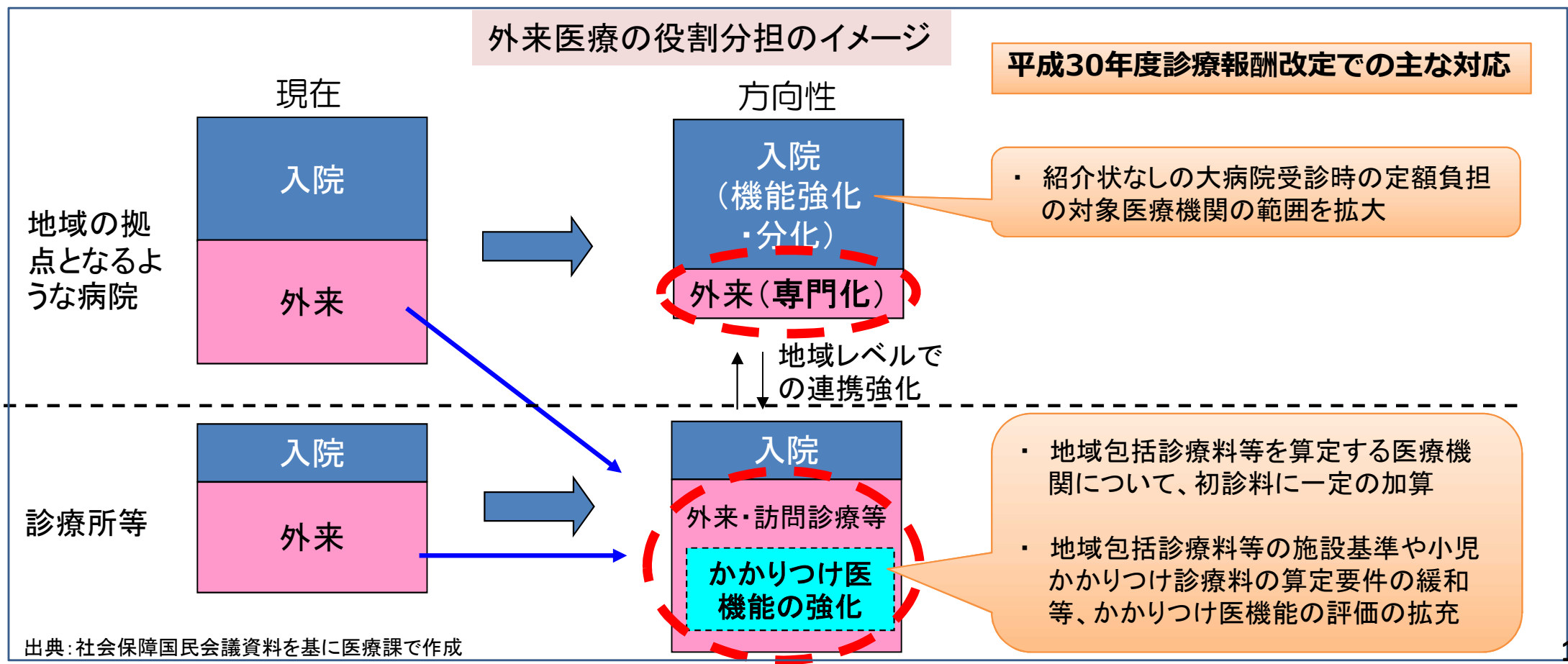


外来医療の今後の方向性(イメージ)

社会保障制度改革国民会議報告書(H25年8月6日)抜粋

- 新しい提供体制は、利用者である患者が大病院、重装備病院への選好を今の形で続けたままでは機能しない
- フリーアクセスの基本は守りつつ、限りある医療資源を効率的に活用するという医療提供体制改革に即した観点からは、医療機関間の適切な役割分担を図るため、「緩やかなゲートキーパー機能」の導入は必要
- 大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムの普及、定着は必須
- 医療の提供を受ける患者の側に、大病院にすぐに行かなくとも、気軽に相談できるという安心感を与える医療体制の方が望ましい



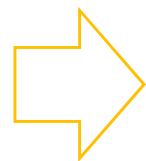
病床規模に関する要件(大病院)の見直し

紹介状なしの大病院受診時の定額負担の対象範囲の拡大

- 大病院の外来医療の機能分化を推進する観点から、紹介状なしで大病院を受診した患者等の定額負担を徴収する責務がある医療機関について、対象病院を拡大する。

現行(対象病院)

特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院



改定後(対象病院)

特定機能病院及び許可病床400床以上の地域医療支援病院

[経過措置]

- ・ 自治体による条例制定が必要な公的医療機関については、条例を制定するまでの期間を考慮し、6か月間の経過措置を設ける。

病床数500床以上を要件としている診療報酬の取扱いの見直し

- 病床数500床以上を要件とする診療報酬について、当該基準を400床に変更する。

[対象]

- 初診料及び外来診療料 ※ 平成30年9月30日までの経過措置を設ける

初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低い場合において、他の病院又は診療所等からの文書による紹介がない患者(緊急その他やむを得ない事情があるものを除く)に関する減算規定の対象となる保険医療機関。

※1については平成31年3月31日まで、※2については平成30年9月30日までの経過措置を設ける

- 在宅患者緊急入院診療加算※1及び在宅患者共同診療料※2

算定対象が、15歳未満の人工呼吸を実施している患者若しくは15歳未満から引き続き人工呼吸を実施しており体重が20kg未満の患者又は神経難病等の患者に限られる保険医療機関。

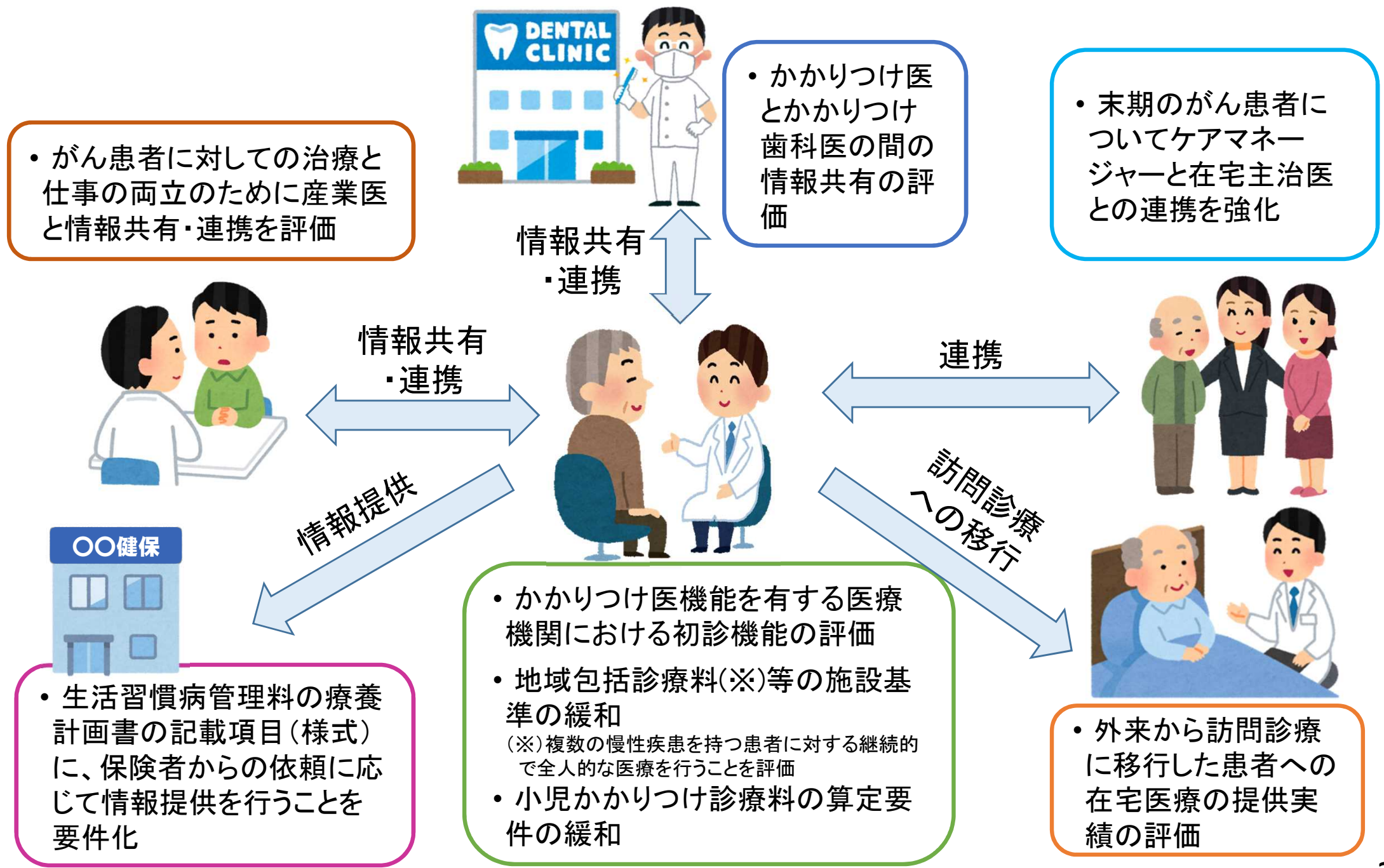
- 地域包括ケア病棟入院料

地域包括ケア病棟入院料を届出をすることができる病棟が1病棟に限られる保険医療機関。

※ 平成30年1月1日時点で地域包括ケア病棟入院料1又は2を2病棟以上届け出ている場合、当該時点で現に届け出ている複数の病棟を維持することができる。



かかりつけ医機能評価の充実



かかりつけ医機能を有する医療機関における初診の評価等

- かかりつけ医機能に係る診療報酬を届け出ている医療機関において、専門医療機関への受診の可否の判断等を含めた、初診時における診療機能を評価する観点から、加算を新設する。

初診料

小児かかりつけ診療料(初診時)

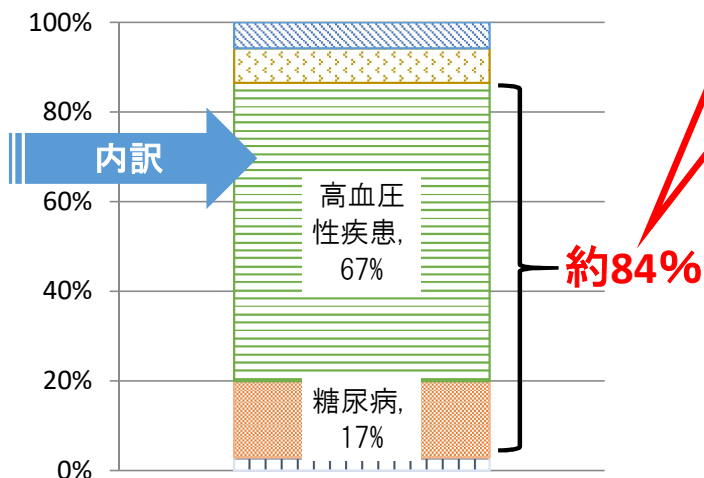
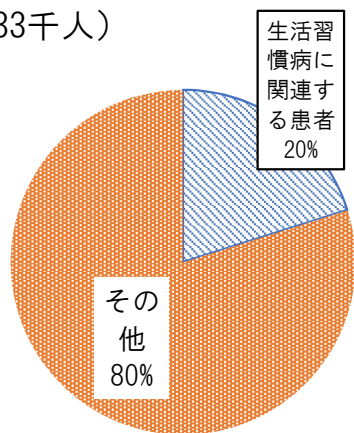
(新) 機能強化加算 80点



[算定要件]

地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)、施設入居時等医学総合管理料(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)を届け出をしている保険医療機関(診療所又は200床未満の保険医療機関に限る。)において、初診を行った場合に、所定の点数に加算する。

＜一般診療所の推計外来患者数＞
(4,233千人)



[評価の対象となる患者の範囲(イメージ)]

再診の患者	初診の患者
再診の患者	初診の患者
<div style="border: 2px solid red; padding: 10px; margin: 10px;"> 地域包括診療料等の対象患者(生活習慣病や認知症を有する患者等) </div>	機能強化加算の対象患者
(約84%の患者はここに該当)	

地域包括診療料等の見直し

地域包括診療料等の見直し

➤ かかりつけ医機能を推進する観点から、医師の配置基準の緩和と在宅への移行実績を評価

現行	改定後
<p>【地域包括診療料等】</p> <p>地域包括診療料 1,503点</p> <p>認知症地域包括診療料 1,515点</p> <p>[施設基準(抜粋)] 以下の全ての要件を満たしていること。</p> <p>ア 診療所の場合</p> <p>(イ) 時間外対応加算1の届出</p> <p>(ロ) 常勤医師2名以上の配置</p> <p>(ハ) 在宅療養支援診療所</p> <p>イ 病院の場合</p> <p>(イ) 地域包括ケア病棟入院料の届出</p> <p>(ロ) 在宅療養支援病院の届出</p>	<p>【地域包括診療料等】</p> <p>(新) 地域包括診療料1 1,560点 ←</p> <p>地域包括診療料2 1,503点</p> <p>(新) 認知症地域包括診療料1 1,580点 ←</p> <p>認知症地域包括診療料2 1,515点</p> <p>[施設基準(抜粋)]</p> <p>(1) 診療料については、以下の全ての要件を満たしていること。</p> <p>ア 診療所の場合</p> <p>(イ) 時間外対応加算1の届出</p> <p>(ロ) 常勤換算2名以上の医師の配置、うち常勤医師が1名以上</p> <p>(ハ) 在宅療養支援診療所</p> <p>イ 病院の場合</p> <p>(イ) 地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていること。</p> <p>(ロ) 在宅療養支援病院の届出を行っていること。</p> <p>(2) 診療料1を算定する場合には、外来中心の医療機関であり、当該医療機関での外来診療を経て訪問診療に移行した患者数が10人以上であること。</p>

小児かかりつけ診療料の見直し

➤ 小児科医師の負担を軽減し、一層の普及を図る観点から、**在宅当番医制等により地域における夜間・休日の小児科外来診療に定期的に協力する常勤小児科医**が配置された医療機関について、時間外の相談対応について、**地域の在宅当番医等を案内することでもよいこととする。**

地域包括診療加算等の見直し

- かかりつけ医機能を推進する観点から、24時間対応や医師配置基準の緩和と在宅への移行実績を評価

現行	改定後
【地域包括診療料等】	
地域包括診療加算 20点	(新) <u>地域包括診療加算1</u> 25点 ←
認知症地域包括診療加算 30点	地域包括診療加算2 18点
	(新) <u>認知症地域包括診療加算1</u> 35点 ←
	認知症地域包括診療加算2 28点
[施設基準(抜粋)]	
(1) 在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の対応を実施している旨を院内掲示していること。	(1) 在宅医療の提供及び当該患者に対し <u>24時間の往診等の体制を確保していること。(在宅療養支援診療所以外の診療所については連携医療機関の協力を得て行うものを含む。)</u>
(2) 以下のいずれかを満たしていること。 ア 時間外対応加算1又は2の届出 イ <u>常勤の医師を2名以上配置</u> ウ 在宅療養支援診療所	(2) 以下のいずれかの要件を満たしていること。 ア 時間外対応加算1又は2の届出 イ <u>常勤換算2名以上の医師の配置、うち常勤医師が1名以上</u> ウ 在宅療養支援診療所
	(3) <u>加算1を算定する場合には、外来中心の医療機関であり、当該医療機関での外来診療を経て訪問診療に移行した患者数が3人(在宅療養支援診療所の場合は10人)以上であること。</u>

- 地域包括診療料等の要件である患者の受診医療機関や処方薬の把握について看護師等が実施可能であることを明確化する。

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

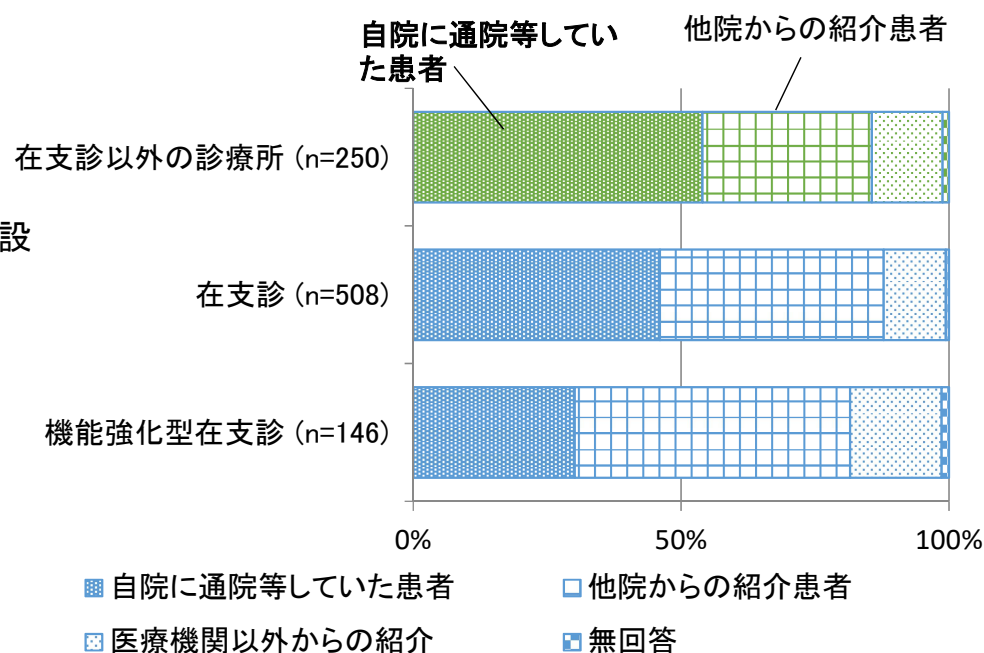
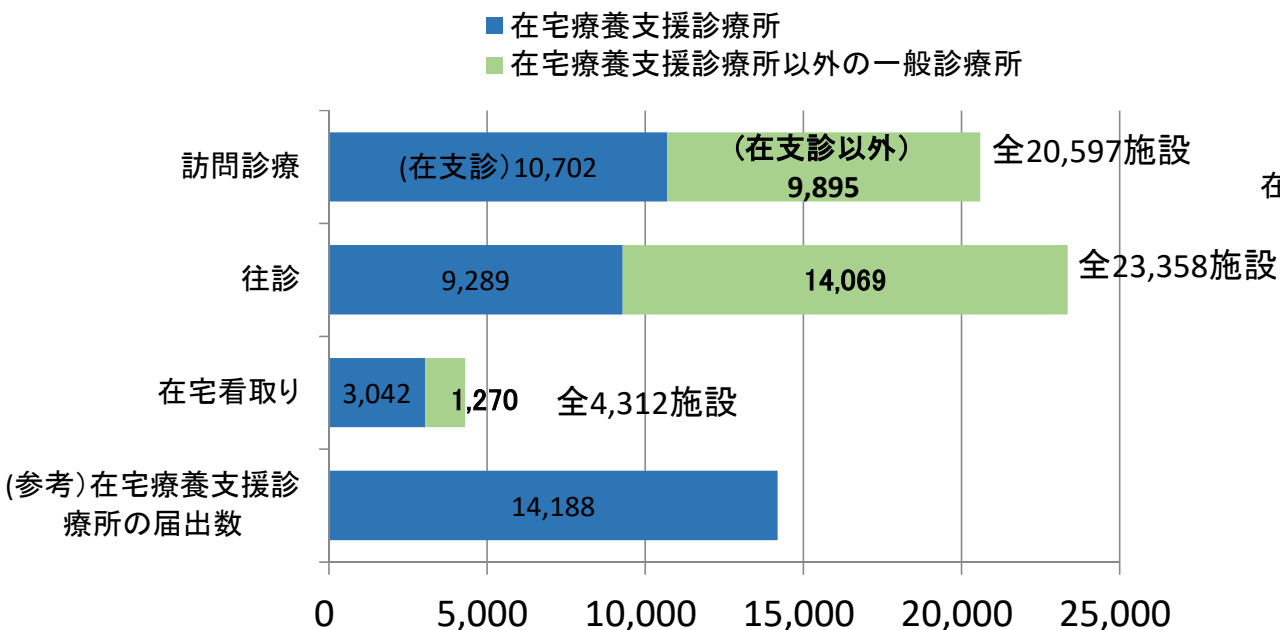
(新) 継続診療加算 216点(1月に1回)

