

Dr武藤のミニ動画（61） 異次元の少子化対策とは？



社会福祉法人
日本医療伝道会
Kinugasa Hospital Group

衣笠病院グループ
理事 武藤正樹
よこすか地域包括推進センター長



衣笠病院グループの概要

- 神奈川県横須賀市(人口約39万人)に立地
- 横須賀・三浦医療圏(4市1町)は人口約70万人
- 衣笠病院許可病床198床 <稼働病床194床>
- 病院診療科 <○は常勤医勤務>

○内科、神経科、小児科、○外科、乳腺外科、
脳神経外科、形成外科、○整形外科、○皮膚科、
○泌尿器科、婦人科、○眼科、○耳鼻咽喉科、
○リハビリテーション科、○放射線科、○麻酔科、○ホスピス、東洋医学

■ 病棟構成

DPC病棟(50床)、地域包括ケア病棟(91床)、回復期リハビリ病棟(33床)、ホスピス(緩和ケア病棟:20床)

■ 併設施設 老健(衣笠ろうけん)、特養(衣笠ホーム)、訪問診療クリニック、訪問看護ステーション
通所介護事業所など

■ グループ職員数750名



【2021年9月時点】



富士山

箱根

小田原

横浜

江の島

港南台

鎌倉

逗子

葉山



衣笠ホーム

衣笠城址



横須賀

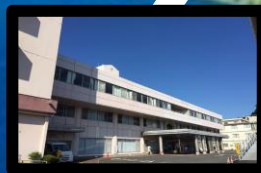
衣笠病院グループ



長瀬
ケアセンター

浦賀

三浦



目次



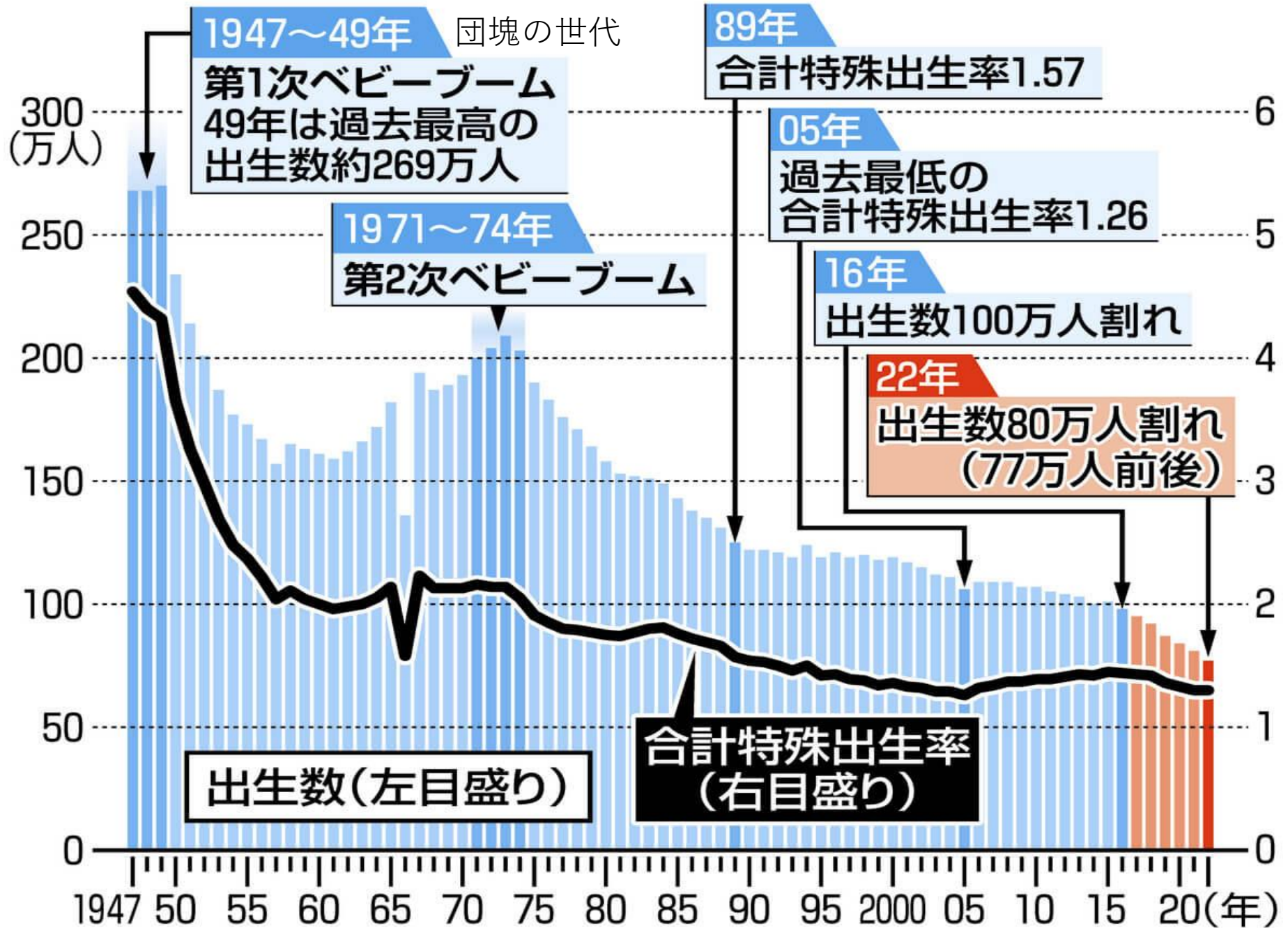
- パート 1
 - 異次元の少子化対策
- パート 2
 - 日本の少子化、第 2 の敗戦
- パート 3
 - これまでの日本の少子化対策
- パート 4
 - 少子化対策法案

パート1 異次元の少子化対策

異次元の少子化対策とは



出生数と合計特殊出生率の推移





団塊の世代の子供たち

ALWAYS

三丁目の夕日

Original Soundtrack by Naoki Sato

東京タワーの完成 1058年

「異次元の少子化対策」 とは



内閣官房参与(社会保障、人口問題担当)

内閣官房全世代型社会保障構築本部総括事務局長

山崎 史郎

※文中の意見にわたる部分は個人的な意見である。

「人口減少」という問題を、正確に理解する

○「人口減少」とは何か

- ・日本はこれから本格的な「人口減少時代」に突入し、少子化がついに牙を剥き始める。
- ・現時点の取組みの効果が表れるのは、数十年後 — 少子化対策は「未来への投資」
- ・「人口減少社会」とは「超高齢社会」 — 「昔に戻る」のではない
- ・人口減少の経済社会への影響 — 「労働力人口」の減少+「消費人口・市場」の減少
 - 外国人労働力(移民)の問題：欧米の経験

○少子化をめぐる歴史：少子化は、これまでの「積み重ね」の結果

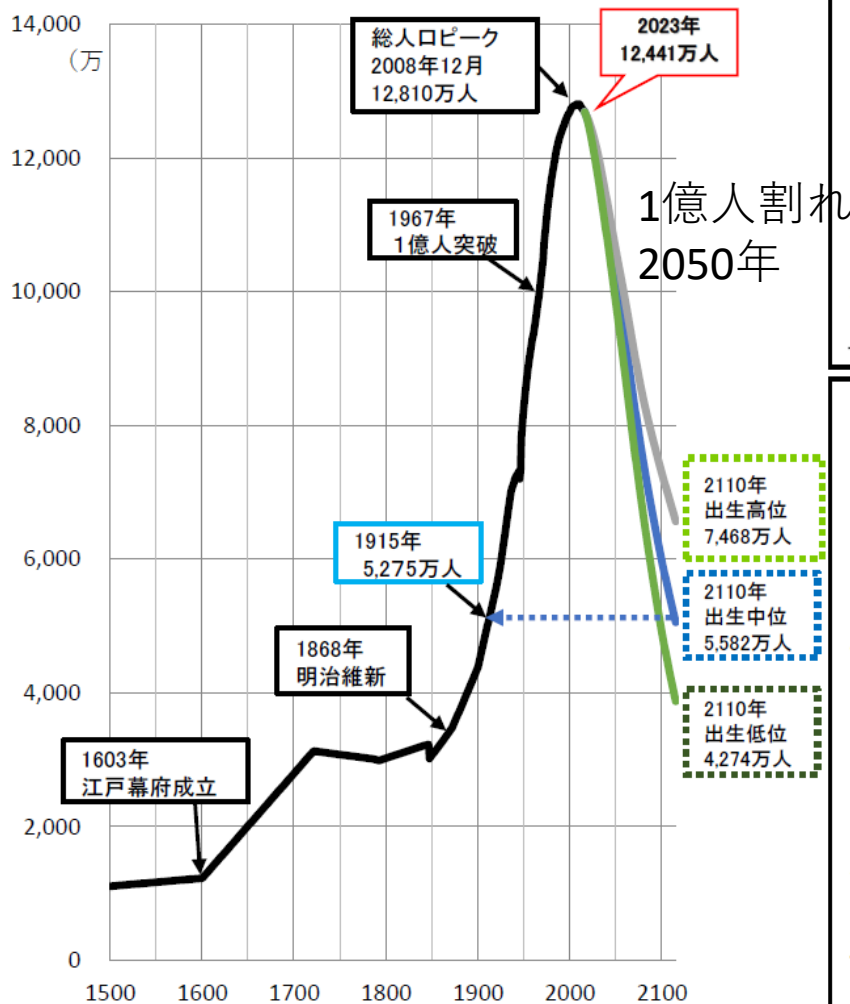
- ・3度のチャンス(敗北)があったが、決定的だったのは2000年代初の経済・雇用危機。
 - 「第3の敗北」：若年層の雇用・生活不安、女性就労をめぐる対応の遅れ
- ・これまでの少子化対策は、個別問題への対処療法的施策が中心(待機児童、児童手当)。
 - その結果、子育て制度は医療保険、雇用保険、公費制度などの「縦割り」

○出生率、出生数の動向と見通し：本格的な回復は見通せず

- ・出生率の“再下降”とコロナ禍の影響
- ・少子化対策は「時間」との闘い
 - 2030年代までが、少子化傾向を反転できるかの「ラストチャンス」
 - このままでは、人口が“とめどもなく”減少し続ける。将来的に減少を緩和させ、安定傾向に変えていくことが最優先。

人口減少がもたらす影響—「超高齢化」と「縮小スパイラル」

(図) 日本の長期的な人口推移



※将来人口は、2023年推計

●人口減少社会とは「超高齢社会」

- ・ 現在1億2500万人の日本の人口は、このままだと2110年には5000万人を切る。今から100年前の1915年は同じ人口規模だったのだから、昔に戻るだけではないかという意見もある。
- ・ しかし、そうした意見は高齢化の問題を度外視している。**人口減少は、かならず「高齢化」を伴う。**1915年の日本は高齢化率5%の若々しい国であったが、将来予想されている日本は、**高齢化率が40%の「年老いた国」**である。

●経済への影響

「人口が減るとことは**国内マーケット規模が減ってしまう**ことを意味する。国内マーケットが減ってしまうと、経営者はどうするかという、相対的により収益の上がるマーケットに設備投資をする。

そうすると、国内への設備投資が減ってしまう。設備投資が減れば、**イノベーションが国内では減る。イノベーションが減れば、生産性は減ってしまう。**日本経済は**マイナススパイラルに陥ってしまう危険性が非常に強い。**」(出典)内閣府「選択する未来2.0」第1回議事要旨(2020年3月)P4~5、三村明夫氏発言

・ 人口減少による影響はまず**消費需要の低下**に表れ、それが**投資の低下**を招き、その結果、**進歩は止まり、失業と貧困が増加**。また、高齢化によって、若年層の**労働意欲・生産性が低下し、広範な社会心理的停滞**が起きる。

(スウェーデン経済学者、グンナー・ミュルダール)

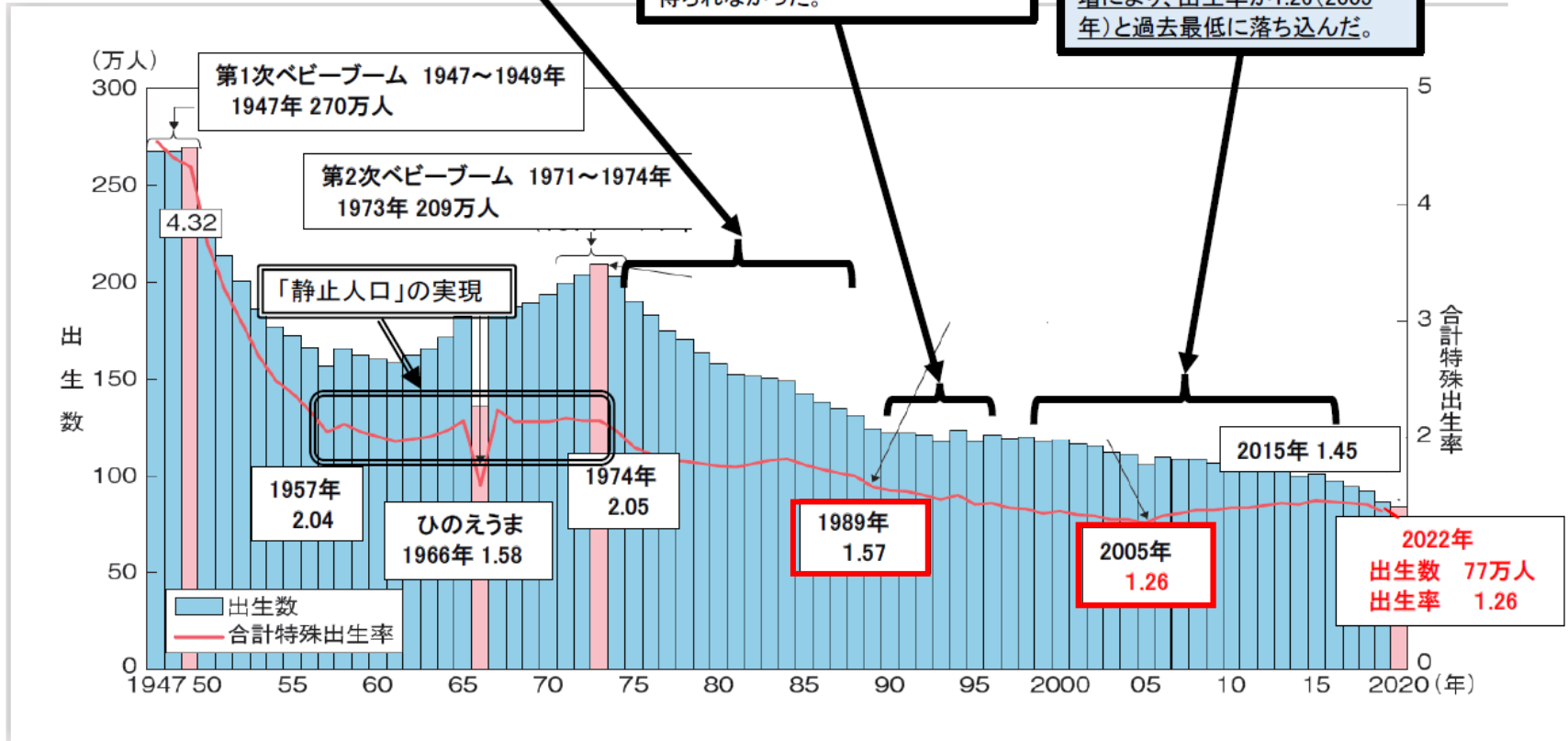
「不戦敗」の歴史—日本はこれまで3度のチャンスがあった

年間出生数と合計特殊出生率の推移

●第1の敗北(1970年代後半～80年代)
「出産奨励のタブー視」
・出産奨励策はタブー視され、対策は全く講じられなかった。専門家は、出生率は、いずれ回復するだろうと楽観的見通し

●第2の敗北(1990年代前半)
「政策の後回し」
・政府が少子化対策に初めて取り組んだが、質量ともに十分でなく、子育て制度拡充に関係者の理解が得られなかった。

●第3の敗北(1990年代後半～2010年代前半)
「世代の喪失」
・「第3次ベビーブーム」が期待されたが、経済危機が発生する中で、晩婚化の進行、未婚者の急増により、出生率が1.26(2005年)と過去最低に落ち込んだ。

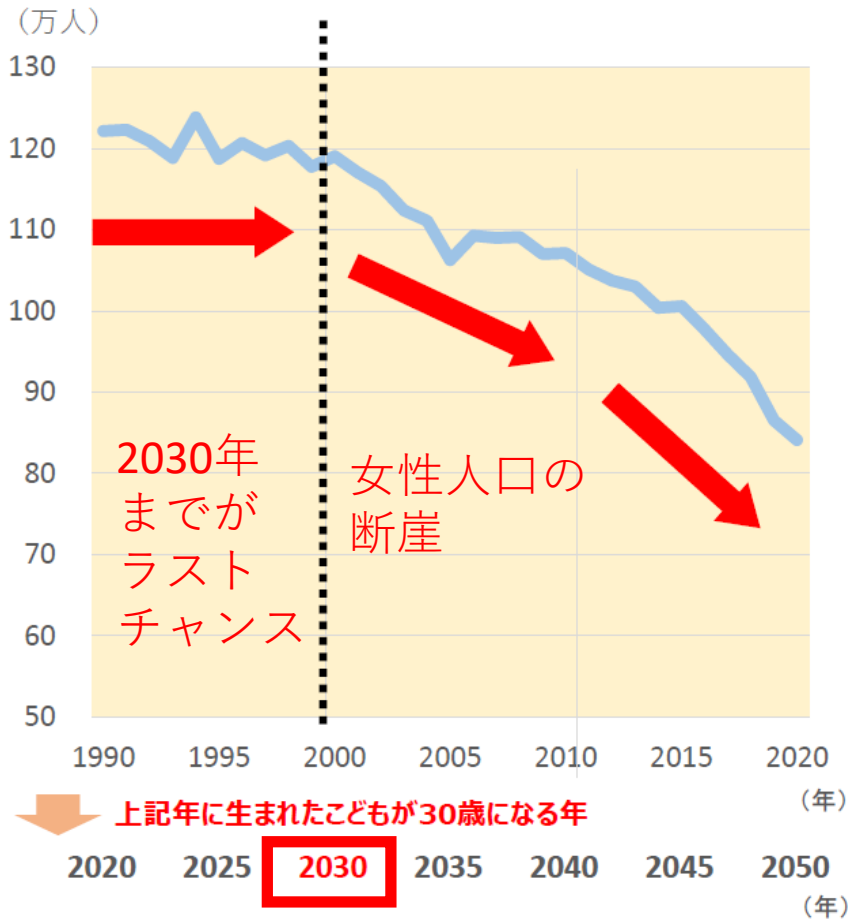


資料：厚生労働省「人口動態統計」を基に作成。

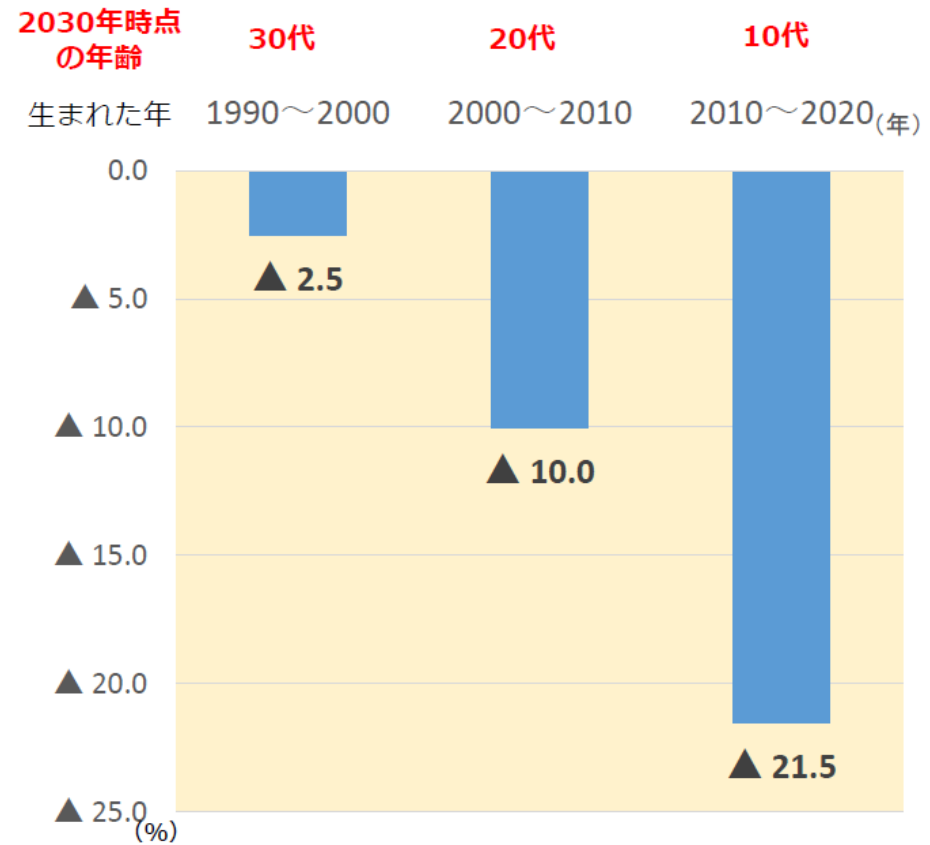
人口減少の特徴＝「時間」との闘い①

○2030年代に入ると、若年人口は現在の倍速で急減し、少子化はもはや歯止めの利かない状況に。
2030年代に入るまでのこれからの6～7年が、少子化傾向を反転できるかどうかのラストチャンス。

(年間出生数の推移)



(出生年(10年間)ごとの減少割合)

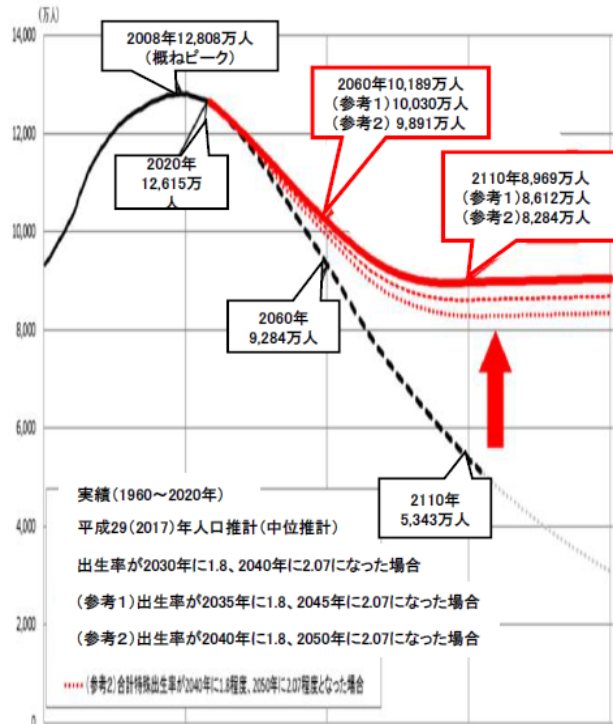


資料:厚生労働省「人口動態統計」を基に作成

人口減少の特徴＝「時間」との闘い②

○出生率が回復しても、すぐには人口減少は止まらない(15～49歳再生産年齢は減少し続けるため)
しかし、出生率の回復が遅れば遅れるほど、定常人口は減少。

わが国人口の推移と長期的見通し



(資料)「まち・ひと・しごと創生長期ビジョン(令和元年改訂版)」2019年12月20日に基づき筆者作成

※2017年人口推計ベース
とした試算

人口減少の特徴

1. 人口減少のスピードは、これから数十年間は年々高まる
2030年代 ▲80～90万人 ⇒ 2040～2050年代 ▲90万人
⇒ 2060～2070年代 ▲100万人
2. 人口減少は「地域差」がある。しかし、大都市も早晚、人口が急速に減少する。
3. 人口減少を止めるのは簡単ではない。出生率が2.07に回復しても、それ以降数十年にわたって維持される必要があり、その間は減少。
4. 出生率の回復が遅れば遅れるほど、将来の定常人口は減少する(図参照、5年遅れるごとに350万人程度ずつ低下)。

少子化対策の基本理念や特徴を、正確に理解する。

○他の国や地域の動きは、重要な参考となる

- ・日本だけでなく、東アジア諸国は軒並みの出生率が低下
- ・スウェーデンの「家族政策」の基本理念—子ども関係予算の規模と国民意識
- ・「予防的社会政策」の意義

○出生率向上に「即効薬」はない 「経済政策」 「子育て政策」

- ・様々なケースに対応した多様な施策を講じていくしかない。

①所得・雇用対策 : 所得向上(賃上げ)、非正規などの格差解消

②出産、不妊治療・ライフプラン : 地域産科、不妊治療体制、プレコンセプションケア

③「仕事と子育て」の両立 : 「出産退職」の問題、職場の「社会規範」

④子育て支援体制の整備 : 育休と保育、0~2歳児の問題

⑤育児の経済的負担の軽減 : 子育て費用、教育費用の負担

⑥育児の「孤立化」: 育児は誰が担ってきたのか—「ワンオペ育児」の解消

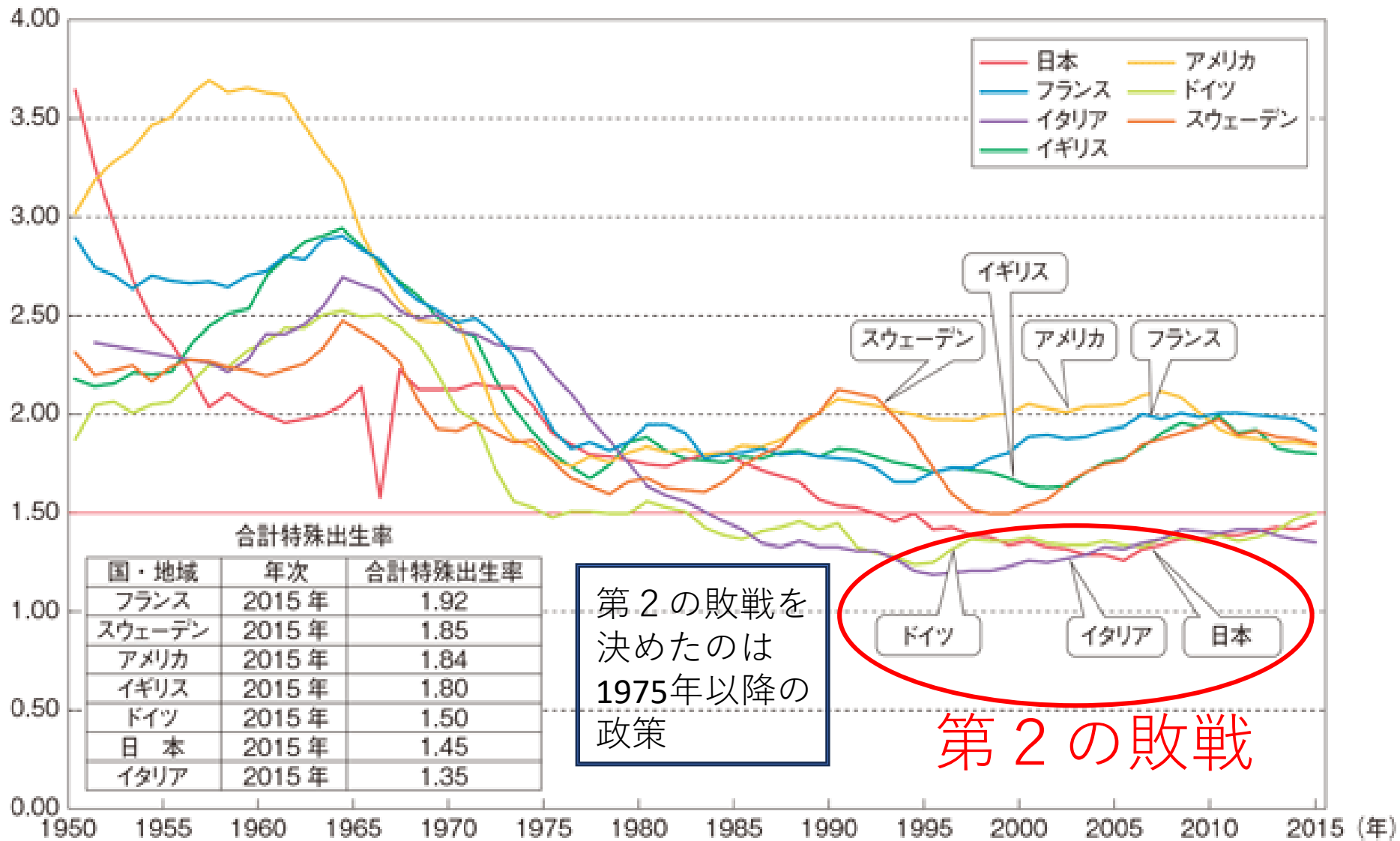
⑦東京一極集中の是正 : 20,30代の東京圏への流入—若い女性の動き

パート 2

日本の少子化、第2の敗戦



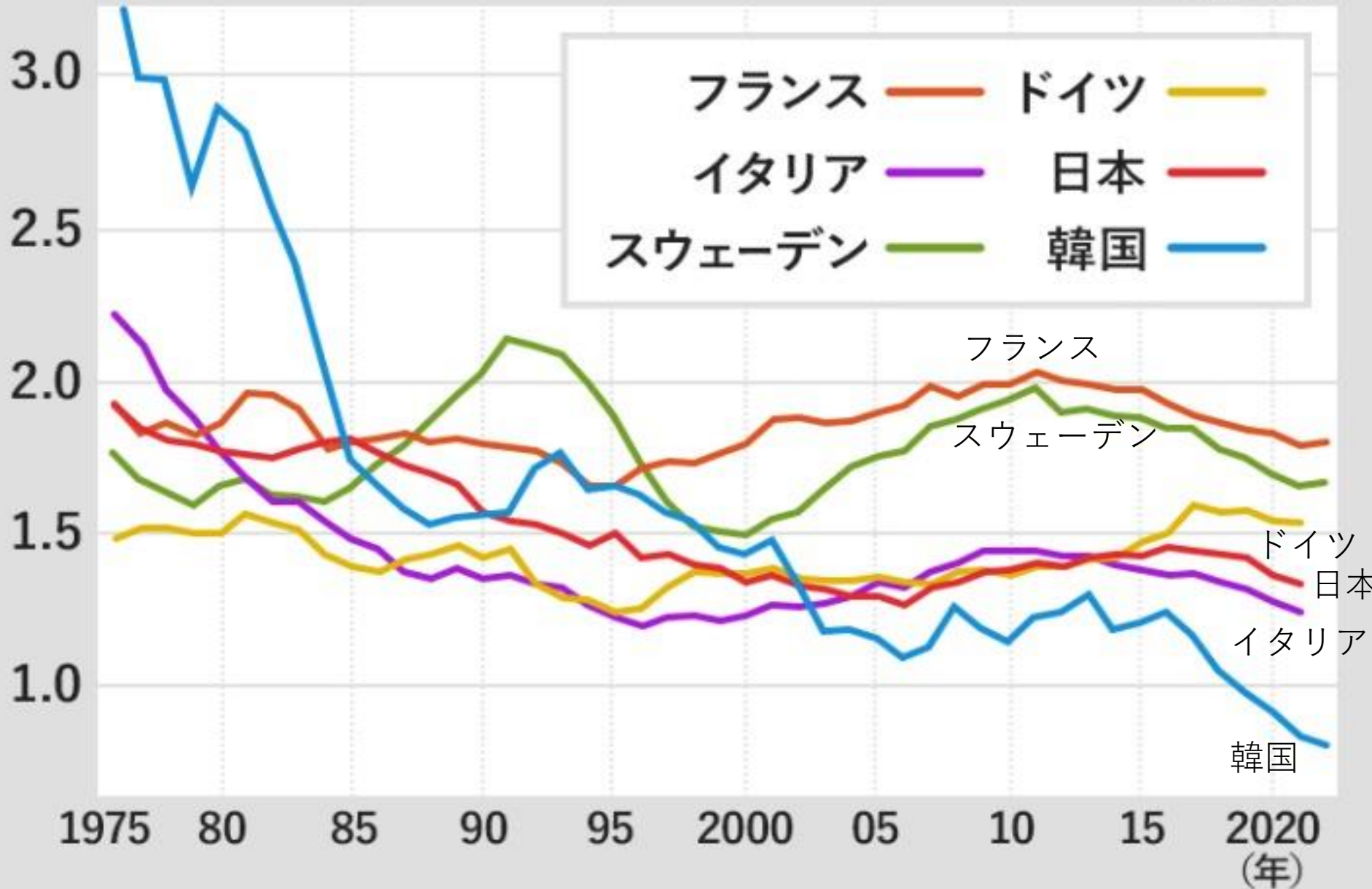
戦後のベビーブーム（1947年～49年）



資料：1959年までUnited Nations “Demographic Yearbook”等、1960年以降はOECD Family databases (2017年5月更新版) 及び厚生労働省「人口動態統計」を基に内閣府作成。

各国の出生率の推移

OECD dataより



スウェーデン:「予防的社会政策=人への投資」の考え方

＜スウェーデンにおける論争＞

●1930年代にスウェーデンの出生率は、欧州の中で最低水準まで低下し、「このままでは、スウェーデン人が消滅する」との危機感が高まった。

大きな政策論争が起きる

保守派の主張

・独身者や無子夫婦への課税、反産児制限などを主張

新マルサス主義者の主張

・福祉向上の観点から、人口減少は歓迎すべきことと主張

◎経済学者のグンナー・ミュルダールは妻のアルヴァとともに(ともにノーベル賞受賞)、双方を批判した。

スウェーデンの「家族政策」の確立に貢献

- ・1937年 出産手当の制定
- ・1974年 普遍的な育休給付制度(両親保険)の導入

●ミュルダール夫妻の主張

＜保守派に対して＞

・出生率低下を個人のモラルの問題とするのは誤り。民主主義理念に基づき、個人の選択は認めるべき。

＜新マルサス主義者に対して＞

・人口減少は、好ましい経済的帰結をもたらさないため、**出産を奨励すべき。**

1. 近代社会では親にとって、子どもは労働力などの役割を期待する存在ではなく、むしろ経済的負担を増加させるもの。このため、多くの子どもを持つとしない(出生率の低下)。
⇒親の「個人的利益」と、国民の「経済生活」という「集団的利益」の間に対立が発生

2. この問題を解決するため、育児を親のみの責任とせず、すべての子どもの出産・育児を国が支援する「普遍的家族政策」を推進すべき。
それにより、障害を取り除き、人々が自然に結婚し、子どもを持ちたいと思うようにする。

3. 人口減少による困難な事態が社会に顕在化することを避けるための政策、すなわち、「予防的社会政策」を講じることが重要。この政策は、子どもに向けられる「人への投資」である。

