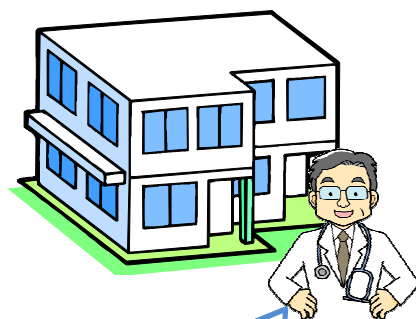


質の高い在宅医療・訪問看護の確保について

在宅医療において、医療機関の実績、診療内容及び患者の状態等に応じた評価を行い、在宅医療の質的・量的向上を図る。

<在宅担当医療機関>



医療機関の実績 に応じた評価

- 在宅医療専門の医療機関に関する評価を新設
- 十分な看取り実績を有する医療機関を評価
- 重症小児の診療実績を有する医療機関を評価
- 重症小児の看護実績を有する訪問看護ステーションを評価



診療内容 に応じた評価

- 休日往診への評価の充実
- 病院・診療所からの訪問看護の評価を充実

<自宅等>



患者の状態・居住場所等 に応じた評価

- 重症患者に対する医学管理の評価を充実
- 効率性の観点等から、居住場所に応じた評価を見直し

質の高い在宅医療・訪問看護の確保①

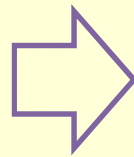
在宅医療における重症度・居住場所に応じた評価①

- 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ことから、以下のとおり患者の状態や居住場所に応じたきめ細かな評価を実施する。

① 特定施設入居時等医学総合管理料について、算定対象となる施設を見直すとともに、名称を変更

現行（対象となる住まい）

特定施設入居時等 医学総合管理料 （特医総管）	養護老人ホーム、軽費老人ホーム、 特別養護老人ホーム、特定施設
在宅時医学総合管 理料（在総管）	上記以外の住まい



改定後（対象となる住まい）

<u>施設入居時等医学総合管理料（施設総管）</u>	養護老人ホーム、軽費老人ホーム、特別養護老人ホーム、 <u>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</u>
在宅時医学総合管理料（在総管）	上記以外の住まい ※ 改定前に在総管を算定できた住居（特定施設以外の有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅、認知症グループホーム）に居住している患者は、平成29年3月末までは在総管を算定できる。

② 以下に掲げる重症度の高い患者に対する評価を充実

重症度の高い患者

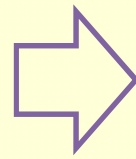
・末期の悪性腫瘍の患者	・スモンの患者	・指定難病の患者
・後天性免疫不全症候群の患者	・脊髄損傷の患者	・真皮を超える褥瘡の患者
・人工呼吸器を使用している患者	・気管切開の管理を要する患者	・気管カニューレを使用している患者
・ドレーンチューブ等を使用している患者	・人工肛門等の管理を要する患者	・在宅自己腹膜灌流を実施している患者
・在宅血液透析を実施している患者	・酸素療法を実施している患者	・在宅中心静脈栄養を実施している患者
・在宅成分栄養経管栄養法を実施している患者	・在宅自己導尿を実施している患者	・植込み型脳・脊髄電気刺激装置による疼痛管理を受けている患者
・携帯型精密輸液ポンプによるプロスタグランジン ₁₂ 製剤の投与を受けている患者		

質の高い在宅医療・訪問看護の確保②

在宅医療における重症度・居住場所に応じた評価②

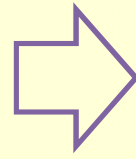
- ③ 月1回の訪問診療による管理料を新設
- ④ 同一日に診療した人数に関わらず、当該建築物において医学管理を実施している人数に応じて評価

現行 (在総管：機能強化型在支診（病床なし）)	
同一建物居住者以外の場合	4,600点
同一建物居住者の場合※1	1,100点



改定後 (在総管：機能強化型在支診（病床なし）)			
	<u>単一建物診療患者の人数※2</u>		
	<u>1人</u>	<u>2～9人</u>	<u>10人～</u>
<u>重症患者（月2回以上訪問）</u>	<u>5,000点</u>	<u>4,140点</u>	<u>2,640点</u>
<u>月2回以上訪問している場合</u>	<u>4,200点</u>	<u>2,300点</u>	<u>1,200点</u>
<u>月1回訪問している場合</u>	<u>2,520点</u>	<u>1,380点</u>	<u>720点</u>

現行 (在総管：在支診)	
同一建物居住者以外の場合	4,200点
同一建物居住者の場合※1	1,000点



改定後 (在総管：在支診)			
	<u>単一建物診療患者の人数※2</u>		
	<u>1人</u>	<u>2～9人</u>	<u>10人～</u>
<u>重症患者（月2回以上訪問）</u>	<u>4,600点</u>	<u>3,780点</u>	<u>2,400点</u>
<u>月2回以上訪問している場合</u>	<u>3,800点</u>	<u>2,100点</u>	<u>1,100点</u>
<u>月1回訪問している場合</u>	<u>2,280点</u>	<u>1,260点</u>	<u>660点</u>

※1 同一建物居住者の場合；当該建築物に居住する複数の者に対して、医師が同一日に訪問診療を行う場合

※2 単一建物診療患者の人数：当該建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が在宅医学管理を行っている者の数

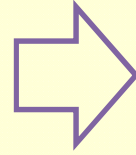
質の高い在宅医療・訪問看護の確保③

在宅医療における重症度・居住場所に応じた評価③

現行

（特医総管：機能強化型在支診（病床なし））

同一建物居住者以外の場合	3,300点
同一建物居住者の場合※1	800点



改定後

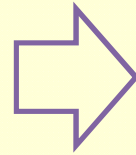
（施設総管：機能強化型在支診（病床なし））

	単一建物診療患者の人数※2		
	1人	2～9人	10人～
重症患者（月2回以上訪問）	3,600点	2,970点	2,640点
月2回以上訪問している場合	3,000点	1,650点	1,200点
月1回訪問している場合	1,800点	990点	720点

