

1. 在宅（その6）について

在宅(その6)

1

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

最初に「在宅（その6）について」を議題といたします。事務局より資料が提出されておりますので、説明をお願いいたします。

○厚労省保険局医療課・眞鍋馨課長

はい、おはようございます。医療課長でございます。

それでは、在宅（その6）につきまして、テーマとしましては、訪問診療・往診等、そして、訪問看護についてということでございますけれども、中医協資料「総一1」を用いまして、ご説明をさせていただきたいと思っております。

説明

1. 訪問診療・往診等について

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

2

2 ページ目に目次がございます。

在宅医療についての課題と論点

中医協 総-2
5. 10. 4

【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。

3

スライド3以降、こちらは訪問診療・往診等に関するこれまでの議論の抜粋となります。

3 ページ目。

スライド3でございますが、こちらは10月4日にお示しいたしました訪問診療・往診等に係る論点でございます。

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が必要だが、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。

4

スライド4から6は、これまでの中医協総会で訪問診療・往診等に関していただきましたご意見をまとめてございます。

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。

5

本日の資料でございますけれども、5ページでございますが、こちらに下線を引かせていただいている所がございます。

これは事務局で引かせていただいておりますけれども、こちらにつきまして、事務局で追加の資料等を準備させていただいたところでございます。

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と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

7

スライド7以降でございますけれども、

こちらは「患者の状態に応じた訪問診療について」というタイトルでご説明する
ものでございます。

| | | |
|---|--------------------------------------|---------|
| 在宅医療の体制について | 令和5年度第2回医療政策研修会 第1回地域医療構想アドバイザー会議 | 資料 4 |
| <p>○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。</p> <p style="text-align: center;">～ 「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 ～</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 10px;"> <p style="text-align: center;">在宅医療の提供体制に求められる医療機能</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="width: 30%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">①退院支援</p> <p>○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</p> </div> <div style="width: 30%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">②日常の療養支援</p> <p>○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</p> </div> <div style="width: 30%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">④看取り</p> <p>○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</p> </div> </div> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> <p style="text-align: center;">③急変時の対応</p> <p>○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</p> </div> <p style="text-align: center;">多職種連携を図りつつ、24時間体制で在宅医療を提供</p> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 45%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">在宅医療において積極的役割を担う医療機関</p> <p>○①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p style="text-align: center;">・在宅療養支援診療所 ・在宅療養支援病院 等</p> </div> <div style="width: 45%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">在宅医療に必要な連携を担う拠点</p> <p>○①～④の機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p style="text-align: center;">・市町村 ・保健所 ・医師会等関係団体 等</p> </div> </div> <p style="text-align: right; margin-top: 10px;">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</p> | | |
| <p>【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））</p> | | |

8 ページ目。

こちらは「在宅医療の体制について」ということをごさいますて、医療提供体制に係る議論に関する資料でございます。

真ん中にごさいますとおり、

- ①退院支援
- ②日常の療養支援
- ③急変時の対応
- ④看取り

の4つの機能が求められているというふう整理をされてごさいます。

| 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。 | | | | | | | | | | | | |
| C002-2 | 施設入居時等医学総合管理料(施設総管) | 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。 | | | | | | | | | | | | |
| | ※ 在宅療養支援診療所：在宅診療 在宅療養支援病院：在宅診療 | 機能強化型在宅・在支病(病床あり) | | | 機能強化型在宅・在支病(病床なし) | | | 在宅・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 | |
| 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

- 在宅自己灌腸併用式腸管洗浄を行っている状態
- 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
- 在宅自己排泄を行っている状態
- 在宅人工呼吸を行っている状態
- 起立型脳・脊髄刺激装置による疼痛管理を行っている状態
- 併高血圧症であって、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

スライド9でございます。

こちらは在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料
在医総管・施設総管というふうに訳すことが多いですけれども、

そういった管理料の概要をお示ししてございます。

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

- 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 ○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

10

10 ページ目には当該点数につきまして、

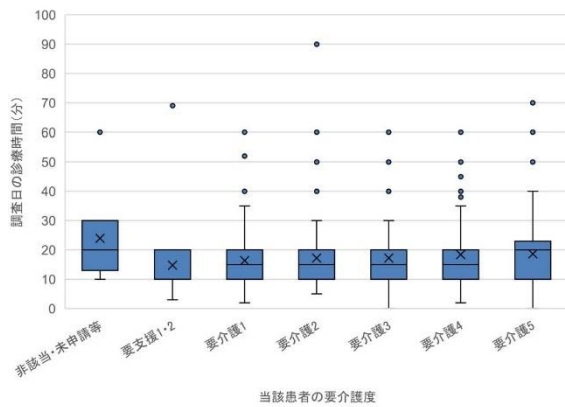
患者さんの状態に応じた評価といたしまして、包括的支援加算等が設定されていることをお示ししてございます。

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。

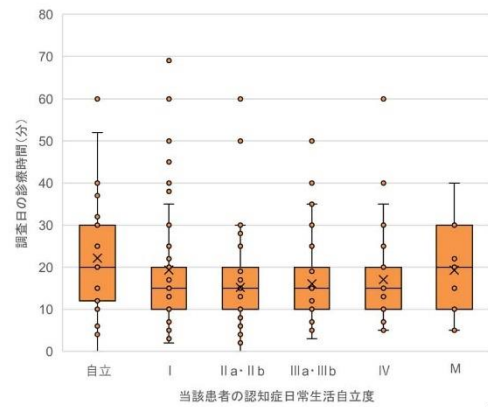
要介護度と診療時間の関係

| | 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 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 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

11

スライド 11 に進みます。

在宅（その2）でお示いたしました、

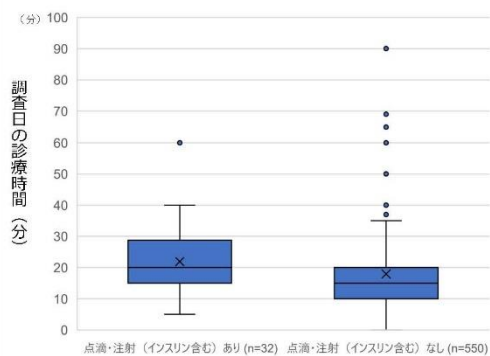
患者さんの要介護度や日常生活自立度に応じまして、
訪問診療での訪問時間が異なるということを示すスライドでございます。

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。

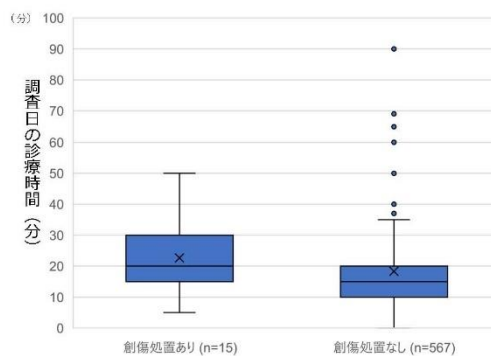
点滴・注射（インスリン含む）の実施状況別の調査日の診療時間（分）

| | 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

12

12 ページ目でございます。

こちらは包括的支援加算の対象にもなってございます。

点滴・注射や創傷処置につきまして、それらの実施の有無別でございますけれども、訪問診療における診療時間を比較してございます。

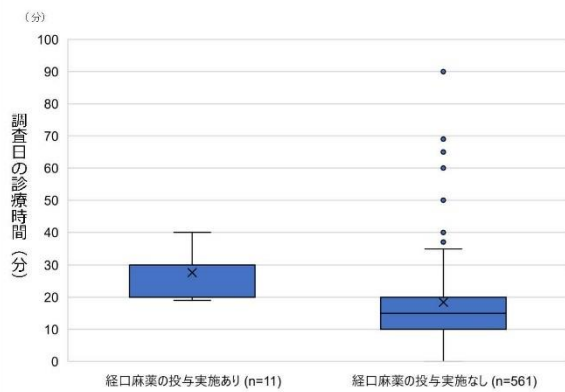
点滴注射や創傷処置を実施している患者さんのほうが診療時間が長かったという結果でございました。

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

13

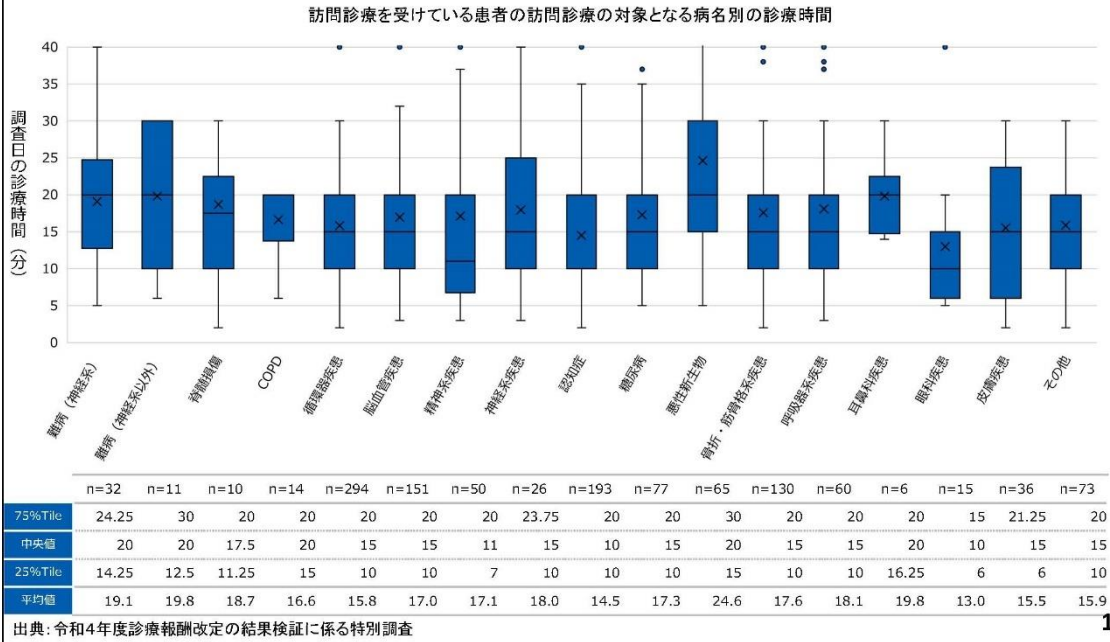
スライド 13 でございます。

こちらは 12 ページと同様に、
経口麻薬の投与の有無で訪問診療における診療時間を比較いたしましたものでございます。

投与されてる患者さんのほうが長いという結果でございました。

訪問診療の対象病名別の診療時間

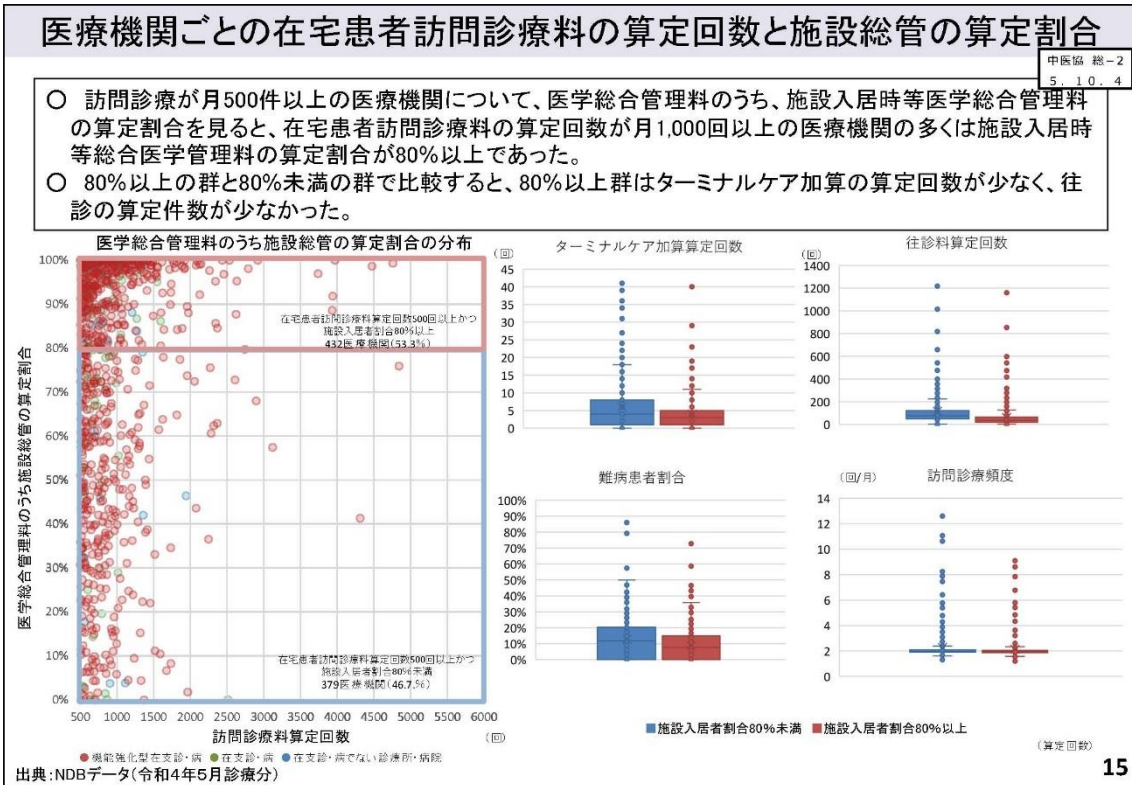
○ 訪問診療を受けている患者について、訪問診療の対象となる病名と1回の訪問診療に係る診療時間を比較すると、悪性腫瘍の患者は他の疾患の患者と比較して診療時間が長くなる傾向にある。