※ミュルダールは、人口の質的向上として教育も重視

ドイツとフランスは ライバル同士

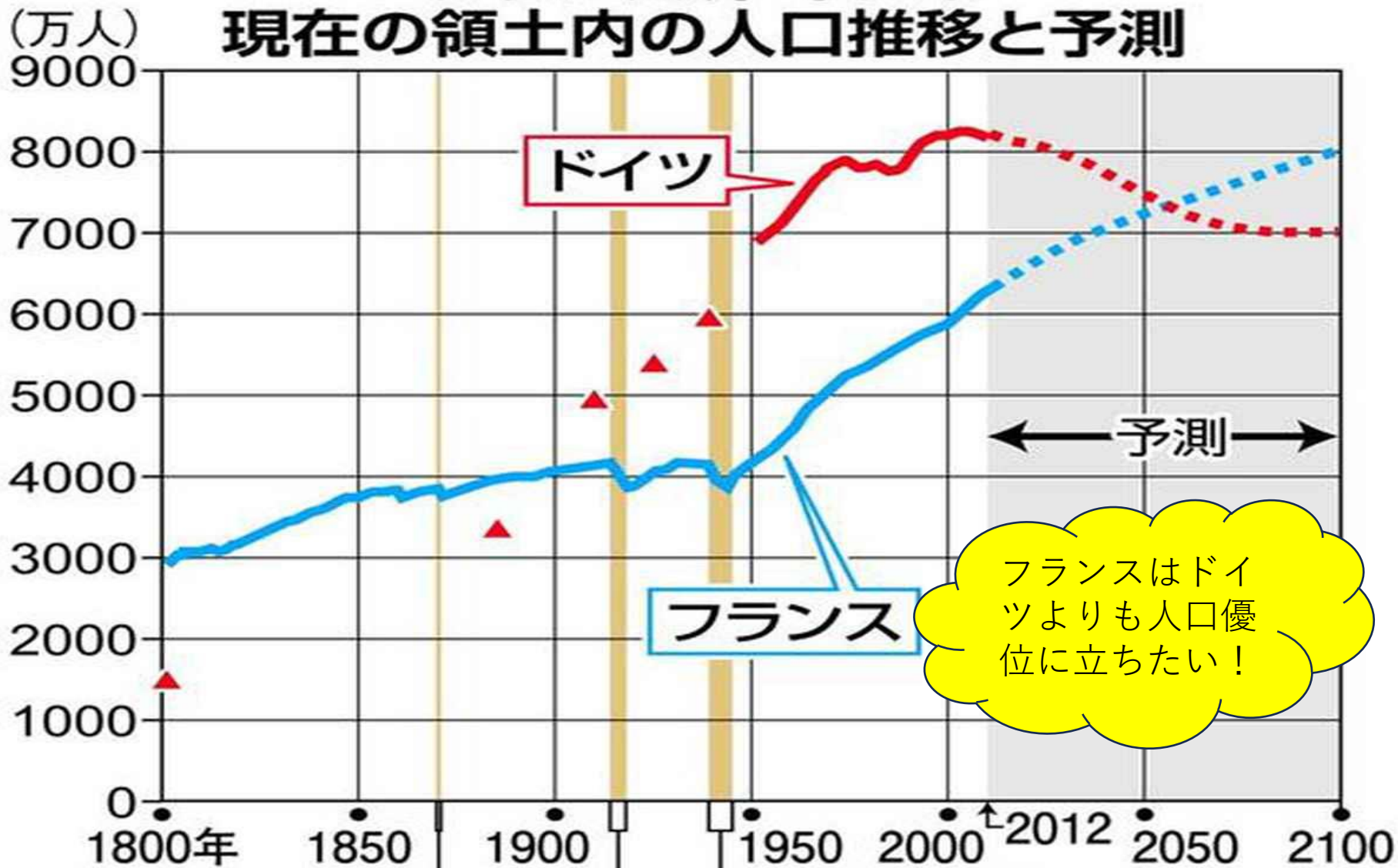
背景② フランスとドイツの関係は最悪
フランスとドイツの戦争



プロイセン（普）と
フランス（仏）戦争

※戦争はフランスとプロイセン王国を中心としたドイツ諸国の戦い。

フランス、ドイツの 現在の領土内の人口推移と予測



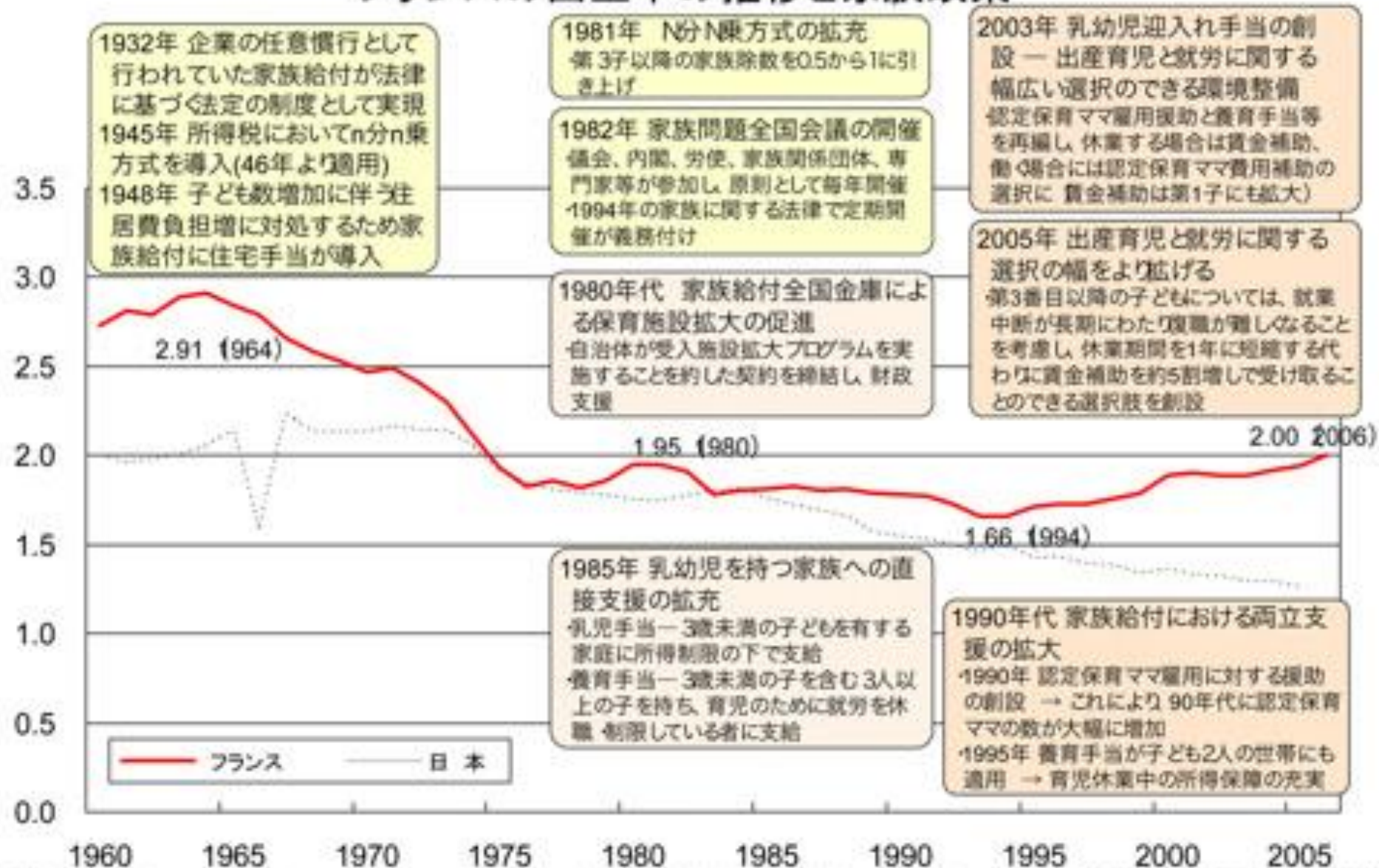
1870~71年 普仏戦争

1914~18年 第一次世界大戦

1939~45年 第二次世界大戦

※2012年現在、フランス人口研究所資料から。▲は推計値

フランスの出生率の推移と家族政策



フランスの結婚・結婚外別の出生数

※仏国立統計経済研究所データより

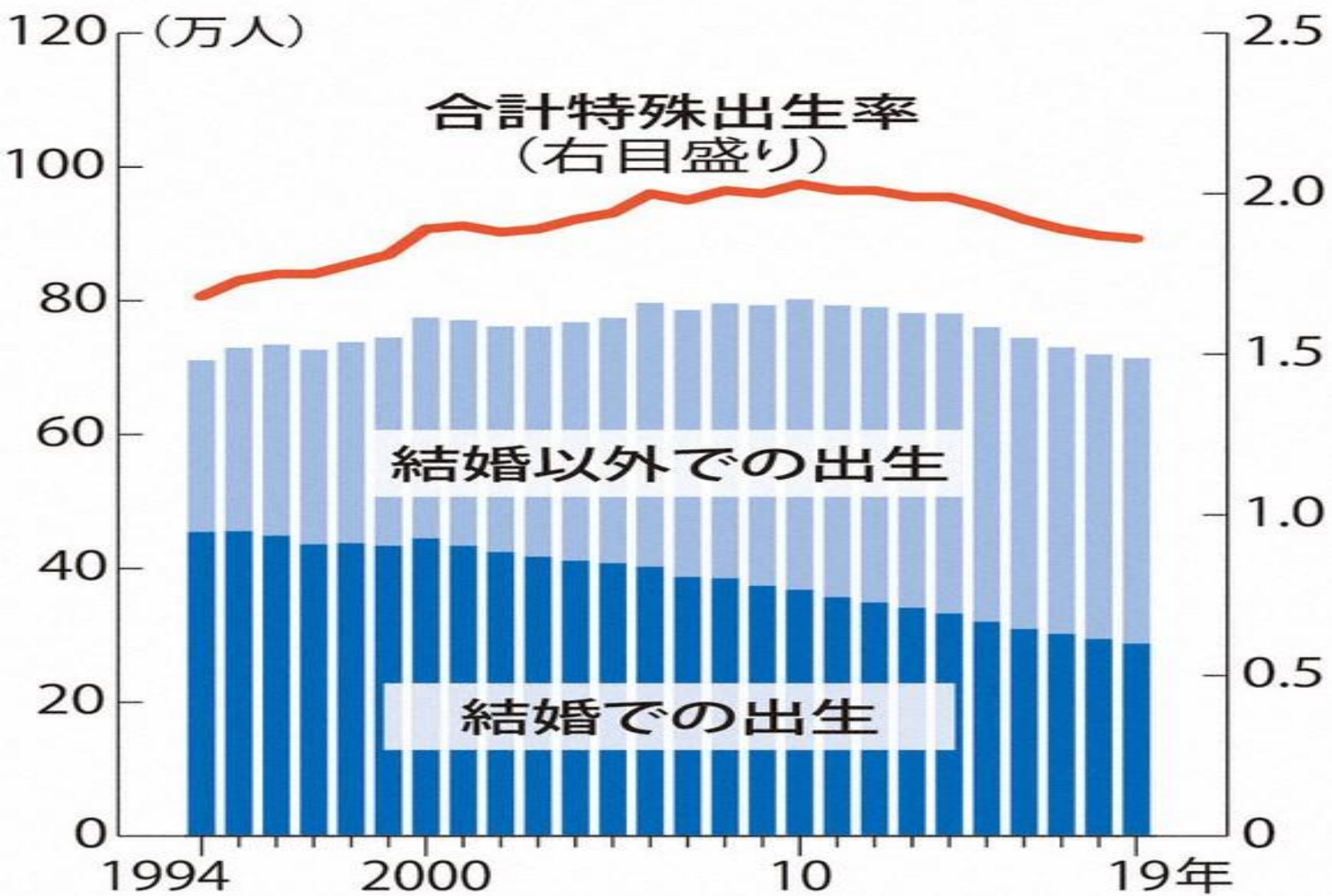
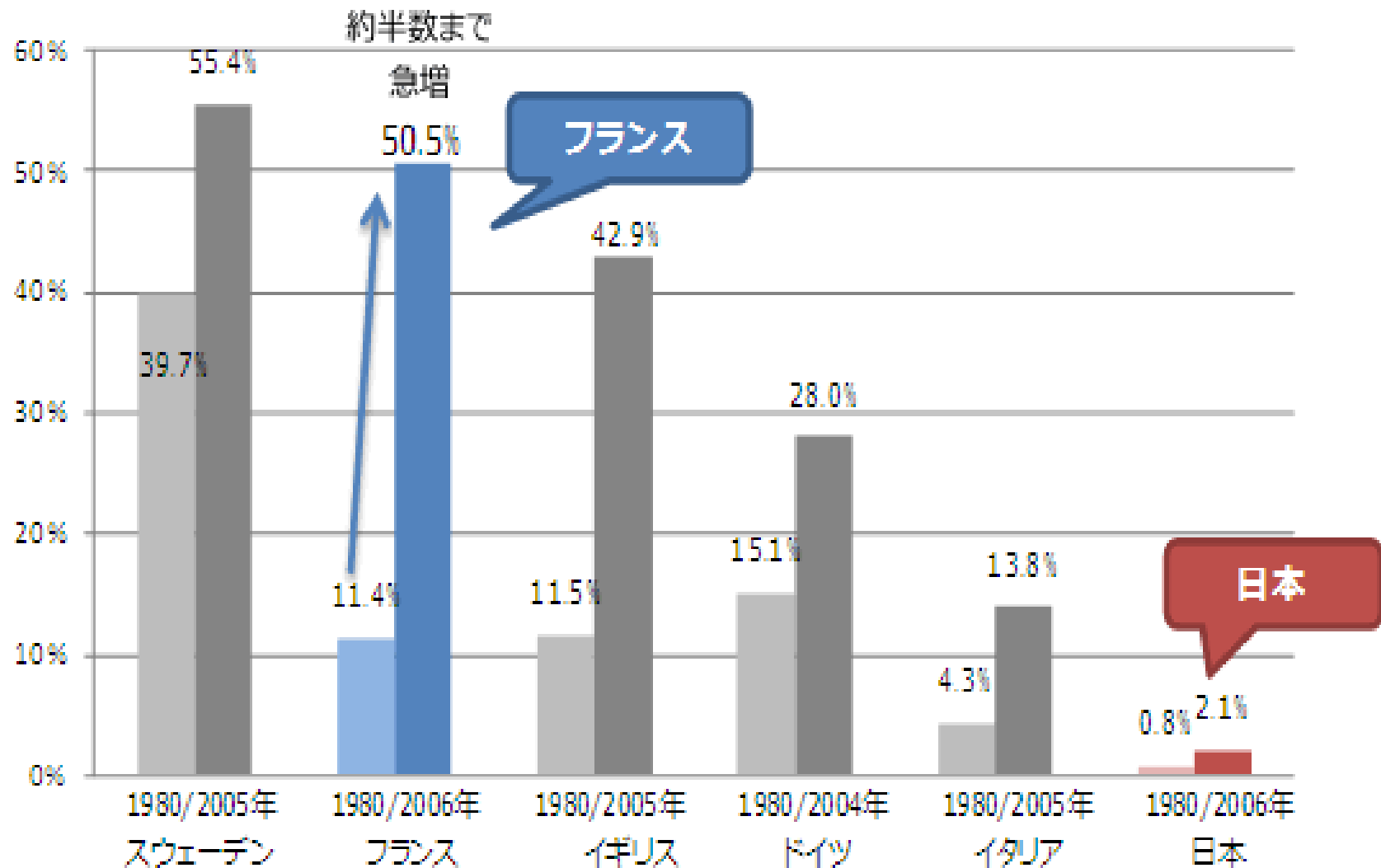


図9 婚外子の割合（フランス/日本）



※結婚していない母からの出生数が全出生数に占める割合

(出所) 厚生労働省「人口動態統計」、フランス国立統計経済研究所「人口動態統計」、Eurostat Yearbook、Council of Europe

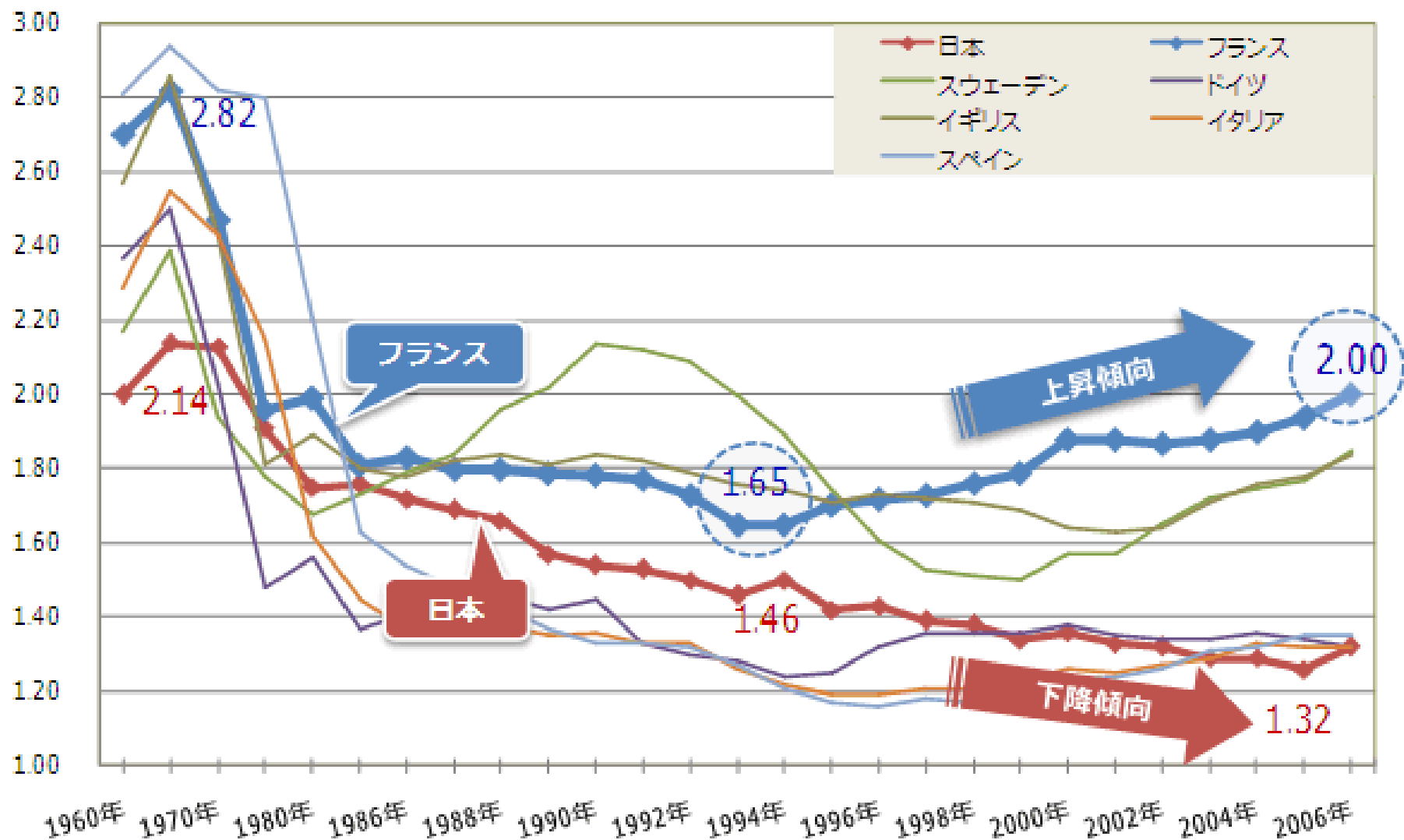
フランスの出生率は戦後最低水準

マクロン
大統領
(ロイター)



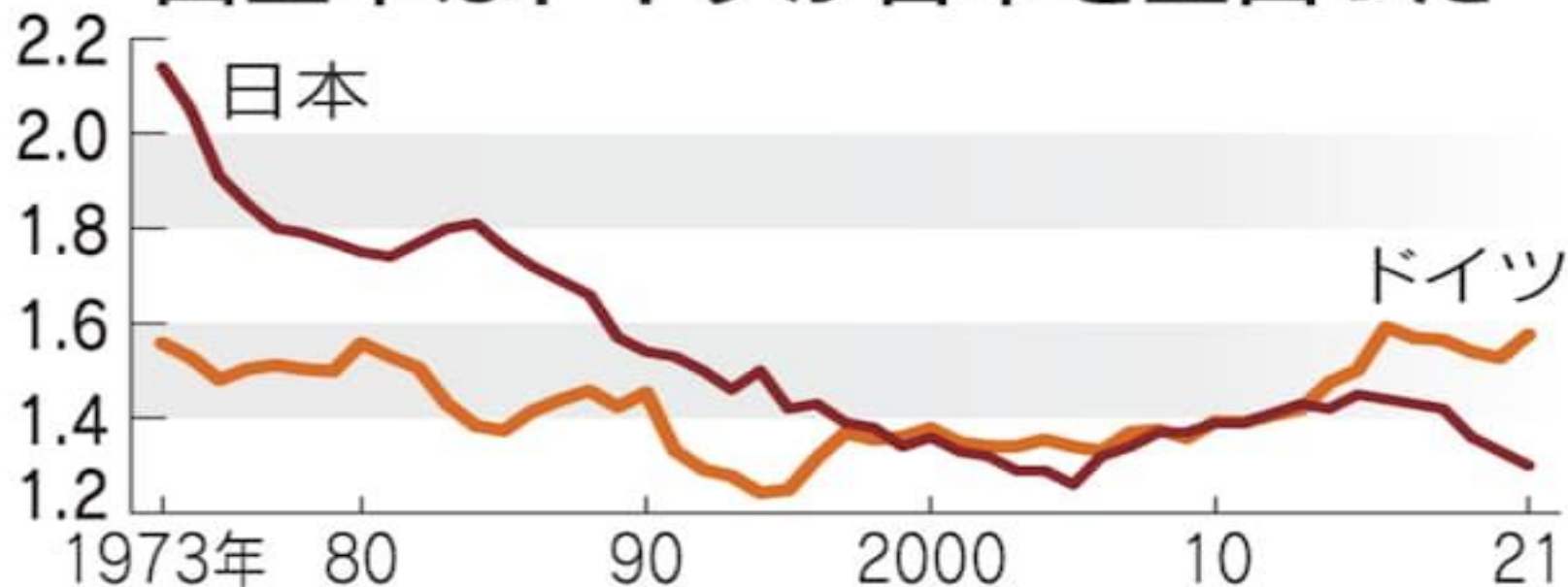
(仏国立統計経済研究所のデータから作成)

図1 合計特殊出生率の推移（日本・フランス・イギリス・ドイツ・イタリア・スペイン・スウェーデン）

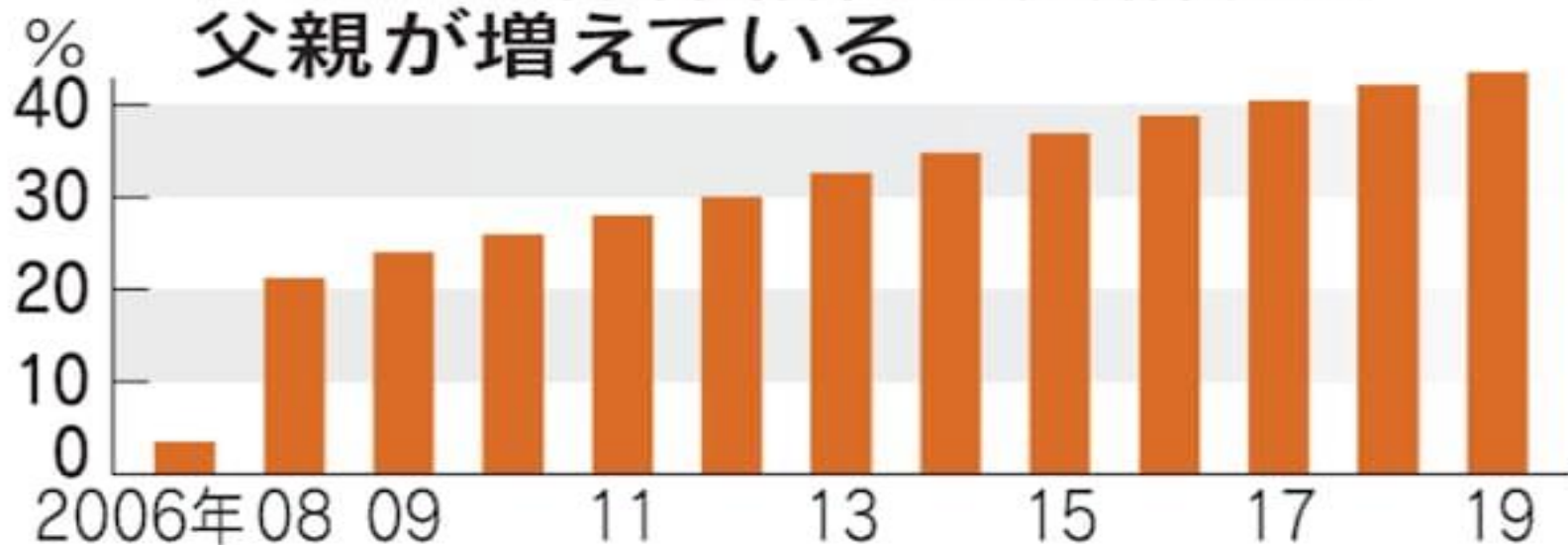


(出所) United Nations [Demographic Yearbook]、Council of Europe [Report Demographic Developments in Europe]、Eurostat [Population and Social Conditions]、国立社会保障・人口問題研究所に基づき作成

出生率はドイツが日本を上回った



ドイツは育休給付を受給する父親が増えている

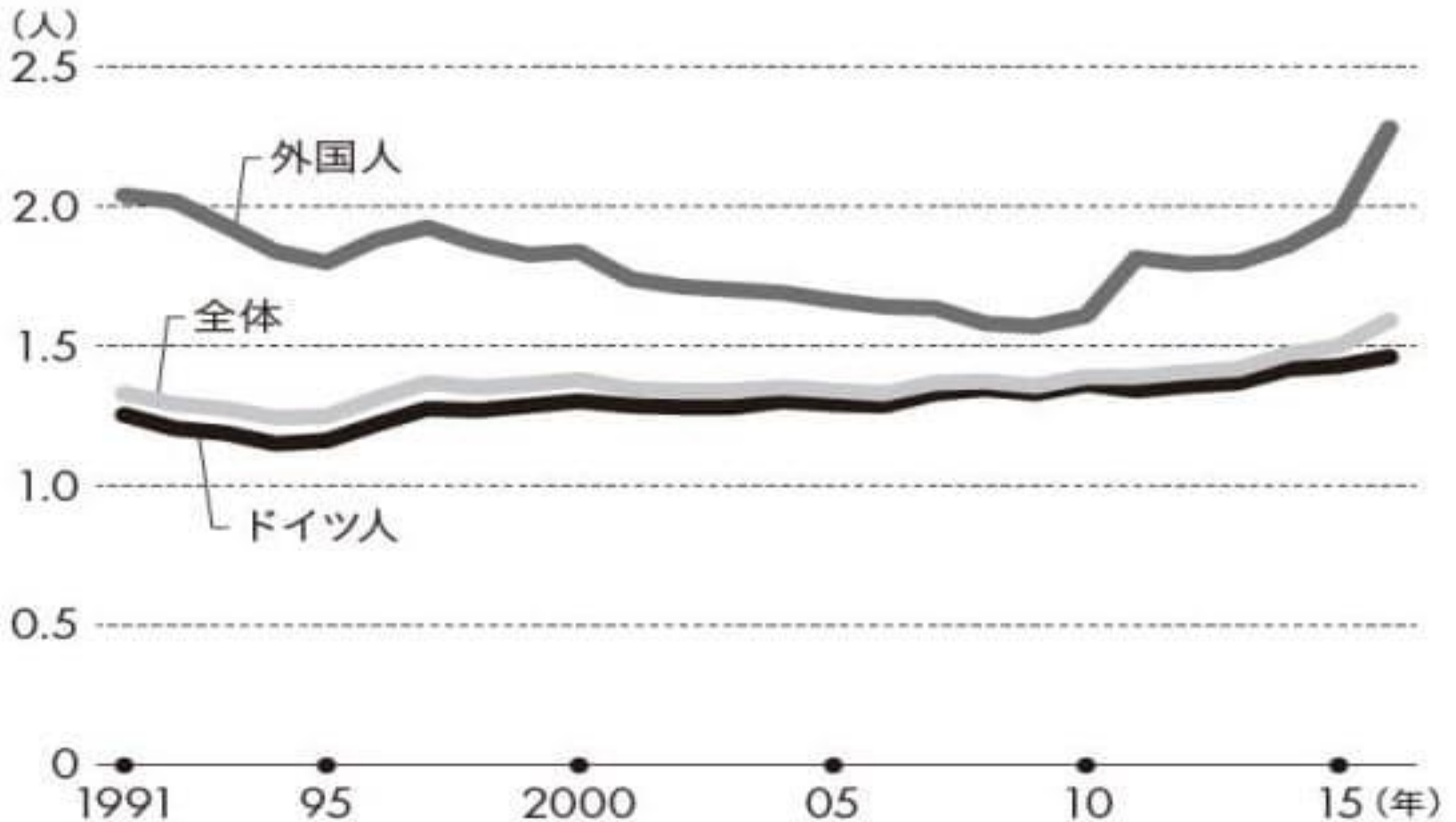


■日本とドイツの名目GDPの推移



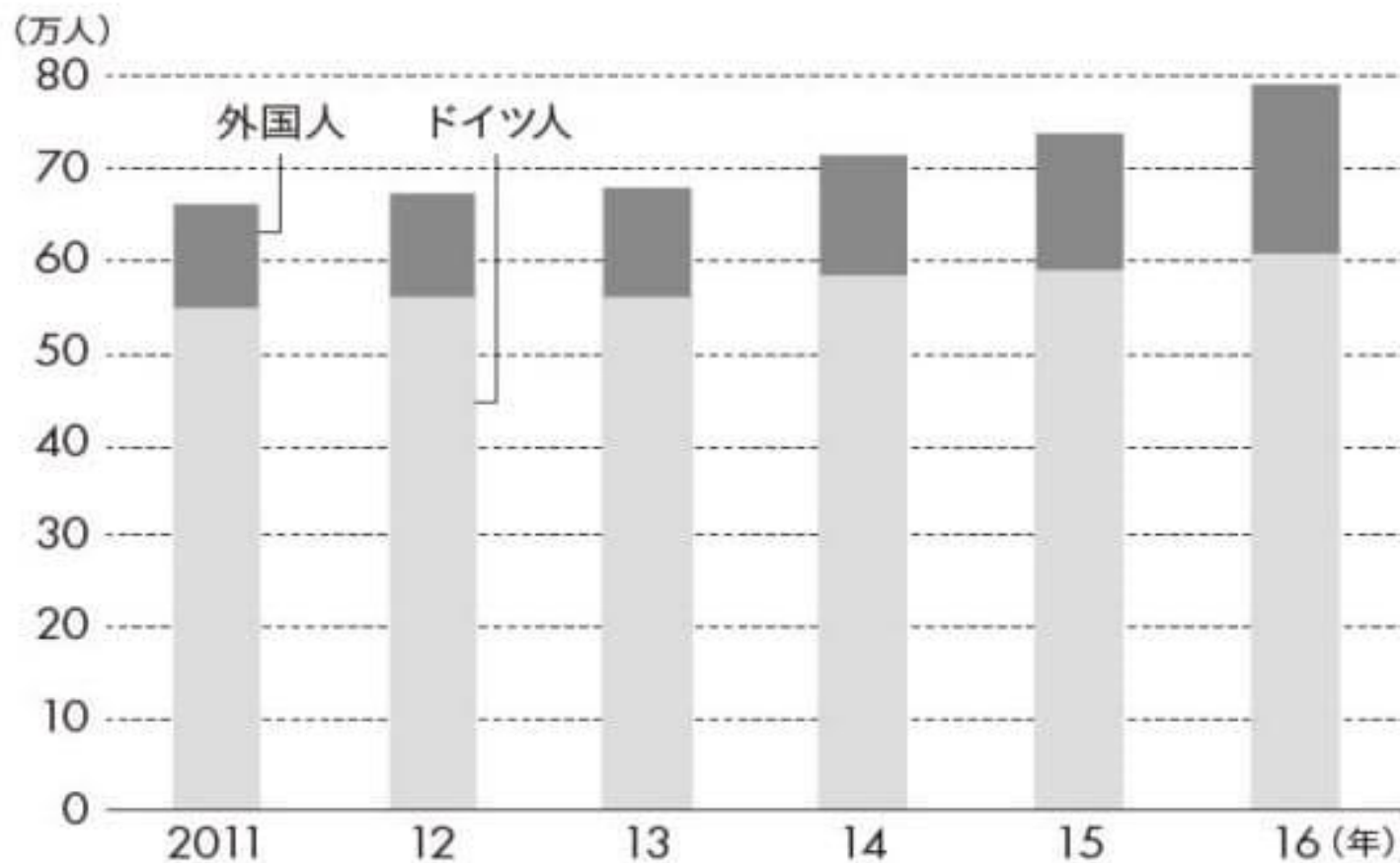
※IMFの資料から

ドイツでは外国人の出生率が伸びている



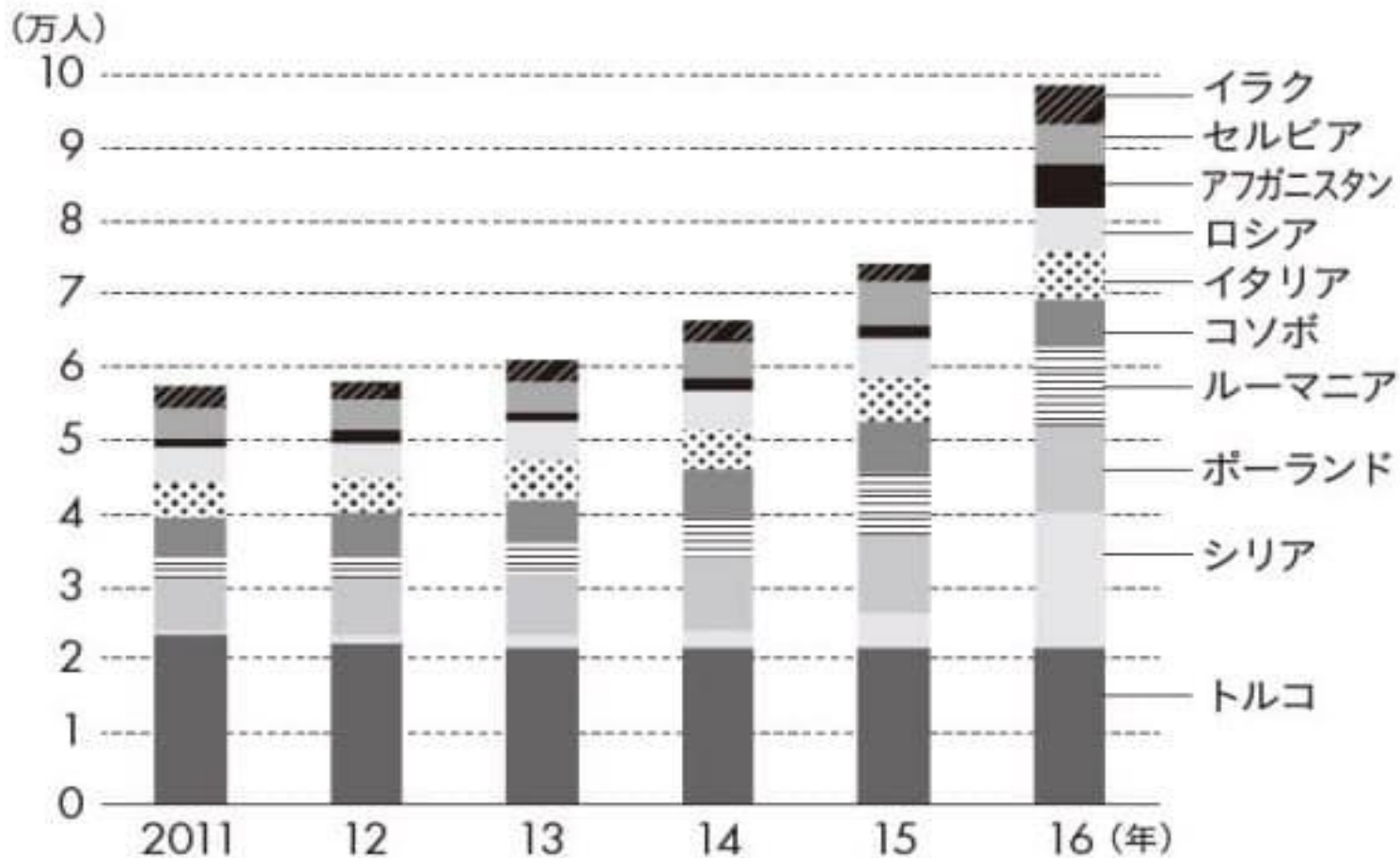
出所：ドイツ連邦統計局資料に基づき筆者作成

出生数に占めるドイツ人と外国人の推移



出所：ドイツ連邦統計局2018年3月28日発表資料に基づき筆者作成

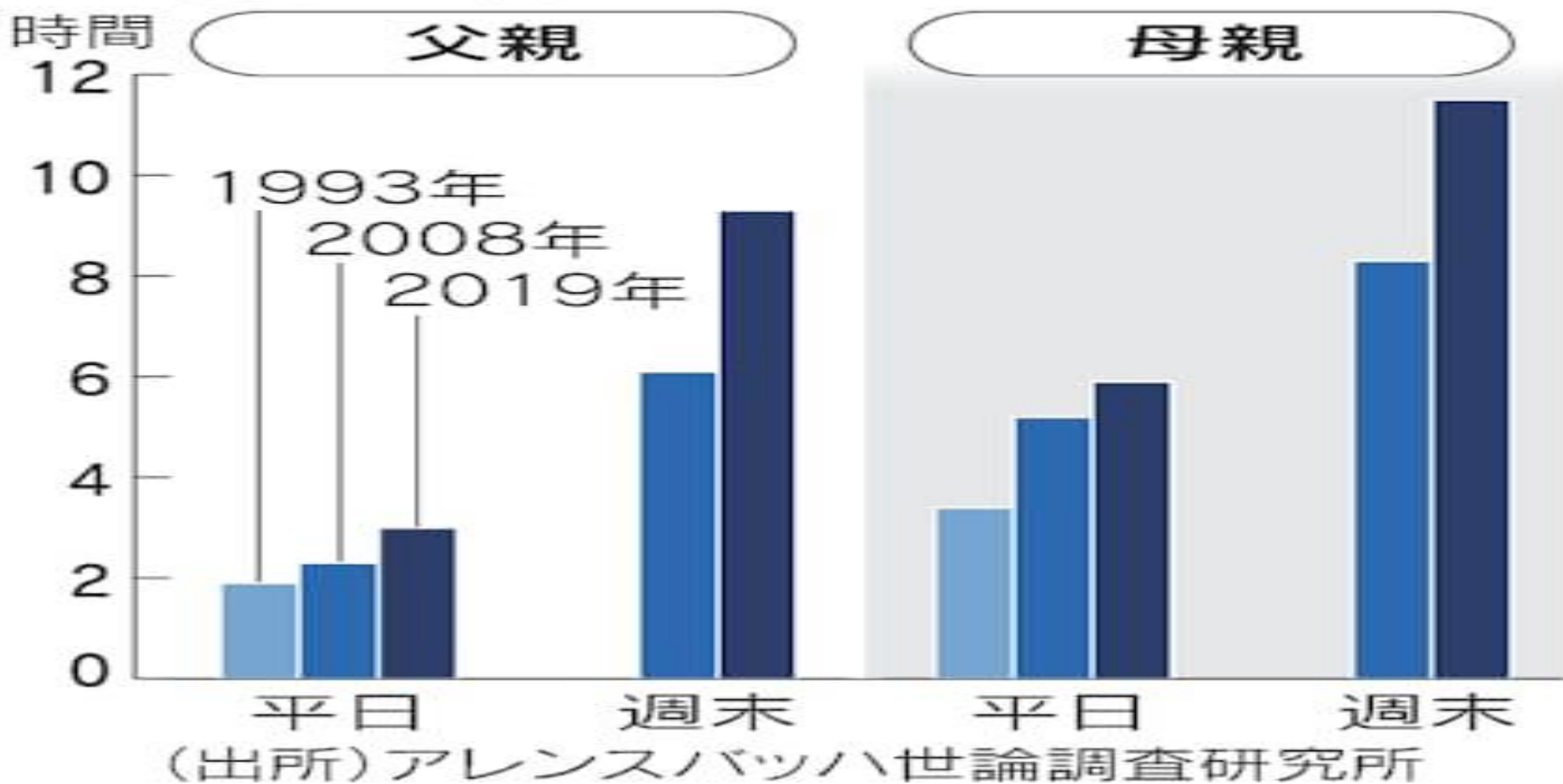
主な外国人新生児の内訳推移



出所：ドイツ連邦統計局2018年3月28日発表資料に基づき筆者作成

ドイツの出生率向上に寄与 「時間政策」 家族で過ごす時間を増やす

ドイツの親は子どもと過ごす時間が増えた



子育て支援への公的支出の 主要国比較(対GDP比)

(少子化社会対策白書より)