[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]

[訪問診療を行っている患者の受診経路別割合]



出典：平成26年度医療施設調査(厚生労働省)(特別集計)

(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))

生活習慣病重症化予防推進に係る要件の見直し

➤ 生活習慣病の重症化予防を推進する観点から、算定要件に以下の項目を追加する。

(1)生活習慣病管理料の療養計画書の記載項目(様式)に、血圧の目標値及び特定健康診査・特定保健指導を実施する保険者からの依頼に応じて情報提供を行うこと等の記載欄を追加するとともに、同意が得られている場合に必要な協力を行うこと。

[追加する記載欄のイメージ]

収縮期/拡張期血圧:現在(mmHg)
 / mmHg
 →目標(mmHg)

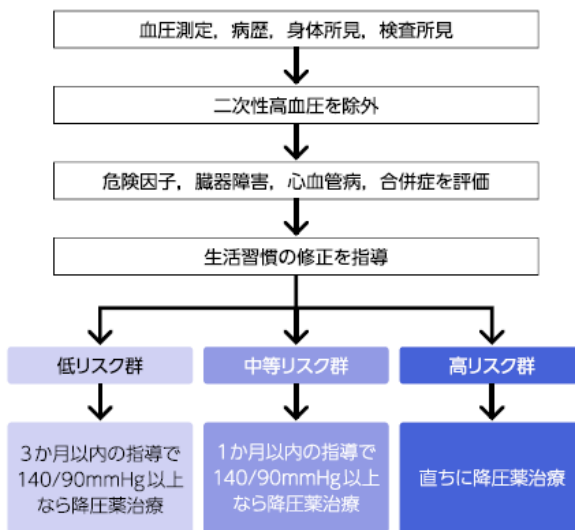
【特定健康診査の受診の有無】	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
【特定保健指導の利用の有無】	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
【保険者からの情報提供の求め に対する協力の同意】	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

(2)糖尿病又は高血圧症の患者について、管理方針等を変更した理由等を記載し、当該患者数を定期的に記録すること。

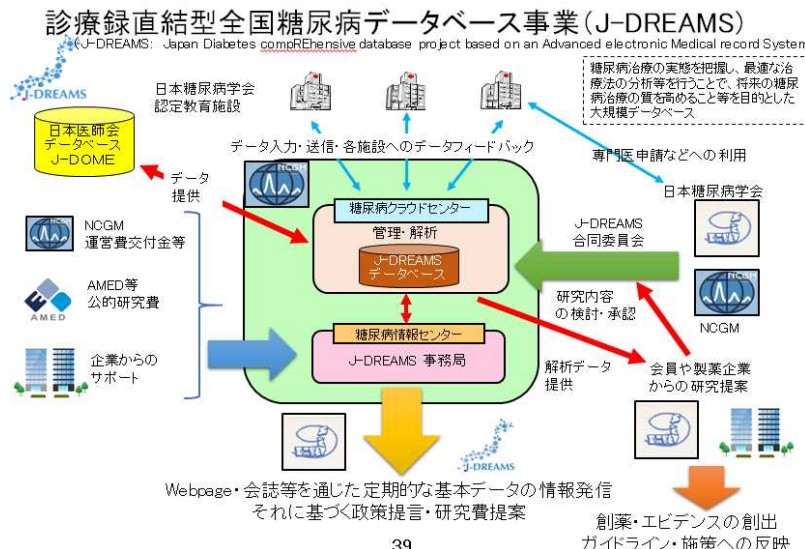
(3)生活習慣病管理料について、学会等の診療ガイドラインや診療データベース等の診療支援情報を、必要に応じて、参考にする。

[例:高血圧治療ガイドライン2014]

図3-1 初診時の高血圧管理計画



[例:全国糖尿病データベース事業]



小児医療の充実①



入退院支援の一層の推進（再掲）

- 入退院支援加算の対象である「退院困難な要因」に、入院早期から福祉等の関係機関との連携が必要な状態及び小児における退院困難な場合を加える。
- 入退院支援加算1の施設基準の一つである介護支援等連携指導料の算定件数の要件を、小児を専門とする医療機関や病棟に対応する要件に見直す。また、入退院支援加算1、2に小児加算を新設する。

小児慢性特定疾病に罹患する患者に対する小児特定集中治療室管理料の評価

- 小児慢性特定疾病医療費の支給認定を受けている患者については、小児特定集中治療室管理料の算定対象年齢を15歳未満から20歳未満に引き上げる。

小児入院医療管理料の包括範囲の見直し

- 小児入院医療管理料1及び2について、その診療実態を踏まえ、「がん拠点病院加算」及び「緩和ケア診療加算」の算定を可能とする。

小児かかりつけ診療料の見直し（再掲）

- 医師の負担を軽減し、一層の普及を図る観点から、在宅当番医制等により地域における夜間・休日の小児科外来診療に定期的に協力する常勤小児科医が配置された医療機関について、時間外の相談対応について、地域の在宅当番医等を案内することでもよいこととする。

小児科療養指導料の見直し

- 対象患者に、医療的ケアが必要な児に該当する患者を追加するとともに、患者の通学する学校との情報共有・連携を要件とする。
- 小児科医が作成する治療計画に基づき、小児科医以外の医療従事者が指導を行った場合にも算定可能となるよう、取扱いを明確化する。

学校への情報提供に係る評価（再掲）

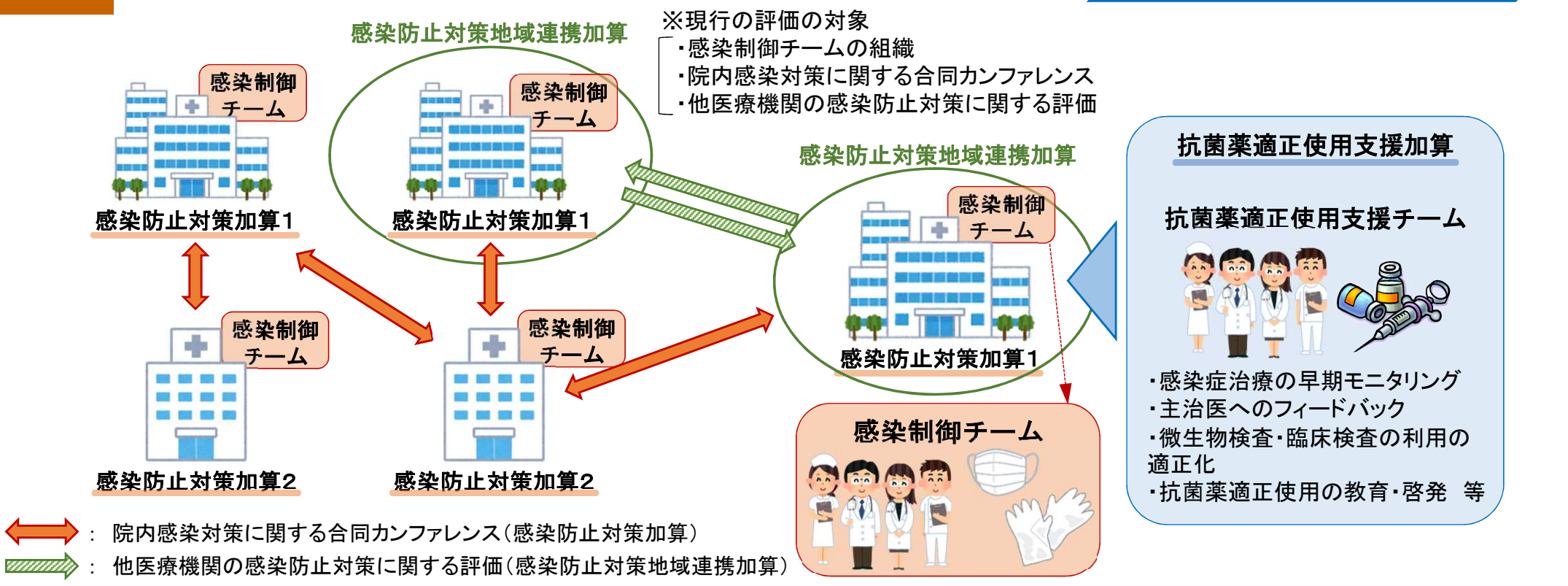
- 医療的ケアが必要な小児が学校へ通学する際に、訪問看護ステーションから訪問看護についての情報を学校へ提供した場合の評価を新設する。

感染症対策・薬剤耐性対策の推進

入院

これまでの取組※

新たな取組



外来

新たな取組



小児科外来診療料及び小児かかりつけ診療料において、抗菌薬の適正使用に関する**小児抗菌薬適正使用支援加算**を新設

地域包括診療加算、小児科外来診療料等について、**抗菌薬適正使用の普及啓発の取組を行っていることを要件化**



外来における抗菌薬適正使用の取組に対する評価

小児外来診療における抗菌薬の適正使用の推進

- 小児科外来診療料及び小児かかりつけ診療料において、抗菌薬の適正使用に関する患者・家族の理解向上に資する診療を評価する加算を新設する。

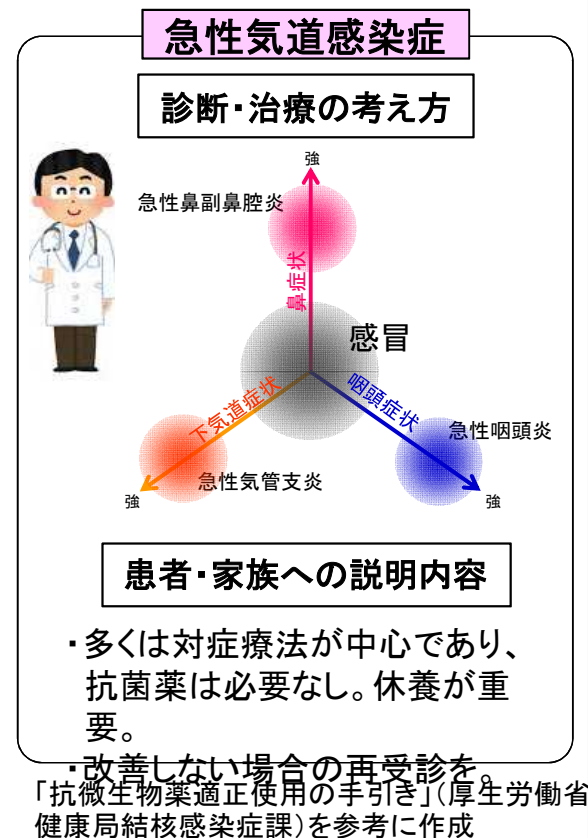
(新) 小児抗菌薬適正使用支援加算 80点

[算定要件]

急性気道感染症又は急性下痢症により受診した基礎疾患のない患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合に、小児科のみを専任する医師が診療を行った初診時に限り算定する。なお、インフルエンザ感染の患者またはインフルエンザウイルス感染の疑われる患者については、算定できない。

[施設基準]

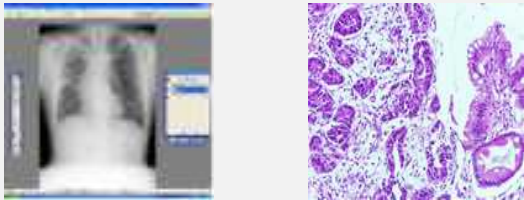
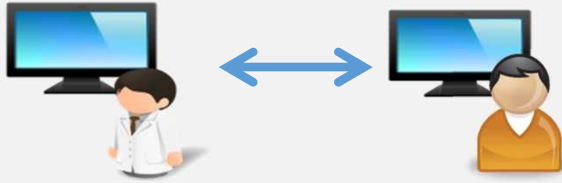

- (1) 薬剤耐性(AMR)対策アクションプラン(平成28年4月5日 国際的に脅威となる感染症対策関係閣僚会議)に位置づけられた「地域感染症対策ネットワーク(仮称)」に係る活動に参加していること、または、感染症にかかる研修会等に定期的に参加していること。
- (2) 当該保険医療機関が病院の場合にあつては、データ提出加算2に係る届出を行っていること。



外来診療における抗菌薬の適正使用の推進

- 再診料の地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、小児科外来診療料及び小児かかりつけ診療料の要件として、「抗微生物薬適正使用の手引き」(厚生労働省健康局結核感染症課)を参考に、抗菌薬の適正使用の普及啓発に資する取組を行っていることを追加する。

診療報酬における遠隔診療(情報通信機器を用いた診療)への対応

	診療形態	診療報酬での対応
<p>医師対医師 (D to D)</p>	<p>情報通信機器を用いて画像等の送受信を行い特定領域の専門的な知識を持っている医師と連携して診療を行うもの</p> 	<p>[遠隔画像診断]</p> <ul style="list-style-type: none"> 画像を他医療機関の専門的な知識を持っている医師に送信し、その読影・診断結果を受信した場合 <p>[遠隔病理診断]</p> <ul style="list-style-type: none"> 術中迅速病理検査において、標本画像等を他医療機関の専門的な知識を持っている医師に送信し、診断結果を受信した場合(その後、顕微鏡による観察を行う。) (新)生検検体等については、連携先の病理医が標本画像の観察のみによって病理診断を行った場合も病理診断料等を算定可能
<p>医師対患者 (D to P)</p>	<p>情報通信機器を用いた診察</p> <p>医師が情報通信機器を用いて患者と離れた場所から診療を行うもの</p> 	<p>[オンライン診療]</p> <ul style="list-style-type: none"> (新)オンライン診療料 (新)オンライン医学管理料 (新)オンライン在宅管理料・精神科オンライン在宅管理料 <p>対面診療の原則の上で、有効性や安全性等への配慮を含む一定の要件を満たすことを前提に、情報通信機器を用いた診察や、外来・在宅での医学管理を行った場合</p> <p>※電話等による再診 (新)患者等から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合に算定が可能であるとの取扱いがより明確になるよう要件の見直し(定期的な医学管理を前提とした遠隔での診察は、オンライン診療料に整理。)</p>
	<p>情報通信機器を用いた遠隔モニタリング</p> <p>情報通信機能を備えた機器を用いて患者情報の遠隔モニタリングを行うもの</p> 	<p>[遠隔モニタリング]</p> <ul style="list-style-type: none"> 心臓ペースメーカー指導管理料(遠隔モニタリング加算) 体内植込式心臓ペースメーカー等を使用している患者に対して、医師が遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合 (新)在宅患者酸素療法指導料(遠隔モニタリング加算) (新)在宅患者持続陽圧呼吸療法(遠隔モニタリング加算) 在宅酸素療法、在宅CPAP療法を行っている患者に対して、情報通信機器を備えた機器を活用したモニタリングを行い、療養上必要な指導管理を行った場合

オンライン診療料の新設

- 情報通信機器を活用した診療について、対面診療の原則の上で、有効性や安全性等への配慮を含む一定の要件を満たすことを前提に、オンライン診療料を新設する。



(新) オンライン診療料

70点(1月につき)

[算定要件]

- オンライン診療料が算定可能な患者に対して、リアルタイムでのコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な情報通信機器を用いてオンラインによる診察を行った場合に算定。ただし、連続する3月は算定できない。
- 対象となる管理料等を初めて算定してから6月の間は毎月同一の医師により対面診療を行っている場合に限り算定する。ただし当該管理料等を初めて算定した月から6月以上経過している場合は、直近12月以内に6回以上、同一医師と対面診療を行っていればよい。
- 患者の同意を得た上で、対面による診察(対面診療の間隔は3月以内)とオンラインによる診察を組み合わせた療養計画を作成し、当該計画に基づき診察を行う。
- オンライン診察は、当該保険医療機関内において行う。また、オンライン診察を行う際には、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う。
- オンライン診療料を算定した同一月に、第2章第1部の各区分に規定する医学管理等は算定できない。また、当該診察を行う際には、予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。

[施設基準]

- 厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う体制を有すること。
- オンライン診療料の算定患者について、緊急時に概ね30分以内に当該保険医療機関が対面による診察が可能な体制を有していること。
- 一月あたりの再診料等(電話等による再診は除く)及びオンライン診療料の算定回数に占めるオンライン診療料の割合が1割以下であること。

[オンライン診療料が算定可能な患者]

以下に掲げる管理料等を算定している初診以外の患者で、かつ当該管理料等を初めて算定した月から6月以上を経過した患者。

特定疾患療養管理料	地域包括診療料
小児科療養指導料	認知症地域包括診療料
てんかん指導料	生活習慣病管理料
難病外来指導管理料	在宅時医学総合管理料
糖尿病透析予防指導管理料	精神科在宅患者支援管理料

オンライン医学管理料の新設

➤ 情報通信機器を活用した診療について、対面診療の原則の上で、有効性や安全性等への配慮を含む一定の要件を満たすことを前提に、オンライン医学管理料を新設する。

(新) オンライン医学管理料 100点(1月につき)

[算定要件]

- オンライン医学管理料の対象となる管理料を算定している患者に対し、リアルタイムでのコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な情報通信機器を用いてオンラインによる医学管理を行った場合に、前回対面受診月の翌月から今回対面受診月の前月までの期間が2月以内の場合に限り、次回対面受診時に所定の管理料に合わせて算定。
- 対面診療で管理料等を算定する月においては、オンライン医学管理料は算定できない。
- 対象となる管理料等を初めて算定してから6月の間は毎月同一の医師により対面診療を行っている場合に限り算定する。ただし当該管理料等を初めて算定した月から6月以上経過している場合は、直近12月以内に6回以上、同一医師と対面診療を行っていればよい。
- 患者の同意を得た上で、対面による診療(対面診療の間隔は3月以内)とオンラインによる診察を組み合わせた療養計画を作成し、当該計画に基づき診察を行う。
- オンライン診察による計画的な療養上の医学管理は、当該保険医療機関内において行う。また、当該管理を行う際には、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う。

