

# 居宅療養管理指導

# 居宅療養管理指導の概要

## 居宅療養管理指導の概要

要介護状態となった場合でも、利用者が可能な限り居宅で、有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士又は歯科衛生士等が、通院が困難な利用者の居宅を訪問して、心身の状況、置かれている環境等を把握し、それらを踏まえて療養上の管理及び指導を行うことにより、その者の療養生活の質の向上を図るもの。

## 各職種が行う指導の概要

医師又は歯科医師	<ul style="list-style-type: none"><li>○ 計画的かつ継続的な医学的管理又は歯科医学的管理に基づいて実施</li><li>○ 居宅介護支援事業者に対する、居宅サービス計画の策定等に必要な情報提供</li><li>○ 居宅要介護者や家族等に対する、居宅サービスを利用する上での留意点や介護方法等についての指導及び助言</li><li>○ 訪問診療又は往診を行った日に限る</li></ul>
薬剤師	<ul style="list-style-type: none"><li>○ 医師又は歯科医師の指示に基づいて実施される薬学的な管理及び指導</li><li>○ 居宅介護支援事業者に対する、居宅サービス計画の策定等に必要な情報提供</li></ul>
管理栄養士	<ul style="list-style-type: none"><li>○ 計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき、栄養管理に係る情報提供及び指導又は助言を30分以上行う</li></ul>
歯科衛生士等	<ul style="list-style-type: none"><li>○ 訪問歯科診療を行った歯科医師の指示及びその歯科医師の策定した訪問指導計画に基づいて実施される口腔内や有床義歯の清掃又は摂食・嚥下機能に関する実地指導</li></ul>

※居宅療養管理指導の事業を行うことができるのは、病院、診療所、薬局等である。

# 居宅療養管理指導における利用者の居住場所等による評価の変遷について

	診療報酬	介護報酬
平成20年度 改定	<p>【訪問診療料】 居住場所に応じた評価を導入(①自宅の患者と②居住系施設の入居患者で区別)</p> <p>【在総管・特医総管】 在宅時医学総合管理料(在総管)(平成18年創設)の他に、特定施設入居時等医学総合管理料(特医総管)を創設</p>	
平成21年度 改定		<ul style="list-style-type: none"> <li>・薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士において、居住場所に応じた評価を導入(①在宅の利用者と②居住系施設入居者等で区別)</li> </ul>
平成22年度 改定	<p>【訪問診療料】 居住場所ではなく、同一建物の訪問人数に応じた評価に見直し(①同一建物居住者と②それ以外の者で区別)</p>	
平成24年度 改定	<p>【訪問診療料】 同一建物の訪問人数と特定施設等の入所に応じた評価に見直し(①同一建物居住者以外、②特定施設等入所者、③それら以外の同一建物居住者で区別)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・全職種において、同一建物の訪問人数に応じた評価に見直し(①同一建物居住者と②それ以外の者で区別)</li> </ul>
平成28年度 改定	<p>【在総管・施設入居時等医学総合管理料(施設総管)】 特医総管を施設総管に見直すとともに、在総管・施設総管について、①単一建物診療患者数、②重症度、③月の訪問回数に応じて評価を細分化</p>	
平成30年度 改定	<p>【在総管・施設入居時等医学総合管理料(施設総管)】 月の訪問回数に応じて評価を適正化</p> <p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料、訪問歯科衛生指導料】 単一建物診療患者の人数に応じた評価に見直し</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問人数に応じた評価の見直し(単一建物居住者が①1人②2～9人③10人以上で区別)</li> <li>・看護職員による居宅療養管理指導の廃止</li> <li>・離島や中山間地域に居住する者へのサービス提供加算の創設</li> </ul>

# 居宅療養管理指導費の報酬

## 居宅療養管理指導の報酬体系

職種等		報酬単価（単位）		
		単一建物居住者が 1人の場合	単一建物居住者が 2～9人の場合	単一建物居住者が 10人以上の場合
医師 注1 (月2回を限度)	居宅療養管理指導費(Ⅰ)	509	485	444
	居宅療養管理指導費(Ⅱ)注2	295	285	261
歯科医師 (月2回を限度) 注1		509	485	444
薬剤師	病院又は診療所の薬剤師 (月2回を限度)	560	415	379
	薬局の薬剤師 (月4回を限度) 注3	509	377	345
管理栄養士 (月2回を限度)		539	485	444
歯科衛生士等 (月4回を限度)		356	324	296

特別地域居宅療養管理指導加算	+ 15/100
中山間地域等における小規模事業所加算	+ 10/100
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	+ 5/100

注1：訪問診療又は往診を行った日に限り算定できる。

注2：診療報酬の「在宅時医学総合管理料」又は「施設入居時等医学総合管理料」を算定する場合。

これらの管理料は、通院困難な患者に対し、計画的医学管理の下に月2回以上の定期的な訪問診療を行っている場合に月1回に限り算定できる。

注3：末期の悪性腫瘍の者、中心静脈栄養を受けている者に対しては、2回/週、かつ、8回/月を限度として算定。

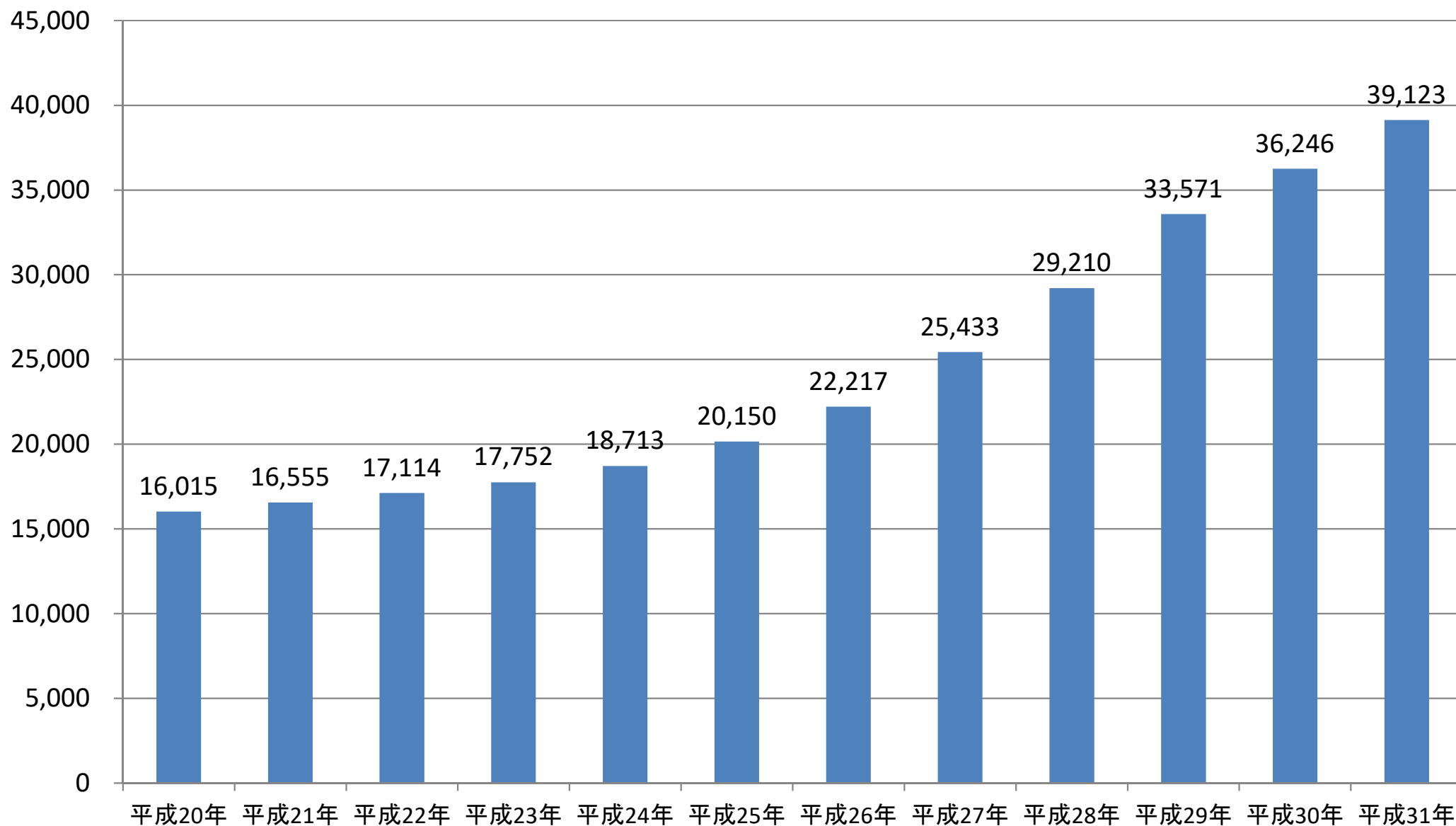


# 居宅療養管理指導の加算算定率

	単位数	算定事業所数	算定率 (事業所ベース)	算定回数・日数 (単位：回・日)	算定率 (回数・日数ベース)	算定単位数 (単位：1単位)
特別地域居宅療養管理指導加算	15/100	288	0.74%	4.2	0.15%	373,000
中山間地域等における小規模事業所加算	10/100	1,021	2.64%	6.2	0.22%	394,000
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	5/100	252	0.65%	1.8	0.06%	59,000
(予防) 特別地域居宅療養管理指導加算	15/100	128	0.79%	0.4	0.22%	38,000
(予防) 中山間地域等における小規模事業所加算	10/100	325	2.01%	0.6	0.34%	38,000
(予防) 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	5/100	82	0.51%	0.2	0.11%	6,000

- ※ 算定事業所数：国保連合会保有給付実績情報について任意集計を実施。
- ※ 算定率（事業所ベース）：各加算算定事業所数／居宅療養管理指導算定事業所数
- ※ 算定回数・日数：介護給付費実態統計（月報・第10表／平成31年3月サービス提供分）
- ※ 算定率（回数・日数ベース）：各加算算定回数・日数／居宅療養管理指導算定総回数

# 居宅療養管理指導の請求事業所数

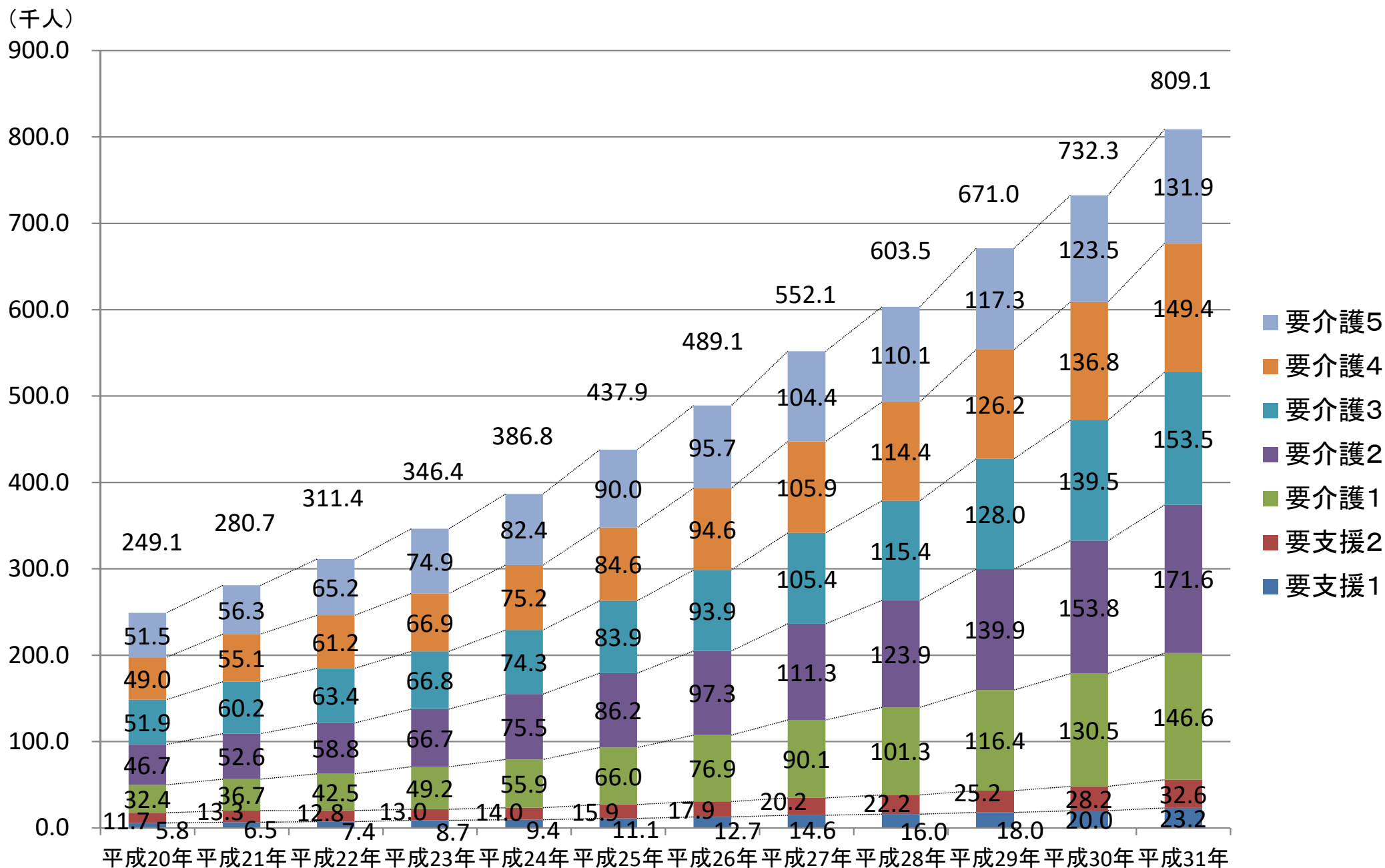


※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

※介護予防サービスは含まない。

出典：厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧：調査)」(各年4月審査分)