14 ページ目。

こちらは訪問診療を受けている患者さんの訪問診療の対象病名別の訪問診療における診療時間でございます。

悪性腫瘍の患者さんや難病患者さんが長いという結果でございました。



15 ページ目でございます。

こちら在宅（その2）でお示したものでございますけれども、

訪問診療の算定回数が多い医療機関におけます施設入居者に対しまして、
 訪問診療を実施している割合が高い医療機関と、
 それ以外の医療機関のターミナルケア加算、
 往診加算の算定状況等の現状のスライドでございます。

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という。
- 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)

16

スライド 16 は、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でございます。

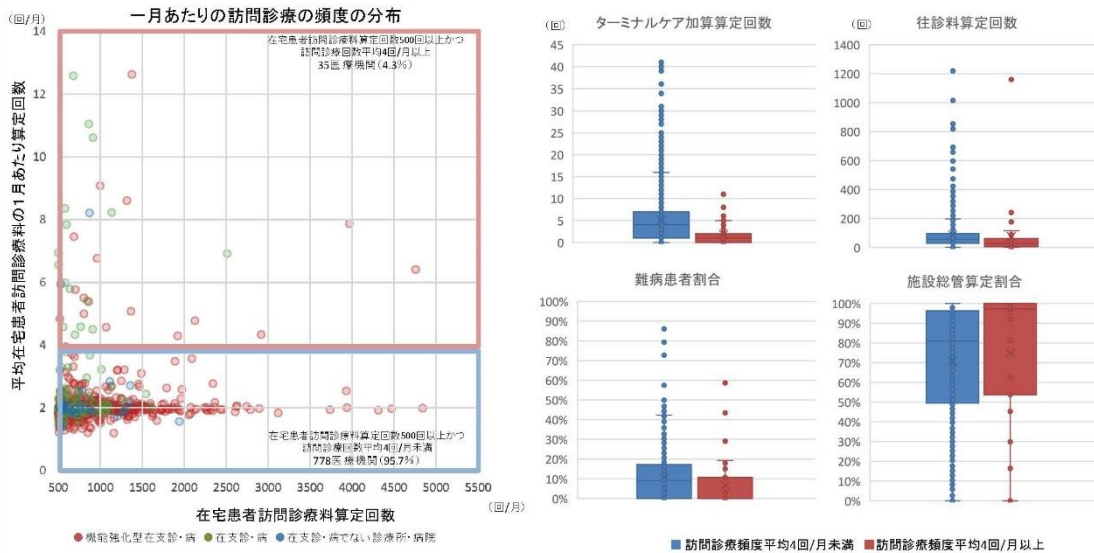
当該診療所につきましては、在宅療養支援診療所を届け出る際には、追加で看取り等の実績を求めているところでございます。

当該診療所のほうが、その他の診療所と比較いたしまして、在宅患者訪問診療料の算定回数が高い傾向にある一方、

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という傾向にあるという結果でございました。

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 中医協 総-2
5. 10. 4

- 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)

17

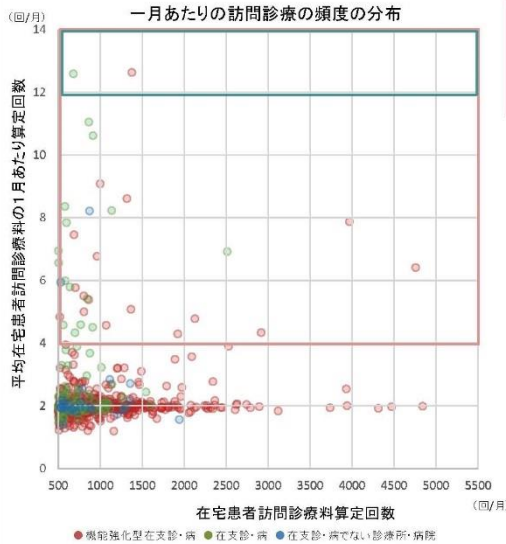
スライド 17 でございます。

15 ページ目と同様でございます、在宅 (その 2) でお示したものでございます。

訪問診療の算定回数が多い医療機関におけます
 患者 1 人当たりの訪問診療の回数が多い医療機関と、
 それ以外の医療機関のターミナルケア加算、往診料の算定状況の現状のスライド
 でございます。

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 | 皮膚欠乏性湿疹 | 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当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 | 膝うつ病 | 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 | 陈旧性脳梗塞 | 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)

18 ページ目は、こちらは患者さんお1人当たりの訪問診療回数が多い医療機関につきまして、主傷病別名別の患者さんの割合を出してございます。

患者さん1人あたりの訪問診療回数が4回以上、12回以上の医療機関におきまして、高血圧症、アルツハイマー型認知症の患者さんが多かったという結果でございました。

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 | うつ血性心不全 | 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 | うつ血性心不全 | 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
- ・頸髄損傷
- ・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)

19

スライド19ページ目には、参考に全医療機関を対象といたしまして、ひと月あたりの訪問診療の算定回数が4回以上12回以上の患者さんのそれぞれの主傷病名別の患者さんの割合をお示ししてございます。

18ページ目と同様に、高血圧症、そしてアルツハイマー型認知症の患者さんが多かったという状況をお示ししてございます。

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

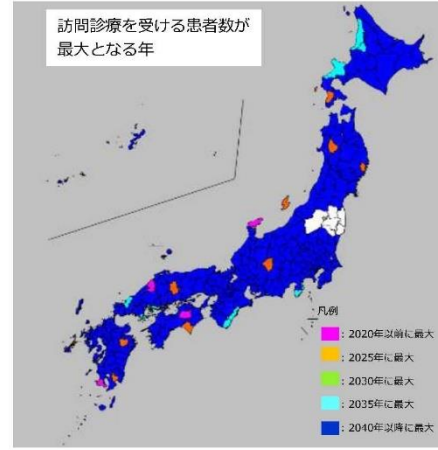
20

それでは、20 ページ目以降、こちらは「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」ということでございます。

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：N38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）を基に算定率を算出。
 推計方法：N38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科（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。

21 ページ目は、これは訪問診療の必要量が今後も増加していくということを全国地図をお示しをしております、

| 令和4年度診療報酬改定 1-6 質の高い在宅医療・訪問看護の確保-① | | | | | | |
|--|--|---|--|---|---|--|
| 在宅診・在宅病の施設基準（参考） | | | | | | |
| | 機能強化型在宅診・在宅病 | | | | 在宅診・在宅病 | （参考）在宅療養後方支援病院 |
| | 単独型 | | 連携型 | | | |
| | 診療所 | 病院 | 診療所 | 病院 | | |
| 全ての在宅診・在宅病の基準 | ① 24時間連絡を受けられる体制の確保 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 | | | | | |
| 全ての在宅病の基準 | 「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。 (1) 許可病床200床未満*であること又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと (2) 往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること ※ 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関においては280床未満 | | | | ○ 許可病床数200床以上 ○ 在宅医療を提供する医療機関と連携し、24時間連絡を受けられる体制を確保 ○ 連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が24時間可能な体制を確保（病床の確保を含む） ※ やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、対応可能な病院を探し紹介すること ○ 連携医療機関との間で、3月に1回以上、患者の診療情報の交換を行い、入院希望患者の一覧表を作成 | |
| 機能強化型在宅診・在宅病の基準 | ⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師3人以上 ⑧ 過去1年間の緊急往診の実績10件以上 | ⑧ 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績10件以上 ・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科・入院医療管理科1又は3を届け出ている | ⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師連携内で3人以上 ⑧ 過去1年間の緊急往診の実績連携内で10件以上 | ⑧ 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績10件以上各医療機関で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科・入院医療管理科1又は3を届け出ている | ⑨ 過去1年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績いずれか4件以上 | ⑨ 過去1年間の看取りの実績連携内で4件以上かつ、各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績いずれか2件以上 |
| ⑩ 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 | | | | | | |

*：直床は令和4年度診療報酬改定における変更点

22 ページ目、23 ページ目には、

在宅療養支援診療所・病院の概要と、

在宅療養移行加算について

中医協 総-2
5.10.4改

【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】

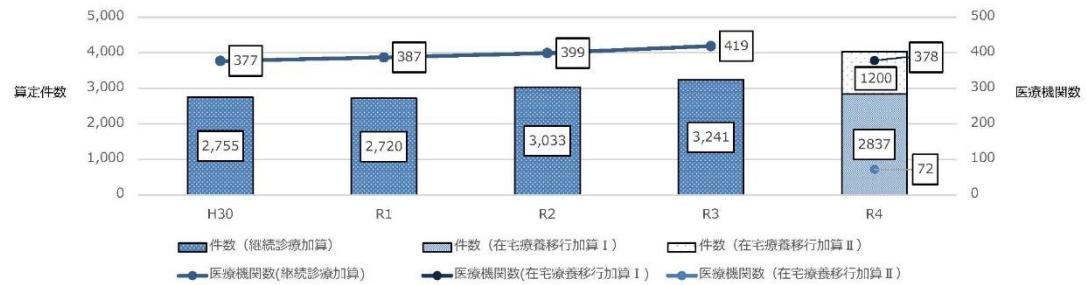
在宅療養移行加算1

- 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

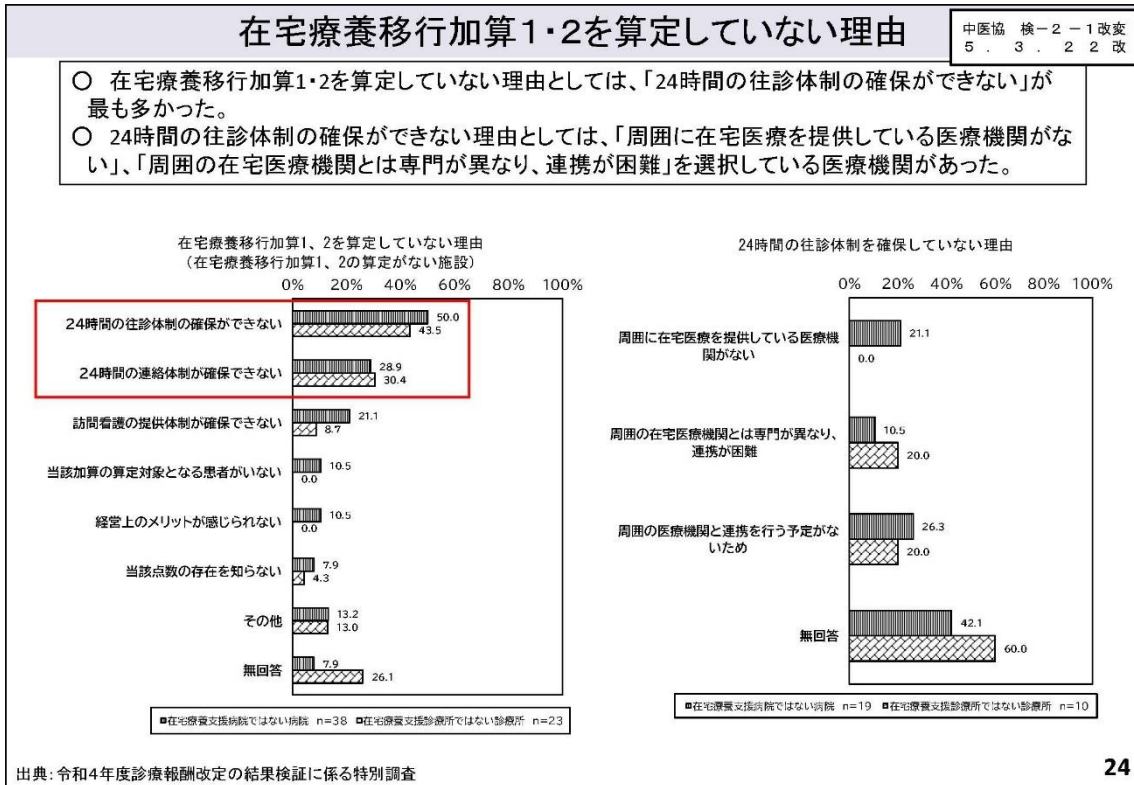
●在宅療養移行加算等の年次推移（各年5月診療分）



出典: 社会医療診療行為別統計 (各年6月審査分)

