

在宅(その5)

1. 訪問看護の提供体制

1-1 有事に備えた提供体制の整備

① 24時間対応体制加算について

② BCPについて

1-2 在宅での看取りを支える提供体制の整備

1-3 機能強化型訪問看護ステーションにおける役割の強化

2. 利用者の状態に応じた訪問看護の充実

3. 論点

医療資源の少ない地域における訪問看護の充実

複数のステーションによる24時間対応体制

- 住み慣れた地域で療養しながら生活を継続することができるよう、複数の訪問看護ステーションが連携して体制を確保した場合の対象地域を、医療資源の少ない地域にも拡大する。

現行

【24時間対応体制加算(訪問看護管理療養費)】

[算定要件]

特別地域に所在する訪問看護ステーションにおいては、2つの訪問看護ステーションが連携することによって24時間対応体制加算に係る体制にあるものとして、地方厚生(支)局長に届け出た訪問看護ステーションの看護職員(准看護師を除く。)が指定訪問看護を受けようとする者に対して、24時間対応体制加算に係る体制にある旨を説明し、その同意を得た場合に、月1回に限り所定額に加算することも可能とする。

改定後

【24時間対応体制加算(訪問看護管理療養費)】

[算定要件]

特別地域 **又は医療を提供しているが、医療資源の少ない地域**に所在する訪問看護ステーションにおいては、2つの訪問看護ステーションが連携することによって24時間対応体制加算に係る体制にあるものとして、地方厚生(支)局長に届け出た訪問看護ステーションの看護職員(准看護師を除く。)が指定訪問看護を受けようとする者に対して、24時間対応体制加算に係る体制にある旨を説明し、その同意を得た場合に、月1回に限り所定額に加算することも可能とする。



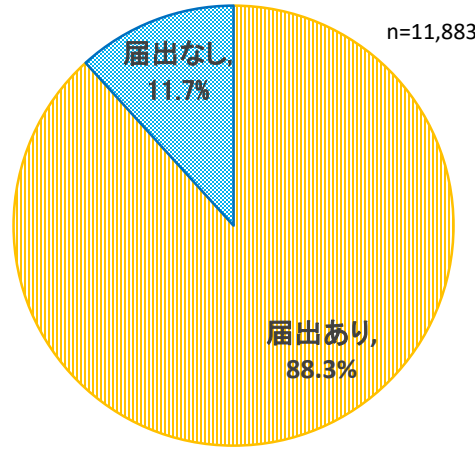
(参考) 特別地域/医療資源の少ない地域に含まれる地域

特別地域	医療資源の少ない地域
	40の二次医療圏
離島振興法第2条第1項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域	離島振興法第2条第1項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域
奄美群島振興開発特別措置法第1条に規定する奄美群島の地域	奄美群島振興開発特別措置法第1条に規定する奄美群島の地域
山村振興法第7条第1項の規定により振興山村と指定された山村の地域	
小笠原諸島振興開発特別措置法第4条第1項に規定する小笠原諸島の地域	小笠原諸島振興開発特別措置法第4条第1項に規定する小笠原諸島の地域
沖縄振興特別措置法第3条第三号に規定する離島の地域に該当する地域	沖縄振興特別措置法第3条第三号に規定する離島の地域に該当する地域
過疎地域自立促進特別措置法第2条第1項に規定する過疎地域	

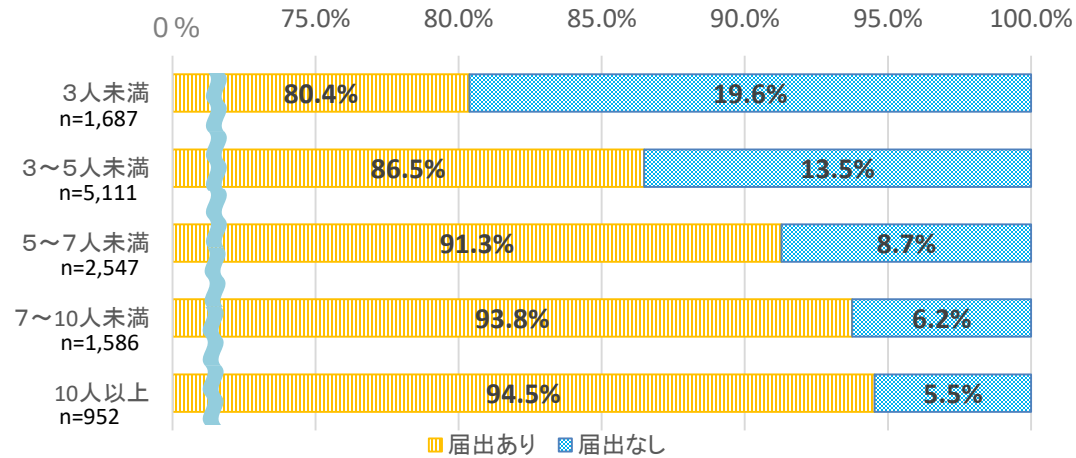
24時間対応体制加算の届出と利用者数の推移

○ 全訪問看護ステーションのうち、約88%が24時間対応体制加算を届け出ているが、規模が小さくなるにつれて届出の割合が少なくなっている。

■ 24時間対応体制加算の届出の状況(令和2年)

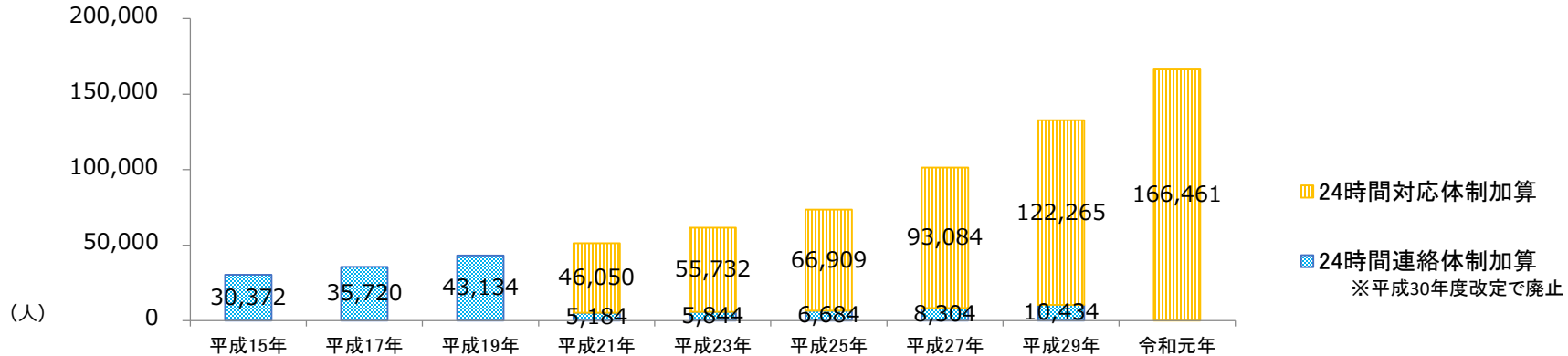


■ 看護職員規模別(常勤換算)の24時間対応体制加算の届出状況(令和2年)



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

■ 24時間対応体制加算・24時間連絡体制加算の利用者数(推計)



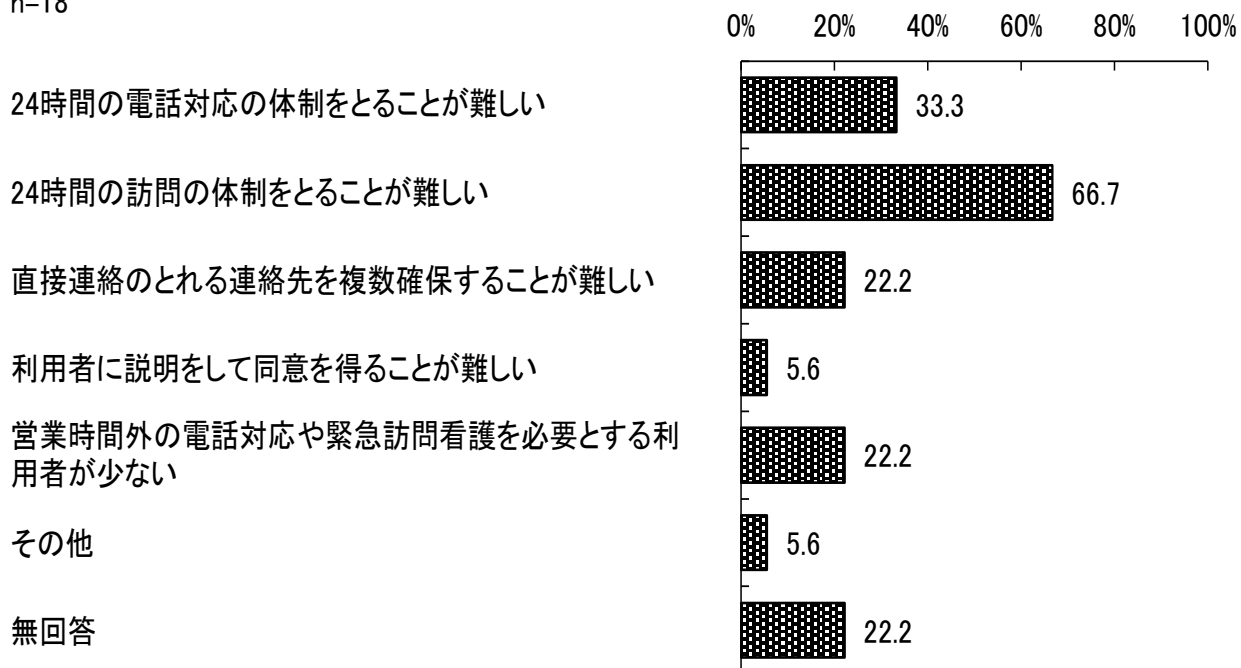
【出典】訪問看護療養費実態調査(各年6月審査分)をもとに厚生労働省保険局医療課にて作成(隔年)

複数ステーションによる24時間対応体制

○ 24時間対応体制加算の届出を行っていない理由では、「24時間の訪問の体制をとることが難しい」「24時間の電話対応の体制をとることが難しい」が多かった。

■24時間対応体制加算の届出を行っていない理由(機能強化型以外のみ)(複数回答)

n=18

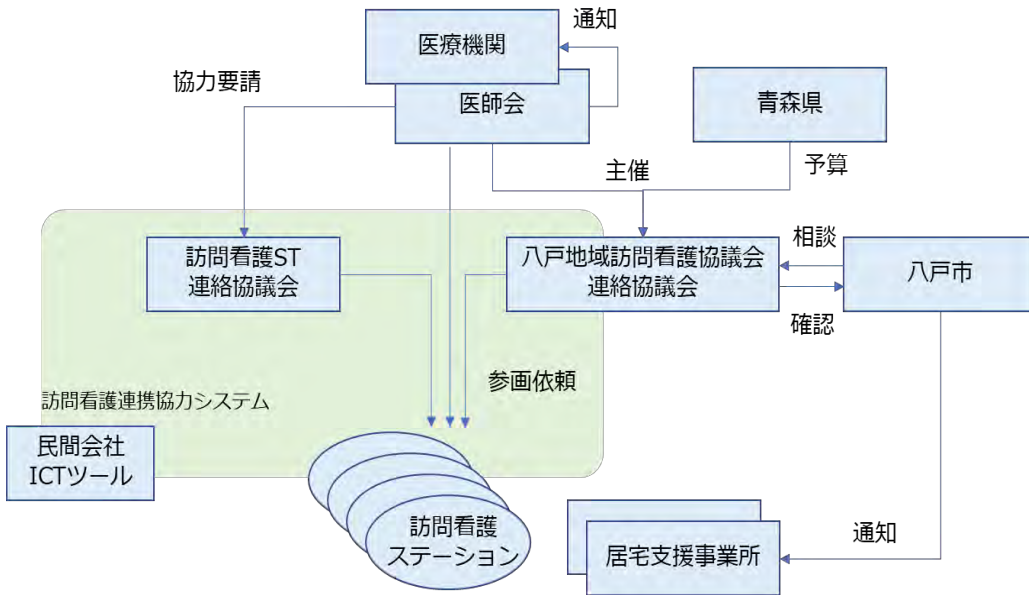


新型コロナウイルス感染症に備えたステーション間の連携 事例①

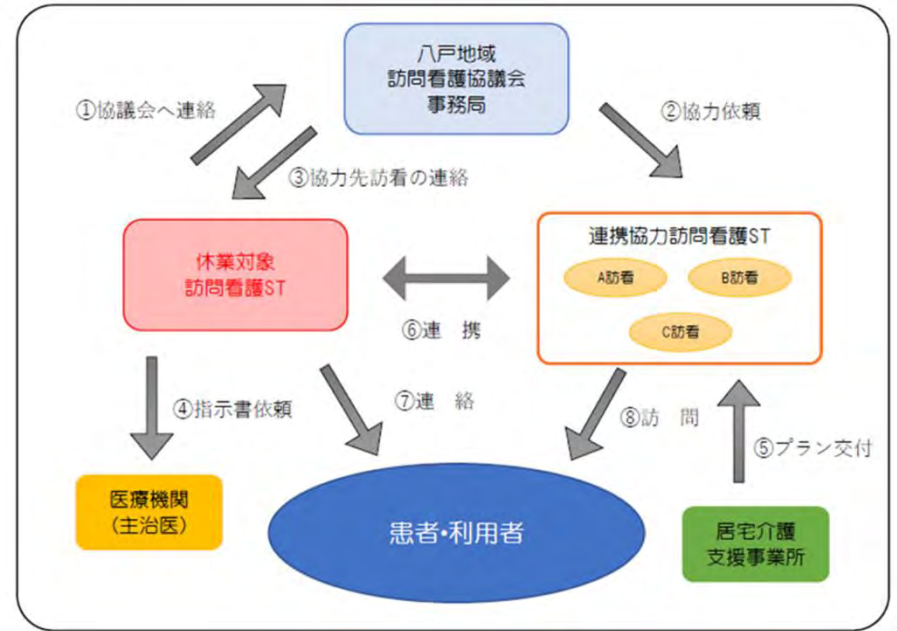
○ 新型コロナウイルス感染症の影響等で休業対象になった際は、八戸地域訪問看護協会事務局へ連絡し、登録している各訪問看護ステーションに協力を依頼して、ステーション同士で応援協力の調整をする体制を整備している。

