

中医協 総-2

29.11.10

在宅医療(その3)

平成29年11月10日

在宅医療(その3)

- 1 医療と介護の連携
- 2 在宅医療
- 3 在宅歯科医療
- 4 在宅薬剤管理

1 医療と介護の連携

- (1)併設する介護施設入居者等への診療
- (2)医療機関とケアマネジャーとの連携
- (3)看取り

併設する介護施設入居者等への診療

高齢者向け住まいの概要

	①サービス付き 高齢者向け住宅	②有料老人ホーム	③養護老人ホーム	④軽費老人ホーム	⑤認知症高齢者 グループホーム
根拠法	高齢者住まい法第5条	老人福祉法第29条	老人福祉法第20条の4	社会福祉法第65条 老人福祉法第20条の6	老人福祉法第5条の2 第6項
基本的性格	高齢者のための住居	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	低所得高齢者のための住居	認知症高齢者のための共同生活住居
定義	高齢者向けの賃貸住宅又は料老人ホーム、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	入所者を養護し、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	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
介護保険法上の類型	なし ※外部サービスを活用	特定施設入居者生活介護			認知症対応型 共同生活介護
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)	地方公共団体 社会福祉法人	地方公共団体 社会福祉法人 知事許可を受けた法人	限定なし (営利法人中心)
対象者	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	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	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	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。)
1人当たり面積	25m ² など	13m ² (参考値)	10.65m ²	21.6m ² (単身) 31.9m ² (夫婦) など	7.43m ²
件数※	6,342棟(H28.9末)	11,739件(H28.6末)	957件(H27.10)	2,264件(H27.10)	13,114件(H28.10)
	特定施設入居者生活介護(地域密着型・短期利用を含む)の指定を受けている施設: 5,148件(H28.10)				
定員数※	206,929戸 (H28.9末)	457,918人(H28.6末)	64,313人(H27.10)	93,712人(H27.10)	193,400人(H28.10)
	特定施設入居者生活介護(予防・地域密着型・短期利用を含む)を受けている利用者数: 220.4千人(H28.10)				
補助制度等	整備費への助成	なし	なし	定員29人以下:整備費等への助成	

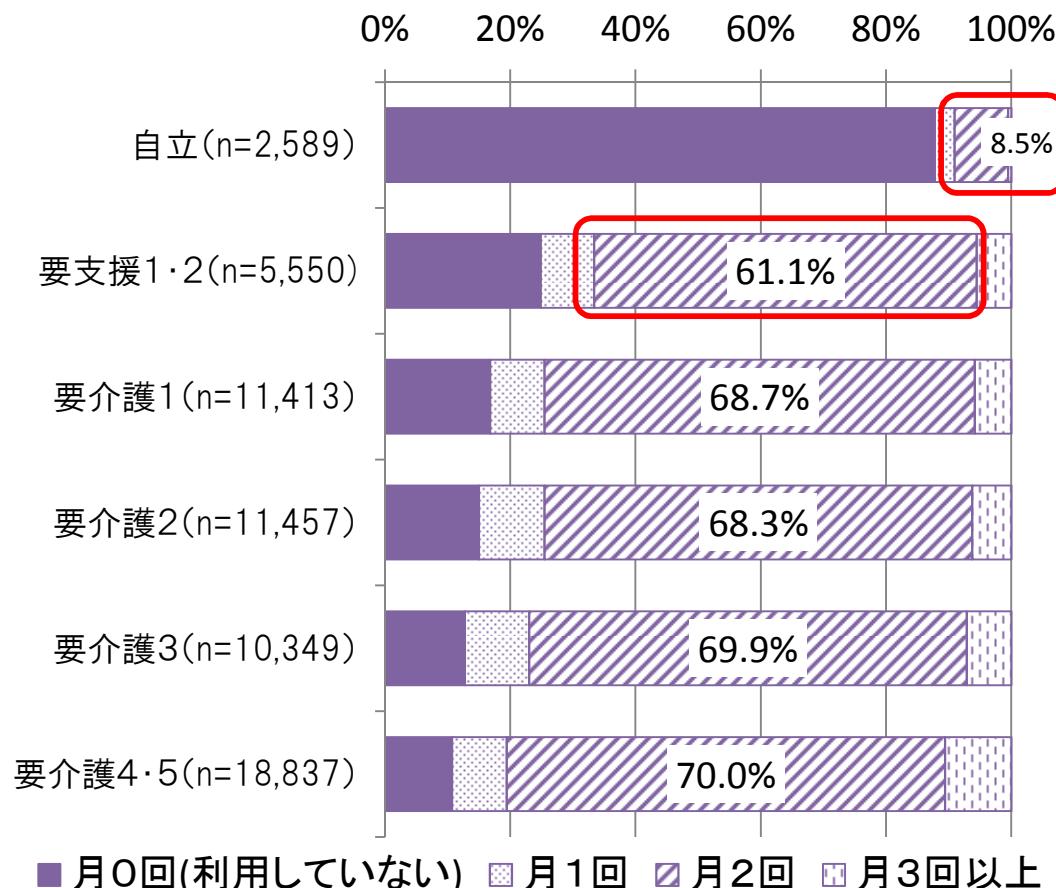
※ : ①→サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム調べ、②→厚生労働省老健局調べ、③・④→社会福祉党調査、⑤、特定施設→介護給付費等実態調査（「定員数」の値については受給者数）

特定施設等の入居者における訪問診療の受診状況

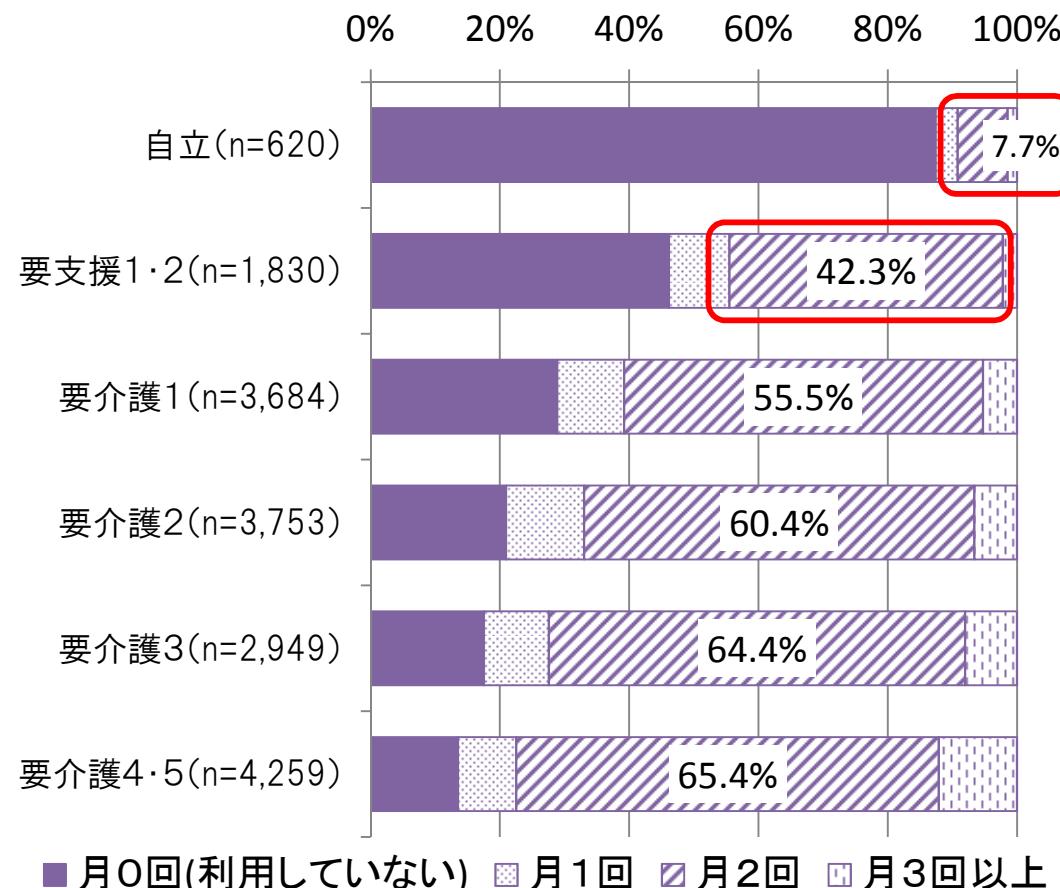
○ 要介護度別の訪問診療の受診状況を見ると、

- ・ 有料老人ホームでは、要介護度が自立の入居者の9%、要支援の入居者の61%が月2回の訪問診療を受診していた。
- ・ サ高住では、要介護度が自立の入居者の8%、要支援の入居者の42%が月2回の訪問診療を受診していた。

<有料老人ホーム入居者の訪問診療の受診状況>

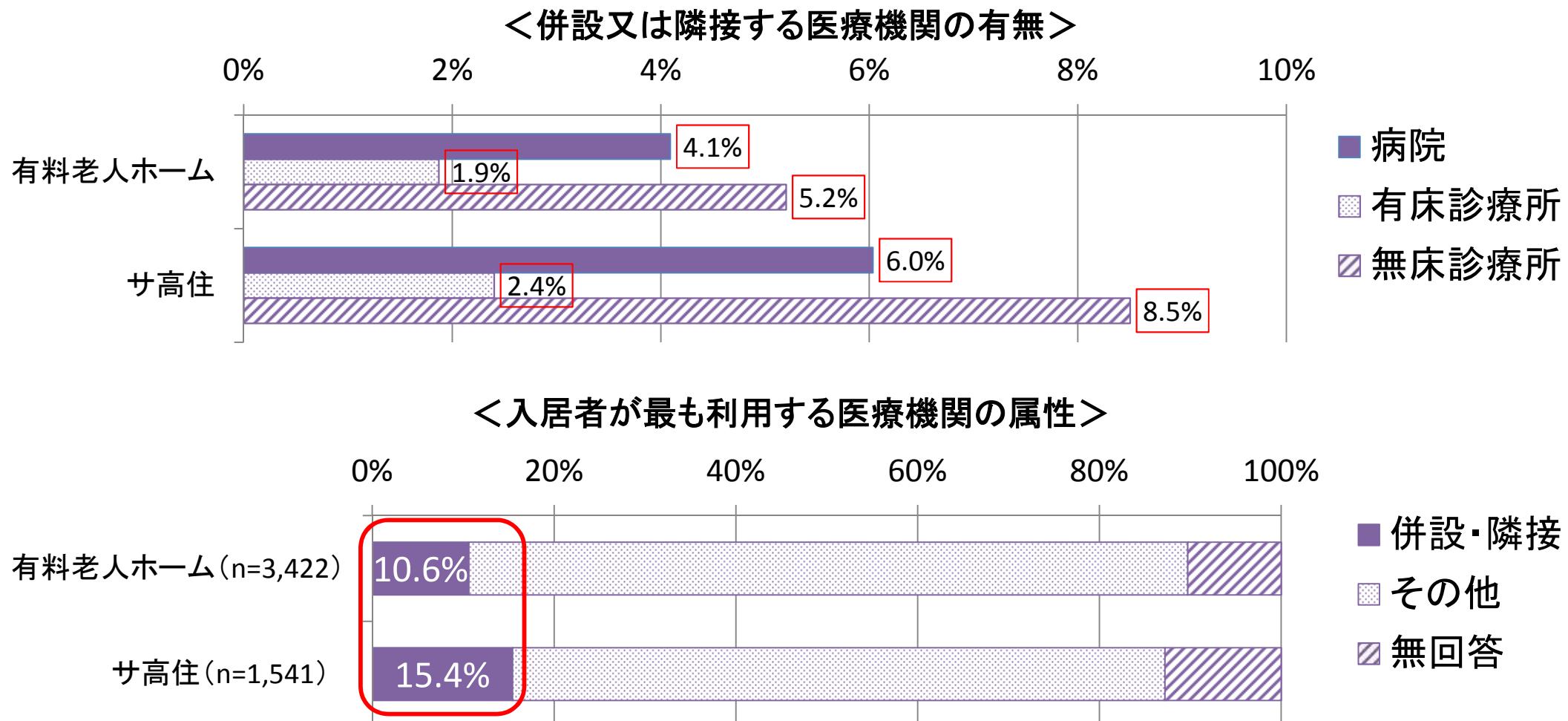


<サ高住入居者の訪問診療の受診状況>



特定施設等における医療機関の併設・隣接の状況

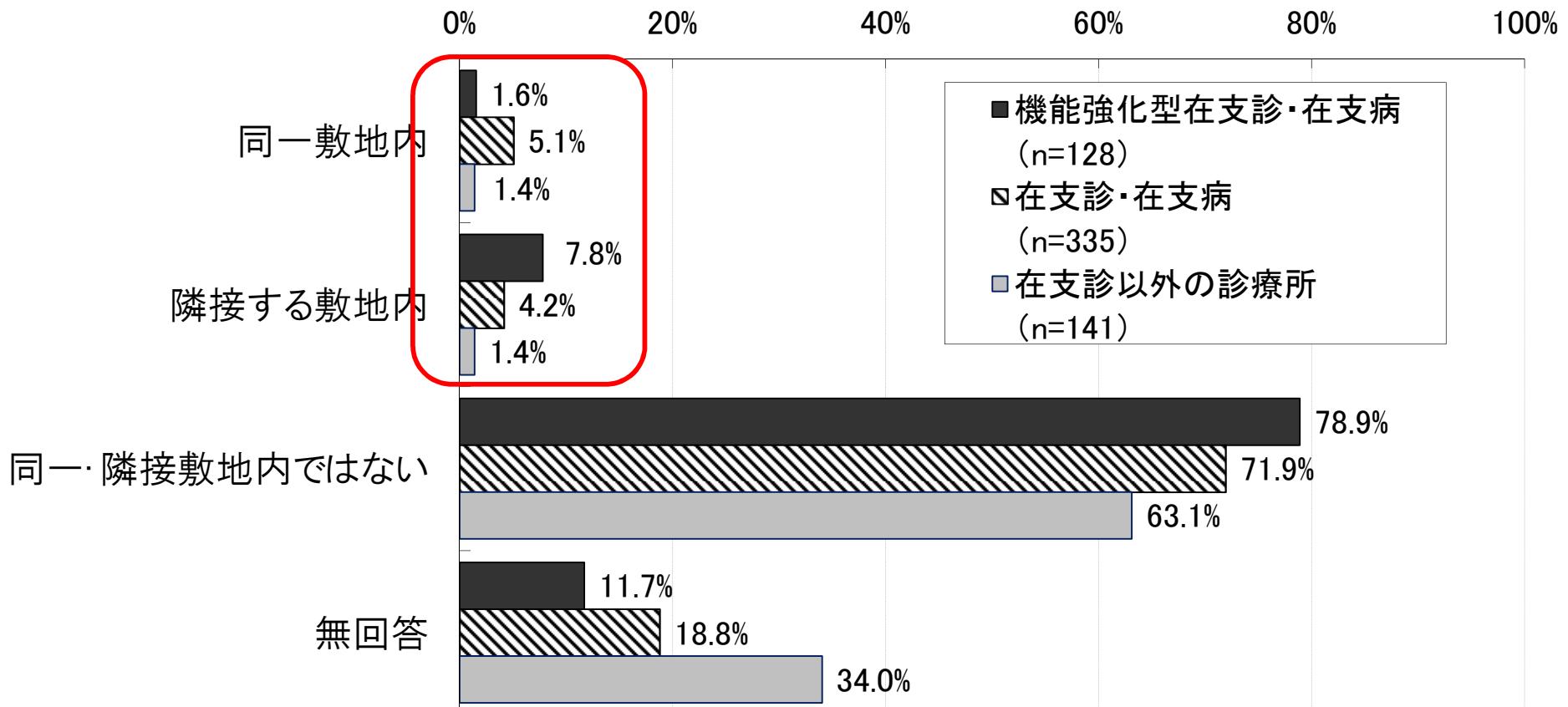
- 有料老人ホームの11%、サービス付き高齢者住宅(サ高住)の17%に、併設又は隣接する医療機関があった。
- 入居者が最も利用する医療機関について、有料老人ホームのうち11%、サ高住の15%が併設又は隣接の医療機関と回答した。



訪問診療を提供する患者の居住先の状況

- 訪問診療を提供する患者のうち、最も近い患者の居住先をみると、機能強化型在支診・在支病の9%、在支診・在支病の9%が、医療機関と同一敷地内又は隣接する敷地内に位置していた。