現行

（特医総管：在支診）

同一建物居住者以外の場合	3,000点
同一建物居住者の場合※1	720点



改定後

（施設総管：在支診）

	単一建物診療患者の人数※2		
	1人	2～9人	10人～
重症患者（月2回以上訪問）	3,300点	2,700点	2,400点
月2回以上訪問している場合	2,700点	1,500点	1,100点
月1回訪問している場合	1,620点	900点	660点

※1 同一建物居住者の場合；当該建築物に居住する複数の者に対して、医師が同一日に訪問診療を行う場合

※ 単一建物診療患者の人数：当該建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が在宅医学管理を行っている者の数

参考:「同一建物居住者の場合」及び「単一建物診療患者の人数」の取扱い

現行	同一建物居住者の場合
対象項目	・在宅患者訪問診療料 ・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) 等



改定後	同一建物居住者の場合	単一建物診療患者の人数
対象項目	・在宅患者訪問診療料 等	・在宅時医学総合管理料(在総管) ・施設入居時等医学総合管理料(施設総管)
定義	当該建築物に居住する <u>複数の者に対して、保険医療機関の保険医が同一日に訪問診療を行う場合</u> を、「同一建物居住者の場合」という。	単一建物診療患者の人数とは、当該患者が居住する建築物に居住する者のうち、 <u>当該保険医療機関が在総管又は施設総管を算定する者の人数</u> をいう。(※)

- (※) 単一建物診療患者の人数の算出には以下の例外がある。
- 1つの患家に同居する同一世帯の患者が2人以上いる場合は、患者ごとに「単一建物診療患者数が1人の場合」を算定する。
 - 在総管について、当該建築物において当該保険医療機関が在宅医学管理を行う患者数が、当該建築物の戸数の10%以下の場合及び当該建築物の戸数が20戸未満であって、当該保険医療機関が在宅医学管理を行う患者が2人以下の場合には、それぞれ「単一建物診療患者が1人の場合」を算定する。
 - ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護の対象施設については、それぞれのユニットにおいて、施設総管(平成29年3月までは在総管を含む。)を算定する人数を、単一建物診療患者の人数とみなす。

質の高い在宅医療・訪問看護の確保④

在宅医療を専門に行う医療機関の開設

- 健康保険法に基づく開放性の観点から、外来応需体制を有していることが原則であることを明確化した上で、以下の要件等を満たす場合には在宅医療を専門に実施する診療所の開設を認める。

[主な開設要件]

- ① 外来診療が必要な患者が訪れた場合に対応できるよう、診療地域内に2か所以上の協力医療機関を確保していること（地域医師会から協力の同意を得られている場合はこの限りではない。）
- ② 在宅医療導入に係る相談に随時応じ、患者・家族等からの相談に応じる設備・人員等が整っていること。
- ③ 往診や訪問診療を求められた場合、医学的に正当な理由等なく断ることがないこと。
- ④ 緊急時を含め、随時連絡に応じる体制を整えていること。

等

在宅医療専門の医療機関に関する評価

- 在宅医療専門の医療機関について、在支診の施設基準に加え、以下の実績等を満たしている場合には、それぞれ同様に評価を行う。

① 在宅患者の占める割合が95%以上	④ $(\text{施設総管の件数}) / (\text{在総管・施設総管の件数}) \leq 0.7$
② 5か所／年以上の医療機関からの新規患者紹介実績	⑤ $(\text{要介護3以上の患者} + \text{重症患者}) / (\text{在総管・施設総管の件数}) \geq 0.5$
③ 看取り実績が20件／年以上又は15歳未満の超・準超重症児の患者が10人以上	

- 在宅医療専門の医療機関であって、上記の基準を満たさないものは、在総管・施設総管について、在支診でない場合の所定点数の80／100に相当する点数により算定する。
- 在宅患者の占める割合が95%未満である医療機関について、在支診の要件は現行通りとする。



参考：在宅療養支援診療所の施設基準の概要

	機能強化型在支診		在支診
	単独型	連携型	
全ての在支診が満たすべき基準	① 24時間連絡を受ける体制の確保 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している		
機能強化型在支診が満たすべき基準	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上	
	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 10件以上	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 連携内で10件以上・各医療機関で4件以上	
	⑨ 過去1年間の看取りの実績又は 超・準超重症児の医学管理の実績 のいずれか 4件以上	⑨ 過去1年間の看取りの実績が連携内で 4件以上、 各医療機関において、看取りの実績又は超・ 準超重症児の医学管理の実績のいずれか 2件以上	
在宅患者が 95%以上(※) の在支診が満 たすべき基準	⑩ 5か所／年以上の医療機関からの新規患者紹介実績 ⑪ 看取り実績が20件／年以上又は超・準超重症児の患者が10人／年以上 ⑫ (施設総管の件数)／(在総管・施設総管の件数) ≤ 0.7 ⑬ (要介護3以上の患者＋重症患者)／(在総管・施設総管の件数) ≥ 0.5		

※在宅患者が95%以上とは、1か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち往診又は訪問診療を実施した患者の割合が95%以上 7

質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑤

小児在宅医療に係る評価の推進

- 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観点から、機能強化型の在支診・病の実績要件として、看取り実績だけでなく、重症児に対する医学管理の実績を評価する。



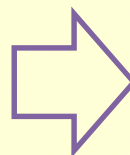
現行

【機能強化型(単独型)】

過去1年間の在宅における看取り実績が4件以上

【機能強化型(連携型)】

過去1年間の看取り実績が、連携する他の医療機関と併せて4件以上、かつ、当該医療機関において2件以上



改定後

【機能強化型(単独型)】

過去1年間の在宅における看取り実績が4件以上 又は過去1年間の15歳未満の超・準超重症児の医学管理の実績が4件以上

【機能強化型(連携型)】

- ・過去1年間の看取り実績が、連携する他の医療機関と併せて4件以上
- ・当該医療機関において過去1年間の看取り実績が2件以上 又は15歳未満の超・準超重症児の医学管理の実績が2件以上

