中央社会保険医療協議会 総会（第 573 回）　議事次第

令和５年 12 月 15 日(金）8：30～

議　題

〇在宅（その６）について
〇入院（その７）について
〇入院（その８）について
〇歯科医療（その３）について
〇外来（その４）について
〇長期収載品（その３）について

中医協　総－１
５．１２．１５

在宅（その６）

１．訪問診療・往診等について

１－１　これまでの議論について

１－２　患者の状態に応じた訪問診療について

１－３　在宅医療における24時間の医療提供体制の確保について

２．訪問看護について

２－１　これまでの議論について

２－２　医療ニーズの高い利用者の退院支援について

２－３　集合住宅等における効率的な訪問看護等について

２－４　介護保険における訪問看護との制度上の差異について

在宅医療についての課題と論点

【論点】

（患者の特性に応じた訪問診療の提供について）

○　在宅医療における要介護度・認知症日常生活自立度の患者割合が変化していることや診療時間等の特性が異なることを踏まえて、包括的支援加算等の患者の特性に応じた訪問診療の評価のあり方についてどのように考えるか。

○　頻回訪問加算について、現在の算定状況等を踏まえ、評価のあり方についてどのように考えるか。

○　在医総管・施設総管の算定状況や施設入居者の患者の状態、一部医療機関の訪問診療の実施状況を踏まえ、患者の状態に応じた適切な在宅医療の評価についてどのように考えるか。

（往診について）

○　一部医療機関における、夜間休日深夜の往診の実態を踏まえた往診料の評価について、どのように考えるか。

○　訪問診療を行っている患者に対する往診と、訪問診療を行っていない患者に対する往診の特性の違いを踏まえた往診料のあり方について、どのように考えるか。

（在宅医療における24時間の医療提供体制の確保について）

○　今後増加が予測される在宅医療のニーズに対応する観点から、病院と診療所の役割の違いも踏まえた、在宅療養支援診療所・病院でない診療所・病院と機能強化型を含めた在宅療養支援診療所・病院の連携のあり方について、どのように考えるか。

○　地域における、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の訪問診療の実施状況を踏まえた、地域の特性に応じた在宅医療の提供体制のあり方について、どのように考えるか。

（在宅における緩和ケアについて）

○　緩和ケアを必要とする患者について、どのような療養の場においても充実した緩和ケアを提供する観点から、がん患者に対するICT等を用いた連携のあり方についてどのように考えるか。

（在宅における看取りについて）

○　本人の望む場所でより質の高い看取りを提供する観点から、患者本人の望む看取りを行うための切れ目のない医療提供体制についてどのように考えるか。

（訪問栄養食事指導について）

○　在宅療養患者の状態に応じ、必要な訪問栄養食事指導を提供する観点から、在宅療養支援診療所・病院の役割や都道府県栄養ケア・ステーションとの連携のあり方について、どのように考えるか。

令和5年7月12日開催の中医協における主なご意見

○　在宅医療の需要は2040年に向けさらに増大することが予想されており、患者が状態や疾患に応じて希望される場所で看取りがなされるよう、診療報酬上も適切な対応を検討していく必要がある。

○　在宅医療の24時間体制については、訪問診療と訪問看護をセットで考え、どのように維持していくかを考える必要がある。

○　在宅医療提供体制は医師が一人で24時間365日の対応をするのではなく、近隣の診療所や中小病院との連携の下に構築する必要があり、在宅療養移行加算のような連携の仕組みを普及していくのが喫緊の課題である。

○　緊急往診の提供体制の充実は必要だが、地域連携の下で計画的な訪問診療が行われることを基本としつつ、検討していく必要がある。

○　地域でICTを有効に活用して情報連携を充実させることは今後の需要増加に対応するにあたり不可欠である。

○　患者さんが安心して在宅医療を受けるためには連携の強化や情報共有に加えて、医療の質も確保していく必要がある。

○　かかりつけ医が外来に加えて在宅に尽力している医療機関と在宅医療を専門としているような医療機関では効率性が異なることに留意する必要がある。

○　在宅医療の提供体制の地域差については、都市部での規模の大きいクリニックと地方での点在するクリニックでは事情が異なることを留意しなければならない。地方においては医療機関同士で補完しあう形でかかりつけ医機能を推進していく必要がある。

○　良質で切れ目のない医療提供体制を構築する観点からも、在宅医療の提供の地域差について、要因の把握を行う必要があるのではないか。

○　往診加算の算定回数が増加傾向であることについて、新型コロナウイルス感染症に関する特例の廃止後の動向を注意深く見ていく必要がある。

○　看取りは死の瞬間までを支えるターミナルケアの充実が重要であり、がんや非がんに関わらず、緩和医療を提供することが必要である。

○　リハビリテーション・栄養・口腔が連携した取組は重要だが、在宅では特に不足している。口腔や栄養のスクリーニングをしてニーズを把握し、近隣の医療機関や老健等とも連携して貴重な人材が地域で活躍できる仕組みの検討が必要である。

○　診療所が栄養ケア・ステーションと連携して訪問栄養食事指導を行うためには、医師の指示箋や契約のハードルを下げる工夫が求められる。

令和5年10月４日開催の中医協における主なご意見

（患者の特性に応じた訪問診療の提供について）

○　特に高齢者の場合、医療介護連携が非常に重要であり、関連職種が連携をして在宅医療ケアシステムを構築していくことが重要。

○　要介護度や日常生活自立度に応じて診療時間が長くなっている傾向があり、包括的支援加算の対象患者については、その特性に応じた診療内容について評価できているか検討する必要がある。医療の視点を勘案して分析できないか。

○　診療時間については医師の経験や患者の状況、治療方針で大きく変わるため、指標にはなり得ないのではないか。

○　包括的支援加算と頻回訪問加算については、対象患者の重点化が必要である。特に頻回訪問加算については長期に算定している実態を踏まえ、適正化の視点で対応を検討すべき。

○　訪問診療をかなり多く実施している医療機関や施設の患者を多く診ている医療機関はターミナルケア加算などの算定の実態も踏まえ、適正化するべきではないか。

○　在宅医療の訪問頻度が高い患者について、患者の疾患等の詳細を分析できないか。

○　ターミナルケア加算の算定については患者やその家族の意向によって算定が左右されるため、在宅医療の質の担保に必ずしも適切ではないと思われるので、どのような評価軸が適切か議論していくことが必要。

○　在支診・在支病に着目した分析を行っているが、在宅専門の診療所とそれ以外では傾向が異なるのではないか。

（往診について）

○　訪問診療の有無により主傷病名や患者の特性に違いがあり、緊急時に外来を受診できない患者を想定している往診の実態としては必ずしも合致せず、本来想定している患者が困らないように考慮しながら診療報酬上の対応を行っていくことが必要。

○　訪問診療の有無による患者の特性の違いについて、患者個人の状態によって、様々な背景があることは自然であり、一律に区別することが現場の視点で見たときに馴染むかどうかは議論が必要。

○　外来で長年診療していた患者が在宅医療に切り替えて、訪問診療で日常的な医療を支え、急変時等に往診で対応するという在り方が望ましい。マイナー科等の訪問診療を行っていない医療機関であっても、内科で総合的な管理をされている患者への往診が行われることは重要であるため、地域に根ざした対策の在り方を考える必要がある。

○　コロナが平時に収まった現在で、利便性を求めて安易に往診を選択することは、医療費の逼迫に繋がってしまうため、ある程度の歯止めが必要ではないか。

令和5年10月４日開催の中医協における主なご意見

（在宅医療における24時間の医療提供体制の確保について）

○　在宅医療への参入の最大のハードルは24時間365日対応体制の確保である。地域の在支病等が日頃からカンファレンスを行う等のバックアップ体制の構築が重要であり、報酬での評価も考えるべきではないか。

○　在宅療養移行加算について、24時間の往診体制は必須ではないが、24時間の連絡体制は必要とされている。在支診でない診療所にとって敷居が高いこと、連携する医療機関に診療報酬上のメリットがないことから、 24時間の医療提供体制の確保の対策として十分に機能していない実態がある。そうした点を改善することが今後増加する在宅医療への対応として重要である。

○　前回改定で在宅療養移行加算を新設した経緯から、更なる評価には慎重になるべき。

○　24時間の医療提供体制の確保はかかりつけ医機能として極めて重要な要素であり、安易に在支診・在支病の要件緩和を行うべきではない。

（在宅における緩和ケアについて）

○　ICTを活用した連携を進めるのは、患者やその家族の希望に寄り添う意味でも、多忙な現場の負担軽減を図る意味でも、良いことである。

○　在宅において急変で入院した場合等、在宅医療における主治医と入院先の医療機関の主治医が一緒に患者に関わることで、信頼関係を構築していくことが重要。

（在宅における看取りについて）

○　入院から在宅に移行する際に入院医療機関と在宅担当の医療機関との連携が進むよう、退院時共同指導のあり方を検討することも重要であるが、がん末期の患者など、退院後の急変により短期間での看取りになることや、ターミナルケア加算の算定ができなくなることもあり、検討が必要。

○　退院時共同指導について、入院先の医療機関と訪問診療を行う医療機関の連携を行うことは大変重要。

１．訪問診療・往診等について

１－１　これまでの議論について

１－２　患者の状態に応じた訪問診療について

１－３　在宅医療における24時間の医療提供体制の確保について

２．訪問看護について

２－１　これまでの議論について

２－２　医療ニーズの高い利用者の退院支援について

２－３　集合住宅等における効率的な訪問看護等について

２－４　介護保険における訪問看護との制度上の差異について

在宅医療の体制について

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

～　「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ　～

在宅医療の提供体制に求められる医療機能

①退院支援
○入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院支援の実施

②日常の療養支援
○多職種協働による患者や家族の生活を支える観点からの医療の提供
○緩和ケアの提供
○家族への支援

③急変時の対応
○　在宅療養者の病状の急変時における往診や訪問看護の体制及び入院病床の確保

④看取り
○住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施

医療計画には、各機能を担う医療機関等の名称を記載

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

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

多職種連携を図りつつ、24時間体制で在宅医療を提供

在宅医療において積極的役割を担う医療機関

○①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う
・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
・他医療機関の支援
・医療、介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援

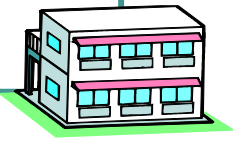
・在宅療養支援診療所
・在宅療養支援病院　　等



在宅医療に必要な連携を担う拠点

○①～④の機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
・地域の関係者による協議の場の開催
・包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整
・関係機関の連携体制の構築　等

・市町村　・保健所
・医師会等関係団体　　等



【出典】「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3月31日医政局地域医療計画課長通知（令和５年６月29日一部改正））

在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料

中医協　総－２改変
５．７．１２

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

※　在宅療養支援診療所：在支診
　　在宅療養支援病院：在支病

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

※難病等の該当患者

別表第８の２ 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料に規定する別に厚生労働大臣が定める状態の患者

一 次に掲げる疾患に罹患している患者
○末期の悪性腫瘍
○スモン
○難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病
○後天性免疫不全症候群
○脊髄損傷
○真皮を越える褥瘡
二 次に掲げる状態の患者
○在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている状態
○在宅血液透析を行っている状態
○在宅酸素療法を行っている状態
○在宅中心静脈栄養法を行っている状態
○在宅成分栄養経管栄養法を行っている状態
○在宅自己導尿を行っている状態
○在宅人工呼吸を行っている状態
○植込型脳・脊髄刺激装置による疼痛管理を行っている状態
○肺高血圧症であって、プロスタグランジンＩ2製剤を投与されている状態
気管切開を行っている状態
○気管カニューレを使用している状態
ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態
○人工肛門又は人工膀胱を設置している状態

在医総管・施設総管における状態に応じた評価について

○ 在宅時医学総合管理料･施設入居時等医学総合管理料においては、比較的重症な患者から軽症な患者まで幅広い患者に診療が行われていることから、患者の状態等に応じた評価を実施している。

①重症度の高い患者に対する評価（難病等）　500～2100点

別表第８の２ 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料に規定する別に厚生労働大臣が定める状態の患者

一 次に掲げる疾患に罹患している患者
　○未期の悪性腫瘍　○スモン　○難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病
　○後天性免疫不全症候群　○脊髄損傷　○真皮を越える褥瘡
二 次に掲げる状態の患者
　○在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている状態　○在宅血液透析を行っている状態　○在宅酸素療法を行っている状態
　○在宅中心静脈栄養法を行っている状態　○在宅成分栄養経管栄養法を行っている状態　○在宅自己導尿を行っている状態
　○在宅人工呼吸を行っている状態　○人工肛門又は人工膀胱を設置している状態
　○植込型脳・脊髄刺激装置による疼痛管理を行っている状態
　○肺高血圧症であって、プロスタグランジンＩ2製剤を投与されている状態
　○気管切開を行っている状態　○気管カニューレを使用している状態　○ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態

②包括的支援加算（①の患者以外が対象）　150点

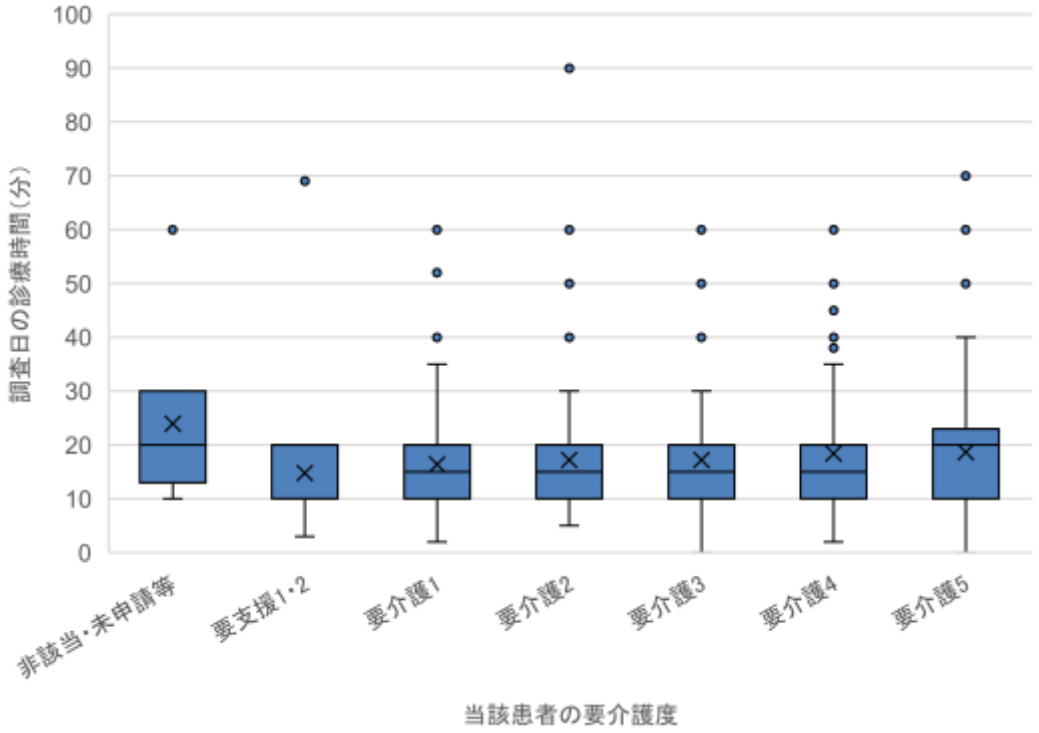
(1) 要介護２以上に相当する患者
(2) 認知症高齢者の日常生活自立度でランクⅡb以上の患者
(3) 月４回以上の訪問看護を受ける患者
(4) 訪問診療時又は訪問看護時に、注射や処置を行っている患者
(5) 特定施設等の入居者の場合には、医師の指示を受けて、看護師が痰の吸引や経管栄養の管理等の処置を行っている患者
(6) 医師の指導管理のもと、家族等が処置を行っている患者等、関係機関等との連携のために特に重点的な支援が必要な患者

訪問診療における患者の状態と診療時間

○　訪問診療を行っている患者の要介護度については、要介護度が高いほど、診療時間が長い。診療時間が最も長いのは非該当・未申請等の患者であった。
○　訪問診療を行っている患者の認知症高齢者の日常生活自立度については、ⅣやMの患者はⅡやⅢの患者より診療時間が長く、診療時間が最も長いのは「自立」の患者であった。

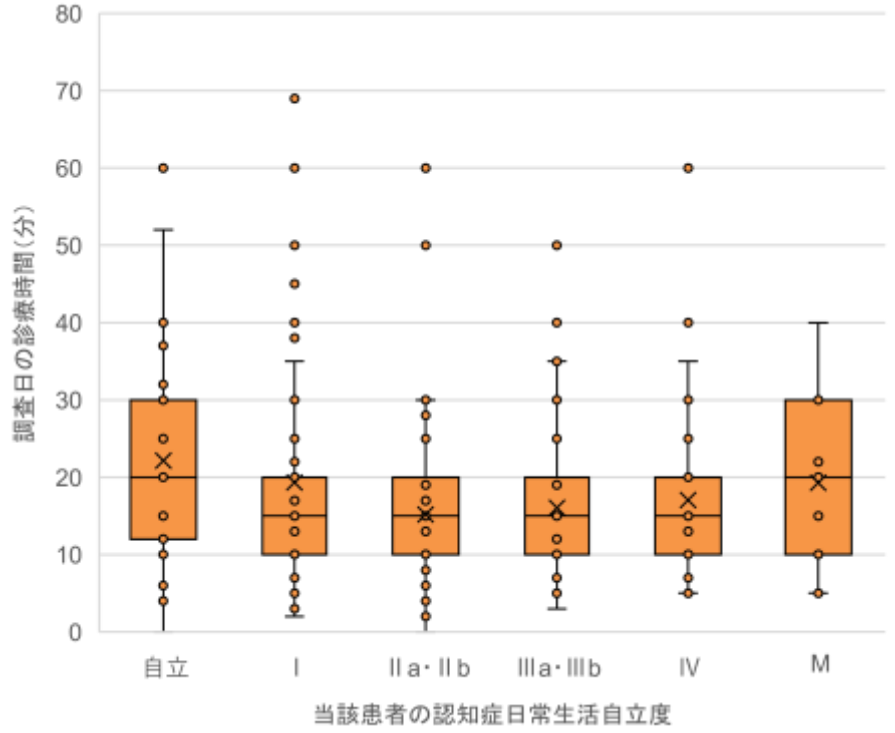
要介護度と診療時間の関係

		非該当・未申請等 n=13	要支援1・2 n=31	要介護1 n=81	要介護2 n=91	要介護3 n=79	要介護4 n=107	要介護5 n=129
診療時間の調査	75%Tile	30	20	20	20	20	20	22
	中央値	20	10	15	15	15	15	20
	25%Tile	15	10	10	10	10	10	10
	平均値	23.92	14.77	16.40	17.19	17.22	18.39	18.63



認知症高齢者の日常生活自立度と診療時間の関係

		自立 n=83	Ⅰ n=91	Ⅱa・Ⅱb n=140	Ⅲa・Ⅲb n=111	Ⅳ n=71	M n=11
診療時間の調査	75%Tile	30	20	20	20	20	26
	中央値	20	15	15	15	15	20
	25%Tile	13.5	11.5	10	10	10	12.5
	平均値	22.17	19.34	15.16	16.05	17.04	19.27



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

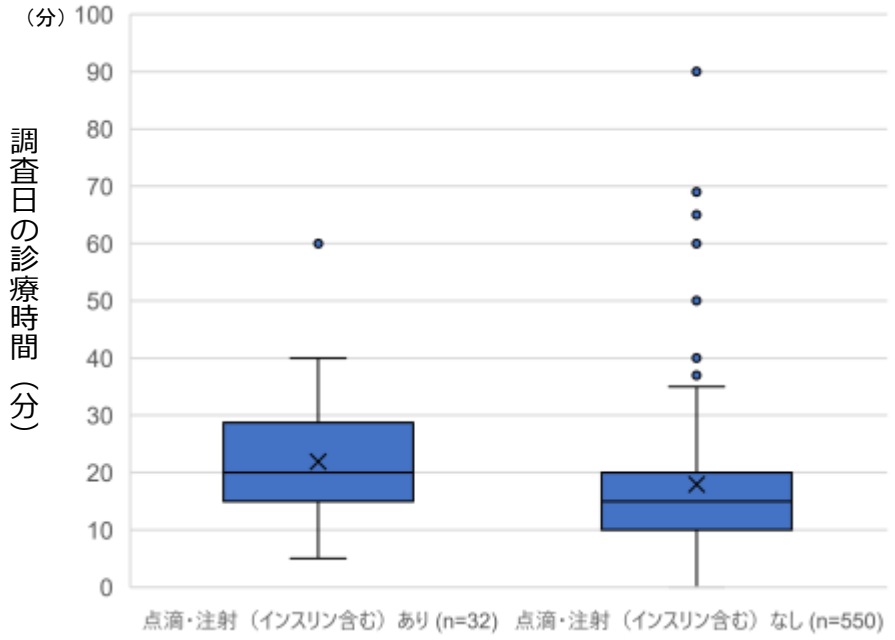
点滴・注射等を受けている患者と診療時間

○ 訪問診療において点滴・注射を受けている患者は受けていない患者と比較して、診療時間が長い傾向にあった。

○ 同様に、訪問診療において創傷処置を受けている患者は受けていない患者と比較して診療時間が長い傾向にあった。

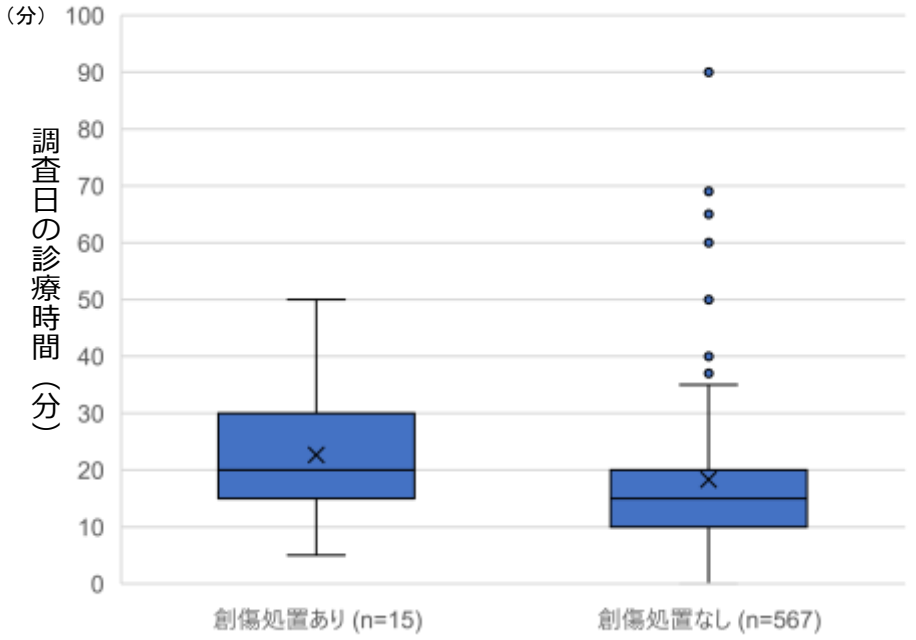
点滴・注射（インスリン含む）の実施状況別の調査日の診療時間（分）

	点滴・注射（インスリン含む）の実施あり n=32	点滴・注射（インスリン含む）の実施なし n=550
75%Tile	26.25	20
中央値	20	15
25%Tile	15	10
平均値	21.91	17.73



創傷処置の実施状況別の調査日の診療時間（分）

	創傷処置あり n=15	創傷処置なし n=567
75%Tile	30	20
中央値	20	15
25%Tile	16	10
平均値	22.67	17.83



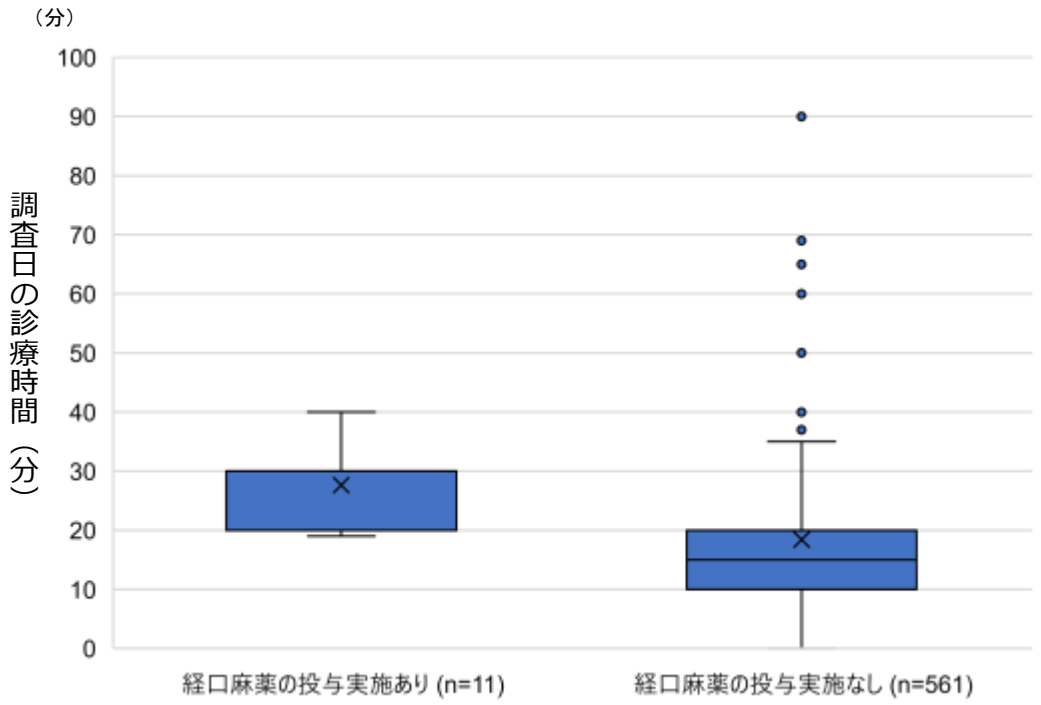
出典：令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査

経口麻薬を投与されている患者と診療時間

○ 経口麻薬を投与されている患者は投与のない患者と比較して、診療時間が長い傾向にあった。

経口麻薬の投与実施状況別の調査日の診療時間（分）

	経口麻薬の投与実施あり n=11	経口麻薬の投与実施なし n=561
75%Tile	30	20
中央値	30	15
25%Tile	20	10
平均値	27.64	17.80



調査対象患者の状況　※無回答を除く

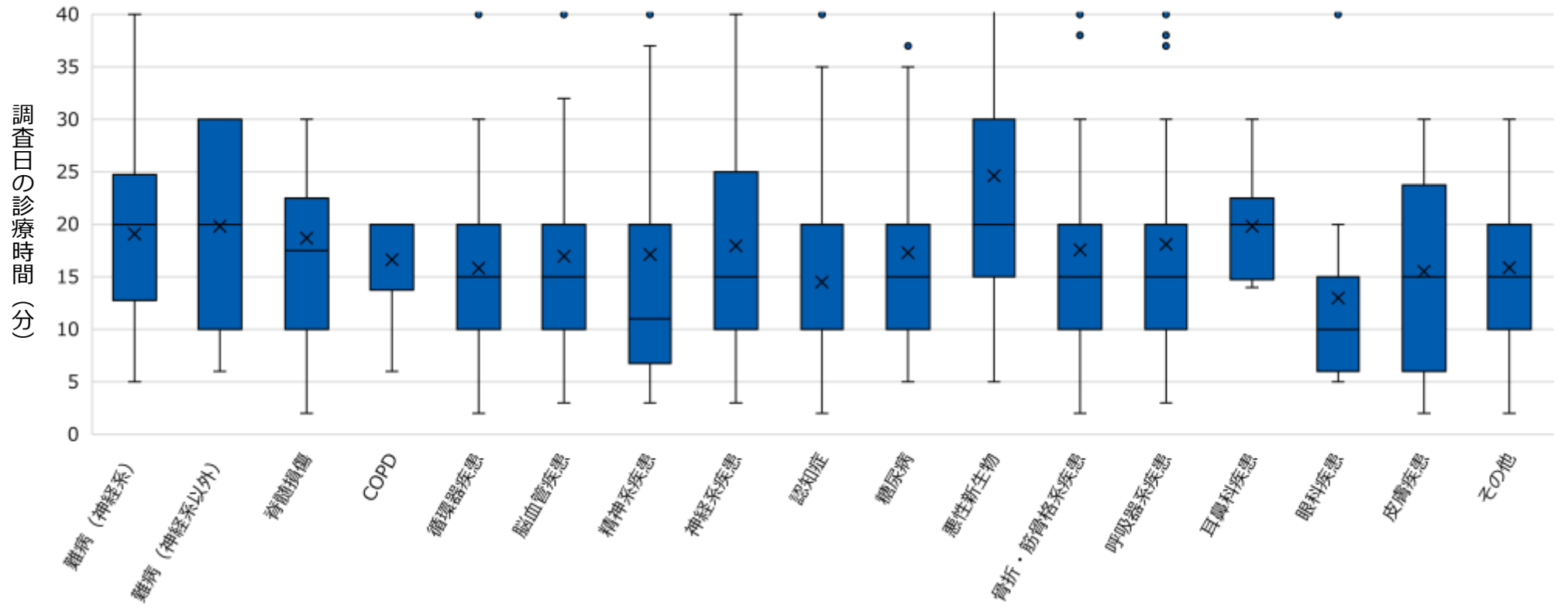
	人生の最終段階にある患者		人生の最終段階にない患者	
	悪性腫瘍	非悪性腫瘍	悪性腫瘍	非悪性腫瘍
経口麻薬の投与あり(n=11)	7人	1人	1人	2人
【参考】全患者(n=540)	35人	28人	28人	449人

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

訪問診療の対象病名別の診療時間

○　訪問診療を受けている患者について、訪問診療の対象となる病名と1回の訪問診療に係る診療時間を比較すると、悪性腫瘍の患者は他の疾患の患者と比較して診療時間が長くなる傾向にある。

訪問診療を受けている患者の訪問診療の対象となる病名別の診療時間



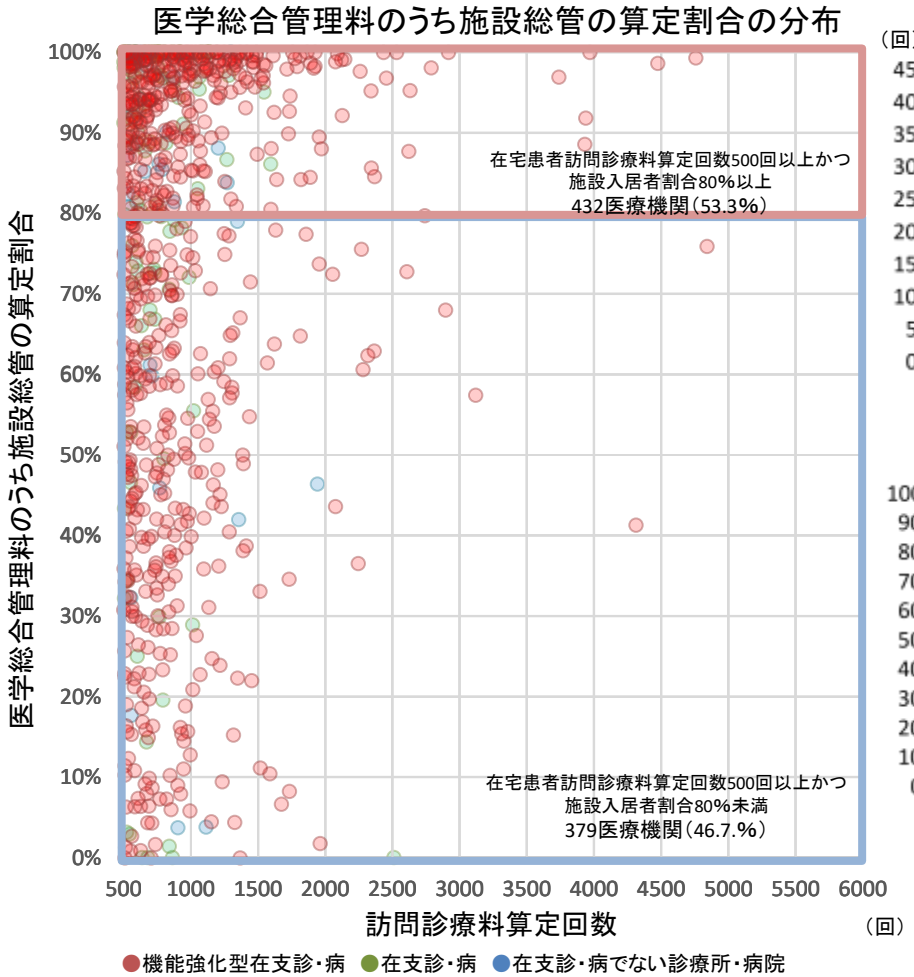
	難病（神経系）	難病（神経系以外）	脊髄損傷	COPD	循環器疾患	脳血管疾患	精神系疾患	神経系疾患	認知症	糖尿病	悪性新生物	骨折・筋骨格系疾患	呼吸器系疾患	耳鼻科疾患	眼科疾患	皮膚疾患	その他
	n=32	n=11	n=10	n=14	n=294	n=151	n=50	n=26	n=193	n=77	n=65	n=130	n=60	n=6	n=15	n=36	n=73
75%Tile	24.25	30	20	20	20	20	20	23.75	20	20	30	20	20	20	15	21.25	20
中央値	20	20	17.5	20	15	15	11	15	10	15	20	15	15	20	10	15	15
25%Tile	14.25	12.5	11.25	15	10	10	7	10	10	10	15	10	10	16.25	6	6	10
平均値	19.1	19.8	18.7	16.6	15.8	17.0	17.1	18.0	14.5	17.3	24.6	17.6	18.1	19.8	13.0	15.5	15.9

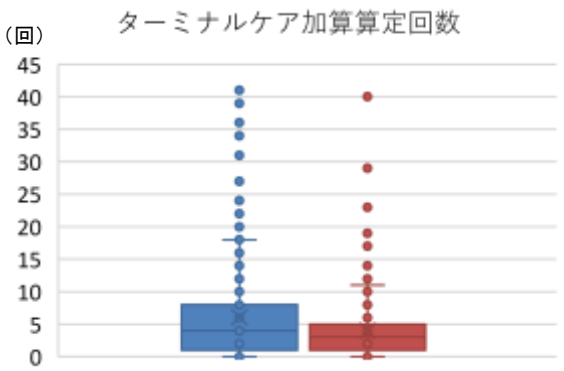
出典：令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査

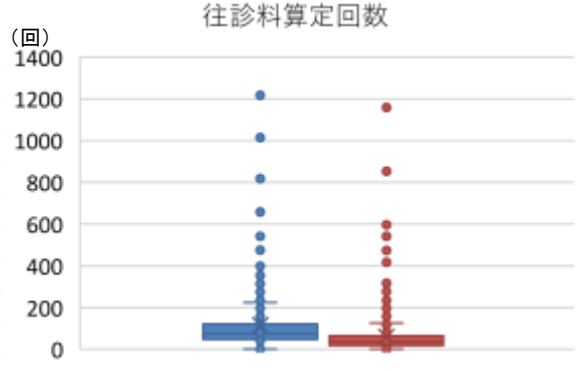
医療機関ごとの在宅患者訪問診療料の算定回数と施設総管の算定割合

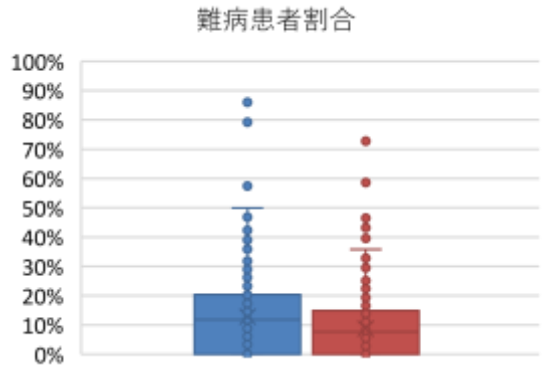
○ 訪問診療が月500件以上の医療機関について、医学総合管理料のうち、施設入居時等医学総合管理料の算定割合を見ると、在宅患者訪問診療料の算定回数が月1,000回以上の医療機関の多くは施設入居時等総合医学管理料の算定割合が80%以上であった。

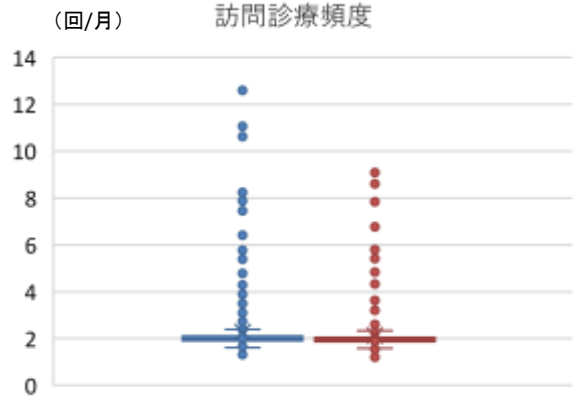
○ 80%以上の群と80%未満の群で比較すると、80%以上群はターミナルケア加算の算定回数が少なく、往診の算定件数が少なかった。











■施設入居者割合80%未満 ■施設入居者割合80%以上

（算定回数）

出典：NDBデータ（令和4年5月診療分）

主として訪問診療又は往診を実施する診療所について

○　主として訪問診療または往診を実施する診療所については、在宅療養支援診療所の施設基準において、追加で看取り等の実績を求めている。
○　主として訪問診療等を実施する診療所（※1）について、その他の医療機関と比較して在宅患者訪問診療料の算定回数は多い傾向にある一方、往診料の算定回数・ターミナルケア加算の算定回数は少ない傾向にあった。

主として訪問診療または往診を実施する在宅療養支援診療所の追加の施設基準（施設基準通知通知抜粋）

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９割５分以上の保険医療機関通常の医療機関の施設基準に加えて、以下の要件を満たしていること。

①　直近１年間に**５つ以上の病院又は診療所から、文書による紹介を受けて訪問診療を開始した実績**があること。

②　当該診療所において、**過去１年間の在宅における看取りの実績を 20 件以上有していること又は重症児の十分な診療実績等を有している**こと。なお、ここでいう重症児の十分な診療実績とは、過去１年間の 15 歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績（３回以上の定期的な訪問診療を実施し、区分番号「Ｃ００２」在宅時医学総合管理料又は区分番号「Ｃ００２－２」施設入居時等医学総合管理料を算定している場合に限る。）を 10 件以上有していることをいう。

③　直近１か月に在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定した患者のうち、**施設入居時等医学総合管理料を算定した患者の割合が７割以下**であること。

④　直近１か月に在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定した患者のうち、**要介護３以上又は「特掲診療料の施設基準等」別表第八の二に掲げる別に厚生労働大臣が定める状態の患者の割合が５割以上**であること。

主として訪問診療等を実施する診療所（※1）の訪問診療等の状況

	在宅患者訪問診療料算定回数（回）	訪問診療頻度（回/月）	施設総管算定割合（%）	往診料算定回数（回）	ターミナルケア加算算定回数（回）
平均値	357.8	1.9	77.0%	3.6	0.6
25%tile	44	1.7	77.6%	1	0
中央値	264	2.0	95.9%	2	0
75%tile	414	2.1	100%	6	0
最大値	1064	3.8	100%	14	4

その他の医療機関（※2）の訪問診療等の状況

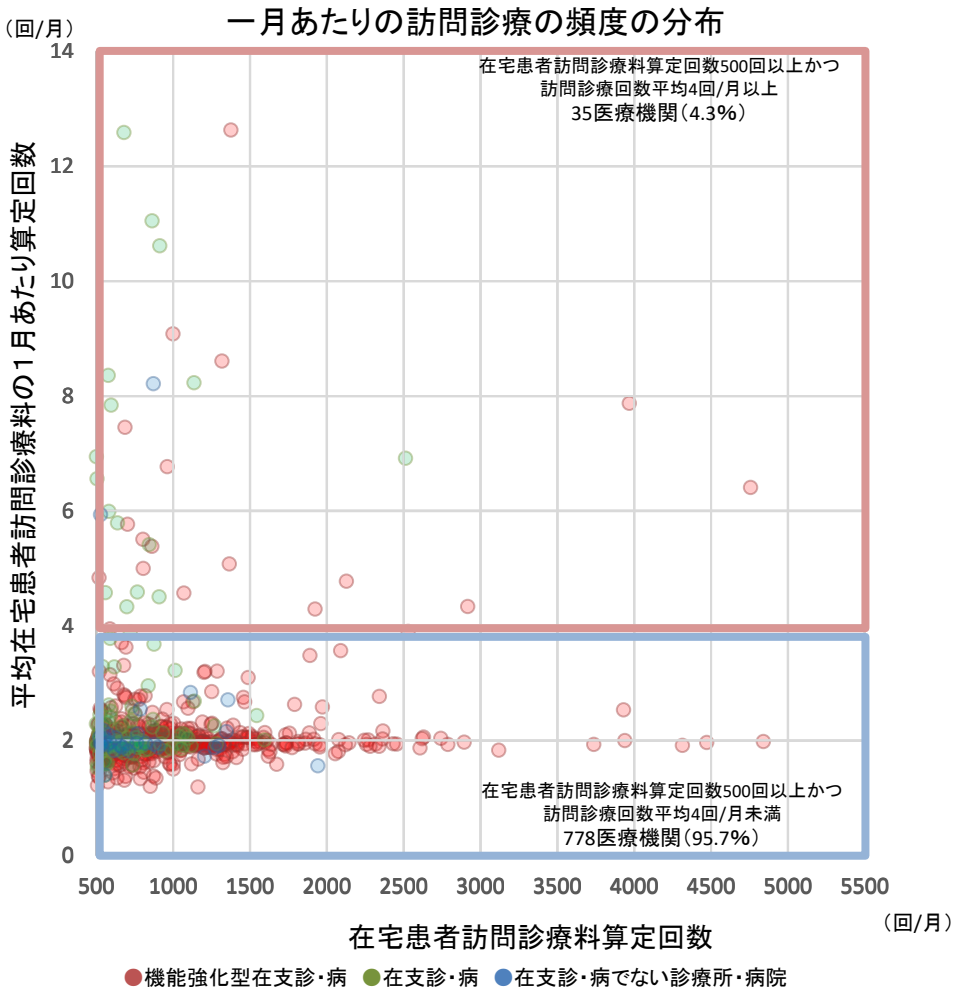
	在宅患者訪問診療料算定回数（回）	訪問診療頻度（回/月）	施設総管算定割合（%）	往診料算定回数（回）	ターミナルケア加算算定回数（回）
平均値	136.2	1.8	46.6%	15.7	1.1
25%tile	19	1.3	4.2%	2	0
中央値	52	1.8	46.3%	5	0
75%tile	140	2.0	83.8%	13	1
最大値	4840	13.7	100%	2699	55

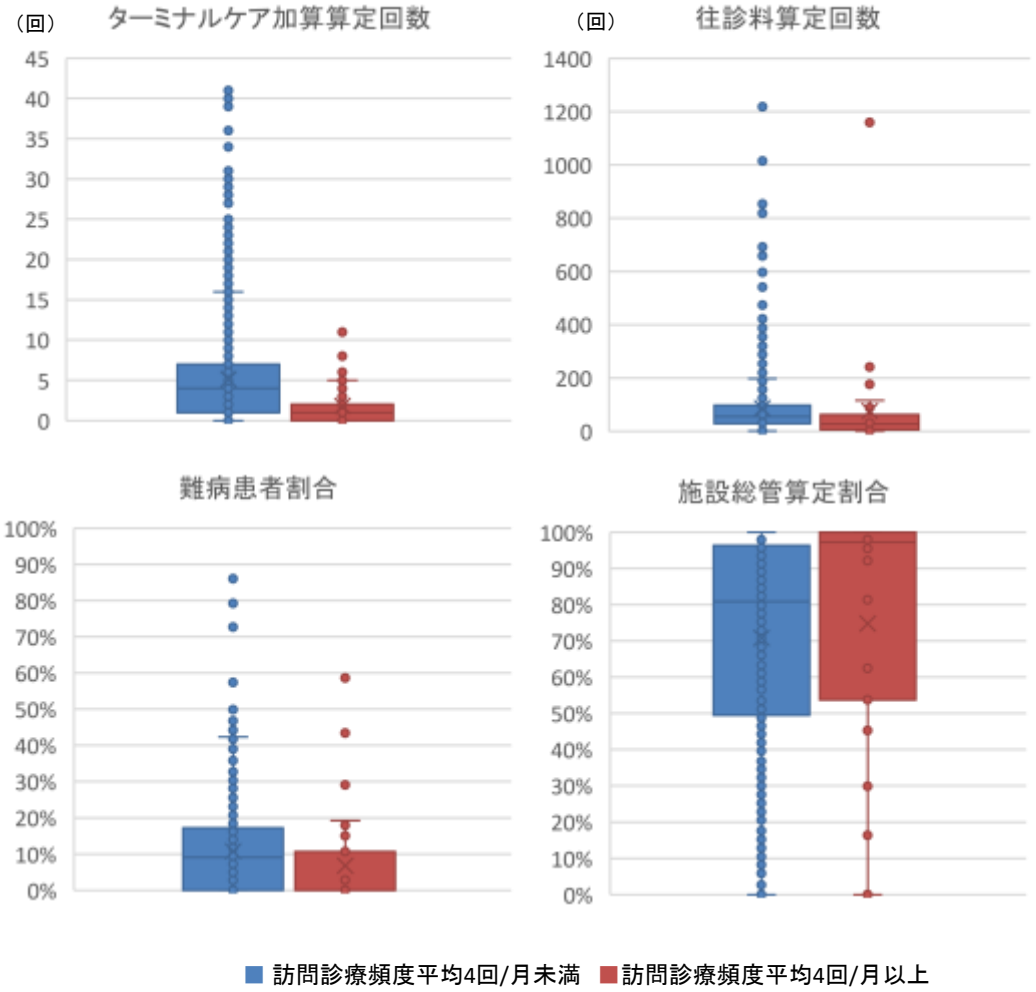
※1　令和4年5月診療分のNDBデータにおいて初診料、再診料、在宅患者訪問診療料及び往診料の算定件数のうち在宅患者訪問診療料及び往診料の算定件数が占める割合が95%以上の診療所
※2　※1以外の医療機関であって、在宅患者訪問診療料の算定回数が5件以上の医療機関

出典：NDBデータ（令和4年5月診療分）

医療機関ごとの在宅患者訪問診療料の算定回数と訪問診療の頻度

○　在宅患者訪問診療料の算定回数が月500回以上の医療機関について、訪問診療の頻度（在宅患者訪問診療料の算定回数/算定件数）が平均４回/月を超える医療機関が一定数存在した。
○　訪問診療の頻度が平均４回/月以上の医療機関は平均４回/月未満の医療機関と比較してターミナルケア加算及び往診料の算定回数が少なかった。

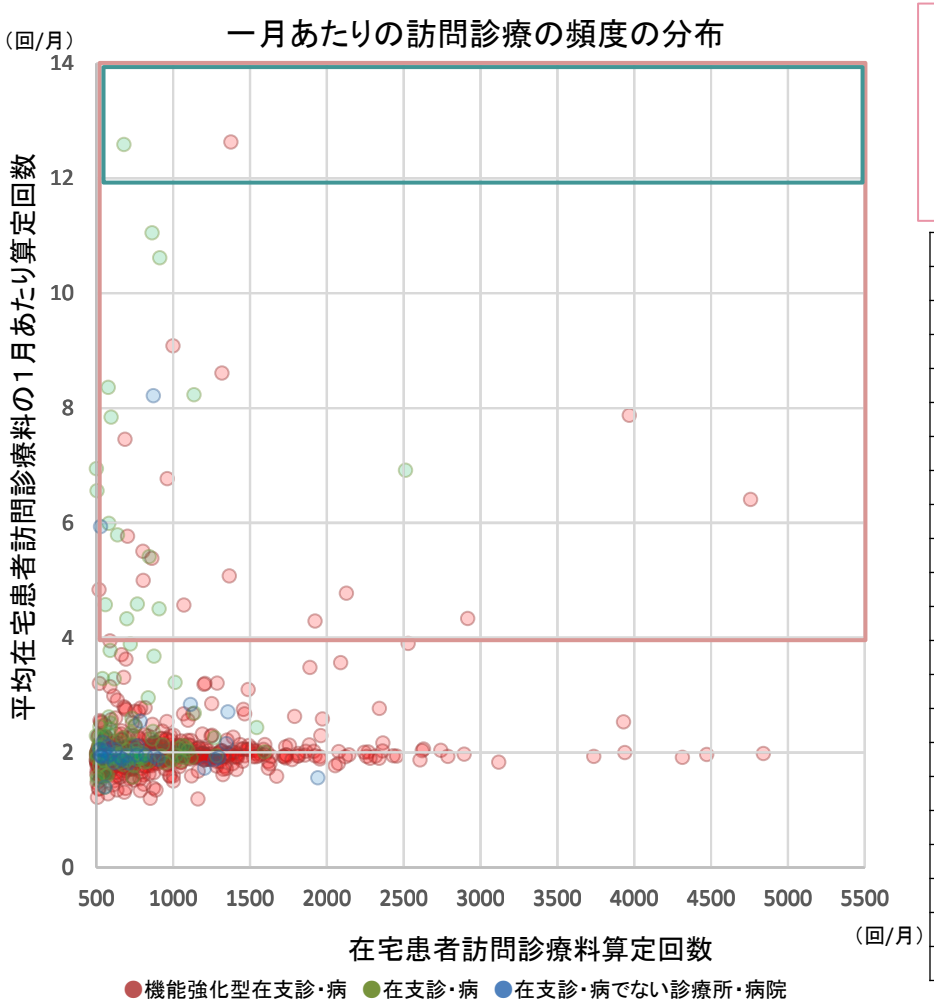




出典：NDBデータ（令和４年５月診療分）

訪問診療の頻度の平均が高い医療機関の患者の主傷病名

○ 在宅患者訪問診療料の一月当たりの平均算定回数が4回以上の医療機関の患者の主傷病名は高血圧症・アルツハイマー型認知症等が多かった。また、12回以上の医療機関の患者の主傷病名も同様の傾向であった。



在宅患者訪問診療料の一月あたりの平均算定回数が４回以上の医療機関の患者の主傷病名TOP20

(n=6654)

1	高血圧症	13.5%
2	アルツハイマー型認知症	12.9%
3	認知症	4.8%
4	２型糖尿病	3.5%
5	＊＊未コード化傷病名＊＊	3.4%
6	慢性心不全	3.1%
7	脳梗塞後遺症	2.6%
8	骨粗鬆症	1.4%
9	脳梗塞	1.4%
10	乾皮症	1.3%
11	慢性呼吸不全	1.2%
12	変形性膝関節症	1.2%
13	糖尿病	1.1%
14	パーキンソン病	1.1%
15	脳出血後遺症	1.0%
16	皮脂欠乏性湿疹	1.0%
17	便秘症	0.9%
18	統合失調症	0.9%
19	狭心症	0.8%
19	本態性高血圧症	0.8%
21	腰痛症	0.8%
21	腰椎圧迫骨折	0.8%

在宅患者訪問診療料の一月あたりの平均算定回数が12回以上の医療機関の患者の主傷病名TOP20

(n=149)

1	＊＊未コード化傷病名＊＊	21.5%
2	高血圧症	9.4%
3	アルツハイマー型認知症	8.1%
4	加齢性白内障	7.4%
5	腰部脊柱管狭窄症	4.7%
6	腰椎圧迫骨折	3.4%
7	２型糖尿病	2.7%
8	脳梗塞	2.7%
9	緑内障	2.7%
10	腰椎椎間板症	2.0%
11	高コレステロール血症	2.0%
12	認知症	1.3%
13	躁うつ病	1.3%
14	脳出血後遺症	1.3%
15	慢性心不全	1.3%
16	レビー小体型認知症	1.3%
16	脳梗塞後遺症	1.3%
16	陳旧性脳梗塞	1.3%
16	関節リウマチ	1.3%
20	便秘症	1.3%

出典：NDBデータ（令和4年5月診療分）

訪問診療の算定回数が多い患者の主傷病名

○ 訪問診療の算定回数が多い患者の主傷病名はアルツハイマー型認知症・高血圧症・認知症の順に多かった。

一月当たりの在宅患者訪問診療料の算定回数が４回以上の患者の主傷病名TOP20(n=19378)

1	アルツハイマー型認知症	11.2%
2	高血圧症	11.1%
3	認知症	4.3%
4	＊＊未コード化傷病名＊＊	2.9%
5	２型糖尿病	2.6%
6	慢性心不全	2.5%
6	脳梗塞後遺症	2.5%
8	糖尿病	1.6%
9	統合失調症	1.6%
10	パーキンソン病	1.3%
11	慢性呼吸不全	1.1%
12	脳梗塞	1.1%
13	脳出血後遺症	1.0%
14	うつ病	0.7%
15	心不全	0.7%
16	骨粗鬆症	0.7%
17	廃用症候群	0.7%
18	うっ血性心不全	0.7%
19	便秘症	0.7%
20	肺癌	0.7%
20	狭心症	0.7%

一月当たりの在宅患者訪問診療料の算定回数が12回以上の患者の主傷病名TOP20(n=963)

1	アルツハイマー型認知症	12.8%
2	高血圧症	11.4%
3	認知症	7.6%
4	＊＊未コード化傷病名＊＊	5.7%
5	脳梗塞後遺症	3.1%
6	２型糖尿病	2.6%
7	慢性心不全	2.3%
8	脳梗塞	2.1%
8	統合失調症	2.1%
10	高コレステロール血症	1.5%
11	パーキンソン病	1.2%
12	加齢性白内障	1.1%
12	骨粗鬆症	1.1%
14	狭心症	1.0%
15	慢性腎不全	0.9%
16	糖尿病	0.8%
16	慢性呼吸不全	0.8%
16	レビー小体型認知症	0.8%
19	多発性脳梗塞	0.7%
19	脳出血後遺症	0.7%
19	腰椎圧迫骨折	0.7%
19	うっ血性心不全	0.7%
19	関節リウマチ	0.7%
19	甲状腺機能低下症	0.7%

【参考】

週３回を超えて訪問診療可能な疾患（別表第七）

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

出典：NDBデータ（令和4年5月診療分）

１．訪問診療・往診等について

１－１　これまでの議論について

１－２　患者の状態に応じた訪問診療について

１－３　在宅医療における24時間の医療提供体制の確保について

２．訪問看護について

２－１　これまでの議論について

２－２　医療ニーズの高い利用者の退院支援について

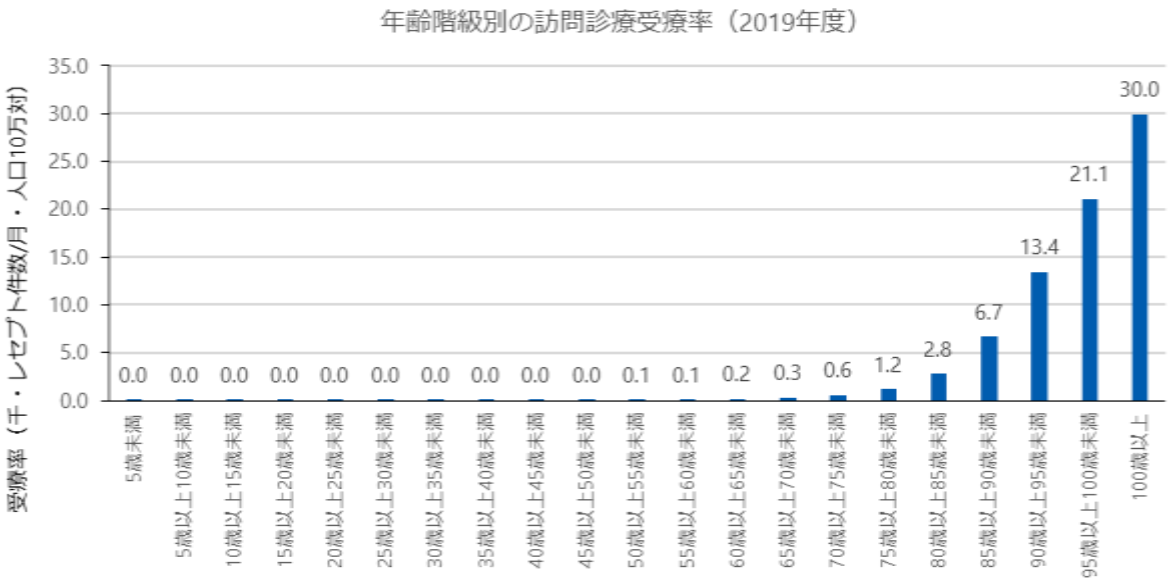
２－３　集合住宅等における効率的な訪問看護等について

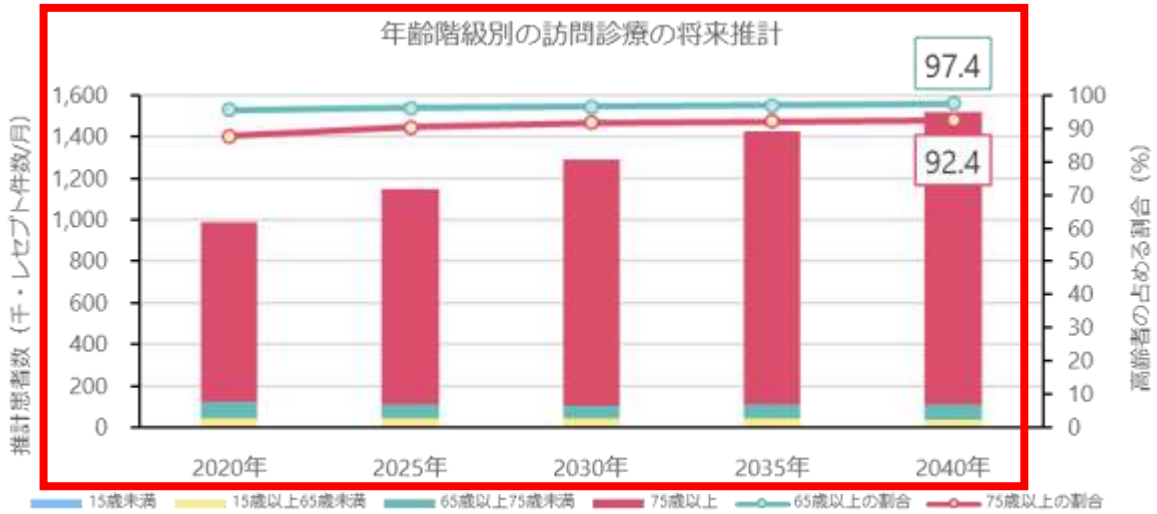
２－４　介護保険における訪問看護との制度上の差異について

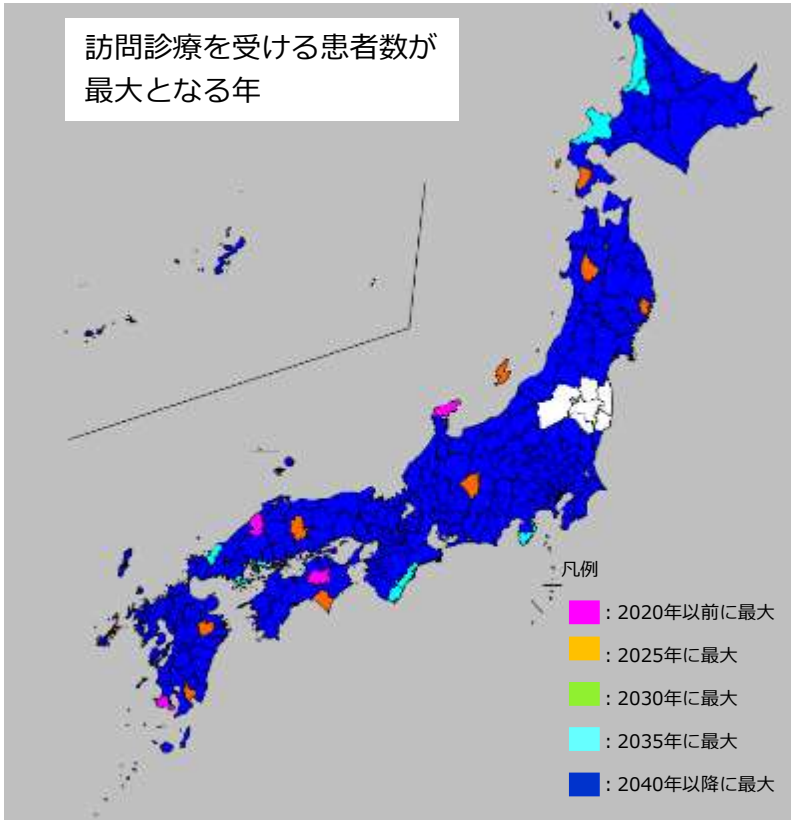
訪問診療の必要量について

第12回第8次医療計画等に関する検討会
令和4年8月4日
資料1

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







【出典】
受療率：NDBデータ（2019年度診療分）、住民基本台帳に基づく人口（ 2020年１月１日 時点）を基に受療率を算出。
推計方法：NDBデータ（※１）及び住民基本台帳人口（※２）を基に作成した2019年度の性・年齢階級・都道府県別の訪問診療の受療率を、二次医療圏別の将来推計人口（※３）に機械的に適用して推計。なお、福島県については、東日本大震災等の影響により、市町村別人口がないことから推計を行っていない。
※１　2019年度における在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）のレセプトを集計。
※２　2020年1月１日時点の住民基本台帳人口を利用。
※３　国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」（出生中位・死亡中位）を利用。

在支診・在支病の施設基準（参考）

<table>
<tr><th rowspan="3"></th><th colspan="4">機能強化型在支診・在支病</th><th rowspan="3">在支診在支病</th><th rowspan="3">（参考）在宅療養後方支援病院</th></tr>
<tr><th colspan="2">単独型</th><th colspan="2">連携型</th></tr>
<tr><th>診療所</th><th>病院</th><th>診療所</th><th>病院</th></tr>
<tr><td>全ての在支診・在支病の基準</td><td colspan="4">①　24時間連絡を受ける体制の確保　②　24時間の往診体制
③　24時間の訪問看護体制　④　緊急時の入院体制
⑤　連携する医療機関等への情報提供　⑥　年に１回、看取り数等を報告している
⑦　適切な意思決定支援に係る指針を作成していること</td><td rowspan="3"></td><td rowspan="3">○　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</td></tr>
<tr><td>全ての在支病の基準</td><td colspan="4">「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</td></tr>
<tr><td>機能強化型在支診・在支病の基準</td><td colspan="2">⑦　在宅医療を担当する常勤の医師
３人以上</td><td colspan="2">⑦　在宅医療を担当する常勤の医師
連携内で３人以上</td></tr>
<tr><td>⑧　過去１年間の緊急往診の実績
10件以上</td><td>⑧　次のうちいずれか１つ
・過去１年間の緊急往診の実績
10件以上
・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近１年間で31件以上
・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料１又は３を届け出ている</td><td>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</td><td>⑧　次のうちいずれか１つ
・過去１年間の緊急往診の実績
10件以上各医療機関で４件以上
・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近１年間で31件以上
・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料１又は３を届け出ている</td></tr>
<tr><td colspan="2">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</td><td colspan="2">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</td></tr>
<tr><td colspan="5">⑩　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</td></tr>
</table>

※：**青字**は令和４年度診療報酬改定における変更点

在宅療養移行加算について

【在宅療養移行加算】

在宅療養移行加算１　216点
在宅療養移行加算２　116点

注）在宅療養移行加算は、
在支診等では算定できない。

［施設基準］

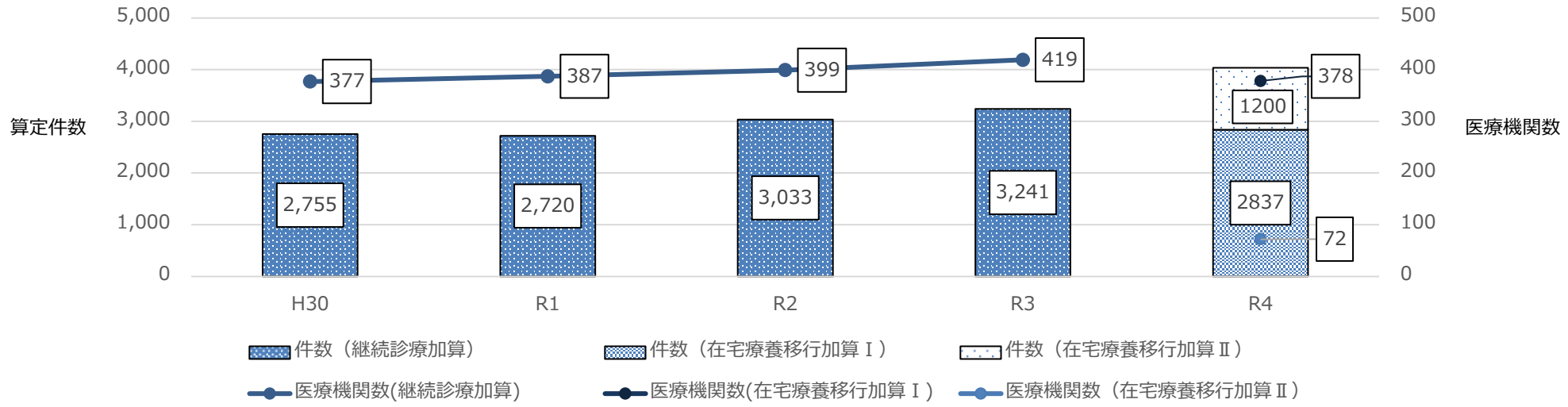
在宅療養移行加算１

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

在宅療養移行加算２

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

●在宅療養移行加算等の年次推移（各年５月診療分）



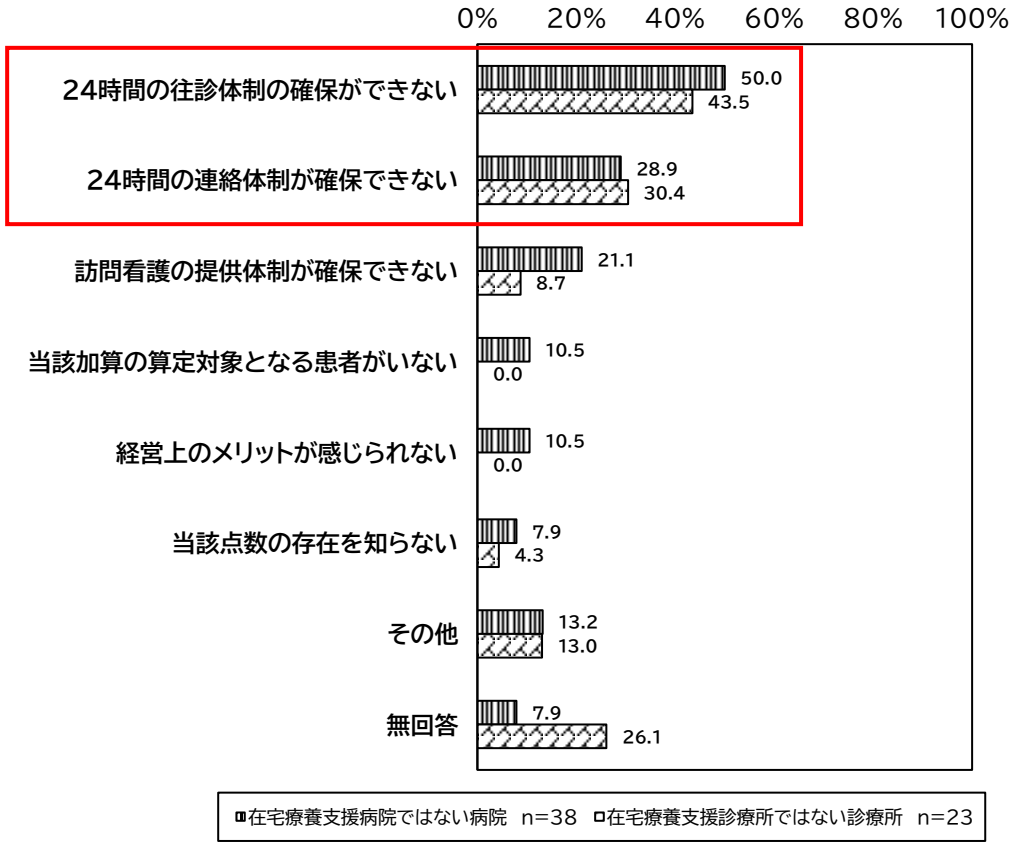
出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

在宅療養移行加算１･２を算定していない理由

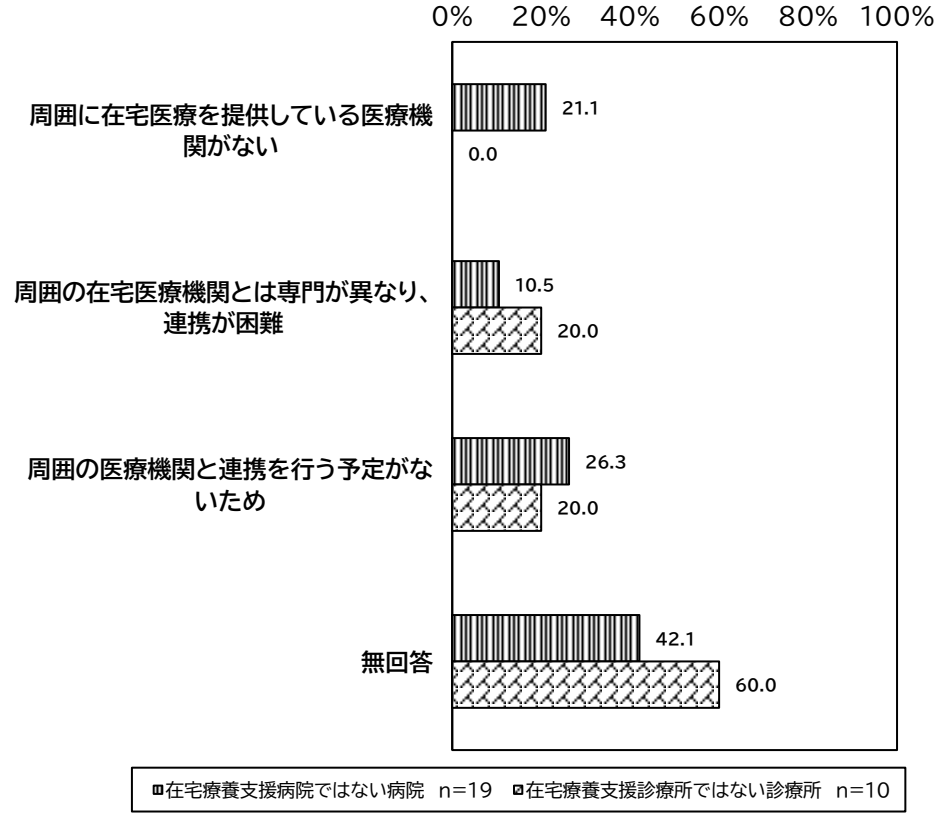
中医協　検－２－１改変
５．３．２２改

○　在宅療養移行加算1･2を算定していない理由としては、「24時間の往診体制の確保ができない」が最も多かった。
○　24時間の往診体制の確保ができない理由としては、「周囲に在宅医療を提供している医療機関がない」、「周囲の在宅医療機関とは専門が異なり、連携が困難」を選択している医療機関があった。

在宅療養移行加算1、2を算定していない理由
（在宅療養移行加算1、2の算定がない施設）



24時間の往診体制を確保していない理由



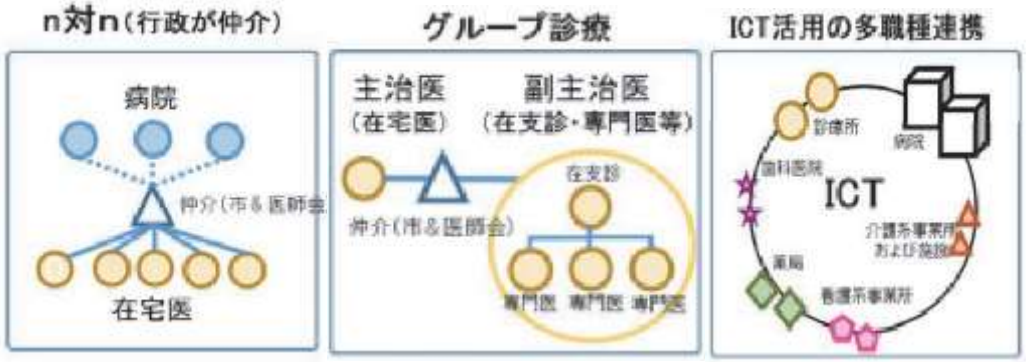
出典：令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査

地域で有効に機能している在宅医療連携モデル

第１２回第８次医療計画等に関する検討会
令和４年８月４日
資料１

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

訪問診療を行う医師のグループ形成によるバックアップ（千葉県柏市）



→柏市と医師会が中心となり、地域の多職種も巻き込みつつ、体制を構築。

○垂直連携（柏市が事務局として実施）

・病診連携：急性増悪時等における病院のバックアップ体制の確保

○水平連携（主に、柏市と柏市医師会にて実施）

・診診連携：かかりつけ医のグループ形成によるバックアップ

・多職種連携：情報共有システムの利活用
在宅医・多職種向け研修会の開催

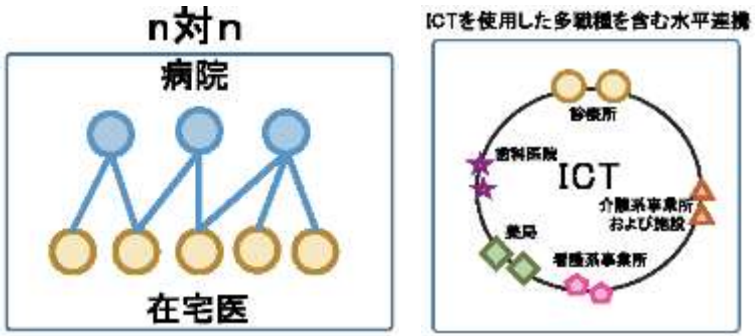
○市民への在宅医療の支援：柏市地域医療連携センター※（柏市が設置）

・在宅主治医がいない市民の方に対して紹介

・多職種への『在宅医療多職種連携研修会』等の実施

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

患者急変時のICTを活用した患者情報連携（新潟県長岡市）



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

○垂直連携（医師会及び市内10病院で実施）

・救急医療機関との後方支援体制や地域の医療機関とのバックアップ体制を構築。

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

○水平連携（長岡市・医師会・訪問看護ステーション協会にて実施）

・ICTを利用した、多職種間で患者情報を連携（医師会）

→長岡フェニックスネットワーク協議会（事務局：医師会、年２回程度）で、長岡市、訪問看護ステーション協会、歯科医師会、薬剤師会の各団体が参加し、連携ルールの構築や課題等について協議。

出典：H29年度医政局委託事業　在宅医療連携モデル構築のための実態調査報告書

在宅医療における情報通信機器等の活用

第１２回第８次医療計画等に関する検討会
令和４年８月４日
資料1

○　今後高齢化の進展に伴い、在宅医療のニーズは増加する一方で、マンパワーの制約があることを踏まえ、情報通信機器等の活用等も含めた、質の高い効果的・効率的な在宅医療の提供体制を進める必要がある。

○　在宅医療における情報通信機器等の活用の取組としては、対面診療の補完、医療過疎地における遠隔診療、多職種連携におけるネットワーク構築等がある。

【在宅医療における情報通信機器の活用例】

対面診療の補完としてのオンライン診療

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



訪問看護等とも連携した遠隔地への医療提供

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



【出典】令和２年度遠隔診療モデル参考書ーオンライン診療版ー（総務省情報流通行政局）

ネットワーク構築による病病連携・病診連携・多職種連携の構築

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



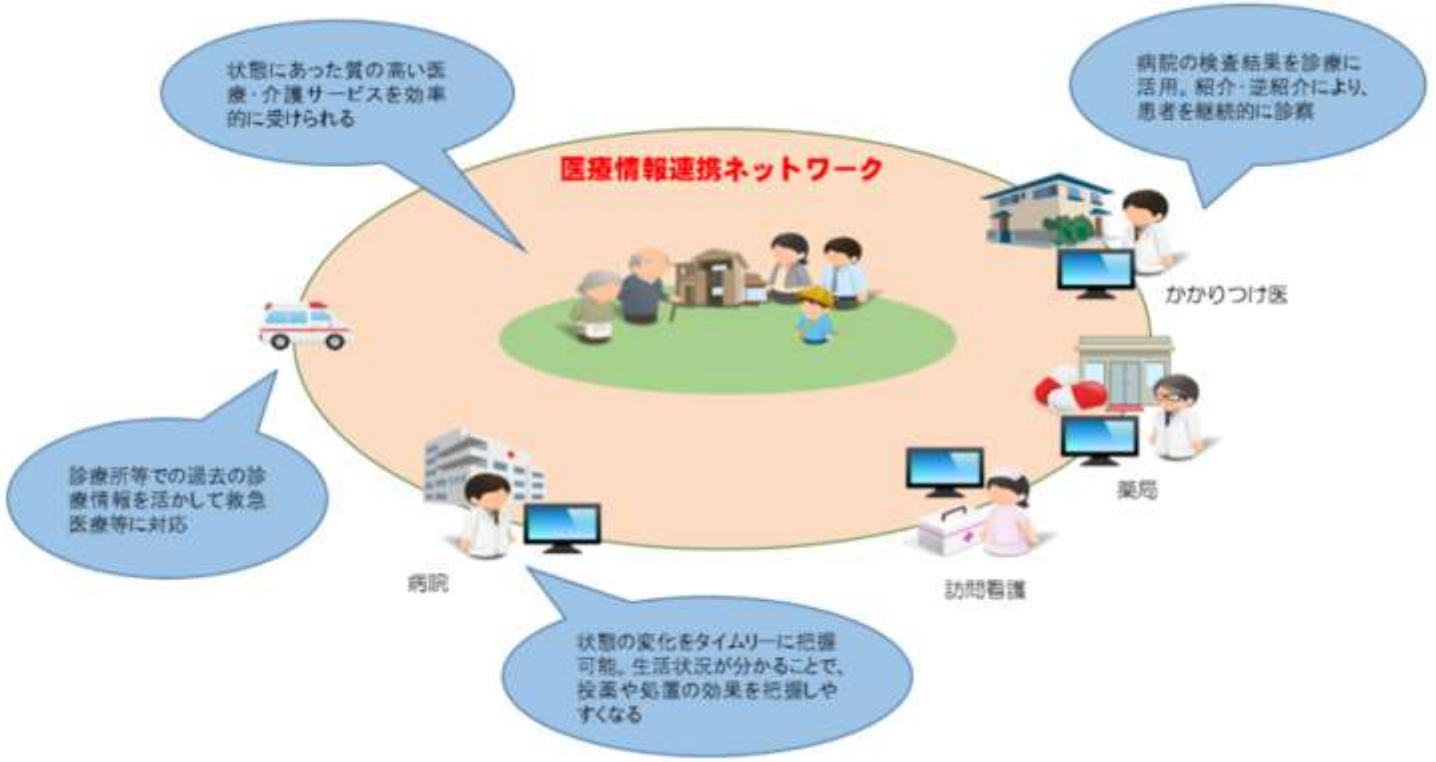
【出典】平成29年度在宅医療連携モデル構築のための実態調査（厚生労働省医政局）

ＩＣＴを用いた平時からの診療情報の連携について①

○　医療情報連携ネットワークとは、患者の同意のもと、医療機関等の間で、診療上必要な医療情報（患者の基本情報、処方データ、検査データ、画像データ等）を電子的に共有・閲覧できることを可能とする仕組みである。

○　関係医療機関等の間で効率的に患者の医療情報を共有することが可能になることから、例えば、
- 患者に関する豊富な情報が得られ、患者の状態に合った質の高い医療の提供
- 高度急性期医療、急性期医療、回復期医療、慢性期医療、在宅医療・介護の連携体制の構築
- 投薬や検査の重複が避けられることによる患者負担の軽減

などの効果が期待されている。



出典：厚生労働省「医療情報連携ネットワーク支援Navi」より抜粋

ＩＣＴを用いた平時からの診療情報の連携について②

○　地域医療情報連携ネットワーク（以下「地連NW」という。）が提供しているサービスについて、「診療情報の連携」を行っているものは220中183であった。
○　ＩＣＴを利用した地連NWの参加施設について、医科診療所の施設数は増加傾向である。

図 2.10-2 提供しているサービスの状況

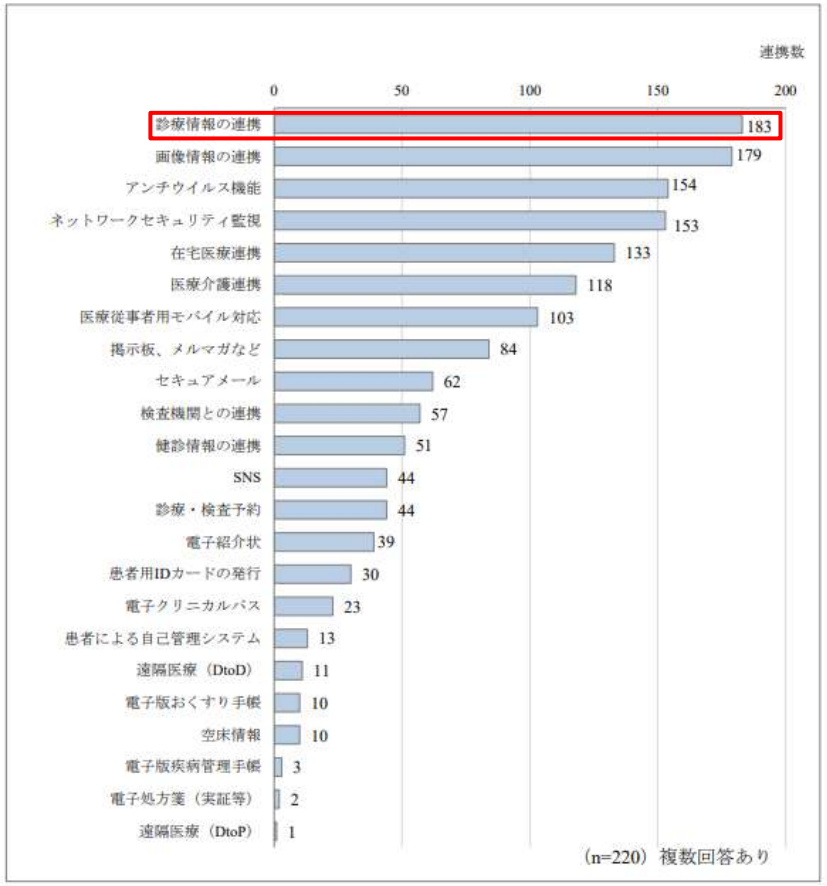
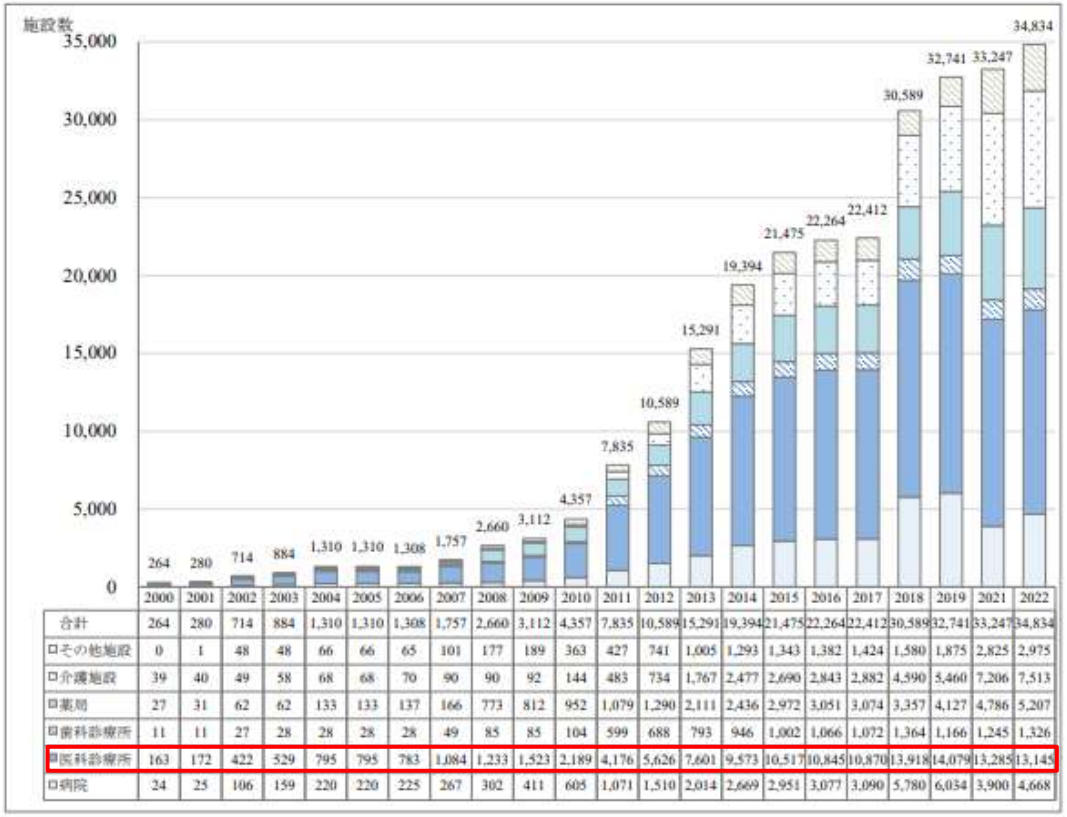


図 2.5-1 参加施設数の推移



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2021	2022
合計	264	280	714	884	1,310	1,310	1,308	1,757	2,660	3,112	4,357	7,835	10,589	15,291	19,394	21,475	22,264	22,412	30,589	32,741	33,247	34,834
□その他施設	0	1	48	48	66	66	65	101	177	189	363	427	741	1,005	1,293	1,343	1,382	1,424	1,580	1,875	2,825	2,975
□介護施設	39	40	49	58	68	68	70	90	90	92	144	483	734	1,767	2,477	2,690	2,843	2,882	4,590	5,460	7,206	7,513
□薬局	27	31	62	62	133	133	137	166	773	812	952	1,079	1,290	2,111	2,436	2,972	3,051	3,074	3,357	4,127	4,786	5,207
□歯科診療所	11	11	27	28	28	28	28	49	85	85	104	599	688	793	946	1,002	1,066	1,072	1,364	1,166	1,245	1,326
□医科診療所	163	172	422	529	795	795	783	1,084	1,233	1,523	2,189	4,176	5,626	7,601	9,573	10,517	10,845	10,870	13,918	14,079	13,285	13,145
□病院	24	25	106	159	220	220	225	267	302	411	605	1,071	1,510	2,014	2,669	2,951	3,077	3,090	5,780	6,034	3,900	4,668

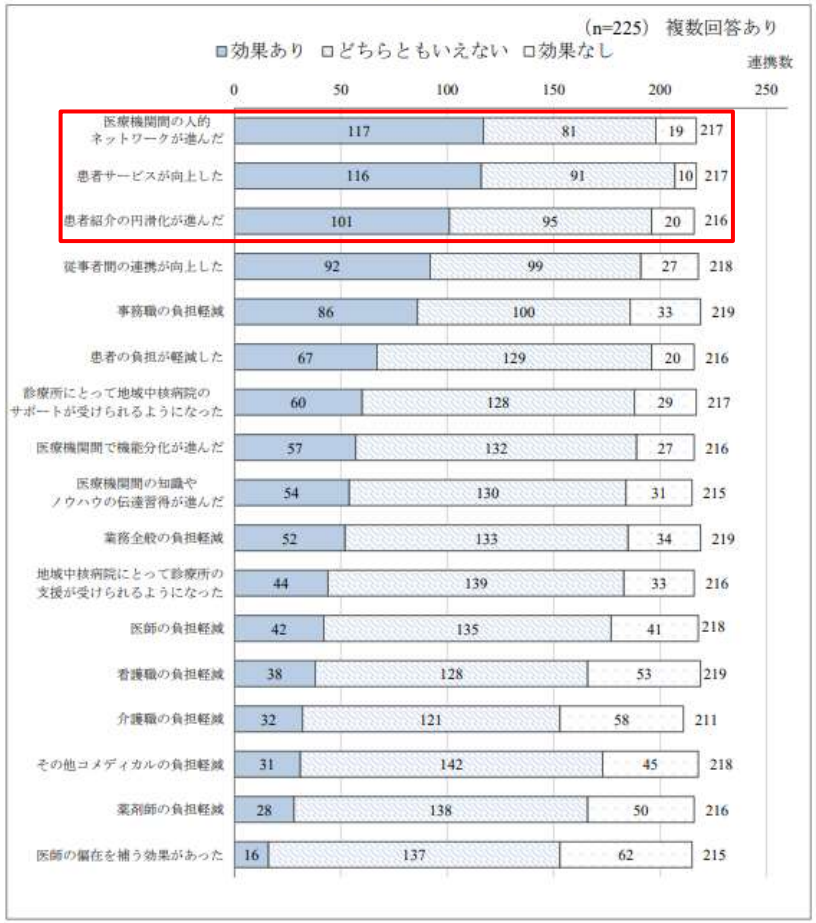
※2020 年度は調査未実施

出典：日医総研ワーキングペーパー「ICTを利用した全国地域医療情報連携ネットワーク」

ＩＣＴを用いた平時からの診療情報の連携について③

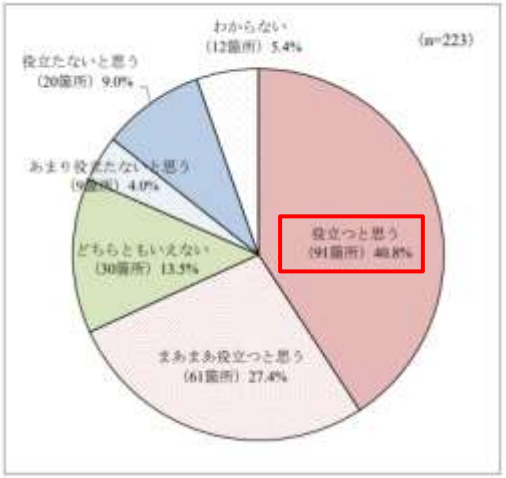
○ 地連NWの導入効果として「医療機関間の人的ネットワークが進んだ」、「患者サービスが向上した」、「患者紹介の円滑化が進んだ」と回答した地域が多い。
○ 感染症蔓延下においては、緊急時の対応における情報共有等が役立ったとしている地域もある。

図 2.15-1 地連 NW の導入効果



【新型コロナウイルス感染症のような感染症蔓延下において地連NWが役立つかどうか】

図 3.2-1 地連 NW の有用性



【新型コロナウイルス感染症のような感染症蔓延下において役立った情報共有に関する利用方法の具体例（一部抜粋）】

- **基礎疾患の情報を取得するのに役立った**
- 保健所が参加し、宿泊療養施設で療養している患者のバイタル情報等を医療機関と共有した
- 感染症対策専門医からの情報配信を受け、医療、介護、福祉関係者で共有した・障害福祉施設で発生したクラスターについて、嘱託医、施設看護師、医師会、保健所間で、陽性患者や疑陽性者の体調やバイタル情報を共有した・宿泊療養施設、県調整本部、オンコール医師間で情報共有を行った
- **介護施設でサービス利用者や家族の感染状況を即座に把握し、情報交換できた**
- **救急搬送制限により、近隣の医療機関へ搬送ができない際に情報共有を行った**
- 退院時支援時に他の事例で役立った情報を提供した
- 入院中の患者情報を当院の医師が院外から閲覧し、状況を把握できた

出典：日医総研ワーキングペーパー「ICTを利用した全国地域医療情報連携ネットワーク」

訪問診療・往診等についての課題

（訪問診療・往診等について）

＜患者の状態に応じた訪問診療について＞

- 在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料においては、比較的重症な患者から軽症な患者まで幅広い患者に診療が行われていることから、患者の状態等に応じてきめ細かな評価を実施している。
- 経口麻薬の投与のある患者は他の患者と比較して診療時間が長い傾向にあった。
- 在宅医療の提供体制については、日常の療養支援のみに限らず、急変時の対応や看取りについても必要な医療機能として求められており、往診の実施状況や看取りやターミナルケアの実施状況等も在宅医療の提供体制の評価として考えられる。
- 在宅医療を専門とする医療機関は、その他の在宅医療を提供する医療機関と比較して、在宅患者訪問診療料の算定回数は多かったが往診料の算定回数やターミナルケア加算の算定回数は少ない傾向にあった。
- 在宅患者訪問診療料の一月当たりの平均算定回数が4回以上の医療機関の患者の主傷病名は高血圧症・アルツハイマー型認知症等が多かった。また、12回以上の医療機関の患者の主傷病名も同様の傾向であった。
- 医療機関に関係なく、訪問診療の算定回数が多い患者の主傷病名はアルツハイマー型認知症・高血圧症・認知症の順に多かった。

＜患者の状態に応じた訪問診療について＞

- 医療情報連携ネットワークは関係医療機関等の間で効率的に患者の医療情報を共有することが可能になることから、
  ・患者に関する豊富な情報が得られ、患者の状態に合った質の高い医療の提供
  ・高度急性期医療、急性期医療、回復期医療、慢性期医療、在宅医療・介護の連携体制の構築
  ・投薬や検査の重複が避けられることによる患者負担の軽減
  などの効果が期待されている。
- どのような生活の場においても、常に情報を確認できる状態で円滑な患者紹介等が行える連携体制を構築することは重要である。
- 地連NWの導入効果として「医療機関間の人的ネットワークが進んだ」、「患者サービスが向上した」、「患者紹介の円滑化が進んだ」と回答した地域が多い。
- 感染症蔓延下においては、緊急時の対応における情報共有等が役立ったとしている地域もある。

訪問診療・往診等についての論点

【論点】

（訪問診療・往診等について）

○　患者の状態に応じ、よりきめ細かな評価を実施する観点から、要介護度及び認知症日常生活自立度に関する包括的支援加算の対象患者の範囲について、見直しを行ってはどうか。また、麻薬の経口投与を行っている患者について、実態を踏まえて、包括的支援加算の対象患者に加えてはどうか。

○　訪問診療の算定回数が多い医療機関の一部において、往診や看取りの実績が主として訪問診療又は往診を実施する診療所と同様に少ない傾向であることを踏まえ、効率的に在宅医療を提供している在支診等の要件を、主として訪問診療又は往診を実施する診療所の例に倣って整理してはどうか。

○　患者一人当たりの訪問診療の頻度が高い医療機関の訪問診療を行っている患者の疾患等も踏まえ、患者の状態に応じて適切に訪問診療を実施する観点から、患者一人当たりの訪問診療の頻度が高い医療機関における、複数回の訪問診療に関する評価を見直すことについてどのように考えるか。

○　在宅医療における24時間の医療提供体制確保を更に推進する観点から、診療所等が訪問診療を行っている患者の急変時に、当該診療所等と連携している在支診等が、地域医療情報連携ネットワークの活用等により、診療情報等を常に確認できる体制のもと、質の高い往診を実施した場合の評価についてどのように考えるか。

○　また、診療所等においても、在支診等と常に診療情報等を共有できる体制を構築し、定期的にカンファレンスを実施する等して、質の高い連携体制を構築しながら24時間の在宅医療の提供体制を有している場合の在宅療養移行加算の評価の在り方についてどのように考えるか。

※在支診等：機能強化型在宅療養支援診療所・病院及び在宅療養所支援診療所・病院

診療所等：在宅療養支援診療所・病院でない診療所・病院

１．訪問診療・往診等について

１−１　これまでの議論について

１−２　患者の状態に応じた訪問診療について

１−３　在宅医療における24時間の医療提供体制の確保について

２．訪問看護について

２−１　これまでの議論について

２−２　医療ニーズの高い利用者の退院支援について

２−３　集合住宅等における効率的な訪問看護等について

２−４　介護保険における訪問看護との制度上の差異について

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。

令和５年10月20日開催の中医協における主な意見

（訪問看護における24時間対応体制の確保について）

○　働き方改革の観点から、電話を受ける職員を看護職以外でもよいとするのは現実的な対応。一方、同一事業所以外の職員が対応することは、迅速なサービス提供や適切な対応を担保する観点から望ましくない。

○　電話相談の内容は必ずしも急いで対応する必要のないものも一定程度含まれているため、限られた医療資源を有効活用する観点から、負担軽減の取組を積極的に進めるべき。

○　持続可能な訪問看護の提供に向け、夜間対応後の休息の確保や勤務間インターバルの設定等、事業所内の負担軽減の取組が、早急に進むように推進していく必要がある。

（機能強化型訪問看護ステーションについて）

○　機能強化型１の専門の研修を受けた看護師の配置の状況や、専門の研修は長時間を要するものであるため、研修が受講できるか等も踏まえて検討すべき。

○　専門性の高い看護師の配置要件を努力義務ではなく、義務化することを検討することも考えられる。

○　専門性の高い看護師については、第８次医療計画においても、各都道府県で計画的な確保が進められるよう目標を定めることとされており、医療計画と今回改定でのタイミングを合わせて、機能強化型１への配置をさらに推進することが重要。なお、計画的に人材を育成するための経過措置期間が十分に確保されることが必要。

（集合住宅等における効率的な訪問看護等について）

○　請求額が高額になっているものについて、緊急訪問看護加算の算定状況は、計画的な訪問看護が行われている中で、毎日緊急訪問していることが本当に求められている訪問看護なのか疑問。
　また、利用者がどのような病態でどのようなケアが提供されているのか、算定状況を詳しく分析していただきたい。場合によっては適正化をする必要がある。

○　同一建物等居住者の考え方は、介護保険のほうが現実に即しているため、医療保険の取扱いを介護保険にそろえるべき。

○　移動に要する時間あるいはコストが効率的ということであって、訪問看護サービスの提供の質が重要であり、効率化の下、質を考慮しない適正化はするべきではない。

○　月の算定日数が多い利用者は別表第7、別表第8に該当する者が多いため、利用者の病状等に応じて、適宜、訪問看護を実施していると考えられるが、加算の算定日数等はばらつきも大きいため、内容等を丁寧に精査して、今後の対応を考えるべき。

令和５年10月20日開催の中医協における主な意見

（精神科訪問看護について）

○　どのような評価軸が適切といえるのか、例えば、不自然に特定の患者像だけを取り扱っている場合が無いかなど、実際の地域にとっての役割が果たされているのかという視点も踏まえつつ検討すべき。

○　GAF尺度による患者の状態に応じた評価や、精神科訪問看護が多いステーションの在り方については、重要な課題。

（医療ニーズの高い利用者の退院支援について）

○　退院できた患者に対し複数回長時間におよぶ訪問看護が本当に必要なのか慎重に検討すべきであり、十分なデータの準備をお願いしたい。

○　退院日は家族を含めた利用者の不安が特に強く、療養環境の整備や病状を観察すること等は重要。退院日当日の退院支援指導について不都合があるなら改善していただきたい。

（周産期及び乳幼児への訪問看護について）

○　医療の提供が必要なケースと、例えば産後ケア事業との役割分担等を意識しながら評価の在り方を検討することも考えられる。

○　診療報酬での対応だけでなく、市町村との連携も必要になる。ハイリスク妊産婦連携指導料の算定にあたって、訪問看護ステーションの看護師の参加を必須とすることも検討すべき。

○　社会的ハイリスク妊産婦に対しては、入院中から入院医療機関と訪問看護事業所が情報共有や連携をしておくことが必要。ハイリスク妊産婦連携指導料のカンファレンスの場に訪問看護ステーションが必要に応じて参加することを明記いただきたい。

（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）

○　訪問看護サービスに対してオンライン資格確認がどういった点で活かせるか、今後活かしていくかを検討しているようなら紹介していただきたい。

○　オンライン請求開始に伴う訪問看護療養費明細書は医療DXの観点からも重要。傷病名コードについては、医師や医療機関の負担ができるだけ増えることのないように配慮することも必要。

１．訪問診療・往診等について

１−１　これまでの議論について

１−２　患者の状態に応じた訪問診療について

１−３　在宅医療における24時間の医療提供体制の確保について

２．訪問看護について

２−１　これまでの議論について

２−２　医療ニーズの高い利用者の退院支援について

２−３　集合住宅等における効率的な訪問看護等について

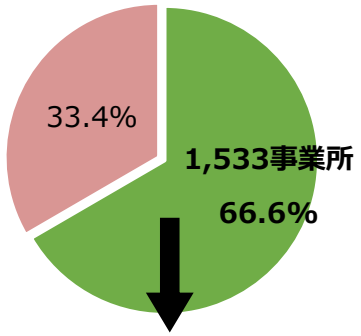
２−４　介護保険における訪問看護との制度上の差異について

退院日当日の訪問看護の状況

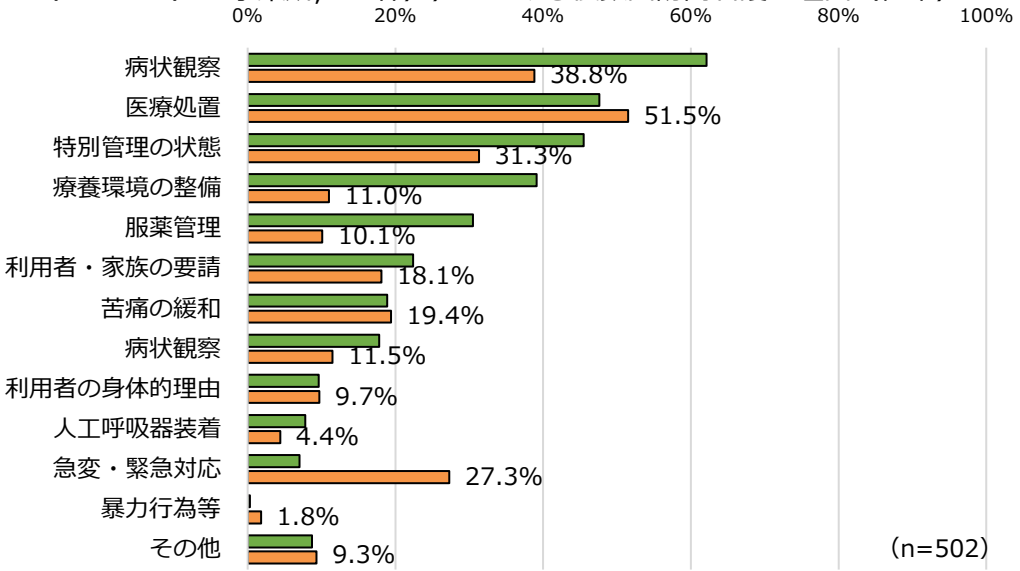
○　医療機関を退院した利用者がいる事業所のうち66.6%が事業所が退院当日の訪問看護を提供していた。
○　退院当日に複数回訪問看護を行った理由は、「医療処置」、「急変・緊急対応」や「苦痛の緩和」が多いかった。

■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いた事業所のうち、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等から、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。夫の吸引の手技も確認し訪問終了。

出典：一般社団法人全国訪問看護事業協会「令和6年度介護報酬・診療報酬改定に関するアンケート調査」

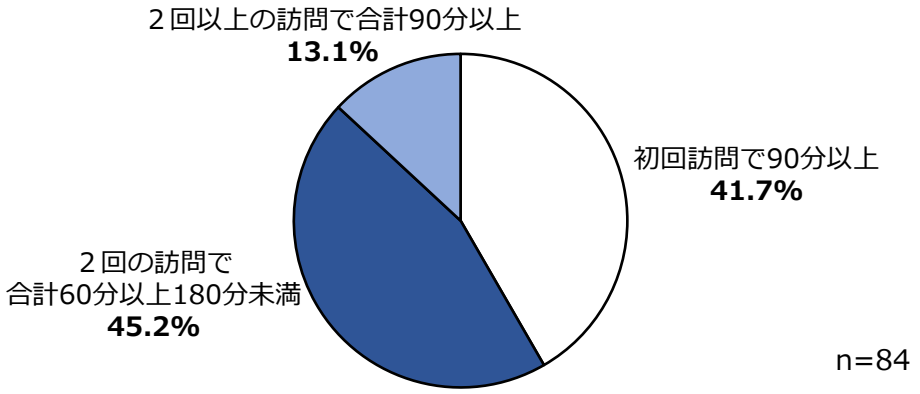
退院日当日の訪問看護の状況

○　退院日当日に2回以上の訪問看護を実施していた事業所は全体の14.5%であった。
○　2回以上の訪問で合計90分以上となっている利用者は13.1%であり、60分以上180分未満は45.2%であった。退院日に2回以上の訪問看護を実施した利用者は、別表第７該当が75.0%、別表第８該当が76.1%であり、末期を含む悪性腫瘍等の利用者が多かった。

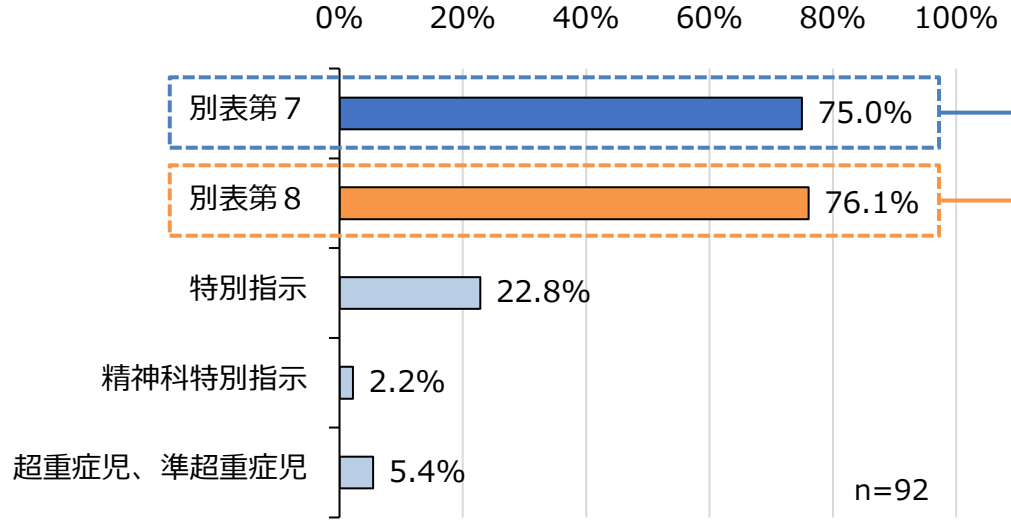
■退院支援指導を実施した事業所数・割合

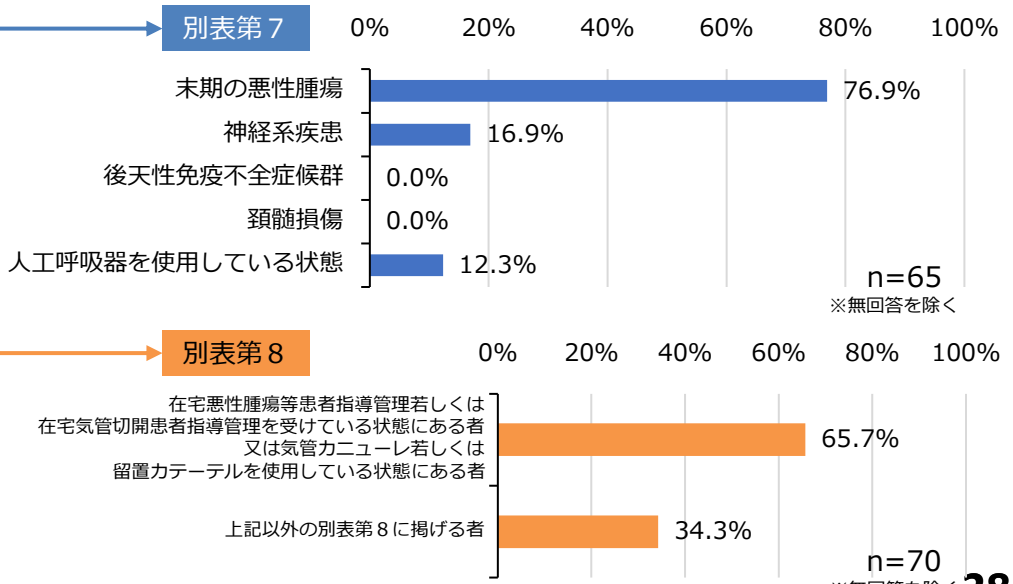
	事業所数	割合
調査回答事業所	**441**	**ー**
退院支援指導加算算定あり	**272**	**61.7%**
退院日当日に ２回以上の訪問看護を実施	**64**	**14.5%** ※退院支援指導加算を算定した事業所に占める割合は23.5%

■訪問回数と合計訪問時間



■退院日に２回以上の訪問看護を実施した利用者の概況



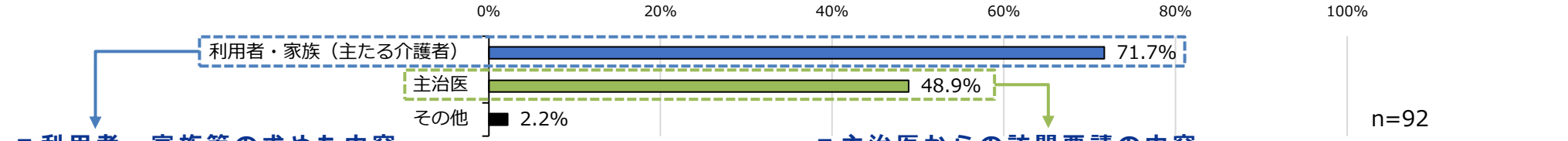


出典：公益財団法人日本訪問看護財団「令和6年度報酬改定に関する緊急アンケート調査」

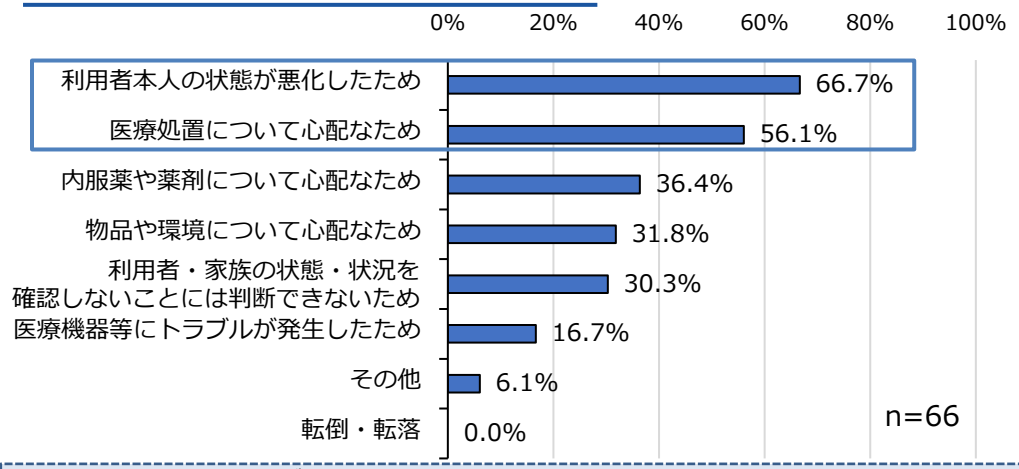
退院日当日に複数回の訪問看護を実施した理由

○　退院日に2回以上の訪問看護を実施した理由は、利用者・家族（主たる介護者）からの求めが71.7%で、主治医からの求めが48.9%であった。
○　主治医からは、「初回訪問から一定時間経過した後に行う必要のある医療処置があった」が75.6%で最も多く、次いで「利用者の状態が悪化した」が42.2%、「利用者の状態が急変するリスクが高いことによる病状観察」が40.0%であった。

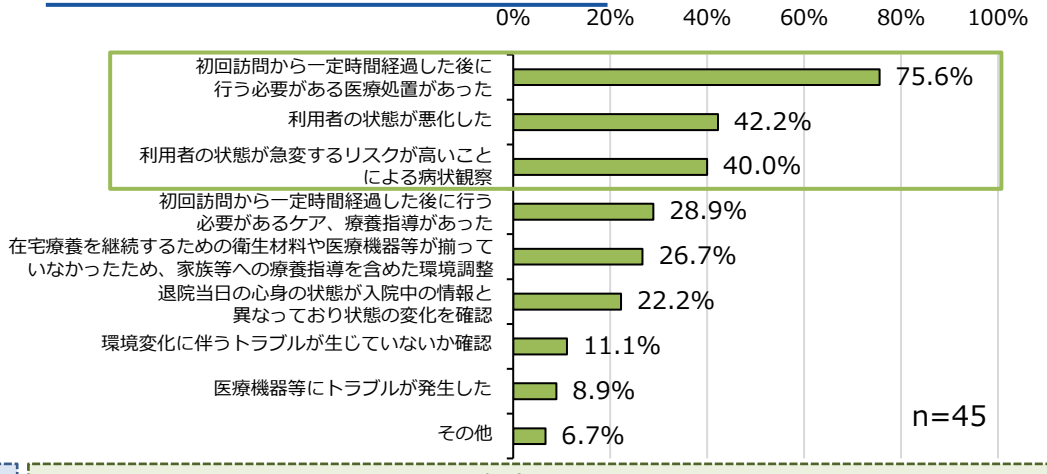
■退院日の２回以上の訪問看護の要請者



■利用者・家族等の求めた内容



■主治医からの訪問要請の内容



【事例１】80代男性　肺がん末期
肺炎で入院後、ターミナル期とインフォームド・コンセント受け翌日退院。自宅での看取りへ。
＜１回目＞
酸素10L。モルヒネ持続皮下注射。努力呼吸だが、少しの会話で酸素飽和度低下。 自宅への受け入れから同席、**在宅酸素の管理、説明。面会できていない状況下での状態悪化で、戸惑う家族に状況説明と今後の状態変化について説明**。入院中、清拭、更衣がない状態で退院したため複数名で更衣、部分清拭。自然排尿あるが、動けないため排泄について家族指導。
＜２回目＞
「呼吸がおかしくなってきた、心配」と家族から緊急訪問依頼。酸素飽和度低下。微熱あり、クーリング。**家族に状況及び今後の変化について説明（再説明）**。在宅医へ状態報告。

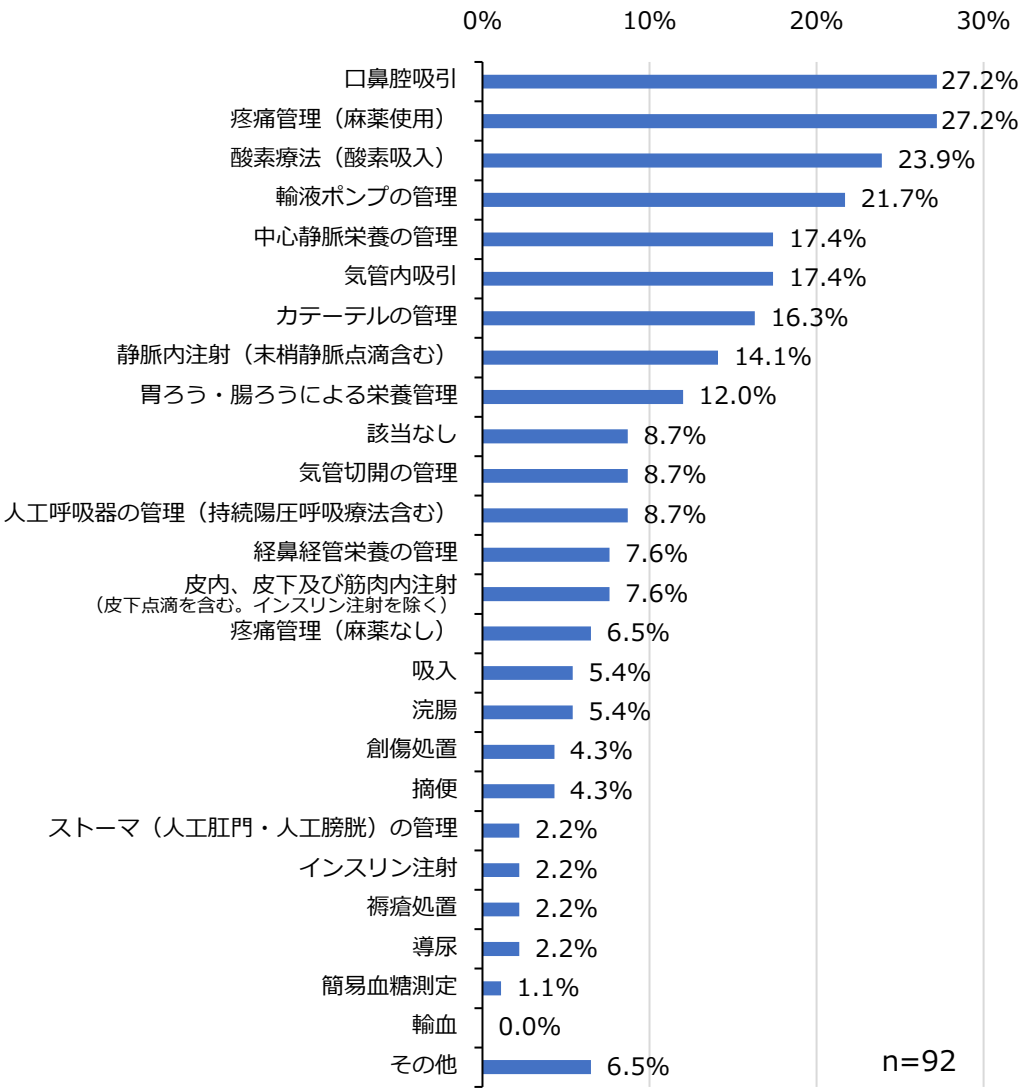
【事例２】70代女性　筋萎縮性側索硬化症（ALS）
ALSによる呼吸状態悪化で緊急入院。本人の希望で、自宅での看取り方針となり、**急遽**退院。
＜１回目＞
呼吸状態の変化から家族に対して、近いうちに看取りになる可能性があることを伝え、**今後起こりうることを説明**。また、**オムツ交換等の介護指導**を実施。
＜２回目＞
主治医より麻薬の持続皮下注射開始の指示あり、緊急訪問。皮下注射の穿刺。注入ポンプの使用方法について家族へ指導を実施。また、水分補給は可の指示あり、家族希望で、胃ろうより水分の注入。状態を主治医に報告した。

出典：公益財団法人日本訪問看護財団「令和6年度報酬改定に関する緊急アンケート調査」

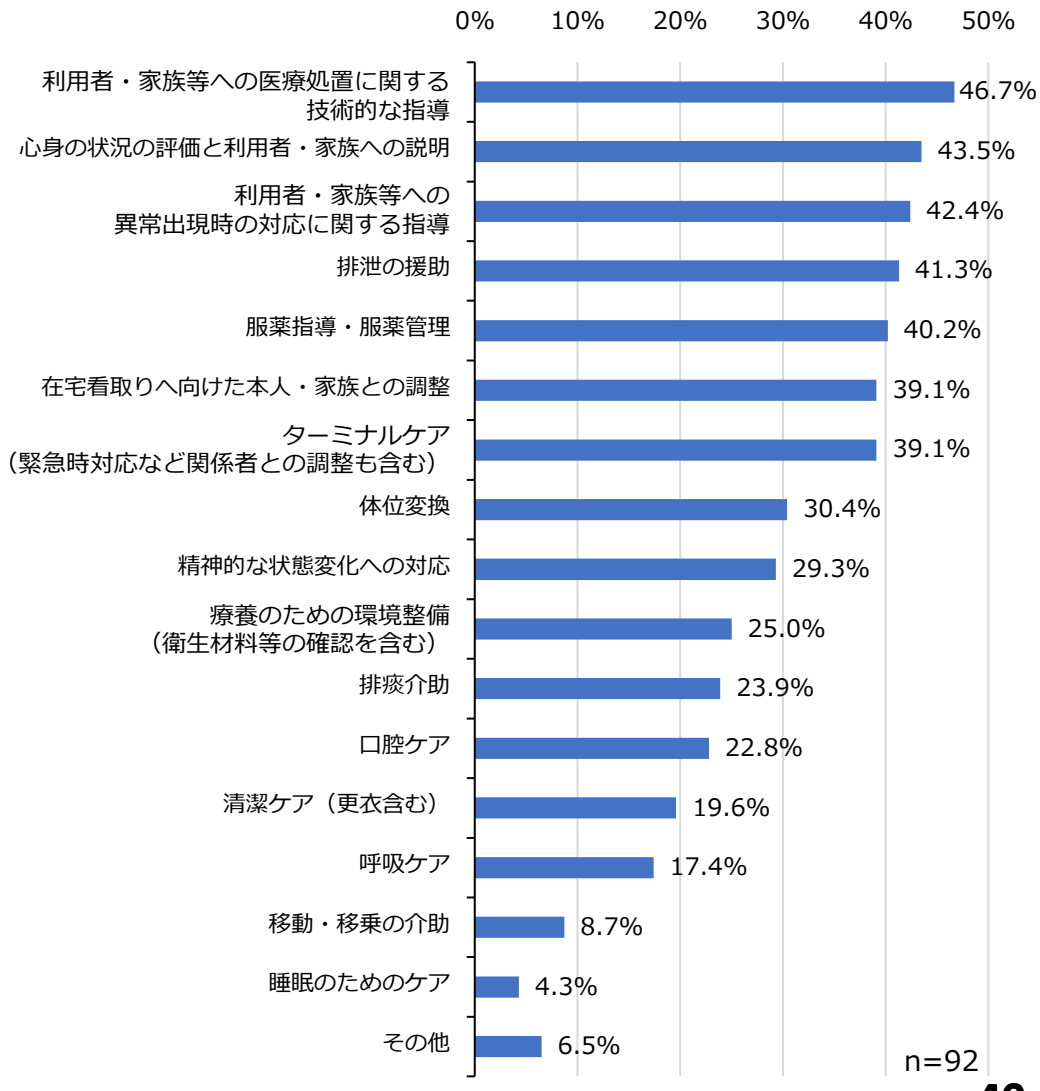
退院日当日に複数回訪問し提供した看護の内容

○　退院日当日2回目以降の訪問で実施した医療処置は「口鼻腔吸引」、「疼痛管理（麻薬使用）」が27.2%であり、実施したケアは「利用者・家族等への医療処置に関する技術的な指導」が46.7%で最も多かった。

■ ２回目以降の訪問において実施した医療処置



■ ２回目以降の訪問において実施したケア



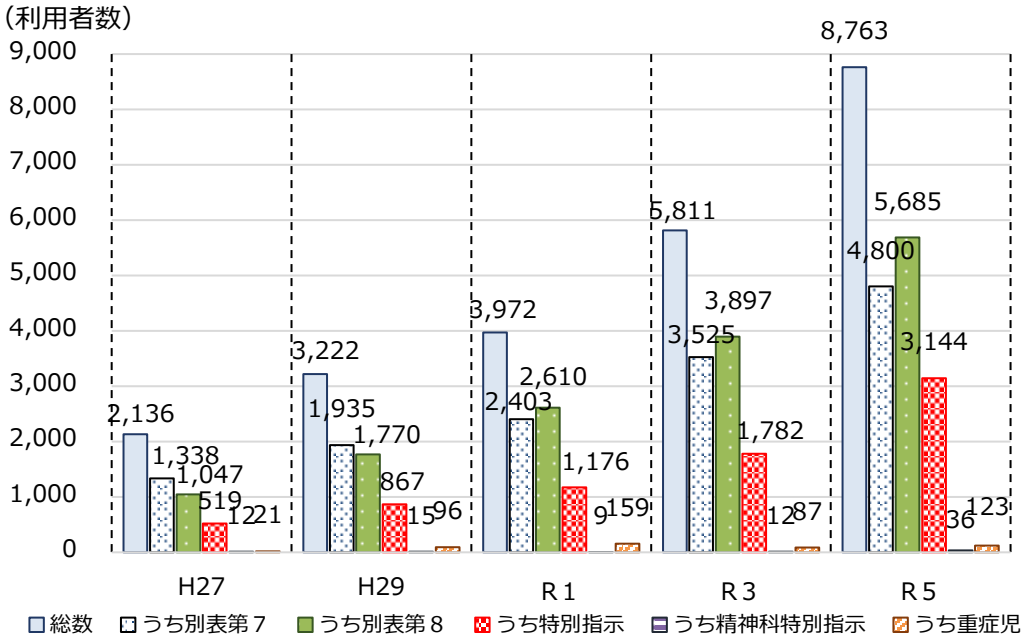
出典：公益財団法人日本訪問看護財団「令和6年度報酬改定に関する緊急アンケート調査」

退院日当日の訪問看護

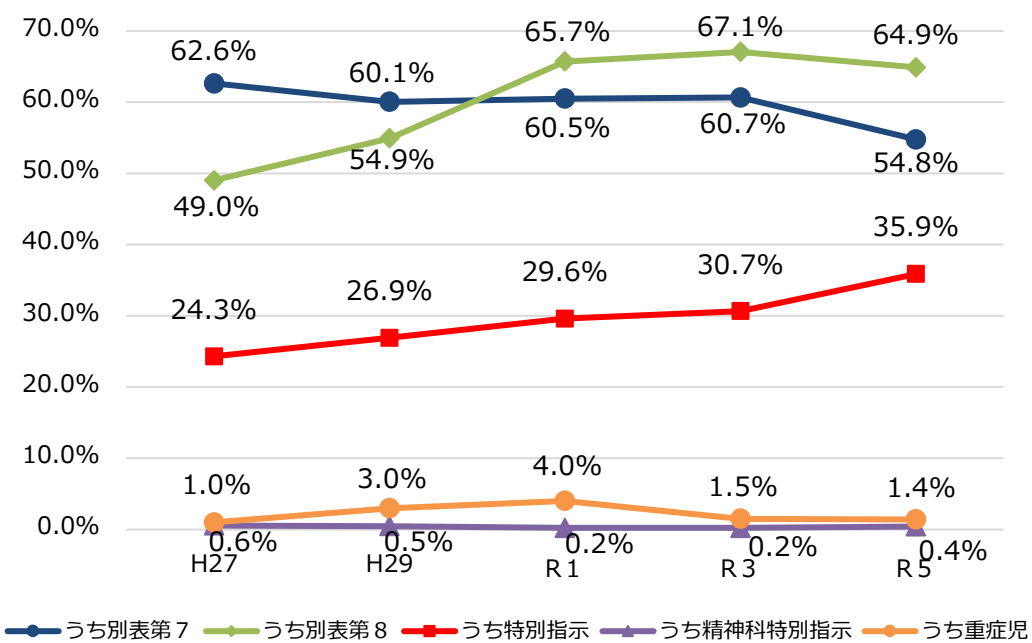
○　退院日当日の療養上の退院支援指導の評価である退院支援指導加算を算定する利用者数は年々増加しており、退院支援指導加算を算定する利用者のうち、別表第8に掲げる者が最も増加傾向にある。

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	【退院日に療養上の退院支援指導が必要な利用者】 （１）特掲診療料の施設基準等別表第７に掲げる疾病等の者 （２）特掲診療料の施設基準等別表第８に掲げる者 （３）退院日の訪問看護が必要であると認められる者 【長時間の訪問を要する者】（令和４年４月１日～） ・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



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））

１．訪問診療・往診等について

１－１　これまでの議論について

１－２　患者の状態に応じた訪問診療について

１－３　在宅医療における24時間の医療提供体制の確保について

２．訪問看護について

２－１　これまでの議論について

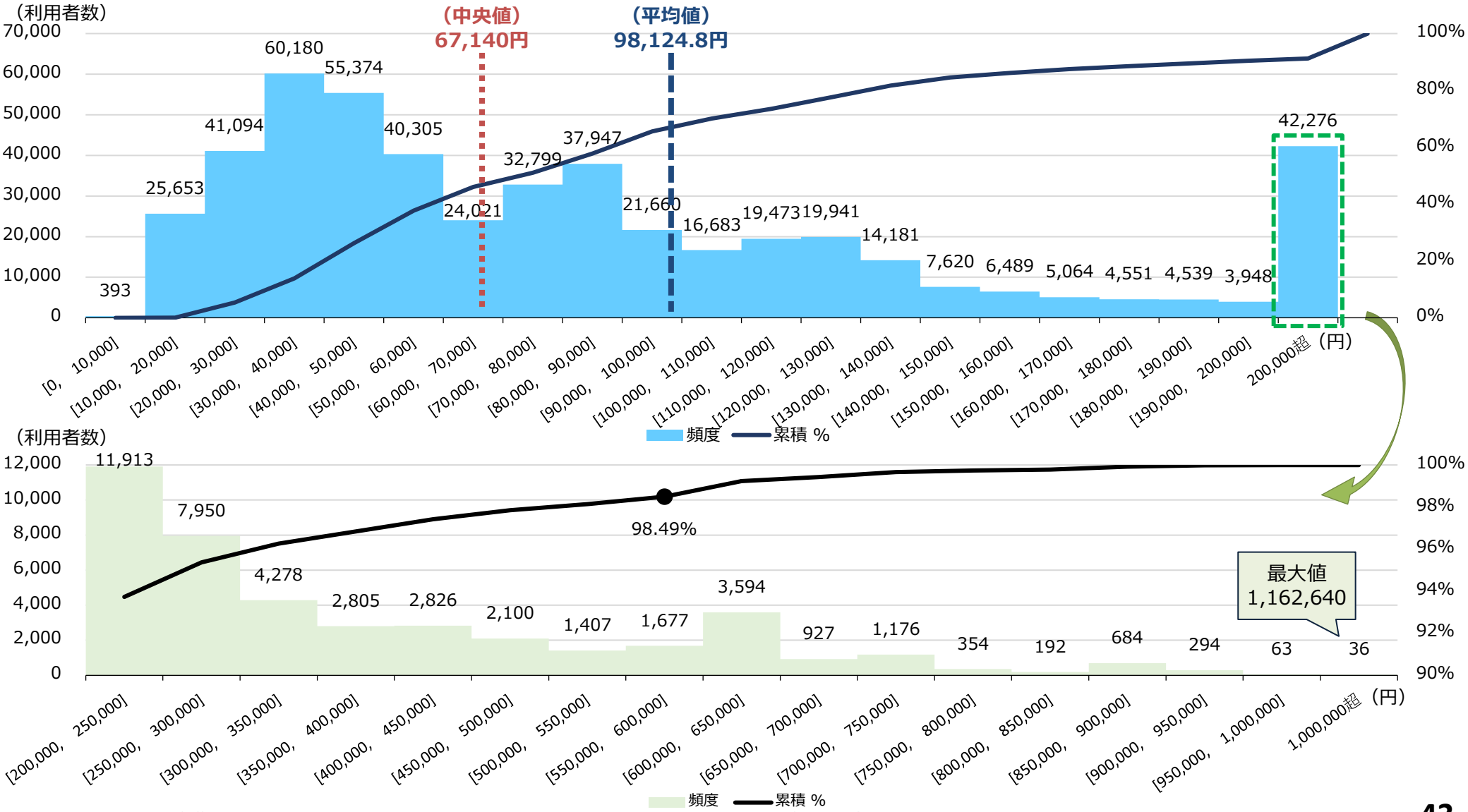
２－２　医療ニーズの高い利用者の退院支援について

２－３　集合住宅等における効率的な訪問看護等について

２－４　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）

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。

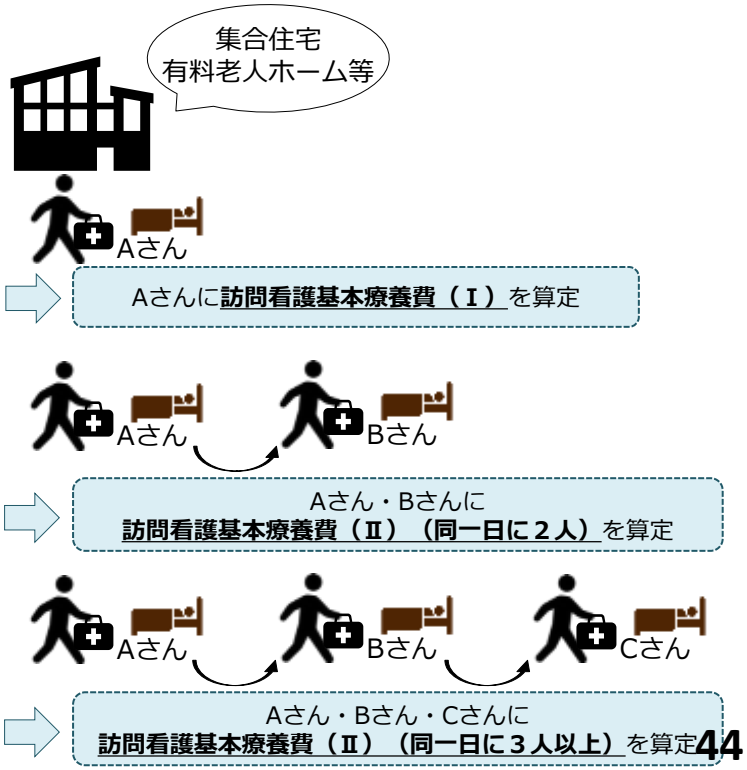
○　建築基準法第２条第１号に掲げる建築物に居住する複数の利用者のことをいい、具体的には、

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。

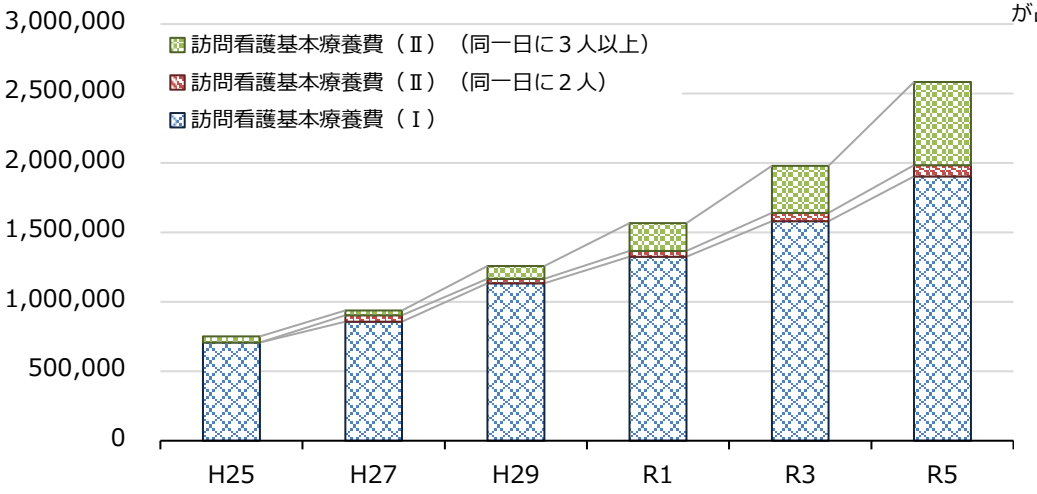
※　在宅患者訪問看護・指導料においては、同一建物居住者訪問看護・指導料として同様の考え方。