■八戸地域訪問看護協議会の取組

- 医師会・地域訪問看護協議会・連絡協議会が一緒になって、関係各所に報告・連絡・相談をしながら連携を働きかけて体制を整備。
- ICTツールを活用し、患者情報の連携を容易にしていることに加え、必要に応じて自宅待機中の訪問看護師からビデオ通話でサポートを受けられるようにしている。



■連携の流れ



- ① 休業対象訪問看護STは八戸地域訪問看護協議会事務局へ連絡をする
- ② 八戸地域訪問看護協議会事務局より連携協力訪問看護STへ協力依頼をする
- ③ 八戸地域訪問看護協議会事務局から休業対象訪問看護STに受け入れ可能な連携協力訪問看護STの連絡が入る
- ④ 休業対象訪問看護STは主治医へ訪問看護指示書の依頼をする
- ⑤ 休業対象訪問看護STはケアマネに連絡をし居宅サービス計画を変更してもらう(事業所変更は“軽微な変更”で可)
- ⑥ 休業対象訪問看護STは連携協力訪問看護STに連絡をし訪問依頼・調整をする
- ⑦ 休業対象訪問看護STは患者利用者へ連絡をする
- ⑧ 連携協力訪問看護STによる訪問開始

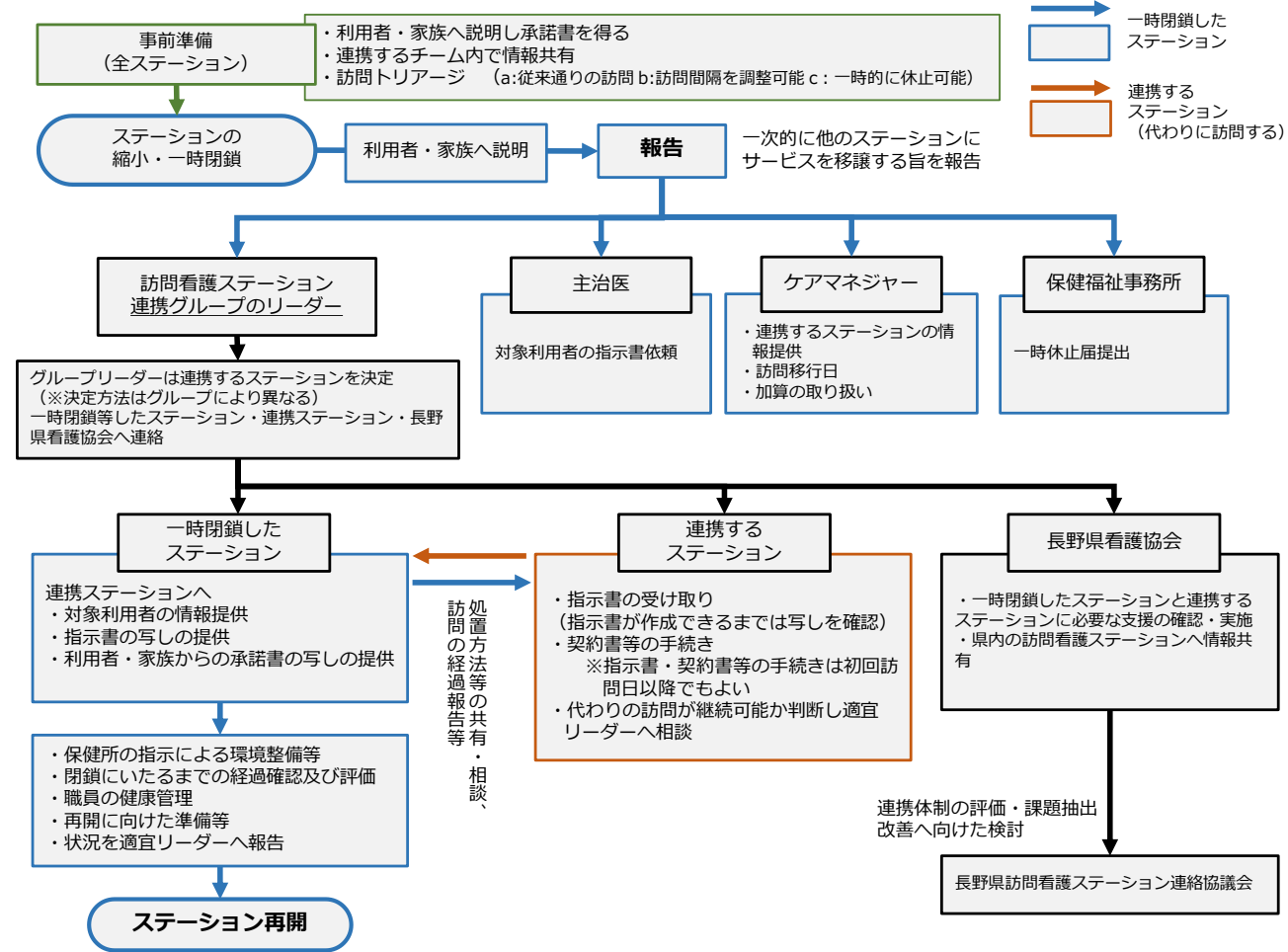
新型コロナウイルス感染症に備えたステーション間の連携 事例②

○ 日常的な連携をベースとして県内の訪問看護ステーションをグループ分けし、災害発生等により訪問看護ステーションを閉鎖、縮小することとなった際に協力し合う体制を構築している。

■長野県看護協会の取組

- 台風によって訪問看護ステーションの浸水被害が発生したことを受けて、災害時の現状や課題を検討するシンポジウムを企画、システム構築のきっかけとなった。
- 県内4ブロック(北信・東信・中信・南信)の中に近隣のステーションをグルーピングする形で、合計28グループを編成。ステーションを閉鎖したり、規模を縮小したりする場合には、所属するグループリーダーが代わりに訪問するステーションを決め、依頼をかける仕組み。
- 訪問看護ステーション同士、訪問看護ステーションと看護協会や協議会との日常的な連携をベースとして構築している。

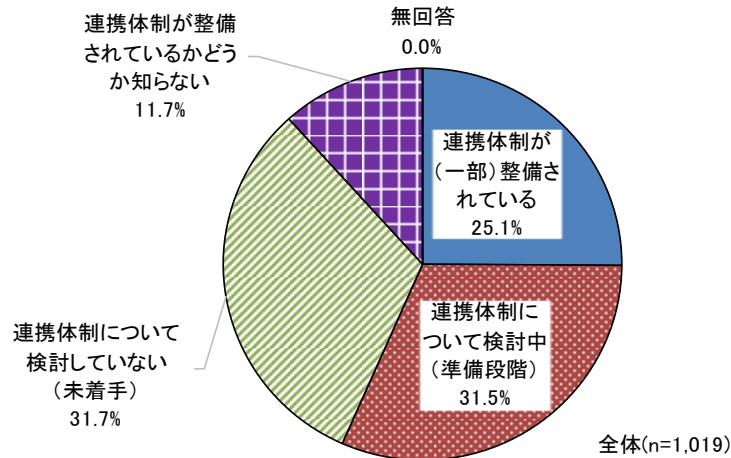
長野県訪問看護ステーション連携体制フローチャート



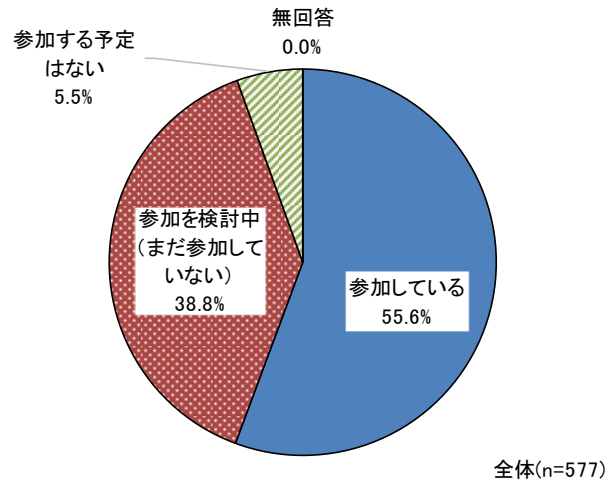
新型コロナウイルス感染症における地域の連携体制整備状況

- 連絡体制が整備されている又は準備段階にある地域における訪問看護ステーションでは、9割以上が「参加している」又は「参加を検討中」と回答していた。
- 連携又は連携の検討に参加している関係者は「訪問看護連絡協議会」が最も多かった。

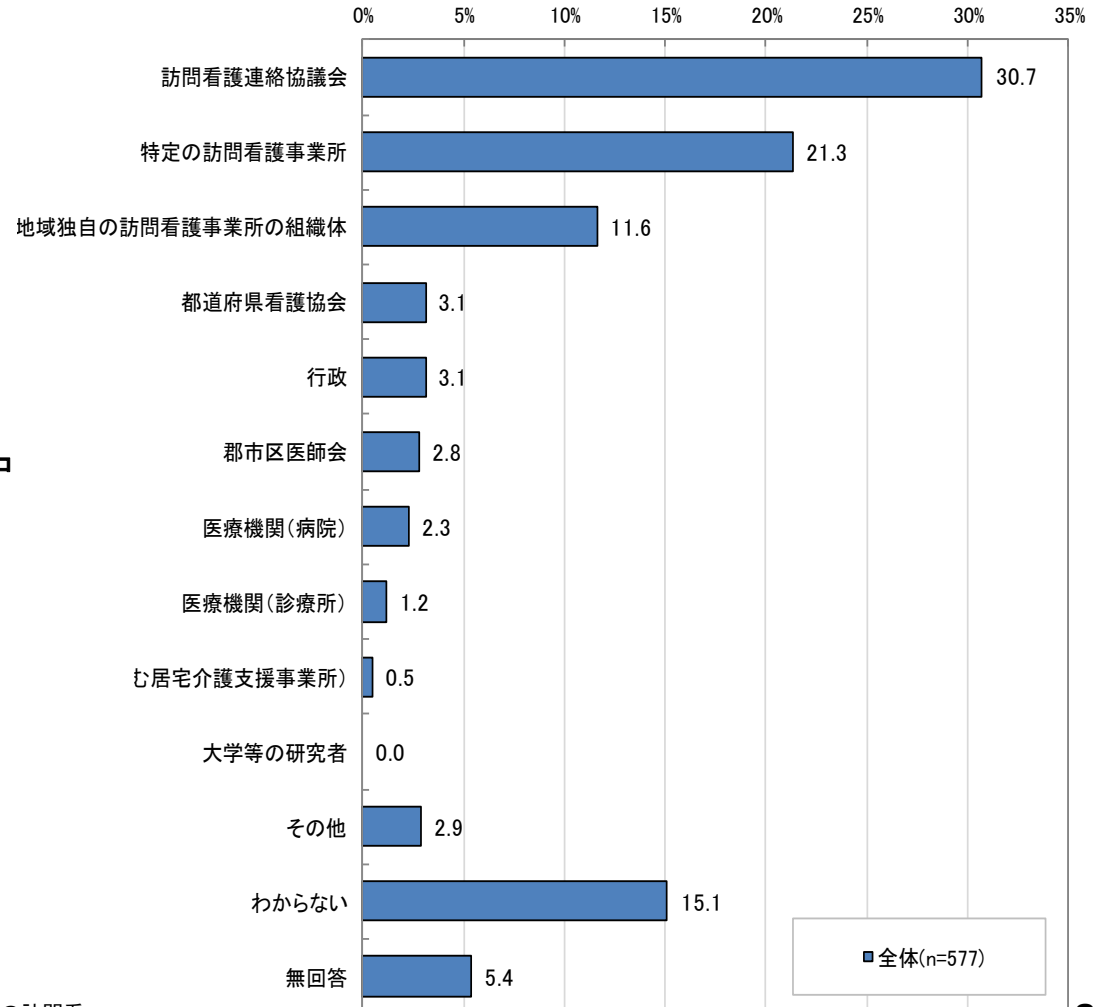
■地域における連携体制整備状況



■「連携体制が(一部)整備されている」「連携体制について検討中(準備段階)」を選択した事業所の参加状況



■連携または連携検討の調整の中心的役割を果たしている担当者



【出典】令和2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「地域における中小規模の訪問看護事業所の機能強化および事業所間連携の推進に関する事業」(令和3年1月調査)

1. 訪問看護の提供体制

1-1 有事に備えた提供体制の整備

① 24時間対応体制加算について

② BCPについて

1-2 在宅での看取りを支える提供体制の整備

1-3 機能強化型訪問看護ステーションにおける役割の強化

2. 利用者の状態に応じた訪問看護の充実

3. 論点

令和3年度介護報酬改定における対応について

- 令和3年度介護報酬改定において、感染症や災害発生時において必要な介護サービスを継続するため、BCPの策定や研修の実施等が義務づけられた。

1. ② 業務継続に向けた取組の強化

概要

【全サービス★】

- 感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から、全ての介護サービス事業者を対象に、業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等を義務づける。その際、3年間の経過措置期間を設けることとする。【省令改正】

（参考）介護施設・事業所における業務継続計画（BCP）ガイドラインについて

- 介護サービスは、利用者の方々やその家族の生活に欠かせないものであり、感染症や自然災害が発生した場合であっても、利用者に対して必要なサービスが安定的・継続的に提供されることが重要。
- 必要なサービスを継続的に提供するためには、また、仮に一時中断した場合であっても早期の業務再開を図るためには、業務継続計画（BusinessContinuityPlan）の策定が重要であることから、その策定を支援するため、介護施設・事業所における業務継続ガイドライン等を作成。

（令和2年12月11日作成、必要に応じて更新予定。）

掲載場所：https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/taisakumatome_13635.html

介護施設・事業所における新型コロナウイルス感染症発生時の業務継続ガイドライン

❖ ポイント

- ✓ 各施設・事業所において、新型コロナウイルス感染症が発生した場合の対応や、それらを踏まえて平時から準備・検討しておくべきことを、サービス類型に応じた業務継続ガイドラインとして整理。
- ✓ ガイドラインを参考に、各施設・事業所において具体的な対応を検討し、それらの内容を記載することでBCPが作成できるよう、参考となる「ひな形」を用意。

❖ 主な内容

- ・BCPとは ・新型コロナウイルス感染症BCPとは（自然災害BCPとの違い）
- ・介護サービス事業者に求められる役割 ・BCP作成のポイント
- ・新型コロナウイルス感染（疑い）者発生時の対応等（入所系・通所系・訪問系） 等



