の訪問看護ステーションの管理者に係る取扱い

○ 訪問看護ステーションの管理者に係る取扱いに差異が生じており、医療保険の訪問看護ステーションの管理者については、同時に他の指定訪問看護ステーション等を管理することは認められない。

	医療保険	介護保険
省令	<p>指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準（平成12年厚生省令第80号）</p> <p>（管理者）</p> <p>第3条 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を置かなければならない。ただし、指定訪問看護ステーションの管理上支障がない場合は、当該指定訪問看護ステーションの他の職務に従事し、又は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。</p> <p>2～3（略）</p>	<p>指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）</p> <p>（管理者）</p> <p>第61条 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を置かなければならない。ただし、指定訪問看護ステーションの管理上支障がない場合は、当該指定訪問看護ステーションの他の職務に従事し、又は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。</p> <p>2～3（略）</p>
通知	<p>指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準について（令和2年3月5日保発0305第4号）（抄）</p> <p>（2）管理者</p> <p>① 基準省令第3条第1項の規定により指定訪問看護ステーションに置くべき管理者は、当該指定訪問看護ステーションに専従、かつ、常勤の者でなければならないこととし、例えば、同時に他の指定訪問看護ステーション等を管理することは認められないものであること。ただし、以下の場合であって、指定訪問看護ステーションの管理上支障がない場合は、他の職務を兼ねることができる。</p> <p>イ 当該指定訪問看護ステーションの看護職員としての職務に従事する場合</p> <p>ロ 当該指定訪問看護ステーションが介護保険法（平成9年法律第123号）による指定を受けている指定訪問看護ステーションである場合に、当該指定訪問看護ステーションの管理者又は看護職員としての職務に従事する場合</p> <p>ハ 同一敷地内にある又は道路を隔てて隣接する等、特に当該指定訪問看護ステーションの管理業務に支障がないと認められる範囲内に他の事業所、施設等がある場合に、当該他の事業所等の管理者又は従業者としての職務に従事する場合（この場合の他の事業所、施設等の事業の内容は問わないが、例えば、併設される入所施設における看護業務（管理業務を含む。）との兼務は管理者の業務に支障があると考えられるが、施設における勤務時間が極めて限られている職員の場合には、例外的に認められる場合もあり得る。）</p> <p>②～④（略）</p>	<p>指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について（平成11年9月17日老企第25号）</p> <p>（2）指定訪問看護ステーションの管理者（居宅基準第61条）</p> <p>① 訪問看護ステーションの管理者は常勤であり、かつ、原則として専ら当該訪問看護ステーションの管理業務に従事するものとする。ただし、以下の場合であって、当該指定訪問看護ステーションの管理業務に支障がないときは、他の職務を兼ねることができるものとする。</p> <p>イ 当該指定訪問看護ステーションの看護職員としての職務に従事する場合</p> <p>ロ 当該指定訪問看護ステーションが健康保険法による指定を受けた訪問看護ステーションである場合に、当該訪問看護ステーションの管理者又は看護職員としての職務に従事する場合</p> <p>ハ 同一敷地内にある又は道路を隔てて隣接する等、特に当該指定訪問看護ステーションの管理業務に支障がないと認められる範囲内に他の事業所、施設等がある場合に、当該他の事業所等の管理者又は従業者としての職務に従事する場合（この場合の他の事業所、施設等の事業の内容は問わないが、例えば、併設される入所施設における看護業務（管理業務を含む。）との兼務は管理者の業務に支障があると考えられるが、施設における勤務時間が極めて限られている職員の場合には、例外的に認められる場合もあり得る。）</p> <p>②～④（略）</p>

訪問看護についての課題と論点

【課題】

（訪問看護における24時間対応体制の確保について）

- 24時間対応体制加算において、営業日以外の日及び営業時間以外の時間の体制については、当該訪問看護ステーション以外の施設又は従事者を經由するような連絡相談体制等は認めていない。また、連絡相談を担当する者は、原則として、当該訪問看護ステーションの保健師又は看護師としている。
- 看護師が受ける電話相談は体調面や医療処置に関するものなど、緊急訪問を含め対応を要するものがある。一方、訪問日時の確認や時間の変更など、必ずしも即時的な対応を要さないと考えられるものも一定数存在している。
- 24時間対応体制に関する課題としては、「看護職員の精神的・身体的負担が大きい」、「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」ことが多く挙げられている。
- 24時間対応に係る連絡体制の負担軽減の取組をしているとした訪問看護ステーションは7割弱であり、「ICTの活用」や「夜間対応した翌日の勤務体制の調整」等が取り組まれている他、看護職員からの相談に対応できるサポート体制の構築が主であり、「勤務間インターバルをとる」といった取組は他の取組より少ない傾向にあった。

（機能強化型訪問看護ステーションについて）

- 令和4年度診療報酬改定において、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とした。現在、機能強化型1のうち36.3%、機能強化型2のうち22.0%、機能強化型3のうち21.2%の訪問看護ステーションで専門の研修を受けた看護師が配置されている。
- 特定行為研修修了者が所属し、特定行為を実践することで、利用者の症状の緩和や利用者・家族等の負担が軽減し、QOL向上改善につながったといった報告がされている。また、訪問看護ステーションや当該ステーションの従事者に対しても他の看護職員の知識・技術が向上したことや、ステーション全体として利用者の状態に合ったケアがより適切に提供されるようになったといった報告がされている。

（集合住宅等における効率的な訪問看護等について）

- 請求額が60万円以上のものが、全体の約1%強であるが存在している。
- 緊急訪問看護加算を算定している利用者は、月平均2.6日算定されているが、約1%の利用者では毎日算定されている。
- 介護保険の訪問看護では、訪問看護ステーションと同一建物、同一敷地内や隣接する敷地内の建物に居住する利用者等に対して訪問看護を提供する場合、訪問看護費から単位数が減算されているが、医療保険では、同一敷地内建物等に居住する利用者であっても、同一日に同一の建物に居住する3人以上に訪問看護を行わなければ訪問看護基本療養費（Ⅱ）等は算定しない。

訪問看護についての課題と論点

(精神科訪問看護について)

- 精神科訪問看護利用者割合が80%以上の訪問看護ステーションの精神科訪問看護利用者におけるGAF尺度の判定は、他と比して低い利用者が多い傾向にあるが、GAF尺度による判定が40以下の利用者の受入状況にはステーションによりばらつきがある。
- GAF尺度による利用者の状態の評価方法に関する研修は、精神科訪問看護基本療養費を算定するすべての看護師等が受講してはいない。
- 精神科訪問看護利用者割合が80%以上の訪問看護ステーションでは24時間対応体制加算や特別管理加算の届出状況が低く、看護職員等1人当たりの別表第7及び別表第8該当者の受入状況も少ない傾向にある。
- 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、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。

(医療ニーズの高い利用者の退院支援について)

- 退院日当日の訪問看護は7割弱の訪問看護ステーションが実施しており、そのうち、約15%のステーションが複数回の訪問看護を提供している。
- 退院日当日に複数回訪問看護を提供する理由としては、医療処置、病状観察や急変・緊急対応のためが多い傾向であり、相当の時間を要している。

(周産期及び乳幼児への訪問看護について)

- 社会的ハイリスク妊産婦への対応として、周産期医療に関する協議会等を通じて、市町村が行っている保健、福祉等に係る施策等について情報共有を図り、支援につなげることが求められているが、ハイリスク妊産婦連携指導料などのカンファレンスでは訪問看護ステーションの看護師等の参加が求められていない。
- 小児の訪問看護利用者は増加傾向であるが、医療ニーズの高い別表第7又は別表第8該当者の割合は低下している。乳幼児への訪問看護として、医療的ケア児への対応の他、多胎児の発育・発達フォローや、母親の育児不安への対応や産後うつへの対応などが行われている。
- 市町村が実施する産後ケア事業において、産後ケアを必要とする出産後1年を経過しない女子、乳児に対して、心身の状態に応じた保健指導、療養に伴う世話、育児に関する指導若しくは相談その他の援助が行われている。

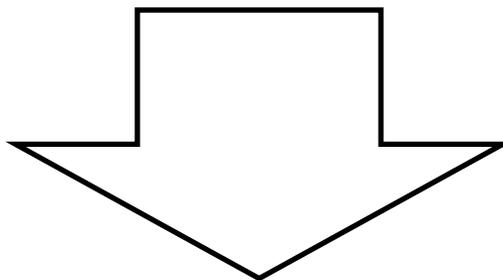
訪問看護についての課題と論点

(オンライン請求開始に伴う訪問看護療養費明細書等の対応について)

- 令和6年6月よりレセプトのオンライン請求等が開始され、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が推進される。

(介護保険における訪問看護との制度上の差異について)

- 訪問看護ステーションの運営規程に差異が生じており、医療保険の訪問看護ステーションにおける運営規程では、「虐待の防止のための措置に関する事項」を定める義務はない。
- 訪問看護ステーションの管理者に係る取扱いに差異が生じており、医療保険の訪問看護ステーションの管理者については、同時に他の指定訪問看護ステーション等を管理することは認められない。



訪問看護についての課題と論点

【論点】

(訪問看護における24時間対応体制の確保について)

- 24時間対応による看護師への負担や、負担軽減に向けた訪問看護ステーションにおける取組を踏まえ、訪問看護における持続可能な24時間対応に係る連絡体制のあり方や負担軽減の取組を評価することについてどのように考えるか。

(機能強化型訪問看護ステーションについて)

- 専門の研修を受けた看護師の配置や実践による効果等を踏まえ、機能強化型訪問看護ステーションにおける当該看護師の配置を更に推進することについてどのように考えるか。

(集合住宅等における効率的な訪問看護等について)

- 一部の高額となっている訪問看護療養費における加算の算定状況等を踏まえ、緊急訪問看護加算の評価のあり方についてどのように考えるか。
- 同一敷地内建物等に居住する利用者に効率的に行われる訪問看護の評価のあり方についてどのように考えるか。

(精神科訪問看護について)

- 精神科訪問看護の利用者の割合が高い訪問看護ステーションの医療ニーズの高い利用者の受入状況や加算の届出状況等を踏まえ、精神科訪問看護の評価についてどのように考えるか。

(医療ニーズの高い利用者の退院支援について)

- 退院日当日に複数回の訪問看護を行い合計90分以上の退院支援を行っている実態を踏まえ、退院日当日の退院支援指導の評価について、どのように考えるか。

(周産期及び乳幼児への訪問看護について)

- 社会的ハイリスク妊産婦や乳幼児に対する訪問看護の提供実態、市町村が実施する産後ケア事業との役割分担等を踏まえ、これらの者に対する訪問看護の評価のあり方についてどのように考えるか。

(オンライン請求開始に伴う訪問看護療養費明細書等の対応について)

- 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を推進する観点から、傷病名の記録方法等を標準化していくこととしてはどうか。

(介護保険における訪問看護との制度上の差異について)

- 介護保険における訪問看護との制度上の差異が生じていることに鑑み、訪問看護ステーションにおける運営規程に「虐待の防止のための措置に関する事項」を定めることとしてはどうか。また、管理者に係る取扱いを改めてはどうか。

選定療養に導入すべき事例等に関する提案・意見募集の結果について

- 「「日本再興戦略」改訂 2014」（平成 26 年 6 月 24 日閣議決定）を踏まえ、令和 4 年度診療報酬改定の際と同様に、関係学会・医療関係団体・国民から、選定療養に追加すべきものに関する提案・現行の選定療養の類型の見直しに関する意見の募集を行った。

【意見募集期間】

厚生労働省ホームページ： 令和 5 年 3 月 29 日～4 月 28 日

関係学会・関係団体： 令和 5 年 3 月 29 日～5 月 29 日

【寄せられた意見】

合計：105 件

新たな選定療養の追加に係る提案：72 件

医科：20 件

歯科：19 件

全般及びその他：33 件

既存の選定療養の見直しに係る提案：32 件

療養の給付と直接関係ないサービス等に関する意見：1 件

その他：0 件

- 今後は、事務局において、さらに整理・検討を進め、必要に応じて中医協において議論することとする。

【選定療養について】

健康保険法第 63 条第 2 項第 5 号において「被保険者の選定に係る特別の病室の提供その他の厚生労働大臣が定める療養（以下「選定療養」という。）」と規定されており、現在、厚生労働省告示において、以下の 11 類型が定められている。

- ・特別の療養環境（差額ベッド）
- ・制限回数を超える医療行為
- ・予約診療
- ・180 日超の入院
- ・時間外診療
- ・歯科の金合金等
- ・大病院の初診
- ・金属床総義歯
- ・大病院の再診
- ・小児う蝕の指導管理
- ・水晶体再建に使用する多焦点眼内レンズ

1. 新たな選定療養の追加に係る提案・意見

<医科>

提案・意見内容	理由
偽関節、遷延癒合における濃縮骨髓液を用いた治療	患者自身の腸骨骨髓液を濃縮し用いた骨再生医療を偽関節、遷延癒合治療時に使用することの選定療養費を別途選定出来る仕組みが必要。
白内障に対するフェムトセカンドレーザーを用いた水晶体再建術	白内障に対する水晶体再建術時にフェムトセカンドレーザーを用いることで、従来と比較して精度の高い手術を実施することができ、眼内レンズの機能を最大限に発揮する可能性が高くなるため。
自己都合による精子凍結	生殖補助医療における採卵日は、もっとも成熟卵子が多く採取できる日で、あらかじめ採卵日は特定できず、個人個人の卵胞発育は異なっているため、あらかじめ精子凍結して採卵日に備える場合がある。この場合の手間や費用について、精子凍結は現在全て医療施設からの持ち出しであり、医療経営を圧迫しているため。
生殖補助医療を行う患者の感染症検査	あらかじめ精子凍結し、採卵日に凍結精子を解凍して顕微授精を実施することも多く、複数の検体を一括して液体窒素中で保管するが、感染者の検体と非感染者の検体を同じタンク内で保存することは非感染者の検体が汚染される危険があるため。
生殖補助医療における凍結精子、卵子、胚の保存管理	生殖補助医療においては、2子目の治療のために配偶子を凍結保存するが、治療期間中以外にも凍結保存を継続する場合があるが、本来、直接的な診療行為とは言えず、病名管理との整合性も取れないため選定療養とすべき。
回数や年齢等の要件を満たさずに実施した K884-3 胚移植術	要件を満たさずに K884-3 胚移植術を実施した場合の取扱いを明確すべき。
シスタチンCの回数超えの検査	一型糖尿病患者は、血糖を制御することができず、早い段階での腎臓の異常を知るために、シスタチンCを3か月に一回以上、検査ができるようにすべき。
がんゲノムプロファイリング検査の受検方法を多様化 1. 標準治療終了前 2. 複数回検査 3. エキスパートパネルのみの再受検	1. 現行のがんゲノムプロファイリング検査の保険適用対象は限定されており、標準治療を実施し、がんゲノムプロファイリング検査の保険適用対象となった時にはすでに病状が悪化している場合が多いため。 2. 現行のがんゲノムプロファイリング検査の保険適用対象は、「患者1人につき1回」に限られているが、これを複数回受検できるようにすべき。