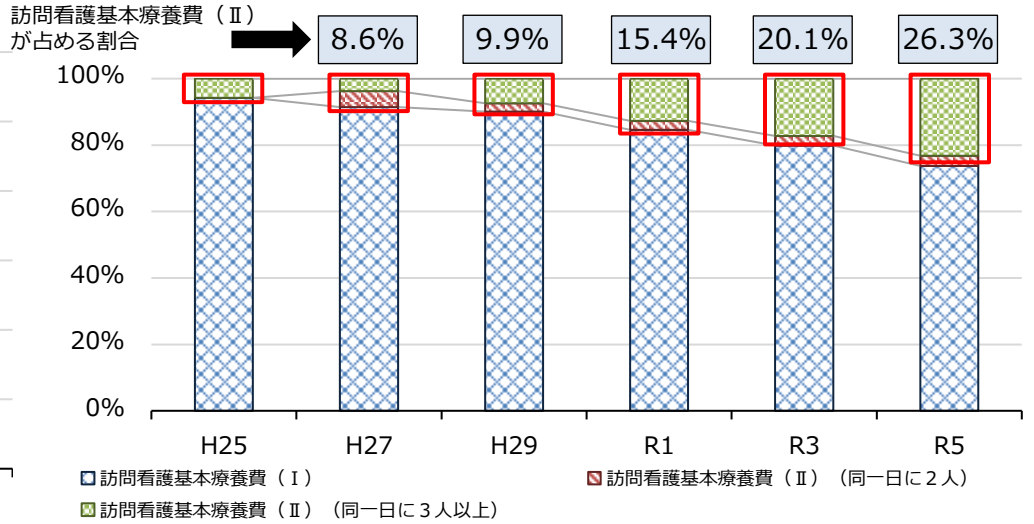
同一建物居住者への訪問看護の状況

○　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。

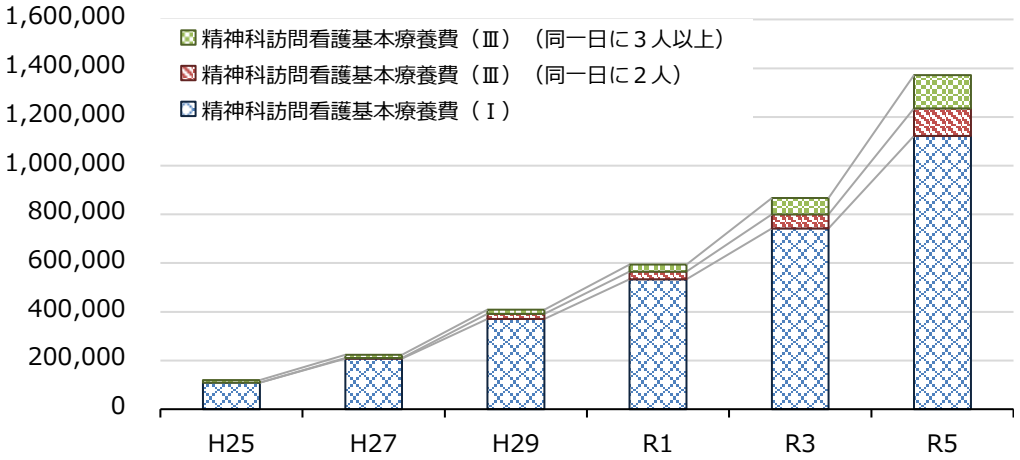
■訪問看護基本療養費（Ⅰ）（Ⅱ）の算定回数の推移



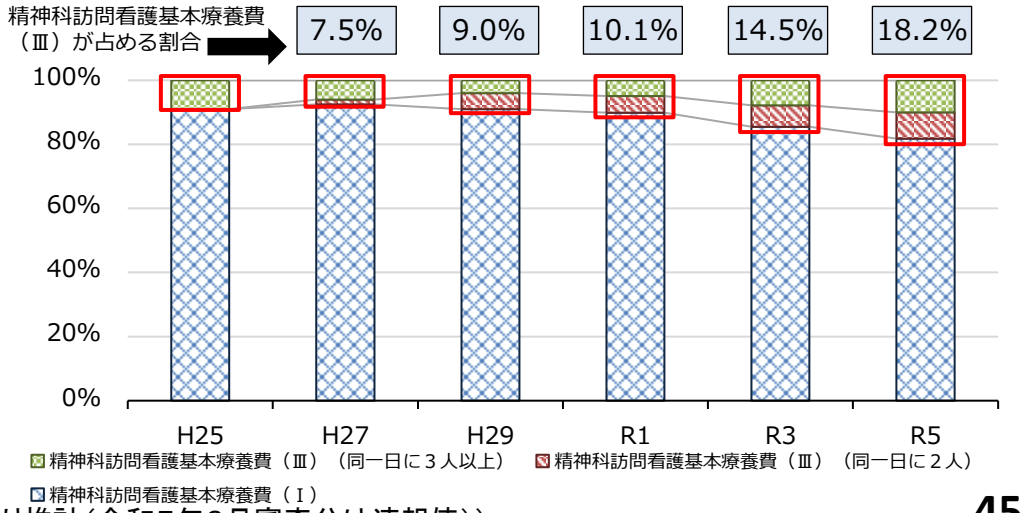
■訪問看護基本療養費（Ⅰ）（Ⅱ）の算定割合の推移



■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

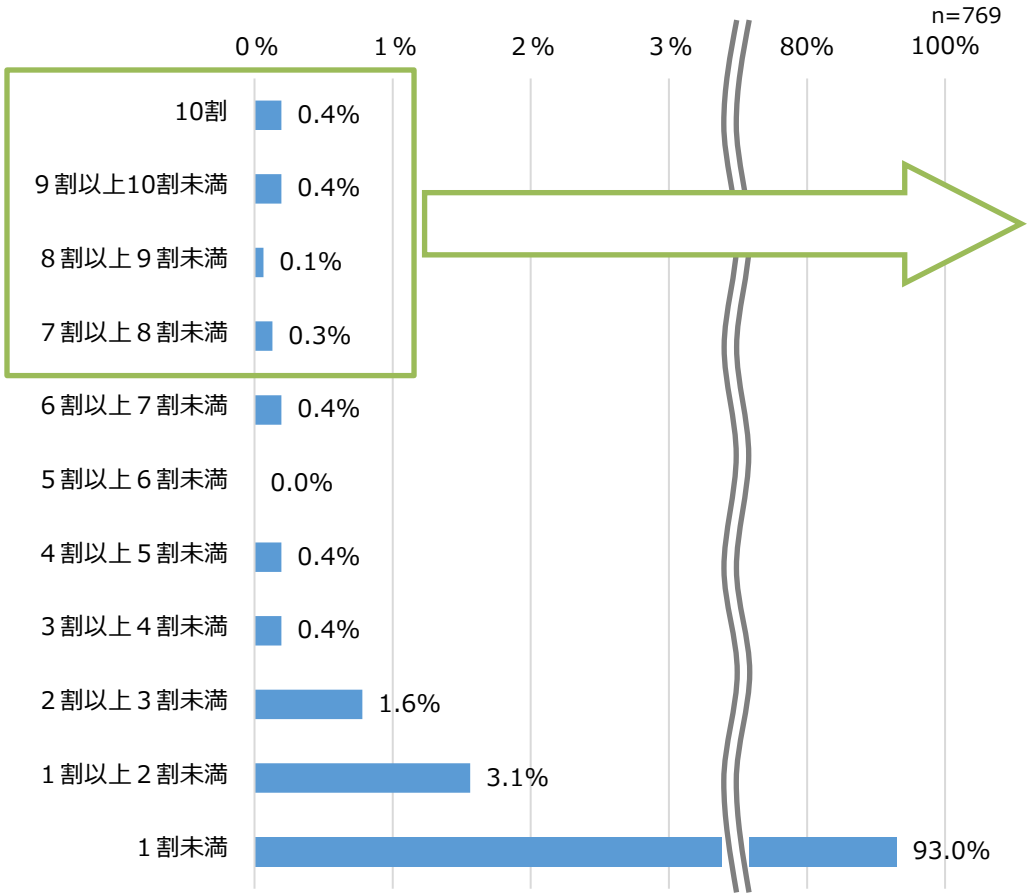


出典：訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成（各年6月審査分より推計（令和5年6月審査分は速報値））

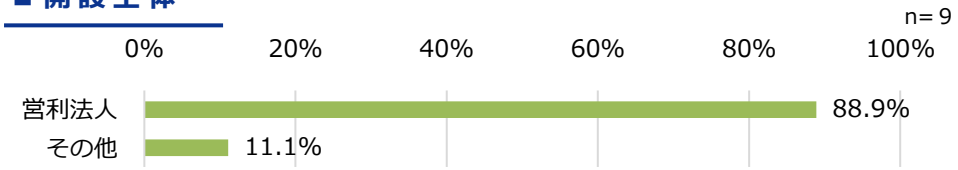
全利用者に占める同一建物等居住者割合別の事業所の状況

○ 全利用者に占める同一建物等居住者割合が7割以上の事業所は全体の約1%強であった。
○ 上記事業所の開設主体は、88.9%が営利法人であった。同一法人が有する医療・介護施設・事業所は、特定施設入居者生活介護は33.3%、サービス付き高齢者住宅は44.4%が有しており、両者のいずれかを有している割合は66.7%であった。
○ また、上記事業所の約9割は機能強化型訪問看護管理療養費を届け出ておらず、届出の意向もなかった。

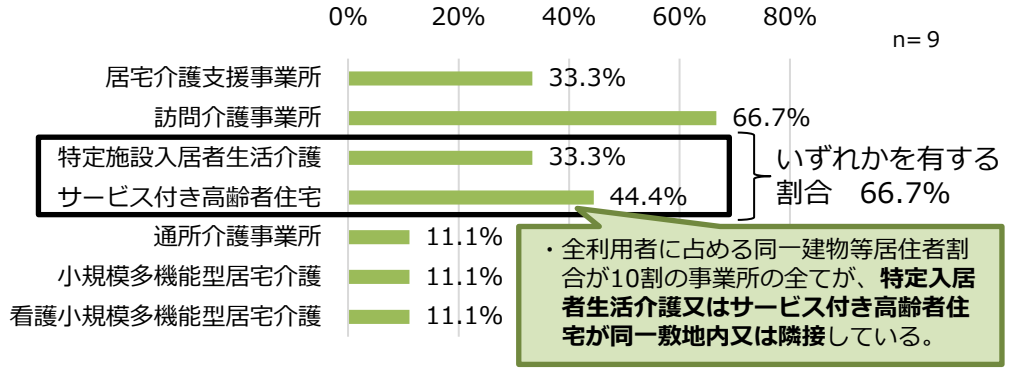
■全利用者に占める同一建物等居住者割合別の事業所割合



■開設主体

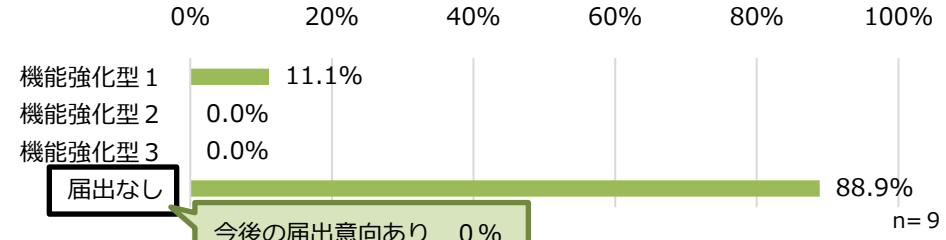


■訪問看護ステーションと同一法人が有する医療・介護施設・事業所（複数回答）



・全利用者に占める同一建物等居住者割合が10割の事業所の全てが、**特定入居者生活介護又はサービス付き高齢者住宅が同一敷地内又は隣接**している。

■機能強化型訪問看護管理療養費の届出状況及び以届出の意向



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

同一建物等居住者に対する訪問看護の提供状況

○ 全利用者に占める同一建物等居住者の割合別に、利用者の別表第7・別表第8の該当状況を見ると、同一建物等居住者の割合が7割以上の事業所では、別表第7該当割合が高かった。
○ 同一建物等居住者割合が7割以上の事業所では、1人・1月あたりの平均訪問日数及び平均延訪問回数が多く、別表第7該当者のみに限っても同様であった。
○ 1人の利用者に対する1回当たりの訪問時間は、同一建物等居住者割合が7割以上の事業所では、別表第7該当の有無に関わらず、いずれも30分以上45分未満となっていた（精神科訪問看護を除く）。
他方、同一建物等居住者割合が7割未満の事業所では、45分以上60分未満が多く、次いで30分以上45分未満となっていた。また、別表第7に該当している利用者の場合、訪問時間が長くなる傾向にあった。

■全利用者に占める同一建物等居住者の割合別の利用者の別表第７・別表第８への該当状況

７割未満の事業所（n=2,824）　７割以上の事業所（n=34）

同一建物等居住者が占める割合	別表第７			別表第８		
	該当	非該当	不明	該当	非該当	不明
７割未満	46.9%	46.0%	7.1%	44.5%	48.2%	7.3%
７割以上	70.6%	23.5%	5.9%	47.1%	52.9%	0.0%

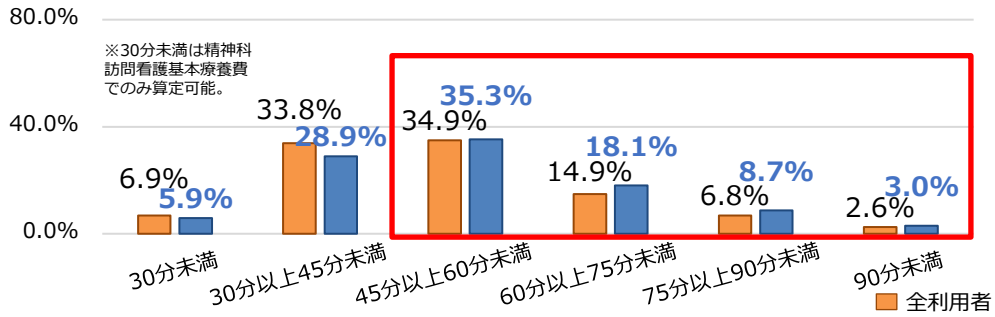
■全利用者に占める同一建物等居住者の割合別の訪問日数・訪問回数・訪問時間

全利用者数：７割未満の事業所（n=2,824）　７割以上の事業所（n=34）
別表第７該当者：７割未満の事業所（n=1,324）　７割以上の事業所（n=24）

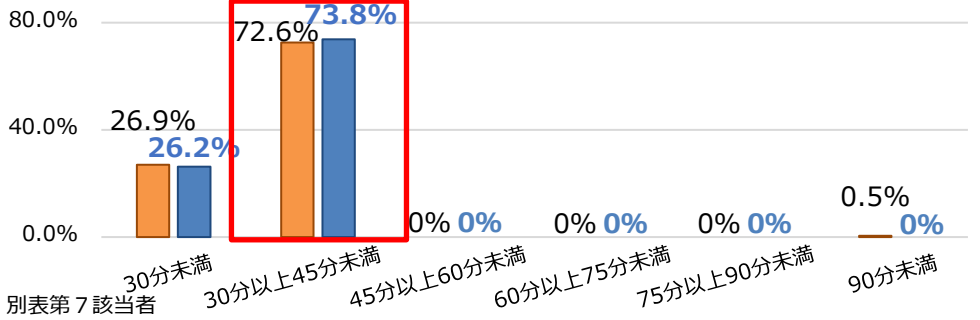
同一建物等居住者が占める割合	平均訪問日数	うち、別表第７該当	平均延訪問回数	うち、別表第７該当
７割未満	8.2	9.5	9.6	12.0
７割以上	26.4	29.9	61.1	71.0

全利用者に占める同一建物等居住者割合が10割の事業所では、
・平均延訪問日数は31日、平均延訪問回数は93日
・訪問時間はいずれも30分以上45分未満（回）

同一建物等居住者が占める割合が７割未満の事業所の１回当たりの訪問時間



同一建物等居住者が占める割合が７割以上の事業所の１回当たりの訪問時間

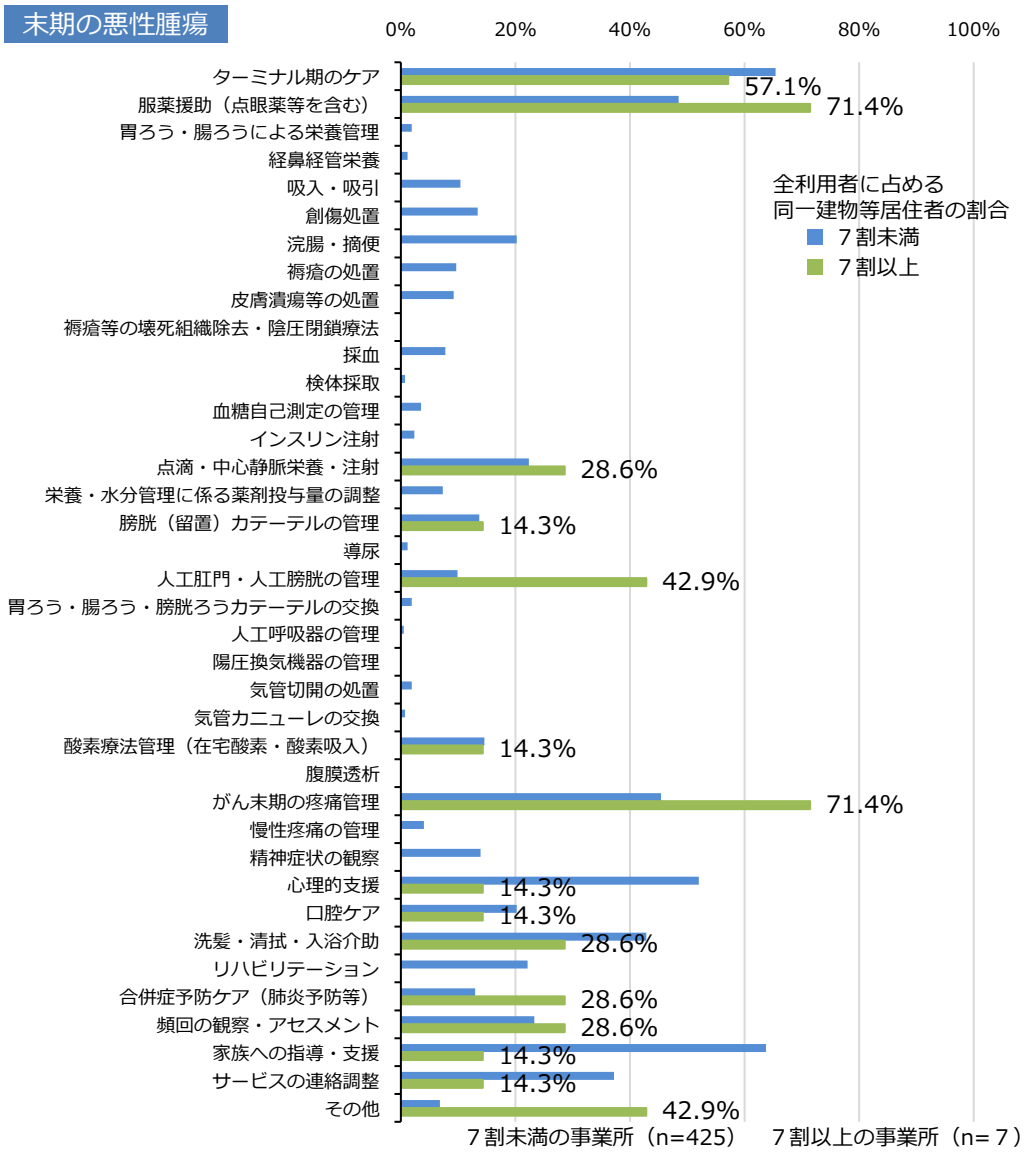


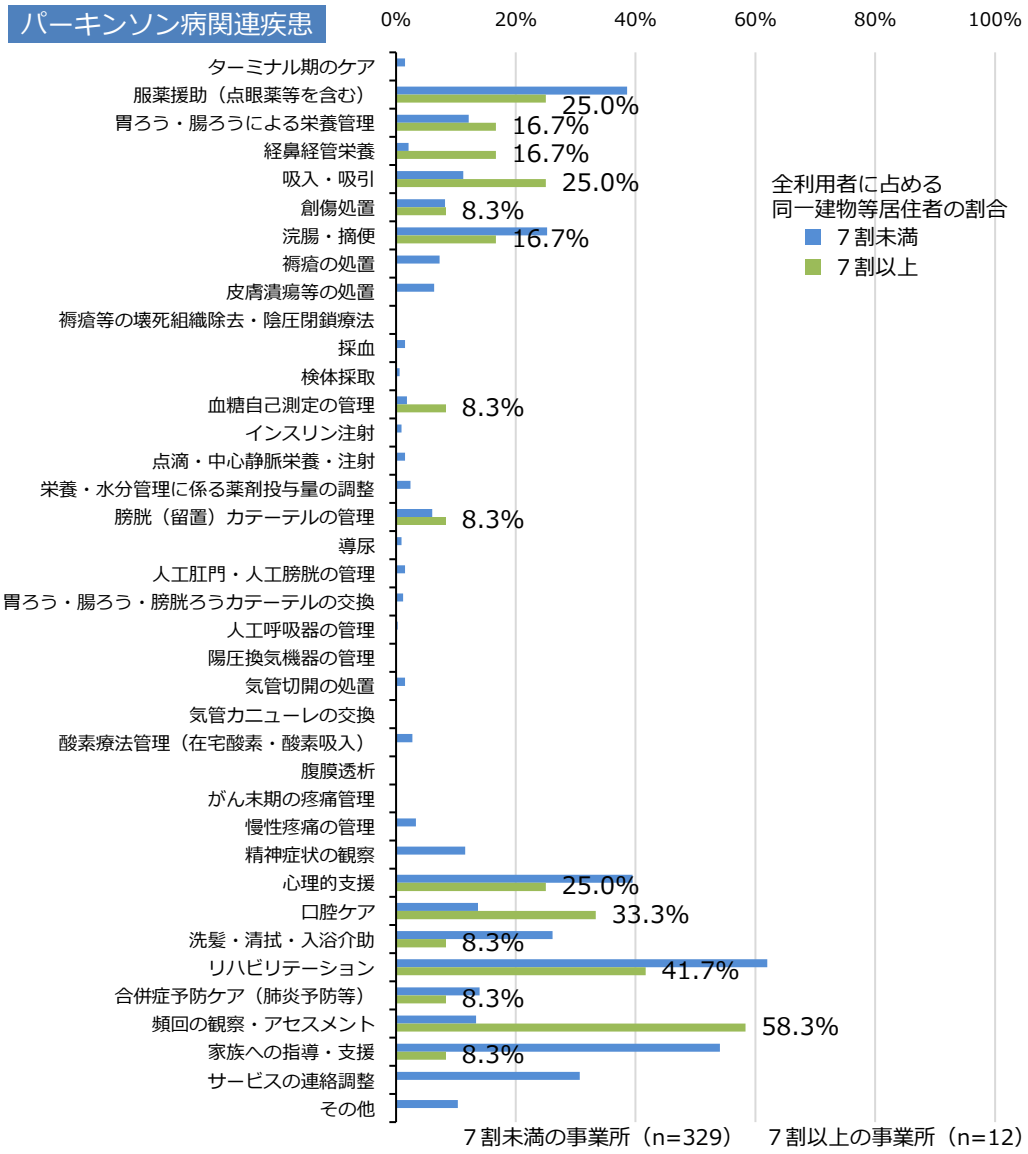
出典：令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査」（訪問看護票（施設・利用者票））をもとに保険局医療課にて作成

同一建物等居住者に対する訪問看護の提供内容

○　全利用者に占める同一建物等居住者の割合別の末期の悪性腫瘍、パーキンソン病関連疾患の利用者に対するケアの内容は下記のとおり。

※　本調査の利用者票（n=3,020）における別表第７の該当状況は、該当なしが46.3%であり、末期の悪性腫瘍が15.3%、次いでパーキンソン病関連疾患が11.8%で多かった（他の疾病等はいずれも10%未満）。





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・利用者票））をもとに保険局医療課にて作成

訪問看護における経営主体別の経営状況

○　介護保険の訪問看護の収支差率（令和４年度税引前収支差率（コロナ関連補助金及び物価高騰対策関連補助金を含まない））は5.9%であるが、営利法人は7.1%、社会福祉法人（社協以外）は6.0%、医療法人は5.0%であった。

第50表　訪問看護　1施設・事業所当たり収支額，収支等の科目，経営主体別

			社会福祉法人（社協以外）		医療法人		営利法人		その他	
			千円/月		千円/月		千円/月		千円/月	
1	Ⅰ　介護事業収益	(1)介護料収入	2,803		2,739		3,258		2,915	
2		(2)保険外の利用料	49		32		41		126	
3		(3)補助金収入（新型コロナウイルス感染症・物価関連の補助金収入を除く）	－		－		－		－	
4		うち介護職員処遇改善支援補助金収入	－		－		－		－	
5		(4)介護報酬査定減	－		－10		－1		－2	
6	Ⅱ　介護事業費用	(1)給与費	2,344	82.2%	2,166	78.4%	2,295	69.6%	2,382	78.4%
7		(2)減価償却費	21	0.7%	31	1.1%	48	1.5%	42	1.4%
8		(3)国庫補助金等特別積立金取崩額	－		－		－		－	
9		(4)その他	315	11.1%	425	15.4%	716	21.7%	477	15.7%
10		うち委託費	26	0.9%	30	1.1%	40	1.2%	25	0.8%
11	Ⅲ　介護事業外収益	(1)借入金補助金収入	－		－		－		－	
12	Ⅳ　介護事業外費用	(1)借入金利息	0		3		4		4	
13	Ⅴ　特別利益	(1)本部費繰入	－		－		－		－	
14	Ⅵ　特別損失	(1)本部費繰入	－		－		－		－	
15	収入　①＝Ⅰ＋Ⅲ		2,851		2,762		3,298		3,039	
16	支出　②＝Ⅱ＋Ⅳ＋Ⅵ		2,681		2,625		3,064		2,904	
17	差引　③＝①－②		170	6.0%	137	5.0%	234	7.1%	135	4.5%
18	イ 新型コロナウイルス感染症関連の補助金収入		1		8		8		7	
19	うち施設内療養に関する補助金収入		－		－		－		－	
20	ロ 物価高騰対策関連の補助金収入		2		2		3		2	
21	イ・ロの補助金収入を含めた差引　③'＝③+イ+ロ		174	6.1%	147	5.3%	245	7.4%	144	4.7%
22	法人税等		0	0.0%	4	0.2%	19	0.6%	6	0.2%
23	法人税等差引　④＝③'－法人税等		174	6.1%	142	5.1%	226	6.8%	138	4.5%
24	有効回答数		43		156		257		148	

※　比率は収入に対する割合である。
※　各項目の数値は、決算額を12で除した値を掲載している。
※　各項目の数値は、それぞれ表章単位未満で四捨五入しているため、内訳の合計が総数に一致しない場合等がある。

出典：令和5年度介護事業経営実態調査結果

１．訪問診療・往診等について

１−１　これまでの議論について

１−２　患者の状態に応じた訪問診療について

１−３　在宅医療における24時間の医療提供体制の確保について

２．訪問看護について

２−１　これまでの議論について

２−２　医療ニーズの高い利用者の退院支援について

２−３　集合住宅等における効率的な訪問看護等について

２−４　介護保険における訪問看護との制度上の差異について

論点②　身体的拘束等の適正化の推進

論点②

■　介護保険法施行時に、施設系サービスを中心に身体的拘束等の原則禁止や身体的拘束等を行う場合の記録（以下「身体的拘束等の原則禁止や記録」という。）に関する規定を運営基準に設け、平成18年度に身体拘束廃止未実施減算（５単位／日減算）を新設、平成30年度に身体的拘束等の適正化のための措置（委員会の開催、指針の整備、研修の実施）に関する規定の新設と減算率の見直し（10％／日減算）等を行っている。

■　現行の運営基準上、サービス種別ごとに、身体的拘束等の原則禁止や記録に関する規定の有無と、身体的拘束等の適正化のための措置の規定の有無が異なっているが、令和５年度に行った調査によると、身体的拘束等の適正化のための措置の取組は、施設系・居住系サービスや短期入所・多機能系サービスを中心に、全てのサービス種別で一定程度進んでいる。

■　サービス種別にかかわらず、適切な手続を経ていない身体的拘束等を含む不正が一定数発生している状況を踏まえ、身体的拘束等の適正化を更に推進する観点から、どのような対応が考えられるか。

対応案

■　身体的拘束等の適正化を更に推進する観点から、既に身体的拘束等の原則禁止や記録に関する規定があるサービス種別（短期入所・多機能系サービス）について、１年間の経過措置を設けた上で身体的拘束等の適正化のための措置を義務づけることとしてはどうか。
　併せて、身体的拘束等を行う場合の記録や、身体的拘束等の適正化のための措置が行われていない場合に、基本報酬を減算することとしてはどうか。

■　また、身体的拘束等の原則禁止や記録に関する規定のないサービス種別（訪問・通所系サービス等）について、身体的拘束等の原則禁止や記録に関する規定を運営基準に設けることとしてはどうか。

各サービス種別における身体的拘束等に関する運営基準の比較

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）		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）
訪問系サービス、通所系サービス等	**短期入所系サービス、多機能系サービス**	**施設系サービス、居住系サービス**
（指定訪問介護の基本取扱方針） 第二十二条　指定訪問介護は、利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行われなければならない。 ２　指定訪問介護事業者は、自らその提供する指定訪問介護の質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。 （指定訪問介護の具体的取扱方針） 第二十三条　訪問介護員等の行う指定訪問介護の方針は、次に掲げるところによるものとする。 一　指定訪問介護の提供に当たっては、次条第一項に規定する訪問介護計画に基づき、利用者が日常生活を営むのに必要な援助を行う。 二　指定訪問介護の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行う。 三　指定訪問介護の提供に当たっては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービスの提供を行う。 四　常に利用者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者又はその家族に対し、適切な相談及び助言を行う。 ※身体的拘束等の原則禁止や記録に関する規定はない。 ※身体的拘束等の適正化のための措置に関する規定はない。	（指定短期入所生活介護の取扱方針） 第百二十八条　指定短期入所生活介護事業者は、利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、認知症の状況等利用者の心身の状況を踏まえて、日常生活に必要な援助を妥当適切に行わなければならない。 ２・３（略） ４　指定短期入所生活介護事業者は、指定短期入所生活介護の提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行ってはならない。 ５　指定短期入所生活介護事業者は、前項の身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。 ６　（略） ※身体的拘束等の適正化のための措置に関する規定はない。	（指定介護福祉施設サービスの取扱方針） 第十一条　指定介護老人福祉施設は、施設サービス計画に基づき、入所者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その者の心身の状況等に応じて、その者の処遇を妥当適切に行わなければならない。 ２・３（略） ４　指定介護老人福祉施設は、指定介護福祉施設サービスの提供に当たっては、当該入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行ってはならない。 ５　指定介護老人福祉施設は、前項の身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。 ６　指定介護老人福祉施設は、身体的拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じなければならない。 一　身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置その他の情報通信機器（以下「テレビ電話装置等」という。）を活用して行うことができるものとする。）を三月に一回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ること。 二　身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。 三　介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的に実施すること。 ７　（略）

管理者のテレワーク等の取扱いに関する事務連絡（抄）

○ 管理者について、令和5年9月5日に事務連絡「情報通信機器を活用した介護サービス事業所・施設等における管理者の業務の実施に関する留意事項について」を発出した。

第1 テレワークに関する基本的な考え方

介護事業所等の管理者は、当該介護事業所等の管理上支障が生じない範囲内において、テレワークを行うことが可能である。また、当該管理者が複数の介護事業所等の管理者を兼務している場合にも、それぞれの管理に支障が生じない範囲内において、テレワークを行うことが可能である。その際、利用者やその家族からの相談対応なども含め、利用者に対するサービスの提供や提供されるサービスの質等に影響が生じないようにすること。

なお、本事務連絡に記載の取扱いについては、管理者としての職務への従事に関して示したものであり、管理者が管理者以外の他の職種（介護職員等）を兼務する場合の当該他の職種としての業務に関して示したものではない。管理者以外の職種におけるテレワークの取扱いについては、今後、「デジタル原則を踏まえたアナログ規制の見直しに係る工程表」を踏まえ、令和5年度中に別途お示しすることとする。

（略）

第2 管理上支障が生じない範囲の具体的な考え方

（1） 管理者がテレワークを行い、介護事業所等を不在とする場合であっても、サービスごとに運営基準上定められた管理者の責務（例えば、通所介護の場合、従業者の管理、利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理及び従業者に運営基準を遵守させるため必要な指揮命令）を管理者自らが果たす上で支障が生じないよう体制を整えておくこと。その際、管理者以外の従業者に過度な負担が生じることのないよう、留意すること。

（2） 特に、利用者及び従業者と管理者の間で適切に連絡が取れる体制を確保すること。また、管理者は利用者、従業者及びその他関係者と、テレワークを円滑に行えるような関係を日頃から築いておくこと。

（3） 事故発生時、利用者の状態の急変時、災害の発生時等、管理者がテレワークを行う場合における緊急時の対応について、あらかじめ対応の流れを定めておくとともに、必要に応じて管理者自身が速やかに出勤できるようにしておくこと。

（4） 管理者としてテレワークを行うことができる日数・時間数については、介護サービスの種類や介護事業所等の実態等に応じて、各事業者において個別に判断すること。ただし、他の職種を兼務する管理者がテレワークを行う場合、管理者以外の各職種の人員配置基準に違反しないようにすること。

（略）

第3 テレワークの環境整備に関する事項

（1） 利用者やその家族に関する情報を取り扱う際は、個人情報保護関係法令、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」（平成29年4月15日（令和5年3月一部改正）個人情報保護委員会・厚生労働省）及び「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 第6.0版（令和5年5月）」を参照し、特に個人情報の外部への漏洩防止や、外部からの不正アクセスの防止のための措置を講ずること。

（2） 上記に加えて、第三者が情報通信機器の画面を覗き込む、従業者・利用者との会話を聞き取るなどにより、利用者やその家族に関する情報が漏れることがないような環境でテレワークを行うこと。

（略）

ICTを活用した遠隔死亡診断の補助に対する評価の新設

➢ 医師が行う死亡診断等について、ICTを活用した在宅での看取りに関する研修を受けた看護師が補助した場合の評価として、訪問看護ターミナルケア療養費に遠隔死亡診断補助加算を新設する。

（新）　遠隔死亡診断補助加算　　1,500円

［算定要件］

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師が、医科点数表の区分番号Ｃ００１の注８（区分番号Ｃ００１－２の注６の規定により準用する場合を含む。）に規定する死亡診断加算を算定する利用者（別に厚生労働大臣が定める地域に居住する利用者に限る。）について、その主治医の指示に基づき、情報通信機器を用いて医師の死亡診断の補助を行った場合は、遠隔死亡診断補助加算として、所定額に加算する。

［施設基準］

情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師が配置されていること

（参考）死亡診断加算（在宅患者訪問診療料）

Ｃ００１　在宅患者訪問診療料(Ⅰ)
注８　死亡診断加算　　200点

以下の要件を満たしている場合であって、「情報通信機器（ＩＣＴ）を利用した死亡診断等ガイドライン（平成29 年９月厚生労働省）」に基づき、ＩＣＴを利用した看護師との連携による死亡診断を行う場合には、往診又は訪問診療の際に死亡診断を行っていない場合でも、死亡診断加算のみを算定可能。

ア　当該患者に対して定期的・計画的な訪問診療を行っていたこと。

イ　正当な理由のために、医師が直接対面での死亡診断等を行うまでに12 時間以上を要することが見込まれる状況であること。

ウ　特掲診療料の施設基準等の第四の四の三の三に規定する地域に居住している患者であって、連携する他の保険医療機関において区分番号「Ｃ００５」在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算若しくは「Ｃ００５－１－２」同一建物居住者訪問看護・指導料又は連携する訪問看護ステーションにおいて訪問看護ターミナルケア療養費を算定していること。



【出典】イラストは、平成28～30年度科学研究費補助金（挑戦的萌芽）「エンドオブライフ・ケアにおける在宅・特養での死亡確認をめぐる問題の所在と検討」（東北大学大学院　尾崎章子）によるパンフレットに掲載のものを使用

論点②　看取り体制の強化

論点②

- 訪問看護における看取りのニーズや機会が増えており、死亡前14日間で実施したケア内容の実態によると、介護保険・医療保険の訪問看護いずれにおいても同様のケアを提供している。
- 離島等で医師が死亡診断を行うまでに時間を要する場合、家族が長時間待機することがある。また、場合によっては遠方の医療機関に救急搬送して死亡診断を受けるケースもある。
- このような状況を踏まえ、訪問看護の利用者に対する看取り体制を強化するためにどのような方策が考えられるか。

対応案

- ターミナルケア加算について、診療報酬における評価を踏まえ、単位数を見直してはどうか。
- 離島等に居住する利用者に対して医師が行う死亡診断等を、ICTを活用した在宅での看取りに関する研修を受けた看護師が補助した場合を評価※してはどうか。

（※）看護小規模多機能型居宅介護についても評価してはどうか。

オンライン資格確認・オンライン請求のビフォーアフター

オンライン資格確認/オンライン請求を導入することで
- 最新の資格情報をその場で確認できることや、審査支払機関が職権で資格情報の軽微な不備を補正できるため、返戻となるレセプト数の減少が見込めます。
- レセプト作成時、資格情報（被保険者番号等）の手入力が不要となります。
- レセプトの印刷・発送作業が不要になり、請求に係る時間が短縮されます
- 利用者から同意取得後、診療/薬剤情報・特定健診等情報の閲覧が可能になり、訪問看護に活用できます。

	資格情報確認	レセプト作成	レセプト請求
現在（before）	① 健康保険証を目視で確認し、被保険者番号等をメモ 利用者宅 利用者／看護師等 健康保険証 ※被保険者番号等をメモ	② レセプト作成用端末に①でメモした情報を看護師等が手動入力 訪問看護ステーション 看護師等 レセプト作成用端末・ソフト ※メモをもとに手動入力	③ レセプトを印刷し、審査支払機関へ発送 看護師等 ※郵送 支払基金・国保連合会 ※レセプト印刷・発送
オンライン資格確認/オンライン請求導入後（after）	① マイナンバーカードをモバイル端末等で読み取り、資格情報を取得・確認 利用者宅 利用者／看護師等 マイナンバーカード／モバイル端末等 ※マイナンバーカードをモバイル端末等で読み取り	② レセプト作成用端末に①で取得した情報を取り込みレセプトを作成 ※データ連携 訪問看護ステーション レセプト作成用端末・ソフト	③ レセプトデータを送信（印刷・郵送不要） ※レセプトデータ送信 （オンライン請求用端末より送信） 支払基金・国保連合会

訪問看護におけるオンライン資格確認のメリット

- 利用者自身の直近の資格情報や、本人の同意に基づき診療/薬剤情報・特定健診等情報を閲覧することが可能となり、業務効率化や質の高い医療の提供が実現。
- 訪問看護等におけるオンライン資格確認（居宅同意取得型）の仕組みを活用することで、継続的に訪問看護が行われている間、２回目以降の訪問においては、訪問看護ステーション側で再照会をして資格情報の照会・取得が可能となる機能により効率的な資格確認が可能になるほか、初回時の同意に基づき、薬剤情報等の取得が可能。
- 今後、オンライン資格確認等システムについては、医療DXの推進の中で、生活保護の医療扶助や難病医療の公費負担医療及び地方単独医療費助成への対応拡大が期待。

利用者

マイナンバーカード１枚で訪問看護を利用可能

- 居宅等でもオンライン資格確認で可能
- 保険者に申請していない場合も含め、限度額認定証等がなくても、高額療養費制度における限度額を超える支払が免除

過去の薬剤情報等の提供が可能

- これまでの薬剤情報や特定健診の結果を網羅的に提供することが可能
- 健康・医療データに基づいたより適切な看護につながる

訪問看護ステーション

資格確認業務の負荷軽減

- ２回目以降の訪問では、利用者宅等への訪問前に利用者の資格情報を確認でき、訪問時の確認業務が効率化
- 利用者の直近の資格情報が確認可能。限度額認定証等がなくても、高額療養費制度における適用区分の確認が可能

業務の更なる効率化

- 事業所内のレセコン等と連携することで、レセプト作成における手作業の事務負担や誤記リスク、レセプト返戻の削減等につながる
- 利用者から聞き取るよりも正確かつ効率的に、利用者の過去の薬剤情報等を確認可能

訪問看護における周知広報一覧

#	概要	詳細	実施日
1	医療機関等向け総合ポータルサイトのコンテンツページ	✓ 医療機関等向け総合ポータルサイトに訪問看護ステーション向けのコンテンツページを公開。 ✓ オンライン資格確認・オンライン請求の概要や導入手引きなどの資料や動画を掲載。	2023年10月10日
2	訪問看護向けシステム事業者導入促進協議会（第１回）	✓ 訪問看護システム事業者が訪問看護ステーションにおけるオンライン請求・オンライン資格確認の導入作業等を理解し、円滑に対応いただくことを目的として、訪問看護システム事業者向けに説明会を開催。（今後も定期的に開催予定）	2023年10月31日
3	訪問看護ステーションにおけるオンライン請求・オンライン資格確認の導入に関するオンライン説明会	✓ 訪問看護3団体と合同で訪問看護ステーション向けにオンライン説明会を開催。（アーカイブ配信有） ✓ オンライン請求・オンライン資格確認に関する概要や導入手順等についての説明、団体からの質疑応答等を実施。	2023年11月7日
4	リーフレットを送付	✓ 新規ユーザー登録・利用申請の開始に併せ、2024年1月中旬頃に訪問看護ステーション向けにリーフレットを送付予定。 ✓ オンライン資格確認・オンライン請求に関する概要等の周知やポータルサイトにてアカウント登録・利用申請が開始されたことを案内。	2024年1月中旬（予定）

1：医療機関等向け総合ポータルサイトのコンテンツページ

参考

2023年10月10日、医療機関等向け総合ポータルサイトに訪問看護ステーション向けのコンテンツページを公開。
オンライン資格確認・オンライン請求の概要や導入手引きなどの資料や動画を掲載。







2：訪問看護向けシステム事業者導入促進協議会（第１回）

参考

2023年10月31日、訪問看護システム事業者が訪問看護ステーションにおけるオンライン請求・オンライン資格確認の導入作業等を理解し、円滑に対応いただくことを目的として、訪問看護システム事業者向けに説明会を開催。（今後も定期的に開催予定）

目的	• 訪問看護システムベンダ（レセプト作成用ソフトベンダ・導入支援事業者）に向けて、オンライン請求・オンライン資格確認の導入作業に関する内容や今後の導入作業スケジュール等の説明を行い、また、レセプト作成用ソフトベンダ及び導入支援事業者がそれぞれ対応すべき事項やどういった調整が発生するか等を明確に周知する。 • そのうえで、令和6年6月のオンライン請求・オンライン資格確認の運用開始に向けて、訪問看護ステーションへのオンライン請求及びオンライン資格確認の導入を促進させる。
開催方法	YouTubeLive配信 ※主要 訪問看護システムベンダはZOOMにて参加 ※アーカイブ動画を厚労省のYouTubeチャンネルで公開済み
開催日時	• 10月31日（火）18時00分-18時40分
登壇者	厚生労働省
議題	1. 訪問看護ステーションへのオンライン請求・オンライン資格確認等システムの導入作業説明 2. 訪問看護システムベンダへのお願い 3. 質疑応答

3：訪問看護ステーションにおける オンライン請求・オンライン資格確認の導入に関するオンライン説明会

参考

2023年11月7日、訪問看護3団体と合同で訪問看護ステーション向けにオンライン説明会を開催。（アーカイブ配信有）
オンライン請求・オンライン資格確認に関する概要や導入手順等についての説明、団体からの質疑応答等を実施。

目的	• 訪問看護におけるポータルサイトが公開になったことを周知するとともに訪問看護3団体もオンライン資格確認に関して協力をし、賛同いただいていることを団体からの言葉で伝えていただく。 • また、オンライン資格確認に関しての懸念点を質疑で話していただくことで、懸念を払拭する。
開催方式	YouTubeLive配信 ※アーカイブ動画を厚労省のYouTubeチャンネルで公開済み
開催日時	11月7日(火)17:00～18:00
登壇者	・厚生労働省 ・公益社団法人 日本看護協会 ・公益財団法人 日本訪問看護財団 ・一般社団法人 全国訪問看護事業協会
当日の流れ（60分）	１．オープニング（5分） ２．オンライン請求・オンライン資格確認の概要や導入手順等についての説明（20分） ３．オンライン請求・オンライン資格確認に関しての質疑応答（20分） ４．オンライン請求・オンライン資格確認の運用開始に向けたご意見（10分） ６．クロージング（5分）

４：リーフレットを送付

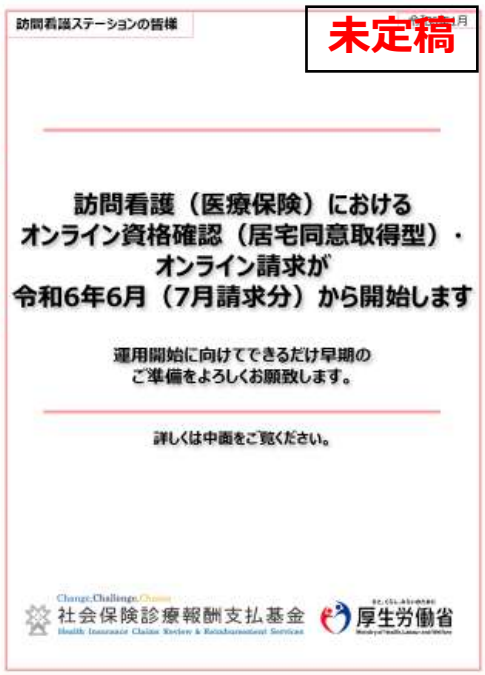
参考

新規ユーザー登録・利用申請の開始に併せ、2024年1月中旬、訪問看護ステーション向けにリーフレットを送付予定。
オンライン資格確認・オンライン請求に関する概要等の周知やポータルサイトにてアカウント登録・利用申請が開始されたことを案内。

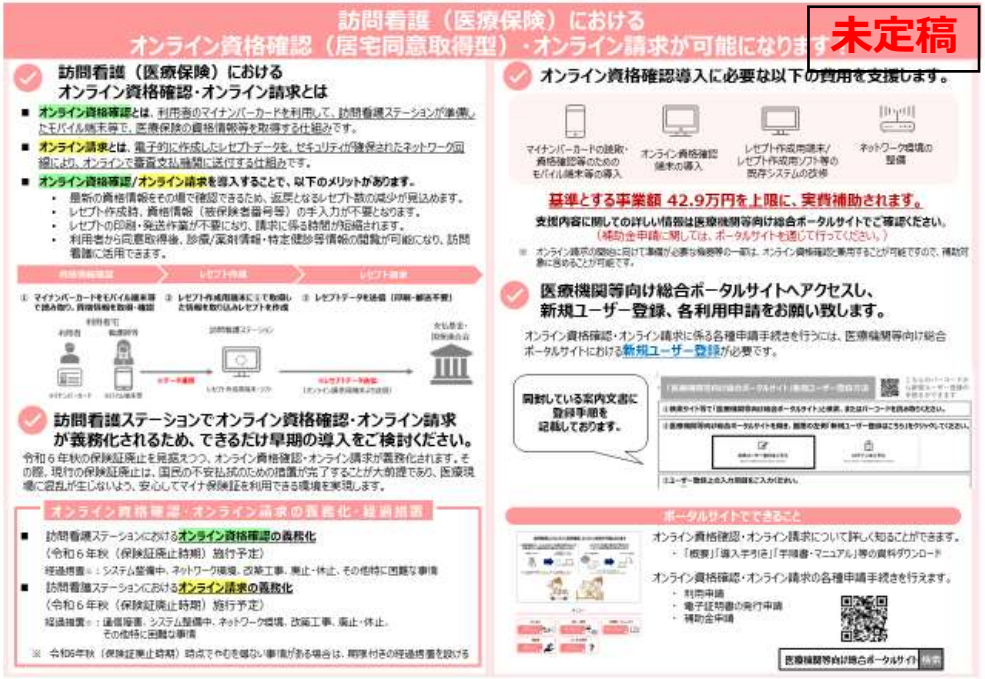
（裏面）



（表面）



（中面）



訪問看護についての課題①

【課題】

（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2回以上の訪問看護を実施していた事業所は全体の14.5%であった。
- 2回以上の訪問で合計90分以上となっている利用者は13.1%であり、60分以上180分未満は45.2%であった。退院日に2回以上の訪問看護を実施した利用者は、別表第7該当が75.0%、別表第8該当が76.1%であり、末期を含む悪性腫瘍等の利用者が多かった。
- 退院日に2回以上の訪問看護を実施した理由は、利用者・家族（主たる介護者）からの求めが71.7%で、主治医からの求めが48.9%であった。
- 主治医からは、「初回訪問から一定時間経過した後に行う必要のある医療処置があった」が75.6%で最も多く、次いで「利用者の状態が悪化した」が42.2%、「利用者の状態が急変するリスクが高いことによる病状観察」が40.0%であった。
- 2回目以降の訪問で実施した医療処置は「口鼻腔吸引」、「疼痛管理（麻薬使用）」が27.2%であり、実施したケアは「利用者・家族等への医療処置に関する技術的な指導」が46.7%で最も多かった。

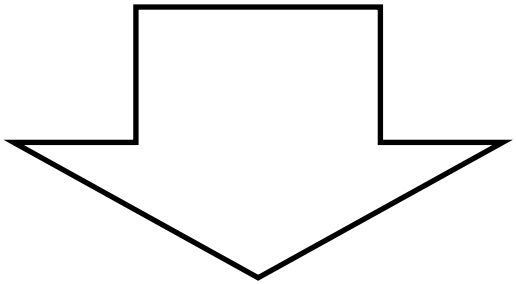
（集合住宅等における効率的な訪問看護等について）

- 全利用者に占める同一建物等居住者割合が7割以上の事業所（以下「7割以上の事業所」という。）は全体の約1%強であった。
- 7割以上の事業所の開設主体は、88.9%が営利法人であり、同一法人が有する医療・介護施設・事業所では、訪問介護事業所の割合が高い。特定入居者生活介護は33.3%、サービス付き高齢者住宅は44.4%が有しているが、両者のいずれかを有している割合は66.7%であった。
- 7割以上の事業所では機能強化型訪問看護管理療養費はほぼ算定されておらず、届出の意向もなかった。
- 7割以上の事業所の利用者の別表第7・別表第8の該当状況を見ると、別表第7該当割合が高かった。
- 1人・1月あたりの平均訪問日数及び平均延訪問回数は、7割以上の事業所の方が7割未満の事業所より多く、別表第7該当者のみに限っても同様であった。
- 1人の利用者に対する1回当たりの訪問時間は、7割以上の事業所では、別表第7該当の有無に関わらず、いずれも30分以上45分未満となっていた（精神科訪問看護を除く）。
  他方、7割未満の事業所では45分以上60分未満が多く、次いで30分以上45分未満となっていた。また、別表第7に該当している場合、訪問時間が長くなる傾向にあった。
- 介護保険の訪問看護の収支差率（令和4年度税引前収支差率（コロナ関連補助金及び物価高騰対策関連補助金を含まない））は5.9%であるが、営利法人は7.1%、社会福祉法人（社協以外）は6.0%、医療法人は5.0%であった。

訪問看護についての課題②

（介護保険における訪問看護との制度上の差異について）

- 介護保険の訪問看護では、身体的拘束等の原則禁止や記録に関する規定を運営基準に設けることが検討されている。
- 介護事業所等の管理者は、当該介護事業所等の管理上支障が生じない範囲内において、テレワークを行うことが可能である旨が通知されているが、医療保険では管理者のテレワークの取扱いを明示したものがない。
- 介護保険の訪問看護において、離島等に居住する利用者に対して医師が行う死亡診断等を、ICTを活用した在宅での看取りに関する研修を受けた看護師が補助した場合を評価が検討されている。
- 訪問看護ステーションが遠隔死亡診断補助加算を算定してる場合等において、医療機関は死亡診断加算のみを算定可能であるが、介護保険の訪問看護がターミナルケア加算を算定し、遠隔死亡診断補助を行った場合は想定されていない。
- 医療機関が行う医療保険の訪問看護では遠隔死亡診断補助は評価されていない。



訪問看護についての論点

【論点】

（医療ニーズの高い利用者の退院支援について）

○　退院日当日の合計90分を超える複数回の訪問看護において、医師の指示や利用者及び家族等の求めに応じて、必要な医療処置や利用者の状態悪化への対応等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。

（集合住宅等における効率的な訪問看護等について）

○　全利用者に占める同一建物等居住者の割合が極めて高い一部の訪問看護ステーションにおいて、当該ステーションの利用者の多くが当該ステーションを運営する同一法人が有する同一建物に居住している割合が高く、効率的な訪問及び管理が可能であること等を踏まえ、訪問看護の評価のあり方について、どのように考えるか。

（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において、身体的拘束等の原則禁止や記録に関する規定を運営基準に設けることを検討していることに鑑み、同様の規定を医療保険の訪問看護にも設けることとしてはどうか。

　また、訪問看護ステーションにおける管理者に係る取扱いについて、介護保険の訪問看護と同様にテレワークが可能となるよう明確化してはどうか。

○　介護保険における訪問看護において、離島等に居住する利用者に対して医師が行う死亡診断等を、ICTを活用した在宅での看取りに関する研修を受けた看護師が補助した場合の評価を検討していることに伴い、医療機関が死亡診断加算のみを算定可能な場合に、連携する訪問看護ステーションが介護保険のターミナルケア加算を算定し、遠隔死亡診断補助を行った場合を加えてはどうか。

　また、医療機関からの訪問看護について、離島等に居住する利用者に対して医師が行う死亡診断等を、ICTを活用した在宅での看取りに関する研修を受けた看護師が補助した場合を評価してはどうか。

中医協　総－２
５．１２．１５

入院（その７）

入退院支援・栄養管理体制

１．入退院支援について

１－１．入退院支援の現状等について

１－２．入退院支援における関係機関との連携の強化について

１－３．入退院支援における生活に配慮した支援の強化について

１－４．入院前からの支援の強化について

１－５．退院直後の継続支援について

２．栄養管理体制について

入退院支援のうち以下の論点については、それぞれの中医協総会にて議論

- 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における、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：令和５年10月20日中医協総会（個別事項（その３））
- 地域包括ケア病棟等を有する医療機関における入退院支援：令和５年11月10日中医協総会（入院（その３））
- 重症新生児に対する退院支援：令和５年12月１日中医協総会（個別事項（その９））

入退院支援に係る診療報酬の主な変遷

【入院治療計画の策定】

平成8年：入院治療計画加算（入院時医学管理料）
・総合的な入院治療計画の策定に対する評価（現在、入院基本料の算定要件）
平成12年：急性期病院加算、急性期特定病院加算として「詳細な入院診療計画」を評価
平成14年：急性期入院加算、急性期特定入院加算（改）
・詳細な入院診療計画に加え、退院指導計画を作成し、退院後の療養上の留意点に関する説明や指導を実施

【医療機関の連携の推進】

平成18年：地域連携診療計画管理料、
地域連携診療計画管理料退院指料
・対象疾患；大腿骨頸部骨折
平成20年：地域連携診療計画管理料等の
対象疾患に脳卒中が追加

【退院支援計画の策定と退院時の情報共有の推進】

平成20年：退院調整加算、総合評価加算
平成22年：介護支援連携指導料、急性期病棟等退院調整加算、慢性期病棟等退院調整加算、　新生児退院調整加算
平成24年：退院調整加算1・2、新生児退院調整加算1・2、地域連携計画加算

【早期からの退院支援と関係医療機関との平時からの連携の推進】

平成28年：退院支援加算１・２・３、地域連携診療計画加算
・入院早期からの取組を実施
・連携する医療機関等と日頃からの関係づくり
平成30年：加算名称を「入退院支援加算」に見直し、入院時支援加算
令和2年・令和4年：入退院支援部門の人員配置の見直し
令和4年：入退院支援加算の対象者の追加

入退院支援加算１・２の概要

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　　ロ　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　　ロ　療養病棟入院基本料等の場合　６３５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
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
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
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	
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	

※青字下線はR4年度改定事項

入退院支援の評価（イメージ）

意見交換　資料－３参考－１
Ｒ　５　．　３　．　１　５

○　病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入院前や入院早期からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を評価。

- 入院時支援加算
- 入退院支援加算
- 地域連携診療計画加算
- 退院時共同指導料

外来・在宅　→　**入院**　→　**外来・在宅**

外来部門と病棟との連携強化

入院医療機関と在宅療養を担う医療機関等との連携強化

病棟



外来部門

【入院前からの支援】
- （入院前に）利用しているサービスの利用状況の確認
- 服薬中の薬剤の確認、各種スクリーニング
- 入院生活に関するオリエンテーション
- 看護や栄養管理等に係る療養支援の計画作成　　等



≪入退院支援加算の対象となる患者≫

- 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれか
- 緊急入院　／　・要介護認定が未申請
- 虐待を受けている又はその疑いがある
- 生活困窮者
- 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
- 排泄に介助を要する
- 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
- 退院後に医療処置が必要
- 入退院を繰り返している
- 長期的な低栄養状態が見込まれる
- 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
- 児童等の家族から、介助や家族等を日常的に受けている

在宅療養を担う関係機関等



【退院時共同指導】
- 患者の退院後の在宅療養を担う医療機関と、入院中の医療機関とが退院後の在宅での療養上必要な説明・指導を共同して行う

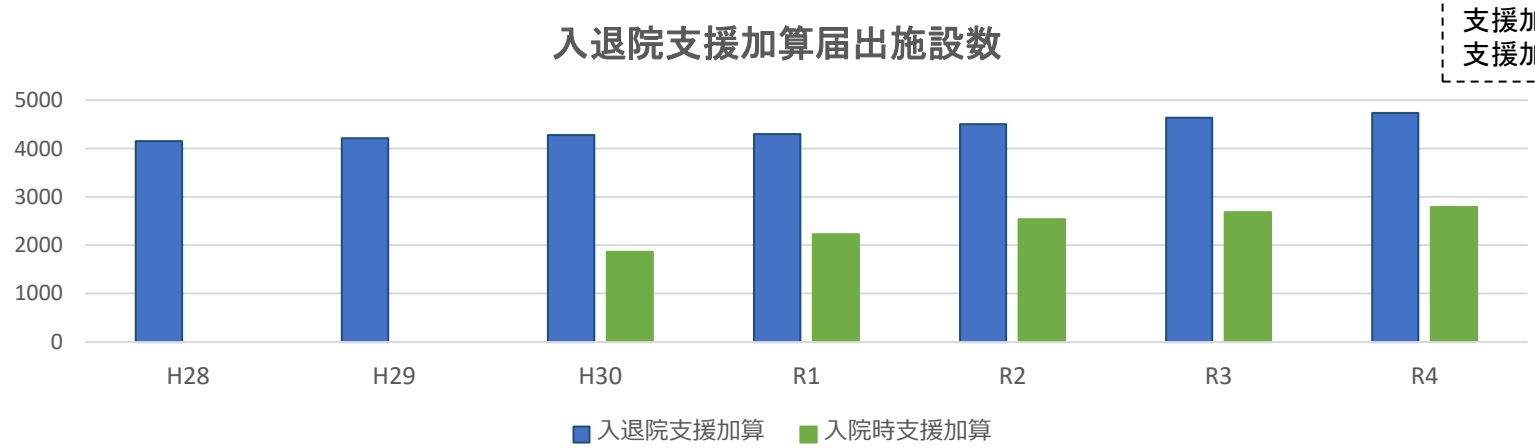
共同指導が行えなかった時は
【情報提供】
- 保険医療機関間及び医療機関から保険薬局又は保健・福祉関係機関への診療情報の提供

入退院支援加算の届出・算定状況

○　入退院支援加算と入院時支援加算の届出施設は徐々に増加している。
○　入退院支援加算と入院時支援加算の算定回数はいずれも増加している。

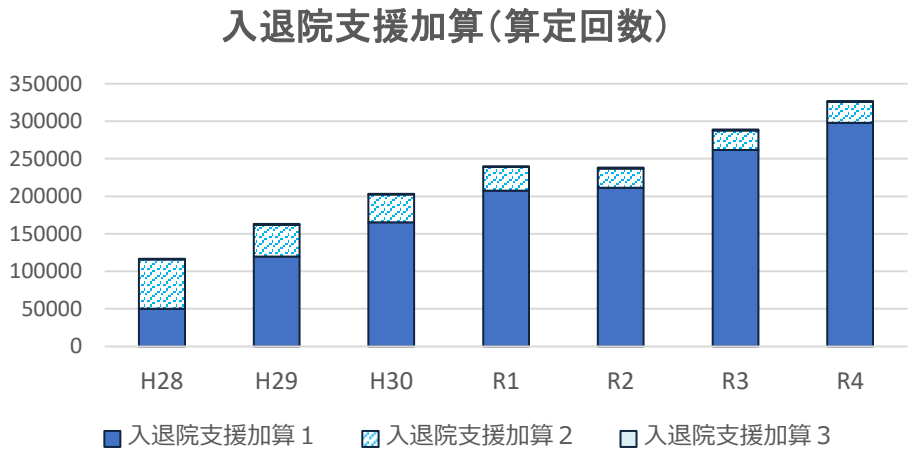
（※）
加算名称について、H28は「退院支援加算」、H30以降は「入退院支援加算」となっている。

■入退院支援加算（※）の届出状況の推移

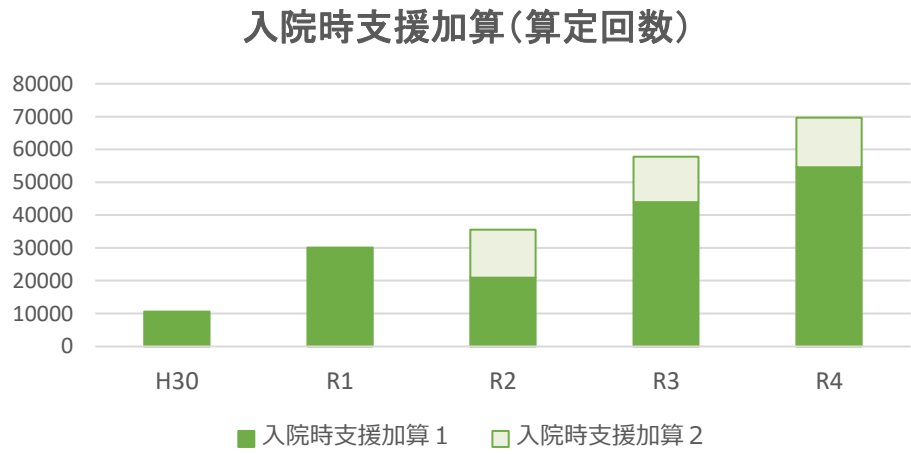


出典：各年7月1日の届出状況。保険局医療課調べ。

■入退院支援加算（※）の算定状況の推移



■入院時支援加算の算定状況の推移

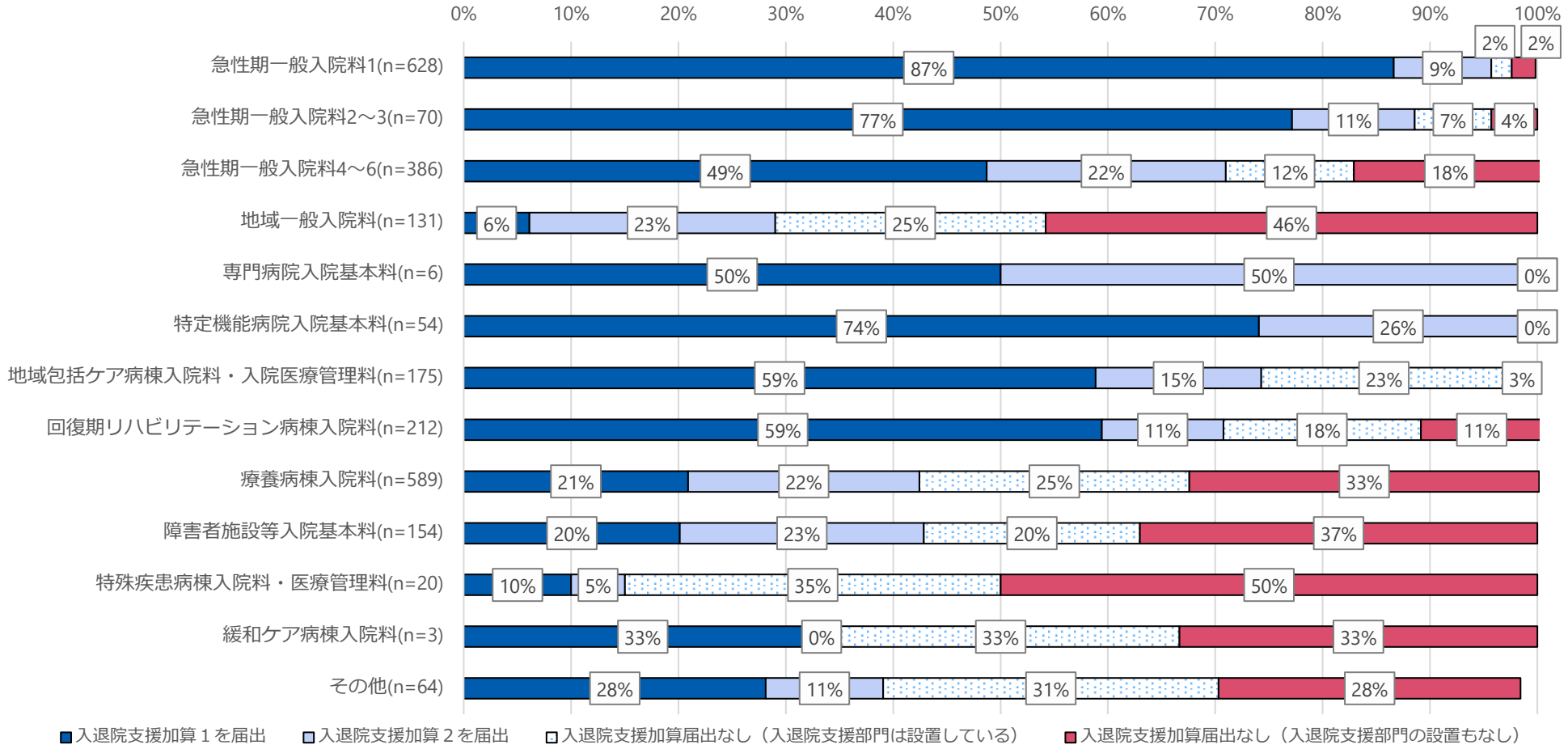


出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

入退院支援加算１・２の届出状況

○　入退院支援加算は、急性期一般入院料や専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料での届出が多かった。
○　地域一般入院料や療養病棟入院料等では、3割以上が入退院支援加算の届出がなく、かつ、入退院支援部門も設置していなかった。

■入退院支援加算１又は２の届出状況



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

入院料別の入退院支援加算の対象者における「退院困難な要因」

○　入退院支援加算の対象者における「退院困難な要因」は入院料別に構成割合が異なり、急性期一般入院料では「緊急入院であること」の割合が高く、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟では「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）」の割合が高かった。

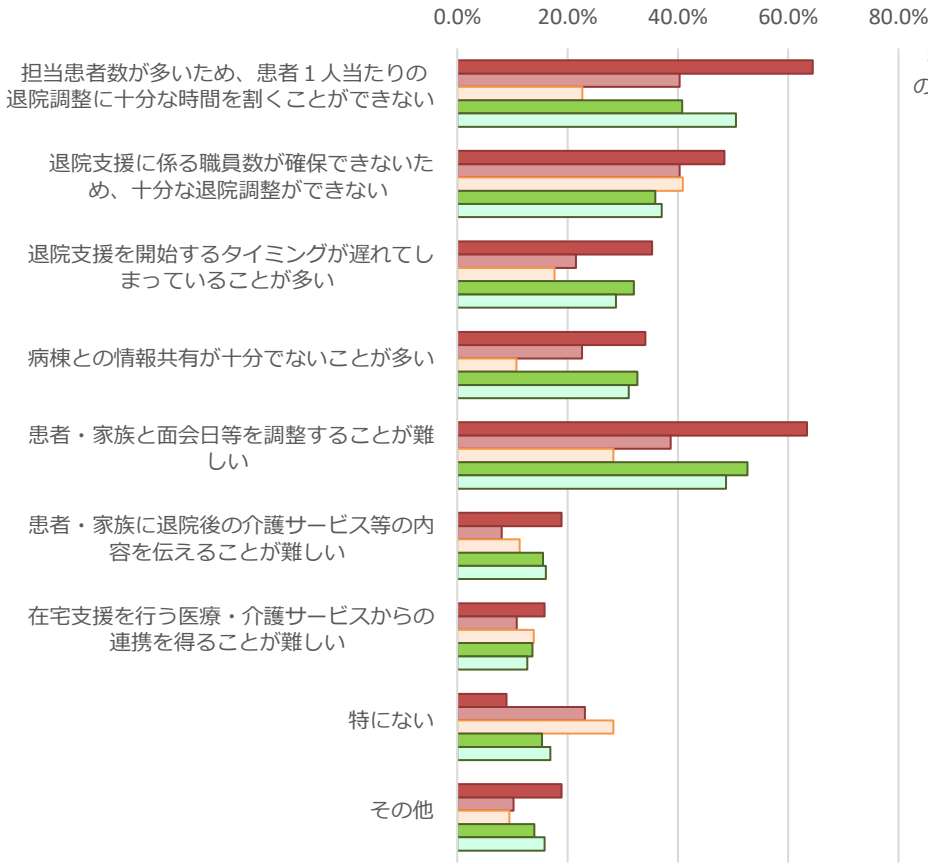
	急性期一般入院料1(n=356)	急性期一般入院料2～3(n=46)	急性期一般入院料4～6(n=170)	地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料(n=82)	回復期リハビリテーション病棟入院料(n=94)
① 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること	15.1%	13.4%	14.5%	8.8%	5.5%
② 緊急入院であること	31.5%	27.0%	20.1%	16.5%	12.1%
③ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること	4.8%	5.1%	5.2%	5.1%	5.4%
④ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること	0.1%	0.1%	0.1%	0.2%	0.1%
⑤ 生活困窮者であること	0.8%	1.1%	0.9%	1.8%	0.5%
⑥ 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）	24.7%	25.0%	31.6%	40.7%	51.3%
⑦ 排泄に介助を要すること	5.0%	6.9%	5.3%	5.8%	6.4%
⑧ 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	4.9%	7.2%	7.6%	8.0%	6.9%
⑨ 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む）が必要なこと	4.2%	4.3%	4.7%	4.5%	3.7%
⑩ 入退院を繰り返していること	2.9%	3.8%	4.9%	4.7%	3.4%
⑪ 入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれること	0.4%	0.8%	1.1%	1.2%	0.3%
⑫ 家族に対する介護や介護等を日常的に行っている児童等であること	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%
⑬ 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	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
⑭ その他患者の状況から判断して①から⑬までに準ずると認められる場合	5.4%	5.2%	4.2%	2.5%	4.4%

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

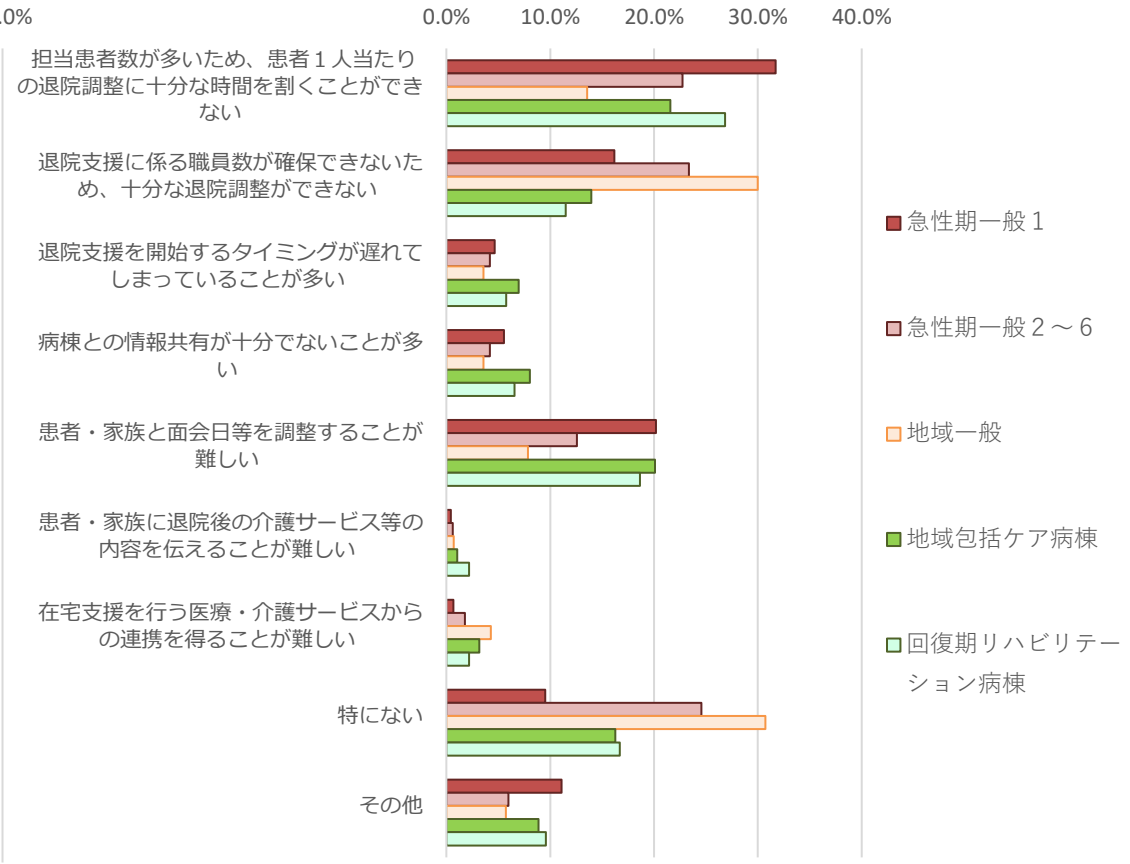
入院料別の退院支援の積極的な取組や促進等を困難にしている事項

○　退院支援の積極的な取り組みや促進等を困難にしている事項は、届出入院料によりやや異なるが、急性期一般入院料１、地域包括ケア病棟及び回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関では、「患者１人当たりの退院調整に十分な時間を割くことができない」、「患者・家族と面会日等を調整することが難しい」等の割合が高かった。

■退院支援の積極的な取組や促進等を困難にしている事項（該当するものすべて選択）



■退院支援の積極的な取組や促進等を困難にしている事項（最も該当するもの）

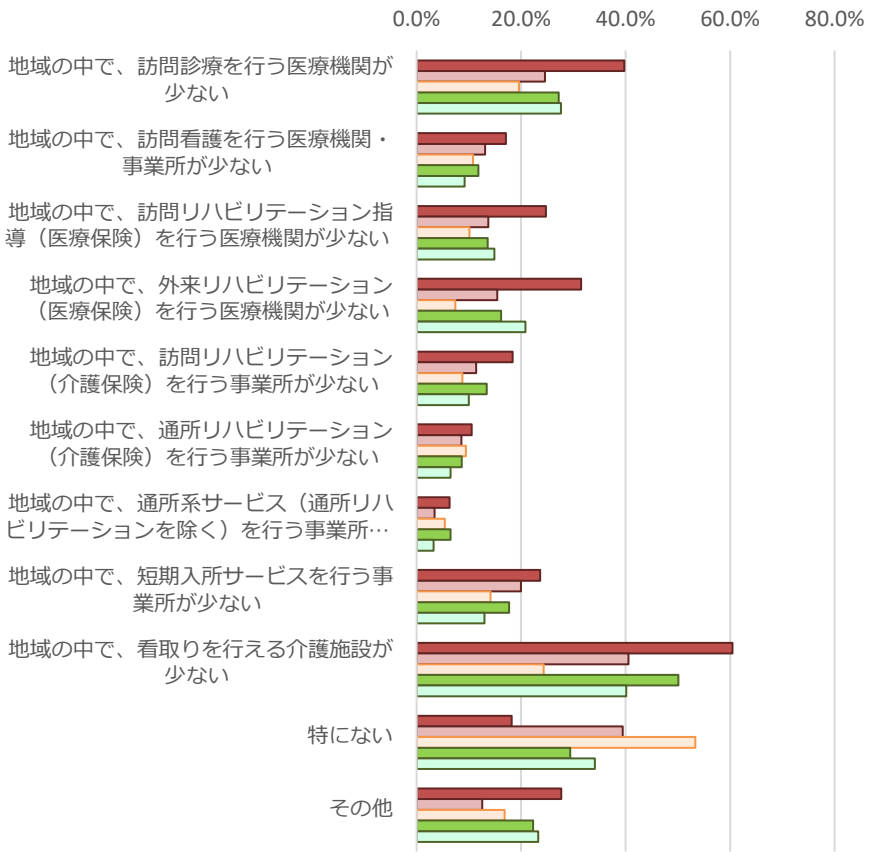


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

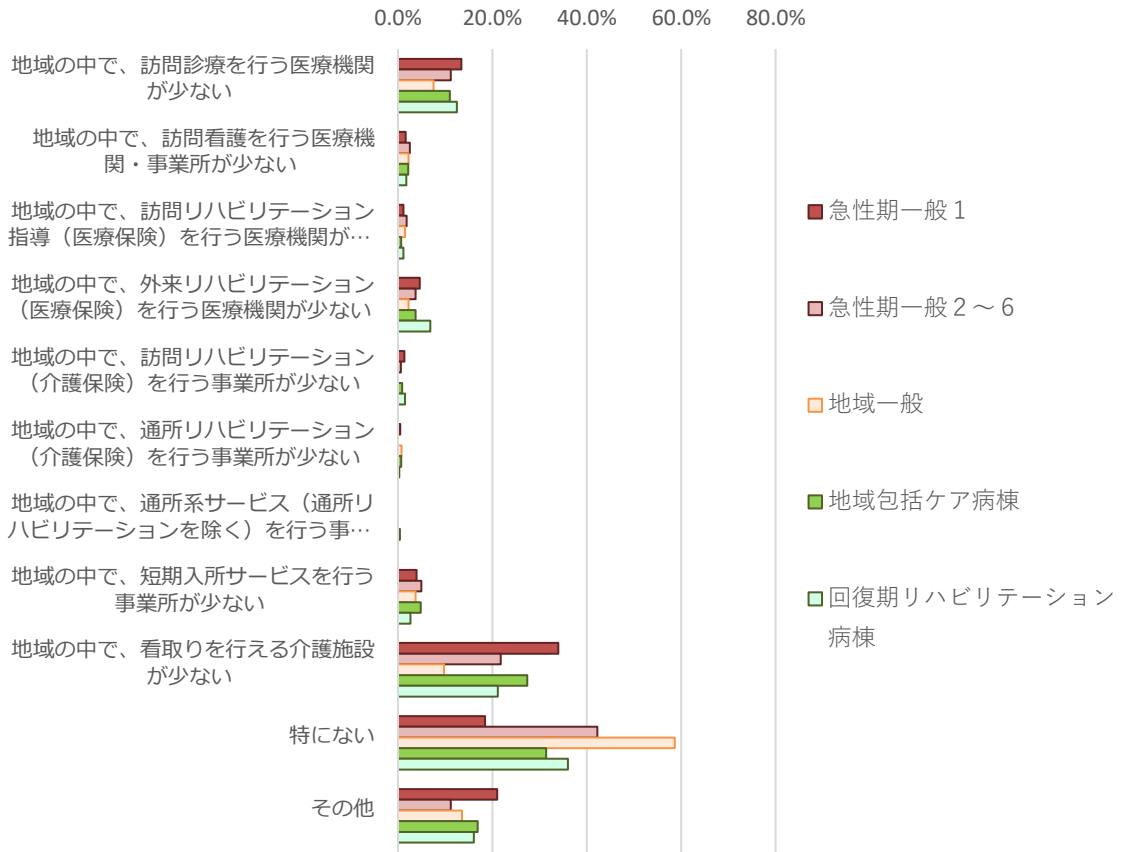
入院料別の退院を困難にしている事項

○　その他に退院を困難にしている事項は、「特にない」を除くと、いずれの入院料においても、「地域の中で看取りを行える介護施設が少ない」、「地域の中で、訪問診療を行う医療機関が少ない」の割合が高かった。

■その他に退院を困難にしている事項（該当するものすべて選択）



■その他に退院を困難にしている事項（最も該当するもの）



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

入院・外来医療等の調査・評価分科会におけるこれまでの検討結果（とりまとめ）（抄）

Ⅱ．検討結果の概要

13．横断的個別事項について

13－2．入退院支援について

- 入院料別の対象者や施設の特徴を踏まえた入退院支援という視点は非常に重要な視点。急性期はより病院や診療所との連携が必要であり、地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟に関しては、介護保険や障害福祉サービスとの連携がより進むべきではないかとの指摘があった。

- 入院時支援加算算定患者に対して入院前に実施する項目のうち、必須項目以外の褥瘡に関する危険因子の評価、栄養状態の評価、服薬中の薬剤の確認、退院困難な要因の有無の評価、入院中に行われる治療・検査の説明という項目は、いずれも非常に重要。これらの項目の実施率は、必須項目に比べれば低いとはいえ、全体としては、いずれも85%以上という状況であり、質の高い入院医療を推進するための入退院支援を行うためにも、全て必須項目としてもよいのではないかとの指摘があった。

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、必要な情報の一方向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かが重要。

（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、情報伝達の場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。

1．入退院支援について

１－１．入退院支援の現状等について

１－２．入退院支援における関係機関との連携の強化について

２－２－１．退院時における介護支援専門員等との情報共有について

２－２－２．入退院支援における連携機関について

１－３．入退院支援における生活に配慮した支援の強化について

１－４．入院前からの支援の強化について

１－５．退院直後の継続支援について

2．栄養管理体制について

在宅医療・介護連携推進事業

○　在宅医療・介護連携の推進については、平成23年度から医政局施策として実施。一定の成果を得られたことを踏まえ、平成26年介護保険法改正により、市町村が実施主体である地域支援事業に「在宅医療・介護連携推進事業」が位置付けられ、平成27年度から順次、市町村において本事業を開始。

○　平成29年介護保険法改正において、都道府県による市町村支援の役割を明確化。平成30年4月以降、全ての市町村において本事業を実施。

○　令和２年介護保険法改正において、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつPDCAサイクルに沿った取組を継続的に行うことによって目指す姿の実現がなされるよう、省令や「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」等を見直し。

切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築
（看取りや認知症への対応を強化）

地域のめざすべき姿

Act 改善

第８期介護保険事業計画期間からの
在宅医療介護連携推進事業の在り方図

Plan 計画

現状分析・課題抽出・施策立案

- 地域の社会資源（医療機関、介護事業所の機能等）や、在宅医療や介護サービスの利用者の情報把握
- 将来の人口動態、地域特性に応じたニーズの推計（在宅医療など）
- 情報を整理しリストやマップ等必要な媒体を選択して共有・活用

※企画立案時からの医師会等関係機関との協働が重要





Do 実行

医療関係者
（医師会等の関係団体・訪問看護等の事業者など）

介護関係者
（居宅介護支援事業所など）

住　民

市町村

Check 評価

対応策の評価の実施

対応策の実施

○ 在宅医療・介護連携に関する相談支援
- コーディネーターの配置等による相談窓口の設置
- 関係者の連携を支援する相談会の開催

○ 地域住民への普及啓発
- 地域住民等に対する講演会やシンポジウムの開催
- 周知資料やHP等の作成

＜地域の実情を踏まえた柔軟な実施が可能＞

○ 医療・介護関係者の情報共有の支援
- 在宅での看取りや入退院時等に活用できるような情報共有ツールの作成・活用

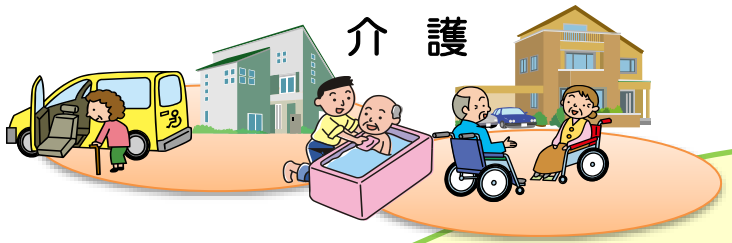
○ 医療・介護関係者の研修
- 多職種の協働・連携に関する研修の実施（地域ケア会議含む）
- 医療・介護に関する研修の実施

○上記の他、医療・介護関係者への支援に必要な取組

＜市町村における庁内連携＞　総合事業など他の地域支援事業との連携や、災害・救急時対応の検討

都道府県(保健所等)による支援　**○ 在宅医療・介護連携推進のための技術的支援**　**○ 在宅医療・介護連携に関する関係市町村等の連携**　**○ 地域医療構想・医療計画との整合**

在宅医療と介護連携イメージ（在宅医療の４場面別にみた連携の推進）





日常の療養支援

・多職種協働による患者や家族の生活を支える観点からの在宅医療・介護の提供
・緩和ケアの提供
・家族への支援
・認知症ケアパスを活用した支援

入退院支援

・入院医療機関と在宅医療・介護に係る機関との協働・情報共有による入退院支援
・一体的でスムーズな医療・介護サービスの提供

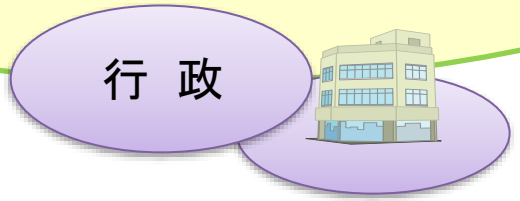


急変時の対応

・在宅療養者の病状の急変時における往診や訪問看護の体制及び入院病床の確認
・患者の急変時における救急との情報共有

看取り

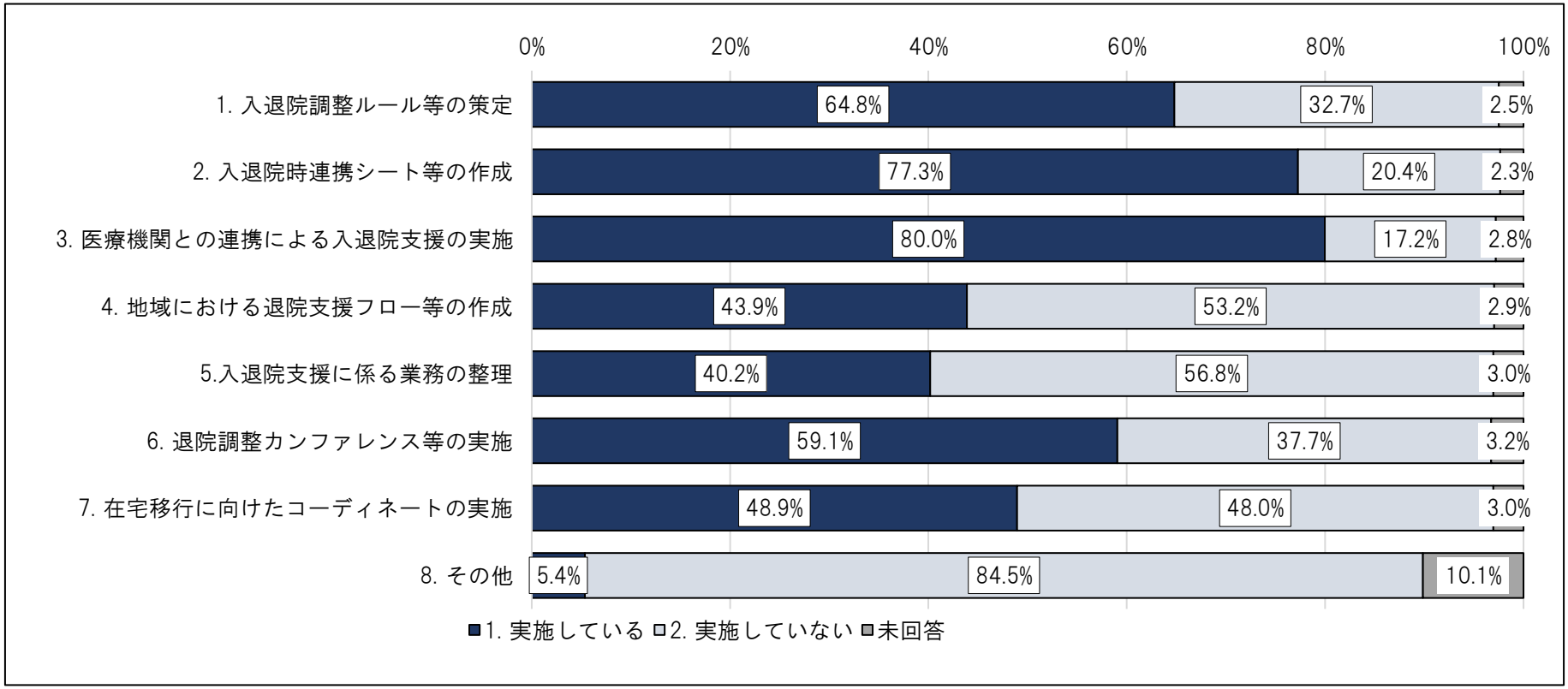
・住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施
・人生の最終段階における意思決定支援



入退院支援の実施状況　（n＝1,324）

４つの場面を意識した取組のうち、「入退院支援」に“取り組んでいる”または“今後取り組む予定である”と回答した市町村において、実施している取組みとして最も多いものは、「医療機関との連携による入退院支援の実施」であり、次いで「入退院時連携シート等の作成」、「入退院調整ルール等の作成」であった。

○　「入退院支援」の実施状況



出典：令和3年度在宅医療・介護連携推進事業の実施状況に関する調査（令和3年度在宅医療・介護連携推進支援事業　富士通総研）

生活に配慮した医療を提供するための入退院支援のイメージ

○ 「生活」に配慮した質の高い医療を提供する観点からは、入退院支援において入院前の患者の情報を把握し、入院前と比較しどのような機能等がどの程度低下しているのか等を見極め、入院中の支援を充実し退院につなげることが重要。

入院前



入院前

疾病や治療に伴うADLや認知機能等の低下

入院

入院中



入院後

退院

今後の生活に関する意向

患者情報の把握
- ✓ 入院前の生活状況
- ✓ 家族状況
- ✓ 継続して受けている医療
- ✓ 要介護認定、サービスの利用状況　等

入院生活の説明

入院前に利用していたサービスの把握

入院中に行われる治療・検査の説明

褥瘡に関する危険因子の評価
退院困難な要因の有無の評価

栄養状態の評価

服薬中の薬剤の確認

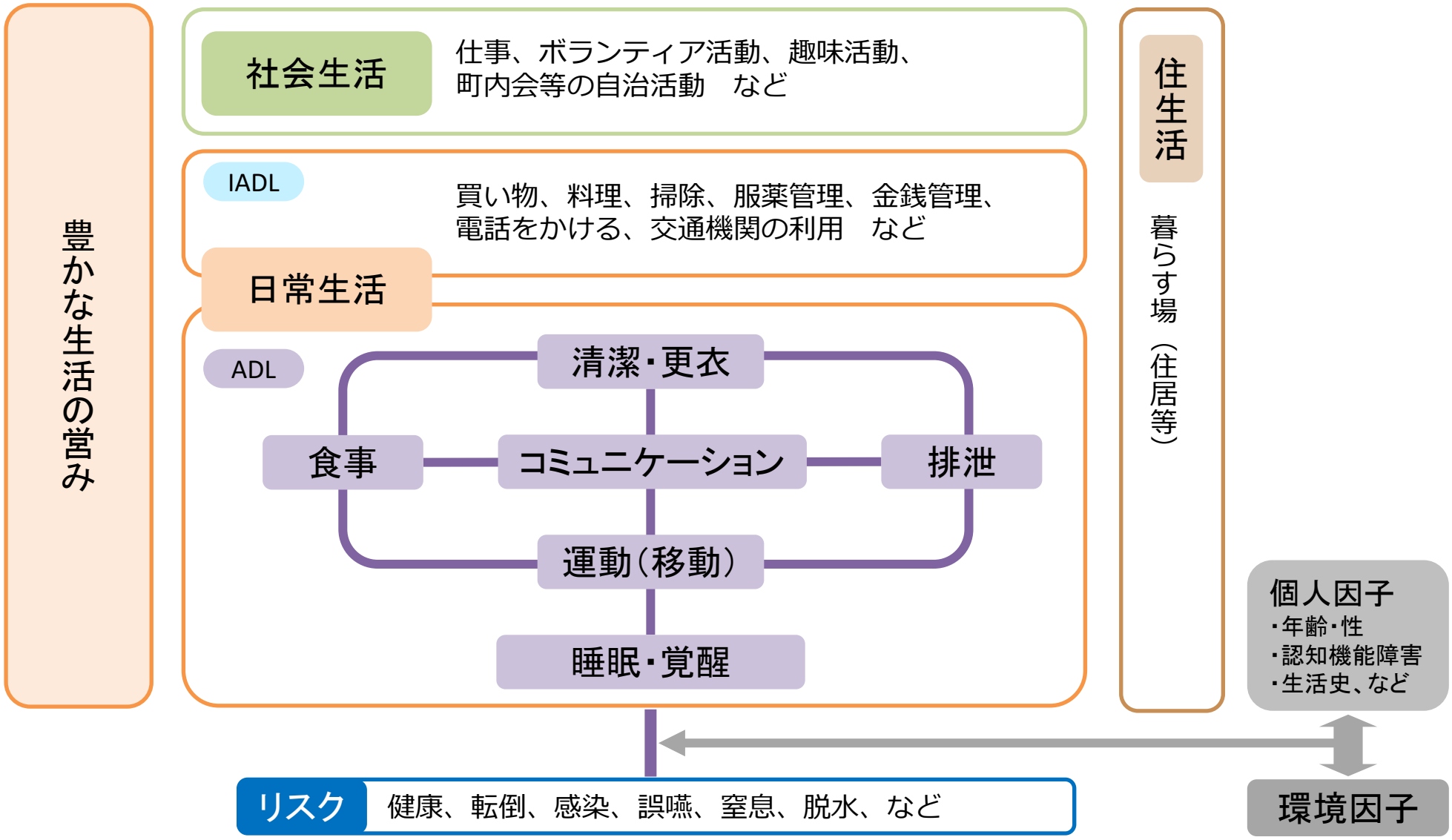
かかりつけ医、介護支援専門員等からの情報提供

入院前の患者の情報（生活状況、ADL、認知機能等）を把握することで、
- ✓ 入院に伴いどのような機能等がどの程度低下しているのかが判断でき、必要な入院中の支援につなげられる
- ✓ 入院前の生活を知ることで、退院後を見据えた入院中の支援（食事、排泄、清潔、睡眠等の基本的な日常生活の支援を含む）を充実することができる
- ✓ 退院後のサービスの必要性等を見極め、サービス導入・変更等の調整ができる

かかりつけ医、介護支援専門員等への情報提供

【参考】豊かな生活のためのケアの視点

■認知症者の豊かな生活のためのケアの視点



出典：公益社団法人日本看護協会「認知症ケアガイドブック」を参考に保険局医療課にて作成

2.（6）③　医療機関との情報連携の強化

令和3年度報酬改定

概要

【居宅介護支援】

○　居宅介護支援について、医療と介護の連携を強化し、適切なケアマネジメントの実施やケアマネジメントの質の向上を進める観点から、利用者が医療機関において医師の診察を受ける際に介護支援専門員が同席し、医師等と情報連携を行い、当該情報を踏まえてケアマネジメントを行うことを一定の場合に評価する新たな加算を創設する。【告示改正】

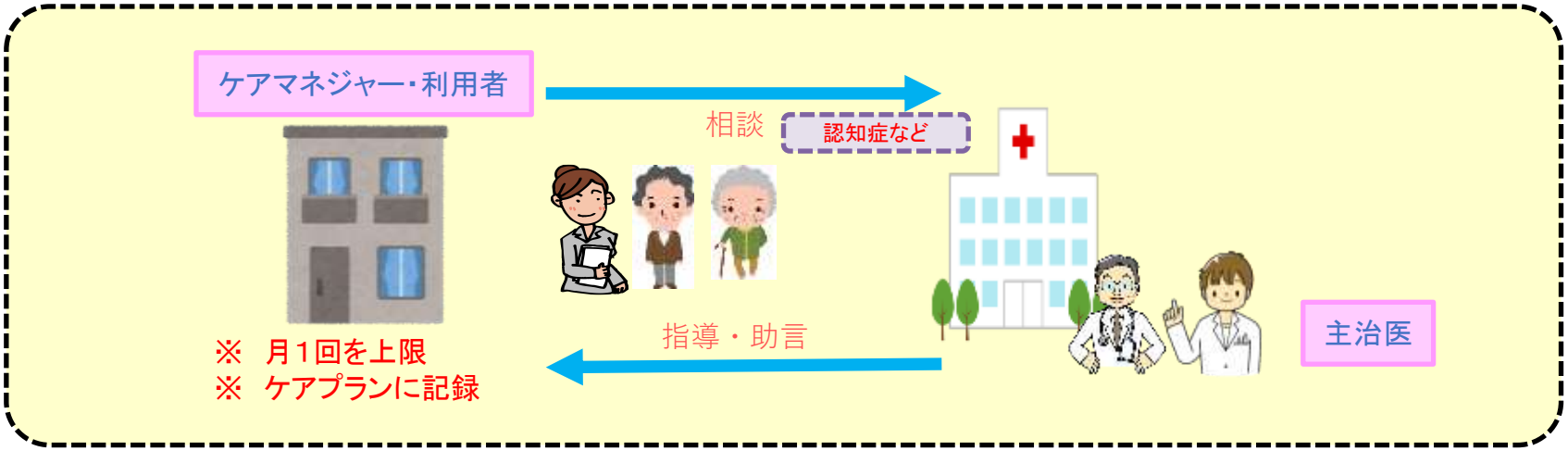
単位数

＜現行＞　　＜改定後＞

なし　⇒　通院時情報連携加算　50単位／月（新設）

算定要件等

・利用者1人につき、1月に1回の算定を限度とする
・利用者が医師の診察を受ける際に同席し、医師等に利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報提供を行い、医師等から利用者に関する必要な情報提供を受けた上で、居宅サービス計画（ケアプラン）に記録した場合



入院時情報提供書の標準様式

○　入院時情報提供書の標準様式では、生活歴・趣味、ADL、精神面における療養上の問題等が示されている。

記入日：　年　月　日
入院日：　年　月　日
情報提供日：　年　月　日

入院時情報提供書

医療機関 ⇐ 居宅介護支援事業所

医療機関名：　　事業所名：
ご担当者名：　　ケアマネジャー氏名：
TEL：　　FAX：

利用者(患者)／家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非ご活用下さい。

1．利用者(患者)基本情報について

患者氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	年齢	才	性別	男　女
		生年月日	明・大・昭　年　月　日生		
住所	〒	電話番号			
住環境 ※可能ならば、「写真」などを添付	住居の種類（戸建て・集合住宅）．＿階建て．　居室＿階．　エレベーター（有・無）				
	特記事項（　）				
入院時の要介護度	□ 要支援（　）　□要介護（　）　有効期間：　年　月　日 ～ 年　月　日 □ 申請中(申請日　／　)　□区分変更（申請日　／　）　□ 未申請				
障害高齢者の日常生活自立度	□ 自立　□ J1　□ J2　□ A1　□ A2　□ B1　□ B2　□ C1　□ C2	□医師の判断			
認知症高齢者の日常生活自立度	□ 自立　□ Ⅰ　□ Ⅱa　□ Ⅱb　□ Ⅲa　□ Ⅲb　□ Ⅳ　□ M	□ケアマネジャーの判断			
介護保険の自己負担割合	□＿＿割　□ 不明	障害など認定	□ なし　□ あり（ 身体・精神・知的 ）		
年金などの種類	□ 国民年金　□ 厚生年金　□ 障害年金　□ 生活保護　□ その他(　)				

2．家族構成／連絡先について

世帯構成	□独居　□高齢者世帯　□子と同居　□その他（　） ＊□日中独居			
主介護者氏名	（続柄　・　才）	（同居・別居）	TEL	
キーパーソン	（続柄　・　才）	連絡先　TEL：	TEL	

3．本人／家族の意向について

本人の趣味・興味・関心領域等	
本人の生活歴	
入院前の本人の生活に対する意向	□ 同封の居宅サービス計画(1)参照
入院前の家族の生活に対する意向	□ 同封の居宅サービス計画(1)参照

4．入院前の介護サービスの利用状況について

入院前の介護サービスの利用状況	同封の書類をご確認ください。 □居宅サービス計画書1.2.3表　□その他（　）

5．今後の在宅生活の展望について（ケアマネジャーとしての意見）

在宅生活に必要な要件	
退院後の世帯状況	□ 独居　□ 高齢世帯　□子と同居（家族構成員数　名）　＊□ 日中独居 □その他（　）
世帯に対する配慮	□不要 □必要（　）
退院後の主介護者	□本シート２に同じ　□左記以外（氏名　続柄　・年齢　）
介護力*	□介護力が見込める（ □十分　・　□一部 ）　□介護力は見込めない　□家族や支援者はいない
家族や同居者等による虐待の疑い*	□なし □あり（　）
特記事項	

6．カンファレンス等について（ケアマネジャーからの希望）

「院内の多職種カンファレンス」への参加	□ 希望あり	
「退院前カンファレンス」への参加	□ 希望あり	・具体的な要望（　）
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	□ 希望あり	

＊＝診療報酬　退院支援加算１．２「退院困難な患者の要因」に関連

7．身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について

麻痺の状況		なし	軽度	中度	重度	褥瘡の有無	□ なし　□ あり（　）		
ADL	移　動	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(室内)	□ 杖　□ 歩行器　□ 車いす　□ その他		
	移　乗	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(屋外)	□ 杖　□ 歩行器　□ 車いす　□ その他		
	更　衣	自立	見守り	一部介助	全介助	起居動作	自立	見守り	一部介助　全介助
	整　容	自立	見守り	一部介助	全介助				
	入　浴	自立	見守り	一部介助	全介助				
	食　事	自立	見守り	一部介助	全介助				
食事内容	食事回数	（ ）回／日　（ 朝　時頃 ・昼　時頃 ・夜　時頃 ）				食事制限	□ あり（　）□ なし □不明		
	食事形態	□ 普通　□きざみ　□ 嚥下障害食　□ ミキサー				UDF等の食形態区分			
	摂取方法	□ 経口　□ 経管栄養			水分とろみ	□ なし　□ あり	水分制限	□ あり（　）□ なし □不明	
口腔	嚥下機能	むせない		時々むせる	常にむせる	義歯	□ なし　□ あり(部分 ・ 総)		
	口腔清潔	良		不良	著しく不良	口臭	□ なし　□ あり		
排泄*	排尿	自立	見守り	一部介助	全介助	ポータブルトイレ	□ なし　□ 夜間　□常時		
	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	オムツ／パッド	□ なし　□ 夜間　□常時		
睡眠の状態		良	不良（　）			眠剤の使用	□ なし　□ あり		
喫煙		無	有 ＿＿本くらい／日			飲酒	無	有 ＿＿合くらい/日あたり	
コミュニケーション能力	視力	問題なし	やや難あり	困難		眼鏡	□ なし　□ あり（　）		
	聴力	問題なし	やや難あり	困難		補聴器	□ なし　□ あり		
	言語	問題なし	やや難あり	困難		コミュニケーションに関する特記事項：			
	意思疎通	問題なし	やや難あり	困難					
精神面における療養上の問題		□なし □幻視・幻聴　□興奮　□焦燥・不穏　□妄想　□暴力/攻撃性　□介護への抵抗　□不眠 □昼夜逆転　□徘徊　□危険行為　□不潔行為　□その他（　）							
疾患歴*		□なし □悪性腫瘍　□認知症　□急性呼吸器感染症　□脳血管障害　□骨折 □その他（　）							
入院歴*	最近半年間での入院	□なし　□あり（理由：　期間：Ｈ　年　月　日 ～ Ｈ　年　月　日） □不明							
	入院頻度	□ 頻度は高い／繰り返している　□ 頻度は低いが、これまでにもある　□ 今回が初めて							
入院前に実施している医療処置*		□なし □点滴　□酸素療法　□喀痰吸引　□気管切開　□胃ろう　□経鼻栄養　□経腸栄養　□褥瘡 □尿道カテーテル　□尿路ストーマ　□消化管ストーマ　□痛みコントロール　□排便コントロール □自己注射（　）　□その他（　）							

8．お薬について　※必要に応じて、「お薬手帳（コピー）」を添付

内服薬	□ なし　□ あり（　）	居宅療養管理指導	□ なし　□ あり　（職種：　）
薬剤管理	□ 自己管理　□ 他者による管理　（・管理者：　・管理方法：　）		
服薬状況	□ 処方通り服用　□ 時々飲み忘れ　□飲み忘れが多い、処方が守られていない　□服薬拒否		
お薬に関する、特記事項			

9．かかりつけ医について

かかりつけ医機関名		電話番号	
医師名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	診察方法・頻度	□通院　□ 訪問診療 ・頻度＝（　）回 ／ 月

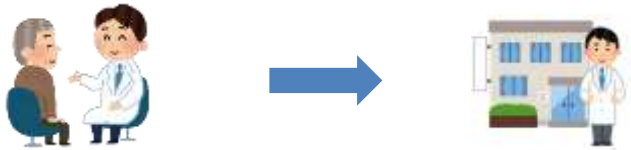
＊＝診療報酬　退院支援加算１．２「退院困難な患者の要因」に関連

診療情報提供料（Ⅰ）の概要

医療機関間の有機的連携の強化及び医療機関から保険薬局又は保健・福祉関係機関への診療情報提供機能の評価。

① 別の保険医療機関に紹介した場合

別の保険医療機関での診療の必要を認め、診療情報を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定。



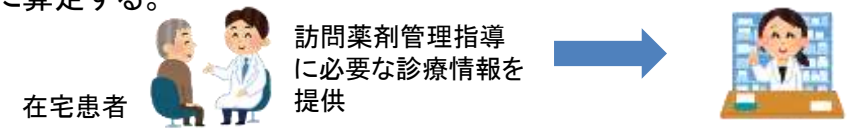
② 指定居宅介護支援事業者等に提供する場合

診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に算定する。



③ 保険薬局に提供する場合

在宅患者について、在宅患者訪問薬剤管理指導が必要と認められ、当該患者に係る在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な情報を提供した場合に算定する。



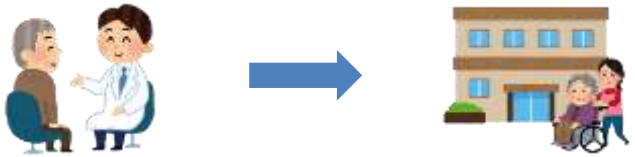
④ 精神障害者施設等に提供する場合

精神障害者である患者について、診療状況を示す文書を添えて、当該患者の社会復帰の促進に必要な情報を提供した場合に算定する。



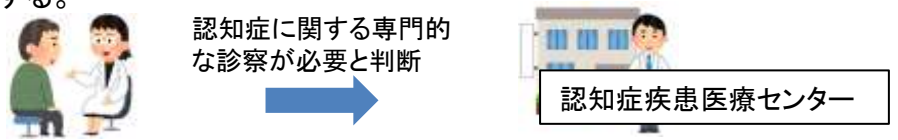
⑤ 介護老人保健施設又は介護医療院に提供する場合

介護老人保健施設又は介護医療院に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合算定する。



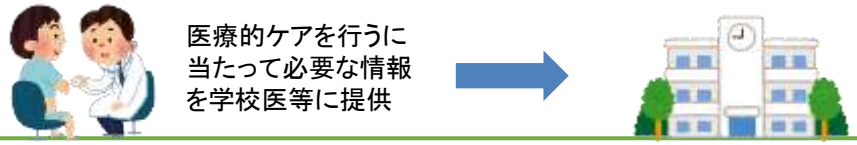
⑥ 認知症に関する専門の保険医療機関等に提供する場合

認知症の状態にある患者について、認知症に関する専門の保険医療機関等に対して診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定する。



⑦ 義務教育諸学校に提供する場合

障害児である患者について、当該患者が通学する義務教育諸学校に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活を送るにあたり必要な情報を提供した場合に算定する。



診療情報提供料（Ⅰ）　250点

（患者１人につき月１回に限り）

診療情報提供料（Ⅰ）の様式例

○　診療情報提供料（Ⅰ）では、紹介に当たっては、事前に紹介先の機関と調整の上、紹介先機関ごとに定める様式又はこれに準じた様式の文書に必要事項を記載し、患者又は紹介先の機関に交付することとしている。

■他の保険医療機関

（別紙様式11）

紹介先医療機関等名

担当医　　科　　殿

年　月　日

紹介元医療機関の所在地及び名称
電話番号

医師氏名　　印

患者氏名 患者住所 電話番号 生年月日　明・大・昭・平・令　年　月　日（　歳）　職業	性別　男・女
傷病名	
紹介目的	
既往歴及び家族歴	
症状経過及び検査結果	
治療経過	
現在の処方	
備　考	

備考　1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

■指定居宅介護支援事業所等

（別紙様式 12 の4）

都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書

年　月　日

情報提供先事業所
担当　　殿

医療機関の所在地及び名称
電話番号
FAX 番号
医師氏名　　印

患者氏名	（ふりがな）	男・女	〒　－
	明・大・昭　年　月　日生（　歳）		連絡先　（　）

患者の病状、経過等

（1）診断名（生活機能低下の直接の原因となっている傷病名又は特定疾病については１．に記入）及び発症年月日	
１．　発症年月日　（昭和・平成・令和　年　月　日頃）	
２．　発症年月日　（昭和・平成・令和　年　月　日頃）	
３．　発症年月日　（昭和・平成・令和　年　月　日頃）	
（2）生活機能低下の直接の原因となっている傷病又は特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容	
（3）日常生活の自立度等について	
・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	□自立　□J1　□J2　□A1　□A2　□B1　□B2　□C1　□C2
・認知症高齢者の日常生活自立度	□自立　□Ⅰ　□Ⅱa　□Ⅱb　□Ⅲa　□Ⅲb　□Ⅳ　□M
（4）診療形態 外来　・　訪問診療　・　入院	入院患者の場合 入院日：　年　月　日　退院日：　年　月　日

介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等

（1）現在あるかまたは今後発生の可能性の高い生活機能の低下とその対処方針
□尿失禁　□転倒・骨折　□移動能力の低下　□褥瘡　□心肺機能の低下　□閉じこもり　□意欲低下　□徘徊
□低栄養　□摂食・嚥下機能低下　□脱水　□易感染性　□がん等による疼痛　□その他（　）
→　対処方針　（　）

（2）サービス利用による生活機能の維持･改善の見通し
□期待できる　□期待できない　□不明

（3）サービスの必要性（特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。）
□訪問診療　□訪問看護　□訪問歯科診療　□訪問薬剤管理指導
□訪問リハビリテーション　□短期入所療養介護　□訪問歯科衛生指導　□訪問栄養食事指導
□通所リハビリテーション　□その他の医療系サービス（　）

（4）サービス提供時における医学的観点からの留意事項
・血圧　□特になし　□あり（　）・移動　□特になし　□あり（　）
・摂食　□特になし　□あり（　）・運動　□特になし　□あり（　）
・嚥下　□特になし　□あり（　）・その他（　）

患者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等

（1）利用者の日常生活上の留意事項

入退院に伴う医療機関と介護支援専門員等との情報提供の様式見直し

医療・介護連携の推進に向けた情報提供のあり方にかかる調査研究事業

（令和5年度 老人保健健康増進等事業 （実施主体：NTT Data経営研究所））

1. 事業概要

今後、高齢化が一層進展し、医療と介護双方のニーズを有する高齢者が増加する中で、それぞれの高齢者が“ときどき入院、ほぼ在宅・施設”のどの場面においても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最期まで続けることができるよう、医療においてはより「生活」に配慮した質が高い医療を、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が求められている。

このような医療・ケアの実現に向け、医療・介護の関係者、関係機関間の情報提供や共有、相互の理解といった連携を更に推進する必要があり、「令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会」でも指摘がされたところ。

そのため、本事業では、将来的な全国医療情報プラットフォームの整備等も見据え、医療機関・介護事業所間で情報提供を行う際に用いる様式について、それぞれの情報提供項目・様式について、関係団体や専門家等の意見を踏まえ、必要な項目等の検討を行う。

2. 事業の進め方

①委員会において、様式案を作成

②複数の医療機関・施設等で、様式案を用いたプレ調査を実施

調査対象：様式を活用して情報連携を行う当事者（特定機能病院1、地域医療支援病院1、在宅療養支援病院1、一般病院1、介護事業所5）、
医療介護連携に対して先進的な取組を行う自治体・医師会等（規模別に自治体5、医師会等4、在宅医療に携わる医師3）

③プレ調査の結果を踏まえて委員会で改めて必要な項目・様式について検討

■退院時における居宅介護支援事業所等向けの「診療情報提供書」に関する見直し（案）

現在の様式の項目

1. 患者の症状、経過等
（1）診断名及び発症年月日
（2）生活機能低下の直接の原因となっている傷病又は特定疾病の経過及び服薬内容を含む治療内容
（3）日常生活の自立度等について ／ （4）診療形態

2. 介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等
（1）現在あるかまたは今後発生の可能性の高い生活機能の低下とその対処方針
（2）サービス利用による生活機能の維持･改善の見通し
（3）サービスの必要性
（4）サービス提供時における医学的観点からの留意事項

3. 患者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等
（1）利用者の日常生活上の留意事項
（2）社会生活面の課題と地域社会において必要な支援 ／ （3）特記事項

見直し案の項目

※調査研究事業の中で検討中であり、今後変更の可能性あり

1. 患者の症状、経過等
（1）診断名及び発症年月日
（2）生活機能低下の直接の原因となっている傷病又は特定疾病の治療内容
（3）病状等の説明内容と理解・希望
（4）日常生活の自立度等について ／ （5）口腔・栄養に関する情報
（6）服薬に関する情報 ／ （7）療養上の工夫点 ／ （8）入院期間

2. 退院後のサービスの必要性

3. 介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等
（1）ADLに関する入院中の変化 ／ （2）自助具の使用
（3）現在あるかまたは今後発生の可能性が高い生活機能の低下とその対処方針
（4）留意が必要な事項とその対処方針

4. 患者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等
（1）利用者の日常生活上の留意事項
（2）社会生活面の課題と地域社会において必要な支援 ／ （3）特記事項

5. 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報

【参考】入院時における介護支援専門員等から医療機関への情報提供の様式見直し

■入院時における介護支援専門員等から医療機関への「入院時情報提供書」の標準様式に関する見直し（案）

現在の様式の項目※

1. **利用者（患者）基本情報**
   患者氏名等、住環境、入院時の要介護度、障害高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度、介護保険の自己負担割合、障害などの認定、年金などの種類
2. **家族構成／連絡先**
   世帯構成、主介護者氏名、キーパーソン
3. **本人／家族の意向**
   本人の趣味・興味・関心領域等、本人の生活歴、入院前の本人の生活に関する意向、入院前の家族の生活に対する意向
4. **入院前の介護サービスの利用状況**
   入院前の介護サービスの利用状況
5. **今後の在宅生活の展望（ケアマネジャーとしての意見）**
   在宅生活に必要な要件、退院後の世帯状況、世帯に対する配慮、退院後の主介護者、介護力、家族や同居者等による虐待の疑い、特記事項
6. **カンファレンス等（ケアマネジャーからの希望）**
   「院内の多職種カンファレンス」への参加、「退院前カンファレンス」への参加、「退院前訪問指導」を実施する場合の動向
7. **身体・生活機能の状況／療養生活上の課題**
   麻痺の状況、褥瘡の有無、ADL、食事内容、口腔、排泄、睡眠の状態、喫煙、コミュニケーション能力、精神面における療養上の問題、疾患歴、入院歴、入院前に実施している医療処置
8. **お薬**
   内服薬、薬剤管理、服薬状況、特記事項
9. **かかりつけ医**

見直し案の項目

※調査研究事業の中で検討中であり、今後変更の可能性あり

1. **利用者（患者）基本情報**
   患者氏名等、入院時の要介護度、障害高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度、介護保険の自己負担割合、障害手帳の有無、年金などの種類
2. **家族構成／連絡先**
   世帯構成、主介護者氏名、意思決定支援者（代諾者）
3. **意思疎通**
   視力、聴力、眼鏡、補聴器、意思疎通
4. **口腔・栄養**
5. **お薬**
   内服薬、薬剤管理、服薬状況、薬剤アレルギー、特記事項
6. **かかりつけ医**
7. **人生の最終段階における医療・ケアに関する情報**
8. **入院前の身体・生活機能の状況／療養生活上の課題**
   麻痺の状況、褥瘡の有無、褥瘡等への対応、移乗、移動、移動（屋外）、移動（屋内）、食事、排泄、入院前のADL／IADL、ADL／IADLに関する直近2週間以内の変化、認知機能の状況、過去半年間における入院
9. **入院前の生活における介護／医療の状況、本人の関心等**
   介護／医療の状況・本人の関心等（介護・医療サービスの利用状況、生活歴や趣味・嗜好等）
10. **今後の在宅生活の展望（ケアマネジャーとしての意見）**
    住環境、在宅生活に必要な要件、世帯に対する配慮、退院後の支援者、退院後の主介護者、家族や同居者等による虐待の疑い、特記事項
11. **カンファレンス等（ケアマネジャーからの希望）**
    「退院前カンファレンス」への参加、「退院前訪問指導」を実施する場合の同行

※「居宅介護支援費の入院時情報連携加算及び退院・退所加算に係る様式例の提示について」（平成21年3月13日老振発第0313001号厚生労働省老健局振興課長通知）において「入院時情報連携加算の様式例」として示しているもの

１．入退院支援について

１－１．入退院支援の現状等について

１－２．入退院支援における関係機関との連携の強化について

２－２－１．退院時における介護支援専門員等との情報共有について

２－２－２．入退院支援における連携機関について

１－３．入退院支援における生活に配慮した支援の強化について

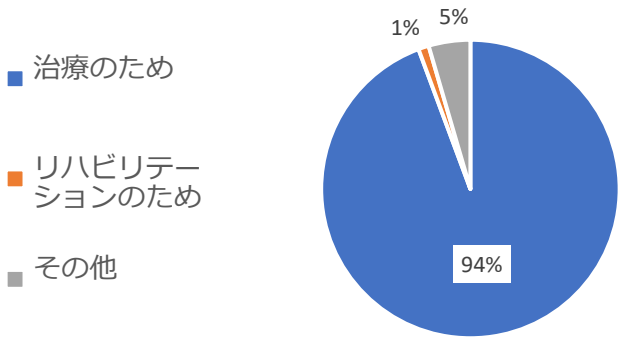
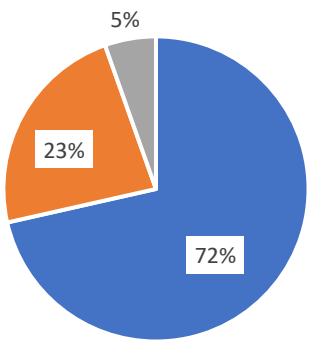
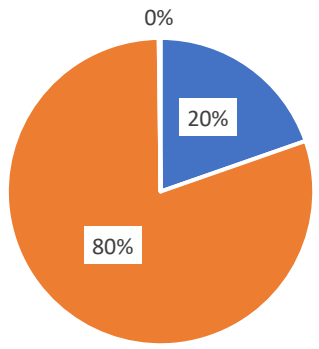
１－４．入院前からの支援の強化について

１－５．退院直後の継続支援について

２．栄養管理体制について

入院料別の入院患者の特徴

○　急性期一般入院料、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟の入院患者の特徴は以下のとおり。

		急性期一般入院料			地域包括ケア病棟	回復期リハビリテーション病棟
		急性期１	急性期２・３	急性期４～６		
平均在院日数		11.7日	14.9日	13.8日	26.9日	66.0日
予定・緊急入院区分	予定	38.1%	35.0%	35.5%	45.6%	82.7%
	緊急（救急車等）	34.4%	37.2%	30.2%	19.4%	9.2%
	緊急（外来初再診後）	27.4%	27.8%	34.4%	34.9%	8.1%
入棟前の場所	他院（有床診含む）	4%	5%	8%	19%	65%
	自院の他病棟	12%	10%	3%	27%	24%
	その他	84%	86%	89%	54%	11%
入院中の手術の実施		43.4%	42.8%	38.8%	17.9%	10.5%
入院の理由						

出典：平均在院日数：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）
その他の項目：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

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

急性期一般病棟を有する医療機関

	中央値	(25%tile)	(75%tile)	最頻値	平均値
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

	中央値	(25%tile)	(75%tile)	最頻値	平均値
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

	中央値	(25%tile)	(75%tile)	最頻値	平均値
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

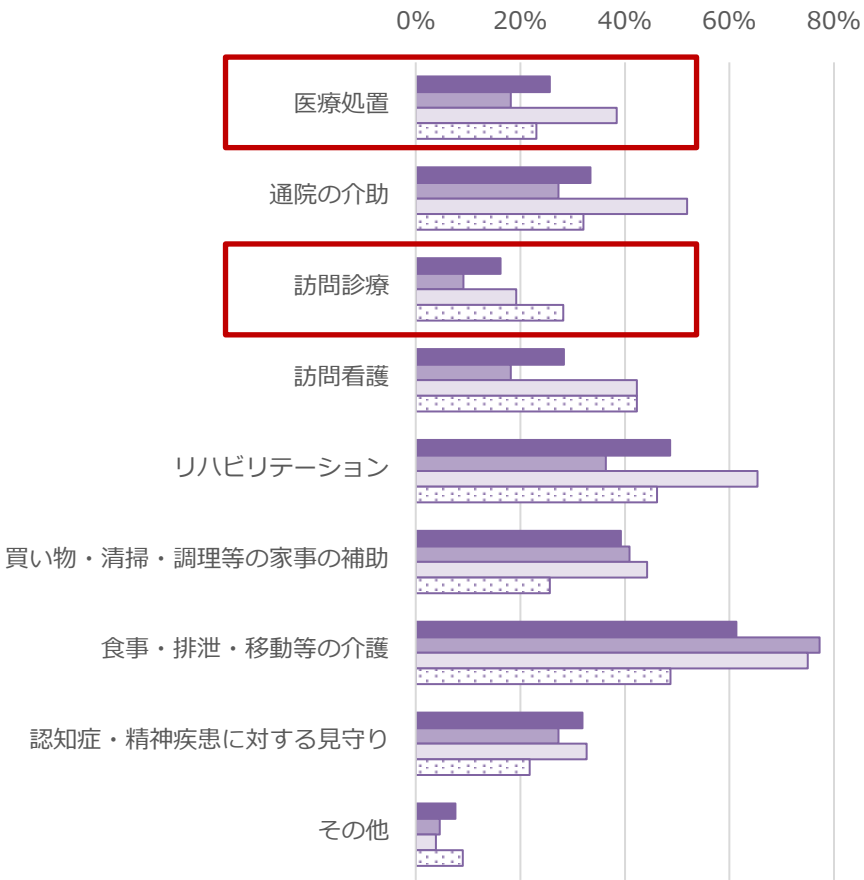
（※）連携機関
① 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者等（以下「連携機関」という。）であり、
かつ
② 入退院支援部門あるいは病棟に配置されている入退院支援及び地域連携業務を担う看護師又は社会福祉士と、それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が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。

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

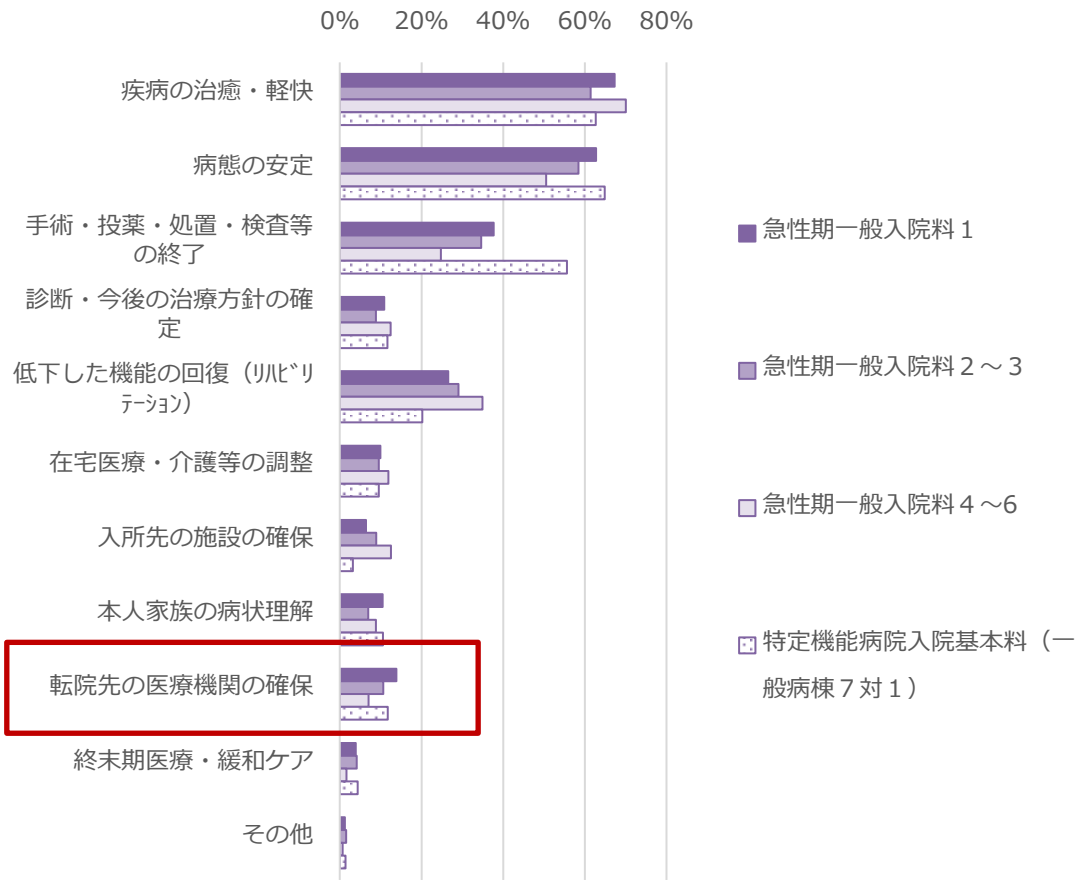
急性期病棟における退院後に必要な支援

○ 急性期病棟において、医学的には外来・在宅でもよいが他の要因のために退院予定がない患者における、退院後に必要な支援について、約2割の患者では「医療処置」や「訪問診療」が必要とされた。
○ また、退院に向けた目標・課題等として、約1割の患者では「転院先の医療機関の確保」が挙げられた。

■医学的には外来・在宅でもよいが他の要因のために退院予定がない患者における、退院後に必要な支援（複数回答）



■退院へ向けた目標・課題等（複数回答）



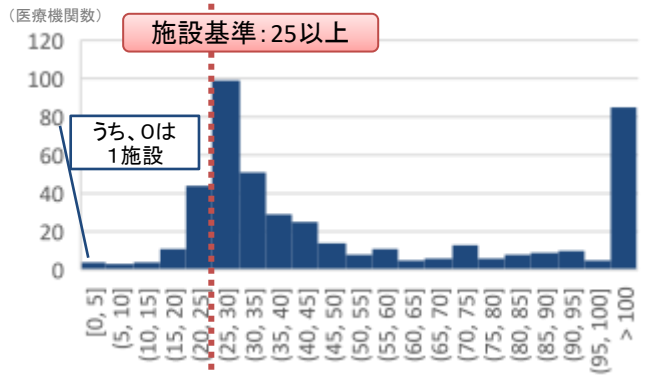
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

入退院支援加算届出医療機関における連携機関数の分布

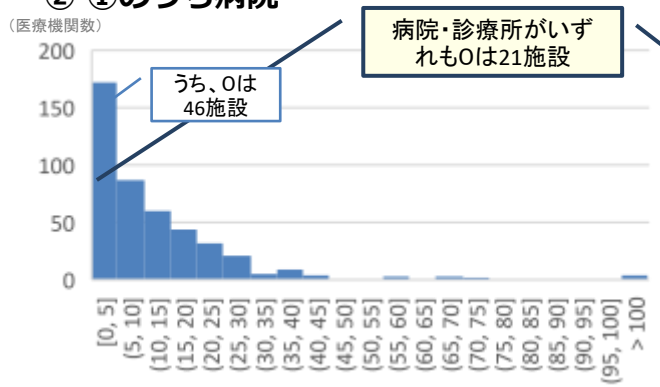
○ 急性期一般病棟を有し、入退院支援加算1を届け出る医療機関における、入退院支援加算の施設基準で求める連携機関の施設数の分布は以下のとおり。
○ 連携する病院・診療所数がいずれもない施設も一部ある。

■急性期一般入院料の病棟を有し、入退院支援加算１を届け出る医療機関における、入退院支援加算の施設基準で求める連携機関数の分布（n=450）（令和４年11月１日時点）

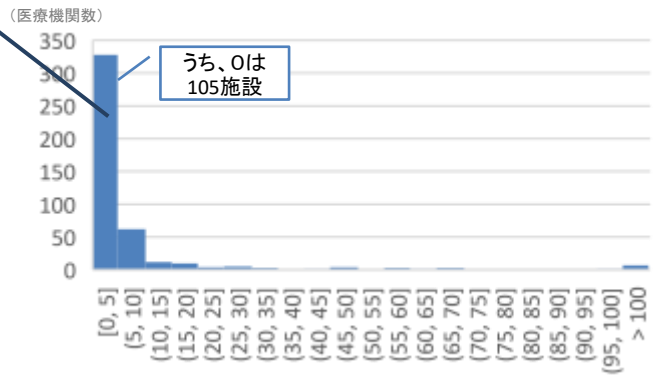
①連携機関数の合計



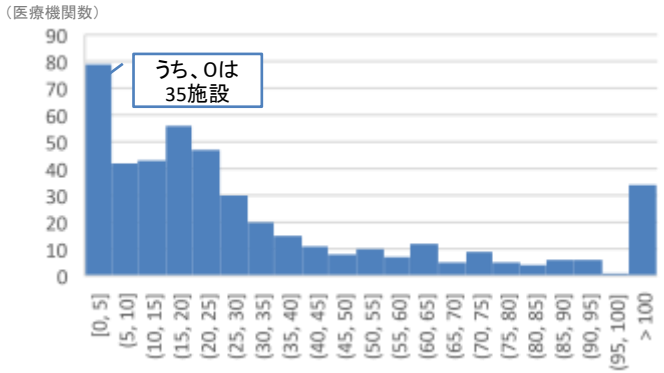
② ①のうち病院



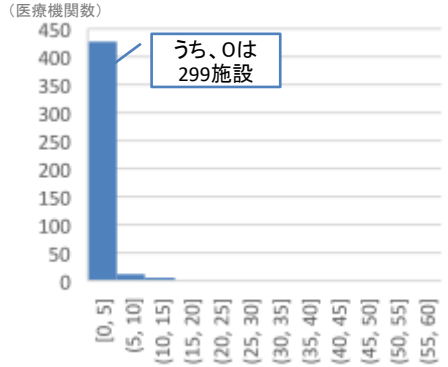
③ ①のうち診療所



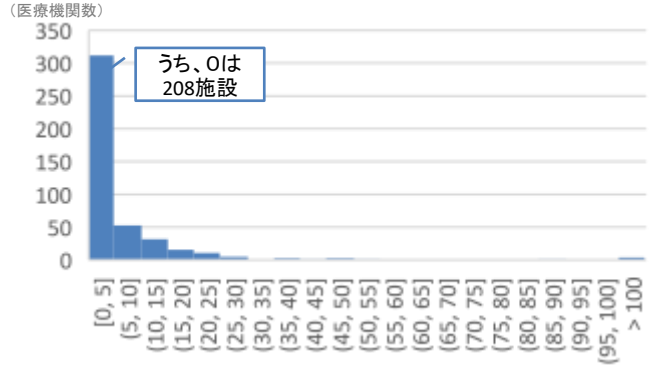
④ ①のうち介護保険サービス事業所



⑤ ①のうち障害福祉サービス事業所



⑥ ①のうちその他の施設



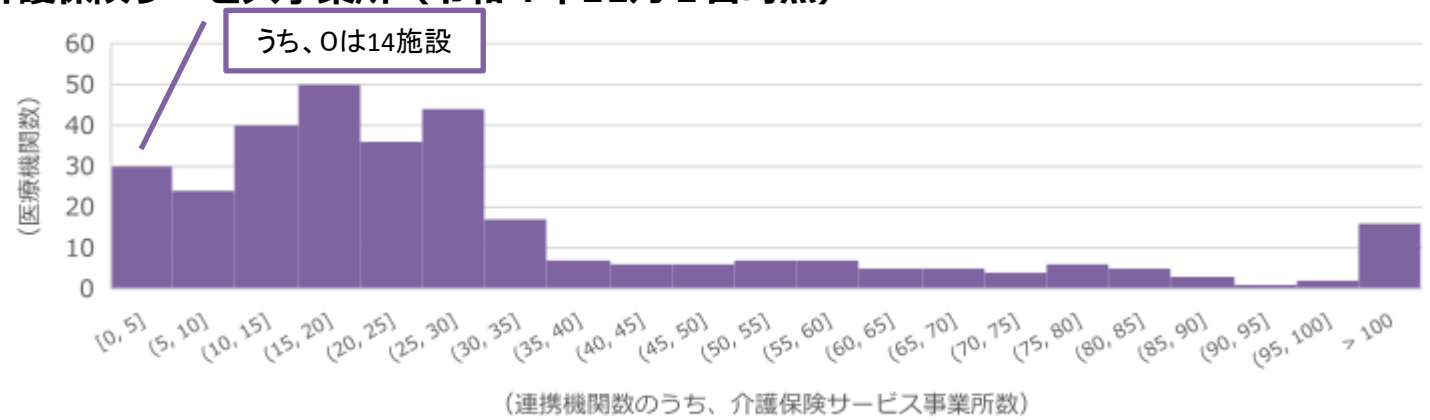
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

入退院支援加算届出医療機関における連携機関数の分布

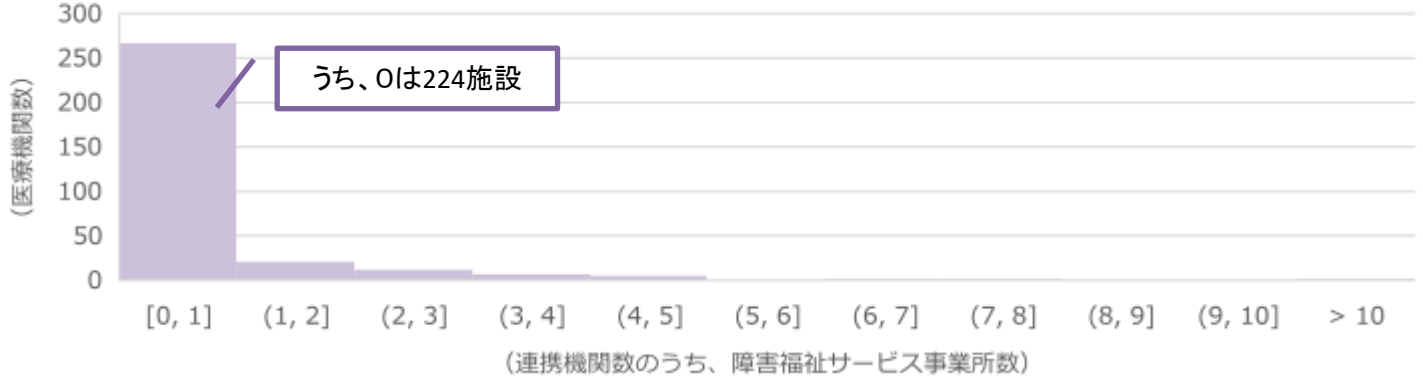
○　地域包括ケア病棟を有し、入退院支援加算１を届け出る医療機関における、入退院支援加算の施設基準で求める連携機関の施設数のうち、介護保険サービス事業所数と障害福祉サービス事業所数の分布は以下のとおり。
○　連携する介護保険サービス事業所数が5以下の施設も一定数ある。

■地域包括ケア病棟を有し、入退院支援加算１を届け出る医療機関における、入退院支援加算の施設基準で求める連携機関数の分布（n=321）

①　介護保険サービス事業所（令和４年11月１日時点）



②　障害福祉サービス事業所（令和４年11月１日時点）



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

入退院支援の推進

入退院支援加算の評価・要件の見直し



➢ 質の高い入退院支援を推進する観点から、入退院支援加算１の評価及び要件を見直す

現行

【入退院支援加算１】
［算定要件］
イ　一般病棟入院基本料等の場合　600点
ロ　療養病棟入院基本料等の場合　1,200点

［施設基準］
・「連携機関」の数が20以上であること。
・それぞれの連携機関の職員が年３回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っていること

改定後

【入退院支援加算１】
［算定要件］
イ　一般病棟入院基本料等の場合　**700点**
ロ　療養病棟入院基本料等の場合　**1,300点**

［施設基準］
・「連携機関」の数が**25以上**であること。
・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こと

➢ 入院時支援加算の対象に合わせて明確化を図るため、入退院支援加算１及び２の対象者にサを追加するとともに、ヤングケアラーの実態を踏まえ、入退院支援加算１及び２の対象患者にシ及びスを追加する。

現行

【入退院支援加算１及び２】
［算定要件］
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のいずれかであること
イ　緊急入院であること
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（介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第２条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る。）
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こと
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（胃瘻等の経管栄養法を含む。）が必要なこと
コ　入退院を繰り返していること
サ　その他患者の状況から判断してアからコまでに準ずると認められる場合

改定後

【入退院支援加算１及び２】
［算定要件］
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のいずれかであること
イ　緊急入院であること
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（介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第２条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る。）
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こと
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（胃瘻等の経管栄養法を含む。）が必要なこと
コ　入退院を繰り返していること
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

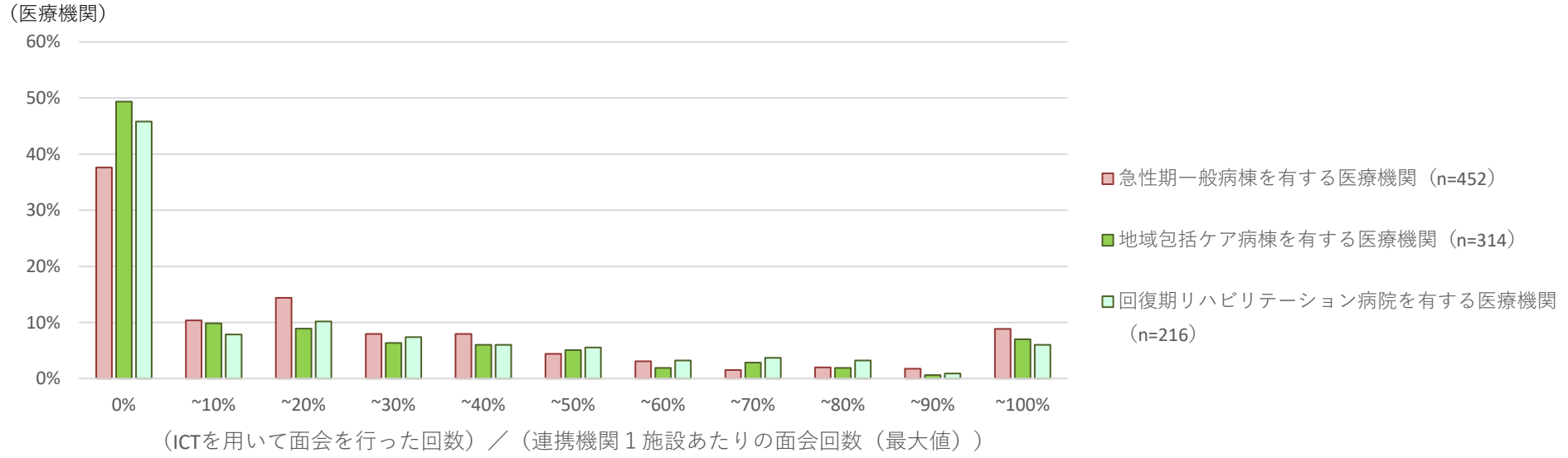
入退院支援加算１届出医療機関における連携機関との面会回数

○　入退院支援加算１届出医療機関における、連携機関１施設あたりの面会回数の最大値は、入院料別に大きな差はない。
○　連携機関１施設あたりの面会回数（最大値）のうちICTを用いた面会回数の割合をみると、0%の医療機関が約４～５割であるが、９割以上の医療機関も一定程度ある。