23

それぞれの在宅移行加算の概要になります。



24 ページ目でございますが、

これは在宅療養加算を算定していない理由ということをアンケートの結果をお示ししてございます。

| | | |
|---|--|--|
| 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 資料 1 令和4年8月4日 |
| ○ 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。 | | |
| <p style="text-align: center;">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)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>n対n(行政が仲介)</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>グループ診療</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>ICT活用の多職種連携</p> </div> </div> <p>→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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○垂直連携（柏市が事務局として実施） <ul style="list-style-type: none"> ・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） <ul style="list-style-type: none"> ・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） <ul style="list-style-type: none"> ・在宅主治医が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 <p>※土地提供は柏市、建物は柏市医師会・柏市歯科医師会・柏市薬剤師会の寄附により建立。</p> | <p style="text-align: center;">患者急変時のICTを活用した患者情報連携 (新潟県長岡市)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>n対n</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>ICTを使用した多職種を含む水平連携</p> </div> </div> <p>→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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○垂直連携（医師会及び市内10病院で実施） <ul style="list-style-type: none"> ・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） <ul style="list-style-type: none"> ・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。 <p style="text-align: right; font-size: small;">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</p> | |
| 25 | | |

25 ページ目、26 ページ目に関しましては、

これは医政局でございますけれども、
医政局のほうにおきまして紹介しております
在宅医療連携の事例について、お示しをしております。

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
資料 1
令和4年8月4日

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

【在宅医療における情報通信機器の活用例】

対面診療の補完としてのオンライン診療

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



訪問看護等とも連携した遠隔地への医療提供

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



ネットワーク構築による病病連携・病診連携・多職種連携の構築

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

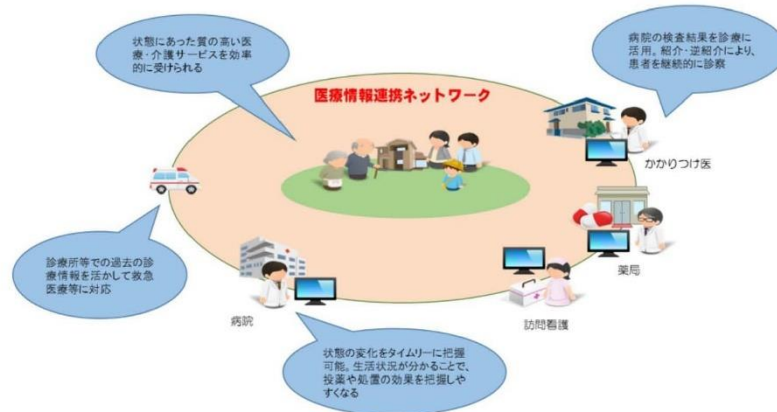


【出典】平成29年度在宅医療連携モデル構築のための実態調査（厚生労働省医政局）

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

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、医療機関等の中で、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

27

27 ページ目から 29 ページ目は、

ICTを用いました平時からの診療情報の連携につきまして、
医療情報連携ネットワークの概要、

そして、いわゆる地域医療情報連携ネットワーク、
以下、「地連NW」と記載してございますけれども、
この現状等についてお示しをさせていただきます。

こうしたICTを用いた平時からの診療情報等の共有が緊急時の連携に役立つ
という地域もあるということのご紹介でございます。

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」を行っている施設は220施設中183施設であった。
- 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

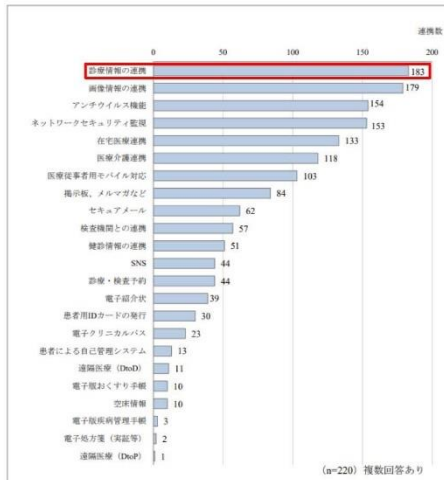
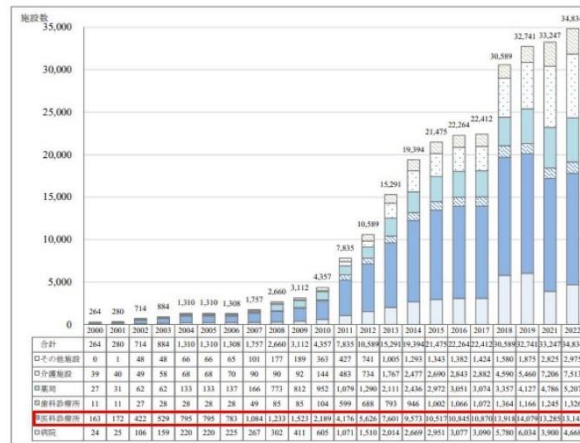


図 2.5-1 参加施設数の推移



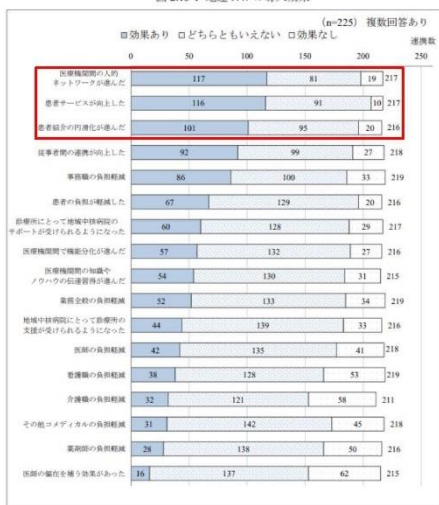
出典: 日医総研ワーキングペーパー「ICTを利用した全国地域医療情報連携ネットワーク」

28

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】



【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に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、福祉関係者と共有した・障害福祉施設で発生したクラスターについて、嘱託医、施設看護士、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、オンコロジー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」

29

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。

30

それでは、論点でございます。

31 ページにまとめさせていただいてございます。

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

31

括弧は1つでございまして、丸が5つございます。

患者さんの状態に応じて、「よりきめ細かな評価を実施する観点から」ということ
でございすけれども、こちらは、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。

麻薬の経口投与を行っている患者さんにつきましては、実態を踏まえまして、
包括的支援加算の対象患者に加えてはどうか。

次の丸でございしますが、訪問診療の算定回数が多い医療機関の一部におきまして、
往診や看取りの実績が主として訪問診療また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まして、効率的に在宅医療を提供している在支診等の
要件を、主として訪問診療また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。

以下、3つの論点を挙げさせていただいてございます。

説明

2. 訪問看護について

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

32

それでは、2つ目のテーマでございます。

「訪問看護について」ということをご説明をさせていただきます。

32 ページ以降となります。

令和5年7月12日開催の中医協における主な意見

中医協 総-2
5. 10. 20

- 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。

33

33 ページ、そして 34 ページ、35 ページというふうに、これまでの議論をまとめさせていただいてございます。

この中で、34 ページ、35 ページの下線を引いております所に関しまして、ここの議論に関わる資料を用意させていただいているところでございます。

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ので、内容等を丁寧に精査して、今後の対応を考えるべき。

34

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。

35

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

36

それでは、次の項目の「2-2 医療ニーズの高い利用者の退院支援について」ということをございます。

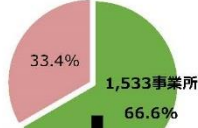
退院日当日の訪問看護の状況

中医協 総-2
5. 10. 20

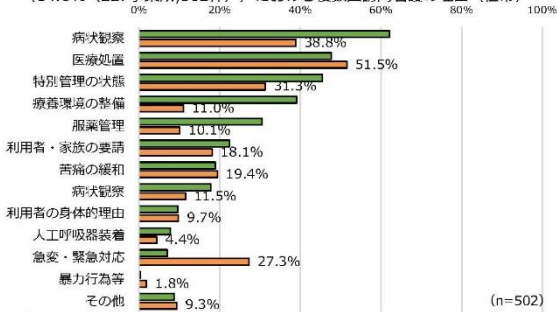
- 医療機関を退院した利用者がある事業所のうち66.6%が事業所が退院当日の訪問看護を提供していた。
- 退院当日に複数回訪問看護を行った理由は、「医療処置」、「急変・緊急対応」や「苦痛の緩和」が多かった。

■ 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る事業所のうち、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）



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
【退院当日の状況】
原疾患により胃ろう瘻状態。今回、急性肺炎にて入院。加療中に心停止し、重度脳障害、気管切開、人工呼吸器を導入。

【退院当日の看護】

- 1回目訪問（退院支援指導として）【80分訪問】
人工呼吸器装着状態であることから、吸引、母親への介護指導のため訪問。更衣などを行い、在宅療養開始するにあたり呼吸器、医療物品、薬剤などを確認。自然排尿はあるが、残尿もあるため用手圧迫により排尿誘導。現状確認を終え訪問終了。

- 2回目訪問（緊急連絡にて訪問）【90分訪問】
呼吸状態が変化し、排痰ケアを行い気管内・口腔腔の吸引を実施。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かったが（80%後半）、気管内吸引時は94%程度に落ちる。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】脳性神経障害未期

【退院当日の状況】
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、開眼し声掛けに強く様子はあるが痙攣傾向。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用られるなど、**状態は不安定**。

- 医師からの説明も踏まえ、**現在の状態からいつ着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、**悪いや不安を軽減し、不安定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血尿使用、**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、不安の際には連絡するようお伝え。その後、実母も訪問され、寝ず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。