介護施設・事業所における自然災害発生時の業務継続ガイドライン

❖ ポイント

- ✓ 各施設・事業所において、自然災害に備え、介護サービスの業務継続のために平時から準備・検討しておくべきことや発生時の対応について、サービス類型に応じた業務継続ガイドラインとして整理。
- ✓ ガイドラインを参考に、各施設・事業所において具体的な対応を検討し、それらの内容を記載することでBCPが作成できるよう、参考となる「ひな形」を用意。

❖ 主な内容

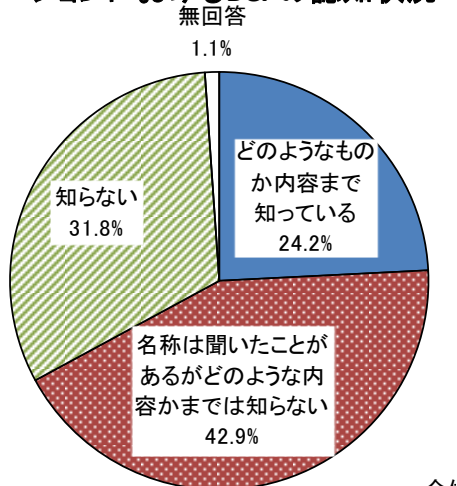
- ・BCPとは ・防災計画と自然災害BCPの違い
- ・介護サービス事業者に求められる役割 ・BCP作成のポイント
- ・自然災害発生に備えた対応、発生時の対応（各サービス共通事項、通所固有、訪問固有、居宅介護支援固有事項） 等



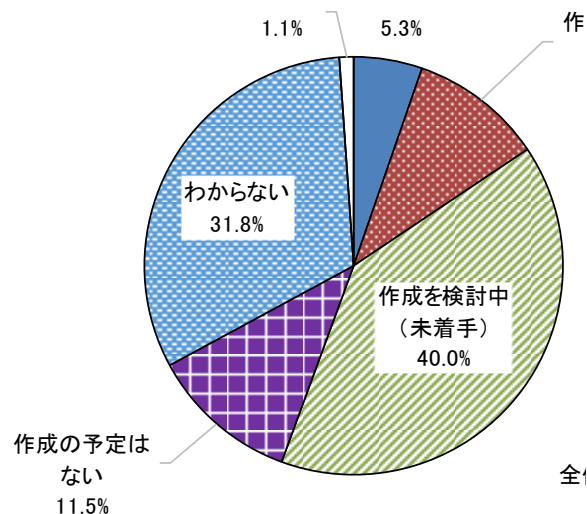
訪問看護ステーションにおけるBCPの作成について

○ 令和3年度介護報酬改定前の事業継続計画（BCP Business Continuity Plan）の認知・作成状況は以下のとおり。BCP作成にあたって、「近隣の事業所との協定締結の方法や内容」に最も困難を感じていた。

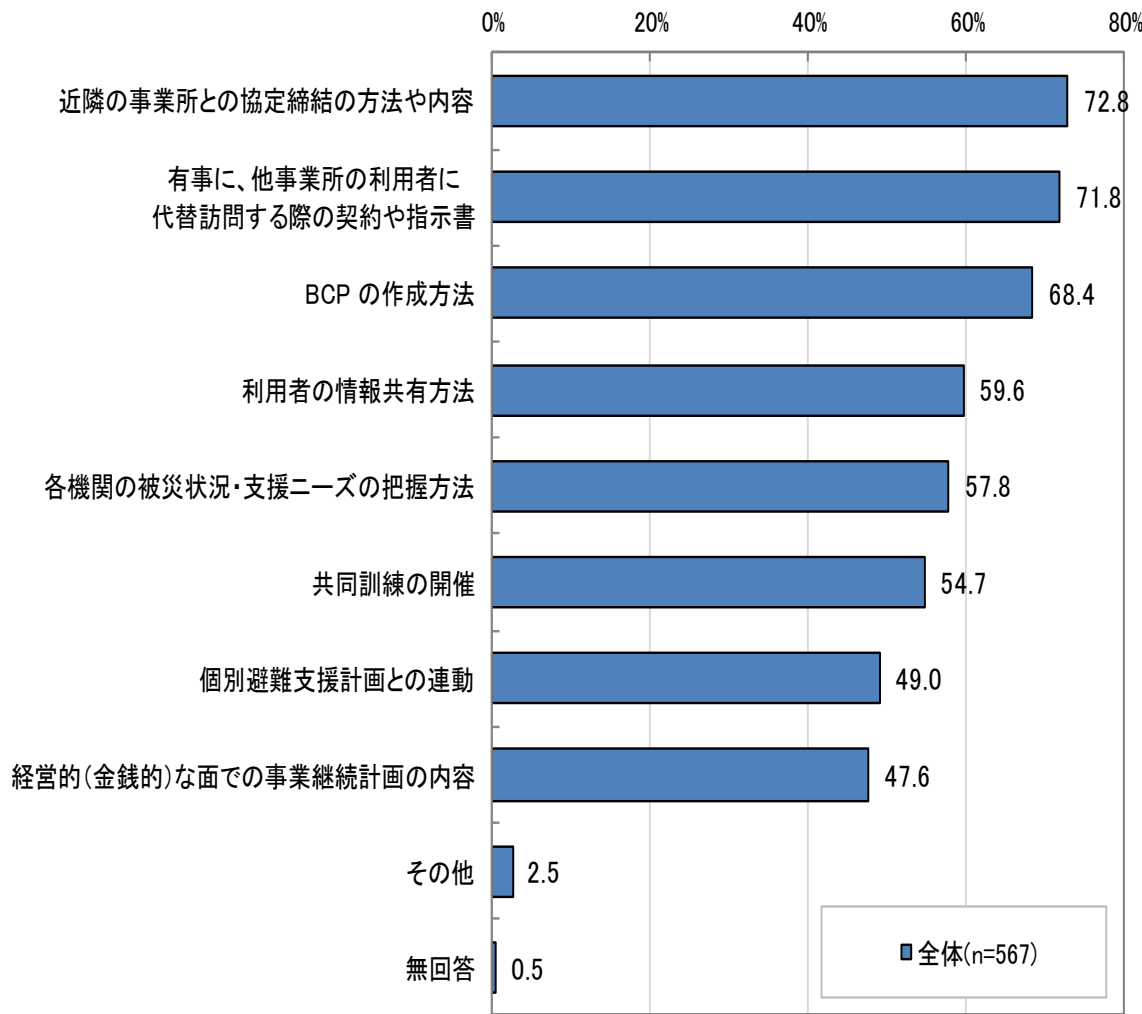
■ 訪問看護ステーションにおけるBCPの認知状況



■ 訪問看護ステーションにおけるBCPの作成状況



■ BCP作成にあたって困ったこと、困るであろうこと



1. 訪問看護の提供体制

1-1 有事に備えた提供体制の整備

1-2 在宅での看取りを支える提供体制の整備

① ICTを活用した看取りに係る医師との連携について

② 退院直後のターミナルケアについて

1-3 機能強化型訪問看護ステーションにおける役割の強化

2. 利用者の状態に応じた訪問看護の充実

3. 論点

離島における看取りの事例

中医協 総 - 1
29 . 12 . 1

○C島の概要 人口約700人。市営の渡船が1日7往復する。

○C島の医療提供体制の状況

医療機関・訪問看護事業所	定期的診療・訪問看護	緊急時対応
市営 島内診療所	<外来> 月～金 8:30～17:00、土 8:30～12:00 <往診> 1回/週 <休診日> 土曜日の午後と日曜日、祝日、年末年始 <医療職> 医師1名(2～3年毎交代)、看護師2名	診療時間のみ 土日夜間医師不在 (医師は本土に居住)
D訪問看護ステーション(本土) (C島への訪問看護は当該事業所のみ)	1回/週	電話対応、渡船運行時間中は訪問

○事例

患者	70歳代男性 病名：肺癌、肺気腫、呼吸不全(在宅酸素療法実施) 家族：妻と2人暮らし、子どもは島外在住
経過	<ul style="list-style-type: none"> 肺がんに対し症状緩和を中心とした治療方針。本人の希望で在宅療養。 年末年始の医師不在時の急変対応として、予め蘇生しない意向を事前に確認し、本土のE病院にバックベッドの登録をしていた。 【医師不在時の事前取り決め】 <ul style="list-style-type: none"> 診療所に電話をすると自動で消防本部に電話が切り替わり、救急車が市内(本土側)の港に待機。 C島の消防職員がストレッチャーで島の港へ運び、海上タクシーで本土へ搬送。 港で待機していた救急車でバックベッド登録しているE病院へ搬送。蘇生はしない。
看取りの実際	<ul style="list-style-type: none"> 年始のある日の明け方、患者の呼吸停止を家族が確認。年始であり医師の対応は不可。 家族は気が動転し、バックベッドの登録をしていたE病院ではない病院名を消防本部に伝え、F病院に救急搬送された。 搬送先のF病院において、既に心肺停止状態であったが蘇生を受け、数時間後、死亡が確認された。



意見	家族 (搬送に時間がかかり) 大事なときに夫のそばにすることができなかった。 既に亡くなっていたと思うが、病院に運ぶしかなく、 希望していない蘇生を受けた。あのまま静かに自宅で見送りがかった。
----	--

ICTを活用した在宅看取りに関する研修推進事業

【背景】

- ▶ 最後の診察から24時間経過後に患者が死亡した場合、医師は、対面で死後診察をした後、死亡診断書を交付している。
- ▶ 一方で、在宅での看取りを希望していても、住み慣れた場所を離れ病院や介護施設に入院・入所して看取りを行わざるを得なかったり、死後診察を受けるため遺体の長時間保存・長距離搬送が余儀なくされたりなど、患者や家族が不都合を強いられているとの指摘があった。

規制改革実施計画（平成28年6月2日閣議決定）

在宅での穏やかな看取りが困難な状況に対応するため、受診後24時間を経過していても、以下のa～eの全ての要件を満たす場合には、医師が対面での死後診察によらず死亡診断を行い、死亡診断書を交付できるよう、早急に具体的な運用を検討し、規制を見直す。

- a 医師による直接対面での診療の経過から早晚死亡することが予測されていること
- b 終末期の際の対応について事前の取決めがあるなど、医師と看護師の十分な連携が取れており、患者や家族の同意があること
- c 医師間や医療機関・介護施設間の連携に努めたとしても、医師による速やかな対面での死後診察が困難な状況にあること
- d 法医学等に関する一定の教育を受けた看護師が、死の三兆候の確認を含め医師とあらかじめ取り決めた事項など、医師の判断に必要な情報を速やかに報告できること
- e 看護師からの報告を受けた医師が、テレビ電話装置等のICTを活用した通信手段を組み合わせることで患者の状況を把握することなどにより、死亡の事実の確認や異状がないと判断できること

患者や家族が希望する、住み慣れた場所での穏やかな看取りの実現

「情報通信機器（ICT）を用いた死亡診断等ガイドライン」策定（医政発0912第1号 平成29年9月12日医政局長通知）
H28年度厚生労働科学研究「ICTを利用した死亡診断に関するガイドライン策定に向けた研究」に基づきガイドラインを策定。

ICTを活用した在宅看取りに関する研修推進事業

平成28年度から同旨事業を継続して実施中（下記概要等は令和3年度事業に関するもの）

【事業概要】「情報通信機器（ICT）を利用した死亡診断等ガイドライン」等に基づき、**医師による死亡診断等に必要情報を報告する看護師を対象にした法医学等に関する研修** 及び ICTを利用した死亡診断を行う可能性のある医師を対象とした研修を実施する。

【看護師に対する研修内容】

- ① 法医学に関する講義（死因究明・死因統計制度、死因論、内因性急死、外因子等）
- ② 法医学に関する実地研修
- ③ 看護に関する講義・演習（機器を用いたシミュレーション、患者・家族とのコミュニケーション等）

計177名の看護師が研修を修了
（令和3年10月末時点）

医師によるICTを利用した死亡診断等をサポートする看護師を対象とした研修

講義・演習

- ◆法医学に関する一般的事項
死因究明・死因統計制度、死因論、内因性急死、外因死
 - ◆ICTを利用した死亡診断等の概要、関係法令
 - ◆ICTを利用した死亡診断等の制度を活用する患者・家族への接し方
（意思決定支援含む。）
 - ◆実際に使用する機器を用いたシミュレーション
- ◇2日間程度

実地研修

- ◆2体以上の死体検案※
又は解剖への立ち会い
（※コロナ対応による要件変更あり）
- ◇1～2日間程度

研修は単位制とし、分割して履修が可能。
厚生労働省医政局長より全てのプログラムを履修した場合に修了証が交付される。



○対象者

看護師としての実務経験5年以上を有し、その間に患者の死亡に立ち会った経験3例以上があり、かつ、看護師としての実務経験のうち、訪問看護または介護保険施設等において3年以上の実務経験を有し、その間に患者5名に対しターミナルケアを行った（※）看護師。

※ここでいう「ターミナルケアを行った」とは、訪問看護においては、患者の死亡日及び死亡前14日以内に、2回以上の訪問看護を実施し、ターミナルケアに係る支援体制について患者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合をいう。また、介護保険施設等においては、当該施設の看取りに関する指針等に基づき、看護師が対象となる入居者に対するターミナルケアに関する計画の立案に関与し、当該計画に基づいてターミナルケアを行った場合をいう。

