

在宅医療・訪問看護の改定概要

質の高い在宅医療の確保

- 複数の医療機関による訪問診療の明確化
 - 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)2について、複数の医療機関が継続的に訪問診療を実施する場合の要件明確化
- 在宅療養支援病院における診療体制の整備
 - 在宅療養支援病院の往診医に係る要件を明確化
- 在宅医療における褥瘡管理の推進
 - 在宅患者訪問褥瘡管理指導料の要件見直し

医療資源の少ない地域における在宅医療・訪問看護の推進

- 在宅療養支援病院として届出可能な医療機関を、許可病床数280床未満の保険医療機関まで拡大
- 複数の訪問看護ステーションが連携して24時間対応体制を確保した場合の対象地域を、医療資源の少ない地域にも拡大

質の高い訪問看護の確保

- 訪問看護の提供体制の確保
 - 機能強化型訪問看護ステーションの要件見直し
 - 訪問看護・指導体制充実加算の新設
 - 同一建物居住者に対する複数名・複数回の訪問看護の見直し
 - 理学療法士等による訪問看護の見直し
- 利用者のニーズへの対応
 - 専門性の高い看護師による同行訪問の充実
 - 精神障害を有する者への訪問看護の見直し
 - 訪問看護における特定保険医療材料の見直し
- 関係機関との連携の推進
 - 小児への訪問看護に係る関係機関の連携強化

訪問薬剤管理指導の充実

- 緊急訪問の評価の拡充
 - 計画的な訪問の対象でない疾患で緊急訪問した場合を評価
- 経管投薬の患者への服薬支援の評価
 - 簡易懸濁法を開始する患者に必要な支援を行った場合を評価

質の高い在宅医療の確保

複数の医療機関による訪問診療の明確化

- 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)2について、主治医が他の保険医療機関と情報共有し、診療状況を把握した上で、診療の求めをした場合には、6月を超えても引き続き当該診療料を算定できるよう、要件を明確化する。

改定後

【在宅患者訪問診療料(Ⅰ)2】

[算定要件]

(7)「2」は、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理のもと、主治医として定期的に訪問診療を行っている保険医が属する他の保険医療機関の求めを受けて、当該他の保険医療機関が診療を求めた傷病に対し訪問診療を行った場合に、求めがあった日を含む月から6月を限度として算定できる。

ただし、当該他の保険医療機関の求めに応じ、既に訪問診療を行った患者と同一の患者について、当該他の保険医療機関との間で情報共有し、主治医である保険医がその診療状況を把握した上で、医学的に必要と判断し、以下に該当する診療の求めが新たにあった場合には、6月を超えて算定できる。

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

- 現行、主治医の求めを受けて診療する他の医療機関について、当該診療料を6月を限度として算定することされているところ、アまたはイに該当する患者については、さらに6月(6月+6月=12月)算定できるとしている。
- 今回の改定により、アまたはイに該当する患者については、要件を満たせば、12月を超えても算定できることを明確化する。



他の医療機関に訪問診療を依頼した対象病名のうち、多いもの

- ・ 皮膚疾患(褥瘡等)
- ・ 歯科・口腔疾患
- ・ 循環器疾患(高血圧症、心不全など)
- ・ 脳血管疾患(脳梗塞、脳出血など)
- ・ 精神系疾患 等

※保険局医療課調べ

質の高い訪問看護の確保（全体像）

訪問看護の課題と改定内容

訪問看護の提供体制

利用者が安心して在宅で療養するために、訪問看護ステーション及び医療機関からの訪問看護提供体制を確保する取組が必要

利用者のニーズへの対応

医療的ニーズの高い利用者や、精神障害を有する者等、多様化する訪問看護の利用者のニーズに、よりきめ細やかな対応が必要

関係機関等との連携

医療的ケア児をはじめとした小児患者が、地域で安心・安全に生活することができるよう、関係機関との連携の推進が必要



機能強化型訪問看護ステーションの要件見直し ⑤



医療機関における質の高い訪問看護の評価 ⑥



医療資源の少ない地域における訪問看護の充実 ⑪

専門性の高い看護師による同行訪問の充実 ⑧

同一建物居住者に対する複数回の訪問看護、複数名による訪問看護の見直し ⑫・⑬

訪問看護における特定保険医療材料の見直し ⑨



理学療法士等による訪問看護の見直し ⑭

小児への訪問看護に係る関係機関の連携強化 ⑦




精神障害を有する者への訪問看護の見直し ⑩



訪問看護提供体制の充実

機能強化型訪問看護ステーションに係る人員配置要件の見直し







- 機能強化型訪問看護管理療養費の人員配置基準について、より手厚い訪問看護の提供体制を推進するとともに、訪問看護ステーションにおける医療従事者の働き方の観点から、看護職員の割合を要件に加え、一部の看護職員については常勤換算による算入を可能とする。

