

診療報酬基本問題小委員会の今後の在り方(案)

1. 診療報酬基本問題小委員会の設置趣旨

(1) 目的

ア 平成3年7月に、診療報酬に関する多岐にわたる基本的諸問題について、中長期的観点にたち、幅広い視点から論点整理を行い、あらかじめ意見調整を行うため、中医協に診療報酬基本問題小委員会(以下「基本問題小委」という。)を設置

(参考) 総会…中医協の最終的な意思決定

小委員会…特定の事項についてあらかじめ意見調整を行うため、中医協に設置(支払側委員と診療側委員は同数)

専門部会…特に専門的な事項の調査審議を行うため、中医協に設置(支払側委員と診療側委員は同数)

分科会…中医協は、診療報酬上の技術的課題について調査審議する必要があるときに、診療報酬体系の見直しに係る技術的課題に関して専門的な調査及び検討を行う「分科会」から意見を聴くことができる(医学、歯学、薬学、看護学、医療経済学等に係る専門的知識を有する者により構成)

(2) 委員構成の変遷

	支払側	診療側	公益	専門委員	
平成3年	4名	4名	4名	—	
平成15年	4名	4名	4名	1名	看護の専門委員の追加
平成19年	5名	5名	6名	1名	法改正による公益委員の増に伴う委員の追加
平成21年	7名	7名	6名	2名	現行の体制((3)参照)

(3) 現行の体制とした理由

ア 平成21年10月に、次の2つの理由から、基本問題小委に支払側・診療側・公益の全委員、北村専門委員(当時:日本診療放射線技師会会長)、坂本専門委員(当時:日本看護協会副会長)が所属することとし、総会の委員と基本問題小委の委員をほぼ同一にした。

(ア) 基本問題小委において、診療報酬本体の改定の原案づくりを行うに当たって、できるだけ幅広いバックグラウンドの委員の意見を反映するため

(イ) それまで基本問題小委で審議した内容をまた総会で説明した上で審議していたが、ほぼ同一の委員とすることにより、総会の審議を効率化するため

※ 平成21年10月の委員交代に際し、中医協が1か月開催できず、平成22年度診療報酬改定まで時間がなかった。

※ 平成24年度診療報酬改定においては、診療報酬本体の改定の原案の議論は、基本問題小委ではなく、総会で行った。

2. 診療報酬基本問題小委員会の今後の在り方(案)

(1) 平成 26 年度診療報酬改定に向けた議論

- ア 平成 26 年度診療報酬改定に向けた議論については、これまで、総会、専門部会、分科会を中心に議論を進めてきている。

- イ これから改定の議論が本格化する中で、基本問題小委で診療報酬本体の改定の原案について議論した上で、ほぼ同一の委員からなる総会でまた議論を行うことは、効率的ではないと考えられる。

- ウ 平成 26 年度診療報酬改定に向けた議論については、前回改定と同様、基本問題小委ではなく、総会で議論することとしてはどうか。

(2) 平成 26 年度診療報酬改定後の議論

- ア 基本問題小委について、総会とは別に、論点整理を行い、あらかじめ意見調整を行うことができるよう、平成 19 年の体制(支払側委員 5 名、診療側委員 5 名、公益委員 6 名、専門委員 1 名)に戻すこととしてはどうか。

- イ その上で、基本問題小委における検討事項について、次のような観点から、改めて整理することとしてはどうか。
 - (ア) 「診療報酬本体の改定の原案」について、基本問題小委で議論した上で、当該原案を総会で議論する。

 - (イ) 基本問題小委で議論する「中長期的な課題」については、既存の分科会との役割を整理した上で、平成 24 年 7 月 18 日の基本問題小委に提出された「支払側委員の意見」や「診療側委員の意見」、平成 26 年度診療報酬改定に向けた議論等を踏まえて整理する。

中央社会保険医療協議会の関連組織

中央社会保険医療協議会

総会 (S25設置)

報告

報告

聴取

意見

専門部会

特に専門的事項を調査審議させるため必要があるとき、
中医協の議決により設置

診療報酬改定結果 検証部会

所掌: 診療報酬が医療現場等に与えた影響等について審議
設置: H17
会長: 牛丸聡(早稲田大学政治経済学術院教授)
委員: 公益委員のみ
開催: 改定の議論に応じて開催
平成22年度2回
平成23年度2回
平成24年度4回

薬価専門部会

所掌: 薬価の価格算定ルールを審議
設置: H2
会長: 西村万里子(明治学院大学法学部教授)
委員: 支払: 診療: 公益 = 4:4:4
開催: 改定の議論に応じて開催
平成22年度2回
平成23年度14回
平成24年度7回

費用対効果評価 専門部会

所掌: 医療保険制度における費用対効果評価導入の在り方について審議
設置: H24
会長: 関原健夫(日本対がん協会常務理事)
委員: 支払: 診療: 公益: 参考人 = 6:6:4:3
開催: 改定の議論に応じて開催

保険医療材料 専門部会

所掌: 保険医療材料の価格算定ルールを審議
設置: H11
会長: 印南一路(慶應義塾大学総合政策学部教授)
委員: 支払: 診療: 公益 = 4:4:4
開催: 改定の議論に応じて開催
平成22年度2回
平成23年度9回
平成24年度1回

小委員会

特定の事項についてあらかじめ意見調整を行う必要があるとき
中医協の議決により設置

診療報酬基本問題 小委員会

所掌: 基本的な問題についてあらかじめ意見調整を行う
設置: H3
会長: 森田朗(学習院大学法学部教授)
委員: 支払: 診療: 公益 = 7:7:6
開催: 改定の議論に応じて開催
平成19年度28回(総会24回)
平成20年度10回(総会16回)
平成21年度26回(総会28回)
平成22年度0回(総会18回)
平成23年度0回(総会34回)
平成24年度5回(総会18回)

調査実施小委員会

所掌: 医療経済実態調査についてあらかじめ意見調整を行う
設置: S42
会長:
委員: 支払: 診療: 公益 = 5:5:4
開催: 調査設計で開催
平成22年度3回
平成23年度2回
平成24年度4回

専門組織

薬価算定、材料の適用及び技術的課題等について調査審議する必要があるとき、有識者に意見を聴くことができる

薬価算定組織

所掌: 新薬の薬価算定等についての調査審議
設置: H12
委員長: 長瀬隆英(東京大学大学院教授)
委員: 保険医療専門審査員
時期: 4半期に一度の薬価収載、緊急収載等に応じて、月一回程度

診療報酬調査専門組織

所掌: 診療報酬体系の見直しに係る技術的課題の調査・検討
設置: H15 委員: 保険医療専門審査員

- **DPC評価分科会** 時期: 月1回程度
会長: 小山信彌(東邦大学医療センター大森病院心臓血管外科部長)
- **医療技術評価分科会** 時期: 年1回程度
会長: 吉田英機(東京都支払基金審査委員長)
- **医療機関のコスト調査分科会** 時期: 年1回程度
会長:
- **医療機関等における消費税負担に関する分科会**
会長: 田中滋(慶應義塾大学大学院教授)
- **入院医療等の調査・評価分科会**
会長: 武藤正樹(国際医療福祉大学大学院教授)

保険医療材料 専門組織

所掌: 特定保険医療材料の保険適用についての調査審議
設置: H12
委員長: 松本純夫(東京医療センター院長)
委員: 保険医療専門審査員
時期: 4半期に一度の保険収載等に応じて、3月に3回程度

診療報酬基本問題小委員会委員名簿(変更後)(案)

総会名簿(変更後)

代表区分	氏名
1. 健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員	矢内邦夫 白川修二 花井圭子 花井十伍 石山恵司 田中伸一 伊藤文郎
2. 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	鈴木邦彦 安達秀樹 (新)中川俊男 万代恭嗣 (新)長瀬輝誼 堀憲郎 三浦洋嗣
3. 公益を代表する委員	印南一路 牛丸聡 関原健夫 西村万里子 野口晴子 ◎森田朗
4. 専門委員	福井トシ子 (新)宮島喜文

◎印：小委員長

代表区分	氏名
1. 健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員	矢内邦夫 白川修二 花井圭子 花井十伍 石山恵司 田中伸一 伊藤文郎
2. 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	鈴木邦彦 安達秀樹 (新)中川俊男 万代恭嗣 (新)長瀬輝誼 堀憲郎 三浦洋嗣
3. 公益を代表する委員	印南一路 牛丸聡 関原健夫 西村万里子 野口晴子 ◎森田朗
4. 専門委員	藤原忠彦 福井トシ子 (新)宮島喜文 丹沢秀樹

◎印：会長

○委員の所属の小委員会・部会について

(遠藤会長)

それでは、次に委員の所属の小委員会・部会についてお諮りしたいと思います。

小委員会・部会に属すべき委員につきましては、社会保険医療協議会法施行令等によりまして、中医協の承認を経て会長が指名するということになっております。私のほうで原案を考えてまいりましたので、まずは、それに従って説明させていただこうと思います。

まず、基本問題小委員会でありますけれども、これには支払側・診療側委員の全員及び北村専門委員と坂本専門委員を基本問題小委に所属していただくということにしたいと思えます。従来、基本小委の人数は総会の人数より当然少なかったわけでありすけれども、このように総会の委員と基本小委の委員とできるだけ同一にするという理由は2つございまして、1つは、基本問題小委というのは診療報酬の本体部分を決定する上で極めて重要な原案づくりを行います。そういう意味で非常に大きな影響力を持っておりますので、できるだけ幅広いバックグラウンドの委員の方の御意見を反映したいということが1つの理由であります。もう一つの理由は効率化でありまして、今後非常に幅広い事項を限定された時間の中で審議していかなければなりません。また、結論をある一定期間までに出さなければならないという作業が待っておりますので、総会の委員と基本問題小委の委員を一致させることによりまして事務は効率化できる。従来は基本小委で審議した内容をまた総会で説明して、総会でまたご審議いただくということをやっておりましたけれども、これを同じ人物でやれば、総会での審議が極めて効率化できるのだろうということとであります。その2つの理由で今のような人事案を考えさせていただきました。

基本診療料等に関する1号側（支払側）の意見

平成 24 年 7 月 18 日

1. 基本的な考え方

- ・ 社会保障・税の一体改革では、2025 年のあるべき医療提供体制を目指し、病院・病床機能の役割分担・連携や在宅医療の充実を推進することとしている。これらの方針の実現に向け、基本診療料の検討を通じて、診療報酬上の対応を審議すべきと考える。
- ・ 基本問題小委員会の今後の進め方について、支払側委員としては、「平成 26 年度診療報酬改定に向けた課題」と「中長期的な課題」に整理し、検討することを求める。

2. 26 年度改定に向けた課題

(1) 入院基本料について

- ・ 急性期対応を想定した病床に看護必要度や診療密度が低い患者が入院している可能性があり、この検証・分析が必要である。

【主な検討内容】

- ・ 入院基本料は、主に看護配置に基づいて設定されているが、社会保障・税の一体改革に示された病院・病床機能の分化と関連づけた評価を検討すべきである。
- ・ このため、看護配置と診療密度・看護必要度との関係、入院期間等に関する調査に基づいて、それぞれの病床機能に応じた患者の状態像を明確にしたうえで、状態像に対応する医学管理や看護の必要度などを主な指標とする評価方法を導入すべきである。これにより、看護必要度等の低い患者は、高い入院基本料を算定できない仕組みに改めるべきである。
- ・ 入院前に実施されるものも含め、入院時に必要なものとして画一的に行われている検査等は入院基本料に包括すべきと考える。このため、入院時に画一的に行われている検査等を調査したうえで、包括化することを検討すべきである。

(2) 初・再診料、外来診療料、各種加算（外来管理加算等）について

① 再診料と各種加算（外来管理加算等）との関係について

- ・ 意義づけが不明確な外来管理加算等の各種加算については、患者からみてもわかりにくいいため、見直すことが必要である。

【主な検討内容】

- ・ 外来管理加算は、患者の病歴や生活習慣等を総合的に管理・診察することに対する評価とするため、患者を総合的かつ計画的に診る役割を担う医師を評価する方向で検討すべきである。
- ・ また、慢性的な疾患のうち、医療の標準化が一定程度可能なものについて、再診料と併せて包括的な評価を行うことを検討すべきである。その際、必要以上の受診のは正や医療の過少提供の防止を図る仕組みを設けることを合わせて検討すべきである。

る。

② 時間外加算

- ・ 時間外加算は原則として標榜時間外に算定できるとしているが、その運用に不透明な面がある。

【主な検討内容】

- ・ 時間外加算が算定要件どおりに算定されているかについて調査すべきである。

(3) 診療報酬の簡素・合理化の推進

- ・ 医療サービスの内容をわかりやすくするため、現行の診療報酬体系を簡素・合理化する必要がある。

【主な検討内容】

- ・ 診療報酬の簡素・合理化に向け、「24年度改定で包括化された褥瘡患者管理加算などのようにすでに多くの医療機関が算定している加算」、「放射線治療病室加算等の算定実績がない加算」、「療養病棟環境改善加算、医療安全対策加算等の加算を創設した所期の目的を果たしたと考えられる加算」について、引き続き調査し、歯科・調剤も含め加算の廃止・適正化の方向で検討を進めるべきである。

3. 中長期的な課題

(1) 患者を総合的かつ計画的に診る役割を担う医師への診療報酬上の評価の導入に向けた検討

- ・ 患者を総合的かつ計画的に診る役割を担う医師の養成と普及を促進するため、こうした医師の活動を評価する包括的な報酬のあり方について検討すべきである。

(2) 入院及び外来の新たな評価手法に向けた検討

①入院

- ・ 入院医療については、社会保障・税の一体改革が示した高度急性期、一般急性期、亜急性期など病院・病床の機能・役割に応じた評価のあり方を検討すべきである。
- ・ また、入院医療においては、出来高払い方式を廃止し、原則として定額払い方式に移行することを検討すべきである。
- ・ DPC制度については、在院日数の短縮や医療の標準化・透明化を一層推進するために、可能な疾病から1入院当たりの定額払い方式を検討すべきである。

②外来診療

- ・ 歯科を含めた外来診療に係るデータの収集・分析を進め、医療の標準化に向けた検討を進めるべきである。
- ・ そのうえで、歯科を含めた専門外来については、標準化が可能な疾病及び治療方法から定額払い方式の導入に向けた検討を行うべきである。

③入院・外来

- ・ 治療経過が標準的な疾病の実態を調査したうえで、入院と外来及び施設間の垣根を越えた定額払いについて検討を進めるべきである。

平成24年7月18日

基本診療料の検討の進め方に対する二号（診療側）委員の意見

中央社会保険医療協議会

二号委員

鈴木 邦彦

安達 秀樹

嘉山 孝正

西澤 寛俊

万代 恭嗣

堀 憲郎

三浦 洋嗣

我々がかねてより、現行の診療報酬体系（特に基本診療料）において、診療に要する諸費用が明確かつ適切に評価されてこなかったことを踏まえ、その是正に向けた検討の必要性を主張してきた。それは、エビデンスに基づいた形で、国民から理解と納得を得られる診療報酬点数の設定を行うためである。

基本問題小委員会における基本診療料に関する今後の具体的な検討の進め方について、以下の通りの提案を行う。

1. 基本診療料のあり方に関する中長期的な検討

中長期的な取組みとして、入院診療の要をなす一般病棟入院基本料の定義付けに関する議論を行うことを提案する。

入院基本料は、平成12年度に入院時医学管理料、看護料、室料・入院環境料が包括されて設定されたものであるが、現状では入院基本料の中で何をどのように評価しているかが不明確となっている。例えば、医学管理について見ると、入院基本料だけではなく、加算や特掲診療料にも医学管理を評価する項目があり、それらがどういう基準で切り分けられて評価されているのか、必ずしも明らかではない。その他の費用についても同様であり、要するに、基本診療料とそれ以外にまたがって評価されている費用について、点数設定の基本的な考え方が整理されていないのが実態である。そして、入院基本料はもっぱら看護配置基準ありきで評価される構造になっており、評価体系として適切とは言えない。

そこで、まずは、一般病棟入院基本料について、包括化前の入院時医学管理料、看護料、室料・入院環境料という内訳に遡りながら、①基本的な医学管理に必要な費用、②基本的な医療従事者配置に必要な費用、③基本的な施設・設備及び環境の維持に必要な費用として、それぞれに含まれる内容を具体的に項目立てする形で明確に定義付けしていくことを提案したい。その上で、一般病棟入院基本料の評価体系のあり方、加算や特掲診療料による評価との関係等について検討していくこととしたい。

これらの検討を進めるに当たっては、まずは基本問題小委員会において基本的な議論を行った上で、技術的な内容については、基本問題小委員会の下にワーキンググループ

を設置し、そこで詳細な検討を行う（その際、検討状況を随時基本問題小委員会に報告し、その了承を得ながら検討を進める）ことを提案したい。なお、初・再診料やその他の入院基本料、特定入院料等については、一般病棟入院基本料に関する検討を踏まえた形で議論を進めていくこととしたい。

2. 次期改定までの短期的な対応

次期改定までに検討すべき基本診療料をめぐる課題については、基本問題小委員会において、上記の中長期的な検討とは切り離して議論していくことを求める。

具体的には、入院基本料の場合、看護師の月平均夜勤時間に関する72時間ルールや今年度診療報酬改定で包括化された栄養管理実施加算の基準を満たさない場合の診療報酬上の対応等が挙げられるが、個別の論点に関する見解については、今後の議論の中で適宜指摘していきたい。外来の初・再診料についても同様に必要な議論を行った上で、可能なものは次期改定において反映させたい。

公知申請とされた適応外薬の保険適用について

1. 適応外薬の保険適用を迅速に行う観点から、薬事・食品衛生審議会の事前評価が終了した適応外薬については、当該評価が終了した段階で、薬事承認を待たずに保険適用することとしているところ（別添）。
2. 先般、以下の適応外薬の適応については、事前評価が終了し、公知申請して差し支えないとされたところ、各々の保険適用について以下のとおり。

(1) 10月18日開催の薬食審医薬品第二部会における事前評価が終了し、同日付で保険適用されたもの

一般的名称	販売名【会社名】	新たに保険適用が認められた適応等
バンコマイシン塩酸塩	塩酸バンコマイシン点滴静注用 0.5g 【塩野義製薬（株）】	<p>①<適応の追加> (適応菌種) バンコマイシンに感性のメチシリン耐性コアグラゼ陰性ブドウ球菌 (適応症) 敗血症、感染性心内膜炎、外傷・熱傷及び手術創等の二次感染、骨髄炎、関節炎、腹膜炎、化膿性髄膜炎</p> <p>②<適応の追加> バンコマイシンに感性のメチシリン耐性黄色ブドウ球菌又はバンコマイシンに感性のメチシリン耐性コアグラゼ陰性ブドウ球菌感染が疑われる発熱性好中球減少症</p>
組換え沈降 B 型肝炎ワクチン(酵母由来)	<p>①ヘプタバックスーⅡ 【MSD（株）】</p> <p>②ビームゲン 【(一財) 化学及血清療法研究所】</p>	<p><用法・用量の変更> (下線部変更部分) B型肝炎ウイルス母子感染の予防(抗HBs 人免疫グロブリンとの併用):</p> <p>通常、0.25mL を 1 回、生後 <u>12 時間以内を目安</u>に皮下に注射する。更に、0.25mL ずつを初回注射の 1 箇月後及び <u>6 箇月後</u>の 2 回、同様の用法で注射する。ただし、能動的 HBs 抗体が獲得されていない場合には追加注射する。</p>

<p>①② 乾燥抗 HBs 人免疫グロブリン</p> <p>③④ 抗 HBs 人免疫グロブリン</p>	<p>①ヘブスブリン筋注用 200 単位 ヘブスブリン筋注用 1000 単位 【(一社) 日本血液製剤機構】</p> <p>②乾燥 HB グロブリン筋注用 200 単位「ニチャク」 乾燥 HB グロブリン筋注用 1000 単位「ニチャク」 【日本製薬(株)】</p> <p>③抗 HBs 人免疫グロブリン筋注 200 単位/1mL「日赤」 抗 HBs 人免疫グロブリン筋注 1000 単位/5mL「日赤」 【(一社) 日本血液製剤機構】</p> <p>④ヘパトセーラ筋注 200 単位/mL 【(一財) 化学及血清療法研究所】</p>	<p><用法・用量の変更> (下線部変更部分) 新生児の B 型肝炎予防 (原則として、沈降 B 型肝炎ワクチンとの併用) :</p> <p>初回注射量は 0.5~1.0mL を筋肉内に注射する。初回注射の時期は生後 5 日以内とする。なお、生後 <u>12</u> 時間以内が望ましい。また、追加注射には、体重 1kg 当たり 0.16~0.24mL を投与する。</p>
---	---	---

(2) 10月28日開催の薬食審医薬品第一部会における事前評価が終了し、同日付で保険適用されたもの

一般的名称	販売名【会社名】	新たに保険適用が認められた適応等
パミドロン酸二ナトリウム水和物	アレディア点滴静注用 15mg アレディア点滴静注用 30mg 【ノバルティス ファーマ(株)】	<適応の追加> 骨形成不全症

(参考)

- 適応外薬の「公知申請への該当性に係る報告書」等については、厚生労働省及び医薬品医療機器総合機構 (PMDA) のホームページに公表されている。
http://www.info.pmda.go.jp/kouchishinsei/kouchishinsei_index.html
- 上記資料に基づいて各患者の症状に応じ適切に使用されることが必要。

(別添)

公知申請とされた適応外薬の保険上の取扱いについて

平成22年8月25日
中医協了承

○ 適応外薬のうち、以下の医学薬学的評価のプロセスを経たものについては、薬事・食品衛生審議会の事前評価が終了した時点で、適応外薬に係る有効性・安全性について公知であることが確認されたといえる。

- ① 検討会議^{※)}において、医療上の必要性が高いと判断
- ② 検討会議のワーキンググループが、有効性や安全性が医学薬学上公知であるかどうかを検討し、報告書を作成
- ③ 検討会議は報告書に基づき公知申請の該当性を検討・判断
- ④ 検討会議で公知申請が可能と判断された医薬品について、薬食審医薬品部会が事前評価を実施

※)「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」

○ このため、適応外薬の保険適用を迅速に行う観点から、上記スキームを経た適応外薬については、事前評価が終了した段階で、薬事承認を待たずに保険適用とする。

中	医	協	総	-	3		
2	5	.	1	0	.	3	0

中	医	協	総	-	3		
2	5	.	1	0	.	2	3

在宅医療(その4)

平成25年10月23日

本日の内容

1. 機能強化型在宅療養支援診療所・病院の要件等について
2. 訪問看護
3. 在宅医療における注射薬や衛生材料等の提供
4. 在宅医療における薬剤師の役割
5. 在宅歯科医療
6. 在宅医療における患者紹介等の事例
7. 在宅医療を専門に行う保険医療機関

1. 機能強化型在宅療養支援診療所・病院の要件等について
2. 訪問看護
3. 在宅医療における注射薬や衛生材料等の提供
4. 在宅医療における薬剤師の役割
5. 在宅歯科医療
6. 在宅医療における患者紹介等の事例
7. 在宅医療を専門に行う保険医療機関

在宅療養支援診療所・病院の概要

医療保険部会 参考資料
(改) 25. 5. 29

在宅療養支援診療所

地域において在宅医療を支える24時間の窓口として、他の病院、診療所等と連携を図りつつ、24時間往診、訪問看護等を提供する診療所

【主な施設基準】

- ① 診療所
- ② 24時間連絡を受ける体制を確保している
- ③ 24時間往診可能である
- ④ 24時間訪問看護が可能である
- ⑤ 緊急時に入院できる病床を確保している
- ⑥ 連携する保険医療機関、訪問看護ステーションに適切に患者の情報を提供している
- ⑦ 年に1回、看取りの数を報告している

注1：③、④、⑤の往診、訪問看護、緊急時の病床確保については、連携する保険医療機関や訪問看護ステーションにおける対応でも可

在宅療養支援病院

診療所のない地域において、在宅療養支援診療所と同様に、在宅医療の主たる担い手となっている病院

【主な施設基準】

- ① 200床未満又は4km以内に診療所がない病院
- ② 24時間連絡を受ける体制を確保している
- ③ 24時間往診可能である
- ④ 24時間訪問看護が可能である
- ⑤ 緊急時に入院できる病床を確保している
- ⑥ 連携する保険医療機関、訪問看護ステーションに適切に患者の情報を提供している
- ⑦ 年に1回、看取りの数を報告している

注2：④の訪問看護については、連携する保険医療機関や訪問看護ステーションにおける対応でも可

機能を強化した在宅療養支援診療所・病院

複数の医師が在籍し、緊急往診と看取りの実績を有する医療機関(地域で複数の医療機関が連携して対応することも可能)が往診料や在宅における医学管理等を行った場合に高い評価を行う。

【主な施設基準】

- ① 在宅医療を担当する常勤の医師が3名以上配置
- ② 過去1年間の緊急の往診の実績を5件以上有する
- ③ 過去1年間の在宅における看取りの実績を2件以上有している

注3：上記の要件(①～③)については、他の連携保険医療機関(診療所又は200床未満の病院)との合計でも可

在宅医療の充実②(24年診療報酬改定)

中医協 総-1
25.6.26

医療機関間連携等による在宅医療の機能強化と看取りの充実

➤医療機関間連携等を行い、緊急往診と看取りの実績等を有する医療機関について、評価の引き上げを行う。

- ・緊急時・夜間の往診料の引き上げ
- ・在宅時医学総合管理料の引き上げ
- ・在宅患者緊急入院診療加算の引き上げ
- ・在宅ターミナルケア加算の評価体系の見直し

【改定前】 <機能を強化した在宅療養支援診療所/病院(病床を有する場合)の例> 【改定後】

往診料 緊急加算	650点
在宅時医学総合管理料(処方せん有)	4,200点
在宅患者緊急入院診療加算	1,300点
在宅ターミナルケア加算	10,000点

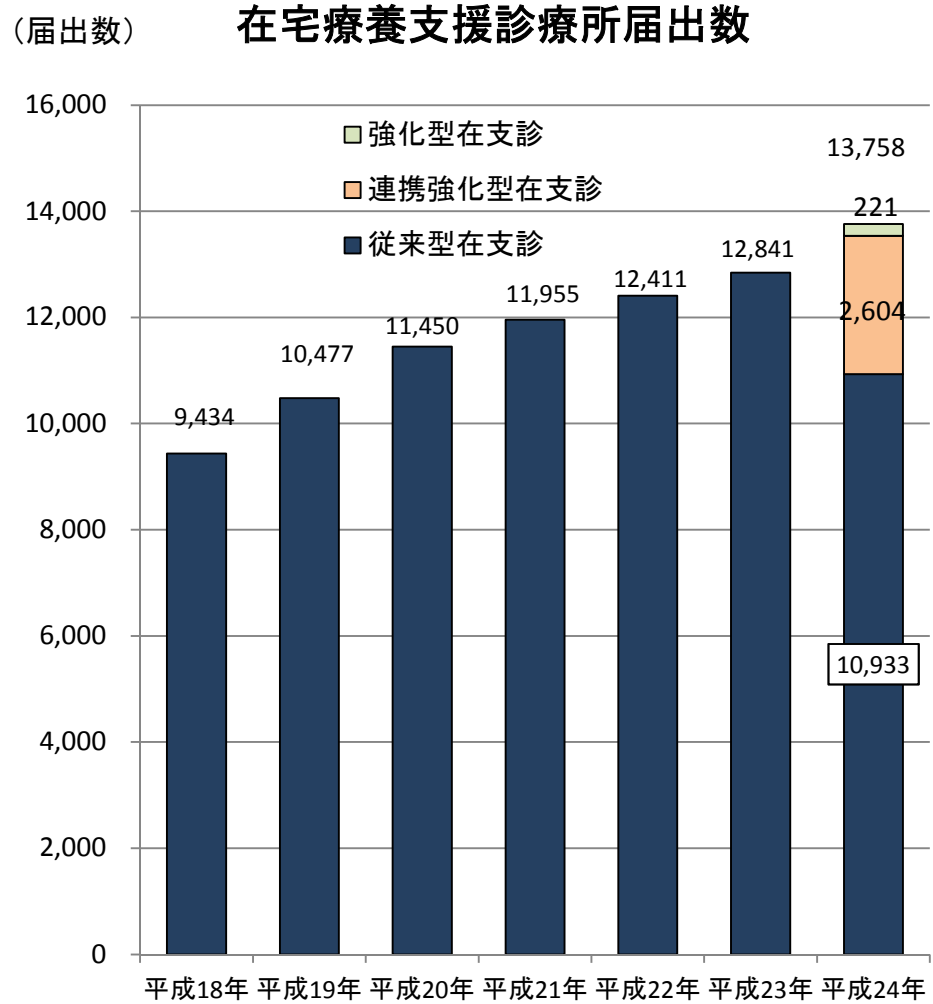


往診料 緊急加算	850点
在宅時医学総合管理料(処方せん有)	5,000点
在宅患者緊急入院診療加算	2,500点
(新)ターミナルケア加算	6,000点
(新)看取り加算	3,000点

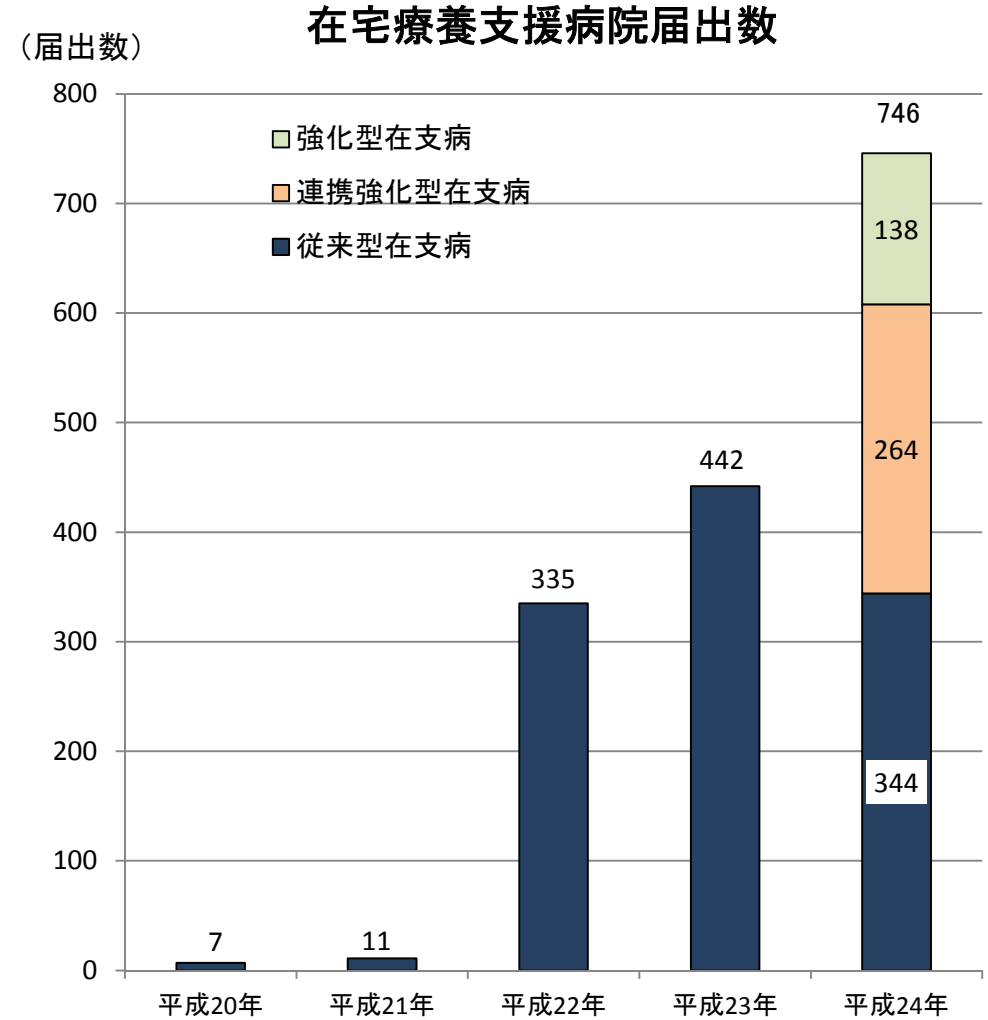
在宅緩和ケアの充実

➤緩和ケア専門の医師・看護師と、在宅医療を担う医療機関の医師・看護師が共同して、同一日に診療・訪問を行った場合を評価し、在宅緩和ケアの充実を図る。

在宅療養支援診療所・病院の届出数の推移



(注)連携強化型在支診については、連携医療機関平均数3.6



(注)連携強化型在支病については、連携医療機関平均数3.1

連携型在宅診／病における連携の方法に関する事務連絡

平成24年4月20日 厚生労働省保険局医療課 事務連絡
疑義解釈の送付について(その2)より

(問) 複数の医療機関で、地域における在宅療養の支援に係る連携体制を構築し、在宅療養支援診療所となる場合、連携する医療機関間の距離に係る要件はあるのか。

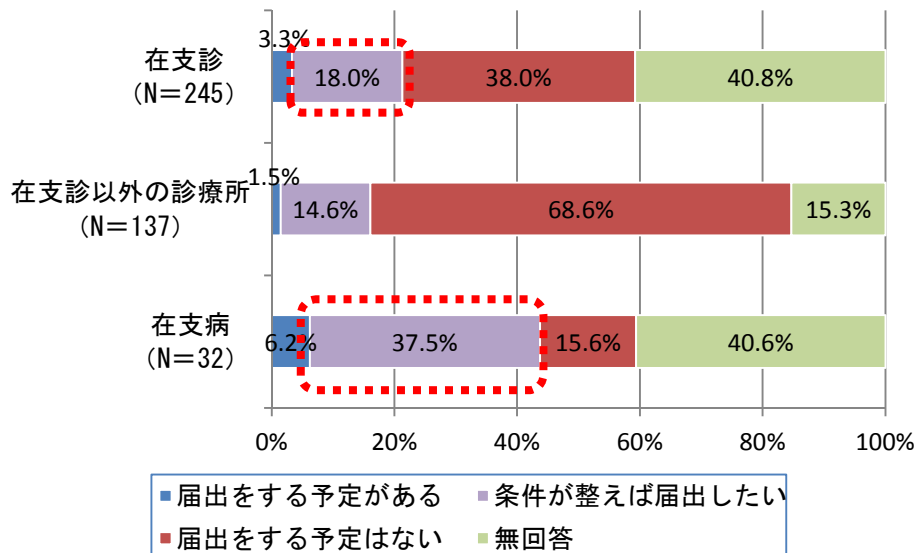
(答) 他の医療機関との連携により、緊急時の対応及び24時間往診できる体制等確保できる範囲であれば連携を行うことが可能であり、具体的な距離の要件はない。例えば、近接に医療機関が少ない地域等においては、地域の実態にあわせた連携を行うことが可能である。

※ ただし、月1回以上の定期的なカンファレンスについては対面で行うことが必要。
また、保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16kmを超える往診等については、当該保険医療機関からの往診を必要とする絶対的な理由がある場合に限り認められる。

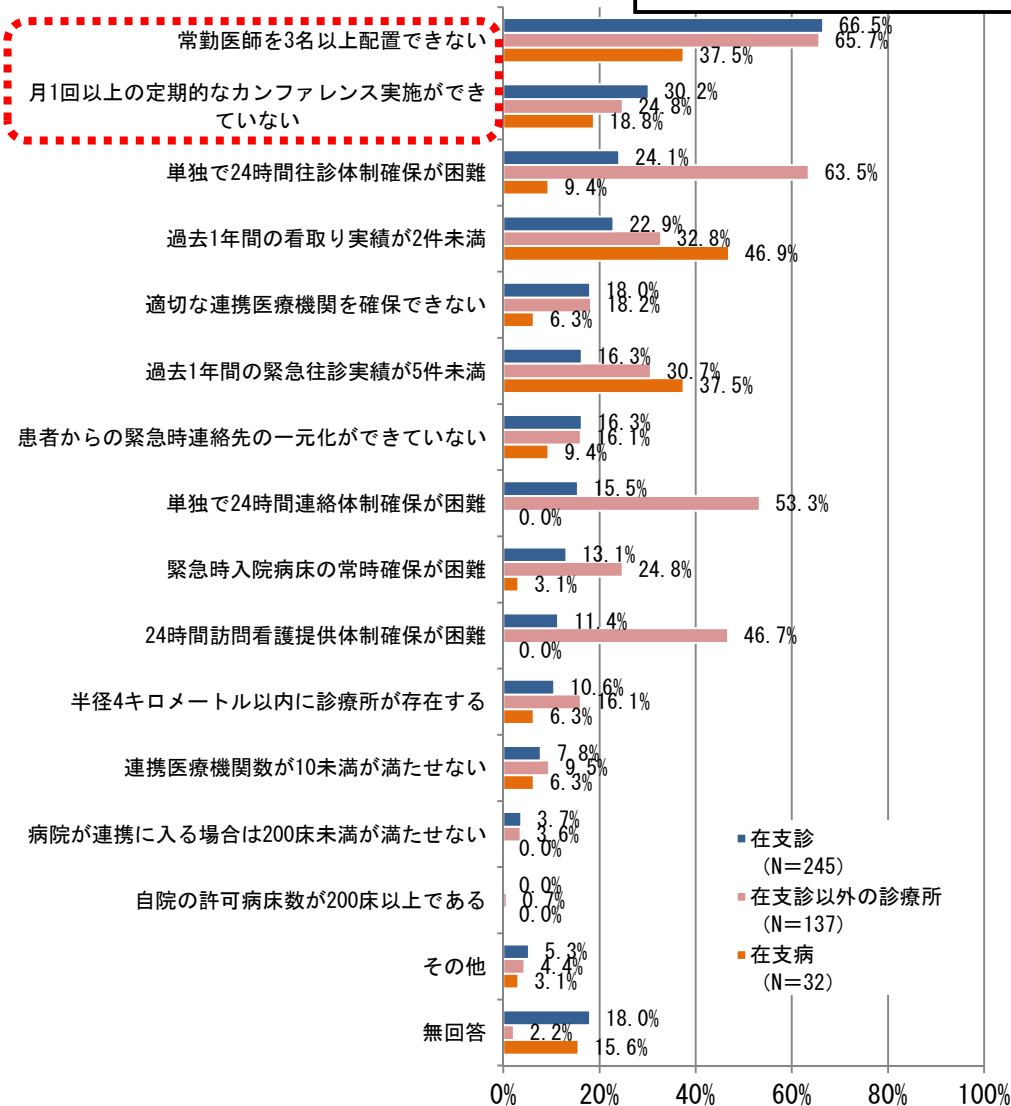
今後の意向

中医協 総 - 1
25.6.26

機能強化型在宅療養支援病院・診療所の届出を行う予定



機能強化型在宅療養支援病院・診療所または在宅療養支援病院・診療所の届出をしていない理由(複数回答)



出典: H24検証部会調査(在宅医療)

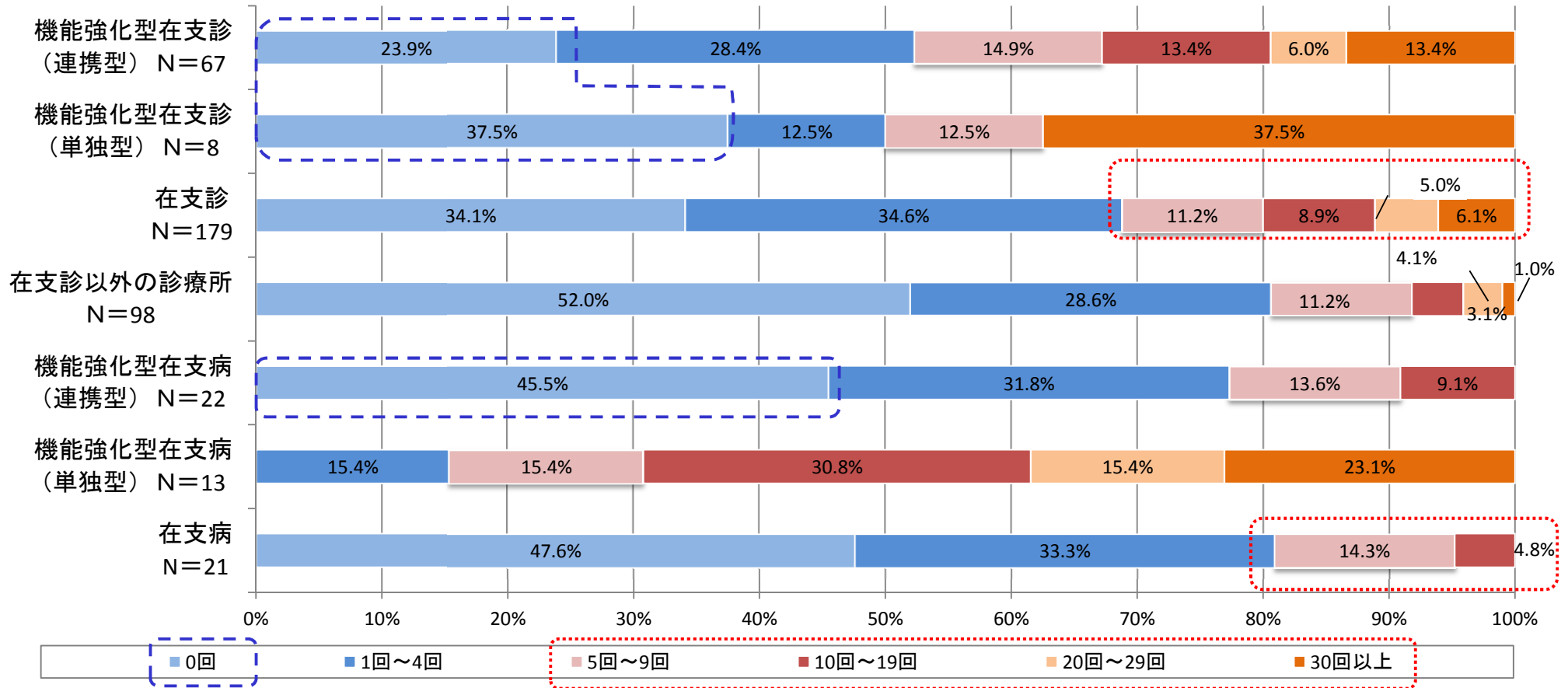
在支診/病の一部において、条件が整えば機能強化型在支診/病の届出の希望をもっているが、届出をしていない理由として、常勤医師3名以上の配置、定期的なカンファレンス実施が困難等の回答が多い。

緊急時の往診 ①

中医協 総 - 1
25.6.26

【緊急時に往診した回数】

(平成24年4月～9月)

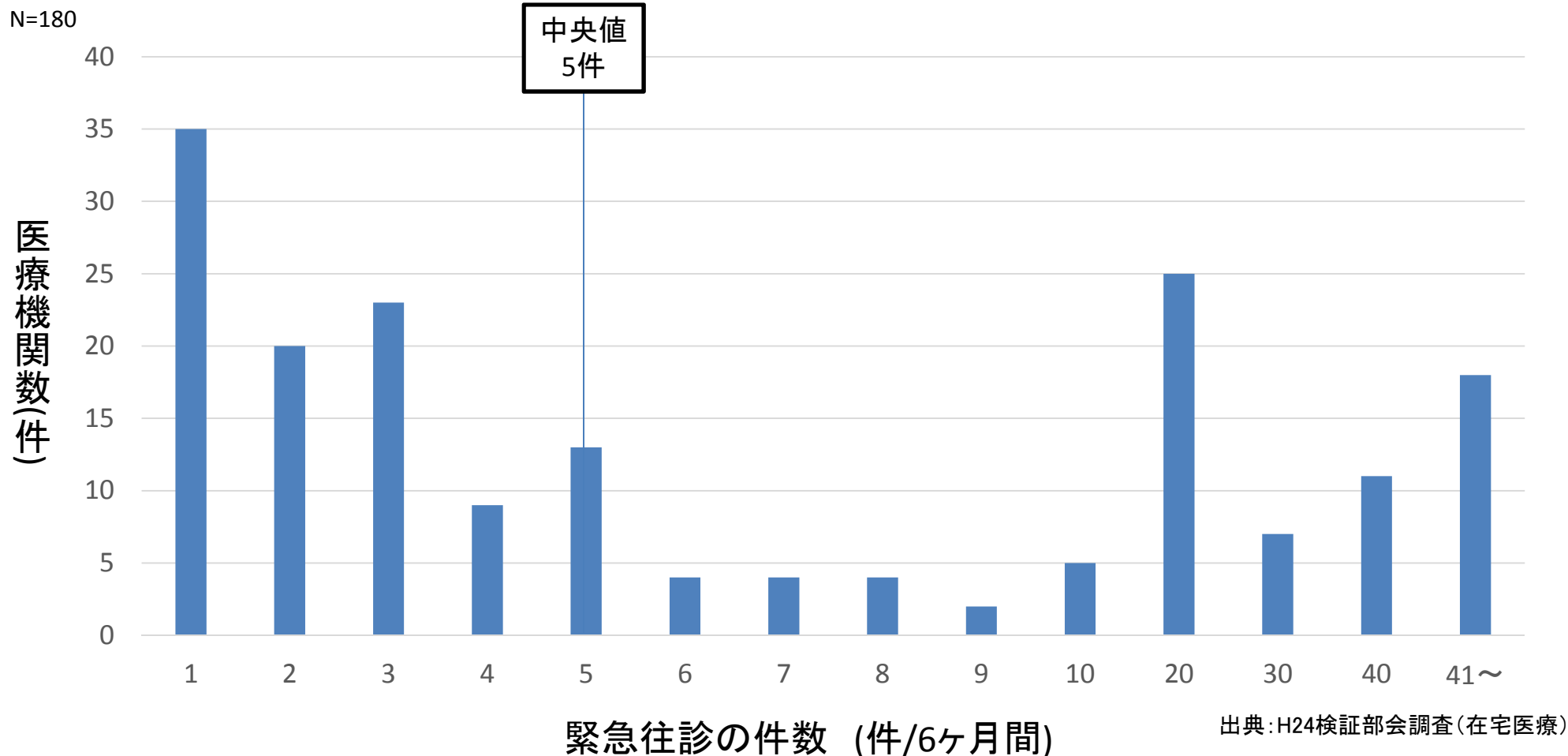


出典: H24検証部会調査 (在宅医療)

機能強化型在支診/病院において緊急往診が0回のところが存在する一方、在支診/病において緊急往診が5回以上のところが存在する。

在支診・在支病等における緊急往診の実績 (平成23年4月～9月)

- 機能強化型在支診(単独型・連携型)、機能強化型在支病(単独型・連携型)、在支診、在支病のうち、調査期間6ヶ月間の実績が1件以上の医療機関を対象に分析



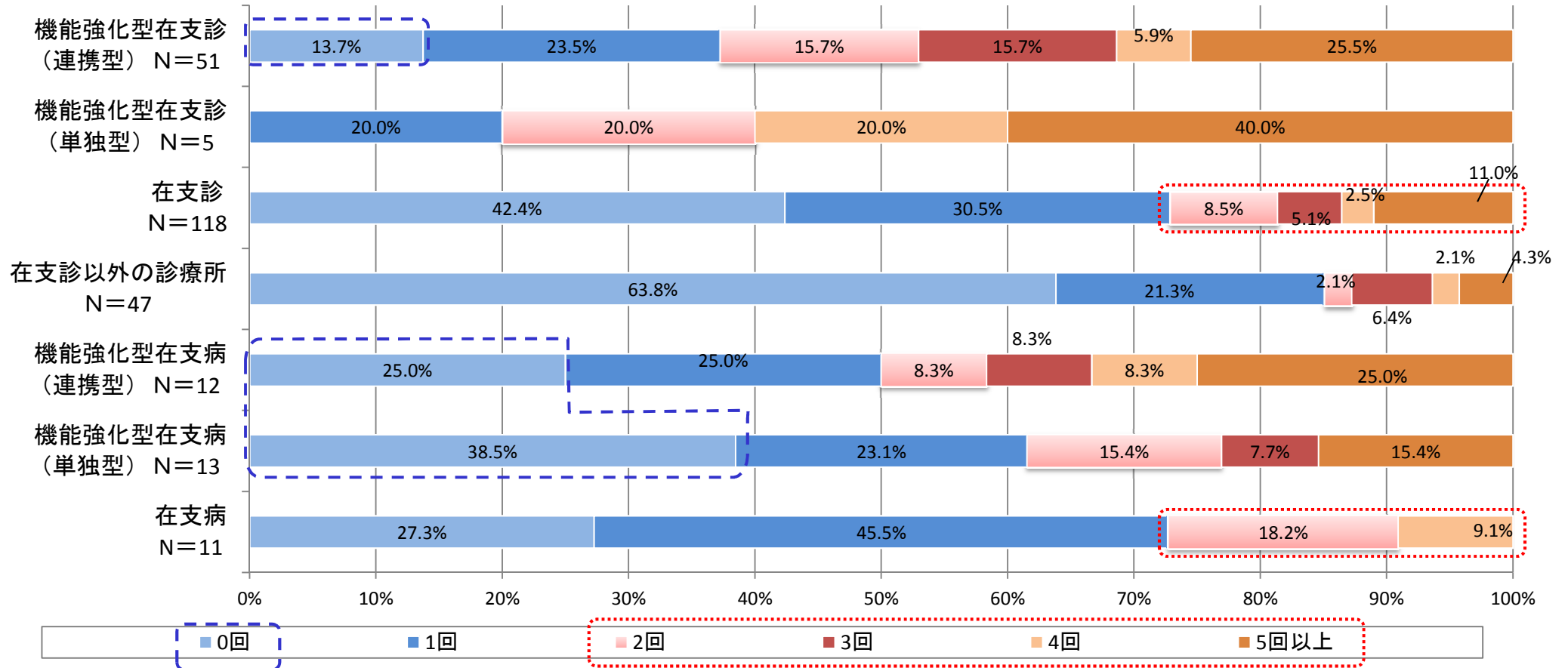
機能強化型在支診、在支病、その他の在支診、在支病において緊急往診が1回以上の医療機関における半年間の緊急往診は中央値が5件であった。

看取り

(改) 中医協 総-1
25.6.26

【緊急往診を行った医療機関のうち、在宅で看取りを行った回数】

(平成24年4月～9月)

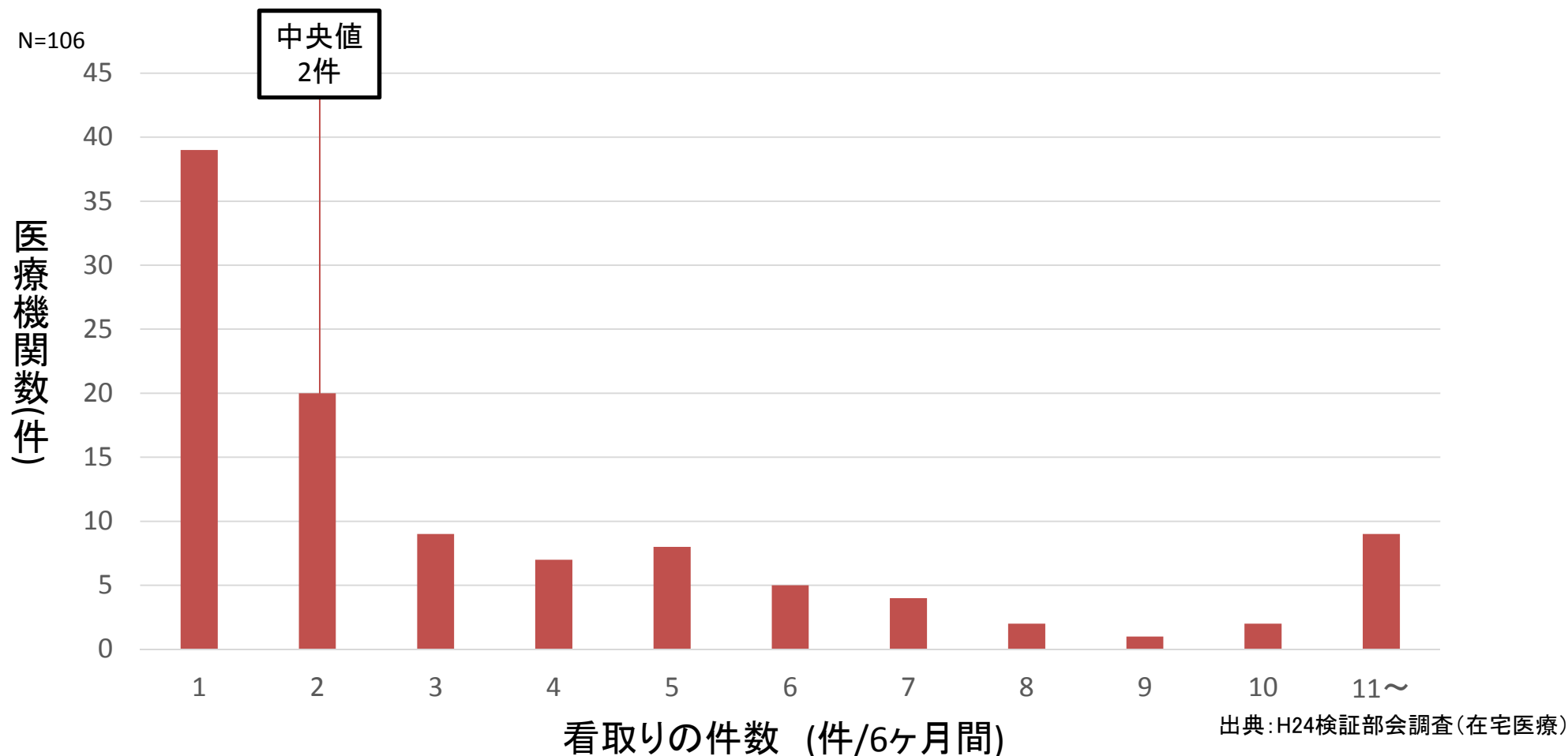


出典: H24検証部会調査 (在宅医療)

機能強化型在支診/病院で看取りの回数が0回のところが存在する一方、在支診/病において看取りの回数が2回以上のところが存在する。

在支診・在支病等における看取りの実績 (平成23年4月～9月)

