在宅医療（その1）

在宅医療（その1）

1．在宅医療について
（1）在宅医療に係る診療報酬（概要）
（2）直近の算定状況等
（3）在宅医療領域における課題及び取組等
- 複数の医療機関による連携について
- 在支診・在支病について
- 医療資源の少ない地域における在宅医療について
- 在宅医療における褥瘡の指導管理について

2．在宅歯科医療について

3．在宅薬剤管理について

1．在宅医療について

（1）在宅医療に係る診療報酬（概要）

（2）直近の算定状況等

（3）在宅医療領域における課題及び取組等

・複数の医療機関による連携について

・在支診・在支病について

・医療資源の少ない地域における在宅医療について

・在宅医療における褥瘡の指導管理について

2．在宅歯科医療について

3．在宅薬剤管理について

在宅医療に対する診療報酬上の主な評価の変遷①
（昭和61～平成18年度診療報酬改定）

○在宅医療に対する診療報酬上の主な評価の変遷は以下の通り。

	【診療報酬】	【老人診療報酬】
昭和61年		**○ 寝たきり老人訪問診療料の創設（～H18年）；** 定期的に訪問して診療を行った際に算定 **○ 寝たきり老人訪問指導管理料（月ごと）の創設（～H18年）；** 寝たきり老人訪問診療料を算定すべき診療を行った際に、療養上必要な指導管理を行った場合に算定
昭和63年	**○ 在宅患者訪問診療料の創設；** 定期的に訪問して診療した際に算定	
平成4年		**○ 寝たきり老人在宅総合診療料（月ごと）の創設（～H18年）；** 計画的な医学管理の下に、1月に2回以上訪問して診療した場合に算定
平成6年	**○ 在宅時医学管理料（月ごと）の創設（～H18年）；** 計画的な医学管理の下に、週1回以上訪問して診療した場合に算定	
平成18年	【診療報酬】 **○ 在宅時医学総合管理料（月ごと）の創設；** 計画的な医学管理の下に、月2回以上訪問して診療した場合に算定	

在宅医療に対する診療報酬上の主な評価の変遷②（平成18～24年度診療報酬改定）

〇在宅医療に対する診療報酬上の主な評価の変遷は以下の通り。

	訪問診療料	在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学総合管理料	在宅療養支援診療所 在宅療養支援病院	その他
平成18年	－	・在宅時医学総合管理料（在総管）の創設	・在宅療養支援診療所（在支診）の創設	・入院から在宅療養への円滑な移行に係る評価 ・在宅、特別養護老人ホーム等におけるターミナルケアに係る評価
平成20年	・居住場所により訪問診療料を分類 →訪問診療料1(自宅) 訪問診療料2(居住系施設)	・特定施設入居時等医学総合管理料（特医総管）の創設	・在宅療養支援病院（在支病）の創設	・カンファレンス等の情報共有に関する評価
平成22年	・居住場所ではなく、同一建物の訪問人数により訪問診療料を再分類 →訪問診療料1(同一建物以外) 訪問診療料2(同一建物)	－	・在支病の届出を、許可病床数が200床未満の病院に拡大	・往診料の引き上げ ・乳幼児加算の創設 ・在宅ターミナルケア加算の要件緩和 ・在宅移行早期加算の創設

在宅医療に対する診療報酬上の主な評価の変遷③（平成26～30年度診療報酬改定）

〇在宅医療に対する診療報酬上の主な評価の変遷は以下の通り。

	訪問診療料	在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学総合管理料	在宅療養支援診療所 在宅療養支援病院	その他
平成24年	・特定施設入居者に対する評価の引き上げ →訪問診療料1(同一建物以外) 訪問診療料2(特定施設等) 訪問診療料2（上記以外の同一建物）	・在総管、特医総管に対する評価の引き上げ（機能強化型在支診・在支病の創設に伴うもの）	・強化型、連携強化型の在支診・在支病を創設	・緊急時、夜間の往診料の引き上げ ・在宅ターミナルケア加算の評価体系の見直し ・在宅緩和ケアに係る評価 ・緊急時の在宅患者の受入に対する評価の引き上げ
平成26年	・訪問診療料2の評価引き下げ	・同一建物居住者に対する評価の適正化	・機能強化型の実績要件の引き上げ	・在宅療養後方支援病院及び在宅患者共同診療料の創設
平成28年	・訪問診療料2を「同一建物居住者の場合」に一本化	・単一建物診療患者数、重症度、月の訪問回数に応じて細分化	・機能強化型の施設基準に小児在宅医療に係る要件を追加	・在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の新設等による緊急往診や看取り実績の評価 ・在宅専門医療機関の要件明確化
平成30年	・訪問診療料Ⅰに、2（他医療機関の依頼を受けて訪問診療を行った場合)を新設 ・訪問診療料Ⅱ（併設する介護施設等の場合)を新設	・月2回以上の訪問診療を行った場合の評価を適正化 ・月1回の訪問診療を行っている場合の評価を充実 ・包括的支援加算を新設	－	・往診料の算定要件を明確化 ・緊急往診加算の対象患者拡大と算定要件の見直し ・ターミナルケアの評価の充実

在宅ターミナルケアに対する診療報酬上の評価の変遷（平成18～30年度診療報酬改定）

	在宅ターミナルケア加算	看取り加算	死亡診断加算
平成16年	在宅ターミナルケア加算　1,200点 ※1月以上にわたり在宅でターミナルケアを行った場合		死亡診断加算　200点 ※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
平成18年	在宅ターミナルケア加算（Ⅱ）　1,200点 ※死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施	在宅ターミナルケア加算（Ⅰ）　10,000点 ※（Ⅱ）に加え、在宅療養支援診療所又はその連携保険医療機関の医師が、死亡前24時間以内に訪問して看取った場合	※在宅ターミナルケア加算（Ⅰ）を算定する場合は算定できない
平成20年	在宅ターミナルケア加算（Ⅱ）　2,000点	在宅ターミナルケア加算（Ⅰ）　10,000点 ※（Ⅱ）に加え、在宅療養支援診療所、その連携保険医療機関又は在宅療養支援病院の医師が、死亡前24時間以内に訪問して看取った場合	
平成22年	在宅ターミナルケア加算（Ⅱ）　2,000点 ※往診又は訪問診療後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者でも算定可能に	在宅ターミナルケア加算（Ⅰ）　10,000点	
平成24年	在宅ターミナルケア加算　3,000～6,000点 ※機能強化型在支診、在支診又はそれ以外に応じて評価を区分 ※死亡日及び死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施	看取り加算　3,000点 ※事前に療養上の不安等を解決するための十分な説明と同意を行った上で、死亡日に往診又は訪問診療を行い、看取った場合	※看取り加算を算定する場合は算定できない
平成26年	在宅ターミナルケア加算　3,000～6,000点 ※在宅療養実績加算　750点 十分な緊急往診及び看取りの実績を有する在支診又は在支病の場合		
平成28年	在宅ターミナルケア加算　3,000～6,000点 ※在宅緩和ケア充実診療所・病院加算　1,000点 ※在宅療養実績加算1　750点、在宅療養実績加算2　500点		
平成30年	在宅ターミナルケア加算　3,500～6,500点 ※酸素療法加算　2,000点		

在宅医療における診療報酬上の評価構造（イメージ）（平成28年度～）

○　在宅医療に対する診療報酬上の評価は、①訪問して診療を行ったことに対する評価、②総合的な医学的管理に対する評価、③人工呼吸器その他の特別な指導管理等に対する評価の、大きく3種類の評価の組み合わせで行われている。

○　上記3種類の評価のうち、総合的な医学的管理に対する評価の占める割合が大きい。

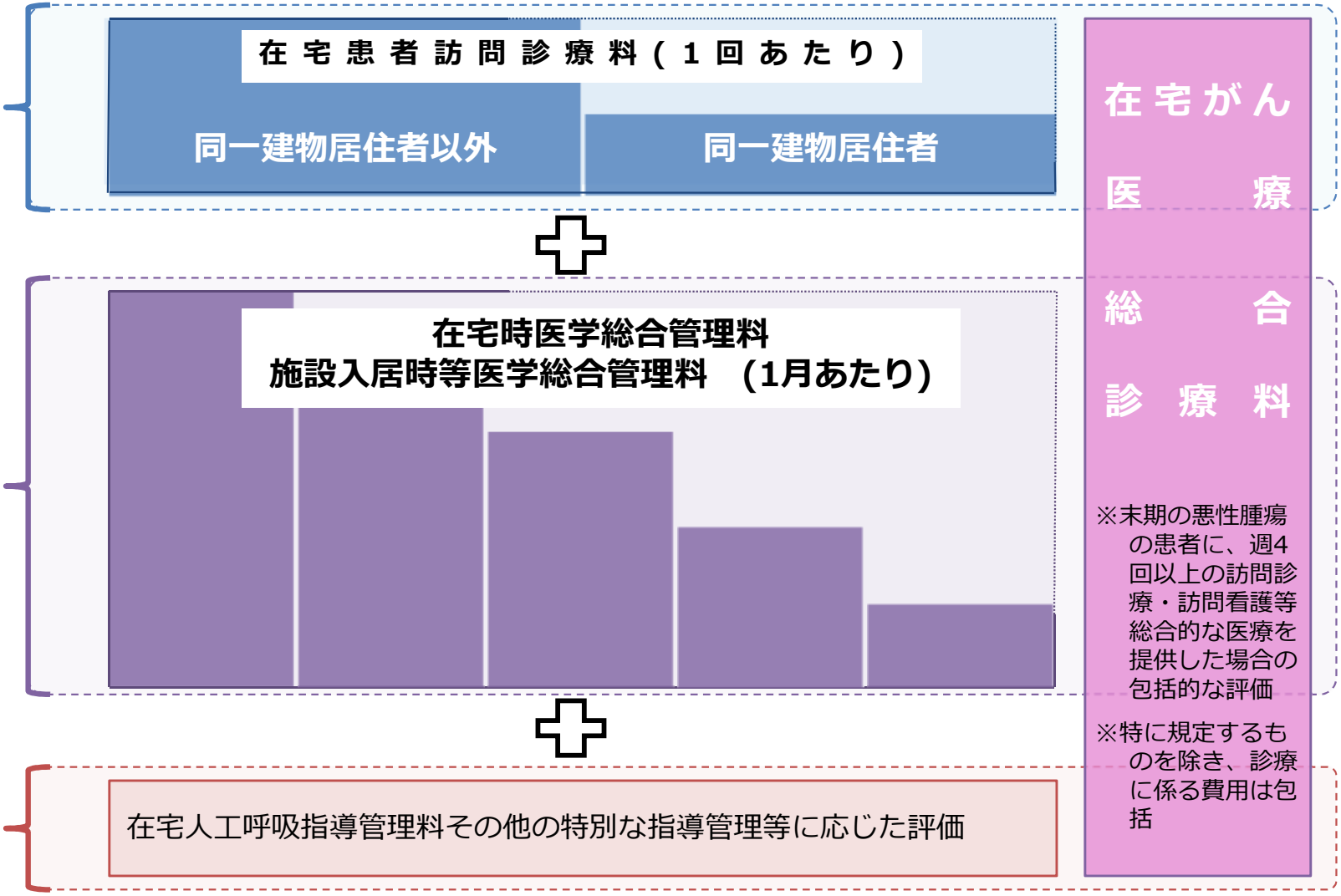
①定期的に訪問して診療を行った場合の評価

○居住場所により段階的に評価
○乳幼児等の診療、看取り等については、加算により評価
○原則として週3回の算定を限度とするが、末期の悪性腫瘍等一部の疾患については例外を規定

②総合的な医学的管理等を行った場合の評価

○単一建物診療患者数、重症度及び月の訪問回数により段階的に評価
○特別な指導管理を必要とし、頻回の診療を行った場合等は加算により評価

③指導管理等に対する評価



※上記に加え、検査、処置その他診療に当たって実施した医療行為等については、特段の規定がない場合、出来高にて算定することができる。

在宅患者訪問診療料（Ⅰ）等の概要（平成30年度～）

在宅患者訪問診療料（Ⅰ）（1日につき）	同一建物居住者以外の場合	833点
	同一建物居住者の場合	203点

在宅ターミナルケア加算 在宅で死亡した患者に死亡日から2週間以内に2回以上の訪問診療等を実施した場合に算定	**機能強化型在支診・在支病**		**機能強化型以外の在支診・在支病**	**その他の医療機関**
	有床診・在支病	**無床診**		
	6,500点	5,500点	4,500点	3,500点
＋在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	7,500点	6,500点		
＋在宅療養実績加算1			5,250点	
＋在宅療養実績加算2			5,000点	

看取り加算　在宅で患者を看取った場合に算定	3,000点
死亡診断加算　患家で死亡診断を行った場合に算定	200点

■その他の加算■
〇乳幼児加算　400点
〇診療時間に応じた加算　診療時間が1時間超の場合に100点／30分を加算

在宅療養支援診療所等とそれ以外の医療機関での主な診療報酬の比較

主な診療報酬		機能強化型在支診・在支病（病床あり）			機能強化型在支診・在支病（病床なし）			在支診・在支病			その他		
往診料の加算等 緊急往診加算 夜間休日加算 深夜加算		850点 1700点 2700点			750点 1500点 2500点			650点 1300点 2300点			325点 650点 1300点		
在宅患者訪問診療料（Ⅰ） 在宅ターミナルケア加算		6500点			5500点			4500点			3500点		
在宅時医学総合管理料		1人	2～9人	10人～	1人	2～9人	10人～	1人	2～9人	10人～	1人	2～9人	10人～
	①月2回以上訪問（重症患者）	5400点	4500点	2880点	5000点	4140点	2640点	4600点	3780点	2400点	3450点	2835点	1800点
	②月2回訪問	4500点	2400点	1200点	4100点	2200点	1100点	3700点	2000点	1000点	2750点	1475点	750点
	③月1回訪問	2760点	1500点	780点	2520点	1380点	720点	2300点	1280点	680点	1760点	995点	560点
施設入居時等医学総合管理料		1人	2～9人	10人～	1人	2～9人	10人～	1人	2～9人	10人～	1人	2～9人	10人～
	①月2回以上訪問（重症患者）	3900点	3240点	2880点	3600点	2970点	2640点	3300点	2700点	2400点	2450点	2025点	1800点
	②月2回訪問	3200点	1700点	1200点	2900点	1550点	1100点	2600点	1400点	1000点	1950点	1025点	750点
	③月1回訪問	1980点	1080点	780点	1800点	990点	720点	1640点	920点	680点	1280点	725点	560点
在宅がん医療総合診療料	院外処方	1800点			1650点			1495点			―		
	院内処方	2000点			1850点			1685点			―		

在宅療養支援診療所（在支診）及び在宅支援病院（在支病）の施設基準の概要（平成30年度～）

<table>
<tr><th rowspan="2"></th><th colspan="2">機能強化型在支診・在支病</th><th rowspan="2">在支診・
在支病</th><th rowspan="2">（参考）在宅療養後方支援病院</th></tr>
<tr><th>単独型</th><th>連携型</th></tr>
<tr><td>全ての在支診・在支病が満たすべき基準</td><td colspan="3">① 24時間連絡を受ける体制の確保
② 24時間の往診体制
③ 24時間の訪問看護体制
④ 緊急時の入院体制
⑤ 連携する医療機関等への情報提供
⑥ 年に1回、看取り数等を報告している</td><td rowspan="4">○ 許可病床数200床以上
○ 在宅医療を提供する医療機関と連携し、24時間連絡を受ける体制を確保
○ 連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が24時間可能な体制を確保（病床の確保を含む）
※ やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、対応可能な病院を探し紹介すること
○ 連携医療機関との間で、3月に1回以上、患者の診療情報の交換を行い、入院希望患者の一覧表を作成</td></tr>
<tr><td>全ての在支病が満たすべき基準</td><td colspan="3">「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。
（1）許可病床200床未満※であること又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと
（2）往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること
※ 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては240床未満</td></tr>
<tr><td rowspan="3">機能強化型在支診・在支病が満たすべき基準</td><td>⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師
3人以上</td><td>⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師
連携内で3人以上</td><td rowspan="3"></td></tr>
<tr><td>⑧ 過去1年間の緊急往診の実績
10件以上</td><td>⑧ 過去1年間の緊急往診の実績
連携内で10件以上
各医療機関で4件以上</td></tr>
<tr><td>⑨ 過去1年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績
いずれか4件以上</td><td>⑨ 過去1年間の看取りの実績
連携内で4件以上
かつ、各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績
いずれか2件以上</td></tr>
</table>

質の高い在宅医療の確保

在宅医療の提供体制の確保

在宅医療の提供体制では、在支診以外の医療機関の訪問診療**（裾野の拡大）**が必要である一方、かかりつけ医機能の一部として在宅医療を提供するには、**24時間体制の確保が負担**

在宅患者の状態に応じたきめ細やかな対応

訪問診療を必要とする患者が複数の疾患を有するなど、**在宅医療ニーズは多様化・高度化**

複数の医療機関の連携による24時間体制の確保

在支診以外の診療所が、他の医療機関との連携等により24時間の往診体制等を確保し、かかりつけの患者に対し訪問診療を行う場合の評価を新設。

2ヶ所目の医療機関による訪問診療の評価

複数疾患を有する患者等に対し、在宅の主治医の依頼を受けた他の医療機関が訪問診療を行った場合の評価を新設。

患者の状態に応じたきめ細やかな評価

在宅時医学総合管理料等について、重症患者以外であって、特に通院が困難な患者等に対する加算を新設。

在支診以外の医療機関による医学管理の評価

在宅時医学総合管理料等について、機能強化型在支診以外の医療機関が月１回の訪問診療を行う場合の評価を充実。

末期の患者への緊急対応の評価

標榜時間内に往診を行った場合の加算（緊急往診加算）の算定対象に、訪問診療を行っている医学的に末期の患者を追加。

ターミナルケアの評価の充実

ターミナルケアの評価を充実するとともに、特養での看取りに協力して行ったターミナルケアも評価対象に追加。

在宅療養支援診療所以外の診療所の訪問診療に対する評価

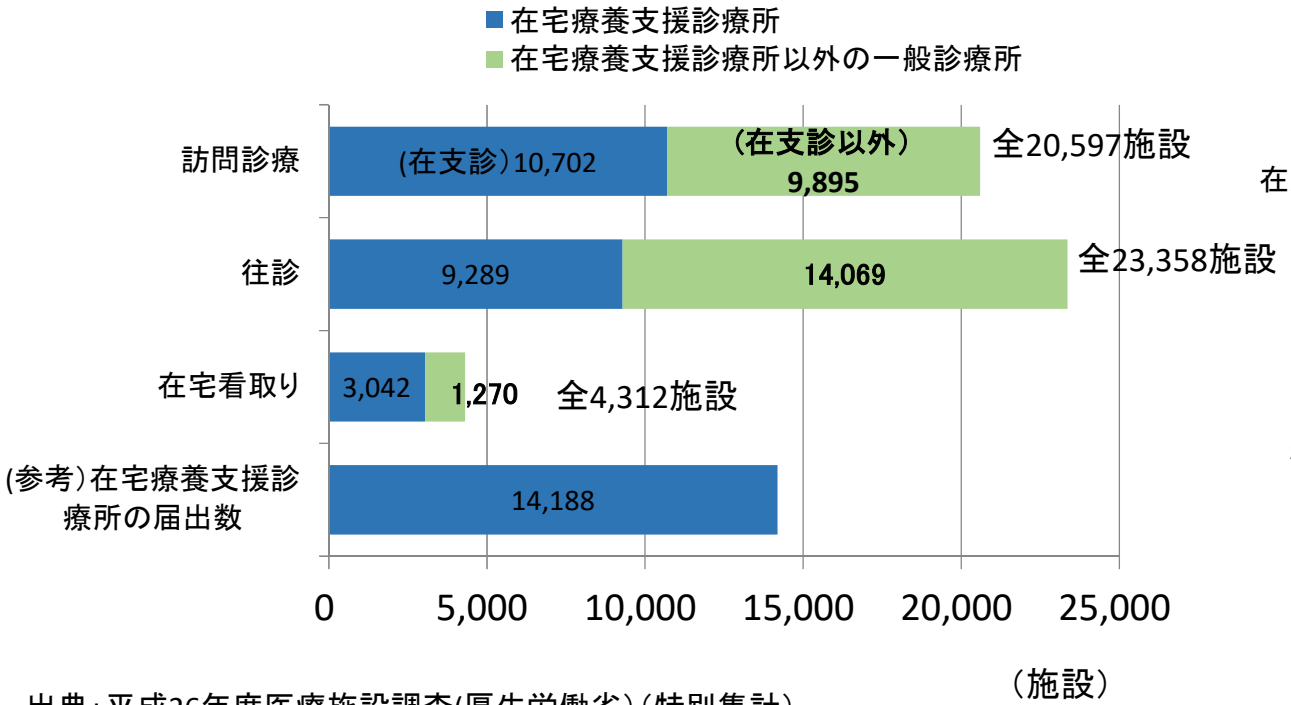
- 在支診以外の診療所が、かかりつけの患者に対し、他の医療機関との連携等により24時間の往診体制と連絡体制を構築し、在宅医療を提供した場合の評価を新設する。

在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料

（新）　継続診療加算　216点（1月に1回）

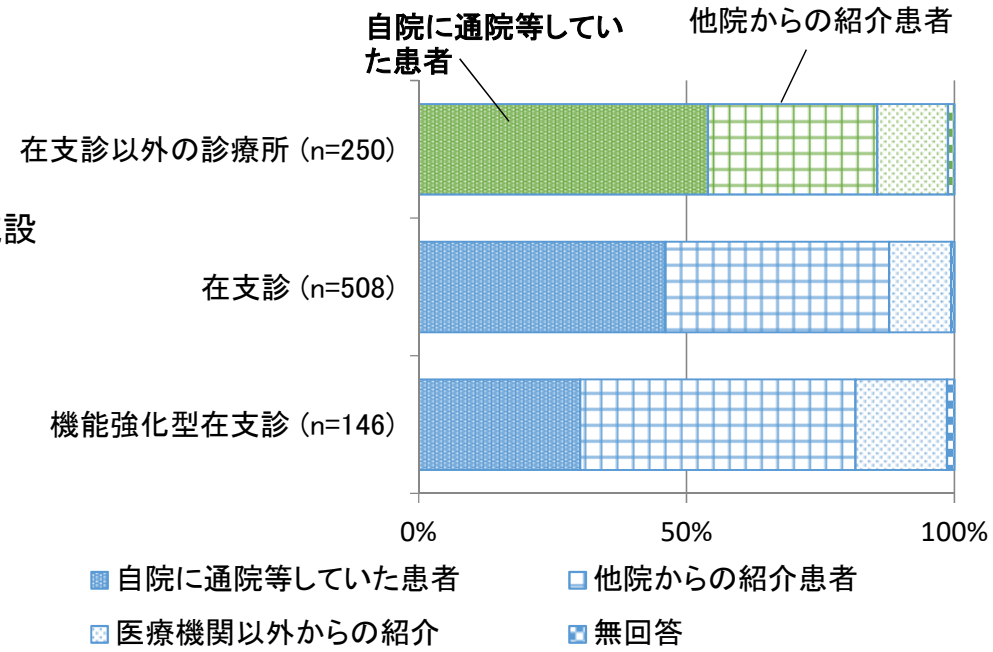
［算定要件］
(1) 当該保険医療機関の外来又は訪問診療を継続的に受診していた患者であること。
(2) 算定患者ごとに、連携する医療機関との協力等により、24時間の往診体制及び 24時間の連絡体制を構築すること。
(3) 訪問看護が必要な患者に対し、訪問看護を提供する体制を有していること。

［在宅医療サービスを実施する一般診療所の施設数］



出典：平成26年度医療施設調査(厚生労働省)（特別集計）

［訪問診療を行っている患者の受診経路別割合］



（出典：診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成28年度））

多様な在宅医療のニーズへの対応①

複数の医療機関が行う訪問診療の評価

➢ 在宅で療養する患者が複数の疾病等を有している等の現状を踏まえ、主治医の依頼を受けた他の医療機関が訪問診療を提供可能となるよう、在宅患者訪問診療料の評価を見直す。

在宅患者訪問診療料Ⅰ

（新）　２　他の医療機関の依頼を受けて訪問診療を行った場合

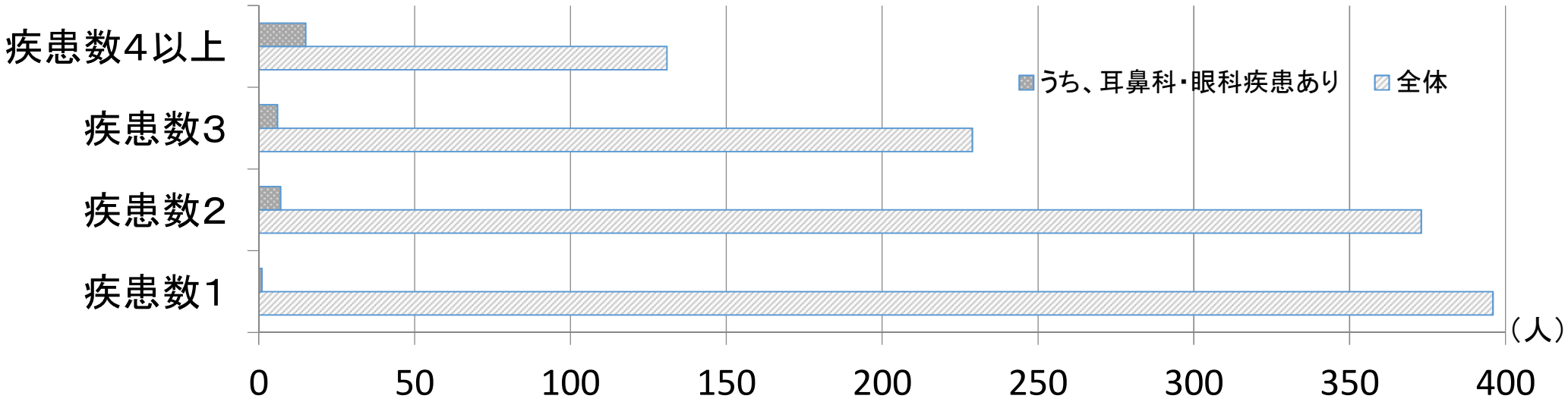
同一建物居住者以外　830点

同一建物居住者　178点

［算定要件］

在宅時医学総合管理料等の算定要件を満たす他の医療機関の依頼を受けて訪問診療を行った場合に、一連の治療につき6月以内に限り（神経難病等の患者を除く）月１回を限度として算定する。