# 居宅療養管理指導の受給者数

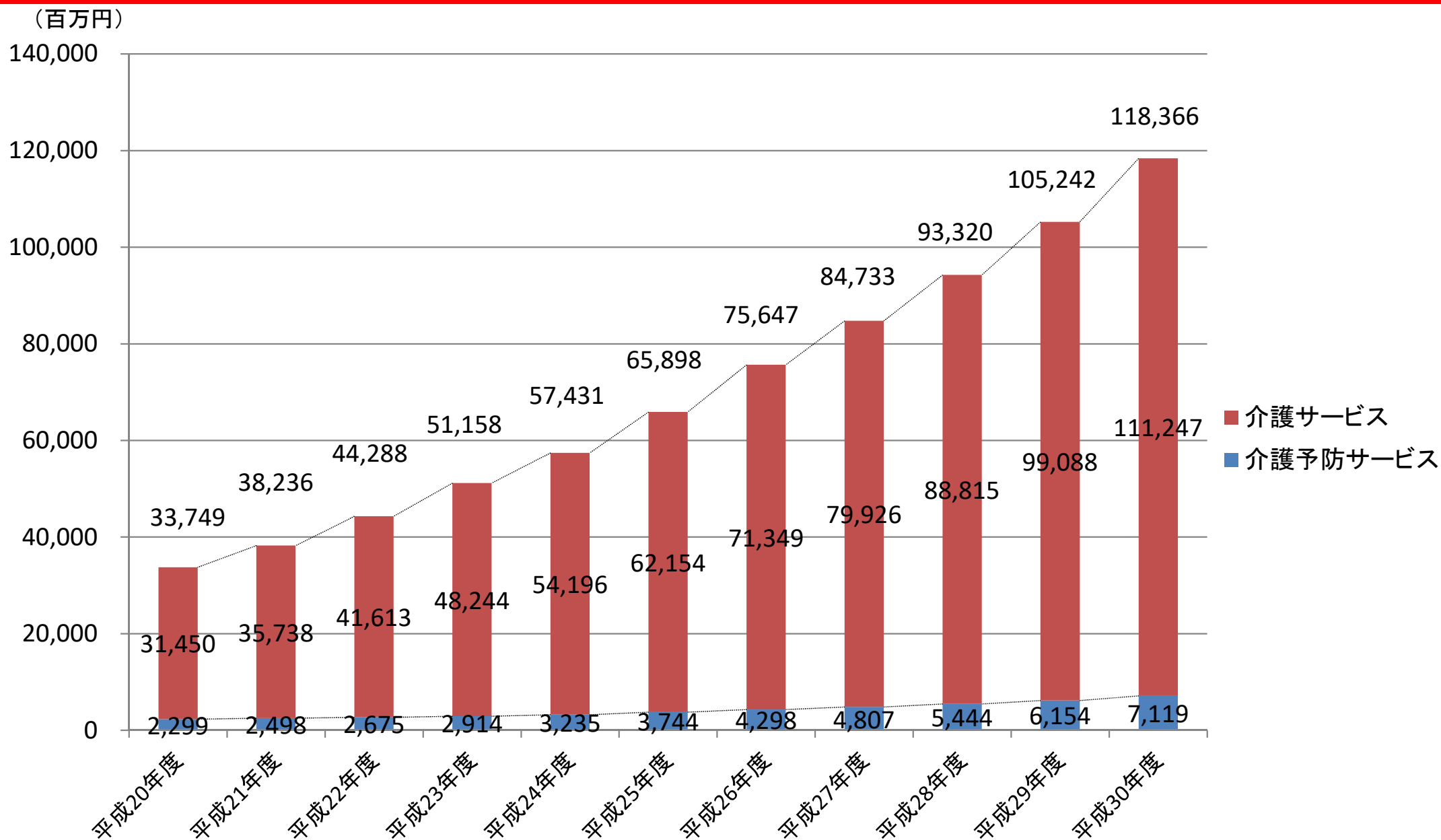


※総数には、月の途中で要介護から要支援(又は要支援から要介護)に変更となった者を含む。

※経過的要介護は含まない。

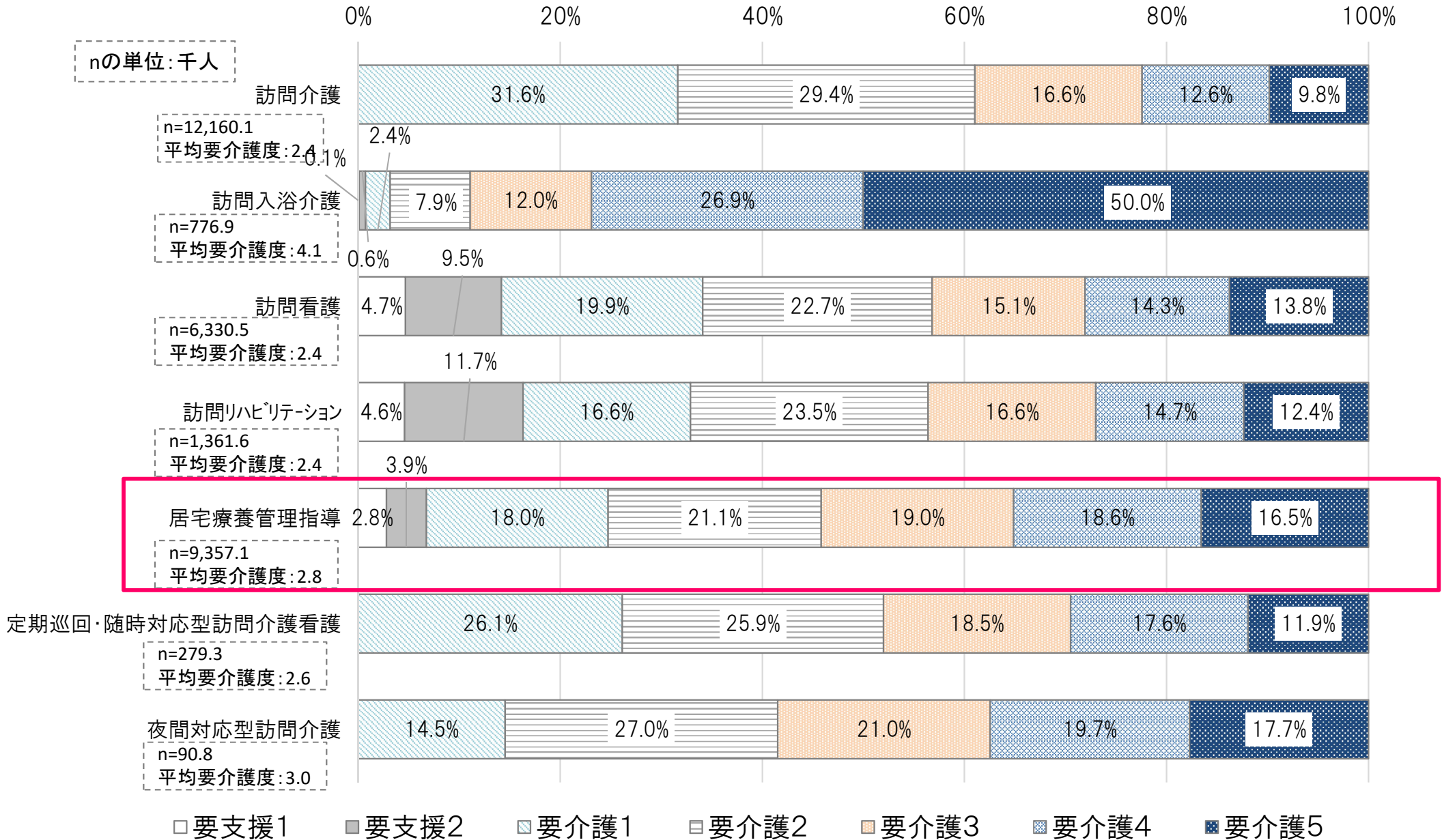
出典：厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧：調査)」(各年4月審査分)

# 居宅療養管理指導の費用額



※費用額とは審査月に原審査で決定された額であり、保険給付額、公費負担額及び利用者負担額(公費の本人負担額)の合計額。  
※補足給付は含まない。

# 訪問系サービスの要介護度割合



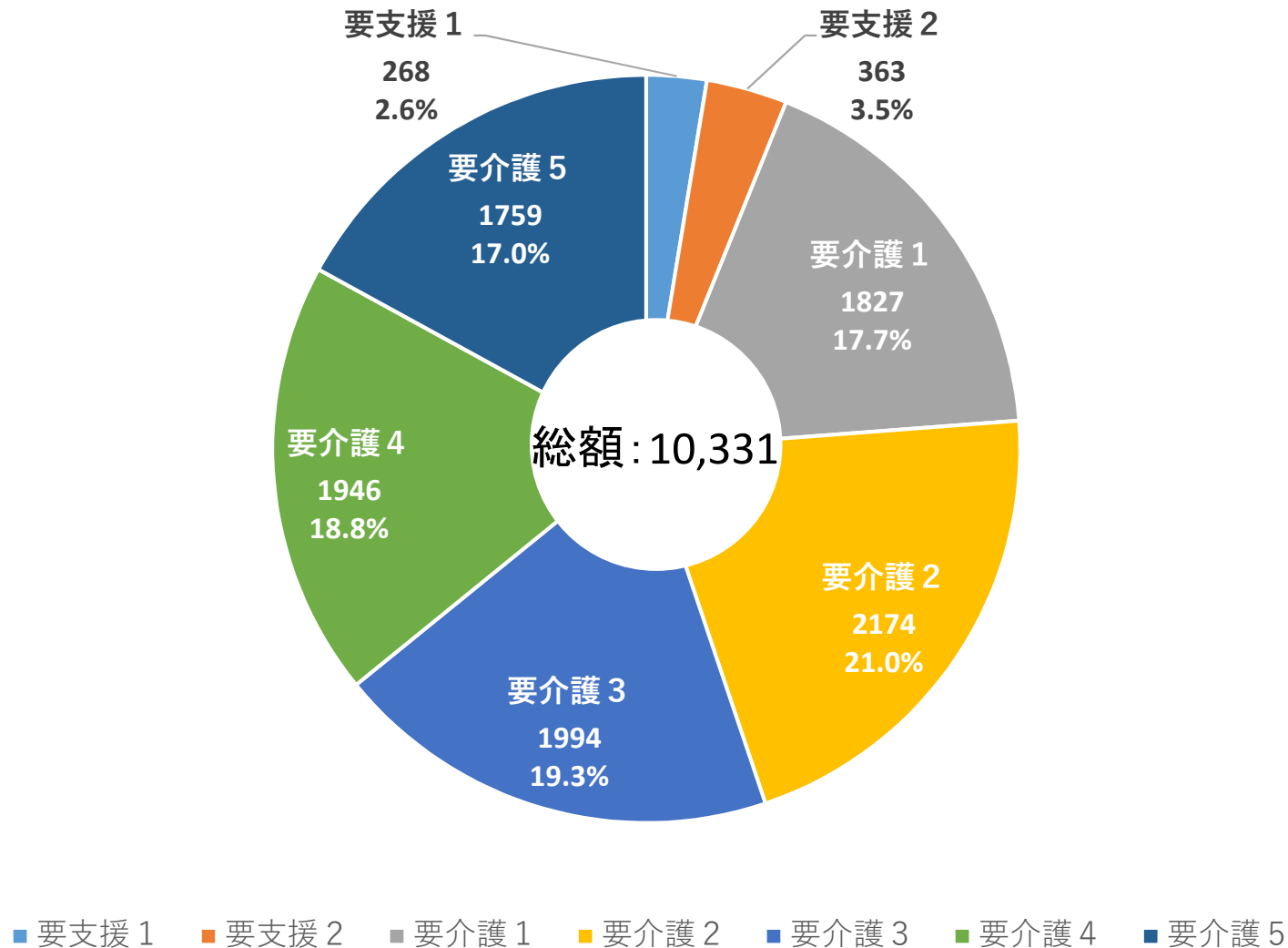
(注) 平均要介護度の算出にあたり、要支援1・2は0.375として計算している。

【出典】平成30年度介護給付費等実態統計報告(平成30年5月審査分～平成31年4月審査分)

# 居宅療養管理指導の要介護度別費用額(1月あたり)

- 居宅療養管理指導における費用額について、要介護度別の費用額をみると、要介護2が最も多く(21.0%)、次いで要介護3(19.3%)、要介護4(18.8%)が多い。

(単位：百万円)



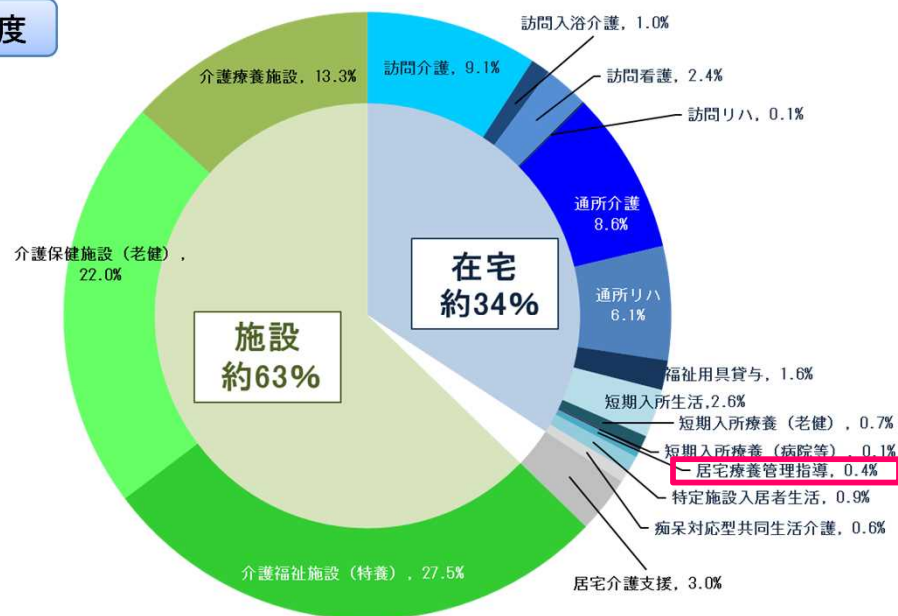
注1) 介護給付費等実態統計(旧調査)月報の平成31年4月審査(3月サービス提供)分の状況。

注2) 総額は要介護度別の費用額の合計

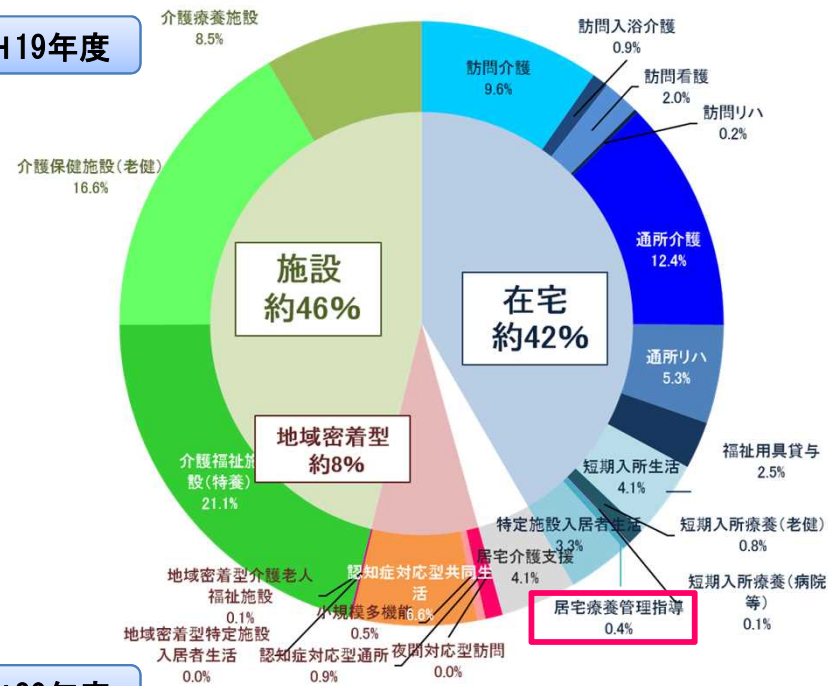


# サービス種類別介護費用額割合の推移

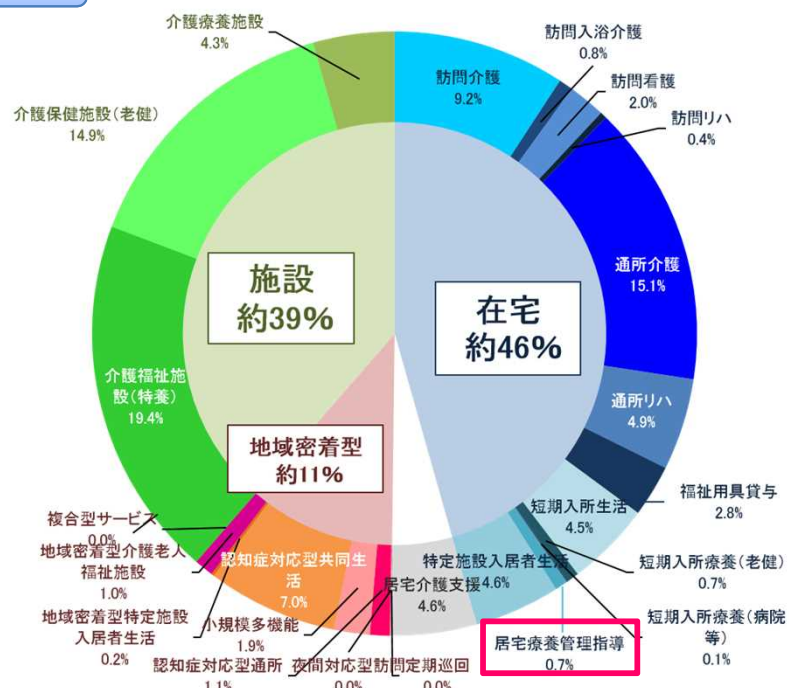
H13年度



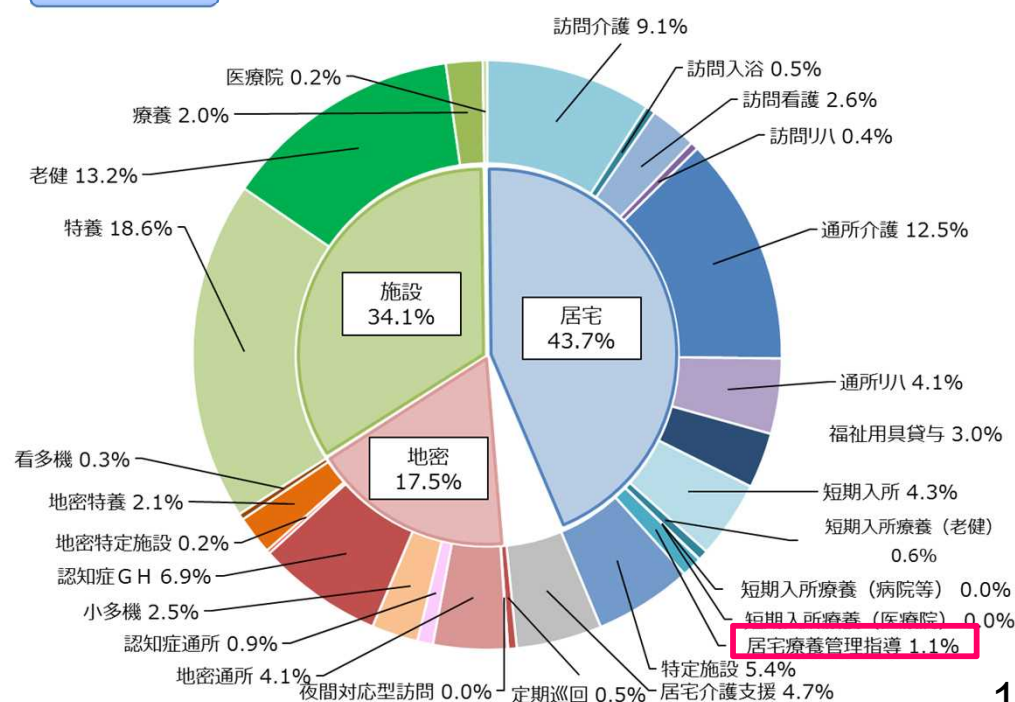
H19年度



H24年度



H30年度



〔出典〕介護給付費等実態調査（平成13年度から平成30年度）より作成

# 総費用等に占める提供サービスの内訳(平成30年度) 金額

		費用額 (百万円)	利用者数 (千人)	事業所数
居宅	訪問介護	900,694	1,456.7	33,176
	訪問入浴介護	52,495	123.0	1,770
	訪問看護	257,052	701.0	11,795
	訪問リハビリテーション	42,823	153.6	4,614
	通所介護	1,243,519	1,604.5	23,881
	通所リハビリテーション	409,205	621.8	7,920
	福祉用具貸与	302,033	2,413.1	7,113
	短期入所生活介護	422,572	739.1	10,615
	短期入所療養介護	57,484	152.9	3,781
	居宅療養管理指導	111,247	1,053.5	39,123
	特定施設入居者生活介護	532,291	280.6	5,550
計	4,331,418	3,930.2	149,338	
居宅介護支援		465,401	3,581.1	39,685
地域密着型	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	46,295	36.8	946
	夜間対応型訪問介護	3,416	12.6	172
	地域密着型通所介護	402,188	596.8	19,452
	認知症対応型通所介護	85,213	82.7	3,439
	小規模多機能型居宅介護	252,000	143.2	5,648
	看護小規模多機能型居宅介護	33,730	18.1	627
	認知症対応型共同生活介護	682,789	257.4	13,904
	地域密着型特定施設入居者生活介護	19,718	10.4	350
	地域密着型介護老人福祉施設サービス	211,289	75.7	2,344
計	1,736,638	1,182.6	46,882	
施設	介護老人福祉施設	1,847,256	690.7	8,057
	介護老人保健施設	1,306,490	566.2	4,285
	介護療養型医療施設	199,799	73.0	912
	介護医療院	23,724	12.4	145
計	3,377,270	1,284.6	13,399	
合計		9,910,728	5,179.2	244,054