現行	改定後
<p>【機能強化型訪問看護管理療養費】</p> <p>[施設基準]</p> <p>機能強化型1</p> <ul style="list-style-type: none"> 常勤の看護職員 7人以上 <p>機能強化型2</p> <ul style="list-style-type: none"> 常勤の看護職員 5人以上 <p>機能強化型3</p> <ul style="list-style-type: none"> 常勤の看護職員 4人以上 	<p>【機能強化型訪問看護管理療養費】</p> <p>[施設基準]</p> <p>機能強化型1</p> <ul style="list-style-type: none"> 常勤の看護職員 7人以上 <u>(うち1人については、非常勤職員を常勤換算することが可能)</u> <u>看護職員 6割以上</u>※ <p>機能強化型2</p> <ul style="list-style-type: none"> 常勤の看護職員 5人以上 <u>(うち1人については、非常勤職員を常勤換算することが可能)</u> <u>看護職員 6割以上</u>※ <p>機能強化型3</p> <ul style="list-style-type: none"> 常勤の看護職員 4人以上 <u>看護職員 6割以上</u>※ <p>[経過措置] (看護職員割合の要件について)</p> <p>令和2年3月31日において現に機能強化型訪問看護管理療養費1、2又は3を届け出ているものについては、令和3年3月31日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。</p>

※ 看護職員(保健師、助産師、看護師、准看護師)の割合は、看護師等(看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士)に占める看護職員の割合を指す。(人員配置に係る基準のみ抜粋)

訪問看護提供体制の充実

(参考)機能強化型訪問看護ステーションの要件等

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

※1 機能強化型訪問看護管理療養費を届け出していない場合は、7,440円。

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

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

医療機関における質の高い訪問看護の評価

医療機関における訪問看護に係る加算の新設

- 医療機関からのより手厚い訪問看護提供体制を評価する観点から、訪問看護に係る一定の実績を満たす場合について、在宅患者訪問看護・指導料の加算を新設する。

※ 同一建物居住者訪問看護・指導料についても同様

(新) 訪問看護・指導体制充実加算 150点(月1回)

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において訪問看護・指導を実施した場合に、月1回に限り所定点数に加算。

[施設基準]

- 当該保険医療機関において、又は別の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患家の求めに応じて、**24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保**し、訪問看護を担当する保険医療機関又は訪問看護ステーションの名称、担当日等を文書により患家に提供していること。
- ア～カのうち**少なくとも2つ**を満たしていること。(ただし、許可病床数が400床以上の病院にあっては、アを含めた2項目以上)

ア	専門性の高い看護師による同行訪問 ・悪性腫瘍の患者への緩和ケア ・褥瘡ケア ・人工肛門・人工膀胱ケア	在宅患者訪問看護・指導料 3	5回以上
イ	小児 への訪問看護	在宅患者訪問看護・指導料の乳幼児加算	25回以上
ウ	難病等の患者 への訪問看護	別表7の患者への在宅患者訪問看護・指導料	25回以上
エ	ターミナルケア に係る訪問看護	在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算	4回以上
オ	退院時共同指導 の実施	退院時共同指導料 1・2	25回以上
カ	開放型病院での共同指導 の実施	開放型病院共同指導料 (I)・(II)	40回以上



※ いずれも、前年度における算定回数(同一建物居住者訪問看護・指導料や当該指導料に係る加算についても含める)

小児への訪問看護に係る関係機関の連携強化

自治体への情報提供の見直し

- 訪問看護ステーションから自治体への情報提供について、15歳未満の小児の利用者を含める。

現行

【訪問看護情報提供療養費1】

[算定対象]

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

改定後

【訪問看護情報提供療養費1】

[算定対象]

- (1) 特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の者
- (2) 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者
- (3) 精神障害を有する者又はその家族等
- (4) 15歳未満の小児**

学校等への情報提供の見直し

- 医療的ケアが必要な児童等について、訪問看護ステーションから学校への情報提供に係る要件を見直すとともに、情報提供先に保育所及び幼稚園を含める。

現行

【訪問看護情報提供療養費2】

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者のうち、義務教育諸学校(小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部)への入学時、転学時等により初めて在籍することとなる利用者について、訪問看護ステーションが、利用者の同意を得て、当該義務教育諸学校からの求めに応じて、必要な情報を提供した場合に、利用者1人つき月1回に限り算定。

改定後

【訪問看護情報提供療養費2】

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者のうち、**学校等(保育所等、幼稚園、小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部)へ通園又は通学する利用者**について、訪問看護ステーションが、利用者の同意を得て、当該**学校等**からの求めに応じて、必要な情報を提供した場合に、利用者1人つき**各年度1回**に限り算定。**また、入園若しくは入学又は転園若しくは転学等により当該学校等に初めて在籍することとなる月については、当該学校等につき月1回に限り、別に算定可能。**



専門性の高い看護師による同行訪問の充実

人工肛門・人工膀胱の合併症を有する利用者を対象に追加

- 利用者のニーズに合わせた質の高い訪問看護の提供を推進するため、専門性の高い看護師による同行訪問について、人工肛門・人工膀胱の皮膚障害を伴わない合併症を対象に含める。

現行

【訪問看護基本療養費(Ⅰ)】

[算定要件]

訪問看護基本療養費(Ⅰ)のハについては、

- ・悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者、
- ・真皮を越える褥瘡の状態にある利用者
- ・人工肛門若しくは人工膀胱周囲の皮膚にびらん等の皮膚障害が継続又は反復して生じている状態にある利用者

に対して、それらの者の主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、

- ・緩和ケア ・褥瘡ケア ・人工肛門ケア及び人工膀胱ケア

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若しくは准看護師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若しくは准看護師と共同して指定訪問看護を行った場合に月に1回を限度として算定。

※ 訪問看護基本療養費(Ⅱ)のハ、在宅患者訪問看護・指導料3、同一建物居住者訪問看護・指導料3についても同様

改定後

【訪問看護基本療養費(Ⅰ)】

[算定要件]