訪問診療を行っている患者の疾患数



（出典：診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成28年度））

多様な在宅医療のニーズへの対応②

併設する介護施設等への訪問診療の整理

- 在宅患者訪問診療料について、併設する介護施設等への訪問診療の場合、訪問と外来の中間的な診療形態となることを踏まえ、併設する介護施設等の入居者への訪問診療を行った場合の評価を新設する。

（新）　在宅患者訪問診療料（Ⅱ）
　　併設する介護施設等の入居者の場合　　144点（1日につき）

患者の状態に応じたきめ細やかな訪問診療の評価①

- 在宅時医学総合管理料（在総管）及び施設入居時等医学総合管理料（施設総管）について、患者の状態に応じたきめ細やかな評価とするため、一定の状態にある患者について、加算を新設する。

在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料
（新）　包括的支援加算　　150点（月１回）

［対象患者］
以下のいずれかに該当する患者
(1) 要介護2以上に相当する患者
(2) 認知症高齢者の日常生活自立度でランクⅡb以上の患者
(3) 月4回以上の訪問看護を受ける患者
(4) 訪問診療時又は訪問看護時に、注射や処置を行っている患者
(5) 特定施設等の入居者の場合には、医師の指示を受けて、看護師が痰の吸引や経管栄養の管理等の処置を行っている患者
(6) 医師の指導管理のもと、家族等が処置を行っている患者等、関係機関等との連携のために特に重点的な支援が必要な患者

多様な在宅医療のニーズへの対応③

患者の状態に応じたきめ細やかな訪問診療の評価②

- 在宅時医学総合管理料（在総管）及び施設入居時等医学総合管理料（施設総管）について、患者の状態に応じたきめ細やかな評価とするため、月２回以上の訪問診療を行った場合の在総管・施設総管を適正化し、月１回の訪問診療を行っている場合の在総管・施設総管を充実する。

＜在総管　月2回以上訪問診療を行っている場合＞

		単一建物診療患者		
		1人	2～9人	10人～
強化型	病床あり	4,600点	2,500点	1,300点
	病床なし	4,200点	2,300点	1,200点
在支診・在支病		3,800点	2,100点	1,100点
その他の医療機関		2,850点	1,575点	850点

⇒

		単一建物診療患者		
		1人	2～9人	10人～
強化型	病床あり	4,500点	2,400点	1,200点
	病床なし	4,100点	2,200点	1,100点
在支診・在支病		3,700点	2,000点	1,000点
その他の医療機関		2,750点	1,475点	750点

＜施設総管　月2回以上訪問診療を行っている場合＞

		単一建物診療患者		
		1人	2～9人	10人～
強化型	病床あり	3,300点	1,800点	1,300点
	病床なし	3,000点	1,650点	1,200点
在支診・在支病		2,700点	1,500点	1,100点
その他の医療機関		2,050点	1,125点	850点

⇒

		単一建物診療患者		
		1人	2～9人	10人～
強化型	病床あり	3,200点	1,700点	1,200点
	病床なし	2,900点	1,550点	1,100点
在支診・在支病		2,600点	1,400点	1,000点
その他の医療機関		1,950点	1,025点	750点

多様な在宅医療のニーズへの対応④

患者の状態に応じたきめ細やかな訪問診療の評価③

➢ 在宅時医学総合管理料（在総管）及び施設入居時等医学総合管理料（施設総管）について、患者の状態に応じたきめ細やかな評価とするため、月２回以上の訪問診療を行った場合の在総管・施設総管を適正化し、月１回の訪問診療を行っている場合の在総管・施設総管を充実する。

＜在総管　月1回訪問診療を行っている場合＞

		単一建物診療患者		
		１人	2～9人	10人～
強化型 機能	病床あり	2,760点	1,500点	780点
	病床なし	2,520点	1,380点	720点
在支診・在支病		2,280点	1,260点	660点
その他の医療機関		1,710点	945点	510点

⇨

		単一建物診療患者		
		１人	2～9人	10人～
強化型 機能	病床あり	2,760点	1,500点	780点
	病床なし	2,520点	1,380点	720点
在支診・在支病		2,300点	1,280点	680点
その他の医療機関		1,760点	995点	560点

＜施設総管　月1回訪問診療を行っている場合＞

		単一建物診療患者		
		１人	2～9人	10人～
強化型 機能	病床あり	1,980点	1,080点	780点
	病床なし	1,800点	990点	720点
在支診・在支病		1,620点	900点	660点
その他の医療機関		1,230点	675点	510点

⇨

		単一建物診療患者		
		１人	2～9人	10人～
強化型 機能	病床あり	1,980点	1,080点	780点
	病床なし	1,800点	990点	720点
在支診・在支病		1,640点	920点	680点
その他の医療機関		1,280点	725点	560点

多様な在宅医療のニーズへの対応⑤

適切な往診の推進と看取り期の患者に対する往診の評価

- 患者等が保険医療機関等に直接往診を求め、医師が往診の必要性を認めた場合に限り、往診料の算定が可能である旨を明確化する。

現行

【往診料】
［算定要件］
　往診料は、患家の求めに応じて患家に赴き診療を行った場合に算定できるものであり、定期的ないし計画的に患家又は他の保険医療機関に赴いて診療を行った場合には算定できない。

改定後

【往診料】
［算定要件］
　往診料は、患者又は家族等患者の看護・介護に当たる者が、保険医療機関に対し電話等で直接往診を求め、当該保険医療機関の医師が往診の必要性を認めた場合に、可及的速やかに患家に赴き診療を行った場合に算定できるものであり、定期的ないし計画的に患家又は他の保険医療機関に赴いて診療を行った場合には算定できない。

- 緊急往診加算の対象患者について、対象患者に医学的に終末期であると考えられる患者を追加する。また、夜間・休日加算及び深夜加算について、夜間・休日・深夜の時間帯を標榜時間とする場合に算定不可とする要件を追加する。

現行

【往診料　緊急往診加算】
［算定要件］
　緊急往診加算の対象となる緊急な場合とは、患者又は現にその看護に当たっている者からの訴えにより、速やかに往診しなければならないと判断した場合をいい、具体的には、急性心筋梗塞、脳血管障害若しくは急性腹症等が予想される患者をいう。

【往診料　夜間・休日加算、深夜加算】
［算定要件］
　夜間（深夜を除く。）とは午後6時から午前8時までとし、深夜の取扱いについては、午後10時から午前6時までとする。

改定後

【往診料　緊急往診加算】
［算定要件］
　緊急往診加算の対象となる緊急な場合とは、患者又は現にその看護に当たっている者からの訴えにより、速やかに往診しなければならないと判断した場合をいい、具体的には、急性心筋梗塞、脳血管障害若しくは急性腹症等が予想される患者をいう。また、医学的に終末期であると考えられる患者（当該保険医療機関又は当該保険医療機関と連携する保険医療機関が訪問診療を提供している患者に限る。）に対して往診した場合にも緊急往診加算を算定できる。

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

国民の希望に応じた看取りの推進

➢ ターミナルケアに関連する報酬において、「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」等を踏まえた対応を要件とするとともに、ターミナルケアの充実を推進する。

診療報酬改定における対応 （在宅医療・訪問看護のターミナルケア関連の報酬）

現行

【在宅ターミナルケア加算（在宅患者訪問診療料）】

機能強化型在支診・在支病（病床あり）	6,000点
機能強化型在支診・在支病（病床なし）	5,000点
在支診・在支病	4,000点
その他の医療機関	3,000点

【訪問看護ターミナルケア療養費】 20,000円

「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」等への対応を共通の要件とする。

改定後

【在宅ターミナルケア加算（在宅患者訪問診療料）】
（有料老人ホーム等とそれ以外で報酬を区分）

機能強化型在支診・在支病（病床あり）	6,500点
機能強化型在支診・在支病（病床なし）	5,500点
在支診・在支病	4,500点
その他の医療機関	3,500点

【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１	25,000円
（新）訪問看護ターミナルケア療養費２	10,000円

［算定要件］
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、患者本人及びその家族等と話し合いを行い、患者本人及びその家族等の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること。

※ 在宅患者訪問看護・指導料・同一建物居住者訪問看護・指導料の当該加算についても同様

介護報酬改定における対応

（訪問看護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護）

○ ターミナルケア加算の要件として、下の内容等を通知に記載する。

・「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、利用者本人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、他の関係者との連携の上、対応すること。

・ターミナルケアの実施にあたっては、他の医療及び介護関係者と十分な連携を図るよう努めること。

1．在宅医療について

（1）在宅医療に係る診療報酬（概要）

（2）直近の算定状況等

（3）在宅医療領域における課題及び取組等

・複数の医療機関による連携について

・在支診・在支病について

・医療資源の少ない地域における在宅医療について

・在宅医療における褥瘡の指導管理について

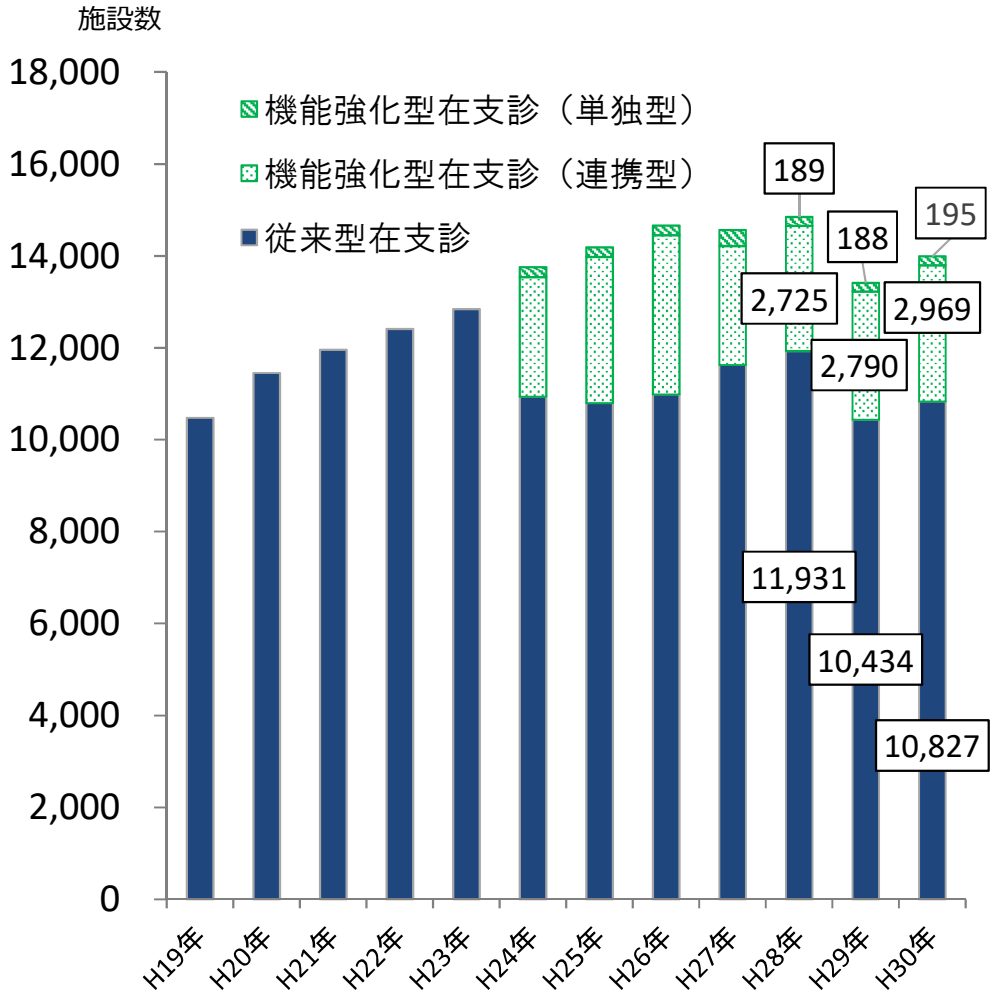
2．在宅歯科医療について

3．在宅薬剤管理について

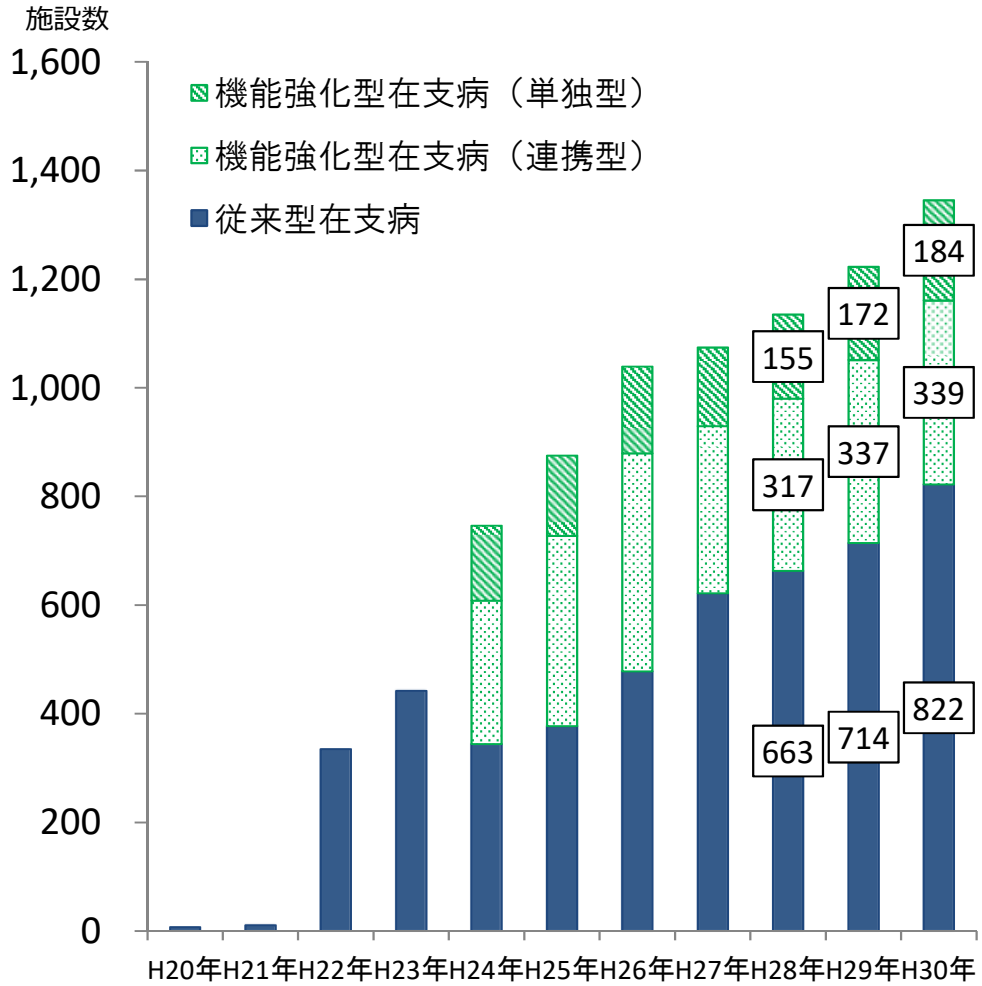
在宅療養支援診療所・病院の届出数の推移

○ 在宅療養支援診療所は、増加傾向であったが、近年は概ね横ばい。在宅療養支援病院は、増加傾向。

＜在宅療養支援診療所＞



＜在宅療養支援病院＞

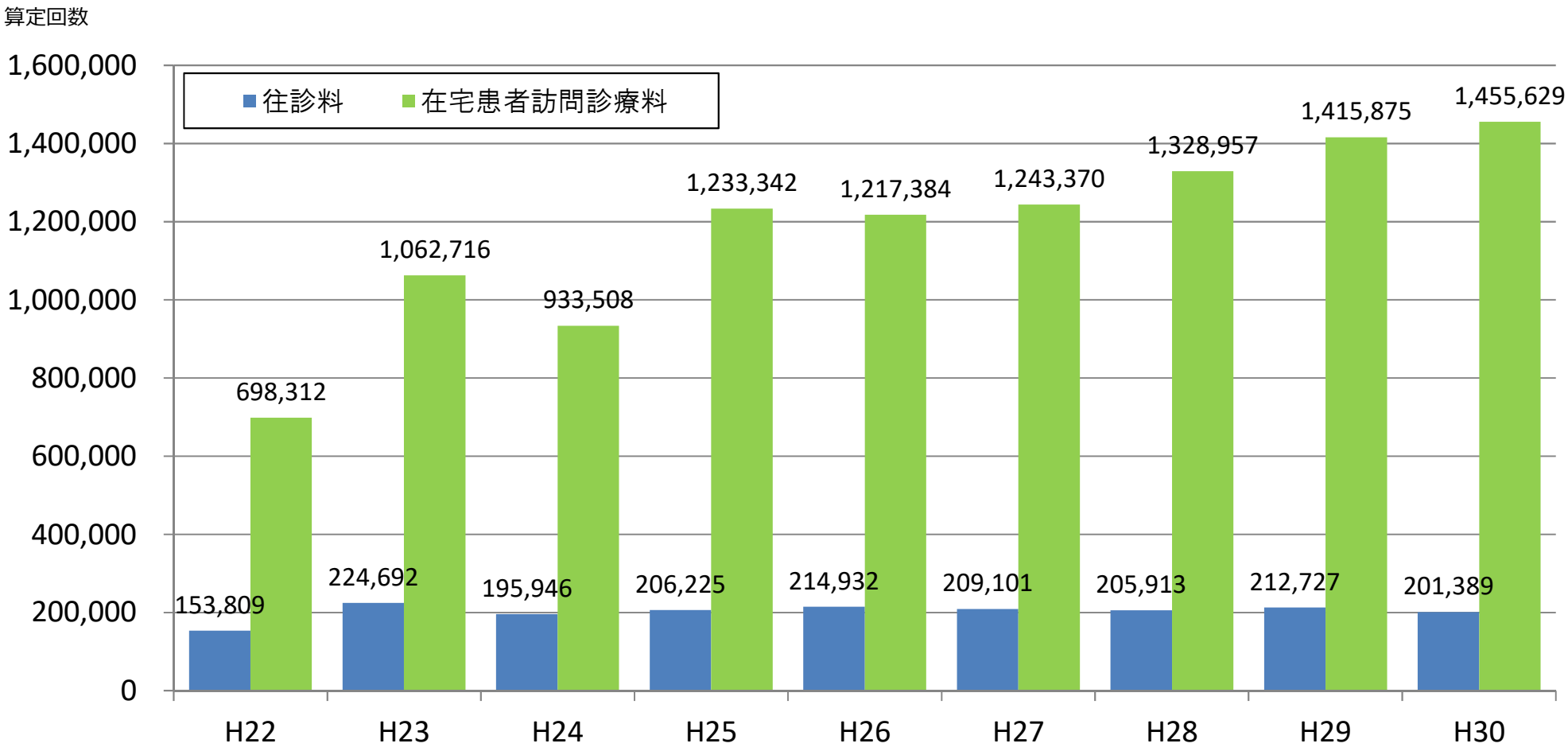


出典：保険局医療課調べ（各年７月１日時点）

在宅医療に係る点数の算定状況

○ 往診料の算定回数は横ばいであり、在宅患者訪問診療料の算定回数は増加傾向。

＜在宅患者訪問診療料等の算定回数＞

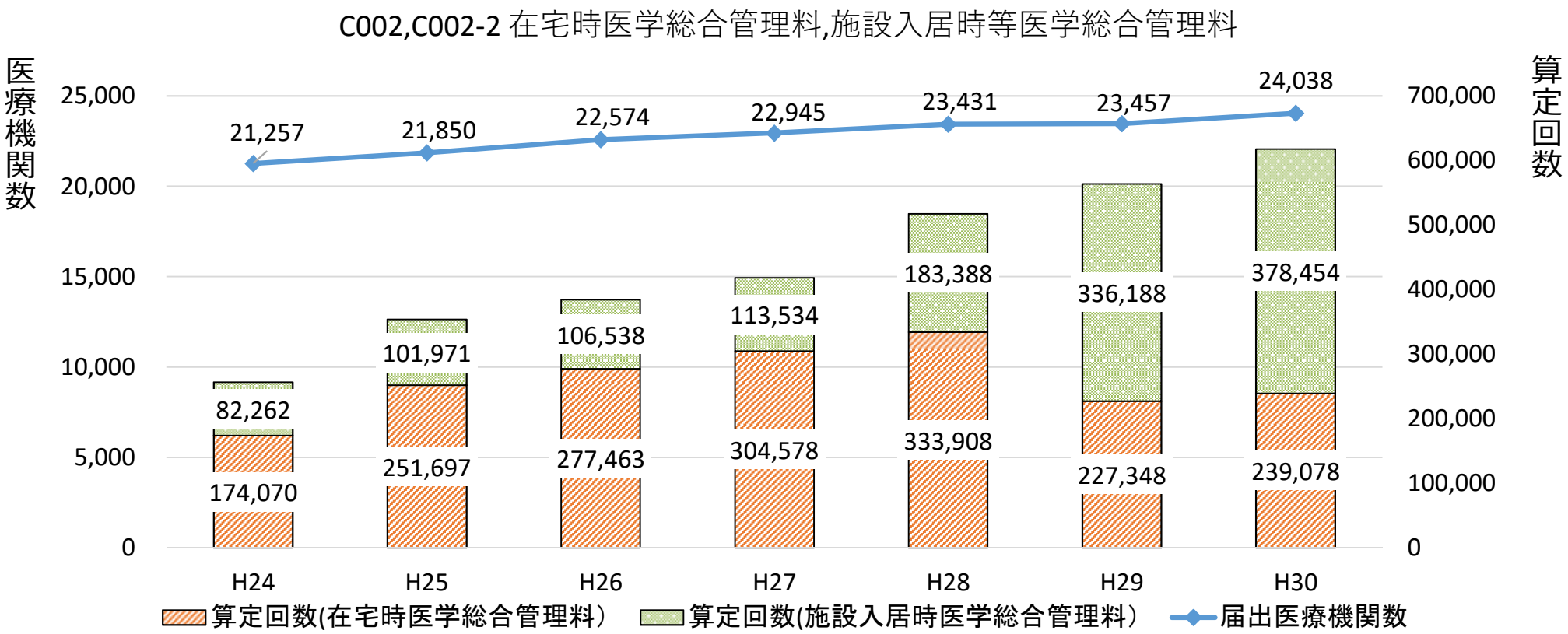


出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（各年６月審査分）
※診療所について：平成24年以前は抽出調査、平成25年以後は全数調査

在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料

○　在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料について、届出医療機関数及び算定回数は増加傾向。

C002	在宅時医学総合管理料	在宅での療養を行っている患者に対するかかりつけ医機能の確立及び在宅での療養の推進を図るもの。 在宅又は施設で療養を行っている患者であって、通院困難な者に対して、個別の患者毎に総合的な在宅療養計画を作成し、総合的な医学管理料を行った場合の評価。
C002-2	施設入居時等医学総合管理料	

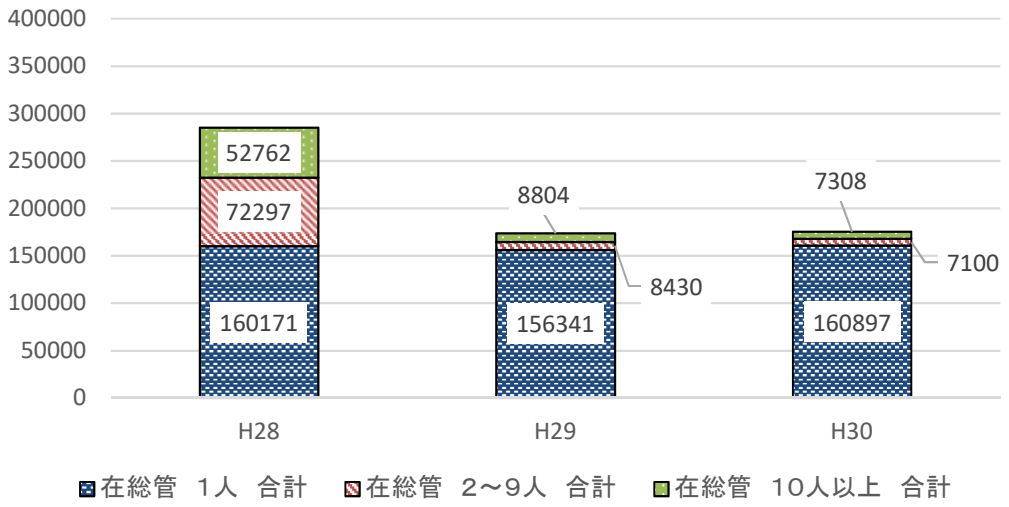


出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（各年６月審査分）
※診療所について：平成24年以前は抽出調査、平成25年以後は全数調査
保険局医療課調べ（各年７月１日時点）