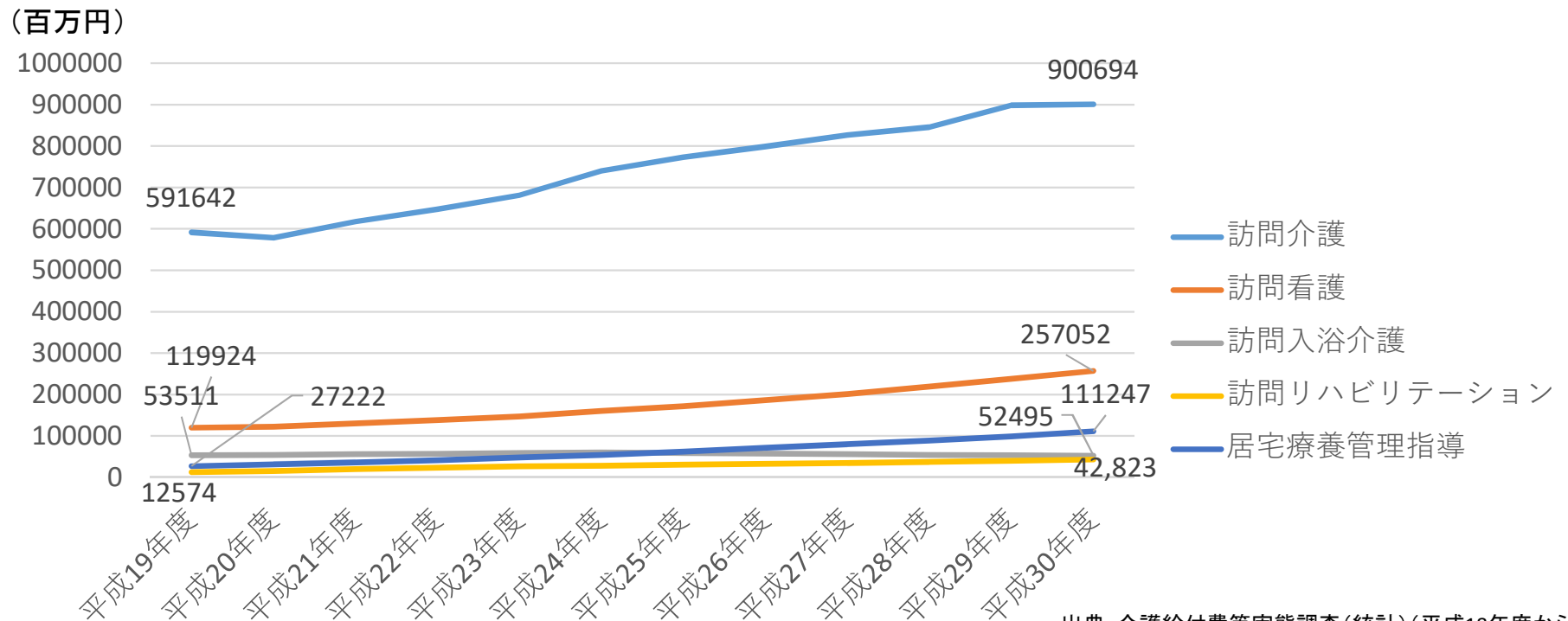
※事業所数は短期利用等を含む延べ数である。

【出典】厚生労働省「平成30年度介護給付費等実態統計」

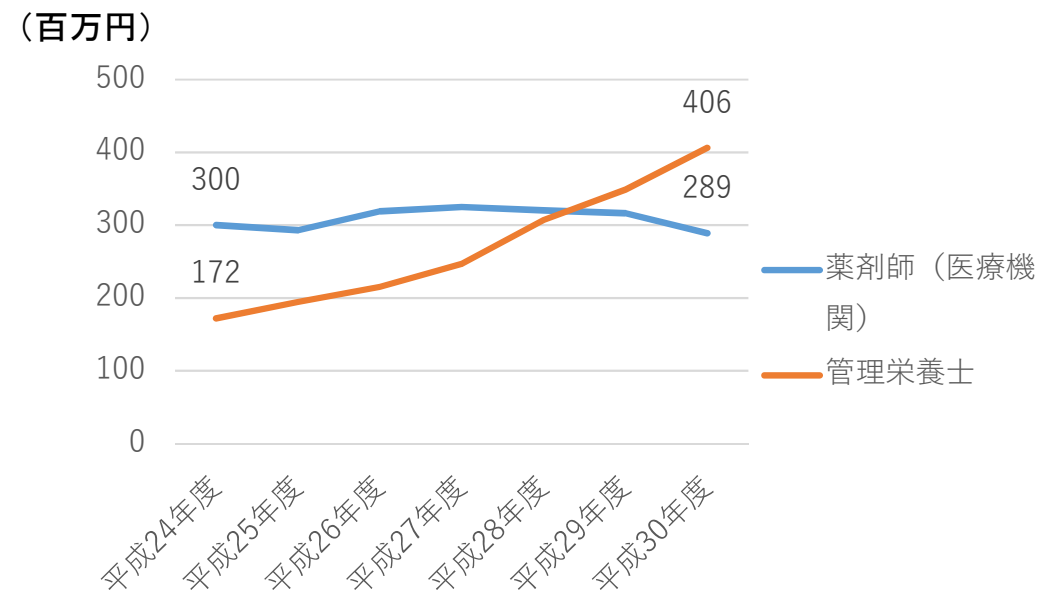
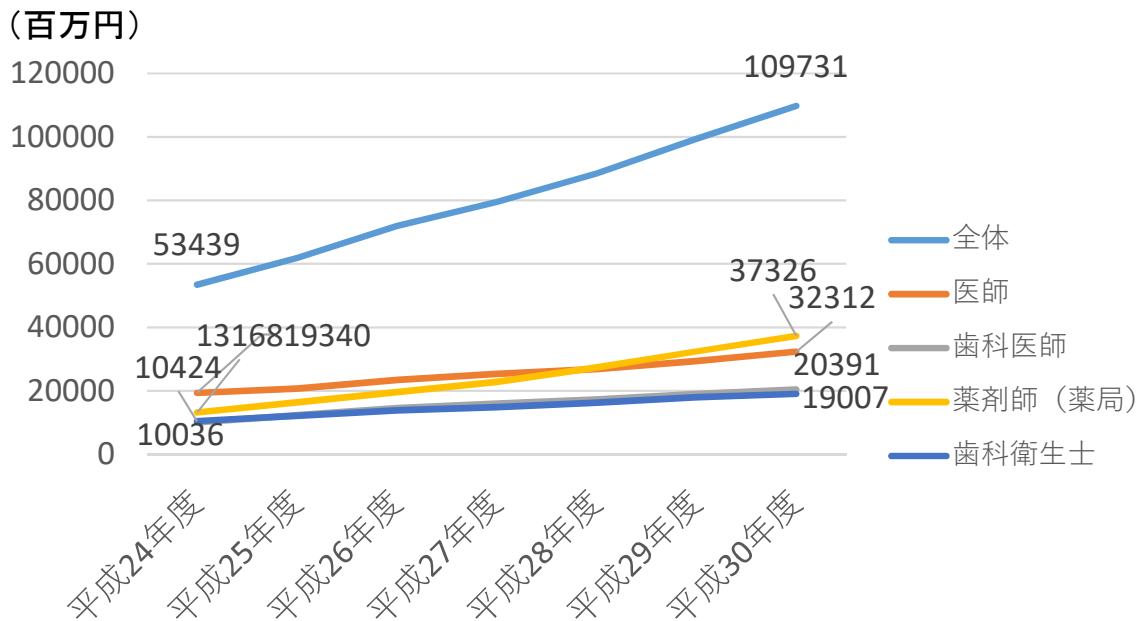
- (注1) 介護予防サービスを含まない。特定入所者介護サービス(補足給付)、地域支援事業に係る費用は含まない。また、市区町村が直接支払う費用(福祉用具購入費、住宅改修費など)は含まない。  
(注2) 介護費は、平成30年度(平成30年5月~平成31年4月審査分(平成30年4月~平成31年3月サービス提供分))、請求事業所数は、平成31年4月審査分である。  
(注3) 利用者数は、平成30年4月から平成31年3月の1年間において一度でも介護サービスを受給したことのある者の数であり、同一人が2回以上受給した場合は1人として計上している。ただし、当該期間中に被保険者番号の変更があった場合には、別受給者として計上している。



# 居宅療養管理指導の費用額の推移



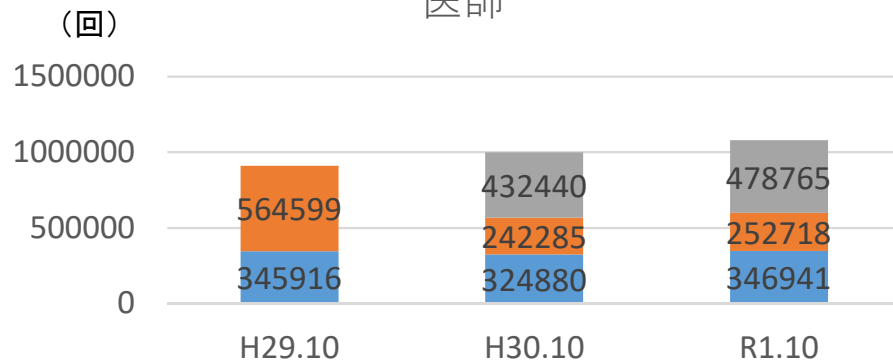
出典: 介護給付費等実態調査(統計)(平成18年度から平成30年度)より作成(介護予防サービスを含まない)



出典: 介護給付費等実態調査(統計)(各年10月審査分を12倍)(介護予防サービスを含まない)

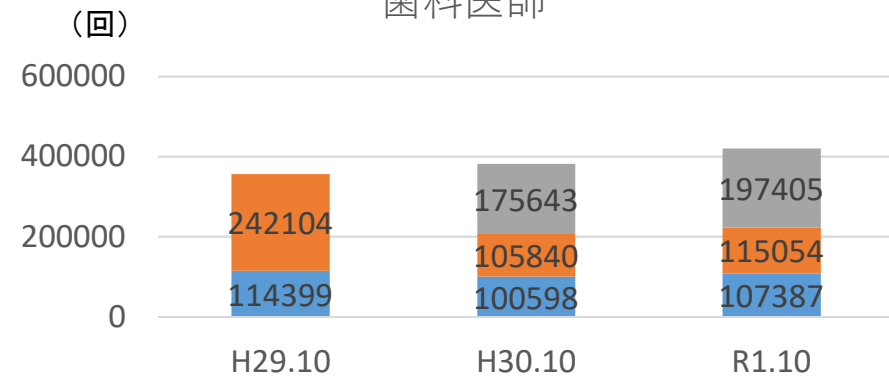
# 居宅療養管理指導の職種別算定回数推移①

## 医師



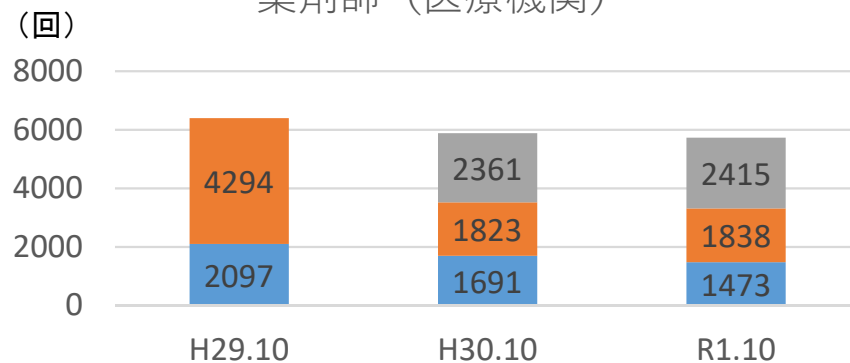
- 単一建物10人以上
- H29は同一建物、H30,R1は単一建物2～9人
- H29は同一建物以外、H30,R1は単一建物1人

## 歯科医師



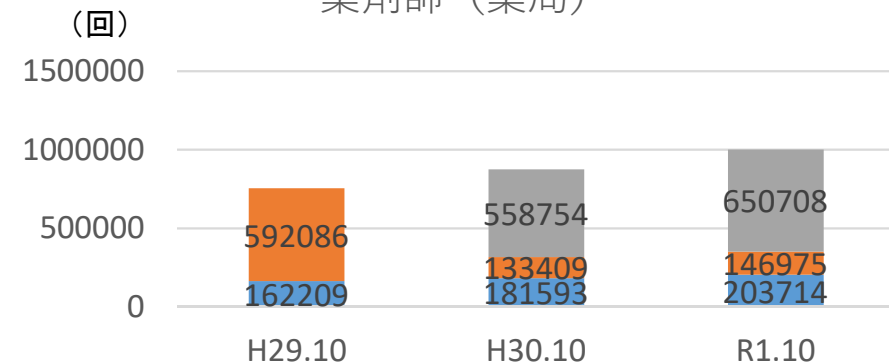
- 単一建物10人以上
- H29は同一建物、H30,R1は単一建物2～9人
- H29は同一建物以外、H30,R1は単一建物1人

## 薬剤師（医療機関）



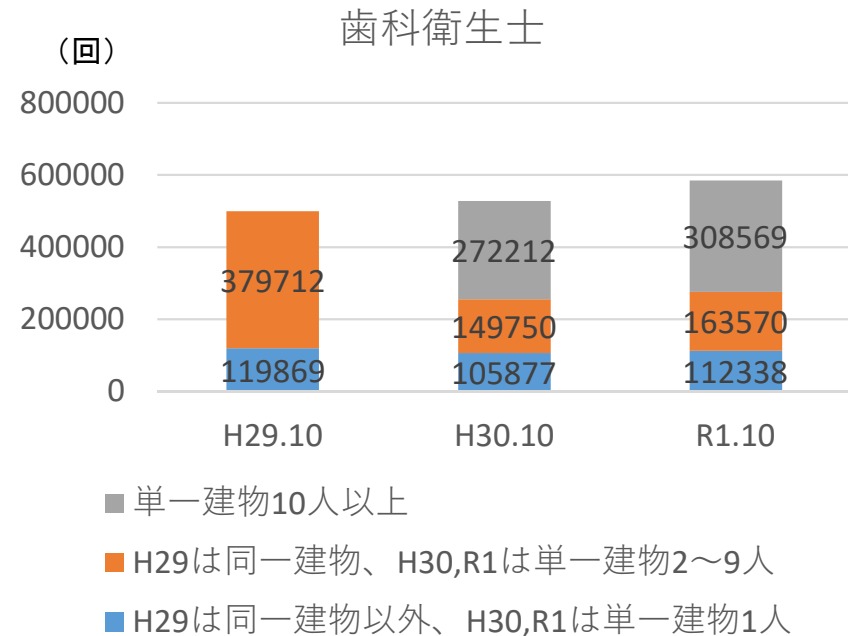
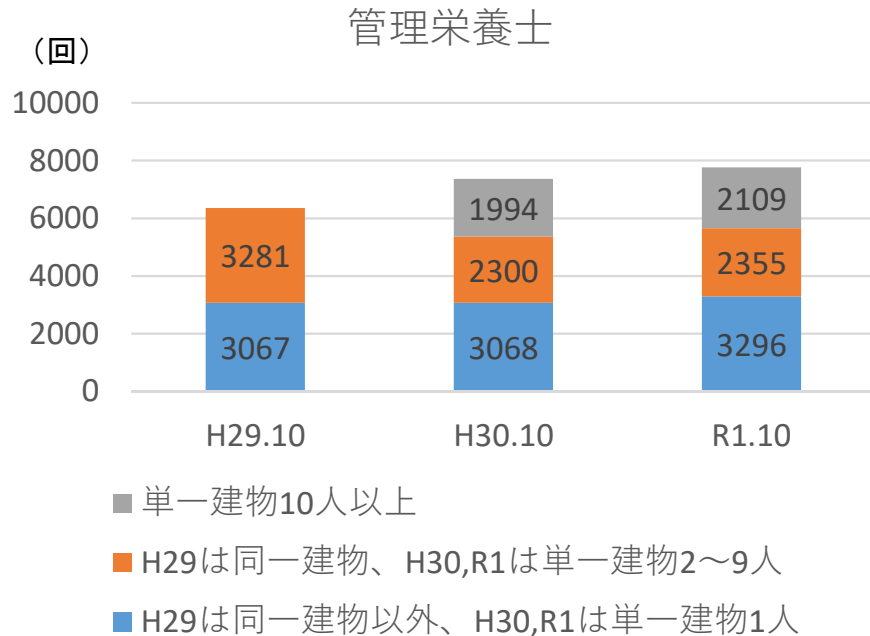
- 単一建物10人以上
- H29は同一建物、H30,R1は単一建物2～9人
- H29は同一建物以外、H30,R1は単一建物1人