(注) 提案があった意見を便宜的にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

	3. 一度受検したがんゲノムプロファイリング検査について、臨床試験や承認薬がアップデートされた際に、過去のがんゲノムプロファイリング検査結果の情報を利用してエキスパートパネルのみを再受検することを選定療養へ導入すべき。
リハビリの対象外となってしまった患者へのリハビリテーション	リハビリテーションについて、算定単位の上限を超えて希望される患者や、算定期限を超えてしまった患者、リハビリテーションが包括となる患者等に対し、本人家族の希望によって、選定療養でリハビリテーションを提供できるようにしてはどうか。
保険医療機関外での1日4単位目以降のリハビリテーションの実施について	現行では、医療機関外でのリハビリテーションは3単位まで認められているが、在宅復帰や社会復帰を想定し、医療機関外でのリハビリテーションを充実させ、患者の希望によって4単位目以降も、社会に近い環境でのリハビリテーションが実施した場合、選定療養とすべき。
算定回数を超えての栄養指導	入院中2回、外来は月に1回の診療報酬の算定が出来るとあるが、患者が栄養指導をさらに希望した場合、選定療養とすべき。
微量アルブミン尿検査の回数超え検査	一型糖尿病患者は、血糖を制御することができず、早い段階での腎臓の異常を知るために、患者が希望する場合、微量アルブミン尿検査を3か月に一回以上、検査できるようにすべき。
耳鳴の治療を目的とした補聴器及びサウンドジェネレーター	耳鳴の治療は医療経済効果が極めて高いことが報告されており、この治療を推奨することで、結果的に医療費削減につながると考える。
NSAIDs 処方時のサイトテック	NSAIDs による潰瘍発生の予防効果が認められており、無駄な医療費の削減に貢献するものと考ええる。
ヘリコバクターピロリ感染症検査	内視鏡検査や造影検査の実施なしで行われた場合ヘリコバクターピロリ感染症の検査が対象外となっているため。
患者都合で精子凍結・融解を実施した際の費用	患者都合の精子凍結・融解を、選定療養とすることで、治療機会損失が避けられ、患者の利益および少子化対策にもつながると考える。
低濃度アトロピン点眼薬による近視進行抑制のための診療に関する費用	近視進行の予防治療を全国民が受けることのできるよう、眼科検査代と診察代を保険診療、低濃度アトロピン点眼薬の薬剤費を自費とする選定療養とすべき。
抗ウイルス薬等の予防投与	インフルエンザの抗ウイルス薬であるタミフルやリレンザのように予防を適応に持つ医薬品の投与については、選定療養とすべき。
在宅医療における医療材料の支給	在宅医療の推進のため患者側の多様なニーズへの対応には、在宅医療の算定要件変更では対応困難であるため、選定療養とすべき。

(注) 提案があった意見を便宜的にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

摂食障害入院管理加算（60日以上）	60日以上経過後について、患者家族の希望があり、食事介助や管理によって改善が見込まれる場合、選定療養としてはどうか。
患者の都合による入院の継続	医療提供の都合ではなく平均在院日数が延長され、DPC 期間切れ等が生じてしまうため、その際の追加で請求できる新たな選定療養費の項目を要望する。

< 歯科 >

提案・意見内容	理由
金属未使用の義歯（ノンクラスプデンチャー義歯）	金属アレルギーの患者に対して多数歯欠損補綴が必要な際に現時点での保険診療では現状選択肢がないため。 金属アレルギー患者も、健常者と同等の医療を受ける権利があるため。
歯科領域における抜歯窩への人工骨や吸収性コラーゲン等の填入	抜歯時に、人工骨や吸収性のコラーゲンやメンブレン等により顎堤の骨吸収を最小限に抑えたり、骨増生を図ったりすることができれば患者にとっても侵襲や負担が最小限に抑えられるメリットがあるため。
ホッツ床のスキヤナー（光学）印象	口蓋裂患者のホッツ床を作製する際にアルジネート印象材にて印象採得すると印象材が口蓋裂の部分に入ってしまう、万が一印象材が切れてしまい除去困難となった際には、命に関わる可能性も否定できないため。
埋伏歯の開窓牽引の手術	現在の保険制度では、埋伏歯の開窓手術に関しては保険適応となっているが、埋伏歯にブラケットを装着し牽引の準備をすると保険適応外となるため選定療養とすべき。
ジルコニア	保険適用の CAD/CAM 冠より安価で割れたり外れたりしにくく、歯にかなり近い色調を再現できるため。ジルコニアなら強度が高いため破損の心配が少ない。 ジルコニアはコンポジットレジンに比べて強度と耐摩耗性が優れているため、コンポジットレジン材料では現状適応が難しい義歯の鉤歯や孤立歯・ロングスパンブリッジの歯冠修復への応用が期待されるため。
歯周再生療法に使用できる歯周組織再生剤及び骨補填剤の拡充	現在保険診療において使用できる歯周組織再生剤は「リグロス」に限られており、歯周再生療法に用いる材料を選定療法として拡充して頂きたい。
小児期における矯正治療	歯列並びに口腔機能が適切に発育するのを助けることにより、発達不全がもたらす疾患の軽減が見込めるだけでなく、成人期におけるう蝕、歯周病等のリスクを減らすことにも寄与すると考えられるため。

（注）提案があった意見を便宜的にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

金属床部分床義歯	<p>9 歯以上の多数歯欠損症例においても総義歯と同様にアクリリックレジンの厚みによる違和感や嘔吐反射、味覚の感じにくさなどにより金属床による義歯を必要とされる患者がいるため。</p> <p>金属床の部分床義歯は設計の自由度が大きく技工上の精度が高い。違和感が少なく鉤歯に負担の少ない義歯を作製することによって患者の咀嚼機能が向上し健康寿命の延伸に寄与することができる。</p>
歯科口腔内デジタル印象	印象材料、石膏などの材料費の高騰や、急な材料の入手困難など、また、模型保管スペース削減、患者の苦痛軽減、技工所との情報共有等など恩恵が多いため。
18 歳未満におけるマウスピース・拡大床による矯正治療	口腔機能の評価により装置を使用した場合における効果のほうが、より恩恵を享受できるであろう患者も存在すると考えられるため。
暫間被覆冠の作製	テンポラリークラウンやリテイナーについて、1 歯につき 1 回や 1 装置につき 1 回等の制限があるが、実際の臨床では根管治療開始から装着までに複数回再作製を余儀なくされる症例が多々あるため、保険診療適用の暫間被覆冠との併用ができるように新たに組み込んでいただきたい。
前歯のメタルボンドクラウン	国民のデンタル IQ はどんどん高まってきており、前歯に変色のない補綴物を、出来るだけ安価な金額で入れてほしいというニーズが多くあるため。
スポーツマウスガード（成長期における）の導入	転倒時の歯牙破折、脱臼等の予防効果が高く有用と考えられる。また、簡易的なマウスガードも市販されているが、成長期（混合歯列期）には、顎の育成が阻害されることにもなり、歯科医による型取りを行ったマウスガードの新規導入を検討すべき。
インプラント	学術的根拠に基づく治療が保険制度に組み込まれないのは国民にとって不利益なものとなる。またすでに装着されたインプラントについても口腔を一単位として管理する上で、インプラントを選定療養にすべき。
要介護の患者に対する給付外インプラント義歯の一部除去及びその後の義歯管理	要介護となった高齢者に限り、インプラント義歯に伴うインプラント周囲炎の治療と一部除去に要するした後、残存歯がある場合の歯科医学的管理について医療安全上並びに保険システム上からの配慮により、選定療養の対象にすべき。

<その他>

(注) 提案があった意見を便宜的にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

提案・意見内容	理由
CureApp HT 高血圧治療補助アプリを初回の使用日から属する月から起算して 7 か月目以降も使用を継続する場合	CureApp HT 高血圧治療補助アプリは、「初回の使用日の属する月から起算して 6 か月を限度として、初回を含めて月 1 回に限り算定する」とされており、7 か月目以降も本品の使用を継続した場合にその費用を手当てする手段がないため。
<p>①医療保険の適用範囲が、薬機法の承認範囲よりも狭いもの</p> <p>②高額な医療機器で、既存技術と比べエビデンスは同等程度であり、患者の選択に適するもの</p> <p>③評価療養において医学的エビデンスが十分ではないとされ、保険適用を認められなかった医療技術の受け皿とするもの</p> <p>④医学的エビデンスを再検討し、保険適用から除外すべき医療技術の受け皿とするもの</p> <p>⑤保険医療の必要性が乏しいもの</p> <p>⑥臨床の現場に早く投入し、データを収集すべきもの（プログラム医療機器）</p>	<p>①薬機法上の承認を広い範囲で受けながら、一部の対象でしか保険適用されていない機器や医療材料が存在し、選定療養にすることによって、治療意欲を高めることができる。</p> <p>②医療技術としては特に高額であり、ロボット手技（内視鏡手術）は、保険点数に比べ機器代が高価なため、医療機関側の負担が大きくなり、機器の購入・レンタル自体がためらわれ、結果的に患者の選択肢が狭められている。選定療養として認めれば、機器の導入の促進が進み、患者の選択肢も拡大する。</p> <p>③評価療養として有効性の検証が行われ、必ずしも保険収載に至らなかったとしても、患者の側の強い希望があり、また患者の治療継続の動機を高め、さらに患者の不安を軽減する（腫瘍マーカー）等の理由により、患者選択肢を維持することが望ましい医療技術も存在するため。</p> <p>④保険適用時に検討されていたとしても、現在の医療・医学水準からみて、もはや保険適用に相応しくないものもあるため。</p> <p>⑤医学的エビデンスはあるものの、既に OTC 化され患者・国民が容易に利用できる医薬品と類似の医薬品は、保険給付する必要性が乏しいため。原則的には保険の給付範囲から外して選定療養の対象にし、医師の判断・指導の下で服薬する必要があるものは、例外的に保険の給付範囲に残すことを前提に、選定療養化を検討すべき。</p> <p>⑥プログラム医療機器（SaMD）は、非侵襲的であり、製品のライフサイクルが短く、臨床現場でのデータ収集、アップデートによって、性能が向上していくという特質があり、医療の質の均霑化に資するものもある。したがって、速やかな承認に加え、臨床現場での早期の利用・データ収集が望ましいため。</p>
インシュリンポンプの付属品の予備購入	保険診療においては、センサーは 1 か月最大 5 個、トランスミッタはインシュリンポンプにつき 1 個しか配布されず、予備分を患者が希望する個数自由診療で、購入できるよう選定療養にすべき。
保険診療で対象とならない患者に対するグルコースモニタシステムの支給	グルコースモニタシステムを用いた血糖測定について、保険診療下で使用できる患者と薬事承認上対象となる患者との間にはギャップがある。他方で、このように療養の給付の対

（注）提案があった意見を便宜的にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

	象外となっている患者であっても、グルコースモニタシステムを用いて療養の向上を図りたいという患者は一定数存在するため。
オンライン資格確認導入済医療機関で、マイナンバーカードを使用しない場合の料金	マイナンバーカードを用いることで、事務作業の軽減や、問診の効率化が図られるなど医療機関に一定のメリットがあるが、導入費やランニングコストは補助金でまかなえないほど高額であり、今後も必要経費としてかかるものである。 保険診療の中で、加算として評価していただいているが保険証とマイナンバーカード利用の差は軽微でマイナンバーカードへの誘導の効果として乏しく利用率・認知度がきわめて低く医療機関として導入のメリットよりもデメリットの方が多く感じる。 マイナンバーカードを持たないこと・医療機関で使用しないことは患者の選択によるものであり、保険外併用療養費として一定額の徴収を可能とするよう検討いただきたい。
特別メニューの食事を選択した場合の費用	患者の嗜好による食材選択等により発生する費用となるので、選定療養費として別に設定することで医療機関独自に金額設定を認めていただきたい。
①家族の希望によって胃瘻等を継続される場合における胃ろう・腸ろう・経鼻経管栄養等にかかる管理・維持 ②通常診療とオンライン診療を併用している医療機関のオンライン診療の初診・再診 ③救急車受け入れに対する対価 ④栄養指導および入院における特別食の適応疾患を持たない患者への対応 ⑤特別室における外来診療 ⑥保険点数に消費税と同じ%の料金徴収 ⑦入院中の食事の選択	①社会保障費の抑制につながる可能性がある。 ②通常診療とオンライン診療を並行して行っている医療機関は、人員の配置（人件費）が必要であり、外来患者の待ち時間にも影響することが考えられる。医療機関の負担と外来混雑の緩和の一助となる可能性がある。 ③救急車は医療の必要性・緊急性が高い患者が利用すべきである。診療の結果で入院が必要な患者または、一定の医学的管理が必要な患者以外からは費用を徴収すべき。 ④専門知識をもった管理栄養士による早期指導・早期管理を行うために適応疾患がない患者についても選定療養として設定すべき ⑤完全個室の特別な環境で行う外来診療に対する室料差額 ⑥医療原価には消費税が発生するが、患者から費用を徴収する際には非課税となる仕組み自体がおかしいと考えている。消費税は最終的なサービスの享受者が支払うものであり、その中間にある医療機関が負担することはおかしい。診療報酬で調整されることもあるが、マイナス改定が続く中医療機関の税負担は圧迫されていく一方である。選定療養とは趣旨が違うと思うが必要。 ⑦ 産科のお祝い膳のような、特別な食事を患者が選んだ場合の選定療養
①内視鏡検査室の個室及び治療後の個室リカバリー室利用料 ②透析センター内の個室利用料	①～③何れも希望者による申請及び承諾を前提とする。 プライバシーの保護を求める方、検査・治療中や検査・治療後においてより良い療養環境を求める方のニーズ（アメニティや家族の付き添い等）に応えることが可能となるため。