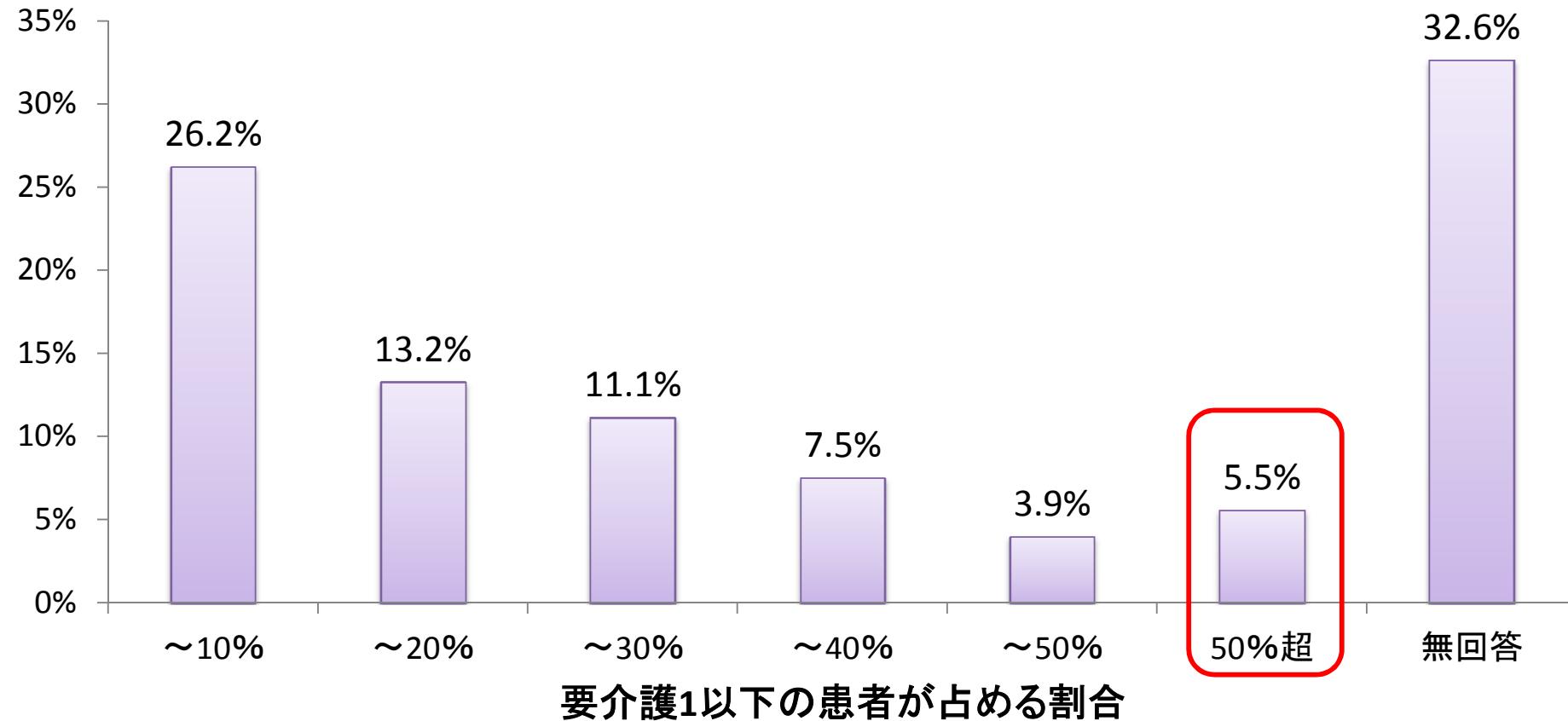
<最も近い患者の居住先と医療機関の位置関係>



訪問診療を提供する患者の要介護度の状況

- 訪問診療を受ける患者のうち、要介護1以下(要介護1、要支援又は自立)の患者が割合が50%を超える医療機関が6%程度あった。

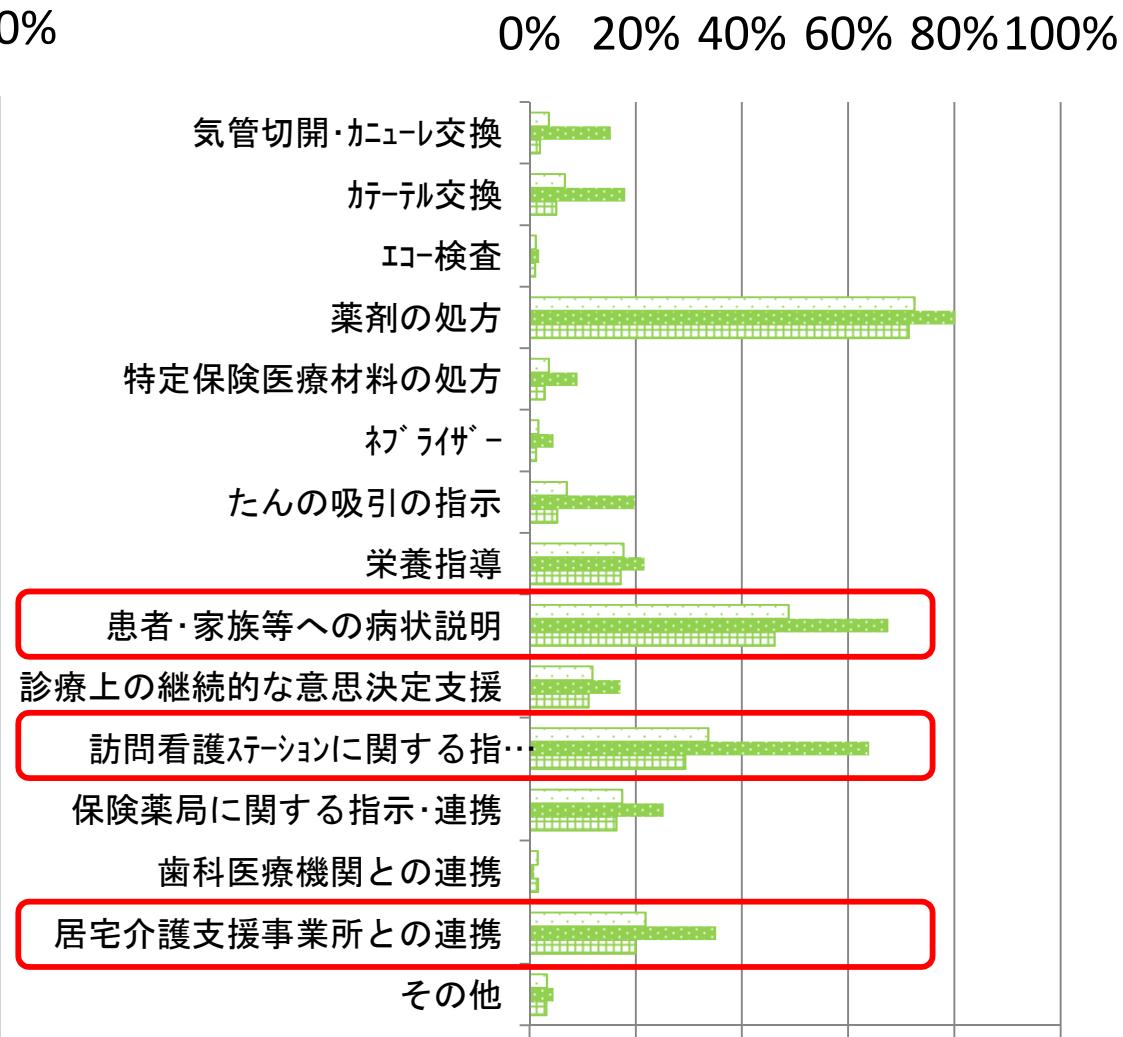
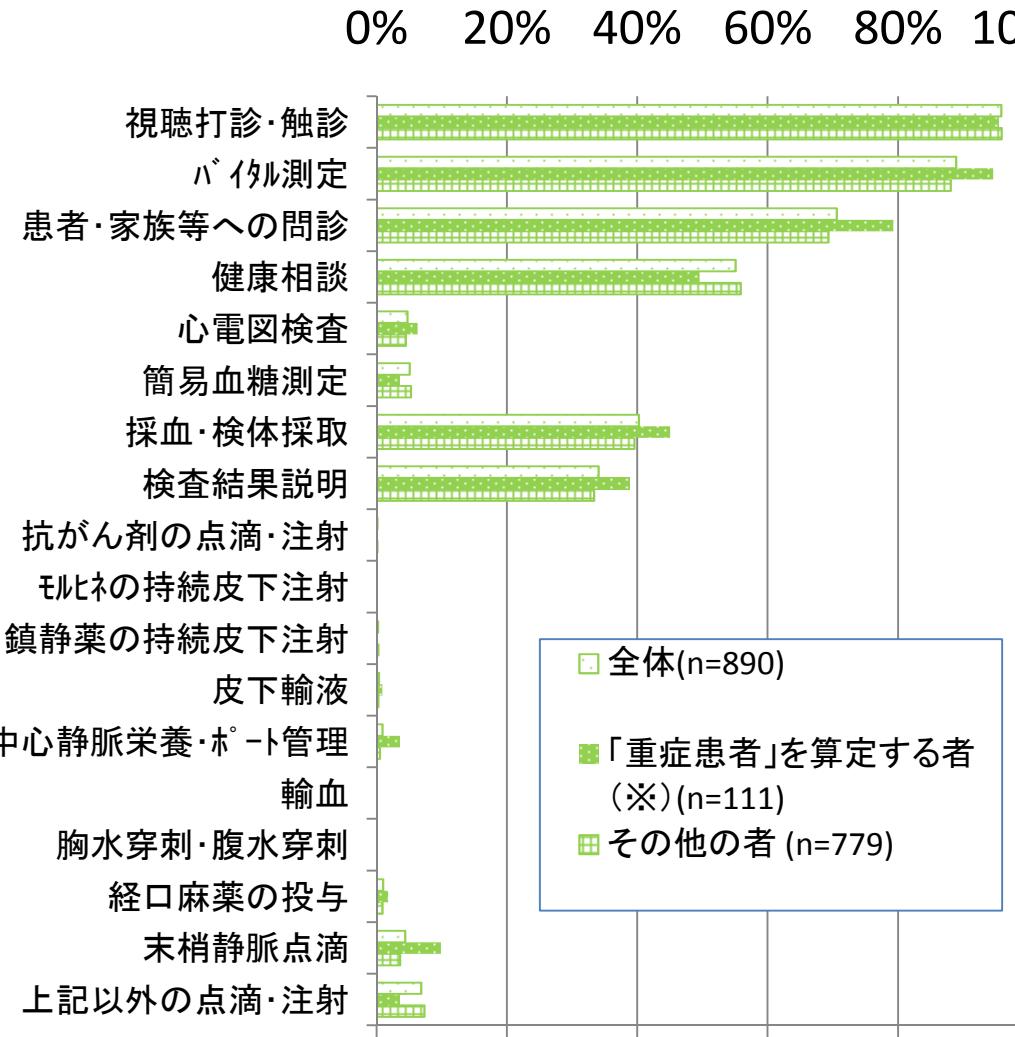
＜要介護1以下の患者が占める割合別の医療機関の分布(n=764)＞



- 直近1ヶ月間で訪問診療時に医師が実施した診療内容等では、「視聴打診・触診」「バイタル測定」「問診」「薬剤の処方」と回答した割合が多かった。
- 「『重症患者』を算定する者(※)」については、それ以外の患者に比べ、「患者・家族等への病状説明」「訪問看護ステーションに関する指示」「居宅介護支援事業所との連携」と回答した割合が多かった。

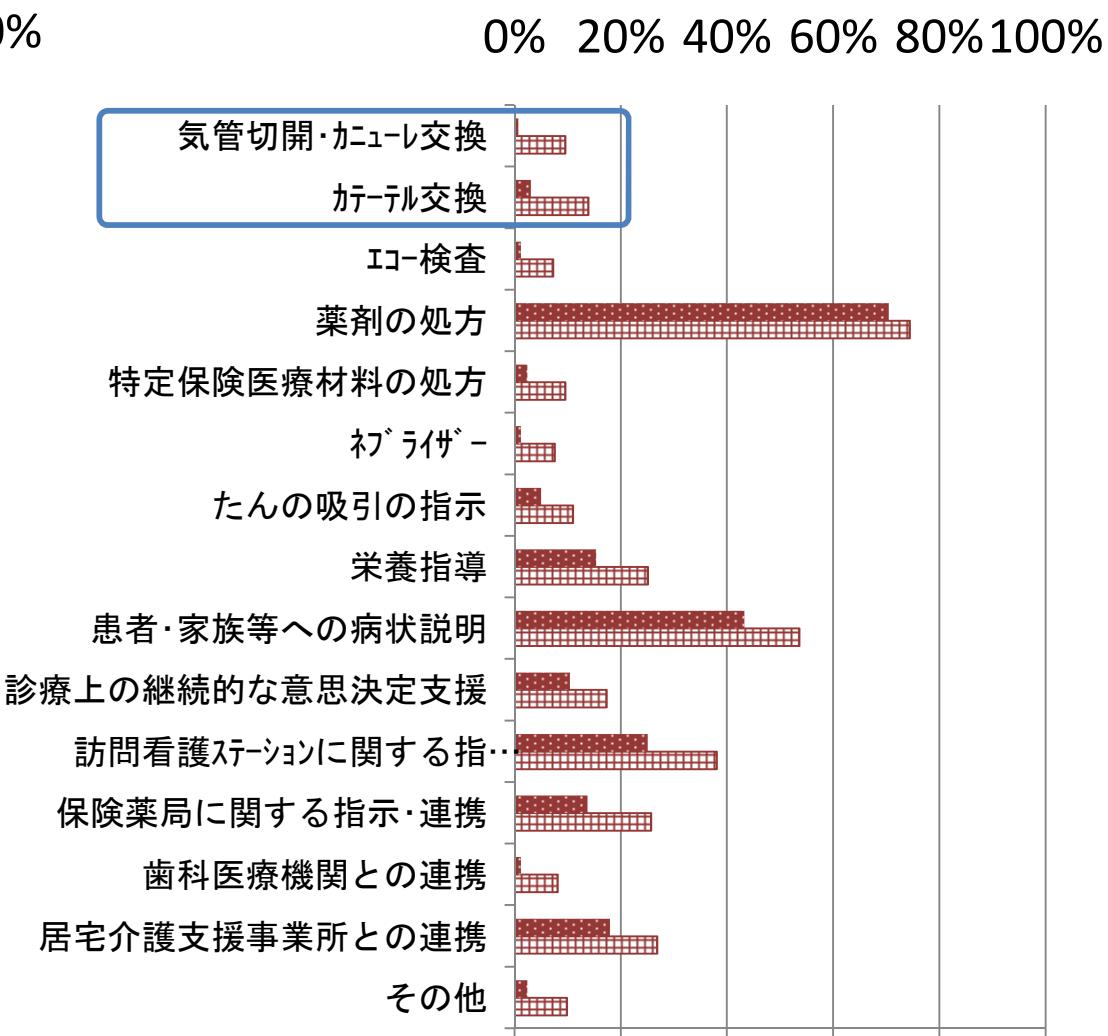
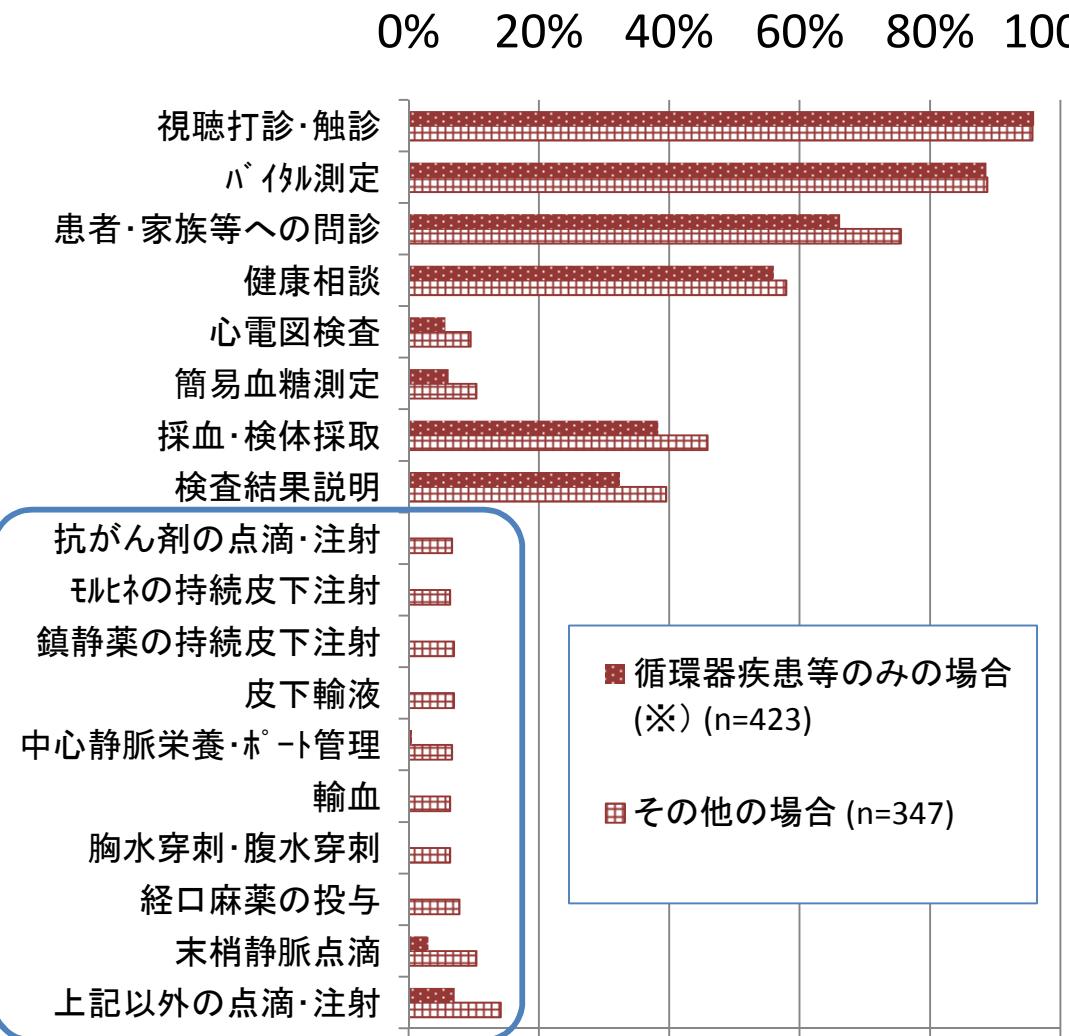
(※)重症患者を対象とした在総管・施設総管を算定する患者

直近1ヶ月間に医師が実施した診療内容等(複数回答)



- 直近1ヶ月間で訪問診療時に医師が実施した診療内容等について、循環器疾患等のみを有する患者(※)は、それ以外の患者に比べ、点滴や注射、カテーテル交換などの医療処置に関する項目で、回答した割合が少なかった。

(※)訪問診療の対象疾患が「循環器疾患」「脳血管疾患」「認知症」「糖尿病」「骨折・筋骨格系疾患」のみの場合



在宅医療における診療報酬上の評価構造（イメージ）（平成28年度～）

- 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い。

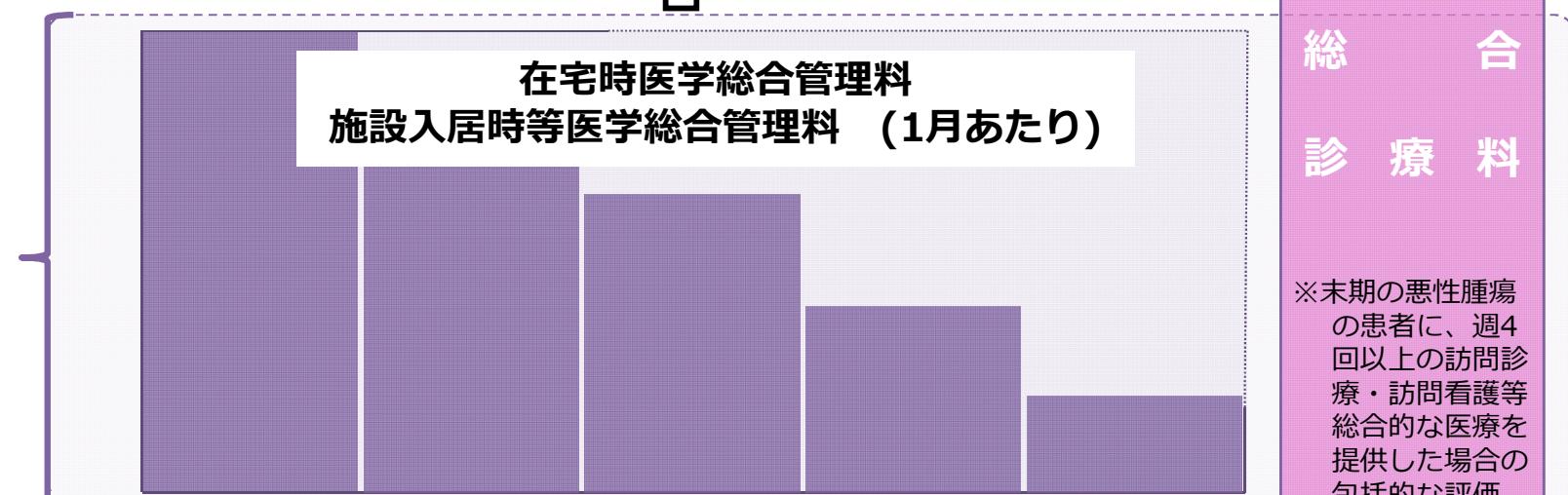
①定期的に訪問して診療を行った場合の評価

- 居住場所により段階的に評価
- 乳幼児等の診療、看取り等については、加算により評価
- 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

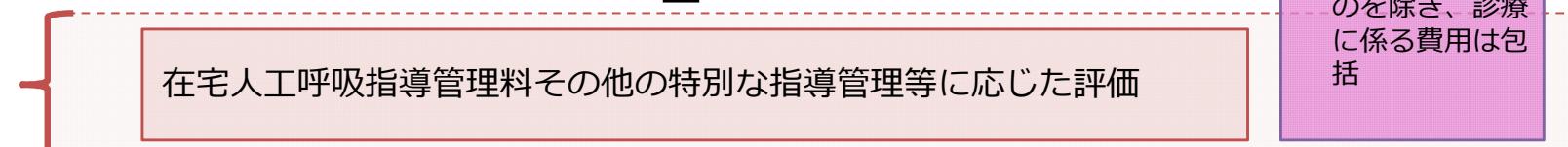


②総合的な医学的管理等を行った場合の評価

- 単一建物診療患者数、重症度及び月の訪問回数により段階的に評価
- 特別な指導管理を必要とし、頻回の診療を行った場合等は加算により評価



③指導管理等に対する評価



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。

在宅患者訪問診療料（平成28年度～）

在宅患者訪問 診療料(1日につき)	同一建物居住者以外の場合	833点
	同一建物居住者の場合	203点

在宅ターミナルケア加算 在宅で死亡した患者に死亡日 から2週間以内に2回以上の訪 問診療等を実施した場合に算 定	機能強化型在支診・在支病		機能強化型以外の 在支診・在支病	その他の 医療機関
	有床診・在支病	無床診		
	6,000点	5,000点	4,000点	3,000点
+在宅緩和ケア充実診 療所・病院加算	7,000点	6,000点		
+在宅療養実績加算1			4,750点	
+在宅療養実績加算2			4,500点	

看取り加算 在宅で患者を看取った場合に算定	3,000点
死亡診断加算 患家で死亡診断を行った場合に算定	200点

■他の加算■

○乳幼児加算・幼児加算 400点

○診療時間に応じた加算 診療時間が1時間超の場合に100点／30分を加算

在宅時医学総合管理料（平成28年度～）



①機能強化型在支診(病床あり) 機能強化型在支病

診 療 单 一 建 物 患 者	月2回以上訪問		月1回 訪問
	重症患者	重症患者 以外	
	1人	5,400点	
2~9人	4,500点	2,500点	1,500点
10人 以上	2,880点	1,300点	780点

②機能強化型在支診(病床なし) 機能強化型在支病

診 療 单 一 建 物 患 者	月2回以上訪問		月1回 訪問
	重症患者	重症患者 以外	
	1人	5,000点	
2~9人	4,140点	2,300点	1,380点
10人 以上	2,640点	1,200点	720点

③ ①②以外の在支診・在支病

診 療 单 一 建 物 患 者	月2回以上訪問		月1回 訪問
	重症患者	重症患者 以外	
	1人	4,600点	
2~9人	3,780点	2,100点	1,260点
10人 以上	2,400点	1,100点	660点

④ その他の保険医療機関

診 療 单 一 建 物 患 者	月2回以上訪問		月1回 訪問
	重症患者	重症患者 以外	
	1人	3,450点	
2~9人	2,835点	1,575点	945点
10人 以上	1,800点	850点	510点

施設入居時等医学総合管理料（平成28年度～）



①機能強化型在支診(病床あり)

機能強化型在支病

診療単一建物患者	月2回以上訪問		月1回訪問
	重症患者	重症患者以外	
1人	3,900点	3,300点	1,980点
2～9人	3,240点	1,800点	1,080点
10人以上	2,880点	1,300点	780点

②機能強化型在支診(病床なし)

機能強化型在支病

診療単一建物患者	月2回以上訪問		月1回訪問
	重症患者	重症患者以外	
1人	3,600点	3,000点	1,800点
2～9人	2,970点	1,650点	990点
10人以上	2,640点	1,200点	720点

③ ①②以外の在支診・在支病

診療単一建物患者	月2回以上訪問		月1回訪問
	重症患者	重症患者以外	
1人	3,300点	2,700点	1,620点
2～9人	2,700点	1,500点	900点
10人以上	2,400点	1,100点	660点

④ その他の保険医療機関

診療単一建物患者	月2回以上訪問		月1回訪問
	重症患者	重症患者以外	
1人	2,450点	2,050点	1,230点
2～9人	2,025点	1,125点	675点
10人以上	1,800点	850点	510点