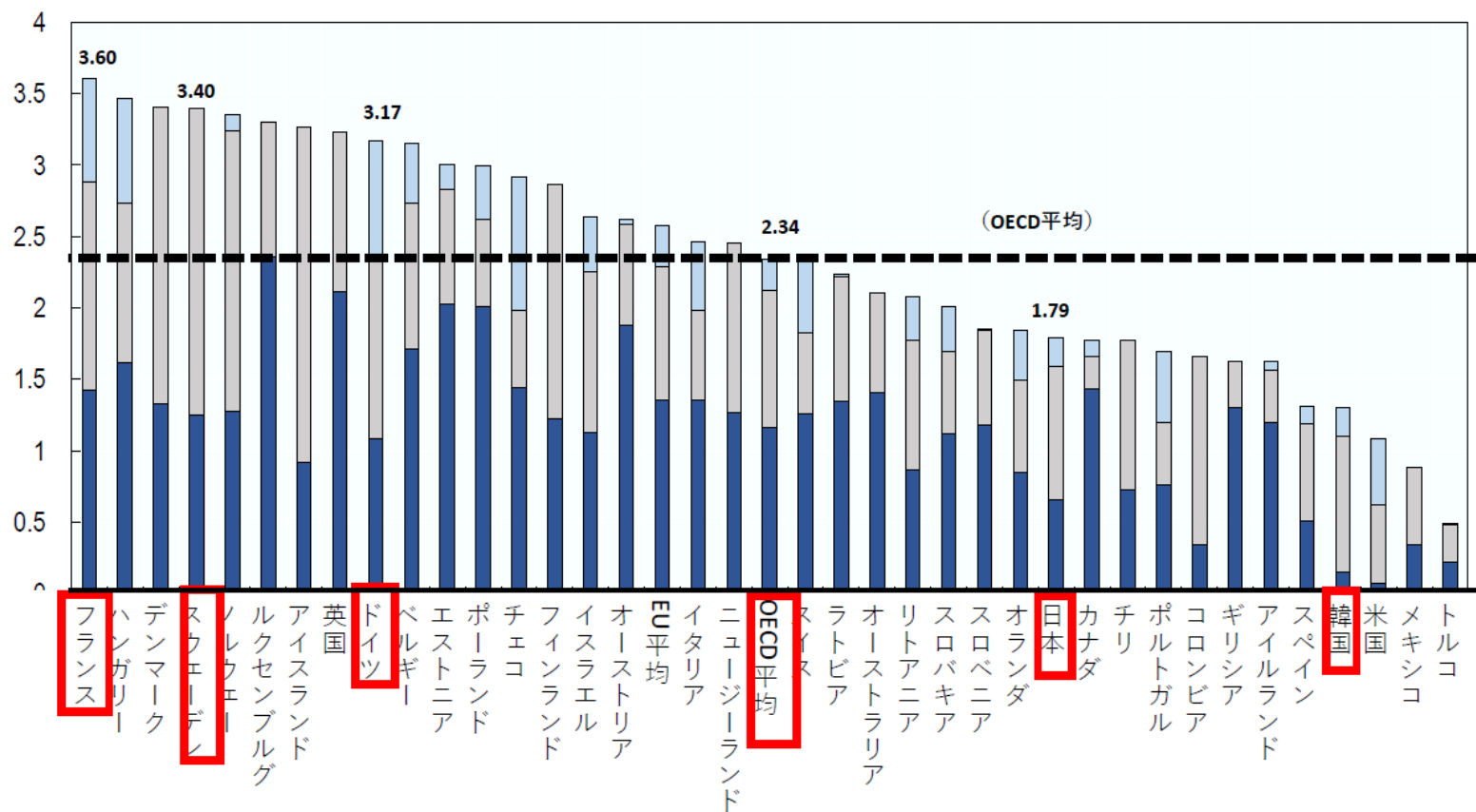
※国内総生産(GDP)に占める児童手当、保育サービス費、育児休業給付などの公的支出の割合

国際比較(家族政策の財政規模)

● OECD諸国における家族政策の公的社会支出対GDP比(2017年)

■ 現金給付 ■ 現物給付 ■ 税額控除など

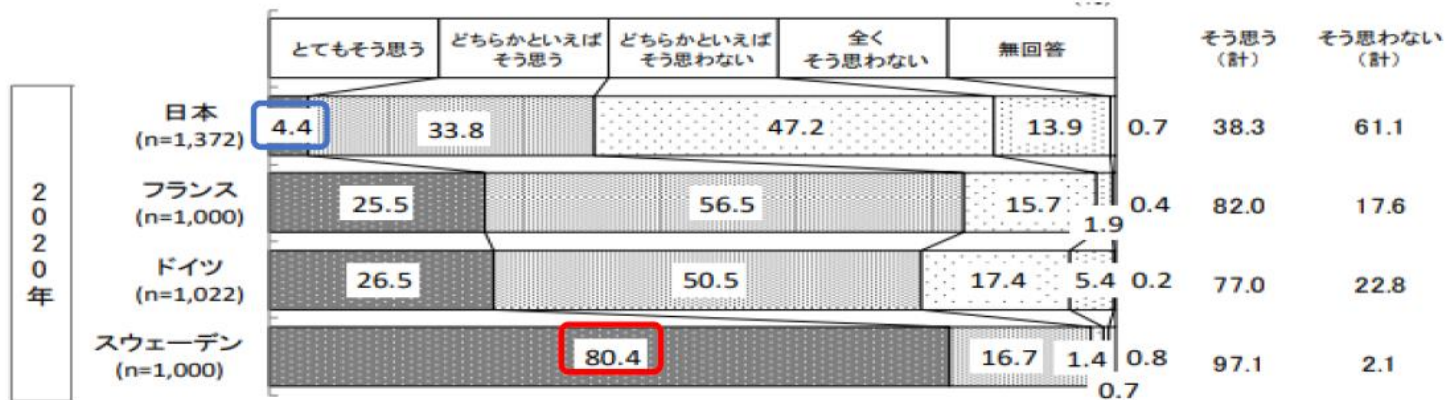
% GDP



(資料)OECD family Database (2021年6月取得)に基づき筆者作成

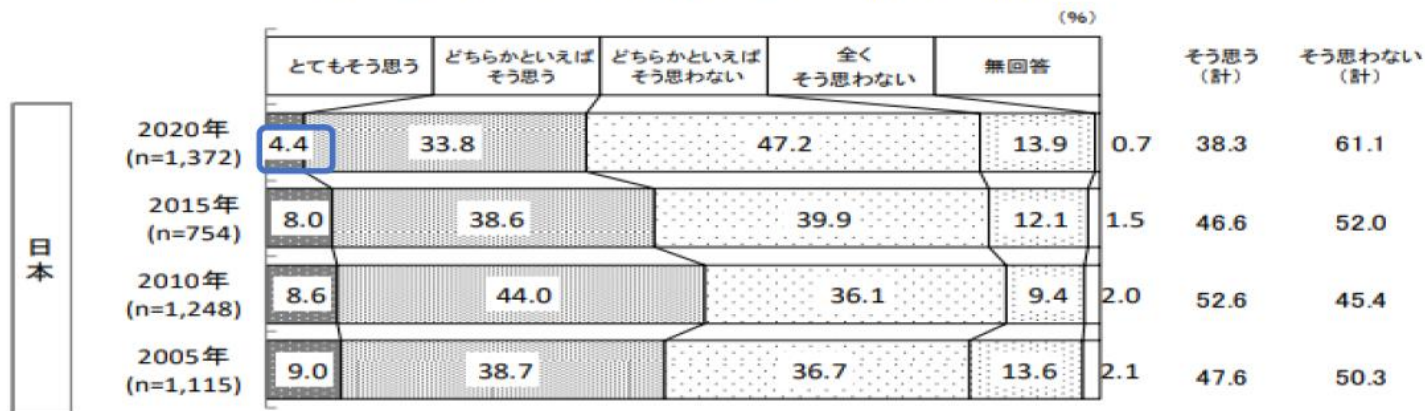
子育てに関する国際比較調査結果

(問) 子供を生み育てやすい国かどうか



日本について過去の結果と比較すると、『そう思う (計)』の割合が2010年度調査以降10ポイント以上減少している (2010年: 52.6% → 2015年: 46.6% → 2020年: 38.3%)。 (図V-2)

図V-2 子供を生み育てやすい国だと思うか (日本)



注: 「無回答」について、2015年以前は「わからない」という項目になる。

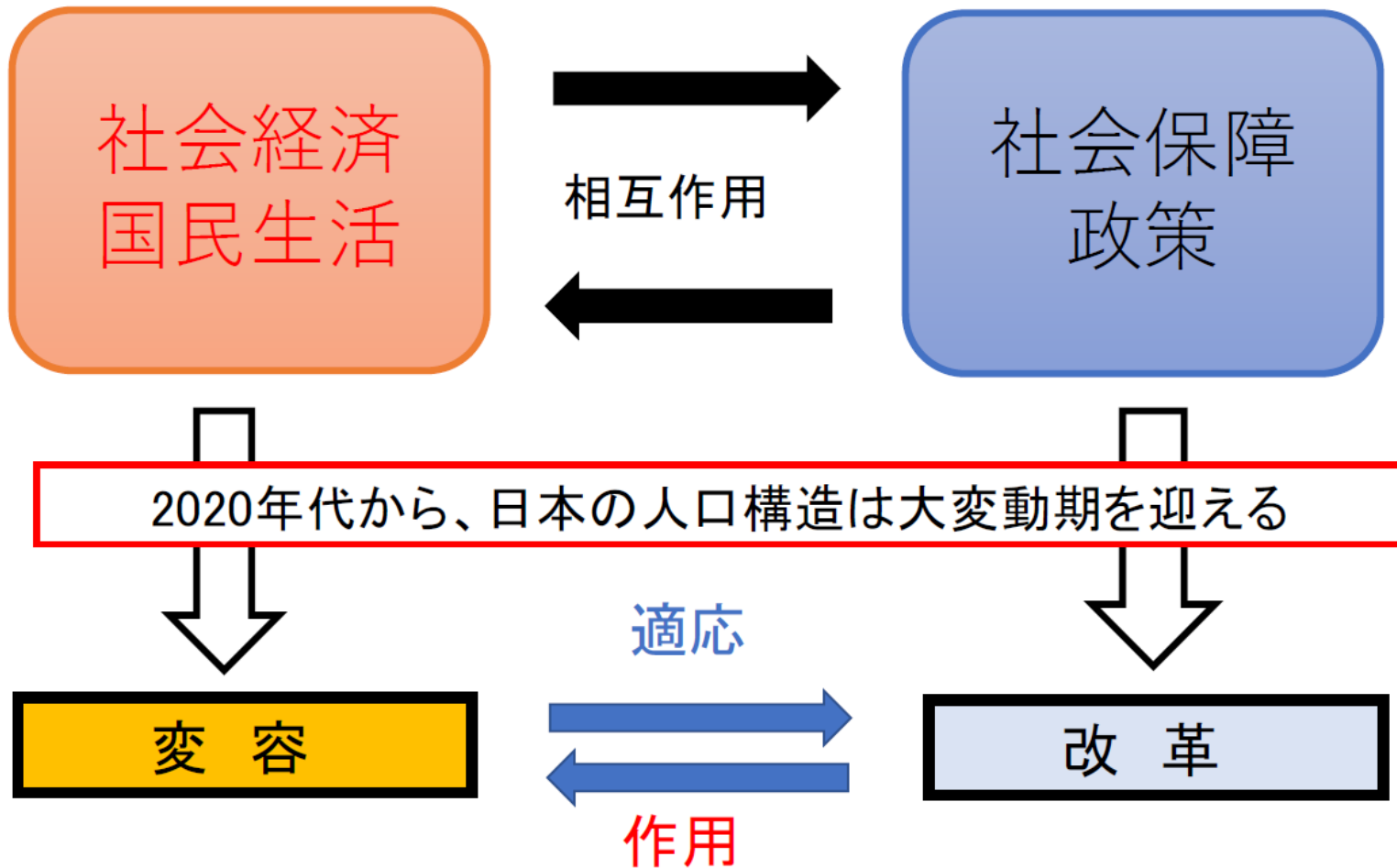
パート 3 これまでの 日本の少子化対策



経済情勢も出生数減に影響した



「予防的社会政策」= 少子化対策を最も上位に



予防的社会政策=最も上位に置くべき政策

少子化対策

・改革によって、「出生率の向上」が期待できる。
⇒ 将来の労働力人口、年金水準、高齢化率に影響

出生率向上の「方策」とは

○出生率向上には、即効薬はない。様々なケースに対応した多様な施策を講じていくしかない。

【様々なケース】

●『晩婚化』、『非婚化』

1. 結婚したいが、できない

結婚支援



所得増加(賃上げ)

●『晩産化』、『非産化・少産化』

2. 出産を希望しているが、妊娠に結びつかない

不妊治療・ライフプラン
(プレコンセプションケア)

●共働き世帯の『晩産化・少産化・非産化』

3. 「仕事か、子育てか」の二者択一
出産退職などによって、収入低下

「仕事と子育て」の両立支援
・育休給付、幼児教育・保育などの支援
・「働き方改革」(制度のみならず、社会意識の変革も)

●経済的負担や育児の心身の負担による『少産化』

4. 経済的負担や心身の負担から、
第2・3子を持つことをためらう

育児負担の軽減
・経済的支援(児童手当、教育費、税制など)
・心身の負担(男性育休支援ネットワーク、居住など)

※共通する課題として、地方創生(東京一極集中の是正)がある。

これまでの少子化対策の経緯

<p>1990年～2000年代</p> <ul style="list-style-type: none"> ・2000年＝出生率1.36 ・<u>2005年＝出生率1.26</u> 	<p>1990年 1.57ショック</p> <p>1994年 「エンゼルプラン」+ 緊急保育対策</p> <p>1994年 育児休業給付創設(雇用保険、給付率25%→2007年50%→2014年67%)</p> <p>2001年 「待機児童ゼロ作戦」</p> <p>2003年 少子化社会対策基本法⇒少子化社会対策大綱</p> <p>2006年 児童手当(小3まで⇒小6まで対象拡大)</p> <p>2007年 児童手当(3歳未満の手当額5千円⇒1万円に引上げ)</p> <p>2008年 「新待機児童ゼロ作戦」</p>
<p>2010年代</p> <ul style="list-style-type: none"> ・2010年＝出生率1.39 ・<u>2015年＝出生率1.45</u> 	<p>2010年 こども手当(中3まで、1万3千円)、「年少扶養控除」の廃止 ※民主党マニフェストでは2万6千円だったが、財源捻出できず半額で実施</p> <p>2010年 子ども・子育てプラン(「少子化社会対策大綱」見直し)</p> <p>2012年 「子ども・子育て支援法」</p> <p>2012年 児童手当(復活)、所得制限(特例給付5千円)</p> <p>2013年 「待機児童解消加速化プラン」</p> <p>2015年 少子化社会対策大綱</p> <p>2017年 「働き方改革実行計画」 「子育て安心プラン」(待機児童対策)</p>
<p>2020年代</p> <ul style="list-style-type: none"> ・2020年＝出生率1.33 ・<u>2021年＝出生率1.30</u> 	<p>2020年 少子化社会対策大綱(希望出生率1.8の実現を目標)</p> <p>2021年12月 「新子育て安心プラン」(待機児童対策)</p> <p>2022年4月 不妊治療の保険適用</p> <p>2022年6月 「こども家庭庁」設置法、成立</p> <p>2022年10月～ 児童手当、年収1200万円以上の特例給付廃止</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>2023年6月 「こども未来戦略方針」の決定</p>

パート4 少子化対策法案



「異次元の少子化対策」とは何か

○重要なのは、「目新しさ」ではない

- ・今求められているのは、これまでの「遅れ」を一気に取り戻すこと。多くの施策の「既視感」は、長らく指摘されてきたのに、解決されないで残っているため

○これまでとは「異なるアプローチ」=異次元

◆2030年までを「ラストチャンス」として、『一挙解決』を目指す

- ・「加速化プラン」: 3年間(2024~2026年度)、予算規模は3兆円半ば。
- ・2030年代初頭までに、予算倍増を目指す。

◆少子化に関する「総合的な対策」に取り組む

- ・若い世代の所得増、雇用安定・経済的支援(育児、教育費など)
- ・支援サービス(保育、伴走型支援、地域支援) ・プレコンセプションケア・不妊治療
- ・共働き・共育て(育休、働き方改革)

◆政策理念の転換、社会・職場の意識改革に取り組む

- ・「普遍的家族政策」の考え方(こども誰でも通園制度)
- ・意識改革(男性育休、時短など多様な働き方、こども・子育てにやさしい社会づくり)に取り組む。そのためには、「トップダウン」による決断と実行も。

実現可能?



異次元の少子化対策

発表された“たたき台”その中身は?



保育サービスの拡充

誰でも利用可



一定時間の就労なしでOK

保育士の負担 **減**



1歳児の保育

6人 → 5人へ

働き方改革の推進

育休中の給付率

手取りの8割

ほぼ満額



男性の育休取得率(民間)



2025年に
約50%に

経済的支援の強化

児童手当

中学生以下まで

ひとりあたり
5000円~
1万5000円

年収
1200万で
対象外



撤廃は**当然**

この程度じゃ足りない

政府が目指す少子化対策の財源確保策

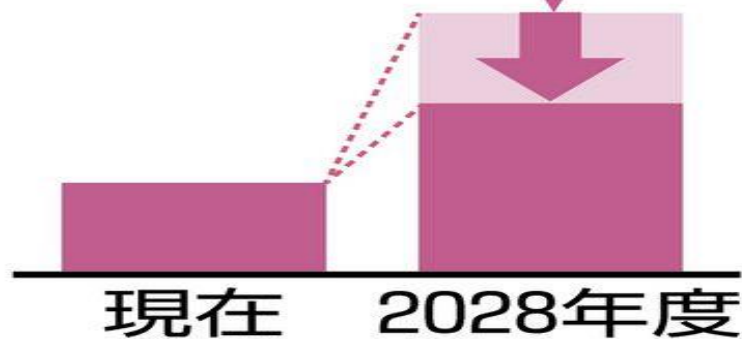
年約3.6兆円

既定予算の
組み替え
約1.5
兆円

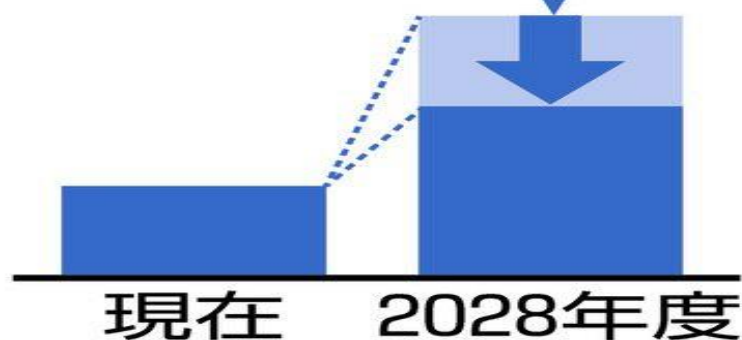
社会保障の
歳出改革
約1.1
兆円

支援金
制度
約1兆円

医療・介護分野の
歳出増を抑え、
浮いた分を
財源として充当



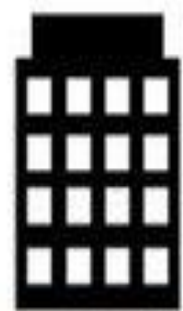
歳出改革で保険料
負担の伸びを抑え、
浮いた分の範囲内
で「支援金」を徴収



支援金制度と
少子化対策のイメージ



医療保険の加入者・事業主



子育て世帯



支援金 (1人あたり月500円程度?)

健康保険組合、国民健康保険、
後期高齢者医療制度など



年1兆円

政府 

少子化対策の
財源に充当



「子ども・子育て支援金」衆院通過

少子化対策関連法案

**医療保険料に上乗せして徴収する
「子ども・子育て支援金」制度を創設**

まとめと提言

- 少子化対策は経済政策、子育て政策の複合政策
- これまで後手に回る少子化対策
- 2030年までがラストチャンス
- 日本の出生率を反転回復させられるか？
たぶんムリだろう・・・
- 人口はますます減ることは明らか

日本から薬が消える日



武藤正樹(著/文)

発行：ぱる出版

A5判

定価 2,000円+税

発売予定日

2024年5月27日

「医薬品ビジネス復活
の処方せん」

絶賛
予約中!

ご清聴ありがとうございました



日本医療伝道会衣笠病院グループで内科外来(月・木)、老健、在宅クリニック(金)を担当しています。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイトに公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

muto@kinugasa.or.jp



Dr武藤のミニ動画（62） 2024年診療報酬改定と在宅



社会福祉法人
日本医療伝道会
Kinugasa Hospital Group

衣笠病院グループ
理事 武藤正樹
よこすか地域包括推進センター長



衣笠病院グループの概要

- 神奈川県横須賀市(人口約39万人)に立地
- 横須賀・三浦医療圏(4市1町)は人口約70万人
- 衣笠病院許可病床198床 <稼働病床194床>
- 病院診療科 <○は常勤医勤務>

○内科、神経科、小児科、○外科、乳腺外科、
脳神経外科、形成外科、○整形外科、○皮膚科、
○泌尿器科、婦人科、○眼科、○耳鼻咽喉科、
○リハビリテーション科、○放射線科、○麻酔科、○ホスピス、東洋医学

■ 病棟構成

DPC病棟(50床)、地域包括ケア病棟(91床)、回復期リハビリ病棟(33床)、ホスピス(緩和ケア病棟:20床)

■ 併設施設 老健(衣笠ろうけん)、特養(衣笠ホーム)、訪問診療クリニック、訪問看護ステーション
通所介護事業所など

■ グループ職員数750名



【2021年9月時点】



富士山

箱根

小田原

横浜

江の島

港南台

鎌倉

逗子

葉山



衣笠ホーム

衣笠城址



横須賀

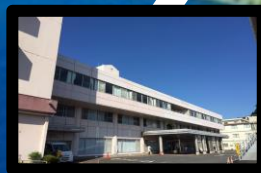
衣笠病院グループ



長瀬
ケアセンター

浦賀

三浦



目次



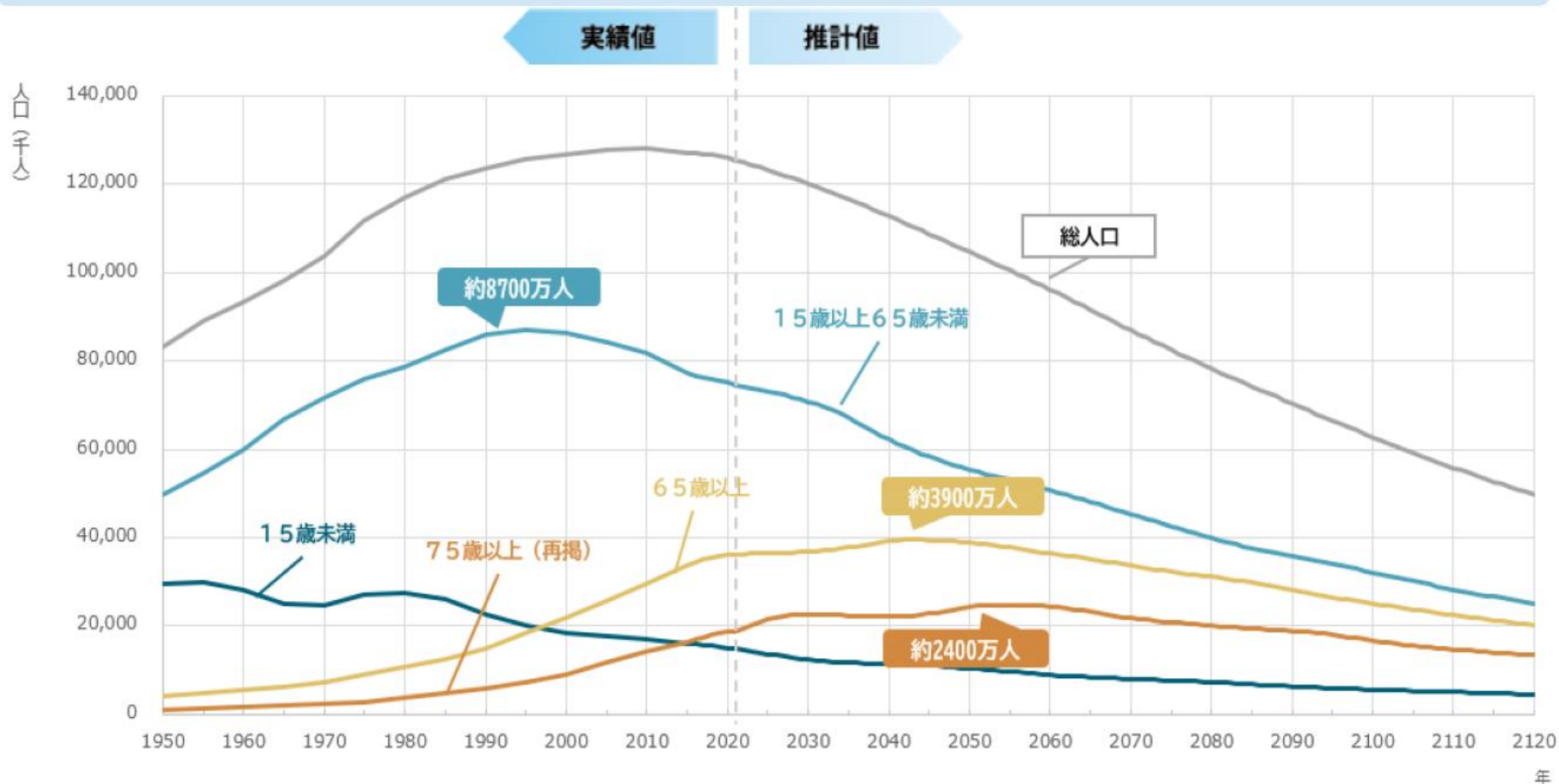
- パート 1
 - 在宅需要の急増
- パート 2
 - 2024年改定と訪問診療
- パート 3
 - 2024年改定と訪問看護
- パート 4
 - 2024年改定と訪問薬剤管理

パート1 在宅需要の急増



2040年頃に65歳以上人口のピークが到来する

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



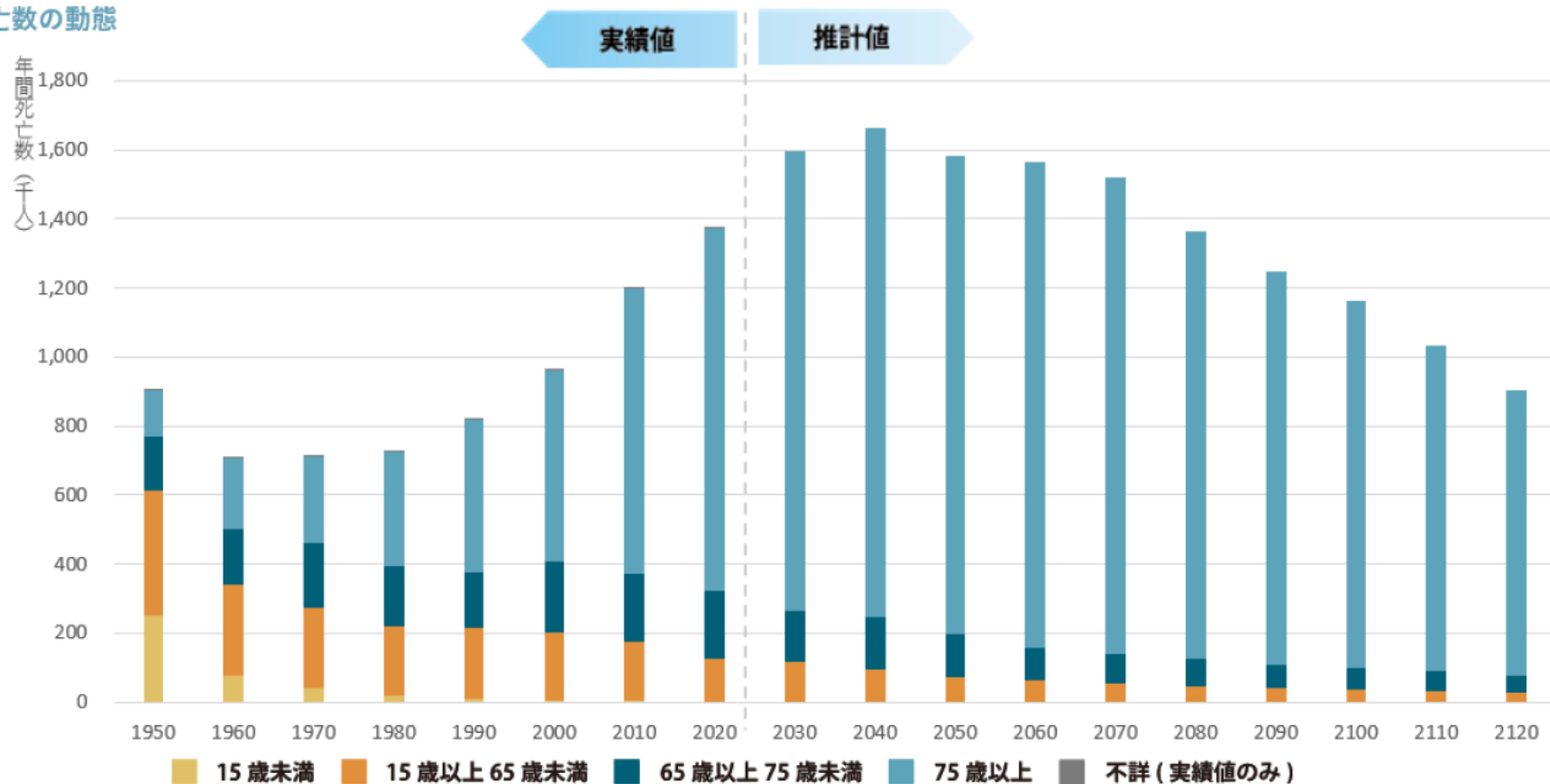
2021年までの人口は総務省「人口推計」（各年10月1日現在）
2022年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（令和5年推計）：出生中位・死亡中位推計」

出典

死亡数が一層増加する

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

死亡数の動態



出典

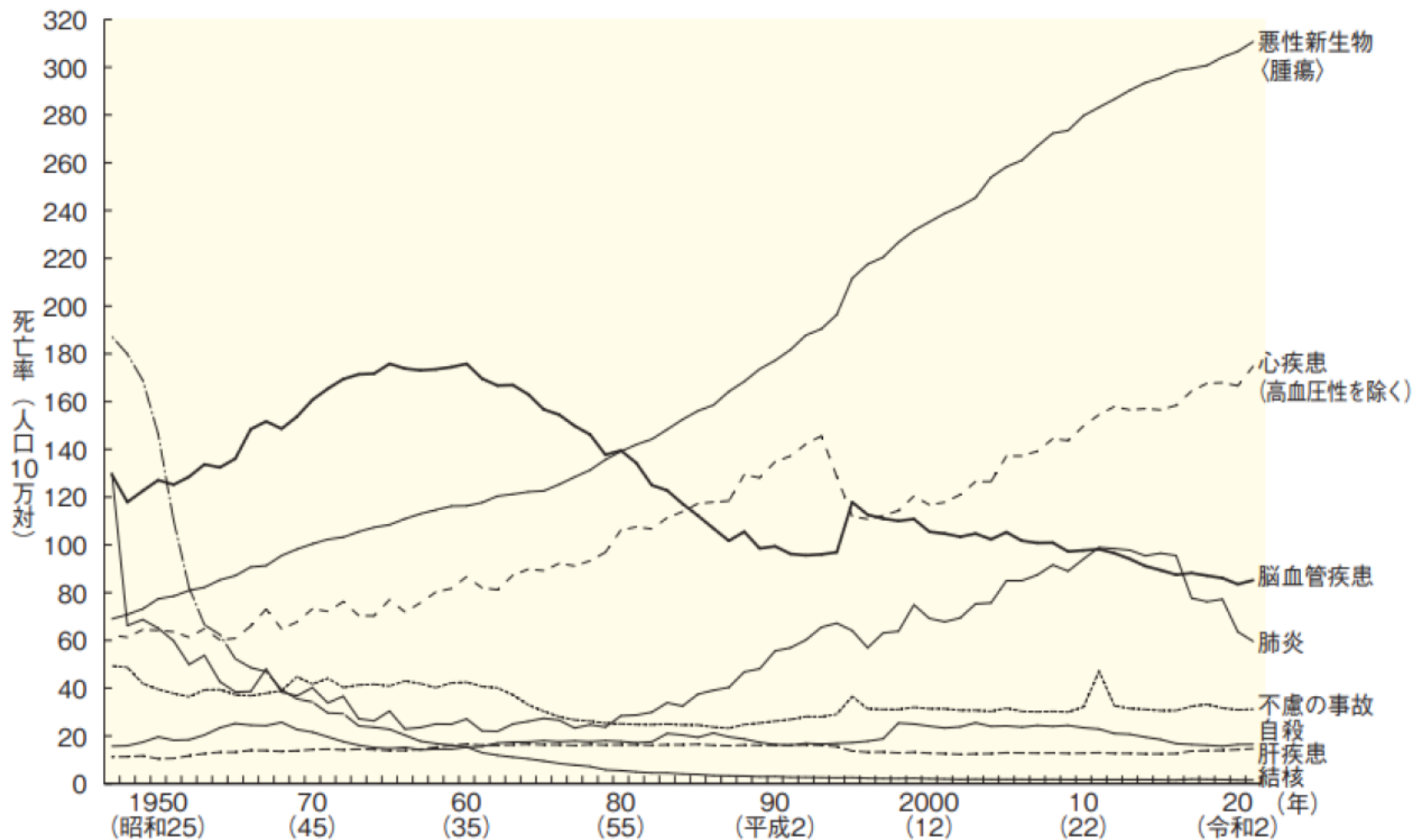
2020年までは厚生労働省「人口動態統計(令和3年)」

2030年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(令和5推計):出生中位・死亡中位推計」より作成

主な死因別にみた死亡率の推移

中医協 総-4
5. 7. 5

主な死因別にみた死亡率の推移（人口10万対）



資料：厚生労働省政策統括官付人口動態・保健社会統計室「人口動態統計」

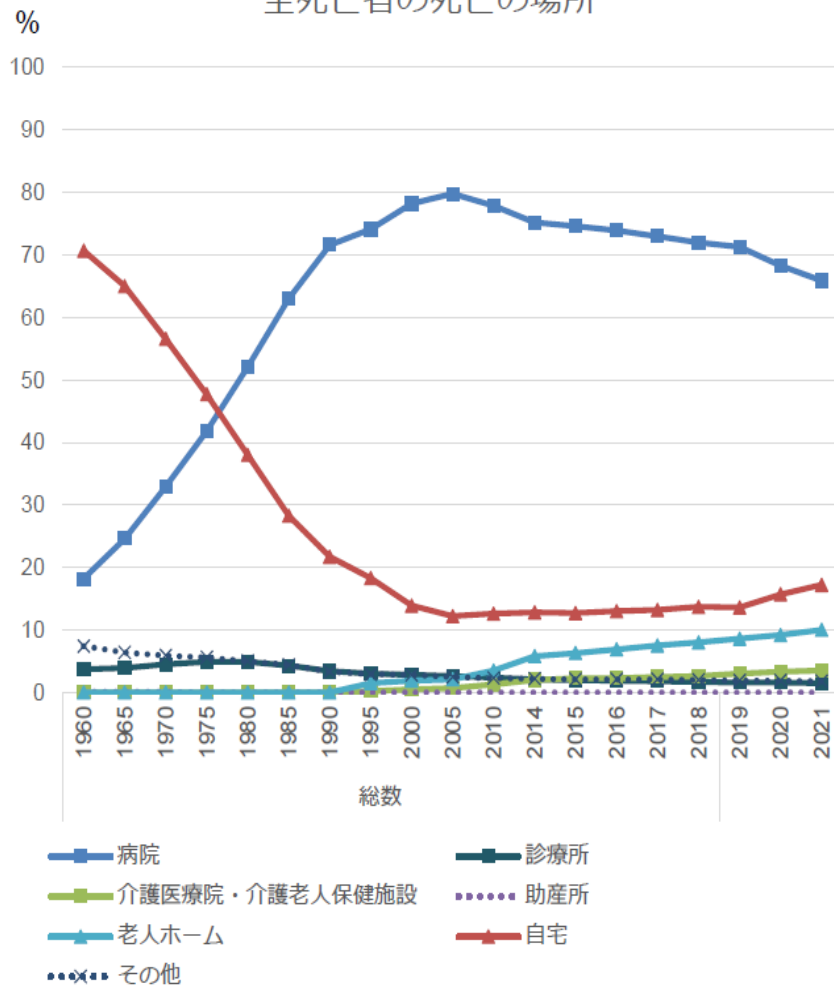
(注) 1. 死因分類等の改正により、死因の内容に完全な一致をみることはできない。

