

在宅医療（その4）

平成27年11月11日

1. 在宅医療における評価のあり方について

2. 訪問看護について

3. 在宅薬剤管理について

4. 在宅歯科医療について

イ. 患者の状態に応じた評価について

ロ. 患者の居住場所に応じた評価について

ハ. 小児在宅医療に対する評価について

患者の状態に応じた評価に関する論点

○ 在宅医療における患者の疾患・状態に応じた評価のあり方についてどう考えるか。

- 在宅医療では、比較的重症な患者から軽症な患者まで幅広い患者に対して診療が行われており、在宅時医学総合管理料等として重症度に関わらず評価されているが、患者の疾患・状態に応じた評価のあり方についてどう考えるか。
- 在宅時医学総合管理料等では患者の状態に関わらず、1か月に2回の訪問が要件となっているが、診療頻度に応じた評価のあり方についてどう考えるか。

【課題】

- 現在、在宅医療における医学的な管理に対する評価は、患者の疾患・状態等に関わらず概ね一律なものとなっているが、実際には、健康相談等のみが行われている患者から人工呼吸器等の医療行為を必要とする患者まで、幅広い患者像がみられる。
- 人工呼吸器の管理等の医療行為を必要とする患者は、健康相談等のみが行われている患者と比べて入院率が高い等重症度が高く、より長い診療時間が必要となる傾向にある。
- 患者の医療区分や疾患等に関わらず、在宅医療における1か月の診療回数は、在宅時医学総合管理料等が算定可能な「1か月に2～3度」の割合が多い。
- また、1か月に1回の頻度で訪問診療を行っている患者と、1か月に2～3回の頻度で訪問診療を行っている患者を比べた場合、患者の重症度や満足度に大きな違いはみられない。



【論点】

- 在宅医療では、比較的重症な患者から軽症な患者まで幅広い患者に対して診療が行われ、医学的管理の難しさや診療時間に違いがみられるが、患者の疾患・状態に応じた評価についてどう考えるか。
- 在宅医療では、医療区分等に関わらず、在宅時医学総合管理料等の要件となっている1か月に2回程度の訪問が多く行われており、診療頻度によって患者の重症度や満足度に違いが乏しいが、診療頻度に応じた評価についてどう考えるか。

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)

	【診療報酬】	【老人診療報酬】
昭和61年		○ <u>寝たきり老人訪問診療料の創設(～H18年)</u>; 定期的に訪問して診療を行った際に算定 ○ <u>寝たきり老人訪問指導管理料(月ごと)の創設(～H18年)</u>; 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	○ <u>在宅患者訪問診療料の創設</u> ; 定期的に訪問して診療した際に算定	
平成4年		○ <u>寝たきり老人在宅総合診療料(月ごと)の創設(～H18年)</u> ; 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	○ <u>在宅時医学管理料(月ごと)の創設(～H18年)</u> ; 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】 ○ <u>在宅時医学総合管理料(月ごと)の創設</u>; 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)

	訪問診療料	在宅時医学総管理料 ・ 特定施設入居時等医学総 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
平成24年	・特定施設入居者に対する評価の引上げ →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上げ

平成26年度診療報酬改定①

機能強化型在支診等の評価

- 機能強化型在支診及び在支病について、実績要件を引き上げる。また、複数の医療機関が連携して機能強化型在支診及び在支病の基準を満たしている場合について、連携している各医療機関それぞれについても一定の実績を必要とする。

改定前

在宅医療を担当する常勤医師3名以上

過去1年間の緊急往診の実績5件以上

過去1年間の在宅看取りの実績2件以上

複数の医療機関が連携して上記の要件を満たしても差し支えない。



改定後

在宅医療を担当する常勤医師3名以上

過去1年間の緊急往診の実績10件以上

過去1年間の在宅看取りの実績4件以上

複数の医療機関が連携して上記の要件を満たしても差し支えないが、それぞれの医療機関が以下の要件を満たしていること。

イ 過去1年間の緊急往診の実績4件以上

ハ 過去1年間の看取りの実績2件以上

[経過措置]

- ① 平成26年3月31日時点で届け出ている場合は、平成26年9月30日までの間、上記の基準を満たしているものとする。
- ② 経過措置①の対象医療機関であって、平成26年9月30日の時点で単独型として届け出ているものについては、過去6月間の緊急往診の実績が5件以上かつ看取りの実績が2件以上の場合は、平成27年3月31日までの間、緊急往診及び看取りの実績基準を満たしているものとする。
- ③ 経過措置①の対象医療機関であって、平成26年9月30日の時点で連携型として届け出ている場合は、それぞれの医療機関が過去6月間の緊急往診の実績が2件以上かつ看取りの実績が1件以上であって、連携医療機関全体で経過措置②を満たしているものについては、平成27年3月31日までの間、緊急往診及び看取りの実績基準を満たしているものとする。

平成26年度診療報酬改定②

実績を有する在支診等の評価

- 在宅医療を担当する常勤医師は3名以上確保されていないが、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に対する評価を新設する。

(新)	<u>在宅療養実績加算(緊急、夜間又は深夜の往診)</u>	75点
(新)	<u>在宅療養実績加算(ターミナルケア加算)</u>	750点
(新)	<u>在宅療養実績加算(在宅時医学総合管理料)</u>	
	<u>同一建物居住者以外の場合</u>	300点
	<u>同一建物居住者の場合</u>	75点
(新)	<u>在宅療養実績加算(特定施設入居時等医学総合管理料)</u>	
	<u>同一建物居住者以外の場合</u>	225点
	<u>同一建物居住者の場合</u>	56点
(新)	<u>在宅療養実績加算(在宅がん医療総合診療料)</u>	110点

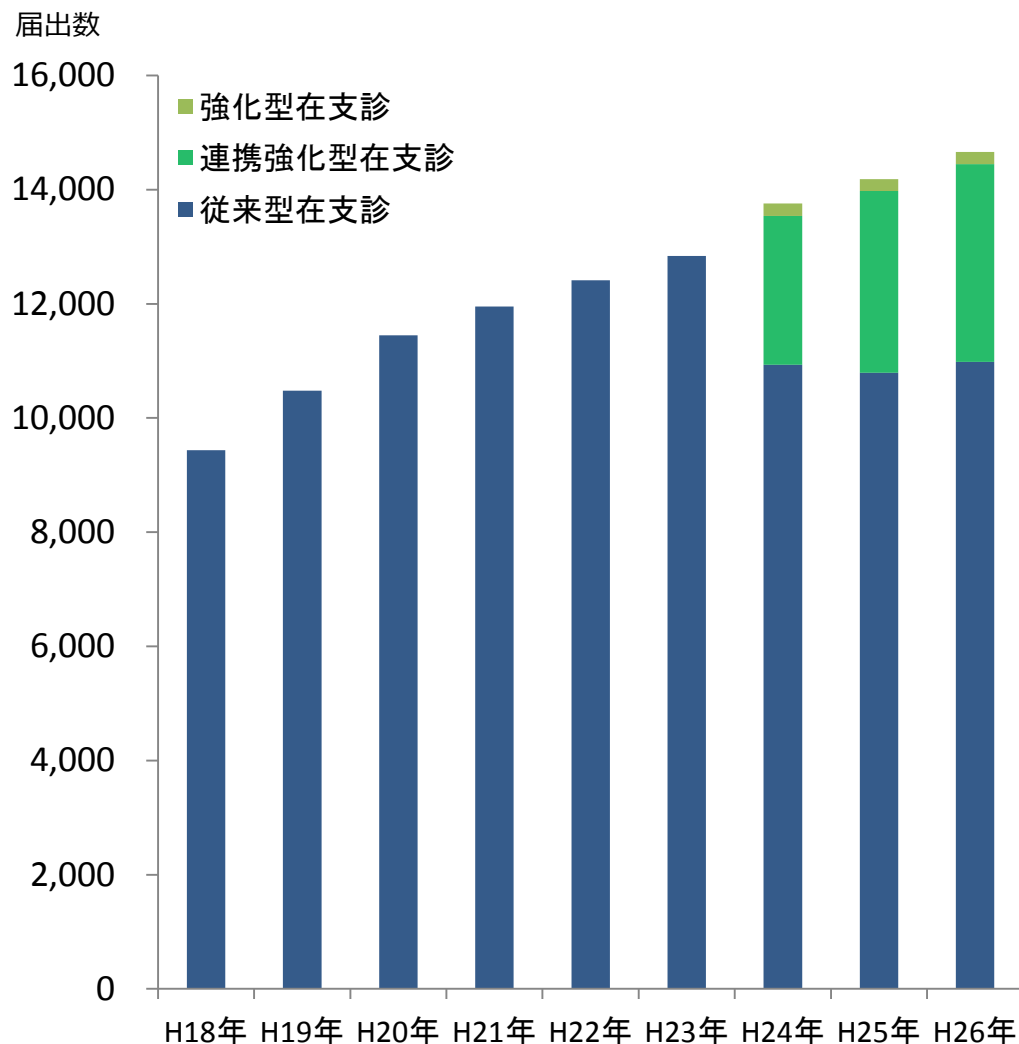
[施設基準]

過去1年間の緊急往診の実績が10件以上かつ看取りの実績が4件以上であること。

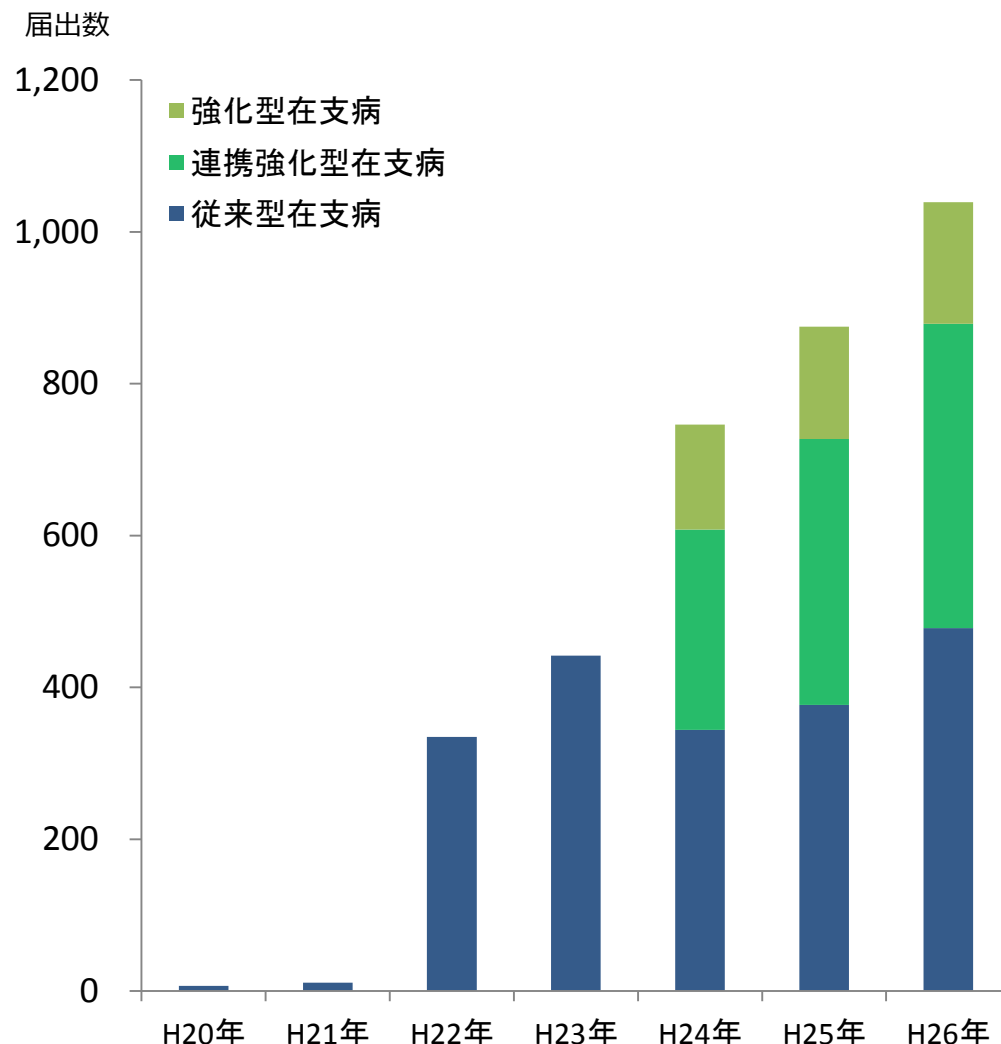
在宅療養支援診療所・病院の届出数の推移

中医協 総－3
27. 10. 7

＜在宅療養支援診療所届出数＞



＜在宅療養支援病院届出数＞



※連携強化型在支診については、連携医療機関平均数3.8

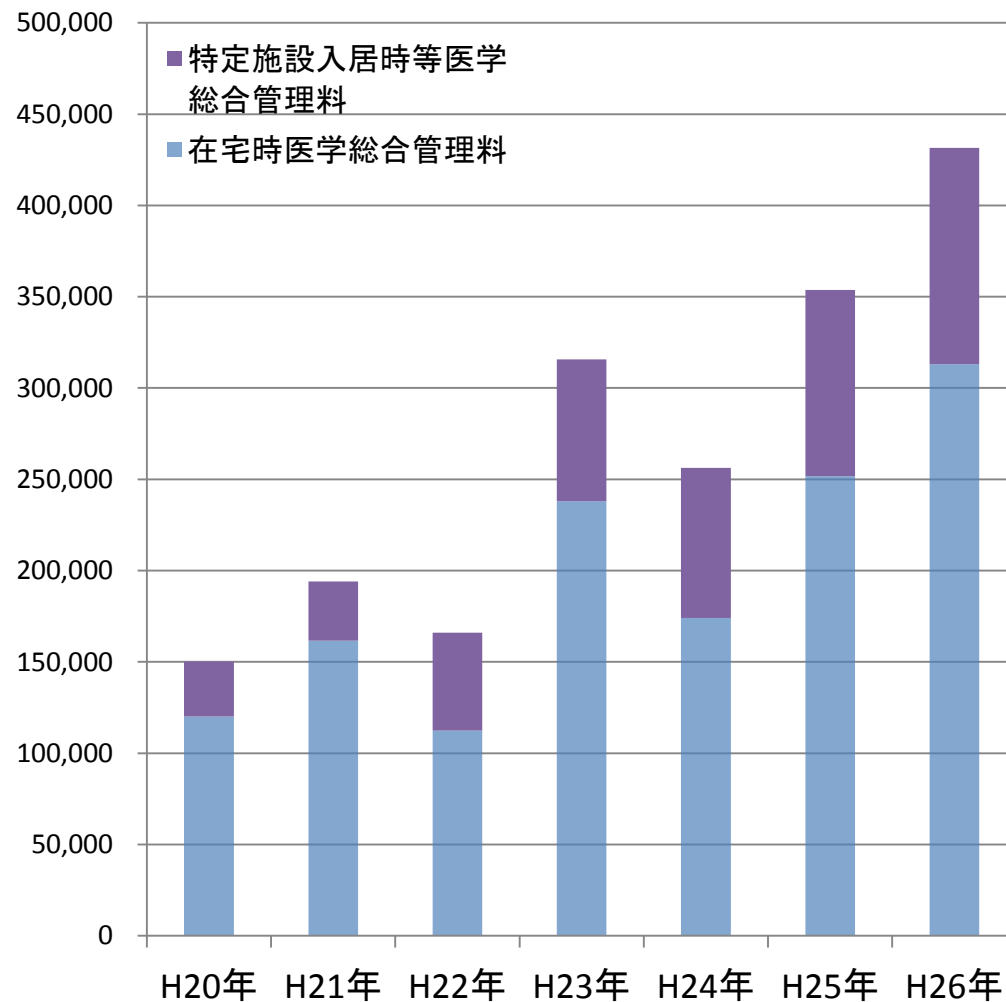
出典：保険局医療課調べ（平成25年7月1日時点）、平成26年度検証部会調査（在宅医療）

在総管・特医総管の算定状況について

中医協 総－3
27. 10. 7

＜在総管・特医総管の算定回数＞

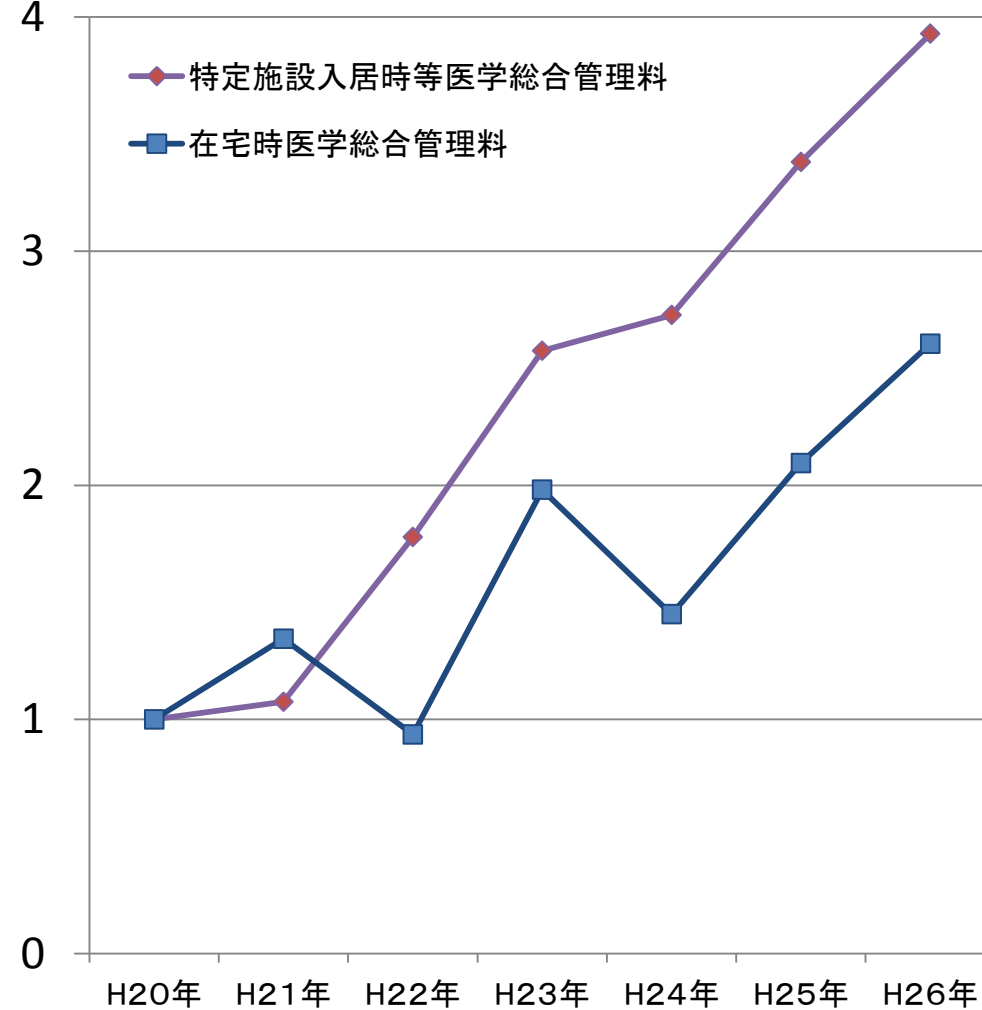
算定回数(1か月)



＜在総管・特医総管の算定回数＞

(平成20年の算定回数を1とした比の推移)

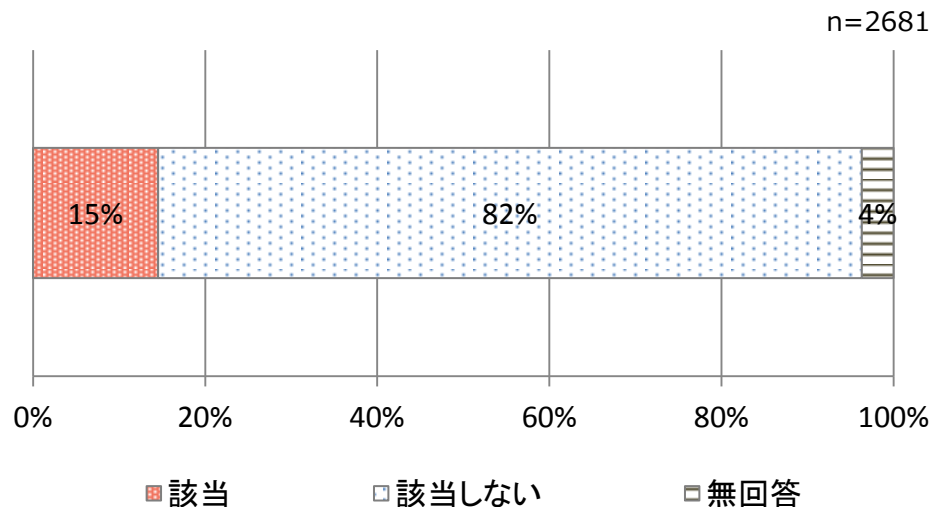
平成20年を
1とした算定回数



訪問診療対象患者の疾患・医療行為について

- 訪問診療対象患者のうち約15%は別表7に規定する疾患に罹患していた。
- 訪問診療対象患者のうち46%は調査項目のうち「健康相談」「血圧・脈拍の測定」「服薬援助・管理」にのみ該当する一方、残りの54%は何らかの医療行為に該当していた。

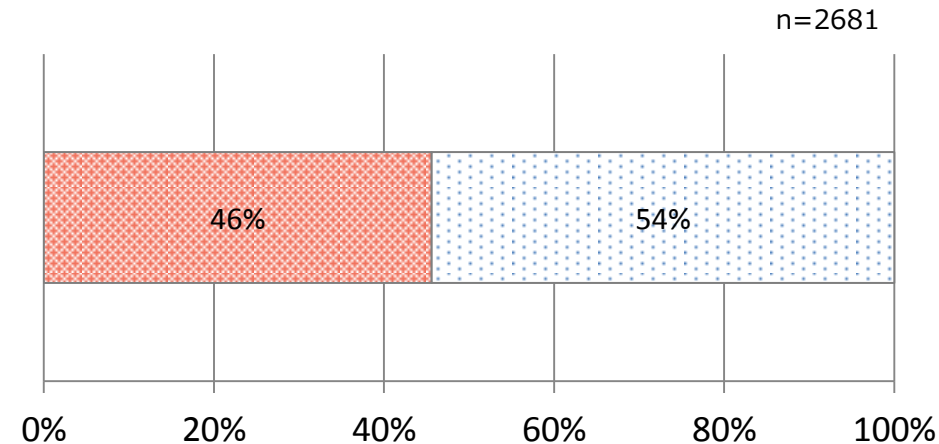
＜別表7に該当する患者の割合＞



別表7に規定する疾病

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

＜患者に提供している医療行為＞



■ 健康相談・血圧・脈拍測定・服薬援助・管理のみのもの

■ その他の医療行為※を含むもの

※その他の医療行為：胃ろう・腸ろう、経鼻経管栄養、吸入・吸引、ネブライザー、創傷処置、体位変換、浣腸・排便、褥瘡処置、インスリン注射、点滴・中心静脈栄養等、膀胱カテーテル、人工肛門等、人工呼吸器、気管切開、酸素療法、がん末期の疼痛管理、慢性疼痛の管理、リハビリテーション、歯科医療

※患者票のデータを、日計表における同一建物/非同一建物患者の人数にあわせて重み付けして集計

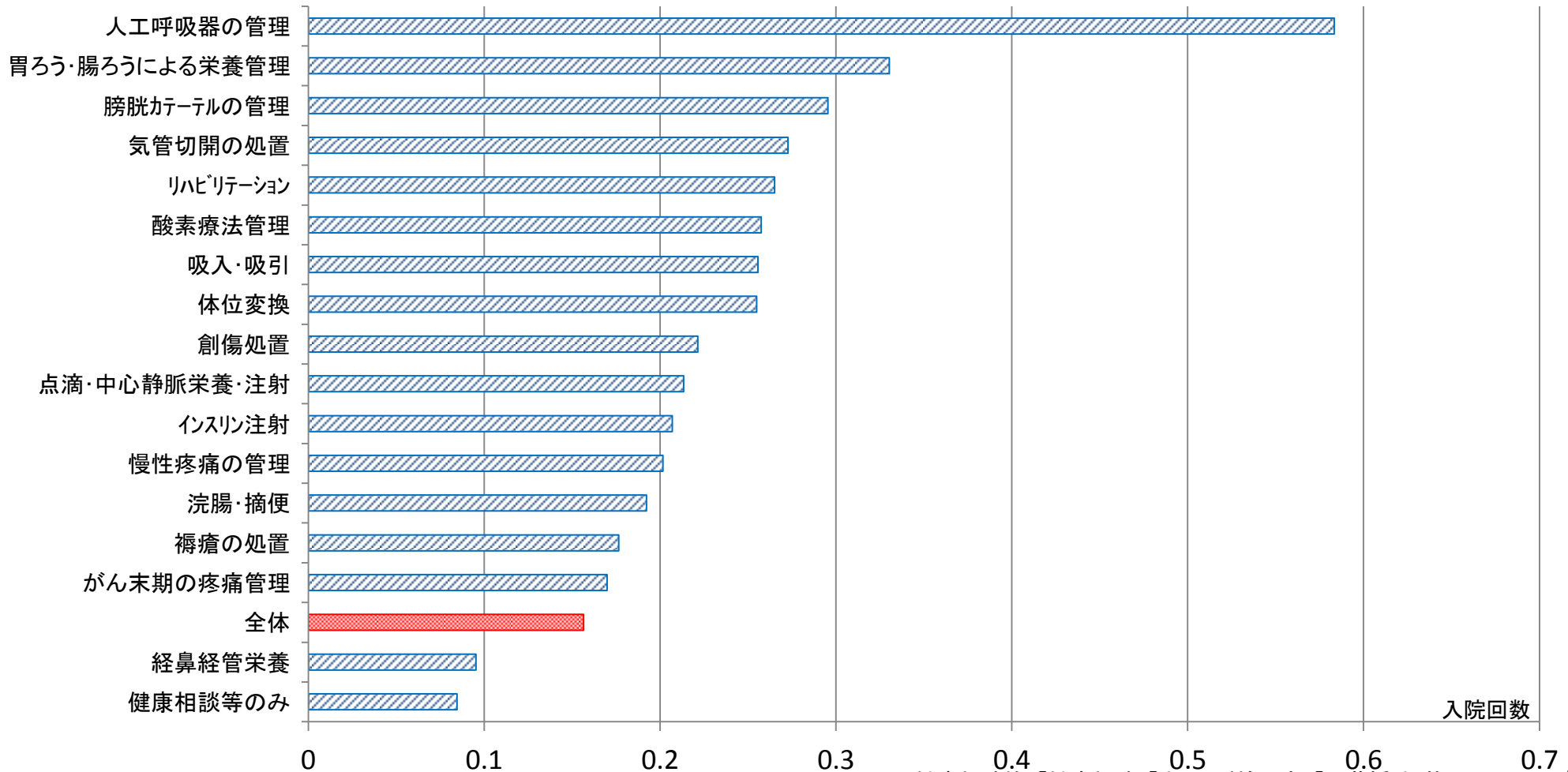
出典：検証部会調査（在宅医療）

直近1年間の入院回数について

中医協 総 - 4
(改)
2 7 . 5 . 2 7

○ 直近1年間の平均入院回数について、健康相談等*のみを実施している患者では0.1回以下である一方、人工呼吸器の管理が必要な患者では約0.6回である等、医療行為の実施状況により患者の重症度には違いがみられる。

<平均入院回数(1年間)>

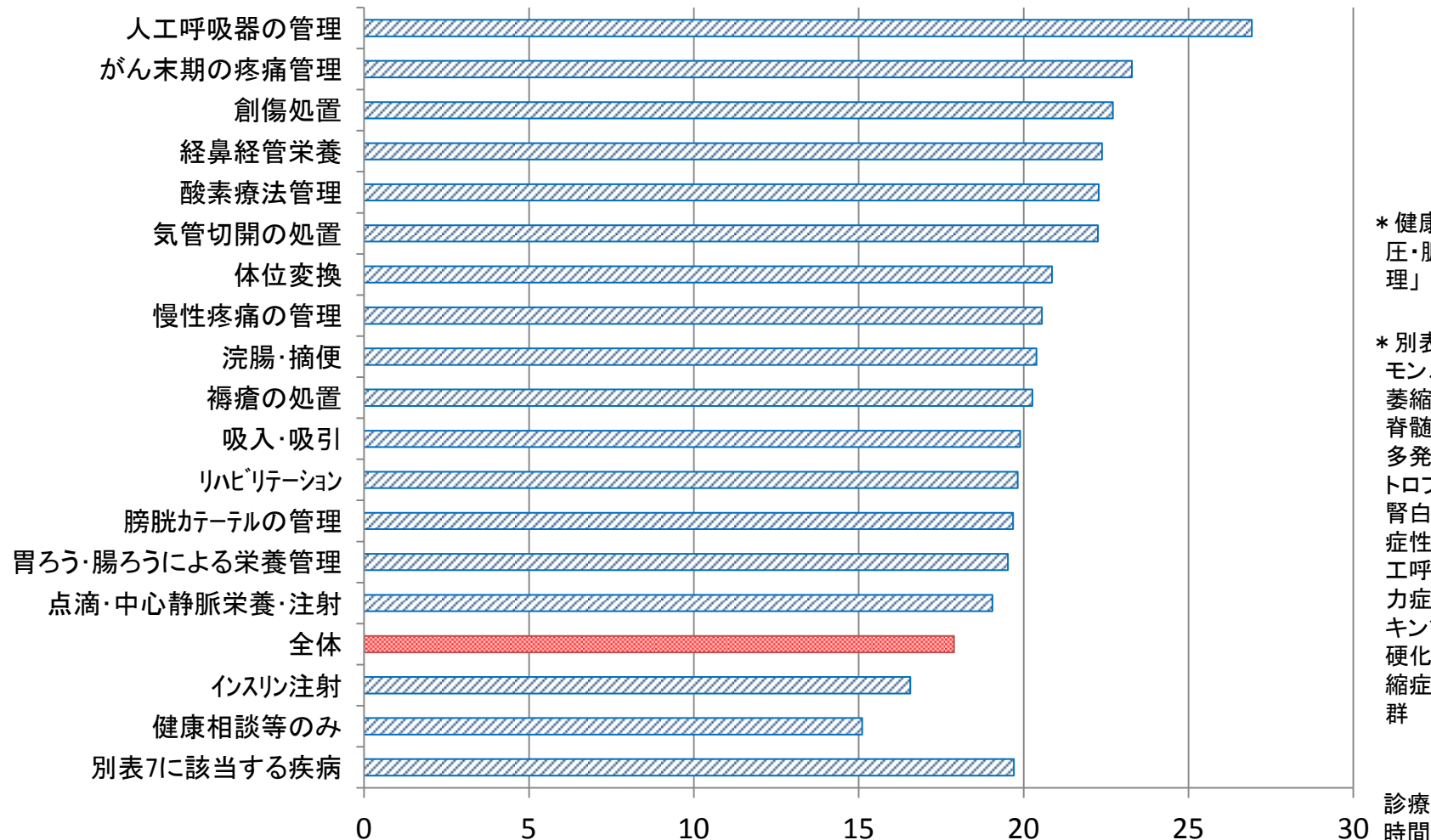


訪問診療対象患者の診療時間について

中 医 協 総 - 4
(改)
2 7 . 5 . 2 7

- 患者の診療時間について、健康相談等*のみを実施している患者が約15分である一方、人工呼吸器の管理が必要な患者では25分を超えている等、医療行為の実施状況等により違いがみられる。

<平均診療時間(1人のみ診療の場合)>



* 健康相談等:「健康相談」「血圧・脈拍測定」「服薬援助・管理」

* 別表7: 末期の悪性腫瘍、スモン、ハンチントン病、多系統萎縮症、ライソゾーム病、球脊髄性筋萎縮症、頸髄損傷、多発性硬化症、進行性筋ジストロフィー症、プリオン病、副腎白質ジストロフィー、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、人工呼吸器の使用、重症筋無力症、脊髄小脳変性症、パーキンソン病関連疾患、亜急性硬化性全脳炎、脊髄性筋萎縮症、後天性免疫不全症候群

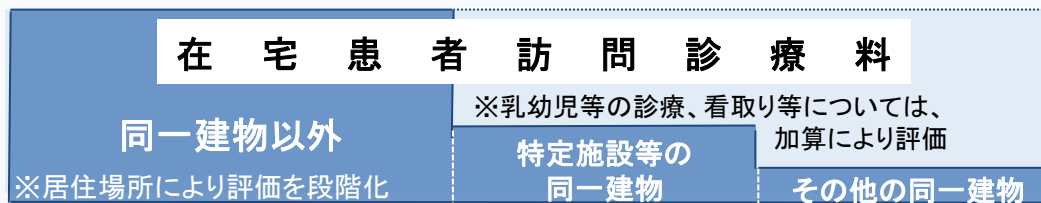
診療
時間

在宅医療における診療報酬上の評価構造（イメージ）

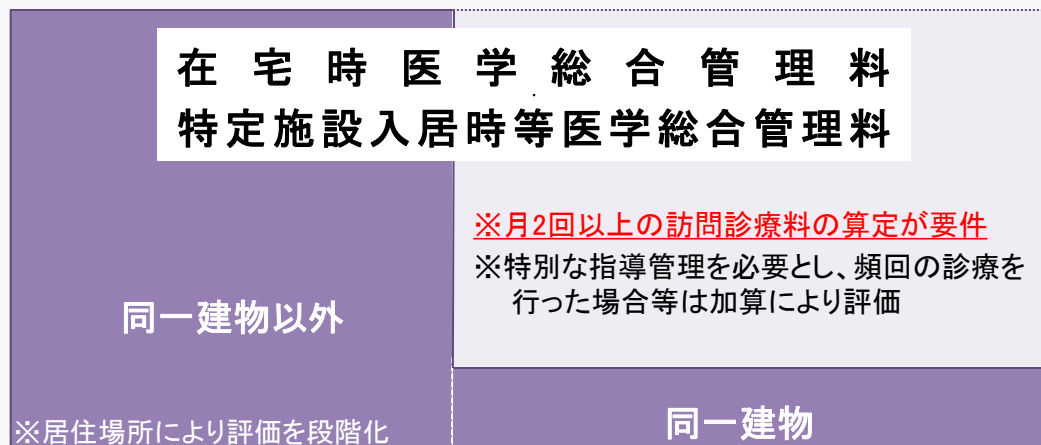
- 在宅医療に対する診療報酬上の評価は、①訪問して診療を行ったことに対する評価、②総合的な医学的管理に対する評価、③人工呼吸器その他の特別な指導管理等に対する評価の、大きく3種類の評価の組み合わせで行われている。
- 上記3種類の評価のうち、総合的な医学的管理に対する評価の占める割合が大きく、患者の疾患・状態に関わらず概ね一律な評価体系となっている。

①定期的に訪問して診療を行った場合の評価

※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



③指導管理等に対する評価

在宅人工呼吸指導管理料その他の特別な指導管理等に応じた評価

在宅がん
医療

総合
診療料

※末期の悪性腫瘍の患者に、週4回以上の訪問診療・訪問看護等総合的な医療を提供した場合の包括的な評価

※特に規定するものを除き、診療に係る費用は包括

※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。

長期にわたって医学管理の必要性が高い疾病・処置等

○ 在宅医療等において、長期にわたって医学管理の必要性が高いと評価されている疾病・処置等として、以下の様な項目が挙げられている。

		別表7※	別表8※※	左記の他医療区分2・3のうち 長期に渡る管理を要する状態等
長期にわたって医学管理の必要性が高い疾病・処置等	継続的な医学管理が必要な処置等	・人工呼吸器の使用	・中心静脈栄養 ・人工呼吸 ・気管切開 ・酸素療法 ・持続陽圧呼吸療法 ・気管カニューレ/留置カテーテルの使用 ・自己腹膜灌流 ・血液透析 ・経管栄養等 ・自己導尿 ・自己疼痛管理 ・人工肛門/人工膀胱	・中心静脈栄養 ・人工呼吸器 ・気管切開等 ・酸素療法 ・透析 ・経腸栄養
	長期に渡る療養が必要な疾病	・スモン ・多系統萎縮症 ・球脊髄性筋萎縮症 ・多発性硬化症 ・進行性筋ジストロフィー症 ・副腎白質ジストロフィー ・慢性炎症性脱髄性多発神経炎 ・重症筋無力症 ・脊髄小脳変性症 ・パーキンソン病関連疾患 ・亜急性硬化性全脳炎 ・脊髄性筋萎縮症 ・末期の悪性腫瘍 ・後天性免疫不全症候群 ・ハンチントン病 ・ライソゾーム病 ・頸髄損傷 ・プリオン病	・悪性腫瘍 ・肺高血圧症 ・褥瘡(真皮を超える)	・スモン ・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患 ・その他の難病 ・悪性腫瘍 ・脊髄損傷等 ・褥瘡
短期的に病態が増悪した状態等			・点滴注射	

その他

別表7・8に該当しない又は医療区分1に該当する状態

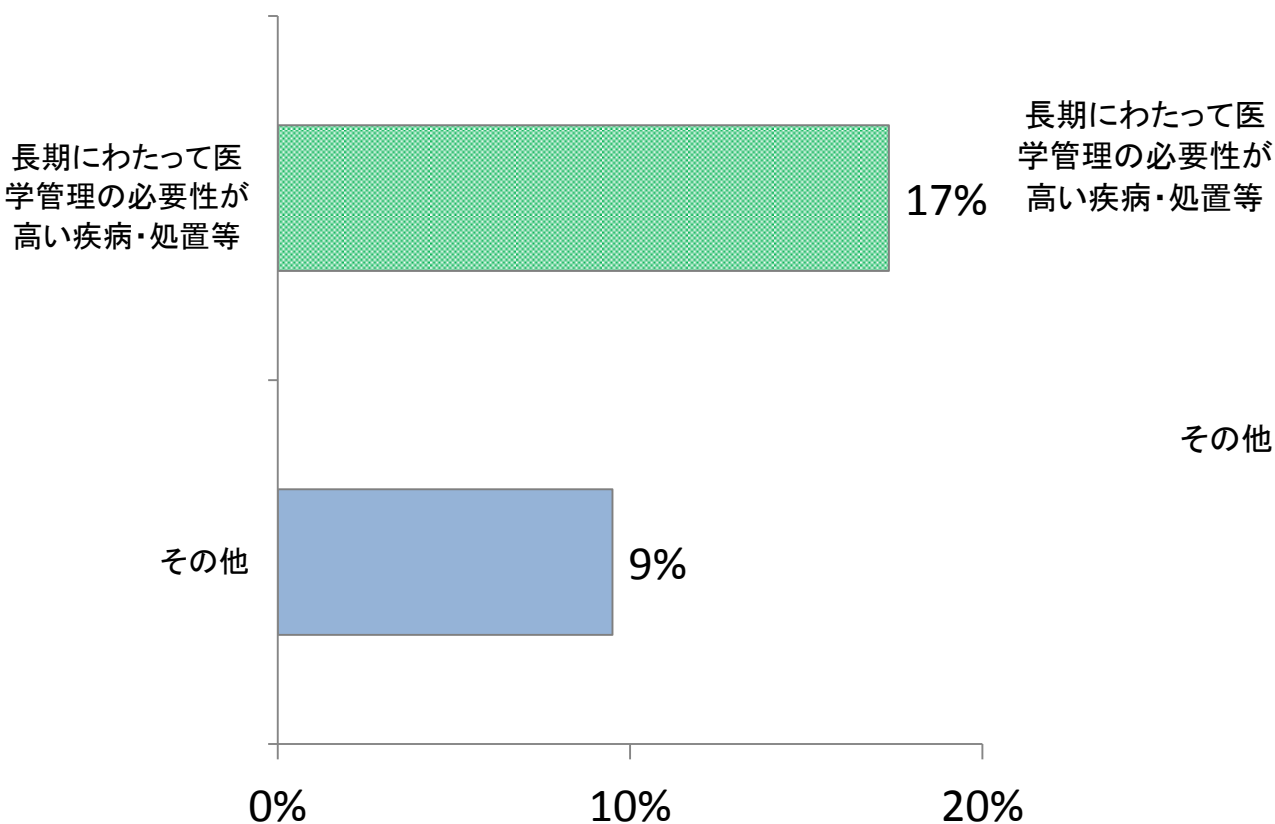
※別表7: 在宅患者訪問診療料において週4回以上の訪問診療が可能

※※別表8: 退院時共同指導料において、特別な管理を要する状態等として評価

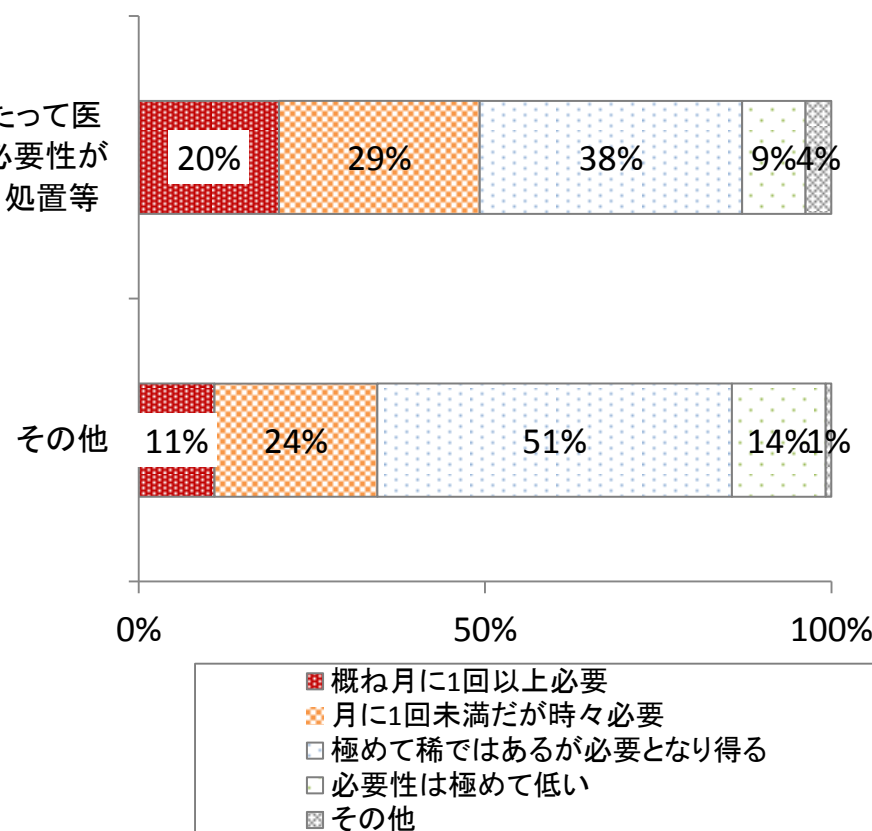
患者の状態による入院・往診状況について

- 長期にわたって医学管理の必要性が高い疾病・処置等に該当する患者では、その他の患者と比べて過去1年間に入院した患者や一定の頻度で往診を必要とすると考えられる患者の割合が高かった。

＜過去1年間に入院した患者の割合＞



＜往診の必要性＞

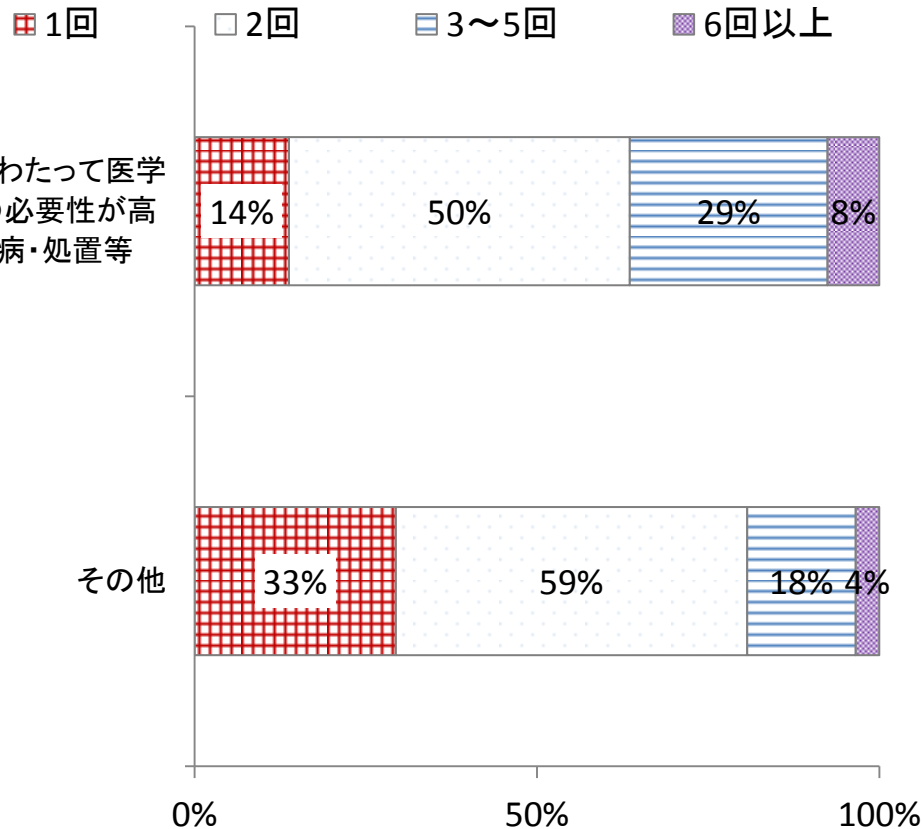


長期にわたって医学管理の必要性が高い疾病・処置等：難病、脊髄損傷、悪性新生物、重度の褥瘡患者の他、胃瘻・腸瘻、経鼻経管栄養、中心静脈栄養、膀胱カテーテル、人工肛門、人工呼吸器、気管切開、酸素療法、がん末期の疼痛管理、透析を実施している患者

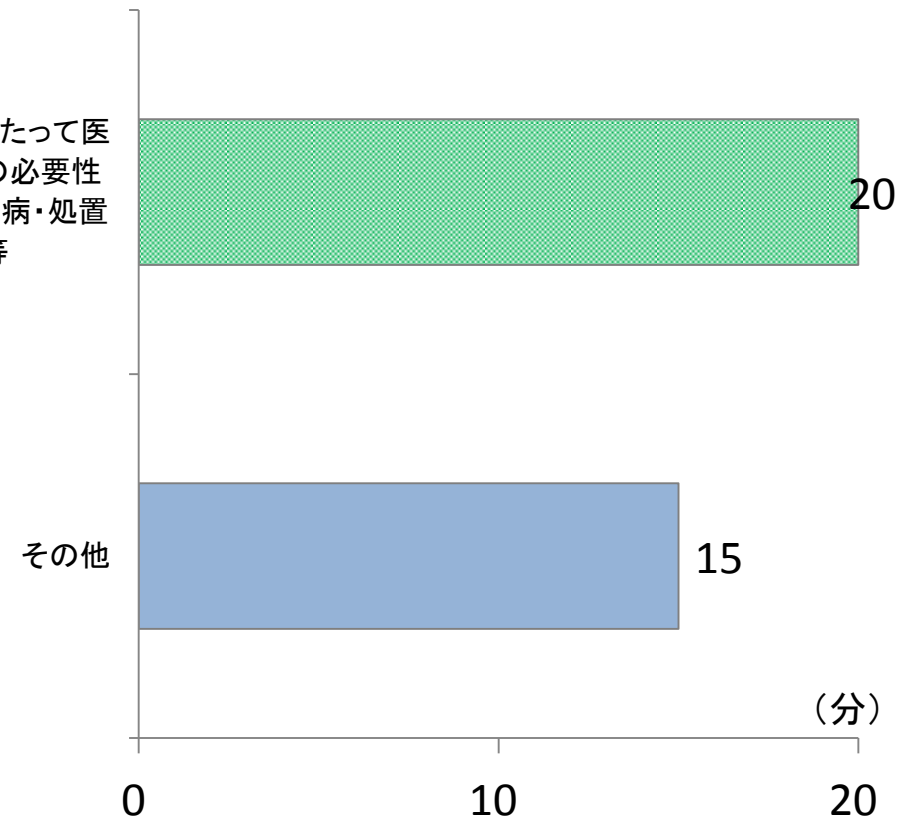
患者の状態による訪問回数・診療時間について

○ 長期にわたって医学管理の必要性が高い疾病・処置等に該当する患者では、その他の患者と比べて1か月の訪問回数が1回の患者が少なく、3回以上の患者が多かった。また、診療時間もその他の患者と比べて長い傾向がみられた。

＜1か月の訪問回数＞



＜訪問時の診療時間(中央値)＞

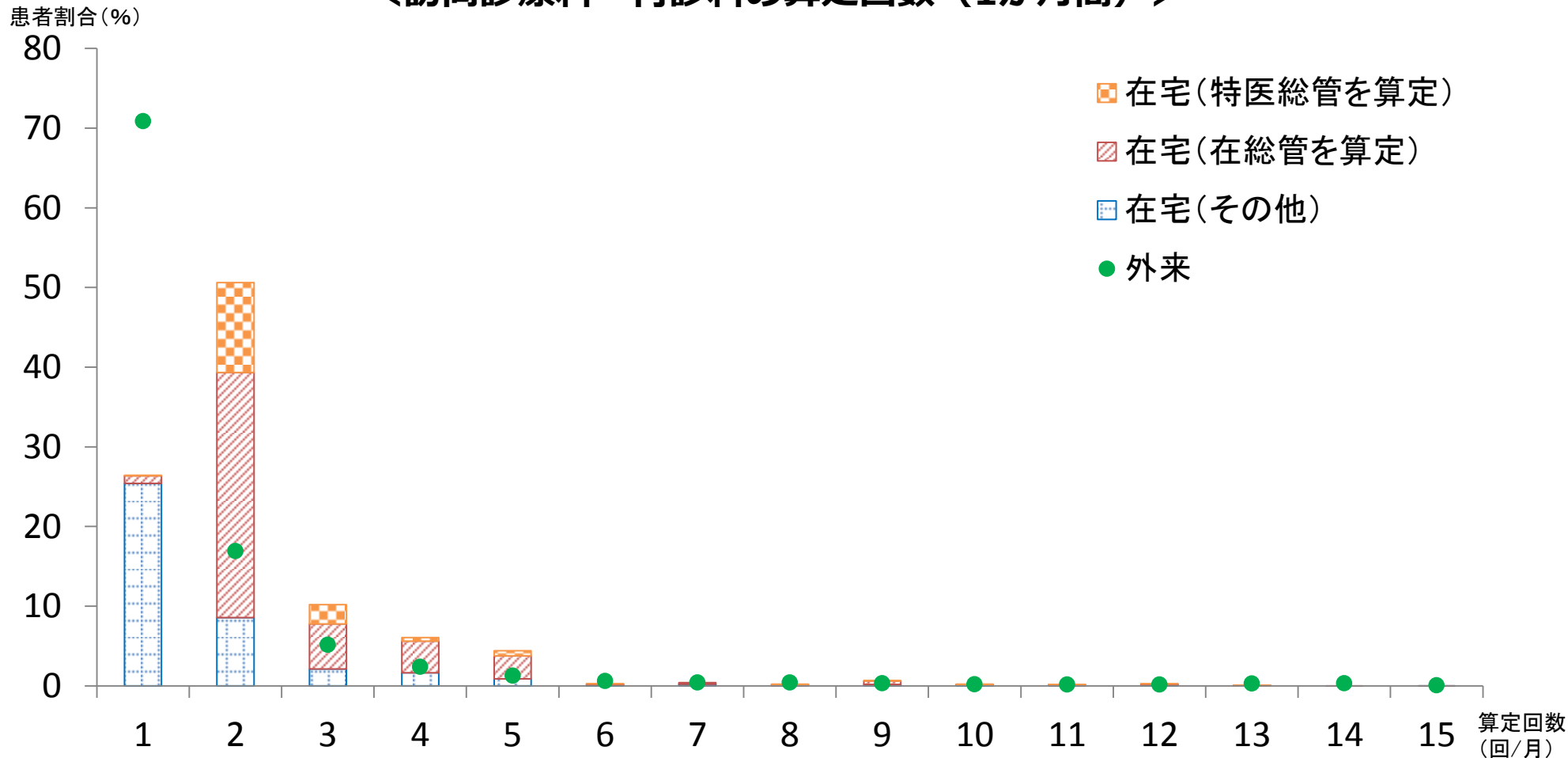


長期にわたって医学管理の必要性が高い疾病・処置等: 難病、脊髄損傷、悪性新生物、重度の褥瘡患者の他、胃瘻・腸瘻、経鼻経管栄養、中心静脈栄養、膀胱カテーテル、人工肛門、人工呼吸器、気管切開、酸素療法、がん末期の疼痛管理、透析を実施している患者

在宅医療における月当たりの診療回数について

○ 在宅医療における在宅患者訪問診療料の算定回数は、1か月間に「2回」という患者が過半数を超えており、外来医療における診療頻度とは異なる分布を示していた。

<訪問診療料・再診料の算定回数（1か月間）>

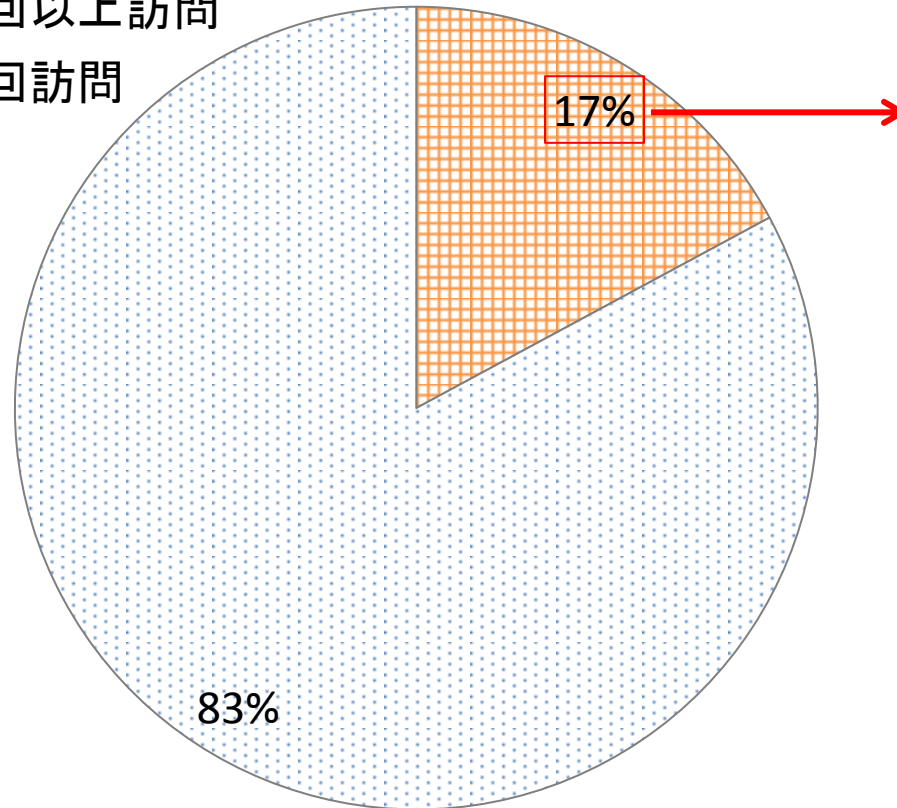


医学的に必要な回数以上に訪問を受けている患者について

○ 医学的に必要と考えられる訪問回数は月に1回であるにもかかわらず、月に2回以上訪問診療を受けている患者が17%存在した。また、これらの患者が抱える疾患は循環器疾患、脳血管疾患、認知症、糖尿病等が多かった。

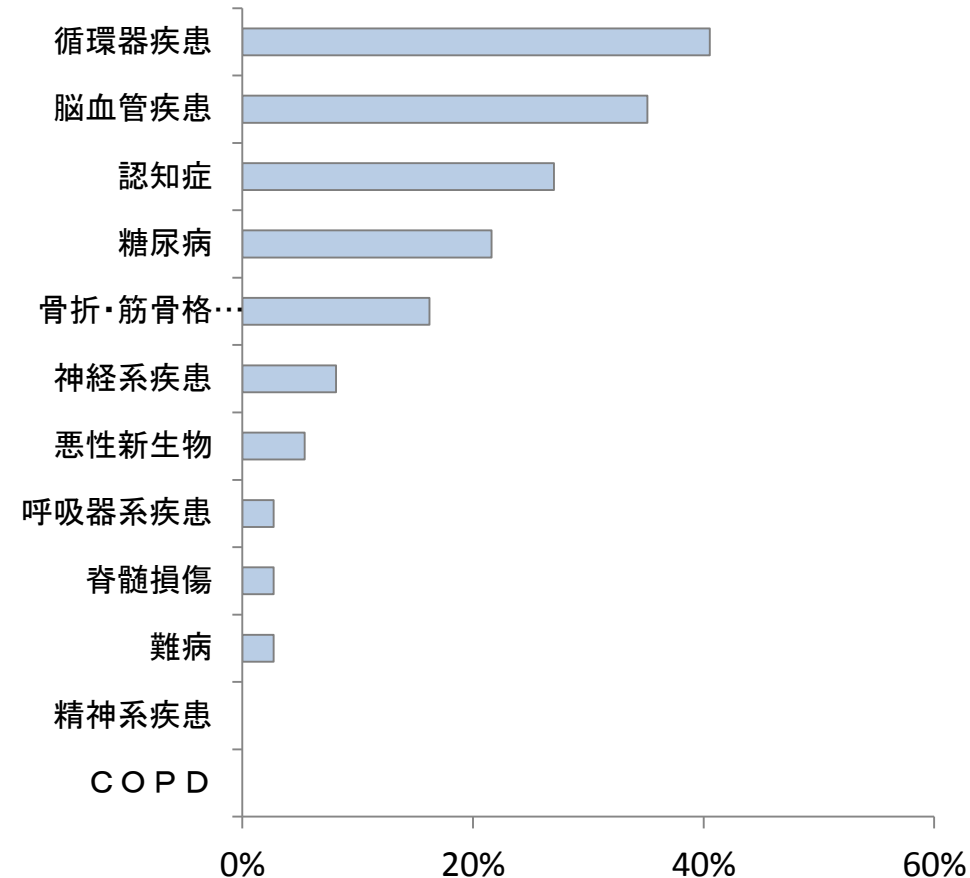
＜医学的に必要と考えられる訪問回数が月に1回の患者に対する実際の訪問回数＞

■ 2回以上訪問
■ 1回訪問



＜左記のうち訪問回数が2回以上の患者の疾患＞

※複数回答あり

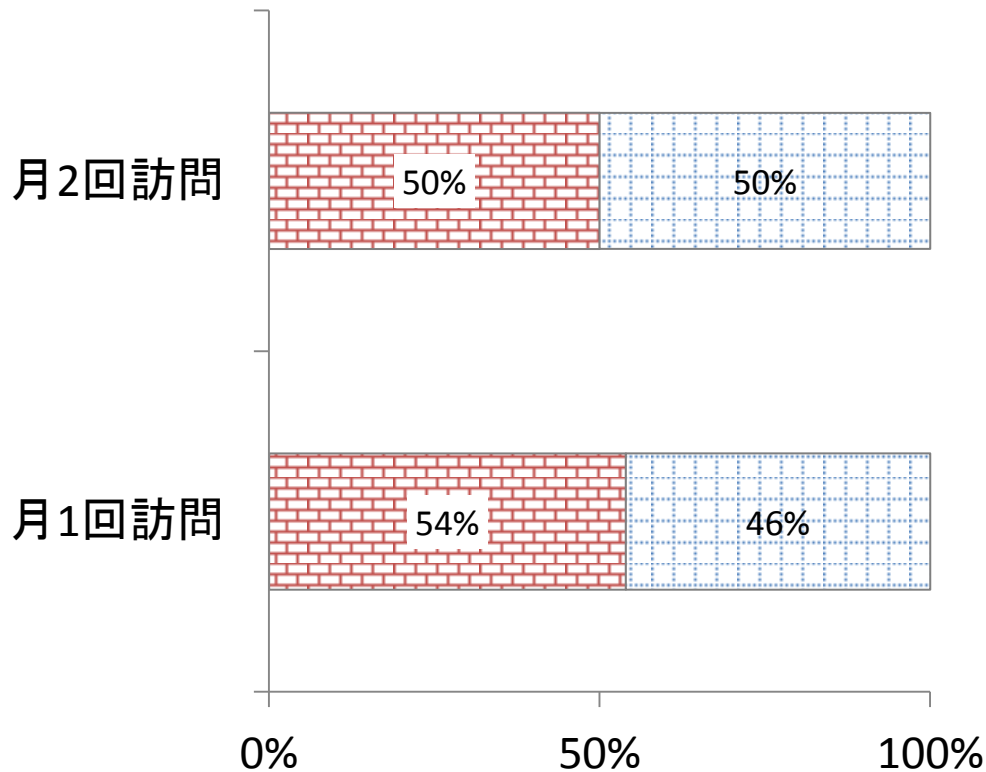


訪問回数による医療行為・診療時間について

○ 1か月に1回訪問した場合と2回訪問した場合とで、調査項目のうち「健康相談」「血圧・脈拍の測定」「服薬援助・管理」にのみ該当している患者の割合は概ね同等であった。また、診療時間が短い患者は、月1回訪問している患者よりも月2回訪問している患者の方に多くみられた。

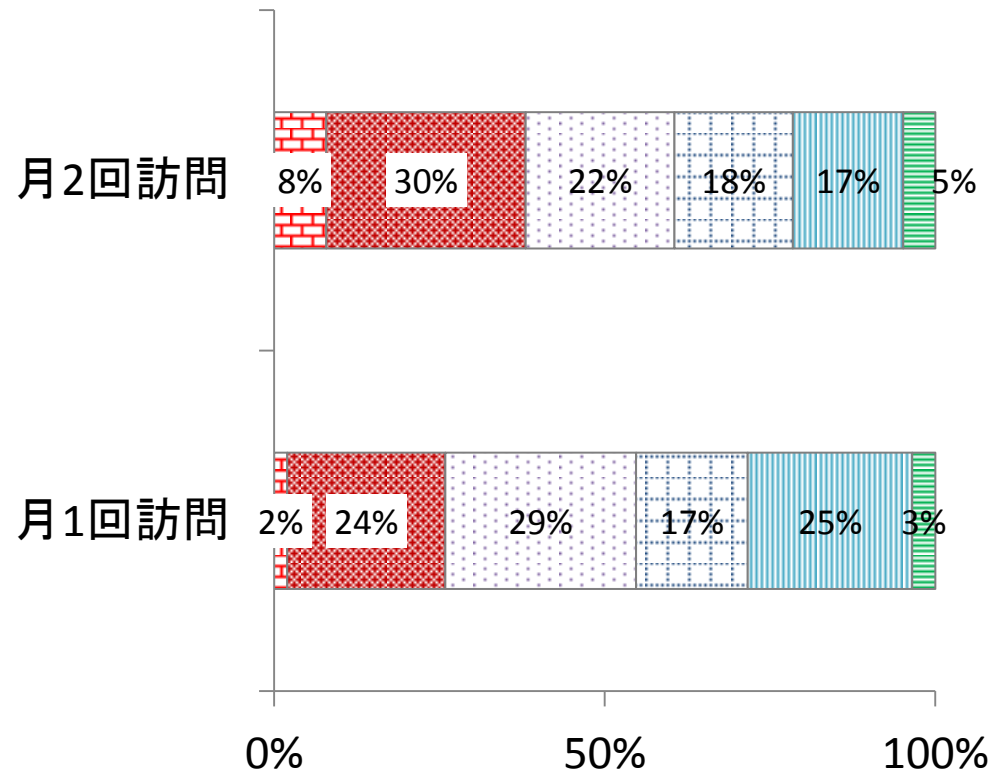
＜実施している医療行為＞

■ 「健康相談」「血圧・脈拍の測定」「服薬援助・管理」のみ実施
 □ その他の医療行為※を含むもの



＜訪問時の診療時間＞

■ 5分以下 ■ 10分 ■ 15分 ■ 20分 ■ 30分 ■ 30分超



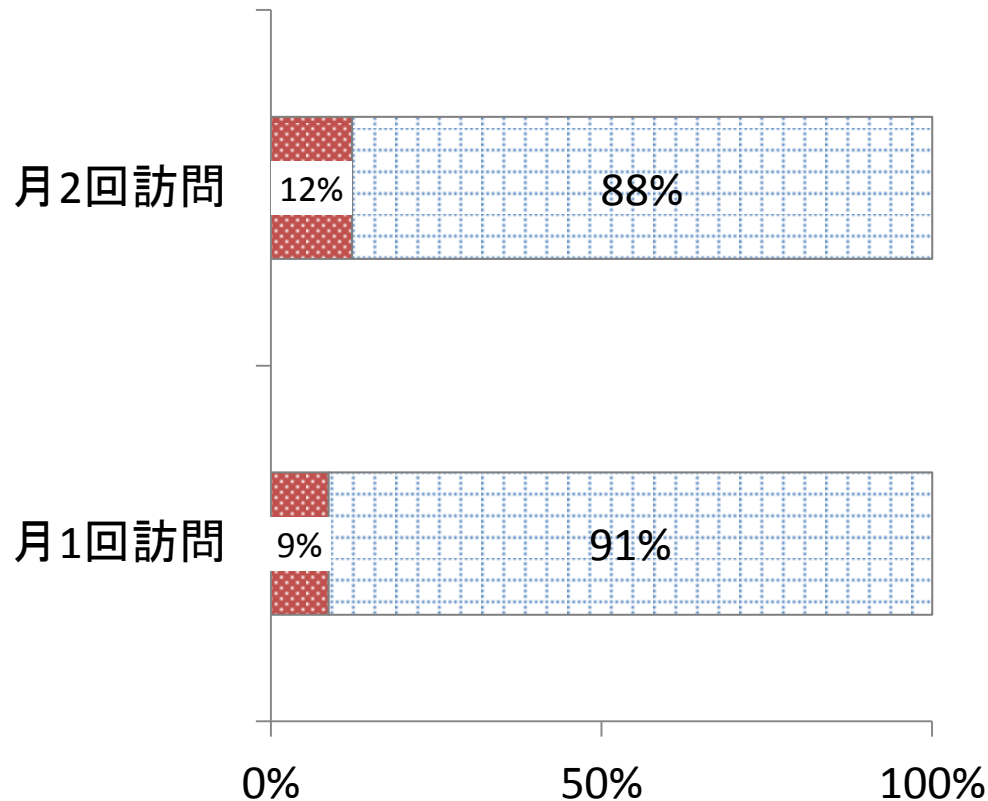
※その他の医療行為：胃ろう・腸ろう、経鼻経管栄養、吸入・吸引、ネブライザー、創傷処置、体位変換、浣腸・排便、褥瘡処置、インスリン注射、点滴・中心静脈栄養等、膀胱カテーテル、人工肛門等、人工呼吸器、気管切開、酸素療法、がん末期の疼痛管理、慢性疼痛の管理、透析、リハビリテーション、歯科医療等