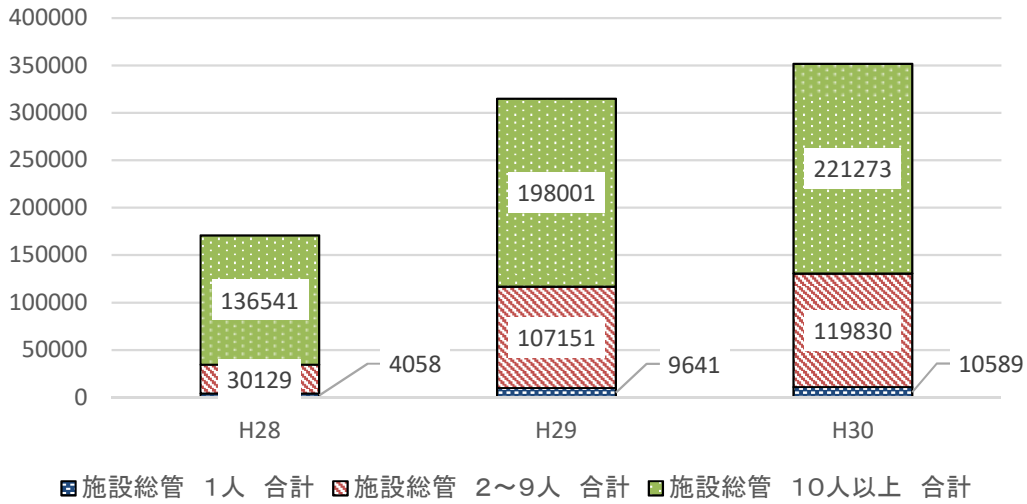
単一建物内人数ごとの算定回数の年次推移

○　平成28年度以降の単一建物内人数ごとの算定回数の推移をみると、在総管においては、単一建物内1人を対象とした算定回数が多い。
○　施設総管においては、単一建物内10人以上の区分における算定回数が多く、また、全体の算定回数については、10人以上の区分とも増加傾向にある。

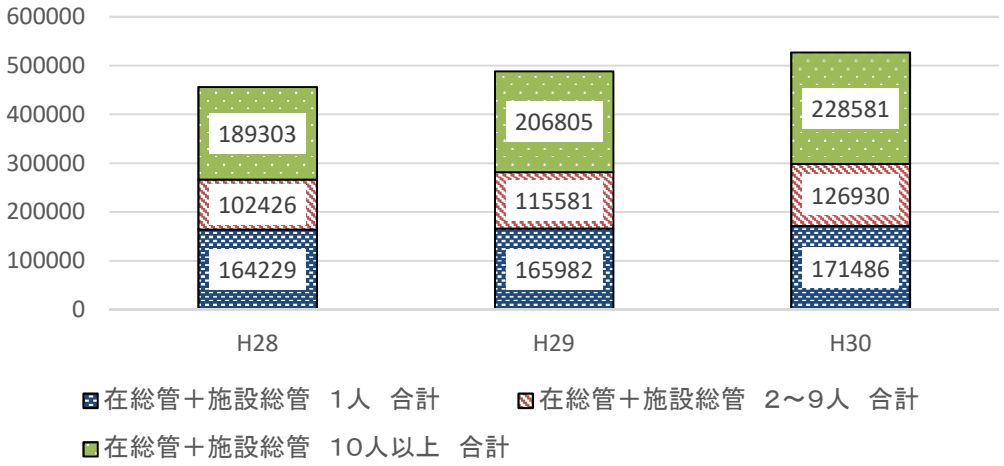
在総管の算定回数（年次推移）



施設総管の算定回数（年次推移）



在総管＋施設総管の算定回数（年次推移）



在宅患者訪問診療料（Ⅰ）2の算定状況

○　在宅患者訪問診療料（Ⅰ）2の算定状況は以下の通り。

	点数(月1回)	算定回数
在宅患者訪問診療料（Ⅰ）２　同一建物居住者以外	830点	1,159　回
在宅患者訪問診療料（Ⅰ）２　同一建物居住者	178点	4,888　回

出典：社会医療診療行為別統計（平成30年6月審査分より）

平成30年度診療報酬改定　Ⅰ－4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保③

多様な在宅医療のニーズへの対応①

複数の医療機関が行う訪問診療の評価

➢ 在宅で療養する患者が複数の疾病等を有している等の現状を踏まえ、主治医の依頼を受けた他の医療機関が訪問診療を提供可能となるよう、在宅患者訪問診療料の評価を見直す。

在宅患者訪問診療料Ⅰ
（新）　２　他の医療機関の依頼を受けて訪問診療を行った場合
同一建物居住者以外　830点
同一建物居住者　178点

［算定要件］
在宅時医学総合管理料等の算定要件を満たす他の医療機関の依頼を受けて訪問診療を行った場合に、一連の治療につき6月以内に限り（神経難病等の患者を除く）月1回を限度として算定する。

在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の算定状況

○ 在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の算定状況は以下の通り。

		点数(１日につき)	算定回数
在宅患者訪問診療料（Ⅱ）	有料老人ホーム等に入居する患者	144点	58,724　回
在宅患者訪問診療料（Ⅱ）	他の保険医療機関から紹介された患者	144点	107　回

出典：社会医療診療行為別統計（平成30年6月審査分より）

平成30年度診療報酬改定　１－４．質の高い在宅医療・訪問看護の確保④

多様な在宅医療のニーズへの対応②

併設する介護施設等への訪問診療の整理

- 在宅患者訪問診療料について、併設する介護施設等への訪問診療の場合、訪問と外来の中間的な診療形態となることを踏まえ、併設する介護施設等の入居者への訪問診療を行った場合の評価を新設する。

(新)　在宅患者訪問診療料(Ⅱ)
　　併設する介護施設等の入居者の場合　　144点(1日につき)

継続診療加算の算定状況

○　在総管・施設総管に係る継続診療加算の算定状況は以下の通り。

	点数(月1回)	算定回数
在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料　継続診療加算	**216点**	**2,753　回**

出典：社会医療診療行為別統計（平成30年6月審査分より）

平成30年度診療報酬改定　Ⅰ－4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保②

在宅療養支援診療所以外の診療所の訪問診療に対する評価

➢ 在支診以外の診療所が、かかりつけの患者に対し、他の医療機関との連携等により24時間の往診体制と連絡体制を構築し、在宅医療を提供した場合の評価を新設する。

在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料

（新）　継続診療加算　216点（1月に1回）

[算定要件]

(1) 当該保険医療機関の外来又は訪問診療を継続的に受診していた患者であること。
(2) 算定患者ごとに、連携する医療機関との協力等により、24時間の往診体制及び 24時間の連絡体制を構築すること。
(3) 訪問看護が必要な患者に対し、訪問看護を提供する体制を有していること。

包括的支援加算の算定状況

○　在総管・施設総管に係る包括的支援加算の算定状況は以下の通り。

	点数(月1回)	算定回数
在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料　包括的支援加算	150点	376,868　回

出典：社会医療診療行為別統計（平成30年6月審査分より）

平成30年度診療報酬改定　Ⅰ－４．質の高い在宅医療・訪問看護の確保④

多様な在宅医療のニーズへの対応②

患者の状態に応じたきめ細やかな訪問診療の評価①

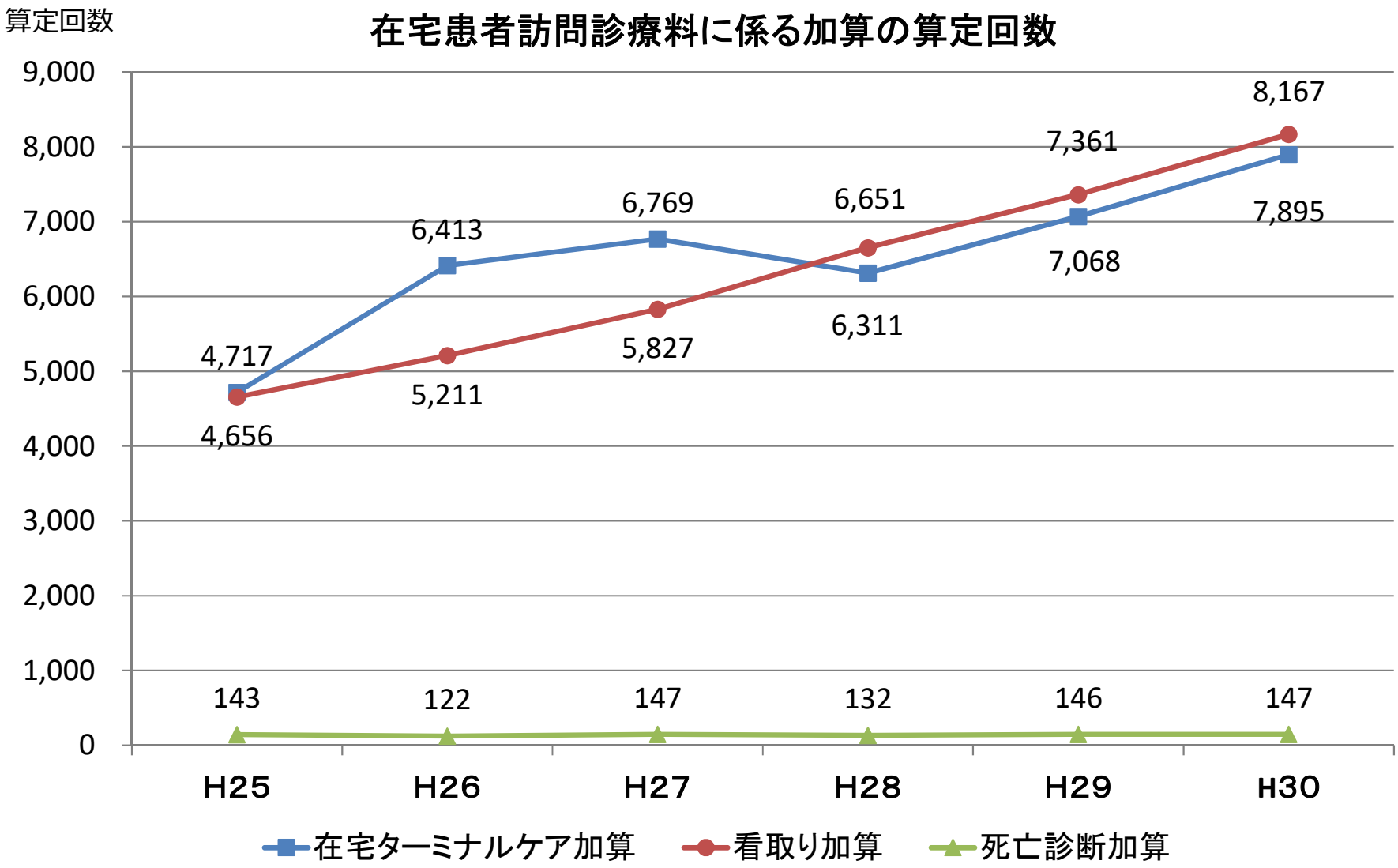
- 在宅時医学総合管理料(在総管)及び施設入居時等医学総合管理料(施設総管)について、患者の状態に応じたきめ細やかな評価とするため、一定の状態にある患者について、加算を新設する。

(新)　在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料
　　包括的支援加算　150点(月1回)

[対象患者]
以下のいずれかに該当する患者
(1) 要介護2以上に相当する患者
(2) 認知症高齢者の日常生活自立度でランクⅡb以上の患者
(3) 月4回以上の訪問看護を受ける患者
(4) 訪問診療時又は訪問看護時に、注射や処置を行っている患者
(5) 特定施設等の入居者の場合には、医師の指示を受けて、看護師が痰の吸引や経管栄養の管理等の処置を行っている患者
(6) 医師の指導管理のもと、家族等が処置を行っている患者等、関係機関等との連携のために特に重点的な支援が必要な患者

在宅患者訪問診療料に係る加算の算定回数

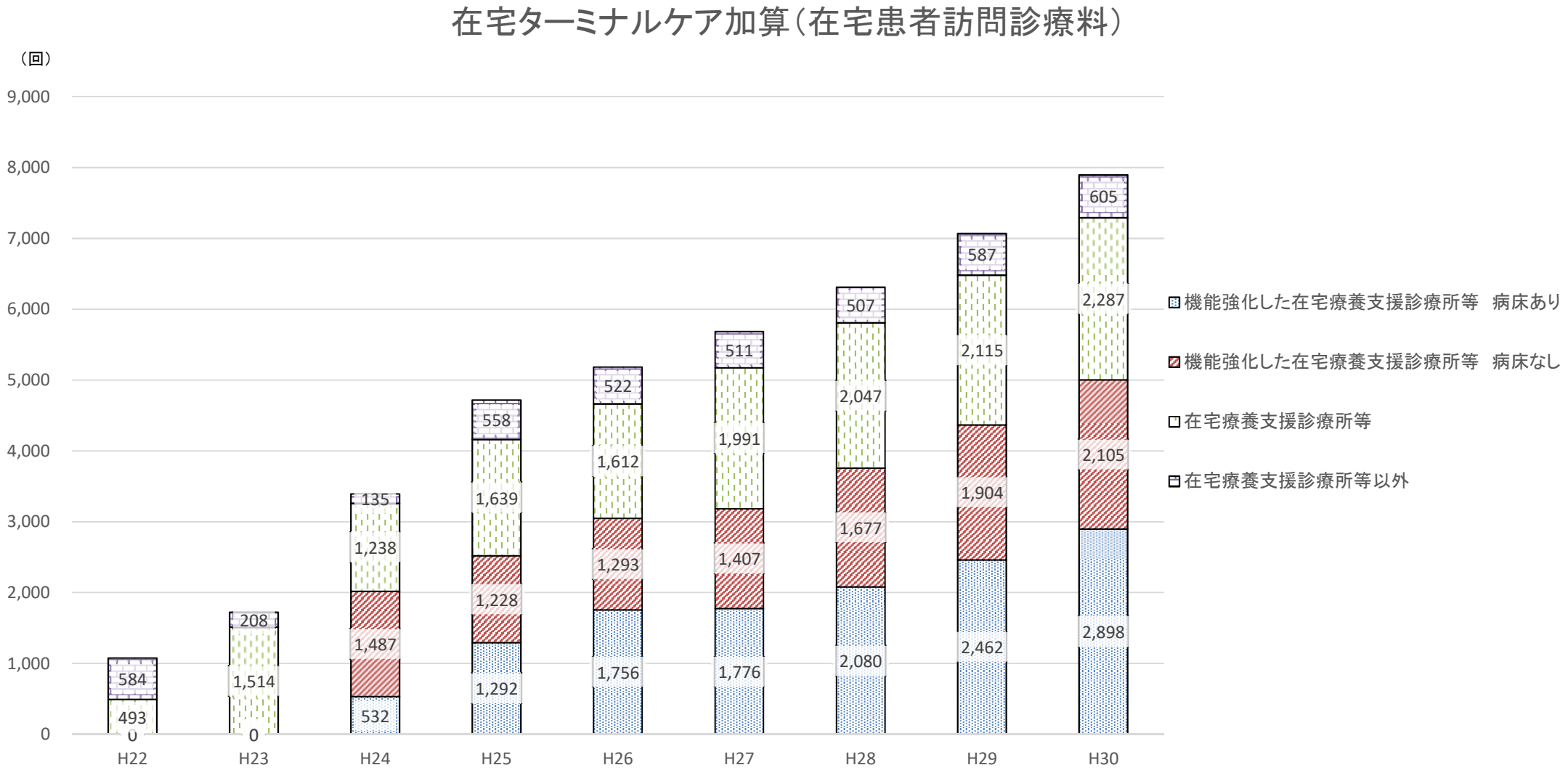
○ 在宅ターミナルケア加算、看取り加算の算定回数は増加傾向。



出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（各年６月審査分）

在宅ターミナルケア加算（在宅患者訪問診療料）

○　在宅ターミナルケア加算の算定回数は、増加傾向であり、特に、機能強化型在支診等における算定回数が増加傾向である。



出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（各年６月審査分）
※病院について　：平成22年以前は抽出調査、平成23年以後は全数調査
※診療所について：平成24年以前は抽出調査、平成25年以後は全数調査

1．在宅医療について

（1）在宅医療に係る診療報酬（概要）

（2）直近の算定状況等

（3）在宅医療領域における課題及び取組等

・複数の医療機関による連携について

・在支診・在支病について

・医療資源の少ない地域における在宅医療について

・在宅医療における褥瘡の指導管理について

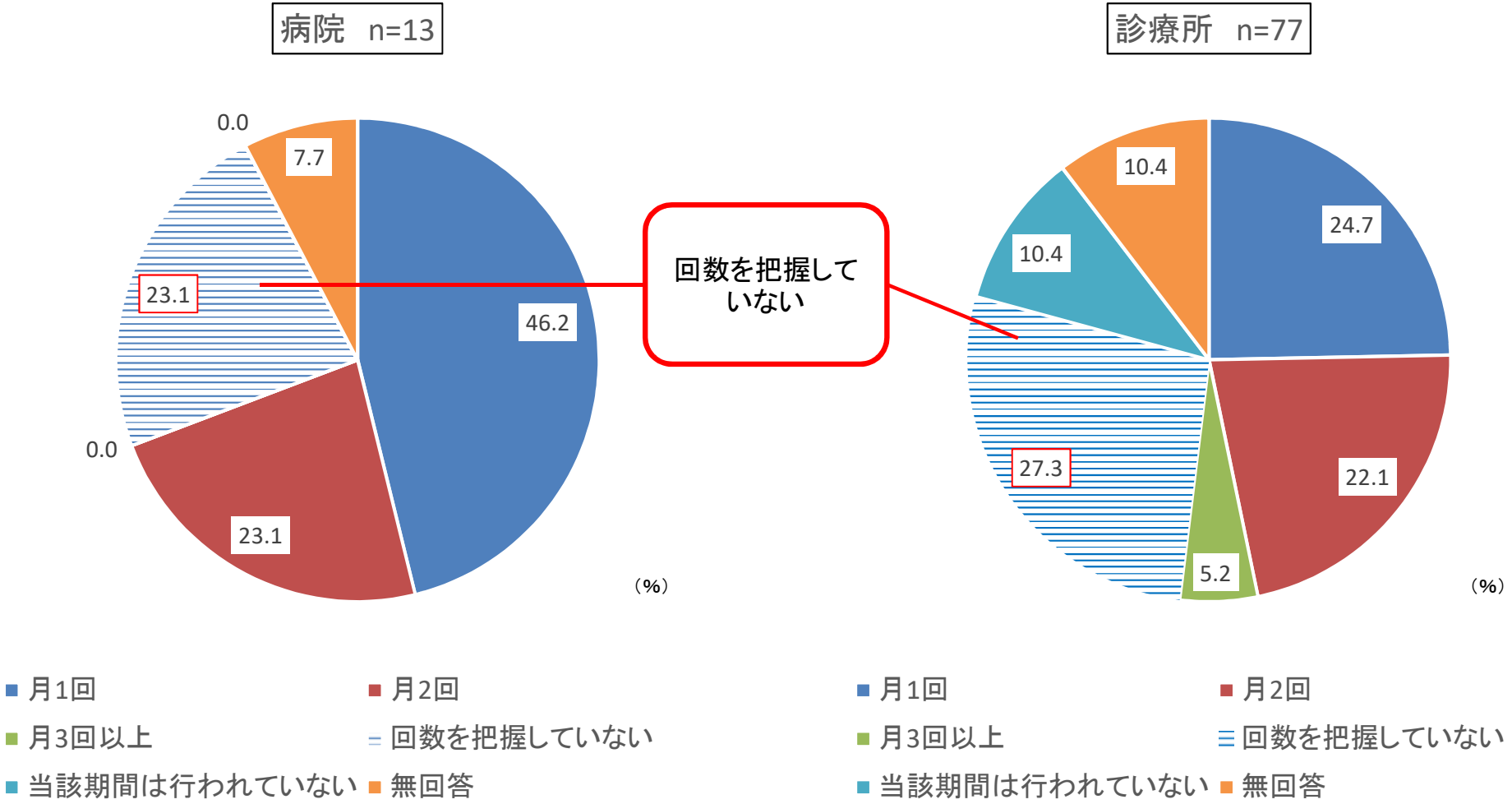
2．在宅歯科医療について

3．在宅薬剤管理について

医療機関調査結果＜他の医療機関に訪問診療を依頼した患者について①＞

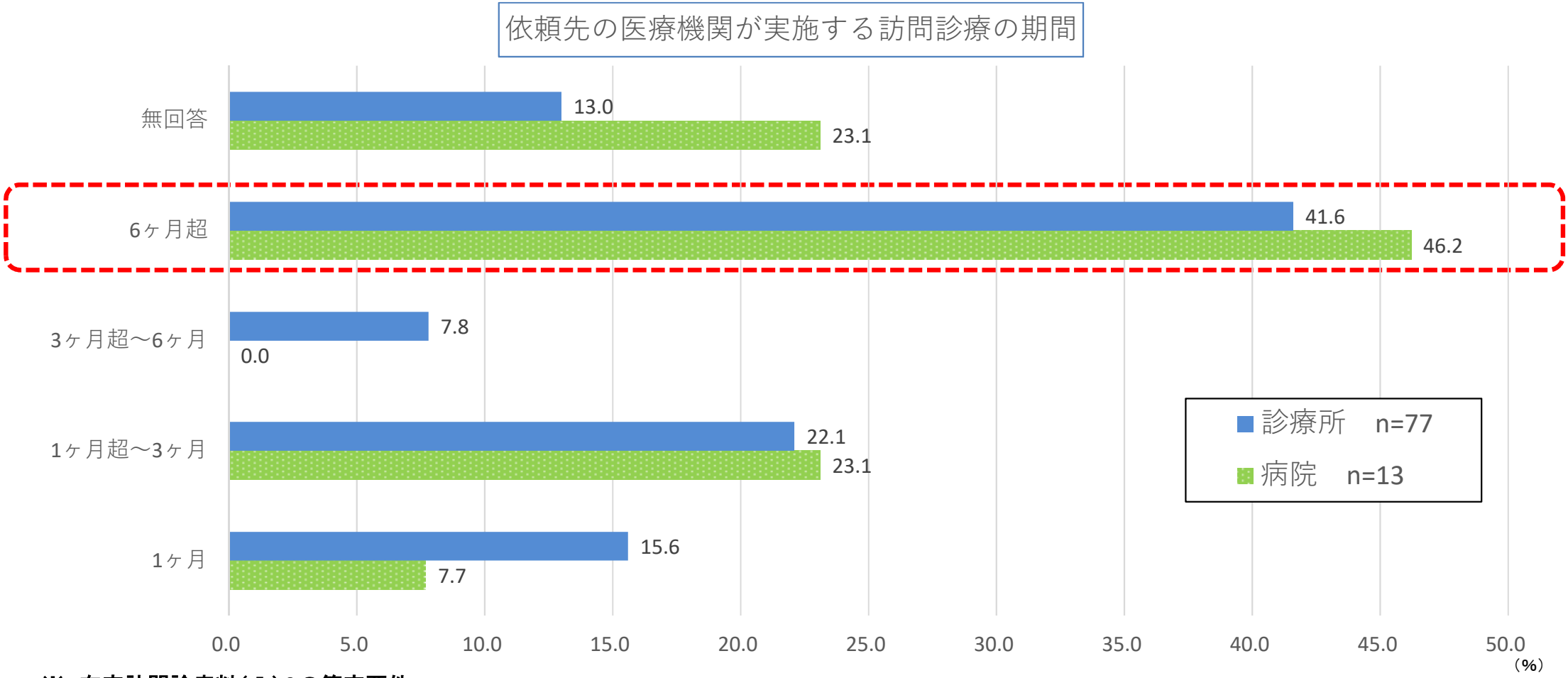
○　平成30年4月～9月に、自施設が主治医として訪問診療を提供している患者のうち、他の医療機関に訪問診療を依頼した患者について、初回の訪問診療実施月に行った訪問診療の回数のうち、最も多かったものについてみると、病院では「月1回」46.2%が最も多く、次いで「回数を把握していない」23.1%であった。診療所では「回数を把握していない」27.3%が最も多く、次いで「月1回」24.7%であった。

依頼先の医療機関が、初回の訪問診療実施月に行った訪問診療の回数(最も多かったもの）



医療機関調査結果＜他の医療機関に訪問診療を依頼した患者について②＞

○　平成30年4月～9月に、自施設が主治医として訪問診療を提供している患者のうち、他の医療機関に訪問診療を依頼した患者について、依頼先の医療機関が実施する訪問診療の期間（見込みの期間も含む）のうち、最も多かったものについてみると、病院、診療所ともに「6か月超」が最も多く、46.2%、41.6%であった。