(注) 提案があった意見を便宜的にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

③化学療法室の個室利用料	
①オンライン面会 ②Wi-fi 環境による電気代徴収（希望者のみ ID・PW を付与）	①院内の感染防止対策含め、遠方で来院できないご家族に対してのニーズがあるため。 ②スマートフォンやタブレットの急速な普及、利用増加にあたり、室内での利用が高いため。
①自院緊急車両による患者搬送料 ②感染隔離の為に使用している個室料金、コホート隔離している病室に対する室料 ③感染蔓延期におけるオンライン面会に使用するタブレット等機材のメンテナンス費、通信費、またそれに関わる人件費 ④特殊疾患病棟におけるリハビリテーション料 ⑤高齢者の多い地域における受付などの患者対応に対する人件費 ⑥臨床心理士のカウンセリングの実施料など	①寝たきりの患者の転院など自院の緊急車両（救急車）などを使用することがあるが、搬送に係る諸費用として選定療養新規導入を検討すべき。 ②感染している患者の隔離目的に個室を使用する場合、個室料を徴収することができない。また多床部屋で感染者が出た場合、コホート隔離の部屋として使用することとなるため、別の室料として選定療養新規導入を検討すべき。 ③オンライン面会に使用するタブレット等の面会諸費用として選定療養を検討すべき。 ④ADL 動作能力向上、褥瘡予防や発生した褥瘡の治癒、拘縮予防のためのポジショニング、シーティング、誤嚥性肺炎予防や栄養状態改善、自宅復帰支援などの効果を認めるため。 ⑤ICT を導入するほど、高齢者是对応できず、受付事務スタッフの労力が必要となるため。 ⑥精神科外来の診察前問診（インテーク）には介入することで治療とはならないが、精神的に落ち着かせる効果はあり、患者からの要望も強い。
自院救急車・所有車両を活用した病院間搬送における搬送料	隣接医療機関と自院間の紹介転院搬送等で自院の救急車や所有車両を活用した際の搬送料
送迎サービスへの利用料	駅より離れた立地であり、近くにバス停なども無いために、自家用車で来院される方が中心である。病院では複数人のドライバーを雇用しているが、今後さらに地域の高齢化が進み、需要が高まることが予想されるため。
①在宅自己注射を行っていない患者が自己血糖測定を希望した場合の費用 ②在宅自己注射を行っている患者への血糖自己測定器加算の回数を超えての血糖試験紙等の費用 ③患者送迎費用	①在宅自己注射を行っていない患者が自己血糖測定を希望した場合は、薬局等で血糖測定器具等を購入する必要があるが、患者としては、測定方法などの相談が出来る環境として治療を受けている医療機関での購入を希望しているため ②医師の指示回数を超えて血糖測定を希望する場合は、当院で貸し出している機械に対応する血糖試験紙等を院外で探し、購入しているため ③入院中の他院受診（放射線治療等）に対する送迎をサービスで行っているが、人件費が発生しているため

（注）提案があった意見を便宜的にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

入院患者へのお見舞いメールに対する料金徴収	面会制限を設けた際に患者家族の近況を知らせたい要望に応えるため、ホームページの入力フォームに必要事項を記入してもらい写真を張り付けられるサービスを導入したところ、家族の反応がよく需要があったため。
救急受診コンシェルジュサービス	緊急入院時に家族に付き添い、医療者側の説明を誤解なく理解していただくようにサポートする必要があると感じたため。
① 県外への自院救急出動費 ② 高額な現金持ち込み時の預かり料 ③ 施設基準の届出を行っていない手術・材料費の算定について ④ 室料差額について	① 県外へ救急搬送が必要な場合、消防庁の救急車は県外への搬送ができないため自院の救急車で搬送することがあるため。 ② 入院時に高額な現金を持ち込み、経理課の金庫でお預かりするケースがあるが、病院の責任や負担も大きい為、預かり料金を設けていただきたい。 ③ 施設基準をクリアするまでの間でも、患者様の同意があれば自己負担の請求を認めていただきたい。 ④ 個室料金全額は支払いできないが、一定の金額であれば支払いできる等の徴収を可能としてほしい。
① 外国人患者のための通訳費用 ② システム利用料 院内での携帯マガジンや呼び出しシステムの利用料 ③ 指定入院時間の選定 ④ 入院中の付添（小児等）入院費 ⑤ 食事の選択 ⑥ 患者希望による退院延長 ⑦ 送迎サービス ⑧ 個室の家族利用 ⑨ 軽症患者の救急外来受診時の選定療養	① 外国人患者の受診が増えていく一方で言葉の問題が発生することが多い。病院側で対応するには限界であり、安価な通訳機器もあるが本格的な医療用言語に対応できないため。 ② 医療機関は診療費が決められているため、医療機関における環境整備や設備投資には一般企業よりも非常に遅れており、サービスの向上の妨げになっている。 ③ 外来における予約診療と同様に、入院においても患者の申し出により入院時間を指定することで、混雑緩和、待ち時間削減に繋がる。 ④ 小児等での希望での付添い入院の場合、食事やベッド（補助ベッド）使用時の料金を定める事により、ご家族が自分の食事の心配等をしなくてすむため。 ⑤ 疾患・治療内容等によっては食事の内容を問わないものもあり、入院中の患者度満足の向上にも繋がるため。 ⑥ 機能分化の更なる推進のため、急性期治療を終えている患者の退院、転院につき、患者及び患者家族の都合により退院が延長になった際は、選定療養を徴収できないか。 ⑦ 患者の中には、通院に苦勞している患者もいると推測されるため、送迎を希望する患者については、送迎を行い、送迎費用を徴収できないか。 ⑧ 個室入室者の家族がどうしても一緒に過ごしたい等の希望があれば、簡易ベッドの提供等、環境整備を行うことで家族ベッド費用を徴収できないか。 ⑨ 救急車の不正利用を是正するべく、一定の点数（診察のみ等）を満たさない患者には、選定

(注) 提案があった意見を便宜的にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

	療養費を徴収できないか。
①特例対応料（仮称：VIP対応料） ②優先診察（ファストパス）	①関係者からの救急搬送や当日紹介以外の症例を問わない臨時対応料。 ②予約外患者の待ち時間が非常に多く、予約していなくても順番を繰り上げる優先受診手数料を選定療養にすべき。
リハビリテーションを実施するセラピストの予約料	リハビリテーションを実施するセラピストを予約・指名したいという声があるため。
医師の指名料	知識・技術の高名な医師について、患者の希望によって、医師の指名をしたいという場合、医師の指名料を選定療養としてはどうか。
入院時等、身の回りのことを依頼できる（買い物代行等）サービス料	単身での入院や、身の回りのことを依頼できる親族などがいない患者について、患者の希望によって、買い物の代行などのサービスを選定療養としてはどうか。
食事の内容、提供時間を選択料	治療上の制限の範囲内で、他の入院患者とは異なる食事内容や食事の時間（20～21時など）を希望する患者について、選定療養としてはどうか。
病室内のベッドの位置を選択料	多床室の場合、廊下側や窓側などベッド位置によって多少療養環境に違いがあることから、患者からの希望によって、ベッド位置の選択が可能な場合、選定療養としてはどうか。
入院中の患者に対する特別な入院環境をサポート料	入院中に患者の希望する入院環境を提供する。例えば、ビジネスマンの場合、パソコンやプリンター、Eメール環境など病室に用意することについて、選定療養としてはどうか。
施設基準を満たすまでの手術料	施設基準の取得を目的に所定の症例数を経験する場合、施設基準取得前であることから、保険適用にならず、患者に全額自費で請求するか、全額病院負担として行うしか選択肢がなく、結果的に全ての症例が病院負担となっているため。
時間外、休日の患者や患者家族への症状説明	患者の家族からの要請で勤務時間外に説明をすることが多く（患者の家族が日中は仕事をしているため）、医師の時間外労働が増加しているため。
転院時に患者の希望（転院施設の含む）で退院処方を出した場合の投薬料	転院時の退院処方保険診療上、認められていないが、患者の希望、若しくは施設の希望により退院処方を出した場合、患者請求することが出来ず、転院元の負担となっているため。
学習障害を持つ患者に対する検査を含めたアセスメント料	学習障害は投薬等で治癒するものではないが、一方で、適切な教育・指導を与えることによる症状の改善、学習や生活のノウハウ・ツール・社会資源を活用することによる障害の補完が見込まれるため。
他医療機関受診における患者への付き添い及び交通費	療養担当規則に則り適切な措置を講じた場合には、他医療機関への付き添い料及び交通費の実費については選定療養で別途算定できるようにすべき。

（注）提案があった意見を便宜的にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

アピアランスケアにおける指導管理	がん患者の整容、美容への個別相談件数が男女問わず増加している。認定看護師を中心に活動を行い、笑顔で社会生活を送れると評価を得ている。
インスリン自己注射を行っていない糖尿病患者への穿刺針・センサー等の支給	在宅自己注射の対象外患者への血糖測定への対応、指導管理料回数制限を超えての血糖測定希望に対して選定療養とすることを要望する。
食事療養費の自己負担	現行の自己負担 460 円では、高騰する光熱費、食材費、人件費、等を賄うことは不可能であることから、自己負担は各医療機関の状況での選定療養とすることを要望する。

(注) 提案があった意見を便宜的にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

2. 既存の選定療養の類型の見直しに係る提案・意見

○特別の療養環境

提案・意見内容	理由
外来医療に係る特別の療養環境の提供における内視鏡検査前後に使用できる個室や化学療養室の個室、透析室の個室などの取扱いの明確化	内視鏡検査前後に使用できる個室や化学療養室の個室、透析室の個室など、診察を行なえる環境にあって、患者の選択によって入室する場合は、それぞれが該当することを明確にしていきたい。
特別な療養環境の提供における、病床5割までの制限の緩和・廃止	患者の選択によって入院できる環境が整備されている場合は、病床の5割を超えて、特別な療養環境の提供が出来る病床を整備可能にしてはどうか。
差額ベッド料金について、届出の金額に幅を持たせる	現状では、4床部屋を差額ベッドとして届出すると4床とも同じ料金となるが、1病室内で金額差をつけることが可能なように見直してはどうか。
歯科特別療養診療に要する費用の徴収を追加する。 ①個室環境もしくは間仕切り等により個人の区画を確保する ②一連の診療に要する時間が、概ね30分を超える ③専用の歯科用顕微鏡、歯科用吸引装置(口腔外)、診療情報を表示できるモニター設備を有する	歯科治療においては多岐に渡る処置を一診療台にて行う為、機器の配置上完全個室の達成が困難である。また必ずしも1時間を超える処置を必要としないことから要件が実態と乖離しており普及がすすまないため。

○予約診療

提案・意見内容	理由
廃止	「予約診察」を標榜している医療機関が増えてきており、対象となる医療機関も少なくなっていると思われるため、現実的ではない。
予約診療時のキャンセル料	現在キャンセル料などの請求は出来ないが当日の予約変更やキャンセルが患者の権利のようになってきているため。
診療料が掛かる時の対面での説明	予約診療料に関しては患者がどこまで理解しているのかわからないので詳しい説明とお知

(注) 提案があった意見を便宜的にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

	らせを周知できるようにする必要がある
医師ごとに金額を設定	病院単位での受診者の偏りだけでなく、医療機関内の医師ごとの受診者数の偏りの是正につながるため。

○時間外診療

提案・意見内容	理由
医師ごとに金額を設定	病院単位での受診者の偏りだけでなく、医療機関内の医師ごとの受診者数の偏りの是正につながるため。

○大病院の初診

提案・意見内容	理由
保険点数から一定点数を控除する取扱いの廃止	地域医療支援病院として、地域のクリニックからの紹介状持参を求めているが、持参せず受診した患者が説明に応じず受診した場合、保険点数を控除せず全額患者負担となるよう制度の変更を希望する。
A診療科に通院中の患者が、同病院のB診療科に受診した場合の取扱い見直し	A診療科に通院中の患者が、医師の指示ではなく、本人の意思でB診療科に受診する場合、診療報酬上、再診の扱いとなり選定療養費がいただけないため。
初診の選定療養費の金額の見直し（引き下げ）	紹介状なしで特定機能病院、200床以上の病院を受診した場合の選定療養費は診察料よりも高く、選定療養費が高額なことから患者の診療控えが生じるおそれがあるため。 大病院からかかりつけ医へ逆紹介をした後に、患者から窓口負担金の件で、多くのクレームが寄せられる。これは診療所の方が包括項目、指導料の関係で大きく負担金が増額するからであり、このことが逆紹介推進にあたり大きな障壁となっているため。
定額負担を求めなくても良い場合の「特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者」を「個人的に希望して健診を受けた患者以外」とする	個人的に希望して受けた健康診断以外は、すべて「特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者」に該当するように思われるため。
初診時の選定療養費の見直し（病院単位一律ではなく、診療科毎の適応や条件を見直すなど）	子供を持つ世帯において7千円を超える選定療養費は負担が多く、上気道炎などの急性感染症が多い小児は頻回に選定療養費の対象となってしまう受診控えの要因となっていると考えられる。受診の遅れからの重症化も危惧されるので、たとえ大病院であっても地方の地

(注) 提案があった意見を便宜的にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

	域医療を担っている病院小児科についての選定療養費を免除すべき。
--	---------------------------------

○大病院の再診

提案・意見内容	理由
国の公費負担制度の受給者は、「やむを得ない事情があるもの」として徴収が認められない取扱いの見直し	症状が安定している患者さんにもかかわらず、国の公費を持っているからといって、料金を徴収されずに、希望の病院に継続してかかれるのは、制度に疑問を感じる。
保険点数から一定点数を控除する取扱いの廃止	急性期医療を終えた患者を地域のクリニックに逆紹介を行なった後、患者の希望により大病院を再診することは患者の選択によるものであるが、病院の収入である診療報酬から控除する理由が不明である。控除を廃止し、全額患者負担とする様再検討を求める。

○180日を超える入院

提案・意見内容	理由
選定療養費を徴収できる入院期間を120日～150日等に前倒し	大多数の疾患で、入院加療を必要とする疾患の治療期間は90日～120日程度になり、それ以降で入院を継続しているものは、患者側の事情で入院を継続している場合が多い。

○制限回数を超える医療行為

提案・意見内容	理由
一般不妊治療患者に係る各種検査	一般不妊治療患者に対する各種検査について、医師の判断で、算定可能にする。もし無理なら制限回数以上の場合は選定療養とすべき。
骨塩定量検査	数が多くはないが、患者の希望があるため。
糖鎖抗原 (SLX、Dupan2、CA125、CA15 3 等)	無駄な医療費の削減に貢献するものとする。
「制限回数を超える医療行為および保険適用範囲外の検査」として対象範囲を拡大すること	回数や病名、年齢制限等がある検査を、患者の希望で制限を超えて実施した際、保険と併用して実施可能にするためには、選定療養にする必要があるため。

○歯科の金合金等

提案・意見内容	理由

(注) 提案があった意見を便宜的にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

廃止	前歯部に対する金合金又は白金加金の補綴は、現在ほとんど行われていないため。
----	---------------------------------------