在宅療養支援診療所（在支診）の施設基準の概要（平成28年度～）

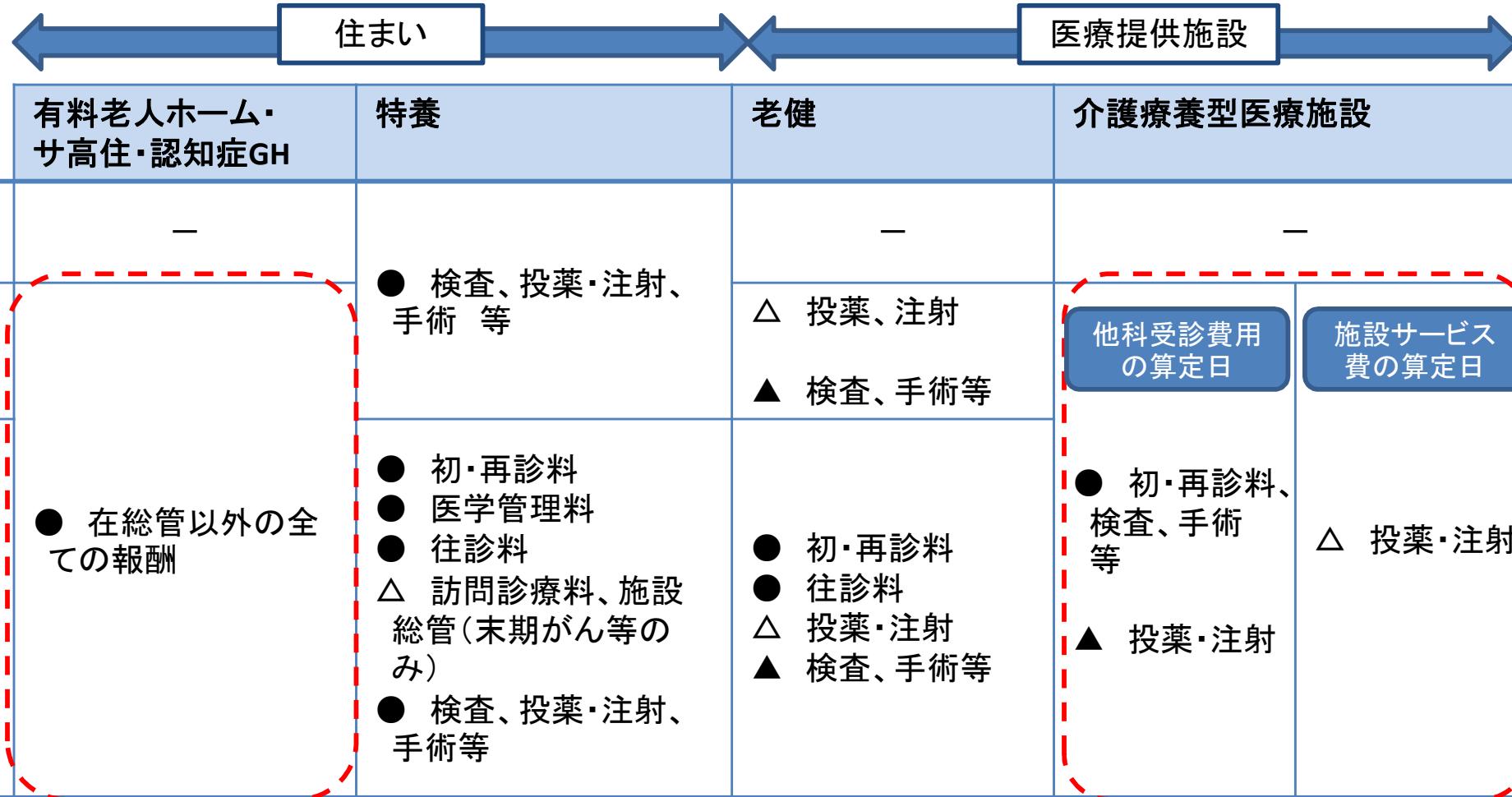
	機能強化型在支診		在支診
	単独型	連携型	
全ての在支診 が満たすべき 基準		① 24時間連絡を受ける体制の確保 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している	
機能強化型在 支診が満たす べき基準	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上	
	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 10件以上	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 連携内で10件以上・各医療機関で4件以上	
	⑨ 過去1年間の看取りの実績又は 超・準超重症児の医学管理の実績 のいずれか 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	

※「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。

- (1) 許可病床200床未満であること又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと
- (2) 往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること

介護施設等の入居者等が算定可能な診療報酬

- 有料老人ホーム等については、医療機関と施設の位置関係によらず、基本的に全ての診療報酬が算定できる。
- 介護療養型医療施設については、算定する介護報酬によって給付調整の範囲が異なる。



●:算定可能 ▲:ほぼ全て算定可能(一部算定不可) △:ほぼ全て算定不可(一部算定可能)

(注)特養については、配置医以外の保険医の診療に係る請求は、緊急の場合又は配置医の専門外の場合に限られる。

慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービス提供類型（イメージ）

医療機関
(医療療養病床
20対1)

医療機能を内包した施設系サービス

患者像に併せて柔軟な人員配置、財源設定等
ができるよう、2つのパターンを提示。

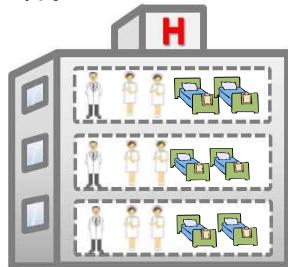
介護医療院

既存サービス
の組合せ

医療を外から提供する、 居住スペースと医療機関の併設

● 医療機能の集約化等により、20対1病床や診療所に転換。
● 残りスペースを居住スペースに。

- 医療区分ⅡⅢを中心とする者。
- 医療の必要性が高い者。



- 人工呼吸器や中心静脈栄養などの医療
- 24時間の看取り・ターミナルケア
- 当直体制(夜間・休日の対応)
- 介護ニーズは問わない

新(案1-1)

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。
- 医療の必要性が比較的高く、容体が急変するリスクがある者。



- 喀痰吸引や経管栄養を中心とした日常的・継続的な医学管理
- 24時間の看取り・ターミナルケア
- 当直体制(夜間・休日の対応)又はオンコール体制
- 高い介護ニーズに対応

▶実際に想定される
医療機関との
組み合わせ例



新(案1-2)

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。
- 医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者。



- 多様なニーズに対応する日常的な医学管理
- オンコール体制による看取り・ターミナルケア
- 多様な介護ニーズに対応

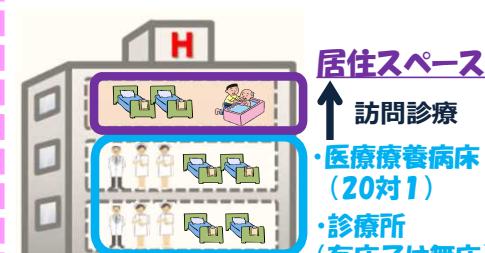
▶実際に想定される
医療機関との
組み合わせ例



新(案2)

医療機関
に併設

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。
- 医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者。



今後の人口減少を見据え、病床を削減。
スタッフを居住スペースに配置換え等し、
病院又は診療所(有床、無床)として
経営を維持。

- 多様なニーズに対応する日常的な医学管理
- 併設する病院・診療所からのオンコール体制による看取り・ターミナルケア
- 多様な介護ニーズに対応

現行の
特定施設入居
者生活介護

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。
- 医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者。



十
診療所等

- 医療は外部の病院・診療所から提供

- 多様な介護ニーズに対応

(注) 新案1-1、1-2及び2において、移行を促進する観点から、個別の類型としての基準の緩和について併せて検討することも考えられる。

※ 介護保険施設等への転換を行う場合は、介護保険事業計画の計画値の範囲内となることに留意が必要。

- 平成29年度末に設置期限を迎える介護療養病床等については、現在、これらの病床が果たしている機能に着目し、今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応、各地域での地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域の実情等に応じた柔軟性を確保した上で、その機能を維持・確保していく。

		介護医療院												
		(I) (II)												
基本的性格	要介護高齢者の <u>長期療養・生活施設</u>													
設置根拠 (法律)	<p>介護保険法</p> <p>※ <u>生活施設としての機能重視</u>を明確化。</p> <p>※ 医療は提供するため、医療法の医療提供施設にする。</p>													
主な利用者像	重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者 等 (療養機能強化型A・B相当)	左記と比べて、容体は比較的安定した者												
施設基準 (最低基準)	<p><u>介護療養病床相当</u></p> <p>(参考 : 現行の介護療養病床の基準)</p> <table border="1"> <tr> <td>医師</td> <td>48対1(3人以上)</td> </tr> <tr> <td>看護</td> <td>6対1</td> </tr> <tr> <td>介護</td> <td>6対1</td> </tr> </table> <p>※ 医療機関に併設される場合、人員配置基準の弾力化を検討。</p> <p>※ 介護報酬については、主な利用者像等を勘案し、適切に設定。具体的には、介護給付費分科会において検討。</p>	医師	48対1(3人以上)	看護	6対1	介護	6対1	<p><u>老健施設相当以上</u></p> <p>(参考 : 現行の老健施設の基準)</p> <table border="1"> <tr> <td>医師</td> <td>100対1(1人以上)</td> </tr> <tr> <td>看護</td> <td>3対1</td> </tr> <tr> <td>介護</td> <td>※ うち看護2/7程度</td> </tr> </table>	医師	100対1(1人以上)	看護	3対1	介護	※ うち看護2/7程度
医師	48対1(3人以上)													
看護	6対1													
介護	6対1													
医師	100対1(1人以上)													
看護	3対1													
介護	※ うち看護2/7程度													
面積	<p><u>老健施設相当 (8.0 m²/床)</u></p> <p>※ 多床室の場合でも、家具やパーテーション等による間仕切りの設置など、プライバシーに配慮した療養環境の整備を検討。</p>													
低所得者への配慮 (法律)	補足給付の対象													

- 経営者の多様な選択肢を用意する観点から、居住スペースと医療機関の併設型を選択する場合の特例、要件緩和等を設ける。

医療外付け型（居住スペースと医療機関の併設）

設置根拠 (法律)	<p>✓ 医療機関 ⇒ 医療法 ✓ 居住スペース ⇒ 介護保険法・老人福祉法</p> <p>※ 居住スペースは、特定施設入居者生活介護の指定を受ける有料老人ホーム等を想定（介護サービスは内包）</p>
主な利用者像	医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者
施設基準 (居住スペース)	<p>(参考：現行の特定施設入居者生活介護の基準)</p> <p>医師 基準なし 看護 3対1 ※ 看護職員は、利用者30人までは1人、 介護 30人を超える場合は、50人ごとに1人</p> <p>※ 医療機関部分は、算定する診療報酬による。</p>
面積 (居住スペース)	<p>(参考：現行の有料老人ホームの基準)</p> <p>個室で13.0 m²／室以上</p> <p>※ 既存の建築物を転用する場合、個室であれば面積基準なし</p>

考えられる要件緩和、留意点等

- ✓ 居住スペース部分の基準については、経過措置等をあわせて検討。
- ✓ 医療機関併設型の場合、併設医療機関からの医師の往診等により夜間・休日の対応を行うことが可能。

併設する介護施設入居者等への診療に関する課題と論点(案)

【課題】

(併設する介護施設入居者等の訪問診療の状況)

- ・有料老人ホームでは要介護度が自立の入居者の9%、要支援の入居者の61%が月2回の訪問診療を受けていた。
- ・併設・隣接する介護施設入居者等への訪問診療の実施状況をみると、特定施設等で訪問診療を受けている入居者が最も利用する医療機関をみると、併設・隣接している医療機関との回答が、1割以上であった。
- ・訪問診療を受ける患者の要介護度の状況を見ると、要介護1以下(要介護1、要支援又は自立)の患者が占める割合が50%を超える医療機関が6%程度あった。

(介護施設の類型別の診療報酬上の評価)

- ・有料老人ホーム等については、特別養護老人ホームや老人保健施設と異なり、併設医療機関を受診した場合も、初・再診料等の算定が可能となっている。
- ・介護報酬では、新たな施設類型として介護医療院が創設される予定であり、その施設基準については、現行の介護療養型医療施設や介護老人保健施設の要件を参考に検討されている。

【論点(案)】



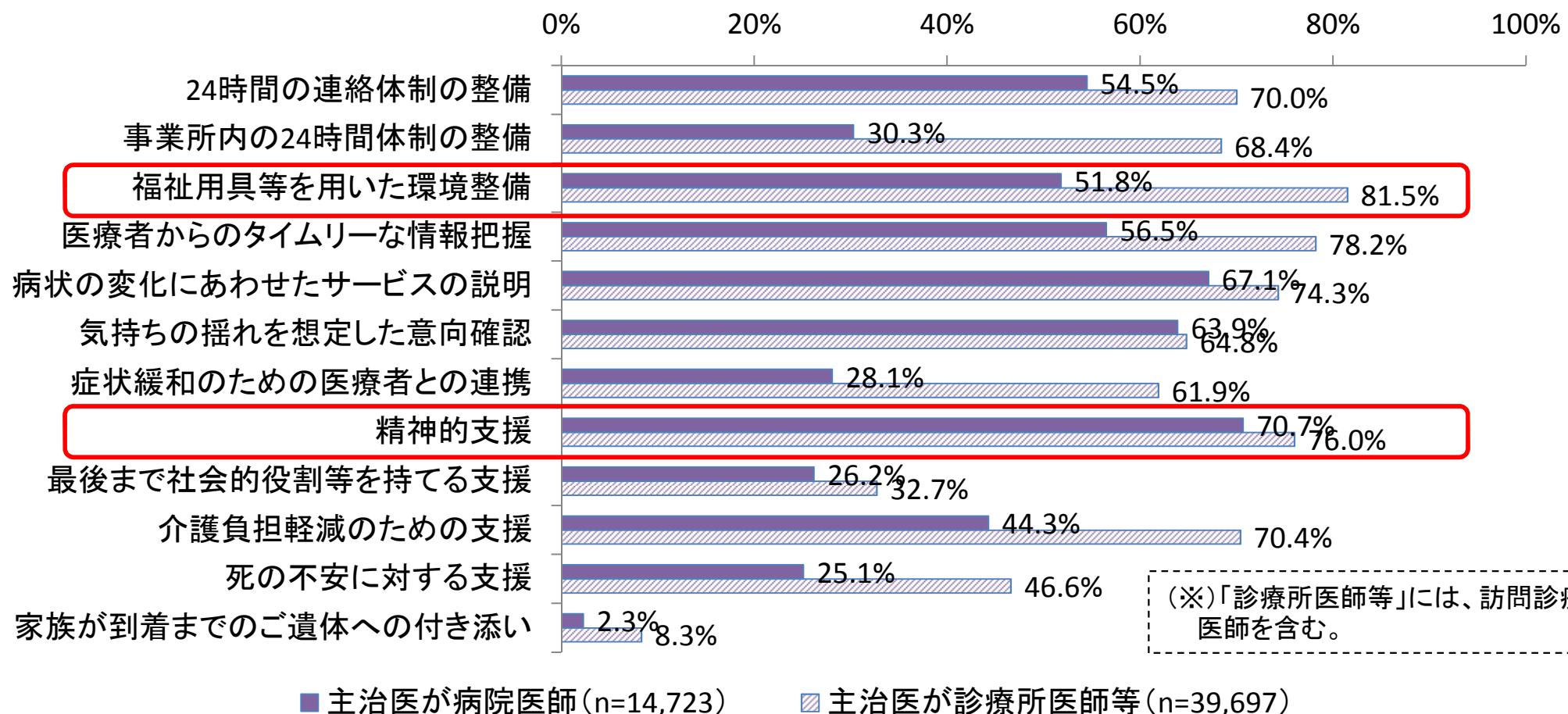
- 併設する有料老人ホーム等の入居者等を訪問診療する場合、実態としては、外来診療と訪問診療の中間的な取扱いとなることから、こうした患者への医学管理に係る評価を、新たに設けてはどうか。
- 介護医療院については、入所者として想定されている患者の状態や医療ニーズを踏まえつつ、介護療養型医療施設や介護老人保健施設における取扱いを参考に、医療保険と介護保険に係る給付調整の取扱いを整理してはどうか。

医療機関とケアマネジャーとの連携

医療機関とケアマネジャーの連携に関する課題①

- 看取りに向けてケアマネジャーが行った支援については、主治医が診療所医師等の場合に「福祉用具等を用いた環境整備」「精神的支援」について80%程度が実施していた。

＜ケアマネジャーが看取りに対応するために行つた支援（主治医の属性別）＞

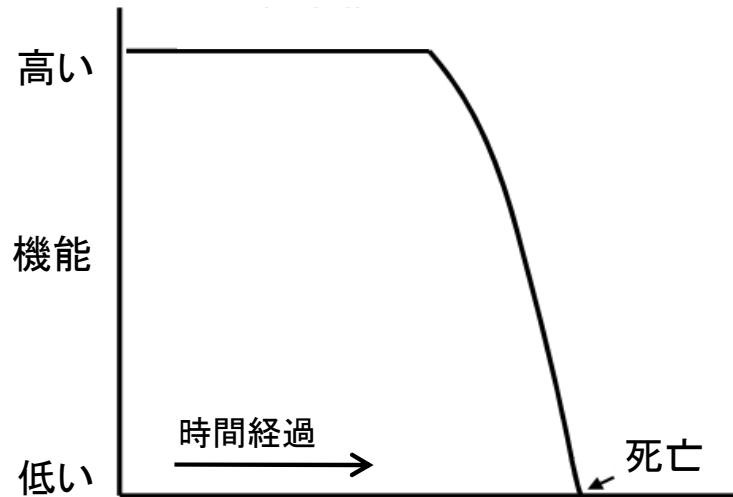


出典: 平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成28年度調査)

「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業 報告書」

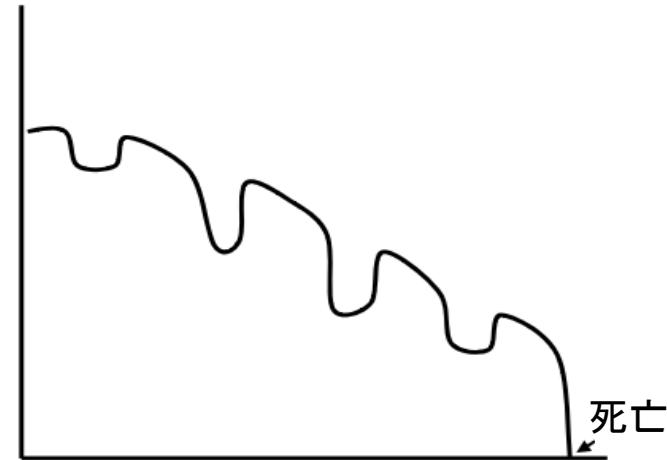
疾患群別の予後経過

- がん等の患者については、死亡の1～2ヶ月前に急速に状態が変化するとされている。



がん等

比較的長い間機能は保たれる。
最後の2か月くらいで急速に機能が低下する。



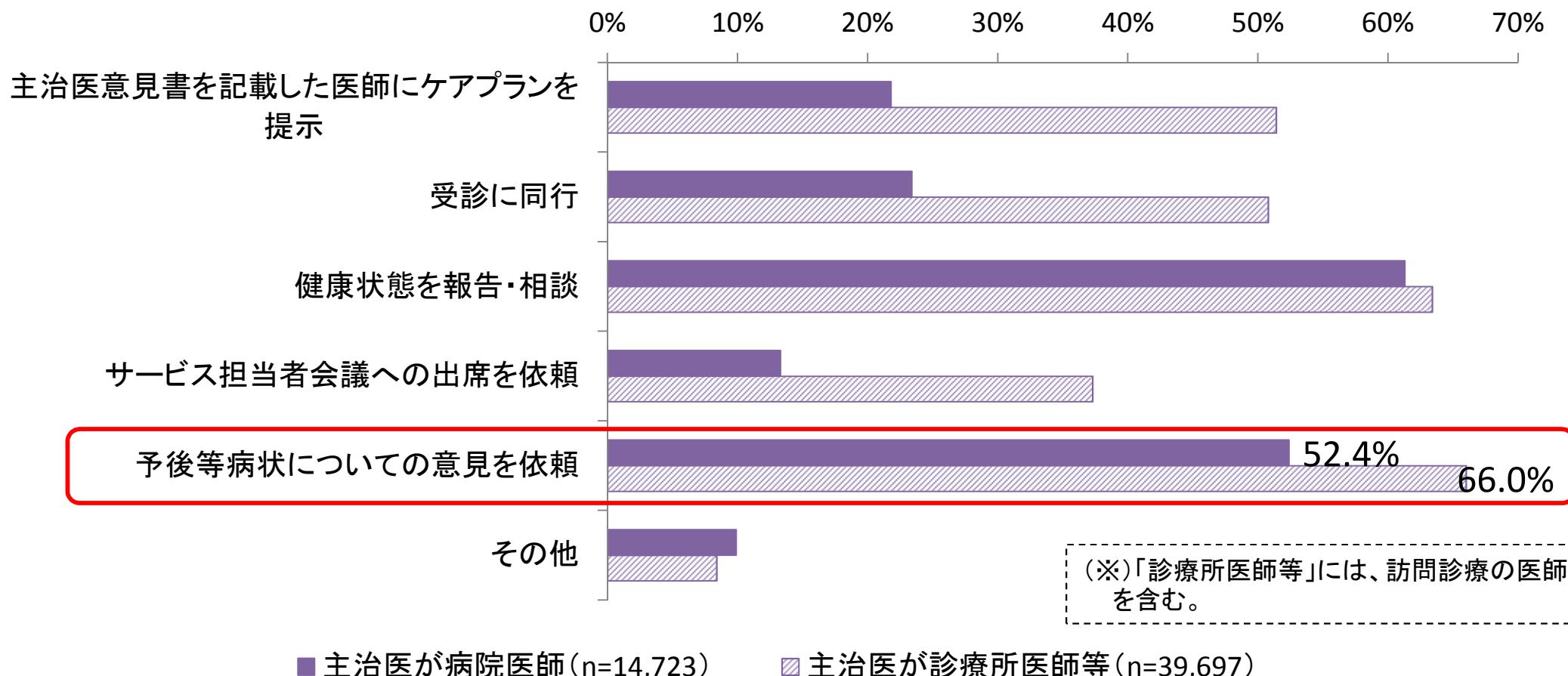
心・肺疾患末期

急性増悪を繰り返しながら、徐々に機能が低下する。
最後は比較的急に低下する。

医療機関とケアマネジャーの連携に関する課題②

- 看取りを行った利用者について、ケアマネジャーが主治医に対し予後等について意見を求めていたのは、主治医が病院医師の場合に52%、主治医が診療所医師等の場合に66%だった。