ICTを利用した死亡診断等の流れ

○ ICTを用いた死亡診断等にあたって、研修を受けた看護師が、遺族への対応、遺体の観察・写真撮影、死亡診断書作成の補助等を行う。

STEP1 患者死亡前に 準備すべきこと	STEP2 遺族との コミュニケーション	STEP3 所見記録と死亡診断等 を行う医師への報告	STEP4 医師の指示を受けての 死亡診断書作成の補助	STEP5 遺族への説明と 死亡診断書の交付
<ul style="list-style-type: none"> 本人及び家族の理解を得た上で、死亡前に同意書様式により同意を得る。 ICTを利用して報告する看護師は、法医学等に関する一定の教育を受けるとともに、ICTを利用した死亡診断等を行うのに必要な機器・物品を、遠隔から死亡診断等を行う予定の医師と相談し準備する。 	<ul style="list-style-type: none"> 患者の生前の死生観・宗教観のほか、ご遺体への礼意、家族の心情等へ配慮する。 医師は、ICTを利用した死亡診断等を行う場合であっても、直接対面での死亡診断等を行う場合と同様に医師-遺族間のコミュニケーションを図る。 看護師は、ご遺体の観察や撮影に際しては、必要に応じて家族に別室で待機してもらう等、家族の心情等に十分な配慮をする。 	<ul style="list-style-type: none"> 看護師は、リアルタイムの双方向コミュニケーションが可能な端末を用いて、遠隔からの医師のリアルタイムの指示の下、遺体の観察や写真撮影を行い、記録様式の全項目を記載する。医師が死亡診断を行うにあたり必要な情報（記録様式及び写真）を、電子メール等で医師に報告する。電子メール等は適切なセキュリティ環境下で送受信する。 医師は、看護師からの報告を踏まえ、遠隔において死亡診断を行う。その際、医師が死亡の事実の確認や異状がないと判断できない場合には、ICTを利用した死亡診断等を中止する。 	<ul style="list-style-type: none"> 看護師は、医師から死亡診断書に記載すべき内容についての説明を受け、死亡診断書を代理記入する方法により、医師による死亡診断書作成を補助することができる。 看護師が代理記入した死亡診断書については、看護師が医師に電子メール等で送付することにより、その記載内容に誤りがないことを医師が確認する。 	<ul style="list-style-type: none"> リアルタイムの双方向コミュニケーションが可能な端末を用い、医師から患者の死亡についてご遺族に説明後、看護師からご遺族に死亡診断書を渡す。 死亡診断書については、正本をご家族に交付するとともに、写し3部以上を作成し、ご遺族の控え、診断した医師の控え（診療録に添付）、看護師の控えとする。
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;">   </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> <p><実際の事例></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 離島在住の90代のがん患者 ◆ 主治医の医療機関からは車3時間+船1時間（直線距離約200km） ◆ 主治医が医療機関を離れているときに心肺停止状態となったため、研修を受けた看護師によりICTを用いて主治医の死亡診断をサポート。 <p>⇒死亡診断のために遠くまでご遺体を搬送する必要がなくなり、ご遺族と共に看取りを行うことができた。</p> </div>				

ICTを利用した看護師との連携による死亡診断等

ICTを利用した死亡診断

➤ 在宅患者訪問診療料の加算において、ICTを利用した看護師との連携による死亡診断等の要件を追加。

現行

【在宅患者訪問診療料】

患者において死亡診断を行った場合には、200点を所定点数に加算する。

[算定要件]

在宅での療養を行っている患者が在宅で死亡した場合であって、死亡日に往診又は訪問診療を行い、死亡診断を行った場合に算定する。

改定後

【在宅患者訪問診療料】

死亡診断を行った場合には、**死亡診断加算**として、200点を所定点数に加算する。

[算定要件]

在宅での療養を行っている患者が在宅で死亡した場合であって、死亡日に往診又は訪問診療を行い、死亡診断を行った場合に算定する。

以下の要件を満たしている場合であって、「**情報通信機器 (ICT) を用いた死亡診断等ガイドライン (平成29年9月厚生労働省)**」に基づき、ICTを利用した看護師との連携による死亡診断を行う場合には、往診又は訪問診療の際に死亡診断を行っていない場合でも、死亡診断加算のみを算定可能である。この場合、診療報酬明細書の摘要欄に、ICTを利用した看護師との連携による死亡診断を行った旨記載すること。

ア 当該患者に対して定期的・計画的な訪問診療を行っていたこと。

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

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



「情報通信機器 (ICT) を用いた死亡診断等ガイドライン」に基づき、ICTを利用した看護師と連携



参考) 算定回数

	算定回数
在宅患者訪問診療料 死亡診断加算※	187

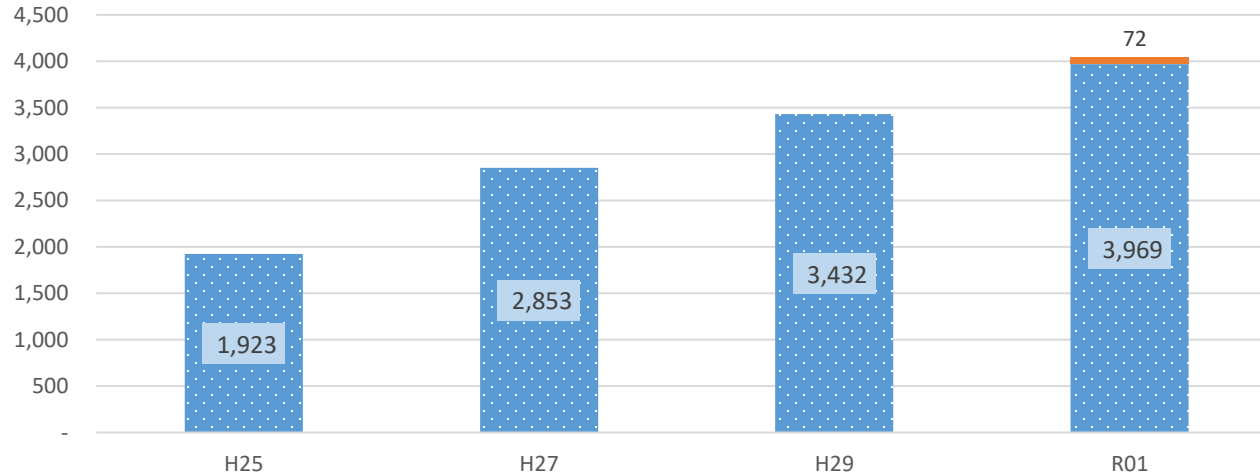
※往診又は訪問診療を行った場合とICTを活用した場合の両方を含む

訪問看護ターミナルケア療養費の主な要件と算定状況

○ ICTを利用した看護師との連携による死亡診断等を行った医療機関については在宅患者訪問診療料の加算による評価があるが、ICTを活用した死亡診断等の支援を行った訪問看護ステーションについては評価されていない。

	訪問看護ターミナルケア療養費1【25,000円】	訪問看護ターミナルケア療養費2【10,000円】
対象者	<p>◆在宅で死亡した利用者</p> <p>◆特別養護老人ホーム等で死亡した利用者 (看取り介護加算等を算定している利用者を除く)</p> <p>※ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅(特別養護老人ホーム等)以外で死亡した者を含む</p>	<p>◆特別養護老人ホーム等で死亡した利用者 (看取り介護加算等を算定している利用者に限る)</p> <p>※ターミナルケアを行った後、24時間以内に特別養護老人ホーム等以外で死亡した者を含む</p>
主な要件	<p>○主治医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上指定訪問看護を実施する。</p> <p>○訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上で、ターミナルケアを実施する。</p> <p>○ターミナルケアの実施については、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、利用者及びその家族等と話し合いを行い、利用者本人の意思決定を基本に、他の関係者と連携の上対応する。</p>	

■ターミナルケア療養費の算定回数(推計)



■ターミナルケア療養費1 ■ターミナルケア療養費2

1. 訪問看護の提供体制

1-1 有事に備えた提供体制の整備

1-2 在宅での看取りを支える提供体制の整備

① ICTを活用した看取りに係る医師との連携について

② 退院直後のターミナルケアについて

1-3 機能強化型訪問看護ステーションにおける役割の強化

2. 利用者の状態に応じた訪問看護の充実

3. 論点

退院直後のターミナルケアについて

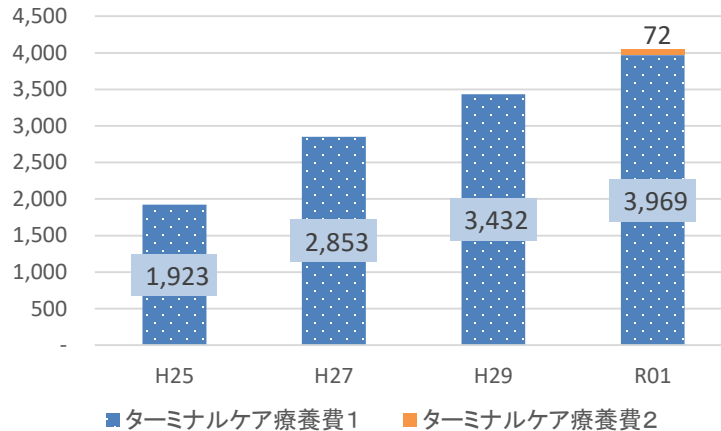
○ 退院当日の訪問は訪問看護基本療養費を算定できず、例えば退院日とその翌日に訪問した場合は、訪問看護ターミナルケア療養費の算定対象とならない。

訪問看護ターミナルケア療養費

訪問看護ターミナルケア療養費は、在宅で死亡した利用者について、**死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に2回以上訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費を算定し**、かつ、訪問看護におけるターミナルケアの支援体制(訪問看護ステーションの連絡担当者の氏名、連絡先電話番号、緊急時の注意事項等)について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合に算定する。

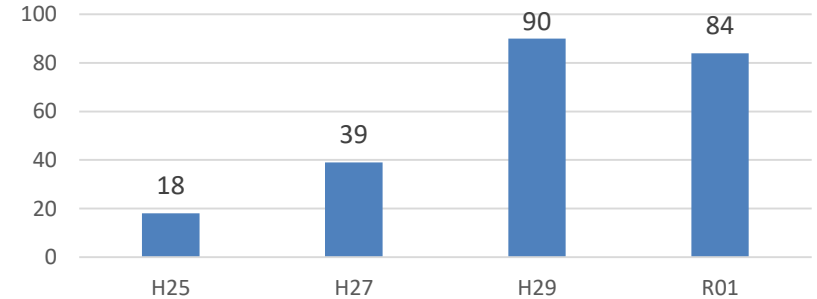


■ 訪問看護ターミナルケア療養費の算定件数(推計)









【出典】訪問看護療養費実態調査(各年6月審査分)をもとに保険局医療課にて作成(隔年)

■ 退院支援指導加算(※1)は算定したが、訪問看護ターミナルケア療養費を算定しなかった利用者(※2)(推計)



※1 退院支援指導加算: 退院日に療養上必要な指導を行った場合、退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われた日に加算する。

※2 当該月に死亡した利用者であって、退院支援指導加算を算定しているが訪問看護ターミナルケア療養費を算定していない明細書。退院日以降に指定訪問看護を実施していない場合を含む。

退院当日	退院後1日	退院後2日	ターミナルケア療養費の算定
		 死亡	算定可
 ※退院支援指導加算のみ	 死亡		算定不可

1. 訪問看護の提供体制

1-1 有事に備えた提供体制の整備

1-2 在宅での看取りを支える提供体制の整備



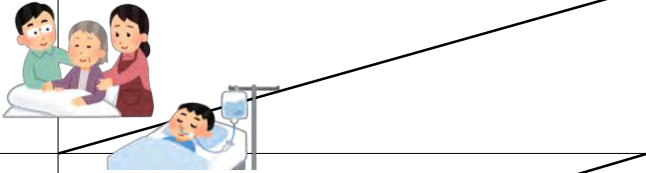



1-3 機能強化型訪問看護ステーションにおける役割の強化

2. 利用者の状態に応じた訪問看護の充実

3. 論点

訪問看護提供体制の充実

(参考)機能強化型訪問看護ステーションの要件等

	機能強化型 1	機能強化型 2	機能強化型 3
	ターミナルケアの実施や、重症児の受入れ等を積極的に行う手厚い体制を評価		地域の訪問看護の人材育成等の役割を評価
月の初日の額※1	12,530円	9,500円	8,470円
看護職員の数・割合※2	常勤7人以上（ 1人は常勤換算可 ）、 6割以上	5人以上（ 1人は常勤換算可 ）、 6割以上	4人以上、 6割以上
24時間対応	 24時間対応体制加算の届出 + 休日、祝日等も含めた計画的な訪問看護の実施 		
重症度の高い利用者の受入れ	別表7の利用者 月10人以上	別表7の利用者 月7人以上	別表7・8の利用者、精神科重症患者 or 複数の訪看STが共同して訪問する利用者 月10人以上
ターミナルケアの実施、重症児の受入れ※3	以下のいずれか ・ターミナル 前年度 20件以上 ・ターミナル 前年度 15件以上 + 重症児 常時4人以上 ・重症児 常時6人以上	以下のいずれか ・ターミナル 前年度 15件以上 ・ターミナル 前年度 10件以上 + 重症児 常時3人以上 ・重症児 常時5人以上	
介護・障害サービスの計画作成	以下のいずれか ・居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置 + 特に医療的な管理が必要な利用者の1割程度について、介護サービス等計画を作成 ・特定相談支援事業所 or 障害児相談支援事業所を同一敷地内に設置 + サービス等利用計画 or 障害児支援利用計画の作成が必要な利用者の1割程度について、計画を作成		
地域における人材育成等	地域住民等に対する情報提供や相談、人材育成のための研修の実施（望ましい）		以下のいずれも満たす ・地域の医療機関や訪看STを対象とした研修 年2回 ・地域の訪看STや住民等への情報提供・相談の実績 ・地域の医療機関の看護職員の一定期間の勤務実績
医療機関との共同			以下のいずれも満たす ・退院時共同指導の実績 ・併設医療機関以外の医師を主治医とする利用者が1割以上

※1 機能強化型訪問看護管理療養費を届け出していない場合は、7,440円。

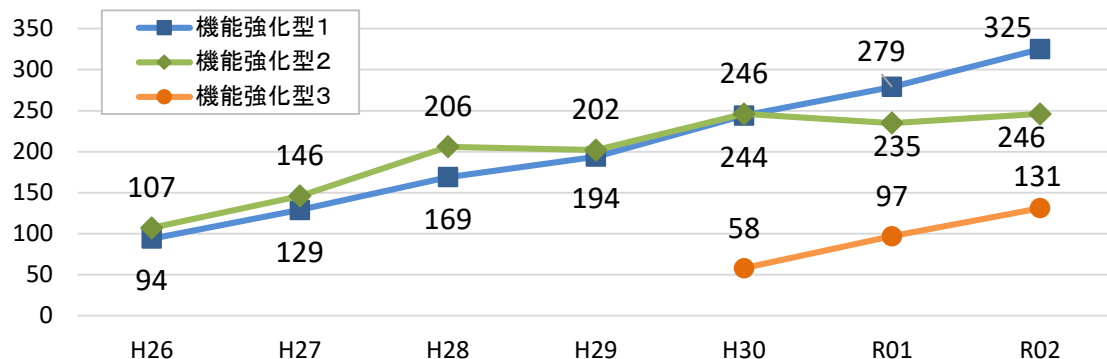
※2 看護職員（保健師、助産師、看護師、准看護師）の割合は、看護師等（看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）に占める看護職員の割合。令和3年3月末までの経過措置あり。