○金属床総義歯

提案・意見内容	理由
適応の拡大	金属床による総義歯の提供は、無歯顎の患者に対するものに限られているが、高齢者等で様々な全身の状態、基礎疾患の有無を考慮して抜歯できない場合もあるため、条件付きで残根上の金属床義歯も提供できるように検討していただきたい。
対象を総義歯だけでなく、部分床義歯にも適用させる	現在、部分床義歯は選定療養の適用外である。癌などで顎補綴が必要となった場合、現在の制度では保険で顎補綴を行う場合、レジン床で実施することとなる。比較的若くして顎切除が必要となった場合、顎補綴の装着感をよくするために金属床を利用し制作した場合は、顎補綴の管理も保険ではできなくなるが、選定療養に部分床にも拡大されれば、この問題はかなり解消できる。さらに、顎補綴のような特殊なケース以外の患者においてもメリットは大きいものと推察できる。
残根上の義歯や磁性アタッチメント、インプラント上義歯を加える	残根や磁性アタッチメント、インプラントは総義歯の安定に有用であるがレジン床では強度が不足し破折しやすい欠点があるため。

○小児う蝕の指導管理

提案・意見内容	理由
廃止	患者にう蝕多発傾向者の厳密なルールの把握は難しく、場合によっては不公平感を感じ、トラブル発生につながる可能性があるため。
現行の取扱いの明確化（一部廃止、一部存続）	小窩裂溝填塞処置を受ける場合においては、保険診療、C選療どちらにおいてもう蝕多発傾向の有無に関わらず原則保険診療で、また治療時間や手技においても保険、自費と大差はなく、この項目は外してもよいのではないかと。う蝕多発傾向の基準が設けられていることから、F局においては保険診療、C選療それぞれにおけるC管理の区分けは必要。

(注) 提案があった意見を便宜的にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

3. 療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについての意見

提案・意見内容	理由
患者へのグルコースモニタシステムを販売	通知等に規定した留意点等を遵守する限りにおいて、保険医療機関におけるグルコースモニタシステムの販売についても可能であるとする自治体及び地方厚生局がある一方で、明確な回答が得られない場合等もあるため。

4. その他 なし

(注) 提案があった意見を便宜的にとりまとめたものであり、今後、精査する中で変更がありうる。

寄せられたご提案・ご意見

(募集期間：令和5年3月29日(水)～令和5年5月29日(月))

1. 選定療養として新規導入すべき事例に関する提案

(現行の11類型以外で新たに選定療養に導入すべき事例の提案)

<医科>

1 個人 年齢：40～64歳 職業：会社員(医療関係の企業)

【具体的内容】

偽関節、遷延癒合における濃縮骨髄液を用いた治療

【理由】

本邦での濃縮骨髄液の使用は「再生医療等安全確保法」の対象であり、保険診療である手術などとの組み合わせは混合診療となるなどの問題点があるため、実践されていない。幹細胞を用いた治療において細胞増殖培養を行う幹細胞治療では、二次的な治療を要するという問題点も考えられるが、血液成分分離キット BioCUE はポイントオブケアとして少量の骨髄液から自己濃縮骨髄液(αBMA)を安全かつ迅速に調製するために使用するように設計されている。欧米や諸外国ではαBMAは、骨欠損、外科的に作成された骨欠損、骨折、および移植片材料との混合の有無にかかわらず偽関節を含む骨損傷に適用されている。患者自身の腸骨骨髄液を濃縮し用いた骨再生医療を偽関節、遷延癒合治療時に使用することの選定療養費を別途選定出来る仕組みが必要。

2 個人 年齢：40～64歳 職業：会社員(医療関係の企業)

【具体的内容】

白内障に対するフェムトセカンドレーザーを用いた水晶体再建術

【理由】

白内障に対する水晶体再建術時にフェムトセカンドレーザーを用いることで、従来と比較して精度の高い手術を実施することができ、眼内レンズの機能を最大限に発揮する可能性が高くなる。ライフスタイルに応じた最適な手術方法の選択肢として、フェムトセカンドレーザーを用いた水晶体再建術を選定療養に導入すべきと考える。

3 個人 年齢：65～74歳 職業：医師

【具体的内容】

自己都合による精子凍結

【理由】

生殖補助医療における採卵日は、もっとも成熟卵子が多く採取できる日で、あらかじめ採卵日は特定できず、個人個人の卵胞発育は異なっている。最終採卵決定時期は採卵2日前とな

る。採卵日に夫が出張であったり、夜勤等をしていると採卵日に精子採取はできないため、あらかじめ精子凍結して採卵日に備える必要がある。この場合治療は凍結精子を融解し、顕微授精を行う。さらに精子凍結は手間（精液調整）がかかり、凍結保護剤の使用も必要で、凍結チューブや凍結タンクも必要となる。液体窒素タンクはフタを開けるたびに液体窒素ガスが蒸散し、常に液体窒素を補充しないとイケない。このように手間も費用もかかるが、精子凍結は現在全て医療施設からの持ち出しであり、医療経営を圧迫している。

4 個人 年齢：65～74 歳 職業：医師

【具体的内容】

生殖補助医療を行う患者の感染症検査

女性：HTLV-1 抗体および HIV 抗原・抗体

男性：HBs 抗原、HCV 抗体、HTLV-1 抗体、HIV 抗原・抗体、梅毒（RPR、TP 抗体）

【理由】

生殖補助医療は現在、卵巣過剰刺激症候群の予防、着床率の改善を図るため全胚凍結が多く、わが国の生殖補助医療で出生した児の 92%が凍結胚を用いて移植したものである。採卵日をあらかじめ予測することは困難であり、夫は採卵日に出張もしくは夜勤などで採卵当日に精子を提出できない場合も多く、あらかじめ精子凍結し、採卵日に凍結精子を解凍して顕微授精を実施することも多い。精子凍結、卵子凍結、胚凍結の保存は容量の大きい液体窒素タンクに入れ、複数の検体を一括して液体窒素中で保管する。しかし、HIV や肝炎ウイルスなどウイルスは液体窒素中も生存しており、感染者の検体と非感染者の検体を同じタンク内で保存することは非感染者の検体が汚染される危険があるため、従来感染者と非感染者の検体はタンクを分けて保管することが推奨されてきた。生殖補助医療を実施する際、感染の有無を判断するため男女の感染症検査は必須である。

5 個人 年齢：65～74 歳 職業：医師

【具体的内容】

生殖補助医療における凍結精子、卵子、胚の保存管理

【理由】

生殖補助医療においては治療スケジュールの調整、2 回目以降の胚移植のため、2 子目の治療のために配偶子を凍結保存するが、治療期間中以外にも凍結保存を継続する場合がある。現在、一部は保険適用とされているが本来、直接的な診療行為とは言えず、病名管理との整合性も取れないため選定療養として導入されるべきと考えます。

6 個人 年齢：40～64 歳 職業：医師

【具体的内容】

回数や年齢等の要件を満たさずに実施した K884-3 胚移植術について選定療養とする。

【理由】

要件を満たさずに K884-3 胚移植術を実施した場合の取扱いを明確にして頂きたい。
少子化対策に寄与する可能性もあると思料する。

7 個人 年齢：40～64 歳 職業：その他

【具体的内容】

シスタチン C は、保険診療では、3 か月に 1 回しかできない。しかし、希望する患者(1 型糖尿病患者)は、通常の保険では認められない診療時(3 か月ごとの間、希望する患者(尿検査で蛋白あるいは潜血反応に異常が認められた場合以外でも本人が希望する場合))に、シスタチン C を自由診療(1 点単価 10 円)で検査できるようにしてほしい。

【理由】

一型糖尿病患者は、血糖を制御することができません。高血糖にさらされて、腎臓は常にひっ迫した状況にあります。腎臓が悪くなると、元に戻りません。腎臓が悪くなるのは、ある日突然・急に、指数関数的に悪くなるので、早い段階での腎臓の異常を知るために、シスタチン C を 3 か月に一回以上、検査ができるようになることを希望します。

8 個人 年齢：40～64 歳 職業：その他

【具体的内容】

がんの診断を受けた患者が、常に自らに最も適した治療法を選択できるように、がんゲノムプロファイリング検査の受検方法を多様化させることが望ましい。例えば、現行では保険適用対象外となっている以下のケースを選定療養として導入すべきと考える。

1. 標準治療終了前
2. 複数回検査
3. エキスパートパネルのみの再受検

【理由】

1. 標準治療終了前
標準治療終了前からがんゲノムプロファイリング検査を受検できるようにすべきである。現行のがんゲノムプロファイリング検査の保険適用対象は、「標準治療が存在しない希少がんあるいは原発不明がんの患者、または標準治療を終了した(もしくは終了が見込まれる)固形がんの患者」に限られている。その結果、年間の検査実施数は 1-2 万件(年間約 100 万人の悪性新生物新規罹患数に対し 1-2%)にとどまっている。標準治療を実施し、がんゲノムプロファイリング検査の保険適用対象となった時にはすでに病状が悪化し、検査が受けられない、あるいは、検査で見つかった治療にたどり着かない患者も多い。

「標準治療終了後」の制限は、2017 年に発出された 3 学会ガイドライン(次世代シーケンサー等を用いた遺伝子パネル検査に基づくがん診療ガイドランス)を参考にしたともされるが、同ガイドラインはその後改訂され、現在では「検査を行う時期を限定せず、その後の治

療計画を考慮して最適なタイミングを検討することを推奨」されている。

京都大学で実施された先進医療B「FIRST-Dx trial」の結果によると、一次治療（標準治療）開始前のがんゲノムプロファイリング検査によるエキスパートパネルの推奨治療の割合が、標準治療終了後と比較して、約3倍と高く、有効性が示されている。

つまり、標準治療終了前のがんゲノムプロファイリング検査を選定療養に導入することで、がん患者が有効な治療法を選択できる可能性が高くなる。

2. 複数回検査

- ・現行のがんゲノムプロファイリング検査の保険適用対象は、「患者1人につき1回」に限られているが、これを複数回受検できるようにすべきである。

- ・同じ患者であっても、遺伝子バリエーションは診断、治療、増悪・再発といった時間軸の中でも変化していくことが分かっており、その変化に従って最適な治療法も変わる。

- ・実際に、遺伝子バリエーション情報をもとにした薬剤開発や薬剤の最適な投与集団への投与の流れは「個別化医療」といわれ、分子標的薬だけでなく、免疫チェックポイント阻害薬をはじめとする免疫療法、放射線治療にまで応用可能であり、常に新しい治療法が開発されている。

- ・しかしながら、がんゲノムプロファイリング検査を1度利用したことのある患者は、遺伝子バリエーションが変化したり、新しい治療法が開発されていたとしても、保険適用下でがんゲノムプロファイリング検査を再度利用することができない。

- 以上より、複数回のがんゲノムプロファイリング検査を選定療養に導入することで、がん患者が最適な治療法を選択できる道が開かれる。

3. エクスパートパネルのみの再受検

- ・一度受検したががんゲノムプロファイリング検査について、エキスパートパネルのみを再受検できるようにすべきである。

- ・現行の保険上の取り扱いにおいて、がんゲノムプロファイリング検査は、がんゲノムプロファイルの取得とエキスパートパネルによる検討がセットで実施されなければならない。

- ・「2. 複数回検査」で述べたような新しい治療法が開発されれば、同じゲノムプロファイルを基に判断しても、患者にとって適切な治療法が新たに見つかる可能性がある。しかし検査の実施のみならず、そのエキスパートパネルにおける検討も一度に限られている現行の保険上の取り扱いでは、過去に検査を受検したがん患者に対して、事後に開発された治療法が紹介される途は、事実上、非常に限られている。特に、治療選択肢がなかった患者にとって、半年や1年後に治療選択肢が出てきた際の受け皿があることが望ましい。

- ・以上から、臨床試験や承認薬がアップデートされた際に、過去のがんゲノムプロファイリング検査結果の情報を利用してエキスパートパネルのみを再受検することを選定療養へ導入すべきと考える。

- ・これにより既受検のがん患者でも最新の治療法を選択できるようになるとともに、がんゲ

ノムプロファイリング検査の取得のプロセスを省略することで速やかな治療方針決定にもつながる。

9 個人 年齢：40～64歳 職業：その他

【具体的内容】

リハビリの対象外となってしまった患者へのリハビリテーション

【理由】

リハビリテーションについて、算定単位の上限を超えて希望される患者や、算定期限を超えてしまった患者、リハビリテーションが包括となる患者等に対し、本人家族の希望によって、選定療養でリハビリテーションを提供できるようにしてはどうか。

10 個人 年齢：40～64歳 職業：その他

【具体的内容】

保険医療機関外での1日4単位目以降のリハビリテーションの実施について

【理由】

現行では、医療機関外でのリハビリテーションは3単位まで認められているところですが、在宅復帰や社会復帰を想定し、医療機関外でのリハビリテーションを充実させ、患者の希望によって4単位目以降も、社会に近い環境でのリハビリテーションが実施した場合、選定療養としてはどうか。

11 個人 年齢：40～64歳 職業：その他

【具体的内容】

算定回数を超えての栄養指導

【理由】

入院中2回、外来は月に1回の診療報酬の算定が出来るがあるが、患者が栄養指導をさらに希望した場合、選定療養として対応することができるようにしてはどうか。

12 個人 年齢：40～64歳 職業：その他

【具体的内容】

微量アルブミン尿検査は、保険診療では、3か月に1回しかできない。しかし、希望する患者(1型糖尿病患者)は、通常の保険では認められない診療時(3か月ごとの間、希望する患者(尿検査で蛋白に異常が認められた場合以外でも本人が希望する場合)に、微量アルブミン尿検査を自由診療(1点単価10円)で検査できるようにしてほしい。

【理由】

1型糖尿病患者は、血糖を制御することができません。高血糖にさらされて、腎臓は常にひっ迫した状況にあります。腎臓が悪くなると、元に戻りません。腎臓が悪くなるのは、ある日突然・急に、指数関数的に悪くなるので、早い段階での腎臓の異常を知るために、患者が

希望する場合、微量アルブミン尿検査を3か月に一回以上、保険適用外でよいので、検査ができるようになることを希望します。発見できた場合は、腎臓の負担をとる「RAS系阻害薬」、「SGLT2阻害薬」などを使用し腎保護を早期にはかることができる。

13 学会

【具体的内容】

「耳鳴の治療を目的とした補聴器及びサウンドジェネレーター」

【理由】

耳鳴の治療は医療経済効果が極めて高いことが報告されており、この治療を推奨することで、結果的に医療費削減につながると考える。

耳鳴診療ガイドライン2019で、音響療法は最も治療効果が高いことが示されており（エビデンスレベルも高い）、本治療を推奨している。音響療法は外部音を耳鳴りよりも小さい音量できいていただき、そちらの音に注意を向けることで、耳鳴りに注意を向けずに気にしなくすることで改善すると考えられている。