※　在宅訪問診療料（Ⅰ）2の算定要件：

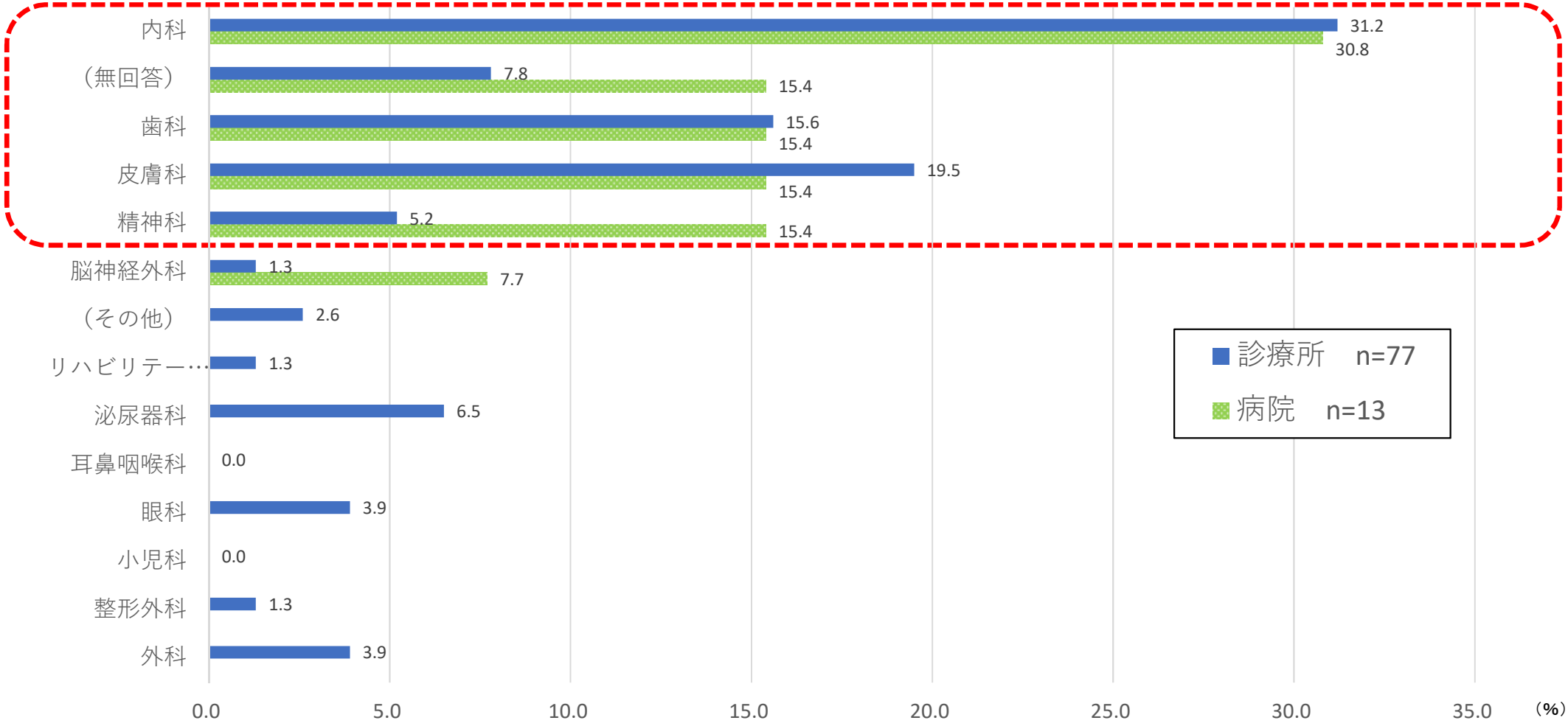
在宅時医学総合管理料等の算定要件を満たす他の保険医療機関の依頼を受けて訪問診療を行った場合に、一連の治療につき6月以内に限り（神経難病等の患者を除く）月１回を限度として算定する。ただし、当該他の保険医療機関の求めに応じ、既に訪問診療を行った患者と同一の患者について、さらに以下に該当する診療の求めがあった場合には、当該求めがあった日を含む月から6月さらに算定出来る。

ア　その診療科の医師でなければ困難な診療
イ　既に診療した傷病やその関連疾患とは明らかに異なる傷病に対する診療

医療機関調査結果＜他の医療機関に訪問診療を依頼した患者について③＞

○　平成30年4月～9月に、自施設が主治医として訪問診療を提供している患者のうち、他の医療機関に訪問診療を依頼した患者について、訪問診療の依頼先として、最も多く依頼したものについてみると、病院では「内科」30.8%が最も多く、次いで「精神科」、「皮膚科」、「歯科」がともに15.4%であった。診療所では「内科」31.2%が最も多く、次いで「皮膚科」19.5%であった。

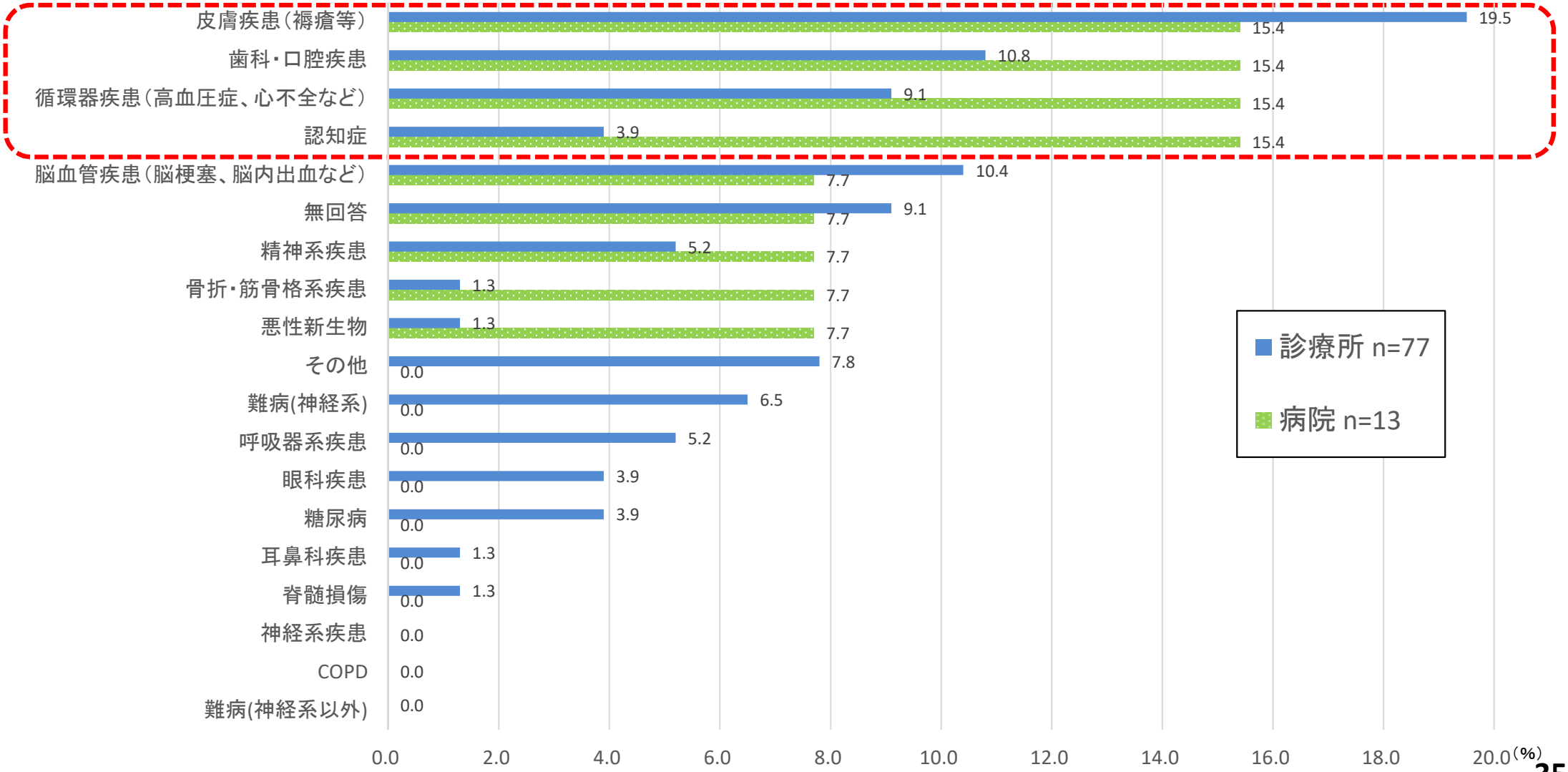
他の医療機関に訪問診療を依頼した対象診療科名（最も多いもの）



医療機関調査結果＜他の医療機関に訪問診療を依頼した患者について④＞

○　平成30年4月～9月に、自施設が主治医として訪問診療を提供している患者のうち、他の医療機関に訪問診療を依頼した患者について、訪問診療を依頼した対象病名として最も多いものをみると、診療所では「皮膚疾患（褥瘡等）」19.5%が最も多かった。病院では「循環器疾患（高血圧症、心不全など）」、「認知症」、「皮膚疾患（褥瘡等）」、「歯科・口腔疾患」がともに15.4%で最も多かった。

他の医療機関に訪問診療を依頼した対象病名（最も多いもの）



1．在宅医療について

（1）在宅医療に係る診療報酬（概要）

（2）直近の算定状況等

（3）在宅医療領域における課題及び取組等

・複数の医療機関による連携について

・在支診・在支病について

・医療資源の少ない地域における在宅医療について

・在宅医療における褥瘡の指導管理について

2．在宅歯科医療について

3．在宅薬剤管理について

再掲

在宅療養支援診療所（在支診）及び在宅支援病院（在支病）の施設基準の概要（平成30年度～）

<table>
<tr><th rowspan="2"></th><th colspan="2">機能強化型在支診・在支病</th><th rowspan="2">在支診・在支病</th><th rowspan="2">（参考）在宅療養後方支援病院</th></tr>
<tr><th>単独型</th><th>連携型</th></tr>
<tr><td>全ての在支診・在支病が満たすべき基準</td><td colspan="3">① 24時間連絡を受ける体制の確保
② 24時間の往診体制
③ 24時間の訪問看護体制
④ 緊急時の入院体制
⑤ 連携する医療機関等への情報提供
⑥ 年に1回、看取り数等を報告している</td><td rowspan="4">○ 許可病床数200床以上
○ 在宅医療を提供する医療機関と連携し、24時間連絡を受ける体制を確保
○ 連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が24時間可能な体制を確保（病床の確保を含む）
※ やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、対応可能な病院を探し紹介すること
○ 連携医療機関との間で、3月に1回以上、患者の診療情報の交換を行い、入院希望患者の一覧表を作成</td></tr>
<tr><td>全ての在支病が満たすべき基準</td><td colspan="3">「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。
（1）許可病床200床未満※であること又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと
（2）往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること
※ 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては240床未満</td></tr>
<tr><td rowspan="3">機能強化型在支診・在支病が満たすべき基準</td><td>⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師
3人以上</td><td>⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師
連携内で3人以上</td><td rowspan="3"></td></tr>
<tr><td>⑧ 過去1年間の緊急往診の実績
10件以上</td><td>⑧ 過去1年間の緊急往診の実績
連携内で10件以上
各医療機関で4件以上</td></tr>
<tr><td>⑨ 過去1年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績
いずれか4件以上</td><td>⑨ 過去1年間の看取りの実績
連携内で4件以上
かつ、各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績
いずれか2件以上</td></tr>
</table>

在宅支援病院における施設基準について

○　在宅支援病院の施設基準のうち、24時間往診が可能な体制の整備が困難であるとの現場の意見がある。

在宅療養支援病院として維持継続する上で苦労している点	回答数　（n=241）
24時間連絡を受ける医師または看護師の配置・確保	164
24時間往診が可能な体制の確保	175
24時間訪問看護を提供する体制の確保または訪問看護ステーション	55
緊急時における患者が入院できる病床の常時確保	64
患家への情報提供方法	17
患者に関する診療録管理を行う体制の整備	21
他の保険医療サービス及び福祉サービスとの連携調整	25
緊急の往診及び住宅における看取りの実績	96

四病院団体協議会　「在宅療養支援病院に関するアンケート調査」より抜粋

1．在宅医療について

（1）在宅医療に係る診療報酬（概要）

（2）直近の算定状況等

（3）在宅医療領域における課題及び取組等

・複数の医療機関による連携について

・在支診・在支病について

・医療資源の少ない地域における在宅医療について

・在宅医療における褥瘡の指導管理について

2．在宅歯科医療について

3．在宅薬剤管理について

医療資源の少ない地域に配慮した病床数要件の緩和

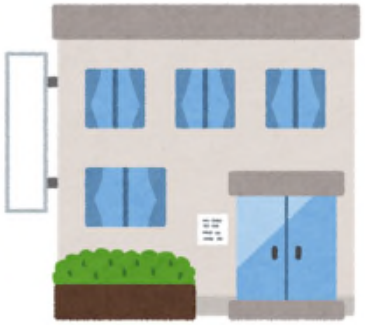
- 医療資源の少ない地域における加算等の要件の緩和対象について、200床未満の病院に加えて、許可病床数が400床未満の病院※も新たに対象に加える。

※　特定機能病院、DPC対象病院及び病棟全体で急性期一般入院料1を算定している病院を除く。

- 医療機関の病床数が一定程度以上又は未満であることを基準としている診療報酬について、医療資源の少ない地域においては、当該基準の病床数を2割不足又は超過しても差し支えないこととする。

［対象］

- ○　地域包括ケア入院医療管理料1、2、3及び4
- ○　精神疾患診療体制加算
- ○　在宅療養支援診療所
- ○　在宅療養後方支援病院
- ○　地域包括ケア病棟入院料1及び3
- ○　精神科急性期医師配置加算
- ○　在宅療養支援病院



＜参考＞　医療資源の少ない地域に配慮した評価

○　医療資源の少ない地域については、次のように設定。

①「人口当たり医師数が下位1/3かつ人口当たり看護師数が下位1/2」かつ「病院密度が下位15%又は病床密度が下位15%」を満たす二次医療圏　⇒　41二次医療圏

②　離島振興法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に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法に規定する離島の地域に該当する地域

○　医療資源の少ない地域に配慮した評価としては、医療従事者が少ないこと等に着目し、緩和ケア診療加算・栄養サポート加算等の専従要件等を一定程度緩和した上で、それに見合った評価を設定したものや、医療機関が少ないため機能分化が困難であることに着目し、病棟機能の混合を認めたもの等を設定。

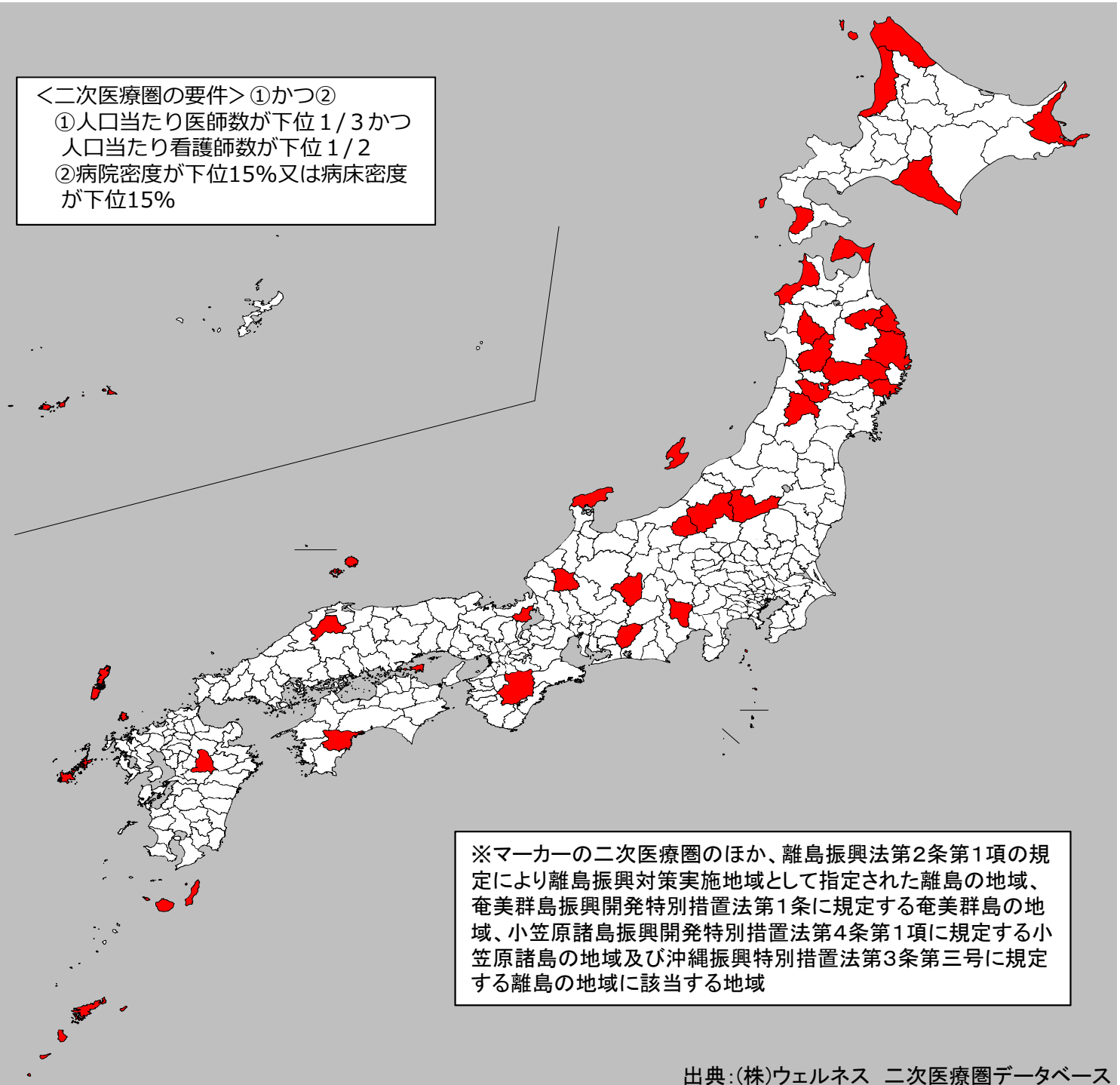
再掲

在宅療養支援診療所（在支診）及び在宅支援病院（在支病）の施設基準の概要（平成30年度～）

<table>
<tr><th rowspan="2"></th><th colspan="2">機能強化型在支診・在支病</th><th rowspan="2">在支診・
在支病</th><th rowspan="2">（参考）在宅療養後方支援病院</th></tr>
<tr><th>単独型</th><th>連携型</th></tr>
<tr><td>全ての在支診・在支病が満たすべき基準</td><td colspan="3">① 24時間連絡を受ける体制の確保
② 24時間の往診体制
③ 24時間の訪問看護体制
④ 緊急時の入院体制
⑤ 連携する医療機関等への情報提供
⑥ 年に1回、看取り数等を報告している</td><td rowspan="4">○ 許可病床数200床以上
○ 在宅医療を提供する医療機関と連携し、24時間連絡を受ける体制を確保
○ 連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が24時間可能な体制を確保（病床の確保を含む）
※ やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、対応可能な病院を探し紹介すること
○ 連携医療機関との間で、3月に1回以上、患者の診療情報の交換を行い、入院希望患者の一覧表を作成</td></tr>
<tr><td>全ての在支病が満たすべき基準</td><td colspan="3">「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。
（1）許可病床200床未満※であること又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと
（2）往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること
※ 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては240床未満</td></tr>
<tr><td rowspan="3">機能強化型在支診・在支病が満たすべき基準</td><td>⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師
3人以上</td><td>⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師
連携内で3人以上</td><td rowspan="3"></td></tr>
<tr><td>⑧ 過去1年間の緊急往診の実績
10件以上</td><td>⑧ 過去1年間の緊急往診の実績
連携内で10件以上
各医療機関で4件以上</td></tr>
<tr><td>⑨ 過去1年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績
いずれか4件以上</td><td>⑨ 過去1年間の看取りの実績
連携内で4件以上
かつ、各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績
いずれか2件以上</td></tr>
</table>

現行の「医療資源の少ない地域」(41医療圏)

<二次医療圏の要件> ①かつ②
①人口当たり医師数が下位1/3かつ
人口当たり看護師数が下位1/2
②病院密度が下位15%又は病床密度
が下位15%



※マーカーの二次医療圏のほか、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、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及び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

出典:(株)ウェルネス 二次医療圏データベース

○北海道江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部町及び奥尻町の地域
○北海道日高町、平取町、新冠町、浦河町、様似町、えりも町及び新ひだか町の地域
○北海道留萌市、増毛町、小平町、苫前町、羽幌町、初山別村、遠別町及び天塩町の地域
○北海道稚内市、猿払村、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、豊富町、礼文町、利尻町、利尻富士町及び幌延町の地域
○北海道根室市、別海町、中標津町、標津町及び羅臼町の地域
○青森県五所川原市、つがる市、鰺ヶ沢町、深浦町、鶴田町及び中泊町の地域
○青森県むつ市、大間町、東通村、風間浦村及び佐井村の地域
○岩手県花巻市、北上市、遠野市及び西和賀町の地域
○岩手県大船渡市、陸前高田市及び住田町の地域
○岩手県宮古市、山田町、岩泉町及び田野畑村の地域
○岩手県久慈市、普代村、野田村及び洋野町の地域
○岩手県二戸市、軽米町、九戸村及び一戸町の地域
○秋田県北秋田市及び上小阿仁村の地域
○秋田県大仙市、仙北市及び美郷町の地域
○秋田県湯沢市、羽後町及び東成瀬村の地域
○山形県新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮭川村及び戸沢村の地域
○福島県下郷町、檜枝岐村、只見町及び南会津町の地域
○東京都大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村及び小笠原村の地域
○新潟県十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町及び津南町の地域
○新潟県佐渡市の地域
○石川県輪島市、珠洲市、穴水町及び能登町の地域
○福井県大野市及び勝山市の地域
○山梨県市川三郷町、早川町、身延町、南部町及び富士川町の地域
○長野県木曽郡の地域
○長野県中野市、飯山市、下高井郡及び下水内郡
○愛知県新城市、設楽町、東栄町及び豊根村の地域
○滋賀県高島市の地域
○奈良県五條市、吉野町、大淀町、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村、上北山村、川上村及び東吉野村の地域
○島根県雲南市、奥出雲町及び飯南町の地域
○島根県海士町、西ノ島町、知夫村及び隠岐の島町の地域
○香川県小豆郡の地域
○ 高知県須崎市、中土佐町、檮原町、津野町及び四万十町の地域
○長崎県五島市の地域
○長崎県小値賀町及び新上五島町の地域
○長崎県壱岐市の地域
○長崎県対馬市の地域
○熊本県阿蘇市、南小国町、小国町、産山村、高森町、西原村及び南阿蘇村の地域
○鹿児島県西之表市及び熊毛郡の地域
○鹿児島県奄美市及び大島郡の地域
○沖縄県宮古島市及び多良間村の地域
○沖縄県石垣市、竹富町及び与那国町の地域

医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬上の要件緩和

○　医療資源の少ない地域（特定地域）においては、入院料の算定、人員配置基準、夜勤の要件、病床数の要件が一部緩和されている。

項目名	医療資源の少ない地域に配慮した主な要件緩和等	緩和の対象
Ａ１００　一般病棟入院基本料*	病棟ごとに違う区分の入院基本料の算定が可能	入院料の算定
Ａ１０８　有床診療所入院基本料	入院基本料１～３の施設基準の一つとして、医療資源の少ない地域（特定地域）に所在する有床診療所であること	（入院料の要件）
Ａ２２６－２　緩和ケア診療加算*	医師・看護師・薬剤師の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師の専従要件等の緩和	人員配置
Ａ２３３－２　栄養サポートチーム加算*	看護師・薬剤師・管理栄養士の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師・管理栄養士の専従要件等の緩和	人員配置
Ａ２３６　褥瘡ハイリスク患者ケア加算*	看護師等の専従要件の緩和	人員配置
Ａ２４６　入退院支援加算*	看護師・社会福祉士の専従要件の緩和	人員配置
Ａ３０８－３　地域包括ケア病棟入院料	看護職員配置が15対１以上※1看護職員の最小必要数の４割以上※2が看護師、理学療法士等の専従要件の緩和 ※１　特定地域以外では13対１以上　　※２　特定地域以外では７割以上 許可病床数200床未満に限るとされている基準について、240床未満とする （地域包括ケア病棟入院医療管理料１、２、３及び４、地域包括ケア病棟入院料１及び３）	人員配置 病床数
Ａ３１７　特定一般病棟入院料	一般病棟が１病棟のみ（DPC対象病院を除く） 看護職員配置が13対１以上又は15対１以上 看護要員１人当たりの月平均夜勤72時間要件なし	人員配置 夜勤の要件
Ａ２４８　精神疾患診療体制加算	許可病床数80床以上（特定地域以外は許可病床数100床以上）	病床数
Ａ２４９　精神科急性期医師配置加算	許可病床数80床以上（特定地域以外は許可病床数100床以上）	病床数
在宅療養支援病院	許可病床数240床未満（特定地域以外は許可病床数200床未満）	病床数
在宅療養後方支援病院	許可病床数160床以上（特定地域以外は許可病床数200床以上）	病床数
Ｂ００１　２４　外来緩和ケア管理料*	医師・看護師の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師の専従要件等の緩和	人員配置
Ｂ００１　２７　糖尿病透析予防指導管理料*	医師・看護師又は保健師・管理栄養士の専任要件・常勤要件の緩和	人員配置

*医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び急性期一般入院料１を算定している病院を除く）の一般病棟が対象。
注）下線部については、平成30年度診療報酬改定にて追加もしくは項目名が変更となったもの。