- 機能強化型在支診(単独型・連携型)、機能強化型在支病(単独型・連携型)、在支診、在支病のうち、調査期間6ヶ月間の実績が1件以上の医療機関を対象に分析



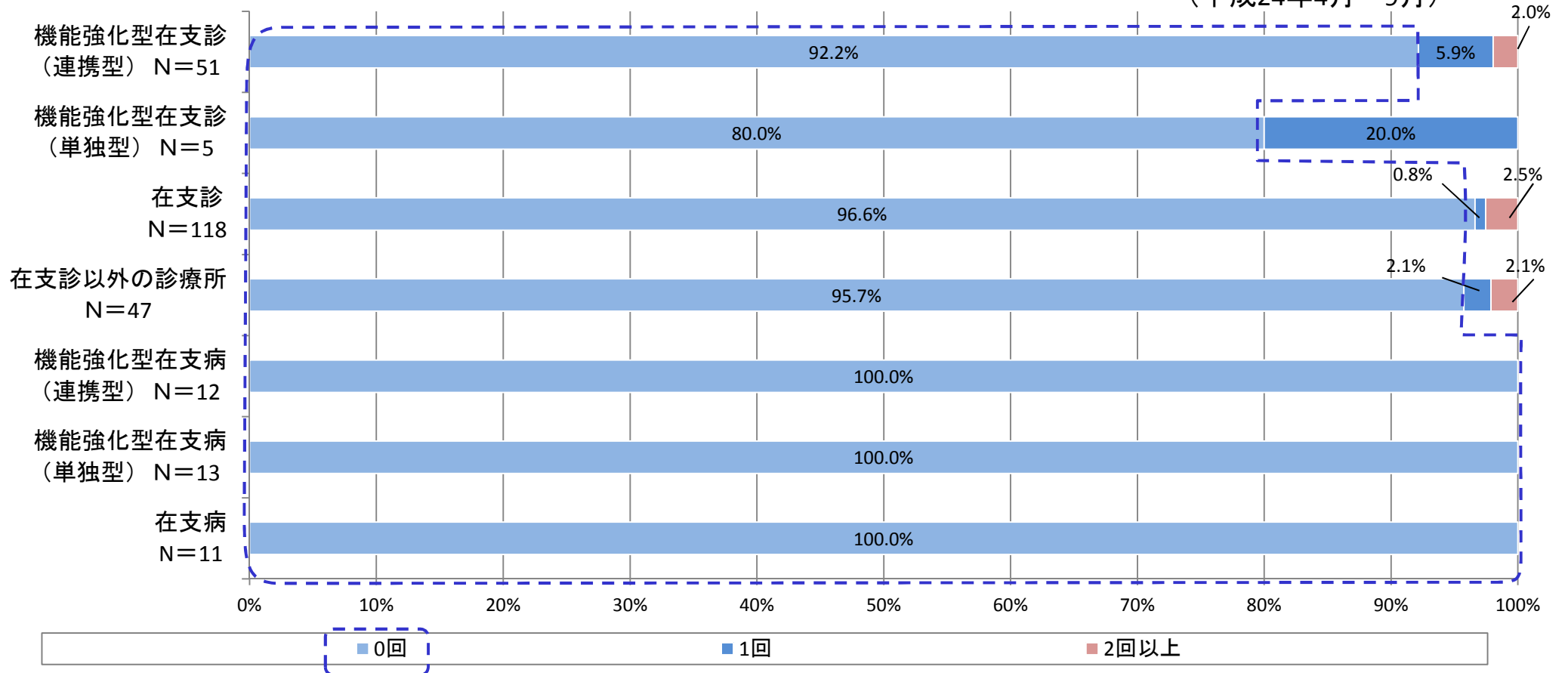
機能強化型在支診、在支病、その他の在支診、在支病において看取り件数が1回以上の医療機関における半年間の看取りの中央値は2件であった。

緊急時の往診 ②

(改) 中医協 総 - 1
2 5 . 6 . 2 6

【緊急往診を行った医療機関のうち施設医師が主治医ではない患者に対して緊急時に往診した回数】

(平成24年4月～9月)

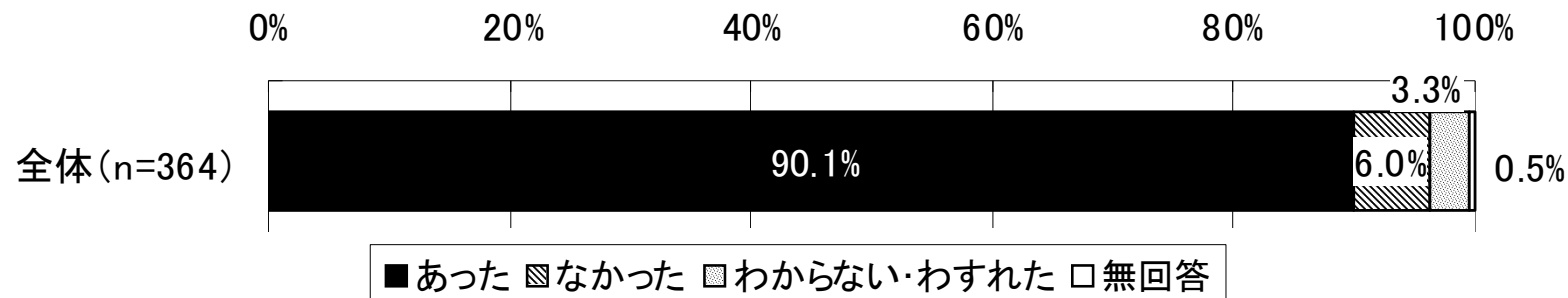


出典: H24検証部会調査 (在宅医療)

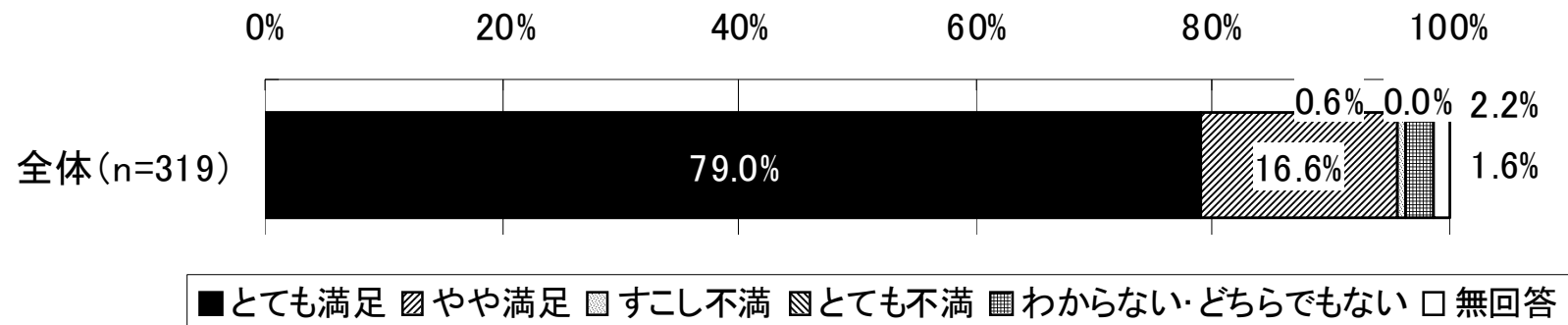
機能強化型在支診/病において、当該施設の医師が主治医ではない患者に対して行う緊急往診は一部であり、ほとんどの緊急往診は主治医が行っている。

在支診・在支病等における夜間・緊急時の対応① (患者調査票)

<夜間や緊急時の連絡方法についての医師からの指示の有無 (患者調査)>



<夜間や緊急時の連絡先を教えてもらっていることについての満足度 (夜間や緊急時の連絡方法について医師より指示を受けている人) (患者調査)>

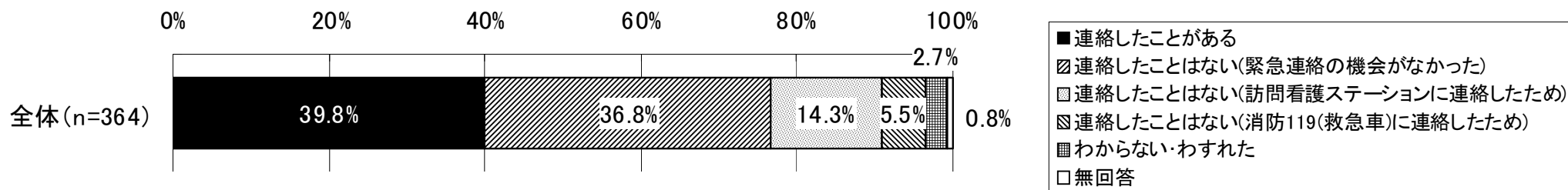


出典: H24検証部会調査(在宅医療)図343等、図346等

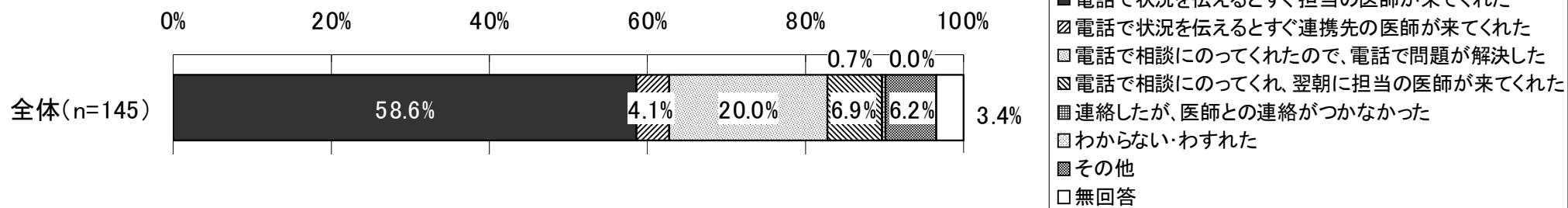
在支診／病(機能強化型を含む)から在宅医療を提供されている患者の90%以上が、夜間や緊急時の連絡方法に関する指示を受けており、そのことに対する満足度もとても満足、やや満足をあわせて95%以上となっている。

在支診・在支病等における夜間・緊急時の対応② (患者調査票)

<夜間・休日に訪問診療を行っている医師に緊急連絡をした経験の有無 (患者調査)>



<夜間・休日に訪問診療を行っている医師に緊急連絡をしたときの訪問医師の対応(連絡したことがある人)(患者調査)>

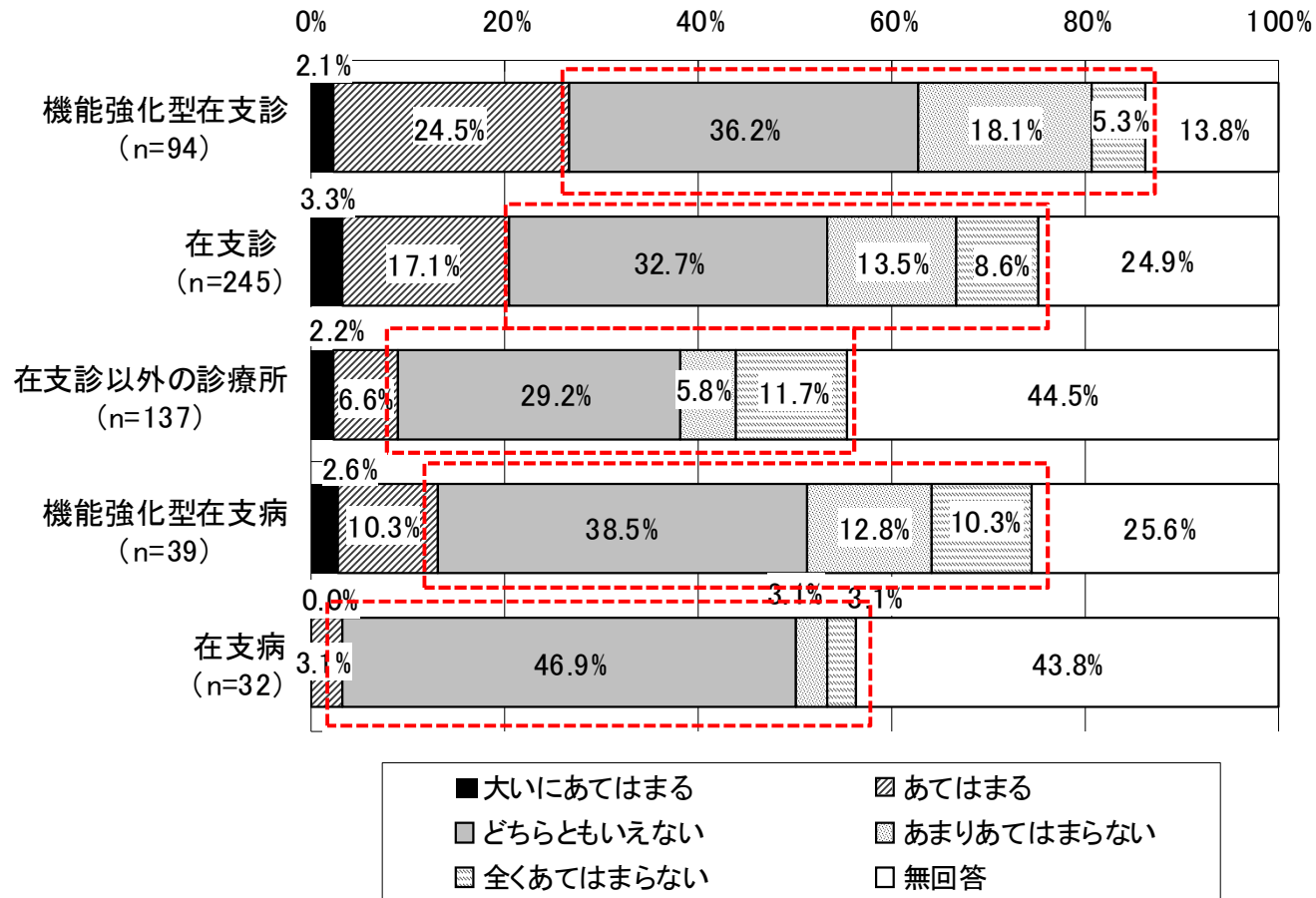


出典：H24検証部会調査(在宅医療) 図358等、図361等

在支診／病(機能強化型を含む)から在宅医療を提供されている患者の約40%が、夜間や緊急時に連絡をした経験があり、その結果約90%が連絡がついており、80%以上がその場で解決又はすぐに医師が往診をしている。

他の医療機関等との連携による効果

＜他の医療機関等との連携により、24時間体制の負担が軽減されたか？＞



出典：H24検証部会調査(在宅医療) 図205

他の医療機関等と連携することで24時間体制の負担が軽減されているかどうかについては、「どちらともいえない」の選択肢を選んだ医療機関がどの類型においてももっとも多く、「あまりあてはまらない」、「全くあてはまらない」とあわせると約45%～60%の医療機関が効果を十分に感じていない。

在宅療養支援診療所・病院の概要

医療保険部会 参考資料
(改) 25. 5. 29

在宅療養支援診療所

地域において在宅医療を支える24時間の窓口として、他の病院、診療所等と連携を図りつつ、24時間往診、訪問看護等を提供する診療所

【主な施設基準】

- ① 診療所
- ② 24時間連絡を受ける体制を確保している
- ③ 24時間往診可能である
- ④ 24時間訪問看護が可能である
- ⑤ 緊急時に入院できる病床を確保している
- ⑥ 連携する保険医療機関、訪問看護ステーションに適切に患者の情報を提供している
- ⑦ 年に1回、看取りの数を報告している

注1：③、④、⑤の往診、訪問看護、緊急時の病床確保については、連携する保険医療機関や訪問看護ステーションにおける対応でも可

在宅療養支援病院

診療所のない地域において、在宅療養支援診療所と同様に、在宅医療の主たる担い手となっている病院

【主な施設基準】

- ① 200床未満又は4km以内に診療所がない病院
- ② 24時間連絡を受ける体制を確保している
- ③ 24時間往診可能である
- ④ 24時間訪問看護が可能である
- ⑤ 緊急時に入院できる病床を確保している
- ⑥ 連携する保険医療機関、訪問看護ステーションに適切に患者の情報を提供している
- ⑦ 年に1回、看取りの数を報告している

注2：④の訪問看護については、連携する保険医療機関や訪問看護ステーションにおける対応でも可

機能を強化した在宅療養支援診療所・病院

複数の医師が在籍し、緊急往診と看取りの実績を有する医療機関(地域で複数の医療機関が連携して対応することも可能)が往診料や在宅における医学管理等を行った場合に高い評価を行う。

【主な施設基準】

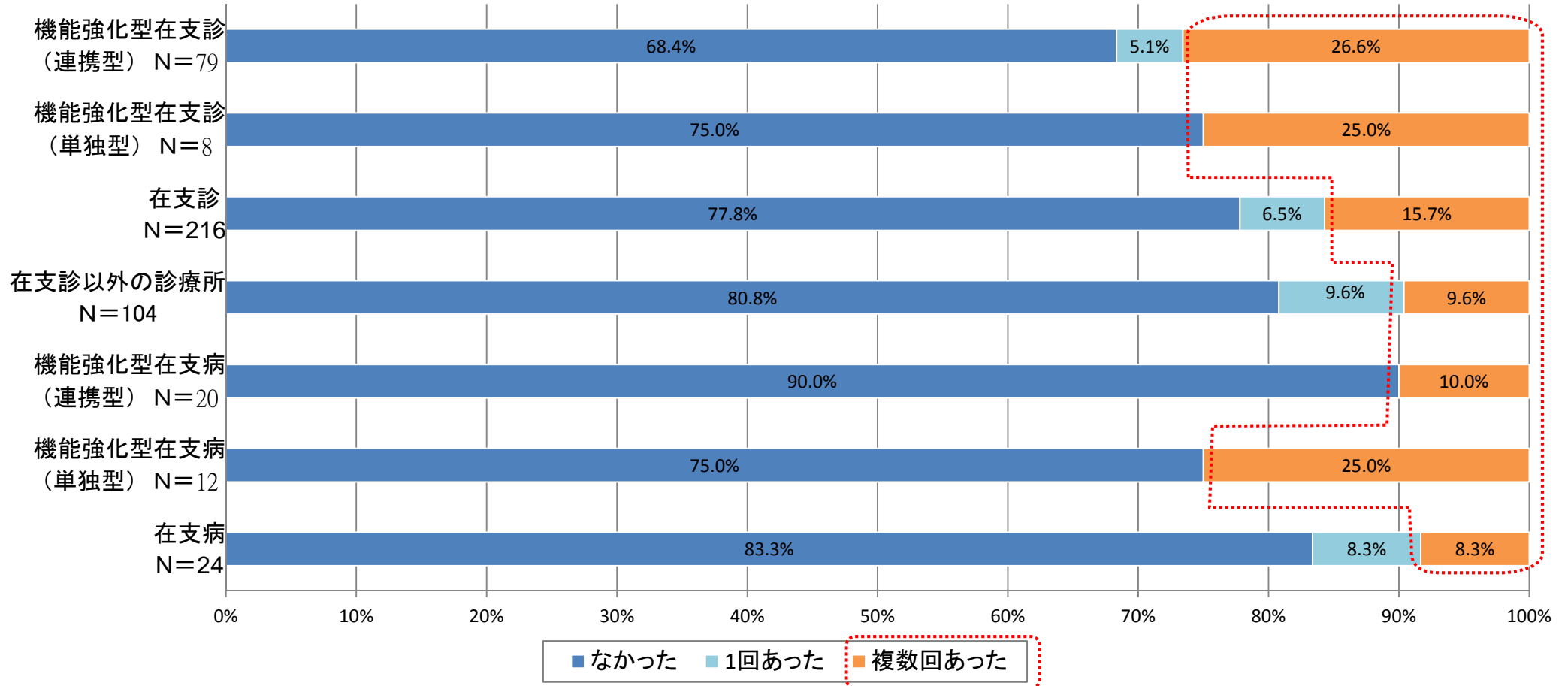
- ① 在宅医療を担当する常勤の医師が3名以上配置
- ② 過去1年間の緊急の往診の実績を5件以上有する
- ③ 過去1年間の在宅における看取りの実績を2件以上有している

注3：上記の要件(①～③)については、他の連携保険医療機関(診療所又は200床未満の病院)との合計でも可

緊急時の入院

中医協 総 - 1
25 . 6 . 26

【平成24年4月以降、在宅患者を連携医療機関に緊急入院させようとして入院できなかった経験の有無】

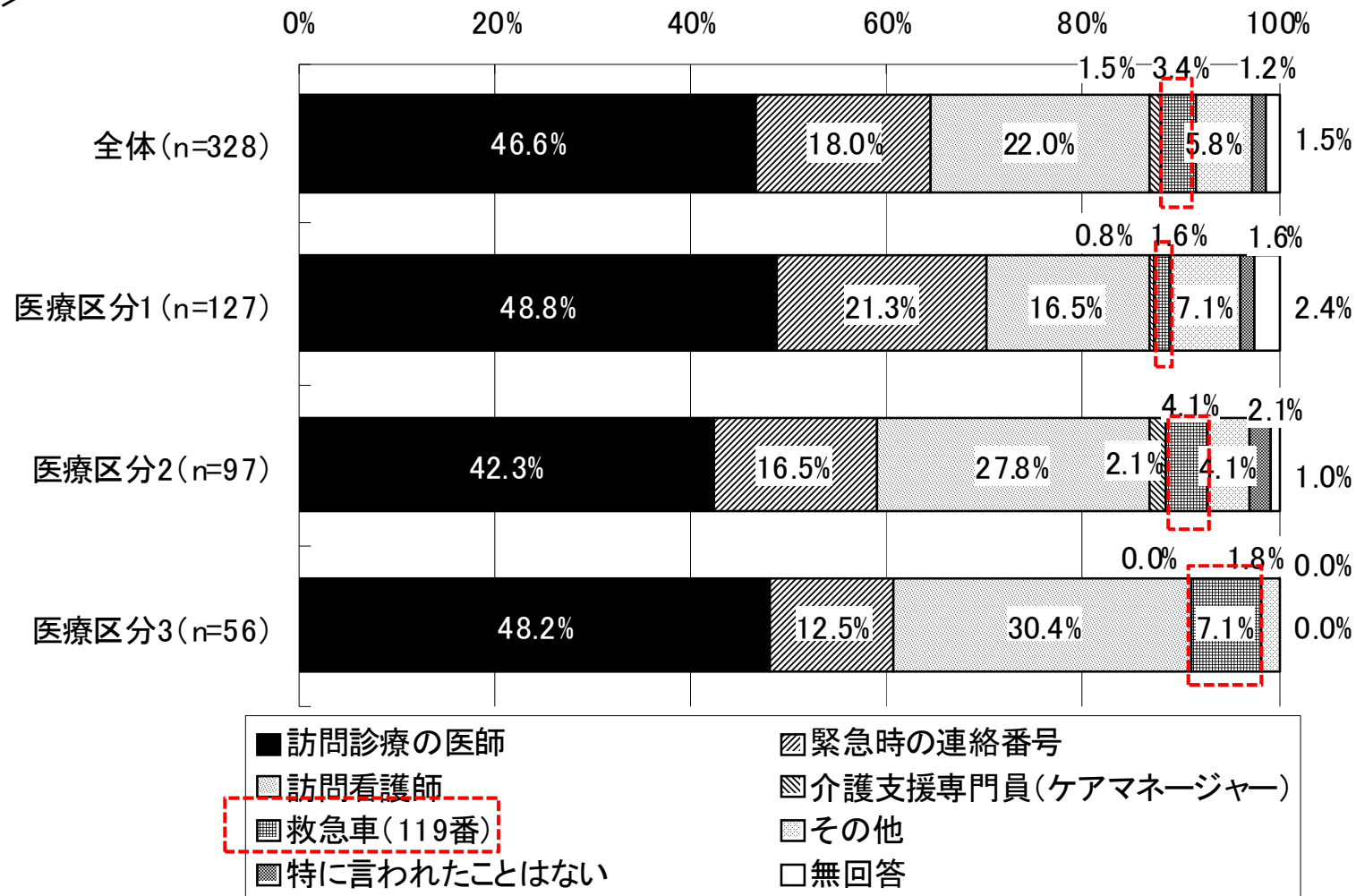


出典: H24検証部会調査 (在宅医療)

緊急時に在支診/病であっても、緊急入院させようとしても入院できなかったことが複数回ある医療機関が一定程度存在する。

在支診・在支病等における緊急時の対応 (患者調査票)

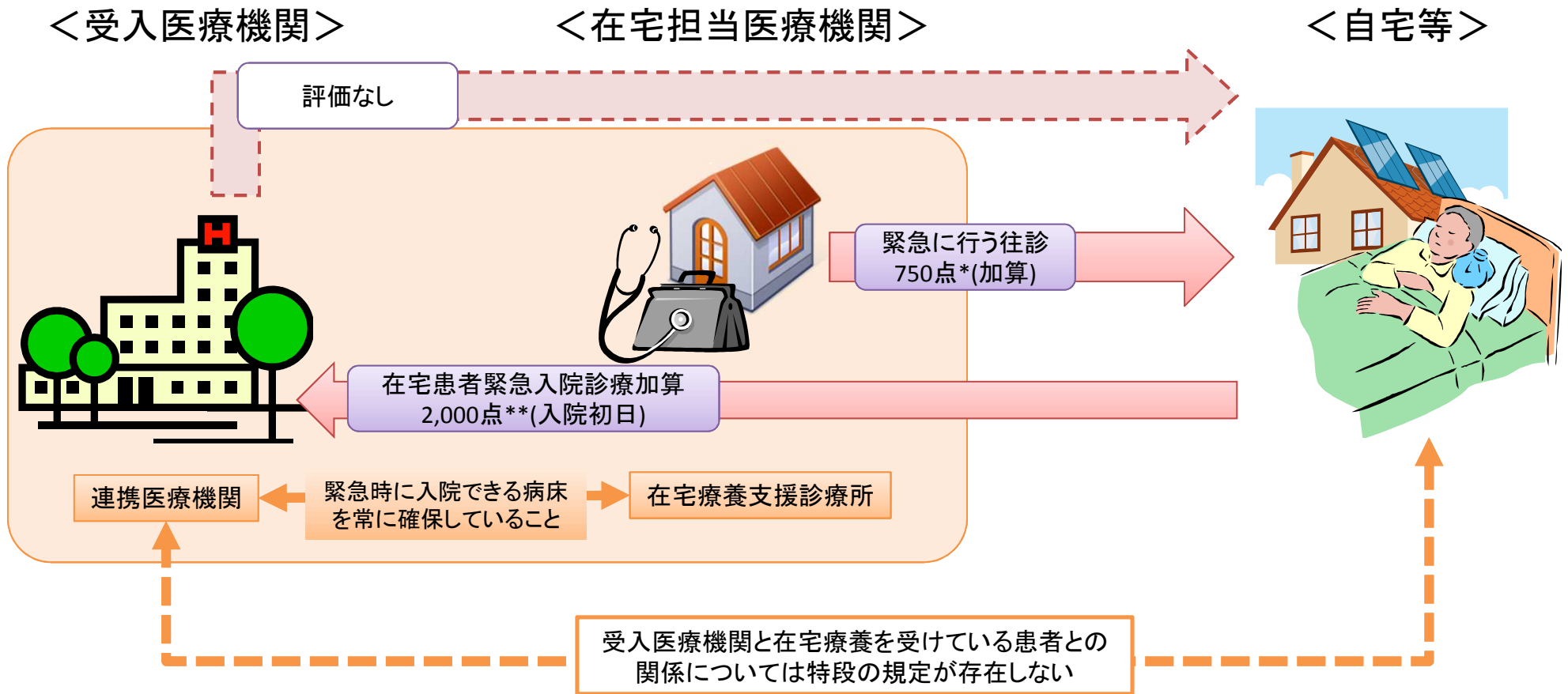
<夜間や緊急時の連絡先について—夜間や緊急時の連絡方法について医師より指示を受けている人 (医療区分別) (患者調査)>



出典: H24検証部会調査(在宅医療)図348

夜間や緊急時の対応については、医療区分の高い患者ほど救急車の指示を受けている患者が多い。

緊急時の入院等にかかる主な評価



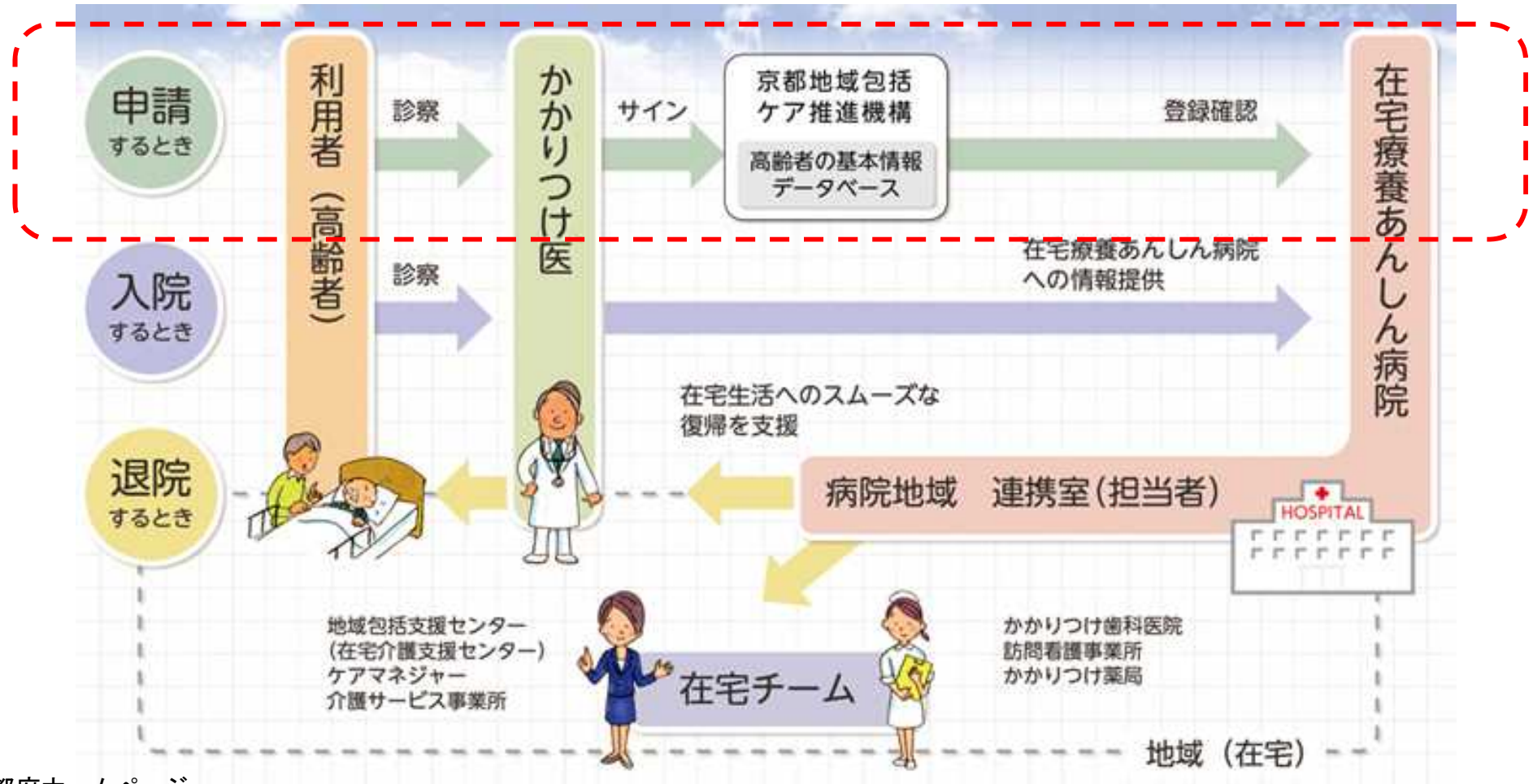
* 機能強化型在宅療養支援診療所であって病床を有しない場合

**連携型機能強化型在宅療養支援病院等以外の連携医療機関の場合

現在、在宅療養支援診療所と緊急時の受入を行う医療機関の間には在宅療養支援診療所の届出の際に事前の連携と名称の届出が必要となっているが、当該受入予定の医療機関と在宅医療を行っている患者との間に関する規定は存在していない。また、受入予定の医療機関が往診を行った場合の評価も存在していない。

京都府における取組について

<在宅療養あんしん病院登録システム>



出典: 京都府ホームページ

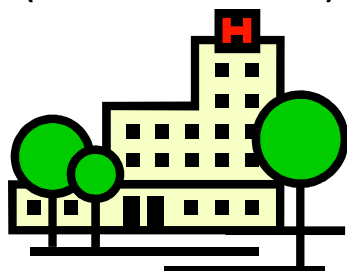
京都府では平成23年11月より在宅あんしん病院登録システムとして、患者が事前に入院を希望する病院(最大3病院)などの情報を登録しておくことで、体調不良時に登録情報をもとに病院での早期治療と速やかな在宅復帰を図ることを目的としている。

東京都における取組について ①

<在宅担当医療機関>



<受入医療機関
(専門医療機関)>



① 訪問診療
(定期的な診療)

② 在宅担当医師と専門
医療機関の医師等が**共
同**で訪問診療および往診
(最大、年4回)

③ 緊急時の入院

<自宅等>

難病患者



<受入医療機関(専門医療機関) 新宿区の例 2003年～2013年>

病院名	病床数*
東京都立神経病院	304床
東京医科大学病院	1,015床
国立国際医療研究センター病院	801床
慶應義塾大学病院	1,044床

*病床数については、病院ホームページ等を元に保険局医療課で作成

難病患者に対し、在宅担当医療機関による日常的な訪問診療に加え、緊急時の入院受入を担当する専門医療機関の医師が同一日に共同で訪問診療や往診を行っている。この場合の専門医療機関は200床以上の病院が含まれる。

東京都における取組について ②

＜本事業の対象となった患者の実例(新宿区医師会提供)＞

症例:女性 多発性硬化症

本事業の実施前(2003年1月～7月)

入院回数 : 2回 (平均3か月に1回)
入院理由 : 急性増悪による治療

本事業の実施後(2003年7月～2010年2月(死亡※))

入院回数 : 21回 (平均約3.7か月に1回、死亡前1年間(入院6回)を除くと平均約4.5か月に1回)
入院理由 : 検査、急性増悪による治療(在宅で行えない場合)、誤嚥性肺炎、骨折 等
緊急入院 : 6回 (脱水、誤嚥性肺炎、骨折、急性増悪の理由による救急搬送等の入院)
受入場所 : すべて共同で往診・訪問診療を行っていた連携医療機関で対応
※在宅で看取りを行った

在宅担当医師の意見

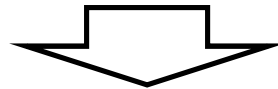
- ・刻々と変わる患者の病状に対して、かかりつけ医と病院の専門医が迅速に情報を共有し治療方針を決定できるので、入院せずに在宅での治療が可能となる
- ・専門医と連携を組むことで、不安なく診療が可能
- ・患者に関わるスタッフが患家に集まり情報を共有することで顔の見える連携が取れる

このような取り組みを行うことで、入院が回避できるケースが存在したり、入院が必要な場合であっても受入が比較的容易になっている。

在宅療養支援診療所・病院等の要件に関する課題と論点

【課題】

- 平成24年診療報酬改定において、医療機関間連携等を行い、緊急往診と看取りの実績等を有する医療機関について評価の引き上げを行ったが、機能強化型在支診／病において、緊急往診や看取りの実績が少ない医療機関が含まれている。
- 一方、機能強化型以外の在支診／病においても、一定程度の緊急往診や看取りの実績件数を有するところが存在する。
- 機能強化型以外の在支診／病において、機能強化型の届出をしていない理由として、常勤医師3名以上の配置が困難との回答が多かった。
- 機能強化型を含む在支診／病全体の半年間の緊急往診と看取り件数の中央値はそれぞれ5件、2件であった。
- 緊急時の在宅患者に対する在支診／在支病の対応は充実してきている一方で、緊急時の後方病院への入院については、入院させようとしても入院できなかったことが複数回ある医療機関が一定程度存在する。



【論点】

- 連携型の機能強化型在支診／病において、それぞれの医療機関が実績要件を満たすことを必要とすることについてどのように考えるか。
- 常勤医師が3名配置されていなくても、十分な実績を有する在支診／病の評価についてどのように考えるか。また、その際の緊急時の対応についてどのように考えるか。
- 機能強化型在支診／病の実績要件を緊急往診●件/年、看取り●件/年とすることについてどのように考えるか。
- 在支診と連携して緊急時の受入を行うこととなっている在支診／在支病以外の医療機関であって、緊急時に必ず患者の受入を行うことをあらかじめ患者に文書で示している医療機関における、緊急時の受入の評価をどのように考えるか。
- また、このような医療機関が在支診の医師と共同で訪問診療や往診を行う場合の評価についてどのように考えるか。

1. 機能強化型在宅療養支援診療所・病院の要件等について
- 2. 訪問看護**
3. 在宅医療における注射薬や衛生材料等の提供
4. 在宅医療における薬剤師の役割
5. 在宅歯科医療
6. 在宅医療における患者紹介等の事例
7. 在宅医療を専門に行う保険医療機関

イ. 現状

ロ. 機能強化型訪問看護ステーション(仮称)の評価について

(1) 24時間対応/看取り

(2) 重症度の高い患者の受け入れ

(3) 介護支援専門員の配置

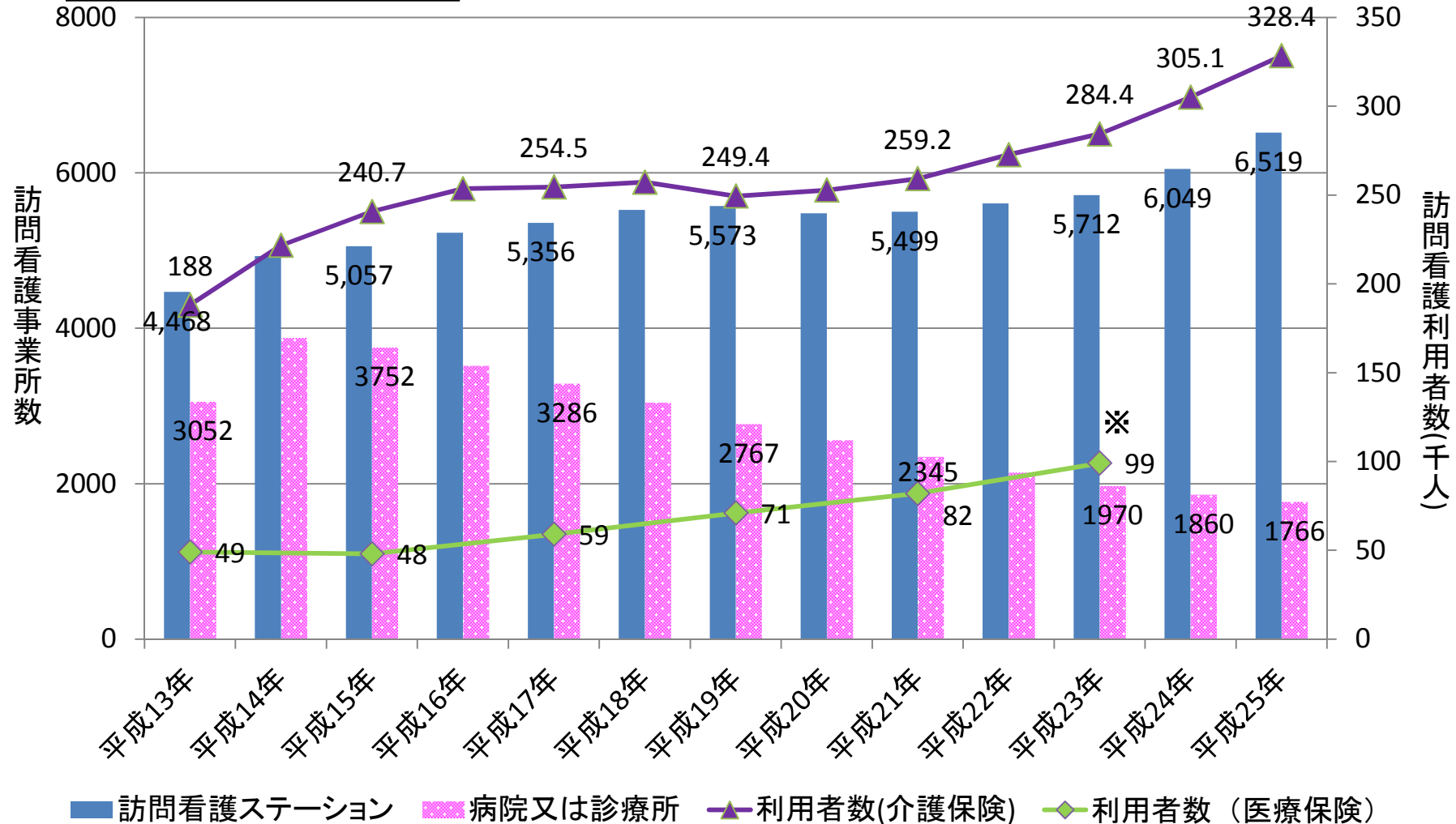
(4) その他

規模の拡大について～サテライトの活用～
訪問看護ステーションの担う機能

訪問看護事業所数の推移

○ 訪問看護ステーション、および利用者数は近年増加傾向である。

■ 訪問看護事業所数の年次推移



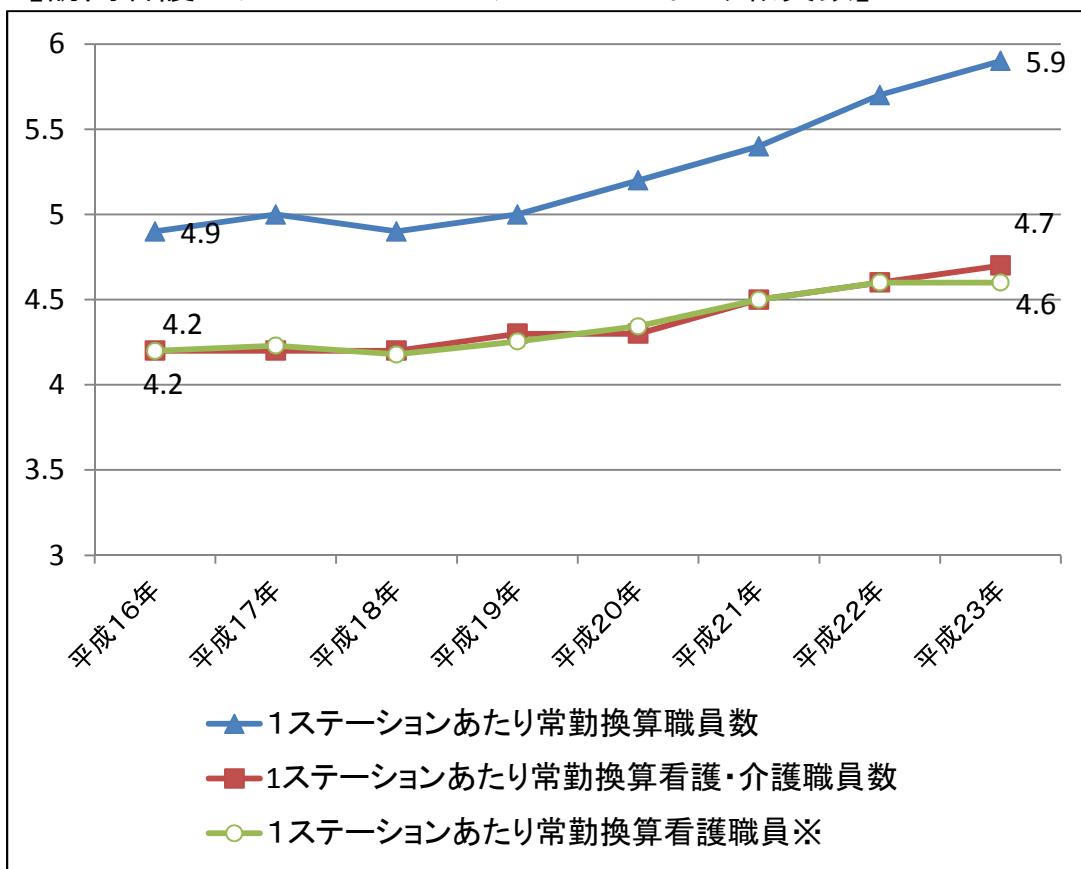
出典：厚生労働省「介護給付費実態調査」（各年4月審査分）

※医療保険「保険局医療課調べ」（平成13年のみ8月、他は各年6月審査分）

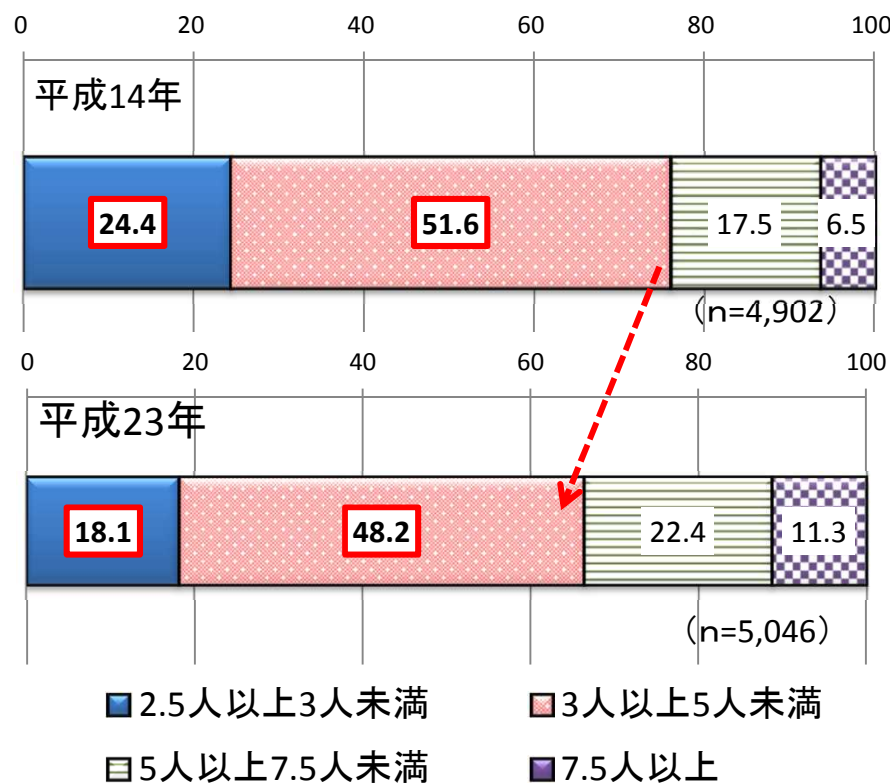
訪問看護ステーションの規模

- 訪問看護ステーションの1ステーション当たりの従事者数は近年微増傾向で、1ステーション当たりの常勤換算職員は5.9人であり、うち、看護職員は4.6人である。
- 看護職員5人未満の訪問看護ステーションは全体の約66%であり、平成14年と比較すると10%減少している。

【訪問看護ステーションの1ステーションあたり職員数】



【看護職員数の規模別にみたステーション数の構成】



出典：介護サービス施設・事業所調査（特別集計にて算出）

※看護職員とは、保健師、助産師、看護師、准看護師のことである。

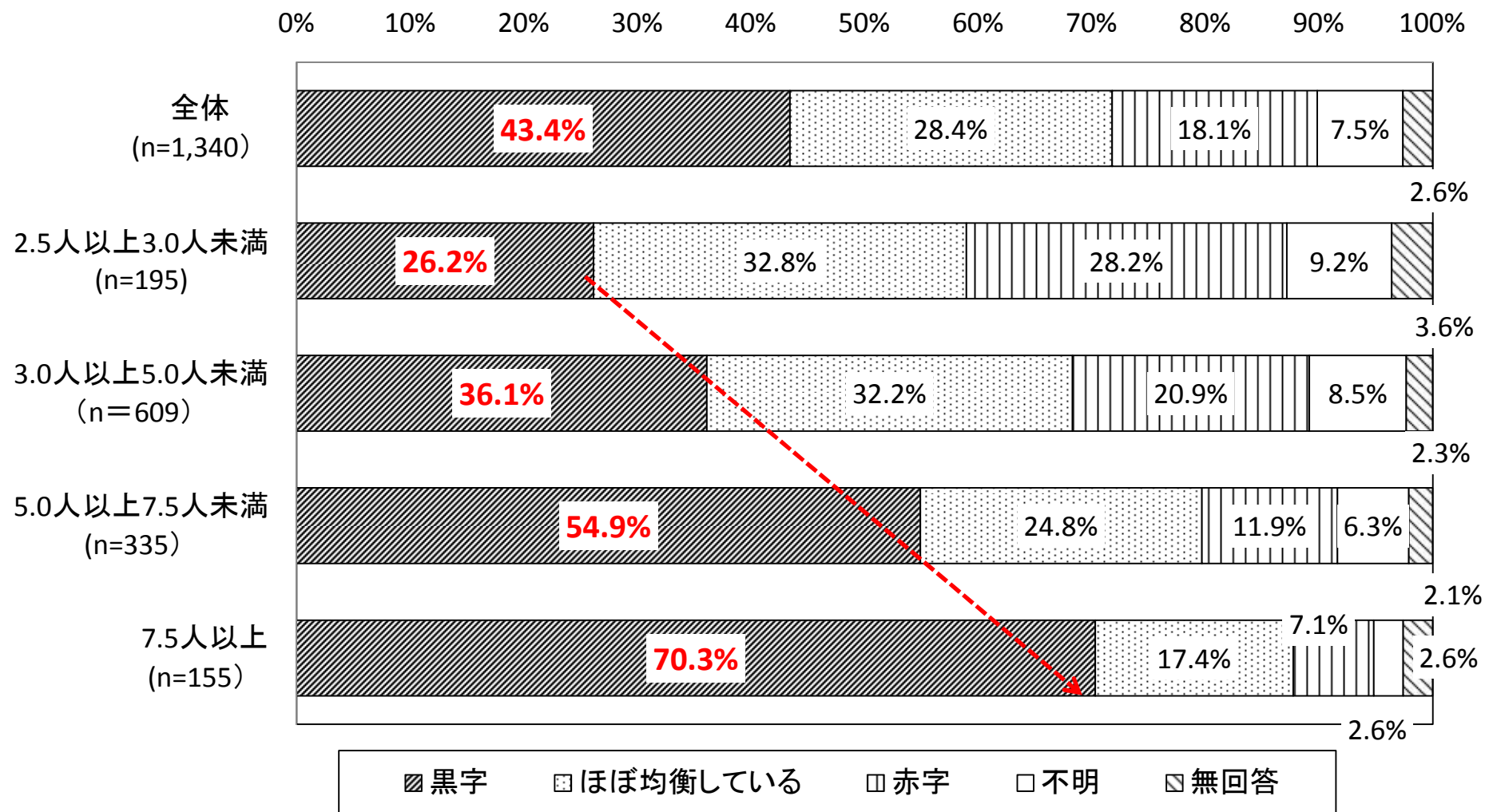
出典：介護サービス施設・事業所調査

平成16年～平成20年の1事業所あたり常勤換算看護職員数は、介護サービス施設・事業所調査の結果より医療課にて算出

訪問看護ステーションの規模別の訪問看護実施状況

○ 訪問看護ステーションの規模が大きくなるほど収支の状況が黒字になる傾向がある。

【看護職員数の規模別にみた収支の状況】

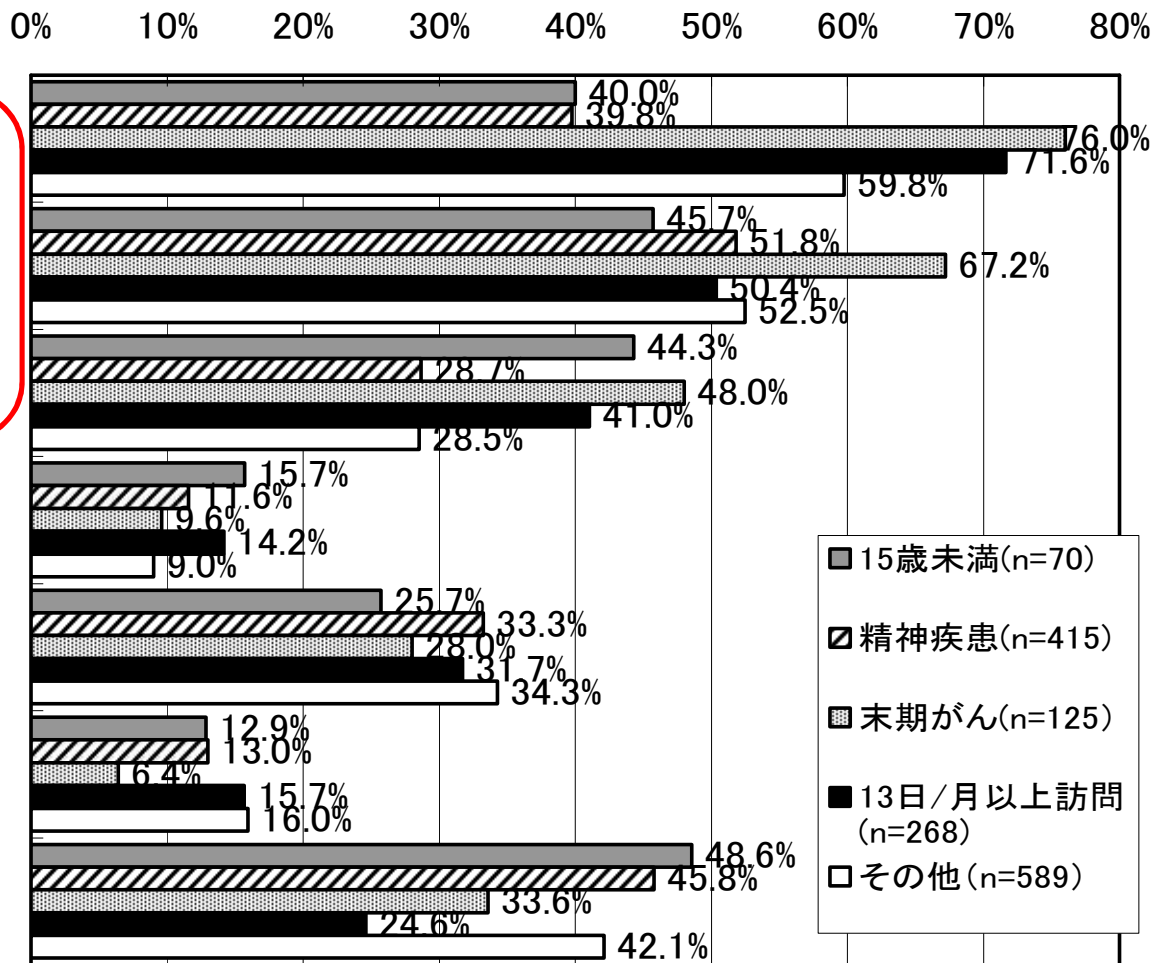


訪問看護に求めること

(改) 中医協 総-3
25.5.29

○ 患者が訪問看護に求めることの上位は、24時間対応、重症者への対応、頻回な訪問である。

Q. 訪問看護に求めることは何ですか。



イ. 現状

ロ. 機能強化型訪問看護ステーション(仮称)の評価について

(1) 24時間対応/看取り

(2) 重症度の高い患者の受け入れ

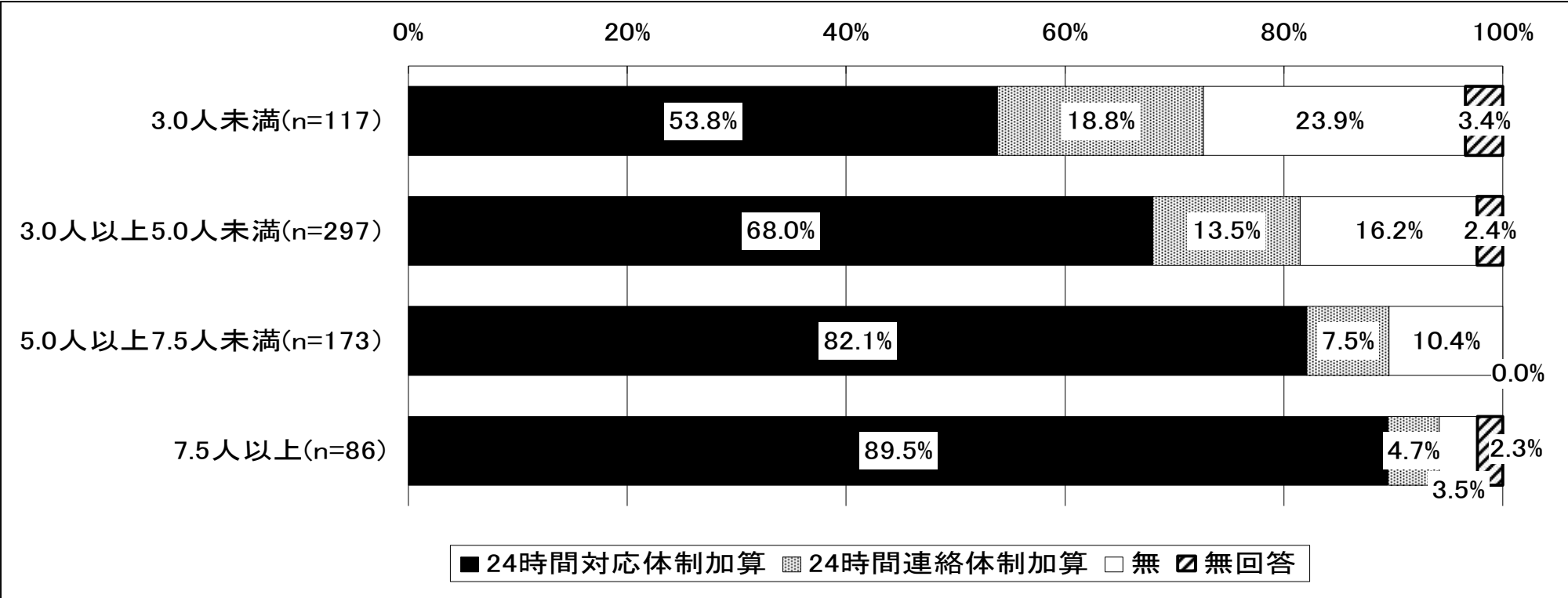
(3) 介護支援専門員の配置

(4) その他

規模の拡大について～サテライトの活用～
訪問看護ステーションの担う機能

訪問看護ステーションの規模別の訪問看護実施状況

○ ステーションの規模が大きいほど、24時間対応体制加算を届出している割合が多い。

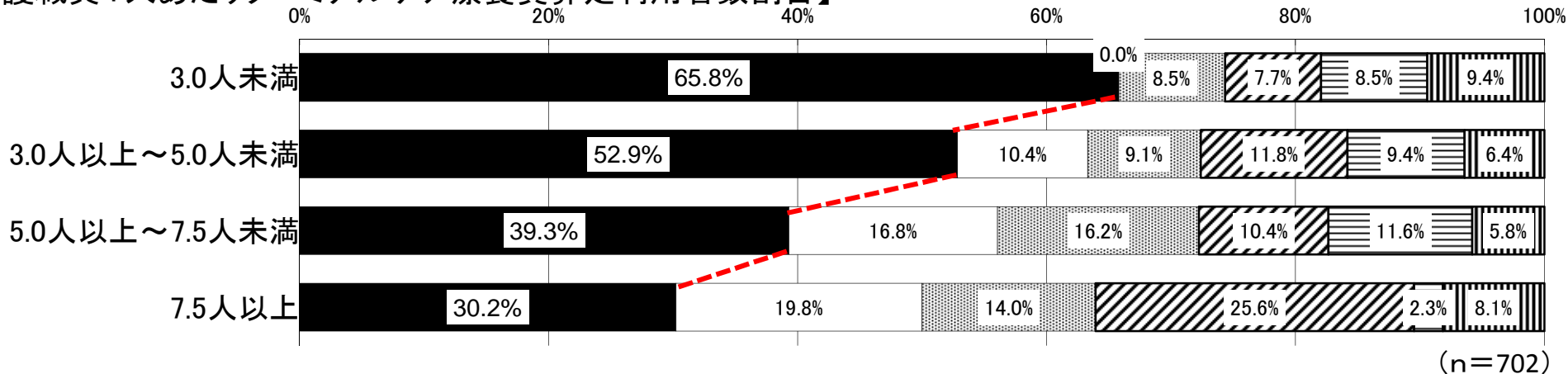


24時間対応体制加算	24時間連絡体制加算
<p>(算定告示)5,400円 24時間対応体制がある場合、月1回所定額に加算すること。</p> <p>(基準告示) 利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に、常時対応できる体制にある場合であって、計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を必要に応じて行うことができる体制にあること。</p>	<p>(算定告示)2,500円 24時間連絡体制がある場合、月1回所定額に加算すること。</p> <p>(基準告示) 利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に、常時対応できる体制にあること。</p>