＜看取りを行った利用者に関するケアマネジャーと主治医の連携の内容（主治医の属性別）＞



出典: 平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成28年度調査)
「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業 報告書」

医療機関とケアマネジャーとの連携に関する課題と論点(案)

【課題】

- ・ 居宅介護支援専門員(ケアマネジャー)が看取りに対応するために行った支援の内訳をみると、24時間の連絡体制の整備や医療者との連携に関する項目が多いが、必ずしも十分に実施されていない項目もある。
- ・ 末期の悪性腫瘍(がん等)については、他の疾患と比べ、臨床病期に応じた予後予測がある程度可能であり、最期の2ヶ月くらいで、急速に機能が低下するとの知見がある。
- ・ このため、機能が低下し始めてからは、患者の状態変化に応じ、適時適切なサービスを提供するためには、迅速な対応が求められる。
- ・ ケアマネジャーが予後等について意見を依頼していたのは、主治医が診療所医師等の場合に66%だった。

【論点(案)】



- 末期の悪性腫瘍の在宅患者について、患者の状態の変化に伴い適切なサービス提供を可能とする観点から、医療機関とケアマネジャーとの間の情報共有・連携等を、在宅時医学総合管理料等の要件としてはどうか。

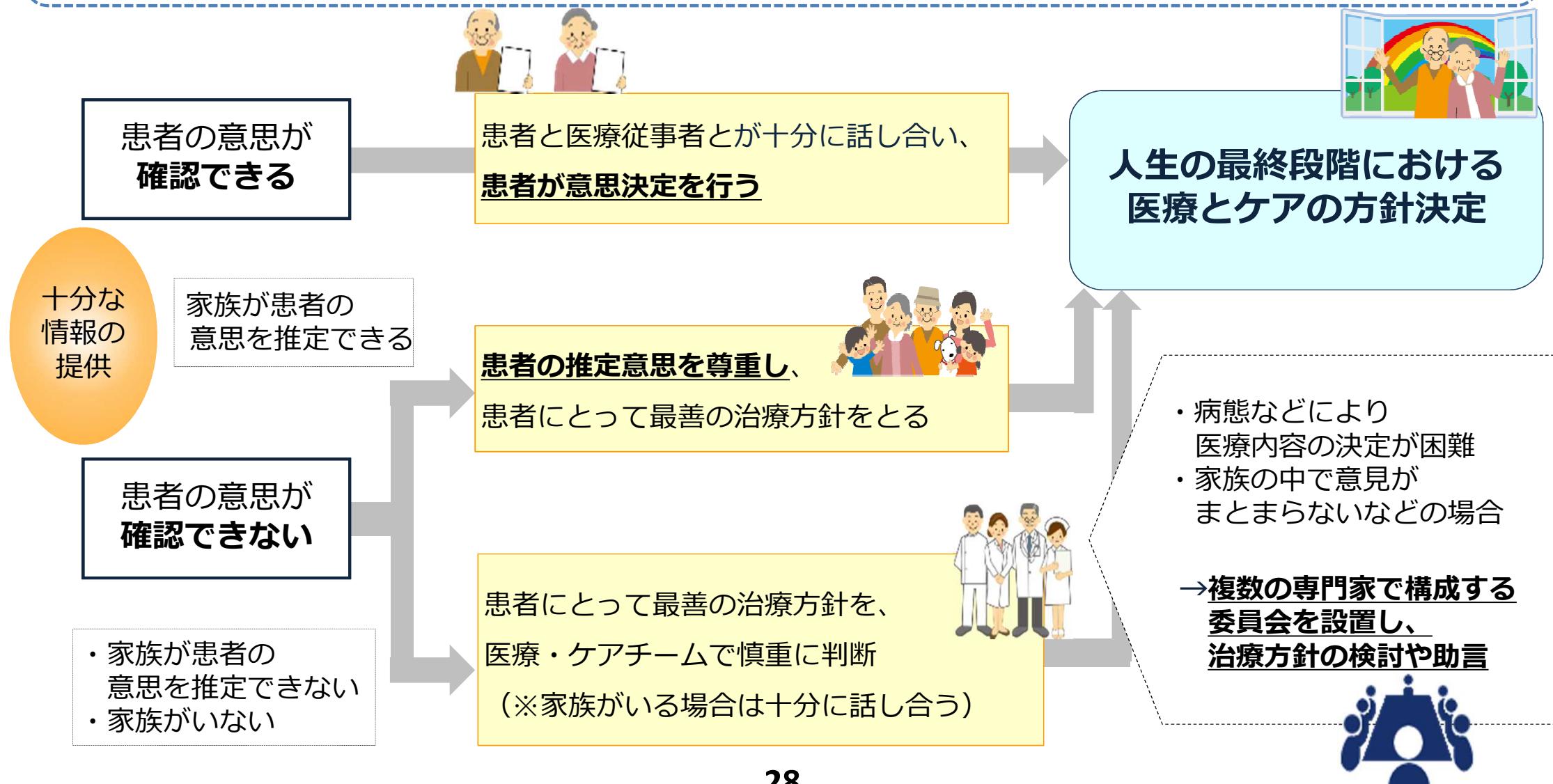
看取り

「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」

方針決定の流れ（イメージ図）

意見交換 資料-2参考1
2 9 . 3 . 2 2

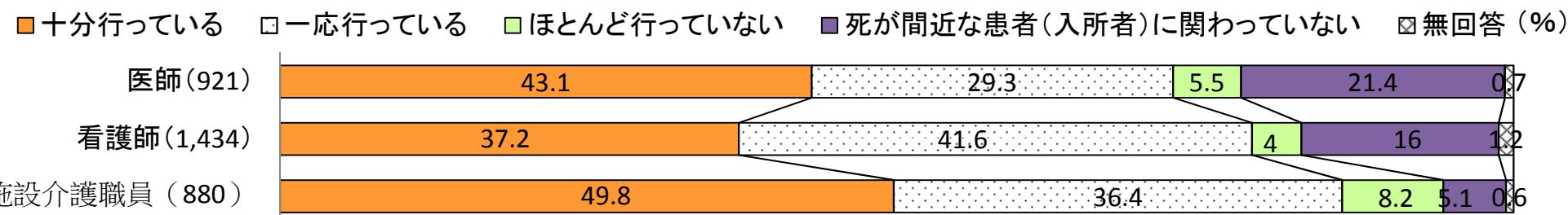
人生の最終段階における医療およびケアについては、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として進めることが最も重要な原則



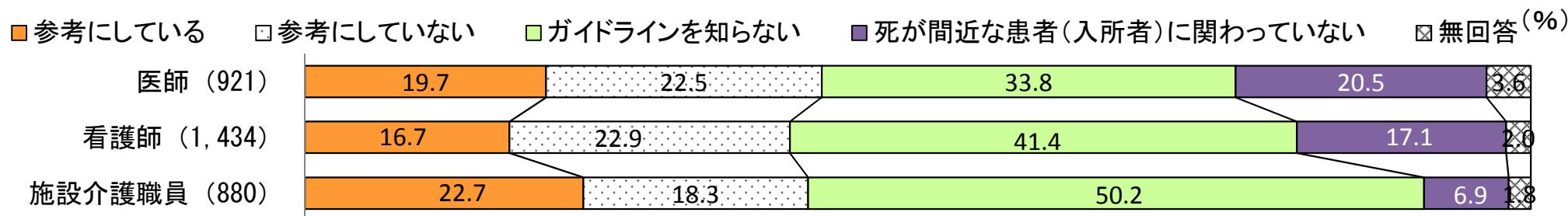
人生の最終段階における医療に関する意識調査結果（平成25年3月）

意見交換 資料－2参考1
2 9 . 3 . 2 2

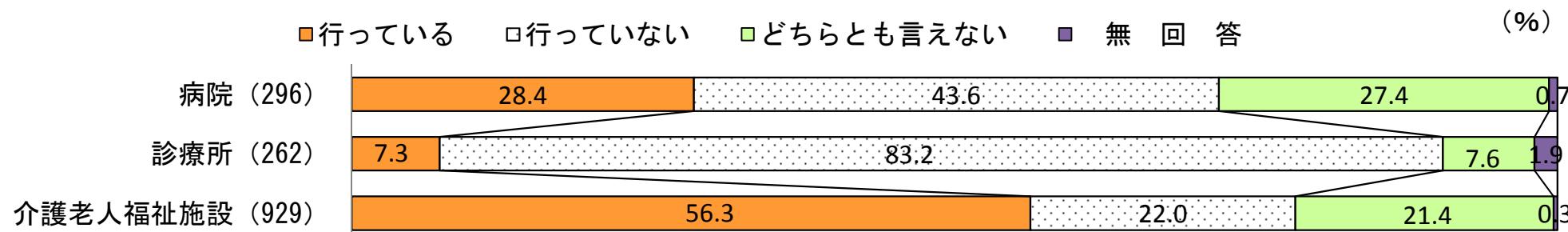
■ 患者（入所者）との話し合いの実態



■ 「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」の利用状況



■ 職員に対する終末期医療に関する教育・研修の実施状況



【テーマ1:看取り】

「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」を踏まえた対応など、医療従事者や国民の看取りに関する理解の状況について、どのように考えるか。

- 超高齢社会の進展に伴い今後さらに死亡者数が増加することに対して、医療介護従事者や国民の看取りに関する理解がまだ不十分。地域包括ケアシステムを構築し、住みなれた地域でできるだけ長く暮らしながら看取りを迎えることができるよう、必要性と地域性に応じて在宅、入院、外来医療及び在宅、施設介護サービスを選択して利用できる体制を整備する必要がある。
- 人生最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドラインがほとんど浸透していないことが問題。しっかりと広報・啓発を図っていくことが今後必要。
- 患者や家族の看取りに関する希望が不明であるため、意思にかかわらず搬送されていることが、一番問題。国民の70%が意思表示を紙面で行うことに賛成しているが、3%しか行っていないという乖離を解消する必要がある。例えば、75歳になって後期高齢者制度に変わり保険証を渡す際、ガイドラインの説明を行う等、その時点で、人生の最終段階においてどのような医療等を希望するかについての考え方を確認することも一つの方法。
- 在宅療養中で看取り期の患者や家族の希望と異なる救命措置等が搬送先で行われる例については、本人の意思が反映されないという問題と、それにより不必要的医療が提供されるという問題がある。介護職は、利用者が急変した際、意思表示がなければ、まず救急車を呼ぶので、患者や家族の意思の確認が進むことが望まれる。さらに、その意思表示を連携する関係者が共有できる仕組みが必要。介護支援専門員が、意思表示の確認に対して責任を持つことは難しいが、意思があるかないかについては把握する必要がある。
- リビング・ウィルよりも、生前にかかりつけ医と十分話し合っていくことが重要であり強調するべき。
- リビング・ウィルが進んでいないが、意思がなくなったときの治療等について任せる人を指名する代理人制度について検討するべき。

ターミナルケアに関する診療報酬上の主な評価と算定状況

加算等	訪問診療			訪問看護	
	在宅患者訪問診療の算定回数の緩和	在宅ターミナルケア加算	看取り加算	在宅ターミナルケア加算	訪問看護ターミナルケア療養費(訪問看護ステーションが算定)
算定要件 (概要)	<p>終末期等により、一時的に週4回以上の頻回な訪問診療の必要を認める患者の患者を定期的かつ計画的に訪問し診療を行った場合には、1月に1回に限り、頻回な訪問診療の必要を認めた日から最大14日間連続で、在宅患者訪問診療料を算定することができる。</p> <p>(注)在宅患者訪問診療料の算定は、原則最大3回/週</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅で死亡した患者に対してその死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合に算定する。 ・この場合、診療内容の要点等を診療録に記録する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・往診又は訪問診療を行い、在宅で患者を看取った場合に算定する。 ・なお、事前に当該患者又はその家族等に対して、療養上の不安等を解消するために十分な説明と同意を行った上で、死亡日に往診又は訪問診療を行い、当該患者を患者で看取った場合に算定する。 ・この場合、診療内容の要点等を診療録に記録する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅で死亡した患者に対して、保険医療機関の保険医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制(担当者名、連絡先、緊急時の注意事項)について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合に算定する。 ・当該加算を算定した場合は、死亡した場所、死亡時刻等を看護記録に記録する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅で死亡した利用者に対して、その主治医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上指定訪問看護を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制(担当者名、連絡先、緊急時の注意事項)について利用者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合に算定する。 ・当該療養費を算定した場合は、死亡した場所、死亡時刻等を訪問看護記録書に記録する。
点数 (療養費は円)	—	<p>(例)在宅療養支援診療所又は、在宅療養支援病院</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病床を有する場合 6,000点 ・病床を有しない場合 5,000点 	3,000点	2,000点	20,000円
備考	—	—	<p>※死亡診断加算(200点)</p> <p>在宅で療養を行っている患者が、在宅で死亡した場合であって、死亡日に往診又は訪問診療を行い、死亡診断をした場合に算定。看取り加算には、死亡診断に係る費用が含まれており、別に算定することはできない。</p>	—	—

在宅患者が入院した場合の看取り

在宅療養を行う患者の急変時等の入院体制

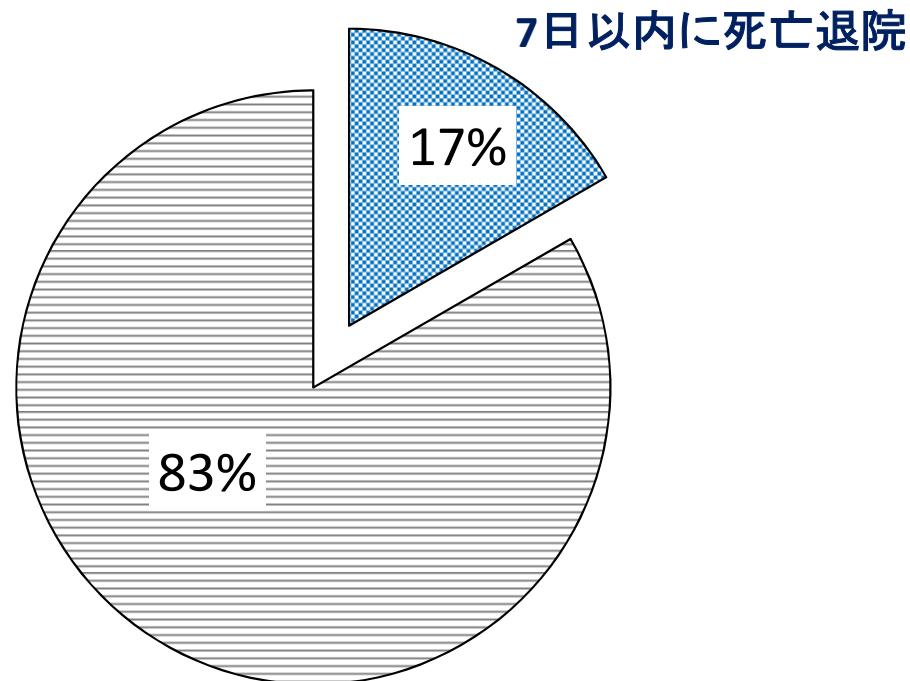
- 在宅療養を行う患者の急変時等に備え、在宅医療を行っている診療所等に対し、入院できる医療機関との連携等を求めている。
- 在宅患者の緊急入院を受け入れた場合は、一定の診療報酬上の評価を行っている。

		届出医療機関数 (平成27年7月)
在宅療養支援診療所 在宅療養支援病院	緊急時に在宅療養を行う患者が入院できる病床を常に確保。	在支診: 14,562 在支病: 1,074
在宅療養後方支援病院	あらかじめ届け出た入院希望患者に緊急入院の必要が生じた場合に入院できる病棟を常に確保。	298
在宅患者緊急入院診療加算 1,000点～2,500点 (入院初日)	連携型在支診の体制を組んでいる医療機関や在支病等において、急変時の入院受け入れを行った場合に算定。	—
地域包括ケア病棟入院料 救急・在宅等支援病床初期加算 150点(1日につき) 入院日から14日に限る	軽微な発熱や下痢等の症状を來したために、入院医療を要する状態となった在宅療養中の患者を受け入れた場合に算定。	— (参考) 地域包括ケア病棟入院料1 1,159医療機関 地域包括ケア病棟入院料2 85医療機関
療養病棟入院基本料 救急・在宅等支援療養病床初期加算 150点～300点(1日につき) 入院日から14日に限る	自宅等から入院した患者について算定。	— (参考) 療養病棟入院基本料1 2,149医療機関 療養病棟入院基本料2 1,317医療機関

療養病棟における自宅等から入院した患者の看取りについて

- 自宅及び介護施設等から入院し死亡退院した患者について、入院期間をみると、7日以内の患者が全体の約17%であった。

自宅等から入院し、死亡退院した患者(n=84)



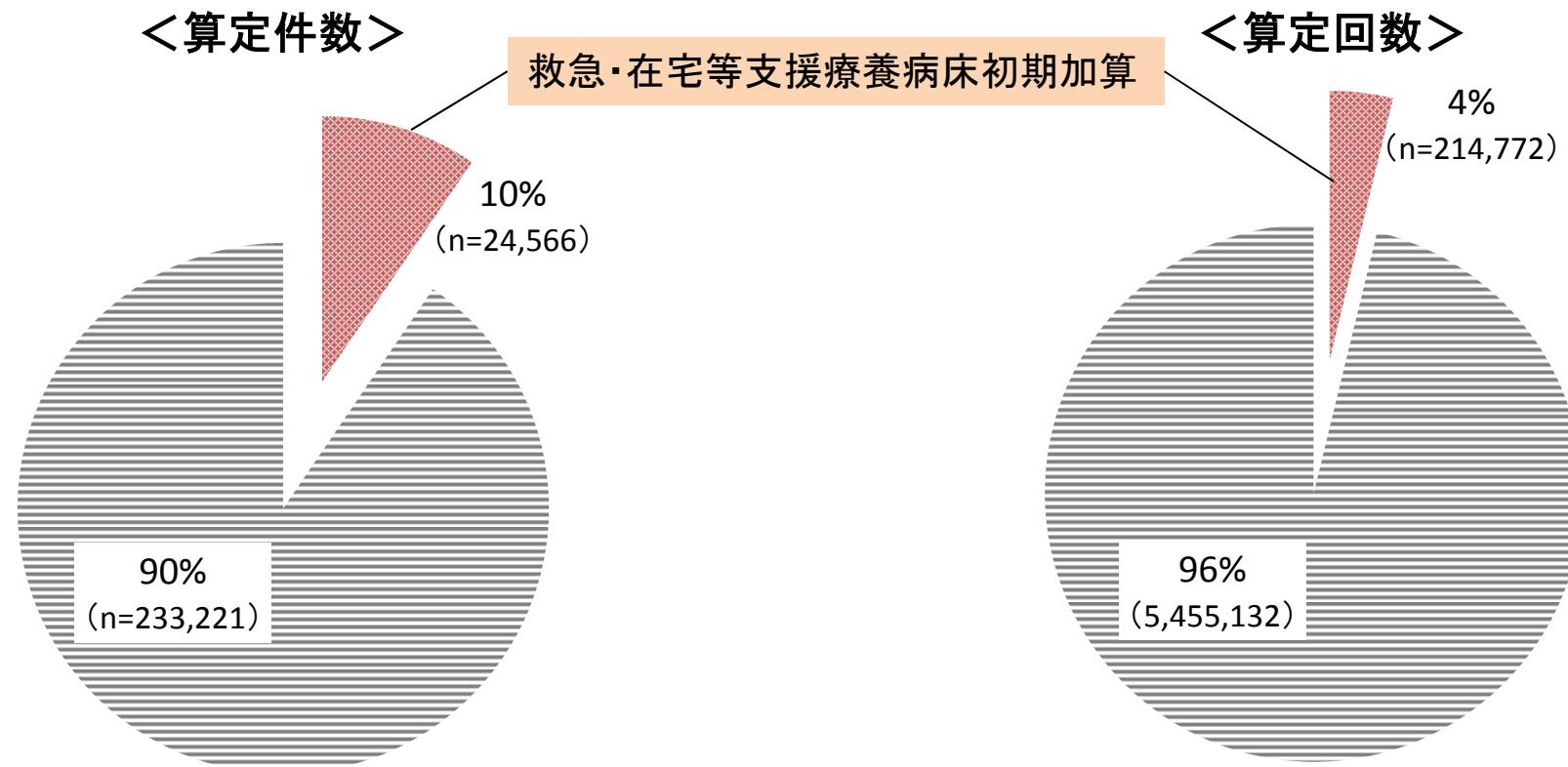
＜集計条件＞

平成28年4月1日以降に入院し平成29年3月31日までに退院している患者のうち、平成28年6月中に療養病棟入院基本料を1日以上算定した患者を集計。

【加算の要件】

当該病棟に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者又は当該保険医療機関(急性期医療を担う保険医療機関に限る)の一般病棟から転棟した患者について算定。