耳鳴に対して音響療法を行う際にサウンドジェネレータや補聴器を用いる。

なお、サウンドジェネレータは難聴の程度が軽度な方に、それ以上の方には補聴器を用いて音を聴かせる。サウンドジェネレータ単独では10万円未満が多い。外観は補聴器であり、耳掛け型が多い。

補聴器の価格はもっと高いが、補聴器工業会の調査では平均（片耳）15万円である。機種によってはサウンドジェネレータと補聴器のコンビの製品もあり、状況によってどちらも使用したい患者はそちらを購入する。

14 学会

【具体的内容】

NSAIDs処方時のサイトテック（NSAIDsによる潰瘍発生の予防効果が認められている）を選定療養費の対象とする。

【理由】

無駄な医療費の削減に貢献するものと考えます。

15 団体

【具体的内容】

ヘリコバクターピロリ感染症検査を実施する場合について

【理由】

現在、内視鏡検査又は造影検査にて胃潰瘍又は十二指腸潰瘍と診断された患者や、内視鏡検査にて胃炎と診断された患者等が感染診断の対象患者となっているが、内視鏡検査や造影検査の実施なしで行われた場合ヘリコバクターピロリ感染症の検査が対象外となっているため。

16 学会

【具体的内容】

一般不妊治療および生殖補助医療において、患者都合で精子凍結・融解を実施した際の料金の徴収

【理由】

一般不妊治療における人工授精や、生殖補助医療における採卵の実施において、夫やパートナーの精子は必要不可欠ですが、その実施のタイミングの予測は難しい場合も少なくありません。そのため夫・パートナーが出張、仕事などのため、どうしても時間都合が合わない場合があります。そのような患者都合のケースにおいて、事前に精子凍結を行っておくことは、不妊治療実施の機会を損失しないためにも有用と思われる。しかし、現状は保険診療において、精子凍結・融解に関するコストを徴収することは混合診療となり不可能です。そのため、やむを得ず、治療周期を延期するなどの対応が現実的に行われております。医学的な理由に基づかない精子凍結は、将来的な保険導入には見合わないと思われませんが、患者都合の精子凍結・融解を、選定療養とすることで、治療機会損失が避けられ、患者の利益および少子化対策にもつながると考えられます。また医療施設においても、精子凍結・融解に関する必要なコストを徴収することで、持続的に適切な医療体制を提供することができると思われま

17 団体

【具体的内容】

低濃度アトロピン点眼薬による近視進行抑制のための診療に際して、眼科検査代と診察代を保険診療、低濃度アトロピン点眼薬の薬剤費を自費とする選定療養を認めていただけますよう要望いたします。

【理由】

近年、屋外で活動する時間が減り、近くでの作業の増加、デジタルデバイス（スマホ・タブレットなど）、携帯型ゲーム機の普及により近視の有病率が世界的にも増加傾向にあります。近視は主に子供の成長期に目の長さ（眼軸長）が伸びることで生じます。一度伸びてしまった眼軸長はもとに戻りません。

いくつかの研究により低濃度アトロピンには眼軸の伸展を抑制する効果があることがわかり、近視の進行抑制に使用されるようになりました。現在日本では海外からマイオピン®という低濃度アトロピン点眼薬を眼科医が輸入して自由診療で行われているため診察代を含めると両目で年間6~7万円の費用が必要です。

一方、参天製薬株式会社が低濃度アトロピン点眼薬による近視進行抑制の国内臨床治験を現在進めています。当該薬が医薬品として認められればマイオピン®より安価に購入できるようになります。国はこども家庭庁の創設及びこども基本法の施行をはじめ、こども政策を総合的に推進する意向と思われま

る選定療養を認めていただけることを要望いたします。

18 団体

【具体的内容】

抗ウイルス薬等の予防投与

【理由】

インフルエンザの抗ウイルス薬であるタミフルやリレンザのように予防を適応に持つ医薬品の投与については、選定療養とすることを要望する。また、今後、新型コロナウイルス感染症に限らず、新興感染症の予防にも適応を持つ医薬品が出てきた場合も同様とすることを要望する。

19 団体

【具体的内容】

在宅医療における医療材料の支給

【理由】

在宅医療の推進のため患者側の多様なニーズへの対応には、在宅医療の算定要件変更では対応困難であるため、選定療養とすることを要望する。

20 個人 年齢：40～64歳 職業：その他

【具体的内容】

摂食障害入院管理加算（60日以上）

【理由】

60日以上経過後について、患者家族の希望があり、食事介助や管理によって改善が見込まれる場合、選定療養としてはどうか。

<歯科>

1 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

金属未使用の義歯（ノンクラスプ義歯）

【理由】

金属アレルギーの患者に対して多数歯欠損補綴が必要な際に現時点での保険診療では現状選択肢が無い為。

2 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

歯科領域における抜歯窩への人工骨や吸収性コラーゲン等の填入について

【理由】

現在、歯を喪失した場合、インプラントを選択される患者が少なくない。抜歯時には決めかねたり、一度補綴後様々な理由でやはりインプラントを選択される患者も少なからず存在する。そのため抜歯時に、人工骨や吸収性のコラーゲンやメンブレン等により顎堤の骨吸収を最小限に抑えたり、骨増生を図ったりすることができれば患者にとっても侵襲や負担が最小限に抑えられるメリットがある。その場合現状では抜歯から保険外診療とせざるを得ない。よって上記事由を選定療養として新規導入すべきではないかと考える。これらを定量的に検査することによりう蝕のリスク判定をします。

3 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

ホッツ床のスキヤナー（光学）印象

【理由】

現在の保険制度では歯科のスキヤナー印象は保険適応外となっているが、口蓋裂患者のホッツ床を作製する際にアルジネート印象材にて印象採得すると印象材が口蓋裂の部分に入ってしまう、万が一印象材が切れてしまい除去困難となった際には、命に関わる可能性も否定できない。スキヤナー印象であればそのような心配もなく患者さん負担も少ないと思われる。

4 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

埋伏歯の開窓牽引の手術

【理由】

現在の保険制度では、埋伏歯の開窓手術に関しては保険適応となっているが、埋伏歯にブラケットを装着し牽引の準備をすると保険適応外となる。患者さんの負担が大きくなるので、ブラケット装着まで保険適応の範囲を広げてほしい。

5 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

歯科治療に使うジルコニアの冠を新規導入することを提案します。

【理由】

保険適用のCAD/CAM冠より安価で割れたり外れたりしにくいこと。歯にかなり近い色調を再現できる。現在第2大臼歯はCAD/CAM冠の保険適応外だが、ジルコニアなら強度が高いため破損の心配が少ない。1本欠損のBrの場合も素材として適している。国全体の金属アレルギーの減少に寄与できる。光学印象と組み合わせることにより歯科界のデジタル化が大きく進み、歯科技工士の人員確保問題にも対処できる。技術の進化により類型2の金合金冠に代わる技術である。（金合金等は廃止してよい）

6 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

歯周再生療法に使用できる歯周組織再生剤及び骨補填剤の拡充

【理由】

現在保険診療において使用できる歯周組織再生剤は「リグロス」に限られています。様々な材料が開発され使用されていますが、保険適用外となり保険診療の流れで歯周治療を進めている患者には「混合診療」に該当するため使用できません。すべての材料を保険適用にすることがかなわないと考えるならば、歯周再生療法に用いる材料を選定療法として拡充して頂きたいと考えます。

7 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

小児期における矯正治療

【理由】

歯列並びに口腔機能が適切に発育するのを助けることにより、発達不全がもたらす疾患の軽減が見込めるだけでなく、成人期におけるう蝕、歯周病等のリスクを減らすことにも寄与すると考えられるため。

8 個人 年齢：20～39歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

金属床部分床義歯

【理由】

9歯以上の多数歯欠損症例においても総義歯と同様にアクリリックレジンの厚みによる違和感や嘔吐反射、味覚の感じにくさなどにより金属床による義歯を必要とされる患者さんがいらっしゃいます。そのため、金属床総義歯と同じように選定療養に導入すべきと考えます。

9 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

歯科口腔内デジタル印象

【理由】

印象材料、石膏などの材料費の高騰や、急な材料の入手困難など、また、模型保管スペース削減、患者さん苦痛軽減、技工所との情報共有等など恩恵が多い為。

10 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

18歳未満におけるマウスピース・拡大床による矯正治療

【理由】

口腔機能発達不全症に対し、小児口腔機能管理料を導入していただき、口腔機能の継続的な管理が可能となり、小児に対する管理・指導の機会が増加しその改善に向けた取り組みが認められたことは大変ありがたいと感じています。

一方で、口腔機能の評価により装置を使用した場合における効果のほうが、より恩恵を享受できるであろう患者も存在すると考えられるため。

11 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

暫間被覆冠の作製

【理由】

テンポラリークラウンやリテーナーについて、1歯につき1回や1装置につき1回等の制限があるが、実際の臨床では根管治療開始から装着までに複数回再作製を余儀なくされる症例が多々あるため、保険診療適用の暫間被覆冠との併用ができるように新たに組み込んでいただきたい。

12 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

前歯のメタルボンドクラウン

【理由】

国民のデンタルIQはどんどん高まってきており、前歯に変色のない補綴物を、出来るだけ安価な金額で入れてほしいというニーズが多くある為、新規導入すべきと考えます。

13 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

スポーツマウスガード（成長期における）の導入

【理由】

コンタクトスポーツ時のマウスガードはかなり普及しているが、成長期におけるスポーツや自転車通学時等の普及は進んでいない。転倒時の歯牙破折、脱臼等の予防効果が高く有用と考えられる。また、簡易的なマウスガードも市販されているが、成長期（混合歯列期）には、顎の育成が阻害されることにもなり、歯科医による型取りを行ったマウスガードの新規導入を検討していただきたい。

14 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

金属アレルギー患者に対する、金属不使用の部分床義歯（いわゆるノンクラスプデンチャー）。

【理由】

金属アレルギー患者も、健常者と同等の医療を受ける権利があるため。

15 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

インプラント

【理由】

インプラントは高度な技術、知識等を要するが、学生のうちから教育されるようになり、既に一般的な治療となった。我が国の歯周病のガイドラインにおいてもインプラントも含めた歯周治療が明記されている。学術的根拠に基づく治療が保険制度に組み込まれないのは国民にとって不利益なものとなる。またすでに装着されたインプラントについても口腔を一単位として管理する上で、インプラントを選定療養に組み入れることは大変有意義なことである。

16 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

金属床の部分床義歯

【理由】

金属床の部分床義歯は設計の自由度が大きく技工上の精度が高い。違和感が少なく鉤歯に負担の少ない義歯を作製することによって患者の咀嚼機能が向上し健康寿命の延伸に寄与することができる。

17 学会

【具体的内容】

要介護の患者に対する給付外インプラント義歯の一部除去及びその後の義歯管理

【理由】

給付外インプラント義歯については、当初の急速な高齢化を想定することが困難な状況で、給付外での取扱いが、一般の歯科診療所では、広く行われてきたのが実状となっているが、高齢になり要介護となった施設入所者の場合、他院でのインプラント義歯の除去は保険での対応がされているが、それ以外の場合、例えばインプラント周囲炎等で一部撤去を行う場合、必ずしも十分なケアが行き届かないのが実状となっている。また、要介護で同一の自費診療での金銭的対応が難しいケースが多いと思料される。

このため、要介護となった高齢者に限り、インプラント義歯に伴うインプラント周囲炎の治療と一部除去に要するした後、残存歯がある場合の歯科医学的管理について医療安全上並びに保険システム上からの配慮により、保険外併用療養の対象に追加して、保険給付を行う必要がある。

18 学会

【具体的内容】

義歯の鉤歯や孤立歯・多数歯欠損のブリッジに対するジルコニアクラウンの適用

【理由】

ジルコニアはコンポジットレジンに比べて強度と耐摩耗性が優れているため、コンポジットレジン材料では現状適応が難しい義歯の鉤歯や孤立歯・ロングスパンブリッジの歯冠修復への応用が期待される。

19 団体

【具体的内容】

患者の都合による入院の継続。退院許可が出ても、家族の都合や家屋の改修、介護認定待ち等、患者側の理由で入院が延びてしまう場合がある。

【理由】

医療提供の都合ではなく平均在院日数が延長され、DPC 期間切れ等が生じてしまうため、その際の追加で請求できる新たな選定療養費の項目を要望する。

<その他>

1 個人 年齢：40～64 歳 職業：医師

【具体的内容】

CureApp HT 高血圧治療補助アプリを本態性高血圧症の治療補助を目的に処方されている患者が、初回の使用日から属する月から起算して7か月目以降も使用を継続することを希望した場合

【理由】

CureApp HT 高血圧治療補助アプリ（以降、本品という）は、成人の本態性高血圧症の治療補助を使用目的とした疾患治療用プログラムとして本邦の薬事承認を受けており、その際に使用期間に関する特段の条件は設けられていない。

一方で本品の保険適用に関しては「初回の使用日の属する月から起算して6か月を限度として、初回を含めて月1回に限り算定する」とされており、7か月目以降も本品の使用を継続した場合にその費用を手当てする手段がない。本品は、保険診療である本態性高血圧症に対して医師により行われる標準治療（保険診療）とともに使用されるプログラム医療機器であることから、選定療養の枠組みで使用可能とすべきであると考えます。

なお、今後本品を7か月以上使用した場合の有効性・安全性に関する新たなエビデンスが得られた場合の、将来的な保険適用を妨げない前提で選定療養を適用することを希望する。

2 個人 年齢：65～74 歳 職業：その他

【具体的内容】

- ① 医療保険の適用範囲が、薬機法の承認範囲よりも狭いもの
- ② 高額な医療機器で、既存技術と比べエビデンスは同等程度であり、患者の選択に適するもの
- ③ 評価療養において医学的エビデンスが十分ではないとされ、保険適用を認められなかった

た医療技術の受け皿とするもの

- ④ 医学的エビデンスを再検討し、保険適用から除外すべき医療技術の受け皿とするもの
- ⑤ 保険医療の必要性が乏しいもの
- ⑥ 臨床の現場に早く投入し、データを収集すべきもの（プログラム医療機器）