訪問看護基本療養費(Ⅰ)のハについては、

- ・悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者、
- ・真皮を越える褥瘡の状態にある利用者
- ・人工肛門若しくは人工膀胱周囲の皮膚にびらん等の皮膚障害が継続又は反復して生じている状態にある利用者
- ・人工肛門若しくは人工膀胱のその他の合併症を有する利用者

に対して、それらの者の主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、

- ・緩和ケア ・褥瘡ケア ・人工肛門ケア及び人工膀胱ケア

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若しくは准看護師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若しくは准看護師と共同して指定訪問看護を行った場合に月に1回を限度として算定。



ストーマ陥凹の例

凸面型器具に固定ベルトを併用して、安定した密着を得られるよう調整。姿勢の変化により深くぼみができるため、用手形成皮膚保護剤で調整し、便のもぐり込みを予防した。



【出典】 消化管ストーマ関連合併症の予防と治療・ケアの手引き
(日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会、日本大腸肛門病学会編、金原出版、2018)

精神障害を有する者への訪問看護の見直し

- 精神障害を有する者への適切かつ効果的な訪問看護の提供を推進する観点から、利用者の状態把握等を行うことが可能となるよう、精神科訪問看護療養費等について以下の見直しを行う。

GAF尺度による評価の要件化

- 訪問看護記録書、報告書、明細書へのGAF尺度による評価の記載を要件とする。

改定後

【精神科訪問看護基本療養費】

[算定要件](新規)

精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)及び(Ⅲ)を算定する場合には、訪問看護記録書、訪問看護報告書及び訪問看護療養費明細書に、月の初日の訪問看護時におけるGAF尺度により判定した値を記載する。

※精神科訪問看護・指導料においても記録を要件化

訪問職種による区分の見直し

- 精神科訪問看護・指導料について、訪問した職種が分かるよう区分を新設する。

現行

【精神科訪問看護・指導料】

- イ 保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士による場合
- ロ 准看護師による場合

改定後

【精神科訪問看護・指導料】

- イ 保健師又は看護師による場合
- ロ 准看護師による場合
- ハ 作業療法士による場合
- ニ 精神保健福祉士による場合

複数名精神科訪問看護加算の見直し

- 複数名精神科訪問看護加算について、精神科訪問看護指示書への必要性の記載方法を見直す。

※精神科特別訪問看護指示書についても同様

精神科訪問看護指示書

複数名訪問の必要性 あり・なし

理由:

1. 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者
2. 利用者の身体的理由により一人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者
3. 利用者及びその家族それぞれへの支援が必要な者
4. その他(自由記載)



医療資源の少ない地域における訪問看護の充実

複数のステーションによる24時間対応体制

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

現行

【24時間対応体制加算(訪問看護管理療養費)】

[算定要件]

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

改定後

【24時間対応体制加算(訪問看護管理療養費)】

[算定要件]

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



(参考) 特別地域/医療資源の少ない地域に含まれる地域

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



同一建物居住者に対する複数回・複数名の訪問看護の見直し

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

難病等複数回訪問加算等の見直し

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

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

同一建物居住者の人数の明確化

- 同一建物居住者に係る区分の算定方法を明確化する。

改定後

【基本療養費】

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

【難病等複数回訪問加算と精神科複数回訪問加算】

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

【複数名訪問看護加算と複数名精神科訪問看護加算】

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

複数名訪問看護加算等の見直し

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

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

理学療法士等による訪問看護の見直し

週4日目以降の評価の見直し

※ 理学療法士等：理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

- 理学療法士等による訪問看護について、週4日目以降の評価を見直す。



現行

【訪問看護基本療養費(Ⅰ)】

- イ 保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による場合(ハを除く)
 (1)週3日目まで 5,550円 (2)週4日目以降 6,550円
- ロ 准看護師による場合
 (1)週3日目まで 5,050円 (2)週4日目以降 6,050円
- ハ 悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合 12,850円



改定後

【訪問看護基本療養費(Ⅰ)】

- イ **保健師、助産師又は看護師**による場合(ハを除く)
 (1)週3日目まで 5,550円 (2)週4日目以降 6,550円
- ロ 准看護師による場合
 (1)週3日目まで 5,050円 (2)週4日目以降 6,050円
- ハ 悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合 12,850円
- ニ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による場合 5,550円**

※ 訪問看護基本療養費(Ⅱ)についても同様

計画書・報告書への記載事項の見直し

- 訪問看護計画書及び訪問看護報告書について、訪問する職種又は訪問した職種の記載を要件とする。

[算定要件]

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

小規模多機能型居宅介護等への訪問診療の見直し

宿泊サービス利用中の訪問診療の要件見直し

- 退院直後に小規模多機能型居宅介護又は看護小規模多機能型居宅介護(複合型サービス)を利用する医療的なニーズの高い患者について、自宅への生活へスムーズに移行できるよう、宿泊サービス利用開始前30日以内の訪問診療の算定がない場合においても訪問診療を行うことを可能とする。

※ 在宅時医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料についても同様

現行

【在宅患者訪問診療料等】

- 小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けているものについては、当該サービスの利用を開始した日より前30日の間に患家を訪問し、在宅患者訪問診療料等^{※1}を算定した保険医療機関の医師が診察した場合に算定可能。^{※2}

※1 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)・(Ⅱ)、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料