転院、入院又は転棟した日から起算して14日に限り、療養病棟入院基本料1算定病棟では1日につき300点、それ以外の病棟では1日につき150点を所定点数に追加。



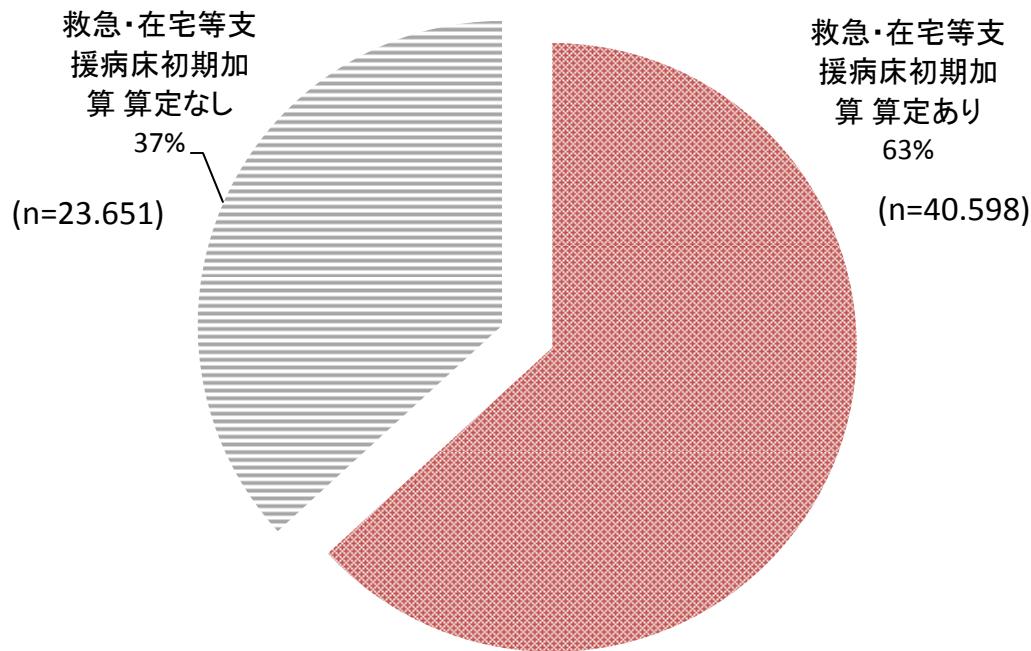
注)救急・在宅等支援療養病床初期加算の算定件数及び回数を、療養病棟入院基本料の算定件数及び回数で割ったもの。

【加算の要件】

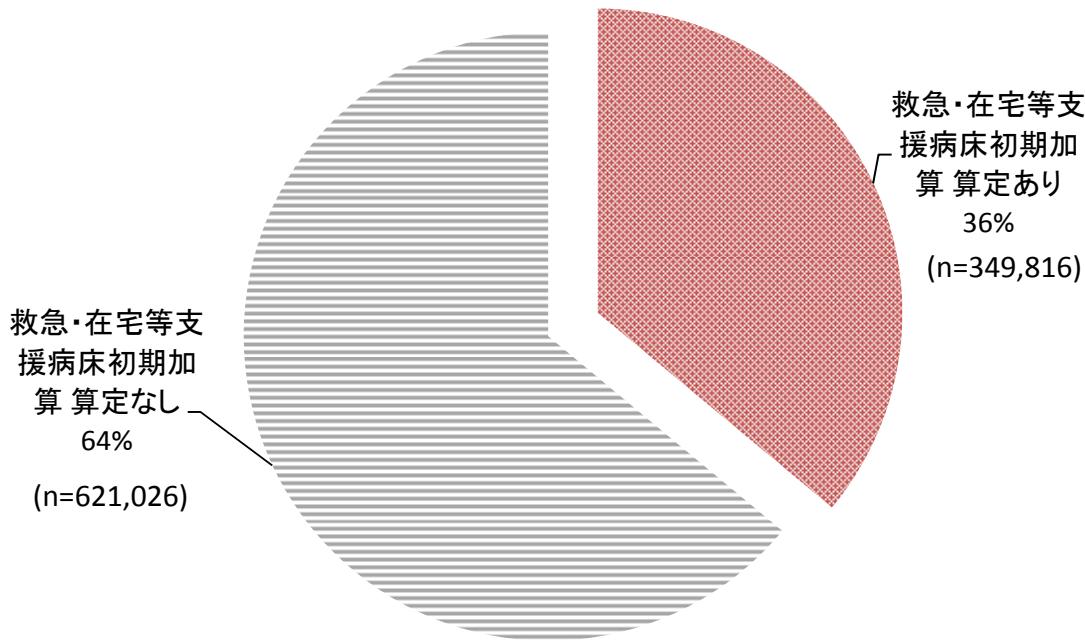
当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者又は当該保険医療機関(急性期医療を担う保険医療機関に限る。)の一般病棟から転棟した患者については、転院、入院又は転棟した日から起算して14日を限度として、1日につき150点を所定点数に加算する

救急・在宅等支援病床初期加算の算定状況※

<算定件数>



<算定回数>



注)救急・在宅等支援病床初期加算の算定件数・回数を、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の算定件数・回数で割ったもの。

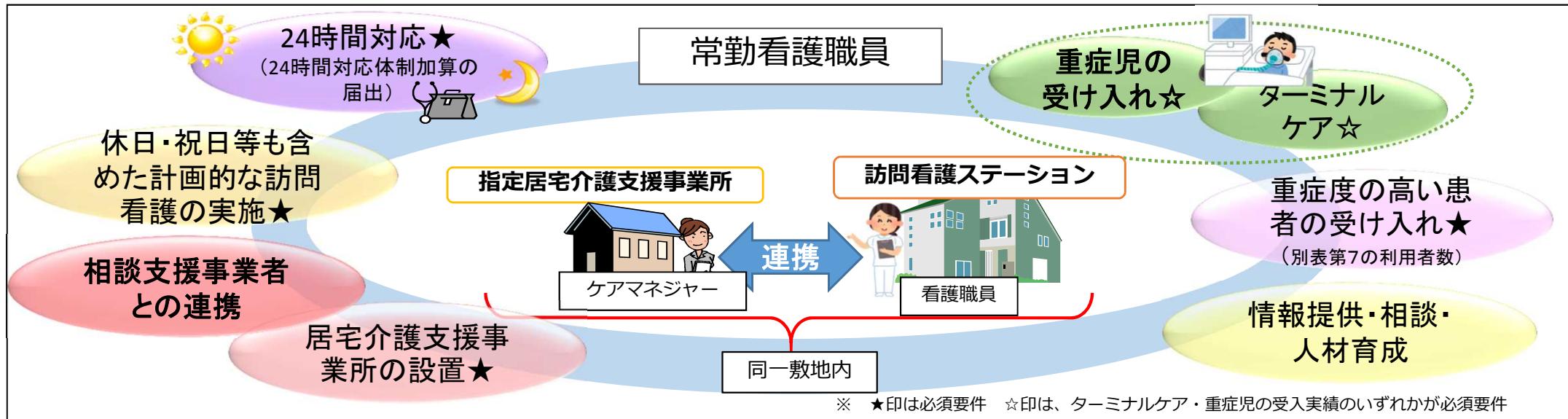
在宅療養支援診療所（在支診）の施設基準の概要（平成28年度～）

	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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> ⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上 ⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 10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 	<ul style="list-style-type: none"> 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 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 	

※「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。

- (1) 許可病床200床未満であること又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと
- (2) 往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること

機能強化型訪問看護ステーションの届出基準



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)		

※ターミナルケア件数 ①訪問看護ターミナルケア療養費の算定件数 (ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した者を含む)

②ターミナルケア加算の算定件数

③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

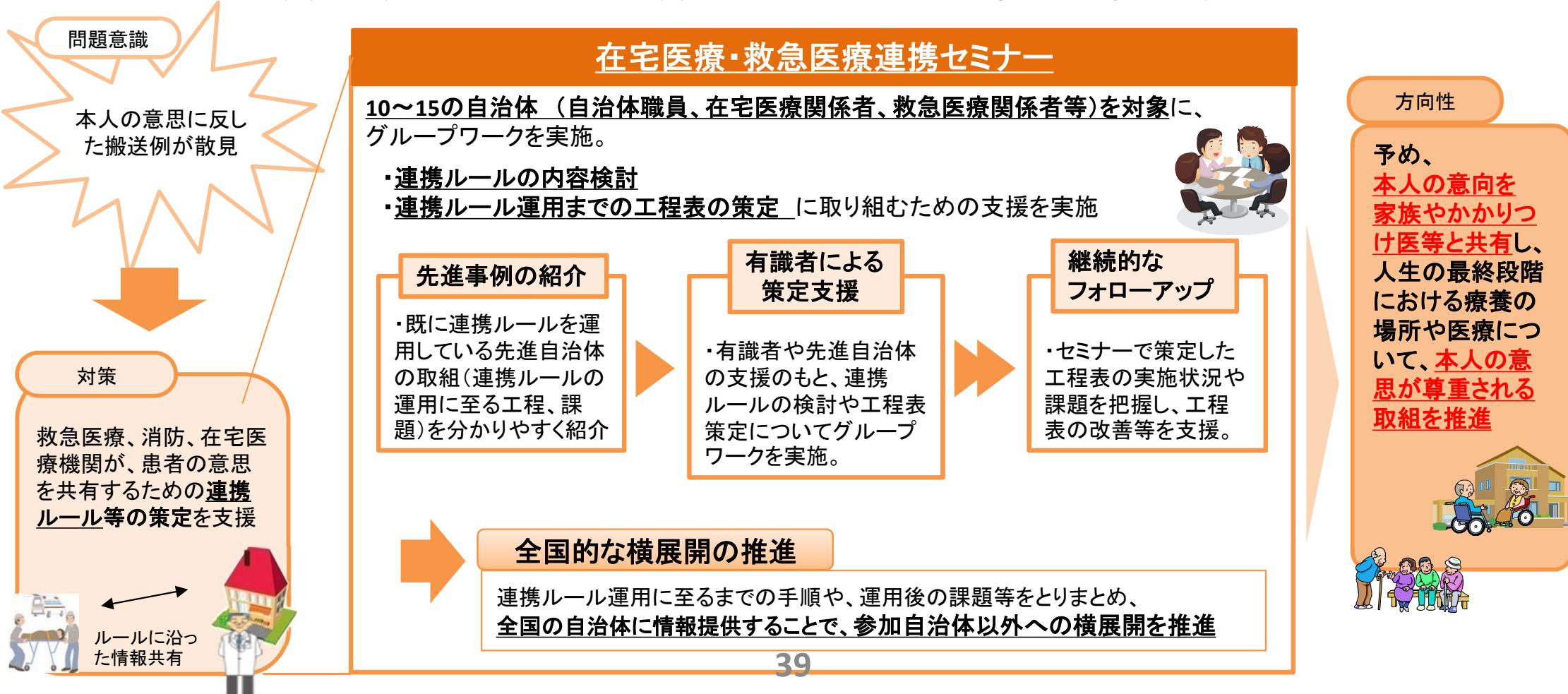
注) ターミナルケア件数は過去1年間の実績を、超重症児・準超重症児の利用者数は常時要件を満たしていること。

<背景・課題> 本人の意思に反した(延命を望まない患者の)救急搬送が散見

国民の多くが人生の最期を自宅で迎えることを希望している。一方、高齢者の救急搬送件数も年々増加し、また大半は、人生の最終段階における医療等について、家族と話し合いを行っていない。このような背景を踏まえると、今後、本人の意思に反した救急搬送が増加する懸念がある。

<対策> 患者の意思を関係機関間で共有するための連携ルールの策定支援

先進自治体では、在宅医療関係者と救急医療関係者の協議の場を設け、救急搬送時の情報共有ルールの設定や、住民向け普及啓発に取り組んでいる。こうした先進事例をもとに、複数の自治体を対象としたセミナーを実施し、連携ルール策定のための重点的な支援を行う。また、本取組について全国的な横展開を推進していくことで、人生の最終段階において本人の意思が尊重される環境を整備する。



看取りに関する課題と論点(案)

【課題】

【人生の最終段階の医療の決定プロセスに関するガイドライン】

- ・ 人生の最終段階における医療に関する意識調査結果を見ると、患者(入所者)との話し合いを行っていると回答した従事者の割合は、約7～9割であった。
- ・ 人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドラインの利用状況をみると、3～5割の従事者がガイドラインを知らないと回答した。
- ・ 在宅ターミナルケア等に係る対応が、診療報酬で評価されているが、ガイドラインを参考にすること等は示されていない。

【在宅患者が入院した場合の看取り】

- ・ 療養病棟や地域包括ケア病棟では、自宅等から患者を直接受け入れた場合に「救急・在宅等支援病床初期加算」が14日を限度として算定できる取扱いとなっている。
- ・ 機能強化型在支診等の施設基準では、看取りの実績要件を設けている。
- ・ 本人の意思に反した(延命を望まない患者の)救急搬送が散見されることから、関係機関間で患者の意思を共有するための取組が行われている。

【論点(案)】



- 患者や家族の希望に応じた看取りを推進する観点から、ガイドラインを参考に行われる医療等の提供方針の決定プロセスについて、診療報酬上の位置づけを検討してはどうか。
- 看取りについては様々な希望があることから、在宅で療養している患者が、在宅の主治医と病院との連携の下で、本人や家族の希望に基づき、最期を入院で看取った場合の評価を検討してはどうか。

2 訪問診療

(1)複数医療機関による訪問診療

(2)往診の状況

複数医療機関による訪問診療

複数の医療機関による訪問診療に対する診療報酬上の取扱い

- 1人の患者に対して1つの医療機関の医師が在宅患者訪問診療料を算定している場合、その患者に対して、別の医療機関の医師が訪問診療を行っても、在宅患者訪問診療料を算定することはできない取扱いとなっている。
- 在宅時医学総合管理料等は、主として診療を行う医師の医療機関が算定可能となっている。

■診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(通知)（平成28年3月4日保医発0304第3号）(抜粋)

C001 在宅患者訪問診療料

(6) 在宅患者訪問診療料は、1人の患者に対して1つの保険医療機関の保険医の指導管理の下に継続的に行われる訪問診療について、1日につき1回に限り算定するが、区分番号「A000」初診料を算定した初診の日には算定できない。

ただし、区分番号「C108-2」在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定する場合に限り、1人の患者に対して2つの保険医療機関の保険医が、1日につきそれぞれ1回に限り算定できる。なお、この場合においても、区分番号「A000」初診料を算定した初診の日には算定できない。

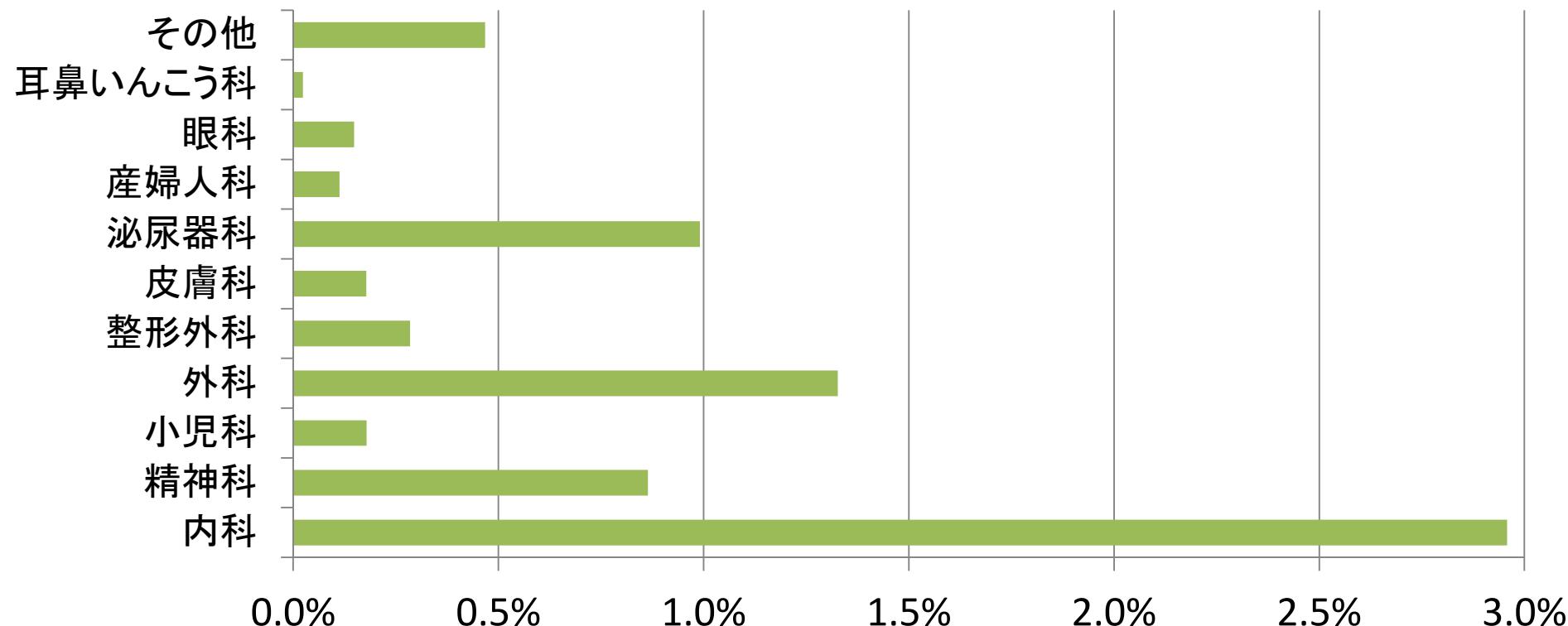
C002 在宅時医学総合管理料、C002-2 施設入居時等医学総合管理料

(14) 在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料は、当該患者に対して主として診療を行っている保険医が属する1つの保険医療機関において算定するものであること。

主たる診療科別の診療所の在宅医療の実施状況

- 主たる診療科別に診療所の在宅患者の割合をみると、診療科間にはばらつきがある。
- 内科・外科・泌尿器科・精神科は、他の診療科に比較して在宅患者の割合が多い。

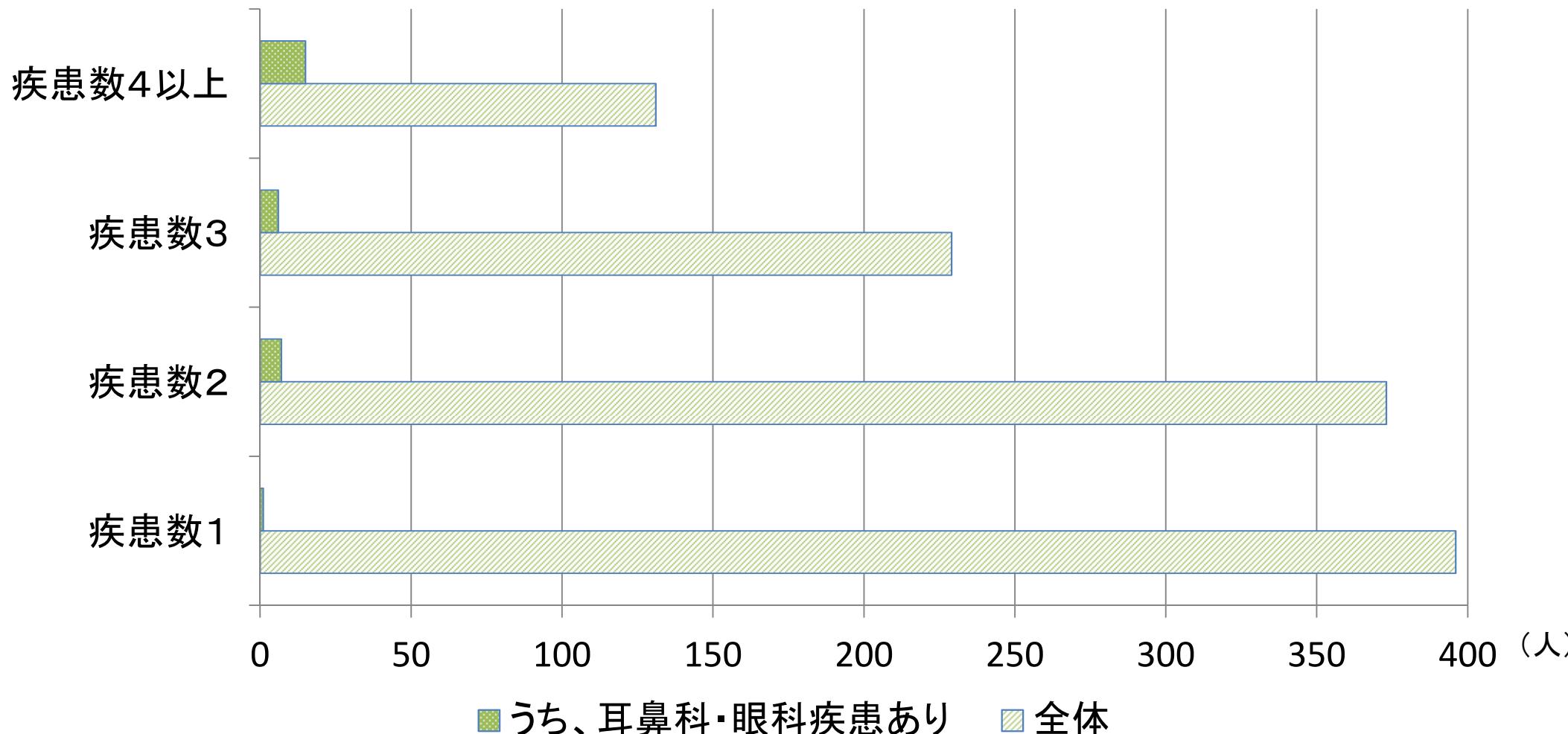
在宅患者の割合(注)



注)在宅患者の割合(%) : (往診料及び在宅患者訪問診療料の算定回数) ÷ (初再診料、往診料及び在宅患者訪問診療料の算定回数の合計)