■入退院支援加算１届出医療機関における、連携機関１施設あたりの面会回数（最大値）（令和３年11月１月～令和４年10月31日）

	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（n=455）	10	6	18	5	17.0
地域包括ケア病棟を有する医療機関（n=316）	10	6	23.3	6	19.3
回復期リハビリテーション病院を有する医療機関（n=218）	9	5	20	3	16.1

■入退院支援加算１届出医療機関における、連携機関１施設あたりの面会回数（最大値）のうち、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を行った回数の割合の分布



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

コロナ診療の実態に関するヒアリング②

■ 入院医療に関するヒアリング結果

＜一般病棟における医療・体制＞

- ✓ 入院患者が高齢化する一方で、入院後に中等症、重症になる患者の割合は低下。
- ✓ 病床が一定程度稼働している際の看護職員の配置としては、約半数の施設がコロナ以前の配置（7:1等）で対応し、約半数がコロナ以前よりも多い配置（4:1～5:1など）で対応。看護師が通常よりも多く必要となる主な理由は以下のとおり。
  - ① 患者の高齢化により、食事など日常の介助、徘徊の防止の業務が増大していること
  - ② 看護補助者や清掃業者が病棟に入れないことにより、消毒や清掃、下膳などの業務を看護師が代替していること
  - ※ 看護配置が通常程度の施設においても、①のため、介護福祉士、理学療法士、MSW等をコロナ病棟の業務に専従化させているケースがある。
  - ※ かつて②に該当した施設で、研修実施により看護補助者をコロナ病棟で勤務可とした結果、看護師の負担が軽減されたケースがあった。
  - ※ このほか、院内の動線分離のためコロナ患者に対する画像検査等を夜間に実施することにより夜間帯の看護職員が多く必要となった結果、手厚い配置（4:1）を行っているケースがあった。
- ✓ 多くの施設では専用病棟を設けている。また、コロナ患者を担当する看護師は、当該勤務帯においてはコロナ患者以外は担当しないこととしている場合がある。勤務間インターバルは、コロナ患者以外を担当する場合と同等程度。
- ✓ 陽性者の転院調整について、自治体の調整が入らなければ、受入先の確保・調整に通常よりも多くの時間を要する場合がある。

＜ICU等における医療・体制＞

- ✓ 重症患者のうちECMOを使用する患者や腹臥位療法を行う患者の割合は低下。
- ✓ ECMOを用いない患者においては、通常のICUの人員配置と変わらないか、外回り要員として全体で1人増加する程度。
- ✓ ECMOを使用する患者においては、通常の倍程度の人員で対応している場合がある。

＜感染対策＞

- ✓ PPE交換の手間は慣れにより軽減されているが、業務効率の低下や、常時装着によるストレス・体力の消耗は依然としてある。
- ✓ ガウンの省略や病室単位でのゾーニングは、ほとんどの施設で行われていない。

■ まとめ

○ 外来医療においては、発熱外来の設備整備や発生届の簡略化により、一部の業務が効率化している。一方で、空間分離又は時間分離など必要な感染対策は継続しており、そのための人員の確保やPPEの使用を行っている。

○ 入院医療においても、重症化率低下や経験の蓄積、看護補助者による介入によりコロナ発生当初より業務・人員配置の効率化がされている。一方で、院内クラスターへの防止のため必要な感染対策は継続しており、また、入院患者の高齢化に伴い、介護・リハビリや退院支援に関する業務が増大している。

１．入退院支援について

１－１．入退院支援の現状等について

１－２．入退院支援における関係機関との連携の強化について

１－３．入退院支援における生活に配慮した支援の強化について

１－４．入院前からの支援の強化について

１－５．退院直後の継続支援について

２．栄養管理体制について

病棟における多職種連携の取組状況

○ 病棟における多職種連携の取組の実施割合は以下のとおり。
○ 各種計画作成は主に各専門職種が実施し、スクリーニングや定期的な評価は各専門職種又は看護職員が主に実施するとともに、複数の職種が関与していた。

■各取組の実施割合及び関与している職種（急性期一般入院料１　n=3,030）

		実施有	上段：関与している職種　下段：主に実施している職種								
			医師	歯科医師	看護職員	薬剤師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	管理栄養士	歯科衛生士
1	NST等の専門チームでのカンファレンス	85.4%	92.6%	25.1%	97.6%	78.2%	26.0%	13.3%	45.3%	94.8%	14.6%
			25.3%	1.4%	22.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%	50.3%	0.0%
2	1以外の病棟でのカンファレンス（簡易な情報共有や相談を含む）	85.4%	75.6%	8.3%	97.8%	51.9%	60.0%	39.3%	39.7%	60.4%	9.4%
			15.9%	0.0%	76.2%	0.3%	1.7%	0.0%	0.8%	4.9%	0.0%
3	褥瘡に関する危険因子のスクリーニング・定期的な評価	95.7%	51.3%	0.9%	99.4%	32.5%	18.6%	9.8%	3.4%	38.1%	0.1%
			4.7%	0.0%	94.9%	0.0%	0.2%	0.0%	0.0%	0.2%	0.0%
4	栄養状態のスクリーニング・定期的な評価	93.9%	44.0%	2.7%	91.2%	15.0%	6.0%	3.9%	7.4%	84.4%	1.2%
			3.7%	0.0%	48.8%	0.3%	0.0%	0.0%	0.2%	46.9%	0.0%
5	ADLのスクリーニング・定期的な評価	85.7%	32.5%	1.7%	91.1%	4.5%	67.4%	46.8%	20.8%	3.6%	0.5%
			3.0%	0.0%	70.9%	0.0%	23.8%	2.3%	0.0%	0.0%	0.0%
6	認知機能のスクリーニング・定期的な評価	87.4%	44.8%	1.4%	96.3%	13.4%	22.3%	27.0%	17.8%	4.7%	0.1%
			3.7%	0.0%	88.4%	0.0%	1.7%	4.1%	2.1%	0.0%	0.0%
7	口腔の状態のスクリーニング・定期的な評価	72.9%	22.9%	36.3%	84.8%	3.9%	4.0%	3.6%	35.1%	8.5%	49.1%
			1.3%	10.8%	59.7%	0.0%	0.1%	0.1%	9.5%	0.4%	18.2%
8	摂食・嚥下状態のスクリーニング・定期的な評価	83.0%	44.0%	9.6%	90.1%	7.0%	8.2%	8.9%	72.4%	27.8%	12.8%
			6.5%	0.9%	54.9%	0.3%	0.9%	0.5%	32.3%	3.4%	0.4%
9	栄養管理計画の作成	91.7%	39.0%	3.0%	61.9%	7.1%	3.3%	2.0%	3.8%	95.4%	0.7%
			3.2%	0.0%	11.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%	85.2%	0.2%
10	離床やリハビリテーションに係る計画の作成	90.5%	57.7%	1.4%	65.2%	2.5%	96.7%	68.2%	49.7%	5.7%	0.0%
			14.7%	0.0%	6.6%	0.0%	76.9%	1.2%	0.5%	0.0%	0.0%
11	口腔管理に関する計画の作成	48.2%	23.5%	45.4%	60.5%	1.9%	2.6%	2.7%	26.7%	7.9%	52.2%
			2.1%	30.0%	35.5%	0.0%	0.0%	0.1%	8.7%	2.3%	21.3%
12	ミールラウンド（食事の観察）	74.0%	19.7%	4.8%	85.2%	3.4%	3.6%	7.6%	44.1%	66.7%	5.1%
			2.0%	0.7%	57.3%	0.1%	0.2%	0.2%	7.0%	32.3%	0.3%
13	食事形態の検討・調整	92.1%	58.9%	6.3%	92.1%	3.3%	3.9%	4.9%	54.7%	84.7%	4.7%
			9.2%	0.5%	41.2%	0.0%	0.2%	0.1%	13.7%	34.9%	0.2%
14	経腸栄養剤の種類の選択や変更	85.0%	86.6%	4.7%	83.2%	24.0%	2.2%	2.0%	12.8%	83.7%	1.9%
			51.9%	0.4%	16.8%	1.0%	0.0%	0.0%	0.5%	29.5%	0.0%
15	退院前の居宅への訪問指導	36.3%	24.2%	2.5%	78.1%	6.1%	69.6%	51.5%	11.3%	8.4%	1.0%
			3.2%	0.0%	63.6%	0.0%	28.8%	4.2%	0.0%	0.2%	0.0%
16	退院時のカンファレンス	88.4%	76.6%	4.8%	97.8%	38.3%	65.6%	46.8%	37.1%	34.3%	3.9%
			14.1%	0.1%	84.1%	0.4%	0.9%	0.0%	0.3%	0.0%	0.0%

出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票）

多職種連携により取り組まれている入院中の療養支援に関する主な評価

○　多職種連携により取り組まれている入院中の療養支援については、支援が必要な者に関するスクリーニングとしては、入院基本料の施設基準で求める「褥瘡対策」や「栄養管理」等があり、スクリーニングの結果支援が必要な者に対する重点的な支援については、様々な加算で評価している。

	支援が必要な者に関するスクリーニング	支援が必要な者に対する重点的な支援
褥瘡	・入院基本料の施設基準 （褥瘡対策）	・褥瘡ハイリスク患者ケア加算　等
栄養	・入院基本料の施設基準 （栄養管理）	・入院栄養食事指導料 ・栄養サポートチーム加算　等
ＡＤＬ		・疾患別リハビリテーション料　等
認知機能	・認知症ケア加算 ・せん妄ハイリスク患者ケア加算	・認知症ケア加算
口腔		・周術期等口腔機能管理料（Ⅱ） ・周術期等専門的口腔衛生処置 等
摂食・嚥下状態		・摂食機能療法 ・摂食嚥下機能回復体制加算（摂食機能療法の注３）
排泄		・排尿自立支援加算

リハビリテーションに係る医療介護連携の評価（イメージ）

○　医療保険から介護保険への移行時に、医療保険・介護保険双方で使用可能な計画書の共通様式を情報提供することは評価されているが、それ以外のリハビリテーション実施計画書を提供することは情報連携に係る診療報酬の要件となっていない。

保険
医療機関



医療保険から介護保険への移行時の評価

診療情報提供料（Ⅰ）：診療情報提供書を添え患者の紹介を行った場合に算定

リハビリテーション計画提供料１：医療保険・介護保険双方で使用可能な計画書の共通様式を使用して、訪問・通所リハビリテーション事業所にリハビリテーションの計画書を文書により提供した場合に算定

※　診療情報提供料（Ⅰ）とリハビリテーション計画提供料１は併算不可

通所リハ・訪問リハ事業所
（医療機関・老健・介護医療院）



事業所医師の指示に基づき
リハビリテーションを提供
（訪問リハ・通所リハ）

患者・家族



退院時の情報連携・提供の評価

退院時リハビリテーション指導料：
退院に際し、患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、患者又はその家族等退院後患者の看護に当たる者に対して、リハビリテーションの観点から退院後の療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定

在宅医療等の在宅療養を提供

在宅療養
担当医療機関



退院時共同指導料２：地域において、患者の退院後の在宅療養を担う医療機関の医師等とが、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な指導を共同して行ったうえで、文書により情報提供した場合に算定

【事例】医療から介護へのリハビリテーションの連携

医療保険　回復期リハビリテーション病棟

病名	原疾患：**脳梗塞（左片麻痺・摂食嚥下障害）**　　既往症・併存症：高血圧症，脂質異常症
治療内容	急性期（2週間）：脳梗塞を発症，血栓回収療法を施行．意識障害・左半身の重度麻痺がありADL全介助（経管栄養） 回復期（5ヶ月）：意識障害は改善，**左片麻痺・摂食嚥下障害**があり，**ADL全介助（経管栄養）** **食事と移乗の自立を目標**に**筋力増強訓練・移乗訓練・摂食嚥下訓練**を実施． **介助下にポータブルトイレでの排泄が可能**となり，介護申請して自宅退院．**左片麻痺・摂食嚥下障害・歩行障害**が残存
要介護3	**訪問リハビリテーション**，訪問看護，通所介護を利用予定となった．

情報連携

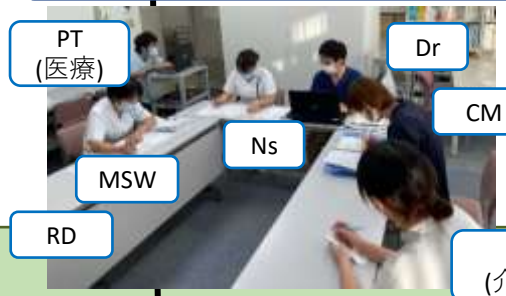
連携のポイント①
診療情報を提供

診療情報提供書
- 現病歴・既往歴
- 治療経過　・内服薬
- 医学管理上の留意点
- 入院中のイベントなど

連携のポイント②　医療と介護共通のリハビリテーション実施計画書を作成

リハビリ実施計画書
- 現在の身体機能・動作能力
- 訓練の目標・方針
- 入院中の訓練内容
- 訓練上の留意点・禁忌
- 栄養管理の内容など

連携のポイント③　退院前カンファレンスに介護スタッフも参加



退院前カンファレンス
- 入院経過の詳細
- 本人・家族の思い
- 退院後ケアプラン
- 現状の課題　等

介護保険　訪問リハビリテーション

Survey

健康状態の把握・生活機能の評価
- 診療情報提供書・リハ実施計画書を参照。
- 課題：左片麻痺，摂食嚥下障害，歩行障害，ADL障害
- ADL：Barthel Index：15点　**娘の介助下にポータブルトイレで排泄**

背景因子(環境・個人)
- 本人の希望:**普通のご飯を食べたい**
- 家族の希望:**トイレで排泄してほしい**
- 夫と娘との3人暮らし
- 家族は非常に熱心で協力的

Plan

訪問リハビリテーション計画書の作成・合意形成

目標	**①杖歩行**で**トイレでの排泄**ができるようになる　　②誤嚥せずに肉じゃがを食べる
課題	左片麻痺，摂食嚥下障害，歩行障害，ADL障害（排泄はポータブルトイレ介助）
訓練	摂食嚥下訓練，歩行訓練，排泄訓練，環境調整


歩行訓練


嚥下訓練


トイレでの排泄訓練

Do

Check

6か月後：娘の見守りのもと，**杖歩行でトイレでの排泄**ができるようになった
誤嚥することなく肉じゃがを食べることができるようになり目標は達成

アウトカム評価
Barthel Index：15点⇒45点に改善
Frenchay Activities Index：0点⇒０点

Act

体力づくりと家庭での役割づくりを目的に外出と洗濯を目標に**通所リハビリテーションに移行**

栄養情報連携に係る診療報酬・介護報酬上の評価

社会保障審議会
介護給付費分科会（第232回）
令和５年11月27日
資料5

イメージ

介護保険施設A

一次入所



経口から食事摂取

二次入所



栄養ケア計画に基づき、一次入所時とは異なる二次入所において必要となる栄養管理を実施

論点⑥

介護報酬
「再入所時栄養連携加算」

論点⑤

施設移動
入院
自宅退所

栄養管理等に関する
情報連携

入院

入院

元の
施設に
再入所

医療機関Ⅰ



診療報酬
「栄養情報提供加算」

※「栄養情報提供加算」の対象と算定要件

【対象】栄養食事指導の対象となる患者



【算定要件】
栄養指導に加え、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明するとともに、これを他の医療機関等の医師又は管理栄養士に提供



施設退院
転院
自宅退院

介護保険施設B



医療機関Ⅱ



自宅



※「再入所時栄養連携加算」の対象と算定要件

【対象】経管栄養又は嚥下調整食を新規導入した者



【算定要件】
栄養に関する指導又はカンファレンスに同席し、医療機関の管理栄養士と連携して、二次入所後の栄養ケア計画を作成

※当該者等の同意を得たうえでテレビ電話装置等を活用して行うことも可

介護保険施設Aの
管理栄養士



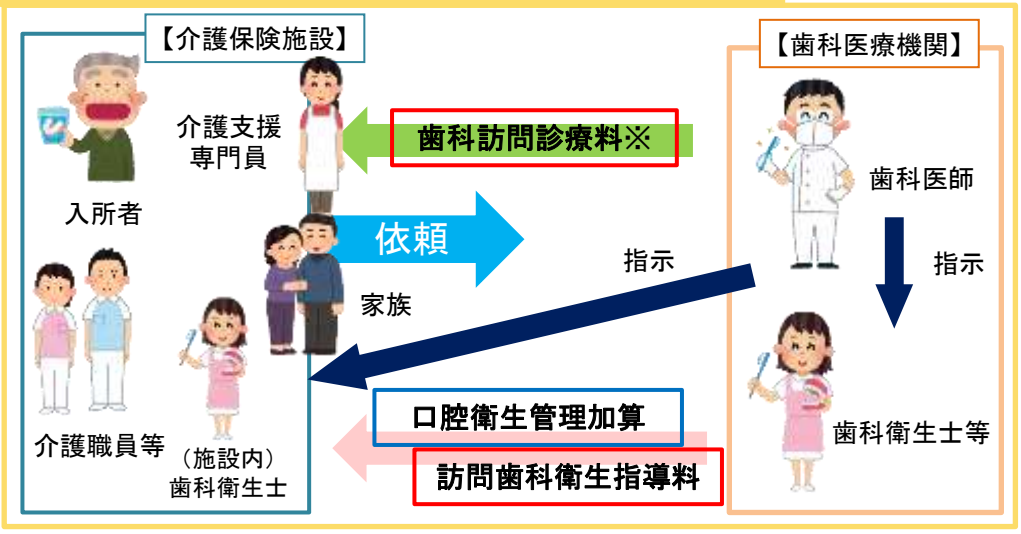
医療機関の
管理栄養士

在宅医療・介護連携における口腔の管理（イメージ）

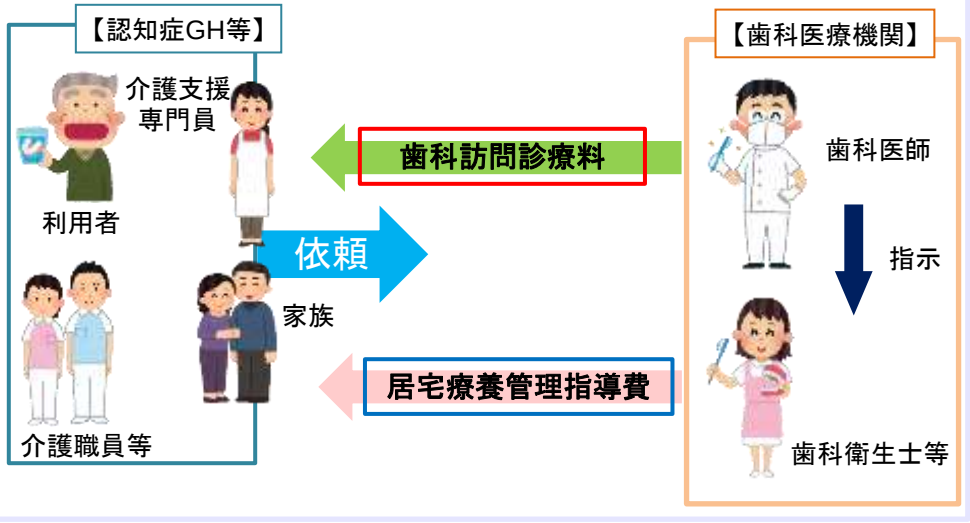
社会保障審議会
介護給付費分科会（第224回）
令和５年９月15日
資料３

○　歯科医療関係者の介護における就業人数は少なく、歯科医療機関と介護の連携が重要である。

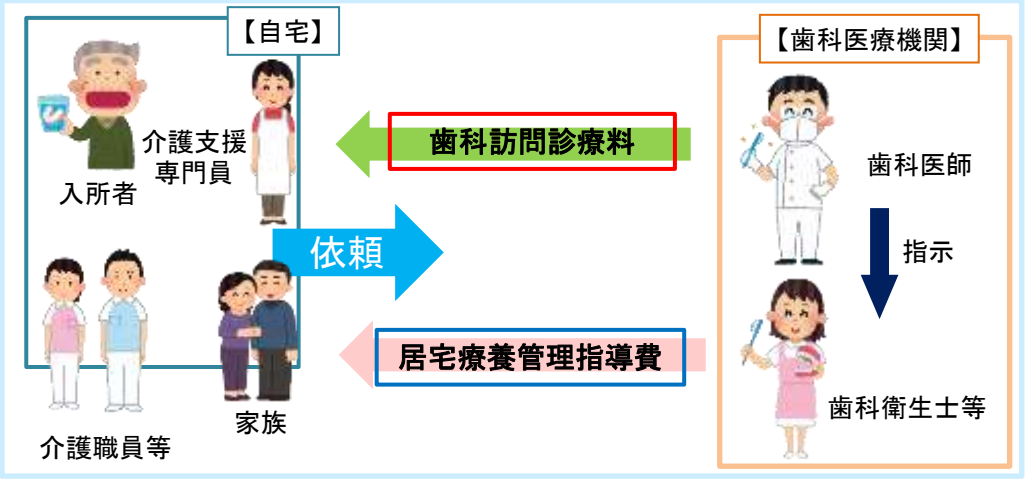
施設系サービス　歯科医療機関との連携（基本サービス）



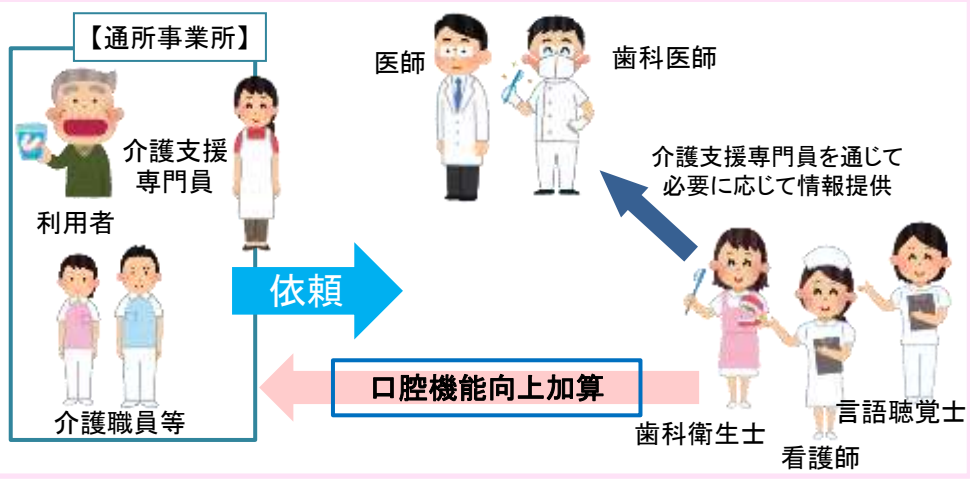
居住系サービス　歯科医療機関との連携（口腔衛生管理体制加算）



居宅系サービス



通所系サービス



※必要な場合に発生

介護報酬　診療報酬

口腔衛生管理の有効性

社会保障審議会
介護給付費分科会（第224回）
令和５年９月15日
資料３

○　全国30 以上の介護保険施設入所者の縦断調査の結果、現在歯数が多い者ほど肺炎の発症が多く、歯科衛生士による口腔衛生管理を受けている者の方が、肺炎の発症が少ないという結果であった。
○　常食を摂取していた256 名について、その後1 年間に5 %以上の体重減少と関連があったのは、年齢とベースライン時の体重、肺炎の既往と、歯科衛生士による口腔衛生管理と歯科受診の有無であった。

１年間の肺炎発症の有無に関するポアソン回帰分析

（n=504）	PRR	95%信頼区間	*P*-value
年　齢	1.010	0.971 – 1.051	0.609
性別 (男性)	1.509	0.794 – 2.866	0.209
Berthel Index	0.988	0.973 – 1.003	0.116
Body mass index	0.954	0.862 – 1.056	0.363
Clinical dementia rating			
0, 0.5	Reference		
1	0.879	0.202 – 2.381	0.560
2	0.879	0.135 – 1.863	0.303
3	0.879	0.188 – 1.963	0.405
糖尿病の既往	0.449	0.147 – 1.372	0.160
現在歯数	1.042	1.009 – 1.076	0.013
口腔衛生管理サービスあり	0.388	0.217 – 0.694	0.001

PRR = Adjusted prevalence rate ratio

１年間の５%以上の体重減少の有無に関するポアソン回帰分析（常食摂取者）

（n=256）	PRR	95% 信頼区間	*P*-value
年　齢	1.03	1.00 – 1.06	0.024
性別（女性）	0.93	0.58 – 1.48	0.748
体重（kg）ベースライン	1.02	1.00 – 1.04	0.045
Berthel Index	1.00	0.99 – 1.01	0.945
Clinical Dementia Rating			
0, 0.5	Reference		
1	2.49	0.93 – 6.67	0.068
2	3.21	1.26 – 8.19	0.015
3	2.92	1.08 – 7.88	0.034
機能歯数	0.99	0.97 – 1.01	0.160
定期的歯科管理	0.48	0.24 – 0.95	0.036
肺炎の既往	3.72	2.34 – 5.92	< 0.001
脳血管疾患の既往	1.10	0.73 – 1.65	0.649
糖尿病の既往	1.07	0.65 – 1.74	0.796
うつ病の既往	0.02	0.03 – 1.31	0.093

出典：令和3年度老人保健健康増進等事業「施設系サービス利用者等の口腔衛生等の管理に関する調査研究事業」 一般社団法人　日本老年歯科医学会

入退院支援加算１・２で求める支援のプロセス

○　入退院支援加算では、「誰が」、「いつまでに」、「何を」すべきかのプロセスは規定されている。また、入退院支援計画の計画策定や退院支援計画を実施するにあたり開催するカンファレンスでは、関係職種との連携や必要に応じた関係職種の参加が求められている。

○　退院支援計画に含む必要がある内容として明記されているのは「退院に係る問題点、課題等」等となっており、具体的に記載すべき視点は明記されていない。

○「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」 別添１　医科診療報酬点数料に関する事項

第１章　基本診療料　＞　第２部　入院料等　＞　第２節　入院基本料等加算

A246　入退院支援加算

(１) 入退院支援加算は、患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、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するものである。（略）

(２) 入退院支援加算１にあっては、入退院支援及び地域連携業務に専従する職員（以下「入退院支援職員」という。）を各病棟に専任で配置し、原則として入院後３日以内に患者の状況を把握するとともに退院困難な要因を有している患者を抽出する。また、入退院支援加算２にあっては、患者の入院している病棟等において、原則として入院後７日以内に退院困難な要因を有している患者を抽出する。なお、ここでいう退院困難な要因とは、以下のものである。

ア～セ（略）

(３) 退院困難な要因を有する患者について、入退院支援加算１の「イ 一般病棟入院基本料等の場合」にあっては原則として７日以内、「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」にあっては原則として 14 日以内に患者及び家族と病状や退院後の生活も含めた話合いを行うとともに、**関係職種と連携し、入院後７日以内に退院支援計画の作成に着手する**。また、入退院支援加算２を算定する場合においても、できるだけ早期に患者及び家族と話合いを行うとともに、入院後７日以内に退院支援計画の作成に着手する。

(４) ここでいう**退院支援計画の内容**は、以下の内容を含むものとする。

ア 患者氏名、入院日、退院支援計画着手日、退院支援計画作成日　　イ 退院困難な要因

ウ 退院に関する患者以外の相談者　　エ 退院支援計画を行う者の氏名（病棟責任者、病棟に専任の入退院支援職員及び入退院支援部門の担当者名をそれぞれ記入）

オ 退院に係る問題点、課題等　　カ 退院へ向けた目標設定、支援期間、支援概要、予想される退院先、退院後の利用が予測される福祉サービスと担当者名

(５) **退院支援計画を実施するに当たって、入退院支援加算１にあっては、入院後７日以内に病棟の看護師及び病棟に専任の入退院支援職員並びに入退院支援部門の看護師及び社会福祉士等が共同してカンファレンスを実施**する。また、**入退院支援加算２にあっても、できるだけ早期に病棟の看護師及び入退院支援部門の看護師並びに社会福祉士等が共同してカンファレンスを実施**する。なお、**カンファレンスの実施に当たっては、必要に応じてその他の関係職種が参加**すること。

(６) 退院支援計画については、文書で患者又は家族に説明を行い、交付するとともに、その内容を診療録等に添付又は記載する。また、当該計画に基づき、患者又は家族に退院後の療養上必要な事項について説明するとともに、必要に応じて退院・転院後の療養生活を担う保険医療機関等との連絡や調整、介護サービス又は障害福祉サービス、地域相談支援若しくは障害児通所支援の導入に係る支援を行う。なお、当該計画を患者又は家族に交付した後、計画内容が変更となった場合は、患者又は家族に説明を行い、必要時、変更となった計画を交付する。

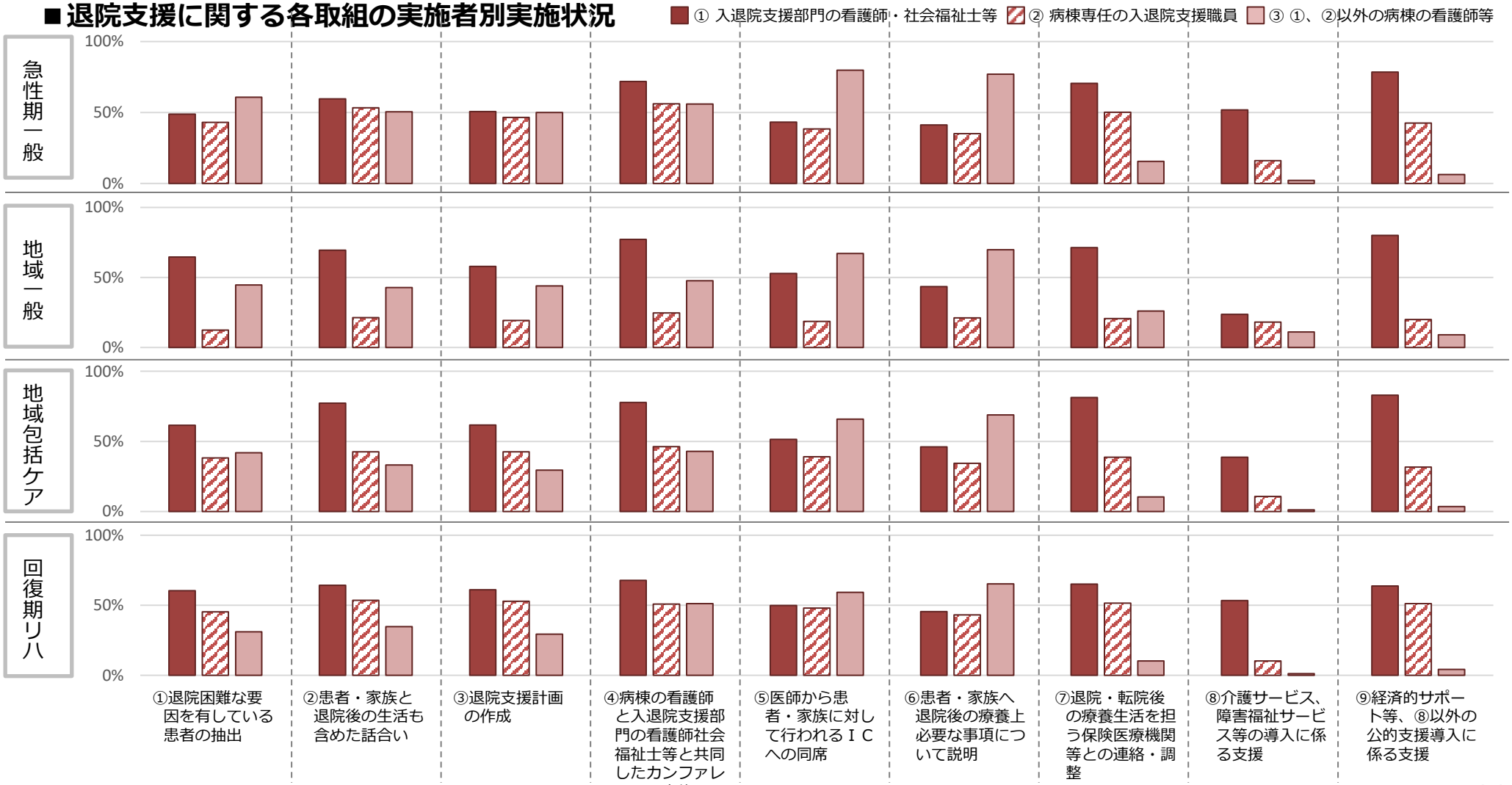
(７) 入退院支援加算１については、当該病棟又は入退院支援部門の入退院支援職員が、他の保険医療機関や介護サービス事業所等を訪れるなどしてこれらの職員と面会し、転院・退院体制に関する情報の共有等を行う。

退院支援に関する各取組の実施状況・実施者

診調組　入－１
５．６．８

○　退院支援に関する各取組のうち、「医師から行われるICへの同席」、「患者・家族への退院後の療養上必要な事項の説明」は病棟の看護師等が実施していることが多く、「退院・転院先との連絡調整」、「介護サービス等の導入に係る支援」、「経済的サポート等、公的支援導入に係る支援」は入退院支援部門の看護師・社会福祉士等が実施していることが多かった。

■退院支援に関する各取組の実施者別実施状況



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票）

１．入退院支援について

１－１．入退院支援の現状等について

１－２．入退院支援における関係機関との連携の強化について

１－３．入退院支援における生活に配慮した支援の強化について

１－４．入院前からの支援の強化について

１－５．退院直後の継続支援について

２．栄養管理体制について

入院時支援加算の概要

入院前からの支援を行った場合の評価

➢ 入院時支援加算１　230点

[算定対象]

①　自宅等（他の保険医療機関から転院する患者以外）から入院する予定入院患者であること。

②　入退院支援加算を算定する患者であること。

[施設基準]

①　入退院支援加算１、２又は３の施設基準で求める人員に加え、十分な経験を有する

«許可病床数200床以上»
- 専従の看護師が１名以上　又は
- 専任の看護師及び専任の社会福祉士が１名以上

«許可病床数200床未満»
- 専任の看護師が１名以上

が配置されていること。

②　地域連携を行うにつき十分な体制が整備されていること。

入院時支援加算２　200点（退院時１回）

[算定要件]

入院の予定が決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、①入院前に以下のア）からク）を行い、②入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、③患者及び入院予定先の病棟職員と共有すること。

入院前にア）からク）まで全て実施した場合は、入院時支援加算１を、患者の病態等によりア）、イ）及びク）を含む一部項目を実施した場合は加算２を算定する。

ア）　身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握
イ）　入院前に利用していた介護サービス・福祉サービスの把握（※）
ウ）　褥瘡に関する危険因子の評価
エ）　栄養状態の評価
オ）　服薬中の薬剤の確認
カ）　退院困難な要因の有無の評価
キ）　入院中に行われる治療・検査の説明
ク）　入院生活の説明

（※）要介護・要支援状態の場合のみ実施

入院前からの支援の機能強化（イメージ）

従来

外来

●治療方針の説明

入院

検査・治療
●検査・治療内容の説明
✓持参薬の確認

療養の支援
●入院生活の説明
✓患者情報（入院前のサービス利用等）の確認
✓療養上のリスクアセスメント（転倒・転落、褥瘡、認知症 等）

退院調整
✓退院支援スクリーニング

外来（地域、在宅）

治療のために一旦中止にしなければならなかった内服薬を飲んでいた、、

歩行に杖が必要な状態なのに、トイレに遠いベッドだ、、

治療が始まった直後で大変なのに、退院後の事なんか考えられない、、

入院前からの支援の機能強化

外来

外来において、
・入院生活のオリエンテーション
・患者情報（入院前のサービス利用等）や服薬中の薬剤の確認
・リスクアセスメントや退院支援スクリーニング　等を事前に実施

入院

検査・治療

療養の支援

退院調整

外来（地域、在宅）



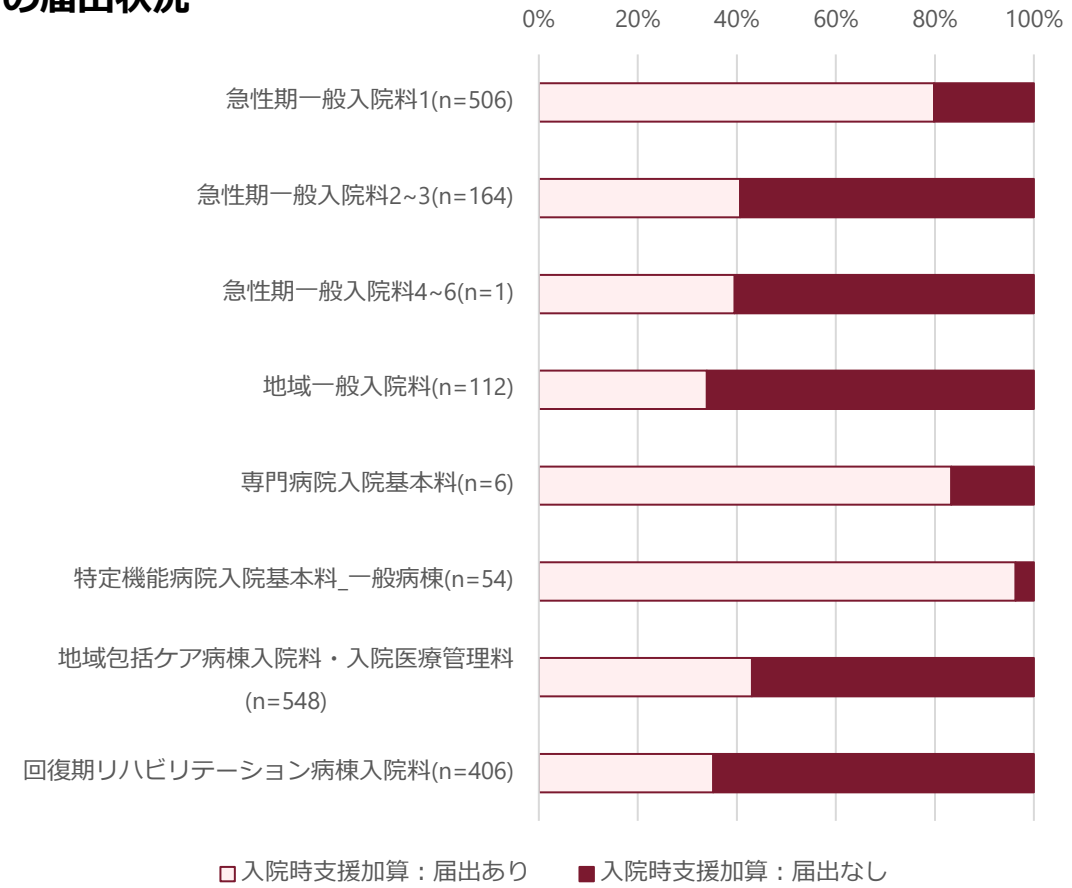
患者は、**入院生活やどのような治療過程を経るのかイメージし、準備した上で入院に臨める**。

病院は、患者個別の状況を事前にアセスメントした上で患者を受け入れられるため、円滑な入院医療の提供等につながる。

入院時支援加算の届出状況

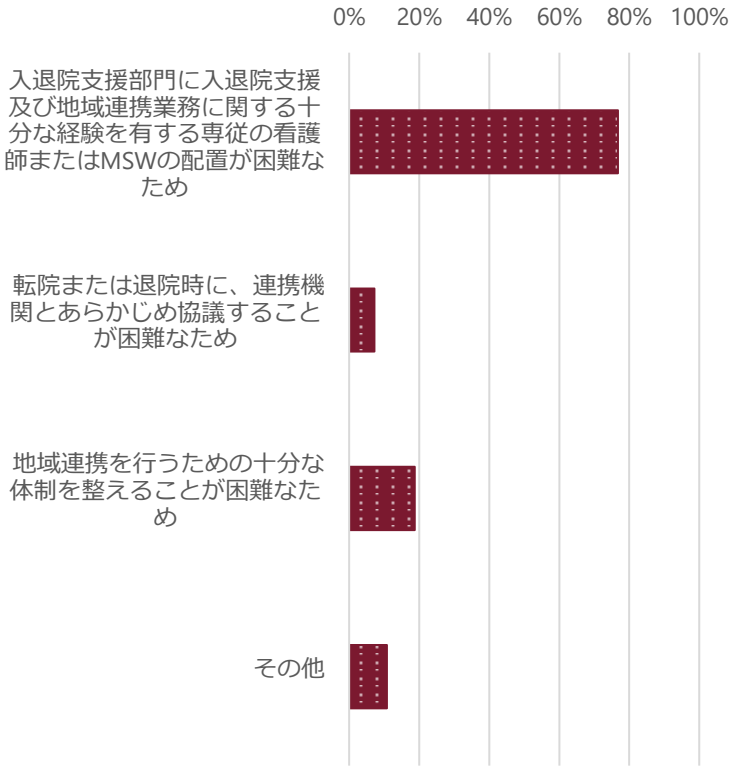
○ 入退院支援加算1・2届出医療機関のうち、急性期一般入院料1、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料では、入院時支援加算を8割以上届け出ている。
○ 入院時支援加算を届け出ていない理由は、「入退院支援部門への看護師・MSWの配置が困難なため」が最も多い。

■入退院支援加算１・２届出医療機関における入院時支援加算の届出状況



■急性期医療機関（※）において入院時支援加算を届け出ていない理由（複数回答）　(n=112)

（※）急性期一般病棟、特定機能病院（一般）、専門病院



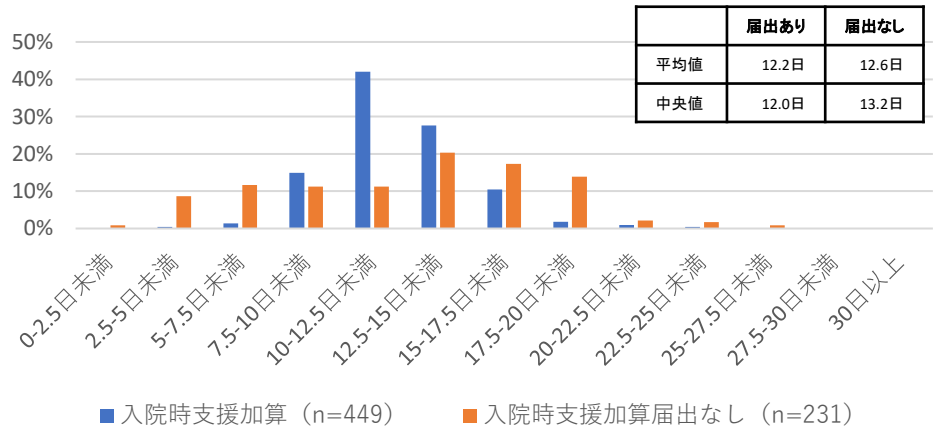
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

入院時支援加算の届出有無と平均在院日数

○　入院時支援加算の届出有無と平均在院日数の関係を見ると、急性期一般入院基本料、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料のいずれにおいても、入院時支援加算の届出が有る場合は、届出無い場合と比較して平均在院日数が短かった。

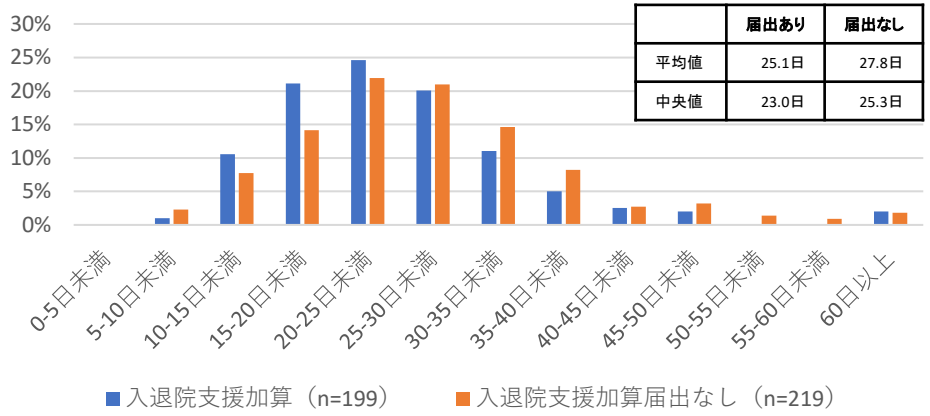
■入院料別の入院時支援加算の届出有無と平均在院日数

急性期一般入院基本料



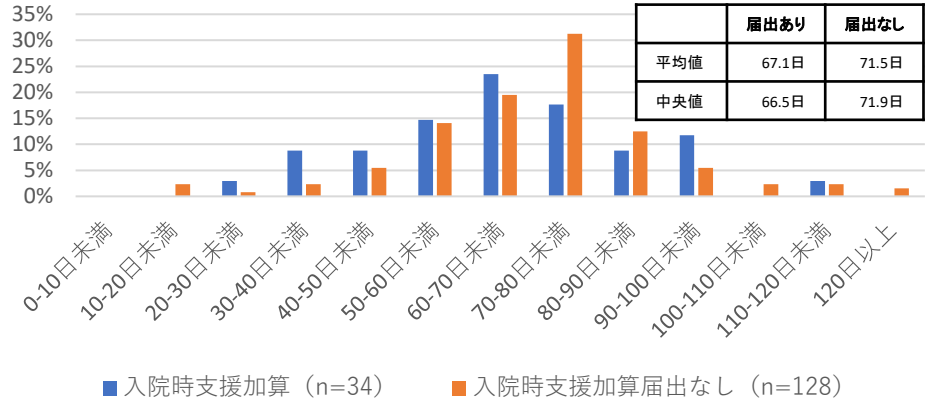
	届出あり	届出なし
平均値	12.2日	12.6日
中央値	12.0日	13.2日

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料



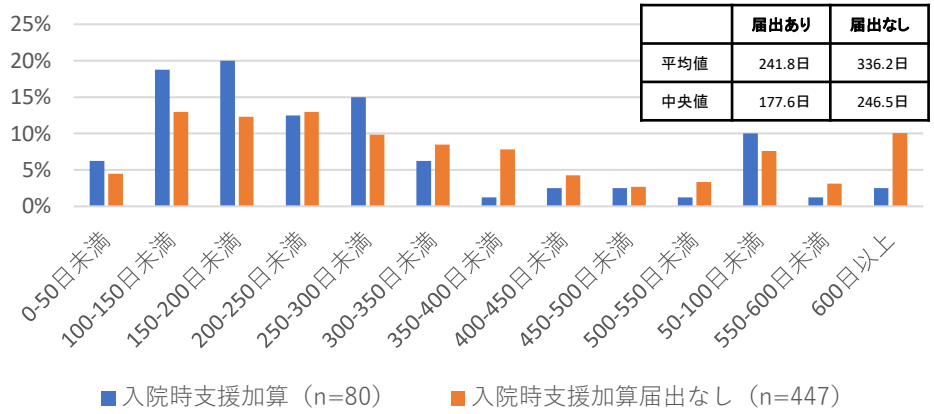
	届出あり	届出なし
平均値	25.1日	27.8日
中央値	23.0日	25.3日

回復期リハビリテーション病棟入院料



	届出あり	届出なし
平均値	67.1日	71.5日
中央値	66.5日	71.9日

療養病棟入院基本料



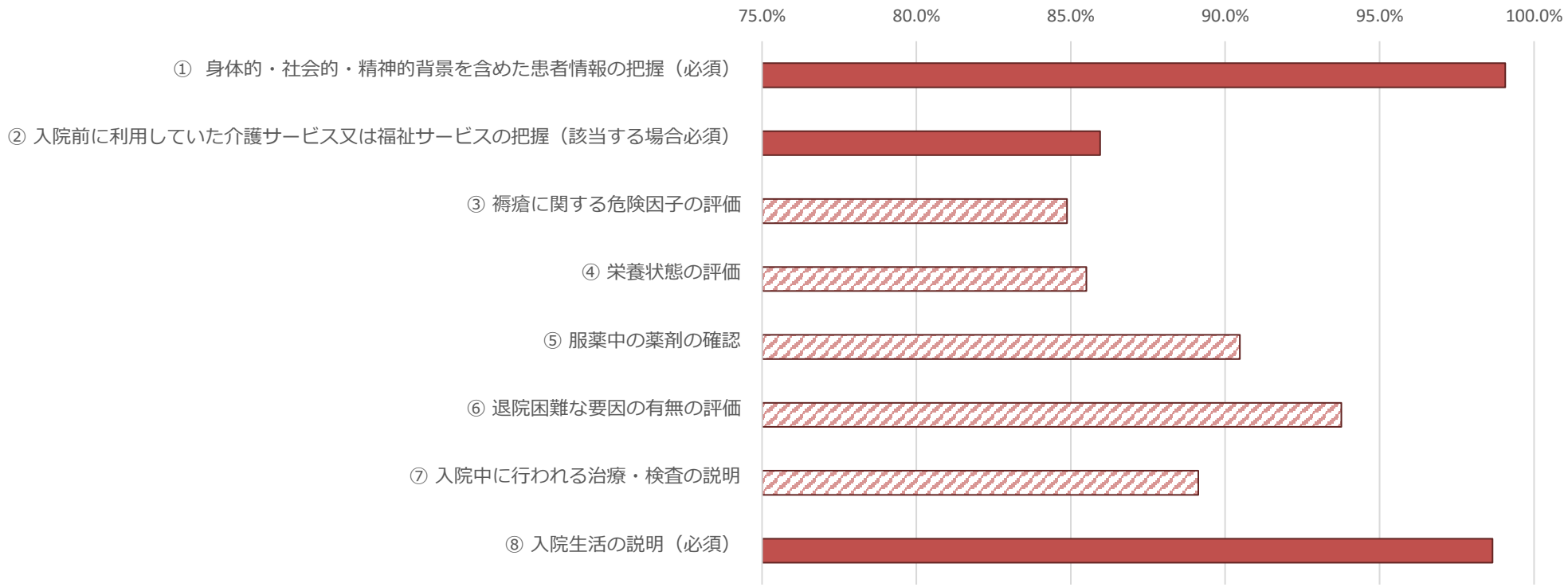
	届出あり	届出なし
平均値	241.8日	336.2日
中央値	177.6日	246.5日

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

入院時支援加算を算定した患者における入院前に実施した事項

○　入院時支援加算を算定した患者における入院前に実施した事項について、必須項目以外では、「退院困難な要因の有無の評価」の実施率は高いが、「褥瘡に関する危険因子の評価」、「栄養状態の評価」の実施率は低い。

■入院時支援加算を算定した患者について、入院前に実施した事項（令和４年８月～10月の３か月間）



※
入院前に①から⑧まで全て実施した場合は、入院時支援**加算１**
患者の病態等により①、②及び⑧を含む一部項目を実施した場合は、入退院支援**加算２**

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

【参考】多職種と連携した入院前からの支援の具体例

外　来

患者支援センター指示書作成

患者支援センター

1. 入院手続き、医療費、入院生活の説明
   - ① 入院申込書・同意書並びに保証書の説明と取得
   - ② 意向確認書の説明と取得
   - ③ 病室・入院期間についての説明と病室希望の取得
   - ④ 医療費の概算と支払いについての説明
   - ⑤ 入院指示（決定）入力
2. 周術期関連の予約および、各種面談の予約
   - ① 入院までの概要（看護師面談・薬剤師面談・栄養士面談・周術期管理センター）の説明
   - ② 予約の取得
3. 看護師面談
   - ① 患者に関する情報収集
     入院前の生活状況、家族状況、継続している医療、介護認定・介護サービス利用状況など
   - ② 今後の生活に関する意向確認
   - ③ 退院困難な要因のある患者の抽出と必要時介入開始
   - ④ クリニカルパスの説明
   - ⑤ 入院に際してのリスクアセスメント
4. 管理栄養士面談
   - ① 看護師によるスクリーニング・管理栄養士の栄養評価における入院時適正食（特別食等）の提案
     ＜ＤＡ＞提案した特別食の食事オーダー入力
   - ② 低栄養基準・栄養指導基準に合致した場合の栄養指導および、ＮＳＴ介入依頼
5. 薬剤師面談
   - ① 内服薬（持参薬）確認
   - ② 周術期管理薬リスト等に基づく休止薬指示の確認・説明

周術期管理センター

1. 周術期外来
   - ・周術期看護師によるオリエンテーションおよび、麻酔科診察前問診
   - ・麻酔科医診察
2. リハビリ外来、口腔ケア外来等
   - ・スクリーニングおよび、術前指導

入院前

病　棟

入院

入院～3日以内

1. 入院診療計画書の完成
2. 患者に関する追加情報の収集
3. 退院支援スクリーニング・アセスメント
   - ・退院支援必要度判定および、退院支援計画書の作成に着手
3. 入院に際してのリスクアセスメントに基づくリスク対応

入院～7日以内

4. 退院支援の方向性の検討
   - ・治療方針、退院時期の確認
   - ・患者・家族の意向確認
   - ・院内多職種による退院支援カンファレンスの実施
   - ・退院支援計画書作成
5. 関係機関と情報共有
   - ・生活連携シートおよび、ケアマネジャーとの面談

入院中

6. 患者・家族への生活指導・療養指導などの実施
   - ・治療後の病態、患者の状況の変化に応じた患者・家族の意向確認および、患者の自立能力等の再評価
   - ・退院指導の内容の患者・医療者間での共有
   - ・患者・家族の生活状態や自立能力に合わせた、退院後も継続する医療処置のシンプル化
7. 退院に向けた支援・調整
   - ・ケアマネジャーとの面談
   - ・院内外の多職種による退院前カンファレンスの実施
   - ・社会資源の利用に関する説明・手続き

退院前

8. 診療情報、看護・介護情報の提供

退院

出典：千葉大学病院提供資料

【参考】入院基本料等の施設基準等の通則で求める褥瘡対策の基準

○「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添２　入院基本料等の施設基準等

第１　入院基本料（特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算、夜勤時間特別入院基本料及び重症患者割合特別入院基本料（以下「特別入院基本料等」という。）及び特定入院基本料を含む。）及び特定入院料に係る入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準

４　褥瘡対策の基準

（１）　当該保険医療機関において、褥瘡対策が行われていること。

（２）　当該保険医療機関において、褥瘡対策に係る専任の医師及び褥瘡看護に関する臨床経験を有する専任の看護職員から構成される褥瘡対策チームが設置されていること。

（３）　当該保険医療機関における日常生活の自立度が低い入院患者につき、**別添６の別紙３を参考として褥瘡に関する危険因子の評価を行い**、褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者については、(２)に掲げる専任の医師及び専任の看護職員が適切な褥瘡対策の診療計画の作成、実施及び評価を行うこと。ただし、当該医師及び当該看護職員が作成した診療計画に基づくものであれば、褥瘡対策の実施は、当該医師又は当該看護職員以外であっても差し支えない。また、様式については褥瘡に関する危険因子評価票と診療計画書が別添６の別紙３のように１つの様式ではなく、それぞれ独立した様式となっていても構わない。

（４）　褥瘡対策の診療計画における薬学的管理に関する事項及び栄養管理に関する事項については、当該患者の状態に応じて記載すること。必要に応じて、薬剤師又は管理栄養士と連携して、当該事項を記載すること。なお、診療所において、薬学的管理及び栄養管理を実施している場合について、当該事項を記載しておくことが望ましい。

（５）　栄養管理に関する事項については、栄養管理計画書をもって記載を省略することができること。ただし、この場合は、当該栄養管理計画書において、体重減少、浮腫の有無等の別添６の別紙３に示す褥瘡対策に必要な事項を記載していること。

（６）　褥瘡対策チームの構成メンバー等による褥瘡対策に係る委員会が定期的に開催されていることが望ましい。

（７）　患者の状態に応じて、褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等を適切に選択し使用する体制が整えられていること。

（８）　毎年７月において、褥瘡患者数等について、別添７の様式５の４により届け出ること。

【参考】褥瘡対策に関する診療計画書

別紙3

褥瘡対策に関する診療計画書（１）

氏名　　殿　男　女　　病棟　　計画作成日　.　.
年　月　日生　（　歳）　　記入医師名
記入看護師名

褥瘡の有無　1. 現在　なし　あり　（仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他（　））　　褥瘡発生日　.　.
2. 過去　なし　あり　（仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他（　））

＜日常生活自立度の低い入院患者＞

危険因子の評価

日常生活自立度	J(1, 2)	A(1, 2)	B(1, 2)	C(1, 2)	対処
・基本的動作能力	（ベッド上　自力体位変換）		できる	できない	「あり」もしくは「できない」が1つ以上の場合、看護計画を立案し実施する
	（イス上　坐位姿勢の保持、除圧）		できる	できない	
・病的骨突出			なし	あり	
・関節拘縮			なし	あり	
・栄養状態低下			なし	あり	
・皮膚湿潤（多汗、尿失禁、便失禁）			なし	あり	
・皮膚の脆弱性（浮腫）			なし	あり	
・皮膚の脆弱性（スキンーテアの保有、既往）			なし	あり	

＜褥瘡に関する危険因子のある患者及びすでに褥瘡を有する患者＞　　両括弧内は点数（※1）

褥瘡の状態の評価（DESIGN－R2020）

								合計点
深さ	(0)皮膚損傷・発赤なし	(1)持続する発赤	(2)真皮までの損傷	(3)皮下組織までの損傷	(4)皮下組織をこえる損傷	(5)関節腔、体腔に至る損傷	(DTI)深部損傷褥瘡(DTI) 疑い(※2)	(U)深さ判定が不能の場合	
滲出液	(0)なし	(1)少量：毎日の交換を要しない		(3)中等量：1日1回の交換		(6)多量：1日2回以上の交換			
大きさ(cm^2) 長径×長径に直交する最大径 （持続する発赤の範囲も含む）	(0)皮膚損傷なし	(3)4未満	(6)4以上16未満	(8)16以上36未満	(9)36以上64未満	(12)64以上100未満	(15)100以上		
炎症・感染	(0)局所の炎症徴候なし	(1)局所の炎症徴候あり（創周辺の発赤、腫脹、熱感、疼痛）		(3C)（※3）臨界的定着疑い（創面にぬめりがあり、滲出液が多い。肉芽があれば、浮腫性で脆弱など）		(3)（※3）局所の明らかな感染徴候あり（炎症徴候、膿、悪臭）	(9)全身的影響あり（発熱など）		
肉芽形成 良性肉芽が占める割合	(0)創が治癒した場合、創が浅い場合、深部損傷褥瘡(DTI) 疑い(※2)	(1)創面の90%以上を占める		(3)創面の50%以上90%未満を占める	(4)創面の10%以上50%未満を占める	(5)創面の10%未満を占める	(6)全く形成されていない		
壊死組織	(0)なし	(3)柔らかい壊死組織あり		(6)硬く厚い密着した壊死組織あり					
ポケット(cm^2) 潰瘍面も含めたポケット全周(ポケットの長径×長径に直交する最大径)－潰瘍面積	(0)なし	(6)4未満	(9)4以上16未満		(12)16以上36未満		(24)36以上		

※1　該当する状態について、両括弧内の点数を合計し、「合計点」に記載すること。ただし、深さの点数は加えないこと。
※2　深部損傷褥瘡（DTI）疑いは、視診・触診、補助データ（発生経緯、血液検査、画像診断等）から判断する。
※3　「3C」あるいは「3」のいずれかを記載する。いずれの場合も点数は3点とする。

看護計画

留意する項目		計画の内容
圧迫，ズレカの排除 （体位変換、体圧分散寝具、頭部挙上方法、車椅子姿勢保持等）	ベッド上	
	イス上	
スキンケア		
栄養状態改善		
リハビリテーション		

［記載上の注意］
1　日常生活自立度の判定に当たっては「「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」の活用について」（平成３年11月18日　厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知　老健第102-2号）を参照のこと。
2　日常生活自立度がＪ１～Ａ２である患者については、当該評価票の作成を要しないものであること。

別紙3

褥瘡対策に関する診療計画書（２）

氏名　　殿（男・女）　　年　月　日生　（　歳）

＜薬学的管理に関する事項＞　□ 対応の必要無し

褥瘡の発症リスクに影響を与える可能性がある薬剤の使用
□無　□有（ 催眠鎮静剤、 抗不安剤、 麻薬、 解熱鎮痛消炎剤、 利尿剤、 腫瘍用薬、 副腎ホルモン剤、 免疫抑制剤、 その他（　））

薬学的管理計画

＜すでに褥瘡を有する患者＞ 薬剤滞留の問題 □無 □有

＜栄養管理に関する事項＞　□ 対応の必要無し　□ 栄養管理計画書での対応

栄養評価

評価日　年　月　日			
体重　kg（測定日 ／ ）		BMI　kg/m2	体重減少（ 無・有 ）
身体所見	浮腫（ 無・有（ 胸水・腹水・下肢 ）・不明 ）		
検査等 検査している場合に記載	□ 測定無し Alb値（　）g/dL 測定日（ ／ ）	□ 測定無し Hb値（　）g/dL 測定日（ ／ ）	□ 測定無し CRP（　）mg/dL 測定日（ ／ ）
栄養補給法	経口・経腸（ 経口・経鼻・胃瘻・腸瘻 ）・静脈	栄養補助食品の使用（ 無 ・ 有 ）	

栄養管理計画

［記載上の注意］
1　対応の必要がない項目の場合、□にチェックを入れること。
2　栄養管理に関する項目に関して、栄養管理計画書にて対応する場合は、□にチェックを入れること。

【参考】入院基本料等の施設基準等の通則で求める栄養管理体制の基準

○「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添２　入院基本料等の施設基準等

５　栄養管理体制の基準

（１）　当該病院である保険医療機関（特別入院基本料等を算定する病棟のみを有するものを除く。）内に、常勤の管理栄養士が１名以上配置されていること。

（２）　管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順（栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、定期的な評価等）を作成すること。

（３）　**入院時に患者の栄養状態を医師、看護職員、管理栄養士が共同して確認**し、特別な栄養管理の必要性の有無について入院診療計画書に記載していること。

（４）　（３）において、特別な栄養管理が必要と医学的に判断される患者について、栄養状態の評価を行い、医師、管理栄養士、看護師その他の医療従事者が共同して、当該患者ごとの栄養状態、摂食機能及び食形態を考慮した栄養管理計画（別添６の別紙 23 又はこれに準じた様式とする。）を作成していること。なお、救急患者や休日に入院した患者など、入院日に策定できない場合の栄養管理計画は、入院後７日以内に策定することとする。

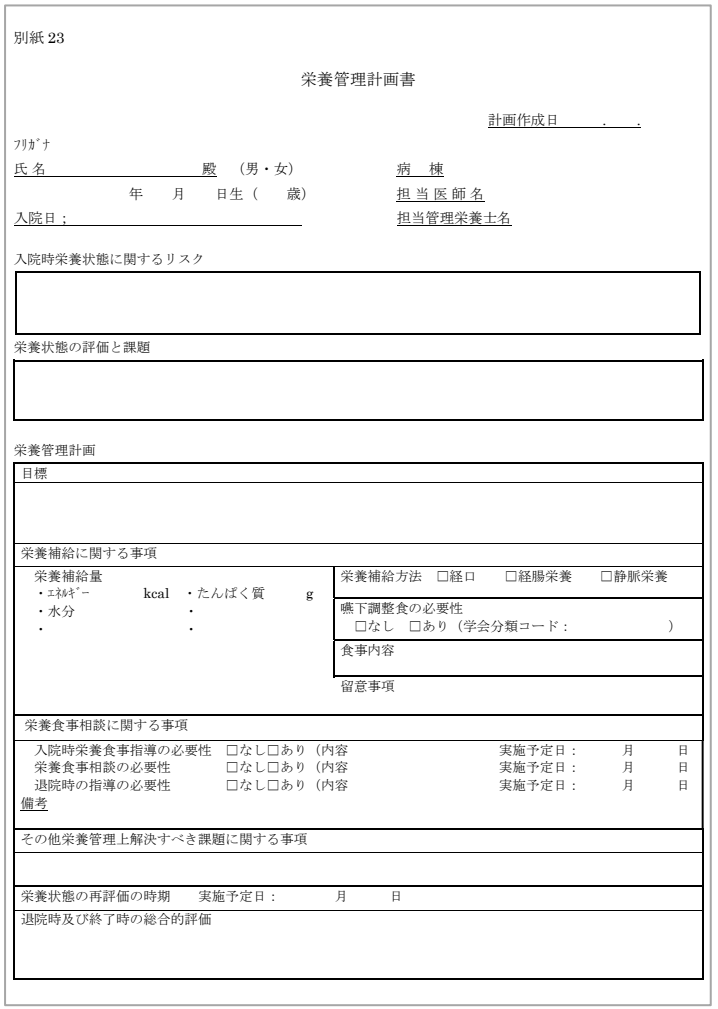
（５）　栄養管理計画には、栄養補給に関する事項（栄養補給量、補給方法、特別食の有無等）、栄養食事相談に関する事項（入院時栄養食事指導、退院時の指導の計画等）、その他栄養管理上の課題に関する事項、栄養状態の評価の間隔等を記載すること。また、当該計画書又はその写しを診療録等に添付すること。

（６）　当該患者について、栄養管理計画に基づいた栄養管理を行うとともに、当該患者の栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて栄養管理計画を見直していること。

（７）　特別入院基本料等を算定する場合は、(１)から(６)までの体制を満たしていることが望ましい。

（８）　（１）に規定する管理栄養士は、１か月以内の欠勤については、欠勤期間中も（１）に規定する管理栄養士に算入することができる。なお、管理栄養士が欠勤している間も栄養管理のための適切な体制を確保していること。

（９）　当該保険医療機関（診療所を除く。）において、管理栄養士の離職又は長期欠勤のため、（１）に係る基準が満たせなくなった場合、地方厚生（支）局長に届け出た場合に限り、当該届出を行った日の属する月を含む３か月間に限り、従前の入院基本料等を算定できる。



別紙 23

栄養管理計画書

計画作成日　　.　.

ﾌﾘｶﾞﾅ
氏名　　殿　（男・女）　　病　棟
年　月　日生（　歳）　　担当医師名
入院日；　　担当管理栄養士名

入院時栄養状態に関するリスク

栄養状態の評価と課題

栄養管理計画

目標

栄養補給に関する事項

栄養補給量
・ｴﾈﾙｷﾞｰ　kcal　・たんぱく質　g
・水分　・
・　・

栄養補給方法　□経口　□経腸栄養　□静脈栄養

嚥下調整食の必要性
□なし　□あり（学会分類コード：　）

食事内容

留意事項

栄養食事相談に関する事項

入院時栄養食事指導の必要性　□なし□あり（内容　実施予定日：　月　日
栄養食事相談の必要性　□なし□あり（内容　実施予定日：　月　日
退院時の指導の必要性　□なし□あり（内容　実施予定日：　月　日
備考

その他栄養管理上解決すべき課題に関する事項

栄養状態の再評価の時期　実施予定日：　月　日

退院時及び終了時の総合的評価

１．入退院支援について

１－１．入退院支援の現状等について

１－２．入退院支援における関係機関との連携の強化について

１－３．入退院支援における生活に配慮した支援の強化について

１－４．入院前からの支援の強化について

１－５．退院直後の継続支援について

２．栄養管理体制について

慢性心不全患者に求められる疾病管理

○ 「急性・慢性心不全診療ガイドライン」では、疾病管理として、退院後特に早期の症状モニタリング、アドヒアランスの評価および教育の強化は、再入院の回避やQOLの改善に有効であるとしている。

急性･慢性心不全診療ガイドライン（2017年改訂版）

XII. 疾患管理
1．プログラム（教育など）とチーム医療
1．2　疾病管理プログラムの具体的な内容
1．2．1　アドヒアランススとセルフケアを重視した患者教育

患者の適切なセルフケアは心不全増悪の予防に重要な役割を果たし，セルフケア能力を向上させることにより生命予後やQOLの改善が期待できる．医療従事者は患者のセルフケアが適切に行われているかを評価し，患者および家族に対する教育，相談支援により患者のセルフケアの向上に努める．患者教育では，疾患に関する情報にアクセスし，理解し，活用する能力であるヘルスリテラシーを考慮しつつ，患者の理解度に応じた教材を有効に活用することも重要である．

2021年「急性・慢性心不全診療ガイドライン（2017 年改訂版）」フォーカスアップデート版

第7章　疾病管理
2．疾病管理プログラムの具体的な内容
2．8　退院調整･退院支援および移行期支援と継続的フォローアップ

入院後早期からの退院調整および退院支援は，心不全患者の退院後早期の再入院の回避に効果的である．入院中の退院調整では，退院支援の必要性の評価，具体的な支援内容の検討を行うとともに，セルフケア能力を強化するための患者教育も同時に実施する．退院後の受診頻度は退院後の再入院のリスクと関連しており，**退院後，特に早期の症状モニタリング，アドヒアランスの評価および教育の強化は，再入院の回避やQOLの改善に有効**である．

心不全に対する疾病管理のエビデンスレベル及び具体的な治療及び教育・支援内容

○ 心不全に対する疾病管理として、「多職種によるチームアプローチを用いたアドヒアランスおよびセルフケアを向上されるための教育、支援」、「退院支援と継続的フォローアップ」が推奨されている。
○ ガイドラインにおいて、心不全患者、家族及び介護者に対する教育・支援内容が具体的に示されている。

■心不全に対する疾病管理の推奨とエビデンスレベル*

	推奨クラス	エビデンスレベル	Minds推奨グレード	Mindsエビデンス分類
多職種によるチームアプローチを用いたアドヒアランスおよびセルフケアを向上させるための教育，支援を行う：患者および家族，介護者に対して．	I	A	A	I
退院支援と継続的フォローアップを行う．	I	A	B	I
禁煙教育・支援を行う．	I	C	B	IVb
身体症状のモニタリングを行う．	I	C	C1	VI
精神症状のモニタリングと専門的治療を行う．	I	B	B	II
心不全増悪の高リスク患者への教育支援と社会資源の活用を行う：独居者，高齢者，認知症合併者などに対して．	I	A	A	I
感染症予防のためのインフルエンザワクチン接種を行う．	I	A	B	IVa
1日6ｇ未満の減塩食を考慮する．	IIa	C	C1	VI
節酒を考慮する．	IIa	C	C1	VI

■心不全患者、家族および介護者に対する治療および生活に関する教育・支援内容**



教育内容	具体的な教育・支援方法
心不全に関する知識	
定義，原因，症状，病の軌跡 重症度の評価（検査内容） 増悪の誘因 合併疾患 薬物治療，非薬物治療	理解度やヘルスリテラシーを考慮し，教育資材などを用いた知識を提供する．
セルフモニタリング	
患者自身が症状モニタリングを実施することの必要性・重要性 ・セルフモニタリングのスキル 患者手帳の活用	患者手帳への記録を促すとともに，医療者は記録された情報を診療，患者教育に活用する．
増悪時の対応	
増悪時の症状と評価 増悪時の医療者への連絡方法	呼吸困難，浮腫，3日間で2kg以上の体重増加など増悪の徴候を認めた場合の医療機関への受診の必要性と，具体的な方法を説明する．
治療に対するアドヒアランス	
薬剤名，薬効，服薬方法，副作用 処方通りに服用することの重要性 ・デバイス治療の目的，治療に関する生活上の注意事項	理解度やヘルスリテラシーを考慮し，教育資材などを用いて知識を提供する． ・定期的にアドヒアランスを評価する． ・アドヒアランスが不良している場合は，医療者による教育，支援を行う．
感染予防とワクチン接種	
・心不全増悪因子としての感染症 インフルエンザ，肺炎に対するワクチン接種の必要性	日常生活上の感染予防に関する知識を提供する． ・予防接種の実施時期に関する情報を提供する．
塩分・水分管理	
適度の飲水の危険性 重症心不全患者における飲水制限 適正な塩分摂取（6ｇ未満/日） 適正体重の維持の重要性	・飲水量の計測方法について具体的に説明する． ・効果的な減塩方法について，教材などを用いて説明する． ・減塩による食欲低下などの症状を観察する．
栄養管理	
・バランスのよい食事の必要性 合併疾患を考慮した食事内容	・定期的に栄養状態を観察する．嚥下機能などの身体機能や生活状況に応じた栄養指導に努める． ・食事量の減少や食欲低下は，心不全増悪の徴候の可能性があることを説明する．

教育内容	具体的な教育・支援方法
アルコール	
・適度のアルコール摂取の危険性	・心不全の病因を含め個別性を考慮し，飲酒量に関する助言を行う．
禁煙	
・禁煙の必要性	「禁煙ガイドライン2010年改訂版」を参照．
身体活動	
・安定期の適切な身体活動の必要性 ・症状悪化時の安静，活動制限の必要性 ・過度な安静による弊害（運動耐容能の低下など）	・運動耐容能，骨格筋を評価する． ・定期的に日常生活動作を評価する． ・身体機能とともに生活環境を考慮したうえで，転倒リスクなどを評価し，日常生活上の身体活動の目標点を具体的に指導する．
入浴	
・適切な入浴方法	・重症度や生活環境に応じた方法を指導する．
旅行	
・旅行中の注意事項（服薬，飲水量，食事内容，身体活動量） 旅行に伴う心不全増悪の危険性 旅行中の急性増悪時の対処方法	・旅行時の食事内容や食事時間の変化，気候の変化，運動量の変化などが心不全に及ぼす影響を説明する． ・旅行前の準備に関する情報提供を行う．
性生活	
・性行為が心不全に及ぼす影響 ・心不全治療薬と性機能の関係 勃起障害治療薬の服用について	性行為により心不全悪化の可能性があることを説明する． 必要時，専門家を紹介する．
心理的支援	
心不全と心理精神的変化 日常生活におけるストレスマネジメント	・継続的に精神症状を評価する． ・日常生活におけるストレスマネジメントの必要性とその方法について説明する． ・精神症状の悪化が疑われる場合は，精神科医，心臓内科医，臨床心理士へのコンサルテーションを実施する．
定期的な受診	
・定期的な受診の必要性	・退院前に退院後の受診日等を確認する． ・症状増悪時は，受診予定にかかわらず，すみやかに医療機関に連絡することを説明する． ・医療者へのアクセスを確保する．（電話相談，社会的資源の活用）

出典：*2021年「急性・慢性心不全診療ガイドライン（2017 年改訂版）」フォーカスアップデート版
出典：**急性・慢性心不全診療ガイドライン（2017年改訂版）

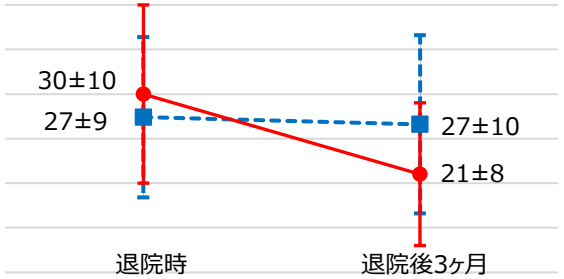
慢性心不全患者に対する退院直後の療養支援の効果

○ 慢性心不全患者に対し、ガイドラインに基づき退院直後に集中的な対面及び電話による療養支援を行うと、セルフケア行動が有意に改善することが示されている。
○ 心不全患者において、セルフケア行動が維持されていると、再入院率が低くなることが示されている。

■慢性心不全患者の重症化予防に向けた、退院後の集中的な支援の効果

＜退院後３か月におけるセルフケア行動の変化＞

退院後３か月におけるEHFScBS*の総得点は、有意に介入群で低値であった（p<0.001）



***EHFScBS（ヨーロッパ心不全セルフケア行動尺度）日本語版**：日常生活での心不全に対するセルフケアの程度を５段階で評価
点数が低いほどセルフケアができていることを表す

Intervention群
Control群

【研究方法】介入研究
Interverntion群：「2021年JCS/JHFSガイドラインフォーカスアップデート版 急性・慢性心不全診療」で示された、疾病管理プログラムに基づき提案する、療養支援フローに則り、対面及び電話による療養支援プログラムを実施



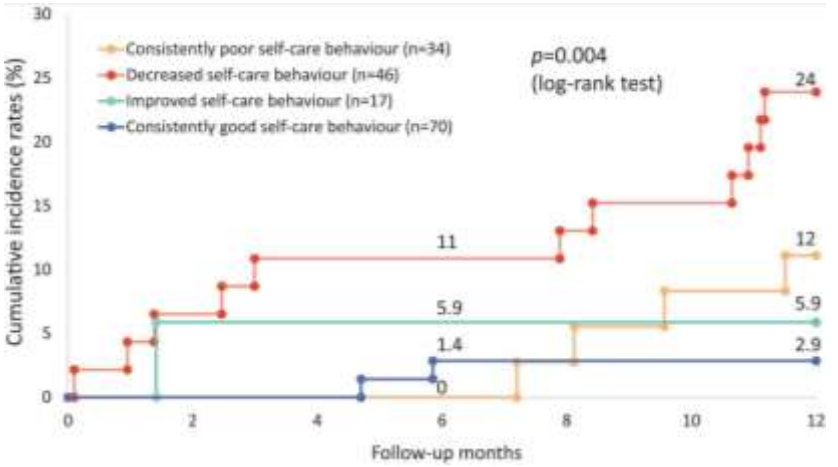
【対象患者】
慢性心不全と診断された成人患者（18歳以上）で、ACCF/AHAの心不全ステージ分類Stage Cにあり、包含基準に該当する者
（包含基準）過去1年間に1回以上の入院を経験し、アドヒアランスに関わる問題を1つ以上有している

出典：日本看護協会「慢性心不全患者に対する外来看護師による対面及び電話による療養支援の効果に関する研究」（2022～2023年度）

■セルフケア行動と入院率

＜セルフケア行動別、心血管疾患による累積入院率＞

セルフケア行動が維持されることにより、心血管疾患による累積入院率は有意に低い（p=0.004）



出典：Liljeroos M, et al.（2020）「Trajectory of self-care behaviour in patients with heart failure: the impact on clinical outcomes and influencing factors」European Journal of Cardiovascular Nursing,Vol19,5,421-432

在宅療養指導料の概要

B001・13　在宅療養指導料　　170点

第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる**指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者又は器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者**に対して、医師の指示に基づき保健師、助産師又は看護師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、患者1人につき月1回（初回の指導を行った月にあっては、月2回）に限り算定する。

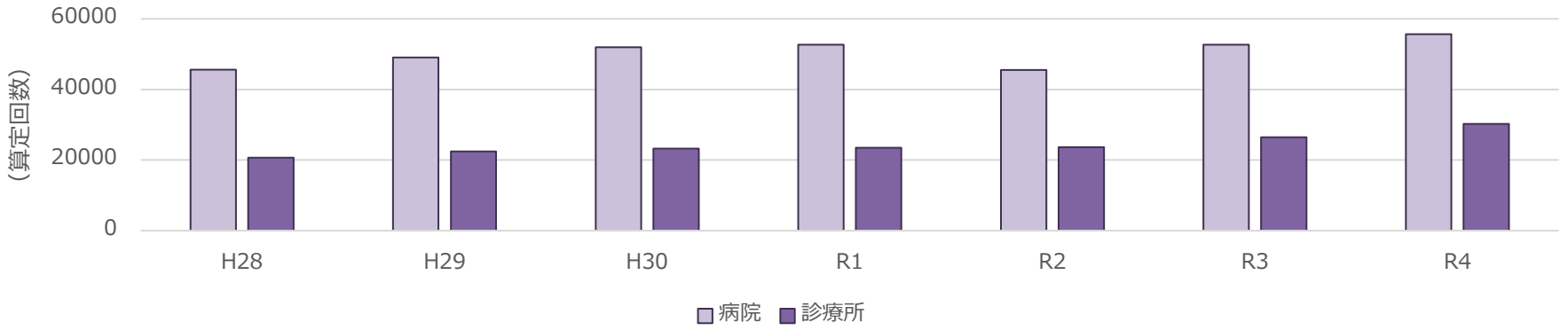
【対象患者】

- 在宅療養指導管理料を算定している患者
- 入院中の患者以外の患者であって、器具（人工肛門、人工膀胱、気管カニューレ、留置カテーテル、ドレーン等）を装着しており、その管理に配慮を要する患者

【算定要件】

- 初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。
- 保健師、助産師又は看護師が個別に 30分以上療養上の指導を行った場合に算定できるものであり、同時に複数の患者に行った場合や指導の時間が30分未満の場合には算定できない。なお、指導は患者のプライバシーが配慮されている専用の場所で行うことが必要であり、保険医療機関を受診した際に算定できるものであって、患家において行った場合には算定できない。
- 療養の指導に当たる保健師、助産師又は看護師は、訪問看護や外来診療の診療補助を兼ねることができる。
- 保健師、助産師又は看護師は、患者ごとに療養指導記録を作成し、当該療養指導記録に指導の要点、指導実施時間を明記する。

■在宅療養指導料の算定回数の推移



出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

入退院支援に係る課題①

（入退院支援の現状等について）

- 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入退院支援加算による評価を実施するとともに、入院時支援加算等により、外来部門と病棟との連携強化を推進している。
- 入院料別に入退院支援の特徴を見ると、以下のような特徴があった。
  - 入退院支援加算の届出施設は徐々に増加している。入院料別では、急性期一般入院料1等での届出が多く、地域一般入院料や療養病棟入院料等では3割以上が届け出ていず、かつ、入退院支援部門も設置していない
  - 入退院加算の対象者における「退院困難な要因」は、急性期一般入院料では「緊急入院」、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟では「ADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要」が多い
  - 退院支援を困難にしている事項は、急性期一般入院料1、地域包括ケア病棟及び回復期リハビリテーション病棟では、「患者1人当たりの退院調整に十分な時間を割くことができない」、「患者・家族と面会日等を調整することが難しい」が多い

（入退院支援における関係機関との連携の強化について）

- 在宅医療・介護連携推進事業等を通じ、各地域において入退院調整ルールの策定等は一定程度取り組まれてきている。
- 医療において「生活」に配慮した質の高い医療を提供するためには、①入院前の患者の情報（生活状況、ADL、認知機能等）を把握し、②疾病や治療等に伴いどのような機能等がどの程度低下しているのか等を見極め、③入院中であっても退院後を見据えた支援（食事、排泄、清潔、睡眠等の基本的な日常生活の支援を含む）を充実し退院につなげることが求められる。
- 入院前の情報のうち生活歴・趣味、ADL等について、介護支援専門員が「入院時情報提供書」により情報提供した場合等に、介護報酬等で評価している。同様に、退院時に患者の病状、経過や介護サービスを利用する上での留意点等について、医療機関から介護支援専門員に対し「診療情報提供書」により情報提供した場合に、診療報酬で評価している。
- 医療機関・介護事業所間で情報提供を行う際に用いる様式・項目については、将来的な医療DX・介護DXも見据え、情報提供項目・様式について統一化していくことも必要との指摘を受け、調査研究事業において検討が行われている。
- 入院料別に入院患者の特徴は異なっているが、施設基準で求める連携機関の施設数等は入院料別に大きな差はない。
- 医学的には外来・在宅でもよいが他の要因のために退院予定がない患者における、退院後に必要な支援について、約2割の患者では「医療処置」や「訪問診療」が必要とされていた。また、退院に向けた目標・課題等として、約1割の患者では「転院先の医療機関の確保」が挙げられた。
- 連携機関の内訳を見ると、急性期一般入院料を有し入退院支援加算1を届け出る医療機関であっても、連携する病院・診療所がいずれもない施設が一定数あった。
- 令和4年度診療報酬改定において、入退院支援加算1の施設基準で求める連携機関との面会は、対面だけでなく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用いて面会し、情報の共有等を行っている方法も可能となった。
- 新型コロナウイルス感染症患者の対応においても、転院調整について、受入先の確保・調整に通常よりも多くの時間を要する場合がある等、退院支援が課題となった。

入退院支援に係る課題②

（入退院支援における生活に配慮した支援の強化について）

- 病棟において、患者に対し様々な観点から行われている各種スクリーニング・定期的な評価、計画の策定、計画に基づく支援等は、医師や看護職員だけでなく多くの職種が連携して取り組んでいる。
- スクリーニング等の結果より重点的な支援が必要になった場合の支援については、既に様々な加算等により評価している。また、リハビリテーションや栄養管理、口腔管理等に関する情報について、退院時に医療から介護へ情報提供することも別に評価している。
- 入退院支援加算では、「誰が」、「いつまでに」、「何を」すべきかのプロセスは規定されている。また、入退院支援計画の計画策定や退院支援計画を実施するにあたり開催するカンファレンスでは、関係職種との連携や必要に応じた関係職種の参加が求められている。一方で、退院支援計画に含む必要がある内容として明記されているのは「退院に係る問題点、課題等」等となっており、具体的に記載すべき視点は明記されていない。
- 退院支援において、患者・家族へ退院後の療養上の必要な事項についての説明は、病棟の看護師等が実施していることが多かった。

（入院前からの支援の強化について）

- 入院時支援加算算定患者に対して入院前に実施した事項は、必須項目以外では、「退院困難な要因の有無の評価」の実施率は高いが、「褥瘡に関する危険因子の評価」、「栄養状態の評価」の実施率は低かった。
- 入院時支援加算の届出有りの方が、いずれの入院料においても平均在院日数が短かった。
- 入院時支援加算算定患者に対して入院前に実施する項目のうち、必須項目以外の褥瘡に関する危険因子の評価、栄養状態の評価、服薬中の薬剤の確認、退院困難な要因の有無の評価、入院中に行われる治療・検査の説明という項目は、いずれも重要であり、これらの項目の実施率は、いずれも85%以上という状況であり、質の高い入院医療を推進するための入退院支援を行うためにも、全て必須項目としてもよいのではないかといった指摘がある。

（退院直後の継続支援について）

- 慢性心不全患者の疾病管理として、退院後早期に症状のモニタリング、アドヒアランスの評価及び教育の強化は再入院の回避やQOLの改善に有効であるとされている。また、ガイドラインにおいて、家族・介護者に対する具体的な教育・支援内容が示されている。
- 慢性心不全患者に対し、ガイドラインに基づき退院直後の1か月間に集中的な対面及び電話による療養支援を行うと、セルフケア行動が有意に改善することが示されている。また、心不全患者において、セルフケア行動が維持されていると、再入院率が低くなることが示されている。
- 医師の指示に基づき看護師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に在宅療養指導料が算定できるが、当該指導料の対象に心不全患者は含まれない。

入退院支援についての論点

【論点】

（入退院支援における関係機関との連携の強化について）

○　医療において「生活」に配慮した質の高い医療を提供するため、また、将来的な医療DXによる電子的な情報連携も見据え、入院時と退院時に医療機関と介護支援専門員等との間で情報提供する際の様式を見直すことについて、どのように考えるか。

○　急性期病棟からの退院支援においては、介護サービス事業所等との連携だけでなく、転院調整も含めた病院・診療所との連携も求められることを踏まえ、急性期病棟を有する医療機関における入退院支援について、介護サービス事業所だけでなく病院・診療所との連携を強化してはどうか。

（入退院支援における生活に配慮した支援の強化について）

○　入院前の患者の情報を把握し、入院前と比較して疾病や治療に伴いどのような機能等がどの程度低下しているの等を見極め、入院中の日常的な支援を充実することで患者の生活を可能な限り途切れさせずに退院できるよう、入退院支援計画の内容にリハビリテーション・栄養管理・口腔管理等を含む退院に向けた生活の視点を含めることについて、どのように考えるか。

（入院前からの支援の強化について）

○　いずれの入院料においても入院時支援加算届出有りの医療機関の方が平均在院日数が短い実態を踏まえ、入院前からの支援をより充実・推進するため、入院時支援加算1と2の評価について、どのように考えるか。

（退院直後の継続支援について）

○　慢性心不全患者に対して、退院後1か月間の集中的な療養支援を行うことによりセルフケア行動が改善し再入院の回避に有効であることが示されていること等から、在宅療養指導料の対象に退院直後の慢性心不全患者を追加し、ガイドラインに基づく支援を評価することについて、どのように考えるか。

1. 入退院支援について

2. 栄養管理体制について

栄養管理体制に係る中医協総会等における主な意見

＜令和５年12月１日　中医協総会　個別事項（その10）リハビリテーション・栄養・口腔＞

○　入院患者の栄養管理は基本中の基本。特に、入院時のスクリーニングにより、特別な栄養管理が必要と医学的に判断された患者等に対しては、非常に重要。

○　リハビリテーション・栄養・口腔の一体的な取組は非常に重要。特に、急性期で早期にリハビリテーションや栄養管理を開始し、患者の状態を悪化させない取組が必要。

○　医療機関における栄養管理体制は、入院料基本料等の通則に位置づけられており、基本診療料として既に評価されている。栄養管理が不十分な病院が存在するのであれば、厳しい対応が必要。

○　病棟に管理栄養士が配置されているにもかかわらず、「栄養情報提供書の作成」や「ミールラウンド」などは、取組が十分とは言えない状況もある。まずは病棟での役割をしっかり果たすべき。

○　医療機関と介護保険施設の栄養情報連携も重要。必要とされる患者の場合に、医療機関の管理栄養士と介護保険施設の管理栄養士の連携が進むような取組を検討してはどうか。

＜入院・外来医療等の調査・評価分科会（検討結果とりまとめ）＞

○　栄養・摂食嚥下状態に関する状況を把握していくことは重要であり、低栄養の世界的診断基準や通常の評価項目等を参考にして、DPCデータ（様式１）の項目を検討してはどうかとの指摘があった。

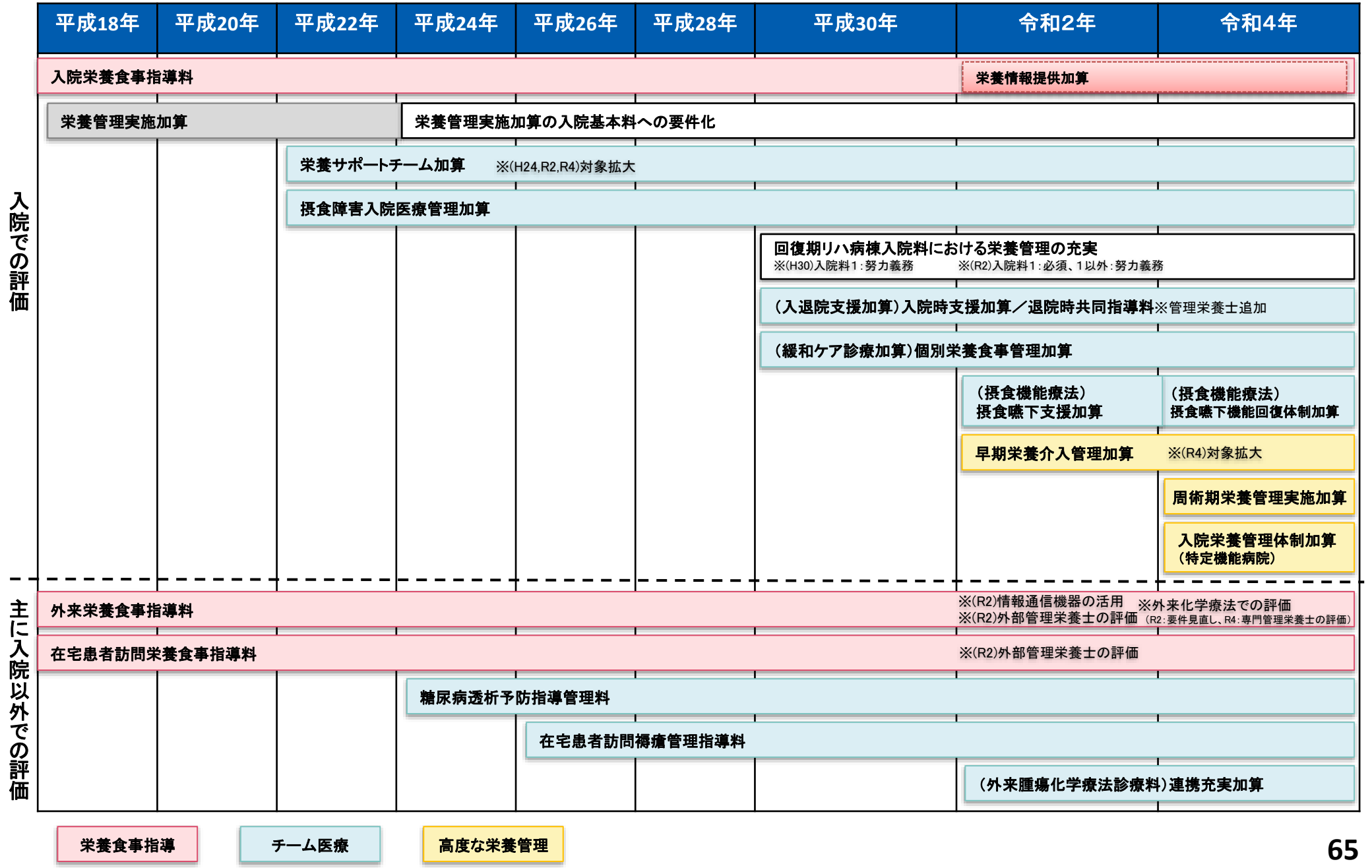
○　病棟における管理栄養士の業務について、
- 入院早期から速やかに評価や栄養管理を行うことは重要であり、入院栄養管理体制加算の対象拡大も考慮してはどうか
- 栄養情報提供書の作成やミールラウンドは十分に行われているとはいえず、管理栄養士が果たすべき役割を改めて明確にして、しっかりと対応を進めるべき

との指摘があった。

○　他の医療機関や介護保険施設に退院する患者は、入院栄養食事指導の対象ではないが栄養情報連携が必要な場合もあり、入院栄養食事指導の対象や栄養情報連携の仕組みについて、医療と介護の連携が更に進むよう検討してはどうかとの指摘があった。

○　栄養状態の評価や提供栄養量に応じてリハビリテーションが実施されることで生活機能の改善や維持が図られるものであり、リハビリテーションと栄養の取組は組み合わせて推進されるよう検討すべきとの指摘があった。

診療報酬における栄養管理に関する評価の主な変遷



診療報酬における栄養管理に係る主な評価（入院）



急性期　回復期　慢性期

入院料

栄養管理体制（通則）
・ 常勤管理栄養士1名以上を配置　・ 多職種共同で栄養管理を行う体制を整備し、栄養管理手順を作成　・ 特別な栄養管理の必要性を入院診療計画書に記載
・ 特別な栄養管理が医学的に必要な患者に栄養状態の評価を行い、医師、管理栄養士、看護師等が共同して作成した栄養管理計画に基づき、患者ごとの状態に応じた栄養管理を実施等

回復期リハビリテーション病棟入院料
管理栄養士の病棟配置、リハ計画への栄養項目記載
入院料1：必須、入院料2～5：努力義務

加算

チーム医療

（入退院支援加算）入院時支援加算（1：230点,2：200点/退院時1回）
入院中の治療や入院生活に備え、患者情報の把握、褥瘡・栄養状態の評価、服薬中の薬剤確認等を入院前の外来において実施し、支援を行った場合を評価

退院時共同指導料（1：①1500点②900点、2：400点/入院中1回）
患者の退院後の在宅療養担当医療機関と入院中の医療機関の保険医又は指示を受けた多職種が、在宅での療養上必要な説明及び指導を共同して行い、文書で情報提供した場合を評価

（摂食機能療法）摂食嚥下機能回復体制加算（1：210点,2：190点,3：120点/週1回）
専門知識を有した多職種による摂食嚥下支援チームが摂食機能又は嚥下機能の回復が見込まれる患者に対して、共同して必要な指導管理を行った場合を評価

摂食障害入院医療管理加算（30日以内：200点,31日以上60日以内：100点/日）
摂食障害の患者に対して、医師、看護師、精神保健福祉士、公認心理師及び管理栄養士等による集中的かつ多面的な治療が計画的に提供される場合を評価

高度な栄養管理

栄養サポートチーム加算（200点/週1回）
医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等からなるチームを編成し、低栄養患者等の栄養状態改善の取組を実施した場合を評価

栄養サポートチーム加算【再掲】

入院栄養管理体制加算（270点/入院初日・退院時）
特定機能病院において、管理栄養士が患者の状態に応じたきめ細やかな栄養管理を行う体制（管理栄養士の病棟配置）を評価

（緩和ケア診療加算）個別栄養食事管理加算（70点/日）
緩和ケアチームに管理栄養士が参加し、個別の患者の症状や希望に応じた栄養食事管理を行った場合を評価

早期栄養介入管理加算
（250点/日、早期に経腸栄養を開始した場合400点/日）
特定集中治療室等への入室後、早期に管理栄養士が治療室の医師等と連携し、経口移行・維持及び低栄養の改善等につながる栄養管理を行った場合を評価

周術期栄養管理実施加算（270点/1手術1回）
全身麻酔を実施した患者に対して、管理栄養士が医師と連携し、術前・術後の栄養管理を適切に行った場合を評価

栄養食事指導

入院栄養食事指導料（初回 1：260点,2:250点、2回目 1：200点,2：190点/週1回・入院中2回）　**栄養情報提供加算**（50点/入院中1回）
管理栄養士が医師の指示に基づき、特別食が必要、摂食・嚥下機能が低下又は低栄養状態等の入院患者に対して、初回は概ね30分以上、2回目は概ね20分以上栄養指導を行った場合を評価。さらに、退院後の栄養・食事管理について指導し、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明し、在宅担当医療機関等に情報提供を実施した場合は栄養情報提供加算として評価。
※回復期は、回復期リハ入院料1のみ算定可

集団栄養食事指導料（80点/月1回）
管理栄養士が医師の指示に基づき、特別食を必要とする複数の患者を対象に栄養指導を行った場合を評価

医療機関における栄養管理体制について

○　入院基本料及び特定入院料の算定に当たっては、栄養管理体制の基準を満たさなければならない。

【栄養管理体制の基準（施設基準）】

① 栄養管理を担当する**常勤の管理栄養士が1名以上配置**されていること。ただし、有床診療所は非常勤であっても差し支えない。

② **管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他の医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順**（栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、定期的な評価等）**を作成**すること。

③ **入院時に患者の栄養状態を医師、看護師、管理栄養士が共同して確認**し、特別な栄養管理の必要性の有無について入院診療計画書に記載していること。

④ ③において、特別な栄養管理が必要と医学的に判断される患者について、栄養状態の評価を行い、**医師、管理栄養士、看護師その他の医療従事者が共同して、当該患者ごとの栄養状態、摂食機能及び食形態に考慮した栄養管理計画を作成**していること。なお、救急患者や休日に入院した患者など、入院日に策定できない場合の栄養管理計画は、入院後７日以内に策定することとする。

⑤ 栄養管理計画には、栄養補給に関する事項、栄養食事相談に関する事項、その他栄養管理上の課題に関する事項、栄養状態の評価間隔等を記載する。

⑥ 当該患者について、**栄養管理計画に基づいた栄養管理を行うとともに、栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて栄養管理計画を見直し**ていること。

⑦ 特別入院基本料等を算定する場合は、①～⑥までの体制を満たしていることが望ましい。

入院時の栄養スクリーニングと個別的な栄養管理による効果

診調組　入－３
５．９．６

○ 急性期病院において入院後48時間以内に全ての患者に栄養スクリーニングを実施し、低栄養リスクがある患者に対し、管理栄養士が定期的に栄養摂取量の把握や栄養状態の評価を行い、個別の栄養管理を実施した場合、入院後30日以内の負の臨床アウトカムや全死亡率が低下したという報告がある。

【対象・方法】

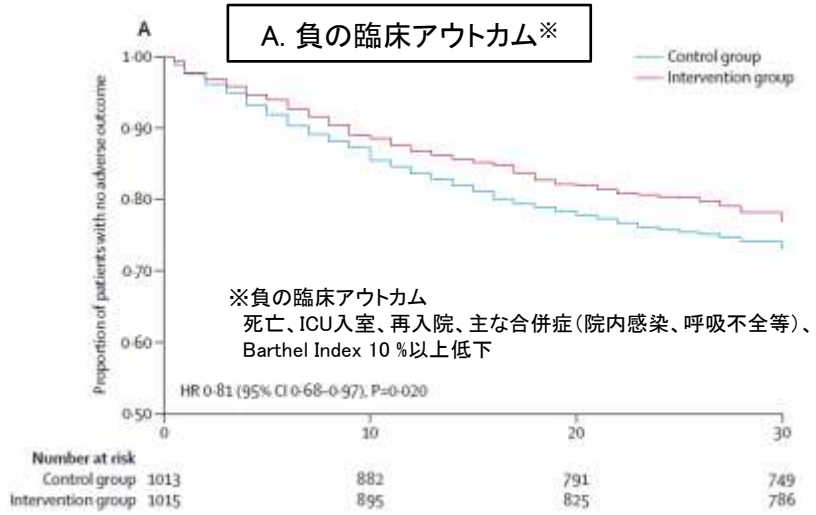
対象：入院時の栄養スクリーニング（NRS2002)で低栄養リスクがあり、４日以上入院が見込まれた18歳以上の患者

方法：8つの急性期病院において、介入群（目標を設定し、管理栄養士が個別的な栄養管理を実施）と対照群（通常の病院給食）を比較（RCT）

個別的な栄養管理

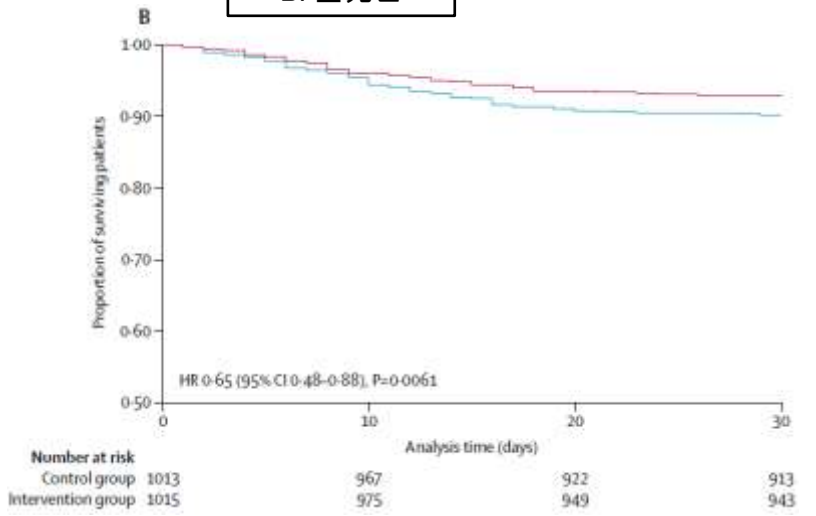
- ◆ 入院後48時間以内に、全ての患者に栄養スクリーニングを実施
- ◆ 栄養スクリーニングで低栄養リスクがあった患者に対して、
  - ✓ 訓練を受けた管理栄養士が、患者ごとの栄養目標（たんぱく質・エネルギー等）を設定し、栄養計画を作成
  - ✓ 経口栄養（患者の状態に応じた食事調整、プロテインパウダー等による栄養強化、補食の提供）と栄養補助食品による栄養管理を実施
  - ✓ ５日以内に経口栄養で１日の栄養目標の75%を達成できない場合は、経腸栄養や非経口栄養のサポートを推奨
  - ✓ 栄養摂取量は、管理栄養士が各患者の毎日の食事記録に基づき、24～48時間ごとに再評価
  - ✓ 退院時には、患者への食事カウンセリングを実施

A. 負の臨床アウトカム※



※負の臨床アウトカム
死亡、ICU入室、再入院、主な合併症（院内感染、呼吸不全等）、Barthel Index 10 %以上低下

B. 全死亡

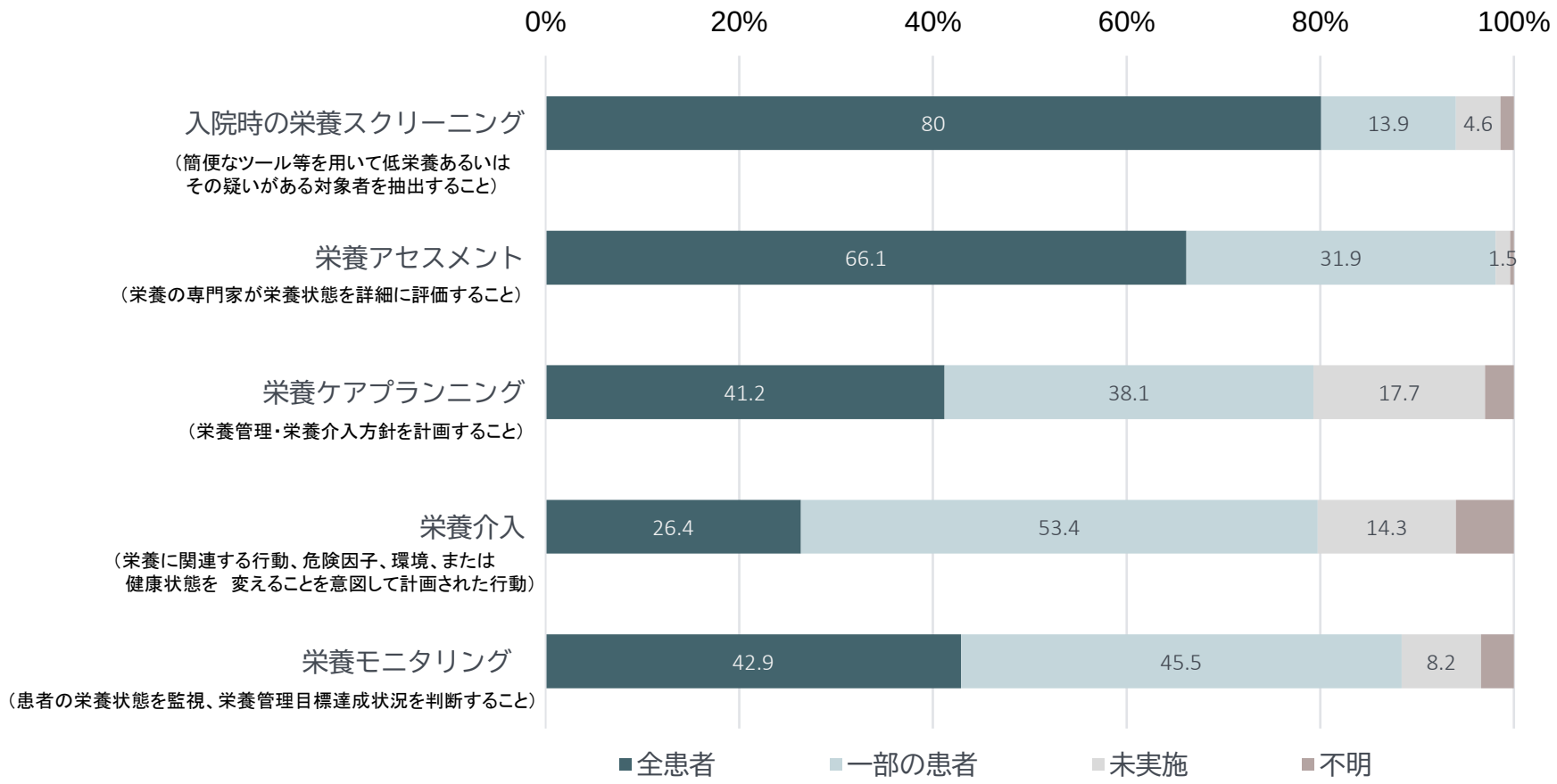


出典：Schuetz P, et al :Lancet 393 : 2312—2321, 2019.

入院患者の栄養管理体制に関する状況

○　入院時の栄養スクリーニングを全患者に実施していると回答した病院は、約8割。
○　栄養ケアプランニングや栄養介入、栄養モニタリングを未実施と回答した病院が、一定数存在した。

■　**入院患者の栄養管理に関するプロセスの実施対象　n=905**

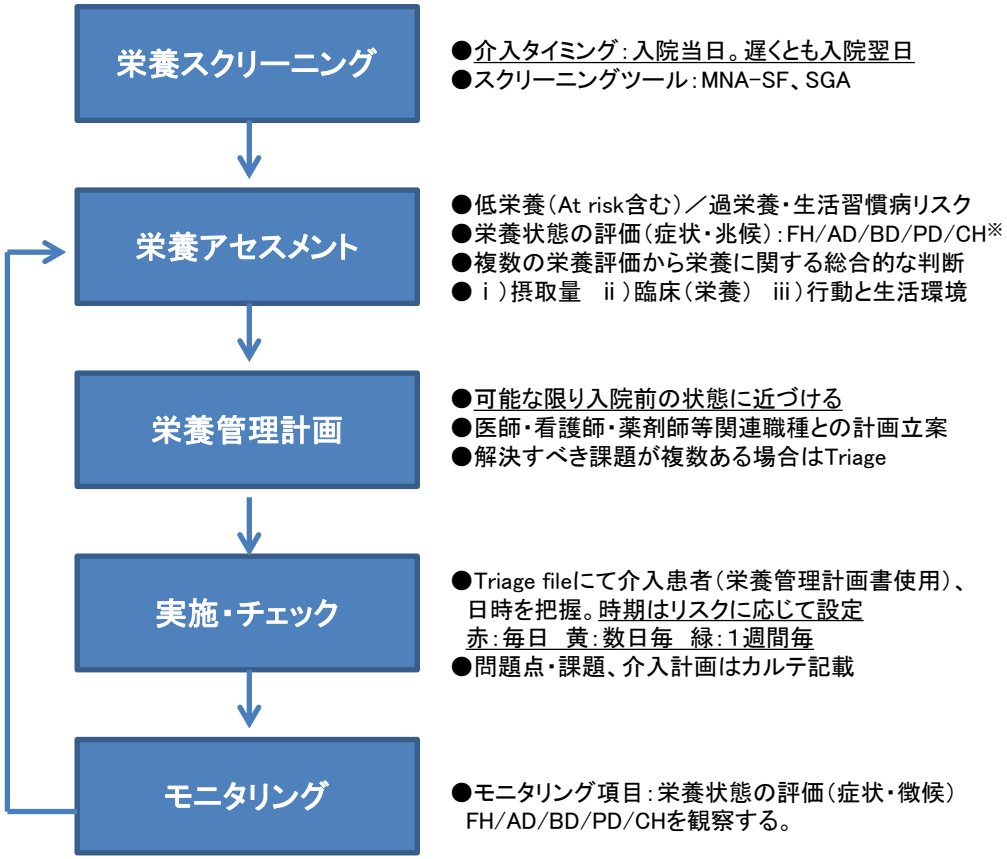


出典：前田ら，急性期病院の管理栄養士を対象とした入院患者の栄養管理に関するアンケート調査，日本栄養・嚥下理学療法学会シンポジウム資料（2023年9月）

退院後の生活を見据えた入院中の栄養管理の例

○　退院後の生活を見据えた栄養管理手順を作成し、栄養・食生活の課題に対する退院支援を併せて行っている例があり、退院前の栄養状態を評価し、多職種で共有することで、退院後速やかな支援が可能。

■栄養管理手順（一般病棟用）



※　FH：食・栄養に関した履歴、AD：身体計測、BD：臨床検査・生化学データ、PD：身体所見（栄養に関する）、CH個人履歴

■退院支援の例

【入院時】
本人や家族と面談し、退院後の食生活に関係する「独居・高齢者夫婦」「サポート体制困難・不安」などの情報を収集
＜サポート体制困難・不安の例＞
- 神経難病患者の調理担当者（家族）の心理的負担
- 適さない宅配食の選択による慢性心不全患者の症状悪化
- 家族の誤った知識による高齢者の栄養不良

【入院中】
栄養管理手順に基づく、**栄養アセスメントやモニタリングで、訪問栄養食事指導や退院後訪問の必要性が見込まれる患者は、医師、退院支援室等の多職種に共有**
↓
必要性がある場合は、入院中に本人や家族に、訪問栄養食事指導や退院後訪問について紹介
↓
重点的な栄養ケア・マネジメントにより、本人との信頼関係を構築し、退院後の食生活について、家族も含めた栄養食事指導を実施

【退院前カンファレンス】
退院前の栄養状態の評価を多職種で共有し、本人や家族へ入院中に栄養介入した内容、経過について管理栄養士から説明

【退院時・退院後】
医師の指示を受け、訪問日時を調整して、**退院後速やかに訪問栄養食事指導を実施**
訪問時の内容（生活状況）は、関係職種全員に共有

出典：社会医療法人財団慈泉会相澤病院提供資料を基に医療課にて作成

低栄養の世界的診断基準　ＧＬＩＭ基準

○ ESPEN（欧州臨床代謝学会）、A.S.P.E.N（アメリカ静脈経腸栄養学会）、PENSA（アジア静脈経腸栄養学会）、FELANPE（南米栄養治療・臨床栄養代謝学会）による議論を経て、2018年にGLIM※基準による栄養不良（低栄養）の定義が策定された。　※　Global Leadership Initiative on Malnutrition
○ 表現型（体重変化、BMI、筋肉量）と病因によって、診断される。

スクリーニング

既存のスクリーニングツール（NRS-2002,MNA-SF等）を使用

診断のためのアセスメント（GLIM基準）

● **表現型**
- 体重減少
  6か月以内で5%　6か月以上で10%
- 低BMI
  <20kg/m² 70歳未満　　アジア　<18.5kg/m² 70歳未満
  <22kg/m² 70歳以上　　<20kg/m² 70歳以上
- 筋肉量減少

● **病因（※）**
- 食事摂取量減少／吸収障害
- 疾病負荷／炎症

診断

表現型、病因のそれぞれが少なくとも1つあった場合に低栄養と診断

重症度診断

＜重症度判定＞

重症度	表現型		
	体重減少	低BMI	筋肉量減少
ステージ1 中等度の 低栄養	5～10%：過去6か月以内 10～20%：過去6か月以上	<20：70歳未満 <22：70歳以上 アジア <18.5：70歳未満 <20：70歳以上	軽度－中等度の減少
ステージ2 重度の 低栄養	＞10%：過去6か月以内 ＞20%：過去6か月以上	<18.5：70歳未満 <20：70歳以上 アジア 基準未設定	重大な減少

注）臨床現場で、筋肉量減少を測定し定義する最善の方法についてはコンセンサスなし。DXA、CT、BIAを推奨するが、機器が調達できない場合は、上腕筋周囲長や下腿周囲長など身体計測値での評価も可。

（※）　病因に基づく診断分類
慢性疾患で炎症を伴う低栄養
急性期疾患あるいは外傷による高度の炎症を伴う低栄養
炎症はわずか、あるいは認めない慢性疾患による低栄養
炎症はなく飢餓による低栄養（社会経済的や環境的要因による食糧不足に起因）
消化管狭窄、短腸症候群などによる摂取障害や吸収障害

出典：外科と代謝・栄養2022年56巻4号p.107-112及びClinical Nutrition 38 (2019) 1e9 を基に医療課にて作成

ＤＰＣデータ（様式１）における栄養関連項目

○　入院患者の栄養・摂食嚥下状態に関して、DPCデータ（様式1）において把握可能な主な項目は、以下のとおり。

■　患者プロファイル

- 身長（入院時のみ）
- 体重（入院時のみ）※回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料算定病棟のみ入棟時・退棟時
- 褥瘡の有無（入棟時・退棟時）　※療養病棟入院基本料届出病棟のみ・任意項目

■　要介護情報

- 低栄養の有無（様式1開始日時点・様式1終了日時点）

※　低栄養の状態とは、以下のいずれかに該当する状態をいう。
ア　様式1開始日又は様式1終了時を含む7日以内の日の血液検査において、 血中アルブミン値が3.0g/dl以下であるもの
イ　経口摂取ができない又は経口摂取のみで十分な栄養がとれないために、現に中心静脈栄養又は経鼻胃管・胃瘻等による経管栄養を実施しているもの

- 摂食・嚥下機能障害の有無（様式1開始日時点、様式1終了日時点）

※　摂食・嚥下機能障害の状態とは、以下のいずれかに該当する状態をいう。
ア　発達遅延、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食又は嚥下機能障害があるもの
イ　内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影等によって多角的に嚥下機能の低下が確認できるもの（明らかな誤嚥を認めるため又は認知機能の低下のため検査を安全に実施するとが困難である場合を含む。）

- 経管・経静脈栄養の状況（様式1開始日時点、様式1終了日時点）

※　経鼻胃管 、胃瘻・腸瘻、末梢静脈栄養、中心静脈栄養

栄養管理体制に係る課題と論点

（栄養管理体制について）

- 入院患者の栄養管理については、入院基本料等の通則として栄養管理体制の基準を示し、基本診療料において評価されるとともに、チーム医療や高度な栄養管理、栄養食事指導等については加算として、その取組が評価されている。
- 入院基本料及び特定入院料の算定に当たっては、栄養管理体制の基準として、
  - 医療機関に常勤の管理栄養士を1名以上配置
  - 管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他の医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順（栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、定期的な評価等）を作成
  - 入院時に患者の栄養状態を医師、看護師、管理栄養士が共同して確認し、特別な栄養管理の必要性の有無について入院診療計画書に記載
  - 特別な栄養管理が必要と医学的に判断される患者について、栄養状態の評価を行い、医師、管理栄養士、看護師その他の医療従事者が共同して、当該患者ごとの栄養状態、摂食機能及び食形態に考慮した栄養管理計画を作成
  - 当該患者について、栄養管理計画に基づいた栄養管理を行うとともに、栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて栄養管理計画を見直し

  等を行うこととなっている。
- 入院時の栄養スクリーニングと個別的な栄養管理による効果が報告されている一方で、入院時の栄養スクリーニングを全患者に実施していると回答した病院は、約８割に留まっていた。
- 退院後の生活を見据えた栄養管理手順を作成し、栄養・食生活の課題に対する退院支援を併せて行っている例があり、退院前の栄養状態を評価し、多職種で共有することで、退院後速やかな支援が可能である。
- また、近年、低栄養の世界的診断基準として、表現型（体重変化、BMI、筋肉量）と病因によるGLIM基準が示されている一方で、DPCデータ（様式1）で把握できる栄養状態の評価に関する項目は限られている。

【論点】

○　退院後の生活を見据え、入院患者の栄養管理体制の充実を図る観点から、標準的な低栄養の基準やDPCデータ等も活用しつつ、退院時も含めた定期的な栄養状態の評価を推進することについて、どのように考えるか。

中医協　総－３
５．１２．１５

入院（その８）

高齢者の救急患者等に対応する入院医療について

高齢者の救急患者等に対応する入院医療について

１．我が国の人口構成の変化と高齢者の救急患者等について

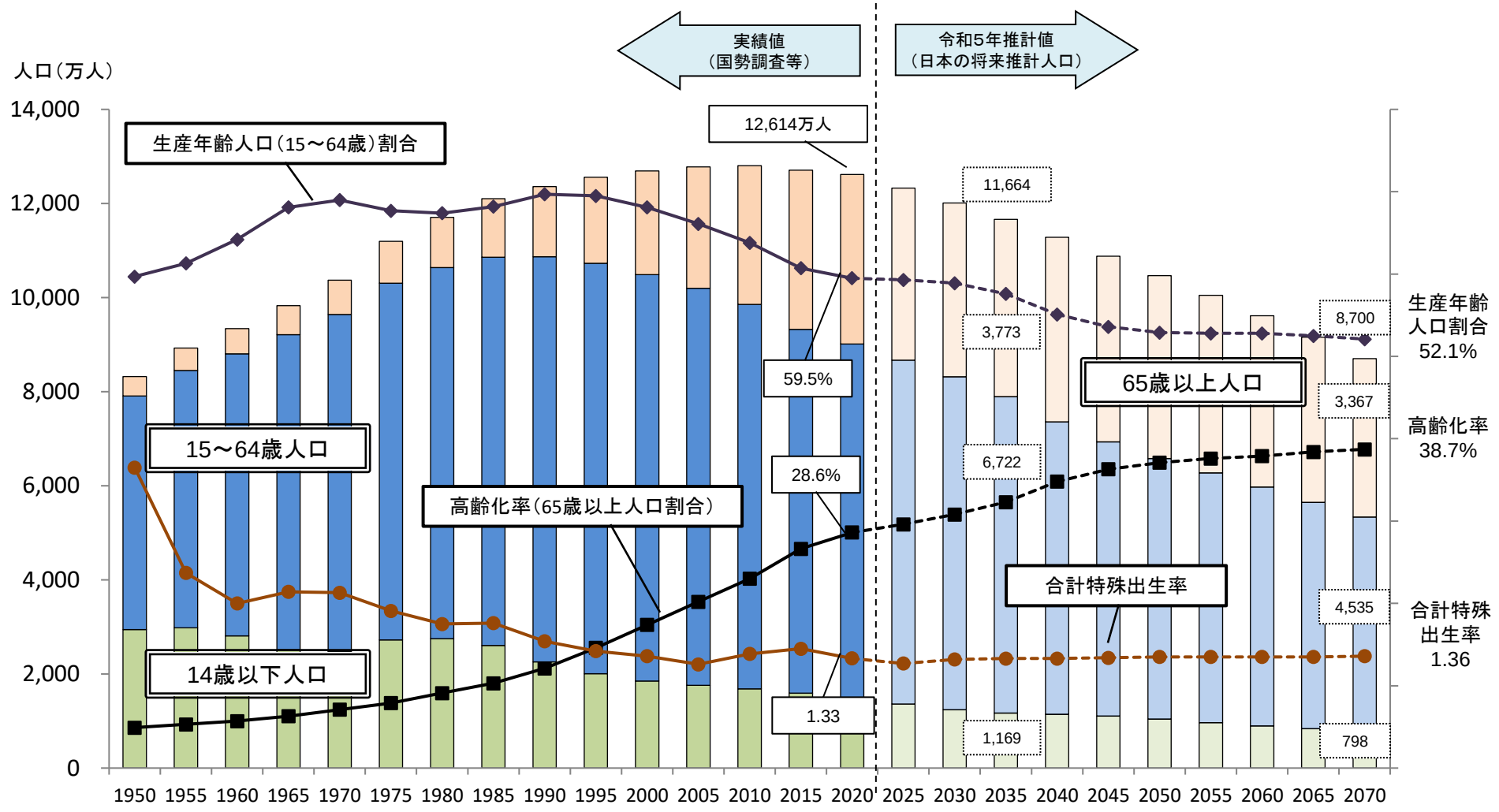
２．現状の入院医療における高齢者の救急患者等への対応について

３．高齢者の救急患者等に係る入院医療の評価等について

４．課題と論点

日本の人口の推移

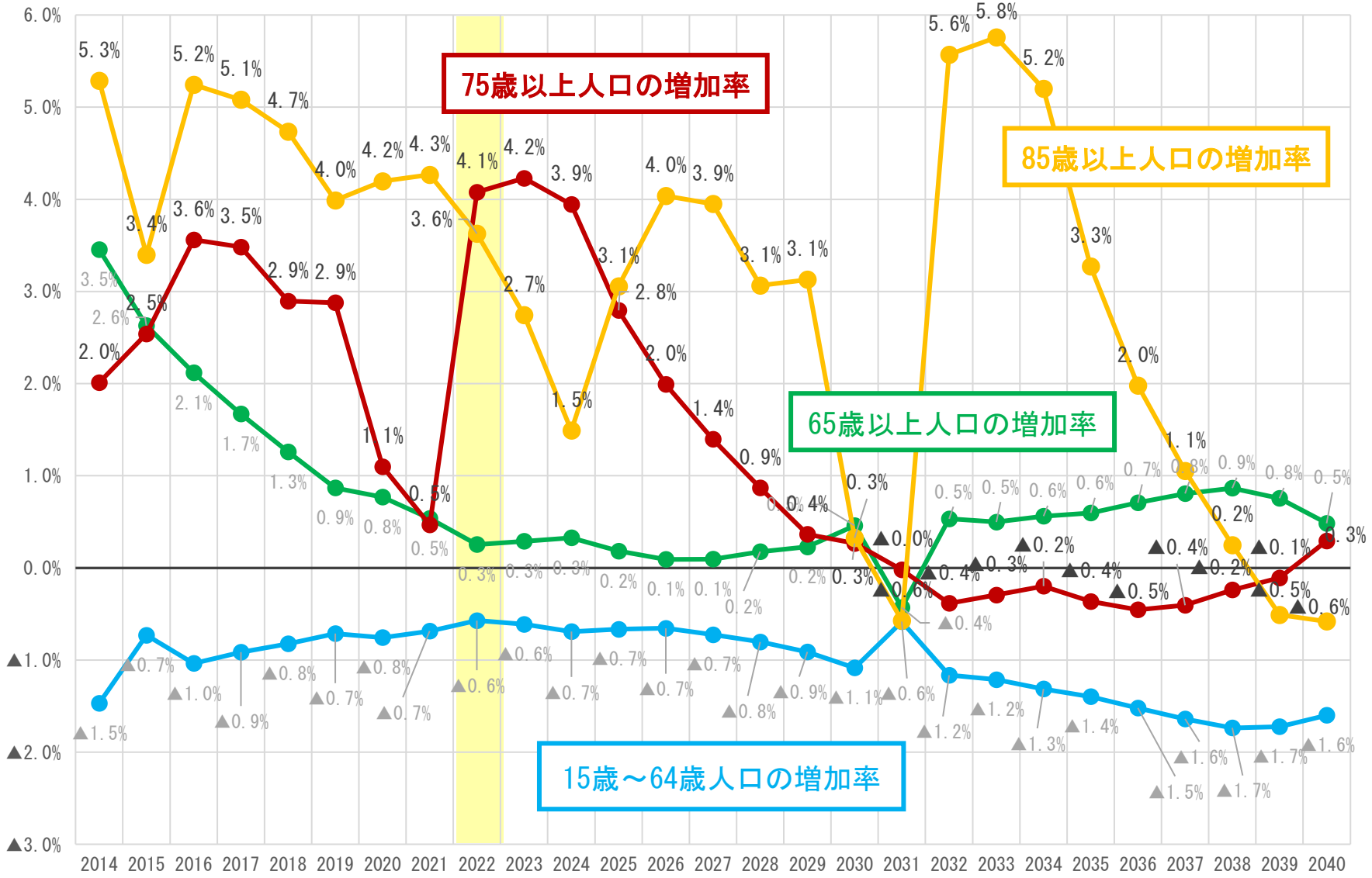
○　日本の人口は近年減少局面を迎えている。2070年には総人口が9,000 万人を割り込み、高齢化率は38%台の水準になると推計されている。



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

（参考）2040年までの年齢階層別の人口の増加率の推移

○2040年を展望すると、65歳以上人口の伸びは落ち着くが、2022年以降の3年間、一時的に75歳以上人口が急増。2030年代前半には、85歳以上人口の増加率が上昇。一方、生産年齢人口は一貫して減少。

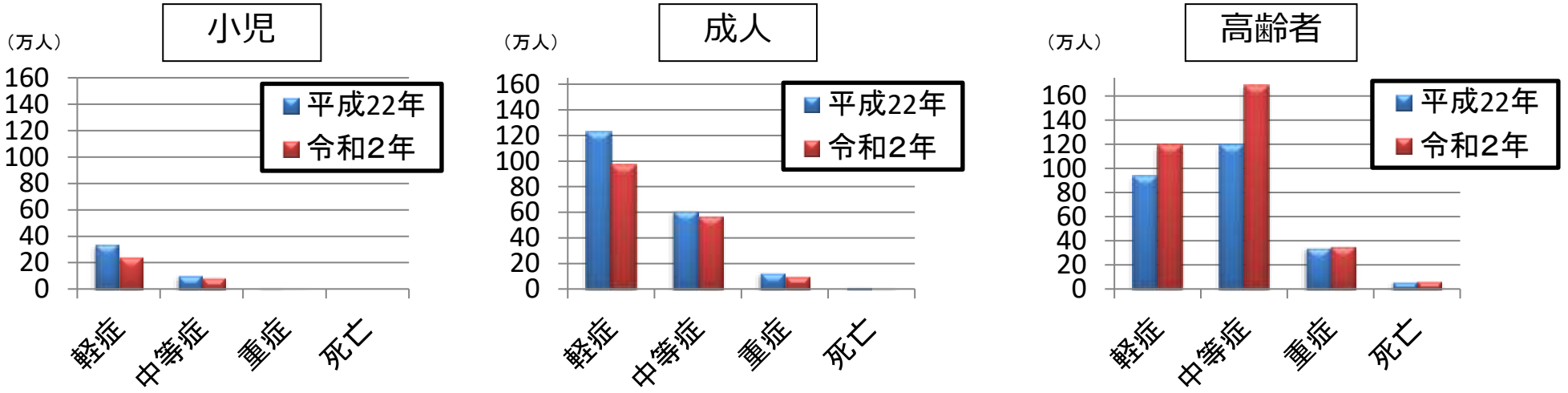


（出所）　国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（出生中位・死亡中位）」

10年前と現在の救急搬送人員の比較（年齢・重症度別）

第１１回第８次医療計画等に関する検討会
令和４年７月２７日
資料1

○ 高齢者の人口増加に伴い、高齢者の救急搬送人員が増加し、中でも軽症・中等症が増加している。



平成２２年中

	小児	成人	高齢者
死亡	0.09万人	1.6万人	5.9万人
重症	1.1万人	12.7万人	34.0万人
中等症	10.2万人	61.2万人	119.8万人
軽症	34.1万人	122.8万人	93.9万人
総人口	2049.6万人	7807.7万人	2948.4万人

傷病程度とは、救急隊が傷病者を医療機関に搬送し、**初診時における医師の診断**に基づき、分類する。

死亡：初診時において死亡が確認されたもの
重症（長期入院）：傷病程度が3週間の入院加療を必要とするもの
中等症（入院診療）：傷病程度が重症または軽症以外のもの
軽症（外来診療）：傷病程度が入院加療を必要としないもの

「救急・救助の現況」（総務省消防庁）のデータをもとに分析したもの

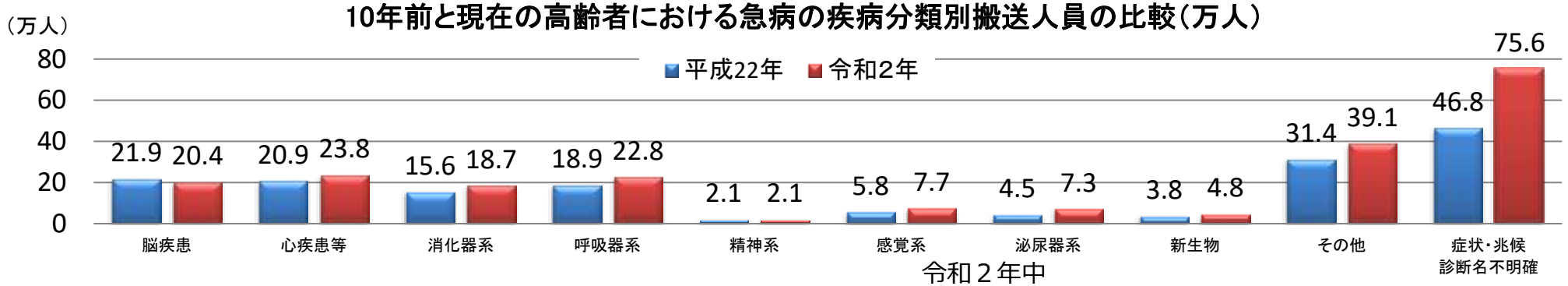
令和２年中

	小児（18歳未満）	成人（18歳～64歳）	高齢者（65歳以上）
死亡	0．06万人 0．03万人減 ▲33%	1．2万人 0．4万人減 ▲25%	6．5万人 0．6万人増 10%
重症	0．7万人 0．4万人減 ▲36%	9．7万人 3．0万人減 ▲24%	35．3万人 1．3万人増 4%
中等症	8．8万人 1．4万人減 ▲14%	57．0万人 4．2万人減 ▲7%	168．5万人 48．7万人増 41%
軽傷	24．4万人 10．3万人減 ▲30%	97．4万人 25．4万人減 ▲21%	119．4万人 25．5万人増 27%
総人口	1835.9万人 213.7万人減 ▲10%	7176.0万人 631.7万人減 ▲8%	3602.7万人 654.3万人 22%

10年前と現在の救急自動車による急病の疾病分類別搬送人員の比較

○ 急病のうち、高齢者の「脳卒中」「精神系」を除いた疾患と、成人の「症状・徴候・診断名不明確」が増加している。

10年前と現在の高齢者における急病の疾病分類別搬送人員の比較（万人）



平成２２年中

	小児	成人	高齢者
脳疾患	0.6万人	8.2万人	21.9万人
心疾患等	0.1万人	7.0万人	20.9万人
消化器系	1.6万人	15.2万人	15.6万人
呼吸器系	2.5万人	6.3万人	18.9万人
精神系	0.5万人	9.9万人	2.1万人
感覚系	1.8万人	6.2万人	5.8万人
泌尿器系	0.1万人	5.7万人	4.5万人
新生物	0.01万人	1.4万人	3.8万人
その他	5.0万人	23.1万人	31.4万人
症状・徴候 診断名不明確	9.9万人	30.8万人	46.8万人
総人口	2049.6万人	7807.7万人	2948.4万人

令和２年中

	小児	成人	高齢者
脳疾患	0.3万人 （0.3万人減）	5.7万人 （2.5万人減）	20.4万人 （1.5万人減）
心疾患等	0.1万人	5.9万人 （1.1万人減）	23.8万人 （2.9万人増）
消化器系	1.0万人 （0.6万人減）	11.3万人 （3.9万人減）	18.7万人 （3.1万人増）
呼吸器系	1.5万人 （1.0万人減）	5.5万人 （0.8万人減）	22.8万人 （3.9万人増）
精神系	0.4万人 （0.1万人減）	7.2万人 （2.7万人減）	2.1万人
感覚系	1.3万人 （0.5万人減）	6.0万人 （0.2万人減）	7.7万人 （1.9万人増）
泌尿器系	0.1万人	5.8万人 （0.1万人減）	7.3万人 （2.8万人増）
新生物	0.01万人	1.2万人 （0.2万人減）	4.8万人 （1.0万人増）
その他	3.7万人 （1.3万人減）	19.5万人 （3.6万人減）	39.2万人 （7.8万人増）
症状・徴候 診断名不明確	8.7万人 （1.2万人減）	37.8万人 （7.0万人増）	75.6万人 （28.8万人増）
総人口	1835.9万人 （213.7万人減）	7176.0万人 （631.7万人減）	3602.7万人 （654.3万人増）

（出典）救急・救助の現況（総務省消防庁）のデータをもとに分析したもの

同時報酬改定に向けた意見交換会における主な御意見

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、介護保険施設の医師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。

これまでの中医協総会等における高齢者の急性期医療に係る主な意見

＜中医協総会（令和５年７月５日　入院について（その１））＞

（総論・急性期/高度急性期入院医療）

○ 誤嚥性肺炎や尿路感染症の入院治療については、対応可能な地域包括ケア病棟におけるより一層の対応が必要ではないか。ただし、地域包括ケア病棟は、看護配置が13対１であること等から、対応できる救急医療には限界があることも認識すべき。

○ 全ての団塊の世代が後期高齢者になる2025年に向けて、病床の機能分化・連携を進める観点から地域医療構想が推進されてきており、高齢化が進む中で、急性期一般入院料の算定に占める高齢者の割合は増加傾向にあり、急性期医療が高度かつ集中的な医療を必要とする患者への対応に重点化されるよう、機能分化による効率的な医療をさらに評価すべき。

○ 急性期一般入院料においても65歳以上の患者が相当数を占めており、また、要介護の患者やＡＤＬの低い患者がそれなりに入っている一方で、リハビリ専門職は回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟に多く配置されているため、救急医療機関からの必要な下り搬送を推進するとともに、急性期の高齢者を早期のリハビリが可能な地域包括ケア病棟等で受け止めることが望ましい。

○ 高齢者等の救急搬送を効率的に受け止めるためには、医療機関同士、医療機関と高齢者施設等の連携とともに、救急隊のトリアージによる適切な搬送先の選択が重要。

＜入院・外来医療等の調査・評価分科会（検討結果とりまとめ）＞

Ⅱ．検討結果の概要

１．一般病棟入院基本料について

（３）その他

○ 急性期医療における機能分化の在り方については、地域包括ケア病棟など13対１の看護配置を施設基準とする病棟が現状では高齢者の救急搬送を十分に受け入れることが難しい場合があることを踏まえつつ、どのような病棟による急性期の高齢者等の受入を推進すべきかについて検討した上で、地域一般病棟や地域包括ケア病棟など急性期一般入院料１以外の病棟のうち高齢者救急への対応や高齢者のケアに必要な体制を備えた病棟を類型化して評価することが必要ではないかとの指摘があった。