※3 重症児の受入れ数は、15歳未満の超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数。

機能強化型訪問看護ステーションの届出状況

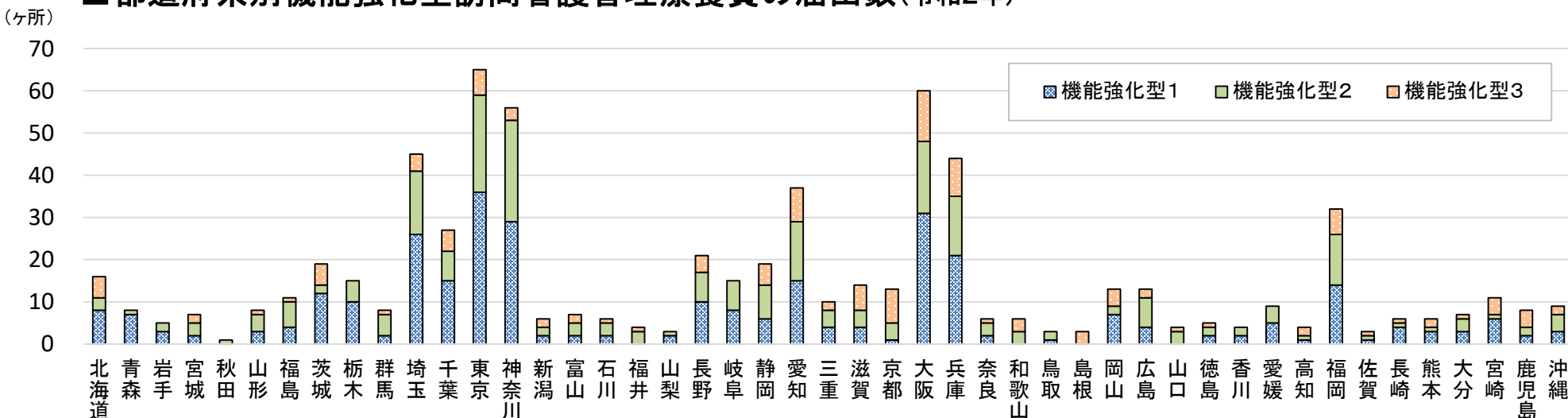
○ 機能強化型訪問看護管理療養費の届出は、令和2年7月時点で機能強化型1が325事業所、機能強化型2が246事業所、機能強化型3が131事業所である。

■ 機能強化型訪問看護管理療養費の届出数の推移



機能強化型 訪問看護管理療養費1	325
機能強化型 訪問看護管理療養費2	246
機能強化型 訪問看護管理療養費3	131
計	702

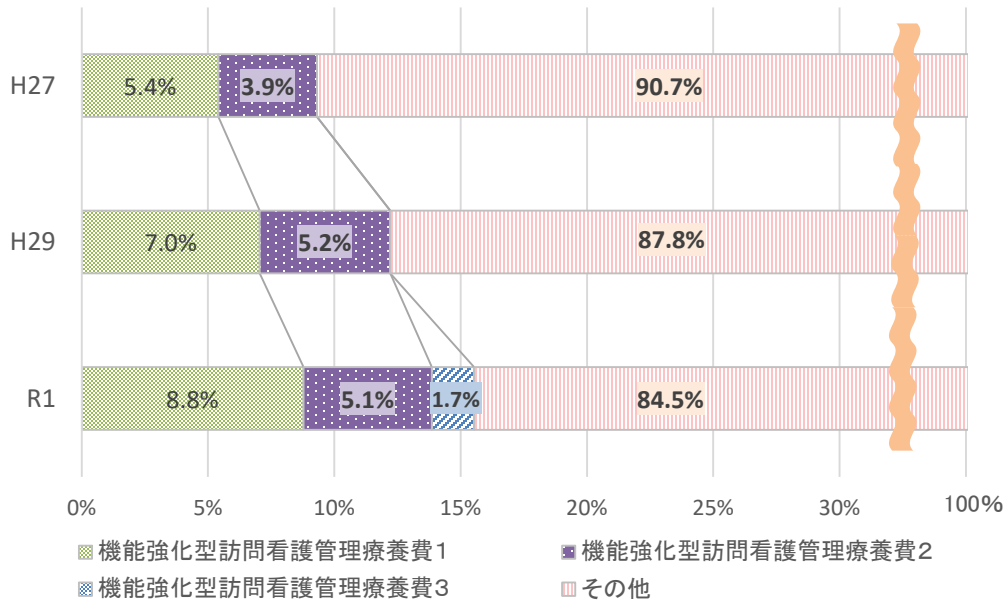
■ 都道府県別機能強化型訪問看護管理療養費の届出数(令和2年)



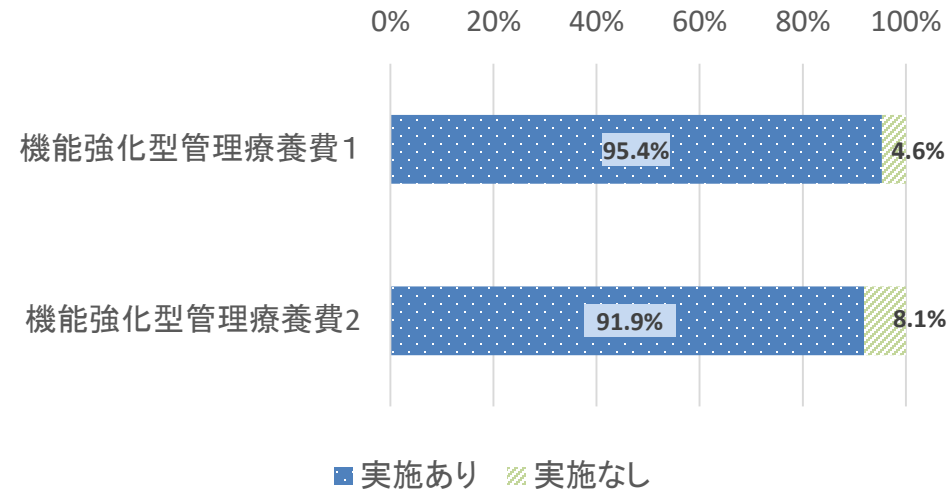
機能強化型訪問看護ステーションにおける人材育成のための研修等の実施状況

○ 機能強化型訪問看護ステーションの9割以上が、地域住民等に対する情報提供・相談対応や、看護実習の受入等の人材育成のための研修を実施している。

■ 訪問看護管理療養費(初日のみ)の算定割合



■ 情報提供、相談対応、研修等の実施有無
(令和2年7月時点)(直近1年間)

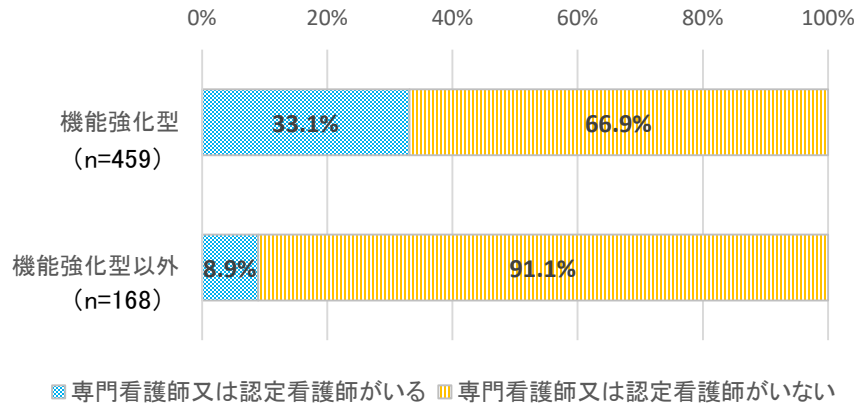


【出典】左: 訪問看護療養費実態調査(各年6月審査分)をもとに保険局医療課にて作成(隔年)
右: 各年7月1日の届出状況より保険局医療課にて作成

機能強化型訪問看護ステーションにおける専門看護師・認定看護師の活動

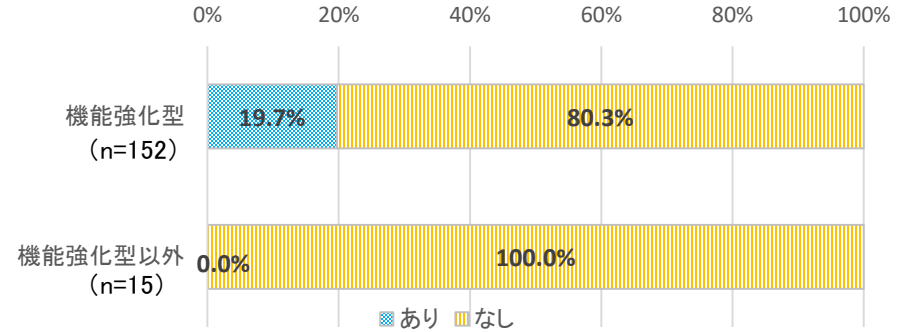
- 機能強化型訪問看護ステーションの約33%に専門性の高い看護師(専門看護師又は認定看護師)が所属している。
- 専門性の高い看護師は他の訪問看護ステーション等へのコンサルテーションの実施や研修等の開催をしている。

■ 訪問看護管理療養費別の専門看護師・認定看護師の所属有無

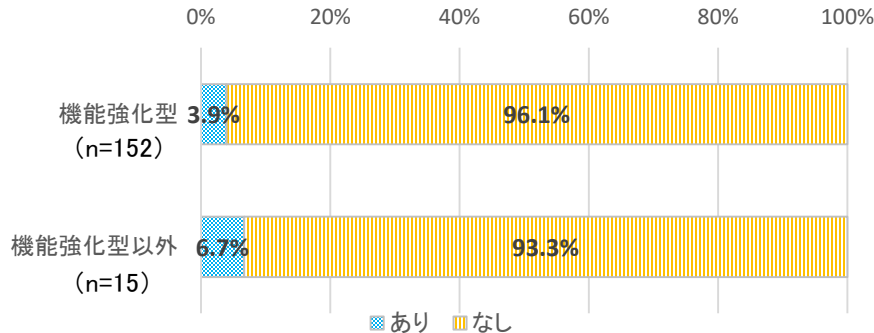


※機能強化型の種別又は専門・認定看護師の有無にいずれか無回答の場合は除外

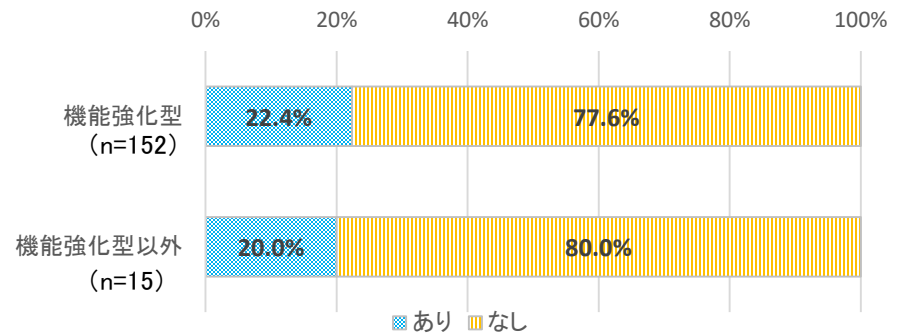
■ 専門性の高い看護師による他訪問看護ステーション又は他医療機関へのコンサルテーションの実施(令和2年4月～9月6か月間)



■ 専門性の高い看護師の他訪問看護ステーション又は他医療機関との同行訪問の有無(令和2年4月～9月6か月間)



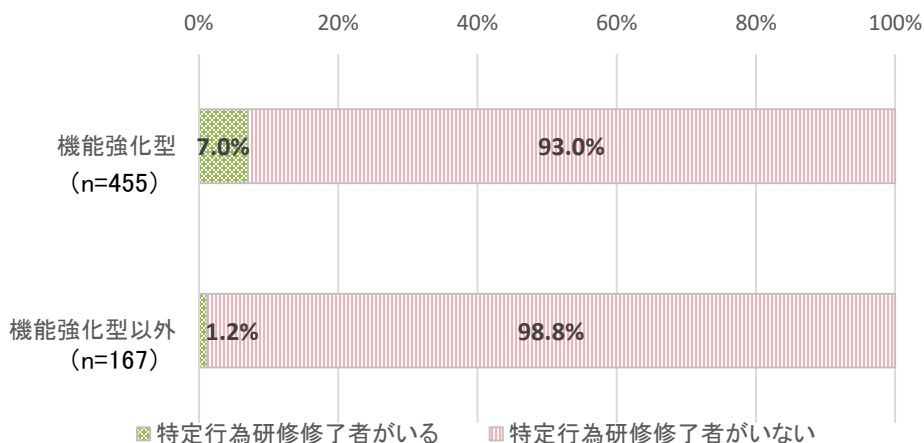
■ 専門性の高い看護師による他訪問看護ステーション又は他医療機関の職員に向けた研修や勉強会の開催(令和2年4月～9月6か月間)



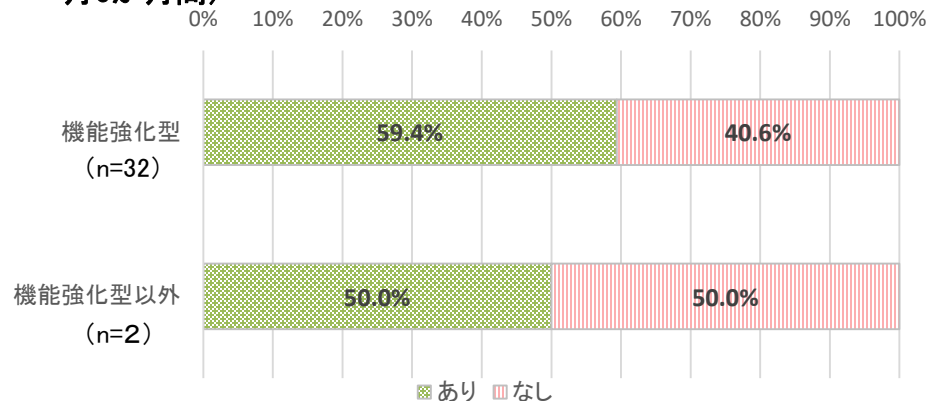
機能強化型訪問看護ステーションにおける特定行為研修修了者の活動

- 機能強化型訪問看護ステーションの約7%に特定行為研修修了者が所属している。
- 特定行為研修修了者は、自ステーション職員や他ステーション等の職員向けの指導や研修を実施している。