[施設基準]

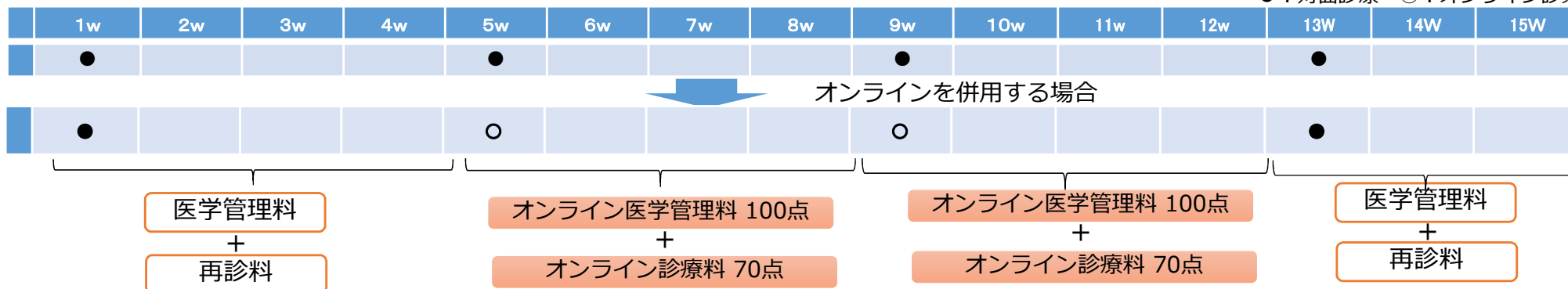
オンライン診療料の施設基準を満たしていること。

[オンライン医学管理料が算定可能な患者]

以下に掲げる管理料等を算定している初診以外の患者で、かつ、当該管理料等を初めて算定した月から6月以上を経過した患者。

特定疾患療養管理料	小児科療養指導料	てんかん指導料	難病外来指導管理料
糖尿病透析予防指導管理料	地域包括診療料	認知症地域包括診療料	生活習慣病管理料

● : 対面診療 ○ : オンライン診察



※ オンライン医学管理料の請求は次回受診月

オンライン在宅管理料の新設

情報通信機器を活用した診療について、対面診療の原則の上で、有効性や安全性等への配慮を含む一定の要件を満たすことを前提に、オンライン在宅管理料等を新設する。

(新) 在宅時医学総合管理料 オンライン在宅管理料 100点(1月につき)

[算定要件]

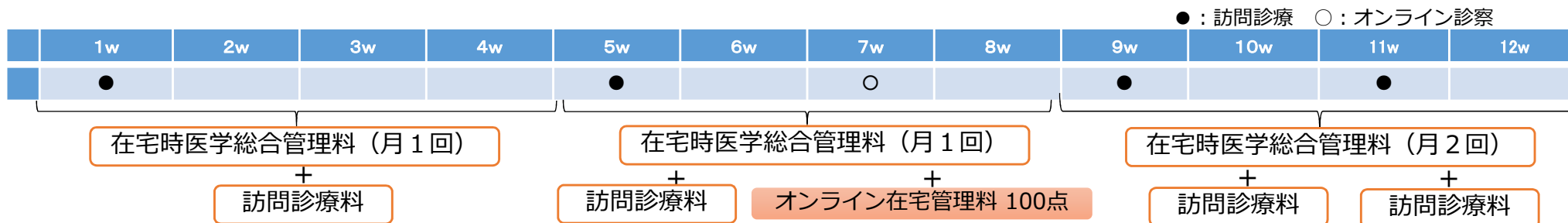
- 患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的な訪問診療を1回のみ行い、かつ、当該月において訪問診療を行った日以外に、リアルタイムでのコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な情報通信機器を用いた医学管理を行った場合に、在宅時医学総合管理料の所定点数に加えて算定する。ただし、連続する3月は算定できない。
- 対象となる管理料を初めて算定してから6月の間は毎月同一の医師により対面診療を行っている場合に限り算定する。ただし当該管理料を初めて算定した月から6月以上経過している場合は、直近12月以内に6回以上、同一医師と対面診療を行っていればよい。

[施設基準]

オンライン診療料の施設基準を満たしていること。

[オンライン在宅管理料が算定可能な患者]

在宅時医学総合管理料を算定している初診以外の患者で、かつ、当該管理料を初めて算定した月から6月以上を経過した患者。



(新) 精神科在宅患者支援管理料 精神科オンライン在宅管理料 100点(1月につき)

[算定要件]

- 患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に、当該月において訪問診療を行った日以外に、リアルタイムでのコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な情報通信機器を用いた医学管理を行った場合に、精神科在宅患者支援管理料の所定点数に加えて算定する。ただし、連続する3月は算定できない。
- 対象となる管理料を初めて算定してから6月の間は毎月同一の医師により対面診療を行っている場合に限り算定する。ただし当該管理料を初めて算定した月から6月以上経過している場合は、直近12月以内に6回以上、同一医師と対面診療を行っていればよい。

[施設基準]

オンライン診療料の施設基準を満たしていること。

[精神科オンライン在宅管理料が算定可能な患者]

精神科在宅患者支援管理料を算定している初診以外の患者で、かつ、当該管理料を初めて算定した月から6月以上を経過した患者。

電話等による再診の要件の見直し

- 電話等による再診について、患者等から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合に算定が可能であるとの取扱いがより明確になるよう、要件を見直す。

[算定要件]

- (1) 当該保険医療機関で初診を受けた患者について、再診以後、当該患者又はその看護に当たっている者から直接又は間接(電話、テレビ画像等による場合を含む。)に、治療上の意見を求められた場合に、必要な指示をしたときには、再診料を算定できる。なお、定期的な医学管理を前提として行われる場合は算定できない。ただし、平成30年3月31日以前に、3月以上継続して定期的に、電話、テレビ画像等による再診料を算定していた患者については、当該医学管理を前提とした医学管理に係る一連の診療が終了するまでの間、当該再診料を引き続き算定することができる。その場合には、時間外加算、休日加算、深夜加算又は夜間・早朝等加算は算定できない。
- (2) 当該再診料を算定する際には、第2章第1部の各区分に規定する医学管理等は算定できない。
- (3) 当該再診料を算定する際には、予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。

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。

再掲 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

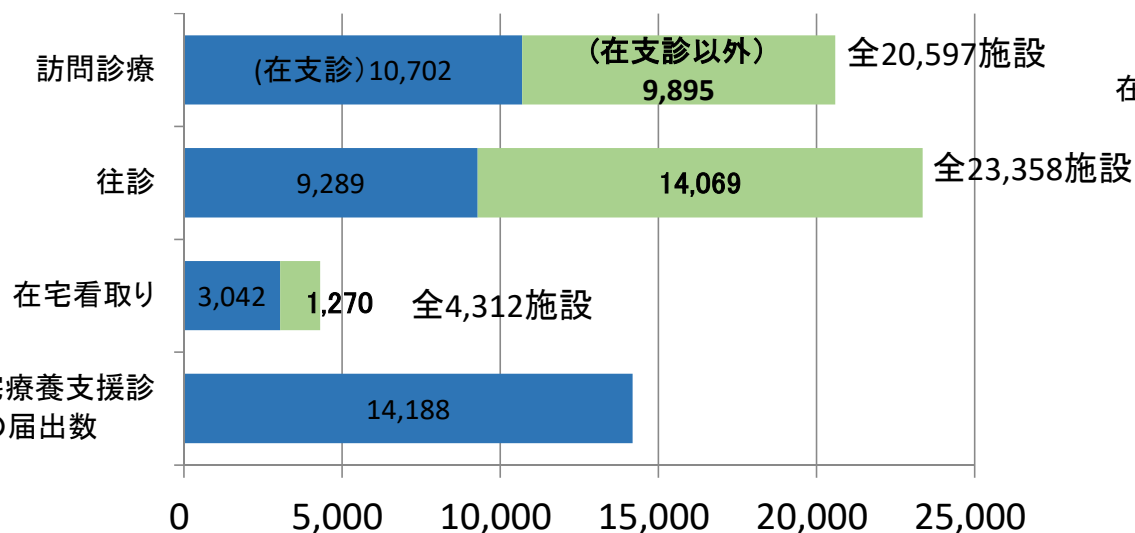
(新) 継続診療加算 216点(1月に1回)

[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]

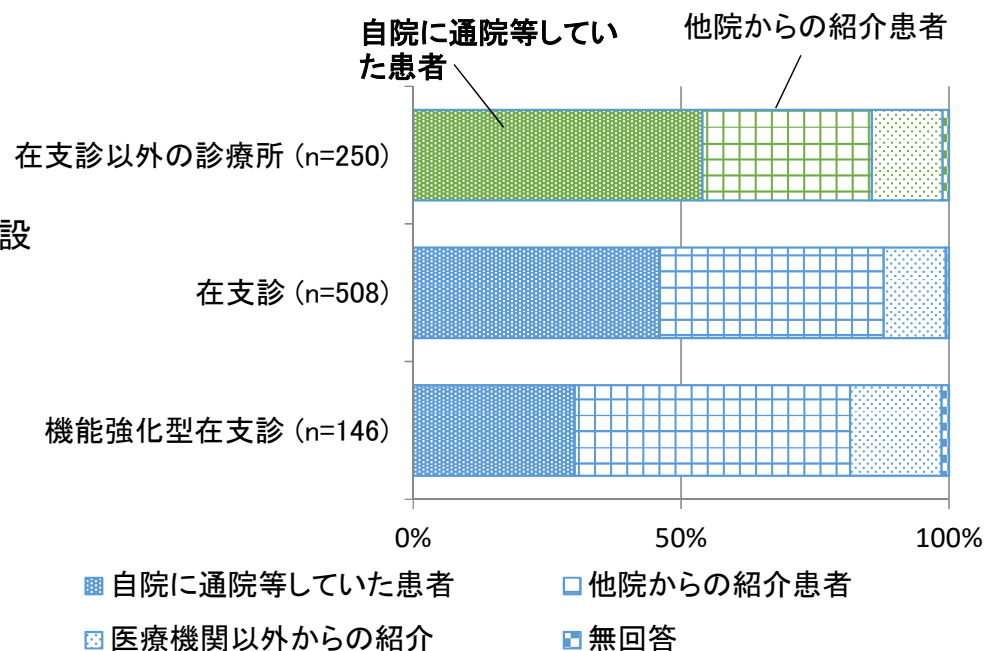
■ 在宅療養支援診療所
■ 在宅療養支援診療所以外の一般診療所



(参考) 在宅療養支援診療所の届出数
14,188

(施設)

[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

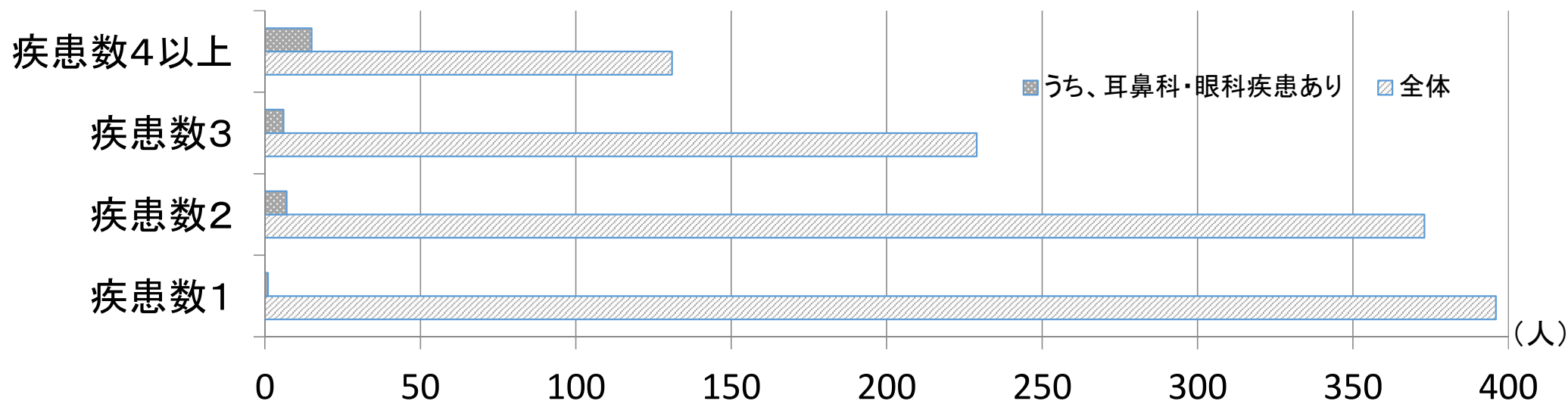
同一建物居住者以外	830点
同一建物居住者	178点



[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。

(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

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～
強機能型	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～
強機能型	病床あり	<u>4,500点</u>	<u>2,400点</u>	<u>1,200点</u>
	病床なし	<u>4,100点</u>	<u>2,200点</u>	<u>1,100点</u>
在支診・在支病		<u>3,700点</u>	<u>2,000点</u>	<u>1,000点</u>
その他の医療機関		<u>2,750点</u>	<u>1,475点</u>	<u>750点</u>

＜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～
強機能型	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～
強機能型	病床あり	<u>3,200点</u>	<u>1,700点</u>	<u>1,200点</u>
	病床なし	<u>2,900点</u>	<u>1,550点</u>	<u>1,100点</u>
在支診・在支病		<u>2,600点</u>	<u>1,400点</u>	<u>1,000点</u>
その他の医療機関		<u>1,950点</u>	<u>1,025点</u>	<u>750点</u>

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～
強機能型	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～
強機能型	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		<u>2,300点</u>	<u>1,280点</u>	<u>680点</u>
その他の医療機関		<u>1,760点</u>	<u>995点</u>	<u>560点</u>

＜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～
強機能型	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～
強機能型	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		<u>1,640点</u>	<u>920点</u>	<u>680点</u>
その他の医療機関		<u>1,280点</u>	<u>725点</u>	<u>560点</u>

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。



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。

【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。

訪問指導料における居住場所に応じた評価①

- 在宅時医学総合管理料等で単一建物診療患者の人数に応じた評価が行われていることや、介護報酬の居宅療養管理指導費についても同様の評価となることを踏まえ、薬剤師及び管理栄養士の訪問指導料について、居住場所に応じたきめ細かな評価を実施する。

在宅患者訪問薬剤管理指導料

- 在宅患者訪問薬剤管理指導料について、単一建物診療患者の人数に応じた評価に見直す。

現行

【在宅患者訪問薬剤管理指導料】

- | | |
|----------------|------|
| 1 同一建物居住者以外の場合 | 650点 |
| 2 同一建物居住者の場合 | 300点 |

[同一建物居住者]

当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合を「同一建物居住者の場合」という。



改定後

【在宅患者訪問薬剤管理指導料】

- | | |
|---------------------------|-------------|
| 1 <u>単一建物診療患者が1人の場合</u> | 650点 |
| 2 <u>単一建物診療患者が2～9人の場合</u> | <u>320点</u> |
| 3 <u>1及び2以外の場合</u> | <u>290点</u> |

[単一建物診療患者の人数]

- (1) 当該患者が居住する建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者の人数を「単一建物診療患者の人数」という。なお、ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所については、それぞれのユニットにおいて、居宅療養管理指導費を算定する人数を、単一建物診療患者の人数とみなすことができる。
- (2) 以下の場合は、それぞれの患者に対し「単一建物診療患者が1人の場合」を算定する。
- ・同居する同一世帯に、在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者が2人以上いる場合
 - ・在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者の数が当該建築物の戸数の10%以下の場合
 - ・当該建築物の戸数が20戸未満にあって、在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者が2人以下の場合

訪問指導料における居住場所に応じた評価②

在宅患者訪問栄養食事指導料

➤ 在宅患者訪問栄養食事指導料について、単一建物診療患者の人数に応じた評価に見直す。

現行

【在宅患者訪問栄養食事指導料】

- | | |
|----------------|------|
| 1 同一建物居住者以外の場合 | 530点 |
| 2 同一建物居住者の場合 | 450点 |

[同一建物居住者]

当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問栄養食事指導を行う場合を「同一建物居住者の場合」という。



改定後

【在宅患者訪問栄養食事指導料】

- | | |
|---------------------------|-------------|
| 1 <u>単一建物診療患者が1人の場合</u> | 530点 |
| 2 <u>単一建物診療患者が2～9人の場合</u> | <u>480点</u> |
| 3 <u>1及び2以外の場合</u> | <u>440点</u> |

[単一建物診療患者の人数]

- (1) 当該患者が居住する建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が在宅患者訪問栄養食事指導料を算定する者の人数を「単一建物診療患者の人数」という。なお、ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所については、それぞれのユニットにおいて、居宅療養管理指導費を算定する人数を、単一建物診療患者の人数とみなすことができる。
- (2) 以下の場合、それぞれの患者に対し「単一建物診療患者が1人の場合」を算定する。
- ・同居する同一世帯に、在宅患者訪問栄養食事指導料を算定する者が2人以上いる場合
 - ・当該建築物において当該保険医療機関が在宅患者訪問栄養食事指導料を算定する者の数が、当該建築物の戸数の10%以下の場合
 - ・当該建築物の戸数が20戸未満であって、在宅患者訪問栄養食事指導料を算定する者の数が2人以下の場合

質の高い訪問看護の確保①

訪問看護の課題と改定内容

訪問看護の提供体制

- ▶ 利用者が地域で安心して在宅で療養するために、訪問看護ステーションの事業規模の拡大や人材確保等の訪問看護の提供体制を確保する取組が必要

利用者のニーズへの対応

- ▶ 小児、精神疾患を有する者等、多様化する訪問看護の利用者のニーズへの、よりきめ細やかな対応が必要

関係機関との連携

- ▶ 利用者の療養生活の場が変わっても、切れ目なく支援が受けられるよう関係機関との連携の推進が必要

地域支援機能を有する
訪問看護ステーションの評価【⑤】

24時間対応体制の見直し【⑧】

複数の実施主体による
訪問看護の連携強化【⑦】

理学療法士等の訪問看護の適正化【⑧】

複数名による訪問看護の見直し【⑨】

過疎地域等の訪問看護の見直し【⑫】

小児への対応【⑪】

精神障害を有する者への支援
【⑩】

訪問看護指示に係る医師
との連携【⑬】

学校への情報提供の評価【③】

自治体への情報提供の見直し
【③】

入院・入所時の連携の強化
【②】

退院時の医療機関等との
連携の推進【②】

介護職員等との連携の推進
【④】

ターミナルケアの評価の見直し【②】



質の高い訪問看護の確保②

退院時の医療機関等との連携の推進

- 退院に向けた医療機関等との共同指導を推進するために、退院時共同指導の評価を充実する。
- 連携に関する評価において、特別の関係にある医療機関等と訪問看護ステーションが連携する場合も算定できるように見直す。