【理由】

医療技術は不断に進歩しているため、新しい医療技術はなるべく早く保険導入して患者に届ける必要がある。また、審美的な医療技術やアメニティ的な療養環境等は、保険適用にはなじまないが、基本的部分も含めて完全自由診療にするのではなく、基礎部分は保険適用しながら患者の選択に任すべきである。一方で、国民皆保険の護持のためには、実験的、審美的なものを含むすべての医療技術や療養環境を保険適用すべきでもない。両者の要請に応えるべく、保険外併用療養制度を設け、例外的に混合診療を許容していることは高く評価される。加えて、医療安全の見地からは、混合診療を原則解禁にするのではなく、またなし崩し的に保険の給付範囲を狭めるのでもなく、保険外併用療養費制度として、限定列举しつつ認める現行制度の大きな枠組みは今後も維持すべきであろう。

歴史的にみると、保険外併用療養の選定療養は、時々さまざまな政策ニーズに応えることができる柔軟な制度として順次拡大してきた。現在の11類型をつぶさに観察すれば、各類型の中で新たに列举されるべきものの他、類型自体も拡大できる余地がある。なお、現在の11の類型は、個別の技術が狭く限定されているものの他、複数の個別技術を含む類型もあり、抽象度が統一されていないため、この意味でも再考する余地がある。

3 個人 年齢：40～64歳 職業：その他

【具体的内容】

インシュリンポンプの付属品の予備購入

【理由】

保険診療においては、センサーは1か月最大5個、トランスミッタはインシュリンポンプにつき1個しか配布されず、予備分を患者が希望する個数自由診療で、購入できるよう選定療養にすべき。

4 個人 年齢：40～64歳 職業：その他

【具体的内容】

保険診療で対象とならない患者に対するグルコースモニタシステムの支給

【理由】

我が国の保険医療制度は「必要かつ適切な医療は基本的に保険診療により確保する」という理念の下に運用されているため、グルコースモニタシステムを用いた血糖測定について、保険診療下で使用できる患者と薬事承認上対象となる患者との間にはギャップがある（保険診療下では、薬事承認上認められているよりも狭い範囲の患者を療養の給付の対象としている。）。他方で、このように療養の給付の対象外となっている患者であっても、グルコースモ

ニタシステムを用いて療養の向上を図りたいという患者は一定数存在する。糖尿病管理においては、患者自身が、食事をはじめとした生活習慣を見直すことが極めて重要であり、こうした患者の要望・選択を踏まえて、患者の治療意欲を高めることは重要な意味を持つ。既に「医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療であって別に厚生労働大臣が定めるもの」において、患者の要望に従い、患者の自己の選択に係るものとして、患者の治療に対する意欲を高める必要がある場合には、選定療養として算定回数を超えたりハビリテーションの実施等が認められていることに鑑みて、治療に対する意欲を高める必要がある場合等には、選定療養としてグルコースモニタシステムを支給することを認められたい。

5 個人 年齢：20～39歳 職業：その他医療従事者

【具体的内容】

オンライン資格確認導入済医療機関で、マイナンバーカードを使用しない場合の料金

【理由】

マイナンバーカードを用いることで、事務作業の軽減や、問診の効率化が図られるなど医療機関に一定のメリットがあるが、導入費やランニングコストは補助金でまかなえないほど高額であり、今後も必要経費としてかかるものである。

保険診療の中で、加算として評価していただいているが保険証とマイナンバーカード利用の差は軽微でマイナンバーカードへの誘導の効果として乏しく利用率・認知度がきわめて低く医療機関として導入のメリットよりもデメリットの方が多く感じる。

マイナンバーカードを持たないこと・医療機関で使用しないことは患者の選択によるものであり、保険外併用療養費として一定額の徴収を可能とするよう検討いただきたい。

6 個人 年齢：20～39歳 職業：その他医療従事者

【具体的内容】

特別メニューの食事を選択した場合の費用

【理由】

現在、入院時食事療養費として1食あたり17円を標準として徴収することが認められているが、17円という金額設定があまりにも安く、別食材を用意するコストが食料品の高騰により難しい。患者の嗜好による食材選択等により発生する費用となるので、選定療養費として別に設定することで医療機関独自に金額設定を認めていただきたい。

7 個人 年齢：20～39歳 職業：その他医療従事者

【具体的内容】

- ① 家族の希望によって胃瘻等を継続される場合については、胃ろう・腸ろう・経鼻経管栄養等にかかる管理・維持は選定療養としてはどうか。
- ② 通常診療とオンライン診療を併用している医療機関のオンライン診療の初診・再診
- ③ (緊急性を加味した) 救急車受け入れに対する対価

- ④ 栄養指導および入院における特別食の適応疾患をお持ちでない方への対応
- ⑤ 特別室における外来診療
- ⑥ 保険点数に消費税と同じ%の料金徴収
- ⑦ 入院中の食事の選択

【理由】

- ① 倫理的問題もありますが、社会保障費の抑制につながる可能性がある。
- ② 患者の都合によりオンライン診療を希望する場合の選定療養費。通常診療とオンライン診療を並行して行っている医療機関は、人員の配置（人件費）が必要であり、外来患者の待ち時間にも影響することが考えられる。医療機関の負担と外来混雑の緩和の一助となる可能性がある。
- ③ 救急車は医療の必要性・緊急性が高い患者が利用すべきである。診療の結果で入院が必要な患者または、一定の医学的管理が必要な患者以外からは費用を徴収すべき。
※救急車の利用そのものを有料にすると、本当に必要な人もためらう者が増える可能性があるため、診療の結果医師の判断により費用を徴収する
- ④ 増大する社会保障費の抑制のために疾患の予防は必須である。専門知識をもった管理栄養士による早期指導・早期管理を行うために適応疾患がない患者についても選定療養として設定すべき
- ⑤ 完全個室の特別な環境で行う外来診療に対する室料差額
- ⑥ 医療原価には消費税が発生するが、患者から費用を徴収する際には非課税となる仕組み自体がおかしいと考えている。消費税は最終的なサービスの享受者が支払うものであり、その中間にある医療機関が負担することはおかしい。診療報酬で調整されることもあるが、マイナス改定が続く中医療機関の税負担は圧迫されていく一方である。選定療養とは趣旨が違うとは思うが必要。
- ⑦ 産科のお祝い膳のような、特別な食事を患者が選んだ場合の選定療養

8 個人 年齢：40～64歳 職業：その他

【具体的内容】

- ① 内視鏡検査室の個室及び治療後の個室リカバリー室 利用料（希望者のみ）
- ② 透析センター内の個室 利用料（希望者のみ）
- ③ 化学療法室の個室 利用料（希望者のみ）

【理由】

- ①～③何れも希望者による申請及び承諾を前提とする。
プライバシーの保護を求める方、検査・治療中や検査・治療後においてより良い療養環境を求める方のニーズ（アメニティや家族の付き添い等）に応えることが可能となる為。

9 個人 年齢：20～39歳 職業：その他

【具体的内容】

- ① オンライン面会（希望者のみ）
- ② Wi-fi 環境による電気代徴収（希望者のみ ID・PW を付与）

【理由】

- ①院内の感染防止対策含め、遠方で来院できないご家族に対してのニーズがある為。
- ②スマートフォンやタブレットの急速な普及、利用増加にあたり、室内での利用が高い為。

10 個人 年齢：40～64 歳 職業：その他医療従事者

【具体的内容】

- ① 自院緊急車両（救急車）による患者搬送料。
- ② 感染隔離の為に使用している個室料金、またコホート隔離している病室に対する室料。
- ③ 感染蔓延期におけるオンライン面会に使用するタブレット等機材のメンテナンス費、通信費、またそれに関わる人件費。
- ④ 特殊疾患病棟におけるリハビリテーション料（重度肢体不自由、脊髄損傷、意識障害者等の重度障害、筋ジストロフィー、神経難病の患者に対するリハビリ）。
- ⑤ 高齢者の多い地域における受付などの患者対応に対する人件費。
- ⑥ 臨床心理士のカウンセリングの実施料など。

【理由】

- ① 寝たきりの患者の転院など自院の緊急車両（救急車）などを使用することがある。
転院については原則救急車を要請することはできない。ガソリン代や人件費が高騰している為、搬送に係る諸費用として選定療養新規導入を検討していただきたい。
- ② 感染している患者の隔離目的に個室を使用する場合、個室料を徴収することができない。
また多床部屋で感染者が出た場合、コホート隔離の部屋として使用することとなる為、別の室料として選定療養新規導入を検討していただきたい。
- ③ コロナが 5 類となった後もインフルエンザなど感染拡大期には再びオンライン面会の対応となることが考えられる。療養病棟における面会の需要は高い。オンライン面会に使用するタブレット等の買い替えやメンテナンス費、Wi-Fi 等の通信費、またこれに関わる人件費など面会諸費用として選定療養新規導入を検討していただきたい。
- ④ ADL 動作能力向上、褥瘡予防や発生した褥瘡の治癒、拘縮予防のためのポジショニング、シーティング、誤嚥性肺炎予防や栄養状態改善、自宅復帰支援などの効果を認める。以下に事例を示す。進行性疾患の患者に対し、リハビリテーション提供から身辺動作習得に繋がり、老人保健施設への退院支援に繋げた事例がある。主疾患の影響による廃用から褥瘡発生した患者に対し、リハビリテーションの視点からポジショニング指導、関節可動域制限の軽減をさせ、褥瘡治癒後に施設退院となった事例。主疾患の経過過程で誤嚥性肺炎を生じた患者に対し、言語聴覚士の嚥下評価・訓練を進め経口摂取を再開させ、栄養状態改善が図れた事例。患者家族が在宅退院に向けて判断に悩んでいた際に、リハビリテーション提供の中で介助動作指導を重ね自宅退院へとつなげた事例。リハビリテーション提供により、看護・介護のケアだけでは提供できない専門的な観点から、関節可動域確保・身体

機能の向上等が可能であり、加えて患者・家族へ動作指導により日常生活活動動作能力向上が可能であり貢献できると考える。患者からの要望もあり定療養新規導入を検討していただきたい。

- ⑤ 自動再来機、自動精算機、マイナンバーカード受付機など ICT を導入するほど、高齢者是对応できず、受付事務スタッフの労力が必要となる。またホームページなどで外来休診情報や外来担当医変更などを公開しても高齢者は病院ホームページを見ることができず、電話が毎日のように殺到する。これに対応する為には、より多くの事務スタッフが必要となる。医療圏やその医療機関の高齢者割合などから、高齢者に対応する事務スタッフの人員費として選定療養新規導入を検討していただきたい。
- ⑥ 精神科外来の診察前問診（インテーク）には1時間ほどかかるが診察料として算定される為、精神科医の負担軽減にもつながる行為であっても別に算定することができない。また療養病棟での入院患者に対するカウンセリングは需要が高いが特に算定できるものはない。介入することで治療とはならないが、精神的に落ち着かせる効果はあり、患者からの要望も強い為、定療養新規導入を検討していただきたい。

11 個人 年齢：40～64歳 職業：その他医療従事者

【具体的内容】

- ① 在宅自己注射を行っていない患者が自己血糖測定を希望した場合の費用
- ② 在宅自己注射を行っている患者への血糖自己測定器加算の回数を超えての血糖試験紙等の費用
- ③ 患者送迎費用

【理由】

- ① 在宅自己注射を行っていない患者が自己血糖測定を希望した場合は、保険適用外のため、院外の取り扱いがある薬局等で血糖測定器具等を購入する必要がある。患者としては、測定方法などの相談が出来る環境として治療を受けている医療機関での購入を希望しているため
- ② 在宅自己注射施行患者の自己血糖測定において、医師の指示回数を超えて血糖測定を希望する場合は、当院で貸し出している機械に対応する血糖試験紙等を院外で探し、購入しているため
- ③ 入院中の他院受診（放射線治療等）に対する送迎をサービスで行っているが、人件費が発生しているため

12 個人 年齢：20～39歳 職業：その他

【具体的内容】

入院患者へのお見舞いメールに対する料金徴収

【理由】

面会制限を設けた際に患者家族の近況を知らせたい要望に応えるため、ホームページの入力

フォームに必要事項を記入してもらい写真を張り付けられるサービスを導入したところ、家族の反応がよく需要があったため。

13 個人 年齢：20～39歳 職業：その他医療従事者

【具体的内容】

個別に申し込んでいただいた患者様への送迎サービスへの利用料(病院シャトルバスは適用外)

【理由】

最寄り駅と病院間の定期的シャトルバスとは別に、患者様より個別にお申し込みいただくことで患者様の自宅までの個別送迎サービスを実施している。

駅より離れた立地であり、近くにバス停なども無いために、自家用車で来院される方が中心である。病院では複数人のドライバーを雇用しているが、今後さらに地域の高齢化が進み、需要が高まることが予想されるため。

14 個人 年齢：40～64歳 職業：その他医療従事者

【具体的内容】

自院救急車・所有車両を活用した病院間搬送における搬送料

【理由】

隣接医療機関と自院間の紹介転院搬送等で自院の救急車や所有車両を活用した際の搬送料

15 個人 年齢：40～64歳 職業：その他医療従事者

【具体的内容】

救急受診コンシェルジュサービス

【理由】

緊急入院時に家族に付き添い、医療者側の説明を誤解なく理解していただくようにサポートする必要があると感じたため。(伝えているが聞いていない等の不満を削減する)

16 個人 年齢：40～64歳 職業：その他

【具体的内容】

- ① 県外への自院救急出動費
- ② 高額な現金持ち込み時の預かり料
- ③ 施設基準の届出を行っていない手術・材料費の算定について
- ④ 室料差額について

【理由】

- ① 県外へ救急搬送が必要な場合、消防庁の救急車は県外への搬送ができないため自院の救急車で搬送することがある。医師同乗が不要な場合でも費用を徴収できることを認めていただきたい。
- ② 入院時に高額な現金を持ち込み、経理課の金庫でお預かりするケースがあるが、病院の責任や負担も大きい為、預かり料金を設けていただきたい。
- ③ 施設基準をクリアするまでの間でも、患者様の同意があれば自己負担の請求を認めていただきたい。
- ④ 個室料金全額は支払いできないが、一定の金額であれば支払いできる等の徴収を可能としてほしい。

17 個人 年齢：40～64歳 職業：その他医療従事者

【具体的内容】

- ① 医療通訳 外国人患者のための通訳費用
- ② システム利用料 院内での携帯マガジンや呼び出しシステムの利用料
- ③ 指定入院時間の選定
- ④ 入院中の付添（小児等）入院費
- ⑤ 食事の選択
- ⑥ 患者希望による退院延長
- ⑦ 送迎サービス
- ⑧ 個室の家族利用
- ⑨ 軽症患者の救急外来受診時の選定療養