■ 訪問看護管理療養費別の特定行為研修修了者の所属有無

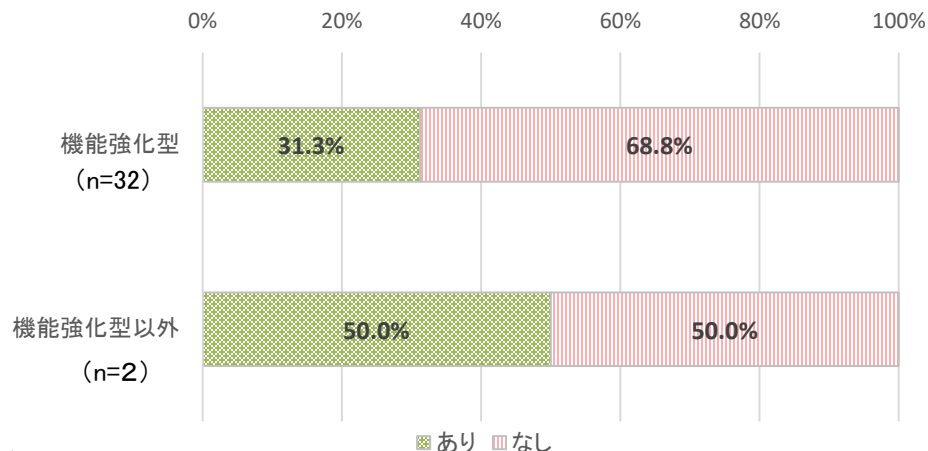


■ 自ステーションの職員への指導や研修を行っている(令和2年4月～9月6か月間)



※機能強化型の種別又は特定行為研修修了者の有無にいずれか無回答の場合は除外

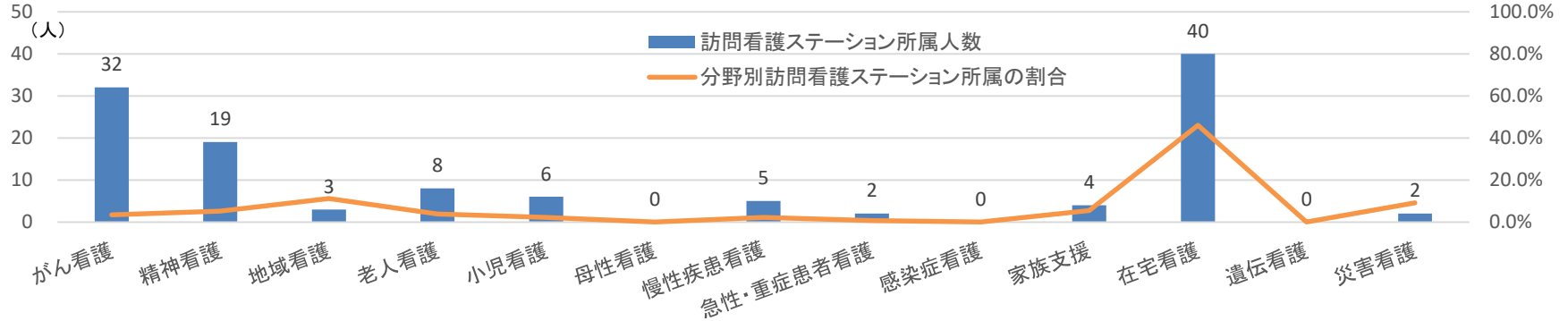
■ 他ステーションや医療機関の職員への指導や研修を行っている(令和2年4月～9月6か月間)



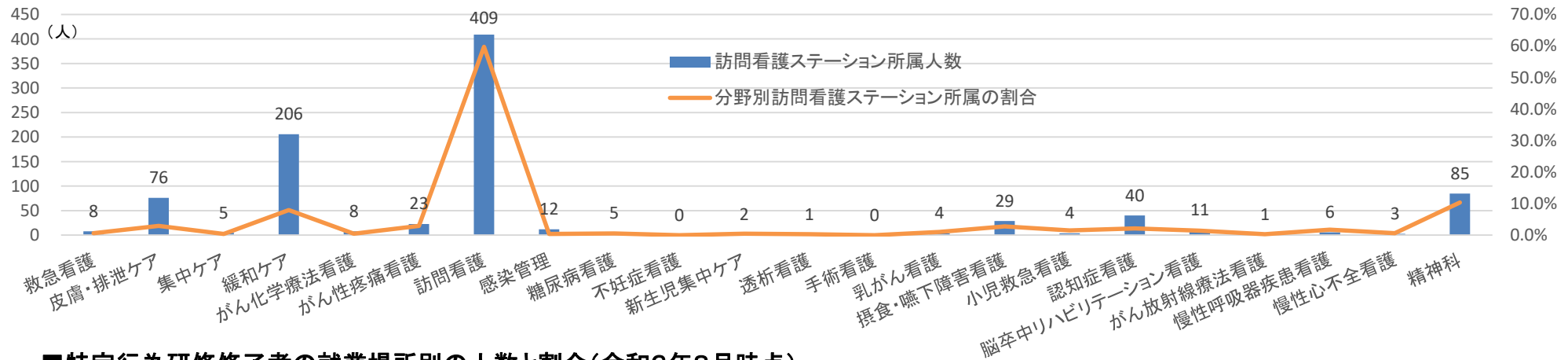
訪問看護ステーションにおける専門・認定看護師及び特定行為研修修了者の在籍状況

○ 訪問看護ステーションに在籍する、専門・認定看護師及び特定行為研修修了者の人数と各専門・認定分野における割合は以下のとおり。

■ 訪問看護ステーションに在籍する専門看護師の人数と分野別の割合(2021年3月末現在)



■ 訪問看護ステーションに在籍する認定看護師の人数と分野別の割合(2021年3月末現在、精神科のみ2021年4月1日現在)



■ 特定行為研修修了者の就業場所別の人数と割合(令和3年8月時点)

就業場所	病院	診療所	訪問看護ステーション	介護福祉施設	教育機関	その他	未就労	不明
就業者総数	2240	40	145	34	41	16	16	707
割合	69.2%	1.2%	4.5%	1.0%	1.3%	0.5%	0.5%	21.8%

【出典】専門看護師・認定看護師：日本看護協会ホームページ 専門看護師・認定看護師 分野別所属先種別登録者数一覧、日本精神科看護協会ホームページ 精神科認定看護師全国データ
特定行為研修修了者：令和3年度「看護師の特定行為に係る研修機関拡充支援事業」

訪問看護に係る課題(小括1)

(有事に備えた提供体制の整備について)

- ・全訪問看護ステーションのうち、約88%が24時間対応体制加算を届け出ているが、規模が小さくなるにつれて届出の割合が少なくなっている。
- ・BCP作成にあたって、「近隣の事業所との協定締結の方法や内容」に最も困難を感じていた。

(在宅での看取りを支える提供体制の整備について)

- ・ICTを利用した看護師との連携による死亡診断等を行った医療機関については在宅患者訪問診療料の加算による評価があるが、ICTを活用した死亡診断等の支援を行った訪問看護ステーションについては評価されていない。
- ・退院当日の訪問時は訪問看護基本療養費を算定できない。退院後の在宅での看取りを支援するために、退院日とその翌日に訪問した場合は、訪問看護ターミナルケア療養費の算定対象とならない。

(機能強化型訪問看護ステーションにおける役割の強化について)

- ・機能強化型訪問看護ステーションの9割以上が、地域住民等に対する情報提供・相談対応や、看護実習の受入等の人材育成のための研修を実施している。
- ・機能強化型訪問看護ステーションの約33%に専門性の高い看護師(専門看護師又は認定看護師)が所属しており、専門性の高い看護師は他の訪問看護ステーション等へのコンサルテーションの実施や研修等の開催をしている。

1. 訪問看護の提供体制
2. 利用者の状態に応じた訪問看護の充実
 - 2-1 複数名訪問看護加算等について
 - 2-2 退院支援指導加算について
3. 論点

同一建物居住者に対する複数回・複数名の訪問看護の見直し

- 効率的な訪問が可能な同一建物居住者に対し、同一日に複数回の訪問看護、複数名による訪問看護を行う場合の加算について、評価体系を見直す。

難病等複数回訪問加算等の見直し

現行	改定後
【難病等複数回訪問加算】 1日に2回の場合 4,500円 1日に3回以上 8,000円	【難病等複数回訪問加算】 イ 1日に2回の場合 (1) 同一建物内1人 4,500円 (2) 同一建物内2人 4,500円 (3) 同一建物内3人以上 4,000円 ロ 1日に3回以上 (1) 同一建物内1人 8,000円 (2) 同一建物内2人 8,000円 (3) 同一建物内3人以上 7,200円

※ 同一建物居住者訪問看護・指導料の難病等複数回訪問加算、精神科基本療養費及び精神科訪問看護・指導料の精神科複数回訪問加算についても同様

同一建物居住者の人数の明確化

- 同一建物居住者に係る区分の算定方法を明確化する。

改定後

【基本療養費】

同一建物居住者に係る人数については、同一日に訪問看護基本療養費を算定する利用者数と精神科訪問看護基本療養費を算定する利用者数とを合算した人数とすること。

【難病等複数回訪問加算と精神科複数回訪問加算】

同一建物内において、難病等複数回訪問加算又は精神科複数回訪問加算(1日当たりの回数の区分が同じ場合に限る。)を同一日に算定する利用者の人数に応じて算定する。

【複数名訪問看護加算と複数名精神科訪問看護加算】

同一建物内において、複数名訪問看護加算又は複数名精神科訪問看護加算(同時に指定訪問看護を実施する職種及び1日当たりの回数の区分が同じ場合に限る。)を同一日に算定する利用者の人数に応じて算定する。

複数名訪問看護加算等の見直し

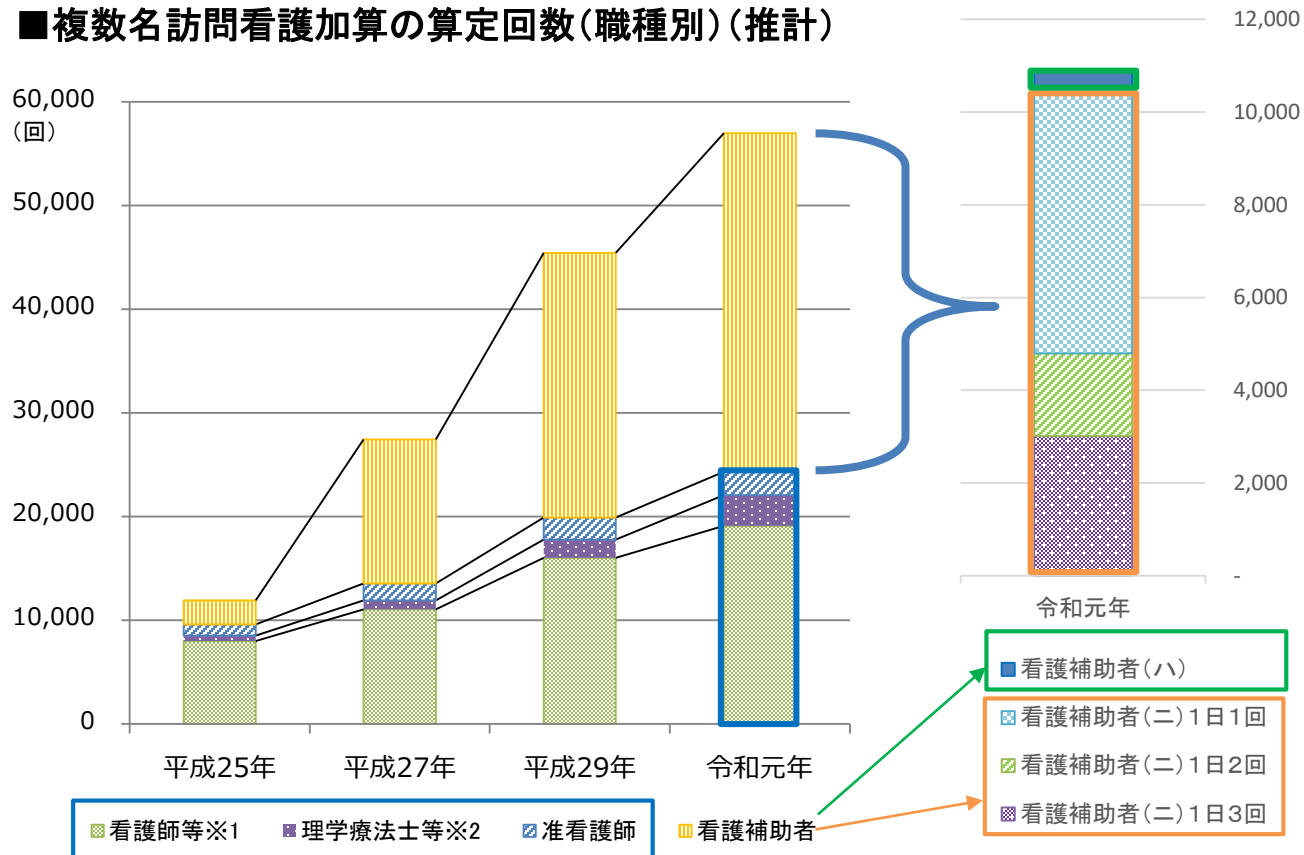
現行	改定後
【複数名訪問看護加算】 イ 看護師等 4,500円 ロ 准看護師 3,800円 ハ 看護補助者(二以外) 3,000円 ニ 看護補助者(別表7・8、特別指示) (1) 1日に1回の場合 3,000円 (2) 1日に2回の場合 6,000円 (3) 1日に3回以上の場合 10,000円	【複数名訪問看護加算】 イ 看護師等 (1) 同一建物内1人 4,500円 (2) 同一建物内2人 4,500円 (3) 同一建物内3人以上 4,000円 ロ 准看護師 (1) 同一建物内1人 3,800円 (2) 同一建物内2人 3,800円 (3) 同一建物内3人以上 3,400円 ハ 看護補助者(二以外) (1) 同一建物内1人 3,000円 (2) 同一建物内2人 3,000円 (3) 同一建物内3人以上 2,700円 ニ 看護補助者(別表7・8、特別指示) (1) 1日に1回の場合 ① 同一建物内1人 3,000円 ② 同一建物内2人 3,000円 ③ 同一建物内3人以上 2,700円 (2) 1日に2回の場合 ① 同一建物内1人 6,000円 ② 同一建物内2人 6,000円 ③ 同一建物内3人以上 5,400円 (3) 1日に3回以上の場合 ① 同一建物内1人 10,000円 ② 同一建物内2人 10,000円 ③ 同一建物内3人以上 9,000円