2. 2021 (令和3) 年は概数である。

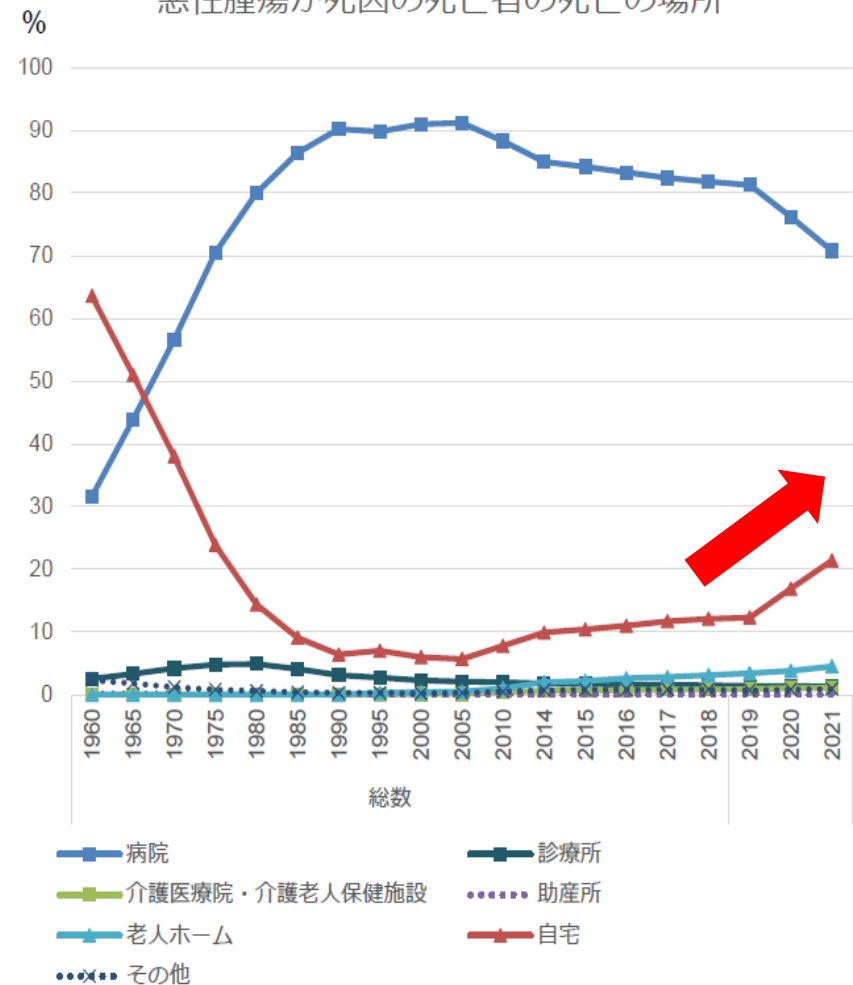
悪性腫瘍の患者の死亡の場所の推移

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

全死亡者の死亡の場所



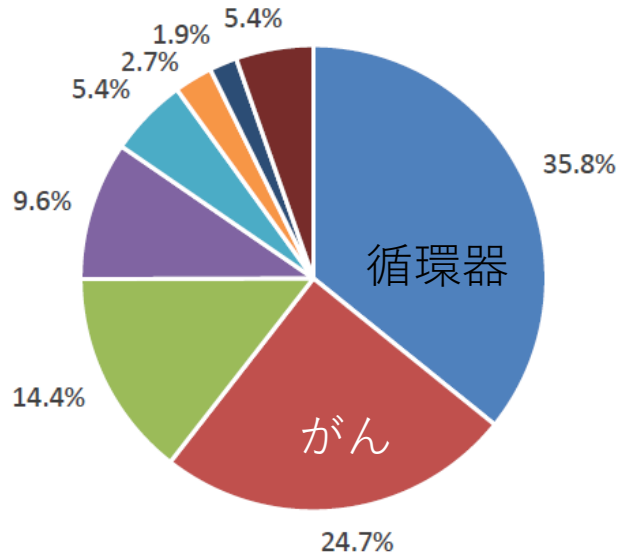
悪性腫瘍が死因の死亡者の死亡の場所



自宅における死亡者の死因の割合

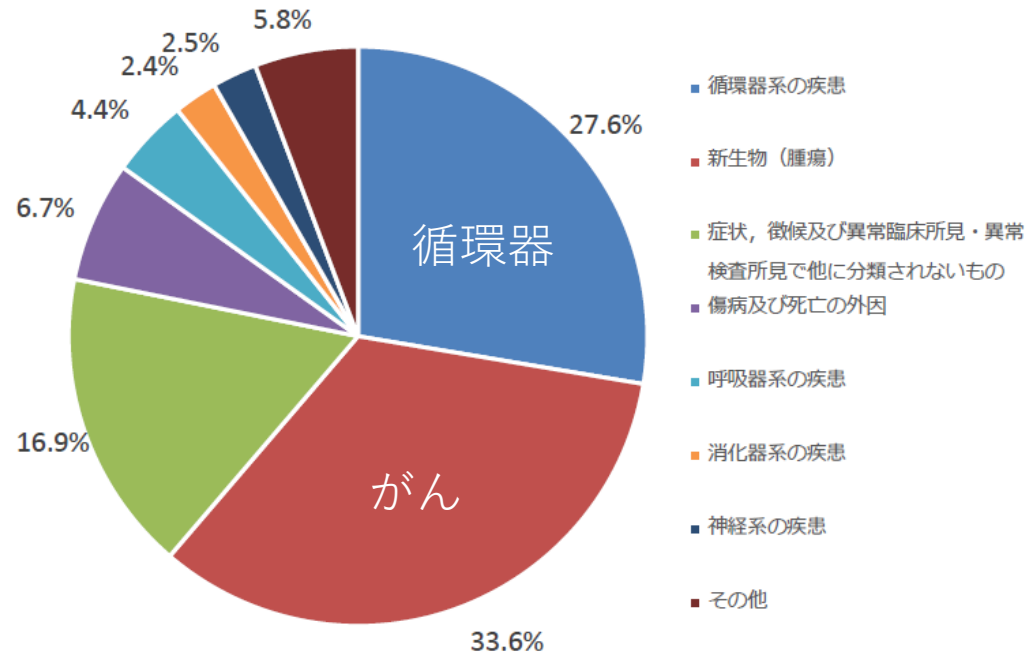
○ 自宅における死亡者の平成28年と令和3年の死因の割合を比較すると、悪性腫瘍の割合が増加し、循環器疾患の割合が減少している。

自宅における死亡者の死因の割合
(H28)n=169,447



2016年

自宅における死亡者の死因の割合
(R3)n=247,896

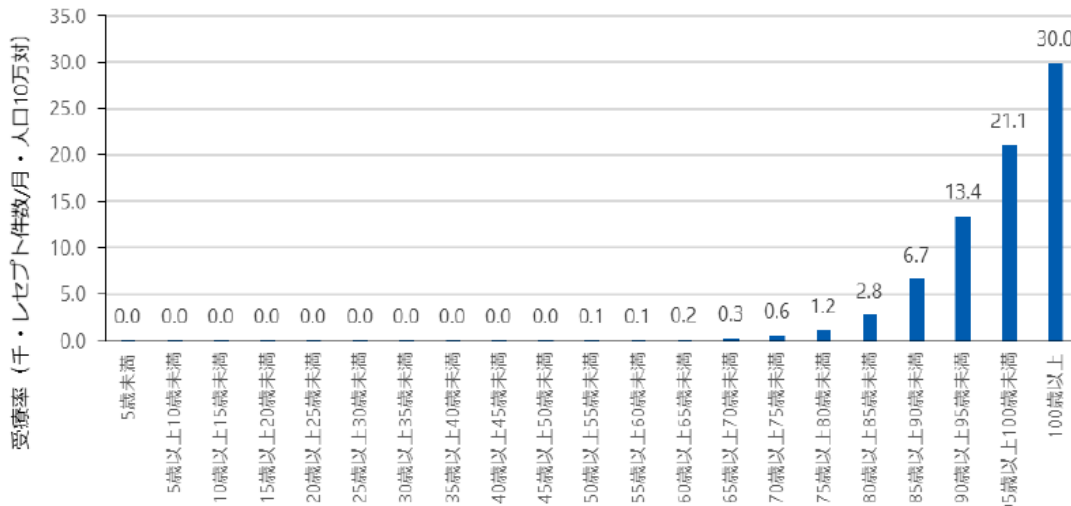


2021年

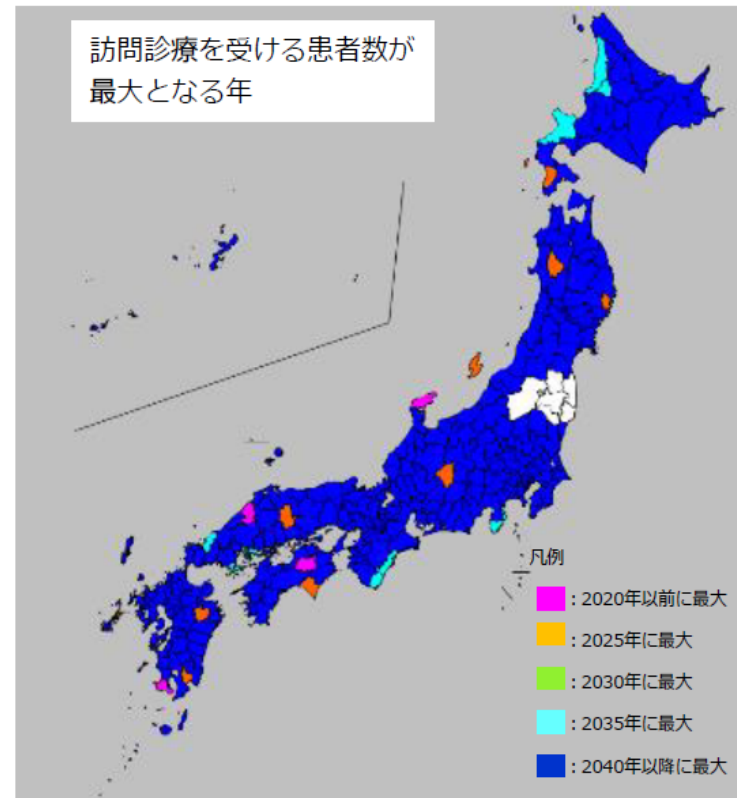
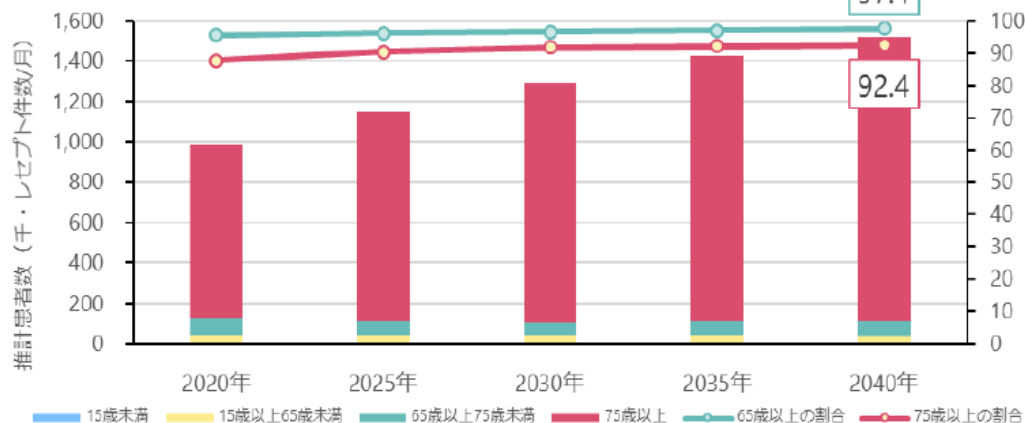
訪問診療の必要量について

- 年齢とともに訪問診療の受療率は増加し、特に85歳以上で顕著となる。
- 訪問診療の利用者数は今後も増加し、2025年以降に後期高齢者の割合が9割以上となることが見込まれる。
- 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。

年齢階級別の訪問診療受療率（2019年度）



年齢階級別の訪問診療の将来推計



【出典】

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

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

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

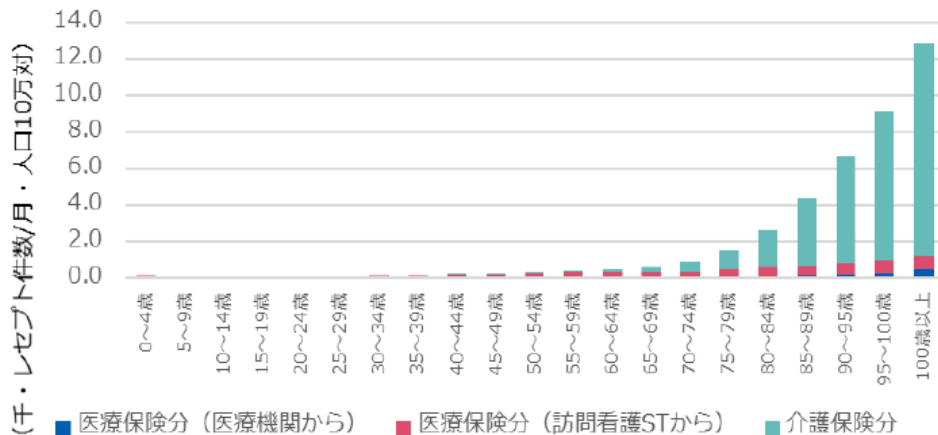
※2 2020年1月1日時点の住民基本台帳人口を利用。

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

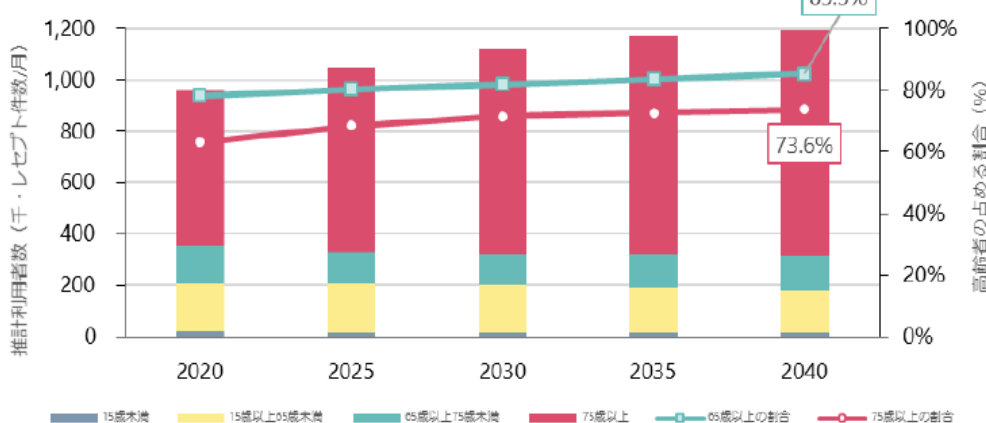
訪問看護の必要量について

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

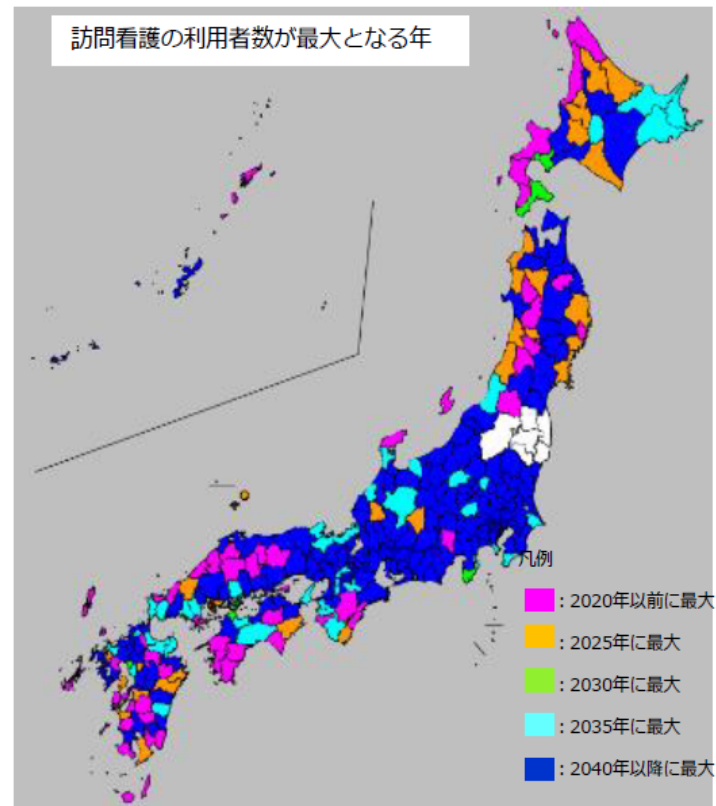
年齢階級別の訪問看護の利用率（2019年度）



年齢階級別の訪問看護の将来推計（医療保険+介護保険）



訪問看護の利用者数が最大となる年



【出典】
利用率：NDB介護DB及び審査支払機関（国保中央会・支払基金）提供訪問看護レセプトデータ（2019年度訪問看護分）、住民基本台帳に基づく人口（2020年1月1日時点）に基づき、算出。
推計方法：NDBデータ（※1）、審査支払機関提供データ（※2）、介護DBデータ（※3）及び住民基本台帳人口（※4）を基に作成した2019年度の性・年齢階級・都道府県別の訪問看護の利用率を、二次医療圏別の将来推計人口（※5）に機械的に適用して推計。なお、福島県については、東日本大震災等の影響により、市町村別人口がないことから推計を行っていない。
※1 2019年度における在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者在宅患者訪問看護・指導料及び精神科訪問看護・指導料のレセプトを集計。
※2 2019年度における訪問看護レセプトを集計。
※3 2019年度における訪問看護または介護予防訪問看護のレセプトを集計。
※4 2020年1月1日時点の住民基本台帳人口を利用。
※5 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」（出生中位・死亡中位）を利用。

パート 2

2024年改定と訪問診療

- ①施設総管の見直し
- ②往診の見直し

①施設総管の見直し



在医総管

- ・自宅（戸建て住宅、集合住宅）
- ・小規模多機能型居宅介護事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所（宿泊サービス時のみ。サービス利用前30日以内に訪問診療料等を算定した医師に限り、サービス利用開始後30日まで（※））
- ・ケアハウス など

- ・養護老人ホーム（定員110人以下に限る） **施設総管**
- ・軽費老人ホーム（A型のみ）
- ・特別養護老人ホーム（末期の悪性腫瘍、死亡日から遡って30日以内の患者に限る）
- ・短期入所生活介護事業所（介護予防を含む。サービス利用前30日以内に訪問診療料等を算定した医師に限り、サービス利用開始後30日まで（※））
- ・有料老人ホーム
- ・サービス付き高齢者向け住宅
- ・認知症高齢者グループホーム など

- ①在宅療養計画に基づき、月1回以上継続して訪問診療を行った場合に算定する
- ②当該患者に対して主として診療を行っている1つの医療機関が算定する
- ③投薬などの費用は別に算定できない
- ④在宅がん医療総合診療料を算定する月は併算定できない

※2018年度改定で、末期悪性腫瘍患者については「サービス利用開始後30日まで」の制限がなくなった

在宅時/施設入居時医学総合管理料の算定回数推移

○ 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料について、機能強化型の在宅療養支援診療所・病院を中心に算定回数が増加していた。特に、月2回以上(難病等以外)の施設入居時医学総合管理料の算定回数が顕著に増加していた。



出典: 社会医療診療行為別統計(各年6月審査分)、保険局医療課調べ(各年7月1日時点)

訪問診療を行っている患者における居住場所別の患者の状態

- 訪問診療を行っている患者の要介護度について、高齢者施設の患者は戸建て等の患者と比較して、要介護度の高い患者が少なかった。
- 認知症高齢者の日常生活自立度について、高齢者施設の患者は戸建て等の患者と比較して、自立の患者が少なかった。

<居住場所別の要介護度>

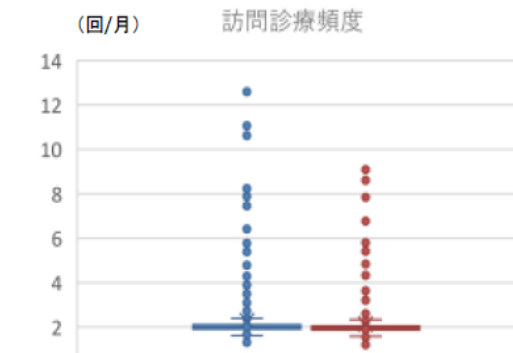
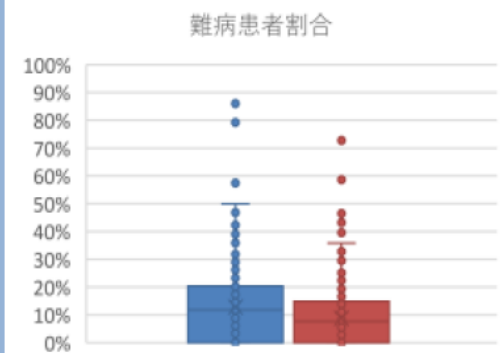
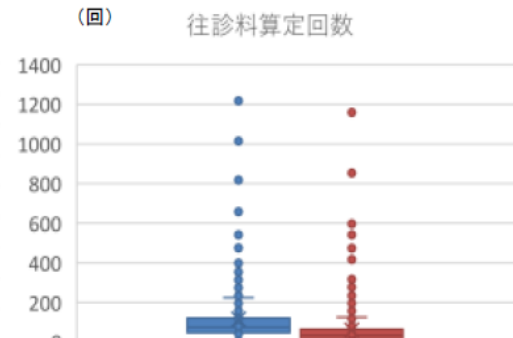
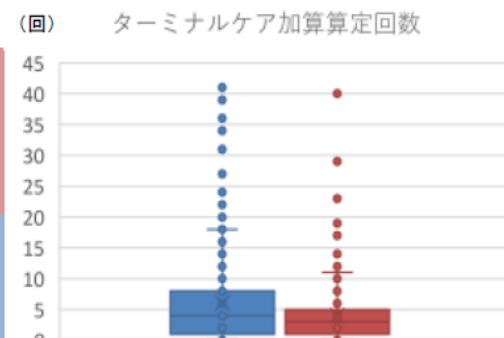
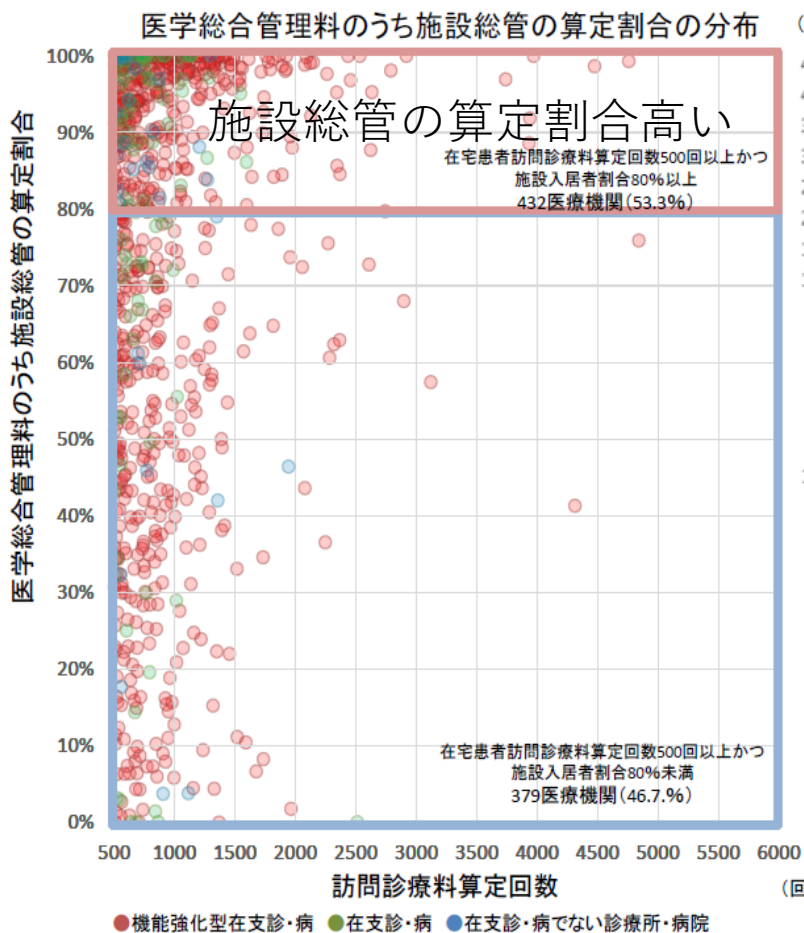


<居住場所別の認知症日常生活自立度>



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)

中医協委員意見

- 一部に「高齢者施設に入所する、状態の安定した、要介護度の低い高齢者に、きわめて頻回に短時間の訪問診療を行っている」
- 支払側 松本委員
 - 診療報酬の引き下げ・適正化が考えられる
- 診療側 長島委員・江澤委員
 - 高齢者の集住化が地域単位で進められる中では、当然のデータと考えられ、安易な適正化を検討すべきではない。より詳細に施設入所者への訪問診療の内容などを見る必要があり、そこでは訪問看護との役割分担なども見ていく必要がある

2024年診療報酬改定と 施設総管の見直し



施設総管の人数

訪問頻度	単一建物の 診療患者数	強化型在支診		在支診	その他
		病床あり	病床無し		
月2回以上 (重症度の高い 患者)	1人	3,900点	3,600点	3,300点	2,450点
	2~9人	3,240点	2,970点	2,700点	2,025点
	10人以上	2,880点	2,640点	2,400点	1,800点
月2回以上	1人	3,200点	2,900点	2,600点	1,950点
	2~9人	1,700点	1,550点	1,400点	1,025点
	10人以上	1,200点	1,100点	1,000点	750点
月1回	1人	1,980点	1,800点	1,640点	1,280点
	2~9人	1,080点	990点	920点	725点
	10人以上	780点	720点	680点	560点

在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の見直し①

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

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

②往診の見直し



医療機関ごとの在宅患者訪問診療料・往診料の算定回数

- 往診料の算定回数が100回/月以上の医療機関における、医療機関ごとの在宅患者訪問診療料の算定回数と往診料の算定回数は以下のとおり。
- 往診料の算定回数に対し、在宅患者訪問診療料を算定回数が少ない医療機関が一定数存在する。

医療機関毎の在宅患者訪問診療料と往診料の算定回数(n=323)



国内最大の往診数

救急相談**40,000**件 往診数**18,000**件

もしもの時のお守りアプリ ファストドクター



365日
救急往診

夜間・休日に
医師がご自宅に伺い
診察します

その場でお薬処方も！

健康保険が適用されます

日本テレビ

真相報道
パンキッ!

NHK

NEWS
5時

で話題!!

救急搬送

「20か所以上」見つからない現場

11都府県に緊急事態宣言

撮影：ファストドクター

救急往診行う「ファストドクター」

フォローアップ担当の看護師が
保健所に代わり患者などに容体確認

PCR検査 自宅検査に「安心」…需要高まる

ファストドクター提供

患者(64)

新型コロナウイルス感染の
疑いを理由に診察受けられず

中医協委員意見

- 診療側江澤委員
 - かかりつけ患者の急変時に往診を行う姿が望ましい
 - かかりつけの医療機関で継続受診している疾患とは、異なる疾患で往診が必要となるケースもある。
- 診療側長島委員
 - 訪問診療のあるなしで一律に往診料に差をつけることは危険である
- 支払側松本委員
 - 往診が真に必要な患者への対応に問題が出ないように配慮した上で、往診料の適正化を検討すべき
- 診療側池端幸彦委員
 - 緊急往診が必要であるが、自分は通常診療から手を離せない。そこで近隣の医療機関に往診対応を依頼するケースもある。
- 診療側の茂松茂人委員
 - 往診・訪問診療等はいくまで通院困難な人に限定して実施されるべき

2024年診療報酬改定と往 診専門クリニック

大幅に減点された！

往診料の評価の見直し

➤ 患者の状態に応じた適切な往診の実施を推進する観点から、緊急の往診に係る評価を見直す。

往診料	以下のいずれかに該当する場合				その他の場合
	機能強化型の 在支診・在支病（単独型・連携型）		機能強化型 以外の 在支診・在支病	その他の 医療機関	
	病床有	病床無			
	720点				
	+				
緊急往診加算	850点	750点	650点	325点	325点
夜間・休日往診加算	1,700点	1,500点	1,300点	650点	405点
深夜往診加算	2,700点	2,500点	2,300点	1,300点	485点

①緊急往診加算について

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

②夜間・休日・深夜往診加算の取扱いについて

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

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

どうなる ファストドクター？

「令和6年3月1日より、診療費以外の一部の費用については患者様に直接自己負担をいただく取り組みを開始することにより、救急往診事業の存続を模索してまいります。・・・」

交通費で3000～4000円程度の自己負担してもらう

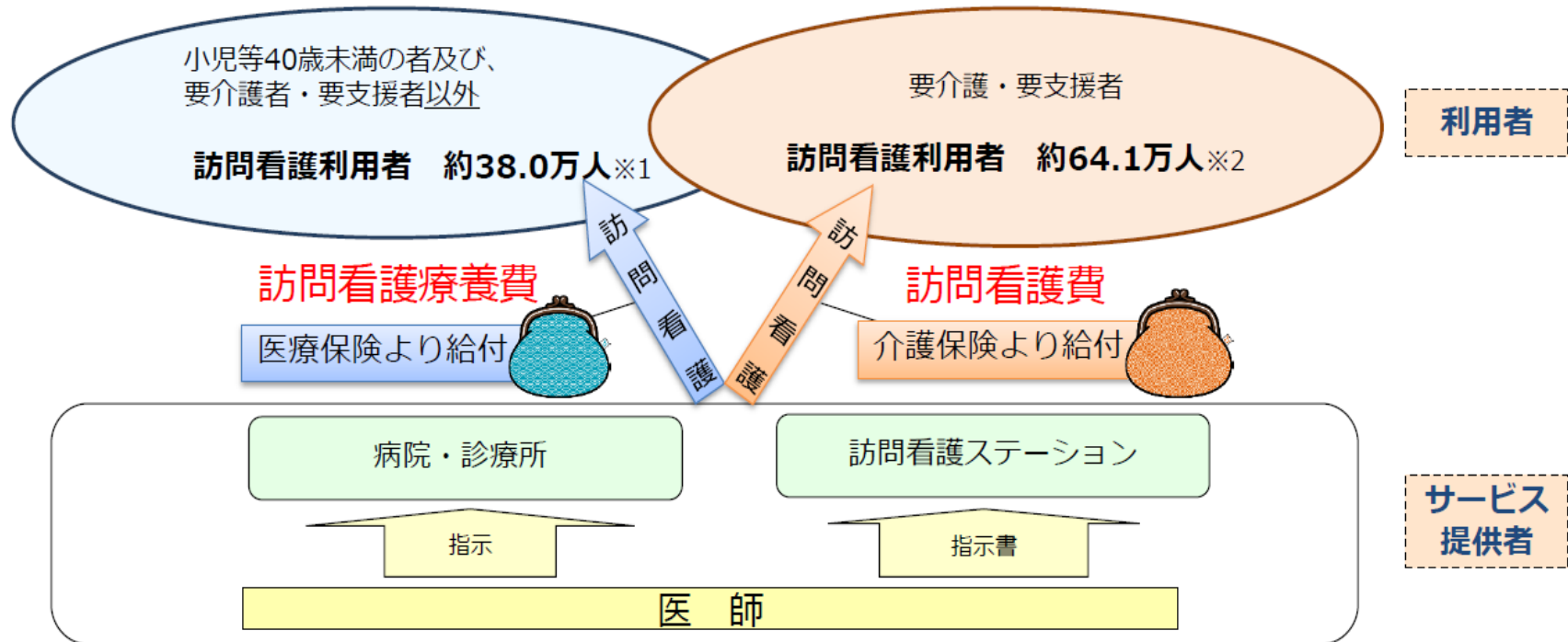
パート 3

2024年改定と訪問看護



訪問看護の仕組み

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

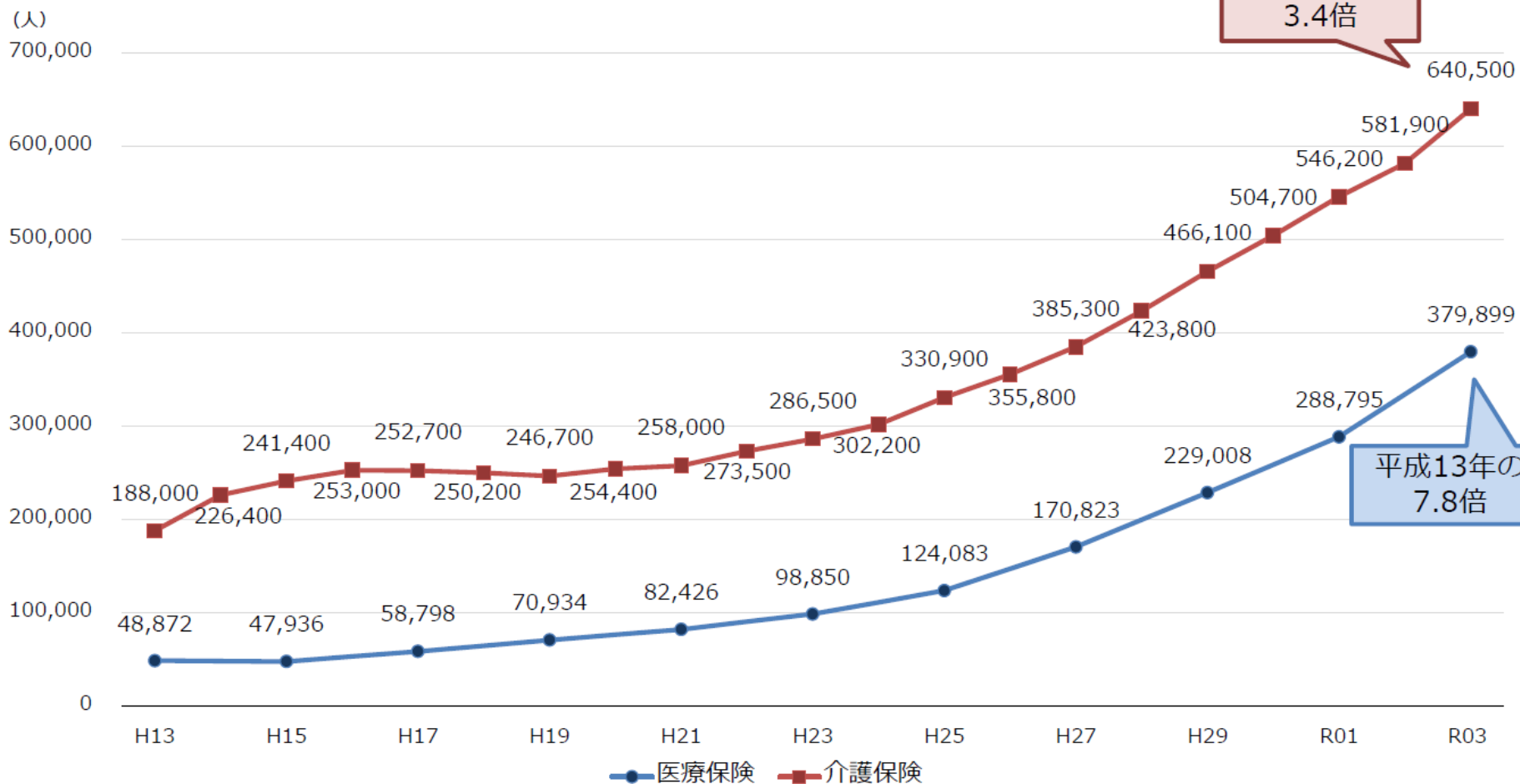


訪問看護の利用者数の推移

意見交換 資料-2
R 5 . 5 . 1 8

○ 訪問看護ステーションの利用者は、医療保険、介護保険ともに増加傾向。

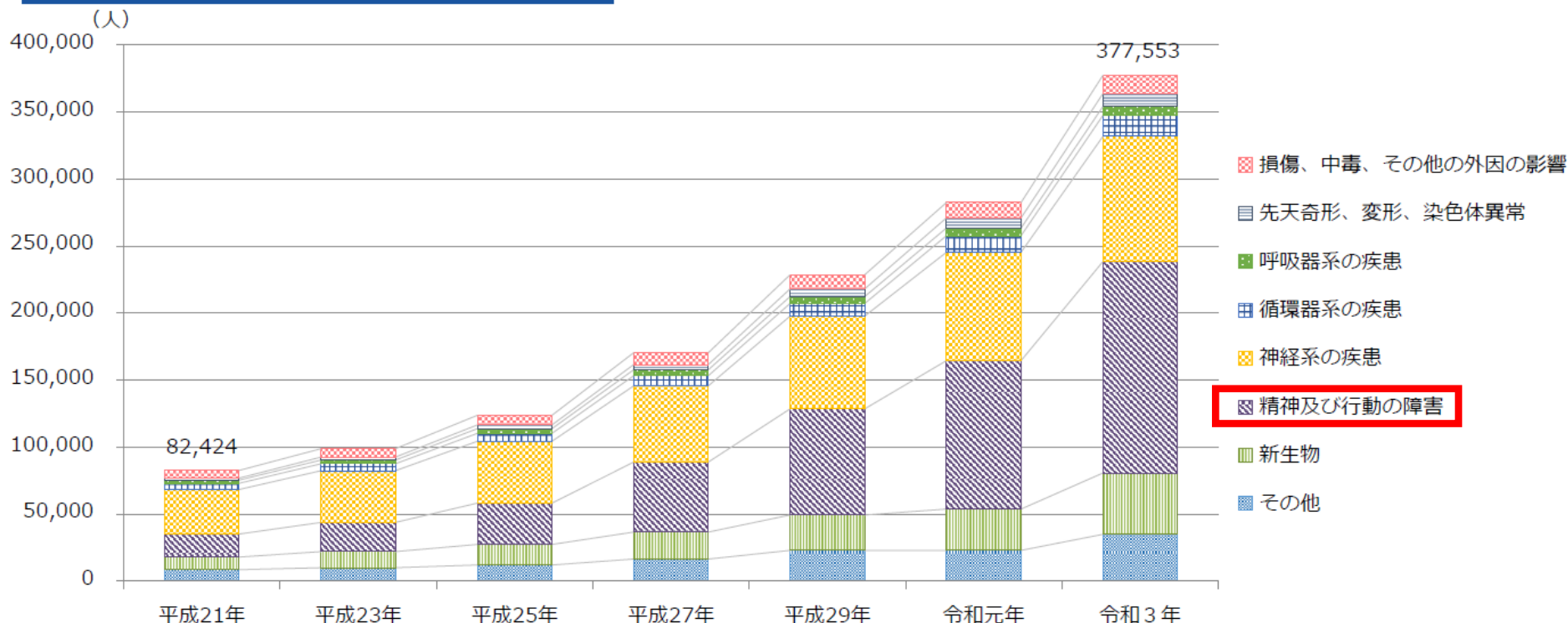
■ 訪問看護利用者数の推移



訪問看護ステーション利用者の主傷病の推移

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

■ 傷病分類（主傷病）別利用者数の推移



■ 傷病分類（主傷病）別利用者数の推移

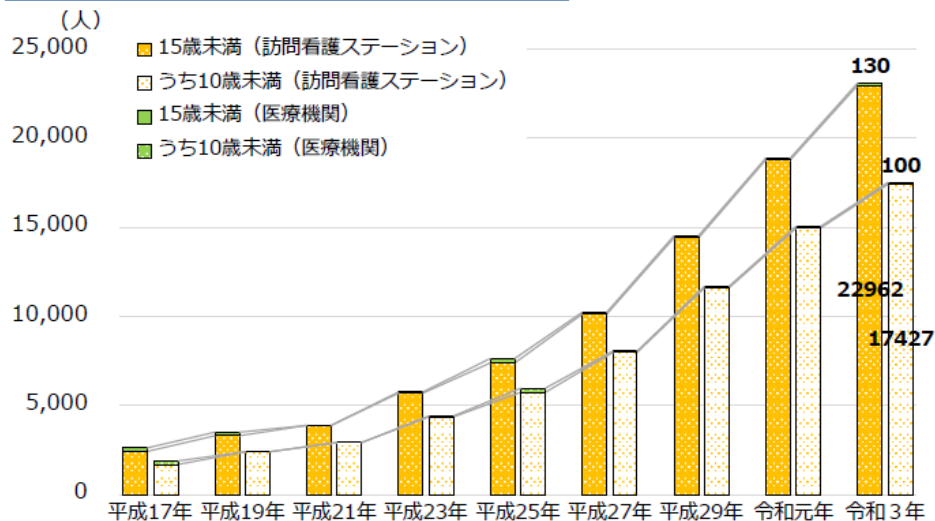
※傷病分類（主傷病）は、「社会医療行為別統計 傷病分類表」による。

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

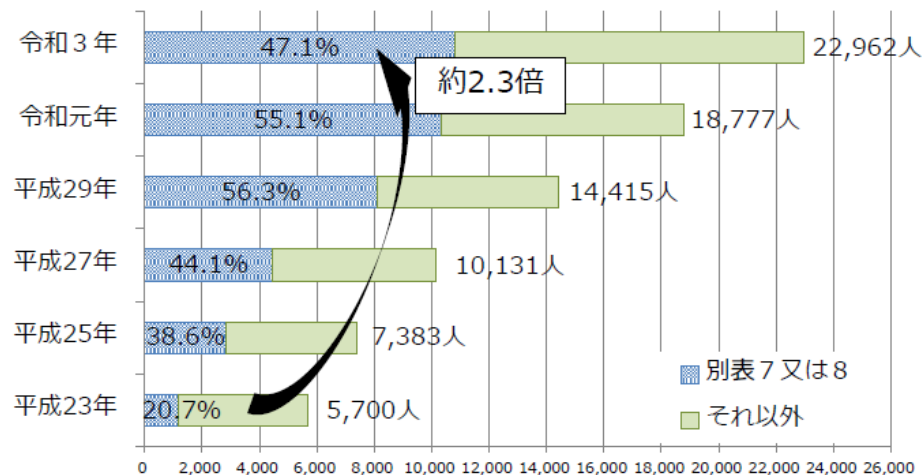
小児の訪問看護利用者の状況

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

■ 小児の訪問看護利用者数の推移



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



※1: 【別表第7】

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

※2: 【別表第8】

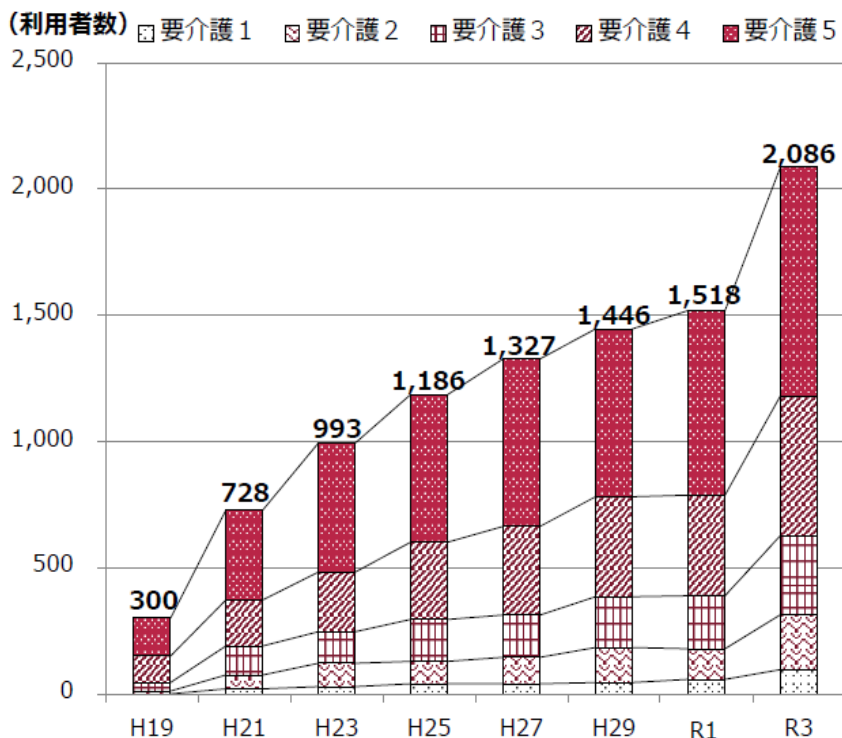
- 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管力ニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
 - 以下のいずれかを受けている状態にある者