【理由】

- ① 外国人患者の受診が増えていく一方で言葉の問題が発生することが多い。病院側で対応するには限界であり、安価な通訳機器もあるが本格的な医療用言語に対応できない。そのため高額な通訳サービスを契約せざる負えないこともあり、選定での請求を認めてほしい。外国人の対応は会話以外にも入院療養や外来検査時などにおいても病院側の負担が多い。
- ② 医療機関は診療費が決められているため一般の企業のように待ち時間対策における携帯マガジンや呼び出しシステムや後払い対応などサービスの向上を図っても医療費に転嫁することができない。そのため医療機関における環境整備や設備投資には一般企業よりも非常に遅れており、サービスの向上の妨げになっている。電気代や一般的な品物でも料金に上乘せすることができているため医療費においても認めてほしい。
- ③ 外来における予約診療と同様に、入院においても患者の申し出により入院時間を指定することで、混雑緩和、待ち時間削減に繋がる。
- ④ 小児等での希望での付添い入院の場合、食事やベッド（補助ベッド）使用時の料金を定める事により、ご家族が自分の食事の心配等をしなくて済み、料金を定める事により気兼ねなくベッドの使用もできるため。

- ⑤ 疾患・治療内容等によっては食事の内容を問わないものもあり、入院中の患者度満足の向上にも繋がるため、食事の選択ができる制度を設け、選定療養を徴収できないか。
- ⑥ 機能分化の更なる推進のため、急性期治療を終えている患者の退院、転院につき、患者及び患者家族の都合により退院が延長になった際は、選定療養を徴収できないか。
- ⑦ 患者の中には、通院に苦勞している患者もいると推測されるため、送迎を希望する患者については、送迎を行い、送迎費用を徴収できないか。
- ⑧ 個室入室者の家族がどうしても一緒に過ごしたい等の希望があれば、簡易ベッドの提供等、環境整備を行うことで家族ベッド費用を徴収できないか。
- ⑨ 救急車の不正利用を是正するべく、一定の点数（診察のみ等）を満たさない患者には、選定療養費を徴収できないか。

18 個人 年齢：40～64歳 職業：その他

【具体的内容】

- ① 特例対応料（仮称：VIP対応料）
- ② 優先診察（ファストパス）

【理由】

- ① いわゆる、伝手や関係者からの救急搬送や当日紹介以外の症例を問わない臨時対応料（電話やメール等での受入合意者）。
上記は突然依頼されることが比較的多く、依頼される判断者の時間帯制限がないことや院内調整（根回し）を必要とされ、その手数料としての徴収案（救急搬送や紹介状持参患者は選定療養費の徴収がないため）。
- ② 緊急以外の外来診察待ち時間について予約を設けても時間通りにならないケースが多く見受けられる。特に予約外患者の待ち時間が非常に多い。仮に予約していなくても順番を繰り上げる優先受診手数料を徴収する案

19 個人 年齢：40～64歳 職業：その他

【具体的内容】

リハビリテーションを実施するセラピストの予約料について

【理由】

リハビリテーションを実施するセラピストを予約・指名したいという声があるため。セラピストは資格保有者であり、一定以上の技術を有することから、公平に割り振りを行います。患者の要望については選定療養で対応できることとしてはどうか。

20 個人 年齢：40～64歳 職業：その他

【具体的内容】

医師の指名について

【理由】

知識・技術の高名な医師について、患者の希望によって、医師の指名をしたいという場合、医師の指名料を選定療養としてはどうか。

21 個人 年齢：40～64歳 職業：その他

【具体的内容】

入院時等、身の回りのことを依頼できる（買い物代行等）サービス料について

【理由】

単身での入院や、身の回りのことを依頼できる親族などがいない患者について、患者の希望によって、買い物の代行などのサービスを選定療養としてはどうか。療養環境の充実に繋がると考える。

22 個人 年齢：40～64歳 職業：その他

【具体的内容】

食事の内容、提供時間を選択できる。

【理由】

治療上の制限の範囲内で、腕利きのフランス料理のシェフや和食料理人、すし職人など、他の入院患者とは異なる食事内容や食事の時間（20～21時など）を希望する患者について、選定療養としてはどうか。

23 個人 年齢：40～64歳 職業：その他

【具体的内容】

差額ベッドの有無に限らず、病室内のベッドの位置を選べる

【理由】

多床室の場合、廊下側や窓側などベッド位置によって多少療養環境に違いがあることから、患者からの希望によって、ベッド位置の選択が可能な場合、選定療養としてはどうか。

24 個人 年齢：40～64歳 職業：その他

【具体的内容】

入院中の患者に対する特別な入院環境をサポートする。

【理由】

入院中に患者の希望する入院環境を提供する。

例えば、ビジネスマンの場合、パソコンやプリンター、Eメール環境など病室に用意することについて、選定療養としてはどうか。

25 団体

【具体的内容】

施設基準を満たすまでの手術料について

【理由】

施設基準の取得を目的に所定の症例数を経験する場合、施設基準取得前であることから、保険適用にならず、患者に全額自費で請求するか、全額病院負担として行うしか選択肢がなく、結果的に全ての症例が病院負担となっているため。

26 団体

【具体的内容】

患者家族からの要請で、勤務時間外に予定入院患者の病状説明や手術、検査の説明の依頼があった場合について

【理由】

病院は予定入院（時間外の緊急入院は除く）の患者とその家族に、病状説明や手術、検査の説明は勤務時間内に行う旨を周知しているが、患者の家族からの要請で勤務時間外に説明をすることが多く（患者の家族が日中は仕事をしているため）、医師の時間外労働が増加しているため。

27 団体

【具体的内容】

時間外、休日の患者や患者家族への症状説明

【理由】

医師の働き方改革を進めるため、患者、患者家族の要望により時間外の症状説明となった場合については選定療養とすることを要望する。

28 団体

【具体的内容】

転院時に患者の希望（転院施設の含む）で退院処方を出した場合の投薬料について

【理由】

転院時の退院処方は保険診療上、認められていないが、患者の希望、若しくは施設の希望により退院処方を出した場合、患者請求することが出来ず、転院元の負担となっているため。

29 団体

【具体的内容】

学習障害を持つ患者に対し、検査を含めたアセスメントを実施する。

当該アセスメント結果に応じて、指定の講習を受けた者が、支援を実施する。

支援として、患者が18歳未満の場合は専門的教育を実施し、患者の年齢にかかわらず学習や生活におけるノウハウ・ツール・社会資源などのアドバイスを行う。当該支援が有効に機能しているか、定期的にあセスメントし、必要な部分は改善を繰り返しながら支援を継続する。

【理由】

学習障害は投薬等で治癒するものではないが、一方で、適切な教育・指導を与えることによる症状の改善、学習や生活のノウハウ・ツール・社会資源を活用することによる障害の補完が見込まれる。当該サービスを受けるか否かで患者本人の人生および国全体としての生産性に大きな違いが生じるため、重要である。

学習障害は重症度やタイプ・進達度により指導内容や指導に要する時間・労力が異なるので、一律の診療報酬では評価が難しい。

30 団体

【具体的内容】

他医療機関受診における患者への付き添い及び交通費

【理由】

精神科入院患者の身体合併症においては、転医や対診が困難であるため、専門的な診療が必要な場合は、他科受診せざるを得ない状況であるにも関わらず、平成28年度診療報酬で改善されたとは言え、今なお減算となる。また、患者の症状によっては看護職員を含め複数の職員の付き添いが必要な状況が多々あるにも関わらず、他科受診に係る費用は交通費を含め医療機関の持ち出しとなる。療養担当規則第16条には「疾病又は負傷が自己の専門外にわたるものであるとき、又はその診療について疑義があるときは、他の保険医療機関へ転医又は対診を求める等診療について適切な措置を講じなければならない」とあり、療養担当規則に則り適切な措置を講じた場合には、他医療機関への付き添い料及び交通費の実費については選定療養で別途算定できるようにすべきである。

31 団体

【具体的内容】

アピアランスケアにおける指導管理

【理由】

がん患者の整容、美容への個別相談件数が男女問わず増加している。認定看護師を中心に活動を行い、笑顔で社会生活を送れると評価を得ている。

32 団体

【具体的内容】

インスリン自己注射を行っていない糖尿病患者への、自己血糖測定に使用する穿刺針・センサー等の支給

【理由】

在宅医療の推進のために患者側の多様なニーズへの対応として、糖尿病患者の血糖コントロールに関しては、在宅自己注射の対象外患者への血糖測定への対応、指導管理料回数制限を超えての血糖測定希望に対しては、選定療養とすることを要望する。

33 団体

【具体的内容】

食事療養費の自己負担

【理由】

現行の自己負担 460 円では、高騰する光熱費、食材費、人件費、等を賄うことは不可能であることから、自己負担は各医療機関の状況での選定療養とすることを要望する。

2. 現行の選定療養の見直しに関する意見

○ 特別の療養環境

1 個人 年齢：40～64歳 職業：会社員（医療関係の企業）

【具体的内容】

人工関節置換術(股関節骨折手術含む)を受けた患者が早期退院後(1週間程度)、深部静脈血栓予防として間欠型空気圧式マッサージ器(コード:16837000)を一定期間レンタルした場合に別途レンタル費用を算定出来る。

[背景]

現在は、B001-6 肺血栓塞栓症予防管理料のみが算定可能だが、入院期間の管理及び退院後のレンタル費用を賄える点数ではないため。

【理由】

呼吸器外科学会のガイドライン(ACCP ガイドライン)では、人工関節置換術後、10-14日間は、DVTの予防措置を取る事が求められている。

・人工関節置換術(股関節骨折手術含む)を受ける患者の入院期間が短縮している現状
COVID19の影響から本邦でも、人工関節置換術後の入院期間短縮の傾向は見られているが、10-14日以前に退院した場合、深部静脈血栓予防措置としては積極的な運動療法もしくは弾性ストッキングに限られる。

・弾性ストッキング及び運動療法による予防措置が実施出来ない患者が現存
患者によっては積極的な運動療法が実施できず、また弾性ストッキングによる皮膚障害のリスクからこれら予防措置が実施できない場合がある。

・米国での状況

人工関節置換術は、Day surgery もしくは、1泊程度の入院期間で実施されている。退院後は、深部静脈血栓症の予防措置として、間欠型空気圧式マッサージ器のレンタルが医療機関より実施されている。このことにより早期退院後も、深部静脈血栓症の予防が自宅で可能となっている。

2 個人 年齢：40～64歳 職業：その他

【具体的内容】

外来医療に係る特別の療養環境の提供について、「一定の要件を満たす診察室等」には、内視鏡検査前後に使用できる個室や化学療養室の個室、透析室の個室など、診察を行なえる環境にあって、患者の選択によって入室する場合は、それぞれが該当することを明確にしていきたい。

【理由】

以前、厚生局より内視鏡室のリカバリー室で使用し得る個室は、検査の一環として該当しないと回答を得たため。

3 個人 年齢：40～64歳 職業：その他

【具体的内容】

特別な療養環境の提供における、病床5割までの制限の緩和・廃止について

【理由】

現在、特別な療養環境の提供については病床の5割までとなっているが、患者の選択によって入院できる環境が整備されている場合は、病床の5割を超えて、特別な療養環境の提供が出来る病床を整備可能にしてはどうか。

4 個人 年齢：40～64歳 職業：その他

【具体的内容】

差額ベッド料金について、届出の金額に幅を持たせてはどうか。

【理由】

現状では、4床部屋を差額ベッドとして届出すると4床とも同じ料金となるが、例えば、4床部屋のなかでも、2床の差額ベッド料金は500円、残り2床は1000円というように、1病室内で金額差をつけることが可能なように見直してはどうか。

5 学会

【具体的内容】

特別の療養環境「外来医療に係る特別の療養環境」に歯科特別療養診療に要する費用の徴収を追加する。

要件は患者が特別の負担をする上でふさわしい療養環境とし①～③を充足するのとする、その他基準は現行制度に準じるものとする。

①個室環境もしくは間仕切り等により個人の区画を確保する

②一連の診療に要する時間が、概ね30分を超える

③専用の歯科用顕微鏡、歯科用吸引装置(口腔外)、診療情報を表示できるモニター設備を有する

【理由】

近年のプライバシーや感染予防の意識向上により衆人環境で開口する事に抵抗感を持つ者が増加している。平成28年の改正により患者の選択の機会を広げることを目的とした外来における特別療養環境が認められた。しかしながら歯科治療においては多岐に渡る処置を一診療台にて行う為、機器の配置上完全個室の達成が困難である。また必ずしも1時間を超える処置を必要としないことから要件が実態と乖離しており普及がすまない。本改正により必要とされている療養環境を達成でき、ニーズに対応できると考える。

○ 歯科の金合金等

1 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

選定療養から削除

【理由】

前歯部に対する金合金又は白金加金の補綴は、現在ほとんど行われていないため。

○ 金属床総義歯

1 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

金属床総義歯における適用範囲について金属床局部床義歯においても可能な取り扱いを希望いたします。

【理由】

8020運動のおかげで、達成者が半数を超える現在において、総義歯・局部床義歯の比率等を鑑みますと、圧倒的に局部床義歯の比率が高く、需要を考慮いたしました。

2 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

適応の拡大

【理由】

金属床による総義歯の提供は、無歯顎の患者に対するものに限られているが、高齢者等で様々な全身の状態、基礎疾患の有無を考慮して抜歯できない場合もあるため、条件付きで残根上の金属床義歯も提供できるように検討していただきたい。

3 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

金属床による補綴治療の対象を総義歯に加え、部分床義歯も対象とする。

【理由】

現在、部分床義歯は選定療養の適用外である。癌などで顎補綴が必要となった場合、現在の制度では保険で顎補綴を行う場合、レジン床で実施することとなる。比較的若くして顎切除が必要となった場合、顎補綴の装着感をよくするために金属床を利用し制作した場合は、顎補綴の管理も保険ではできなくなるが、選定療養に部分床にも拡大されれば、この問題はかなり解消できる。さらに、顎補綴のような特殊なケース以外の患者においてもメリットは大きいものと推察できる。

4 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

金属床総義歯でも残根上の義歯や磁性アタッチメント、インプラント上義歯を加える

【理由】

保険外併用療養の金属床総義歯は既に定着し患者利益に大きく貢献しているのは周知の事実である。残根や磁性アタッチメント、インプラントは総義歯の安定に有用であるがレジン床では強度が不足し破折しやすい欠点がある。

5 学会

【具体的内容】

○ 金属床義歯の適用拡大(総義歯以外を追加)

現在の選定療養は、金属床総義歯に限定して認められているが、金属床局部義歯の一部についても認めることとする。

従来技術での技術料差額についてはわかりやすい体系となるようにする必要があるので、可能であれば、材料差額の部分を選定療養の対象とすることについても、検討の余地があり、関係者間のコンセンサスが得られるようであれば、材料差額のみに対応も現実的な制度に反映される余地があると考えられる。

