

平成26年度診療報酬改定の概要 (在宅医療関連)

厚生労働省保険局医療課

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療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。

現行
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 <u>10件</u> 以上
過去1年間の在宅看取りの実績 <u>4件</u> 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、 <u>それぞれの医療機関が以下の要件を満たしていること。</u>
イ 過去1年間の緊急往診の実績 <u>4件</u> 以上
ハ 過去1年間の看取りの実績 <u>2件</u> 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。

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療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。

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療③

在宅療養における後方病床の評価①

- 在宅医療を行うにあたり、緊急時における後方病床の確保が重要であることから、在宅療養後方支援病院を新設し評価を行う。

(新) 在宅療養後方支援病院

[施設基準]

- ① 許可病床200床以上の病院であること
- ② 当該病院を緊急時に入院を希望する病院としてあらかじめ当該病院に届け出ている患者(以下、入院希望患者という)について緊急時にいつでも対応し、必要があれば入院を受け入れること
- ③ 入院希望患者に対して在宅医療を提供している医療機関と連携し、3月に1回以上、診療情報の交換をしていること

現行

在宅患者緊急入院診療加算(入院初日)
1 連携型在支診、在支病の場合
2,500点



改定後

在宅患者緊急入院診療加算(入院初日)
1 連携型在支診、在支病、在宅療養後方支援病院の場合
2,500点

[算定要件]

- ① 入院希望患者に対して算定する。
- ② 500床以上の場合は、15歳未満の人工呼吸を実施している患者若しくは15歳未満から引き続き人工呼吸を実施しており体重が20kg未満の患者又は神経難病等の患者に限り算定することができる。

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療④

在宅療養における後方病床の評価②

- 在宅医療を担当する医師と在宅療養後方支援病院の医師が共同で訪問診療等を行った場合の評価を行う。

(新)	<u>在宅患者共同診療料</u>	1	<u>往診の場合</u>	1,500点
		2	<u>訪問診療(同一建物居住者以外)</u>	1,000点
		3	<u>訪問診療(同一建物居住者)</u>	
			<u>イ 特定施設等に入居する者</u>	240点
			<u>ロ イ以外の場合</u>	120点

[算定要件]

- ① 在宅を担当している医療機関と共同で往診又は訪問診療を行う。
- ② 1～3までを合わせて、最初に算定を行った日から起算して1年間に2回までに限り算定する。ただし、15歳未満の人工呼吸患者若しくは15歳未満から引き続き人工呼吸を実施しており体重が20kg未満の患者又は神経難病等の患者については最初に算定を行った日から起算して1年間に12回までに限り算定する。
- ③ 500床以上の病院については15歳未満の人工呼吸を実施している患者若しくは15歳未満から引き続き人工呼吸を実施しており体重が20kg未満の患者又は神経難病等の患者に限り算定することができる。

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑤

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	1,200点	1,500点	1,100点	1,400点	1,000点	1,300点	760点	1060点
	同一以外	5,000点	5,300点	4,600点	4,900点	4,200点	4,500点	3,150点	3,450点
特医総管	同一	870点	1,170点	800点	1,100点	720点	1,020点	540点	840点
	同一以外	3,600点	3,900点	3,300点	3,600点	3,000点	3,300点	2,250点	2,550点

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑥

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。

【現行】

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。

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)の算定要件等について

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

- ◆ 同一患家等において、2人以上の同一世帯の夫婦等の診察をした場合については、管理料(在総管、特医総管)の減額は行わない。

※ 夫婦等が共に訪問診療の対象である場合に限る。

※ 訪問診療料の取扱いについては現行通り。(一人目は訪問診療料(同一建物以外)833点、二人目は初・再診料等。)

- ◆ 在総管、特医総管は、訪問診療料を月2回以上算定した場合のみ算定できることとする。

その他

- 外来受診可能な患者は、訪問診療料、在総管又は特医総管等の在宅医療に係る費用の対象ではないが、外来受診時に「地域包括診療料」「地域包括診療加算」が算定可能である。
- サ高住等の施設の医師確保は、施設と医師会等が連携して行う。

療養担当規則の一部改正等

患者の誘引の禁止(在宅医療の不適切事例への対応)

- 保険医療機関等が、事業者等に対して、金品を提供し、患者を誘引することを禁止

例

保険医療機関が、事業者等と患者紹介に関する契約書を取り交わす等して、紹介料として診療報酬の中から一定の金額を支払う。

契約書

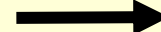


事業者等から、同一建物の居住者を独占的に紹介してもらい、患者の状態等にかかわらず、一律に訪問診療を行う。



禁止

一律に訪問診療



特定の保険薬局への誘導について(地域包括診療加算、地域包括診療料など)