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

訪問看護ステーションにおけるターミナルケア利用者数

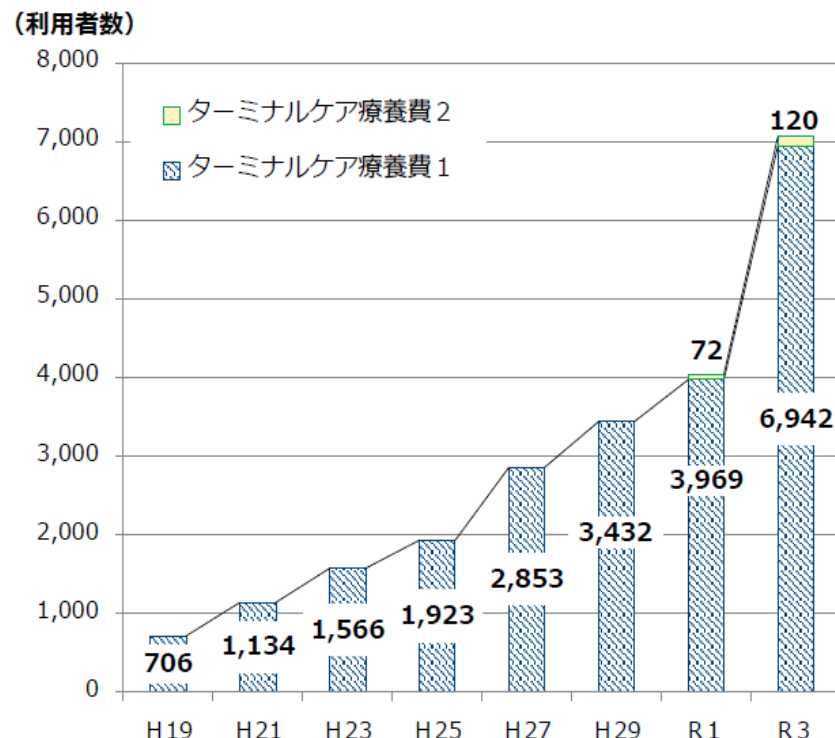
○ 介護保険のターミナルケア加算と医療保険の訪問看護ターミナル療養費はともに増加傾向であり、令和3年度は特に増加した。

■ ターミナルケア加算（介護保険）の算定数※



※病院・診療所の訪問看護事業所の算定数を含む

■ 訪問看護ターミナルケア療養費（医療保険）の算定数



※H30年度改定でターミナルケア療養費2を新設

ターミナルケア加算・訪問看護ターミナル療養費

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

2024年診療報酬改定と訪問看護

- ①24時間対応
- ②機能強化型訪問看護
- ③緊急訪問看護
- ④退院支援
- ⑤母子に対する訪問看護
- ⑥管理者の責務
- ⑦虐待防止と身体拘束
- ⑧精神訪問看護

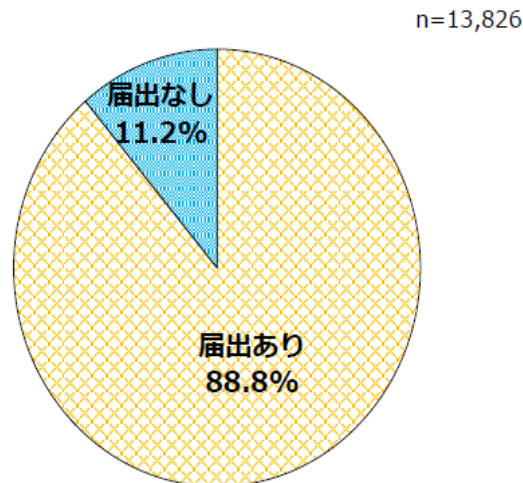
①24時間対応



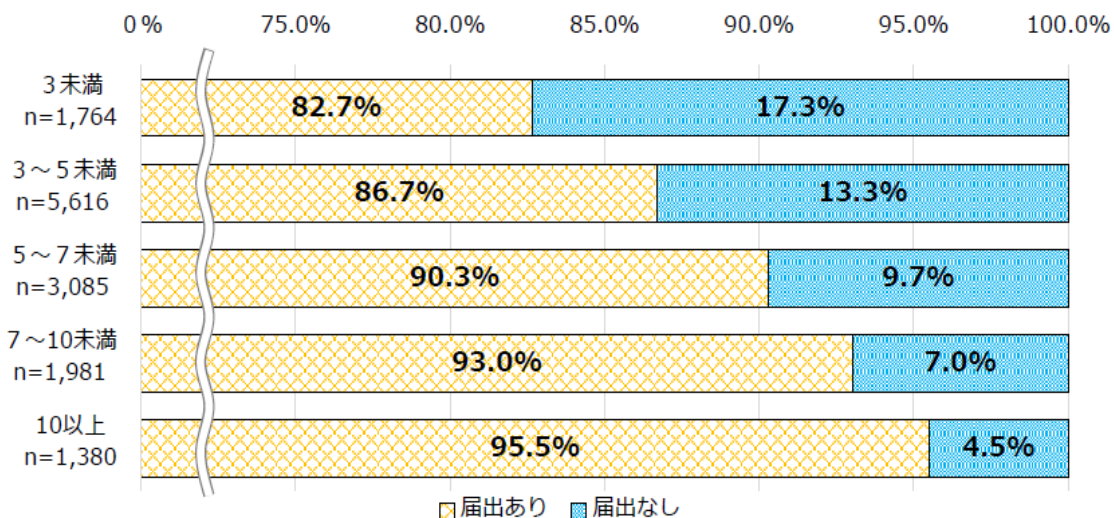
24時間対応体制加算の届出と利用者数の推移

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

■ 24時間対応体制加算の届出の状況

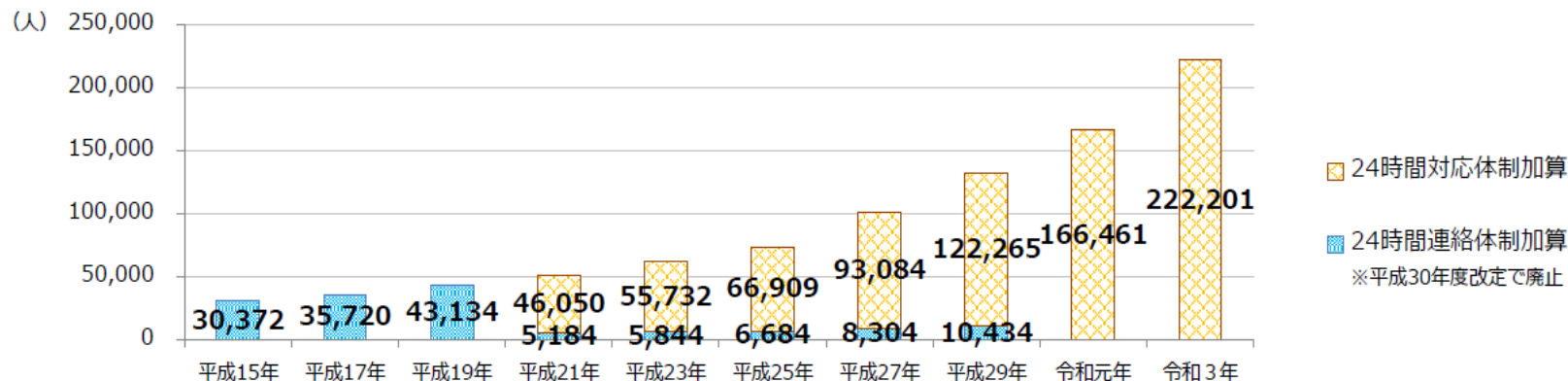


■ 看護職員規模別（常勤換算）の24時間対応体制加算の届出状況



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

■ 24時間対応体制加算・24時間連絡体制加算の利用者数（推計）



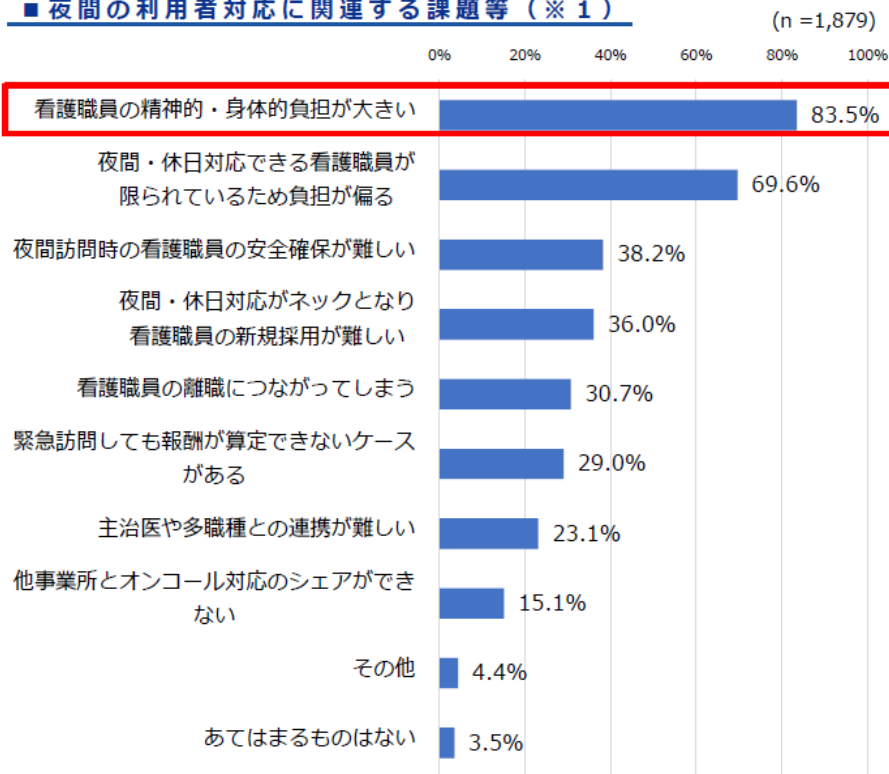
出典：訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成（各年6月審査分より推計）

24時間対応体制の確保のための営業時間外の対応と課題

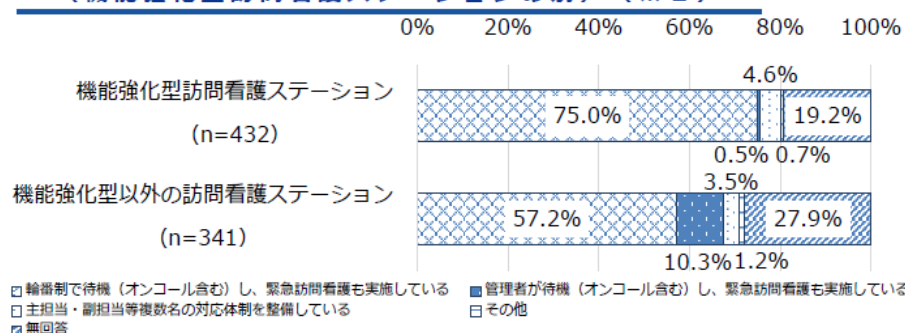
意見交換 資料-2
R5.5.18

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

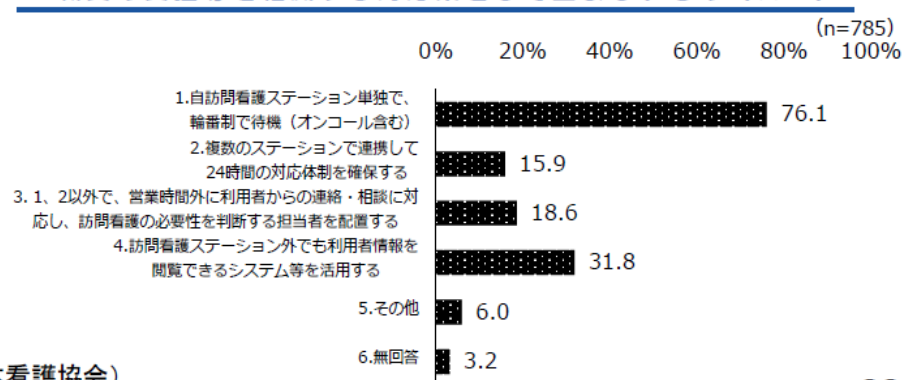
■ 夜間の利用者対応に関連する課題等 (※1)



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



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



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

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

訪問看護ステーションにおける持続可能な24時間対応体制確保の推進①

24時間対応体制加算の見直し①

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

現行

【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】

〔算定要件〕

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

改定後

【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】

〔施設基準〕

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

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

（参考）24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組

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

- ア 夜間対応した翌日の勤務間隔の確保
- イ 夜間対応に係る勤務の連続回数が2連続（2回）まで
- ウ 夜間対応後の暦日の休日確保
- エ 夜間勤務の二ーズを踏まえた勤務体制の工夫
- オ ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減
- カ 電話等による連絡及び相談を担当する者に対する支援体制の確保

②機能強化型訪問看護



(参考) 機能強化型訪問看護ステーションの要件等

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

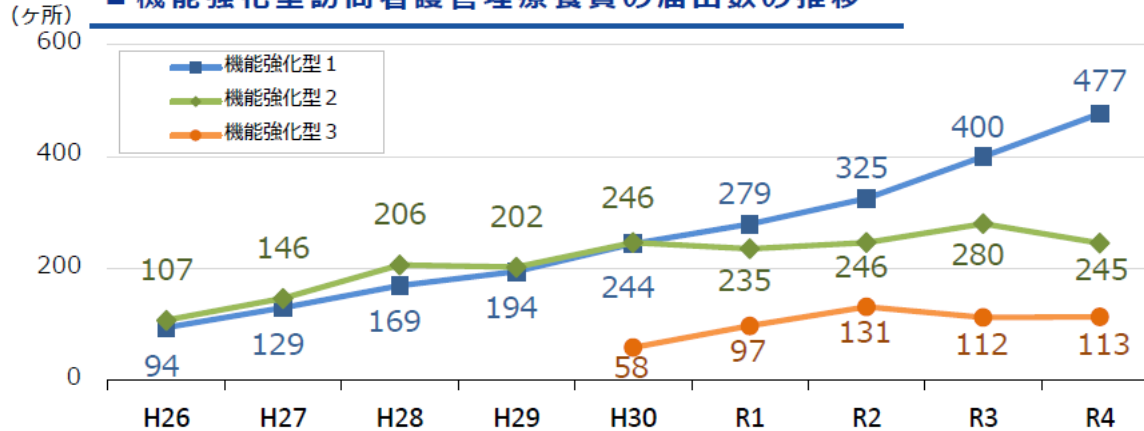
[経過措置]令和6年3月31日において現に機能強化型訪問看護管理療養費1に係る届出を行っている訪問看護ステーションについては、令和8年5月31日までの間に限り、専門の研修を受けた看護師の配置に係る基準に該当するものとみなす。

機能強化型訪問看護ステーションの届出状況

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

■ 機能強化型訪問看護管理療養費の届出数の推移

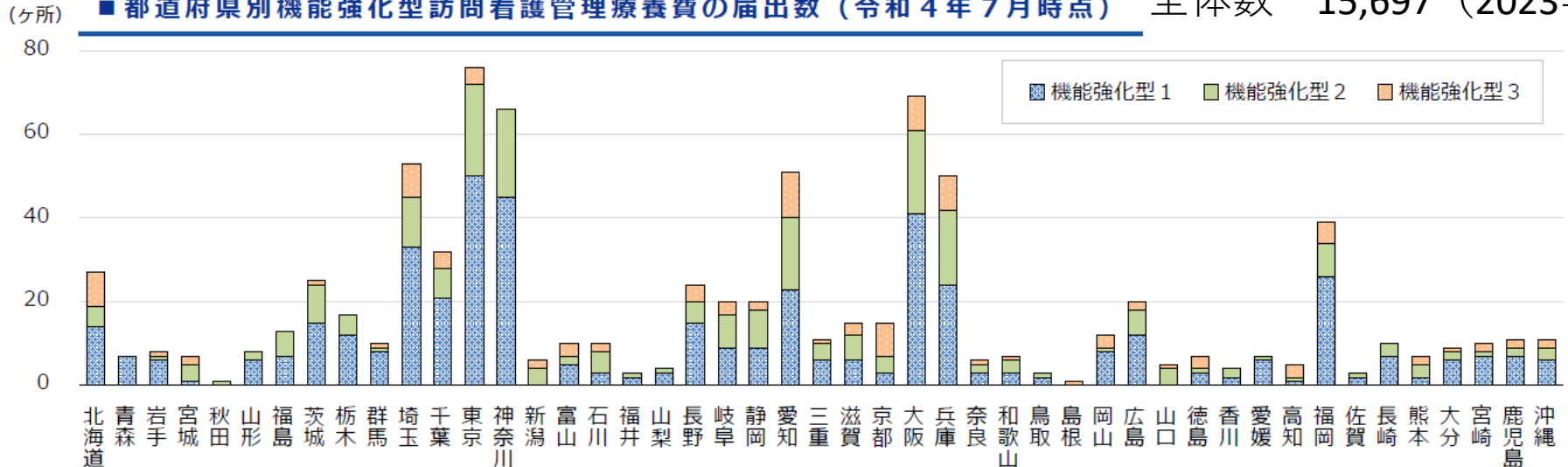
(令和4年7月時点)



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

■ 都道府県別機能強化型訪問看護管理療養費の届出数 (令和4年7月時点)

全体数 15,697 (2023年)



出典: 各年7月1日の届出状況より保険局医療課にて作成

訪問看護ステーションの機能に応じた訪問看護管理療養費の見直し①

訪問看護管理療養費の見直し（月の初日の訪問の場合）

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

現行

【訪問看護管理療養費】

1 月の初日の訪問の場合	
イ 機能強化型訪問看護管理療養費1	12,830円
ロ 機能強化型訪問看護管理療養費2	9,800円
ハ 機能強化型訪問看護管理療養費3	8,470円
ニ イから八まで以外の場合	7,440円

[施設基準]

機能強化型訪問看護管理療養費1の基準

イ～ハ 略
(新設)

改定後

【訪問看護管理療養費】

1 月の初日の訪問の場合	
イ 機能強化型訪問看護管理療養費1	<u>13,230円</u>
ロ 機能強化型訪問看護管理療養費2	<u>10,030円</u>
ハ 機能強化型訪問看護管理療養費3	<u>8,700円</u>
ニ イから八まで以外の場合	<u>7,670円</u>

[施設基準]

機能強化型訪問看護管理療養費1の基準

イ～ハ 略

ト 専門の研修を受けた看護師が配置されていること。

[経過措置]

令和6年3月31日において現に機能強化型訪問看護管理療養費1に係る届出を行っている訪問看護ステーションについては、令和8年5月31日までの間に限り、当該基準に該当するものとみなす。

(参考) 算定留意事項

第5 訪問看護管理療養費について

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

③緊急訪問看護

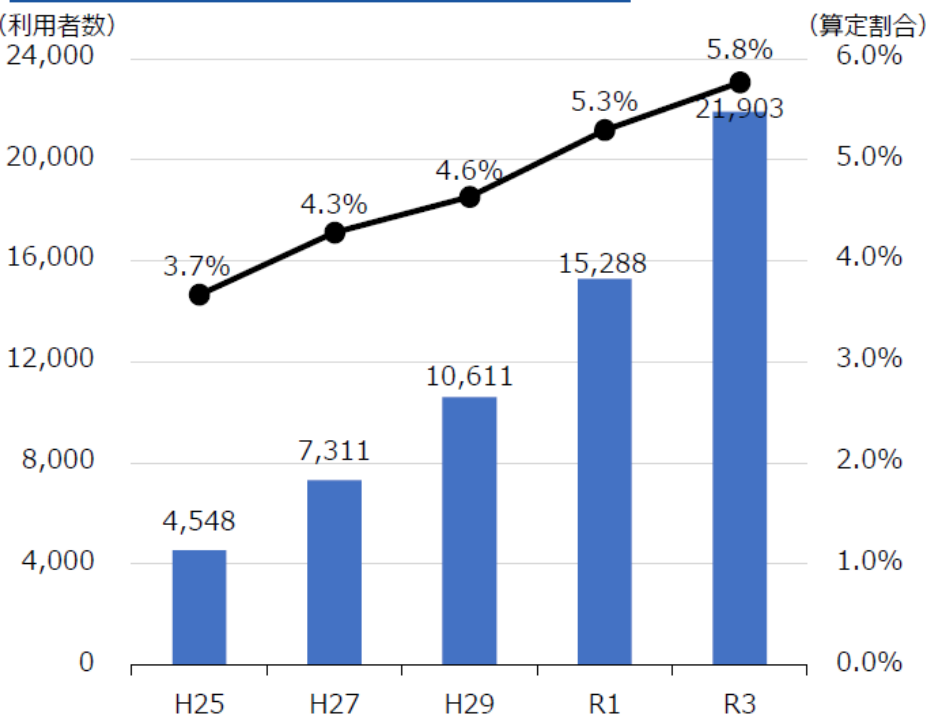


夜間・早朝、深夜における訪問看護の状況

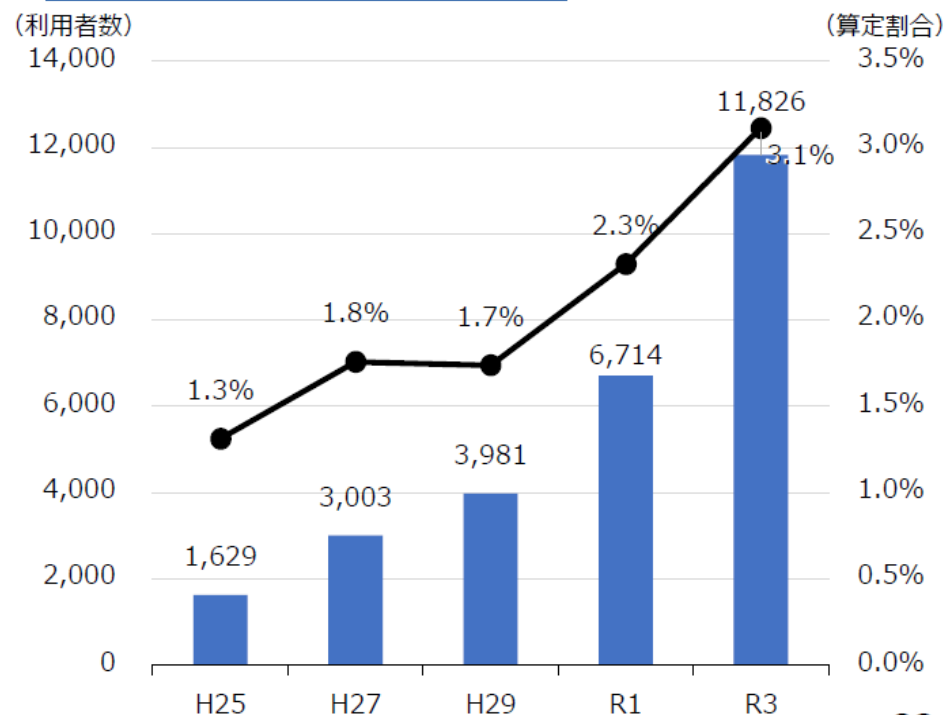
- 夜間・早朝又は深夜に訪問看護を行った場合、対象者の限定なく夜間・早朝訪問看護加算又は深夜訪問看護加算を算定できる。
- 夜間・早朝及び深夜の訪問看護の利用者数、全利用者に占める算定割合は増加傾向である。

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

■ 夜間・早朝訪問看護加算の算定状況



■ 深夜訪問看護加算の算定状況



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

緊急訪問看護加算の評価の見直し

緊急訪問看護加算の見直し

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

現行

【緊急訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】
 [算定要件]
 1及び2（いずれも八を除く。）については、利用者又はその家族等の求めに応じて、その主治医（診療所又は医科点数表の区分番号C001の注1に規定する在宅療養支援病院（以下「在宅療養支援病院」という。）の保険医に限る。）の指示に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が緊急に指定訪問看護を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、1日につき2,650円を所定額に加算する。

[算定要件]（抜粋）
 （新規）

（4）（略）
 （新規）

改定後

【緊急訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】
 [算定要件]
 1及び2（いずれも八を除く。）については、利用者又はその家族等の求めに応じて、その主治医（診療所又は医科点数表の区分番号C001の注1に規定する在宅療養支援病院（以下「在宅療養支援病院」という。）の保険医に限る。）の指示に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が緊急に指定訪問看護を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定額に加算する。

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

[算定要件]（抜粋）
（4）当該加算に関し、利用者又はその家族等からの電話等による緊急の求めに応じて、主治医の指示により、緊急に指定訪問看護を実施した場合は、その日時、内容及び対応状況を訪問看護記録書に記録すること。
 （5）（略）
（6）緊急訪問看護加算を算定する場合には、当該加算を算定する理由を、訪問看護療養費明細書に記載すること。

※在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料及び精神科訪問看護療養費についても同様

④退院支援

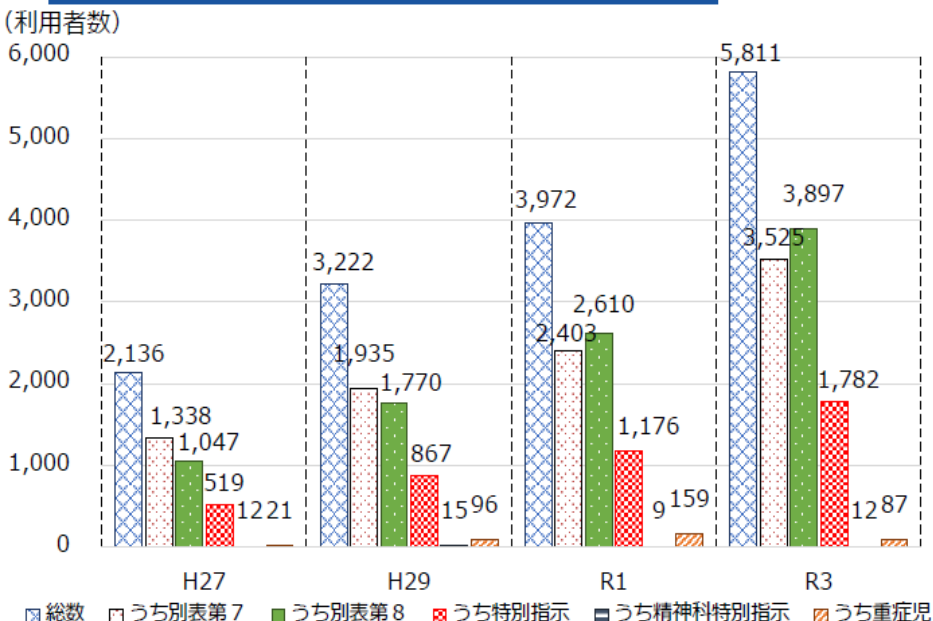


退院日当日の訪問看護

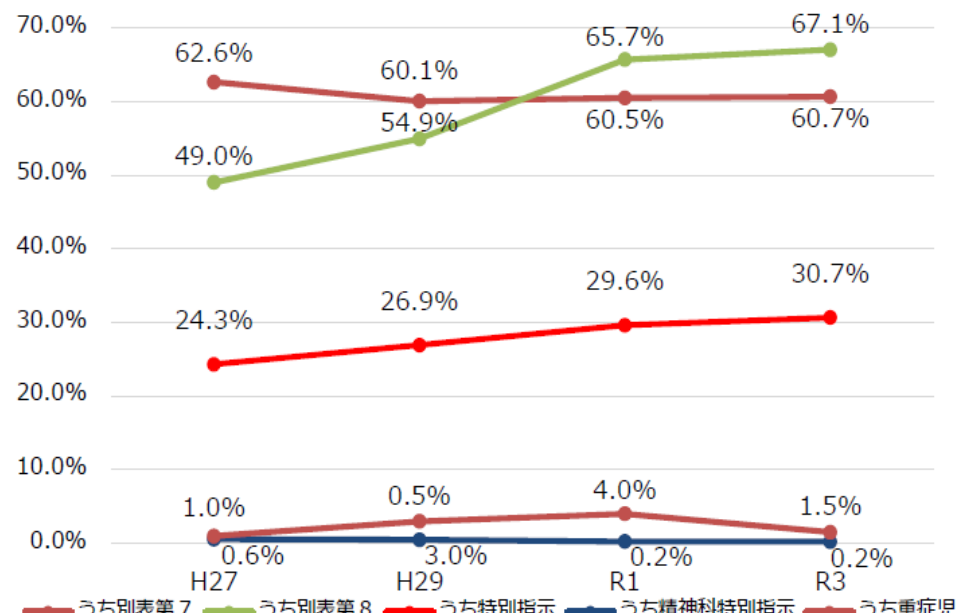
○ 退院日当日の療養上の退院支援指導の評価である退院支援指導加算を算定する利用者数は年々増加しており、退院支援指導加算を算定する利用者のうち、別表第8に掲げる者が最も増加傾向にある。

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

■ 退院支援指導加算の算定状況(重複あり)



■ 退院支援指導加算の算定者数の総数に占める割合

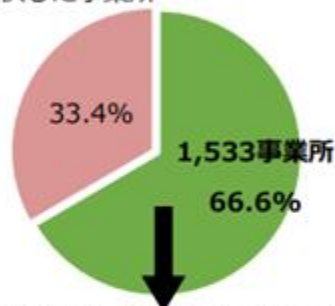


退院日当日の訪問看護の状況

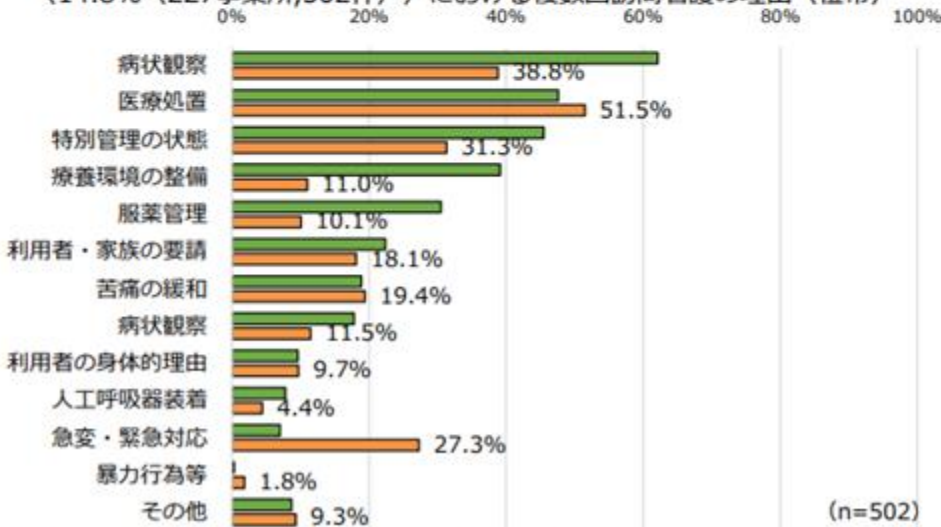
- 医療機関を退院した利用者がある事業所のうち66.6%が事業所が退院当日の訪問看護を提供していた。
- 退院当日に複数回訪問看護を行った理由は、「医療処置」、「急変・緊急対応」や「苦痛の緩和」が多かった。

■ 退院当日の訪問看護の実施とその内容（複数回答）

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



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



■ 退院当日の複数回訪問看護の事例

10代 男性

【疾患】神経変性疾患、脳性麻痺（痙性四肢麻痺）、てんかん、精神運動発達遅滞、胃食道逆流症
【退院当日の状態】

原疾患により胃ろう増設状態。今回、急性肺炎にて入院。加療中に心停止し、重度脳障害、気管切開、人工呼吸器を導入。

【退院当日の看護】

- 1回目訪問（退院支援指導として）【80分訪問】

人工呼吸器装着状態であること等から、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、開眼し声掛けに顔くばり顔は傾眠傾向。訪問時尿失禁あり、吸引などする時は全身が動く。口腔内に唾液が溜まりやすく、適宜吸引実施。清拭、更衣、体位変換等も実施するが、体動により血尿失禁見られるなど、状態は不安定。

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

- 2回目訪問（緊急連絡にて訪問）【90分訪問】

20時頃痙攣あり、家族から対応方法に関する緊急コール。疾患に伴うものであることから、鎮静剤使用を説明し、緊急訪問。ビ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っており、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。

医療ニーズの高い利用者の退院支援の見直し

退院支援指導加算の見直し

- 退院日の利用者の状態及び訪問看護の提供状況に応じた評価を充実させる観点から、退院支援指導加算の要件を見直す。

現行

【退院支援指導加算（訪問看護管理療養費）】

[算定要件]

注7に規定する退院支援指導加算は退院支援指導を要する者に対して、保険医療機関から退院するに当たって、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)が、退院日に在宅での療養上必要な指導を行った場合（長時間の訪問を要する者に対して指導を行った場合にあつては、1回の退院支援指導の時間が90分を超えた場合に限る。）に初日の指定訪問看護の実施日に1回に限り訪問看護管理療養費に加算する。ただし、当該者が退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われる前に死亡あるいは再入院した場合には、死亡若しくは再入院日に算定する。なお、訪問看護管理療養費を算定する月の前月に退院支援指導を行った場合においても算定できる。

改定後

【緊急訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】

[算定要件]

注7に規定する退院支援指導加算は退院支援指導を要する者に対して、保険医療機関から退院するに当たって、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)が、退院日に在宅での療養上必要な指導を行った場合（長時間の訪問を要する者に対して指導を行った場合にあつては、1回の退院支援指導の時間が90分を超えた場合又は複数回の退院支援指導の合計時間が90分を超えた場合に限る。）に初日の指定訪問看護の実施日に1回に限り訪問看護管理療養費に加算する。ただし、当該者が退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われる前に死亡あるいは再入院した場合には、死亡若しくは再入院日に算定する。なお、訪問看護管理療養費を算定する月の前月に退院支援指導を行った場合においても算定できる。

⑤母子に対する 訪問看護



母子に対する適切な訪問看護の推進

ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し

- ハイリスク妊産婦に対する支援を充実する観点から、ハイリスク妊産婦連携指導料の多職種カンファレンスの参加者に、訪問看護ステーションの看護師等を加える。

現行

【ハイリスク妊産婦連携指導料1】

[算定要件]

当該患者の診療方針等に係るカンファレンスを概ね2ヶ月に1回の頻度で開催されている。また、当該カンファレンスには以下に掲げる者が参加していること。

ア～オ (略)
(新設)



改定後

【ハイリスク妊産婦連携指導料1】

[算定要件]

当該患者の診療方針等に係るカンファレンスを概ね2ヶ月に1回の頻度で開催されている。また、当該カンファレンスには以下に掲げる者が参加していること。

ア～オ (略)

カ 必要に応じて、当該患者の訪問看護を担当する訪問看護ステーションの保健師、助産師又は看護師

※ハイリスク妊産婦連携指導料2についても同様

乳幼児加算の見直し

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

現行

【乳幼児加算（訪問看護基本療養費）】

[算定要件]

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

[施設基準]
(新設)



改定後

【乳幼児加算（訪問看護基本療養費）】

[算定要件]

1及び2（いずれもハを除く。）については、6歳未満の乳幼児に対し、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った場合は、乳幼児加算として、1日につき**1,300円（別に厚生労働大臣が定める者に該当する場合にあっては、1,800円）**を所定額に加算する。

[施設基準]