37

37 ページでございますけれども、こちらが退院日当日の訪問看護の状況ということでございます。

退院日当日に複数回訪問看護を行った実態がございまして、

その理由といたしましては、

「医療処置」「急変・緊急対応」「苦痛の緩和」が多いという状況でございました。

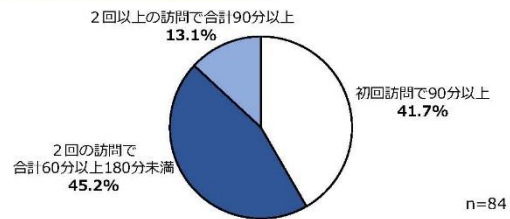
退院日当日の訪問看護の状況

- 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。

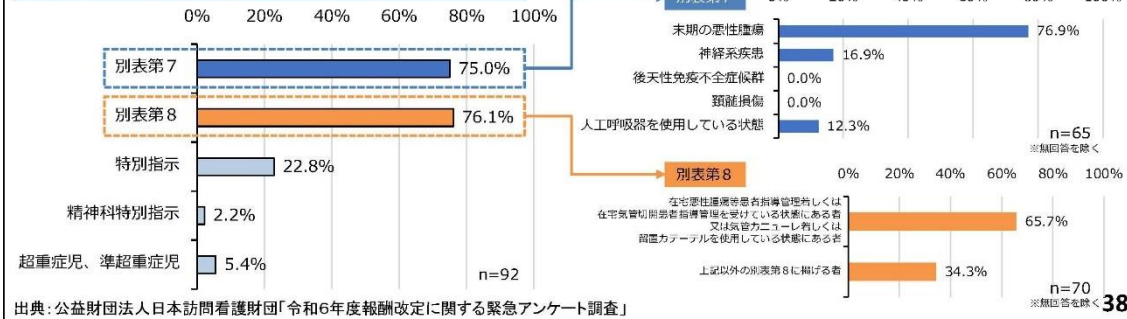
■ 退院支援指導を実施した事業所数・割合

| | 事業所数 | 割合 |
|--------------------|------|--|
| 調査回答事業所 | 441 | — |
| 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



そして、38 ページ目でございますけれども、

こちらは退院日当日の訪問看護といたしまして、

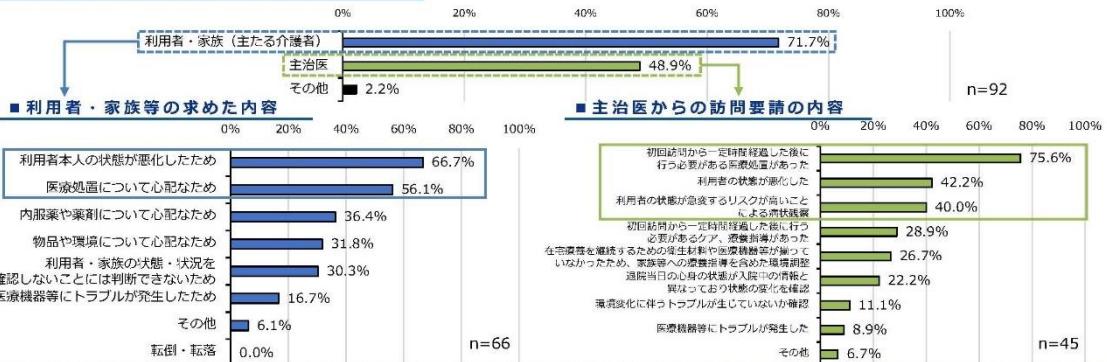
訪問回数や合計訪問時間、

退院日に2回以上の訪問看護を実施した利用者の概況というものをお示ししてございます。

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



【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・コンセントを受け翌日退院。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前、在宅酸素の管理、説明。面会で見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。自然排便あるが、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、急速退院。
<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師団「令和6年度報酬改定に関する緊急アンケート調査」

39

次に、39 ページに進ませてもらって、

退院日に2回以上、訪問看護を提供した理由をお示ししてございます。

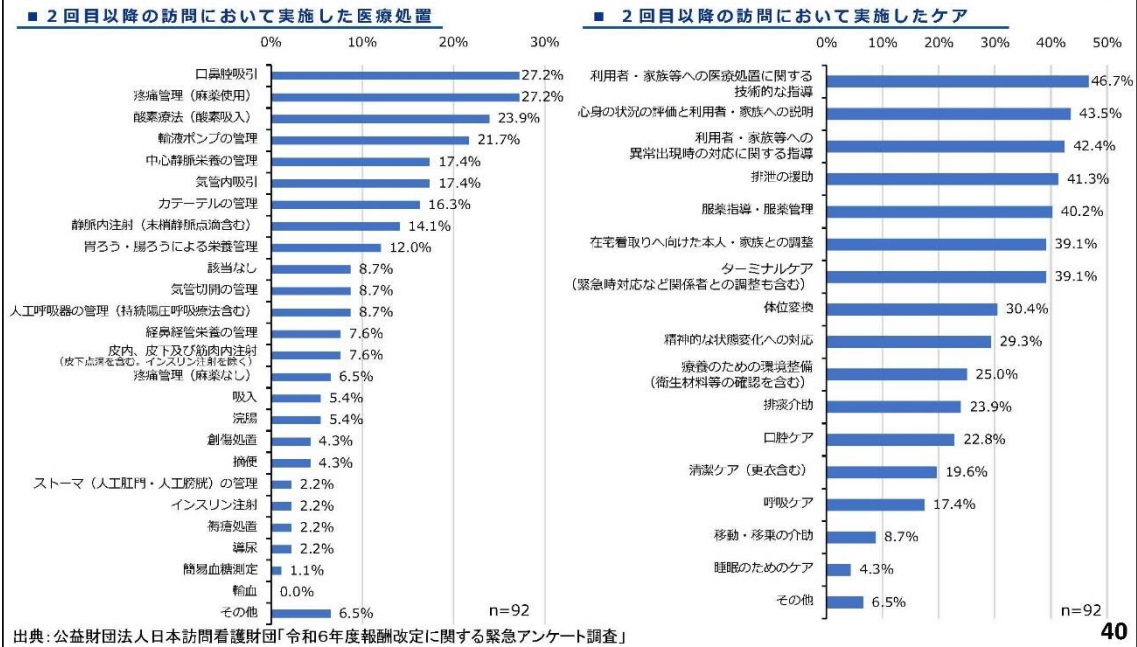
利用者・患者や主治医から訪問の要請があったということ。

利用者・家族からは利用者の状態悪化や医療処置に関する不安が挙げられているところ。

また、主治医からは医療処置や利用者の状態悪化、状態が急変するリスクが高いことによる病状観察などが要請内容として挙げられてございます。

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。



スライド40でございます。

こちらは、退院日当日に複数回訪問し、提供いたしました医療処置やケアの内容をお示ししてございます。

医療処置としましては口腔内や鼻腔内の吸引、麻薬を使用する疼痛管理が行われ、

ケアにつきましては、利用者等への医療処置に関する技術的な事項、指導などを挙げられてございます。

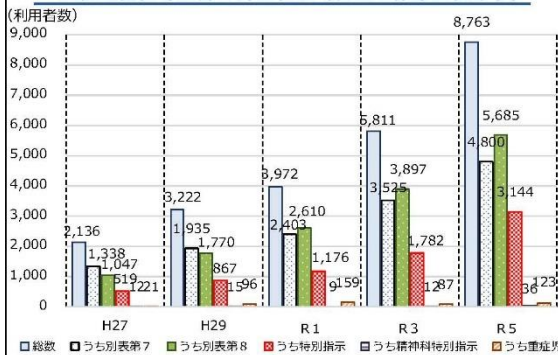
退院日当日の訪問看護

中医協 総-2
5. 7. 12改

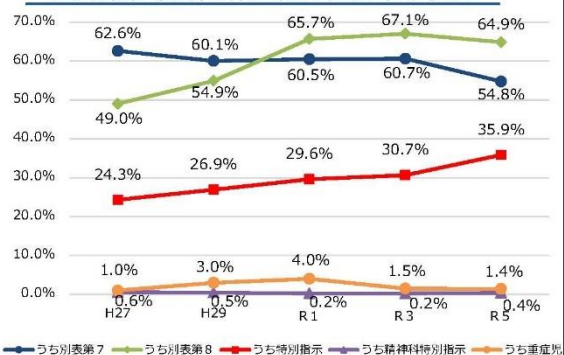
○ 退院日当日の療養上の退院支援指導の評価である退院支援指導加算を算定する利用者数は年々増加しており、退院支援指導加算を算定する利用者のうち、別表第8に掲げる者が最も増加傾向にある。

| 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

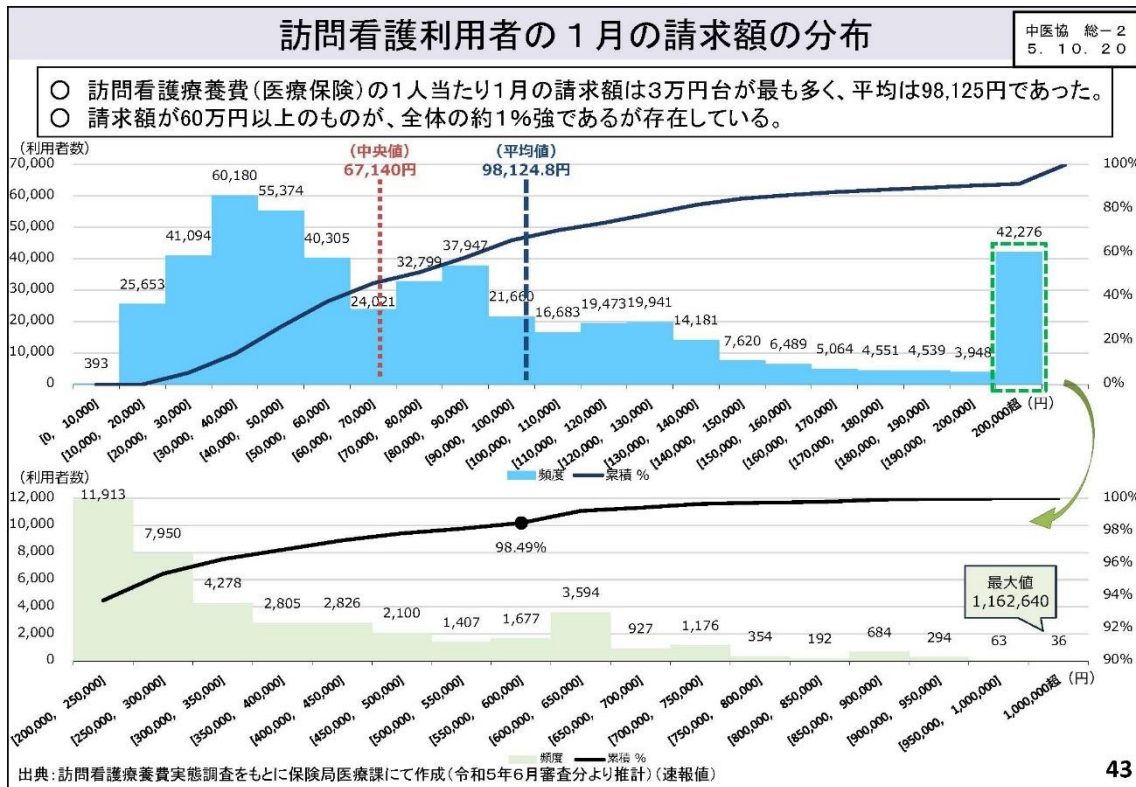
2-2 医療ニーズの高い利用者の退院支援について

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

42

それでは次。「2-3 集合住宅等における効率的な訪問看護等について」でございます。



前回におきましては請求額の分布を、

こちら 43 ページなどをご覧いただければと思いますが、請求額の分布をお示ししつつ、緊急訪問看護加算等の各種加算の算定状況や、同一建物居住者に関する療養費の算定状況をお示しし、ご議論いただいたところでございます。