- 地域包括診療加算、地域包括診療料を算定する保険医療機関が、患者に対して、
 - ① 連携薬局の中から患者自らが選択した薬局において処方を受けるよう説明をすること
 - ② 時間外において対応できる薬局のリストを文書により提供すること
- 保険医療機関が 在宅で療養を行う患者に対して、在宅患者訪問薬剤管理指導の届出を行った薬局のリストを文書により提供することについては、療担規則で禁止する「特定の保険薬局への誘導」に該当しないことを明確化

明細書の無料発行の義務化

- 明細書の無料発行について、新たに 400床未満の病院を義務化の対象とする。(「正当な理由」を認めないこととする。) ※平成28年4月施行

在宅患者訪問診療の例①

グループホーム入居者9名

8日に患者③に臨時往診対応しターミナルへ移行 がん末期による3回／週の訪問診療を行う場合

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		
患者③ 臨時往診 がんターミナルへ		患者③ 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① 訪問診療 (同一建物以外) 患者③ 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)	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③ 訪問診療 (同一建物以外)		
22	23	24	25	26	27	28
患者⑥ 訪問診療 (同一建物以外) 患者③ 訪問診療 (同一建物以外)	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③ 訪問診療 (同一建物以外)	患者⑨ 訪問診療 (同一建物以外)	患者③ 訪問診療 (同一建物以外)		

末期の悪性腫瘍
は同一建物の患
者としてカウント
されない

※患者①－⑨すべての患者が、1度は訪問診療(同一建物以外)を算定しており、
高い管理料(同一建物以外)を算定可能である。

在宅患者訪問診療の例②

集合住宅入居者50名

月に2回の訪問で全患者を診療している場合

月	火	水	木	金	土	日
1	2	3	4	5	6	7
		①②③④⑤ ⑥⑦⑧⑨~~~④⑨⑤⑩ 訪問診療 (同一建物)				
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
		①②③④⑤ ⑥⑦⑧⑨~~~④⑨⑤⑩ 訪問診療 (同一建物)				
22	23	24	25	26	27	28

※患者①～⑤⑩すべての患者が、1度も訪問診療(同一建物以外)を算定していないので、
低い管理料(同一建物)を算定する。

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑦

在宅医療の適正化(訪問看護)①

- 同一日の同一建物の訪問看護については、2人目までは同一建物以外と同じ点数を算定するが、3人目以上の場合、1人目から同一建物の点数を算定する。

【現行】

【同一建物居住者訪問看護・指導料】

保健師、助産師又は看護師等による場合	
2人以上(1人目から)	
イ 週3日目まで	430点
ロ 週4日目以降	530点



【改定後】

【同一建物居住者訪問看護・指導料】

保健師、助産師又は看護師等による場合	
<u>3</u> 人以上(1人目から)	
イ 週3日目まで	<u>278</u> 点
ロ 週4日目以降	<u>328</u> 点

- 精神科訪問看護・指導料、訪問看護基本療養費、精神科訪問看護基本療養費についても同様の算定方法となる(個別の点数は異なる)。

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑧

在宅医療の適正化(訪問看護)②

▶ 同一建物における3人以上の患者に対して、同一日に訪問看護を行った場合の評価を引き下げる。

例. 保健師、助産師又は看護師による場合(週3日目まで)

現行

1人に対して訪問した場合

→ 在宅患者訪問看護・指導料



改定後

1人に対して訪問した場合

→ 在宅患者訪問看護・指導料



現行

同一建物に居住する2人に訪問した場合 → 同一建物居住者訪問看護・指導料
(同一日に2人以上)



改定後

同一建物に居住する2人に訪問した場合 → 同一建物居住者訪問看護・指導料
(同一日に2人)



現行

同一建物に居住する3人に訪問した場合 → 同一建物居住者訪問看護・指導料
(同一日に2人以上)



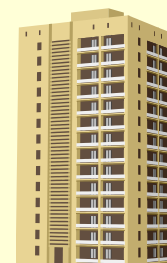
改定後

同一建物に居住する3人に訪問した場合 → 同一建物居住者訪問看護・指導料
(同一日に3人以上)



※日々の訪問について、訪問看護利用者の氏名・訪問場所・訪問時間・人数について記録し、保管しておくこと。

- 利用者等の求めに応じて、同じ建物に居住する他の利用者に対して緊急に訪問看護を実施し、結果として複数の同一建物居住者への訪問になった場合は、1人に対して訪問した場合の点数を算定する。
- 緊急に行われた訪問看護は、同日に既に行われている又は予定されている訪問看護の算定方法に影響を及ぼさない。
- 緊急に訪問する必要があった理由について明細書の特記事項に記載する。



在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑨

機能強化型訪問看護ステーションの評価①

➤ 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。

現行	改定後
1 月の初日の訪問の場合	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>
7,300円	(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)	2 月の2日目以降の訪問の場合(1日につき)
2,950円	(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⑩

機能強化型訪問看護ステーションの評価②

➤ 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。



24時間対応
(24時間対応体制加算の届出)