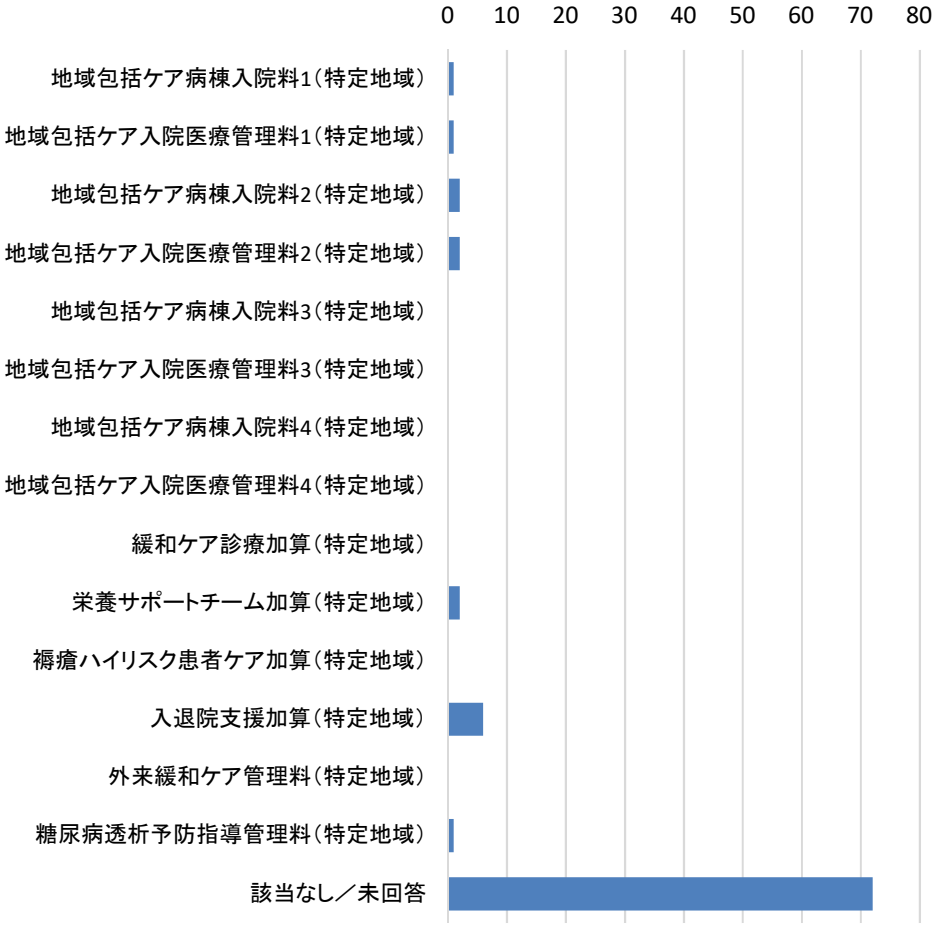
医療資源の少ない地域に配慮した要件を設けた特定入院料及び加算等の届出状況等について

診調組　入－1
元．6．7（改）

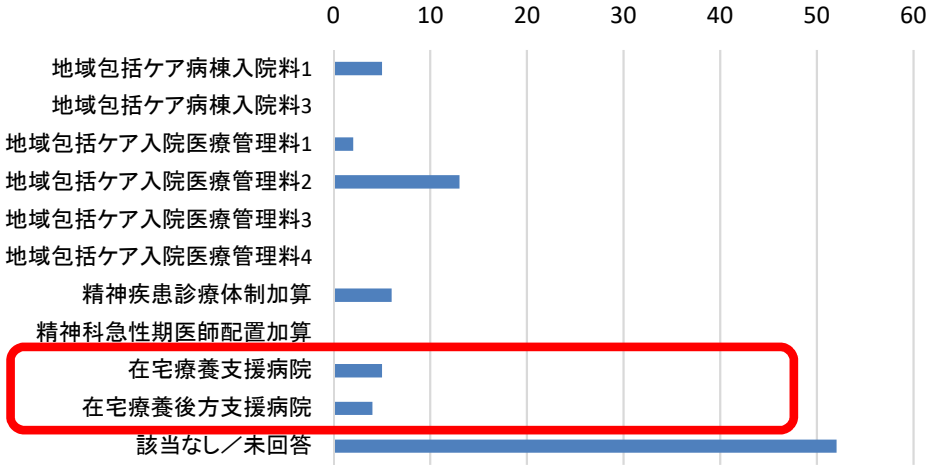
中医協　総－1
元．7．10

○　平成30年度診療報酬改定において要件の見直しを実施した、医療資源の少ない地域に所在する病院及び診療所が対象となる特定入院料及び加算等の届出状況は、以下のとおりであった。

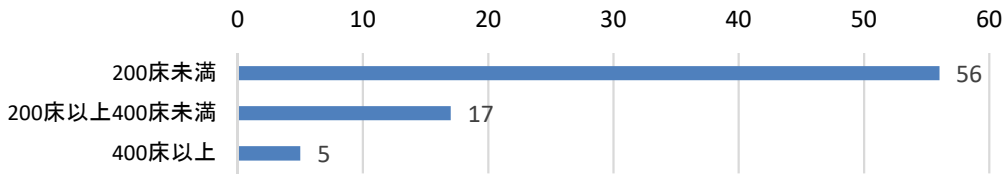
① 400床未満の病院が緩和対象となる見直しを実施した特定地域に係る特定入院料、加算の届出状況（病院）（n=82）



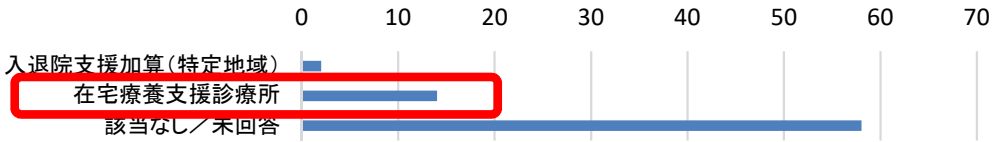
② 病床数の要件の見直しを実施した特定入院料、加算等の届出状況（病院）（n=82）



③回答した病院の許可病床数の分布（n=78）



④ ①②に相当する見直しを実施した加算等の届出状況（有床診療所）（n=73）



出典：平成30年度入院医療等の調査（施設票）

医療資源の少ない地域の医療機関へのヒアリング調査結果①

診調組　入－１
元．７．３

中医協　総－１
元．７．１０

設問	医療機関の主な意見等
地域連携の状況	・ ICTによる連携とケア会議を運営しており、大変効果がある。
診療提供体制等の状況	○ 人員配置 ・ 専従要件が緩和されても、職員の絶対数が不足する。 ・ 医師や看護師等について、常勤の職員が不足している。 ・ 社会福祉士が不足している. ○ 研修 ・ 研修の機会の確保が難しい。 ・ オンライン講義を教育に活用している。 ・ e-ラーニングによる研修がありがたい。 ○ ICT ・ 遠隔診療の導入を予定している。 ・ ICTを用いた画像情報の連携を実施している。 ○ その他 ・ 医師事務作業補助者が非常に有用である。

出典：平成30年度入院医療等の調査

1．在宅医療について

（1）在宅医療に係る診療報酬（概要）

（2）直近の算定状況等

（3）在宅医療領域における課題及び取組等

・複数の医療機関による連携について

・在支診・在支病について

・医療資源の少ない地域における在宅医療について

・在宅医療における褥瘡の指導管理について

2．在宅歯科医療について

3．在宅薬剤管理について

在宅患者訪問褥瘡指導管理料の概要

在宅患者訪問褥瘡指導管理料　750点

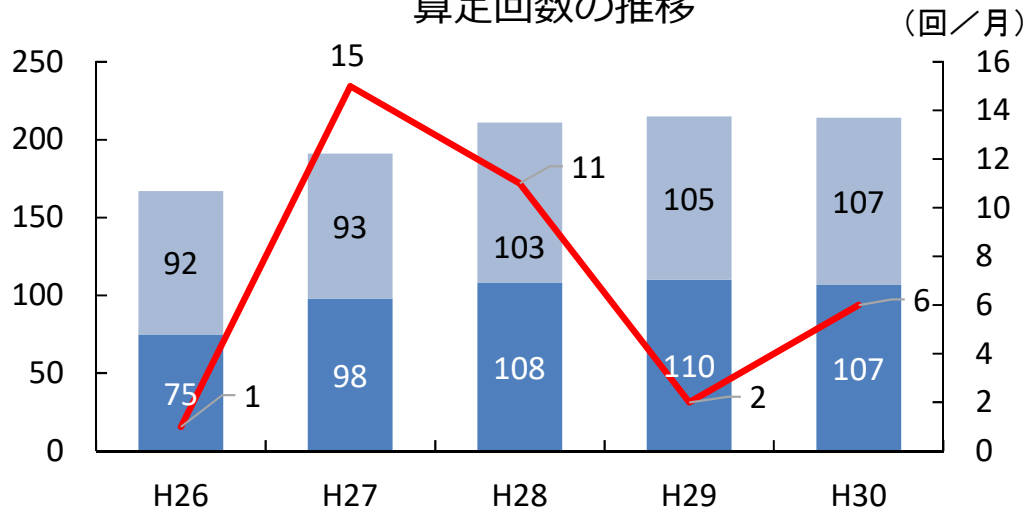
重点的な褥瘡管理を行う必要が認められる患者に対して、多職種が共同して、褥瘡管理に関する計画的な指導管理を行った場合には、初回のカンファレンスから起算して6月以内に限り、当該患者1人につき2回に限り所定の点数を算定する。

【対象患者】

○重点的な褥瘡管理が必要な者とは、ベッド上安静であって、既にDESIGN-Rによる深さの評価がd2 以上の褥瘡を有する者であって、かつ、次に掲げるアからカまでのいずれかを有する者をいう。

ア　ショック状態のもの
イ　重度の末梢循環不全のもの
ウ　麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの
エ　強度の下痢が続く状態であるもの
オ　極度の皮膚脆弱であるもの
カ　皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの
キ　褥瘡に関する危険因子があって既に褥瘡を有するもの

図　在宅患者訪問褥瘡指導管理料の届出施設数と算定回数の推移



出典：社会医療診療行為別統計・調査（各年6月審査分）、7.1報告

【算定要件】

① 当該保険医療機関に以下の3名から構成される在宅褥瘡対策チームが設置されていること。
　ア　常勤医師
　イ　保健師、助産師、看護師、又は准看護師
　ウ　管理栄養士

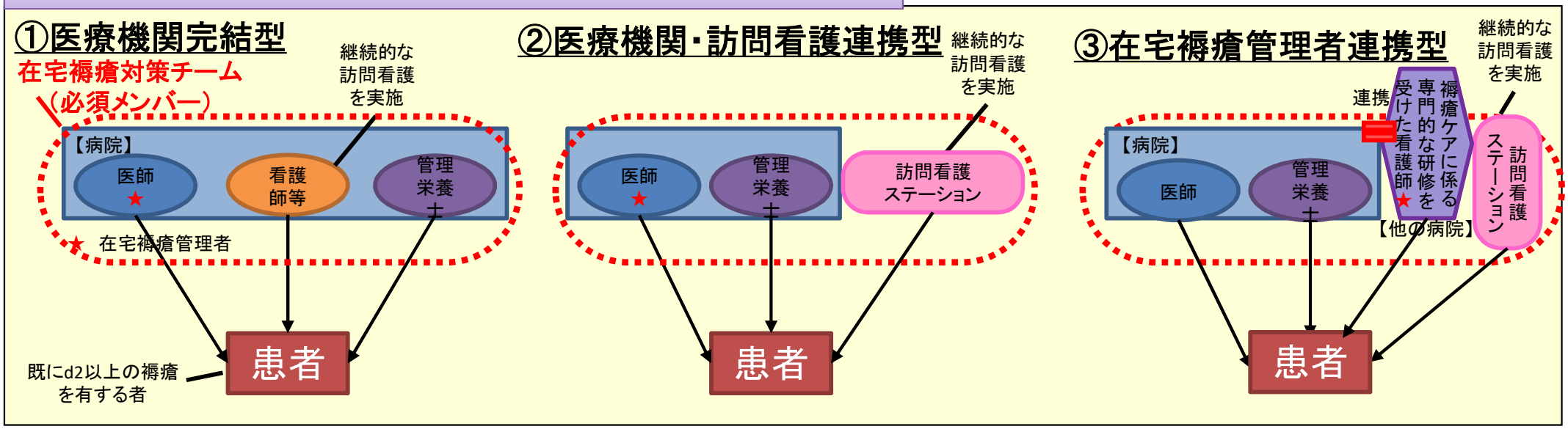
② 在宅褥瘡対策チームのア又はイ（准看護師を除く。）のいずれか1名以上については、以下のいずれの要件も満たす在宅褥瘡管理者であること。
　ア　5年以上医師又は看護師として医療に従事し、褥瘡対策について1年以上の経験を有する者
　イ　在宅褥瘡ケアに係る所定の研修を修了している者

③ 在宅褥瘡対策チームは、以下の内容を実施すること。
　ア　初回訪問時に、在宅褥瘡管理者を含む在宅褥瘡対策チームの構成員が患家に一堂に介し、褥瘡の重症度やリスク因子についてのアセスメントを行い、褥瘡の指導管理方針について、カンファレンスを実施し、在宅褥瘡診療計画を立案する。
　イ　在宅褥瘡対策チームの各構成員は、月1回以上、計画に基づき、適切な指導管理を行い、その結果について情報共有する。
　ウ　初回訪問後3月以内に、褥瘡の改善状況、在宅褥瘡診療計画に基づく指導管理の評価及び、必要に応じて見直しのためのカンファレンスを行う。

④ 1年間のケアの実績を報告する。

在宅褥瘡対策チームによる実施体制のイメージ

実施体制（例）



＜在宅褥瘡対策チームの構成員＞

- 常勤医師
- 保健師、助産師、看護師、又は、准看護師
- 常勤管理栄養士（診療所は非常勤でも可）

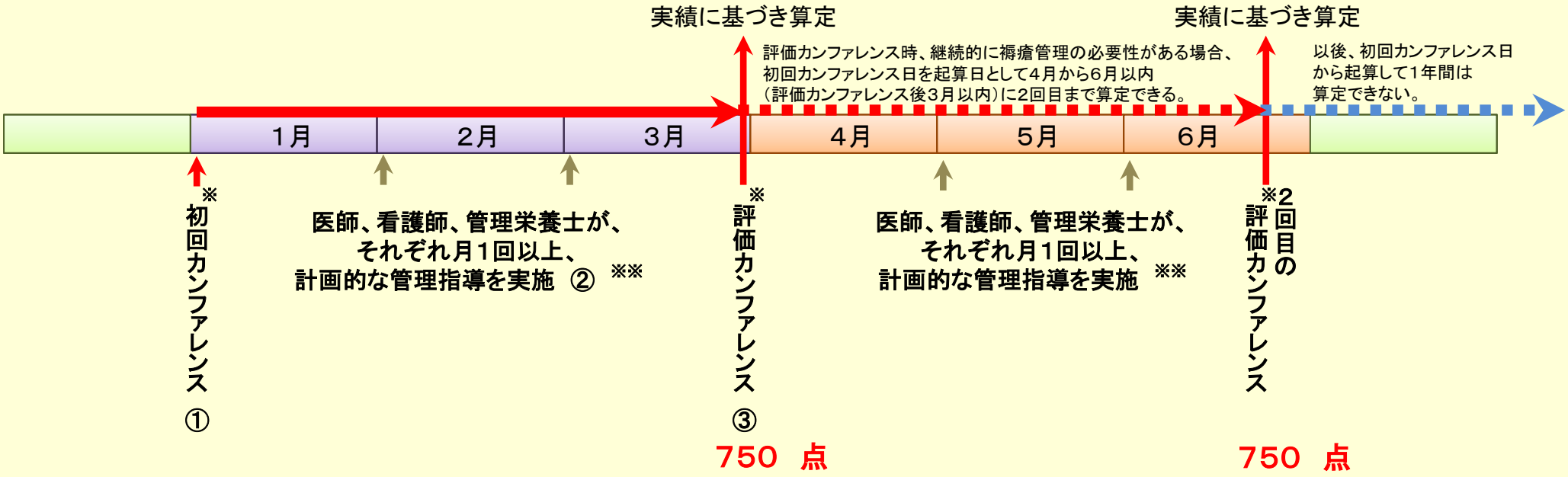
上記のうち、医師又は看護師等（准看護師を除く）のいずれか１名以上は在宅褥瘡管理者であること。
ただし、当該保険医療機関、連携する訪問看護ステーションのいずれにも褥瘡管理者として適切な者がいない場合については、在宅褥瘡対策チームに当該保険医療機関以外の褥瘡ケアに係る専門的な研修を修了した看護師を加えることが可能。

＜在宅褥瘡管理者＞★ ①又は②の者

① ５年以上、医師又は看護師等（准看護師を除く）として医療に従事し、褥瘡対策について１年以上の経験を有する者、かつ、在宅褥瘡ケアに係る所定の研修を修了している者
② 褥瘡ケアに係る専門的な研修を修了した看護師

在宅褥瘡対策チームによる実施内容

実施内容



下記の①～③を実施した場合に、当該指導料を算定することができる。

① 初回訪問時に、在宅褥瘡管理者を含む在宅褥瘡対策チームの構成員が患家に一堂に介し、褥瘡の指導管理方針について、カンファレンスを実施〔初回カンファレンス①〕
② 在宅褥瘡対策チームの各構成員は、月1回以上、指導管理を及び情報共有を実施。〔②〕
③ 初回訪問後3月以内に、指導管理の評価及び、必要に応じて見直しのためのカンファレンスを実施。〔評価カンファレンス③〕

※ カンファレンス実施日において、当該カンファレンスとは別に継続的に実施している訪問診療、訪問看護、訪問栄養指導を行う必要性がある場合に限り、在宅患者訪問診療料、在宅患者訪問看護・指導料等について、同一日に算定することができる。
※※ 各職種の月1回以上の管理指導については、別に継続的に実施している訪問診療等において行う。訪問栄養指導の対象ではない場合等で当該管理指導のみを目的した訪問を行う場合については、当該管理指導料に含まれているものとする。

褥瘡有病率の推移及び治療に要した期間について

○ 褥瘡有病率の経年推移を見ると、10年前は在宅患者において高い有病率であったものが、近年は一般病棟と同等程度まで減少している。一方で、近年は緩やかな低下に留まっている。
○ 褥瘡の治癒に要した平均期間は、ステージⅡにおいて24.8日と1か月を切るが、ステージⅢ、Ⅳにおいては、平均が4ヶ月を超える。また、ステージⅢ、Ⅳにおいては標準偏差が大きい。

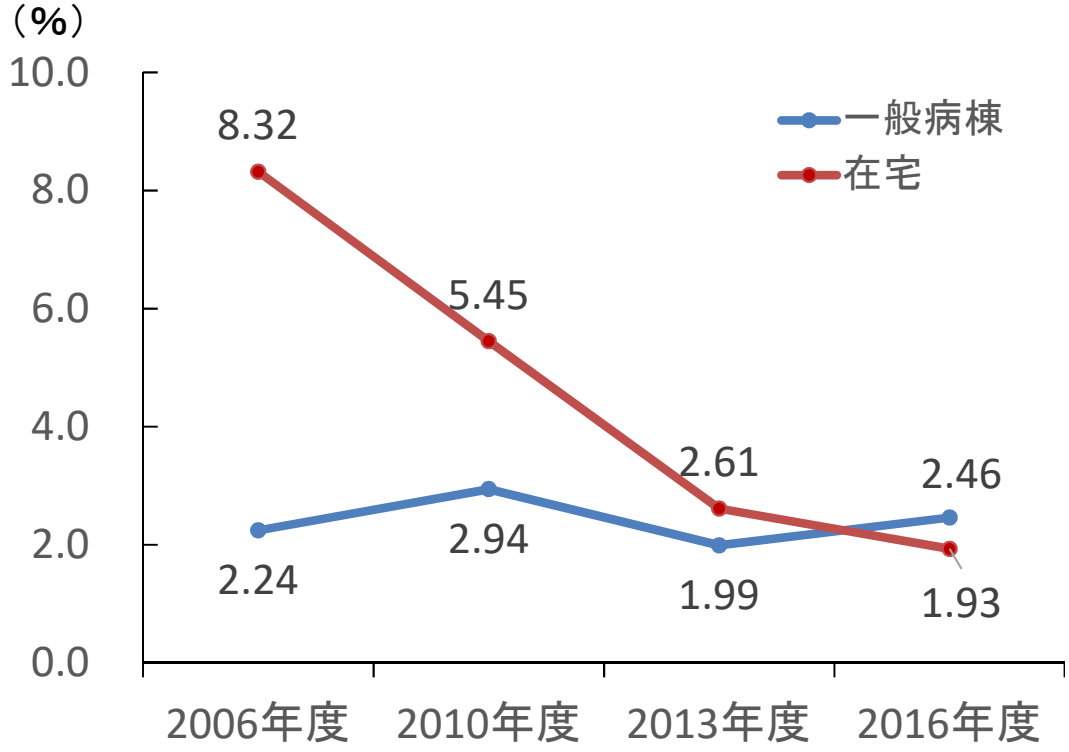


図　褥瘡有病率の推移

出典：褥瘡会誌（2001）229-236

図　褥瘡の治癒に要した期間

ステージ※	褥瘡数	治癒に要した期間（日）		
		平均	標準偏差	中央値
Ⅰ	29	13.3	5.0	12
Ⅱ	52	24.8	11.0	21
Ⅲ	34	136.8	83.8	91
Ⅳ	24	223.5	98.4	182

※IAET（International Association for Enterstomal Therapy）分類

出典：第1回~第4回日本褥瘡学会実態調査結果より
（保険局医療課にて作成）

在宅医療に係る現状及び課題

【現状及び課題】

○　訪問診療を主として行う医療機関から他の医療機関に訪問診療を依頼した患者について、依頼先の医療機関が実施する訪問診療の期間は6ヶ月以上の長期に渡ることが多い。一方、自施設が主治医として訪問診療を提供している患者のうち、他の医療機関に訪問診療を依頼した患者について、初回の訪問診療実施月に行った訪問診療の回数を「把握していない」との回答が多かった。

○　在宅療養支援病院について、24時間往診が可能な体制の整備が困難であるとの現場の声がある。

○　医療資源の少ない地域において、在宅医療を行う医療機関の許可病床数に係る要件緩和等が行われてきているところであるが、常勤職員の確保が困難であるとの現場の声がある。

○　在宅患者訪問褥瘡管理指導料について、初回のカンファレンスにおける評価がなされていない。

【論点】

○　在宅医療に係る現状や平成30年度診療報酬改定後の算定状況等を踏まえ、必要な見直しを検討してはどうか。

1．在宅医療について
（1）在宅医療に係る診療報酬（概要）
（2）直近の算定状況等
（3）在宅医療領域における課題及び取組等
・複数の医療機関による連携について
・在支診・在支病について
・医療資源の少ない地域における在宅医療について
・在宅医療における褥瘡の指導管理について

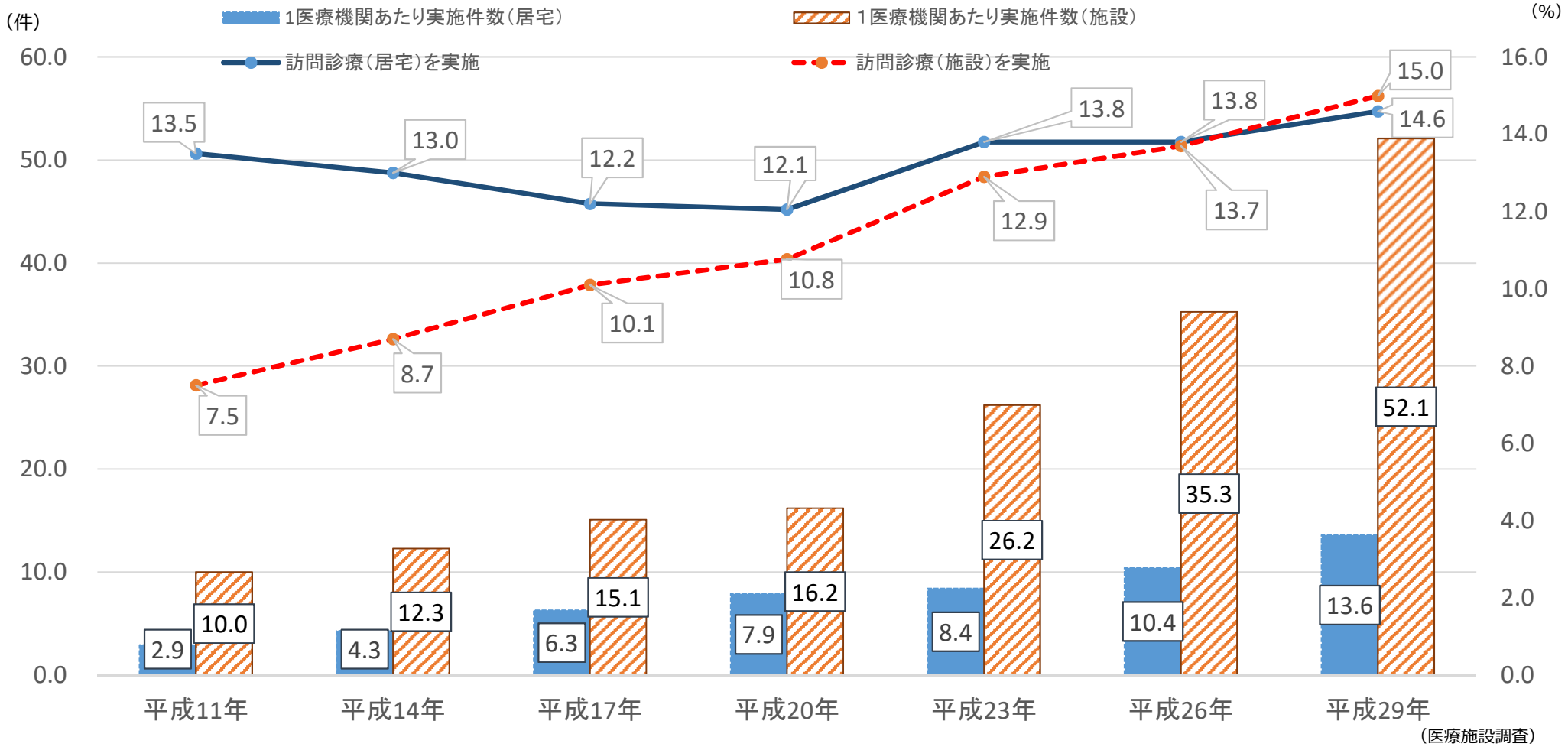
2．在宅歯科医療について

3．在宅薬剤管理について

歯科訪問診療の実施状況

中医協　総－3
元．4．24

○　居宅において歯科訪問診療を提供している歯科診療所の割合は微増傾向。
○　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おり、居宅で歯科訪問診療医療を提供している歯科診療所よりも多くなった。
○　1歯科診療所当たりの歯科訪問診療の実施件数（各年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。