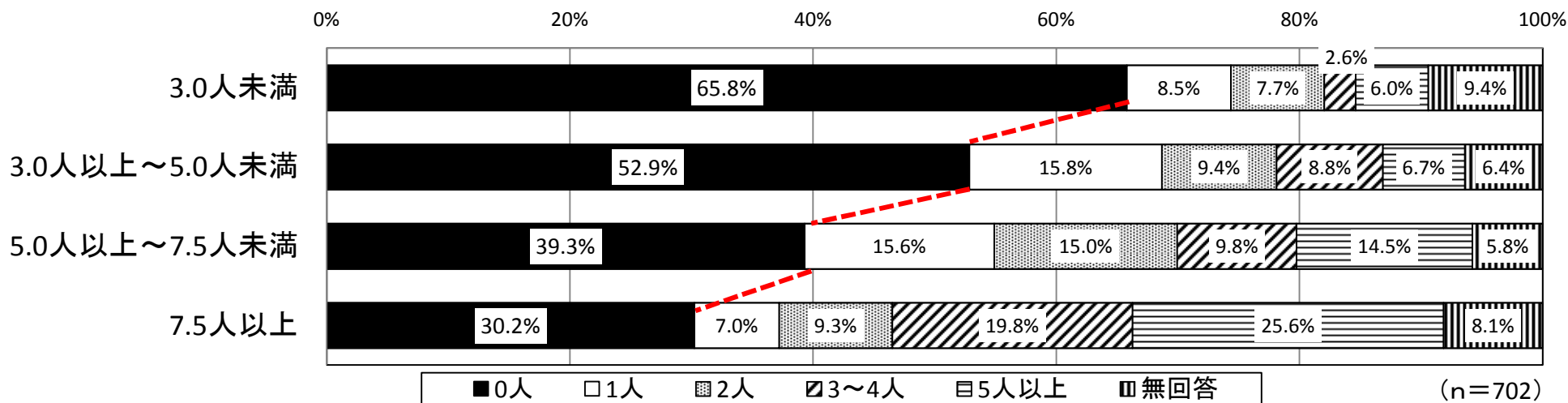
訪問看護ステーションの規模別の訪問看護実施状況

○ 訪問看護ステーションの規模が大きいほど、1人以上の看取りを行っているステーションの割合が多い。

【看護職員1人あたりターミナルケア療養費算定利用者数割合】



【ステーションあたりターミナルケア療養費算定利用者数割合】



○ 24時間の対応体制や看取りの機能は、今後も訪問看護に求められる機能であるため、これらの機能をステーションを評価する際の指標の1つとしてはどうか。

イ. 現状

ロ. 機能強化型訪問看護ステーション(仮称)の評価について

(1) 24時間対応/看取り

(2) 重症度の高い患者の受け入れ

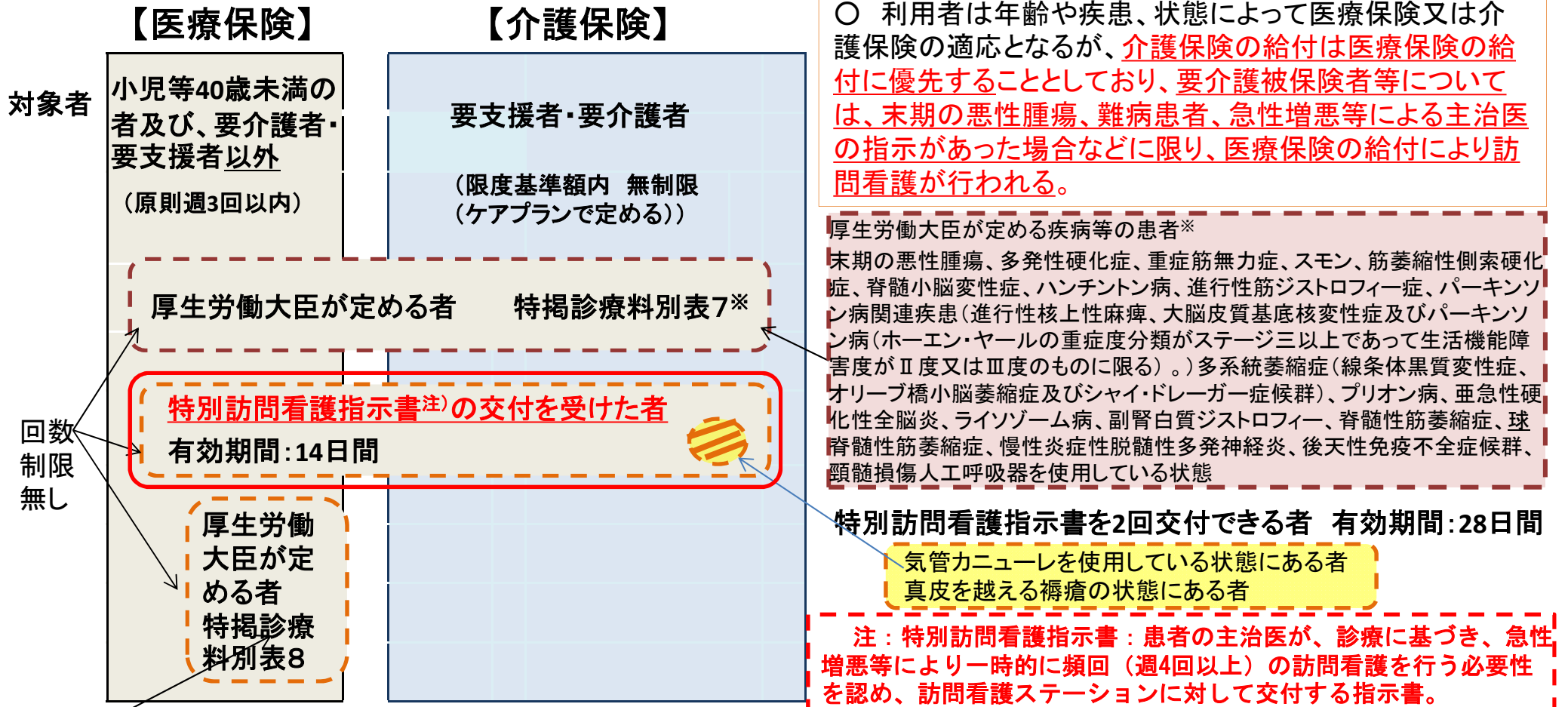
(3) 介護支援専門員の配置

(4) その他

規模の拡大について～サテライトの活用～
訪問看護ステーションの担う機能

医療保険と介護保険の訪問看護対象者のイメージ(図)

中医協 総 - 3
25.5.29



○ 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。

厚生労働大臣が定める疾病等の患者*
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(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。))多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群)、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライゾゾーム病、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

特別訪問看護指示書を2回交付できる者 有効期間: 28日間
気管カニューレを使用している状態にある者
真皮を越える褥瘡の状態にある者

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

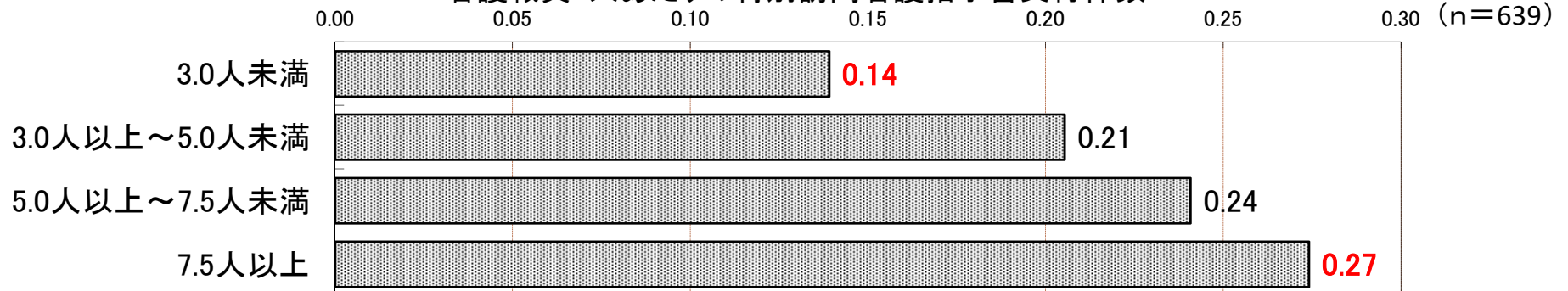
- 一 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 二 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者
- 三 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 四 真皮を越える褥瘡の状態にある者
- 五 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

訪問看護ステーションの規模別の訪問看護実施状況

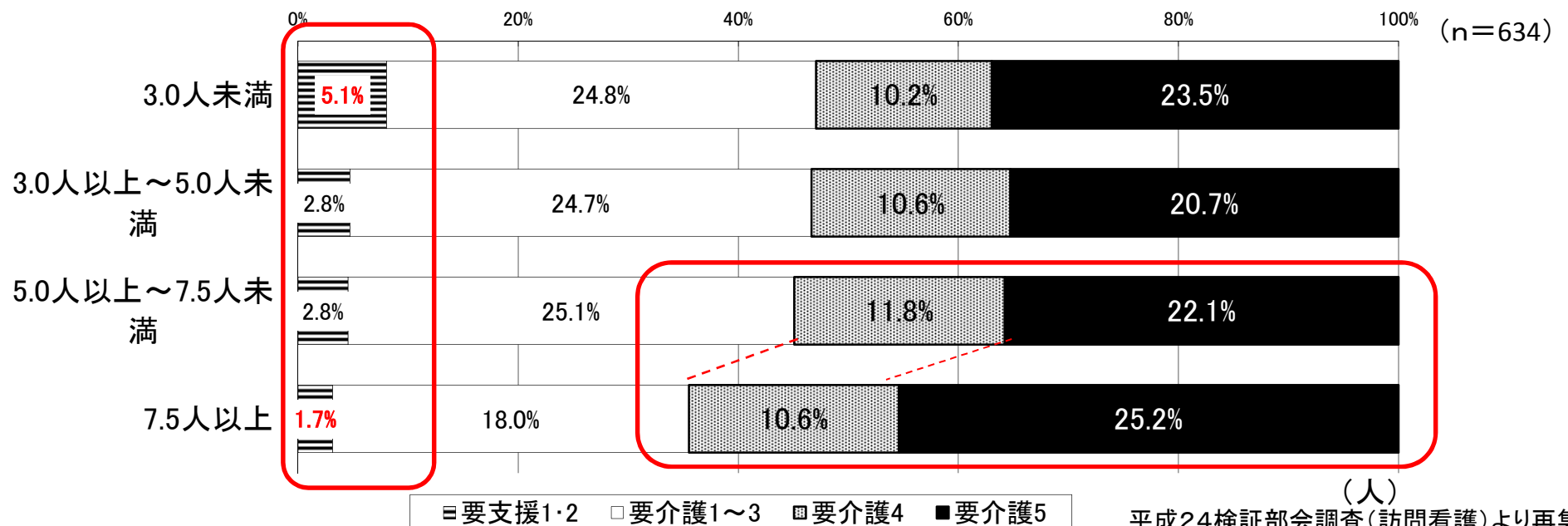
中医協 総 - 3
25.5.29

○ ステーションの規模が大きいほど、看護職員1人あたりの特別訪問看護指示書の発行数が多く、重度の利用者が多い傾向にある。また、規模が大きいほどより要介護度の高い利用者が多い傾向にある。

看護職員1人あたりの特別訪問看護指示書交付件数



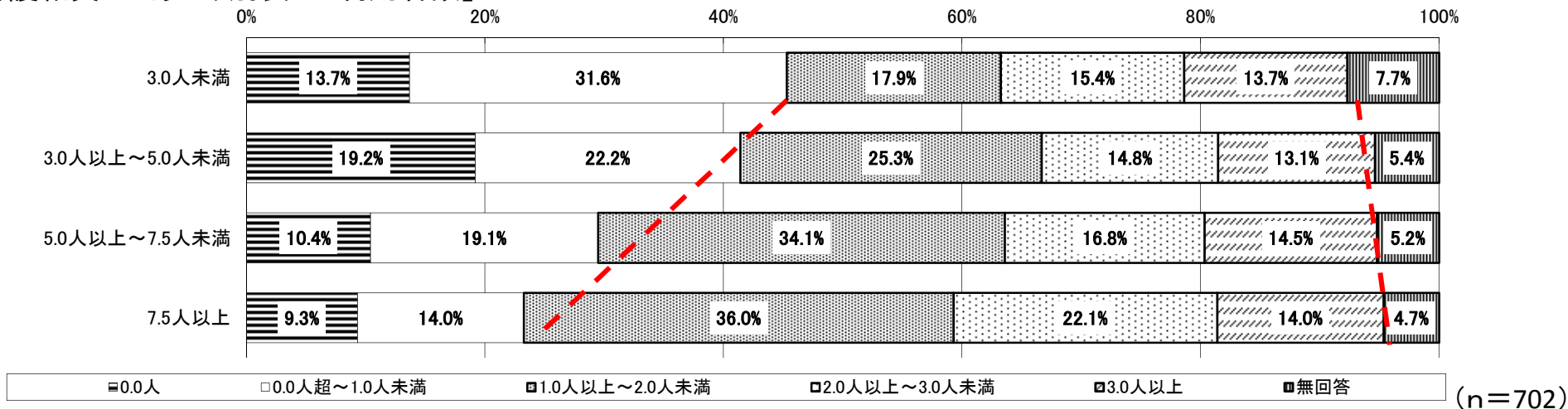
要介護度別分布



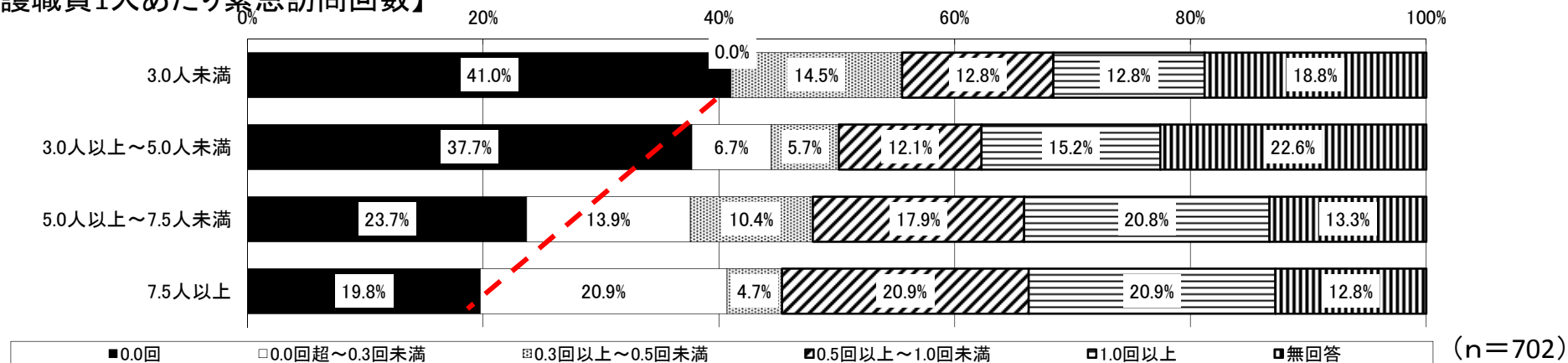
訪問看護ステーションの規模別の訪問看護実施状況

○ ステーションの規模が大きいほど、難病や末期の悪性腫瘍等(別表7)の利用者が多い傾向にある。また、規模が大きいほど、緊急訪問を行ったステーションの割合が多い傾向にある。

【看護職員1人あたり別表7の利用者数】



【看護職員1人あたり緊急訪問回数】



○ ステーションの規模が大きいほど、24時間の対応体制、看取り体制が整っており、特別訪問看護指示への対応や難病等の重度者への対応をしていることから、これらの実績に加え、訪問看護ステーションの規模についても評価する際の指標の1つとしてはどうか。

イ. 現状

ロ. 機能強化型訪問看護ステーション(仮称)の評価について

(1) 24時間対応/看取り

(2) 重症度の高い患者の受け入れ

(3) 介護支援専門員の配置

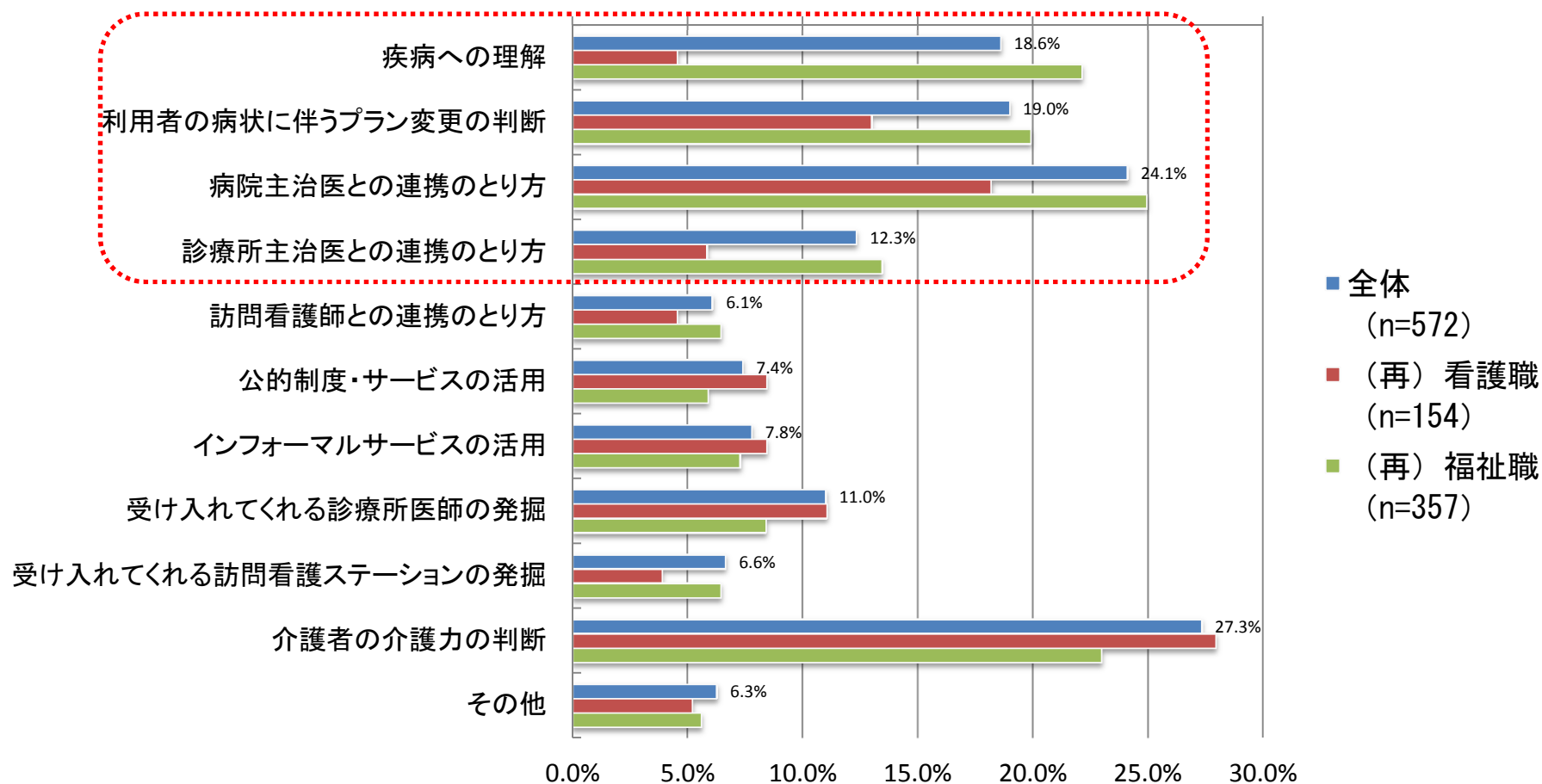
(4) その他

規模の拡大について～サテライトの活用～
訪問看護ステーションの担う機能

医療ニーズの高い利用者のケアマネジメントで困難と感じる内容

○ 福祉職の介護支援専門員(ケアマネジャー)が看護職のケアマネジャーと比べて困難を感じている項目は「疾病への理解」、「利用者の病状に伴うプラン変更の判断」、「病院主治医との連携のとり方」、「診療所主治医との連携のとり方」などであった。

【医療ニーズの高い方に対するケアマネジメントで困難を案じることが多い内容(複数回答)】

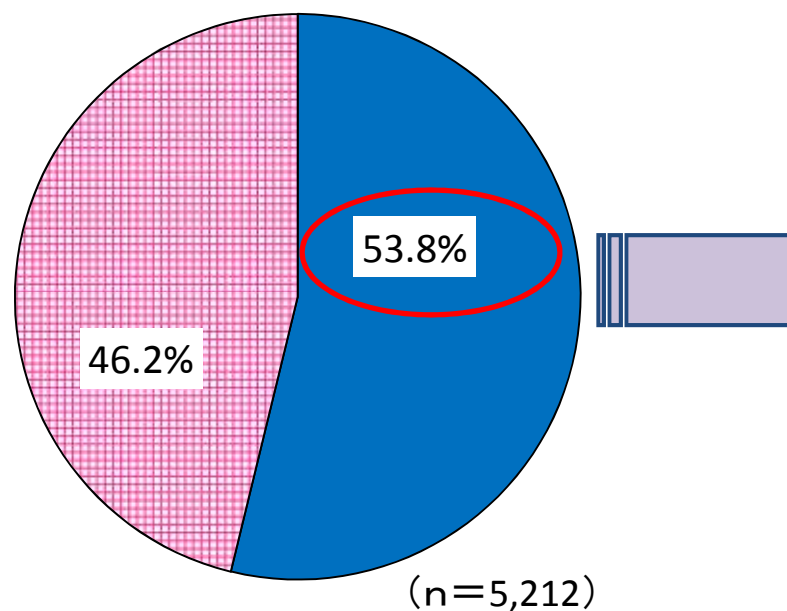


出典:平成22年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金、医療ニーズが高い利用者に対する地域における支援(特に訪問看護)に関する調査研究事業報告書、一般社団法人日本介護支援専門員協会、平成23年3月

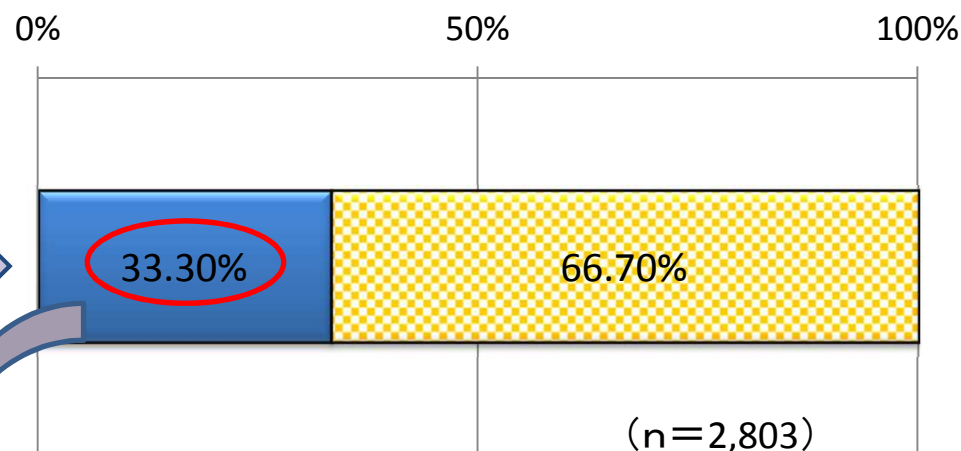
訪問看護ステーションにおける介護支援専門員の状況①

- 居宅介護支援事業所を併設している訪問看護ステーションは53.8%であり、うち、介護支援専門員と兼務している職員がいるステーションは33.3%である。
- 1ステーションあたりの兼務者の平均は2.2人である。

【居宅介護支援事業所を併設しているステーション】



【併設しているステーションのうち、介護支援専門員と兼務している職員がいる*ステーション】



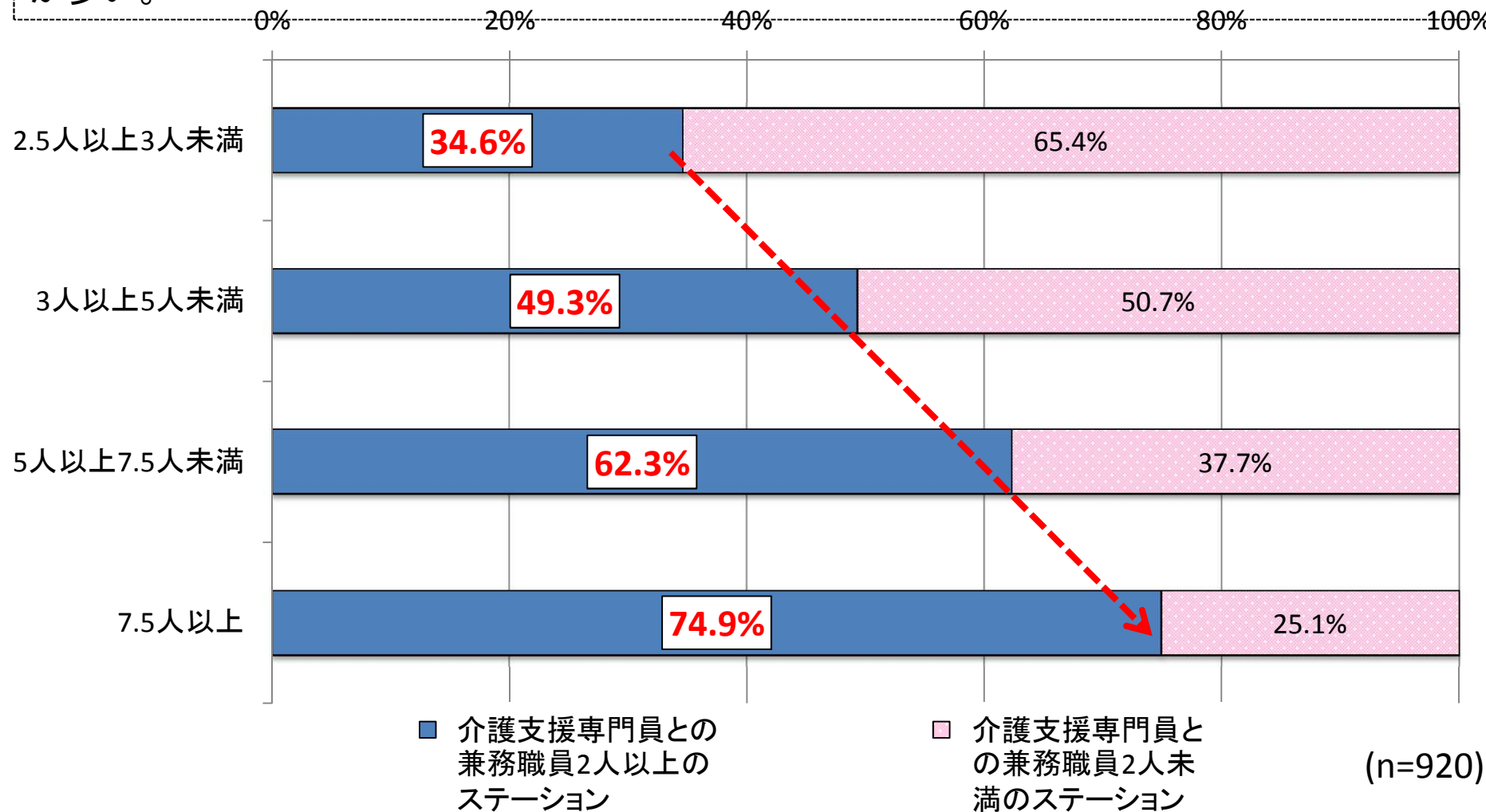
- 介護支援専門員と兼務している職員がいるステーション
- 介護支援専門員と兼務している職員がいないステーション

1ステーションあたりの兼務者*: 2.2人

*兼務している職員は看護職員以外も含む

訪問看護ステーションにおける介護支援専門員の状況②

○ 居宅介護支援事業所を併設している訪問看護ステーションのうち、介護支援専門員との兼務者数を規模別に比較すると、規模が大きいステーションの方が、2人以上の兼務者がいる割合が多い。



出典：平成23年 介護サービス施設・事業所調査（特別集計により算出）

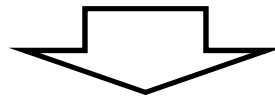
介護支援専門員が配置されることの効果

【ケアマネジャーが訪問看護ステーションにいるメリット】

- ケアマネジャーと訪問看護師の情報共有がタイムリーに行える。
- 他職種との連携が図れ、介護保険制度と医療保険制度、障がい者総合福祉法等の理解が深められ、職員全員で共有できる。
- ケアマネジャーが訪問看護の利用の効果について理解でき、適切な時期に訪問看護が導入される。
- 医療的視点と生活の視点の両面で療養生活を支えることができ、療養者の安心につながる。

【看護師のケアマネジャーが訪問看護ステーションにいるメリット】

- がん末期の患者の退院時など、ケアマネジャーが病院・在宅医・介護サービス等とすぐ連携ができ、調整能力が高い。
- ケアマネジャーが医療連携を行う際に、医師・薬剤師等とスムーズにコミュニケーションがとれる。
- ケアマネジャーの役割や苦勞が理解できることにより、他事業所のケアマネジャーとの連携が強まる。
- 健康問題のアセスメントが十分にできることにより、患者の重症化予防に資するケアプランの立案が可能になる。



- 訪問看護を含めた医療サービスと介護保険等の他のサービスとの連携、調整等の推進のため、介護支援専門員の配置を、訪問看護ステーションを評価する際の要件の一つとしてはどうか。

イ. 現状

ロ. 機能強化型訪問看護ステーション(仮称)の評価について

(1) 24時間対応/看取り

(2) 重症度の高い患者の受け入れ

(3) 介護支援専門員の配置

(4) その他

規模の拡大について～サテライトの活用～
訪問看護ステーションの担う機能

規模の拡大について～サテライトの活用～

訪問看護ステーションのサテライトの設置について

- 利用者宅に近い場所からより効率的に訪問看護を提供するため、サテライト(出張所)を設置することが可能。
- 要件を満たすものについては、一体的なサービス提供の単位として、サテライト(出張所)を「事業所」に含めて指定することが可能。

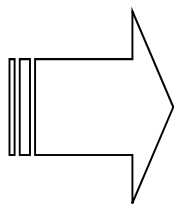
指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準について

(平成12.3.31 保発70号 老発397号)

指定訪問看護事業者の指定は、原則として事業所ごとに行うものとするが、例外的に、待機や道具の保管、着替え等を行う出張所等であって、次の要件を満たすものについては、一体的な指定訪問看護の提供の単位として当該事業所に含めて指定することができる取り扱いとすること。

(要件)

- ① 利用申し込みに係わる調整、指定訪問看護の提供状況の把握、職員に対する職員に対する技術指導等が一体的に行なわれること。
- ② 職員の勤務体制、勤務内容等が一元的に管理されること。必要な場合に随時、主たる事業所との間で相互支援が行える体制にあること。
- ③ 苦情処理や損害賠償等に際して、一体的な対応ができる体制にあること。
- ④ 事業の目的や運営方針、営業日及び営業時間、利用料等を定める同一の運営規定が定められていること。
- ⑤ 人事、給与・福利厚生等の勤務条件等による職員管理が一元的に行われていること。



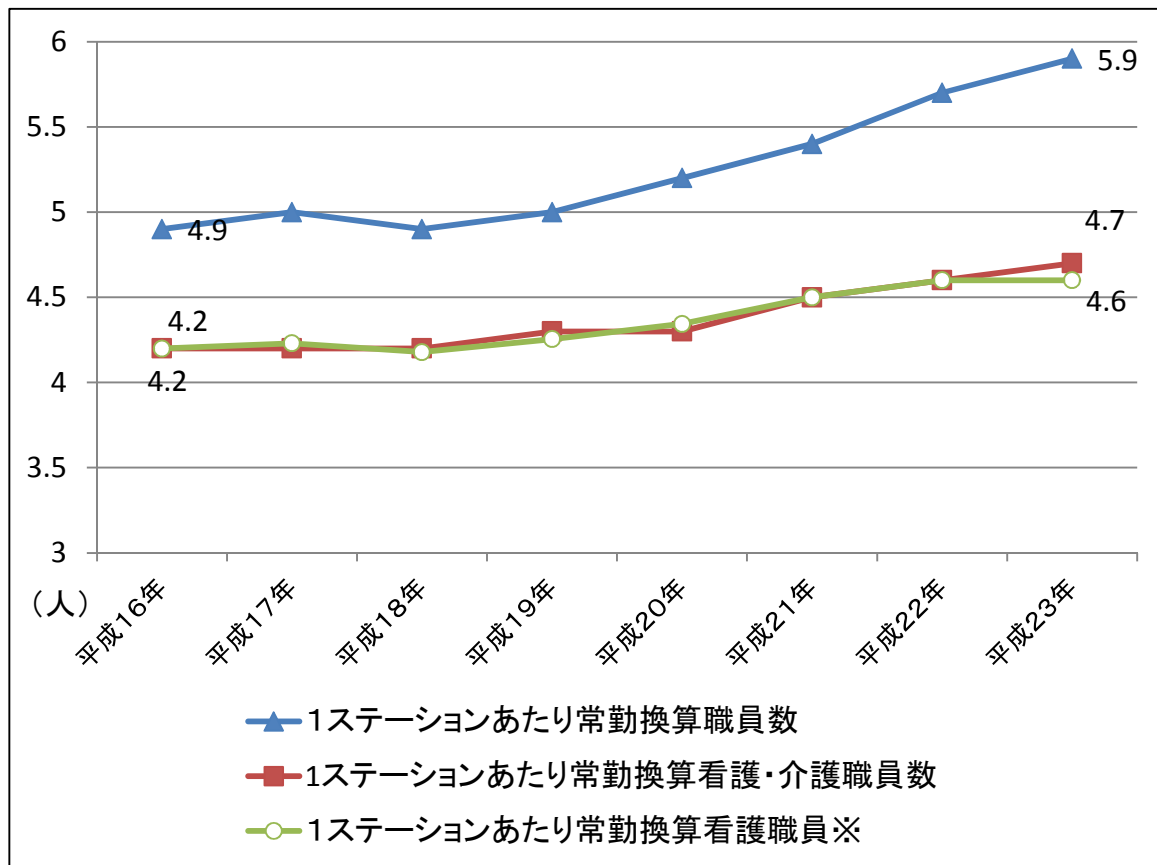
サテライトの活用で、例えば以下のような形態も可能

- (例1) 本体事業所に常勤換算1.5名の配置とサテライトに常勤換算1名の配置
- (例2) 本体事業所に常勤換算2.3名の配置とサテライトに常勤換算0.2名の配置
- (例3) 本体事業所を市内中心部に置き、サテライトをへき地や山間部に設置

訪問看護ステーションの規模とサテライト数の推移

- 1ステーション当たりの常勤換算従事者数、常勤換算看護職員数は増加傾向にある。
- サテライト数は約200カ所程度で近年横ばいである。

【1ステーション当たりの職員数】



※看護職員とは、保健師、助産師、看護師、准看護師のことである。

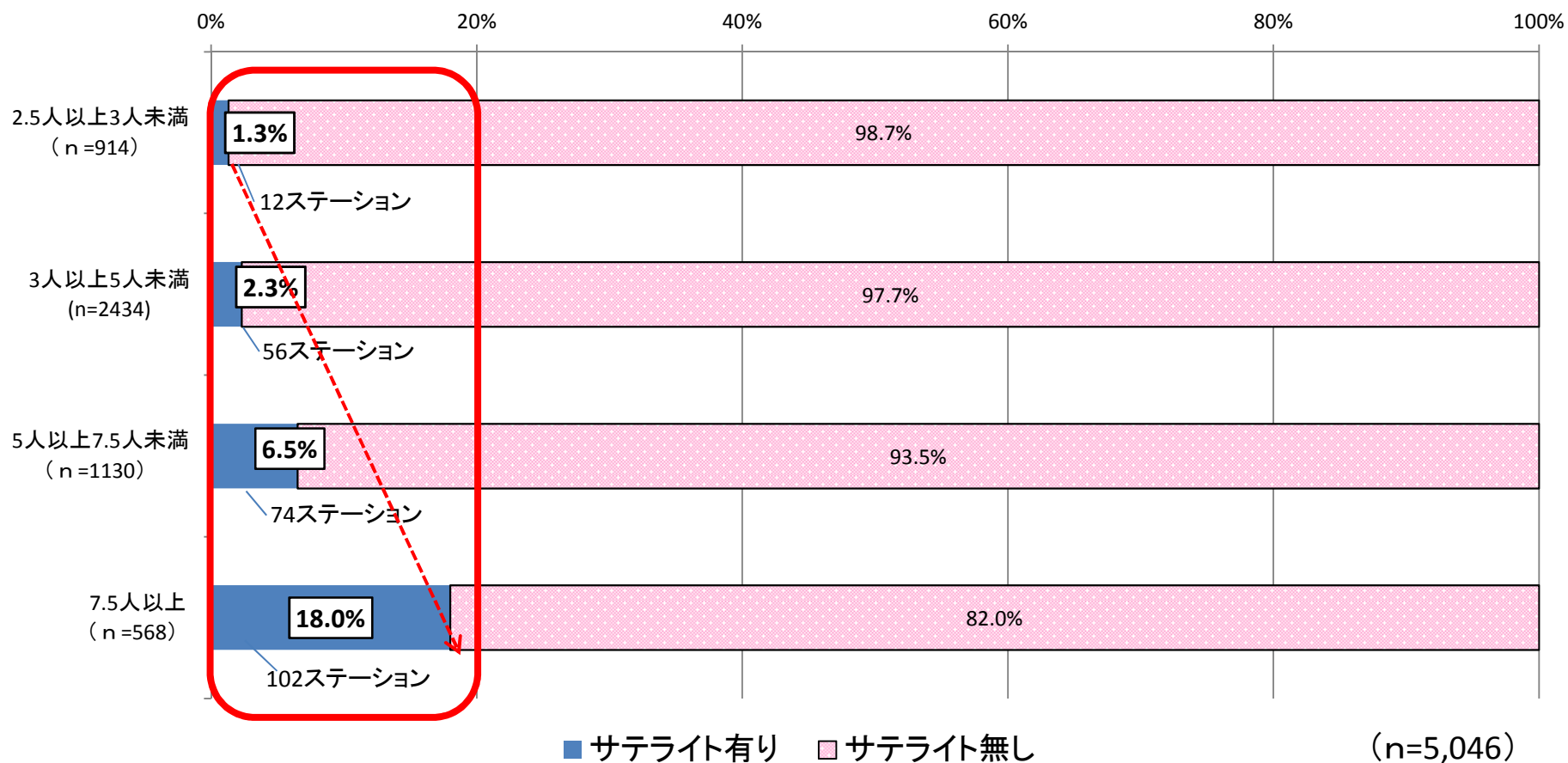
出典：介護サービス施設・事業所調査

平成16年～平成20年の1事業所あたり常勤換算看護職員数は、介護サービス施設・事業所調査の結果より医療課にて算出

	サテライトのある訪問看護ステーション数	サテライト数
平成13年	159	212
平成14年	189	249
平成15年	203	249
平成16年	208	275
平成17年	201	253
平成18年	289	353
平成19年	176	227
平成20年	160	224
平成21年※	166	216
平成22年	187	238
平成23年	189	247

訪問看護ステーションの規模別にみたサテライト数

○ 訪問看護ステーションの規模が大きいほど、サテライトを有しているステーションが多い。

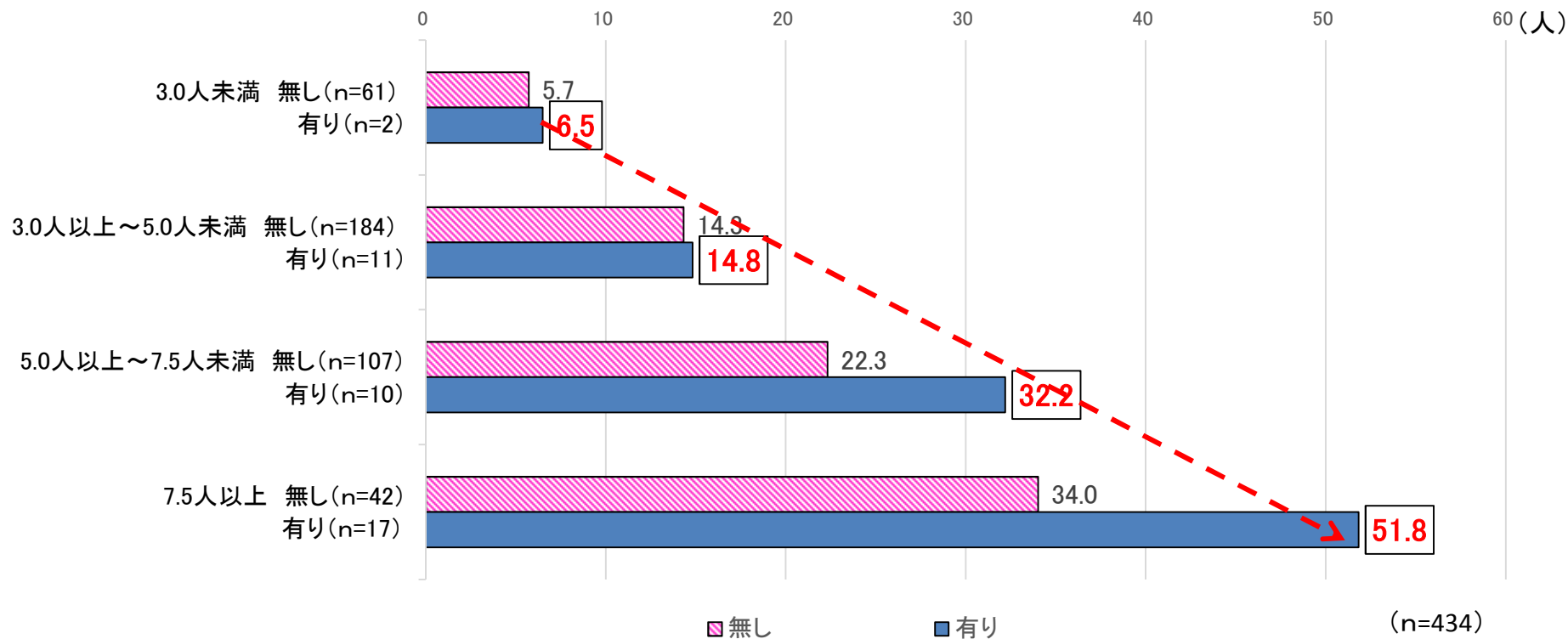


出典:平成23年 介護サービス施設・事業所調査(特別集計により算出)

サテライトの有無別にみた利用者の状況①

○ サテライトを有しているステーションの方が、特別管理加算の該当患者が多い傾向にある。

【特別管理加算の該当患者数(介護保険+医療保険等)】



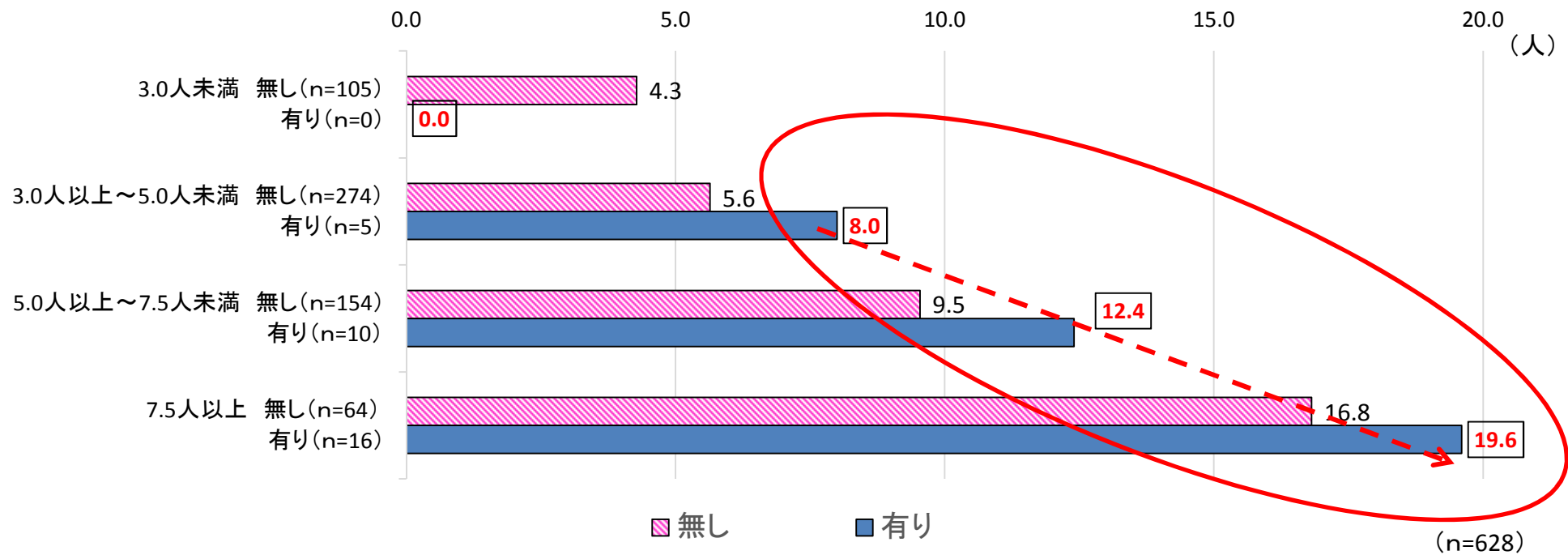
※特別管理加算

特別な管理を必要とする利用者(気管カニューレ、留置カテーテル、在宅血液透析、人工肛門を使用している状態の利用者等告示で定める状態にある者)に対し、訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合に評価。

サテライトの有無別にみた利用者の状況②

○ サテライトを有しているステーションの方が、難病や末期の悪性腫瘍等(別表7)に該当する患者が多い傾向にある。

【別表7に該当する患者数】

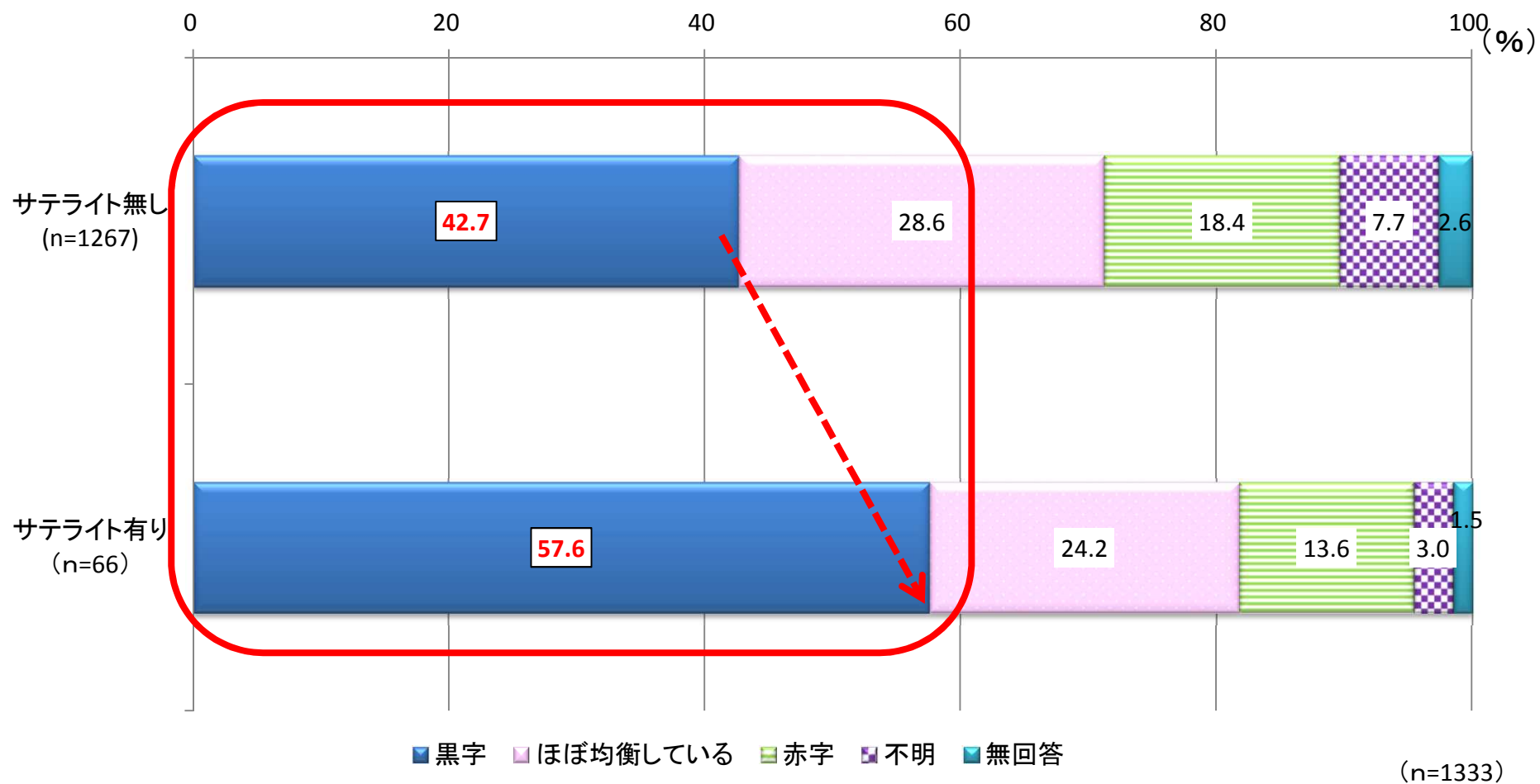


特掲診療料別表7

末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。))多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群)、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