訪問回数による入院・往診状況について

○ 1か月に1回訪問した場合と2回訪問した場合とで、1年間に入院した患者や往診を実施した患者の割合は概ね同等であった。

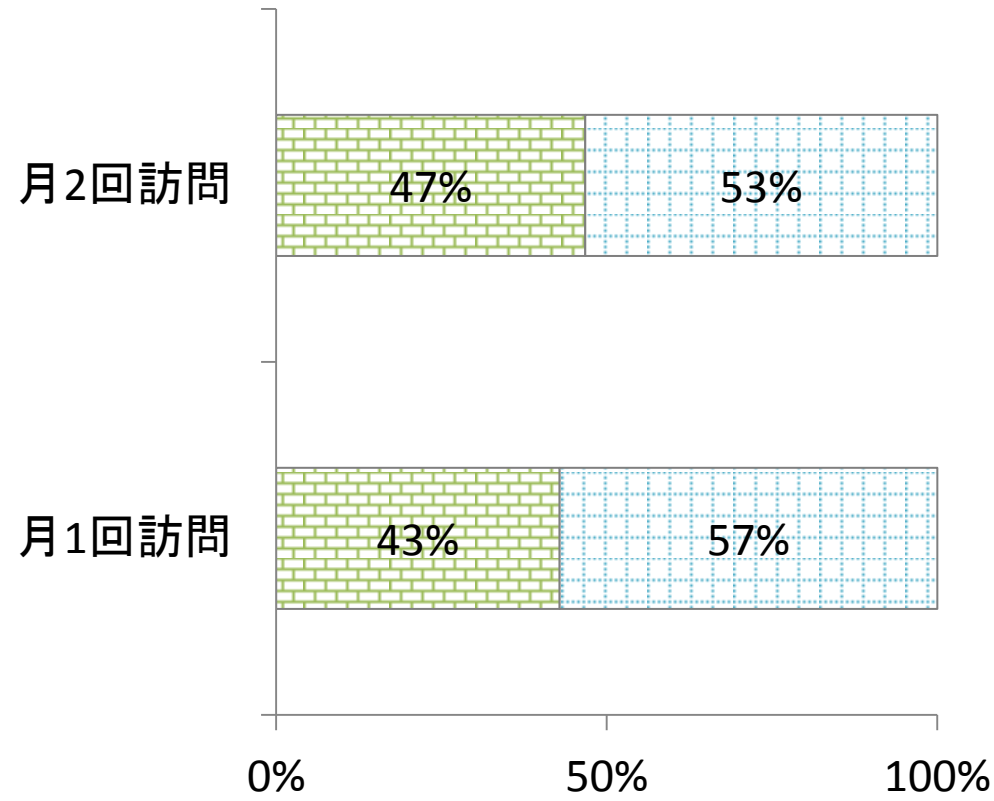
＜過去1年間に入院した患者の割合＞

■ 入院あり ■ 入院なし



＜過去1年間に往診を実施した患者の割合＞

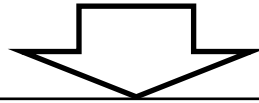
■ 往診あり ■ 往診なし



患者の状態に応じた評価のあり方について

【課題】

- 現在、在宅医療における医学的な管理に対する評価は、患者の疾患・状態等に関わらず概ね一律なものとなっているが、実際には、健康相談等のみが行われている患者から人工呼吸器等の医療行為を必要とする患者まで、幅広い患者像がみられる。
- 長期にわたって医学管理の必要性が高い疾病・処置等に該当する患者をその他の患者を比較した場合、これらの患者では過去1年間に入院した患者や往診の必要性が高い患者、1か月の訪問回数が多い患者の割合が高かった。また、訪問時の診療時間も長い傾向がみられた。
- 在宅医療における1か月の訪問回数は、在宅時医学総合管理料等が算定可能な1か月に2回の割合が高い。また、医学的に必要と考えられる訪問回数が1か月に1回であるにも関わらず、1か月に2回以上の訪問を行っている事例が一定程度みられた。
- 1か月に1回訪問した場合と2回訪問した場合とで、健康相談等にのみ該当する患者の割合や過去1年間に入院・往診を必要とした患者の割合に大きな違いはみられなかった。また、1回の訪問での診療時間は、1か月に2回訪問した患者の方が、1か月に1回訪問した患者よりも短い傾向がみられた。



【論点】

- 在宅医療では、比較的重症な患者から軽症な患者まで幅広い患者に対して診療が行われているが、別表7・8等に含まれている疾病・処置等を参考に、長期にわたって医学管理の必要性が高い患者について、疾患・状態等に応じた評価を行うこととしてはどうか。
- 在宅医療では、在宅時医学総合管理料等の要件となっている1か月に2回の訪問が多く行われているが、診療頻度によって患者の重症度に大きな違いがみられず、医学的に必要な回数を超えて診療が行われていることがあることから、1か月に1回の訪問による医学管理を評価することとしてはどうか。

イ. 患者の状態に応じた評価について

ロ. 患者の居住場所に応じた評価について

ハ. 小児在宅医療に対する評価について

平成26年度診療報酬改定①

在宅医療の適正化①

在宅医療を担う医療機関の量的確保とともに、質の高い在宅医療を提供していくために、保険診療の運用上、不適切と考えられる事例への対策を進める。

- 在宅時医学総合管理料(在総管)、特定施設入居時等医学総合管理料(特医総管)について、同一建物における複数訪問時の点数を新設し、評価を適正化するとともに、在支診・病以外の評価を引き上げる。

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



区分		機能強化型在支診・病				在支診・病		それ以外	
病床		病床有		病床無		—		—	
処方せん		処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無
在総管	同一	<u>1,200点</u>	<u>1,500点</u>	<u>1,100点</u>	<u>1,400点</u>	<u>1,000点</u>	<u>1,300点</u>	<u>760点</u>	<u>1060点</u>
	同一以外	5,000点	5,300点	4,600点	4,900点	4,200点	4,500点	<u>3,150点</u>	<u>3,450点</u>
特医総管	同一	<u>870点</u>	<u>1,170点</u>	<u>800点</u>	<u>1,100点</u>	<u>720点</u>	<u>1,020点</u>	<u>540点</u>	<u>840点</u>
	同一以外	3,600点	3,900点	3,300点	3,600点	3,000点	3,300点	<u>2,250点</u>	<u>2,550点</u>

平成26年度診療報酬改定②

在宅医療の適正化②

- 保険医療機関等が経済的誘引による患者紹介を受けることを禁止する。
- 訪問診療料の要件を厳格化するとともに、同一建物における評価を引き下げる。

【改定前】

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



【改定後】

訪問診療料1(同一建物以外)	833点
訪問診療料2(特定施設等)	<u>203点</u>
訪問診療料2(上記以外の同一建物)	<u>103点</u>

※同一建物居住者であっても、医師が同一日に一人しか診療しない場合は、同一建物以外の点数(833点)を算定する

[算定要件]

- ① 同一建物の場合の訪問診療料(在総管、特医総管)を算定した場合は、訪問診療を行った日における、当該医師の在宅患者診療時間、診療場所及び診療人数等について記録し、診療報酬明細書に添付すること。
- ② 訪問診療を行うことについて、患者の同意を得ること。
- ③ 訪問診療が必要な理由を記載すること。
- ④ 同一建物の複数訪問であっても、下記の患者については、患者数としてカウントを行わない。
 - 1) 往診を実施した患者
 - 2) 末期の悪性腫瘍の患者と診断された後、訪問診療を行い始めた日から60日以内の間
 - 3) 死亡日からさかのぼって30日以内の患者
- ⑤ 特定施設、グループホーム等においては、同一建物で同一日に算定する患者のカウントについて、医療機関単位でなく医師単位(ただし、医師3人までに限る。)とする。

居住場所に応じた評価のあり方に関する論点

○ 患者の 居住場所に応じた評価のあり方についてどう考えるか。

- 居宅等との違いや入居者の患者像等を踏まえ、高齢者向け集合住宅のうち、特定施設等に入居している患者と特定施設等に該当しない施設に入居している患者に対する医学管理の評価についてどう考えるか。
- 1人当たりの診療・移動時間等を踏まえ、同一建物での評価を診療人数ごとに細分化することについてどう考えるか。
- 同一建物における管理料の減額評価について、同一日に診療を行った場合にのみ適用されることから、効率性の低い診療が実施されていることについてどう考えるか。

居住場所による在宅医療の評価体系（現行のイメージ）

中医協 総－4

27.5.27

○ 在宅医療の評価（在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料、訪問診療料の合計）は、①特定施設等への居住の有無、②同一建物への同一日の訪問の有無、によって区分されており、報酬上の評価はA>B>C>Dとなっている。

		戸建て住宅	アパート・団地等	特定施設等以外の 高齢者向け集合住宅 ※看護職員なし	特定施設等 ※看護職員あり
評価体系		① 高 ← 低 →			
同一建物の訪問	同一建物以外	A-1 一人 夫婦等二人	A-2 居住者一人を診療 	A-3 入所者一人を診療 	B-1 入所者一人を診療
	同一建物	A-4 居住者数人を別の日に診療 	A-5 多くの入所者を別の日に診療 	B-2 多くの入所者を別の日に診療 	D 多くの入所者を同日に診療
		② 高 ↑ 低 ↓			
			C-1 居住者数人を同日に診療 	C-2 多くの入所者を同日に診療 	

※同一建物の複数の患者に対し、敢えて別の日に訪問診療を行うことで「同一建物居住者以外の場合」として算定できる。

※特定施設等以外の高齢者向け住まいについては戸建て住宅等と同様の評価となっている。

高齢者向け集合住宅について

○ 高齢者向け集合住宅における医学管理に対する評価は以下のとおり。

- ・ 特定施設入居時等医学総合管理料の対象施設: 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、特定施設
- ・ 在宅時医学総合管理料の対象施設: 特定施設ではない有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅、認知症グループホーム

特定施設入居時等医学総合管理料の対象施設

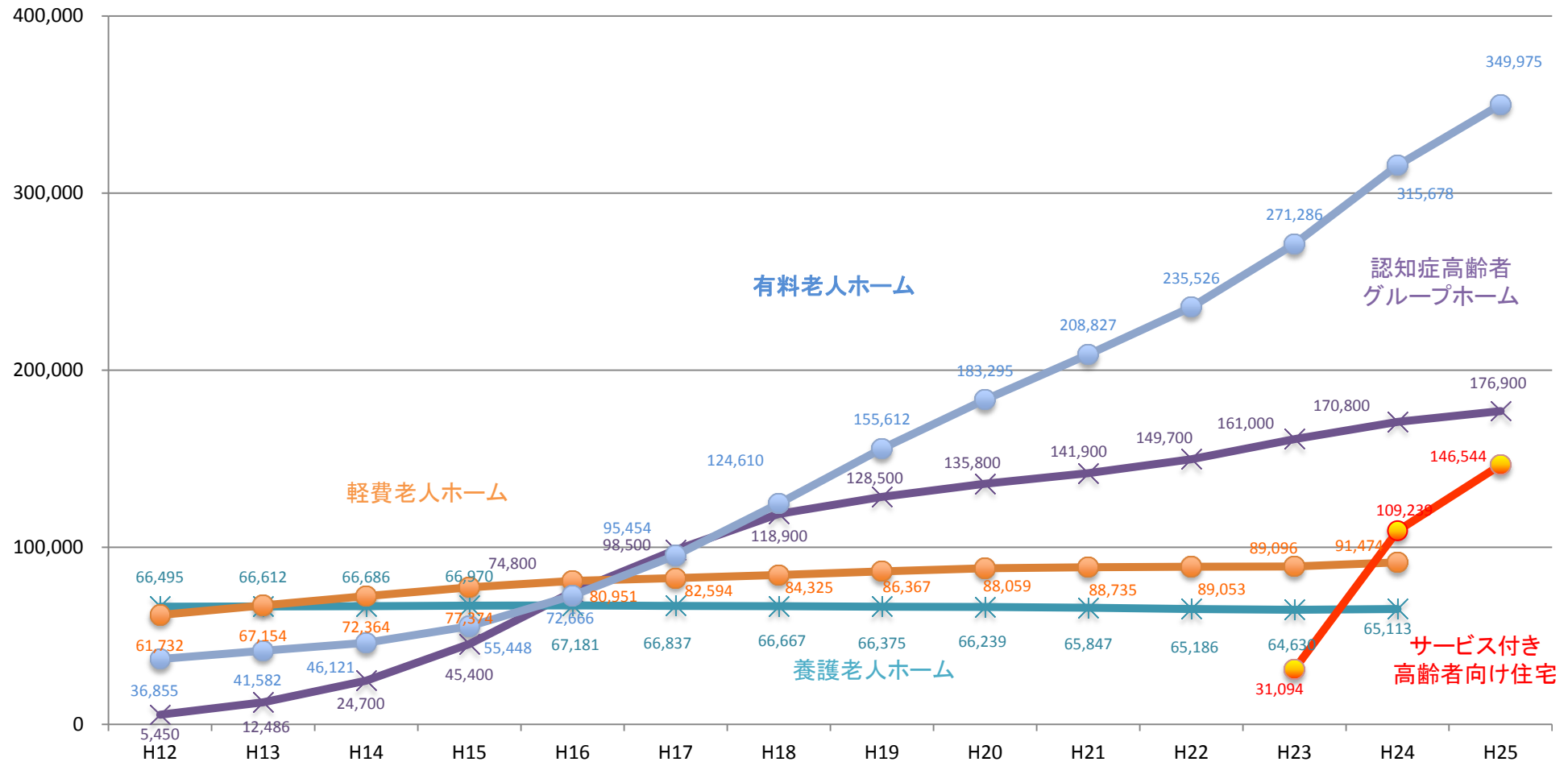
在宅時医学総合管理料の対象施設

	①認知症高齢者 グループホーム	②サービス付き 高齢者向け住宅	③有料老人ホーム	④軽費老人ホーム	⑤養護老人ホーム
根拠法	老人福祉法第5条の2 第6項	高齢者住まい法第5条	老人福祉法第29条	社会福祉法第65条 老人福祉法第20条の6	老人福祉法第20条の4
基本的性格	認知症高齢者のための共同生活住居	高齢者のための住居	高齢者のための住居	低所得高齢者のための住居	環境的、経済的に困窮した高齢者の入所施設
定義	入居者について、その共同生活を営むべき住居において、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うもの	高齢者向けの賃貸住宅又有料老人ホーム、高齢者を入居させ、状況把握サービス、生活相談サービス等の福祉サービスを提供する住宅	老人を入居させ、入浴、排せつ若しくは食事の介護、食事の提供、洗濯、掃除等の家事、健康管理をする事業を行う施設	無料又は低額な料金で、老人を入所させ、食事の提供その他日常生活上必要な便宜を供与することを目的とする施設	入居者を養護し、その者が自立した生活を営み、社会的活動に参加するために必要な指導及び訓練その他の援助を行うことを目的とする施設
介護保険法上の 類型	認知症対応型 共同生活介護	なし ※外部サービスを活用	特定施設入居者生活介護 ※外部サービスの活用も可		
主な設置主体	限定なし (営利法人中心)	限定なし (営利法人中心)	限定なし (営利法人中心)	地方公共団体 社会福祉法人 知事許可を受けた法人	地方公共団体 社会福祉法人
対象者	要介護者/要支援者であって認知症である者（その者の認知症の原因となる疾患が急性の状態にある者を除く。）	次のいずれかに該当する単身・夫婦世帯 ・ 60歳以上の者 ・ 要介護/要支援認定を受けている60歳未満の者	老人 ※老人福祉法上、老人に関する定義がないため、解釈においては社会通念による	身体機能の低下等により自立した生活を営むことについて不安であると認められる者であって、家族による援助を受けることが困難な60歳以上の者	65歳以上の者であって、環境上及び経済的理由により居宅において養護を受けることが困難な者
1人当たり面積	7.43㎡	25㎡ など	13㎡ (参考値)	21.6㎡ (単身) 31.9㎡ (夫婦) など	10.65㎡

高齢者向け集合住宅の推移

○ 有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅を中心に、高齢者向け集合住宅は増加傾向にある。

(単位: 人・床)



※1: 認知症高齢者グループホームは、「介護サービス施設・事業所調査(10/1時点)【H12・H13】」及び「介護給付費実態調査(10月審査分)【H14~】(定員数ではなく利用者数)」による。

※2: 認知症高齢者グループホームは、H12~H16は痴呆対応型共同生活介護、H17~は認知症対応型共同生活介護により表示。

※3: 養護老人ホーム・軽費老人ホームは、「H24社会福祉施設等調査(10/1時点)」による。ただし、H21~H23は調査票の回収率から算出した推計値であり、H24は基本票の数値。

※5: 有料老人ホームは、厚生労働省老健局の調査結果(7/1時点)による。

※6: サービス付き高齢者向け住宅は、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム(3/31時点)」による。

居住場所による診療状況の違いについて

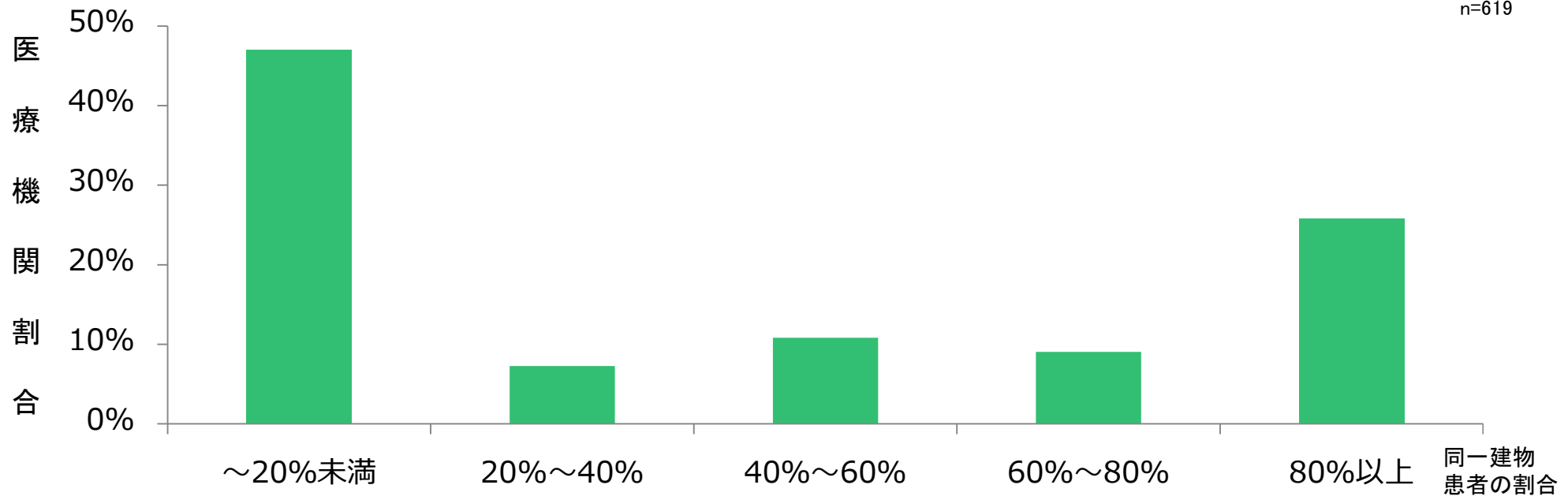
○ 高齢者向け集合住宅と居宅等とでは、一施設当たりの患者数や人工呼吸器の管理等が必要な重症患者の割合等在宅医療の実施状況に違いがみられる。

	高齢者向け集合住宅 (サ高住・有料老人ホーム・養護老人ホーム・軽費老人ホーム・認知症グループホーム)	居宅等 (戸建て・マンション・アパート・団地等)
一施設当たりの患者数	17.9人 (最大:260人)	1.2人 (最大:5人)
同居家族の割合	7%	83%
人工呼吸器・気管切開の割合	1%	4%
別表7の該当患者割合	11%	19%
1年間に緊急往診をした患者の割合	41%	50%
1年間に緊急入院をした患者の割合	8%	14%

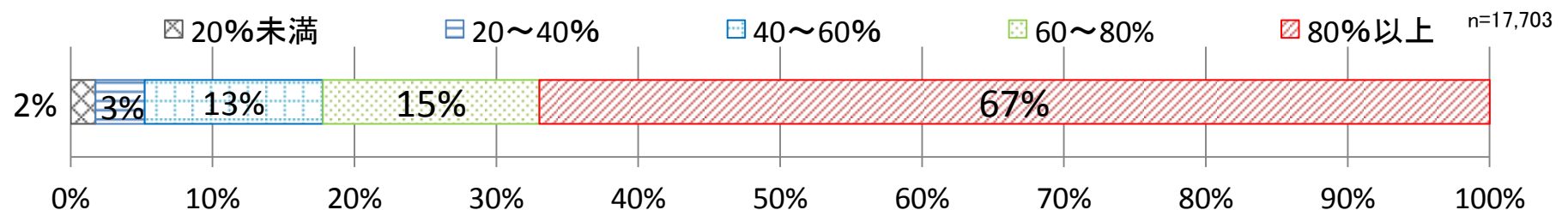
同一建物での診療状況

- 在宅医療を実施する医療機関について、同一建物患者の診療が20%未満であり「居宅等を中心に診療を行っている施設」と、同一建物患者の診療が80%以上であり「高齢者向け集合住宅等を中心に診療を行っている施設」に二極化している傾向がみられる。
- 同一建物患者の大部分は、高齢者向け集合住宅等を中心に診療している医療機関により診療されている。

＜同一建物患者の診療状況別の医療機関分布＞



＜同一日に同一建物で複数の患者になされる診療のうち、上記の各群の医療機関が実施する割合＞



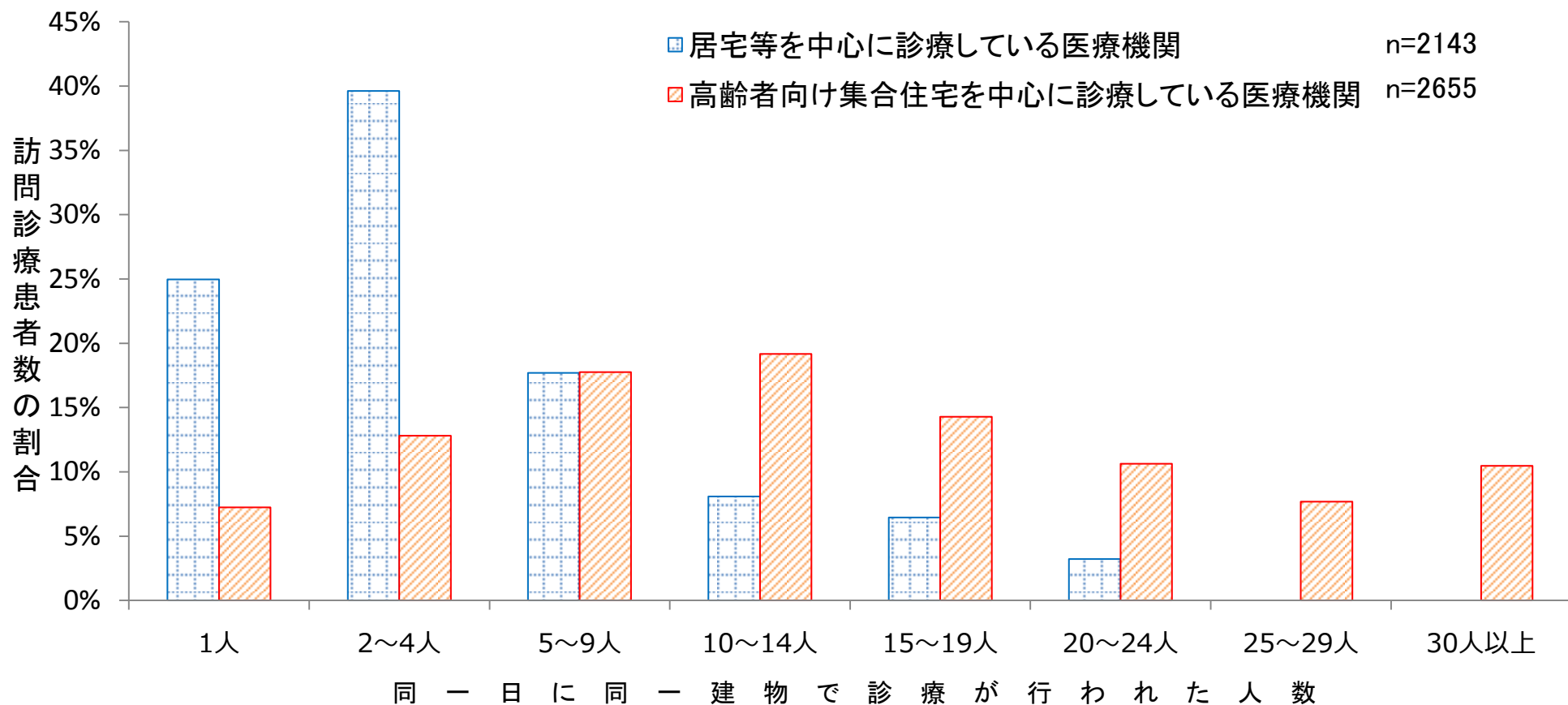
同一日に同一建物で診療した患者数について

中医協 総－4

27. 5. 27

- 居宅等を中心に診療している医療機関では、同一日に同一建物で診療をしている患者数は数人以内である場合が大部分を占めるが、高齢者向け集合住宅を中心に診療している医療機関では、同一日に同一建物で10人以上の患者を診療している場合が多い。

＜同一日・同一建物での診療人数別の訪問診療患者数の割合＞



※居宅等を中心に診療を行っている医療機関:複数の患者がいる建物での診療が20%未満

高齢者向け集合住宅を中心に診療を行っている医療機関:複数の患者がいる建物での診療が80%以上

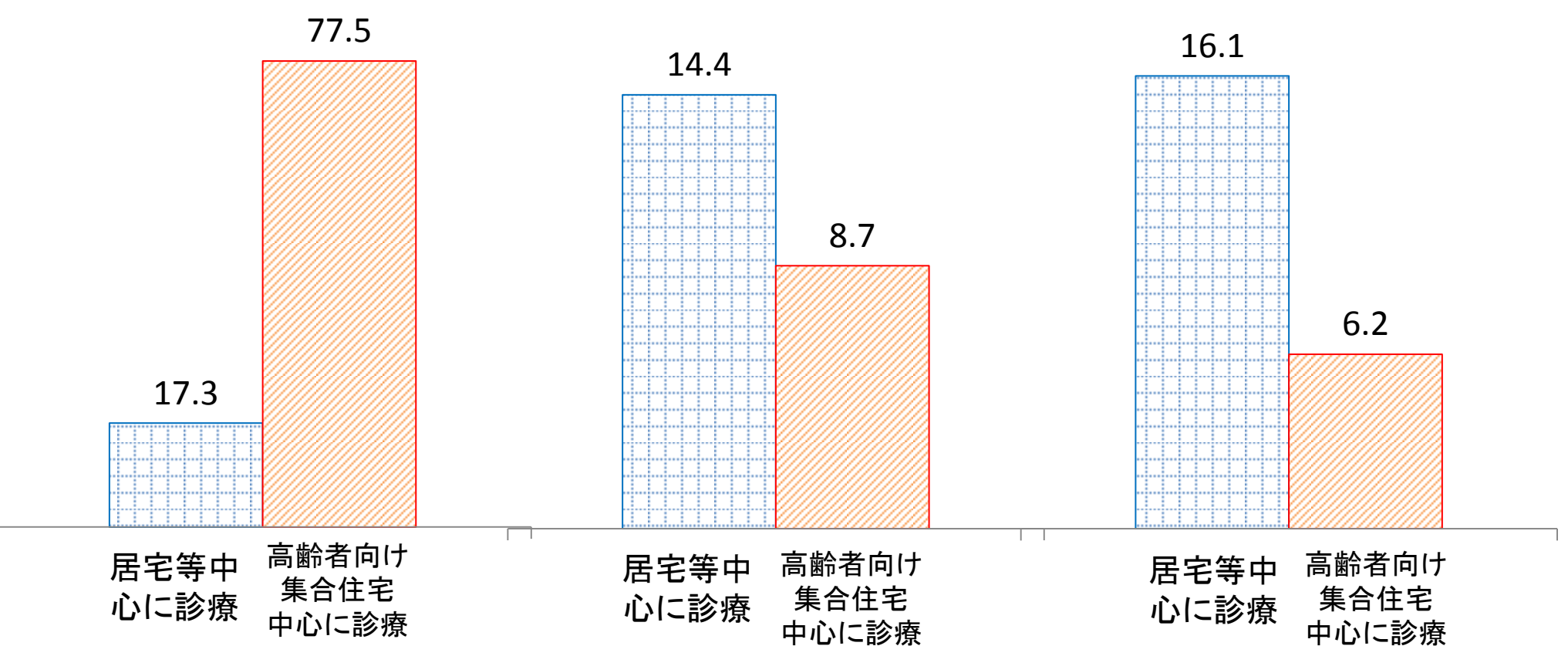
居宅等／高齢者向け集合住宅を中心に診療している医療機関の診療状況

○ 高齢者向け集合住宅を中心に診療している医療機関では、居宅等を中心に診療している医療機関と比べて、一医療機関当たりの患者数が多く、重症者や看取りに至る患者の割合は小さい傾向がみられた。

＜医療機関の平均患者数＞

＜直近1年間に入院した患者数＞
※100人当たり患者数

＜医療機関のターミナルケア加算算定回数＞
※100人当たり算定回数



※居宅等を中心に診療を行っている医療機関：複数の患者がいる建物での診療が20%未満
 高齢者向け集合住宅を中心に診療を行っている医療機関：複数の患者がいる建物での診療が80%以上

1. 制度の概要

- 特定施設入居者生活介護とは、特定施設に入居している要介護者を対象として行われる、日常生活上の世話、機能訓練、療養上の世話のことであり、介護保険の対象となる。
- 特定施設の対象となる施設は以下のとおり。
 - ① 有料老人ホーム(基準を満たす一部のサービス付き高齢者向け住宅を含む) ② 軽費老人ホーム(ケアハウス)
 - ③ 養護老人ホーム

2. 人員基準

- 管理者— 1人[兼務可] ○ 生活相談員— 要介護者等:生活相談員=100:1
- 看護・介護職員— ①要支援者:看護・介護職員=10:1 ②要介護者:看護・介護職員=3:1
- 機能訓練指導員— 1人以上[兼務可] ○ 計画作成担当者— 介護支援専門員1人以上[兼務可]

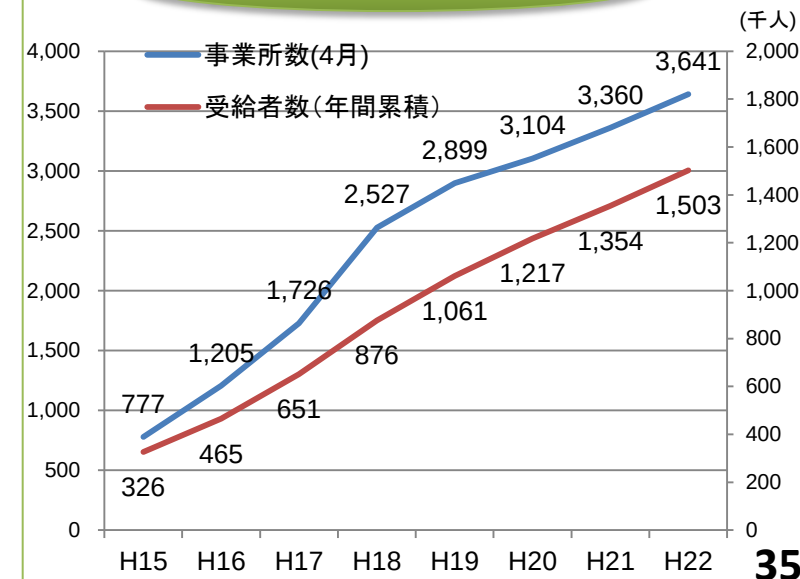
※ただし看護職員は要介護者等が30人までは1人、30人を超える場合は、50人ごとに1人

※ただし、要介護者等:計画作成担当者100:1を標準

3. 設備基準

- ① 介護居室:・原則個室・プライバシーの保護に配慮、介護を行える適当な広さ・地階に設けない等
- ② 一時介護室:介護を行うために適当な広さ
- ③ 浴室:身体の不自由な者が入浴するのに適したもの
- ④ 便所:居室のある階ごとに設置し、非常用設備を備える
- ⑤ 食堂、機能訓練室:機能を十分に発揮し得る適当な広さ
- ⑥ 施設全体:利用者が車椅子で円滑に移動することが可能な空間と構造

請求事業所・受給者の推移



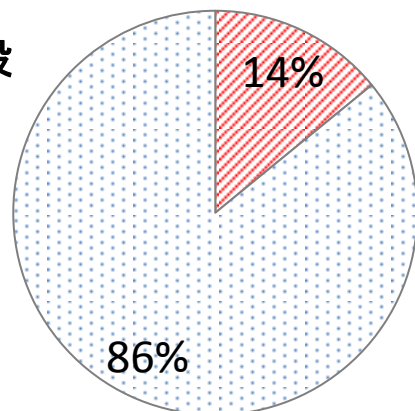
特定施設／特定施設以外の集合住宅における入居者像

○ 特定施設等以外の高齢者向け集合住宅では、特定施設と比べて医療処置を必要とする入所者の割合はやや低く、「創傷の処置」や「胃ろう・腸ろうの管理」等の入所者の割合が低かった。

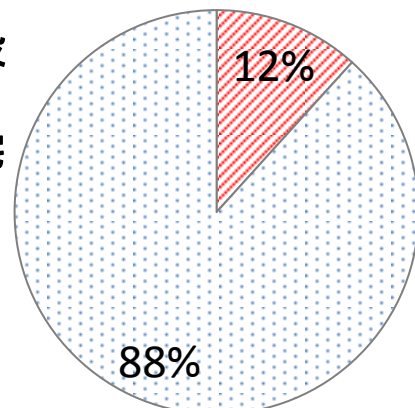
＜医療処置が必要な入所者の割合＞

■ いずれかの医療処置を実施 □ 該当医療処置なし

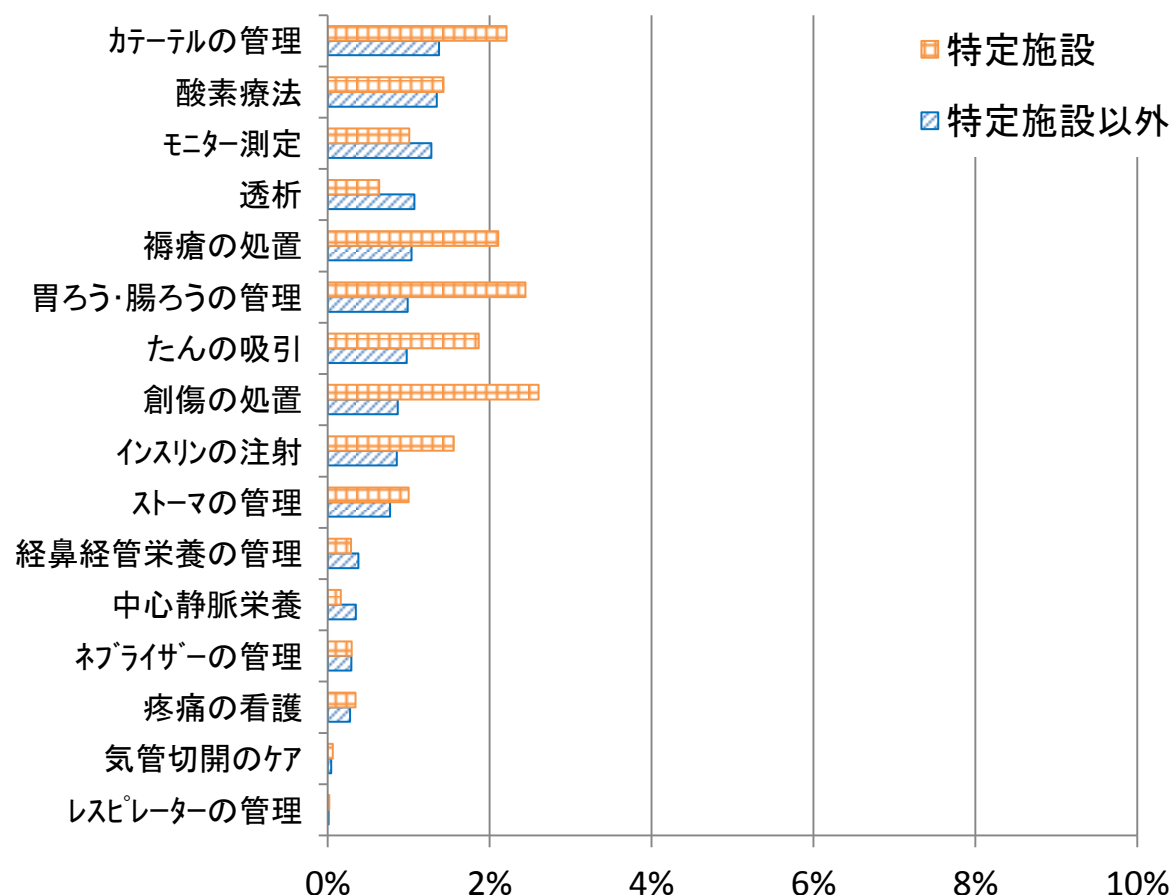
特定施設



特定施設
以外の
集合住宅



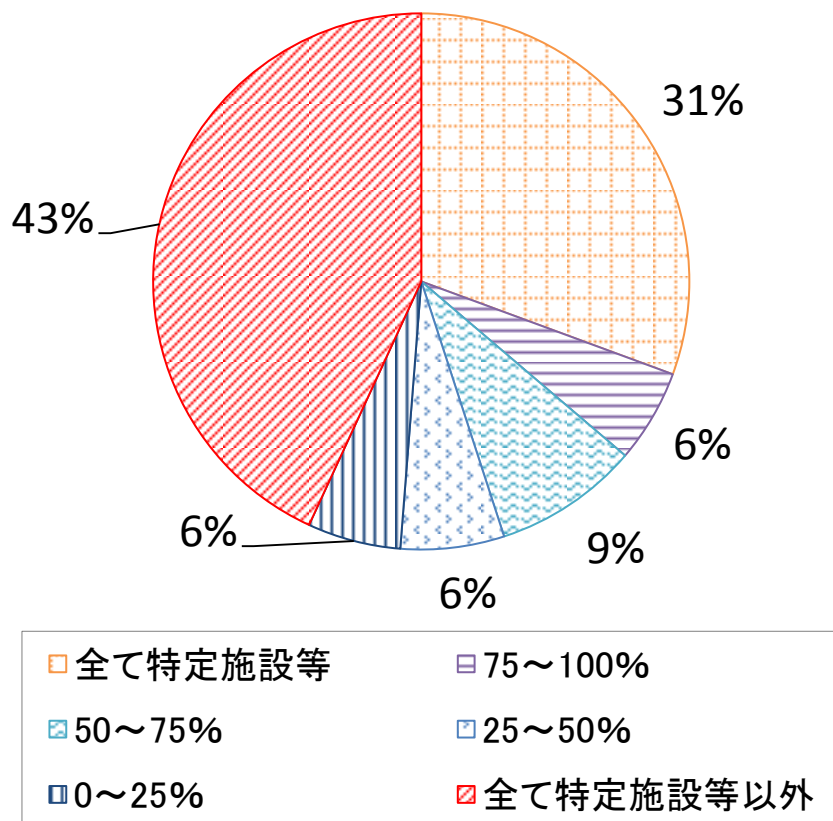
＜医療処置別の入所者割合＞



特定施設／特定施設以外の集合住宅での診療における医療資源の投入

- 訪問している高齢者向け集合住宅が「特定施設等のみの医療機関」と「特定施設等以外の施設のみの医療機関」では、自院からの看護師の同行割合は概ね同等であり、患者の診療・移動時間は「特定施設等以外の施設のみの医療機関」の方が短い。

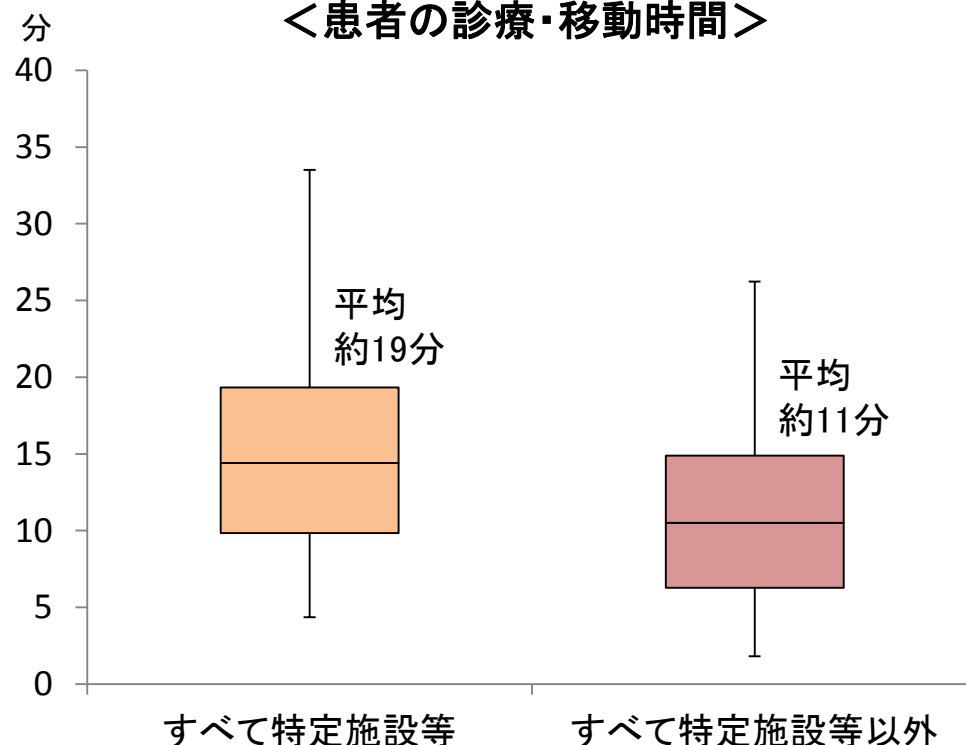
＜訪問先の高齢者向け集合住宅の内訳※＞ (集合住宅を中心に診療している医療機関の分布)



＜訪問診療時の看護師の同行＞

	訪問先の高齢者向け住まいは全て特定施設等	訪問先の高齢者向け住まいは全て特定施設等以外
看護師の同行	61.4%	63.1%

＜患者の診療・移動時間＞



※ 同一建物患者の診療が80%以上の医療機関について、訪問している高齢者向け集合住宅のうち特定施設等が占める割合別に集計

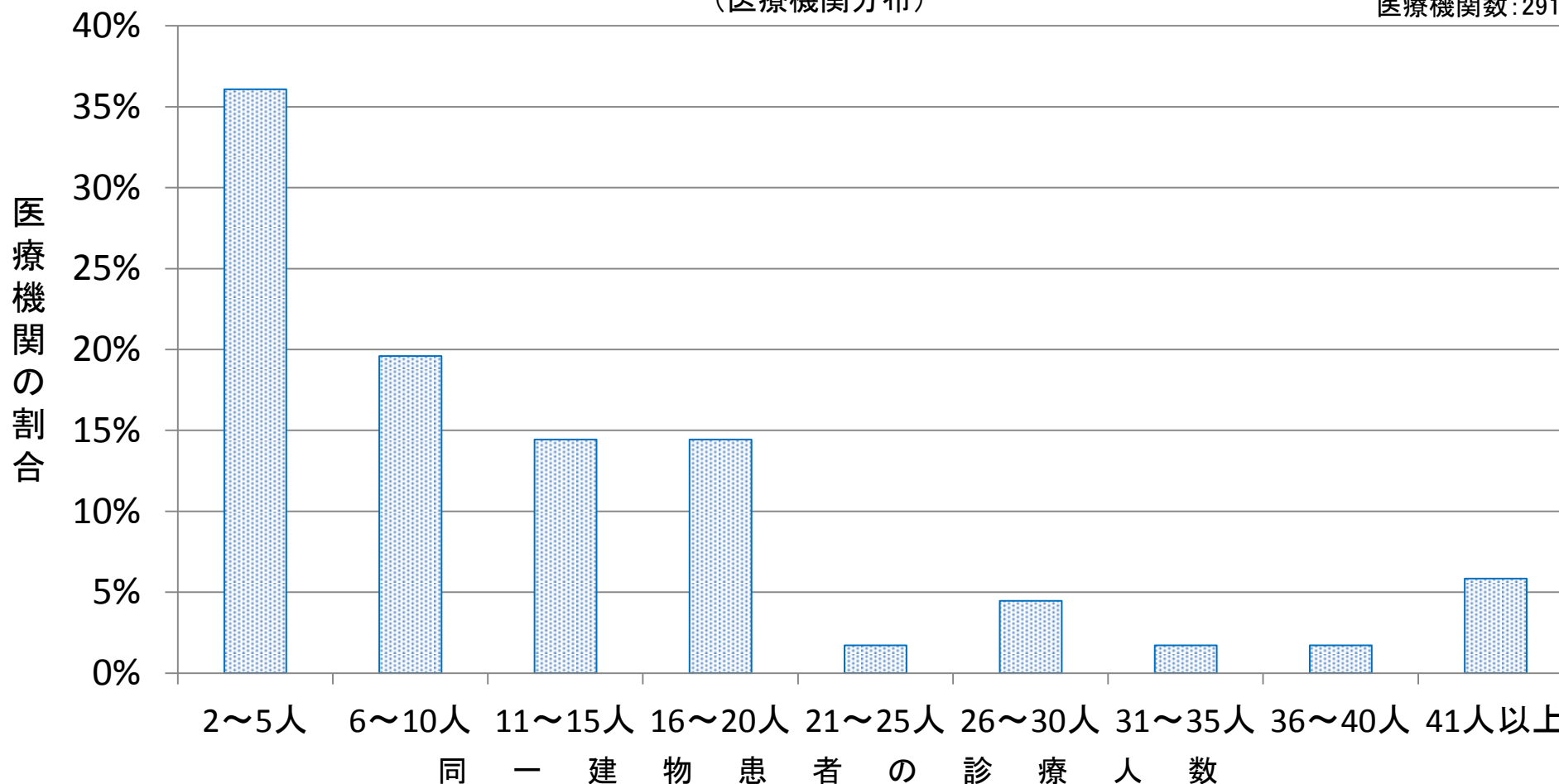
同一建物患者の診療状況について

○ 医師が1日に診療する同一建物患者の人数について、前回改定時に指摘されたように40人以上を診療している医療機関が存在する一方、数人程度を診療している医療機関も存在し、その実態は多様である。

＜医師が1日に診療した同一建物患者の人数＞

(医療機関分布)

医療機関数: 291

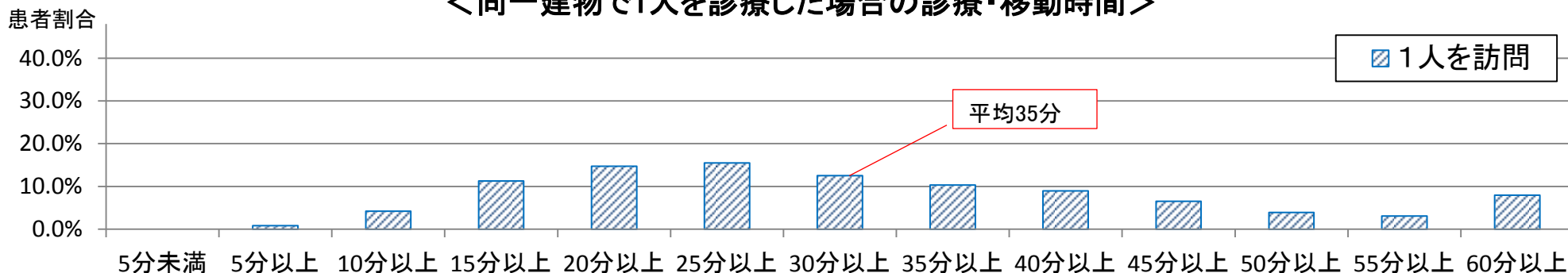


同一建物における診療人数ごとの診療・移動時間

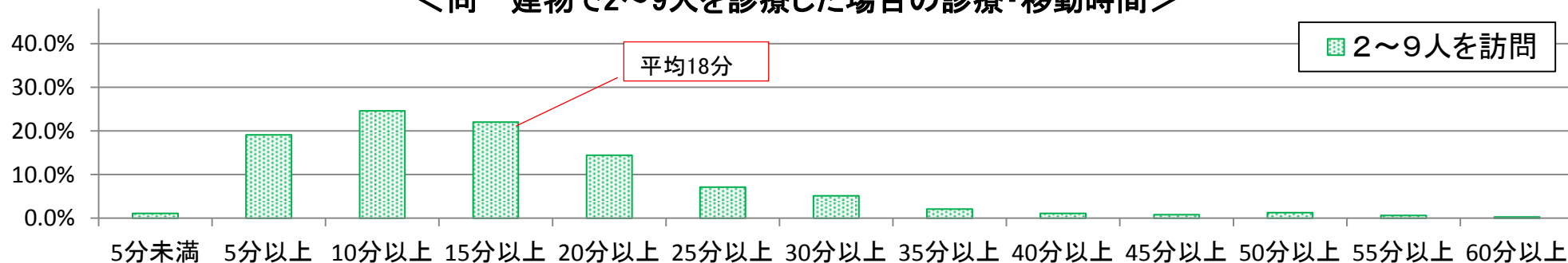
中医協 総－4
27. 5. 27

○ 患者の診療・移動時間について、同一日に同一建物で1人のみ診療する場合には患者一人当たり平均35分を要するが、同一日に同一建物で診療する人数が増えるにつれ、患者一人当たりには要する時間は効率化する傾向にある。

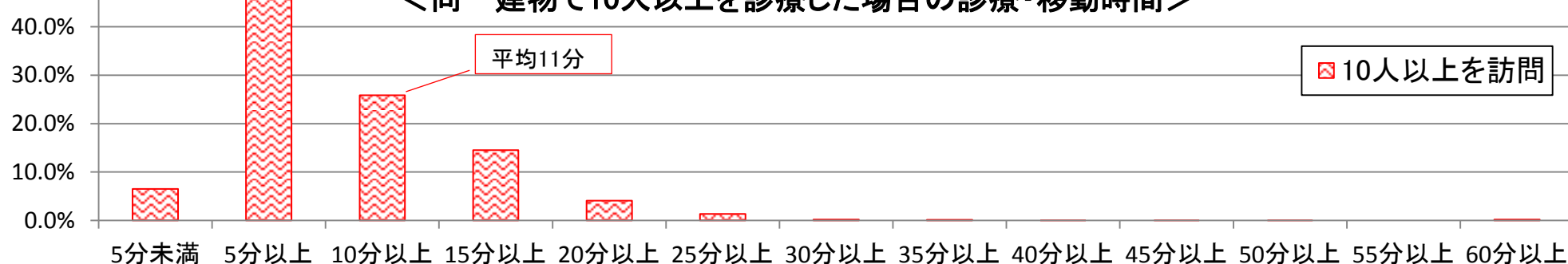
＜同一建物で1人を診療した場合の診療・移動時間＞



＜同一建物で2～9人を診療した場合の診療・移動時間＞



＜同一建物で10人以上を診療した場合の診療・移動時間＞



同一建物の場合を算定する基準について

- ◆ 同一建物における管理料(在総管、特医総管)の減額は、月1回以上、訪問診療料の「同一建物以外の場合」(833点)を算定した場合は行わない。

(例)

1回目: 訪問診療料(同一建物以外の場合)

2回目: 訪問診療料(同一建物の場合) → 同一建物以外の管理料(在総管・特医総管)を算定

1回目: 訪問診療料(同一建物の場合)

2回目: 訪問診療料(同一建物の場合) → 同一建物の管理料(在総管・特医総管)を算定

在宅患者訪問診療の例（イメージ）

中医協 総－4
27. 5. 27

例えば、以下のように、患者①－⑨すべての患者が、1度は訪問診療（同一建物以外）を算定している場合には、高い管理料（同一建物以外）を算定可能となっている。

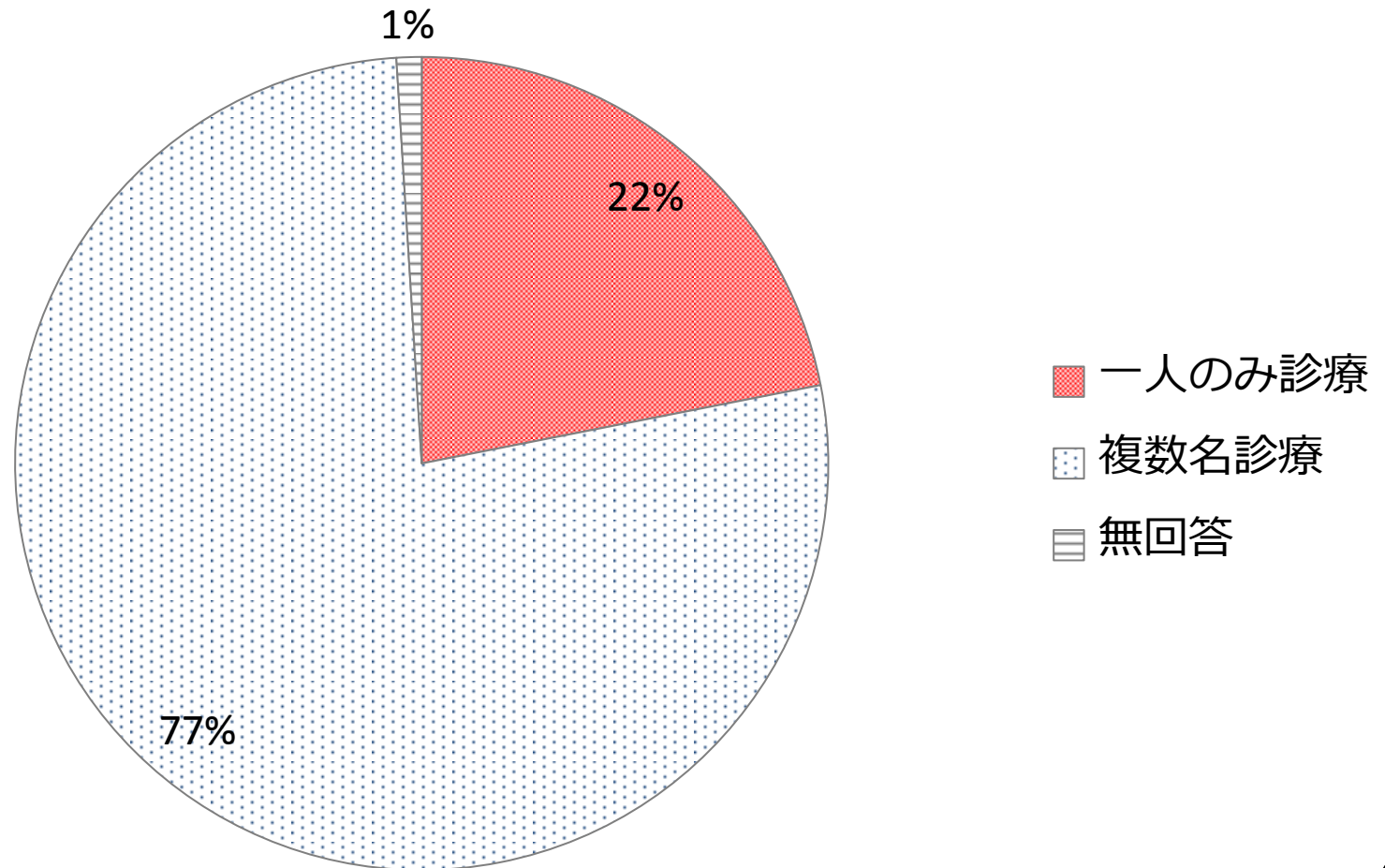
入居者9名の場合の例

月	火	水	木	金	土	日
1	2	3	4	5	6	7
		①②③④⑤ ⑥⑦⑧⑨ 訪問診療 (同一建物)				
8	9	10	11	12	13	14
患者① 訪問診療 (同一建物以外)		患者② 訪問診療 (同一建物以外)		患者③ 訪問診療 (同一建物以外)		
15	16	17	18	19	20	21
患者④ 訪問診療 (同一建物以外)		患者⑤ 訪問診療 (同一建物以外)		患者⑥ 訪問診療 (同一建物以外)		
22	23	24	25	26	27	28
患者⑦ 訪問診療 (同一建物以外)		患者⑧ 訪問診療 (同一建物以外)		患者⑨ 訪問診療 (同一建物以外)		

複数の患者がいる建物での診療人数について

- 複数の患者がいる建物であっても、同一日に同一建物で1人の患者に対してのみ訪問診療を実施している場合が22%程度みられる。

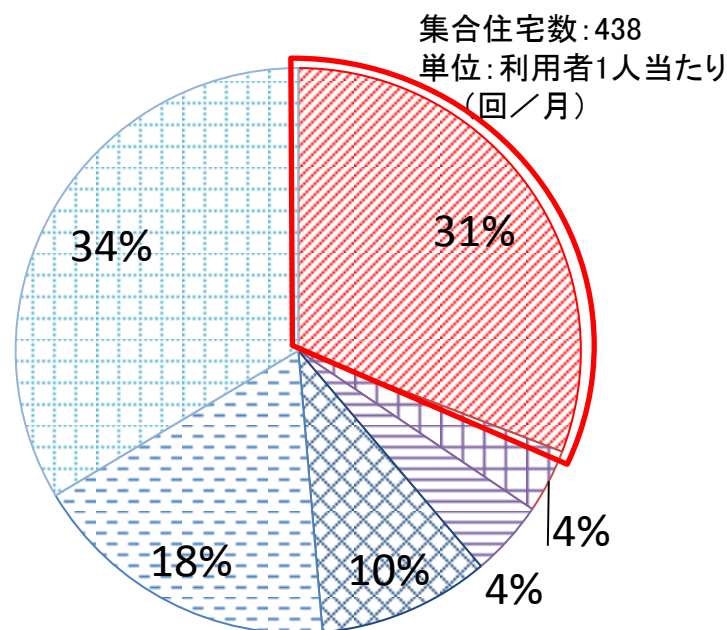
＜複数の患者がいる建物における診療人数＞



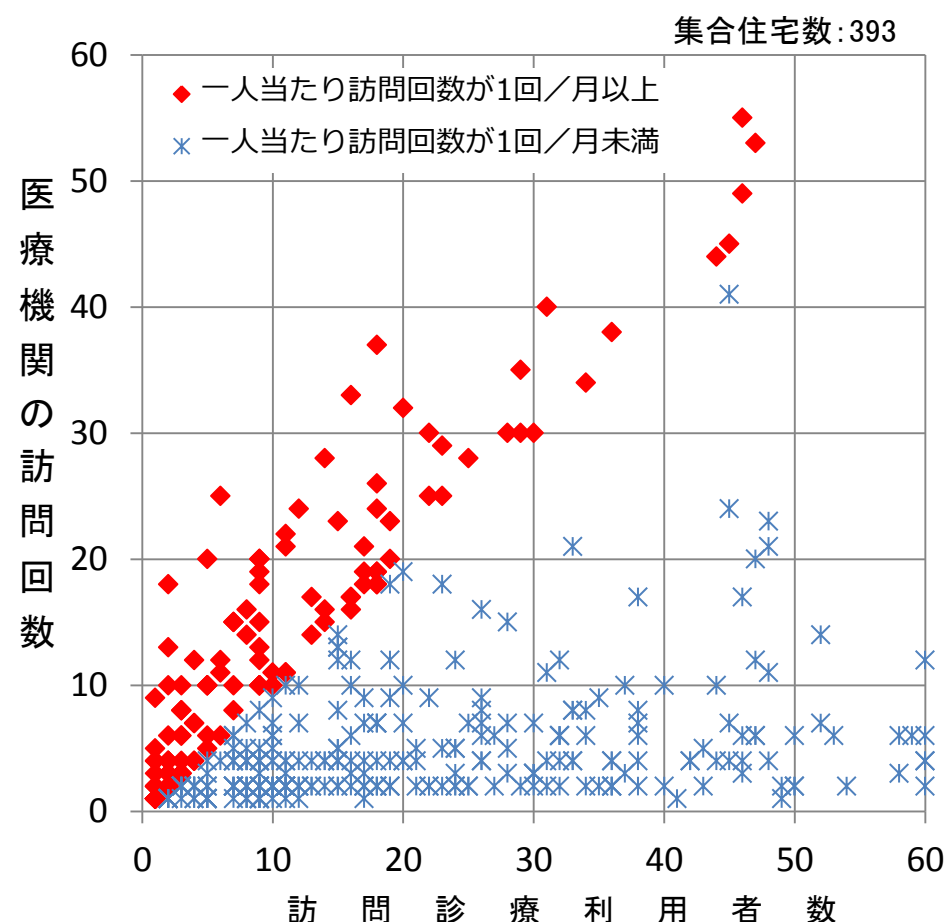
高齢者向け集合住宅への医療機関の訪問回数について

○ 高齢者向け集合住宅において、約30%の施設で訪問診療利用者一人当たり1回／月以上の頻度で医療機関が訪問を行っており、頻回の訪問が行われている。

＜医療機関の訪問回数＞



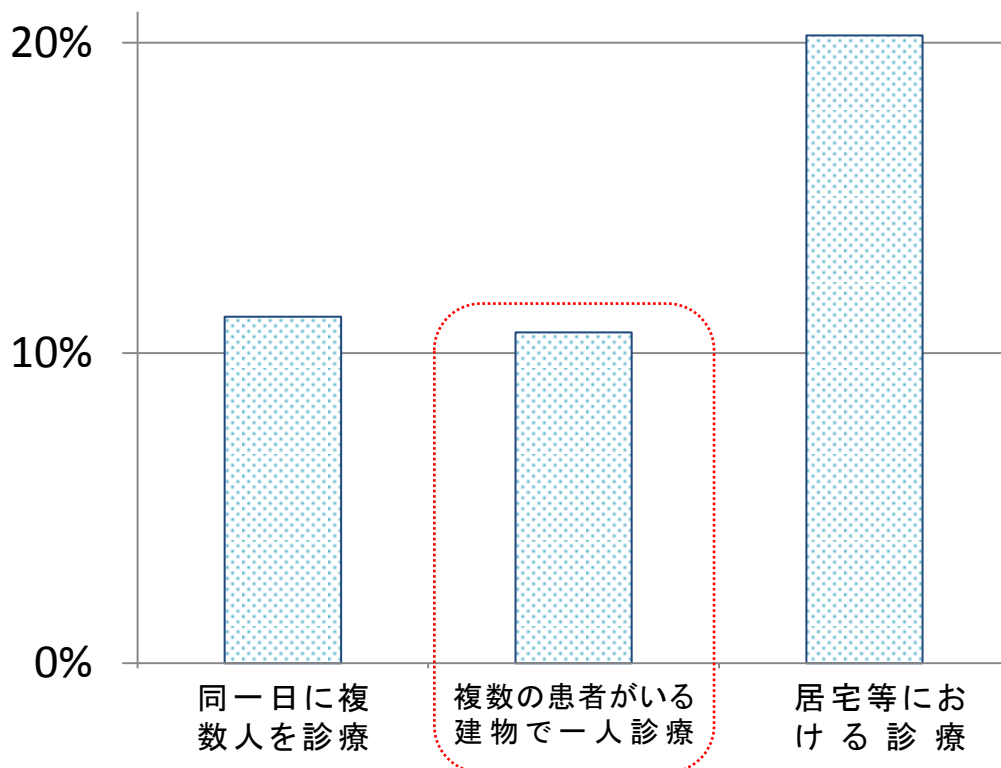
＜訪問診療利用者数／訪問回数の一覧＞



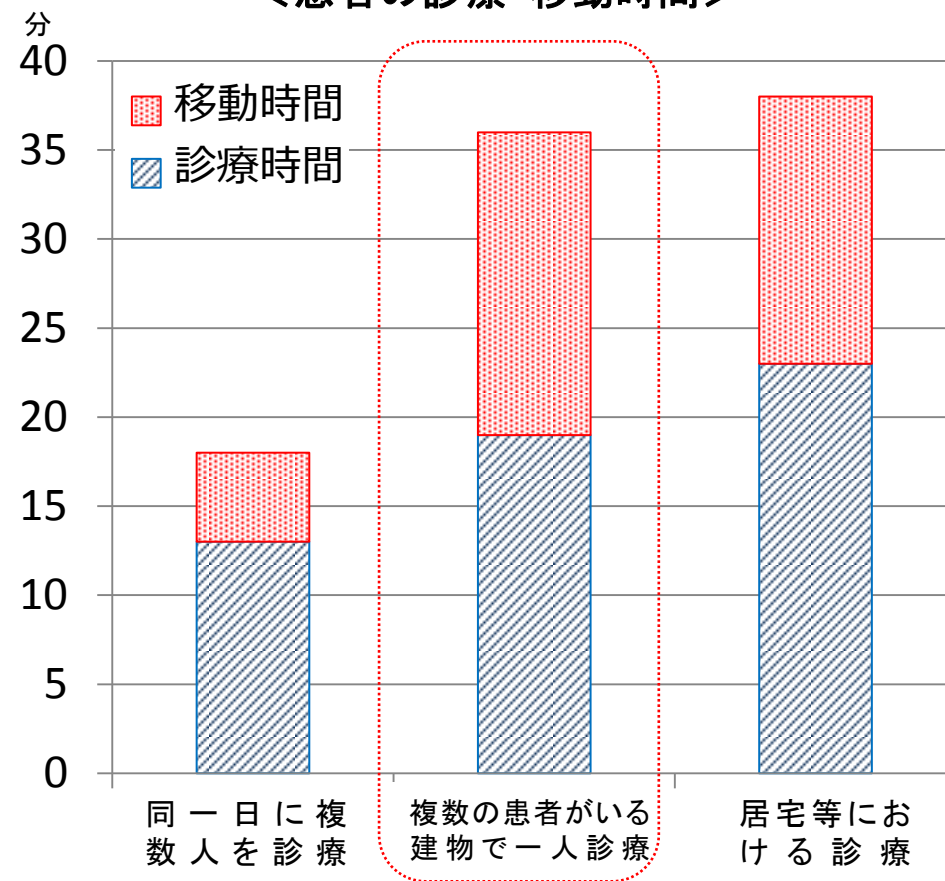
複数の患者がいる建物への個別訪問の状況について

- 複数の患者がいる建物での個別訪問は、より重症な患者に対して行われるものと想定されていたが、末期の悪性腫瘍等別表7に該当する患者の割合について、同一日に複数人を診療している場合と違いはみられなかった。
- 一方、複数の患者がいる建物へ個別に訪問することで、同一日に複数人を診療した場合と比べて、移動時間等が大幅に延びる等効率性の低下がみられる。