## 薬剤師（薬局）



- 単一建物10人以上
- H29は同一建物、H30,R1は単一建物2～9人
- H29は同一建物以外、H30,R1は単一建物1人

# 居宅療養管理指導の職種別算定回数推移②



出典:介護給付費等実態統計(旧:調査)(各年10月審査分)

# 居宅療養管理指導 (平成30年度介護報酬改定)

## 改定事項

①訪問人数等に応じた評価の見直し

②看護職員による居宅療養管理指導の廃止

③離島や中山間地域等の要支援・要介護者に対する居宅療養管理指導の提供

# 居宅療養管理指導 ①訪問人数等に応じた評価の見直し (平成30年度介護報酬改定)

## 概要

※介護予防居宅療養管理指導を含む

- 現在、同一日に同じ建物に居住する者（同一建物居住者）に対し指導・助言等を行った場合は減額した評価を行っているが、平成28年度診療報酬改定において、訪問した建物内において、当該訪問月に診療した人数（単一建物居住者の人数）によって、メリハリのある評価とする等の見直しが行われた。
- これを踏まえ、医療保険と介護保険との整合性の観点から、単一建物に居住する人数に応じて、以下のように評価することとともに、診療報酬改定における対応を鑑みながら、必要な見直しを行う。
  - ・ 単一建物居住者が1人
  - ・ 単一建物居住者が2～9人
  - ・ 単一建物居住者が10人以上

## 単位数

### ○医師が行う場合

#### (1) 居宅療養管理指導費 (I)

	<現行>	→		<改定後>
・ 同一建物居住者以外	503単位		・ 単一建物居住者が1人	507単位
・ 同一建物居住者	452単位		・ 単一建物居住者が2～9人	483単位
			・ 単一建物居住者が10人以上	442単位

※ 歯科医師、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士等の居宅療養管理指導についても同様の評価を行う。

## 算定要件等

- 同一建物居住者と単一建物居住者の定義の違いは以下のとおり。

### <同一建物居住者>

当該利用者と同一建物に居住する他の利用者に対して指定居宅療養管理指導事業所の医師等が同一日に訪問診療、往診又は指定居宅療養管理指導を行う場合の当該利用者

### <単一建物居住者>

当該利用者が居住する建築物に居住する者のうち、当該指定居宅療養管理指導事業所の医師等が、同一月に訪問診療、往診又は指定居宅療養管理指導を行う場合の当該利用者

# 医療と介護の連携の強化 (平成30年度介護報酬改定)

## 訪問介護

- 訪問介護の現場での利用者の口腔に関する問題や服薬状況等に係る気付きをサービス提供責任者から居宅介護支援事業者等のサービス関係者に情報共有することについて、サービス提供責任者の責務として明確化。【省令改正】

## 居宅介護支援

- 訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際にケアマネジャー自身が把握した利用者の状態等について、ケアマネジャーから主治の医師や歯科医師、薬剤師に必要な情報伝達を行うことを義務付け。【省令改正】

## 医師、歯科医師、 薬剤師

- 伝達された情報を踏まえ、適切な対応をとることが求められている。

### <情報提供の例>

- ・薬が大量に余っている又は複数回分の薬を一度に服用している
- ・薬の服用を拒絶している
- ・口臭や口腔内出血がある
- ・食事量や食事回数に変化がある
- ・皮膚が乾燥していたり湿疹等がある
- ・リハビリテーションの提供が必要と思われる状態にあるにも関わらず提供されていない
- ・使いきらないうちに新たに薬が処方されている
- ・体重の増減が推測される見た目の変化がある
- ・下痢や便秘が続いている

# 医療と介護の連携の強化 (平成30年度介護報酬改定)

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

(管理者及びサービス提供責任者の責務)

### 第二十八条

3 サービス提供責任者は、第二十四条に規定する業務のほか、次に掲げる業務を行うものとする。

二の二 居宅介護支援事業者等に対し、指定訪問介護の提供に当たり把握した利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身の状態及び生活の状況に係る必要な情報の提供を行うこと。

## ●指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第38号）抄

(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

第十三条 指定居宅介護支援の方針は、第一条の二に規定する基本方針及び前条に規定する基本取扱方針に基づき、次に掲げるところによるものとする。

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



# 在宅患者訪問に関する診療報酬上の取扱い

診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(通知)(抜粋・下線追加)  
(令和2年3月5日付保医発0305第1号)

## 別添1 医科診療報酬点数表に関する事項

### C001 在宅患者訪問診療料(1)

- (1) 在宅患者訪問診療料(1)は、在宅での療養を行っている患者であって、疾病、傷病のために通院による療養が困難な者に対して、患者の入居する有料老人ホーム等に併設される保険医療機関以外の保険医療機関が定期的に訪問して診療を行った場合の評価であり、継続的な診療の必要のない者や通院が可能な者に対して安易に算定してはならない。例えば、少なくとも独歩で家族・介助者等の助けを借りずに通院ができる者などは、通院は容易であると考えられるため、在宅患者訪問診療料(1)は算定できない。なお、訪問診療を行っておらず外来受診が可能な患者には、外来において区分番号「A001」再診料の「注12」地域包括診療加算又は区分番号「B001-2-9」地域包括診療料が算定可能である。

(略)

## 別添3 調剤報酬点数表に関する事項

### 区分15 在宅患者訪問薬剤管理指導料

#### 1 在宅患者訪問薬剤管理指導料

- (1) 在宅患者訪問薬剤管理指導料は、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、あらかじめ名称、所在地、開設者の氏名及び在宅患者訪問薬剤管理指導（以下「訪問薬剤管理指導」という。）を行う旨を地方厚生（支）局長に届け出た保険薬局の薬剤師が、医師の指示に基づき、薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬歴管理、服薬指導、服薬支援、薬剤服用状況、薬剤保管状況及び残薬の有無の確認等の薬学的管理指導を行い、当該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った場合に算定する。在宅患者訪問薬剤管理指導料は、定期的に訪問して訪問薬剤管理指導を行った場合の評価であり、継続的な訪問薬剤管理指導の必要のない者や通院が可能な者に対して安易に算定してはならない。例えば、少なくとも独歩で家族又は介助者等の助けを借りずに来局ができる者等は、来局が容易であると考えられるため、在宅患者訪問薬剤管理指導料は算定できない。

(略)



# 医師・歯科医師

# 医師・歯科医師の居宅療養管理指導について

<老企第36号 第2の6 (2) (抜粋)>

## ① 算定内容

主治の医師及び歯科医師の行う居宅療養管理指導については、計画的かつ継続的な医学的管理又は歯科医学的管理に基づき、指定居宅介護支援事業者（指定居宅介護支援事業所に属し、利用者に居宅介護支援を行う介護支援専門員。以下この項において「ケアマネジャー」という。）等に対する介護サービス計画（以下この項において「ケアプラン」という。）の策定等に必要の情報提供並びに利用者若しくはその家族等に対する介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等についての指導及び助言を行った場合に算定する。

なお、当該医師が当該月に医療保険において、「在宅時医学総合管理料」を当該利用者について算定した場合には、当該医師に限り居宅療養管理指導費(Ⅱ)を算定する。

## ② 「情報提供」及び「指導又は助言」の方法

### ア ケアマネジャー等に対する情報提供の方法

ケアプランの策定等に必要の情報提供は、サービス担当者会議への参加により行うことを基本とする（必ずしも文書等による必要はない。）。

当該会議への参加が困難な場合やサービス担当者会議が開催されない場合等においては、下記の「情報提供すべき事項」（薬局薬剤師に情報提供する場合は、診療状況を示す文書等の内容も含む。）について、原則として、文書等（メール、FAX等でも可）により、ケアマネジャー等に対して情報提供を行うことで足りるものとする。

なお、サービス担当者会議等への参加により情報提供を行った場合については、その情報提供の要点を記載すること。当該記載については、医療保険の診療録に記載することは差し支えないが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすること。

また、文書等により情報提供を行った場合については、当該文書等の写しを診療録に添付する等により保存すること。

### (情報提供すべき事項)

(a) 基本情報（医療機関名、住所、連絡先、医師・歯科医師氏名、利用者の氏名、生年月日、性別、住所、連絡先等）

(b) 利用者の病状、経過等

(c) 介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等

(d) 利用者の日常生活上の留意事項

※ 上記に係る情報提供については、医科診療報酬点数表における診療情報提供料に定める様式を活用して行うこともできるととする。

# 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準(抜粋)

## ○ 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第38号）抄

第十三条 指定居宅介護支援の方針は、第一条の二に規定する基本方針及び前条に規定する基本取扱方針に基づき、次に掲げるところによるものとする。

(略)

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

十七 介護支援専門員は、利用者がその居宅において日常生活を営むことが困難となったと認める場合又は利用者が介護保険施設への入院又は入所を希望する場合には、介護保険施設はそれぞれ医療機能等が異なることに鑑み、主治医の意見を参考にし、主治医に意見を求める等をして介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行うものとする。

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

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

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

# 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について①(参考)

<老企第22号 第二 三の6 (2) (抜粋) >

## ⑬ 居宅サービス計画の実施状況等の把握及び評価等 (第13号・第13号の2)

指定居宅介護支援においては、利用者の有する解決すべき課題に即した適切なサービスを組み合わせて利用者に提供し続けることが重要である。このために介護支援専門員は、利用者の解決すべき課題の変化に留意することが重要であり、居宅サービス計画の作成後、居宅サービス計画の実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む。以下「モニタリング」という。）を行い、利用者の解決すべき課題の変化が認められる場合等必要に応じて居宅サービス計画の変更、指定居宅サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行うものとする。

なお、利用者の解決すべき課題の変化は、利用者に直接サービスを提供する指定居宅サービス事業者等により把握されることも多いことから、介護支援専門員は、当該指定居宅サービス事業者等のサービス担当者と緊密な連携を図り、利用者の解決すべき課題の変化が認められる場合には、円滑に連絡が行われる体制の整備に努めなければならない。

また、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報は、主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師が医療サービスの必要性等を検討するにあたり有効な情報である。このため、指定居宅介護支援の提供に当たり、例えば、

- ・ 薬が大量に余っている又は複数回分の薬を一度に服用している
- ・ 薬の服用を拒絶している
- ・ 使いきらないうちに新たに薬が処方されている
- ・ 口臭や口腔内出血がある
- ・ 体重の増減が推測される見た目の変化がある
- ・ 食事量や食事回数に変化がある
- ・ 下痢や便秘が続いている
- ・ 皮膚が乾燥していたり湿疹等がある
- ・ リハビリテーションの提供が必要と思われる状態にあるにも関わらず提供されていない状況

等の利用者の心身又は生活状況に係る情報を得た場合は、それらの情報のうち、主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師の助言が必要であると介護支援専門員が判断したものについて、主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供するものとする。

## 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について②(参考)

### ⑱ 介護保険施設への紹介その他の便宜の提供(第17号)

介護支援専門員は、利用者がその居宅において日常生活を営むことが困難となったと認める場合又は利用者が介護保険施設への入院又は入所を希望する場合には、介護保険施設はそれぞれ医療機能等が異なることに鑑み、主治医の意見を参考にし、主治医に意見を求める等をして介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行うものとする。

### ⑳ 主治の医師等の意見等 (第19号・第19号の2・第20号)

訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、居宅療養管理指導、短期入所療養介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護（訪問看護サービスを利用する場合に限る。）及び看護小規模多機能型居宅介護（訪問看護サービスを利用する場合に限る。）については、主治の医師等がその必要性を認めたものに限られるものであることから、介護支援専門員は、これらの医療サービスを居宅サービス計画に位置付ける場合にあっては主治の医師等の指示があることを確認しなければならない。

このため、利用者がこれらの医療サービスを希望している場合その他必要な場合には、介護支援専門員は、あらかじめ、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めるとともに、主治の医師等とのより円滑な連携に資するよう、当該意見を踏まえて作成した居宅サービス計画については、意見を求めた主治の医師等に交付しなければならない。（中略）

なお、医療サービス以外の指定居宅サービス等を居宅サービス計画に位置付ける場合にあって、当該指定居宅サービス等に係る主治の医師等の医学的観点からの留意事項が示されているときは、介護支援専門員は、当該留意点を尊重して居宅介護支援を行うものとする。

# 診療情報提供料について

・診療情報提供料(Ⅰ)250点（平成20年3月5日号外厚生労働省告示第59号 抜粋）

2 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、当該患者の居住地を管轄する市町村又は介護保険法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者、同法第58条第1項に規定する指定介護予防支援事業者、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第51条の17第1項第1号に規定する指定特定相談支援事業者、児童福祉法第24条の26第1項第1号に規定する指定障害児相談支援事業者等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

# 診療情報提供料について

## ・様式例

(別紙様式12の4)

都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所等向け 診療情報提供書

情報提供先事業所

平成 年 月 日

担当 \_\_\_\_\_ 殿

紹介元医療機関の所在地及び名称
電話番号
FAX番号
医師氏名 <span style="float: right;">(印)</span>

患者氏名	性別	男・女
	職業	
電話番号	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生 ( )歳
患者住所		
情報提供の目的		
	生活機能低下の原因になっているもの 発症日:昭和・平成 年 月 日	
傷病名	発症日:昭和・平成 年 月 日	
その他の傷病名		
傷病の経過及び治療状況		
診療形態	外来・訪問診療・入院	入院患者の場合 入院日: 年 月 日 退院日: 年 月 日
必要と考える介護・福祉サービス又はサービス利用に際しての留意点等		
障害高齢者の生活自立度 □自立 □J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2		
認知症高齢者の日常生活自立度 □自立 □I □II □IIa □IIb □III □IIIa □IIIb □IV □M		

診療情報提供書と主治医  
意見書で共通する項目



# 主治医意見書について

## 主治医意見書

記入日 令和 年 月 日

診療情報提供書と主治医意見書で共通する項目

申請者	(ふりがな)	男・女
	明・大・昭 年 月 日生(歳)	連絡先 ( )
主治医として、本意見書が介護サービス計画作成等に利用されることに <input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。		
医師氏名		
医療機関名	電話 ( )	
医療機関所在地	FAX ( )	

(1) 最終診察日	令和 年 月 日
(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合)→ <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ( )

### 1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入) 及び発症年月日

1.	発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日)
2.	発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日)
3.	発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日)

(2) 症状としての安定性 安定 不安定 不明  
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)

(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容  
(最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの 及び 特定疾病についてはその診断の根拠等について記入)

2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスピレーター <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛の看護 <input type="checkbox"/> 経管栄養
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置
失禁への対応	<input type="checkbox"/> カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について

・障害高齢者の日常生活自立度(複たきり度)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
・認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M

(2) 認知症の中核症状(認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)

- ・短期記憶 問題なし 問題あり
- ・日常の意思決定を行うための認知能力 自立 いくらか困難 見守りが必要 判断できない
- ・自分の意思の伝達能力 伝えられる いくらか困難 具体的要求に限られる 伝えられない

(3) 認知症の行動・心理症状(BPSD) (該当する項目全てチェック; 認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)

無 有

- 幻視・幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言 暴行 介護への抵抗 徘徊
- 火の不始末 不潔行為 異食行動 性的問題行動 その他 ( )

(4) その他の精神・神経症状

無 有 (症状名: ) 専門医受診の有無 有 ( ) 無

(5) 身体の状態

利き腕 ( 右 左 ) 身長 =  cm 体重 =  kg (過去6ヶ月の体重の変化 増加 維持 減少)

四肢欠損 (部位: )

麻痺 右上肢 (程度: 軽 中 重) 左上肢 (程度: 軽 中 重)

右下肢 (程度: 軽 中 重) 左下肢 (程度: 軽 中 重)

その他 (部位: 程度: 軽 中 重)

筋力の低下 (部位: 程度: 軽 中 重)

関節の拘縮 (部位: 程度: 軽 中 重)

関節の痛み (部位: 程度: 軽 中 重)

失調・不随意運動 + 上肢 右 左 + 下肢 右 左 + 体幹 右 左

褥瘡 (部位: 程度: 軽 中 重)

その他の皮膚疾患 (部位: 程度: 軽 中 重)