サテライトの有無別にみた訪問看護ステーションの収支比率

○ サテライトを有しているステーションの方が、収支状況が黒字になる傾向がある。

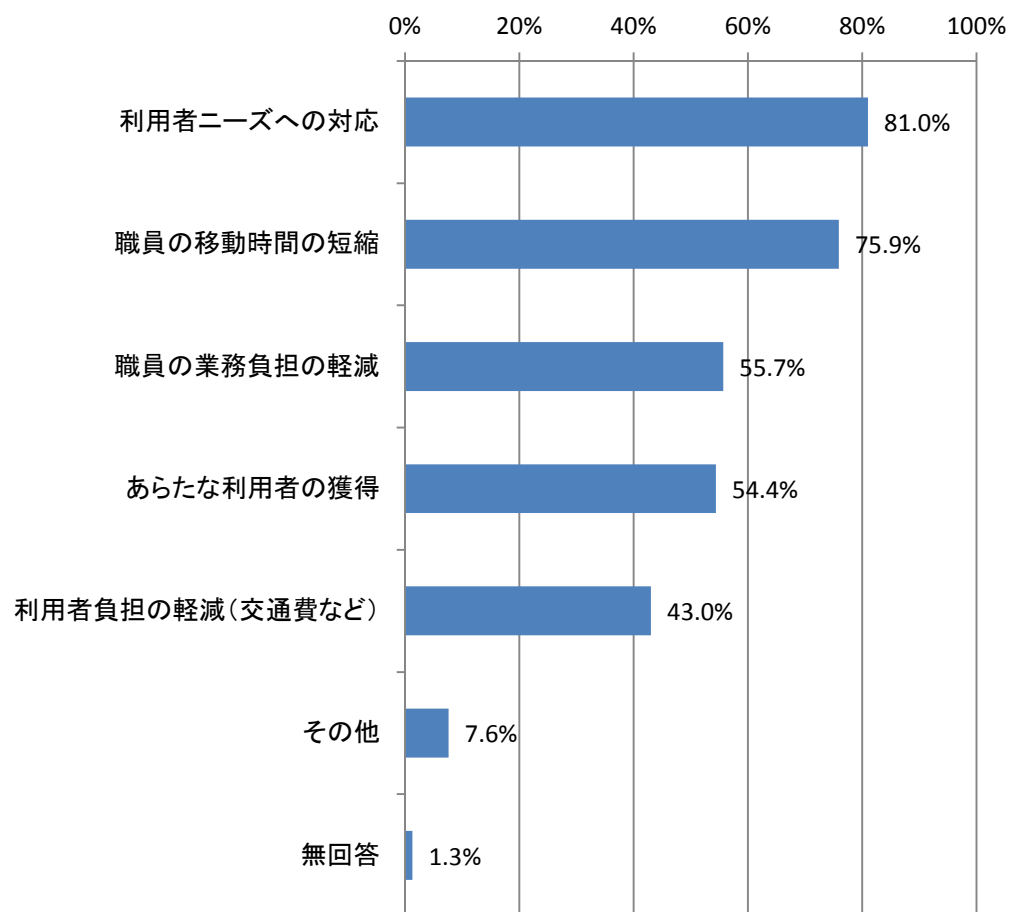


出典:平成24年度 厚生労働省老人保健事業推進費補助金「訪問看護の基盤強化に関する調査研究事業」三菱UFJリサーチ&コンサルティング

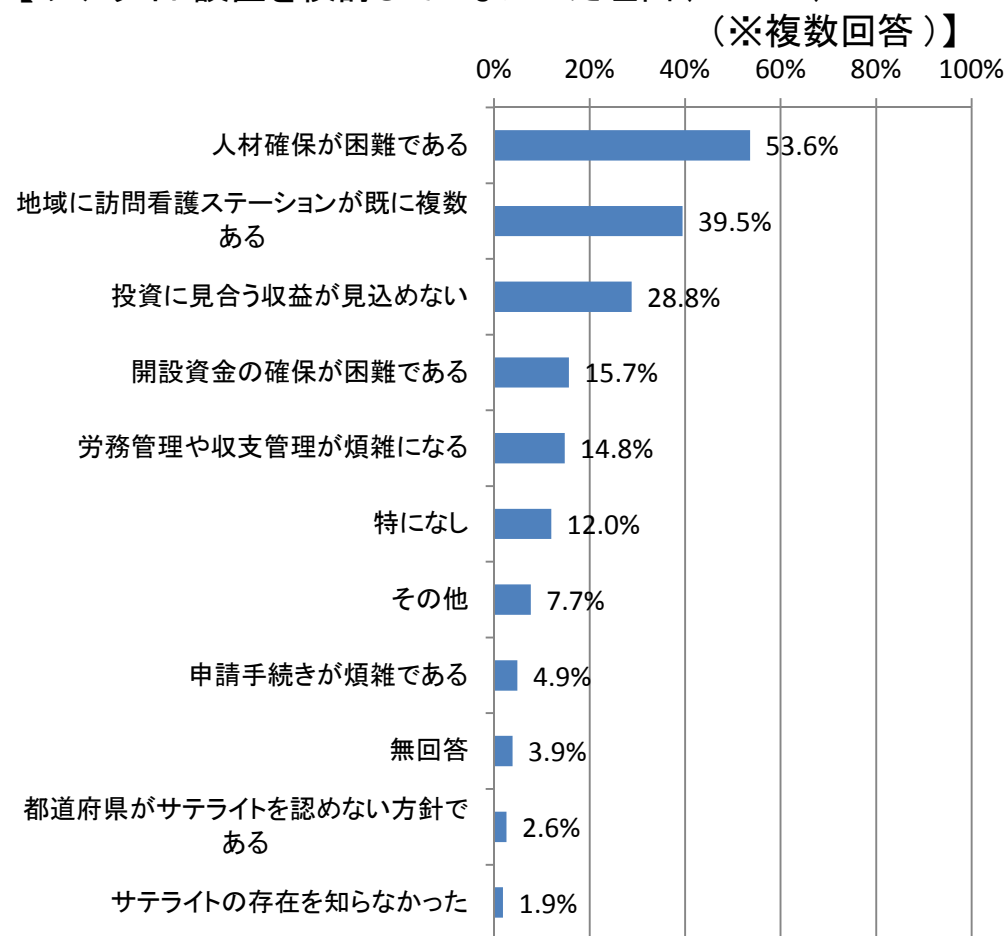
サテライトの設置目的

- 現在サテライトを設置しているステーションの設置目的は、「利用者ニーズへの対応」が81.0%と最も多く、「職員の移動時間の短縮」「職員の業務負担の軽減」が続いている。
- サテライトの設置を検討してこなかった理由は、「人材確保が困難である」が53.6%で最も多く、次いで、「地域に訪問看護ステーションが既に複数ある」が39.5%である。

【現在サテライトを設置している(n=79)(※複数回答)】



【サテライト設置を検討してこなかった理由(n=1861)



訪問看護ステーションの担う機能

在宅医療連携拠点事業（平成24年度まで）

【背景】

- 国民の60%以上が自宅での療養を望んでいる。
- 特に都市部において急速な高齢化が進展しており、死亡者数は、2040年にかけて今よりも約40万人増加。

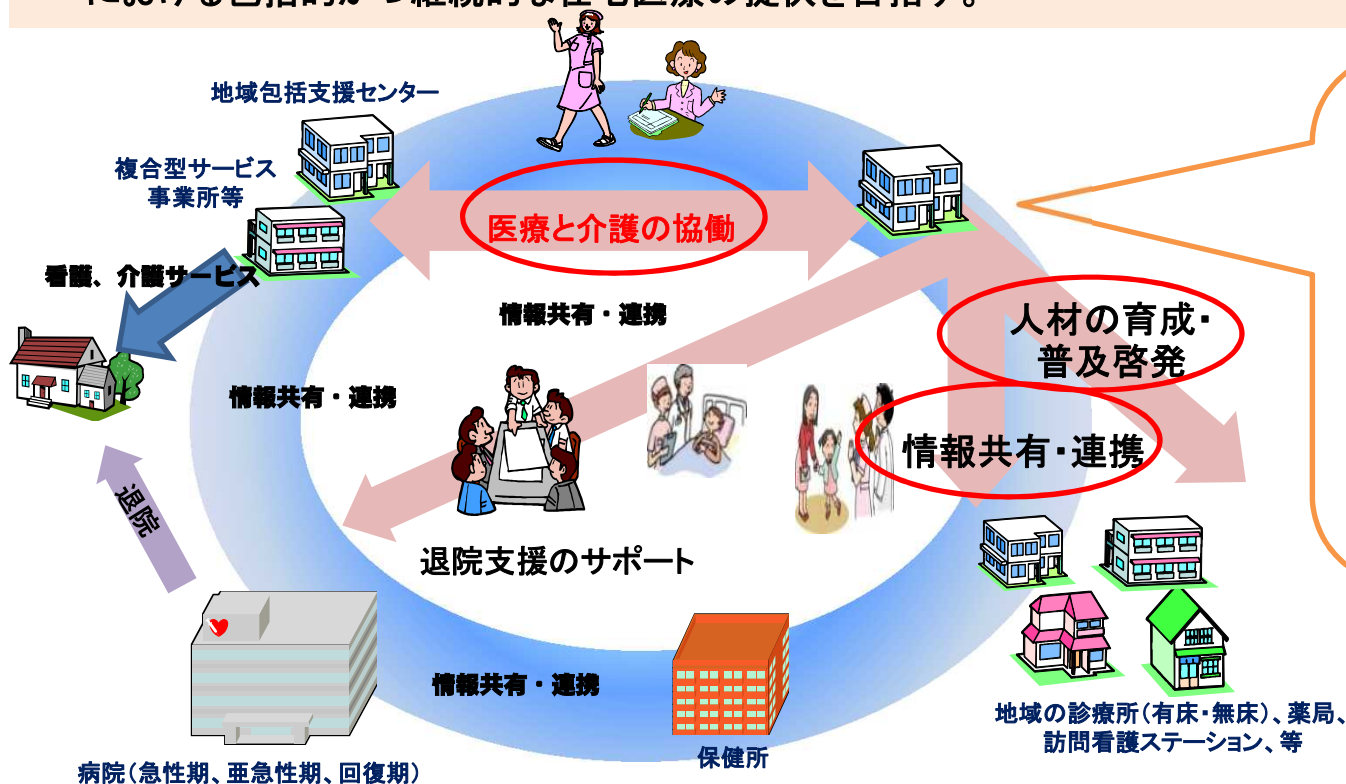
平成23年度 10カ所
平成24年度 105カ所

【在宅医療・介護における課題】

- 在宅医療を推進するには、関係する機関が連携し、医療と介護のサービスが包括的かつ継続的に提供されることが重要。しかし、これまで、医療側から働きかけての連携の取り組みが十分に行われてきたとはいえない。

【事業の概要】

- 在宅医療を提供する機関等を連携拠点として、多職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、医療と介護が連携した地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指す。



在宅医療連携拠点
(療養支援診療所、病院、訪問看護ステーション、自治体、医師会等)

連携拠点に配置されたケアマネジャーの資格を持つ看護師等と医療ソーシャルワーカーが地域の医療・介護を横断的にサポートすることで、病気をもちながらも住み慣れた地域で自分らしく過ごすことが可能となる。

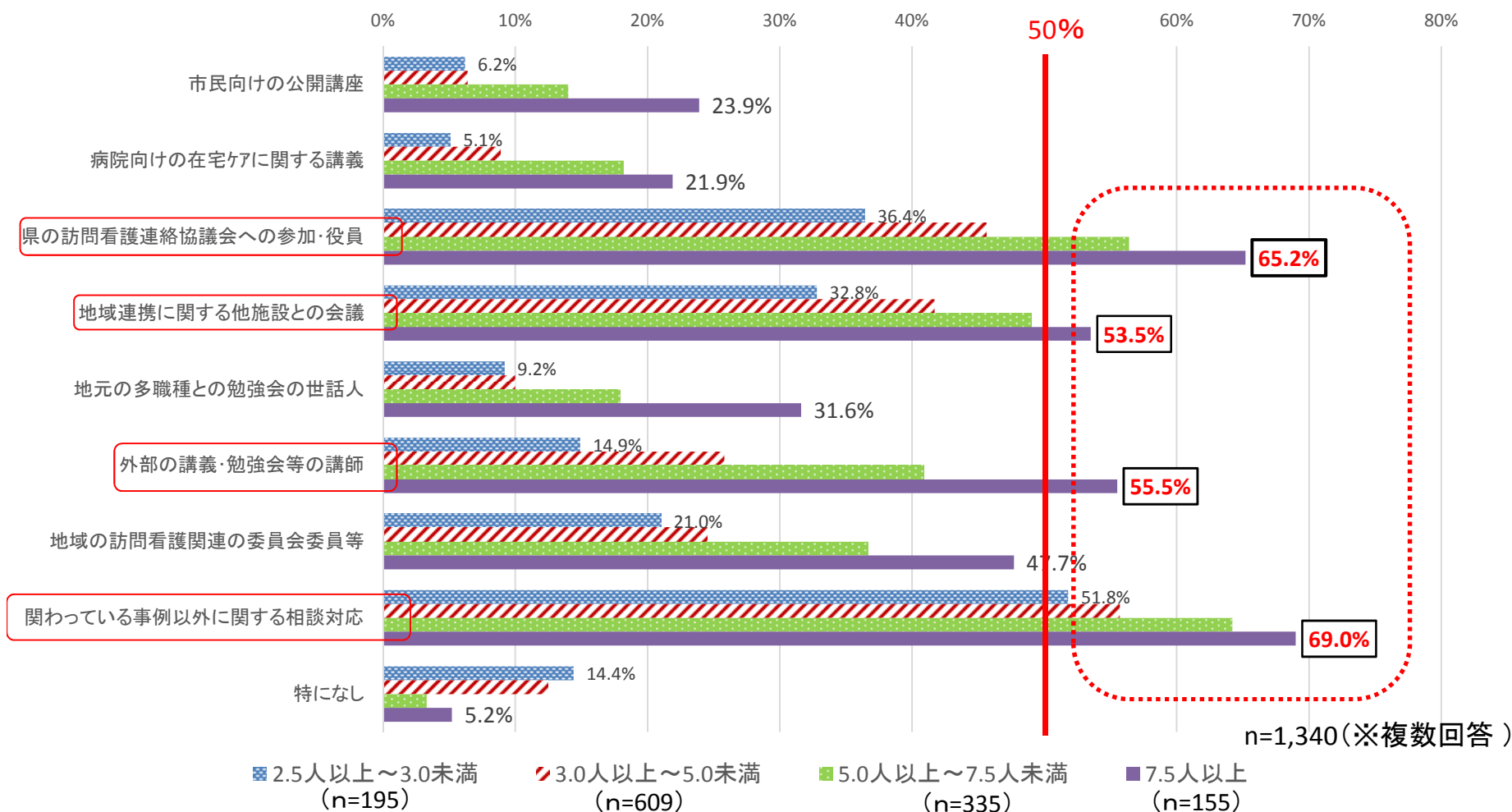
【具体的な活動】

- ・地域の医療・介護関係者による協議の開催
- ・医療・介護関係機関の連携促進
- ・在宅医療に関する人材育成や普及啓発

24時間連携体制、チーム医療提供

訪問看護ステーションの活動

- 訪問看護ステーションの規模が大きいほど、地域連携に関する他施設との会議等、訪問看護業務以外の取り組みを実施している事業所が多い。
- 常勤換算7.5人以上のステーションでは、半分以上のステーションが県の訪問看護連絡協議会への参加、地域連携に関する他施設との会議、外部の講義・勉強会等の講師、他ステーションの事例に対する相談対応を実施している。



出典：平成24年度老人保健健康増進等事業 訪問看護の基盤強化に関する調査研究事業(三菱UFJリサーチ&コンサルティング)

地域への情報発信・相談機能

- 地域で行っている活動として、県の訪問看護連絡協議会への参加、地域連携に関する他施設との会議、外部の講義・勉強会等の講師、他ステーションの事例に対する相談対応が挙げられ、また自治体との連携に関連した取り組みも積極的に行っている。

		Aステーション	Bステーション	Cステーション
看護職	常勤数	6人 (うち、ケアマネジャー1人)	12人 (うち、ケアマネジャー7人)	7人
	常勤換算数	6.9人	10.8人	17.7人
地域で行っている活動	県の訪問看護連絡協議会への参加・役員	○	○	○
	地域連携に関する他施設との会議	○	○	○
	外部の講義・勉強会等の講師	○	○	○
	他ステーションの事例に対する相談対応	○	○	○
	その他	○地域住民との交流の場づくり 「わたしの町のほけん室」毎週月曜に地域住民の相談窓口、集いの場としてステーションを開放	○地域の訪問看護関連の委員会委員等 ○市民向けの公開講座 ○病院向けの在宅ケアに関する講座	○地域の訪問看護関連の委員会委員等
自治体との連携に関連した取り組み	○障がい児・者の地域ケア会議、ネットワーク会議	○高齢者保健福祉計画策定委員会の委員 ○難病患者在宅療養支援者研修 ○市のケアプラン指導事業のスーパーバイザー ○地域包括支援センターと共同し、ケアマネジャー事例検討会	○自立支援協議会への参加 ○認知症対策連絡会への参加 ○医療連携協議会への参加 ○二次予防見守り訪問事業 ○介護保険認定審査会への参加	

人材育成機能

○ 看護学生の実習の受け入れ、看護師やその他の職種についての研修や見学を受け入れている。

ステーション	看護職員数 (常勤換算)	看護学生の受入れ (年間受入数)	看護学生以外の 研修・見学の受入れ (年間受入数)	その他
A	6.9人	6人	16人	-
B	10.8人	40人	18人	-
C	17.7人 うち、訪問看護認定看護師 1人	22人	13人	特養、地域包括支援センター、ケアマネ、通所介護看護師等に対し、褥瘡、高次機能障害、緩和ケア等、フィジカルアセスメント等様々なテーマで定例研修会を実施。テーマによりヘルパーが実施することもある。
D	4.9人 うち、訪問看護認定看護師 1人	24人	10人	-
E	13.3人 うち、皮膚・排泄ケア認定看護師 1人 緩和ケア認定看護師 1人	27人	10人	-

【看護学生以外の研修・見学】

職種例：介護職員、研修医、看護師、認定看護師

内容：利用者宅への同行訪問、事例検討、カンファレンスの実施

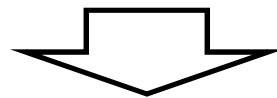


研修者のための同行訪問プランの作成、利用者への事前説明と同意、カンファレンスの参加、事例検討への指導等に、ステーション看護師の時間と人手が費やされている。

機能が強い訪問看護ステーションの評価について

【課題】

- 訪問看護ステーションの6割以上は常勤換算5人未満の小規模なステーションである。
- 訪問看護に求められる機能として、24時間対応、重症者への対応、頻回な訪問が上位に挙げられるが、それらに対応しているステーションは規模の大きなステーションが多い。
- 規模の大きなステーションは、地域の他ステーション、地域住民、病院、介護支援専門員に対する情報提供や相談対応に取り組んでおり、地域包括ケアにおいて中心的な役割を担っている。



【論点】

- 機能が強い訪問看護ステーションとして、24時間体制の有無、看取り数、重症度の高い患者の受け入れ(別表7の該当者)、介護支援専門員の配置の有無等を要件としてはどうか。また、これらの実績に加え、訪問看護ステーションの規模を、評価する際の指標としてはどうか。
- 上記の他、地域の他のステーション、地域住民、病院、介護支援専門員に対する情報提供や相談機能を有し、地域包括ケアにおいて中核的な役割を果たす訪問看護ステーションを、機能強化型訪問看護ステーション(仮称)として評価してはどうか。

1. 機能強化型在宅療養支援診療所・病院の要件等について
2. 訪問看護
- 3. 在宅医療における注射薬や衛生材料等の提供**
4. 在宅医療における薬剤師の役割
5. 在宅歯科医療
6. 在宅医療における患者紹介等の事例
7. 在宅医療を専門に行う保険医療機関

- イ 在宅医療で使用できる注射薬
- ロ 在宅医療で使用される注射薬の安全な調剤について
- ハ 介護保険利用者の点滴に係る費用
- ニ 在宅医療における衛生材料の提供
- ホ 保険薬局で交付できる特定保険医療材料の拡大
- ヘ 今後の在宅医療における材料等の流れ

在宅医療で使用できる注射薬について

- 在宅医療において投与できる薬剤は、以下の規定で対象を限定している。
- ここには電解質製剤等が含まれておらず、在宅医療の現場で点滴注射が使用されている実態に合っていない。

保険医療機関及び保険医療養担当規則(抜粋)

厚生省令第十五号

第二十条 医師である保険医の診療の具体的方針は、前十二条の規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

二 投薬

ト 注射薬は、患者に療養上必要な事項について適切な注意及び指導を行い、厚生労働大臣の定める注射薬に限り投与することができることとし、その投与量は、症状の経過に応じたものでなければならず、厚生労働大臣が定めるものについては当該厚生労働大臣が定めるものごとに一回十四日分、三十日分又は九十日分を限度とする。

診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について

第2部 在宅医療 第3節 薬剤料

(1) 次の厚生労働大臣の定める注射薬に限り投与することができる。

在宅医療で使用できる注射薬について

次の厚生労働大臣の定める注射薬に限り投与することができる。

【厚生労働大臣の定める注射薬】

インスリン製剤、
ヒト成長ホルモン剤、
遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅷ因子製剤、
遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤、
乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤、
遺伝子組換え型血液凝固第Ⅸ因子製剤、
乾燥人血液凝固第Ⅸ因子製剤、
活性化プロトロンビン複合体、
乾燥人血液凝固因子抗体迂回活性複合体、
性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤、
性腺刺激ホルモン製剤、
ゴナドトロピン放出ホルモン誘導體、
ソマトスタチンアナログ、
顆粒球コロニー形成刺激因子製剤、
自己連続携行式腹膜灌流用灌流液、
在宅中心静脈栄養法用輸液、
インターフェロンアルファ製剤、
インターフェロンベータ製剤、
ブプレノルフィン製剤、
モルヒネ塩酸塩製剤、
抗悪性腫瘍剤、
グルカゴン製剤、
グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニスト、
ヒトソマトメジンC製剤、
人工腎臓用透析液、
血液凝固阻止剤、
生理食塩液、
プロスタグランジンI₂製剤、

エタネルセプト製剤、
注射用水、
ペグビソマント製剤、
スマトリプタン製剤、
フェンタニルクエン酸塩製剤、
複方オキシコドン製剤、
オキシコドン塩酸塩製剤、
ベタメタゾンリン酸エステルナトリウム製剤、
デキサメタゾンリン酸エステルナトリウム製剤、
デキサメタゾンメタスルホ安息香酸エステルナトリウム製剤、
プロトンポンプ阻害剤、
H₂遮断剤、
カルバゾクロムスルホン酸ナトリウム製剤、
トラネキサム酸製剤、
フルルビプロフェンアキセチル製剤、
メクロプラミド製剤、
プロクロルペラジン製剤、
ブチルスコポラミン臭化物製剤、
グリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・L-システイン塩酸塩配合剤、
アダリムマブ製剤、エリスロポエチン、
ダルベポエチン、
テリパラチド製剤、
アドレナリン製剤、
ヘパリンカルシウム製剤、
アポモルヒネ塩酸塩製剤、
セルトリズマブペゴル製剤、
トシリズマブ製剤、
メトレプチン製剤、
アバタセプト製剤

在宅医療で使用できる注射薬について

【保険薬局において交付の対象となる注射薬】

- 在宅の指導管理料に伴い保険薬局が交付できる薬剤は、以下の規定で対象を限定している。
- 限定されている対象は、厚生労働大臣の定める注射薬と同じ品目である。

診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(平成24年3月5日保医発0305第1号)(抜粋)

別添3 調剤報酬点数表に関する事項

区分01 調剤料

(5) 注射薬

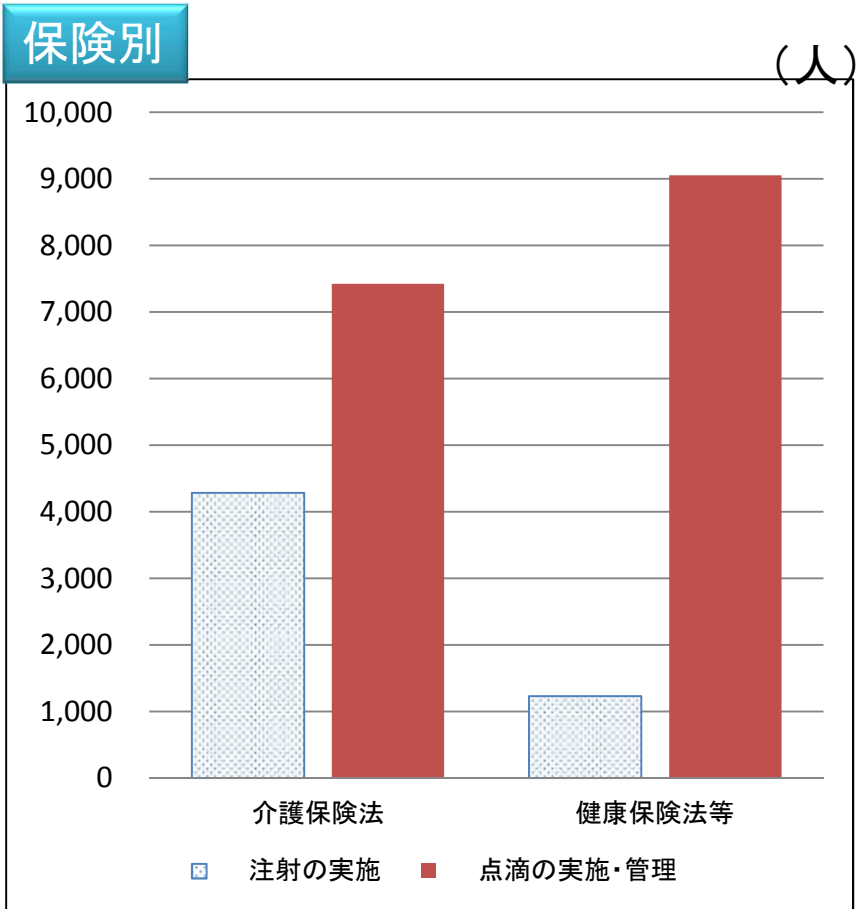
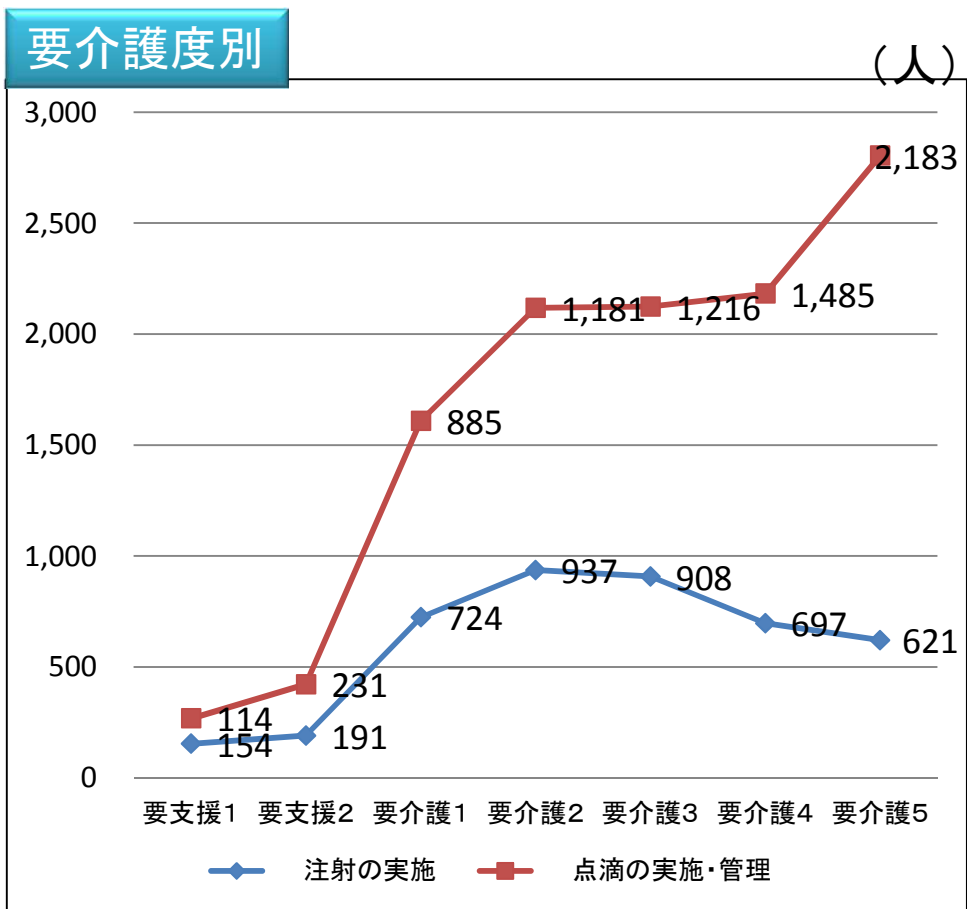
イ 注射薬のうち支給できるものは、在宅医療における自己注射等のために投与される薬剤(以下、薬剤を指定。厚生労働大臣の定める注射薬と同じ品目。)に限る。

保険薬局においても、限定された薬剤しか交付できない。

介護保険における注射・点滴の実施をしている利用者数

- 介護保険の利用者であっても、一定程度の注射・点滴のニーズがある。
- 特に、要介護度が高くなると点滴の実施・管理を必要とする利用者数が増加する傾向がある。

9月中の医療処置にかかる看護内容(複数回答)



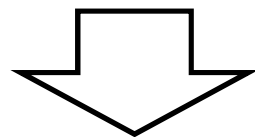
※介護保険法においては、「経過的要介護」「その他」の区分を除く

出典:平成19年介護サービス施設・事業所調査

在宅医療における注射薬について

【課題】

・在宅医療では、保険医療機関及び保険医療養担当規則（以下、療担規則）において、投与できる注射薬が定められており、それ以外の薬剤については投与できないことになっている。



【論点】

・在宅医療で投与できる注射薬に、電解質製剤等を加えてはどうか。また、保険薬局で交付できる注射薬も同様としてはどうか。

- イ 在宅医療で使用できる注射薬
- ロ 在宅医療で使用される注射薬の安全な調剤について
- ハ 介護保険利用者の点滴に係る費用
- ニ 在宅医療における衛生材料の提供
- ホ 保険薬局で交付できる特定保険医療材料の拡大
- ヘ 今後の在宅医療における材料等の流れ

無菌製剤処理の様子



無菌製剤処理加算に関する施設基準の見直し

無菌調剤を行うためには、特別な施設が必要とされるが、改定前の施設基準では一部不都合が生じていることから、より合理的な基準となるよう、無菌製剤処理の施設基準における「十分な施設を有している」との要件を「十分な施設又は設備を有している」と合理的に改めた。

改 定 前	改 定 後
<p>(調剤料に係る無菌製剤処理の施設基準)</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 薬局であること。 (2) 無菌製剤処理を行うにつき十分な施設を有していること。 (3) 無菌製剤処理を行うにつき十分な体制を有していること。 	<p>(調剤料に係る無菌製剤処理の施設基準)</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 薬局であること。 (2) 無菌製剤処理を行うにつき十分な施設又は設備を有していること。 (3) 無菌製剤処理を行うにつき十分な体制を有していること。

【留意事項通知にて】

「無菌製剤処理を行うための専用の部屋(5平方メートル以上)を有していること。」の要件を削除。

無菌調剤と在宅業務の実施状況

中 医 協 総 - 3
2 5 . 5 . 2 9

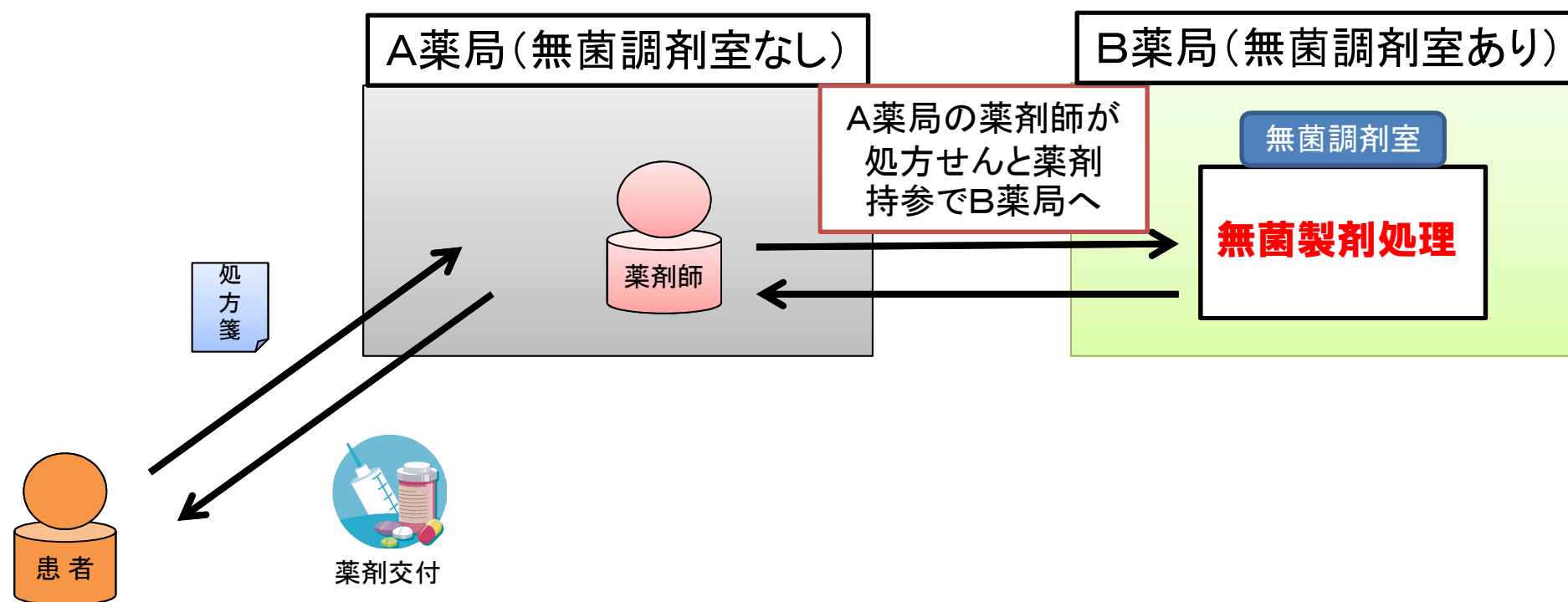
1薬局当たり在宅患者訪問薬剤管理指導料の年間算定回数	単位:%				
	H20年度	H21年度	H22年度	H23年度	H24年度
1～10回未満	10.5	13.3	13.8	10.6	13.2
10～50回未満	33.3	32.6	34.9	33.8	23.3
50～100回未満	26.7	20.0	17.8	19.4	24.3
100～200回未満	13.3	14.8	15.8	19.4	22.8
200回以上	16.2	19.3	17.8	16.9	16.4
合計(無菌調剤処理及び在宅業務実施薬局数)	100 (105薬局)	100 (135薬局)	100 (152薬局)	100 (160薬局)	100 (189薬局)
無菌調剤処理実施薬局数	128薬局	164薬局	185薬局	192薬局	231薬局
無菌及び在宅実施薬局数／ 無菌調剤処理実施薬局数	82.0%	82.3%	82.2%	83.3%	81.8%

〔出典〕「最近の調剤医療費(電算処理分)の動向」(調剤メディアス)(厚生労働省保険局調査課 特別集計)(注:H24年度は4月～12月の実績を12/9倍した推計値を用いている。)

- 無菌調剤処理を実施している薬局数は少数だが、その8割以上は在宅業務を実施している。
- 無菌調剤処理を実施している薬局では、在宅訪問薬剤管理指導の年間算定回数が比較的高く(50回以上の薬局が半数以上)、近年、その傾向が強まっている。

無菌調剤室の共同利用について

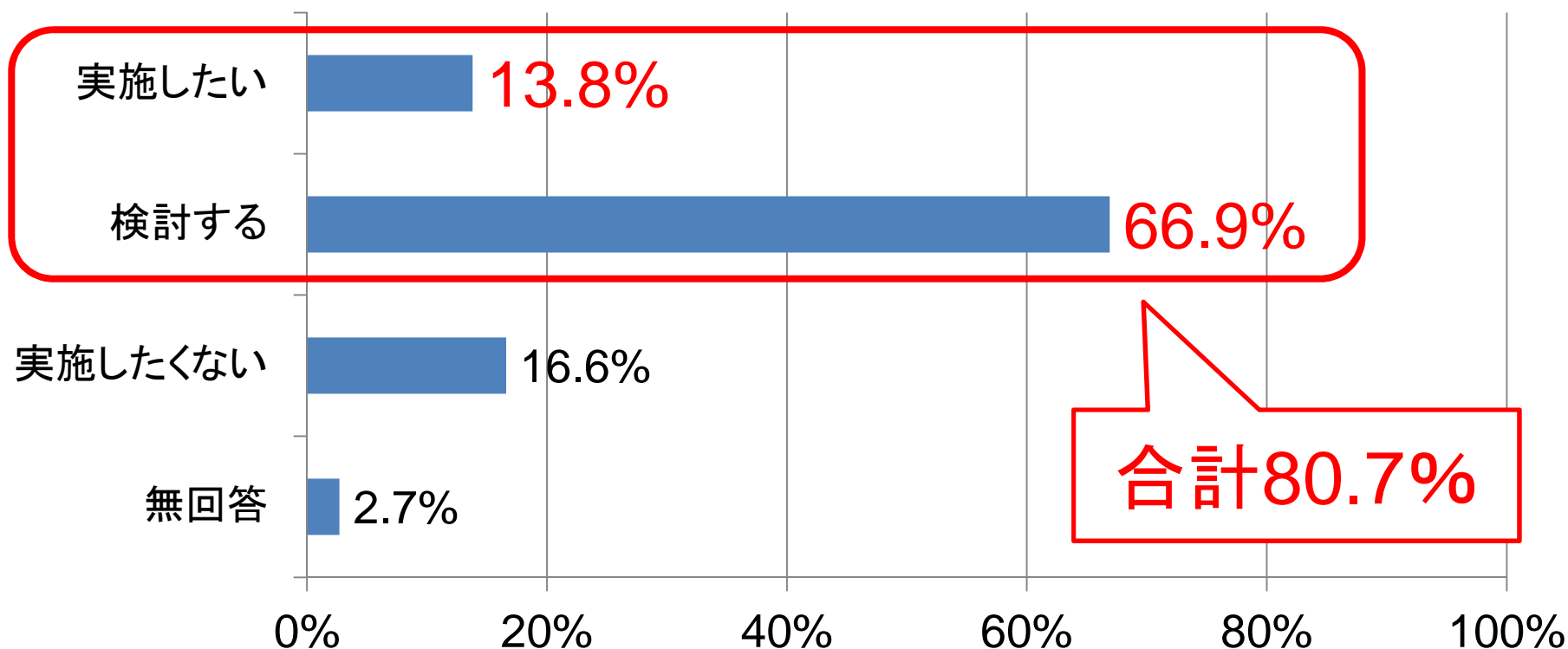
- 薬事法施行規則の一部改正（平成24年8月22日公布・施行）により、**無菌調剤室を有する薬局の無菌調剤室の利用（共同利用）**により、無菌製剤処理を行うことが可能となった。



- 一方、現行の調剤報酬において、無菌調剤室を共同利用する場合は、施設基準を満たさず、無菌製剤処理加算を算定できない。

無菌調剤室の共同利用の調剤報酬上における需要

無菌製剤室の共同利用が調剤報酬で算定可能となれば、無菌製剤処理を実施したいか？N=975薬局



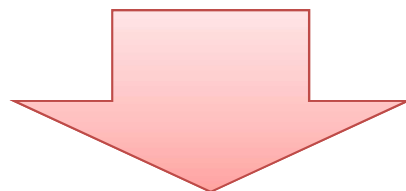
[出典]平成25年度厚生労働省保険局医療課委託調査「薬局の機能に係る実態調査」

○ 全体の80.7%の薬局が無菌製剤室の共同利用が調剤報酬で算定可能となれば、無菌製剤処理を実施したい又は実施を検討したいと回答している。

在宅医療で使用される注射薬の安全な調剤についての課題と論点

〔課題〕

- 薬事法施行規則の一部改正（平成24年8月22日）により、無菌調剤室の共同利用が可能となったが、現行の調剤報酬において、無菌調剤室を共同利用する場合は、無菌製剤処理加算を算定できない。
- 全体の80.7%の薬局が無菌製剤室の共同利用が調剤報酬で算定可能となれば、無菌製剤処理を実施したい又は実施を検討したいと回答している。



〔論点〕

- 無菌調剤室の共同利用で、無菌製剤処理加算を算定することとしてはどうか。

- イ 在宅医療で使用できる注射薬
- ロ 在宅医療で使用される注射薬の安全な調剤について
- ハ **介護保険利用者の点滴に係る費用**
- ニ 在宅医療における衛生材料の提供
- ホ 保険薬局で交付できる特定保険医療材料の拡大
- ヘ 今後の在宅医療における材料等の流れ

在宅医療における点滴注射について

【在宅患者訪問点滴注射管理指導料】

在宅で点滴注射が必要な場合、医師の指示のもと看護師等が点滴注射を実施するために必要な管理指導を医師が看護師等に行うことに対する評価である。

訪問看護を受けている患者であって、保険医の診療に基づき、週3日以上
の点滴注射を行う必要を認めたものについて、週1回に限り算定する。

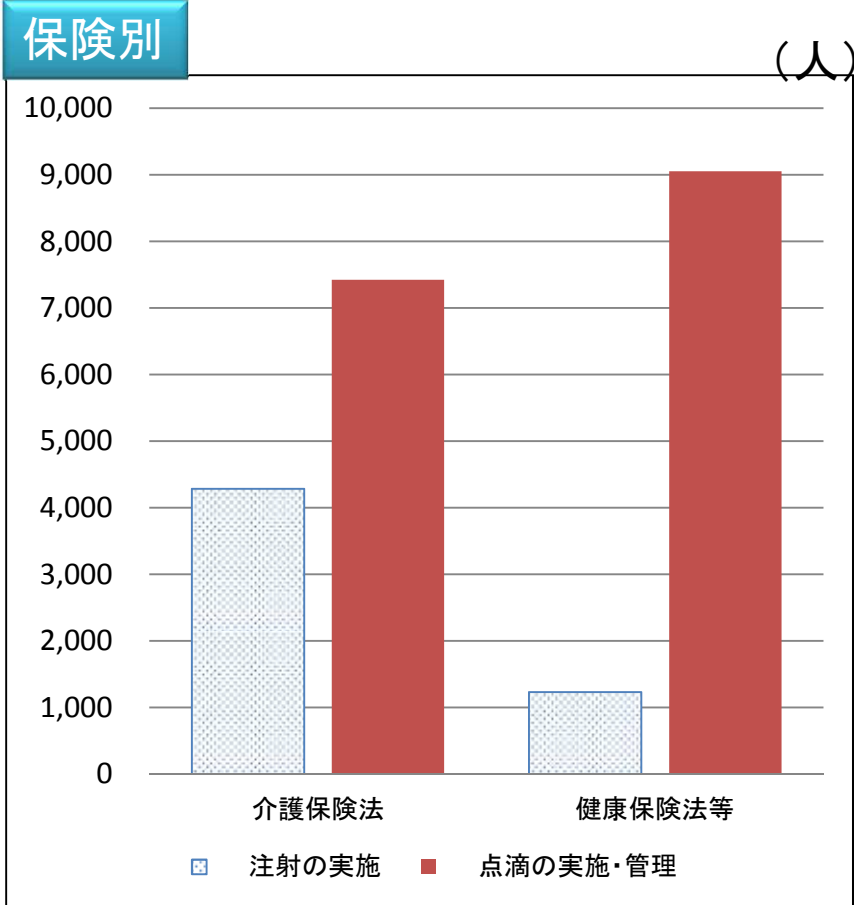
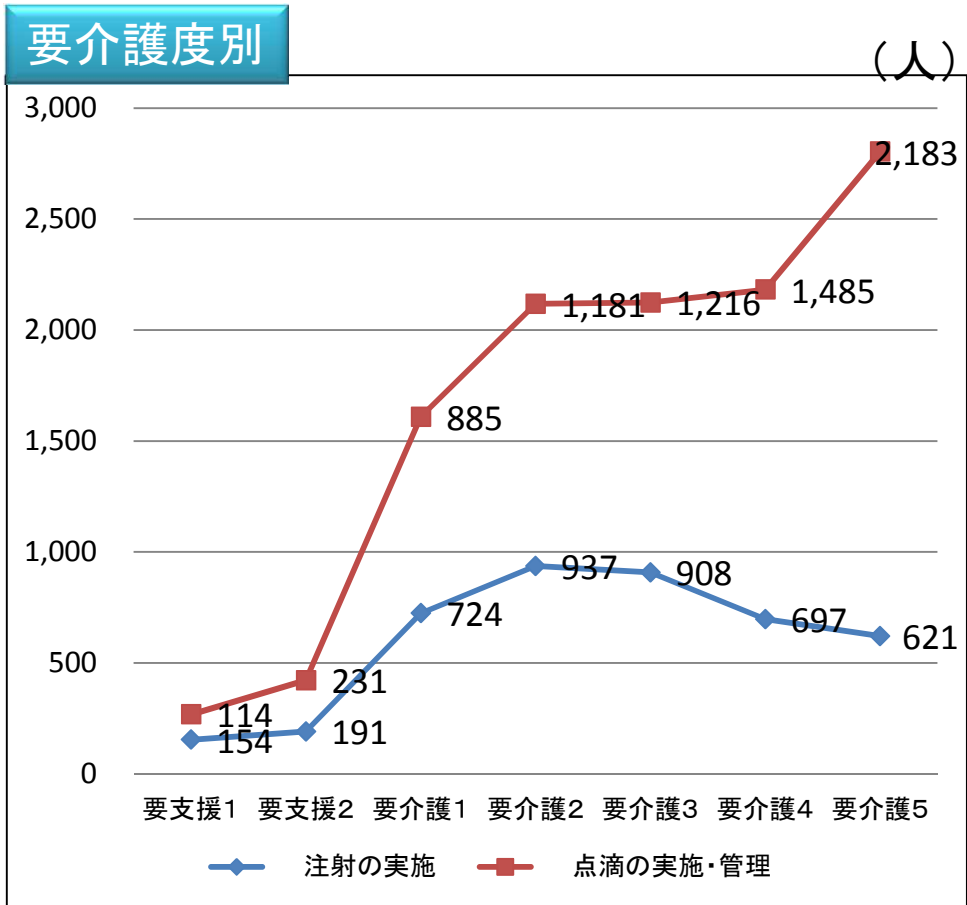
(週1回 60点)

- ・指定訪問看護(医療保険)を受けている患者のみ
- ・1週間のうち、3日以上看護師等が患家を訪問して点滴注射を実施した場合に3日目に算定する。
- ・訪問を行う看護師等に対して、点滴注射に際し留意すべき事項等を記載した文書を交付して、必要な管理指導を行う。
- ・看護師等が実施した場合のみ算定出来る。
- ・必要な回路等の費用は含まれている。
- ・薬剤料は別途算定できる。

介護保険における注射・点滴の実施をしている利用者数

- 介護保険の利用者であっても、一定程度の注射・点滴のニーズがある。
- 特に、要介護度が高くなると点滴の実施・管理を必要とする利用者数が増加する傾向がある。

9月中の医療処置にかかる看護内容(複数回答)



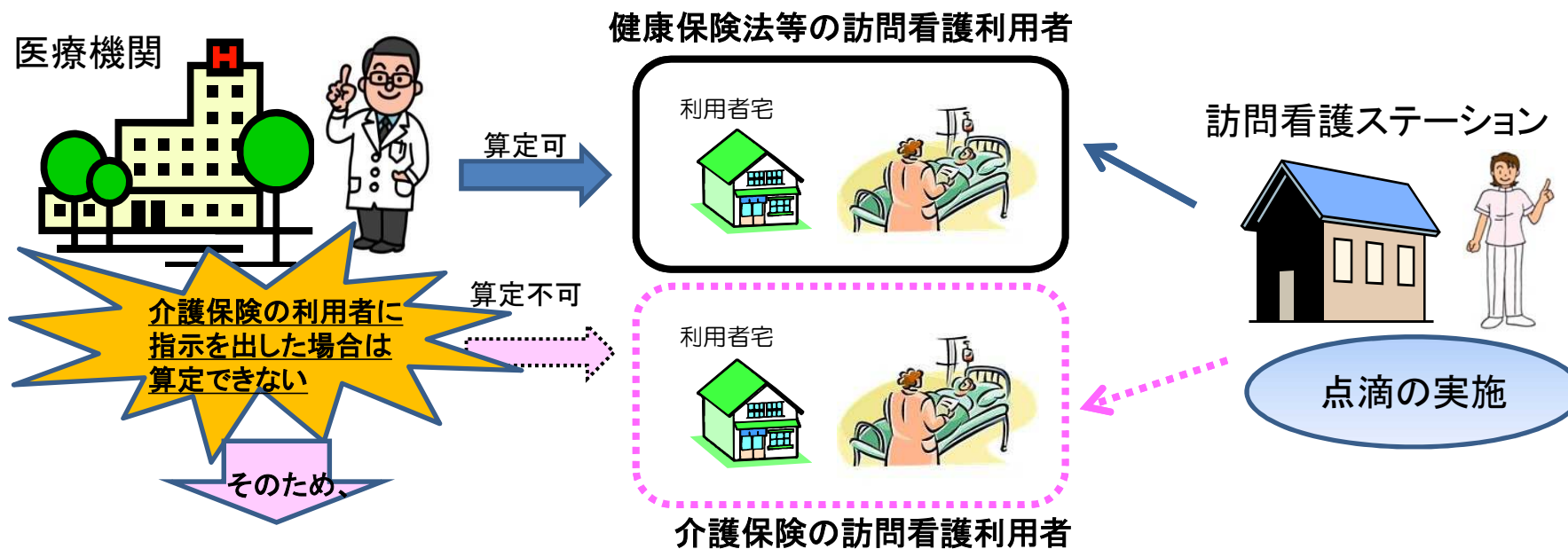
※介護保険法においては、「経過的要介護」「その他」の区分を除く

在宅患者訪問点滴注射管理指導料

C005-2 在宅患者訪問点滴注射管理指導料

60点(1週につき)

在宅での療養を行っている患者であって、通院困難な者について、週3日以上点滴注射を行う必要を認め、保険医療機関の看護師又は健康保険法上の指定訪問看護事業所に指示を行い、合わせて使用する薬剤、回路等必要な保険医療材料を供与し、看護師等が週3回以上点滴注射を実施した場合に算定。



薬剤料や点滴に用いる回路代等も算定できない。

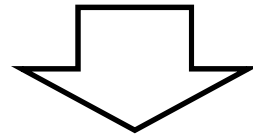
【現状の課題】

- 介護保険の訪問看護利用者に対して、医師が週3回以上点滴注射を行うように指示をした場合、保険医療機関は在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定することができず、薬剤料や回路代等は、指示を行った医師の所属する保険医療機関の持ち出しとなる。

介護保険利用者の点滴に係る費用について

【課題】

- ・在宅療養中の患者に点滴注射を行う場合については、医療保険の訪問看護を受けている患者であって、保険医の診療に基づき、週3日以上点滴注射を行う必要を認めたものについて、在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定できる。
- ・介護保険の訪問看護を受けている患者も、医師の指示により点滴注射を実施している患者は一定程度いるが、在宅患者訪問点滴注射管理指導料は、介護保険の訪問看護を受けている患者に算定できない。



【論点】

- ・介護保険の訪問看護を受けている患者に対して、在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定出来るようにしてはどうか。

- イ 在宅医療で使用できる注射薬
- ロ 在宅医療で使用される注射薬の安全な調剤について
- ハ 介護保険利用者の点滴に係る費用
- ニ **在宅医療における衛生材料の提供**
- ホ 保険薬局で交付できる特定保険医療材料の拡大
- ヘ 今後の在宅医療における材料等の流れ

在宅医療で使用される衛生材料等について

■在宅医療では、以下に掲げるような衛生材料等が使用されている。

【医薬品】

- ・キシロカインゼリー
- ・消毒用エタノール
- ・ポビドンヨード液
- ・滅菌グリセリン
- ・グルコン酸クロルヘキシジン
- ・グリセリン浣腸液
- ・オリーブ油
- ・塩化ベンザルコニウム
- ・白色ワセリン
- ・生理食塩液
- ・精製水
- ・滅菌蒸留水

【衛生材料】

- ・ガーゼ
- ・脱脂綿
- ・綿棒
- ・綿球
- ・滅菌手袋
- ・絆創膏
- ・油紙
- ・リント布
- ・包帯
- ・テープ類
- ・医療用粘着包帯
- ・ドレッシング材
- ・使い捨て手袋

【医療機器等】

- ・採尿・痰・血容器
- ・イルリガードル
- ・蓄尿バッグ
- ・カテーテルチップ
- ・点滴用ルート
- ・酸素カニューレ
- ・吸引カテーテル
- ・導尿カテーテル
- ・延長チューブ
- ・三方括栓
- ・キャップ
- ・ポンプ用ルート
- ・鑷子
- 等

在宅医療における衛生材料等の提供について

■ 衛生材料の提供状況

衛生材料を提供する主体は医療機関であるが、在宅での療養において必要な衛生材料等が患者に提供されていないという指摘がある。その際、訪問看護ステーションが衛生材料を提供し、その費用を負担していることがある。また、患者が購入し負担している場合があるとの指摘がある。

(参考)

療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて

(平17.9.1 保医発0901002)(抜粋)

2 療養の給付と直接関係ないサービス等

療養の給付と直接関係ないサービス等の具体例としては、次に掲げるものが挙げられること。

(1) 日常生活上のサービスに係る費用

ア おむつ代、尿とりパット代、腹帯代、T字帯代

イ 病衣貸与代(手術、検査等を行う場合の病衣貸与を除く。)

(抜粋) 等

3 療養の給付と直接関係ないサービス等とはいえないもの

療養の給付と直接関係ないサービス等とはいえないものとしては、具体的には次に掲げるものが挙げられること。

(1) 手技料等に包括されている材料やサービスに係る費用

ア 入院環境等に係るもの

(例) シーツ代、冷暖房代、電気代(ヘッドホンステレオ等を使用した際の充電に係るもの等)、清拭用タオル代、おむつの処理費用、電気アンカ・電気毛布の使用料、在宅療養者の電話診療、医療相談、血液検査など検査結果の印刷費用代 等

イ 材料に係るもの

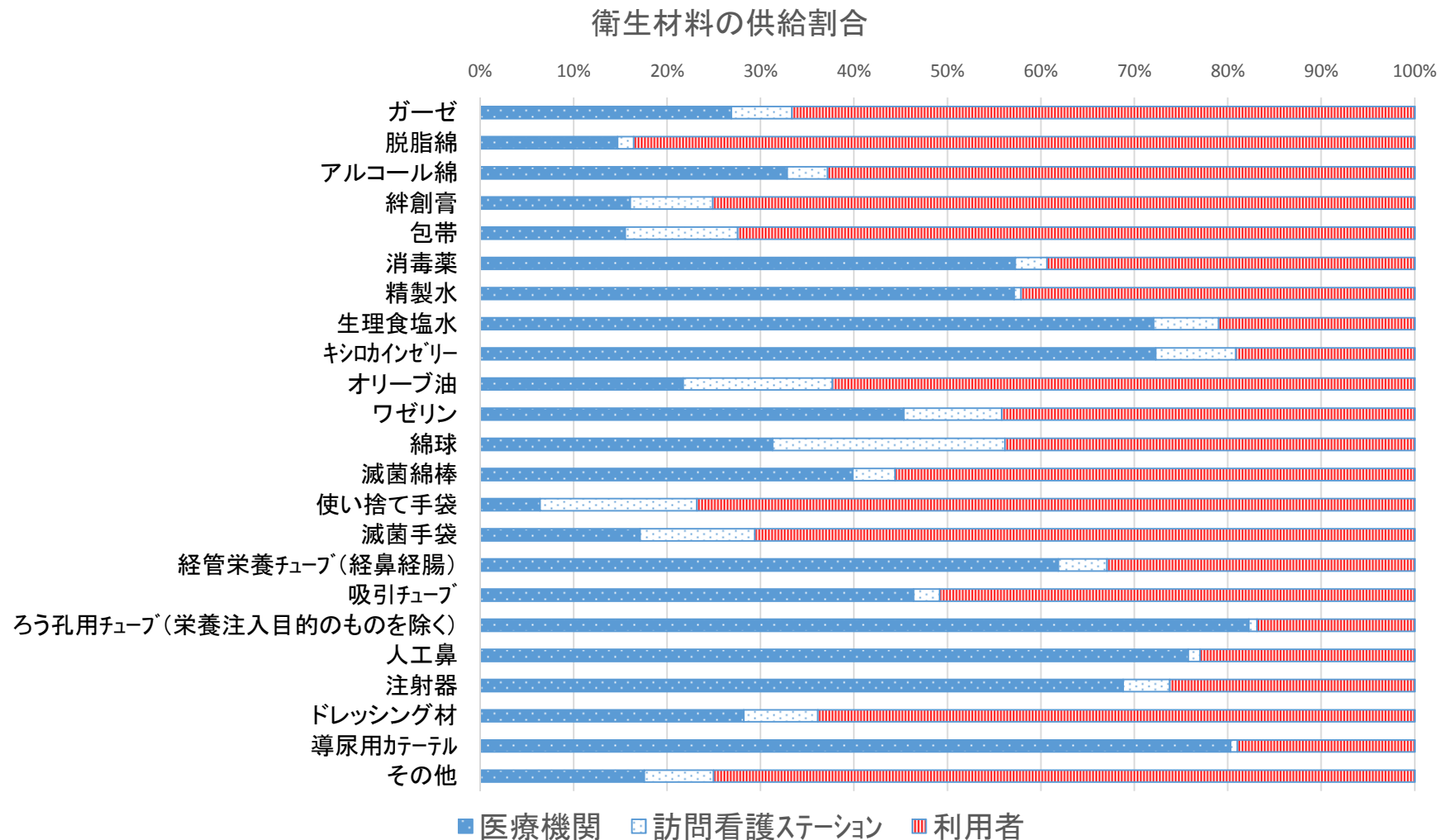
(例) 衛生材料代(ガーゼ代、絆創膏代等)、おむつ交換や吸引などの処置時に使用する手袋代、手術に通常使用する材料代(縫合糸代等)、ウロバッグ代、皮膚過敏症に対するカブレ防止テープの提供、骨折や捻挫などの際に使用するサポーターや三角巾、医療機関が提供する在宅医療で使用する衛生材料等、医師の指示によるスポイト代、散剤のカプセル充填のカプセル代、一包化した場合の分包紙代及びユニパック代 等