現行

退院時共同指導加算 6,000円

[算定要件]

訪問看護ステーションと特別の関係にある保険医療機関又は介護老人保健施設において行われた退院時共同指導については、所定額は算定しないこと。



改定後

退院時共同指導加算 8,000円

[算定要件]

(削除)

※ 退院時共同指導料、在宅患者連携指導加算(訪問看護管理療養費)及び在宅患者緊急時等カンファレンス加算(訪問看護管理療養費)の算定要件についても同様。

入院又は入所時の連携の強化

- 主治医が、患者が入院又は入所する医療機関等に情報提供を行う際、訪問看護ステーションから提供された情報を併せて提供した場合の評価を設ける。また、情報提供を行う訪問看護ステーションの評価を設ける。

(新) 療養情報提供加算(診療情報提供料(I)) 50点

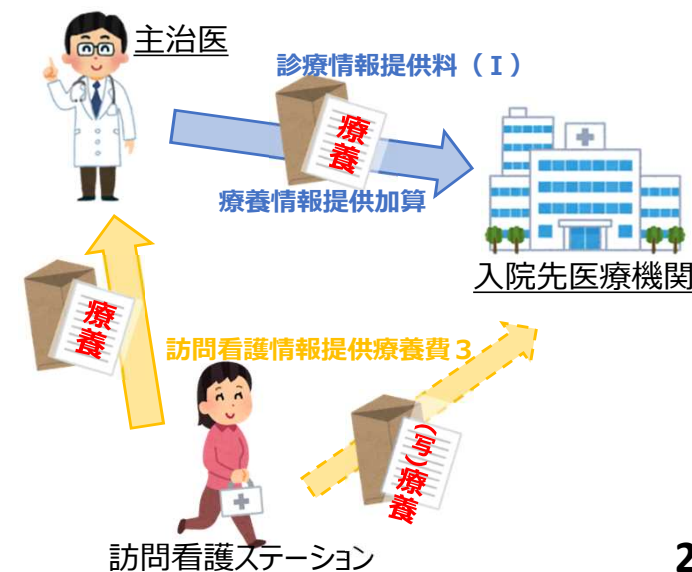
[算定要件]

保険医療機関が、患者が入院又は入所する保険医療機関、介護老人保健施設又は介護医療院に対して文書で診療情報を提供する場合、当該患者に訪問看護を定期的に行っていた訪問看護ステーションから得た指定訪問看護に係る情報を添付して紹介を行った場合に加算。

(新) 訪問看護情報提供療養費3 1,500円

[算定要件]

保険医療機関等に入院又は入所する利用者について、当該利用者の診療を行っている保険医療機関が入院又は入所する保険医療機関等に対して診療状況を示す文書を添えて紹介を行うにあたって、訪問看護ステーションが、当該保険医療機関に指定訪問看護に係る情報を提供した場合に算定。
また、当該文書の写しを求めに応じて、入院又は入所先の保険医療機関等と共有する。



質の高い訪問看護の確保③

自治体への情報提供の見直し

- 訪問看護ステーションから自治体への情報提供が効果的に実施されるよう、利用者の状態等に基づき、算定要件や対象の見直しを行う。

現行

【訪問看護情報提供療養費】

[算定要件]

- 指定訪問看護の状況を示す文書を添えて、当該利用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算定



改定後

【訪問看護情報提供療養費¹】

[算定要件]

- **市町村等からの求めに応じて**、指定訪問看護の状況を示す文書を添えて、当該利用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算定

[算定対象]

- (1) 特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の者
- (2) 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者
- (3) 精神障害を有する者又はその家族等

学校への情報提供に係る評価

- 医療的ケアが必要な小児が学校へ通学する際に、訪問看護ステーションから訪問看護についての情報を学校へ提供した場合の評価を新設する。

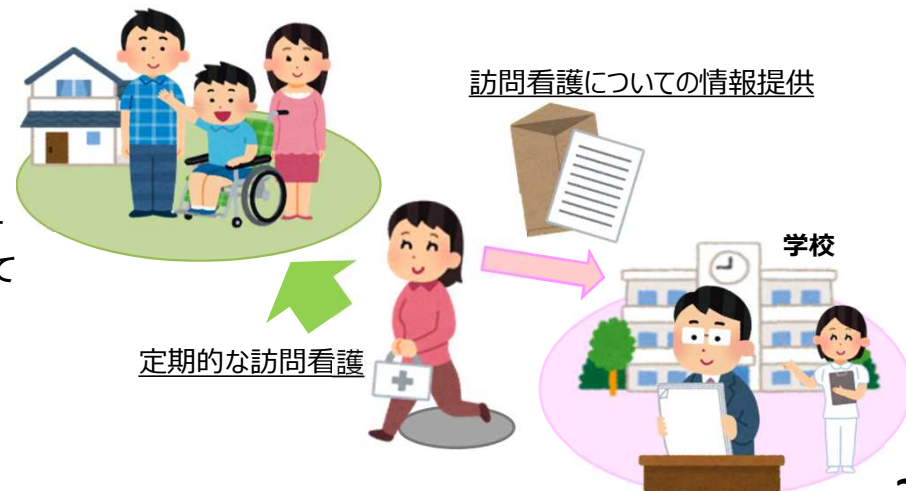
(新) 訪問看護情報提供療養費² 1,500円

[算定要件]

小学校又は中学校等に入学や転学時等の当該学校に初めて在籍する利用者について、学校からの求めに応じて、指定訪問看護の状況を示す文書を添えて必要な情報を提供した場合に、月1回に限り算定。

[算定対象]

- (1) 特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の15歳未満の小児
- (2) 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる15歳未満の小児
- (3) 15歳未満の超重症児又は準超重症児



質の高い訪問看護の確保④

喀痰吸引等を実施する介護職員等との連携の推進

- 訪問看護ステーションが利用者に対して喀痰吸引等の業務を行う介護職員等と連携した場合の評価を新設する。

(訪問看護管理療養費)

(新) 看護・介護職員連携強化加算 2,500円

(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／精神科訪問看護・指導料)

(新) 看護・介護職員連携強化加算 250点

[算定要件]

訪問看護ステーションの利用者のうち喀痰吸引等(※)を必要とする利用者について、訪問看護ステーションの看護職員が、喀痰吸引等を行う介護職員等に対し、支援した場合に算定。

①患者の病状やその変化に合わせて、主治医の指示により、(イ)及び(ロ)の対応を行っている場合に算定する。

(イ)喀痰吸引等に係る計画書や報告書の作成及び緊急時等の対応についての助言

(ロ)介護職員等に同行し、患者の居宅において喀痰吸引等の業務の実施状況についての確認

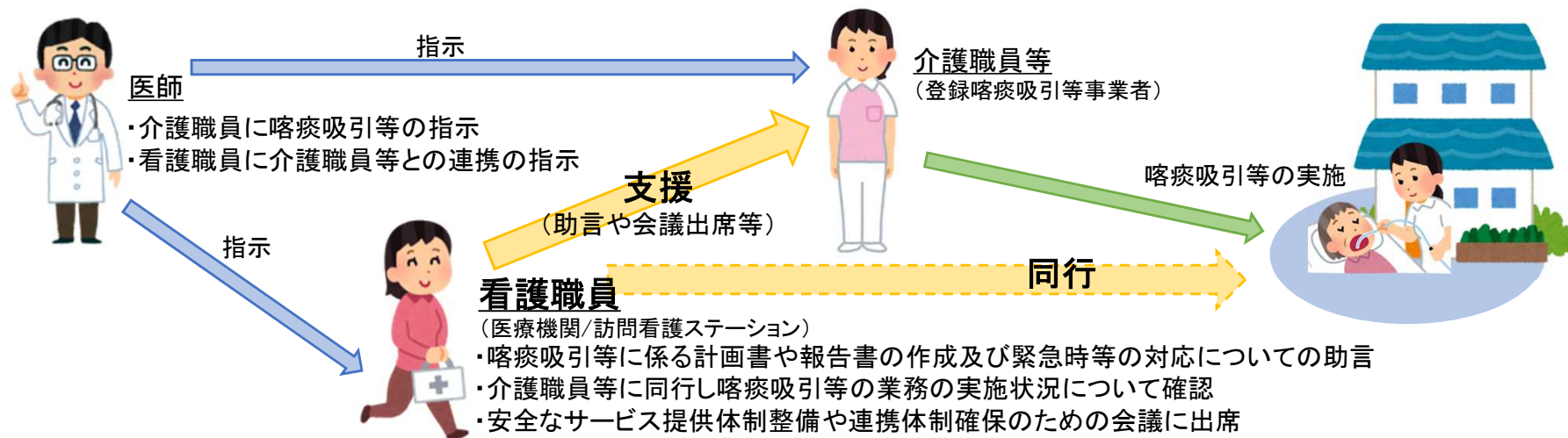
② 介護職員等と同行訪問を実施した日の属する月の初日の指定訪問看護の実施日に加算する。

③登録喀痰吸引等事業者等が、患者に対する安全なサービス提供体制整備や連携体制確保のために会議を開催する場合は、当該会議に出席し連携する。

④ 24時間対応体制加算を届け出ている場合に算定。

⑤ 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。

※口腔内の喀痰吸引、鼻腔内の喀痰吸引、気管カニューレ内部の喀痰吸引、胃瘻又は腸瘻による経管栄養又は経鼻経管栄養



質の高い訪問看護の確保⑤

地域支援機能を有する訪問看護ステーションの評価

- 地域の訪問看護に関わる人材育成等の一定の役割を担う訪問看護ステーションについての評価を新設する。

(新) 機能強化型訪問看護管理療養費3 8,400円(月の初日の訪問の場合)



[施設基準]

- ア 常勤の看護職員が4人以上
- イ 24時間対応体制加算の届出及び休日・祝日の対応
 - ※ 同一敷地内に同一開設者の医療機関がある場合、営業時間外の利用者・家族からの電話等による相談について、医療機関の看護師が行うことができる。
- ウ 重症患者(難病等、精神疾患、医療機器の使用)の受け入れ、又は複数の訪問看護ステーションと共同して訪問看護を提供する利用者が一定数以上

エ 地域の医療機関の看護職員の当該訪問看護ステーションでの一定期間の勤務実績

オ 地域の医療機関・訪問看護ステーションを対象とした研修の実績

カ 地域の訪問看護ステーションや住民等に対する訪問看護に関する情報提供や相談の実施

キ エの医療機関以外の医療機関との退院時共同の実績

ク 同一敷地内に医療機関がある場合、当該医療機関以外の医師を主治医とする利用者が1割以上



福祉サービス事業との連携推進

- 地域で生活する障害児・者の支援を促進するため、福祉サービス事業所を併設する等の機能強化型訪問看護ステーションの要件を見直す。

現行

【機能強化型訪問看護管理療養費1】

[施設基準]

- 居宅介護支援事業所が同一敷地内に設置されていること。
- 常勤の保健師、助産師、看護師又は准看護師の数が7以上であること。



改定後

【機能強化型訪問看護管理療養費1】

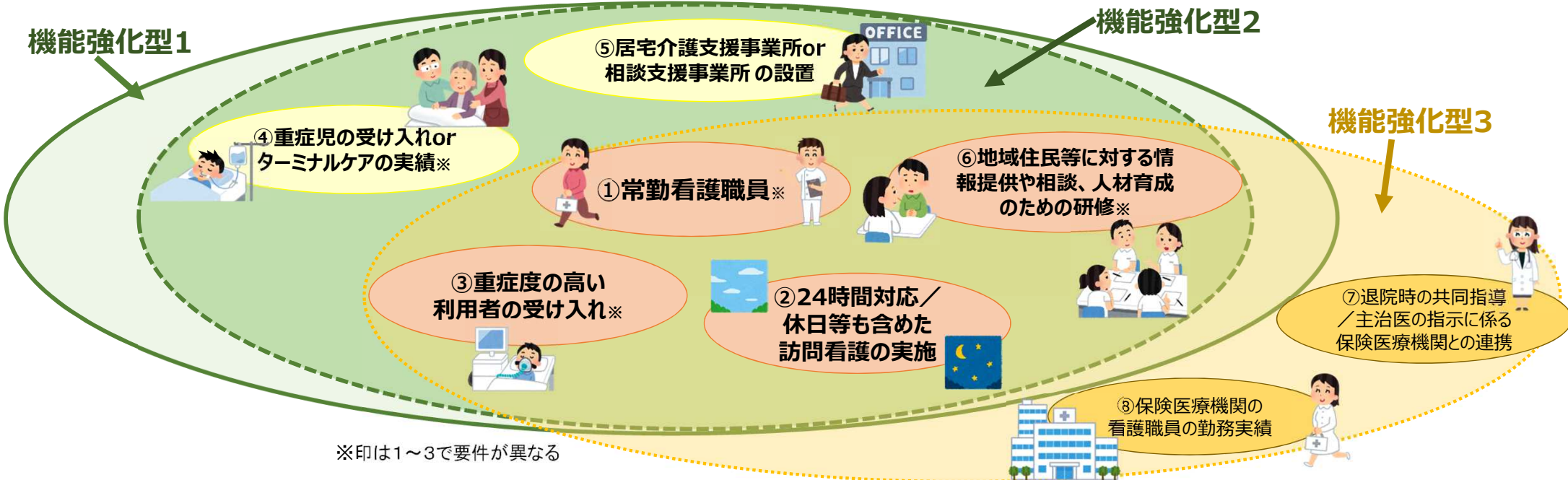
※ 機能強化型訪問看護管理療養費2も同様

[施設基準]

- 居宅介護支援事業所、特定相談支援事業所又は障害児相談支援事業所が同一敷地内に設置されていること。
- 常勤の保健師、助産師、看護師又は准看護師の数が7以上であること。ただし、訪問看護ステーションの同一敷地内に、療養通所介護事業所、児童発達支援を行う事業所、放課後等デイサービスを行う事業所として指定を受けており、当該訪問看護ステーションと開設者が同じである事業所が設置されている場合は、当該事業所の常勤職員のうち1名まで当該訪問看護ステーションの常勤職員の数に含めてよい。

質の高い訪問看護の確保⑥

(参考)機能強化型訪問看護ステーションの評価



要件	機能強化型1	機能強化型2	機能強化型3
① 常勤看護職員の数	7人以上	5人以上	4人以上
② 24時間対応体制加算の届出を行っている/休日、祝日等も含めた計画的な訪問看護の実施	24時間対応体制加算の届出を行っている/休日、祝日等も含めた計画的な訪問看護の実施		
③ 重症度の高い利用者の受け入れ	別表第7に該当する利用者数 10人以上/月	別表第7に該当する利用者数 7人以上/月	別表7、別表8に該当する利用者、精神科重症患者or 複数の訪看STが共同している利用者が10人以上/月
④ ターミナルケア又は重症児の受け入れ実績 ^{注)} (いずれかを満たすこと) ①ターミナルケア件数 ②ターミナルケア件数、かつ、超重症児・準超重症児の利用者数 ③超重症児・準超重症児の利用者数	①20件/年 ②15件/年、4人 ③6人	①15件/年 ②10件/年、3人 ③5人	
⑤ 居宅介護支援事業所、特定相談支援事業所又は障害児相談支援事業所を同一敷地内に設置(計画作成が必要な利用者の1割程度の計画を作成)	居宅介護支援事業所、特定相談支援事業所又は障害児相談支援事業所を同一敷地内に設置(計画作成が必要な利用者の1割程度の計画を作成)		
⑥ 情報提供・相談・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)	医療機関や他の訪問看護STを対象とした研修2回以上/年、地域住民・訪問看護STに対する情報提供や相談対応の実績	
⑦	⑧の医療機関以外との退院時共同指導の実績 and 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		
⑧	医療機関の看護職員の訪問看護STでの勤務実績		

注)ターミナルケア件数は過去1年間の実績を、超重症児・準超重症児の利用者数は常時要件を満たしていること。

質の高い訪問看護の確保⑦

複数の実施主体による訪問看護の連携強化

- 複数の実施主体から訪問看護が行われている場合に、目標の設定や評価の共有等の連携のあり方について明確化する。

現行

【訪問看護管理療養費】

[算定要件]

1人の利用者に対し、複数の訪問看護ステーションにおいて指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行う場合は、訪問看護ステーション間において十分に連携を図ること。



改定後

【訪問看護管理療養費】

[算定要件]

1人の利用者に対し、複数の訪問看護ステーションや保険医療機関において訪問看護を行う場合は、訪問看護ステーション間及び訪問看護ステーションと保険医療機関との間において十分に連携を図ること。具体的には、訪問看護の実施による利用者の目標の設定、計画の立案、訪問看護の実施状況及び評価を共有すること。

- 在宅患者連携指導加算、在宅患者緊急時等カンファレンス加算について、連携している複数の訪問看護ステーションそれぞれで算定可能とする。
- 訪問看護ステーションと医療機関のターミナルケアの評価について、1つの医療機関又は1つの訪問看護ステーションのみの算定とする。

現行

【訪問看護ターミナルケア療養費】

[算定要件]

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。



改定後

【訪問看護ターミナル療養費】

[算定要件]

同一の利用者に、他の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場合又は保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算又は同一建物居住者訪問看護・指導料の同一建物居住者ターミナルケア加算を算定している場合においては、算定できない。

質の高い訪問看護の確保⑧


24時間対応体制の評価の見直し

- 利用者が安心して療養生活を送れるよう、24時間対応体制の内容を明確化し、評価の充実を行う。また、電話等の連絡のみを行う24時間連絡体制加算を廃止し、24時間対応体制の整備を推進する。

現行	
24時間連絡体制加算	2,500円
24時間対応体制加算	5,400円



改定後	
(廃止)	
24時間対応体制加算	6,400円
[算定要件]	
24時間対応体制加算は、必要時の緊急時訪問に加えて、 <u>営業時間外における利用者や家族等との電話連絡及び利用者や家族への指導等による日々の状況の適切な管理</u> といった対応やその体制整備を評価するものである。	



理学療法士等の訪問看護の適正化

- 利用者の全体像を踏まえた効果的な訪問看護の提供を推進するために、理学療法士等(※)によって提供される訪問看護について、看護職員と理学療法士等の連携が求められることを明確化する。

訪問看護管理療養費

[算定要件]

- 理学療法士等が訪問看護を提供している利用者について、訪問看護計画書及び訪問看護報告書は、理学療法士等が提供する内容についても一体的に含むものとし、看護職員(准看護師を除く)と理学療法士等が連携し作成する。
- 訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成にあたっては、指定訪問看護の利用開始時及び利用者の状態の変化等に合わせ看護職員による定期的な訪問により、利用者の病状及びその変化に応じた適切な評価を行う。



質の高い訪問看護の確保⑨

複数名による訪問看護の見直し

- 複数名訪問看護加算について算定方法と評価を見直す。
- 看護職員が看護補助者との同行訪問により訪問看護を実施する場合の利用者の要件に、利用者の身体的理由を追加する。