高齢者の救急患者等に対応する入院医療について

１．我が国の人口構成の変化と高齢者等の救急患者について

２．現状の入院医療における高齢者の救急患者への対応について

　①　高齢者の救急患者等の受け入れについて

　②　リハビリテーション・栄養・口腔について

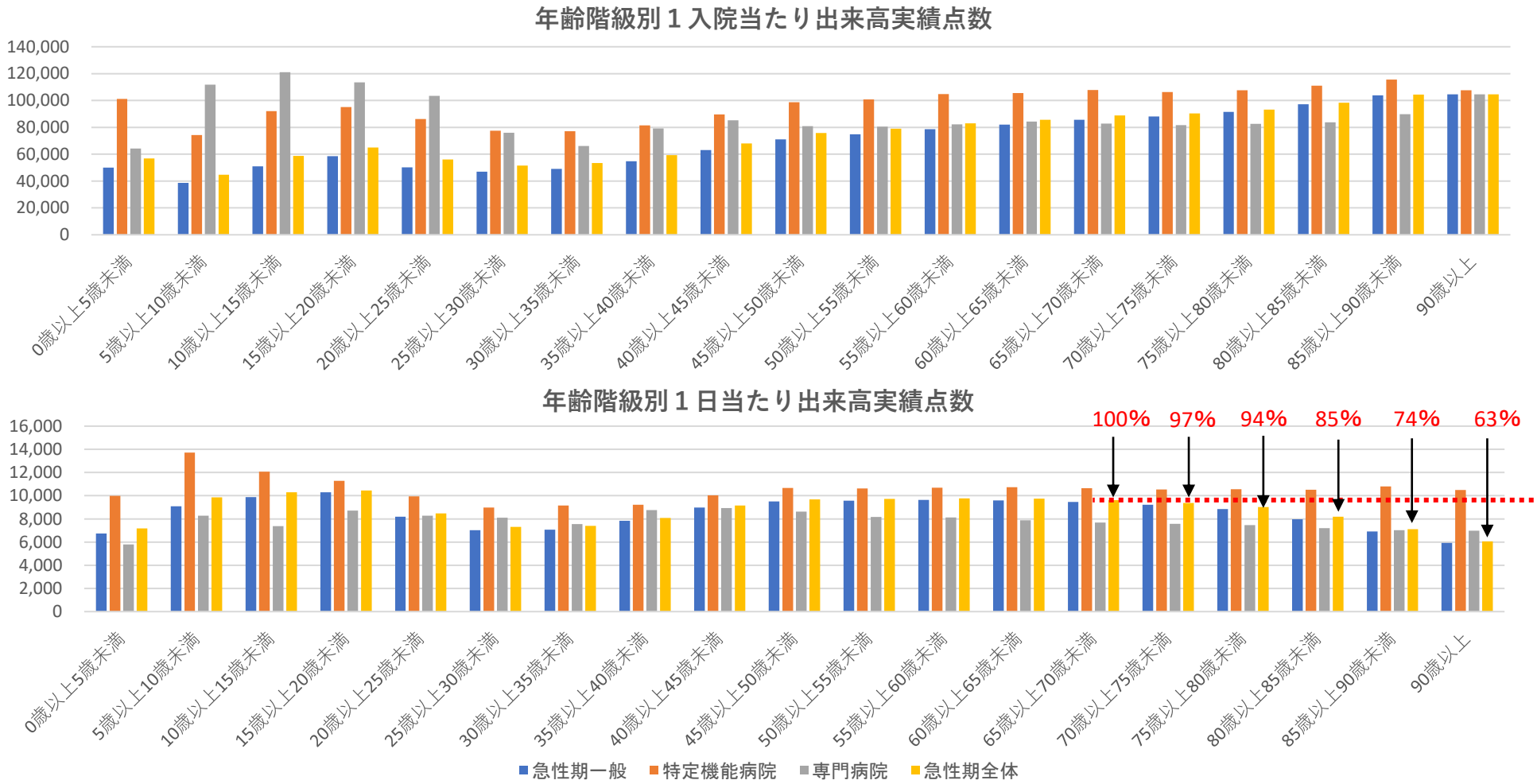
　③　入退院支援及び在宅復帰等について

３．高齢者の救急患者等に係る入院医療の評価等について

４．課題と論点

急性期病床における年齢階級別の出来高実績点数

○　急性期一般入院基本料等（※）に該当する病床における年齢階級（５歳階級）別の出来高実績点数は以下のとおり。
○　65歳以上の高齢者において、年齢が高いほど１入院当たり出来高実績点数が高い一方、１日当たり出来高実績点数は低い傾向にある。



出典：令和4年度DPCデータ　※急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、専門病院入院基本料（7対1、10対1の場合に限る。）

高齢者に多い疾患における入院料間の医療資源投入量の比較①

○ 75歳以上の患者に多い疾患のうち一部は、急性期一般入院料1を算定する場合と地域一般入院料を算定する場合とで、医療資源投入量について大きな差がみられなかった。（全体の平均が2.4倍であるところ、例えば「食物及び吐物による肺臓炎」は1.2倍、「尿路感染症，部位不明」は1.4倍にとどまる。）

75歳以上の患者に多い疾患※1における75歳以上の患者が急性期一般入院料1を算定する場合の医療資源投入量※2及び地域一般入院料1－2を算定する場合の医療資源投入量の比

傷病名	1日当たり医療資源投入量				75歳以上で多い疾患順位	75歳以上症例に占める割合
	急1における1日平均（点）	急1/地1-2の比	急2-6/地1-2の比	急1/急2-6の比		
（全疾患・全年齢）	3,448	2.41	1.43	1.69	-	-
全疾患・75歳以上	2,762	2.33	1.34	1.73	-	100.0%
コロナウイルス感染症２０１９，ウイルスが同定されたもの	2,334	1.12	0.90	1.25	1	3.9%
食物及び吐物による肺臓炎	1,026	1.24	1.02	1.21	2	3.3%
脳動脈の血栓症による脳梗塞	1,208	1.33	1.06	1.26	14	1.2%
筋の消耗及び萎縮，他に分類されないもの　部位不明	674	1.34	1.08	1.24	35	0.6%
肺炎，詳細不明	1,160	1.36	1.08	1.26	10	1.5%
体液量減少（症）	868	1.38	1.09	1.26	15	1.1%
細菌性肺炎，詳細不明	1,177	1.40	1.13	1.24	23	0.8%
尿路感染症，部位不明	957	1.40	1.12	1.26	8	1.5%
大腸＜結腸＞のポリープ	3,223	1.42	1.05	1.35	5	1.8%
慢性腎臓病，ステージ５	2,320	1.45	1.13	1.28	17	1.0%
急性尿細管間質性腎炎	1,023	1.48	1.14	1.30	19	0.9%
その他の原発性膝関節症	5,327	1.52	1.31	1.16	22	0.8%
転子貫通骨折　閉鎖性	2,886	1.66	1.30	1.27	7	1.6%
大腿骨頚部骨折　閉鎖性	3,850	1.68	1.33	1.26	6	1.6%
穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	1,695	1.70	1.18	1.44	26	0.8%
その他の脳梗塞	1,091	1.75	1.41	1.24	36	0.5%
結腸の悪性新生物＜腫瘍＞，Ｓ状結腸	3,529	1.83	1.36	1.34	38	0.5%
脊柱管狭窄（症）　腰部	4,845	1.86	1.37	1.36	18	1.0%
うっ血性心不全	1,447	1.87	1.19	1.57	3	3.1%
心不全，詳細不明	1,420	1.95	1.17	1.67	27	0.7%
脳動脈の塞栓症による脳梗塞	1,486	2.12	1.57	1.35	21	0.9%
前立腺の悪性新生物＜腫瘍＞	3,379	2.17	1.25	1.74	12	1.3%
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	1,987	2.22	1.55	1.44	30	0.6%
直腸の悪性新生物＜腫瘍＞	3,508	2.42	1.89	1.28	29	0.6%
胆管炎	2,175	2.60	1.61	1.61	34	0.6%
腰椎骨折　閉鎖性	1,754	2.63	1.59	1.66	11	1.3%
結腸の悪性新生物＜腫瘍＞，上行結腸	3,631	2.67	2.00	1.33	37	0.5%
胆管炎を伴う胆管結石	3,140	2.73	1.90	1.44	28	0.7%
一側性又は患側不明のそけい＜鼠径＞ヘルニア，閉塞及びえ＜壊＞疽を伴わないもの	5,888	2.81	2.08	1.36	24	0.8%
胆管炎及び胆のう＜嚢＞炎を伴わない胆管結石	3,832	2.88	1.95	1.47	33	0.6%
胸椎骨折　閉鎖性	2,037	3.02	1.62	1.86	31	0.6%
気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞，下葉，気管支又は肺	3,145	3.33	2.18	1.53	20	0.9%
気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞，上葉，気管支又は肺	3,317	3.67	2.46	1.49	16	1.1%
膵の悪性新生物＜腫瘍＞，膵頭部	2,624	3.80	2.34	1.62	39	0.5%
肝及び肝内胆管の悪性新生物＜腫瘍＞，肝細胞癌	3,577	5.26	2.93	1.80	25	0.8%

※1　入院初日にDPC算定病床又は地域包括ケア病棟に入院する75歳以上の患者の傷病のうち0.5%以上を占める39傷病のうち、地域一般入院料1－2を算定している症例が50例未満である疾患（老人性初発白内障、老人性核白内障、その他の型の狭心症、胃の悪性新生物＜腫瘍＞，胃体部）を除いたもの。

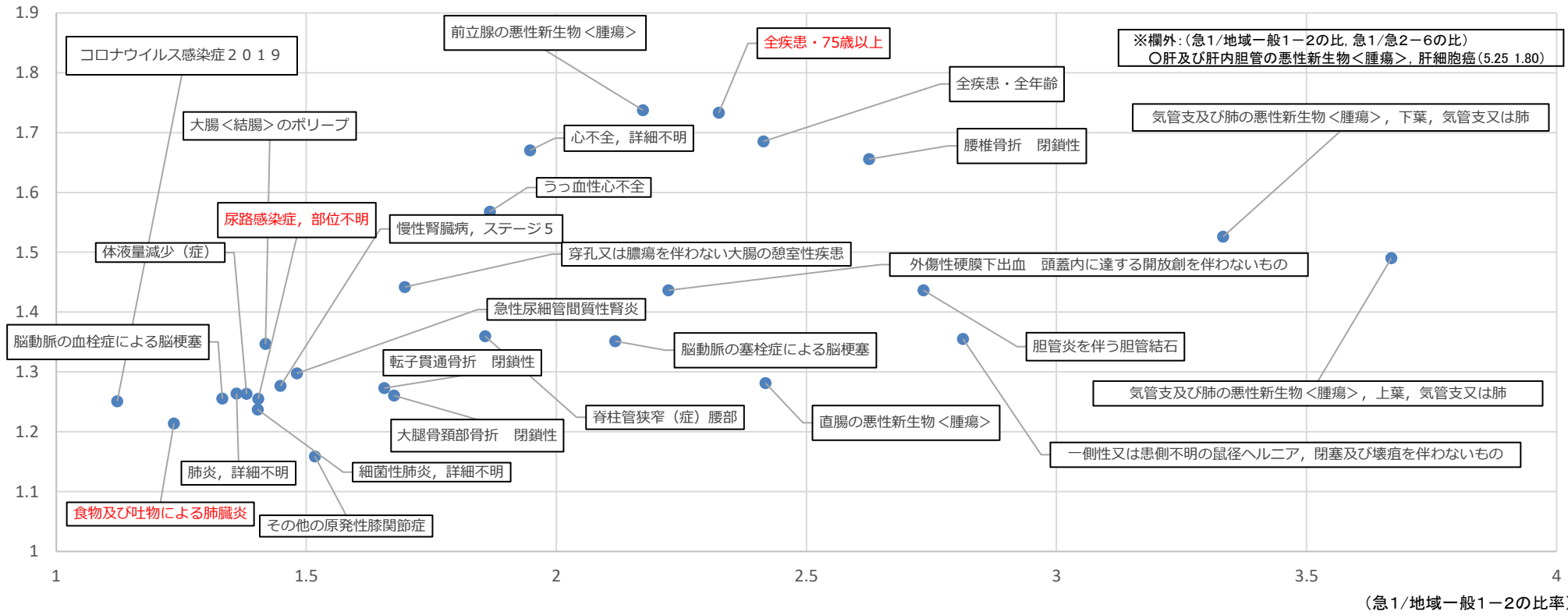
※2　一日平均出来高換算点数から、A（入院料）及びH（リハビリテーション）を除いたもの。

出典：DPCデータ（令和4年1月～12月）

高齢者に多い疾患における入院料間の医療資源投入量の比較②

○　75歳以上の「食物及び吐物による肺臓炎」、「尿路感染症、部位不明」等に対する医療資源投入量は、急性期一般入院料1と、急性期一般入院料2－6又は地域一般入院料1－2とで大きく変わらなかった。

75歳以上の患者に多い疾患※1における急性期一般入院料1を算定する場合の医療資源投入量※2及び急性期一般入院料2－6又は地域一般入院料1－2を算定する場合の医療資源投入量の比



※1　入院初日にDPC算定病床又は地域包括ケア病棟に入院する75歳以上の患者の傷病のうち0.5%以上を占める39傷病のうち、地域一般入院料1－2を算定している症例が50例未満である疾患（老人性初発白内障、老人性核白内障、その他の型の狭心症、胃の悪性新生物＜腫瘍＞，胃体部）を除いたもの。

※2　一日平均出来高換算点数から、A（入院料）及びH（リハビリテーション）を除いたもの。

出典：DPCデータ（令和4年1月～12月）

高齢者に多い疾患における救急搬送により入院される患者の入院先の割合

○ 高齢者に多い疾患のうち救急搬送により入院する割合が高いものについては、誤嚥性肺炎や尿路感染症を含め、急性期一般入院料１や治療室に入院する割合が高い。

一般病棟等の75歳以上の患者に多い疾患※1における75歳以上の患者が救急搬送により一般病棟又は地域包括ケア病棟等に入院する際の入院先

				救急搬送により入院する症例における入院先の病棟							
		入院する症例数	入院する症例のうち救急搬送により入院する割合	① 急性期一般入院料1 （353,143床）	② 急性期一般入院料2－3 （15,941床）	③ 急性期一般入院料4－6 （135,739床）	④ 地域一般入院料1－2 （19,121床）	⑤ 地域一般入院料3 （29,777床）	⑥ 特定機能病院又は治療室等※2 （113,549床）	⑦ 地域包括ケア病棟 （98,546床）	⑧ ①又は⑥
	（全疾患）	3,747,776	26.3%	56.9%	2.4%	15.6%	1.2%	0.4%	20.8%	2.6%	77.7%
1	コロナウイルス感染症２０１９，ウイルスが同定されたもの	151,255	41.4%	61.1%	2.3%	14.0%	5.7%	0.4%	15.5%	1.0%	76.6%
2	食物及び吐物による肺臓炎	122,306	54.9%	64.4%	2.6%	15.9%	0.8%	0.2%	13.5%	2.6%	77.9%
3	うっ血性心不全	117,285	40.1%	54.0%	1.8%	10.2%	0.3%	0.1%	32.4%	1.1%	86.4%
4	大腿骨頚部骨折　閉鎖性	60,294	52.2%	66.8%	3.4%	22.5%	1.6%	0.6%	3.8%	1.2%	70.6%
5	転子貫通骨折　閉鎖性	59,063	58.7%	67.7%	3.9%	22.0%	1.2%	0.5%	3.4%	1.3%	71.1%
6	尿路感染症，部位不明	55,269	45.1%	65.5%	2.7%	19.0%	0.9%	0.3%	7.7%	3.8%	73.2%
7	肺炎，詳細不明	53,825	39.4%	49.9%	2.5%	29.6%	2.2%	0.9%	10.4%	4.5%	60.3%
8	腰椎骨折　閉鎖性	43,427	37.2%	51.8%	3.5%	29.0%	2.2%	0.9%	2.3%	10.3%	54.1%
9	脳動脈の血栓症による脳梗塞	46,028	53.4%	52.3%	1.8%	9.4%	0.2%	0.1%	35.9%	0.3%	88.2%
10	体液量減少（症）	36,097	34.7%	45.2%	3.2%	34.6%	2.7%	1.1%	3.4%	9.6%	48.6%
11	急性尿細管間質性腎炎	35,788	45.0%	71.5%	2.6%	13.9%	0.4%	0.1%	9.1%	2.3%	80.6%
12	脳動脈の塞栓症による脳梗塞	35,357	67.9%	39.5%	1.4%	6.8%	0.1%	0.0%	51.9%	0.3%	91.4%
13	細菌性肺炎，詳細不明	30,083	47.1%	67.4%	2.6%	12.8%	0.5%	0.1%	14.9%	1.7%	82.3%
14	穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	29,001	26.0%	74.2%	1.9%	8.8%	0.4%	0.1%	13.8%	0.8%	88.0%
15	胆管炎を伴う胆管結石	28,134	37.1%	75.7%	2.1%	7.2%	0.2%	0.0%	14.3%	0.4%	90.1%
16	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	24,792	53.4%	52.0%	2.3%	8.5%	0.2%	0.0%	36.6%	0.4%	88.6%
17	胸椎骨折　閉鎖性	20,393	37.2%	51.8%	3.5%	28.2%	2.2%	1.0%	3.6%	9.7%	55.4%
18	胆管炎	23,842	33.5%	68.2%	1.9%	12.7%	0.3%	0.2%	15.3%	1.3%	83.5%
19	その他の脳梗塞	21,057	45.9%	55.0%	1.8%	12.2%	0.3%	0.2%	29.7%	0.8%	84.8%
20	（大脳）半球の脳内出血，皮質下	17,788	73.2%	34.9%	1.2%	6.6%	0.1%	0.1%	57.0%	0.1%	91.9%
21	肺線維症を伴うその他の間質性肺疾患	17,451	31.6%	63.7%	1.9%	9.6%	0.2%	0.0%	23.7%	1.0%	87.3%
22	心停止，詳細不明	17,594	93.7%	38.7%	1.5%	9.1%	0.4%	0.1%	50.0%	0.1%	88.7%
23	急性胆のう＜嚢＞炎	16,905	37.0%	65.5%	2.4%	13.8%	0.6%	0.2%	16.1%	1.4%	81.6%
24	（四）肢のその他の部位の蜂巣炎＜蜂窩織炎＞	15,462	31.3%	71.3%	2.5%	15.0%	0.4%	0.3%	7.6%	2.9%	78.9%
25	敗血症，詳細不明	16,639	69.9%	47.4%	1.4%	7.4%	0.2%	0.1%	42.9%	0.7%	90.3%

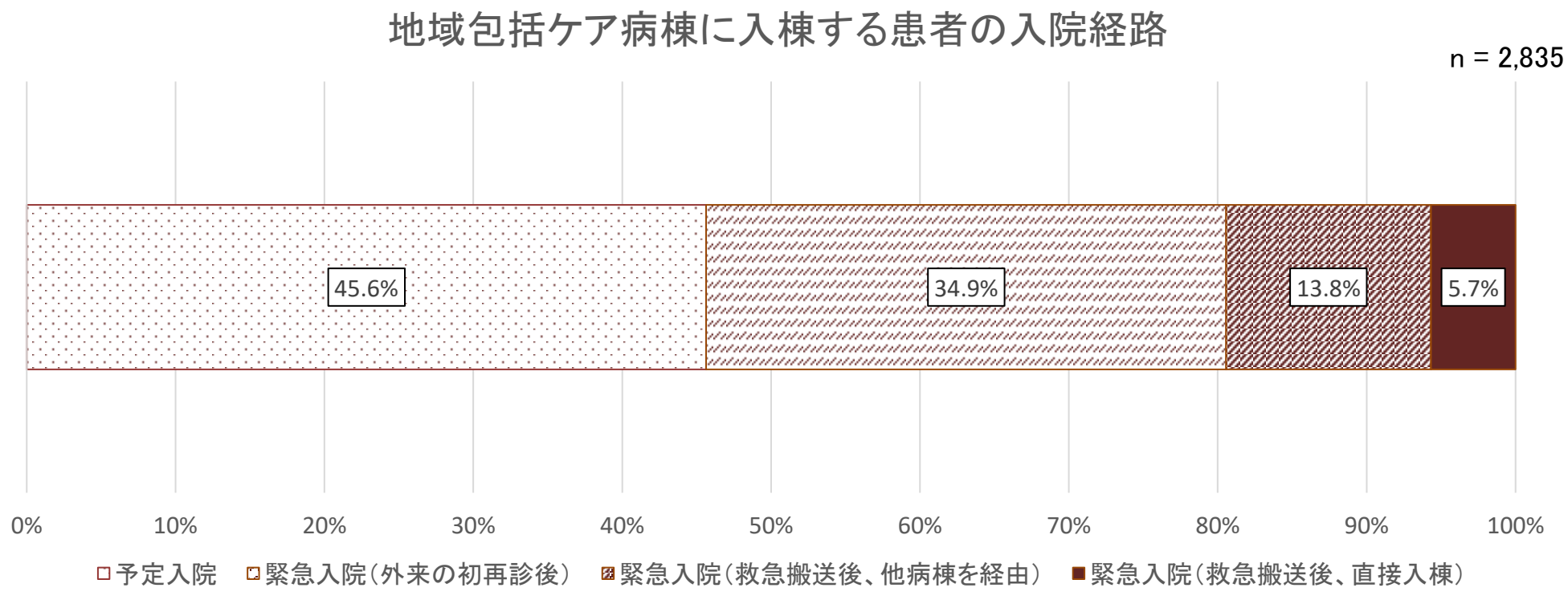
※1　入院初日にDPC算定病床※2又は地域包括ケア病棟に入院する75歳以上の入院患者について件数の多い医療資源病名上位50のうち救急搬送により入院する割合が25%以上のもの。
※2　一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般）、専門病院入院基本料（7対1、10対1、13対1）、救命救急入院料・特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、一類感染症患者入院医療管理料、小児入院医療管理料及び短期滞在手術等基本料3を算定する病床
※3　病床数は令和4年7月1日時点

出典：DPCデータ（令和4年1月～12月）

地域包括ケア病棟に入棟した患者の入棟経路

診調組　入－１
５．７．６

○　地域包括ケア病棟に入棟している患者のうち、救急搬送により入院した患者は19.5%、救急搬送後、他の病棟を経由せずに地域包括ケア病棟に直接入棟した患者は5.7%であった。



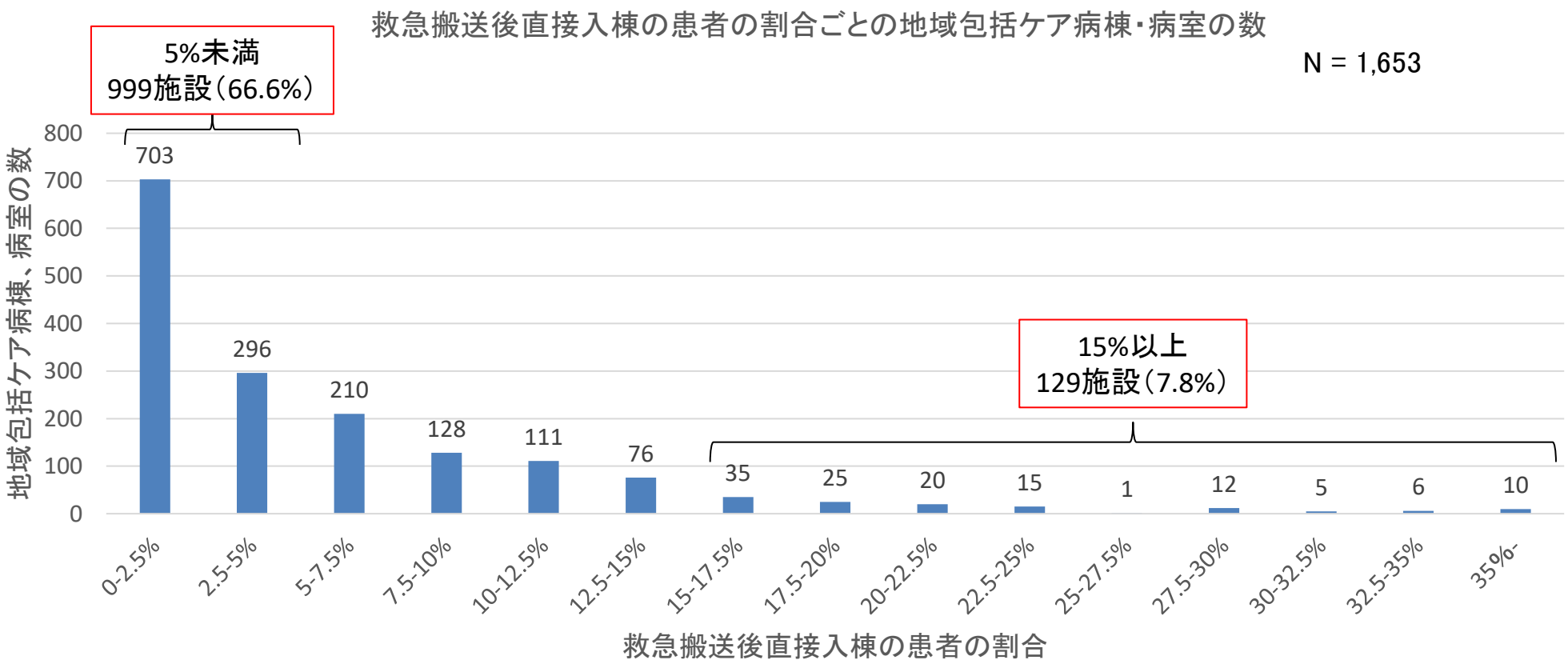
※入院患者票にて入院年月日と入棟年月日が同一の患者を直接入棟したと扱う。

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（入院患者票）

地域包括ケア病棟、ＤＰＣデータ解析③
病棟・病室ごとの救急搬送後直接入棟の患者の割合

診調組　入－１
５．８．１０

○　救急搬送後直接入棟の患者の割合は、地域包括ケア病棟において、多くの病棟・病室で５%未満であったが、129施設（7.8%）は15%以上であった。



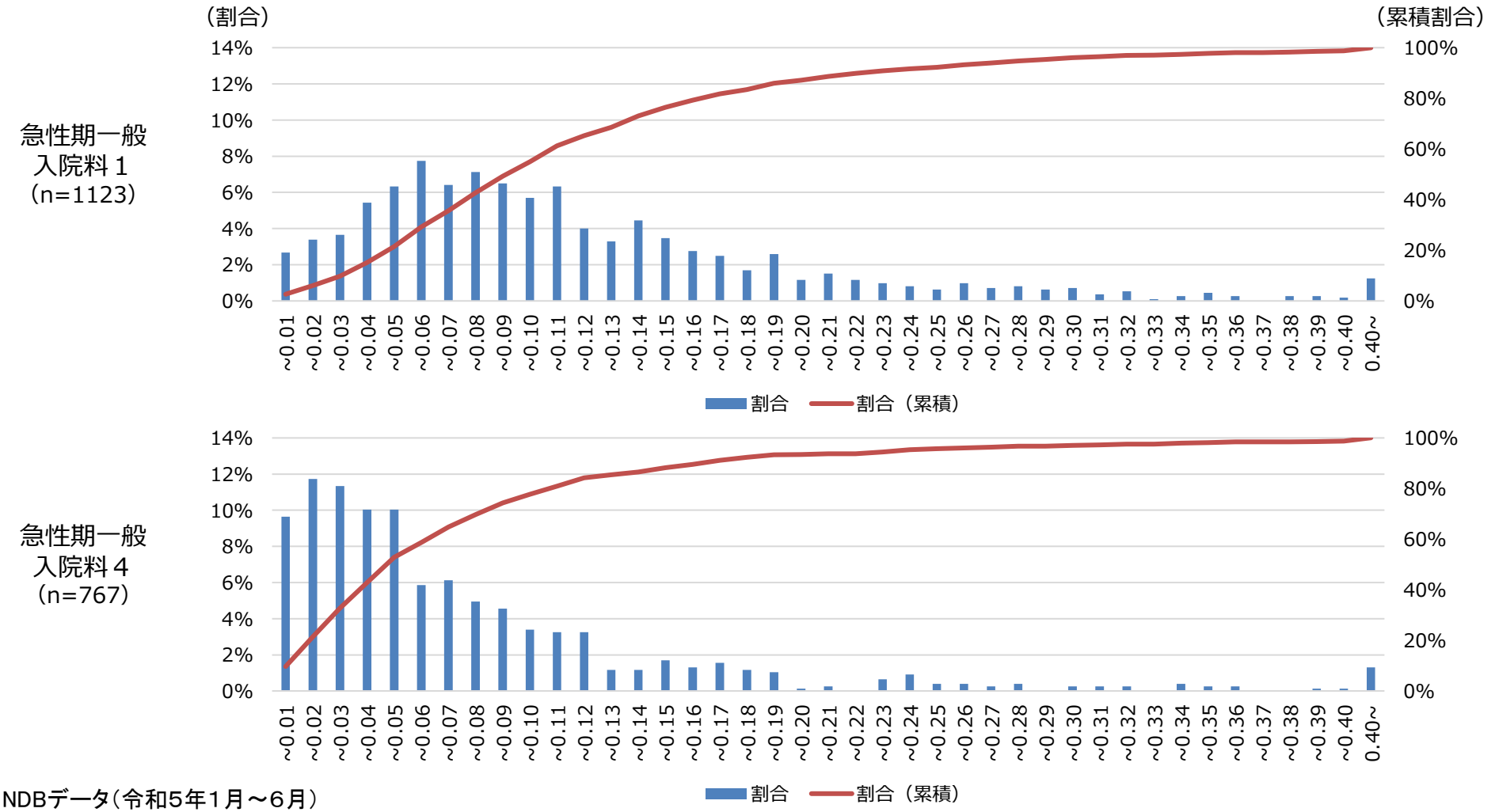
DPCデータ解析における定義
①算定患者全て－1日でも地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者
②緊急入院後－①のうち、緊急入院である患者
③救急搬送後、直接入棟－救急車による搬送により入院した患者で、入院初日から地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者

出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

一般病棟に入院する患者における夜間休日救急搬送医学管理料の算定状況

○ 夜間休日救急搬送医学管理料を算定する医療機関ごとの一般病棟に入院する患者における算定回数（病床数当たり）は、急性期一般入院料１では約半数が0.09以上であり、急性期一般入院料４では約半数以上が0.05以上だった。

夜間休日救急搬送医学管理料を算定する医療機関の一般病棟に入院する患者における夜間休日救急搬送医学管理料の算定回数（一般病棟の病床数当たり）



出典：NDBデータ（令和5年1月～6月）

高齢者の救急患者等に対応する入院医療について

１．我が国の人口構成の変化と高齢者の救急患者等について

２．現状の入院医療における高齢者の救急患者等への対応について

① 高齢者の救急患者等の受け入れについて

② リハビリテーション・栄養・口腔について

③ 入退院支援及び在宅復帰等について

３．高齢者の救急患者等に係る入院医療の評価等について

４．課題と論点

安静臥床の弊害について

○　安静臥床は、筋力低下をはじめとして、全身へ悪影響をもたらす。

安静臥床が及ぼす全身への影響

1. 筋骨格系
- 1）筋量減少、筋力低下
- 2）骨密度減少
- 3）関節拘縮

2. 循環器系
- 1）循環血液量の低下
- 2）最大酸素摂取量低下
- 3）静脈血栓

3. 呼吸器系
- 1）肺活量低下
- 2）咳嗽力低下

4. 消化器系
- 1）便秘等

5. 泌尿器系
- 1）尿路結石等

6. 精神神経系
- 1）せん妄等

出典：佐藤和香　Jpn J Rehabil Med.2019: 56::842−847.

○　ギプス固定で１日で1-4%、３～５週間で約50%の筋力低下が生じる。
出典：Müller EA. Arch Phys Med Rehabil 1970; 51: 339-462

○　疾病保有者では10日間の安静で17.7%の筋肉量減少を認める。
出典：Puthucheary ZA, et al. JAMA 2013; 310(15):1591-600.

○　3週間の安静臥床により骨盤の骨密度は7.3%低下する。
出典：長町顕弘他. 中部日本整形外科災害外科学会雑誌2004; 47: 105-106.

○　長期臥床により、呼吸機能の低下が生じ、肺炎に罹患しやすく、治りにくい悪循環に陥る。
出典：佐々木信幸.Jpn J Rehabil Med 2022; 59(8): 817-824.

○　高齢者に対する入院中の安静臥床や低活動は、ADLの低下や、新規施設入所に関連する。
出典：Brown CJ, et al. J Am Geriatr Soc. 2004 Aug;52(8):1263-70.

誤嚥性肺炎に対するリハビリテーション

○　急性期病棟に入院した誤嚥性肺炎患者に対し早期にリハビリテーションを実施することは、死亡率の低下とADLの改善につながることが示されている。
○　早期リハビリテーションを実施する場合において、１日２単位以上のリハビリテーションを提供することが、死亡率の改善、自宅退院割合の向上、在院日数の短縮につながることが示されている。

○　DPC対象病院に入院した70歳以上の誤嚥性肺炎患者を対象とした研究において、入院後３日以内の早期リハビリテーションの実施は有意に死亡率の軽減と関連していた。多変量解析においても同様の結果であった（オッズ比0.71, 95%信頼区間0.64 -0.79)。

Momosaki R, et al. Arch Phys Med Rehabil. 2015 Feb;96(2):205-9.

	早期リハ群（N=16,835）	対照群（N=51,749）	P value
年齢	85.0±6.8	85.0±7.0	.99
女性	7,426 (44.1)	25,166 (48.6)	.093
30日後死亡	861 (5.1)	3671 (7.1)	<.001

※　論文を元に医療課で作成　数値は平均値±標準偏差または度数（%）

○　DPC対象病院に入院した誤嚥性肺炎患者を対象とした研究において、入院後７日以内の早期リハビリテーションの実施は有意にADLの改善と関連していた。多変量解析においても同様の結果であった（オッズ比1.57, 95%信頼区間1.50-1.64）。

Yagi M,et al. Geriatr Gerontol Int. 2016 Nov;16(11):1181-1187.

	早期リハ群（N=48,201）	対照群（N=64,357）	P value
年齢	84.1±8.1	83.8±8.5	.017
女性	21,201 (44.0)	30,958 (48.1)	<.001
ADL改善	12,867 (33.9)	13,275 (25.4)	<.001

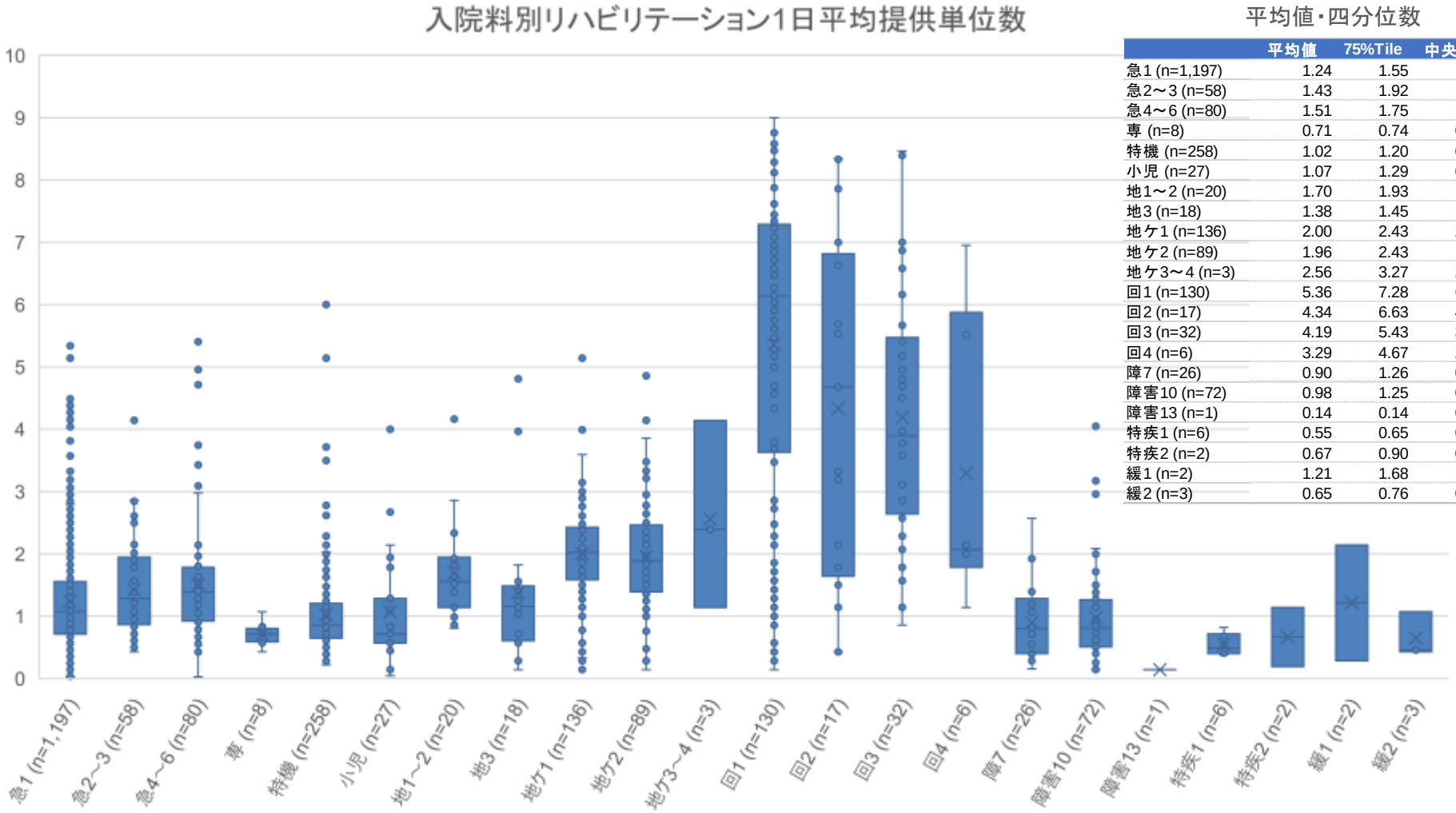
※　論文を元に医療課で作成　数値は平均値±標準偏差または度数（%）

○　入院後３日以内の早期リハビリテーションが実施された誤嚥性肺炎患者（4,148例）を対象としたデータベース研究において、１日あたり2単位以上のリハビリテーションの実施は、1単位未満と比較して、有意に死亡率の低下（オッズ比0.66, 95%信頼区間0.45-0.97）、自宅退院割合（オッズ比2.00, 95%信頼区間1.48-2.71）、在院日数の短縮（係数-4.54, 95%信頼区間-8.69 - -0.40）に関連していた。

Kato Y. et al. Int J Rehabil Res. 2023 Apr 12. Online ahead of print.

入院料ごとのリハビリテーション1日平均提供単位数

○ リハビリテーションを実施している患者に対する、1日平均提供単位数は、回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定している病棟では5.36単位、地域包括ケア病棟入院料・管理料1を算定している病棟では2.00単位であった。



平均値・四分位数

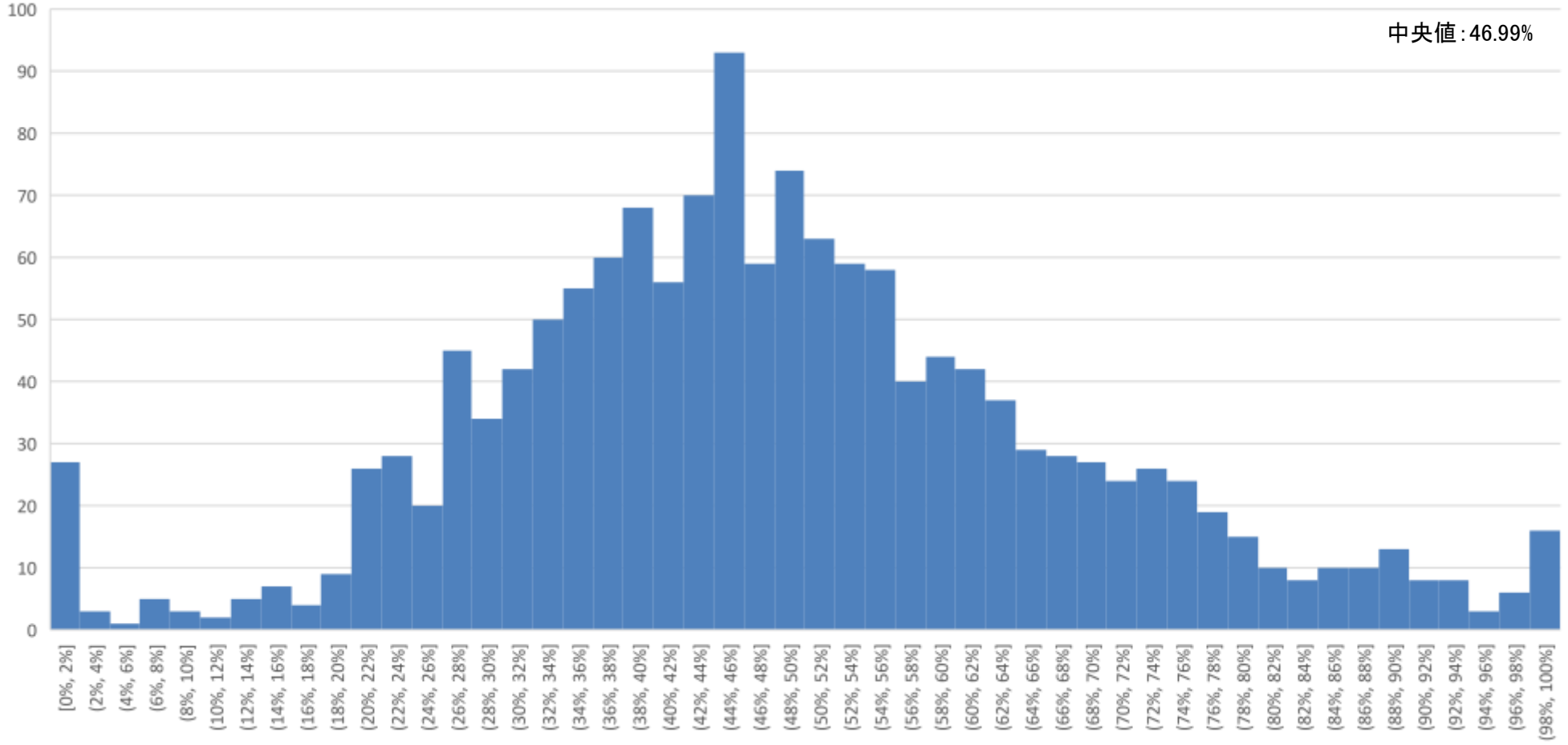
	平均値	75%Tile	中央値	50%Tile
急1 (n=1,197)	1.24	1.55	1.07	0.71
急2～3 (n=58)	1.43	1.92	1.29	0.87
急4～6 (n=80)	1.51	1.75	1.39	0.93
専 (n=8)	0.71	0.74	0.71	0.63
特機 (n=258)	1.02	1.20	0.86	0.65
小児 (n=27)	1.07	1.29	0.71	0.57
地1～2 (n=20)	1.70	1.93	1.56	1.14
地3 (n=18)	1.38	1.45	1.16	0.64
地ケ1 (n=136)	2.00	2.43	2.02	1.61
地ケ2 (n=89)	1.96	2.43	1.89	1.43
地ケ3～4 (n=3)	2.56	3.27	2.39	1.77
回1 (n=130)	5.36	7.28	6.14	3.71
回2 (n=17)	4.34	6.63	4.68	1.79
回3 (n=32)	4.19	5.43	3.90	2.79
回4 (n=6)	3.29	4.67	2.07	2.00
障7 (n=26)	0.90	1.26	0.80	0.44
障害10 (n=72)	0.98	1.25	0.81	0.51
障害13 (n=1)	0.14	0.14	0.14	0.14
特疾1 (n=6)	0.55	0.65	0.49	0.42
特疾2 (n=2)	0.67	0.90	0.67	0.43
緩1 (n=2)	1.21	1.68	1.21	0.75
緩2 (n=3)	0.65	0.76	0.46	0.44

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

急性期一般入院料１におけるリハ実施率

○　急性期一般入院基本料１における、65歳以上の入院患者に対するリハ実施率の分布は以下の通り。

（医療機関数）



（リハ実施率）

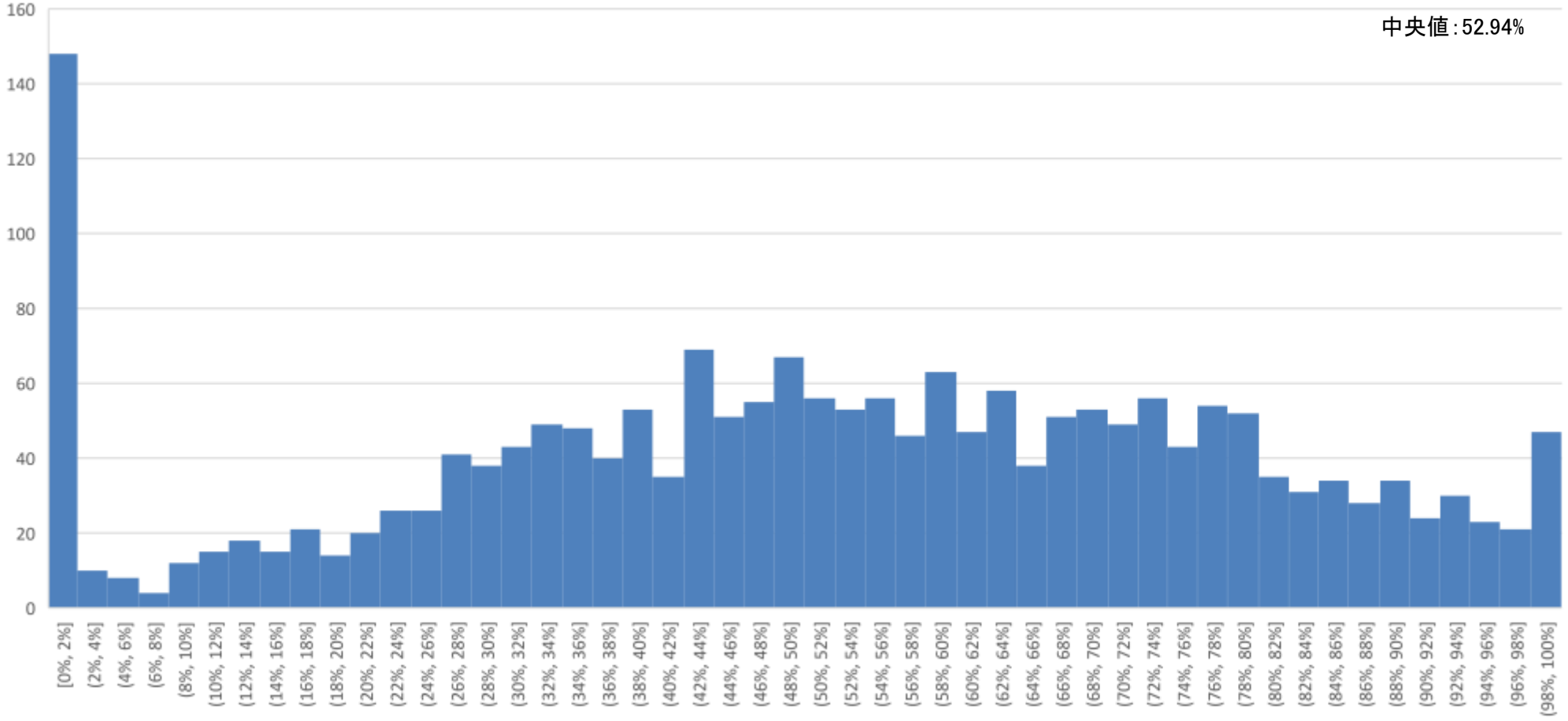
抽出条件：令和4年4月1日～6月30日に入院・令和4年9月30日までに退院し、入院期間が4日以上の急性期一般入院基本料1のみ算定した65歳以上の入院症例を抽出。リハ実施例は入院中に疾患別リハビリテーションを1回以上実施した入院症例とした。

出典：DPCデータ

急性期一般入院料２～６におけるリハ実施率

○　急性期一般入院基本料２～６における、65歳以上の入院患者に対するリハ実施率の分布は以下のとおり。

（医療機関数）



（リハ実施率）

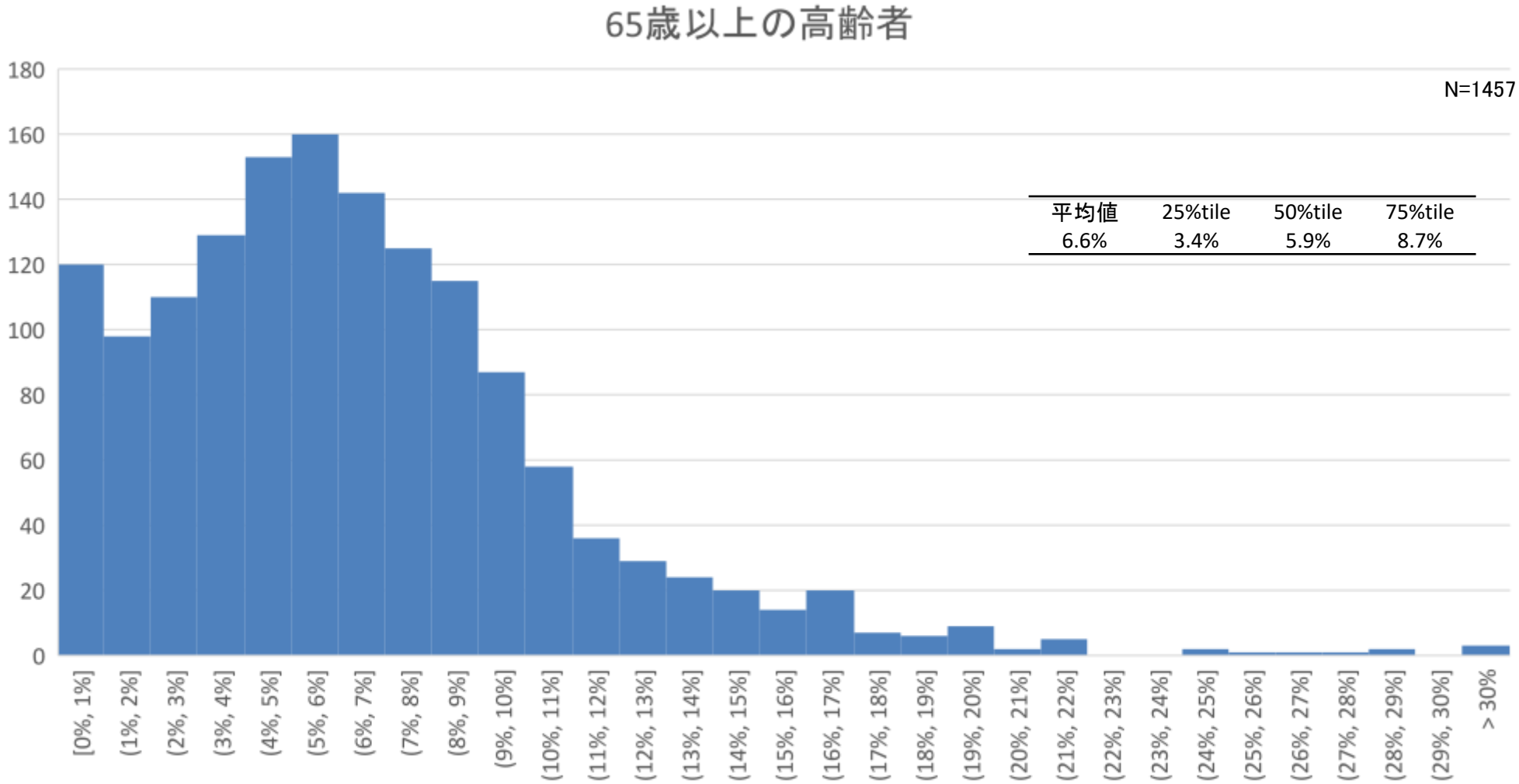
抽出条件：令和4年4月1日～6月30日に入院・令和4年9月30日までに退院し、入院期間が4日以上の急性期一般入院基本料2～6のみ算定した65歳以上の入院症例を抽出。リハ実施例は入院中に疾患別リハビリテーションを1回以上実施した入院症例とした。

出典：DPCデータ

入院時に比べて退院時にADLが低下した患者（65歳以上）割合分布（急１）

診調組　入－３
５．９．６改

○　急性期一般入院料１を届け出ている病棟における、入院時から退院時にかけてADLスコアが低下した６５歳以上の患者割合の分布は以下のとおり。

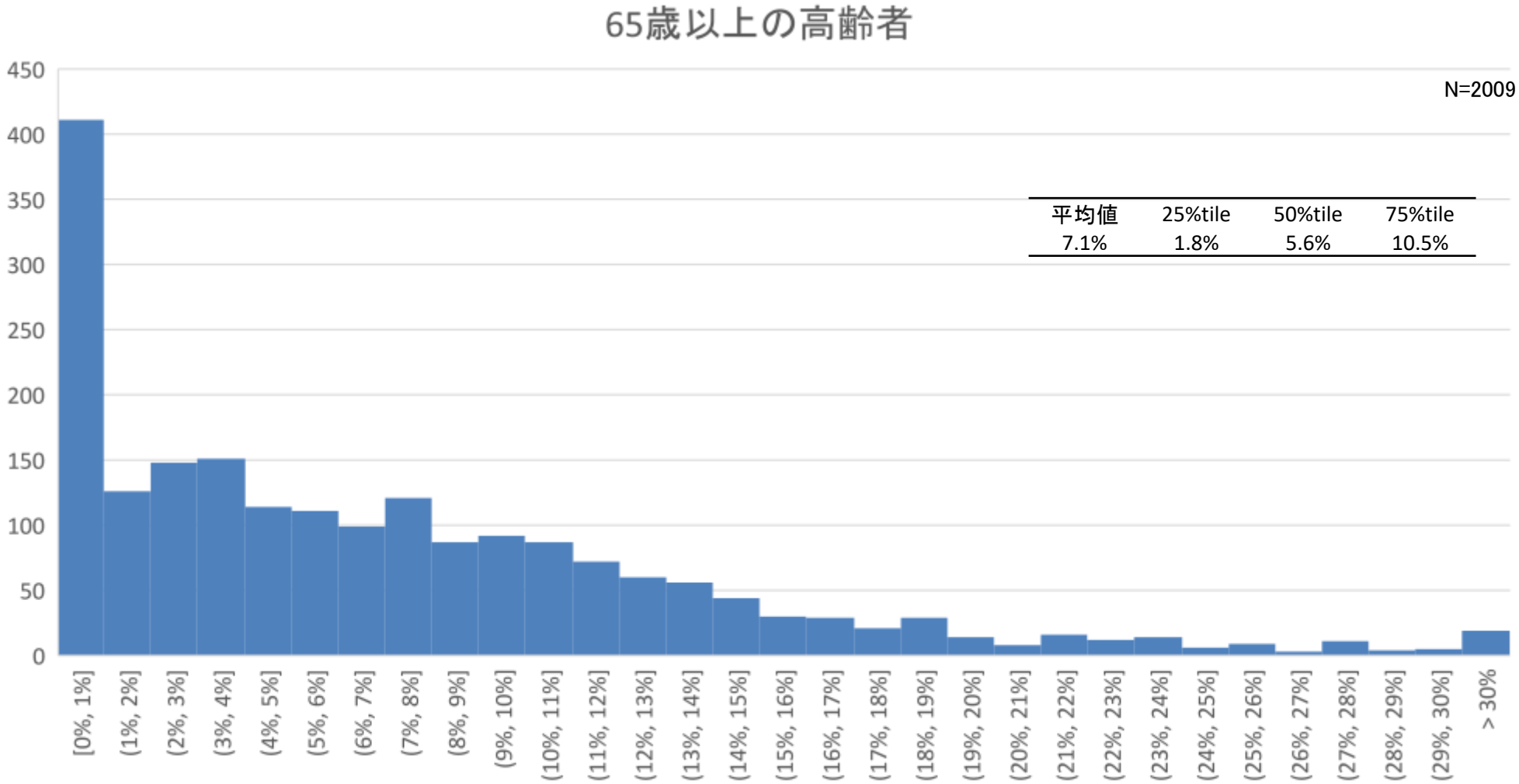


抽出条件：令和4年4月1日～令和4年6月30日に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に退院し、入院期間が4日以上の65歳以上の入院症例を抽出。

出典：DPCデータ

入院時に比べて退院時にADLが低下した患者（65歳以上）割合分布（急2-6）

○　急性期一般入院料２～６を届け出ている病棟における、入院時から退院時にかけてADLスコアが低下した65歳以上の患者割合の分布は以下のとおり。



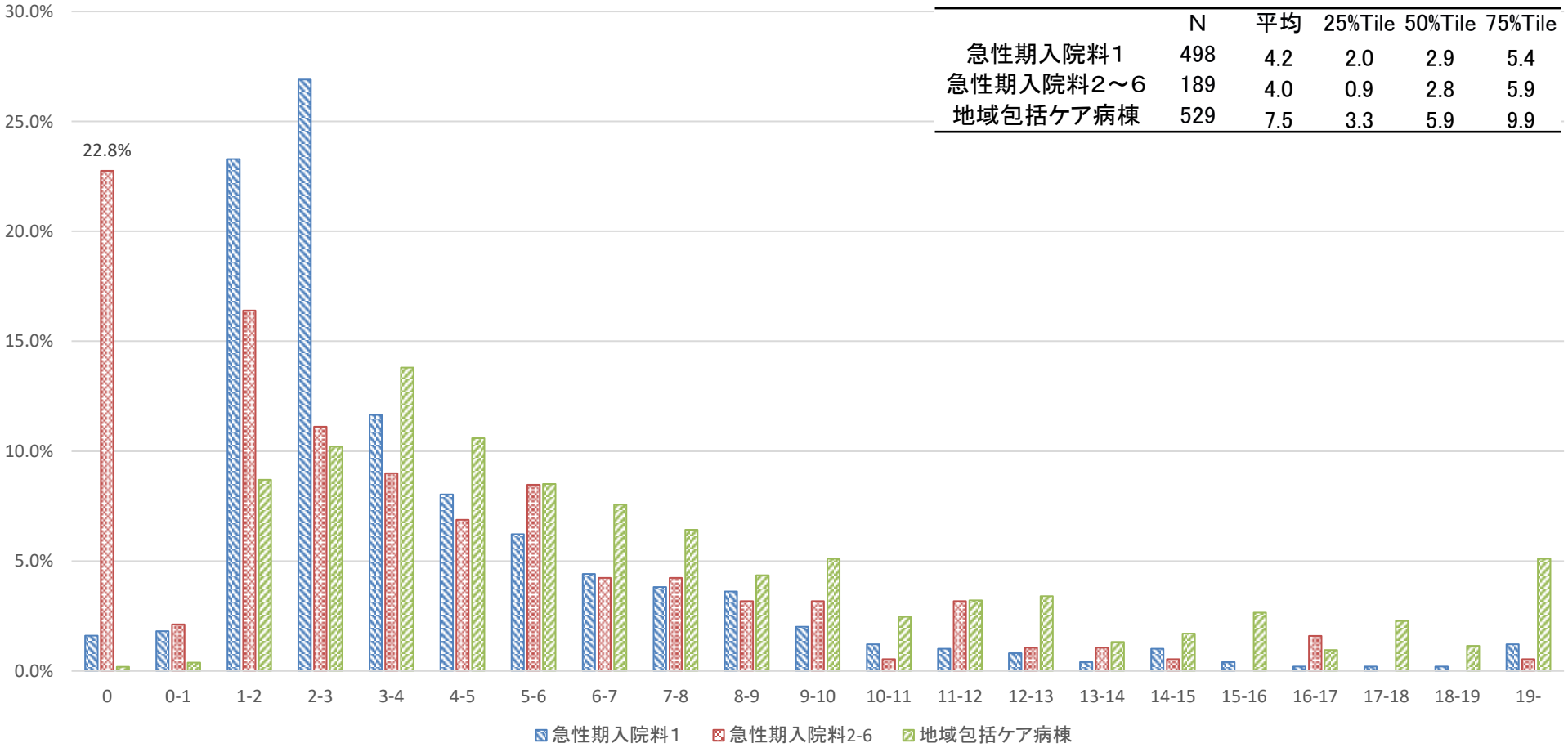
抽出条件：令和4年4月1日～令和4年6月30日に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に退院し、入院期間が4日以上の65歳以上の入院症例を抽出。

出典：DPCデータ

40床あたりのリハビリテーション専門職の人数分布

○　急性期入院料及び地域包括ケア病棟入院料を届け出ている医療機関における、40床あたりのリハビリテーション専門職の人数の分布は以下のとおり。急性期入院料１を届け出ている医療機関の配置は40床あたり２～３人にピークがあった。急性期入院料２～６を届け出ている医療機関では０人である施設が約22.8%であった。地域包括ケア病棟を届けている医療機関の方が急性期入院料を届け出ている医療機関よりリハビリテーション専門職の数が多かった。

○　届け出ている入院料それぞれにおいて、リハビリテーション専門職の配置はばらつきが大きかった。

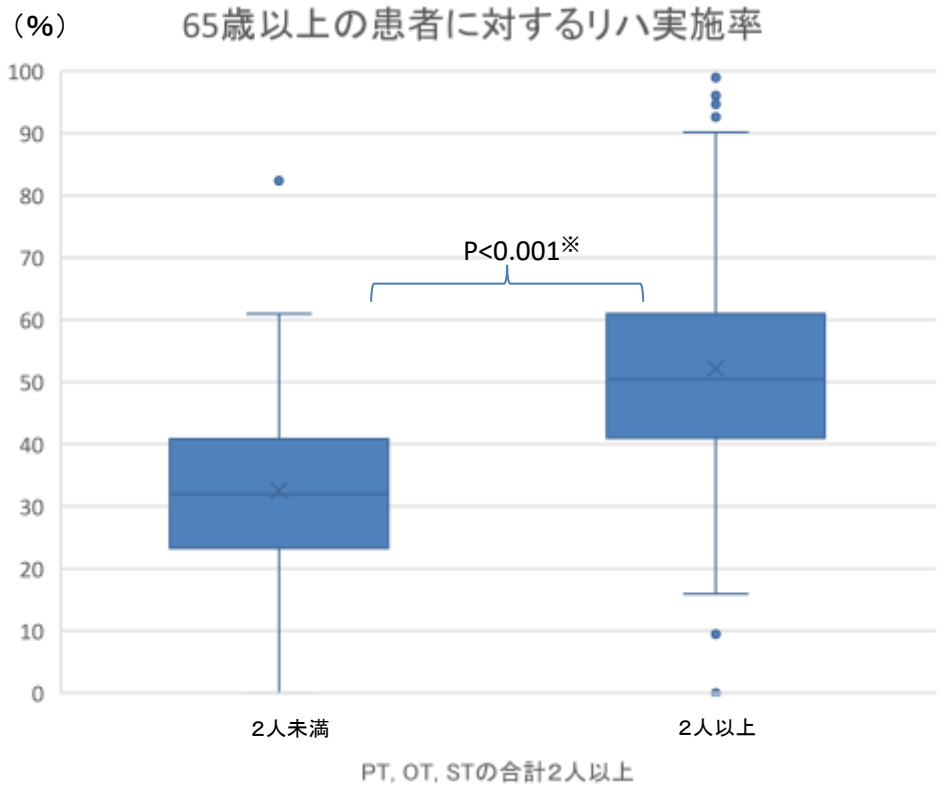


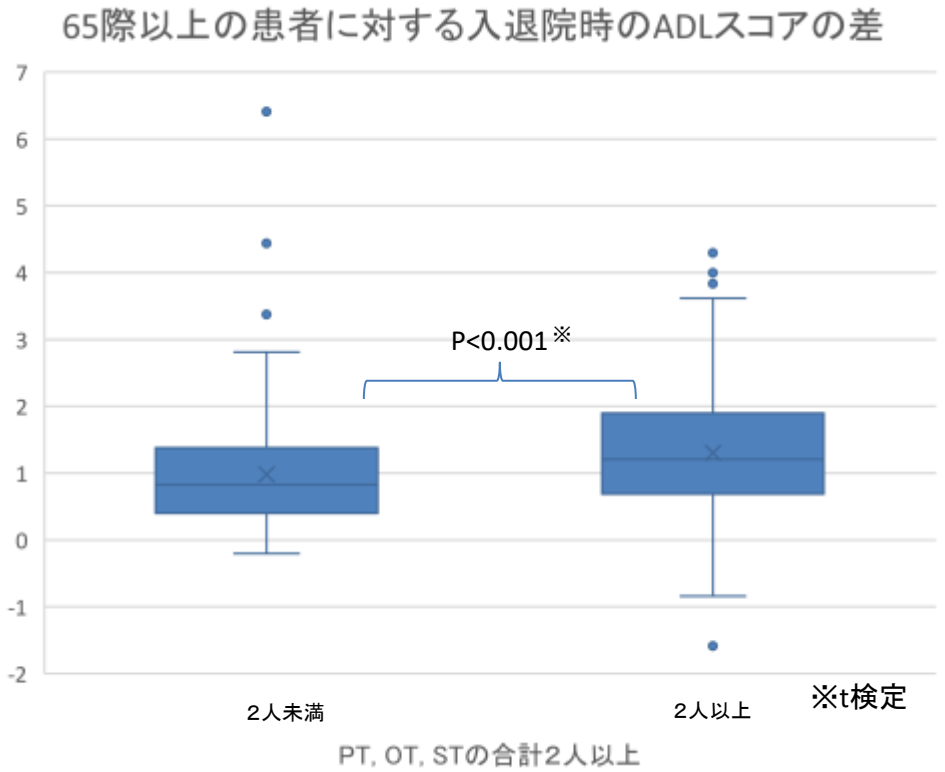
	N	平均	25%Tile	50%Tile	75%Tile
急性期入院料１	498	4.2	2.0	2.9	5.4
急性期入院料２～６	189	4.0	0.9	2.8	5.9
地域包括ケア病棟	529	7.5	3.3	5.9	9.9

出典：令和４年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

リハビリテーション専門職の配置とＡＤＬ改善（急１）

○　急性期一般入院料１における、40床あたりのリハビリテーション専門職の人数と65歳以上の入院患者に対するリハビリテーション実施率及び入退院時のADLスコアの平均は以下のとおり。リハビリテーション専門職の人数が多い方が、有意にリハビリテーション実施率が高く、ADLスコアの改善が大きかった。





	N数	平均	標準偏差
PT, OT, STの合計2人未満	117	32.5%	13.4%
PT, OT, STの合計2人以上	363	52.2%	16.5%

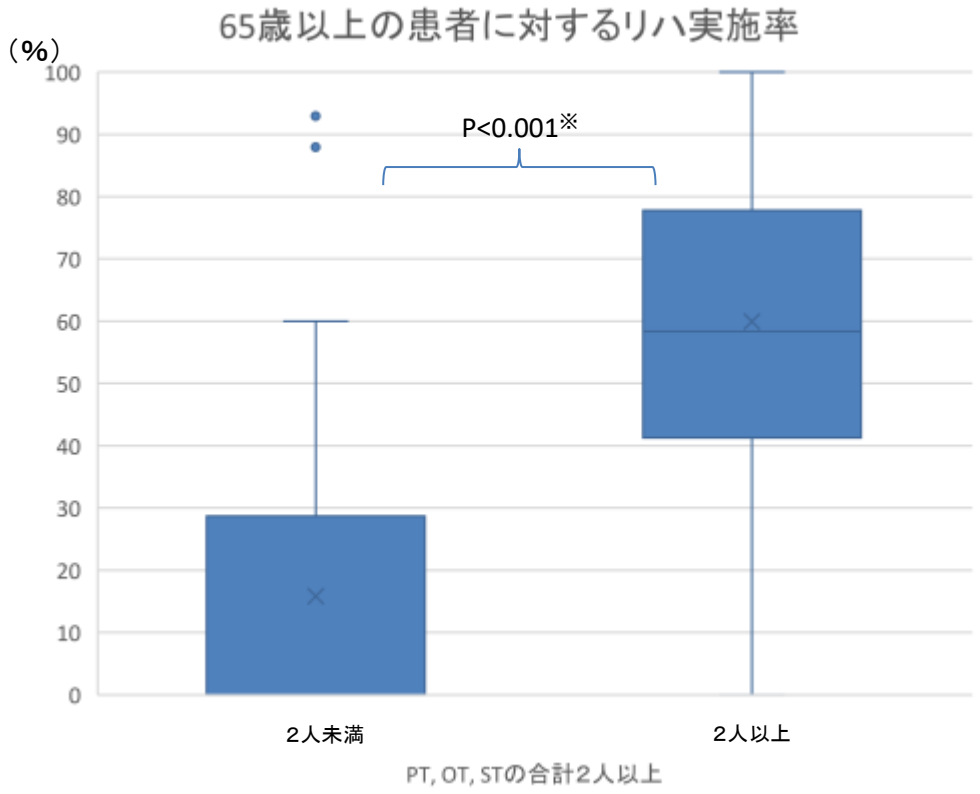
	N数	平均	標準偏差
PT, OT, STの合計2人未満	117	0.98	0.91
PT, OT, STの合計2人以上	363	1.30	0.92

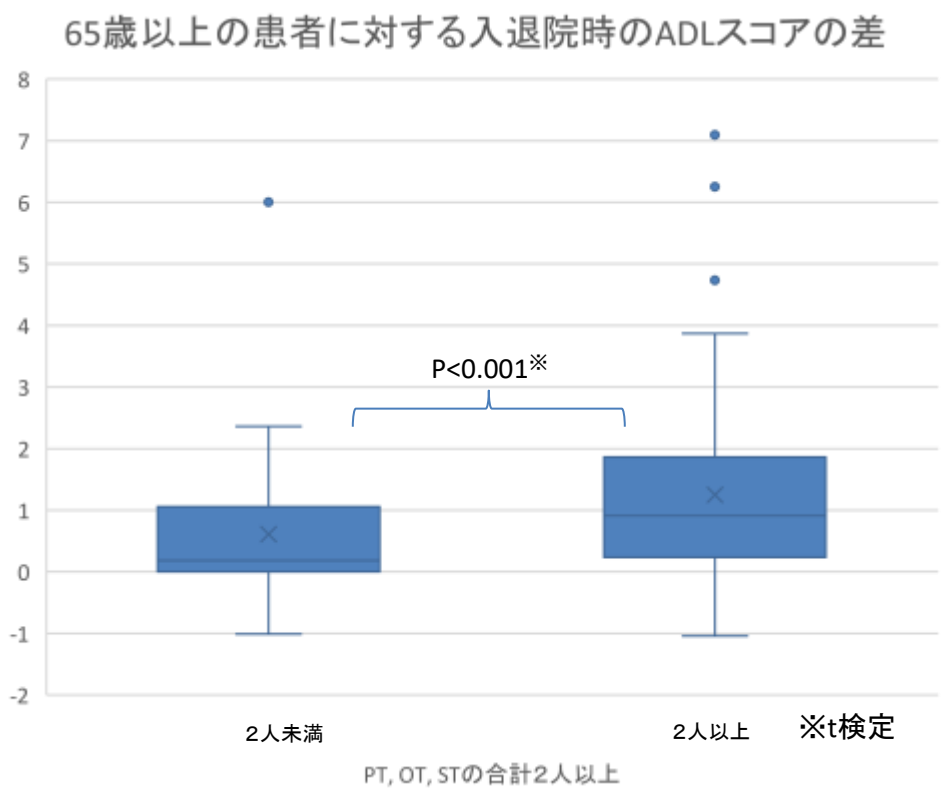
抽出条件：令和4年4月1日～令和4年6月30日に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に退院した症例。入院期間が4日以上の急性期一般病棟入院基本料1のみ算定した65歳以上の入院症例を抽出。

出典：DPCデータ、令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

リハビリテーション専門職の配置とＡＤＬ改善（急２～６）

○　急性期一般入院料２～６における、40床あたりのリハビリテーション専門職の人数と65歳以上の入院患者に対するリハビリテーション実施率及び入退院時のADLスコアの平均は以下のとおり。リハビリテーション専門職の人数が多い方が、有意にリハビリテーション実施率が高く、ADLスコアの改善が大きかった。





	N数	平均	標準偏差
PT, OT, STの合計2人未満	61	15.8%	23.1%
PT, OT, STの合計2人以上	115	59.9%	24.5%

	N数	平均	標準偏差
PT, OT, STの合計2人未満	61	0.61	11.08
PT, OT, STの合計2人以上	115	1.25	1.34

抽出条件：令和4年4月1日～令和4年6月30日に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に退院した症例。入院期間が4日以上の急性期一般病棟入院基本料2～6のみ算定した65歳以上の入院症例を抽出。

出典：DPCデータ、令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

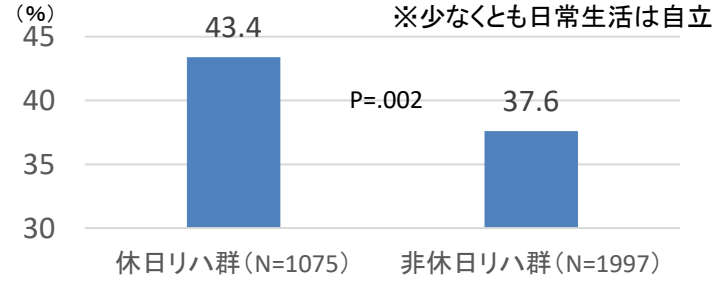
急性期における休日リハビリテーションについて

○ 急性期における休日リハビリテーションの有効性は以下のとおり示されている。
○ 一方、一次脳卒中センターの24%において土日にリハビリが提供されていない実態がある。

○ 急性期の脳卒中患者に対し休日リハが提供されることにより、退院時に機能的に自立する割合が高く、リハ開始までの日数は短くなる。

出典：Kinoshtia S. Arch Phys Med Rehabil 2017; 98: 701-6.

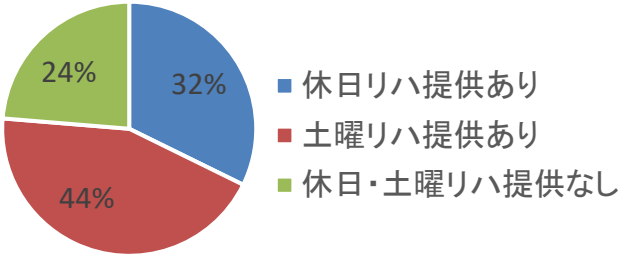
退院時Modified Rankin Scale 0-2（※）の割合



○ 一次脳卒中センターのうち休日リハを提供しているのは32%、土曜はリハを提供しているのは44%、土日・休日にはリハを提供していないのは24%であった。

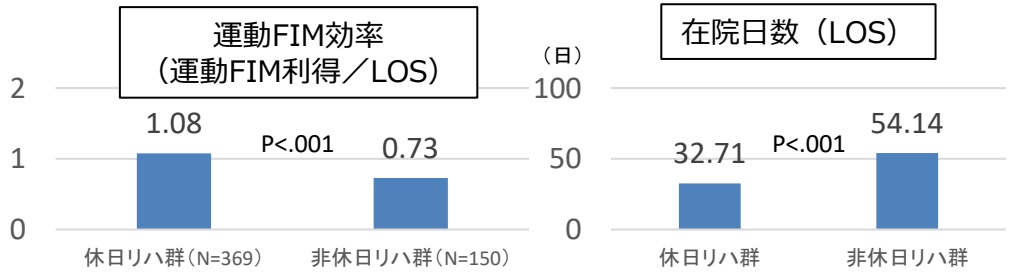
出典：角田亘他. 脳卒中45巻2号 Page111-119(2023.03)

一次脳卒中センター959施設に対するアンケート調査結果（有効回答数595施設）。



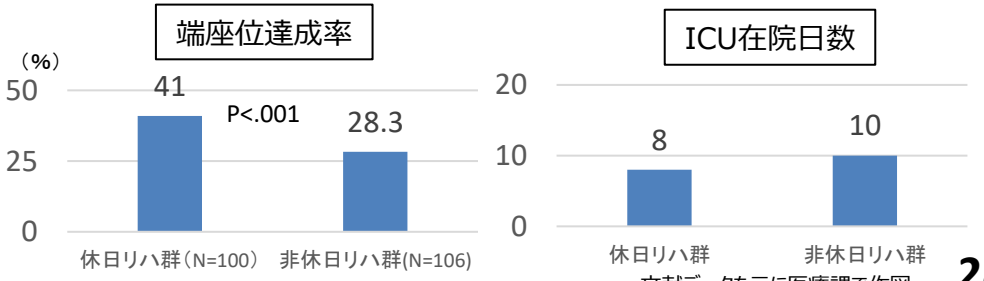
○ 急性期の大腿骨頸部骨折患者に対し休日リハが提供されることにより、運動FIM効率が高くなり、在院日数が短くなる。

出典：Hasebe K. Geriatr Gerontol Int 2018;18:1143-6.



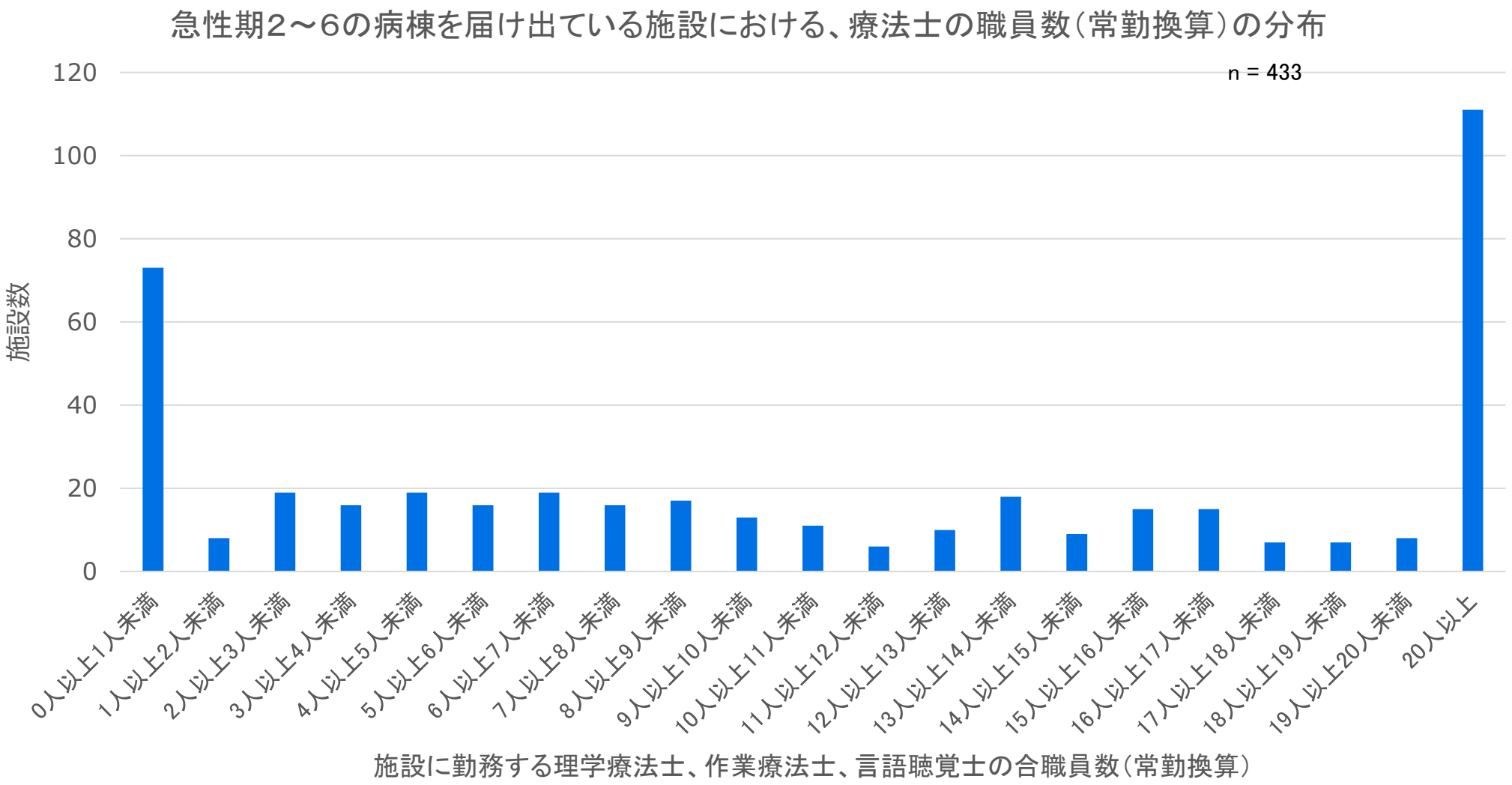
○ ICUの人工呼吸器管理患者に対し休日リハが提供されることにより、端座位達成率が高くなり、ICU退室が早まった。

出典：森田ら.日集中医誌.2020;27:395-402.



文献データを元に医療課で作図

急性期２～６の病棟を届け出ている施設における療法士の勤務状況



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（A票））

入院時の高齢患者の栄養状態

○　入院時に高齢患者の42%は低栄養リスクが指摘され、26%は低栄養であった。

○　高齢入院患者の栄養状態不良と生命予後不良は関連がみられる。

表　入院時の栄養状態

		総数	40歳～69歳	70歳以上
低栄養リスク*	無し	71.9%	85.5%	58.1%
	有り	28.1%	14.5%	**41.9%**
低栄養**		18.0%	10.6%	**25.7%**

＊簡易栄養状態評価表（Mini Nutritional Assessment-Short Form）による評価
＊＊GLIM基準（Global Leadership Initiative on Malnutrition）による評価

対象者：国内の大学病院　入院患者1,987名
（40～69歳 717名、70歳以上 1,270名）

出典：K. Maeda et al. / Clinical Nutrition 39 (2020) 180e184を元に医療課で作成

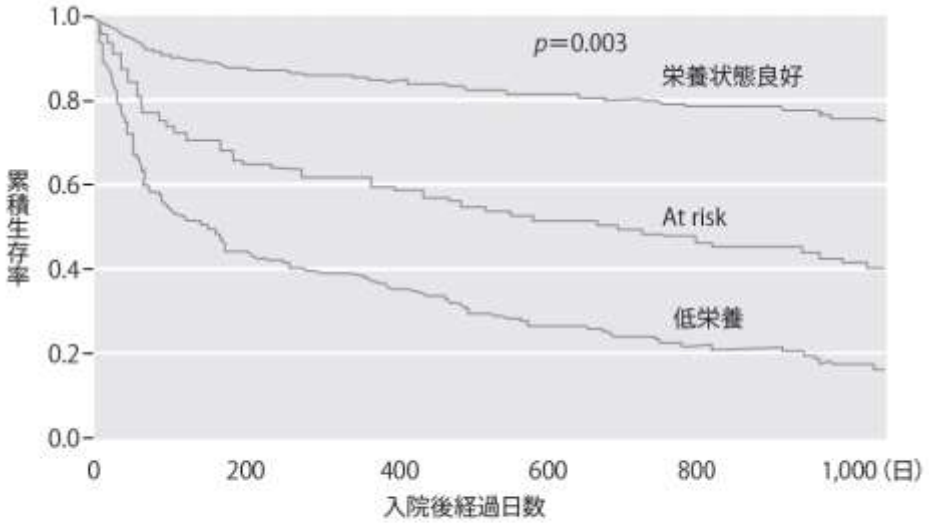


図1　入院高齢者の生命予後と栄養状態（文献1）
入院時に栄養状態をMini Nutritional Assessment full formで評価し，3群に分けた生存曲線（Kaplan-Meier法）を示す．

出典：前田；日内会誌　110：1184～1192，2021
（文献1）Kagansky N, et al. Am JClin Nutr 82 : 784—791, 2005.

入院時の栄養スクリーニングと個別的な栄養管理による効果

診調組　入－3
5．9．6

○　急性期病院において入院後48時間以内に全ての患者に栄養スクリーニングを実施し、低栄養リスクがある患者に対し、管理栄養士が定期的に栄養摂取量の把握や栄養状態の評価を行い、個別の栄養管理を実施した場合、入院後30日以内の負の臨床アウトカムや全死亡率が低下したという報告がある。

【対象・方法】

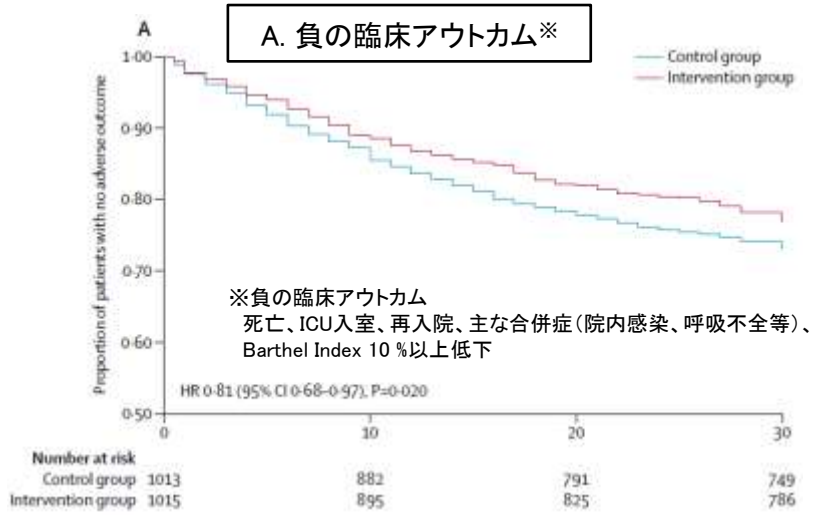
対象：入院時の栄養スクリーニング（NRS2002)で低栄養リスクがあり、４日以上入院が見込まれた18歳以上の患者

方法：8つの急性期病院において、介入群（目標を設定し、管理栄養士が個別的な栄養管理を実施）と対照群（通常の病院給食）を比較（RCT）

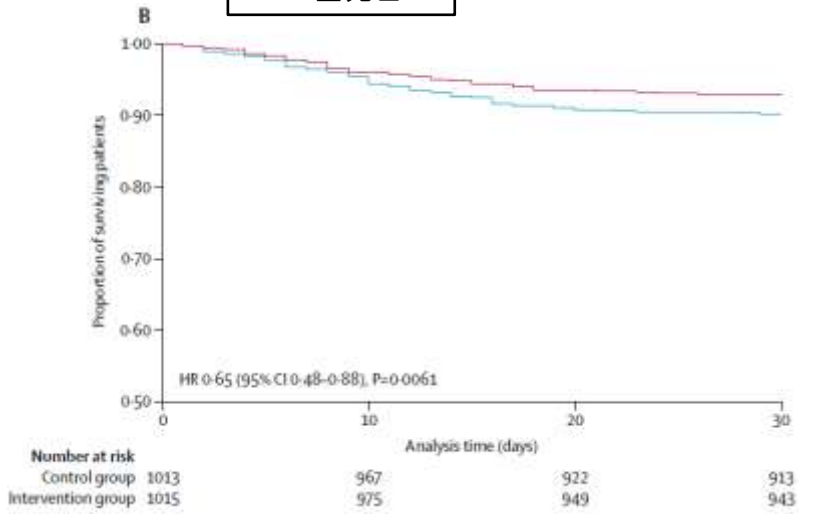
個別的な栄養管理

- ◆ 入院後48時間以内に、全ての患者に栄養スクリーニングを実施
- ◆ 栄養スクリーニングで低栄養リスクがあった患者に対して、
  - ✓ 訓練を受けた管理栄養士が、患者ごとの栄養目標（たんぱく質・エネルギー等）を設定し、栄養計画を作成
  - ✓ 経口栄養（患者の状態に応じた食事調整、プロテインパウダー等による栄養強化、補食の提供）と栄養補助食品による栄養管理を実施
  - ✓ ５日以内に経口栄養で１日の栄養目標の75%を達成できない場合は、経腸栄養や非経口栄養のサポートを推奨
  - ✓ 栄養摂取量は、管理栄養士が各患者の毎日の食事記録に基づき、24～48時間ごとに再評価
  - ✓ 退院時には、患者への食事カウンセリングを実施

A. 負の臨床アウトカム※



B. 全死亡



出典：Schuetz P, et al :Lancet 393 : 2312—2321, 2019.

低栄養の世界的診断基準　ＧＬＩＭ基準

○ ESPEN（欧州臨床代謝学会）、A.S.P.E.N（アメリカ静脈経腸栄養学会）、PENSA（アジア静脈経腸栄養学会）、FELANPE（南米栄養治療・臨床栄養代謝学会）による議論を経て、2018年にGLIM※基準による栄養不良（低栄養）の定義が策定された。　※　Global Leadership Initiative on Malnutrition

○ 表現型（体重変化、BMI、筋肉量）と病因によって、診断される。

スクリーニング

既存のスクリーニングツール（NRS-2002,MNA-SF等）を使用

診断のためのアセスメント（GLIM基準）

● **表現型**

- 体重減少
  6か月以内で5%　6か月以上で10%
- 低BMI
  <20kg/m² 70歳未満　　アジア　<18.5kg/m² 70歳未満
  <22kg/m² 70歳以上　　<20kg/m² 70歳以上
- 筋肉量減少

● **病因（※）**

- 食事摂取量減少／吸収障害
- 疾病負荷／炎症

診断

表現型、病因のそれぞれが少なくとも1つあった場合に低栄養と診断

重症度診断

＜重症度判定＞

重症度	表現型		
	体重減少	低BMI	筋肉量減少
ステージ1 中等度の 低栄養	5～10%：過去6か月以内 10～20%：過去6か月以上	<20：70歳未満 <22：70歳以上 アジア <18.5：70歳未満 <20：70歳以上	軽度－中等度の減少
ステージ2 重度の 低栄養	＞10%：過去6か月以内 ＞20%：過去6か月以上	<18.5：70歳未満 <20：70歳以上 アジア 基準未設定	重大な減少

注）臨床現場で、筋肉量減少を測定し定義する最善の方法についてはコンセンサスなし。DXA、CT、BIAを推奨するが、機器が調達できない場合は、上腕筋周囲長や下腿周囲長など身体計測値での評価も可。

（※）　病因に基づく診断分類
慢性疾患で炎症を伴う低栄養
急性期疾患あるいは外傷による高度の炎症を伴う低栄養
炎症はわずか、あるいは認めない慢性疾患による低栄養
炎症はなく飢餓による低栄養（社会経済的や環境的要因による食糧不足に起因）
消化管狭窄、短腸症候群などによる摂取障害や吸収障害

出典：外科と代謝・栄養2022年56巻4号p.107-112及びClinical Nutrition 38 (2019) 1e9 を基に医療課にて作成

管理栄養士の病棟配置による効果

診調組　入－3
５．９．６

○　管理栄養士が病棟に配置されているほうが、入院後、管理栄養士が患者を訪問するまでの日数が短く、入院期間の体重減少量及び体重減少率が抑制されていた。

■ **病棟配置有無別の管理栄養士介入状況**

		病棟配置あり群（n＝40）	病棟配置なし群（n＝111）	P value
管理栄養士訪問までの日数	（日）	1.0（1.0 - 1.5）	5.0 （2.0 - 9.8）	<0.001
食事箋の変更回数	（回）	4.0（1.0 – 7.8）	5.0（2.0 - 8.0）	0.171
栄養指導の有無	あり	60.0%	45.0%	0.140
栄養指導の回数	（回）	1.0（1.0 – 2,0）	1.0（1.0 - 1.5）	0.526

Mann–Whitney U testを行い、中央値（四分位範囲）で示した

■ **病棟配置有無別の体重減少量及び体重減少率**

		病棟配置あり群（n＝40）	病棟配置なし群（n＝111）	P value
体重減少量	（kg）	1.1（0.5 - 2.8）	3.5（1.0 - 4.8）	0.002
体重減少率	（%）	3.1（1.1 - 4.0）	5.9（2.2 - 7.6）	0.002

Mann–Whitney U testを行い、中央値（四分位範囲）で示した

対象者：一般病院10施設において、令和3年3月～7月までの期間に心不全、脳卒中、がん、誤嚥性肺炎等で入院した18歳以上75歳未満の患者をDPCコードで指定し522例を抽出
（体重記録なし、BMI25以上等を除外）
調査項目：診療録調査（入院時体重、退院時体重、絶食期間、管理栄養士介入状況等）、栄養科アンケート調査（常勤管理栄養士数、給食業務委託状況等）

出典：本川 他, 日本臨床栄養学会雑誌44(2)：85–89, 2022(2023)

管理栄養士の病棟配置の状況（入院料別）

○　施設基準で配置が求められている回復期リハビリテーション病棟入院料１以外では、管理栄養士が病棟に配置されている割合は低かった。

		急性期一般入院料1 (n=1,811)	急性期一般入院料2～3 (n=72)	急性期一般入院料4～6 (n=151)	専門病院入院基本料7対1 (n=25)	特定機能病院入院基本料_一般病棟7対1 (n=453)	小児入院医療管理料* (n=86)	地域一般入院料1～2 (n=539)	地域一般入院料3 (n=25)	地域包括ケア病棟入院料・管理料1 (n=209)	地域包括ケア病棟入院料・管理料2 (n=151)	地域包括ケア病棟入院料・管理料3～4 (n=9)
配置あり	専従	2.0%	0.0%	12.6%	0.0%	4.6%	1.2%	4.1%	0.0%	8.6%	7.9%	0.0%
	専任	24.2%	15.3%	21.2%	28.0%	26.0%	17.4%	24.7%	28.0%	23.4%	21.2%	33.3%
配置なし		70.5%	84.7%	64.9%	72.0%	53.9%	73.3%	57.0%	72.0%	66.5%	64.9%	66.7%
無回答		3.3%	0.0%	1.3%	0.0%	15.5%	8.1%	14.3%	0.0%	1.4%	6.0%	0.0%

*病床単位で届け出ている場合を除く

		回復期リハビリテーション病棟入院料1 (n=241)	回復期リハビリテーション病棟入院料2 (n=34)	回復期リハビリテーション病棟入院料3 (n=72)	回復期リハビリテーション病棟入院料4 (n=8)	回復期リハビリテーション病棟入院料5～6 (n=2)	療養病棟入院料1 (n=395)	療養病棟入院料2 (n=79)	療養病棟入院基本料_経過措置 (n=9)	障害者施設等入院基本料1 (n=48)	障害者施設等入院基本料 2～4 (n=122)	特殊疾患病棟入院料1 (n=12)	特殊疾患病棟入院料2 (n=13)	特殊疾患入院医療管理料 (n=3)	緩和ケア病棟入院料1 (n=17)	緩和ケア病棟入院料2 (n=14)
配置あり	専従	18.7%	17.6%	5.6%	12.5%	0.0%	13.4%	19.0%	11.1%	2.1%	10.7%	0.0%	7.7%	0.0%	0.0%	0.0%
	専任	67.2%	32.4%	33.3%	0.0%	0.0%	22.3%	7.6%	11.1%	12.5%	12.5%	16.7%	30.8%	33.3%	17.6%	28.6%
配置なし		12.4%	50.0%	58.3%	87.5%	100.0%	60.5%	70.9%	77.8%	85.4%	75.0%	83.3%	61.5%	66.7%	82.4%	71.4%
無回答		1.7%	0.0%	2.8%	0.0%	0.0%	3.8%	2.5%	0.0%	0.0%	1.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票）

誤嚥性肺炎患者に対する多職種連携

誤嚥性肺炎患者は、多職種が連携して早期に評価や介入を行い、経口摂取を開始することが重要

○　入院時に禁食となった65歳以上誤嚥性肺炎患者のうち、入院1～3日目に食事が開始されたのは、34.1%
出典：Archives of Gerontology and Geriatrics 2021;95:104398

○　禁食下では、摂食嚥下機能悪化、栄養量不足、口腔内不衛生などが懸念される
出典：Geriar. Med. 55(11):1239-1241,2017

○　誤嚥性肺炎患者で、摂食嚥下機能評価等を行わず禁食としていた群は、早期経口摂取群と比較すると、入院中の摂食嚥下機能の低下、在院日数の延長、死亡率の増加がみられた
出典：Clinical Nutrition 35 (2016) 1147e1152

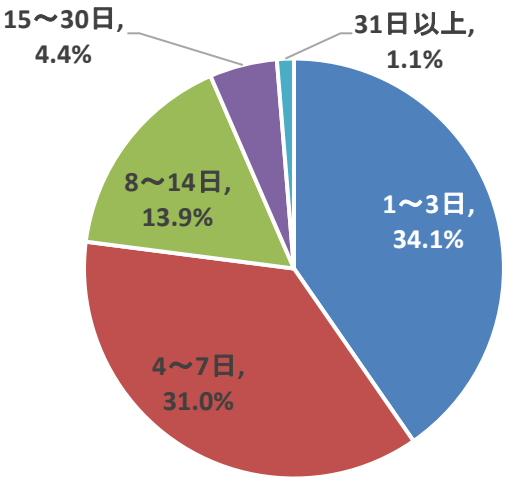


図　禁食から食事が開始された時期
（n = 72,315）

○　経口摂取ができていて、誤嚥性肺炎による入院後に禁食管理となった高齢患者の4割以上が、30日以内に3食経口摂取を再開できていない
出典：Geriatr Gerontol Int. 2016［PMID：25953259］

○　誤嚥性肺炎患者に対し、医師が入院早期に摂食嚥下機能評価を指示し、多職種による早期介入（口腔ケア、姿勢調整、呼吸ケア、栄養ケア、食事介助、食事の段階的ステップアップ等）を行った場合、①在院日数を短縮し、②退院時経口摂取率を高める可能性が示唆された
出典：日摂食嚥下リハ会誌　24(1):14-25, 2020

病棟における多職種連携の取組状況

診調組　入－3
5．9．6

○ 病棟における多職種連携の取組の実施割合は以下のとおり。
○ 栄養、離床・リハビリテーション、口腔に関する計画作成において、各職種の関わりは少ない。

■ 各取組の実施割合及び関与している職種（急性期一般入院料１　n=3,030）

		実施有	医師	歯科医師	看護職員	薬剤師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	管理栄養士	歯科衛生士
01	NST等の専門チームでのカンファレンス	85.4%	92.6%	25.1%	97.6%	78.2%	26.0%	13.3%	45.3%	94.8%	14.6%
02	01以外の病棟でのカンファレンス（簡易な情報共有や相談を含む）	85.4%	75.6%	8.3%	97.8%	51.9%	60.0%	39.3%	39.7%	60.4%	9.4%
03	褥瘡に関する危険因子のスクリーニング・定期的な評価	95.7%	51.3%	0.9%	99.4%	32.5%	18.6%	9.8%	3.4%	38.1%	0.1%
04	栄養状態のスクリーニング・定期的な評価	93.9%	44.0%	2.7%	91.2%	15.0%	6.0%	3.9%	7.4%	84.4%	1.2%
05	ADLのスクリーニング・定期的な評価	85.7%	32.5%	1.7%	91.1%	4.5%	67.4%	46.8%	20.8%	3.6%	0.5%
06	認知機能のスクリーニング・定期的な評価	87.4%	44.8%	1.4%	96.3%	13.4%	22.3%	27.0%	17.8%	4.7%	0.1%
07	口腔の状態のスクリーニング・定期的な評価	72.9%	22.9%	36.3%	84.8%	3.9%	4.0%	3.6%	35.1%	8.5%	49.1%
08	摂食・嚥下状態のスクリーニング・定期的な評価	83.0%	44.0%	9.6%	90.1%	7.0%	8.2%	8.9%	72.4%	27.8%	12.8%
09	栄養管理計画の作成	91.7%	39.0%	3.0%	61.9%	7.1%	3.3%	2.0%	3.8%	95.4%	0.7%
10	離床やリハビリテーションに係る計画の作成	90.5%	57.7%	1.4%	65.2%	2.5%	96.7%	68.2%	49.7%	5.7%	0.0%
11	口腔管理に関する計画の作成	48.2%	23.5%	45.4%	60.5%	1.9%	2.6%	2.7%	26.7%	7.9%	52.2%
12	ミールラウンド（食事の観察）	74.0%	19.7%	4.8%	85.2%	3.4%	3.6%	7.6%	44.1%	66.7%	5.1%
13	食事形態の検討・調整	92.1%	58.9%	6.3%	92.1%	3.3%	3.9%	4.9%	54.7%	84.7%	4.7%
14	経腸栄養剤の種類の選択や変更	85.0%	86.6%	4.7%	83.2%	24.0%	2.2%	2.0%	12.8%	83.7%	1.9%
15	退院前の居宅への訪問指導	36.3%	24.2%	2.5%	78.1%	6.1%	69.6%	51.5%	11.3%	8.4%	1.0%
16	退院時のカンファレンス	88.4%	76.6%	4.8%	97.8%	38.3%	65.6%	46.8%	37.1%	34.3%	3.9%

出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票）【速報値】

高齢者の救急患者等に対応する入院医療について

１．我が国の人口構成の変化と高齢者の救急患者等について

２．現状の入院医療における高齢者の救急患者等への対応について

①　高齢者の救急患者の受け入れについて

②　リハビリテーション・栄養・口腔について

③　入退院支援及び在宅復帰等について

３．高齢者の救急患者等に係る入院医療の評価等について

４．課題と論点

入退院支援加算１・２の概要

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　　ロ　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　　ロ　療養病棟入院基本料等の場合　６３５点

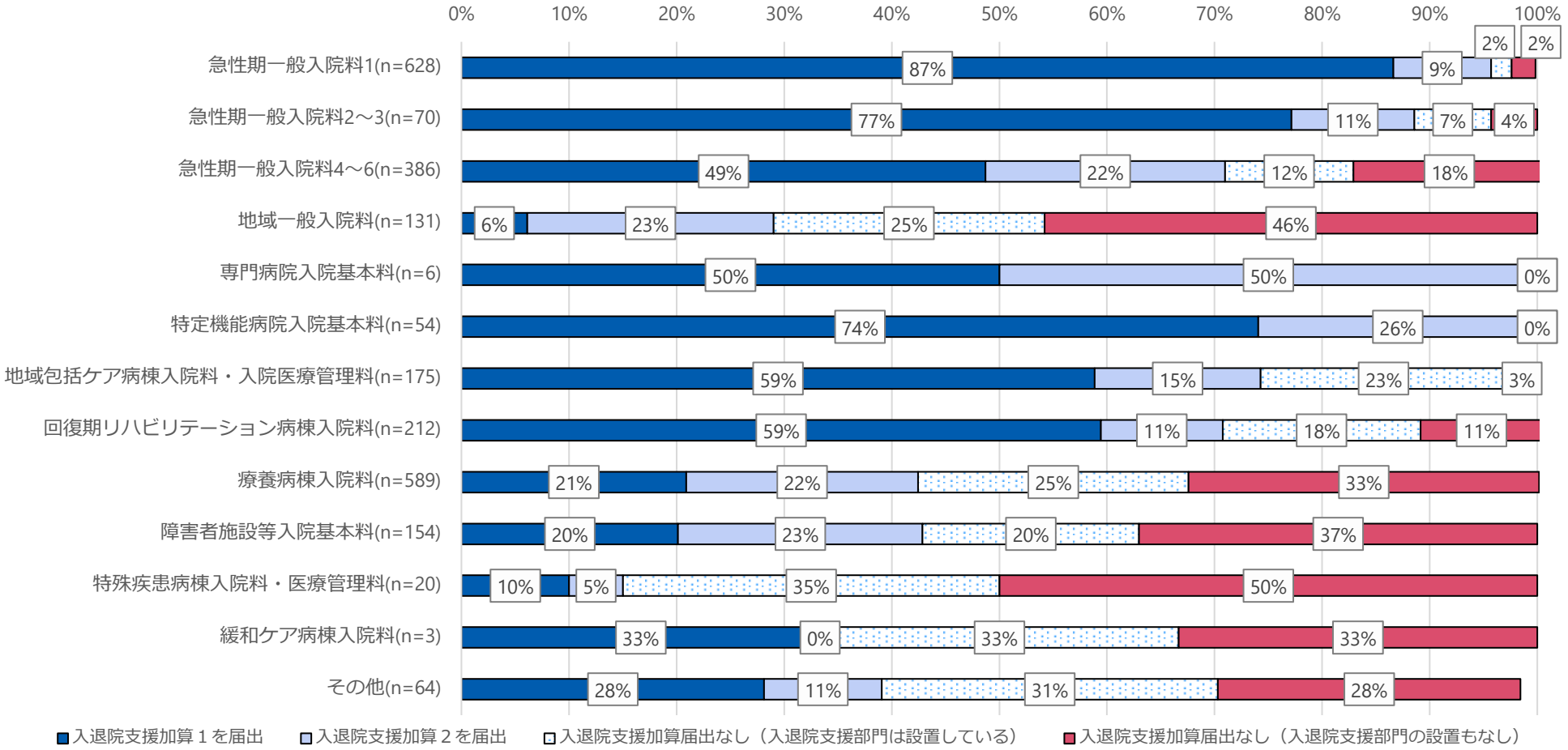
［主な算定要件・施設基準］

	入退院支援加算１	入退院支援加算２
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
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
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	
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	※青字下線はR4年度改定事項

入退院支援加算１・２の届出状況

○　入退院支援加算は、急性期一般入院料や専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料での届出が多かった。
○　地域一般入院料や療養病棟入院料等では、3割以上が入退院支援加算の届出がなく、かつ、入退院支援部門も設置していなかった。

■入退院支援加算１又は２の届出状況



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

入院料別の入退院支援加算の対象者における「退院困難な要因」

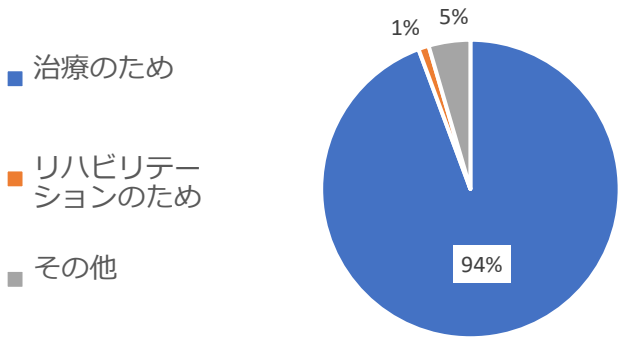
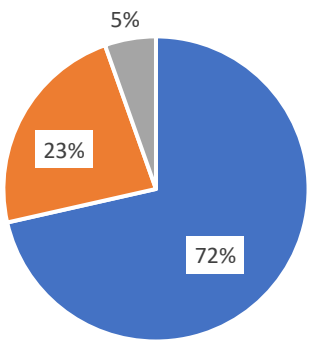
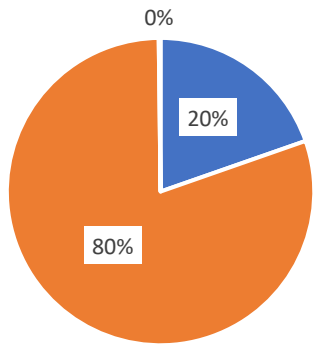
○　入退院支援加算の対象者における「退院困難な要因」は入院料別に構成割合が異なり、急性期一般入院料では「緊急入院であること」の割合が高く、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟では「入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること）」の割合が高かった。

	急性期一般入院料1(n=356)	急性期一般入院料2～3(n=46)	急性期一般入院料4～6(n=170)	地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料(n=82)	回復期リハビリテーション病棟入院料(n=94)
① 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること	15.1%	13.4%	14.5%	8.8%	5.5%
② 緊急入院であること	31.5%	27.0%	20.1%	16.5%	12.1%
③ 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	4.8%	5.1%	5.2%	5.1%	5.4%
④ 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こと	0.1%	0.1%	0.1%	0.2%	0.1%
⑤ 生活困窮者であること	0.8%	1.1%	0.9%	1.8%	0.5%
⑥ 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）	24.7%	25.0%	31.6%	40.7%	51.3%
⑦ 排泄に介助を要すること	5.0%	6.9%	5.3%	5.8%	6.4%
⑧ 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	4.9%	7.2%	7.6%	8.0%	6.9%
⑨ 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む）が必要なこと	4.2%	4.3%	4.7%	4.5%	3.7%
⑩ 入退院を繰り返していること	2.9%	3.8%	4.9%	4.7%	3.4%
⑪ 入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれること	0.4%	0.8%	1.1%	1.2%	0.3%
⑫ 家族に対する介護や介護等を日常的に行っている児童等であること	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%
⑬ 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	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
⑭ その他患者の状況から判断して①から⑬までに準ずると認められる場合	5.4%	5.2%	4.2%	2.5%	4.4%

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

入院料別の入院患者の特徴

○　急性期一般入院料、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟の入院患者の特徴は以下のとおり。

		急性期一般入院料			地域包括ケア病棟	回復期リハビリテーション病棟
		急性期１	急性期２・３	急性期４～６		
平均在院日数		11.7日	14.9日	13.8日	26.9日	66.0日
予定・緊急入院区分	予定	38.1%	35.0%	35.5%	45.6%	82.7%
	緊急（救急車等）	34.4%	37.2%	30.2%	19.4%	9.2%
	緊急（外来初再診後）	27.4%	27.8%	34.4%	34.9%	8.1%
入棟前の場所	他院（有床診含む）	4%	5%	8%	19%	65%
	自院の他病棟	12%	10%	3%	27%	24%
	その他	84%	86%	89%	54%	11%
入院中の手術の実施		43.4%	42.8%	38.8%	17.9%	10.5%
入院の理由						

出典：平均在院日数：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）
その他の項目：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

一般病棟における患者の流れ

	急１	急２	急４	地域一般
n	5,137,980	180,421	908,136	64,892
家庭からの入院	92.6%	85.8%	82.2%	64.3%
他の病院・診療所の病棟からの転院	2.5%	5.1%	6.9%	19.2%
介護施設・福祉施設に入所中	4.5%	8.9%	10.5%	15.7%
院内で出生	0.4%	0.2%	0.4%	0.3%
その他	0.1%	0.1%	0.1%	0.6%

一般病棟入院基本料

	急１	急２	急４	地域一般
n	5,137,980	180,421	908,136	64,892
院内の他病棟への転棟	3.7%	13.2%	17.5%	30.0%
家庭への退院	79.1%	67.9%	63.1%	45.0%
他の病院・診療所への転院	6.0%	5.6%	5.5%	6.3%
介護老人保健施設に入所	0.7%	1.3%	1.7%	2.5%
介護老人福祉施設に入所	0.9%	1.8%	2.3%	3.3%
社会福祉施設、有料老人ホーム等に入所	1.7%	2.8%	2.6%	3.3%
終了（死亡等）	3.2%	4.7%	5.6%	8.2%
その他	0.1%	0.1%	0.2%	0.1%
介護医療院	0.0%	0.0%	0.1%	0.3%
同一病棟グループ内への転棟	4.6%	2.6%	1.5%	0.9%

一般病棟の入院患者のうち救急搬送により入院した患者の割合等

		急１	急１（救命救急入院料届出なし）	急２	急４	地域一般１
実入院患者数		5,137,980	3,632,530	180,421	908,136	64,892
実入院患者数のうち、救急搬送され入院した割合	相加平均	20.2%	21.1%	22.8%	20.2%	14.6%
	加重平均	18.4%	19.9%	22.2%	20.9%	16.0%
	25%tile	12.9%	13.4%	13.1%	9.4%	2.5%
	50%tile	19.1%	20.0%	21.8%	19.1%	10.8%
	75%tile	25.6%	27.1%	29.3%	28.0%	21.3%

出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

高齢者の救急患者等に対応する入院医療について

１．我が国の人口構成の変化と高齢者の救急患者等について

２．現状の入院医療における高齢者の救急患者等への対応について

３．高齢者の救急患者に係る入院医療の評価等について

４．課題と論点

社会保障制度改革国民会議報告書における病床の機能分化・連携について

社会保障制度改革国民会議報告書（平成25年８月６日社会保障制度改革国民会議）（抄）
Ⅱ 医療・介護分野の改革
１ 改革が求められる背景と社会保障制度改革国民会議の使命
（３）改革の方向性
① 基本的な考え方
　まず、日本のように民間が主体となって医療・介護サービスを担っている国では、提供体制の改革は、提供者と政策当局との信頼関係こそが基礎になるべきである。日本の提供体制への診療報酬・介護報酬による誘導は、確かにこれまで効き過ぎるとも言えるほどに効いてきた面があり、政策当局は、過去、そうした手段に頼って政策の方向を大きく転換することもあった。だが、そのような転換は、医療・介護サービスを経営する側からは梯子を外されるにも似た経験にも見え、経営上の不確実性として記憶に刻まれることになる。それは、政策変更リスクに備えて、いわゆる看護配置基準 7 対 1 を満たす急性期病院の位置を確保しておいた方が安全、内部留保を十二分に抱えておかなければ不安、など過度に危機回避的な行動につながり、現在の提供体制の形を歪めている一因ともなっている。政策当局は、提供者たちとの信頼関係を再構築させるためにも、**病床区分を始めとする医療機関の体系を法的に定め直し、それぞれの区分の中で相応の努力をすれば円滑な運営ができるという見通しを明らかにすることが必要**であろう。さらに、これまで長く求められてきた要望に応え、**「地域完結型」の医療に見合った診療報酬・介護報酬に向け体系的に見直す**ことなどに、速やかに、そして真摯に取り組むべき時機が既にきていることを認識するべきである。
　…

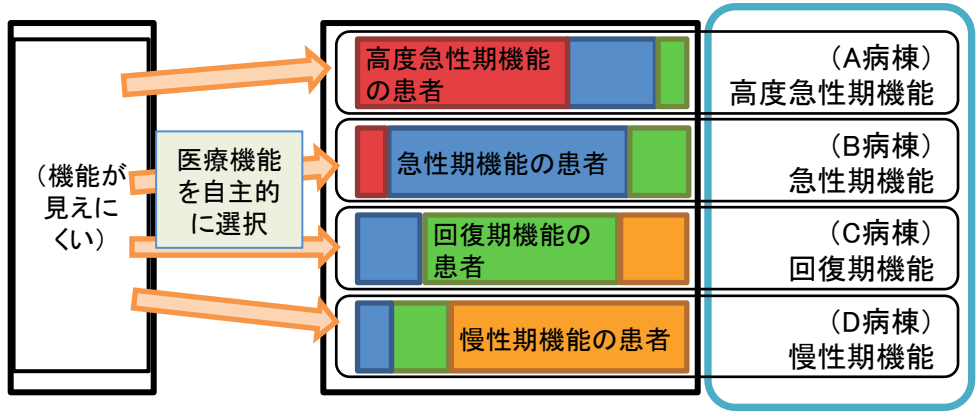
② 機能分化とネットワークの構築
　その上で求められる医療と介護の一体的な改革は、次のようにまとめられよう。すなわち、日本は諸外国に比べても人口当たり病床数が多い一方で病床当たり職員数が少ないことが、**密度の低い医療ひいては世界的に見ても長い入院期間をもたらしている**。他面、急性期治療を経過した患者を受け入れる入院機能や住み慣れた地域や自宅で生活し続けたいというニーズに応える在宅医療や在宅介護は十分には提供されていない。
　そこで、**急性期から亜急性期、回復期等まで、患者が状態に見合った病床でその状態にふさわしい医療を受けることができるよう**、急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を実現するとともに、受け皿となる地域の病床や在宅医療・在宅介護を充実させていく必要がある。この時、機能分化した病床機能にふさわしい設備人員体制を確保することが大切であり、病院のみならず地域の診療所をもネットワークに組み込み、医療資源として有効に活用していくことが必要となる。

地域医療構想について

○ 今後の人口減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化や労働力人口の減少を見据え、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築するためには、医療機関の機能分化・連携を進めていく必要。

○ こうした観点から、各地域における2025年の医療需要と病床の必要量について、医療機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）ごとに推計し、**「地域医療構想」**として策定。
その上で、各医療機関の足下の状況と今後の方向性を**「病床機能報告」**により「見える化」しつつ、各構想区域に設置された**「地域医療構想調整会議」**において、病床の機能分化・連携に向けた協議を実施。

医療機関



医療機能の現状と今後の方向を報告（毎年10月）

病床機能報告

（「地域医療構想」の内容）

1．2025年の医療需要と病床の必要量
- 高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに医療需要と病床の必要量を推計
- 在宅医療等の医療需要を推計
- 都道府県内の構想区域（二次医療圏が基本）単位で推計

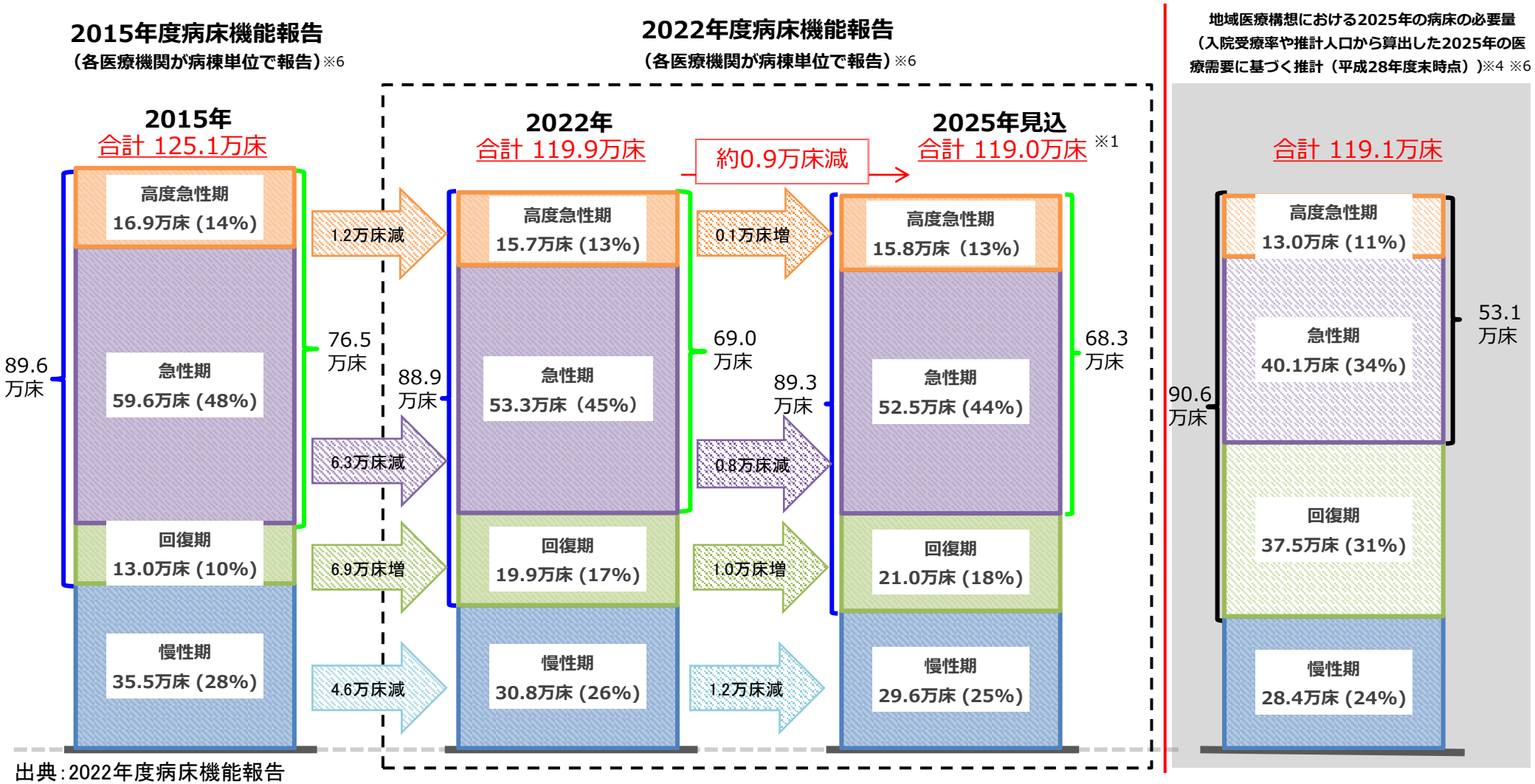
2．目指すべき医療提供体制を実現するための施策
例） 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成等

都道府県

医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定し、更なる機能分化を推進

○ 機能分化・連携については、**「地域医療構想調整会議」**で議論・調整。

2022年度病床機能報告について



出典：2022年度病床機能報告

※1：2022年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数

※2：対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要
（報告医療機関数/対象医療機関数（報告率） 2015年度病床機能報告：13,885/14,538（95.5%）、2022年度病床機能報告：12,171/12,590（96.7%））

※3：端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある

※4：平成25年度(2013年度) のNDBのレセプトデータ 及びDPCデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口（平成25年(2013年)3月中位推計）』等を用いて推計

※5：高度急性期のうちICU及びHCUの病床数（*）：18,399床（参考 2021年度病床機能報告：19,645床）
*救命救急入院料1～4、特定集中治療室管理料1～4、ハイケアユニット入院医療管理料1・2のいずれかの届出を行っている届出病床数

※6：病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

特定の機能を有する病棟における病床機能報告の取扱い

第12回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ（令和５年５月25日）資料２より抜粋

特定入院料等を算定する病棟については、一般的には、次のとおりそれぞれの機能として報告するものとして取り扱う。
その他の一般入院料等を算定する病棟については、各病棟の実態に応じて選択する。

高度急性期機能

○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能

※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例
救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟

急性期機能

○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能

回復期機能

○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能

○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ＡＤＬの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）

慢性期機能

○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能

○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

- 救命救急入院料
- 特定集中治療室管理料
- ﾊｲｹｱﾕﾆｯﾄ入院医療管理料
- 脳卒中ｹｱﾕﾆｯﾄ入院医療管理料
- 小児特定集中治療室管理料
- 新生児特定集中治療室管理料
- 総合周産期特定集中治療室管理料
- 新生児治療回復室入院医療管理料
- 地域包括ケア病棟入院料（※）

※　地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択

- 回復期ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ病棟入院料
- 特殊疾患入院医療管理料
- 特殊疾患病棟入院料
- 療養病棟入院基本料
- 障害者施設等入院基本料

診療報酬における機能に応じた病床の分類（イメージ）

医療法の位置付け

一般病床

（R4.10.1医療施設動態・R4病院報告）

病床数　886,663床
病床利用率　69.0%
平均在院日数　16.2日

療養病床

（R4.10.1医療施設動態・R4病院報告）

病床数　284,439床
病床利用率　84.7%
平均在院日数　126.5日

DPC/PDPS

1,764施設　483,425床※2
（+1,981床）
※2　R４.4.1現在

特定機能病院入院基本料※1
87施設
58,726床（+185床）
※1　一般病棟に限る

専門病院入院基本料
19施設6,249床（＋４床）

救命救急入院料

入院料１	入院料２	入院料３	入院料４
188施設	22施設	79施設	82施設
3,640床（+47）	167床（▲33）	1,573床（▲66）	906床（+15）

特定集中治療室管理料

ICU１	ICU２	ICU３	ICU４
159施設	80施設	329施設	54施設
1,656床（+169）	927床（+60）	2,317床（▲48）	497床（▲68）

ハイケアユニット入院医療管理料
HCU１:643施設　6,327床（+174床）
HCU２:　37施設　　363床（+54床）

脳卒中ケアユニット入院医療管理料
203施設　1,667床（+75床）

小児特定集中治療室管理料
16施設　161床（+61床）

新生児特定集中治療室管理料
NICU１　75施設　731床（▲20床）
NICU２　153施設　909床（+24床）

総合周産期特定集中治療室管理料
133施設　母児・胎児　841床（▲16床）
新生児　1,771床（+16床）

新生児治療回復室入院医療管理料
203施設　2,972床（+73床）

一類感染症患者入院医療管理料
33施設　103床（▲２床）

小児入院医療管理料

管理料1	管理料2	管理料3	管理料4	管理料5
81施設	181施設	80施設	387施設	167施設
5,373床（▲63床）	5,990床（▲318床）	1,876床（▲154床）	8,026床（▲160床）	－

一般病棟入院基本料

575,751床（▲4,036床）

回復期リハビリテーション病棟入院料

入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5	入院料6
938施設	193施設	332施設	64施設	33施設	11施設
62,056床（+2,675）	10,371床（+369）	14,570床（▲973）	2,666床（+150）	1,191床（▲748）	440床（▲1,019）

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

入院料1	入院料2	入院料3	入院料4
1,392施設	1,250施設	40施設	70施設
46,819床（+3,457）	40,182床（▲1,344）	982床（▲326）	1,313床（▲511）

障害者施設等入院基本料
891施設
72,004床（+1,633床）

特定一般病棟入院料
入院料1　3施設　96床（±0）
入院料2　2施設　79床（±0）

特殊疾患

病棟入院料１	病棟入院料２	入院管理料
102施設	107施設	32施設
5,287床（▲77床）	7,958床（+192床）	424床（▲42床）

緩和ケア病棟入院料
入院料1　241施設　4,937床（+118）
入院料2　219施設　4,250床（+39）

療養病棟入院基本料

205,673床（+101床）

介護療養病床

7,976床
※R4.6末病院報告

施設基準届出
令和４年7月1日現在
（かっこ内は前年比較）

有床診療所（一般）　4,354施設　58,420床（▲3,698床）

有床診療所（療養）392施設　3,838床（▲1,355床）

精神科救急急性期医療入院料
173施設　10,875床　※R4新設

精神科急性期治療病棟入院料
入院料1　367施設　16,560床（▲67）
入院料2　９施設　358床（▲29）

精神病棟　1,180施設　140,478床（+1,660床）

精神科救急・合併症入院料
11施設　390床（▲34）

児童・思春期精神科入院
50施設　1,690床（+135）

精神療養病棟入院料
808施設　88,399床（▲1,312）

地域移行機能強化病棟入院料
27施設1,129床（▲207床）

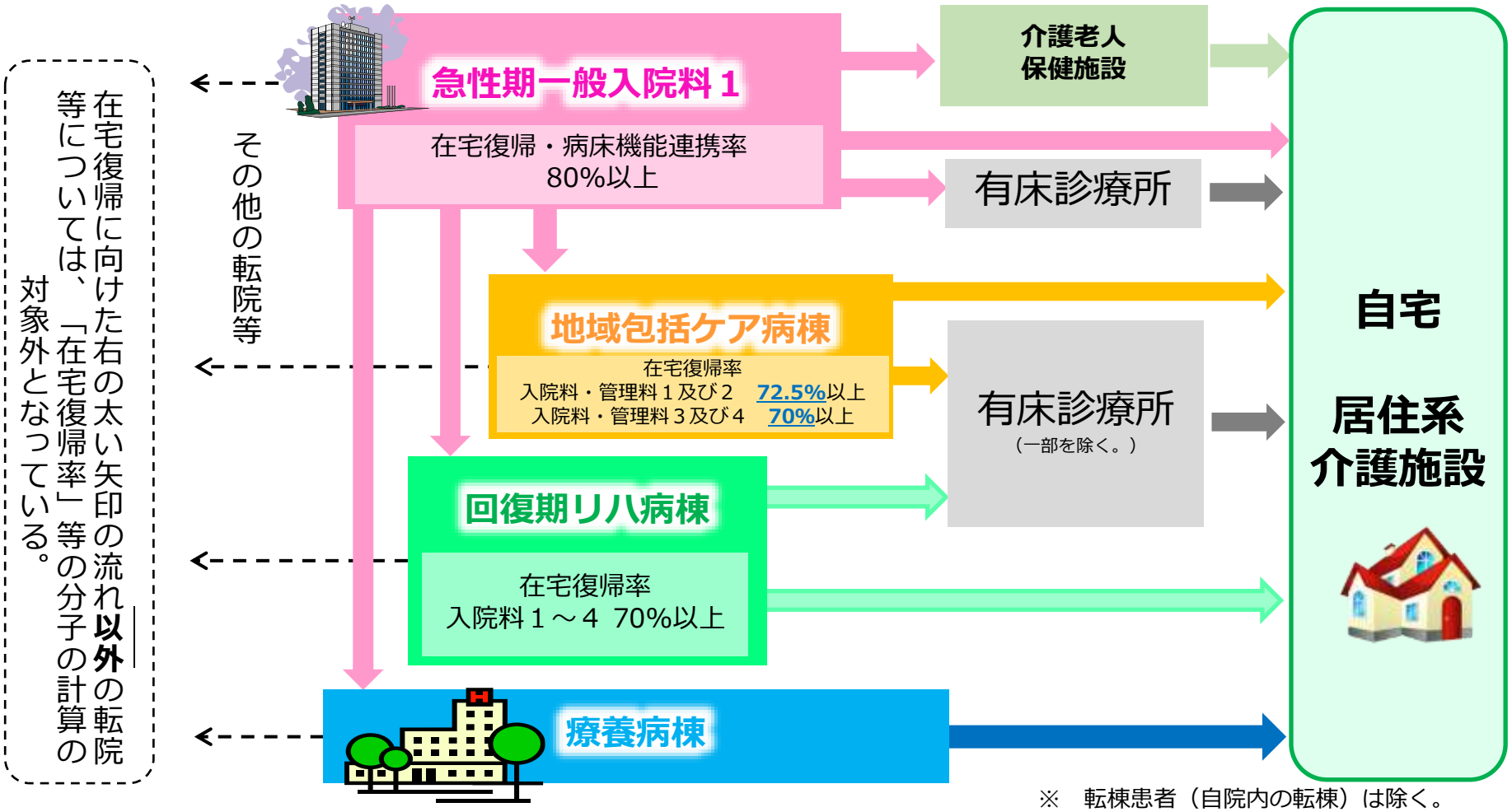
認知症治療病棟入院料
入院料1　554施設　38,590床（+436）
入院料2　3施設　220床（＋６）

結核病棟　170施設　3,386床（▲28床）

入院医療の評価体系と期待される機能（イメージ）

○　急性期一般入院料１における「在宅復帰・病床機能連携率」や、地域包括ケア病棟・療養病棟における「在宅復帰率」の基準において、**自宅だけでなく、在宅復帰率等の基準の設定された病棟への転院等を、分子として算入できることとしており、在宅復帰に向けた流れに沿った連携等の取り組みを促進している。**

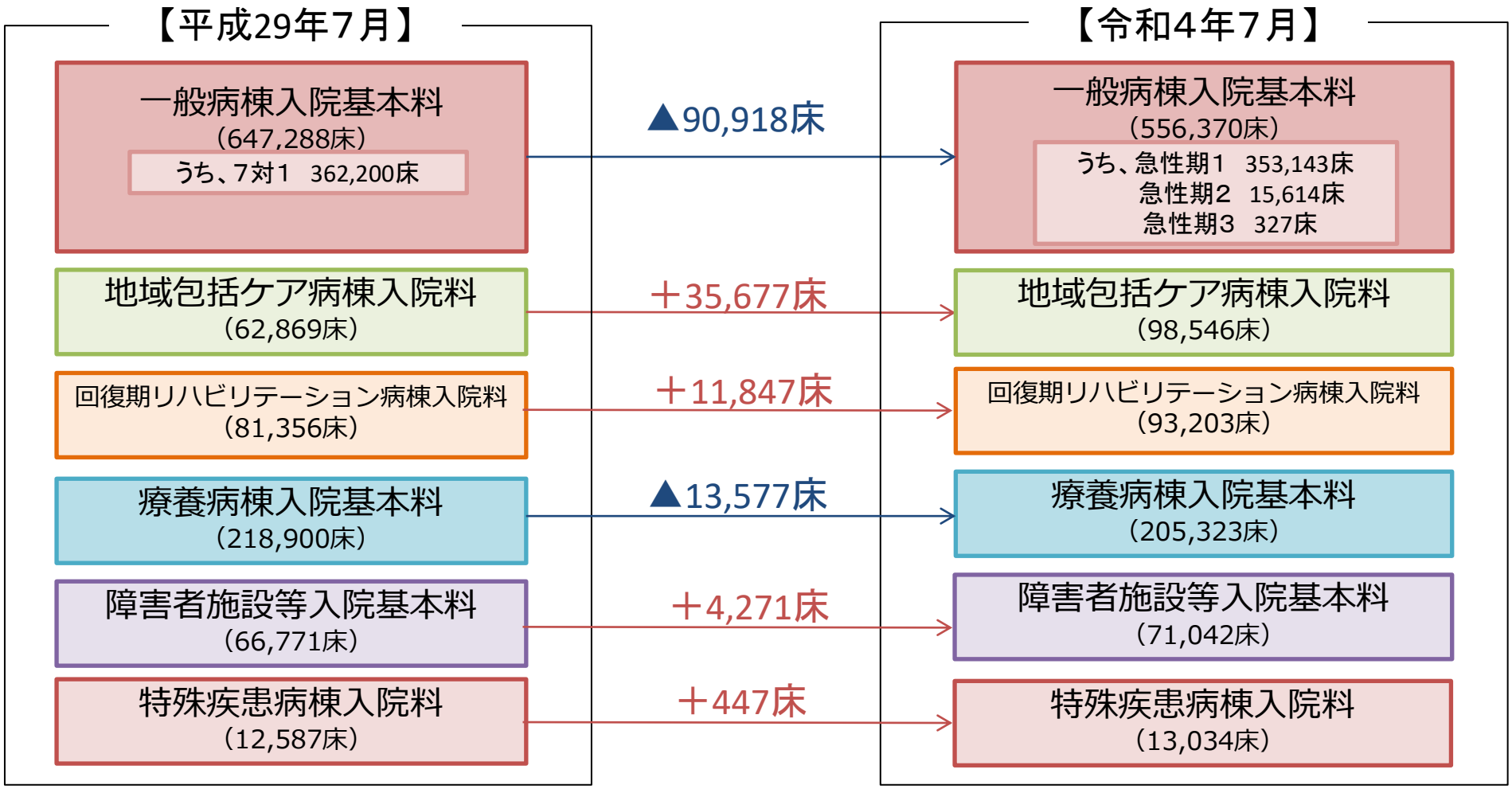
各病棟ごとの在宅復帰率の算出にあたって、**在宅復帰に含まれる退院・転院を、太い矢印（➡）で示す**



※　転棟患者（自院内の転棟）は除く。
※　在宅復帰機能強化加算に係る記載は省略。

届出病床数の推移について（概要）

○　平成29年７月時点の各入院料の届出病床数と令和４年７月時点の届出病床数を比較したところ、下記のとおりであった。

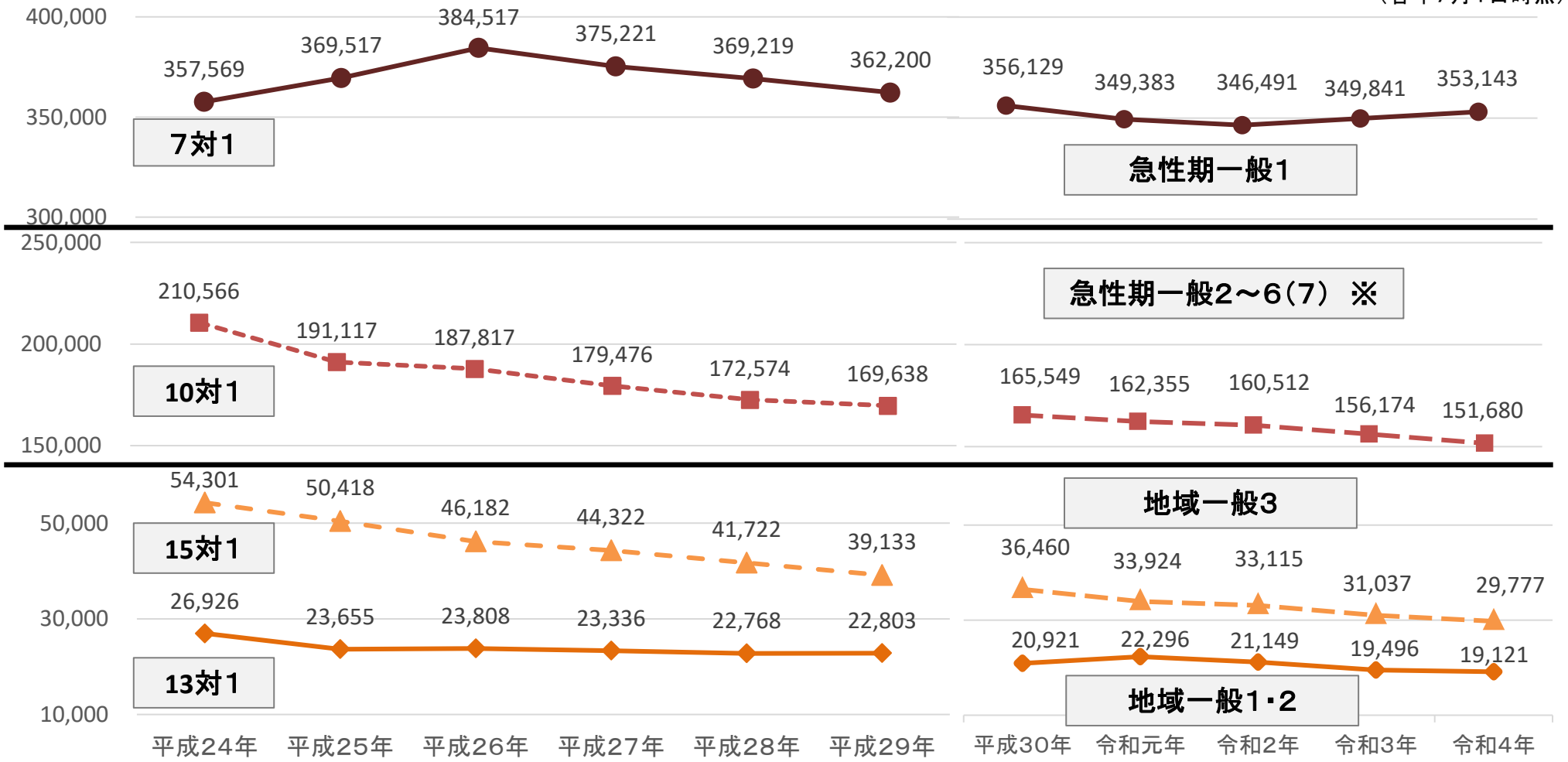


出典：保険局医療課調べ（各年７月１日現在）
※各年７月１日時点の医療保険届出病床数を保険局医療課において集計して比較。

入院料別の病床数の推移（一般病棟入院基本料）

○ 届出病床数は、急性期一般入院料１が最も多く、平成26年以降減少傾向であったが、令和３年から微増している。
○ 急性期一般入院料２～６、地域一般１～３は減少傾向。