休日の往診に対する評価の充実

- より充実した診療を行っている医療機関を評価する観点から、休日の往診に対する評価を新設する。

現行

【機能強化型(病床有り)】

夜間(深夜を除く。)の往診 1,700点

【機能強化型(病床なし)】

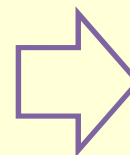
夜間(深夜を除く。)の往診 1,500点

【通常型】

夜間(深夜を除く。)の往診 1,300点

【その他】

夜間(深夜を除く。)の往診 650点



改定後

【機能強化型(病床有り)】

夜間・休日(深夜を除く。)の往診 1,700点

【機能強化型(病床なし)】

夜間・休日(深夜を除く。)の往診 1,500点

【通常型】

夜間・休日(深夜を除く。)の往診 1,300点

【その他】

夜間・休日(深夜を除く。)の往診 650点

質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑥

在宅医療における看取り実績に関する評価の充実①

➤ 在宅医療において、実績に応じた評価を行う観点から、緊急往診及び看取りの十分な実績等を有する在支診・病に対する評価を充実する。

(新) 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算

十分な実績を有する医療機関が、以下の項目に該当する診療を行った際に、以下に示す点数を所定点数に加算する。

緊急、夜間・休日又は深夜の往診	100点
ターミナルケア加算	1,000点
在宅時医学総合管理料	100～400点
施設入居時等医学総合管理料	75～300点
在宅がん医療総合診療料	150点

[施設基準]

- ① 機能強化型の在支診・病の届出を行っていること。
- ② 過去1年間の緊急往診の実績が15件以上、かつ、看取りの実績が20件以上であること。
- ③ 緩和ケア病棟又は在宅での1年間の看取り実績が10件以上の医療機関において、3か月以上の勤務歴がある常勤の医師がいること。
- ④ 末期の悪性腫瘍等の患者であって、鎮痛剤の経口投与では疼痛が改善しないものに対し、患者が自ら注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を実施した実績を、過去1年間に2件以上有していること、又は過去に5件以上実施した経験のある常勤の医師配置されており、適切な方法によってオピオイド系鎮痛薬を投与した実績を過去1年間に10件以上有していること。
- ⑤ 「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した研修」又は「緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会等」を修了している常勤の医師がいること。
- ⑥ 院内等において、過去1年間の看取り実績及び十分な緩和ケアが受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑦

在宅医療における看取り実績に関する評価の充実②

- 在宅医療において、実績に応じた評価を行う観点から、緊急往診及び看取りの十分な実績等を有する在支診・病に対する評価を充実する。

	在宅療養実績加算1	<u>(新)在宅療養実績加算2</u>
緊急、夜間・休日又は深夜の往診	75点	<u>50点</u>
ターミナルケア加算	750点	<u>500点</u>
在宅時医学総合管理料	75～300点	<u>50～200点</u>
施設入居時等医学総合管理料	56～225点	<u>40～150点</u>
在宅がん医療総合診療料	110点	<u>75点</u>

[施設基準]

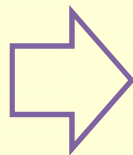
	在宅療養実績加算1	<u>(新)在宅療養実績加算2</u>
過去1年間の緊急の往診の実績	10件以上	<u>4件以上</u>
過去1年間の在宅における看取りの実績	4件以上	<u>2件以上</u>
緩和ケアに係る研修	—	<u>「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した研修」又は「緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会等」を修了している常勤の医師がいること。</u>

質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑧

在宅自己注射指導管理料の見直し

- 疾患の医学管理に関する評価を踏まえて、現行の注射指導回数に応じた評価の差を縮小するとともに、導入初期の指導を重点的に評価する。また、難病患者への指導管理を行った場合も併せて重点的に評価する。

現行		
1. 複雑な場合		1,230点
2. 「1」以外 の場合	月3回以下	100点
	月4回以上	190点
	月8回以上	290点
	月28回以上	810点
注 導入初期加算		500点



改定後		
1. 複雑な場合		1,230点
2. 「1」以外 の場合	月27回以下	<u>650点(改)</u>
	月28回以上	<u>750点(改)</u>
	<u>(新) 注「2 1以外の場合」については、難病外来指導管理料との併算定は可能とする。</u>	
注 導入初期加算		<u>580点(改)</u>

[算定要件]

- ① 在宅自己注射の導入前には、入院又は2回以上の外来、往診若しくは訪問診療により、医師による十分な教育期間をとり、十分な指導を行うこと。また指導内容を詳細に記載した文書を作成し患者に交付すること。
- ② 導入初期加算は 新たに在宅自己注射を導入した患者に対し、3月の間、月1回に限り算定する。ただし、投与薬剤の種類を変更した場合は、当該変更を行った月においても算定することができる。なお、過去1年以内に使用した薬剤に変更した場合は、算定できない。

(新) 2以上の保険医療機関において、同一の患者について異なる疾患の在宅自己注射指導管理を行っている場合に、それぞれ当該指導管理料を算定できることとする。

質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑨

在宅指導管理料等の適正な評価

- 在宅酸素療法指導管理料について、診療に関する評価と材料費に関する評価を分けた上で、医師の判断に基づき患者が受診しない月を含め、最大3月分まで機器の費用を評価した加算は算定できることとする。

現行

在宅酸素療法指導管理料（月1回）	
1 チアノーゼ型先天性心疾患の場合	1,300点
2 その他の場合	2,500点



改定後

在宅酸素療法指導管理料（月1回）	
1 チアノーゼ型先天性心疾患の場合	<u>520点</u>
2 その他の場合	<u>2,400点</u>
<u>(新)在宅酸素療法材料加算（3月に3回）</u>	
1 チアノーゼ型先天性心疾患の場合	<u>780点</u>
2 その他の場合	<u>100点</u>

- 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料について、睡眠時無呼吸症候群又は心不全に対するASV療法に関する評価を新たに追加し、診療に関する評価と材料費に関する評価を分けた上で、医師の判断に基づき患者が受診しない月においても、最大3月分まで、機器の費用を評価した加算は算定できることとする。

現行

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料（月1回）	250点
経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加算	1,210点



改定後

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料（月1回）	
<u>(新)1 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料1</u>	<u>2,250点</u>
<u>(改)2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2</u>	<u>250点</u>
<u>(新)在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算（3月に3回）</u>	
1 ASVを使用した場合	3,750点
2 CPAPを使用した場合	1,100点
<u>(新)在宅持続陽圧呼吸療法材料加算（3月に3回）</u>	<u>100点</u>