主な意見といたしましては、利用者の病態やケアの内容等および算定状況を詳しく分析し、今後の対応を考えるべきといったご意見をいただきましたので、

集合住宅等における訪問看護の提供について、さらなる分析を行いましたもの等もお示しさせていただきたいと思っております。

同一建物居住者に対する訪問看護

中医協 総-2
5. 7. 12

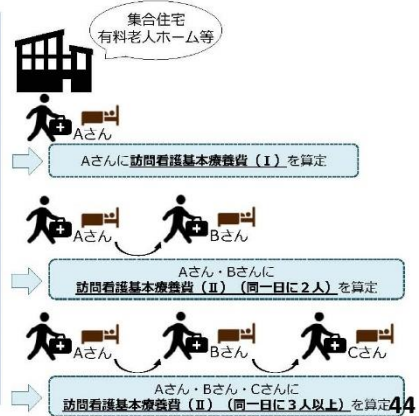
○ 同一日に同一建物に居住する3人以上の利用者に対して訪問看護を実施する場合は、同一日に2人以下のときよりも低い額を算定することとしている(訪問看護基本療養費(Ⅱ))。

| | 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。

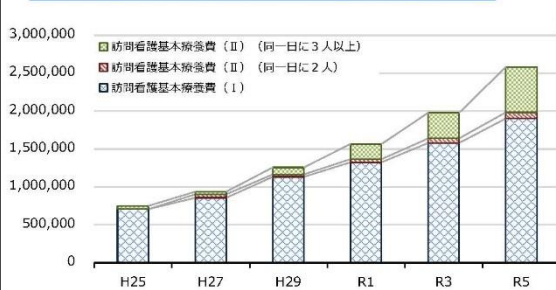


同一建物居住者への訪問看護の状況

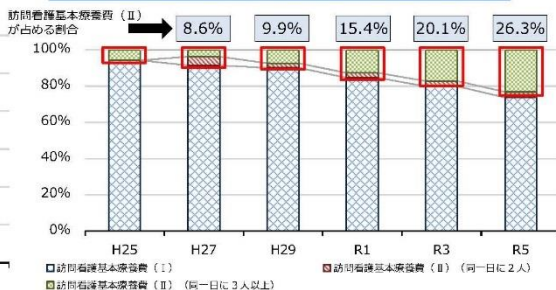
中医協 総-2
5. 7. 12改

○ 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。

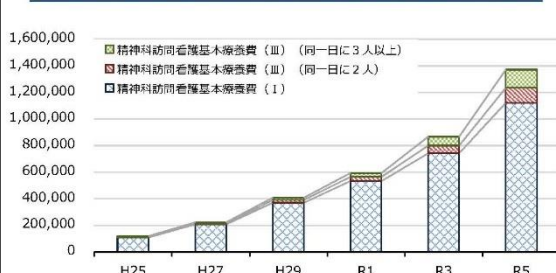
■ 訪問看護基本療養費(Ⅰ)(Ⅱ)の算定回数の推移



■ 訪問看護基本療養費(Ⅰ)(Ⅱ)の算定割合の推移



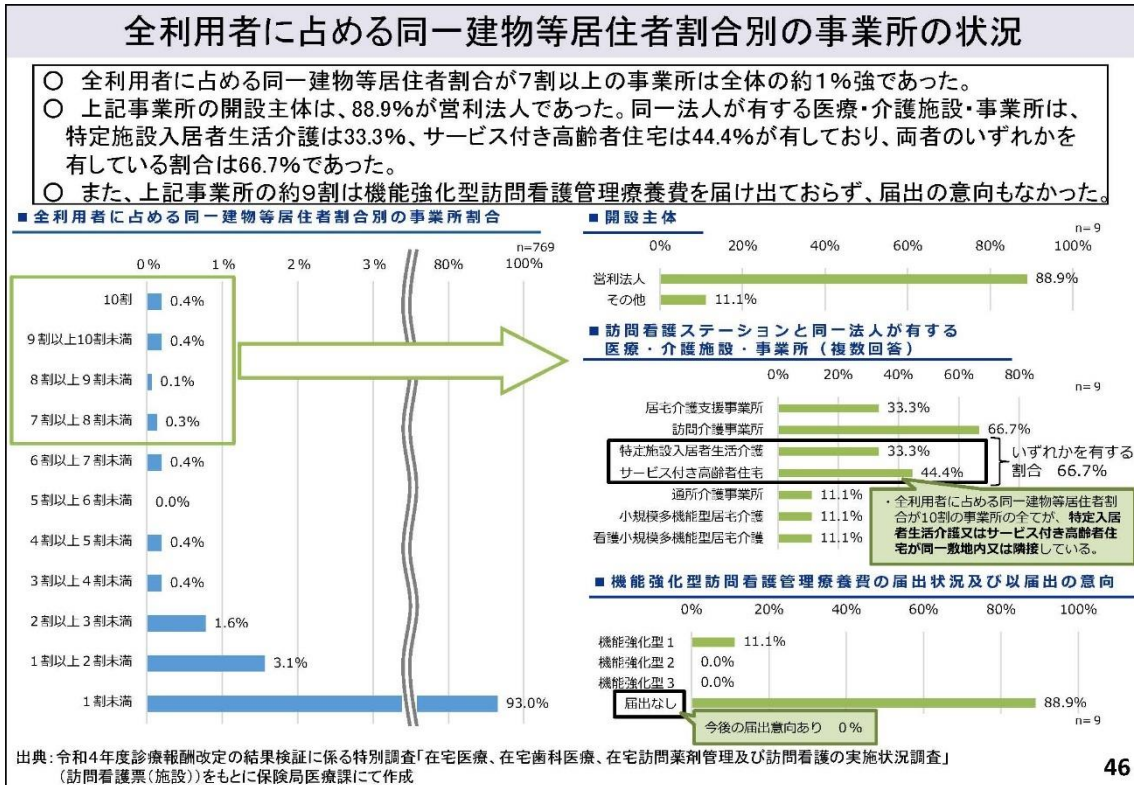
■ 精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)(Ⅲ)の算定回数の推移



■ 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))



スライド46でございます。

こちらは全利用者に占める同一建物居住者の割合別に事業所の状況をお示ししてございます。

全利用者のうち、同一建物居住者が7割以上といった事業所につきましては、

訪問看護ステーションを開設している同一の法人が特定施設入居者生活介護またはサービス付き高齢者住宅を利用する割合というのが約3分の2でございます、

訪問介護事業所を有している割合も約3分の2ということでございました。

また、全利用者のうち同一建物居住者が1割といった事業所につきましては、全ての事業所でこれらの施設が同一敷地内または隣接しているといった状況でございました。

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)

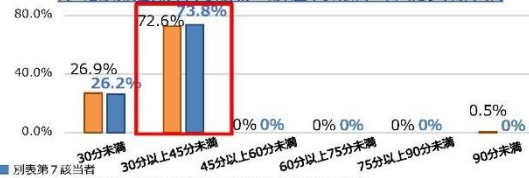
| 同一建物等居住者が占める割合 | 平均訪問日数 | | 平均延訪問回数 | |
|----------------|-----------|------|-----------|------|
| | うち、別表第7該当 | | うち、別表第7該当 | |
| 7割未満 | 8.2 | 9.5 | 9.6 | 12.0 |
| 7割以上 | 26.4 | 29.9 | 61.1 | 71.0 |

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

47

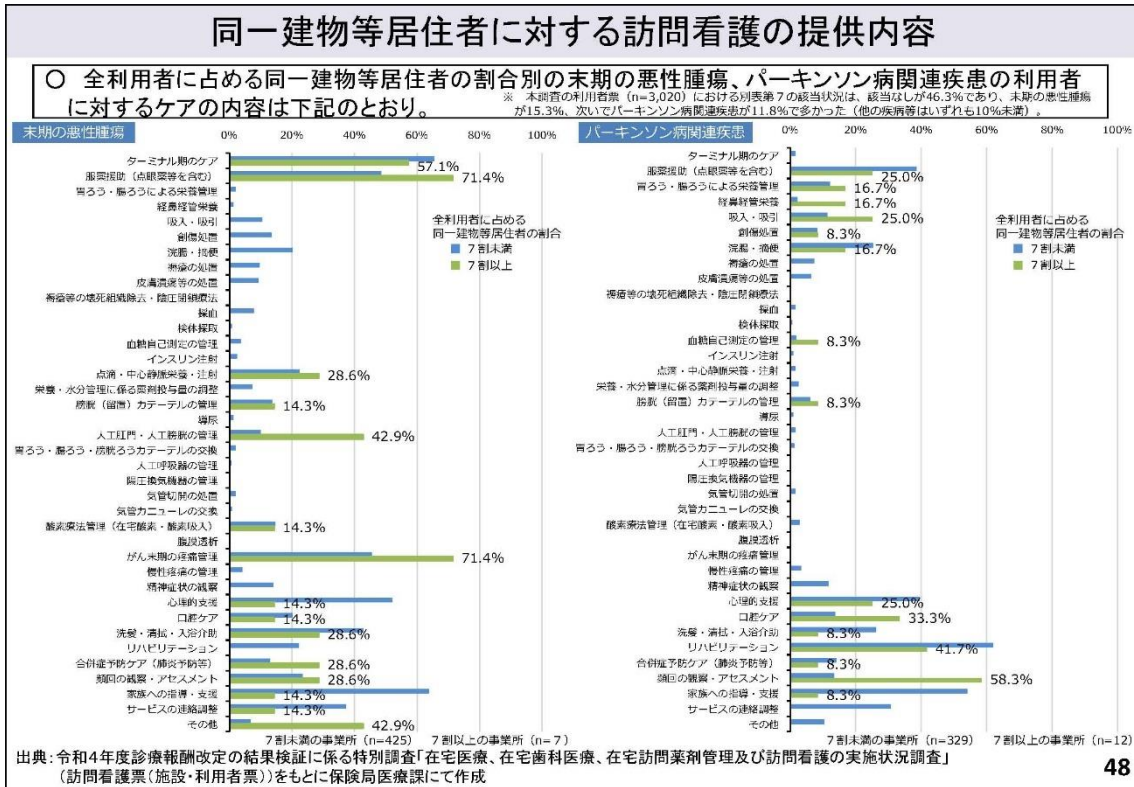
スライド47でございます。

こちらは全利用者に占める同一建物居住者の割合別に訪問看護の提供状況をお示ししてございます。

7割以上というふうな事業所では、7割未満の事業所と比較いたしまして、「別表第7」に該当する利用者を多く受け入れている実態があること。

1月あたりの訪問日数、訪問回数いずれも多く、「別表第7」に該当する利用者に限っても同様の傾向であること。

1回あたりの訪問時間が30分以上45分未満でございまして、これ以上の訪問時間はほぼないといった特徴があったところでございます。



次、48 ページ目でございます。

こちらは訪問看護における「別表第7」該当者のうち、特に多い末期の悪性腫瘍、パーキンソン病関連疾患利用者に関するケアの内容に関しまして、

同一建物居住者の割合別にお示したものでございます。

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 (新型コロナウィルス感染症・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 |
| 7 | (2)減価償却費 | 21 | 0.7% | 31 | 1.1% | 48 | 1.5% | 42 |
| 8 | (3)在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 |
| 10 | うち委託費 | 26 | 0.9% | 30 | 1.1% | 40 | 1.2% | 25 |
| 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+Ⅴ | | 2,681 | | 2,625 | | 3,064 | | 2,904 |
| 17 差引 ③=①-② | | 170 | 6.0% | 137 | 5.0% | 234 | 7.1% | 135 |
| 18 イ 新型コロナウィ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 |
| 22 | 法人税等 | 0 | 0.0% | 4 | 0.2% | 19 | 0.6% | 6 |
| 23 法人税等差引 ④=③-法人税等 | | 174 | 6.1% | 142 | 5.1% | 226 | 6.8% | 138 |
| 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

49

49 ページ目でございます。

こちらは介護事業経営実態調査の結果でございますけれども、

前回、報酬の分布に関する資料の提示について、ご指摘がございましたので、介護保険の訪問看護の収支差率をお示ししてございます。

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

50

それでは、2—4でございます。

「介護保険における訪問看護との制度上の差異」でございます。

令和6年度の介護報酬改定が介護との同時改定ということでございまして、介護報酬につきましても介護給付費分科会で議論が進んでございます。

そこでのご議論を踏まえまして、新たにテーマとして設定し、ご議論いただくものでございます。

論点② 身体的拘束等の適正化の推進

社会保険審議会
(介護給付費分科会)
5 . 1 1 . 2 7

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。

51

51 から 52 ページでございますけれども、

こちらは介護報酬報酬改定では、訪問看護を含む訪問系のサービス等にも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てはどうかというふうに検討されているものでございます。