＜別表7に該当する患者割合＞



＜患者の診療・移動時間＞



* 別表7: 末期の悪性腫瘍、スモン、ハンチントン病、多系統萎縮症、ライソゾーム病、球脊髄性筋萎縮症、頸髄損傷、多発性硬化症、進行性筋ジストロフィー症、プリオン病、副腎白質ジストロフィー、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、人工呼吸器の使用、重症筋無力症、脊髄小脳変性症、パーキンソン病関連疾患、亜急性硬化性全脳炎、脊髄性筋萎縮症、後天性免疫不全症候群

高齢者向け集合住宅における医療機関の隣接・併設状況

○ 高齢者向け集合住宅では、一定割合の割合で医療機関が併設・隣接されている。

病院・診療所の併設割合

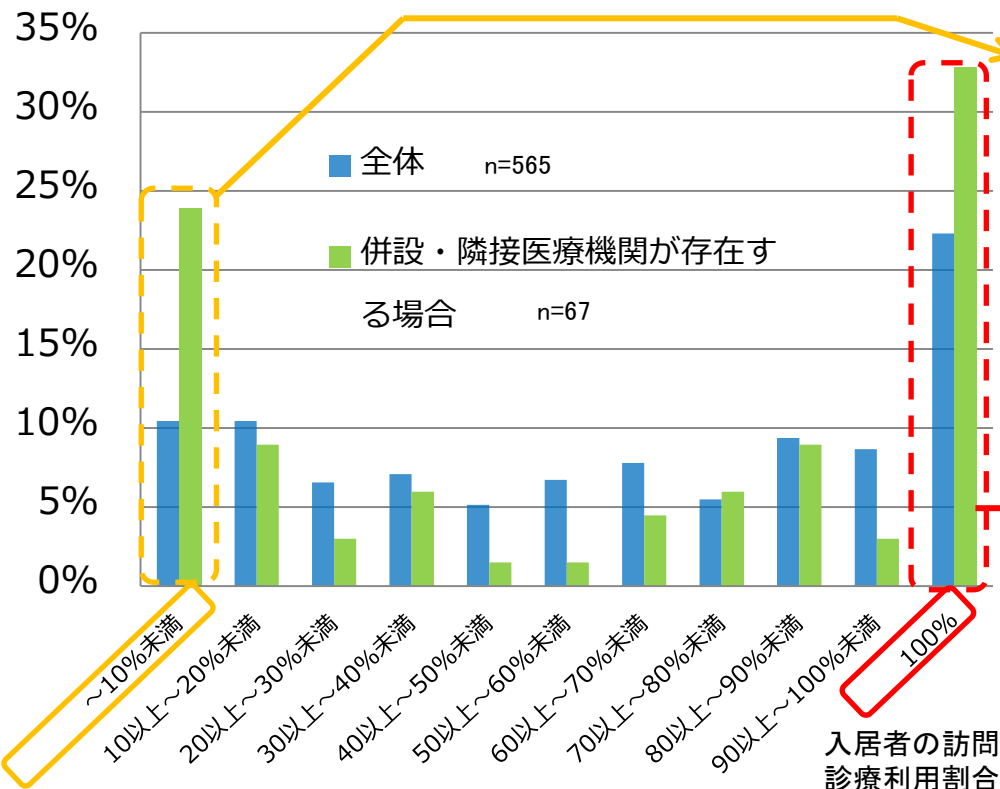
サービス付き高齢者向け住宅	15.4%
有料老人ホーム	14.8%
養護老人ホーム	12.5%
軽費老人ホーム	20.4%
認知症高齢者グループホーム	9.8%

隣接・併設する医療機関による診療状況

- 併設・隣接医療機関が存在する高齢者向け集合住宅では、訪問診療を受ける入居者の割合が「10%未満」及び「100%」の施設が多い。
- 訪問診療の利用割合が小さい集合住宅では、要介護度が上がるとともに訪問診療の利用が増える傾向にある。一方、全ての入所者が訪問診療を利用している集合住宅では、要介護度の低い入所者も全員が訪問診療を利用している。

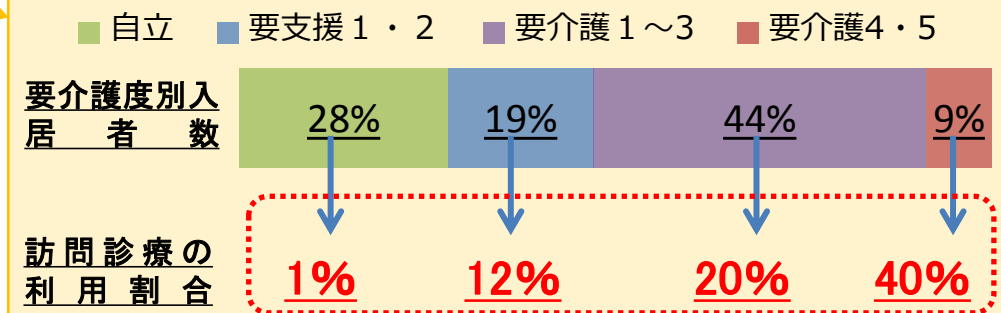
＜最も患者が多い医療機関による訪問診療の利用割合別の高齢者向け住まいの分布＞

集合住宅の割合

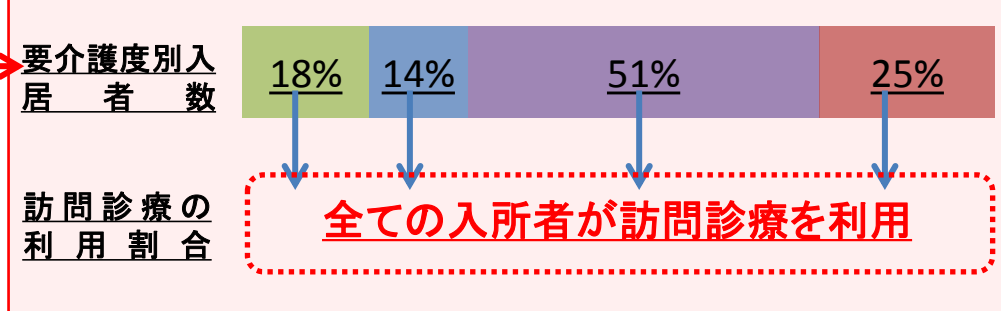


＜要介護度別入居者数と、訪問診療の利用割合＞

訪問診療の利用割合が10%未満の施設



訪問診療の利用割合が100%の施設



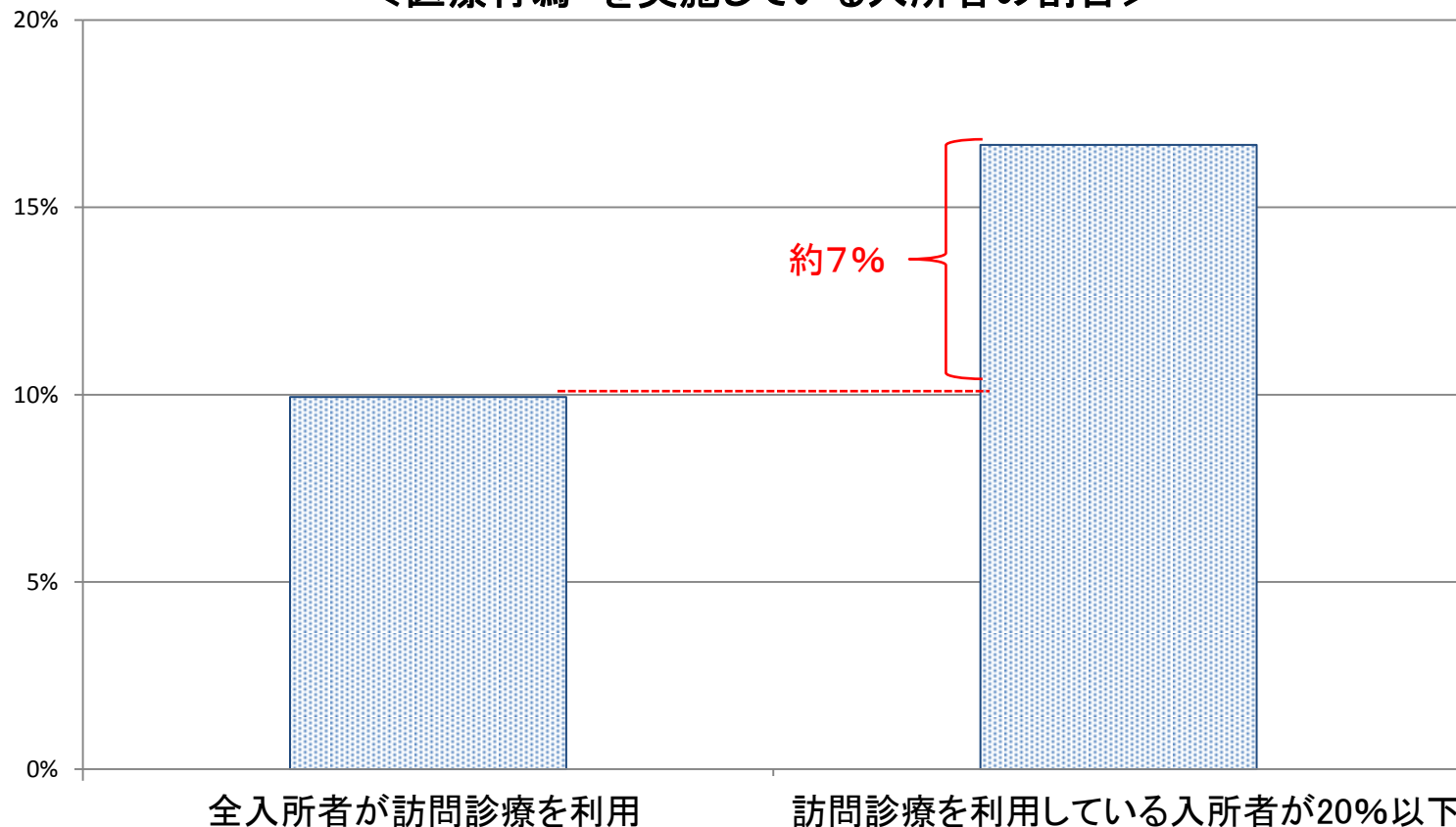
隣接・併設する医療機関における診療について③

～医療機関に隣接・併設する施設における医療行為の実施状況～

中医協 総－4
27. 5. 27

- 医療機関に併設・隣接する高齢者向け集合住宅について、全ての入所者が訪問診療を利用している施設の方が、訪問診療の利用率が低い施設よりも医療行為を実施している入所者の割合が少ない。

＜医療行為*を実施している入所者の割合＞

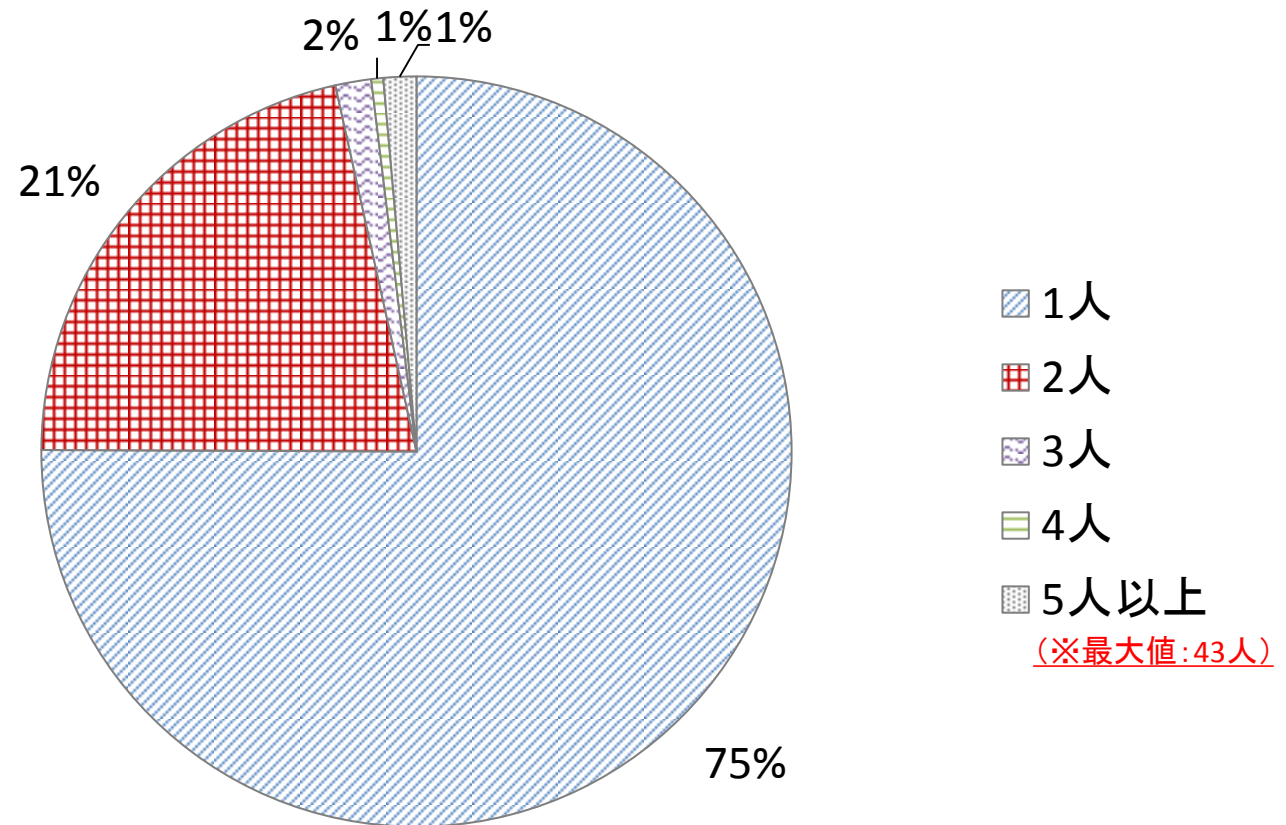


* 医療行為：インスリン注射、透析、中心静脈栄養、ストーマ、酸素療法、レスピレーター、気管切開、疼痛看護（緩和ケア）、カテーテル、胃ろう・腸ろう、経鼻経管栄養、痰の吸引、モニター測定、褥瘡処置、創傷処置、ネブライザー

戸建て・マンション・アパート・団地等における診療人数

○ 戸建て・マンション・アパート・団地等において、建物当たりに診療している患者数は「1人」が75%、「2人」が約20%であり、「3人以上」は全体の5%に満たなかった。

＜同一建物において訪問診療を実施している患者数＞



居住場所による在宅医療の評価体系(論点のイメージ)

		戸建て住宅	アパート・団地等	特定施設等以外の 高齢者向け集合住宅 ※看護職員なし	特定施設等 ※看護職員あり
評価体系		①高齢者向け集合住宅かどうかで差を設けることとしてはどうか			
③集合住宅内の診療患者数に応じた評価としてはどうか	1人	A-1 一人 夫婦等二人	A-2 居住者一人を診療 	A-3 入所者一人を診療 	B-1 入所者一人を診療
	多数		A-4 居住者数人を別の日に診療 	A-5 多くの入所者を別の日に診療 	B-2 多くの入所者を別の日に診療
			C-1 居住者数人を同日に診療 	C-2 多くの入所者を同日に診療 	D 多くの入所者を同日に診療

②診療人数によって細分化することとしてはどうか

④一般のアパート・団地等において複数の患者に訪問診療した場合については一定の配慮としてはどうか

患者の状態及び居住場所に応じた評価の考え方

～在宅時医学総合管理料(在総管)・特定施設入居時等医学総合管理料(特医総管)・在宅患者訪問診療料～

【現行】

在総管・特医総管

同一建物居住者以外の場合

同一建物居住者の場合

[対象施設]

在総管: 戸建て住宅・アパート・団地等及び特定施設
等以外の高齢者向け集合住宅

特医総管: 特定施設等



【イメージ】

在総管・特医総管

集合住宅内の診療患者数

診療人数によって細分化

重症患者(月2回以上訪問)

その他(月2回以上訪問)

その他(1回訪問)

[対象施設]

在総管: 戸建て住宅・アパート・団地等

特医総管: 特定施設等及び特定施設等以外の高齢者向け集合住宅

【現行】

在宅患者訪問診療料

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3(上記以外の同一建物)



【イメージ】

在宅患者訪問診療料

訪問診療料1(同一建物以外)

訪問診療料2(同一建物)

患者の居住場所に応じた評価のあり方について

【課題】

- ・在宅医療における診療報酬上の評価は、特定施設等への居住の有無や同一建物への同一日の訪問の有無等によって区分されている。
- ・高齢化が進み、高齢者向け集合住宅が増加するにつれ、在宅医療を行う医療機関は、居宅等を中心に診療する医療機関と高齢者向け集合住宅を中心に診療する医療機関に分化しつつあり、その診療状況は大きく異なる。
- ・高齢者向け集合住宅のうち、特定施設等に該当しない施設は、診療報酬上、居宅等と同等に評価されているが、特定施設と比べて医療処置を必要とする入所者の割合は小さく、診療・移動時間が短いなど、医療資源の投入量はむしろ小さいと考えられた。
- ・平成26年度診療報酬改定の際に、多数の患者を短時間で診療している事例が指摘されたが、同一日に同一建物で診療している人数には幅があり、診療人数ごとに診療・移動時間にも差がみられた。
- ・同一建物における管理料の減額は、月1回以上、訪問診療料の「同一建物以外の場合」を算定した場合は行われなかったため、重症でない患者も含めて頻回に個別訪問を行っている事例がみられ、診療の効率性が低下している。
- ・医療機関に併設・隣接する集合住宅では、患者の状態に関わらず全入所者に訪問診療が提供されている事例や、頻回に個別訪問を行っている事例がみられる。
- ・戸建て住宅やアパート・団地等において同一建物で訪問診療を実施している患者数は、「2人以下」という患者が全体の95%以上を数えた。



【論点】

- 高齢者向け集合住宅と居宅等では在宅医療に係る状況が大きく異なる一方で、特定施設等以外の集合住宅と比べて特定施設等において訪問診療に要するコストが低いとはいえないことから、居宅等と高齢者向け集合住宅とで評価を分けることとしてはどうか。
- 同一日の同一建物での診療人数毎に1人当たりの診療・移動時間に差があることから、同一建物における診療報酬上の評価を細分化してはどうか。
- 同一建物における診療報酬上の評価について、同一建物の患者へ同一日に診療を行った場合にのみ適用されるため、個別に患者を訪問する効率性の低い診療が行われていることから、集合住宅内の診療患者数に応じた評価としてはどうか。その際に、一般のアパートや団地等において複数の患者を診療した場合等について一定の配慮を行うこととしてはどうか。 **51**

イ. 患者の状態に応じた評価について

ロ. 患者の居住場所に応じた評価について

ハ. 小児在宅医療に対する評価について

在宅療養支援診療所・病院の概要

在宅療養支援診療所

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

【主な施設基準】

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

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

機能を強化した在宅療養支援診療所・病院

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

【主な施設基準】

- ① 在宅医療を担当する常勤の医師が3名以上配置
- ② 過去1年間の緊急の往診の実績を10件以上有する
- ③ 過去1年間の在宅における看取りの実績を4件以上有している

注3：上記の要件（①～③）については、他の連携保険医療機関（診療所又は200床未満の病院）との合計でも可。ただし、それぞれの医療機関において過去1年間に緊急の往診を4件以上、看取り2件以上を実施していること。

在宅療養支援病院

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

【主な施設基準】

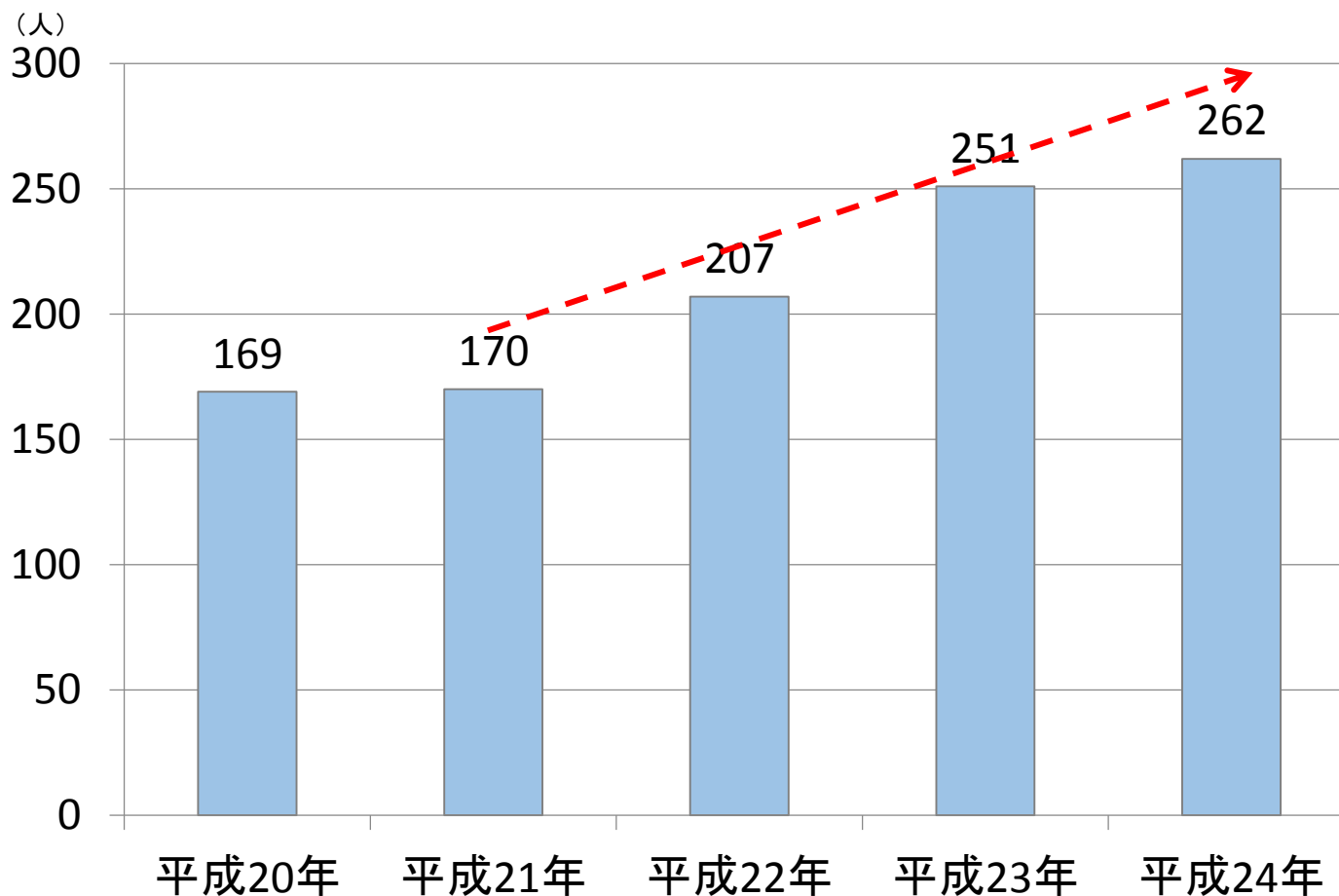
- ① 200床未満又は4km以内に診療所がない病院
- ② 24時間連絡を受ける体制を確保している
- ③ 24時間往診可能である
- ④ 24時間訪問看護が可能である
- ⑤ 緊急時に入院できる病床を確保している
- ⑥ 連携する保険医療機関、訪問看護ステーションに適切に患者の情報を提供している
- ⑦ 年に1回、看取りの数を報告している

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

NICUにおける長期入院児の推移

○ 新生児特定集中治療室(NICU)における長期入院児(1年以上入院している児)の数は増加傾向にある。

＜NICUにおける1年以上の長期入院児数の年次推移(全国推計)＞



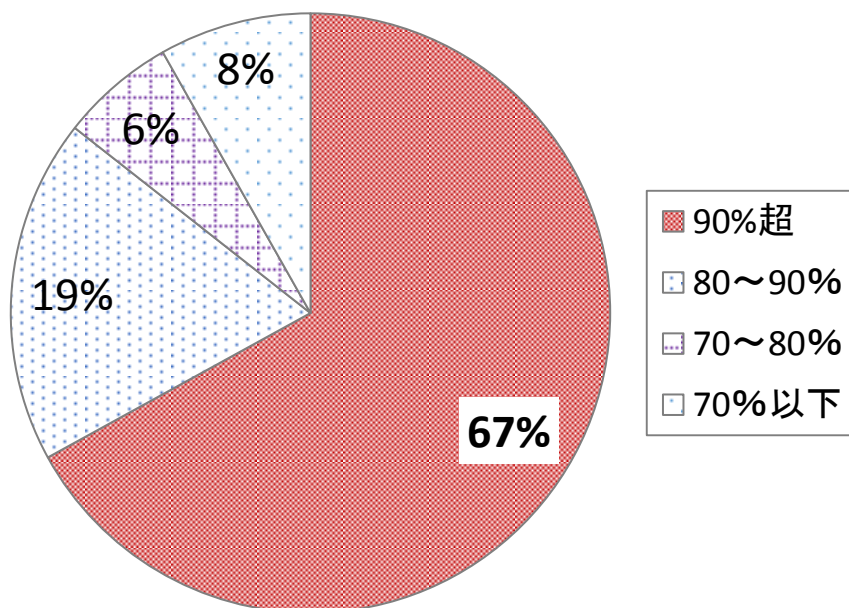
NICUにおける病床利用状況

- 総合周産期母子医療センターの約70%において、NICUの病床利用率は90%を超えていた。
- NICUにおいて母胎・新生児の搬送受入ができなかった事例において、その理由の約90%は満床によるためであった。

<NICUにおける病床の利用状況について>

NICU病床利用率について
(総合周産期母子医療センター97施設)

NICU病床利用率90%超のセンターは約 7 割



母体及び新生児搬送受入ができなかった理由について
(総合周産期母子医療センター)

受入れができなかった主な理由は「NICU満床」

母体

理 由	NICU 満床	MFICU 満床	診察可能 医師不在	その他
センター数	70/79	50/79	17/79	54/79
割合 (%) ※	88.6%	63.3%	21.5%	68.4%

新生児

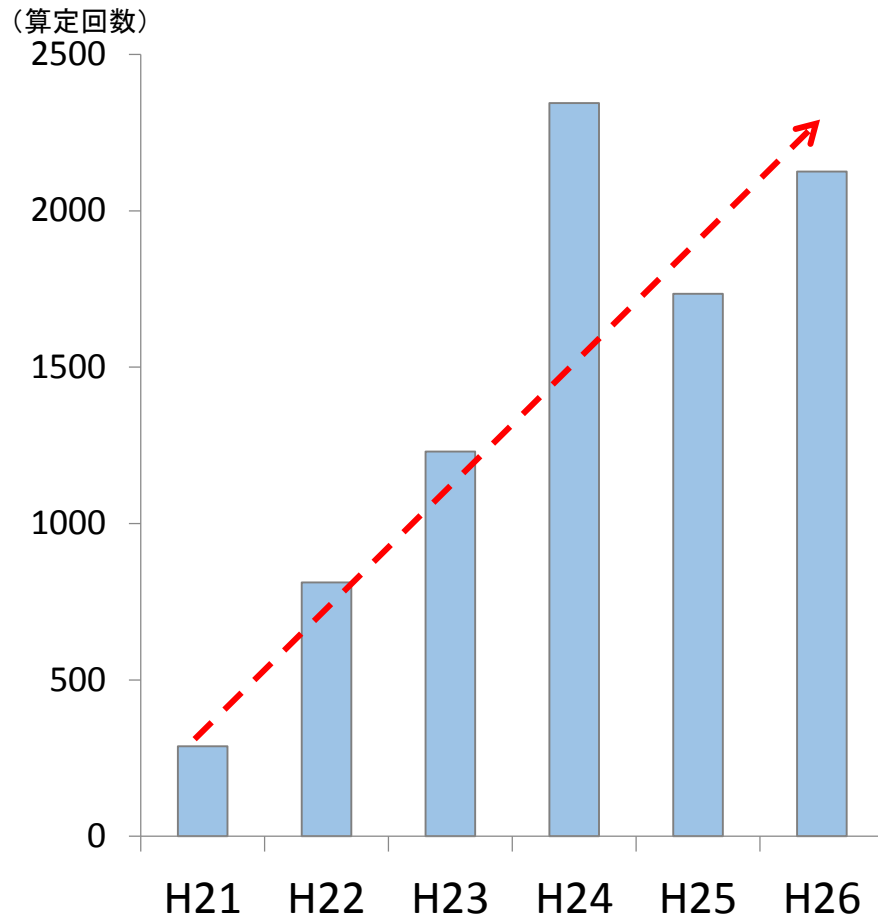
理 由	NICU 満床	診察可能 医師不在	その他
センター数	55/59	6/59	20/59
割合 (%) ※	93.2%	10.2%	33.9%

※受入れができなかったことがあるセンター数に対する割合（複数回答可）

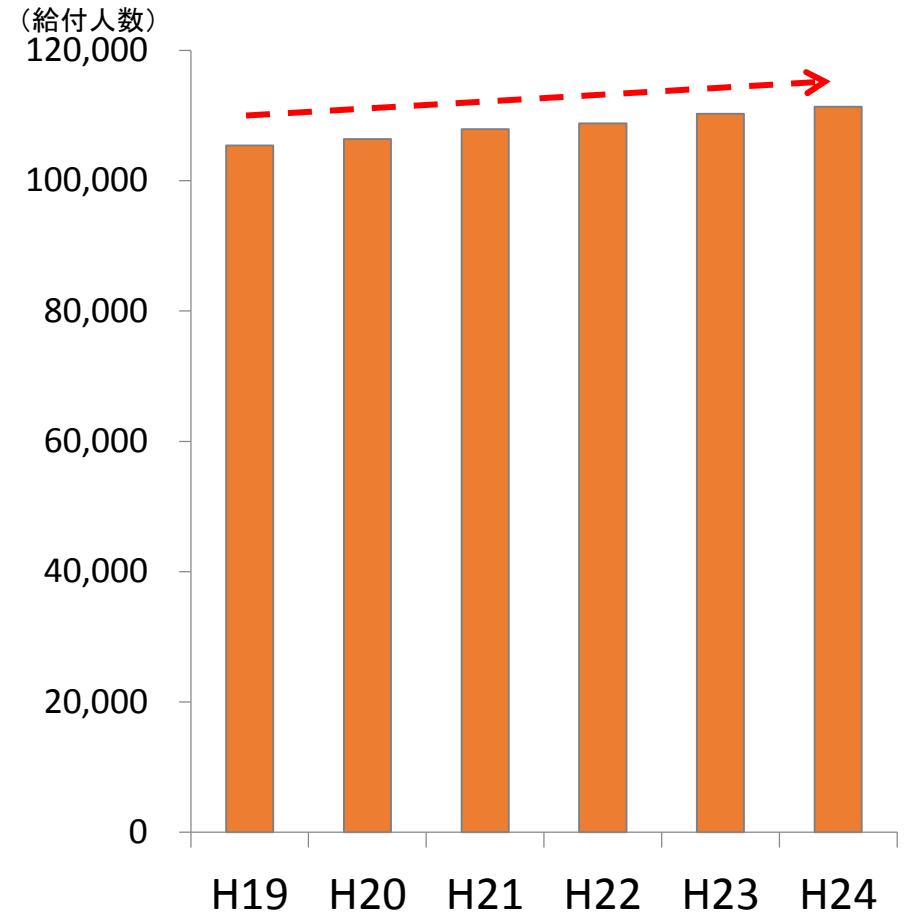
長期にわたり療養を要する小児の推移

- 在宅人工呼吸指導管理料を算定回数や小児慢性特定疾病の給付人数は増加又は微増しており、長期にわたり療養を要する児童の数は増加していく傾向にある。

<在宅人工呼吸指導管理料算定件数数(19歳以下)>



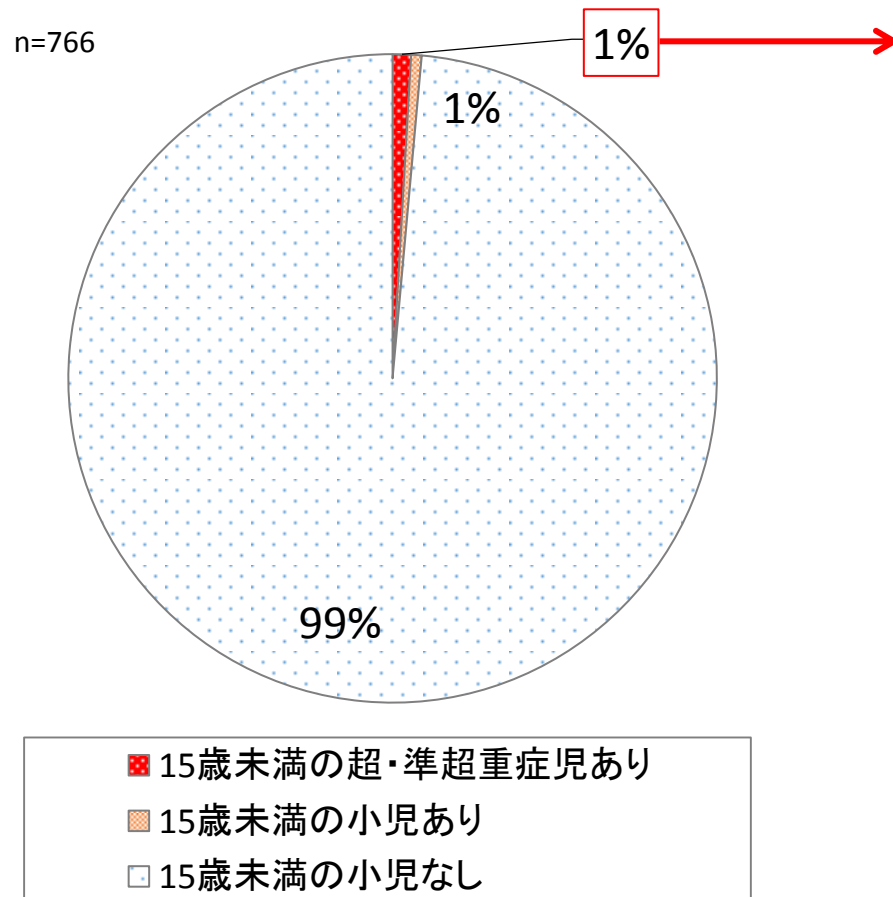
<小児慢性特定疾患治療研究事業の給付人数>



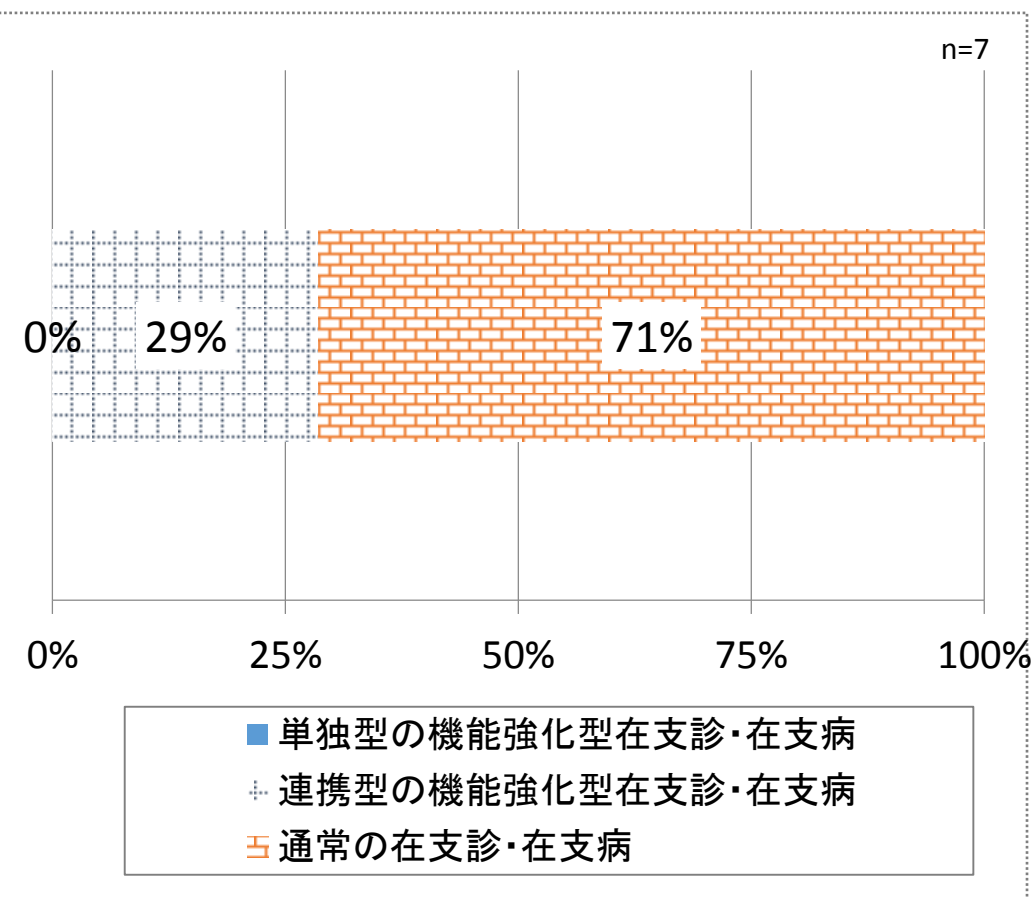
15歳未満の小児に対して訪問診療をしている医療機関

- 15歳未満の小児を診療している医療機関は全体の2%程度、超・準超重症児を診療している医療機関は全体の1%程度であった。また、これらの医療機関の70%程度は通常の在支診・在支病であった。

＜15歳未満の小児に対する訪問診療状況＞



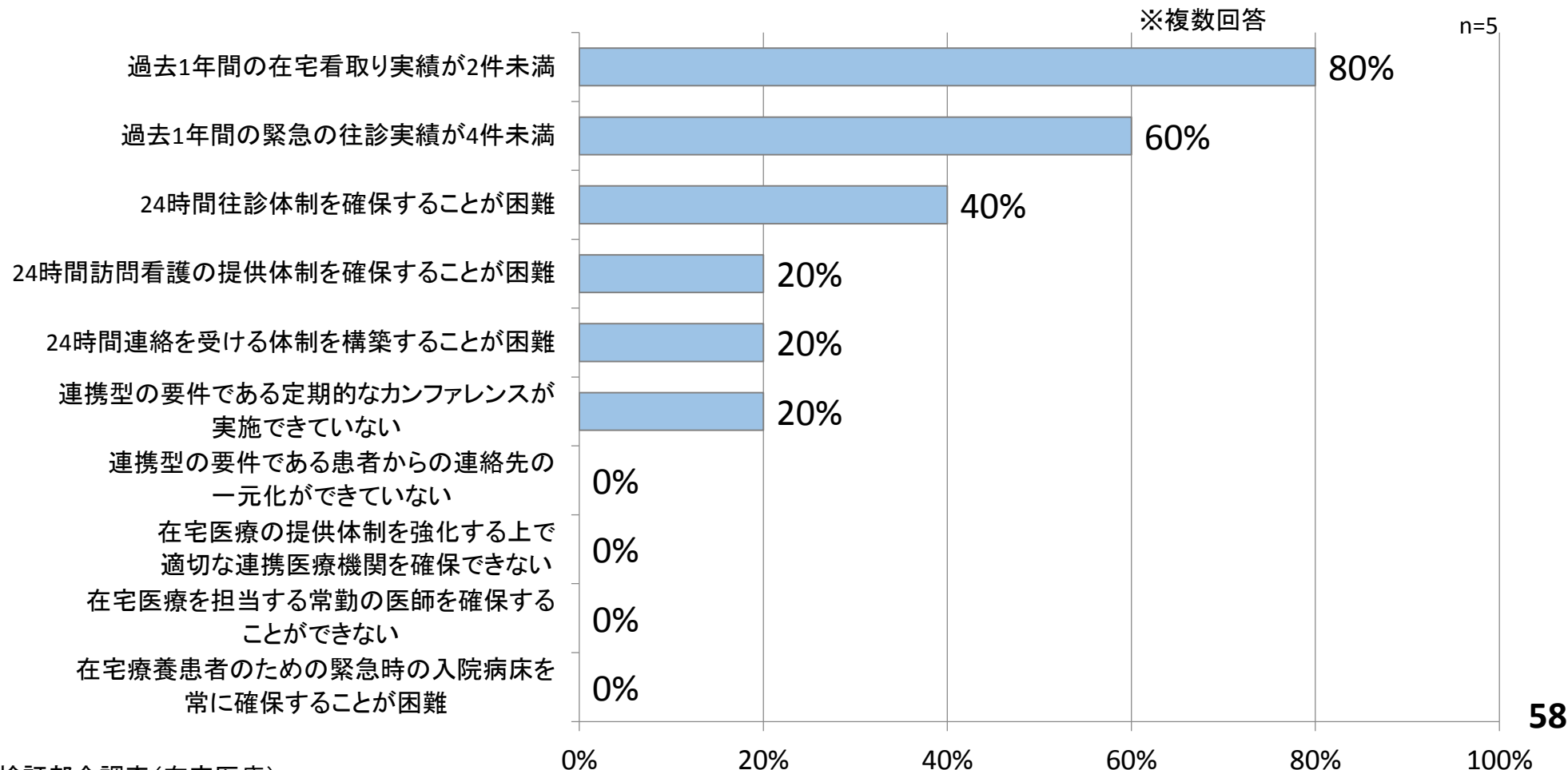
＜15歳未満の超・準超重症児を訪問している医療機関の届出状況＞



15歳未満の超・準超重症児に対して訪問診療をしている医療機関が 機能強化型在支診・在支病の届出をしていない理由

- 15歳未満の超・準超重症児を診療している医療機関が、機能強化型在支診・在支病の届出をしていない理由として最も多かった理由は「過去1年間の在宅看取り実績が2件未満」であった。

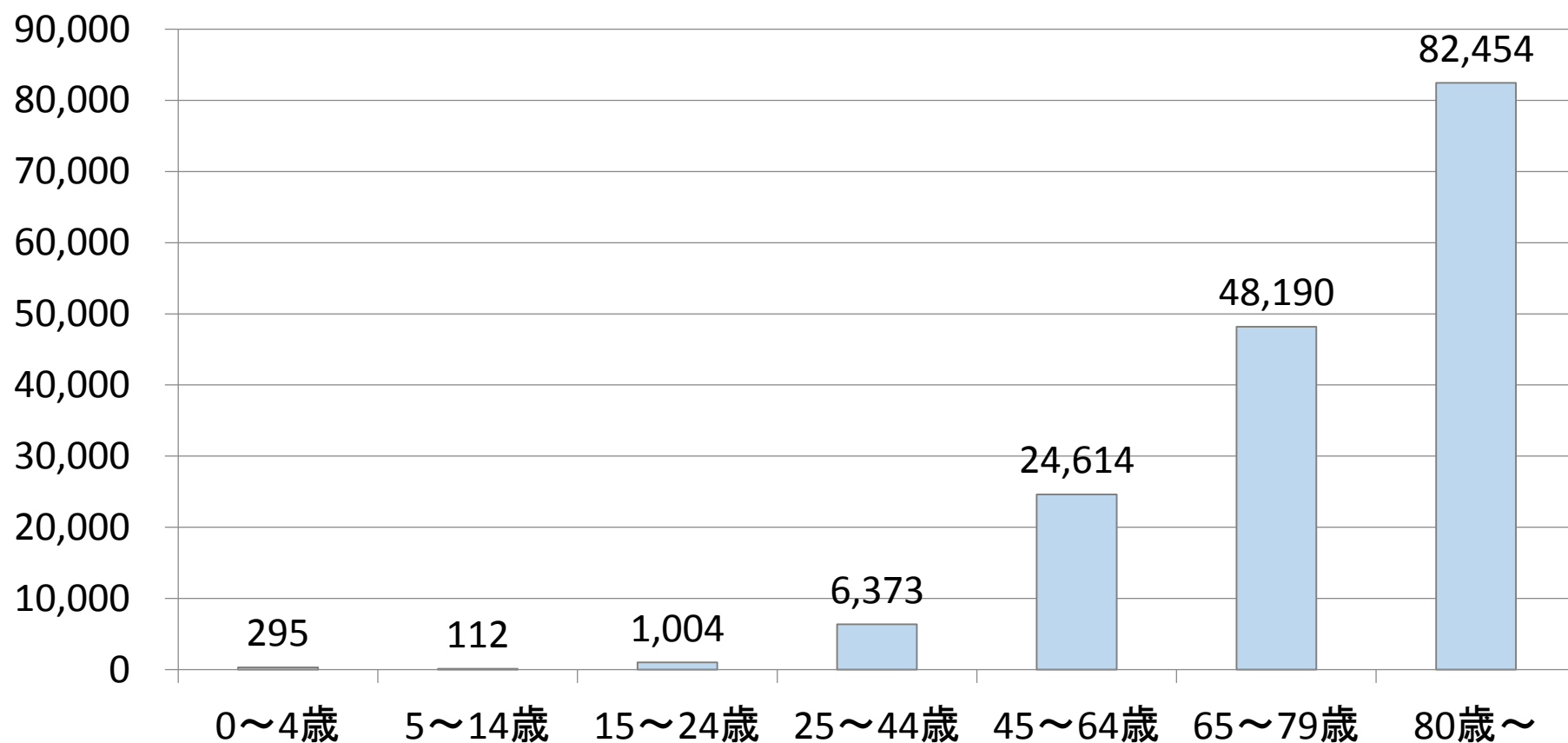
＜機能強化型在支診・在支病の届出をしていない理由＞



年齢階級別の自宅での死亡数

○ 小児期に自宅で死亡する患者数は、その他の年齢階級と比較して少ない。

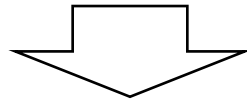
＜自宅での死亡数(平成25年度)＞



小児在宅医療に対する評価のあり方について

【課題】

- NICUにおける長期入院児の数は増加傾向にあり、一部のNICUでは、満床のために救急搬送の受入ができない事例が生じている。
- 在宅での人口呼吸器管理を要する児や小児慢性特定疾患の患者数は増加傾向にあり、長期の療養が必要な児の在宅支援の充実が求められている。
- 現在、15歳未満の小児に対して訪問診療を実施している医療機関は全体の極一部であった。また、これらの医療機関の約70%は強化型ではなく、通常の在宅療養支援診療所・病院であった。
- 15歳未満の超・準超重症児に対して訪問診療を実施している医療機関が、機能強化型の在宅療養支援診療所・病院の届出をできない理由として最も多くみられた回答は「過去1年間の在宅看取り実績が2件未満」であった。
- 年齢階級別に自宅での死亡数をみた場合、小児期に自宅で死亡する患者は、その他の年齢層と比較して少なかった。



【論点】

- 機能強化型の在宅療養支援診療所等の実績要件として、在宅看取り実績だけでなく、超重症児等に対する医学管理の実績を加味し、小児在宅医療に積極的に取り組んでいる医療機関を評価することとしてはどうか。

1. 在宅医療における評価のあり方について

2. 訪問看護について

3. 在宅薬剤管理について

4. 在宅歯科医療について

イ. 現状

□. 機能強化型訪問看護ステーションの評価

(1) 看取り要件

(2) 医療ニーズの高い小児の受入

ハ. 退院直後の在宅療養支援の強化

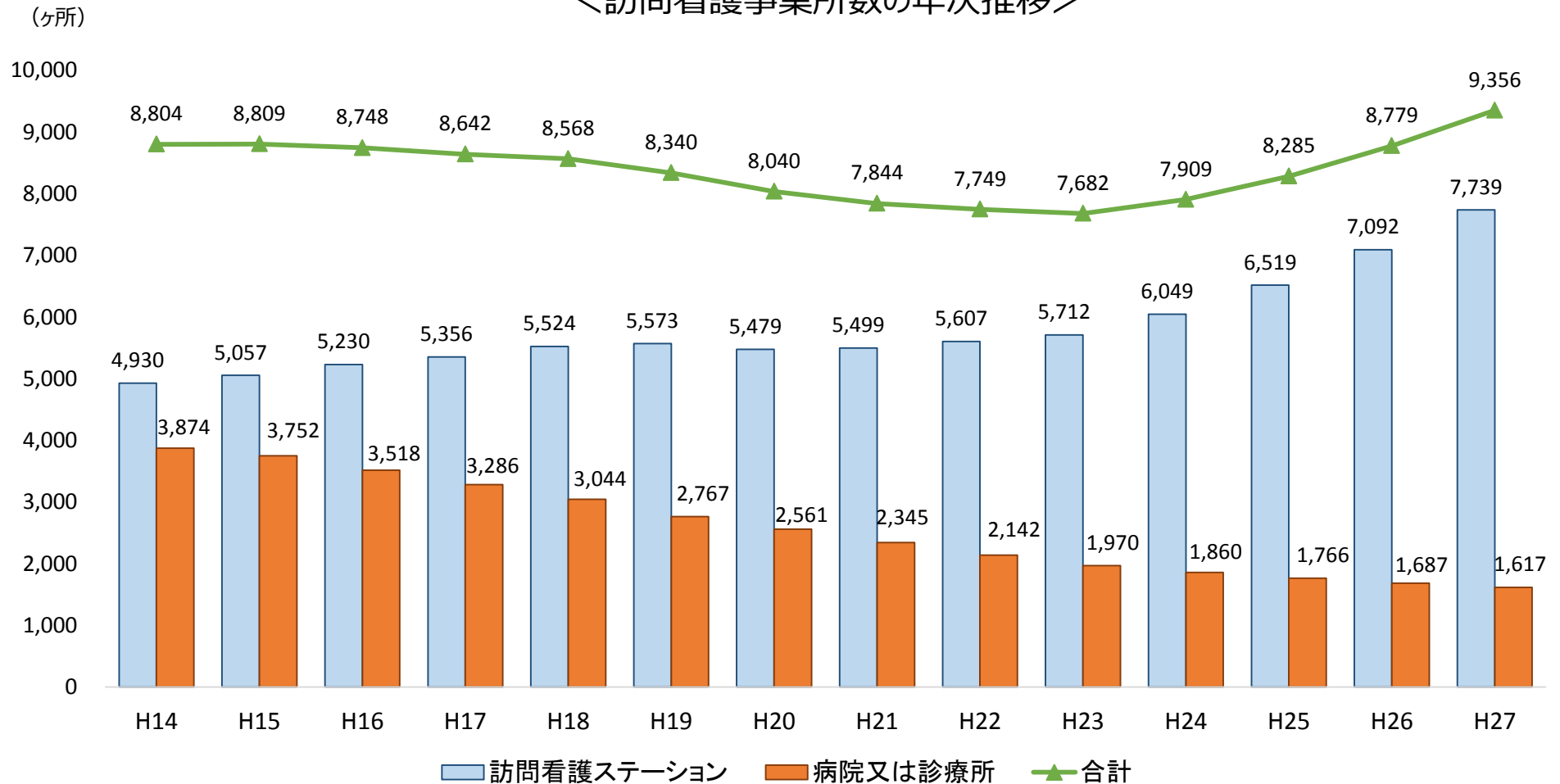
ニ. 在宅医療における保険医療材料等の取扱いの明確化

ホ. 複数の訪問看護ステーション及び病院・診療所が提供する訪問看護の整理

訪問看護ステーション数の年次推移

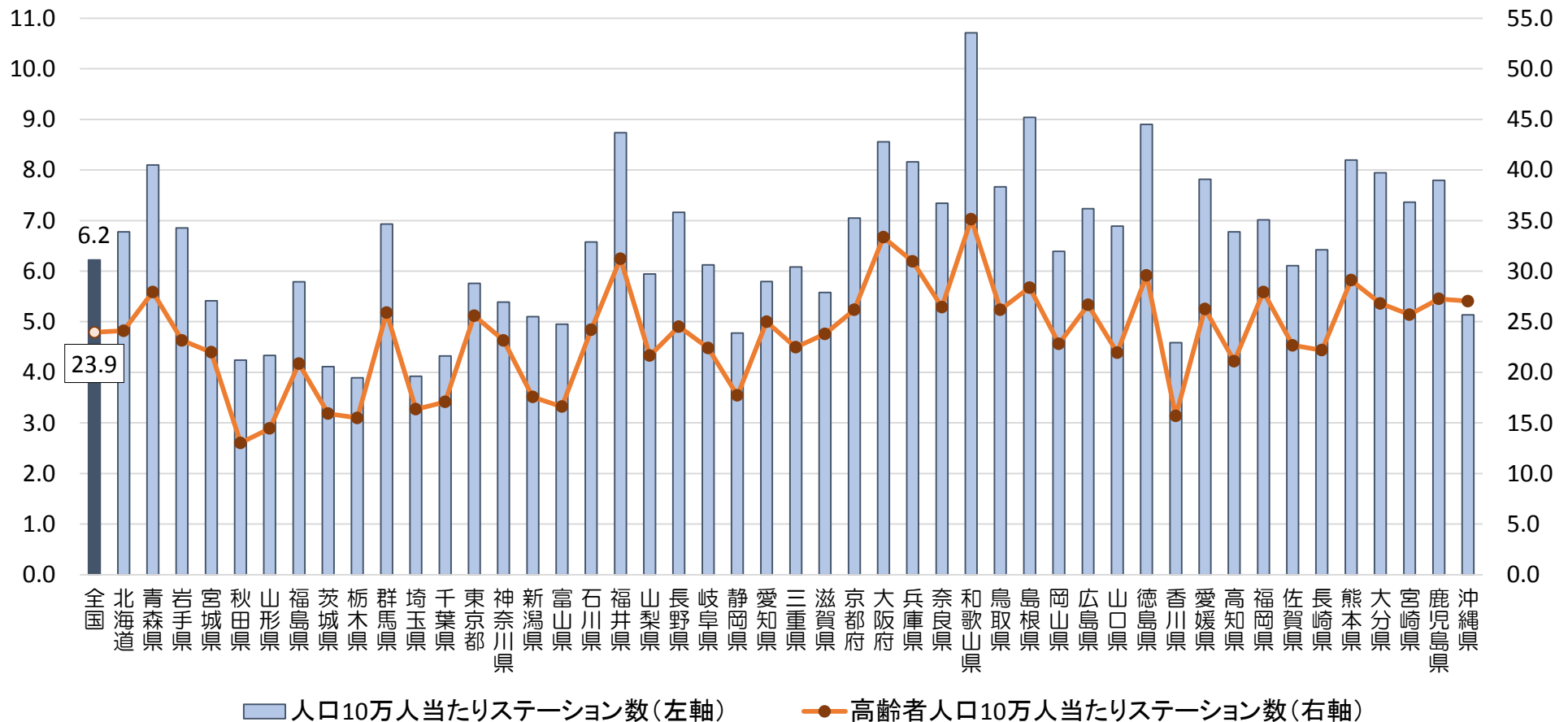
○ 訪問看護ステーション数は7,739か所（平成27年4月介護保険審査分）と増加傾向にあり、病院・診療所からの訪問看護を含めた全体の訪問看護提供機関は近年の増加が著しい。

＜訪問看護事業所数の年次推移＞



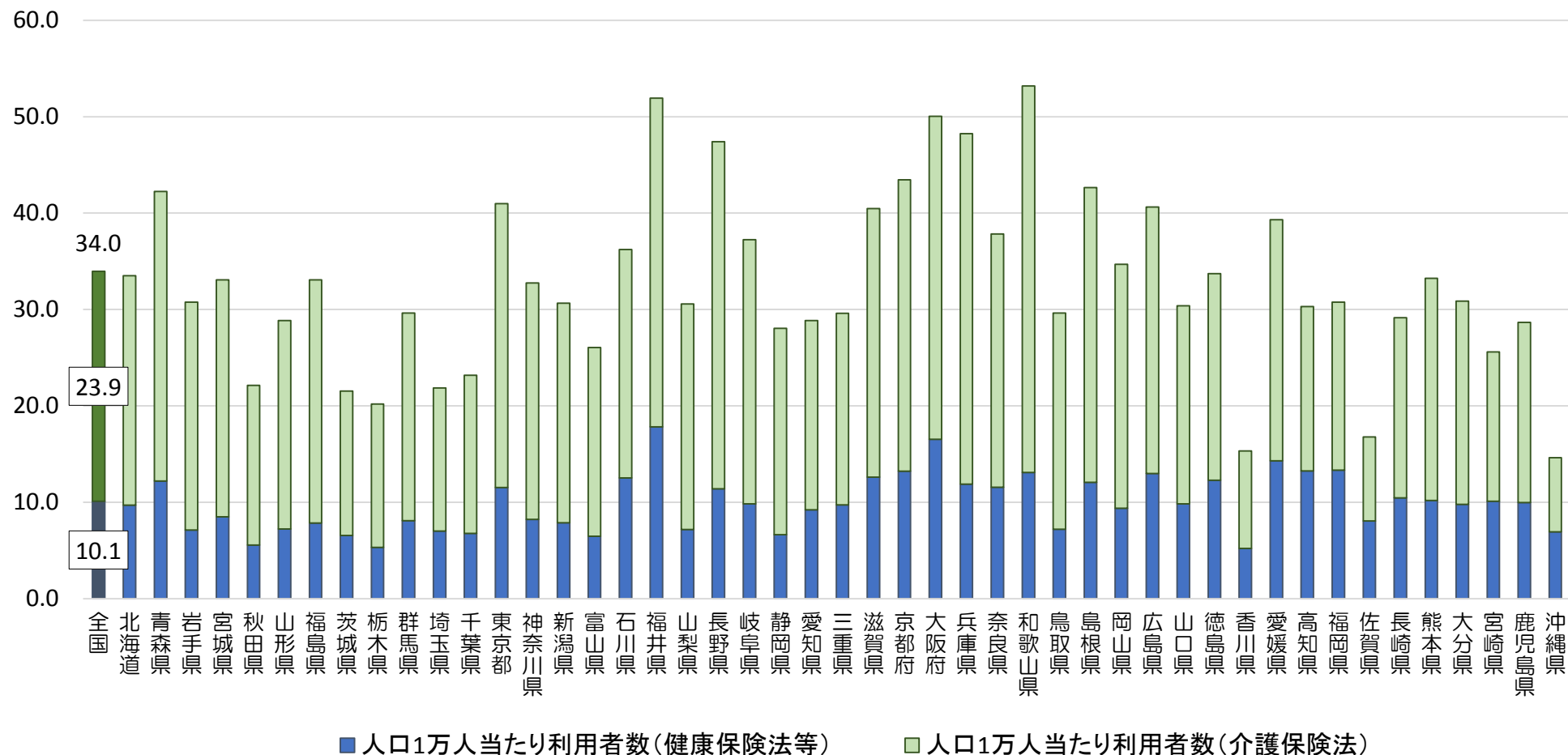
都道府県別の訪問看護ステーション数

- 人口10万人当たりの訪問看護ステーション数は6.2か所、高齢者人口10万人当たりの訪問看護ステーション数は23.9か所である。
- 都道府県毎の地域差が大きい。



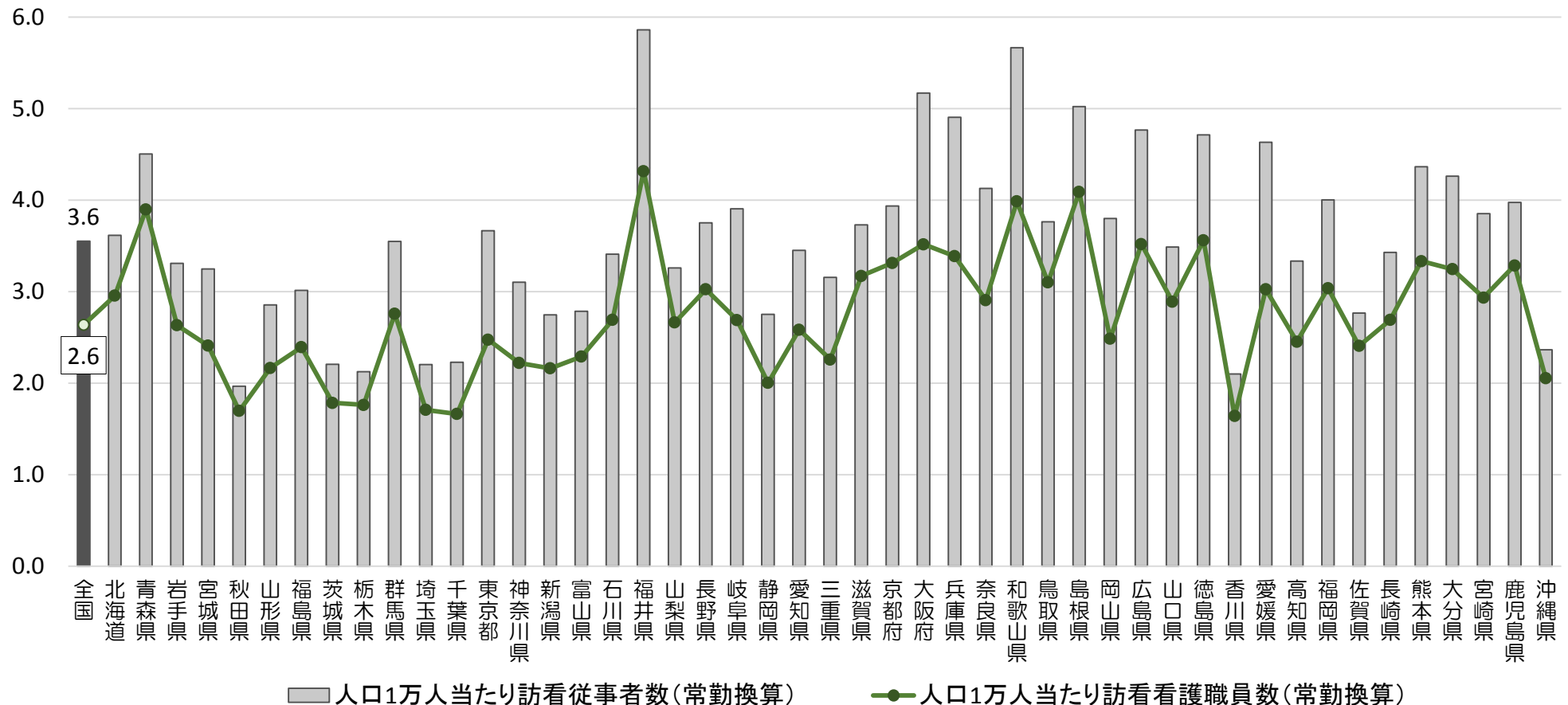
都道府県別の訪問看護利用者数

○ 人口1万人当たりの訪問看護の利用者数は34.0人であり、介護保険法に基づく利用者は23.9人、健康保険法等に基づく利用者は10.1人である。



都道府県別の訪問看護従事者数

- 人口1万人当たりの訪問看護の従事者数は常勤換算3.6人であり、看護職員に限ると2.6人である。
- 西日本の方が人口当たり従事者数が多い傾向がある。



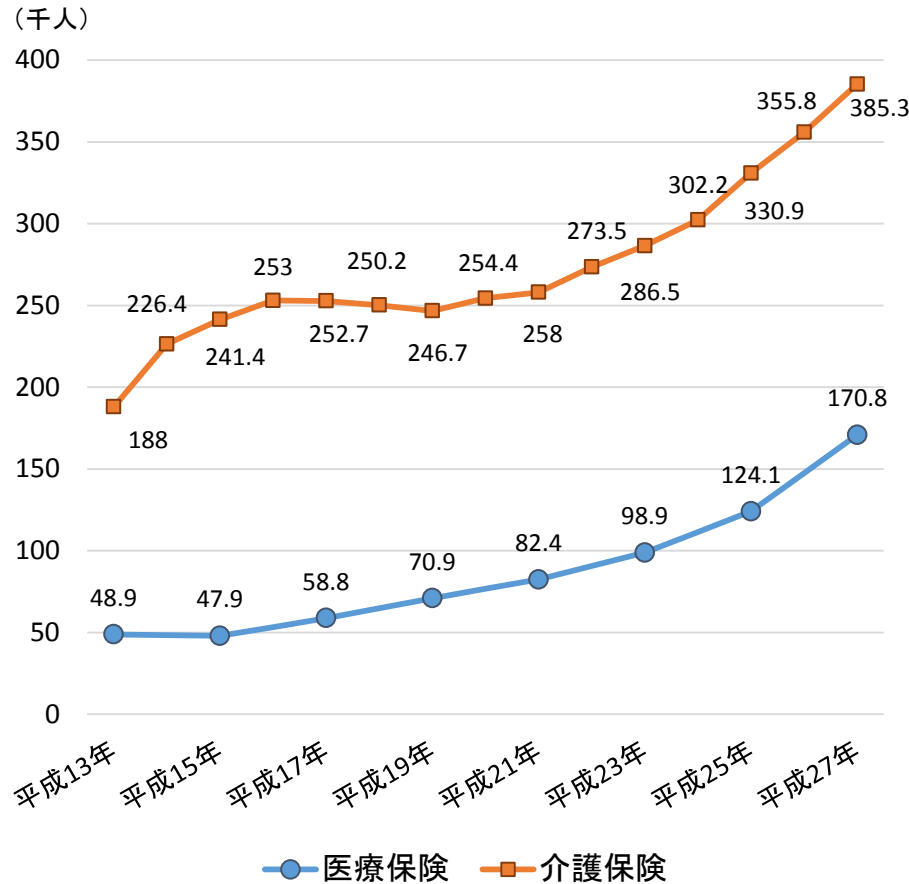
注) 職種の内訳

- ・訪問看護 従事者：保健師、看護師、助産師、准看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士及びその他の職員
- ・訪問看護 看護職員：保健師、看護師、助産師及び准看護師