- 在宅呼吸療法関連の機器加算のうち、2月に2回算定可能としているものについて、3月に3回算定可能とする。

[対象加算] 酸素ボンベ加算、酸素濃縮装置加算、液体酸素装置加算、呼吸同調式デマンドバルブ加算

- 在宅療養指導管理材料加算において、機器を患者に貸与する場合の要件の厳格化を行う。

これらの装置の保守・管理を販売業者に委託する場合には、保険医療機関は、当該販売業者との間で、これらの装置の保守・管理に関する契約を締結し、保守・管理の内容を患者に説明することとした上で、定期的な確認と指導を行い、当該装置の保守・管理が当該販売業者により十分に行われている状況を維持すること。

質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑩

機能強化型訪問看護ステーションの要件見直し

- 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を実情に即して評価する。また、超重症児等の小児を受け入れる訪問看護ステーションを増加させるために、超重症児等の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を評価する。

現行

【機能強化型訪問看護管理療養費1】

ハ 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

ホ 居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置すること。

【機能強化型訪問看護管理療養費2】

ハ 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

ホ 居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置すること。



改定後

【機能強化型訪問看護管理療養費1】

ハ 次のいずれかを満たすこと。

- ① ターミナルケア件数※を合計した数が年に 20以上
- ② ターミナルケア件数を合計した数が年に 15以上、かつ、超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数が常時4人以上
- ③ 超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数が常時6人以上

ホ 居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置すること。なお、ハにおいて②又は③に該当する場合は、障害者総合支援法に基づく指定特定相談支援事業者又は児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者と連携することが望ましい。

【機能強化型訪問看護管理療養費2】

ハ 次のいずれかを満たすこと。

- ① ターミナルケア件数を合計した数が年に 15以上
- ② ターミナルケア件数を合計した数が年に 10以上、かつ、超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数が常時3人以上
- ③ 超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数が常時5人以上

ホ 居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置すること。なお、ハにおいて②又は③に該当する場合は、障害者総合支援法に基づく指定特定相談支援事業者又は児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者と連携することが望ましい。

※ターミナルケア件数：

訪問看護ターミナルケア療養費の算定件数、ターミナルケア加算の算定件数及び在宅で死亡した利用者のうち当該訪問看護ステーションと共同で訪問看護を行った保険医療機関において在宅がん医療総合診療料を算定していた利用者数を合計した数

質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑪

機能強化型訪問看護ステーションの評価



※ ★印は必須要件

☆印は、ターミナルケア・重症児の受入実績のいずれかが必須要件

要件	機能強化型1	機能強化型2
1. 常勤看護職員の数	7人以上	5人以上
2. ターミナルケア又は重症児の受け入れ実績 ^{注)} (いずれかを満たすこと) ①ターミナルケア件数 ②ターミナルケア件数、かつ、超重症児・準超重症児の利用者数 ③超重症児・準超重症児の利用者数	①20件／年 ②15件／年、4人 ③6人	①15件年 ②10件／年、3人 ③5人
3. 別表第7に該当する利用者数	10人以上／月	7人以上／月
4. 24時間対応体制加算の届出を行っている		
5. 居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置 (居宅サービス計画、介護予防サービス計画の作成が必要な利用者のうち、1割程度の計画を作成)		
6. 休日・祝日等も含めた計画的な訪問看護の実施		
7. 情報提供・相談・人材育成(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)		

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

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

質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑫

病院・診療所からの訪問看護の評価

➤ 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を確保する。

現行	
【在宅患者訪問看護・指導料】 保健師、助産師又は看護師による場合 週3日目まで	555点
【同一建物居住者訪問看護・指導料】 保健師、助産師又は看護師による場合 同一日に2人、週3日目まで	555点
【精神科訪問看護・指導料】 保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士 週3日目まで 30分以上の場合	575点
【退院前訪問指導料】	555点



改定後	
【在宅患者訪問看護・指導料】 保健師、助産師又は看護師による場合 週3日目まで	<u>580点</u>
【同一建物居住者訪問看護・指導料】 保健師、助産師又は看護師による場合 同一日に2人、週3日目まで	<u>580点</u>
【精神科訪問看護・指導料】 保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士 週3日目まで 30分以上の場合	<u>580点</u>
【退院前訪問指導料】	<u>580点</u>

※ 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料及び精神科訪問看護・指導料は、代表的な点数を挙げている。

質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑬

衛生材料等の提供についての評価

- 訪問看護を指示した保険医療機関が、在宅療養において必要かつ十分な量の衛生材料及び保険医療材料を提供したことについて評価する。

訪問看護指示料、精神科訪問看護指示料

(新) 衛生材料等提供加算 80点(月1回)

[算定要件]

訪問看護指示書又は精神科訪問看護指示書を交付した患者のうち、衛生材料及び保険医療材料が必要な者に対して、在宅療養において必要かつ十分な量の衛生材料及び保険医療材料を提供した場合