常勤看護職員

機能強化型訪問看護管理療養費1: 7人以上
機能強化型訪問看護管理療養費2: 5人以上

ターミナルケア

(ターミナルケア療養費、
ターミナルケア加算の算定数
の合計)



機能強化型訪問看護管理費1: 20以上/年
機能強化型訪問看護管理費2: 15以上/年

訪問看護ステーション

指定居宅介護支援事業所



連携

同一敷地内

看護職員

ケアマネジャー

休日・祝日等も含めた
計画的な訪問看護
の実施

重症度の高い患者の 受け入れ

(別表7※の利用者数)

機能強化型訪問看護管理費1: 10人以上/月
機能強化型訪問看護管理費2: 7人以上/月

居宅介護支援事業所 の設置(同一敷地内)

(介護サービス計画、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)

- 訪問看護ステーションの、特に医療的な管理が必要な利用者について、適切なタイミングで医療保険・介護保険の訪問看護が提供できる。
- ケアマネ事業所の利用者について、医療が必要となった際、ステーション看護師への相談や連携がよりスムーズに行える。

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

※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三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、ライゾゾーム病、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



在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑪

在宅患者訪問点滴注射管理指導料について

- 介護保険の訪問看護を受けている患者に対し点滴注射が必要になった場合にも、在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定できるように、対象者を拡大する。

現行

C005-2 在宅患者訪問点滴注射管理指導料 (1週に月60点)

・注 区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号C005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導を受けている患者又は指定訪問看護事業者（健康保険法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者をいう。）から訪問看護を受けている患者であって、当該患者に対する診療を行う保険医療機関の保険医の診療に基づき、週3日以上点滴注射を行う必要を認めたものについて、訪問を行う看護師に対して、点滴注射に際し留意すべき事項等を記載した文書を交付して、必要な管理指導を行った場合に、患者1人につき週1回に限り算定する。

改定後

C005-2 在宅患者訪問点滴注射管理指導料 (1週に月60点)

・注 区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号C005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導を受けている患者又は指定訪問看護事業者（健康保険法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者、[介護保険法に規定する訪問看護を提供する事業者](#)※）から訪問看護を受けている患者であって、当該患者に対する診療を行う保険医療機関の保険医の診療に基づき、週3日以上点滴注射を行う必要を認めたものについて、訪問を行う看護師に対して、点滴注射に際し留意すべき事項等を記載した文書を交付して、必要な管理指導を行った場合に、患者1人につき週1回に限り算定する。



※介護保険法に規定する訪問看護を提供する事業者

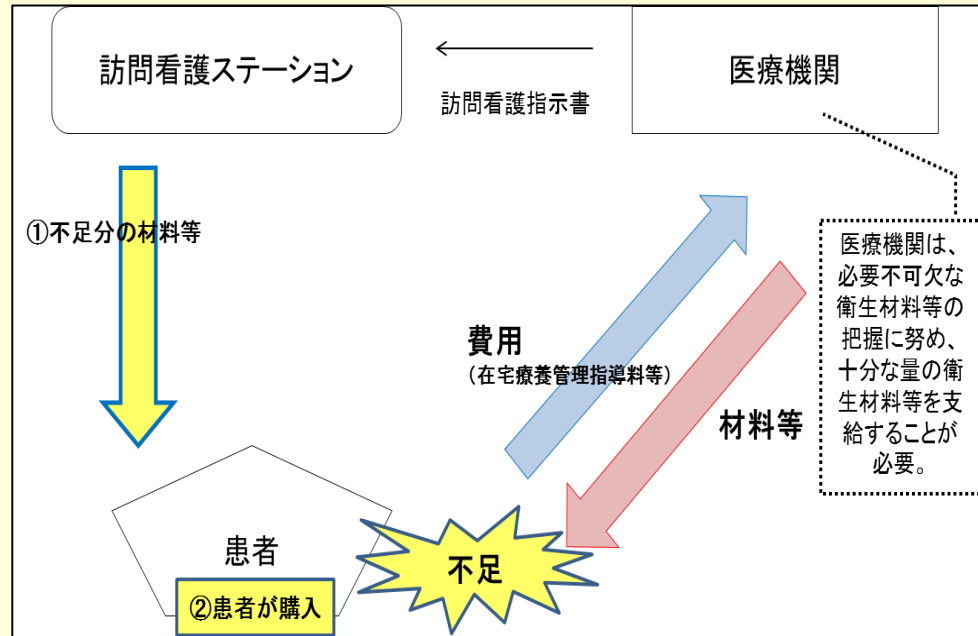
訪問看護事業所、介護予防訪問看護事業所、複合型サービス事業所、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所（一体型）