訪問看護ステーションの利用者について ①利用者数の推移

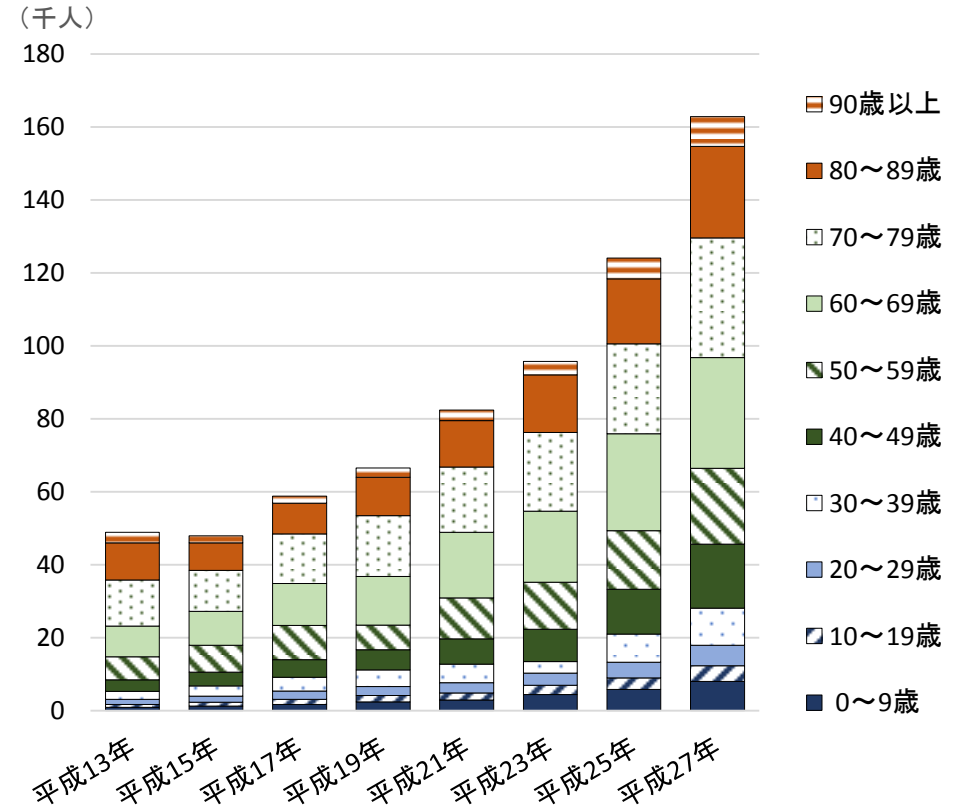
- 医療保険、介護保険ともに、訪問看護の利用者数は増加している。
- 医療保険の訪問看護利用者数は、どの年齢層も増加している。

■ 訪問看護利用者数の推移



注) 介護保険の利用者数には、病院・診療所からの利用者数も含まれる。

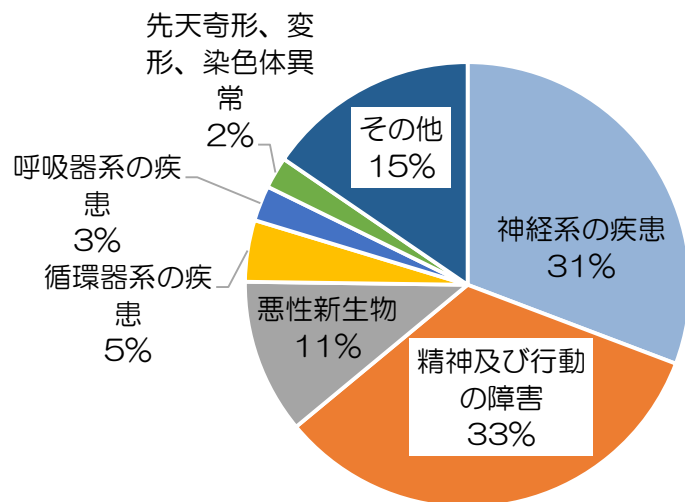
■ 医療保険の年齢階級別利用者数の推移



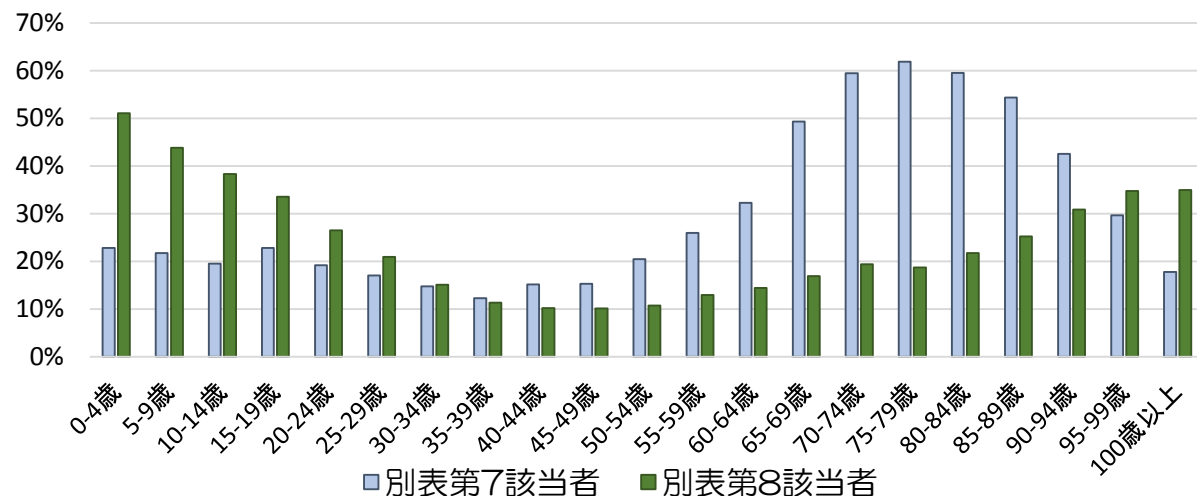
訪問看護ステーションの利用者について ②状態

- 訪問看護ステーションの利用者の主傷病は、精神科疾患及び神経系の疾患がそれぞれ約3割を占め、次いで悪性新生物が約1割である。
- 医療機器を使用している等のため医療ニーズが高い状態である別表第8の該当者は、小児が多い。

■ 訪問看護利用者の主傷病



■ 別表第7及び別表第8の該当者割合



※ 1 : 別表第7

末期の悪性腫瘍
多発性硬化症
重症筋無力症
スモン
筋萎縮性側索硬化症
脊髄小脳変性症
ハンチントン病
進行性筋ジストロフィー症
パーキンソン病関連疾患
多系統萎縮症

プリオン病
亜急性硬化性全脳炎
ライソゾーム病
副腎白質ジストロフィー
脊髄性筋萎縮症
球脊髄性筋萎縮症
慢性炎症性脱髄性多発神経炎
後天性免疫不全症候群
脊髄損傷
人工呼吸器を使用している状態

※ 2 : 別表第8

- 1 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 2 以下のいずれかを受けている状態にある者
在宅自己腹膜灌流指導管理
在宅血液透析指導管理
在宅酸素療法指導管理
在宅中心静脈栄養法指導管理
在宅成分栄養経管栄養法指導管理
在宅自己導尿指導管理

- 在宅人工呼吸指導管理
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
在宅自己疼痛管理指導管理
在宅肺高血圧症患者指導管理
- 3 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
 - 4 真皮を超える褥瘡の状態にある者
 - 5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

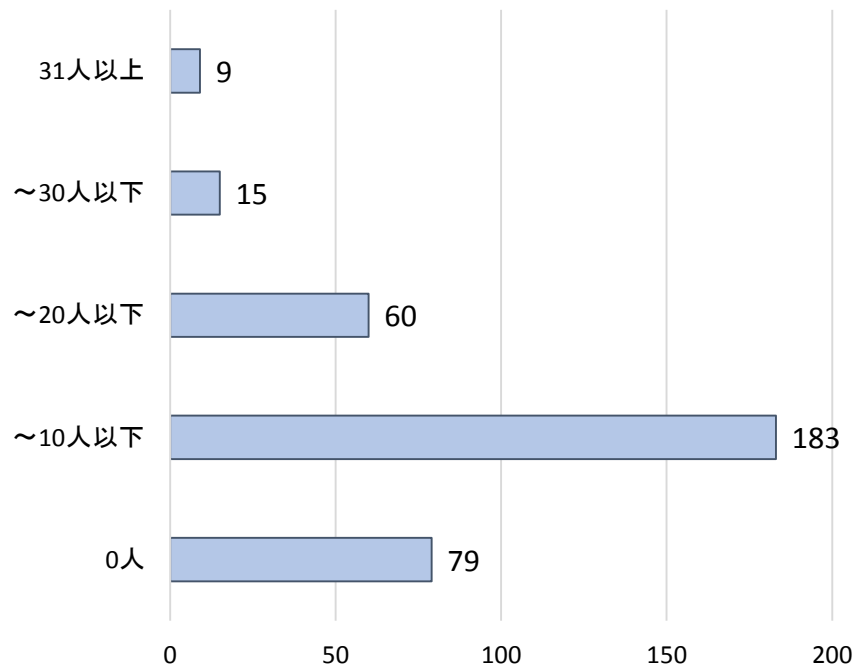
訪問看護ステーションの利用者について ③医療ニーズが高い利用者

○ 別表第7及び別表第8の利用者数は、訪問看護ステーション1か所当たり1～10人以下のステーションが最も多い。

■ステーション当たりの別表第7の利用者数

(平成27年6月の1月間)

(該当者数)

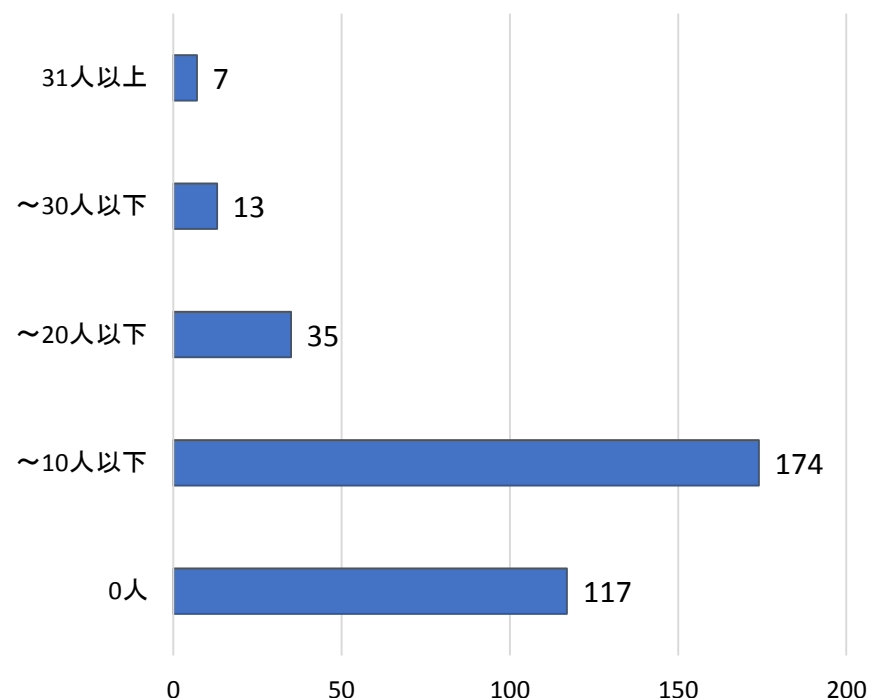


(ステーション数)

■ステーション当たりの別表第8の利用者数

(平成27年6月の1月間)

(該当者数)



(ステーション数)

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療

機能強化型訪問看護ステーションの評価

➤ 在宅医療を推進するために機能の高い訪問看護ステーションの評価を行う。

改定前
1 月の初日の訪問の場合
7,300円
2 月の2日目以降の訪問の場合(1日につき)
2,950円



改定後
1 月の初日の訪問の場合
(新) <u>イ 機能強化型訪問看護管理療養費1</u> <u>12,400円</u>
(新) <u>ロ 機能強化型訪問看護管理療養費2</u> <u>9,400円</u>
(改) イ又はロ以外の場合 <u>7,400円</u>
2 月の2日目以降の訪問の場合(1日につき)
(改) <u>2,980円</u>

[算定要件]

機能強化型訪問看護管理療養費1

- ① 常勤看護職員 **7人以上** (サテライトに配置している看護職員も含む)
- ② 24時間対応体制加算の届出を行っていること。
- ③ 訪問看護ターミナルケア療養費又はターミナルケア加算の算定数が年に **合計20回以上**。
- ④ 特掲診療料の施設基準等の別表第7に該当する利用者が **月に10人以上**。
- ⑤ 指定訪問看護事業所と居宅介護支援事業所が同一敷地内に設置され、かつ、当該訪問看護事業所の介護サービス計画 又は介護予防サービス計画の作成が必要な利用者のうち、特に医療的な管理が必要な利用者1割程度について、当該居宅介護支援事業所により介護サービス計画 又は介護予防サービス計画を作成していること。
- ⑥ 休日、祝日等も含め計画的な指定訪問看護を行うこと。
- ⑦ 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を実施していることが望ましい。

機能強化型訪問看護管理療養費2

- ① 常勤看護職員 **5人以上** (サテライトに配置している看護職員も含む)
- ② 24時間対応体制加算の届出を行っていること。
- ③ 訪問看護ターミナルケア療養費又はターミナルケア加算の算定数が年に **合計15回以上**。
- ④ 特掲診療料の施設基準等の別表第7に該当する利用者が **月に7人以上**。
- ⑤ 上記の⑤、⑥、⑦を満たすものであること。

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療

機能強化型訪問看護ステーションの評価

- 在宅医療を推進するため、24時間対応、ターミナルケア、重症度の高い患者の受け入れ、居宅介護支援事業所の設置等、機能の高い訪問看護ステーションを評価する。



※特掲診療料の施設基準等・別表第7に掲げる疾病等

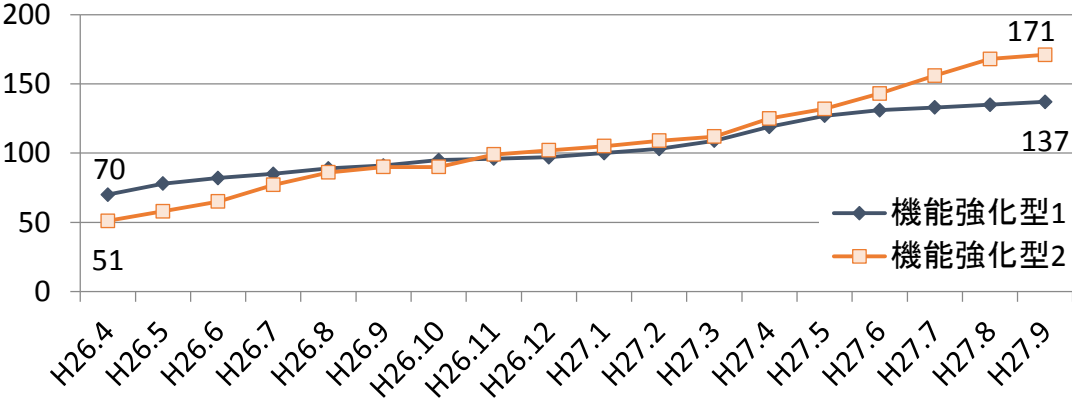
末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージⅢ以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る)、多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群)、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頸髄損傷、人工呼吸器を使用している状態



機能強化型訪問看護ステーションの届出状況

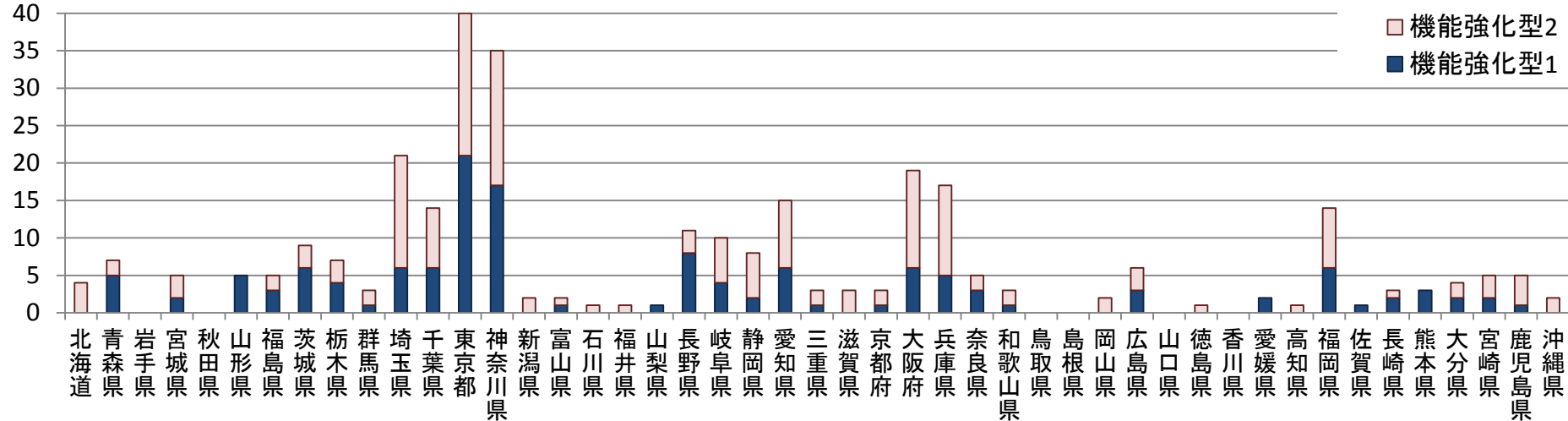
- 機能強化型訪問看護管理療養費の届出は、平成27年9月時点で機能強化型 1 が137事業所、機能強化型 2 が170事業所であり、機能強化型 1 に比べ機能強化型 2 の届出数が多い。
- 大都市部で届出が多い傾向があり、届出がない県も6県ある。

機能強化型訪問看護管理療養費の届出数の推移



機能強化型訪問看護管理療養費1	機能強化型訪問看護管理療養費2	計
137	171	308

都道府県別機能強化型訪問看護管理療養費の届出数



出典：保険局医療課調べ（平成27年9月1日時点）

機能強化型訪問看護ステーションの実績 ①医療ニーズの高い利用者

- 機能強化型訪問看護ステーションの利用者は、機能強化型以外に比べ別表第7及び別表第8に該当する医療ニーズの高い利用者の割合が高い。

■1ステーション当たりの全利用者に占める該当利用者の割合

(全利用者数)		①医療保険のみ の利用者	②別表第7※ ¹ の該当者	③別表第8※ ² の該当者	④特別指示書 交付
機能強化型1	(9,639)	32.5%	20.6%	13.1%	2.3%
機能強化型2	(6,291)	30.7%	19.2%	11.5%	2.2%
機能強化型以外	(31,535)	25.3%	12.3%	7.2%	2.1%
主に精神科	(5,721)	90.3%	1.0%	0.3%	0.6%

注1) ①～④は重複している利用者もいる。

注2)

機能強化型以外

「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」の届け出がなく、かつ、「主に精神科の訪問看護を実施している事業所」を除く事業所

主に精神科

平成26年9月の利用者数のうち、精神科訪問看護基本療養費Ⅰ・Ⅲの利用者数が50%以上の事業所

※1：別表第7

末期の悪性腫瘍
多発性硬化症
重症筋無力症
スモン
筋萎縮性側索硬化症
脊髄小脳変性症
ハンチントン病
進行性筋ジストロフィー症
パーキンソン病関連疾患
多系統萎縮症
プリオン病
亜急性硬化性全脳炎
ライソゾーム病
副腎白質ジストロフィー

脊髄性筋萎縮症
球脊髄性筋萎縮症
慢性炎症性脱髄性多発神経炎
後天性免疫不全症候群
脊髄損傷
人工呼吸器を使用している状態

※2：別表第8

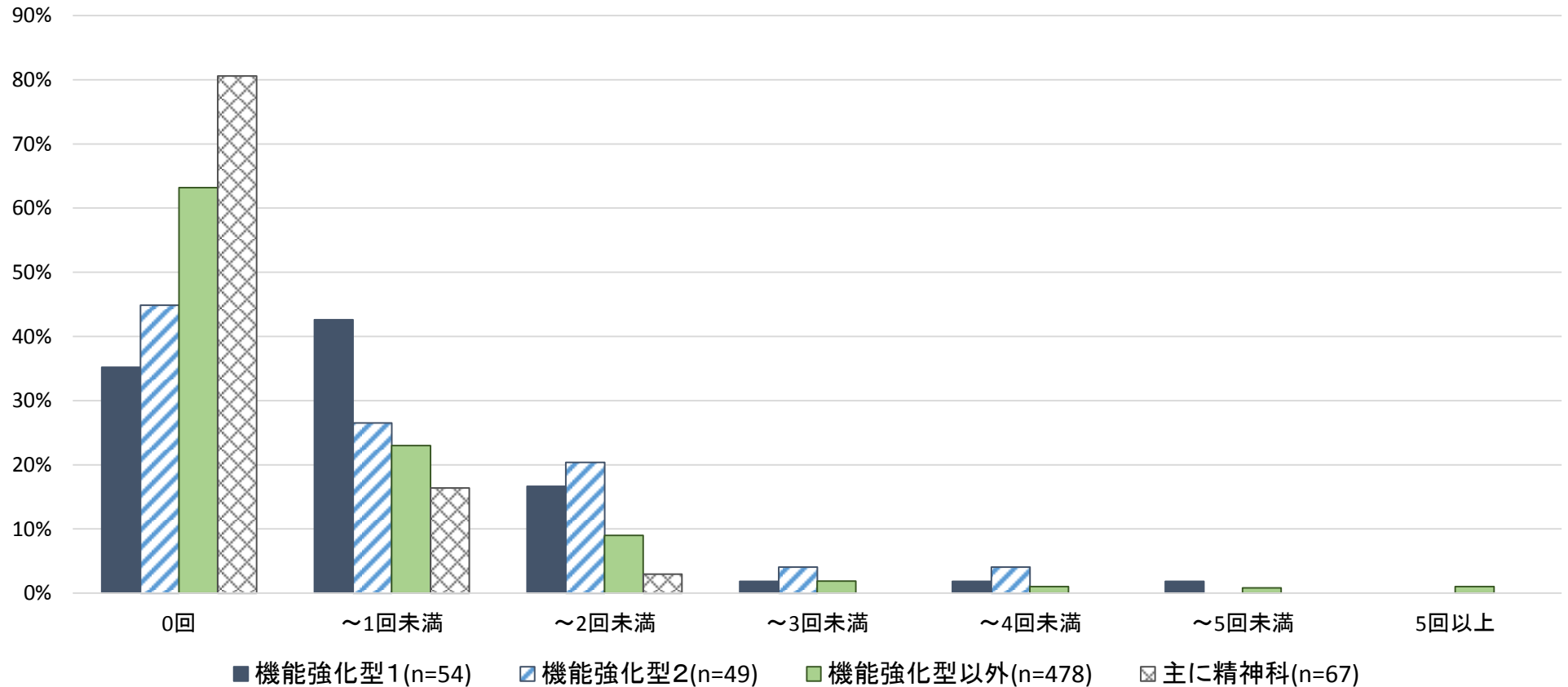
- 1 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 2 以下のいずれかを受けている状態にある者
在宅自己腹膜灌流指導管理
在宅血液透析指導管理
在宅酸素療法指導管理
在宅中心静脈栄養法指導管理
在宅成分栄養経管栄養法指導管理
在宅自己導尿指導管理
在宅人工呼吸指導管理
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
在宅自己疼痛管理指導管理
在宅肺高血圧症患者指導管理
- 3 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 4 真皮を超える褥瘡の状態にある者
- 5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算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

出典：平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成26年度調査）「機能強化型訪問看護ステーションの実態と訪問看護の実施状況調査」を保険局医療課にて再集計

機能強化型訪問看護ステーションの実績 ②緊急訪問

○ 機能強化型訪問看護ステーションは、機能強化型以外に比べ、看護職員1人当たりの緊急訪問看護加算算定回数が多い。

■ 看護職員1人当たりの緊急訪問看護加算算定回数（平成26年9月の1か月間）

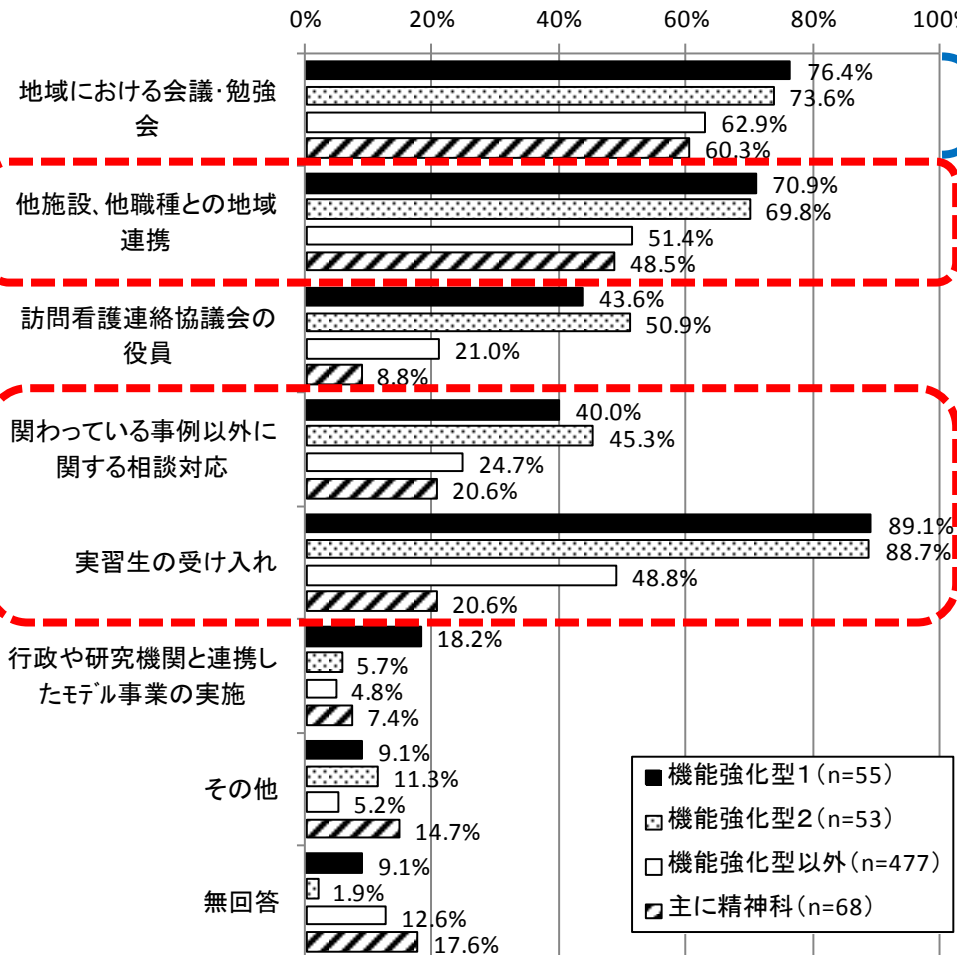


出典：平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成26年度調査）「機能強化型訪問看護ステーションの実態と訪問看護の実施状況調査」を保険局医療課にて再集計

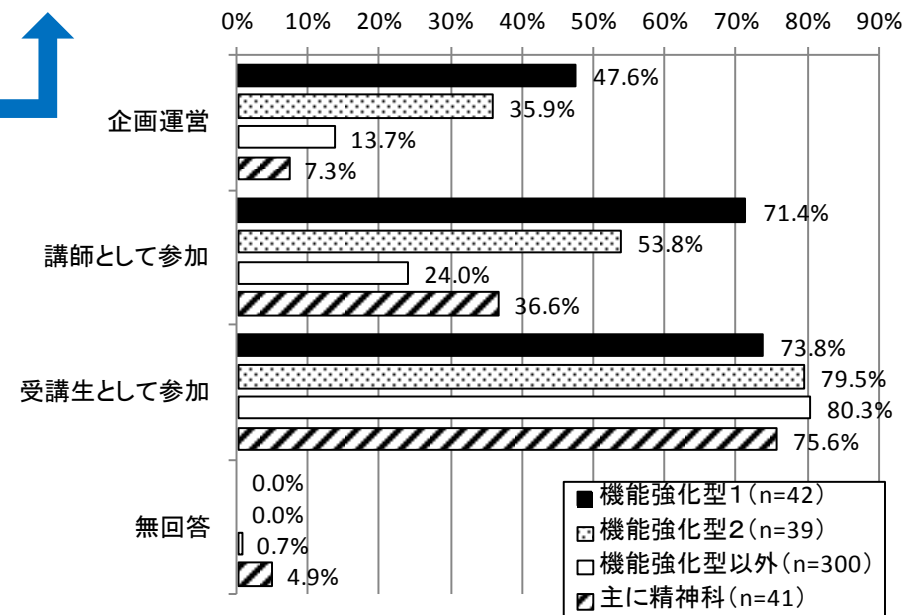
機能強化型訪問看護ステーションの実績 ③人材育成

- 機能強化型訪問看護ステーションは、機能強化型以外に比べ、「他施設、他職種との地域連携」、「関わっている事例以外に関する相談対応」、「実習生の受け入れ」等を通じた人材育成に関わっているステーションが多い。
- 地域における会議・勉強会では、受講生としてだけでなく、企画運営や講師として参加する割合が高い。

■ 地域住民等に対して実施したこと (複数回答)



■ 地域における会議・勉強会の参加方法 (複数回答)



イ. 現状

ロ. 機能強化型訪問看護ステーションの評価

(1) 看取り要件

(2) 医療ニーズの高い小児の受入

ハ. 退院直後の在宅療養支援の強化

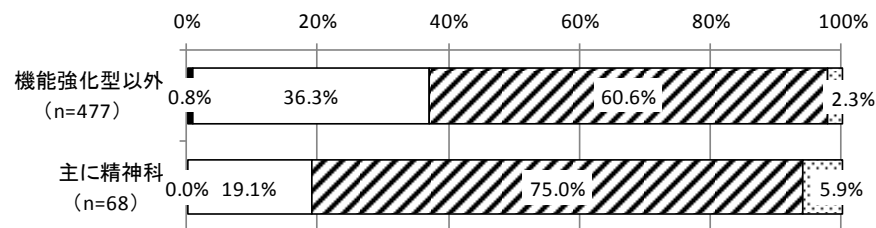
ニ. 在宅医療における保険医療材料等の取扱いの明確化

ホ. 複数の訪問看護ステーション及び病院・診療所が提供する訪問看護の整理

機能強化型を届け出ない理由①

- 機能強化型訪問看護管理療養費を届け出していない訪問看護ステーションのうち、約 1 / 3 のステーションは今後機能強化型として届け出ることを目指しているが、現時点で届け出していない理由は、「看護職員数が少ない」及び「看取りの件数が少ない」が多い。

■ 機能強化型の届出の検討状況



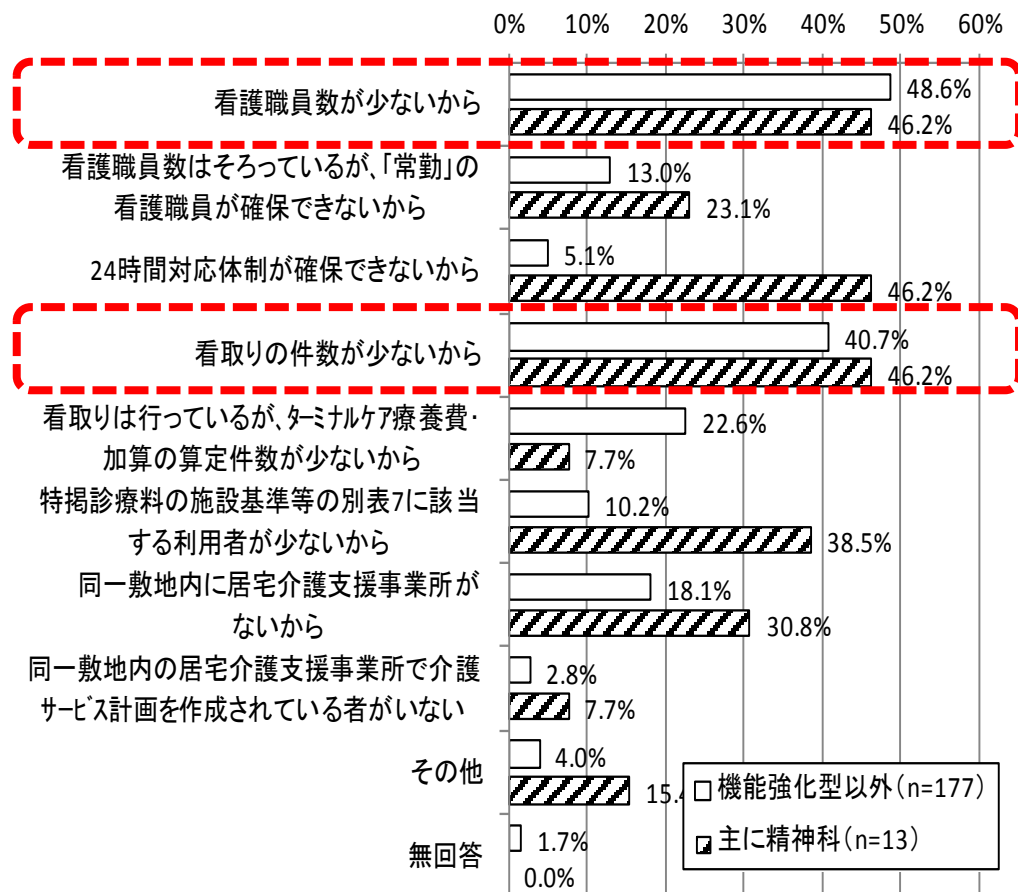
■ 届出予定である

□ 時期は決まっていないが、機能強化型として届け出ることを目指している

▣ 機能強化型として届け出ることは特に目指していない

□ 無回答

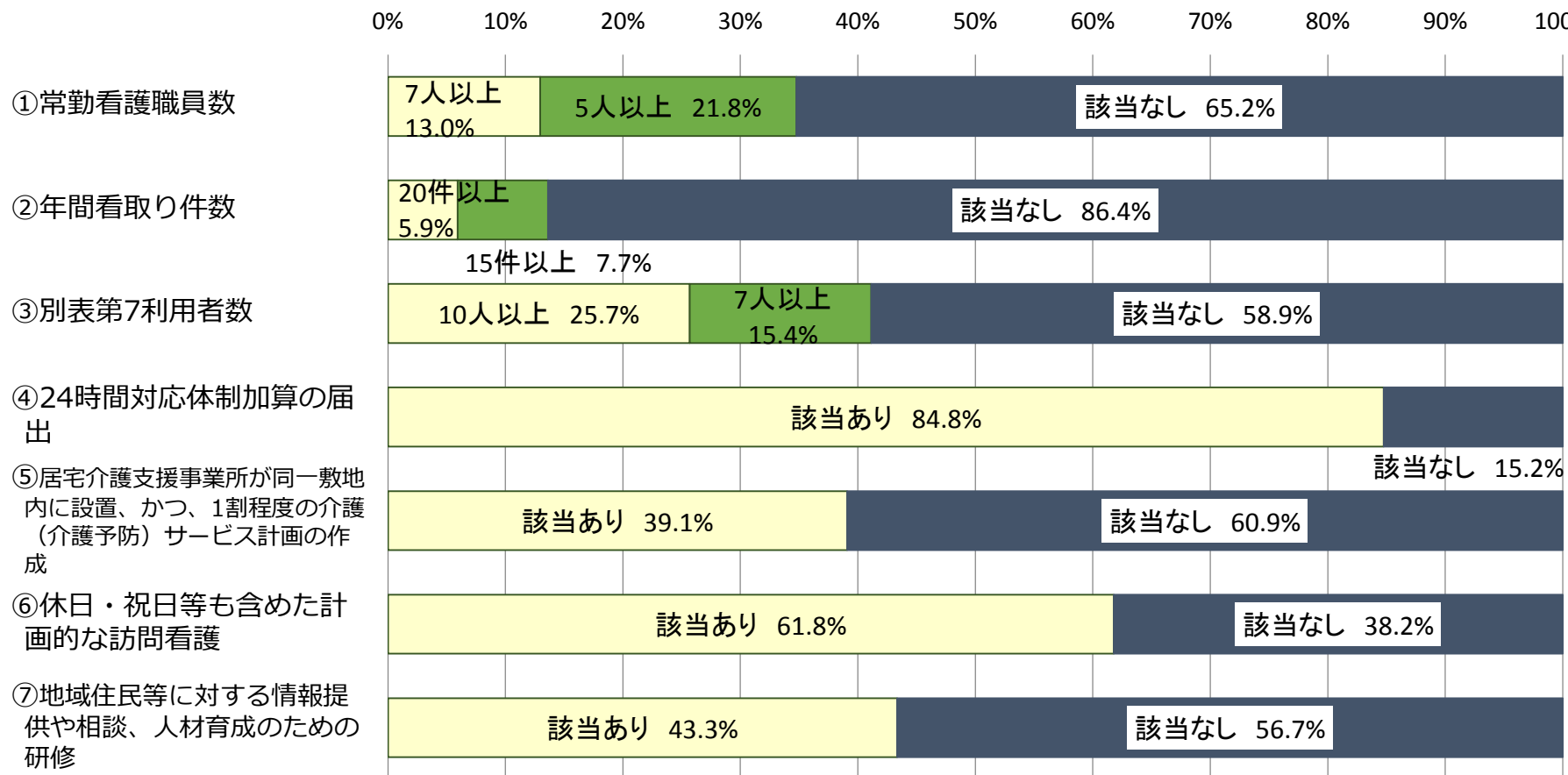
■ 機能強化型の届出なしの理由（複数回答）



機能強化型を届け出ない理由②

- 機能強化型訪問看護管理療養費を算定したことがない訪問看護ステーションでは、機能強化型訪問看護ステーションの施設基準で求められている項目のうち、年間看取り件数の要件を満たしていない事業所が最も多い。

■ 機能強化型訪問看護管理療養費を算定したことがないステーションの要件別の算定状況（n=1,366ステーション）



※調査対象: 全国訪問看護事業協会会員訪問看護ステーション(4,436か所)
 ※調査期間: 平成27年4月

出典: 平成28年診療報酬改定に関するアンケート調査
 (平成27年 社団法人全国訪問看護事業協会)

訪問看護ステーションにおける看取り状況

- 訪問看護ステーション1か所当たりの年間合計看取り件数は、機能強化型 1 は平均約30件、機能強化型 2 は平均約20件、機能強化型以外は平均約5件である。
- ターミナルケアを実施していても、在宅がん医療総合診療料を算定している利用者は、現在は看取り件数に含まれていないが、含めた場合は看取り件数が増加する。

■ 1ステーション当たりの年間看取り件数

		看取り件数 ※	
		現行の計算方法	仮に、在宅がん医療総合診療料（医療機関で算定）対象患者を含めた場合
平均値		8.7	9.2
	1) 機能強化型 1 のみ	31.4	32.5
	2) 機能強化型 2 のみ	20.3	21.3
	3) 1)、2) 以外	5.1	5.5
中央値		4	4
標準偏差		11.7	12.1

	現行の計算方法	仮に、在宅がん医療総合診療料（医療機関で算定）対象患者を含めた場合
調査対象のうち、看取り件数が年間 15 件を上回るステーション数	137	148

※看取り件数：平成26年4月1日～9月30日の看取り実績から年間合計を推計したもの

在宅がん医療総合診療料

保険医療機関と訪問看護ステーションが共同で実施する場合には、保険医療機関において一括して算定する。

【概要】

- 末期の悪性腫瘍の患者に対し、計画的な医学管理の下に、訪問診療又は訪問看護を行う日が合わせて週4日以上であり、かつ、訪問診療及び訪問看護の回数が週1回以上。

※ 訪問看護ステーションがターミナルケアを実施していても、本項目の算定利用者は、訪問看護ステーション側では報酬を算定しない。

イ. 現状

ロ. 機能強化型訪問看護ステーションの評価

(1) 看取り要件

(2) 医療ニーズの高い小児の受入

ハ. 退院直後の在宅療養支援の強化

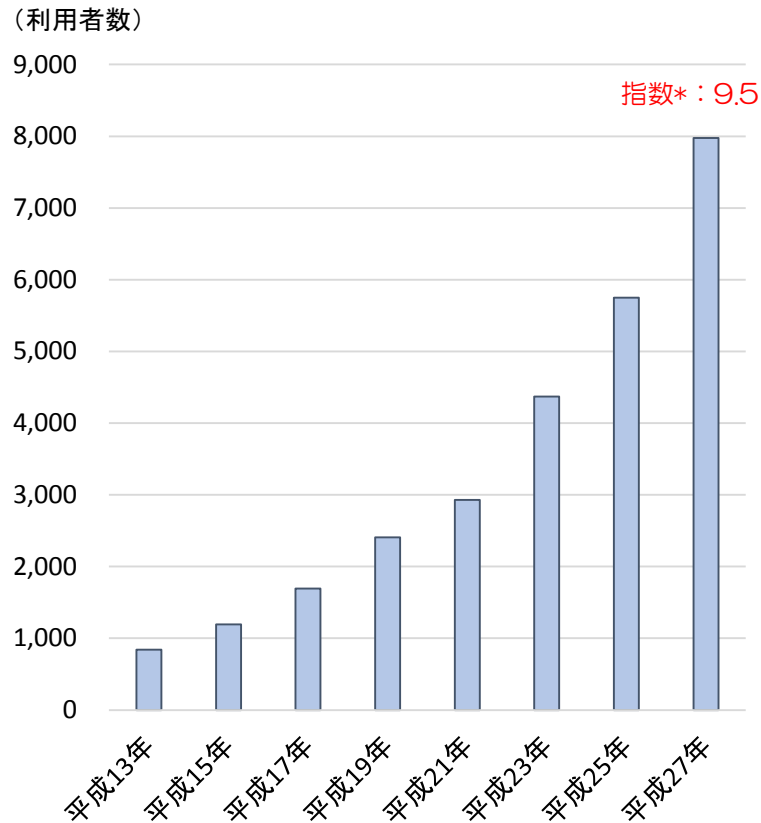
ニ. 在宅医療における保険医療材料等の取扱いの明確化

ホ. 複数の訪問看護ステーション及び病院・診療所が提供する訪問看護の整理

小児に対する訪問看護の実施状況

- 訪問看護ステーションからの訪問看護を受ける小児（0～9歳）の利用者数は増加しており、平成13年に比べ9.5倍になっている。
- 長時間訪問看護加算は、15歳未満の小児の算定者数が多くかつ1月当たりの算定回数が多い。

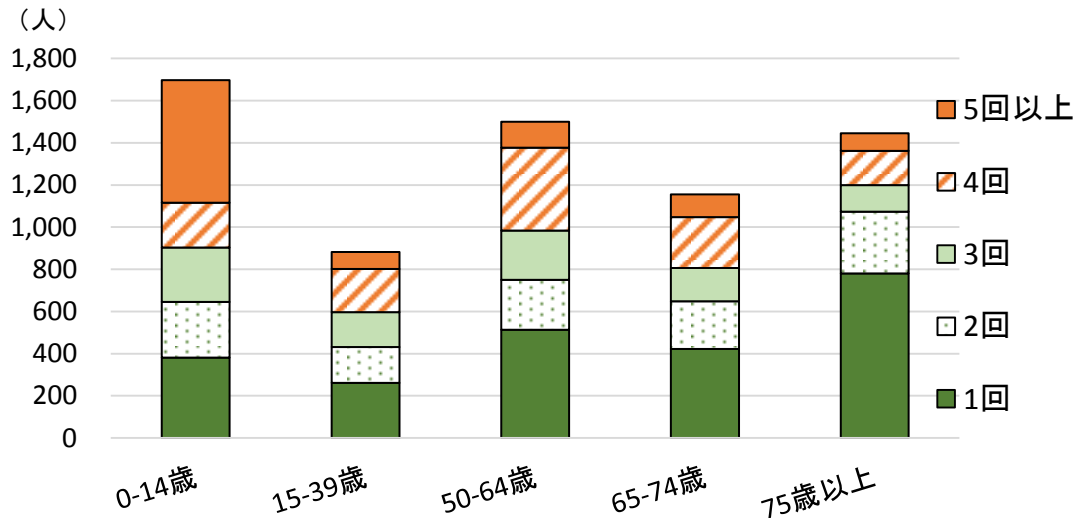
■ 9歳以下の訪問看護利用者数の推移



※：平成13年を1とした時の指数

■ 長時間訪問看護加算の算定回数別利用者数

(平成27年5月の1か月間)



長時間訪問看護加算は、基準告示第2の3に規定する長時間の訪問を要する者に対して、1回の指定訪問看護の時間が90分を超えた場合、1人の利用者に対して週1（15歳未満の超重症児又は準超重症児においては週3回）に限り所定額に加算すること。

○ 厚生労働省告示第六十四号 第二の三

長時間訪問看護加算及び長時間精神科訪問看護加算に係る厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者

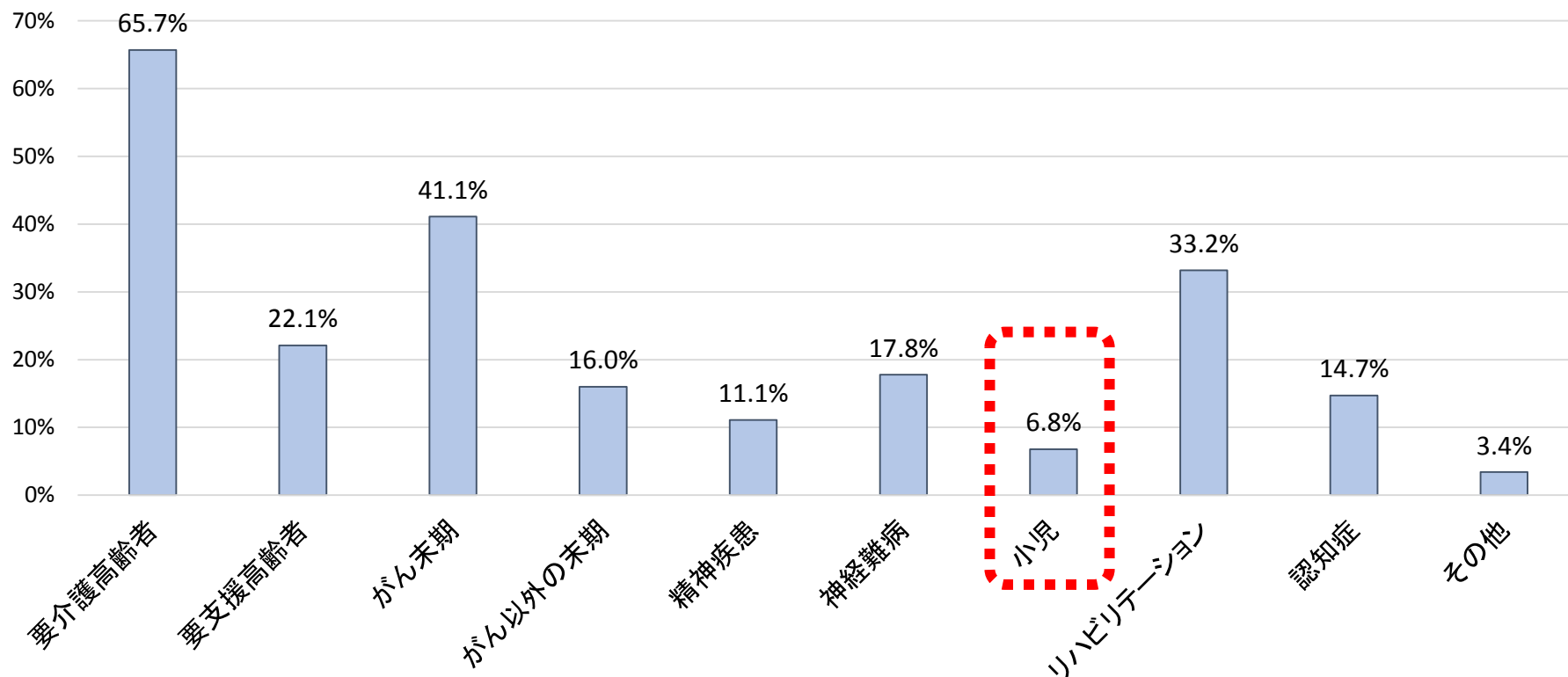
長時間の訪問看護を要する利用者であって、次のいずれかに該当するもの

- (1) 十五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八に掲げる者
- (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

訪問看護ステーションが得意としている利用者の特性

○ 高齢者やがん末期、神経難病等と比べ、小児を得意分野とする訪問看護ステーションは少ない。

■ 訪問看護ステーションが得意としている利用者の特性 (n=443) (複数回答)



出典：東京都訪問看護支援検討委員会報告書（平成25年3月）

※調査対象：東京都内の訪問看護ステーション（管理者票）

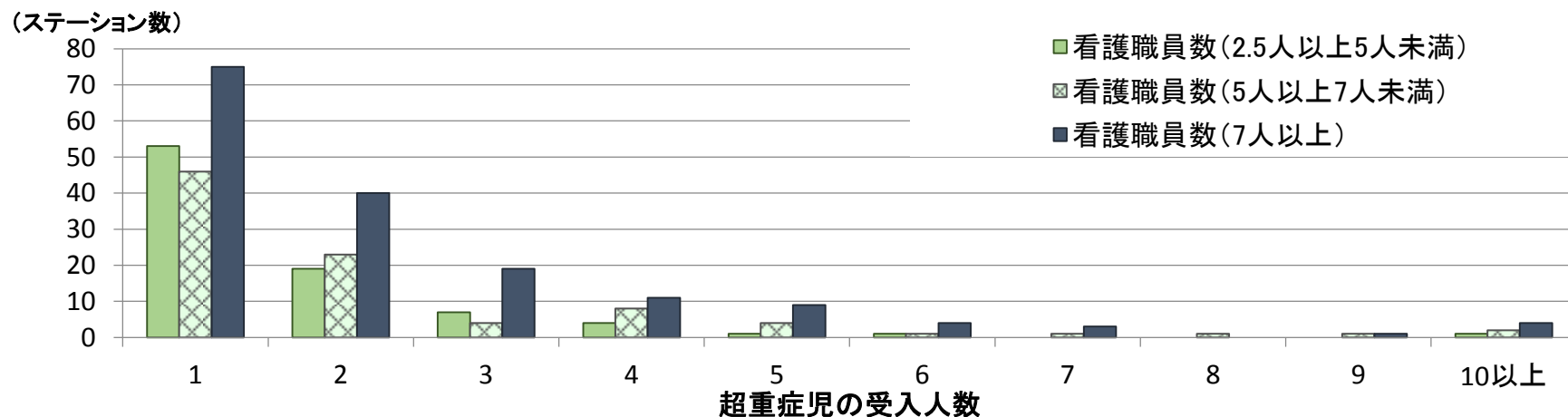
超重症児・準超重症児の受入状況

- 訪問看護ステーションの規模が大きくなるほど、18歳未満の超重症児を受け入れている。
- 超重症児を受け入れているステーションでは、1ステーション当たり2人程度超重症児を受け入れている。

■ 訪問看護ステーションの規模別の超重症児・準超重症児の受け入れ状況（n=1,268ステーション）

	訪問看護ステーションの規模（常勤換算看護職員数）		
	2.5人以上5人未満 （556ステーション）	5人以上7人未満 （324ステーション）	7人以上 （388ステーション）
超重症児（18歳未満）受入有のステーション数	86（15.5%）	91（28.1%）	166（42.8%）
受入有のステーションにおける平均受入人数（超重症児）	1.7	2.3	2.4
準超重症児（18歳未満）受入有のステーション数	59（10.6%）	79（24.4%）	124（32.0%）
受入有のステーションにおける平均受入人数（準超重症児）	1.7	2.1	2.5

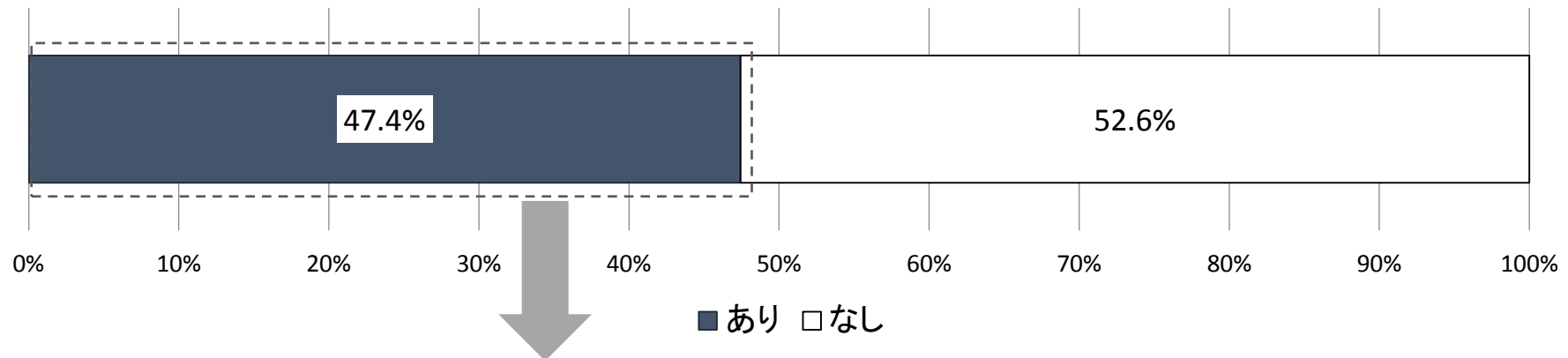
■ 18歳未満の超重症児の受入人数階級別のステーション数（n=343）



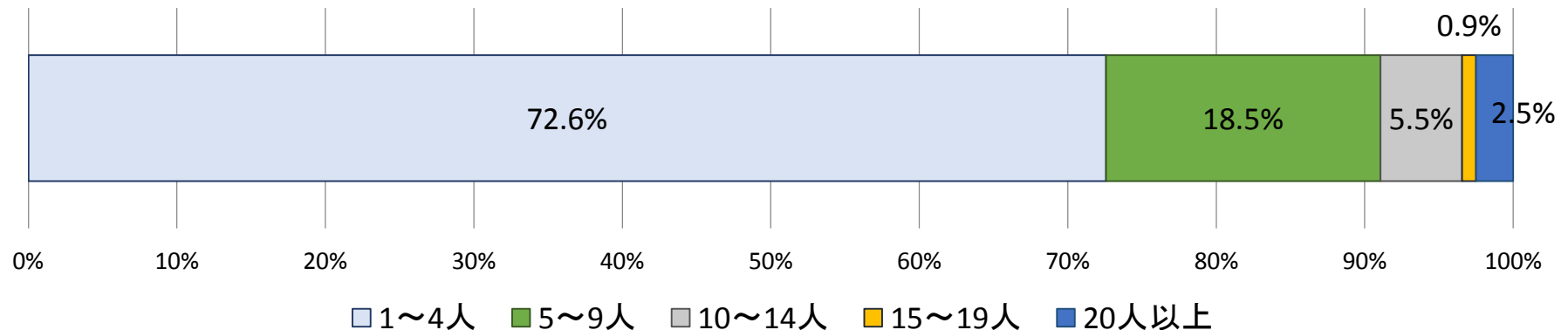
18 歳未満の利用者への訪問看護を実施している訪問看護ステーションの概況

- 18歳未満の小児を受け入れている訪問看護ステーションは約5割であり、受け入れているステーションのうち約7割は1ステーション当たりの小児利用者数が1～4人である。

■ 18歳未満の小児の利用者の有無 (n=1,345ステーション)



■ 1ステーション当たりの小児の利用者数 (n=638ステーション)

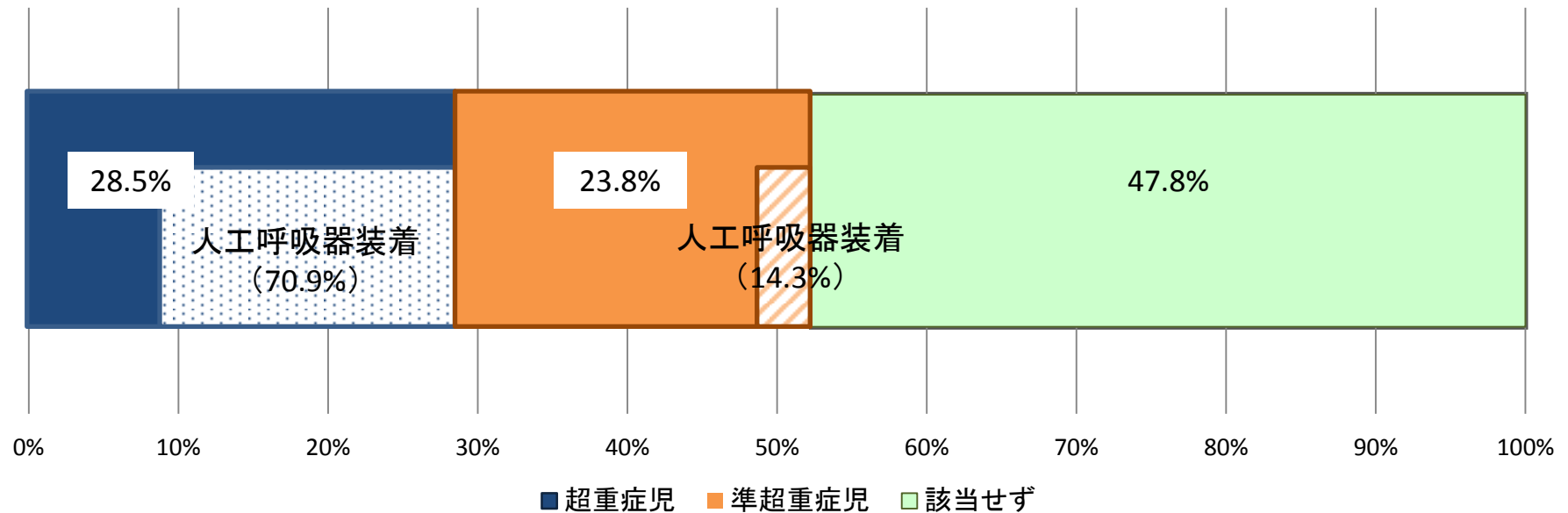


18 歳未満の利用者の状態

- 18歳未満の利用者のうち約半数は超重症児と準超重症児であり、超重症児のうち7割以上、準超重症児のうち1.5割程度が人工呼吸器を装着している。

■ 18歳未満の利用者の状態（超重症児・準超重症児の該当）

(n=2,854)

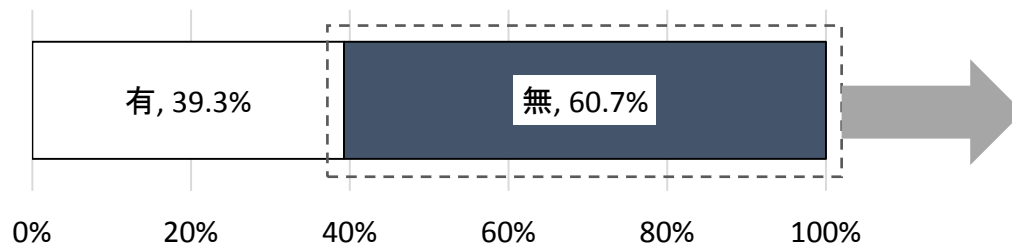


出典：平成28年診療報酬改定に関するアンケート調査
(平成27年 社団法人全国訪問看護事業協会)

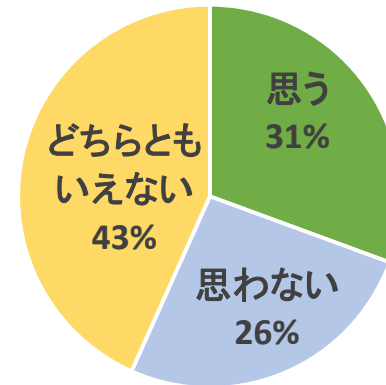
訪問看護ステーションにおいて小児を受け入れるために必要なこと

- 小児訪問看護を行っていない訪問看護ステーションにおいて、小児訪問看護を取り組めるようにするためには、「小児訪問看護の研修」と並んで、「小児訪問看護を行っている訪問看護ステーションでの体験研修」が挙げられている。

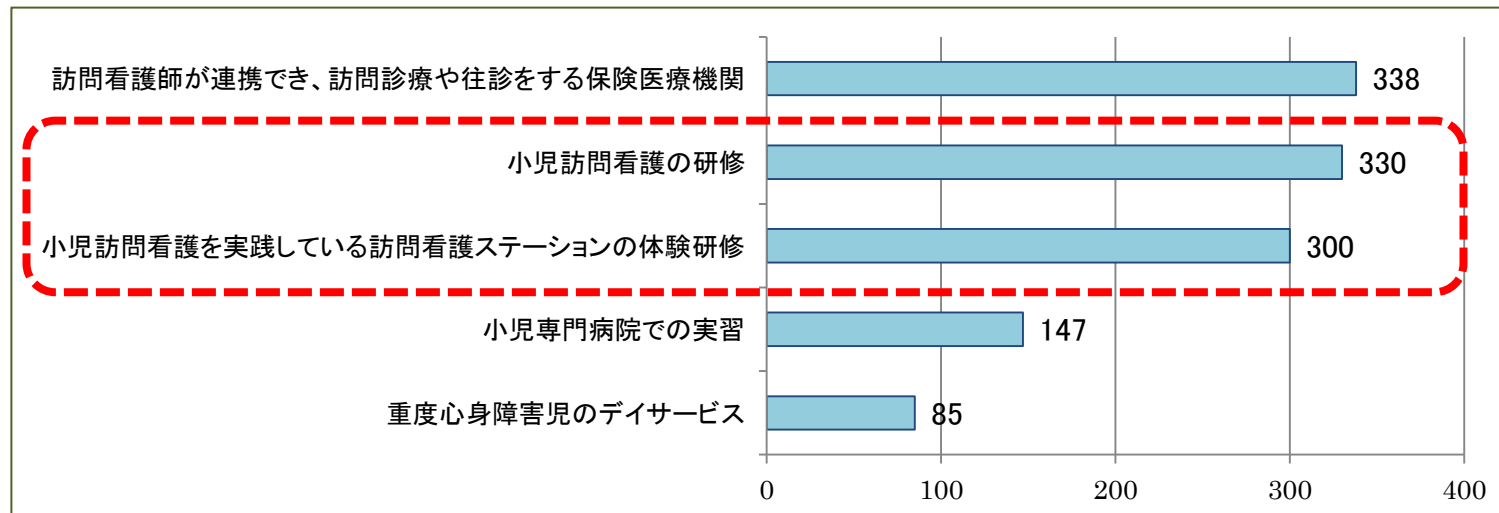
■ 過去6か月間の小児訪問看護の経験



■ 今後、小児訪問看護を行いたい



■ 小児訪問看護を取り組めるようにするための要件



長期入院児の増加傾向

- 長期入院児の年間発生数は、NICU 1,000床当たり95例、出生1万人当たり2.6例である。（2012年）
- NICU長期入院児の年間発生数は、2006年以降減少していたが、2010年以降再び増加傾向である。
- 在宅人工呼吸の小児患者数も、増加している。

長期入院児*の年間発生数（2012年データ）

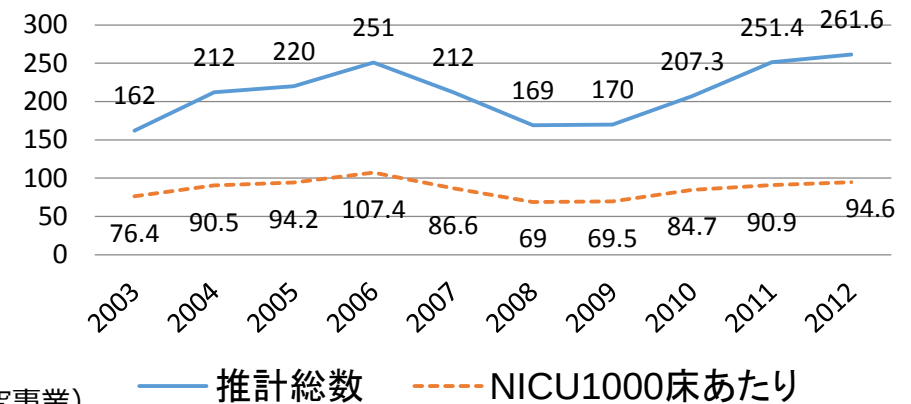
NICU1000床あたり95例

⇒ 推計総数 約260例**
（約2.6例/出生1万人）

* 2011年に出生しNICUあるいはその後方病床に1年以上入院している児

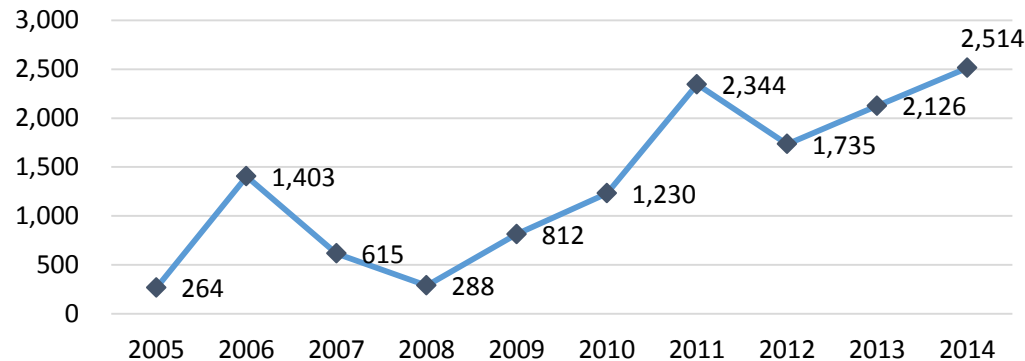
** 2012年のNICU総病床数2,765

■ 長期入院児数の推移



出典：平成23～25年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
「重症の慢性疾患児の在宅での療養・療育環境の拡充に関する総合研究」（主任研究者：田村正徳）