※2 末期の悪性腫瘍以外の患者においては、サービス利用開始後30日までの間に限る。

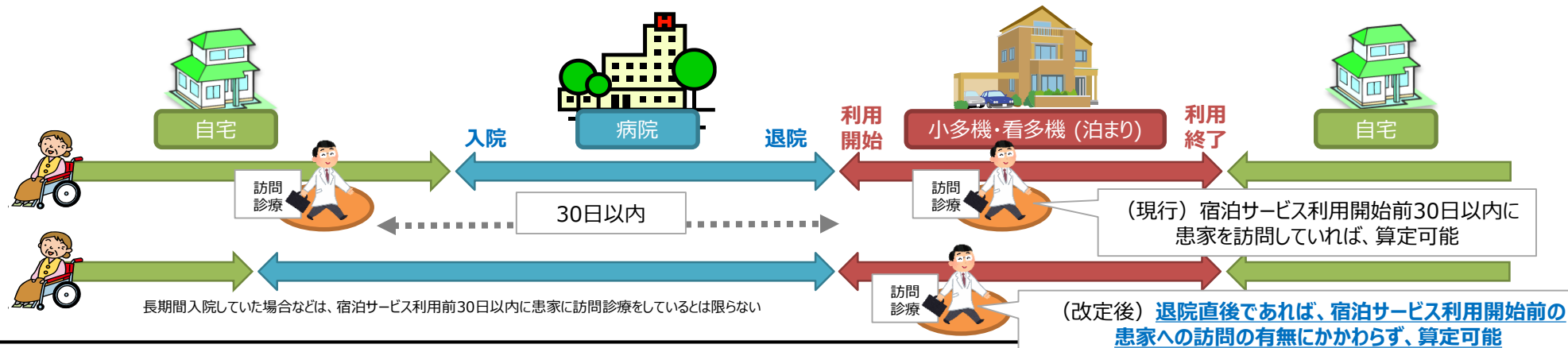
改定後

【在宅患者訪問診療料等】

- 小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けているものについては、当該サービスの利用を開始した日より前30日の間に患家を訪問し、在宅患者訪問診療料等^{※1}を算定した保険医療機関の医師が診察した場合に算定可能。^{※2}
- 保険医療機関の退院日から当該サービスの利用を開始した患者については、当該サービス利用開始前の在宅患者訪問診療料等の算定にかかわらず、退院日を除き算定可能。^{※2}

※1 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)・(Ⅱ)、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料

※2 末期の悪性腫瘍以外の患者においては、サービス利用開始後30日までの間に限る。



在宅患者訪問褥瘡管理指導料の見直し

在宅患者訪問褥瘡管理指導料の見直し

- 在宅における褥瘡管理を推進する観点から、在宅患者訪問褥瘡管理指導料について、管理栄養士の雇用形態等を含め、要件を見直す。

現行

【在宅患者訪問褥瘡管理指導料】

[算定要件]

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重点的な褥瘡管理を行う必要が認められる患者に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医、管理栄養士、看護師又は連携する他の保険医療機関等の看護師が共同して、褥瘡管理に関する計画的な指導管理を行った場合には、初回のカンファレンスから起算して6月以内に限り、当該患者1人につき2回に限り所定点数を算定する。

(7) 「注1」については、初回カンファレンスを起算日として3月以内に評価カンファレンスを実施した場合に算定できる。3月以内の評価カンファレンスの結果、継続して指導管理が必要と認められた場合に限り、初回カンファレンス後4月以上6月以内に実施した2回目の評価カンファレンスについても実施した場合に、算定することができる。

[対象患者]

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

ア ショック状態のもの

イ 重度の末梢循環不全のもの

ウ 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの

エ 強度の下痢が続く状態であるもの

オ 極度の皮膚脆弱であるもの

カ 皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの

キ 褥瘡に関する危険因子があつて既に褥瘡を有するもの

改定後

【在宅患者訪問褥瘡管理指導料】

[算定要件]

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重点的な褥瘡管理を行う必要が認められる患者に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医、管理栄養士又は当該保険医療機関以外の管理栄養士、看護師又は連携する他の保険医療機関等の看護師が共同して、褥瘡管理に関する計画的な指導管理を行った場合には、初回のカンファレンスから起算して6月以内に限り、当該患者1人につき3回に限り所定点数を算定する。

(7) 「注1」については、**初回カンファレンス時に算定できる**。また、初回カンファレンスを起算日として3月以内に評価カンファレンスを実施した場合に2回目のカンファレンスとして算定できる。2回目のカンファレンスの結果、継続して指導管理が必要と認められた場合に限り、初回カンファレンス後4月以上6月以内に実施した3回目の評価カンファレンスについても実施した場合に、算定することができる。

[対象患者]