（医療施設調査）

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

在宅歯科医療の推進（主な改定内容）

在宅歯科医療を推進する観点から、歯科訪問診療料の見直しを行うとともに、口腔機能管理をさらに推進する。

- 在支病、在支診との連携の推進

連携

口腔機能管理の推進

- 多職種連携による口腔機能管理の評価の充実

- 外来から歯科訪問診療に移行した場合を評価

歯科訪問診療への移行

歯科衛生士の同行

- 歯科衛生士が同行した場合を評価

小児への対応

- 小児の訪問口腔機能管理の評価

歯科訪問診療料の評価の見直し

○　平成30年度診療報酬改定において、同一建物に居住する患者数及び患者1人につき診療に要した時間に基づき、評価の見直しを行った。

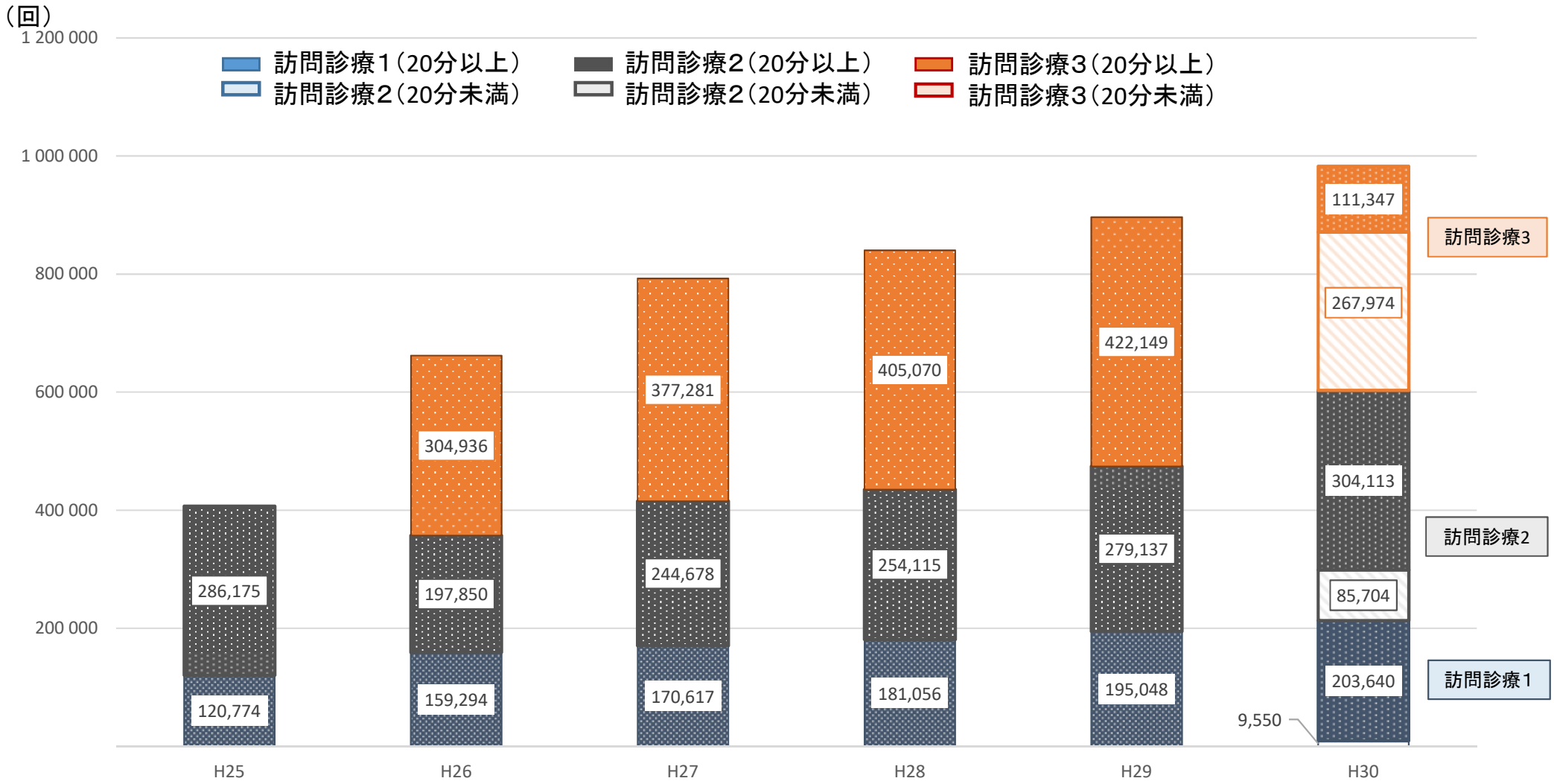
		（H28）		
		同一の建物に居住する患者数		
		1人	2人以上9人以下	10人以上
患者1人につき診療に要した時間	20分以上	**歯科訪問診療1** **【1,036点】** （866点＋170点）	**歯科訪問診療2** **【338点】** （283点＋55点）	
	20分未満	**歯科訪問診療3** **【175点】**（120点＋55点）		

		（R1.10）		
		同一の建物に居住する患者数		
		1人 **歯科訪問診療1**	2人以上9人以下 **歯科訪問診療2**	10人以上 **歯科訪問診療3**
患者1人につき診療に要した時間	20分以上	【1,100点】	【361点】	【185点】
	20分未満	**【770点】** （1,100点×70/100）	**【253点】** （361点×70/100）	**【130点】** （185点×70/100）

歯科訪問診療料の算定状況の推移

中医協　総－1
元．9．11（改）

○　歯科訪問診療料の算定回数は全体的に増加傾向にあり、特に歯科訪問診療2及び3の割合が多い。
○　平成30年度は歯科訪問診療2が最も多く算定されている。

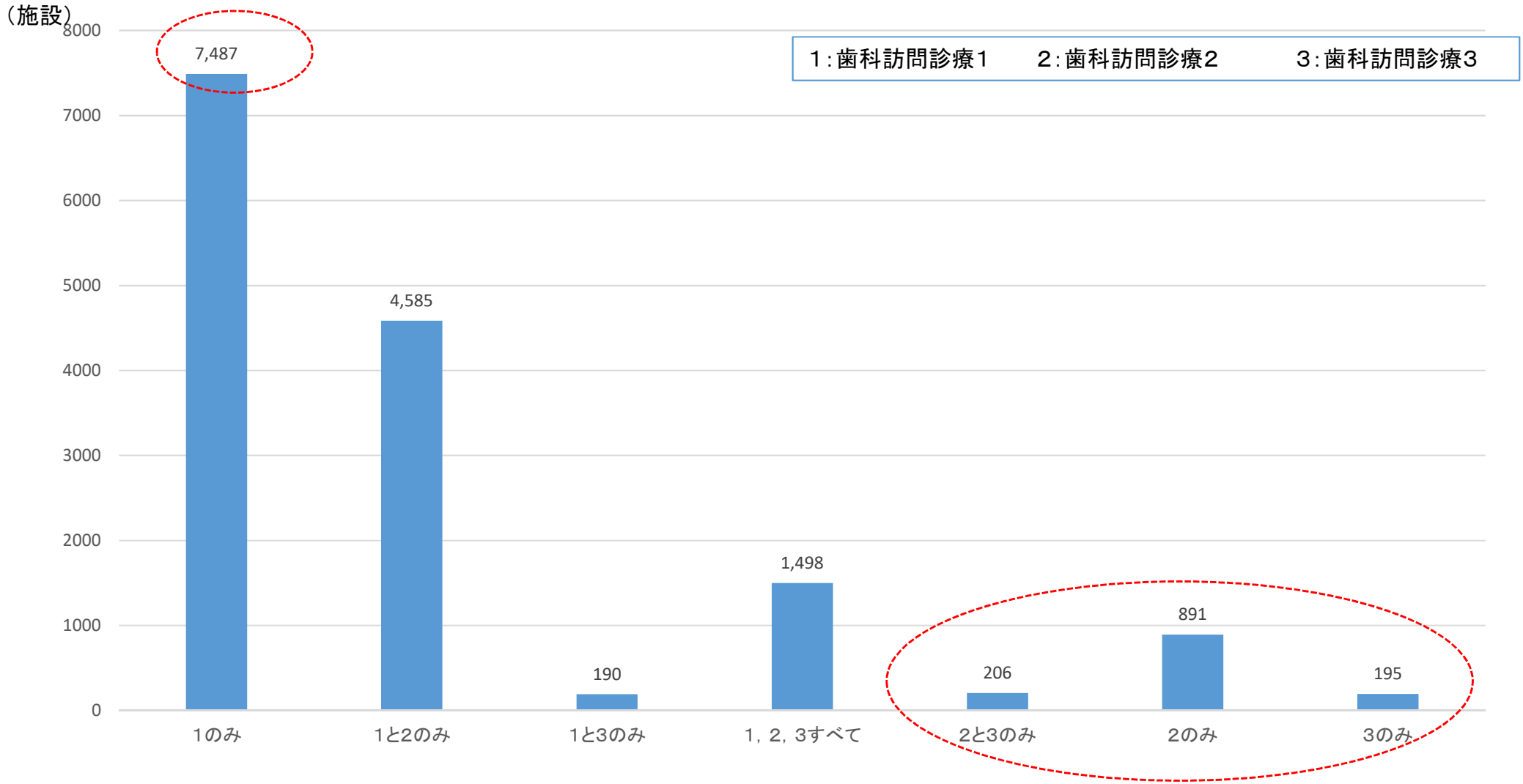


出典：社会医療診療行為別統計

歯科訪問診療の実施状況（医療機関数）

○　平成30年10月において、歯科訪問診療料を算定した15,052医療機関のうち、歯科訪問診療１のみを算定している医療機関は7,487施設（49.7%）である。

○　一方、歯科訪問診療１の算定がない医療機関は1,292施設（8.6%）である。



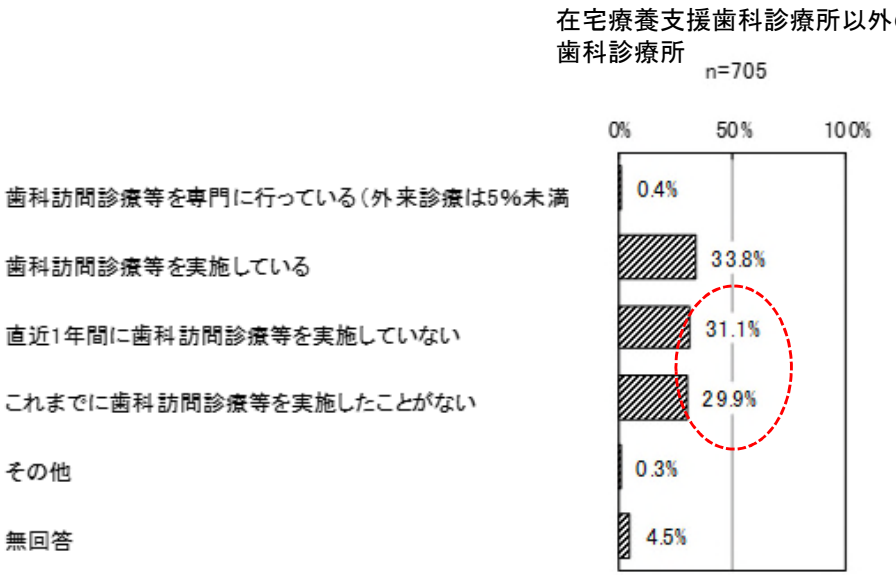
出典：平成30年10月NDB

歯科訪問診療の実施状況等

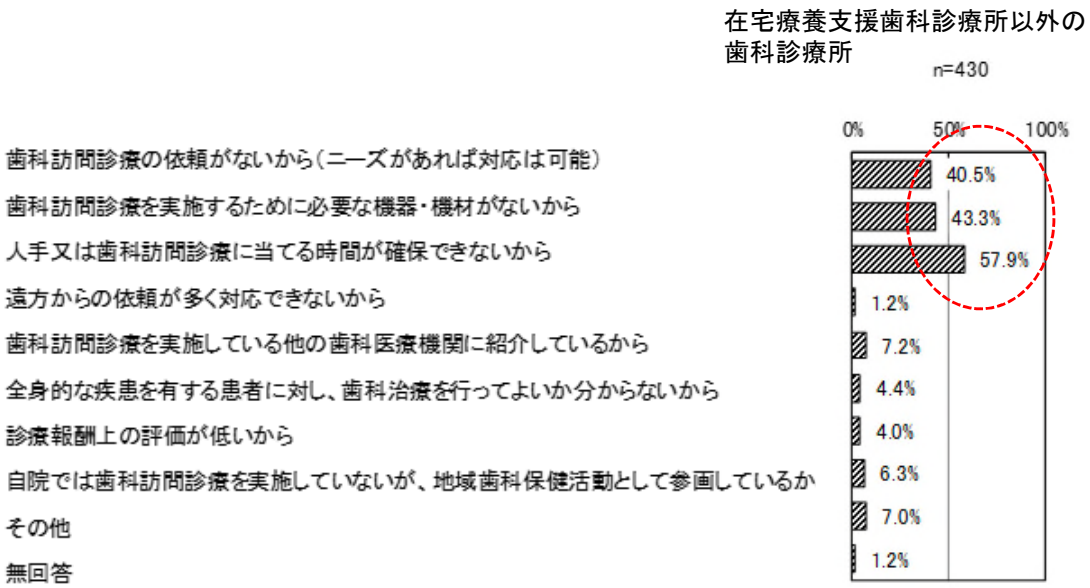
○　在宅療養支援歯科診療所以外の歯科診療所では、「直近1年間に歯科訪問診療等を実施していない」が31.1%　、「これまでに歯科訪問診療を実施したことがない」が29.9%であった。

○　また、歯科訪問診療等を実施していない理由は、「人手又は歯科訪問診療に当てる時間が確保できないから」が57.9%、「歯科訪問診療を実施するために必要な機器・機材がないから」が43.3%、「歯科訪問診療の依頼がないから（ニーズがあれば対応は可能）」が40.5%であった。

歯科訪問診療の実施状況



歯科訪問診療を実施していない理由



出典：平成30年度診療報酬改定検証調査（在宅）

歯科訪問診療移行加算

○　平成30年度診療報酬改定において、外来受診していた患者が通院困難になった場合に、かかりつけ歯科医が継続的に歯科訪問診療を実施した場合の評価を新設。

（新）　歯科訪問診療移行加算

イ　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の場合　150点

ロ　イ以外の場合　100点

［算定要件］

- 在宅等療養患者であって、当該保険医療機関の外来（歯科診療を行うものに限る。）を継続的に受診していたものに対して「1　歯科訪問診療1」を算定した場合に所定点数に加算する。
- 当該保険医療機関の外来を最後に受診した日（初診料又は再診料を算定した日）から起算して3年以内に歯科訪問診療を実施した場合に限る。

届出医療機関数及び算定回数

	届出医療機関数	算定回数
歯科訪問診療移行加算	（届出不要）	イ　3,759（※） ロ　2,140

※　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の届出　10,389

（出典）
届出医療機関数：保険局医療課調べ（平成30年7月1日時点）
算定回数：平成30年社会医療診療行為別統計（平成30年6月審査分）

質の高い在宅医療の確保⑦

訪問歯科衛生指導料の見直し①

- 「1　複雑なもの」と「2　簡単なもの」による評価を廃止し、1人の患者に1対1で20分以上の指導を行った場合の評価とし、単一建物診療患者（訪衛指を行った患者）の人数に応じた区分を新設する。
- 指導内容に、口腔機能に関連する療養上必要な指導を追加する。

現行

【訪問歯科衛生指導料】

1　複雑なもの	360点
2　簡単なもの	120点

注1　歯科訪問診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士、保健師、看護師又は准看護師が訪問して療養上必要な指導として、患者又はその家族等に対して、当該患者の口腔内での清掃（機械的歯面清掃を含む。）又は有床義歯の清掃に係る実地指導を行った場合は、患者1人につき、月4回（同一月内に1及び2を行った場合は併せて月4回）を限度として算定する。

2　1については、患者と1対1で20分以上療養上必要な歯科衛生指導を適切に行った場合に算定し、2については、1人又は複数の患者に対して療養上必要な歯科衛生指導を適切に行った場合に算定する。それぞれ当該歯科衛生指導で実施した指導内容等について、患者に対し文書により提供した場合に算定する。

改定後

【訪問歯科衛生指導料】

1　単一建物診療患者が1人の場合	360点
2　単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	328点
3　1及び2以外の場合	300点

注1　歯科訪問診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士、保健師、看護師又は准看護師が訪問して療養上必要な指導として、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住するもののうち、当該保険医療機関が歯科訪問診療を実施し、歯科衛生士等が同一月に訪問歯科衛生指導を行っているものをいう。）又はその家族等に対して、当該患者の口腔内の清掃（機械的歯面清掃を含む。）、有床義歯の清掃指導又は口腔機能の回復若しくは維持に関する実地指導を行い指導時間が20分以上であった場合は、患者1人につき、月4回に限り、算定する。なお、当該歯科衛生指導で実施した指導内容等については、患者に対し文書により提供する。

2　（削除）

介護報酬改定における対応

○居宅療養管理指導費（歯科衛生士等が行う場合）の見直し

＜現行＞			＜改定後＞	
同一建物居住者以外	352単位	⇒	単一建物居住者が１人	355単位
同一建物居住者	302単位		単一建物居住者が２～９人	323単位
			単一建物居住者が10人以上	295単位

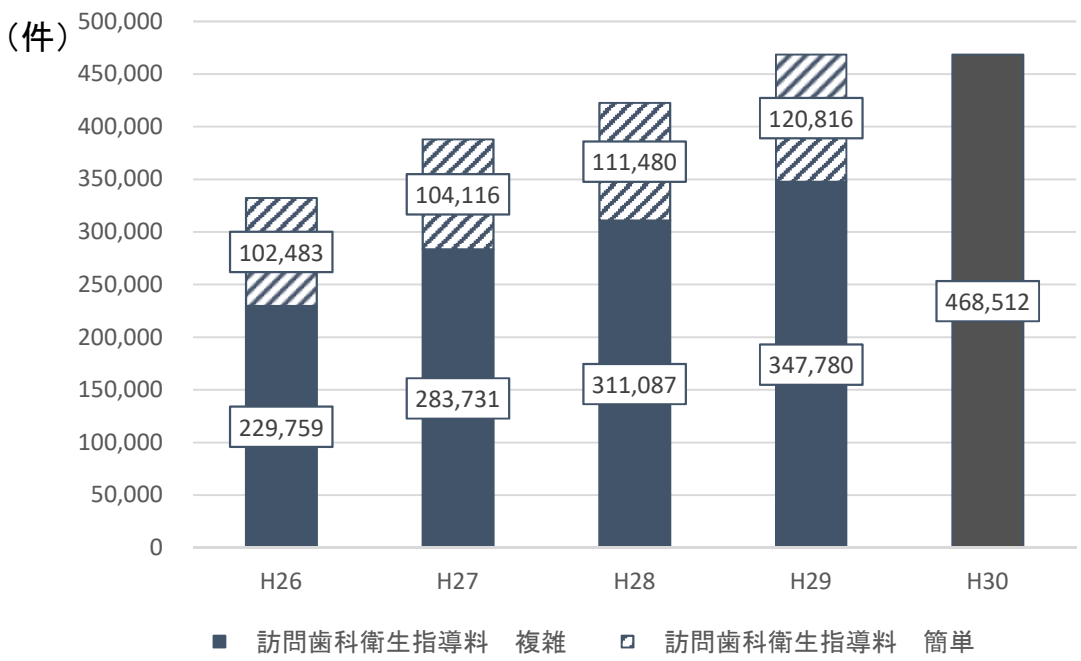
訪問歯科衛生指導料

算定要件（抜粋）

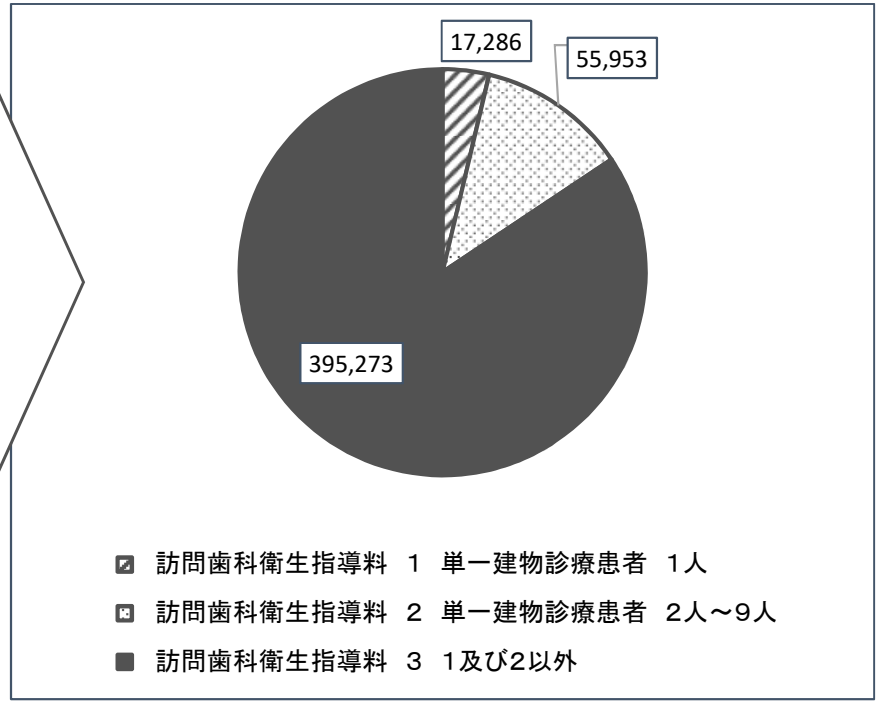
歯科訪問診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士、保健師、看護師又は准看護師が訪問して療養上必要な指導として、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住するもののうち、当該保険医療機関が歯科訪問診療を実施し、歯科衛生士等が同一月に訪問歯科衛生指導を行っているものをいう。）又はその家族等に対して、当該患者の口腔内の清掃（機械的歯面清掃を含む。）、有床義歯の清掃指導又は口腔機能の回復若しくは維持に関する実地指導を行い指導時間が20分以上であった場合は、患者１人につき、月４回に限り、算定する。

なお、当該歯科衛生指導で実施した指導内容等については、患者に対し文書により提供する。

１　単一建物診療患者が１人の場合　360点
２　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　328点
３　１及び２以外の場合　300点



H30
算定
状況



（出典）
算定回数：平成30年社会医療診療行為別統計

在宅等療養患者専門的口腔衛生処置

○　平成30年度診療報酬改定において、在宅等で療養する患者に対して、歯科衛生士が専門的な口腔衛生処置を行った場合の評価を新設。

I029-2　在宅等療養患者専門的口腔衛生処置　120点

［算定要件］

- 歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃処置を行った場合に、月１回に限り算定する。
- 訪問歯科衛生指導料を算定した日は算定できない。
- 在宅等療養患者専門的口腔衛生処置を算定した日の属する月において、機械的歯面清掃処置は、別に算定できない。

- 当該患者の口腔の衛生状態にあわせて、口腔清掃用具等を用いて歯面、舌、口腔粘膜等の専門的な口腔清掃、義歯清掃又は機械的歯面清掃を行った場合
- 主治の歯科医師は、歯科衛生士の氏名を診療録に記載する。
- 当該処置を行った歯科衛生士は、業務に関する記録を作成する。

届出医療機関数及び算定回数

	届出医療機関数	算定回数
在宅等療養患者専門的口腔衛生処置	（届出不要）	44,089

（出典）
算定回数：平成30年社会医療診療行為別統計（平成30年６月審査分）

歯科疾患在宅療養管理料

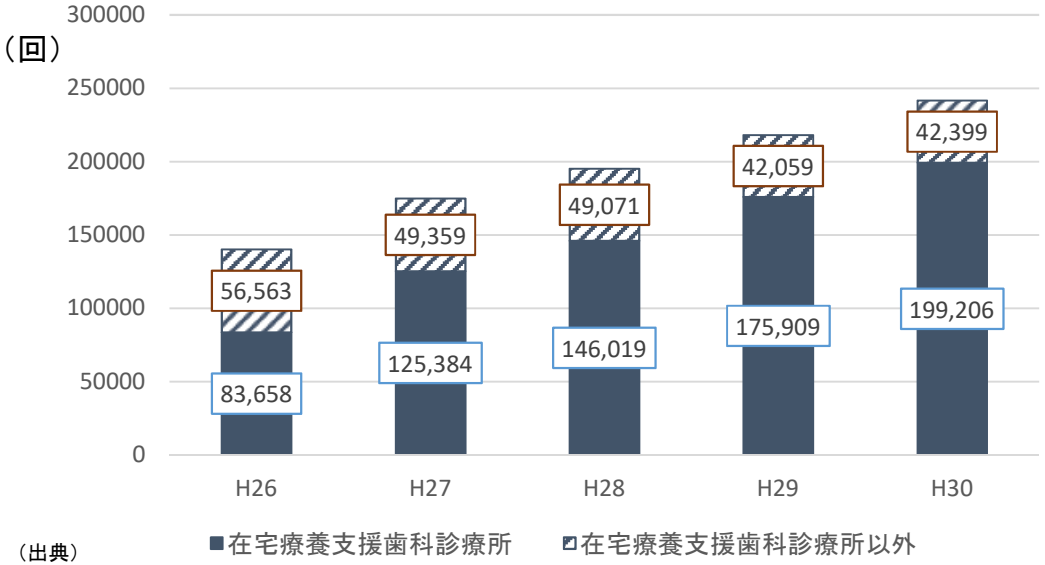
算定要件（抜粋）

歯科訪問診療料を算定した患者であって継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者の歯科疾患の状況及び併せて実施した口腔機能評価の結果等を踏まえて管理計画を作成した場合に、月１回に限り算定。