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑫

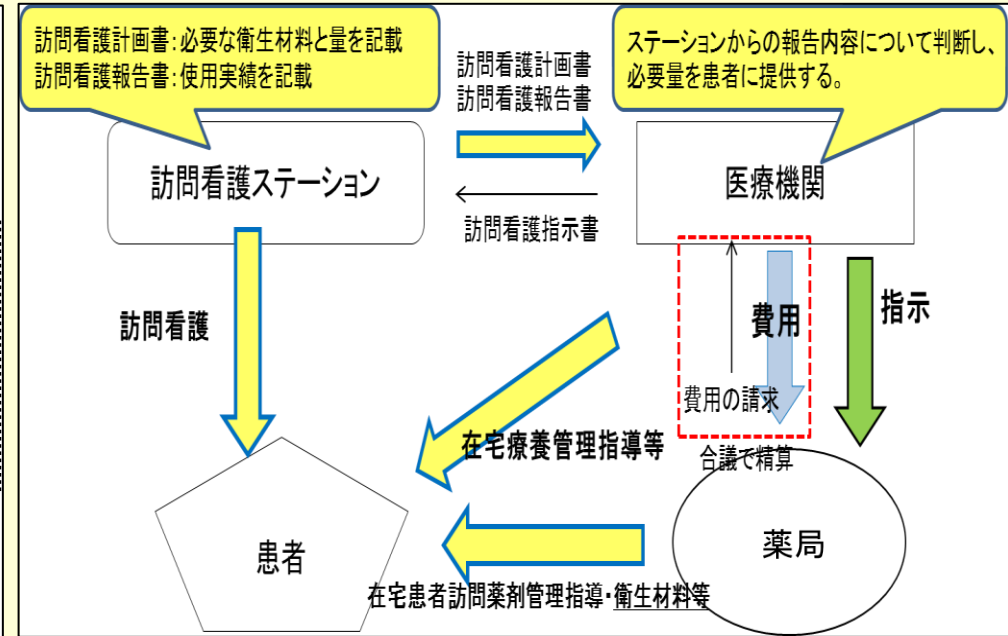
在宅における衛生材料の供給体制について

- 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。

【現行】



【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。

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑬

在宅における褥瘡対策の推進

- 在宅における褥瘡対策を推進するため、訪問看護利用者に対して褥瘡のリスク評価の実施等を訪問看護管理療養費の算定要件とし、褥瘡患者数等の報告を求める。

現行

【訪問看護管理療養費】

[算定要件]
(新設)



改定後

【訪問看護管理療養費】

[算定要件]

褥瘡に関する危険因子の評価を行い、褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者については、適切な褥瘡対策の看護計画の作成、実施及び評価を行うこと。なお、褥瘡アセスメントの記録については参考様式を踏まえて記録すること。

[記載事項の報告]

褥瘡患者数等について、毎年7月1日に報告を行うこと。

入院基本料にある褥瘡対策同様に、訪問看護利用開始時、褥瘡発生時に危険因子の評価を行うことを明記する。

褥瘡対策に関する診療計画書

氏名 _____ 性別 _____ (男/女) 計画作成日 _____

明・大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 生 _____ 歳

記入担当者名 _____

褥瘡の有無

1. 現在	なし	あり	(仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部 その他 ())	褥瘡発生日 _____
2. 過去	なし	あり	(仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部 その他 ())	

日常生活自立度	J (1, 2) A (1, 2) B (1, 2) C (1, 2)	対処
危険因子の評価	基本的動作能力 (ベッド上 自力体位変換) (イス上 坐位姿勢の保持、除圧)	できる できない できる できない
	病的骨突出	なし あり
	関節拘縮	なし あり
	栄養状態低下	なし あり
	皮膚湿潤 (多汗、尿失禁、便失禁)	なし あり
	浮腫 (局所以外の部位)	なし あり
深さ	(0)なし (1)持続する発赤 (2)真皮までの損傷 (3)皮下組織までの損傷 (4)皮下組織を越える損傷 (5)関節腔、体腔にいた (6)深さ判定不能の場合	看護計画
滲出液	(0)なし (1)少量：毎日の交換を要しない (2)中等量：1日1回の交換 (3)多量：1日2回以上の交換	
大きさ (cm ²) 長径×長径に直行する最大径	(0)皮膚損傷なし (3)4未満 (6)4以上6未満 (8)16以上36未満 (9)36以上64未満 (12)64以上100未満 (15)100以上	
炎症・感染	(0)局所の炎症徴候なし (1)局所の炎症徴候あり (2)局所の明らかな感染 (3)局所の明らかな感染 (4)全身的影響あり (発熱、発赤、腫脹、熱感、疼痛、悪臭)	
肉芽形成 良性肉芽が占める割合	(0)創閉鎖 (1)創面の90%以上を占める (2)創面の90%以上を占める (3)創面の50%以上を占める (4)創面10%以上50%未満を占める (5)創面の10%未満を占める (6)全く形成されていない	
壊死組織	(0)なし (3)柔らかい壊死組織あり (6)硬く厚く密着した壊死組織あり	
ポケット (cm ²) (ポケットの長径×長径に直行する最大径)×潰瘍面積	(0)なし (6)4未満 (9)4以上16未満 (12)16以上36未満 (24)36以上	