※ 在宅療養指導管理料等を算定している場合は、当該管理料に包括される。

在宅患者訪問点滴注射管理指導料

現行

在宅患者訪問点滴注射管理指導料 60点



改定後

在宅患者訪問点滴注射管理指導料 100点



特定保険医療材料等の算定の明確化

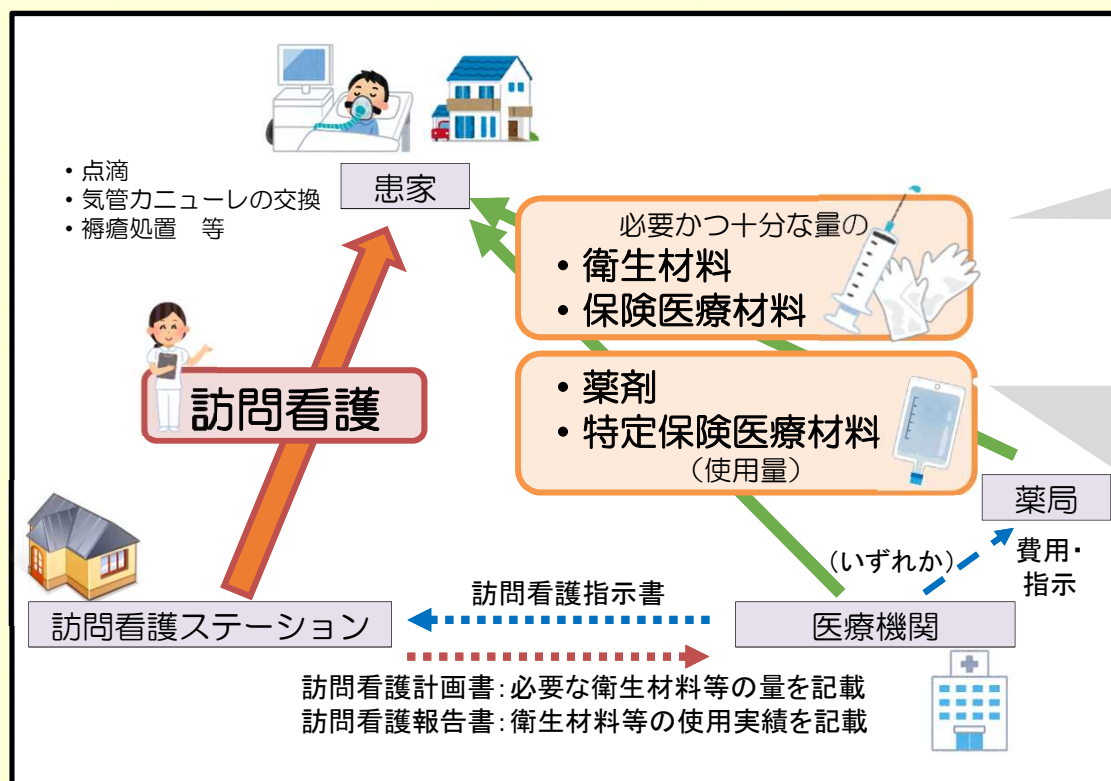
- 医師の指示に基づき、在宅医療において看護師等が医師の診療日以外に行った検体採取や、使用した特定保険医療材料及び薬剤に関する診療報酬上の取扱いを明確にする。

	訪問看護・特別養護老人ホーム
薬剤	初診、再診又は在宅医療において、患者の診療を担う医師の指示に基づき、当該医師の診療日以外の日には訪問看護ステーション等の看護師等が、患者に対し点滴又は処置等を実施した場合は、当該保険医療機関において、点滴又は処置等に用いた薬剤及び特定保険医療材料(患者に使用した分に限る)の費用を算定できることとする。
特定保険医療材料	
検体検査	初診、再診又は在宅医療において、患者の診療を担う医師の指示に基づき、当該医師の診療日以外の日には訪問看護ステーション等の看護師等が、患者に対し検査のための検体採取等を実施した場合は、当該保険医療機関において、検体検査実施料の費用を算定できることとする。(当該医療機関は、検体採取に当たって必要な試験管等の材料を患者に対して支給する。)

質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑭

在宅療養における衛生材料等の供給体制

- 在宅療養上必要かつ十分な量の衛生材料及び保険医療材料は、訪問看護ステーションの看護師等が訪問看護を提供するにあたり必要な分も含め、患者の診療を担う保険医療機関が提供するものである。（薬局を介した提供も可。）
- 医師の診療日以外であっても、医師の指示に基づき訪問看護ステーションの看護師等が処置等を実施した場合に用いた薬剤及び特定保険医療材料は、指示をした保険医療機関において薬剤料及び特定保険医療材料料を算定できる。



在宅療養における衛生材料及び保険医療材料の費用は、診療報酬上以下のいずれかで評価。

- ・衛生材料等が包括されている在宅療養指導管理料等
- ・衛生材料等提供加算（訪問看護指示料）

主治医の診療日以外に、主治医の指示に基づき訪問看護師等が薬剤及び特定保険医療材料を用いた処置を実施する場合は、

- ① 使用する薬剤及び特定保険医療材料は、患者の診療を担う保険医療機関が支給する。
- ② 支給した保険医療機関は、薬剤料及び特定保険医療材料料を算定できる。
- ③ 薬剤料等を算定した保険医療機関は、訪問看護報告書等に基づき、使用された日を明細書の摘要欄に記載する。

質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑮

複数の実施主体による訪問看護の組合せの整理

- 病院・診療所と訪問看護ステーションの、2か所又は3か所からの訪問看護を組み合わせた利用に関して、複数の訪問看護ステーションの組合せと同様に末期の悪性腫瘍や神経難病等の利用者に限る。

【複数の訪問看護の組合せが認められる場合】	訪看ST×訪看ST		訪看ST×病院・診療所		病院・診療所×病院・診療所	
	同一月	同一日	同一月	同一日	同一月	同一日
別表第7、別表第8	○	—	○	—	—	—
特別訪問看護指示書／精神科特別訪問看護指示書の交付	○※2	—	○※2	—	—	—
退院後1か月（精神科訪問看護・指導料を算定している場合は、退院後3か月）	—	—	○※3	○※3	○	○※6
専門の研修を受けた看護師との共同	○	○	○	○	○	○※6
精神科重症患者早期集中支援管理料を算定	—	—	○	○※5	—	—
精神保健福祉士が精神科訪問看護・指導料を算定 ※1	—	—	○※4	—	—	—

※1: 精神科重症患者早期集中支援管理料に係る届出を行っている保険医療機関が算定する場合に限る。（平成29年3月31日までは、届出を行っていない場合でも算定可。）

※2: 週4日以上訪問看護が計画されている場合に限る。

※3: 病院・診療所側が、患者が入院していた保険医療機関の場合に限る。

※4: 精神科訪問看護・指導料及び訪問看護療養費を算定する日と合わせて週3日（退院後3月以内の期間において行われる場合にあっては、週5日）を限度とする。

※5: 保険医療機関が精神科重症患者早期集中支援管理料1を算定する場合は、特別の関係の訪問看護STと連携する場合であって、病院・診療所からの訪問看護が作業療法士又は精神保健福祉士の場合に限る。

※6: 特別の関係の場合を除く。

同一日2か所目の訪問看護ステーションによる緊急訪問の評価

- 医療ニーズが高く複数の訪問看護ステーションから訪問を受けている利用者に対して、同一日に2か所の訪問看護ステーションから緊急訪問を実施した場合を評価する。

〔施設基準〕

- ① 24時間対応体制加算を届け出ていること。
- ② 同一日に2か所目の訪問看護ステーションとして緊急訪問看護加算の算定日前1月間に、当該利用者に対して訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費を算定していること。