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

ア 重度の末梢循環不全のもの

イ 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの

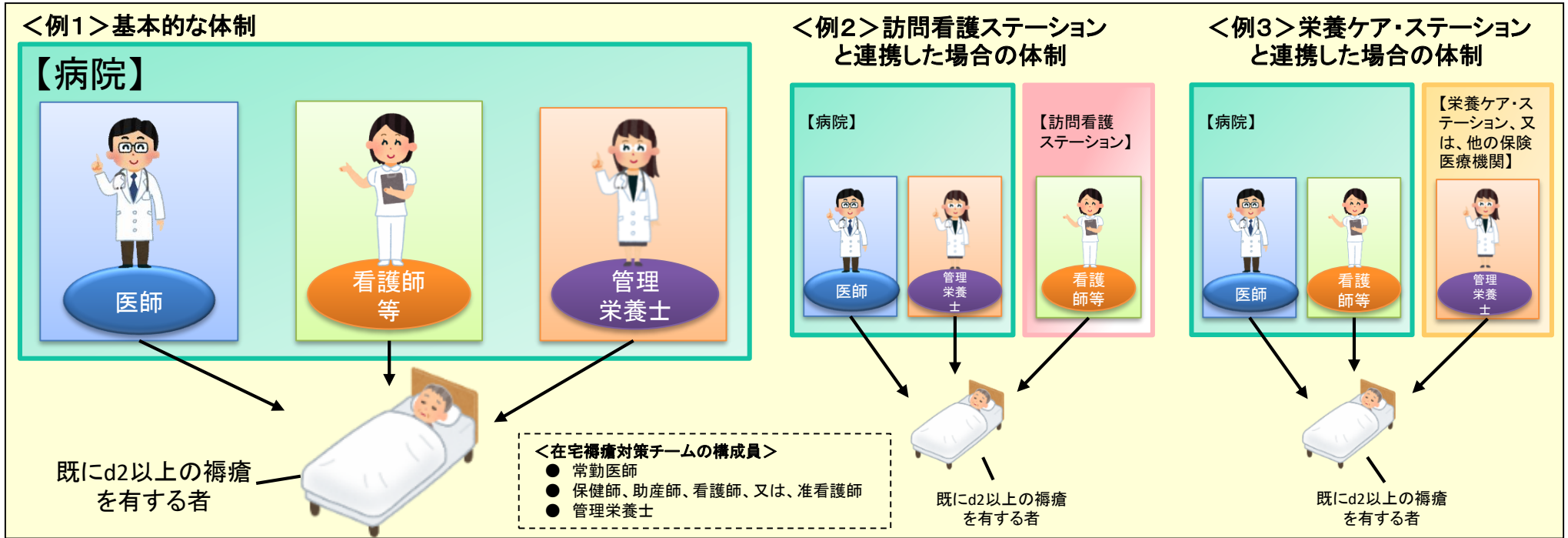
ウ 強度の下痢が続く状態であるもの

エ 極度の皮膚脆弱であるもの

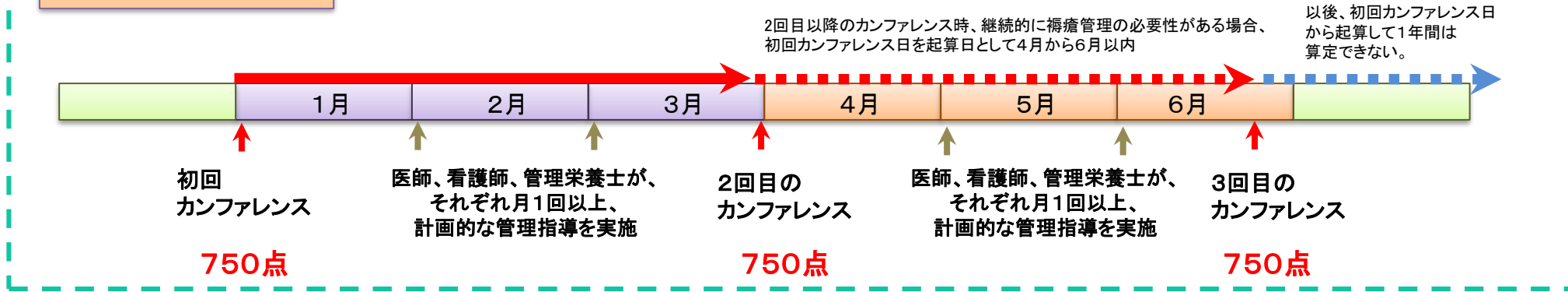
オ 皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの

在宅褥瘡対策チームによる実施体制及び実施内容(イメージ)

実施体制(例)



実施内容(例)



地域包括ケア病棟入院料に係る見直し(概要)

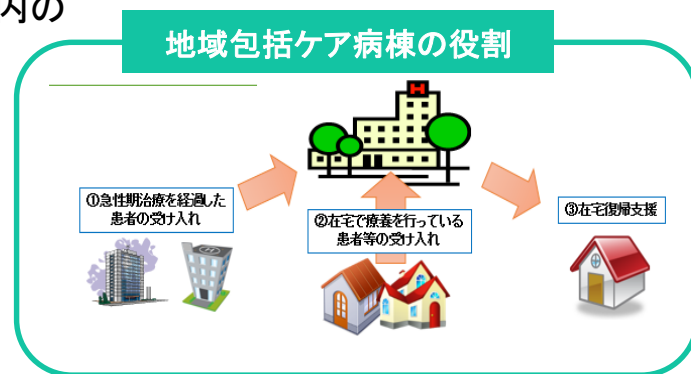
実績要件の見直し

- ▶ 許可病床数が400床以上の病院について、入院患者のうち、同一保険医療機関内の **一般病棟から転棟した患者の割合** が一定以上である場合の入院料を見直す。
- ▶ 地域包括ケア病棟入院料(管理料)1及び3の **実績に係る施設基準** を見直す。

- (例)
- ・入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合 1割以上 → **1割5分以上**
 - ・前3月における在宅患者訪問診療料の算定回数 20回以上 → **30回以上**

施設基準の見直し

- ▶ **入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置** を要件とする。
- ▶ 疾患別リハビリテーションの提供について、患者の入棟時に測定したADLスコアの結果等を参考にリハビリテーションの必要性を判断することを要件とする。
- ▶ **適切な意思決定支援に関する指針** を定めていることを要件とする。