ウ サービスに係るもの

(例) 手術前の剃毛代、医療法等において設置が義務付けられている相談窓口での相談、車椅子用座布団等の消毒洗浄費用、インターネット等より取得した診療情報の提供、食事時のとろみ剤やフレーバーの費用 等

衛生材料の供給割合（枚数、本数等の割合）

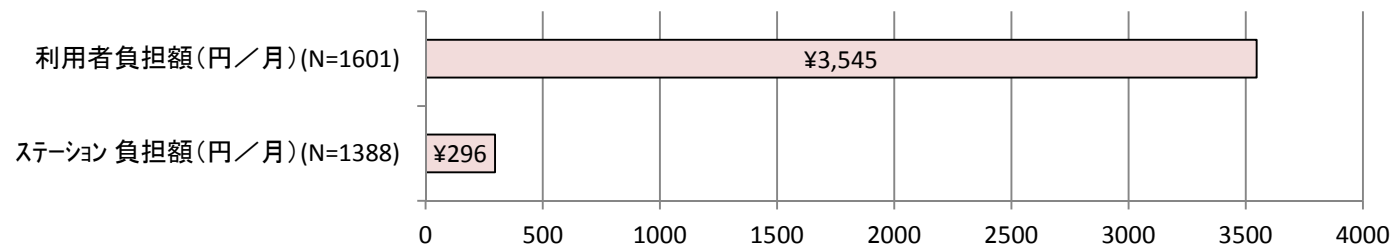
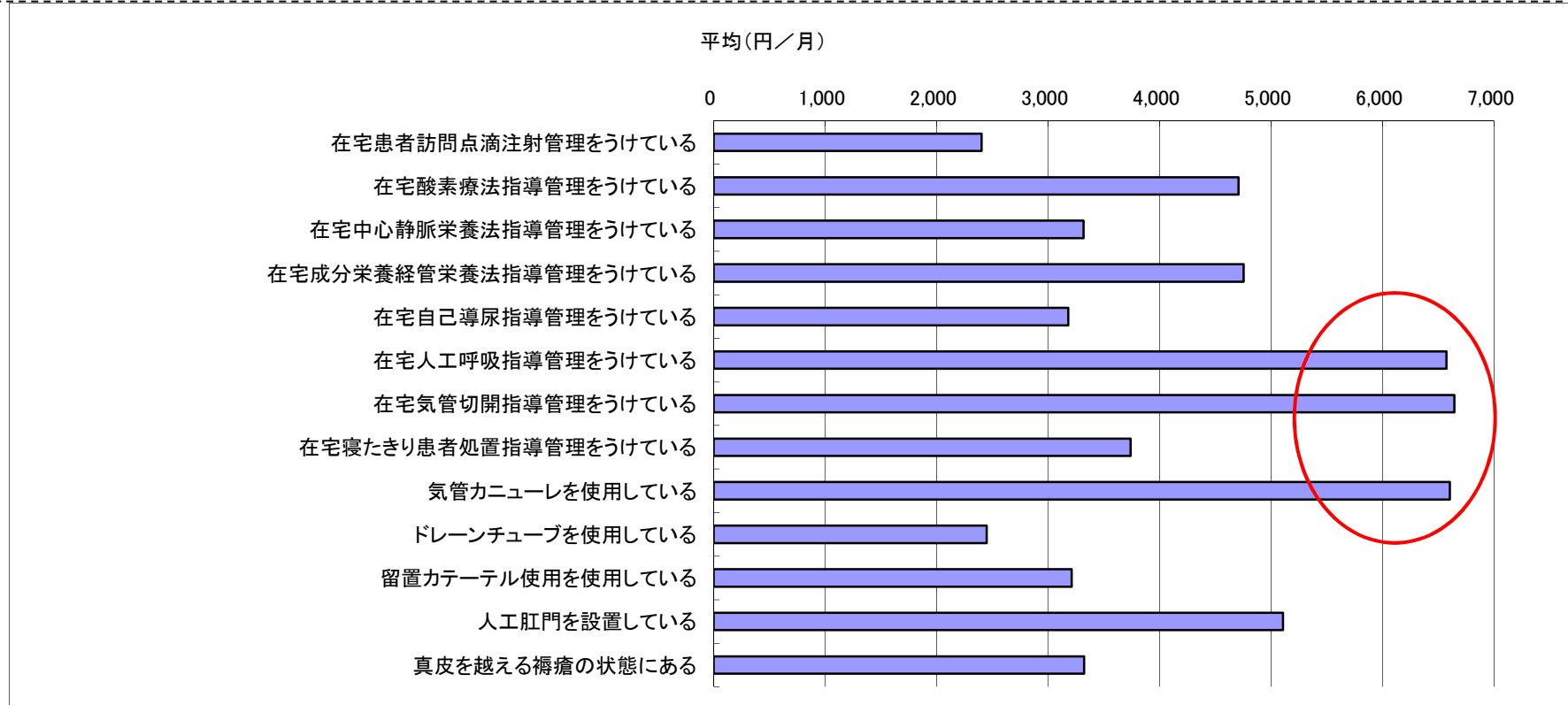
○ 在宅で医療ケアに使う衛生材料等について、医療機関から提供されているものもあるが、利用者が負担している場合もある。



※利用者が負担した衛生材料の量については、医療従事者の必要量と必ずしも一致しないことがある。

利用者の負担額

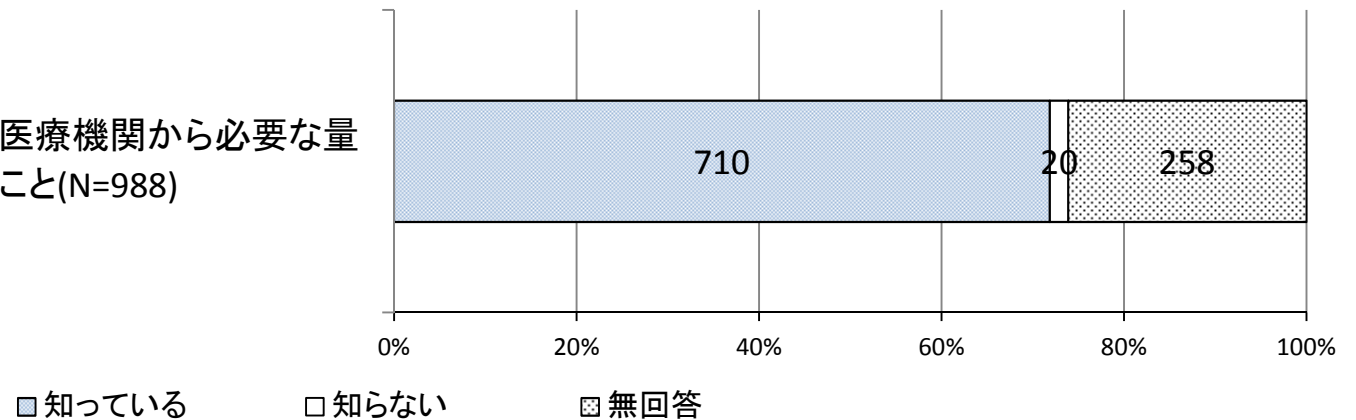
○ 在宅療養指導管理料を算定するにあたっては、必要十分な衛生材料を医療機関が提供することになっているが、在宅人工呼吸指導管理や在宅気管切開指導管理を受けている患者、気管カニューレを使用している患者は月の負担額が他より多い傾向にある。



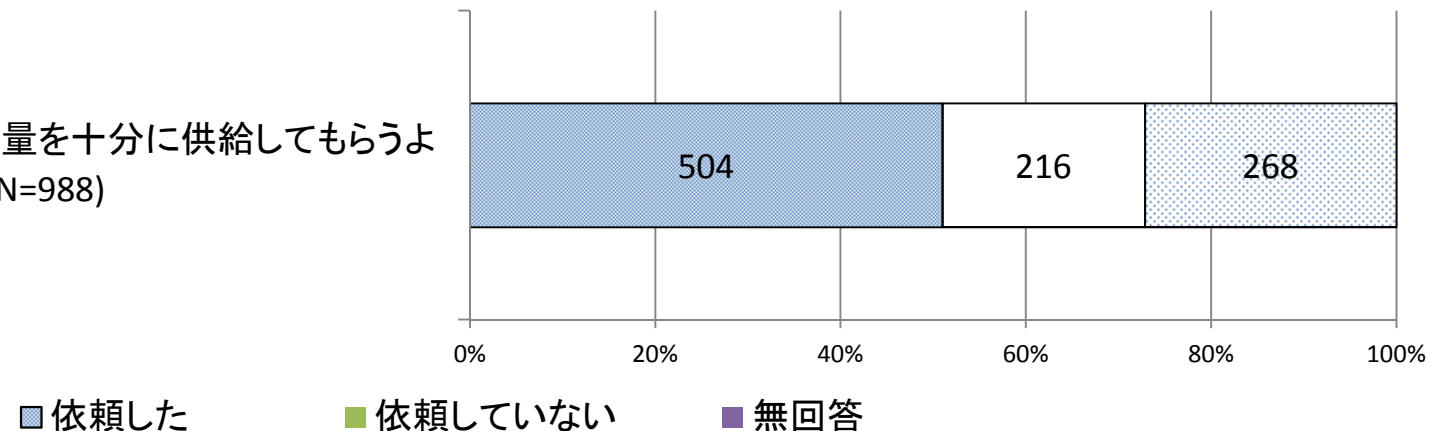
訪問看護ステーションにおける衛生材料の供給に関する認識について

衛生材料について医療機関が必要な量を供給することになっていることを知らない訪問看護ステーションがある。また、医療機関や主治医に供給を依頼していないステーションもある。

衛生材料、特定保険医療材料は、医療機関から必要な量を供給する必要があること(N=988)



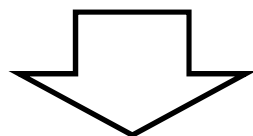
医療機関・主治医に、必要な量を十分に供給してもらうよう依頼(N=988)



在宅医療における衛生材料の提供についての課題と論点

【課題】

- 在宅療養中の患者は、ガーゼや脱脂綿等の衛生材料等を使用しているが、医療機関から必要量が提供されていないとの指摘がある。
- 衛生材料の提供が不十分である場合、訪問看護ステーションが提供(負担)しているか、患者が負担している。



【論点】

- 在宅医療に必要な衛生材料について、訪問看護ステーションが、訪問看護を行う際に、訪問看護計画書とともに必要な量を医師に報告し、また、訪問看護報告書とともに使用実績を報告することとし、患者が必要とする衛生材料について主治医が把握できるようにしてはどうか。
- 衛生材料の提供主体は、医療機関であることを再周知し、過不足があった場合には、対応を求めることができることとしてはどうか。
- また、衛生材料について「衛生材料を供給できる体制を有している」と届出をしている薬局に対し、必要な衛生材料の種類とその量について指示し、患者宅等に提供される仕組みにしてはどうか。

- イ 在宅医療で使用できる注射薬
- ロ 在宅医療で使用される注射薬の安全な調剤について
- ハ 介護保険利用者の点滴に係る費用
- ニ 在宅医療における衛生材料の提供
- ホ **保険薬局で交付できる特定保険医療材料の拡大**
- ヘ 今後の在宅医療における材料等の流れ

医薬品や医療・衛生材料等の提供拠点としての薬局

(別紙)医療計画作成指針「医療計画について」(平成24年3月30日医政発0330第28号)より
抜粋

第3 医療計画の内容

3 5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制

(8) 薬局の役割

薬局については、医療提供施設として、5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制の中で、調剤を中心とした医薬品や医療・衛生材料等の提供の拠点としての役割を担うことが求められる。また、都道府県においては、医療機関と調剤を実施する薬局の医療機能の分担及び業務の連携によって時間外においても対応できることなどを医療計画に記載することにより、患者や住民に対し、分かりやすい情報提供の推進を図る。

○ 医療計画作成指針(医政局長通知)において、薬局は医療・衛生材料等の提供の拠点としての役割が求められている。

保険薬局で給付できない在宅用の特定保険医療材料について

保険薬局で給付できる特定保険医療材料

- ・インスリン製剤等注射用ディスポーザブル注射器
- ・ヒト成長ホルモン剤注射用ディスポーザブル注射器
- ・ホルモン製剤等注射用ディスポーザブル注射器
- ・万年筆型注入器用注射針
- ・腹膜透析液交換セット
- ・在宅中心静脈栄養用輸液セット

- ・在宅寝たきり患者処置用栄養用ディスポーザブルカテーテル

- ・携帯型ディスポーザブル注入ポンプ(化学療法用)

病院・診療所で支給できる在宅医療に用いる特定保険医療材料

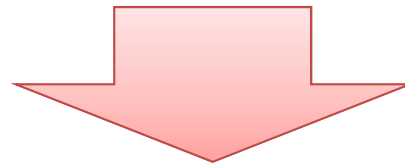
- ・腹膜透析液交換セット
- ・在宅中心静脈栄養用輸液セット
- ・在宅寝たきり患者処置用気管内ディスポーザブルカテーテル
- ・在宅寝たきり患者処置用膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル
- ・在宅寝たきり患者処置用栄養用ディスポーザブルカテーテル
- ・在宅血液透析用特定保険医療材料(回路を含む。)
- ・携帯型ディスポーザブル注入ポンプ(一般用、化学療法用)
- ・皮膚欠損用創傷被覆材
- ・非固着性シリコンガーゼ
- ・水循環回路セット

○ 在宅寝たきり患者処置用気管内ディスポーザブルカテーテル、在宅寝たきり患者処置用膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル、在宅血液透析用特定保険医療材料(回路を含む。)、一般用の携帯型ディスポーザブル注入ポンプ、皮膚欠損用創傷被覆材、非固着性シリコンガーゼ及び水循環回路セットは病院・診療所で支給できる在宅医療に用いる特定保険医療材料として規定されているにも係わらず、薬局において給付が認められていない。

保険薬局で交付できる特定保険医療材料の課題と論点

〔 課題 〕

- 薬局は医療・衛生材料等の提供の拠点としての役割が求められている。
- 一方、病院・診療所で支給できる在宅医療に用いる特定保険医療材料(別表 I : 医科点数表第2章第2部(在宅医療))の一部は、薬局において給付が認められていない。



〔 論点 〕

- 保険医療機関の医師の処方せんに基づき、保険薬局で交付することができる特定保険医療材料に、必要な在宅用の特定保険医療材料を追加することとしてはどうか。

- イ 在宅医療で使用できる注射薬
- ロ 在宅医療で使用される注射薬の安全な調剤について
- ハ 介護保険利用者の点滴に係る費用
- ニ 在宅医療における衛生材料の提供
- ホ 保険薬局で交付できる特定保険医療材料の拡大
- へ 今後の在宅医療における材料等の流れ

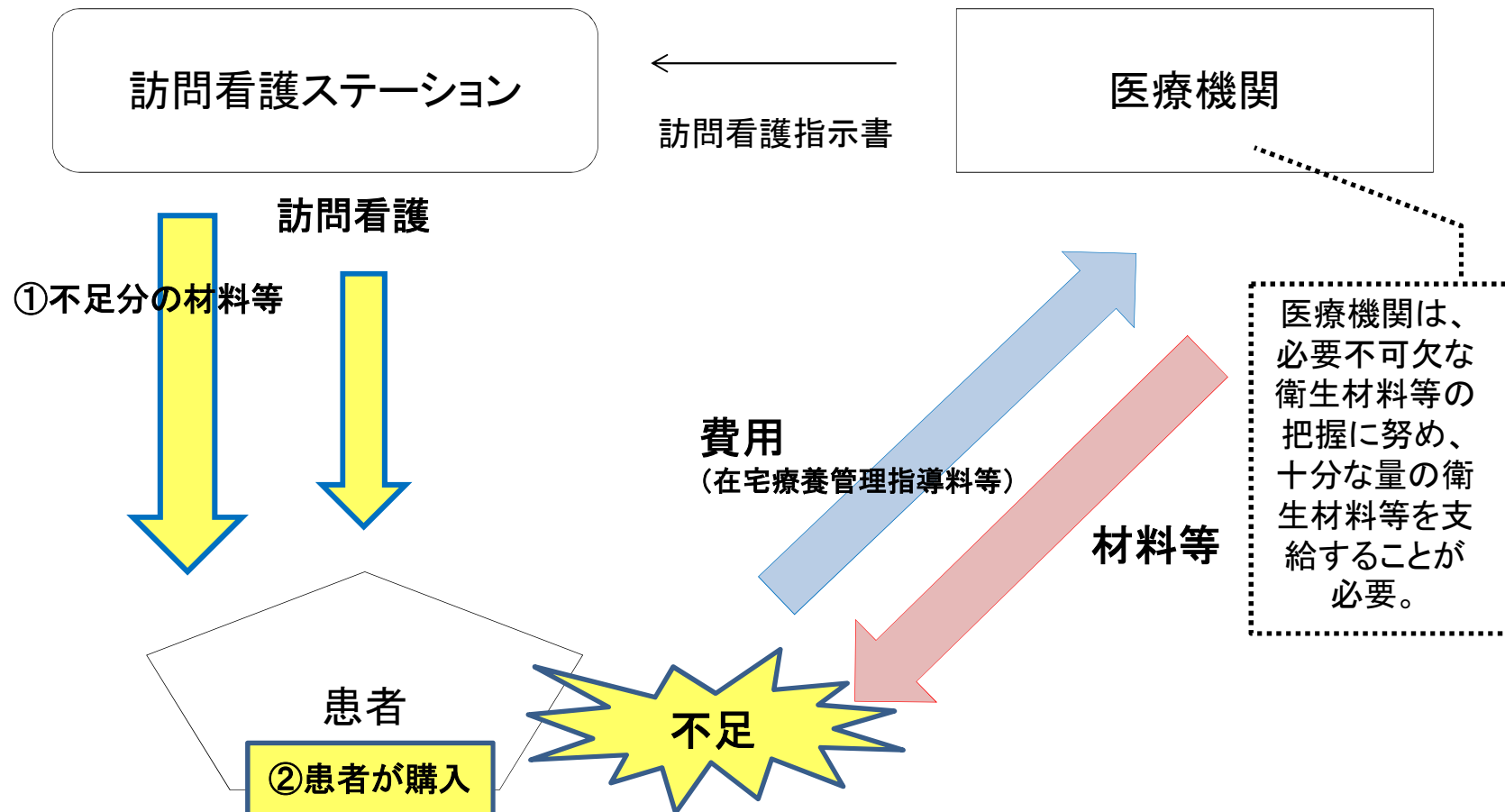
在宅医療に必要な衛生材料・医薬品の流れ

現状

○ 在宅医療を行っている場合、医療機関から必要な量の衛生材料が提供されていないことがあり、以下の現状がある。

現状①: 不足している衛生材料等を、訪問看護ステーションが負担して使用。

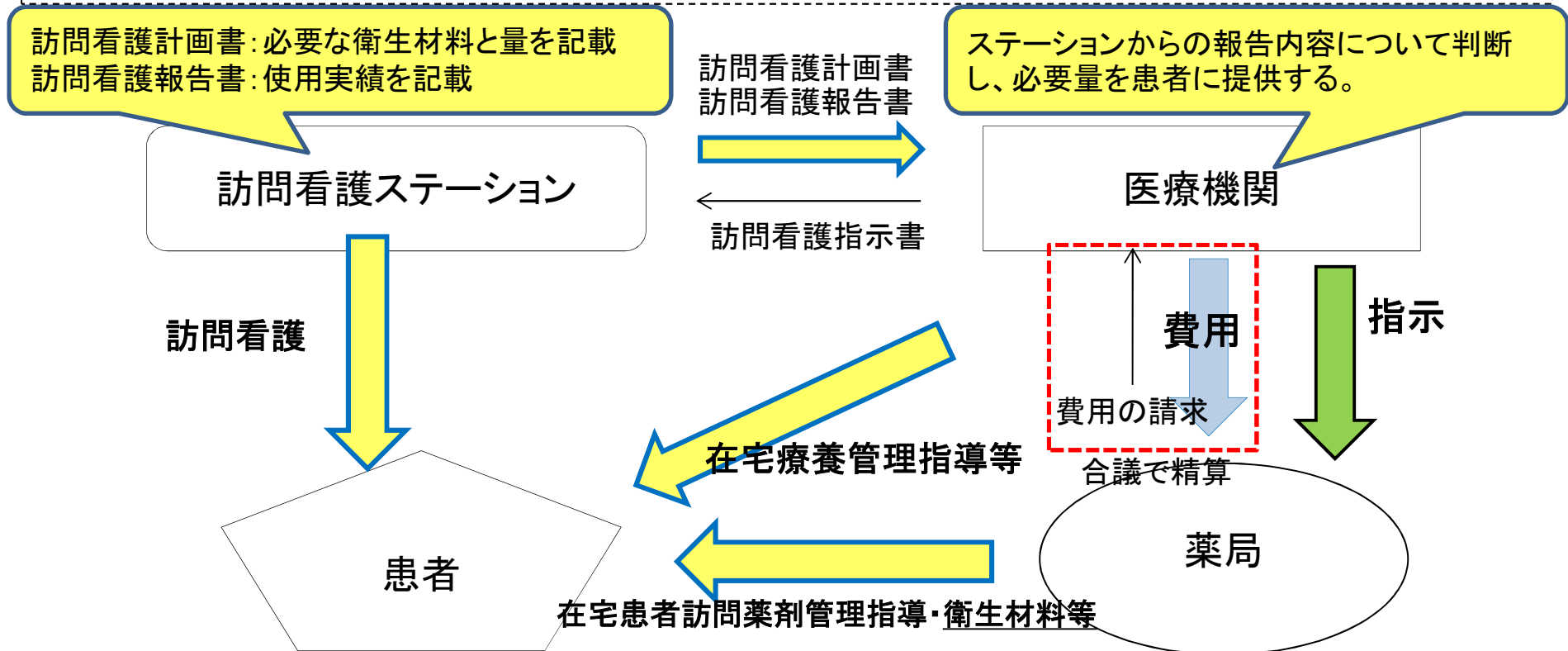
現状②: 不足している衛生材料等を、患者が負担して使用。



薬局を介した在宅医療に必要な衛生材料の提供

案

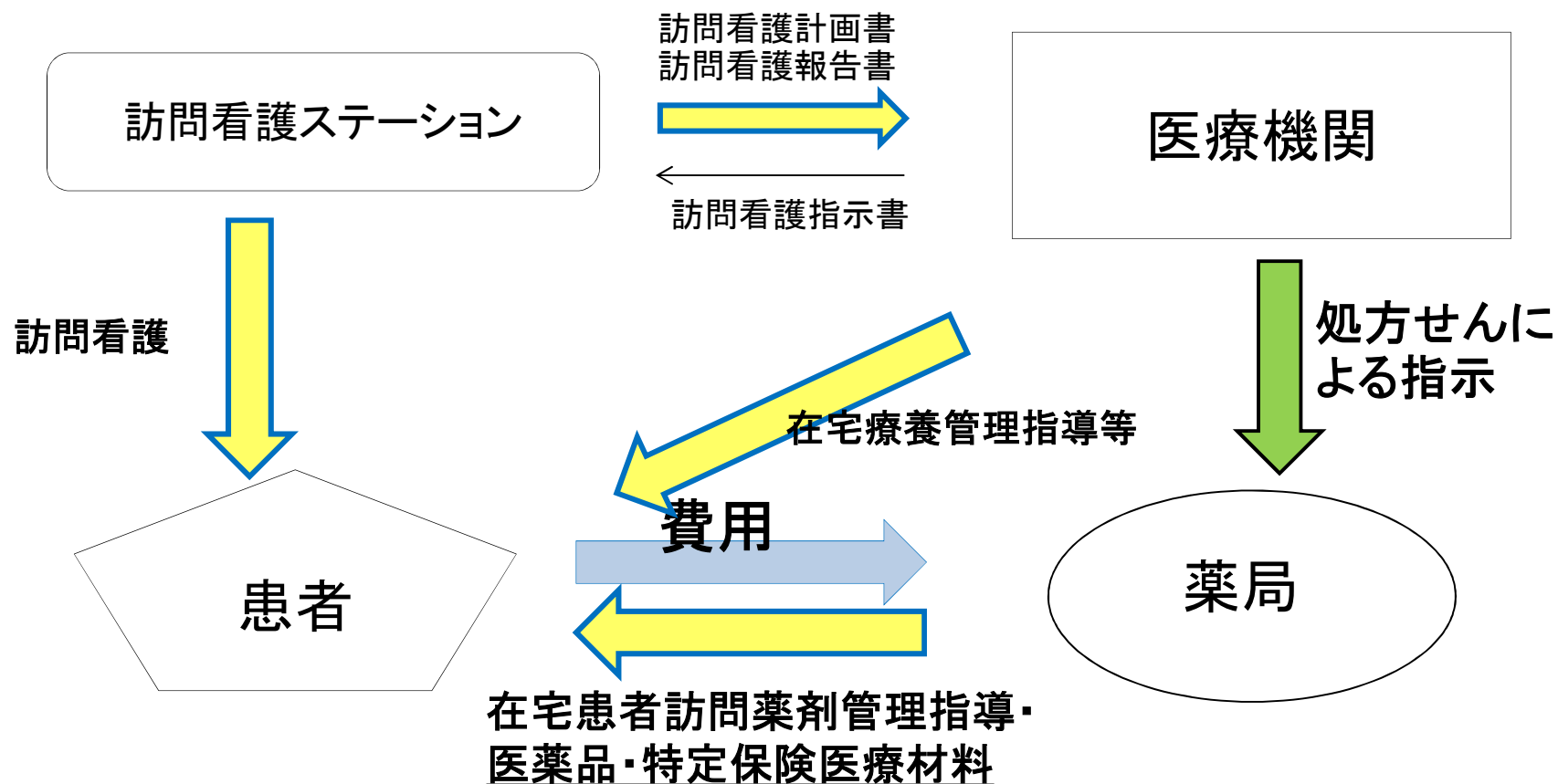
- 衛生材料に対する患者・訪問看護ステーションの負担を解消するために、①②の流れに改善してはどうか。
 - ① 医師の指示を受けた訪問看護ステーションが、必要な衛生材料の量を訪問看護計画書とともに記載し、主治医へ提出する。また、使用実績については訪問看護報告書とともに記載し、主治医へ報告する。
 - ② 医療機関は、提供する衛生材料の必要量を判断したうえで、直接患者に提供するか、「衛生材料を供給できる体制を有している」と届出をしている薬局に衛生材料の提供に関する依頼を行い、薬局を介し患者宅に必要な衛生材料の提供が行われる。



メリット:在宅における療養生活に必要な医療材料の必要量について、医療機関が把握できるため、患者や訪問看護ステーションが不足分を負担することがなくなる。
また、薬局と連携することにより、医療機関での在庫管理の負担が軽減する。

※この枠組みを利用せずに医療機関がこれまで通り、患者に対して衛生材料を提供することも可能である。

- 在宅医療に必要な医薬品・特定保険医療材料の流れは次のとおりである。
 医療機関は、特定保険医療材料・医薬品を直接患者に交付・支給するか、薬局に処方せんによる指示を行い、薬局を介し患者宅に必要な特定保険医療材料・医薬品の交付・支給が行われる。



※この枠組みを利用せずに医療機関がこれまで通り、患者に対して医薬品・特定保険医療材料を提供することも可能である。

1. 機能強化型在宅療養支援診療所・病院の要件等について
2. 訪問看護
3. 在宅医療における注射薬や衛生材料等の提供
4. **在宅医療における薬剤師の役割**
5. 在宅歯科医療
6. 在宅医療における患者紹介等の事例
7. 在宅医療を専門に行う保険医療機関

- イ 薬局における在宅患者訪問薬剤管理業務の推進
- ロ 在宅医療を支援する薬局について

在宅医療における薬剤師

「チーム医療の推進に関する検討会 報告書」(平成22年3月19日厚生労働省)より抜粋

3. 看護師以外の医療スタッフ等の役割の拡大

(1) 薬剤師

- 医療技術の進展とともに薬物療法が高度化しており、チーム医療において、薬剤の専門家である薬剤師が主体的に薬物療法に参加することが、医療安全の確保の観点から非常に有益である。
- さらに、在宅医療を始めとする地域医療においても、薬剤師が十分に活用されておらず、看護師等が在宅患者の薬剤管理を担っている場面も少なくない。
- こうした状況を踏まえ、現行制度の下、薬剤師が実施できるにもかかわらず、薬剤師が十分に活用されていない業務を改めて明確化し、薬剤師の活用を促すべきである。

「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」

(平成22年4月30日医政発0430第1号)より抜粋

1) 薬剤師を積極的に活用することが可能な業務

以下に掲げる業務については、現行制度の下において薬剤師が実施することができることから、薬剤師を積極的に活用することが望まれる。

- ③ 薬物療法を受けている患者(在宅の患者を含む。)に対し、薬学的管理(患者の副作用の状況の把握、服薬指導等)を行うこと。

- 薬剤師による一層の在宅患者訪問薬剤管理指導の推進が求められている。

在宅患者訪問薬剤管理指導の実施状況

中医協 総 - 3
25 . 5 . 29

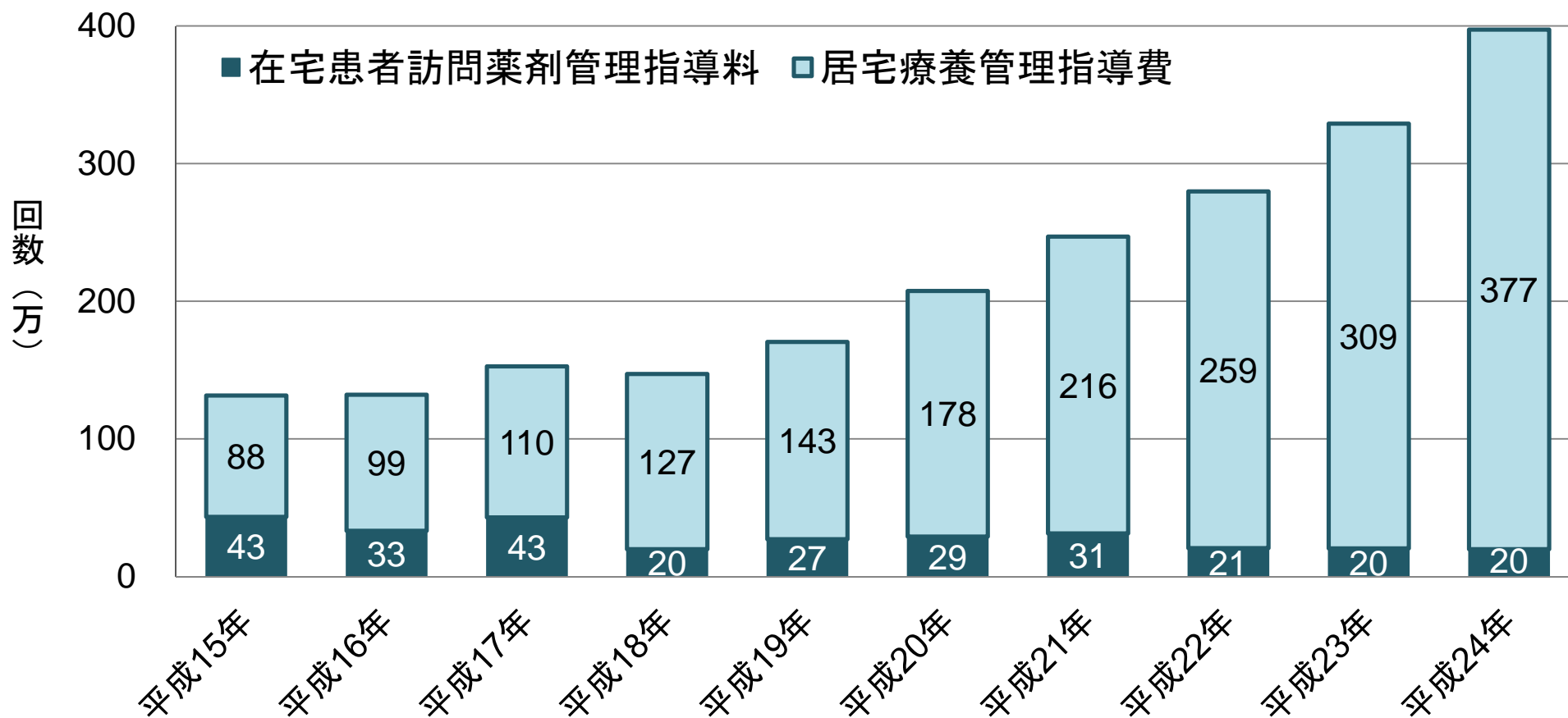
1薬局当たり在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定回数	H20年度	H21年度	H22年度	H23年度	H24年度
	単位:%				
1～10回未満	29.2	26.0	27.1	30.8	29.4
10～50回未満	41.2	43.6	44.2	44.0	43.7
50～100回未満	12.8	13.8	13.2	11.8	13.0
100～200回未満	8.1	8.4	8.0	6.9	7.6
200回以上	8.7	8.2	7.6	6.5	6.3
合計(薬局数)	100 (3,830薬局)	100 (4,051薬局)	100 (4,026薬局)	100 (3,982薬局)	100 (4,048薬局)
在宅業務届出薬局数	37,550薬局	38,736薬局	40,170薬局	41,194薬局	42,745薬局
実施薬局数／届出薬局数	10.2%	10.5%	10.0%	9.7%	9.5%

[出典]「最近の調剤医療費(電算処理分)の動向」(調剤メディアス)(厚生労働省保険局調査課 特別集計)(注:H24年度は4月～12月の実績を12/9倍した推計値を用いている。)

在宅業務届出薬局数:厚生労働省保険局医療課調べ(各年7月1日時点)

- 在宅患者訪問薬剤管理指導料^(注)を算定した薬局の在宅業務届出薬局に対する割合は低く、約1割程度。
(注)医療保険に係るものであって、介護保険にかかる居宅療養管理指導費を除く。以下同様。
- また、在宅患者訪問薬剤管理指導を実施している薬局であっても、年間算定回数が50回未満の薬局が半数以上である。
- こういった傾向について、近年、大きな変化はない。

医療・介護別の在宅患者訪問薬剤管理指導の実施状況



出典) 社会医療診療行為別調査及び介護給付費実態調査を基に医療課で作成

○ 医療保険における「在宅患者訪問薬剤管理指導」の算定回数は伸びていないものの、介護保険における「居宅療養管理指導」に係る算定回数は伸びていることから、**全体としては在宅における薬剤師による薬剤管理は進んでいる。**

在宅業務実施薬局に対する施設基準の新設と当該薬局での在宅調剤の評価

在宅業務に十分に対応するためには、相応の体制整備が必要となることから、在宅業務に十分に対応している薬局に対して、一定以上の過去の実績も考慮した施設基準を新たに設け、当該基準を満たす薬局が在宅患者に対する調剤を行った場合、調剤料への加算を新設する。

(新) 在宅患者調剤加算 15点(処方せん受付1回につき)

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者その他厚生労働大臣が定める患者^{※1}に対する調剤を行った場合に、処方せん受付1回につき15点を加算する。

[施設基準]

- 地方厚生(支)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
- 当該加算の施設基準に係る届出時の直近一年間の在宅患者訪問薬剤管理指導料等の実績^{※2}
- 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的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、在宅業務実施体制に係る周知**
- 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

※1 (1)在宅患者訪問薬剤管理指導料
(2)在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料
(3)在宅患者緊急時等共同指導料
(4)居宅療養管理指導費
(5)介護予防居宅療養管理指導費

※2 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績として、以下を合算して10回以上とする。
(1)在宅患者訪問薬剤管理指導料
(2)居宅療養管理指導費
(3)介護予防居宅療養管理指導費

在宅患者訪問薬剤管理指導の実施薬局の周知について

○〔在宅患者訪問薬剤管理指導の周知方法〕(平成24年3月5日保医発0305第1号より。内容は簡略化。)

地方厚生(支)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を行うとともに、当該保険薬局の内側及び外側の見えやすい場所に、在宅患者訪問薬剤管理指導を行う薬局であることを掲示していること。

○上記掲示以外に、平成24年度改定において、在宅医療・介護への対応可能な薬局に関する情報を医療機関等が容易に把握できるよう、地方公共団体、医療機関等に対する、在宅業務実施体制に係る周知が要件付けられたが、当該要件の対象となっているのは、在宅業務届出薬局数(42,745薬局※¹)のうち、1割程度(4,319薬局※²)にとどまっており、更に周知を行う余地が残されていると考えられる。

※1在宅業務届出薬局数:厚生労働省保険局医療課調べ(平成24年7月1日時点)

※2在宅患者調剤加算届出薬局数:厚生労働省保険局医療課調べ(平成24年7月1日時点)

○在宅訪問薬剤管理指導の一層の推進のために、患者に対し、これまで以上に在宅業務の実施薬局の周知を行う仕組みを構築していくことが必要だと考えられる。

薬局から患者へ周知するための方法について

薬剤情報提供文書の例

医療機関名：医療法人 総合病院 内科
 保険医氏名： 先生 Tペー
 Tel：03-0000-0000 平成25年10月11日

患者 太郎 さんのお薬 この表は、あなたのお薬のはたらきや飲み方を説明したものです。

No.	薬の名前	薬の写真	処方	用法	薬のはたらき	注意事項・相互作用・副作用など
1	バイアスピリン錠100mg 白色の錠剤です BA100 一般名：アスピリン錠 薬価は5.6円です ◆本薬製品は後発医薬品です		1	1日1回 朝食直後 1日分 (1日分1錠)	血栓（血の固まり）ができるのを防ぎます。 川崎病による心血管後遺症の薬です。	服用時には、アルコール類を飲むことは避けてください。 水または白湯で飲んでください。事前に酔いたり、口の中でのどいたりして飲まないでください。 抜歯を予定している方は、事前に主治医または薬剤師に連絡してください。 主な副作用は、嘔吐、腹痛、胸やけ、便秘、下痢、口唇のはれ、吐血、吐き気、難聴、かゆみ、発疹、発汗、めまい、気管炎、結膜炎、呼吸回数増加、胃腸障害、貧血、血圧低下等です。 出血傾向のある方は服用できないことがありますので、主治医もしくは薬剤師に申し出てください。 アスピリン喘息又は既往歴のある方は服用できないことがありますので、主治医もしくは薬剤師に申し出てください。 重症で保管してください。
2	ゼチア錠10mg 白色の錠剤です EZ10 941 一般名：エゼチミブ錠 薬価は207.8円です ◆後発医薬品は存在しません		1	1日1回 朝食直後 1日分 (1日分1錠)	コレステロールの吸収を阻害する薬です。	主な副作用は、便秘、下痢、頭痛、腹部膨満、吐き気、嘔吐、発疹等です。 重症で保管してください。
3	クレストール錠2.5mg 薄い赤みの黄色の錠剤です ZD4522 2 1/2 一般名：ロスバスタチン錠 薬価は70.9円です ◆後発医薬品は存在しません		1	1日1回 朝食直後 1日分 (1日分1錠)	コレステロールの生成を阻害する薬です。	他の医療機関で受診する場合は、このお薬の名前を医師または薬剤師に必ず伝えてください。 筋肉痛、脱力感等の症状があらわれた場合は主治医または薬剤師に連絡してください。 主な副作用は、筋肉痛等です。 服薬を避けて保管してください。
4	ピオグリタゾン錠30mg 「オーハラ」 白色～薄黄白色の錠剤です OG323 30 一般名：ピオグリタゾン錠 薬価は89.1円です ◆本薬製品は後発医薬品です		1	1日1回 朝食直後 1日分 (1日分1錠)	糖尿病の薬です。 末梢組織や肝臓に作用して血糖低下作用を示す薬です	低血糖症状があらわれた時は、ジュースを服用してください。 むくみがおそれたり急急に体重が増加した時は主治医または薬剤師に連絡してください。 空腹痛、冷汗、めまい、ふらつき、動悸、脱力感、気分不良、ふるえ、意識消失等の症状があらわれた場合は主治医または薬剤師に連絡してください。

※ 備考
 くすりの詳しい情報は、以下のホームページでご覧になれます。
<http://www.info.pmda.go.jp/ippan.html>

他の医療機関にかかる時は、この表を提示してください。

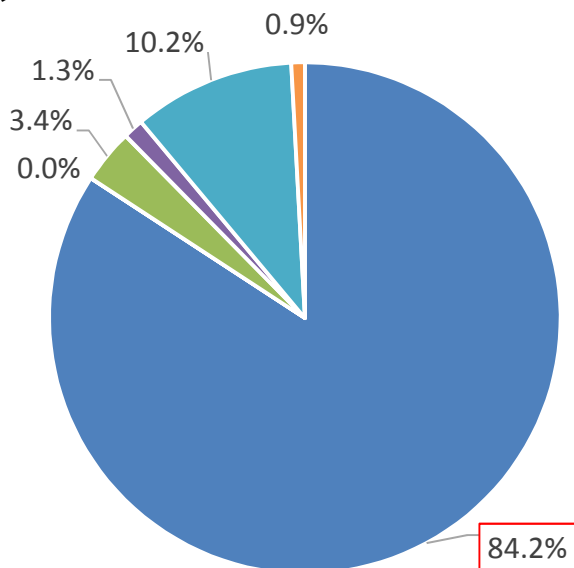
薬局名： 薬剤師 太郎 薬剤師印
 薬剤師： 薬剤師 太郎
 Tel：03-0000-0000
 ご不明な点がありましたら、お問い合わせください。

○ 薬剤情報提供文書の交付を算定要件とする薬剤服用歴管理指導料は、算定率が高く(95.8%※)、広く患者に交付されている媒体と考えられることから、**在宅医療・介護への対応の可否に関する薬局から情報提供(周知)の文書として、有用と考えられる。**

在宅患者訪問薬剤管理指導等を開始した経緯について

<保険薬局>

N=469

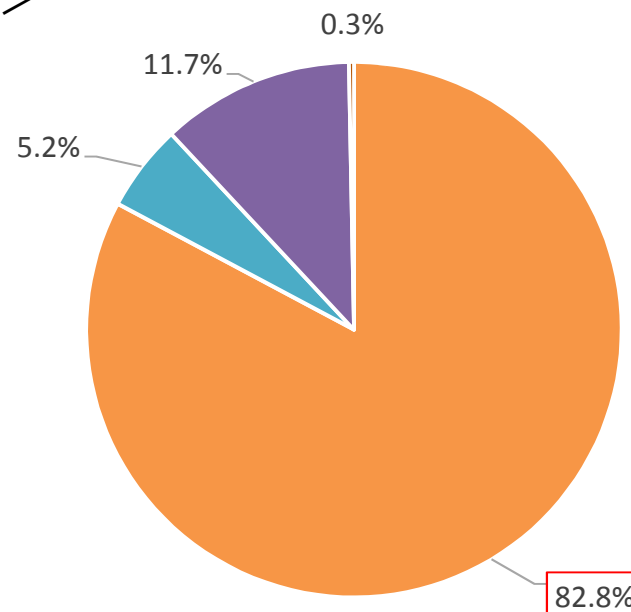


■ 処方医から訪問依頼があった

- 患者本人が急に来局しなくなったため、薬剤師の判断をきっかけに訪問を開始した
- 患者の家族から依頼され、薬剤師の判断をきっかけに訪問を開始した
- 事前に患者宅を自主的に訪問し、薬剤師の判断をきっかけに訪問を開始した
- その他(施設やグループホームからの依頼、訪問看護ステーションからの依頼 等)
- 無回答

<病院薬剤部>

N=343



■ 処方医から訪問依頼があった

- 薬剤師の判断をきっかけに訪問を開始した
- その他(ケアマネジャーからの依頼、訪問看護ステーションからの依頼 等)
- 無回答

在宅患者訪問薬剤管理指導等を開始した経緯は、処方医からの依頼によるものが大半となっている。

療養担当規則における特定の保険薬局への誘導の禁止について

現 状

○保険医療機関及び保険医療養担当規則においては、保険医療機関は処方せんの交付に際して、患者に特定の保険薬局で調剤を受けるよう指示等を行ってはならないとされている。

(特定の保険薬局への誘導の禁止)

第二条の五 保険医療機関は、当該保険医療機関において健康保険の診療に従事している保険医(以下「保険医」という。)の行う処方せんの交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行ってはならない。

2 保険医療機関は、保険医の行う処方せんの交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行うことの対償として、保険薬局から金品その他の財産上の利益を收受してはならない。

※この他、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則第2条の3等にも、同旨の規定がある。

○本規定は、保険薬局の保険医療機関からの独立性に関する取扱いを明確化するとともに、適正な医薬分業の推進を図る観点から設けたもの。

在宅患者訪問薬剤管理業務の推進についての課題と論点

〔 課題 〕

- 在宅患者訪問薬剤管理指導を実施している薬局の周知の徹底が必要だと考えられる。
- 患者に対し、これまで以上に在宅業務の実施薬局の周知をしていく仕組みを構築していくことが必要だと考えられる。
- 在宅患者訪問薬剤管理指導等を開始した経緯は、処方医からの依頼によるものが大半で、医療機関と薬局の連携を強化していく必要性も考えられるが、現状では、患者に特定の保険薬局で調剤を受けるよう指示等を行ってはないとされている。



〔 論点 〕

- 在宅患者訪問薬剤管理指導を実施する意向がある薬局(届出をしている薬局)は、患者や家族に対して、在宅患者訪問薬剤管理指導を行うことができる旨を文書及び口頭にて情報提供すること(例：薬剤情報提供文書における情報提供等)についてどのように考えるか。
- 今後、在宅医療を一層推進していく中で、医療機関と薬局の連携を強化していく観点等から、保険医療機関において、処方せんの交付に併せて患者に保険薬局の地図を配布する際に、在宅患者訪問薬剤管理指導を行う保険薬局の情報を提供すること等については、特定の保険薬局への誘導の禁止に反しないことを明らかにしてはどうか。

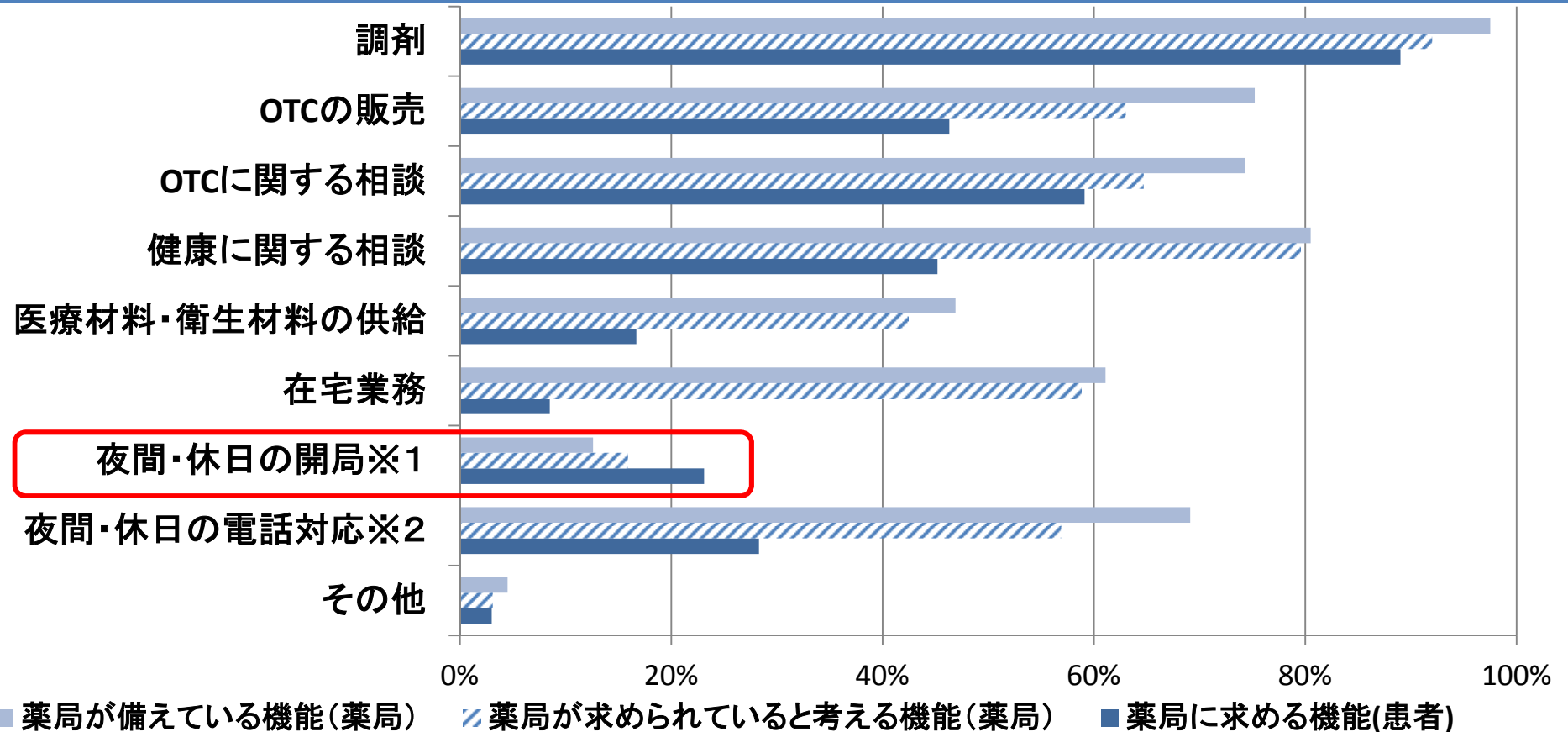
- イ 薬局における在宅患者訪問薬剤管理業務の推進
- ロ 在宅医療を支援する薬局について

薬局における24時間対応する体制機能について

○薬局が、備えている機能及び患者から求められていると考える機能は何か？（薬局調査）

○患者が、薬局に求める機能は何か？（患者調査）

それぞれ複数回答可（いずれもN=1030）



※1夜間・休日に開局し、相談を受け付けられる体制

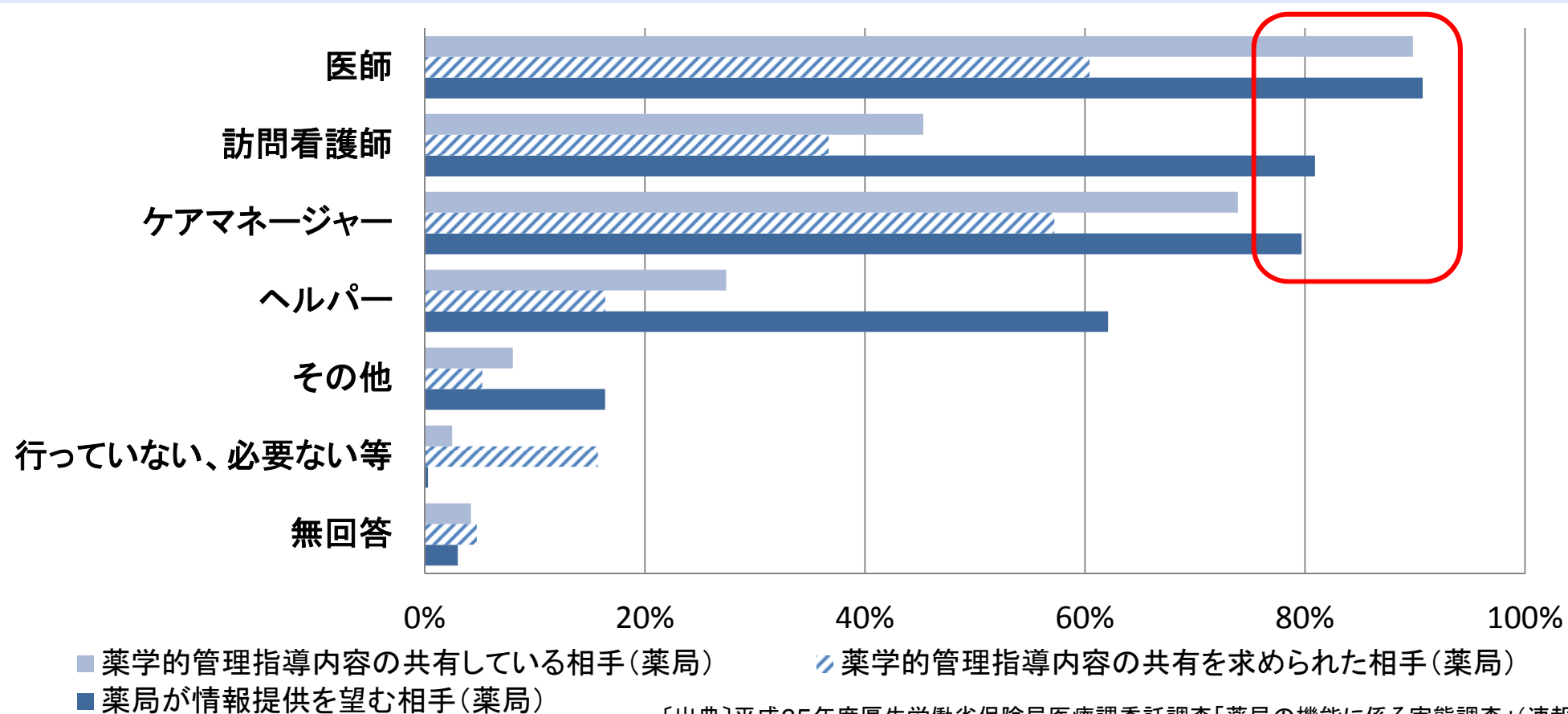
※2夜間・休日に閉局しているが、電話等により相談を受け付けられる体制

〔出典〕平成25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」(速報値)

○ 夜間・休日の開局については、薬局が備えている機能が患者が薬局に求める機能を、下回っている。

在宅患者訪問薬剤管理指導における連携体制について

○薬局が、薬局の薬学的管理指導の内容を共有している相手、当該内容の共有を求められた相手及び情報提供を望む相手
それぞれ複数回答可(いずれもN=591)