### 4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

屋外歩行 自立 介助があればしている していない

車いすの使用 用いていない 主に自分で操作している 主に他人が操作している

歩行補助具・装具の使用(複数選択可) 用いていない 屋外で使用 屋内で使用

(2) 栄養・食生活

食事行為 自立ないし何とか自分で食べられる 全面介助

現在の栄養状態 良好 不良

→ 栄養・食生活上の留意点 ( )

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

尿失禁 転倒・骨折 移動能力の低下 褥瘡 心肺機能の低下 閉じこもり 意欲低下 徘徊

低栄養 摂食・嚥下機能低下 脱水 易感染性 がん等による疼痛 その他 ( )

→ 対処方針 ( )

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

期待できる 期待できない 不明

(5) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)

訪問診療 訪問看護 訪問歯科診療 訪問薬剤管理指導

訪問リハビリテーション 短期入所療養介護 訪問歯科衛生指導 訪問栄養食事指導

通所リハビリテーション その他の医療系サービス ( )

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

・血圧 特になし あり ( )・移動 特になし あり ( )

・摂食 特になし あり ( )・運動 特になし あり ( )

・嚥下 特になし あり ( )・その他 ( )

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)

無 有 ( ) 不明

### 5. 特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的なご意見を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)



# 主治医意見書について

## ○主治医意見書記入の手引き（抜粋）

### （5）介護サービス計画作成時の利用

介護サービス計画の作成に際し、介護サービスを提供するにあたっての医学的観点からの意見や留意点等についての情報を、申請者等の同意を得てサービス提供者に提供することになります。

サービス提供時の医学的観点からの留意点や禁忌等は主治医意見書の記載内容のみから判断されるものではありませんが、介護サービス計画作成等に有用となる留意点をお分かりになる範囲で具体的に記入してください。

# 要介護認定制度の見直し(有効期間)

申請区分等		原則の認定有効期間	設定可能な認定有効期間の範囲
新規申請		6ヶ月	3ヶ月～6ヶ月→3ヶ月～12ヶ月(H24年度改正)
区分変更申請		6ヶ月	3ヶ月～6ヶ月→3ヶ月～12ヶ月(H23年度改正)
更新申請	前回要支援 → 今回要支援	6ヶ月→12ヶ月 (H16年度改正)	3ヶ月～12ヶ月→3ヶ月～24ヶ月(H27年度改正)※1 →3ヶ月～36ヶ月(H30年度改正) →3ヶ月～48ヶ月(R3年度改正予定)※2
	前回要介護 → 今回要介護	6ヶ月→12ヶ月 (H16年度改正)	3ヶ月～12ヶ月→3ヶ月～24ヶ月(H16年度改正) →3ヶ月～36ヶ月(H30年度改正) →3ヶ月～48ヶ月(R3年度改正予定)※2
	前回要支援 → 今回要介護 前回要介護 → 今回要支援	6ヶ月→12ヶ月 (H27年度改正)※1	3ヶ月～6ヶ月→3ヶ月～12ヶ月(H23年度改正) →3ヶ月～24ヶ月(H27年度改正)※1 →3ヶ月～36ヶ月(H30年度改正)

※1 市町村全域で介護予防・日常生活支援総合事業を開始した場合に適用。

※2 直前の要介護度と同じ要介護度と判定された場合に適用。

# いわゆる「社会的処方」について

## ○ 経済財政運営と改革の基本方針2020（令和2年7月17日閣議決定）（抜粋）

4. 「新たな日常」を支える包摂的な社会の実現（1）「新たな日常」に向けた社会保障の構築

②「新たな日常」に対応した予防・健康づくり、重症化予防の推進

「新たな日常」に対応するため、熱中症対策に取り組むとともに糖尿病、循環器病などの生活習慣病や慢性腎臓病の予防・重症化予防を多職種連携により一層推進する。新たな技術を活用した血液検査などの実用化を含め、負荷の低い健診に向けた健診内容の見直し・簡素化等を前倒しするとともに、オンラインでの健康相談の活用を推進する。

かかりつけ医等が患者の社会生活面の課題にも目を向け、地域社会における様々な支援へとつなげる取組についてモデル事業を実施する。（以下省略）

※下線部が、いわゆる「社会的処方」と呼ばれる取組

## ○ 高齢者の社会的リスクに関する基礎的調査研究事業（令和元年度老人保健事業推進費等補助金）（抜粋）

0-1. 事業内容

(1) 目的

（前略）こうしたなか、医師等が健康の社会的決定要因への対応に目を向け、患者の多様なニーズについて地域における多様な社会資源に結びつけ、より患者が主体的に自立して生きていけるよう支援する取組みへの関心が広がりを見せている。英国等では、これを「社会的処方（social prescribing）」と称して住民のよりよく生きる力とケアの持続可能性を高めうる仕組みとして推進するようになってきた。

英国で用いられている社会的処方（social prescribing）の定義

「社会的・情緒的・実用的なニーズをもつ人々が、時にボランティア・コミュニティセンターによって提供されるサービスを使いながら、自らの健康とウェルビーイングの改善につながる解決策を自ら見出すことを助けるため、家庭医や直接ケアに携わる保健医療専門職が、患者をリンクワーカー（link worker）に紹介できるようにする手段である。患者はリンクワーカーとの面談を通じて、可能性を知り、個々に合う解決策をデザインする。すなわち自らの社会的処方をもとに創り出していく。」

# いわゆる「社会的処方」の事例

かかりつけ医／かかりつけ診療所に期待される役割と求められる機能：国立市での取り組みから(抜粋)

## 事例1 認知症となり、薬の管理ができなくなる事例

- (概要) 70歳代、男性、脳梗塞、高血圧、一人暮らし  
(経過)

退職後は外出の機会が減り、たばこを吸っている(20本/日)が多かったが、脳梗塞の再発予防のための定期的な通院と内服はできていた。70歳代前半から認知機能が低下し、通院ができなくなり、薬の内服ができなくなった。自宅で昏睡状態となったところを近隣の友人に発見され、緊急入院となり、脳梗塞の再発と診断された。

### (本事例から見える課題)

- ・受診が途切れたときのフォロー体制
- ・地域での仲間づくり、見守りの目
- ・認知症の方の支援体制

### めざす姿の達成に必要な要素

○継続的な受診が必要な市民の、見守りを含めた支援体制

## 事例2 迅速な対応により救命できた事例

- (概要) 80歳代、男性、心不全、一人暮らし  
(経過)

妻を病院で亡くして以来、病院嫌いとなり、通院をしていない。「全身倦怠感があり、歩けない」と本人から地域包括支援センターに相談が入り、往診<sup>※</sup>を依頼した。往診した医師より、血圧168/98、顔色不良、心音の異常、全身にむくみ等があり、心不全と診断された。

2回目の往診時に本人が転倒しており、同行していた地域包括支援センターの職員と在宅医療相談窓口職員が発見した。心不全の状態がさらに悪化し、往診医より入院治療の必要があると判断され、緊急入院となった。治療の結果、退院となる。現在、自宅で在宅医療を受けながら暮らすことができている。

### (本事例で達成できていること)

- ・地域包括支援センターの依頼により、迅速な往診が行われた

### (本事例から見える課題)

- ・かかりつけ医を持ち、日常療養を行う

### めざす姿の達成に必要な要素

○かかりつけ医への受診と、適切な治療・療養の継続  
○再発を予防するための、医療・介護専門職、家族、地域包括支援センター、行政による本人の状況の適時把握及び支援

## 事例3 かかりつけ医と訪問診療医の連携により、早期に介護保険サービスを利用できた事例

- (概要) 80歳代、女性、高血圧、軽度認知症、一人暮らし  
(経過)

夫の他界後、広い自宅で好きな本を読んで過ごし、外出はほとんどなし。高血圧のための定期的な通院はできていた。別居の家族が毎日薬の管理を行っていた。夕食は配食サービスを利用。本人は、自身の栄養不足を心配し、地域包括支援センターに相談していた。徐々に体力が低下し、通院が困難となった。高血圧の管理をしていた医療機関から訪問診療医に依頼があり、在宅療養が開始された。また、介護保険を申請し、リハビリサービスの利用が開始された。本人の体力が回復し、近所に買い物に行けるまで回復した。

### (本事例で達成できていること)

- ・家族による服薬管理、サービスの利用等、見守り体制の確立

### (本事例から見える課題)

- ・早期の介護保険サービスの利用
- ・栄養管理
- ・体力低下の予防
- ・地域包括支援センターの対応

### めざす姿の達成に必要な要素

○医療・介護専門職、家族、地域包括支援センター、行政による本人の状況の適時把握、かかりつけ医との情報共有  
○診療所同士の連携

(出典)高齢者の社会的リスクに関する基礎的調査研究事業(令和元年度老人保健事業推進費等補助金)

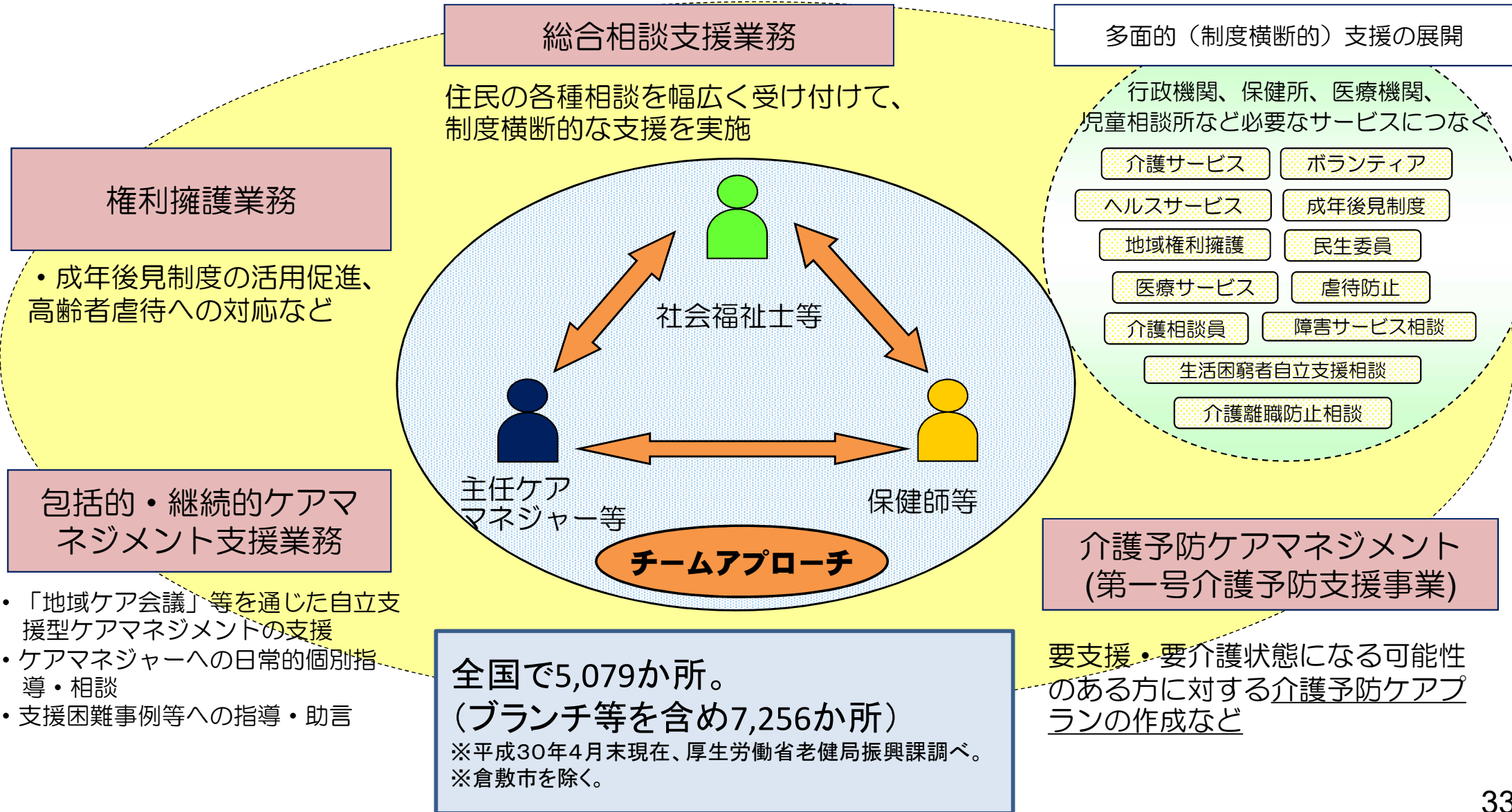
※往診：本人の要望により、必要に応じて医師が自宅に診察に出向くこと。なお、「訪問診療」も医師が自宅に診察に出向くことを指すが、定期的な訪問する点に違いがある





# 地域包括支援センター

地域包括支援センターは、市町村が設置主体となり、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等を配置して、住民の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、地域の住民を包括的に支援することを目的とする施設。（介護保険法第115条の46第1項）



# 藥劑師

# 「患者のための薬局ビジョン」 ～「門前」から「かかりつけ」、そして「地域」へ～

平成27年10月23日公表

## 健康サポート薬局

### 健康サポート機能

- ☆ 国民の**病気の予防**や**健康サポート**に貢献
  - ・ 要指導医薬品等を適切に選択できるような供給機能や助言の体制
  - ・ 健康相談受付、受診勧奨・関係機関紹介 等

### 高度薬学管理機能

- ☆ **高度な薬学的管理ニーズ**への対応
  - ・ 専門機関と連携し抗がん剤の副作用対応や抗HIV薬の選択などを支援 等

## かかりつけ薬剤師・薬局

### 服薬情報の一元的・継続的把握とそれに基づく薬学的管理・指導

- ☆ **副作用や効果**の継続的な確認
- ☆ **多剤・重複投薬や相互作用の防止**
  - ICT（電子版お薬手帳等）を活用し、
    - ・ 患者がかかる**全ての医療機関の処方情報を把握**
    - ・ 一般用医薬品等を含めた服薬情報を一元的・継続的に把握し、薬学的管理・指導

### 24時間対応・在宅対応

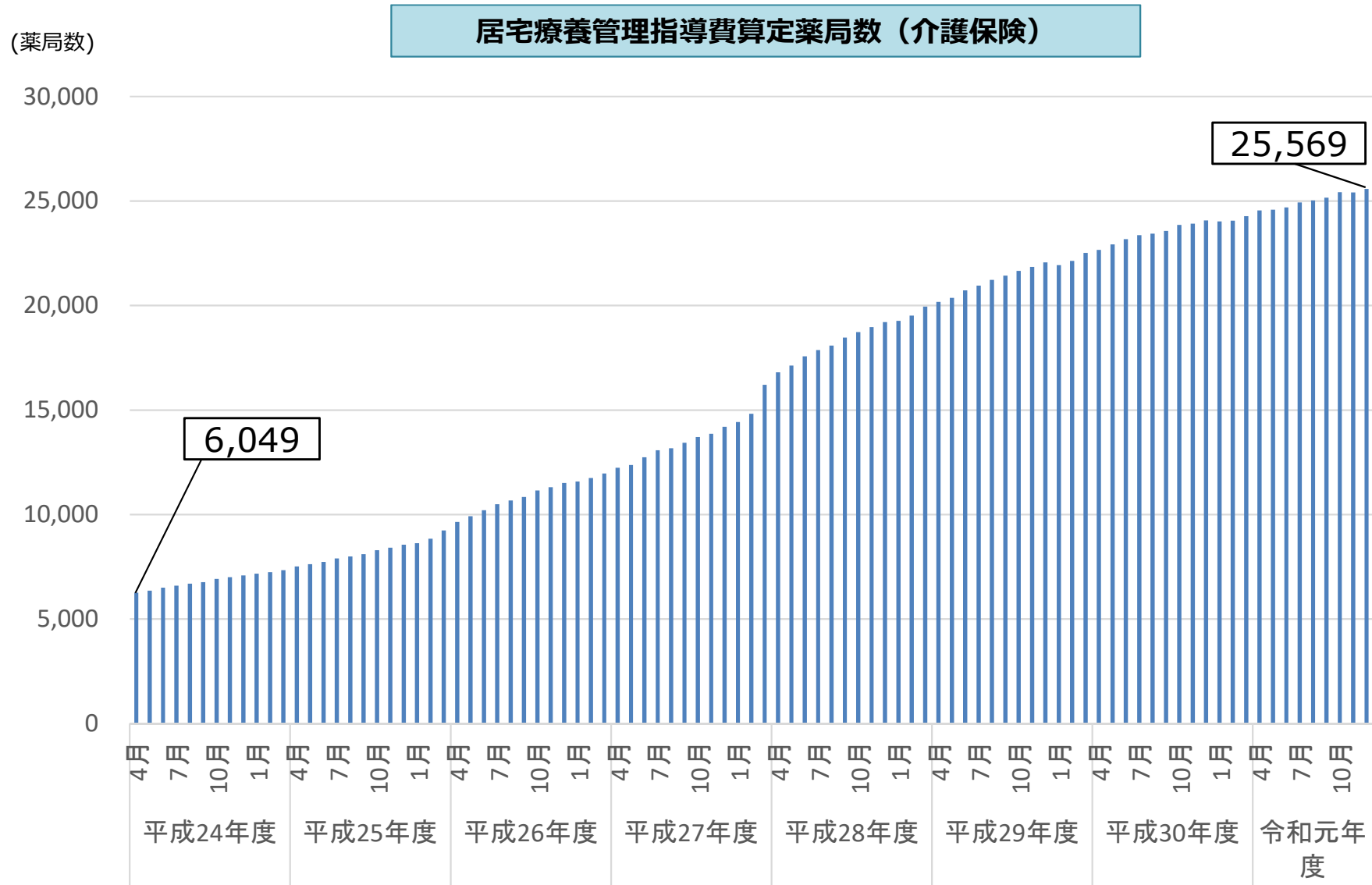
- ☆ **夜間・休日、在宅医療**への対応
  - ・ **24時間**の対応
  - ・ **在宅患者**への薬学的管理・服薬指導
- ※ 地域の薬局・地区薬剤師会との連携のほか、へき地等では、相談受付等に当たり地域包括支援センター等との連携も可能