（ 医療保険届出病床数 ）　　（各年７月１日時点）



※

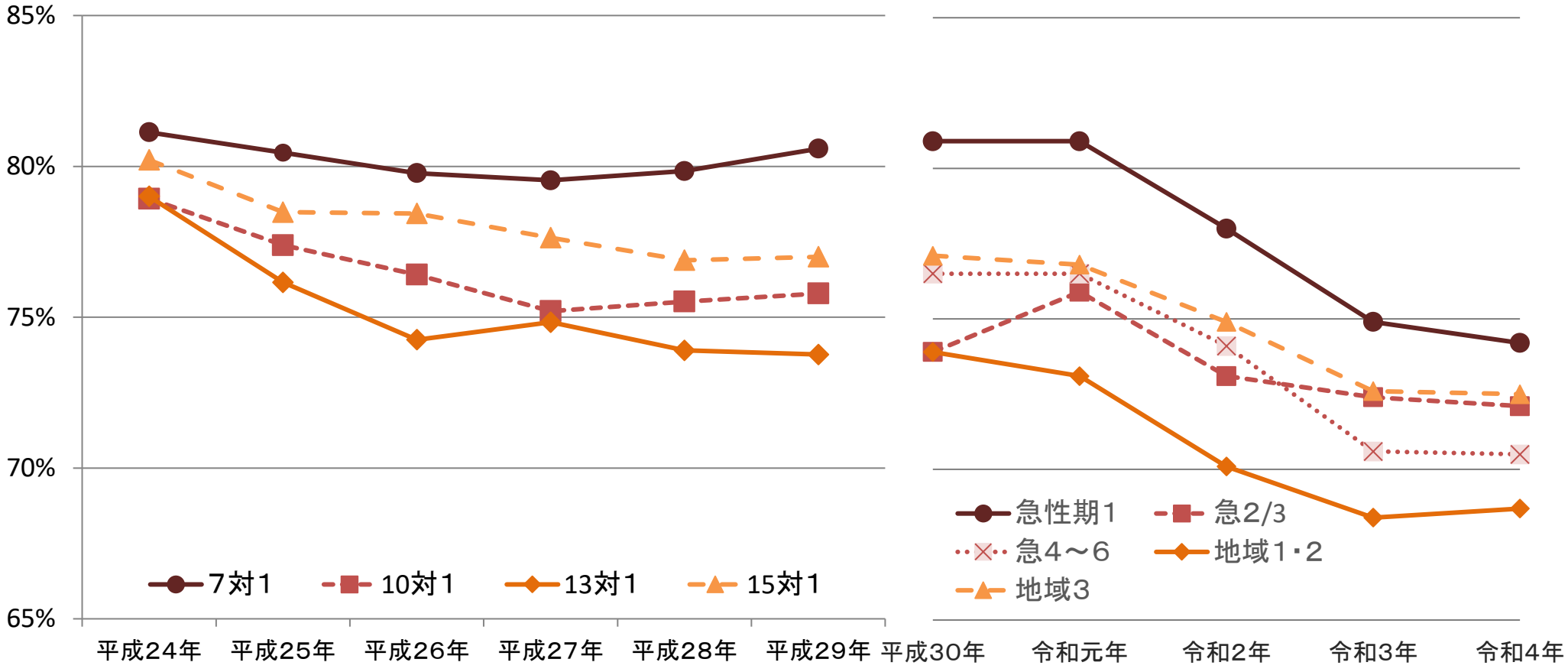
	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
急性期一般2･3	5,399	10,704	14,896	15,751	15,941
急性期4～6（7）	160,150	151,651	145,616	140,423	135,739

※　平成24、25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除いた値

出典：各年7月1日の届出状況。保険局医療課調べ。

入院料別の病床稼働率の推移（一般病棟入院基本料）

○ 病床稼働率は、急性期一般入院料１が最も高い。令和２年から令和４年にかけて、病床稼働率は全体的に減少している。



※ 各年の1日平均入院患者数を各年7月1日時点の稼働病床で除したもの
※ 平成24、25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除いた値

出典：保険局医療課調べ

入院料別の病棟の看護職員・看護補助者数（40床あたり）

○　40床あたりの看護職員及び看護補助者の数は、入院料によりその人数や比率が異なる。

入院料グループ	回答施設数 ※1	40床あたり職員数の施設平均（単位：人） 全職員	看護職員	看護補助者	うち、介護福祉士	リハビリ職 ※2
急性期一般入院料1	1,752	32.77	26.34	3.45	0.30	0.85
急性期一般入院料2-3	72	28.38	21.82	3.09	0.35	2.02
急性期一般入院料4-6	147	26.07	19.42	3.68	0.51	0.89
特定機能病院入院基本料（一般病棟7対1）	443	33.88	27.95	2.76	0.01	1.82
専門病院入院基本料（7対1）	25	24.01	21.48	1.98	0.00	0.00
小児入院医療管理料（病床単位で届け出ている場合を除く）	79	39.92	34.27	2.14	0.05	0.65
地域一般入院料1～2	37	30.95	19.22	5.80	0.65	3.51
地域一般入院料3	41	25.99	15.65	5.38	1.11	2.67
地域包括ケア病棟入院料	232	29.86	18.54	6.03	1.53	2.89
地域包括ケア病棟入院料1	138	30.86	19.01	6.48	1.49	2.92
地域包括ケア病棟入院料2	93	28.42	17.88	5.35	1.61	2.86
地域包括ケア病棟入院料3	1	25.36	15.36	7.60	0.00	1.00
回復期リハビリテーション病棟入院料	347	45.60	17.36	7.12	3.53	20.23
回復期リハビリテーション病棟入院料1	238	48.61	18.06	7.14	3.86	23.49
回復期リハビリテーション病棟入院料2	32	43.48	17.98	6.60	3.02	17.94
回復期リハビリテーション病棟入院料3	68	38.17	15.24	7.28	2.81	11.58
回復期リハビリテーション病棟入院料4	8	27.61	11.99	7.34	2.16	6.75
回復期リハビリテーション病棟入院料5	1	44.60	18.80	5.80	1.00	16.00
療養病棟入院料1	386	26.02	12.72	9.49	3.44	1.50
療養病棟入院料2	76	24.85	11.94	9.31	3.18	1.17

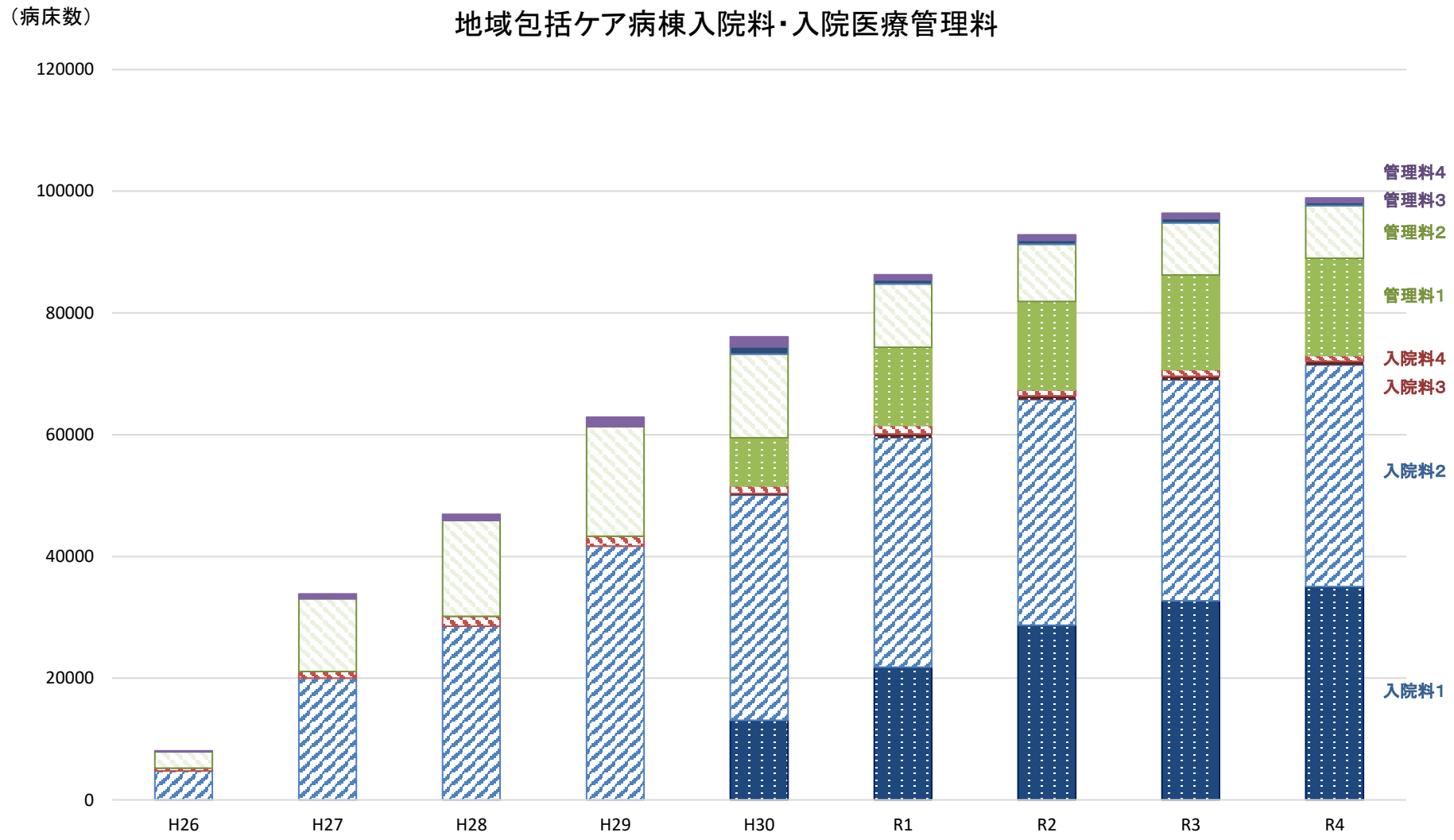
注1）20床以下の病棟は除いて集計している
注2）理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士の合計数

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票）

入院料別の届出病床数の推移

中医協　総－４
５．７．５改

○　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るが、近年は増加が緩やかになる傾向にある。



出典：保険局医療課調べ（各年7月1日時点）

急性期一般病棟、地域包括ケア病棟の施設基準の概要

	急性期一般病棟入院料1	急性期一般病棟入院料4	地域包括ケア病棟入院料1
病棟の趣旨	急性期医療を行う	急性期医療を行う	① 急性期治療を経過した患者の受け入れ ② 在宅で療養を行っている患者等の受け入れ ③ 在宅復帰支援
看護配置	7対1以上	10対1以上	13対1以上
重症度、医療・看護必要度の基準	該当患者の基準：A項目3点以上等 該当患者割合　31%（Ⅰ）28%（Ⅱ） ※200床以上の場合	該当患者の基準：A項目3点以上等 該当患者割合　20%（Ⅰ）17%（Ⅱ） ※200床以上の場合	該当患者の基準：A項目1点以上 又はC項目1点以上 該当患者割合　12%（Ⅰ）8%（Ⅱ）
在院日数	平均在院日数　18日以内	平均在院日数　21日以内	60日まで算定可能
救急医療体制	－ （救急医療管理加算等で評価）	－ （救急医療管理加算等で評価）	二次救急医療機関又は救急告示病院 ※ 200床未満の病院の場合、救急医療の体制 ※ 一般病床の場合
救急実績	－ （地域医療体制確保加算等で実績に応じた評価）	－ （地域医療体制確保加算等で実績に応じた評価）	自宅等からの緊急患者の受け入れ 3月で9人以上
リハビリ	－	－	PT、OT又はST1名以上の配置
在宅復帰率	80%以上 （分子に回リハ病棟等への転院、転棟を含む）	80%以上 （分子に回リハ病棟等への転院、転棟を含む）	72.5%以上 （分子に回リハ病棟等への転院、転棟を含まない）
在宅医療	－	－	実績要件
人生の最終段階における医療・ケア	－	－	ガイドライン等の内容を踏まえ、指針を定めていること

高齢者の救急患者等に対応する入院医療について

○　これまでの主な指摘
- 誤嚥性肺炎や尿路感染症の入院治療については、対応可能な地域包括ケア病棟におけるより一層の対応が必要ではないか。ただし、地域包括ケア病棟は、看護配置が13対１であること等から、対応できる救急医療には限界があることも認識すべき。
- 急性期医療における機能分化の在り方については、地域包括ケア病棟など13対１の看護配置を施設基準とする病棟が現状では高齢者の救急搬送を十分に受け入れることが難しい場合があることを踏まえつつ、どのような病棟による急性期の高齢者等の受入を推進すべきかについて検討した上で、地域一般病棟や地域包括ケア病棟など急性期一般入院料１以外の病棟のうち高齢者救急への対応や高齢者のケアに必要な体制を備えた病棟を類型化して評価することが必要ではないかとの指摘があった。

○　急性期医療を提供する急性期一般入院料の病棟におけるリハビリ、栄養管理の提供には、ばらつきがある。
○　一方で、在宅復帰等を役割とする地域包括ケア病棟においては、救急患者の受け入れにばらつきがある。

高齢者の救急患者等に対応する入院医療（イメージ）



救急患者を受け入れる体制を整備



一定の医療資源を投入し、急性期を速やかに離脱



早期の退院に向け、リハビリ、栄養管理等を提供



退院に向けた支援
適切な意思決定支援





早期の在宅復帰
在宅医療、介護との連携

包括的に提供

高齢者の救急患者等に対応する入院医療について

１．我が国の人口構成の変化と高齢者の救急患者等について

２．現状の入院医療における高齢者の救急患者等への対応について

３．高齢者の救急患者等に係る入院医療の評価等について

４．課題と論点

高齢者の救急患者等に係る課題①

1．我が国の人口構成の変化と高齢者の救急患者等について

・ 高齢者の人口増加に伴い、高齢者の救急搬送人員が増加し、中でも軽症・中等症が増加している。
・ 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、と指摘されている。
・ 急性期医療における機能分化の在り方については、地域包括ケア病棟など13対1の看護配置を施設基準とする病棟が現状では高齢者の救急搬送を十分に受け入れることが難しい場合があることを踏まえつつ、どのような病棟による急性期の高齢者等の受入を推進すべきかについて検討した上で、地域一般病棟や地域包括ケア病棟など急性期一般入院料１以外の病棟のうち高齢者救急への対応や高齢者のケアに必要な体制を備えた病棟を類型化して評価することが必要ではないかとの指摘があった。

2．現状の入院医療における高齢者の救急患者等への対応について

・ 65歳以上の高齢者において、年齢が高いほど１入院当たり出来高実績点数が高い一方、１日当たり出来高実績点数は低い傾向にある。
・ 75歳以上の患者に多い疾患のうち一部は、急性期一般入院料1を算定する場合と地域一般入院料を算定する場合とで、医療資源投入量について大きな差がみられなかった。
・ 救急搬送後直接入棟の患者の割合は、地域包括ケア病棟において、多くの病棟・病室で5%未満であったが、129施設（7.8%）は15%以上であった。
・ 誤嚥性肺炎の患者に対して早期リハビリテーションを実施する場合において、１日２単位以上のリハビリテーションを提供することが、死亡率の改善、自宅退院割合の向上、在院日数の短縮につながることが示されている。
・ リハビリテーションを実施している患者に対する、１日平均提供単位数は、急性期病棟より、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟の方が多い傾向にあった。
・ 急性期一般入院基本料を算定する病棟のリハ実施率は、ばらついていた。
・ 地域包括ケア病棟を届けている医療機関の方が急性期入院料を届け出ている医療機関よりリハビリテーション専門職の数が多かった。
・ 入院時に高齢患者の42%は低栄養リスクが指摘され、26%は低栄養であった。また、高齢入院患者の栄養状態不良と生命予後不良は関連がみられる。

高齢者の救急患者等に係る課題②

3. 高齢者の救急患者等に係る入院医療の評価等について

- 病床機能の分化、連携に係る取組として、地域医療構想が進められている。
- 届出病床数は、急性期一般入院料１が最も多く、平成26年以降減少傾向であったが、令和３年から微増している。急性期一般入院料２～６、地域一般１～３は減少傾向。
- 地域包括ケア病棟の届出病床数は増加傾向であるが、近年は増加が緩やかになる傾向にある。
- 急性期一般病棟入院料は急性期医療を行うという趣旨、地域包括ケア病棟は①急性期治療を経過した患者の受け入れ、②在宅で療養を行っている患者等の受け入れ及び③在宅復帰支援という趣旨に基づき、施設基準が定められている。

高齢者の救急患者等についての論点

【論点】

（高齢者の救急患者等に対応する入院医療について）

○　高齢者の救急患者等が増加していて、今後も高齢者の増加が見込まれる中、入院医療のあり方についてどのように考えるか。

○　その際、地域において、必要な人員体制等により救急患者等を受け入れる体制を整え、リハビリ、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に担うことを評価することについて、どのように考えるか。

中医協　総－４
５．　１２．１５

歯科医療（その３）

１．歯科医療の現状（これまでの主なご意見）

２．かかりつけ歯科医機能に係る評価

３．院内感染防止対策

４．歯科疾患の重症化予防

５．電話や情報通信機器を用いた歯科診療

６．歯科固有の技術等

7月12日開催の中医協における主なご意見①

（かかりつけ歯科医や病院における歯科医療等、歯科医療機関の機能・役割について）

○ ライフコースに応じた歯科疾患の重症化予防や地域包括ケアシステムにおける連携などが重要であり、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所にはこれらの役割が求められている。一方で、患者にとっては、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所とそれ以外の歯科診療所の違いが分かりにくいという指摘もあり、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所がどのような役割を担うべきか考える必要がある。

○ 歯科医療機関の機能分化や連携を適切にすすめ、地域の状況に応じた歯科医療提供体制を構築するためにも、在宅歯科医療、医療安全や院内感染対策等、関連する施設基準を整理・検討すべき。

○ 回復期病院や慢性期病院において、口腔と栄養の管理が一体的に行われることは、誤嚥性肺炎や低栄養の予防の観点から重要であり、地域の歯科診療所との連携も含め、リハ・口腔・栄養の一体的な取組を進めるべき。

○ 歯科訪問診療を実施している患者に対して侵襲性の高い治療や専門性の高い歯科治療が必要となった場合、病院における歯科での全身管理下での治療が必要になることもある。病院歯科が、地域の歯科診療所の後方支援として歯科訪問診療や入院での歯科治療の受け入れ等、地域の状況に応じた役割を果たすことを推進するため、病院における歯科の機能についても適切に評価すべき。

（医科歯科連携をはじめとした連携について）

○ がん患者等への周術期等口腔機能管理は増加してきたが、周術期だけではなく、脳血管疾患等により入院が長期になる患者の口腔・栄養管理も重要。

○ 医科との連携や介護との連携が進んでいない要因を丁寧に分析した上で、連携を進めるために必要な見直しを行うべき。

○ 糖尿病における医科歯科連携や各種薬剤の副作用等に関する医歯薬連携も更に進めるべき。薬により口腔に影響があるものもあり、歯科治療を行う際に注意を要する医薬品などの情報連携は非常に有効である。歯薬連携の在り方について、現場での連携が進むよう検討すべき。

（安心で安全な歯科医療について）

○ 各種施設基準において、医療安全と感染対策に係る要件が位置づけられており、これらの感染対策を今後も継続することは重要。

○ 医療安全と感染対策は歯科医療機関にとって当然のことであり、その上で、より充実した体制をどのように評価するのか、患者にも分かるように整理が必要。

○ 新興感染症の流行時であっても継続した歯科医療提供体制を維持する観点から、歯科外来環境体制加算については、新興感染症に対する感染対策における考え方との整理も必要ではないか。

7月12日開催の中医協における主なご意見②

（重症化予防や口腔機能管理、障害児者等の歯科診療について）

○ 歯を喪失する一番の原因である歯周病やう蝕は、適切な管理を行うことで重症化予防が可能である。歯周病重症化予防治療や歯周病安定期治療について、より効果的な管理を推進するため、更なる整理・見直しをすべき。

○ 歯科衛生士による歯科衛生実地指導は重症化予防の観点から非常に重要である。近年は、ブラッシング方法の指導等だけでなく口腔機能や生活習慣などの観点からも歯科保健指導が行われており、実態に応じた評価を検討すべき。

○ 口腔機能の管理については、口腔機能管理の中で行われる口腔機能獲得や口腔機能向上のための訓練に対する評価について検討すべき。

○ 小児を含めた障害児者や認知症の方への歯科医療も非常に重要であるが、治療には患者の状態に応じた配慮や時間、通常より多い人員体制を要することが多く、実態を踏まえた評価を検討すべき。

○ 医療的ケア児等について、摂食嚥下等に関し学校等への情報連携をするケースがあることから、歯科医療機関と学校等との情報連携についても検討すべき。

（電話や情報通信機器を用いた歯科診療について）

○ 対面診療が基本ではあるが、新興感染症の感染拡大により外出が制限される状況下などでは、歯周病などの急性症状に対し、情報通信機器を用いて症状・状態 を確認した上で必要に応じて投薬等を行うことは有効であり、情報通信機器を活用した歯科診療の評価も検討すべき。その他、口腔機能や摂食機能の評価、顎顔面領域の慢性疼痛の管理等、情報通信機器が活用できるものもあるのではないか。

○ 口腔内の状態をどのように適切に把握するかも含め、効率的な口腔状態の確認や指導管理等、歯科領域における情報通信機器の活用について検討をすべきでないか。

（生活の質に配慮した歯科医療について）

○ 糖尿病や喫煙などの生活習慣は、歯周病など口腔疾患へ大きな影響を与えることが知られているので、これらに関する管理も重要である。

○ 貴金属以外の材料の保険適用は進んで来ているが、適用部位が限られている等の現状もあることから、市場価格に左右されない貴金属以外の材料の活用を積極的に検討するべき。

1. 歯科医療の現状

2. かかりつけ歯科医機能に係る評価

3. 院内感染防止対策

4. 歯科疾患の重症化予防

5. 電話や情報通信機器を用いた歯科診療

6. 歯科固有の技術等

かかりつけ歯科医について

■かかりつけ歯科医とは

かかりつけ歯科医とは、安全・安心な歯科医療の提供のみならず医療・介護に係る幅広い知識と見識を備え、地域住民の生涯に亘る口腔機能の維持・向上をめざし、地域医療の一翼を担う者としてその責任を果たすことができる歯科医師をいう。

■かかりつけ歯科医が担う役割

患者の乳幼児期から高齢期までのライフステージに応じた継続管理や重症化予防のための適切な歯科医療の提供および保健指導を行い、口腔や全身の健康の維持増進に寄与すること。

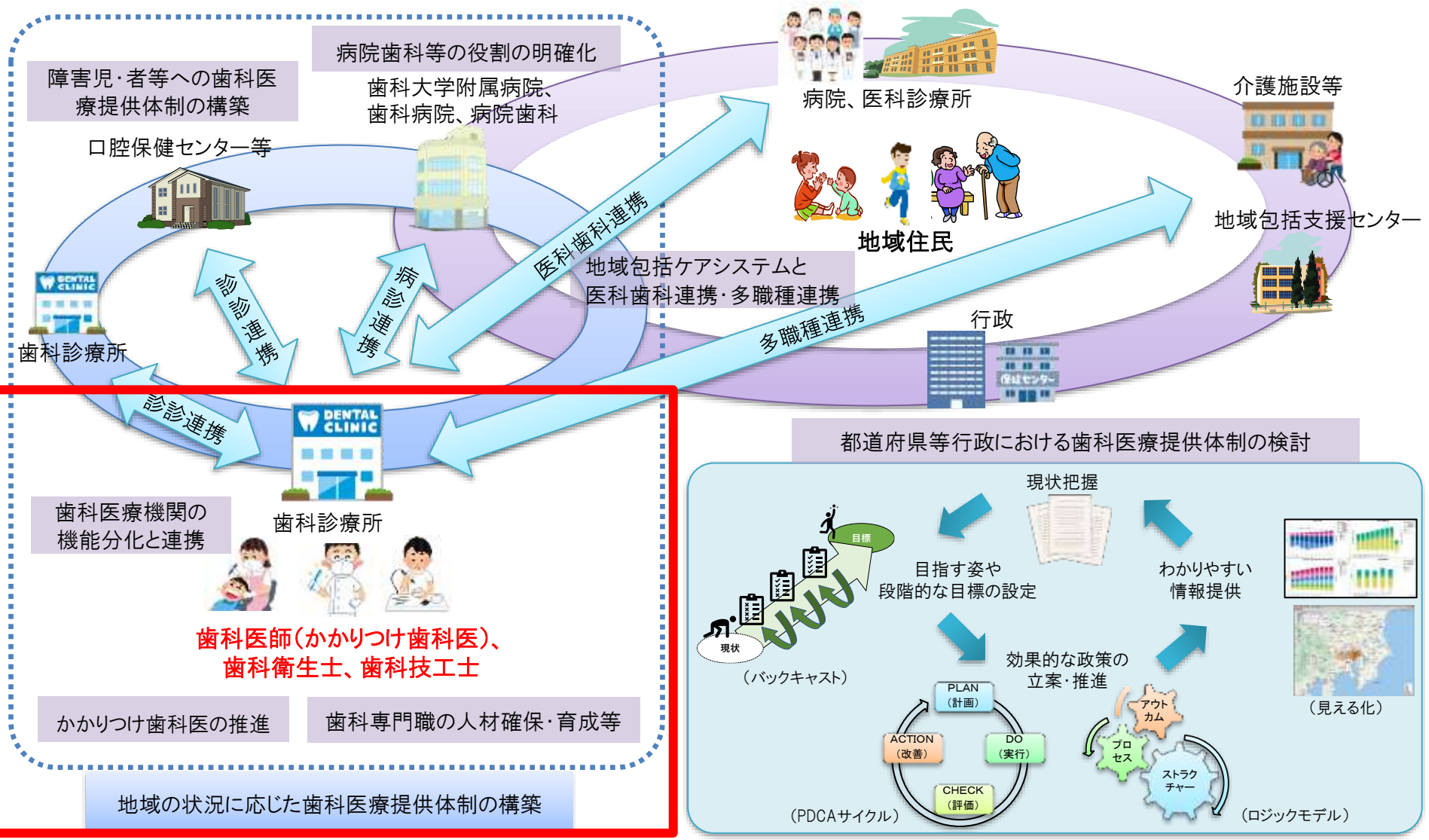
また、地域の中では、住民のために行政や関係する各団体と共に歯科健診などの保健活動等を通じ口腔保健向上の役割を担い、地域の関係機関や他職種と連携し、通院が困難な患者にさまざまな療養の場で切れ目のない在宅歯科医療や介護サービスを提供するとともに、地域包括ケアに参画することなどがかかりつけ歯科医の役割である。

（2017年日本歯科医師会）

歯科医療提供体制等に関する検討会　中間とりまとめ（案）

第9回歯科医療提供体制等に関する検討会
令和5年10月4日
資料2（改）

○　少子高齢化による人口構成の変化や歯科疾患の罹患状況の変化、医療や介護等における歯科保健医療に対するニーズの多様化などにより、歯科保健医療を取り巻く状況が大きく変化している状況に対応するため、歯科医療の質の向上を図るとともに、地域の状況に応じた歯科医療提供体制を構築することが求められている。
○　これらを踏まえ、歯科医療の提供体制の構築等に関する必要な事項について、総合的に議論を行い、とりまとめられたもの。



歯科医療提供体制等に関する検討会　中間とりまとめ（案）概要

かかりつけ歯科医の役割

○住民・患者ニーズへのきめ細やかな対応、切れ目のない提供体制の確保、他職種との連携
○訪問歯科診療や障害児・者への対応、患者の基礎疾患や服用薬剤への理解の充実、ライフステージに応じた歯科疾患の予防や口腔の管理
○かかりつけ歯科医をもつ者の増加のための普及啓発の促進
○新興感染症拡大時における歯科医療提供体制の整備

地域包括ケアシステムと医科歯科連携・多職種連携

○機能を含めた歯科医療資源の見える化
○他職種に対するニーズの把握や相互理解の促進、指標設定・評価
○他職種等に対する口腔に関する理解を深めてもらうため、学部・専門分野の教育段階含め、口腔の管理の重要性等を学ぶ機会の充実
○人生の最終段階における口腔の管理への歯科医療関係者の関与

歯科医療機関の機能分化と連携

○各歯科医療機関の機能の把握・見える化
○病診連携・診診連携、歯科診療所のグループ化、規模の拡大・多機能化による複数の歯科医師が勤務する体制の整備の推進
○ICTの利活用の推進
○歯科医療資源に応じた機能分化や連携の在り方等、地域特性に応じた歯科医療提供体制の構築の検討

障害児・者等への歯科医療提供体制

○障害の内容や重度別分析による歯科医療機関の機能の見える化
○いわゆる口腔保健センターと一般歯科診療所の役割の整理
○ハード面（設備整備等）やソフト面（人材育成、多職種連携等）の両面での取組の充実
○医療的ケア児含めた障害児・者を、地域の歯科医療ネットワーク等、地域で支え歯科医療を受けることができる歯科医療提供体制の構築

病院歯科等の役割

○それぞれの地域における病院歯科の役割の明確化
○各病院歯科の歯科医療従事者の配置状況や機能等の把握・分析
○地域の病院歯科の果たす役割を認識し、病院歯科と歯科診療所等との連携の推進
○地域の歯科医療提供体制の拠点としての機能

歯科専門職種の人材確保・育成等

○学部教育から臨床研修、生涯研修におけるシームレスな歯科医師養成
他職種の役割等を継続的に学び、交流を行いながら理解を促進
○歯科衛生士の確保（職場環境等の整備、復職支援・リカレント教育）
○歯科技工士の確保（人材確保、職場環境の整備、業務のあり方）

都道府県等行政における歯科医療提供体制の検討の進め方について

○地域ごとの歯科医療資源及び住民ニーズの把握・見える化、PDCAサイクルに基づく取組の推進、計画的な評価
○歯科保健医療提供体制の理想とする姿（目指す姿）を設定し、バックキャストで考えていくことの重要性
○歯科医療提供のあり方を議論する際には、地域の関係団体等と連携し、目指す姿や目標等の共通認識を深めながら取り組む必要性

診療報酬におけるかかりつけ歯科医機能の評価

○　診療報酬において、ライフステージに合わせた継続的な口腔管理の実施や医療安全の取組、連携に係る取組に積極的に取り組む歯科医療機関を、「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」として評価している。

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所に求められる役割（イメージ）

生涯を通じた口腔の管理に関する事項

○　乳幼児期から高齢期までの各ライフステージに合わせた継続的な口腔管理を実施している。

○　歯科訪問診療が必要になった場合に、歯科訪問診療を実施する（又は歯科訪問診療に対応している医療機関へ依頼する体制を構築する）。

連携や地域活動に関する事項

○　緊急時対応のため、あらかじめ医療機関と事前の連携体制が確保されている。

○　病院や診療所（医科を含む）、介護保険施設等と連携している。

○　地域保健活動に積極的に取り組んでいる。

医療安全・感染対策に関する事項

○　診察室等の清潔さや治療器具への取扱い等の医療安全のための体制が整備されている。

職員の体制に関する事項

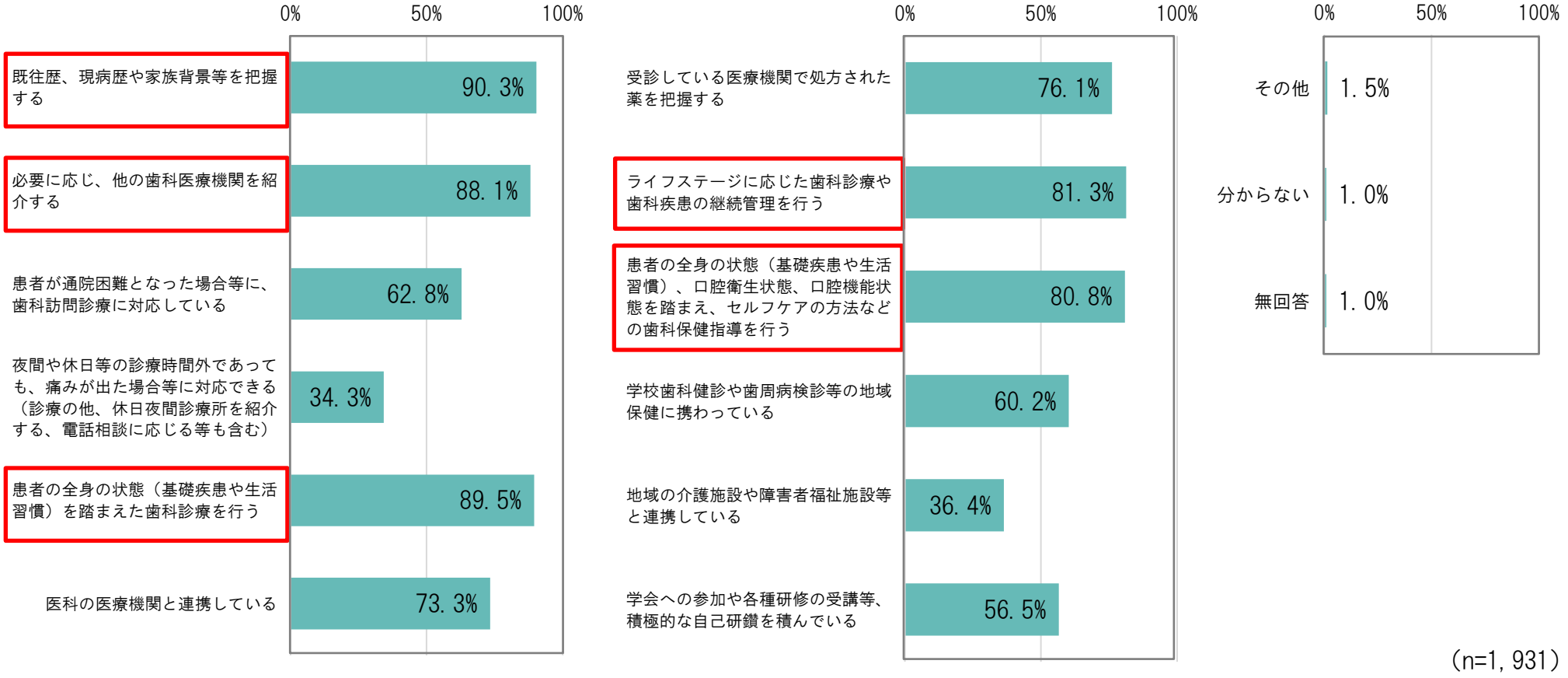
○　歯科医師が複数名又は歯科医師及び歯科衛生士がいる。

○　研修を受講する等して資質向上をはかっているスタッフがいる。

かかりつけ歯科医が担うべき役割

○　歯科医師が考えるかかりつけ歯科医が担うべき役割は、「既往歴、現病歴や家族背景等を把握する」が90.3%で最も多く、「患者の全身の状態を踏まえた歯科診療を行う」「必要に応じ、他の歯科医療機関を紹介する」「ライフステージに応じた歯科診療や歯科疾患の継続管理を行う」「患者の全身の状態、口腔衛生状態を踏まえ、セルフケアの方法などの歯科保健指導を行う」がいずれも8割以上だった。

■　かかりつけ歯科医はどのような役割を担うべきか（複数回答）



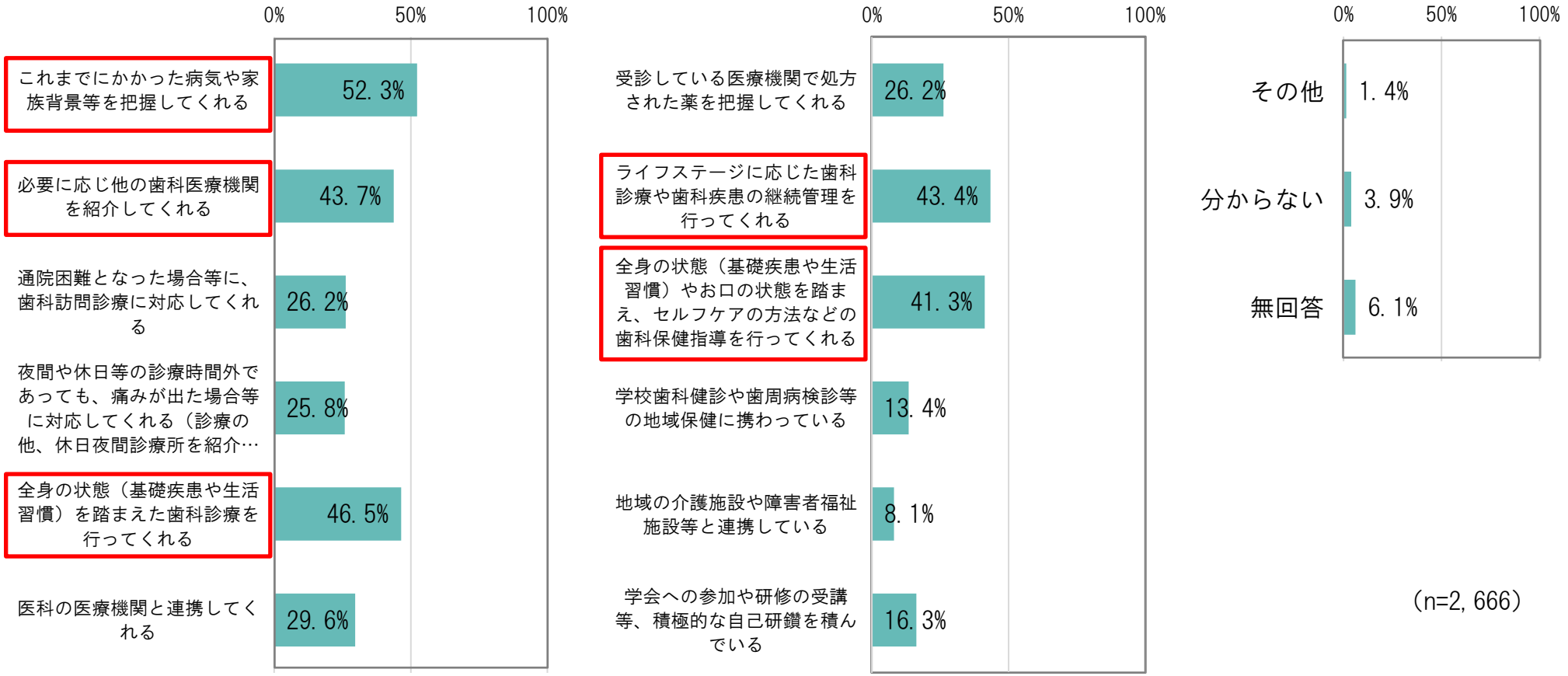
（n=1, 931）

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（歯科医療機関における院内感染防止対策の評価等に関する実施状況調査）

かかりつけ歯科医に求めるもの

○　歯科診療所に通院する患者が「かかりつけ歯科医」に求めるものについて、「これまでにかかった病気や家族背景等を把握してくれる」が52.3%で最も多く、「全身の状態を踏まえた歯科診療を行ってくれる」「必要に応じ他の歯科医療機関を紹介してくれる」「ライフステージに応じた歯科診療や歯科疾患の継続管理を行ってくれる」「全身の状態やお口の状態を踏まえ、セルフケアの方法などの歯科保健指導を行ってくれる」が4割以上だった。

■　**かかりつけ歯科医にどのようなことを求めるか（複数回答）**

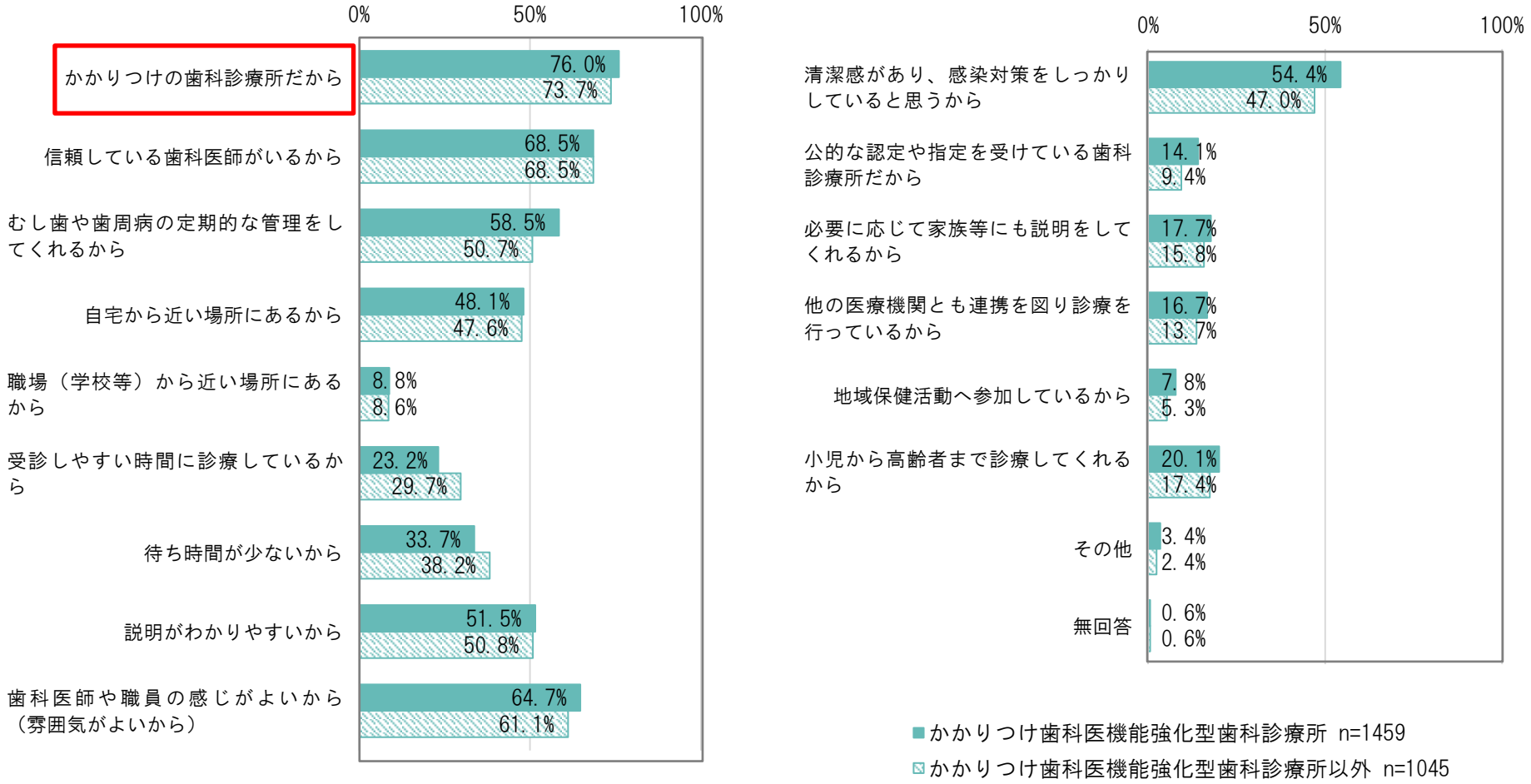


出典：令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（歯科医療機関における院内感染防止対策の評価等に関する実施状況調査）

受診している歯科診療所の通院理由

○ 現在受診中の歯科診療所を選んだ理由は、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所とかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所以外のいずれも「かかりつけの歯科診療所だから」が最も多く、それぞれ76.0%と73.7%であった。

■ 現在受診している歯科診療所を選んだ理由（複数回答）



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（歯科医療機関における院内感染防止対策の評価等に関する実施状況調査）

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準

中医協　総－３
５．　７．　１２

○　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準は以下のとおりである。

施設基準

○　歯科医師が複数名配置又は歯科医師及び歯科衛生士がそれぞれ１名以上配置

○　次のいずれにも該当
・過去１年間に歯周病安定期治療又は歯周病重症化予防治療を合計30回以上算定
・過去１年間にフッ化物歯面塗布処置又は歯科疾患管理料のエナメル質初期う蝕管理加算を合計10回以上算定
・クラウン・ブリッジ維持管理料を算定する旨の届出
・歯科初診料の注1に規定する施設基準の届出

○　過去１年間に歯科訪問診療１若しくは2の算定回数又は連携する在宅療養支援歯科診療所１若しくは2に依頼した歯科訪問診療の回数が合計５回以上

○　過去1年間に診療情報提供料又は診療情報連携共有料を合計５回以上算定している実績

○　当該医療機関に、歯科疾患の重症化予防に資する継続管理に関する研修（口腔機能の管理を含む）、高齢者の心身の特性及び緊急時対応等の適切な研修を修了した歯科医師が１名以上在籍

○　別の保険医療機関との事前の連携体制の確保

○　迅速に歯科訪問診療が可能な歯科医師をあらかじめ指定し、文書により提供

○　歯の切削時等に飛散する細かな物質を吸引できる環境を確保

○　患者にとって安心で安全な歯科医療環境の提供を行うにつき十分な装置・器具等（AED、酸素供給装置等）を所有

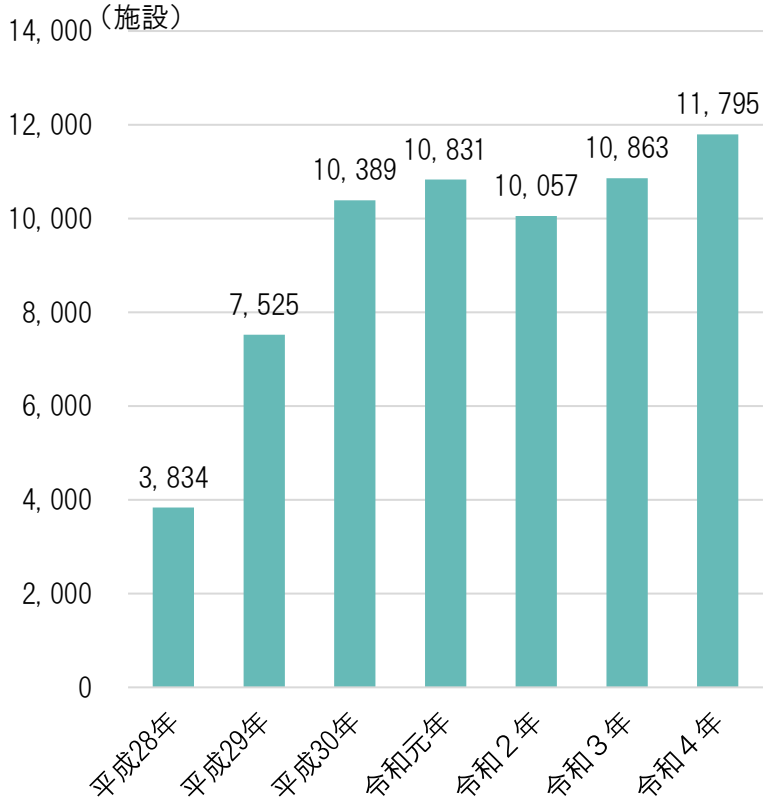
○　以下のうちの3つ以上に該当
・過去１年間に、居宅療養管理指導の提供実績　・地域ケア会議に年１回以上出席　・介護認定審査会の委員の経験
・在宅医療に関するサービス担当者会議、病院・介護保険施設等で実施される多職種連携会議等に参加
・栄養サポートチーム等連携加算１又は2の算定実績　・在宅医療・介護等に関する研修を受講
・過去１年間に、退院時共同指導料１、退院前在宅療養指導管理料、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料の算定実績
・認知症対応力向上研修等、認知症に関する研修を受講
・過去１年間に、福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設、介護老人福祉施設又は介護老人保健施設における定期的な歯科健診に協力
・自治体が実施する事業に協力　・学校歯科医等に就任
・過去１年間に、歯科診療特別対応加算又は初診時歯科診療導入加算の算定実績

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の届出医療機関数と受診患者の状況

○ かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の届出医療機関数は、令和2年を除き増加しており、令和4年時点で、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の届出医療機関数は11,795施設（歯科診療所の約17%）である。

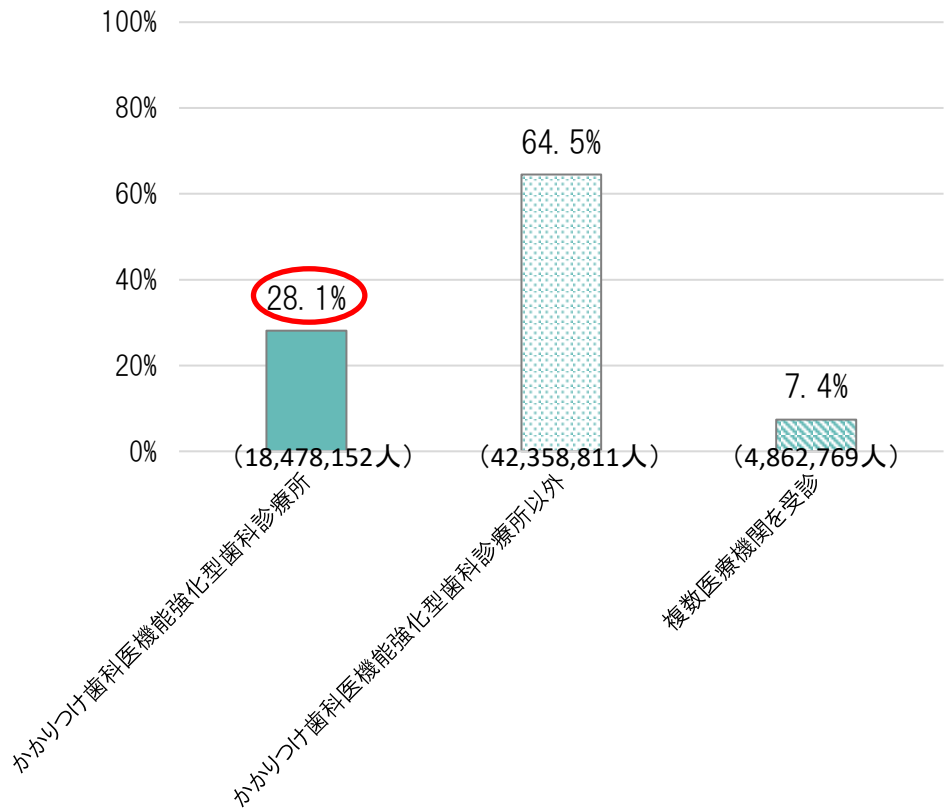
○ 令和4年4月から令和5年3月の1年間に歯科医療機関を受診した患者のうち、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所を受診した患者の割合は28.1%であった。

■ かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準の届出状況



出典：保険局医療課調べ（7月1日時点定例報告）

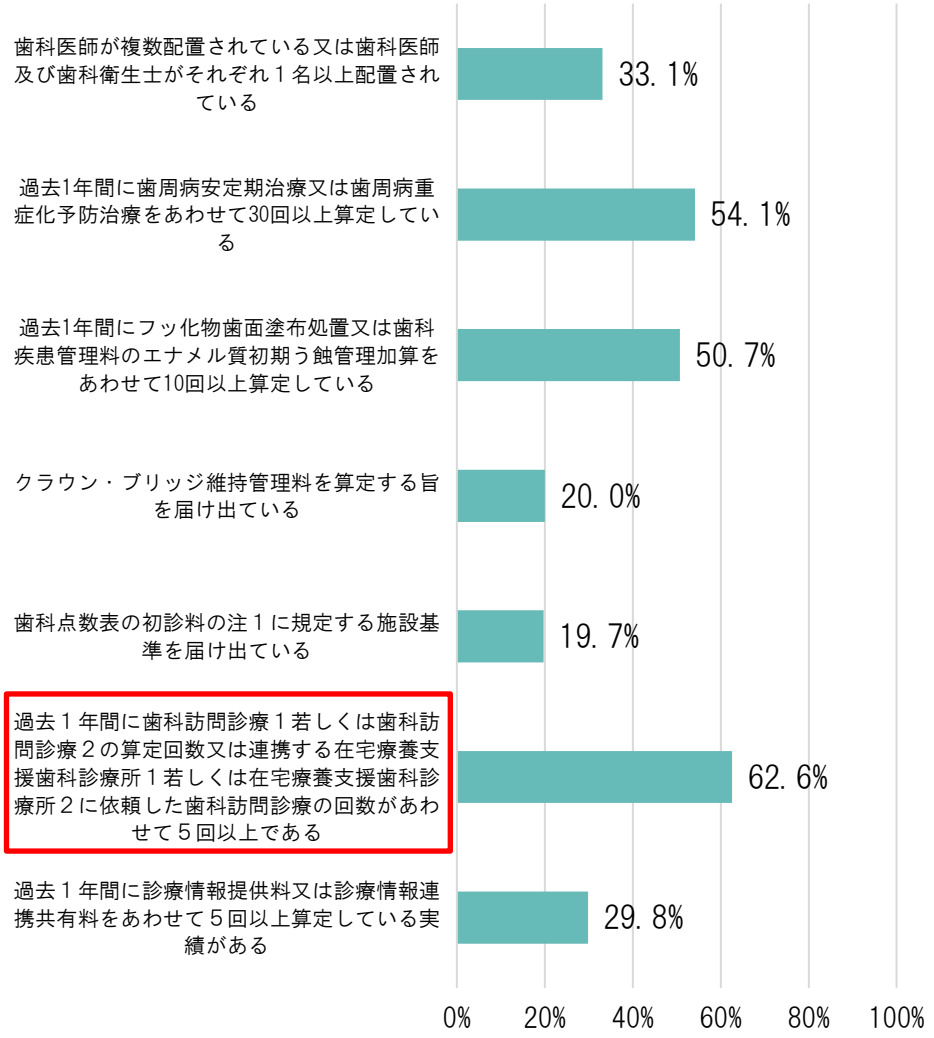
■ 令和4年4月～令和5年3月に歯科医療機関を受診した患者の状況

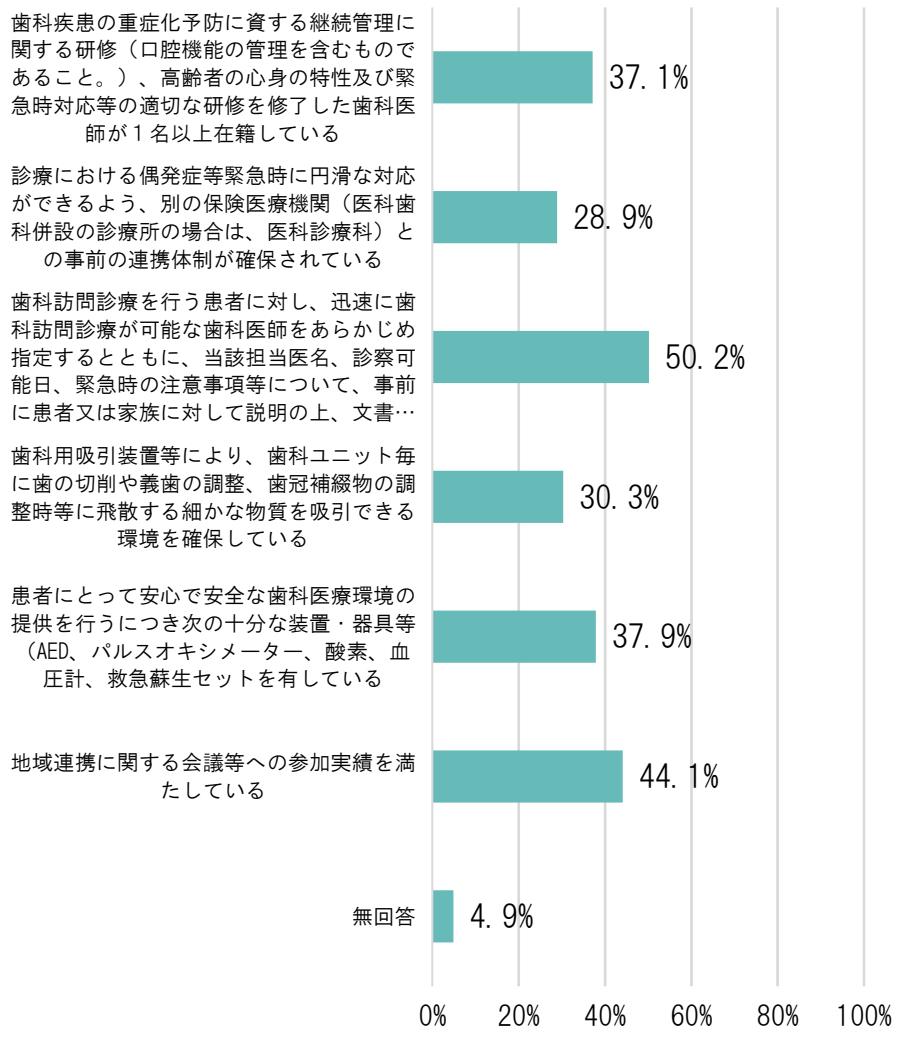


出典：NDBデータ（令和4年4月～令和5年3月診療分）

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の届出を行っていない理由

○ かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準の届出を行っていない理由は、過去１年間の歯科訪問診療の実績又は依頼に関する項目で62.6%であった。





（n=858）

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（歯科医療機関における院内感染防止対策の評価等に関する実施状況調査）

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所に関する診療報酬

中医協　総－３
５．７．１２

①　歯科疾患の重症化予防に対する評価

歯科疾患管理料　長期管理加算

初診月から6月を超えて歯科疾患の管理及び療養上必要な指導を行った場合、以下の点数を加算
　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所：120点
　その他の保険医療機関：100点

歯科疾患管理料　エナメル質初期う蝕管理加算

エナメル質初期う蝕に罹患している患者に対して、管理及び療養上必要な指導等を行い、その内容について説明した場合、260点を加算

歯周病安定期治療
かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において、歯周病安定期治療を開始した場合、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算として120点を加算

歯周病安定期治療　（算定間隔）

・2回目以降の歯周病安定期治療の算定は、3月に1回算定
・ただし、歯周病安定期治療の治療間隔の短縮が必要とされる場合又はかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所においてはこの限りでない

②　在宅歯科医療に対する評価

歯科訪問診療料　歯科訪問診療移行加算

歯科訪問診療1について、外来を受診していた患者であって在宅等において療養を行っている者に対し歯科訪問診療を実施した場合は、以下の点数を加算
　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の場合：150点
　それ以外の保険医療機関の場合：100点

歯科訪問診療料　歯科訪問診療補助加算

歯科衛生士が歯科医師と同行の上、歯科訪問診療の補助を行った場合は、以下の点数を1日につき所定点数に加算
　在宅療養支援歯科診療所1、在宅療養支援歯科診療所2、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の場合：同一建物居住者以外の場合→ 115点
　　同一建物居住者の場合→ 50点
　それ以外の保険医療機関の場合：同一建物居住者以外の場合→ 90点
　　同一建物居住者の場合→ 30点

③　口腔機能の管理に対する評価

在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料
かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の歯科医師が指導管理を実施した場合、75点を加算

小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料
かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算

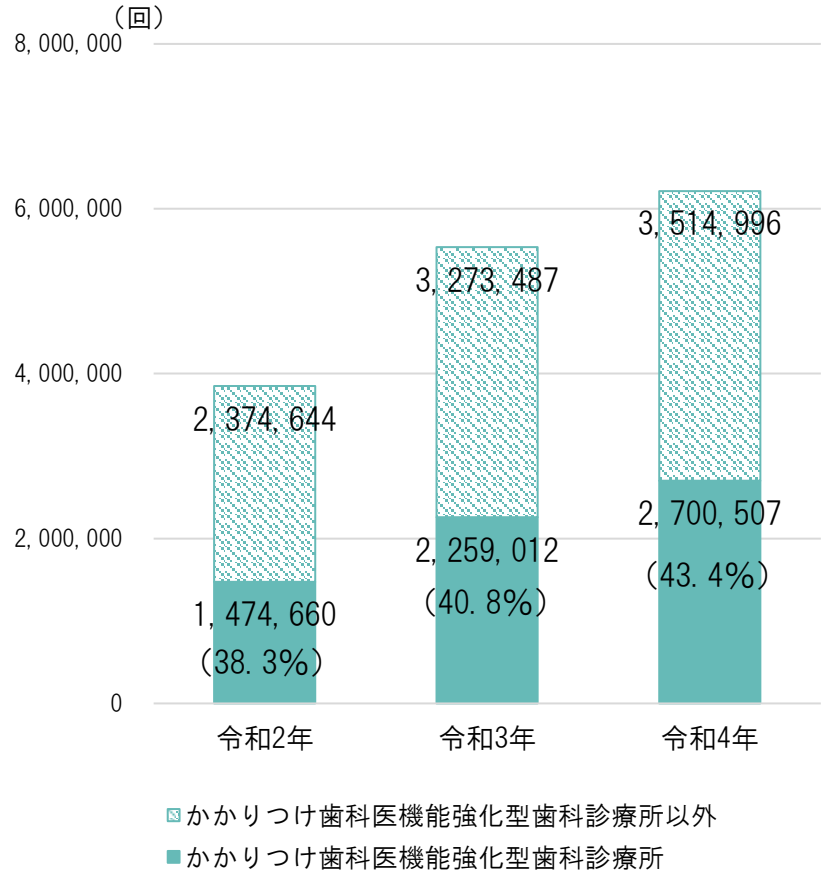
かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の歯科医師が指導管理を実施した場合、75点を加算

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所に関する評価の実施状況①

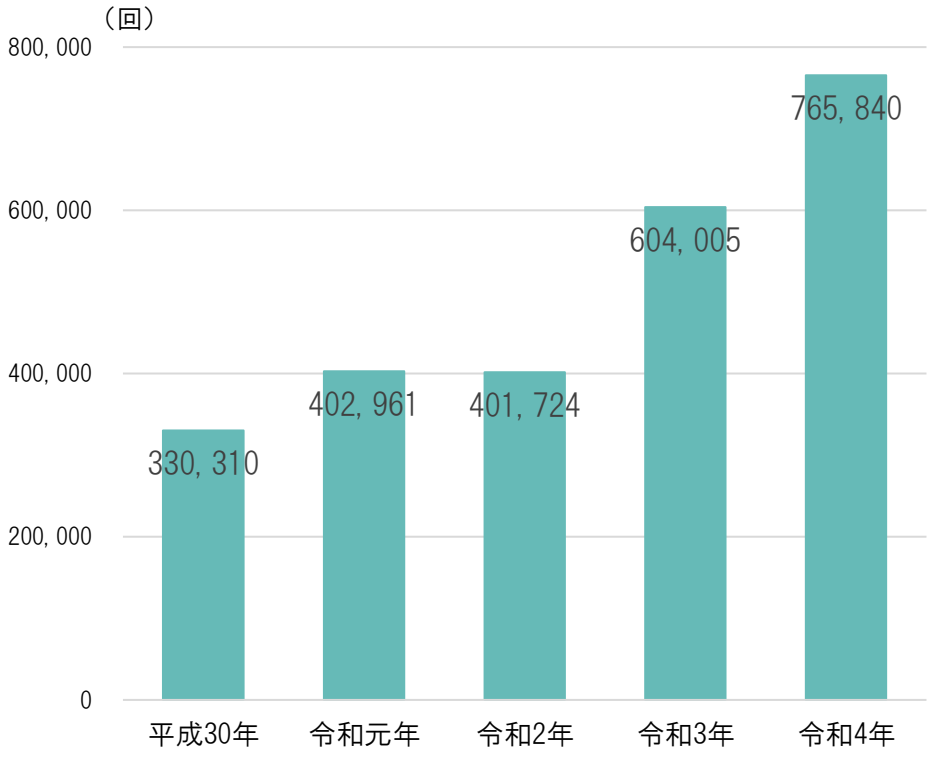
○ 歯科疾患管理料の長期管理加算について、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所による算定回数、算定割合ともに増加傾向である。

○ かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所のみが算定可能であるエナメル質初期う蝕管理加算の算定回数も増加傾向である。

■歯科疾患管理料　長期管理加算の算定回数



■歯科疾患管理料　エナメル質初期う蝕管理加算の算定回数



出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

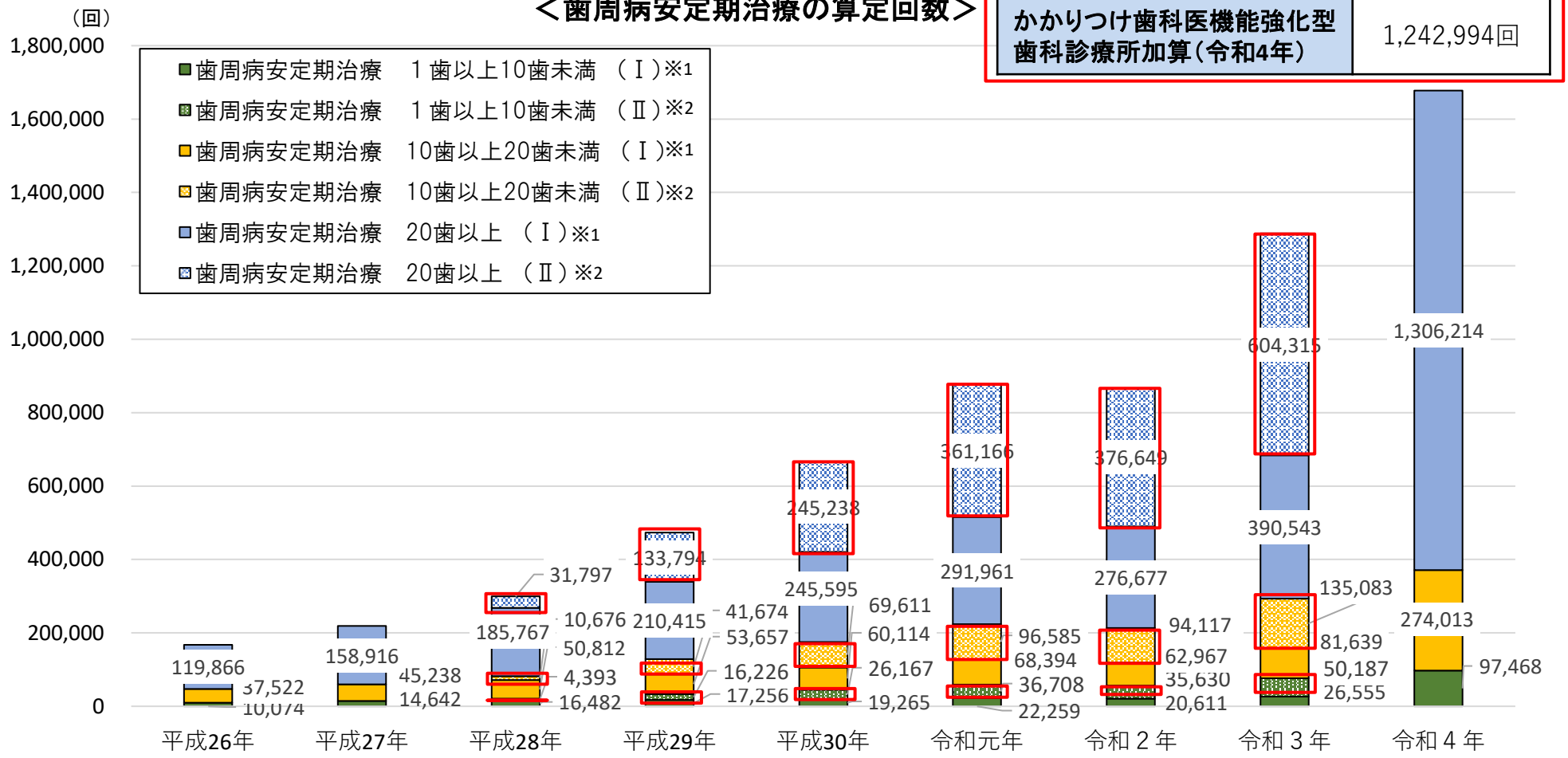
歯周病安定期治療の算定状況

○　歯周病安定期治療の算定回数は増加傾向にある。

○　令和４年の歯周病安定期治療の算定回数に占めるかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算の割合は、約74%であった。

＜歯周病安定期治療の算定回数＞

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算（令和4年）	1,242,994回



※1平成26年、平成27年、令和4年は、歯周病安定期治療。
※2 歯周病安定期治療（Ⅱ）はかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所のみ算定可。令和4年度改定で歯周病安定期治療の加算（かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算）に見直し。

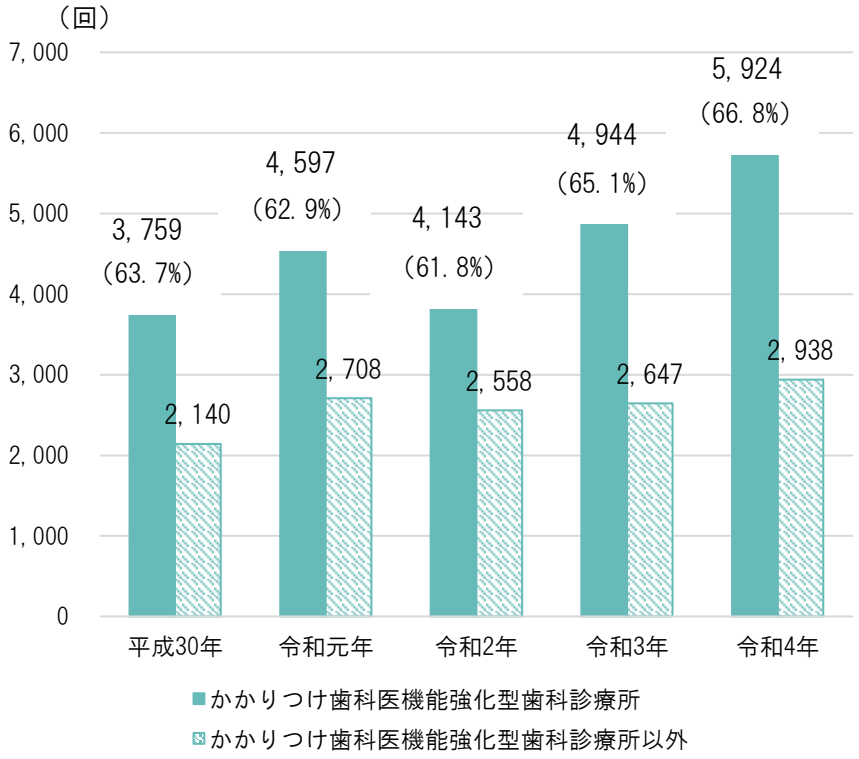
出典：社会医療診療行為別統計（H26年は社会医療診療行為別調査）（6月審査分）

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所に関する評価の実施状況②

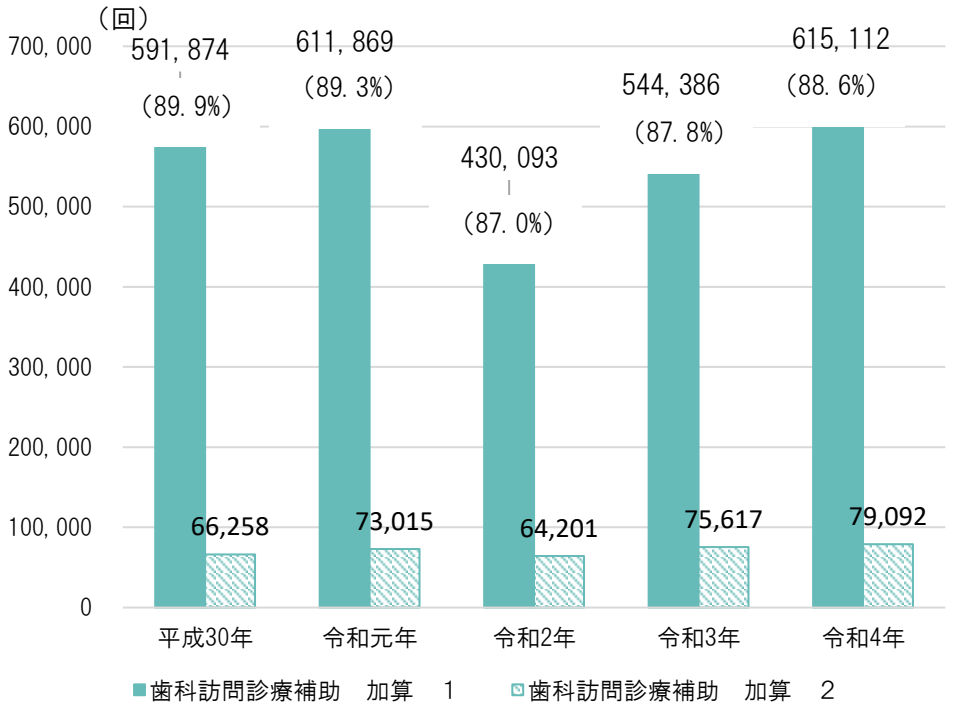
○ 歯科訪問診療料の歯科訪問診療移行加算は、令和2年を除き増加傾向であり、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所（か強診）の割合は65%前後で推移している。

○ 歯科訪問診療料の歯科訪問診療補助加算も令和2年を除き増加傾向であり、「か強診」の割合は90%付近で推移している。

■歯科訪問診療料　歯科訪問診療移行加算の算定回数



■歯科訪問診療料　歯科訪問診療補助加算の算定回数

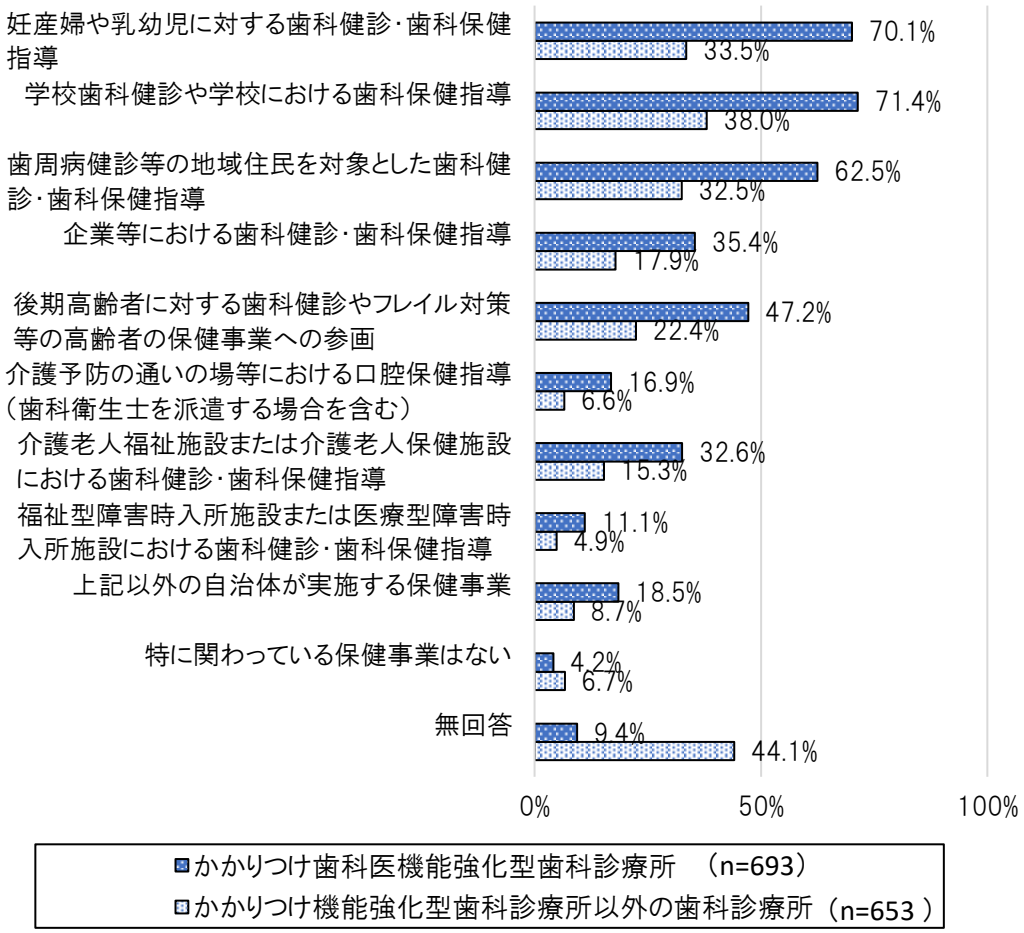


出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

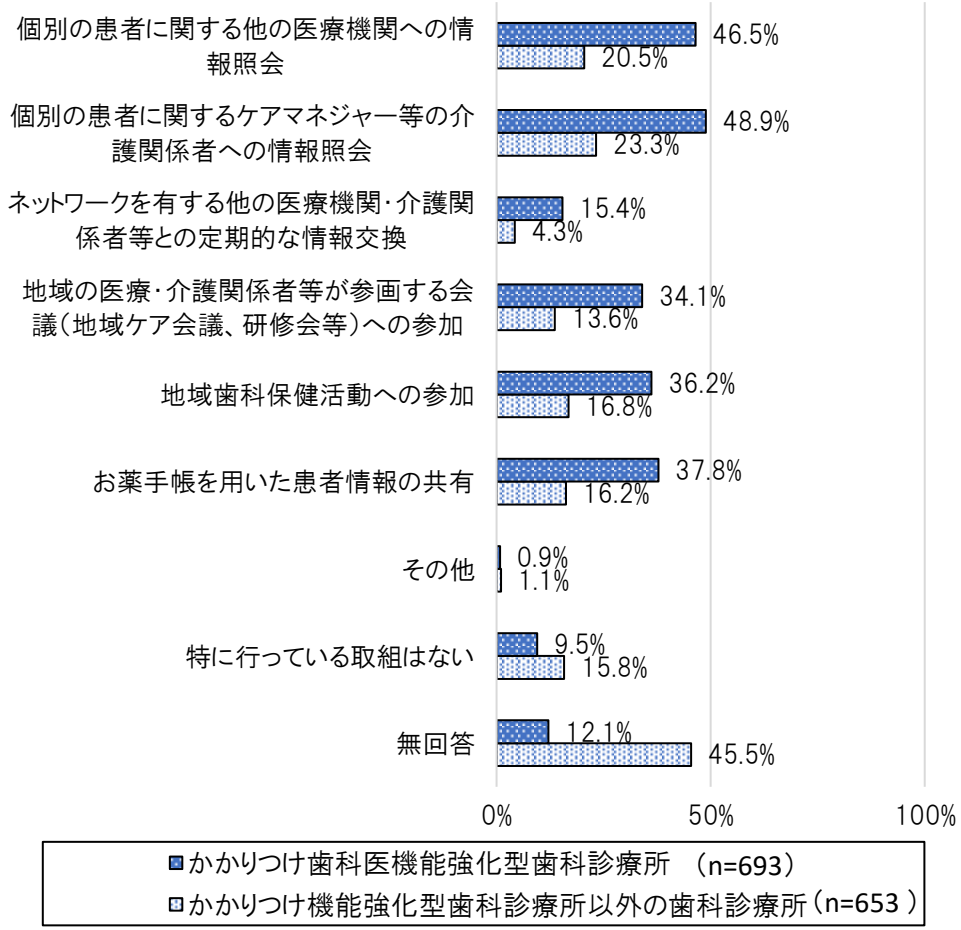
地域保健活動や在宅医療・介護連携に関する取組状況

○　地域保健活動や在宅医療･介護連携に関する取組状況について、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所は、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所以外の歯科診療所に比べ、取組を行っている歯科医療機関の割合が大きい。

＜地域保健活動に取り組む歯科医療機関の割合＞



＜在宅医療･介護連携に取り組む歯科医療機関の割合＞



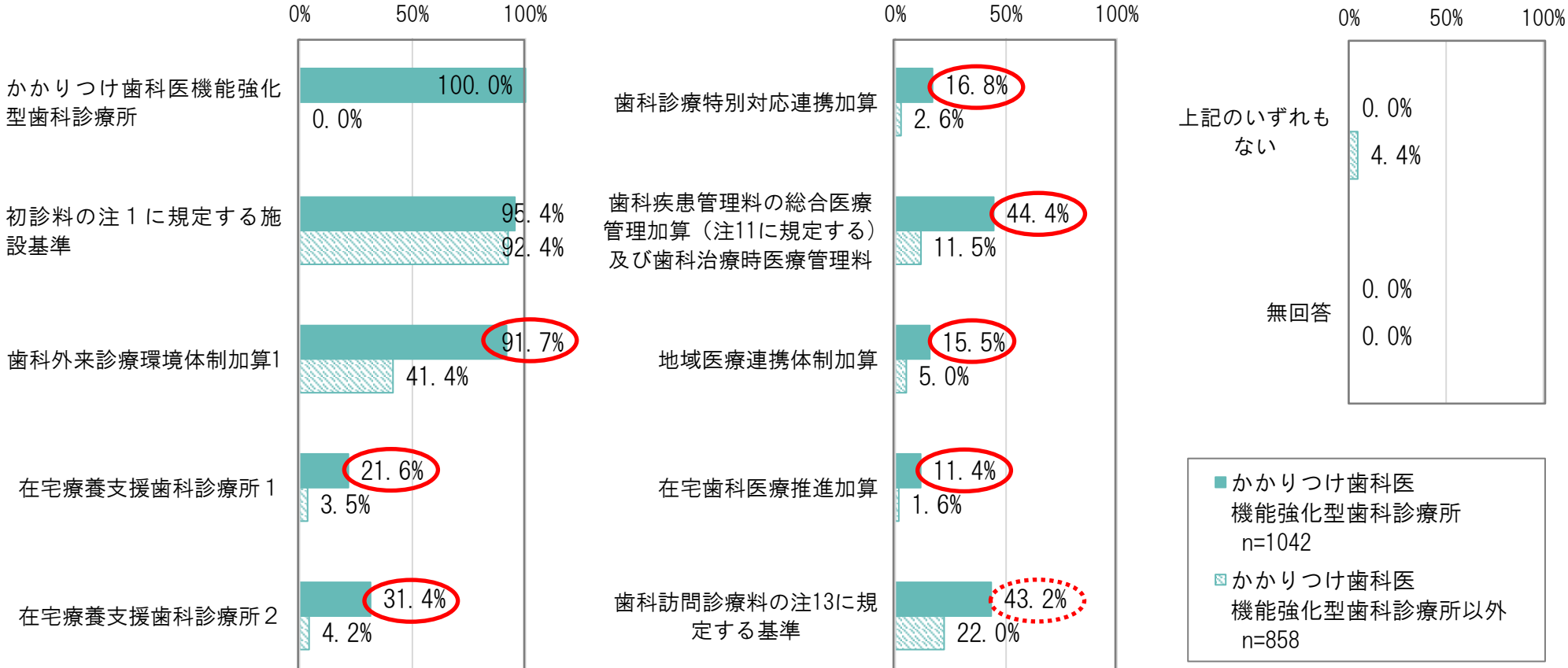
出典：令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（在宅）

各種施設基準の届出状況（かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所とそれ以外）

○ かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所（か強診）の届出を行っている歯科診療所とそれ以外の歯科診療所の施設基準の届出状況は以下のとおりであり、在宅医療や連携に関する加算の施設基準について、「か強診」の方が届出割合が高い。

○ 在宅医療を専門に行う医療機関ではないことの施設基準である「歯科訪問診療料の注13に規定する基準」の届出は、「か強診」で43.2%だった。

■ 施設基準の届出状況（かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所とそれ以外）

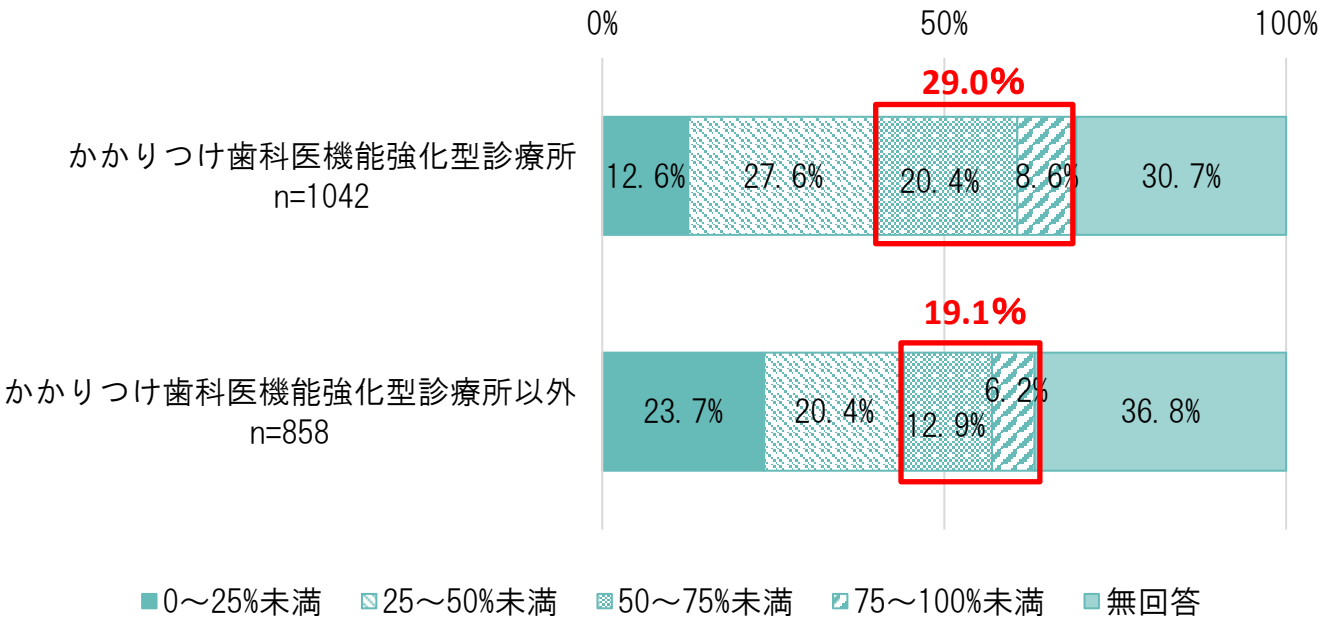


出典：令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（歯科医療機関における院内感染防止対策の評価等に関する実施状況調査）

定期的な口腔管理の実施状況

○　来院患者のうちの定期的な口腔管理を行う患者の割合が50%以上である割合は、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所では29.0%、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所以外では19.1%であった。

■　**定期的な口腔管理の実施状況（歯科医師調査）**



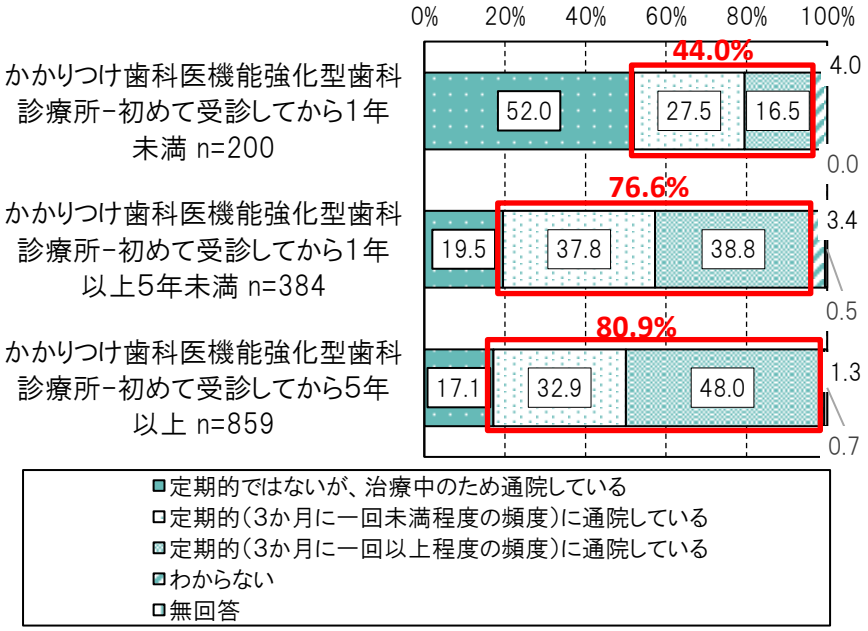
※定期的な管理
継続的な管理を必要とする歯科疾患の再発防止及び重症化予防を目的として行う、口腔の定期的な管理

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（歯科医療機関における院内感染防止対策の評価等に関する実施状況調査）

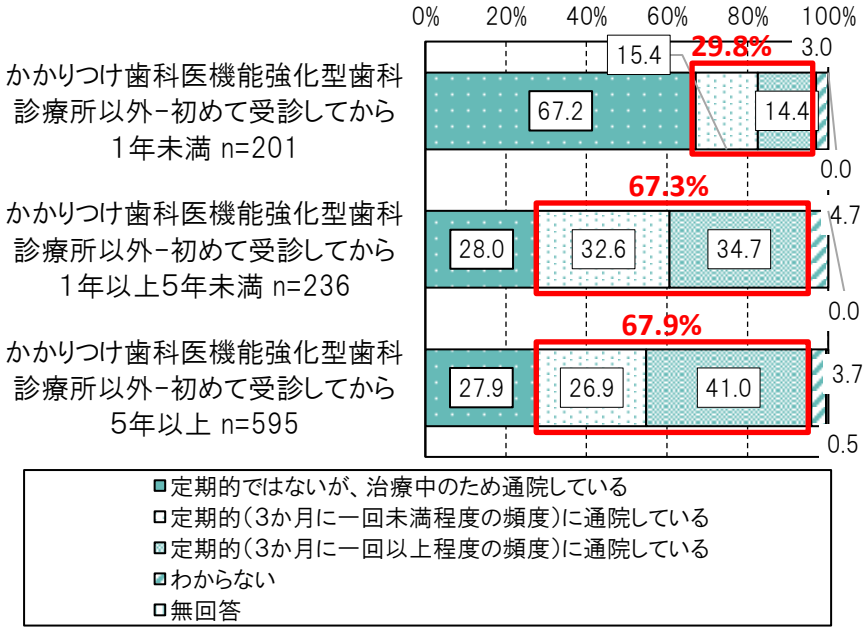
歯科診療所への通院状況

○　歯科診療所への通院期間を「初めて受診してから１年未満」、「１年以上５年未満」、「５年以上」の患者に分け、それぞれ通院頻度をみると、いずれもかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の方が定期的に通院している患者の割合が高かった。

■　歯科診療所の通院頻度
（かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所）



■　歯科診療所の通院頻度
（かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所以外）



※患者調査
・対象：令和5年7月26日～9月15日に施設調査の対象である歯科診療所を受診した患者
各施設で歯科疾患管理料を算定した2人の再診患者
・回答者：患者本人もしくは家族

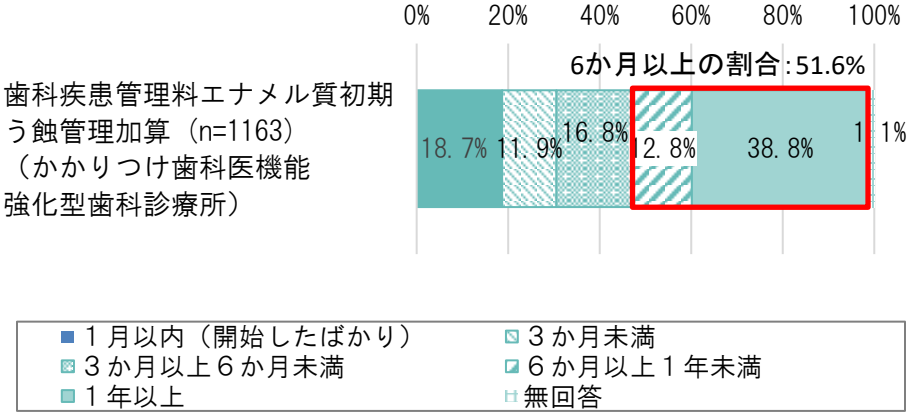
出典：令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（歯科医療機関における院内感染防止対策の評価等に関する実施状況調査）

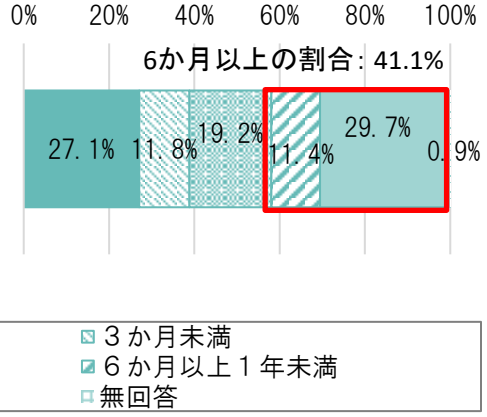
エナメル質初期う蝕に対する管理の状況

○ エナメル質初期う蝕に対する管理の管理期間について、6か月以上管理している患者の割合はエナメル質初期う蝕管理加算（「か強診」の加算）で51.6%、フッ化物歯面塗布処置で41.1%であった。

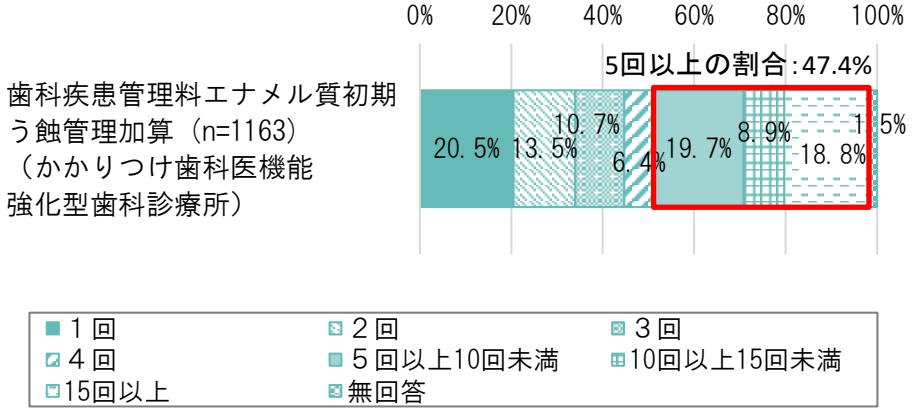
○ エナメル質初期う蝕の管理について、初診からの実施回数が5回以上の患者の割合はエナメル質初期う蝕管理加算で47.4%、フッ化物歯面塗布処置で30.5%であった。

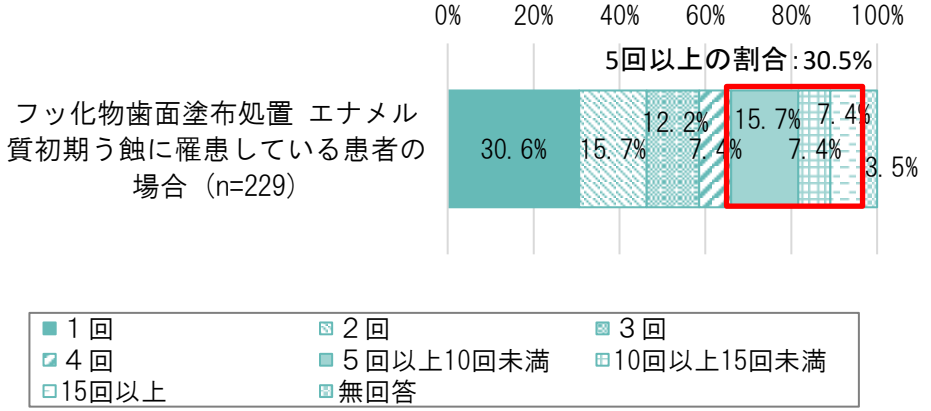
■ エナメル質初期う蝕の初診からの管理の期間





■ エナメル質初期う蝕管理の初診からの実施回数





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（歯科医療機関における院内感染防止対策の評価等に関する実施状況調査）

かかりつけ歯科医の効果について

新しいう蝕の発生と フォローアップ回数の関連

○ 歯科診療所に通院している2～18歳を対象とした調査において、フォローアップ回数が10回を超えると1回と比較して、有意に新しいう蝕ができにくくなっていた。

フォローアップの回数

1回	1.0	
2-4回	0.608	p=0.134
5-9回	0.415	p=0.065
10回以上	0.473	p=0.010

対象：2002年から2008年に歯科診療所に通院している2歳から18歳の651人
分析方法：「新しくできたむし歯の数」を目的変数としてロジスティック回帰分析を実施

出典：Effect of Preventive Oral Hygiene Measures on the Development of New Carious lesions, (Oral Health Prev. Dent, 12, 2014)

かかりつけ歯科医の有無と 現在歯数との関連

○ 65歳以上の高齢者を対象とした調査において、3年以上同じ「かかりつけ歯科医」がいない者は現在歯数20本未満となるリスクが高くなっていた。

現在歯数が20本未満と関連する要因

		男性	女性
3年以上同じかかりつけ歯科医	あり	1.0	1.0
	なし	10.21（3.06～34.08）	6.66（1.43～30.97）

対象：65歳以上の高齢者
現在歯数19本以下の高齢者79人（男性19人、女性60人）
現在歯数20本以上の高齢者85人をコントロール
調査方法：質問紙調査
※「かかりつけ歯科医」：「かかりつけの歯医者（3年以上同じ）がありますか」の問いに対して「はい」「いいえ」で回答する形式により把握。

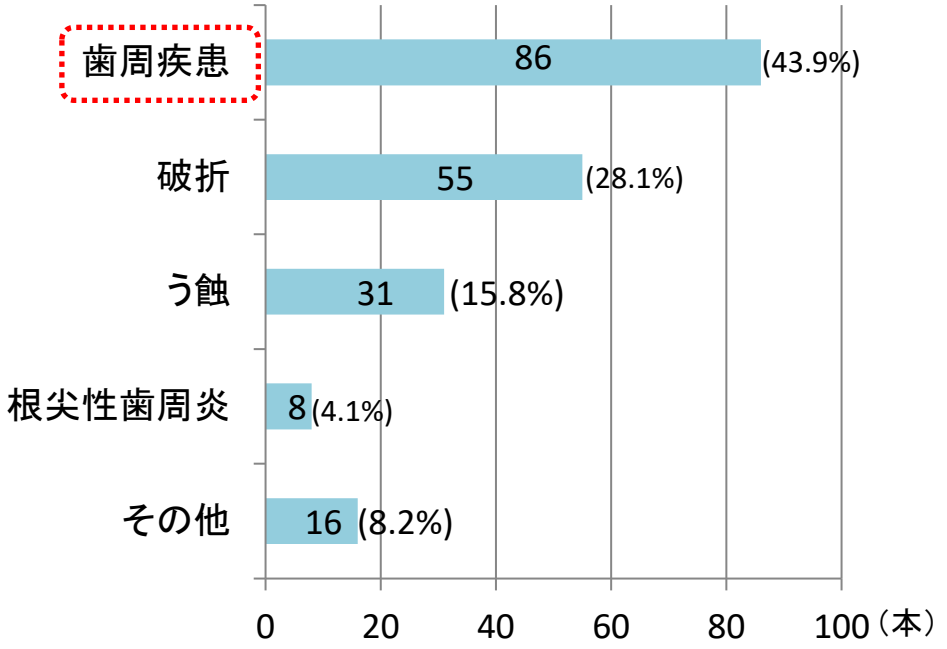
出典：高齢者で歯を20本以上保つ要因について～北海道道東地域におけるケース・コントロール研究～（口衛誌61, 2011）

歯の喪失リスク要因について

○ メインテナンスに移行した患者において、抜歯に至った要因は歯周病によるものが最も多く、抜歯本数のうちの43.9%を占めていた。

○ 抜歯に至る要因として、「不定期来院」は高いオッズ比を示している。

要因別の抜歯本数



メインテナンス移行後の抜歯と関連する要因

	オッズ比
性別	1.18
年齢	1.04 *
喫煙	1.22
不定期来院	2.42 *
分岐部病変	1.51
全身疾患の既往	1.44

対象：歯周治療終了後メインテナンスに移行した患者496名（男性176名、女性320名）
調査内容：メインテナンス移行後の抜歯の有無や時期、原因等

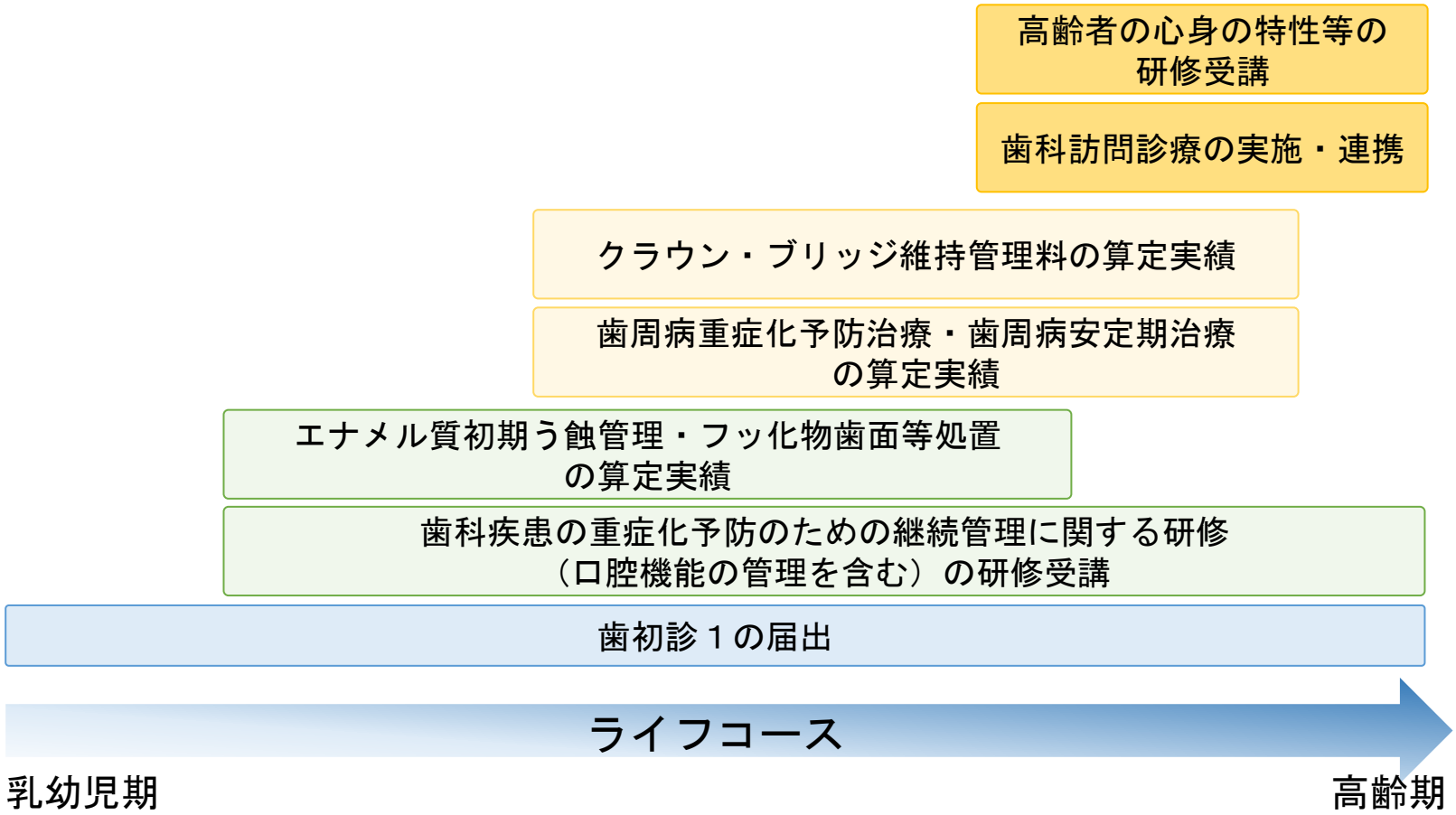
出典：メインテナンス患者における抜歯要因に関する研究（東京医科歯科大学和泉教授提供データ）

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準とライフコース（イメージ）

○　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準では、エナメル質初期う蝕や歯周病、クラウン・ブリッジ等の治療・管理に係る項目の算定実績や歯科訪問診療の実施・連携、高齢者の心身の特性等に関する研修受講を必須としている。

○　一方で、永久歯萌出前の小児に対応する歯科治療に係る項目の算定実績や、小児の心身の特性等に関する研修受講など小児に関する要件は設定はなされていない。

＜かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準において必須としている施設基準要件（概要）＞



かかりつけ歯科医機能と在宅歯科医療に係る施設基準のイメージ



在宅歯科医療の提供



在宅療養支援歯科診療所１
（施設数：1,800）

在宅療養支援歯科診療所２
（施設数：6,926）

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所
（施設数：11,795）

その他の歯科診療所

※　施設数は、保険局医療課調べ（7月1日時点定例報告）による。令和４年７月１日時点。

各ライフステージにおける小児歯科医療

○ 小児期は、乳歯の形成から乳歯列の完成、その後永久歯への交換により永久歯列の完成に至る重要な時期である。

○ 胎生期から学童期・思春期の各ライフステージにおいて「かかりつけ歯科医師」を持つことの必要性が関係学会から示されている。

各ライフステージにおける小児歯科医療の現状と課題および対策（引用抜粋）

- 生涯を通じた歯と口腔の健康、さらには全身の健康保持・増進を推進していくためには、小児期の歯科医療を推進していくことが非常に重要
- 胎児期に乳歯の形成がはじまり、出生7か月前後に乳歯が生えてきて、3歳頃に乳歯の歯並びが完成、6歳頃から乳歯から永久歯への交換が始まり13歳頃に正常な永久歯の歯並びが完成
- 小児歯科医療は、胎児期から青年、成人期までの人間の生涯の歯科疾患のリスクを左右するライスステージにおける歯科医療の中でも最も重要な期間

1. 胎生期（妊婦を含む）

- 妊娠前の女性は「かかりつけ歯科医師」で歯科疾患の治療をしておくことが必要
- すべての妊婦が「かかりつけ歯科医師」を持つだけでなく、出産後は子どもの「かかりつけ歯科医師」を持ち、母子ともに歯科疾患の予防・治療・管理をしていくことが必要

2. 乳幼児期（保育所・幼稚園）

- 歯科健診で何も指摘されない場合には「かかりつけ歯科医師」を受診しないことも多いのが実状
- 1歳6か月児歯科健診後にむし歯が急増しているため、全ての乳幼児は「かかりつけ歯科医師」を持ち、定期的に「かかりつけ歯科医師」で精密な歯科健診・必要な治療・管理を行うことが必要

3. 学童期（小学校）・思春期（中学校・高等学校）

- 学校歯科健診とは別に、必ず「かかりつけ歯科医師」での定期的な歯科健診を定着させ、精密な検査や必要な治療・専門的な個別指導を受けることが必要。

出典：公益社団法人日本小児歯科学会HP（学会からの提言）「これからの小児歯科医療のあり方について（2015年12月）」から引用

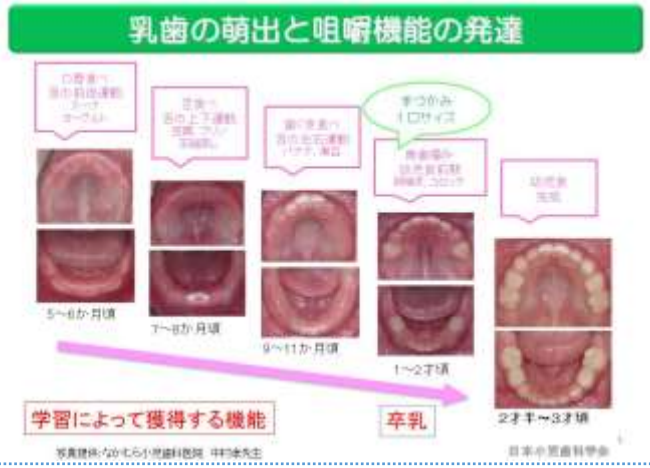
小児の口腔の変化

○ 乳児期から学童期の発達過程において、歯の萌出と乳歯列から永久歯列への交換（形態の変化）がおこる。
○ 同時に、口腔機能については、嚥下様式が変化するとともに咀嚼機能を獲得していく。

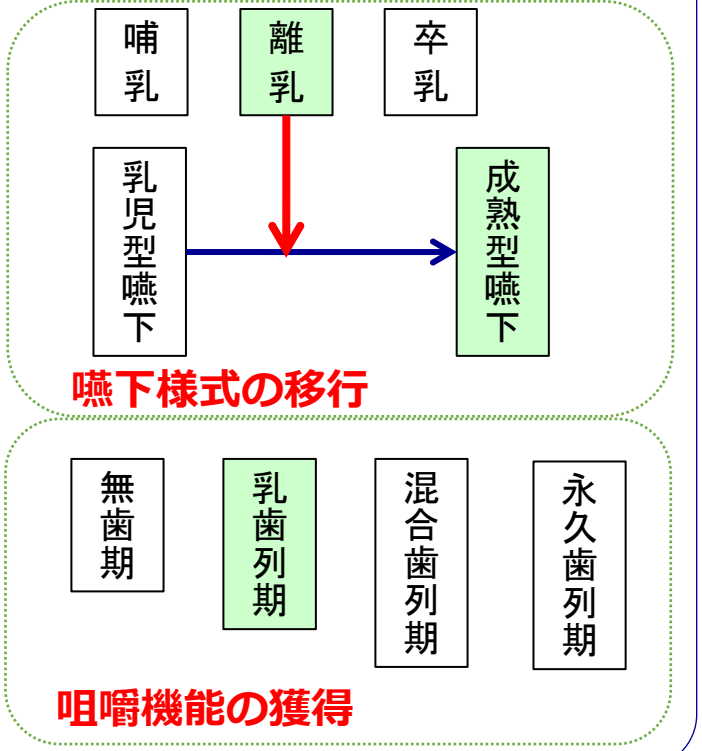
乳幼児期の発達過程と口腔の変化

【発達過程】
1. 乳児期（前期・後期）
2. 幼児期初期
3. 幼児期中期
4. 幼児期後期
5. 学童期

【乳歯の萌出に伴う口腔内変化】



乳幼児期の口腔機能の変化



幼児期後期のチェック項目（例）

- 指しゃぶりをしますか？
- 口を触られるのが苦手ですか？
- むし歯がありますか？
- 口臭が気になりますか？
- 歯並びが気になりますか？
- 発音で気になることはありますか？
- 涎がとても多いですか？
- ぶくぶくうがいはできますか？
- いつも口が開いていますか？
- 食べ物をよく噛みますか？
- 食べる時間がかかりますか？
- 極端な好き嫌いはありますか？
- 前歯でかじれますか？
- 道具を使って食べますか？
- 身長・体重は増えていますか？

発達過程にあわせたステージ別の評価と口腔機能管理が必要

日本歯科医学会重点研究委員会提供資料を元に保険局医療課で作成

小児口腔機能管理の内容

○ 小児の口腔機能管理に関しては、療養上必要な指導として小児口腔機能管理料のみで評価されているが、実際には指導管理のみではなく訓練も含まれている。

B000－4－2　小児口腔機能管理料　100点　（小児口腔機能管理加算として、平成30年診療報酬改定で新設）

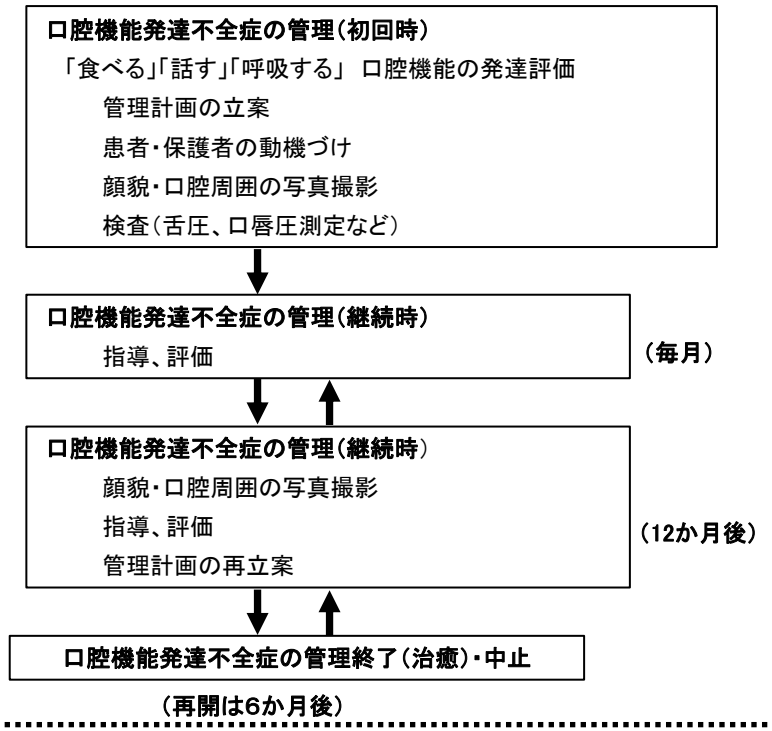
- 歯科疾患管理料又は歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、口腔機能の発達不全を有する18歳未満の患者に対して、口腔機能の獲得を目的として、口腔機能の評価に基づく**管理計画を作成し、療養上必要な指導を行った場合**に、月１回に限り算定する。
- 指導及び管理にあたっては、「口腔機能発達不全症に関する基本的な考え方」を参考とすること。

D011－4　小児口唇閉鎖力検査（１回につき）　100点　（令和2年診療報酬改定で新設）

- 口腔機能の発達不全が疑われる患者に対し、**口腔機能発達不全症の診断を目的に小児口唇閉鎖力測定を行った場合**に、３月に1回に限り算定。

口腔機能発達不全症に関する基本的な考え方（抜粋）

口腔機能発達不全症の評価と管理・指導の基本的な流れ



目的に応じた訓練の例

口唇閉鎖力（令和2年3月改定時に追記）

- 標準値を超えるまで口唇トレーニングを行い、口唇閉鎖力の増強・維持が確認できたら口唇トレーニングを終了する。
- 口唇閉鎖の訓練は、受動的訓練として手指で口唇周囲をつまむ、つまんで押し上げたり、下げたりするなどで口輪筋の走行に対し垂直・水平方向へ筋肉を他動的に伸展・収縮させる。

咀嚼機能

ステージ4以降、

- 咀嚼時の口唇閉鎖不全がある場合は、口頭での指示を行い口腔周囲筋の訓練を行う。
- 咀嚼時の舌運動不全がある場合は、口腔筋機能療法（MFT）を行う。

嚥下機能

- ステージ2以降を対象として、摂取している食品を用いて成人嚥下を獲得するための嚥下訓練を行う。

構音訓練

- 吸指癖・舌突出癖などの習癖が認められた場合は、筋機能訓練などの習癖除去法を指導する。

出典：口腔機能発達不全症に関する基本的な考え方（一部改定令和2年3月 日本歯科医学会）を元に保険局医療課で作成

口腔機能管理の内容

○　口腔機能管理に関しては、療養上必要な指導として口腔機能管理料のみで評価されているが、実際には指導管理のみではなく訓練も含まれている。

B000－4－3　口腔機能管理料　　100点　　（口腔機能管理加算として、平成30年診療報酬改定で新設）

- 歯科疾患管理料又は歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、口腔機能の低下を来しているものに対して、口腔機能の回復又は維持を目的として、口腔機能の評価に基づく**管理計画を作成し、療養上必要な指導を行った場合**に、月１回に限り算定する。
- 指導及び管理にあたっては、「口腔機能低下症に関する基本的な考え方」を参考とすること。

口腔機能低下症に関する基本的な考え方（抜粋）

口腔機能低下症の管理の概要

- 管理毎に、栄養状態や口腔機能が維持・回復しているかを臨床的観点から評価を行う。
- 管理計画に基づき、患者本人と家族に対して、状況に応じた動機付け、療養上必要な機能訓練の指導や生活指導および栄養指導を実施する。

口腔機能低下症の検査・診断
↓
管理計画の立案
↓
管理計画の患者等への説明・同意
↓
口腔機能低下症の管理
（患者への動機づけ、機能訓練の指導、生活指導、栄養指導など）
↓
再評価
↓↑
継続管理

口腔機能低下症の症状と訓練の例

咬合力低下

- 咬合力の維持・改善のために、歯ごたえのある食品摂取の指導やチューイングガムやグミゼリーを用いた咀嚼訓練などの指導を行う。

口唇や舌の機能低下

- 筋力の低下と運動の巧緻性の低下が原因となる。
- 口唇閉鎖力を向上させる訓練として、抵抗訓練の指導を行う。
- 舌圧を向上させる訓練として、等尺性収縮を目的とした抵抗訓練の有効性が認められている。舌圧子等を用いて一定の負荷を与えるように抵抗訓練を行ったり、口蓋に対して押しつけたりする訓練が有効である。
- 口唇や舌の運動範囲の拡大を目的とした可動域訓練、単音節の発音訓練、運動訓練、無意味音音節訓練、構音訓練、早口言葉、自動訓練、吹き戻しを用いた訓練など口唇・舌の巧緻性の訓練を行う。
- 歯・顎・口唇・頬・舌などの複合的な機能である咀嚼機能の低下に対しては、嚥下体操の指導、開口訓練などのほか、咀嚼訓練用食品による直接訓練の指導を行う。

※赤字部分は令和２年3月改定時に追加された内容

出典：口腔機能低下症に関する基本的な考え方（一部改定令和２年３月 日本歯科医学会）を元に保険局医療課で作成

クラウン・ブリッジ維持管理料

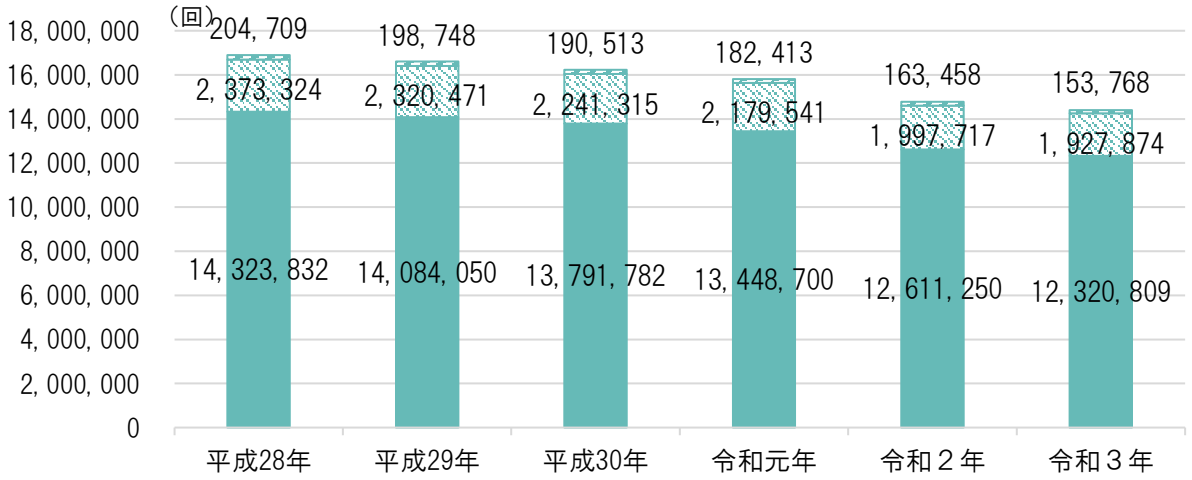
○　クラウン･ブリッジ維持管理料は、施設基準の届出を行った歯科医療機関において、歯科補綴物又はブリッジの装着した患者に対して算定され、98.4%の歯科医療機関で届出が行われている（令和4年時点で68,656施設）。

M000-2　クラウン・ブリッジ維持管理料

- 歯冠補綴物：**100点**
- 支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合：**330点**
- 支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合：**440点**

- クラウン･ブリッジ維持管理料を保険医療機関単位で算定する旨を地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯冠補綴物又はブリッジを製作し、当該補綴物を装着した患者に対して、当該維持管理の内容に係る情報を文書により提供した場合に算定。
- 歯冠補綴物又はブリッジを保険医療機関において**装着した日から起算して2年以内に、当該保険医療機関が当該補綴部位に係る新たな歯冠補綴物又はブリッジを製作し、当該補綴物を装着した場合の補綴関連検査並びに歯冠修復及び欠損補綴の費用が含まれる。**
- 当該保険医療機関において歯冠補綴物又はブリッジを装着した日から起算して2年以内に行った次に掲げる診療に係る費用は、別に算定できない。
  - イ 当該歯冠補綴物又はブリッジを装着した歯に対して行った充填
  - ロ 当該歯冠補綴物又はブリッジが離脱した場合の装着
- 通則第4号に掲げる加算を算定する場合又は区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定は算定できない。

■クラウン･ブリッジ維持管理料の算定回数



■届出医療機関数
- **令和2年：69,169施設**
- **令和3年：68,834施設**
- **令和4年：68,656施設**

※令和4年の歯科医療機関数（保険医療機関）：69,807施設

出典：社会医療診療行為別統計（6月審査分）

在宅歯科医療の推進について①

在宅医療を専門に行う医療機関の開設

➢健康保険法に基づく開放性の観点から、外来応需体制を有していることが原則であることを明確化した上で、以下の要件等を満たす場合には在宅医療を専門に実施する診療所の開設を認める。

[主な開設要件]

① 外来診療が必要な患者が訪れた場合に対応できるよう、診療地域内に2か所以上の協力医療機関を確保していること（地域医師会、地域歯科医師会から協力の同意を得られている場合はこの限りではない。）

② 在宅医療導入に係る相談に随時応じ、患者・家族等からの相談に応じる設備・人員等が整っていること。

③ 往診や訪問診療を求められた場合、医学的に正当な理由等なく断ることがないこと。

④ 緊急時を含め、随時連絡に応じる体制を整えていること。

等

在宅歯科医療専門の医療機関に関する評価

➢ 在宅歯科医療を専門に実施する保険医療機関（在宅患者の割合が95%以上の保険医療機関）に係る在宅療養支援歯科診療所の施設基準に以下のものを追加する。

① 直近1か月の在宅歯科医療の患者の割合が95%以上	④ 在宅歯科医療に係る経験が3年以上の歯科医師の勤務
② 5か所／年以上の医療機関からの新規患者紹介	⑤ ポータブルのユニット、バキューム、レントゲンを有すること
③ 歯科訪問診療のうち、歯科訪問診療1が6割以上	⑥ 抜髄又は感染根管処置、抜歯手術、有床義歯装着、有床義歯修理及び有床義歯内面適合法をそれぞれ20件以上

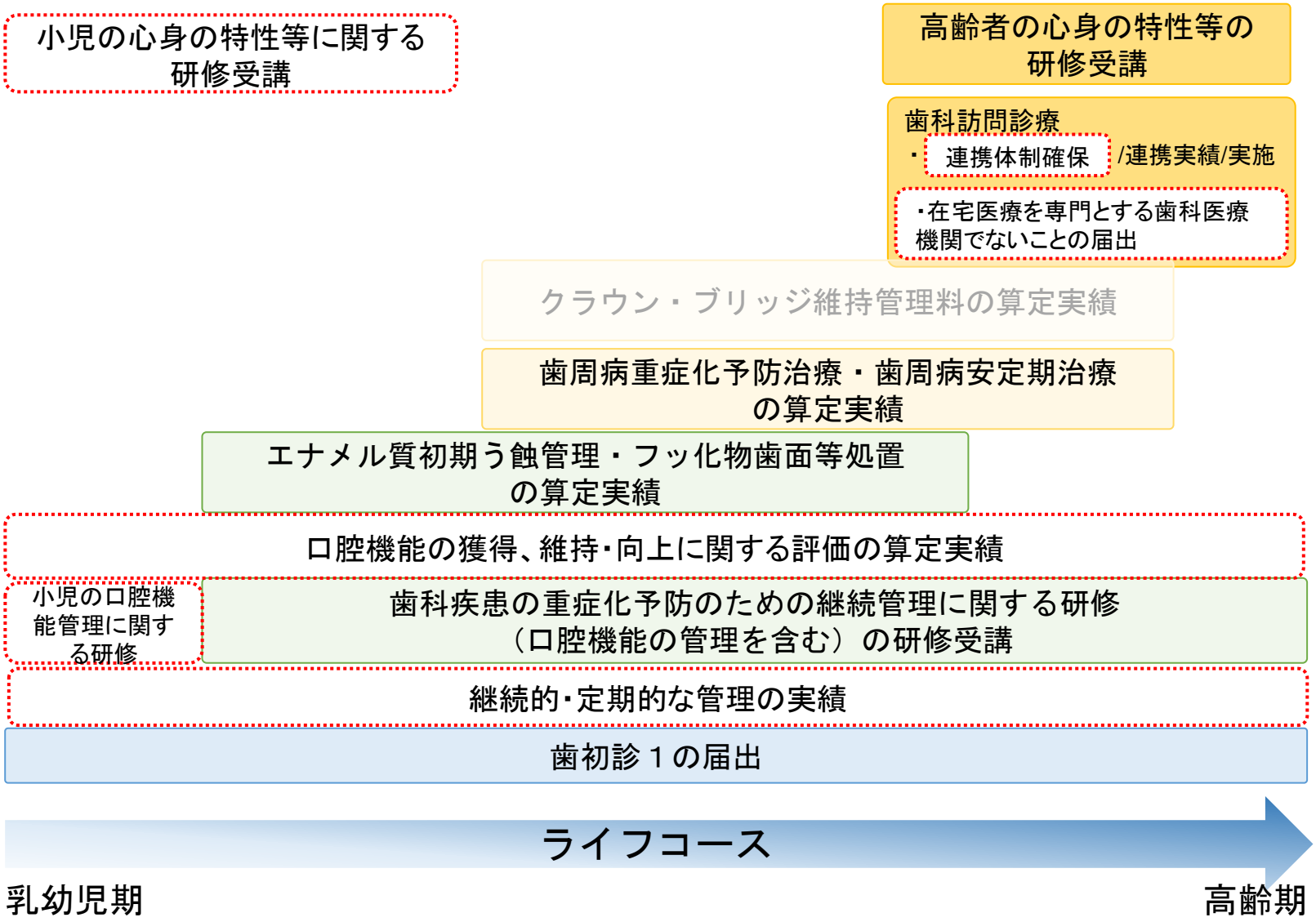
➢ 在宅歯科医療を専門に実施する保険医療機関（在宅患者の割合が95%以上の保険医療機関）であって、在宅療養支援歯科診療所の指定を受けていないものについては、初診料、再診料に相当する点数により算定する。

➢ 現行の在宅療養支援歯科診療所の施設基準に、在宅患者の割合が95%未満を追加する。

➢ 現行の在宅療養支援歯科診療所は平成29年3月31日まで、基準を満たしているものとする。

ライフコースとかかりつけ歯科医機能の評価（イメージ）

＜かかりつけ歯科医機能の評価の見直しイメージ＞



：現在の施設基準の要件に含まれていない内容

1. 歯科医療の現状

2. かかりつけ歯科医機能に係る評価

3. 院内感染防止対策

4. 歯科疾患の重症化予防

5. 電話や情報通信機器を用いた歯科診療

6. 歯科固有の技術等

歯科診療における感染予防策

○　口腔は病原体に暴露しやすく、また鋭利で動力源を有する機器（歯科治療用タービン等）を使用して観血的治療を行う歯科治療は、医療関連感染のリスクを常に有している。

歯科における医療関連感染対策の基本的な考え方（抜粋）

歯科の診療上の特性

- 唾液や血液などの体液に触れる可能性があり、それらに含まれる病原体に暴露される可能性がある。
- 患者には細菌感染者（歯性感染症）やウイルス感染者が一定数おり、受診に際しては、それらの既往が不明確であることも少なくない。
- 観血的治療が多く、血液を介した感染を介して患者から歯科医療従事者への感染をきたすリスクがあり、逆に患者への感染リスクがある。
- エアータービン・歯科用電気エンジンなどの使用のため、血液や唾液がエアロゾル状態で飛散する可能性がある。
- 鋭利な診療器具を頻用し、再使用する器具も多い。

感染経路別予防策

- 接触予防策：グローブ、ガウンを着用する。主旨衛生は擦式消毒または流水と石けんによる手洗いをこまめに行う。アルコール系消毒薬抵抗性病原体では石けんと流水による手洗いを行う。
- 飛沫予防策：診療の際は必ずマスクを着用する。患者間隔は2m以上保つことが理想であるが、困難な場合は患者間にパーテーションやカーテンによる仕切りを設ける。患者退出後は高頻度に触れる場所はこまめに消毒する。
- 空気予防策：診療は個室隔離とし、N95マスク（レスピレーター）を着用する。患者退出後は時間換気回数を考慮し、室内の空気が99%以上置換される時間をかけて換気する。

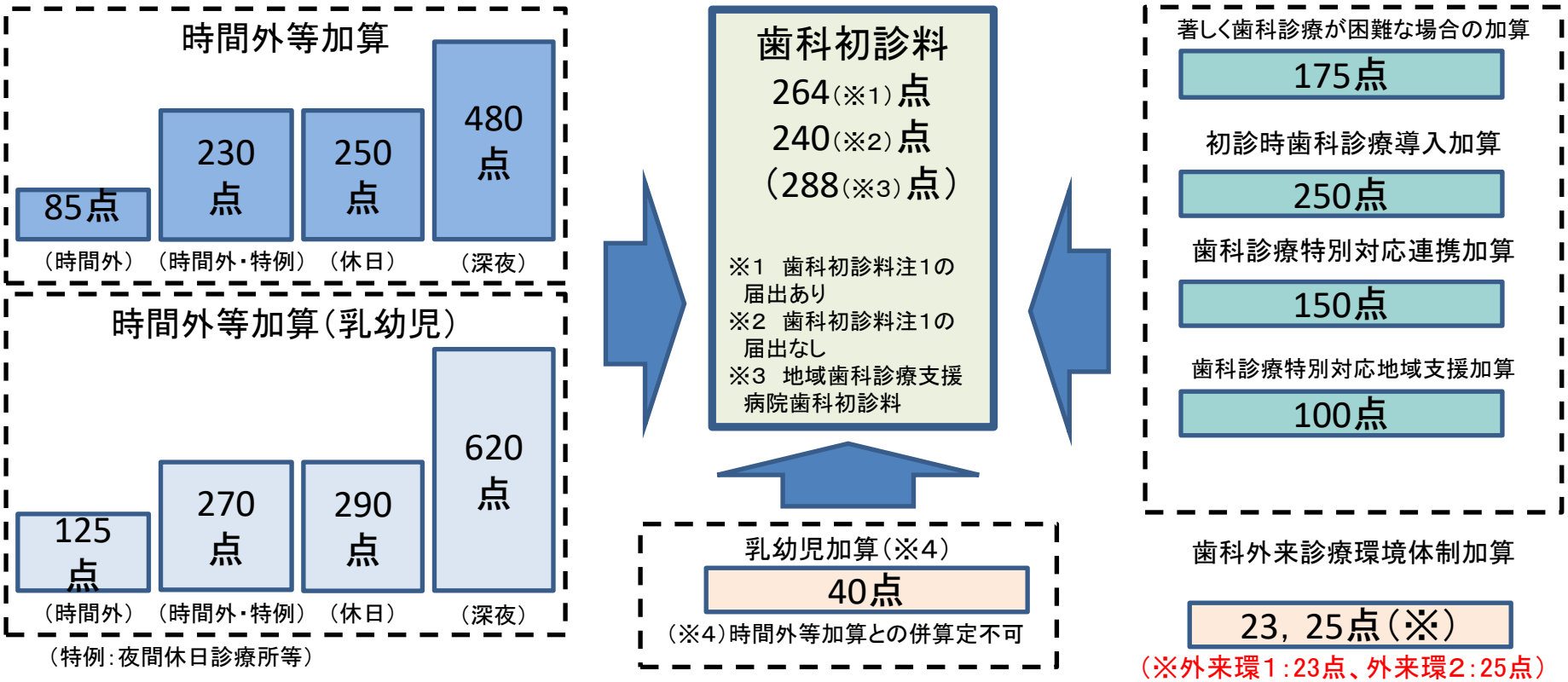
歯科治療における接触・飛沫感染対策（環境整備の例）

- 診療ユニット周辺で、唾液などで汚染される可能性が有る場所のことをclinical contact surfaceといい、同部の感染対策が重要。
- 特に清掃が困難な面（歯科用ユニットのスイッチ、バキューム、・タービン・エンジンホースやハンガー部、診療エリアのコンピューター機器など）を汚染から防ぐため、表面バリア（カバー、ラッピング）を使用することが効果的。
- 表面バリアは患者ごとに交換する。



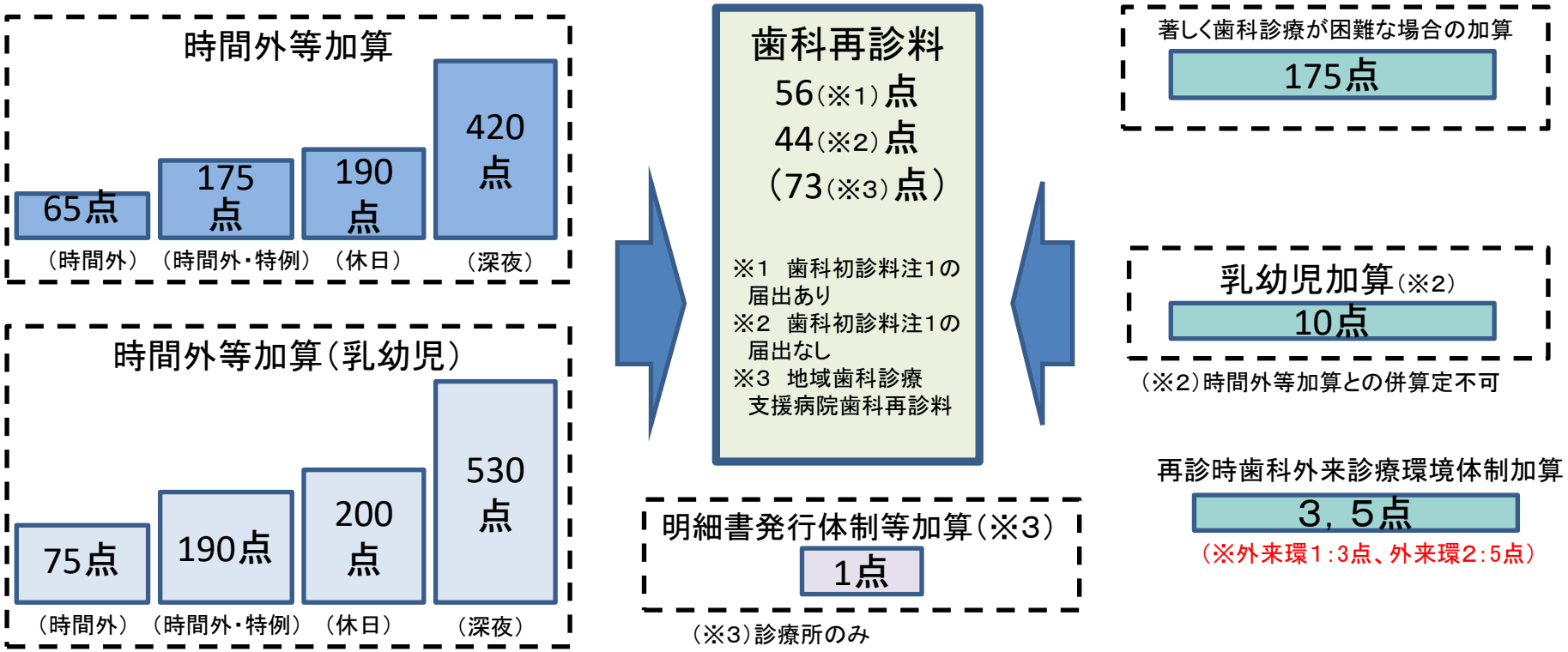
出典：一般社団法人日本歯科医学会連合「医療関連感染対策実践マニュアル」より引用改変

歯科初診料とその加算について



初診料においては（1）6歳未満の乳幼児の受診、（2）著しく歯科診療が困難に患者に対する歯科診療、（3）保険医療機関が表示する診療時間以外の時間又は深夜、（4）安心・安全な歯科の外来診療の環境体制の整備、に対して加算を行う。
時間外等加算の具体的な時間は、
「時間外」：概ね午前6時～8時、午後6時（土曜は正午）～10時（常態的な診療時間は除く。）
「休日」：日曜日、祝日、12/29～1/3
「深夜」：午後10時～午前6時

歯科再診料とその加算について



再診料については、（1）6歳未満の乳幼児の受診、（2）著しく歯科診療が困難な患者に対する歯科診療、（3）保険医療機関が表示する診療時間以外の時間又は深夜、（4）夜間、休日等の受診、（5）明細書の発行に対し、加算を行う。

歯科初診料、再診料の院内感染防止対策に関する届出

○　令和4年度診療報酬改定において、院内感染防止対策を更に推進し、新興感染症にも適切に対応できる体制を確保する観点から、歯科初診料及び歯科再診料の評価の見直しを行った。

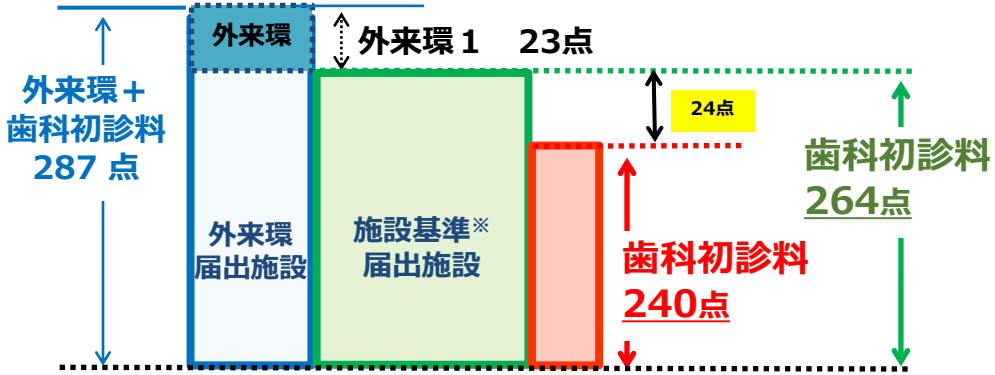
○　令和4年7月1日現在の初診料（歯科）注1に掲げる基準の届出医療機関数は、65,295施設である。

施設基準

（1）　口腔内で使用する歯科医療機器等について、患者ごとの交換や、専用の機器を用いた洗浄・滅菌処理を徹底する等十分な院内感染防止対策を講じていること
（2）　感染症患者に対する歯科診療を円滑に実施する体制を確保していること
（3）　歯科外来診療の院内感染防止対策に係る標準予防策及び新興感染症に対する対策の研修を4年に1回以上、定期的に受講している常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。
（4）　職員を対象とした院内感染防止対策にかかる標準予防策及び新興感染症に対する対策等の院内研修等を実施していること。
（5）　当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策を実施している旨の院内掲示を行っていること。