○ 薬局は、医師(病院・診療所)以外に、訪問看護師(訪問看護ステーション)やケアマネージャーとの連携(情報共有)を求めていると考えられる。

在宅療養支援診療所の概要

在宅療養支援診療所とは

地域において在宅医療を支える24時間の窓口として、他の病院、診療所等と連携を図りつつ、24時間往診、訪問看護等を提供する診療所

【主な施設基準】

- ① 診療所
- ② 24時間連絡を受ける体制を確保している
- ③ **24時間往診可能である**
- ④ 24時間訪問看護が可能である
- ⑤ 緊急時に入院できる病床を確保している
- ⑥ **連携する保険医療機関、訪問看護ステーションに適切に患者の情報を提供している**
- ⑦ 年に1回、看取りの数を報告している

注1: ③、④、⑤の往診、訪問看護、緊急時の病床確保については、連携する保険医療機関や訪問看護ステーションにおける対応でも可

機能を強化した在宅療養支援診療所

複数の医師が在籍し、緊急往診と看取りの実績を有する医療機関（地域で複数の医療機関が連携して対応することも可能）が往診料や在宅における医学管理等を行った場合に高い評価を行う。

【主な施設基準】

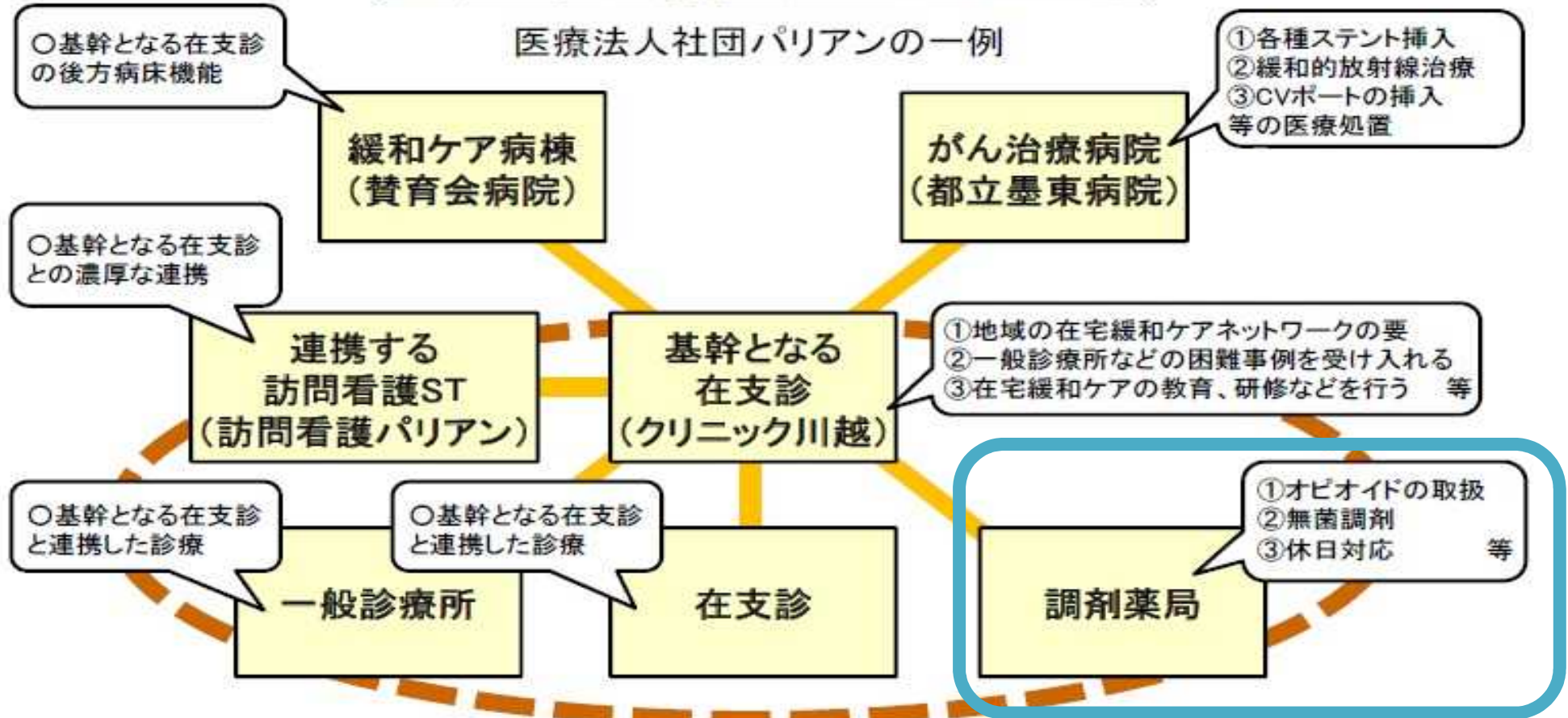
- ① 在宅医療を担当する常勤の医師が3名以上配置
- ② 過去1年間の緊急の往診の実績を5件以上有する
- ③ 過去1年間の在宅における看取りの実績を2件以上有している

注2: 上記の要件(①～③)については、他の連携保険医療機関(診療所又は200床未満の病院)との合計でも可

○ 在宅療養支援診療所においては、24時間往診可能であることや、訪問看護ステーション等に対する情報提供等が要件とされている。

地域の在宅緩和ケアネットワーク

医療法人社団パリアンの一例



出典：クリニック川越・川越厚院長御提供資料を基に保険局医療課で作成

注) 現在、同一日に複数の医療機関が同一患者に訪問診療を行っても、原則、どちらか一方の医療機関しか訪問診療料を算定することはできない(病状の急変等により往診した場合は除く)。

薬局の夜間・休日等にかかる体制の評価について

〔開局時間以外の時間(緊急時等)への対応体制〕

- ・ 在宅業務届出薬局が算定できる基準調剤加算の要件は、単独の保険薬局が常時調剤ができる体制に限らず、近隣の保険薬局で常時調剤ができる体制又は自らが対応できない場合他の保険薬局の保険薬剤師が緊急連絡等に対して常時調剤ができる連携体制を整備していることとされている。

〔訪問結果の情報提供体制〕

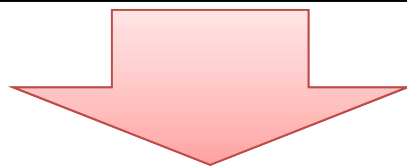
- ・ 在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定要件として、指示を行った医師に対して訪問結果について必要な情報提供を文書で行うこととされている。
- ・ 一方、訪問看護師(訪問看護ステーション)等に対する情報提供については、規定されていない。

- 現行の規定では、単独の保険薬局で開局時間以外の時間(緊急時等)に対応することを要件としていない。
- また、訪問看護師(訪問看護ステーション)等に対する情報提供について、規定されていない。

在宅医療を支援する薬局についての課題と論点

〔課題〕

- 24時間の対応(夜間・休日でも対応できる体制)を求める患者がいる一方、現行では、単独の保険薬局で開局時間以外の時間(緊急時等)に対応することを要件としていない。
- 医師(病院・診療所)以外に、訪問看護師(訪問看護ステーション)やケアマネージャーとの連携(情報共有)を求めているが、訪問看護師(訪問看護ステーション)等に対する情報提供について、規定されていない。
- 一方、在宅療養支援診療所においては、24時間往診可能であることや、訪問看護ステーション等に対する情報提供等が要件とされている。



〔論点〕

- 24時間の対応(夜間・休日でも対応できる体制)について、地域の薬局との連携を図りつつ単独の薬局による対応を原則としてはどうか。また、医師(病院・診療所)以外に、訪問看護師(訪問看護ステーション)やケアマネージャーへの情報提供について、規定することとしてはどうか。

1. 機能強化型在宅療養支援診療所・病院の要件等について
2. 訪問看護
3. 在宅医療における注射薬や衛生材料等の提供
4. 在宅医療における薬剤師の役割
- 5. 在宅歯科医療**
6. 在宅医療における患者紹介等の事例
7. 在宅医療を専門に行う保険医療機関

「歯科訪問診療料」に関する歯科診療報酬の主な変遷1

(改) 中医協 総-2
23.11.11

概 要	
S63.6	<ul style="list-style-type: none"> ・「在宅患者訪問診療料(480点)」新設 →常時寝たきり又はこれに準じる状態(「特定疾患治療研究事業」に掲げる疾患に罹患しており、都道府県知事から医療受給者証の発行を受けている患者)に対して定期的に訪問して診療を行った場合の評価
H2.4	<ul style="list-style-type: none"> ・「在宅患者訪問診療料」の引き上げ(480点→520点)
H4.4	<ul style="list-style-type: none"> ・「在宅患者訪問診療料」の引き上げ(520点→650点)
H6.4	<ul style="list-style-type: none"> ・「在宅患者訪問診療料」の引き上げ(650点→680点)
H6.10	<ul style="list-style-type: none"> ・「往診料」及び「在宅患者訪問診療料」を「歯科訪問診療料Ⅰ(620点)」と「歯科訪問診療料Ⅱ(430点)」に改組 →居宅において、療養を行っている患者であって、通院困難なものに対して、患者の求めに応じて訪問歯科診療を行った場合又は当該歯科診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた場合 →「Ⅰ」:「Ⅱ」以外 「Ⅱ」:社会福祉施設等で同時に複数の患者に対して歯科診療を行った場合
H8.4	<ul style="list-style-type: none"> ・「歯科訪問診療料Ⅰ」及び「歯科訪問診療料Ⅱ」の引き上げ(「Ⅰ」620点→710点、「Ⅱ」430点→460点)
H10.4	<ul style="list-style-type: none"> ・「歯科訪問診療料Ⅰ」の引き上げ(710点→920点)
H12.4	<ul style="list-style-type: none"> ・「歯科訪問診療料1(920点)」と「歯科訪問診療料2(400点)」の要件を見直し →施設の種別と歯科訪問診療を行う人数で評価 →「1」:居宅又は社会福祉施設等において通院困難な患者1人に対して歯科訪問診療を行った場合 「2」:社会福祉施設等において通院困難な複数の患者に対して歯科訪問診療を行った場合で、1人目及び2人目以降(30分以上)の患者 ・「歯科訪問診療料2」の引き下げ(460点→400点)

「歯科訪問診療料」に関する歯科診療報酬の主な変遷2

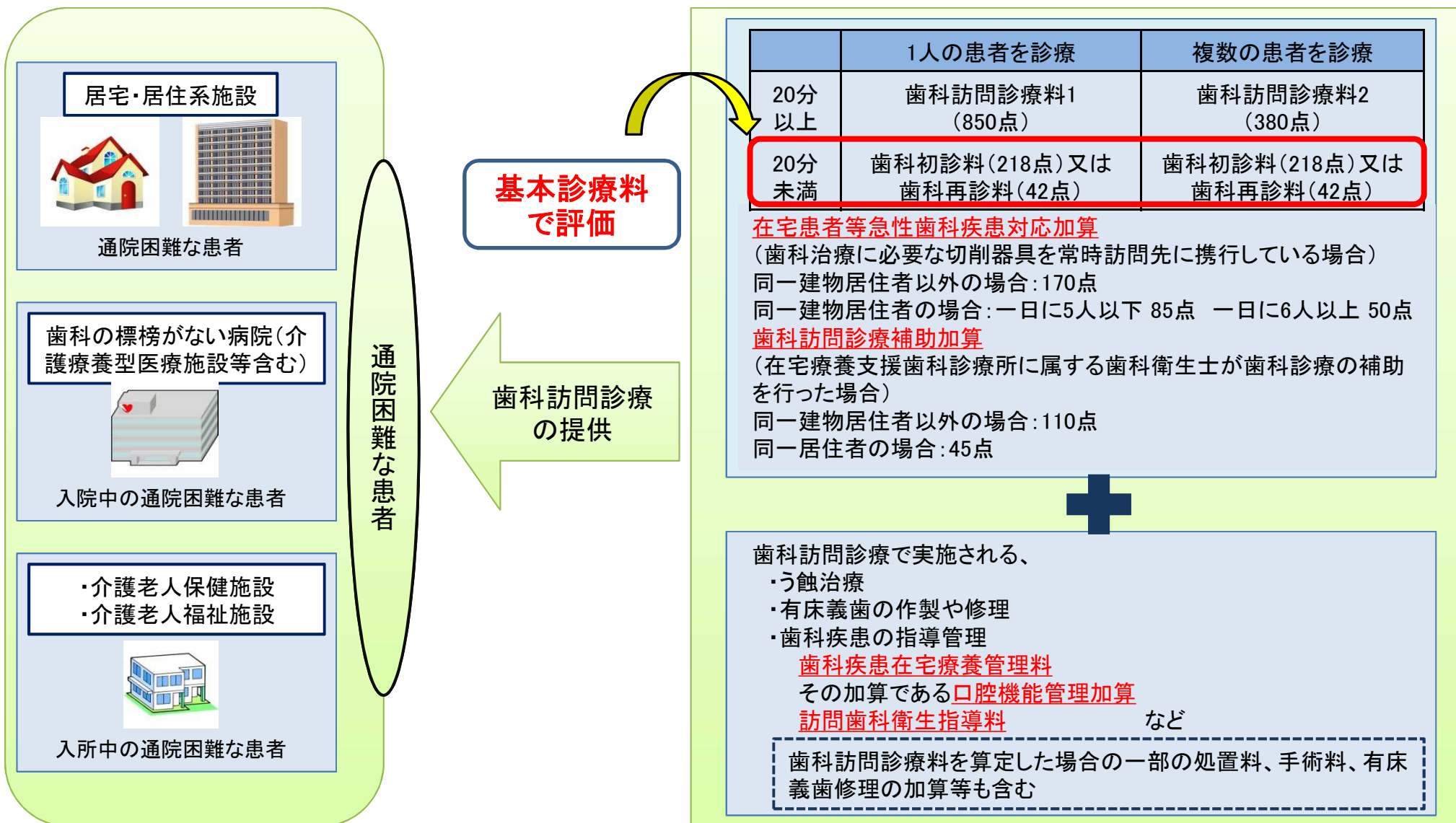
(改) 中医協 総-2
23.11.11

概 要	
H14.4	<ul style="list-style-type: none"> ・「歯科訪問診療料」の対象者を明確化 →「常時ねたきりの状態等であって、居宅又は社会福祉施設等において療養を行っており、疾病・傷病のため通院困難な患者に対し屋内で行った場合」 ・「歯科訪問診療1」及び「歯科訪問診療料2」の引き下げ(「1」:920点→830点、「2」:400点→380点)
H18.4	<ul style="list-style-type: none"> ・「歯科訪問診療料」の要件を見直し →歯科訪問診療を行った際に、当該患者又はその家族等に対して、文書提供を行った場合に算定
H20.4	<ul style="list-style-type: none"> ・「歯科訪問診療料」の要件を見直し →文書提供の要件を廃止 ・「在宅療養支援歯科診療所」を位置づけ →在宅療養を後方から支援することを目的として、歯科訪問診療料の実績があり、高齢者の口腔機能管理に係る研修を受けた1名以上の常勤歯科医師の配置等を要件とした歯科診療所
H22.4	<ul style="list-style-type: none"> ・「歯科訪問診療料」の評価体系を簡素化 →同一建物居住者の有無と診療時間で評価 →「1」:同一建物居住者以外で20分以上診療を実施した場合 「2」:同一建物居住者で20分以上診療を実施した場合
H24.4	<ul style="list-style-type: none"> ・「歯科訪問診療料」の対象者の表現を見直し →「常時寝たきりの状態等」を削除 ・「歯科訪問診療料 I」の引き上げ(830点→850点)

在宅歯科医療に係る歯科診療報酬上の評価

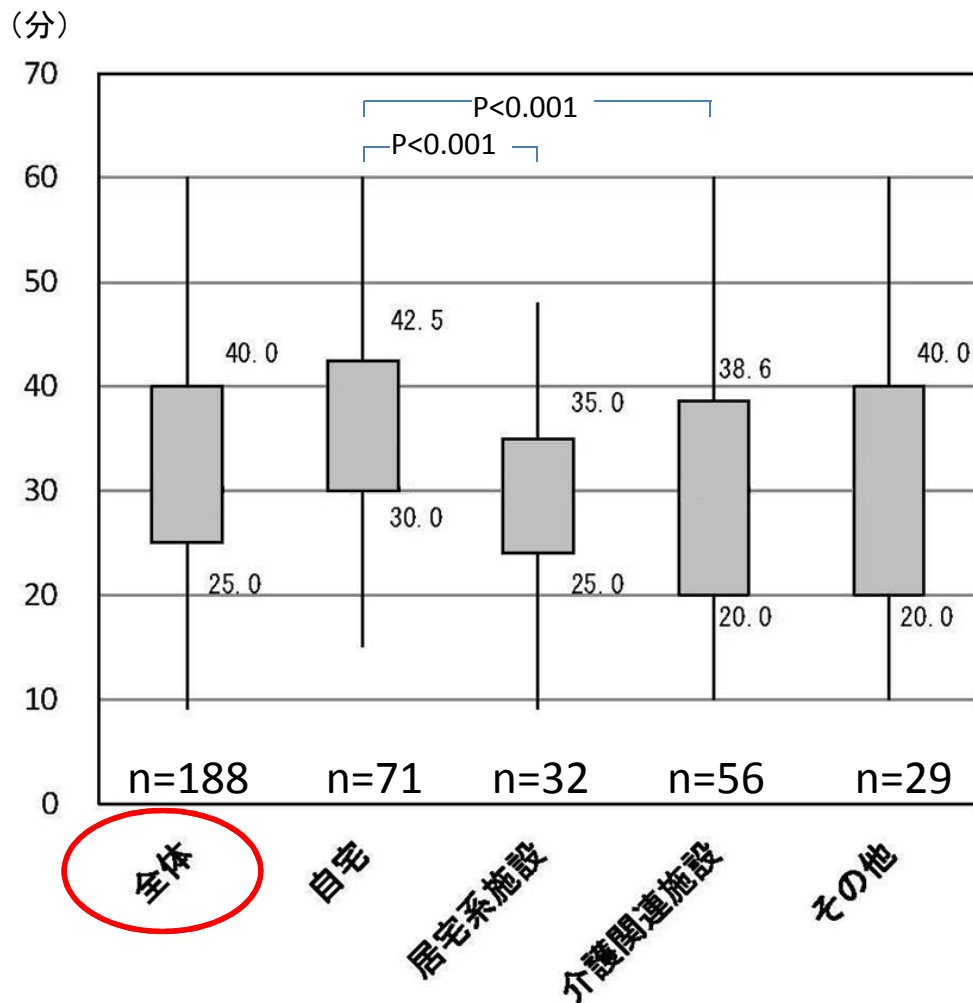
(改) 中医協 総-3
25.5.29

- ・現行の「歯科訪問診療料」は、訪問先に関わらず、訪問診療の「時間」及び同一建物における「患者数」で整理
- ・個々の診療は、出来高で評価

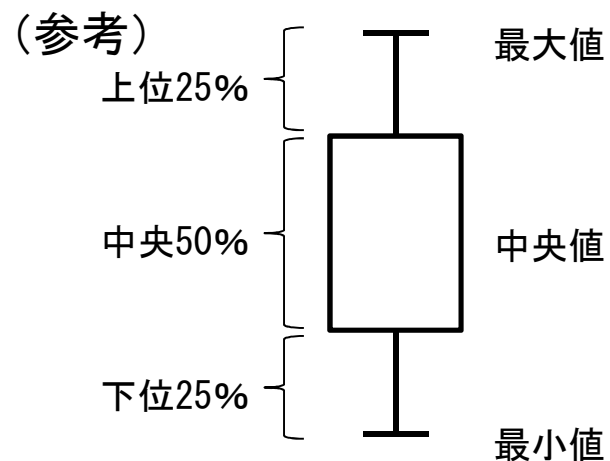


患者1人当たりの訪問歯科診療所要時間

中医協 総 - 2
23 . 11 . 11



- ・下位25%を除く、訪問歯科診療における患者一人当たりの所要時間は全体で25分以上となっている。
- ・下位25%を除く、訪問歯科診療における患者一人当たりの所要時間は、「自宅」が30分以上と最も長く時間を要し、「介護関連施設」と「その他」が20分以上と最も短い。



(平成21年医療課調べ)

歯科訪問診療料の要件＜抜粋＞

注1 次のいずれかに該当する歯科訪問診療(診療時間が20分以上の場合に限る。)を行った場合に算定する。

イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療

ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する当該患者の同意を得た歯科訪問診療

- (1) 歯科訪問診療は、在宅等において療養を行っており、疾病、傷病のため通院による歯科治療が困難な患者を対象としていることから、通院が容易な者に対して安易に算定してはならない。
- (7) 在宅等において療養を行っている通院が困難な患者に対し、訪問して歯科訪問診療を行った場合、診療に要した時間が当該患者1人につき20分に満たない場合は、歯科訪問診療料を算定せず、区分番号A000Iに掲げる初診料、区分番号A002Iに掲げる再診料及び第2章特掲診療料を算定する。ただし、治療中に患者の容体が急変し、医師の診察を要する場合等やむを得ず治療を中止した場合においては、(略)、診療した時間が20分未満であっても歯科訪問診療料を算定することができる。
- (9) 歯科訪問診療を行う場合は、当該患者の病状に基づいた訪問診療の計画を定めるとともに、その計画を診療録に記載すること。
- (10) 歯科訪問診療を行った場合は、診療録に次の事項を記載すること。ただしロに関しては、歯科訪問診療を開始した日に限り記載するものとするが、変更が生じた場合は、その都度記載すること。また、ハに関しては、患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合については、急変後の対応の要点も記載すること。
- ・ イ 実施時刻(記載時刻と終了時刻)
 - ・ ロ 訪問先名(記載例: 自宅、〇〇マンション、介護老人保健施設××苑)
 - ・ ハ 患者の状態等(急変後の対応の要点を含む。) 等々

在宅療養支援歯科診療所について

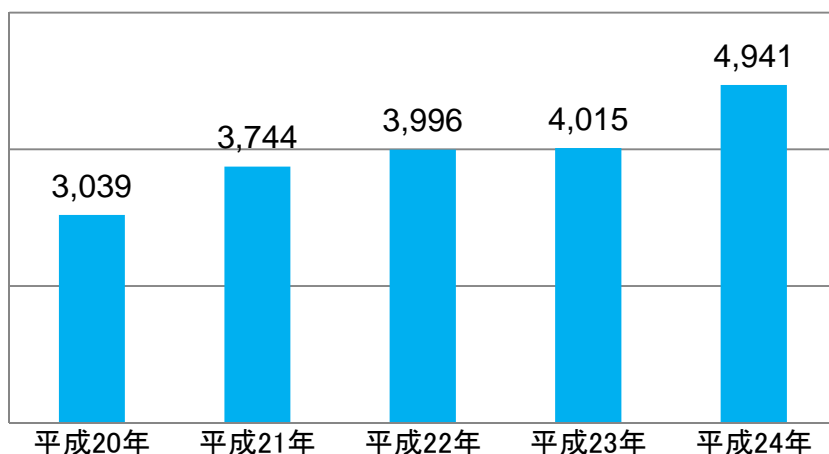
中医協 総 - 3
2 5 . 5 . 2 9

◆ 在宅又は社会福祉施設等における療養を歯科医療面から支援する歯科診療所であり、平成20年度改定時に創設

【施設基準】

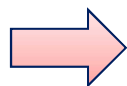
- 1 歯科訪問診療料を算定していること
- 2 高齢者の心身の特性、口腔機能管理及び緊急時対応に係る研修を修了した常勤の歯科医師が1名以上配置されていること
- 3 歯科衛生士が配置されていること
- 4 必要に応じて、患者又は家族、在宅医療を担う医師、介護・福祉関係者等に情報提供できる体制を整えていること
- 5 在宅歯科医療に係る後方支援の機能を有する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること

＜在宅療養支援歯科診療所の届出医療機関数の推移＞
(施設)



＜在宅療養支援歯科診療所の診療報酬上の評価＞

	歯援診	歯援診以外
退院時共同指導料 I	600点	300点
歯科疾患在宅療養指導管理料 (口腔機能管理加算)	140点 (+50点)	130点
歯科訪問診療補助加算 【平成24年度改定対応】	同一建物居住者以外の場合: 110点 同一居住者の場合: 45点	—

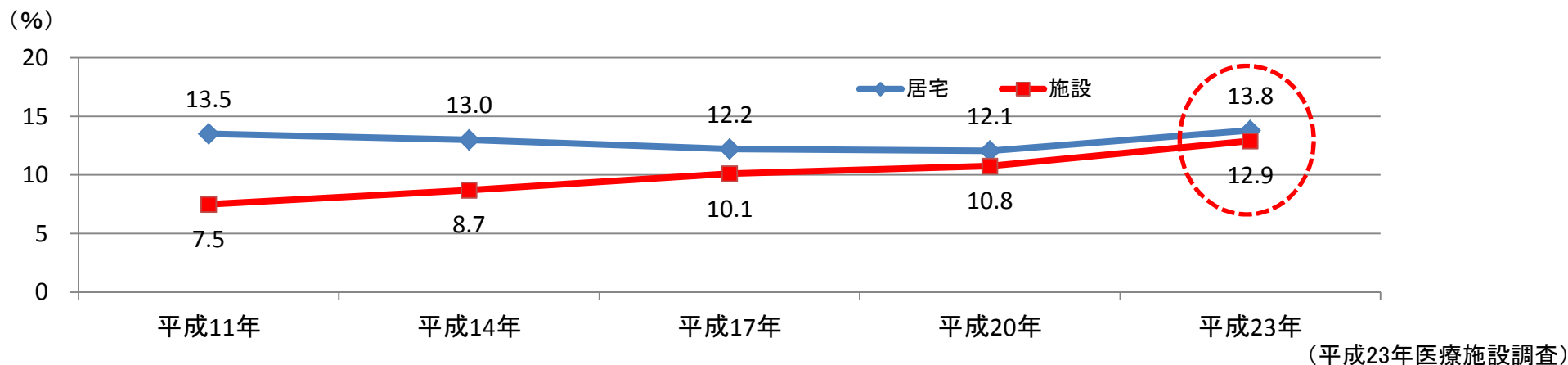


在宅療養支援歯科診療所は増えているものの、全歯科診療所の約7%にとどまっている

歯科訪問診療を実施している歯科診療所の割合（訪問先別）

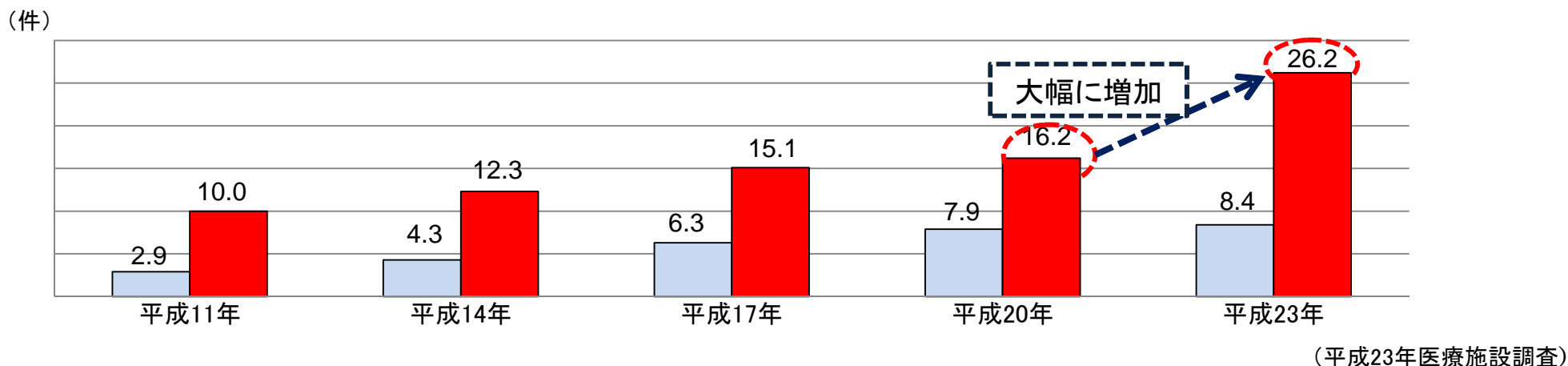
- ・施設において歯科訪問診療を実施している歯科診療所は、調査を重ねるごとに増加している。
- ・居宅において歯科訪問診療を実施している歯科診療所は、減少傾向にあったが、今回調査では増加している。

(改) 中医協 総-3
2 5 . 5 . 2 9



1 歯科診療所当たりの歯科訪問診療実施件数（毎年9月分）

- ・1歯科診療所当たりの歯科訪問診療実施件数(9月分)は、調査を重ねるごとに増加しており、特に、施設での増加が顕著



注：平成23年は宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県の全域を除いて算出

歯科訪問診療の課題(平成24年度検証調査・医療機関)

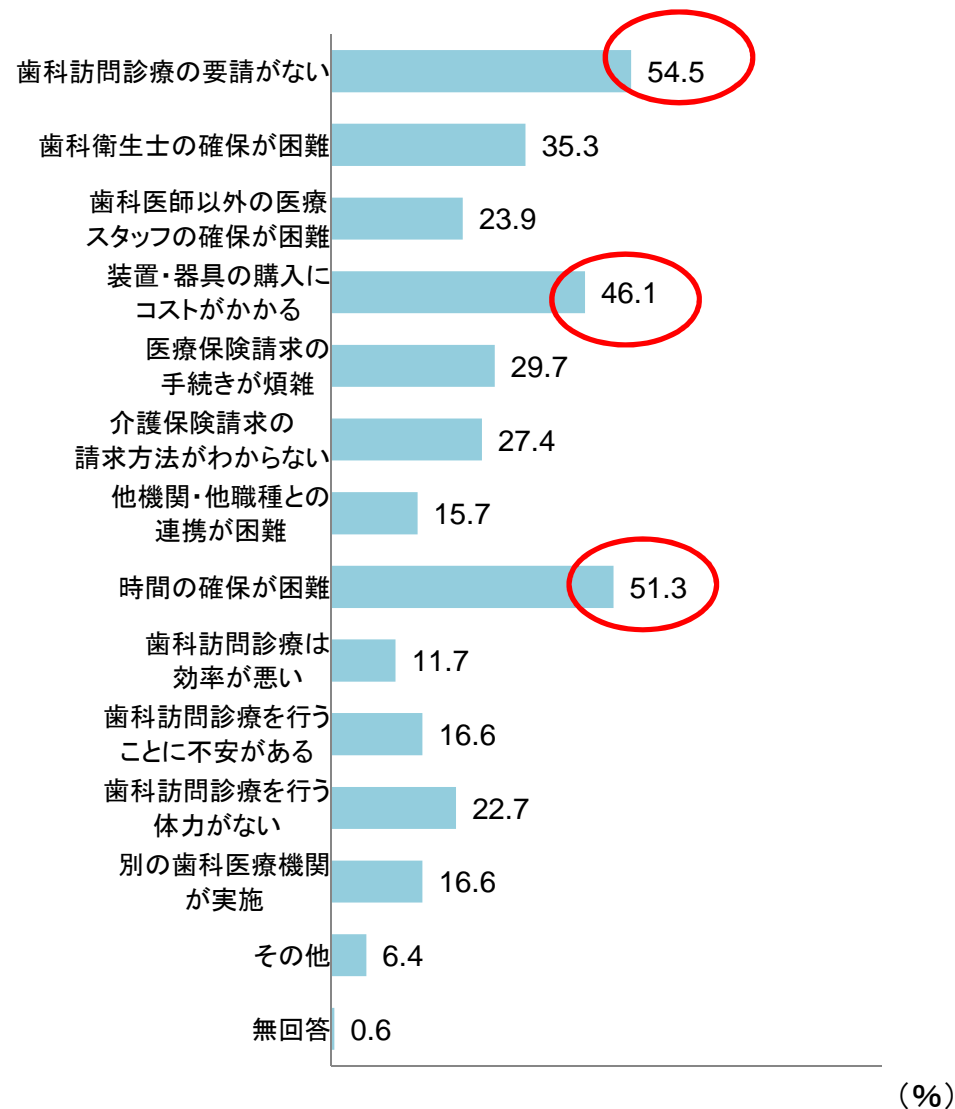
中医協 総 - 3
2 5 . 5 . 2 9

歯科訪問診療を行う際の課題 (歯科訪問診療実施機関・n=1277)



注:実施医療機関は、在宅療
養支援歯科診療所届出
医療機関が対象

歯科訪問診療を実施していない理由 (歯科訪問診療未実施機関・n=343)

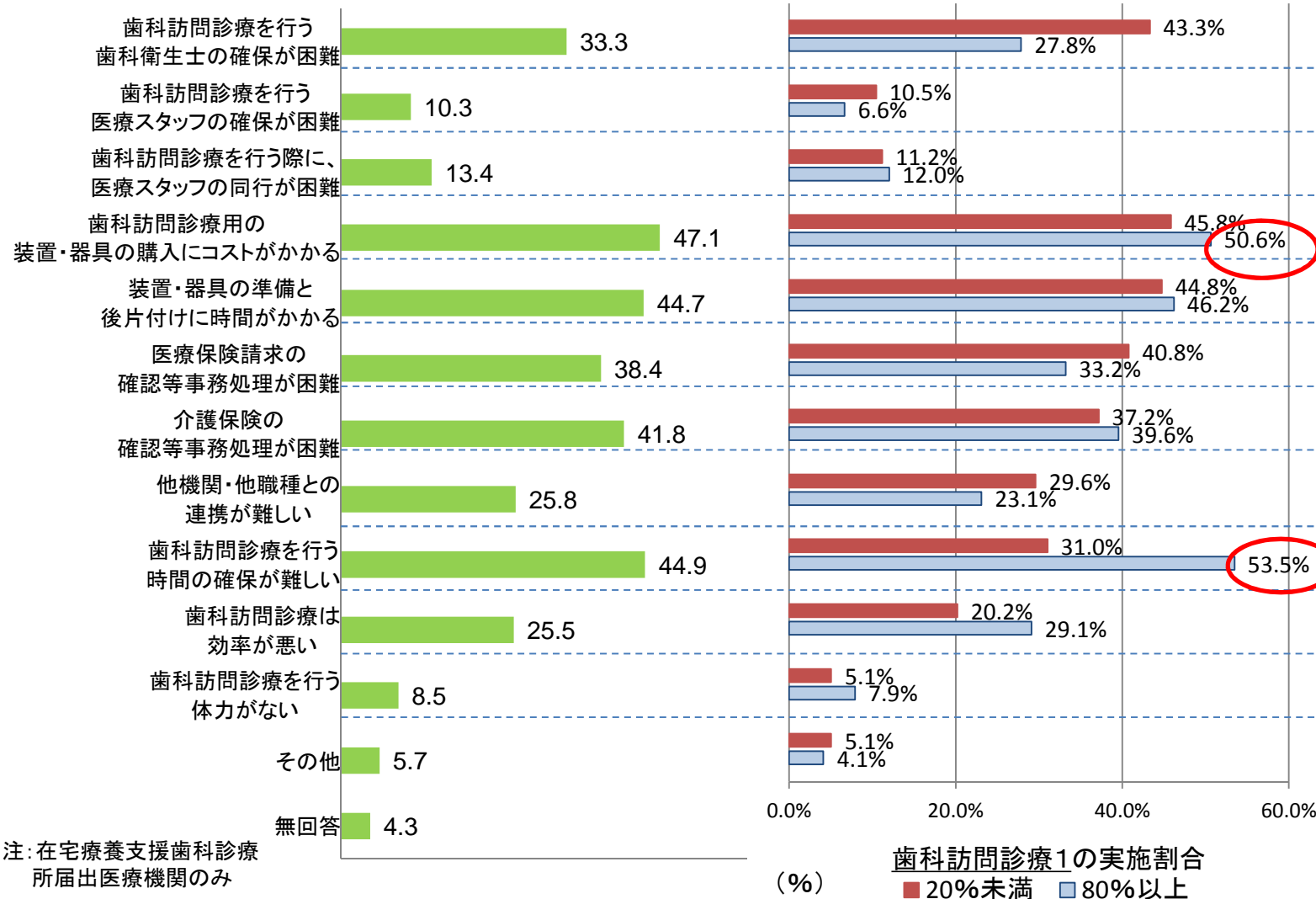


出典:「在宅における歯科医療と歯科診療で特別対応が必要な者の状況調査(平成24年度検証調査) 図表46・195」

歯科訪問診療を行う際の課題と歯科訪問診療の実施形態

歯科訪問診療を行う際の課題
(歯科訪問診療実施機関・n=1277)

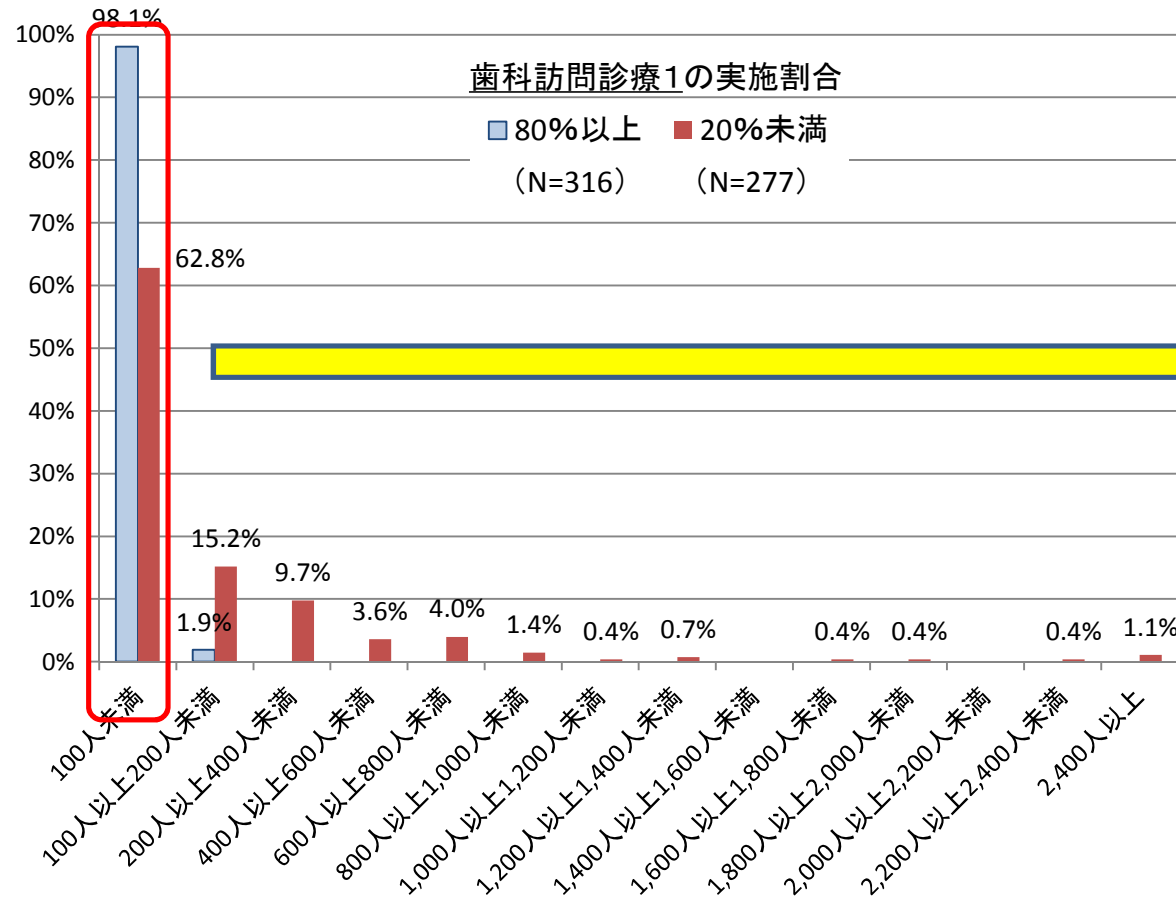
歯科訪問診療1の実施割合と課題
(歯科訪問診療実施機関から一部抽出・n=593)



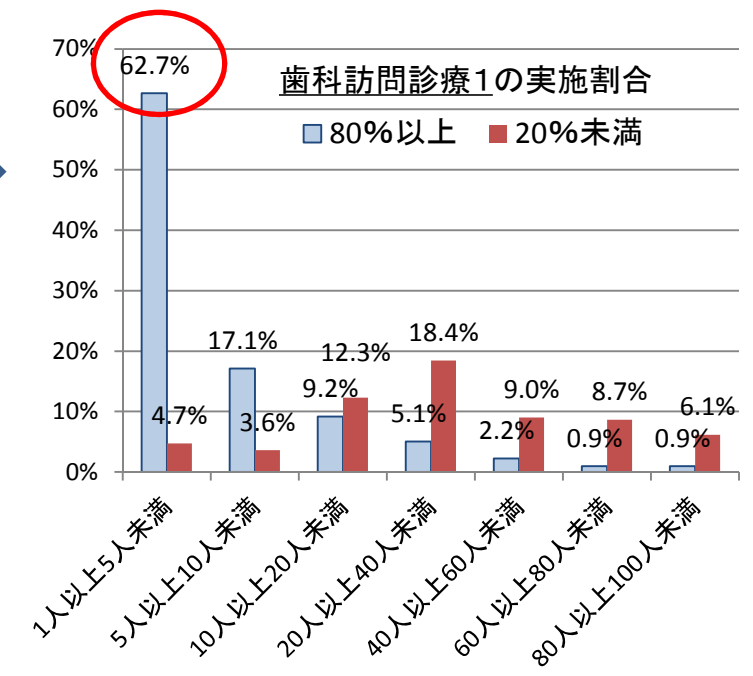
歯科訪問診療1(主として在宅)を中心に実施している在宅療養支援歯科診療所では、歯科訪問診療を行う時間の確保や装置器具の購入コストの点に関する回答割合が高い。

注: 在宅療養支援歯科診療
所届出医療機関のみ

歯科訪問診療1の実施割合と歯科訪問診療患者数の分布 (1月あたり延べ患者数)



100人未満(80%以上:98.1%、20%未満:62.8%)の内訳



注: 在宅療養支援歯科診療所届出医療機関のみ

在宅中心で歯科訪問診療を行っている医療機関の1月あたり歯科訪問診療患者数は大部分が100人未満で、そのうちの約6割が5人未満。

出典:「在宅における歯科医療と歯科診療で特別対応が必要な者の状況調査(平成24年度検証調査) 図表27を特別集計」

歯科訪問診療1の実施割合と歯科訪問診療患者数 (1月あたり延べ患者数)

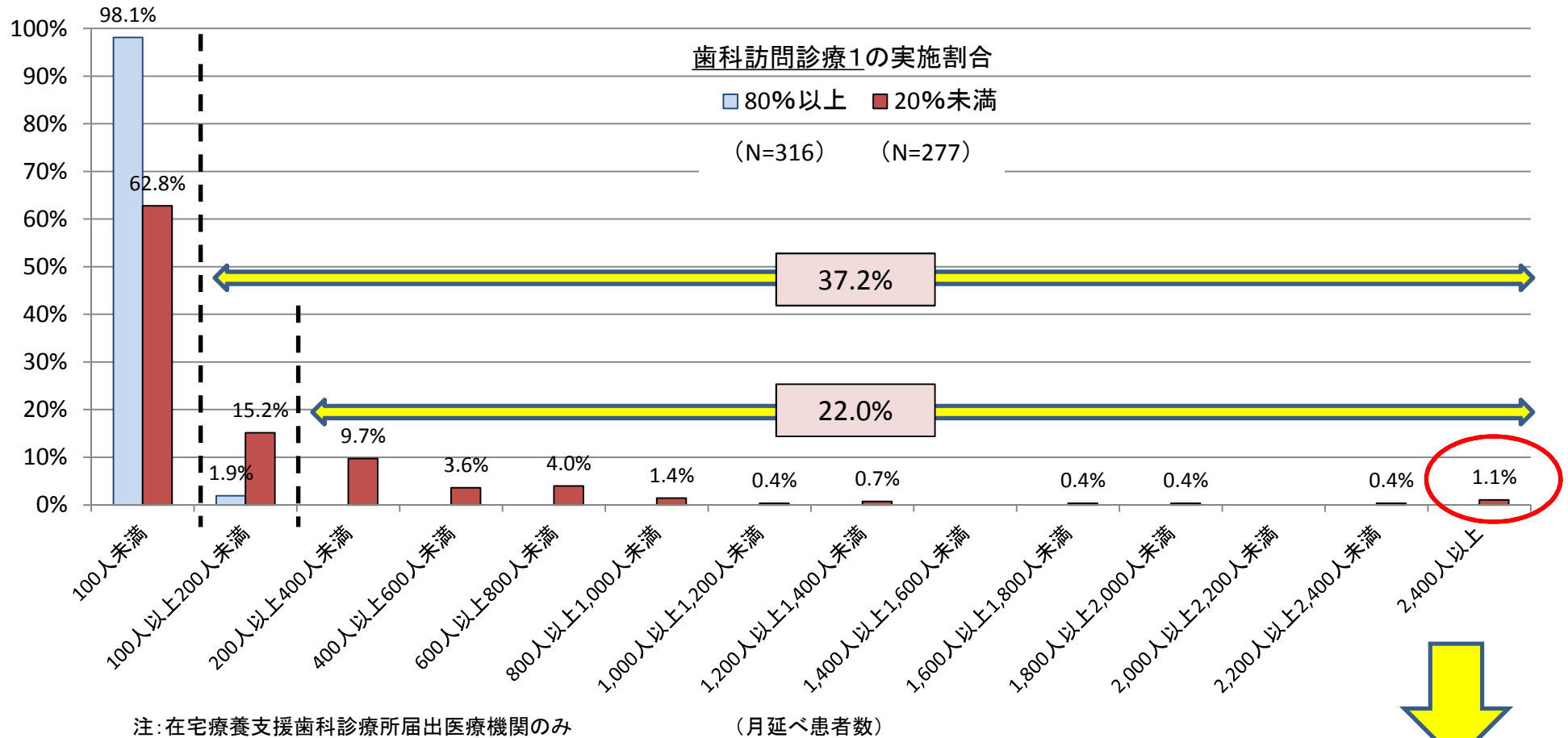
		施設数	歯科訪問診療患者数(延べ人数)					
			合計	平均	標準偏差	中央値	最大値	最小値
全体		1,180	78,226	66.3	210.8	8.0	2,700	0
歯科訪問診療1(同一建物居住者以外)実施割合(H24.9)	90%以上	294	2,355	8.0	18.4	3.0	147	1
	80%以上 90%未満	22	831	37.8	36.3	18.0	112	5
	10%以上 20%未満	73	11,831	162.1	342.9	71.0	2,635	8
	10%未満	204	41,474	203.3	402.2	55.0	2,700	1

注:在宅療養支援歯科診療所届出医療機関のみ



主として歯科訪問診療2(同一建物居住者)を実施している医療機関の一部で、過度に歯科訪問診療が行われていることが示唆される。

歯科訪問診療1の実施割合と歯科訪問診療患者数の分布 (1月あたり延べ患者数)



- ① 歯科医師1人が1患者につき20分訪問診療を行い、1日合計6時間訪問診療を行う場合は、360分(訪問診療時間計)÷20分(1患者訪問診療時間)=18人/日が最大。
- ② 歯科診療所平均歯科医師数:※約1.4人(歯科診療所勤務歯科医師数÷歯科診療所数)×20日間医療機関が稼働するとして、1.4人×20日×18人/日≒約500人/月が最大。
※平成23年医療施設調査(静態調査)から引用

月2,400人の患者に対して訪問診療を行うには、20日間医療機関が稼働するとして、**歯科医師1人当たり1日120人訪問診療を行う必要がある。**

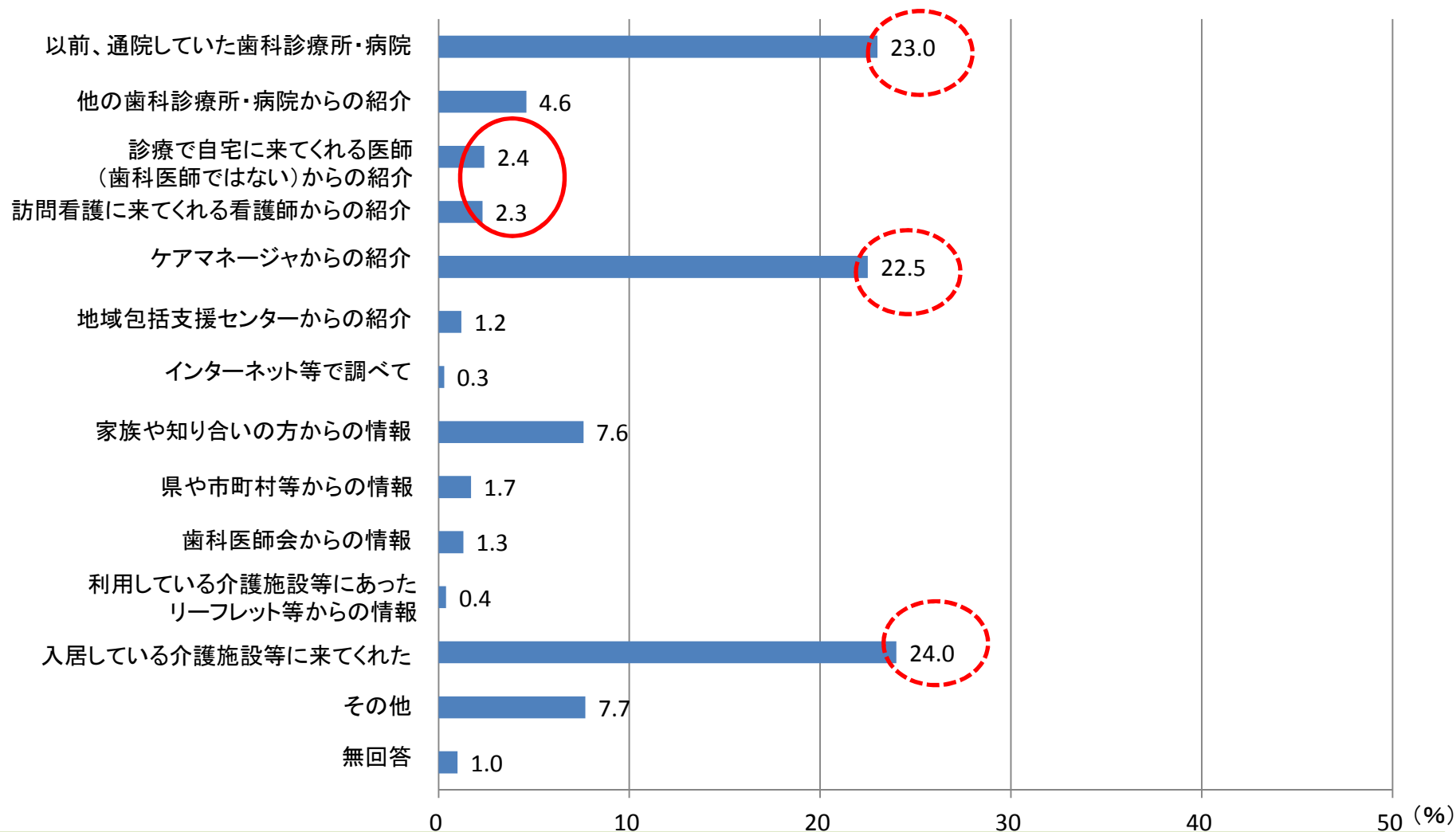
在宅歯科医療における医療機関間の連携等に係る 診療報酬上の主な評価

(改) 中医協 総-3
25.5.29

項目／点数／実績 【H23、24年】	連携先	概 要
①退院時共同指導料1 600点(歯援診) 300点(歯援診以外) 【H23:0件 H24:0件】	医科保険医療機関	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;">退院後の在宅療養を担う医科の保険医療機関と連携している別の保険医療機関の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士</div> <div style="font-size: 2em; margin: 0 10px;">+</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;">入院中の保険医療機関の保険医、看護師又は准看護師</div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <p style="margin: 0;">共同での説明、指導</p> </div>
②退院時共同指導料2 300点 【H23:0件 H24:1件】	医科保険医療機関	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;">入院中の保険医療機関の保険医又は看護師</div> <div style="font-size: 2em; margin: 0 10px;">+</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;">退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は看護師等</div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <p style="margin: 0;">共同での説明、指導</p> </div>
③在宅患者連携指導料 900点 【H23:0件 H24:0件】	医科保険医療機関、保険薬局、訪問看護ステーション	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;">歯科訪問診療を実施している保険医療機関の歯科医師</div> <div style="font-size: 2em; margin: 0 10px;">+</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;">訪問診療を実施している保険医療機関、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局又は訪問看護ステーション</div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <p style="margin: 0;">共有された情報を踏まえた指導</p> </div>
④地域歯科診療支援病院入院加算 +300点 【H23:25件 H24:0件】	歯科保険医療機関	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 30%;">地域歯科診療支援病院</div> <div style="font-size: 2em; margin: 0 10px;">←</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 60%;">歯科訪問診療料又は歯科診療特別対応加算を算定した患者で、歯科疾患管理料又は歯科疾患在宅療養管理料を入院月又は前月に算定</div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <p style="margin: 0;">受入れ</p> </div>
⑤介護支援連携指導料 300点 【H23:9件 H24:4件】	介護支援専門員	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;">保険医療機関(入院施設)の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士、看護師</div> <div style="font-size: 2em; margin: 0 10px;">+</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;">介護支援専門員</div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <p style="margin: 0;">共同での説明、指導</p> </div>

歯科訪問診療を行う歯科医師を知ったきっかけ (平成24年度検証調査・患者調査)