質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑬

在宅患者訪問薬剤管理指導料の見直し

- 保険薬剤師1人につき1日当たり5回の算定制限を 1週間当たり40回に見直す。
- 同一世帯の複数の患者に在宅訪問薬剤管理指導を実施した場合には、1人目の患者は「同一建物居住者以外の場合」の点数(650点)を算定できるようにする。(2人目以降は「同一建物居住者の場合」の点数(300点))
- 医療機関の薬剤師が実施する在宅患者訪問薬剤管理指導料についても上記と同様に見直す。

(参考)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)

在宅患者等急性歯科疾患対応加算

- イ 同一建物居住者以外の場合 170点
- ロ 同一建物居住者(同一日に5人以下) 85点
- ハ 同一建物居住者(同一日に6人以上) 50点

 同一建物居住者 55点

在宅歯科医療の推進について①

在宅医療を専門に行う医療機関の開設

- 健康保険法に基づく開放性の観点から、外来応需体制を有していることが原則であることを明確化した上で、以下の要件等を満たす場合には在宅医療を専門に実施する診療所の開設を認める。

[主な開設要件]

- ① 外来診療が必要な患者が訪れた場合に対応できるよう、診療地域内に2か所以上の協力医療機関を確保していること（地域医師会、地域歯科医師会から協力の同意を得られている場合はこの限りではない。）
- ② 在宅医療導入に係る相談に随時応じ、患者・家族等からの相談に応じる設備・人員等が整っていること。
- ③ 往診や訪問診療を求められた場合、医学的に正当な理由等なく断ることがないこと。
- ④ 緊急時を含め、随時連絡に応じる体制を整えていること。

等

在宅歯科医療専門の医療機関に関する評価

- 在宅歯科医療を専門に実施する保険医療機関（在宅患者の割合が95%以上の保険医療機関）に係る在宅療養支援歯科診療所の施設基準に以下の②～⑥を追加する。

① 直近1か月の在宅歯科医療の患者の割合が95%以上	④ 在宅歯科医療に係る経験が3年以上の歯科医師の勤務
② 5か所／年以上の医療機関からの新規患者紹介	⑤ ポータブルのユニット、バキューム、レントゲンを有すること
③ 歯科訪問診療のうち、歯科訪問診療1が6割以上	⑥ 「抜髄、感染根管処置：20回」、「抜歯手術：20回」、「有床義歯新製、有床義歯修理、有床義歯内面適合法：40回（各5回以上）」

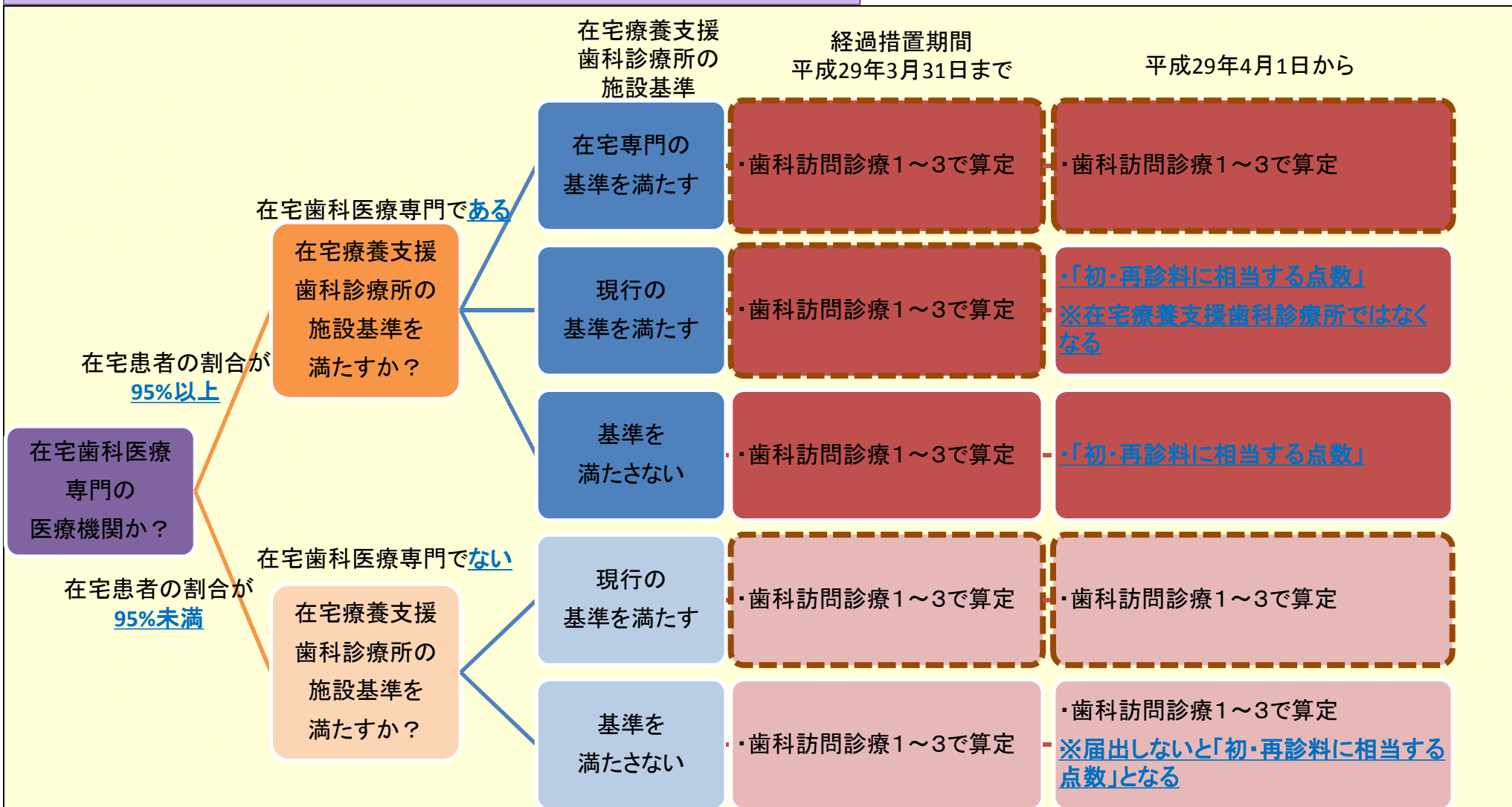
- 在宅歯科医療を専門に実施する保険医療機関（在宅患者の割合が95%以上の保険医療機関）であって、在宅療養支援歯科診療所の指定を受けていないものについては、初診料、再診料に相当する点数により算定する。