留意する項目	計画の内容
圧迫、ズレ力の排除 (体位変換、体圧分散器具、頭部挙上方法、車椅子姿勢保持等)	ベッド上 イス上
スキンケア	
栄養状態改善	
リハビリテーション	

(記載上の注意)

- 日常生活自立度の判定に当たっては「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について(平成3年11月18日 厚生省大臣官房老人保険福祉部長通知 老健第102-2号)を参照のこと。
- 日常生活自立度がJ1～A2である利用者又は入所者については、当該計画書の作成を要しないものであること。

様式例として示すが、実際は、必要な内容を訪問看護記録に記載すれば良いこととする。

訪問看護ステーションにおける褥瘡対策の報告のイメージ

在宅における褥瘡対策の推進

※毎年7月に褥瘡対策の実施状況について報告する。

訪問看護管理療養費の算定に係る褥瘡対策の実施について

(1) 褥瘡対策の実施状況（報告月の前月の初日における実績・状況）

① 訪問看護ステーション全利用者数（報告月の前月の初日の時点の利用者数）		名
② ①のうち、d1以上の褥瘡を保有している利用者数		名
③ ②のうち、訪問看護開始時に既に褥瘡を有していた利用者数		名
④ ②のうち、訪問看護利用中に新たに褥瘡が発生した利用者数		名
⑤ 褥瘡の重症度	訪問看護利用開始時の褥瘡 （③の利用者の訪問看護開始時の状況）	訪問看護利用中に発生した褥瘡 （④の利用者の発見時の状況）
d1	名	名
d2	名	名
D3	名	名
D4	名	名
D5	名	名
DU	名	名

①訪問看護ステーションの全利用者数：

報告月の前月の初日の時点で訪問看護ステーションを利用している全利用者数を記載（当該日の利用開始者は含めないが、当該日の利用終了者は含める。）

② d 1 以上の褥瘡を保有していた利用者数（褥瘡保有者数）：

①の利用者数のうち、DESIGN-R分類 d 1 以上を有する利用者数を記載。
（1名の利用者が複数の褥瘡を有していても、利用者数1名として数える。）

③利用開始時既に褥瘡を保有していた利用者数（開始時褥瘡保有者数）：

②の利用者のうち、訪問看護開始時に、DESIGN-R分類 d 1 以上を有する利用者数を記載。
（1名の利用者が複数の褥瘡を有していても、利用者数1名として数える。）

④訪問看護利用中に新たに褥瘡が発生した利用者数

②の褥瘡保有者数から③の開始時褥瘡利用者数を減じた数を記載。

⑤褥瘡の重症度（DESIGN-R分類）：

③の開始時褥瘡保有者については、訪問看護開始時の褥瘡の重症度を記載。④の訪問看護利用中に新たに褥瘡が発生した患者については、発生時の褥瘡の重症度を記載。

医療機関における褥瘡対策の報告様式のイメージ

医療機関における褥瘡対策の推進

報告様式

※毎年7月に褥瘡対策の実施状況について報告する。

褥瘡対策の実施状況（報告月の前月の初日における実績・状況）		
① 入院患者数（報告月の前月の初日の入院患者数）		名
② ①のうち、 <u>d 1以上</u> の褥瘡を有していた患者数		名
③ ②のうち、 <u>入院時に既に褥瘡を有していた患者数</u>		名
④ ②のうち、 <u>入院中に新たに褥瘡が発生した患者数</u>		名
⑤ 体圧分散マットレス等に関する体制の整備状況		
⑥ 褥瘡の重症度	入院時の褥瘡（③の患者の入院時の状況）	院内発生した褥瘡（④の患者の発見時の状況）
<u>d 1</u>	名	名
<u>d 2</u>	名	名
<u>D 3</u>	名	名
<u>D 4</u>	名	名
<u>D 5</u>	名	名
<u>D U</u>	名	名

①入院患者数：

届出月の前月の初日の入院患者数を記載。
（当該日の入院または入院予定患者は含めないが、当該日の退院または退院予定患者は含める。）

②d 1以上の褥瘡を保有していた患者数（褥瘡有病者数）：

①の患者のうち、DESIGN-R分類 d 1以上を有する患者数を記載。
（1名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者1名として数える。）

③入院時既に褥瘡を保有していた患者数（入院時褥瘡保有者数）：

②の患者のうち、入院時に、DESIGN-R分類 d 1以上を有する患者数を記載。
（1名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者数1名として数える。）

④新たに入院中に褥瘡が発生した患者数：

②の褥瘡保有者数から③の入院時褥瘡保有者数を減じた数を記載。

⑥褥瘡の重症度：

③の入院時褥瘡保有者については、入院時の褥瘡の重症度を記載。④の入院中に新たに褥瘡が発生した患者については、発生時の重症度を記載。

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑭

在宅における褥瘡対策の推進

- 多職種から構成される在宅褥瘡対策チームが、褥瘡ハイリスク患者であって既にDESIGN分類d 2以上の褥瘡がある患者に対し、カンファレンスと定期的なケア等を実施した場合に評価を行う。