### 医療機関等との連携

- ☆ 処方内容の照会・処方提案
- ☆ 副作用・服薬状況のフィードバック
- ☆ 医療情報連携ネットワークでの情報共有
- ☆ 医薬品等に関する相談や健康相談への対応
- ☆ 医療機関への受診勧奨



# 居宅療養管理指導を行う薬局数の推移



〔出典〕厚生労働省老健局老人保健課で特別集計

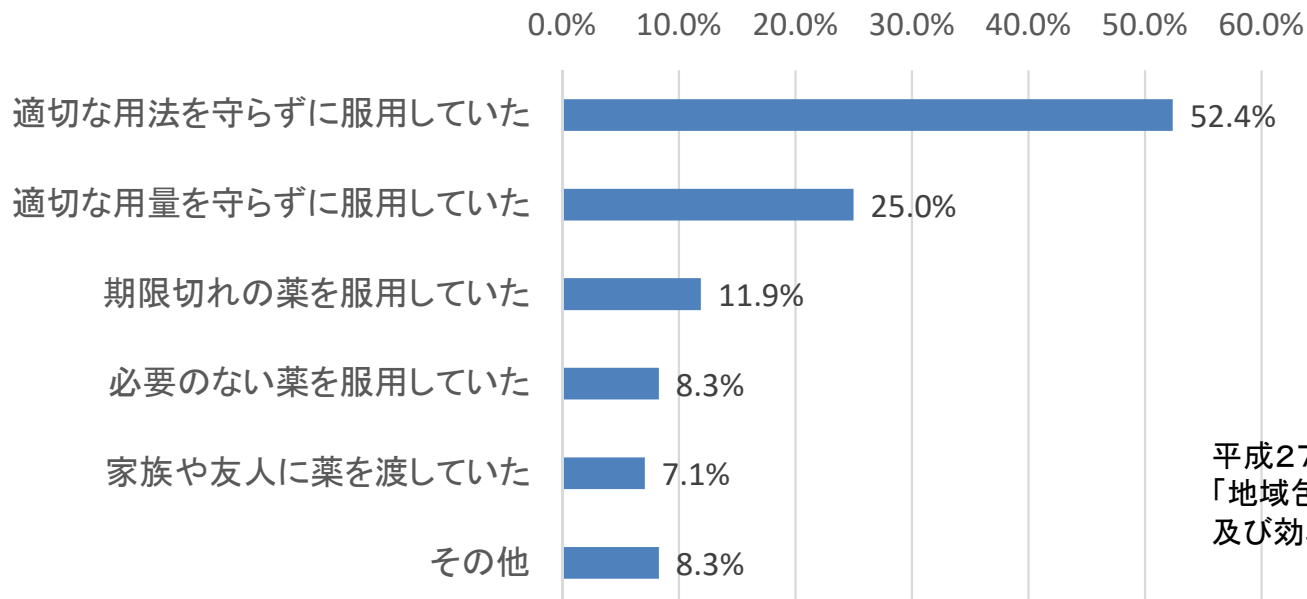
# 在宅業務の実施時における残薬の発見

- 在宅業務を開始してから残薬の問題を発見したことがある利用者数は226人であり、そのうち大量の残薬の問題を発見した患者数は98人（残薬を発見したことがある利用者数の43.4%）、また、認知症の可能性を疑った利用者は54人（同上23.9%）であった。
- 残薬を不適切に利用していた事例について、「適切な用法を守らずに服用していた」52.4%が最も多く、次いで「適切な用量を守らずに服用していた」25.0%であった。

## ＜在宅業務実施時に残薬の問題を発見した在宅患者数（平成27年10月に訪問した利用者）（n=168）＞

	人数	割合
在宅業務を開始してから残薬の問題を発見したことがある利用者数	226人	100.0%
（再掲）大量の残薬を発見した利用者数	98人	43.4%
（再掲）認知症の可能性を疑った利用者数	54人	23.9%

## ＜残薬の不適切な使用事例＞



平成27年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業  
「地域包括ケアシステムにおける薬局・薬剤師による薬学的管理の向上  
及び効率化のための調査研究事業」

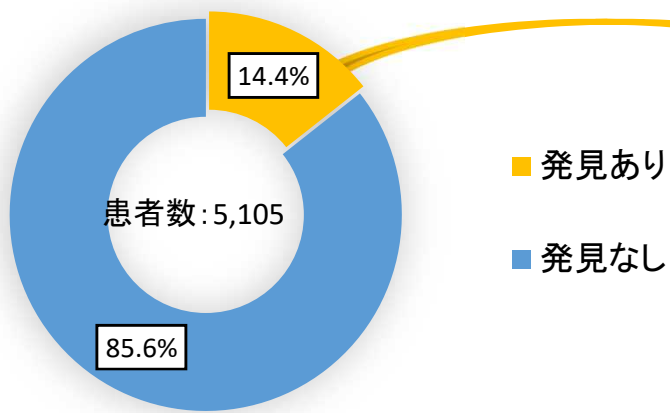
# 在宅医療への薬剤師の関与とその意義

中医協 総 - 2  
27.11.11

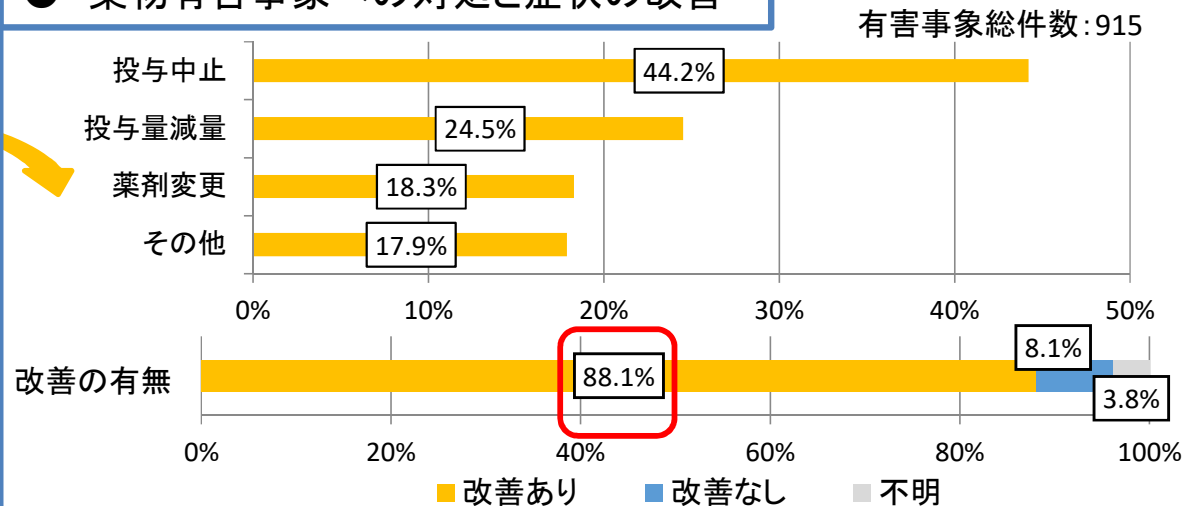
○在宅医療において薬剤師が関与することで、有害事象や服薬状況が改善。

※ 在宅医療を実施している薬局へのアンケート結果(回答数1,890薬局)

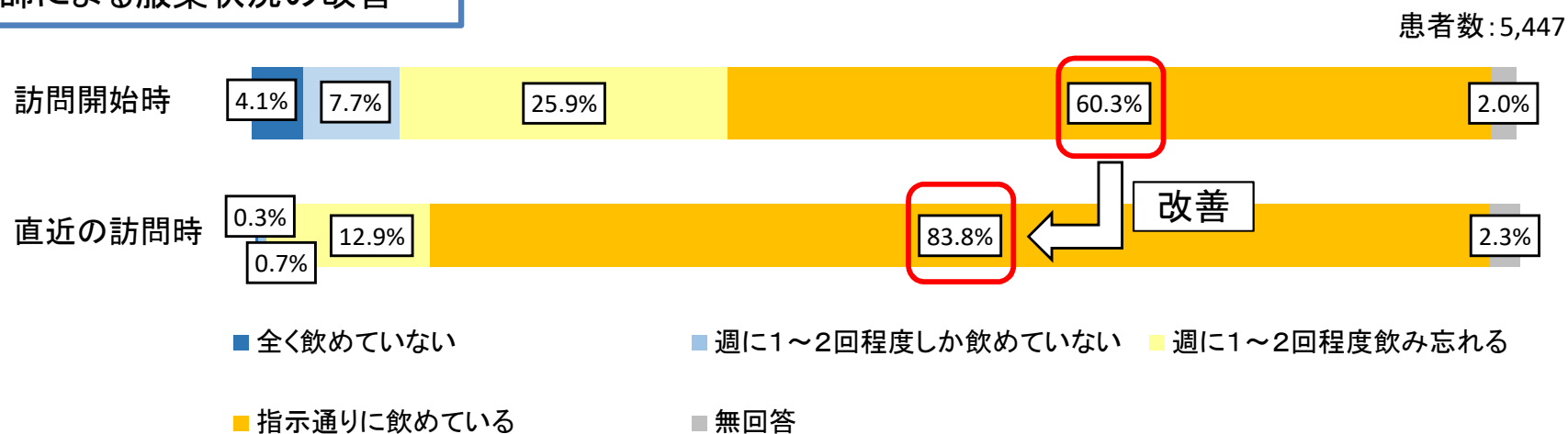
## ● 薬剤師による薬物有害事象の発見



## ● 薬物有害事象への対処と症状の改善



## ● 薬剤師による服薬状況の改善



# 「新経済・財政再生計画 改革工程表2019」(関係部分)

(令和元年12月19日経済財政諮問会議決定)

## 社会保障 3. 医療・福祉サービス改革

政策目標	K P I 第2階層	K P I 第1階層	取組
<p>【アンブレラ】 医療・福祉サービス改革</p> <p>【指標①】 医療費・介護費の適正化</p> <p>【指標②】 年齢調整後の一人あたり医療費の地域差半減</p> <p>【指標③】 年齢調整後の一人当たり介護費の地域差縮減</p> <p>【指標④】 医療・福祉サービスの生産性 (※1)の向上 ※1 サービス産出に要するマンパワー投入量</p> <p>【指標⑤】 医療・福祉サービスの質 (※2)の向上 ※2 医師による診療・治療内容を含めた医療職による対応への満足度</p>	<p>○大病院受診者のうち紹介状なしで受診したものの割合【2020年度までに400床以上の病院で40%以下】</p> <p>○重複投薬・相互作用等防止に係る調剤報酬の算定件数【2021年度までに2017年度と比べて20%増加】</p> <p>○地域包括ケアシステムにおいて過去1年間に平均月1回以上医師等と連携して在宅業務を実施している薬局数【2022年度までに60%】</p>	<p>○「患者のための薬局ビジョン」において示すかかりつけ薬剤師としての役割を發揮できる薬剤師を配置している薬局数【2022年度までに60%】</p> <p>○各都道府県の、一人の患者が同一期間に3つ以上の医療機関から同じ成分の処方を受けている件数【見える化】</p> <p>○調剤報酬における在宅患者訪問薬剤管理指導料、介護報酬における居宅療養管理指導費、介護予防居宅療養管理指導費の算定件数【2021年度までに2017年度と比べて40%増加】</p>	<p>56. かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の普及</p>

# 「新経済・財政再生計画 改革工程表2019」(関係部分)

(令和元年12月19日経済財政諮問会議決定)

(参考) 再生計画の改革工程表の全44項目の着実な推進

政策目標	K P I 第2階層	K P I 第1階層	取組
<p>再生計画の改革工程表の全44項目の着実な推進</p>	<p>○重複投薬・相互作用等防止に係る調剤報酬の算定件数【2021年度までに2017年度と比べて20%増加】</p> <p>○地域包括ケアシステムにおいて過去1年間に平均月1回以上医師等と連携して在宅業務を実施している薬局数【2022年度までに60%】</p>	<p>○「患者のための薬局ビジョン」において示すかかりつけ薬剤師としての役割を發揮できる薬剤師を配置している薬局数【2022年度までに60%】</p> <p>○各都道府県の、一人の患者が同一期間に3つ以上の医療機関から同じ成分の処方を受けている件数【見える化】</p> <p>○調剤報酬における在宅患者訪問薬剤管理指導料、介護報酬における居宅療養管理指導費、介護予防居宅療養管理指導費の算定件数【2021年度までに2017年度と比べて40%増加】</p>	<p>③⑥ かかりつけ薬局推進のための薬局全体の改革の検討、薬剤師による効果的な投薬・残薬管理や地域包括ケアへの参画を目指す</p>

# 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律等 の一部を改正する法律（令和元年法律第63号）の概要

## 改正の趣旨

国民のニーズに応える優れた医薬品、医療機器等をより安全・迅速・効率的に提供するとともに、住み慣れた地域で患者が安心して医薬品を使うことができる環境を整備するため、制度の見直しを行う。

## 改正の概要

### 1. 医薬品、医療機器等をより安全・迅速・効率的に提供するための開発から市販後までの制度改善

- (1) 「先駆け審査指定制度※」の法制化、小児の用法用量設定といった特定用途医薬品等への優先審査等  
※先駆け審査指定制度 … 世界に先駆けて開発され早期の治験段階で著明な有効性が見込まれる医薬品等を指定し、優先審査等の対象とする仕組み
- (2) 「条件付き早期承認制度※」の法制化  
※条件付き早期承認制度 … 患者数が少ない等により治験に長期間を要する医薬品等を、一定の有効性・安全性を前提に、条件付きで早期に承認する仕組み
- (3) 最終的な製品の有効性、安全性に影響を及ぼさない医薬品等の製造方法等の変更について、事前に厚生労働大臣が確認した計画に沿って変更する場合に、承認制から届出制に見直し
- (4) 継続的な改善・改良が行われる医療機器の特性やA I等による技術革新等に適切に対応する医療機器の承認制度の導入
- (5) 適正使用の最新情報を医療現場に速やかに提供するため、添付文書の電子的な方法による提供の原則化
- (6) トレーサビリティ向上のため、医薬品等の包装等へのバーコード等の表示の義務付け 等

### 2. 住み慣れた地域で患者が安心して医薬品を使うことができるようにするための薬剤師・薬局のあり方の見直し

- (1) 薬剤師が、調剤時に限らず、必要に応じて患者の薬剤の使用状況の把握や服薬指導を行う義務  
薬局薬剤師が、患者の薬剤の使用に関する情報を他医療提供施設の医師等に提供する努力義務 } を法制化
- (2) 患者自身が自分に適した薬局を選択できるよう、機能別の薬局※の知事認定制度（名称独占）を導入  
※①入退院時や在宅医療に他医療提供施設と連携して対応できる薬局（地域連携薬局）  
②がん等の専門的な薬学管理に他医療提供施設と連携して対応できる薬局（専門医療機関連携薬局）
- (3) 服薬指導について、対面義務の例外として、一定のルールの下で、テレビ電話等による服薬指導を規定 等

### 3. 信頼確保のための法令遵守体制等の整備

- (1) 許可等業者に対する法令遵守体制の整備（業務監督体制の整備、経営陣と現場責任者の責任の明確化等）の義務付け
- (2) 虚偽・誇大広告による医薬品等の販売に対する課徴金制度の創設
- (3) 国内未承認の医薬品等の輸入に係る確認制度（薬監証明制度）の法制化、麻薬取締官等による捜査対象化
- (4) 医薬品として用いる覚せい剤原料について、医薬品として用いる麻薬と同様、自己の治療目的の携行輸入等の許可制度を導入 等

### 4. その他

- (1) 医薬品等の安全性の確保や危害の発生防止等に関する施策の実施状況を評価・監視する医薬品等行政評価・監視委員会の設置
- (2) 科学技術の発展等を踏まえた採血の制限の緩和 等

## 施行期日

令和2年9月1日（ただし、1.(3)のうち医薬品及び再生医療等製品について、1.(5)、2.(2)及び3.(1)(2)については令和3年8月1日、1.(6)については令和4年12月1日、3.(4)については令和2年4月1日）