- 現行の在宅療養支援歯科診療所の施設基準に、在宅患者の割合が95%未満を追加する。

- 現行の在宅療養支援歯科診療所は平成29年3月31日まで、基準を満たしているものとする。

在宅歯科医療の推進について②

在宅歯科医療を行う医療機関について



※点線は在宅療養支援歯科診療所

※「初・再診料に相当する点数」の場合、在宅患者等急性歯科疾患対応加算は算定できない。 22

在宅歯科医療の推進について③

在宅患者の口腔機能の包括的な評価

➤ 口腔機能が低下し、摂食機能障害を有する患者に対する口腔機能の管理を包括的に評価する。

(新) 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料

<u>10歯未満</u>	<u>350点</u>
<u>10歯以上20歯未満</u>	<u>450点</u>
<u>20歯以上</u>	<u>550点</u>

[算定要件]

- ・歯科訪問診療を算定した患者であって、摂食機能障害を有し、継続的な歯科疾患の管理が必要な者に対して、当該患者等の同意を得て、口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、30分以上必要な指導管理を歯科医師が行った場合に、月4回を限度として算定する。
- ・区分番号D002歯周病検査、区分番号D002－5歯周病部分的再評価検査、区分番号I011歯周基本治療、区分番号I011－2歯周病安定期治療Ⅰ、区分番号I011－2－2歯周病安定期治療Ⅱ、区分番号I011－3歯周基本治療処置、区分番号I030機械的歯面清掃処置、区分番号H001摂食機能療法は所定点数に含まれ別に算定できない。
- ・区分番号B000－4歯科疾患管理料、区分番号B002歯科特定疾患療養管理料、区分番号C001－3歯科疾患在宅療養管理料は別に算定できない。
- ・かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の歯科医師が当該指導管理を実施した場合は、100点を所定点数に加算する。
- ・在宅療養支援歯科診療所の歯科医師が、当該指導管理を実施した場合は、50点を所定点数に加算する。ただし、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の加算を算定している場合は、算定できない。

在宅歯科医療の推進について④

在宅歯科医療の推進

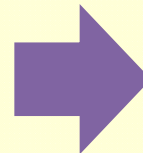
- 在宅歯科医療を推進する等の観点から、在宅かかりつけ歯科診療所加算の施設基準等の見直しを行う。

現行

在宅かかりつけ歯科診療所加算

[施設基準]

- ・歯科診療所であること
- ・当該歯科診療所で実施される直近3か月の歯科訪問診療の実績が、月平均5人以上であり、そのうち少なくとも8割以上が歯科訪問診療1を算定していること。



改定後

在宅歯科医療推進加算（名称変更）

[施設基準]

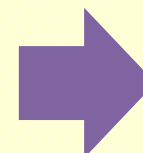
- ・歯科診療所であること
- ・当該歯科診療所で実施される直近3か月の歯科訪問診療の実績が、月平均5人以上であり、そのうち少なくとも6割以上が歯科訪問診療1を算定していること。

歯科訪問診療の適正化

- 同一建物、同一日に複数の患者に対する歯科訪問診療料の適正化を行う。

現行

歯科訪問診療3 143点



改定後

歯科訪問診療3 120点

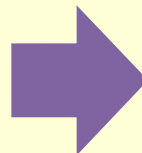
在宅歯科医療の推進について⑤

歯科訪問診療の実態に即した対応①

- 同一建物、同一日に1人に対して歯科訪問診療を行う場合の20分要件を見直す。

現行

診療中に患者の容体が急変し、医師の診察を要する場合等、やむを得ず治療を中止した場合



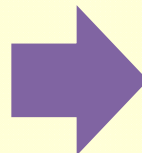
改定後

- ①診療中に患者の容体が急変し、医師の診察を要する場合等、やむを得ず治療を中止した場合、
 ②患者の状態が「著しく歯科診療が困難な者」に準じる状態又は要介護3以上に準じる状態等により、20分以上の診療が困難である場合
 ※②は歯科訪問診療1に限定

- 同居する同一世帯の複数の患者に対して歯科訪問診療料を行った場合の評価を見直す。

現行

- ・同一の患家において2人以上の患者を診察した場合（2～9人の場合）
- ・算定は、歯科訪問診療料2 × 人数



改定後

- ・同一の患家において2人以上の患者を診察した場合（2～9人の場合）
- ・1人は歯科訪問診療1を算定し、それ以外の患者については歯科訪問診療2を算定する。

在宅歯科医療の推進について⑥

歯科訪問診療の実態に即した対応②

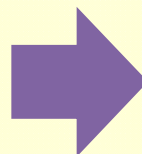
- 歯科訪問診療を行う歯科医療機関と「特別の関係」にある施設等に対して歯科訪問診療を行った場合の評価を見直す。

現行

①保険医療機関が当該保険医療機関と「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。

※歯科訪問診療料を算定していないと、訪問歯科衛生指導料等は算定できない取扱い。

②「特別の関係にある施設等」に規定する「施設等」とは、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、特別養護老人ホーム等をいう。



改定後

①保険医療機関が当該保険医療機関と「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。なお、この場合において、初診料、再診料、特掲診療料を算定した場合においては、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載し、歯科訪問診療料を算定したものとみなすことができる。

※歯科訪問診療を算定したものとみなすので、訪問歯科衛生指導料等が算定できる。

②「特別の関係にある施設等」に規定する「施設等」とは、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、特別養護老人ホーム等をいう。