耳鼻科・眼科疾患を有する患者への訪問診療

- 訪問診療を行っている原因疾患のうち、耳鼻科疾患又は眼科疾患がある患者は少なかった。
- 訪問診療を行っている原因疾患を複数有する患者では、その他に比べ、耳鼻科疾患又は眼科疾患への訪問診療が行われている患者は多い。



第6次医療計画の指針 「第3 構築の具体的な手順」

医療計画の見直し等に関する検討会
在宅医療及び医療・介護連携に関する
ワーキンググループ(平成28年8月3日)

- 課題に応じた施策・事業を実施していくことが重要であり、そのためには、医療及び介護資源等の実情に応じた在宅医療に係る圏域を設定した上で、客観的な指標により把握した現状に対する原因分析を、圏域ごとに行う必要。
- 現状把握に必要な指標は指針で例示しているが、圏域の設定や、現状に対する原因分析は、地域の独自の取組が必要。

第5次指針

第6次指針

1 情報の収集

1 現状の把握

2 医療機能の明確化及び圏域の設定に関する検討

2 圏域の設定

3 連携の検討及び計画への記載

3 連携の検討

追加

4 課題の抽出

4 数値目標及び評価

5 数値目標

追加

6 施策

7 評価

追加

8 公表

在宅医療の体制構築に係る指針(抜粋)

2 圏域の設定

(1) 都道府県は、(中略) 退院支援、生活の場における療養支援、急変時の対応、看取りといった各区分に求められる医療機能を明確にして、圏域を設定する。
(3) 圏域を設定するに当たって、在宅医療の場合、**医療資源の整備状況や介護との連携のあり方が地域によって大きく変わることを勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず**、できる限り急変時の対応体制(重症例を除く)や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、**市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定**する。

4 課題の抽出

都道府県は、「第2 医療機関とその連携」を踏まえ、「1 現状の把握」で明確にした現状について、**指標により把握した数値となっている原因の分析を行い**、地域の在宅医療の体制の**課題を抽出**し、医療計画に記載する。
その際、(中略) **可能な限り医療圏ごとに課題を抽出**する。

5 数値目標

都道府県は、良質かつ適切な在宅医療を提供する体制について、事後に定量的な比較評価を行えるよう、「4 課題の抽出」で明確にした課題に対して、地域の実情に応じた目標項目やその数値目標、目標達成に要する期間を設定し、医療計画に記載する。

6 施策

数値目標の達成には、**課題に応じた施策・事業を実施することが重要**である。都道府県は、「4 課題の抽出」に対応するよう「5 数値目標」で設定した目標を達成するために行う施策・事業について、医療計画に記載する。

4 課題の抽出

4 課題の抽出

都道府県は、「第2 医療機関とその連携」を踏まえ、「1 現状の把握」で明確にした現状について、**指標により把握した数値となっている原因の分析を行い**、地域の在宅医療の体制の**課題を抽出**し、医療計画に記載する。

原因分析 (富山県在宅医療実施状況等調査)

＜調査方法＞

時期: 平成24年度
対象: 富山県内の医療機関(病院及び診療所)
方法: 郵送による配布、回収

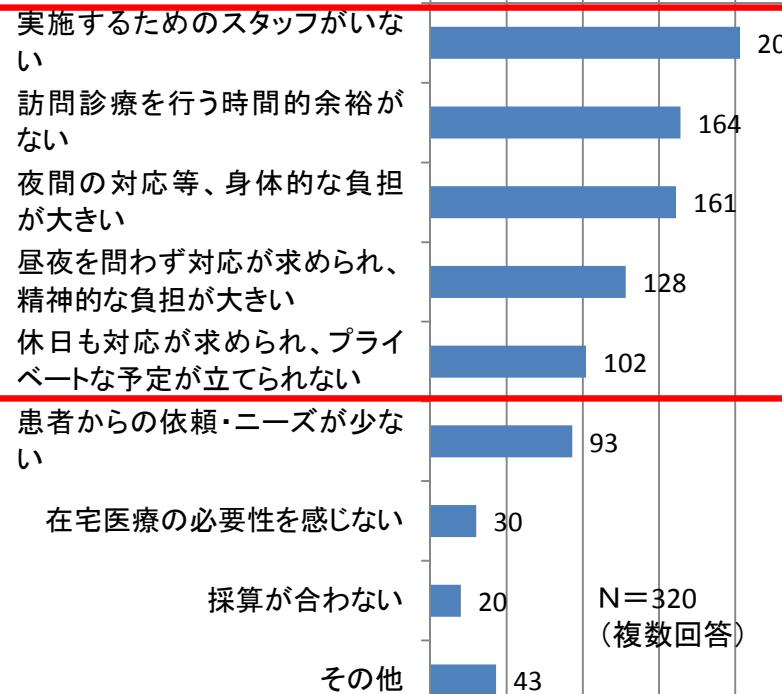
＜回収結果＞

調査対象機関数: 734機関(病院108、診療所626)
回答数: 619機関(病院90、診療所529)
有効回答数: 84.3%

◆在宅医療を実施していない医療機関への調査

Q. 実施しない理由

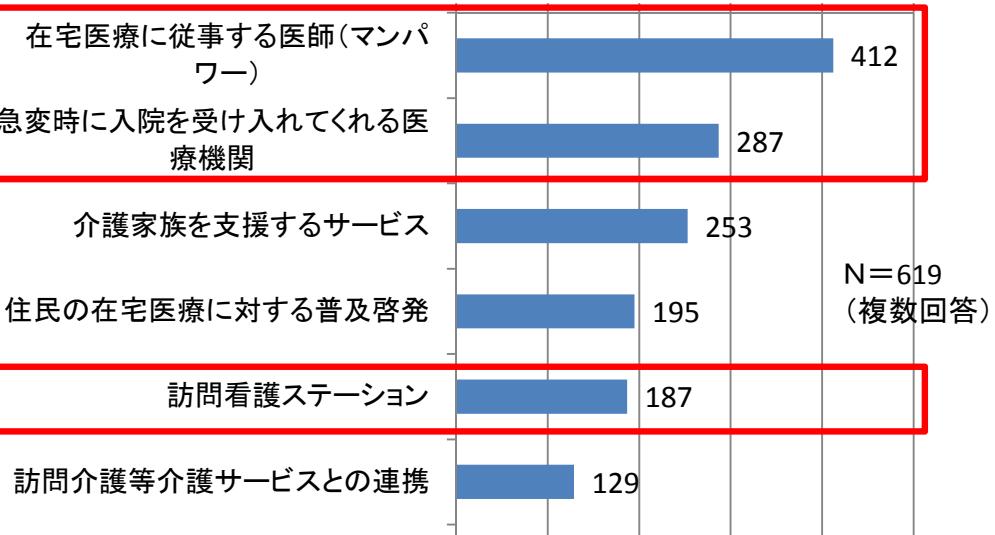
0 50 100 150 200 250



◆全ての医療機関への調査

Q. 在宅医療を実施する上で不足しているもの

0 100 200 300 400 500



→ 「人材不足、業務負担」が新規参入の最大の阻害要因であり、かつ現状の体制における最大の課題であることを確認

6 施策

6 施策

数値目標の達成には、**課題に応じた施策・事業を実施することが重要**である。都道府県は、「4 課題の抽出」に対応するよう「5 数値目標」で設定した目標を達成するために行う施策・事業について、医療計画に記載する。

富山県の施策

1. 最大の課題である「人材不足、業務負担」の軽減に向け、現状の在宅医療体制に対する、3つのアプローチ

①グループ診療の推進による負担軽減

- ▶ 都市医師会在宅医療支援センター支援事業
(H22年度から事業開始。H24の調査結果を踏まえ、全ての都市医師会に支援センターを設置)
 - ・在宅主治医のグループ化(主治医、副主治医制)
 - ・多職種連携研修会 等

②後方支援体制の充実による負担軽減

- ▶ 富山県在宅医療支援体制促進モデル事業(H25年度)
 - ・在宅患者の急変時に入院を受け入れる後方支援病床の確保

③訪問看護ステーションの機能強化

- ▶ 訪問看護師の量・質の向上に向けた取組
(H19年度から設備整備補助等の事業開始。H24の調査結果を踏まえ、潜在看護師の掘り起こし等事業を拡充)
 - ・訪問看護ステーションの設備/ICT補助
 - ・人件費の補助
 - ・潜在看護師の掘り起こし 等

2. 上記のアプローチにより、新規参入の阻害要因を軽減した上で、さらなる参入促進、質向上のアプローチ

- ▶ 富山県在宅医療支援センター設置事業(H26年度～)
 - ・同行訪問研修等の在宅医療実務者研修
 - ・相談できる体制を提供するため、在宅医と新たに在宅医療に取り組む医師のマッチング 等

複数医療機関による訪問診療の例 ～長崎県長崎市 長崎在宅Dr. ネット～

ネットワークの目的

患者が安心して在宅療養を行えるよう、複数の医師が連携して24時間の訪問診療や往診の体制を実現する。

ネットワークに参加する医師の役割

<連携医>

主治医として治療に当たる医師と、主治医と連携・協力して補佐する副主治医

<協力医>

- 皮膚科、眼科、脳外科、整形外科、婦人科、麻酔科、形成外科など専門性の高い診療科の医師で、連携医からの医療相談を受け、必要に応じて往診を行う医師
- 長崎市近郊ではない地域の医療機関に所属する医師

<病院・施設医師>

病院等に所属する医師

ネットワーク事務局の役割

かかりつけ医による在宅医療の提供が困難とされた患者に対し、病状や居住する地域を考慮した上で、ネットワークに参加した連携医の中から、主治医・副主治医を紹介。

連携医の数	協力医の数	病院・施設医師の数	登録患者数	医師の数： 平成29年10月 登録患者数： 平成27年1～12月
92名	52名	53名	43名	

(認定NPO法人 長崎在宅Dr.ネットのホームページを参考に保険局医療課で作成)

複数医療機関による訪問診療に関する課題と論点(案)

【課題】

(在宅で療養する患者の状況)

- ・患者が、複数の傷病に罹患している場合等に、別の保険医療機関の医師による訪問診療が必要となる事例がある。このような場合、二人目の医師は在宅患者訪問診療料が算定できない取り扱いとなっている。
- ・訪問診療を行っている診療所について、主たる診療科別の実施状況を見ると、内科の他に、外科、泌尿器科、精神科が、その他の診療科と比較して、多い。
- ・在宅で療養する患者は、複数の疾患に罹患している患者が多い。

(地域の取り組み)

- ・在宅医療を実施していない医療機関について、その理由をみると、スタッフがいない、時間的余裕がない、夜間の対応等身体的な負担が大きいといった回答であった。
- ・地域の医師会が中心となり、在宅医師によるグループ診療を支援する事業を実施している地域や、複数の医療機関の医師が連携して、24時間対応を含めた診療体制を構築している事例がある。



【論点(案)】

- 在宅における療養計画に基づき、主として在宅医療を担う医療機関の医師が、患者・家族の同意の下で、他の医療機関に当該患家への訪問診療を依頼し、当該他の医療機関がそれを実施した場合、診療報酬上の評価を設けてはどうか。
- 地域医師会等の協力により、在支診以外の医療機関が他の医療機関と連携して、24時間対応を含めた在宅医療体制を構築し、訪問診療を提供している場合には、一定の評価を検討してはどうか。

往診の状況

往診料の概要

往診料 720点

	機能強化型在支診・ 在支病(病床あり)	機能強化型在支診・ 在支病(病床なし)	在支診・在支病	その他
緊急加算	850点	750点	650点	325点
夜間・休日加算	1,700点	1,500点	1,300点	650点
深夜加算	2,700点	2,500点	2,300点	1,300点
死亡診断加算	200点			
在宅緩和ケア充実診 療所・病院加算 等	在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 100点 在宅療養実績加算1／2 75点／50点	—		

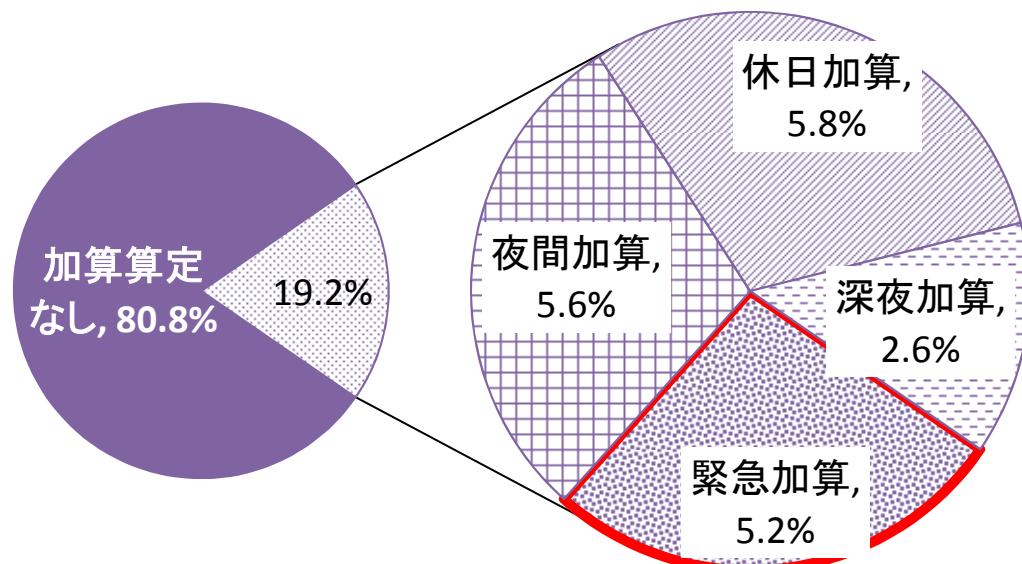
＜算定要件＞

- 患者の求めに応じて患者に赴き診療を行った場合に算定できるものであり、定期的ないし計画的に患者又は他の保険医療機関に赴いて診療を行った場合には算定できない。
- 緊急加算は、午前8時～午後1時までの間のうち外来診療に従事する標準時間内において、患者又は現にその看護に当たっている者からの訴えにより、速やかに往診しなければならないと判断した場合をいい、具体的には、急性心筋梗塞、脳血管障害、急性腹症等が予想される場合に算定する。

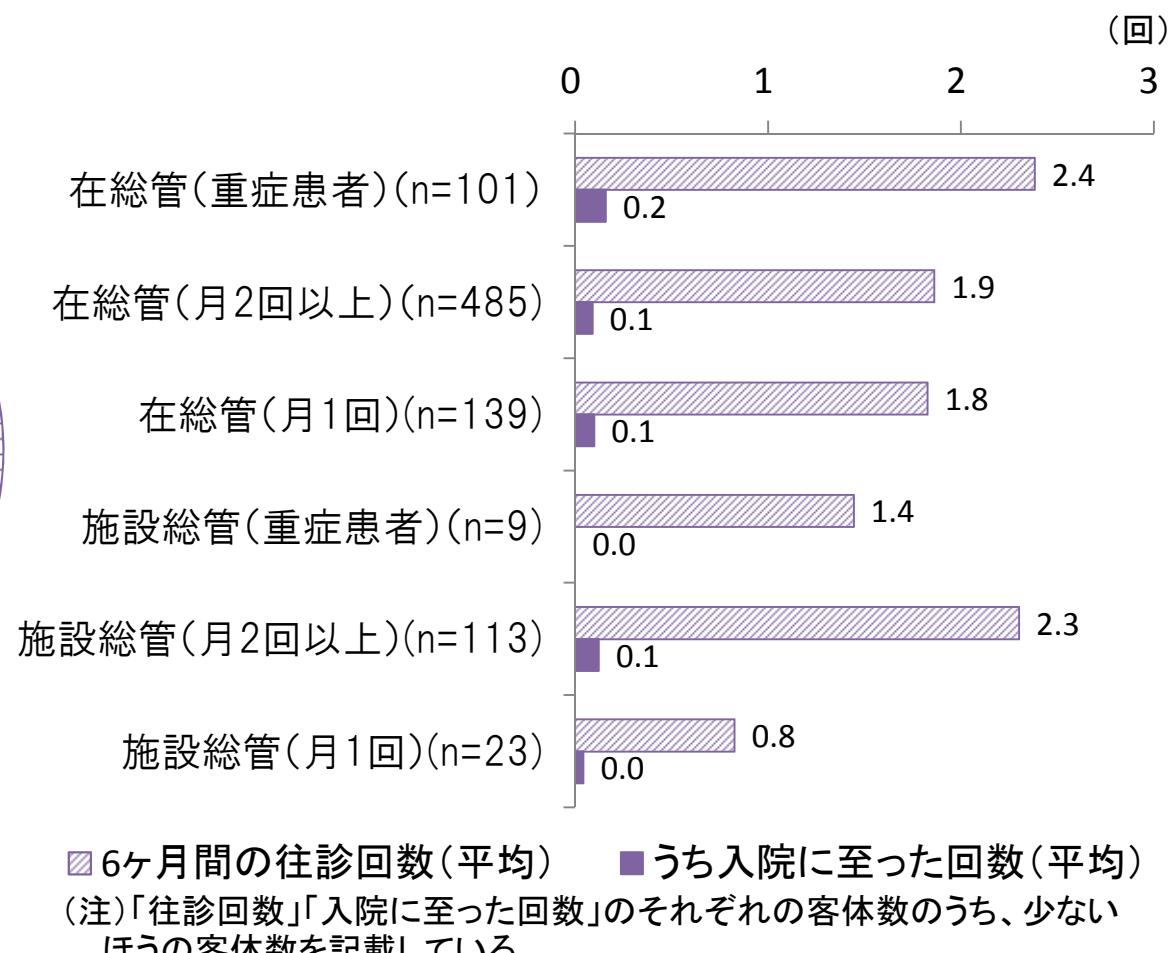
往診料の算定状況

- 緊急往診加算等の算定割合は19%だった。
- 6ヶ月間に行った往診のうち、入院に至った往診は患者一人当たり平均0.1～0.2回であり、往診回数全体に占める割合は10%程度だった。

＜往診料の算定状況＞



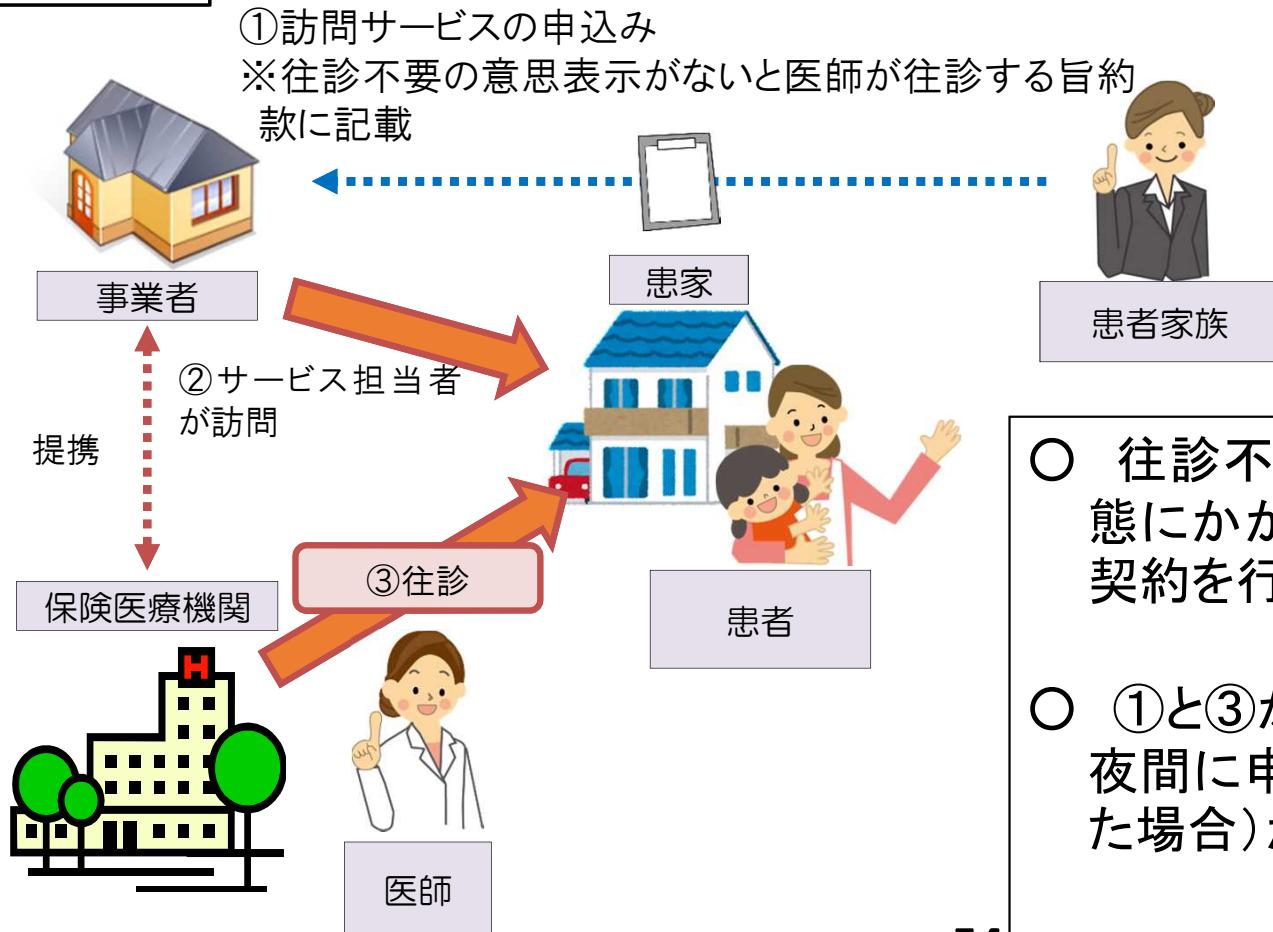
＜6ヶ月間の患者一人当たり往診回数＞



訪問サービスに係る契約に基づき往診を行っている事例

- 訪問サービスに係る契約に基づき、医師が往診を行い、往診料が算定されている事例がある。

イメージ



- 往診不要の意思表示をしないと、患者の状態にかかわらず、医師の往診を求めるという契約を行っている場合がある。
- ①と③が時間的に離れている場合(例えば、夜間に申し込みがあり、翌日午後に往診をした場合)がある。