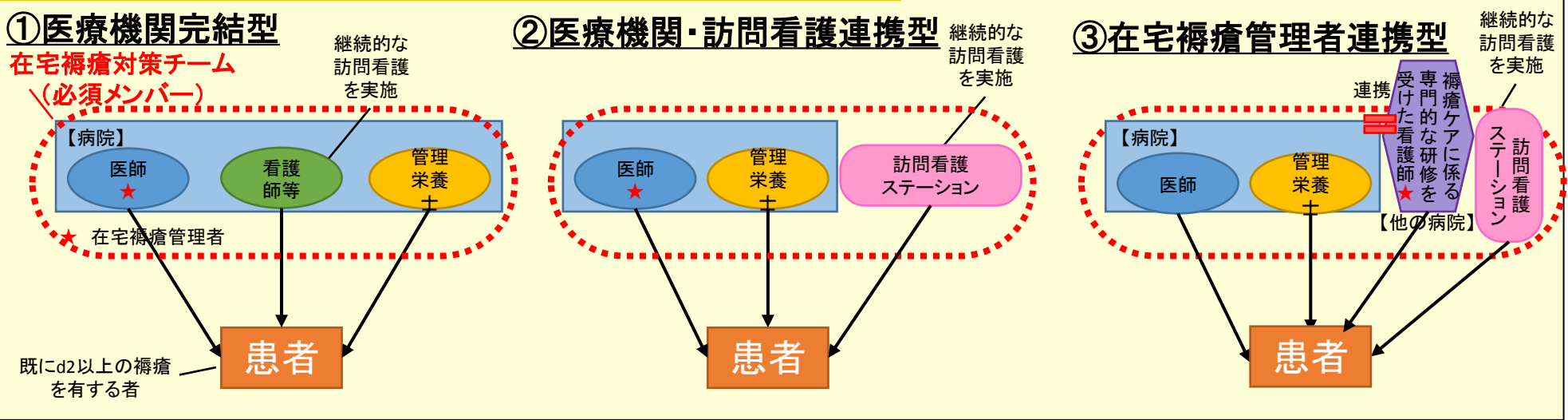
(新) 在宅患者訪問褥瘡管理指導料 **750点**

[算定要件]

- ① 当該保険医療機関に以下の3名から構成される在宅褥瘡対策チームが設置されていること。
 - ア 常勤医師 イ 保健師、助産師、看護師、又は、准看護師 ウ 常勤管理栄養士（診療所は非常勤でも可）
 - ※ 当該保険医療機関の医師と管理栄養士が、当該患者に対して継続的に訪問看護を行う訪問看護ステーションの看護師と連携して在宅褥瘡対策を行う場合、及び、褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修を修了した看護師等（准看護師を除く。）を在宅褥瘡管理者とする場合に限り、在宅褥瘡対策チームの構成員とすることができる。
- ② 在宅褥瘡対策チームのア又はイ（准看護師を除く。）のいずれか1名以上については、以下のいずれの要件も満たす 在宅褥瘡管理者 であること。
 - ア 5年以上医師又は看護師として医療に従事し、褥瘡対策について1年以上の経験を有する者
 - イ 在宅褥瘡ケアに係る所定の研修を修了している者
 - ※ 褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修を修了した看護師については、在宅褥瘡管理者とすることができる。
 - ※ 学会等が実施する在宅褥瘡管理のための専門的な知識、技術を有する医師、看護師等の養成を目的とした6時間以上を要する講義及び褥瘡予防・管理ガイドラインに準拠した予防、治療、ケアの実施に関する症例報告5事例以上の演習を含む研修であり、当該学会等より修了証が交付される研修であること。
 - ※ 在宅褥瘡管理者については、平成26年9月30日までは、イの研修を修了していないものであっても要件を満たすものとみなす。
- ③ 在宅褥瘡対策チームは、以下の内容を実施すること。
 - ア 初回訪問時に、在宅褥瘡管理者を含む在宅褥瘡対策チームの構成員が患家に一堂に介し、褥瘡の重症度やリスク因子についてのアセスメントを行い、褥瘡の指導管理方針について、カンファレンスを実施し、在宅褥瘡診療計画を立案する。
 - イ 在宅褥瘡対策チームの各構成員は、月1回以上、計画に基づき、適切な指導管理を行い、その結果について情報共有する。
 - ウ 初回訪問後3月以内に、褥瘡の改善状況、在宅褥瘡診療計画に基づく指導管理の評価及び、必要に応じて見直しのためのカンファレンスを行う。
 - ※ 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、2回目の評価カンファレンスを実施できる。
- ④ 1年間のケアの実績を報告する。