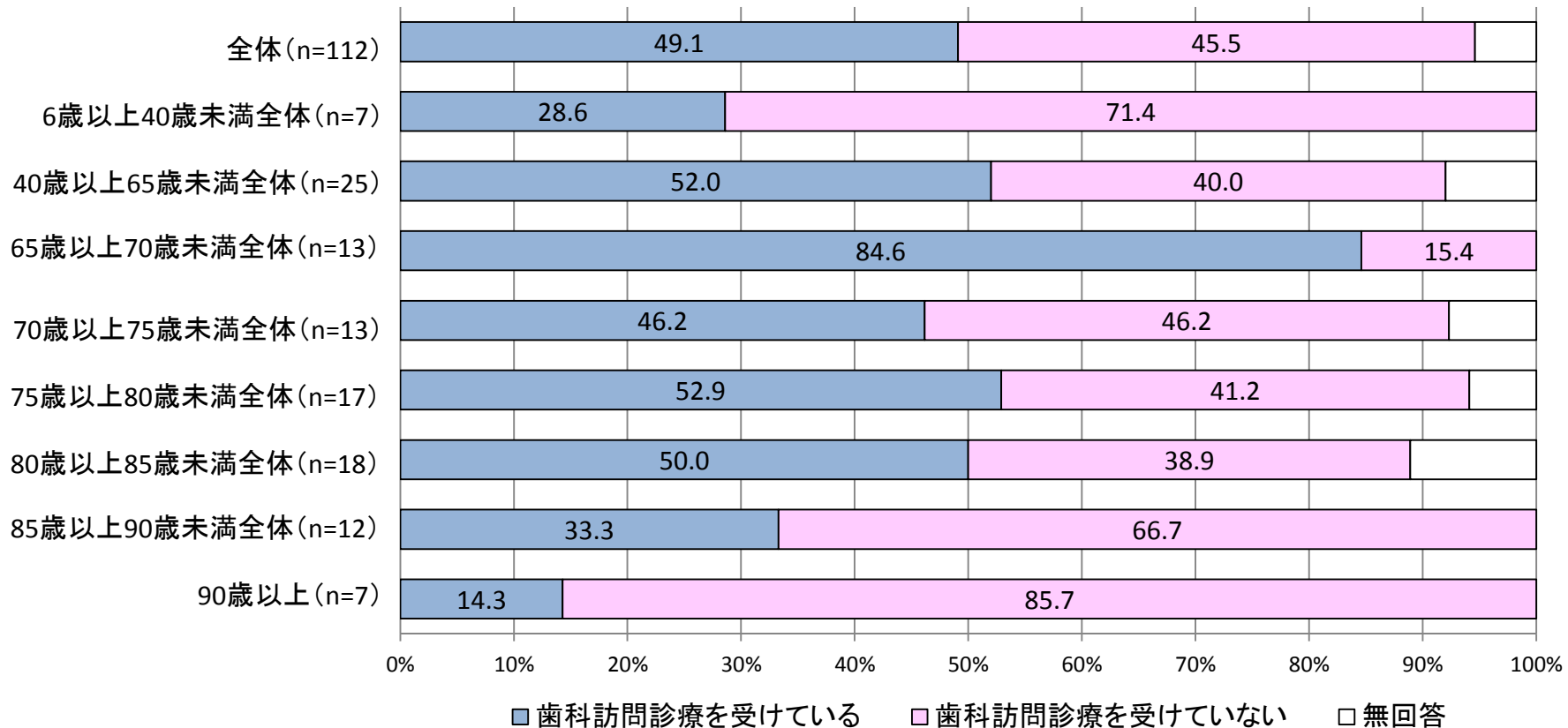
(改) 中医協 総-3
25.5.29



歯科医師を知ったきっかけで、ケアマネージャーからの紹介や通院していた歯科診療所・病院は多いが、医師や看護師からの紹介は少ない。

歯科訪問診療の受診状況

在宅医療を受けている患者で、歯や口の中に気になることがあり、
歯科訪問診療を希望している者

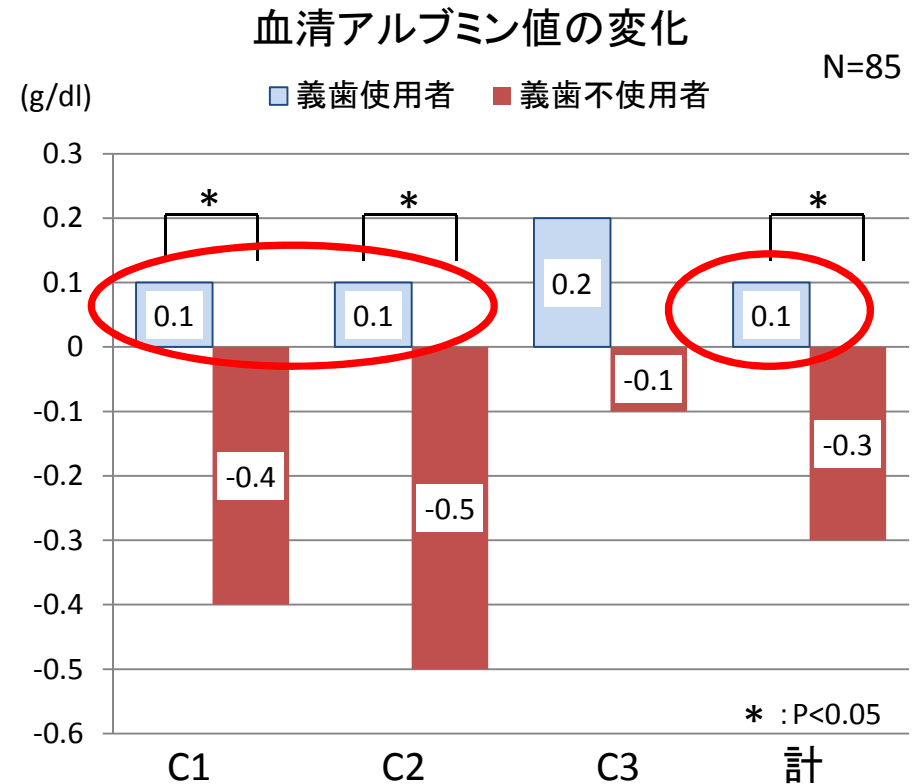
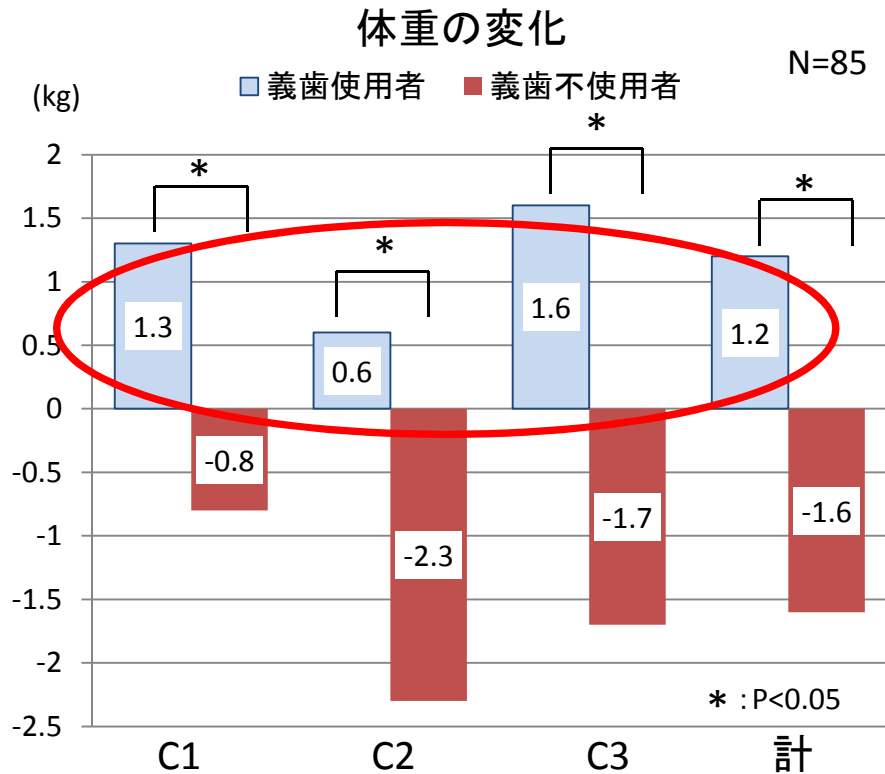


在宅医療を受けている患者の約半数が、歯や口の中に気になることがあり、歯科訪問診療を希望しているが、歯科訪問診療を受けていない。また高齢者になると歯科訪問診療を受けていない患者の割合が高い。

訪問歯科診療による全身状態への影響

(要介護者に対する義歯治療6か月後の体重と血清アルブミン値の変化)

療養型医療施設入院患者で、アイヒナー分類(咬合支持域の分類)のC群(上下奥歯の接触がなく、咬合が不安定な状態)に該当する85名(平均年齢85.2歳)に対して、義歯治療を行って義歯を使用した者(義歯使用者)と義歯治療を行っていない者(義歯不使用者)の6か月後の体重及び血清アルブミン値を測定



(参考:アイヒナー分類) C1:上下顎に残存歯がある(すれちがい咬合) C2:上下顎のうち片顎が無歯顎 C3:上下顎とも無歯顎

C群に該当する者のうち、義歯使用者は義歯不使用者に比べて、体重や血清アルブミン値が、それぞれ有意に増加している。

在宅歯科医療に係る課題と論点

課題

- (1)「歯科訪問診療1」(主として在宅)を中心に取り組んでいる在宅療養支援歯科診療所について、歯科訪問診療を行う上での課題として、時間の確保や装置・器具の購入コストに関する回答割合が高かった。
また、在宅中心で歯科訪問診療を行っている在宅療養支援歯科診療所の1月あたりの歯科訪問診療延べ患者数は大部分が100人未満で、そのうちの約6割が5人未満であった。
- (2)施設で行われる歯科訪問診療について、一部の医療機関で過度に歯科訪問診療が行われている事例等が示唆されている。
- (3)歯科訪問診療を行うきっかけで、医師や看護師からの紹介が少ないことや、また、在宅医療を受けている患者の歯科訪問診療のニーズに十分応えきれていない等、医科医療機関や医師等との連携は必ずしも十分に図られていない。



論点

- (1)在宅での歯科訪問診療を推進するために、在宅中心に歯科訪問診療を実施している在宅療養支援歯科診療所の評価について、どのような対応が考えられるか。
- (2)介護施設等で複数の患者に行われる歯科訪問診療を適切に提供するために、「歯科訪問診療2」の評価や取り扱い等についてどのような対応が考えられるか。
- (3)歯科訪問診療の診療時間が20分未満であった場合に、基本診療料を算定する取り扱いについて、どのように考えるか。
- (4)歯科訪問診療が必要な患者が適切に診療が受けられるよう、医科医療機関等と歯科医療機関との連携を促すために、どのような対応が考えられるか。

1. 機能強化型在宅療養支援診療所・病院の要件等について
2. 訪問看護
3. 在宅医療における注射薬や衛生材料等の提供
4. 在宅医療における薬剤師の役割
5. 在宅歯科医療
6. 在宅医療における患者紹介等の事例
7. 在宅医療を専門に行う保険医療機関

イ 在宅医療における患者紹介等の事例

ロ 在宅医療における患者紹介等の事例への対応

(1) 在宅患者訪問診療料や在宅時医学総合管理料等の
適正な評価(診療報酬による対応)

(2) 保険医療機関が患者の紹介を受ける対償として紹介料を
支払うことへの対応(療養担当規則等による対応)

在宅医療における患者紹介等について①

中 医 協 総 一 5
2 5 . 2 . 1 3

＜厚生労働省保険局医療課事務連絡（平成23年2月15日）＞

地方厚生（支）局医療課 御中

厚生労働省保険局医療課

在宅医療における患者紹介等について

最近、在宅医療を行う保険医療機関が、在宅医療を要すると考えられる者が多く入居する集合住宅等を所有又は管理している民間事業者及び当該事業者と特定の関係のある事業者との間で、患者の紹介に係る有償契約を結び、当該事業所から集中的に患者の紹介を受けているとの情報が寄せられているところです。

こうした行為については、患者が保険医療機関を選択する際に、当該事業者により一定の制限が行われるおそれがあり、また、不必要な往診を行う等の過剰な診療を惹起する原因となる可能性があること等から、望ましくない場合があると考えております。

各地方厚生（支）局におかれましては、患者の選択を制限するおそれがあると考えられる事案、又は過剰な診療を惹起するおそれがあると考えられる事案を把握されました場合には本省医療課企画法令第一係までご連絡いただくとともに、本事務連絡の内容を保険医療機関へ周知する等の対応をよろしくお願い致します。

なお、本事務連絡については、（社）日本医師会、（社）日本歯科医師会及び（社）日本薬剤師会にも送付済みであることを念のため申し添えます。

(参考)

看取りビジネス「在宅」扱い 暴利生む

「先生、五年で二億になりますよ」五年前、岐阜県多治見市のファミリーレストランでのこと。医師は「寝たきり専用賃貸住宅」の創設者を名乗る男性からビジネスに加わるよう誘われた。(略)

医師は三年前まで、施設の訪問診療を担当していた。開設した診療所で五十人の入居者を受け持ち、年間の売り上げは一億円をゆうに超えたという。入居者一人に月額二十万近い医療費がかかった計算(略) その費用の半分以上を占めていたのが、週3回行っていたという訪問診療だった。

一回の訪問で、医師は診療報酬として八千三百円を請求していたという。一カ月平均で十三回とした場合、患者一人で十万円を超える計算だ。五十人なら五百万円になる。ただし、八千三百円は本来、在宅で療養する患者を一軒ずつ訪ねた場合を想定した金額だ。有料老人ホームのように患者が一カ所に集まっている場合、移動の負担が省かれるため、金額は四分の一以下の二千円に抑えられている。国も四月の診療報酬改定でその区別を明確化し、「同一建物」か否かを判断基準に明示した。(略)

重度の要介護者が同じ建物に集まる寝たきり専用賃貸住宅も、有料老人ホームと同じ扱いと考えるのが当然だ。ところが、有料老人ホームの届け出がないことを理由に、施設を担当する診療所は「在宅」同様の高額請求を続けていた。(略)

在宅医療における患者紹介等の不適切な事例

(改) 中医協 総 - 5
2 5 . 2 . 1 3

患者の選択を制限するおそれがあると考えられる事例

○ 高齢者用施設を新設するにあたり、特定の医師に入所者を優先的に紹介することの見返りとして、診療報酬の20%のキックバックを要求しているもの。



診療報酬を用いた経済的誘因により、診療の独占契約を結んでいるおそれがある

過剰な診療を惹起するおそれがあると考えられる事例

○ 診療所の開設者の親族が経営する高齢者用施設の入居者約300名のみを対象に訪問診療を行っているもの。
(一日当たりの訪問患者数36.9人、一人当たりの平均訪問診療時間 5分22秒～10分、一カ月当たりの訪問診療回数 ほとんど4～5回/月)



患者の選択を制限しているおそれがあることに加え、過剰な診療を行っている可能性がある。

算定例

<例>強化型在支診・病院(病床有)が、集合住宅に月2回訪問診療を行った場合
訪問診療料 200点 × 2回
在宅時医学総合管理料 5,000点 × 1回 = 5,400点 + 処置料等

(参考)<特定施設等の場合>

訪問診療料 400点 × 2回
特定施設入居時等医学総合管理料 3,600点 × 1回 = 4,400点 + 処置料等

(注)厚生労働省保険局医療課事務連絡(平成23年2月15日)に基づき、各地方厚生(支)局から報告された事例であり、一般的な状況を示すものではない。

患者の選択を制限するおそれがあると考えられる事例

- マンション業者が医療機関と当該マンションに居住する者の診療の独占契約を結ぶ見返りとして、診療による収益の一定割合を報酬として要求するといった事例が見られる。

過剰な診療を惹起するおそれがあると考えられる事例

- 医療機関が、特別の関係の施設等に対して、短時間に多数の患者に対して訪問診療を行うといった事例が見られる。



診療報酬を用いた経済的誘因により診療の独占契約を結ぶことで、患者の選択を制限するおそれがあると考えられる事例や、過剰な診療を惹起するおそれがあると考えられる事例等、保険診療の運用上、不適切と考えられる事例が指摘されている。

患者紹介ビジネス横行

兵庫の診療所。「先生にいい話を持ってきました。喜んでもらえると思います」高齢者施設で暮らす患者を紹介するから訪問診療をしてほしいと提案した。「収入(診療報酬)が入ったら、2割をコンサルタント料として頂きます。」

さらに診療所のリストを見せ、「たくさんのお医者様にも契約して頂いています」と続けた。1時間粘ったが、医師は断った。

福岡県の診療所にも別の業者が来た。「この市場はちょっとしたバブルです。いろんな業者が参入してきて大変なんですよ」営業マンは「今のところグレーゾーン。規制が入るかもしれない」と危機感を見せる一方、「いくらなら折り合えますか」と食い下がった。断る医師に「あきらめてません。またうかがいますので」というところで録音は終わっている。出典：平成25年8月25日朝日新聞要約

「鍼灸院で訪問診療偽装」

患者紹介ビジネスを手がける大阪市の業者が鍼灸院に患者を集め、医師の診療を受けさせていたことが分かった。患者の居住場所以外で診ても、訪問診療として診療報酬を請求することはできないが、医師は自宅で診たように装って不正請求した疑いが強い。

この業者は近畿で350以上の鍼灸院や医師約50人と契約を結んでおり、「鍼灸院に患者を集める業者は全国にある」と話している。医師は診療報酬の2割を紹介料として業者に支払う。

医師が訪問診療として請求できるのは自宅や施設などに限られ、鍼灸院で診ても請求できない。だが、患者への医療費通知等によると、医師は鍼灸院でしか診ていないのに訪問診療として請求した。請求時に診察場所を記す必要はなく、業者は営業で「どこで診ているかはわからないから大丈夫」と説明していた。

鍼灸院にも利点がある。はり師やきゅう師の治療の保険適用には、医師の診断と同意書が必要。医師が鍼灸院に来て同意書を書いてくれれば、患者の自己負担は1～3割になり、「客」を呼び込みやすい。このため鍼灸院も、同意書発行料を業者に支払う仕組みだ。

出典：平成25年8月26日朝日新聞要約

「架空診療所設け訪問報酬」

東京都の医療法人が架空の歯科診療所を設け、そこから訪問診療しているように装って診療報酬の請求をしていたことが分かった。訪問診療は診療所から16キロ内しか認められておらず、さらに遠い場所を訪問するための偽装工作だ。診療所には治療台もなく、パイプいすだけがあった。

出典：平成25年9月2日朝日新聞要約

認知症入居者に過剰診療か

高齢者施設と診療所を運営する岐阜県の社会福祉法人が、認知症の入居者に対し、家族の了解を得ずに毎日のように訪問診療するなど過剰とみられる治療を受けさせていたことがわかった。一部には架空診療の疑いもある。

この法人が運営するケアハウスに、同市の女性(66)が入居した。隣接の診療所から医師が入居者を訪問診療している。女性は認知症で、医療費通知等によれば、ハウスでは大みそかや元日を含めほぼ毎日、訪問診療等を受けたことになっていた。自己負担分を含む医療費の総額は月20万円超にのぼった。また、昨年9月半ばから別の病院に入院したが、その期間もハウスで訪問診療等を受けたと記されていた。

出典：平成25年10月6日朝日新聞要約

在宅医療における患者紹介等について②

＜厚生労働省保険局医療課事務連絡（平成25年8月28日）＞

地方厚生(支)局医療課 御中

厚生労働省保険局医療課

在宅医療における患者紹介等の報告様式について

少子高齢化が進む中、多くの保険医療機関においては、在宅医療の推進にご尽力いただいているところです。一方で、在宅医療を行う保険医療機関が、在宅医療を要すると考えられる者が多く入居する集合住宅等を所有又は管理している民間事業者及び当該事業者と特定の関係のある事業者との間で、患者の紹介に係る有償契約を結び、当該事業者から集中的に患者の紹介を受けている等の事案については、患者が保険医療機関を選択できないこと、過剰な診療を行うこと等につながる場合もあるため、健康保険法等の趣旨からみて不適切と考えています。そのため、このような事例を把握した場合には、「在宅医療における患者紹介等について」(平成23年2月15日付け事務連絡)により、当課企画法令第一係までご連絡いただくこととしているところです。

今般、当該事案の報告様式を作成しましたので、在宅医療において患者紹介等が行われ、患者の選択を制限するおそれがあると考えられる事案、又は過剰な診療を惹起するおそれがあると考えられる事案を把握されました場合には、別添様式により、当課企画法令第一係までご連絡いただくとともに、本事務連絡の内容の保険医療機関、管下市町村、関係機関、関係団体等へのご周知をお願いします。また、都道府県の介護担当部局にも協力を依頼しており、都道府県の介護担当部局において、当該事案を把握した場合には、地方厚生(支)局に報告することとなっておりますので、十分に連携いただくようお願いいたします。

なお、本事務連絡については、日本医師会、日本歯科医師会及び日本薬剤師会にも送付済みであることを念のため申し添えます。

在宅医療における患者紹介等の事例①

＜平成25年8月28日以後の報告＞

○「在宅医療において患者紹介等が行われ、患者の選択を制限するおそれがあると考えられる事案や、過剰な診療を惹起するおそれがあると考えられる事案」について、平成25年8月28日付け事務連絡により厚生局や都道府県等に報告を依頼したところ、20件の報告(患者の入居施設・住宅数ベース)があった。

※ 厚生局等が把握している事案について、把握している範囲での報告を依頼したものであり、網羅的な調査ではなく、また、報告の精度も区々である。

1. 報告された事例の概要

(1) 紹介患者の入居施設・住宅

○紹介患者の入居施設・住宅については、「有料老人ホーム」9か所、「認知症高齢者グループホーム」4か所、「サービス付き高齢者向け住宅」3か所などであった。

【紹介患者の入居施設・住宅の内訳】

有料老人ホーム	9か所
認知症高齢者グループホーム	4か所
サービス付き高齢者向け住宅	3か所
軽費老人ホーム	1か所
特別養護老人ホーム	1か所
不明	2か所

在宅医療における患者紹介等の事例②

＜平成25年8月28日以後の報告＞

(2) 患者紹介を受けた医療機関

○患者紹介を受けた医療機関については、「歯科診療所」7か所、「医科診療所」5か所であった。

【患者紹介を受けた医療機関の内訳】

歯科診療所	7か所
医科診療所	5か所

※1つの医療機関が複数の施設・住宅から患者紹介を受けているため、施設・住宅数とは一致しない。

(3) 患者紹介の仲介者

○患者紹介の仲介者については、把握している事例では、「株式会社」3社であった。

※仲介者なしの事例、1つの仲介者が複数の施設・住宅の患者紹介を行っている事例もあるため、施設・住宅数とは一致しない。

(4) 医療機関から仲介者等に支払う紹介料

○医療機関から仲介者等に支払う紹介料については、把握している事例では、「診療報酬の70%から経費(消耗品等)を控除した額」1件、「診療報酬の医科10%・歯科15%の額」1件であった。

(5) 入居者に占める訪問診療対象者の割合

○入居者に占める訪問診療対象者の割合については、把握している事例では、「月2回の訪問診療が入居条件」1件、「9割(入居者33人のうち31人)」1件、「約半数(入居者100人のうち55人)」1件であった。

在宅医療における患者紹介等の事例③

＜平成25年8月28日以後の報告＞

2. 報告された主な事例

(1) 月2回の訪問診療が入居条件の事例

- ① 紹介患者の入居施設・住宅・・・サービス付き高齢者向け住宅(一般財団法人が運営)
- ② 患者紹介を受けた医療機関・・・医科診療所(医療法人が運営、上記住宅に併設)
- ③ 患者紹介の仲介者・・・仲介者なし
- ④ 紹介料・・・紹介料の有無は不明
- ⑤ 入居者に占める訪問診療対象者の割合
 - ・併設診療所の医師による月2回の訪問診療を受けることが入居条件となっているとの情報

(2) 9割の入居者に訪問診療が行われている事例

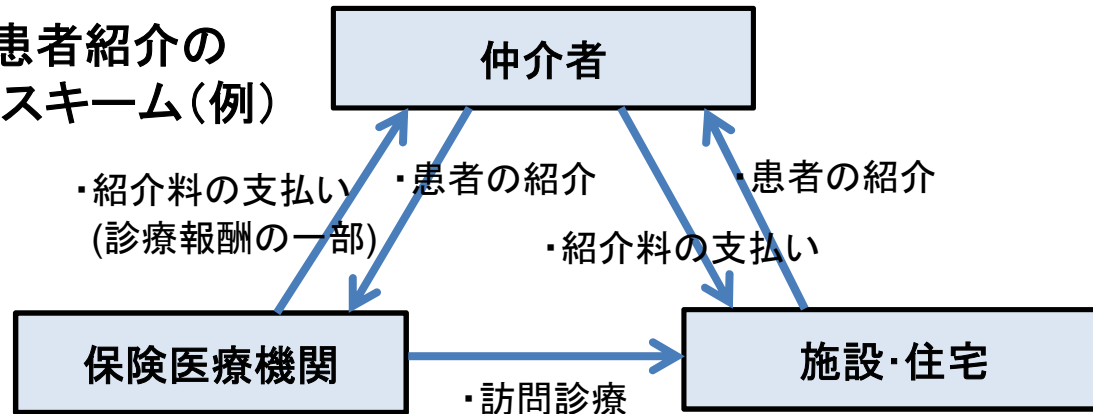
- ① 紹介患者の入居施設・住宅・・・軽費老人ホーム(社会福祉法人が運営)
- ② 患者紹介を受けた医療機関・・・医科診療所(医療法人が運営、医療機関と施設・住宅の理事長が同一人物)
- ③ 患者紹介の仲介者・・・仲介者なし
- ④ 紹介料・・・紹介料の有無は不明
- ⑤ 入居者に占める訪問診療対象者の割合・・・9割
 - ・入居者33人のうち31人に、月2回(1回当たり31人)、訪問診療を実施
 - ・訪問診療の同意のない患者に訪問診療料を算定しているとの情報

(3) 約半数の入居者に訪問診療が行われている事例

- ① 紹介患者の入居施設・住宅・・・特別養護老人ホーム(社会福祉法人が運営)
- ② 患者紹介を受けた医療機関・・・歯科診療所(個人開設)
- ③ 患者紹介の仲介者・・・株式会社
- ④ 紹介料・・・診療報酬の70%から経費(消耗品等)を控除した額
- ⑤ 入居者に占める訪問診療対象者の割合・・・約半数
 - ・入居者100人のうち55人に訪問診療を実施

在宅医療における患者紹介等の事例④

1. 患者紹介のスキーム(例)



- ・保険医療機関が施設・住宅に入居する患者の紹介を受ける
- ・保険医療機関が紹介料を支払う
- ・訪問診療の同意を得ていない場合がある



- ・患者の保険医療機関の選択を制限するおそれ
- ・過剰な診療を惹起するおそれ

2. 現行制度上の問題

<p>○<u>保険医療機関</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者の紹介を受け、紹介料(診療報酬の一部)を支払う ・紹介を受けた患者に訪問診療を行う 	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の保険医療機関の選択の制限や過剰な診療につながる場合は、健康保険法の趣旨からみて不適切 ・不正請求に該当する場合は厳正に対処
<p>○<u>施設・住宅</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者を紹介し、紹介料を受け取る 	<ul style="list-style-type: none"> ・現行制度上は違法とは言えない
<p>○<u>仲介者</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・保険医療機関に患者を紹介し、紹介料を受け取る ・施設・住宅から患者の紹介を受け、紹介料を支払う 	<ul style="list-style-type: none"> ・現行制度上は違法とは言えない

3. 考えられる対応案

① 診療報酬による対応

② 療養担当規則等による対応

} について検討する必要

イ 在宅医療における患者紹介等の事例

ロ 在宅医療における患者紹介等の事例への対応

(1) 在宅患者訪問診療料や在宅時医学総合管理料等の
適正な評価(診療報酬による対応)

(2) 保険医療機関が患者の紹介を受ける対償として紹介料を
支払うことへの対応(療養担当規則等による対応)

居住系施設等訪問診療料の見直しについて(22年度診療報酬改定)

(改)中医協 総-6-2参考
23.1.21

➤ 訪問診療料の分類を、施設の類型ではなく、同一建物の訪問人数により整理。

訪問診療料1(自宅)	830点
訪問診療料2(居住系施設)	200点

訪問診療料1(下記以外)	830点
訪問診療料2(同一建物の複数患者)	200点

I. 同一世帯		
1人のみ訪問	1人目	訪問診療料1
2人以上訪問	1人目	訪問診療料1
	2人目以降	初・再診料等

I. 同一世帯		
1人のみ訪問	1人目	訪問診療料1
2人以上訪問	1人目	訪問診療料1
	2人目以降	初・再診料等

II. 居住系施設		
1人のみ訪問	1人目	訪問診療料2
2人以上訪問	1人目	訪問診療料2
	2人目以降	訪問診療料2

II. 施設類型に関係なく同一建物		
1人のみ訪問	1人目	訪問診療料1
2人以上訪問	1人目	訪問診療料2
	2人目以降	訪問診療料2

III. 高齢者円滑入居賃貸住宅、マンション等		
1人のみ訪問	1人目	訪問診療料1
2人以上訪問	1人目	訪問診療料1
	2人目以降	訪問診療料1

※訪問診療料以外にそれぞれの患者に対して
処置料等も算定する。

在宅医療の充実(24年度診療報酬改定)

特定施設等入居者に対する訪問診療料の引き上げ

- ▶ 特定施設等の自宅以外で在宅療養を行う患者へ医療サービスを充実させる観点から、訪問診療料の見直しを行う。

【現行】

訪問診療料1(同一建物以外)	830点
訪問診療料2(同一建物)	200点

【改定後】

訪問診療料1(同一建物以外)	830点
訪問診療料2(特定施設等)	<u>400点</u>
訪問診療料2(上記以外の同一建物)	200点

同一建物

1人のみ訪問	1人目	830点
2人以上訪問	1人目	200点
	2人目以降	200点



特定施設等

1人のみ訪問	1人目	830点
2人以上訪問	1人目	<u>400点</u>
	2人目以降	<u>400点</u>



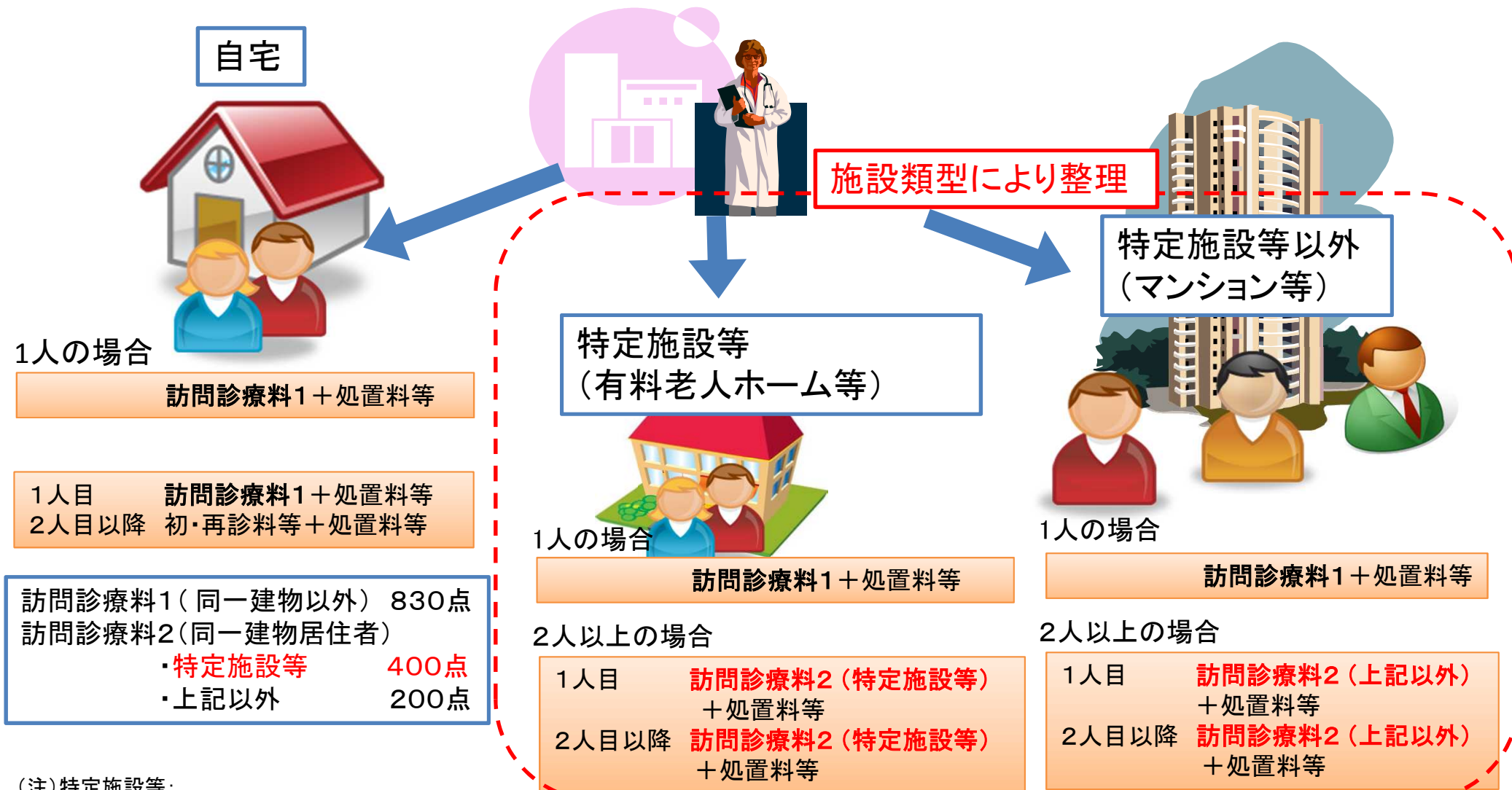
上記以外の同一建物

1人のみ訪問	1人目	830点
2人以上訪問	1人目	200点
	2人目以降	200点

在宅患者訪問診療料(イメージ)＜現状＞

(同一建物居住者で同一日に訪問する場合)

中 医 協 総 - 5
2 5 . 2 . 1 3

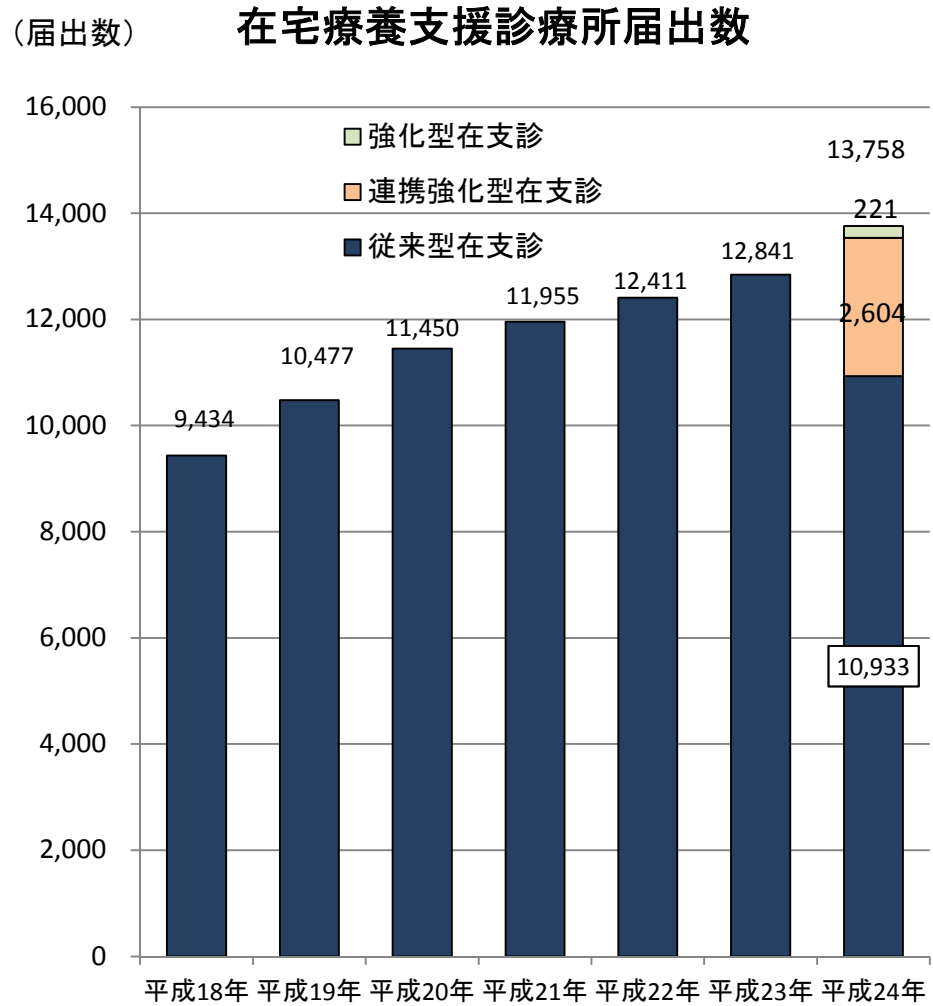


(注) 特定施設等:

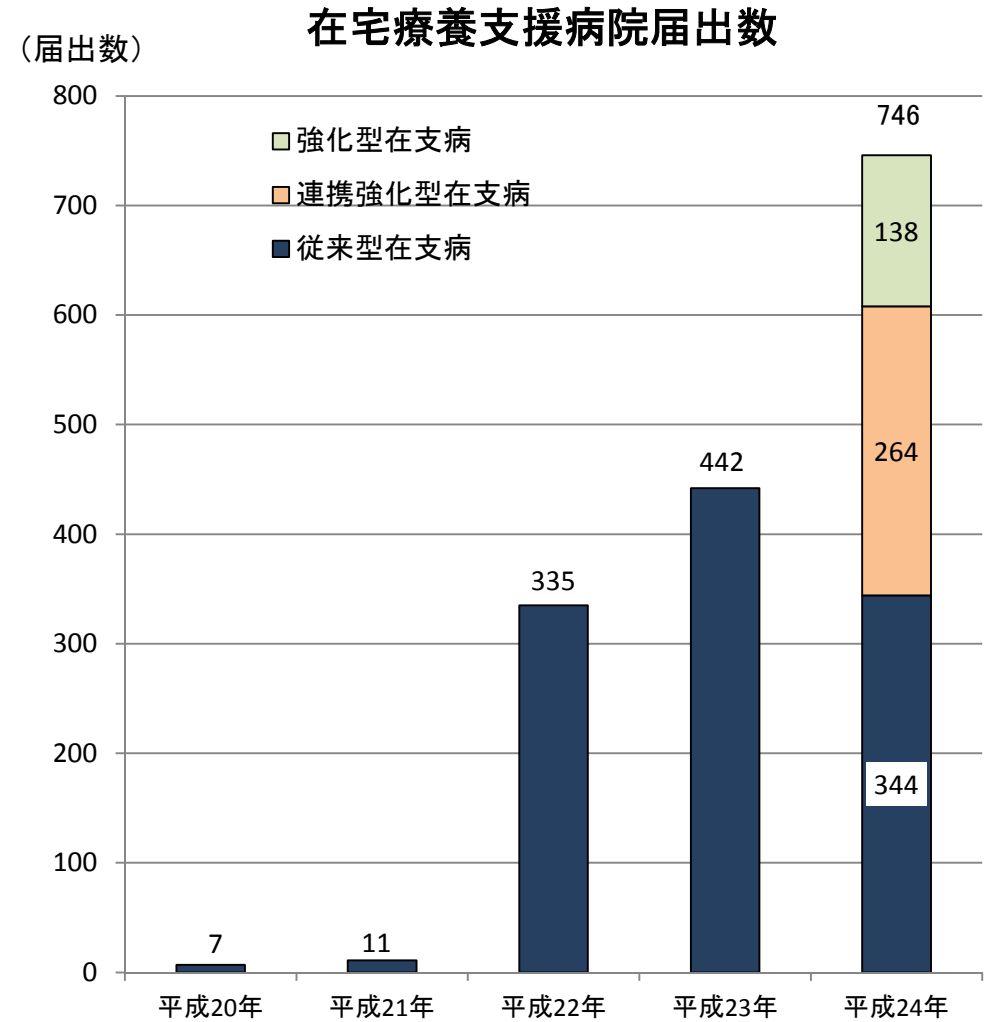
- ・「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」第174条第1項に規定する指定特定施設
- ・「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準」第109条第1項に規定する指定地域密着型特定施設
- ・「指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」第230条第1項に規定する指定介護予防特定施設
- ・老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホーム

※ 外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護及び外部サービス利用型指定介護予防特定施設生活介護を受けている患者が入居する施設を除く。

在宅療養支援診療所・病院の届出数の推移



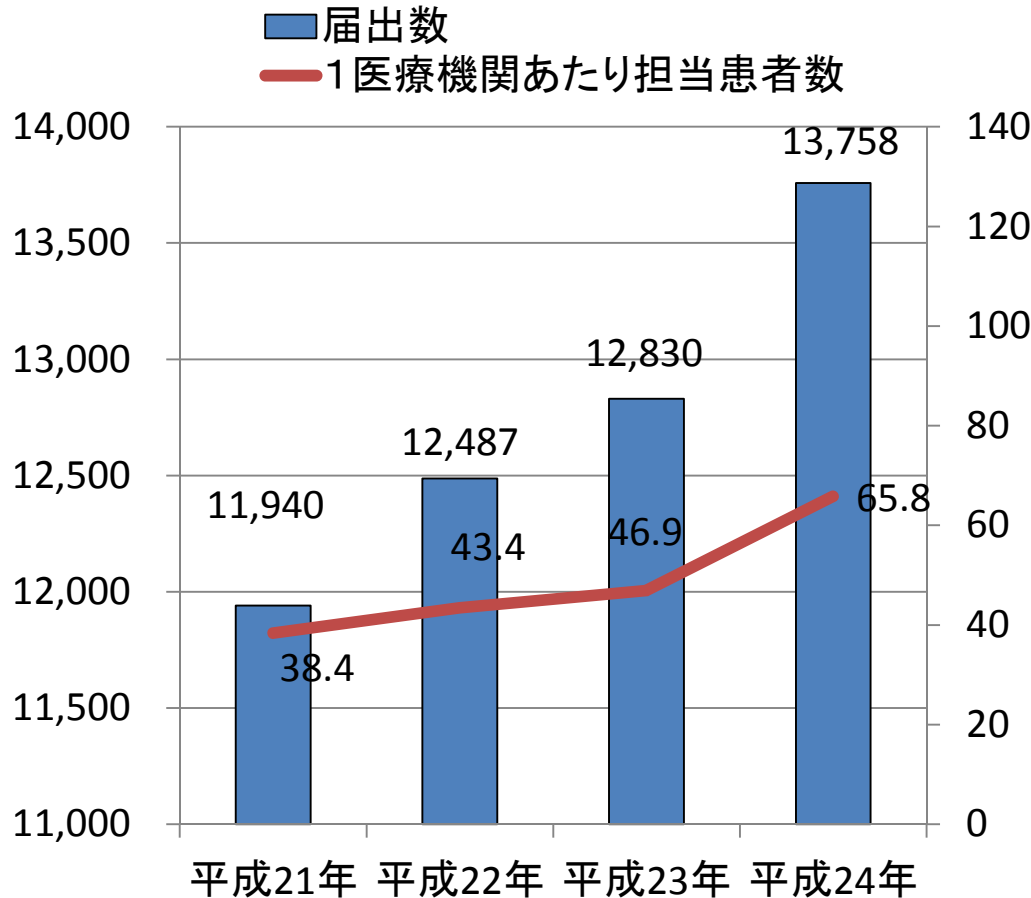
(注)連携強化型在支診については、連携医療機関平均数3.6



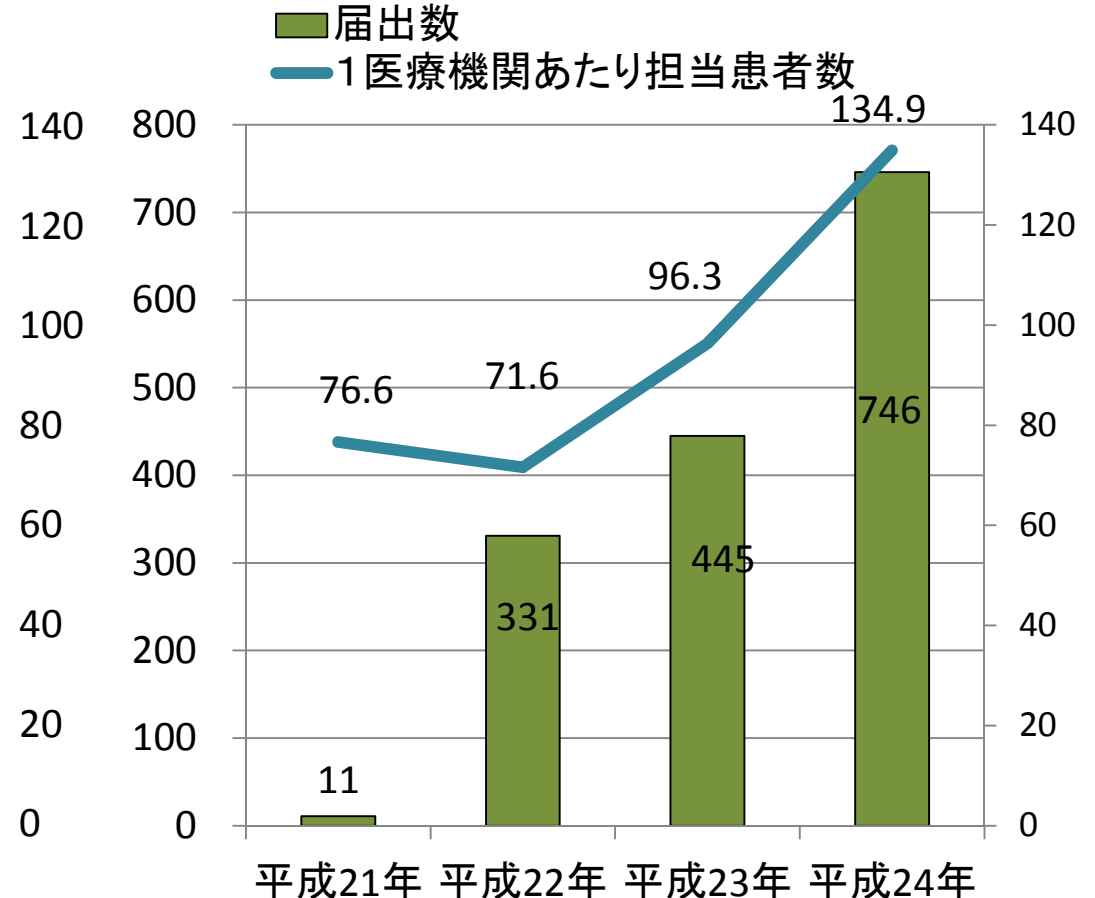
(注)連携強化型在支病については、連携医療機関平均数3.1

在宅療養支援診療所・病院の担当患者数の推移

在宅療養支援診療所



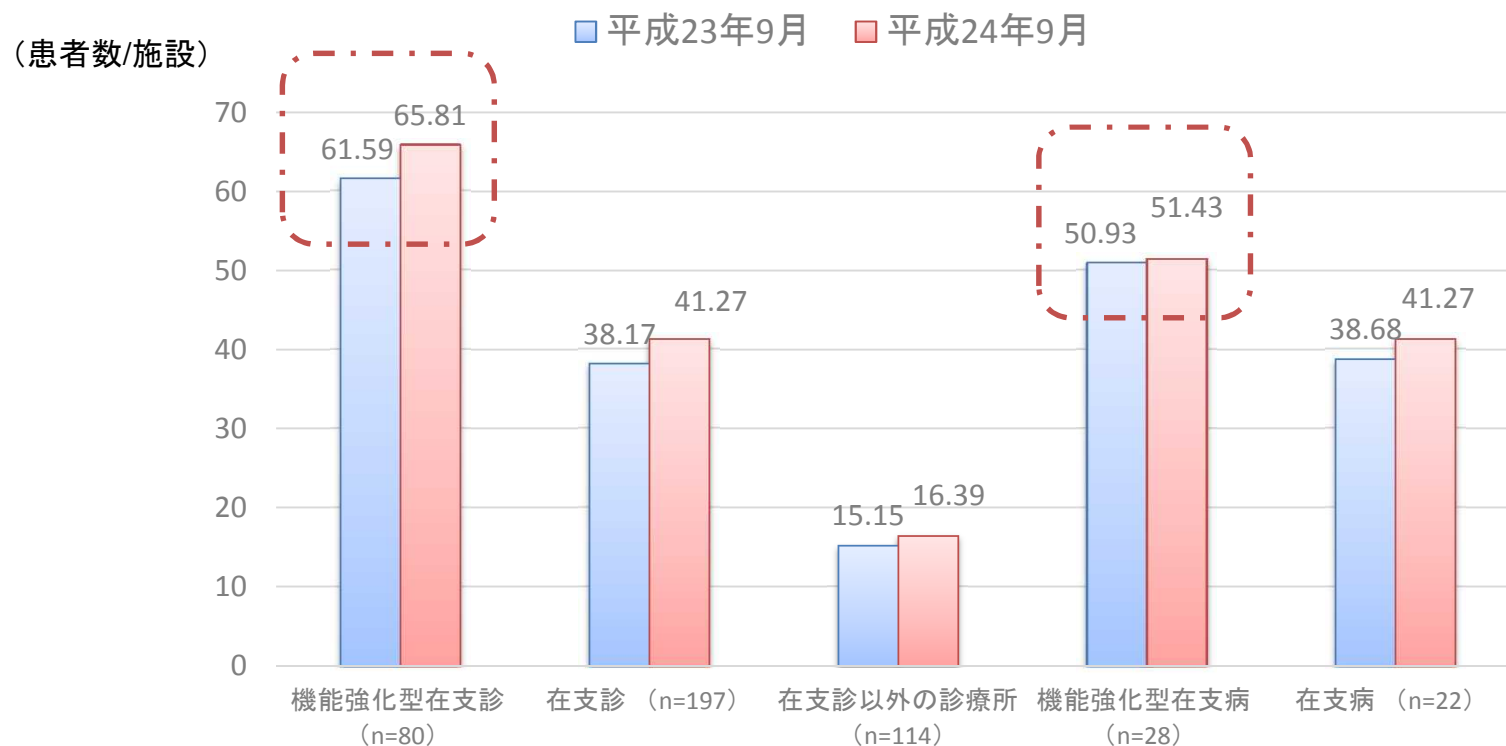
在宅療養支援病院



1医療機関あたりの担当患者数が年々増加してきており、在宅医療の供給量も上昇してきている

主治医として在宅医療を提供している患者数

主治医として在宅医療を提供している患者数（1施設あたり平均値）



担当患者数は増加しており、特に機能強化型在支診・病が多い

在宅時医学総合管理料(在総管)
特定施設入居時等医学総合管理料(特医総管)

趣旨: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

区分	機能強化型在支診・病				在支診・病		それ以外	
	病床有		病床無		—		—	
	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無
点数 (在総管)	5,000点	5,300点	4,600点	4,900点	4,200点	4,500点	2,200点	2,500点
点数 (特医総管)	3,600点	3,900点	3,300点	3,600点	3,000点	3,300点	1,500点	1,800点
24時間対応	○(在支診の要件)						—	
包括範囲	➤ 医学管理の一部及び投薬の費用は包括							
加算	➤ 重症者加算 1,000点:末期の悪性腫瘍患者等について、1月に4回以上の往診又は訪問診療 ➤ 在宅移行早期加算 100点:在総管・特医総管の算定開始月から3ヶ月間							
施設基準	➤ 診療所、在宅療養支援病院及び200床未満の病院で、以下のア、イを満たす ア 介護支援専門員(ケアマネジャー)、社会福祉士等の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する配置 イ 在宅医療を担当する常勤医師が勤務							
主な要件	➤ 計画的な医学管理の下に月2回以上の定期的な訪問診療(往診を含む。)を行っている場合に、月1回算定 ➤ 個別の患者ごとに総合的な在宅療養計画を作成し、その内容を患者、家族及びその看護に当たる者等に対して説明し、在宅療養計画及び説明の要点等を診療録に記載する							

(注)特医総管の対象:医師又は看護師の配置が義務づけられている施設(養護老人ホーム、特定施設等)の患者

「在宅時医学総合管理料・特定施設入居時等医学総合管理料」に関する診療報酬の主な変遷①

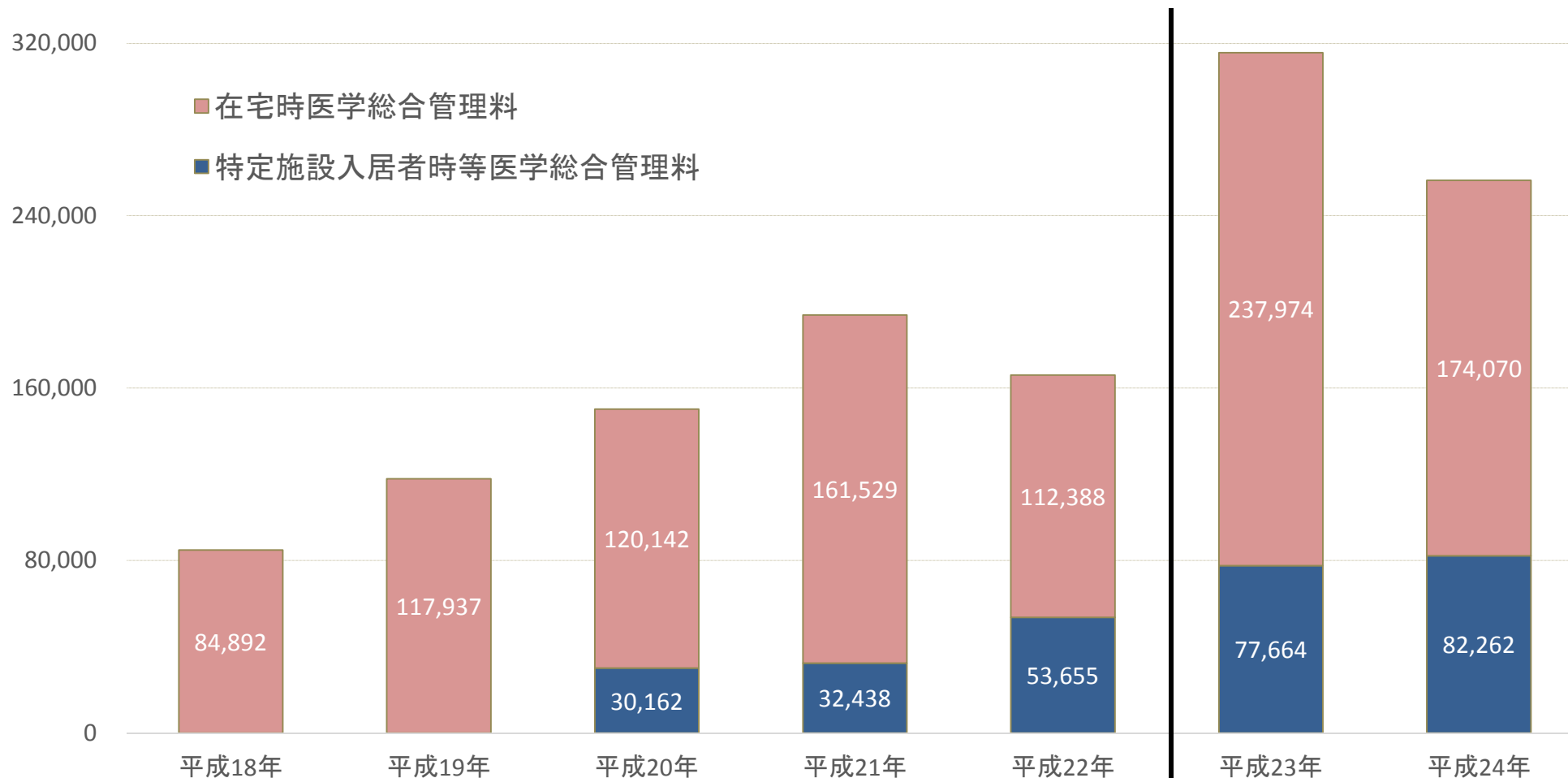
	在宅時医学総合管理料	特定施設入居時等医学総合管理料
平成18年4月	<p>○「在宅時医学総合管理料」新設 在宅時医学総合管理料及び寝たきり老人在宅総合診療料を再編（老人診療報酬における各診療報酬項目について整理を行い、老人診療報酬点数表について、医科診療報酬点数表等と別建てとされている取り扱いを改め、一本化）</p> <p>→在宅療養支援診療所である場合について、24時間患者の求めに応じて往診又は訪問看護が提供できる体制に対して評価。 →在宅療養支援診療所又は連携先の他の保険医療機関等から患者の求めに応じて提供される往診又は訪問看護について、緊急の場合等の往診又は訪問看護に対して評価。</p>	
平成20年4月	<p>→在宅療養支援診療所以外であっても、在宅時医学総合管理料の算定を認める。</p> <p>→在宅療養支援病院の創設に伴い、在宅療養支援診療所と同じように在宅時医学総合管理料の算定を認める。</p>	<p>○「特定施設入居時等医学総合管理料」新設 →さまざまな居住系施設における患者の居住の状況や疾病の管理等の医療サービスの提供体制等を踏まえて、これらの施設の後期高齢者を含めた入居者等に対して提供される医療サービスについて評価。</p> <p>→特定施設、介護老人福祉施設の入居者等である後期高齢者に対する在宅医療について、適正な評価を行うとともに、在宅療養支援診療所以外であっても、在宅時医学総合管理料の算定を認める。</p> <p>→在宅療養支援病院の創設に伴い、在宅療養支援診療所と同じように特定施設入居時等医学総合管理料の算定を認める。</p>
平成22年4月	<p>○「在宅移行早期加算(100点)」新設 →入院から在宅医療への移行を希望する患者が円滑に在宅医療に移行できるよう、在宅時医学総合管理料に在宅移行時の早期加算を新設。</p>	<p>○「在宅移行早期加算(100点)」新設 →入院から在宅医療への移行を希望する患者が円滑に在宅医療に移行できるよう、特定施設入居時等医学総合管理料に在宅移行時の早期加算を新設。</p>
平成24年4月	<p>○在宅療養を行っている患者への総合的な医学管理を充実させる観点から、在宅時医学総合管理料の引き上げを行う。</p>	<p>○在宅療養を行っている患者への総合的な医学管理を充実させる観点から、特定施設入居時等医学総合管理料の引き上げを行う。</p>