転棟に係る算定方法の見直し

- ▶ 地域包括ケア病棟入院料の算定方法について、同一保険医療機関内のDPC対象病棟から地域包括ケア病棟に転棟した場合は、診断群分類点数表に定められた **入院日Ⅱまでの間、診断群分類点数表に従って算定** するよう見直す。

届出に係る見直し

- ▶ 許可病床数が **400床以上** の保険医療機関については、 **地域包括ケア病棟入院料を届け出られない** こととする。ただし、令和2年3月31日時点で地域包括ケア病棟入院料を届け出ている保険医療機関については、当該時点で現に届け出ている病棟を維持することができる。

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の施設基準

	入院料1	管理料1	入院料2	管理料2	入院料3	管理料3	入院料4	管理料4
看護職員	13対1以上 (7割以上が看護師)							
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ <u>14%</u> 以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ <u>11%</u> 以上							
入退院支援部門	<u>入退院支援及び地域連携業務を担う部門</u> が設置されていること							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置							
リハビリテーション実施	<u>患者の入棟時に測定したADLスコア等を参考にリハビリテーションの必要性を判断・説明・記録すること</u> リハビリテーションを提供する患者については1日平均2単位以上提供していること							
意思決定支援の指針	<u>適切な意思決定支援に係る指針</u> を定めていること							
在宅復帰率	7割以上				—			
一般病棟から転棟した患者割合※1	—	<u>6割未満</u> (許可病床数400床以上の場合)	—	—	<u>6割未満</u> (許可病床数400床以上の場合)	—	—	—
実績部分	自宅等から入棟した患者割合	1割 <u>5分</u> 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で <u>6人</u> 以上)	—	—	1割 <u>5分</u> 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で <u>6人</u> 以上)	—	—	—
	自宅等からの緊急患者の受入	3月で <u>6人</u> 以上	—	—	3月で <u>6人</u> 以上	—	—	—
	地域包括ケアの実績※2	○	—	—	○	—	—	—
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
許可病床数200床未満のみが対象	○	—	○	○	○	—	○	○
点数(生活療養)	2,809点(2,794点)		2,620点(2,605点)		2,285点(2,270点)		2,076点(2,060点)	

※2 以下の①～⑥のうち少なくとも2つを満たしていること

※1 満たせないものとして届け出た場合は入院料の所定点数の100分の90に相当する点数を算定

- ①当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料(Ⅰ)及び(Ⅱ)の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
- ②当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Ⅰの算定回数が直近3か月間で60回以上であること。
- ③同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する訪問看護ステーションにおいて訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が直近3か月間で300回以上であること。
- ④当該保険医療機関において在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
- ⑤同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する事業所が、訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有していること。
- ⑥当該保険医療機関において退院時共同指導料2の算定回数が直近3か月間で6回以上であること。

地域包括ケア病棟入院料の施設基準の見直し

地域包括ケアに係る実績要件の見直し

➤ 入院料(管理料)1・3に係る実績について、以下のとおり見直す。

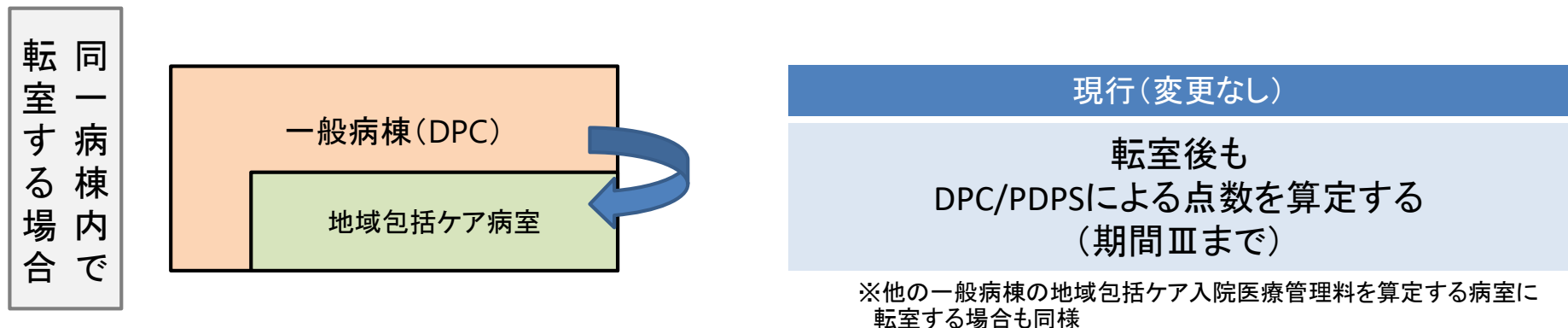
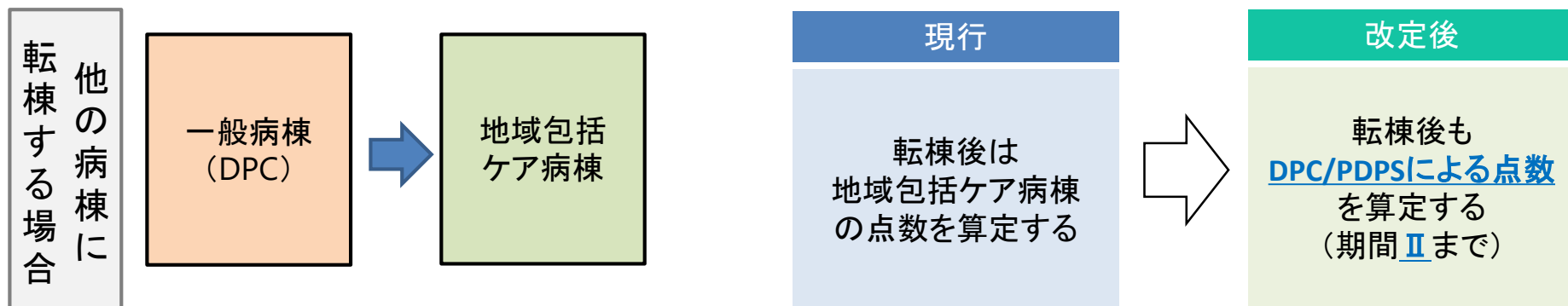
	現行	改定後
自宅等から入棟した患者割合	1割以上(10床未満の病室は3月3人以上)	1割 5分 以上(10床未満の病室は3月 6人 以上)
自宅等からの緊急患者の受入(3月)	3人以上	6人 以上
在宅医療等の提供	以下(4つ)のうちいずれか2つ以上を満たすこと	以下(6つ)のうちいずれか2つ以上を満たすこと
	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)・(Ⅱ)の算定回数(3月) 20回以上	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)・(Ⅱ)の算定回数(3月) 30回 以上
	在宅患者訪問看護・指導料等の算定回数/ 同一敷地内の訪問看護ステーションにおける 訪問看護基本療養費等の算定回数(3月間) 100回以上/500回以上	在宅患者訪問看護・指導料等の算定回数(3月) 60回 以上
		併設 の訪問看護ステーションにおける 訪問看護基本療養費等の算定回数(3月) 300回 以上
	開放型病院共同指導料の算定回数(3月) 10回以上	(削除)
	同一敷地内の事業所で 介護サービスを提供していること	併設 の事業所が介護サービスの 提供実績を有していること
	—	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料 の算定回数(3月) 30回以上
	—	退院時共同指導料2 の算定回数(3月) 6回以上