※ 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

現行				
訪問者	算定回数	算定対象		
イ 看護職員 + 保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	週1回	①②③④	4,300円	
ロ 看護職員 + 准看護師	週1回	①②③④	3,800円	
ハ 看護職員 + 看護補助者	週3回	④⑤	3,000円	
	—	①②③		

改定後				
訪問者	算定回数	算定対象		
イ 看護職員 + 保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	週1日	①②③④	4,500円	
ロ 看護職員 + 准看護師	週1日	①②③④	3,800円	
ハ 看護職員 + 看護補助者	週3日	④⑤⑥	3,000円	
	—	①②③		1日に1回 3,000円 1日に2回 6,000円 1日に3回以上 10,000円

[算定対象]

- ① 特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の利用者
- ② 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者
- ③ 特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者
- ④ 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者
- ⑤ その他利用者の状況等から判断して、①から④のいずれかに準ずると認められる者

[算定対象]

- ① 特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の利用者
- ② 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者
- ③ 特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者
- ④ 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者
- ⑤ **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**
- ⑥ その他利用者の状況等から判断して、①から⑤のいずれかに準ずると認められる者

- 複数名精神科訪問看護加算について算定方法と評価を見直す。

※ 精神科訪問看護・指導料の当該加算についても同様

現行				
訪問者	算定回数			
イ 保健師 + 看護師	—	保健師、看護師、作業療法士	4,300円	
ロ 保健師 + 看護師	—	准看護師	3,800円	
ハ 保健師 + 看護師	週1回	看護補助者	3,000円	

改定後				
訪問者	算定回数			
イ 保健師 + 看護師	—	保健師、看護師、作業療法士		1日に1回の場合 4,500円 1日に2回の場合 9,000円 1日に3回以上の場合 14,500円
ロ 保健師 + 看護師	—	准看護師		1日に1回の場合 3,800円 1日に2回の場合 7,600円 1日に3回以上の場合 12,400円
ハ 保健師 + 看護師	週1日	看護補助者	3,000円	

質の高い訪問看護の確保¹⁰

精神科訪問看護基本療養費(Ⅱ)の廃止

- 個々の患者のニーズに応じた訪問看護を推進する観点から、障害福祉サービスを行う施設に入所中の利用者への精神科訪問看護を実施した際に算定する精神科訪問看護基本療養費(Ⅱ)及び精神科訪問看護・指導料(Ⅱ)を廃止する。

現行	
精神科訪問看護基本療養費(Ⅱ)	1,600円
精神科訪問看護・指導料(Ⅱ)	160点



改定後	
<u>(廃止)</u>	
<u>(廃止)</u>	
※ 障害福祉サービスを行う施設等に入所している精神障害を有する利用者については、同一建物居住者へ個別に精神科訪問看護を実施した場合に算定する精神科訪問看護基本療養費Ⅲ(精神科訪問看護・指導料Ⅲ)が引き続き算定可能	

精神障害を有する者への重点的支援

- 在宅で療養する重症な精神疾患患者を支援するため、精神科重症患者早期集中支援管理料の見直しを踏まえ、精神科重症患者早期集中支援管理加算の名称を変更し評価を充実するとともに、精神科複数回訪問加算の算定対象を見直す。

現行	
精神科重症患者早期集中支援管理連携加算	6,400円



改定後	
精神科重症患者支援管理連携加算	
イ 精神科在宅患者支援管理料2のイを算定する利用者	8,400円
ロ 精神科在宅患者支援管理料2のロを算定する利用者	5,800円

現行	
【精神科複数回訪問加算】	
[算定対象]	
精神科重症患者早期支援管理料を算定する利用者	



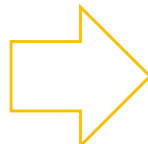
改定後	
【精神科複数回訪問加算】 ※精神科訪問看護・指導料の当該加算についても同様	
[算定対象]	
精神科在宅患者支援管理料1(ハを除く。)又は2を算定する利用者	

質の高い訪問看護の確保⑪

長時間の訪問看護における医療的ケア児への対応

- 在宅で療養しながら生活する小児への支援を充実するために、医療的ケアが必要な児における長時間訪問看護加算の算定回数を週1日から週3日まで拡大する。※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

現行
<p>長時間訪問看護加算(週1日まで) [算定対象] (1) 15歳未満の超重症児又は準超重症児 (2) 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる疾病等の者 (3) 特別訪問看護指示書又は精神科特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者</p> <p>長時間訪問看護加算(週3日まで) [算定対象] 上記の(1)</p>



改定後
<p>長時間訪問看護加算(週1日まで) [算定対象] (1) 15歳未満の超重症児又は準超重症児 (2) 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる疾病等の者 (3) 特別訪問看護指示書又は精神科特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者</p> <p>長時間訪問看護加算(週3日まで) [算定対象] 上記の(1)及び(2) (15歳未満の小児)</p>



【特掲診療料の施設基準 別表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



乳幼児への訪問看護の評価

- 乳幼児への訪問看護を推進するために、乳幼児加算の評価を充実する。

現行
<p>【訪問看護基本療養費】 乳幼児加算・幼児加算 500円 [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] 乳幼児加算・幼児加算 50点</p>



改定後
<p>【訪問看護基本療養費】 乳幼児加算 1,500円 【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】 乳幼児加算 150点</p>

質の高い訪問看護の確保⑫

過疎地域等の訪問看護の見直し

- ▶ 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、特別地域訪問看護加算の算定要件を見直し、過疎地域等に利用者の居宅が所在する場合で訪問看護ステーションが過疎地域等に所在しない場合についても算定を可能とする。

現行

特別地域訪問看護加算 所定額の100分の50

過疎地域等に所在する訪問看護ステーションの看護師等が、指定訪問看護を行った場合に算定

改定後

特別地域訪問看護加算 所定額の100分の50

イ 過疎地域等に所在する訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行う場合
ロ 過疎地域等外に所在する訪問看護ステーションの看護師等が当該地域に居住する利用者に対して指定訪問看護を行う場合



- ▶ 過疎地域等における医療機関の訪問看護についての評価を新設する。

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

(新) 特別地域訪問看護加算 所定点数の100の50

[算定要件] 訪問看護療養費の当該加算と同様

- ▶ 過疎地域等においては、複数の訪問看護ステーションが連携して24時間対応体制加算の体制を確保した場合にも算定を可能とする。

24時間対応体制加算

[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当該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が算定できる。
 24時間対応体制加算は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一括して算定する。

特別地域訪問看護加算で定める地域

- ・ 離島振興法（昭和二十八年法律第七十二号）第二条第一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（昭和二十九年法律第百八十九号）第一条に規定する奄美群島の地域
- ・ 山村振興法（昭和四十年法律第六十四号）第七条第一項の規定により振興山村として指定された山村の地域
- ・ 小笠原諸島振興開発特別措置法（昭和四十四年法律第七十九号）第四条第一項に規定する小笠原諸島の地域
- ・ 沖縄振興特別措置法（平成十四年法律第十四号）第三条第三号に規定する離島
- ・ 過疎地域自立促進特別措置法（平成十二年法律第十五号）第二条第一項に規定する過疎地域

質の高い訪問看護の確保⑬

連携する診療所の医師により緊急訪問の指示の見直し

- 訪問看護ステーションが緊急訪問看護加算を算定する際の医師による緊急訪問の指示について、在宅療養支援診療所以外の診療所が、24時間の往診体制及び連絡体制を他の保険医療機関と連携して構築している場合、主治医が対応していない夜間等において連携する医療機関の医師による緊急訪問の指示を可能とする。

現行

緊急訪問看護加算、精神科緊急訪問看護加算

[算定要件]

主治医の指示により、連携する訪問看護ステーションの看護師等が訪問看護を行った場合に1日につき1回に限り所定額に加算すること。



改定後

緊急訪問看護加算、精神科緊急訪問看護加算

[算定要件]

主治医の指示により、連携する訪問看護ステーションの看護師等が訪問看護を行った場合に1日につき1回に限り所定額に加算すること。

主治医の属する診療所が、他の保険医療機関と連携して24時間の往診体制及び連絡体制を構築し、当該利用者が診療報酬の算定方法(平成20年厚生労働省告示第59号)別表第一の区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料の注9に規定する継続診療加算を算定している場合、主治医が対応していない夜間等においては、連携先の医療機関の医師の指示により緊急に指定訪問看護を行った場合においても算定できる。

同一の保険医療機関・診療科に属する複数の医師による訪問看護の指示

- 同一の保険医療機関において同一の診療科に所属する複数の医師が、主治医として利用者の診療を共同で担っている場合については、当該複数の医師のいずれかにより交付された指示書に基づき、指定訪問看護を行うことは可能であることを明確化する。

(訪問看護基本療養費及び精神科緊急訪問看護基本療養費)

[算定要件]以下の指示に基づき行われた指定訪問看護は訪問看護療養費を算定できる。

- 同一の保険医療機関において同一の診療科に所属する複数の医師が主治医として利用者の診療を共同で担っている場合について、当該同一診療科の複数の医師のいずれかにより交付された指示書に基づいて行われた指定訪問看護
- 複数の傷病を有する利用者が、複数の保険医療機関において診療を受けている場合について、原則として指定訪問看護が必要となる主傷病の診療を担う主治医によって交付された指示書に基づき行われた指定訪問看護

医療と介護の連携の推進

国民の希望に応じた看取りの推進

- ターミナルケアに関する報酬において、「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、評価を充実
- 特別養護老人ホーム等の入所者に対する、ターミナルケアを含む訪問診療・訪問看護の提供等の評価を充実



訪問診療の主治医とケアマネジャーの連携強化

- 訪問診療を提供する主治医から居宅介護支援事業者への情報提供を推進
- 末期のがん患者について、主治医の助言を得ることを前提に、ケアマネジメントプロセスを簡素化するとともに、主治医に対する患者の心身の状況等の情報提供を推進



介護医療院・有床診地域包括ケアモデルへの対応

- 介護医療院について、在宅復帰・在宅移行に係る取組の評価において「居住系介護施設等」と同様の取扱いとし、退院時の情報提供等に係る取組の評価において「介護老人保健施設」と同様の取扱いとする
- 有床診療所の地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)での運用を支援

リハビリテーションにおける医療介護連携の推進

- 医療保険と介護保険の双方で使用可能な計画書の共通様式を新設し、当該様式を用いて医療機関から介護保険のリハビリテーション事業所に情報提供した場合を評価
- 医療保険の疾患別リハビリテーションを担う医療機関において、介護保険の維持期・生活期のリハビリテーションを一貫してできるよう、人員配置等に係る施設基準を緩和

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

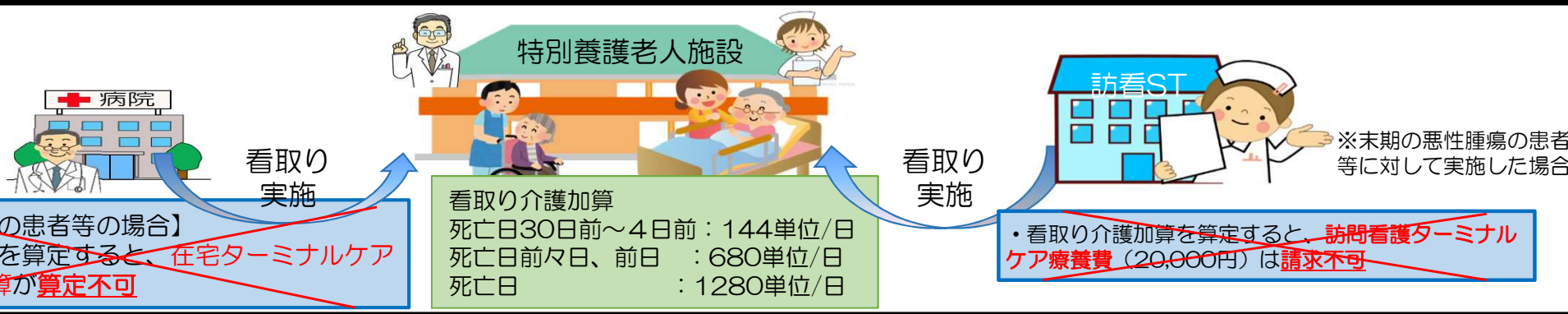
介護報酬改定における対応

(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。

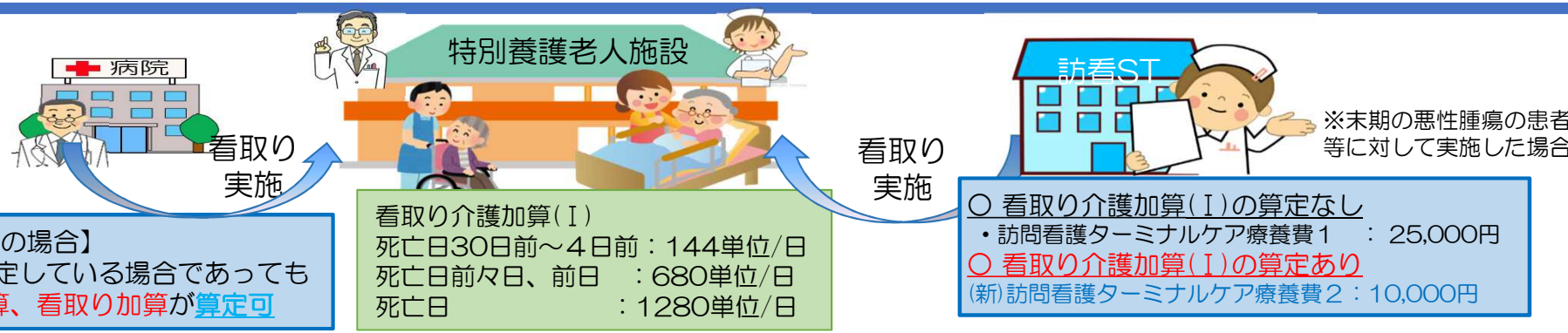
介護老人福祉施設における看取りに関する見直し

改定前

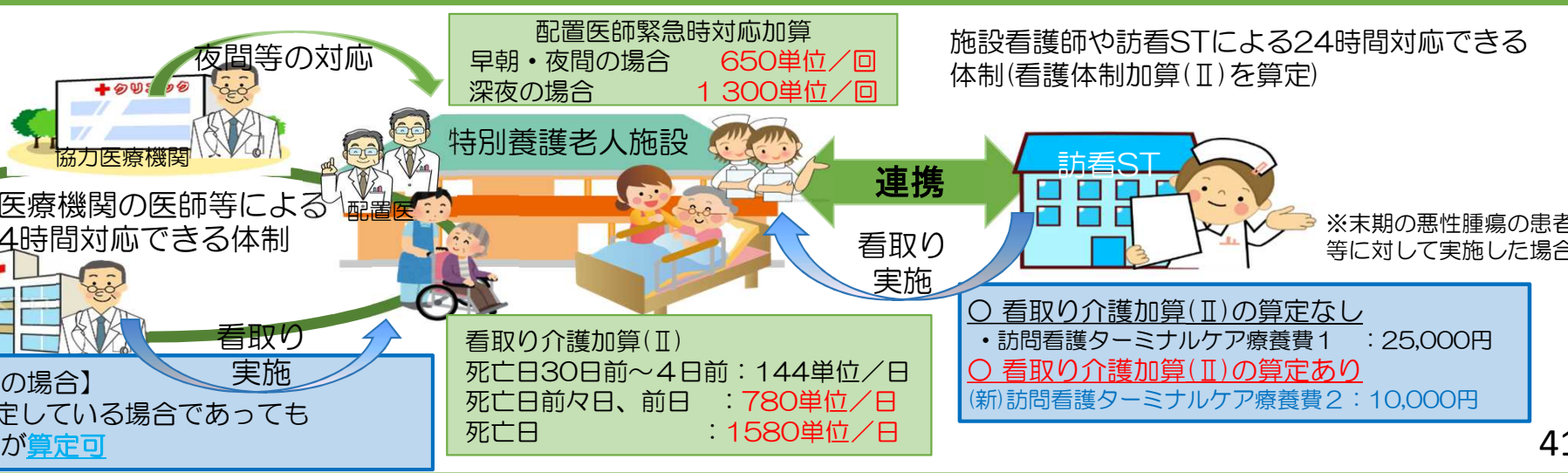


診療報酬で対応 介護報酬で対応

「配置医師緊急時対応加算の体制」なし



「配置医師緊急時対応加算の体制」あり



訪問診療の主治医とケアマネジャーの連携強化

診療報酬改定における対応

- 訪問診療を提供する主治医から患者のケアマネジメントを担当する介護支援専門員への情報提供を推進（在宅時医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料の要件に追加）

介護報酬改定における対応

- 著しい状態変化を伴う末期のがん患者については、主治の医師等の助言を得ることにより、ケアマネジメントプロセスの簡素化を可能にするとともに、主治の医師等に対する患者の心身の状況等の情報提供を推進

診療報酬改定における対応（通知抜粋）

○在宅時医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料の要件（抜粋）

悪性腫瘍と診断された患者については、医学的に末期であると判断した段階で、当該患者を担当する介護支援専門員に対し、予後及び今後想定される病状の変化、病状の変化に合わせて必要となるサービス等について、適時情報提供すること。

介護報酬改定における対応（居宅介護支援）

○ケアマネジメントプロセスの簡素化

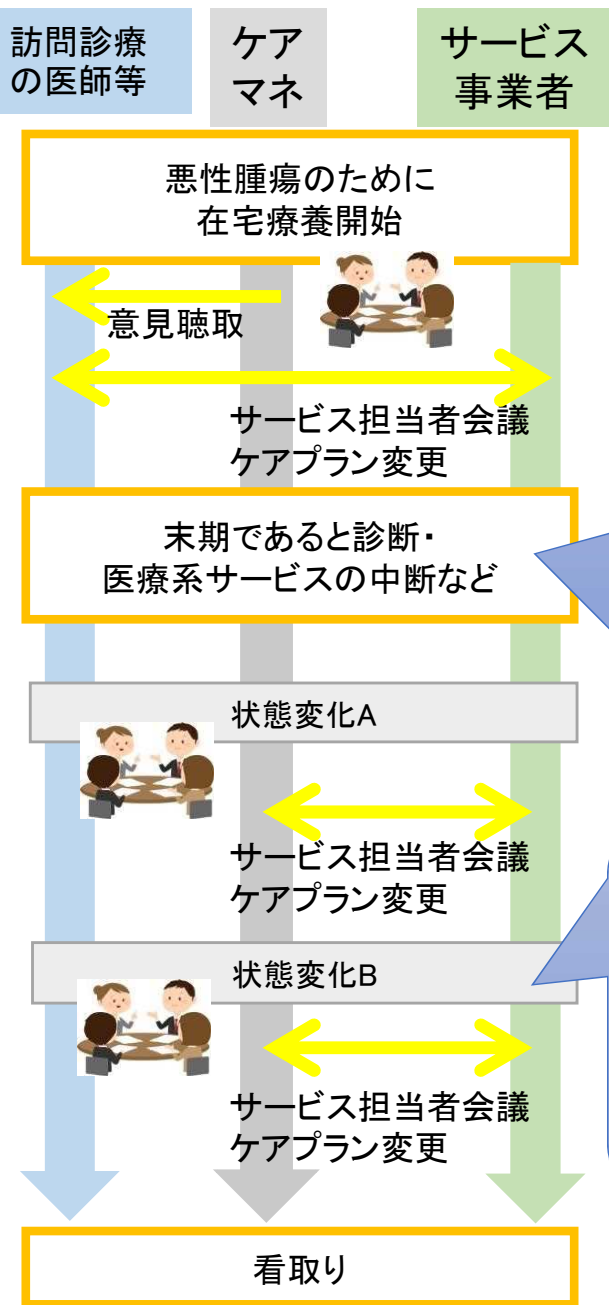
著しい状態の変化を伴う末期の悪性腫瘍の利用者については、主治の医師等の助言を得ることを前提として、サービス担当者会議の招集を不要とすること等によりケアマネジメントプロセスを簡素化する。【省令改正】