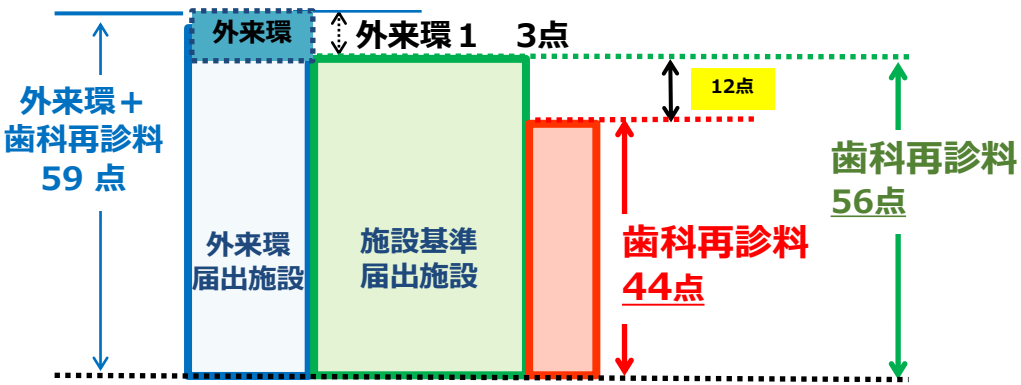
【Ｒ４年改定後（Ｒ４.４.１～）】

（歯科初診料）



※初診料の注1に規定する施設基準

（歯科再診料）



＜届出医療機関数＞

	令和元年	令和２年	令和３年	令和４年
初診料（歯科）注１に掲げる基準を満たす届出医療機関数	65, 200	65, 214	65, 257	65, 295

出典：保険局医療課調べ（7月1日定例報告）、医療施設調査（令和４年の割合は、令和３年の歯科医療機関数で算出）

歯科診療における院内感染防止対策の推進

基本診療料の施設基準及び評価の見直し

➢ 歯科外来診療における院内感染防止対策を推進し、新興感染症にも適切に対応できる体制を確保する観点から、歯科初診料における歯科医師及び 職員を対象とした研修等に係る要件を見直すとともに、基本診療料の評価を見直す。

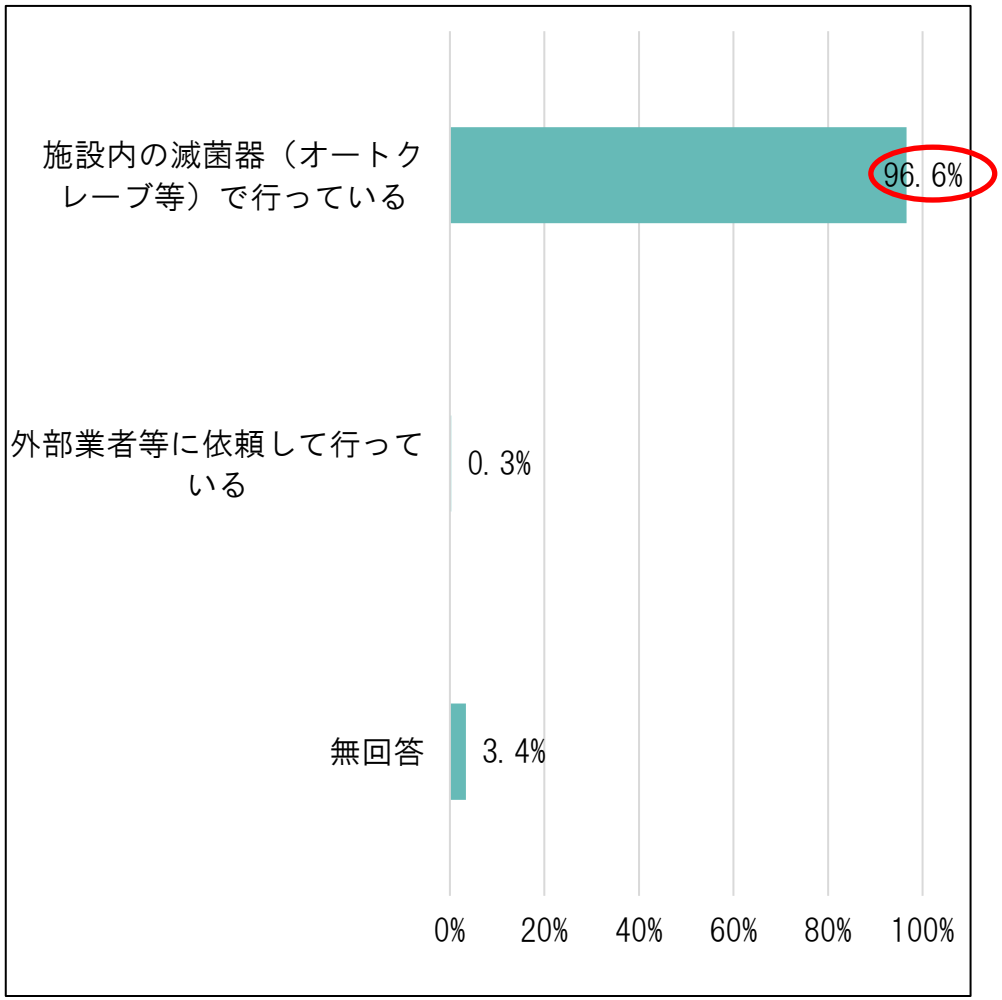
現行	改定後
【初診料】 1　歯科初診料　261点 【再診料】 1　歯科再診料　53点 ［施設基準］ 1　歯科点数表の初診料の注１に規定する施設基準 (2)　感染症患者に対する歯科診療に対応する体制を確保していること。 (3)　歯科外来診療の**院内感染防止対策に係る研修**を４年に１回以上、定期的に受講している常勤の歯科医師が１名以上配置されていること。 (4)　職員を対象とした**院内感染防止対策にかかる標準予防策等の院内研修**等を実施していること。	【初診料】 1　歯科初診料　**264点** 【再診料】 1　歯科再診料　**56点** ［施設基準］ 1　歯科点数表の初診料の注１に規定する施設基準 (2)　感染症患者に対する歯科診療を円滑に実施する体制を確保していること。 (3)　歯科外来診療の**院内感染防止対策に係る標準予防策及び新興感染症に対する対策の研修**を４年に１回以上、定期的に受講している常勤の歯科医師が１名以上配置されていること。 (4)　職員を対象とした**院内感染防止対策にかかる標準予防策及び新興感染症に対する対策等の院内研修**等を実施していること。

［経過措置］
令和４年３月31日において、現に歯科点数表の初診料の注１の届出を行っている保険医療機関については、令和５年３月31日までの間に限り、１の(3)及び（4）の基準を満たしているものとみなす。ただし、令和３年４月１日から令和４年３月31日の間に（3）の研修を受講した者については、当該研修を受けた日から２年を経過する日までは当該基準を満たしているものとみなす。

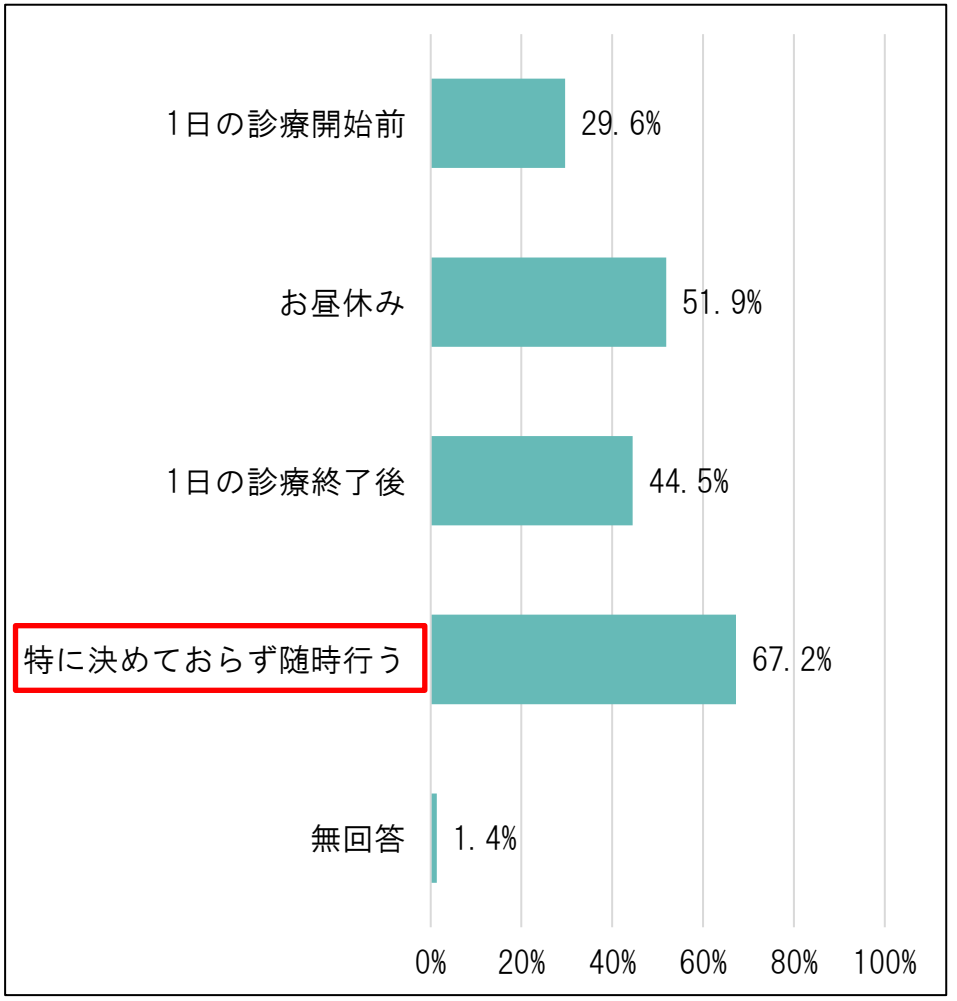
歯科診療所における滅菌等の実施状況

○ 歯科診療所においては、ほとんど院内で滅菌を行っている。

○ 滅菌を行う時間帯は、「特に決めておらず随時行う」が67.2%で最も多く、次いで「お昼休み」が51.9%であった。



（n=1, 931）



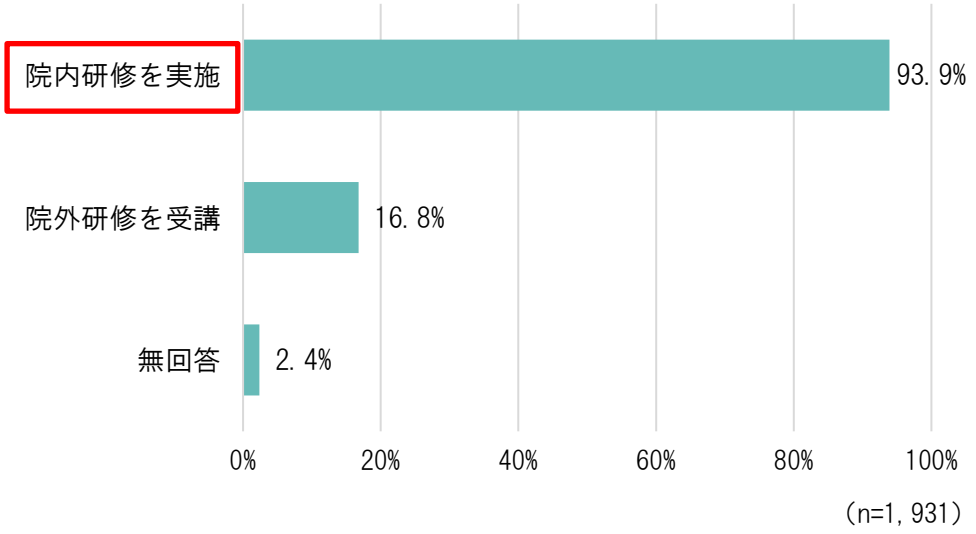
（n=1, 865）

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（歯科医療機関における院内感染防止対策の評価等に関する実施状況調査）

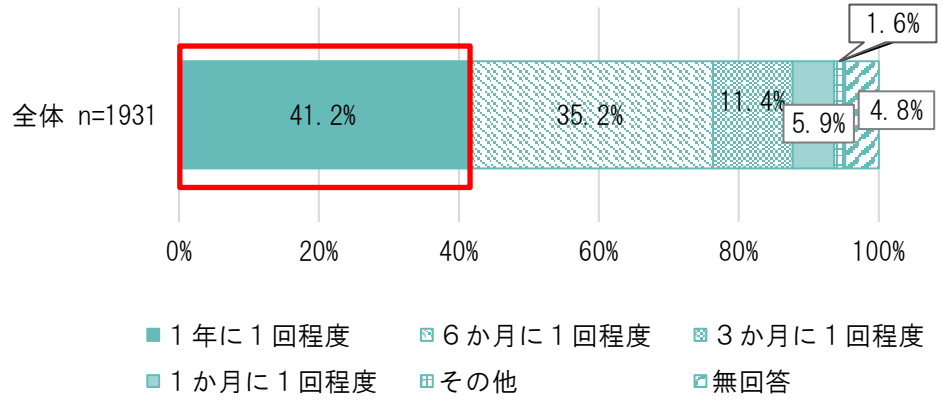
研修の実施状況

○　研修について、「院内研修」が93.9%であり、頻度は「１年に１回程度」が41.2%で最も多く、次いで「6か月に1回程度」も35.2%であった。内容は「標準予防策」が91.2%で最も多い。

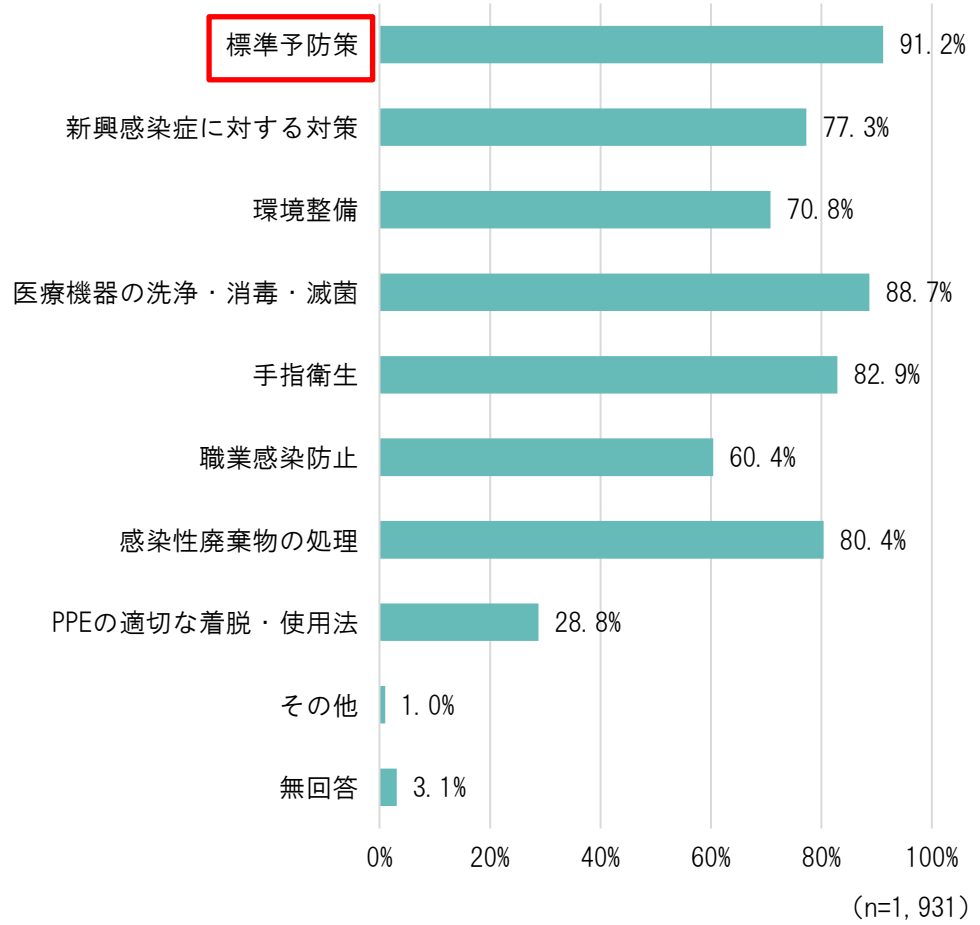
■院内研修の実施方法



■研修の実施頻度



■研修内容（複数回答）

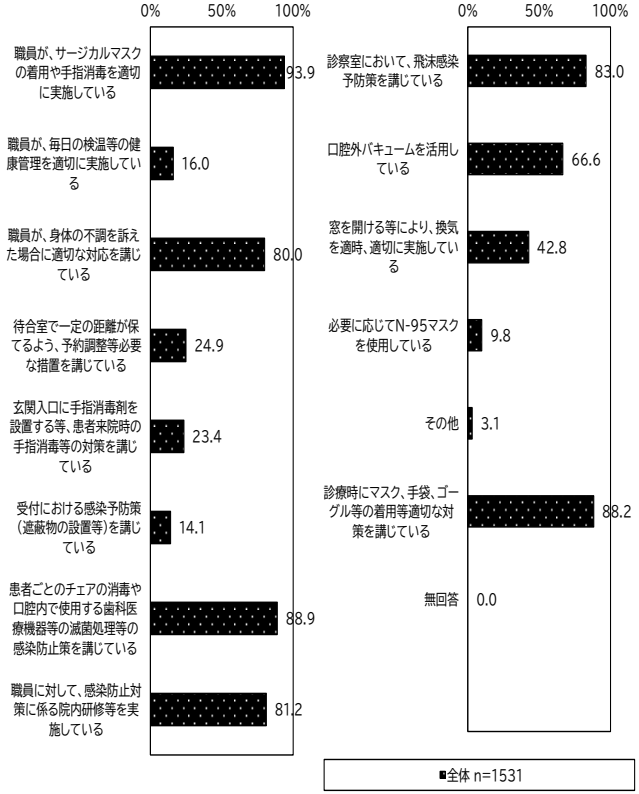


出典：令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（歯科医療機関における院内感染防止対策の評価等に関する実施状況調査）

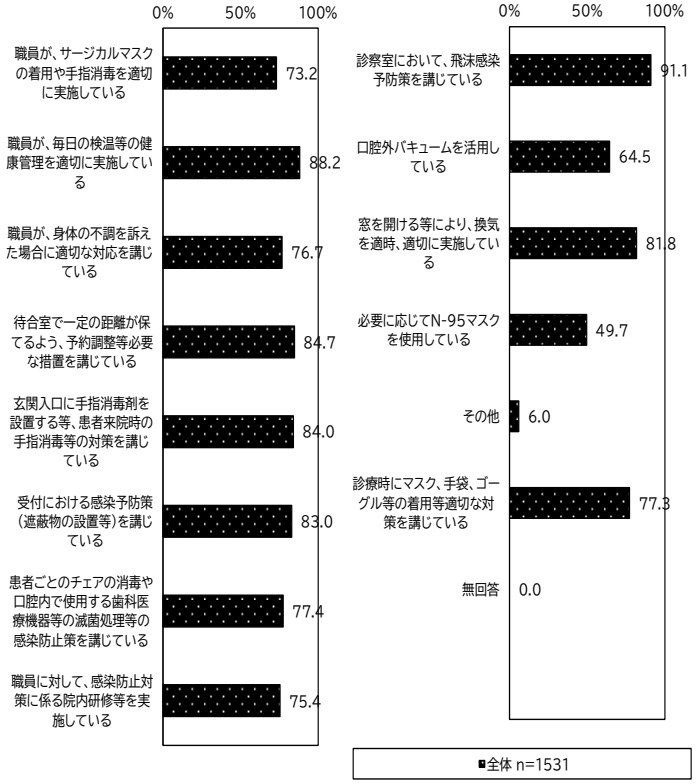
院内感染防止対策の取組内容

○　新型コロナウイルス感染症が流行する以前から取り組んでいた対策、新型コロナウイルス感染症が流行している期間に取り組んでいた対策、新型コロナウイルス感染症が5類感染症に移行後（令和5年5月8日以降）も取り組んでいる対策は、新型コロナウイルス感染症の流行以降、診療時での感染対策である「必要に応じてN-95マスクを使用している」が増加していた。

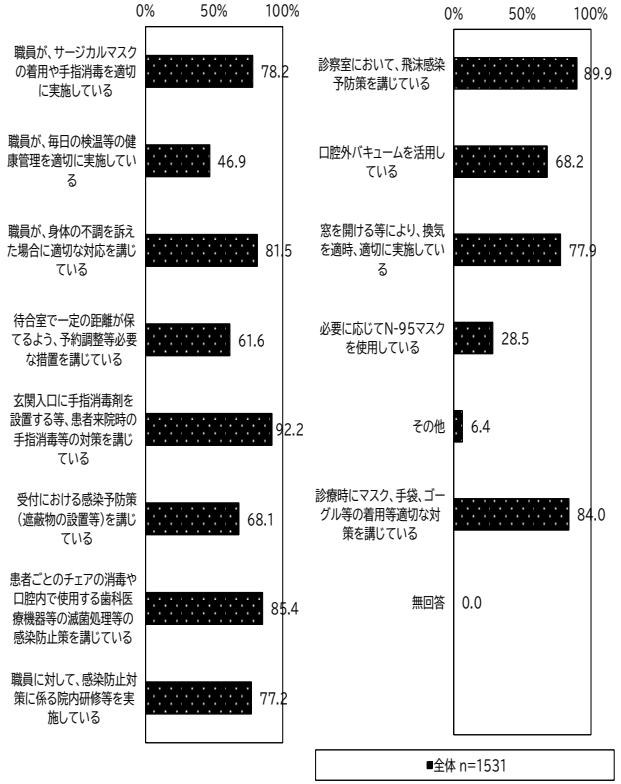
■　新型コロナウイルス感染症が流行する以前から取り組んでいた対策（複数回答）



■　新型コロナウイルス感染症が流行している期間に取り組んでいた対策（複数回答）



■　新型コロナウイルス感染症が5類感染症に移行後（複数回答）



※「新型コロナウイルス感染症が流行する以前から取り組んでいた対策」、「新型コロナウイルス感染症が流行している期間に取り組んでいた対策」、「新型コロナウイルス感染症が5類感染症に移行後（令和5年5月8日以降）も取り組んでいる対策」のすべてに回答している施設を対象に集計。

出典：令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（歯科医療機関における院内感染防止対策の評価等に関する実施状況調査）

歯科外来診療環境体制加算の施設基準

○　歯科外来診療環境体制加算は、歯科の外来診療の特性を踏まえ、患者にとってより安全で安心できる環境の整備を図る取組を評価するもの。

○　歯科外来診療環境体制加算1と、地域歯科診療支援病院歯科初診料を対象とした歯科外来診療環境体制加算2がある。

施設基準

【外来診療環境体制加算1】

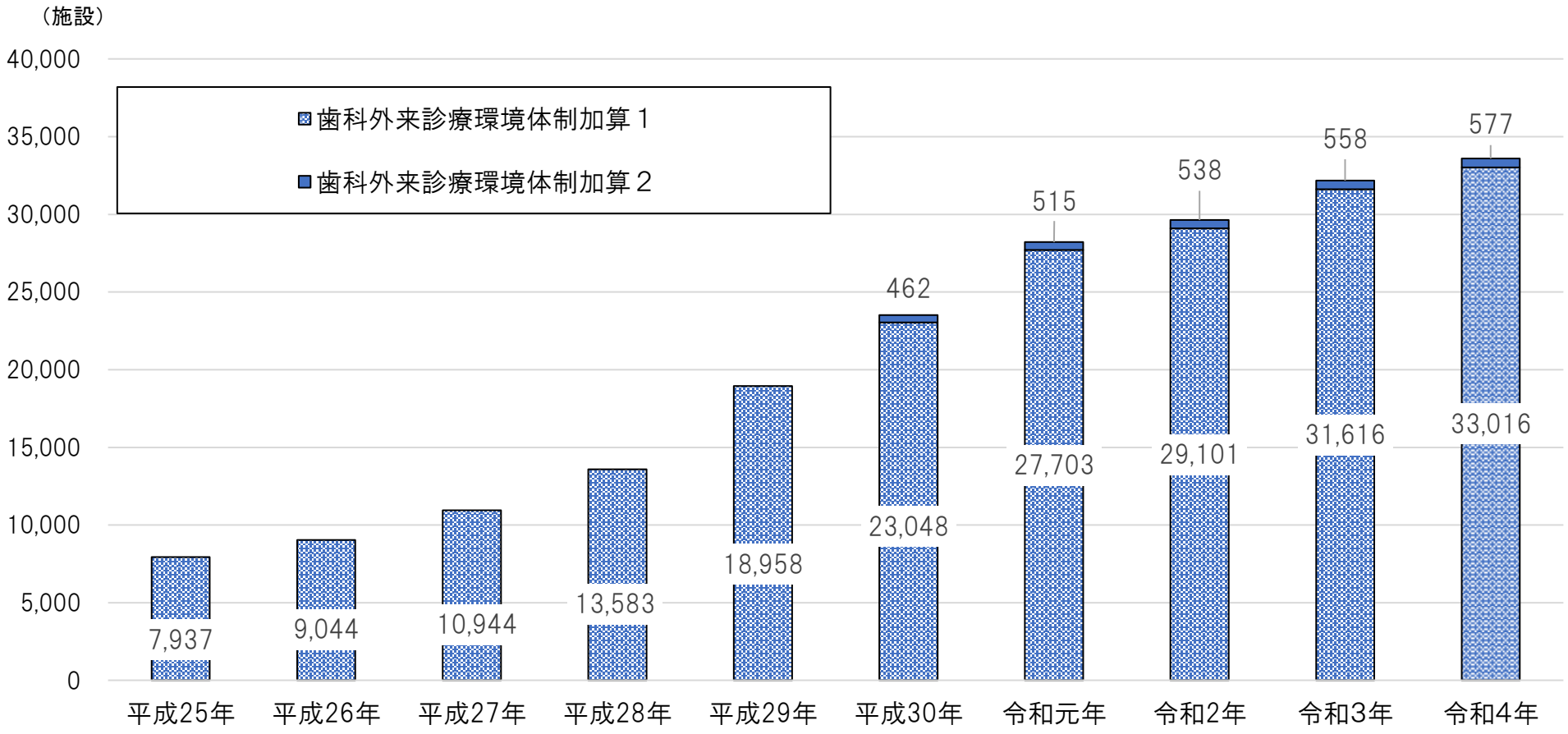
ア　歯科医療を担当する保険医療機関（歯科点数表の地域歯科診療支援病院歯科初診料にかかる施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を除く。）であること。
イ　歯科点数表の初診料の注1に係る施設基準の届出を行っていること。
ウ　偶発症に対する緊急時の対応、医療事故対策等の医療安全対策に係る研修を修了した常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。
エ　歯科医師が複数名配置されていること又は歯科医師及び歯科衛生士がそれぞれ1名以上配置されていること。
オ　患者にとって安心で安全な歯科医療環境の提供を行うにつき次の十分な装置・器具等を有していること。また、自動体外式除細動器（AED）については保有していることがわかる院内掲示を行っていること。
（イ）自動体外式除細動器（AED）、（ロ）経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）、（ハ）酸素（人工呼吸・酸素吸入用のもの）、（ニ）血圧計、（ホ）救急蘇生セット、（ヘ）歯科用吸引装置
カ　診療における偶発症等緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関との事前の連携体制が確保されていること。
キ　歯科用吸引装置等により、歯科ユニット毎に歯牙の切削時等に飛散する細かな物質を吸収できる環境を確保していること。
ク　当該保険医療機関の見やすい場所に、歯科診療に係る医療安全管理対策を実施している旨の院内掲示を行っていること。

【外来診療環境体制加算2】

ア　歯科点数表の地域歯科診療支援病院歯科初診料の届出を行った保険医療機関であること。
イ　外来環1のウからクまでの施設基準をすべて満たすこと。
ウ　歯科外来診療において発生した医療事故、インシデント等を報告・分析し、その改善を実施する体制を整備していること。

歯科外来診療環境体制加算の届出状況

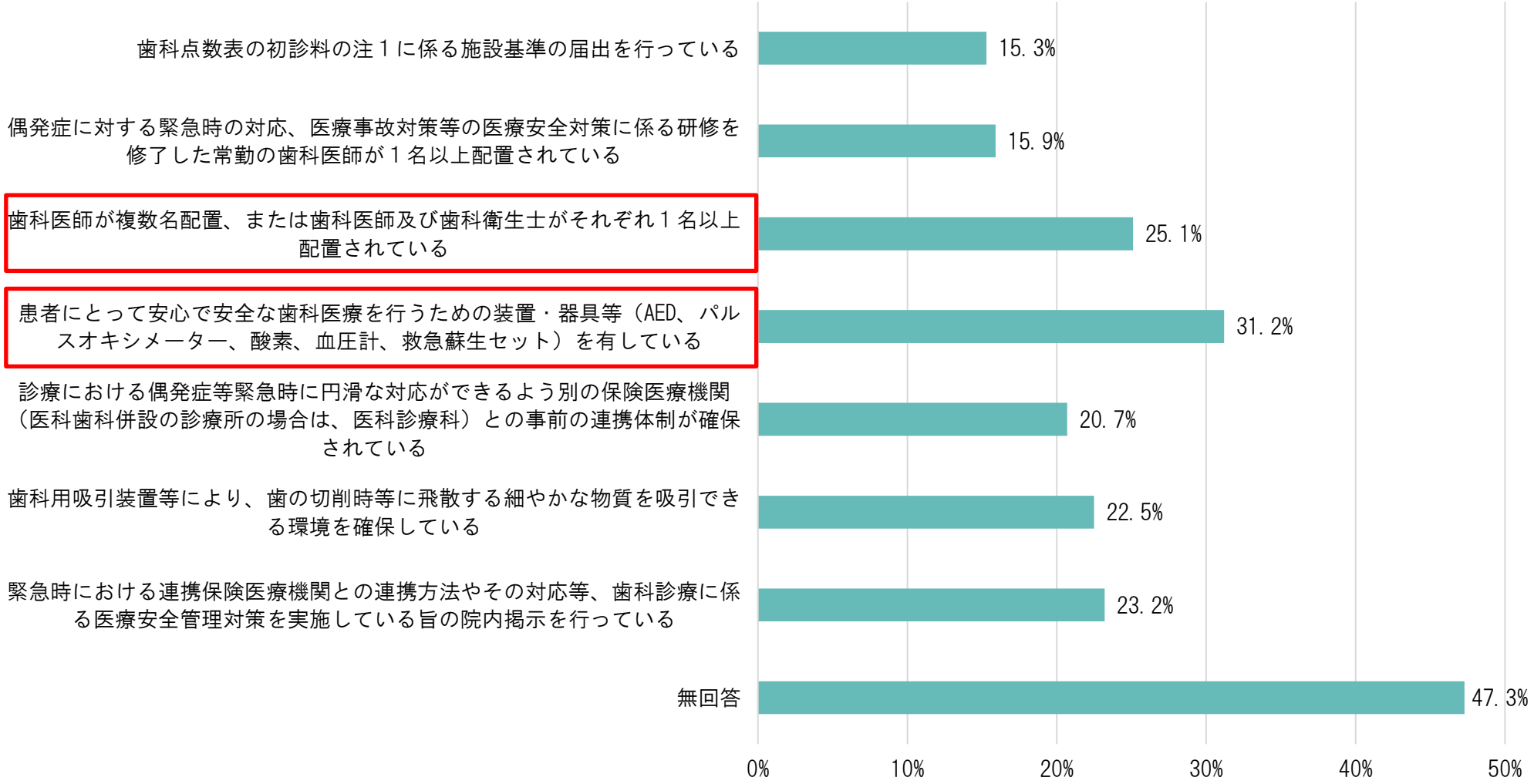
○ 歯科外来診療環境体制加算の届出医療機関数は増加している。
○ 令和4年の届出医療機関数は、33,593施設であり、歯科診療所では令和4年で約半数が届出を行っている。



出典：保険局医療課調べ（7月1日時点定例報告）

歯科外来診療環境体制加算の届出を行っていない理由

○　歯科外来診療環境体制加算の施設基準を満たせない要件は、「患者にとって安心で安全な歯科医療を行うための装置・器具等を有している」が31.2%で最も多く、次いで「歯科医師が複数名配置、または歯科医師及び歯科衛生士がそれぞれ1名以上配置されている」が25.1%であった。



（n=590）

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（歯科医療機関における院内感染防止対策の評価等に関する実施状況調査）

歯科外来診療環境体制加算の施設基準の内容

○　歯科外来診療環境体制加算の施設基準の内容は、感染対策と医療安全の要素が含まれている。

歯科外来診療環境体制加算の施設基準

感染対策に関する事項

○　歯科点数表の初診料の注1に係る施設基準の届出

○　歯科用吸引装置等により、歯科ユニット毎に歯牙の切削時等に飛散する細かな物質を吸収できる環境を確保

医療安全に関する事項

○　偶発症に対する緊急時の対応、医療事故対策等の医療安全対策に係る研修を修了した常勤の歯科医師を1名以上配置

○　患者にとって安心で安全な歯科医療環境の提供を行うにつき次の十分な装置・器具等を有し、自動体外式除細動器（AED）を保有していることがわかる院内掲示

○　診療における偶発症等緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関との事前の連携体制を確保

○　見やすい場所に、歯科診療に係る医療安全管理対策を実施している旨の院内掲示

○　（歯科外来診療環境体制加算2のみ）　歯科外来診療において発生した医療事故、インシデント等を報告・分析し、その改善を実施する体制を整備

感染対策・医療安全に関する事項

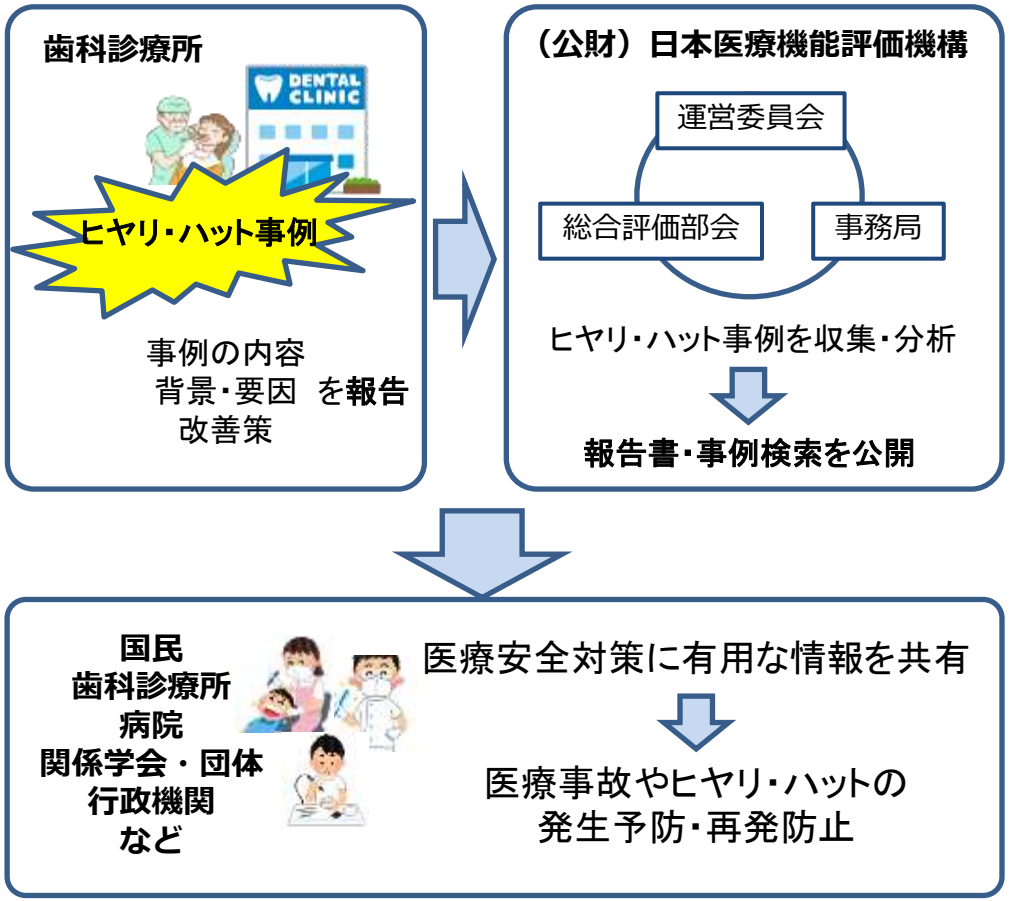
○　歯科医師が複数名配置されていること又は歯科医師及び歯科衛生士がそれぞれ1名以上配置されていること。

歯科診療所におけるヒヤリ・ハット事例収集等事業

医政局歯科保健課
提供資料

○ 歯科医療安全の推進を目的として、歯科診療所のヒヤリ・ハット事例等を収集し、分析報告を行ったうえで広く共有することで医療事故の発生予防・再発防止につなげる事業が令和5年10月より開始されている。

事業イメージ



ヒヤリ・ハット報告事例

【事例①：補てつ物の口腔内落下】

○ 上顎前歯のレジン前装冠を装着する際に、口腔内にレジン前装冠が落下した。

○ 補てつ物に誤飲防止用の形態を付与する等の対策が取られていなかった。

○ 改善策として、口腔内へ落下するリスクが高いと判断される場合は、補てつ物に誤飲防止用の形態を付与する、落下しても安全な様にガーゼを口腔内に置く等の対応をとることとなった。

【事例②：器具の片付け時の針刺し】

○ 歯科衛生士が診療後に器具の片付けを行う際、タービンにバーが装着されたままとなっており、バーの先端が指に刺さりそうになった。

○ 次の患者が待っており急いでいたため、歯科医師がバーの取り外しを失念し、歯科衛生士も確認が疎かになっていた。

○ 改善策として、診療後に歯科医師が鋭利なものを取り外すこと、歯科衛生士が片付ける際に確認することを改めて徹底する等の対応をとることとなった。

外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し③

		感染対策向上加算１	感染対策向上加算２	感染対策向上加算３	外来感染対策向上加算
点数		**710点**	**175点**	**75点**	**６点**
算定要件		入院初日		入院初日＋入院期間が90日を超える毎に１回	患者１人の外来診療につき月１回に限り算定
主な施設基準	届出基準	（外来感染対策向上加算の届出がないこと）	保険医療機関の一般病床の数が300床未満を標準とする（外来感染対策向上加算の届出がないこと）		診療所（感染対策向上加算の届出がないこと）
	感染制御チームの設置	以下の構成員からなる感染制御チームを設置 ・専任の常勤医師（感染症対策の経験が３年以上） ・専任の看護師（感染管理の経験５年以上かつ研修修了） ・専任の薬剤師（病院勤務経験３年以上） ・専任の臨床検査技師（病院勤務経験３年以上） ※　医師又は看護師のうち１名は専従であること。 ※　**必要時に、専従の医師又は看護師を、加算２、３又は外来感染対策向上加算の医療機関に派遣する場合は、専従時間に含めてよいものとする。**	以下の構成員からなる感染制御チームを設置 ・専任の常勤医師（感染症対策の経験が３年以上） ・専任の看護師（感染管理の経験５年以上） ・専任の薬剤師（病院勤務経験３年以上**又は適切な研修を修了**） ・専任の臨床検査技師（病院勤務経験３年以上**又は適切な研修を修了**）	以下の構成員からなる感染制御チームを設置 **・専任の常勤医師（適切な研修の修了が望ましい）** **・専任の看護師（適切な研修の修了が望ましい）**	**院内感染管理者（※）を配置していること。** ※　医師、看護師、薬剤師その他の医療有資格者であること。
	医療機関間・行政等との連携	・**保健所、地域の医師会と連携し、**加算２又は３の医療機関と合同で、年４回以上カンファレンスを実施**（このうち１回は、新興感染症等の発生を想定した訓練を実施すること。）** **・加算２、３及び外来感染対策向上加算の医療機関に対し、必要時に院内感染対策に関する助言を行う体制を有する** **・新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体HPで公開している**	・年４回以上、加算１の医療機関が主催するカンファレンスに参加**（訓練への参加は必須とする。）** **・新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること** **・新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体HPで公開している**	・年４回以上、加算１の医療機関が主催するカンファレンスに参加**（訓練への参加は必須とする。）** **・新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること** **・新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制若しくは発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体HPで公開している**	・年**２**回以上、加算１の医療機関**又は地域の医師会**が主催するカンファレンスに参加**（訓練への参加は必須とする。）** **・新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること** **・新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体HPで公開している**
	サーベイランスへの参加	院内感染対策サーベイランス（JANIS）、感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）等、地域や全国のサーベイランスに参加していること	地域や全国のサーベイランスに参加している場合、**サーベイランス強化加算**として**５点**を算定する。		**サーベイランス強化加算**として**１点**を算定する。
	その他	・抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有する		**・抗菌薬の適正使用について、加算１の医療機関又は地域の医師会から助言を受けること** **・細菌学的検査を外部委託する場合は、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイダンス」に沿った対応を行う**	**・抗菌薬の適正使用について、加算１の医療機関又は地域の医師会から助言を受けること** **・「抗微生物薬適正使用の手引き」を参考に抗菌薬の適正な使用の推進に資する取組を行う** **・細菌学的検査を外部委託する場合は、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイダンス」に沿った対応を行う**
		・新興感染症の発生時等に、感染症患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有する ・令和４年度診療報酬改定前の感染防止対策地域連携加算及び抗菌薬適正使用支援加算の要件を要件とする	**・新興感染症の発生時等に、感染症患者又は疑い患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有する**	**・新興感染症の発生時等に、感染症患者又は疑い患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制若しくは発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有する**	**・新興感染症の発生時等に、発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有する**
		感染制御チームの専従医師又は看護師が、過去１年間に４回以上、加算２、３又は外来感染対策向上加算の医療機関に赴き院内感染対策等に関する助言を行った場合、**指導強化加算**として、**30点**を算定する。	感染対策向上加算２又は３を算定する保険医療機関が、感染対策向上加算１を算定する保険医療機関に対し、過去１年間に４回以上、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行っている場合、**連携強化加算**として**30点**を算定する。		**連携強化加算**として**３点**を算定する。

歯科医療提供体制等に関する検討会　中間とりまとめ（案）

第9回歯科医療提供体制等に関する検討会
令和5年10月4日
資料2

かかりつけ歯科医の役割

○住民・患者ニーズへのきめ細やかな対応、切れ目のない提供体制の確保、他職種との連携
○訪問歯科診療や障害児・者への対応、患者の基礎疾患や服用薬剤への理解の充実、ライフステージに応じた歯科疾患の予防や口腔の管理
○かかりつけ歯科医をもつ者の増加のための普及啓発の促進
○新興感染症拡大時における歯科医療提供体制の整備

地域包括ケアシステムと医科歯科連携・多職種連携

○機能を含めた歯科医療資源の見える化
○他職種に対するニーズの把握や相互理解の促進、指標設定・評価
○他職種等に対する口腔に関する理解を深めてもらうため、学部・専門分野の教育段階含め、口腔の管理の重要性等を学ぶ機会の充実
○人生の最終段階における口腔の管理への歯科医療関係者の関与

歯科医療機関の機能分化と連携

○各歯科医療機関の機能の把握・見える化
○病診連携・診診連携、歯科診療所のグループ化、規模の拡大・多機能化による複数の歯科医師が勤務する体制の整備の推進
○ICTの利活用の推進
○歯科医療資源に応じた機能分化や連携の在り方等、地域特性に応じた歯科医療提供体制の構築の検討

障害児・者等への歯科医療提供体制

○障害の内容や重度別分析による歯科医療機関の機能の見える化
○いわゆる口腔保健センターと一般歯科診療所の役割の整理
○ハード面（設備整備等）やソフト面（人材育成、多職種連携等）の両面での取組の充実
○医療的ケア児含めた障害児・者を、地域の歯科医療ネットワーク等、地域で支え歯科医療を受けることができる歯科医療提供体制の構築

病院歯科等の役割

○それぞれの地域における病院歯科の役割の明確化
○各病院歯科の歯科医療従事者の配置状況や機能等の把握・分析
○地域の病院歯科の果たす役割を認識し、病院歯科と歯科診療所等との連携の推進
○地域の歯科医療提供体制の拠点としての機能

歯科専門職種の人材確保・育成等

○学部教育から臨床研修、生涯研修におけるシームレスな歯科医師養成
他職種の役割等を継続的に学び、交流を行いながら理解を促進
○歯科衛生士の確保（職場環境等の整備、復職支援・リカレント教育）
○歯科技工士の確保（人材確保、職場環境の整備、業務のあり方）

都道府県等行政における歯科医療提供体制の検討の進め方について

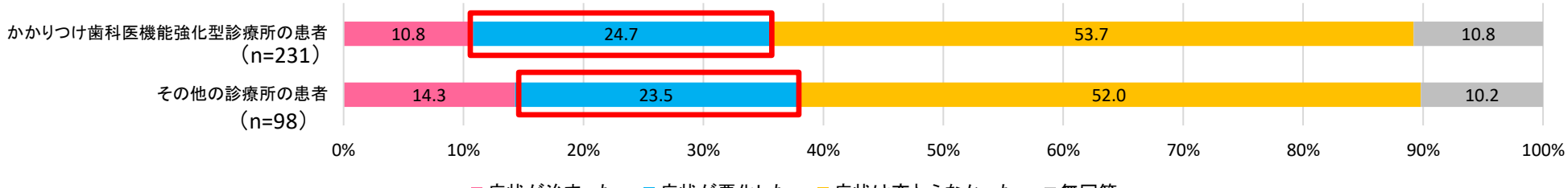
○地域ごとの歯科医療資源及び住民ニーズの把握・見える化、PDCAサイクルに基づく取組の推進、計画的な評価
○歯科保健医療提供体制の理想とする姿（目指す姿）を設定し、バックキャストで考えていくことの重要性
○歯科医療提供のあり方を議論する際には、地域の関係団体等と連携し、目指す姿や目標等の共通認識を深めながら取り組む必要性

歯科を標榜していない病院の入院患者に対する歯科医療の提供

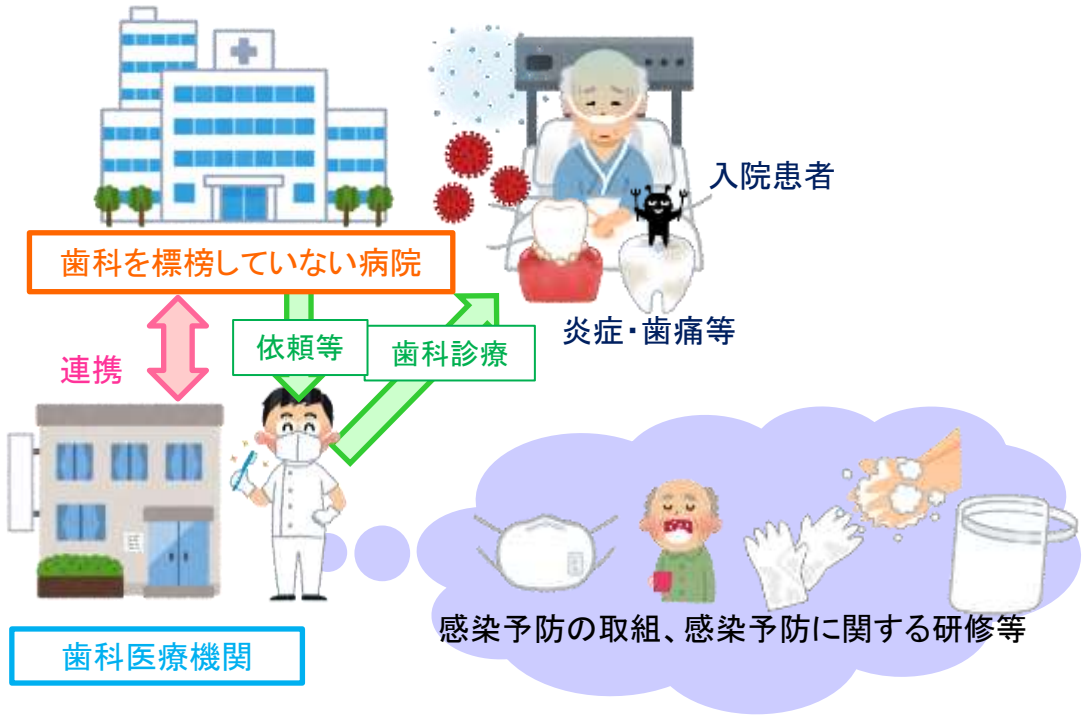
中医協　総－１（改）
３．１２．１０

○　新型コロナウイルス感染症の患者は、医科医療機関で治療が行われるが、炎症・疼痛等を伴う歯科疾患が生じた際には、医科医療機関からの依頼等に即応した歯科医療の提供が行われる体制を構築しておく必要がある。

新型コロナウイルス感染症の影響で「受診したかったが我慢した」と回答した患者が、受診を控えた結果



出典：令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査
（令和3年度調査：かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所）

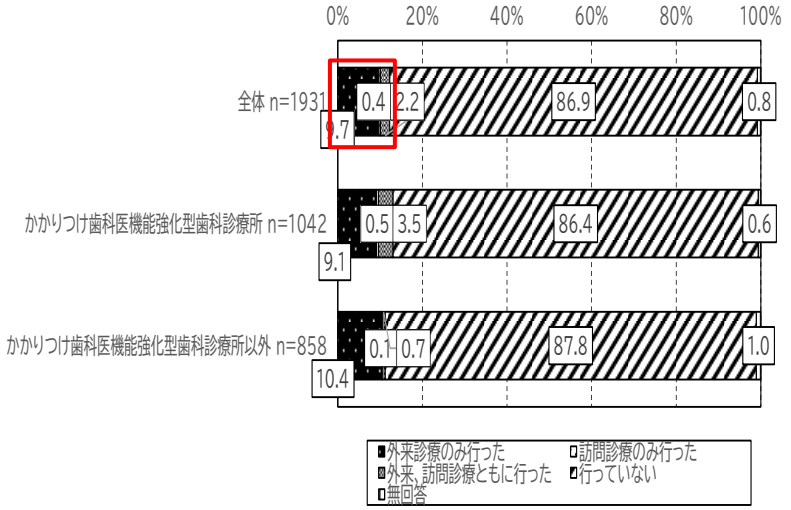


新型コロナウイルス感染症患者への歯科診療の実施状況

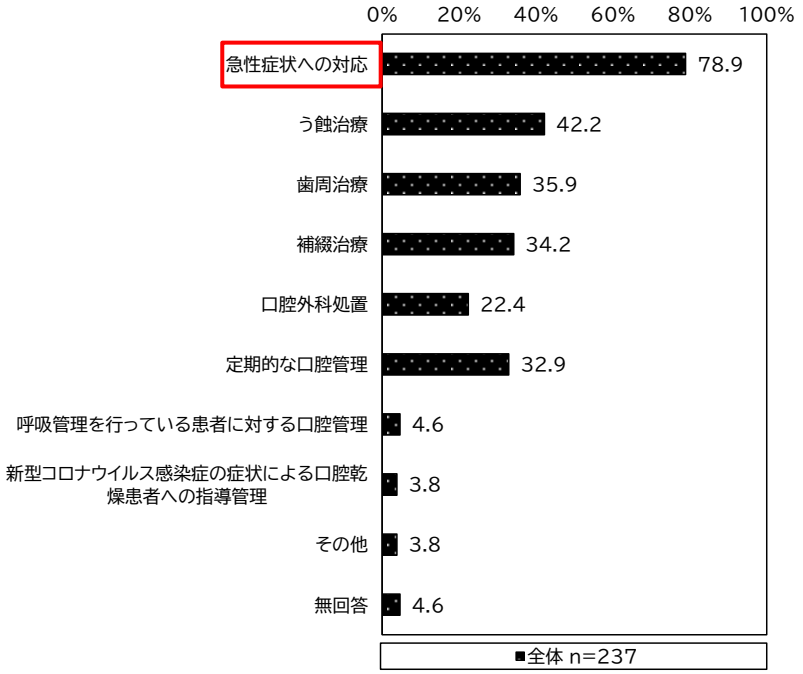
○　新型コロナウイルス感染症患者に対する歯科診療を行ったかについて、「外来診療のみ行った」、「訪問診療のみ行った」、「外来、訪問診療ともに行った」の合計で12.3%であった。

○　新型コロナウイルス感染症患者に対する歯科診療を行った場合の治療内容は「急性症状への対応」が78.9%であった。

■図表 2-39　新型コロナウイルス感染症患者に対する歯科診療を行ったか



■図表 2-39　新型コロナウイルス感染症患者に対する歯科診療を行った場合の治療内容



・調査対象：かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の届出歯科診療所2,000施設、それ以外の歯科診療所2,000施設（いずれも無作為抽出）
・調査対象月：令和4年7月～9月の3か月間

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（歯科）

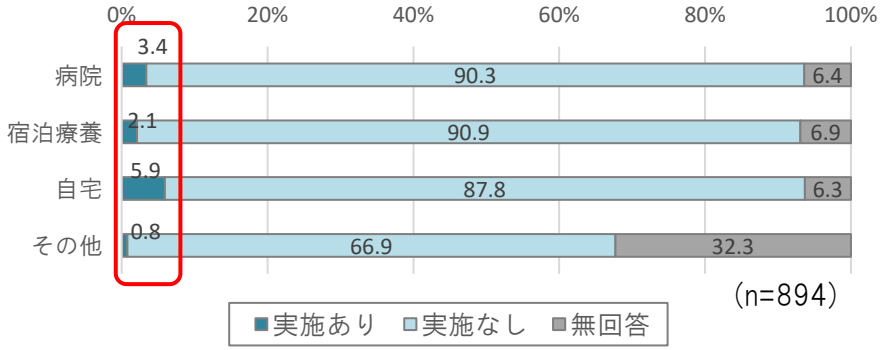
新型コロナウイルス感染症患者に対する歯科訪問診療の実施状況

○ 新型コロナウイルス感染症患者に対する令和4年4月～6月、7月～9月の各3か月間の歯科訪問診療の実施状況について、いずれの期間も在宅療養支援歯科診療所1，2では自宅が約6%、病院が約3～4%、宿泊療養が約2%、その他（介護保険施設を含む。）は約1%であった。

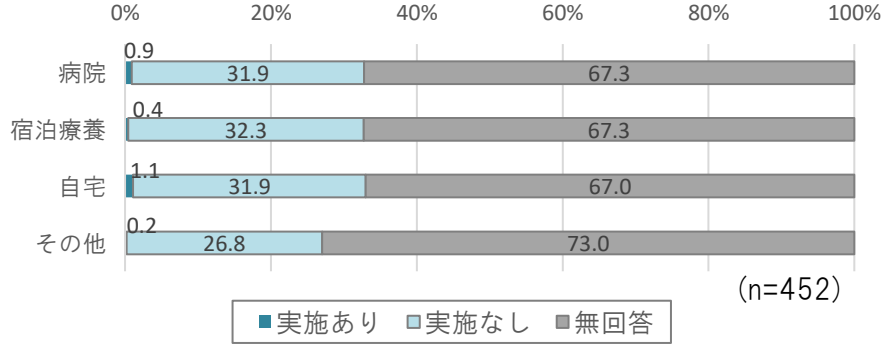
○ 在宅療養支援歯科診療所以外の歯科診療所では、無回答が約7割であった。

中医協　総－３
５．　１０．２７

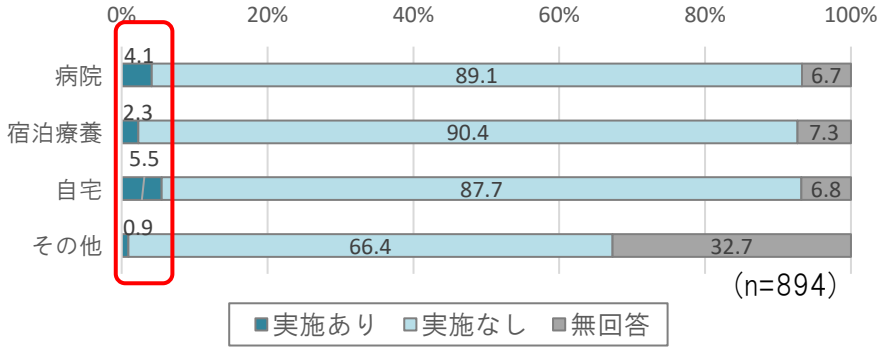
■在宅療養支援歯科診療所１，２（令和４年４月～6月）



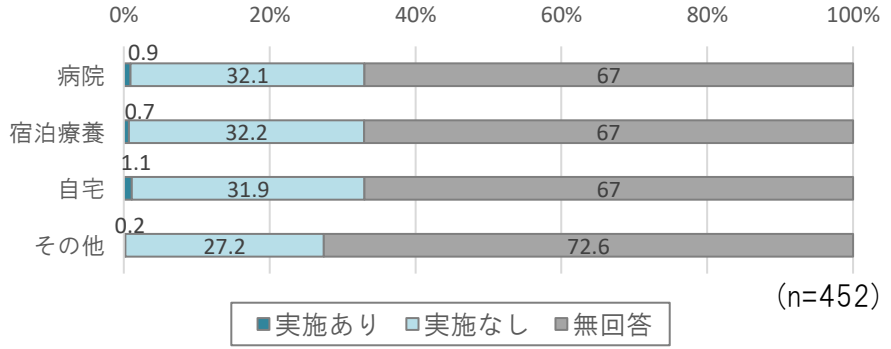
■在宅療養支援歯科診療所以外（令和４年４月～6月）



■在宅療養支援歯科診療所１，２（令和４年７月～９月）



■在宅療養支援歯科診療所以外（令和４年７月～９月）



・調査対象：在宅療養支援歯科診療所2,000施設、それ以外の歯科診療所1,000施設（いずれも無作為抽出）

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）

新型コロナウイルス感染症流行に伴う歯科診療に関する診療報酬上の臨時的な取扱いについて

○　新型コロナウイルス感染症の患者に対して、新型コロナウイルス感染症流行に伴う歯科診療に関する診療報酬上の臨時的な特例が設けられている。

コロナ特例での評価	現行の評価
歯科治療の延期が困難であって、必要な感染予防対策を講じた上で歯科治療を実施した場合の評価 ・新型コロナ歯科治療加算（147 点） ・歯科訪問診療料：診療時間が20 分未満 でも減算せず所定点数で算定	・感染症患者に対して、歯科治療の延期が困難であって、必要な感染予防対策を講じた上で歯科治療を実施した場合の評価はない
呼吸管理を行っている者に対して、口腔衛生状態の改善を目的として、口腔の剥離上皮膜の除去等を行った場合の評価 ・非経口摂取患者口腔粘膜処置（100 点） 速やかに歯科訪問診療を行った場合の評価 ・緊急歯科訪問診療加算 診療情報の提供を受けるなど、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合の評価 ・総合医療管理加算（50 点） ・在宅総合医療管理加算（50 点） ・歯科治療時医療管理料（45 点） ・在宅患者歯科治療時医療管理料（45 点） ・歯科特定疾患療養管理料（170 点）	・非経口摂取患者口腔粘膜処置（110 点） （経口摂取が困難な患者に対して口腔衛生状態の改善を目的に、口腔の剥離上皮膜の除去等を行った場合の評価） ・緊急歯科訪問診療加算 （速やかに歯科訪問診療を行った場合の評価） ・総合医療管理加算（50 点） ・在宅総合医療管理加算（50 点） ・歯科治療時医療管理料（45 点） ・在宅患者歯科治療時医療管理料（45 点） ・歯科特定疾患療養管理料（170 点） （診療情報の提供を受けるなど、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合の評価） ＊対象疾患に感染症は含まれていない

歯科診療特別対応加算

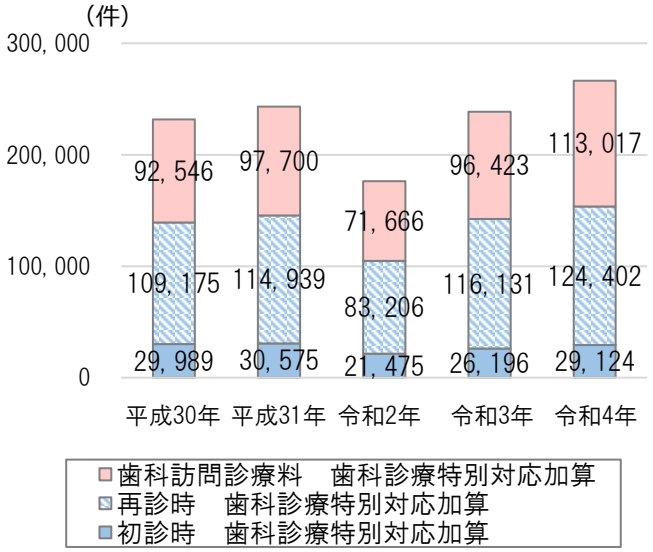
○　歯科診療特別対応加算の算定件数、回数ともに令和２年に減少しているが、その後増加傾向である。

歯科診療特別対応加算　175点

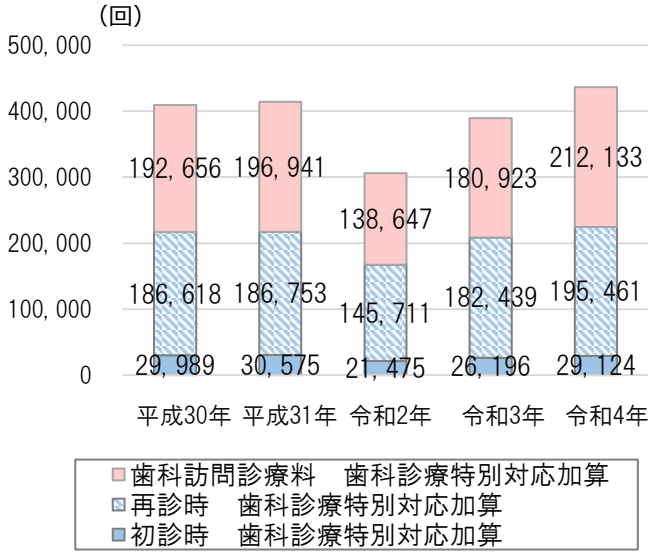
- 著しく歯科診療が困難な者に対して初診を行った場合に初診料に加算
- 著しく歯科診療が困難な者に対して再診を行った場合
- 著しく歯科診療が困難な者に対して歯科訪問診療を行った場合

- 対象患者
  - 脳性麻痺等で身体の不随意運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態
  - 知的発達障害により開口保持ができない状態や治療の目的が理解できずに治療に協力が得られない状態
  - 重症の喘息患者で頻繁に治療の中断が必要な状態
  - 日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ歯科診療に際して家族等の援助を必要とする状態

■歯科診療特別対応加算の算定件数



■歯科診療特別対応加算の算定回数



出典：社会医療診療行為別統計（6月審査分）

全身的な疾患を有する者への医学管理の評価

○　全身的な疾患を有する者に対する医学管理の評価として、医科の担当医からの診療情報提供に基づく医学管理を評価した「歯科疾患管理料総合医療管理加算」や総合的な医療管理が必要な患者のモニタリングを評価した「歯科治療時医療管理料」がある。

○　歯科疾患管理料総合医療管理加算及び歯科治療時医療管理料の算定回数は、いずれも増加傾向にある。

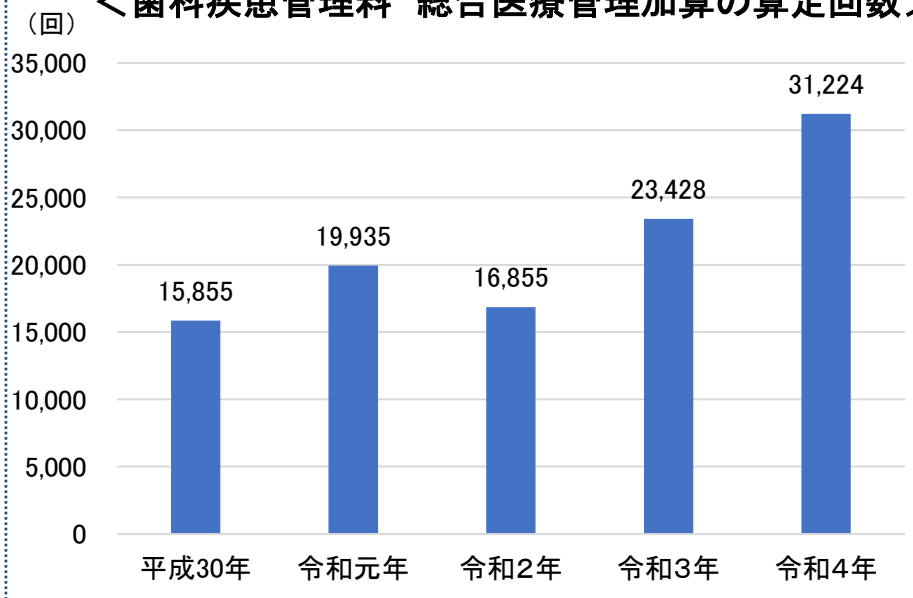
歯科疾患管理料　総合医療管理加算

医科の担当医からの診療情報提供に基づく医学管理を評価

対象患者

糖尿病、骨吸収抑制薬投与中、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチ、血液凝固阻止剤投与中の患者、HIV感染症の患者

＜歯科疾患管理料　総合医療管理加算の算定回数＞



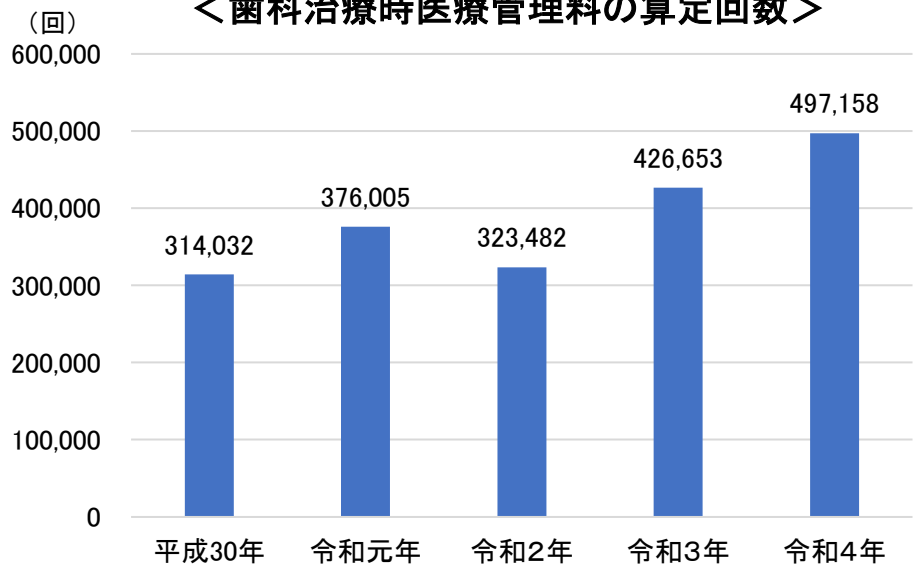
歯科治療時医療管理料

総合的な医療管理が必要な患者のモニタリングの評価

対象患者

高血圧性疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管障害、喘息、慢性気管支炎、糖尿病、甲状腺機能低下症、甲状腺機能亢進症、副腎皮質機能不全、てんかん、慢性腎臓病（腎代替療法を行う患者に限る。）の患者、人工呼吸器を装着している患者又は在宅酸素療法を行っている患者

＜歯科治療時医療管理料の算定回数＞



出典：社会医療診療行為別統計（６月審査分）

1. 歯科医療の現状

2. かかりつけ歯科医機能に係る評価

3. 院内感染防止対策

4. 歯科疾患の重症化予防

5. 電話や情報通信機器を用いた歯科診療

6. 歯科固有の技術等

歯科疾患の管理や重症化予防に関する評価

歯科疾患の管理に関する主な評価

■歯科疾患管理料　100点

歯科疾患管理料は、継続的な歯科疾患の管理が必要な患者に対し、当該患者又はその家族等の同意を得て管理計画を作成し、その内容について説明を行った場合の評価。

う蝕の重症化予防に関する主な評価

■歯科疾患管理料　エナメル質初期う蝕管理加算　260点

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において、エナメル質初期う蝕に罹患している患者に対して、管理及び療養上必要な指導等を行い、その内容について説明した場合に加算。

■歯科疾患管理料　フッ化物洗口加算　40点

16歳未満のう蝕に罹患しているう蝕多発傾向患者又はその家族等に対して、歯科医師または歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物洗口に係る指導を行った場合に加算。

■フッ化物歯面塗布処置

う蝕多発傾向者の場合　　110点

歯科疾患管理料又は歯科特定疾患療養管理料を算定したう蝕多発傾向者に対するフッ化物歯面塗布処置の評価

初期の根面う蝕に罹患している患者の場合　110点

在宅等で療養を行う初期の根面う蝕患者又は65歳以上の初期の根面う蝕患者に対するフッ化物歯面塗布処置の評価

エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合　　130点

歯科疾患管理料を算定したエナメル質初期う蝕に罹患している患者に対するフッ化物歯面塗布処置の評価

歯周病の重症化予防に関する主な評価

■歯周病重症化予防治療

1歯以上10歯未満	150点
10歯以上20歯未満	200点
20歯以上	300点

歯科疾患管理料または歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者で、2回目以降の歯周病検査の結果、歯周ポケットが4ミリメートル未満の患者に対する処置を評価。

■歯周病安定期治療

1歯以上10歯未満	200点
10歯以上20歯未満	250点
20歯以上	350点

歯科疾患管理料または歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者で、4ミリメートル以上の歯周ポケットを有する者に対して、一連の歯周基本治療等の終了後に、一時的に病状が安定した状態にある患者に対する処置を評価。

歯科疾患管理料

○　歯科疾患管理料は、継続的な歯科疾患の管理が必要な患者に対し、当該患者又はその家族等の同意を得て管理計画を作成し、その内容について説明を行った場合の評価。

歯科疾患管理料

歯科疾患管理料　　100点（月１回を限度）

※　1回目の歯科疾患管理料は、所定点数の100分の80に相当する点数

［算定要件］

○　患者又はその家族等の同意を得て管理計画を作成

○　管理計画は、歯科疾患の継続的管理を行う上で必要となる情報

→患者の歯科疾患と関連性のある生活習慣の状況及び患者の基本状況（全身の状態、基礎疾患の有無、服薬状況、喫煙状況等）、生活習慣の改善目標、口腔内の状態、必要に応じて実施した検査結果等の要点、歯科疾患と全身の健康との関係、治療方針の概要等

＜歯科疾患管理料の加算＞

	かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所	かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所以外	概要
長期管理加算	120点	100点	初診日の属する月から起算して6月を超えて歯科疾患の管理及び療養上必要な指導を実施
文書提供加算	10点		歯科疾患の管理に係る内容を文書により提供
フッ化物洗口指導加算	40点		16歳未満のう蝕に罹患しているう蝕多発傾向者に対し、フッ化物洗口に係る薬液の取扱い及び洗口法に関する指導を実施
エナメル質初期う蝕管理加算	260点	-	かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において、エナメル質初期う蝕の管理及び療養上必要な指導を実施し、内容を説明
総合医療管理加算	50点		歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し必要な管理及び療養上の指導等を実施

フッ化物歯面塗布によるう蝕の重症化予防に係る診療報酬上の評価

○ う蝕の重症化予防には、フッ化物歯面塗布処置が行われ、フッ化物歯面塗布処置は、①う蝕多発傾向者②初期の根面う蝕③エナメル質初期う蝕に罹患している患者が対象となっており、①と③は主に外来診療の患者が対象となっている。また、②と③は歯科特定疾患療養管理料を算定した患者は対象外となっている。

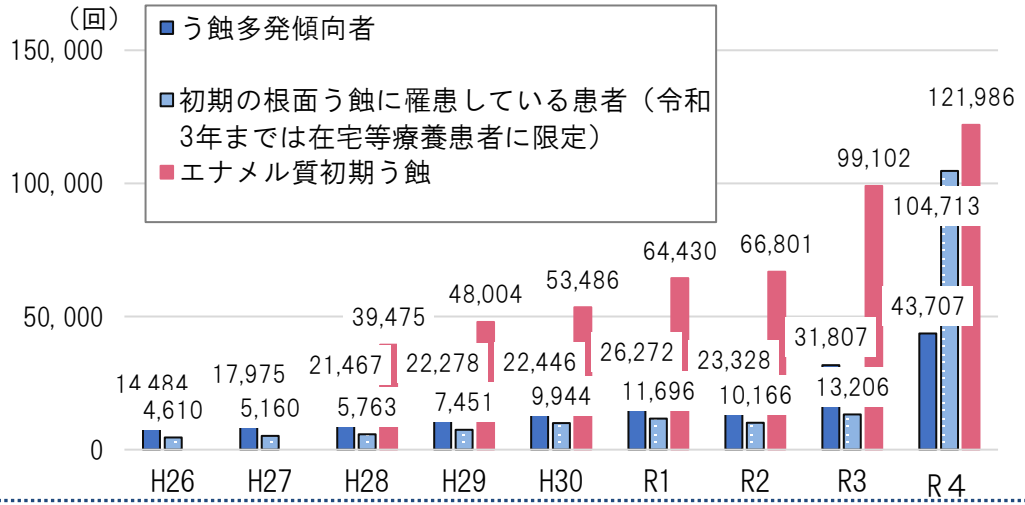
○ エナメル質初期う蝕に関しては、歯科疾患管理料において「か強診」の加算として評価している。

フッ化物歯面塗布処置（1口腔につき）

以下の対象者に対して、フッ化物歯面塗布処置を行った場合の評価。

- 歯科疾患管理料又は歯科特定疾患療養管理料を算定したう蝕多発傾向者
- 歯科訪問診療料を算定し初期の根面う蝕に罹患している在宅等で療養を行う患者又は歯科疾患管理料を算定し初期の根面う蝕に罹患している65歳以上の患者
- 歯科疾患管理料を算定したエナメル質初期う蝕に罹患している患者

■フッ化物歯面塗布処置の算定回数

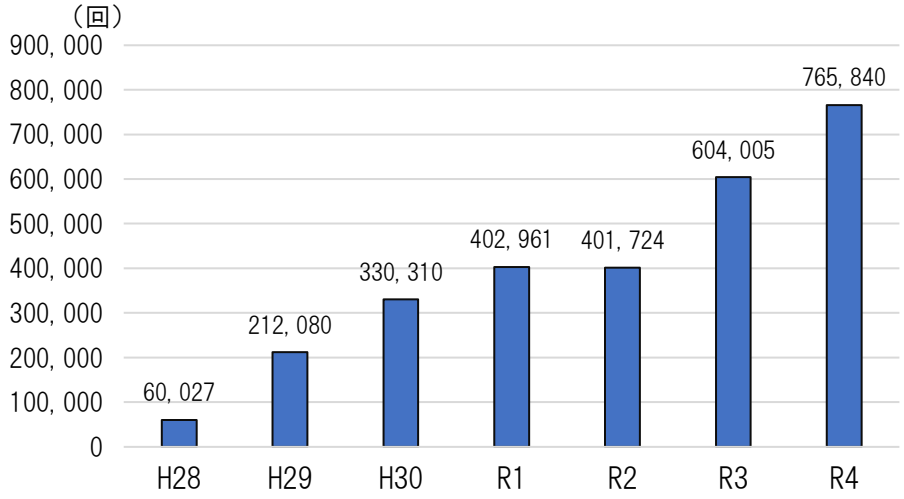


歯科疾患管理料　エナメル質初期う蝕管理加算

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所（か強診）において、エナメル質初期う蝕（※）に罹患している患者に対し、管理及び指導を行った場合の評価。

※　エナメル質に限局した表面が粗造な白濁等の脱灰病変

■歯科疾患管理料　エナメル質初期う蝕管理加算の算定回数



出典：社会医療診療行為別統計（H26年以前は社会医療診療行為別調査）（6月審査分）

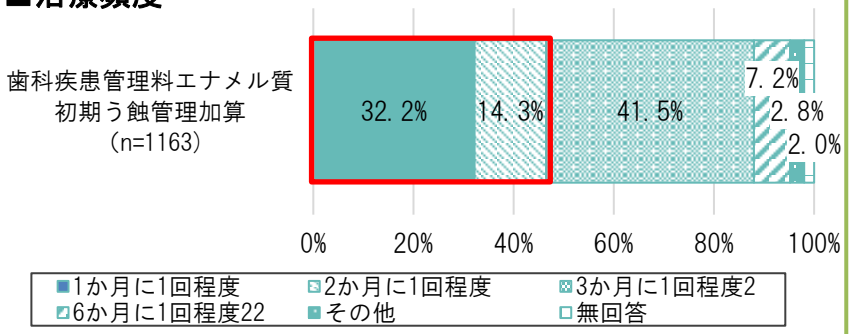
フッ化物歯面塗布によるう蝕の重症化予防の治療内容

○　フッ化物歯面塗布の頻度が２か月に１回以上の割合は、エナメル質初期う蝕管理加算を算定する患者では46.5%であり、算定できないフッ化物歯面塗布処置を算定する患者でも20.1%であった。

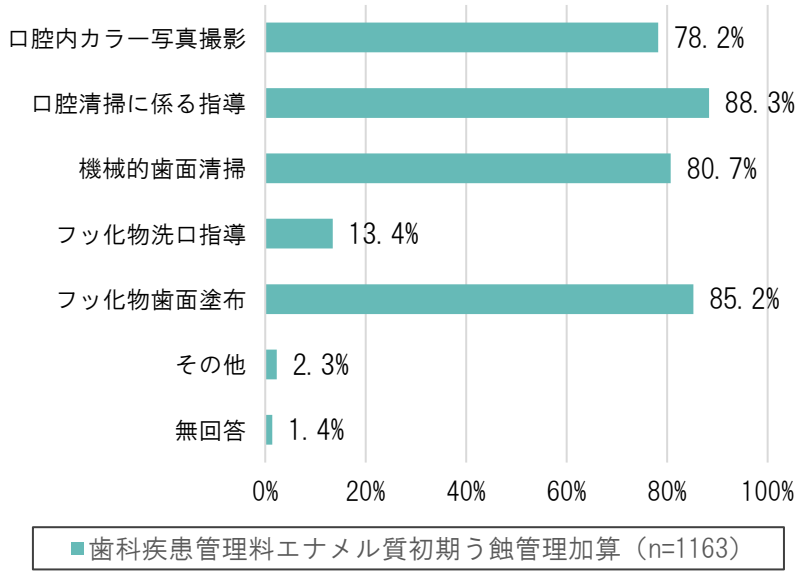
○　治療管理の内容では、エナメル質初期う蝕管理加算の患者で口腔内カラー写真撮影の実施が多かった

エナメル質初期う蝕管理加算を算定する患者

■治療頻度

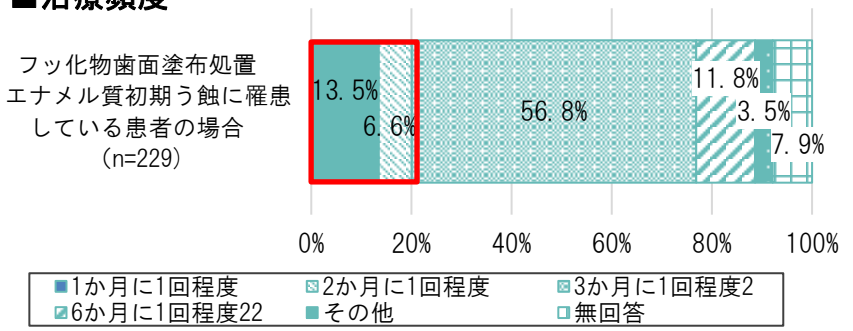


■治療管理の内容

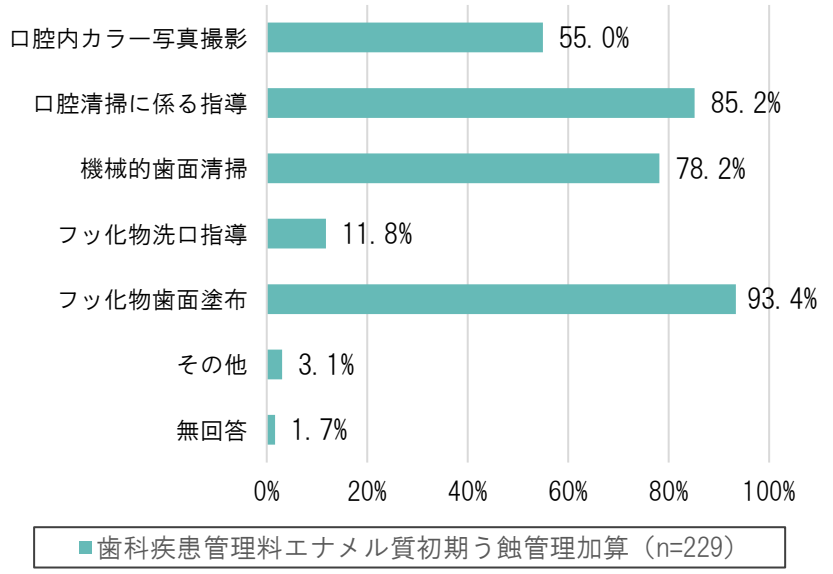


フッ化物歯面塗布処置を算定する患者

■治療頻度



■治療管理の内容



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（歯科医療機関における院内感染防止対策の評価等に関する実施状況調査）

初期の根面う蝕に対する診療報酬上の評価

○ 初期の根面う蝕の重症化予防には、フッ化物歯面塗布処置が行われ、在宅等で療養を行う患者又は歯科疾患管理料を算定する65歳以上の患者が対象となっている。

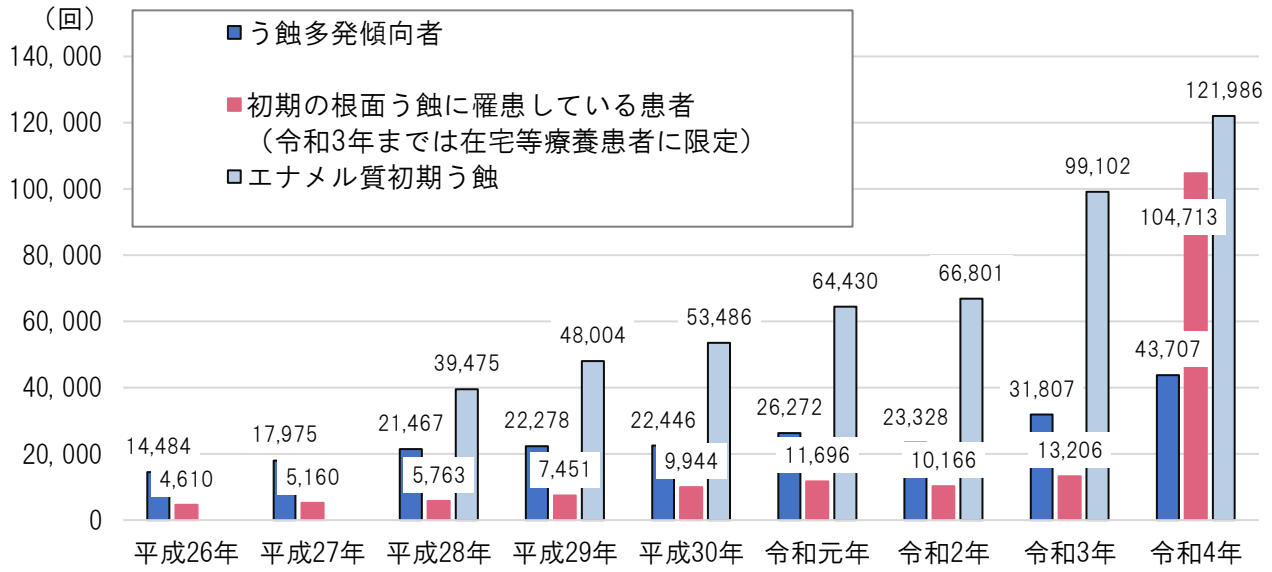
○ 令和４年度診療報酬改定において歯科疾患管理料を算定する65歳以上の患者が追加され、令和４年に算定回数は大きく増加した。

フッ化物歯面塗布処置（1口腔につき）

以下の対象者に対して、フッ化物歯面塗布処置を行った場合の評価。

- 歯科疾患管理料又は歯科特定疾患療養管理料を算定したう蝕多発傾向者
- **歯科訪問診療料を算定し初期の根面う蝕に罹患している在宅等で療養を行う患者又は歯科疾患管理料を算定し初期の根面う蝕に罹患している65歳以上の患者**
- 歯科疾患管理料を算定したエナメル質初期う蝕に罹患している患者

■フッ化物歯面塗布処置の算定回数



出典：社会医療診療行為別統計（平成26年は社会医療診療行為別調査）（6月審査分）

歯科口腔疾患の重症化予防 の推進

フッ化物歯面塗布処置の対象患者見直し

➢ フッ化物歯面塗布処置について、高齢者のう蝕罹患状況等を踏まえ、対象患者の範囲を見直す。

現行

【フッ化物歯面塗布処置（１口腔につき）】
２ 在宅等療養患者の場合　110点

［算定要件］
注２　２については、区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定し、初期の根面う蝕に罹患している在宅等で療養を行う患者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に、月１回に限り算定する。ただし、２回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行った場合に限り、月１回に限り算定する。

改定後

【フッ化物歯面塗布処置（１口腔につき）】
２ **初期の根面う蝕に罹患している患者の場合**
110点

［算定要件］
注２　２については、区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定し、初期の根面う蝕に罹患している在宅等で療養を行う患者**又は区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料（注10に規定するエナメル質初期う蝕管理加算を算定した場合を除く。）を算定し、初期の根面う蝕に罹患している65歳以上の患者**に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に、月１回に限り算定する。ただし、２回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行った場合に限り、月１回に限り算定する。

根面う蝕に対する管理

○ 根面う蝕は進行すると歯の破折のリスクとなり、患者のQOLの低下につながる。

○ 2022年に根面う蝕に対して、非切削でのマネジメントを新たな観点とした診療ガイドラインが作成された。過剰に歯の切削は行わずに、再石灰化によりその進行を抑制し、う蝕を管理する治療法が提唱されている。

根面う蝕：加齢や歯周病によって露出した歯の根面に生じるう蝕であり、罹患しやすい。
特に高齢者の活動性根面う蝕が進行すると歯冠が破折し、患者のQOLは急激に低下する。

日本歯科保存学会「根面う蝕の診療ガイドライン−非切削でのマネジメント」から抜粋

根面う蝕の非切削でのマネジメント

- 永久歯のう蝕を有する患者
  - 有随歯
    - 歯冠う蝕
      - エナメル質内 非切削でのマネジメント
      - 象牙質：深さ2/3以内
      - 象牙質：深さ2/3超える
    - 根面う蝕
      - 非切削でのマネジメント
        - セルフケア
          - セルフケア：フッ素歯磨剤と洗口剤の併用、高濃度フッ素歯磨剤の指導
        - プロフェッショナルケア
          - プロフェッショナルケア：38%フッ化ジアミン銀の塗布
      - 切削を伴う修復治療
  - 無随歯
    - 失活歯の修復処置

根面う蝕の管理を実施した症例



a: 矢印の歯に関して活動性根面う蝕と診断したが、受診が中断。



b: 5年後、根面う蝕の進行を認め、非切削での管理を再開。



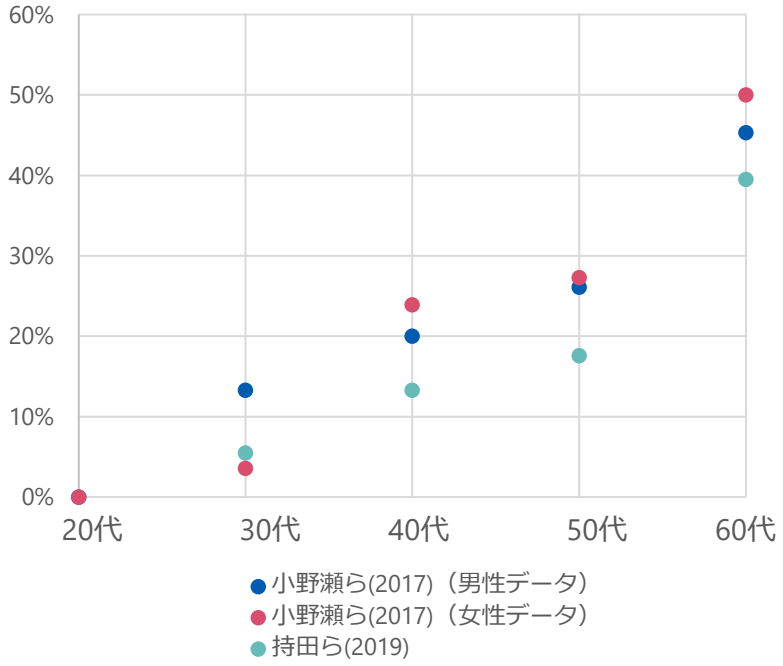
C: 20年後の状態、根面う蝕は非活動性となり、進行が停止した状態で長く維持されている。

出典：特定非営利活動法人日本歯科保存学会「根面う蝕の診療ガイドライン−非切削でのマネジメント、2022年」をもとに保険局医療課で作成

「2．歯科疾患の予防」（う蝕）に関する数値目標について

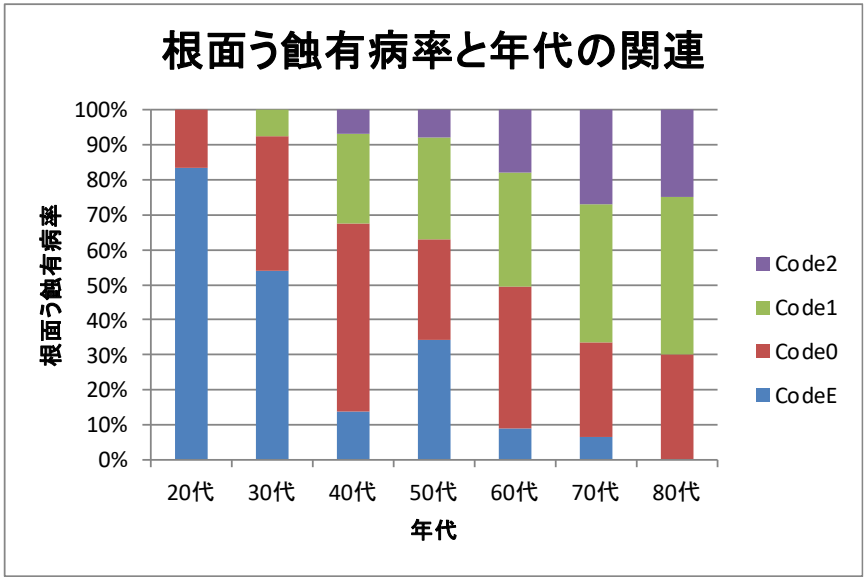
年齢階級別の根面う蝕の有病率に関するデータについて

- 2015年以降に報告された根面う蝕の年齢階級の有病状況（処置歯を含む有病率）に関する２つの研究の主な知見の結果をプロットした。
- いずれの研究でも年齢が上がるにつれ、根面う蝕の有病率が増加していた。



小野瀬ら. 2017. 老年歯科医学会.第28回学術大会プログラム抄録集 172頁
持田ら.2018.神奈川歯学

- 診療所の受診者を対象とした調査（2016年度）では、調査対象者の約半数が根面う蝕（Code1もしくはCode2）を有しており、年代が上がるとともに根面う蝕有病率等が増加する結果が報告されている。
- 本研究データによる年齢調整した有病率は、30歳代～80歳代は41.8%、60歳以上は59.9%であった。



根面う蝕重症度と歯周病重症度の関連性調査研究．小峰ら（2017）. 日本歯科保存学会2017年度秋季学術大会（147回）ポスター発表

歯科疾患の重症化予防について（歯科口腔保健の推進に関する基本的事項

歯科口腔保健の推進のための基本的な方針　歯科疾患の予防

○　う蝕、歯周病等の歯科疾患がない社会を目指して、広く国民に歯科疾患の成り立ち及び予防方法について普及啓発を行うとともに、歯・口腔の健康を増進する一次予防に重点を置いた対策を総合的に推進。
○　歯科疾患の発症・重症化リスクが高い集団に対する歯・口腔の健康に関連する生活習慣の改善や歯の喪失の防止等ができるようにする取組を組み合わせることにより、効果的な歯科疾患の予防・重症化予防を実現。

歯科疾患の予防における目標・計画

乳幼児期

・健全な歯・口腔の育成を図るため、歯科疾患等に関する知識の普及啓発、う蝕予防のための食生活や生活習慣並びに発達の程度に応じた口腔清掃等に係る歯科保健指導及びフッ化物応用や小窩裂溝予防填塞法等のう蝕予防に重点的に取り組む。

少年期

・健全な歯・口腔の育成を図るため、乳幼児期の取組に加え、歯周病予防対策にも取り組む。また、学校における歯・口腔の健康に関する教育のほか、運動時等に生じる歯の外傷への対応方法等の少年期に特徴的な歯・口腔の健康に関する知識の普及啓発を図るなど、歯科口腔保健の推進に取り組む。

青壮年期

・健全な歯・口腔の維持を図るため、口腔の健康と全身の健康の関係性に関する知識の普及啓発、う蝕・歯周病等の歯科疾患の予防のための口腔清掃や食生活等に係る歯科保健指導等の歯科疾患の予防及び生活習慣の改善の支援に取り組む。
・特に歯周病予防の観点からは、禁煙支援と緊密に連携した歯周病対策等に取り組む。

中年期・高齢期

・歯の喪失防止を図るため、青壮年期の取組に加えて、**根面う蝕**、歯・口腔領域のがんや粘膜疾患等の**中年期・高齢期に好発する疾患等に関する知識の普及啓発に取り組む。**
・また、フッ化物応用等の根面う蝕の発症予防や歯周病の重症化予防等のための口腔清掃や食生活等に係る歯科保健指導等の歯科疾患の予防及び生活習慣の改善の支援に取り組む。

その他

・妊産婦やその家族等に対して、妊産婦の歯・口腔の健康の重要性に関する知識の普及啓発を図る。妊産婦等の生活習慣や生理的な変化によりリスクが高くなるう蝕や歯周病等の歯科疾患に係る歯科口腔保健に取り組む。
・また、乳幼児等の歯・口腔の健康の増進のための知識に関する普及啓発等を推進する。

出典：第51回厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会　資料3　歯科口腔保健の推進に関する基本的事項（素案）　を元に医療課にて作成

歯・口腔の健康づくりプランの目標と指標　一覧

目　標	指　標	目標値
第１．歯・口腔に関する健康格差の縮小		
一　歯・口腔に関する健康格差の縮小によるすべての国民の生涯を通じた歯科口腔保健の達成		
① 歯・口腔に関する健康格差の縮小	ア　３歳児で４本以上のう蝕のある歯を有する者の割合	０％
	イ　12歳児でう蝕のない者の割合が90%以上の都道府県数	25都道府県
	ウ　40歳以上における自分の歯が19歯以下の者の割合	５％
第２．歯科疾患の予防		
一　う蝕の予防による健全な歯・口腔の育成・保持の達成		
① う蝕を有する乳幼児の減少	３歳児で４本以上のう蝕のある歯を有する者の割合（再掲）	０％
② う蝕を有する児童生徒の減少	12歳児でう蝕のない者の割合が90%以上の都道府県数（再掲）	25都道府県
③ 治療していないう蝕を有する者の減少	20歳以上における未処置歯を有する者の割合	20%
④ 根面う蝕を有する者の減少	**60歳以上における未処置の根面う蝕を有する者の割合**	５％
二　歯周病の予防による健全な歯・口腔の保持の達成		
① 歯肉に炎症所見を有する者の減少	ア 10代における歯肉に炎症所見を有する者の割合	10%
	イ 20代～30代における歯肉に炎症所見を有する者の割合	15%
② 歯周病を有する者の減少	40歳以上における歯周炎を有する者の割合	40%
三　歯の喪失防止による健全な歯・口腔の育成・保持の達成		
① 歯の喪失の防止	40歳以上における自分の歯が19歯以下の者の割合（再掲）	５％
② より多くの自分の歯を有する高齢者の増加	80歳で20歯以上の自分の歯を有する者の割合	85%
第３．生活の質の向上に向けた口腔機能の獲得・維持・向上		
一　生涯を通じた口腔機能の獲得・維持・向上の達成		
① よく噛んで食べることができる者の増加	50歳以上における咀嚼良好者の割合	80%
② より多くの自分の歯を有する者の増加	40歳以上における自分の歯が19歯以下の者の割合（再掲）	５％
第４．定期的な歯科検診又は歯科医療を受けることが困難な者に対する歯科口腔保健		
一　定期的な歯科検診又は歯科医療を受けることが困難な者に対する歯科口腔保健の推進		
① 障害者・障害児の歯科口腔保健の推進	障害者・障害児が利用する施設での過去１年間の歯科検診実施率	90%
② 要介護高齢者の歯科口腔保健の推進	要介護高齢者が利用する施設での過去１年間の歯科検診実施率	50%
第５．歯科口腔保健を推進するために必要な社会環境の整備		
一　地方公共団体における歯科口腔保健の推進体制の整備		
① 歯科口腔保健の推進に関する条例の制定	歯科口腔保健の推進に関する条例を制定している保健所設置市・特別区の割合	60%
② PDCAサイクルに沿った歯科口腔保健に関する取組の実施	歯科口腔保健に関する事業の効果検証を実施している市町村の割合	100%
二　歯科検診の受診の機会及び歯科検診の実施体制等の整備		
① 歯科検診の受診者の増加	過去1年間に歯科検診を受診した者の割合	95%
② 歯科検診の実施体制の整備	法令で定められている歯科検診を除く歯科検診を実施している市町村の割合	100%
三　歯科口腔保健の推進等のために必要な地方公共団体の取組の推進		
① う蝕予防の推進体制の整備	15歳未満でフッ化物応用の経験がある者	80%

歯周病重症化予防治療と歯周病安定期治療（SPT）

○　歯周基本治療等を終了した後の歯周病の継続的な管理の評価として、歯周病重症化予防治療と歯周病安定期治療がある。

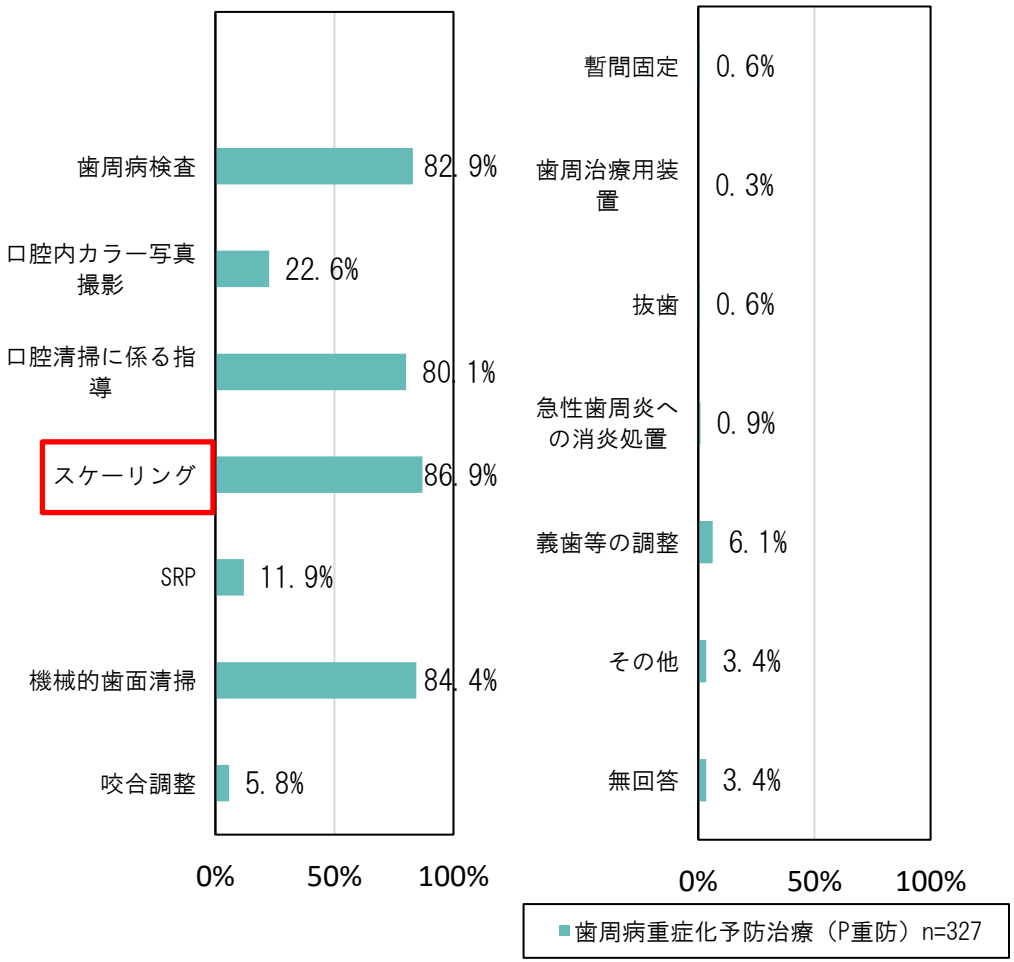
	歯周病重症化予防治療	歯周病安定期治療
評価の趣旨	歯科疾患管理料又は歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者で、2回目以降の歯周病検査の結果、歯周ポケットが4ミリメートル未満の患者に対する処置等を評価したもの	歯科疾患管理料又は歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者で、4ミリメートル以上のポケットを有するもので、一連の歯周基本治療等の終了後に、一次的に症状が安定した状態にある患者に対する処置等を評価したもの
対象となる状態	部分的な歯肉の炎症又はプロービング時の出血が認められる状態	歯周基本治療等の終了後の再評価のための検査結果において、歯周組織の多くの部分は健康であるが、一部分に病変の進行が停止し症状が安定していると考えられる4ミリメートル以上の歯周ポケットが認められる状態
算定の頻度	2回目以降は3月に1回算定可。	2回目以降は3月に1回算定可。 歯周病安定期治療の治療間隔の短縮が必要とされる場合（※）又はかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所においては月1回算定可。 ※歯周病安定期治療の治療間隔の短縮が必要とされる場合 ・歯周外科手術を実施した場合 ・全身的な疾患の状態により歯周病の病状に大きく影響を与える場合 ・全身的な疾患の状態により歯周外科手術が実施できない場合 ・侵襲性歯周炎の場合
処置内容	スケーリング 機械的歯面清掃　等	プラークコントロール スケーリング スケーリング・ルートプレーニング 咬合調整 機械的歯面清掃　等

歯周病重症化予防・歯周病安定期治療の算定日に実施した内容

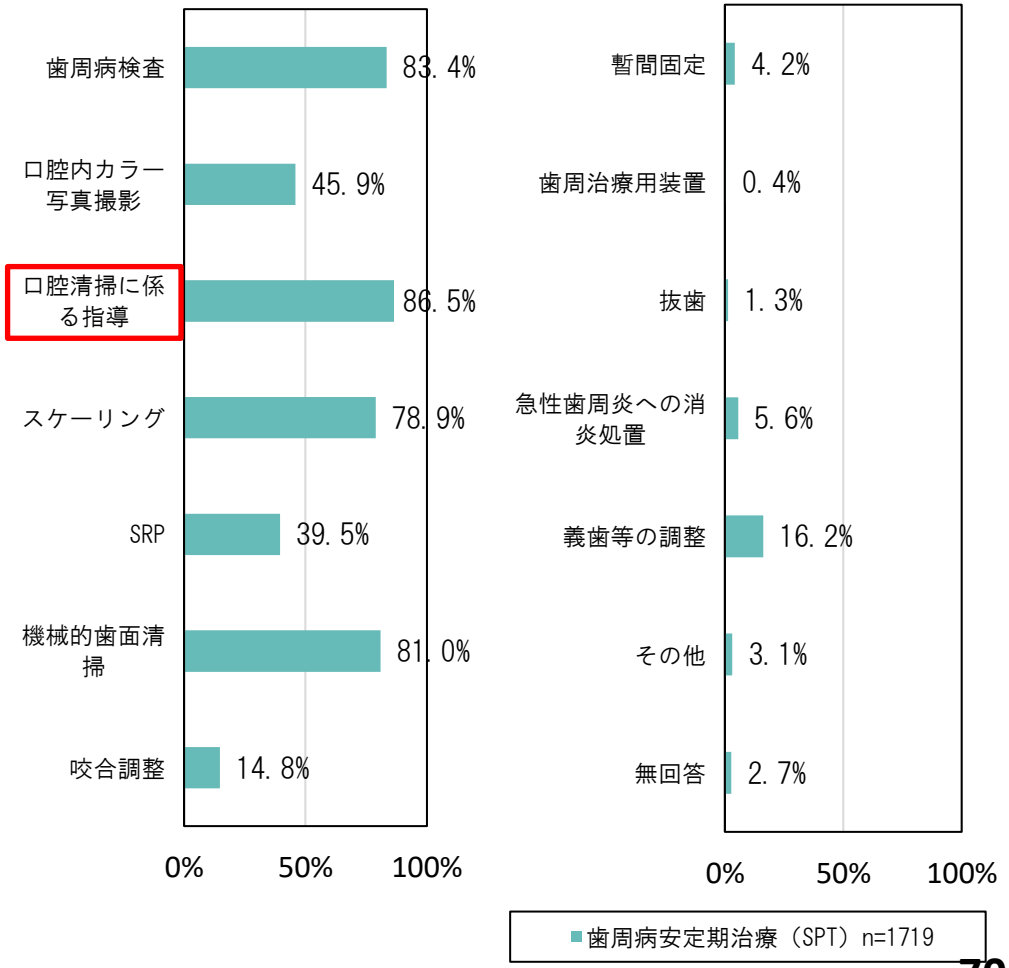
○　歯周病重症化予防治療の算定日に実施した内容はスケーリングが最も多く86.9%、歯周病安定期治療では口腔清掃に係る指導が最も多く86.5%であった。

○　口腔内カラー写真撮影やSRPは歯周病安定期治療でより多く実施されていた。

■歯周病重症化予防治療の算定日に実施した内容



■歯周病安定期治療の算定日に実施した内容



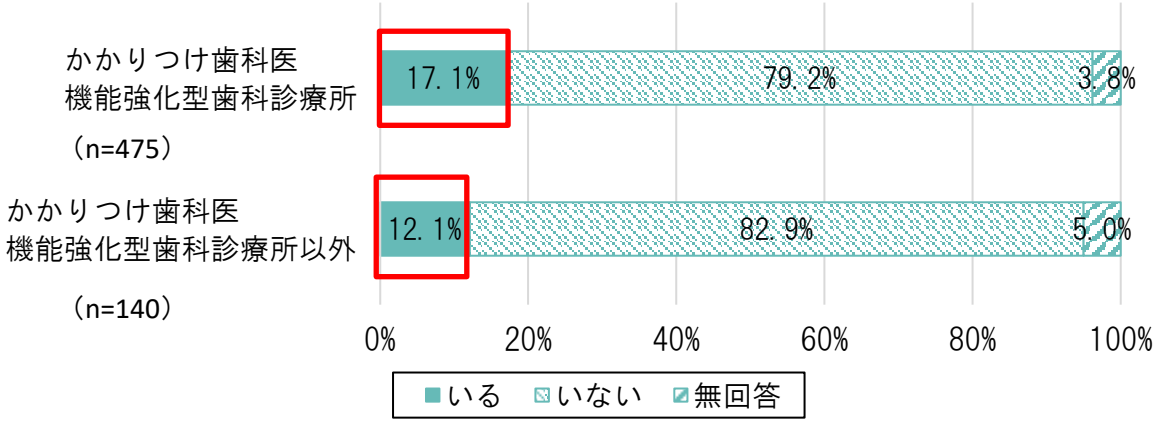
出典：令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（歯科医療機関における院内感染防止対策の評価等に関する実施状況調査）

歯周病重症化予防治療と歯周病安定期治療

○　令和5年6月の1か月に歯周病重症化予防治療または歯周病安定期治療を行った患者のうち、歯周病安定期治療から歯周病重症化予防に移行した（歯周病の状態が改善したと考えられる）患者がいる施設の割合は、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所（か強診）が17.1%、か強診以外の歯科診療所で12.1%であった。

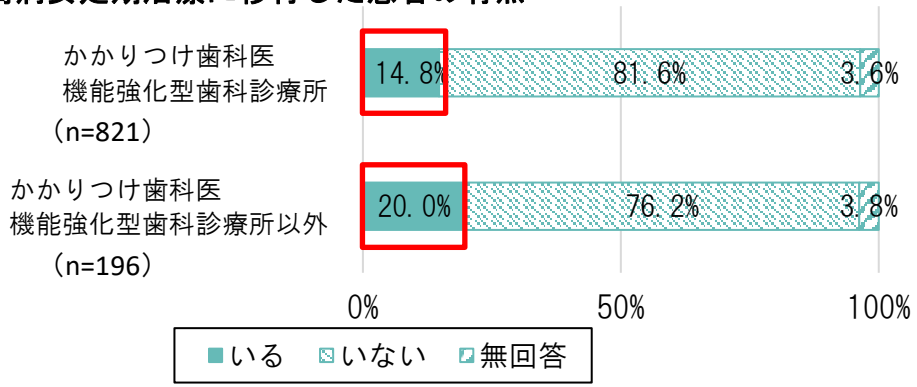
○　歯周病重症化予防治療から歯周病安定期治療に移行した患者の割合は、か強診で20.0%、か強診以外で14.8%であった。

■歯周病安定期治療から歯周病重症化予防治療に移行した患者の有無



対象患者：令和5年6月に歯周病重症化予防治療又は歯周病安定期治療を行った患者

■歯周病重症化予防治療から歯周病安定期治療に移行した患者の有無



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（歯科医療機関における院内感染防止対策の評価等に関する実施状況調査）

歯周病重症化予防治療

○　歯周病重症化予防治療は、一連の歯周基本治療等の終了後に、歯周ポケットが４ミリメートル未満であり部分的な歯肉の炎症等が認められる患者に対する処置を評価したもの。

歯周病重症化予防治療

１　１歯以上10歯未満	150点
２　10歯以上20歯未満	200点
３　20歯以上	300点

［対象となる状態］

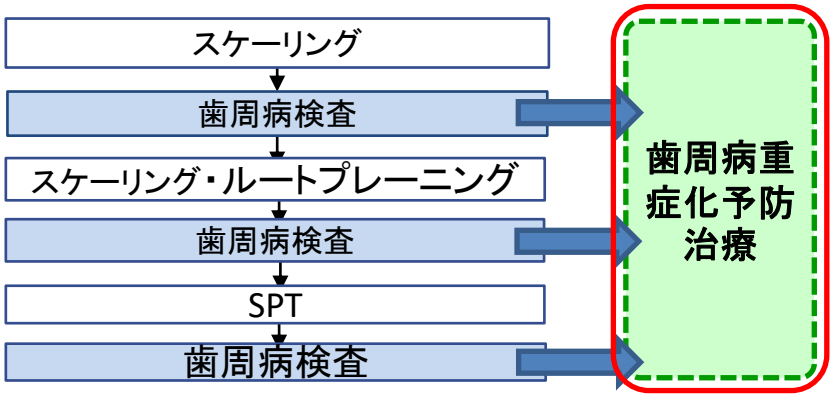
○　2回目以降の歯周病検査の結果、4ミリメートル未満の歯周ポケットを有するが、 部分的な歯肉の炎症又はプロービング時の出血が認められる状態

［算定要件］

○　2回目以降の歯周病検査終了後、一時的に病状が改善傾向にある患者に対し、重症化予防を目的として、スケーリング、機械的歯面清掃等の継続的な治療を開始した場合は、それぞれの区分に従い月１回に限り算定する。

○　2回目以降の歯周病重症化予防治療の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行う。

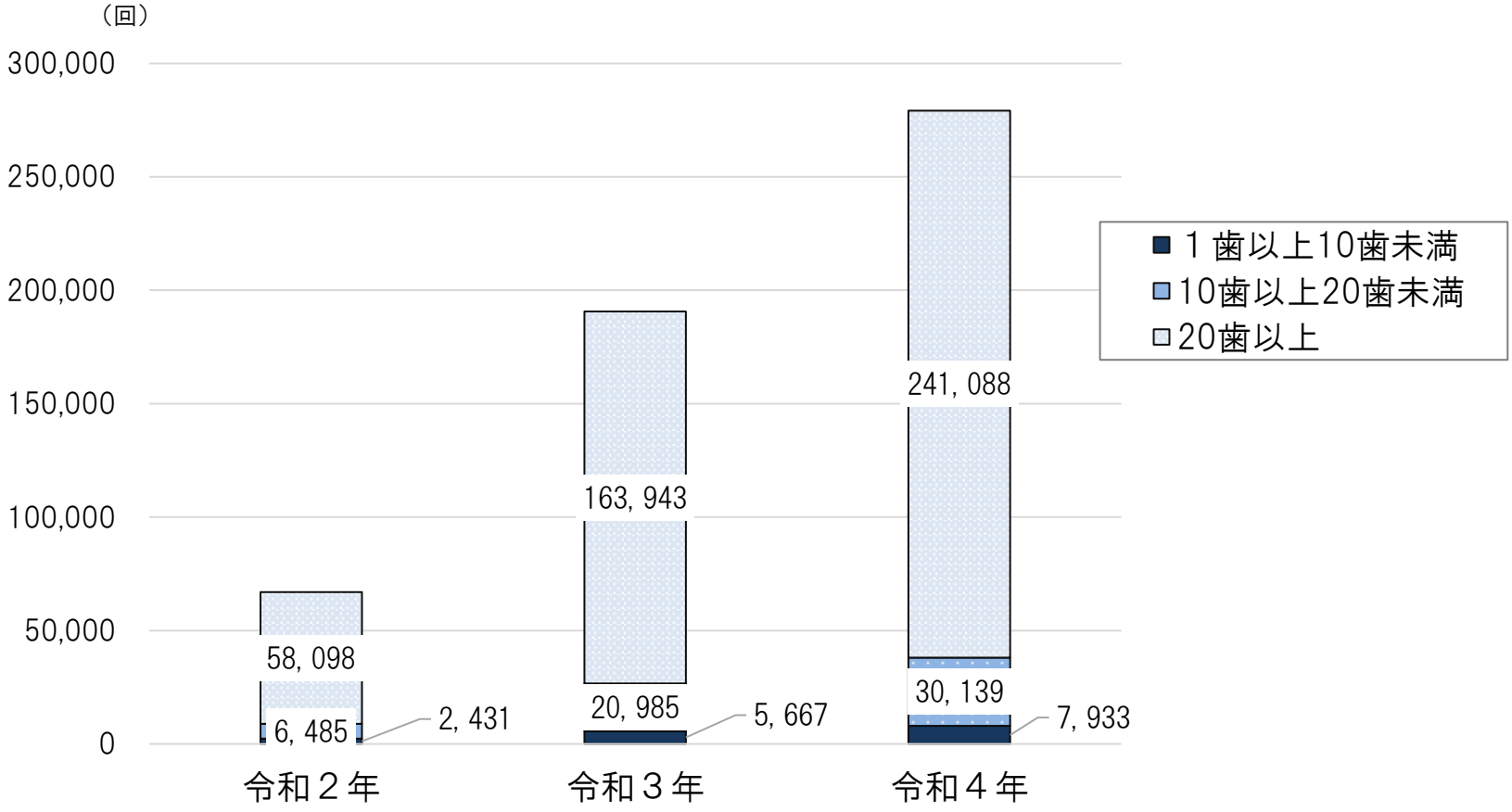
○　歯周病安定期治療を算定した月は算定できない。



歯周病重症化予防治療の算定状況

○　令和２年診療報酬改定において新設された歯周病重症化予防治療の算定回数は増加傾向にある。

＜歯周病重症化予防治療の算定回数＞



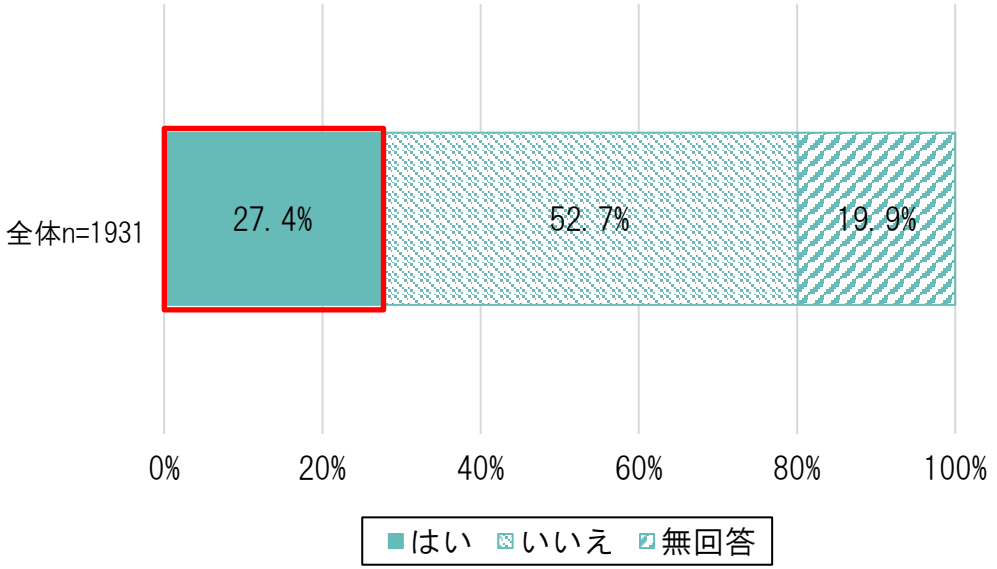
出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

歯周病重症化予防治療を算定しない理由

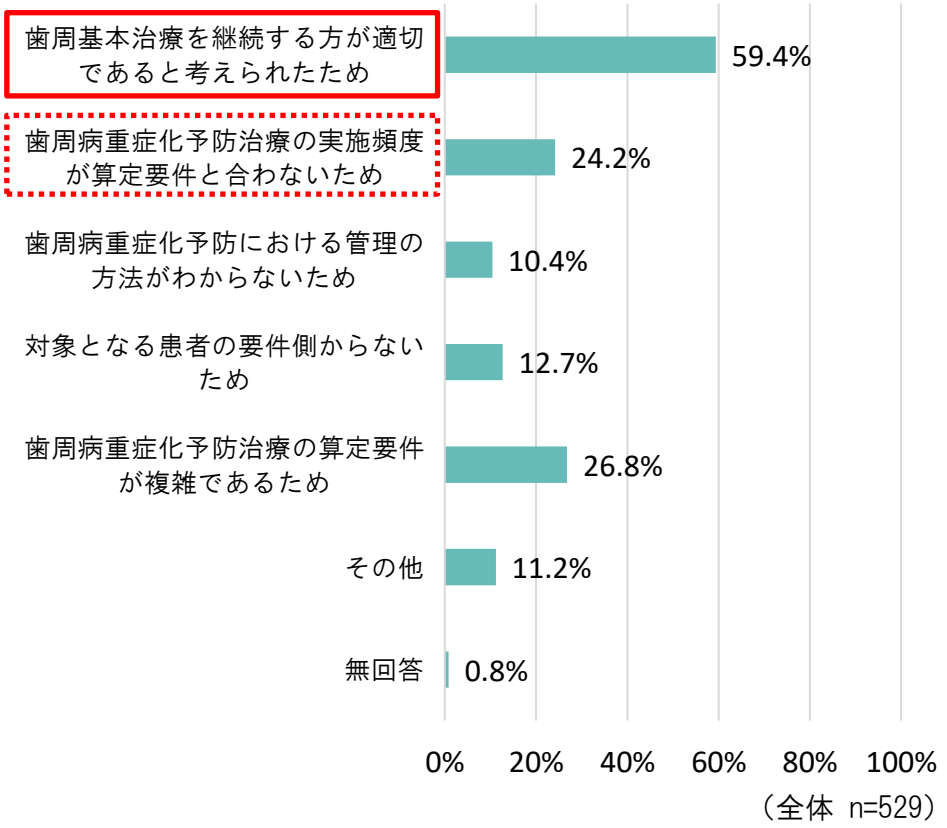
○　歯周病重症化予防治療の対象となる可能性があるが、歯周病重症化予防治療を算定しなかった患者がいると回答した歯科診療所の割合は27.4%であった。

○　歯周病重症化予防治療を算定しない理由は、「歯周基本治療を継続する方が適切であると考えられたため」が59.4%で最も多く、次いで「歯周病重症化予防治療の実施頻度が算定要件と合わないため」が24.2%であった。

■歯周病重症化予防治療の対象になる可能性があるが、歯周病重症化予防を算定しなかった患者の有無



■歯周病重症化予防治療の対象になる可能性があるが、歯周病重症化予防治療を算定しなかった理由　（複数回答）



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（歯科医療機関における院内感染防止対策の評価等に関する実施状況調査）

歯周病安定期治療

○　歯周病安定期治療は、４ミリメートル以上の歯周ポケットを有する者に対して、一連の歯周基本治療等の終了後に、一時的に病状が安定した状態にある患者に対する処置を評価したもの。

歯周病安定期治療

１　１歯以上10歯未満	200点
２　10歯以上20歯未満	250点
３　20歯以上	350点

※　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において歯周病安定期治療を開始した場合、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算として120点を加算。

［対象となる状態］

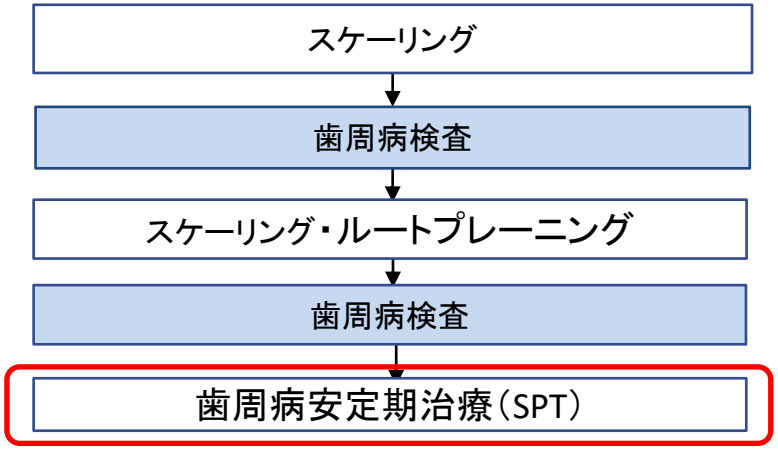
○　歯周基本治療等の終了後の再評価のための歯周病検査の結果、歯周組織の多くの部分は健康であるが、一部分に病変の進行が停止し症状が安定していると考えられる4ミリメートル以上の歯周ポケットが認められる状態

［算定要件］

○　一連の歯周病治療終了後、一時的に病状が安定した状態にある患者に対し、歯周組織の状態を維持するためのプラークコントロール、スケーリング、スケーリング・ルートプレニング、機械的歯面清掃等の継続的な治療を開始した場合は、それぞれの区分に従い月１回に限り算定する。

○　2回目以降の歯周病重症化予防治療の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行う。

○　歯周病重症化予防治療を算定した月は算定できない。



歯科口腔疾患の重症化予防 の推進

歯周病安定期治療の見直し

➢ 全身の健康にもつながる歯周病の安定期治療及び重症化予防治療を更に推進する観点から、歯周病安定期治療（Ⅰ）及び（Ⅱ）について、歯科診療の実態を踏まえ、整理・統合し、評価を見直す。

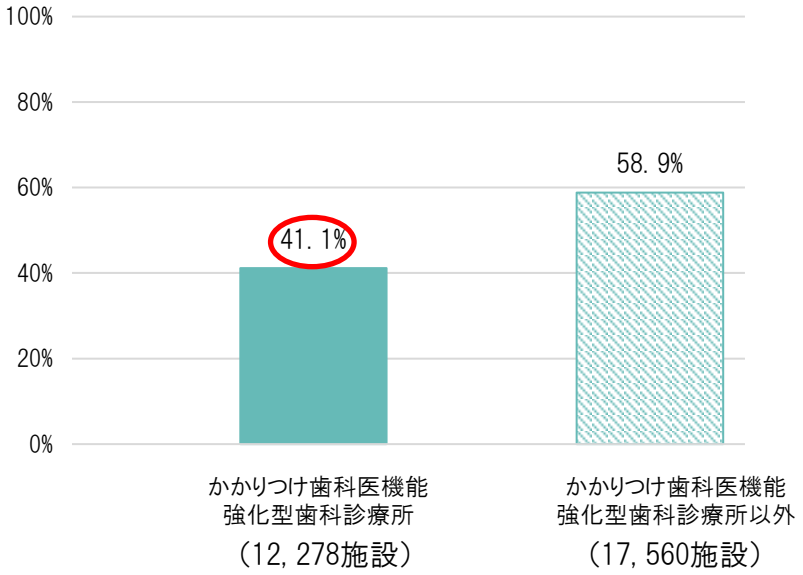
現行	改定後
【歯周病安定期治療（Ⅰ）】 ［算定要件］ 注２　２回目以降の**歯周病安定期治療（Ⅰ）**の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行う。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合等の歯周病安定期治療（Ⅰ）の治療間隔の短縮が必要とされる場合は、この限りでない。	【歯周病安定期治療】 ［算定要件］ 注２　２回目以降の**歯周病安定期治療**の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行う。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合等の歯周病安定期治療の治療間隔の短縮が必要とされる場合**又はかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において歯周病安定期治療を開始した場合**は、この限りでない。
（新設）	**３ かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において歯周病安定期治療を開始した場合は、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算として、120点を所定点数に加算する。**
【歯周病安定期治療（Ⅱ）】	**（削除）**

歯周病安定期治療の実施状況

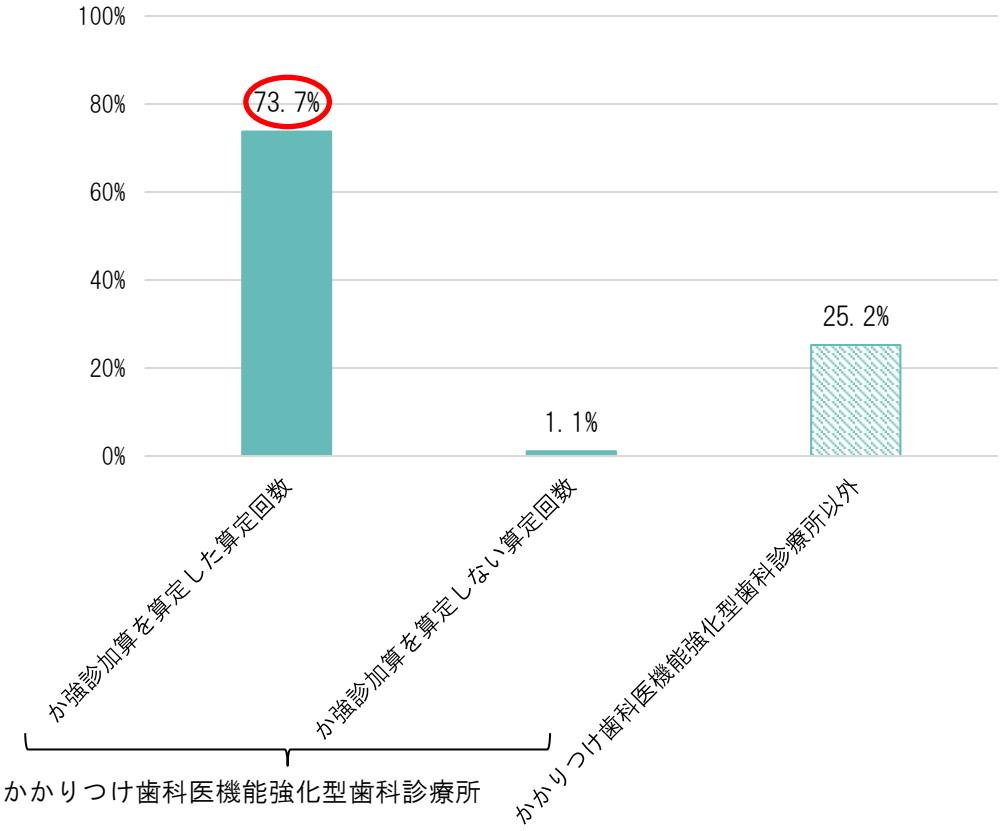
○ 歯周病安定期治療を実施する医療機関数は29,838施設（歯科医療機関の約43%）で、そのうち、かかりつけ歯科医機能強化型診療所（か強診）の割合は41.1%（12,278施設）であった。

○ 歯周病安定期治療のうち、か強診加算の算定回数の割合は73.7%であった。また、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の届出を行っているが、か強診加算を算定していない割合は1.1%であった。

■ 歯周病安定期治療を実施する医療機関の割合（か強診とか強診以外）



■歯周病安定期治療の算定回数の割合（か強診とか強診以外）



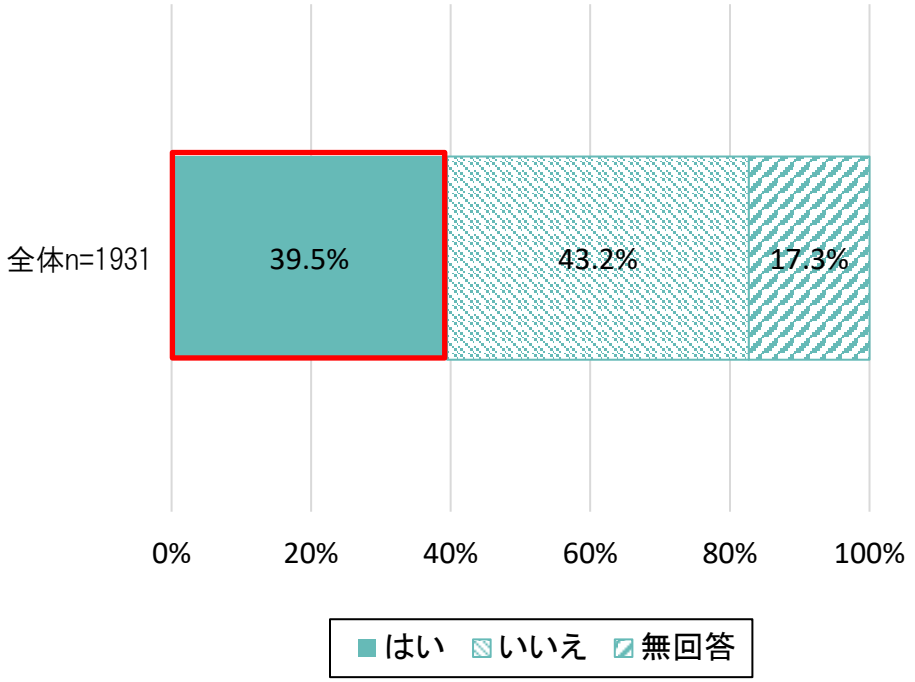
出典：NDBデータ（令和4年4月～令和5年3月診療分）

歯周病安定期治療を算定しない理由

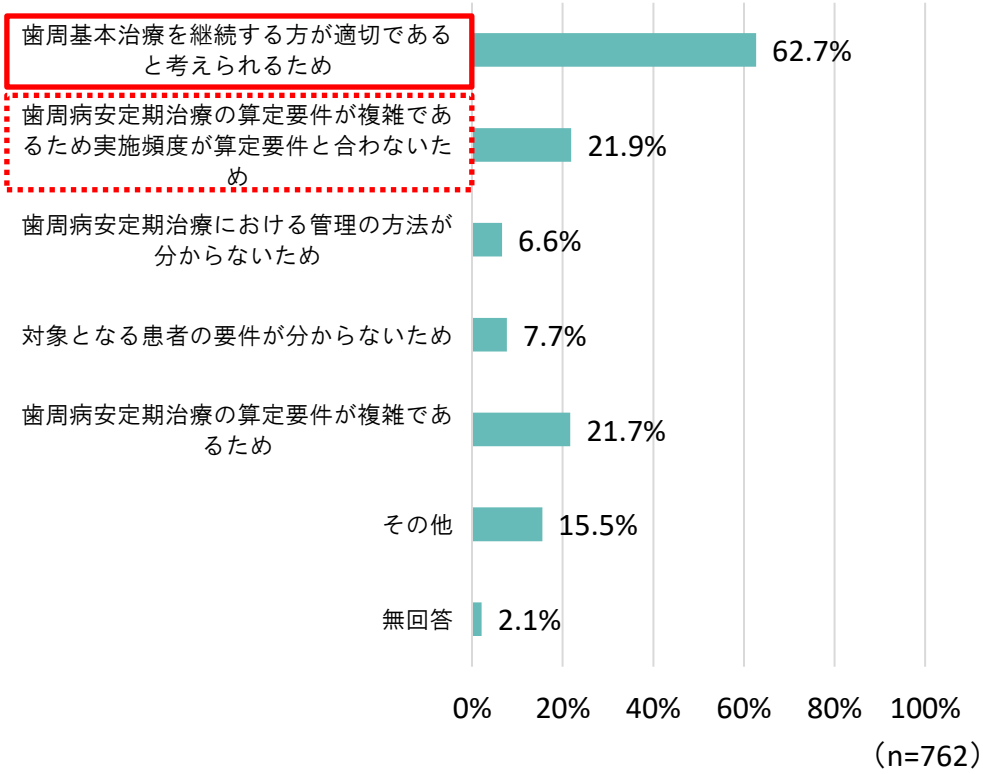
○　歯周病安定期治療の対象となる可能性があるが、歯周病安定期治療を算定しなかった患者がいると回答した歯科診療所の割合は39.5%であった。

○　歯周病安定期治療を算定しない理由は、「歯周基本治療を継続する方が適切であると考えられるため」が62.7%で最も多く、次いで「歯周病安定期治療の実施頻度が算定要件と合わないため」が21.9%であった。

■歯周病安定期治療の対象になる可能性があるが、歯周病安定期治療を算定しなかった患者の有無



■歯周病安定期治療の対象になる可能性があるが、歯周病安定期治療を算定しなかった理由（複数回答）



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（歯科医療機関における院内感染防止対策の評価等に関する実施状況調査）

歯周病重症化予防治療と歯周病安定期治療（SPT）

中医協　総－３
５．７．１２（改）

○　歯周基本治療等を終了した後の歯周病の継続的な管理の評価として、歯周病重症化予防治療と歯周病安定期治療がある。

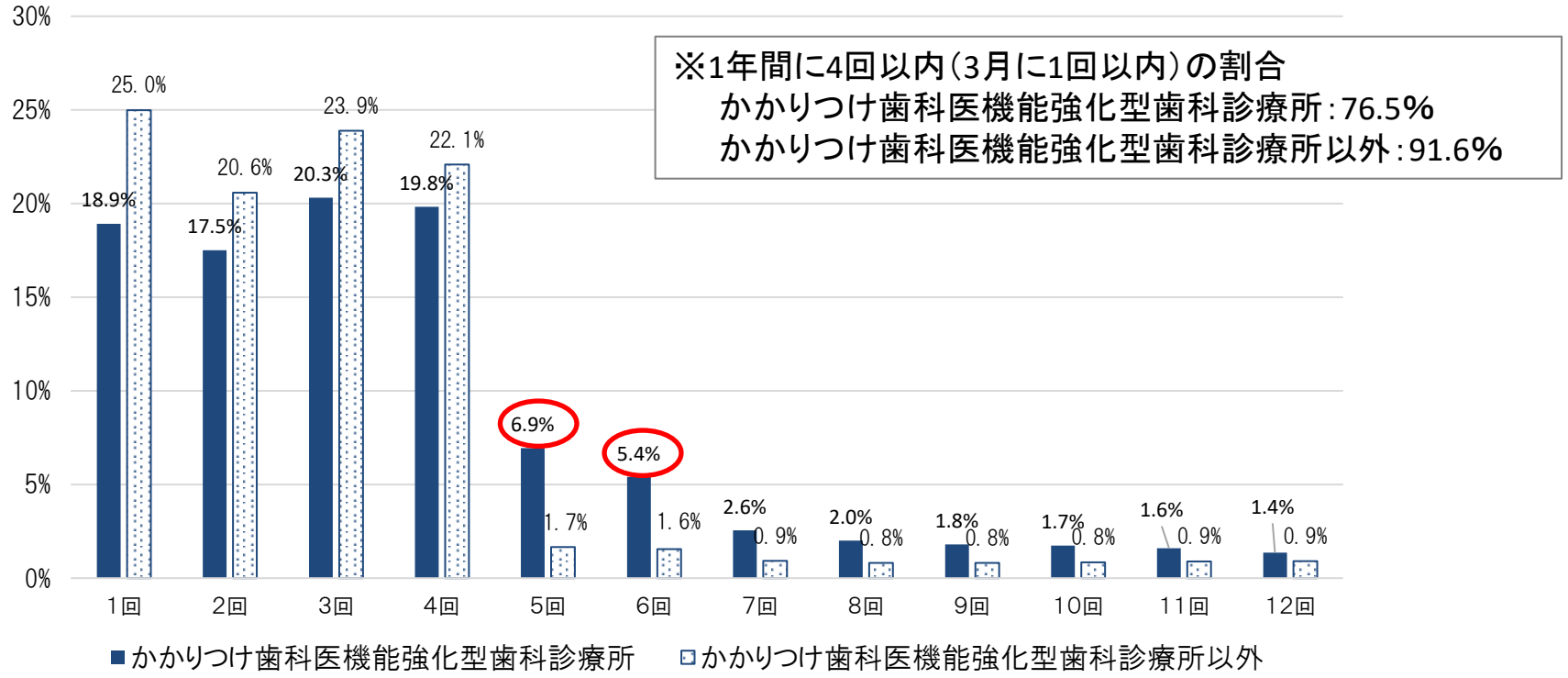
	歯周病重症化予防治療	歯周病安定期治療
評価の趣旨	歯科疾患管理料又は歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者で、2回目以降の歯周病検査の結果、歯周ポケットが4ミリメートル未満の患者に対する処置等を評価したもの	歯科疾患管理料又は歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者で、4ミリメートル以上のポケットを有するもので、一連の歯周基本治療等の終了後に、一次的に症状が安定した状態にある患者に対する処置等を評価したもの
対象となる状態	部分的な歯肉の炎症又はプロービング時の出血が認められる状態	歯周基本治療等の終了後の再評価のための検査結果において、歯周組織の多くの部分は健康であるが、一部分に病変の進行が停止し症状が安定していると考えられる4ミリメートル以上の歯周ポケットが認められる状態
算定の頻度	2回目以降は3月に1回算定可。	2回目以降は3月に1回算定可。 歯周病安定期治療の治療間隔の短縮が必要とされる場合（※）又はかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所においては月1回算定可。 ※歯周病安定期治療の治療間隔の短縮が必要とされる場合 ・歯周外科手術を実施した場合 ・**全身的な疾患の状態により歯周病の病状に大きく影響を与える場合** ・全身的な疾患の状態により歯周外科手術が実施できない場合 ・侵襲性歯周炎の場合
処置内容	スケーリング 機械的歯面清掃　等	プラークコントロール スケーリング スケーリング・ルートプレーニング 咬合調整 機械的歯面清掃　等