※併設とは当該保険医療機関と同一敷地内又は隣接する敷地内にあること

地域包括ケア病棟の転棟時の算定方法の見直し

DPC対象病棟から転棟する場合の算定方法の見直し

- 患者の状態に応じた適切な管理を妨げないよう、同一の保険医療機関において、DPC対象病棟から地域包括ケア病棟に転棟する場合の算定方法を見直す。



※診断群分類に定められた期間Ⅱ又はⅢまではDPC/PDPSで算定し、以降は医科点数表に従って算定

令和2年度診療報酬改定のポイント（歯科）

Ⅱ-4 重症化予防の取組の推進

◆ 歯科疾患管理料の見直し

歯科疾患管理料の初診時に係る評価を見直し。6ヶ月超の長期的な継続管理に対して新たな評価を新設。

（歯科疾患管理料 初診月：100点→80点）

（歯科疾患管理料長期管理加算：かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所120点、その他の保険医療機関100点）

◆ 歯周病重症化予防治療の新設

歯周病安定期治療の対象となっていない歯周病（歯周ポケット4ミリ未満）を有する患者に対する継続的治療に対する評価を新設。

Ⅱ-7 重点的な対応が求められる分野の適切な評価

◆ 歯科外来診療における院内感染防止対策の推進

職員を対象とした院内感染防止対策にかかる研修を施設基準に追加。届出医療機関における初・再診料について評価を見直し

（歯科初診料：251点→261点、歯科再診料51点→53点）※未届出医療機関は、歯科初診料240点、歯科再診料44点

Ⅱ-9 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進

◆ ライフステージに応じた口腔機能管理の推進

◆ 非経口摂取患者口腔粘膜処置の新設

経口摂取が困難な口腔の自浄作用の低下した療養中の患者に対する剥離上皮膜の除去等に対する評価を新設

◆ 糖尿病患者に対する機械的歯面清掃処置の充実

◆ CAD/CAM冠の対象拡大

小白歯、下顎第一大臼歯→小白歯、上下顎第一大臼歯

（金属アレルギー患者は小白歯、上下顎大臼歯）

◆ 歯科麻酔薬の算定方法の見直し

抜歯等の手術を行った場合に、麻酔で使用した薬剤料を算定できるよう見直し

Ⅱ-3 地域との連携を含む多職種連携の取組の強化

Ⅲ-4 地域包括ケアシステムの推進のための取組の評価

◆ 周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）の評価の見直し

放射線療法、化学療法、緩和ケア時の口腔機能管理

190点→200点

◆ 周術期等専門的口腔衛生処置の見直し

周術期口腔機能管理（Ⅲ）を算定した患者への処置

1回/月→2回/月

◆ 周術期等口腔機能管理における医科歯科連携の推進（医科点数表）

手術を行う医療機関から歯科医療機関へ予約を行い、患者の紹介を行った場合について、評価を新設

Ⅲ-3 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

令和2年度診療報酬改定の概要（本日の内容）

1. 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

- (1) 歯科外来診療における院内感染防止対策の推進
- (2) 歯科疾患の継続管理の推進
- (3) 歯周病重症化予防治療の新設