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

社会保険審議会
(介護給付費分科会)
5. 1. 1. 2. 7

| 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等の人員、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 | |
| <p>(指定訪問介護の基本取扱方針)</p> <p>第二十二條 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。</p> <p>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。</p> <p>(指定訪問介護の具体的取扱方針)</p> <p>第二十三條 訪問介護員等が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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>※身体的拘束等の原則禁止や記録に関する規定はない。</p> <p>※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。</p> | <p>(指定短期入所生活介護の取扱方針)</p> <p>第百二十八條 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。</p> <p>2. 3 (略)</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>6 (略)</p> <p>※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。</p> | <p>(指定介護福祉施設サービスの取扱方針)</p> <p>第十一條 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れなければならない。</p> <p>2. 3 (略)</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>二 身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。</p> <p>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。</p> <p>7 (略)</p> | |

| 管理者のテレワーク等の取扱いに関する事務連絡（抄） | <small>社 会 保 障 審 議 会 （ 介 護 給 付 費 分 科 会 ）</small> <small>5 . 9 . 8</small> |
|---|--|
| <p>○ 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」を发出了。</p> | |
| <p>第1 テレワークに関する基本的な考え方</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>（略）</p> <p>第2 管理上支障が生じない範囲の具体的な考え方</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>（略）</p> <p>第3 テレワークの環境整備に関する事項</p> <p>(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ドライン」（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。</p> <p>(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。</p> <p>（略）</p> | |
| | 53 |

53 ページでございます。

こちらは管理者のテレワーク等に係る取扱い。

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、医科点徴表の区分番号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(1)
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26～30年度科学技術振興補助金（医薬新領域）「エビデンスプラットフォームに基いた在宅・特掲での死亡診断をめぐる診療の連携と検討」（東北大学大学院 看護学）によるパンフレットに掲載のものを引用

54 ページ目から 55 ページ目は遠隔死亡診断補助および訪問診療の死亡診断加算に関するものでございます。

遠隔死亡診断補助加算につきましては、前回改定で新設された事項でございますけれども、

介護報酬でも新設する方向で議論されているということを踏まえまして、診療報酬側で必要な対応をお示しするものでございます。

論点② 看取り体制の強化

社会保険審議会
(介護給付費分科会)
5 . 1 1 . 6

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

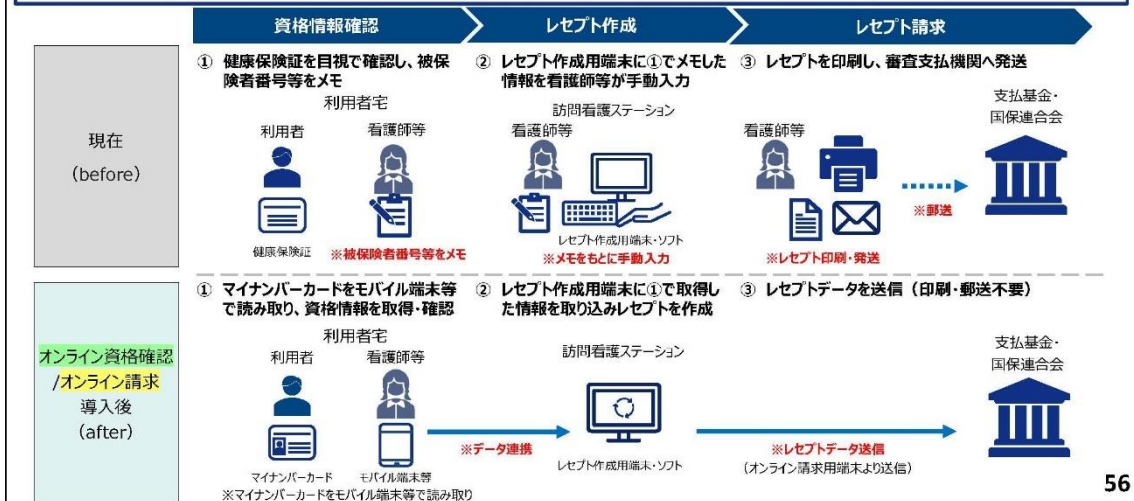
- ターミナルケア加算について、診療報酬における評価を踏まえ、単位数を見直してはどうか。
- 離島等に居住する利用者に対して医師が行う死亡診断等を、ICTを活用した在宅での看取りに関する研修を受けた看護師が補助した場合を評価※してはどうか。

(※) 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）の手入力が必要なくなります。
- 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。



56

56 ページからでございますけれども、こちらはオンライン資格確認、オンライン請求に関する資料となります。

前回、訪問看護におけるオンライン資格確認について、どのような点で生かせるか、また生かしていくのか、予定かといったご意見をいただきましたので、

スライドとして整理を、こちらのほうに付けさせていただいているところでございます。

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

57

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 | <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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） | <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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 | <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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 | <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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） |

58

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続きなどの資料や動画を掲載。

59

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 | <ul style="list-style-type: none"> 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生労働省のYouTubeチャンネルで公開済み |
| 開催日時 | <ul style="list-style-type: none"> 10月31日（火）18時00分-18時40分 |
| 登壇者 | 厚生労働省 |
| 議題 | <ol style="list-style-type: none"> 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 訪問看護システムベンダへのお問い合わせ 質疑応答 |

60

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 | <ul style="list-style-type: none"> 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生労働省の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 | <ul style="list-style-type: none"> 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) |

61

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)

(中間)

62

説明

3. 課題と論点

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。

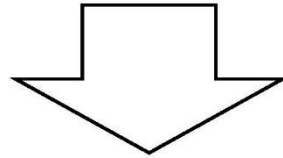
63

それでは、論点に進ませていただきます。

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。



64

65 ページでございます。

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の評価してはどうか。

65

括弧が3つございます。

- ・医療ニーズの高い利用者の退院支援について。そして、
- ・集合住宅等における効率的な訪問看護等について。そして、
- ・介護保険における訪問看護との制度上の差異について。
ここは2つございますけれども、

ここに掲げてある論点としてまとめさせていただいてございます。

事務局からの説明は以上でございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。

質 疑

在宅（その6）について

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

それでは、ただいまのご説明につきまして、ご質問等がございましたら、よろしくお願いたします。最初に長島委員、お願いいたします。

○長島公之委員（日本医師会常任理事）

ありがとうございます。まず、31 ページの訪問診療・往診等の論点についてコメントいたします。

（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宅支診等の要件を、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宅支診等が、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、在宅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。

1つ目の丸のうち、包括的支援加算について、11 ページの箱ひげ図を見ますと、要介護度が軽い患者さん、あるいは日常生活自立度のランクの低い患者さんであっても、診療時間にかかる全体的な傾向としては、要介護度4、あるいは日常生活自立度IVといった介護の必要性が高い患者さんと大差ない状況が見てとれます。

したがって、今回の論点で提案されているような、要介護や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を見直す必要性は特にないと考えます。

訪問診療における患者の状態と診療時間

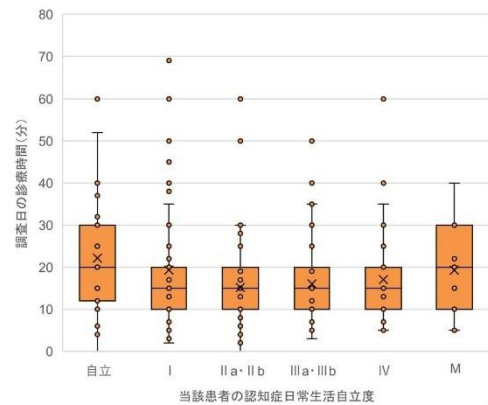
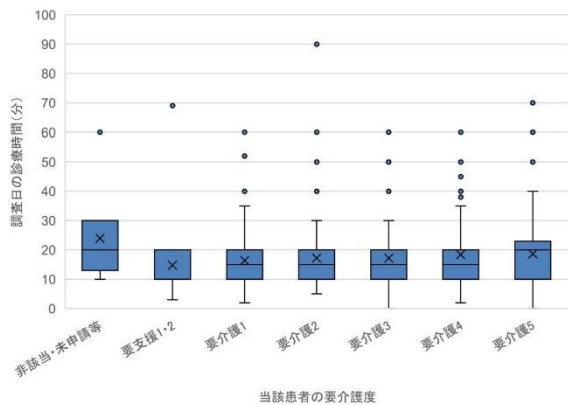
- 訪問診療を行っている患者の要介護度については、要介護度が高いほど、診療時間が長い。診療時間が最も長いのは非該当・未申請等の患者であった。
- 訪問診療を行っている患者の認知症高齢者の日常生活自立度については、IVやMの患者はIIやIIIの患者より診療時間が長く、診療時間が最も長いのは「自立」の患者であった。

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 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 |
| 間の 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 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 |
| 間の 平均値 | 22.17 | 19.34 | 15.16 | 16.05 | 17.04 | 19.27 |



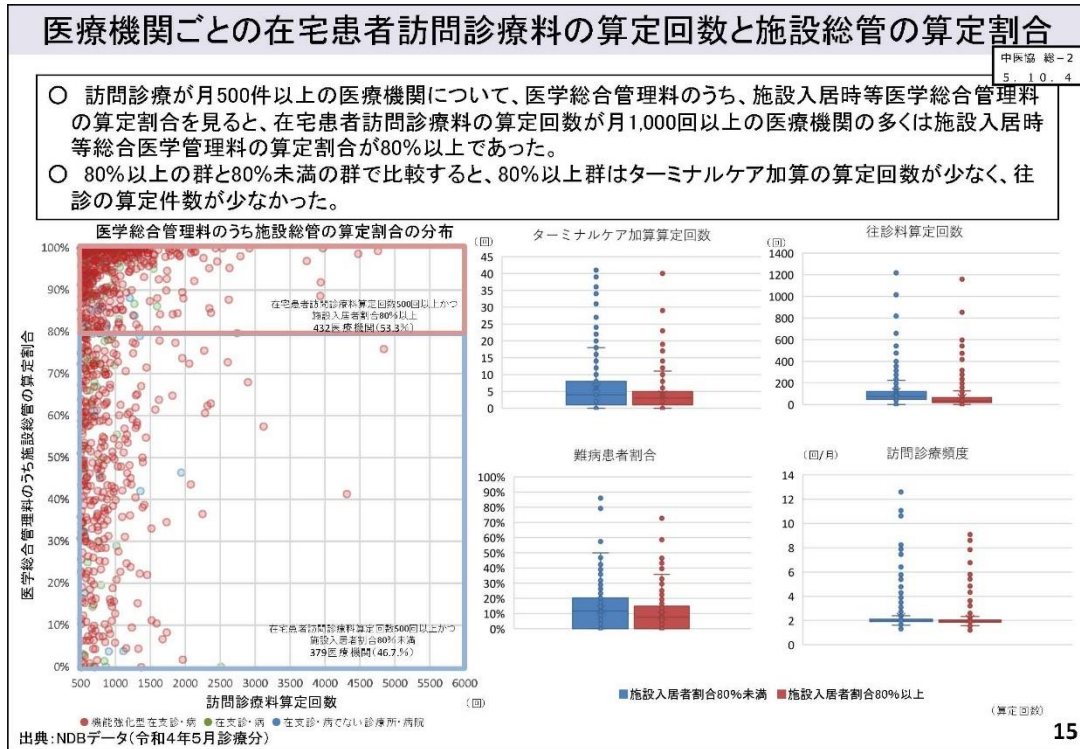
出典: 令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査

一方、経口麻薬を投与されている患者さんを対象患者に追加することにつきましては、13 ページでも診療時間に違いがあることが示されており、必要と考えます。

2つ目の丸についてです。

15 ページを見ますと、訪問診療の算定が月 500 件以上の医療機関の中でも、施設総管の算定割合が 80%以上である場合とそうでない場合とでターミナルケア加算等の算定回数に若干の違いがあることも確かに見てとれます。

しかし、以前にも指摘したことですが、人口減少地域では高齢者の集住化が進められており、訪問診療の算定回数が多くなるのは必然となる場合もありますので、単に訪問診療の算定回数が多いことのみをもって、論点にあるような在宅専門の医療機関と同等の効率があると扱ってしまうと、ただでさえ少ない在宅医療の担い手が離れてしまう可能性も危惧します。