在宅褥瘡対策チームによる実施体制のイメージ

実施体制(例)



<在宅褥瘡対策チームの構成員>

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

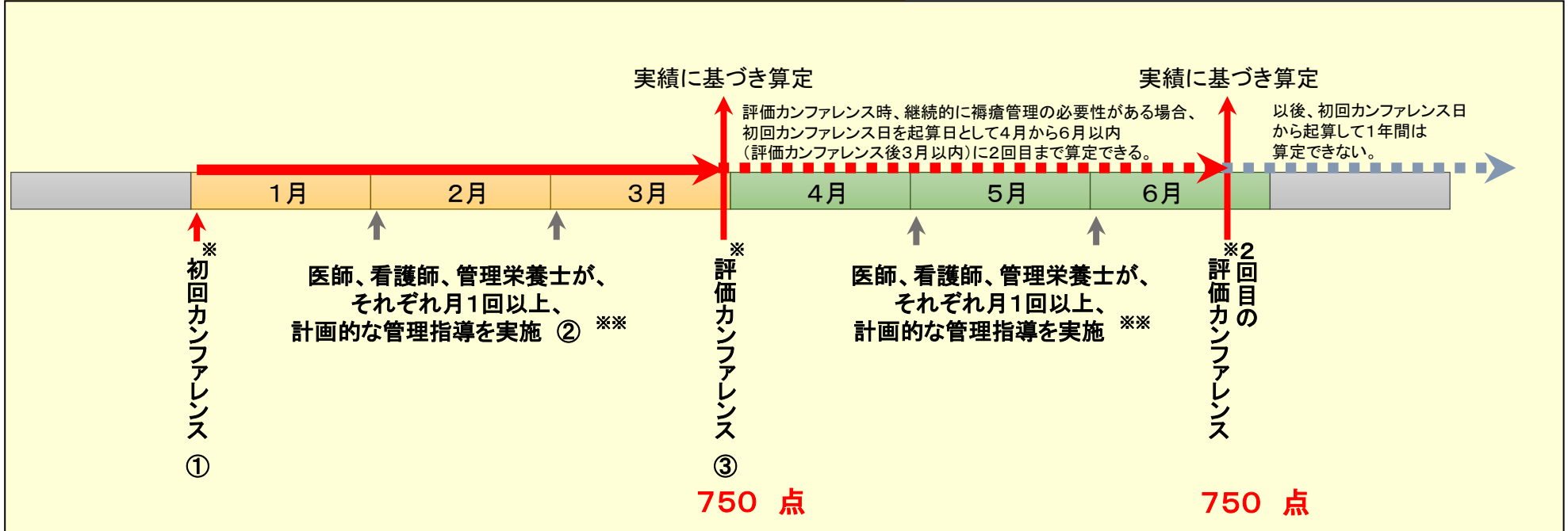
上記のうち、医師又は看護師等(准看護師を除く)のいずれか1名以上は在宅褥瘡管理者であること。
 ただし、当該保険医療機関、連携する訪問看護ステーションのいずれにも褥瘡管理者として適切な者がいない場合については、在宅褥瘡対策チームに当該保険医療機関以外の褥瘡ケアに係る専門的な研修を修了した看護師を加えることが可能。

<在宅褥瘡管理者>★ ①又は②の者

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

在宅褥瘡対策チームによる実施内容

実施内容



下記の①～③を実施した場合に、当該指導料を算定することができる。

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

※ カンファレンス実施日において、当該カンファレンスとは別に継続的に実施している訪問診療、訪問看護、訪問栄養指導を行う必要がある場合に限り、在宅患者訪問診療料、在宅患者訪問看護・指導料等について、同一日に算定することができる。

※※ 各職種の月1回以上の管理指導については、別に継続的に実施している訪問診療等において行う。訪問栄養指導の対象ではない場合等で当該管理指導のみを目的した訪問を行う場合については、当該管理指導料に含まれているものとする。

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑮

在宅自己注射指導管理料の見直し

- 在宅自己注射指導管理料について、指導内容を明確化し1月の注射回数に応じて点数を設定する。また、導入初期について別に加算を行う。

現行
在宅自己注射指導管理料 820点



改定後	
月3回以下	<u>100点(改)</u>
月4回以上	<u>190点(改)</u>
月8回以上	<u>290点(改)</u>
月28回以上	<u>810点(改)</u>