2. 地域との連携を含む多職種連携の取組の強化、地域包括ケアシステムの推進のための取組の評価、質の高い在宅医療・訪問看護の確保

- (1) 周術期等口腔機能管理料の推進
- (2) 在宅歯科医療の推進

3. 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進

4. 歯科麻酔薬の算定方法の見直し

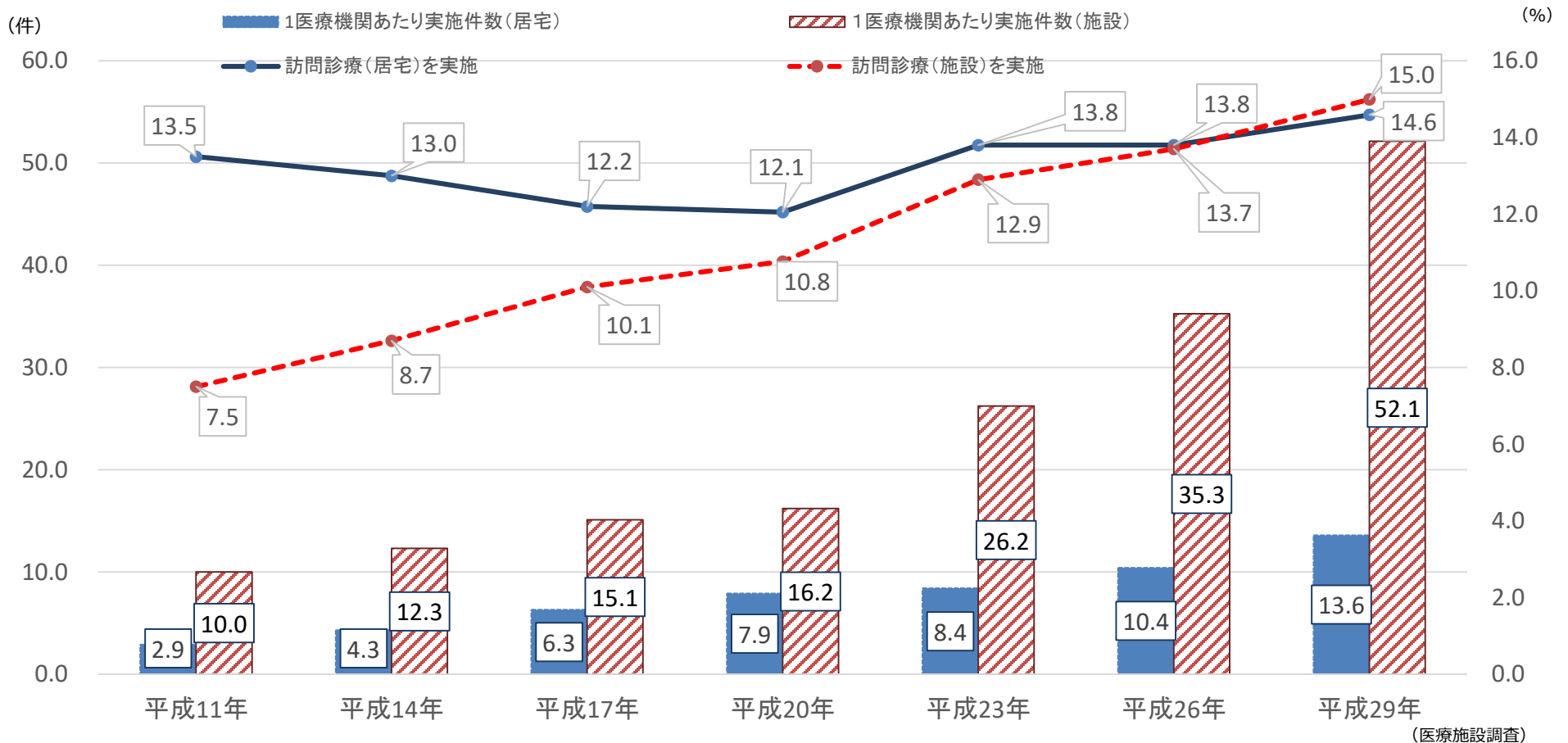
5. 特定保険医療材料の機能区分の見直し

6. その他（附帯意見、経過措置）

歯科訪問診療の実施状況

中医協 総 - 3
元 . 4 . 2 4

- 居宅において歯科訪問診療を提供している歯科診療所の割合は微増傾向。
- 施設において歯科訪問診療を実施している歯科診療所は、調査を重ねるごとに増加しており、居宅で歯科訪問診療医療を提供している歯科診療所よりも多くなった。
- 1歯科診療所当たりの歯科訪問診療の実施件数(各年9月分)は、調査を重ねるごとに増加しており、特に、施設での増加が顕著。



注：平成23年は宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県の全域を除いて算出

在宅歯科医療の推進

栄養サポートチーム等連携加算の対象拡大

- 多職種連携を推進する観点から、小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料において栄養サポートチーム等連携加算を設定する。

現行

【小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】

450点

注1～注5 略



改定後

【小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】 450点
(新)注6 当該保険医療機関の歯科医師が、他の保険医療機関に入院している患者に対して、当該患者の入院している他の保険医療機関の栄養サポートチーム等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて注1に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、小児栄養サポートチーム等連携加算1として、80点を所定点数に加算する。

注7 当該保険医療機関の歯科医師が、児童福祉法第42条に規定する障害児入所施設等に入所している患者に対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて注1に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、小児栄養サポートチーム等連携加算2として、80点を所定点数に加算する。

歯科疾患在宅療養管理料の評価の見直し

- 歯科疾患在宅療養管理料について、評価を充実する。

現行

【歯科疾患在宅療養管理料】

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

改定後

【歯科疾患在宅療養管理料】

- | | |
|-------------------|-------------|
| 1 在宅療養支援歯科診療所1の場合 | 320点 |
| 2 在宅療養支援歯科診療所2の場合 | 250点 |
| 3 1及び2以外の場合 | <u>200点</u> |