乳幼児加算に係る厚生労働大臣が定める者

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

※在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料についても同様

⑥ 管理者の責務



訪問看護ステーションにおける管理者の責務の明確化

管理者の責務の明確化

- 提供する訪問看護の質を担保しつつ、訪問看護ステーションを効率的に運営する観点から、管理者の責務を明確化する。また、管理者について、指定訪問看護ステーションの管理上支障がない場合には、同時に他の指定訪問看護ステーション等を管理できることとする。

現行

【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】
(管理者)

第3条 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を置かなければならない。ただし、指定訪問看護ステーションの管理上支障がない場合は、当該指定訪問看護ステーションの他の職務に従事し、又は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。



改定後

【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】
(管理者)

第3条 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を置かなければならない。ただし、指定訪問看護ステーションの管理上支障がない場合は、当該指定訪問看護ステーションの他の職務に従事し、又は他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。

(参考) 指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準

2 人員に関する事項

基準省令第3条第1項の規定により指定訪問看護ステーションに置くべき管理者は、当該指定訪問看護ステーションに専従、かつ、常勤の者でなければならないこととする。ただし、以下の場合であって、指定訪問看護ステーションの管理上支障がない場合は、他の職務を兼ねることができる。

イ・ロ (略)

ハ 同一の指定訪問看護事業者によって設置された他の事業所、施設等の管理者又は従業者としての職務に従事する場合であって、当該他の事業所、施設等の管理者又は従業者としての職務に従事する時間帯も、当該指定訪問看護ステーションの利用者へのサービス提供の場面等で生じる事象を適時かつ適切に把握でき、職員及び業務に関し、一元的な管理及び指揮命令に支障が生じないときに、当該他の事業所等の管理者又は従業者としての職務に従事する場合（この場合の他の事業所、施設等の事業の内容は問わないが、例えば、**管理すべき事業所数が過剰であると個別に判断される場合や、併設される入所施設における看護業務（管理業務を含む。）と兼務する場合（施設における勤務時間が極めて限られている場合を除く。）**、**事故発生時等の緊急時において管理者自身が速やかに当該指定訪問看護ステーション又は利用者へのサービス提供の現場に駆け付けることができない体制となっている場合などは、**管理者の業務に支障があると考えられる。）

4 運営に関する事項 管理者の責務（基準省令第20条関係）

基準省令第20条は、管理者の責務について規定したものであり、管理者の責務に関し、利用者に対する看護やサービス提供の場面等で生じる事象を適時かつ適切に把握しながら、指定訪問看護の利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握等の管理を一元的に行い、併せて、適切な指定訪問看護を提供できるよう、運営に関する事項を遵守させるため必要な指揮命令を行うものとしたものであること。

⑦虐待防止と身体拘束



虐待防止措置及び身体的拘束等の適正化の推進

虐待防止措置及び身体的拘束等の適正化の推進

- 訪問看護における身体的拘束等の適正化を推進する観点から、指定訪問看護の具体的取扱方針に、身体的拘束等の原則禁止や緊急やむを得ない場合に身体的拘束等を行う場合における記録の義務を追加する。

【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】

(指定訪問看護の具体的取扱方針)

第十五条 看護師等の行う指定訪問看護の方針は、次に掲げるところによるものとする。

一・二 (略)

三 指定訪問看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。

四 前号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。

五～七 (略)

- 訪問看護における虐待防止措置を推進する観点から、指定訪問看護事業者に対し、指定訪問看護ステーションごとの運営規定に、「虐待の防止のための措置に関する事項」を定めることを義務付ける。

現行

【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】

(運営規程)

第二十一条 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションごとに、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規定（以下「運営規程」という。）を定めておかなければならない。

一～六 (略)

(新設)

七 その他運営に関する重要事項

改定後

【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】

(運営規程)

第二十一条 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションごとに、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規定（以下「運営規程」という。）を定めておかなければならない。

一～六 (略)

七 虐待の防止のための措置に関する事項

八 その他運営に関する重要事項

[経過措置]

令和8年5月31日までの間、虐待の防止のための措置に関する事項を定めることについては努力義務とする。

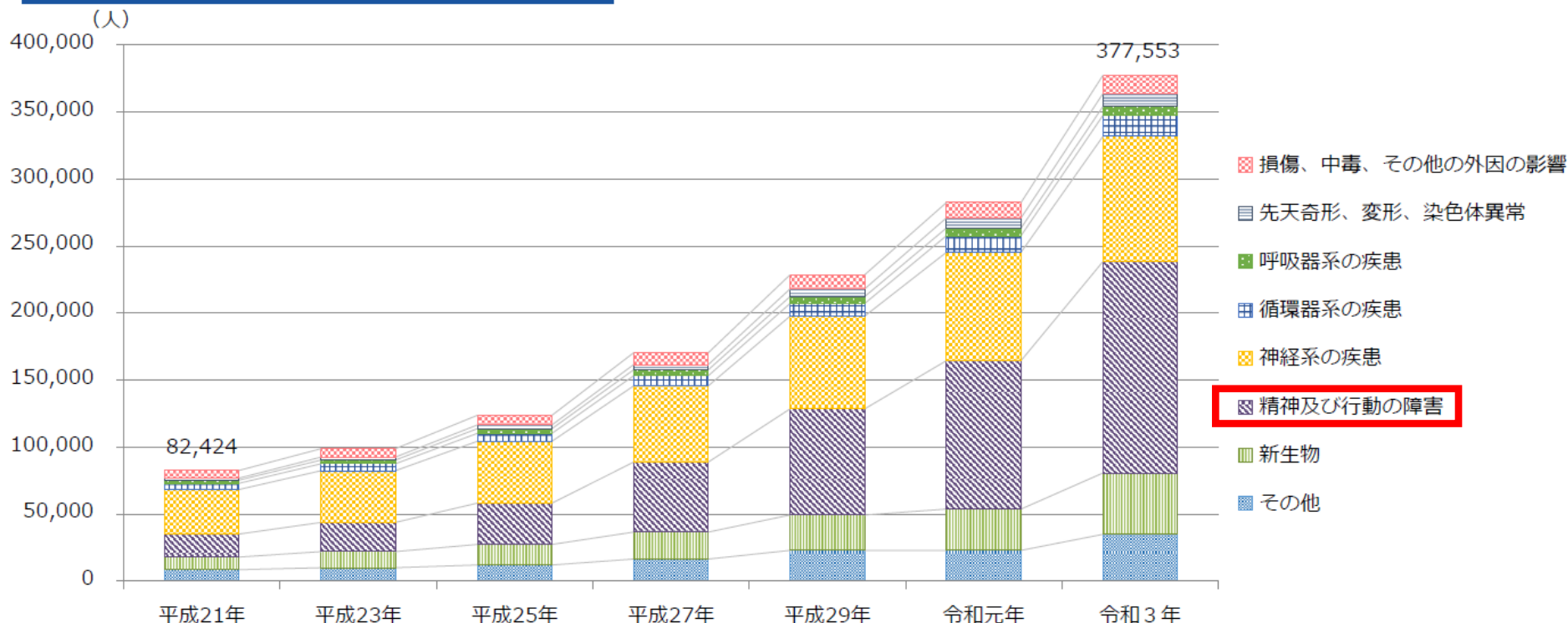
⑧精神科訪問看護



訪問看護ステーション利用者の主傷病の推移

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

■ 傷病分類（主傷病）別利用者数の推移



■ 傷病分類（主傷病）別利用者数の推移

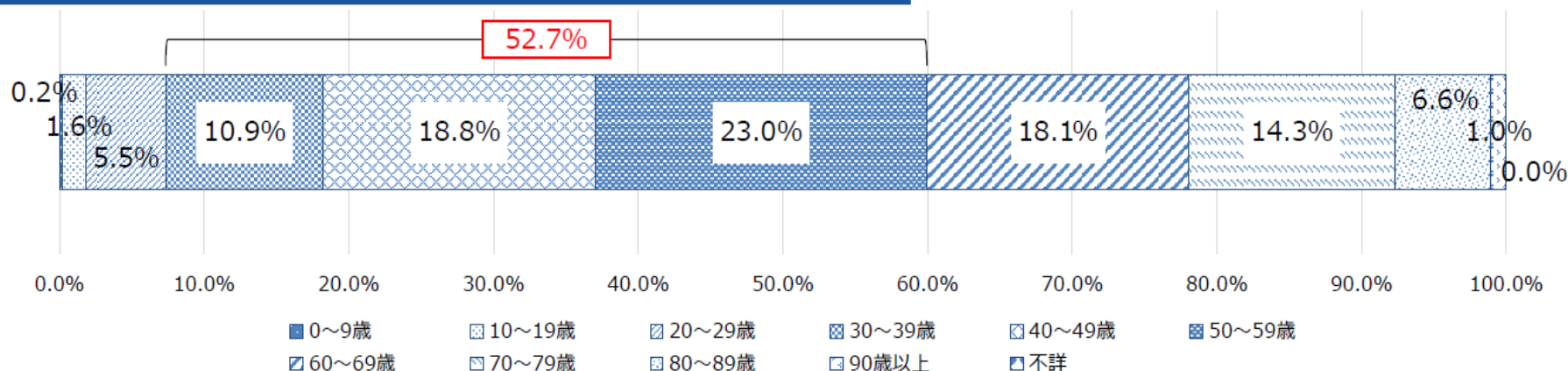
※傷病分類（主傷病）は、「社会医療行為別統計 傷病分類表」による。

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

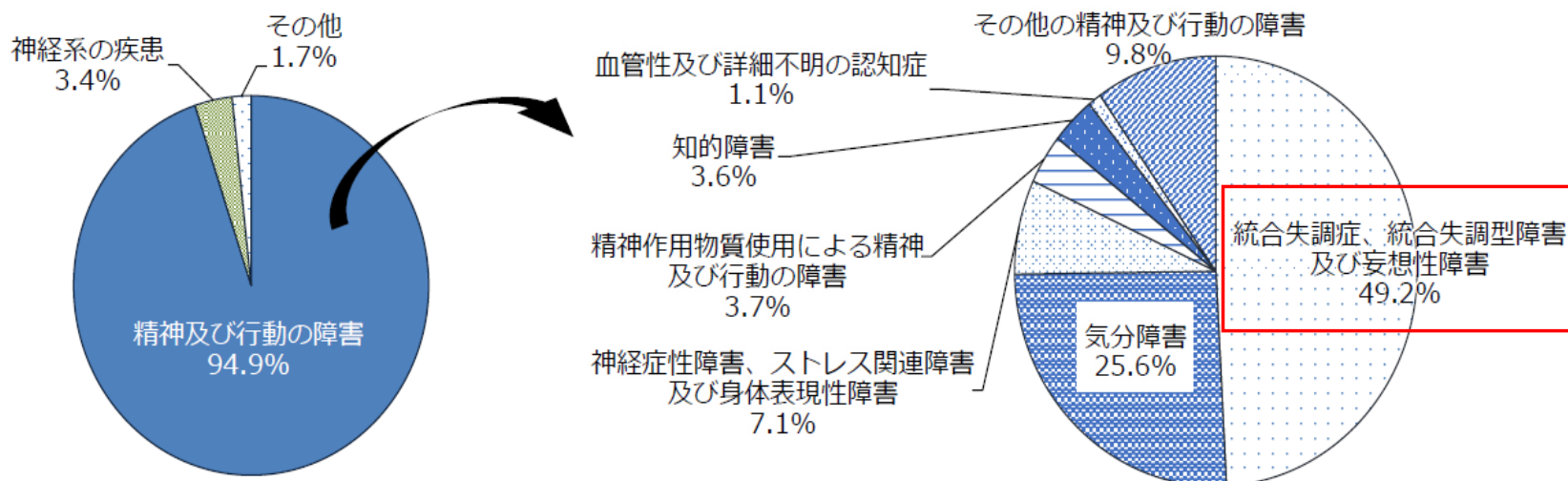
精神科訪問看護の利用者の状況

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

■ 精神科訪問看護基本療養費を算定した利用者の年齢階級別内訳

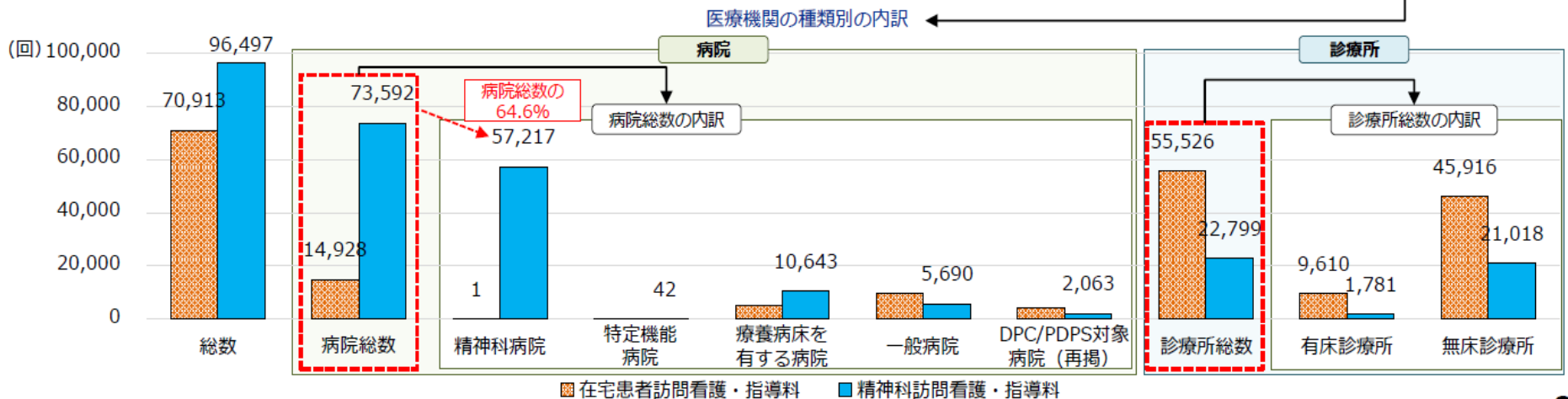
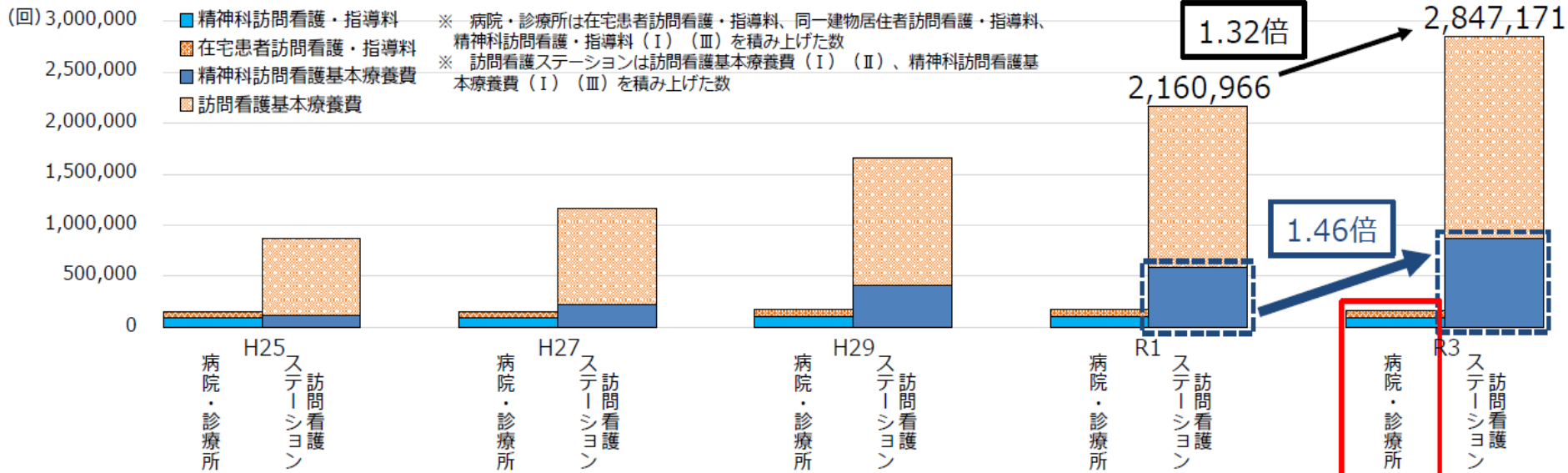


■ 精神科訪問看護基本療養費を算定した利用者の主傷病別内訳



精神科訪問看護の実施回数の推移

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



出典：社会医療診療行為別統計（調査）（各年6月審査分）、訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成（令和3年6月審査分より推計）

中医協委員の意見

- 吉川久美子専門委員（日本看護協会常任理事）
 - 24時間・365日対応が拡大してきているが、その分、現場看護師の身体的肉体的負担が増加
 - 特養の入所者に柔軟に訪問看護提供を行える仕組みを考えるべき
 - 精神疾患に対しては、当該患者はもちろん、家族全体への支援が必要となるケースが少なくなき、そうした機能に見合った診療報酬上の評価を検討してほしい。

訪問看護ステーションの機能に応じた訪問看護管理療養費の見直し②

訪問看護管理療養費の見直し（月の2日目以降の訪問の場合）

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

現行

【訪問看護管理療養費】

2 月の2日目以降の訪問の場合（1日につき） 3,000円

改定後

【訪問看護管理療養費】

2 月の2日目以降の訪問の場合（1日につき）

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

[算定要件]

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

[施設基準]

・ 訪問看護管理療養費1の基準

訪問看護ステーションの利用者のうち、同一建物居住者（当該者と同一の建物に居住する他の者に対して当該訪問看護ステーションが同一日に指定訪問看護を行う場合の当該者をいう。以下同じ。）であるものが占める割合が7割未満であって、次のイ又はロに該当するものであること。

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

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

・ 訪問看護管理療養費2の基準

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

[経過措置]

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

すべての事業所で
届出が必要です



GAF尺度による評価の要件化

2020年改定

- 訪問看護記録書、報告書、明細書へのGAF尺度による評価の記載を要件とする。

改定後

【精神科訪問看護基本療養費】

[算定要件](新規)

精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)及び(Ⅲ)を算定する場合には、訪問看護記録書、訪問看護報告書及び訪問看護療養費明細書に、月の初日の訪問看護時におけるGAF尺度により判定した値を記載する。

※精神科訪問看護・指導料においても記録を要件化

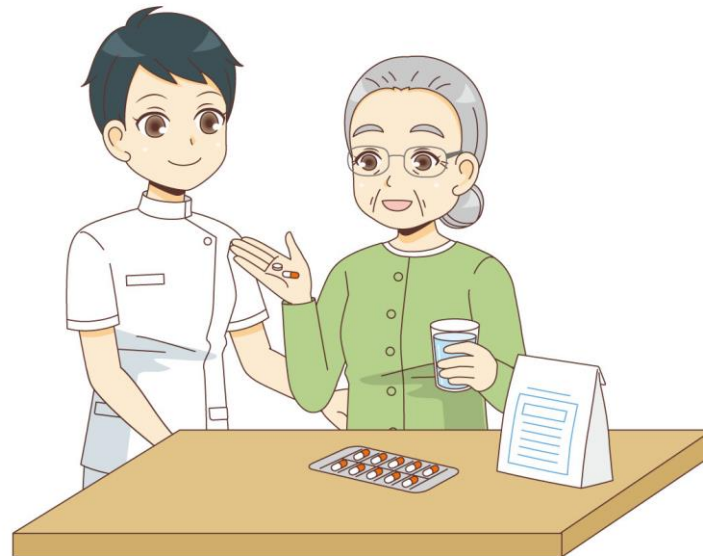
※問16 機能の全体的評定(GAF)尺度

GAF : Global Assessment of Functioning

- ・ 精神的健康と病気という1つの仮想的な連続体に沿って、心理的、社会的、職業的機能を考慮。
- ・ 身体的（または環境的）制約による機能の障害を含めないこと。
- ・ 点数（注：例えば、45、68、72のように、適切な点数で評価）

点	機能の状態
100～91	広範囲の行動にわたって最高に機能しており、生活上の問題で手に負えないものは何もなく、その人の多数の長所があるために他の人々から求められている。症状は何もない。
90～81	症状がまったくないか、ほんの少しだけ(例:試験前の軽い不安)、すべての面でよい機能で、広範囲の活動に興味をもち参加し、社会的にはそつがなく、生活に大体満足し、日々のありふれた問題や心配以上のものはない(例:たまに、家族と口論する)。
80～71	症状があったとしても、心理的社会的ストレスに対する一過性で予期される反応である(例:家族と口論した後の集中困難)、社会的、職業的または学校の機能にごくわずかな障害以上のものはない(例:学業で一時遅れをとる)。
70～61	いくつかの軽い症状がある(例:抑うつ気分と軽い不眠)、または、社会的、職業的または学校の機能に、いくらかの困難はある(例:時にずる休みをしたり、家の金を盗んだりする)が、全般的には、機能はかなり良好であって、有意義な対人関係もかなりある。
60～51	中等度の症状(例:感情が平板的で、会話がまわりくどい、時に、恐慌発作がある)、または、社会的、職業的、または学校の機能における中等度の障害(例:友達が少ない、仲間や仕事の同僚との葛藤)。
50～41	重大な症状(例:自殺の考え、強迫的儀式がひどい、しょっちゅう万引する)、または、社会的、職業的または学校の機能において何か重大な障害(友達がいない、仕事が続かない)。
40～31	現実検討か意思伝達にいくらかの欠陥(例:会話は時々、非論理的、あいまい、または関係性がなくなる)、または、仕事や学校、家族関係、判断、思考または気分、など多くの面での粗大な欠陥(例:抑うつ的な男が友人を避け家族を無視し、仕事ができない。子どもが年下の子どもを殴り、家で反抗的で、学校では勉強ができない)。
30～21	行動は妄想や幻覚に相当影響されている。または意思伝達か判断に粗大な欠陥がある(例:時々、滅裂、ひどく不適切にふるまう、自殺の考えにとらわれている)、または、ほとんどすべての面で機能することができない(例:一日中床についている、仕事も家庭も友達もない)。
20～11	自己または他者を傷つける危険がかなりあるか(例:死をはっきり予期することなしに自殺企図、しばしば暴力的、躁病性興奮)、または、時には最低限の身の清潔維持ができない(例:大便を塗りたくる)、または、意思伝達に粗大な欠陥(例:ひどい滅裂か無言症)。
10～1	自己または他者をひどく傷つける危険が続いている(例:何度も暴力を振るう)、または最低限の身の清潔維持が持続的に不可能、または、死をはっきり予測した重大な自殺行為。
0	情報不十分

パート4 2024年改定と 訪問薬剤管理



在宅医療において薬局に期待される主な役割

第5回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ

資料

令和4年7月28日

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

① 医薬品・医療機器・衛生材料の提供体制の構築

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

② 薬物療法の提供及び薬物療法に関する情報の多職種での共有・連携

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

③ 急変時の対応

- ▶ 24時間対応体制

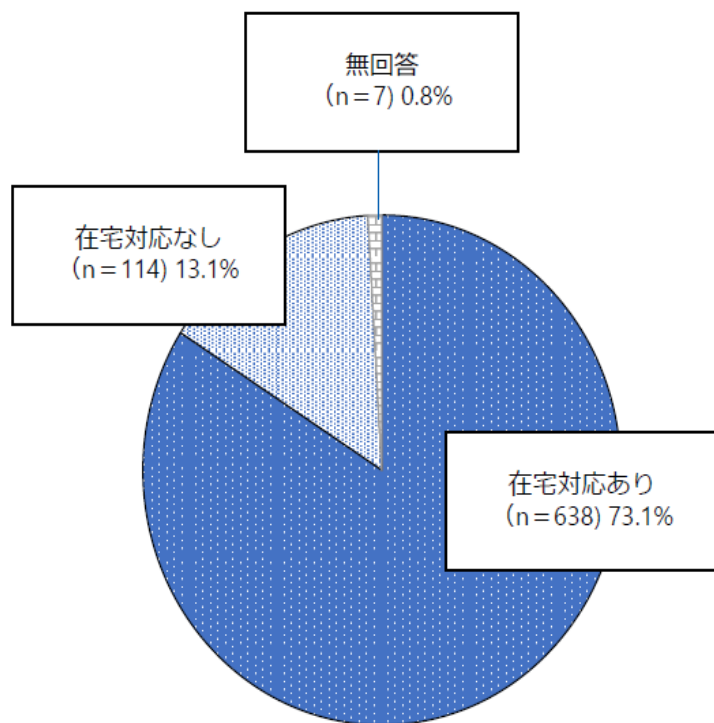
④ ターミナルケアへの関わり

- ▶ 医療用麻薬の調剤及び管理（廃棄含む）

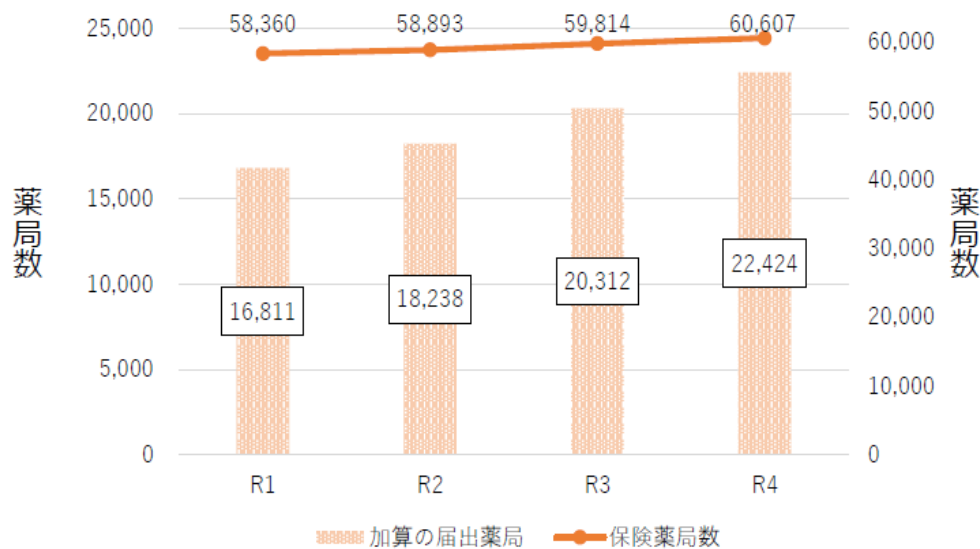
薬局における在宅業務の実施状況

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

■ 在宅対応の有無※¹ (n=759)



■ 在宅患者調剤加算の届出数※² (各年7月1日)



在宅患者調剤加算 (処方箋受付1回につき+15点)

[施設基準]

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

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

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

在宅患者に対する訪問薬剤管理を行う薬局数の推移

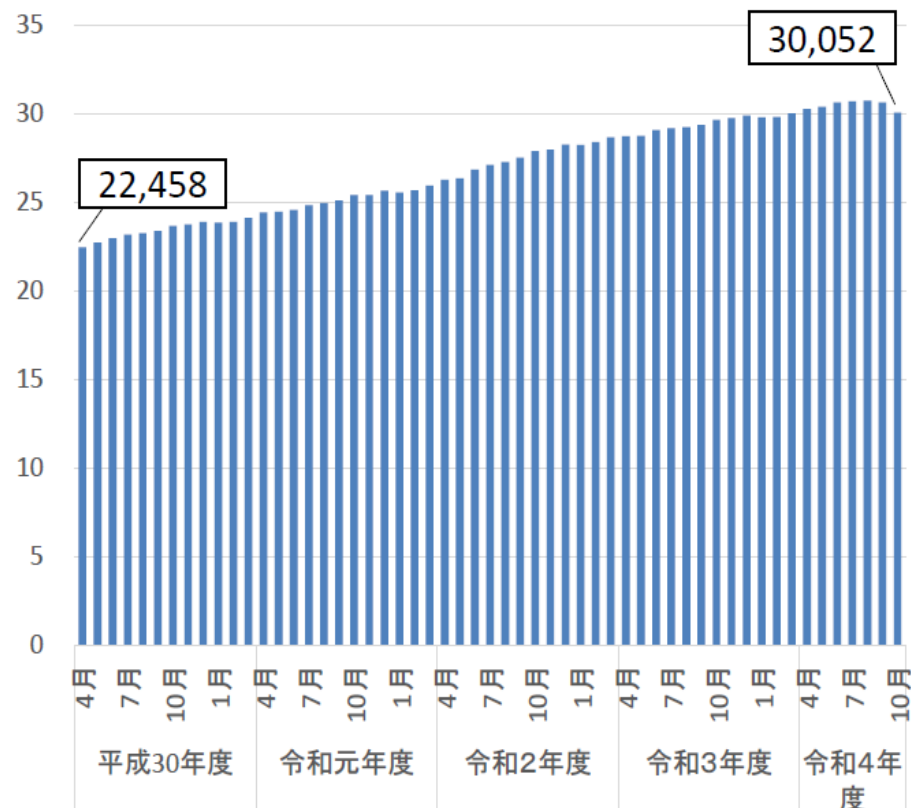
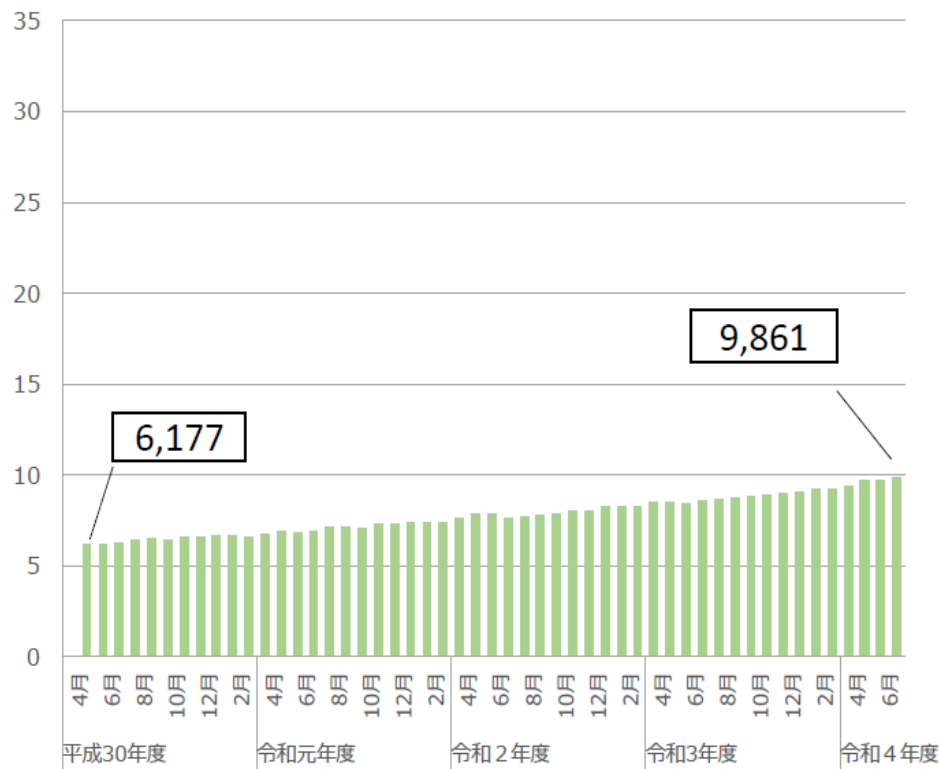
○ 在宅業務を実施している薬局が増加している。

在宅患者訪問薬剤管理指導料算定薬局数(医療保険)

居宅療養管理指導費算定薬局数(介護保険)

薬局数(千)

薬局数(千)



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

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

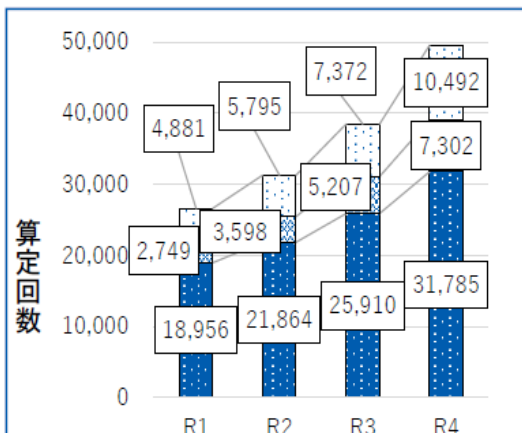
居宅療養管理指導費算定薬局数(介護保険)については、厚生労働省老健局老人保健課で特別集計

薬局における在宅患者訪問薬剤管理指導料等の算定状況

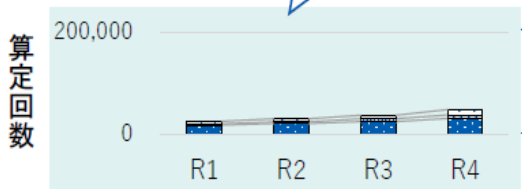
- 薬局における在宅患者(緊急)訪問薬剤管理指導料(医療保険)、居宅療養管理指導費(介護保険)の算定回数についてはいずれも増加傾向である。
- 医療保険における訪問薬剤管理指導においては、1人の単一建物診療患者への訪問の割合が高い。

■ 在宅訪問薬剤管理指導料 (医療保険)

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

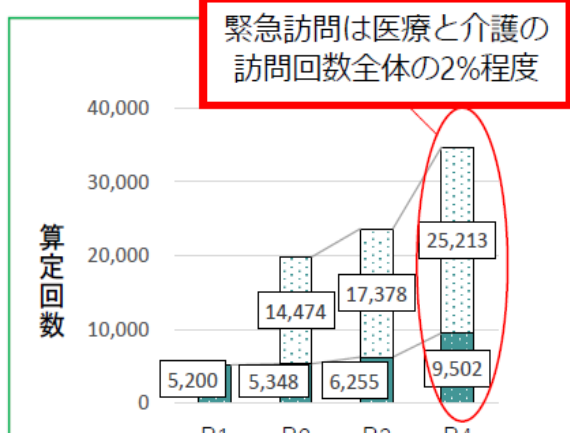


拡大



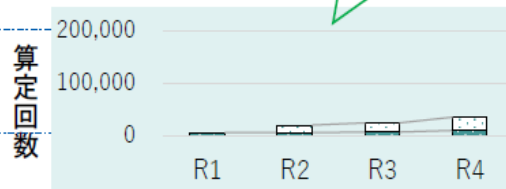
■ 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 (医療保険)

- 計画的な訪問薬剤管理指導に係る疾患の急変に伴うもの以外(注)
 - 計画的な訪問薬剤管理指導に係る疾患の急変に伴うもの
- (注) 令和2年度診療報酬改定で新設



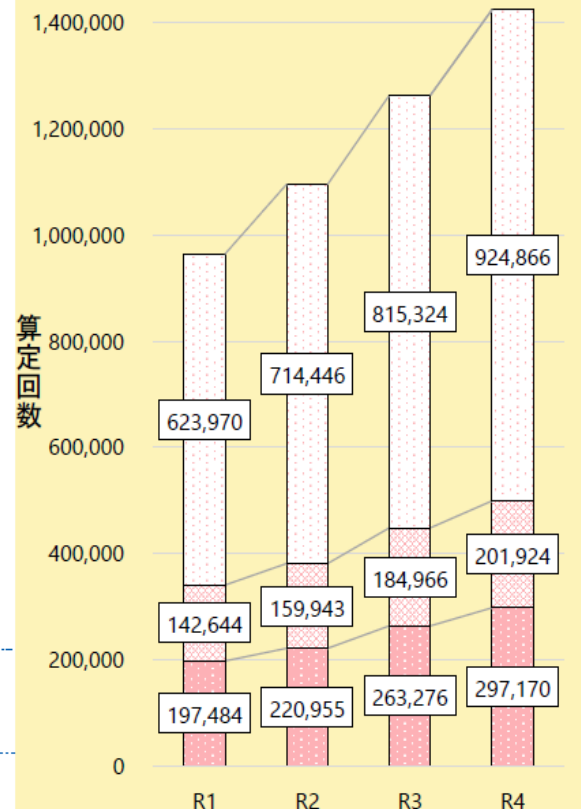
緊急訪問は医療と介護の訪問回数全体の2%程度

拡大



■ 薬局における居宅療養管理指導費 (介護保険)

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



薬剤師と他職種連携状況

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

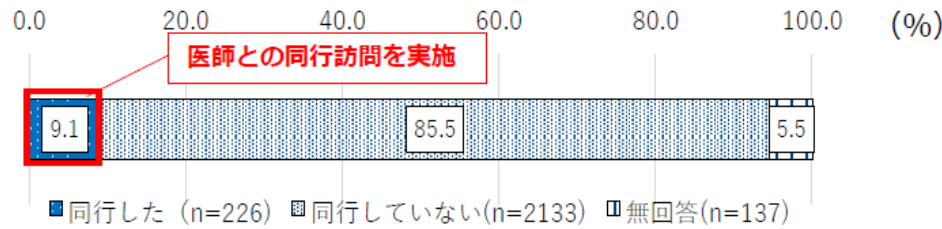
	情報提供の実施割合 (n=336)	情報提供した内容の内訳										
		服薬状況の確認と残薬の整理	患者の服薬状況に合わせた処方提案	医師の指示と対応策の提供	薬物療法に関する助言	服用薬の副作用に関する情報提供	夜間休日を含む緊急時の医薬品提供	麻薬の供給	医療材料及び衛生材料の提供	輸液等において薬剤の調製に関する助言	無回答	
医師	97.9	90.0	82.4	69.3	64.1	62.0	33.7	33.4	26.1	25.2	14.6	2.4
歯科医師	8.0	29.6	40.7	22.2	51.9	25.9	11.1	11.1	3.7	3.7	3.7	11.1
看護師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