■ 在宅人工呼吸指導管理料の算定件数（0～19歳）の推移

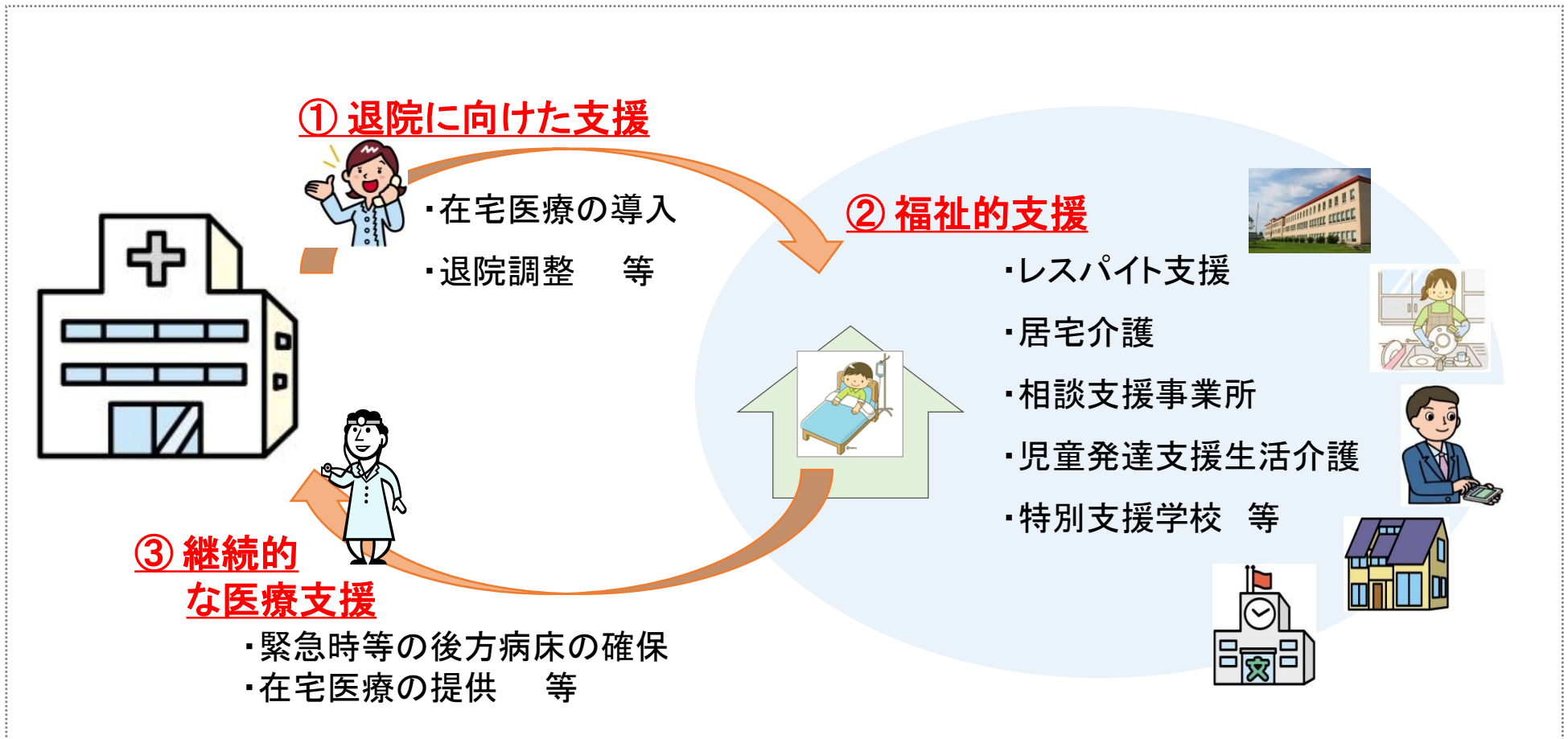


出典：社会医療診療行為別調査（各年6月審査分）

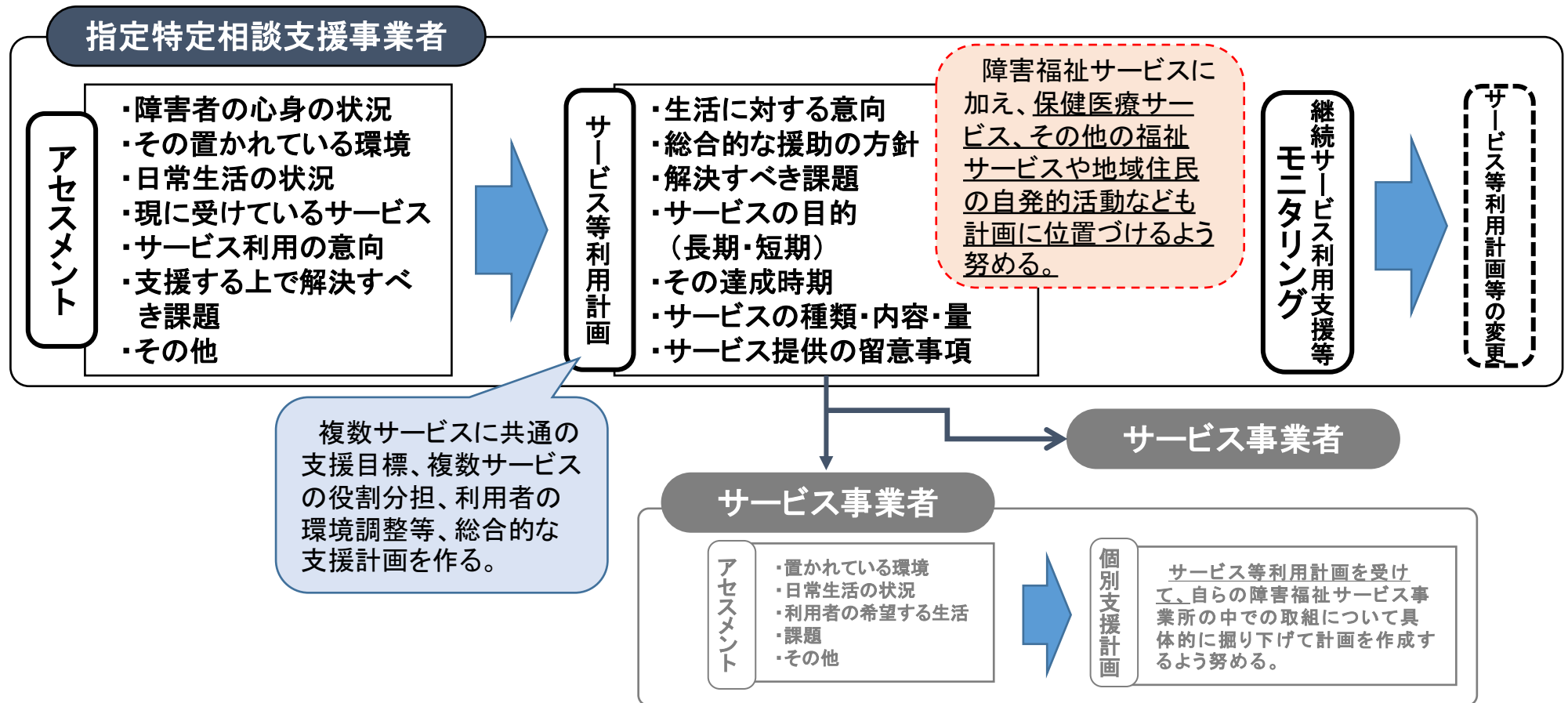
長期の療養が必要な児の在宅移行支援（イメージ）

- 長期の療養が必要な児の在宅移行を支援するための取組として、退院支援、在宅移行後の福祉的支援、継続的な医療支援等が実施されている。

＜長期の療養が必要な児の在宅への移行支援（イメージ）＞



障害福祉サービスにおける相談支援事業者との連携



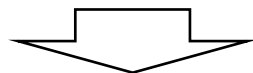
- 相談支援事業者は、障害福祉サービス等の利用申請をした障害児者に対して、訪問面接によりアセスメントを行い、総合的な援助方針や解決すべき課題を踏まえ、サービス等利用計画を作成する等の総合的な相談支援を行う。
- サービス等利用計画を作成するにあたっては、障害福祉サービスに加え、保健医療サービス等も計画に位置づけるよう努めるものとされている。

保健医療サービスと障害福祉サービスと合わせた総合的な支援を行うためには、訪問看護ステーションと相談支援事業者との連携が必要である。

機能強化型訪問看護ステーションの課題と論点

【課題】

- 平成26年診療報酬改定において、訪問看護に求められる機能（24時間対応、ターミナルケア、重症度の高い患者の受け入れ等）に対応する訪問看護ステーションの評価として、機能強化型訪問看護管理療養費が新設されたが、こうしたステーションでは、小児の受入や緊急訪問等の実績も高い傾向がみられた。
- 在宅がん医療総合診療料を算定する保険医療機関と共同で訪問看護を行い看取りを行っても、訪問看護ターミナルケア療養費を算定できないため、機能強化型訪問看護ステーションの施設基準における看取り件数として算入できない。
- 18歳未満の利用者がいない訪問看護ステーションが約半数であり、小児の受け入れに不安を抱えているステーションが多いが、重症児がNICU等から在宅療養へスムーズに移行するためには、医療ケアや療養相談、24時間対応、療養支援等のために、小児への訪問看護が求められている。



【論点】

- 在宅医療を推進し、機能の高い訪問看護ステーションを評価するために、機能強化型訪問看護管理療養費の算定要件の年間看取り件数に在宅がん医療総合診療料を算定していた利用者を含めてはどうか。
- 重症児を受け入れる訪問看護ステーションを増やしていくためにも、機能強化型訪問看護ステーションの実績要件として、看取り件数だけでなく、超重症児等の小児を24時間体制で受け入れている実績を有し、小児の訪問看護に積極的に取り組む訪問看護ステーションも評価してはどうか。

イ. 現状

ロ. 機能強化型訪問看護ステーションの評価

(1) 看取り要件

(2) 医療ニーズの高い小児の受入

八. 退院直後の在宅療養支援の強化

二. 在宅医療における保険医療材料等の取扱いの明確化

ホ. 複数の訪問看護ステーション及び病院・診療所が提供する訪問看護の整理

病院・診療所からの訪問看護の実施状況 ①実施医療機関

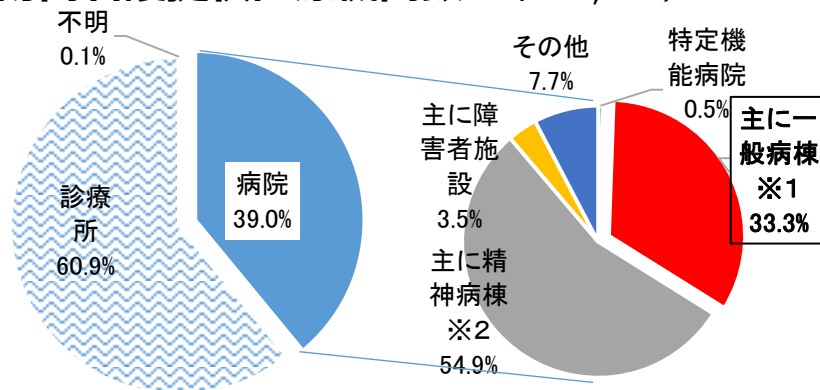
- 全医療機関のうち3.8%が医療保険からの訪問看護を実施しており、病院に限ると約2割が実施している。
- 訪問看護を実施している医療機関のうち約4割が病院であり、そのうち約3割は主に一般病棟を有する病院である。一般病院における1医療機関当たりの訪問看護提供者数は1～10人が最も多く、10:1入院基本料を算定している病院が実施している割合が高い。

■ 医療機関における訪問看護の実施状況

医療機関数 ¹⁾	訪問看護を実施	
	介護保険 ²⁾	医療保険 ³⁾
病院 8,484	—	1,641 (19.3%)
診療所 100,962	—	2,561 (2.5%)
合計 109,996	1,580 (1.4%)	4,205 (3.8%)

- 1)「医療施設動態調査」(平成27年5月末概数)
 2)「介護給付費実態調査」(平成27年6月審査分)
 3)NDBデータ(平成27年5月診療分)

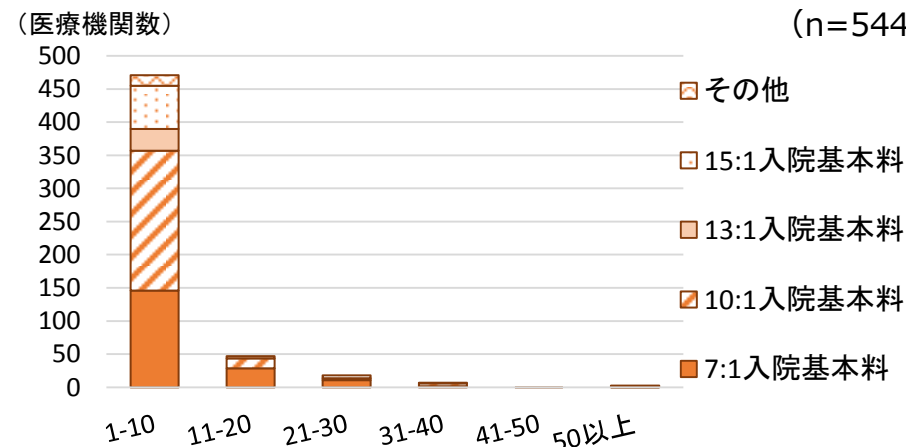
■ 訪問看護提供医療機関数 (n=4,205)



※1 主に一般病棟:当該月において一般病棟入院基本料を算定している者が過半数を占める病院

※2 主に精神病棟:当該月において精神病棟入院基本料を算定している者が過半数を占める病院

■ 一般病院における訪問看護提供者数別の医療機関数 (n=544)



(1医療機関当たりの訪問看護提供者数(平成27年5月))

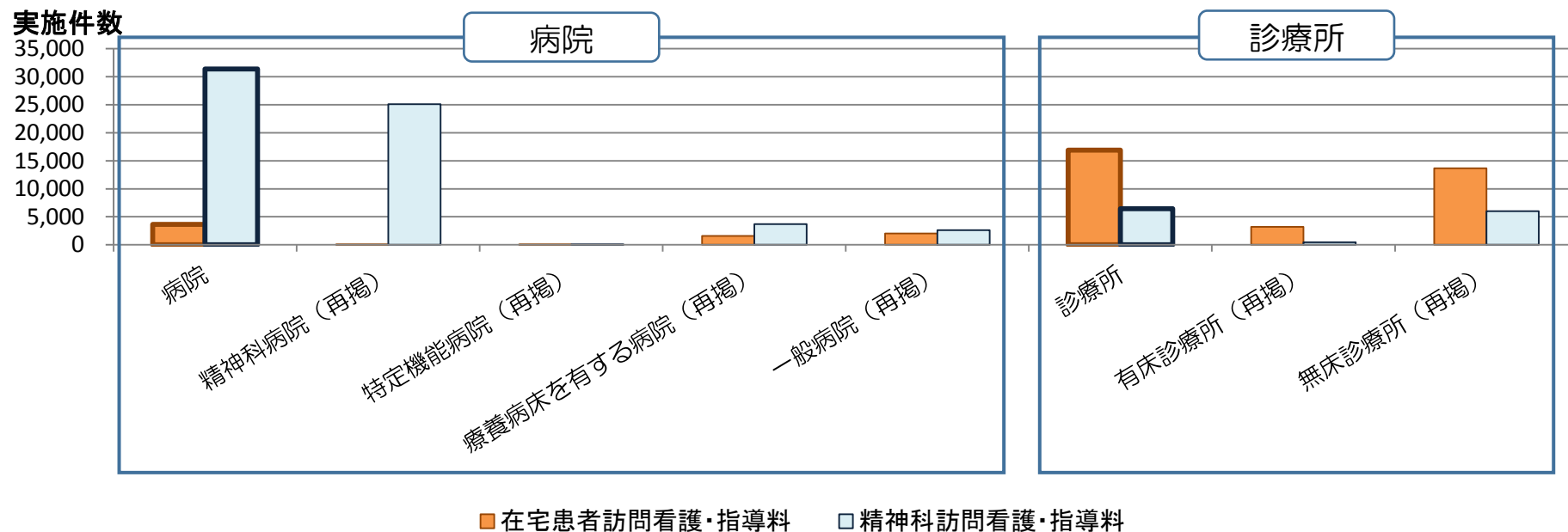
出典：NDBデータ(平成27年5月診療分)

病院・診療所からの訪問看護の実施状況 ②実施件数

- 病院・診療所からの訪問看護の実施件数は、病院からの訪問が約6割、診療所からの訪問が約4割である。
- 病院からの訪問看護は、約9割が精神科病院からの精神科訪問看護・指導である。

■ 病院・診療所からの訪問看護・指導の実施件数（平成26年6月審査分）

	総数(件)	実施場所	
		病院	診療所
在宅患者訪問看護・指導料※ ¹	20,748 (100.0%)	3,623 (17.5%)	16,881 (81.4%)
精神科訪問看護・指導料※ ²	37,845 (100.0%)	31,376 (82.9%)	6,456 (17.1%)
合計	58,593 (100.0%)	34,999 (59.7%)	23,337 (39.8%)



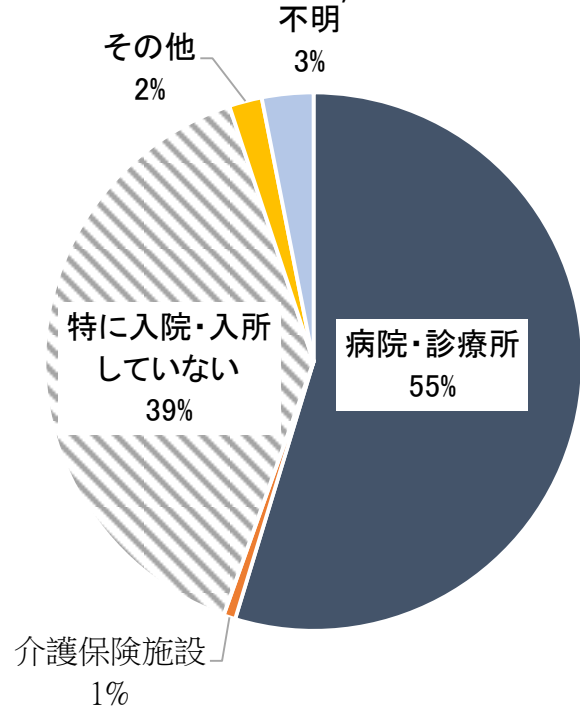
※¹ 在宅患者訪問看護・指導料: 在宅患者訪問看護・指導料と同一建物居住者訪問看護・指導料の細分類の実施件数を積み上げている

※² 精神科訪問看護・指導料: 精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)～(Ⅲ)の細分類の実施件数を積み上げている

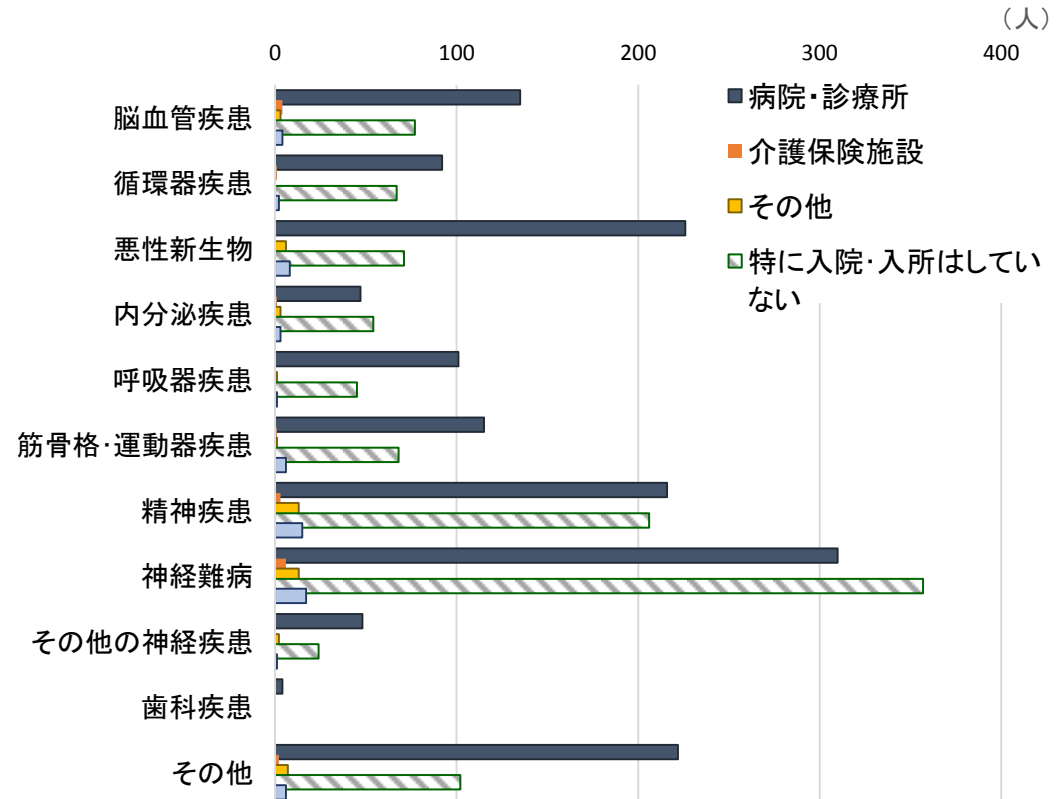
訪問看護ステーション利用前の状況

- 訪問看護ステーションの利用者が訪問看護を開始する前は、約5割が病院・診療所に入院しており、約4割が特に入院・入所していない。
- 疾患別では特に悪性新生物の場合に、病院・診療所からの退院を契機に利用する利用者の割合が高い。

■ 訪問看護ステーション利用者の利用開始前の場所 (n=2,230)



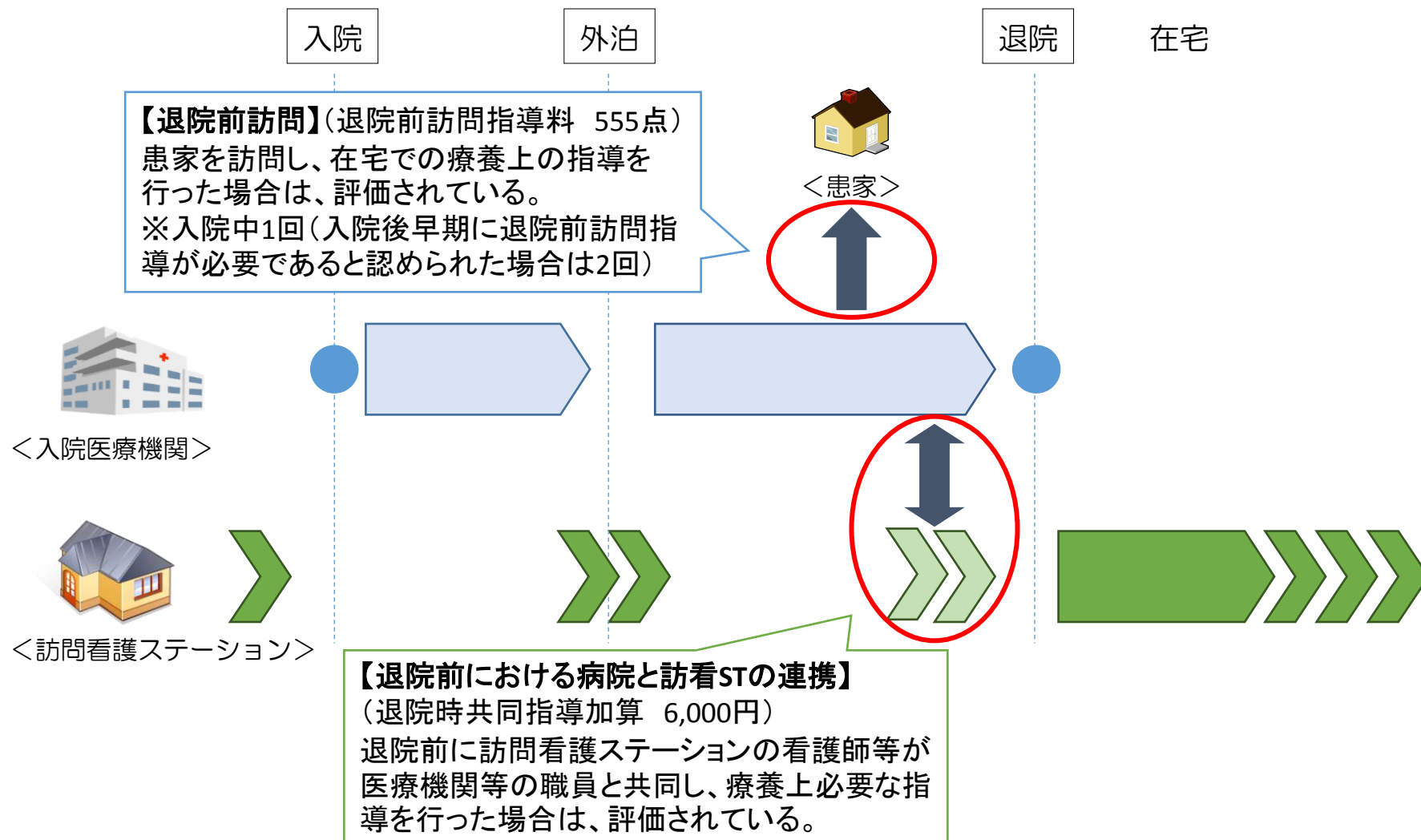
■ 現在在宅療養を続けている原因の病名別にみた訪問看護ステーション利用者の利用開始前の場所 (病名は複数回答)



出典：平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成26年度調査）「機能強化型訪問看護ステーションの実態と訪問看護の実施状況調査」を保険局医療課にて再集計

入院医療機関における退院時の在宅療養支援の評価

- 入院医療機関から在宅療養への円滑な移行に向けた支援のうち、現在評価されているのは退院前に実施された支援である。（医療機関側の評価：退院前訪問指導料、訪看ステーション側の評価：退院時共同指導加算）
- 入院医療機関が退院支援の一環として行う退院後の在宅療養支援を評価する項目はない。



病院による在宅医療・生活の支援の取り組み ①小児（神奈川県茅ヶ崎地域の例）

【概要】 ＜平成26年度小児等在宅医療連携拠点事業（神奈川県）＞

地域の小児等への在宅医療資源の拡充と専門機関との連携のために、①小児在宅医療に関する相談窓口の設置、②小児在宅医療の担い手を対象とした各種研修会の実施、③在宅医連携カンファレンスの実施、④新生児地域連携カンファレンス、⑤退院支援の実施が行われた。

退院後同行訪問の概要

I 目的

在宅医療を行うこどもに対する訪問看護師の初回訪問に入院医療機関の看護師が同行し、医療ケアの効率的な引継ぎと医療ケア方法の修正を共同で行う。

訪問看護師の小児在宅医療ケアに対する不安の軽減を図り、在宅への移行を協働で行う。

II 対象患者

在宅医療ケアを必要とする退院患者

III 訪問時期

退院後1ヶ月以内に行う

患者の状況に応じて医療者、患者・家族と調整し決定する

IV 訪問者

退院在宅医療支援室看護師（状況により外来、退院病棟の看護師）

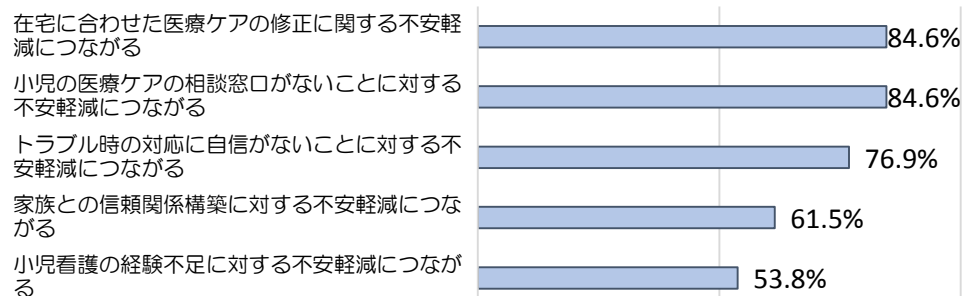
実績（H26年度（2月末時点））

総数：12件（うち9件は病棟看護師同行）

TPPV 5件	NPPV 2件	酸素 2件
注入 1件	ターミナル 1件	IVH 1件
同行訪問看護ステーション数		10施設
在宅医と合わせた訪問（医師も同行）		3件
共同して医療ケアの修正		4件

利用した訪問看護師からの声

(n=23)



在宅移行時に切れ目のない支援が実現し、訪問看護師や患者・家族の不安解消の一助になった。

病院による在宅医療・生活の支援の取り組み ②認知症患者（急性期病院での事例）

【概要】

A病院（360床一般7対1入院基本料）において、入院中に老人看護専門看護師が関与した認知症患者のうち、在宅移行時に支援が必要だと判断した患者に対して、退院後の支援を実施。

内服管理が困難な患者への訪問（訪問看護師と同行訪問）

【患者概要】 87歳男性（妻、長男と3人暮らし）

【入院中の関与】

術後せん妄に対して精神科リエゾンチームが関与。内服薬の自己管理が難しく妻は夫の認知機能障害について理解を示さないこともあり、退院に際して内服管理と排便確認、通院の継続のために訪問看護を導入することとした。本人は「何でも自分でできるから来なくてよい。」と言っており、訪問看護師は本人の易努的な面や拒否的な発言について心配していた。

【退院後の支援：A病院の老人看護専門看護師と訪問看護師の同行訪問】

退院後、A病院の老人看護専門看護師と訪問看護師と一緒に訪問。入院時の状況と比較して本人の症状をアセスメントし、訪問看護師に、引き続き内服確認やフィジカルアセスメントの必要性を説明し、本人から介入拒否があった場合の対応方法を共に検討した。

入院中に強いせん妄があった患者への訪問（ケアマネジャーとの同行訪問）

【患者概要】 80歳女性（夫と2人暮らし）

【入院中の関与】

肺炎のために入院したが、せん妄症状が強く、認知症看護認定看護師等に、コンサルテーション及び退院支援・調整依頼があった。また、精神科医師によりアルツハイマー型認知症と簡易診断された。患者本人の混乱が強く入院前は自立していたADLもほぼ全介助の状態となっていたため、退院にあたり介護保険の申請を促し、認知症患者への対応を得意とする居宅介護支援事業所を勧めた。混乱が強い状態での退院となるため、老人看護専門看護師が訪問してサポートを行うことが可能である旨を伝え、同行訪問を行うこととなった。

【退院後の支援：A病院の老人看護専門看護師とケアマネジャーの同行訪問】

退院日翌日に一緒に訪問。患者の記憶障害や見当識障害はあったが、入院中にみられていた強いせん妄状態は軽減していた。ケアマネジャーにその旨を伝えながら、今後のケアについて話し合いを行った。



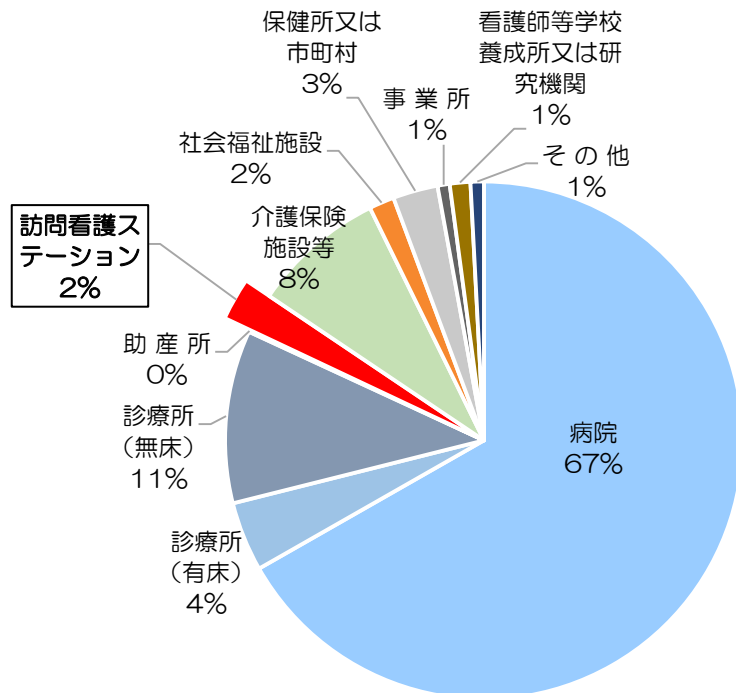
環境の変化の影響を受けやすい認知症患者の状態について、入院時の状況と比較して退院後の状況を在宅支援の関係者と検討することで、在宅生活に合わせた適切な支援法の選択や関係者の不安解消につながった。

訪問看護ステーションの就業者数の推移

- 就業している看護職員のうち、訪問看護ステーションに就業しているのは2%である。
- 訪問看護ステーションに就業している看護職員数は年々増加しているが、看護職員全体に比べ増加割合は低い。

■ 就業場所別看護職員数（常勤換算）

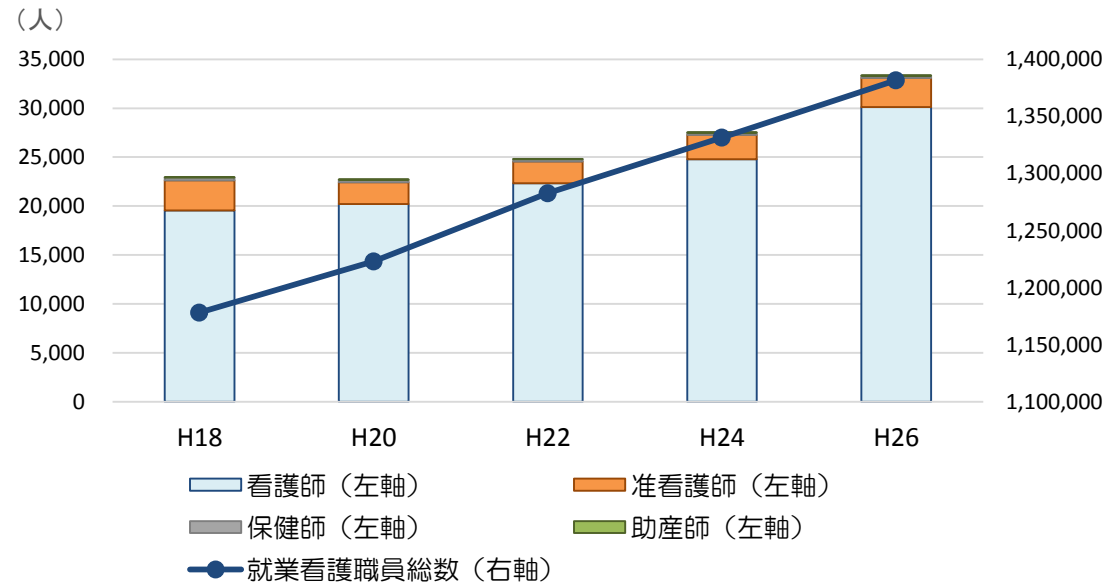
（平成26年12月末現在）



※看護職員：保健師、助産師、看護師、准看護師

■ 訪問看護ステーションの就業看護職員数（常勤換算）

（各年年12月末現在）



※就業看護職員総数：就業している保健師、助産師、看護師、准看護師の総数

医療保険における訪問看護の評価

訪問看護ステーション (訪問看護療養費)

訪問看護基本療養費
(1日につき)

週3日目まで
5,550円

精神科訪問看護基本
療養費 (1日につき)

週3日目まで30分以上
5,550円

+ 基本療養費に係る加算

+

訪問看護管理療養費

月の初日

機能強化型1：12,400円、機能強化型2：9,400円
その他：7,400円

月の2日目以降

2,980円

+ 管理療養に係る加算

+

訪問看護情報提供療養費

+

訪問看護ターミナルケア療養費

病院・診療所 (診療報酬)

在宅患者訪問看護・
指導料 (1日につき)

週3日目まで
555点

精神科訪問看護・指
導料 (1日につき)

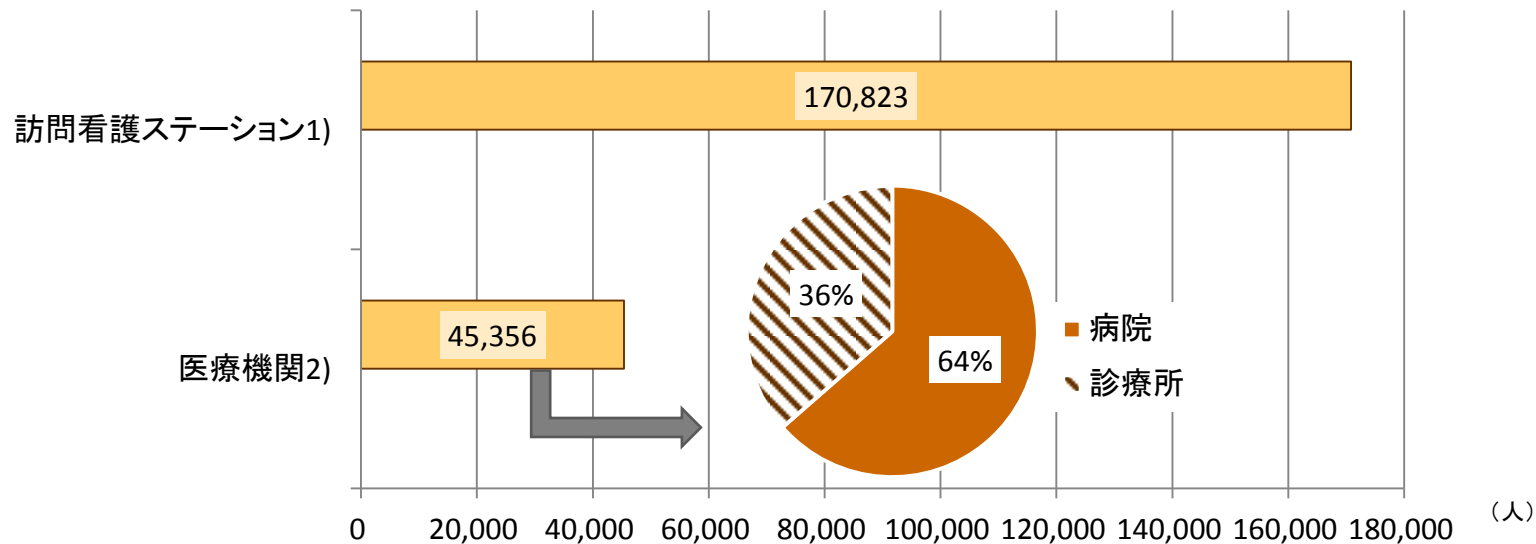
週3日目まで30分以上
575点

+ 加算

医療保険における訪問看護の実施件数

- 医療保険における訪問看護の実施件数は、訪問看護ステーションのほうが多く、医療機関の実施件数は訪問看護ステーションの約 3 分の 1 である。
- 医療機関に就業する看護職員は多いものの、訪問看護を実施する医療機関は、全医療機関数と比べると少ない。

■ 医療保険における訪問看護の実施件数（1か月間）



■ 訪問看護を実施している医療機関数（再掲）

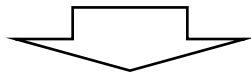
医療機関数 ³⁾		医療保険において訪問看護を実施する医療機関数 ²⁾
病院	8,484	1,641 (19.3%)
診療所	100,962	2,561 (2.5%)
合計	109,996	4,205 (3.8%)

- 1) 保険局医療課調べ（平成27年6月審査分より推計）
- 2) NDBデータ（平成27年 5 月診療分）
- 3) 「医療施設動態調査」（平成27年5月末概数）

退院直後の在宅療養支援の強化に関する課題と論点

【課題】

- ・ 医療ニーズが高い高齢者や小児、難病等の患者が、住み慣れた地域での在宅生活を継続するためには、在宅療養生活を見据えた退院支援及び在宅における継続的なケアが必要である。
- ・ 特に、ケアの技術や専門性が必要となる医療ニーズがある患者が療養の場を医療機関から在宅に安心・安全に移行するためには、技術移転や療養の場にあわせたケアの見直し等入院医療機関側及び在宅側が相互に連携する必要がある。
- ・ また、訪問看護の提供体制は、近年、利用者数、ステーション数ともに増加傾向であるが、より医療ニーズが高い患者を受け入れられる体制が求められている。
- ・ 一方、医療機関からの訪問看護の実施件数は、訪問看護ステーションから場合の約3分の1であり、特に、病院からの訪問看護は多くが精神科訪問看護であり、一般病院からの訪問看護は少ない。



【論点】

- 医療ニーズが高い患者が安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるようにするために、退院直後の一定期間に退院支援や訪問看護ステーションとの連携のため入院医療機関から行う訪問指導について評価してはどうか。
- 今後の在宅医療のニーズの増大に対応した訪問看護の提供体制の確保のために、病院・診療所からの訪問看護をより評価してはどうか。

イ. 現状

ロ. 機能強化型訪問看護ステーションの評価

(1) 看取り要件

(2) 医療ニーズの高い小児の受入

ハ. 退院直後の在宅療養支援の強化

二. 在宅医療における保険医療材料等の取扱いの明確化

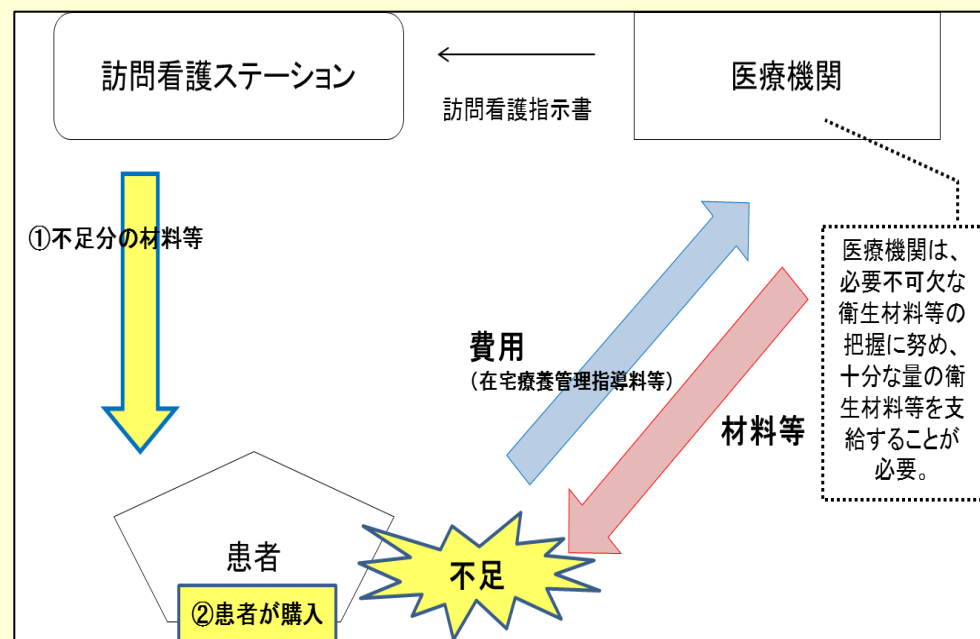
ホ. 複数の訪問看護ステーション及び病院・診療所が提供する訪問看護の整理

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑫

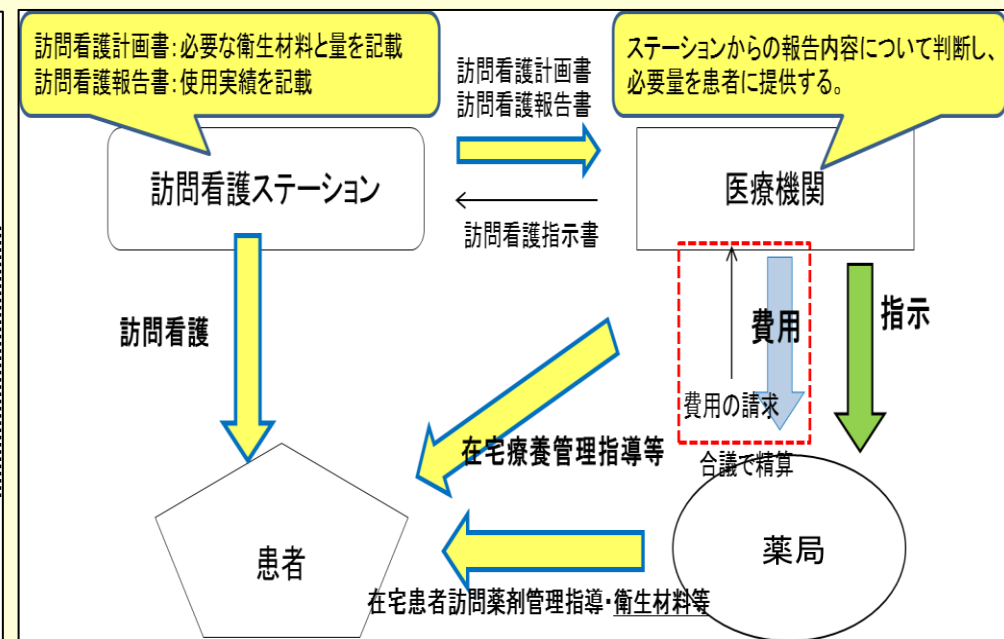
在宅における衛生材料の供給体制について

- 在宅療養中の患者に対し、訪問看護ステーション、医療機関及び薬局が連携し、必要な衛生材料等を提供できる仕組みを整備する。

【改定前】



【改定後】



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

- 訪問看護ステーションが、必要な衛生材料の量を訪問看護計画書とともに記載し、主治医へ提出する。また、使用実績については訪問看護報告書とともに記載し、主治医へ報告する。
- 医療機関は、提供する衛生材料の必要量を判断したうえで、直接患者に提供するか、「衛生材料を供給できる体制を有している」と届出をしている薬局に衛生材料の提供に関する依頼を行い、薬局を介し患者宅に必要な衛生材料の提供が行われる。

在宅医療における保険医療材料等の提供について

- 必要かつ十分な量の衛生材料及び保険医療材料は、訪問看護を実施する際に必要なものも含め、医療機関が責任をもって提供するものである。
- 一方、衛生材料及び保険医療材料の提供については在宅療養指導管理料の算定要件となっているものの、当該管理料を算定しない患者については、材料等の費用を含むことが明示された診療報酬項目は存在しない。

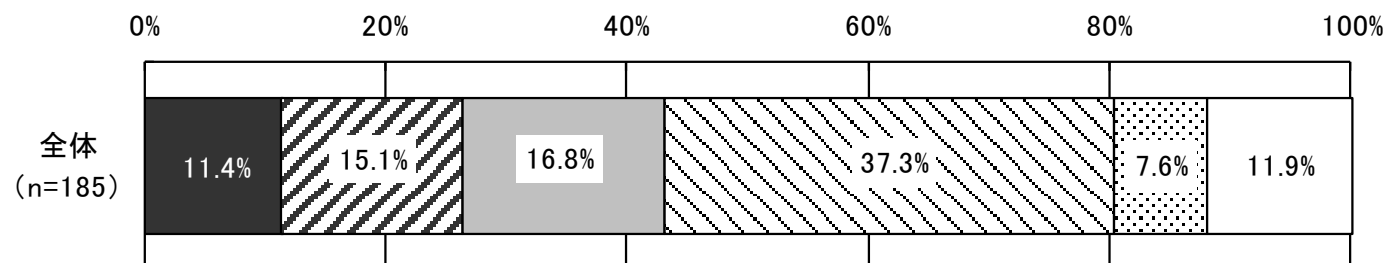
【在宅療養指導管理料について(留意事項通知)】

- (1) 在宅療養指導管理料は、当該指導管理が必要かつ適切であると医師が判断した患者について、患者又は患者の看護に当たる者に対して、当該医師が療養上必要な事項について適正な注意及び指導を行った上で、当該患者の医学管理を十分に行い、かつ、各在宅療養の方法、注意点、緊急時の措置に関する指導等を行い、併せて必要かつ十分な量の衛生材料又は保険医療材料を支給した場合に算定する。
- (12) 保険医療機関が在宅療養指導管理料を算定する場合には、当該指導管理に要するアルコール等の消毒薬、衛生材料(脱脂綿、ガーゼ、絆創膏等)、酸素、注射器、注射針、翼状針、カテーテル、膀胱洗浄用注射器、クレンメ等は、当該保険医療機関が提供する。なお、当該医療材料の費用は、別に診療報酬上の加算等として評価されている場合を除き所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (14) 在宅療養指導管理料は必要かつ十分な量の衛生材料又は保険医療材料を支給した場合に算定することとなり、保険医療機関は訪問看護ステーションとの連携等により在宅医療に必要な衛生材料等の量の把握に努め、十分な量の衛生材料等を支給すること。

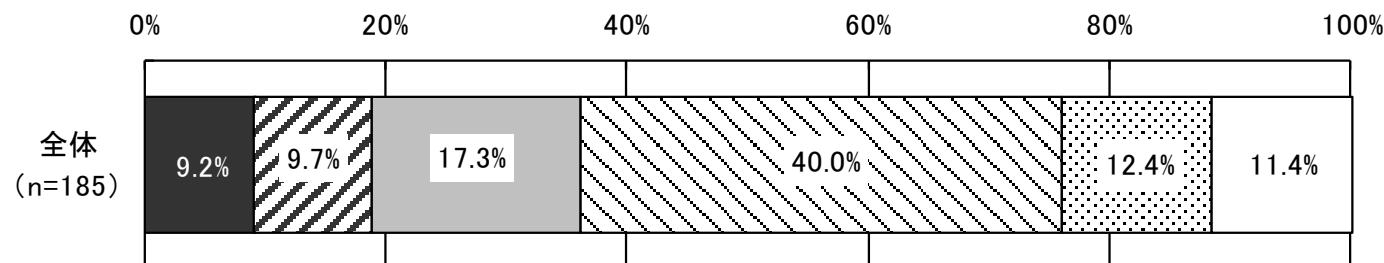
衛生材料等の必要量・使用量の報告による効果

○ 平成26年度診療報酬改定における、衛生材料等の必要量・使用量の報告に関する見直しに伴い、患者に必要な衛生材料等が提供されるようになったとする訪問看護ステーションがある一方、あまり変化がないとする訪問看護ステーションもみられる。

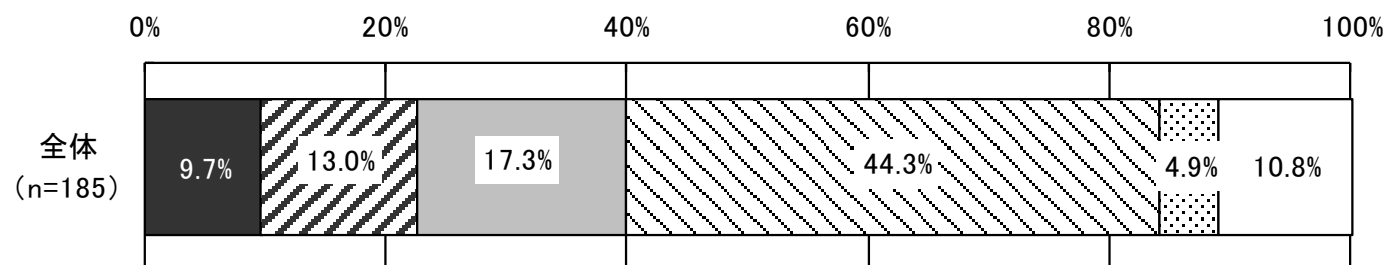
■ 患者に必要な衛生材料等が提供されるようになったか



■ 患者の経済的な負担が軽減されたか



■ 訪問看護ステーションからの持ち出し量が減ったか



- あてはまる
- ▨ どちらかといえばあてはまる
- どちらかといえばあてはまらない
- ▨ あてはまらない
- ▤ わからない
- 無回答

処置等の実施者別の診療報酬の算定

- 医師の診療日以外に、主治医の指示に基づき訪問看護師等が採血や気管カニューレの交換等の処置を行う場合等、検査に必要な材料や特定保険医療材料・衛生材料等が使用されることがある。
- こうした場合の検査や、特定保険医療材料、衛生材料等に関する診療報酬上の取り扱いについて、明確に規定されておらず、該当する診療報酬項目が存在しない場合もあることから、関係者の共通の理解を得ることが難しい。

■ 処置等の実施者別の診療報酬の算定

○：医療機関側で出来高算定が可能なもの（但し、管理料等に包括される場合がある）

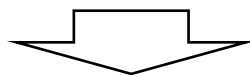
主体		処置等	注射薬	特定保険医療材料	検体検査	衛生材料等 ※特定保険医療材料以外
医療機関	①医師が診療した場合	○	○	○	○	医療機関が行う手技料や在宅療養指導管理料等に含まれる
	訪問看護 ②病院・診療所の看護師等が実施した場合	(在宅患者訪問看護・指導料の中で評価されている)	○ ※処方できる医薬品に限られる	医師の診察日に特定保険医療材料を患者に提供して算定する等の方法が考えられるが、取り扱いが明確に規定されていない。		
訪問看護ST	③訪問看護ステーションの看護師等が実施した場合	(訪問看護基本療養費の中で評価されている)				
特別養護老人ホーム	④当該施設の看護師等が実施した場合	※日常的な健康管理の範囲で通常行われるものは介護報酬において評価されている	注射薬の取扱いが明確に規定されていない。			
						※日常的な健康管理の範囲で通常行われるものは介護報酬において評価されている

106

在宅医療における保険医療材料等に関する課題と論点

【課題】

- ・ 在宅医療における特定保険医療材料や、衛生材料等は、保険医療機関が責任をもって提供することとされている。
- ・ 主治医の指示に基づき、医師の診療日以外にも、訪問看護等の際に、検査が実施されたり、特定保険医療材料・衛生材料が使用されることがある。こうした場合の検査や、特定保険医療材料、衛生材料等に関する診療報酬上の取り扱いについて、明確に規定されていないほか、該当する診療報酬項目が存在しない場合もある。



【論点】

- 訪問看護を指示した医療機関が、在宅療養指導管理料等を算定していない場合については、必要かつ十分な量の衛生材料等を提供することについての評価を設けてはどうか。
- 主治医の指示に基づき訪問看護師等が処置を実施する際に用いる薬剤、特定保険医療材料については、使用量を医療機関の医師が患者に処方するものであることや、訪問看護師等が検体を採取して実施する検査の検体検査料については、検査を指示・実施する医療機関において算定することを明確にしてはどうか。また、こうした処置・検査のために必要な衛生材料等は、保険医療機関が提供することを明確化してはどうか。

イ. 現状

ロ. 機能強化型訪問看護ステーションの評価

(1) 看取り要件

(2) 医療ニーズの高い小児の受入

ハ. 退院直後の在宅療養支援の強化

ニ. 在宅医療における保険医療材料等の取扱いの明確化

ホ. 複数の訪問看護ステーション及び病院・診療所が提供する訪問看護の整理

複数の訪問看護における費用の算定について

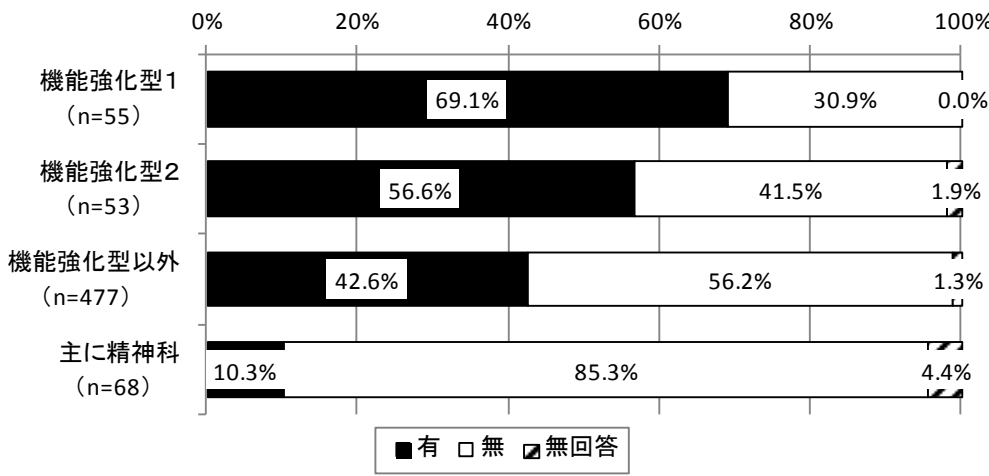
- 訪問看護の実施主体の複数の組合せに関しては、末期の悪性腫瘍や神経難病等の利用者であること等一定の条件以外の場合は同一月に算定できない。
- 一方、訪問看護ステーションと病院・診療所からの組合せは、複数の訪問看護の組合せに関する制限がない。

組合せ		同一月算定	例外(同一月に算定できる場合)
訪問看護ステーション×訪問看護ステーション		一部を除いて ×	● 同一月に算定できるのは、以下の場合のみ。 ① 悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師との協働 ② 末期の悪性腫瘍、神経難病等の利用者 ③ 特別訪問看護指示書が交付され、週に4日以上訪問看護が計画されている場合。 ● 同一月において2か所のステーションが算定できる場合であっても、同一日に算定できるのは、専門の研修を受けた看護師との協働の場合のみ。
訪問看護ステーション×病院・診療所	① 特別の関係又は指示書交付関係	一部を除いて ×	① 悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師との協働 ② 末期の悪性腫瘍、神経難病等の利用者
	② ①以外	○ (規定なし)	
病院・診療所×病院・診療所		一部を除いて ×	① 退院後1月以内の患者に対する入院していた医療機関と他の医療機関からの訪問看護・指導 ② 悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師との協働

複数の訪問看護ステーションによる訪問看護の実施状況

- 複数訪問看護ステーションによる訪問看護は、機能強化型訪問看護ステーションでは6割前後、その他の訪問看護ステーションでも5割弱実施している。
- 複数訪問看護ステーションによる訪問看護は、1ステーション当たり2名前後が利用している。

■ 複数訪問看護ステーションによる訪問看護の利用者の有無（平成26年9月分）



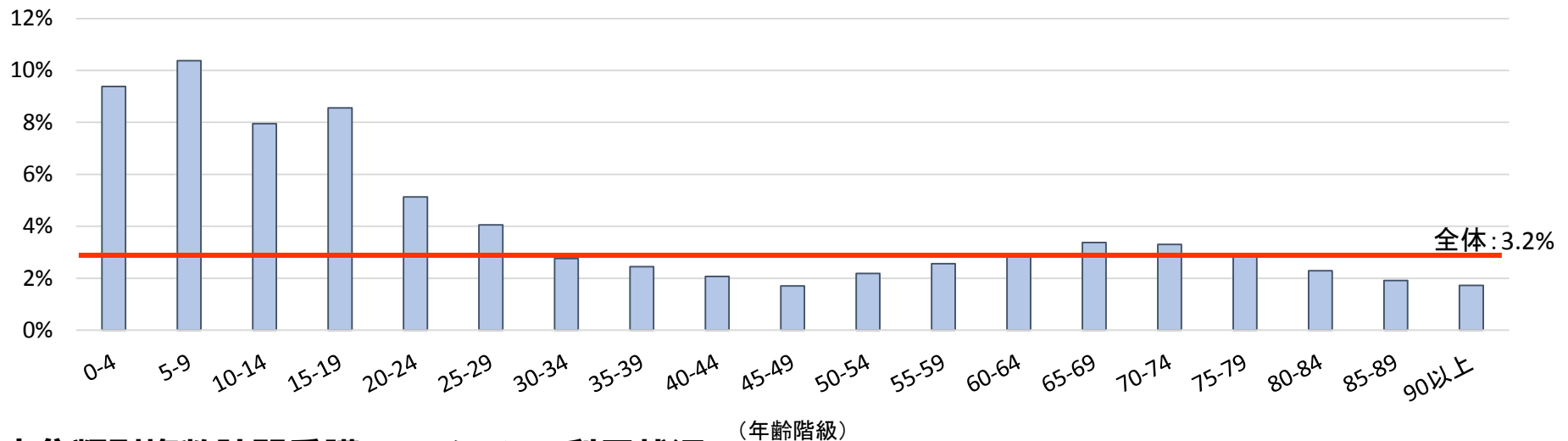
■ 複数訪問看護ステーションからの訪問看護の実施件数（1事業所あたり、平成26年9月分）

	件数	平均値	標準偏差	中央値
機能強化型訪問看護管理療養費1	36	2.6	1.7	2.0
機能強化型訪問看護管理療養費2	30	2.0	1.4	2.0
機能強化型以外（主に精神科以外）	188	2.2	2.3	1.0
機能強化型以外で主に精神科の訪問	7	1.1	0.4	1.0

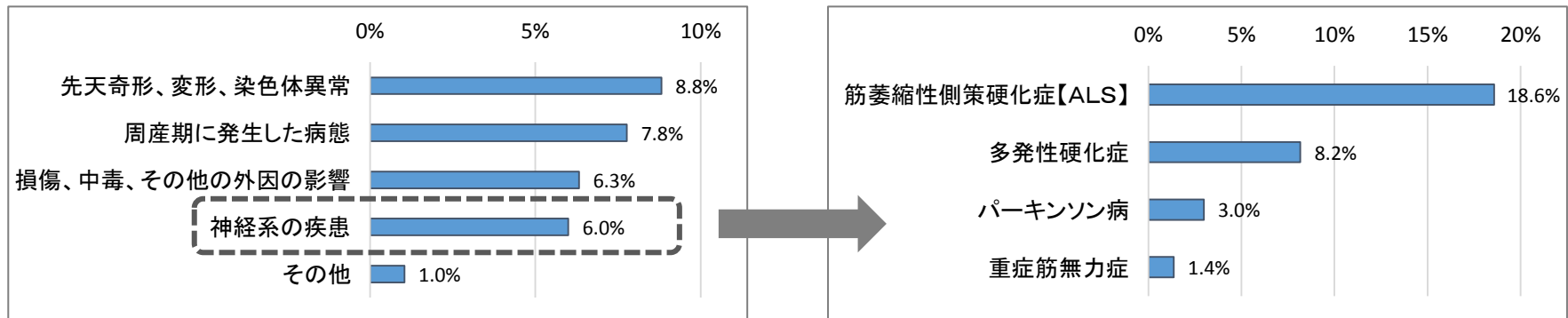
複数訪問看護ステーションの利用者の状況

- 複数の訪問看護ステーションの利用者は、訪問看護の利用者全体の3.2%だが、小児では利用者割合が高い。
- 傷病分類別では先天奇形や周産期に発生した病態等が多く、疾患別では神経系の疾患のうちALSの利用者の割合が高い。

■ 年齢階級別複数訪問看護ステーションの利用状況



■ 傷病分類別複数訪問看護ステーションの利用状況



同一日2か所目の訪問看護ステーションにおける緊急訪問

- 1人の利用者に対し複数の訪問看護ステーションが訪問看護を実施している場合であっても、専門の研修を受けた看護師と共同した場合を除き、同一日には1か所の訪問看護ステーションのみが訪問看護基本療養費を算定できる。
- 利用者や主治医の要請により緊急訪問した場合は、緊急対応した訪問看護ステーションが2か所目の場合、2か所目のステーションは診療報酬（訪問看護療養費）を算定できない。

【留意事項通知（平成26年保発0305第3号）】

第2 訪問看護基本療養費について

12(1) 利用者が次のいずれかに該当する場合は、所定額を算定しない。ただし、基準告示第4の2に定める場合については、この限りではないこと。

ア（略）

イ（略）

ウ すでに他の訪問看護ステーションからの指定訪問看護（注2又は注4に規定する緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師による指定訪問看護はその数から除く。）を利用している場合（下記の（イ）から（ニ）までの場合を除く。）

（イ） 基準告示第2の1に規定する疾病等の利用者がすでに他の1つの訪問看護ステーションから指定訪問看護を受けている場合

（ロ） 特別訪問看護指示書の交付の対象となった利用者であって週4日以上指定訪問看護が計画されているものがすでに他の1つの訪問看護ステーションから指定訪問看護を受けている場合

（ハ） 基準告示第2の1に規定する疾病等の利用者であって週7日の指定訪問看護が計画されているものがすでに他の2つ以下の訪問看護ステーションから指定訪問看護を受けている場合

（ニ） 注2又は注4に規定する緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師の指定訪問看護を受けようとする場合

(2) (1)のウにおいて、1人の利用者に対し複数の訪問看護ステーションが指定訪問看護を実施している場合であっても、同一日にそれぞれの訪問看護ステーションで訪問看護療養費は算定できないこと。ただし、緩和ケア及び褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師が、他の訪問看護ステーションの看護師等又は当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師等と共同して指定訪問看護を行った場合には訪問看護療養費を算定できる。

(3)（略）

(4)（略）

同一日2か所目の訪問看護ステーションにおける緊急訪問の例

- 末期の悪性腫瘍や神経難病等の利用者に対して、2か所の訪問看護ステーションが分担して訪問看護を行う場合がある。
- 同一日に2か所目の訪問看護ステーションによる緊急訪問が必要となった場合には、緊急訪問に関する診療報酬の算定ができない。

【例：68歳 ALS 要介護5 寝たきり状態】

- 胃瘻、尿道留置カテーテル、気管切開による人工呼吸器装着、意識清明で口唇の動きでコミュニケーションをとる。吸引が頻回で排痰、呼吸リハビリ、排便コントロールのため、連日の訪問看護が必要。
- 緊急時の対応は（A）ステーション、PTによるリハビリは（B）ステーションが行うなど、2か所の訪問看護ステーションが役割分担をするとともに連携して対応している。

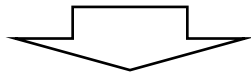
	月	火	水	木	金	土	日
AM	(A)ステーション 11:00 ～12:30	(B)ステーション 11:00 ～12:30	(A)ステーション 11:00 ～12:30	(B)ステーション 11:00 ～12:30	(A)ステーション 11:00 ～12:30	(A)ステーション 11:00 ～12:30	
PM		(B)ステーション 15:00 ～16:00					
緊急	(A)ステーション			●緊急訪問	●緊急訪問		

訪問看護計画に基づき、日中に通常の訪問看護を（B）訪問看護ステーションが実施した場合、夜間に（A）訪問看護ステーションが緊急訪問しても、（A）は報酬（訪問看護療養費）を算定出来ない。

複数の実施主体による訪問看護を組み合わせた利用に関する課題と論点

【課題】

- 1人の利用者に対し、同一月・同一日に複数の訪問看護ステーション又は複数の病院・診療所からの訪問看護を行うことについては、医療ニーズの高い利用者以外は1つの訪問看護ステーション又は病院・診療所のみ費用を算定できている。しかし、病院・診療所からと特別の関係又は訪問看護指示書交付関係がない訪問看護ステーションからの訪問看護については、在宅患者訪問看護・指導料と訪問看護療養費が同一月に算定可能となっている。
- 一方、1人の利用者に対し複数の訪問看護ステーションが指定訪問看護を実施している場合であっても、同一日にそれぞれの訪問看護ステーションで訪問看護療養費は算定できないため、利用者等からの求めに応じて、その主治医の指示に基づき緊急訪問を実施した場合であっても、同一日2か所目の訪問看護ステーションは訪問看護療養費を算定できない。



【論点】

- 病院・診療所と訪問看護ステーションの、2か所からの訪問看護の利用については、複数の訪問看護ステーションからの場合と同様に末期の悪性腫瘍や神経難病等の利用者に限ることとしてはどうか。
- 医療ニーズが高く複数の訪問看護ステーションからの訪問を受けている利用者に対して、同一日に2か所目の訪問看護ステーションから緊急訪問を実施した場合に診療報酬の算定ができない現行の取り扱いを見直してはどうか。

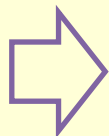
1. 在宅医療における評価のあり方について
2. 訪問看護について
- 3. 在宅薬剤管理について**
4. 在宅歯科医療について

在宅薬剤管理指導業務の一層の推進①(26年度診療報酬改定)

在宅療養を支援する薬局における基準調剤加算の見直し

在宅業務に対応している薬局を評価し、地域の薬局との連携を図りつつ、24時間調剤及び在宅業務を提供できる体制等を考慮して、基準調剤加算の算定要件を見直す。

～H26.3	
基準調剤加算1	10点
基準調剤加算2	30点

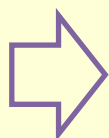


H26.4～	
基準調剤加算1(近隣の薬局と連携して24時間調剤等の体制を整備等)	12点
基準調剤加算2(自局単独で24時間調剤等の体制整備、在宅実績の要件化等)	36点

在宅患者訪問薬剤管理指導料の見直しによる適正化

在宅医療を担う保険薬局を確保し、質の高い在宅医療を提供するため、保険薬剤師1人につき1日に5回に限り算定することを要件とし、在宅患者訪問薬剤管理指導の同一建物居住者以外の評価を引き上げ、同一建物居住者の評価を引き下げる。

～H26.3	
在宅患者訪問薬剤管理指導料	
同一建物居住者以外の場合	500点
同一建物居住者の場合	350点



H26.4～	
在宅患者訪問薬剤管理指導料	
同一建物居住者以外の場合	650点
同一建物居住者の場合	300点

在宅薬剤管理指導業務の一層の推進②(26年度診療報酬改定)