○頻回な利用者の状態変化等の把握等に対する評価の創設

末期の悪性腫瘍の利用者又はその家族の同意を得た上で、主治の医師等の助言を得つつ、ターミナル期に通常よりも頻回な訪問により利用者の状態変化やサービス変更の必要性を把握するとともに、そこで把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等や居宅サービス事業者へ提供した場合を新たに評価する。

訪問診療の主治医とケアマネジャーの連携強化(イメージ)

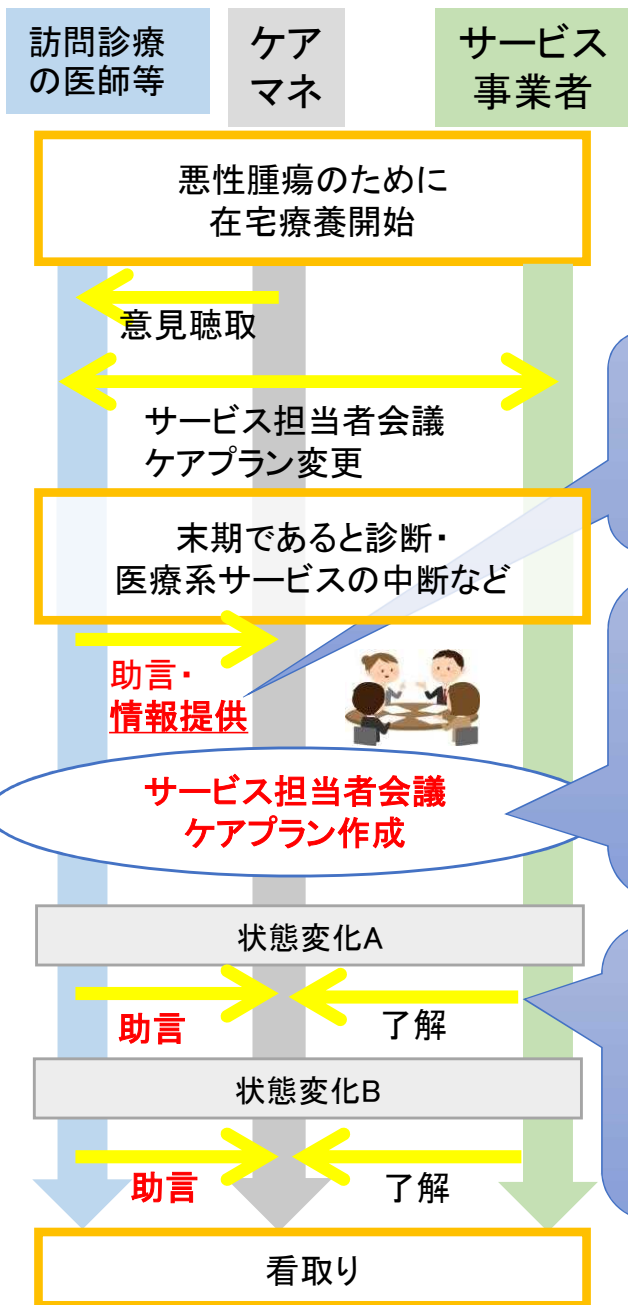
改定前



介護保険の医療系サービス(訪問看護など)を利用しない場合に、主治の医師の意見聴取が必須ではないため、**医学的知見がケアプランに反映されない。**

ケアプラン変更に先立ち、サービス担当者会議の開催が必要となり、**円滑なサービス導入につながらないことがある。**

改定後(以下の取扱いも可能となる。)



在宅時医学総合管理料等において、末期の悪性腫瘍の患者について、**ケアマネジャーに対し病状等に関する情報提供**を行うことを要件化

- ① **主治の医師等の助言**を得た上で状態変化を想定し、今後必要と見込まれるサービスの事業者も含めた会議を実施
- ② 予測される状態変化と支援の方向性について確認の上、ケアプランを作成

利用者の状態変化を踏まえ、主治の医師等の助言を得た上で、**サービス担当者会議は招集せずに**、サービス担当者及び利用者等の了解を得てケアプランの変更が可能

在宅療養支援歯科診療所の見直し(主要内容)

在宅療養支援歯科診療所の役割を明確化するとともに機能に応じた評価となるよう見直しを行う。

- 在宅医療、介護に関する連携等
- 多職種連携 等



連携

在宅療養支援歯科診療所



【在宅療養支援歯科診療所1】
(従来より連携機能を強化)



【在宅療養支援歯科診療所2】
(従来の在宅療養支援歯科診療所に相当)

口腔機能管理の
推進



- 多職種連携による口腔機能管理

連携



- 他の保険医療機関、地域包括支援センター、訪問看護ステーション等との連携

研修内容の見直し



- 認知症に関する研修の追加

質の高い在宅医療の確保①

在宅療養支援歯科診療所の施設基準の見直し①

- 在宅歯科医療における地域における関係者間の連携を推進する観点から、在宅療養支援歯科診療所の施設基準について、機能に応じた評価となるよう見直しを行う。

現行

【在宅療養支援歯科診療所の施設基準（抜粋）】

(1) 過去1年間に歯科訪問診療料を算定している実績があること。

(2) 高齢者の心身の特性、口腔機能の管理、緊急時対応等に係る適切な研修を修了した常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。

(中略)

(5) 当該地域において、在宅医療を担う保険医療機関と連携を図り、必要に応じて、情報提供できる体制を確保していること。

(6) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスの連携調整を担当する者と連携していること。

(以下、略)

改定後

【在宅療養支援歯科診療所1及び在宅療養支援歯科診療所2の施設基準（抜粋）】

【在宅療養支援歯科診療所1】

(1) 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回以上算定していること。

【在宅療養支援歯科診療所2】

(1) 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回以上算定していること。

【在宅療養支援歯科診療所1及び在宅療養支援歯科診療所2（共通）】

(2) 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。）、口腔機能の管理、緊急時対応等に係る適切な研修を修了した常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。

(中略)

(5) (削除)

(6) (削除)

(7) (略)

(8) 当該診療所において、過去1年間の在宅医療を担う他の保険医療機関、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所又は介護保険施設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回以上であること。

質の高い在宅医療の確保②

在宅療養支援歯科診療所の施設基準の見直し②

改定後

【在宅療養支援歯科診療所1の施設基準】

(9) 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回以上出席していること。
- 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を行っていること。
- 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回以上あること。

(10) 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の算定があること。
- 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があること。
- 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があること。

【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、平成32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。



• 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



• 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

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

質の高い在宅医療の確保③

歯科訪問診療料の見直し①

▶ 効率的で質の高い在宅歯科医療の提供体制を確保するため、歯科訪問診療料やその加算を見直す。

1. 在宅患者等急性歯科疾患対応加算の廃止と歯科訪問診療料への包括化(切削器具携行を算定要件化)

現行

【歯科訪問診療料】

- | | |
|---|------|
| 1 歯科訪問診療1
同一建物1名で20分以上診療を行った場合 | 866点 |
| 2 歯科訪問診療2
同一建物2～9名で20分以上診療を行った場合 | 283点 |
| 3 歯科訪問診療3
同一建物10名以上で20分以上診療を行った場合
又は診療時間が20分未満の場合 | 120点 |

【在宅患者等急性歯科疾患対応加算】

切削を伴う処置、手術、歯冠修復及び欠損補綴が必要な場合に即応できるよう切削器具及びその周辺装置を常時訪問先に携行している場合

- | | |
|----------------|------|
| イ 同一建物居住者以外の場合 | 170点 |
| ロ 同一建物居住者の場合 | 55点 |

改定後

【歯科訪問診療料】

- | | |
|---|---------------|
| 1 歯科訪問診療1
同一建物1名で20分以上診療を行った場合 | <u>1,036点</u> |
| 2 歯科訪問診療2
同一建物2～9名で20分以上診療を行った場合 | <u>338点</u> |
| 3 歯科訪問診療3
<u>同一建物10名以上で20分以上診療を行った場合</u> | <u>175点</u> |

[算定要件(抜粋)]

- ・歯科訪問診療を実施するに当たっては、急性症状の発症時等に即応できる環境の整備が必要なことから、歯科訪問診療料は切削器具を常時携行した場合に算定する。
- ・診療時間が20分未満の場合は、1～3の所定点数の100分の70に相当する点数により算定

(廃止)

質の高い在宅医療の確保④

歯科訪問診療料の見直し②

【歯科訪問診療料と在宅患者等急性歯科疾患対応加算の合算点数】

		(現行)		
		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)		



		(改定後)		
		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	【1,036点】	【338点】	【175点】
	20分 未満	【725点】 (1,036点 × 70/100)	【237点】 (338点 × 70/100)	【123点】 (175点 × 70/100)

質の高い在宅医療の確保⑤

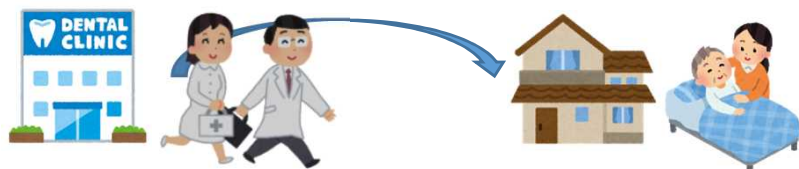
歯科訪問診療料の見直し③

2. 歯科訪問診療に歯科衛生士が同行し、歯科訪問診療の補助を行った場合の評価の充実

現行	
【歯科訪問診療補助加算】	
在宅療養支援歯科診療所の歯科衛生士が、歯科医師と同行の上、歯科訪問診療の補助を行った場合	
イ 同一建物居住者以外の場合	110点
ロ 同一建物居住者の場合	45点



改定後	
【歯科訪問診療補助加算】	
歯科訪問診療を実施する保険医療機関の歯科衛生士が、歯科医師と同行の上、歯科訪問診療の補助を行った場合	
(改) イ <u>在宅療養支援歯科診療所1、在宅療養支援歯科診療所2又はかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の場合</u>	
(1) 同一建物居住者以外の場合	<u>115点</u>
(2) 同一建物居住者の場合	<u>50点</u>
(新) ロ <u>イ以外の歯科医療機関の場合</u>	
(1) 同一建物居住者以外の場合	<u>90点</u>
(2) 同一建物居住者の場合	<u>30点</u>



3. 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の新設

(新) 歯科訪問診療移行加算

イ <u>かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の場合</u>	<u>150点</u>
ロ <u>イ以外の場合</u>	<u>100点</u>

[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。

質の高い在宅医療の確保⑥

在宅医療における医科歯科連携の推進

- 在宅医療における医科歯科連携を推進する観点から、診療情報提供料（I）の歯科医療機関連携加算について、適応拡大等の見直しを行う。

現行

診療情報提供料（I） 歯科医療機関連携加算

【医科点数表】

[算定要件]

イ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に属する医師が、訪問診療を行った栄養障害を有する患者について、歯科訪問診療の必要性を認め、在宅療養支援歯科診療所に対して情報提供を行った場合

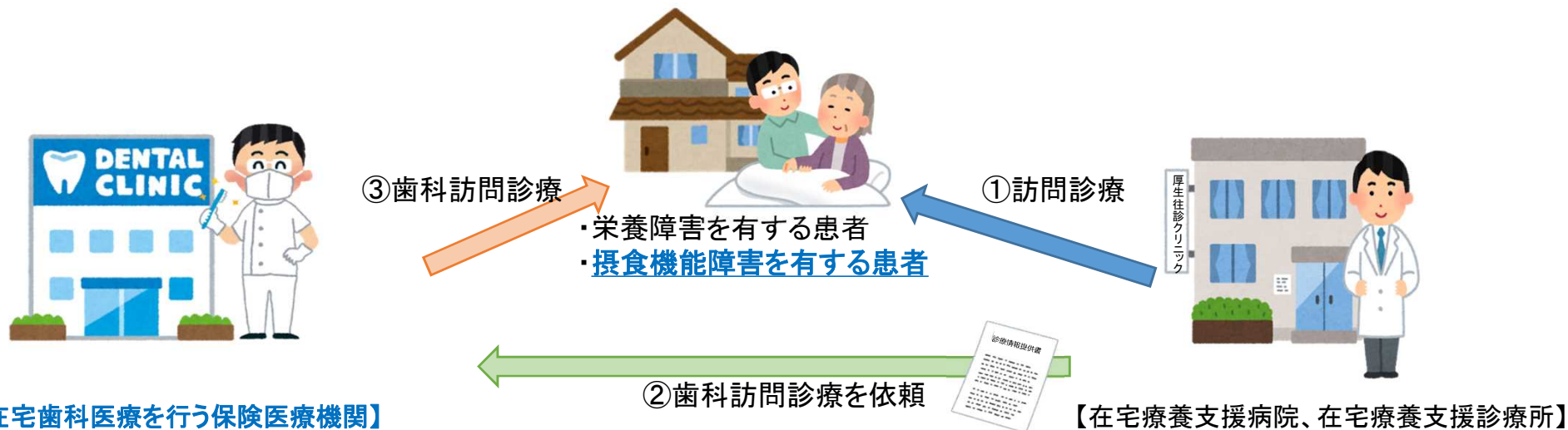
改定後

診療情報提供料（I） 歯科医療機関連携加算

【医科点数表】

[算定要件]

イ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に属する医師が、訪問診療を行った栄養障害を有する患者又は摂食機能障害を有する患者について、歯科訪問診療の必要性を認め、在宅歯科医療を行う、歯科を標榜する保険医療機関に対して情報提供を行った場合



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

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

質の高い在宅医療の確保⑧

訪問歯科衛生指導料の見直し②

現行

[算定要件(抜粋)]

- 訪問歯科衛生指導料は、同一初診期間中に歯科訪問診療料を算定した患者又はその家族等に対して、歯科訪問診療料を算定した日から起算して1月以内において、当該患者に係る歯科訪問診療を行った歯科医師の指示を受けた当該保険医療機関に勤務(常勤又は非常勤)する歯科衛生士等が、療養上必要な実地指導を行った場合に算定し、単なる日常的口腔清掃等のみを行った場合は算定できない。
- 訪問歯科衛生指導料の「1 複雑なもの」とは、1人の患者に対して歯科衛生士等が1対1で20分以上実施するものをいう。
- 訪問歯科衛生指導料の「2 簡単なもの」とは、指導効果がある実地指導を行った場合であって次のものをいう。
 - イ 1回の指導における患者の人数は10人以下を標準とし、1回の指導時間は40分を超えるもの
 - ロ 1人の患者に対して1対1であって20分に満たないもの

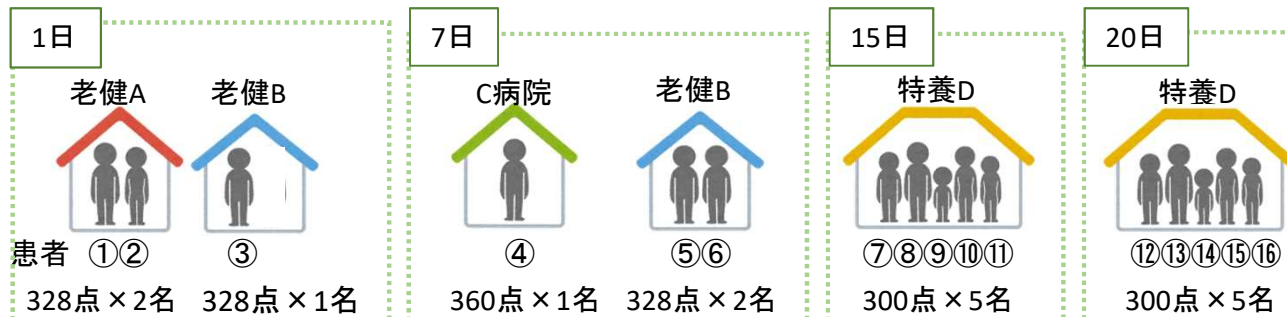


改定後

[算定要件(抜粋)]

- 訪問歯科衛生指導料は、同一初診期間中に歯科訪問診療料を算定した患者又はその家族等に対して、歯科訪問診療料を算定した日から起算して1月以内(ただし、**歯科訪問診療を行う歯科医師により、状態が安定していると判断される場合は2月以内でも差し支えない。**)において、当該患者に係る歯科訪問診療を行った歯科医師の指示を受けた当該保険医療機関に勤務(常勤又は非常勤)する歯科衛生士等が、療養上必要な実地指導を行った場合に算定し、単なる日常的口腔清掃等のみを行った場合は算定できない。
- 訪問歯科衛生指導料は、**単一建物診療患者の人数に従い算定**する。ここでいう単一建物診療患者の人数とは当該患者が居住する建築物に居住する者のうち、**当該保険医療機関の定める歯科訪問診療の計画に基づいて訪問歯科衛生指導を行い、同一月に訪問歯科衛生指導料を算定する者**(当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関において算定するものを含む。)の人数をいう。なお、ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所については、それぞれのユニットにおいて、**病院については、それぞれの病棟**において、訪問歯科衛生指導料を算定する人数を、**単一建物診療患者の人数とみなす**ことができる。また、1つの患家に訪問歯科衛生指導料の対象となる同居する同一世帯の患者が2人以上いる場合は、患者ごとに「単一建物診療患者が1人の場合」を算定する。また、当該建築物において訪問歯科衛生指導を行う患者数が、当該建築物の戸数の10%以下の場合又は当該建築物の戸数が20戸未満であって、訪問歯科衛生指導を行う患者が2人以下の場合には、それぞれ「単一建物診療患者が1人の場合」を算定すること。

※ひと月に4日間、4か所に訪問歯科衛生指導に行った場合の例



単一建物診療患者の考え方

【建物ごとの単一建物診療患者数】

- 老健A 単一建物診療患者2人(①②)
- 老健B 単一建物診療患者3人(③⑤⑥)
- C病院 単一建物診療患者1人(④)
- 特養D 単一建物診療患者10人(⑦⑧⑨⑩⑪⑫⑬⑭⑮⑯)