## 情報通信機器を用いた服薬指導の評価 ②

### 在宅患者へのオンライン服薬指導料

#### (新) 在宅患者訪問薬剤管理指導料 在宅患者オンライン服薬指導料 57点(月1回まで)

##### [対象患者]

- (1) 在宅時医学総合管理料に規定する訪問診療の実施により処方箋が交付された患者、かつ、
- (2) 在宅患者訪問薬剤管理指導料が月1回算定されている患者

##### [主な算定要件]

- ・ 保険薬剤師1人につき、在宅患者訪問薬剤管理指導料1から3までと合わせて週40回に限り、週10回を限度として算定できる。
  - ・ 薬機法施行規則及び関連通知に沿って実施すること
  - ・ 服薬指導計画を作成し、当該計画に基づき実施すること
  - ・ オンライン服薬指導を行う保険薬剤師は、原則として同一の者であること
  - ・ 訪問診療を行った医師に対して、在宅患者オンライン服薬指導の結果について必要な情報提供を文書で行うこと
- ※ このほか薬機法により、当該薬局において調剤したものと同一内容の薬剤であることなどが要件として求められる

##### [施設基準]

- (1) 薬剤服用歴管理指導料の4に係る届出を行った保険薬局であること

#### オンライン服薬指導を活用した在宅患者への薬学管理(イメージ)

第1週	第2週	第3週	第4週
訪問		訪問	



月2回の訪問(※)のうち、1回をオンライン服薬指導で対応した場合は「在宅患者オンライン服薬指導料」の算定が可能  
 ※在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定

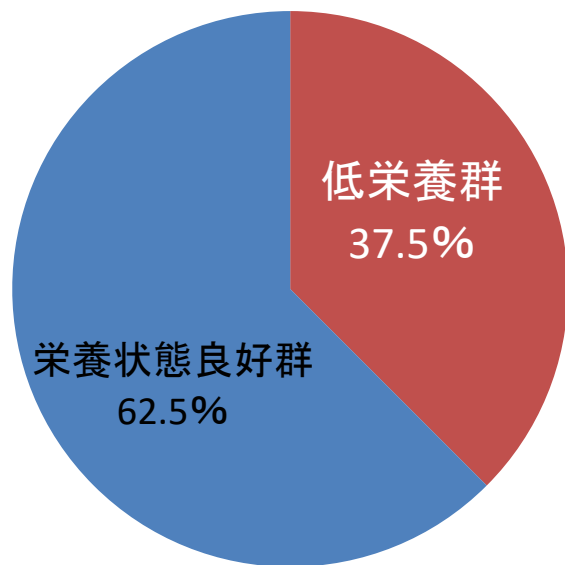
第1週	第2週	第3週	第4週
訪問		オンライン	

# 管理栄養士

# 在宅サービス利用高齢者の低栄養状態と2年後の予後

- 在宅サービス利用高齢者のうち、低栄養（BMI 20未満）の者は、約4割。
- 在宅サービス利用高齢者では、低栄養（BMI 20未満）の者は、そうでない者と比べて、2年後の死亡リスクが高いことが報告されている。

図 在宅サービス利用高齢者の栄養状態



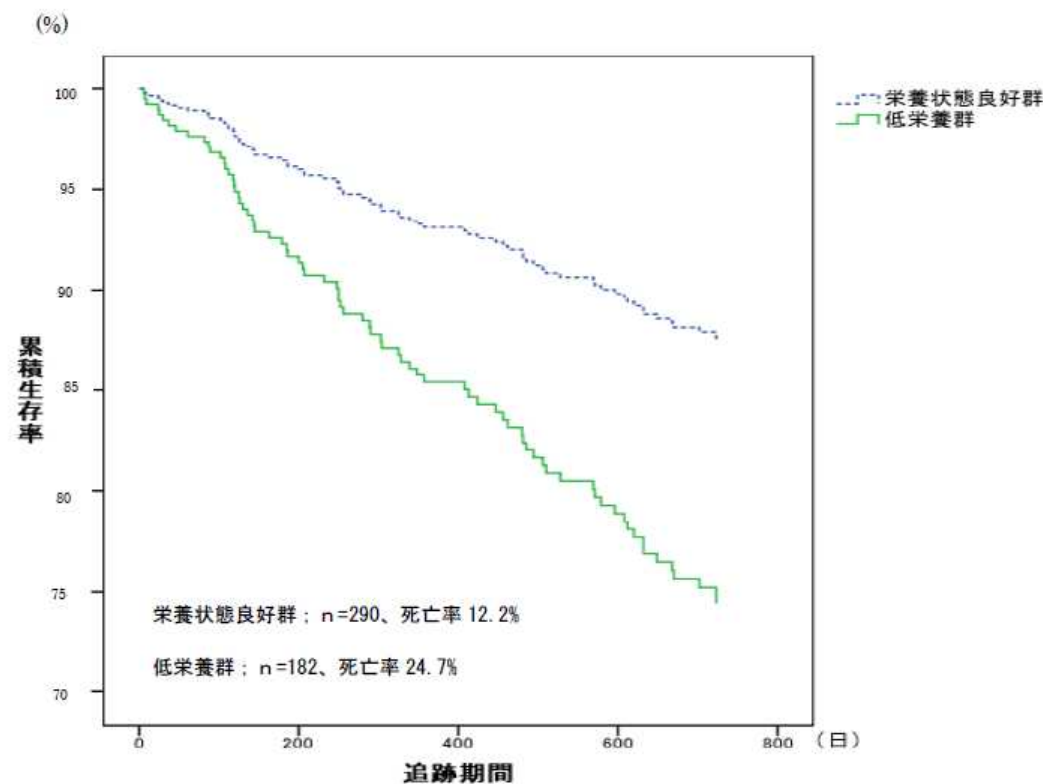
対象者：神奈川県横須賀・三浦地域の在宅サービス\*利用高齢者504名

\*訪問診療、訪問看護、デイケア、デイサービス、ショートステイ、居宅療養管理指導、配食サービス

本論文では、BMI 20未満を低栄養群、BMI 20以上を栄養状態良好群と定義

出典：在宅サービス利用高齢者における低栄養状態の実態および要因分析；古明地ら, Nutrition care and management 16(2), 20-27, 2016

図 BMIによる低栄養の有無からみた累積生存率



$p=0.001$

性、年齢、要介護度、併存疾患指数で調整

本論文では、BMI 20未満を低栄養群、BMI 20以上を栄養状態良好群と定義

出典：在宅サービス利用高齢者における低栄養状態と2年後の予後古明地ら, Nutrition care and management 16(2), 28-35, 2016

# 居宅療養管理指導における医師と管理栄養士の連携

- 医師による居宅療養管理指導において、管理栄養士の同行希望は、5割強。
- 同行訪問時に、管理栄養士が利用者に対して助言・実施してほしいこととしては、「食事形態の提言（69.8%）」、「必要な栄養素量の算出（51.1%）」、「献立の提案（46.8%）」の順が多い。

図 医師による管理栄養士の同行希望 (n=257)

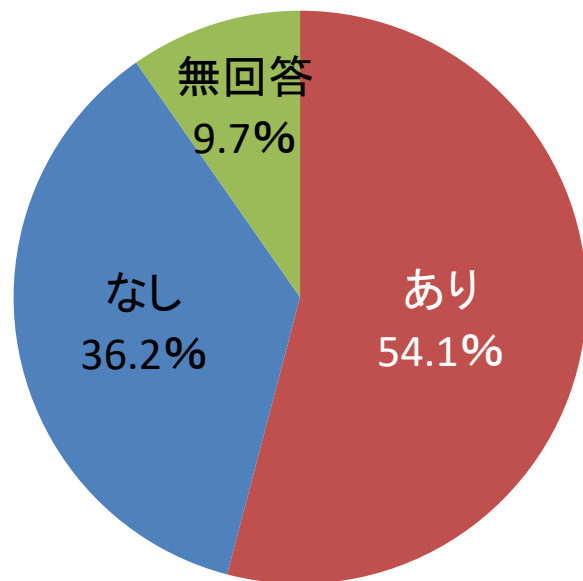
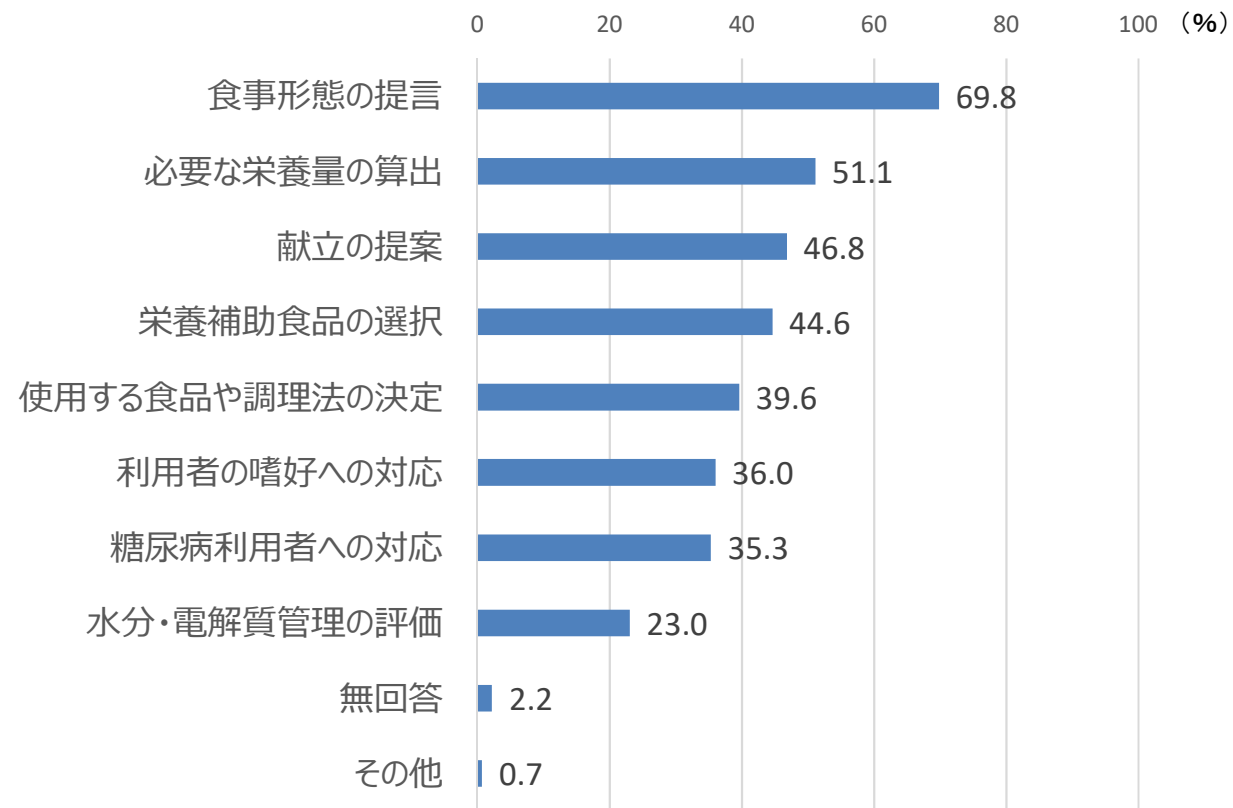


図 同行訪問時に、管理栄養士が利用者に対して助言・実施してほしいこと(n=139)



(複数回答)

# 病院、一般診療所における管理栄養士・栄養士の常勤換算従事者数の状況

- 医師による居宅療養管理指導が行われている事業所としては、診療所が9割以上。
- 一方、一般診療所の常勤換算管理栄養士数は、一般診療所の施設数と比較して、少ない状況である。

図 医師による居宅療養管理指導の事業形態(n=211)

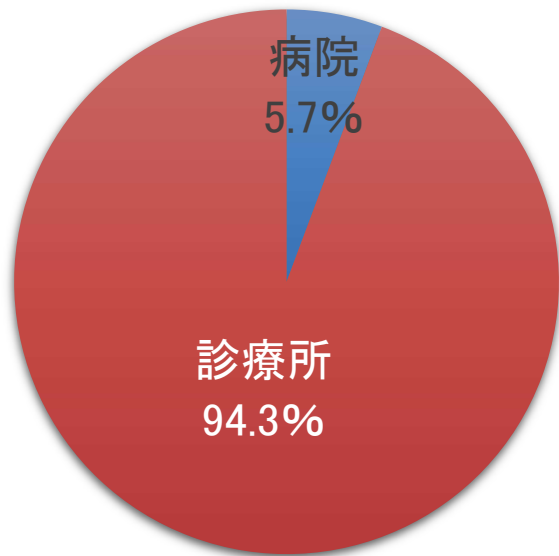
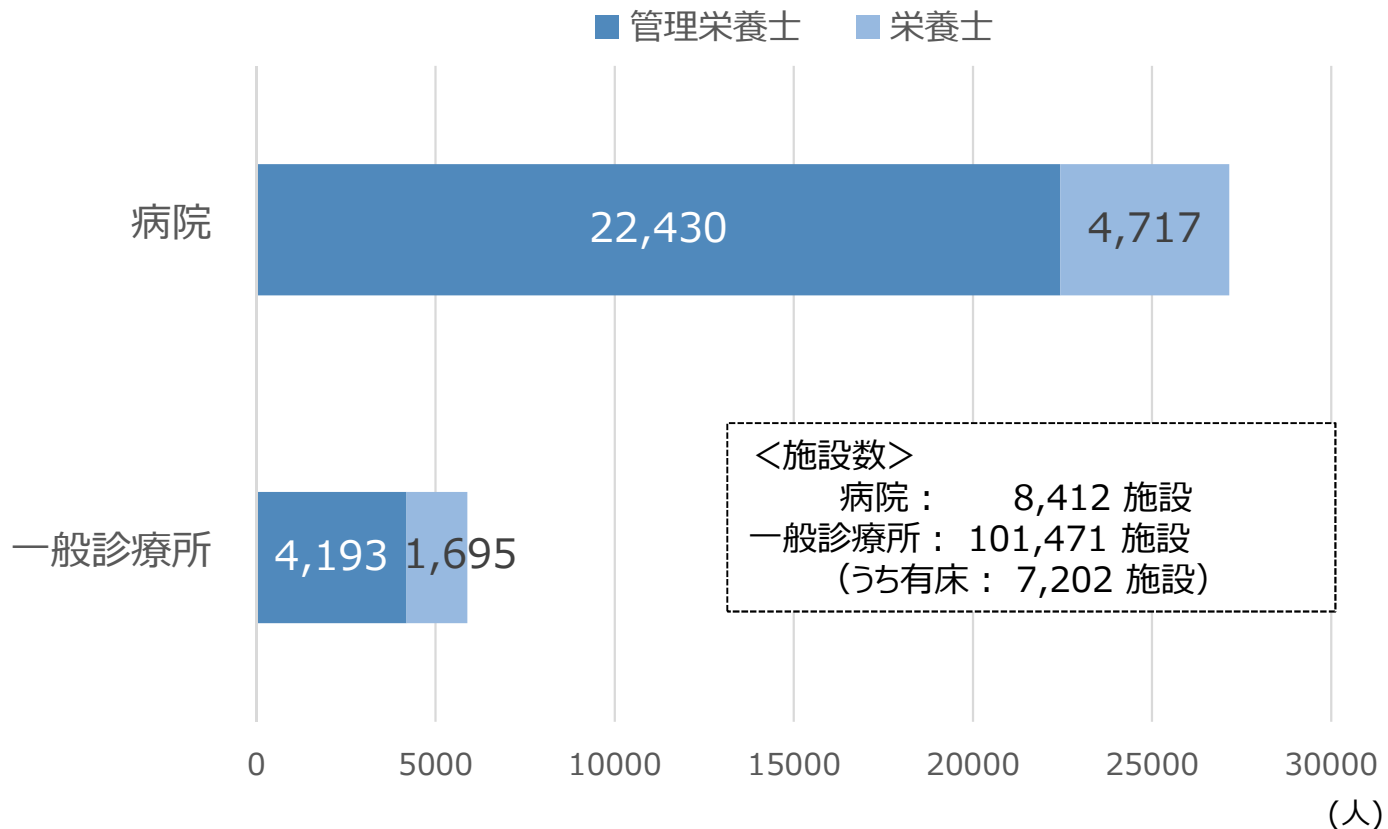


図 病院、一般診療所における管理栄養士・栄養士の常勤換算従事者数



出典：令和元年度老人保健健康増進等事業「居宅療養管理指導サービス利用者の実態把握のための調査研究事業」(野村総合研究所)

(出典)平成29年度医療施設調査 (10月1日時点)

# 栄養食事指導の見直し

## 外来栄養食事指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料の見直し

- 外来・在宅患者に対する栄養食事指導を推進する観点から、診療所における外来栄養食事指導料及び在宅患者訪問栄養食事指導料について、他の医療機関及び栄養ケア・ステーションの管理栄養士が栄養指導を行った場合を評価する。

### 現行

#### 【外来栄養食事指導料】

イ 初回	260点
ロ 2回目以降	200点

#### 【在宅患者訪問栄養食事指導料】

1 単一建物診療患者が1人の場合	530点
2 単一建物診療患者が2人～9人の場合	480点
3 1及び2以外の場合	440点

### 改定後

#### 【外来栄養食事指導料】

イ 外来栄養食事指導料1	(1) 初回	260点
	(2) 2回目以降	200点
ロ <u>外来栄養食事指導料2</u>	(1) <u>初回</u>	<u>250点</u>
	(2) <u>2回目以降</u>	<u>190点</u>