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

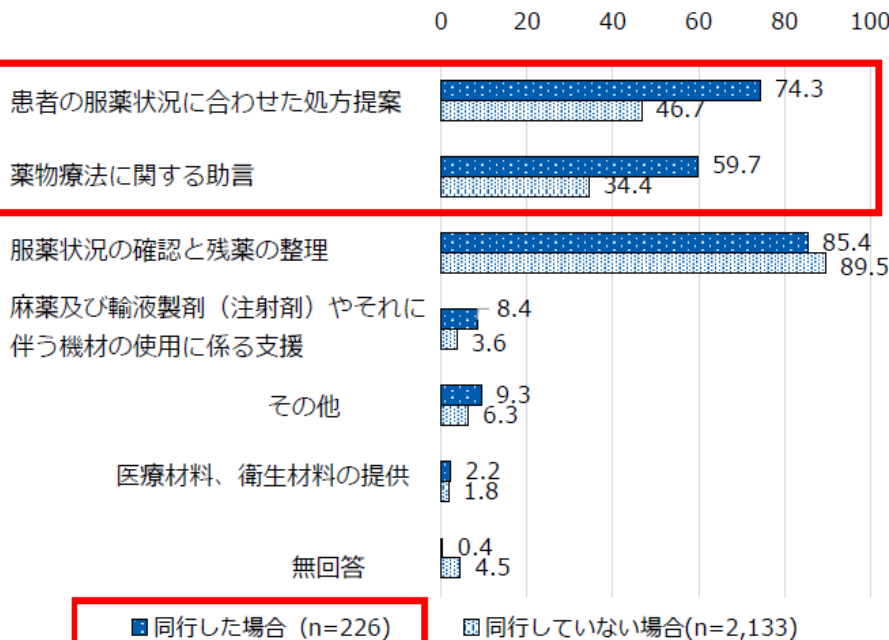
薬剤師と医師の連携（同行訪問）

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

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



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



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



n=84

142

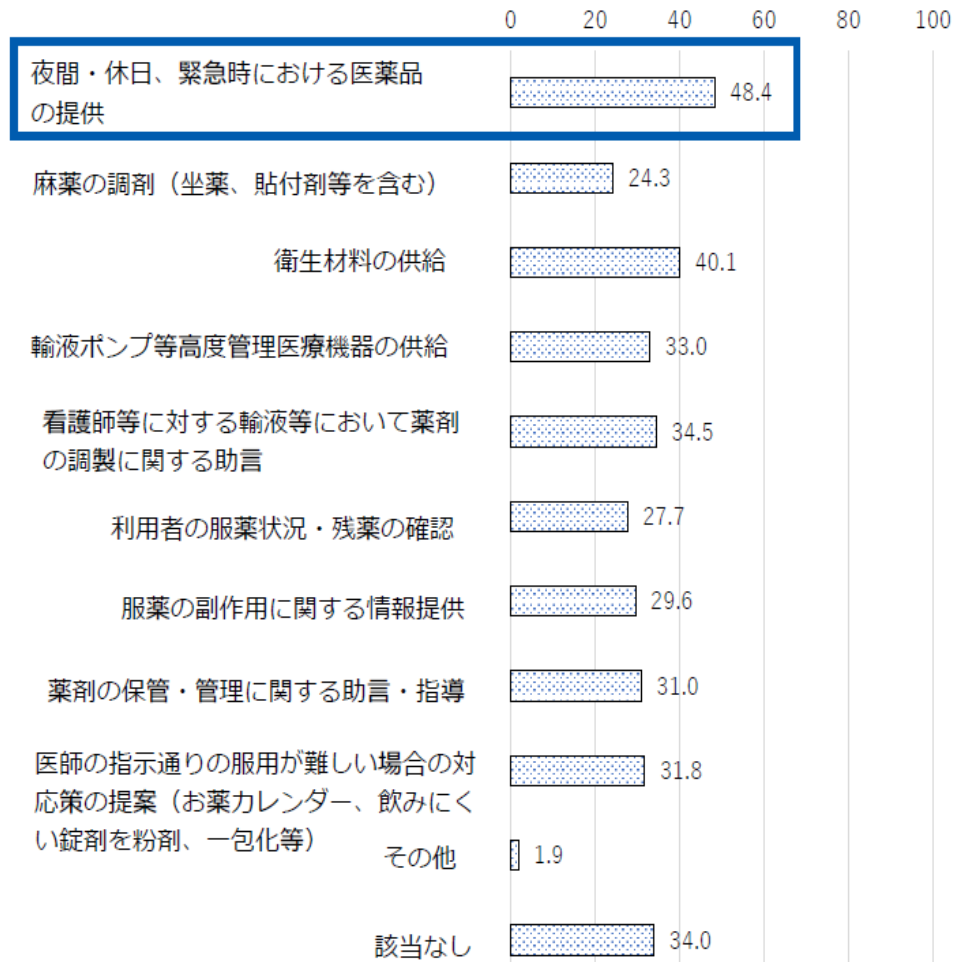
薬剤師と訪問看護師の連携状況

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

■ 訪問看護師の回答：連携している薬剤師が実施していること
(複数回答) ※訪問看護調査 (%)



■ 訪問看護師の回答：連携する薬剤師の活動として期待すること
(複数回答) ※訪問看護調査 (%)



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

訪問看護調査(施設票)の結果をもとに保険局医療課にて作成

高齢者施設等の各施設類型における薬剤管理

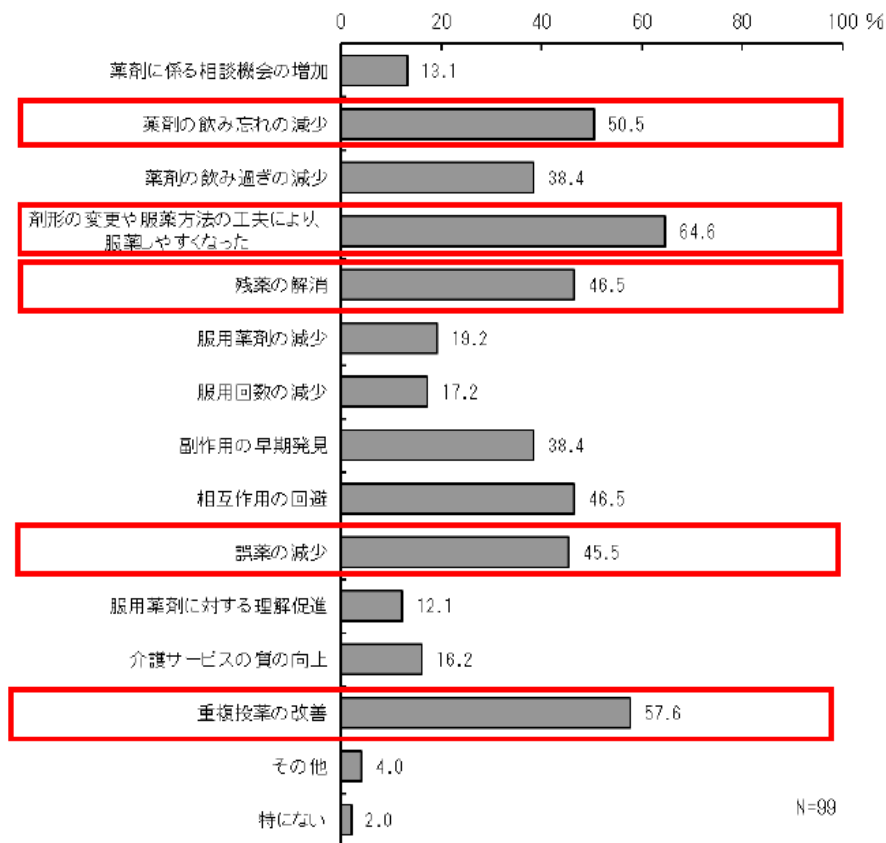
- 高齢者施設等においては、施設類型によって医師・薬剤師の配置や入所者の状況等が異なることから、それぞれの施設類型に応じた薬剤管理の対応が必要であり、以下のような課題も有する。

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

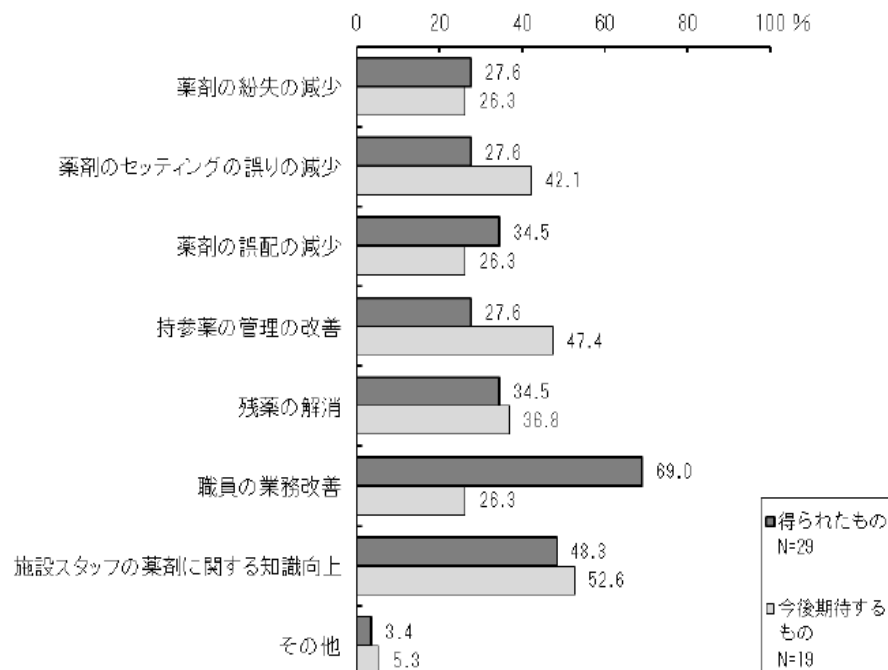
※ 短期入所療養介護は、病院・診療所・介護医療院・老健施設が実施することができ、人員配置基準は、原則施設ごとの基準による。

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

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



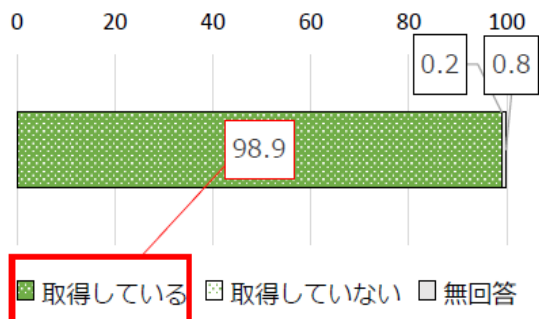
訪問により施設が得たメリット・今後期待するもの
(特別養護老人ホームへの調査、複数回答)



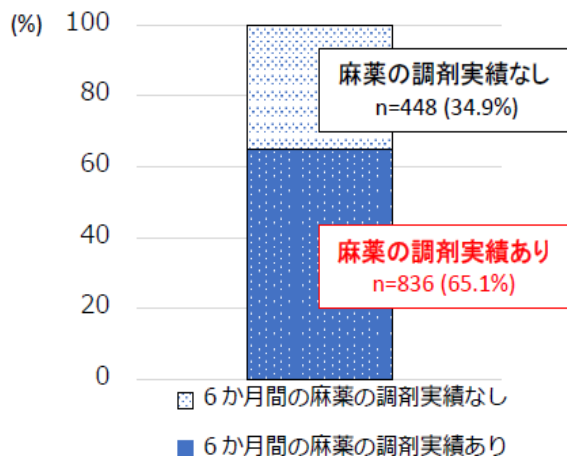
薬局における麻薬の調剤実績

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

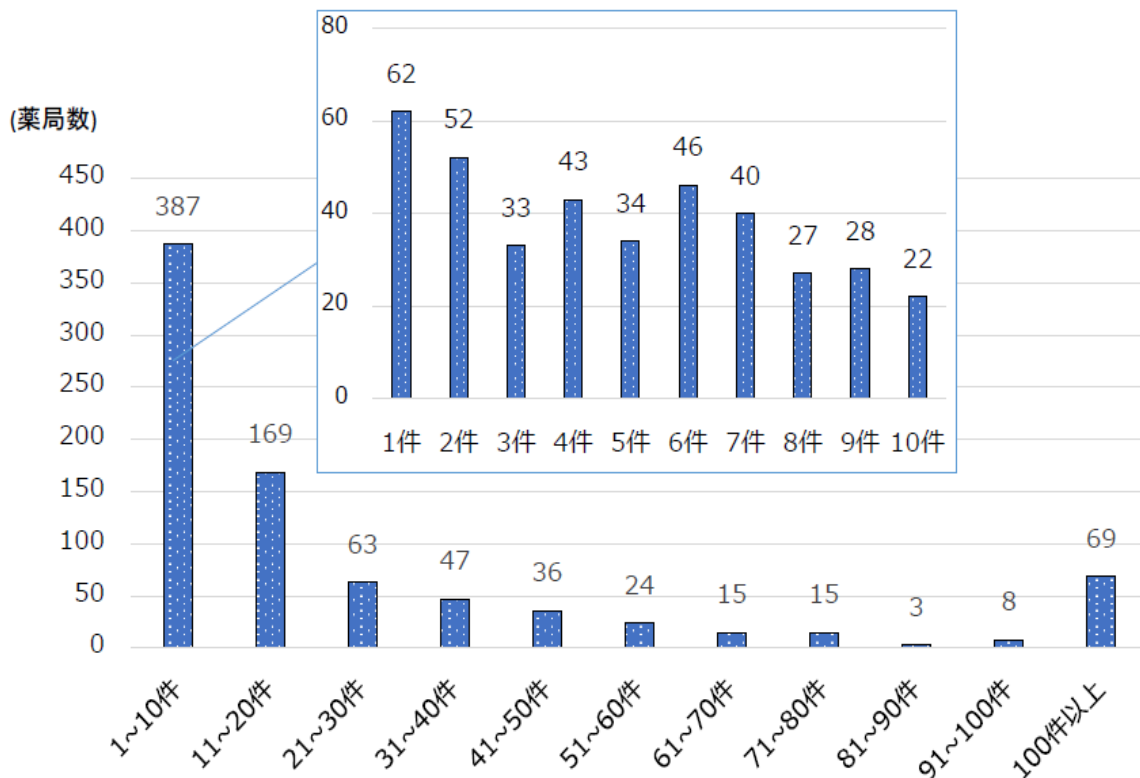
■ 麻薬小売業免許の取得状況 (n=1,423) (※在宅訪問を行っている薬局に対する調査)



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



■ 麻薬小売業免許を有する薬局の6か月間の麻薬の調剤実績 (n=836)

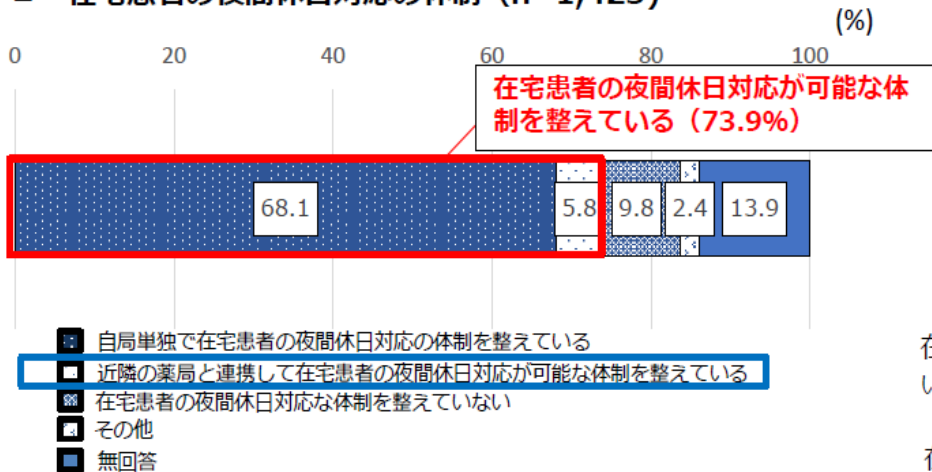


出典: 令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「在宅医療、在宅歯科医療、在宅薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査」
保険薬局調査(施設票)をもとに保険局医療課にて作成

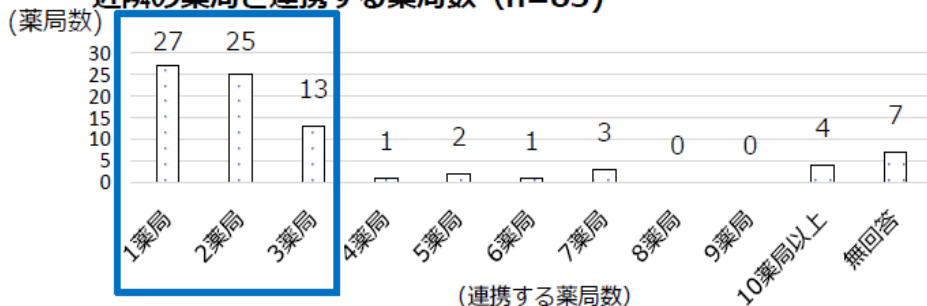
在宅患者の夜間休日対応の体制等

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

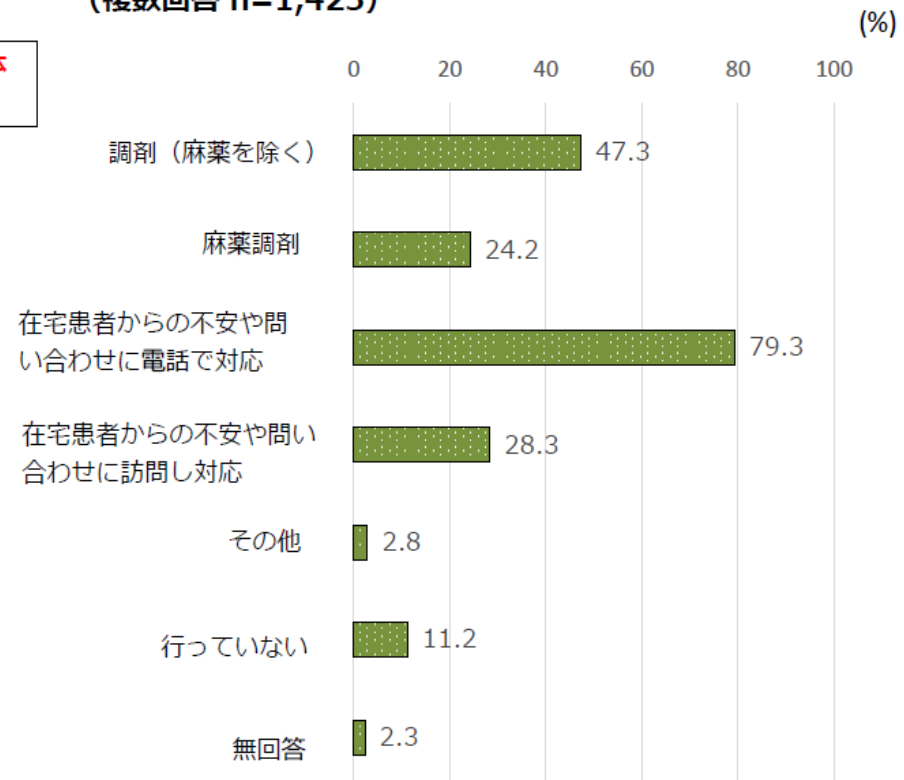
■ 在宅患者の夜間休日対応の体制 (n=1,423)



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



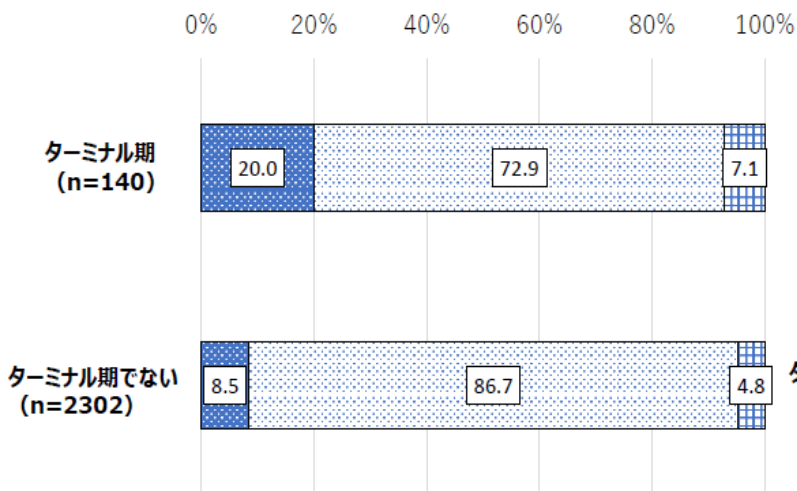
■ 在宅患者の夜間休日対応での業務内容 (複数回答 n=1,423)



医師の訪問への同行、訪問頻度（ターミナル期の有無別）

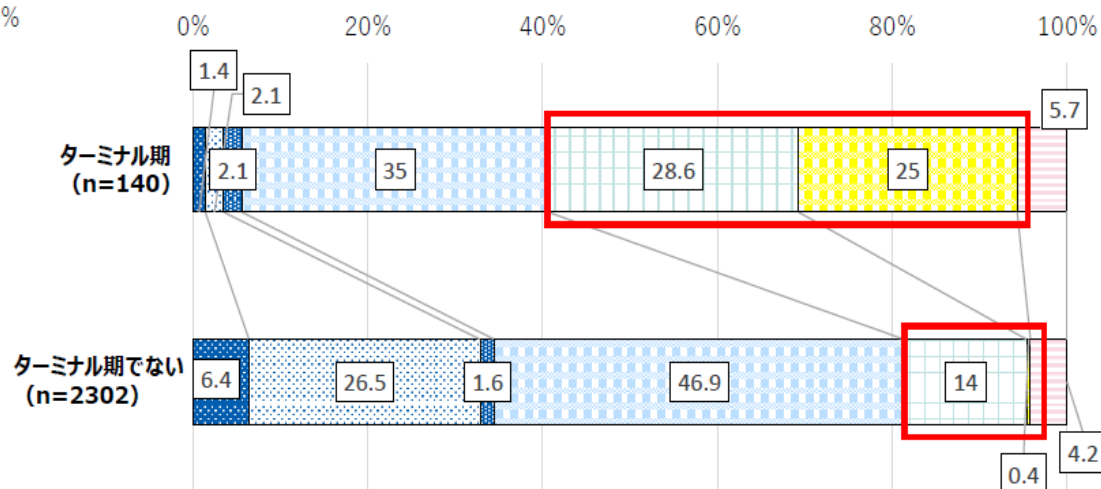
- ターミナル期の患者の20%で、薬剤師が医師と同行して訪問していた。
- ターミナル期の患者への訪問頻度は、週に1回以上の実施が半数を超えており、週に2回以上の場合も25%を占めていた。

■ 医師の訪問への同行



■ 同行した ■ 同行していない ■ 無回答

■ 訪問頻度

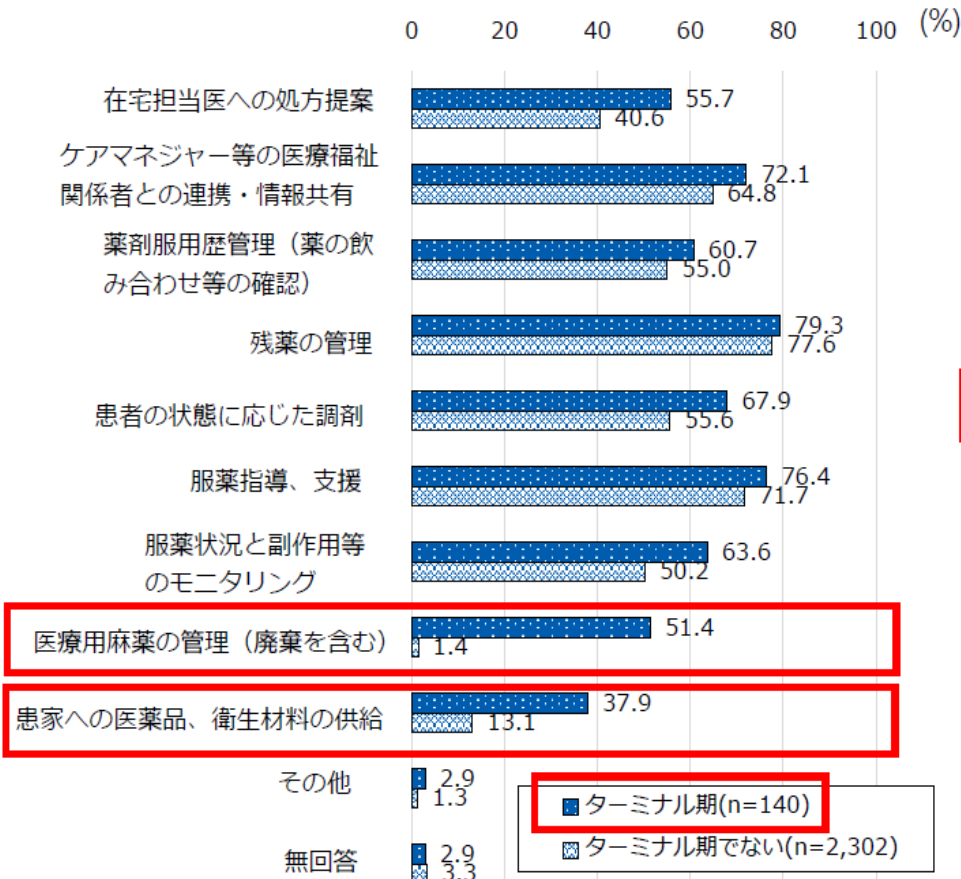


■ 4週に1回未満 ■ 4週に1回 ■ 3週に1回
 ■ 2週に1回 ■ 週に1回 ■ 週に2回以上
 ■ 無回答

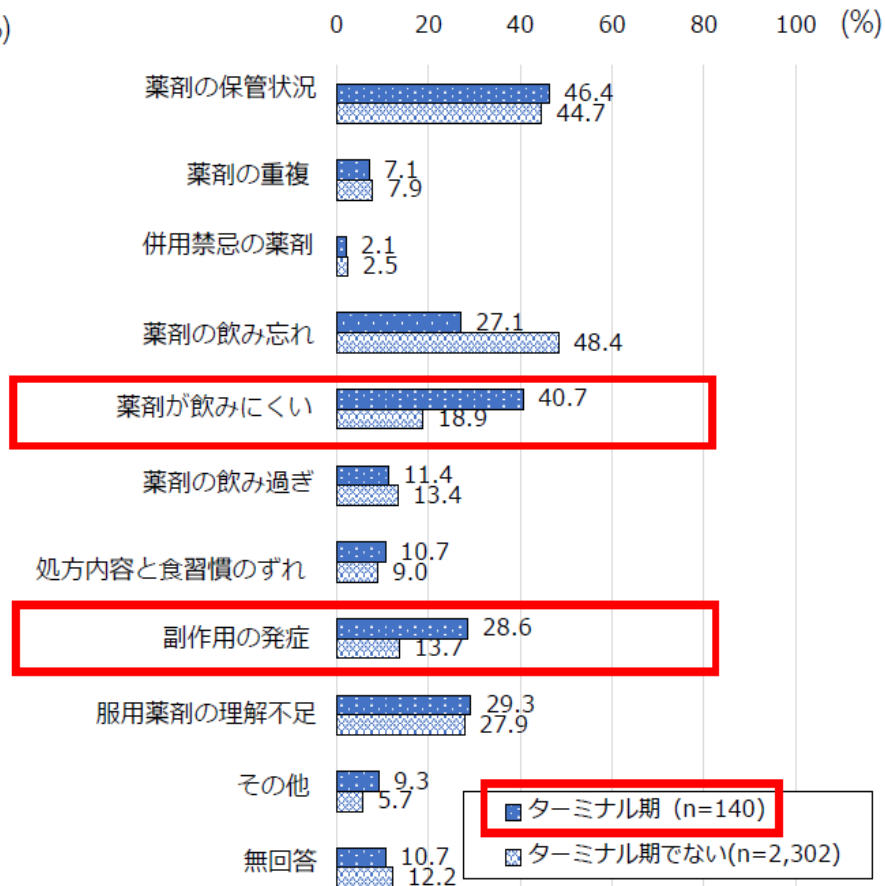
在宅訪問時の薬学的管理及び薬剤管理上の問題点（ターミナル期の有無別）

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

■ 患者の在宅訪問時に実施した薬学的管理（ターミナル期の該当有無別）



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

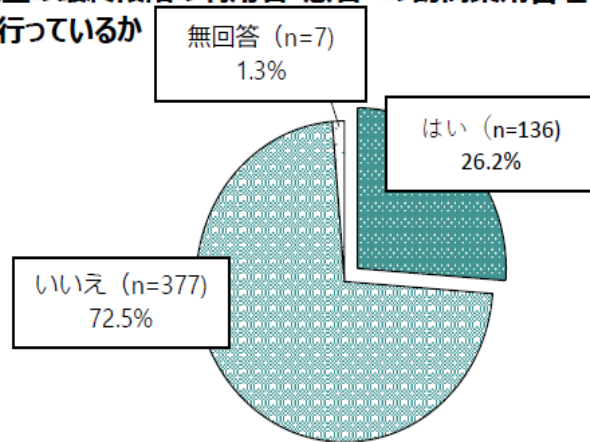


出典：令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「在宅医療、在宅歯科医療、在宅薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査」
 保険薬局調査（患者票）をもとに保険局医療課にて作成

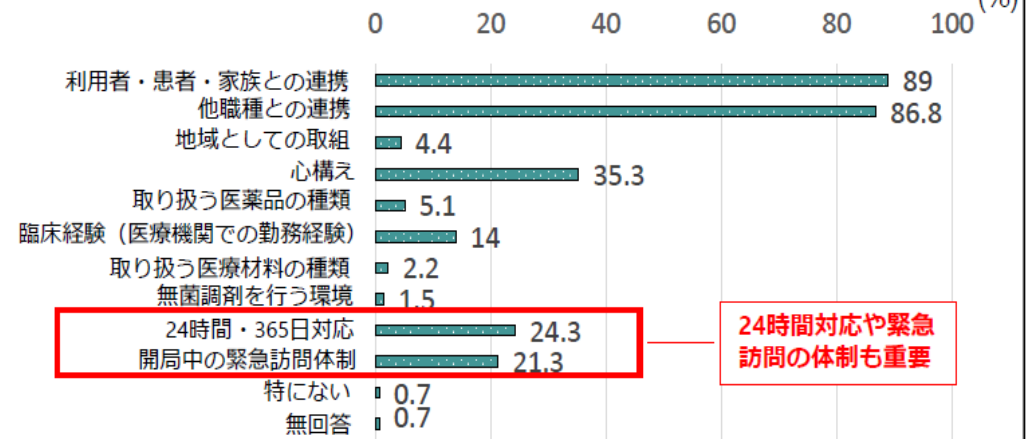
人生の最終段階の利用者・患者への訪問薬剤管理指導

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

■ 人生の最終段階の利用者・患者への訪問薬剤管理指導を行っているか



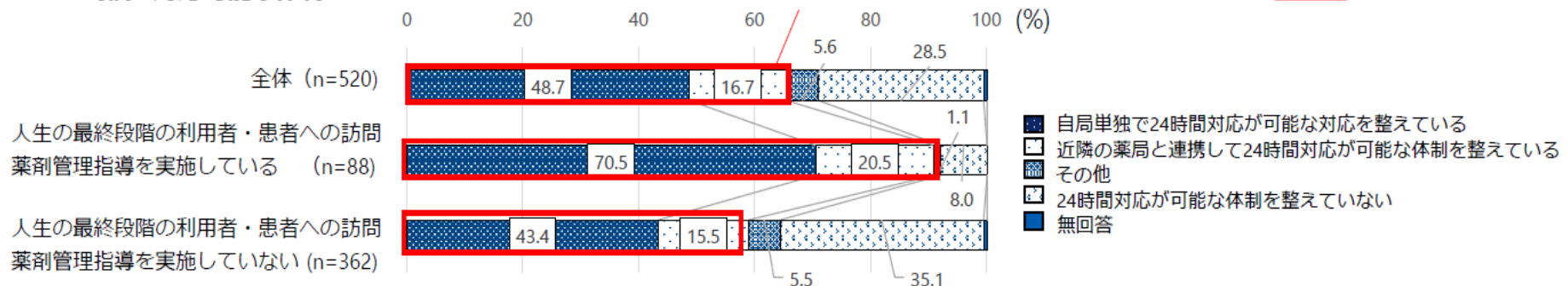
■ 実施に当たり重要と考える事項 (左記で「行っている」と回答した薬局に、複数回答(3つまで)) (%)



24時間対応や緊急訪問の体制も重要

■ 24時間を対応可能な体制

24時間対応が可能な体制を整えている薬局：65.4%

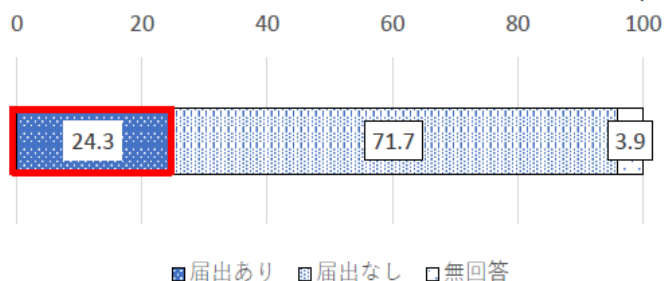


- 自局単独で24時間対応が可能な体制を整えている
- 近隣の薬局と連携して24時間対応が可能な体制を整えている
- その他
- 24時間対応が可能な体制を整えていない
- 無回答

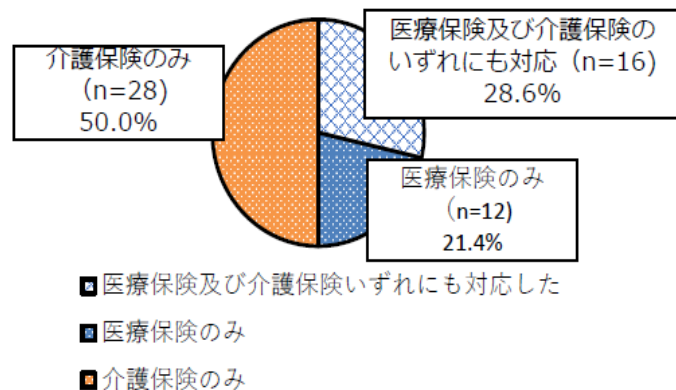
在宅中心静脈栄養法加算の届出状況等

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

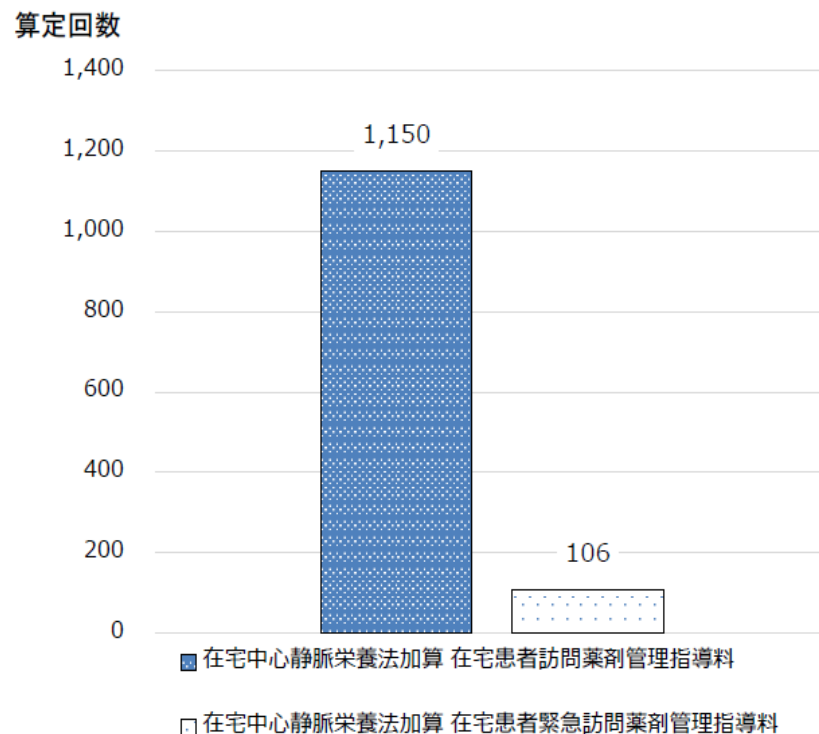
■ 在宅中心静脈栄養法加算の届出状況※¹ (n=1,423) (※在宅訪問を行っている薬局に対する調査) (%)



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



■ 在宅中心静脈栄養法加算の算定状況※²



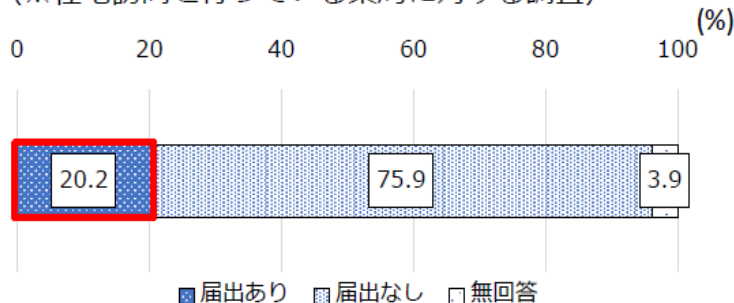
出典: ※1 令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「在宅医療、在宅歯科医療、在宅薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査 保険薬局調査(患者票)をもとに保険局医療課にて作成
※2 算定回数については社会医療診療行為別統計(令和4年6月審査分)

在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算の届出状況等

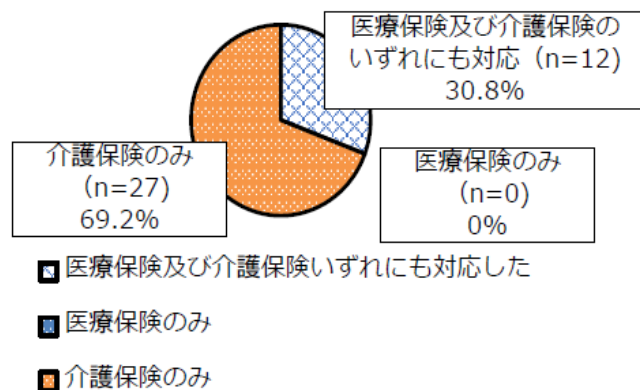
- 在宅訪問を行っている薬局のうち約2割の薬局が在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算の届出を行っていた。算定は、緊急時の訪問に伴う割合が多い傾向がある。
- 医療保険を利用する患者だけでなく、介護保険を利用する患者においても、麻薬の持続注射療法に係る薬学管理が行われている。

■ 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算の届出状況※1 (n=1,423)