歯周病安定期治療（SPT）の算定状況

○ 歯周病安定期治療の算定回数が１年間に4回以内（３月に1回以内）の患者の割合は、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所で76.5%、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所以外で91.6%であった。

○ １月に1回の算定が可能であるかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において、１年間に5回算定した患者の割合は6.9%、６回が5.4%であった。

■１年間（R4.4～R5.3）の算定回数ごとのレセプト件数の割合

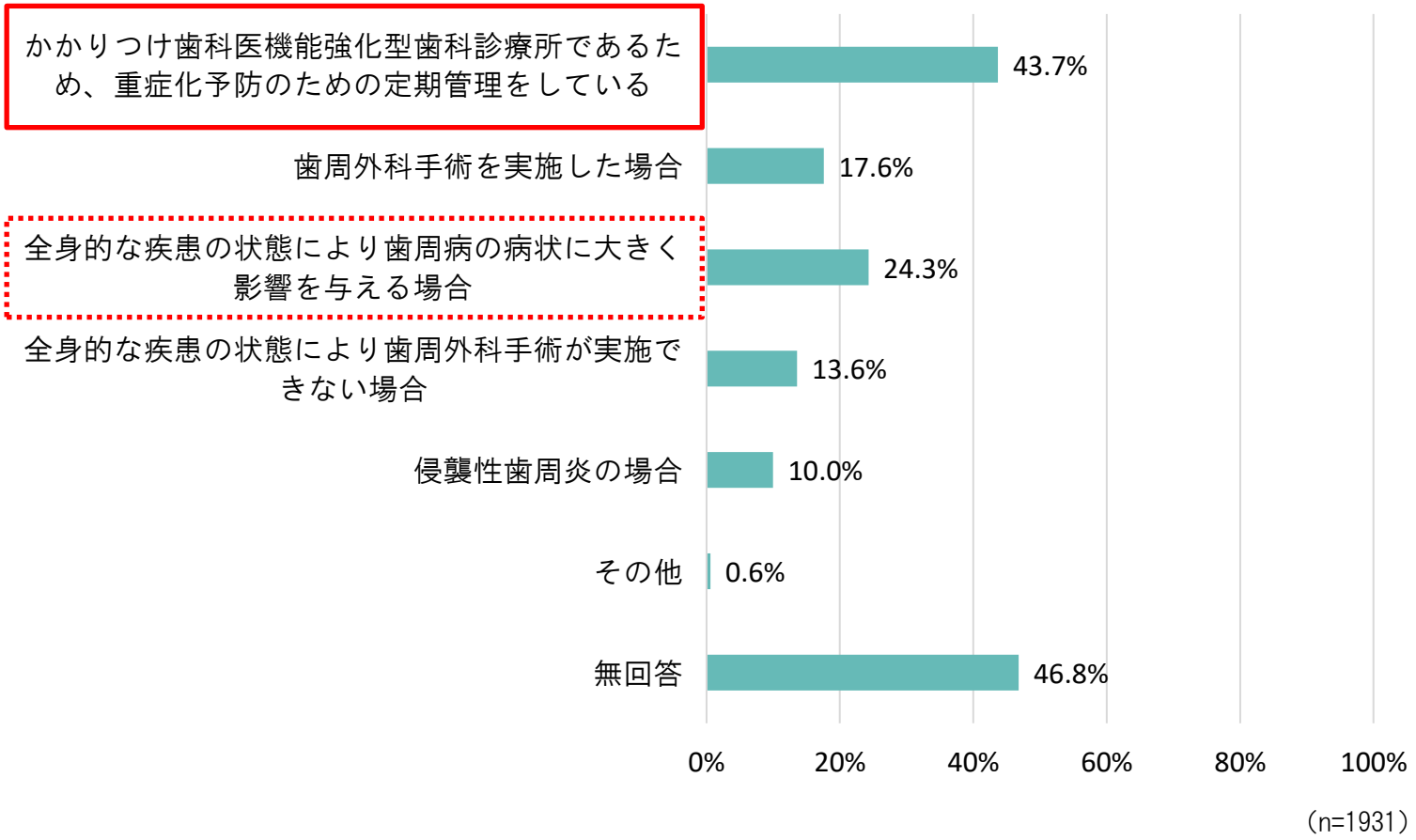


出典：NDBデータ（令和4年4月～令和5年3月診療分）

歯周病安定期治療の患者の状況

○　歯周病安定期治療の実施間隔が3月以内である理由は、「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所であるため、重症化予防のための定期管理をしている」が43.7%で最も多かった。次いで、「全身的な疾患の状態により歯周病の病状に大きく影響を与える場合」が24.3%であった。

■3か月以内の歯周病安定期治療を算定した場合の患者の状況　（複数回答）



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（歯科医療機関における院内感染防止対策の評価等に関する実施状況調査）

糖尿病患者に対する歯周病治療・管理

○ 糖尿病患者に対する歯周治療は、感染のリスクの高さを踏まえた治療や血糖コントロールをはじめとした状態把握等が非常に重要であり、糖尿病担当医との連携が重要である。

糖尿病患者に対する歯周治療ガイドライン改訂第3版より抜粋

歯周病の発症頻度

◆ **糖尿病患者では歯周病の発症頻度が増加するか？** → **糖尿病患者では歯周病の発症頻度は増加する。**
- １型・２型糖尿病患者は非糖尿病患者と比較して有意に歯周病の発症率が高いといえる。

歯周病の増悪

◆ **糖尿病患者では歯周病の増悪がみられるか？** → **糖尿病患者では歯周病が悪化する。**
- 血糖コントロール不良な糖尿病は歯周病の進行に関与する危険因子であり、歯周病を悪化させると判断される。

歯周基本治療とHbA1c

◆ **糖尿病を有する歯周病患者に対して歯周基本治療はHbA1cの改善に有効か？**

→ **糖尿病を有する歯周病患者に対して、歯周基本治療はHbA1cの改善に有効であり、歯周基本治療の実施を強く推奨する。**
（エビデンスの確実性：高　推奨の強さ：強い推奨）
- 歯周基本治療介入によってHbA1cは統計学的に有意に改善するという無作為比較試験の報告が多くある。
- 複数のメタアナリシスにおいて歯周治療による、血糖コントロールの改善効果が支持されている。

歯周病安定期治療（SPT）の間隔

◆ **糖尿病患者にSPTを行う際、慢性歯周炎の再発・進行を防ぐために治療間隔は短くするべきか？**

→ **糖尿病はSPT期にあっても歯周病に対する疾患感受性が高いと考えられるため、糖尿病患者にSPTを行う治療間隔は年４回よりも短くすることが推奨される。（エビデンスの確実性：中　推奨の強さ：強い推奨）**
- 糖尿病患者は歯周炎に対するハイリスク集団と捉えられている。したがって動的歯周治療後のSPT期においても厳格な管理を要するものと考えられる。
- 糖尿病は歯周病のリスクファクターであり、糖尿病のコントロールがなされていないとSPT期間中において歯の喪失やプロービングデプスがなされていないとSPT期間中において歯の喪失やプロービングデプスが悪化することが示されている。

出典：糖尿病患者に対する歯周治療ガイドライン 改訂第3版 2023 （特定非営利活動法人日本歯周病学会）より引用、保険局医療課で作成

歯科衛生実地指導料

○　歯科衛生実地指導料は、歯科衛生士による実地指導を評価したものであり、算定回数は令和2年を除き増加傾向である。

歯科衛生実地指導料

歯科衛生実地指導料１　　80点

（歯科衛生実地指導料１：歯科疾患に罹患している患者）

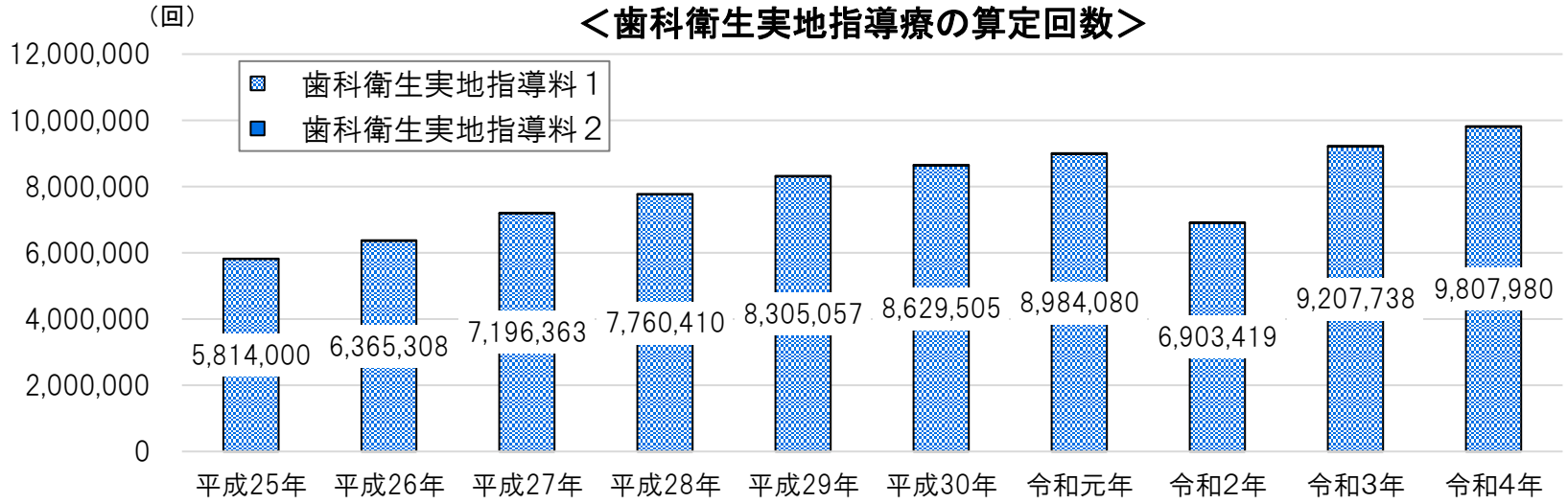
歯科衛生実地指導料２　　100点

（歯科衛生実地指導料２：歯科診療特別対応加算を算定している患者）

［内容］

○　主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、以下の必要な事項について15分以上実施した場合に算定
- プラークチャート等を用いたプラークの付着状況の指摘及び患者自身によるブラッシングを観察した上でのプラーク除去方法の指導
- その他、患者の状態に応じて必要な事項

＜歯科衛生実地指導療の算定回数＞



出典：社会医療診療行為別統計（H26年以前は社会医療診療行為別調査）（6月審査分）

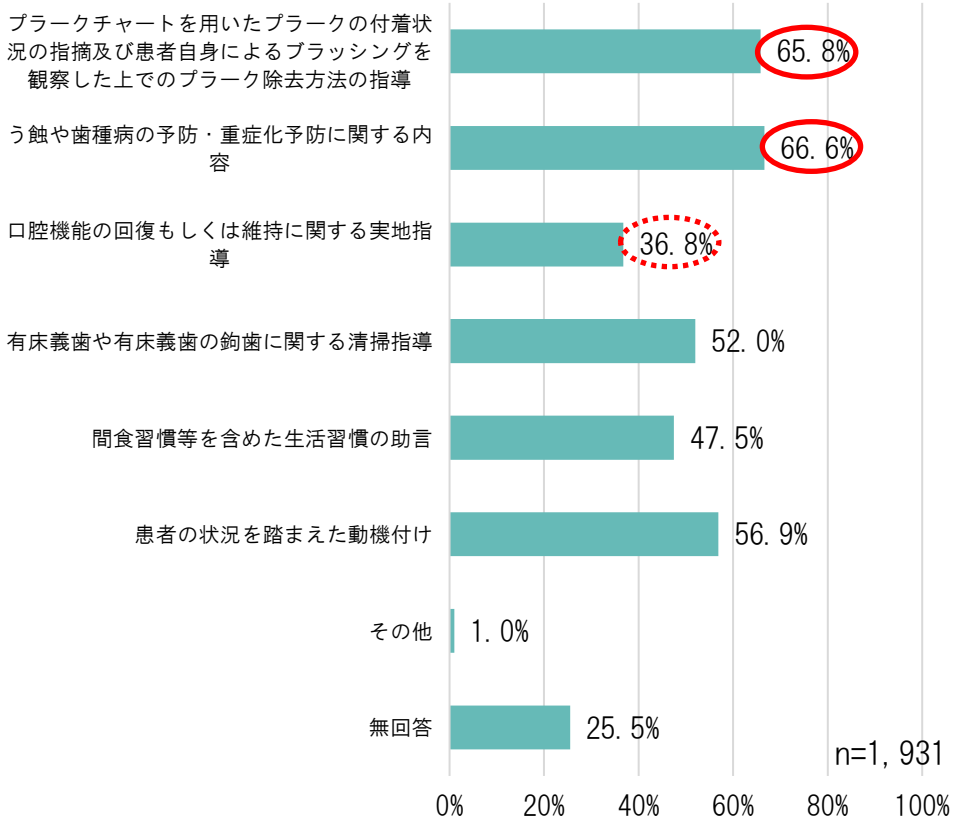
歯科衛生実地指導の実施内容

○　歯科衛生実地指導の内容は、「う蝕や歯周病の予防・重症化予防に関する内容」「プラークチャートを用いたプラークの付着状況の指摘及び患者自身によるブラッシングを観察した上でのプラーク除去方法の指導」がいずれも約7割であった。「口腔機能の回復もしくは維持に関する実地指導」も36.8%で行われていた。

○　一方で、十分に実施できていないと考える内容は「プラークチャートの作成やブラッシング観察等の時間が足りない」が64.5%で最も多かった。また、「口腔機能等の指導ができていない」も36.5%であった。

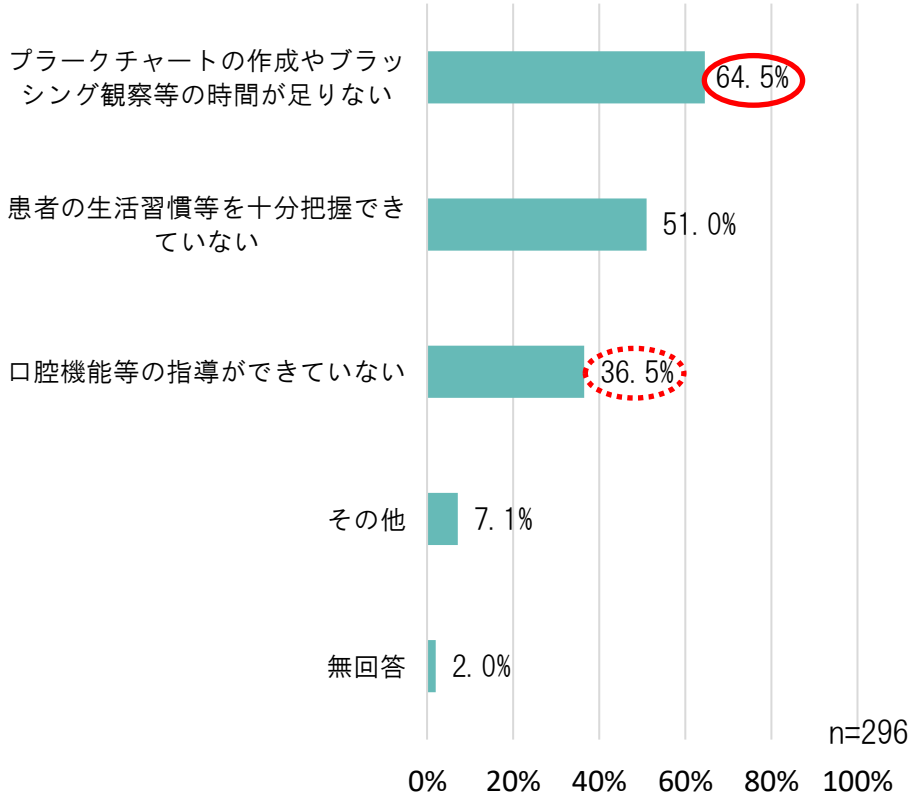
■歯科衛生実地指導の内容（複数回答）

※令和5年6月に実地指導を行った歯科衛生士による回答



■1回の歯科衛生実地指導の時間内に十分実施できていないと考える内容（複数回答）

※令和5年6月に実地指導を行った歯科衛生士による回答

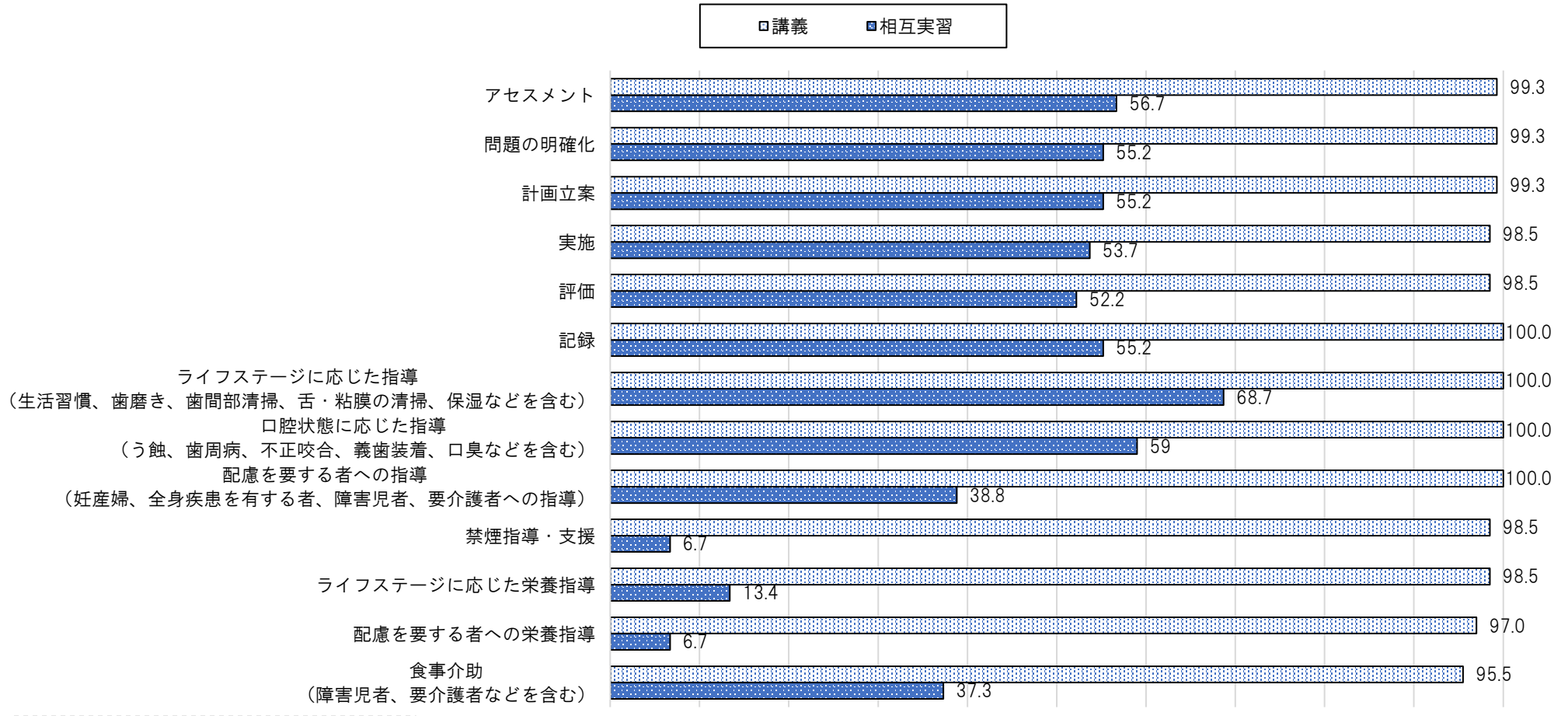


出典：令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（歯科医療機関における院内感染防止対策の評価等に関する実施状況調査）

歯科衛生士の教育内容

○　近年の歯科衛生士の教育課程では、単なるプラークの除去方法の指導のみでなく、口腔の状態や生活習慣などを踏まえた歯科保健指導の実施等について教育が行われている。

＜歯科衛生課程等に関する教育の実施状況＞



調査対象：歯科衛生士養成機関179校（悉皆）
調査手法：郵送調査
調査実施期間：令和3年12月～令和4年1月

出典：令和3年度厚生労働科学研究「歯科衛生士の業務内容の見直しに向けた研究」に基づき保険局医療課が作成

1. 歯科医療の現状

2. かかりつけ歯科医機能に係る評価

3. 院内感染防止対策

4. 歯科疾患の重症化予防

5. 電話や情報通信機器を用いた歯科診療

6. 歯科固有の技術等

新型コロナウイルスの感染拡大防止に向けた
歯科医療における電話や情報通信機器を用いた診療の活用について【概要】

○ 国民・患者が安心して歯科医療を受けることができるよう、初診も含め、**電話や情報通信機器（以下、「電話等」とする。）で歯科医療機関へアクセスし、適切な対応が受けられる仕組みを時限的・特例的な取扱いとして整備**する。

○ 具体的な運用は以下のとおり（**基本的には医科診療と同様の取り扱い**）

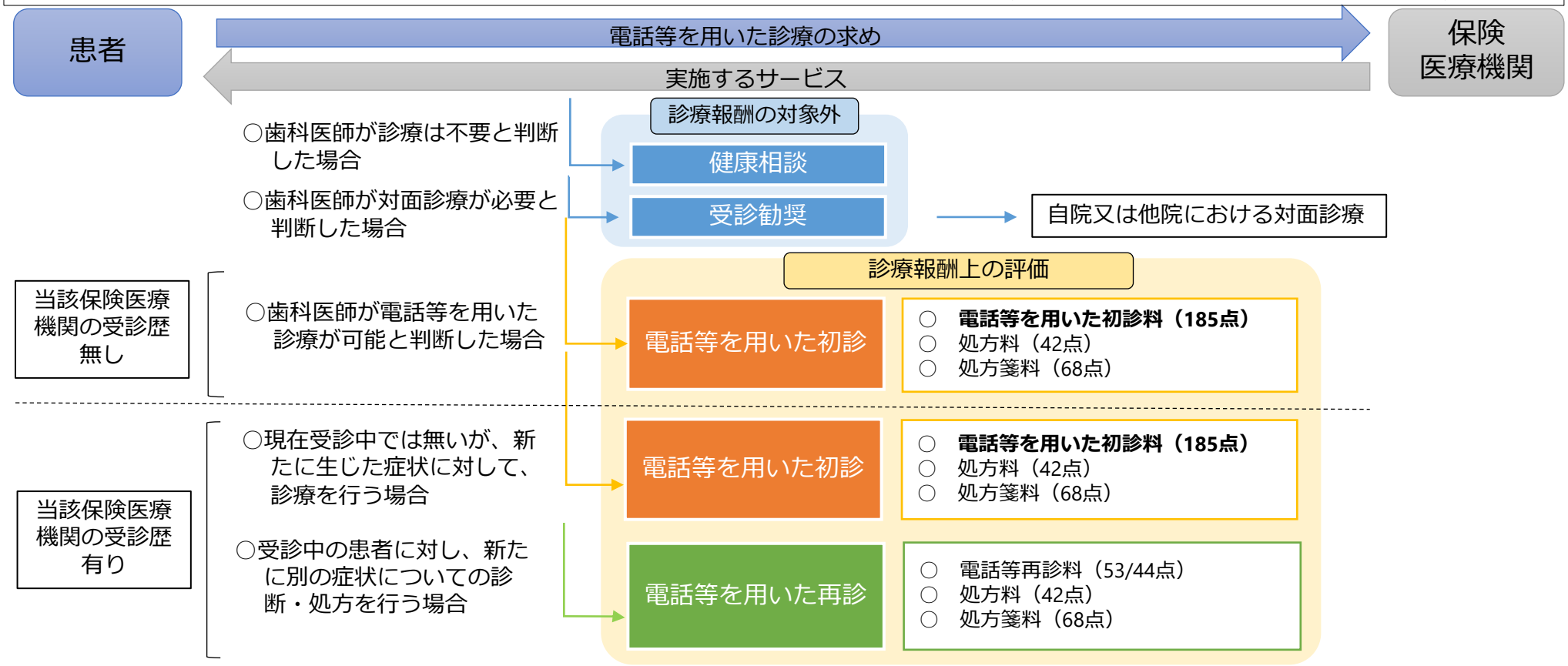
- 初診患者、過去に対面による受診履歴がある患者及び診療情報提供書等により患者の歯科疾患の状況等が把握できている患者について、歯科医師の判断で診断や処方を可能とする。
- 初診から電話等を用いた診療を行う場合は、速やかに対面診療に移行する又は紹介可能な歯科医療機関との連携体制をとることとする。
- 感染が収束し、本事務連絡が廃止された後は、直接の対面診療に移行するものとする。
- 電話等を用いた歯科診療において、受診履歴のない患者に対する処方日数は7日以内とし、症状が改善しない場合には、速やかに対面診療への移行や他医療機関への紹介ができることを条件とする。（投薬の対象と考えられるのは歯周病等の急性炎症が想定される。）
- 電話等を用いた診療や受診勧奨を行う歯科医療機関は、その実施状況を所在地の都道府県に報告を行う。また、各都道府県は厚生労働省に報告を行う（医科と同時に取りまとめ）。
- これらの特例措置は、原則3月ごとに感染拡大の状況を検証し、その結果を踏まえて継続するか否かを判断する。

歯科診療における新型コロナウイルス感染症の拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の時限的・特例的な取扱いについて
（令和２年４月24日付け厚生労働省医政局歯科保健課、医薬・生活衛生局総務課事務連絡）

歯科診療における新型コロナウイルス感染症の拡大に際しての電話等を用いた診療に対する診療報酬上の臨時的な取扱いについて

○　新型コロナウイルスの感染が拡大し、医療機関の受診が困難になりつつあることに鑑み、時限的・特例的な対応として、「歯科診療における新型コロナウイルス感染症の拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の時限的・特例的な取扱いについて」（令和２年４月24日厚生労働省医政局歯科保健課）が発出されたことを踏まえ、当該事務連絡に関連する診療報酬の取扱いについて、以下の対応とした（「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その15）」（令和２年４月27日厚生労働省保険局医療課）。

※新型コロナウイルス感染症の類型見直しに伴い、本特例は令和５年７月31日をもって終了する（令和５年３月31日厚生労働省保険局医療課）。



○　時限的・特例的な対応として、電話等を用いた初診について、歯科医師が診察可能であると判断し診察及び処方等を行った場合には、電話等を用いた**初診料として185点（※１）を算定する**こととする。

○　また、電話等を用いた診療を行う以前より、「歯科疾患管理料、歯科特定疾患療養管理料」を算定していた患者に対して、電話等を用いた診療及び処方、医学管理等を行う場合、**管理料として55点（※２）を算定する**こととする。

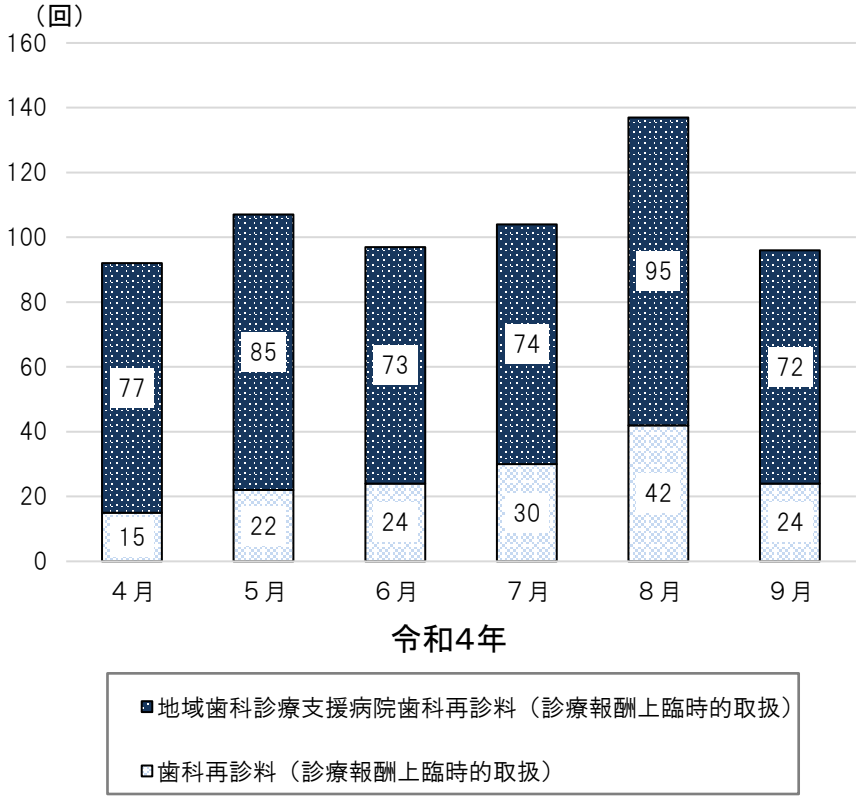
※１　算定告示C000　３「歯科訪問診療３」185点　　※２算定告示B004-6-2「歯科治療時医療管理料」45点、B001-3「歯周病患者画像活用指導料」10点の和

電話等再診料及び電話等再診に係るコロナ特例の算定状況

○　新型コロナウイルス感染症の拡大による臨時的な取扱いである電話等を用いた診療は、令和４年４月以降も1月あたり約90～140回程度算定されている。

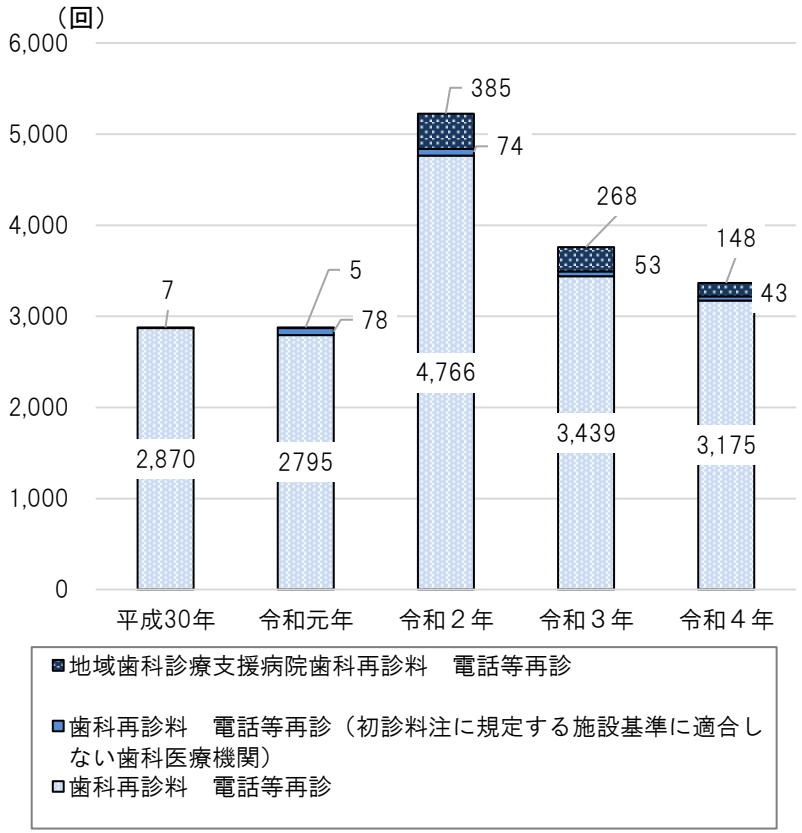
○　電話等再診の算定回数は、歯科再診料と地域歯科診療支援病院歯科再診料のいずれも令和２年に増加している。

＜新型コロナウイルス感染症の拡大による臨時的な取扱い（電話等を用いた診療）の算定回数＞



出典：NDBデータ（令和4年4～9月診療分月）

（参考）　＜電話等再診の算定回数＞



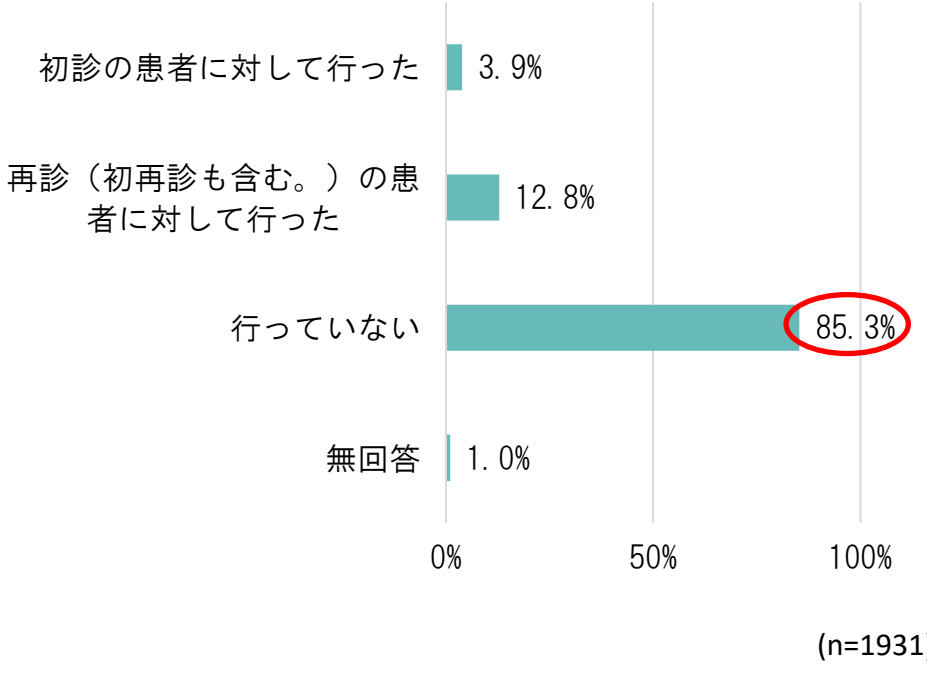
出典：社会医療診療行為別統計（6月審査分）

電話や情報通信機器を用いた診療の実施状況

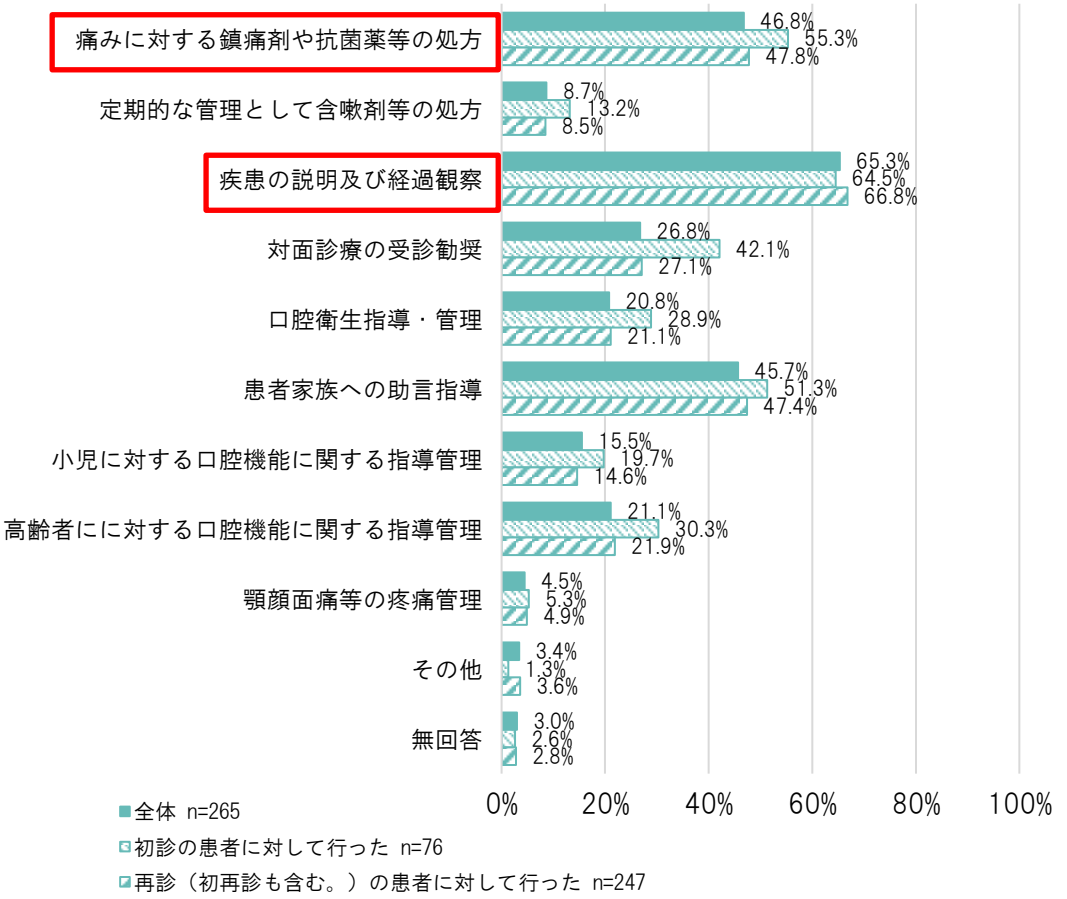
○ 新型コロナウイルス感染拡大以降の電話や情報通信機器を用いた歯科診療の実施状況は、「行っていない」が85.3%、「再診の患者に行った」が12.8%、「初診の患者に行った」が3.9%であった。

○ 電話や情報通信機器を用いた歯科診療を行った場合の内容は、痛みに対する処方や疾患の説明・経過観察が多かった。

■令和2年4月以降、電話や情報通信機器を用いた歯科診療の実施状況



■電話や情報通信機器を用いて行った治療内容（複数回答）（電話や情報通信機器を用いて行った治療の初診・再診の例）



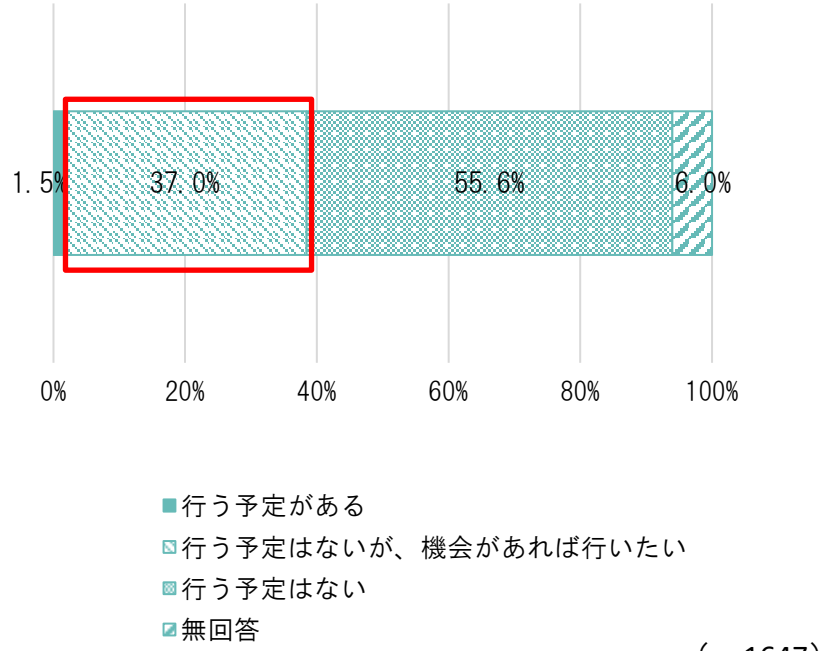
出典：令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（歯科医療機関における院内感染防止対策の評価等に関する実施状況調査）

今後の電話や情報通信機器を用いた診療の実施

○　電話や情報通信機器を用いた歯科診療を「行っていない」と回答した歯科診療所における電話や情報通信機器を用いた歯科診療の今後行う予定は、「行う予定はない」が最も多く55.6%であったが、「行う予定はないが、機会があれば行いたい」も37.0%であった。

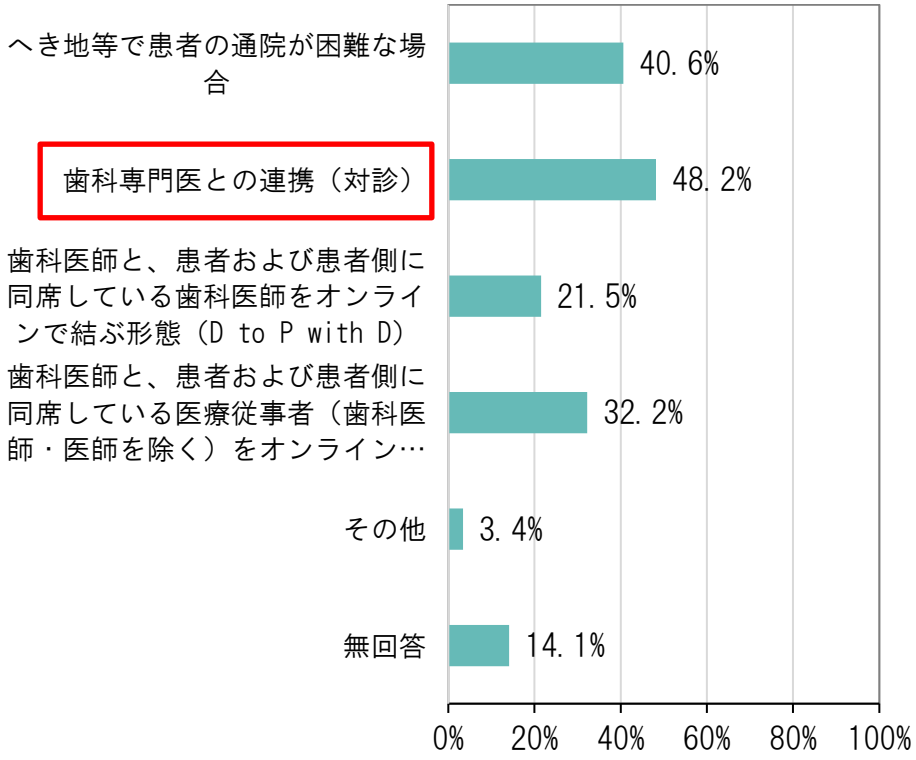
○電話や情報通信機器を用いた診療を活用したい場面は、「歯科専門医との連携（対診）」が48.2%であった。

■電話や情報通信機器を用いた歯科診療を行う予定



（n=1647）

■電話や情報通信機器を用いた歯科診療を活用したい場面（複数回答）



（n=1931）

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（歯科医療機関における院内感染防止対策の評価等に関する実施状況調査）

ＩＣＴを活用した歯科診療等に関する検討会　報告書（素案）【経緯等：背景、目的】

第3回ICTを活用した歯科診療等に関する検討会
（令和5年11月27日）

1　経緯等

背景

○ 遠隔医療のうち、例えば、医師又は歯科医師と患者間で実施されるオンライン診療については、これまで無診察治療等を禁じている医師法（昭和23年法律第201号）及び歯科医師法(昭和23年法律第202号)第20条との関係について、適切に実施される限り同条に抵触しないことが平成９年の厚生省健康政策局長通知等において示された。

○ 平成30年３月に「オンライン診療の適切な実施に関する指針」(平成30年厚生労働省医政局長通知の別紙)が策定され、これまで計３回改定が行われる等段階的に利活用の環境が整備されてきた。

○ また、オンライン診療その他の遠隔医療が幅広く適正に推進されるよう、令和５年６月に「オンライン診療その他の遠隔医療の推進に向けた基本方針」(厚生労働省医政局長通知の別添)が策定された。

○ 歯科診療においても、新型コロナウイルス感染症の拡大に際し、医療機関の受診が困難になりつつあることに鑑みた時限的・特例的な対応として、電話や情報通信機器を用いた診療をして差し支えないこととされたが、その一方で、ＩＣＴを活用した歯科診療等の適切な実施に関する考え方についてはこれまで示されていなかったため、ＩＣＴを活用した歯科診療等について検討し、適切な実施に関する考え方を示すことを目的として、「ＩＣＴを活用した歯科診療等に関する検討会」が設置され、これまで計●回議論が行われた。

目的

○ 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」や「オンライン診療その他の遠隔医療の推進に向けた基本方針」を基本とした上で、歯科における特性等を踏まえた、ＩＣＴを活用した歯科診療等の適切な実施に関する考え方を示すことを目的とする。

○ なお、歯科におけるオンライン診療が、安全性・必要性・有効性の観点から、歯科医師、患者及び関係者が安心でき、かつ適切に行われるよう、歯科におけるオンライン診療の実施に当たっての「考え方」、「最低限遵守する事項」及び「推奨される事項」に加え、必要に応じ「望ましい例」や「不適切な例」等を示した「歯科におけるオンライン診療の適切な実施に関する指針（仮称）」（以下「歯科オンライン診療指針」という。）を、本報告書の別冊として取りまとめる。

ＩＣＴを活用した歯科診療等に関する検討会　報告書（素案）の構成について

第3回ICTを活用した歯科診療等に関する検討会
（令和5年11月27日）

＜目次案＞【本体】

1　経緯等
（1）背景
（2）目的
（3）取り扱う範囲
（4）用語の説明
（5）留意事項

2　オンライン診療等（歯科医師と患者間）
（1）基本理念
（2）期待される役割
（3）様々な形態
（4）現状の課題

3　歯科医師等医療従事者間での遠隔医療
（1）期待される役割
（2）様々な類型
（3）様々な形態

4　その他

【別冊】歯科におけるオンライン診療の適切な実施に関する指針（仮称）

1　歯科におけるオンライン診療を取り巻く環境
2　本指針の関連法令等
3　本指針に用いられる用語の定義と本指針の対象
（1）用語の定義
（2）本指針の対象
4　歯科におけるオンライン診療の実施に当たっての基本理念
5　指針の具体的適用
（1）歯科におけるオンライン診療の提供に関する事項
ア　歯科医師－患者関係／患者合意
イ　適用対象
ウ　診療計画
エ　本人確認
オ　薬剤処方・管理
カ　診察方法
（2）　歯科におけるオンライン診療の提供体制に関する事項
ア　歯科医師の所在
イ　患者の所在
ウ　患者が歯科衛生士等といる場合のオンライン診療
エ　患者が歯科医師といる場合のオンライン診療
オ　通信環境(情報セキュリティ・プライバシー・利用端末)
（3）　その他歯科におけるオンライン診療に関連する事項
ア　歯科医師教育／患者教育
イ　質評価／フィードバック
ウ　エビデンスの蓄積

（留意事項）

※　本報告書（別冊の「歯科におけるオンライン診療の適切な実施に関する指針（仮称）も含める）は、歯科における特性等を踏まえ、ＩＣＴを活用した歯科診療等の適切な実施に関する考え方等を整理したものであり、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」や「オンライン診療その他の遠隔医療の推進に向けた基本方針」を基本的な前提とする。

※　歯科における遠隔医療の導入・実施に関する関係者の取組みを義務づけることを念頭に取りまとめるものではない。

※　遠隔医療に関する社会情勢の変化、エビデンスの蓄積の状況等を踏まえつつ、様々な制度との関係性の観点を含め、今後も必要に応じて見直しを行うことが必要であるとともに、状況に応じて時限的又は特例的な取扱いが必要になる可能性もある。

第3回ICTを活用した歯科診療等に関する検討会
（令和5年11月27日）

2　歯科におけるオンライン診療等（歯科医師と患者間）

様々な形態

○ 歯科医師と患者間での歯科における遠隔医療は、患者側から当該診療に同席する者の有無や役割により、以下のア～キまでに掲げる類型が主に考えられる。

ア　Dentist to Patient

- 患者側に医療従事者の同席なしで、歯科医師と患者間で歯科診療を行う形態。
- 歯科における遠隔医療の基本的な形態。

イ　Dentist to Patient with Dentist

- 患者側にかかりつけ歯科医等の歯科医師が同席する場合、遠隔地にいる歯科医師が、歯科診療を行う形態。
- 歯科医療資源が限られる地域においても、専門の歯科医師等による診療を受けることができる。
- かかりつけ歯科医等の歯科医師が同席することで、専門の歯科医師等との情報共有がスムーズとなる。

ウ　Dentist to Patient with Dental hygienist

- 患者側に歯科衛生士が同席する場合、遠隔地にいる歯科医師が、歯科診療を行う形態。
- 歯科衛生士による歯科医学的な支援や情報通信機器の使用サポート等により、患者と歯科医師との間の円滑な意思疎通が可能となる。

エ　Dentist to Patient with その他医療従事者

- 患者側に看護師等の医療従事者が同席する場合、遠隔地にいる歯科医師が、歯科診療を行う形態。
- その他医療従事者による医学的な支援や情報通信機器の使用サポート等により、患者と歯科医師との間の円滑な意思疎通が可能となる。

オ　Dentist to Patient with オンライン診療支援者（医療従事者以外）

- 患者側に医療従事者以外のオンライン診療支援者が同席する場合、遠隔地にいる歯科医師が、歯科診療を行う形態。
- オンライン診療支援者の情報通信機器の使用方法のサポート等により、患者と歯科医師の間の円滑なオンライン診療の実施が可能となる。

カ　Dentist to Patient with Doctor

- 医師が訪問診療を行う際に、遠隔地にいる歯科医師がＩＣＴを活用し、医師と連携して歯科診療を行う形態。
- 主治医等の医師が同席することで、かかりつけ歯科医が主治医等との情報共有が行いやすくなり、より円滑な医科歯科連携のもと、患者に対し診療を行うことができる。

※　より円滑な医科歯科連携の推進の観点から、「Doctor to Patient with Dentist」も形態の一つとして期待される。

医科点数表

かかりつけ医と連携した遠隔医療の評価

遠隔連携診療料の創設

➢ 希少性の高い疾患等、専門性の観点から近隣の医療機関では診断が困難な疾患に対して、かかりつけ医のもとで、事前の十分な情報共有の上で遠隔地の医師が情報通信機器を用いた診療を行う場合について、新たな評価を行う。

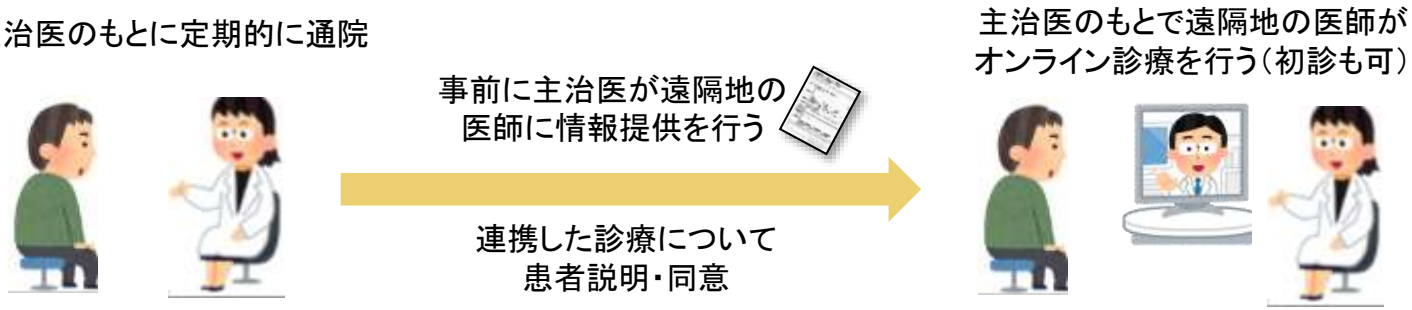
（新）　遠隔連携診療料　　500点

別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診断を目的として、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている保険医療機関の医師と情報通信機器を用いて連携して診療を行った場合に、当該診断の確定までの間に3月に1回に限り算定する。

［対象患者］
- 指定難病の疑いがある患者
- てんかん（外傷性のてんかんを含む）の疑いがある患者

［対象医療機関］ ※連携先の医療機関
- 難病診療連携拠点病院
- てんかん診療拠点機関

［算定要件］
- 患者に対面診療を行っている保険医療機関の医師が、他の保険医療機関の医師に診療情報の提供を行い、連携して診療を行うことについて、あらかじめ患者に説明し同意を得ること。
- 連携して診療を行う他の保険医療機関の医師は、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行うこと。



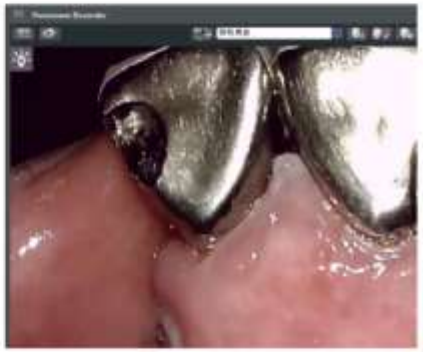
仙台ー気仙沼でのD to P with Dの取り組み

症例：口腔がん術後の経過観察

両側臼歯部上顎歯肉癌に対する手術後の経過観察



口腔内カメラの映像を観察



残存する上顎前歯部に再発所見は認めない



下顎歯肉白斑は変化なし

上顎に再発所見はないが、
下顎歯肉の注意深い経過観察
が必要と判断

気仙沼市

主治医と患者



口腔外科学会専門医・指導医

仙台市

Web会議システムにて口腔内を共有
口腔外科専門医・指導医による
口腔がんの経過観察をサポート

9

1. 歯科医療の現状

2. かかりつけ歯科医機能に係る評価

3. 院内感染防止対策

4. 歯科疾患の重症化予防

5. 電話や情報通信機器を用いた歯科診療

6. 歯科固有の技術等

口腔内装置について

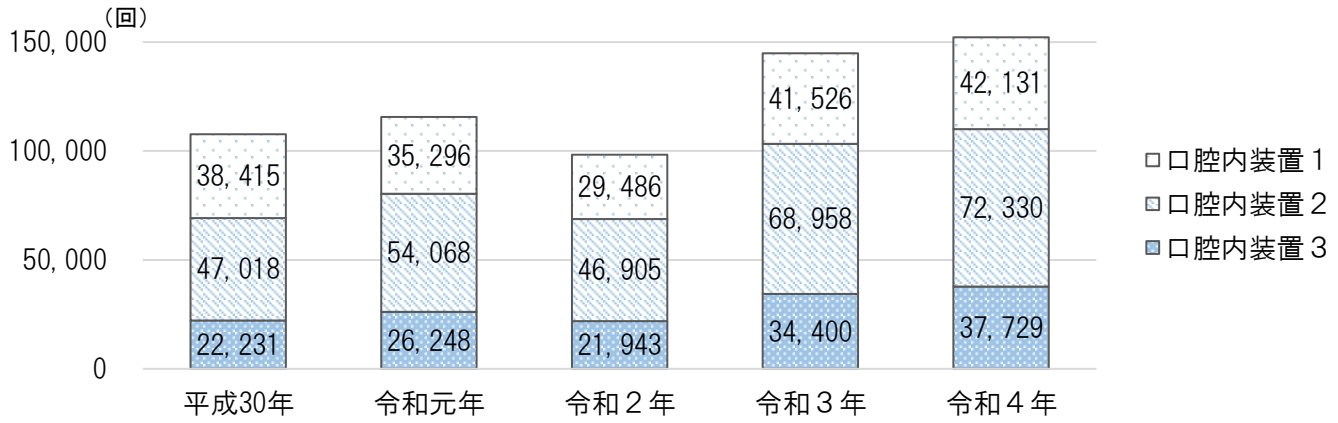
○　歯ぎしりや気管内挿管、咬傷等に対する歯、粘膜等の保護のための装置は、「口腔内装置」として評価されており、算定回数は近年増加傾向である。

I017 口腔内装置（1装置につき）

1　口腔内装置1　1,500点
2　口腔内装置2　800点
3　口腔内装置3　650点

- 口腔内装置は、次に掲げるいずれかの装置をいう。
  - 顎関節治療用装置
  - 歯ぎりしりに対する口腔内装置
  - 顎間固定用に歯科用ベースプレートを用いた床
  - 出血創の保護と圧迫止血を目的としてレジン等で製作した床
  - 手術に当たり製作したサージカルガイドプレート
  - 腫瘍等による顎骨切除後、手術創（開放創）の保護等を目的として製作するオブチュレーター
  - 気管内挿管等の歯の保護等を目的として製作した口腔内装置
  - 不随意運動等による咬傷を繰り返す患者に対して、口腔粘膜等の保護を目的として製作する口腔内装置
  - 放射線治療に用いる口腔内装置
  - 顎関節治療用装置

■口腔内装置の算定回数



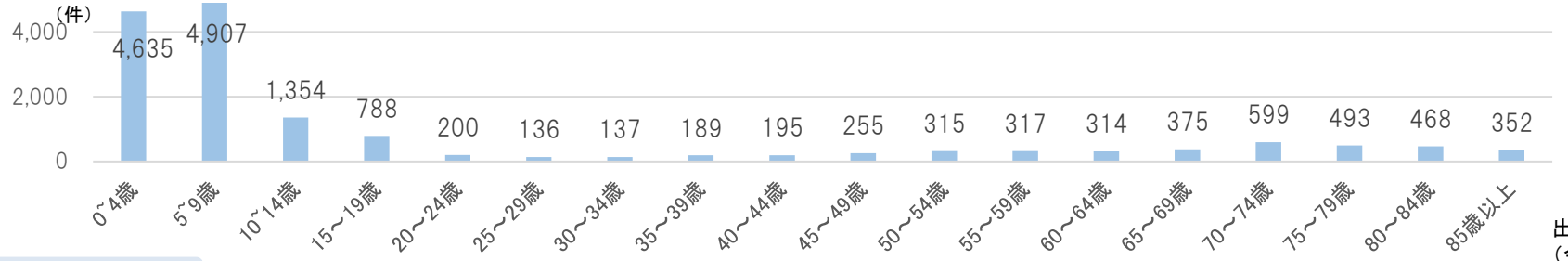
出典：社会医療診療行為別統計（6月審査分）

歯の外傷について

○　歯の外傷・脱臼は小児期・学齢期で多く起こる。小児の外傷では、永久歯の形成や歯列・咬合の発育に影響する場合があり、長期にわたる経過観察が重要である。

○　スポーツ中の歯や口のけがの予防やその程度の軽減のため、外傷後の安全管理、重症化予防としてマウスガードは有効とされている。

■　**外傷・脱臼に関する病名でのレセプト算定件数（1月あたり）**



出典：　NDBデータ
（令和4年5月診療分）

小児の歯の外傷

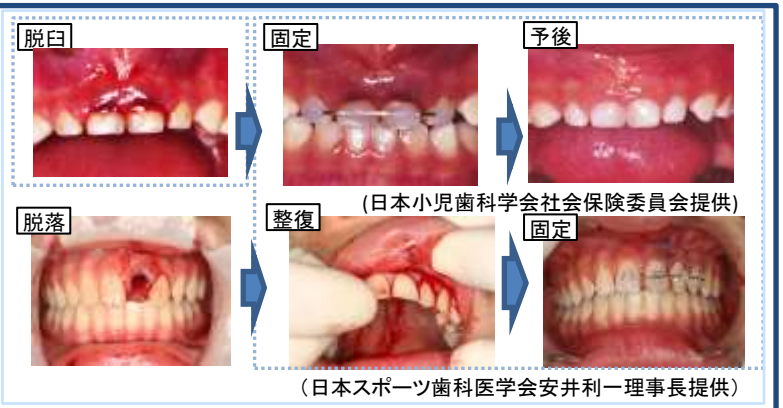
◆乳歯の外傷では、受傷した乳歯だけでなく、その後継永久歯にも影響が及ぶことがある

◆また幼若永久歯の外傷では、その後の歯根の伸長や、歯列・咬合の発育に影響する場合がある。

◆生体の治癒力が高いことを考慮し、できるだけ歯髄と歯の保存を心がける。また、後に合併症が生じる場合も少なくないので長期にわたる経過観察が重要である。

◆**<u>歯や口のけがの予防やその程度軽減のため、外傷後の安全管理、重症化予防としてマウスガードは有効</u>**である。

出典：　小児歯科学（医歯薬出版）、スポーツ歯科臨床マニュアル第2版（医学情報社）を元に保険局医療課にて作成



（日本小児歯科学会社会保険委員会提供）

（日本スポーツ歯科医学会安井利一理事長提供）

【参考1：外傷の原因】

○　外傷の原因は、乳歯では転倒や衝突等が多く、多くが日常生活の中で発生する。永久歯では交通事故やスポーツ等が多く、日常的な生活の中で発生するものはそれほど多くない。特にスポーツでは転倒や衝突、接触などの機会が常にあり、歯の外傷のリスクになっている。

（出典：歯の外傷治療のガイドライン，日本外傷歯学会，2018）

【参考2：スポーツ事故と歯の外傷】

○　口腔顔面外傷症例を対象とした研究において、スポーツに関連した外傷症例は17.8%を占めていた。そのうち、外傷歯の分類では不完全脱臼50.7%、歯冠破折29.0%、完全脱臼18.3%、歯根破折が5.6%であった。受傷部位では上顎前歯81.6%、下顎前歯16.9%であった。受傷年齢では13歳から18歳まで43.5%、19歳から24歳まで30.6%、7歳から12歳まで11.3%であった。

（出典：スポーツに関連した口腔顎顔面外傷における臨床的統計（小池ら），日口外傷誌，2017）

舌接触補助床について

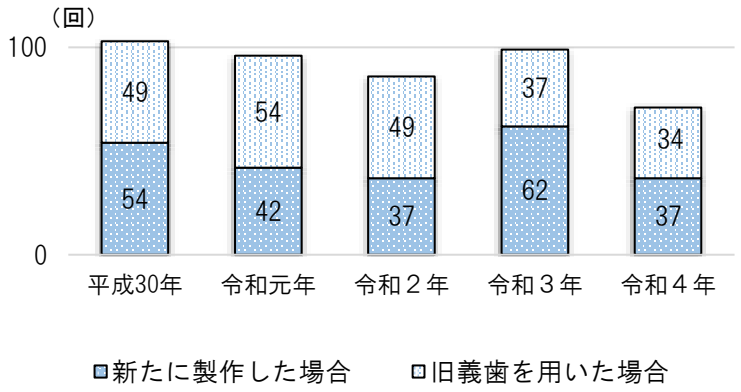
○　摂食・嚥下機能の改善を目的に舌接触状態等を変化させることを目的として口腔内に装着する装置は、「舌接触補助床」として評価されているが、算定状況は低調である。

○　一方で、舌の筋力や運動機能の低下、咀嚼や嚥下機能の低下などがみられる状態として口腔機能低下症があるが、現状ではI 017-1-3 舌接触補助床の対象となっていない。

I017-1-3 舌接触補助床　　1　新たに製作した場合　2,500点
2　旧義歯を用いた場合　1,000点

- 舌接触補助床とは、脳血管疾患や口腔腫瘍等による摂食機能障害を有する患者に対して、舌接触状態等を変化させて摂食・嚥下機能の改善を目的とするために装着する床又は有床義歯形態の補助床をいう。

■舌接触補助床の算定回数



出典：社会医療診療行為別統計（6月審査分）

口腔機能低下症（概要）

【病態】

◆　加齢だけでなく、疾患や障害など様々な要因によって、口腔の機能が複合的に低下している疾患。放置していると咀嚼障害、摂食嚥下障害など口腔の機能障害に陥り、または、機能障害をきたし、また、低栄養やフレイル、サルコペニアを進展させるなど全身の健康を損なう。
　高齢者においては、う蝕や歯周病、義歯不適合などの口腔の要因に加えて、加齢や基礎疾患によっても口腔機能が低下しやすく、また、低栄養や廃用、薬剤の副作用等によっても修飾されて複雑な病態を呈することが多い。そのため、個々の高齢者の生活環境や全身状態を見据えて口腔機能を適切に管理する必要がある。

【症状】

◆　口腔内の微生物の増加、口腔乾燥、咬合力の低下、**舌や口唇の運動機能の低下、舌の筋力低下**、咀嚼や嚥下機能の低下など複数の口腔機能が低下している。

【口腔機能の低下とその管理】

◆　口唇や舌の機能低下は、筋力の低下と運動の巧緻性の低下が原因となる。**口唇や舌機能の低下が生じると、食塊形成不全が生じ、咀嚼や嚥下にも負の影響を与え、摂取できる食品の種類や量が限定され、その結果として低栄養に繋がる**。また、口唇や舌機能の低下によって、義歯の不具合や歯の欠損などに問題がなくても、発音・構音障害を生じることがある。

出典：口腔機能低下症に関する基本的な考え方; 日本歯科医学会（令和2年3月）

口腔バイオフィルム感染症

○　口腔バイオフィルム感染症は、発症するとその他の歯科疾患や口腔粘膜疾患又は誤嚥性肺炎などを引き起こし、生命予後の悪化や生活の質（QOL）の低下を引き起こす。

○　口腔バイオフィルム感染症の診断を目的として令和4年度診療報酬改定において口腔細菌定量検査が保険収載された。

口腔バイオフィルム感染症について（抜粋）

【特徴】

◆　障害（児）者及び在宅等において療養を行っている患者などにおいては、口腔内の著しい汚染がみられることがある。汚染の原因の一つは、**口腔内細菌の著しい増加である。これらは、口腔バイオフィルム感染症の発症により、その他の歯科疾患や口腔粘膜疾患又は誤嚥性肺炎などを引き起こし**、生命予後の悪化や生活の質（QOL）の低下を引き起こす。

◆　歯科疾患、口腔粘膜疾患、誤嚥性肺炎の発症や重症化リスクは、口腔内細菌の量と質によって決定づけることができる。

【口腔内所見】

◆　歯や歯周ポケット、義歯などへの著しいバイオフィルム（プラーク）の付着、舌苔

【診断基準】

◆　口腔内細菌数は、口腔細菌定量分析装置にて測定する。

1）舌下部の唾液をサンプルとして用いる場合、細菌数が希釈液1 mLあたり、3.16×10^6 CFU以上。

2）舌上部の表面からサンプルを採取する方法を用いた場合、細菌数が希釈液1 mLあたり、1.00×10^7 CFU以上。

出典：口腔バイオフィルム感染症に対する口腔細菌定量検査に関する基本的な考え方; 日本歯科医学会（令和4年3月）

D002-6　口腔細菌定量検査

- 舌の表面を擦過し採取されたもの又は舌の下部から採取された唾液を検体として、口腔細菌定量分析装置を用いて細菌数を定量的に測定する。
- 対象患者
  - ・在宅等において療養を行っている患者
  - ・歯科診療特別対応加算のイ、ロ又はニの状態
- 算定回数：438件（社会医療診療行為別統計R4.6月審査分）

【参考】 歯科診療特別対応加算の患者（抜粋）

イ　脳性麻痺等で身体の不随意運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態

ロ　知的発達障害等により開口保持が出来ない状態や治療の目的が理解できず　治療に協力が得られない状態

ニ　日常生活に支障を来すような症状･行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ歯科診療に際して家族等の援助を必要とする状態

口腔バイオフィルム感染症の治療と管理

○　口腔バイオフィルム感染症の診断を目的とした口腔細菌定量検査の対象は、在宅等で療養する患者又は歯科診療特別対応加算を算定する患者であり、入院中の摂食嚥下障害患者等で誤嚥性肺炎のリスクが高い患者であっても対象に含まれない場合がある。

○　処置は、口腔バイオフィルムの除去等を行い、有歯顎者ではスケーリングにより算定されるが、無歯顎者に対する処置や粘膜面の口腔バイオフィルムの除去を行った場合の評価がない。

口腔バイオフィルム感染症の治療と管理の概要

◆治療は口腔細菌定量検査の結果に基づき行う。

◆検査結果を活用し、口腔のバイオフィルムの除去等に必要な処置や管理を行う。

出典：口腔バイオフィルム感染症に対する口腔細菌定量検査に関する基本的な考え方; 日本歯科医学会（令和4年3月）

■　**口腔バイオフィルム感染症の治療の流れ（現在の取扱い）**

口腔バイオフィルム感染症

○ 歯や歯周ポケット、口腔粘膜、義歯等への著しいバイオフィルム（プラーク）の付着、舌苔

検査　**口腔細菌定量検査**※1

治療　**口腔バイオフィルム除去**（歯面※2、粘膜面※3 等の清掃）

管理　**歯科疾患管理、歯科疾患在宅療養管理**

※1　口腔細菌定量検査の対象
- 在宅等において療養を行っている患者
- 歯科診療特別対応加算のイ、ロ又はニの状態

※2　歯面の清掃：I011　歯周基本治療
1 スケーリング（3分の1顎につき）　72点
注6　区分番号D002－6に掲げる口腔細菌定量検査に基づく歯周基本治療については、1により算定する。

※3　粘膜面の清掃：算定項目なし

非経口摂取患者口腔粘膜処置

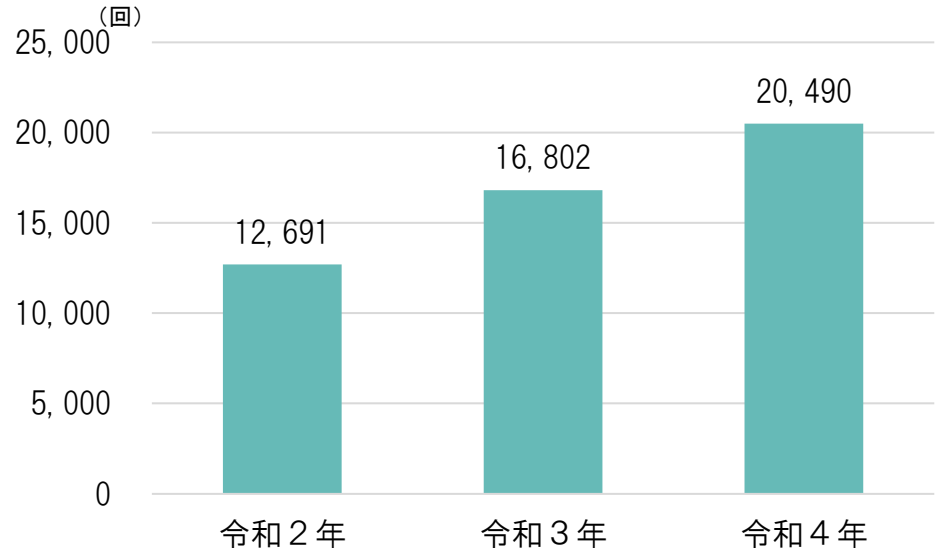
○　口腔粘膜に対する処置として、経口摂取が困難な患者に対して歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が口腔の剥離上皮膜の除去等を行った場合の評価として非経口摂取患者口腔粘膜処置があり、令和2年診療報酬改定で新設され、算定回数は増加傾向である。

○　現在の対象は、経口摂取をまったく行っていない非経口摂取患者のみであり、わずかでも経口摂取が可能な患者は対象外である。

I030-2　非経口摂取患者口腔粘膜処置（１口腔につき）　110点

- 歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、口腔衛生状態の改善を目的として、口腔清掃用具を用いて、口腔の剥離上皮膜の除去を行った場合に算定。
- 対象：経管栄養等を必要とする、経口摂取及び患者自身による口腔清掃が困難な療養中の患者であって、口腔内に剥離上皮膜の形成を伴うもの。

■非経口摂取患者口腔粘膜処置の算定回数



出典：社会医療診療行為別統計（6月審査分）

歯科口腔外科領域で実施する処置

○　歯科治療を行う上で必要な治療技術は原則として歯科点数表で規定されているが、医科と共通の技術や歯科点数表に規定されていないが医科点数表に規定されているものの一部は、各部の通則において医科点数表の例により算定することが示されている（歯科点数表第４部画像診断、第５部投薬、第６部注射、第７部リハビリテーション、第９部手術、第10部麻酔、第11部放射線治療、第14部病理診断）。

○　処置については、医科点数表の例による算定はできないが、歯科口腔外科領域で行われる処置の一部は医科点数表の処置と共通の技術がある。

＜歯科口腔外科領域でも行われる医科点数表の主な処置項目＞

区分 （医科点数表）	項目名	歯科口腔外科で行われる状況
J017-2	リンパ管腫局所注入	口腔領域のリンパ管腫に対するピシバニール局所注入療法として実施
J018	喀痰吸引	口腔悪性腫瘍や歯科疾患による急性炎症等で気管切開及び気管カニューレ装着を行った患者に対して実施
J026-4	ハイフローセラピー	進行した口腔癌等の侵襲が大きな手術の術後に起こる肺うっ血等に対して実施
J022-2	摘便	歯科疾患による長期入院患者等における便秘症や排便困難な患者に対して実施
J043-4	経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法	口腔癌、薬剤性顎骨壊死、顎骨骨髄炎等の歯科疾患を有する患者に対して、経皮経食道胃管カテーテルの造設や交換が必要な場合に実施
J063	留置カテーテル設置	歯科疾患が原因で、経口摂取不能のため中心静脈栄養が必要とされる患者等に対して実施
J115	超音波ネブライザ	全身麻酔下での口腔疾患に対する術後や口腔癌終末患者等における肺炎等に対して実施

（保険局医療課が公益社団法人日本口腔外科学会にヒアリングを行った内容を元に作成）

歯科医師と歯科技工士の連携

○　歯冠修復及び欠損補綴では、歯科医師と歯科技工士の連携が重要であり、厚生労働科学特別研究事業において歯科医師と歯科技工士の連携体制の整備等による歯科技工士の労働環境改善の提言がなされている。その取り組みのひとつとして、ICTの活用による補綴物の色調や形態の確認等が行われている。

「歯科技工業の多様な業務モデルに関する研究」厚生労働科学研究

■ 目的：将来の歯科技工士不足の問題を解決するため、歯科技工業の労働実態の把握と労働環境改善の提言を作成する。

■ 本研究の結果を踏まえた提言

＜歯科技工業の労働環境等の改善に資する提言＞

① 歯科医師と歯科技工士は歯科技工に関する認識と情報を共有する

② 歯科医師と歯科技工士が十分連携できる体制を整備する

③ 歯科技工士の職業内容に関する意識を改善させる

④ 労働契約書や就業規則を作成する

⑤ 歯科技工業を効率化する

⑥ 歯科技工士や歯科技工に関する社会の認知を向上させる

※③意識改善の取り組みの具体例

- 卒直後の歯科技工士が経済的に支えられながら歯科医療機関における臨床現場での研修が可能となる制度の設計や環境の整備
- 歯科医療機関と歯科技工所の間を結ぶためのICT の活用
- 患者に歯科技工物が試適・装着された際の状況を歯科技工士にフィードバックできる仕組みの考案

出典：平成30年年厚生労働科学研究「歯科技工業の多様な業務モデルに関する研究」

ICTを活用した歯科診療所と歯科技工所の連携の例

◆ タブレット端末と色測計の導入による歯科技工所の働き方改革と歯科医療機関・歯科技工所間連携の推進の取組例

課題

- 長時間労働の原因のひとつに、歯冠技工物のシェード（色調）の修正や再製作が多い。
- 歯科医療機関への歯科技工物の受け渡しや指示内容の確認等に時間がかかり、歯科医療機関に出向くことに1日の1/3程度の時間を費やすことがある。

取組内容

- 歯科医療機関において色測計を用いて色調を測定し、リアルタイムで歯科技工所とつなぐ。
- 歯科技工所において、シェードガイドをみながら、歯科医師に色調や形態を確認する。



【歯科医療機関】



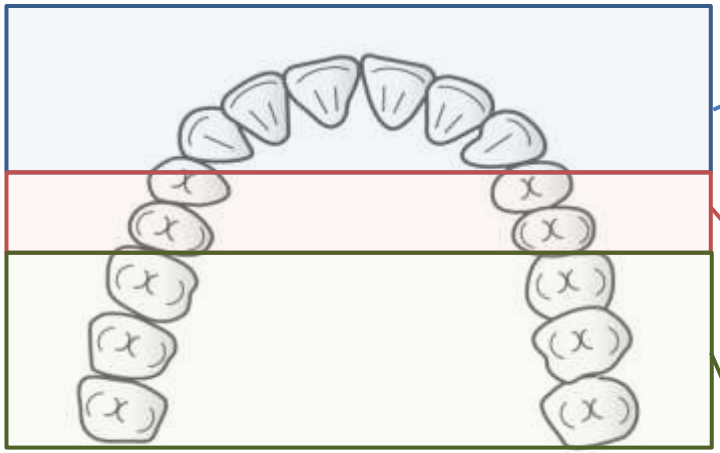
【歯科技工所】

効果と課題

- 修正・再製作数の減少傾向が認められた。
- タブレット端末や色測計の導入等に関するコストの課題がある。

出典：令和3年度歯科技工所業務形態改善等調査に係る検証事業報告書（日本歯科技工士会）を元に保険局医療課にて作成

歯の部位と歯冠修復の種類（材料）



前歯	金属使用	・4分の3冠 ・レジン前装金属冠 ・レジン前装チタン冠（R4.4～）
	金属不使用	○硬質レジンジャケット冠 ○ CAD/CAM冠（R2.9～）
小臼歯	金属使用	・5分の4冠 ・全部金属冠
	金属不使用	○硬質レジンジャケット冠 ○CAD/CAM冠（H26.4～）
大臼歯	金属使用	・全部金属冠 ・チタン冠（R2.6～）
	金属不使用	○硬質レジンジャケット冠 ○CAD/CAM冠 ・金属アレルギー患者：全ての大臼歯（H28.4～） ・金属アレルギー患者以外： 下顎第一大臼歯のみ（H29.12 ～） 第一大臼歯のみ（R2.4～） （CAD/CAM冠用材料（Ｖ）を使用する場合を除く）

臼歯（奥歯）

◆ CAD/CAM冠の要件：上下顎両側の第二大臼歯が全て残存し、左右の咬合支持がある患者に対し、過度な咬合圧が加わらない場合に限る。（金属アレルギー患者、CAD/CAM冠用材料（Ｖ）を使用する場合を除く。）

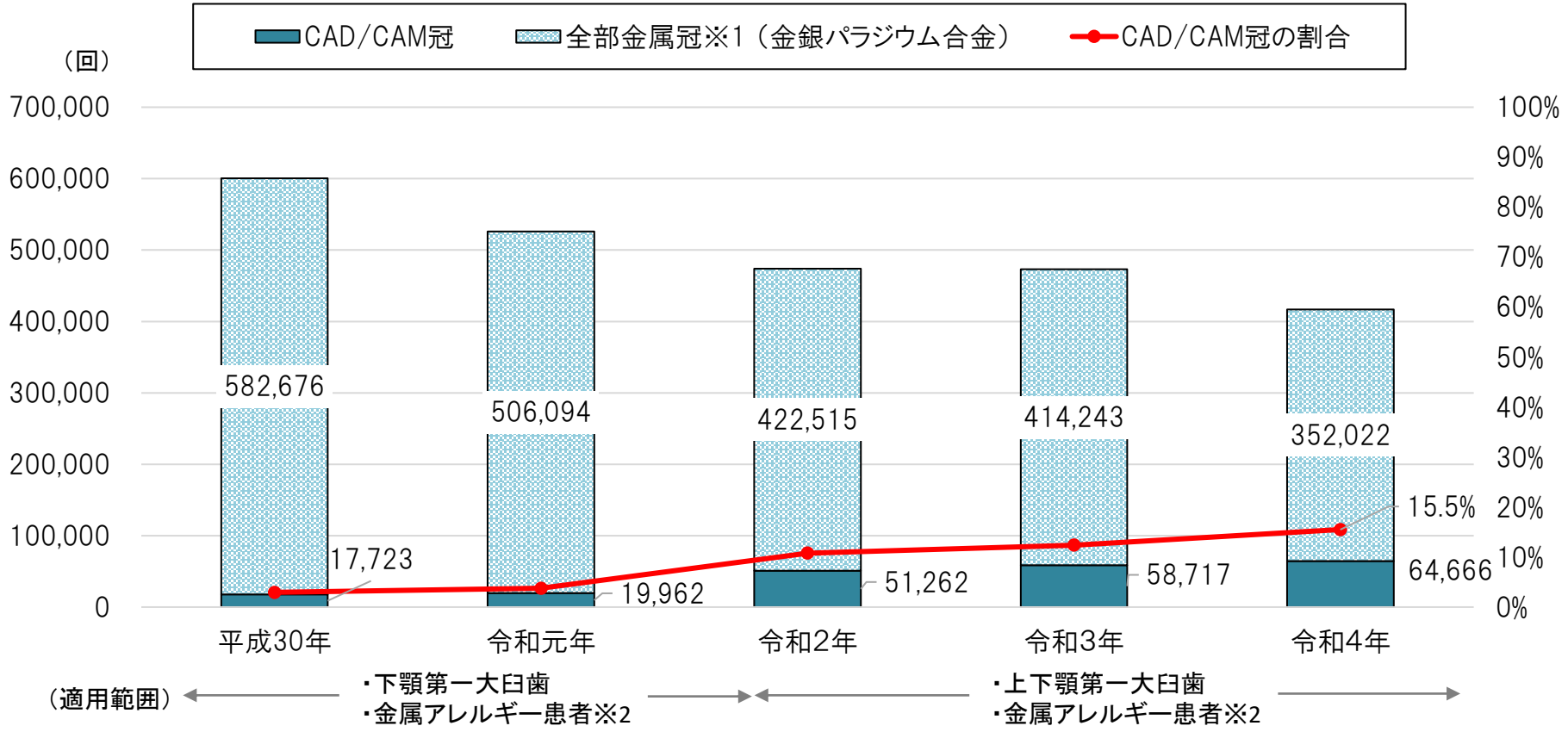
◆ CAD/CAM冠以外で歯科用貴金属以外の材料を用いる技術：
- 支台築造（ファイバーポスト）
- CAD/CAMインレー（小臼歯・第一大臼歯）
- 高強度硬質レジンブリッジ（第2小臼歯欠損の場合の臼歯3歯ブリッジ）

歯冠修復(大臼歯)の算定状況

○ 大臼歯の歯冠修復は、平成30年以降、減少傾向にある。

○ 全部金属冠（金銀パラジウム合金）は年々減少している一方でCAD/CAM冠は増加しており、令和４年は約16%となっている。

＜CAD/CAM冠、全部金属冠(大臼歯)の算定回数＞



※1　全部金属冠にはブリッジの支台装置も含まれる。
※2　金属アレルギー患者は全ての大臼歯が保険適用となる。

出典：社会医療診療行為別統計（6月審査分）

CAD/CAM 冠の適応範囲

○ ハイブリッドレジンによるCAD/CAM冠は、咬合条件等を満たす場合の第一大臼歯又は金属アレルギーを有する患者が適応となっており、金属アレルギーを有する患者以外では、第二大臼歯に使用することはできない。

M015-2　CAD/CAM 冠（１歯につき）

・CAD/CAM冠は以下のいずれかに該当する場合に算定する。

イ 前歯又は小臼歯に使用する場合

ロ 上下顎両側の第二大臼歯が全て残存し、左右の咬合支持がある患者に対し、過度な咬合圧が加わらない場合等において、CAD/CAM冠用材料（Ⅲ）を第一大臼歯に使用する場合

ハ 歯科用金属を原因とする金属アレルギーを有する患者において、CAD/CAM冠用材料（Ⅲ）を大臼歯に使用する場合（医科の保険医療機関又は医科歯科併設の医療機関の医師との連携の上で、診療情報提供（診療情報提供料の様式に準ずるもの）に基づく場合に限る。）

二 大臼歯にCAD/CAM冠用材料（Ⅴ）を使用する場合

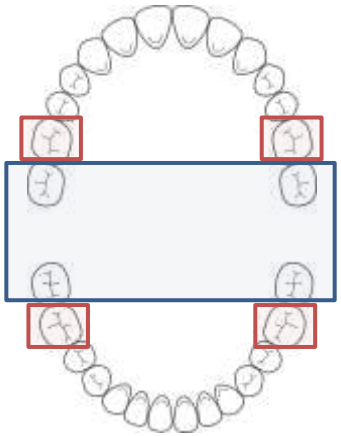
＜大臼歯（CAD/CAM冠用材料（Ⅲ）※）の適用範囲＞

（※CAD/CAM冠用材料（Ⅲ）：大臼歯部の歯冠補綴物を製作するためのレジン材料。シリカ微粉末とそれを除いた無機質フィラーを含有するもの。）

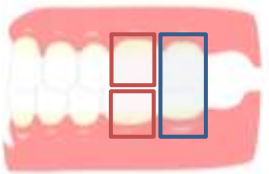
・第一大臼歯：右図の□部位

・上下顎両側第二大臼歯がすべて残存し、左右の咬合支持があること：右図の□の部分がすべて残って、かみ合わせがあること

・過度な咬合圧が加わらない場合



（横から見た場合）



大臼歯CAD/CAM冠装着後の予後

○ 4年間の後ろ向きコホート研究において、大臼歯のCAD/CAM冠装着歯の予後に、装着部位による統計学的な有意差は認められない。

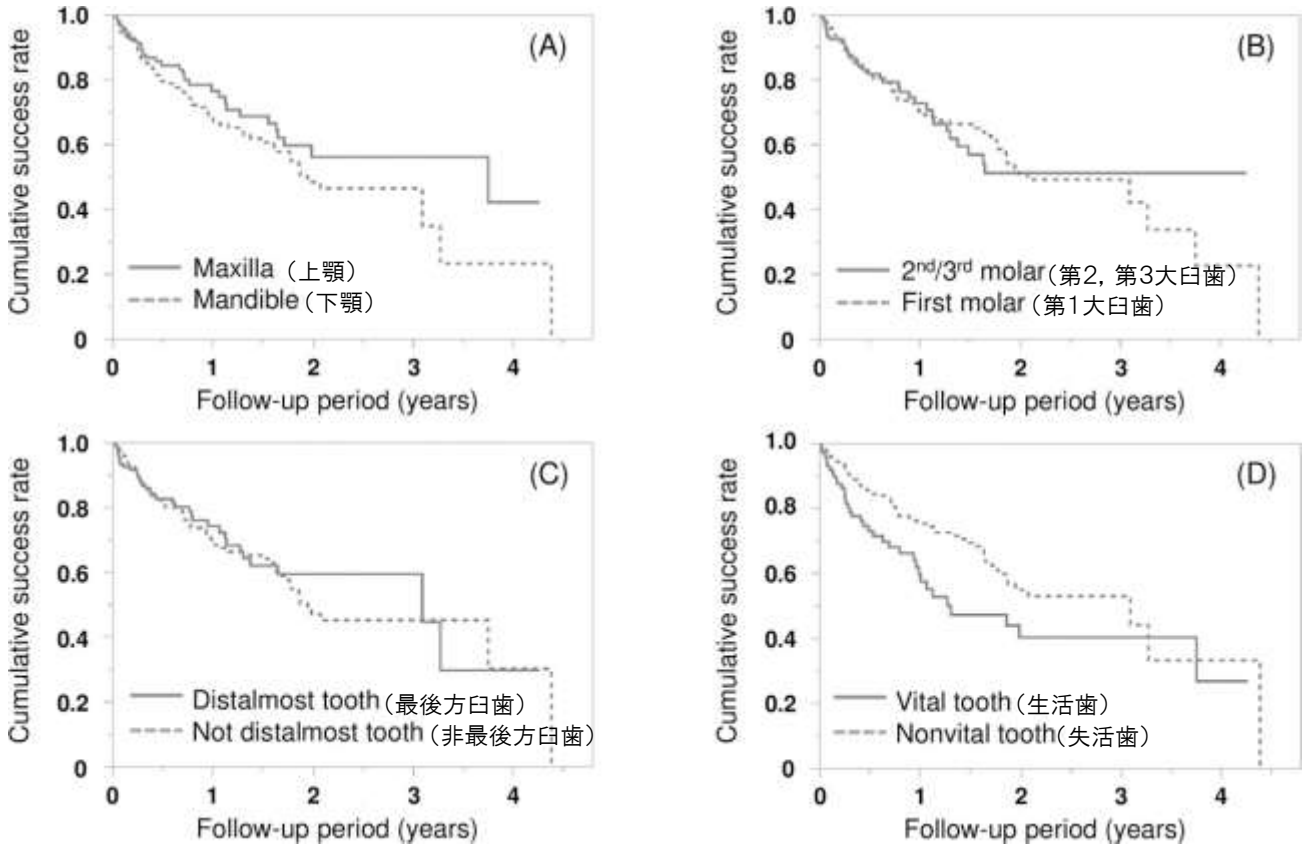
＜CAD/CAM冠治療患歯の予後に関する後ろ向きコホート研究の結果＞

■ 対象:
2016年6月から2021年3月の期間で研究機関2施設においてCAD/CAM冠治療を受けた大臼歯

■ 方法:
- 対象患歯に対して診療記録に基づく後ろ向きコホート研究。
- 共変量としての歯の位置に関するパラメータはログランク検定を実施。

■ 結果:
- 装着歯の累積生存率において第二、三大臼歯群と第一大臼歯群において有意差が認められなかった(B)。
- 最後方臼歯群と非最後方臼歯群においても同様の結果を示した(C)。

(A) Maxilla/mandible (P = 0.170), (B) 2nd/3rd molar and 1st molar (P = 0.971), (C) distalmost tooth/not distalmost tooth (P = 0.568), and (D) vital tooth/nonvital tooth (P = 0.011)



出典：Inomata M, Harada A, Kasahara S, et al. Potential complications of CAD/CAM-produced resin composite crowns on molars: A retrospective cohort study over four years. PLoS ONE 2022; 17(4)から引用

再掲

クラウン・ブリッジ維持管理料

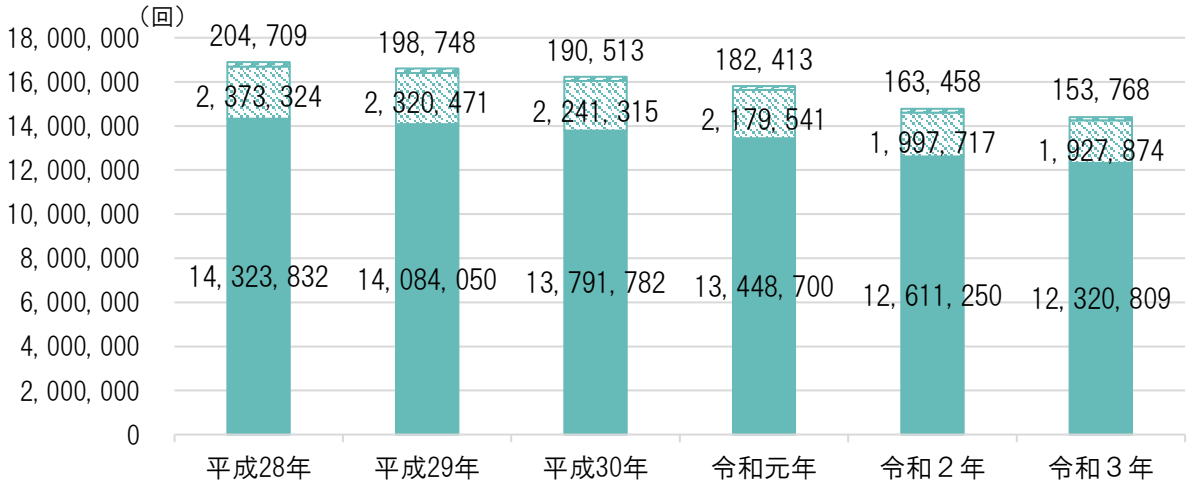
○　クラウン･ブリッジ維持管理料は、施設基準の届出を行った歯科医療機関において、歯科補綴物又はブリッジの装着した患者に対して算定され、98.4%の歯科医療機関で届出が行われている（令和4年時点で68,656施設）。

M000-2　クラウン・ブリッジ維持管理料

- 歯冠補綴物：**100点**
- 支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合：**330点**
- 支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合：**440点**

- クラウン･ブリッジ維持管理料を保険医療機関単位で算定する旨を地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯冠補綴物又はブリッジを製作し、当該補綴物を装着した患者に対して、当該維持管理の内容に係る情報を文書により提供した場合に算定。
- 歯冠補綴物又はブリッジを保険医療機関において**装着した日から起算して2年以内に、当該保険医療機関が当該補綴部位に係る新たな歯冠補綴物又はブリッジを製作し、当該補綴物を装着した場合の補綴関連検査並びに歯冠修復及び欠損補綴の費用が含まれる。**
- 当該保険医療機関において歯冠補綴物又はブリッジを装着した日から起算して2年以内に行った次に掲げる診療に係る費用は、別に算定できない。
  - イ 当該歯冠補綴物又はブリッジを装着した歯に対して行った充填
  - ロ 当該歯冠補綴物又はブリッジが離脱した場合の装着
- 通則第4号に掲げる加算を算定する場合又は区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定は算定できない。

■クラウン･ブリッジ維持管理料の算定回数



■届出医療機関数
- **令和2年：69,169施設**
- **令和3年：68,834施設**
- **令和4年：68,656施設**

※令和4年の歯科医療機関数（保険医療機関）：69,807施設

- クラウン・ブリッジ維持管理料（支台歯とポンティックの数の合計が６歯以下の場合）
- クラウン・ブリッジ維持管理料（支台歯とポンティックの数の合計が５歯以下の場合）
- クラウン・ブリッジ維持管理料（歯冠補綴物）

出典：社会医療診療行為別統計（6月審査分）

修復物等の生存期間

○　臼歯部修復物の予後を調査した研究において、金属歯冠修復（4/5冠、メタルクラウン）の平均生存率は3,000日を超え、5年生存率は約8割であるという報告がある。また、金属歯冠修復の再治療の原因で最も多いのは、4/5冠では二次う蝕、メタルクラウンでは根尖性歯周炎であった。

■各種修復物の平均生存期間と再治療率

修復物名	対象歯数	再治療歯数	再治療率（%）	平均生存期間（日）*
メタルインレー	103	29	28.16	3804
コンポジットレジン	245	87	35.51	3532
4/5冠	58	20	34.48	3332
メタルクラウン	118	44	37.29	3276
メタルブリッジ	125	75	60.00	2557
計	649	255	39.29	3323

* Kaplan-Meier 法により算出

■再治療の原因

	二次う蝕	脱落	根尖性歯周炎	辺縁性歯周炎	便宜的	歯髄炎	その他	合計
メタルインレー	21	6	0	0	0	2	0	29
コンポジットレジン	68	0	3	3	9	3	1	87
4/5冠	10	1	1	3	1	2	2	20
メタルクラウン	6	10	16	4	4	0	4	44
メタルブリッジ	17	21	14	11	5	2	5	75
計	122	38	34	21	19	9	12	255

■各種修復物の3年、5年、10年生存率

修復物名	生存率（%）		
	3年	5年	10年
メタルインレー	91.6	88.0	67.5
コンポジットレジン	87.0	73.5	60.4
4/5冠	91.2	78.4	60.5
メタルクラウン	87.0	74.8	55.8
メタルブリッジ	78.8	55.6	31.9
計	86.3	72.9	55.0

■ 対象：
1999年1月から2005年3月の期間に歯科診療所（一カ所）で修復物治療を受けた95人、649歯（臼歯）
修復物を用いた治療を受け、その後定期健診やその他の治療で1回以上来院した患者

■ 調査修復物
コンポジットレジン、メタルインレー、4/5冠、メタルクラウン、メタルブリッジ

■ 方法：
- 対象患歯に対して診療録に基づく後ろ向き観察研究
- 生存期間：再治療が行われなかった場合は、患歯に対して修復物が充填もしくは装着された日から最終来院日
  再治療もしくは患歯に抜歯が必要であると判断された場合は、判断された日まで
- 修復ごとの生存期間の算出のためにKaplan-Meier法を用いた

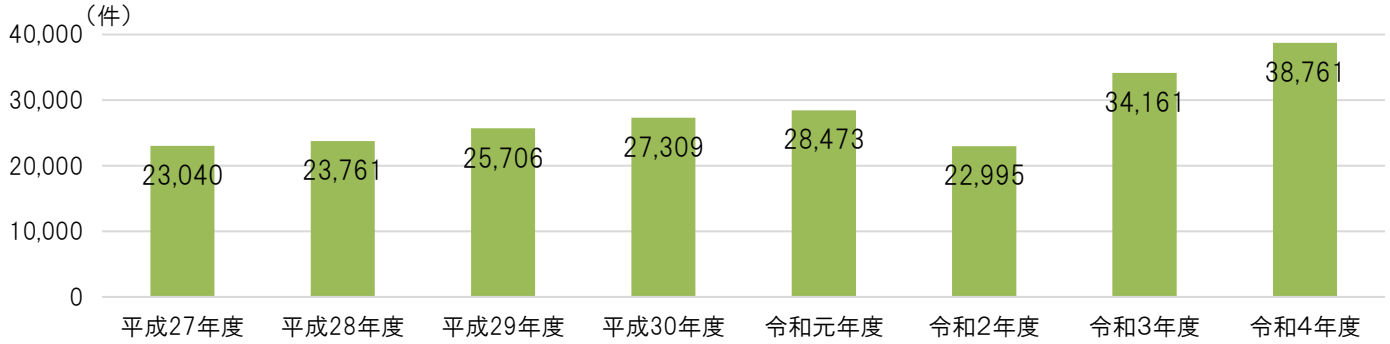
出典：臼歯部修復物の生存期間に関連する要因、口腔衛生会誌 58: 16–24, 2008

歯科矯正について

○　歯科矯正治療は歯列不正や不正咬合に対する治療であり、①厚生労働大臣が定める疾患に起因する咬合異常が認められる場合、②3歯以上の永久歯萌出不全（埋伏歯開窓術を必要とするもの）、③顎変形症（顎離断等の手術を必要とするもの）について、保険給付の対象としている。

保険適応	対象疾患名等
平成29年以前	唇顎口蓋裂、顎変形症の手術前後、ゴールデンハー症候群（鰓弓異常症を含む）、鎖骨頭蓋異形成症、トリーチャ・コリンズ症候群、ピエール・ロバン症候群、ダウン症候群、ターナー症候群、ベックウィズ・ウイーデマン症候群、ラッセル・シルバー症候群、顔面半側萎縮症、先天性ミオパチー、顔面半側肥大症、エリス・ヴァンクレベルド症候群、軟骨形成不全症、外胚葉異形成症、神経線維腫症、基底細胞母斑症候群、ヌーナン症候群、マルファン症候群、プラダー・ウィリー症候群、顔面裂、筋ジストロフィー、大理石骨病、色素失調症、口腔・顔面・指趾症候群、メビウス症候群、歌舞伎症候群、クリッペル・トレノネー・ウェーバー症候群、ウイリアムズ症候群、ビンダー症候群、スティックラー症候、小舌症、頭蓋骨癒合症（クルーゾン症候群及び尖頭合指症を含む）、骨形成不全症、フリーマン・シェルドン症候群、ルビンスタイン・ティビ症候群、染色体欠失症候群、ラーセン症候群、濃化異骨症、6歯以上の先天性部分性無歯症、CHARGE症候群、マーシャル症候群、成長ホルモン分泌不全性低身長症、ポリエックス症候群、クラインフェルター症候群、リング18症候群、リンパ管腫、全前脳胞症、偽性低アルドステロン症、ソトス症候群、グリコサミノグリカン代謝障害（ムコ多糖症）
平成30年	3歯以上の永久歯萌出不全（ 前歯永久歯が3歯以上の萌出不全である場合に限る。） 脊髄性筋委縮症、その他顎・口腔の先天異常（※）
令和2年	線維性骨異形成症、スタージ・ウェーバ症候群、ケルビズム、偽性副甲状腺機能低下症、Ekman-Westborg-Julin症候群、常染色体重複症候群
令和4年	巨大静脈奇形（頸部口腔咽頭びまん性病変）、毛髪・鼻・指節症候群（Tricho-Rhino-Phalangeal症候群）、 前歯及び小臼歯の永久歯のうち3歯以上の萌出不全に起因した咬合異常（埋伏歯開窓術を必要とするもの）

■「歯科矯正」の算定件数　（社会医療診療行為別統計で歯科矯正に関する項目が算定されているレセプト件数）

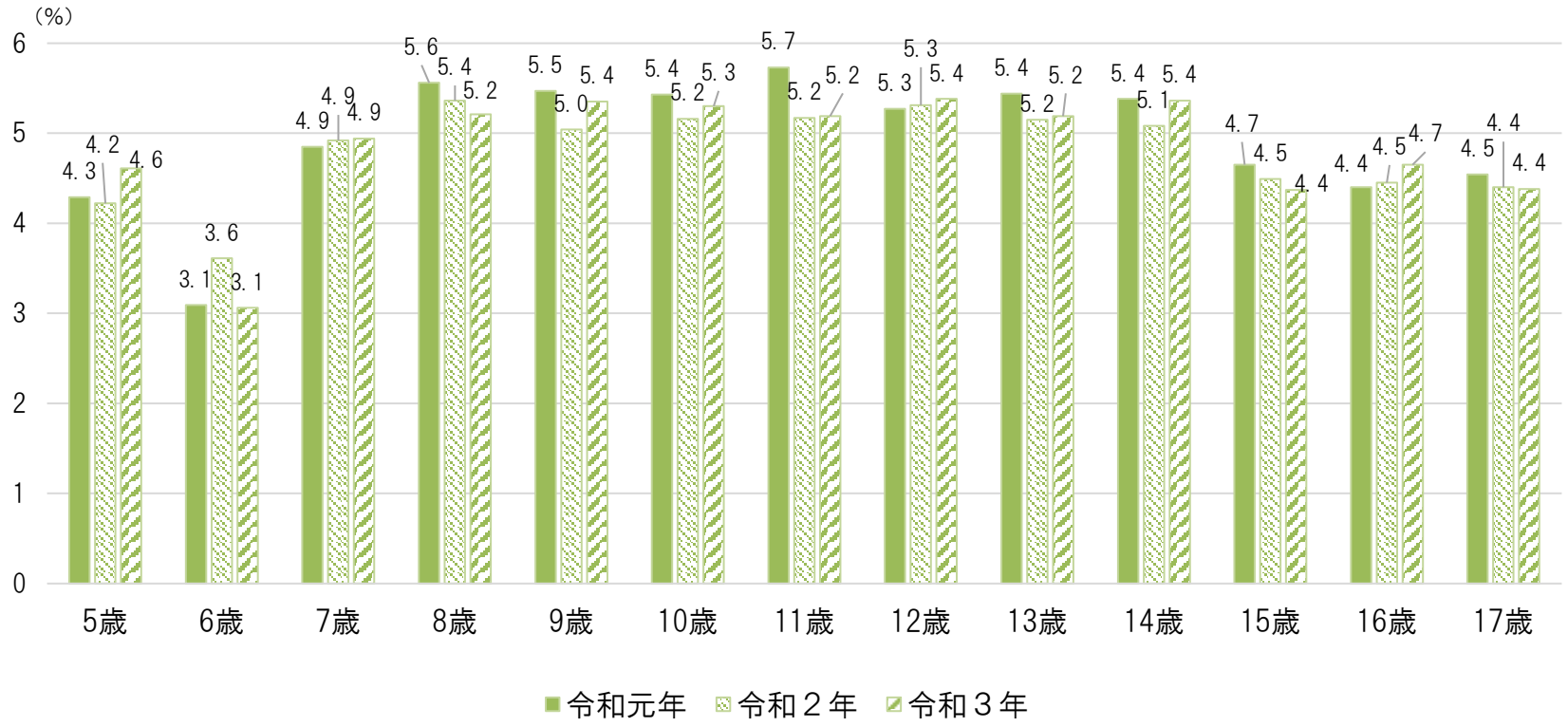


出典：社会医療診療行為別統計（6月審査分）

不正咬合の疑いがある者の割合

○　学校歯科健診において、「歯列・咬合」について不正咬合の疑いがあると指摘された者（５～17歳）の割合は概ね４～５％であった。

■　不正咬合の疑いがある者の割合



※不正咬合の疑いがある者：学校歯科健診において「歯列・咬合」が「不正咬合の疑いがあり専門医による診断が必要」とされた者

出典：文部科学省　学校保健統計調査より抜粋

歯科矯正治療の流れ（イメージ）

○　学校歯科健診において「歯列・咬合」に不正咬合の疑いがある場合は、歯科医師による診断が必要とされる。受診した場合、保険給付の対象となる疾患を疑い、歯科パノラマ断層撮影を行った場合は算定可能である旨を示している。

＜学校歯科健診で歯列・咬合について歯科医師による診断が必要とされた場合の診療の流れ（イメージ）＞

【学校歯科健診】
歯列・咬合：専門医（歯科医師）による診断が必要

必要に応じて学校歯科医による健康相談

検査・診断を希望

未受診

※疑義解釈資料の送付について（その1）（令和4年3月31日事務連絡）

問　健康診断の結果等を踏まえて保険医療機関を受診した患者に対して、前歯及び小臼歯のうち3歯以上の永久歯萌出不全又は顎変形症等の保険給付の対象となる疾患を疑い、歯科パノラマ断層撮影を行った場合において、通則第5号に規定する電子画像管理加算、区分番号「E000」写真 診断の「2」の「イ」歯科パノラマ断層撮影及び区分番号「E001」歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織の「2」の「イ」歯科パノラマ断層撮影の場 合は算定可能か。

答　算定可。

保険適用（現行）

①厚生労働大臣が定める**疾患に起因する咬合異常**が認められる場合
②3歯以上の**永久歯萌出不全**（**埋伏歯開窓術を必要**とするもの）
③顎変形症（**顎離断等の手術を必要**とするもの）

受診 → **保険適用の可否を判断（歯科医師）** → 基礎情報の収集・分析 → 診断 → **保険適用の可否を判断（歯科医師）**

基礎情報の収集・分析：
- 診察
- 検査
  - ✓ 顔面・口腔内写真、**X線写真**、口腔模型など
  - ✓ 早期接触・口腔習癖の有無など
  （※必要に応じて口腔機能発達不全症の評価、診断）
- 問題リストの作成、評価、診断
  - ✓ 保険適用の可否を判断

保険適用の可否を判断（歯科医師）：
- **歯科矯正治療開始**（必要に応じて追加の検査等を含む）
  ※保険診療は厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届出を行った保険医療機関において実施
- **口腔機能発達不全症に対する管理・訓練**
- **経過観察**
- 保険適用外の場合は、その旨を説明
- 希望する場合は、自由診療で歯科矯正治療開始もしくは、適切な医療機関を紹介

歯科診療報酬における局所麻酔薬の算定について

○　歯科診療報酬においては、手術等に伴い麻酔を行った場合の薬剤料が（技術料に包括されており）算定できないものが多い。
○　薬剤料を算定できない主な治療として、根管治療やう蝕治療、抜歯等が挙げられる。

第８部 処置

通則7　120点以上の処置又は特に規定する処置の所定点数は、当該処置に当たって、表面麻酔、浸潤麻酔又は簡単な伝達麻酔を行った場合の費用を含む。

第９部 手術

通則11　手術の所定点数は、当該手術に当たって、表面麻酔、浸潤麻酔又は簡単な伝達麻酔を行った場合の費用を含む。

第12部　歯冠修復及び欠損補綴

M 001　　歯冠形成（１歯につき）
　注11 麻酔、薬剤等の費用及び保険医療材料料は、所定点数に含まれる。
M001-2　う蝕歯即時充填形成（１歯につき）
　注２　麻酔、歯髄保護処置、特定薬剤、窩洞形成等の費用は、所定点数に含まれる。

薬剤料を算定できない主な処置等

歯髄切断、抜髄、スケーリング・ルートプレーニング、
歯周ポケット掻爬
抜歯
歯冠形成、う蝕歯即時充填形成、う蝕歯インレー修復形成

算定できない薬剤料への対応

～昭和49年6月	70点以上の処置
昭和49年11月	100点以上の処置
昭和56年6月～	120点以上の処置

歯科診療における麻酔の算定に係る評価の見直し

歯科麻酔薬の算定方法の見直し

➢ 歯科点数表第9部「手術」の所定点数に包括されている歯科麻酔薬の算定方法を見直す。

現行	改定後
【手術（通則）】 11　手術の所定点数は、当該手術に当たって、表面麻酔、浸潤麻酔又は簡単な伝達麻酔を行った場合の費用を含む。	【手術（通則）】 11　手術の所定点数は、当該手術に当たって、表面麻酔、浸潤麻酔又は簡単な伝達麻酔を行った場合の費用を含む。**ただし、麻酔に当たって使用した薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣の定めるところにより算定できる。**







歯科医療についての現状と課題①

（かかりつけ歯科医機能に係る評価について）

- 歯科医師が考える「かかりつけ歯科医が担うべき役割」と患者が「かかりつけ歯科医に求めるもの」は、ともに既往歴、現病歴や家族背景等の把握に関することが最も多い。また、現在受診中の歯科診療所を選んだ理由は、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所（以下、「か強診」）と「か強診」以外の診療所のいずれも「かかりつけの歯科診療所だから」が最も多かった。
- 「か強診」の施設基準届出医療機関数は令和４年で歯科医療機関の約17%であり、平成30年以降微増となっている。「か強診」の届出を行っていない理由は、過去１年間の歯科訪問診療の実績又は依頼に関する項目が62.6%で最も多かった。
- 定期的な口腔管理を行う患者の割合が50%以上である施設の割合は、「か強診」では29.0%、「か強診」以外の歯科診療所では19.1%と、「か強診」の方が多く、患者調査においても、「定期的に通院している」と回答した患者の割合は、通院年数にかかわらず「か強診」の方が多かった。また、地域保健活動や在宅医療・介護連携に取り組んでいる割合も「か強診」の方が多い。
- 小児期の各ライフステージにおいて「かかりつけ歯科医師」を持つことの必要性が示されている。また、口腔機能管理に関しては療養上必要な指導として、小児口腔機能管理料もしくは口腔管理料で評価されている。しかし、現在の「か強診」の施設基準では、小児の歯科診療に関する内容や口腔機能管理の実績要件が含まれていない。

（院内感染防止対策に係る評価について）

- 歯科治療は、その特性から医療関連感染のリスクを常に有しており、これまで感染防止対策は基本診療料及び歯科外来診療環境体制加算で評価を行ってきたが、新型コロナウイルス感染症の流行以降、診療時の感染対策の取組内容は更に増加している。
- 感染対策と医療安全の要素が含まれている歯科外来診療環境体制加算の届出医療機関数は増加しており、令和４年で約半数が届出を行っている。届出を行っていない理由としては、AED等の機器の整備や人員要件満たせないことが多い。
- 新型コロナウイルスの感染拡大下において、新型コロナウイルス感染症患者に対する歯科診療を行った歯科医療機関は12.3%であり、治療内容は「急性症状への対応」が78.9%で最も多かった。

（歯科疾患の重症化予防に係る評価について）

- エナメル質初期う蝕に罹患している患者に対する管理・処置は、「か強診」の場合は歯科疾患管理料のエナメル質初期う蝕管理加算で、「か強診」以外の歯科診療所については、歯科疾患管理料を算定している患者に対してフッ化物歯面塗布処置で評価しており、算定回数は近年増加傾向となっている。一方、治療管理の内容は、口腔内カラー写真撮影の割合を除き、両者とも同様となっている。
- 初期の根面う蝕については、フッ化物歯面塗布処置で評価されており、算定回数は近年増加傾向である。初期の根面う蝕に対する管理については、2022年に非切削でのマネジメントを新たな観点とした診療ガイドラインが作成された。

歯科医療についての現状と課題②

- 歯周基本治療等を終了後の歯周病の継続的な管理の評価である歯周病重症化予防治療と歯周病安定期治療は、いずれも算定回数は近年増加している。一方で、これらの対象となる可能性があるにもかかわらず算定をしない患者がいた医療機関も一定数存在していた。
- 歯周病安定期治療から歯周病重症化予防に移行した（歯周病の状態が改善したと考えられる）患者がいる施設の割合は、「か強診」が17.1%、「か強診」以外の歯科診療所で12.1%であった。
- 歯科衛生実地指導の内容について、「口腔機能の回復もしくは維持に関する実地指導」は36.8%で行われていたが、一方で時間内に十分に実施できていないと考える内容としても口腔機能に関する内容が36.5%であった。

（電話や情報通信機器を用いた歯科診療に係る評価について）

- 新型コロナウイルスの感染拡大による特例として認められている電話や情報通信機器を用いた診療は、令和2年4月以降初診の患者に対して3.9%、再診の患者に対して12.8%の歯科診療所で実施されていた。
- 電話や情報通信機器を用いた歯科診療については、「行う予定はないが機会があれば行いたい」と考えている施設は37.0%であり、その内容は歯科専門医との連携が48.2%で最も多かった。

（歯科固有の技術等に係る評価について）

- 歯の外傷・脱臼は、小児期・学齢期で多く起こり、永久歯の形成等に影響する場合があるが、外傷後の安全管理等を目的とする口腔内装置は、現在の診療報酬で評価されている「口腔内装置」の対象となっていない。
- 舌接触状態等を変化させることで摂食・嚥下機能の改善を目的とする舌接触補助床について、口腔機能低下症で舌の運動機能等が低下した患者は対象となっていない。
- 口腔バイオフィルム感染症の診断を目的とした口腔細菌定量検査の対象は、在宅等において療養を行っている患者等に限定されており、入院中の患者等で誤嚥性肺炎のリスクが高い患者が対象に含まれない場合がある。また、無歯顎者に対する処置や粘膜面の口腔バイオフィルムの除去を行った場合の評価がない。
- 主に歯科口腔外科領域で行われる処置で歯科点数表にない項目について、その一部は医科点数表の処置と共通の技術であるが、処置の部については医科点数表の例による算定ができないため歯科診療報酬では算定できないものがある。
- 歯科医師と歯科技工士の連携について、業務効率化等の観点も含め、ICTを活用した色調採得の取組が行われている。
- ハイブリッドレジンによる大臼歯のCAD/CAM冠の適応部位は金属アレルギー患者を除き第一大臼歯にが限定されているが、近年、装着部位によって予後に統計学的な有意者がないことが報告されている。
- クラウン・ブリッジ維持管理料の対象である金属歯冠修復について、5年生存率が約8割であることが報告されている。
- 学校歯科健診において歯列・咬合について不正咬合の疑いがあると指摘された者について、保険給付の対象となる疾患を疑い、歯科パノラマ断層撮影を行った場合の扱いを疑義解釈で示しているが、その取扱いについて必ずしも明確ではない。

歯科医療についての論点①

（かかりつけ歯科医機能に係る評価について）

○ 現在、「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」の施設基準を届け出ている歯科診療所は、エナメル質初期う蝕管理や歯周病安定期治療、地域保健活動、在宅医療・介護連携の取組等を実施している割合が高く、さらに継続的・定期的な管理（歯科疾患の重症化予防等に関する継続的な管理）を行っている患者の割合も高い。一方で、患者の多くは「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」の施設基準の届出の有無に関わらず、自身が通院中の歯科診療所を「かかりつけの歯科診療所」であると考えている現状を踏まえ、かかりつけ歯科医機能の評価のあり方について、施設基準の名称も含め、どのように考えるか。

○ かかりつけ歯科医機能の評価のための施設基準として、小児期から高齢期までのライフコースを通じた口腔の管理をさらに推進し、また在宅療養支援歯科診療所の役割との違いを明確にする観点から、現行のかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準に加え、

- 継続的・定期的な管理を実施していることの実績の評価
- 小児に求められるかかりつけ歯科医の役割を踏まえた研修
- 在宅医療を専門に行う歯科医療機関でないことの届出
- 歯科訪問診療の依頼がない施設においては地域の在宅歯科医療の連携窓口等との連携による歯科訪問診療の体制確保

等を追加してはどうか。

○ 現在のかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準に含まれているクラウン・ブリッジ維持管理料について、約98%の歯科医療機関で届出が行われていることを踏まえ、かかりつけ歯科医機能の評価としては施設基準の要件から削除してはどうか。

○ かかりつけ歯科医による口腔機能管理を推進する観点から、継続的・定期的な口腔の管理を行っている歯科医療機関による小児口腔機能管理料や口腔機能管理料の診療報酬上の評価についてどのように考えるか。

（院内感染防止対策に係る評価について）

○ 歯科外来診療の特性を踏まえ、患者にとってより安全で安心できる環境の体制整備を評価した歯科外来診療環境体制加算について、院内感染対策に係る評価と医療安全に係る評価の内容が混在している現状を踏まえ、それぞれ別々の評価として整理、見直しを行うことについてどのように考えるか。また、その際に、それぞれの施設基準の要件についてどのように考えるか。

○ 今後、新興感染症等が発生・まん延した場合の歯科医療提供体制の構築を進める観点から、

- 新興感染症等に罹患した患者の歯科治療に対応可能な体制整備の評価
- 実際に、新興感染症等に罹患した患者の歯科治療を行う場合の評価

等についてどのように考えるか。

歯科医療についての論点②

（歯科疾患の重症化予防に係る評価について）

○ う蝕の重症化予防について、
- 歯科訪問診療を行ううう蝕多発傾向者に対するフッ化物歯面塗布処置の評価
- 歯科疾患管理料エナメル質初期う蝕管理加算とフッ化物歯面塗布処置にわかれていることを踏まえ、管理及び処置の評価の見直し
- 中年期から高齢期に多発する初期の根面う蝕の管理・処置の非切削による管理の評価

等についてどのように考えるか。

○ 歯周病の重症化予防に関する評価である歯周病重症化予防処置及び歯周病安定期治療について、
- 糖尿病患者の歯周病安定期治療に関する実施間隔や評価
- 歯周病安定期治療から歯周病重症化予防に移行する場合の評価のあり方

等についてどのように考えるか。

○ 歯科衛生士による実地指導の評価について、口腔機能に関する指導等が実施されている実態を踏まえて、歯科衛生実地指導料の評価のあり方についてどのように考えるか。

（電話や情報通信機器を用いた歯科診療に係る評価について）

○ 新型コロナウイルスの感染拡大時の臨時的な取扱いにおける実施状況等を踏まえ、電話や情報通信機器を用いた歯科診療の評価やかかりつけ歯科医と連携した遠隔医療の評価について、どのように考えるか。

（歯科固有の技術等に係る評価について）

○ 小児の外傷歯に対して外傷後の安全管理、重症化予防等の観点から、小児における外傷歯の保護を目的とした口腔内装置の評価をどのように考えるか。

○ 舌接触補助床について、舌の筋力や運動機能の低下等がみられる口腔機能低下症の患者を対象とすることについてどのように考えるか。

○ 口腔バイオフィルム感染症の診断および処置について、入院中の摂食嚥下障害患者等で誤嚥性肺炎のリスクが高い患者等に対する口腔細菌定量検査や非経口摂取患者口腔粘膜処置の対象患者等についてどのように考えるか。

○ 医科点数表の処置の部で評価されている技術の一部のうち、歯科口腔外科領域でも実際に行われているものについて、実態を踏まえて当該技術の評価をおこなってはどうか。

○ より質の高い歯科医療の提供を推進する観点から、ICTの活用を含む歯科技工士と歯科医師の連携の評価についてどのように考えるか。

○ ハイブリッドレジンによる大臼歯CAD/CAM冠の適用範囲を拡大することについてどのように考えるか。

○ クラウン・ブリッジ維持管理料について、当該管理料の対象についてどのように考えるか。

○ 歯科矯正治療について、学校歯科健診で不正咬合の疑いがあると判断されて受診した患者の検査・診断等の評価についてどのように考えるか。

○ 歯科麻酔の技術料及び薬剤料が包括されている処置等の技術における歯科用麻酔薬の薬剤料の算定方法についてどのように考えるか。

中医協　総－５
５．　１２．　１５

外来（その４）

情報通信機器を用いた診療

１．情報通信機器を用いた診療の現状について

２．情報通信機器を用いた診療による疾病管理について

情報通信機器を用いた診療に係る中医協総会等における主なご意見

＜令和５年５月17日 中医協総会　医療計画について ＞

○　へき地医療については、資料の52ページ、53ページで紹介されている成功事例を参考にしながら、質の高いオンライン診療や情報通信機器を活用した医療従事者間の連携を推進することが必要。

○　へき地においては、オンライン診療としてD to P with Nが有効であるということはもちろんだが、それ以外にも遠隔医療として、看護師によるオンラインを活用した療養指導の取組や、へき地にいる看護師が、専門性の高い看護師に支援、助言を求めるN to Nの形もあり、今後、遠隔医療及びオンライン診療の推進に向けては、幅広く検討していくべき。

＜令和５年６月21日 中医協総会　外来について（その１）＞

○　オンライン診療については質と安全性の確保、患者のプライバシー等がしっかりなされているかが重要。

○　不適切なオンライン診療を防ぐためには、本年３月にオンライン診療の適切な実施に関する指針が一部改定されたところ。安全性、必要性、有効性の視点から、学会のガイドライン等を踏まえて、適切な診療を実施しなければならないことや、ホームページや院内掲示等において、指針を遵守した上で実施している旨を公表することなどが追加されたため、これらが遵守されているのかどうかも評価する際の重要な視点となる。

○　オンライン診療は診療を受ける場の選択肢を広げるものであるが、対面を希望する患者には対面診療を提供できる体制が重要。

○　オンライン診療において、かかりつけ医と薬剤師薬局が適切に連携し医療を提供することが重要。

○　オンライン診療は対面診療と比べ、メリット・デメリット両方があることを踏まえ、適切にオンライン診療の活用を推進していくべき。医療資源にも保険財政にも限りがあることを踏まえ、上手な医療のかかり方も意識して、患者が適切にオンライン診療を利用できることが重要であり、動向を注視していくべき。

○　遠隔連携診療料は算定実績が極めて乏しいので、課題を明らかにしたうえで改めて議論する必要がある。

＜令和５年９月27日　中医協基本問題小委員会＞

○　オンライン診療について、オンライン診療の適切な実施に関する指針には、睡眠薬の処方は初診では行わないこととされているにもかかわらず、情報通信機器を用いた初診に係る傷病名では不眠症が上位にあるなど、不適切な運用がなされている可能性が示唆されているため、更なる分析を進め、健全な形でオンライン診療を普及させるべき。

情報通信機器を用いた診療に係る中医協総会等における主なご意見

＜令和５年11月８日 中医協総会＞

○　不適切なオンライン診療が増え、患者と医療者に不安や不信が生じることが普及に対して最大のブレーキとなる。効率性や利便性のみを重視した安易な拡大は、不適切な診療につながりやすく、普及にとって逆効果となる。医療においては一旦何か問題が生じた場合には、取り返しがつかないという特性があるため、有効性と特に安全性を確保し、着実に広げていくことで、安心と信頼を高めることこそがオンライン診療の最大の普及策になる。

○　医師の所在や患者さんの所在についても、保険医療機関が毎年７月に行う定例報告において、オンライン診療の指針で求められている対面審議を行う体制が確保できているかを一定程度は把握できるが、この定例報告は報告事項の意図や記載すべき内容が現場に浸透できるよう、また実態を十分に捕捉できるように報告内容の見直しをすべき。また、入院・外来分科会調査あるいはマイナ保険証に記載されている住所情報などで補うことも、今後の分析の方法として検討すべき。

○　指針では、オンライン診療が困難な場合に連携する他の医療機関で対面診療を実施することが認めている。患者が速やかにアクセスできない医療機関において、直接の対面診療ができる体制があるのかどうかは疑問。患者所在地と医療機関の距離などを尺度にして分析を深めるべき。

○　睡眠薬の中で、依存性の高い薬物、特にいわゆるベンゾジアゼピン系薬物は濫用されやすく、初回に限らず常に処方量の確認や適正な服薬を指導する必要がある。これを怠ると、依存症やその結果としての副作用や事故の発生にもつながり、オンライン診療で安易に向精神薬を処方することは、厳に慎むべき臨床行為であり、この点は、患者のためにも、しっかりとした対応が必要。

＜令和５年12月１日 中医協総会＞

○　児童精神を専門とする医師は少なく、発達障害等が疑われた際に、初診までの待機期間が長くなることが多い。また、小児特定疾患カウンセリング料については、算定回数の上限である月２回以上のカウンセリングが必要となる場合もある。回数制限の緩和や、発達障害等が疑われた際に早期に受診できる体制を評価できるよう検討を進めて欲しい。

入院・外来医療等の調査・評価分科会における主なご意見

中医協　総－４
５．１１．８

＜入院・外来医療等の調査・評価分科会におけるこれまでの検討結果（とりまとめ）＞

○ 患者の所在と医療機関の関係については、特に医療資源が乏しい地域でのオンライン診療の実態を把握するために、郵便番号を用いた解析等が考えられるのではないか、との指摘があった。

○ 情報通信機器を用いた診療に係る傷病名の分析結果について、指針において初診では向精神薬の処方は行わないこととされている一方で、不眠症の病名が上位にあることから、オンライン診療が一部の医療機関では歪んだかたちで実施されている可能性があるのではないか、また、不眠症に係る診療の実態について更に分析をしてはどうか、との指摘があった。

○ 患者が看護師等といる場合のオンライン診療（D to P with N）がへき地や在宅の場面で活用されてきていることを踏まえ、へき地に限らず、在宅領域等でも幅広く「D to P with N」が円滑に活用されるような方策を考える必要があるとの指摘があった。

○ また、オンライン診療の効果が出るのは離島・へき地であり、積極的に離島・へき地におけるオンライン診療を積極的に展開することが必要との指摘があった。

オンライン診療にかかる評価の経緯

○ オンライン診療の適切な実施に関する指針は、平成30年３月に策定された。
○ その後、新型コロナの特例的な取扱いを実施するなか、令和４年１月の指針の一部改定、令和４年度診療報酬改定により、平時においても初診からのオンライン診療を可能とした。

	制度（医師法など）	診療報酬
平成30年３月	**「オンライン診療の適切な実施に関する指針」策定** ・再診でのオンライン診療は可能だが、原則初診は不可。	
４月		**平成30年度 診療報酬改定** ・「オンライン診療料」を新設（対象は再診のみ） ・ 対象疾病は限定的で、緊急時対応の要件など厳しい条件あり。
令和２年４月	**新型コロナの時限的・特例的取扱い** （４月10日付け事務連絡） ・ 医師が可能と判断した場合には、初診からのオンライン診療・電話診療が認められた。	**新型コロナの診療報酬の特例措置** （４月10日付け事務連絡）
令和３年６月	「規制改革実施計画」閣議決定 ・ オンライン診療の特例措置の恒久化の方針	
令和４年１月	**指針の一部改定** ・ 一定の要件を満たし、医師が可能と判断した場合には、初診からのオンライン診療が認められた。	
令和４年４月		**令和４年度 診療報酬改定** ・指針の改定を踏まえオンライン診療の評価を新設 ➢初診：診療報酬の評価を新設 ➢再診：対象者の制限を緩和し、緊急時対応の要件等を撤廃。

オンライン診療の適切な実施に関する指針の概要

1. 本指針の位置づけ



- ○ 情報通信機器を用いた診療を「遠隔診療」と定義していたものを、新たに「オンライン診療」と定義を変更。
- ○ 医師−患者間で情報通信機器を通じて行う遠隔医療を下図のとおり分類し、オンライン診療について、「最低限遵守する事項」と「推奨される事項」を示す。
- ○ 「最低限遵守する事項」に従いオンライン診療を行う場合には、医師法第20条に抵触するものではないことを明確化。

2. 本指針の適用範囲

情報通信機器を通じて行う遠隔医療のうち、医師－患者間において行われるもの

		定義	本指針の適用
診断等の医学的判断を含む	**オンライン診療**	診断や処方等の診療行為をリアルタイムで行う行為	全面適用
診断等の医学的判断を含む	**オンライン受診勧奨**	医療機関への受診勧奨をリアルタイムで行う行為	一部適用
一般的な情報提供	**遠隔健康医療相談**	一般的な情報の提供に留まり、診断等の医師の医学的判断を伴わない行為	適用なし



3. 本指針のコンテンツ

オンライン診療の提供に関する事項

○医師－患者関係／患者合意
○適用対象
○診療計画
○本人確認
○薬剤処方・管理
○診察方法

オンライン診療の提供体制に関する事項

○医師の所在
○患者の所在
○患者が看護師等といる場合のオンライン診療
○患者が医師といる場合のオンライン診療
○通信環境

その他オンライン診療に関連する事項

○医師教育／患者教育
○質評価／フィードバック
○エビデンスの蓄積

令和4年1月の指針改訂の概要①

規制改革実施計画(令和3年6月18日閣議決定)において、初診からのオンライン診療について、原則としてかかりつけ医によるほか、それ以外に実施可能な場合について一定の要件を含む具体案を検討するとされたことを受け、「『オンライン診療の適切な実施に関する指針』の見直しに関する検討会」(第16回―19回)において検討し、令和４年１月に指針を改訂した。

初診に必要な医学的情報

○　初診からのオンライン診療は、原則として日頃より直接の対面診療を重ねている等、患者と直接的な関係が既に存在する医師（「かかりつけの医師」）が行うこと。ただし、既往歴、服薬歴、アレルギー歴等の他、症状から勘案して問診及び視診を補完するのに必要な医学的情報を過去の診療録、診療情報提供書、健康診断の結果、地域医療情報ネットワーク、お薬手帳、PHR等から把握でき、患者の症状と合わせて医師が可能と判断した場合にも実施できる（後者の場合、事前に得た情報を診療録に記載する必要がある。）。

診療前相談について

○　診療前相談は、「かかりつけの医師」以外の医師が初診からのオンライン診療を行おうとする場合（医師が患者の医学的情報を十分に把握できる場合を除く。）に、医師－患者間で映像を用いたリアルタイムのやりとりを行い、医師が患者の症状及び医学的情報を確認する行為。 適切な情報が把握でき、医師・患者双方がオンラインでの診療が可能であると判断し、相互に合意した場合にオンライン診療を実施することが可能である（オンライン診療を実施する場合においては、診療前相談で得た情報を診療録に記載する必要がある。オンライン診療に至らなかった場合にも診療前相談の記録は保存しておくことが望ましい。）。
　なお、診療前相談は、診断、処方その他の診療行為は含まない行為である。

○　診療前相談により対面受診が必要と判断した場合であって、対面診療を行うのが他院である場合は、診療前相談で得た情報について必要に応じて適切に情報提供を行うこと。

○　診療前相談を行うにあたっては、結果としてオンライン診療が行えない可能性があることや、診療前相談の費用等について医療機関のホームページ等で示すほか、あらかじめ患者に十分周知することが必要である。

症状について

○　オンライン診療の実施の可否の判断については、安全にオンライン診療が行えることを確認しておくことが必要であることから、オンライン診療が困難な症状として、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえて医師が判断し、オンライン診療が適さない場合には対面診療を実施する(対面診療が可能な医療機関を紹介する場合も含む。)こと。
なお、緊急性が高い症状の場合は速やかに対面受診を促すことに留意する。

令和4年1月の指針改訂の概要②

処方について

○　現在行われているオンライン診療は、診察手段が限られることから診断や治療に必要な十分な医学的情報を初診において得ることが困難な場合があり、そのため初診から安全に処方することができない医薬品がある。

○　患者の心身の状態の十分な評価を行うため、初診からのオンライン診療の場合及び新たな疾患に対して医薬品の処方を行う場合は、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを参考に行うこと。

ただし、初診の場合には以下の処方は行わないこと。

- 麻薬及び向精神薬の処方
- 基礎疾患等の情報が把握できていない患者に対する、特に安全管理が必要な薬品（診療報酬における薬剤管理指導料の「１」の対象となる薬剤）の処方
- 基礎疾患等の情報が把握できていない患者に対する８日分以上の処方

対面診療の実施体制

○　「かかりつけの医師」以外の医師が診療前相談を行った上で初診からのオンライン診療を行うのは、

- 「かかりつけの医師」がオンライン診療を行っていない場合や、休日夜間等で、「かかりつけの医師」がオンライン診療に対応できない場合
- 患者に「かかりつけの医師」がいない場合
- 「かかりつけの医師」がオンライン診療に対応している専門的な医療等を提供する医療機関に紹介する場合（必要な連携を行っている場合、D to P with Dの場合を含む。）や、セカンドオピニオンのために受診する場合

が想定される。その際、オンライン診療の実施後、対面診療につなげられるようにしておくことが、安全性が担保されたオンライン診療が実施できる体制として求められる。

○　オンライン診療後に対面診療が必要な場合については、「かかりつけの医師」がいる場合には、オンライン診療を行った医師が「かかりつけの医師」に紹介し、「かかりつけの医師」が実施することが望ましい。「かかりつけの医師」がいない場合等においては、オンライン診療を行った医師が対面診療を行うことが望ましいが、患者の近隣の対面診療が可能な医療機関に紹介することも想定される（ただし、オンライン診療を行った医師自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合については、オンライン診療を行った医師がより適切な医療機関に自ら連絡して紹介することが求められる。）。

令和5年3月の指針改訂の概要①

規制改革実施計画(令和4年6月7日閣議決定)において、不適切な診療に対する必要な措置や情報セキュリティの確保のための方策についての指針の見直し等を行うこととされたことを受け、第95回社会保障審議会医療部会における議論も踏まえ検討し、令和5年3月に指針を改訂した。

オンライン診療の適切な実施について

○　適切なオンライン診療の普及のためには、その医療上の安全性・必要性・有効性が担保される必要があり、医師は安全性や有効性についてのエビデンスに基づいた医療を行うことが求められる。特に、オンライン診療においては、対面診療と比べて、医療へのアクセスが向上するという側面がある一方で、得られる情報が少なくなってしまうという側面もあることを考慮し、安全性・必要性・有効性の観点から、学会のガイドライン等を踏まえて、適切な診療を実施しなければならない。

○　オンライン診療を実施する医療機関は、ホームページや院内掲示等において、本指針を遵守した上でオンライン診療を実施している旨を公表するものとする。

本人確認について

○　初診でオンライン診療を実施する場合、当該患者の本人確認は、原則として、顔写真付きの身分証明書（マイナンバーカード、運転免許証、パスポート等）で行うか、顔写真付きの身分証明書を有しない場合は、２種類以上の身分証明書を用いる、あるいは１種類の身分証明書しか使用できない場合には、当該身分証明書の厚みその他の特徴を十分に確認した上で、患者本人の確認のための適切な質問や全身観察等を組み合わせて、本人確認を行う。

○　オンライン診療を行う医師は、医療機関に所属し、その所属及び当該医療機関の問い合わせ先を明らかにすること。

○　オンライン診療システムを用いる場合は、患者がいつでも医師の本人確認ができる情報及び医療機関の問い合わせ先をオンライン診療システム上に掲載すること。

令和5年3月の指針改訂の概要②

情報セキュリティ方策について

【医療機関が行うべき対策】

○　医療機関は、オンライン診療に用いるシステムを提供する事業者による説明を受け（システムに関する個別の説明を受けることのみならず、事業者が提示している情報提供内容を自ら確認することを含む。）、十分な情報セキュリティ対策が講じられていることを確認すること。また、当該確認に際して、医療機関は責任分界点について確認し、システムの導入に当たっては、そのリスクを十分に理解すること。

○　オンライン診療の際、医療情報システムに影響を及ぼす可能性があるオンライン診療システムを使用する際は、「医療情報安全管理関連ガイドライン」に沿った対策を併せて実施すること。なお、汎用サービスを使用する際は、汎用サービスが医療情報システムに影響を与えない設定とすること。

○　医療機関は 、患者に対してオンライン診療の実施に伴うセキュリティリスクを説明し、オンライン診療に用いるシステムを利用することについての合意を得た上で、双方が合意した旨を診療録に記載し、オンライン診療を実施すること。

○　医師は、オンライン診療実施時に、意図しない第三者が当該通信に紛れ込むような三者通信（患者が医師の説明を一緒に聞いてもらうために、医師の同意なく第三者を呼び込む場合等）や患者のなりすましが起こっていないことに留意すること。

○　オンライン診療においてチャット機能を補助的に用いる場合には、医療機関が、セキュリティリスクとベネフィットを勘案したうえで、使用するソフトウェアやチャット機能の使用方法について患者側に指示を行うこと。

○　医療機関や患者から、検査結果画像や患者の医療情報等を画面共有機能を用いて提示すること及び画面共有機能を用いずに画面を介して提示することは、多くの場合、後述の場合と比較して相対的にセキュリティリスクが低減されているものと考えられる。一方で、患者から提示された二次元バーコードやURL等のリンク先へのアクセス及びファイルのダウンロード等はセキュリティリスクが高いため、セキュリティリスクが限定的であることを医療機関が合理的に判断できる場合を除き、このようなアクセスやダウンロード等は行わないことが望ましい。

○　医療機関が、オンライン診療を実施する際に、医療情報を取得する目的で外部のPHR等の情報を取り扱うことが、医療情報システムに影響を与える場合は、「医療情報安全管理関連ガイドライン」に沿った対策を実施しなければならない。他方で、医療機関が、医療情報システムに影響を与えずに当該情報を取り扱う場合には、セキュリティリスクについて医療機関と患者の間で合意を得た上で、オンライン診療を実施すること。　　等

【オンライン診療システム事業者が行うべき対策】

○　事業者は医療機関に対して、オンライン診療のセキュリティに係る責任分界点について明確に説明し、合意した範囲において責任を負うこと。　　等

オンライン診療に係る算定要件、施設基準及び点数水準に係る公益裁定

➢ 令和４年１月26日の中央社会保険医療協議会総会において示された、オンライン診療に係る算定要件、施設基準及び点数水準に係る、公益委員の考えは次のとおり。

1．今回改定においては、オンライン診療について、令和２年度診療報酬改定における見直しに加え、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴う時限的・特例的な対応（以下、「時限的・特例的な対応」という。）が令和２年４月から実施されたことに伴う影響、さらに、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（以下、「指針」という。）の見直しが行われたこと等を踏まえて議論が行われてきた。

2．これらの議論を踏まえ、

○ **１号側**からは、**算定要件及び施設基準は、見直しが行われた「指針」に基づいて設定するべきであり、「指針」を超える制限を設けるべきではない**との意見があった。また、**点数の水準については、対面診療と同内容・同水準で実施される行為は、対面診療と同等の水準とすることも含め、相当程度の引き上げが必要**との意見があった。