無菌製剤処理加算の対象範囲の評価・見直し

無菌調剤室を借りて無菌調剤した場合の算定要件を緩和するとともに、医療用麻薬も無菌製剤処理加算の対象に含め、技術と時間を要する乳幼児用に対する評価を新設。

～H26.3	
無菌製剤処理加算	
中心静脈栄養法用輸液	40点
抗悪性腫瘍剤	50点
—	—



H26.4～	
無菌製剤処理加算	乳幼児以外／ <u>(新)乳幼児</u>
中心静脈栄養法用輸液	<u>65点／130点</u>
抗悪性腫瘍剤	<u>75点／140点</u>
<u>(新)麻薬</u>	<u>65点／130点</u>

在宅医療において使用できる注射薬の拡大

電解質製剤及び注射用抗菌薬について、保険医療機関の医師が処方できる注射薬及び処方せんに基づき保険薬局で交付することができる注射薬として対象を拡大する。

在宅における特定保険医療材料・衛生材料の供給体制の整備

処方せんに基づき保険薬局で交付できる特定保険医療材料として、病院・診療所で支給できる在宅医療に用いる特定保険医療材料を追加する。

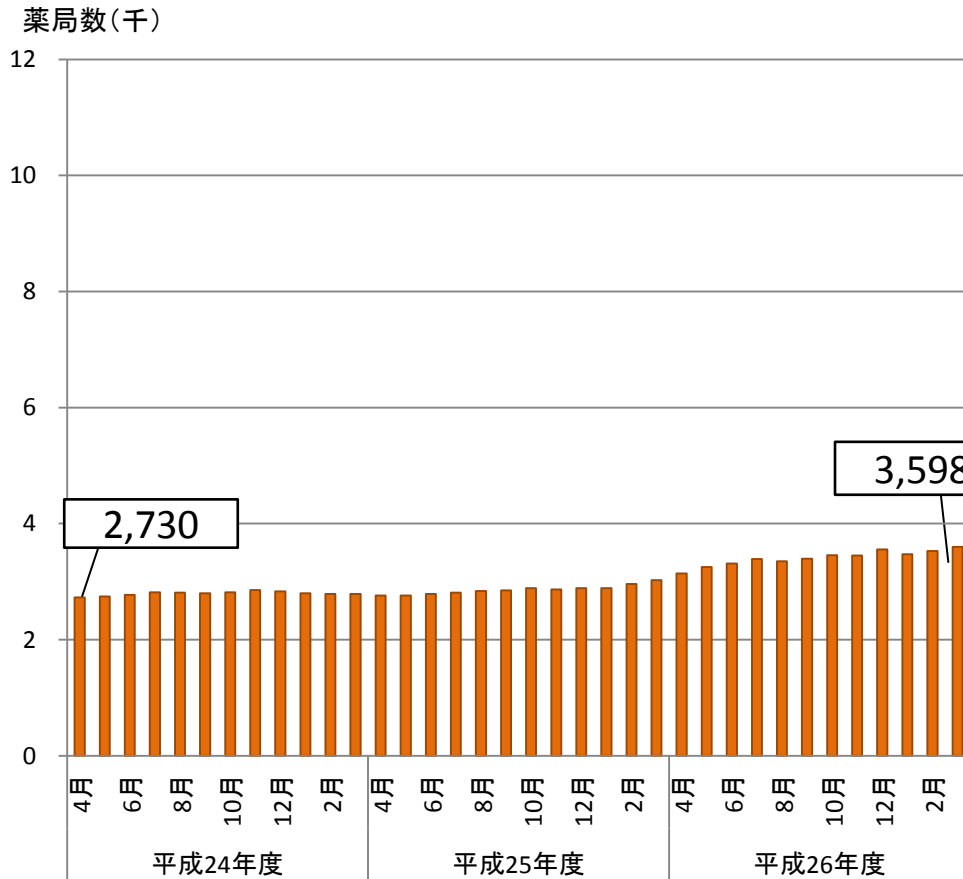
保険薬局※¹が、在宅患者訪問薬剤管理指導を行っている患者宅に、主治医の指示に基づき必要な衛生材料等を提供する仕組みを整備する。

※¹ 基準調剤加算²又は在宅患者調剤加算の届出をしている薬局に限る

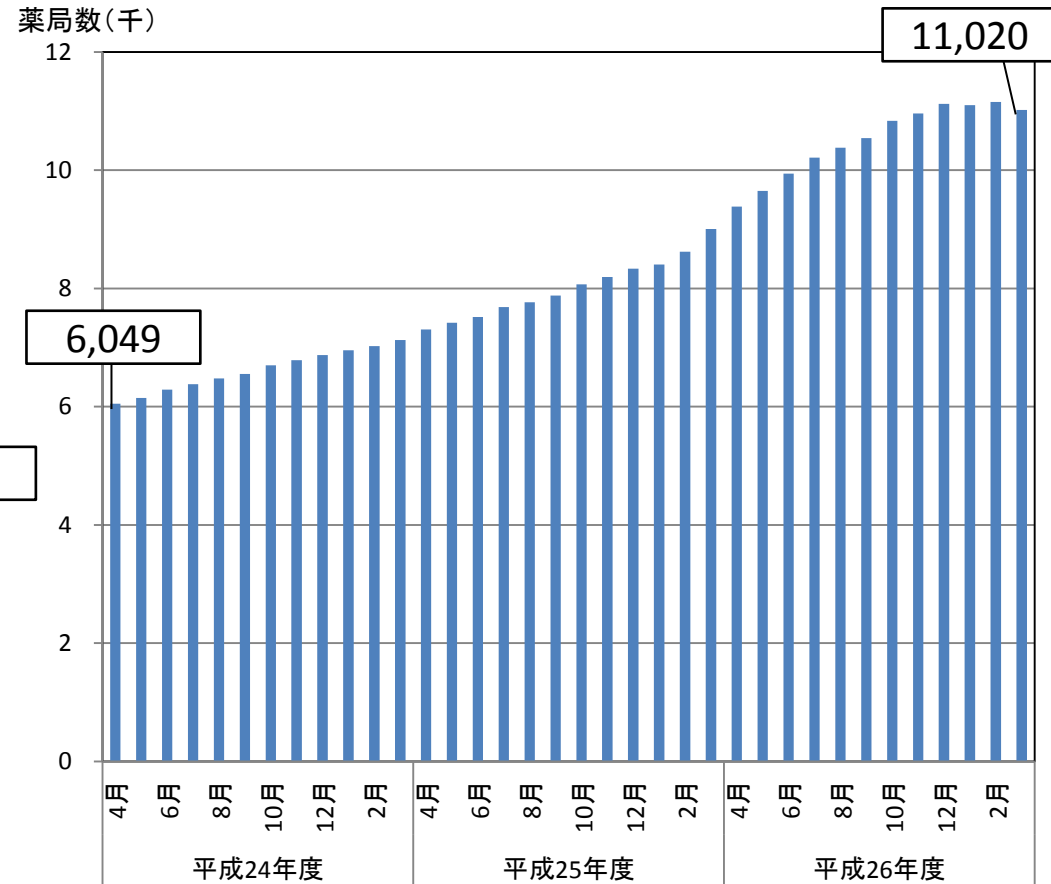
在宅患者に対する訪問薬剤管理を行う薬局数の推移

○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)



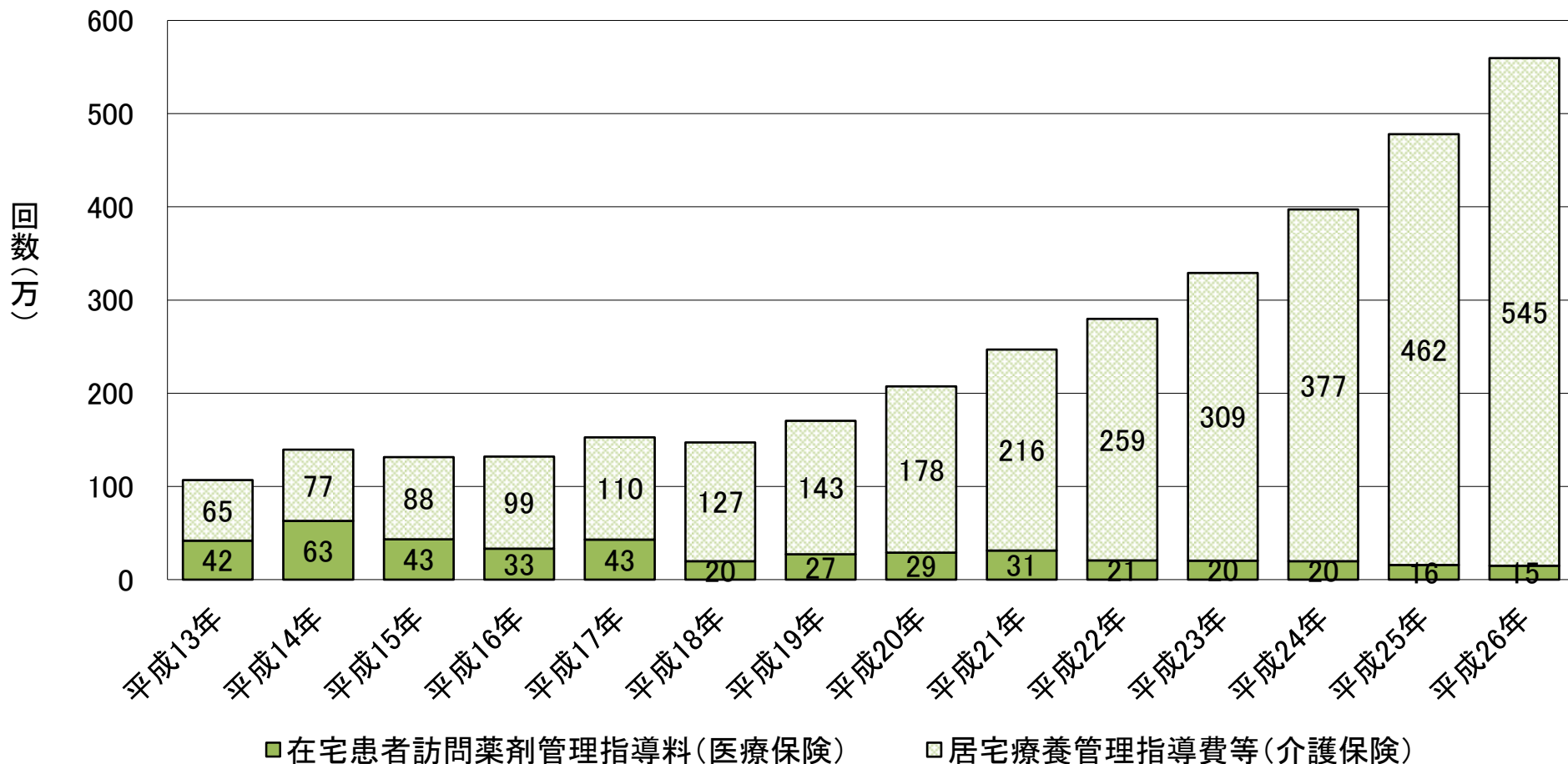
居宅療養管理指導費算定薬局数(介護保険)



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。

薬局における在宅患者訪問薬剤管理指導の実施状況

○介護保険における「居宅療養管理指導」に係る算定回数が伸びており、全体として薬剤師による在宅における薬剤管理は進んでいる。

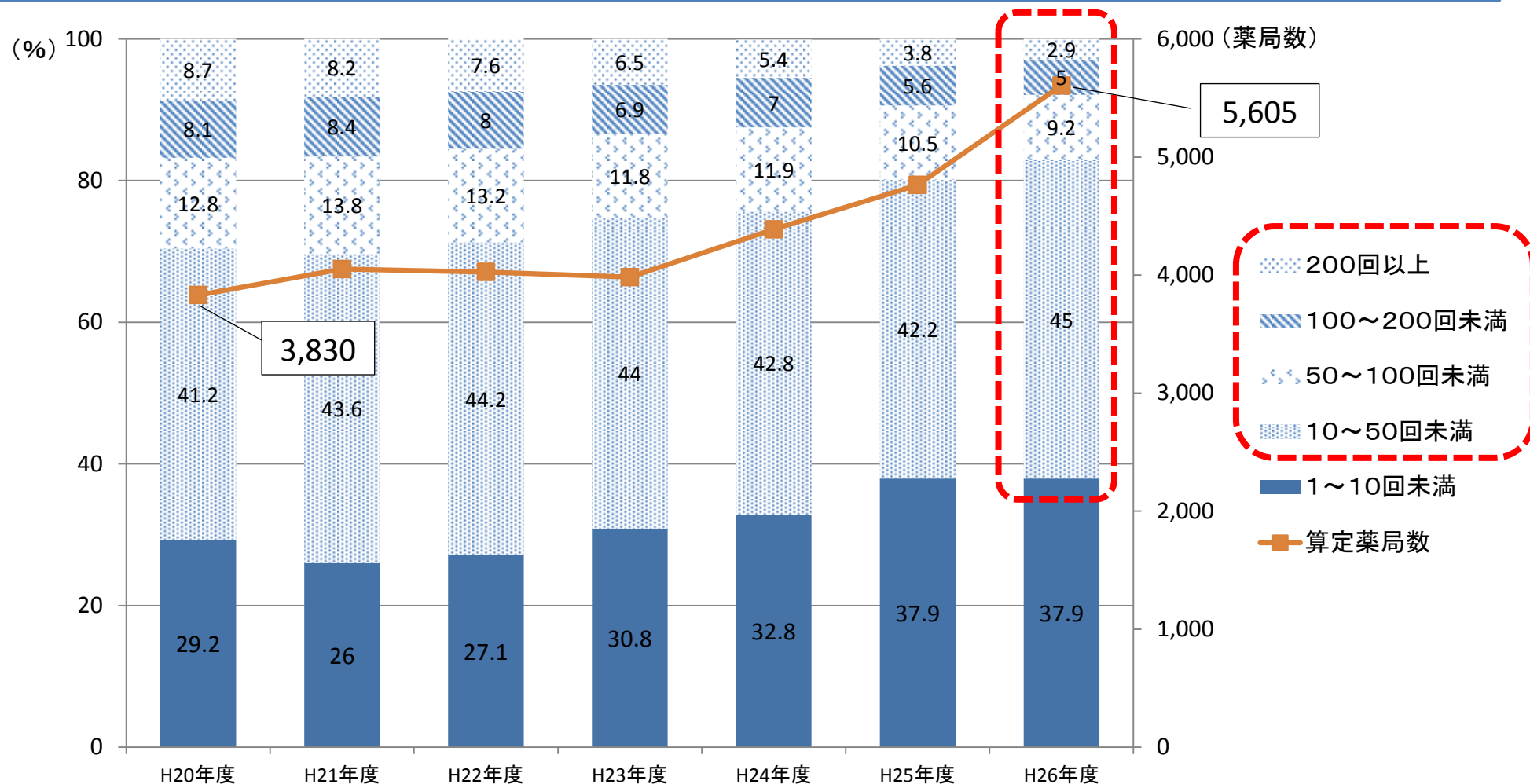


注) 在宅療養を行っている患者に係る薬剤管理指導については、対象患者が要介護又は要支援の認定を受けている場合には介護保険扱いとなり、認定を受けていない場合には医療保険扱いとなる。

出典) 社会医療診療行為別調査及び介護給付費実態調査を基に医療課で作成

在宅患者訪問薬剤管理指導(医療保険)の実施状況

○在宅患者訪問薬剤管理指導を実施している薬局のうち、年間算定回数が10回以上の薬局は約6割である。



〔出典〕「最近の調剤医療費(電算処理分)の動向」(厚生労働省保険局調査課) 特別集計

「患者のための薬局ビジョン」～「門前」から「かかりつけ」そして「地域」へ～

平成27年10月23日
厚生労働省公表資料改変

○かかりつけ薬剤師・薬局が持つべき3つの機能

- 地域包括ケアシステムの一翼を担い、薬に関して、いつでも気軽に相談できる かかりつけ薬剤師がいることが重要。
- かかりつけ薬剤師が役割を発揮するかかりつけ薬局が、組織体として、業務管理（勤務体制、薬剤師の育成、関係機関との連携体制）、構造設備等（相談スペースの確保等）を確保。

服薬情報の一元的・継続的把握

- 主治医との連携、患者からのインタビューやお薬手帳の内容の把握等を通じて、患者がかかっている全ての医療機関や服用薬を一元的・継続的に把握し、薬学的管理・指導を実施。
- 患者に複数のお薬手帳が発行されている場合は、お薬手帳の一冊化・集約化を実施。

24時間対応・在宅対応

- 開局時間外でも、薬の副作用や飲み間違い、服用のタイミング等に関し随時電話相談を実施。
- 夜間・休日も、在宅患者の症状悪化時などの場合には、調剤を実施。
- 地域包括ケアの一環として、残薬管理等のため、在宅対応にも積極的に関与。

(参考)・現状でも半分以上の薬局で24時間対応が可能。(5.7万のうち約3万の薬局で基準調剤加算を取得)

- ・薬局単独での実施が困難な場合には、調剤体制について近隣の薬局や地区薬剤師会等と連携。
- ・へき地等では、患者の状況確認や相談受付で、薬局以外の地域包括支援センター等との連携も模索。

医療機関等との連携

- 医師の処方内容をチェックし、必要に応じ処方医に対して疑義照会や処方提案を実施。
- 調剤後も患者の状態を把握し、処方医へのフィードバックや残薬管理・服薬指導を行う。
- 医薬品等の相談や健康相談に対応し、医療機関に受診勧奨する他、地域の関係機関と連携。

様々な患者像からのかかりつけのニーズに応えられるよう、今後の地域包括ケアシステムの構築に合わせて、かかりつけ薬剤師・薬局として備えていく必要がある機能として在宅対応が挙げられている。

（4）かかりつけ薬剤師・薬局が持つべき3つの機能

② 24時間対応・在宅対応

○ 地域包括ケアシステムの中で、かかりつけ薬剤師は、薬局の開局時間内に限らず薬物療法に関する相談を患者から受けたり、場合によっては調剤や在宅対応を求められることが想定される。薬局としても、かかりつけ薬剤師がこうした対応を行えるよう、地域包括ケアの一環として、夜間・休日を含め、電話相談や調剤等の必要な対応（24時間対応）を行う体制を確保することが求められる。

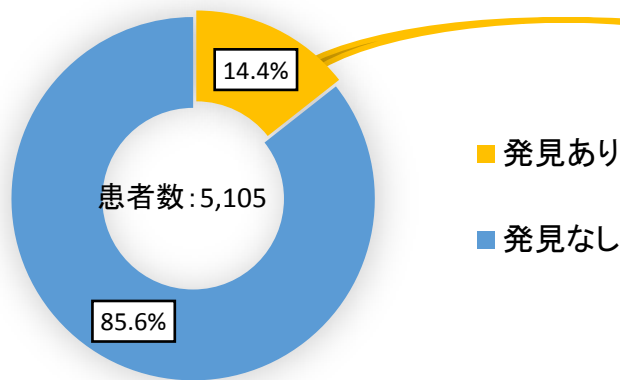
○ 一方、在宅患者への対応としては、入院から外来、施設から在宅への流れの中、認知症患者や医療密度の高い患者にとっては、在宅での薬学的管理が受けられることが今後ますます必要となることから、かかりつけ薬剤師・薬局においては、服薬アドヒアランスの向上や残薬管理等の業務を始めとして、在宅対応に積極的に関与していくことが必要となる。

在宅医療への薬剤師の関与とその意義

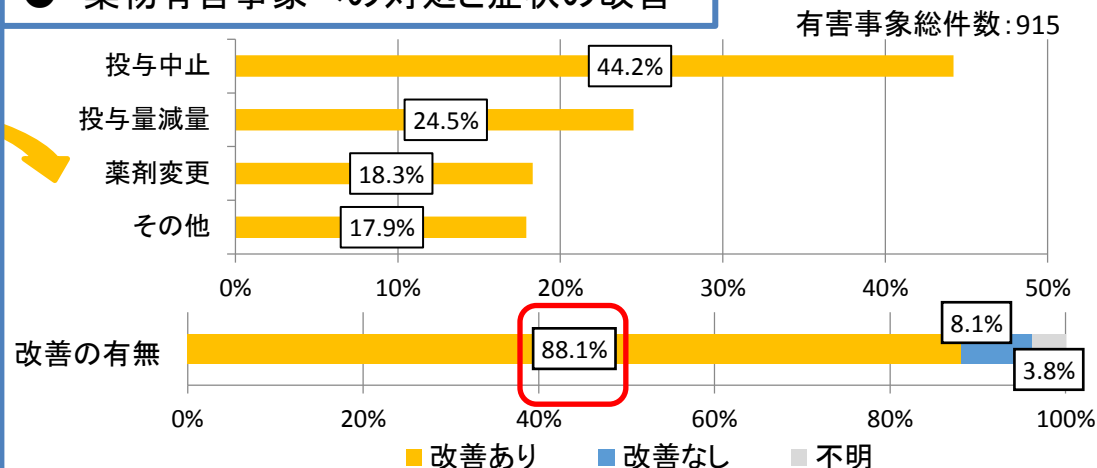
○在宅医療において薬剤師が関与することで、有害事象や服薬状況が改善。

※ 在宅医療を実施している薬局へのアンケート結果(回答数1,890薬局)

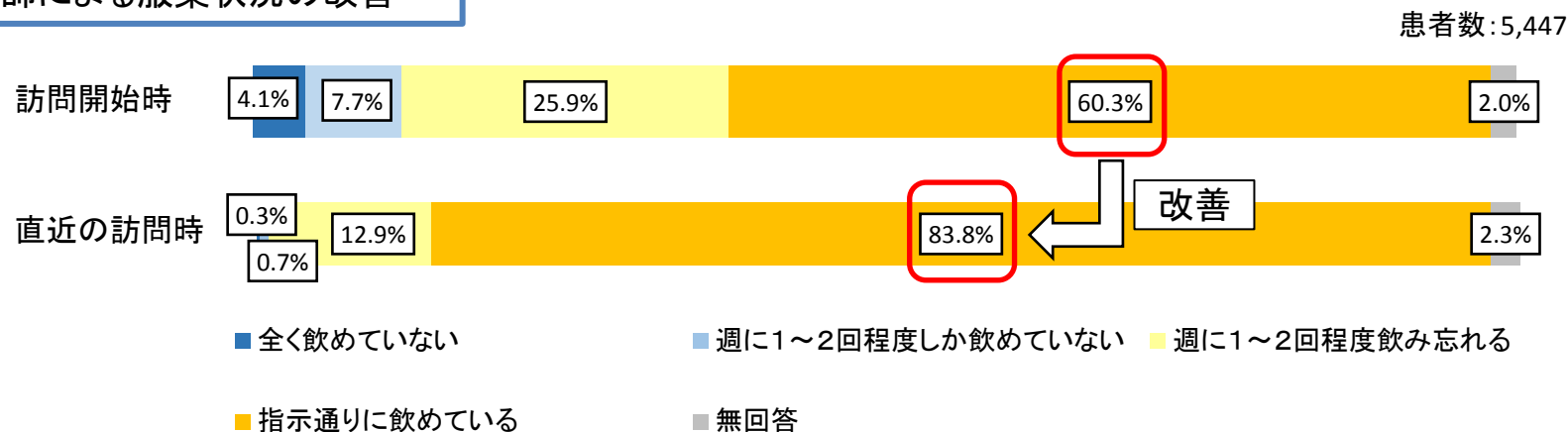
● 薬剤師による薬物有害事象の発見



● 薬物有害事象への対処と症状の改善



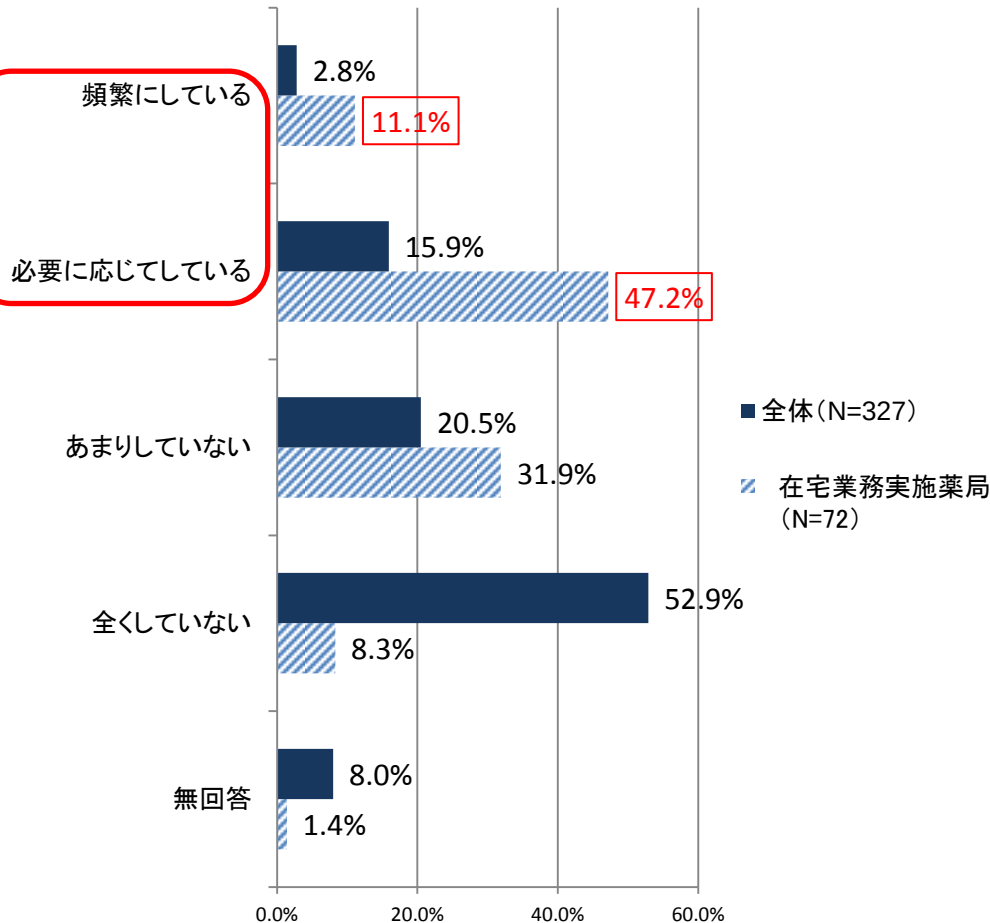
● 薬剤師による服薬状況の改善



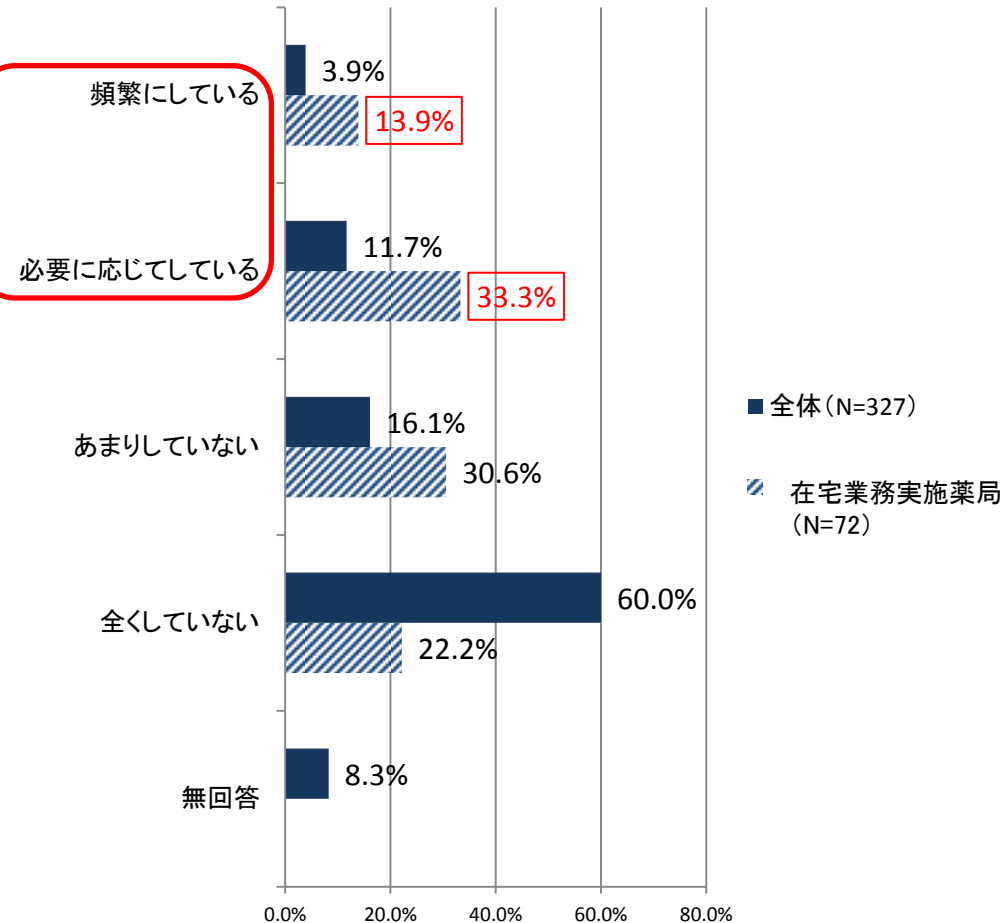
在宅業務の実施と多職種との連携

○在宅業務を実施している薬局では、介護支援専門員や訪問看護師と連携している割合が大きい。

介護支援専門員との在宅患者に係る 日常的な情報交換の状況



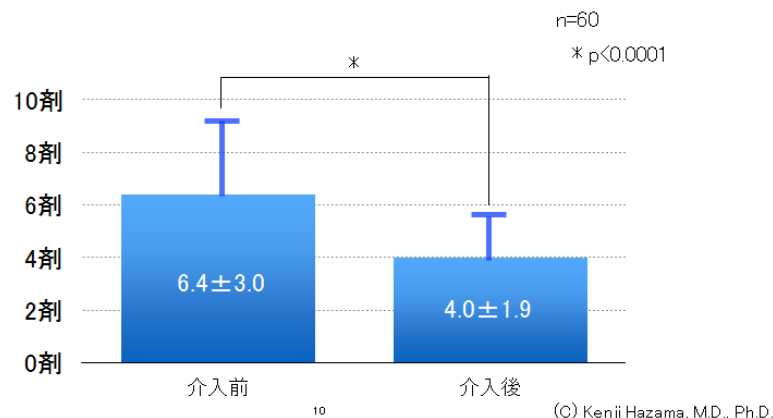
訪問看護師との在宅患者に係る 日常的な情報交換の状況



在宅業務で医師と薬剤師の連携による評価

○医師と連携して薬剤師が在宅訪問を行うことで、投薬数や薬剤費が減少。

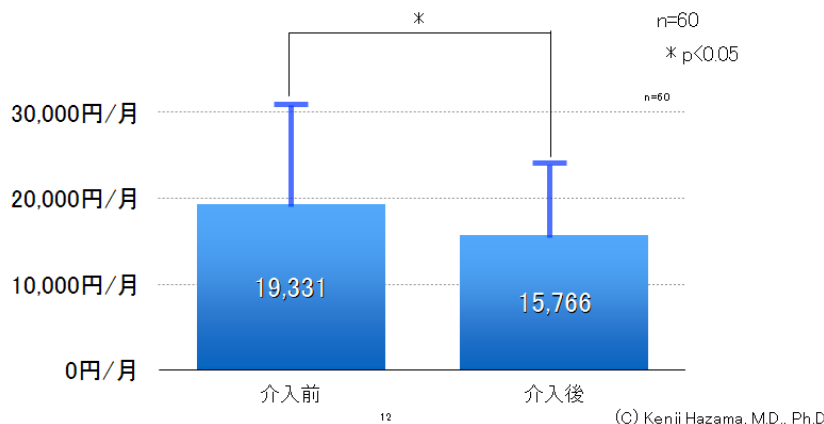
1人あたりの投薬数の変化



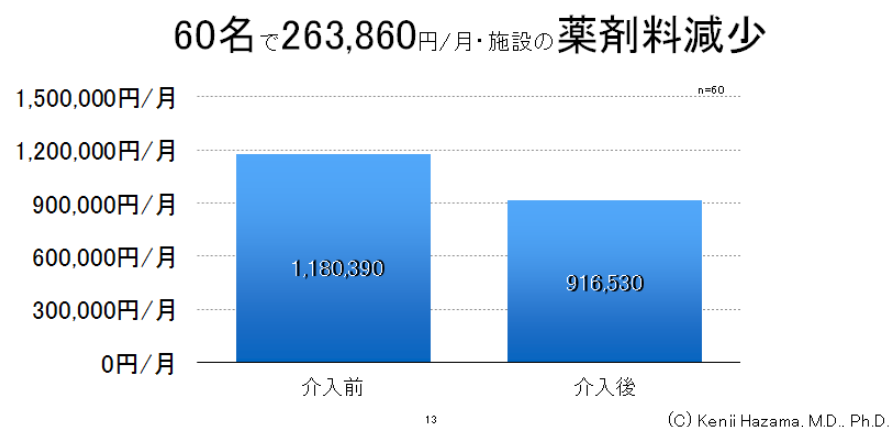
医師の訪問診療に薬剤師が同行した後、次回医師の訪問診療の前に薬剤師が単独で訪問して、薬学的に患者の状態を確認し、そこで得た情報を医師にフィードバックした結果

- 介護付き有料老人ホームの患者
対象 60名 (男性13名、女性47名)
平均年齢 87.1 ± 7.5歳

1人あたりの薬剤費の変化



施設全体の薬剤費の変化



※平成26年度厚生労働科学研究費補助金「薬剤師が担うチーム医療と地域医療の調査とアウトカムの評価研究」シンポジウムより
「薬局薬剤師が取り組むチーム医療～介護施設における共同薬物治療管理～(ファルメディコ株式会社 狭間研至)」

在宅業務における処方内容の疑義照会

○外来では処方内容の疑義照会に伴う業務が評価されているが、在宅業務では同様の疑義照会を行った場合の業務が評価されていない。

	外来	在宅
患者に対する指導 (薬学管理料)	薬剤服用歴管理指導料	在宅患者訪問薬剤管理指導料
処方内容の疑義照会 に伴う評価	重複投薬・相互作用防止加算	なし

＜重複投薬・相互作用防止加算＞

重複投薬又は相互作用の防止の目的で処方医に疑義照会を行った場合を評価

- ・処方に変更が行われた場合 20点
- ・処方に変更が行われなかった場合 10点

※残薬確認の結果、処方が変更された場合も算定可能

※薬剤服用歴管理指導料を算定していない場合は算定できない

残薬確認や減薬のための疑義照会に係る評価がない。

在宅患者訪問薬剤管理指導に関する問題点

○薬局における訪問薬剤管理指導では、①1人の薬剤師が同一日に算定できる回数が5回に制限されていること、②同一建物居住者に対して同一日に指導を行う場合には、1人目から同一建物居住者に対する点数が算定されることが問題であると現場の薬局薬剤師から指摘されている。

➤ 在宅患者訪問薬剤管理指導についての問題点・課題点(自由記述式)での意見

＜薬剤師1人の1日当たりの訪問回数制限＞

○医師には訪問回数の制限がないため、同一日に複数患者に対して訪問指示が依頼されることが多いので制限を緩和してほしい。

○患者の希望や医師の指示を踏まえて、1週間における訪問日を決めて患者を訪問するが、1日当たりの訪問回数制限があると、6人目の患者の指導料が算定できなくなり、患者に不公平が生じて説明できない。

＜同一建物＞

○夫婦の薬をまとめて管理することがあるが、1人の患者の場合(650点)よりも点数が下がる($300 \times 2 = 600$ 点)のは疑問。1回の訪問で2倍の仕事量になっているのに、算定できる点数が下がるのか理解できない。

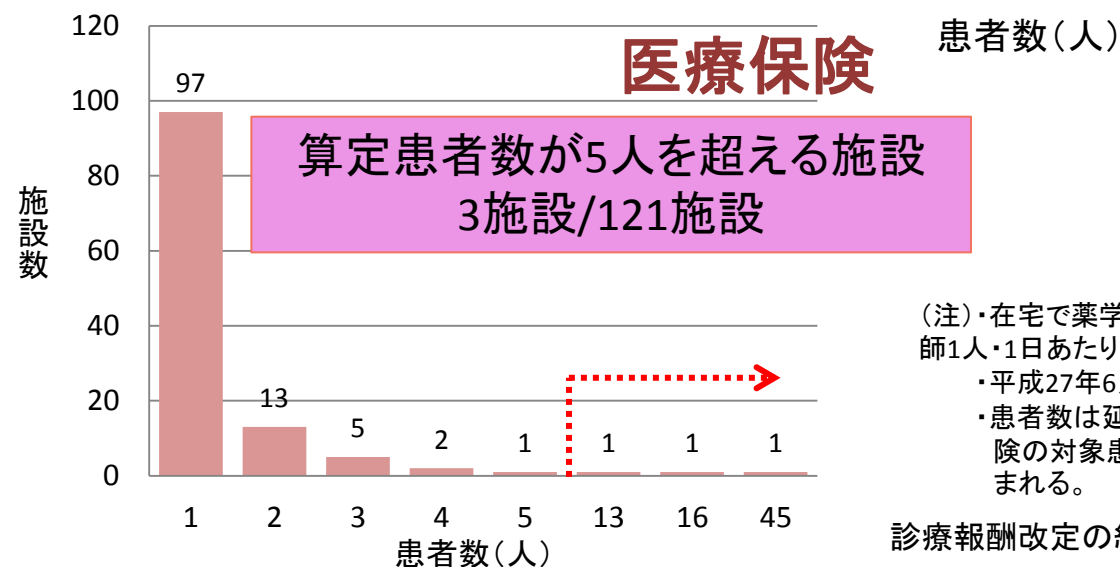
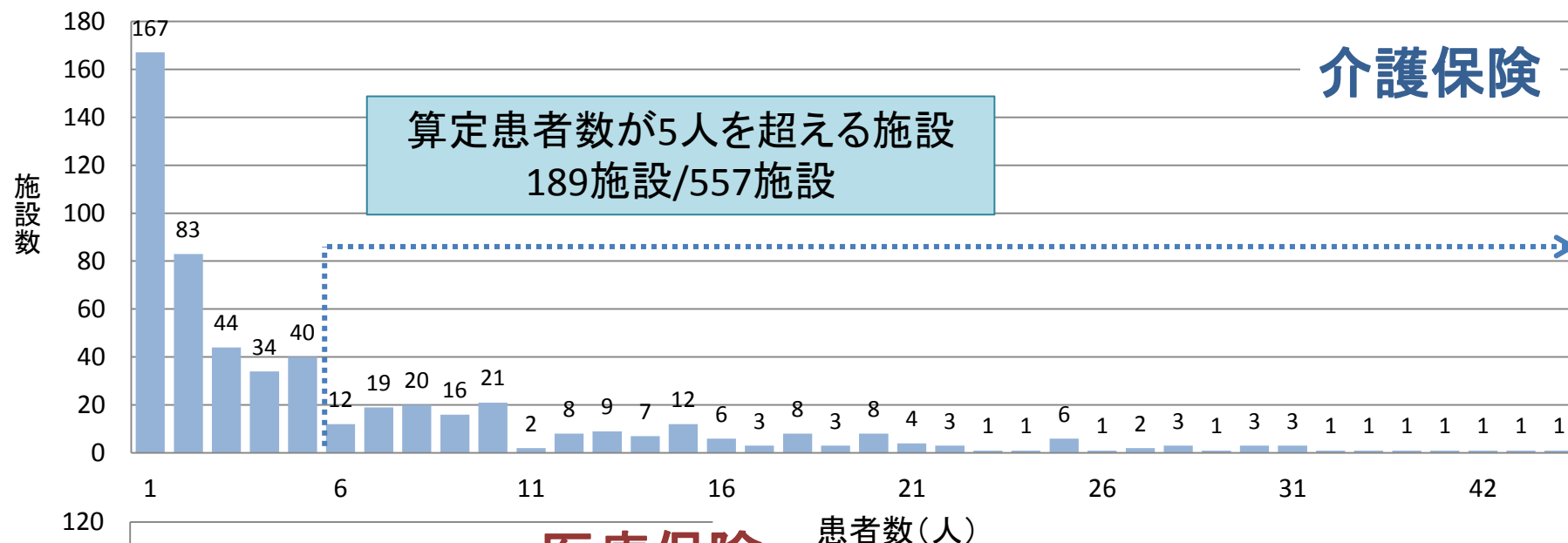
○マンション・アパート等を訪問して複数の患者宅に行った場合、他人なのに同一建物の算定になるのはおかしい。

〔出典〕診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成26年度調査)「同一建物調査」

在宅訪問薬剤管理指導の1日あたりの算定患者数

○薬剤師1人1日あたりの算定患者数が5人を超える施設が一定程度存在する。

➤ 薬剤師1人・1日あたりの在宅訪問薬剤管理指導を実施している最大患者数



(注)・在宅で薬学的管理・指導を行った総患者数が1人以上の644施設のうち、薬剤師1人・1日あたりの最大患者数について回答のあった579施設を集計対象とした。

・平成27年6月1か月分。

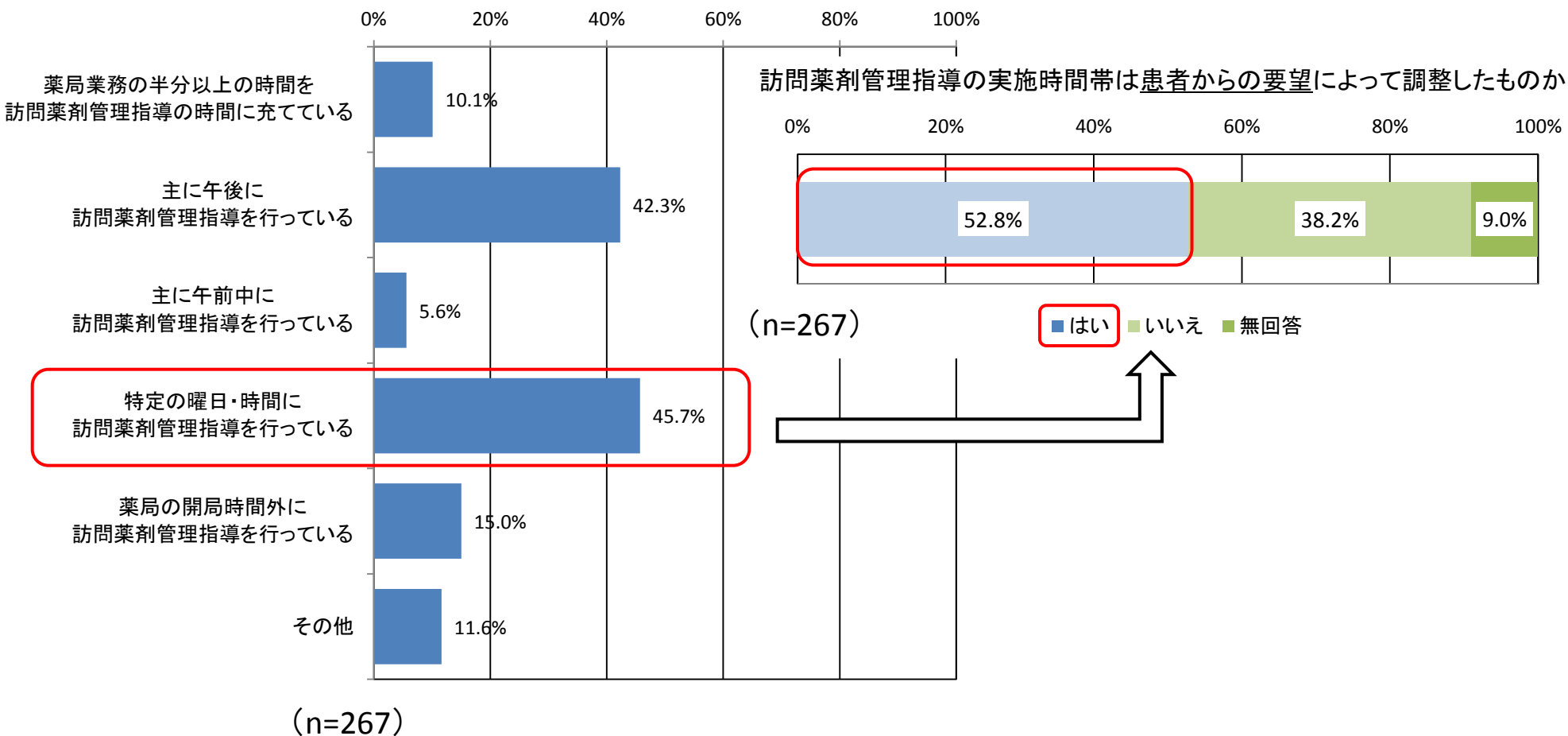
・患者数は延べ患者数であり、「薬学的管理・指導を行った総患者数」は医療保険の対象患者数と介護保険の対象患者数である。算定できなかった場合も含まれる。

診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成27年度在宅調査)

訪問薬剤管理指導の実施時間帯

- 在宅業務を実施する時間帯は薬局によって様々である。
- 特定の曜日・時間に行っている薬局が45.7%あり、その約半数は患者の要望に応じて調整したものであった。

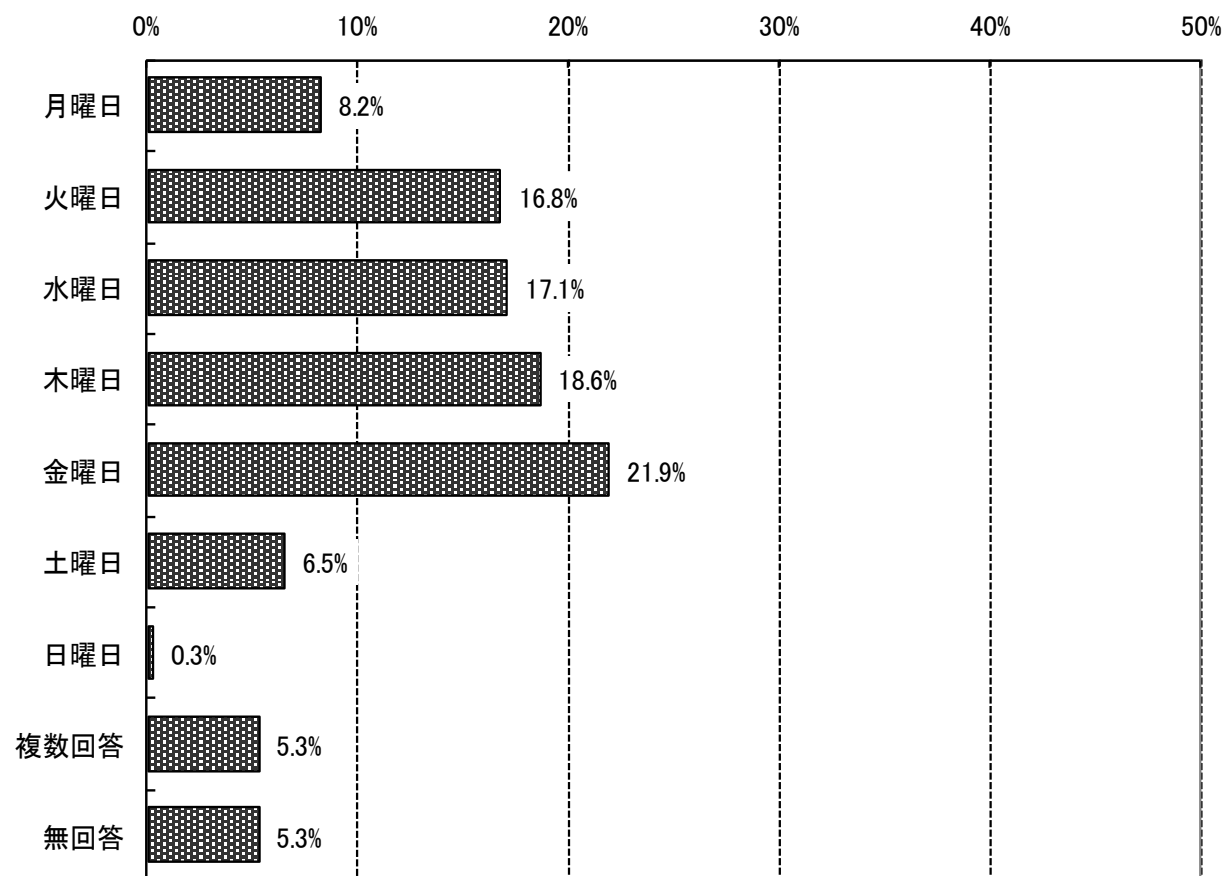
訪問薬剤管理指導の実施時間帯等（複数回答）



在宅業務を実施する薬剤師の1日あたり患者数

○在宅業務を実施する曜日は薬局によって様々である。

➤ 薬剤師1人・1日あたりの最大患者数があった曜日（単数回答、n=644）



在宅業務に要する時間

- 患者1人あたりの在宅業務にかかる時間について、往復移動時間及びベッドサイド業務時間の合計は平均50分弱となっている。
- 同一建物以外と同一建物でベッドサイド業務時間に大きな差はなかった。

➤ 患者1人当たりの在宅業務に係る時間

《往復移動時間》

(単位:分)

	施設数(件)	平均値	標準偏差	中央値
1) 同一建物以外	364	27.7	21.1	25.0
2) 同一建物	289	29.6	20.1	30.0

《ベッドサイド業務時間》

(単位:分)

	施設数(件)	平均値	標準偏差	中央値
1) 同一建物以外	364	20.8	13.7	16.0
2) 同一建物	289	17.2	24.3	10.0

介護施設の患者に対する薬剤管理指導

○介護施設の患者に対しては、院外処方せんに基づく調剤は可能であるが、訪問薬剤管理指導の算定ができない施設が存在する。

施設の例	配置基準	院外処方せん	訪問薬剤管理指導料 (医療保険)	居宅療養管理指導費 (介護保険)
特別養護老人ホーム (介護老人福祉施設)	医師○* 薬剤師×	○	×	×
有料老人ホーム	医師×	○	要介護認定 無→医療保険 有→介護保険	
患者宅 (参考)	—	○	要介護認定 無→医療保険 有→介護保険	

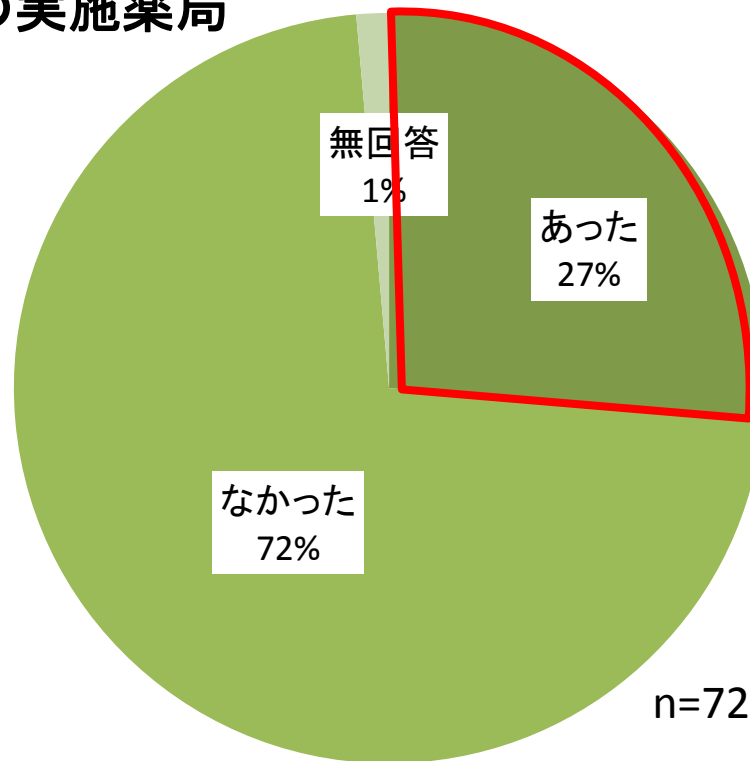
* 入所者の健康管理及び療養上の指導を行うために必要な人数の医師 (非常勤でも可)

介護施設の患者に対する持参薬整理

○介護施設からの要請により持参薬整理へ協力している薬局が存在している。

介護施設(特別養護老人ホーム、グループホーム等)からの要請による新規入所者の持参薬整理への協力の有無【平成26年10月】

在宅業務の実施薬局



在宅薬剤管理の課題

【課題】

- ・ 在宅の患者に対して訪問薬剤管理指導を行う薬局は年々増加しており、薬剤師による在宅での薬剤管理は進んでいる。
- ・ 「患者のための薬局ビジョン」においては、今後、地域包括ケアシステムの構築にあわせて、かかりつけ薬剤師・薬局として備えるべき機能の一つとして在宅対応が挙げられており、在宅での薬学的管理が受けられるよう、在宅対応に積極的に関与することが求められている。
- ・ 在宅業務では医師と薬剤師が連携して業務を行うことで患者の投薬数や薬剤費の減少に効果があったとの報告がある。また、在宅業務では、処方内容の疑義照会に関しては、診療報酬上の評価がない。
- ・ 在宅患者訪問薬剤管理指導料については、平成26年度改定で質の高い在宅医療を提供するため、保険薬剤師1人につき1日に5回に限り算定可能とされたが、1日当たりの制限を設けることは業務の実態に合わないとの意見があった。
- ・ 薬剤師の訪問回数は1週間の曜日ごとにばらつきがあり、患者の要望も踏まえて訪問日を調整している薬局も多い。また、1回当たりの在宅薬剤管理業務は50分程度であった。
- ・ 同一建物居住者に対する訪問では、夫婦の患者へ訪問薬剤管理指導業務を行うと1人の場合より点数が低くなるなど問題点が指摘されている。
- ・ 介護施設では調剤関連の業務は算定できるが、訪問薬剤管理指導ができない場合がある。一方、介護施設では入居時の持参薬管理など薬剤管理は課題となっているケースもある。

【論点】



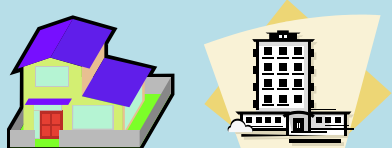
- かかりつけ薬剤師が医師と連携して在宅業務を行うことを進めるため、かかりつけ薬剤師による訪問薬剤管理指導業務を以下の通り評価してはどうか。
 - ・ 適切な薬物療法及び医療費適正化を推進するため、在宅における薬剤師の減薬の取り組みを評価してはどうか。
 - ・ 在宅患者訪問薬剤管理指導が薬剤師1人に対して1日に5回と制限されていることについてどのように考えるか。曜日ごとに訪問回数が異なる実態があるのであれば、1週間単位で制限を設けることで、提供する在宅業務の質を確保することとしてはどうか。
 - ・ 患者が夫婦の場合であっても1人目から同一建物居住者の点数を算定することについて見直してはどうか。
- 介護施設における薬剤の管理が課題となっていることについて、薬剤師による持参薬整理や薬剤の管理等の取り組みを評価してはどうか。

1. 在宅医療における評価のあり方について
2. 訪問看護について
3. 在宅薬剤管理について
- 4. 在宅歯科医療について**

在宅歯科医療に係る歯科診療報酬上の取扱い(平成26年度改定)

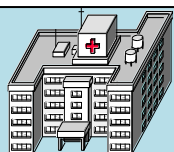
- 歯科訪問診療料: 訪問先の建物の種類に関わらず、訪問診療にかかった「時間」及び同一建物における「患者数」で整理
- 個々の診療にかかる診療報酬: 外来診療と同様に出来高で算定

居宅、居宅系施設



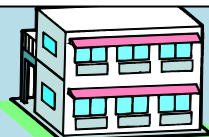
通院困難な患者

歯科の標榜がない病院(介護療養型医療施設等含む。)



入院中の通院困難な患者

- ・介護老人保健施設
- ・介護老人福祉施設



入所中の通院困難な患者

通院困難な患者

訪問歯科診療の提供

	1人の患者を診療	2人以上9人以下	10人以上
20分以上	歯科訪問診療料1 (866点)	歯科訪問診療料2 (283点)	
20分未満	歯科訪問診療料3 (143点)		

※患者の容体が急変し、診療を中止した場合は20分未満であっても訪問診療料1又は2の算定が可能

※歯科訪問診療料を算定する場合は、基本診療料は算定できない

患者の状況に応じて



○在宅医療に関連する各種加算、管理料等

○個別の診療内容に関する診療報酬、

- ・う蝕治療 ・有床義歯の作製や修理 ・歯科疾患の指導管理 など診療行為に対して出来高算定
- ・歯科訪問診療料を算定し、特別対応加算を算定していない患者に対しては、抜髄、感染根管治療、普通拔牙、口腔内消炎処置、義歯修理に対して、100分の50に相当する点数を加算
- ・特別対応加算を算定した患者に対しては、処置の部と歯冠修復及び欠損補綴(一部除外あり)の部を行った場合に100分の50に相当する点数を加算

歯科訪問診療の現状についての論点①

○在宅歯科医療の推進に向けた取組の進捗についてどう考えるか。

- 平成26年度診療報酬改定において、歯科訪問診療が20分未満であった場合の診療報酬体系を見直すとともに、同一建物において同一日に複数の患者に対して診療を行った場合の評価の見直しを行ったところであるが、歯科訪問診療の現状をどう考えるか。
- また、在宅を中心に歯科訪問診療を実施している歯科診療所を評価する目的で「在宅かかりつけ歯科診療所加算」を新設したが、その施設基準についてどう考えるか。

平成26年度診療報酬改定における対応

歯科訪問診療2の見直し及び歯科訪問診療3の新設等

(平成26年度改定前)					(平成26年度改定後)		
		同一の建物に居住する患者数			同一の建物に居住する患者数		
		1人	2人以上		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 【850点】	歯科訪問診療2 【380点】		歯科訪問診療1 【866点】	歯科訪問診療2 【283点】	
	20分未満	歯科初・再診料 【218点、42点】			歯科訪問診療3 【143点】		

歯科訪問診療料

1	歯科訪問診療 1	850点		866点 (うち、消費税対応分+16点)
2	歯科訪問診療 2	380点		283点 (うち、消費税対応分+3点)
(新) 3	歯科訪問診療 3			143点 (うち、消費税対応分+3点)

(新) 在宅かかりつけ歯科診療所加算

歯科訪問診療 1 について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合していると届け出た保険医療機関において、在宅において療養を行っている患者に対して歯科訪問診療を実施した場合



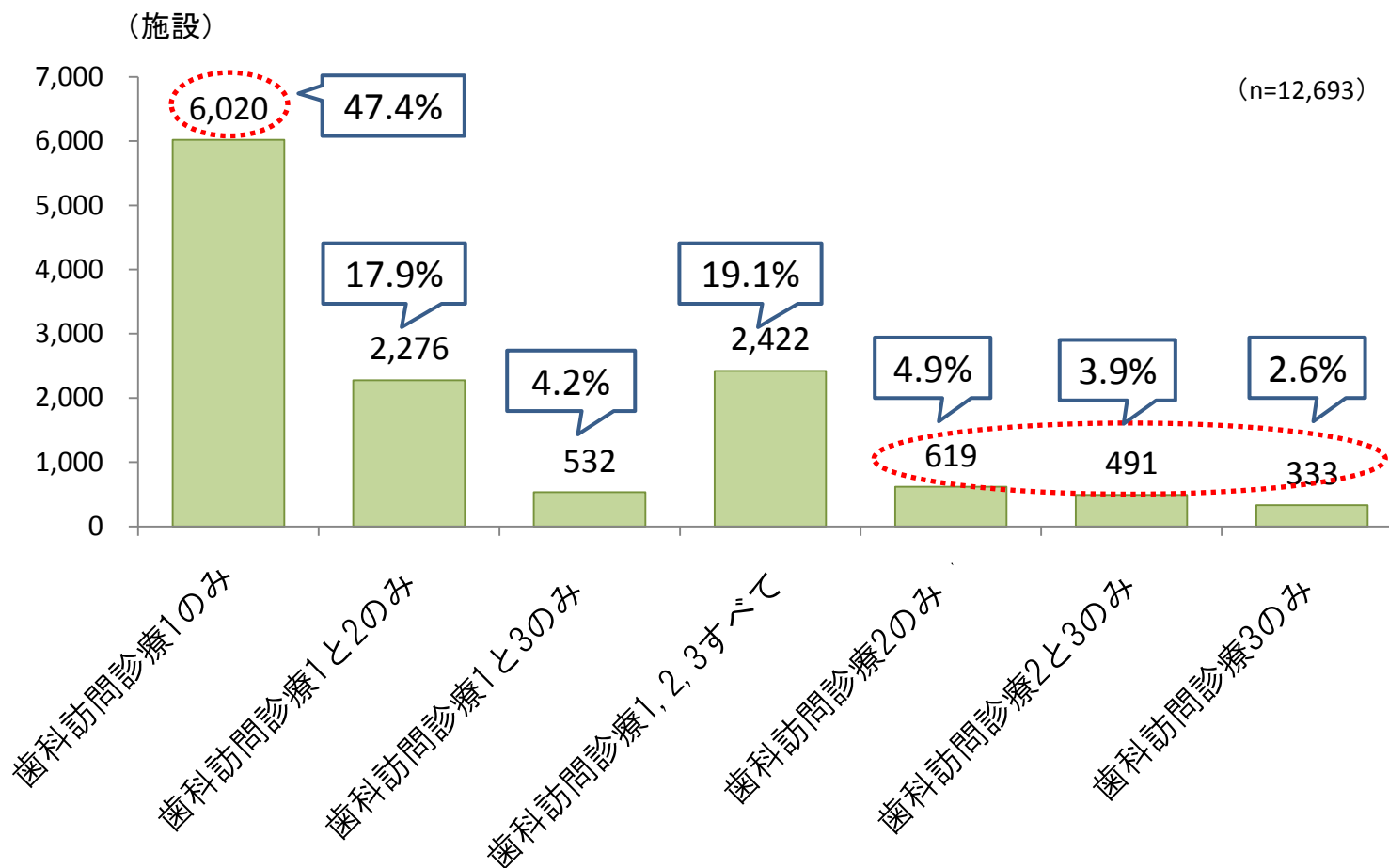
歯科訪問診療料に
100点加算

歯科訪問診療の実施状況(医療機関数)

中 医 協 総 - 3
(改)
2 7 . 1 0 . 7

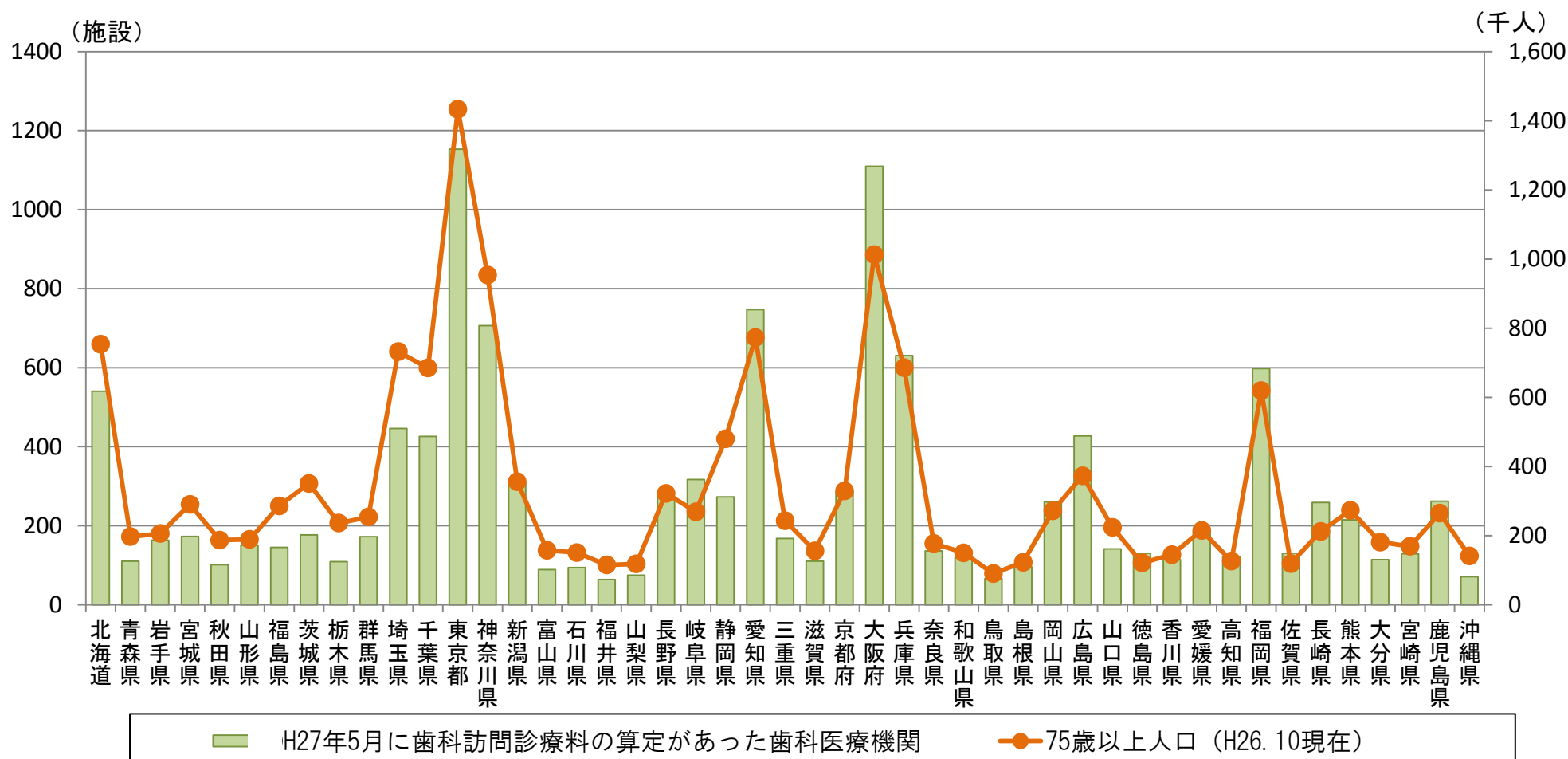
- 歯科訪問診療を実施している医療機関は12,693施設であった。このうち、歯科訪問診療料1のみを算定している医療機関が約半数(6,020施設)であった。
- 一方、歯科訪問診療料1の算定がない医療機関が約1割(1,443施設)であった。