※解釈は同じであるが明確化した。

在宅歯科医療の推進について⑦

歯科訪問診療の実態に即した対応③

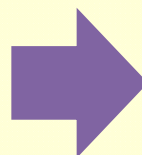
➤ 歯科訪問診療で求められる重要性及び困難性を考慮し、処置等の評価を見直す。

歯科訪問診療料のみを算定する患者

現行

100分の50に相当する点数を加算

- ・抜髄、感染根管処置
- ・拔牙手術(乳歯、前歯、臼歯)
- ・口腔内消炎手術(歯肉膿瘍等)
- ・有床義歯修理



改定後

100分の30に相当する点数を加算

- ・抜髄、感染根管処置(単根管、2根管)
- ・口腔内消炎手術(歯肉膿瘍等)

100分の50に相当する点数を加算

- ・抜髄、感染根管処置(3根管以上)
- ・拔牙手術(乳歯、前歯、臼歯)

※難拔牙加算を算定した場合を除く

- ・有床義歯修理

100分の70に相当する点数を加算

- ・印象採得の欠損補綴(連合印象及び特殊印象)
- ・有床義歯の咬合採得
- ・有床義歯内面適合法

在宅歯科医療の推進について⑧

歯科訪問診療の実態に即した対応④

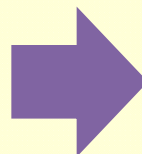
➤ 歯科訪問診療で求められる重要性及び困難性を考慮し、処置等の評価を見直す。

歯科訪問診療料及び著しく歯科治療が困難な者の加算を算定する患者

現行

100分の50に相当する点数を加算

- ・全ての処置
 - ・全ての手術
 - ・全ての歯冠修復及び欠損補綴
- ※金属歯冠修復、レジン前装金属冠等を除く



改定後

100分の30に相当する点数を加算

- ・抜髄、感染根管処置(単根管、2根管)
- ・口腔内消炎手術(智歯周囲炎の歯肉弁切除等、歯肉膿瘍等)

100分の50に相当する点数を加算

- ・全ての処置
※抜髄、感染根管処置(単根管、2根管)、床副子を除く
- ・全ての手術
※口腔内消炎手術(智歯周囲炎の歯肉弁切除等、歯肉膿瘍等)を除く
- ・全ての歯冠修復及び欠損補綴
※補綴時診断料、クラウン・ブリッジ維持管理料、広範囲顎骨支持型補綴診断料、欠損補綴の印象採得(連合印象及び特殊印象)、有床義歯の咬合採得、有床義歯内面適合法、金属歯冠修復、レジン前装金属冠等を除く

100分の70に相当する点数を加算

- ・欠損補綴の印象採得(連合印象及び特殊印象)
- ・有床義歯の咬合採得
- ・有床義歯内面適合法

※6歳未満の乳幼児、著しく歯科治療が困難な者
(全身麻酔下で行った場合を除く)も同様となる。

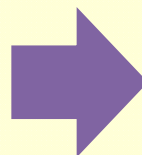
周術期口腔機能管理の推進について

病院における周術期口腔機能管理の推進

- 歯科の標榜がある病院に入院中の患者に対して、歯科訪問診療料が算定できるように要件を見直す。

現行

歯科、小児歯科、矯正歯科、歯科口腔外科を標榜する保険医療機関に入院する患者に対して、歯科訪問診療は算定できない。



改定後

歯科、小児歯科、矯正歯科、歯科口腔外科を標榜する保険医療機関に入院する患者に対して、周術期口腔機能管理に伴う歯科訪問診療料及び特掲診療料を算定できる。

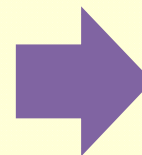
周術期口腔機能管理計画策定料、周術期口腔機能管理料(Ⅲ)、周術期専門的口腔衛生処置

- 周術期口腔機能管理計画策定料、周術期口腔機能管理料(Ⅲ)、周術期専門的口腔衛生処置の対象を、放射線治療・化学療法を実施している患者(予定している患者を含む)、緩和ケアを実施する患者に拡大するとともに、周術期専門的口腔衛生処置の評価を充実する。

現行

対象は、放射線治療・化学療法を実施している患者

周術期専門的口腔衛生処置 80点



改定後

対象は、放射線治療・化学療法を実施している患者(予定している患者を含む)、緩和ケアを実施している患者

周術期専門的口腔衛生処置 92点

医科歯科連携の推進について

周術期口腔機能管理等の医科歯科連携の推進

- 悪性腫瘍手術等に先立ち歯科医師が周術期口腔機能管理を実施した場合に算定できる周術期口腔機能管理後手術加算の評価を充実する。

周術期口腔機能管理後手術加算 100点 → 200点【医科、歯科点数表】 ※手術の加算

【医科点数表】歯科医師による周術期口腔機能管理の実施後1月以内に、胸部・腹部等の悪性腫瘍手術又は心血管系の手術を全身麻酔下で実施した場合

【歯科点数表】周術期口腔機能管理料(Ⅰ)(手術前)又は(Ⅱ)(手術前)の算定後1月以内に、悪性腫瘍手術を全身麻酔下で実施した場合

栄養サポートチームの評価(歯科医師と連携した場合の評価)

- 入院基本料加算の栄養サポートチーム加算に、院内又は院外の歯科医師が参加した場合を評価する。

(新) 歯科医師連携加算 50点【医科点数表】 ※入院基本料の加算

歯科訪問診療の評価(医療施設、介護保険施設と連携した場合の評価)

- 歯科の標榜がない病院に入院中※¹又は介護保険施設に入所中※²の患者に対して、歯科訪問診療を行う歯科医師が栄養サポートチーム等に加わり、その結果に基づいて歯科訪問診療を行った場合を評価する。

(新) 栄養サポートチーム連携加算1 60点※¹【歯科点数表】

(新) 栄養サポートチーム連携加算2 60点※² ※歯科疾患在宅療養管理料の加算

【算定要件】 歯科医師が病院の入院患者に対する栄養サポートチームの構成員としてカンファレンス、回診等に参加し、また、介護保険施設の入所者に対する食事観察等の一員として参加し、1回目は参加した日から起算して2月以内に口腔機能評価に基づく管理を行った場合に60点を所定点数に加算する。2回目以降は当該月にカンファレンス等に参加していなくても差し支えないが、少なくとも前回のカンファレンス等の参加日から起算して6月を越える日までに1回以上参加すること。