質の高い在宅医療の確保⑨

在宅等における専門的口腔衛生処置の評価

- 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する。

(新) 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。



質の高い在宅医療の確保⑩

歯科疾患在宅療養管理料の見直し①

➤ 入院患者や介護保険施設入所者等に対し、関係者間の連携に基づく口腔機能管理を推進する観点から、歯科疾患在宅療養管理料の見直しを行う。

1. 在宅療養支援歯科診療所の施設基準の見直しに伴い、歯科疾患在宅療養管理料についても見直しを行う。

現行

【歯科疾患在宅療養管理料】

- | | |
|------------------|------|
| 1 在宅療養支援歯科診療所の場合 | 240点 |
| 2 1以外の場合 | 180点 |

改定後

【歯科疾患在宅療養管理料】

- | | |
|--------------------------|-------------|
| 1 <u>在宅療養支援歯科診療所1の場合</u> | <u>320点</u> |
| 2 <u>在宅療養支援歯科診療所2の場合</u> | <u>250点</u> |
| 3 <u>1及び2以外の場合</u> | <u>190点</u> |

2. 口腔機能の低下に対する医学管理及び新規導入検査の明確化

現行

【歯科疾患在宅療養管理料】

改定後

【歯科疾患在宅療養管理料】

[算定要件(抜粋)]

(3) 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(口腔衛生状態不良、口腔乾燥、咀嚼機能低下、舌口唇運動機能低下、咬合力低下、低舌圧又は嚥下機能低下の7項目のうち3項目以上が該当する患者)に対して、口腔機能の回復又は維持・向上を目的として医学管理を行う場合は当該管理料を算定する。なお、この場合において、咀嚼機能検査若しくは咬合圧検査又は舌圧検査を算定できる。

質の高い在宅医療の確保⑪

歯科疾患在宅療養管理料の見直し②

2. 病院での多職種チームとの連携を踏まえた口腔機能管理について、対象拡大と評価の充実

現行

【歯科疾患在宅療養管理料】

注4 当該保険医療機関の歯科医師が、他の保険医療機関に入院している患者に対して、当該患者の入院している他の保険医療機関の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注1に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、栄養サポートチーム連携加算1として、60点を所定点数に加算する。

[算定要件]

(6) 「注5」に規定する栄養サポートチーム連携加算1は、当該保険医療機関の歯科医師が、当該患者の入院している他の保険医療機関の栄養サポートチームの構成員としてカンファレンス及び回診等に参加し、それらの結果に基づいてカンファレンス等に参加した日から起算して2月以内に「注1」に規定する管理計画を策定した場合に、月に1回を限度に算定する。

改定後

【歯科疾患在宅療養管理料】

注5 当該保険医療機関の歯科医師が、他の保険医療機関に入院している患者に対して、当該患者の入院している他の保険医療機関の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注1に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、栄養サポートチーム等連携加算1として、80点を所定点数に加算する。

[算定要件]

(8) 「注5」に規定する栄養サポートチーム等連携加算1は、当該保険医療機関の歯科医師が、当該患者の入院している他の保険医療機関の栄養サポートチーム、口腔ケアチーム又は摂食嚥下チーム等の多職種からなるチームの構成員としてカンファレンス及び回診等に参加し、それらの結果に基づいてカンファレンス等に参加した日から起算して2月以内に「注1」に規定する管理計画を策定した場合に、月に1回に限り算定する。



質の高い在宅医療の確保⑫

歯科疾患在宅療養管理料の見直し③

3. 要介護被保険者等に対する口腔機能管理を充実させる観点から、栄養サポートチーム連携加算2について、対象施設を拡大(認知症対応型共同生活介護等を追加)と評価の充実

現行

【歯科疾患在宅療養管理料】

注5 当該保険医療機関の歯科医師が、介護保険施設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注1に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、栄養サポートチーム連携加算2として、60点を所定点数に加算する。

[算定要件(抜粋)]

- (7) 「注5」に規定する栄養サポートチーム連携加算2は、当該患者が介護保険施設に入所している場合において、当該保険医療機関の歯科医師が、当該患者の入所施設で行われた、経口による継続的な食事摂取を支援するための食事観察及び会議等に参加し、それらの結果に基づいて食事観察等に参加した日から起算して2月以内に「注1」に規定する管理計画を策定した場合に、月に1回を限度に算定する。

改定後

【歯科疾患在宅療養管理料】

注6 当該保険医療機関の歯科医師が、介護保険法第8条第25項に規定する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注1に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、**栄養サポートチーム等連携加算2**として、**80点**を所定点数に加算する。

[算定要件(抜粋)]

- (9) 「注6」に規定する**栄養サポートチーム等連携加算2**は、当該患者が介護福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養施設、**特定施設、地域密着型特定施設に入所している場合又は認知症対応型共同生活介護サービスの利用者である場合**において、当該保険医療機関の歯科医師が、当該患者の入所施設又はサービス提供施設で行われた、経口による継続的な食事摂取を支援するための食事観察又は介護施設職員等への口腔管理に関する技術的助言・協力及び会議等に参加し、それらの結果に基づいて食事観察等に参加した日から起算して2月以内に「注1」に規定する管理計画を策定した場合に、月に1回に限り算定する。

介護報酬改定における対応

口腔衛生管理体制加算の対象サービスの拡大

- 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士による介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を評価した口腔衛生管理体制加算について、現行の施設サービスに加え、居住系サービス（**特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護**）も対象とすることとする。

質の高い在宅医療の確保⑬

在宅等で療養する患者の口腔機能管理の推進①

➤ 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料について、以下の見直しを行う。

1. 在宅等療養患者の状況をふまえた指導管理の時間要件の見直し
2. 在宅療養支援歯科診療所及びかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準の見直しに伴う、加算の区分及び評価の見直し

現行

【在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】

注1 当該保険医療機関の歯科医師が、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、30分以上必要な指導管理を行った場合に、月4回を限度として算定する。

4 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の歯科医師が当該指導管理を実施した場合は、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算として、100点を所定点数に加算する。

5 在宅療養支援歯科診療所の歯科医師が、当該指導管理を実施した場合は、在宅療養支援歯科診療所加算として、50点を所定点数に加算する。



改定後

【在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】

注1 当該保険医療機関の歯科医師が、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。

4 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の歯科医師が当該指導管理を実施した場合は、**かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算**として、**75点**を所定点数に加算する。

5 在宅療養支援歯科診療所1又は在宅療養支援歯科診療所2の歯科医師が、当該指導管理を実施した場合は、**在宅療養支援歯科診療所加算1**又は**在宅療養支援歯科診療所加算2**として、それぞれ**125点又は100点**を所定点数に加算する。

質の高い在宅医療の確保⑭

在宅等で療養する患者の口腔機能管理の推進②

3. 栄養サポートチーム等と連携して口腔機能管理を実施した場合の評価の新設

(新) 栄養サポートチーム等連携加算1 80点

(新) 栄養サポートチーム等連携加算2 80点

[算定要件]

栄養サポートチーム等連携加算1、栄養サポートチーム等連携加算2ともに、歯科疾患在宅療養管理料と同様の要件

在宅等で療養する患者の口腔機能管理の推進③

➤ 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する。

(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

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

- ・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

【参考】 施設基準に応じた評価の一覧(在宅医療関係)

区分	在宅療養支援 歯科診療所1	在宅療養支援 歯科診療所2	かかりつけ歯科医 機能強化型歯科診 療所	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	(一)

チーム医療等の推進等の勤務環境の改善

これまでの取組の充実

- 医師事務作業補助体制加算の評価の引き上げ
- 看護補助者の配置に関する評価及び看護職員の夜間配置に関する評価の引き上げ及び対象病棟の拡大



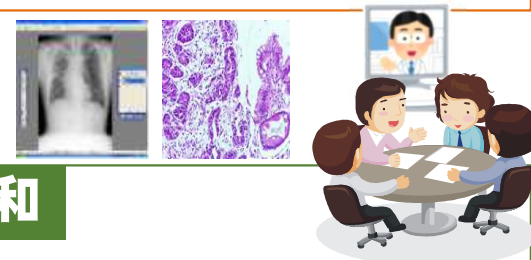
医療機関の勤務環境改善の取組の推進

- 総合入院体制加算の要件である病院勤務医の負担軽減等の体制について、対象を病院に勤務する医療従事者全体に拡大
- 医師事務作業補助体制加算等について、病院勤務医等の負担軽減策として効果がある複数の取組を計画に盛り込むことを要件化

常勤要件・専従要件の緩和

- 医師、リハビリ専門職等について、一定の領域に関して常勤配置に関する要件を緩和
- 医療従事者の専従要件※について、チームで担当する患者数が一定程度以下の場合には専任※で可能とするなど、より弾力的な運用が可能となるよう見直し

※専従は他の業務との兼務が原則不可、専任は他の業務との兼任が可能



勤務場所の要件の緩和

- 画像診断、病理診断について、一定の条件の下で、ICTを活用した自宅等での読影を可能に
- 対面でのカンファレンスを求めている評価について、一定の条件の下で、ICTを用いたカンファレンスを開催した場合でも評価されるよう要件の見直し

医師事務作業補助体制加算の見直し

- 病院勤務医等の負担軽減策として効果があるものについて、医療機関の取組がさらに進むよう、複数項目の取組を計画に盛り込む(※)ことを医師事務作業補助体制加算等の要件とする。

※ ①(必須)及び②～⑦のうち少なくとも2項目以上

- ① 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容 (必須)
- ② 勤務計画、連続当直を行わない勤務体制の実施
- ③ 前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間の休息時間の確保(勤務間インターバル)
- ④ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮
- ⑤ 当直翌日の業務内容に対する配慮
- ⑥ 交替勤務制・複数主治医制の実施
- ⑦ 短時間正規雇用医師の活用



あわせて、合理化の観点から、以下の見直し。

- ✓ 病院勤務医及び看護職員の負担軽減に係る要件を集約・整理する観点から、精神科リエゾンチーム加算等について、当該要件を削除。
- ✓ 病院に勤務する医療従事者、勤務医及び看護職員の負担軽減に係る手続きを合理化する観点から、毎年7月に提出している内容と変化がない場合は、加算等の届出変更時の様式の添付は不要とする。

- 医師事務作業補助体制加算1及び2の評価を引き上げる。

現行	
医師事務作業補助者の配置	点数(加算1/加算2)
15対1	870点/810点
20対1	658点/610点
25対1	530点/490点
30対1	445点/410点
40対1	355点/330点
50対1	275点/255点
75対1	195点/180点
100対1	148点/138点



改定後	
医師事務作業補助者の配置	点数(加算1/加算2)
15対1	<u>920点/860点</u>
20対1	<u>708点/660点</u>
25対1	<u>580点/540点</u>
30対1	<u>495点/460点</u>
40対1	<u>405点/380点</u>
50対1	<u>325点/305点</u>
75対1	<u>245点/230点</u>
100対1	<u>198点/188点</u>

看護職員と看護補助者との業務分担・共同の推進①

- 看護職員の負担軽減、看護補助者との業務分担・共同を推進し、身体的拘束の低減等、より質の高い療養環境の提供を目指す観点から、看護補助者の配置に関する評価及び看護職員の夜間配置に関する評価を充実する。

看護補助者の配置に関する評価の充実

現行	
【急性期看護補助体制加算】	
25対1～75対1	160点 ～80点
夜間30対1～100対1	40点 ～20点
夜間看護体制加算	10点



改定後	
【急性期看護補助体制加算】	
25対1～75対1	210点 ～130点
夜間30対1～100対1	90点 ～70点
夜間看護体制加算	60点

現行	
【看護補助加算】	
看護補助加算1～3	109点 ～56点
夜間75対1	30点
[施設基準] 13対1入院基本料(一般病棟入院基本料又は専門病院入院基本料に限る。)を算定する病棟であること。	
夜間看護体制加算	150点



改定後	
【看護補助加算】	
看護補助加算1～3	129点 ～76点
夜間75対1	40点
[施設基準] 地域一般入院料1若しくは2又は13対1入院基本料 を算定する病棟であること。	
夜間看護体制加算	165点

障害者病棟における看護補助者の配置に対する評価

- 障害者が入院中に安心して適切な医療を受けることができるよう、障害者施設等入院基本料(7対1、10対1)を算定する病棟において、看護補助者の配置及び夜間における看護職員の負担軽減に資する取組に係る評価を新設する。

(新) 看護補助加算(1日につき)

イ 14日以内の期間	129点
ロ 15日以上30日以内の期間	104点

[施設基準]

- ① 看護補助者の数は、**常時30対1**以上であること。
- ② 夜勤を行う看護補助者の数は、常時75対1以上(みなし看護補助者を除く)であること。
- ③ 障害者施設等入院基本料(7対1、10対1に限る。)を算定する病棟であること。

(新) 夜間看護体制加算 150点(入院初日)

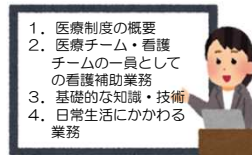
[施設基準]

- ① 夜間における看護業務の負担の軽減に資する十分な管理業務等の体制が整備されていること。
- ② 看護補助加算を算定する病棟であること。

看護職員と看護補助者との業務分担・共同の推進②

看護補助者の配置に係る加算の要件の見直し

- 看護補助者の配置に係る加算について、業務分担・共同を推進し、より質の高い療養環境を提供するために、要件を見直す。
 - ① 看護補助者の配置に係る加算を算定する場合は、定期的に看護及び看護補助の業務内容を見直すとともに、身体的拘束等の行動制限を最小化する取組の実施を求める。
 - ② 看護補助者の配置に係る加算を算定する場合は、看護補助者への院内研修の実施を求める。



療養病棟における夜間看護体制の充実

- 療養病棟入院基本料を算定する病棟のうち、日常生活の支援が必要な患者が一定割合以上入院する病棟において、夜間に看護職員等の手厚い配置をし、身体的拘束を最小化する取組を行っている場合の評価を新設する。

(新) 夜間看護加算 35点(1日につき)

[施設基準]

- ① 夜勤を行う看護要員の数は、常時16対1以上であること。
- ② ADL区分3の患者を5割以上入院させる病棟であること。



看護職員と看護補助者との業務分担・共同の推進③

急性期一般病棟における看護職員の夜間配置の評価を充実・新設

- 看護職員夜間配置加算の評価を充実する。また、急性期一般入院基本料のうち重症度の高い患者が一定割合以上入院する病棟における夜間看護職員の配置に係る評価を新設する。

現行		改定後	
【看護職員夜間配置加算】		【看護職員夜間配置加算】	
夜間12対1配置加算1	80点	夜間12対1配置加算1	95点
夜間12対1配置加算2	60点	夜間12対1配置加算2	75点
夜間16対1配置加算	40点	夜間16対1配置加算1	55点
		(新) 夜間16対1配置加算2	30点

[看護職員夜間16対1配置加算2の施設基準]

- ① 夜勤を行う看護職員の数は、常時16対1以上であること。
- ② 急性期一般入院料2、3、4、5又は6を算定する病棟であること。

地域包括ケア病棟における夜間看護配置の評価

- 地域包括ケア病棟のうち認知症等の患者が一定割合以上入院する病棟において、夜間の看護職員の配置に係る評価を新設する。

[施設基準]

- ① 夜勤を行う看護職員の数は、常時16対1以上であること。
- ② 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準(B項目のうち、「診療・療養上の指示が通じる」又は「危険行動」)を満たす患者を、3割以上入院させる病棟であること。

(新) 看護職員夜間配置加算 55点
(1日につき)

精神科救急入院料等における夜間看護職員体制の充実

- 精神科救急入院料又は精神科救急・合併症入院料を算定する病棟において、夜間に看護職員の手厚い配置をし、身体的拘束等の行動制限を最小化するとともに、夜間における看護職員の負担軽減に資する取組を行っている場合の評価を新設する。

[施設基準]

- ① 夜勤を行う看護職員の数は、常時16対1以上であること。
- ② 行動制限最小化委員会を設置していること。
- ③ 夜間における看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制が整備されていること。

(新) 看護職員夜間配置加算 55点
(1日につき) ※入院した日から起算して30日を限度

医師等の従事者の常勤配置に関する要件の緩和

➤ 医師等の医療従事者の柔軟な働き方に対応する観点から、一定の領域の診療報酬について、常勤配置に係る要件の緩和を行う。

① 医師については、小児科・産婦人科・精神科・リハビリテーション科・麻酔科等の領域について、週3日以上かつ週24時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能とする。

② リハビリテーションに係るリハビリ専門職及び看護師については、週3日以上かつ週24時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能とする。

※ ただし、2人以上の常勤職員を要件としているものについては、常勤の職員が配置されているものとみなすことができるのは、一定の人数までに限る。

③ 看護師等の常勤職員の配置が求められているものについて、非常勤職員でも配置可能とする。

看護師	糖尿病合併症管理料
歯科衛生士	歯科治療時医療管理料
歯科技工士	有床義歯修理歯科技工加算1及び2
管理栄養士	在宅患者訪問褥瘡管理指導料※

※ 診療所の場合、非常勤職員でも算定可能となっており、この取扱いを病院にも適用する。



専従要件の緩和

- より効率的な医療提供を可能とする観点から、医療従事者の専従要件※について、医療提供の質の確保に配慮しつつ、より弾力的な運用が可能となるように見直す。

※専従は他の業務との兼務が原則不可、専任は他の業務との兼任が可能

- ① チームで診療を提供する項目については、チームのいずれか1人が専従であればよいこととする。(対象:緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料)
- ② チームで担当する患者数が一定程度以下の場合、いずれの構成員も専任であっても差し支えないこととする。(対象:緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料、栄養サポートチーム加算)



(例) 現行(緩和ケア診療加算)

緩和ケアチーム(医師2名、看護師1名、薬剤師1名)について、少なくとも医師のいずれか1人及び看護師が専従であること。

400点



(例) 改定後(緩和ケア診療加算)

緩和ケアチームのうちいずれか1人は専従であること。
ただし、当該緩和ケアチームが診療する患者数が1日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。

390点

- ③ 職員の専従が要件となっている精神科専門療法(精神科作業療法、精神科ショート・ケア等)について、当該業務を実施していない時間帯については、当該業務と関連する他の業務に従事しても差し支えないこととする。また、当該業務と他の業務が異なる時間帯に実施される場合は、他の業務の専従者として届け出ることとする。
- ④ 一定程度以上の水準のリハビリテーションの提供※や外来リハビリテーション等を実施している保険医療機関については、回復期リハビリテーション病棟入院料におけるリハビリ専門職の病棟専従の要件を緩和し、入院中の患者に対する退院前の訪問指導や退院後3ヶ月以内の患者に対する外来リハビリテーション等を実施しても差し支えないこととする。