【理由】

現行の金属床総義歯は、中医協歯科問題小委での意見等を踏まえ、平成6年10月に導入され、すでに25年以上たち、現場での混乱も無く、今日に至っているが、患者さんへの歯科医療サービスについて、将来的に保険導入を行わないサービスと位置づけられていることから、アメニティーの部分を向上していく上では、金属床の局部(部分床)義歯への導入も必要となる。

なお、各国立大学では、附属病院で自費等の診療についての料金規則を定めており、年に1回以上の見直しがされ、東京医科歯科大学歯学部附属病院の規則では、本提案に関連する床義歯の部分について、

金属床(コバルトクロム床、チタン床、白金加金床、特殊義歯)で片顎、両顎
クラスプ加算(1個につき)

アタッチメント類の追加料金(設計料こみ)

等の設定がされている。また、関連の補綴技術についても金額設定がされており、これらの規則をある程度準拠するとともに、対象とならない自費診療の区分を明確化すれば、問題はないと思料される。

○ 予約診療

1 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

予約診療時のキャンセル料

【理由】

現在キャンセル料などの請求は出来ないが当日の予約変更やキャンセルが患者の権利のようになってきている事を踏まえて検討していただきたい。

2 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

予約診療の廃止

【理由】

「予約診察」を標榜している医療機関が増えてきており、対象となる医療機関も少なくなってきたと思われるため、現実的ではない。

3 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

予約診療を選定療養から外す

【理由】

多くの医療機関で予約診療はすでに導入されており、一般的になっている。予約診療を保険外診療と併用することは、現実的ではないと考える。

4 学会

【具体的内容】

診療料が掛かる時の対面での説明があった方がよい

【理由】

予約診療料に関しては患者がどこまで理解しているのかわからないので詳しい説明とお知らせを周知できるようにする必要がある

5 団体

【具体的内容】

病院単位での金額設定ではなく、医師ごとに金額を設定できるように要望する。

【理由】

病院単位での受診者の偏りだけでなく、医療機関内の医師ごとの受診者数の偏りの是正につながるため。

○ 時間外診療

1 団体

【具体的内容】

病院単位での金額設定ではなく、医師ごとに金額を設定できるように要望する。

【理由】

病院単位での受診者の偏りだけでなく、医療機関内の医師ごとの受診者数の偏りの是正につながるため。

○ 大病院の初診

1 個人 年齢：20～39歳 職業：その他医療従事者

【具体的内容】

保険点数から一定点数を控除する取扱の廃止

【理由】

地域医療支援病院として、地域のクリニックからの紹介状持参を求めているが、持参せず受診した患者が説明に応じず受診した場合、保険点数を控除せず全額患者負担となるよう制度の変更を希望する。

2 団体

【具体的内容】

病院のA診療科に通院中の患者が、ご自分の意思で同病院のB診療科に受診した場合の取扱い見直しを要望します。

【理由】

複数の診療科を有する病院において、A診療科に通院中の患者が、医師の指示ではなく、本人の意思でB診療科に受診する場合、診療報酬上、再診の扱いとなり選定療養費がいただけないため。

3 団体

【具体的内容】

初診の選定療養費の金額の見直し（引き下げ）を要望致します。

【理由】

紹介状なしで特定機能病院、200床以上の病院を受診した場合の選定療養費は診察料よりも高く、かかりつけ医と大病院との機能分化推進の意図は理解出来ますが、選定療養費が高額なことから患者の診療控えが生じるおそれがあるため。

4 団体

【具体的内容】

初診時・再診時の選定療養費の金額設定の見直しを要望します。

【理由】

⑥及び⑦この選定療養費は大病院とかかりつけ医の機能分化が目的となっているが、大病院からかかりつけ医へ逆紹介をした後に、患者から窓口負担金の件で、多くのクレームが寄せられる。これは診療所の方が包括項目、指導料の関係で大きく負担金が増額するからであり、このことが逆紹介推進にあたり大きな障壁となっているため。

5 団体

【具体的内容】

定額負担を求めなくても良い場合として、「特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者」とあるが、「個人的に希望して健診を受けた患者以外」と分かりやすくしてはどうか。

【理由】

「特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者」について、平成30年に「特定健康診査、がん検診等」の解釈について照会した時の「等」回答が、「公的なもの」であったが、具体的に何を指しているのか？

「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づく特定健診は、健康保険が集合契約で実施しているものばかりではなく、健診代行機関に企業健診として委託しているものも多い。また、健康保険によっては受診率を上げるために、特定健診項目を含んだ独自の健診コースを設けているものも多い。人間ドックも特定健診の項目とがん検診がミックスされたものがある。広義の意味での特定健診も「特定健康診査、がん検診等」に該当すると解釈してよいのではないか。

また、事業主が行う「労働安全衛生法」第66条に基づく健康診断は、特定健診が開始された平成20年より、特定健診項目を含むものに改正されている。「労働安全衛生法」第66条に基づく健康診断も「特定健康診査、がん検診等」に該当すると解釈してよいのではないか。

よって、個人的に希望して受けた健康診断以外は、すべて「特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者」に該当するように思われる。

6 団体

【具体的内容】

初診時の選定療養費の見直しを希望します。

(例えば：病院単位一律ではなく、診療科毎の適応や条件を見直すなど)

【理由】

初診選定療養費適応の地方の公立病院ですが、小児科は常勤医2名と小規模で急性疾患が主です。選定療養費のかからない総合病院小児科が近隣にあります。初診の度にかかる選定療養費は子育て家庭にとって負担は大きく、当科患者の減少につながりひいては地方の公立病院小児科として担ってきた対応が困難になりつつあります。

たとえ200床以上の病院であっても地方の病院においては小児科が一次医療を担っている病院もある。子供を持つ世帯において7千円を超える選定療養費は負担が多く、上気道炎などの急性感染症が多い小児は頻回に選定療養費の対象となってしまう受診控えの要因となっていると考えられる。受診の遅れからの重症化も危惧されるので、たとえ大病院であっても地方の地域医療を担っている病院小児科についての選定療養費を免除すべきであると考えます。

○ 大病院の再診

1 個人 年齢：40～64歳 職業：その他医療従事者

【具体的内容】

大病院の再診制度において、国の公費負担制度の受給者は、「やむを得ない事情があるもの」として徴収が認められない件について

【理由】

当院は、400床以上の地域医療支援病院です。

大病院の再診制度では、国の公費を持っている患者には、定額負担を求めてはならないことになっています。実際に当院では、状態が安定した生活保護の患者さんを地域の診療所に逆紹介する旨の申出を行いましたが、患者さんがこれを拒否し、引き続き当院での診療継続を希望しました。本来であれば、選定療養費（3000円）を徴収したいところですが、生活保護の患者さんからは徴収が認められません。症状が安定している患者さんにもかかわらず、国の公費を持っているからといって、料金を徴収されずに、希望の病院に継続してかかれるのは、制度に疑問を感じます。

2 個人 年齢：20～39歳 職業：その他医療従事者

【具体的内容】

保険点数から一定点数を控除する取扱の廃止

【理由】

地域医療支援病院として、急性期医療を終えた患者を地域のクリニックに逆紹介することについて診察時に了承を取り逆紹介を行なった後、患者の希望により大病院を再診することは患者の選択によるものであるが、病院の収入である診療報酬から控除する理由が不明である。控除を廃止し、全額患者負担とする様再検討を求める。

○ 小児う蝕の指導管理

1 個人 年齢：20～39歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

廃止

【理由】

患者にう蝕多発傾向者の厳密なルールの把握は難しく、場合によっては不公平感を感じ、トラブル発生につながる可能性があると感じる。

2 個人 年齢：40～64歳 職業：歯科医師

【具体的内容】

現行の取扱いの明確化

（一部廃止、一部存続）

【理由】

一部廃止：小窩裂溝填塞処置を受ける場合においては、保険診療、C 選療どちらにおいてもう蝕多発傾向の有無に関わらず原則保険診療で算定可能と考えます。また治療時間や手技においても保険、自費と大差はありません。この項目は外してもよいのではないのでしょうか。
一部存続：う蝕多発傾向の基準が設けられていることから、F 局においては保険診療、C 選療それぞれにおける C 管理の区分けは必要と考えます。

○ 180 日を超える入院

1 個人 年齢：40～64 歳 職業：会社員（医療関係の企業）

【具体的内容】

選定療養費を徴収できる入院期間を 120 日～150 日等に前倒しする。

【理由】

大多数の疾患で、入院加療を必要とする疾患の治療期間は 90 日～120 日程度になり、それ以降で入院を継続しているものは、患者側の事情で入院を継続している場合が多いと考えられます。

○ 制限回数を超える医療行為

1 個人 年齢：65～74 歳 職業：医師

【具体的内容】

一般不妊治療患者

1) 自然排卵周期での排卵日決定に対するエコー検査とホルモン検査：

医師が必要と判断した場合は何回でもエコー検査と、ホルモン検査が保険で算定可能にすべきです。2 回からは「選定療養」で検査可能にする。

2) クロミッドやフェマーラなど経口排卵誘発剤内服時のエコー検査とホルモン検査：

各地方厚生局での認定回数以上は「選定療養」で検査可能にする。

3) FSH、HMG など排卵誘発剤投与中のエコー検査とホルモン検査：

各地方厚生局での認定回数以上は「選定療養」で検査可能にする。

4) 体外受精採卵日決定のためのエコー検査とホルモン検査

各地方厚生局での認定回数以上は「選定療養」で検査可能にする。

5) 凍結胚移植の移植日決定のためのエコー検査とホルモン検査

各地方厚生局での認定回数以上は「選定療養」で検査可能にする。

【理由】

POF 患者や 40 歳以上の稀発排卵患者にたいして、体外受精導入時はもちろんのこと一般不妊治療であろうと医師の判断で、エコー検査とホルモン検査は請求可能でなく算定可能にする。もし無理なら制限回数以上の場合は選定療養で混合診療を認めることにしてください。不妊治療患者は、若いカップル、高齢配偶者のカップルも願いは同じです。治療法で、検査回数や、治療回数を制限することは、皆保険の基本理念から反することです。若いカップル

は6回の不妊治療で妊娠する可能性は十分あります。しかし40歳以上の高齢者は3回では無理で、6回ではなく反復着床不全の回数は4回が一般的ですが、文献では8回から12回程度の回数が必要です。

ですから、最低限、体外受精に入る前の一般不妊治療の排卵誘発法やA I Hの排卵日予測の保険診療での充実により、若いカップルが妊娠して高齢にならないうちに産み終わる必要があります。無理であれば、選定療養での排卵日・採卵日・胚移植時の検査が自費でできるようにお願いいたします。そうでなければ、不妊治療に関して混合診療を早く認めるようにしてください。「PRP療法」・「PGT-A」や新しい治療法が患者に提供され、新しい治療法が確立され、医療の発展が望めます。つまり、「異次元の少子化対策」が可能になり、医療費の増額や、保険料の増額で国民からの不満を和らげることになると考えます。

3 個人 年齢：40～64歳 職業：その他

【具体的内容】

これまでの取り扱いに加え、患者の希望によって「骨塩定量検査」する場合、4ヶ月に1回の限度を超えたものについては選定療養とすることを提案します。

【理由】

数が多くはないが、患者の希望があるため。

4 学会

【具体的内容】

全ての糖鎖抗原（SLX、Dupan2、CA125、CA15 3等）を対象とすることの提案。

【理由】

無駄な医療費の削減に貢献するものと考えます。

5 団体

【具体的内容】

「制限回数を超える医療行為および保険適用範囲外の検査」として対象範囲を拡大することを要望する。

【理由】

回数や病名、年齢制限等がある検査を、患者の希望で制限を超えて実施した際、保険と併用して実施可能をするためには、選定療養にする必要がある。

3. 療養の給付と直接関係ないサービス等に関する意見

1 個人 年齢：40～64歳 職業：会社員（医療関係の企業）

【具体的内容】

保険医療機関において、患者を対象にグルコースモニタシステムを販売することについて、療養の給付と直接関係ないサービス等であり、可能であることを明確化すること。

【理由】

医療機関における医療機器の販売については、規制改革会議において、医療提供に関連して、医療機関において患者を対象に物品を販売することは特段禁止していないことを明確化すべきなどと指摘されたことを踏まえ、当該販売が、患者のために、療養の向上を目的として行われるものである限り、可能である旨「医療機関におけるコンタクトレンズ等の医療機器やサプリメント等の食品の販売について」（平成26年8月28日付け医政局総務課事務連絡）により明確された。また、当該事務連絡を受けて、保険診療の費用と区別した領収証の発行その他の保険医療機関における取扱いについても、「保険医療機関におけるコンタクトレンズ等の医療機器やサプリメント等の食品の販売について」（平成27年6月16日付け保医発0616第7号）において明示されている。これらの通知及び事務連絡を踏まえ、通知等に規定した留意点等を遵守する限りにおいて、保険医療機関におけるグルコースモニタシステムの販売についても可能であるとする自治体及び地方厚生局がある一方で、明確な回答が得られない場合等もある。このような状況を解消するために、保険医療機関においてグルコースモニタシステムを販売することについて、療養の給付と直接関係ないサービス等であり、可能であることを明確化していただきたい。

選定療養に導入すべき事例等に関する提案・意見募集について

1. 背景

- 選定療養については、「「日本再興戦略」改訂 2014」（平成 26 年 6 月 24 日閣議決定）において、「学会等を通じ、定期的に選定療養として導入すべき事例を把握する仕組みを年度内に構築する。」こととされている。
- このため、平成 27 年 1 月 28 日の中医協総会において、選定療養に導入すべき事例等に関する提案・意見を定期的に医療関係者、国民から募集し、寄せられた提案・意見を基に、中医協において議論することについて、御了承いただいた。
- これを受け、関係学会、医療関係団体及び国民から提案・意見を募集し、中医協総会における議論を踏まえ、関係告示・通知の改正を行っているところ。

2. 対応方針

- 選定療養として導入すべき事例等に関する意見募集について、これまでと同様に実施することとする。
- 具体的には、これまでと同様、外科系学会社会保険委員会連合、内科系学会社会保険連合及び日本歯科医学会等に依頼し、関係学会からの提案・意見を報告いただくとともに、医療関係団体からの提案・意見を募集し、あわせて、厚生労働省のホームページを通じて、幅広く国民からの提案・意見を募集することとする。
- 学会等から寄せられた提案・意見を基に、必要に応じて中医協において議論することとする。なお、これまでと同様、選定療養の追加提案については、選定療養として追加するか検討を要するもののほかに、療養の給付とは直接関係のないサービス等に当たるもの（実費徴収が可能であると整理するもの）等の整理も行うこととする。

3. 今後のスケジュール

令和 5 年 3 月	提案募集開始
夏以降	中医協において議論

以上