【対象患者】
歯の喪失や加齢、これら以外の全身的な疾患等により口腔機能の低下を認める在宅等療養患者

1　在宅療養支援歯科診療所1の場合　320点
2　在宅療養支援歯科診療所2の場合　250点
3　1及び2以外の場合　190点

栄養サポートチーム等連携加算1（80点）　他の保険医療機関に入院している患者に対して、栄養サポートチーム等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて口腔機能評価に基づく管理を実施。
栄養サポートチーム等連携加算2（80点）　介護保険施設等に入所している患者に対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて口腔機能評価に基づく管理を実施。



（出典）
算定回数：平成30年社会医療診療行為別統計

管理計画

- 患者の歯科治療及び口腔管理を行う上で必要な全身の状態（基礎疾患の有無、服薬状況等）
- 口腔の状態（口腔衛生状態、口腔粘膜の状態、乾燥の有無、歯科疾患、有床義歯の状況、咬合状態等）
- 口腔機能の状態（咀嚼の状態、摂食・嚥下の状況及び構音の状況、食形態等）
- 管理方法の概要
- 必要に応じて実施した検査結果の要点

在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料

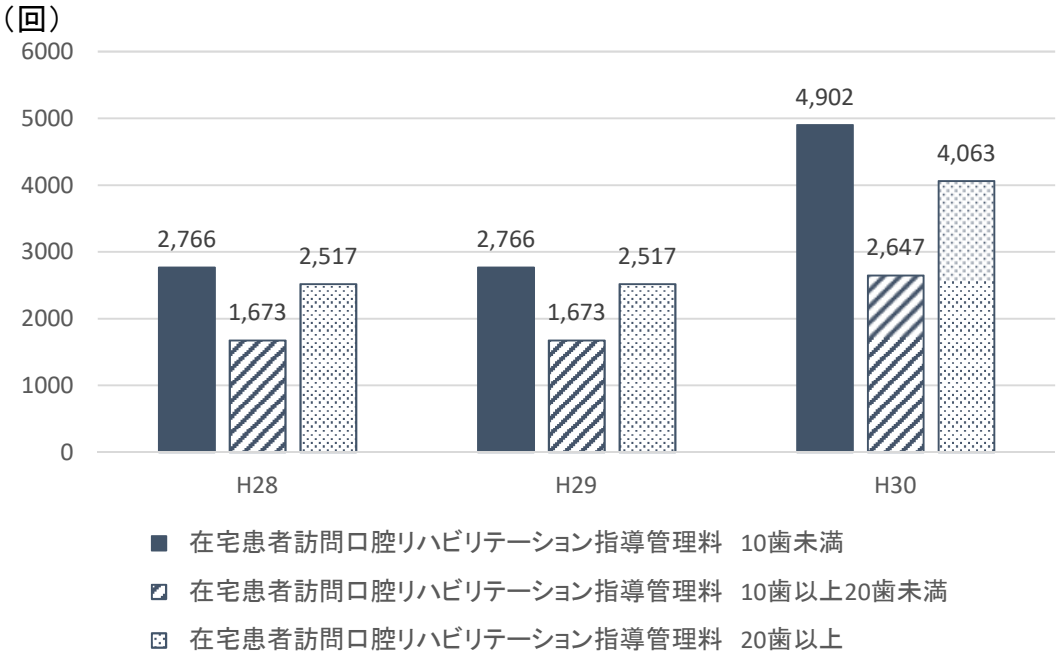
算定要件（抜粋）

歯科訪問診療料を算定した患者であって、摂食機能障害を有し、継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、20分以上必要な指導管理を行った場合に、月4回に限り算定する。

10歯未満：350点　　10歯以上20歯未満：450点　　20歯以上：550点

栄養サポートチーム等連携加算1（80点）　他の保険医療機関に入院している患者に対して、栄養サポートチーム等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて口腔機能評価に基づく管理を実施。

栄養サポートチーム等連携加算2（80点）　介護保険施設等に入所している患者に対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて口腔機能評価に基づく管理を実施。



（出典）
算定回数：平成30年社会医療診療行為別統計（平成30年6月審査分）

対象患者

- ○　発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食機能に障害があるもの
- ○　内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影によって他覚的に嚥下機能の低下が確認できるものであって、医学的に摂食機能療法の有効性が期待できるもの
- ○　歯の喪失や加齢、これら以外の全身的な疾患等により口腔機能の低下を認める在宅等療養患者　等

小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料

○　平成30年度診療報酬改定において、通院困難な小児に対する歯科訪問診療を充実させる観点から、口腔衛生指導や口腔機能管理等を包括した評価を新設。

（新）　小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料　450点

［算定要件］

・歯科訪問診療料を算定した15歳未満の患者であって、継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、20分以上必要な指導管理を行った場合に月4回に限り算定

・患者等（家族を含むものであること。）に対して、歯科疾患の状況及び当該患者の口腔機能の評価結果等を踏まえた管理計画について説明

・小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定した月において、歯科疾患管理料、歯科特定疾患療養管理料、　歯科疾患在宅療養管理料及び在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料は別に算定できない。

［包括範囲］

・歯周病検査、摂食機能療法、歯周基本治療、歯周基本治療処置、在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、機械的歯面清掃処置

［加算］

・かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算　75点、在宅療養支援歯科診療所加算１ 125点、在宅療養支援歯科診療所加算２　100点

対象患者：　口腔機能の発達不全を認めるもの、口腔疾患又は摂食機能障害を有するもの
目的：　口腔衛生状態の改善、口腔機能の向上及び口腔疾患の重症化予防

届出医療機関数及び算定回数

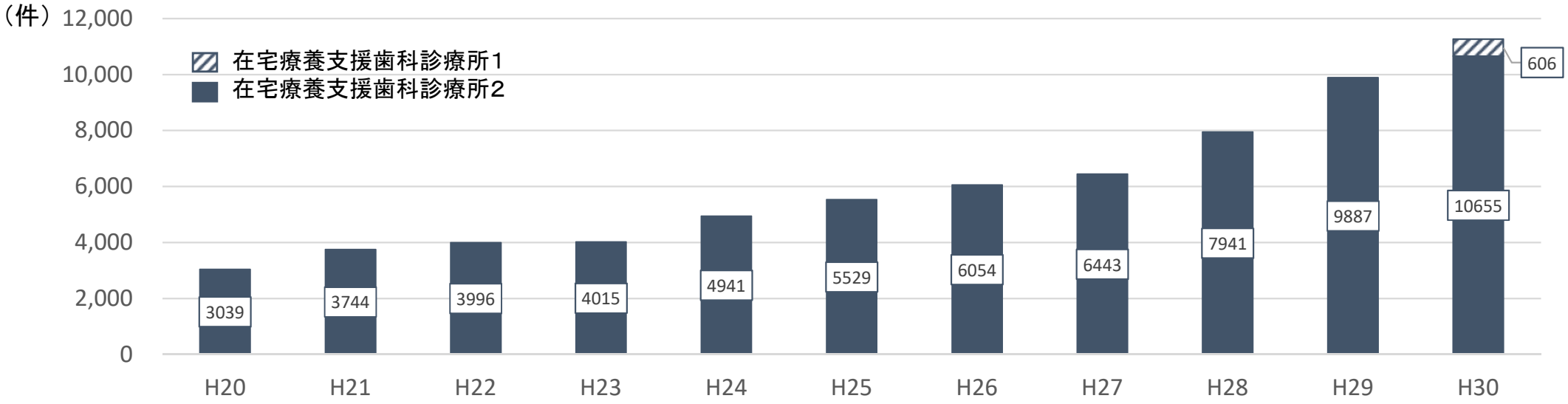
	届出医療機関数	算定回数
小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料	―	227 11　※イ 30　※ロ 136　※ハ

（出典）
算定回数：平成30年社会医療診療行為別統計（平成30年６月審査分）

※イ　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所、※ロ　在宅療養支援歯科診療所1、※ハ　在宅療養支援歯科診療所2

在宅療養支援歯科診療所について

＜在宅療養支援歯科診療所の届出医療機関数の推移＞



保険局医療課調べ（7月1日時点定例報告）

＜在宅療養支援歯科診療所の診療報酬上の評価＞

区分	歯援診1	歯援診2	か強診	その他の歯科医療機関
退院時共同指導料1	900点		500点	
歯科訪問診療料 歯科訪問診療補助加算	（1） 同一建物居住者以外 115点 （2） 同一建物居住者 50点			（1） 同一建物居住者以外：90 点 （2） 同一建物居住者：30 点
歯科訪問診療料 歯科訪問診療移行加算	100点		150点	100点
歯科疾患在宅療養管理料	320点	250点	190点	
在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の加算	125点	100点	75点	（ー）

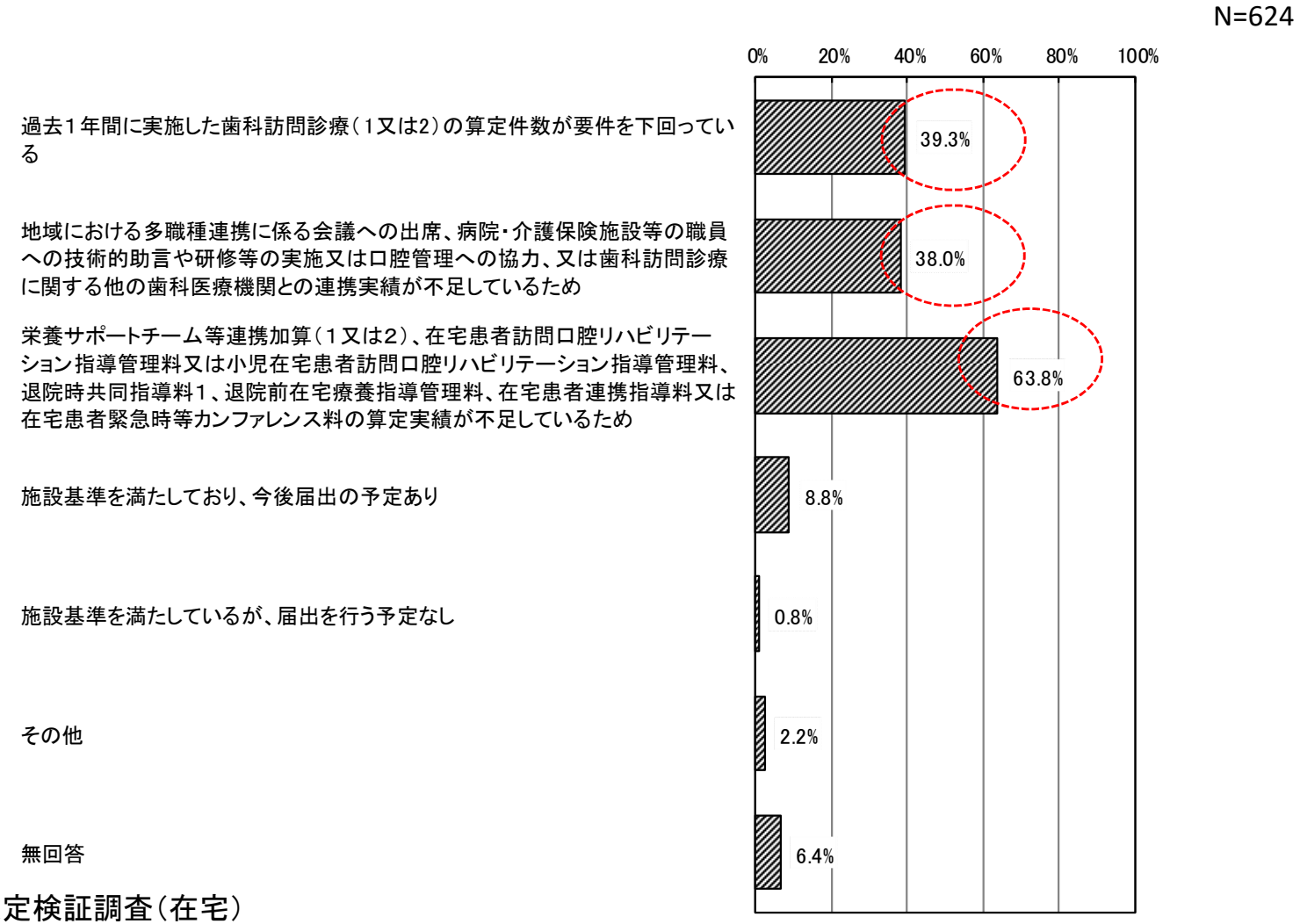
在宅療養支援歯科診療所の施設基準（抜粋）

<table>
<tr><th>【在宅療養支援歯科診療所1】</th><th>【在宅療養支援歯科診療所2】</th></tr>
<tr><td>ア） 過去1年間に歯科訪問診療1又は歯科訪問診療2をあわせて15回以上算定</td><td>過去1年間に歯科訪問診療1又は歯科訪問診療2をあわせて10回以上算定</td></tr>
<tr><td colspan="2">イ） 高齢者の心身の特性（認知症に関する内容を含むものであること。）等の研修を修了した常勤の歯科医師を1名以上配置</td></tr>
<tr><td colspan="2">ウ） 歯科衛生士配置</td></tr>
<tr><td colspan="2">エ） 患家の求めに応じた迅速な歯科訪問診療が可能な体制を確保し、患者に情報提供</td></tr>
<tr><td colspan="2">オ） 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</td></tr>
<tr><td colspan="2">カ） 当該診療所において、在宅医療を担う他の保険医療機関等からの依頼による歯科訪問診療料の算定回数の実績が5回以上（過去1年間）</td></tr>
<tr><td>キ） 以下のいずれか1つに該当すること
① 当該地域において、地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院・介護保険施設等で実施される多職種連携に係る会議に年1回以上出席
② 過去1年間に、病院・介護保険施設等の職員への口腔管理に関する技術的助言や研修等の実施又は口腔管理への協力
③ 歯科訪問診療に関する他の歯科医療機関との連携実績が年1回以上</td><td rowspan="2">当該地域において、保険医療機関、介護・福祉施設等と必要な連携の実績があること</td></tr>
<tr><td>ク） 過去1年間に、以下のいずれかの算定が1つ以上あること
① 栄養サポートチーム等連携加算1又は栄養サポートチーム等連携加算2の算定
② 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定
③ 退院時共同指導料1、退院前在宅療養指導管理料、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料の算定</td></tr>
</table>

[経過措置（施設基準）]平成30年3月31日において現に在宅療養支援歯科診療所に係る届出を行っている診療所については、令和2年3月31日までの間に限り在宅療養支援歯科診療所2の施設基準に該当しているものとみなす。

在宅療養支援歯科診療所の届出を行っていない理由

○　「在宅療養支援歯科診療所１」の届出を行っていない理由について、「栄養サポートチーム等連携加算等の算定実績が不足しているため」が63.8%と最も多く、次いで「過去1年間に実施した歯科訪問診療の算定件数」が39.3%、「地域における多職種連携に係る会議への出席等の連携実績」が38.0%であった。



出典：平成30年度診療報酬改定検証調査（在宅）

在宅歯科医療に係る現状及び課題

【現状及び課題】

○　近年、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、居宅で歯科訪問診療医療を提供している歯科診療所を上回った。
○　歯科訪問診療料の算定回数は全体的に増加傾向にあり、特に歯科訪問診療２及び３の割合が多い。
○　平成30年度診療報酬改定において在宅療養支援歯科診療所の施設基準の見直しを行ったところであり、令和2年3月31日まで経過措置中である。

【論点】

○　患者のニーズにあわせた歯科訪問診療を推進するために、近年における診療報酬改定の内容を踏まえ、どのような対応が考えられるか。

○　在宅等療養患者の口腔機能の維持向上を推進するために、どのような対応が考えられるか。

1．在宅医療について
（1）在宅医療に係る診療報酬（概要）
（2）直近の算定状況等
（3）在宅医療領域における課題及び取組等
・複数の医療機関による連携について
・在支診・在支病について
・医療資源の少ない地域における在宅医療について
・在宅医療における褥瘡の指導管理について

2．在宅歯科医療について

3．在宅薬剤管理について

在宅患者訪問薬剤管理指導料について

○　あらかじめ厚生局に届け出た薬局の薬剤師が、医師の指示に基づき、薬学的管理指導計画書(注)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。

項目	点数	
○在宅患者訪問薬剤管理指導料 ・単一建物診療患者が１人の場合 ・単一建物診療患者が２～９人の場合 ・単一建物診療患者が１０人以上の場合 （＋麻薬管理指導加算） （＋乳幼児加算）	 ６５０点 ３２０点 ２９０点 （＋１００点） （＋１００点）	薬剤師１人週 ４０回まで 患者1人につき 月４回まで

（注）　薬学的管理指導計画書

処方医から提供された診療状況に関する情報や、処方医との相談、他の医療関係職種（訪問看護ステーション）等との情報共有しながら、患者の心身の特性や処方薬剤を踏まえて策定。

項目		点数	算定回数
在宅患者訪問薬剤管理指導料１	単一建物　診療患者１人	650	17,298
在宅患者訪問薬剤管理指導料２	単一建物　診療患者２人以上９人以下	320	1,864
在宅患者訪問薬剤管理指導料３	単一建物　診療患者10人以上	290	4,216

出典：社会医療診療行為別調査（平成30年6月審査分）

薬局における訪問薬剤管理指導業務（診療報酬）

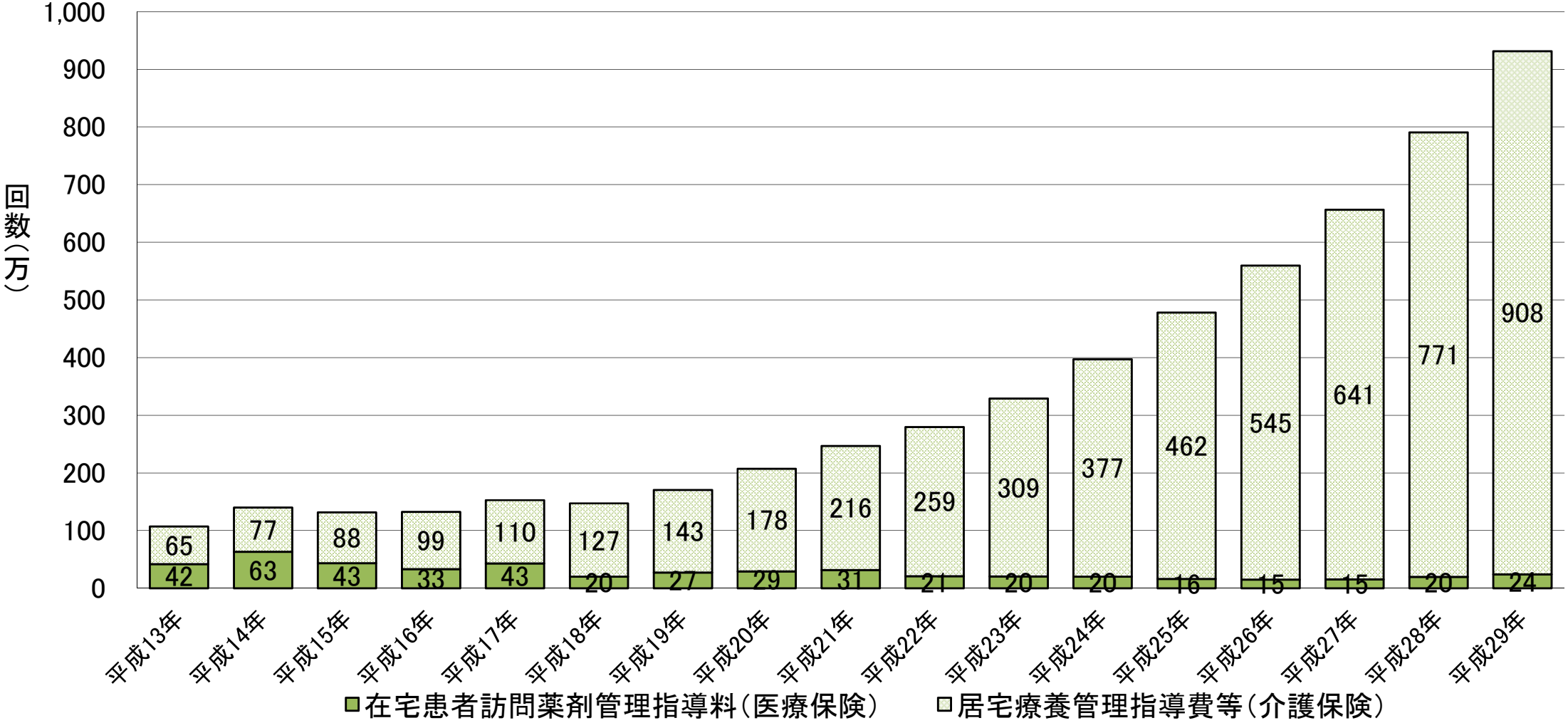
項目	内容	点数	
○在宅患者訪問薬剤管理指導料 ・単一建物診療患者が１人の場合 ・単一建物診療患者が２～９人の場合 ・単一建物診療患者が１０人以上の場合 （＋麻薬管理指導加算） （＋乳幼児加算）	医師の指示に基づき、薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に算定	６５０点 ３２０点 ２９０点 （＋１００点） （＋１００点）	薬剤師１人週４０回まで 患者1人につき月４回まで※
○在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 （＋麻薬管理指導加算） （＋乳幼児加算）	急変等に伴い、医師の求めにより、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定	５００点 （＋１００点） （＋１００点）	月４回まで
○在宅患者緊急時等共同指導料 （＋麻薬管理指導加算） （＋乳幼児加算）	急変等に伴い、医師の求めにより、医師等と共同でカンファレンスを行い、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定	７００点 （＋１００点） （＋１００点）	月２回まで
○在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 ・残薬調整に係るもの以外 ・残薬調整に係るもの	重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合に算定	４０点 ３０点	
○（調剤料）在宅患者調剤加算	基準を満たした薬局において、在宅患者の処方箋1枚につき加算	１５点	

※末期の悪性腫瘍の患者等の場合は週２回かつ月８回まで

（参考）介護報酬
○　居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行う場合）
・単一建物居住者が１人の場合　509単位　（麻薬指導加算　＋100単位）
・単一建物居住者が２～９人の場合　377単位　（麻薬指導加算　＋100単位）
・単一建物居住者が１０人以上の場合　345単位　（麻薬指導加算　＋100単位）

薬局における在宅患者訪問薬剤管理指導の実施状況

○　医療保険における「在宅患者訪問薬剤管理指導料」の算定回数は少なく横ばいだが、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。全体として薬剤師による在宅薬剤管理は進んでいる。



注）在宅療養を行っている患者に係る薬剤管理指導については、対象患者が要介護又は要支援の認定を受けている場合には介護保険扱いとなり、認定を受けていない場合には医療保険扱いとなる。