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 (施設総管の件数)／(在総管・施設総管の件数) ≤ 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 (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

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。



往診に関する課題と論点(案)

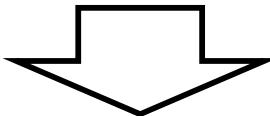
【課題】

(緊急加算)

- ・往診料の緊急加算は、患者又は現にその看護に当たっている者からの訴えにより、速やかに往診しなければならないと判断した場合をいい、具体的には、急性心筋梗塞、脳血管障害、急性腹症等が予想される場合に算定できる取扱いとなっている。
- ・救急医療の提供体制が一定程度整備されている地域では、実際に、そのような病態の患者が発生した場合には、直接、救急医療機関を受診することが想定される。
- ・緊急加算を算定している割合は、往診料を算定回数のうち、約5%であった。

(往診料の取り扱い)

- ・訪問サービスにおいて、患者の状態にかかわらず、患者が往診不要の意思表示をしなければ、医師に往診を求めるという契約を行い、往診料を算定している事例がある。



【論点(案)】

- 往診料の緊急加算の算定要件とされている病態については、医療提供に係る実態を踏まえて、対象患者の要件を見直してはどうか。
- 患家の求めに応じて患家に赴き診療を行った場合に算定できるとの往診料の取扱いについて、「患者の求め」の解釈に幅があることから、より適切な運用につながるよう、要件を明確化してはどうか。

3. 在宅歯科医療

1. 在宅歯科医療を担う歯科医療機関
 - 歯科訪問診療の提供体制
 - 歯科訪問診療を必要とする患者とその内容
 - 在宅医療専門の歯科医療機関の状況
2. 小児に対する歯科訪問診療
3. 歯科訪問診療における口腔衛生指導
4. 歯科訪問診療における連携等

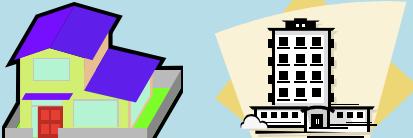
在宅歯科医療

1. 在宅歯科医療を担う歯科医療機関
 - 歯科訪問診療の提供体制
 - 歯科訪問診療を必要とする患者とその内容
 - 在宅医療専門の歯科医療機関の状況
2. 小児に対する歯科訪問診療
3. 歯科訪問診療における口腔衛生指導
4. 歯科訪問診療における連携等

在宅歯科医療に係る歯科診療報酬上の取扱い(平成28年度改定)

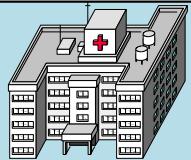
- 歯科訪問診療料: 訪問先の建物の種類に関わらず、訪問診療にかかった「時間」及び同一建物における「患者数」で整理
- 個々の診療にかかる診療報酬: 外来診療と同様に出来高で算定

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。)



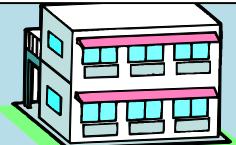
入院中の通院困難な患者

歯科の標榜がある病院(周術期口腔機能管理に関連する場合に限る)

入院中の周術期口腔機能管理を行なう患者

・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

訪問歯科診療の提供

通院困難な患者

	1人の患者を診療	2人以上9人以下	10人以上
20分以上	<u>歯科訪問診療1</u> (866点)	<u>歯科訪問診療2</u> (283点)	
20分未満		<u>歯科訪問診療3</u> (120点)	
歯科訪問診療料の注13に規定する基準の届出を行っていない場合	注13 イ 初診時 (234点) ロ 再診時 (45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

歯科訪問診療1又は2の算定が可能

※「著しく歯科診療が困難な者」又は要介護3以上に準じる状態の場合は、20分未満でも歯科訪問診療1の算定が可能

※同居する同一世帯の複数の患者の場合は、1人は歯科訪問診療1を算定可

※歯科訪問診療料を算定する場合は、基本診療料は算定不可

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

○個別の診療内容の項目に対する加算

・消炎鎮痛、有床義歯の調整等に関連する項目について
100分の30～70に相当する点数を加算

・歯科訪問診療料及び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30～50に相当する点数を加算

在宅歯科医療の推進について

歯科訪問診療料の見直し

		(平成28年度改定)		
		同一の建物に居住する患者数		
		1人	2人以上9人以下	10人以上
患者1人につき 診療に要した 時間	20分 以上	歯科訪問診療1 【866点】	歯科訪問診療2 【283点】	
	20分 未満	歯科訪問診療3 【120点】		

【歯科訪問診療1の算定要件の見直し】

- 診療に要した時間が20分未満であっても「歯科訪問診療1」を算定可能な場合
 - 患者の状態が「著しく歯科診療が困難な者」に準じる状態
 - 要介護3以上に準じる状態等
- 同居する同一世帯の複数の患者に対して歯科訪問診療を行った場合
 - 1人は歯科訪問診療1を算定、それ以外の患者については歯科訪問診療2を算定

【歯科訪問診療3の適正化】

歯科訪問診療3 143点 → 120点

【注13の新設】 ※歯科訪問診療の患者が95%以上であり、在宅療養支援歯科診療所ではない場合に算定

注13 イ 初診時 234点 口 再診時 45点

歯科訪問診療の実施状況(医療機関数)

- 歯科訪問診療料(歯科訪問診療1,2,3)の算定医療機関数をみると、歯科訪問診療料の算定があった医療機関は13,475施設であり、初診料等の算定がある医療機関約60,000施設のうちの約20%であった。
- 歯科訪問診療を実施している医療機関の内訳は、ほぼ診療所であり病院は1%程度(123施設)であった。

〈基本診療料、歯科訪問診療料の算定医療機関数〉

算定のあった 医療機関数	
歯科訪問診療1	12,017
歯科訪問診療2	6,052
歯科訪問診療3	3,976
歯科初診料	59,424
地域歯科診療支援病院歯科初診料	426
歯科再診料	59,597
地域歯科診療支援病院歯科再診料	427
	59,849
	60,007

〈歯科訪問診療料の算定医療機関数の内訳〉

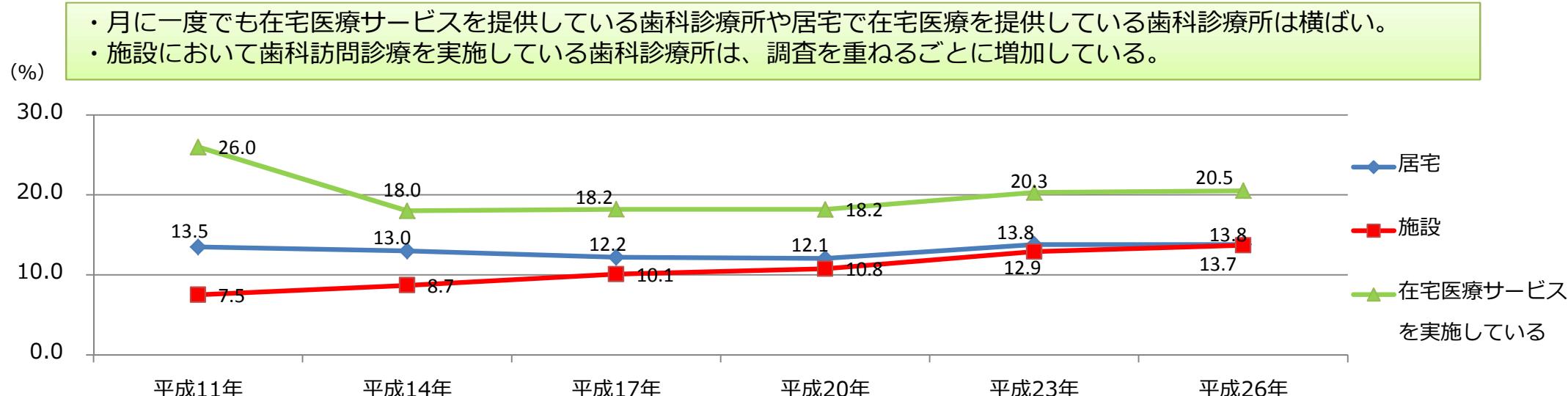
診療所	病床規模	総計	歯科訪問診療料		
			歯科訪問 診療1	歯科訪問 診療2	歯科訪問 診療3
無床	13,084	11,699	5,806	3,808	
有床	21	19	15	11	
診療所計		13,105	11,718	5,821	3,819
病院	20-99床	30	26	24	15
	100-199床	44	30	29	22
	200-299床	11	9	6	4
	300-399床	17	13	9	5
	400-499床	9	7	5	3
	500床以上	9	7	3	*
	不明(病床数不明)	3	3	*	*
病院計		123			
不明*		247	204	154	105
合計		13,475	12,017	6,052	3,976

※:NDBデータにおいて医療機関マスターが不明

*:当該医療機関が3施設未満

歯科訪問診療を実施している歯科診療所の割合（訪問先別）

第3回歯科医師の資質
向上等に関する検討会
(参考資料4)



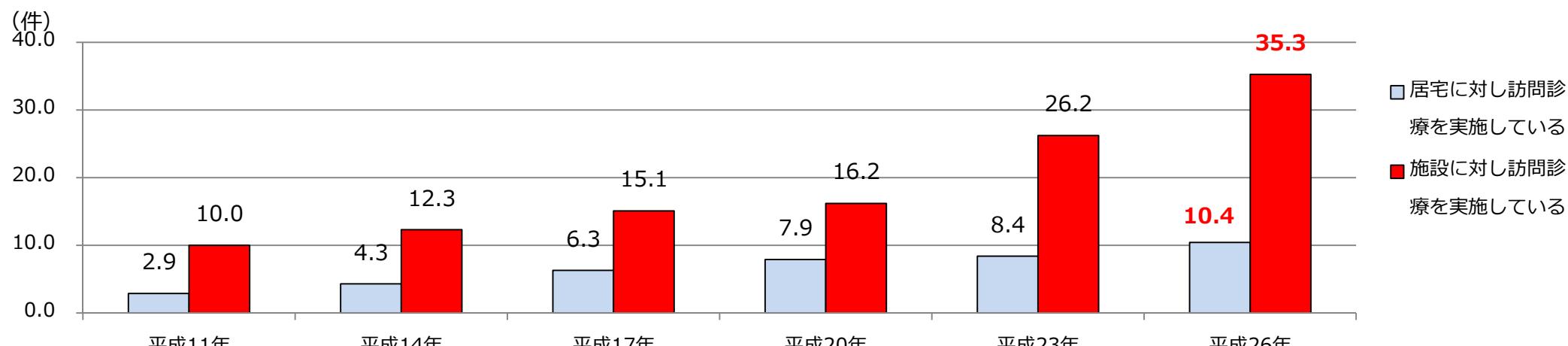
注1：平成23年は宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県の全域を除いて算出

(平成26年医療施設調査)

注2：平成20年は在宅医療サービスを実施している歯科診療所は調査していない。

1 歯科診療所当たりの歯科訪問診療実施件数（毎年9月分）

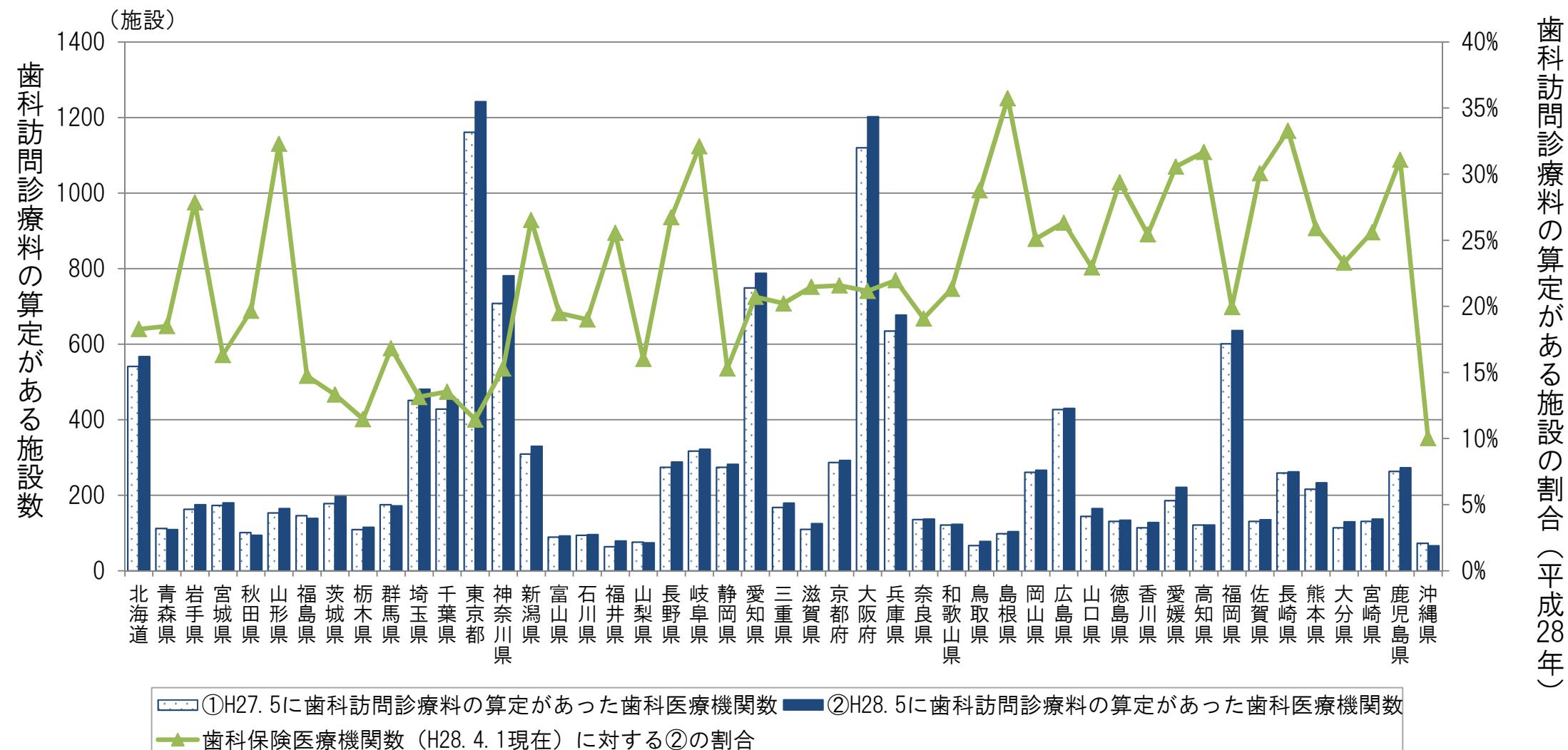
・1歯科診療所当たりの歯科訪問診療実施件数（9月分）は、調査を重ねるごとに増加しており、特に、施設での増加が顕著



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

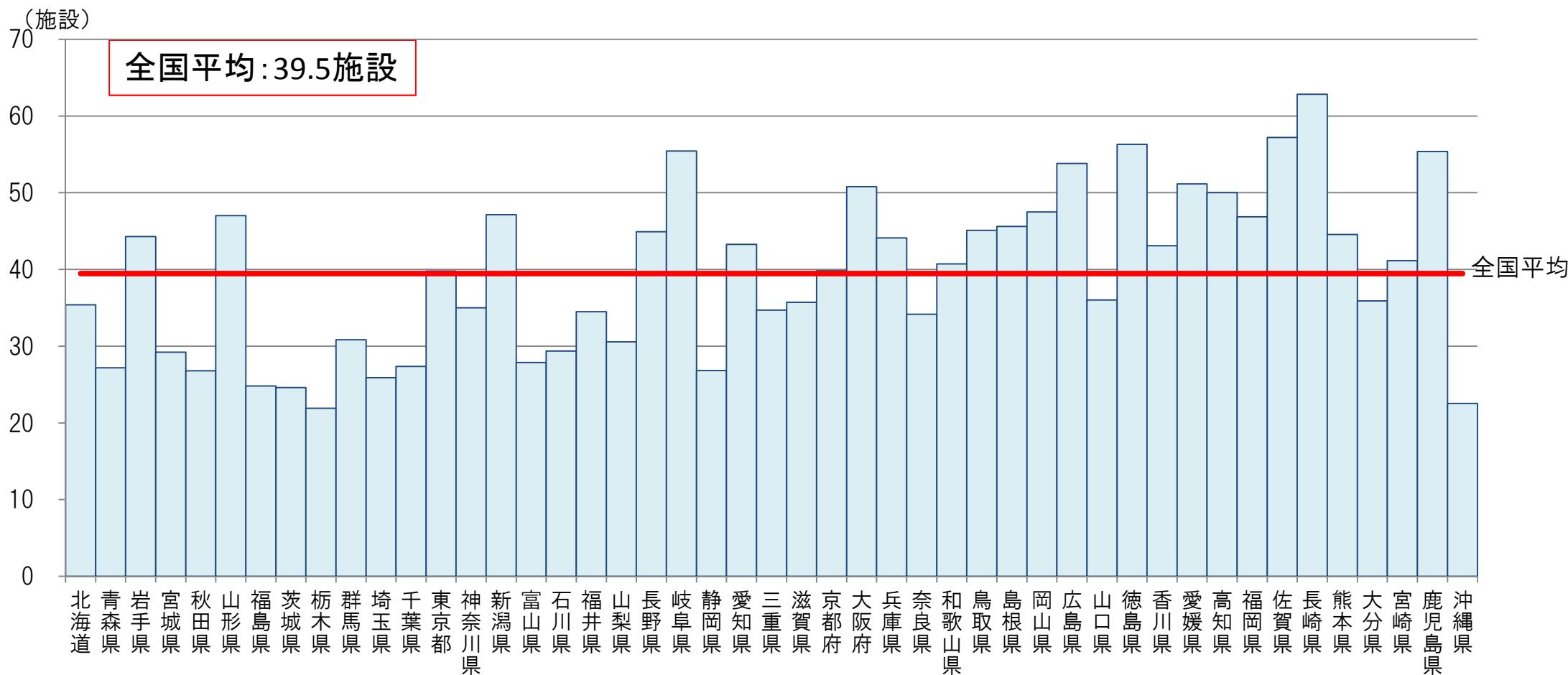
都道府県別歯科訪問診療の実施状況

- 歯科訪問診療を実施する施設数は増加傾向にあり、平成28年5月時点では東京都が最も多く1,242施設、沖縄県が最も少なく66施設であった。
- 一方、歯科保険医療機関数(病院を含む)に対する割合をみると、最も高い島根県で約36%、最も低い沖縄県では約10%と都道府県によってばらつきがある。



都道府県別の歯科訪問診療実施医療機関数

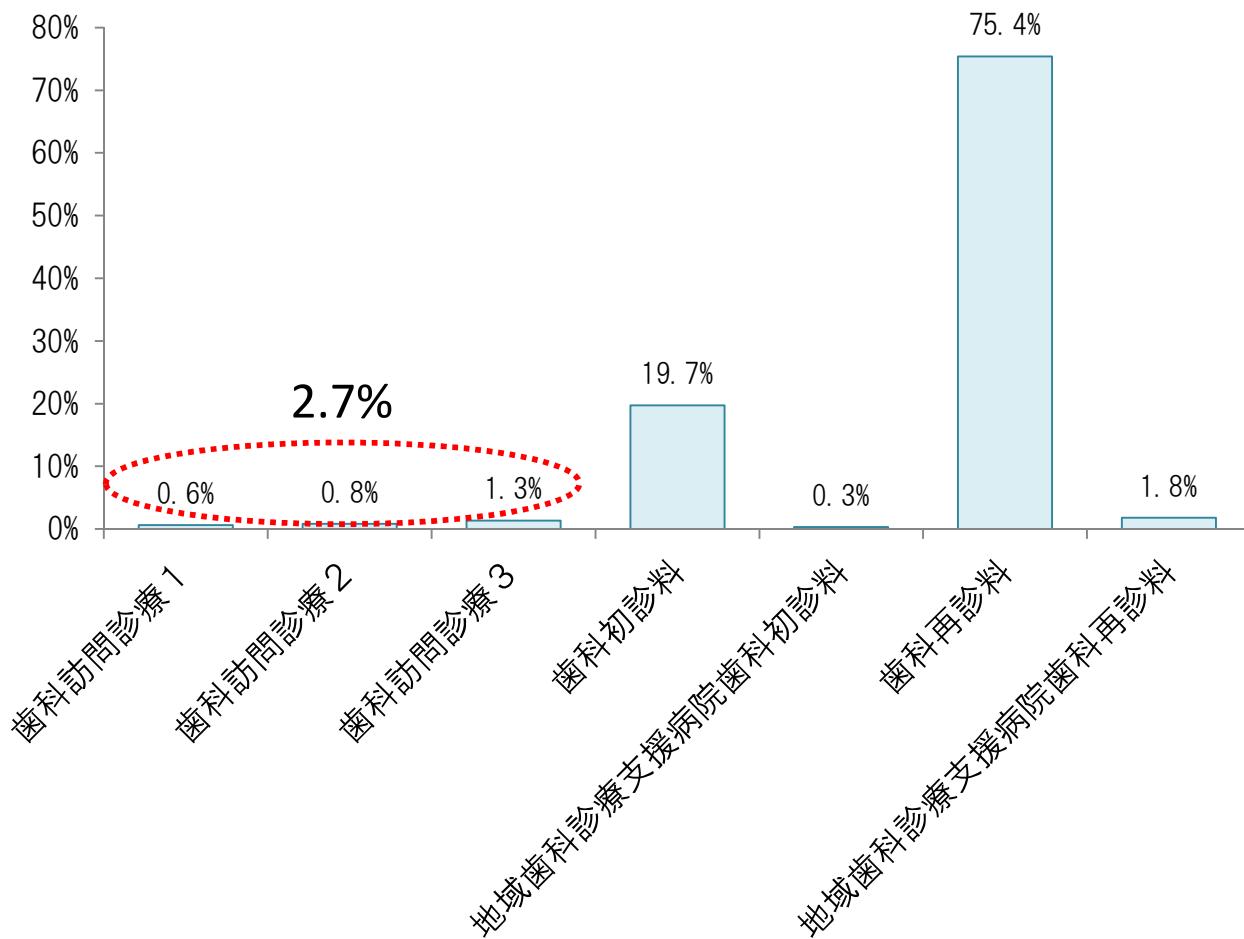
- 高齢者人口（65歳以上人口）10万人あたりの歯科訪問診療を実施している医療機関数は、全国平均で約40施設であった。
- 最も多い長崎県で約63施設、最も少ない栃木県では約22施設と都道府県によってばらつきがみられた。