「在宅時医学総合管理料・特定施設入居時等医学総合管理料」に関する診療報酬の主な変遷②

	平成18年	平成20年	平成22年	平成24年
在宅時医学総合管理料1 在宅療養支援診療所(処方せんを交付する)	4200-	-	-	-
在宅時医学総合管理料1 在宅療養支援診療所(処方せんを交付しない)	4500-	-	-	-
在宅時医学総合管理料2 1以外(処方せんを交付)	2200-	-	-	-
在宅時医学総合管理料2 1以外(処方せんを交付しない)	2500-	-	-	-
在宅時医学総合管理料1 (処方せんを交付)	-	4200	4200-	-
在宅時医学総合管理料1 (処方せんを交付しない)	-	4500	4500-	-
在宅時医学総合管理料2 (処方せんを交付)	-	2200	2200-	-
在宅時医学総合管理料2 (処方せんを交付しない)	-	2500	2500-	-
在宅時医学総合管理料1 (機能強化した在宅療養支援診療所等) (病床あり) (処方せんを交付)	-	-	-	5000
在宅時医学総合管理料1 (機能強化した在宅療養支援診療所等) (病床あり) (処方せんを交付しない)	-	-	-	5300
在宅時医学総合管理料1 (機能強化した在宅療養支援診療所等) (病床なし) (処方せんを交付)	-	-	-	4600
在宅時医学総合管理料1 (機能強化した在宅療養支援診療所等) (病床なし) (処方せんを交付しない)	-	-	-	4900
在宅時医学総合管理料2 (在宅療養支援診療所等) (処方せんを交付)	-	-	-	4200
在宅時医学総合管理料2 (在宅療養支援診療所等) (処方せんを交付しない)	-	-	-	4500
在宅時医学総合管理料3 (在宅療養支援診療所等以外) (処方せんを交付)	-	-	-	2200
在宅時医学総合管理料3 (在宅療養支援診療所等以外) (処方せんを交付しない)	-	-	-	2500
在宅時医学総合管理料 在宅移行早期 加算	-	-	100	100
在宅時医学総合管理料 重症者 加算	1000	1000	1000	1000
特定施設入居時等医学総合管理料1 (処方せんを交付)	-	3000	3000-	-
特定施設入居時等医学総合管理料1 (処方せんを交付しない)	-	3300	3300-	-
特定施設入居時等医学総合管理料2 (処方せんを交付)	-	1500	1500-	-
特定施設入居時等医学総合管理料2 (処方せんを交付しない)	-	1800	1800-	-
特定施設入居時等医学総合管理料1 (機能強化した在宅療養支援診療所等) (病床あり) (処方せんを交付)	-	-	-	3600
特定施設入居時等医学総合管理料1 (機能強化した在宅療養支援診療所等) (病床あり) (処方せんを交付しない)	-	-	-	3900
特定施設入居時等医学総合管理料1 (機能強化した在宅療養支援診療所等) (病床なし) (処方せんを交付)	-	-	-	3300
特定施設入居時等医学総合管理料1 (機能強化した在宅療養支援診療所等) (病床なし) (処方せんを交付しない)	-	-	-	3600
特定施設入居時等医学総合管理料2 (在宅療養支援診療所等) (処方せんを交付)	-	-	-	3000
特定施設入居時等医学総合管理料2 (在宅療養支援診療所等) (処方せんを交付しない)	-	-	-	3300
特定施設入居時等医学総合管理料3 (在宅療養支援診療所等以外) (処方せんを交付)	-	-	-	1500
特定施設入居時等医学総合管理料3 (在宅療養支援診療所等以外) (処方せんを交付しない)	-	-	-	1800
特定施設入居時等医学総合管理料 在宅移行早期 加算	-	-	100	100
特定施設入居時等医学総合管理料 重症者 加算	-	1000	1000	1000

在宅時医学総合管理料・特定施設入居時等医学総合管理料の算定回数の推移

(算定回数/月)



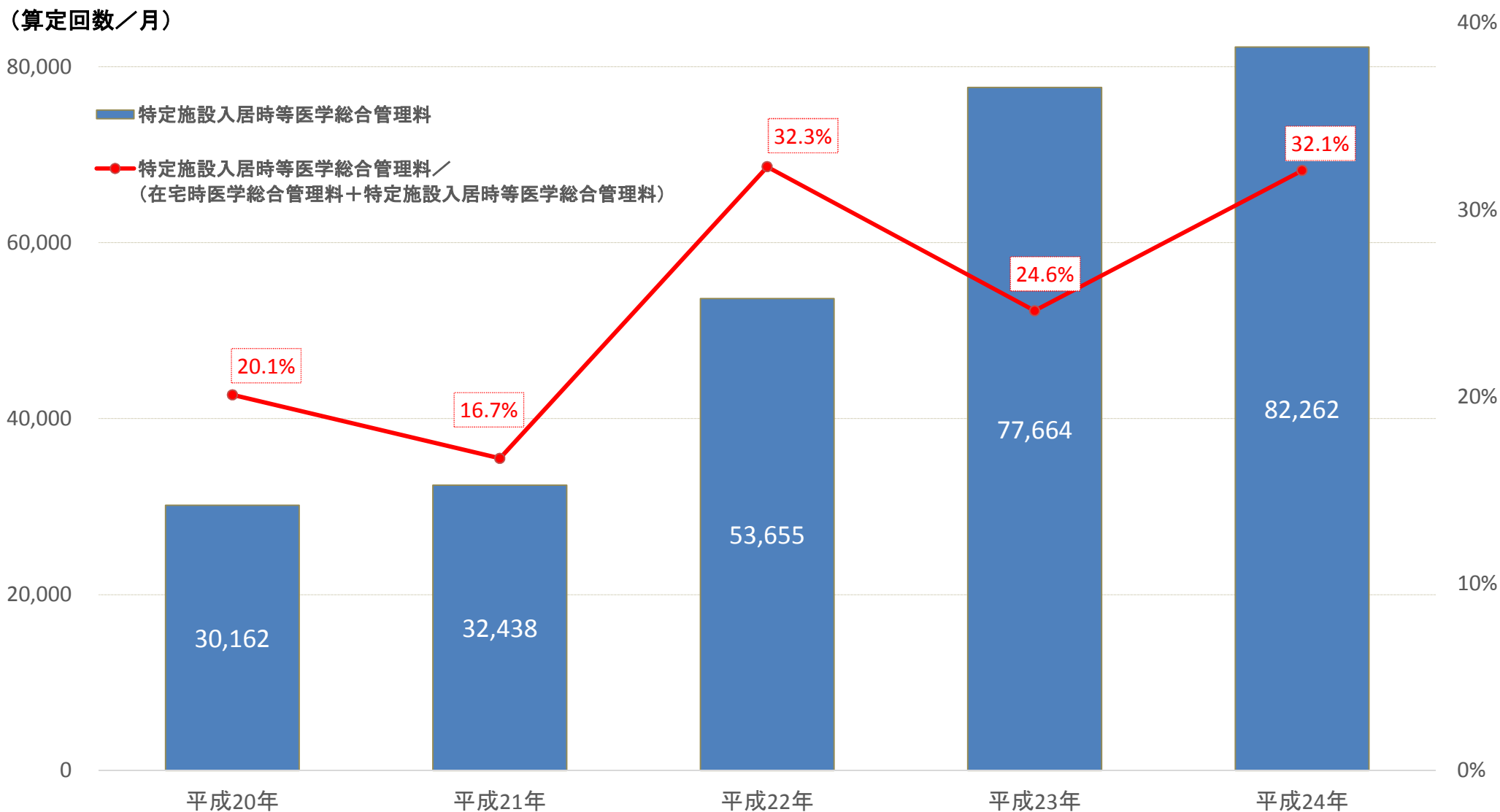
在宅時医学総合管理料及び特定施設入居時等医学総合管理料の算定回数は増加傾向である

(注) 平成22年までの調査の客体 : 抽出した診療報酬明細書

平成23年、24年の調査の客体: 医科病院 レセプト情報・特定健診等データベース(NDB)に蓄積されている全ての診療報酬明細書

医科診療所 抽出した診療報酬明細書

特定施設入居時等医学総合管理料の算定回数の推移

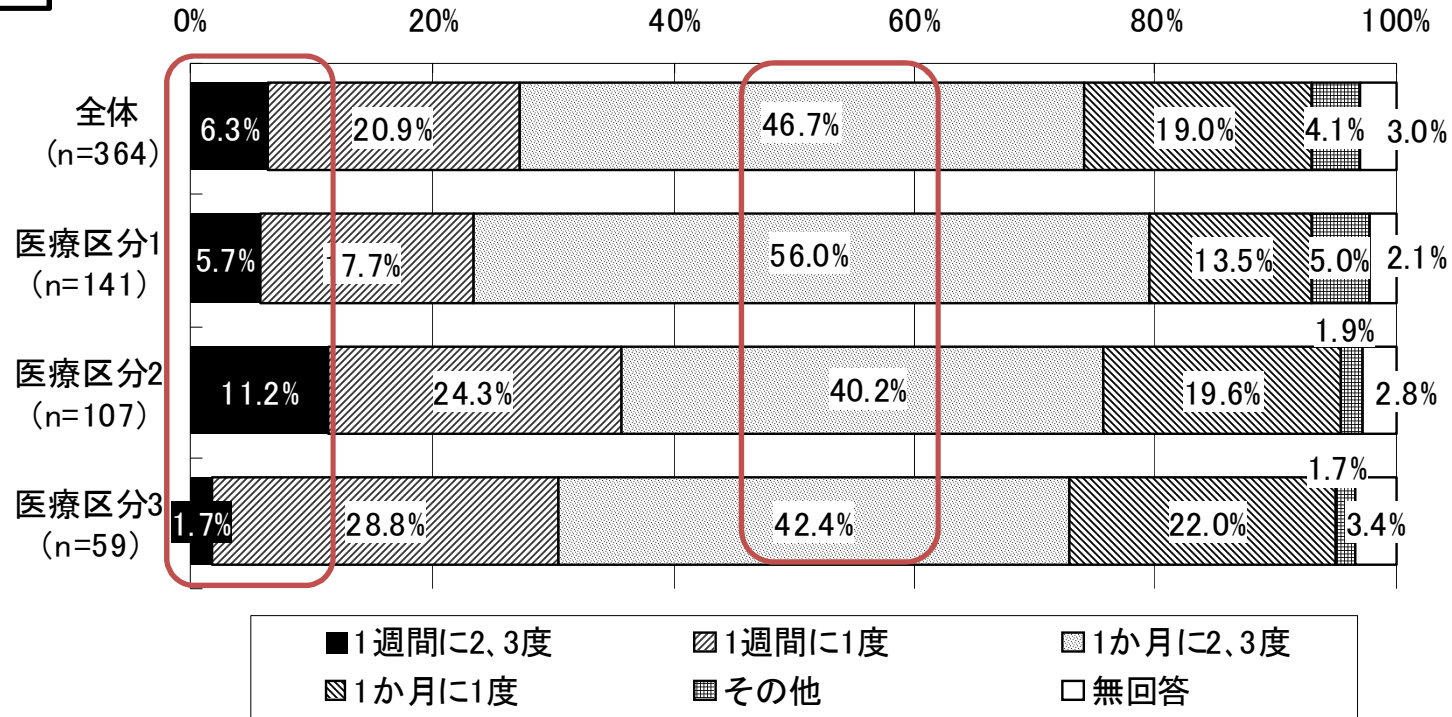


○特定施設入居時等医学総合管理料の算定回数は増加している。

医師の訪問頻度

患者調査

図表 342 医師の訪問頻度（医療区分別）



(注) 「その他」には「2~3か月に1度」「決まっていない」「わからない・忘れた」「その他」が含まれる。

- ・ 1週間に2, 3度訪問されているのは全体の一部であった。
- ・ 一方で、在宅総合医療管理料等が算定可能な「1ヶ月に2, 3度」が最も多かった。

在宅時医学総合管理料等の課題と対応(案)について

趣旨

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

現状と課題

- 1医療機関あたりの担当患者数は年々増加してきており、在宅医療の供給量は増えてきている。
- 一方で、在宅時医学総合管理料等は月2回以上の定期的な訪問診療(往診を含む。)等で診療時間等に関わらず算定できることから、特に同一建物内における訪問診療において、経済的誘引等により、過剰診療や患者の選択を制限する要因となる可能性がある。
- 従って、今後は量的な観点のみならず、質的な観点からの充実も更に進めていく必要がある。

対応(案)

- ・ 在宅時医学総合管理料等については、
 - ① 在宅時医学総合管理料及び特定施設入居時等医学総合管理料について、訪問診療料と同様に、同一建物かどうかに応じた評価体系とする
 - ② かかりつけ医機能の確立などの目的もあることから、現在議論している主治医機能のある医療機関の評価との連動を検討するなどが必要であると考えられる。

**在宅時医学総合管理料(在総管)と特定施設入居時医学総合管理料(特医総管)
 <平成26年度診療報酬改定(案)>**

(現行)

区分	機能強化型在支診・病				在支診・病		それ以外	
	病床有		病床無		—		—	
	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無
点数 (在総管)	5,000点	5,300点	4,600点	4,900点	4,200点	4,500点	2,200点	2,500点
点数 (特医総管)	3,600点	3,900点	3,300点	3,600点	3,000点	3,300点	1,500点	1,800点

(注)特医総管の対象:医師又は看護師の配置が義務づけられている施設(養護老人ホーム、特定施設等)の患者



(改定案)

在宅時医学総合管理料等について、訪問診療料と同じ評価体系とする

区分	機能強化型在支診・病				在支診・病		それ以外	
	病床有		病床無		—		—	
	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無
在総管				同一建物以外				
				同一建物				
特医総管				同一建物				

在宅患者訪問診療料にかかる診療報酬上の評価について

在宅患者訪問診療料

- | | |
|------------------|------|
| 1 同一建物居住者以外の場合 | 830点 |
| 2 同一建物居住者の場合 | |
| イ 特定施設等に入居する者の場合 | 400点 |
| ロ イ以外の場合 | 200点 |

<主な加算>

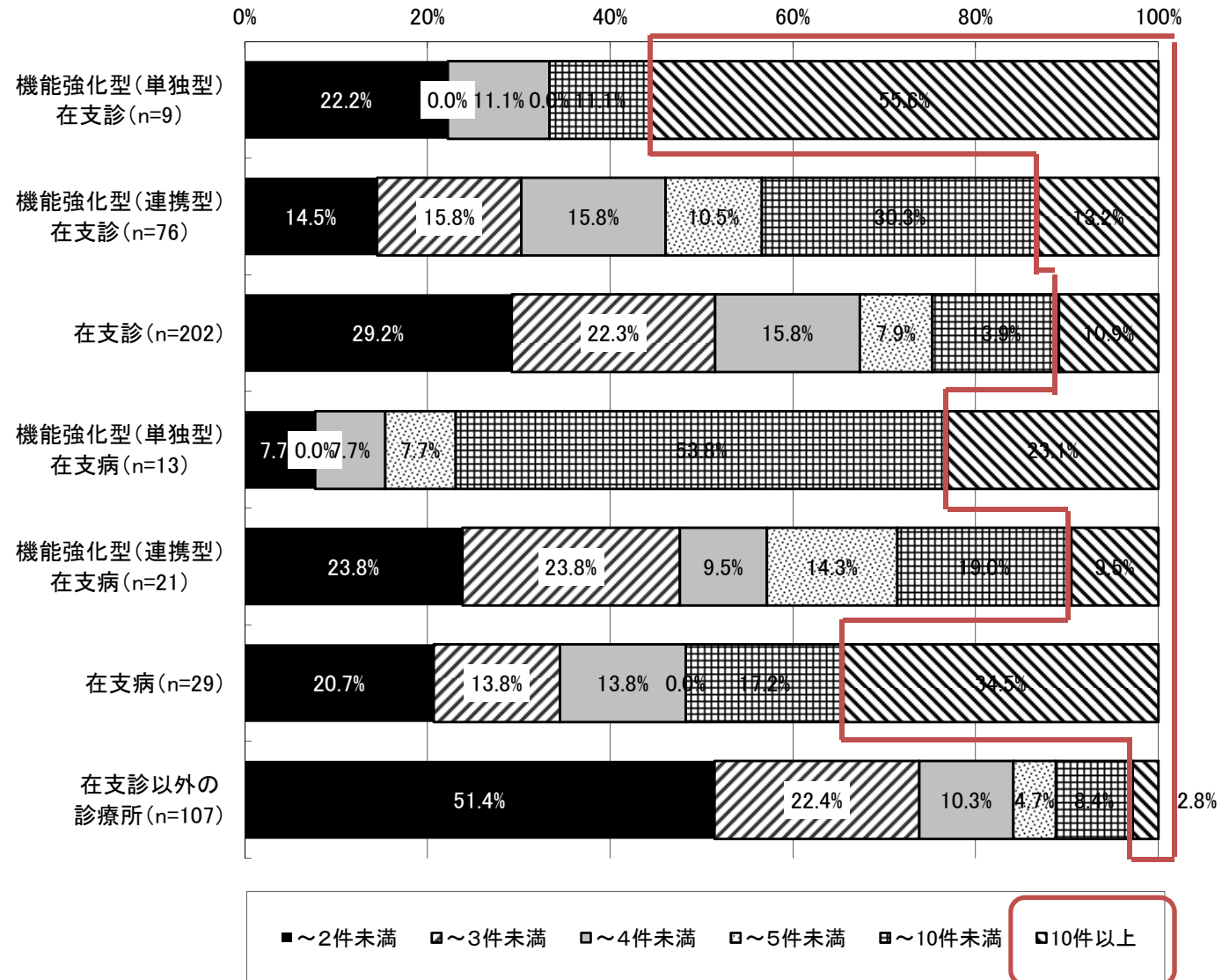
ターミナルケア加算	機能を強化した在支診・在支病 (病床有り)	6,000点
	機能を強化した在支診・在支病 (病床無し)	5,000点
	在支診・在支病	4,000点
	上記以外	3,000点
看取り加算		3,000点

乳幼児加算、幼児加算	400点
診療時間が1時間を超えた場合	100点(30分毎)
死亡診断	200点

<主な要件>

1. 通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合、当該患者1人につき週3回※を限度として算定する。
 ※ 医学的に週4回以上必要な場合は、訪問診療が必要な旨等をレセプトに付記する
2. 在宅患者訪問診療料は、継続的な診療の必要のない者や通院が容易な者に対して安易に算定してはならない。
3. 訪問診療の計画及び診療内容の要点を診療録に記載する。

在宅医療提供日(1日あたり)における医師1人あたりの訪問件数(提供場所)①



出典:平成24年度検証調査「在宅医療の実施状況及び医療と介護の連携状況調査」図表147を特別集計

在宅医療提供日(1日あたり)における医師1人あたりの訪問件数(提供場所)②

在宅医療提供日(1日あたり)における医師1人あたりの訪問件数(提供場所) (単位:か所)

	件数	合計	平均	標準偏差	中央値	最大値	最小値
全体	457	1935.1	4.2	5.4	2.5	62.0	0.0
機能強化型在支診	85	479.0	5.6	5.9	4.0	40.0	0.0
単独型	9	86.0	9.6	8.9	10.0	30.0	1.0
連携型	76	393.0	5.2	5.3	4.0	40.0	0.0
在支診	202	811.1	4.0	5.6	2.3	62.0	0.0
機能強化型在支病	34	181.8	5.3	4.5	4.0	20.0	0.1
単独型	13	93.2	7.2	4.2	5.5	16.0	1.2
連携型	21	88.6	4.2	4.5	3.0	20.0	0.1
在支病	29	208.5	7.2	7.4	5.0	30.0	1.0
在支診以外の診療所	107	254.7	2.4	3.2	1.5	25.0	0.0
在支病以外の病院	0	-	-	-	-	-	-

医師一人、一日あたり、30件から60件程度訪問を行っている施設がみられる

出典:平成24年度検証調査「在宅医療の実施状況及び医療と介護の連携状況調査」図表147を特別集計

医師1人あたりの訪問件数が多い事例について

訪問診療料のうち訪問診療料(同一建物以外)の算定割合別

(単位:か所)

		回答施設数	合計値	平均値	標準偏差	中央値	最大値	最小値
訪問診療料のうち訪問診療料(同一建物以外)の算定割合	90%~	176	626.4	3.6	3.5	3.0	30.0	0.0
	80%~90%	6	27.0	4.5	3.2	4.0	10.0	1.0
	70%~80%	12	75.5	6.3	5.2	4.5	18.0	1.0
	60%~70%	10	62.5	6.3	4.4	6.0	15.0	1.0
	50%~60%	18	91.2	5.1	3.3	4.0	13.0	1.2
	40%~50%	7	28.0	4.0	4.0	2.0	11.0	1.0
	30%~40%	13	73.5	5.7	4.2	4.0	15.0	1.5
	20%~30%	7	26.1	3.7	2.6	3.0	8.5	1.6
	10%~20%	19	128.5	6.8	6.6	4.0	24.0	2.0
	10%未満	42	356.7	8.5	12.1	2.5	62.0	0.2



主として訪問診療料(同一建物)を算定している医療機関の一部で、過度に訪問診療が行われていることが示唆される。

参考

歯科訪問診療1の算定割合と歯科訪問診療患者数
(1月あたり延べ患者数)

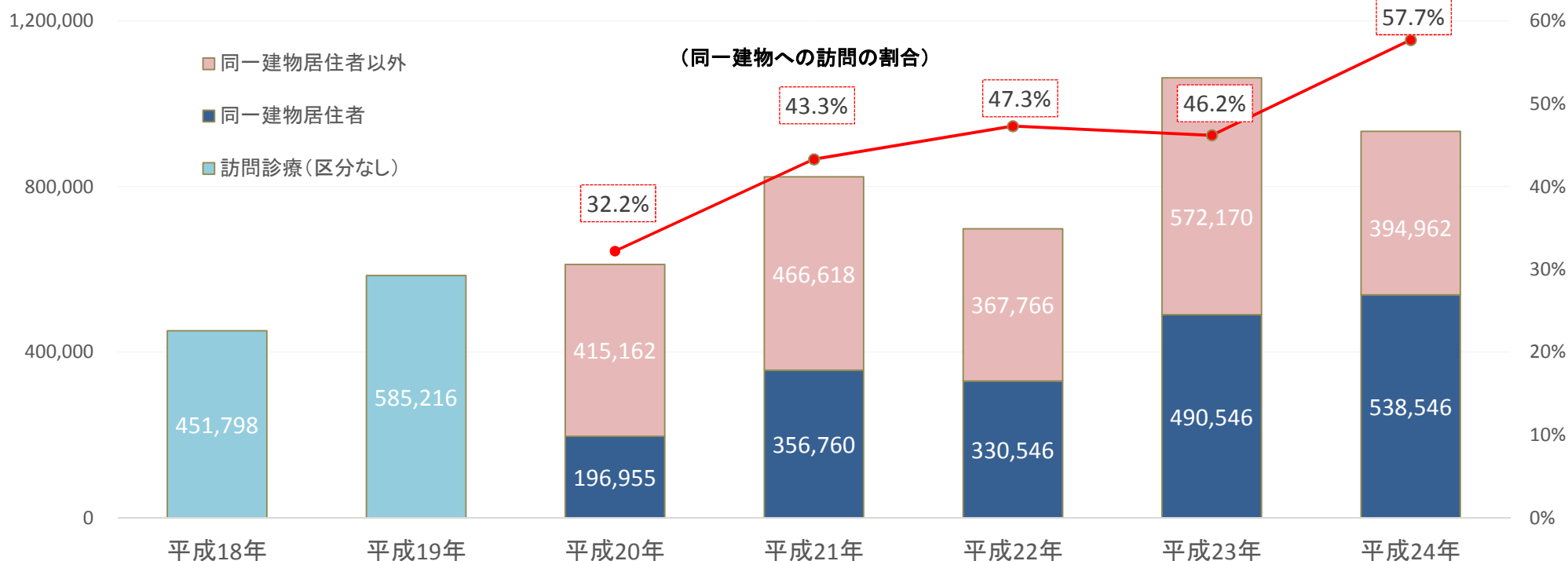
	施設数	歯科訪問診療患者数(延べ人数)						
		合計	平均	標準偏差	中央値	最大値	最小値	
全体	1,180	78,226	66.3	210.8	8.0	2,700	0	
歯科訪問診療1(同一建物居住者以外)算定患者割合(H24.9)	90%以上	294	2,355	8.0	18.4	3.0	147	1
	80%以上 90%未満	22	831	37.8	36.3	18.0	112	5
	10%以上 20%未満	73	11,831	162.1	342.9	71.0	2,635	8
	10%未満	204	41,474	203.3	402.2	55.0	2,700	1



主として歯科訪問診療2(同一建物居住者)を算定している医療機関の一部で、過度に歯科訪問診療が行われていることが示唆される。

在宅患者訪問診療料の算定回数等の推移

(算定回数/月)



(同一建物居住者についての概要)

平成20年、平成21年: 居住系施設入居者等である患者

・①養護老人ホーム(⑤に規定する施設を除く)、②経費老人ホーム(⑤に規定する施設を除く)、③有料老人ホーム(⑤に規定する施設を除く)、④特別養護老人ホーム、⑤特定施設(外部サービス利用型を含む)、⑥高齢者専用賃貸住宅。・短期入所生活介護事業所、小規模多機能型居宅介護事業所(宿泊サービスに限る)、認知症対応型共同生活介護事業所等のサービスを受けている患者。

平成22年、平成23年: 同一建物居住者の患者

・例: 養護老人ホーム、経費老人ホーム、有料老人ホーム、特別養護老人ホーム、マンションなどの集合住宅等に入居又は入所している複数の患者。短期入所生活介護事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、認知症対応型共同生活介護事業所等のサービスを受けている複数の患者。

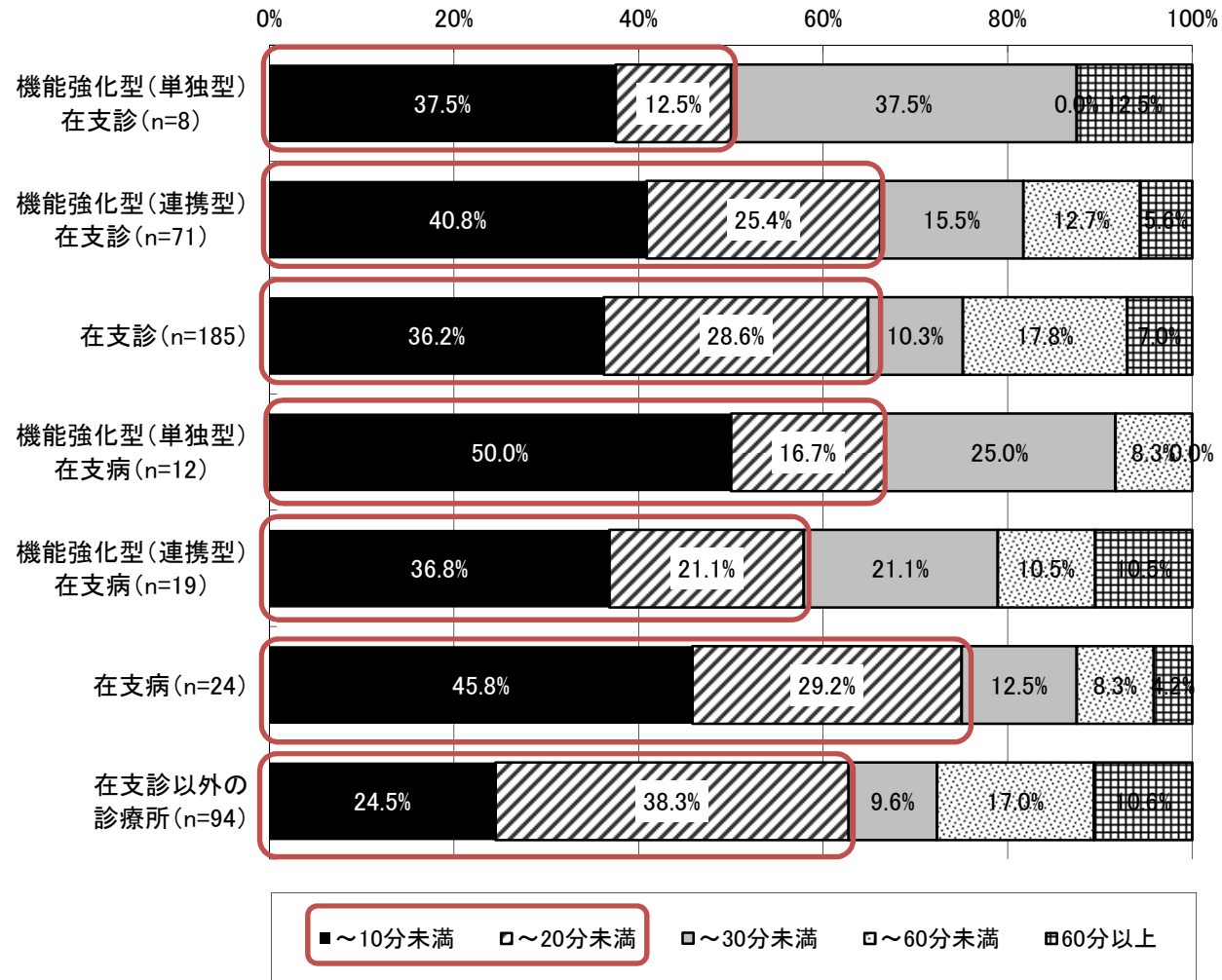
平成24年: 同一建物居住者の患者(特定施設等に入居する者の場合と特定施設等に入居するもの以外の場合)

・特定施設等: 「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」第174条第1項に規定する指定特定施設、「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準」第109条第1項に規定する指定地域密着型特定施設、「指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」第230条第1項に規定する指定介護予防特定施設、老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホーム。

・特定施設等以外: 養護老人ホーム、経費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、マンションなどの集合住宅等に入居又は入所している複数の患者。短期入所生活介護事業所、小規模多機能型居宅介護事業所(宿泊サービスに限る)、認知症対応型共同生活介護事業所等のサービスを受けている複数の患者。

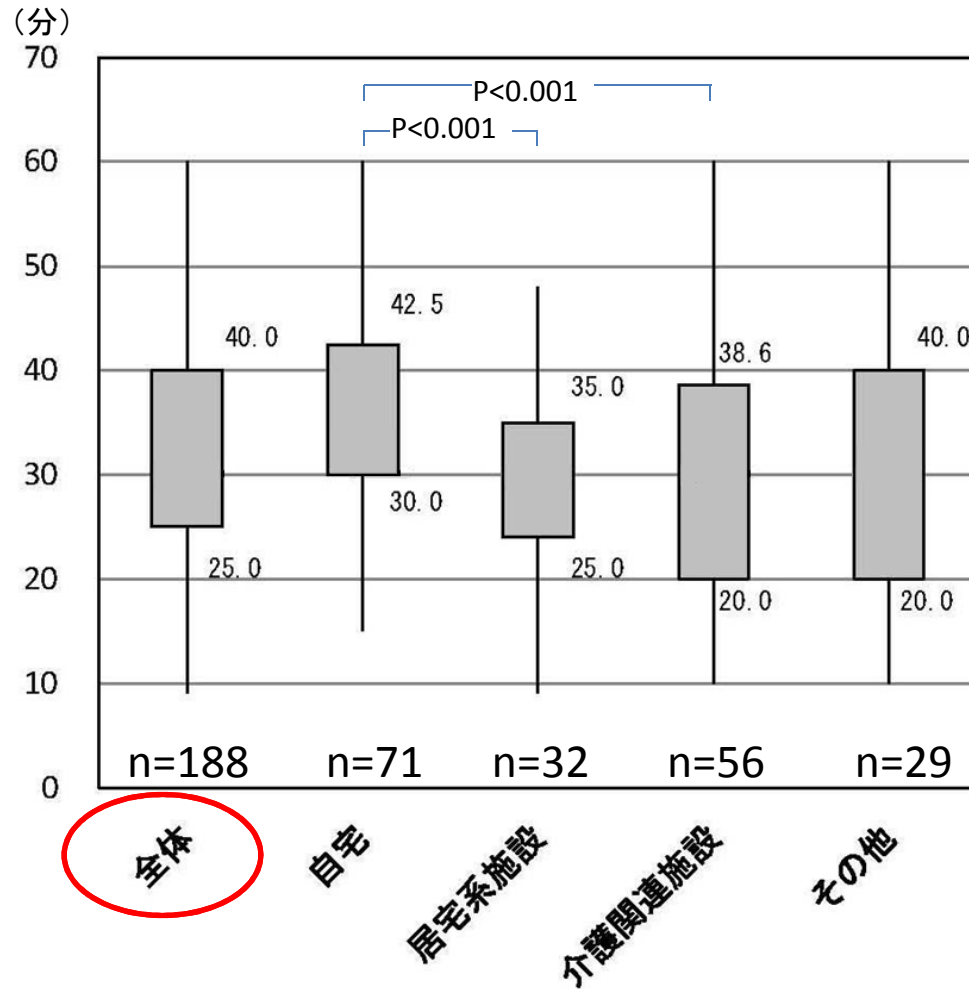
在宅患者訪問診療料の算定回数について、同一建物居住者への割合が増加している

訪問1件(1ヶ所)当たり診療時間



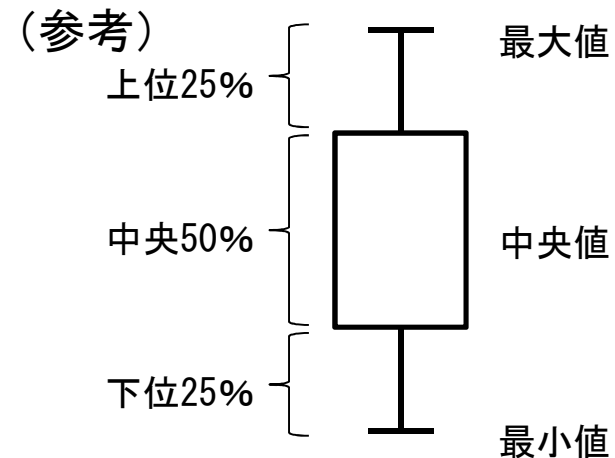
(注) 医師一人当たり診療時間/日(移動時間、カルテ記載時間は含まない。)を医師一人当たり訪問件数/日で割って算出

訪問1件あたりの診療時間は約半数が20分未満である



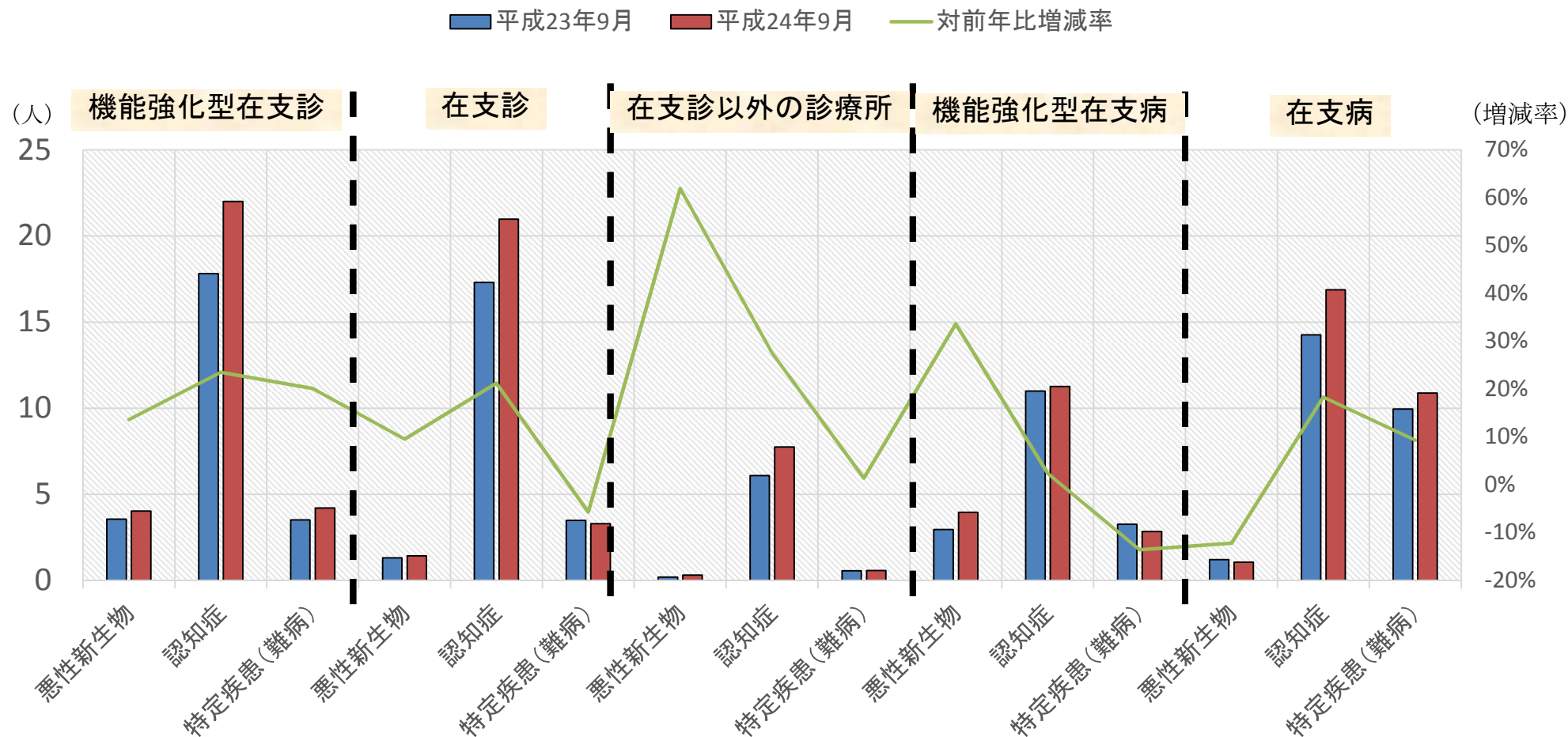
(平成21年医療課調べ)

- ・下位25%を除く、訪問歯科診療における患者一人当たりの所要時間は全体で25分以上となっている。
- ・下位25%を除く、訪問歯科診療における患者一人当たりの所要時間は、「自宅」が30分以上と最も長く時間を要し、「介護関連施設」と「その他」が20分以上と最も短い。



主治医として在宅医療を提供している患者数 (疾病別患者数)

主治医として在宅医療を提供している患者数（疾病別、1施設あたり平均値）



担当患者は増えており、特に認知症の患者数が多い

出典：平成24年度検証調査（平成24年度調査）「在宅医療の実施状況及び医療と介護の連携状況調査」図表 152をもとに医療課作成

在宅患者訪問診療料及び歯科訪問診療料の要件 (同一建物居住者)

	在宅患者訪問診療料	歯科訪問診療料
点数	400点 (特定施設等) 200点 (上記以外の同一建物)	380点
時間要件	— (原則週3回まで)	20分以上 注1: 20分未満は歯科初再診料を算定 注2: 診療中に患者の容体が急変した場合は除く
記載要件	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問診療の計画及び診療内容の要点を診療録に記載する。 ・一時的に週4回以上の頻回な訪問診療の必要を認めた場合には、 <ul style="list-style-type: none"> ア 当該訪問診療が必要な旨 イ 当該訪問診療の必要を認めた日 ウ 当該訪問診療を行った日を診療報酬明細書に付記 	診療録及び診療報酬請求書に以下の事項を記載 イ 実施時刻(記載時刻と終了時刻) ロ 訪問先名(記載例: 自宅、〇〇マンション、介護老人保健施設××苑) ハ 患者の状態等(急変後の対応の要点を含む。)
患者への情報提供と同意の確認	—	—

- (1) 訪問診療の計画及び診療内容の要点を診療録に記載する規定はあるが、「診療時間」「訪問先名」「患者の状態」を記載することは要件となっていない。
- (2) また、「患者への情報提供と同意の確認」についても、要件となっていない。

在宅患者訪問診療料の課題と対応(案)について

趣旨

疾病、傷病のために通院による療養が困難な者に対して定期的に訪問して診療を行った場合の評価



現状と課題

- 訪問1件あたりの診療時間は約半数が20分未満であり、主として訪問診療料(同一建物)を算定している医療機関の一部で、過度に訪問診療が行われていることが示唆されている。
- また、現状では、「診療時間」「訪問先名」「患者の状態」を記載することや、「患者への情報提供と同意の確認」についても、要件となっていない。
- 同一建物における訪問診療について一定の減額が行われているが、短時間の診察等であっても在宅患者訪問診療料等が算定可能なため、過剰診療や患者の選択を制限する要因となる可能性がある。



対応(案)

- ・ 在宅患者訪問診療料については、過剰診療等を防ぐために、患者等への説明と同意を含め、一定の診療内容による整理が必要と考えられる。

イ 在宅医療における患者紹介等の事例

ロ 在宅医療における患者紹介等の事例への対応

(1) 在宅患者訪問診療料や在宅時医学総合管理料等の
適正な評価(診療報酬による対応)

(2) 保険医療機関が患者の紹介を受ける対償として紹介料を
支払うことへの対応(療養担当規則等による対応)

保険医療機関による患者紹介料の支払いについて①

1. 現在の状況

- 一部の保険医療機関において、在宅医療を要する者が多く入居する施設・住宅から、患者の紹介を受け、紹介料を支払った上で、訪問診療を行っている事例がある。
- 保険医療機関が患者の紹介を受け、紹介料を支払った上で、訪問診療を行うことについては、患者の保険医療機関の選択の制限や過剰な診療につながる場合は、健康保険法の趣旨からみて不適切である。
- しかし、保険医療機関が患者の紹介を受け、紹介料を支払うこと自体は、現行制度上は違法とは言えない。

2. 患者紹介料に関する考え方

(1) 保険医療機関は患者が自由に選択できるものである必要

- ・健康保険法上、療養の給付を受けようとする者は、保険医療機関のうち、自己の選定するものから受けるものとされており(いわゆるフリーアクセス)、保険医療機関は患者が自由に選択できるものでなければならない。
- ・保険医療機関が患者紹介を受け、紹介料を支払うことについては、特定の保険医療機関への患者誘導につながる蓋然性が高く、患者が保険医療機関を自由に選択できる環境を損なうものではないか。
- ・患者の保険医療機関の選択に当たっては、患者紹介料といった経済上の利益の影響を受けることなく、保険医療機関の専門性や診療の質等によるべきではないか。

(2) 健康保険事業の健全な運営を確保する必要

- ・療養担当規則上、保険医療機関は、健康保険事業の健全な運営を損なうことのないよう努めなければならないこととされている。
- ・保険医療機関が患者紹介を受け、紹介料を支払うことについては、患者を経済上の取引の対象とするものであり、保険診療そのものや保険財源の効果的・効率的な活用に対する国民の信頼を損なうものではないか。また、保険医療機関による過剰な診療につながるおそれがあるのではないか。

保険医療機関による患者紹介料の支払いについて②

課題

- 一部の保険医療機関において、在宅医療を要する者が多く入居する施設・住宅から、患者の紹介を受け、紹介料を支払った上で、訪問診療を行っている事例がある。
- 保険医療機関が患者の紹介を受け、紹介料を支払った上で、訪問診療を行うことについては、患者の保険医療機関の選択の制限や過剰な診療につながる場合は、健康保険法の趣旨からみて不適切である。
- しかし、保険医療機関が患者の紹介を受け、紹介料を支払うこと自体は、現行制度上は違法とは言えない。



対応(案)

- ◆保険医療機関については患者が自由に選択できるものである必要があり、また、健康保険事業の健全な運営を確保する必要があること等から、保険医療機関及び保険医療養担当規則(療養担当規則)の改正等により、保険医療機関が、患者の紹介を行う者に対して、患者の紹介を受ける対償として、紹介料等の経済上の利益を提供することを禁止してはどうか。

保険医療機関による患者紹介料の支払いについて③

参照条文

◎保険医療機関及び保険医療養担当規則(昭和三十二年四月三十日厚生省令第十五号)

(健康保険事業の健全な運営の確保)

第二条の四 保険医療機関は、その担当する療養の給付に関し、健康保険事業の健全な運営を損なうことのないよう努めなければならない。

(経済上の利益の提供による誘引の禁止)

第二条の四の二 保険医療機関は、患者に対して、第五条の規定により受領する費用の額に応じて当該保険医療機関が行う収益業務に係る物品の対価の額の値引きをすることその他の健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益の提供により、当該患者が自己の保険医療機関において診療を受けるように誘引してはならない。

(特定の保険薬局への誘導の禁止)

第二条の五 保険医療機関は、当該保険医療機関において健康保険の診療に従事している保険医(以下「保険医」という。)の行う処方せんの交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行ってはならない。

2 保険医療機関は、保険医の行う処方せんの交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行うことの対償として、保険薬局から金品その他の財産上の利益を收受してはならない。

◎健康保険法(大正十一年四月二十二日法律第七十号)

(療養の給付)

第六十三条三項 第一項の給付を受けようとする者は、厚生労働省令で定めるところにより、次に掲げる病院若しくは診療所又は薬局のうち、自己の選定するものから受けるものとする。

- 一 厚生労働大臣の指定を受けた病院若しくは診療所(第六十五条の規定により病床の全部又は一部を除いて指定を受けたときは、その除外された病床を除く。以下「保険医療機関」という。)又は薬局(以下「保険薬局」という。)
- 二 特定の保険者が管掌する被保険者に対して診療又は調剤を行う病院若しくは診療所又は薬局であつて、当該保険者が指定したもの
- 三 健康保険組合である保険者が開設する病院若しくは診療所又は薬局

保険医療機関による患者紹介料の支払いについて④

参照条文

◎保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則(昭和三十二年四月三十日厚生省令第十六号)

(健康保険事業の健全な運営の確保)

第二条の三 保険薬局は、その担当する療養の給付に関し、次の各号に掲げる行為を行つてはならない。

- 一 保険医療機関と一体的な構造とし、又は保険医療機関と一体的な経営を行うこと。
 - 二 保険医療機関又は保険医に対し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行うことの対償として、金品その他の財産上の利益を供与すること。
- 2 前項に規定するほか、保険薬局は、その担当する療養の給付に関し、健康保険事業の健全な運営を損なうことのないよう努めなければならない。

◎保険医療機関及び保険医療養担当規則の一部改正等に伴う実施上の留意事項について(平成6年3月16日通知)

第一の二 健康保険事業の健全な運営の確保(第二条の三及び第一九条の二)関係

- (一) 保険医療機関及び保険医は、健康保険事業の健全な運営を損なうようなことは厳に慎むべきものであること。
- (二) 具体的には、例えば、特定の保険医療機関と保険薬局が経済的に結びつくこと等は、医薬分業の趣旨、保険診療の経済的な評価等の観点からして問題であるほか、診療行為に付随して保険医等がリベート、バックマージン等を受け取る等の行為は保険財源の効率的な使用を害し、保険診療に対する国民の信頼を揺るがしかねない由々しい行為であり、このようなことのないよう明らかにしたものであること。

第一の四 特定の保険薬局への誘導の禁止(第一九条の三)関係

- (一) 今回、「調剤薬局の取扱いについて」(昭和三十七年五月二七日薬発第五〇六号、保発第三四号)に基づき行われている保険薬局の保険医療機関からの独立性に関する取扱いを明確化するとともに、適正な医薬分業の推進を図る観点から、保険医が、処方せんの交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行ってはならないとする規定を新設したものであること。
- (二) 具体的には、(一)に記した事項のほか、例えば以下のような行為を行ってはならないこと。
 - ア 保険医療機関内において、患者サービスの目的で、近隣の保険薬局の所在地を表した地図を配布する際に、特定の保険薬局についてのみを記載すること。
 - イ 処方せんの処方欄に、保険医療機関と保険薬局との間で約束されたいわゆる約束処方による医薬品名の省略、記号等による記載を行うこと。

保険医療機関による患者紹介料の支払いについて⑤

参照条文

◎保険医療機関及び保険医療養担当規則の一部改正等に伴う実施上の留意事項について(平成8年3月8日通知)

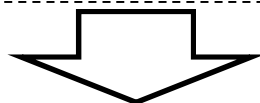
第一の一 特定の保険薬局への誘導の禁止(第二条の四及び第十九条の三)関係

- (一) 従来から、保険医が処方せんの交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行うことは禁止されているところであるが、今般、保険医療機関についても、当該保険医療機関において診療に従事する保険医の行う処方せんの交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行うことを禁止したものであること。具体的には、保険医療機関内に掲示した特定の保険薬局への案内図や、保険医療機関の受付において配布した特定の保険薬局への地図等を用いることにより、患者を特定の保険薬局へ誘導すること等を禁止するものであること。
- (二) 保険医療機関が、保険医の行う処方せんの交付に関し、患者に対し特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行うことの対償として、保険薬局から金品その他の財産上の利益を受け取ることにしても、特定の調剤薬局への患者誘導につながる蓋然性が極めて高く、また、行為それ自体が医薬分業の本旨にもとるものであることから、禁止することとしたものであること。この場合において、金品その他の財産上の利益とは、金銭、物品、便益、労務、饗応、患者一部負担金の減免等を指すものであること。
- (三) 保険医についても、(二)と同様の観点により、保険薬局から金品その他の財産上の利益を受け取ることを禁止するものとする。

在宅医療における患者紹介等の事例についての課題と論点

【課題】

- 在宅医療を適切に推進していく上で、患者の選択を制限するおそれがあると考えられる事例や、過剰な診療を惹起するおそれがあると考えられる事例等への対応について検討する必要がある。
- 在宅患者訪問診療料や在宅時医学総合管理料及び特定施設入居時等医学総合管理料等が不適切な事例の経済的誘因になり得ると考えられ、今後は量的観点のみならず、質的な観点からの充実も更に進めていく必要がある。
- 訪問診療について、「継続的な診療の必要のない者や通院が容易な者に対して安易に算定してはならない」とされているが、その対象患者や適切な訪問診療の内容については明確な基準はなく、医学的判断とされている。



【論点】

- (1) 不適切な事例等を勘案し、量から質への転換を図るために、同一建物に居住する患者に対する在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料については、訪問診療料と同様に、同一建物かどうかに応じた評価体系とすることについて、どのように考えるか。
- (2) 在宅患者訪問診療料の要件について、質の高い訪問診療を確保し、健康保険法等の趣旨からみて、不適切と考えられる事例が生じないようにするために、患者等への説明と同意の確認を行うこととし、また、診療時間、訪問先名、患者の状態等を診療録に記載し、その内容を患者、家族等へ説明することを要件に含めるとともに、同一建物での訪問診療については、診療の実態に応じた適正な評価とすることについて、どのように考えるか。加えて、その対象患者や適切な訪問診療の内容について、どのように考えるか。
- (3) 保険医療機関及び保険医療養担当規則(療養担当規則)の改正等により、保険医療機関が、患者の紹介を行う者に対して、患者の紹介を受ける対償として、紹介料等の経済上の利益を提供することを禁止することについて、どのように考えるか。

1. 機能強化型在宅療養支援診療所・病院の要件等について
2. 訪問看護
3. 在宅医療における注射薬や衛生材料等の提供
4. 在宅医療における薬剤師の役割
5. 在宅歯科医療
6. 在宅医療における患者紹介等の事例
7. 在宅医療を専門に行う保険医療機関

在宅医療を専門に行う保険医療機関について①

1. 在宅医療を専門に行う保険医療機関を認めていない趣旨

- 健康保険法第63条第3項において、療養の給付を受けようとする者は、保険医療機関等のうち、自己の選定するものから受けるものとする(いわゆるフリーアクセス)とされている。
- この前提として、被保険者が保険医療機関を選定して療養の給付を受けることができる環境にあることが重要であり、健康保険法の趣旨から、保険医療機関は全ての被保険者に対して療養の給付を行う開放性を有することが必要であるとして、「外来応需の体制を有していること」を保険医療機関に求める解釈上の運用をしている。(法令上、明確に規定された要件ではない)
- なお、在宅医療を専門に行う保険医療機関を認めた場合は、当該地域の患者の受診の選択肢が少なくなるおそれ、当該保険医療機関の患者が急変時に適切な受診ができないおそれ等が考えられる。

2. 外来応需の体制確保の指導

- 厚生局における保険医療機関の指定申請の受付の際などに、必要な場合は、健康保険法の趣旨から、外来応需の体制を確保するよう指導を行っており、在宅医療を専門に行う保険医療機関は認めていない。
- しかし、全国一律の運用基準や指針などはなく、厚生局によって、指導内容や方法等に違いがあるとの指摘がある。

<参考>

○健康保険法

第63条 被保険者の疾病又は負傷に関しては、次に掲げる療養の給付を行う。

一～五 (略)

2 (略)

3 第一項の給付を受けようとする者は、厚生労働省令で定めるところにより、次に掲げる病院若しくは診療所又は薬局のうち、自己の選定するものから受けるものとする。

一 厚生労働大臣の指定を受けた病院若しくは診療所(第六十五条の規定により病床の全部又は一部を除いて指定を受けたときは、その除外された病床を除く。以下「保険医療機関」という。)又は薬局(以下「保険薬局」という。)

二・三 (略)

○「被災地の医療機関等に対する診療報酬上の緩和措置について」(平成23年9月7日 中医協 総-8)

・周囲に入院医療機関が不足している等、やむを得ない場合には、当該医療機関において外来を開かず、在宅医療のみを行う場合であっても保険医療機関として認めることとする。〔現在は、福島県内のみ利用可能〕

在宅医療を専門に行う保険医療機関について②

課題

- 健康保険法の趣旨から、保険医療機関は全ての被保険者に対して療養の給付を行う開放性を有することが必要であるとして、「外来応需の体制を有していること」を保険医療機関に求める解釈上の運用をしている。（法令上、明確に規定された要件ではない）
- 全国一律の運用基準や指針などはなく、厚生局によって、指導内容や方法等に違いがあるとの指摘がある。
- 在宅医療を専門に行いたい診療所にとって、外来診療が前提となった現行制度が制約要件になっているとの指摘がある。



論点

◆フリーアクセスを確保しつつ在宅医療を推進していく中で、在宅医療を専門に行う保険医療機関についてどのように考えるか。また、在宅医療を行う保険医療機関の外来応需体制についてどのように考えるか。

＜考えられる要件案(例)＞

- ・在宅医療を行うことの被保険者への周知
- ・急変時に患者から相談を受ける連絡先の確保
- ・患者が外来受診できる連携医療機関の確保
- ・訪問診療を行う地域範囲の限定 など