#### 【在宅患者訪問栄養食事指導料】

1 在宅患者訪問栄養食事指導料1	
イ 単一建物診療患者が1人の場合	530点
ロ 単一建物診療患者が2人～9人の場合	480点
ハイ及びロ以外の場合	440点
2 <u>在宅患者訪問栄養食事指導料2</u>	
イ <u>単一建物診療患者が1人の場合</u>	<u>510点</u>
ロ <u>単一建物診療患者が2人～9人の場合</u>	<u>460点</u>
ハイ及びロ以外の場合	<u>420点</u>

#### 【外来栄養食事指導料2、在宅患者訪問栄養食事指導料2の算定要件】

診療所において、特別食を医師が必要と認めたものに対し、当該保険医療機関以外（日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の医療機関に限る）の管理栄養士が、当該保健医療機関の医師の指示に基づき対面で必要な栄養指導を行った場合に算定する。



診療所



在宅等



栄養ケア・ステーション  
他の医療機関



# 齒科衛生士等

# 歯科衛生士等による居宅療養管理指導の様式例について

- 歯科衛生士等による居宅療養管理指導は、口腔内や義歯の清掃などの口腔衛生や摂食・嚥下機能などの口腔機能に関する実地指導を行い、指導内容等を定期的に記録することになっているが、その様式は、原則として口腔機能向上加算の様式例を準用することになっており、口腔機能に関する欄が多く、口腔衛生に関する欄が少なくなっている。

- 摂食・嚥下機能など口腔機能に関する項目
- 口腔内や義歯の清掃など口腔衛生に関する項目

口腔機能向上サービスに関する  
課題把握・アセスメント・モニタリング・評価票（様式例） 別紙 1

ふりがな	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	□明 □大口 □昭	年	月	日	生まれ	歳
氏名	要介護度・病名等						
	かかりつけ歯科医	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	入れ歯の使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			

1. 関連職種等により把握された課題等（該当する項目をチェック）  
（記入日：平成 年 月 日、記入者： ）

□かみにくさ □むせ □口のかわき □口臭 □歯みがき □飲み込み □会話 □食べこぼし  
□義歯（痛み・動揺・清掃状態・管理状態） □その他（ ）

2. 事前・事後アセスメント・モニタリング（アセスメント、モニタリングでそれぞれ記入）

事前 平成 年 月 日	モニタリング 平成 年 月 日	事後 平成 年 月 日
記入者 ※1 □言語聴覚士 □歯科衛生士 □看護師	記入者 ※2 □言語聴覚士 □歯科衛生士 □看護師 □関連職種	記入者 ※1 □言語聴覚士 □歯科衛生士 □看護師

観察・評価等	評価項目	事前	モニタリング	事後評価
①課題の確認・把握	固いものかみにくさ	1ない 2ある		
	お茶や汁物等によるむせ	1ない 2ある		
	口のかわき	1ない 2ある		
②咬筋の触診（咬合力）		1強い 2弱い 3無し		
③歯や義歯のよごれ		1ない 2ある 3多い		
④舌のよごれ		1ない 2ある 3多い		
⑤ブクブクうがい（空ブクブクでも可）		1できる 2やや不十分 3不十分		
（以下の⑥と⑦の評価は専門職の判断により必要に応じて実施）				
⑥RSST（※ 30秒間の握頭挙上の回数）		( )回/30秒	( )回/30秒	( )回/30秒
⑦オーラルディアドコキネシス	バ	( )回/10秒	バ	( )回/10秒
	タ	( )回/10秒	タ	( )回/10秒
	カ	( )回/10秒	カ	( )回/10秒
⑧特記事項等※3				
⑨問題点	<input type="checkbox"/> かむ <input type="checkbox"/> 飲み込み <input type="checkbox"/> 口のかわき <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 歯みがき <input type="checkbox"/> 食べこぼし			
	<input type="checkbox"/> むせ <input type="checkbox"/> 会話 <input type="checkbox"/> その他（ ）			

- ※1 事前・事後アセスメントについては、把握された課題やモニタリング結果を確認した上で行う。
- ※2 モニタリングについては、利用開始日の翌月の結果をモニタリングの欄に記載する。
- ※3 対象者・利用者の状況により観察・評価に係る項目が実施できない場合は、特記事項等の欄に理由を記入する。

3. 総合評価※4

①日常生活における口腔機能向上サービスの利用前後を比較した場合の特記すべき事項

②サービスを継続しないことによる口腔機能の低下のおそれ あり なし

【総合評価結果】

①サービス継続の必要性 あり(継続) なし(終了) ②計画変更の必要性 あり なし

備考：

※4 総合評価については、関連職種は、サービス担当者と連携して行うこと。

口腔機能向上サービスの管理指導計画・実施記録 別紙 2

ふりがな	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	□明 <input type="checkbox"/> 大	年	月	日	生まれ
氏名	<input type="checkbox"/> 昭					

1. 口腔機能改善管理指導計画  
※：内容を通所介護計画、通所リハ計画、介護予防通所介護計画、介護予防通所リハ計画に記載する場合は不要

初回作成日	年月日	作成者氏名	職種
作成(変更)日	年月日	作成者氏名	職種
ご本人またはご家族の希望			
解決すべき課題・目標			

【実施計画】（実施する項目をチェックし、必要に応じて「その他」に記入する。）

関連職種又は専門職の実施項目	指導等	<input type="checkbox"/> 口腔機能向上に関する情報提供	<input type="checkbox"/> 口腔体操・嚥下体操	<input type="checkbox"/> 歯みがき支援	<input type="checkbox"/> 食事姿勢や食環境の指導
専門職の実施項目	機能訓練	<input type="checkbox"/> 歯みがき実地指導	<input type="checkbox"/> かむ	<input type="checkbox"/> 飲み込み	<input type="checkbox"/> 発音・発声
家庭での実施項目	本人	<input type="checkbox"/> 口腔体操・嚥下体操	<input type="checkbox"/> 歯みがきの実施	<input type="checkbox"/> その他（ ）	
	介護者	<input type="checkbox"/> 歯みがき支援（確認・声かけ・介助）	<input type="checkbox"/> 口腔体操等支援	<input type="checkbox"/> その他（ ）	
サービスの説明と同意	開始時	平成 年 月 日	同意者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他（ ）	担当者名
	継続時	平成 年 月 日	同意者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他（ ）	担当者名

2. 口腔機能向上サービスの実施記録（実施項目をチェックし、必要に応じて記入する。）

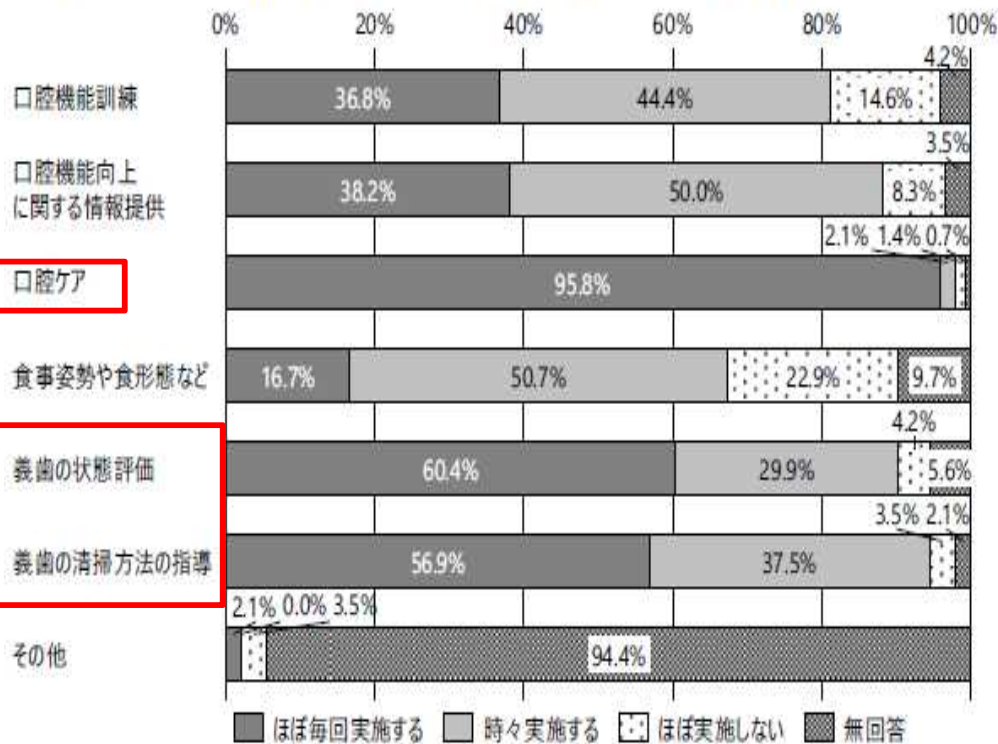
実施年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
担当者名	担当者名	担当者名	担当者名	担当者名	担当者名	担当者名
<input type="checkbox"/> 口腔機能向上に関する情報提供						
<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能に関する訓練(指導)						
<input type="checkbox"/> 口腔衛生に関する指導(歯・義歯・舌・支援・実施含む)						
<input type="checkbox"/> 発音・発声・呼吸に関する訓練(指導)						
<input type="checkbox"/> 食事姿勢や食環境についての指導						
<input type="checkbox"/> その他						

特記事項（注意すべき点、利用者の変化等）

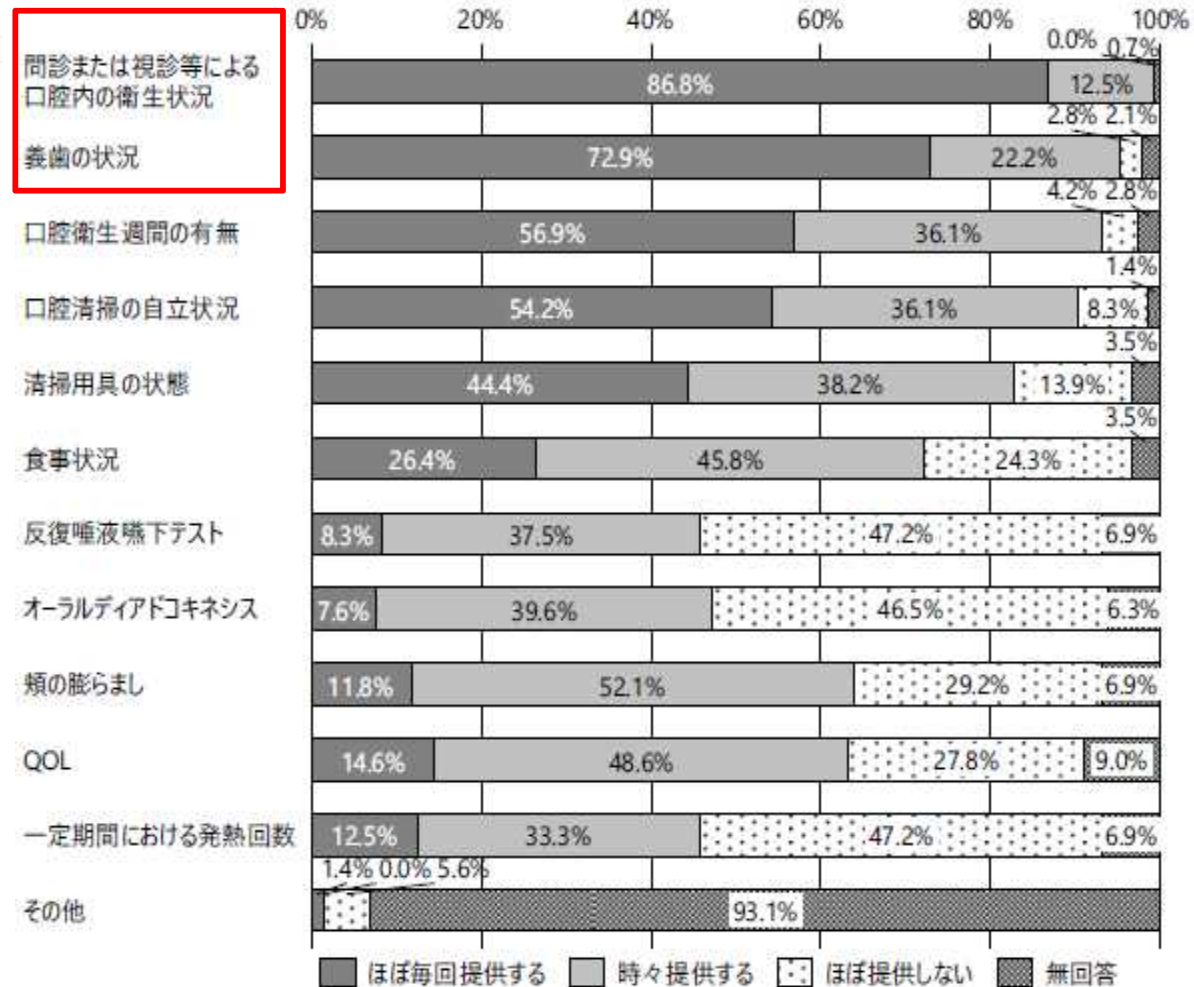
# 歯科衛生士等による居宅療養管理指導の具体的な実施内容

- 利用者等への助言・指導内容として「ほぼ毎回実施する」とされた内容をみると、「口腔ケア」が9割強、「義歯の状態評価や清掃方法」が約6割、「口腔機能訓練」が約4割であった。
- 歯科医師へのモニタリング報告の内容として「ほぼ毎回提供する」という内容をみると、「口腔内の衛生状況」が約9割、次いで「義歯の状態」が約7割であった。

図表 189 | 利用者及び家族に対する具体的な助言・指導内容(n=144)



図表 190 | 歯科医師へのモニタリング内容(n=144)



出典：令和元年度老人保健健康増進等事業「居宅療養管理指導サービス利用者の実態把握のための調査研究事業」(野村総合研究所)

# 居宅療養管理指導

## <現状と課題>

- 居宅療養管理指導は、要介護状態となった場合においても、利用者が可能な限りその居宅において、有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、各職種が、通院が困難な利用者の居宅を訪問し、その心身の状況、置かれている環境等を把握し、それらを踏まえて療養上の管理及び指導を行うことにより、その者の療養生活の質の向上を図るものである。
- 平成30年度介護報酬改定では、看護師による居宅療養管理指導を廃止するとともに、訪問人数に応じた評価の見直しや、離島や中山間地域に居住する者へのサービス提供に関する加算の創設を行ったところ。
- 算定事業所数は全体として増加しているが、算定状況は職種毎に異なっており、算定回数及び費用額をみると、
  - ・ 医師、歯科医師、薬剤師（薬局）、管理栄養士、歯科衛生士は年々増加傾向、
  - ・ 薬剤師（医療機関）は横ばい、
  - ・ 管理栄養士及び薬剤師（医療機関）は、他の職種と比較して低くなっている。
- 医師・歯科医師については、居宅療養管理指導において、
  - ・ ケアマネジャーに対する、ケアプランの策定等に必要な情報提供、
  - ・ 利用者やその家族等に対する、介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等の指導や助言を行うこととされている。また、ケアマネジャーに対し情報提供すべき事項に、「利用者の日常生活上の留意事項」が含まれているが、この内容は、医科診療報酬の診療情報提供書の様式を利用することが可能であるとされているものの、主治医意見書と比較すると、その項目等は限定的である。



# 居宅療養管理指導

## <現状と課題（続き）>

- なお、主治医意見書については、要介護認定審査のほか、介護サービス計画作成時に用いられることとされているが、今般の介護保険制度改正により、令和3年4月より、要介護認定の有効期間については、最大48カ月に見直される予定である。
- 薬剤師については、在宅業務の推進が行われており、令和2年度診療報酬改定では、緊急訪問の評価の充実や、ICTの活用に係る評価が行われた。
- 管理栄養士については、栄養改善が必要な在宅高齢者は約4割とのデータもあり、一定割合必要な者がいると考えられるが、算定回数は極めて低い。また、令和2年度診療報酬改定では、診療所の在宅患者訪問栄養食事指導料について、他の医療機関や栄養ケア・ステーションの管理栄養士が栄養指導を行った場合の評価が行われた。
- 歯科衛生士等については、口腔機能向上加算の様式を準用することになっているが、摂食嚥下関連の指導記載が多く、口腔衛生に関する指導の内容記載が少なくなっている一方で、歯科衛生士が行う内容としては、口腔ケア等の口腔衛生に関する指導の割合が高くなっている。

# 居宅療養管理指導

## <論点>

- 居宅療養管理指導について、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、適切なサービスを提供していくためにどのような方策が考えられるか。
- 医師によるケアマネジャーに対する情報提供は、ケアプラン策定において重要な役割を果たしているが、要介護認定の有効期間の見直し等により、主治医意見書の情報をケアプラン策定において活用する機会が減少していることが考えられる。  
このような中で、医師の居宅療養管理指導について、日常生活における地域の社会資源の活用等も含めた包括的なサービス提供や、自立支援・重度化防止に資する介護を推進する観点から、情報提供の様式例を含めどのような方策が考えられるか。
- 歯科衛生士等の居宅療養管理指導は、口腔衛生と口腔機能の实地指導を目的とするものであるが、今後更に質の高いこれらの取組が実施されるよう、様式例を含め、どのような方策が考えられるか。
- さらに、令和2年診療報酬改定では、「在宅患者訪問薬剤管理指導料 在宅患者オンライン服薬指導料」の新設、「在宅患者訪問栄養食事指導料」の見直し等が行われたことを踏まえ、医療保険と介護保険との整合性の観点から、どのように考えるか。