3つ目の丸は、訪問診療の頻度が高いということをどのように判断するかが重要であると考えます。

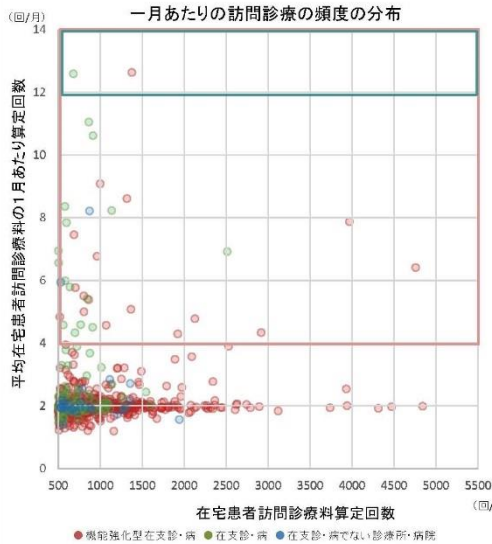
18 ページや 19 ページでは、月 4 回以上の訪問診療を行っている患者さんの主傷病名は、高血圧や認知症が相対的に多かったことが示されております。

しかし、高齢の患者さんであれば、複数の疾患を抱えている場合も想定されますし、また少数ではありますが、慢性呼吸不全や肺がんなども含まれており、場合によっては算定日数制限がない「別表第7」「第8」に該当する場合もあることが考えられ、そのような患者さんに対して、複数回の訪問診療を行うのは必要性があるためと考えられます。

さらに、現行制度においては、診療に基づき、医師が頻回な訪問診療の必要性を認めた場合は、一時的に週 4 回以上の訪問診療が認められております。したがって、こうしたことを踏まえれば、今回の資料に示されているような、月 4 回、つまり週 1 回の頻度を 1 つの基準として訪問診療の頻度が高いと言い切るのは適当ではない場合があることも予想されます。

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 | 皮膚欠乏性湿疹 | 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当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 | 膝うつ病 | 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 | 狭心症 | 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)

18

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 | うつ病性心不全 | 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 | うつ病性心不全 | 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
- ・頭顔損傷
- ・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)

19

前回改定では、在宅データ提出加算が新設されたところでもありますので、もう少しデータを見ながら、どの程度をもって訪問診療の頻度が高いと判断できるのか、エビデンスを収集するのがよいと考えます。

4つ目と5つ目の丸については相互に関連する部分はあると思いますが、在宅療養移行加算の算定が伸び悩んでいるのは、夜間帯をお願いする連携医療機関にとって特段のメリットがないことが1つの要因でした。

したがって、今回提案されたような形で、ICTも活用しながら、連携体制を構築した体制の整っている診療所や、連携する在支診・在支病を評価する方向性に賛同いたします。

また、ICTを活用した連携については、在宅医療における24時間の提供体制の構築のみならず、医療と介護を含めた多職種連携においても重要になりますので、そういった点での評価も在宅における医療DX全体の取組として検討してもよいのではないのでしょうか。

続いて、65ページの訪問看護の論点についてコメントいたします。

（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。

「医療ニーズの高い利用者の退院支援」については、現場の実情を踏まえ、退院支援指導加算の長時間加算などで評価することも考えられるのではないかと思います。

「集合住宅等における効率的な訪問看護等について」です。

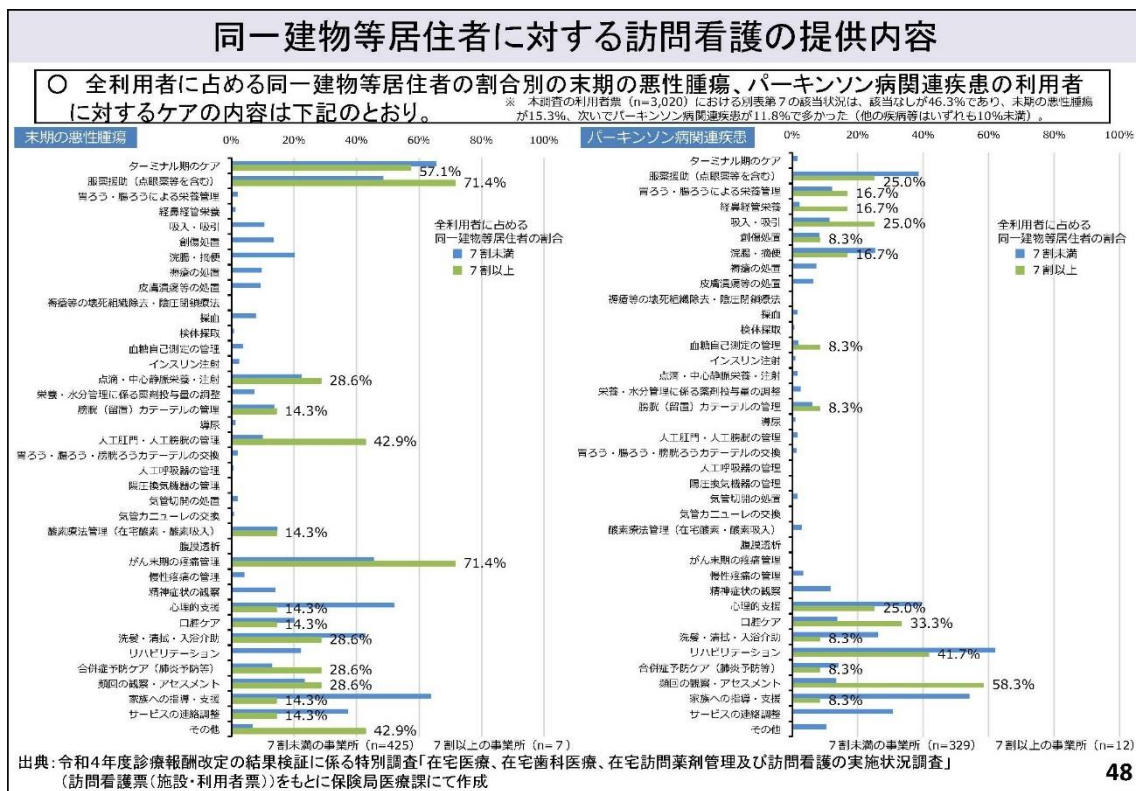
（集合住宅等における効率的な訪問看護等について）

- 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。

前回 10 月 20 日の議論では、問題となるのはごく一部の事業所であり、こうした事例については審査において対応するのがセオリーであること。

また、算定日数が多い利用者は、別表 7・8 に該当する医療ニーズの高い者であることも示されており、高額となることに一定の理由がある難病患者等もいることも示されております。

したがって、単に高額ということに注目するだけでなく、ほかにどのような対応が可能なのか、もう少し丁寧に検討する必要があると申し上げたところです。



今回は、48 ページに同一建物居住者に対する訪問看護の提供内容として、末期の悪性腫瘍に対するケアなども示されておりますが、同一建物等居住割合が 7 割以上の事業者のほうが疼痛管理の割合が高いなど、より専門的なケアをしている実態も示されており、やはり単に高額ということに着目するだけでは判断ができないように思います。

まずは、算定回数が多い医療機関、訪問看護ステーションに対して、今回の電子化に伴い、レセプトや訪問看護記録に緊急訪問、複数名訪問の理由を記載していただき、審査・指導でチェックできるようにし、その上で、データが蓄積されていけば、その後、診療報酬上の措置を検討するなどの方法を検討すべきではないでしょうか。

私からは以上ですが、小塩会長におかれましては、看護協会の専門委員に発言の機会をご検討いただければ幸いです。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。続きまして、いかがでしょうか。はい、松本委員、お願いいたします。

○松本真人委員（健康保険組合連合会理事）

はい、ありがとうございます。それでは、まず訪問診療・往診等につきまして、31 ページの論点に沿ってコメントいたします。

（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。

まず包括的支援加算につきましてですが、資料の11 ページを拝見しますと、現行の基準である要介護度2、認知症生活自立度Ⅱbを境に診療時間が長くなるとは言えず、むしろ自立の場合に最も診療時間が長いことがわかります。

訪問診療における患者の状態と診療時間

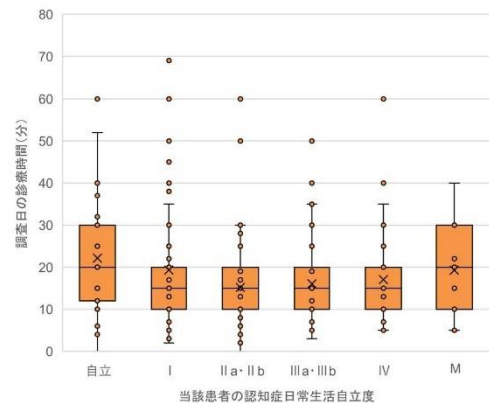
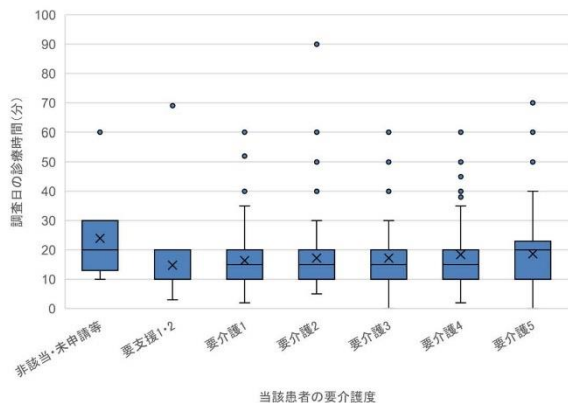
- 訪問診療を行っている患者の要介護度については、要介護度が高いほど、診療時間が長い。診療時間が最も長いのは非該当・未申請等の患者であった。
- 訪問診療を行っている患者の認知症高齢者の日常生活自立度については、IVやMの患者はIIやIIIの患者より診療時間が長く、診療時間が最も長いのは「自立」の患者であった。

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 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 |
| 間の 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 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 |
| 間の 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

要介護度は、認知症日常生活自立度を加算の指標とする必要性は、そういったデータを見ますと乏しいのではないかと考えられます。

一方で、資料 13 ページを見てみますと、経口麻薬を使用する患者は、12 ページにあります既に加算の対象になっている注射や処置の患者と比べても診療時間が長い実態がありますので、加算の対象に追加することに異論はありません。

次に、訪問回数が多い医療機関については、資料の 17 ページを見てみますと、手間のかかる往診や看取りの実績が相対的には少なく、効率的な訪問診療を実施していることがうかがえます。

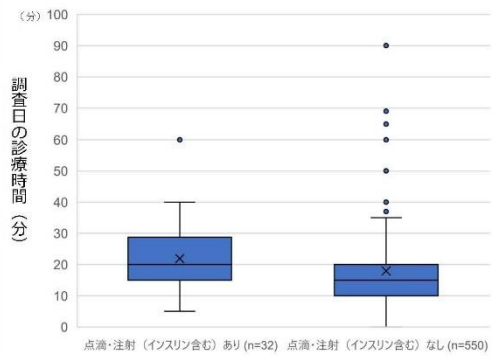
訪問専門の医療機関と同様に厳格な要件を定め、それを満たせない場合は在宅療養支援の役割を果たしていないと判断すべきと考えます。

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。

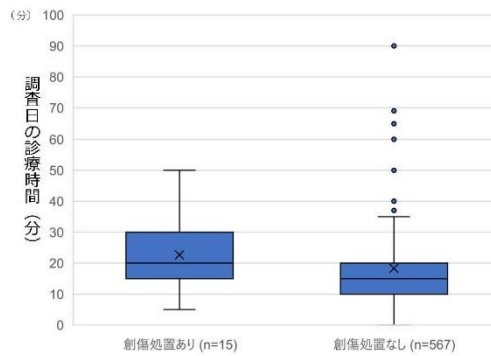
点滴・注射（インスリン含む）の実施状況別の調査日の診療時間（分）

| | 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

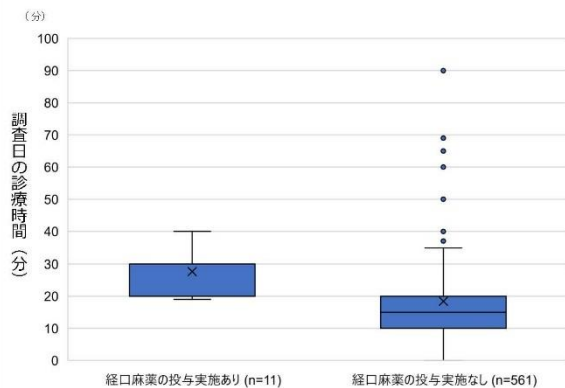
12

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

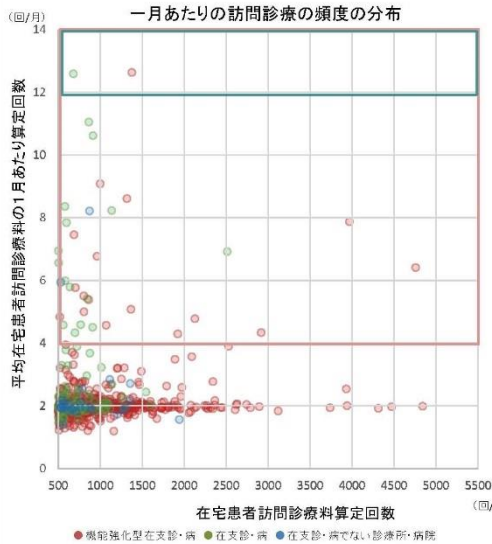
| | 人生の最終段階にある患者 | | 人生の最終段階にない患者 | |
|--------------------|--------------|-------|--------------|-------|
| | 悪性腫瘍 | 非悪性腫瘍 | 悪性腫瘍 | 非悪性腫瘍 |
| 経口麻薬の投与あり(n=11) | 7人 | 1人 | 1人 | 2人 |
| 【参考】 全患者(n=540) | 35人 | 28人 | 28人 | 449人 |