※ リハビリテーション実績指数が37以上

医療従事者の勤務環境改善の取組の推進

- 病院に勤務する医療従事者の勤務環境改善の取組がさらに進むよう、総合入院体制加算の要件となっている病院勤務医の負担軽減等の体制について、対象を病院に勤務する医療従事者全体に拡大し、取組内容を整理する。

改定後(総合入院体制加算 施設基準(抜粋))

病院に勤務する医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備。

ア 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関し、当該病院に勤務する医療従事者の勤務状況を把握し、その改善の必要性等について提言するための責任者を配置。

イ 多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議*を設置し、「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。当該委員会又は会議は、当該計画の達成状況の評価を行う際等、必要に応じて開催。

※ 当該保険医療機関における安全衛生委員会等既存の委員会を活用して差し支えない。

ウ イの計画は、現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とする。また、当該計画を職員に対して周知徹底している。

エ イの計画には次に掲げる項目のうち少なくとも2項目以上を含む。

- ① 外来診療時間の短縮、地域の他の保険医療機関との連携などの外来縮小の取組み(許可病床の数が400床以上の病院では、必ず本項目を計画に含むこと。)
- ② 院内保育所の設置(夜間帯の保育や病児保育の実施が含まれることが望ましい)
- ③ 医師事務作業補助者の配置による病院勤務医の事務作業の負担軽減
- ④ 病院勤務医の時間外・休日・深夜の対応についての負担軽減及び処遇改善
- ⑤ 看護補助者の配置による看護職員の負担軽減



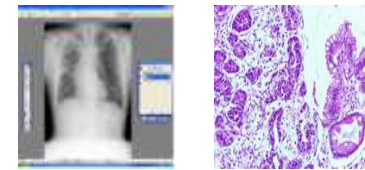
オ 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開。

勤務場所に関する要件の緩和①

ICTを活用した勤務場所に関する規定の緩和

- 画像診断管理加算、病理診断料及び病理診断管理加算について、加算を算定する保険医療機関において当該加算に求められる医師数が勤務している場合、当該医療機関で週3日以上かつ24時間以上勤務する常勤医師が、ICTを活用して自宅等の当該保険医療機関以外の場所で読影した場合も、院内での読影に準じて算定できることとする。

※ 現行では、画像診断管理加算について、当該医療機関の常勤の医師が**夜間休日**に撮影した画像を、送受信を行うにつき十分な環境で自宅等で読影した場合、院内での読影に準じて扱うこととされていた。



救命救急入院料等における医師の勤務場所に関する要件の緩和

- 救命救急入院料等においては、医師が常時治療室内に勤務していることが要件となっているが、治療室に入退室する患者に対して継続的な診療が行えるよう、一定の条件の下では、継続的な診療を行うために医師が一時的に治療室から離れても差し支えないこととする。

(例) 現行(救命救急入院料)

専任の医師が、午前0時より午後12時までの間常に(以下「常時」という)救命救急治療室内に勤務しているとともに、手術に必要な麻酔科医等が緊急時に速やかに対応できる体制がとられている。



(例) 改定後(救命救急入院料)

専任の医師が、午前0時より午後12時までの間常に(以下「常時」という)救命救急治療室内に勤務しているとともに、手術に必要な麻酔科医等が緊急時に速やかに対応できる体制がとられている。**ただし、患者の治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に離れても差し支えない。**

※ 特定集中治療室管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料1及び総合周産期特定集中治療室管理料についても同様

勤務場所に関する要件の緩和②

対面を求めるカンファレンスにおける情報通信機器(ICT)の活用

- 関係機関間・医療従事者間の効率的な情報共有・連携を促進する観点から、対面でのカンファレンスを求めている評価について、各項目で求めている内容や地理的条件等を考慮し、一定の条件の下で情報通信技術(ICT)を用いたカンファレンスを開催した場合でも評価されるよう、要件を見直す。



[対象となる診療報酬]

- ・ 感染防止対策加算
- ・ 入退院支援加算1
- ・ 退院時共同指導料1の注1、退院時共同指導料2の注1／退院時共同指導加算(訪問看護療養費)
- ・ 退院時共同指導料2の注3
- ・ ハイリスク妊産婦連携指導料1、2
- ・ 在宅患者緊急時等カンファレンス料／在宅患者緊急時等カンファレンス加算(訪問看護療養費)
- ・ 在宅患者訪問褥瘡管理指導料
- ・ 精神科在宅患者支援管理料／精神科重症患者支援管理連携加算(訪問看護療養費)

[ICTを用いた場合の留意事項]

【在宅患者緊急時等カンファレンス料】 ※対象となる他の加算等についても求める内容に応じて同様の見直しを行う。

- ① 当該カンファレンスは、関係者全員が患家に赴き実施することが原則であるが、やむを得ない事情により参加できない場合は、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な機器を用いて参加した場合でも算定可能である。
- ② 保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。

各項目におけるICTを用いたカンファレンス等の組合せ①

項目	ICTを用いてカンファレンス等に参加する場合の要件
	【医療資源の少ない地域の場合】
感染防止対策加算 〔施設基準〕	感染防止対策加算1届出医療機関の感染制御チームと感染防止対策加算2届出医療機関の感染制御チームとの年4回程度の定期的なカンファレンスのうち、 ① 主として取り上げる内容に関わる感染制御チームの構成員は、対面で参加していること ② 4回中1回以上は両チームが一堂に会し直接対面するカンファレンスを行っていること ③ 感染制御チームを構成する各職種が4回中2回以上直接対面するカンファレンスに参加していること ----- 【感染防止対策加算1届出医療機関又は感染防止対策加算2届出医療機関のいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合】 ① 主として取り上げる内容に関わる感染制御チームの構成員は、対面で参加していること ② 感染制御チームを構成する各職種が4回中1回以上直接対面するカンファレンスに参加していること
入退院支援加算1 〔施設基準〕	連携機関との年3回の面会のうち、1回はICTを活用できる。 ----- 【入退院支援加算1を届け出る医療機関又は連携機関のいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合】 連携機関との年3回の面会全てICTを活用できる。
退院時共同指導料1、2の注1 〔算定要件〕	【患者の退院後の在宅療養を担う医療機関、訪問看護ステーション又は入院中の医療機関のいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合】 在宅療養担当医療機関又は訪問看護ステーションの担当者がICTを用いて共同指導できる。
退院時共同指導料2の注3 〔算定要件〕	在宅療養担当医療機関等のうち2者以上が、患者が入院中の医療機関に赴き共同指導する場合、在宅療養担当医療機関等の関係者のいずれかがICTを用いて参加することができる。

医療資源の少ない地域の場合の考え方（退院時共同指導料の場合）

① いずれも医療資源の少ない地域に属さない場合



③ 入院医療機関が医療資源の少ない地域に属する場合



② 在宅療養担当医療機関（訪問看護St）が医療資源の少ない地域に属する場合



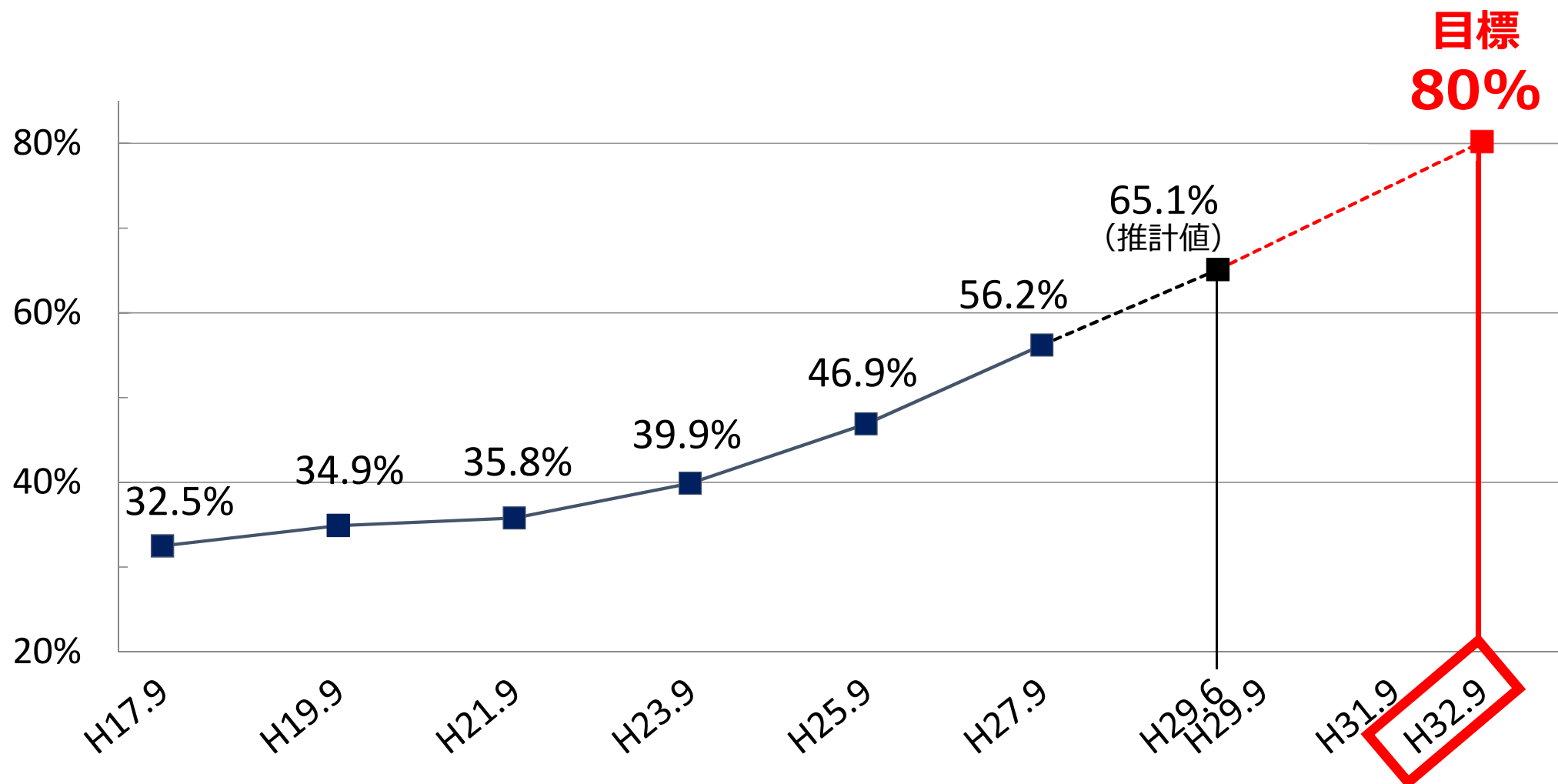
退院時共同指導料1、2いずれの場合であっても、患者が入院中の医療機関又は患者の在宅療養を担う医療機関（訪問看護St）のいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合、患者の在宅療養を担う医療機関（訪問看護St）は、ICTを活用して退院時共同指導を実施することが可能である。

各項目におけるICTを用いたカンファレンス等の組合せ②

項目	ICTを用いてカンファレンス等に参加する場合の要件
	【医療資源の少ない地域の場合】
ハイリスク妊産婦連携指導料1、2 [算定要件]	患者への治療方針などに係るカンファレンス(概ね2か月に1回程度の頻度)に参加するそれぞれの従事者が、当該患者に対するハイリスク妊産婦連携指導料を算定する期間中、少なくとも1回は直接対面で実施するカンファレンスに参加している場合、関係者のうちいずれかがICTを用いてカンファレンスに参加することができる。
在宅患者緊急時等カンファレンス料 [算定要件]	<p>①、②のいずれも満たす場合、関係者のいずれかがICTを用いてカンファレンスに参加することができる。</p> <p>① 当該カンファレンスに3者以上が参加するとき</p> <p>② 当該3者のうち2者以上は、患家に赴きカンファレンスを行っているとき</p> <hr/> <p>【関係者のうちいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合】</p> <p>①から③のいずれも満たす場合、関係者のいずれかがICTを用いてカンファレンスに参加することができる。</p> <p>① 当該カンファレンスを当該月に2回実施する場合の2回目のカンファレンスのとき</p> <p>② 当該2回目のカンファレンスに3者以上が参加するとき</p> <p>③ ②において、当該3者のうち1者以上は、患家に赴きカンファレンスを行っているとき</p>
在宅患者訪問褥瘡管理指導料 [算定要件]	<p>①、②のいずれも満たす場合、当該医療機関の在宅褥瘡対策チーム構成員は、ICTを用いてカンファレンスに参加することができる。</p> <p>① 当該カンファレンスに、当該保険医療機関から在宅褥瘡対策チームの構成員として複数名参加するとき</p> <p>② 当該保険医療機関の在宅褥瘡対策チームの構成員のうち、1名以上は患家に赴きカンファレンスを行っているとき</p>
精神科在宅患者支援管理料2のイ [算定要件]	<p>関係者のいずれかがICTを用いてカンファレンスに参加することができる。</p> <p>① チームの構成員全員が、月1回以上当該患者に対するカンファレンスに対面で参加しているとき</p> <p>② 保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議を行う時に、チームの関係者全員が一堂に会すること</p> <hr/> <p>【関係者のうちいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合】</p> <p>関係者全員が一堂に会し該当患者に関するカンファレンスを1回以上実施した後は、関係者のうちいずれかがICTを用いてカンファレンスに参加することができる。</p>
精神科在宅患者支援管理料2のロ [算定要件]	関係者全員が6月に1回以上の頻度で一堂に会し対面で当該患者に対するカンファレンスを実施している場合、その間の月のカンファレンスについて、関係者のうちいずれかがICTを用いて参加することができる。

数量シェア 目標 (骨太方針2017)

○ **2020年（平成32年）9月**までに、後発医薬品の使用割合を**80%**とし、できる限り早期に達成できるように、更なる使用促進策を検討する。



注) 数量シェアとは、「後発医薬品のある先発医薬品」及び「後発医薬品」を分母とした「後発医薬品」の数量シェアをいう

薬局における後発医薬品の使用促進

- 後発医薬品調剤体制加算について、後発品の数量割合の基準を引き上げ、数量割合に応じた評価に見直す。

改定前			改定後		
調剤数量割合	65%以上	18点	調剤数量割合	<u>75%以上</u>	18点
	75%以上	22点		<u>80%以上</u>	22点
				<u>85%以上</u>	<u>26点</u>

- 後発医薬品の数量割合が著しく低い薬局に対する調剤基本料の減算規定を設ける。

(新)後発医薬品の数量シェアが著しく低い薬局の調剤基本料の減算(20%以下) 2点減算

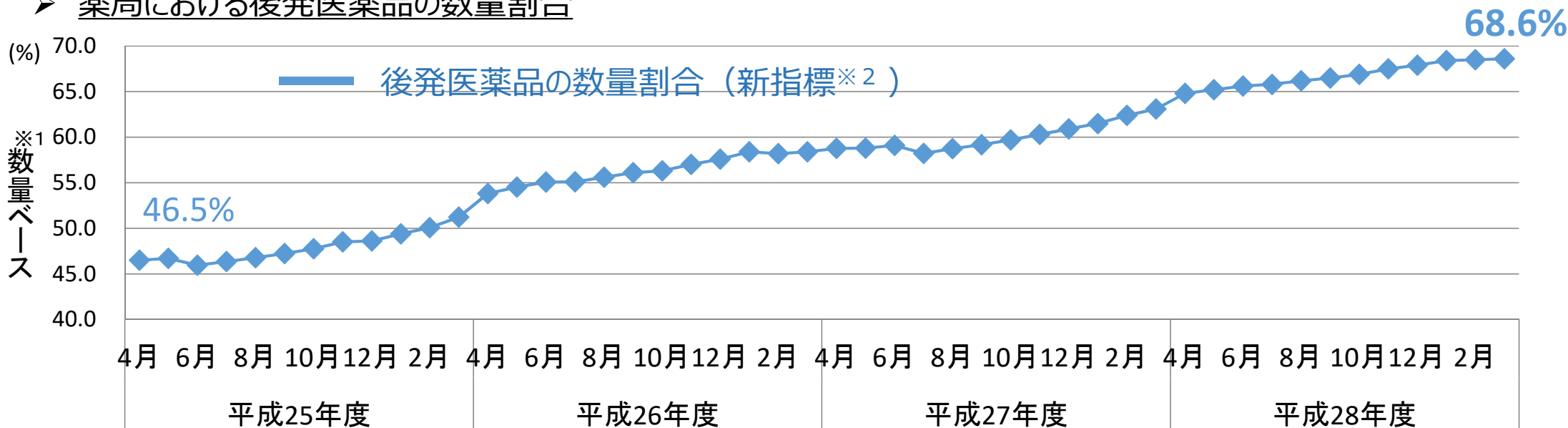
処方箋受付回数が1月に600回を超える保険薬局は地方厚生局への報告が必要(年1回)

ただし、以下の場合は含まない。

- ① 処方箋の受付回数が1月に600回以下の保険薬局
- ② 当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ない場合

直近1ヶ月の処方箋受付回数のうち先発用医薬品変更不可のある処方箋の受付回数が5割以上

- 薬局における後発医薬品の数量割合



※1:「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。

※2:「新指標」=[後発医薬品の数量]/([後発医薬品のある先発医薬品の数量]+[後発医薬品の数量])(「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」で定められた目標に用いた指標)。

後発医薬品使用体制加算の見直し

- 一般名処方加算について、一般名による処方が後発医薬品の使用促進に一定の効果があるとの調査結果等を踏まえ、より一般名による処方が推進されるよう、評価を見直す。

現行	
一般名処方加算1	3点
一般名処方加算2	2点



改定後	
一般名処方加算1	<u>6点</u>
一般名処方加算2	<u>4点</u>

- 医療機関における後発医薬品使用体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算について、新たな数量シェア目標を踏まえ要件を見直す。

現行	
後発医薬品使用体制加算1 (70%以上)	42点
後発医薬品使用体制加算2 (60%以上)	35点
後発医薬品使用体制加算3 (50%以上)	28点



改定後	
後発医薬品使用体制加算1 (<u>85%以上</u>)	<u>45点</u>
後発医薬品使用体制加算2 (<u>80%以上</u>)	<u>40点</u>
後発医薬品使用体制加算3 (<u>70%以上</u>)	<u>35点</u>
後発医薬品使用体制加算4 (<u>60%以上</u>)	<u>22点</u>

現行	
外来後発医薬品使用体制加算1 (70%以上)	4点
外来後発医薬品使用体制加算2 (60%以上)	3点



改定後	
外来後発医薬品使用体制加算1 (<u>85%以上</u>)	<u>5点</u>
外来後発医薬品使用体制加算2 (<u>75%以上</u>)	<u>4点</u>
外来後発医薬品使用体制加算3 (<u>70%以上</u>)	<u>2点</u>

- DPC制度(DPC/PDPS)における後発医薬品係数の見直しの伴い、後発医薬品使用体制加算の対象にDPC対象病棟入院患者を追加し、評価対象患者を拡大する。(DPC制度の後発医薬品係数では入院患者のみがその対象であったが、後発医薬品使用体制加算の対象には外来患者も含まれる。)