<歯科訪問診療料算定医療機関の内訳>



歯科訪問診療の実施状況（都道府県別）

○ 平成27年5月に歯科訪問診療を実施している医療機関の都道府県別の分布と都道府県の75歳以上人口の分布を比較すると、同じような傾向を示していた。



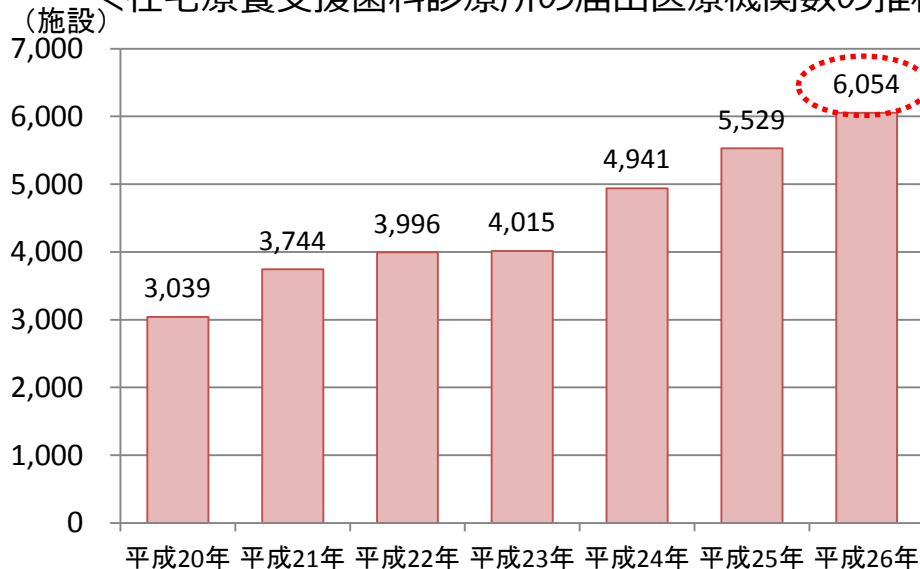
在宅療養支援歯科診療所について

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

【施設基準】

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

＜在宅療養支援歯科診療所の届出医療機関数の推移＞



＜在宅療養支援歯科診療所の診療報酬上の評価＞

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

在宅療養支援歯科診療所は増えているものの、全歯科診療所の約9%にとどまっている

歯科訪問診療 1 ～ 3 の算定状況（在宅療養支援歯科診療所）

- 歯科訪問診療を実施した在宅療養支援歯科診療所のうち、歯科訪問診療3を算定した医療機関の割合は約36%であった。
- また、在宅かかりつけ歯科診療所加算を算定した医療機関は約16%であり、これら医療機関の1医療機関あたりの1か月の算定回数の平均は約25回であった。

○調査対象：在宅療養歯科診療所から無作為抽出した1,500の医療機関のうち、
調査対象月（H27.6）の1か月間に歯科訪問診療を実施した671医療機関

	算定医療機関数 （歯科訪問診療を実施した 医療機関数に対する割合）	1か月の算定回数 （1医療機関あたり）	
		平均（回）	標準偏差
歯科訪問診療1	633 医療機関(94.3%)	24.7	55.5
歯科訪問診療2	386医療機関 (61.0%)	58.9	121.8
歯科訪問診療3	243医療機関(36.2%)	127.7	340.1
在宅かかりつけ歯科診療所加算	108医療機関(16.1%)	24.9	7.5

歯科訪問診療 3 の算定内容

- 歯科訪問診療3を算定していた医療機関(243施設)の内訳をみると、診療時間が20分未満の場合に算定していた医療機関が190施設(約8割)であり、そのなかで同一建物で10人未満の場合に算定していた医療機関が115施設であった。
- 同一建物で10人以上の歯科訪問診療を実施した場合に算定していた医療機関は80施設(約3割)であった。
- また、20分未満かつ同一建物で10人以上の歯科訪問診療をした場合に算定していた医療機関は54施設(約2割)だった。

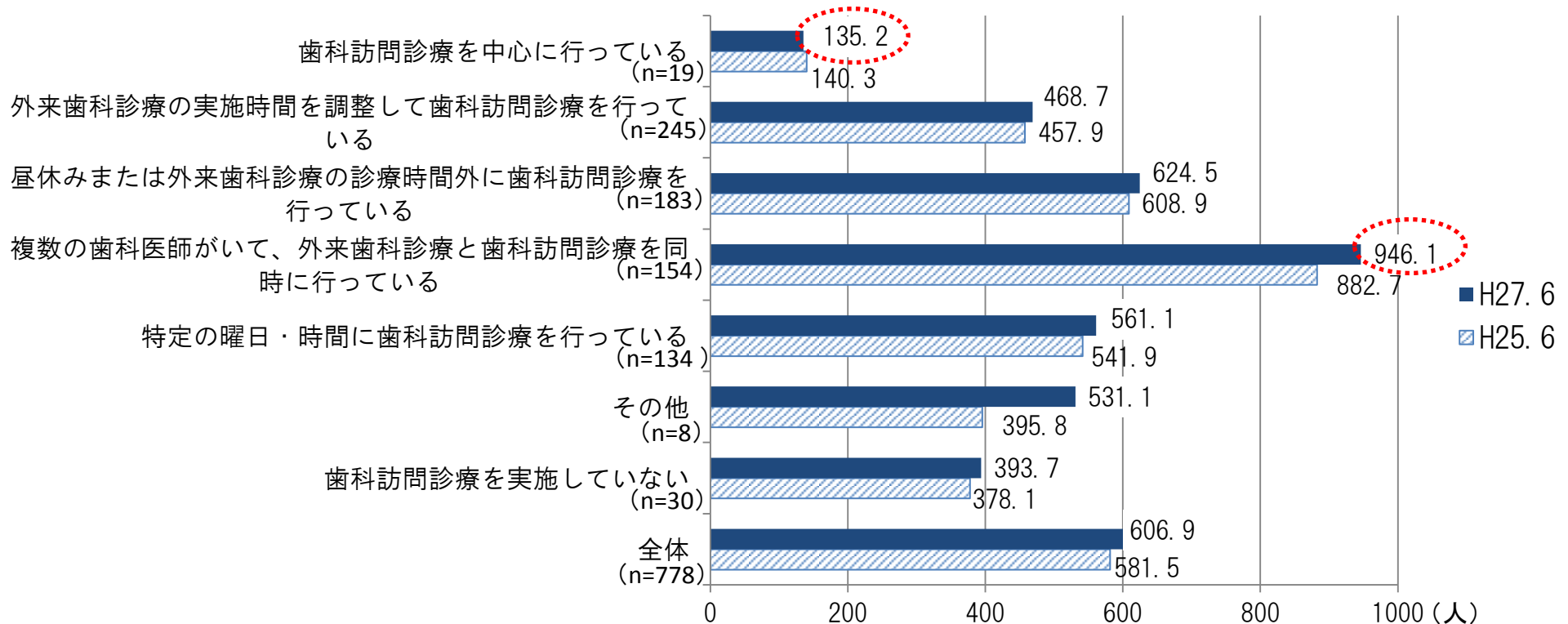
○調査対象:在宅療養歯科診療所から無作為抽出した1,500の医療機関のうち、調査対象月(H27.6)の1か月間に歯科訪問診療を実施した671医療機関

	算定医療機関数	1か月の算定回数 (1医療機関あたり)	
		平均 (回)	標準偏差
歯科訪問診療3の算定があった医療機関	243	127.7	340.1
1)20分未満の歯科訪問診療を実施	190	106.8	326.1
(内)20分未満かつ同一建物で10人未満	115	14.1	32.0
2)同一建物で10人以上の歯科訪問診療を実施	80	238.1	395.8
(内)20分以上かつ同一建物で10人以上	13	166.5	248.9
3)20分未満かつ同一建物で10人以上の 歯科訪問診療を実施	54	255.8	419.5

歯科訪問診療の体制別外来患者数

- 平成27年6月1か月の歯科外来診療の平均患者総数は約600人であった。
- 歯科訪問診療を中心に行っている診療所においても、外来診療も実施していた。
- 外来患者の総数の平均は、「複数の歯科医師がいて、外来歯科診療と歯科訪問診療を同時に行っている」と回答した診療所が約1,000人と最も多かった。

1か月間の歯科外来診療の平均患者総数(延べ人数)

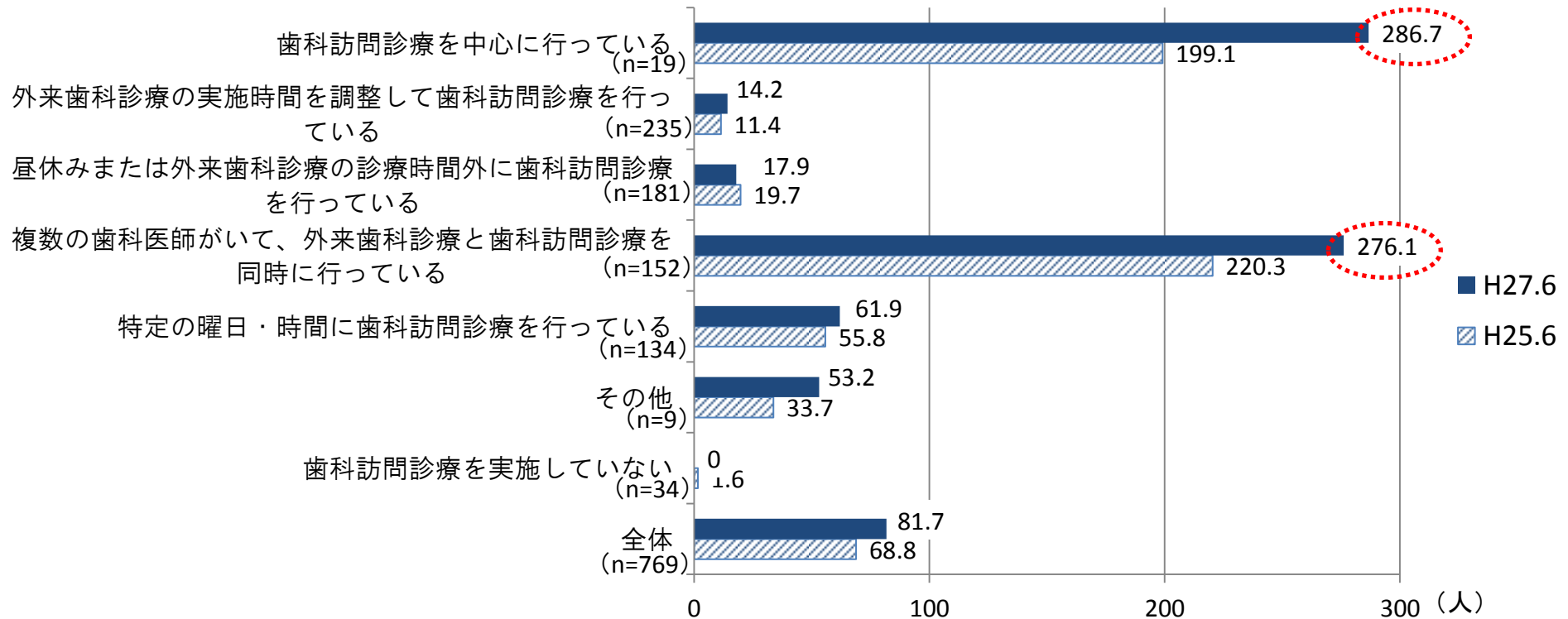


・調査対象:在宅療養支援歯科診療所から無作為抽出

診療体制別の歯科訪問診療等患者数

- 平成27年6月1か月の歯科訪問診療等を実施した患者総数の平均は、全体では約80人であった。
- 歯科訪問診療を積極的に行っている（歯科訪問診療を中心、外来歯科診療と歯科訪問診療を同時に行っている）診療所では300人弱、それ以外の外来を中心に行っている診療所では100名以下と、2極化している。
- 平成25年6月と比較して、平成27年6月の歯科訪問診療等の実施患者数は増加している。

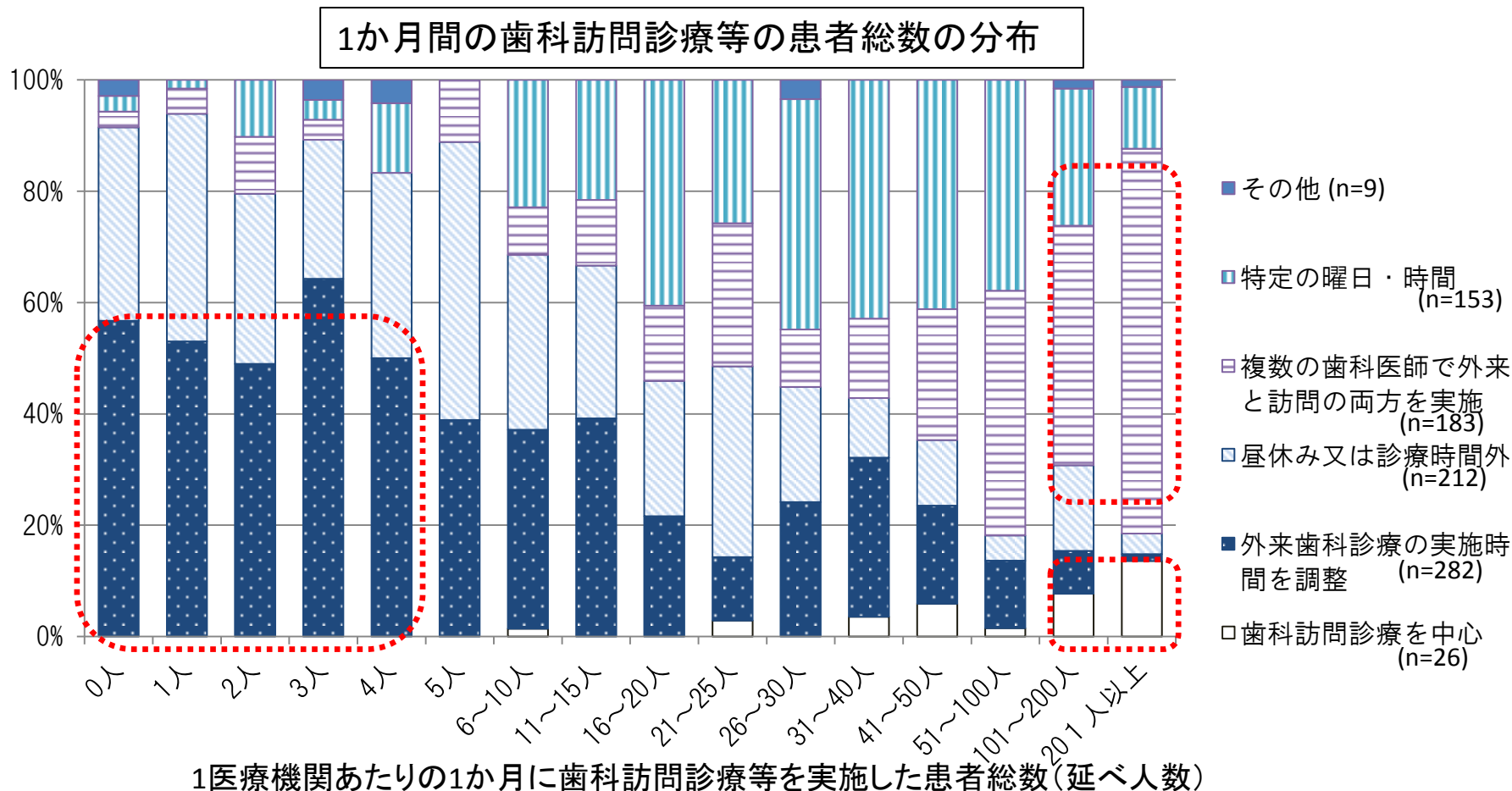
1か月間の歯科訪問診療等の平均患者総数（延べ人数）



・調査対象：在宅療養支援歯科診療所から無作為抽出

歯科訪問診療の診療体制別患者数（在宅療養支援歯科診療所）

- 1か月の歯科訪問診療総患者数を診療体制別にみると、4人以下の場合は、外来診療の時間を調整して歯科訪問診療を行っている診療所が約半数であった。
- 一方、100人以上の場合は、歯科訪問診療を中心または複数の歯科医師で外来と訪問の両方を実施している診療所の割合が高かった。



・調査対象：在宅療養支援歯科診療所から無作為抽出

在宅かかりつけ歯科診療所加算の算定状況

- 在宅歯科医療を推進する観点から、訪問歯科診療のうち、在宅療養を行っている患者に対する訪問を中心に実施している歯科診療所の評価のため「在宅かかりつけ歯科診療所加算」が平成26年度診療報酬改定において新設された。
- 在宅かかりつけ歯科診療所加算の算定医療機関数は941施設であり、歯科訪問診療1の算定がある医療機関の約8%にとどまっていた。

【在宅かかりつけ歯科診療所加算】

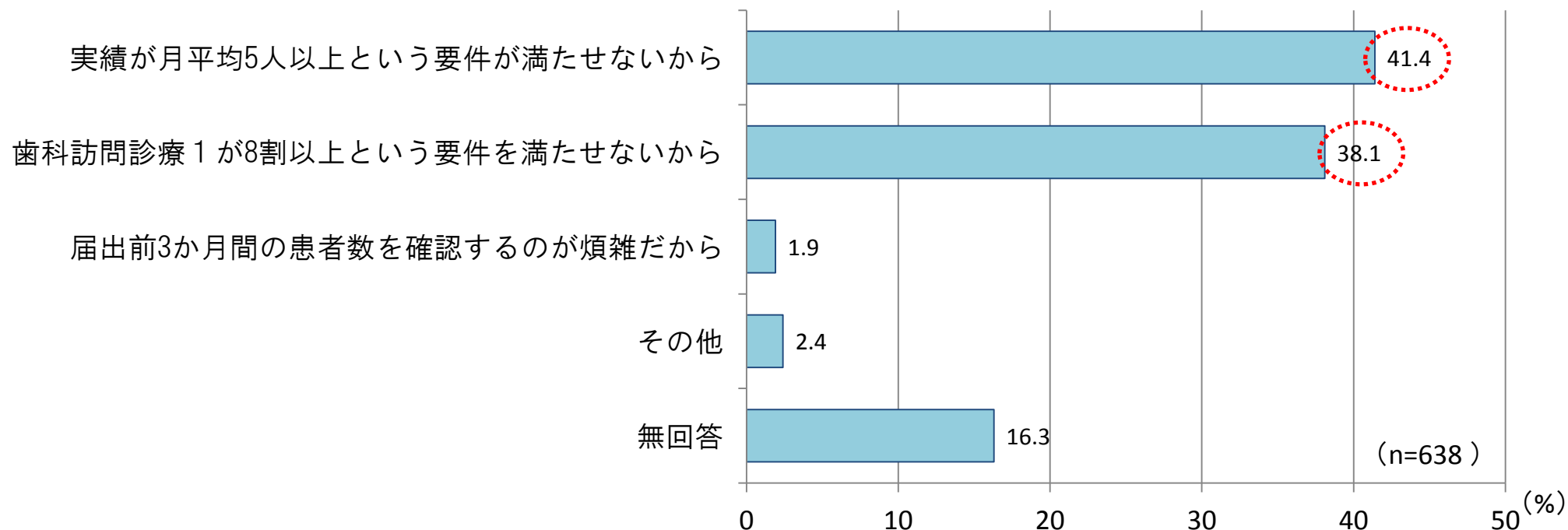
- 歯科訪問診療1について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合していると届け出た保険医療機関において、在宅において療養を行っている患者に対して歯科訪問診療を実施した場合は、100点を所定点数に加算
- 施設基準
 - (1) 歯科医療を担当する診療所である保険医療機関であること。
 - (2) 当該診療所で行われる歯科訪問診療の延べ患者数が月平均5人以上であり、そのうち8割以上が歯科訪問診療1を算定していること。

在宅かかりつけ歯科診療所加算の算定状況(平成27年5月)	
施設基準届出医療機関数 (H26.7.1現在 医療課調べ)	1,082施設
算定回数	26,699回
算定患者数	13,707人
算定医療機関数	941施設
(歯科訪問診療料1の算定医療機関数 11,250施設)	

在宅かかりつけ歯科診療所の届出をしていない理由

- 歯科訪問診療の延べ患者数の「実績が月平均5人以上という要件が満たせないから」が41.4%と最も多く、次いで「歯科訪問診療1が8割以上という要件を満たせないから」が38.1%であり、両者をあわせて約8割であった。

在宅かかりつけ歯科診療所の届出をしていない主な理由(単数回答)

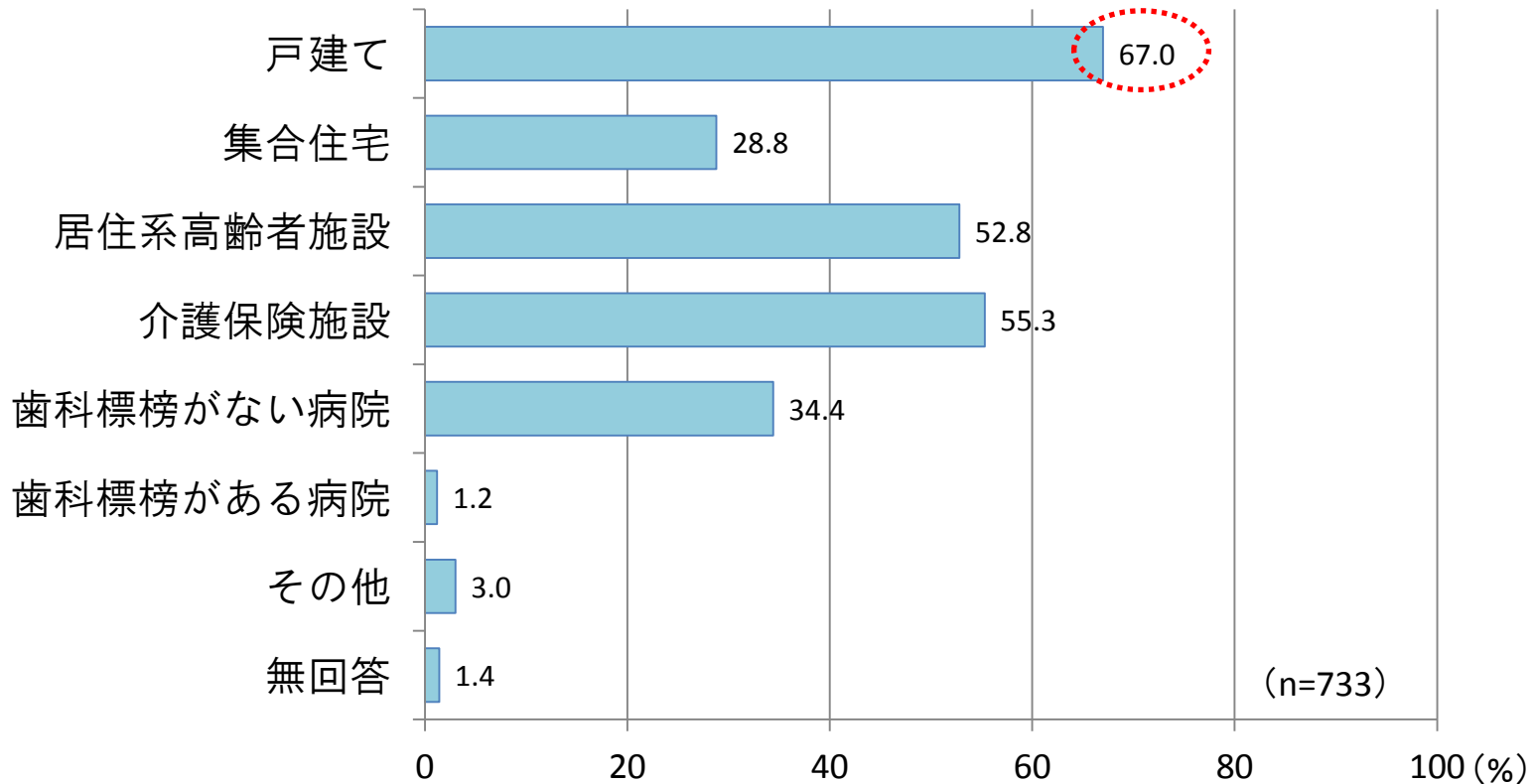


・調査対象:在宅療養支援歯科診療所から無作為抽出

歯科訪問診療の訪問先

- 歯科訪問診療の訪問先は、戸建て住宅が67.0%と最も多かった。
- 介護保険施設(55.3%)、居住系高齢者施設(52.8%)と半数以上が施設に訪問している。

1か月間に歯科訪問診療等で訪問した場所(複数回答)

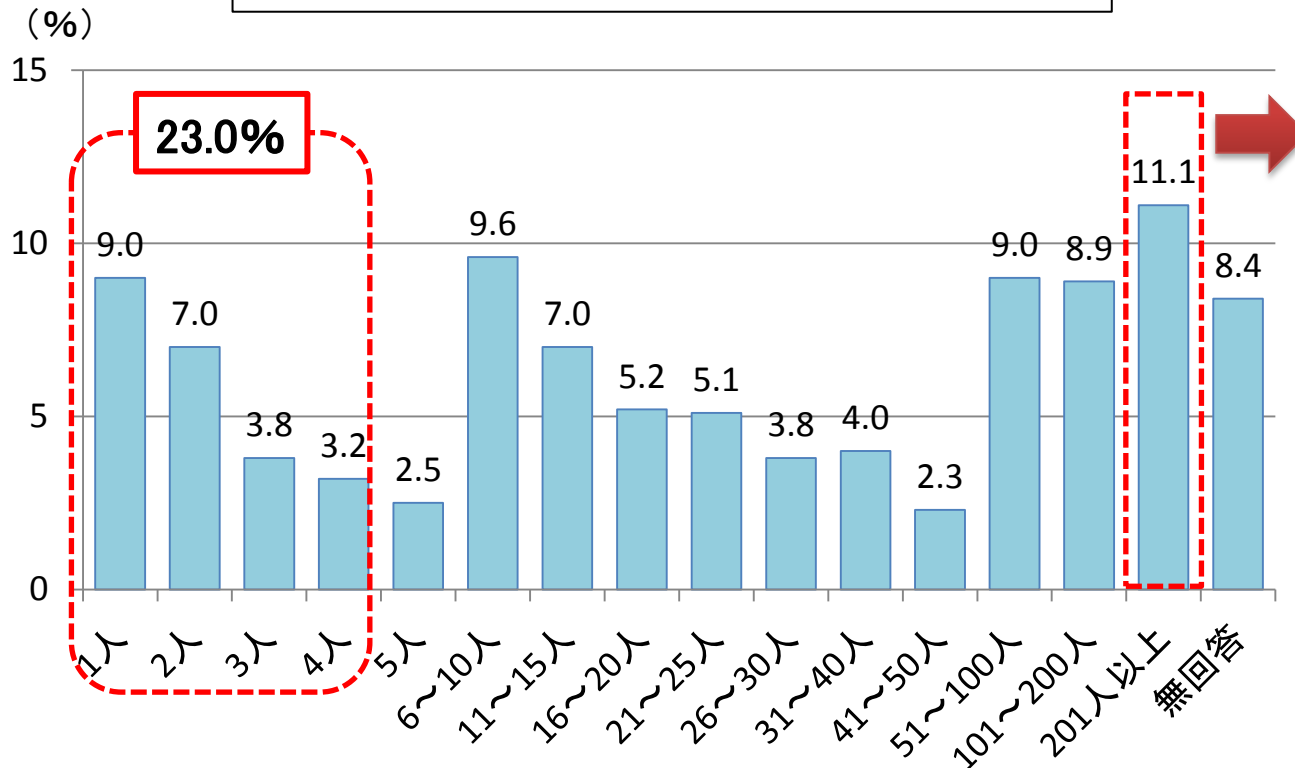


・調査対象:在宅療養支援歯科診療所(約6,000施設)から無作為抽出した1,500施設
・調査対象月:平成27年6月1日~30日の1か月間

歯科訪問診療の患者数

- 1か月間の患者総数は、4人以下である医療機関が約23%である一方、1か月間の患者総数が201人以上である医療機関の割合は11.1%と一番高い割合を示した。
- 1か月の患者総数が1,000人以上の医療機関も2%（15医療機関）認められた。

1か月間の歯科訪問診療等の患者総数の分布



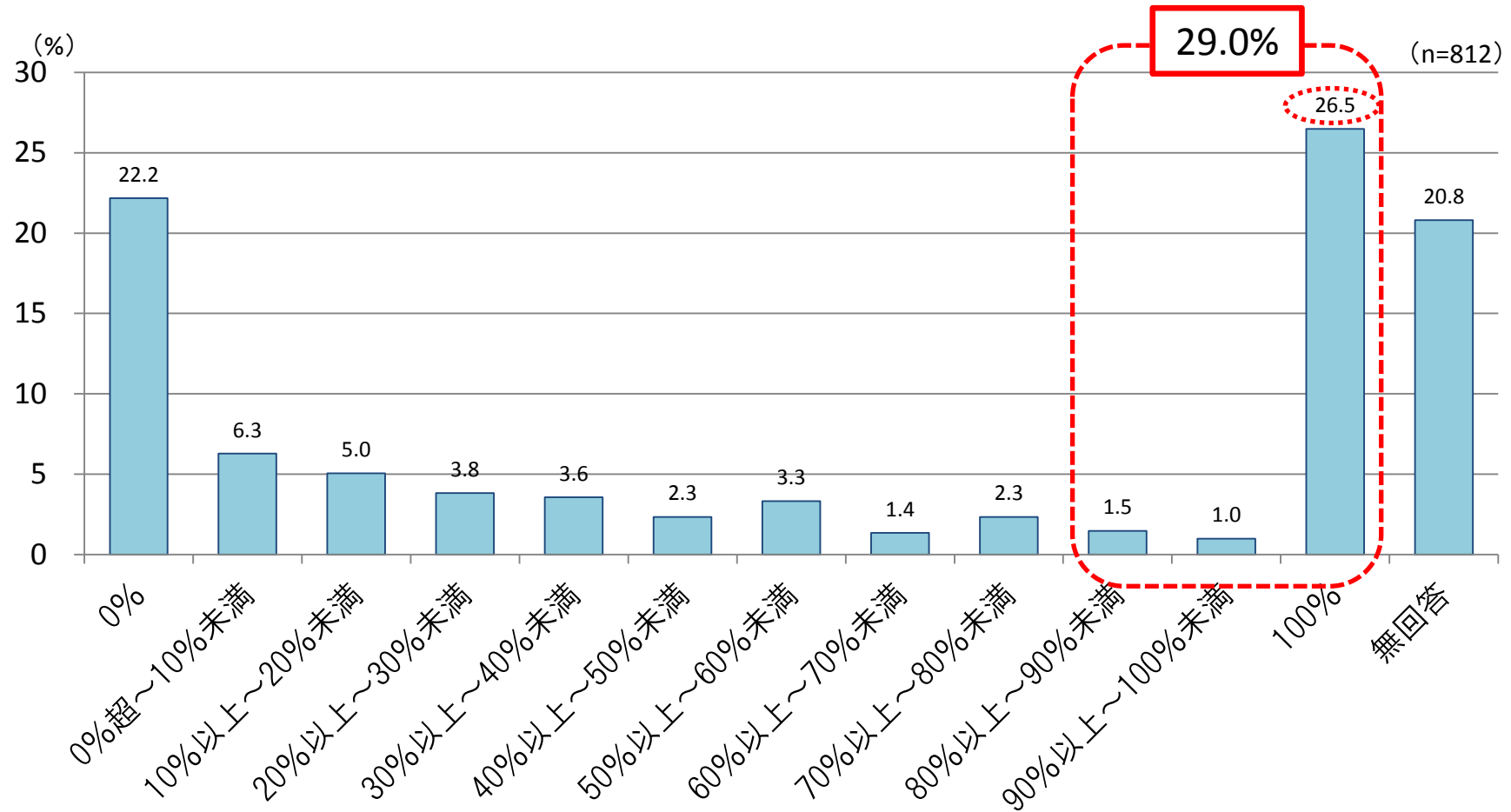
患者総数	医療機関数
201～300人	33
301～400人	9
401～500人	8
501～600人	7
601～700人	3
701～800人	1
801～900人	4
901～1,000人	1
1,001～2,000人	12
2,001人以上	3

1医療機関あたりの1か月に歯科訪問診療等を実施した患者総数(延べ人数)

・調査対象:在宅療養支援歯科診療所から無作為抽出

歯科訪問診療に占める歯科訪問診療1の実施割合

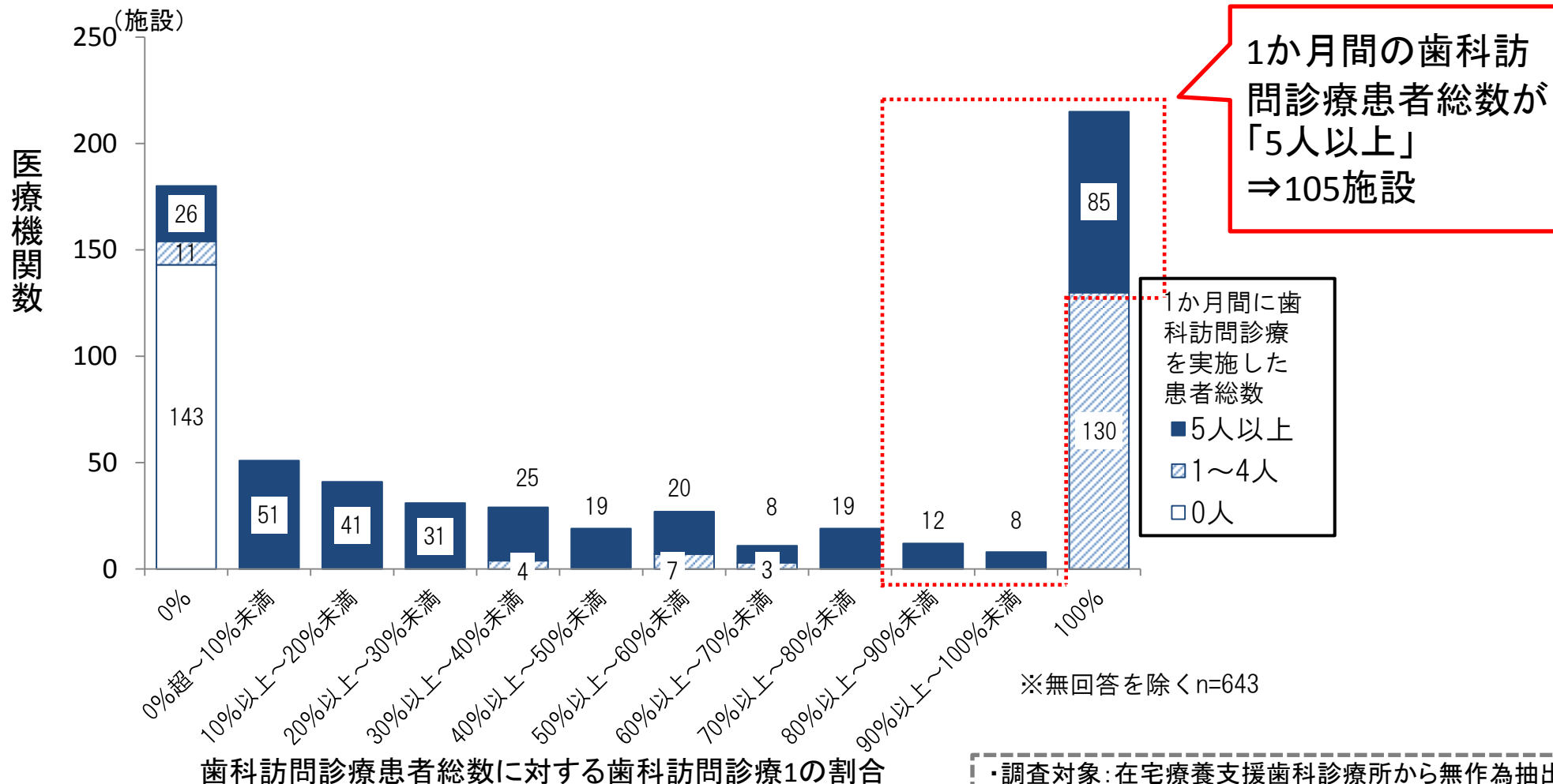
- 在宅療養支援診療所を対象に、1か月間に実施した歯科訪問診療の算定回数に占める歯科訪問診療1の割合をみると、100%である医療機関は約27%であった。
- 歯科訪問診療1の割合が80%以上である医療機関の合計も29%にとどまっている。



・調査対象：在宅療養支援歯科診療所から無作為抽出

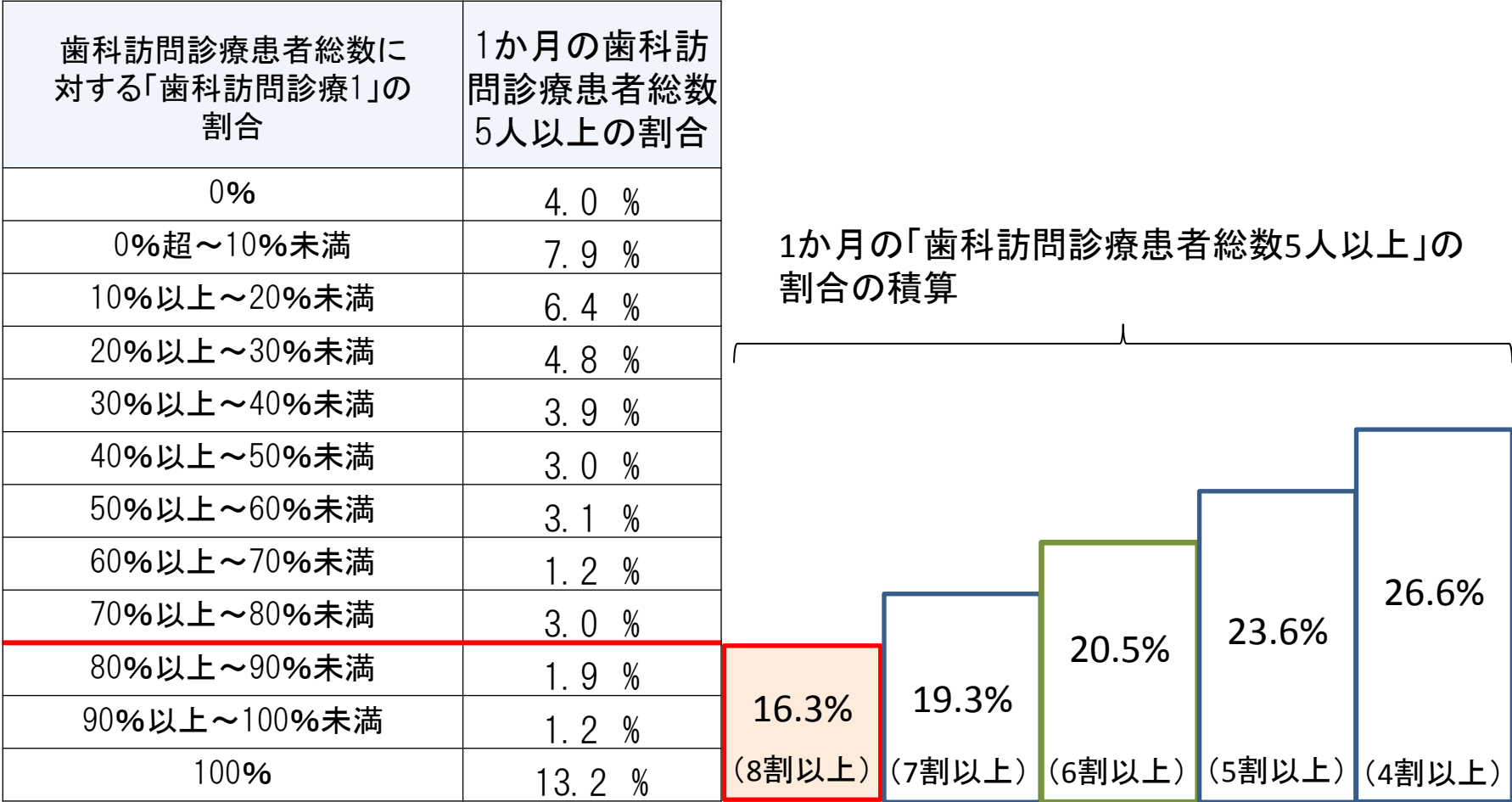
歯科訪問診療1の割合と1か月の歯科訪問診療の患者数①

- 歯科訪問診療1の割合が100%の医療機関のうち「1か月の訪問診療患者数が5人以上」である医療機関は85施設(約4割)であった。
- 在宅かかりつけ歯科診療加算の施設基準である「1か月の訪問診療患者数が5人以上かつ、歯科訪問診療1の割合が8割以上」を満たす医療機関は105施設(約16%)であった。



歯科訪問診療1の割合と1か月の歯科訪問診療の患者数②

○「1か月の歯科訪問診療患者総数5人以上」である医療機関の割合は、「歯科訪問診療1の割合が7割以上」では約19%、「歯科訪問診療1の割合が6割以上」では約20%であった。



・調査対象：在宅療養支援歯科診療所から無作為抽出

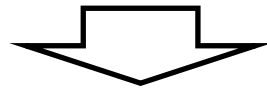
出典：平成27年度検証調査「訪問歯科診療の評価及び実態等に関する調査」

歯科訪問診療の現状(進捗)に関する課題と論点

【課題】

- 歯科訪問診療は、歯科医療機関の約20%で行われており、その約半数の医療機関で歯科訪問診療1を算定していた。その一方で、歯科訪問診療2、3のみを実施している医療機関が約1割、訪問診療を中心に算定している医療機関も認められた。
- 歯科訪問診療を実施した在宅療養支援歯科診療所でみると、歯科訪問診療3を算定した医療機関は約36%であり、その診療内容の内訳は、20分未満の診療が約8割を占めており、さらに20分未満かつ同一建物で10人以上の診療をおこなった場合が約2割であった。
- 1か月の歯科訪問診療の患者総数が100人以上の医療機関は、歯科訪問診療を中心または複数の歯科医師で外来と訪問の両方を実施している医療機関の割合が高かった。
- 1か月間の患者総数は、5人以下である医療機関が約25%である一方、1か月間の患者総数が201人以上である医療機関の割合は11.1%と一番高い割合を示した。また、1か月の患者総数が1,000人以上の医療機関も2%(15医療機関)認められた。
- 在宅かかりつけ歯科診療所の施設基準の届出は約1,000施設、全歯科診療所の約1.5%、歯科訪問診療1の算定がある医療機関の約8%にとどまっていた。
- 在宅かかりつけ歯科診療所の届出をしていない理由は、歯科訪問診療の延べ患者数の「実績が月平均5人以上という要件が満たせないから」が41.4%と最も多く、次いで「歯科訪問診療1が8割以上という要件を満たせないから」が38.1%であり、両者をあわせて約8割であった。

【論点】



- 1か月の歯科訪問診療の患者数が1,000人を超える医療機関が認められるなど、複数の患者に行われる歯科訪問診療の質を確保する観点から、「歯科訪問診療3」の評価や取り扱い等についてどのような対応が考えられるか。
- 在宅等だけではなく、病院や介護保険施設等においても地域連携のなかで「かかりつけ歯科医」として歯科訪問診療を実施している診療所を評価するために、在宅かかりつけ歯科診療所の施設基準の見直しを行ってはどうか。

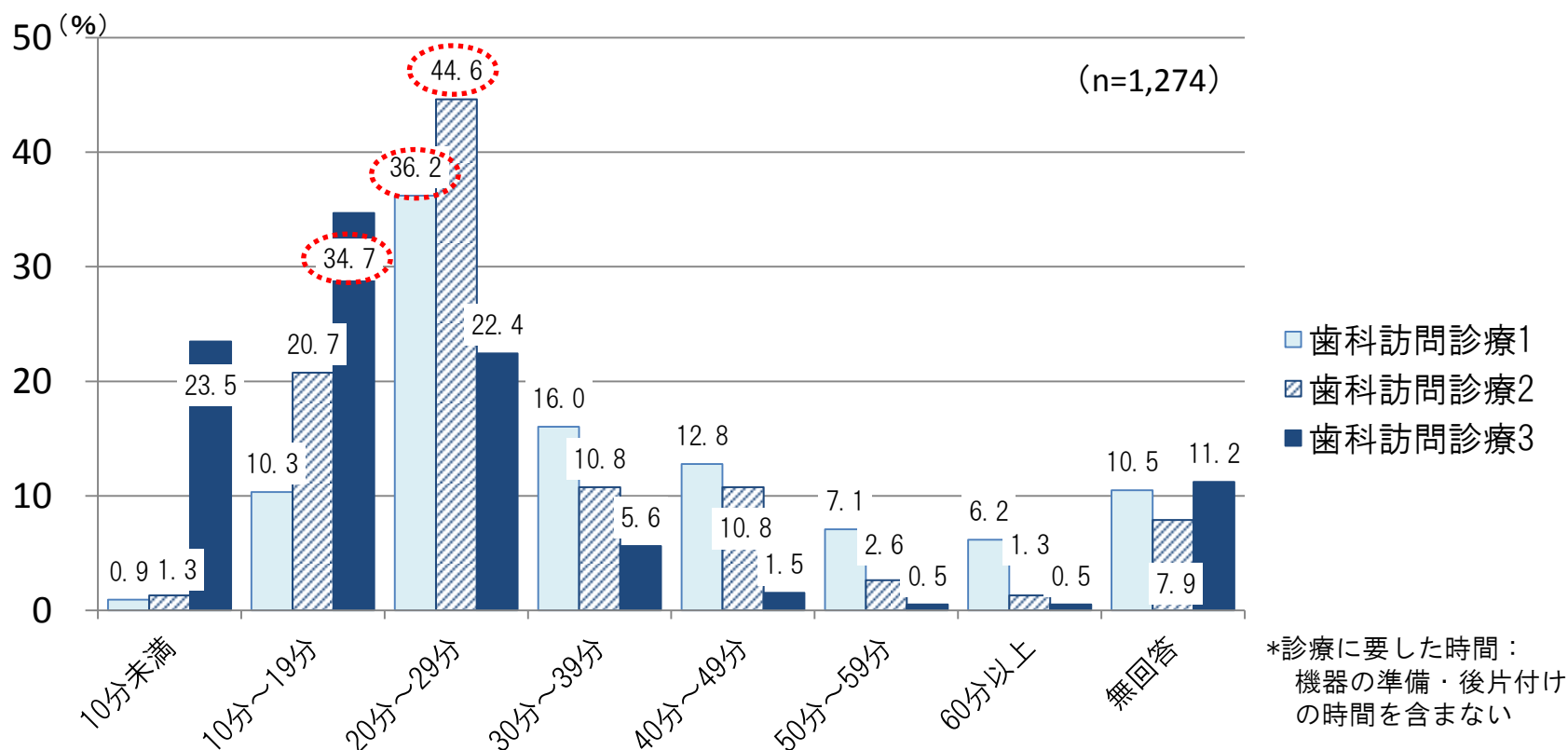
歯科訪問診療の現状についての論点②

○歯科訪問診療で算定要件となっている時間・診療内容等の評価についてどう考えるか。

- 歯科訪問診療1および歯科訪問診療2については、診療時間が20分以上の場合に限り算定できる取扱い（ただし、当該患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合はこの限りではない）となっているが、患者の状態によって短時間で診療を終了させる必要がある場合の評価をどのように考えるか。
- 在宅等で夫婦二人を診療した場合の評価をどのように考えるか。
- 特別の関係にある施設等に訪問して歯科診療を行った場合は、歯科訪問診療料の算定ができない取扱いになっていることから、歯科訪問診療料を算定した患者に対して算定可能な診療報酬の算定ができないことに対してどのように考えるか。
- 現行では、歯科訪問診療料を算定した患者において、歯内療法、抜歯、口腔内消炎手術および有床義歯修理を実施した場合は100分の50加算となっているが、これらの評価をどのように考えるか。
- 口腔機能（咀嚼、摂食、嚥下等）が低下した在宅等療養患者に対する口腔機能管理の評価をどのように考えるか。

歯科訪問診療における診療時間の分布

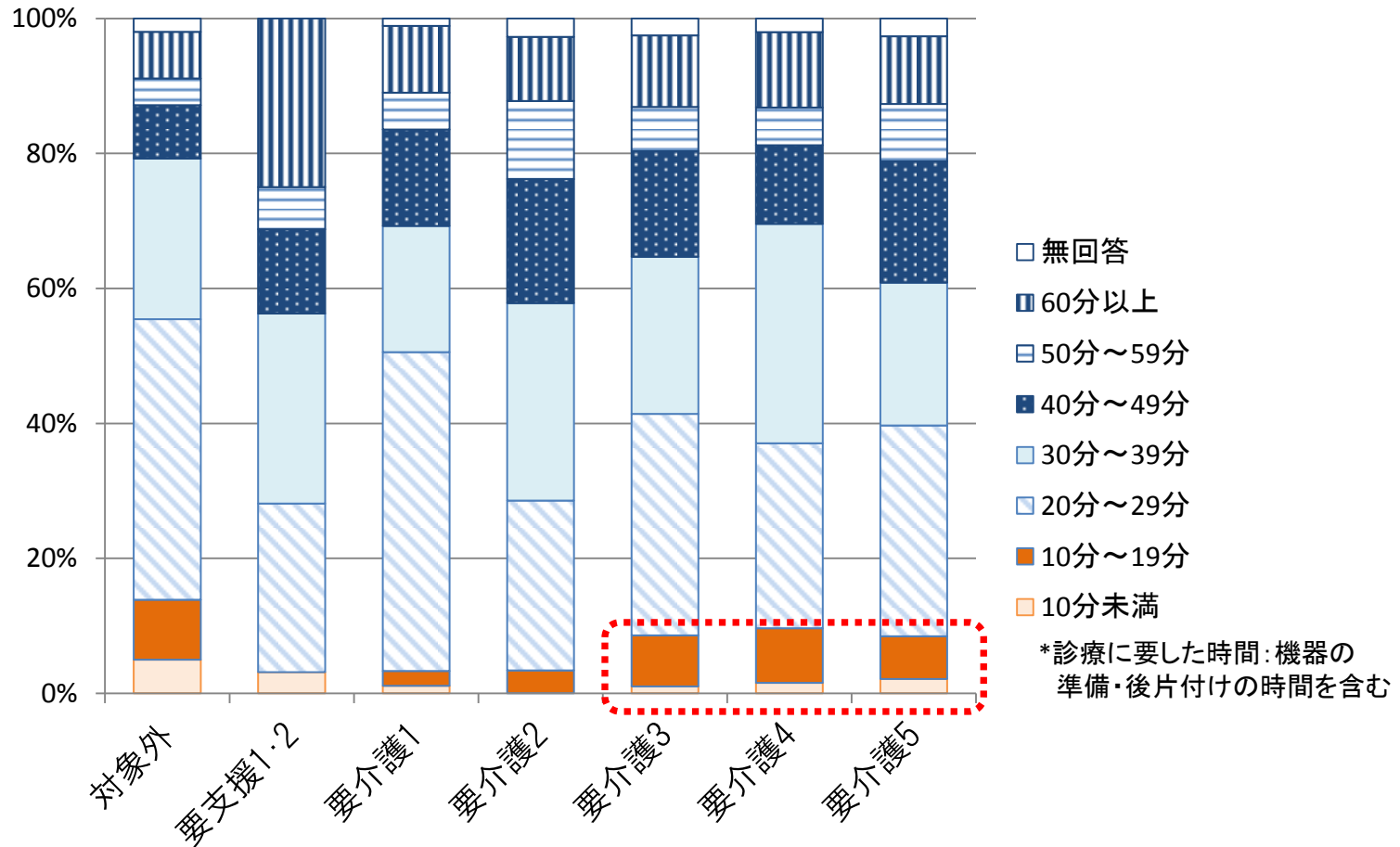
- 診療時間は、歯科訪問診療1、2では20～29分が最も多く、それぞれ36.2%、44.6%であった。
- 一方、歯科訪問診療3では、10～19分が34.7%で最も多かった。



- ・調査対象：全国の在宅支援歯科診療所から無作為抽出した1,500施設のうち、回答のあった915施設
- ・対象患者：H27.6.1～6.30の1か月間で歯科訪問診療等の実績が最も多かった1日の歯科訪問診療等を実施した患者2名（最初と最後の患者）1,274名

要介護度別の診療時間

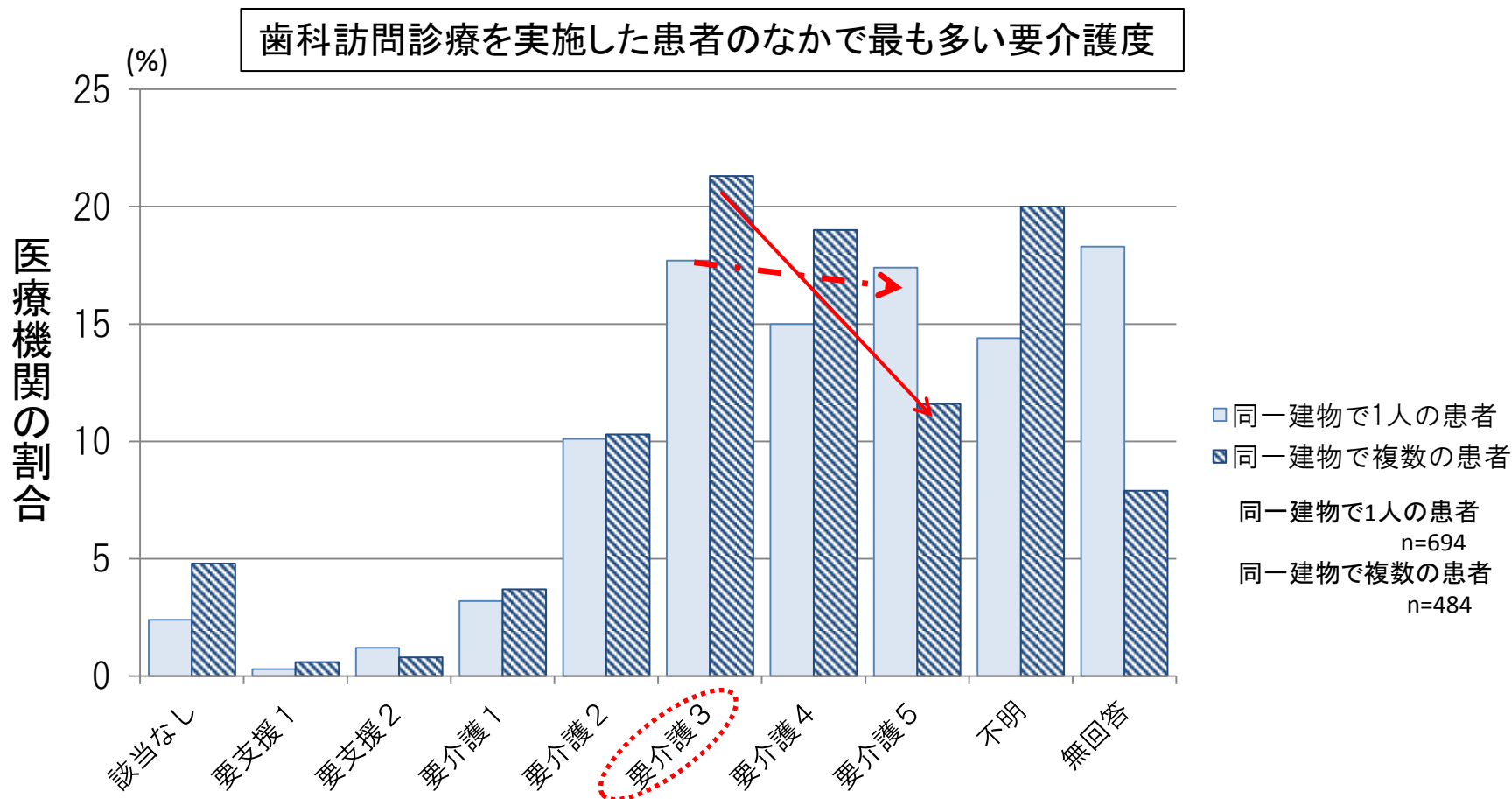
- 要介護度別に診療時間をみると、いずれの介護度においても20分以上が約9割であった。
- 要介護3～5においては、20分未満の割合が要介護2以下よりも多い傾向がみられた。



- ・調査対象: 全国の在宅支援歯科診療所から無作為抽出した1,500施設のうち、回答のあった915施設
- ・対象患者: H27.6.1～6.30の1か月間で歯科訪問診療等の実績が最も多かった1日の歯科訪問診療等を実施した患者2名(最初と最後の患者)1,274名

歯科訪問診療を実施した患者の要介護度

- 1か月間に歯科訪問診療を実施した患者のなかで、最も多い要介護度は同一建物で1人の患者を診療した場合、複数の患者を診療した場合ともに要介護3とである医療機関が最も多かった。
- 同一建物で一人の患者を診療した場合は、要介護5が最も多い医療機関は要介護3が最も多い医療機関と同程度であったが、複数の患者を診療した場合は、要介護5が最も多い医療機関の割合が減少している。

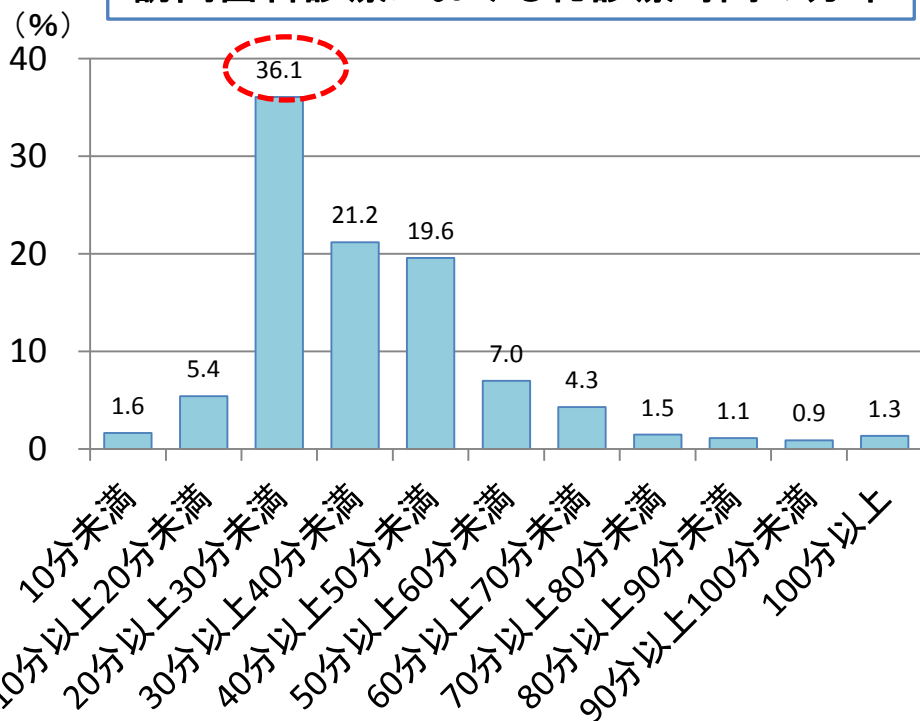


※調査対象:在宅支援歯科診療所から無作為抽出 平成26年7月の1か月間に歯科訪問診療を実施した患者について回答

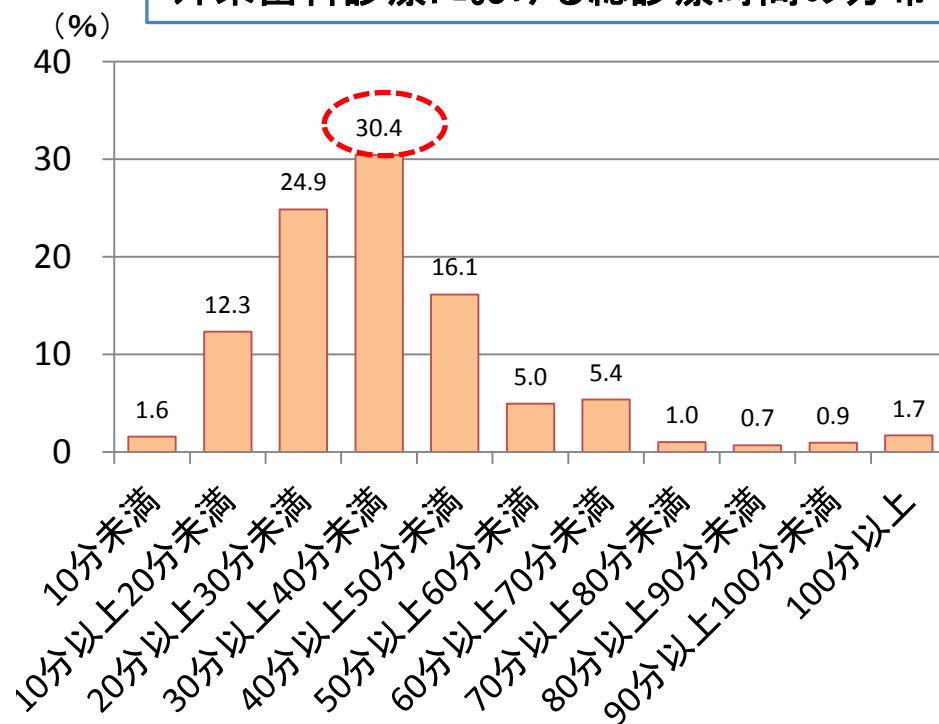
歯科訪問診療と外来歯科診療の診療時間

- 平成27年1月～2月に歯科訪問診療を行った患者(N=6,148)および外来歯科診療を行った患者(N=7,594)の総診療時間の分布をみると、歯科訪問診療では約93%、外来歯科診療では約86%が20分以上であった。(調査対象:在宅療養支援歯科診療所)
- 最も多い総診療時間は歯科訪問診療では20分以上30分未満(36.1%)、外来歯科診療では30分以上40分未満(30.4%)であった。

訪問歯科診療における総診療時間の分布



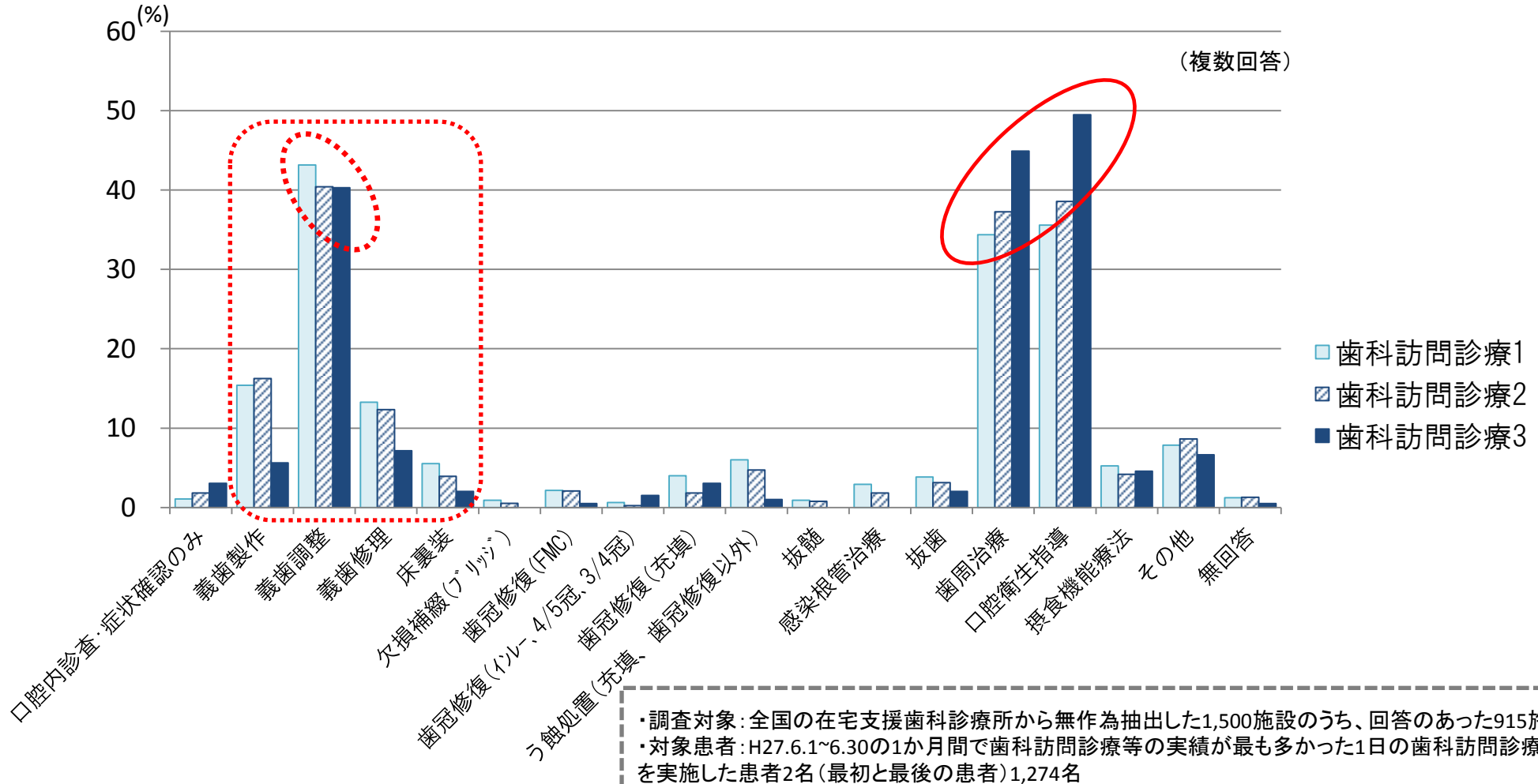
外来歯科診療における総診療時間の分布



*総診療時間:機器の準備・後片付けの時間を含まない

歯科訪問診療料の区分と診療内容

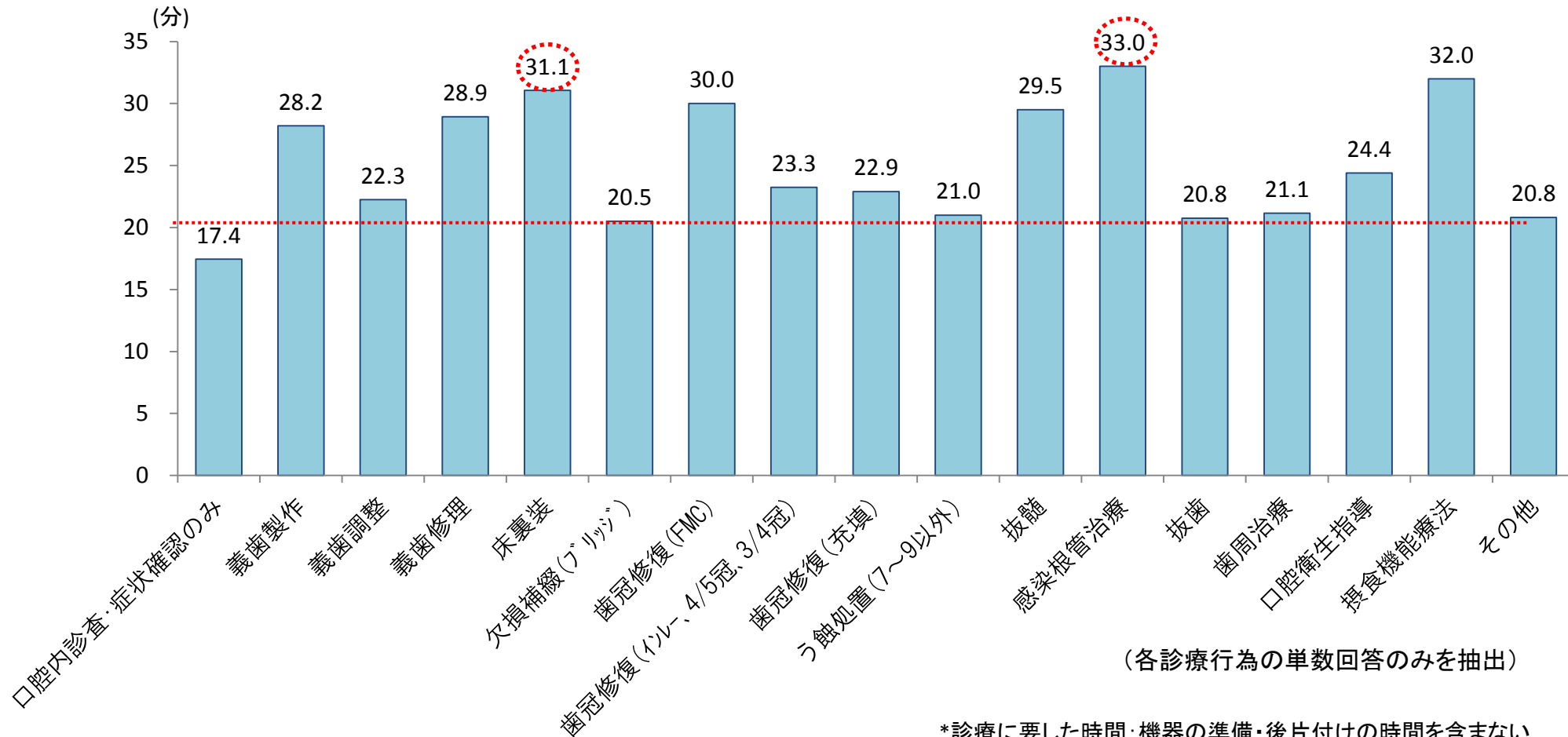
- 歯科訪問診療料1～3のいずれの患者においても、義歯調整、歯周治療および口腔衛生指導が行われている割合が高かった(約3～5割)。
- 義歯に関連する診療内容は訪問診療料1, 2が算定されている患者で多く、歯周治療、口腔衛生指導は、歯科訪問診療料3が算定されている患者で多かった。