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

13

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 | 皮膚欠乏性湿疹 | 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当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 | 膝うつ病 | 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 | 狭心症 | 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)

18

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 | うつ病 | 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 | うつ病 | 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
- ・頭顔損傷
- ・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)

19

次に、頻回な訪問診療を実施している医療機関については、資料の 18 ページ、19 ページを見てみますと、訪問回数が多い認知症や高血圧の患者を診療している実態がうかがえます。

ただ、そもそもこうした疾患に頻回な訪問診療が本当に必要なのか疑問を感じます。本来、訪問看護と連携するなど、地域包括ケアシステムとして対応すべきであり、疾患の特性を踏まえて厳格に訪問診療の回数を管理することも必要だと考えます。

次に、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は、地域連携の枠組みが重要だと考えております。

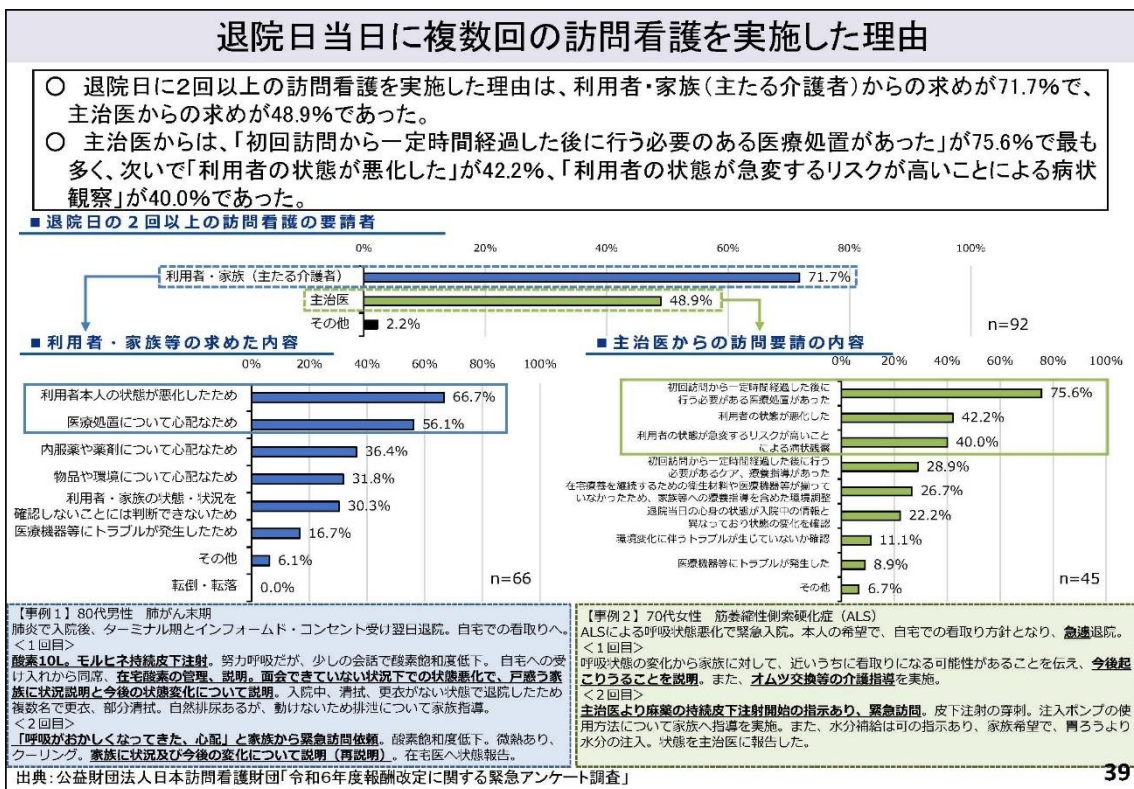
| 地域で有効に機能している在宅医療連携モデル | | 第 12 回 第 8 次 医療計画等に関する検討会 | 資料 1 |
|--|-------------------|---|--------------------------------|
| | | 令和 4 年 8 月 4 日 | |
| ○ 診療のバックアップ体制や夜間輪番制等の在宅医療を担う医師による相互協力や多職種連携に基づく水平連携と、急変時に入院を要する在宅療養患者のための垂直連携の仕組みを構築している地域がある。 | | | |
| 訪問診療を行う医師のグループ形成によるバックアップ (千葉県柏市) | | 患者急変時の ICT を活用した患者情報連携 (新潟県長岡市) | |
| n対n(行政が仲介) | グループ診療 | n対n | ICT を活用した多職種を含む水平連携 |
| →柏市と医師会が中心となり、地域の多職種も巻き込みつつ、体制を構築。 ○ 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、建物も柏市医師会・柏市歯科医師会・柏市薬剤師会の寄附により建立。 | | →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。 | |
| <small>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</small> | | | |
| | | | 25 |

25 ページに紹介されておりますように、ICT の活用等により、緊急時の対応を含めた強いネットワークで 24 時間体制を構築する観点で、在宅療養移行加算の施設基準を見直すことには検討の余地があります。

続きまして、訪問看護について 64 ページの論点に沿ってコメントいたします。

(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。

退院当日の複数回の訪問看護については、前回の議論でお願いした分析を 39 ページ以降にお示しいただき、ありがとうございます。



データを見てみますと、末期の悪性腫瘍が多いことや、病状の悪化や医療処置が行われていることなど複数回の訪問が必要な事情は理解できました。

なるべく1回の訪問で対応する工夫を行いつつ、必要な場合の評価を検討することには異論はございません。

(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。

次に、集合住宅等における効率的な訪問看護について、46 ページ以降をみてくださいと、同一建物の居住者が7割以上の事業所では営利法人が約9割を占めており、また機能強化型を届け出る意向は約9割がなく、1回あたりの訪問時間は相対的に短い傾向がございます。

効率的に頻回な訪問看護を提供している実態がうかがえますので、同一建物居住者の割合が高い訪問看護ステーションについては訪問看護療養費を適正化すべきです。

(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の評価してはどうか。

最後に、介護保険との差異については、身体拘束の原則禁止をはじめとして、この同時改定のタイミングであるからこそ取扱いを揃える方向で、ぜひ進めていただきたいと思います。私からは以上でございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。ほかに、ご意見、ご質問いかがでしょうか。

よろしいでしょうか。それでは、先ほど長島委員からのご提案もございましたので、木澤専門委員からコメントをお願いいたします。

○木澤晃代専門委員（日本看護協会常任理事）

はい、ありがとうございます。「医療ニーズの高い利用者の退院支援について」ですが、

（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。

退院日当日に複数回訪問看護を実施している利用者の方は「別表第7」および「第8」に該当する方、特に末期悪性腫瘍等の方が多いう状況です。

最後の時間をご自宅で過ごすために退院される場合も多く、退院日当日に一度訪問したあとに状態が悪化し、主治医からの追加指示のもと、疼痛管理などの医療処置が必要になることや、そのような状況に不安を感じているご家族への丁寧な説明や技術的指導なども必要になります。

医療ニーズの高い利用者の退院支援として、このような実態も踏まえ、安心して在宅療養を開始できるよう退院日合計 90 分を超える複数回の訪問看護については適切な評価が必要と考えます。

（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。

「集合住宅等における効率的な訪問看護等について」です。

特定施設入居者生活介護またはサービス付き高齢者住宅は、同一敷地内または隣接している状況等においては、移動のためにおいて、効率的に実施されることから、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対する評価のあり方を移動のコストの観点から検討することが必要であろうと考えています。

ただし、どのような場にお住まいになっても、訪問看護の必要性があれば、医師の指示のもと、しっかりと対応していくことが地域での療養を支えることとなりますので、どのような評価方法が適切かは十分にご検討いただきたいと思います。私からは以上でございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。ほかにご質問等はございますでしょうか。はい、江澤委員、お願いいたします。

○江澤和彦委員（日本医師会常任理事）

1点だけ申し上げます。19 ページに訪問診療の算定回数が多い主傷病名が出ておりますけれども。

| 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) | | 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 | 11.2% | 1 | アルツハイマー型認知症 | 12.8% |
| 2 | 高血圧症 | 11.1% | 2 | 高血圧症 | 11.4% |
| 3 | 認知症 | 4.3% | 3 | 認知症 | 7.6% |
| 4 | **未コード化傷病名** | 2.9% | 4 | **未コード化傷病名** | 5.7% |
| 5 | 2型糖尿病 | 2.6% | 5 | 脳梗塞後遺症 | 3.1% |
| 6 | 慢性心不全 | 2.5% | 6 | 2型糖尿病 | 2.6% |
| 6 | 脳梗塞後遺症 | 2.5% | 7 | 慢性心不全 | 2.3% |
| 8 | 糖尿病 | 1.6% | 8 | 脳梗塞 | 2.1% |
| 9 | 統合失調症 | 1.6% | 8 | 統合失調症 | 2.1% |
| 10 | パーキンソン病 | 1.3% | 10 | 高コレステロール血症 | 1.5% |
| 11 | 慢性呼吸不全 | 1.1% | 11 | パーキンソン病 | 1.2% |
| 12 | 脳梗塞 | 1.1% | 12 | 加齢性白内障 | 1.1% |
| 13 | 脳出血後遺症 | 1.0% | 12 | 骨粗鬆症 | 1.1% |
| 14 | うつ病 | 0.7% | 14 | 狭心症 | 1.0% |
| 15 | 心不全 | 0.7% | 15 | 慢性腎不全 | 0.9% |
| 16 | 骨粗鬆症 | 0.7% | 16 | 糖尿病 | 0.8% |
| 17 | 廃用症候群 | 0.7% | 16 | 慢性呼吸不全 | 0.8% |
| 18 | うつ病性心不全 | 0.7% | 16 | レビー小体型認知症 | 0.8% |
| 19 | 便秘症 | 0.7% | 19 | 多発性脳梗塞 | 0.7% |
| 20 | 肺癌 | 0.7% | 19 | 脳出血後遺症 | 0.7% |
| 20 | 狭心症 | 0.7% | 19 | 腰椎圧迫骨折 | 0.7% |
| | | | 19 | うつ病性心不全 | 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
- ・頭顔損傷
- ・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)

これは長島委員も申しましたとおり、あくまでも主病名であって、

例えば、こういった方に気管支肺炎とか、いろんな感染症とか脱水が起きたときに頻回に点滴が一時的に必要なになるとか、いう状況がありますし、

高齢者はあまり、マルチモビディティと言いまして、複数の疾患を持っているのが普通でありますので、これは、たまたま主病名として出ているものだというふう
に理解しておりますので、1点だけ申し上げたいと思います。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。ほかは、よろしいでしょうか。

はい。それでは、ほかに特にご質問等ないようですので、本件に係る質疑はこのあたりといたします。

今後、事務局におかれましては、本日いただいたご意見も踏まえて対応していただくようお願いいたします。