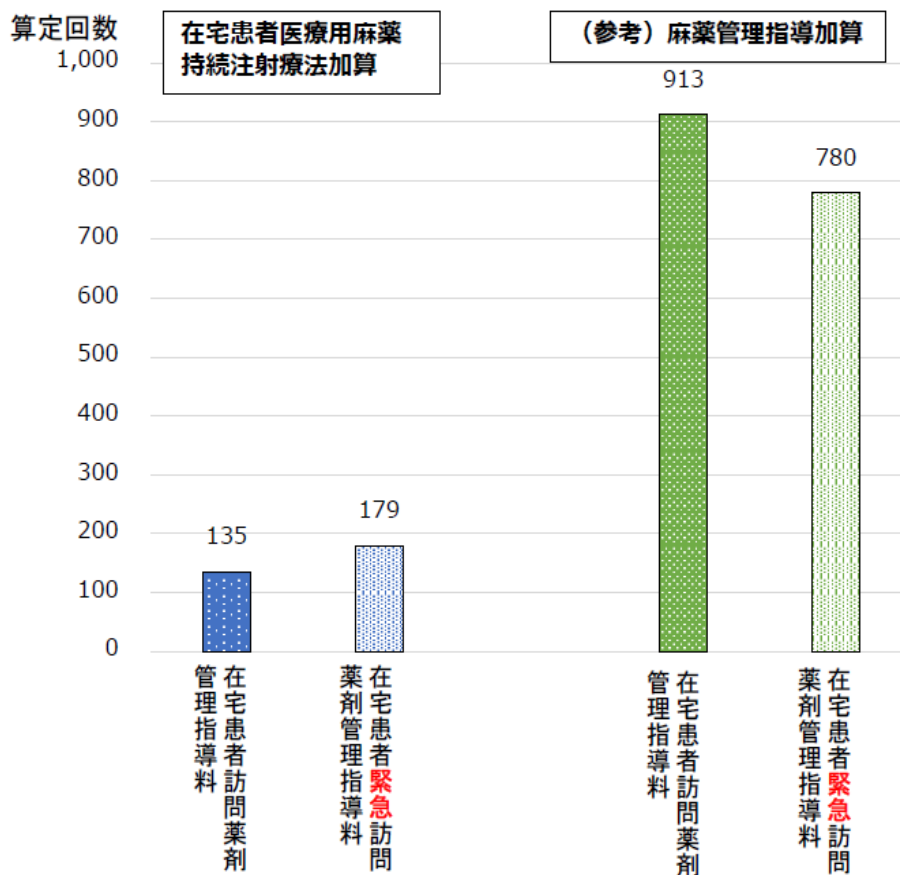
(※在宅訪問を行っている薬局に対する調査)



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



■ 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算の算定状況※2



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

※2算定回数については社会医療診療行為別統計(令和4年6月審査分)

在宅に係る調剤報酬の 2024年改定ポイント



在宅業務に関する調剤報酬改定の概要

外来／在宅移行期

在宅療養

ターミナル期

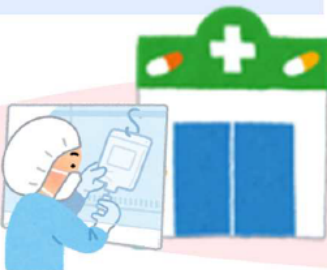
■在宅移行初期管理料の新設

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



■介護支援専門員への情報提供の評価

外来患者に関する情報を介護支援専門員へ提供した場合の評価の新設
(服薬情報等提供料2の八)



■在宅患者訪問薬剤管理指導料の見直し

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

※介護保険の評価
(居宅療養管理指導費等)も同様の改定



■在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の見直し

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



■無菌製剤処理加算の評価対象の見直し

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



■在宅訪問の体制評価の新設(在宅薬学総合体制加算)

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

■在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の見直し

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

■夜間訪問加算・休日訪問加算・深夜訪問加算の新設

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



薬学管理に関する評価

薬局の体制の評価

在宅に係る 改定の8つのポイント



- ①在宅移行初期管理料
- ②ケアマネージャへの情報提供
- ③在宅訪問を行う体制の評価
- ④医師と同行訪問、ICT利用
- ⑤ターミナル期
- ⑥麻薬の管理
- ⑦高齢者施設における薬剤業務
- ⑧新興感染症と在宅

①在宅移行初期管理料

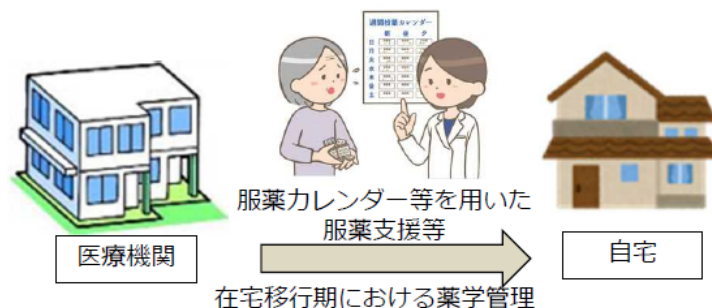


在宅療養へ移行する患者に対する服薬支援等の評価（新設）

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

（新）在宅移行初期管理料

230点（1回に限り）



[算定要件]

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

在宅移行時における薬剤師業務の例

○ 薬剤師による在宅訪問では、訪問前の段階又は初回訪問時において、①残薬の確認・整理、②家族・本人からの服薬状況や日常生活(居住環境・家族関係)等の聴取、③服薬管理方法の検討・医師と処方内容の調整、④多職種との情報共有や相談等を実施するため、十分な時間をかけて対応する必要がある。

■ 末期がん患者の在宅移行時の薬剤師の対応例 ※居宅療養管理指導の初回訪問前に実施。初回訪問時にこのような業務を実施する場合もある。

退院日当日 患者宅へ訪問(介護サービス利用契約前)

①残薬の確認・服用薬の整理

退院時処方箋の薬剤のほかに服用薬の残薬が自宅に大量にあることを確認

訪問看護師、ヘルパーが服薬状況を確認できるようにお薬カレンダーで服用薬を管理

退院時処方



自宅にあった残薬



退院時処方と残薬を整理しカレンダー管理



②家族・本人からの服薬状況や日常生活状況等の聴取



(薬剤師がケアマネに同行)

- ・ 介護をする家族の状況の把握
- ・ 服薬状況や嚥下状況等の患者の状態把握
- ・ 訪問薬剤管理指導に向けての患者との契約

初回訪問に向けた多職種との協議

③服薬管理方法の検討・医師と処方内容の調整



患者宅への訪問内容等を踏まえた薬剤の調整

④多職種との情報共有や相談を実施



薬の管理方法を訪問看護師と相談

初回訪問日

② ケアマネージャへの の情報提供



介護支援専門員への情報提供について

服薬情報等提供料28

介護支援専門員への情報提供に当たっては、「多職種連携推進のための在宅患者訪問薬剤管理指導ガイド」（令和4・5年度厚生労働科学研究費補助金 長寿科学政策研究事業 薬学的視点を踏まえた自立支援・重度化防止推進のための研究）等を参照されたい。また、介護支援専門員への情報提供については、「多職種連携推進のための在宅患者訪問薬剤管理指導ガイド」別添の**報告書様式及び薬学的評価シートを参考**にすること。

○介護支援専門員への情報提供時に参考とする薬学的評価シートと情報提供様式

患者の生活様式を評価するための薬学的評価シート

薬学的評価シートにおける評価項目：

- ①検査値、②睡眠、③認知・感覚器機能、
- ④食事・口腔ケア、⑤歩行・運動機能、
- ⑥排泄、⑦薬物有害事象

(例) 排泄の項目

(排泄状況、排尿障害の有無、排便障害の有無、排尿・排便障害治療薬の有無等を記載)

排泄	排泄状況	排尿回数 1日__回 (日中__回 夜間__回) 排便回数 1日__回 (日中__回 夜間__回) または、週に__回 オムツ着用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	排尿障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (頻尿・尿漏れや失禁・残尿感・尿意切迫感・その他()) 影響を与える薬剤:
	排便障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (便秘・下痢・便失禁・残便感・腹部膨満感・その他()) Bristol スケール: 影響を与える薬剤:
	排尿・排便障害治療薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 定期薬: 順服薬:
	特記事項	

介護支援専門員への情報提供様式

医療機関名: 処方医:	報告日 年 月 日
薬歴名: 住所: 電話番号: 薬剤師名:	
訪問日 患者氏名 患者連絡先	生年月日 性別 住所 電話番号
医師・他職種への連絡事項(処方提案等)	
訪問目的	
患者及び介護者主訴	
薬学的評価シート詳細・薬歴 別紙参照	
服薬管理・支援に関する評価まとめ	
服薬(有・無)	服薬回数 (必要・不要)
服薬管理状況まとめ	服用薬調整 (必要・不要)
【服薬管理状況まとめ】 残薬等の服薬状況に係る情報を記載	
薬物有害事象 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
薬学的評価シートアセスメントのまとめ	
【薬学的評価シートアセスメントのまとめ】 患者の生活様式等の情報収集に基づき実施した薬学的評価を情報を記載	
評価期間 実施日	次回への申し送り事項および計画

国立長寿医療研究センター
薬剤師向け「多職種連携推進のための在宅
患者訪問薬剤管理指導ガイド」の公開



③在宅訪問を行う 体制の評価



在宅訪問を行う体制に係る評価の新設

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

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

[算定要件]

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

[施設基準]

○在宅薬学総合体制加算 1

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

○在宅薬学総合体制加算 2

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

④ 医師と同行訪問、 ICT利用



医師と連携して処方内容を調整した場合の評価

在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料

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

現行

【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】

- | | |
|------------------|-----|
| 1 残薬調整に係るもの以外の場合 | 40点 |
| 2 残薬調整に係るものの場合 | 30点 |

改定後

【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】

- | | |
|--|------------|
| 1 処方箋に基づき処方医に処方内容を照会し、処方内容が変更された場合 | |
| イ 残薬調整に係るもの以外の場合 | 40点 |
| ロ 残薬調整に係るものの場合 | <u>20点</u> |
| 2 患者へ処方箋を交付する前に処方医と処方内容を相談し、
処方に係る提案が反映された処方箋を受け付けた場合 | |
| イ 残薬調整に係るもの以外の場合 | 40点 |
| ロ 残薬調整に係るものの場合 | <u>20点</u> |



[主な算定要件]

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

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

在宅医療におけるICTを用いた連携の推進

➤ 在宅で療養を行っている患者等に対し、ICTを用いた連携体制の構築を通じて、質の高い在宅医療の提供を推進する観点から、医療・ケアに関わる関係職種がICTを利用して診療情報を共有・活用して実施した計画的な医学管理、処方内容の調整を行った場合の評価、患者の急変時等に、ICTを用いて関係職種間で共有されている人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を踏まえ、療養上必要な指導を行った場合の評価等を実施。



⑤ターミナル期



ターミナル期の訪問の評価充実（対象患者の拡大、算定回数の増加）

在宅患者訪問薬剤管理指導料

- 注射による麻薬の投与が必要な患者に対する**定期訪問**の上限回数の見直し（月8回の算定が可能となる対象に、注射による麻薬を投与するがん以外の患者を追加）

現行

患者1人につき月4回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者にあつては、週2回かつ月8回）に限り算定する。



改定後

患者1人につき月4回（末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者及び中心静脈栄養法の対象患者にあつては、週2回かつ月8回）に限り算定する。

在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料

- 末期の悪性腫瘍や注射による麻薬の投与が必要な患者に対する**緊急訪問**の上限回数の見直し（月4回→原則として月8回）

現行

当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて月4回に限り算定する。



改定後

当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて月4回（末期の悪性腫瘍の患者又は注射による麻薬の投与が必要な患者にあつては、原則として月8回）に限り算定する。

休日・夜間等にターミナル期の患者を訪問した場合の評価

開局時間外に緊急訪問を実施したことに対する評価

- ▶ 末期の悪性腫瘍や注射による麻薬の投与が必要な患者の急変時等の医師の指示に基づいた緊急訪問について、休日や夜間・深夜に実施した場合の加算を設ける。

(新) 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料

<u>夜間訪問加算</u>	<u>400点</u>
<u>休日訪問加算</u>	<u>600点</u>
<u>深夜訪問加算</u>	<u>1,000点</u>

[主な算定要件]

- (1) 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1について、**末期の悪性腫瘍の患者及び注射による麻薬の投与が必要な患者**に対して、保険医の求めにより**開局時間以外の夜間、休日又は深夜に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合**に加算する。
 - 夜間訪問加算の対象となる時間帯は、午前8時前と午後6時以降であって深夜を除く時間帯とする。ただし、休日訪問加算に該当する休日の場合は、休日訪問加算により算定する。
 - 休日訪問加算の対象となる休日とは、日曜日及び国民の祝日に関する法律（昭和23年法律第178号）第3条に規定する休日をいう。なお、1月2日、3日、12月29日、30日及び31日は休日として取り扱う。ただし、深夜に該当する場合は深夜訪問加算により算定する。
 - 深夜訪問加算の対象となる時間帯は、深夜（午後10時から午前6時までの間）とする。
- (2) 訪問時間については、保険医から日時指定の指示のある場合を除き、処方箋の受付時間又は保険医の指示より直ちに患家を訪問して薬学的管理及び指導を行った場合に限る。

■(参考) 開局時間外に調剤を実施したことに対する評価 ※要件を満たせば夜間・休日・深夜訪問加算とは別に算定可

○調剤技術料の時間外加算等 ・時間外加算 ・休日加算 ・深夜加算	保険薬局が ・開局時間以外の時間（深夜及び休日を除く） ・休日（深夜を除く） ・深夜（午後10時から午前6時まで） において調剤を行った場合	基礎額の100分の100 基礎額の100分の140 基礎額の100分の200 をそれぞれ加算
---	--	---

※基礎額は、調剤基本料（各加算）、薬剤調製料、無菌製剤処理加算、調剤管理料の合計額。

⑥麻薬の管理

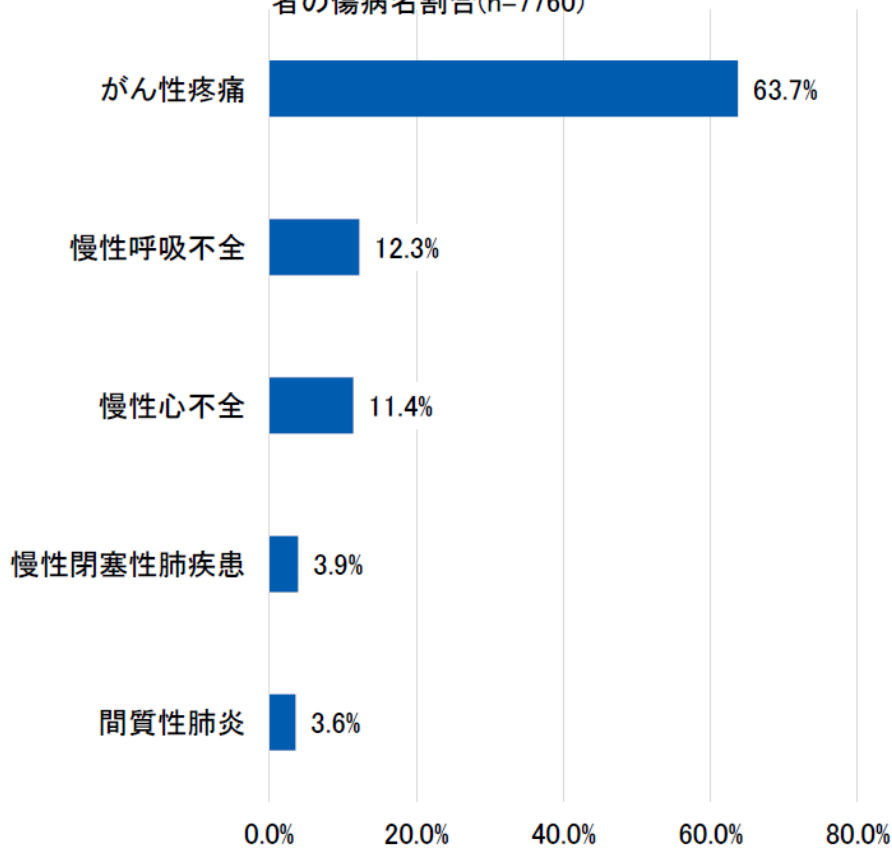


訪問診療を行っている患者の麻薬の処方状況

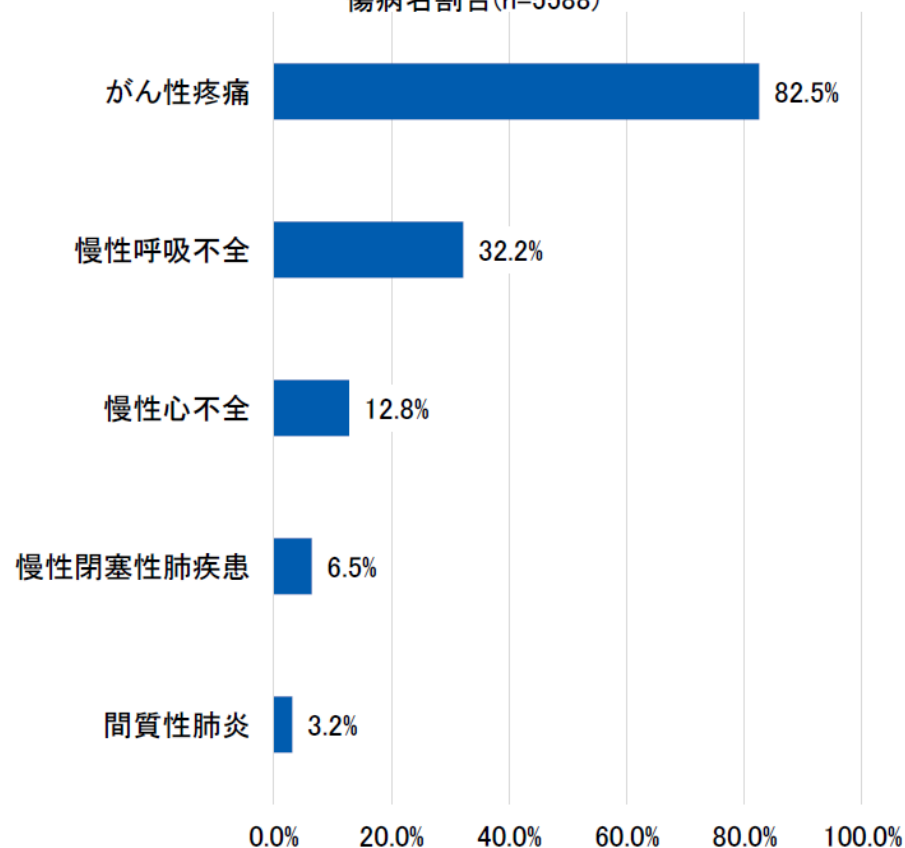
中医協 総-4
5. 11. 24

- 訪問診療を行っている患者で麻薬の注射薬が処方されている患者のレセプトにおいて、「がん性疼痛」が傷病名として記載されている割合は82.5%であった。
- がん性疼痛に限らず、慢性呼吸不全及び慢性心不全で注射薬の麻薬が使用されている実態があった。

麻薬を処方され、処方料または処方箋料が算定された患者の傷病名割合(n=7760)



麻薬(注射薬のみ)を処方された患者の傷病名割合(n=5588)

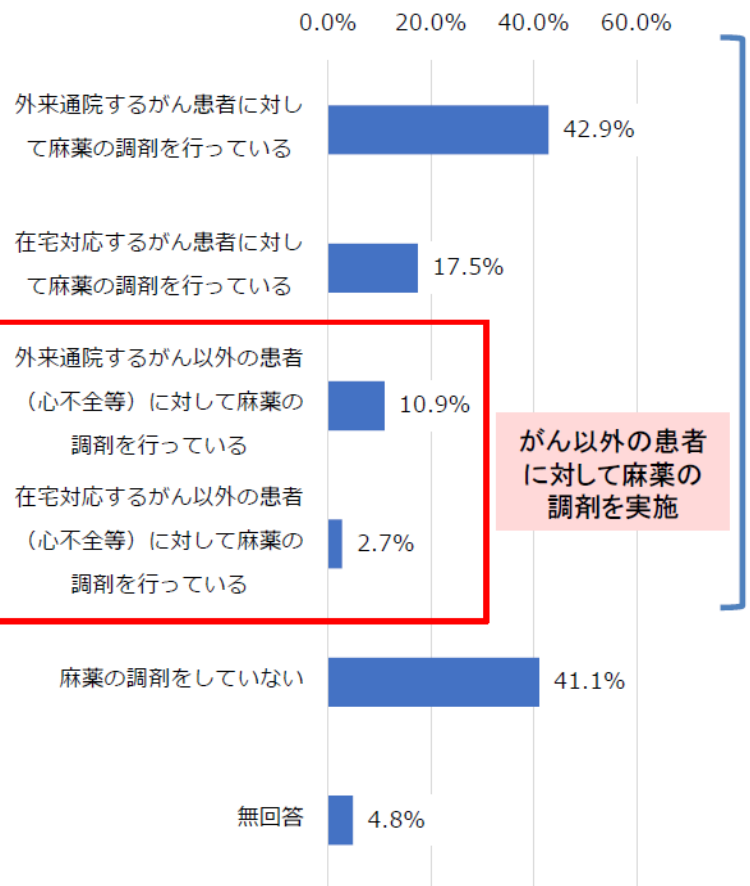


レセプト内の傷病名データのため、同一レセプト内で上記傷病名が重複している場合もある。
在宅時医学総合管理料等を算定している患者に対する内服薬の院内処方等は、薬剤料が包括されるため、集計対象から除外される。
在宅がん医療総合診療料を算定している悪性腫瘍患者に対する処方等は、薬剤料が包括されるため、集計対象から除外される。

医療用麻薬の調剤の状況

○ 麻薬の調剤の対応については、がん以外の患者に対しても外来・在宅での調剤・薬学的管理を実施しており、通常の医薬品と異なり、不要となった麻薬の説明や回収も必要となる。

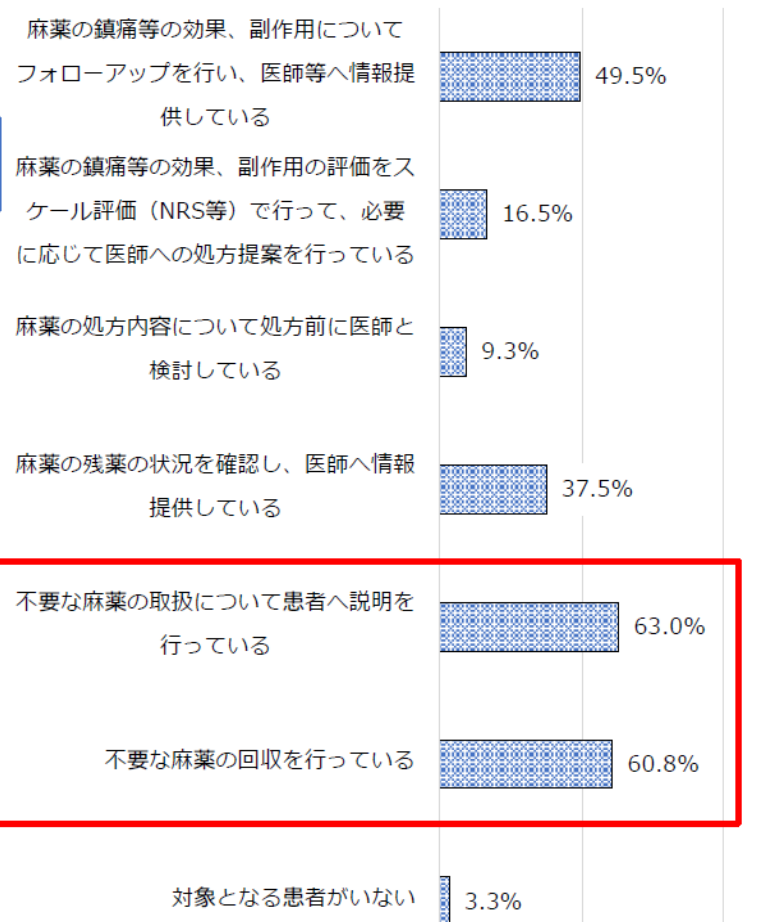
■ 麻薬を調剤した実績 (n=1,008)



がん以外の患者
に対して麻薬の
調剤を実施

麻薬の調剤の実績がある546施設

■ 麻薬を調剤した患者に対して実施している薬学的管理 (n=546)



在宅がん患者へのターミナルケア（薬剤師の訪問回数）

- 在宅がん患者のターミナルケアでは、看取りに近づくにつれて1週間あたりの訪問回数が増える傾向にあった。
- 特に看取り直前の14日前からは訪問回数が週に4回以上訪問しているケースが多くあった。

■ ターミナルケアにおいて薬剤師が行う薬学的管理の例



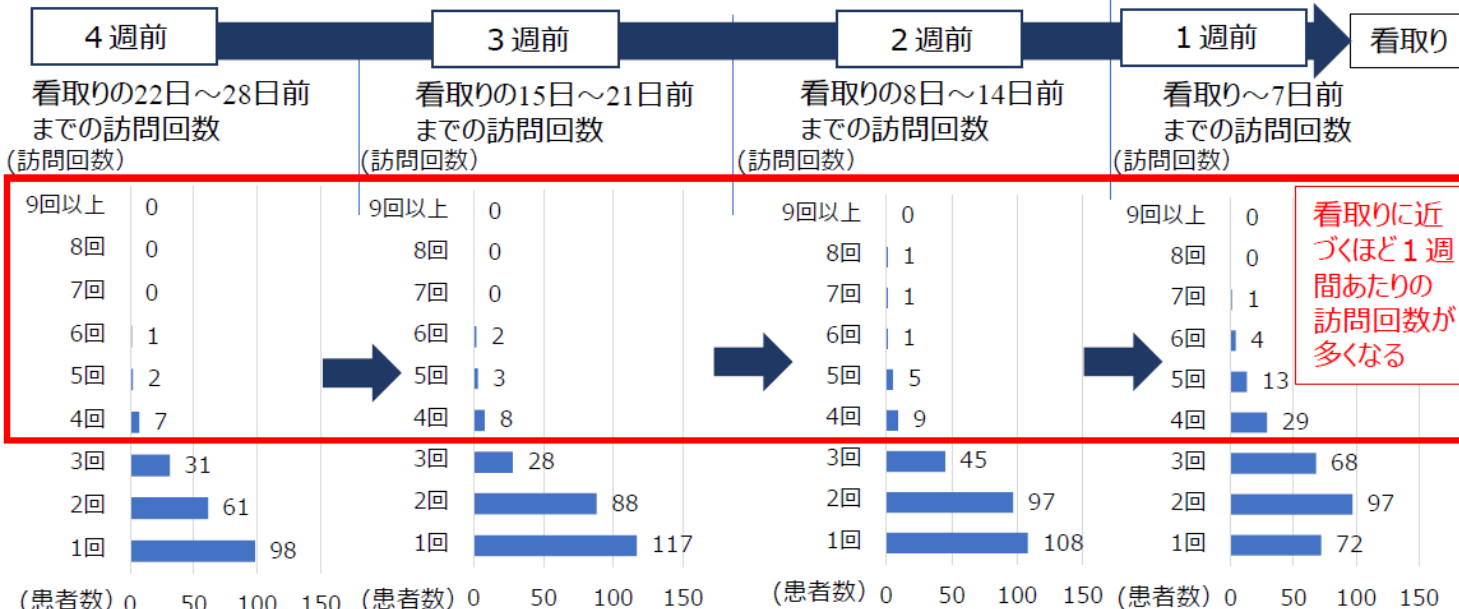
- 薬が飲みにくい訴えがある場合の対応
 - ・錠剤から散剤（水薬）・貼付剤への変更
 - ・内服する薬の数を減らせるか検討
 - ・飲むタイミングを極力少なくする（朝だけにするなど）等



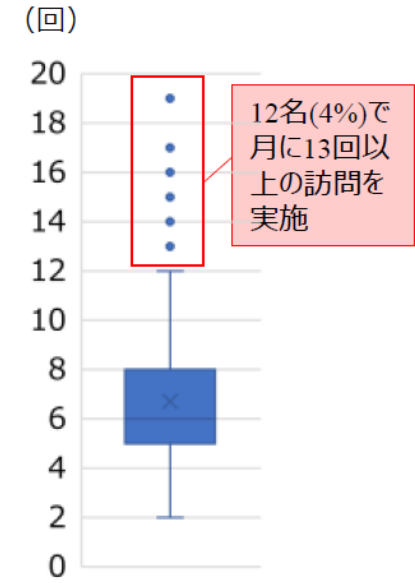
- 看取り直前の対応
 - ・内服困難となり注射薬での管理が必要となる
 - ・状態により薬剤の使用量を増加させるため緊急の訪問頻度が増加することがある

■ 看取り4週前の期間における在宅がん患者への1週間毎の薬剤師の訪問回数（55薬局、訪問患者299名） （看取り日から遡って最長4週間分（28日前から）のすべての訪問を集計しており、4週未満の症例も含まれる。）

■ 月あたりの薬剤師の訪問回数（訪問患者299名）



看取りに近づくほど1週間あたりの訪問回数が多くなる



出典：1) 終末期在宅における訪問薬剤師の業務量調査、一般社団法人全国薬剤師・在宅療養支援連絡会（J-HOP）、2023年をもとに保険局医療課作成
※在宅患者訪問薬剤管理指導又は居宅療養管理指導で居宅（施設・自宅）における看取りに関わった症例を年間12例以上有する薬局への調査

医療用麻薬における無菌製剤処理加算の要件の見直し

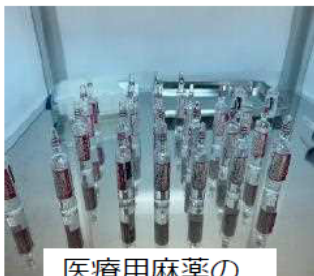
無菌製剤処理加算

- 医療用麻薬の持続皮下投与では医療用麻薬を希釈せず原液で投与する実態があることを踏まえ、これらの無菌製剤処理に係る業務が評価できるよう、無菌製剤処理加算について、評価を見直す。

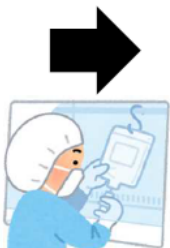
現行

【無菌製剤処理加算】

薬剤調製料の無菌製剤処理加算は、2以上の注射薬を無菌的に混合して（麻薬の場合は希釈を含む。）、中心静脈栄養法用輸液、抗悪性腫瘍剤又は麻薬を製剤した場合に算定し、中心静脈栄養法用輸液又は抗悪性腫瘍剤又は麻薬を1日分製剤するごとにそれぞれ69点、79点又は69点（6歳未満の乳幼児の場合においては、1日分製剤するごとにそれぞれ137点、147点又は137点）を加算する。



医療用麻薬の
アンプル製剤



無菌製剤処理



医療用麻薬を充填した
注入ポンプ



改定後

【無菌製剤処理加算】 ※括弧内は6歳未満の乳幼児の場合の点数

薬剤調製料の無菌製剤処理加算は、次に示す注射薬を無菌的に製剤した場合に、1日分製剤するごとにそれぞれ次に示す点数を所定点数に加算する。

- (イ) 2以上の注射薬を混合して
中心静脈栄養法用輸液を無菌的に製剤する場合 69点
(137点)
- (ロ) 抗悪性腫瘍剤を含む2以上の注射薬を混合して
(生理食塩水等で希釈する場合を含む。)
抗悪性腫瘍剤を無菌的に製剤する場合 79点
(147点)
- (ハ) 麻薬を含む2以上の注射薬を混合して
(生理食塩水等で希釈する場合を含む。)
無菌的に麻薬を製剤する場合又は麻薬の
注射薬を無菌的に充填し製剤する場合 69点
(137点)

⑦ 高齢者施設における薬剤業務



高齢者施設における薬剤師業務の評価の概要

入所時

施設入所中

■施設連携加算の新設

(外来服薬支援料2の加算)

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の施設職員と協働して、入所時等に日常の服薬管理が容易になるよう薬学的観点から支援や指導等を実施することを評価



■ショートステイの利用者に対する薬学的管理の評価の明確化

ショートステイ（短期入所生活介護等）の利用者に訪問して服薬指導等を行った場合、服薬管理指導料3が算定できることを明確化（特別養護老人ホームの対応と同様の評価）

■介護老人保健施設・介護医療院の入所者に対する薬学的管理の評価

介護老人保健施設（老健）及び介護医療院へ入所中の患者の処方箋を応需した保険薬局の薬剤師が訪問して施設職員と連携して服薬指導等を実施した場合、調剤報酬が算定可能（介護保険との給付調整の見直し） ※服薬指導等の評価は服薬管理指導料3

■服薬管理指導料3の算定回数の見直し

服薬管理指導料3について、算定回数上限を新設（月4回まで）

■新興感染症等の患者に対する訪問・薬剤交付等の評価の新設

新興感染症等の患者（患家又は宿泊施設で療養する者、介護老人保健施設（老健）、介護医療院、地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）に入所する者）に対して、医師の処方箋に基づき、薬剤師が訪問して必要な薬学的管理及び指導を実施し、薬剤を交付した場合に在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1を算定可能

高齢者施設における薬学管理に係る評価の見直し

服薬管理指導料3

- 服薬管理指導料3の対象患者について、短期入所生活介護（ショートステイ）等の利用者についても算定できるよう明確化する。
- 介護医療院又は介護老人保健施設（老健）へ入所中の患者の処方箋を応需した保険薬局の薬剤師が訪問して施設職員と連携しつつ服薬指導等を実施した場合、服薬管理指導料3を算定できることとする。
- 服薬管理指導料3について、算定回数の上限を月4回までとする。



現行

【服薬管理指導料3】
 特別養護老人ホームに入所している患者に訪問して行った場合 **45点**

3については、保険薬剤師が老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホームを訪問し、服薬状況等を把握した上で、必要に応じて当該施設職員と協力し、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。



改定後

【服薬管理指導料3】
介護老人福祉施設等に入所している患者に訪問して行った場合 **45点**

3については、保険薬剤師が**別に厚生労働大臣が定める患者※**を訪問し、服薬状況等を把握した上で、必要に応じて当該施設職員と協力し、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、**月4回に限り**、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。

[※対象患者]

- (1) 地域密着型介護老人福祉施設若しくは介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム等）に入所している患者又は**短期入所生活介護若しくは介護予防短期入所生活介護（ショートステイ）**のサービスを受けている患者
- (2) 介護医療院又は介護老人保健施設に入所している患者であって、医師が高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和58年厚生省告示第14号）第20条第4号八に係る処方箋を交付した場合（**当該施設等の医師以外の医師が、専門的な薬学的管理を必要とする薬剤に係る処方箋を発行した場合に限る**）

高齢者施設における調剤報酬の取扱いの見直し

		介護医療院	介護老人保健施設	介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)
施設配置基準	医師	○ I型: 3以上 / 48:1以上 II型: 1以上 / 100:1以上	○ 1以上	○ 必要数 (非常勤可)
	薬剤師	○ I型: 150:1以上 II型: 300:1以上	○ 適当数 (300:1)	×
薬剤管理の現状等		<ul style="list-style-type: none"> ・自施設の医師・薬剤師等が薬剤管理を実施 ・抗がん剤・抗ウイルス剤・麻薬等の一部の薬剤については、往診を行う医師が処方する場合は、薬剤費について医療保険による給付が可能 (処方箋の交付も可能) 		<ul style="list-style-type: none"> ・薬局の薬剤師が訪問し、服薬管理指導を実施 (服薬管理指導料3) ・末期の悪性腫瘍の患者に対しては、計画に基づく訪問薬剤管理指導が可能
調剤報酬	現行	交付された処方箋を応需しても算定不可		算定可能
	改定後	算定可能 ^{※1}		算定可能 ショートステイの利用者も算定可能

※1: 施設の医師以外の医師が高度な薬学的管理を必要とする薬剤 (※2) に係る処方箋を発行した場合に限り、以下の調剤報酬が算定できる
調剤基本料、薬剤調製料、調剤管理料、服薬管理指導料3、外来服薬支援料2、薬剤料、特定保険医療材料料

※2: 抗悪性腫瘍剤の費用、HIF-PH阻害剤の費用、疼痛コントロールのための医療用麻薬の費用、抗ウイルス剤 (B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はHIV感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。) の費用

特別養護老人ホームの職員と連携した服薬支援の評価

施設連携加算

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

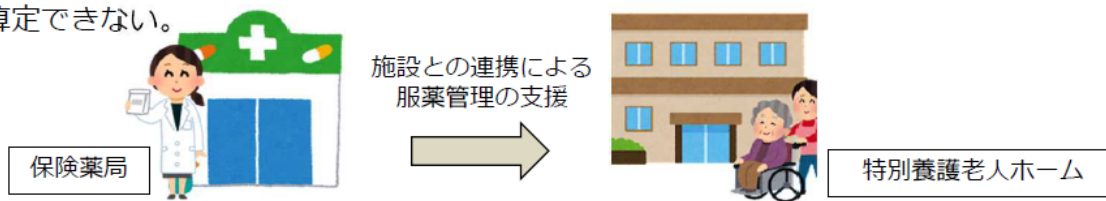


（新）外来服薬支援料2 施設連携加算

50点（月に1回に限り）

〔主な算定要件〕

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



⑧新興感染症と在宅



新興感染症等に対応した在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の見直し

在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料

- ▶ 新興感染症等の自宅及び施設入所の患者に対して、医師の処方箋に基づき、薬剤師が自宅・宿泊療養者等を訪問して薬剤交付・服薬指導した場合に在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1を算定できることとする。

在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1 500点（1回に限り）

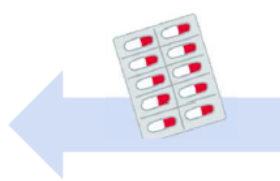


[算定要件]

- (1) 感染症法に規定する新型インフルエンザ等感染症、指定感染症、新感染症の患者であって、患家又は宿泊施設で療養する者、介護老人保健施設、介護医療院、地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設に入所する者に対して交付された処方箋を受け付けた場合において、処方箋を発行した医師の指示により、**当該保険薬局の薬剤師が患家又は当該施設を緊急に訪問し、当該患者又はその家族等に対して対面による服薬指導その他の必要な薬学的管理及び指導を実施し、薬剤を交付した場合**には、1を算定する。ただし、情報通信機器を用いて必要な薬学的管理及び指導を行った場合には、在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料として、59点を算定する。
- (2) 計画的な訪問薬剤管理指導の実施の有無によらず算定できる。
- (3) 服薬管理指導料、かかりつけ薬剤師指導料、掲げるかかりつけ薬剤師包括管理料は算定できない。



介護施設



薬剤交付
訪問服薬指導



薬剤師



薬剤交付
訪問服薬指導



患家

まとめと提言

- 施設総管の人数見直し
- 往診専門クリニック大幅減算
- 訪問看護需要増と報酬による支援強化
- 在宅における身体拘束ゼロ、精神科訪問看護の支援
- 訪問薬剤管理料の見直し、在宅移行初期加算、ターミナル期の評価の見直しなど

日本から薬が消える日



武藤正樹(著/文)

発行：ぱる出版

A5判

定価 2,000円+税

発売予定日

2024年5月27日

「医薬品ビジネス復活
の処方せん」

絶賛
予約中!

ご清聴ありがとうございました



日本医療伝道会衣笠病院グループで内科外来(月・木)、老健、在宅クリニック(金)を担当しています。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイトに公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

muto@kinugasa.or.jp