○ **２号側**からは、算定要件及び施設基準は、「指針」を踏まえつつ、オンライン診療が対面診療の補完であることも考慮し、診療報酬において必要な設定を行うべきとの意見があった。具体的には、**対面診療の実効性を担保するため、一定時間内に通院又は訪問が可能な患者に利用を限定することや、オンライン診療のみを専門に扱う医療機関により地域医療に悪影響が生じないよう、オンライン診療の実施割合に係る上限設定は維持することが必要**との意見があった。また、点数水準については、対面診療でしか実施し得ない診療行為があること等を踏まえ、対面診療と同等の評価は行い得ず、**「時限的・特例的な対応」として設定された水準を基本として設定すべき**という意見があった。

3．算定要件及び施設基準については、「指針」に基づいて見直しを行うことが今回の検討の前提であり、また、新型コロナウイルス感染症の感染拡大下において、オンライン診療が活用されてきたことも踏まえれば、**患者が適切にオンライン診療を受けることができる環境を整備することが重要**となる。一方、オンライン診療の質を確保し、医師が必要と判断した場合にはオンライン診療ではなく、対面診療が行われることも重要である。

4．以上を踏まえると、**オンライン診療の算定要件及び施設基準については、「指針」の規定を前提とし、その趣旨を明確化する観点から設定すべき**である。「指針」において、「対面診療を適切に組み合わせて行うことが求められる」とされていることから、保険医療機関において、対面診療を提供できる体制を有すること、また、「指針」において、「オンライン診療を行った医師自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合については、オンライン診療を行った医師がより適切な医療機関に自ら連絡して紹介することが求められる」とされていることから、**患者の状況によってオンライン診療では対応が困難な場合には、他の医療機関と連携して対応できる体制を有することを求めることが適切**である。これらも含め、「指針」に準拠した診療の実施を要件化することを前提として、**医療機関と患者との間の時間・距離要件や、オンライン診療の実施割合の上限については要件として設定しないことが適切**である。なお、今後、オンライン診療の実態の把握・検証が可能となるよう、**施設基準の定例報告において、オンライン診療の実態についての報告項目を盛り込むなど、必要な対応を講じるべき**である。

5．点数水準については、「時限的・特例的な対応」の初診料が 214 点に設定され、対面診療の場合の初診料 288 点と比較して、約 74%の水準となっている。

6．オンライン診療では、対面診療との比較において、触診・打診・聴診等が実施できないことを踏まえると、点数水準に一定程度の差を設けることは妥当であると考えられる。一方、オンライン診療のみで診療を終え得ることや、国民にオンラインでも適切に診療を届けていくことの重要性も勘案すると、**オンライン診療に係る初診料については、対面診療の点数水準と「時限的・特例的な対応」の点数水準の中間程度の水準とすることが適当**である。

7．また、医学管理料については、対面診療の場合の点数が 87 点から 1,681 点までであるところ、オンライン診療の場合では一律 100 点に設定されている。また、「時限的・特例的な対応」においては一律 147 点となっている。**オンライン診療に係る医学管理料の点数水準についても、オンライン診療の初診料の対面診療に対する割合と整合的に設定することが適当**である。

8．今後、**今回改定の影響を調査・検証**し、オンライン診療に係る適切な評価等の在り方について、引き続き、今後の診療報酬改定に向けて検討を行うこととする。

情報通信機器を用いた初診に係る評価の新設

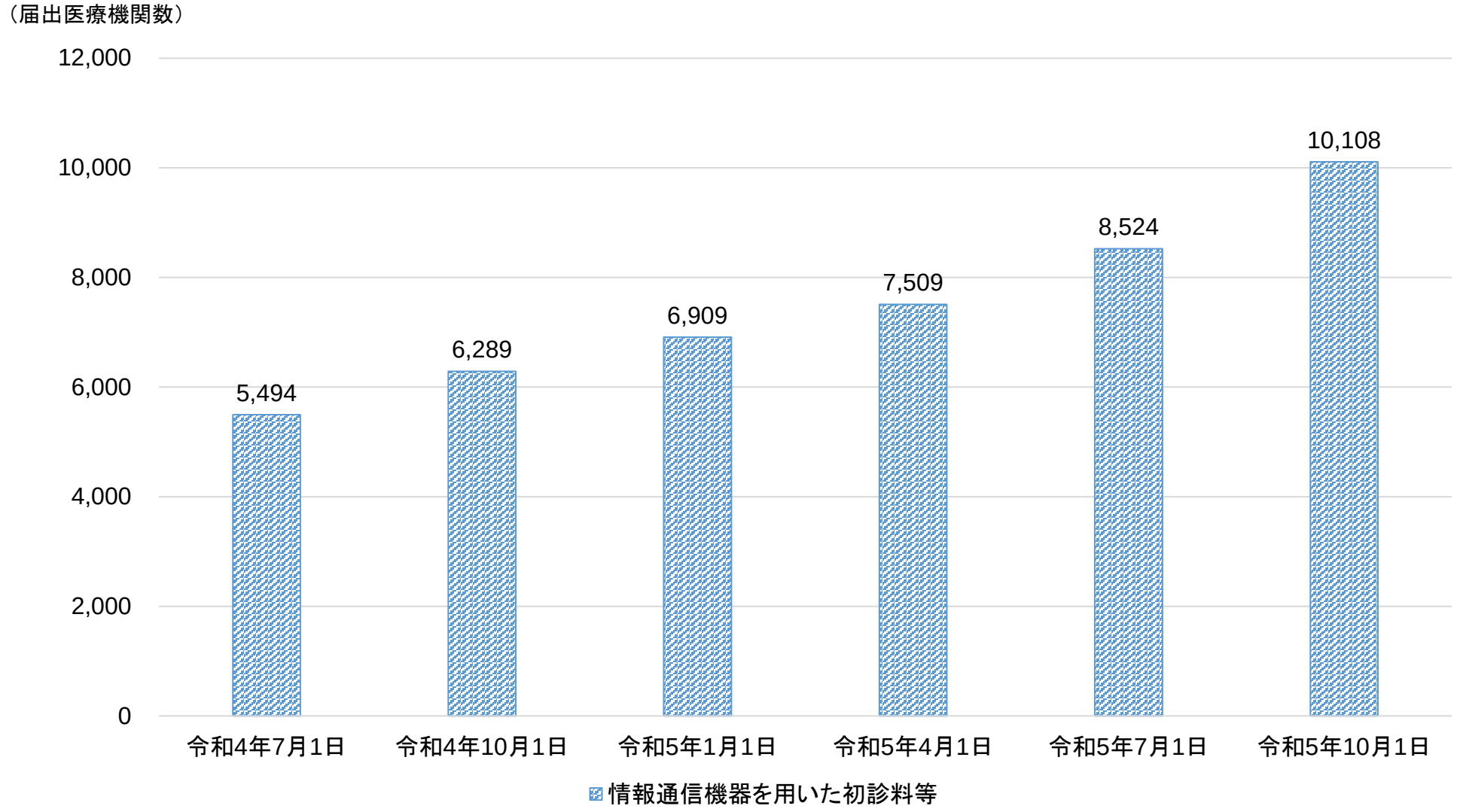
- 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の見直しを踏まえ、情報通信機器を用いた場合の初診について、新たな評価を行う。
- 再診料について、情報通信機器を用いて再診を行った場合の評価を新設するとともに、オンライン診療料を廃止する。

（新）　初診料（情報通信機器を用いた場合）　251点
（新）　再診料（情報通信機器を用いた場合）　73点
（新）　外来診療料（情報通信機器を用いた場合）　73点

［算定要件］（初診の場合）
（１）保険医療機関において初診を行った場合に算定する。**ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、情報通信機器を用いた初診を行った場合には、251点を算定する。**
（２）情報通信機器を用いた診療については、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行った場合に算定する。なお、この場合において、診療内容、診療日及び診療時間等の要点を診療録に記載すること。
（３）情報通信機器を用いた診療は、**原則として、保険医療機関に所属する保険医が保険医療機関内で実施すること。なお、保険医療機関外で情報通信機器を用いた診療を実施する場合であっても、当該指針に沿った適切な診療が行われるものであり、情報通信機器を用いた診療を実施した場所については、事後的に確認可能な場所であること。**
（４）情報通信機器を用いた診療を行う保険医療機関について、患者の急変時等の緊急時には、原則として、当該保険医療機関が必要な対応を行うこと。ただし、夜間や休日など、当該保険医療機関がやむを得ず対応できない場合については、患者が速やかに受診できる医療機関において対面診療を行えるよう、事前に受診可能な医療機関を患者に説明した上で、**以下の内容について、診療録に記載**しておくこと。
ア　当該患者に「かかりつけの医師」がいる場合には、当該医師が所属する医療機関名
イ　当該患者に「かかりつけの医師」がいない場合には、対面診療により診療できない理由、適切な医療機関としての紹介先の医療機関名、紹介方法及び患者の同意
（５）**指針において、「対面診療を適切に組み合わせて行うことが求められる」とされていることから、保険医療機関においては、対面診療を提供できる体制を有すること。また、「オンライン診療を行った医師自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合については、オンライン診療を行った医師がより適切な医療機関に自ら連絡して紹介することが求められる」とされていることから、患者の状況によって対応することが困難な場合には、ほかの医療機関と連携して対応できる体制を有すること。**
（６）情報通信機器を用いた診療を行う際には、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行い、当該指針において示されている**一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載**すること。また、処方を行う際には、当該指針に沿って処方を行い、**一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿った適切な処方であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載**すること。
（７）（８）略
［施設基準］
（１）**情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制**が整備されていること。
（２）**厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関**であること。

情報通信機器を用いた初診料等の届出医療機関数

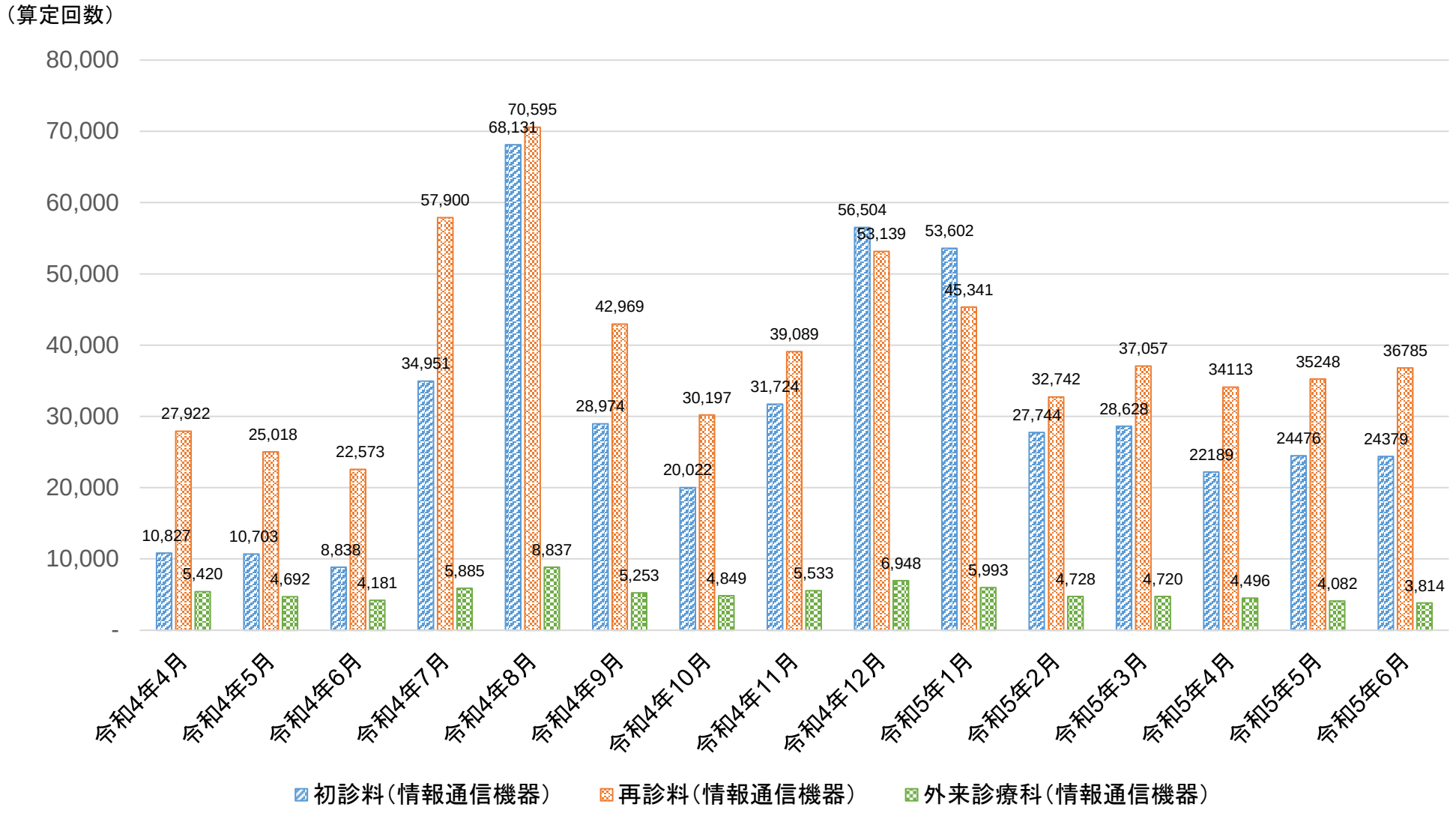
○　情報通信機器を用いた初診料等の届出医療機関数は経時的に増加しており、令和５年10月１日時点において約10,100医療機関となっている。



出典：保険局医療課調べ（「情報通信機器を用いた診療に係る施設基準に係る届出」状況の抽出結果）

情報通信機器を用いた初診料等の算定回数

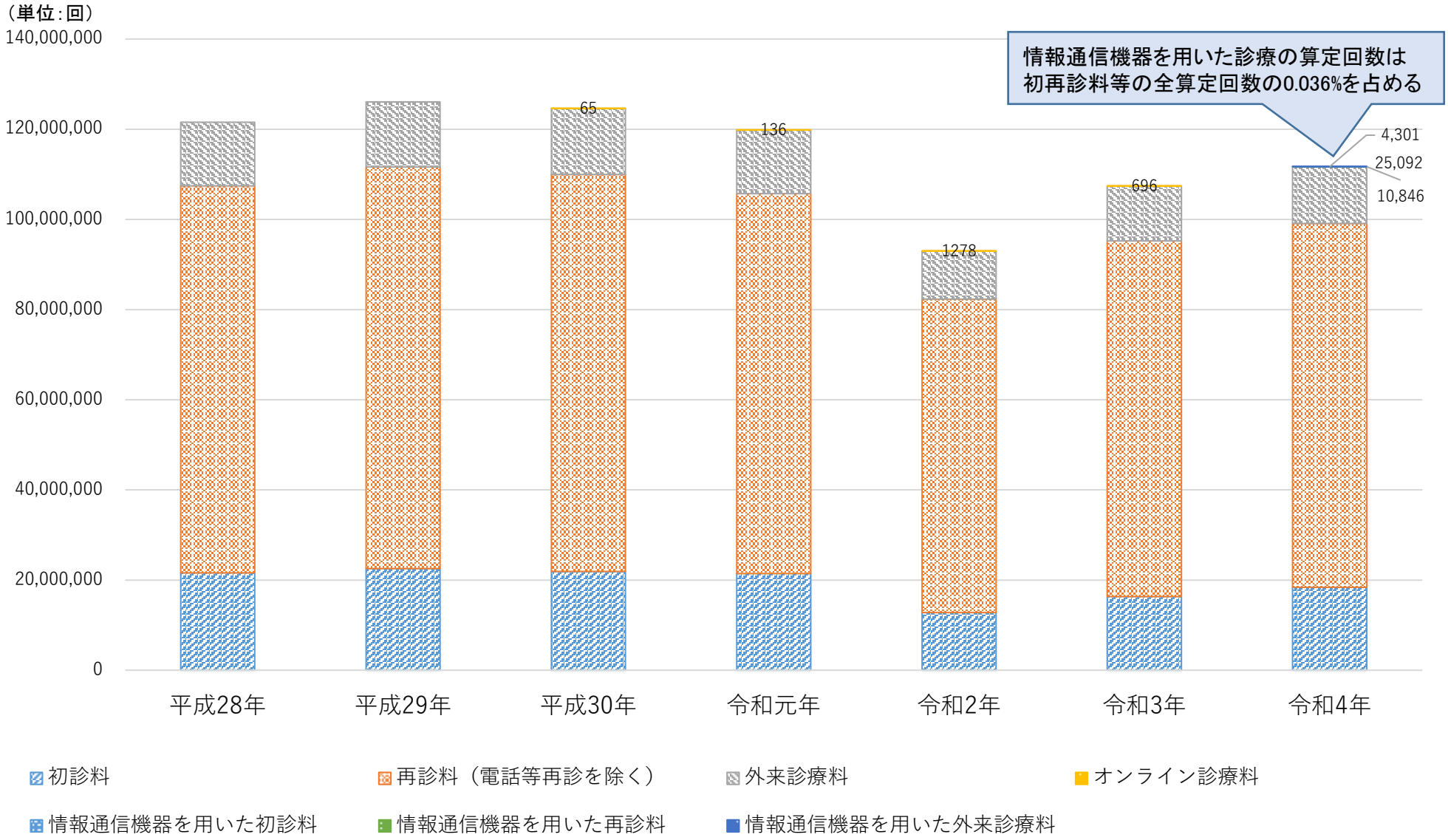
○ 情報通信機器を用いた初診料等の算定回数は以下のとおり。



出典：NDBデータ

初・再診料の算定回数の年次推移

○　令和4年における情報通信機器を用いた初診料等の算定回数は初・再診料等全体の0.036%を占める。



出典：社会医療診療行為別統計・調査（各年6月審査分）

オンライン診療における薬剤処方・管理

○　オンライン診療における薬剤処方・管理については指針上以下のように規定されており、初診の場合には「麻薬及び向精神薬の処方」は行わないこととされている。

(5)薬剤 処方・管理

①考え方

医薬品の使用 は 多くの場合 副作用 のリスク を伴うものであり、その処方に当たっては、効能 ・効果 と副作用のリスクとを正確に判断 する必要がある。

このため、医薬品を処方する前に、患者の心身の状態を十分評価できている必要がある。特に、現在行われている オンライン診療は、診察手段が限られることから診断や治療に必要な十分な医学的情報を初診において得ることが困難な場合があり、そのため初診から安全に処方することができない 医薬品 がある 。

また、医薬品の飲み合わせに配慮するとともに 、適切な用量 ・日数を処方し過量処方とならないよう 、医師が自らの処方内容を確認するとともに、薬剤師による処方のチェックを経ることを基本とし、薬剤管理には十分に注意が 払われる べきである。

②最低限遵守する 事項

ⅰ　現にオンライン診療を行っている疾患の延長とされる症状に対応するために必要な医薬品については 、医師の判断により 、オンライン診療による処方を可能とする。患者の心身の状態の十分な評価を行うため、初診からのオンライン診療の場合及び 新たな 疾患に対 して 医薬品の処方 を行う場合 は 、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを参考に行うこと 。

ただし 、初診の場合には以下の処方は行わないこと。

- 麻薬及び向精神薬の処方
- 基礎疾患等の情報が把握できていない患者に対する、特に安全管理が必要な薬品（診療報酬における薬剤管理指導料の「１」の対象となる薬剤）の処方
- 基礎疾患等の情報が把握できていない患者に対する８日分以上の処方

また、重篤な 副作用 が発現するおそれのある 医薬品の処方は特に慎重に行うとともに、処方後の 患者の 服薬状況の把握に努めるなど 、その リスク管理に最大限努めなければならない 。

ⅱ　医師は、患者に対し、現在服薬し ている医薬品を確認しなければならない。この場合、患者は医師に対し正確な申告を行うべきである。

③推奨される事項

医師は、患者に対し、かかりつけ薬剤師・薬局の下、医薬品の一元管理を行うことを求めることが望ましい。

④不適切な例

ⅰ　患者が 、向精神薬 、睡眠薬、医学的な必要性に基づかない 体重減少目的に使用され うる利尿薬 や糖尿病治療薬 、美容目的 に使用されうる 保湿クリーム等の特定の医薬品の処方を 希望する など、医薬品の転売 や 不適正 使用 が疑われるような場合に 処方することはあってはなら ず 、このような場合に対面診療でその必要性等の確認を行わず、オンライン診療のみで患者の状態を十分に評価せず処方を行う例 。

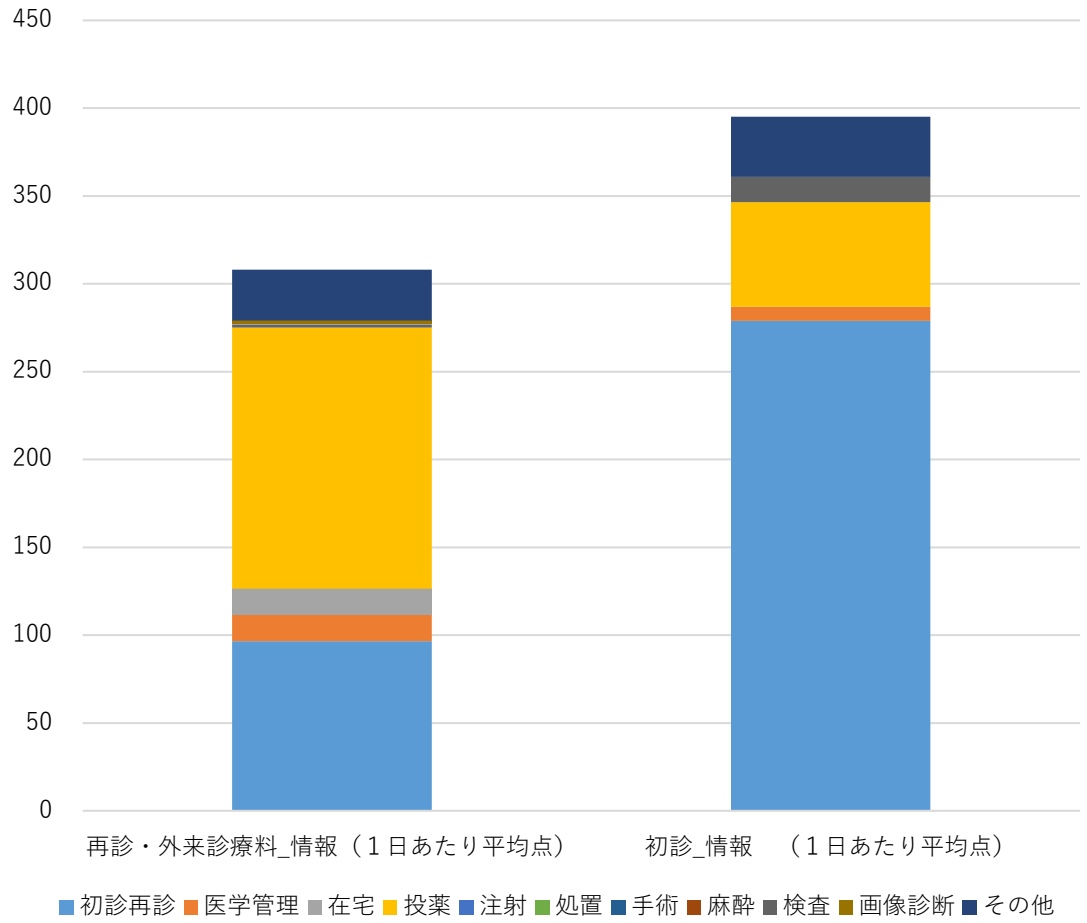
ⅱ 勃起不全治療薬等 の医薬品を 、禁忌の確認 を行うのに 十分な 情報が得られていないにもかかわらず 、オンライン診療 のみで 処方する例 。

出典：オンライン診療の適切な実施に関する指針（平成30年３月（令和5年３月一部改訂））

不眠症に対する情報通信機器を用いた診療実態

○　不眠症を主傷病とする患者に対する情報通信機器を用いた診療のレセプト請求点数の内訳は以下のとおり。投薬が一定の割合を占めていた。
○　情報通信機器を用いた診療日において、初診から向精神薬が処方されている実態があった。

「不眠症」を主傷病とする患者に対し、「情報通信機器を用いた初診料」あるいは「情報通信機器を用いた再診料・外来診療料」を算定した日における、各診療区分毎の診療費の平均値（令和4年12月診療分）



「不眠症」を主傷病とする患者に対し、情報通信機器を用いた初診料・再診料・外来診療料を算定した日における向精神薬の処方回数（処方料のみ、令和4年10～12月診療分）

再診・外来診療料

成分名	算定回数
ブロチゾラム	68
ゾピクロン	30
ゾルピデム酒石酸塩	602
アルプラゾラム	120
トリアゾラム	37
フルニトラゼパム	86
エチゾラム	80

初診

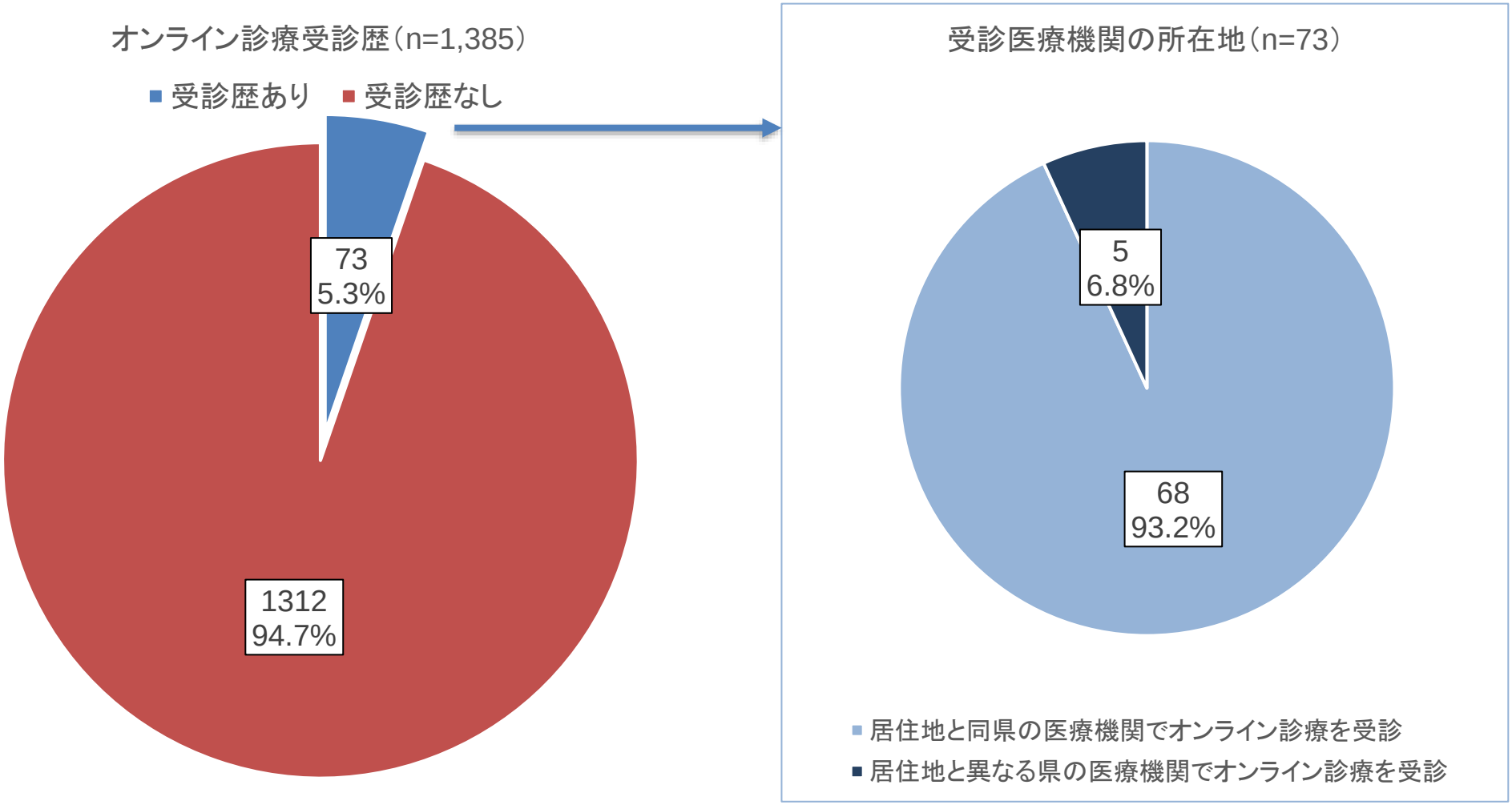
成分名	算定回数
トリアゾラム	28

出典：NDBデータ

オンライン診療の受診歴及び受診医療機関の所在地（患者調査）

診調組　入－１
５．６．８

○ オンライン診療の受診者のうち受診医療機関の所在地が居住地と異なる割合は6.8%であった。

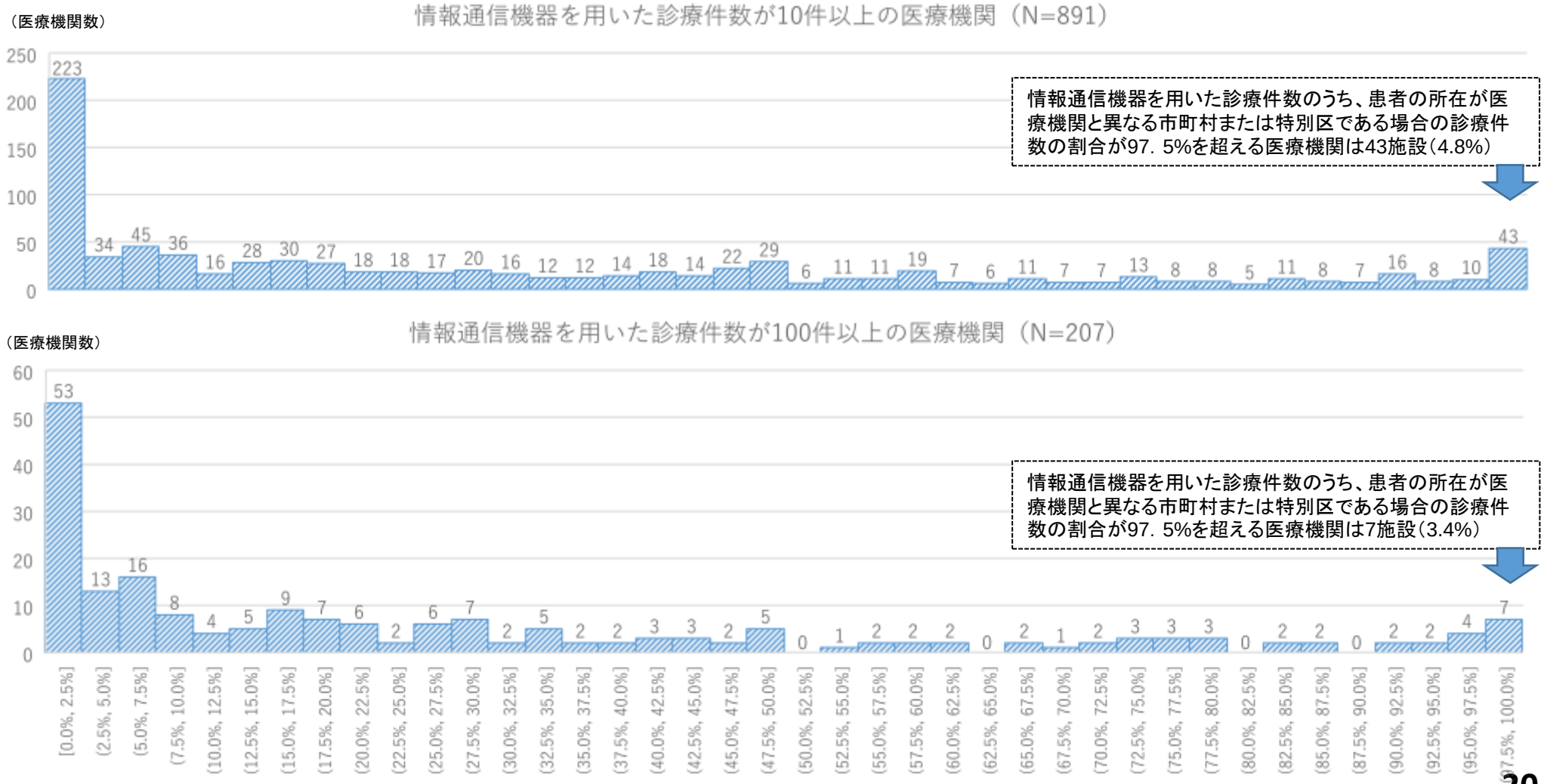


※　受診者の居住地と受診医療機関の所在地（都道府県単位）が異なる場合を抽出

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来患者票）

患者の所在について

○ 情報通信機器を用いた診療件数のうち、患者の所在が医療機関と異なる市町村または特別区である場合の診療件数の割合は以下のとおり。患者の所在が医療機関と異なる市町村または特別区である場合の診療件数の割合が97．5%を超える医療機関は、情報通信機器を用いた診療件数が10件以上の医療機関では43施設（4.8%）、100件以上の医療機関では7施設（3.4%）であった。



出典：保険局医療課調べ（令和4年4～6月診療分）　「患者の所在が医療機関と異なる市町村または特別区である場合の診療件数　／　全診療件数」

オンライン診療の提供体制

○「オンライン診療の適切な実施に関する指針」において、オンライン診療の提供体制に関する事項として、「患者の急病急変時に適切に対応するため、患者が速やかにアクセスできる医療機関において直接の対面診療を行える体制を整えておくこと」が最低限遵守する事項として定められている。

2. オンライン診療の提供体制に関する事項
(1) 医師の所在
①考え方

医師は、必ずしも医療機関においてオンライン診療を行う必要はないが、騒音のある状況等、患者の心身の状態に関する情報を得るのに不適切な場所でオンライン診療を行うべきではない。また、診療の質を確保する観点から、医療機関に居る場合と同等程度に患者の心身の状態に関する情報を得られる体制を確保しておくべきである。また、オンライン診療は患者の心身の状態に関する情報の伝達を行うものであり、当該情報を保護する観点から、公衆の場でオンライン診療を行うべきではない。

なお、患者の急病急変時に適切に対応するためには、患者に対して直接の対面診療を速やかに提供できる体制を整えておく必要がある。また、責任の所在を明らかにするためにも、医師は医療機関に所属しているべきである。

②最低限遵守する事項

ⅰ オンライン診療を行う医師は、医療機関に所属し、その所属及び当該医療機関の問い合わせ先を明らかにしていること。
ⅱ 患者の急病急変時に適切に対応するため、患者が速やかにアクセスできる医療機関において直接の対面診療を行える体制を整えておくこと。
ⅲ 医師は、騒音により音声が聞き取れない、ネットワークが不安定であり動画が途切れる等、オンライン診療を行うに当たり適切な判断を害する場所でオンライン診療を行ってはならない。
ⅳ オンライン診療を行う際は、診療録等、過去の患者の状態を把握しながら診療すること等により、医療機関に居る場合と同等程度に患者の心身の状態に関する情報を得られる体制を整えなければならない。ただし、緊急やむを得ない場合には、この限りでない。
ⅴ 第三者に患者の心身の状態に関する情報の伝わることのないよう、医師は物理的に外部から隔離される空間においてオンライン診療を行わなければならない。
ⅵ オンライン診療を実施する医療機関は、ホームページや院内掲示等において、本指針を遵守した上でオンライン診療を実施している旨を公表するものとする。

③推奨される事項

オンライン診療を行う医師は、②ⅱの医療機関に容易にアクセスできるよう努めることが望ましい。

出典：オンライン診療の適切な実施に関する指針（平成30年３月（令和5年３月一部改訂））

※下線は事務局が追加

東京都に所在する医療機関の実施状況

○　患者と医療機関の所在が一定以上異なる東京都に所在する医療機関について（※）、情報通信機器を用いた診療の実態を分析したところ、8.9%の患者が関東圏以外であった。関東圏以外に所在する患者を対象とした、情報通信機器を用いた診療における最多の主傷病名は不眠症であった。

都道府県	患者数	都道府県	患者数
北海道	27	滋賀県	11
青森県	7	京都府	19
岩手県	5	大阪府	45
宮城県	24	兵庫県	30
秋田県	4	奈良県	8
山形県	9	和歌山県	2
福島県	29	鳥取県	1
茨城県	109	島根県	1
栃木県	40	岡山県	10
群馬県	48	広島県	12
埼玉県	857	山口県	4
千葉県	762	徳島県	2
東京都	3456	香川県	4
神奈川県	519	愛媛県	7
新潟県	26	高知県	5
富山県	6	福岡県	18
石川県	12	佐賀県	1
福井県	4	長崎県	6
山梨県	21	熊本県	3
長野県	48	大分県	6
岐阜県	5	宮崎県	4
静岡県	60	鹿児島県	6
愛知県	50	沖縄県	14
三重県	13		

※　関東圏以外の割合は8.9%

関東圏以外に所在する患者を対象とした主傷病名

No.	情報通信機器を診療に係る傷病名	令和4年4～6月 患者数
計	情報通信機器を用いた診療全数	569
1	不眠症	154
2	パーキンソン病	41
3	アトピー性皮膚炎	39
4	男性不妊症	15
5	子宮筋腫	9
6	関節リウマチ	8
6	月経困難症	8
6	てんかん	8
6	摂食障害	8
10	睡眠時無呼吸症候群	7
11	全身性エリテマトーデス	6
11	糖尿病	6
13	脂質異常症	5
13	痛風	5
13	パーキンソン病Yahr3	5
13	高血圧症	5
13	尋常性ざ瘡	5
13	スタージ・ウェーバ症候群	5
19	気管支喘息	4
19	慢性膵炎	4
19	湿疹	4
19	倦怠感	4

出典：NDBデータ（令和4年4～6月診療分）

※　情報通信機器を用いた診療件数のうち、患者の所在が医療機関と異なる市町村または特別区である場合の診療件数の割合が97．5%を超える医療機関のうち、東京都に所在する18医療機関のレセプトを分析。

大阪府に所在する医療機関の実施状況

○　患者と医療機関の所在が一定以上異なる大阪府に所在する医療機関について（※）、情報通信機器を用いた診療の実態を分析したところ、75.5%の患者が近畿圏以外であった。近畿圏以外に所在する患者を対象とした、情報通信機器を用いた診療における最多の主傷病名は胃炎であった。

都道府県	患者数	都道府県	患者数
北海道	21	滋賀県	11
青森県	1	京都府	20
岩手県	5	大阪府	122
宮城県	47	兵庫県	26
秋田県	0	奈良県	9
山形県	3	和歌山県	11
福島県	3	鳥取県	2
茨城県	8	島根県	0
栃木県	5	岡山県	1
群馬県	3	広島県	12
埼玉県	50	山口県	1
千葉県	19	徳島県	5
東京都	235	香川県	1
神奈川県	63	愛媛県	18
新潟県	0	高知県	7
富山県	5	福岡県	20
石川県	6	佐賀県	1
福井県	7	長崎県	1
山梨県	0	熊本県	9
長野県	0	大分県	6
岐阜県	11	宮崎県	0
静岡県	6	鹿児島県	2
愛知県	32	沖縄県	7
三重県	3		

※　近畿圏以外の割合は75.5%

近畿圏以外に所在する患者を対象とした主傷病名

No.	情報通信機器を診療に係る傷病名	令和4年4～6月 患者数
計	情報通信機器を用いた診療全数	623
1	胃炎	200
2	慢性胃炎	95
3	クローン病	46
4	高血圧症	36
5	脂質異常症	25
6	気管支喘息	24
7	COVID－19	21
8	潰瘍性大腸炎	19
9	神経症	18
9	アトピー性皮膚炎	18
11	じんま疹	17
12	アレルギー性鼻炎	9
13	慢性便秘	7
14	関節リウマチ	6
14	乳癌	6
16	シェーグレン症候群	5
16	急性上気道炎	5
18	糖尿病	4
18	慢性気管支炎	4
18	便秘症	4
18	不整脈	4
18	頭痛	4

※　情報通信機器を用いた診療件数のうち、患者の所在が医療機関と異なる市町村または特別区である場合の診療件数の割合が97．5%を超える医療機関のうち、大阪府に所在する５医療機関のレセプトを分析

出典：NDBデータ（令和4年4～6月診療分）

１．情報通信機器を用いた診療の現状について

２．情報通信機器を用いた診療による疾病管理について

情報通信機器を用いた医学管理等に係る評価の見直し①

医学管理等に係る評価の見直し

➢ 情報通信機器を用いて行った場合の医学管理等（医学管理料）については、以下の14種類を追加する。

・ウイルス疾患指導料
・皮膚科特定疾患指導管理料
・小児悪性腫瘍患者指導管理料
・がん性疼痛緩和指導管理料
・がん患者指導管理料
・外来緩和ケア管理料
・移植後患者指導管理料
・腎代替療法指導管理料
・乳幼児育児栄養指導料
・療養・就労両立支援指導料
・がん治療連携計画策定料２
・外来がん患者在宅連携指導料
・肝炎インターフェロン治療計画料
・薬剤総合評価調整管理料

（※）検査料等が包括されている地域包括診療料、認知症地域包括診療料及び生活習慣病管理料について、情報通信機器を用いた場合の評価対象から除外する。

整理の考え方（以下を除いて対象を追加）
① 入院中の患者に対して実施されるもの
② 救急医療として実施されるもの
③ 検査等を実施しなければ医学管理として成立しないもの
④ 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」において、実施不可とされているもの
⑤ 精神医療に関するもの

情報通信機器を用いた医学管理等に係る評価の見直し

医学管理等に係る評価の見直し

➢ 現行においても情報通信機器を用いた場合の点数が設定されているが、評価の見直しを行った医学管理等（医学管理料）

	現行の対面診療における評価	情報通信機器を用いた場合の評価
B000 特定疾患療養管理料		
1 診療所の場合	225点	**196点**
2 許可病床数が100床未満の病院の場合	147点	**128点**
3 許可病床数が100床以上200床未満の病院の場合	87点	**76点**
B001 5 小児科療養指導料	270点	**235点**
B001 6 てんかん指導料	250点	**218点**
B001 7 難病外来指導管理料	270点	**235点**
B001 27 糖尿病透析予防指導管理料	350点	**305点**
C101 在宅自己注射指導管理料		
1 複雑な場合	1,230点	**1,070点**
2 1以外の場合		
イ 月27回以下の場合	650点	**566点**
ロ 月28回以上の場合	750点	**653点**

➢ 今回新たに、情報通信機器を用いて行った場合の医学管理等（医学管理料）について評価を行ったもの

	現行の対面診療における評価	情報通信機器を用いた場合の評価
B001 1 ウイルス疾患指導料		
ウイルス疾患指導料１	240点	**209点**
ウイルス疾患指導料２	330点	**287点**
B001 8 皮膚科特定疾患指導管理料		
皮膚科特定疾患指導管理料（Ⅰ）	250点	**218点**
皮膚科特定疾患指導管理料（Ⅱ）	100点	**87点**
B001 18 小児悪性腫瘍患者指導管理料	550点	**479点**
B001 22 がん性疼痛緩和指導管理料	200点	**174点**
B001 23 がん患者指導管理料		
イ　略	500点	**435点**
ロ　略	200点	**174点**
ハ　略	200点	**174点**
ニ　略	300点	**261点**
B001 24 外来緩和ケア管理料	290点	**252点**
B001 25 移植後患者指導管理料		
イ 臓器移植後の場合	300点	**261点**
ロ 造血幹細胞移植後の場合	300点	**261点**
B001 31 腎代替療法指導管理料	500点	**435点**
B001-2-3 乳幼児育児栄養指導料	130点	**113点**
B001-9 療養・就労両立支援指導料		
1 初回	800点	**696点**
2 2回目以降	400点	**348点**
B005-6 がん治療連携計画策定料２	300点	**261点**
B005-6-4 外来がん患者在宅連携指導料	500点	**435点**
B005-8 肝炎インターフェロン治療計画料	700点	**609点**
B008-2 薬剤総合評価調整管理料	250点	**218点**

情報通信機器を用いた診療による医学管理料の算定状況

診調組　入－１
５．７．２０

○ 情報通信機器を用いた診療により算定可能な医学管理料の算定回数は以下のとおり。
○ 令和４年度改定前から算定可能な医学管理料は令和２年から令和４年にかけ増加を認めた。
○ 令和４年度改定により算定可能となった医学管理料としては、皮膚科特定疾患指導管理料が277回と最多であった。

情報通信機器を用いた診療により算定可能な医学管理料の算定回数

令和４年度改定前から算定可能な医学管理料

	R2	R3	R4
特定疾患療養管理料	1138	384	4603
小児科療養指導料	6	3	26
てんかん指導料	54	33	173
難病外来指導管理料	119	49	378
糖尿病透析予防指導管理料	0	0	1
在宅自己注射指導管理料	117	20	244

令和４年度改定後より算定可能な医学管理料

	R4
ウイルス疾患指導料	5
皮膚科特定疾患指導管理料	277
小児悪性腫瘍患者指導管理料	0
がん性疼痛緩和指導管理料	2
がん患者指導管理料	6
外来緩和ケア管理料	0
移植後患者指導管理料	1
腎代替療法指導管理料	0
乳幼児育児栄養指導料	72
療養・就労両立支援指導料	0
がん治療連携計画策定料2	0
外来がん患者在宅連携指導料	1
肝炎インターフェロン治療計画料	0
薬剤総合評価調整管理料	0

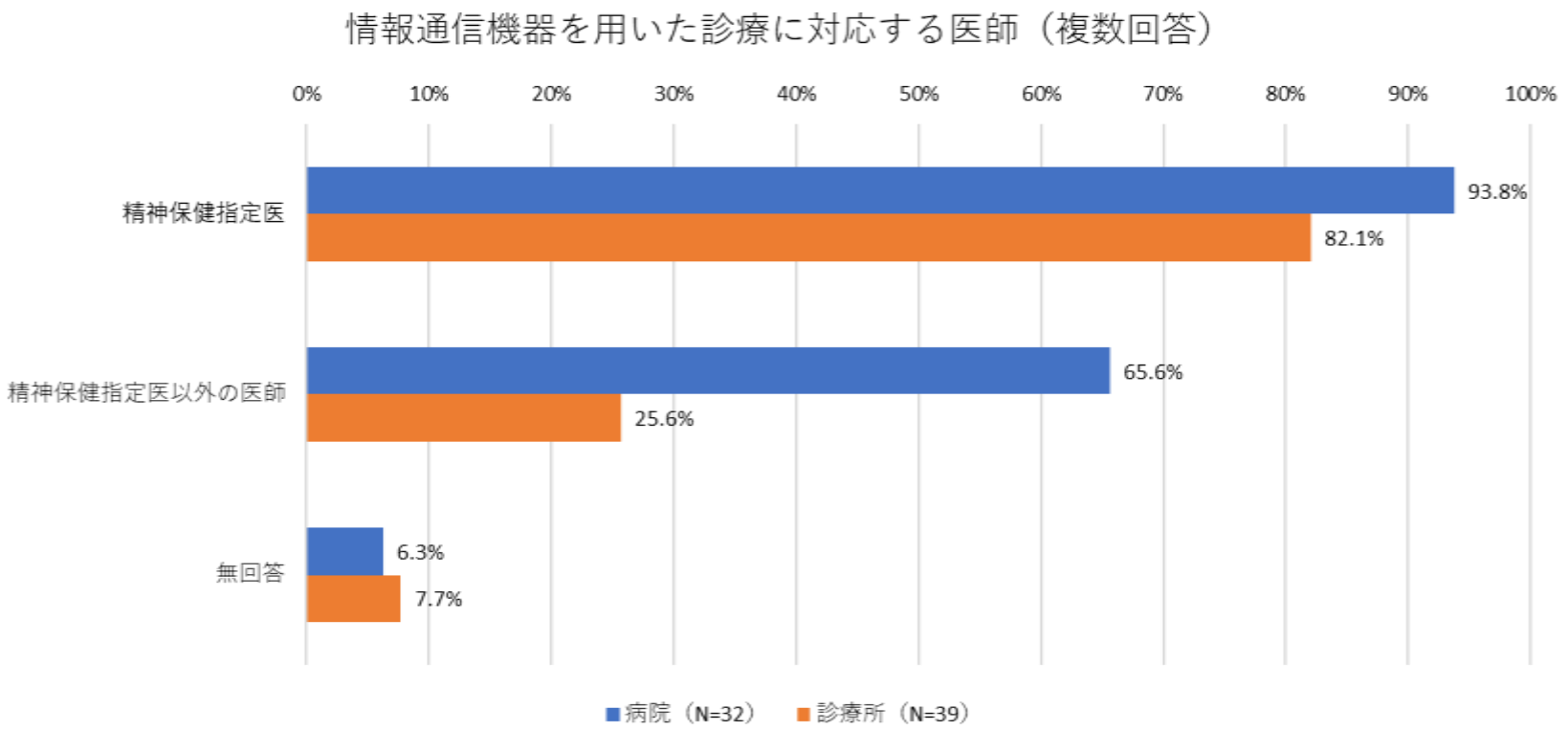
出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

通院・在宅精神療法

I001-1 通院・在宅精神療法				指定医以外	指定医	加算等
1 通院精神療法	○ 対象 入院中の患者以外の患者であって、精神疾患又は精神症状を伴う脳器質性障害があるもの ○ 回数 退院後4週間以内は週2回、それ以外は週1回に限り算定 ○ 同一日の算定不可 精神科継続外来支援・指導料 標準型精神分析療法、認知療法・認知行動療法、 心身医学療法 通院集団精神療法、 依存症集団精神療法 等	イ 精神保健福祉法第29条又は第29条の2の規定による入院措置を経て退院した患者であって、都道府県等が作成する退院後に必要な支援内容等を記載した計画に基づく支援期間にあるものに対して、当該計画において療養を担当することとされている保険医療機関の精神科の医師が行った場合		660点		注3 20歳未満の患者に行った場合 350点加算 （～1年） 注4 児童思春期専門管理加算 イ 16歳未満の場合 500点 （～2年） 300点 （2年～） ロ 20歳未満の患者に60分以上行った場合 1200点 （初診から3ヶ月以内、1回） 注5 特定薬剤副作用評価加算 25点（月1回） 注6 3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を投与した場合であって、所定の要件を満たさない場合 50／100で算定 注7 措置入院後継続支援加算 275点（3月に1回） 注8 療養生活環境整備指導加算 250点（月1回、～1年） 注9 療養生活継続支援加算 350点（月1回、～1年）
		ロ 初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合		540点	560点	
		ハ イ及びロ以外の場合	(1)30分以上	390点	410点	
			(2)30分未満	315点	330点	
2 在宅精神療法		イ 精神保健福祉法第29条又は第29条の2の規定による入院措置を経て退院した患者であって、都道府県等が作成する退院後に必要な支援内容等を記載した計画に基づく支援期間にあるものに対して、当該計画において療養を担当することとされている保険医療機関の精神科の医師が行った場合		660点		
		ロ 初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合		600点	620点	
		ハ イ及びロ以外の場合	(1)60分以上	530点	560点	
			(2)30分以上60分未満	390点	410点	
			(3)30分未満	315点	330点	
I002-2 精神科継続外来支援・指導料	○ 入院中の患者以外の患者であって、精神疾患の有するものに対して、精神科医が、患者又はその家族等に対して、病状、服薬状況及び副作用の有無等の確認を主とした支援を行った場合に評価 ○ 患者1人につき1日に1回に限り算定			55点		注2 1回の処方において、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を投与した場合には算定しない 注3 医師による支援と合わせて、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士が、患者又はその家族に対して、療養生活環境を整備するための支援を行った場合 40点 注4 特定薬剤副作用評価加算 25点（月1回） 注5 3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を投与した場合であって、所定の要件を満たさない場合 50／100で算定

情報通信機器を用いた精神科診療に対応している医師

○ 精神疾患患者に対する情報通信機器を用いた診療を行っている医療機関の8割以上で、精神保健指定医が情報通信機器を用いた診療を行っていた。
○ 精神保健指定医以外の医師が情報通信機器を用いた診療を行っている医療機関の割合は、診療所よりも病院で高い傾向にある。



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（令和4年度調査）

情報通信機器を用いた精神科診療に係る有効性

○ 精神疾患に対する、情報通信機器を用いた診療について、対面診療と同様の有効性を示す報告がある。

＜方法＞
精神疾患に対する遠隔精神療法と対面治療を比較した包括的メタアナリシス。主要アウトカムは、各精神疾患で使用される標準症状尺度スコアの平均変化とした。副次的アウトカムは、全死因による中止や安全性/忍容性など、メタ解析可能なすべてのアウトカムとした。
＜結果＞
11の精神疾患にわたる32の研究（n = 3592人）が同定された。疾患特異的解析の結果、うつ病性障害の症状改善に関しては、遠隔精神療法が対面治療よりも優れていた（k = 6研究、n = 561; 標準化平均差s.m.d. = -0.325, 95% CI -0.640 to -0.011, P = 0.043）のに対し、摂食障害に関しては、対面治療が遠隔精神療法よりも優れていた（k = 1, n = 128; s.m.d. = 0.368, 95% CI 0.018-0.717, P = 0.039）。すべての研究/診断を合わせても、遠隔精神療法と対面治療の間に有意差は認められなかった（k = 26, n = 2290; P = 0.248）。軽度認知障害では、遠隔精神療法は対面治療よりも全死因による治療中止が有意に少なかったが（k = 1, n = 61; リスク比RR = 0.552, 95%CI 0.312-0.975, P = 0.040）、薬物誤用ではその逆であった（k = 1, n = 85; RR = 37.41, 95%CI 2.356-594.1, P = 0.010）。すべての研究/診断を合わせても、遠隔精神療法と対面治療との間に全死因による治療中止に関する有意差は認められなかった（k = 27, n = 3341; P = 0.564）。
＜結論＞
遠隔精神療法は様々な精神疾患に対して対面治療と同様の症状改善効果を示した。しかし、いくつかの特定の精神疾患において優劣がみられ、その有効性は疾患のタイプによって異なる可能性が示唆された。

Fig. Primary outcome measre (change in the standard symptom scale scores used for each disease, all diagnoses combined).

	study name	Patients n	s.m.d	95% CI Lower limit	95% CI Upper limit	P
Eating disorder	Mitchell 2008	128	0.368	0.018	0.717	0.039
	Total	128	0.368	0.018	0.717	0.039
Tic disorders	Himle 2012	16	-0.273	-1.266	0.719	0.589
	Total	16	-0.273	-1.266	0.719	0.589
DBD	Corner 2017 b	40	0.211	-0.410	0.833	0.505
	Total	40	0.211	-0.410	0.833	0.505
Depressive disorders	Hungerbuehler 2016	85	-0.717	-1.157	-0.278	0.001
	Nelson 2003	28	-0.643	-1.403	0.116	0.097
	Moreno 2012	132	-0.600	-0.949	-0.251	0.001
	Choi 2014b	119	-0.388	-0.749	-0.027	0.035
	Ruskin 2004	119	0.120	-0.236	0.476	0.509
	Luxton 2016	78	0.147	-0.299	0.592	0.519
	Total	561	-0.325	-0.640	-0.011	0.043
Insomnia	Arnedt 2021	65	0.044	-0.443	0.530	0.861
	Total	65	0.044	-0.443	0.530	0.861
MCI or Mind dimentia	Poon 2005	22	0.197	-0.641	1.034	0.645
	Total	22	0.197	-0.641	1.034	0.645
Two or more diagnoses included	Stubbings 2013	16	-0.575	-1.583	0.432	0.263
	De Las Cuevas 2006	130	0.000	-0.344	0.344	1.000
	O'Reilly 2007	286	0.032	-0.200	0.264	0.788
	Total	432	0.001	-0.188	0.190	0.993
OCD	Corner 2017 a	19	0.156	-0.746	1.058	0.734
	Total	19	0.156	-0.746	1.058	0.734
Substance misuse	King 2014	59	0.060	-0.449	0.569	0.817
	Total	59	0.060	-0.449	0.569	0.817
PTSD	Strachan 2012	31	-0.263	-0.979	0.453	0.472
	Morland 2014	87	-0.243	-0.665	0.179	0.258
	Morland 2015	126	-0.126	-0.475	0.224	0.481
	Maieritsch 2016	51	-0.052	-0.601	0.497	0.854
	Acierno 2016	201	-0.039	-0.316	0.238	0.782
	Acierno 2017	132	-0.002	-0.343	0.340	0.992
	Liu 2020	128	0.018	-0.329	0.365	0.919
	Yuen 2015	52	0.036	-0.511	0.583	0.898
	Morland 2010	125	0.200	-0.152	0.551	0.266
	Frueh 2007	15	0.356	-0.685	1.397	0.502
	Total	948	-0.023	-0.150	0.105	0.728
All studies on all diagnoses combined		2290	-0.064	-0.173	0.045	0.248



出典：Katsuhiko Hagi et al, Telepsychiatry versus face-to-face treatment: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Br J Psychiatry 2023 Sep;223(3):407-414

「情報通信機器を用いた精神療法を安全・適切に実施するための指針の策定に関する検討」事業（令和４年度障害者総合福祉推進事業）

事業主体：野村総合研究所

経緯

（※）「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（平成30年３月、令和４年１月一部改定　厚生労働省）

- オンライン診療については、オンライン診療指針（※）の策定などにより段階的に利活用の環境が整備・推進されている。
- 診療報酬においては、
  - 平成30年度診療報酬改定において、「対面診療と組み合わせて」「再診において」行う情報通信機器を用いた場合の点数としてオンライン診療料が新設された。
  - 令和４年度診療報酬改定においては、オンライン診療指針の見直し（令和４年１月）を踏まえ、情報通信機器を用いた場合の初診について、評価を新設するとともに、再診料について、情報通信機器を用いて再診を行った場合の評価が新設され、オンライン診療料は廃止された。
- こうした背景を踏まえつつ、新型コロナウイルスの感染拡大等を踏まえ、精神医療の現場においても情報通信機器を用いた診療について、一定のニーズが明らかになるとともに、一部においてすでに活用されている実態もある。

令和４年度障害者総合福祉推進事業において、これまで明確に示されていなかった、情報通信機器を用いた精神療法（以下、「オンライン精神療法」という。）を実施する場合に必要と考えられる留意点等について、オンライン精神療法を安全かつ有効に実施しつつ精神医療の現場で活用することができるよう「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」を策定。

指針の概要

- オンライン精神療法を実施する医師や医療機関については、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに資するよう、地域における精神科医療の提供体制への貢献が求められる。
- オンライン精神療法を実施する場合は、オンライン診療指針及び本指針を遵守すること。
- オンライン精神療法は、日常的に対面診療を実施している患者に対して、継続的・計画的に診療を行いながら、対面診療と組み合わせつつ必要に応じて活用すること。なお、初診精神療法をオンライン診療で実施することは行わないこと。
- オンライン精神療法を実施する医師は、精神科における診療の一定の経験や資質を有すること。
- 患者の急病・急変時に適切に対応する観点から、患者が希望した場合や緊急時等の対面での診療が必要である際に、オンライン精神療法を実施した医師自らが速やかに対面で診療を行うことができる体制を整えていること、時間外や休日にも医療を提供できる体制において実施されることが望ましい。
- 精神科救急対応や時間外の対応、緊急時の入院受け入れ等を行っている医療機関等と連携するなどしながら、入院や身体合併症の対応が必要となった場合（精神病床に限るものではなく、身体疾患等で入院医療が必要となり一般病床に入院する場合も含む。）に対応可能な体制を確保しておくことが望ましい。
- 向精神薬等の不適切な多剤・大量・長期処方は厳に慎むと同時に、オンライン診療を実施している患者に乱用や依存の傾向が認められないか、細心の注意を払う必要がある。乱用や依存の傾向が認められる場合には、安全性の観点から、速やかに適切な対面診療につなげた上で、詳細に精神症状を把握すると共に、治療内容について再考することが適当である。

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（概要）
（令和３年３月18日）

○　精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に際しては、精神障害者や精神保健（メンタルヘルス）上の課題を抱えた者等（以下「精神障害を有する方等」とする。）の**日常生活圏域を基本として、市町村などの基礎自治体を基盤として進める必要**がある。また、**精神保健福祉センター及び保健所は市町村との協働により精神障害を有する方等のニーズや地域の課題を把握した上で、障害保健福祉圏域等の単位で精神保健医療福祉に関する重層的な連携による支援体制を構築する**ことが重要。

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基本的な事項

○　精神障害にも対応した地域包括ケアシステムでは、**精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、重層的な連携による支援体制を構築**する。

○　「地域共生社会」は、制度・分野の枠や、「支える側」と「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人、人と社会のつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことのできる包摂的なコミュニティや地域社会を創るという考え方であり、**「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」は「地域共生社会」を実現するための「システム」「仕組み」と解され、地域共生社会の実現に向かっていく上では欠かせないもの**である。

○　重層的な連携による支援体制は、**精神障害を有する方等一人ひとりの「本人の困りごと等」に寄り添い、本人の意思が尊重されるよう情報提供等やマネジメントを行い、適切な支援を可能とする体制**である。

○　同システムにおいて、精神障害を有する方等が必要な保健医療サービス及び福祉サービスの提供を受け、その疾患について周囲の理解を得ながら地域の一員として安心して生活することができるよう、**精神疾患や精神障害に関する普及啓発を推進することは、最も重要な要素の一つであり、メンタルヘルス・ファーストエイドの考え方を活用する等普及啓発の方法を見直し、態度や行動の変容までつながることを意識した普及啓発の設計が必要**である。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構成する要素

地域精神保健及び障害福祉

○　市町村における**精神保健に関する相談指導等について、制度的な位置付けを見直す。**

○　**長期在院者への支援**について、**市町村が精神科病院との連携を前提に、病院を訪問し利用可能な制度の説明等を行う取組**を、制度上位置付ける。

精神医療の提供体制

○　**平時の対応を行うための「かかりつけ精神科医」機能等の充実**を図る。

○　**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り**危機的な状況に陥った場合の対応を充実**する。

住まいの確保と居住支援

○　生活全体を支援するという考えである**「居住支援」の観点を持つ**必要がある。

○　**入居者及び居住支援関係者の安心の確保**が重要。

○　協議の場や居住支援協議会を通じた**居住支援関係者との連携を強化する。**

社会参加

○　**社会的な孤立を予防**するため、地域で孤立しないよう**伴走し、支援することや助言等をすることができる支援体制を構築**する。

○　精神障害を有する方等と地域住民との交流の促進や地域で「はたらく」ことの支援が重要。

当事者・ピアサポーター

○　ピアサポーターによる精神障害を有する方等への支援の充実を図る。

○　市町村等は**ピアサポーターや精神障害を有する方等の、協議の場への参画を推進。**

精神障害を有する方等の家族

○　精神障害を有する方等の家族にとって、必要な時に適切な支援を受けられる体制が重要。

○　**市町村等は協議の場に家族の参画を推進し、わかりやすい相談窓口の設置等の取組の推進。**

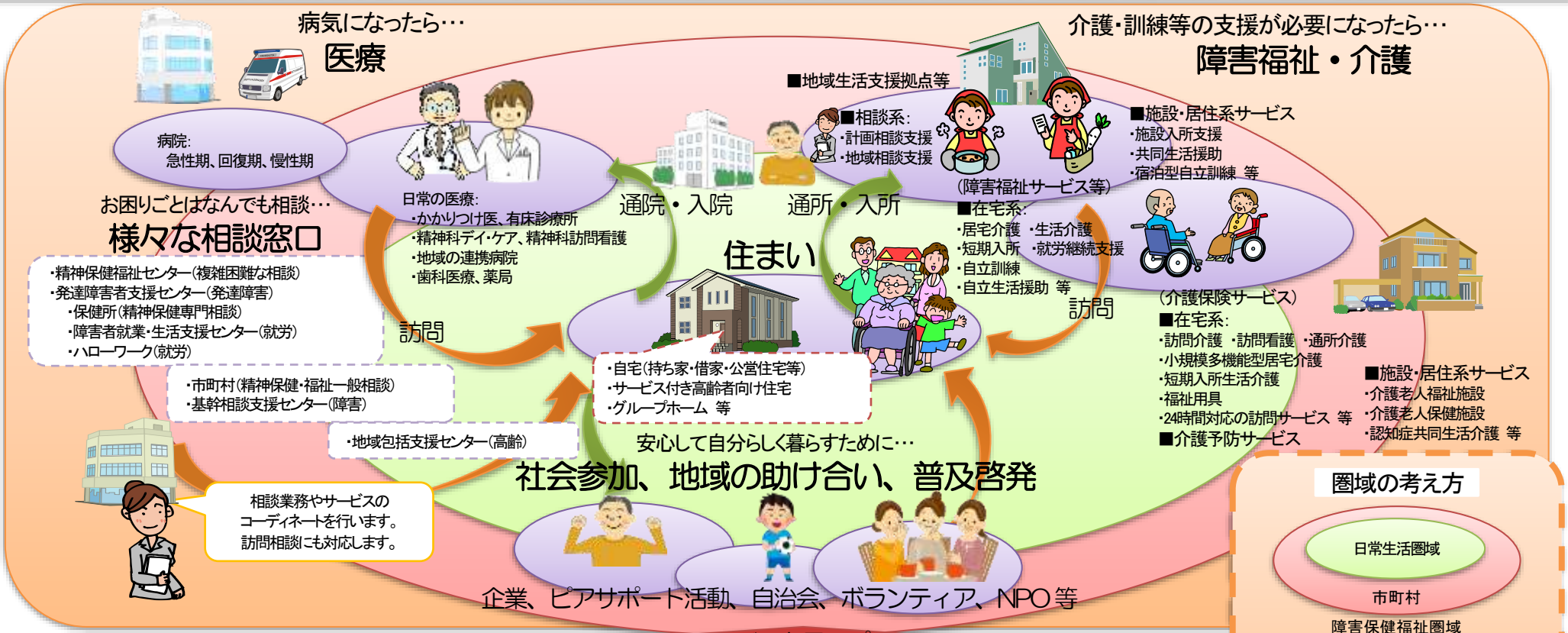
人材育成

○　**「本人の困りごと等」への相談指導等や伴走し、支援を行うことができる人材**及び**地域課題の解決に向けて関係者との連携を担う人材**の育成と確保が必要である。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）

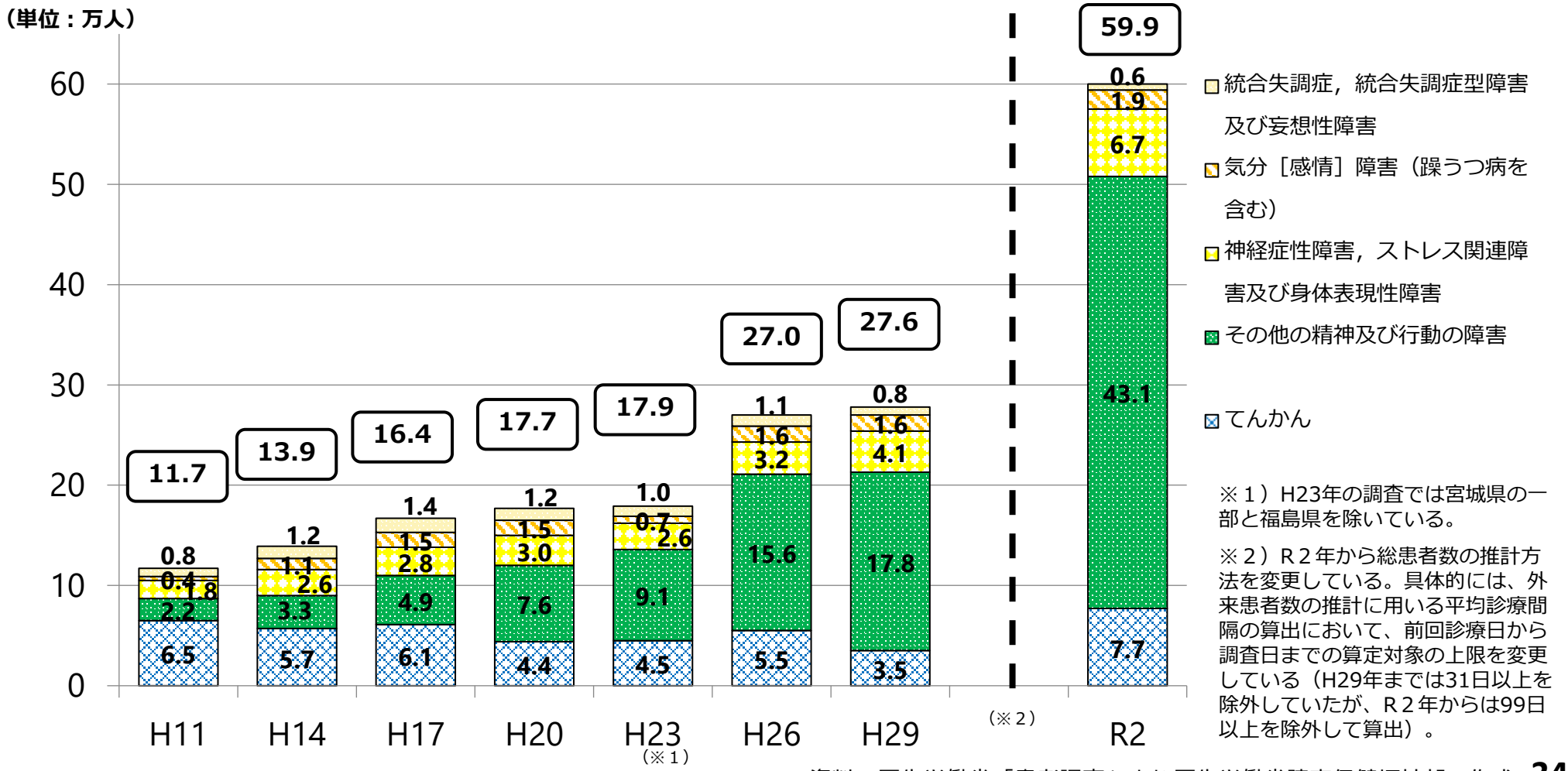
○　精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労など）、地域の助け合い、普及啓発（教育など）が包括的に確保された精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を目指す必要があり、同システムは地域共生社会の実現に向かっていく上では欠かせないものである。

○　このような精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、計画的に地域の基盤を整備するとともに、市町村や障害福祉・介護事業者が、精神障害の有無や程度によらず地域生活に関する相談に対応できるように、市町村ごとの保健・医療・福祉関係者等による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、当事者・ピアサポーター、家族、居住支援関係者などとの重層的な連携による支援体制を構築していくことが必要。



20歳未満の精神疾患総患者数（疾病別内訳）

○ 20歳未満の、精神疾患を有する総患者数は、約59.9万人。
○ 疾患別では、「その他の精神及び行動の障害」が最も多い。
○ 「その他の精神及び行動の障害」には、「心理的発達の障害（F80-F89）」や「小児＜児童＞期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害（F90-F98）」等が含まれる。



※１）H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

※２）R２年から総患者数の推計方法を変更している。具体的には、外来患者数の推計に用いる平均診療間隔の算出において、前回診療日から調査日までの算定対象の上限を変更している（H29年までは31日以上を除外していたが、R２年からは99日以上を除外して算出）。

資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

発達障害者支援に関する行政評価・監視の結果に基づく勧告（概要）

勧告日：平成29年1月20日
勧告先：文部科学省、厚生労働省

背景

◆ 自閉症、アスペルガー症候群、注意欠陥多動性障害（ADHD）、学習障害（LD）などの「発達障害」を持つ児童生徒が乳幼児期から切れ目なく適切な支援が受けられるよう、国、都道府県及び市町村の責務や求められる取組を定めた発達障害者支援法（平成16年法律第167号）が平成17年4月に施行

※ 固有の手帳制度がない発達障害者の正確な数は分かっていないが、推計値としては、
文部科学省の調査では、公立の小・中学校の通常学級で学習面又は行動面で著しい困難を示す児童生徒の割合は、平成23年度6.5%（30人学級では1～2人。13年度6.3%）
厚生労働省の調査では、医療機関に通院又は入院している自閉症、アスペルガー症候群等の患者の総数は、平成14年度の3.5万人から26年度の19.5万人に増加

◆ 法の施行後、発達障害に対する理解や支援の取組が進展したとの評価がある一方、乳幼児期から在学時、成人期までの各ライフステージを通じた継続的な支援に課題（発見の遅れ、進学過程での支援の途切れなど）があるとの指摘あり

⇒ 今回、法の施行から約10年を迎えた機会を捉え、保育所・学校現場を含む都道府県・市町村における発達障害者支援の実態を初めて調査。今後の取組に当たっての課題を整理し、関係省に改善を勧告（平28.8の改正法の運用において本勧告を踏まえた対応が期待）

調査結果（ポイント）

① 発達障害の早期発見

主な調査結果

- 乳幼児健診時や在学中の行動観察において、発達障害が疑われる児童を見逃しているおそれ
- 支援の遅れとなり、二次障害（不登校、暴力行為等）が発生する場合あり

主な勧告

- 乳幼児健診における発達障害が疑われる児童の早期発見に資する有効な措置
- 在学中の行動観察における着眼点等を共通化した標準的なチェックリストの提示

② 適切な支援と情報の引継ぎ

主な調査結果

- 支援計画等の作成対象が限定され、未作成のものあり
- 進学先に情報が引き継がれていないものあり

主な勧告

- 支援計画等の作成対象とすべき児童生徒の考え方の提示
- 支援計画など情報の適切な引継ぎ

③ 専門的医療機関の確保

主な調査結果

- 専門的医療機関が不足（初診待ちが長期化）

主な勧告

- 専門的医療機関確保のための一層の取組

出典：総務省｜発達障害者支援に関する行政評価・監視の結果に基づく勧告（概要）（平成29年１月）

発達障害診断待機解消事業

【事業概要】
　地域における発達障害の診断待機を解消するため、「発達障害専門医療機関初診待機解消事業」及び「発達障害専門医療機関ネットワーク構築事業」 を実施し、発達障害を早期に診断する体制を確保する。

【実施主体】　都道府県、指定都市（事業の一部について委託可）

【令和４年度予算額】　92,909千円（92,909千円）

発達障害専門医療機関初診待機解消事業

発達障害の診断をする医療機関の行うアセスメント等に関して、次の内容を取り組む。

〇アセスメント強化（以下の全部又は一部を実施）

・発達障害にかかるアセスメント対応職員の医療機関への配置
・地域の児童発達支援センターや発達障害者支援センター等でのアセスメントの実施
　（実施内容は診断する医療機関に引き継ぐ）
・医療機関にケースワーカー等を配置し、子どもが通う施設（例：市町村の保健センターや保育所等）に出向いて情報提供や行動観察を依頼

〇効果測定

　アセスメント強化の方法や実施した上での診断待機の改善状況、発見された課題等について有識者を加えて検討し、報告書を作成

発達障害専門医療機関ネットワーク構築事業

発達障害に関して高度な専門性を有する地域の拠点医療機関を選定し、次の内容を取り組む。

〇人材育成・実地研修
　地域の医療従事者への専門技術に関する研修や診療等への陪席の実施　など

〇情報収集・提供
　受診希望の当事者や家族に対する診療可能な医療機関の情報提供　など

〇ネットワーク構築・運営
　地域の医療機関同士の会議体を構成し、意見交換等を実施

〇発達障害医療コーディネーターの配置
　医療機関やその他関係機関、当事者及びその家族との連絡・調整

両事業を併せて実施することで効率的な事業実施を図る

5歳児健診のフォローアップ体制のイメージ（案）

第２回こども家庭審議会成育医療等分科会
令和５年11月22日　資料２

概要

○　多くの市町村では、3歳児健診（法定健診）以降、就学時健診まで健診がない。乳幼児への切れ目のない母子保健の提供のため、社会性発達の評価、発達障害等のスクリーニング、健康増進を目的とした、**5歳児健診の標準化・体制整備が必要。**
（4～6歳児健診について、公費負担を実施している自治体は15%（令和3年度母子保健課調べ））

○　特別な配慮が必要な児に対して**早期介入を実施**することで、**保護者の課題への気づきや生活への適応が向上**する可能性が指摘されており、**5歳児健診により学童期の不登校発生数が減少**したという研究結果もある。

○　5歳児健診において所見が認められた場合に、**必要な支援につなげる地域のフォローアップ体制が重要**。

5歳児健診

今年度、研究班で健康診査票・問診票を作成し、関係団体に意見照会中。
今後、成育医療等分科会で議論。

問診・診察・評価

- 情報集約（過去の健診結果、家庭環境、保育所情報等）
- 発達等の評価
- 困り感の把握
- 保護者への説明　等

【健診に関わる職種の例】
小児科医師、保健師、
心理職、保育士、教育職、
作業療法士・運動指導士　等

専門相談

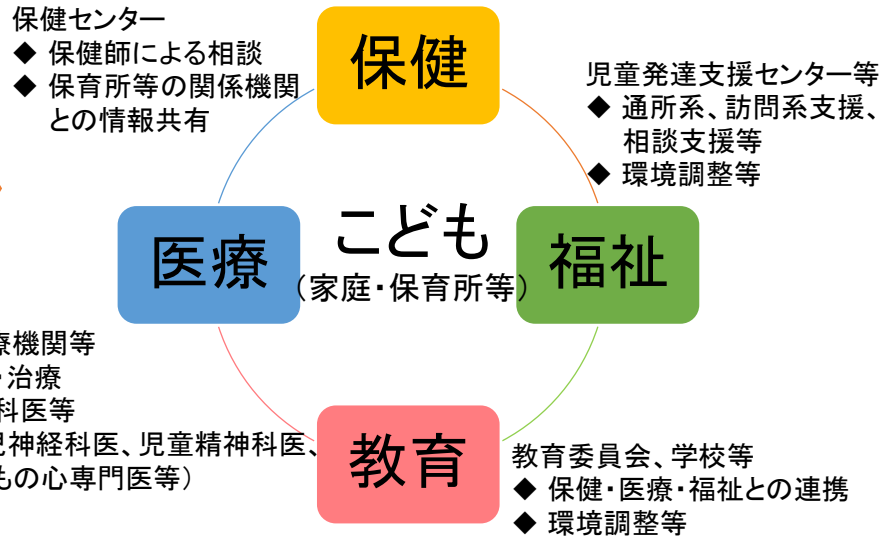
保護者との共有
- 健診後の不安の傾聴
- 保護者の気づきを促す
- 多職種による助言

健診後カンファレンス

多職種による評価、支援の必要性の検討

地域のフォローアップ体制

地域のリソースを使った支援体制（受け皿）を構築



地域のフォローアップ体制に係る課題

○　**医療のキャパシティ強化**　⇒　発達障害の診察ができる医師の養成、医療機関の体制強化。診療報酬についても別途検討

○　**福祉との連携強化**　⇒　児童発達支援センターと母子保健の連携強化、福祉の支援体制強化（障害報酬を含む）

○　**教育との連携強化**　⇒　保育園、幼稚園、学校等、教育委員会等との情報共有、保健・医療・福祉と連携した個別の支援・配慮

医療機関における発達障害の初診待機の状況

○　日本全国で発達障害診療に従事する小児科医、小児神経科医、児童精神科医を対象にした、2019年のアンケート調査では、発達障害児者の初診待機期間は平均2.6か月（0～54か月）であった。
○　報告書の中では、待機期間短縮のための手段として、**①初診対象者の選択**や②診療時間・診療継続時間の適正化、③コメディカルスタッフの関与、④相談機関・介入機関との連携等が挙げられた。

■発達障害に対する専門的な診療を行う医療機関における発達障害児者の初診待機期間

	平均	最小	最大
令和元年	2.6か月	0か月	54か月

■各医療機関における初診待機を短縮するための工夫

① 初診対象者の選択（緊急枠設定、トリアージ対応）
② 診療時間・診療継続期間の適正化
③ コメディカルスタッフの関与
④ 相談機関・介入機関との連携
⑤ かかりつけ医との関係構築
⑥ 予約法の検討
⑦ 診療医師の診断・治療力の向上

出典：令和元年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業「発達障害児者の初診待機等の医療的な課題と対応に関する調査」研究報告書
（事業主体：国立大学法人信州大学）

小児特定疾患カウンセリング料の概要

B001-4　小児特定疾患カウンセリング料（１日につき）

イ　医師による場合

（１）　月の１回目　500点

（２）　月の２回目　400点

ロ　公認心理師による場合　200点

注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす**小児科又は心療内科を標榜する保険医療機関**において、小児科若しくは心療内科を担当する医師又は医師の指示に基づき公認心理師が、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、療養上必要なカウンセリングを同一月内に１回以上行った場合に、**２年を限度として月２回に限り算定する。**ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号I002に掲げる通院・在宅精神療法又は区分番号I004に掲げる心身医学療法を算定している患者については算定しない。

(1)「イ」については、乳幼児期及び学童期における特定の疾患を有する患者及びその家族に対して日常生活の環境等を十分勘案した上で、小児科（小児外科を含む。以下この部において同じ。）又は心療内科の医師が一定の治療計画に基づいて療養上必要なカウンセリングを行った場合に算定する。

(2)「ロ」については、乳幼児期及び学童期における特定の疾患を有する患者及びその家族等に対して、日常生活の環境等を十分勘案した上で、当該患者の診療を担当する小児科又は心療内科の医師の指示の下、公認心理師が当該医師による治療計画に基づいて療養上必要なカウンセリングを20分以上行った場合に算定する。なお、一連のカウンセリングの初回は当該医師が行うものとし、継続的にカウンセリングを行う必要があると認められる場合においても、３月に１回程度、医師がカウンセリングを行うこと。

(3) カウンセリングを患者の家族等に対して行った場合は、患者を伴った場合に限り算定する。

(4) 小児特定疾患カウンセリング料の対象となる患者は、次に掲げる患者である。

ア 気分障害の患者

イ 神経症性障害の患者

ウ ストレス関連障害の患者

エ 身体表現性障害（小児心身症を含む。また、喘息や周期性嘔吐症等の状態が心身症と判断される場合は対象となる。）の患者

オ 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群（摂食障害を含む。）の患者

カ 心理的発達の障害（自閉症を含む。）の患者

キ 小児期又は青年期に通常発症する行動及び情緒の障害（多動性障害を含む。）の患者

5) 小児特定疾患カウンセリング料の対象となる患者には、登校拒否の者及び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者を含むものであること。

(6) 小児特定疾患カウンセリング料は、同一暦月において第１回目及び第２回目のカウンセリングを行った日に算定する。

(7)「ロ」を算定する場合、公認心理師は、当該疾病の原因と考えられる要素、治療計画及び指導内容の要点等についてカウンセリングに係る概要を作成し、指示を行った医師に報告する。当該医師は、公認心理師が作成した概要の写しを診療録に添付する。

(8) 小児特定疾患カウンセリング料を算定する場合には、同一患者に対し第１回目のカウンセリングを行った年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

(9) 電話によるカウンセリングは、本カウンセリングの対象とはならない。

(10) 平成 31年４月１日から当分の間、以下のいずれかの要件に該当する者を公認心理師とみなす。

ア 平成31年３月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者　イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

発達障害に対する支援の充実

小児特定疾患カウンセリング料の見直し

➢ 発達障害等、児童思春期の精神疾患の支援を充実する観点から、小児特定疾患カウンセリング料について公認心理師が実施する場合の評価を新設する。

現行	改定後
【小児特定疾患カウンセリング料】 イ　月の1回目　500点 ロ　月の2回目　400点	【小児特定疾患カウンセリング料】 イ　医師による場合 （1）月の1回目　500点 （2）月の2回目　400点 ロ　公認心理師による場合　200点



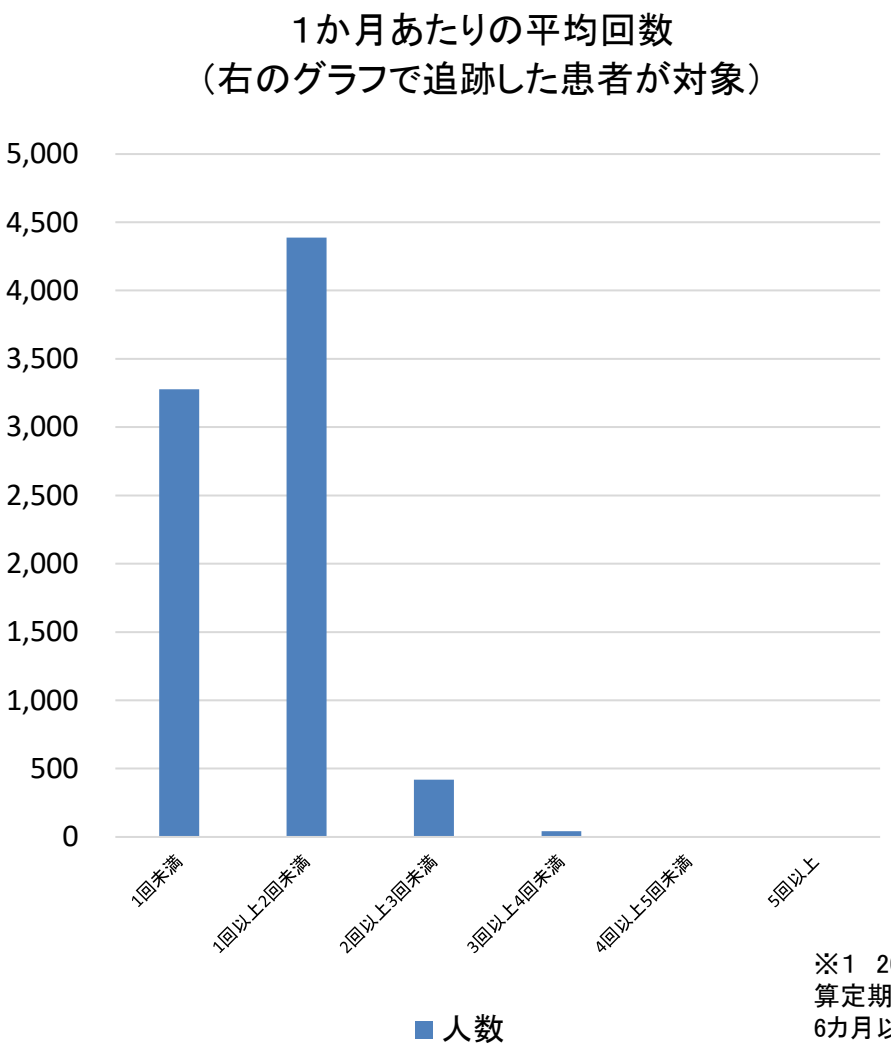
［公認心理師による場合の算定要件］

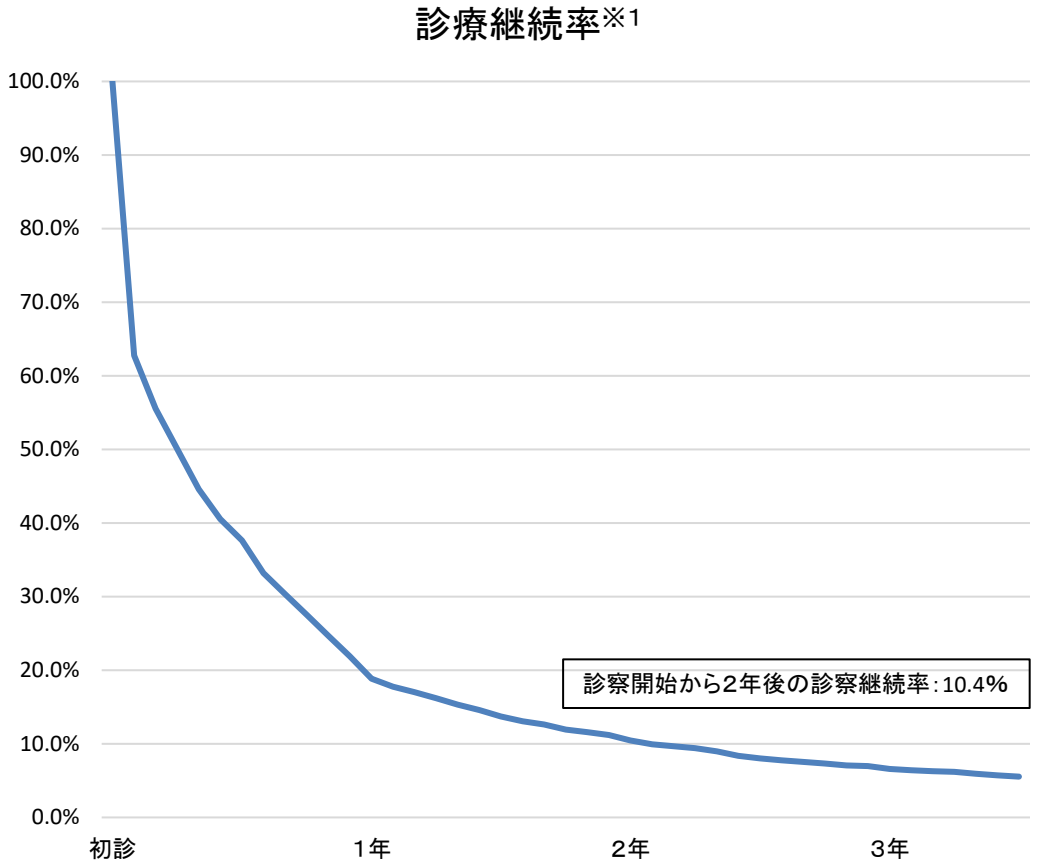
（1）　一連のカウンセリングの初回は医師が行うものとする。
（2）　医師の指示の下、公認心理師が当該医師による治療計画に基づいて療養上必要なカウンセリングを20分以上行った場合に算定できる。
（3）　継続的にカウンセリングを行う必要があると認められる場合においても、3月に1回程度、医師がカウンセリングを行うものとする。

➢ 被虐待児等の診療機会を確保する観点から、小児特定疾患カウンセリング料について、対象に被虐待児を含むことを明確化する。

小児特定疾患カウンセリング料を算定された児の受診頻度と診療継続率

○ 小児特定疾患カウンセリング料を算定した医療機関に、月３回以上を受診している患者が一定数いる。
○ 10%程度の患者が、算定期限である２年を超えても、小児特定疾患カウンセリング料を算定した医療機関で受診を続けている。



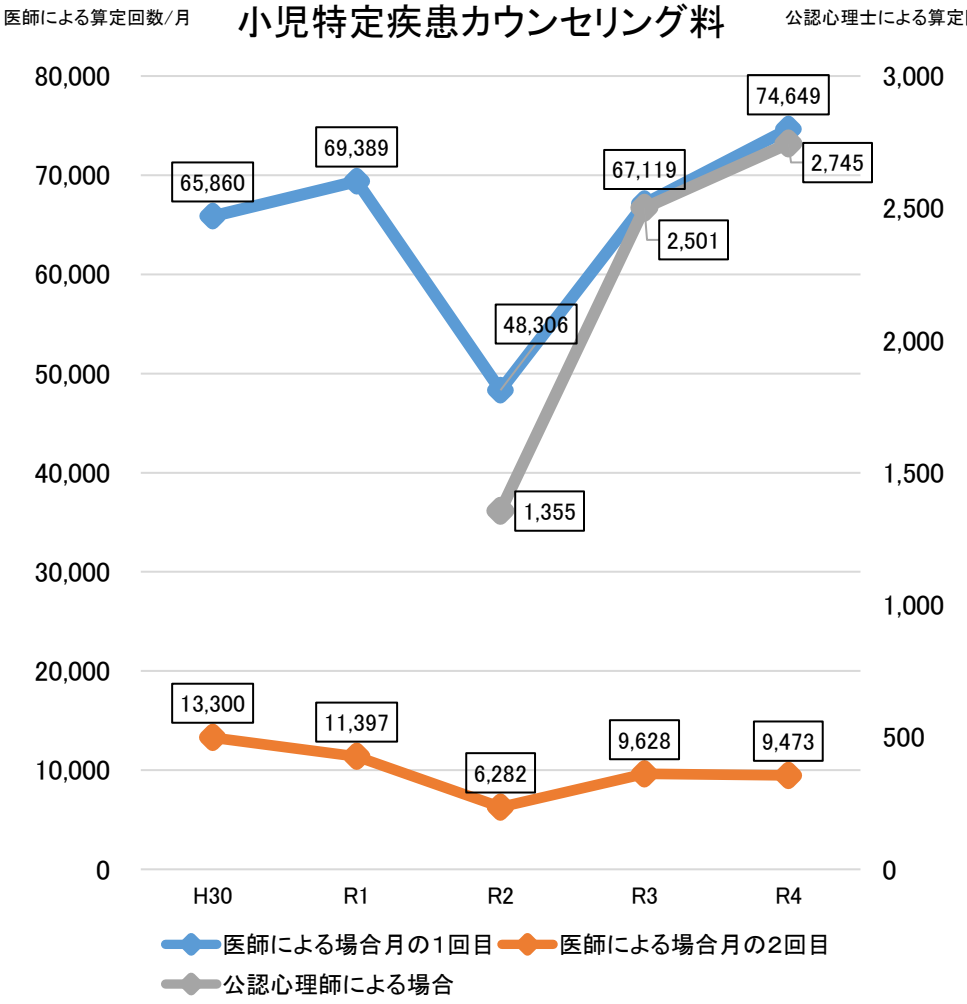


※1　2019年4月に初診で受診し、小児特定疾患カウンセリング料を算定した患者（8,136人）を追跡した。
算定期間が初診から2年であるため、2年目以降は同一医療機関で再診料を算定しているかを追跡した。
6カ月以上算定されない期間があった場合に「終診」と判断した。

出典：NDBより保険局医療課において集計

小児特定疾患カウンセリング料の算定状況

○　医師による場合の月の１回目の算定や公認心理師による場合について、算定回数は増加傾向である。
○　算定された児の主傷病名は、自閉症スペクトラム症と注意欠陥多動障害の割合が高い。



順位※1	主傷病名※2	患者数（n=8136）
1	自閉症スペクトラム障害	1,443
2	注意欠陥多動障害	1,026
3	気管支喘息	871
4	発達障害	458
5	夜尿症	446
6	自閉症	275
7	不登校	174
8	言語発達遅滞	172
9	広汎性発達障害	161

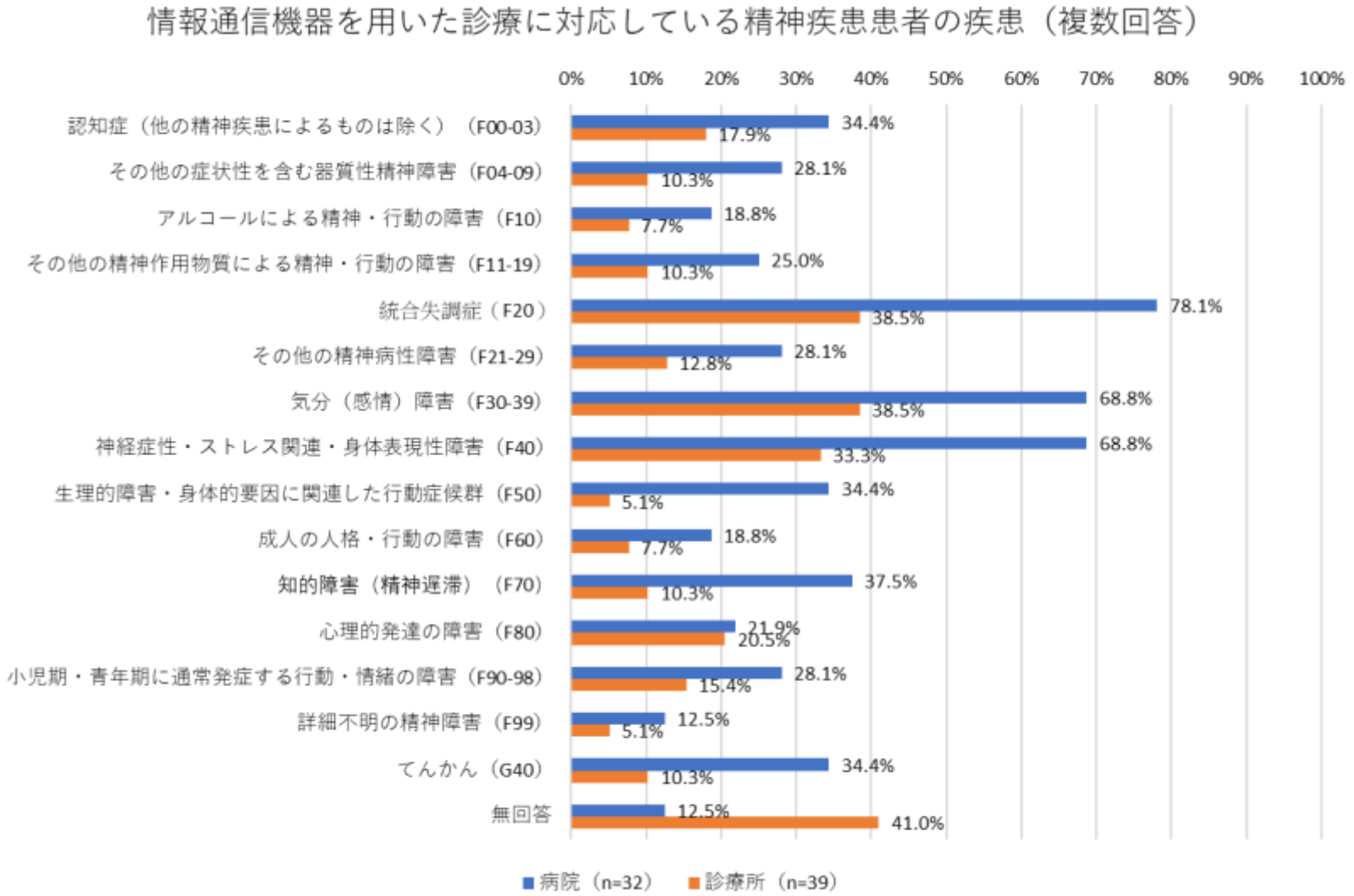
※1　未コード化傷病名は除いている
※2　初診時の主傷病名を集計した。

出典：社会医療診療行為別統計

出典：NDBより保険局医療課において集計

情報通信機器を用いた診療に対応している精神疾患

○ 精神疾患患者に対する情報通信機器を用いた診療を行っている医療機関における対応している疾患について、統合失調症、気分（感情）障害、神経症性・ストレス関連・身体表現性障害の割合が高かった。
○ 心理的発達の障害、小児期・精神期に通常発症する行動・情緒の障害については、病院・診療所とも約2～3割の医療機関が情報通信機器を用いた診療として対応していた。



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（令和4年度調査）

小児の発達障害に対するオンライン診療の有効性

○　小児の発達障害に対するオンライン診療の有効性が以下のとおり示されている。

○　注意欠陥多動性障害（ADHD）に対するオンライン診療の有効性を検討した12の研究を対象としたメタ解析において、不注意/認知機能、多動性/衝動性に対するオンライン診療の有意な効果が示された。

Bemanalizadeh M, et al. J Telemed Telecare. 2021 Oct 11:1357633X211045186.

○　専門医療機関へのアクセスが限られている地域で ADHD を治療するための遠隔医療サービスモデルの有効性を検証した223人の小児を対象としたRCTにおいて、遠隔医療サービスが提供されたADHD患者は、それ以外と比較し、不注意や多動性といった症状が有意に改善した。

Myers K, et al. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2015 Apr;54(4):263-74.

○　アスペルガー症候群の症状として重度の社会的障害と孤立を抱えた患者に対し、オンライン診療を実施したところ、初期評価と治療関係の構築が可能になった。その後、患者は直接クリニックに通うことができるようになり、教育とキャリアを再開することができたとの報告がある。

Clarke CS. Ir J Psychol Med. 2018 Dec;35(4):325-328.

課題①

（情報通信機器を用いた診療の現状について）

- オンライン診療に係る診療報酬上の評価については平成30年度改定において新設し、令和2年度改定では、実態等を踏まえた見直しを実施した。さらに、新型コロナウイルス感染症の感染拡大を踏まえ、臨時的・特例的取扱いとして、オンライン診療による初診を可能とする等の対応を行ったところ。
- 令和4年1月の「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の見直しを踏まえ、令和4年度診療報酬改定においては、情報通信機器を用いた場合の初診料を新設し、算定できる医学管理料を拡充するとともに、算定要件の緩和等の見直しを行った。
- 情報通信機器を用いた初診料等の届出医療機関数は経時的に増加しており、令和5年10月1日時点において約10,100医療機関となっている。
- 不眠症を主傷病とする患者に対する情報通信機器を用いた診療において、限られてはいるが初診から向精神薬が処方されている実態があった。
- 情報通信機器を用いた診療件数のうち、患者の所在が医療機関と異なる市町村または特別区である場合の診療件数の割合が97.5%を超える医療機関は、情報通信機器を用いた診療件数が10件以上の医療機関では43施設（4.8%）、100件以上の医療機関では7施設（3.4%）であった。
- 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」において、オンライン診療の提供体制に関する事項として、「患者の急病急変時に適切に対応するため、患者が速やかにアクセスできる医療機関において直接の対面診療を行える体制を整えておくこと」が最低限遵守する事項として定められている。
- 情報通信機器を用いた診療件数のうち、患者の所在が医療機関と異なる市町村または特別区である場合の診療件数の割合が97.5%を超える医療機関について、患者と医療機関の所在地の関係を分析したところ、東京に所在する医療機関を対象とした分析において、圏域を越えた情報通信機器を用いた診療における主傷病名は不眠症が最多であった。

課題②

（情報通信機器を用いた診療による疾病管理について）

- 情報通信機器を用いた診療を行っている医療機関の8割以上で、精神保健指定医が情報通信機器を用いた診療を行っている。精神保健指定医以外の医師が情報通信機器を用いた診療を行っている医療機関の割合は、診療所よりも病院で高い傾向にある。
- 精神疾患に対する、情報通信機器を用いた診療について、対面診療と同様の有効性を示す報告がある。
- 安全性・有効性及び精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける活用の観点から、「情報通信機器を用いた精神療法を安全・適切に実施するための指針の策定に関する検討」事業（令和4年度障害者総合福祉推進事業） において、「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」が策定されている。
- 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において、精神医療の提供体制として、平時の対応を行うための「かかりつけ精神科医」機能等の充実、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り危機的な状況に陥った場合の対応の充実が示されている。
- 発達障害の初診待機が課題となっており、待機短縮化を阻止している要因として、医療機関不足、医師不足があげられている。
- 小児特定疾患カウンセリング料を算定した医療機関に、月3回以上受診している患者が一定数おり、10%程度の患者が、算定期限である2年を超えても、小児特定疾患カウンセリング料を算定した医療機関で受診を続けている。算定された児の主傷病名は、自閉症スペクトラム症と注意欠陥多動障害の割合が高い。
- 情報通信機器を用いた診療を行っている医療機関において対応している疾患について、統合失調症、気分（感情）障害、神経症性・ストレス関連・身体表現性障害の割合が高い。心理的発達の障害、小児期・精神期に通常発症する行動・情緒の障害については、病院・診療所とも約2～3割の医療機関が情報通信機器を用いた診療として対応していた。
- 小児の発達障害に対するオンライン診療の有効性が示されている。

情報通信機器を用いた診療についての論点

【論点】

（情報通信機器を用いた診療の現状について）

○　情報通信機器を用いた診療において初診から向精神薬が処方されていた実態が確認されたこと、また圏域を越えた情報通信機器を用いた診療における主傷病名について不眠症が最多であったこと等を踏まえ、乱用・依存症への対策として、「初診では向精神薬を処方しないこと」をホームページ等に掲示すること等を情報通信機器を用いた診療の要件として追加することについてどのように考えるか。

○　厚生局へ届け出る「情報通信機器を用いた診療に係る報告書」において、情報通信機器を用いた診療のうち、医療機関が所在する地域以外に所在する患者の割合を一定以上超える医療機関について、情報通信機器を用いた診療における対面診療の提供体制を把握するための方策についてどのように考えるか。

（情報通信機器を用いた診療による疾病管理について）

○　「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」では、オンライン精神療法を実施する医師や医療機関については、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに資するよう、地域における精神科医療の提供体制への貢献が求められることや、精神科における診療の一定の経験や資質を有する医師が診療を実施することが規定されていること等を踏まえ、情報通信機器を用いた精神療法の評価についてどのように考えるか。

○　発達障害の初診待機が課題となっていること及び発達障害に対する診療が情報通信機器を用いた診療で提供されている実態と発達障害に対する情報通信機器を用いた診療の有効性のエビデンス等を踏まえ、情報通信機器を用いた診療における小児特定疾患カウンセリング料の評価についてどのように考えるか。

中医協　総－６
５．　１２．　１５

長期収載品（その３）

１．保険給付と選定療養の適用場面・対象品目

①　保険給付と選定療養の適用場面

②　選定療養の対象品目

２．保険給付と選定療養の負担に係る範囲

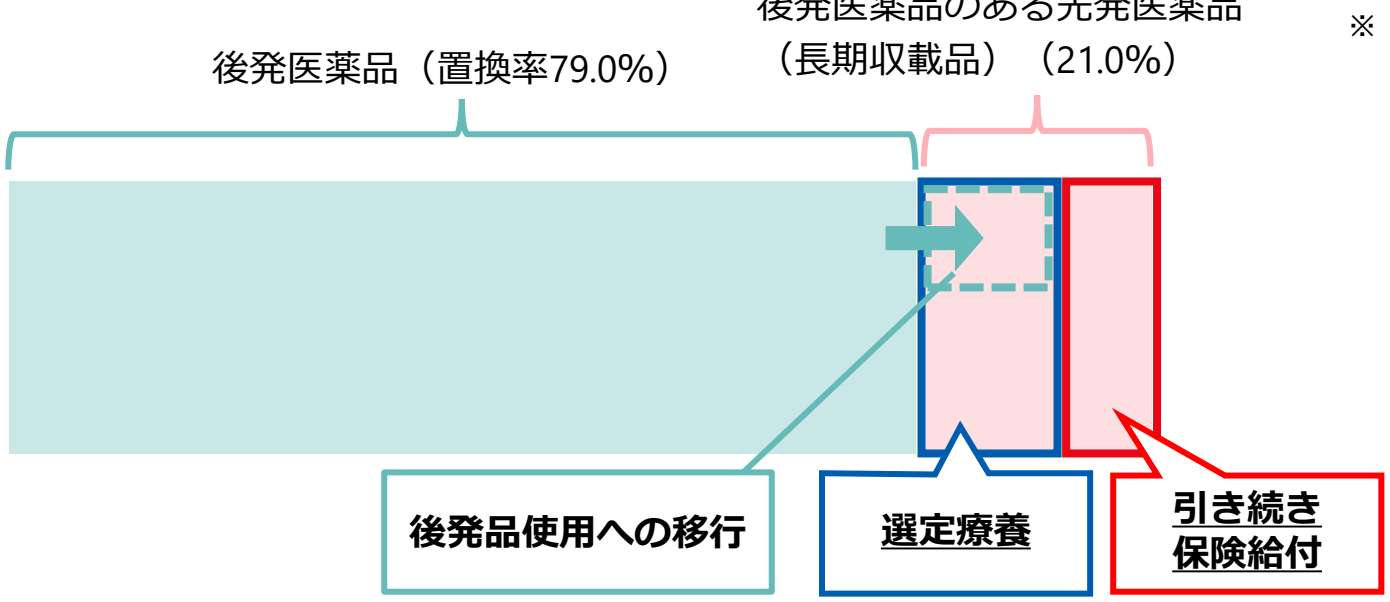
３．イノベーション推進と安定供給確保に向けた長期収載品の保険給付の在り方の見直し案

保険給付と選定療養の適用場面に係る論点

令和5年12月8日
第172回社会保障審議会医療保険部会　資料1

- 医療上の必要性があると認められる場合（例：医療上の必要性により医師が銘柄名処方（後発品への変更不可）をした場合）については、選定療養とはせず、引き続き、保険給付の対象としてはどうか。
- 他方、①銘柄名処方の場合であって、患者希望により長期収載品を処方・調剤した場合や、②一般名処方の場合は、長期収載品の使用について、選定療養としてはどうか。
- 医療上の必要性があると認められる場合については、処方等の段階で明確になるような仕組みの整理が必要ではないか。
- 特に、薬局に後発医薬品の在庫が無い場合など、後発医薬品を提供することが困難な場合については、患者が後発医薬品を選択できないことから保険給付の対象としてはどうか。

イメージ



（参考）薬剤費の構成割合

※　薬価調査で得られた取引数量に薬価を乗じた上で12倍（１年換算）し、年間の額を単純に推計



１．保険給付と選定療養の適用場面・対象品目

① 保険給付と選定療養の適用場面

② 選定療養の対象品目

２．保険給付と選定療養の負担に係る範囲

３．イノベーション推進と安定供給確保に向けた長期収載品の保険給付の在り方の見直し案

選定療養の対象品目（イメージ）

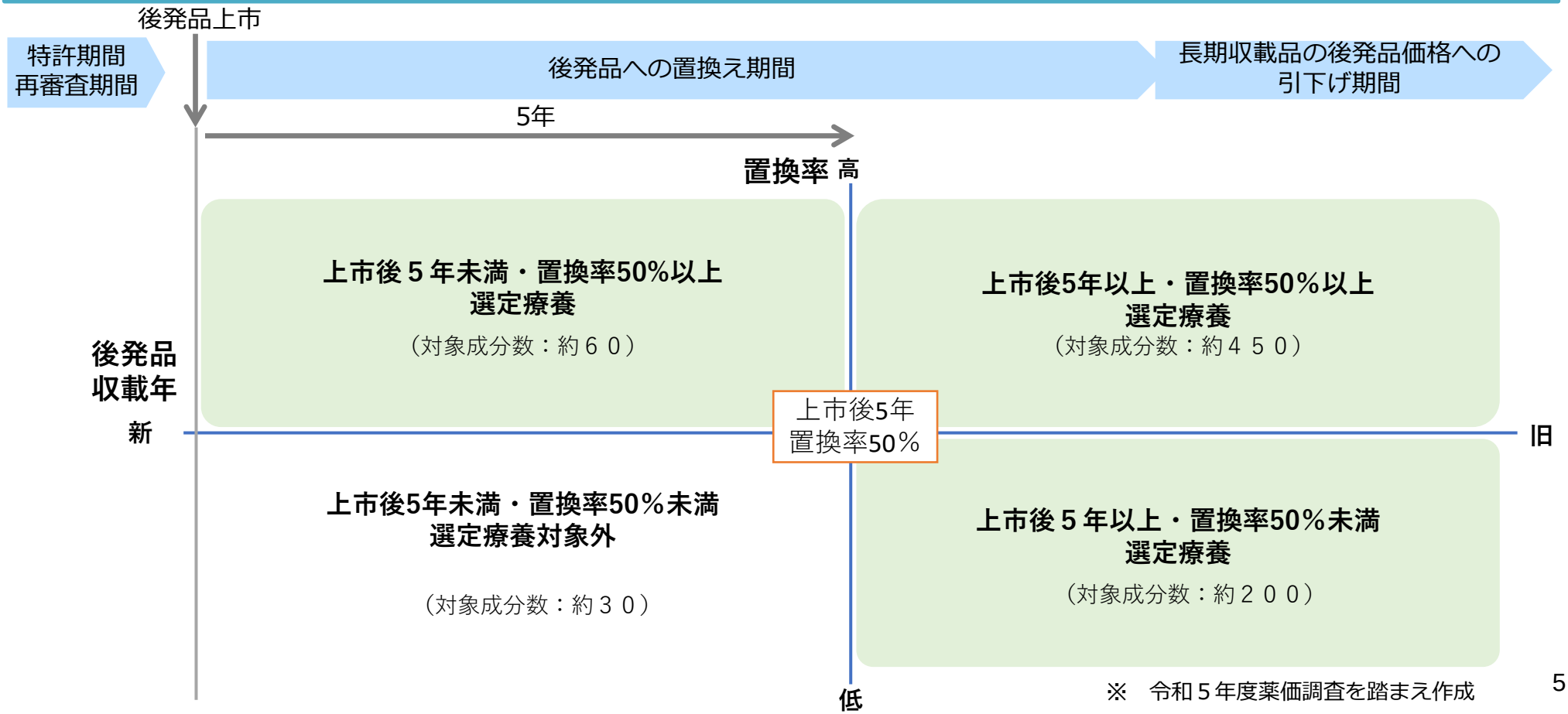
令和5年12月8日
第172回社会保障審議会医療保険部会　資料1（改）

○　選定療養の対象となる長期収載品の品目の範囲については、後発医薬品上市後、徐々に後発品に置換えが進むという実態を踏まえ、次の観点から検討。

①　長期収載品の薬価ルールにおいては後発品上市後５年から段階的に薬価を引き下げることとしている。この点を参考に、**後発品上市後５年を経過した長期収載品については対象**（※）としてはどうか。

②　また、後発品上市後５年を経過していなくても、**置換率が50%に達している場合には、**後発品の選択が一般的に可能な状態となっていると考えられ、**選定療養の対象**としてはどうか。

※　ただし、置換率が極めて低い場合（市場に後発医薬品がほぼ存在しない場合）については、対象外。



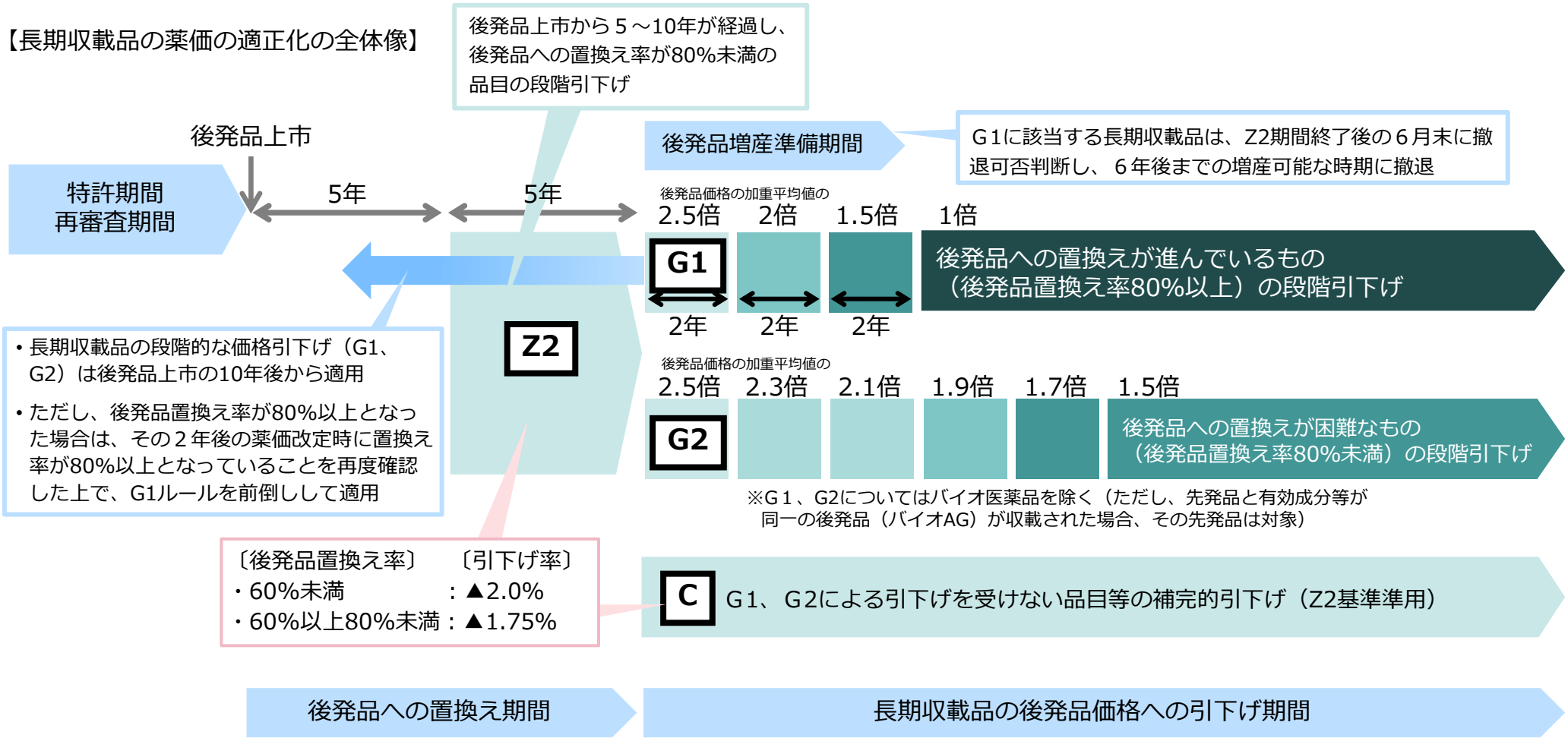
※　令和５年度薬価調査を踏まえ作成

長期収載品の薬価の改定

第３章第３節

- 長期収載品（後発品のある先発品）の薬価の更なる適正化を図る観点から、後発品上市後、後発品への置換え率に基づき、長期収載品の薬価を段階的に引き下げることとしている。

【長期収載品の薬価の適正化の全体像】



1. 保険給付と選定療養の適用場面・対象品目

① 保険給付と選定療養の適用場面

② 選定療養の対象品目

2. 保険給付と選定療養の負担に係る範囲

3. イノベーション推進と安定供給確保に向けた長期収載品の保険給付の在り方の見直し案

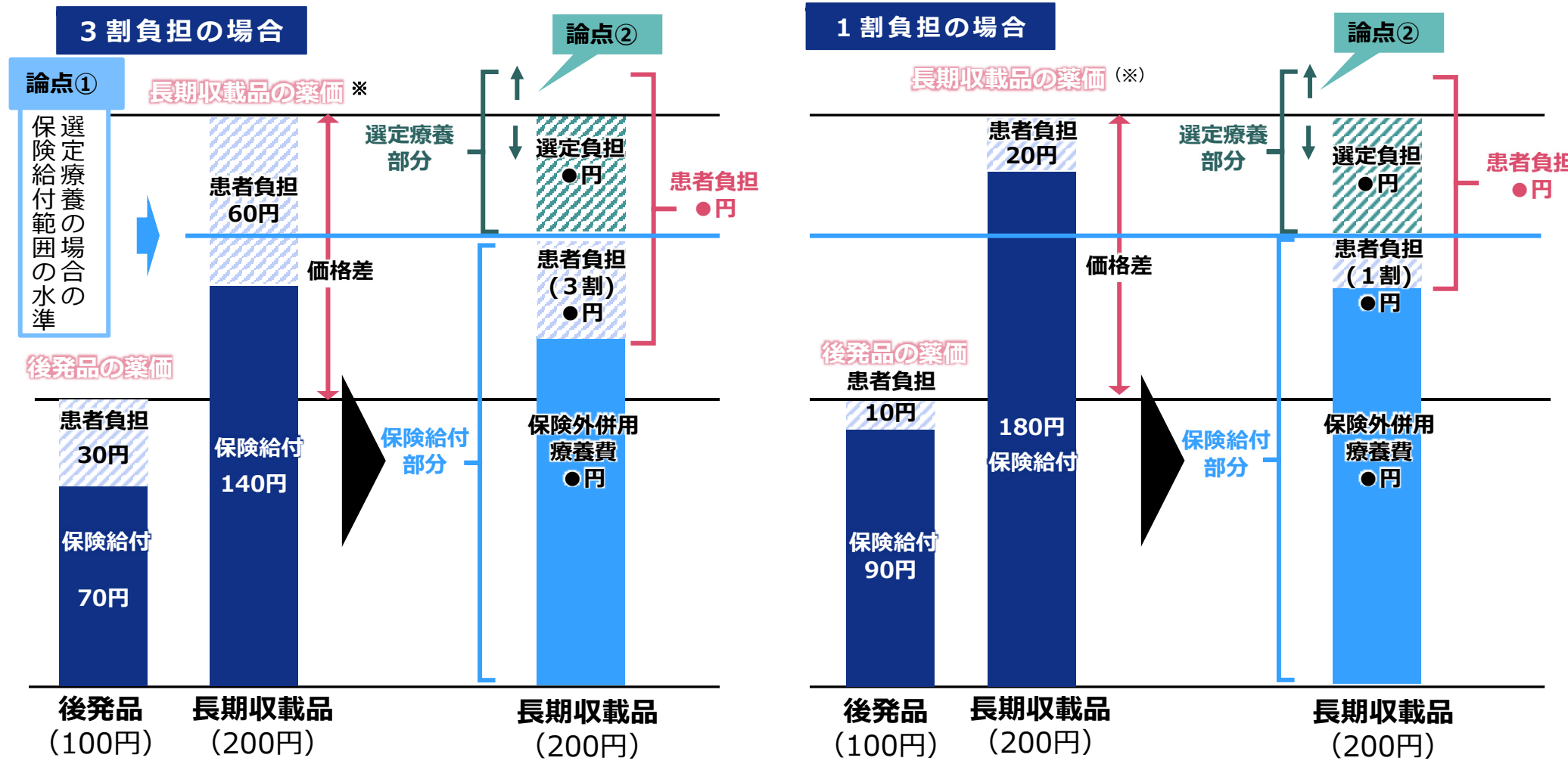
保険給付と選定療養の負担についての具体的な論点・イメージ

令和5年11月29日
第171回社会保障審議会医療保険部会
資料2（改）

① 長期収載品と後発品の価格差を踏まえ、選定療養の場合における保険給付範囲の水準はどの程度とすべきか（長期収載品の薬価と、選定療養の場合における保険給付範囲の水準の差は、どの程度が適当か）。

② 上記を踏まえ、選定療養に係る負担については、どの程度を標準とするべきか。また、次の点についてどのように考えるか。

- 長期収載品の薬価を超えて、選定療養に係る負担を徴収することを認めるのか
- 選定療養に係る負担を徴収しないことや、標準とする水準より低い額で徴収することを認めるのか。



（※）長期収載品に係る薬価上のルールとしては、原則として、後発品上市から10年経過後、薬価を段階的に後発品価格まで引き下げ

保険給付と選定療養の負担に係る論点

令和5年12月8日
第172回社会保障審議会医療保険部会　資料1

【論点①について】

○　**長期収載品の薬価**と**選定療養の場合における保険給付範囲の水準**の**差**については、

①長期収載品を選好する場合における患者の負担の水準

②メーカーによる薬剤工夫など、付加価値等への評価

③医療保険財政の中で、イノベーションを推進する観点や、従来とは異なるアプローチで更なる後発医薬品への置換を進める観点

④選定療養化に伴い、一定程度、後発医薬品への置換えが進むことが想定される中で、現下の後発医薬品の供給状況

といった観点を踏まえ、**長期収載品と後発品の価格差の少なくとも２分の１以下**とする方向で検討してはどうか。例えば、**長期収載品と後発品の価格差の２分の１、３分の１、４分の１といった定め方**を検討することも考えられるのではないか。

【論点②について】

○　選定療養に係る負担は、医療上の必要性等の場合は長期収載品の薬価で保険給付されることや、市場実勢価格等を踏まえて長期収載品の薬価が定められていることを踏まえると、上記の一定割合の相当分としてはどうか。特に、選定療養に係る負担を徴収しないことや上記の差より低い額で徴収することは、後発医薬品の使用促進を進めていくという施策の趣旨を踏まえる必要があるのではないか。

⇒　上記の論点①・②について、本部会の議論を踏まえ、中医協において具体的に検討するべきではないか。

患者負担に与える影響（イメージ）

令和5年12月8日
第172回社会保障審議会医療保険部会　資料1

○　選定療養に係る負担について、**長期収載品と後発品の価格差の２分の１、３分の１、４分の１**を案として、**個別の薬価を想定して試算した場合**は、次のとおり。

ケース１

	薬価	負担割合	現行の負担		（参考）全額	２分の１	３分の１	４分の１	後発品使用の場合
A製剤	500円	3割負担	150円	実際の患者負担額 変化額 長期収載品薬価に対する変動率	**350円** （＋200円） （40%）	**250円** （＋100円） （20%）	**217円** （＋67円） （13%）	**200円** （＋50円） （10%）	**75円** （▲75円） （▲15%）
後発品	250円		75円						
		1割負担	50円	実際の額 変化額 長期収載品薬価に対する変動率	**300円** （＋250円） （50%）	**175円** （＋125円） （25%）	**133円** （＋83円） （17%）	**113円** （＋63円） （13%）	**25円** （▲25円） （▲5%）
			25円						

ケース２

	薬価	負担割合	現行の負担		（参考）全額	２分の１	３分の１	４分の１	後発品使用の場合
A製剤	500円	3割負担	150円	実際の患者負担額 変化額 長期収載品薬価に対する変動率	**430円** （＋280円） （56%）	**290円** （＋140円） （28%）	**243円** （＋93円） （19%）	**220円** （＋70円） （14%）	**45円** （▲105円） （▲21%）
後発品	150円		45円						
		1割負担	50円	実際の額 変化額 長期収載品薬価に対する変動率	**400円** （＋350円） （70%）	**225円** （＋175円） （35%）	**167円** （＋117円） （23%）	**138円** （＋88円） （18%）	**15円** （▲35円） （▲7%）
			15円						

（※１）長期収載品について、①医療上の必要性があると認められる場合や、後発医薬品を提供することが困難な場合は、保険給付、②後発品の提供が可能な場合においても、患者の希望により、長期収載品が使用される場合は、選定療養。
（※２）後発品の薬価については、最高価格帯の薬価を想定して試算。
（※３）長期収載品と後発品の価格差は各品目の薬価によって異なるが、ケース１は長期収載品の薬価の１／２と想定（後発品の最高価格帯については、最高価格の50%以上の算定額となる後発品について、加重平均により集約していることに鑑みた想定）、ケース2は１／３程度と想定
（※４）選定療養の負担については、長期収載品と後発品の価格差の●分の●で固定と仮定して、試算。
（※５）選定療養の負担部分に係る消費税も含む。
（※６）ケース１のうち、価格差２分の１の場合：（500-250）×1/2×1.1 ＋｛250＋（500-250）× 1/2｝×0.3

１．保険給付と選定療養の適用場面・対象品目

① 保険給付と選定療養の適用場面

② 選定療養の対象品目

２．保険給付と選定療養の負担に係る範囲

３．イノベーション推進と安定供給確保に向けた長期収載品の保険給付の在り方の見直し案

イノベーション推進と安定供給確保に向けた長期収載品の保険給付の在り方の見直し案

令和5年12月8日
第172回社会保障審議会医療保険部会　資料1

趣旨

○　我が国の創薬力強化に向けて、イノベーションを推進するとともに、ドラッグ・ラグ／ドラッグ・ロスの解消を実現していくために、薬価上の措置を講じつつ、研究開発型ビジネスモデルへの転換を促進することが必要である。

○　また、後発医薬品に関しては、安定供給を前提としつつ、更なる利用を推進していくことが必要となる。特に、後発医薬品への置換率が概ね８０%程度（数量ベース）となるなど、相当程度、定着してきており、患者にとっての選択可能性は広がっている。一方、金額ベースでは５割程度にとどまっており、従来とは異なるアプローチで更なる後発医薬品への置換を進めていく必要がある。

○　また、後発医薬品を中心とした安定供給の課題を解消するため、後発医薬品企業の産業構造の転換を促すとともに、医療上必要性の高い品目の安定供給の確保も不可欠である。

○　こうした中、イノベーションの評価、ドラッグ・ラグ／ドラッグ・ロス解消に向けた対応、医薬品の安定供給の確保、長期収載品の保険給付の在り方の見直しをあわせて検討していく必要がある。

○　特に、創薬力強化に向けて、革新的な医薬品等の開発強化、研究開発型のビジネスモデルへの転換促進等を行うため、イノベーションの適切な評価などの更なる薬価上の措置等を推進する。 **医療保険財政の中で、こうしたイノベーションを推進**するため、**後発医薬品の安定供給を図りつつ、 長期収載品の保険給付の在り方の見直しを行う。**

○　こうした政策的な要素を考慮した上で、見直しにあたっては、長期収載品について、
- **医療上の必要性があると認められる場合等は、保険給付するという前提**に立ちつつ、
- **後発医薬品が存在する中においても**、薬剤工夫による付加価値等への**患者の選好により使用されることがある等の長期収載品の使用実態（※１）も踏まえ**、具体的な手法としては、**選定療養を活用**することとする。　（※２）

（※１）先発医薬品を指定する場合の理由については、 「患者が先発医薬品を希望するから」が、診療所では85.1%、病院の医師では 73.8%であり、いずれも患者希望が理由として一番多い（令和４年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査）

（※２）選定療養において、180日以上の入院や制限回数を超える医療行為といった医療サービスについても選定療養とされている。また、選定療養において外来機能の分化という一定の施策目的のために大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大がなされたこと等も踏まえ、医療保険財政の持続可能性や効率的な運用の観点から、政策的な対応も行ってきている。これらの観点を踏まえ、今般の長期収載品についても検討を行う。

○　本部会における意見等を踏まえ、中医協において具体的に検討するべきである。

○　また、患者や現場に混乱が生じないよう、丁寧な周知を行うこと。

イノベーション推進と安定供給確保に向けた長期収載品の保険給付の在り方の見直し案

令和5年12月8日
第172回社会保障審議会医療保険部会　資料1

保険給付と選定療養の適用場面

○　**医療上の必要性があると認められる場合**（例：医療上の必要性により医師が銘柄名処方（後発品への変更不可）をした場合）**については**、選定療養とはせず、**引き続き、保険給付の対象**としてはどうか。

○　他方、**①銘柄名処方の場合であって、患者希望により長期収載品を処方・調剤した場合や、②一般名処方の場合**は、長期収載品の使用について、**選定療養**としてはどうか。

○　医療上の必要性があると認められる場合については、処方等の段階で明確になるような仕組みの整理が必要ではないか。

○　特に、薬局に後発医薬品の在庫が無い場合など、**後発医薬品を提供することが困難な場合については、**患者が後発医薬品を選択できないことから**保険給付の対象**としてはどうか。

選定療養の対象品目の範囲

○　後発医薬品上市後、徐々に後発品に置換えが進むという実態を踏まえ、

①　長期収載品の薬価ルールにおいては後発品上市後５年から段階的に薬価を引き下げることとしている。この点を参考に、**後発品上市後５年を経過した長期収載品については対象**（※）としてはどうか。

②　また、後発品上市後５年を経過していなくても、**置換率が50%に達している場合には、**後発品の選択が一般的に可能な状態となっていると考えられ、**選定療養の対象**としてはどうか。

※　ただし、置換率が極めて低い場合（市場に後発医薬品がほぼ存在しない場合）については、対象外。

保険給付と選定療養の負担に係る範囲

○　**長期収載品の薬価**と**選定療養の場合における保険給付範囲の水準**の**差**について、①長期収載品を選好する場合における患者の負担の水準、②メーカーによる薬剤工夫など、付加価値等への評価、③医療保険財政の中で、イノベーションを推進する観点や、従来とは異なるアプローチで更なる後発医薬品への置換を進める観点、④選定療養化に伴い、一定程度、後発医薬品へ置換えが進むことが想定される中で、現下の後発医薬品の供給状況といった観点を踏まえ、**長期収載品と後発品の価格差の少なくとも２分の１以下**とする方向で検討してはどうか。例えば、当該**価格差の２分の１、３分の１、４分の１といった定め方**を検討することも考えられるのではないか。

○　選定療養に係る負担は、医療上の必要性等の場合は長期収載品の薬価で保険給付されることや、市場実勢価格等を踏まえて長期収載品の薬価が定められていることを踏まえると、上記の一定割合の相当分としてはどうか。特に、選定療養に係る負担を徴収しないことや上記の差より低い額で徴収することは、後発医薬品の使用促進を進めていくという施策の趣旨を踏まえる必要があるのではないか。

○　上記の論点について、本部会の議論を踏まえ、中医協において具体的に検討するべきではないか。

イノベーション推進と安定供給確保に向けた長期収載品の保険給付の在り方の見直し案

令和5年12月8日
第172回社会保障審議会医療保険部会　資料1

その他

○　なお、「薬剤定額一部負担」、「薬剤の種類に応じた自己負担の設定」、「市販品類似の医薬品の保険給付の在り方の見直し」については、以下の意見があったことを踏まえ、引き続き検討すべきである。

- 持続可能性という観点から考えれば、例えば、市販品類似の医薬品の保険給付の在り方の見直し等については、引き続き検討をしていく必要があるのではないか
- 国民皆保険の持続可能性の確保とイノベーションの推進の両立を図る観点から、その他の薬剤自己負担の項目に関しても、引き続き議論のテーブルに乗せる必要があるのではないか
- やみくもに負担増を求めるのではなく、医療上必要なものは保険適用するという公的医療保険制度の原則が守られているのか、安心して必要な医療を受けることができる環境が守られているのか等観点から、国民にとって必要な医療が確保されているのか、相当に精緻な議論が必要ではないか
- 医療上必要なものは保険適用にするという公的医療保険制度の原則が守られなければならない中、薬剤定額一部負担と薬剤の種類に応じた自己負担の設定は現実的に考えられず、また、市販品類似の医薬品の保険給付の在り方の見直しは、かえって高額な医療へシフトする懸念があり、また、市販品があることをもって類似薬品を使用しにくくすることは患者の不利益にもつながるのではないか

等

参考

イノベーション推進と安定供給確保に向けたビジネスモデルの転換（全体像イメージ）

○　我が国の創薬力強化に向けて、イノベーションを推進するとともに、ドラッグ・ラグ／ドラッグ・ロスの解消を実現していくために、薬価上の措置を講じつつ、革新的な医薬品等の開発強化、研究開発型ビジネスモデルへの転換促進が必要。

○　また、後発医薬品を中心とした安定供給の課題を解消するため、後発医薬品企業の産業構造の転換を促すとともに、医療上必要性の高い品目の安定供給の確保も不可欠。

○　そのため、Ｒ６年度薬価制度改革においては、これらの対応を強力に進める薬価上の措置を講じるとともに、長期収載品等の在り方の見直しにより後発品の置換えを進め、長期収載品への依存から脱却を促していく。

主な検討課題　※は、薬価上の措置

イノベーションの評価、ドラッグ・ラグ／ドラッグ・ロス解消に向けた対応

- 新薬収載時における加算等の評価のあり方※
- 新薬創出等加算の要件のあり方※
- 市場拡大再算定のあり方（類似品の取扱いなど）※
- 医療系ベンチャーの成果創出支援
- イノベーションの基盤構築の推進

医薬品の安定供給の確保

- 薬価の下支え策のあり方（基礎的医薬品、不採算品再算定など）※
- 安定供給が確保できる後発品の企業要件の導入と企業要件に応じた薬価上の措置のあり方※
- 安定供給強化に向けたサプライチェーンの強靭化

長期収載品等の保険給付の在り方の見直し

- 研究開発型のビジネスモデルへの転換を促すとともに、長期収載品から後発品への更なる置換えを従来とは異なるアプローチで推進する観点から、長期収載品等の保険給付の在り方などを見直し

長期収載品の保険給付の在り方についての課題と論点

【課題】

○ 令和5年12月8日の社会保障審議会医療保険部会において「イノベーション推進と安定供給確保に向けた長期収載品の保険給付の在り方の見直し案」が示されたことを踏まえ、特に、以下の具体的な論点について、検討する必要がある。

（保険給付と選定療養の適用場面について）

○ 医療上の必要性があると認められる場合（例：医療上の必要性により医師が銘柄名処方（後発品への変更不可）をした場合）については、選定療養とはせず、引き続き、保険給付の対象としてはどうか。

○ 他方、①銘柄名処方の場合であって、患者希望により長期収載品を処方・調剤した場合や、②一般名処方の場合は、長期収載品の使用について、選定療養としてはどうか。

○ 医療上の必要性があると認められる場合については、処方等の段階で明確になるような仕組みの整理が必要ではないか。

○ 特に、薬局に後発医薬品の在庫が無い場合など、後発医薬品を提供することが困難な場合については、患者が後発医薬品を選択できないことから保険給付の対象としてはどうか。

（選定療養の対象品目について）

○ 後発医薬品上市後、徐々に後発品に置換えが進むという実態を踏まえ、

① 長期収載品の薬価ルールにおいては後発品上市後5年から段階的に薬価を引き下げることとしている。この点を参考に、後発品上市後5年を経過した長期収載品については対象（※）としてはどうか。

② また、後発品上市後5年を経過していなくても、置換率が50%に達している場合には、後発品の選択が一般的に可能な状態となっていると考えられ、選定療養の対象としてはどうか。

※ ただし、置換率が極めて低い場合（市場に後発医薬品がほぼ存在しない場合）については、対象外。

（保険給付と選定療養の負担に係る範囲について）

○ 長期収載品の薬価と選定療養の場合における保険給付範囲の水準の差について、①長期収載品を選好する場合における患者の負担の水準、②メーカーによる薬剤工夫など、付加価値等への評価、③医療保険財政の中で、イノベーションを推進する観点や、従来とは異なるアプローチで更なる後発医薬品への置換を進める観点、④選定療養化に伴い、一定程度、後発医薬品へ置換えが進むことが想定される中で、現下の後発医薬品の供給状況といった観点を踏まえ、長期収載品と後発品の価格差の少なくとも2分の1以下とする方向で検討してはどうか。例えば、当該価格差の2分の1、3分の1、4分の1といった定め方を検討することも考えられるのではないか。

○ 選定療養に係る負担は、医療上の必要性等の場合は長期収載品の薬価で保険給付されることや、市場実勢価格等を踏まえて長期収載品の薬価が定められていることを踏まえると、上記の一定割合の相当分としてはどうか。特に、選定療養に係る負担を徴収しないことや上記の差より低い額で徴収することは、後発医薬品の使用促進を進めていくという施策の趣旨を踏まえる必要があるのではないか。

○ 上記の論点について、本部会の議論を踏まえ、中医協において具体的に検討するべきではないか。

【論点】

○ 令和5年12月8日の社会保障審議会医療保険部会において「イノベーション推進と安定供給確保に向けた長期収載品の保険給付の在り方の見直し案」が示されたことを踏まえ、特に、保険給付と選定療養の負担に係る範囲をはじめとした具体的な論点について、どのように考えるか。