歯科訪問診療における診療内容と診療時間

- 最も時間を要した処置は床裏装であり、次いで抜髄、感染根管治療が50分以上であった。
- 一方、最も短い口腔内診査・症状確認のみでは準備・後片付けの時間を含めて22.4分であった。

診療行為別の診療時間の平均



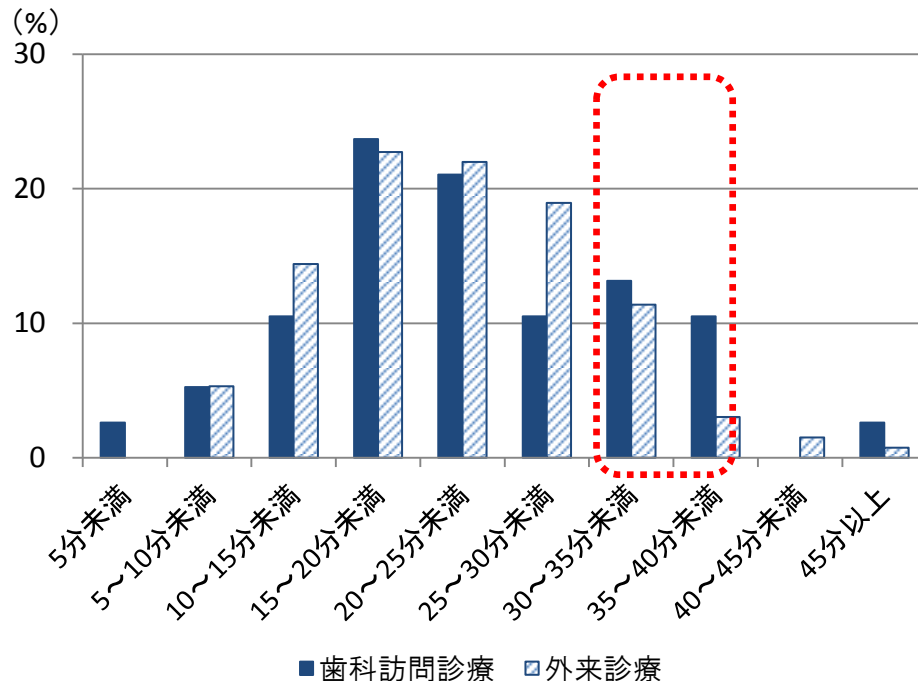
*診療に要した時間: 機器の準備・後片付けの時間を含まない

・調査対象: 在宅療養支援歯科診療所から無作為抽出

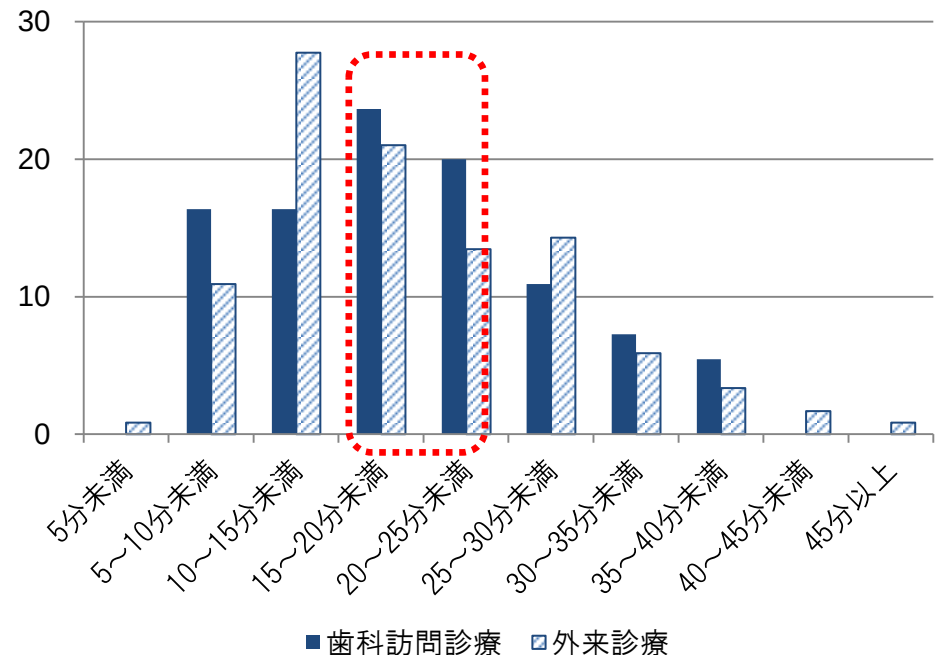
訪問診療と外来診療の診療時間の比較①

- 抜髄(単根管)においては、訪問診療、外来診療とも最も多い時間帯15～20分未満であったが、訪問診療では30分以上の割合が多くなっていた。
- 感染根管治療(単根管)においては、外来診療では10～15分未満が最も多かったが、訪問診療では15～20分未満が最も多く、また20～25分未満の割合も外来診療より多くなっていた。

抜髄(単根管)にかかる診療時間の分布



感染根管治療(単根管)にかかる診療時間の分布

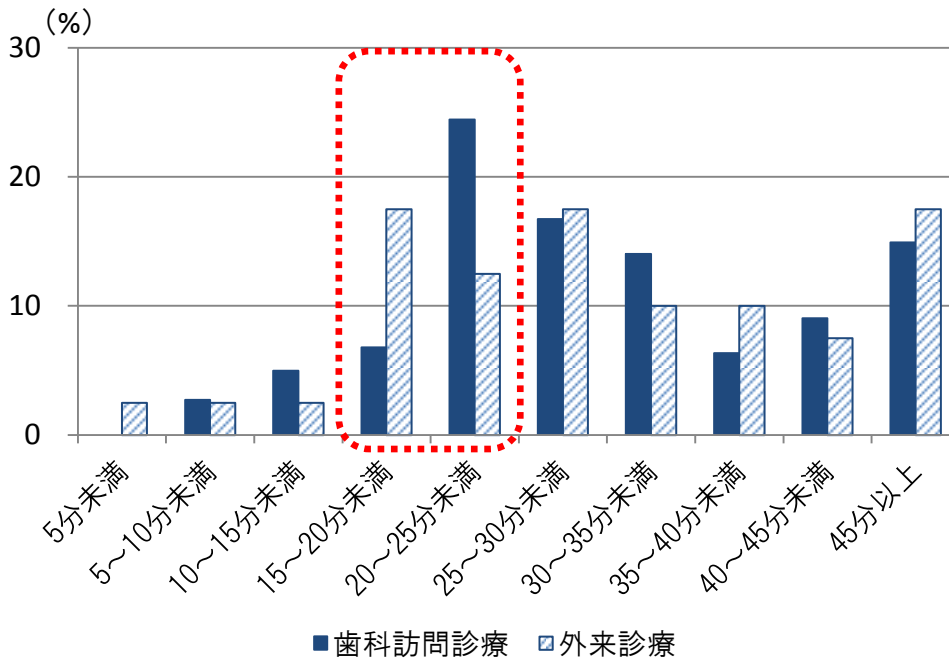


*診療に要した時間: 機器の準備・後片付けの時間を含まない

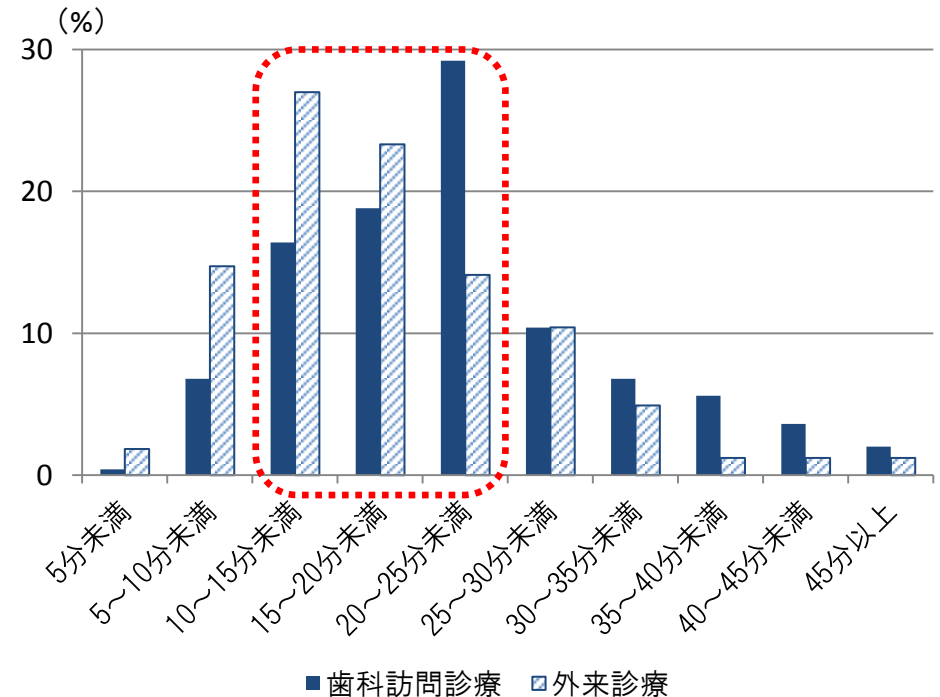
訪問診療と外来診療の診療時間の比較②

- 有床義歯内面適合法(総義歯)においては、15～20分未満で外来診療の割合が多く、20～25分未満では訪問診療の割合が多くなっていた。
- 有床義歯の印象採得(連合印象)においては、外来診療では10～15分未満の割合が最も多いのに対し、訪問診療では、20～15分未満が最も多くなっていた。

有床義歯内面適合法(総義歯)にかかる診療時間の分布



有床義歯印象採得(連合印象)にかかる診療時間の分布

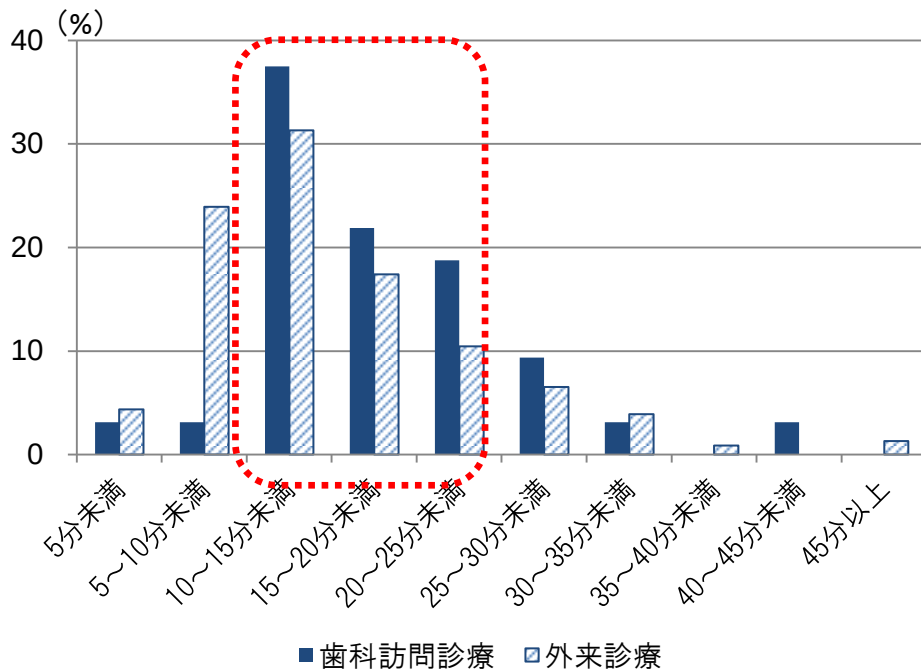


*診療に要した時間: 機器の準備・後片付けの時間を含まない

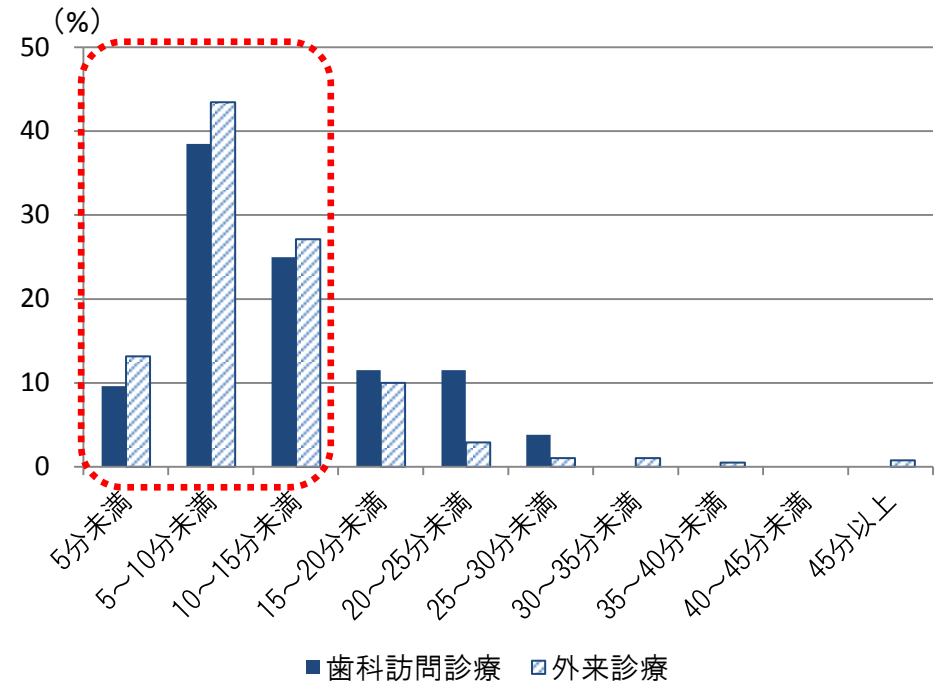
訪問診療と外来診療の診療時間の比較③

- 金属冠の歯冠形成(失活歯)においては、外来診療、訪問診療ともに10～15分未満が最も多かったが、訪問診療では10分未満が少なく、10～20分未満、20～25分未満の割合が多くなっていた。
- 歯冠補綴の印象採得(連合印象)においては、外来診療、訪問診療とも5～10分未満が最も多く、両者同様な分布傾向であった。

歯冠形成(失活歯・金属冠)にかかる診療時間の分布



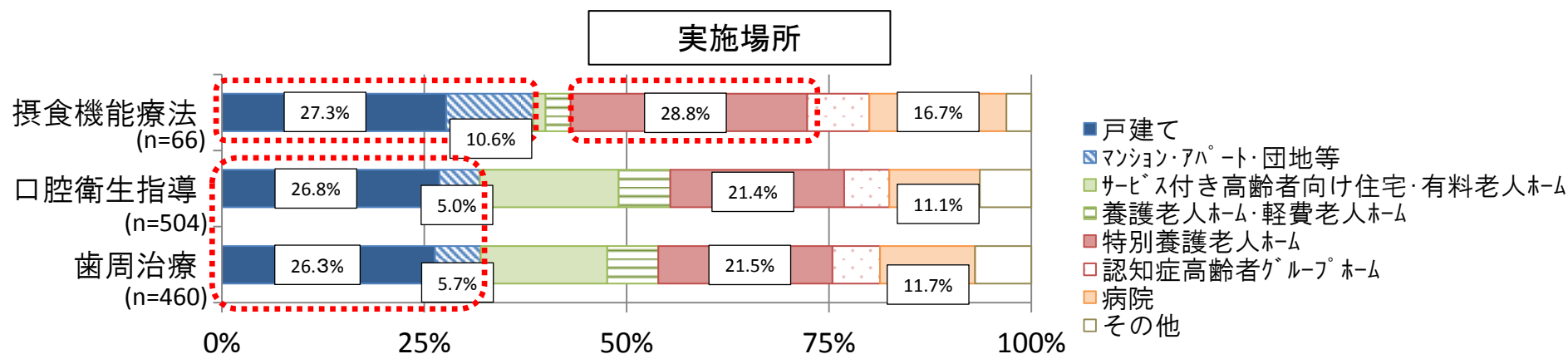
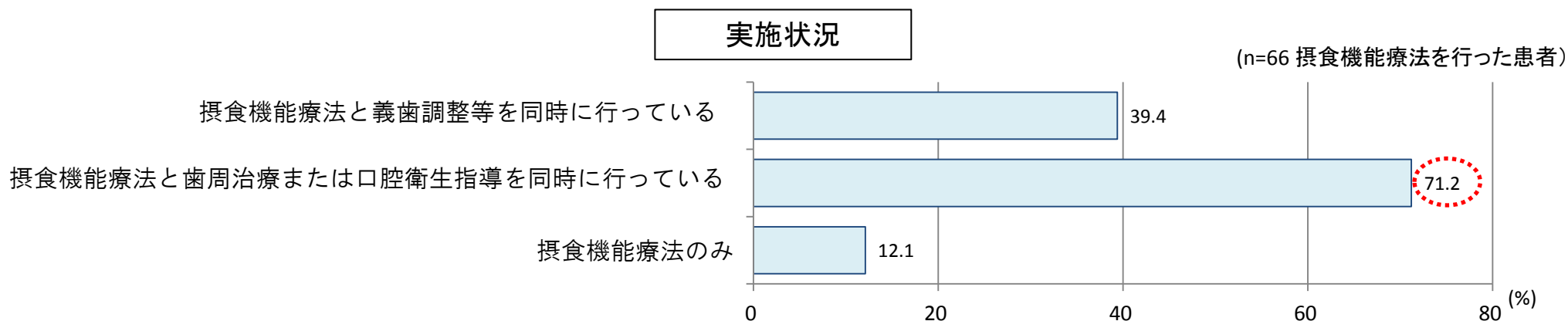
印象採得(歯冠補綴・連合印象)にかかる診療時間の分布



*診療に要した時間:機器の準備・後片付けの時間を含まない

口腔機能に関する処置等の実施状況

- 摂食機能療法を行った患者の約7割は、同日に歯周治療または口腔衛生指導が行われていた。
- 口腔衛生指導、歯周治療を実施した患者の訪問場所は、戸建ておよびマンション等の集合住宅が多く(約30%)、次いで特別養老人ホーム(約20%)、病院(約10%)であり、摂食機能療法を実施した患者も同様の傾向を示したが、よりこれら上位4か所の割合が高くなっていた。



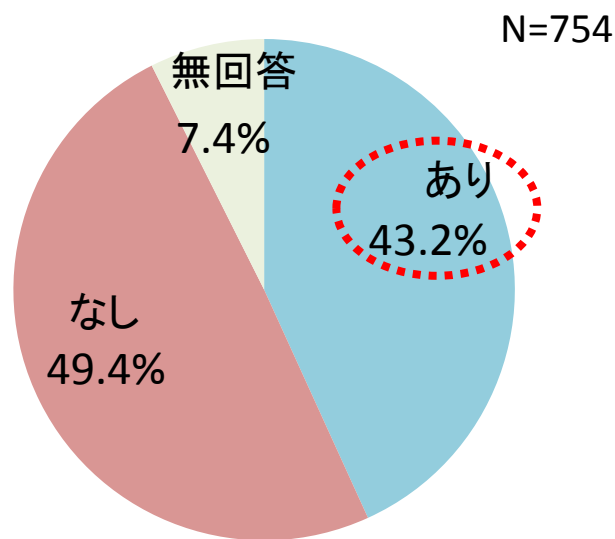
・調査対象: 全国の在宅支援歯科診療所から無作為抽出した1,500施設のうち、回答のあった915施設
 ・対象患者: H27.6.1~6.30の1か月間で歯科訪問診療等の実績が最も多かった1日の歯科訪問診療等を実施した患者2名
 (最初と最後の患者) 1,274名

【参考】介護保険施設における協力歯科医療機関の業務について

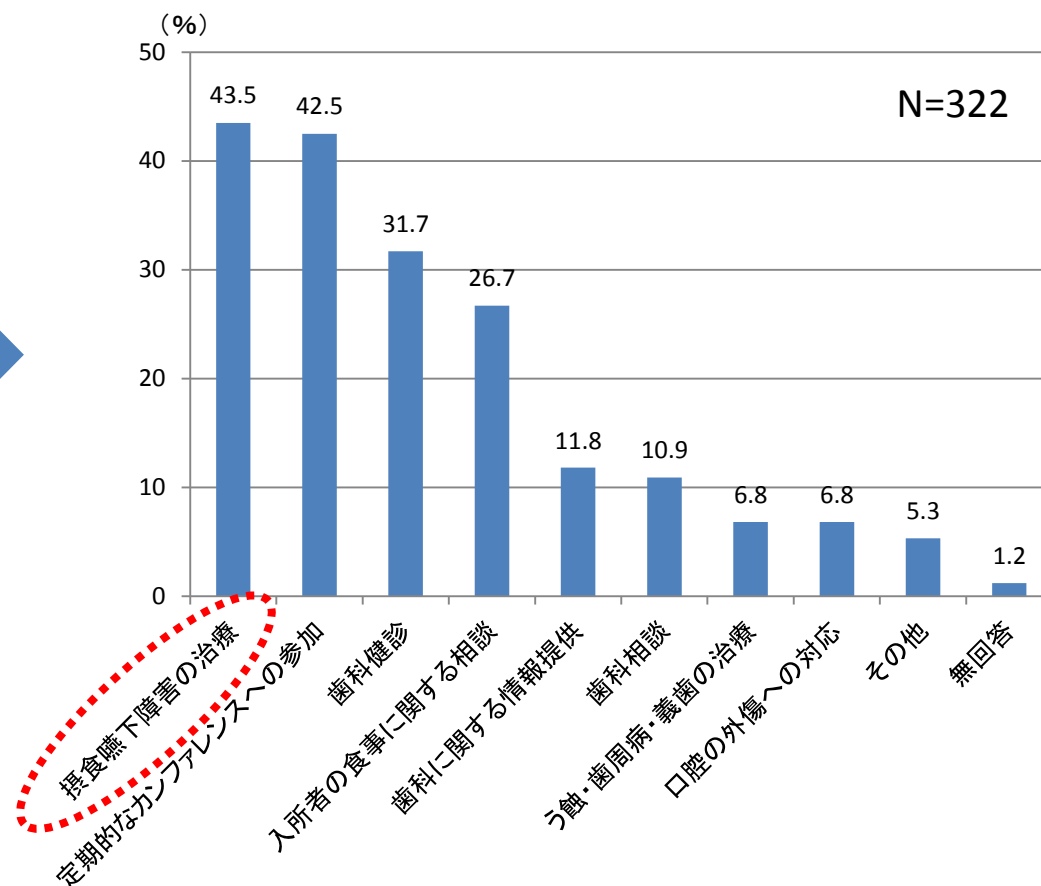
- 協力歯科医師に行ってもらいたい業務の有無を確認したところ43.2%があると回答した。
(調査対象:介護老人福祉施設454施設、介護老人保健施設213施設、介護療養型医療施設61施設)
- そのうち、42.5%は定期的なカンファレンスへの参加を希望していた。

中医協 総 - 3
27.7.22

協力歯科医療機関に行ってもらいたい業務の有無



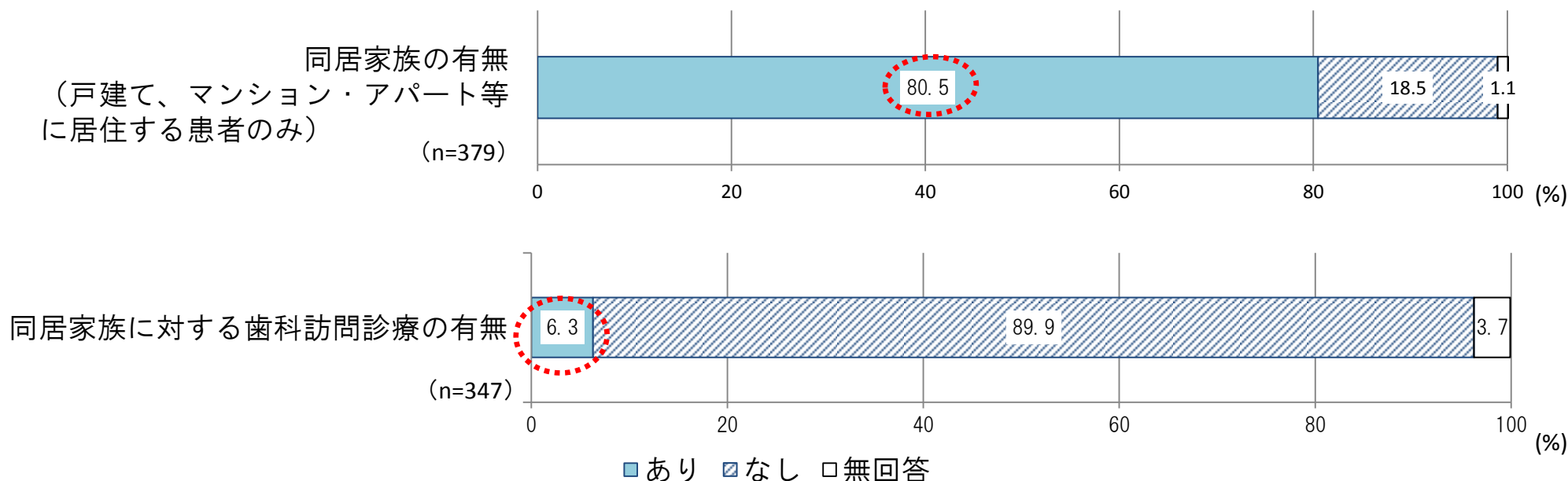
協力歯科医療機関に行ってもらいたいが行われていない業務



同居家族に対する歯科訪問診療

- 歯科訪問診療を実施し、戸建て、マンション・アパート等の集合住宅に居住する患者のうち、同居家族がいる割合は80.5%であった。
- 同居家族がいる患者のうち、同居家族に対しても歯科訪問診療を実施した割合は6.3%であった。

同居家族に対する歯科訪問診療の実施状況



- ・調査対象: 全国の在宅支援歯科診療所から無作為抽出した1,500施設のうち、回答のあった915施設
- ・対象患者: H27.6.1~6.30の1か月間で歯科訪問診療等の実績が最も多かった1日の歯科訪問診療等を実施した患者2名(最初と最後の患者)1,274名

「特別の関係」にある施設等に対する歯科訪問診療

- 「特別の関係」にある施設等に対して歯科訪問診療を行った場合、歯科訪問診療料を算定できず、外来診療と同じ初診料又は再診料を算定することになるが、それにより、訪問歯科衛生指導料、歯科疾患在宅療養管理料等、算定できない項目が生じる。

「特別の関係」にある施設等に対する歯科訪問診療

保険医療機関が、当該保険医療機関と別添1の第1章第2部通則7(3)に規定する**特別の関係**にある施設等に訪問して歯科診療を行った場合は、歯科訪問診療料は算定できない。

第1章第2部通則7(3)「特別の関係」とは、次に掲げる関係をいう。

ア 当該保険医療機関等と他の保険医療機関等との関係が以下のいずれかに該当

(イ)開設者が同一の場合

(ロ)代表者が同一の場合

(ハ)代表者が他の保険医療機関等の代表者の親族等の場合

(ニ)理事・幹事・評議員その他の役員等のうち、他の保険医療機関等の役員等の親族等の占める割合が10分の3を超える場合

(ホ)(イ)から(ニ)までに掲げる場合に準ずる場合

イ「保険医療機関等」とは、保険医療機関である病院若しくは診療所、介護老人保健施設又は指定訪問看護事業者をいう。

ウ 略

歯科訪問診療料の算定が必要な診療報酬項目

◆ 訪問歯科衛生指導料

訪問歯科衛生指導料は、同一初診期間中に区分番号C000に掲げる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、・・・(中略)・・・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ケアを行った場合は算定できない。

◆ 歯科疾患在宅療養管理料

◆ 「処置」、「手術」及び「歯冠修復及び欠損補綴」の各部において規定される歯科訪問診療時の100分の50加算

歯科訪問診療で算定要件となっている時間・診療内容等についての課題と論点

【課題】

- ・ 歯科訪問診療における診療時間は、歯科訪問診療1、2では20～29分が最も多く、それぞれ36.2%、44.6%であった。一方、歯科訪問診療3では、10～19分が34.7%で最も多かった。
- ・ 患者の要介護度別に診療時間をみると、要介護3～5においては、20分未満の割合が増加する傾向がみられた。
- ・ 同一建物で1人の患者を診療した場合、要介護3と要介護5である医療機関が最も多かった。一方、同一建物で複数の患者を診療した場合は、要介護3の患者が多い医療機関の割合が最も多かった。
- ・ 歯科訪問の患者において、義歯に関連する診療内容は歯科訪問診療料1、2が算定されている患者で多く、歯周治療、口腔衛生指導は、歯科訪問診療料3が算定されている患者で多かった。
- ・ 歯科訪問診療において、床裏装、歯冠修復、抜髄、感染根管治療、摂食機能療法で平均診療時間が30分以上であった。一方、最も短い口腔内診査・症状確認のみでは17.4分であった。
- ・ 歯科訪問診療においては、口腔衛生指導、歯周治療、摂食機能療法など、口腔機能に着目した診療が多く行われている。
- ・ 歯科訪問診療を実施し、戸建て、アパート・マンション等の集合住宅に居住する患者のうち、同居家族がいる割合は80.5%であり、同居家族がいる患者のうち、同居家族に対しても歯科訪問診療を実施した割合は6.3%であった。
- ・ 「特別の関係」にある施設等に対して歯科訪問診療を行った場合、歯科訪問診療料を算定できず、外来診療と同じ初診料又は再診料を算定することとなっているが、それにより、訪問歯科衛生指導料等、算定できない項目が生じるなど、現場での混乱が指摘されている。



【論点】

- 歯科訪問診療料の算定要件となっている診療時間(20分以上)等について、臨床の実態に即し、例えば、同一建物で要介護度の高い一人の患者を診療する場合等、一定の条件下で一部見直しを行ってはどうか。
- 在宅に居住する夫婦二人等、同居する同一世帯の複数の患者に訪問診療を行う場合をどのように考えるか。
- 歯科訪問診療で行う処置、歯冠修復・欠損補綴及び手術の一部の項目にかかる歯科訪問診療時の100分の50加算について、項目と点数の見直しを行ってはどうか。
- 口腔機能が低下した在宅等療養患者に対して、口腔衛生管理、歯周治療を含む包括的な口腔機能管理に関する評価を取り入れてはどうか。

医療機関、介護保険施設等との連携について

○地域の医療機関（医科、歯科）、介護保険施設等との連携について、どのように考えるか。

- 地域包括ケアの推進にあたり、連携先は地域の医療機関、介護保険施設、およびその他の施設等と多様になっている。
- 歯科訪問診療を行う医療機関と地域内のその他の歯科医療機関、医科医療機関及び施設等との連携をどのように考えるか。

歯科医療サービスの提供体制の変化と今後の展望

中医協 総 - 3

27. 7. 22

● 近年の歯科保健医療を取り巻く状況の変化

- ・高齢化の進展等の人口構造の変化
- ・う蝕の減少等の疾病構造の変化
- ・ITの普及等による患者意識の変化
- ・歯科治療技術の向上

1980年



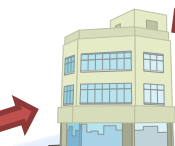
歯科診療所
(歯学部附属病院
等と適宜連携)

口腔内症状の発現に
伴い歯科診療所を受診

【患者の特性とその対応】

う蝕等の歯科疾患に対する、う蝕処置、拔牙、補綴治療などの歯の形態回復を目的としつつ、歯科医療機関完結型の歯科医療の提供が主体

2010年



歯科診療所
(歯学部附属病院
等と適宜連携)

連携



医科医療機関



介護保険施設

【患者の特性とその対応】

う蝕が減少する一方で、高齢化の進展や疾病構造の変化等に伴い、患者の病態像に応じた歯科医療ニーズが高まってきた。

2025年 (イメージ)



各ライフステージや
様々な身体の状態など、患者像に
応じた、きめ細やかな
歯科保健サービスへの転換

【患者の特性とその対応】

今後、より一層の高齢化が進展する中で、住民のニーズに応えるために、医科医療機関や地域包括支援センター等との連携を含めた地域完結型医療の中の歯科医療の提供体制の構築が予想される。

歯の形態回復を主体とした医療機関完結型の歯科医療



歯の形態回復に加え、口腔機能の維持・回復の視点も含めた

地域包括ケア(地域完結型医療)における歯科医療提供体制の構築へ

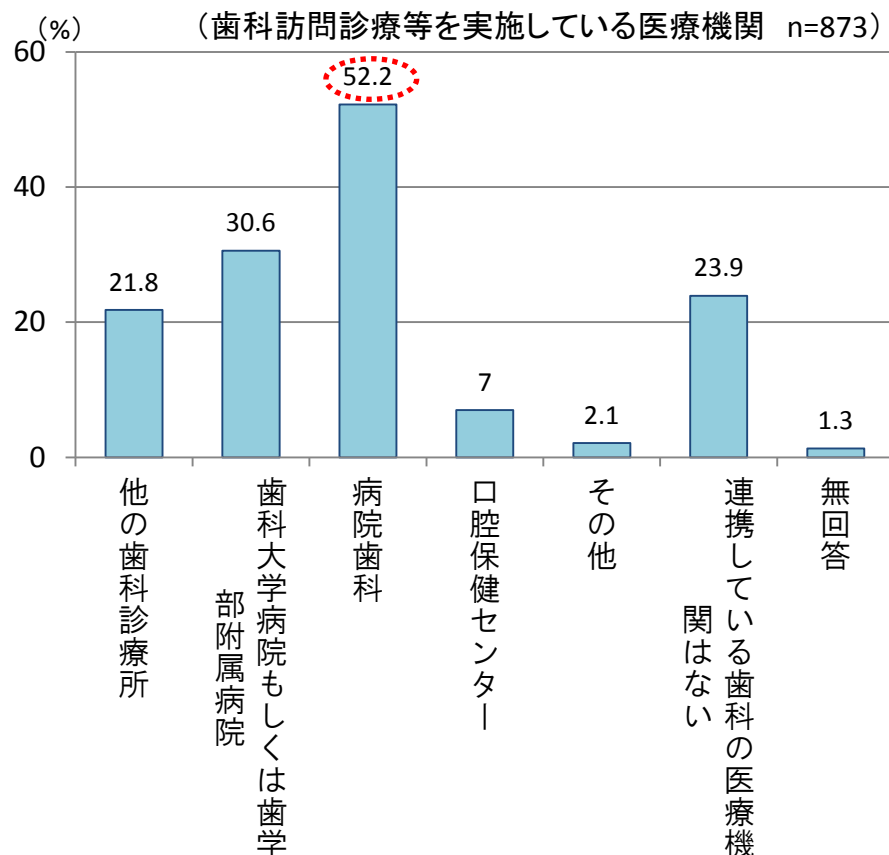
地域包括ケアにおける様々な連携



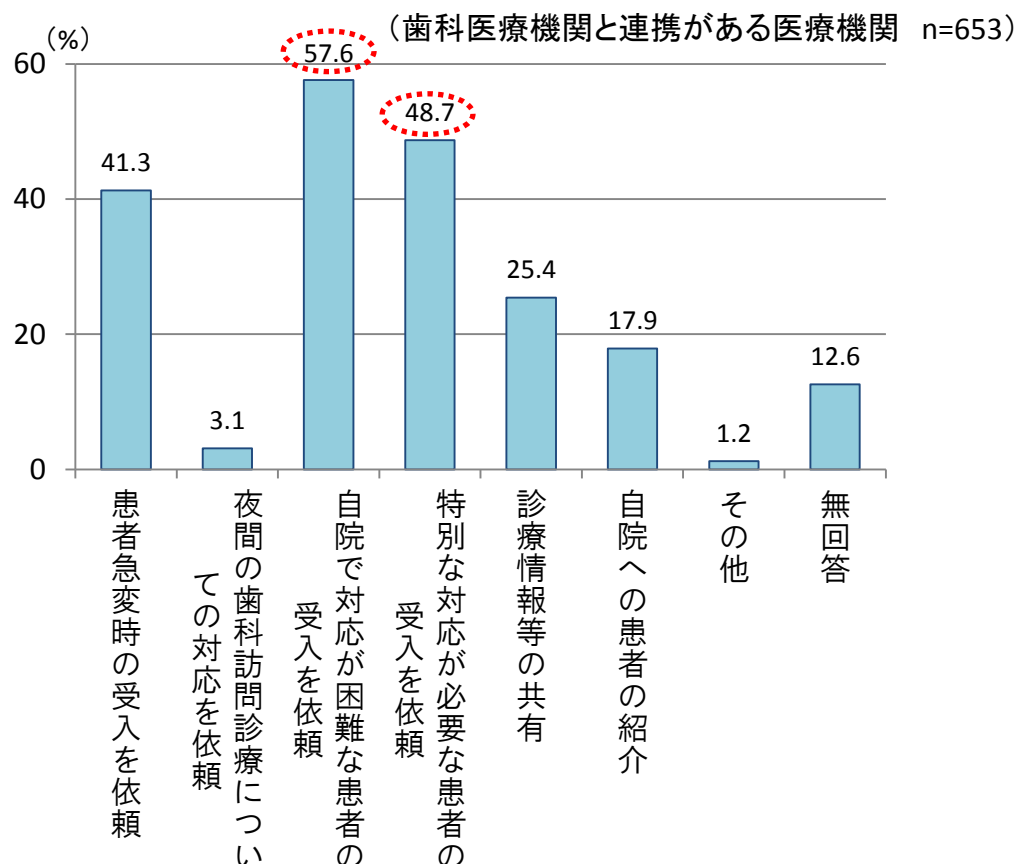
歯科医療機関との連携状況

- 連携している歯科医療機関は、病院歯科が最も多く半数以上であり、次いで歯科大学もしくは歯学部附属病院が約30%であった。
- 連携内容は、自院で対応が困難な患者や、特別な対応が必要な患者の受入の依頼が多かった。

連携している歯科の医療機関（複数回答）



連携している歯科医療機関との連携内容（複数回答）

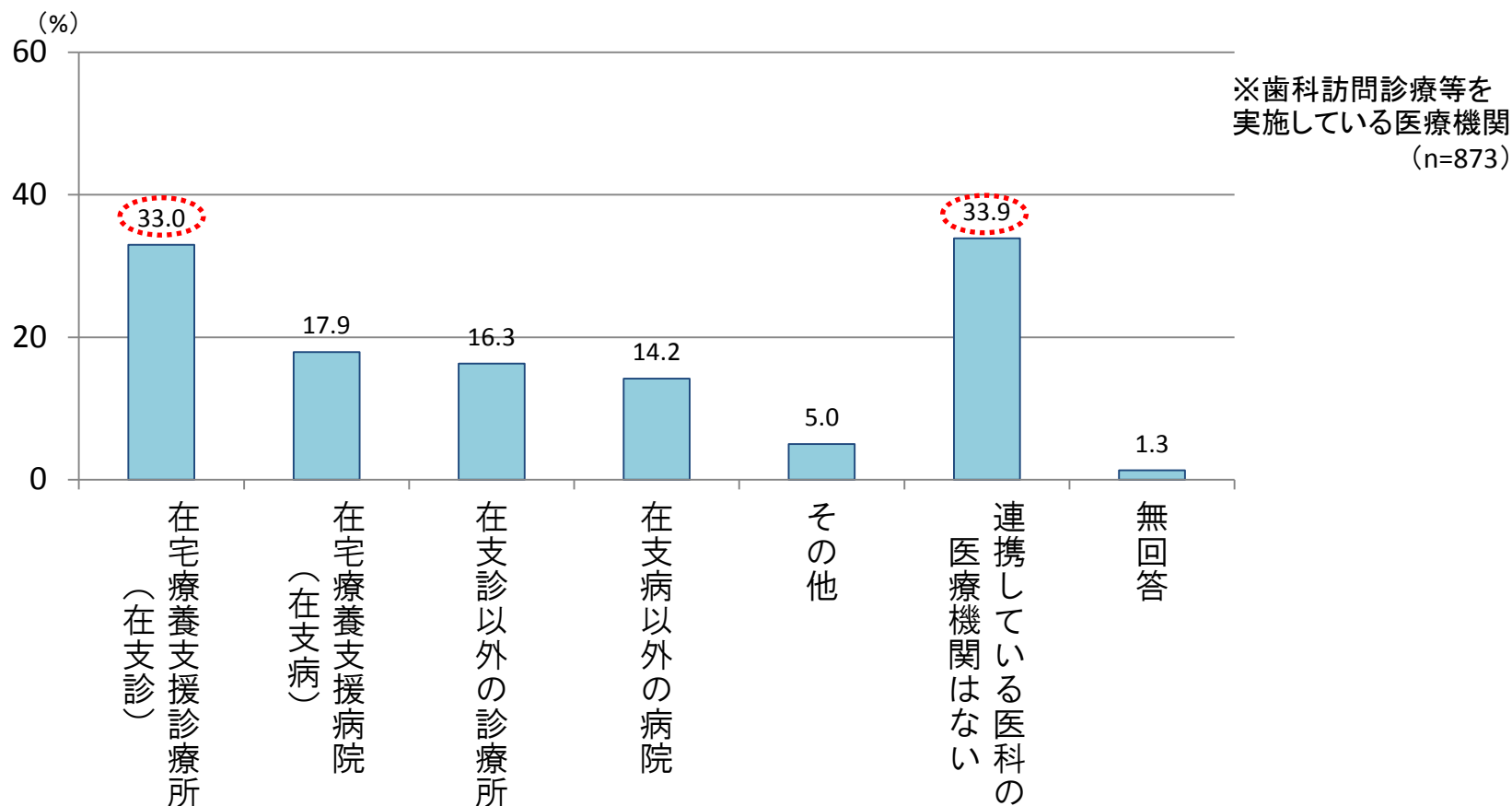


・調査対象：在宅療養支援歯科診療所から無作為抽出

医科医療機関との連携状況

- 「連携している医科の医療機関はない」が最も多く33.9%であった。
- 連携している医科の医療機関では、在宅療養支援診療所が33.0%で最も多かった。

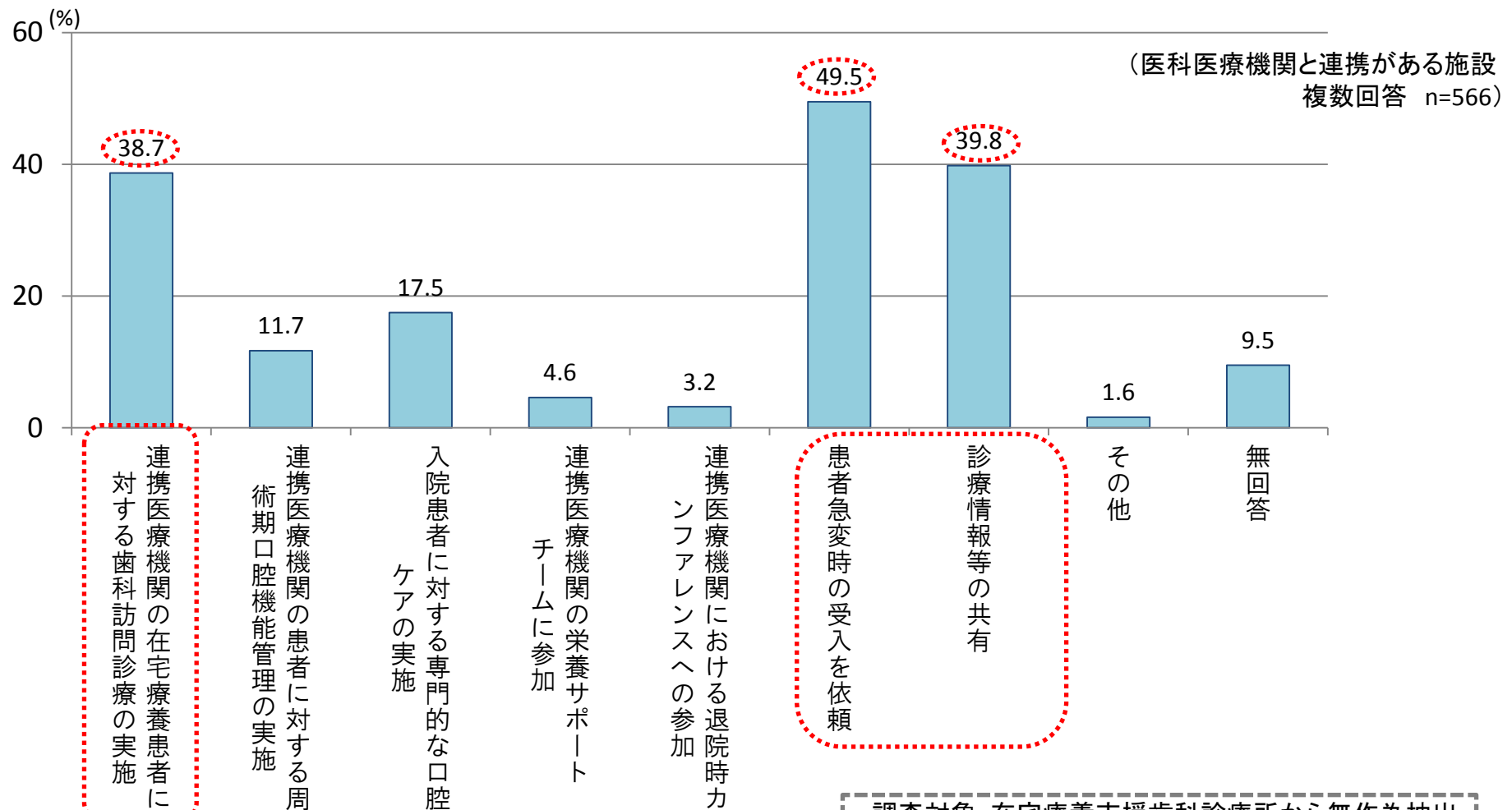
連携している医科の医療機関（複数回答）



・調査対象：在宅療養支援歯科診療所から無作為抽出

医科医療機関との連携内容

- 医科医療機関との連携については、「患者急変時の受入を依頼」が最も多く、次いで「診療情報の共有」、「歯科訪問診療の実施」であった。
- 一方、入院患者との各種連携（周術期、専門的な口腔ケア、栄養サポートチームへの参加、カンファレンスへの参加）を実施している割合は少なかった。



在宅歯科医療の推進等(平成26年度診療報酬改定)

在宅歯科医療における医科医療機関と歯科医療機関の連携に係る評価

(新) 歯科医療機関連携加算 100点【医科点数表】

＜診療情報提供料の加算＞

[算定告示]

注13 保険医療機関が、患者の口腔機能の管理の必要を認め、歯科診療を行う他の保険医療機関に対して、患者又はその家族の同意を得て、診療情報を示す文書を添えて、患者の紹介を行った場合は、歯科医療機関連携加算として、100点を所定点数に加算する。

[留意事項通知]

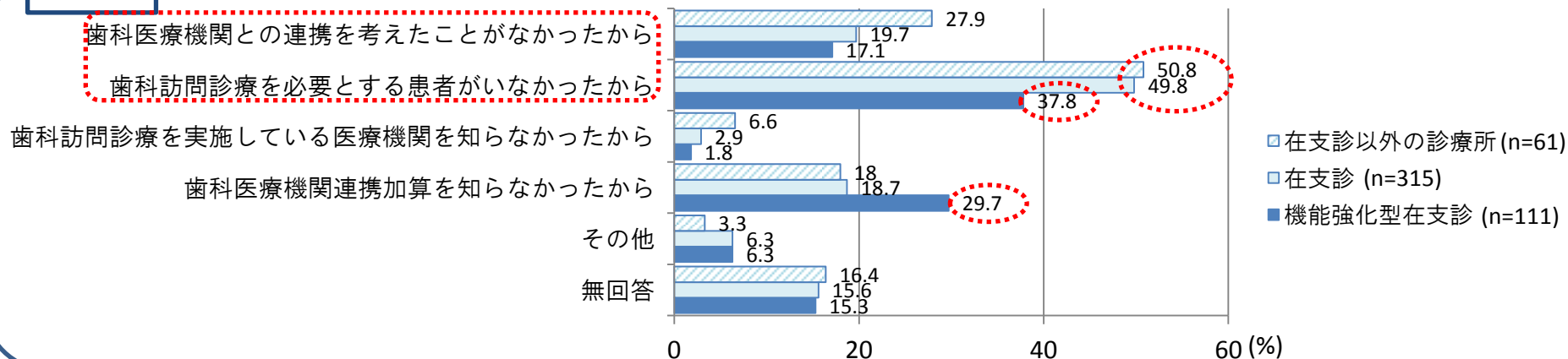
「注13」に規定する歯科医療機関連携加算は、保険医療機関(歯科診療を行う保険医療機関を除く。)が、歯科を標榜する保険医療機関に対して、当該歯科を標榜する保険医療機関において口腔内の管理が必要であると判断した患者に関する情報提供を、以下ア又はイにより行った場合に算定する。なお、診療録に情報提供を行った歯科医療機関名を記載すること。

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

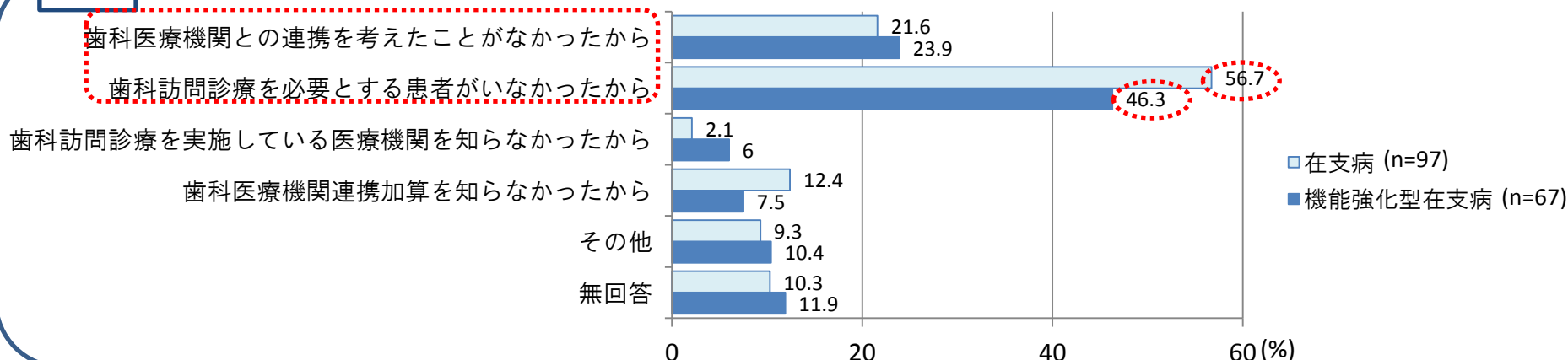
歯科医療機関連携加算を算定していない理由

- 診療所、病院ともに「歯科訪問診療を必要とする患者がいなかったから」が最も多く、次いで「歯科医療機関との連携を考えたことがなかった」が多かった。
- また、機能強化型在支診においては、「歯科医療機関連携加算を知らなかったから」が他よりも多かった。

診療所



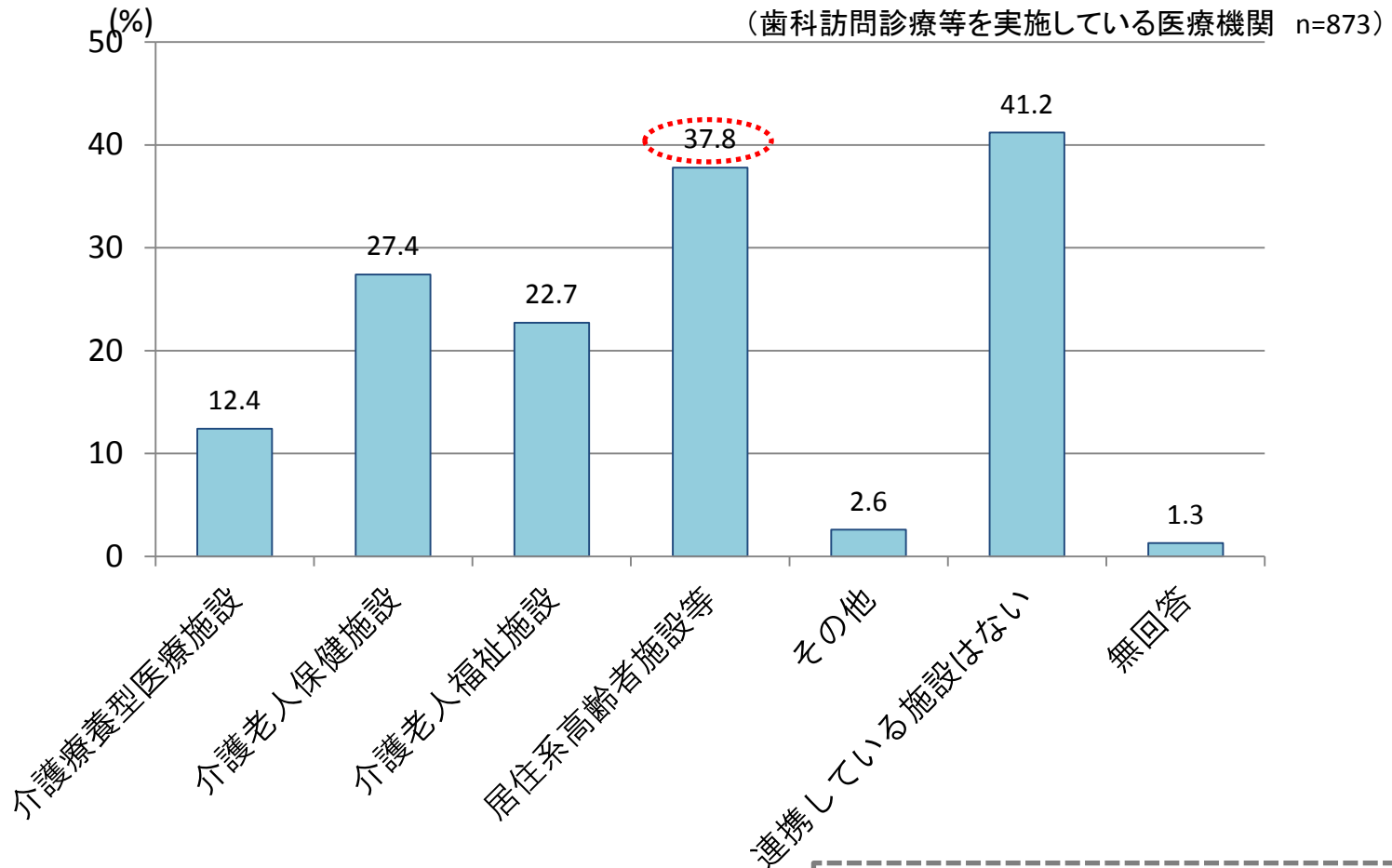
病院



介護保険施設等との連携状況

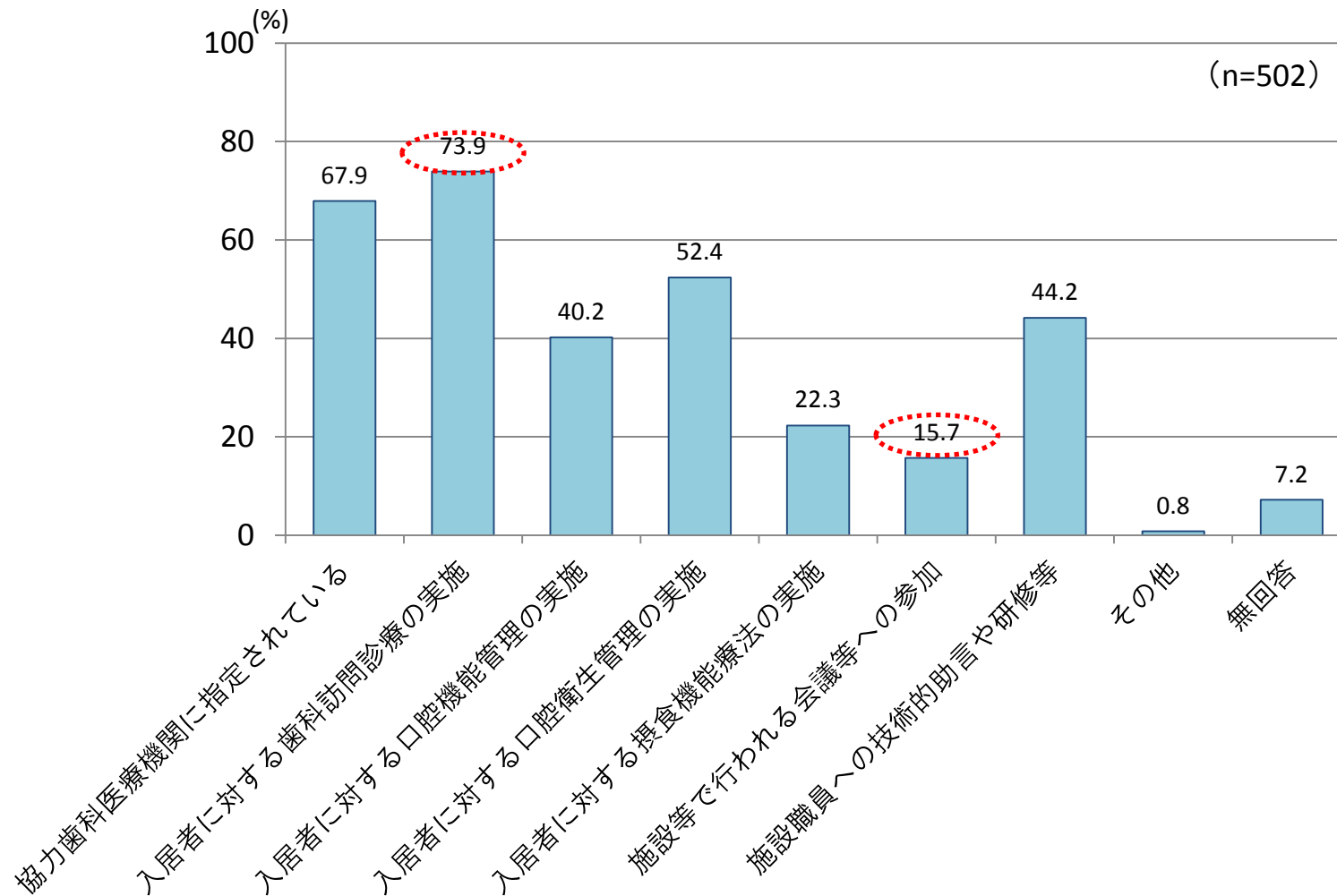
- 介護保険施設等との連携では、「連携している施設はない」が約40%で最も多かった。
- 連携している施設のなかでは「居住系高齢者施設等」が最も多かった。

連携している介護保険施設等（複数回答）



介護保険施設等との連携内容

- 介護保険施設等との連携内容では、「入居者への歯科訪問診療の実施」が最も多く、73.9%であった。
- 一方、「施設等で行われる会議等への参加」は約15%に留まっていた。



・調査対象：在宅療養支援歯科診療所から無作為抽出

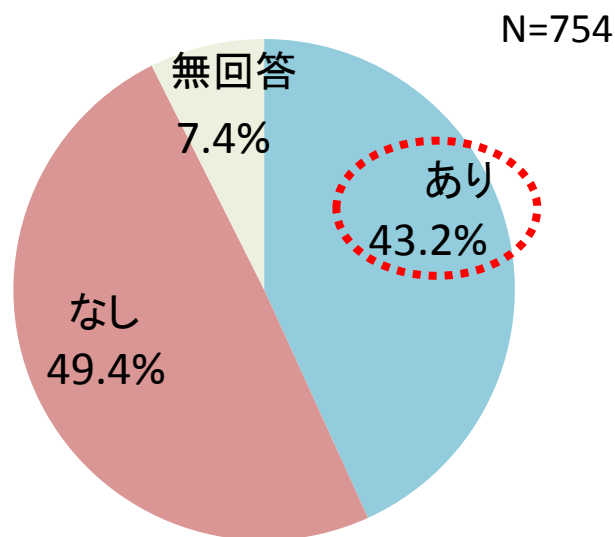
【参考】介護保険施設における協力歯科医療機関の業務について

- 協力歯科医師に行ってもらいたい業務の有無を確認したところ43.2%があると回答した。
(調査対象:介護老人福祉施設454施設、介護老人保健施設213施設、介護療養型医療施設61施設)
- そのうち、42.5%は定期的なカンファレンスへの参加を希望していた。

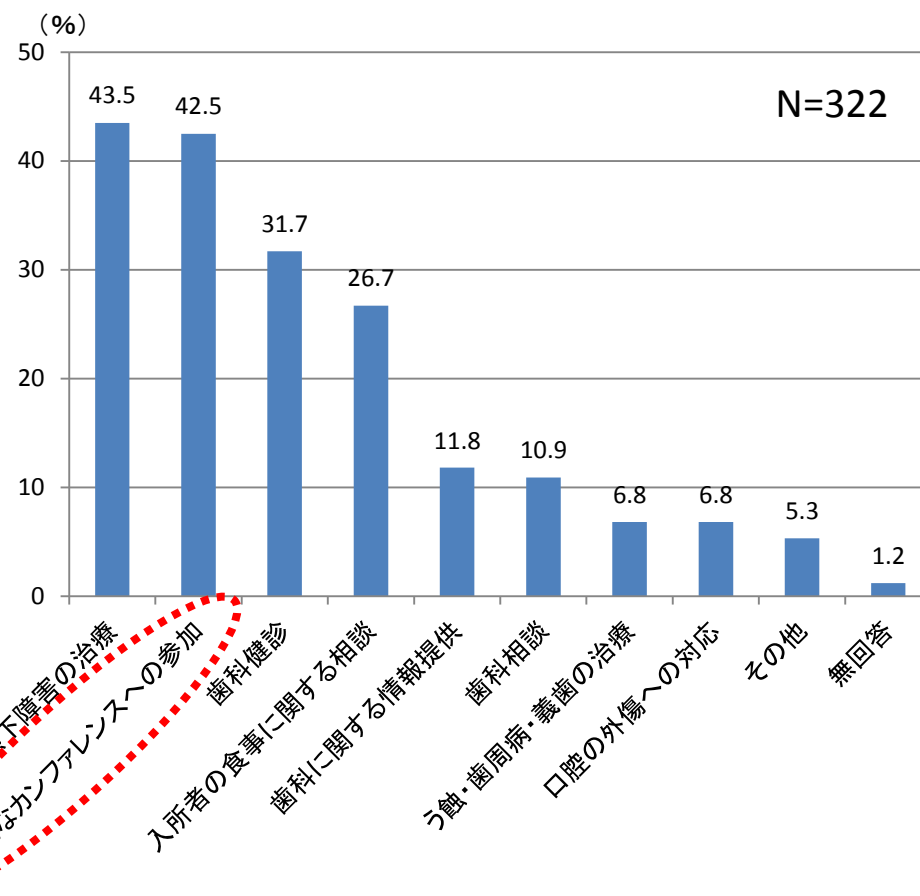
中医協 総 - 3
27.7.22

(再掲)

協力歯科医療機関に行ってもらいたい業務の有無



協力歯科医療機関に行ってもらいたいが行われていない業務



歯科医療機関と病院等との連携に関する課題と論点

【課題】

- 歯科訪問診療を実施している歯科医療機関での医科医療機関との連携状況については、「連携している医科の医療機関はない」が最も多く33.9%で、連携している医科の医療機関では、在宅療養支援診療所が33.0%で最も多かった。
- 医科医療機関との連携については、「患者急変時の受入を依頼」が最も多く、次いで「診療情報の共有」、「歯科訪問診療の実施」であった。一方、入院患者との各種連携（周術期、専門的な口腔ケア、栄養サポートチームへの参加、カンファレンスへの参加）を実施している割合は少なかった。
- 平成26年度診療報酬改定で新設された「歯科医療機関連携加算」（医科点数表）について、「歯科医療機関連携加算」を算定していない理由は、診療所、病院ともに「歯科訪問診療を必要とする患者がいなかったから」が最も多く、次いで「歯科医療機関との連携を考えたことがなかった」が多かった。また、機能強化型在支診においては、「歯科医療機関連携加算を知らなかったから」が他よりも多かった。
- 介護保険施設等との連携している歯科医療機関での連携内容は、「入居者への歯科訪問診療の実施」が最も多く、73.9%であった。一方、「施設等で行われる会議等への参加」は約15%に留まっていた。
- 介護保険施設等は、歯科医療機関に対して「定期的なカンファレンスへの参加」を希望している。



【論点】

- 地域包括ケアのなかで、歯科医療機関と病院等との連携を推進するため、歯科医療の専門性の観点から、病院等で開催されるカンファレンス等へ参加しそれらの結果に基づいて歯科訪問診療を実施し、口腔機能管理等を行った場合の評価についてどのように考えるか。