※ 同一建物居住者訪問看護・指導料の複数名訪問看護・指導加算、精神科訪問看護基本療養費の複数名精神科訪問看護加算、精神科訪問看護・指導料の複数名精神科訪問看護・指導加算についても同様

職種別複数名訪問看護加算の算定状況について

- 複数名訪問看護加算の算定回数は増加している。
- 看護補助者が同行する複数名訪問看護においても、別表7や別表8に該当する利用者や特別訪問看護指示書の交付を受けた利用者が多い。

■ 複数名訪問看護加算の算定回数(職種別)(推計)



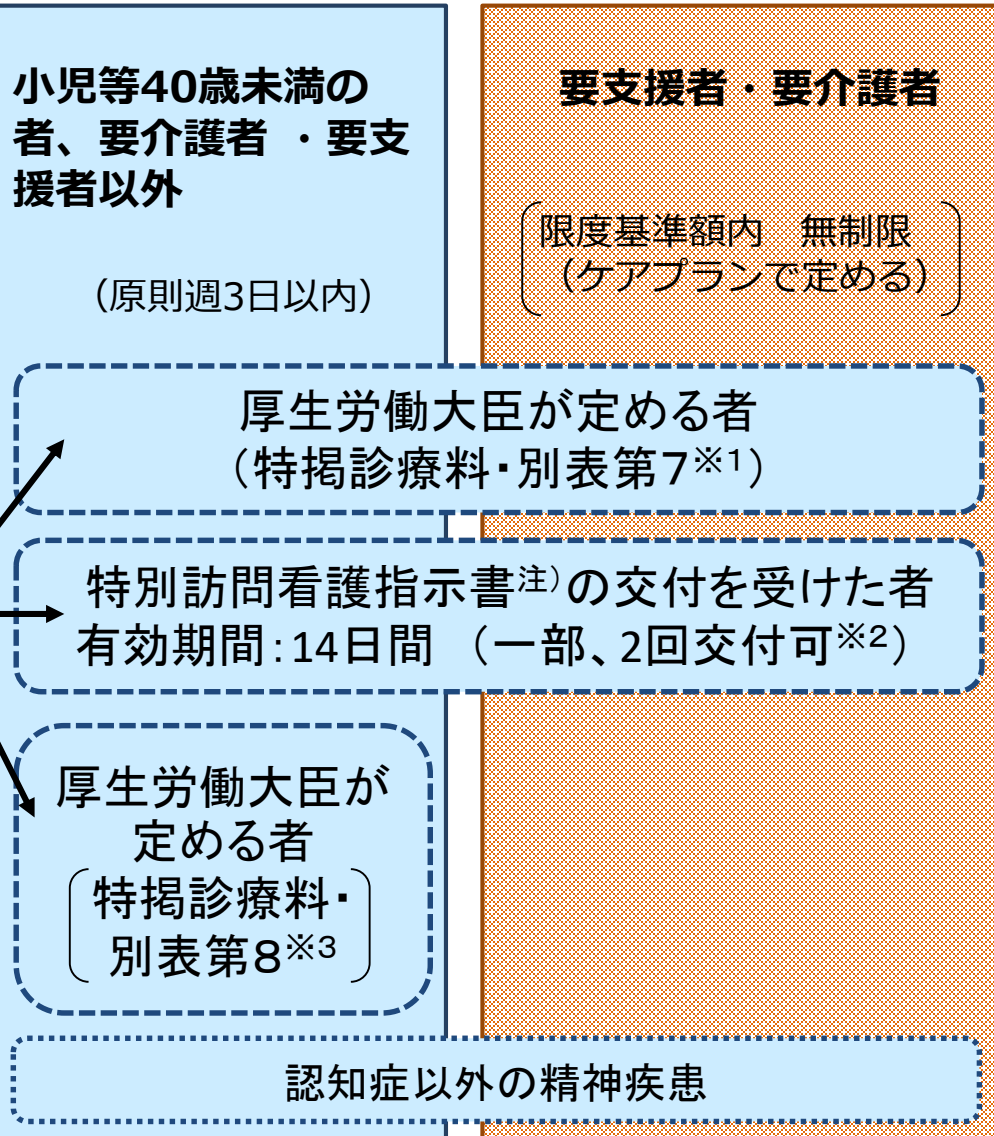
※1 保健師、助産師、看護師
 ※2 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

複数名訪問看護加算の対象者

- 看護師等、理学療法士等、准看護師等
 ※週に1回まで
 - ・別表7に該当する利用者
 - ・別表8に該当する利用者
 - ・特別訪問看護指示書の交付を受けた利用者
 - ・暴行行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者
- 看護補助者(ハ)
 ※週に3回まで
 - ・利用者の身体的理由により1人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者
 - ・暴行行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者
 - ・その他利用者
- 看護補助者(ニ)
 ・別表7に該当する利用者
 ・別表8に該当する利用者
 ・特別訪問看護指示書の交付を受けた利用者

【医療保険】

【介護保険】



※1：別表第7

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

※2：特別訪問看護指示書を月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
- ・真皮を超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日以上)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。

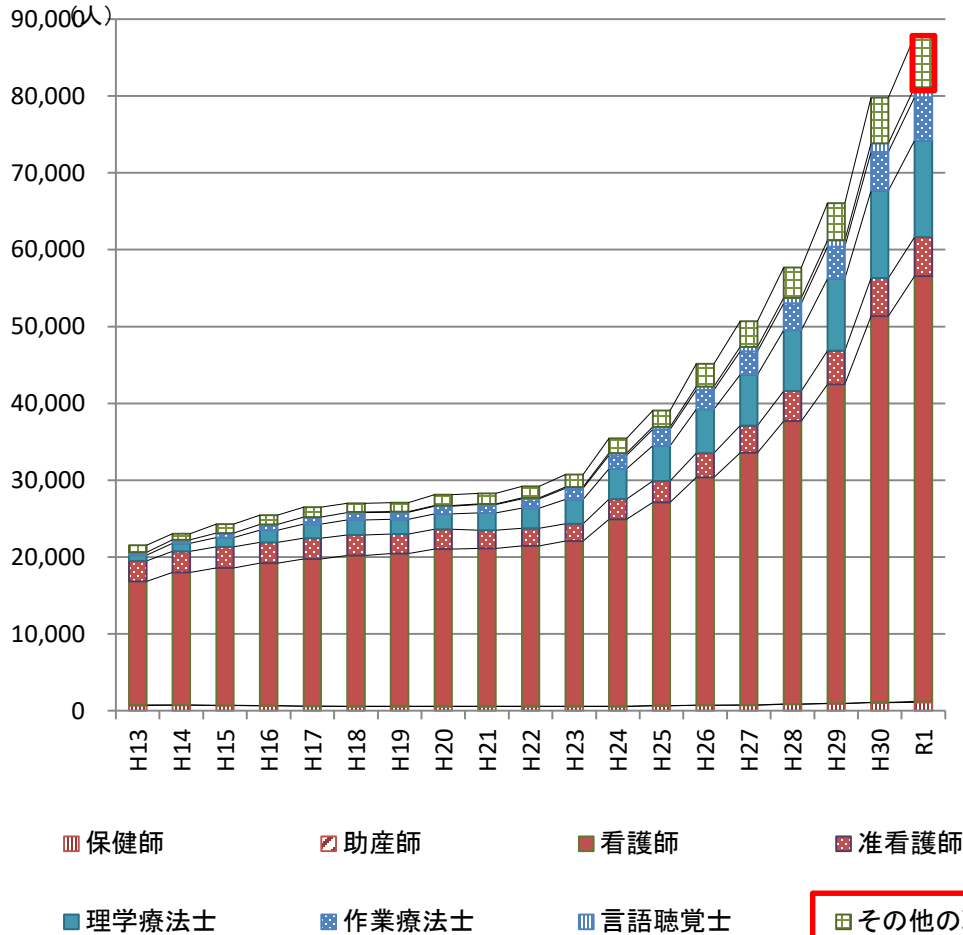
※3：別表第8

- 1 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管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
- 2 以下のいずれかを受けている状態にある者
 - 在宅自己腹膜灌流指導管理
 - 在宅血液透析指導管理
 - 在宅酸素療法指導管理
 - 在宅中心静脈栄養法指導管理
 - 在宅成分栄養経管栄養法指導管理
 - 在宅自己導尿指導管理
 - 在宅人工呼吸指導管理
 - 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
 - 在宅自己疼痛管理指導管理
 - 在宅肺高血圧症患者指導管理
- 3 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 4 真皮を超える褥瘡の状態にある者
- 5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

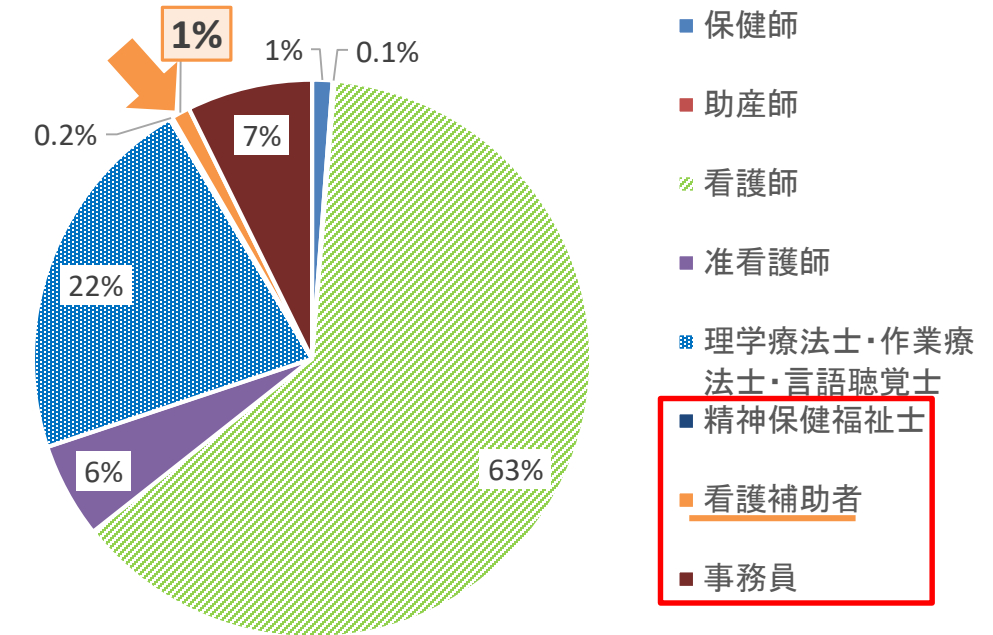
訪問看護ステーションにおける看護補助者の配置状況

○ 訪問看護ステーションにおける看護補助者は職種別従事者の1%で、看護補助者を雇用している訪問看護ステーションは機能強化型で14%、機能強化型以外で5.6%だった。

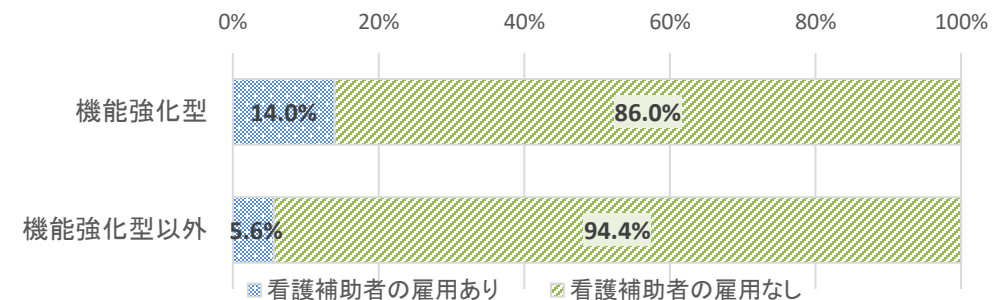
■ 訪問看護ステーションにおける職種別の従事者数の推移(常勤換算)



■ 訪問看護ステーションにおける職種別の従事者割合(常勤換算)



■ 看護補助者の雇用有無別の訪問看護ステーション割合(雇用形態問わず)



難病等複数回訪問加算について

○ 難病等複数回訪問加算の算定回数及び算定人数は増加傾向。

■ 難病等複数回訪問加算

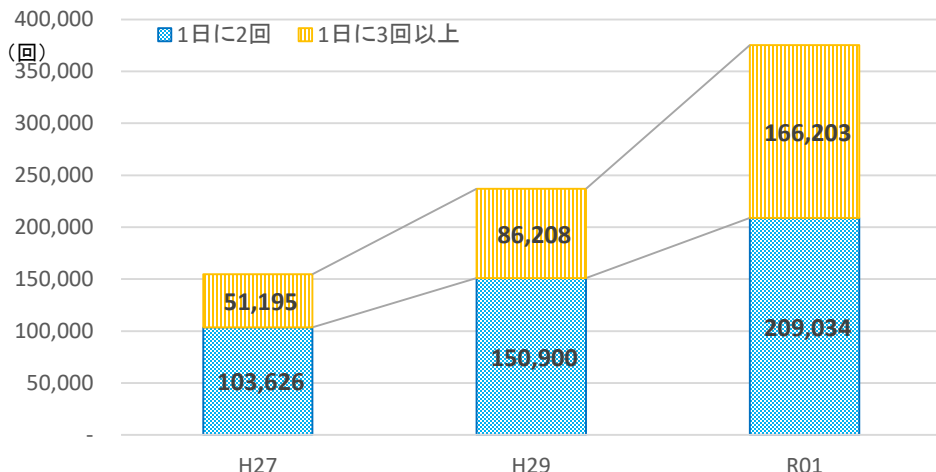
- ・1日に2回の場合
 - (1) 同一建物内1人 4,500円
 - (2) 同一建物内2人 4,500円
 - (3) 同一建物内3人以上 4,000円
- ・1日に3回以上の場合
 - (1) 同一建物内1人 8,000円
 - (2) 同一建物内2人 8,000円
 - (3) 同一建物内3人以上 7,200円