(新) 導入初期加算 500点

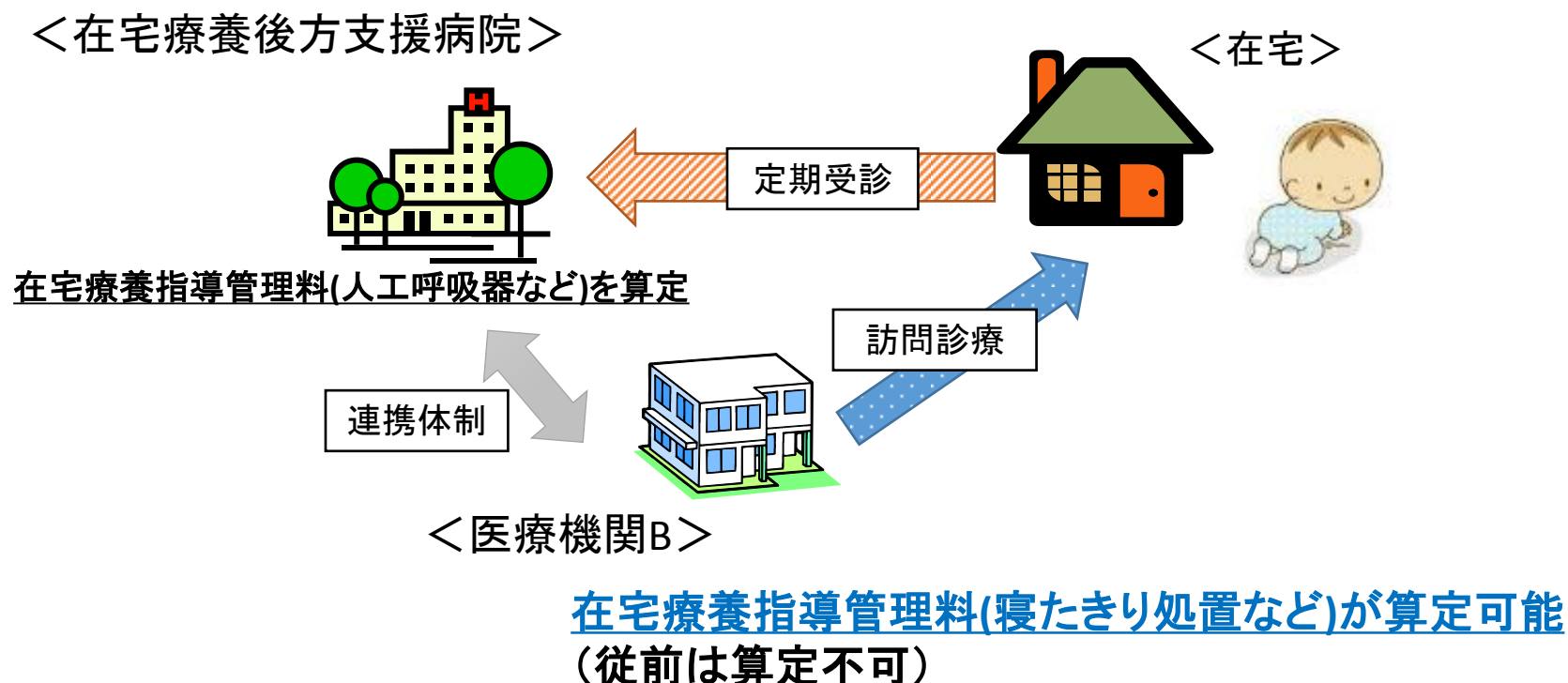
[算定要件]

- ① 在宅自己注射の導入前には、入院又は週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。

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑬

小児在宅医療における在宅療養指導管理料の見直し

- 人工呼吸器を装着している小児等の在宅療養で算定する在宅療養指導管理料について、在宅療養を担う医療機関と後方支援等を担う医療機関で異なる管理を行う場合、それぞれで算定できるよう見直しを行う。



在宅歯科医療の推進等

在宅歯科医療の推進等

- 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

(新) 在宅かかりつけ歯科診療所加算 100点 (歯科訪問診療1の加算)

[施設基準] 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。

- 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)

・在支診又は在支病の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があり、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の評価

- 歯科訪問診療2の見直し及び歯科訪問診療3の新設等

(現 行)				(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】		

※改定後の点数は消費税対応分を含む

在宅薬剤管理指導業務の一層の推進

<在宅患者訪問薬剤管理指導料の見直し>

- ◆ 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、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。

【現行】

在宅患者訪問薬剤管理指導料1 (同一建物以外)	500点
在宅患者訪問薬剤管理指導料2 (同一建物)	350点



【改定後】

在宅患者訪問薬剤管理指導料1 (同一建物以外)	<u>650点</u>
在宅患者訪問薬剤管理指導料2 (同一建物)	<u>300点</u>

- ◆ また、在宅不適切事例を踏まえ、「薬局の求められる機能とあるべき姿」（厚生労働科学研究費補助金事業）において「薬剤師1人につき、1日当たりの患者数を適切な人数までとするべき」とされていることから、**保険薬剤師1人につき1日に5回に限り算定すること**を要件とする。

<在宅患者訪問薬剤管理指導の要件統一>

- ◆ チーム医療の一つとして、薬剤師による一層の在宅患者訪問薬剤管理指導が求められていることを踏まえて、診療報酬と調剤報酬の在宅患者訪問薬剤管理指導の算定要件を揃える。