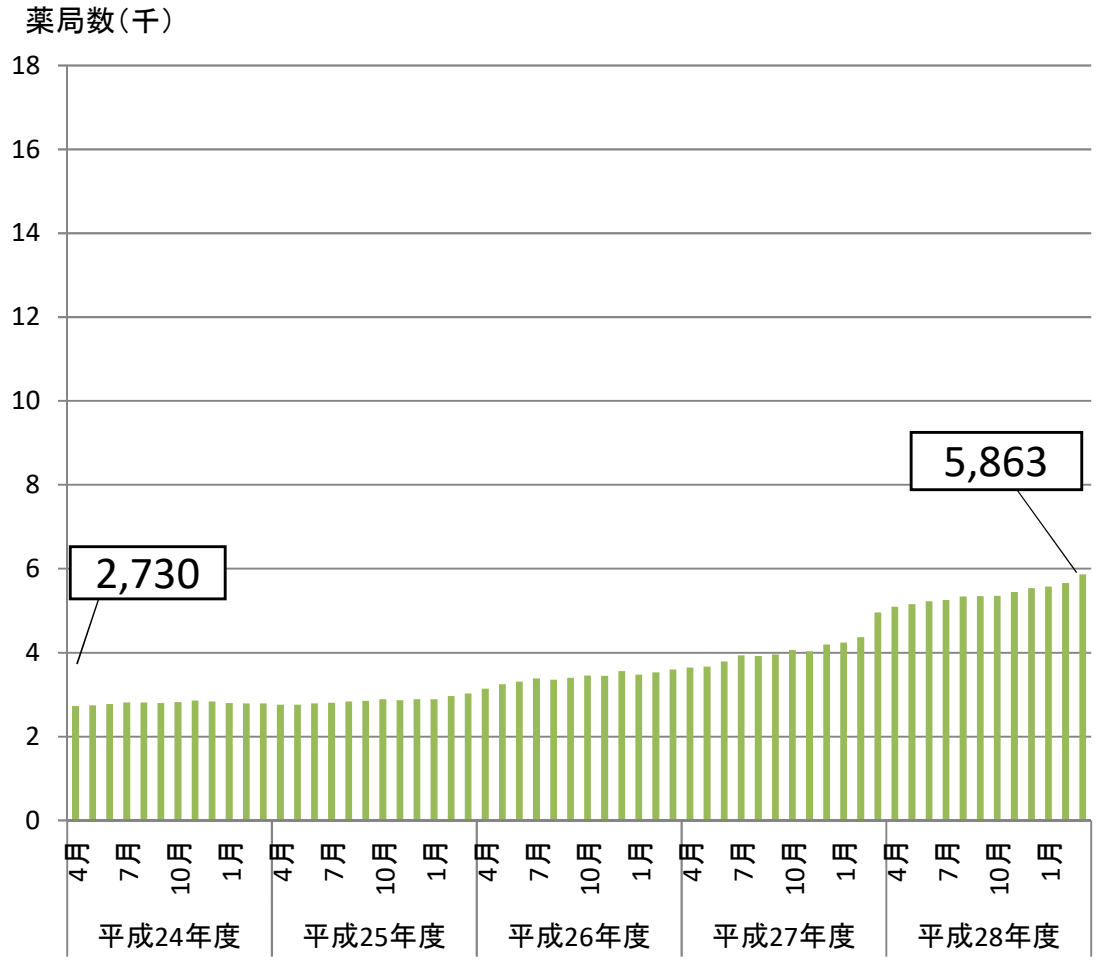
出典）社会医療診療行為別統計及び介護給付費実態調査を基に医療課で作成

在宅患者に対する訪問薬剤管理を行う薬局数の推移

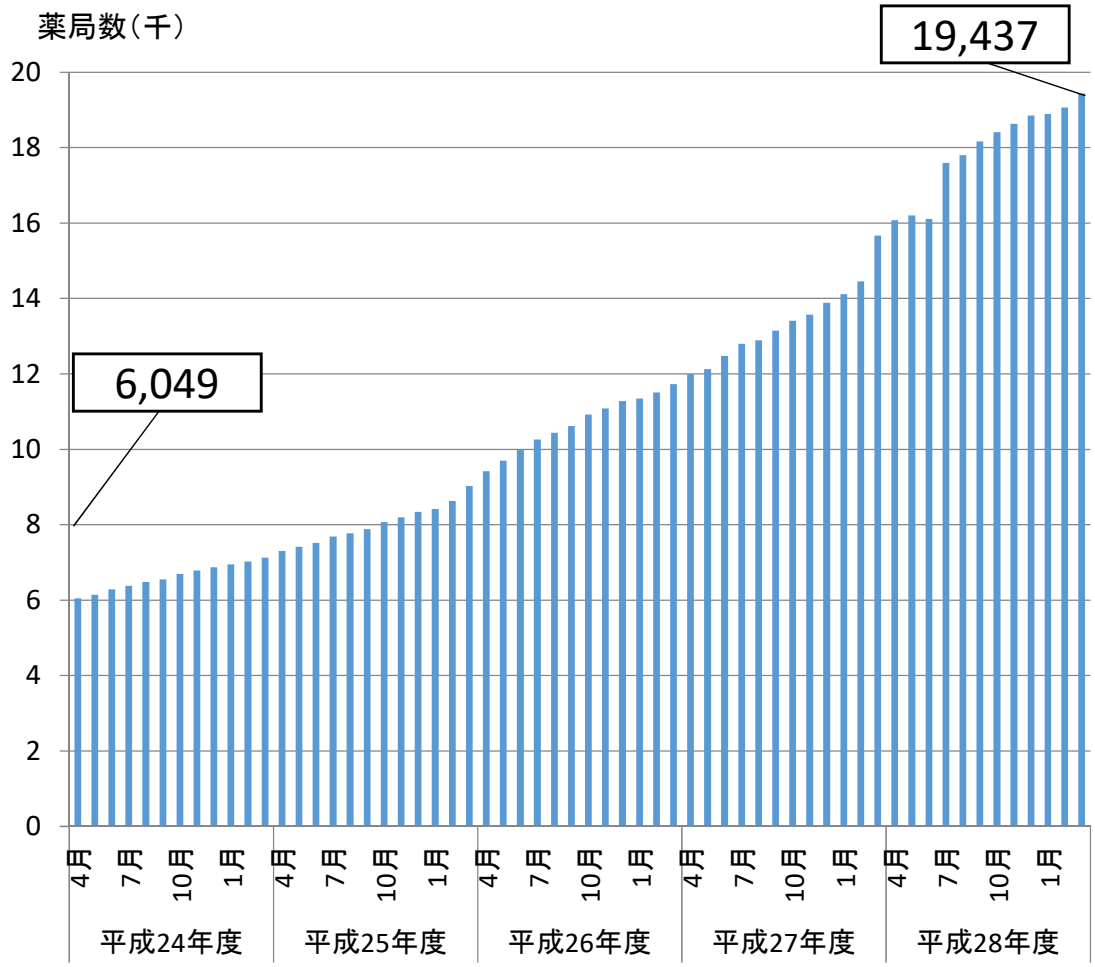
中医協　総－２
２９．１１．１０（改）

○　在宅業務を実施している薬局が増加している。

在宅患者訪問薬剤管理指導料算定薬局数（医療保険）



居宅療養管理指導費算定薬局数（介護保険）



注）在宅療養を行っている患者に係る薬剤管理指導については、対象患者が要介護又は要支援の認定を受けている場合には介護保険扱いとなり、認定を受けていない場合には医療保険扱いとなる。

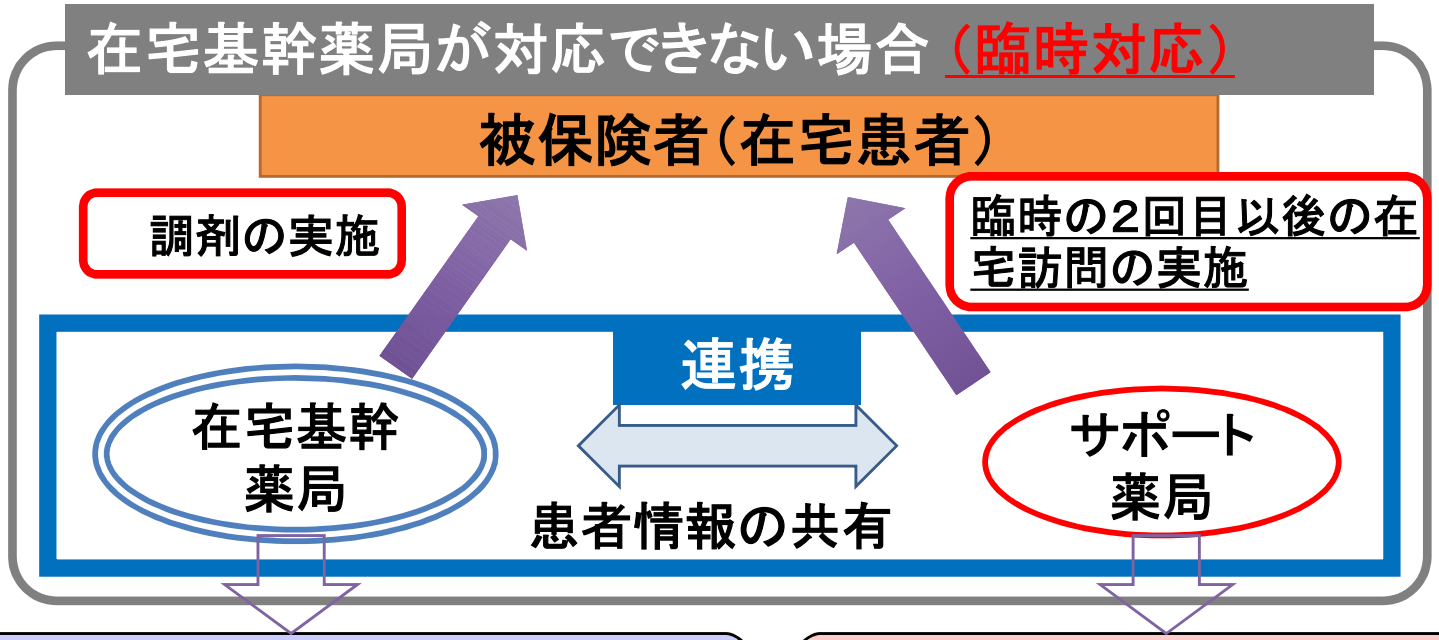
〔出典〕在宅患者訪問薬剤管理指導料算定薬局数（医療保険）については、厚生労働省保険局調査課で特別集計（「最近の調剤医療費（電算処理分）の動向」）
居宅療養管理指導費算定薬局数（介護保険）については、厚生労働省老健局老人保健課で特別集計

小規模薬局間の連携による在宅業務の評価　（H24年度改定）

中医協　総－３
２５．５．２９

小規模薬局であっても、近隣の薬局と連携することにより、在宅業務へ参画することが可能となるが、在宅患者訪問薬剤管理指導を主に担当する薬局（以下「在宅基幹薬局」）が、それを支援する薬局（以下「サポート薬局」）と**あらかじめ連携**している場合、**在宅基幹薬局が対応できない場合の臨時対応**として、サポート薬局が行った在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料についても算定できることとする。

１．サポート薬局が臨時に訪問薬剤管理指導のみを行った場合

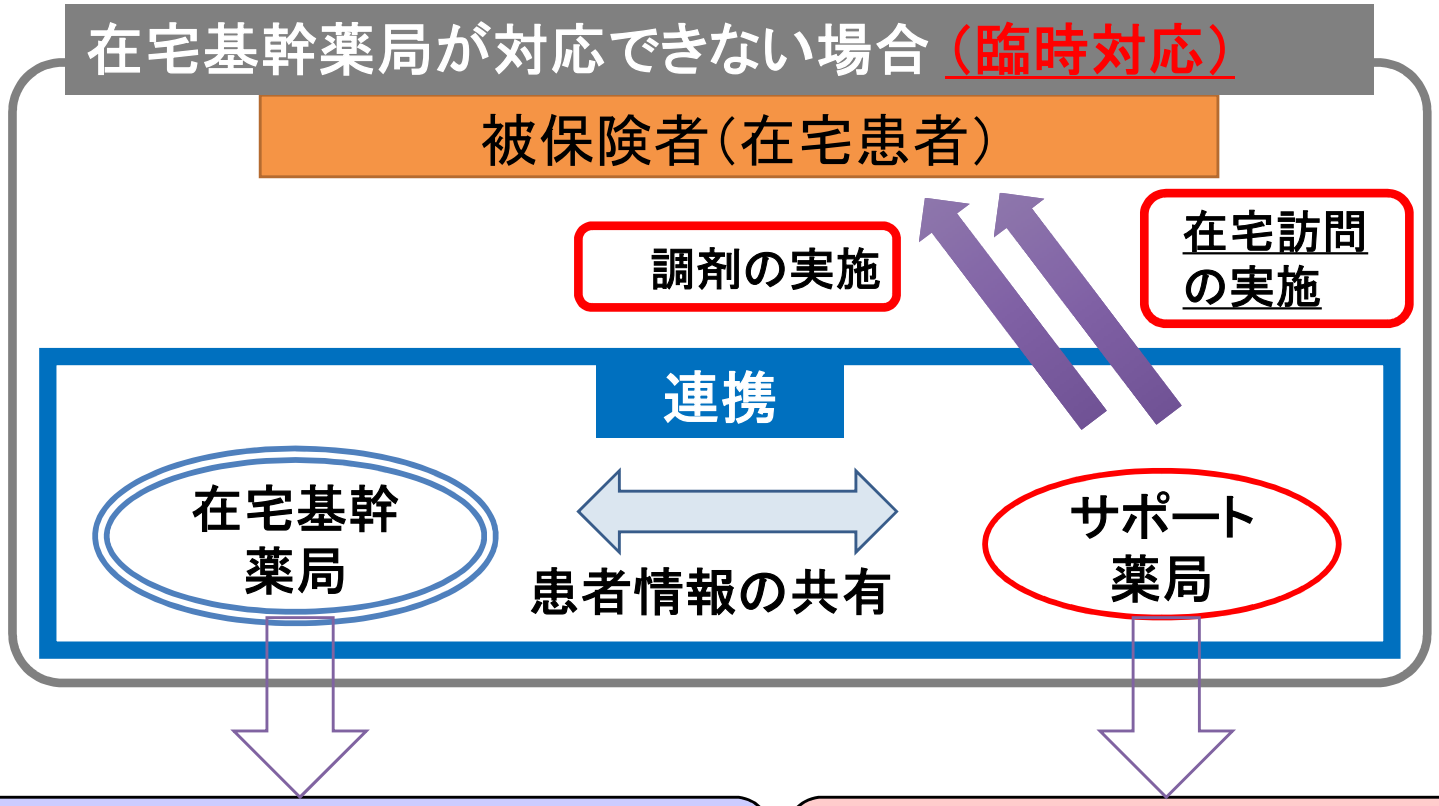


- 在宅患者訪問薬剤管理指導料等の保険請求
- 指示を行った医師又は歯科医師に対する報告

- 薬剤服用歴の記載（在宅基幹薬局と記録の内容を共有）

２．サポート薬局が臨時に調剤及び訪問薬剤管理指導を行った場合

サポート薬局が処方せんを受け付け調剤を行い、訪問薬剤管理指導を行った場合は、調剤技術料、薬剤料等はサポート薬局が、一方、在宅患者訪問薬剤管理指導料は在宅基幹薬局が行うこととし、調剤報酬明細書の摘要欄にはサポート薬局が受け付けた旨を記載する。



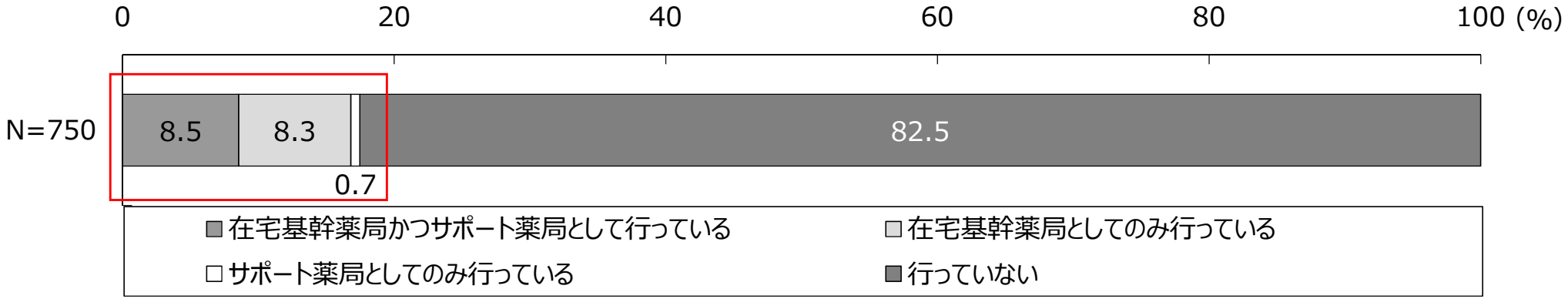
- 在宅患者訪問薬剤管理指導料等の保険請求
- 指示を行った医師又は歯科医師に対する報告

- 薬剤服用歴の記載（在宅基幹薬局と記録の内容を共有）
- 調剤技術料、薬剤料等の保険請求

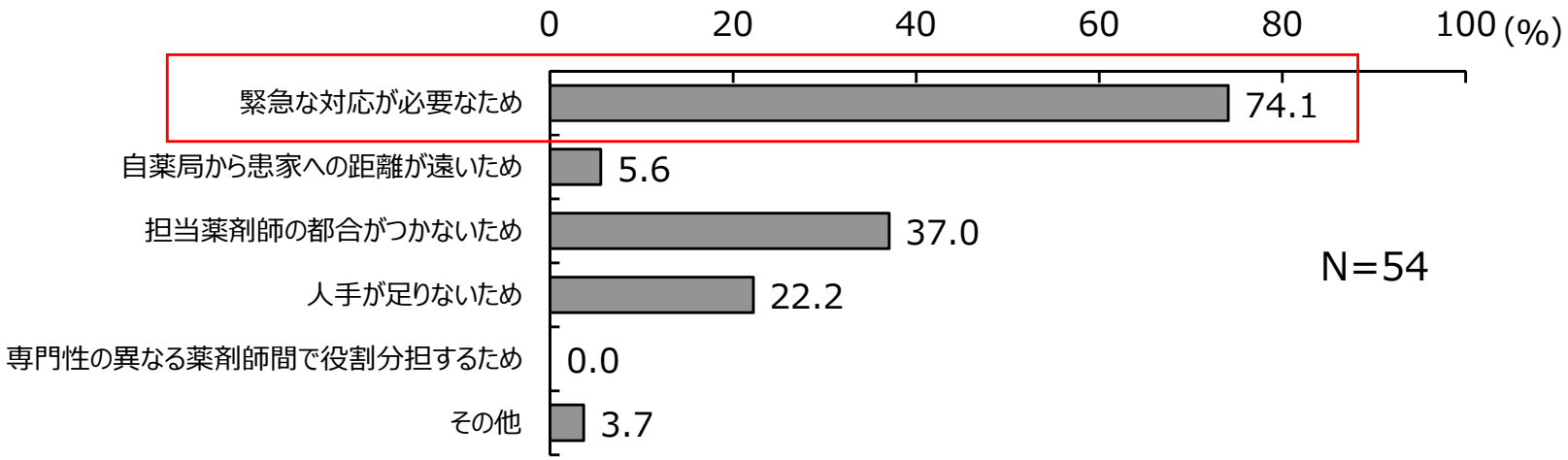
サポート薬局制度の利用状況

○　在宅業務を実施している薬局のうち、約18%でサポート薬局制度を利用していた。
○　サポート薬局を利用する理由としては、「緊急な対応が必要なため」が最も多い。

■　サポート薬局制度の利用状況



■　サポート薬局に依頼する理由（複数回答）

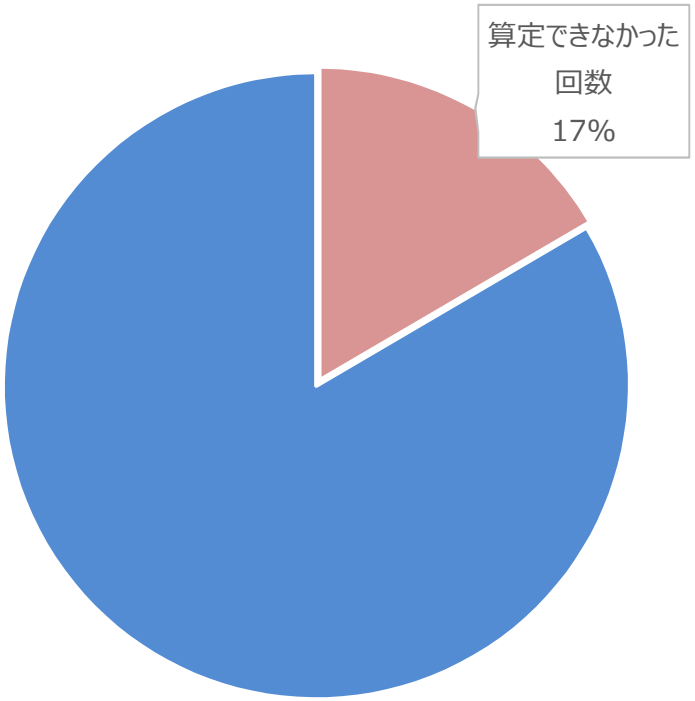


出典：令和元年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業
「地域包括ケアシステムにおける薬剤師の在宅業務の在り方に関する調査研究事業」（速報値）

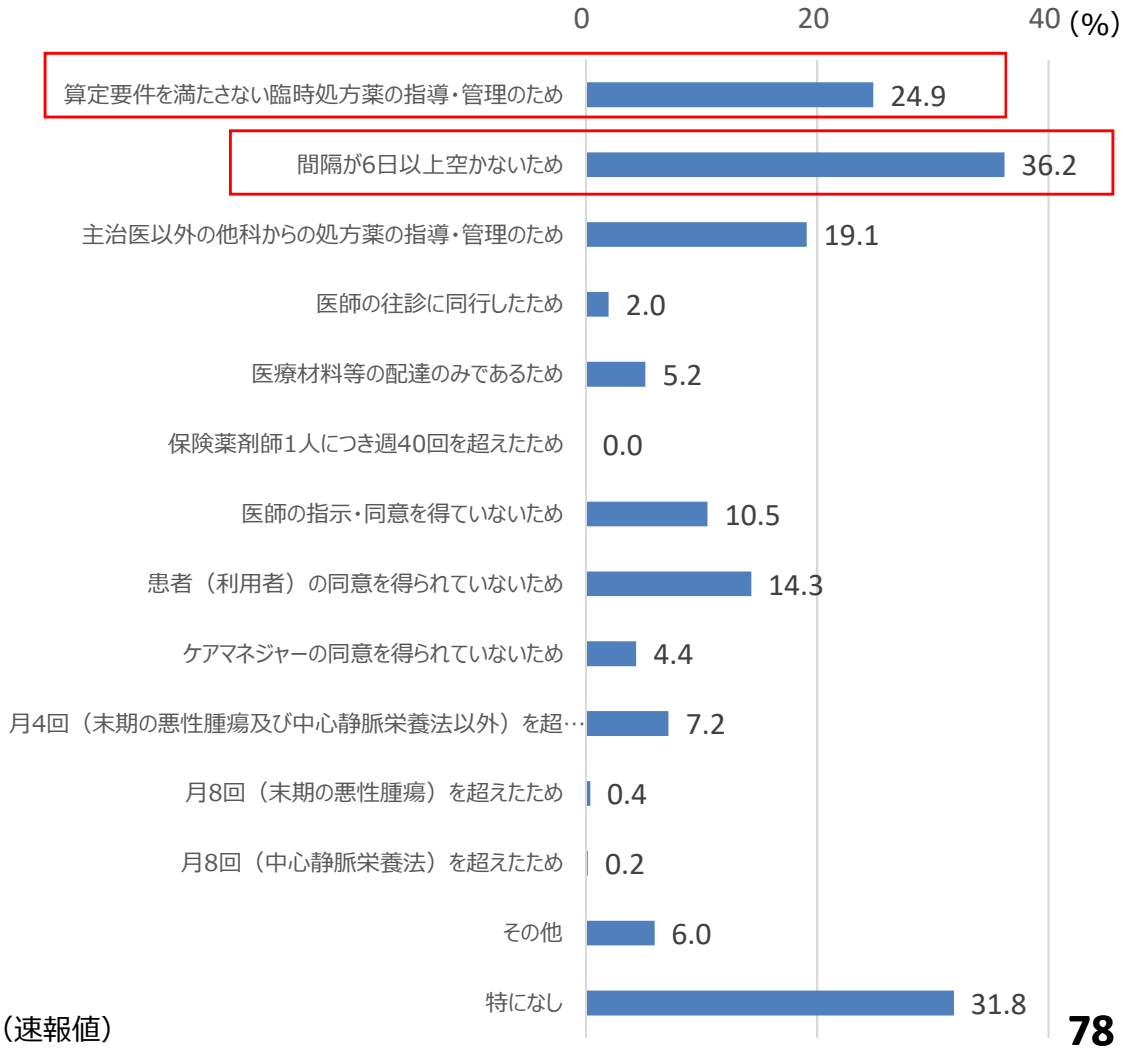
在宅患者訪問薬剤管理指導料等を算定できなかった理由

○　在宅患者訪問薬剤管理指導料又は居宅療養管理指導費を算定できなかった回数の割合は約17%であった。
○　算定できなかった理由としては、「算定要件を満たさない臨時処方薬の指導・管理のため」、「間隔が６日以上空かないため」が多かった。

◆　在宅患者訪問薬剤管理指導料又は居宅療養管理指導費を算定出来なかった回数（薬局数=752）



◆　算定できなかった理由（複数回答）（無回答除く）（n=503）



出典：令和元年度 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剤師の在宅業務の在り方に関する調査研究事業」（速報値）

在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の算定状況

○　在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料は、患者の容態の急変等に伴い緊急に患家を訪問して薬学的管理及び指導を行った場合に算定できるが、原疾患の急変等に限られている。

○**在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料** （＋麻薬管理指導加算） （＋乳幼児加算）	急変等に伴い、医師の求めにより、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定	５００点 （＋１００点） （＋１００点）	月４回まで
○**在宅患者緊急時等共同指導料** （＋麻薬管理指導加算） （＋乳幼児加算）	急変等に伴い、医師の求めにより、医師等と共同でカンファレンスを行い、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定	７００点 （＋１００点） （＋１００点）	月２回まで

○　在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料は、原疾患の急変時に算定が可能

具体例：肺気腫の在宅患者に訪問を実施していた場合

（１）便秘や発熱などの肺気腫とは関係のない疾患に対応する臨時投薬に係る薬剤管理指導
⇒<u>在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料は算定できない</u>（在宅患者訪問薬剤管理指導料も同様）
⇒薬剤服用歴管理指導料、かかりつけ薬剤師指導料等の算定は可能

（２）肺気腫（原疾患）の悪化に対応する臨時投薬に係る薬剤管理指導
⇒<u>在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料が算定可能</u>

	算定回数
在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料	4,615
在宅患者緊急時等共同指導料	144
（参考）在宅患者訪問薬剤管理指導料（総数）	23,378
（参考）居宅療養管理指導費（総数）	852,300

出典：社会医療診療行為別調査（平成30年６月審査分）、
介護給付費等実態統計（平成30年６月審査分）

在宅薬学管理に係る現状及び課題

【現状及び課題】

○ 「在宅患者訪問薬剤管理指導料」と「居宅療養管理指導費」の合計の算定回数は伸びている。

○ 在宅業務を実施している薬局のうち、約18%でサポート薬局制度を利用していた。

○ 在宅患者訪問薬剤管理指導料等を算定できない場合は全体で約17%であった。その理由として、投与間隔が６日以上でないこと、算定要件を満たさない臨時処方であることの割合が多かった。

○ 原疾患以外の疾患への臨時投薬に対応するために患家を訪問して薬学的管理及び指導を行った場合には、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料（500点）は算定できず、薬剤服用歴管理指導料（41点／53点）が算定されることとなる。

【論点】

○ 原疾患以外の疾患に対応するため、訪問計画によらず、医師の求めに応じて臨時で訪問薬剤管理指導を行った場合について、評価を検討してはどうか。