【対象者】

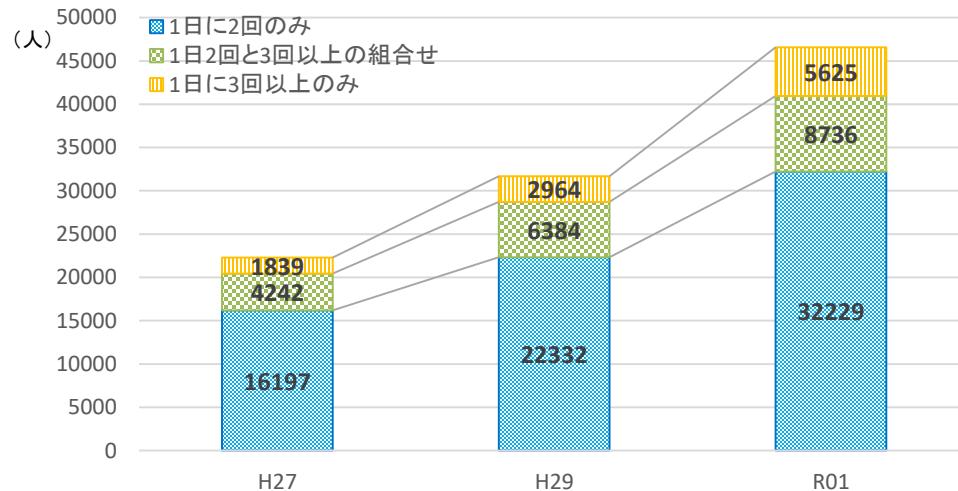
- ・週三日を超えて訪問看護を行う必要がある利用者であって、次のいずれかに該当するもの
 - (1) 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者
 - (2) 特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者
- ・特別訪問看護指示書の交付を受けた利用者

・必要に応じて1日に2回又は3回以上指定訪問看護を実施した場合に所定額に加算する。

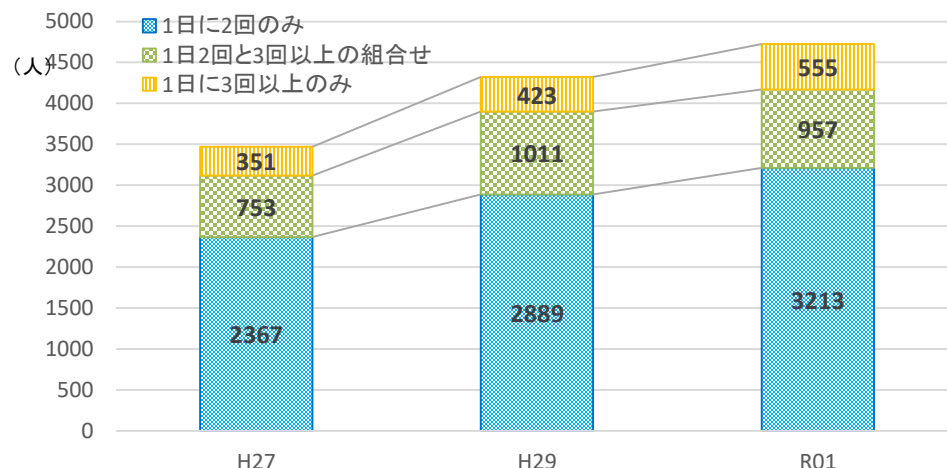
■ 難病等複数回訪問加算の算定回数（推計）



■ 難病等複数回訪問加算の算定人数（推計）



■ 難病等複数回訪問加算の算定人数（人工呼吸器を使用している状態の者※）（推計）



※指定難病を主たる要因として人工呼吸器を使用している利用者は在宅人工呼吸器使用患者支援事業の利用が可能

1. 訪問看護の提供体制
2. 利用者の状態に応じた訪問看護の充実
 - 2-1 複数名訪問看護加算等について
 - 2-2 退院支援指導加算について
3. 論点

退院日当日の訪問看護

- 退院支援指導加算の算定者数は増加傾向。
- 退院支援指導加算の算定利用者のうち、約66%が別表8の利用者だった。

■ 退院支援指導加算 6,000円

【対象者】

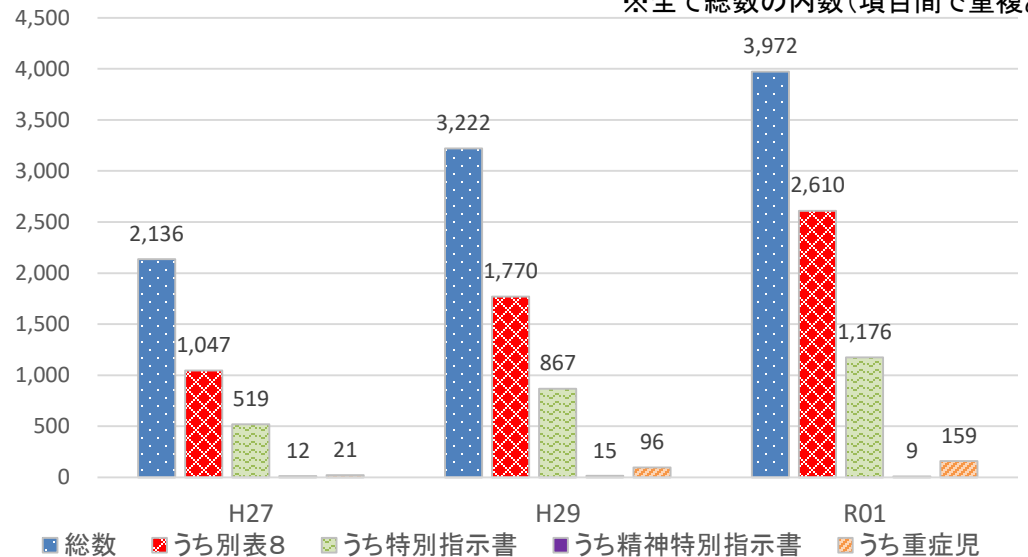
- (1) 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者
- (2) 特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者
- (3) 退院日の訪問看護が必要であると認められた者

- ・保険医療機関から退院するに当たって、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)が、**退院日に在宅での療養上必要な指導を行った場合に初日の指定訪問看護の実施日に1回に限り訪問看護管理療養費に加算する。**ただし、当該者が退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われる前に死亡あるいは再入院した場合には、死亡若しくは再入院日に算定する。なお、訪問看護管理療養費を算定する月の前月に退院支援指導を行った場合においても算定できる。
- ・退院支援指導加算は、利用者の退院時に訪問看護指示書の交付を受けている場合に算定する。
- ・退院支援指導加算は、**1人の利用者に対し、1つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定**できる。

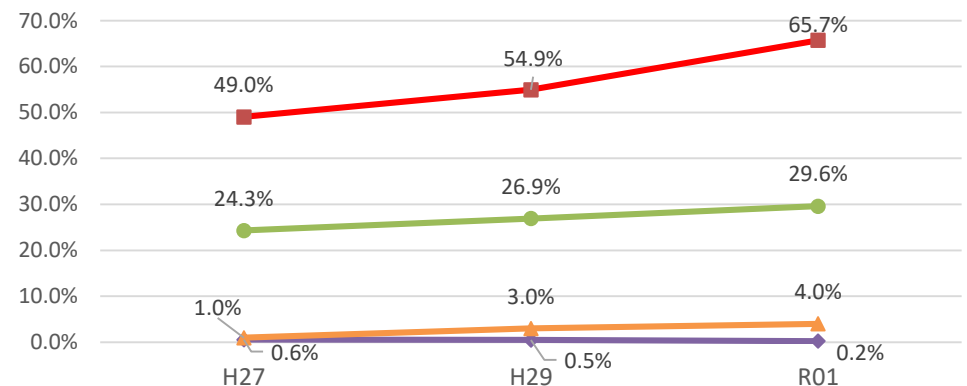
※退院当日は訪問看護基本療養費が算定できない

■ 別表8等該当有無別の退院支援指導加算の算定者数(推計)

※全て総数の内数(項目間で重複あり)



■ 退院支援指導加算の算定者数の総数に占める割合



■ 別表8の割合 ■ 特別指示書の割合 ■ 精神特別指示書の割合 ■ 重症児の割合

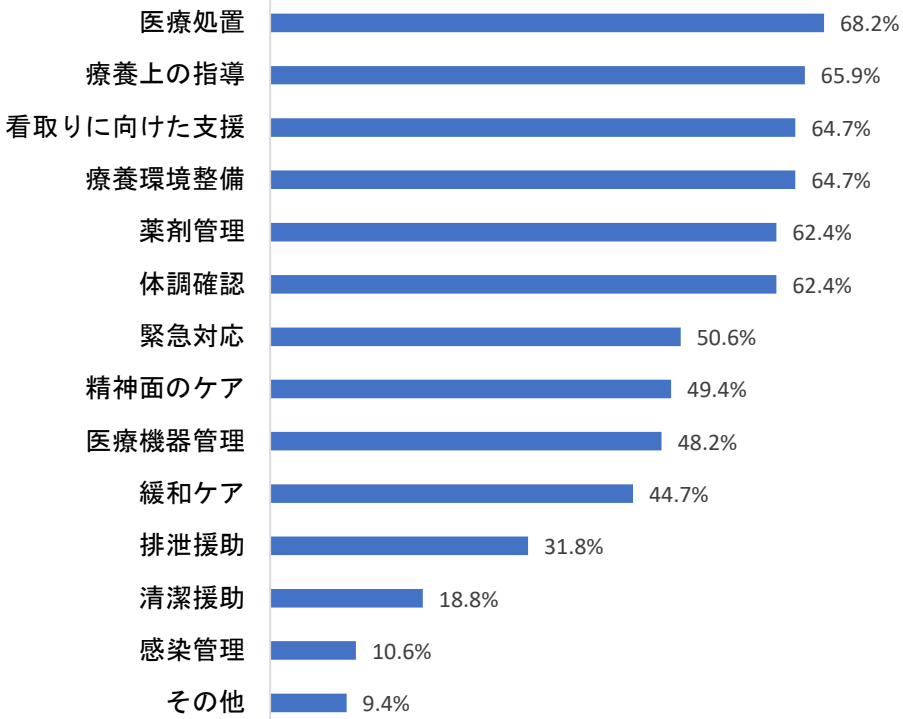
退院日当日の訪問看護

○ 訪問看護ステーションの約半数が退院当日に長時間の訪問を実施したことがあり、退院当日に実施したケア内容では「医療処置」が最も多かった。

■ 訪問看護ステーションにおける退院当日に実施した事例の有無 (n=141)



■ 退院当日に実施したケア内容 (n=85)



事例1

生後1ヶ月女児 先天性筋疾患の疑い

【退院時の状態】

体重2,880g

筋緊張低下、哺乳不良にて経鼻栄養。ミルクの投与量を調整中

【退院当日の看護】

- ①児の状態観察。胃管の固定位置が看護サマリーと異なっていたため病院に問い合わせ、退院前に変更されていたことを確認。
- ②45分かけてミルク60mlを注入、母の手技で児がげっぷを出せることを確認。また、70mlに増量しても嘔吐ないことを確認。
- ③緊急時の蘇生方法指導と連絡方法の確認、肛門の綿棒刺激方法指導
- ⑤スキンケア用品等の情報提供

事例2

80歳代女性 ALS

数ヶ月前より転倒や呼吸障害あり、去痰困難、CO2ナルコーシスを認めて入院。気管切開の上、人工呼吸管理となった。退院に伴い、在宅医・訪問看護導入。

【退院時の状態】

退院に伴い、80歳代の夫とともに長女宅の近くに転居。トイレ歩行可能。本人、夫ともに在宅での生活に不安が強い。

【退院当日の看護】

- ①氏の状態観察。
- ②在宅医とケアマネージャーも同時刻に訪問しており、在宅医からの緊急対応等の説明への同席、関係者間の情報共有を実施。
- ③環境調整(安全性や動線等を考慮したベッドと人工呼吸器配置の調整、呼吸器を装着したままのトイレ歩行の動線確認、医療材料の保管に係る助言等)
- ④家族の医療的ケアの手技確認(気管吸引や呼吸器アラーム時の対応、気管カニューレ保護下での体位変換等)
- ⑤注意点等指導(緊急時の連絡方法の確認等)

訪問看護に係る課題(小括2)

(複数名訪問看護加算等について)

- ・複数名訪問看護加算の算定回数は増加傾向であり、看護補助者が同行する複数名訪問看護においても、別表7や別表8に該当する利用者や特別訪問看護指示書の交付を受けた利用者が多い。
- ・訪問看護ステーションにおける看護補助者は職種別従事者の1%で、看護補助者を雇用している訪問看護ステーションは機能強化型で14%、機能強化型以外で5.6%だった。
- ・難病等複数回訪問加算の算定回数及び算定人数は増加傾向となっている。

(退院支援指導加算について)

- ・退院支援指導加算の算定者数は増加傾向で、算定利用者のうち、約66%が別表8の利用者だった。
- ・訪問看護ステーションの約半数が退院当日に長時間の訪問を実施したことがあり、退院当日に実施したケア内容では「医療処置」が最も多かった

1. 訪問看護の提供体制
2. 利用者の状態に応じた訪問看護の充実
3. 論点

訪問看護に係る論点

【訪問看護の提供体制について】

- 感染症や災害が発生した場合であっても必要な訪問看護を安定的に実施するために、平時からの訪問看護ステーションの体制整備や連携の在り方について、どのように考えるか。
- ICTを利用した在宅看取りについては、医師が「情報通信機器（ICT）を用いた死亡診断等ガイドライン」に基づき、ICTを利用した看護師との連携による死亡診断を行う場合には、在宅患者訪問診療料の死亡診断加算を算定することが可能になっている。死亡診断等をサポートする訪問看護師に係る評価の在り方について、どのように考えるか。
- 退院当日の訪問は訪問看護基本療養費を算定できないため、訪問看護ターミナルケア療養費が算定できない場合がある。在宅での看取りを支援する観点から、退院当日を含めた退院直後のターミナルケアの評価の在り方について、どのように考えるか。
- 地域において専門性の高い看護師がコンサルテーションや人材育成等を実施している実態を踏まえ、機能強化型訪問看護ステーションに所属する専門性の高い看護師の評価の在り方について、どのように考えるか。

【利用者の状態に応じた訪問看護の充実について】

- 安全で質の高い訪問看護を提供する観点から、職種別の就業状況を考慮した複数名訪問看護加算の在り方について、どのように考えるか。
- 1日に複数回の訪問が必要な利用者の増加を踏まえ、難病等複数回訪問加算の在り方について、どのように考えるか。
- 医療的ニーズの高い利用者の円滑な在宅療養への移行を促進する観点から、退院支援指導加算の在り方について、どのように考えるか。