歯科訪問診療の実施状況(算定回数)

- 基本診療料及び歯科訪問診療料の算定回数の総数に対する歯科訪問診療料(歯科訪問診療1,2,3)の算定回数の割合は、約2.7%であった。

＜基本診療料、歯科訪問診療料の算定回数の状況＞



	1ヶ月の* 算定回数
歯科訪問診療1	184,181
歯科訪問診療2	256,282
歯科訪問診療3	406,441
歯科初診料	6,072,953
地域歯科診療支援病院歯科初診料	104,185
歯科再診料	23,225,815
地域歯科診療支援病院歯科再診料	549,042
合計	30,798,899

*:平成28年5月診療分のNDBデータによる

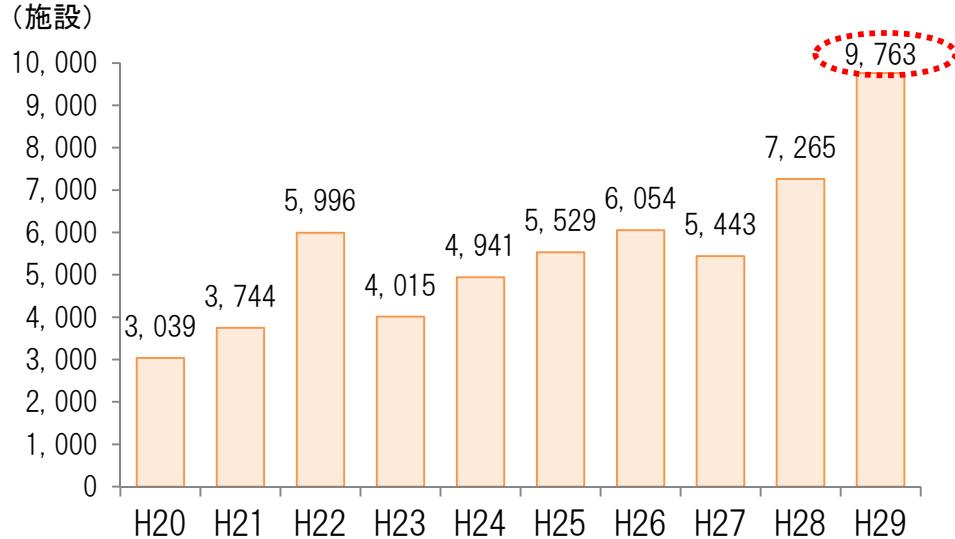
在宅療養支援歯科診療所について

- 在宅等における療養を歯科医療面から支援する在宅療養支援歯科診療所については、平成29年4月1日時点の届出医療機関数は9,763施設（歯科医療機関数の約14%）であり、増加傾向にある。

【施設基準】

- 1 歯科訪問診療料(歯科訪問診療1又は歯科訪問診療2)を算定していること
- 2 高齢者的心身の特性、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 患者の求めに応じて、迅速な歯科訪問診療が可能な体制を確保
- 5 当該地域において、在宅医療を担う医師、介護・福祉関係者等との連携体制を整備
- 6 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を確保
- 7 主として歯科訪問診療を実施する診療所（歯科訪問診療を行った患者数の割合が95%以上）においては、次のいずれにも該当
イ 歯科訪問診療の患者のうち、6割以上が歯科訪問診療1を実施 在宅歯科医療を担当する常勤歯科医師の配置
ハ 直近1年間に5つ以上の病院又は診療所から、文書による紹介がある
ニ 在宅歯科医療を行う十分な機器を有している 処置等について相当の実績を有する

＜在宅療養支援歯科診療所の届出医療機関数の推移＞



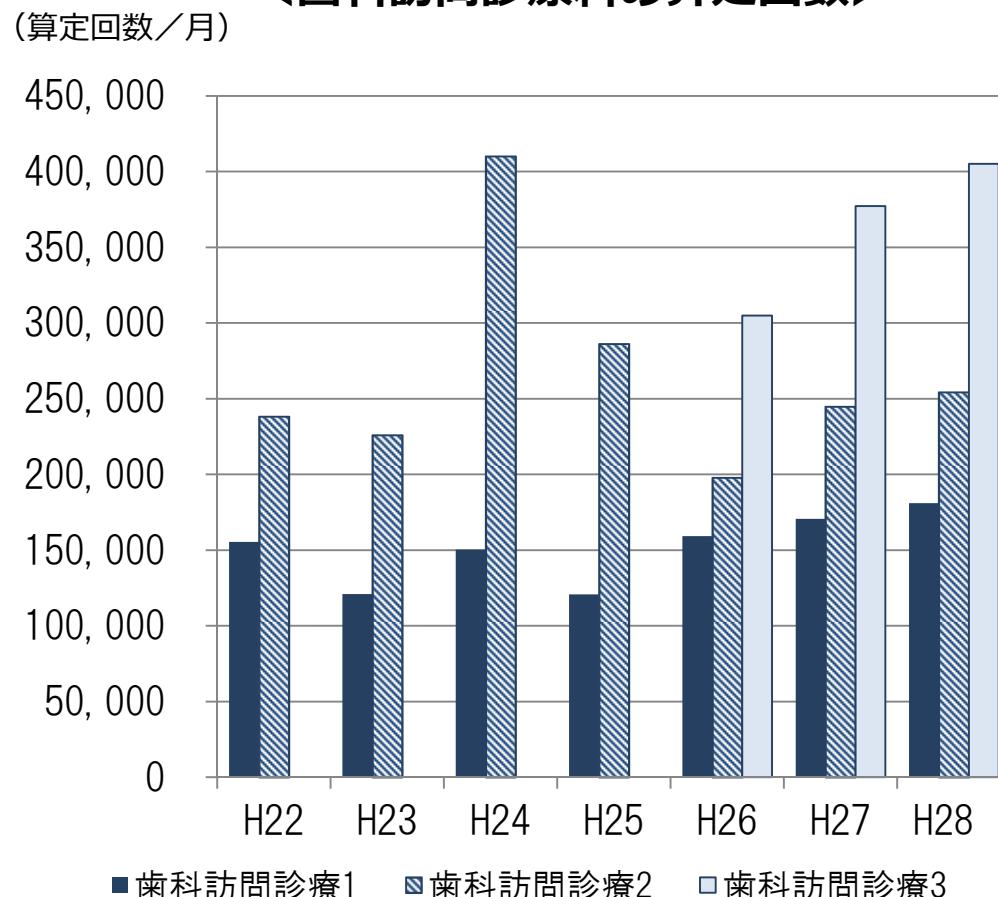
＜在宅療養支援歯科診療所の診療報酬上の評価＞

	歯援診	歯援診以外
退院時共同指導料Ⅰ	900点	500点
歯科疾患在宅療養管理料	240点	180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	—
在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料	50点加算	1 10歯未満 350点 2 10歯以上20歯未満 450点 3 20歯以上 550点

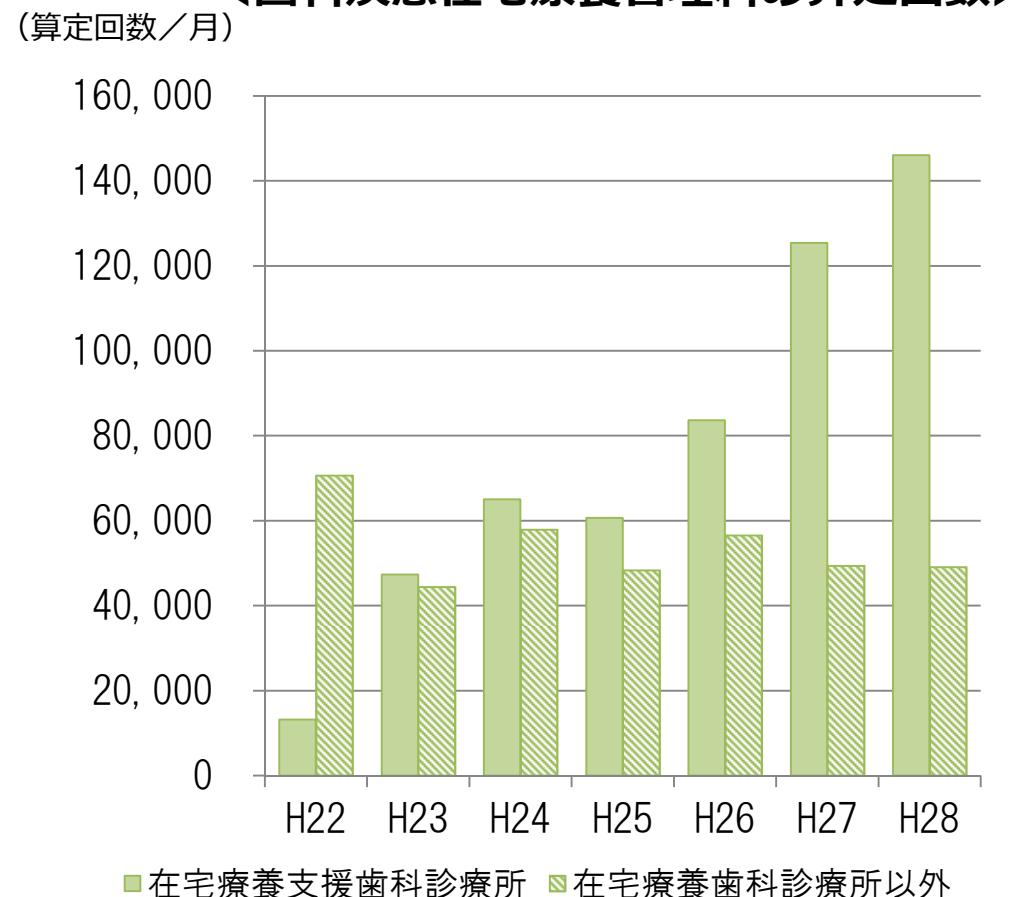
在宅歯科医療に係る点数の算定回数

- 歯科訪問診療料については、歯科訪問診療3が最も多く算定されている。
- 算定回数は全体的に増加傾向にあり、特に歯科訪問診療2及び3が増加している。
- 歯科訪問診療時の管理料である歯科疾患在宅療養管理料の算定回数も増加傾向にあり、特に在宅療養支援歯科診療所の算定回数の増加が著しい。

＜歯科訪問診療料の算定回数＞

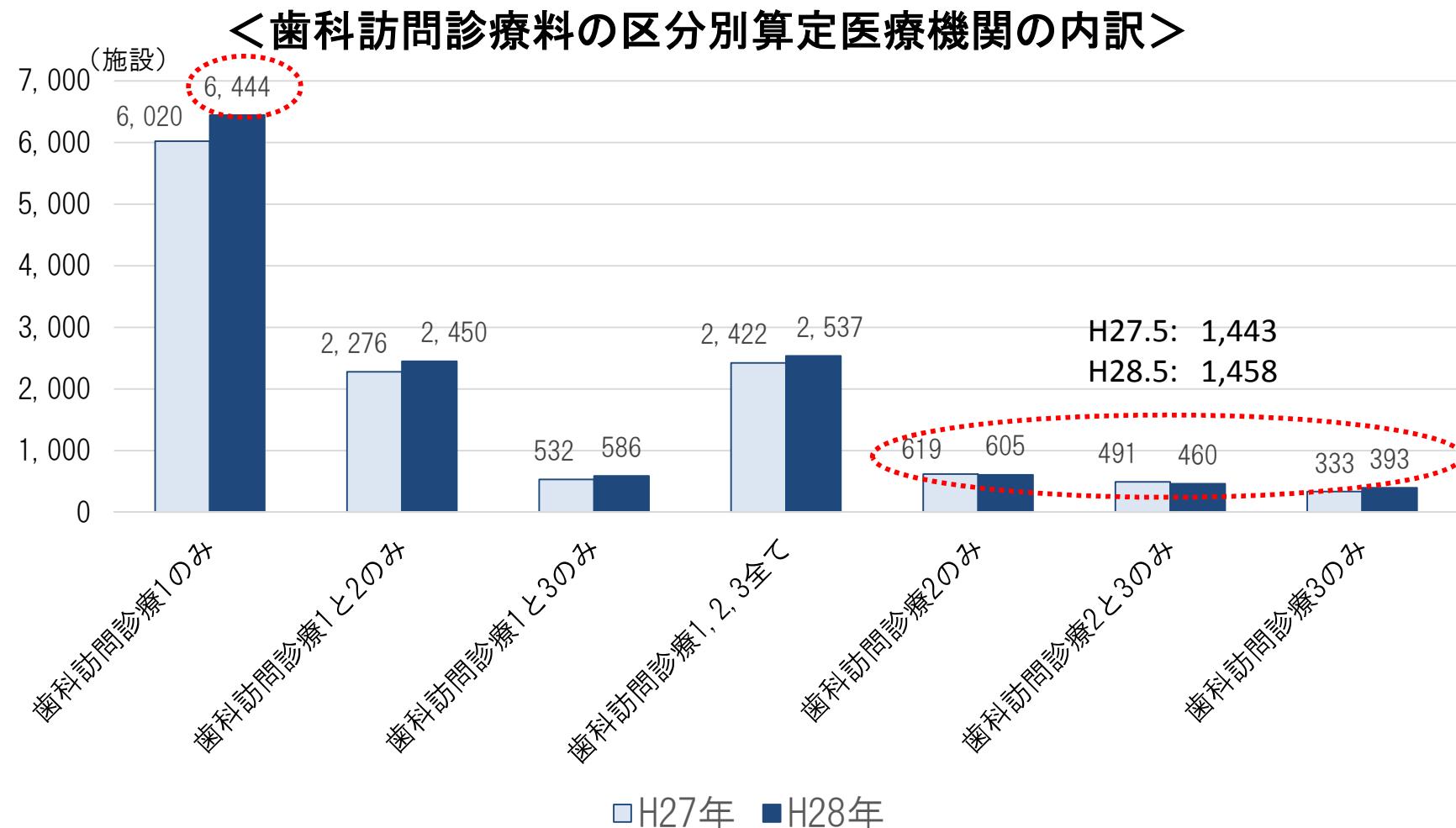


＜歯科疾患在宅療養管理料の算定回数＞



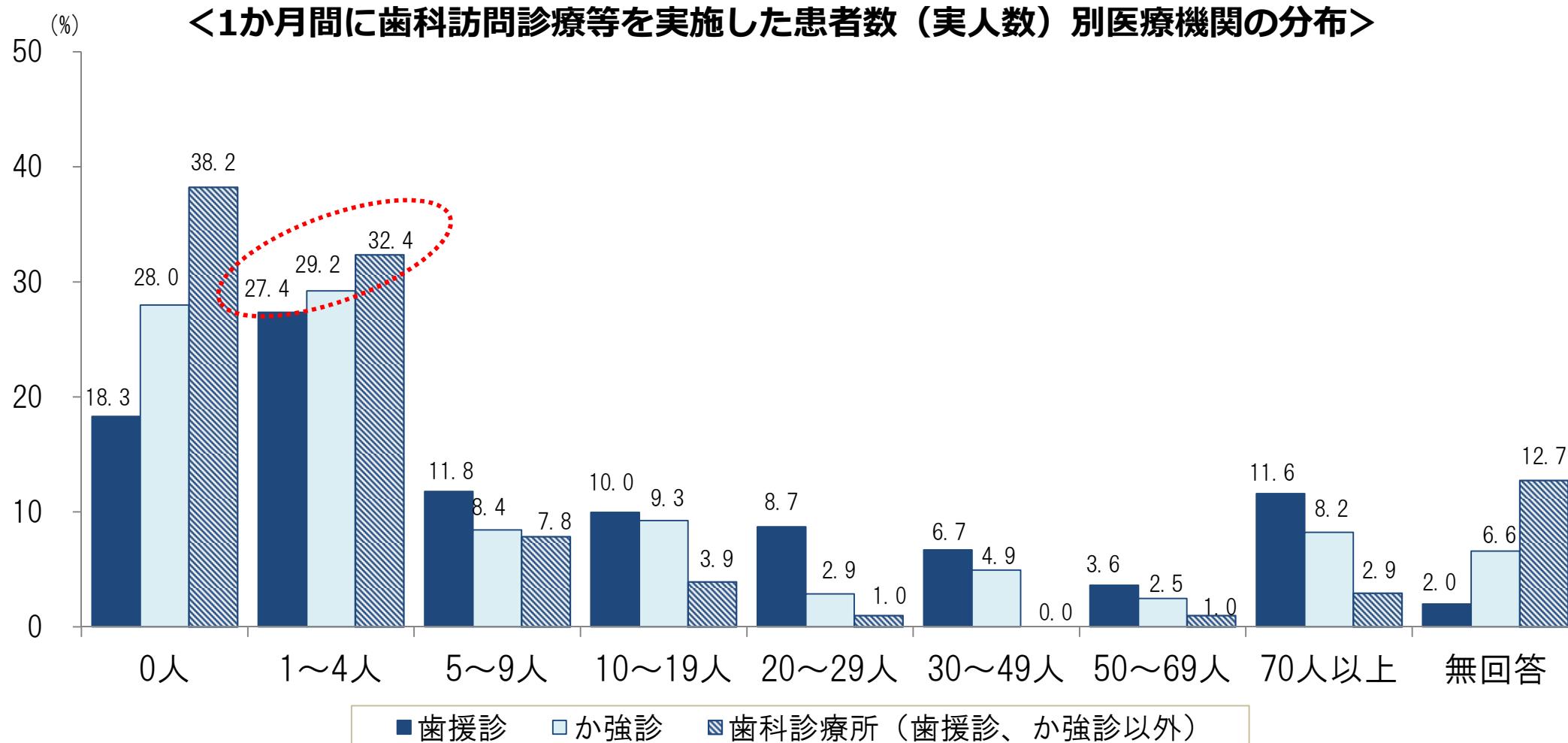
歯科訪問診療の実施状況(医療機関数)

- 平成28年5月において、歯科訪問診療を実施している医療機関のうち、歯科訪問診療1のみを算定している医療機関は6,444施設であり、平成27年と比較して増加している。
- 一方、歯科訪問診療1の算定がない医療機関が約1割(平成28年5月:1,458施設)であり、平成27年とほぼ同数であった。



歯科訪問診療の患者数別医療機関の分布

- 1か月間に歯科訪問診療等を実施した患者の実人数は、「0人」を除くと「1～4人」が約3割で最も多い。
- 在宅療養支援歯科診療所は、「か強診」やその他の歯科診療所よりも歯科訪問診療の患者数が多い傾向がみられる。

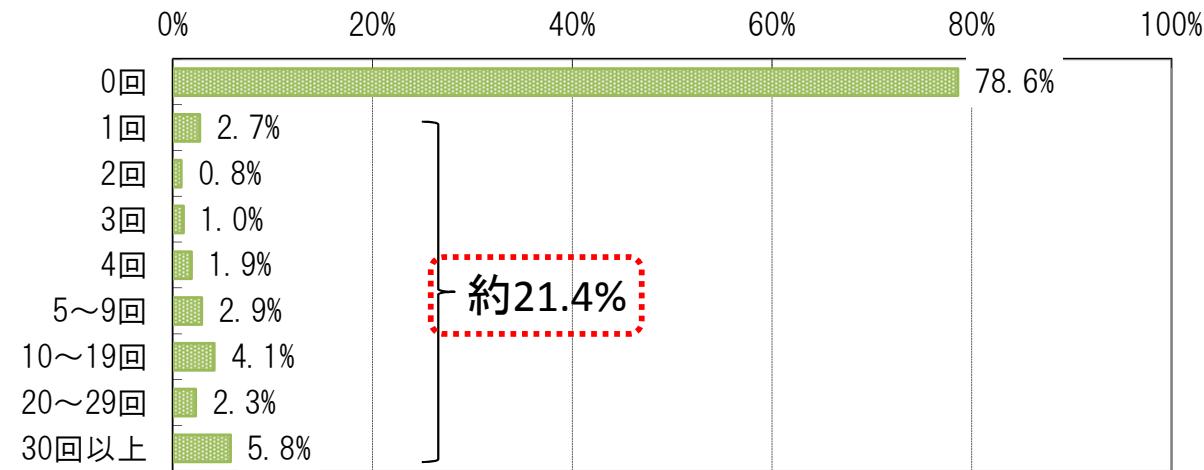


在宅療養支援歯科診療所（歯援診） n=552 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所（か強診） n=486
歯科診療所（歯援診、か強診以外） n=102

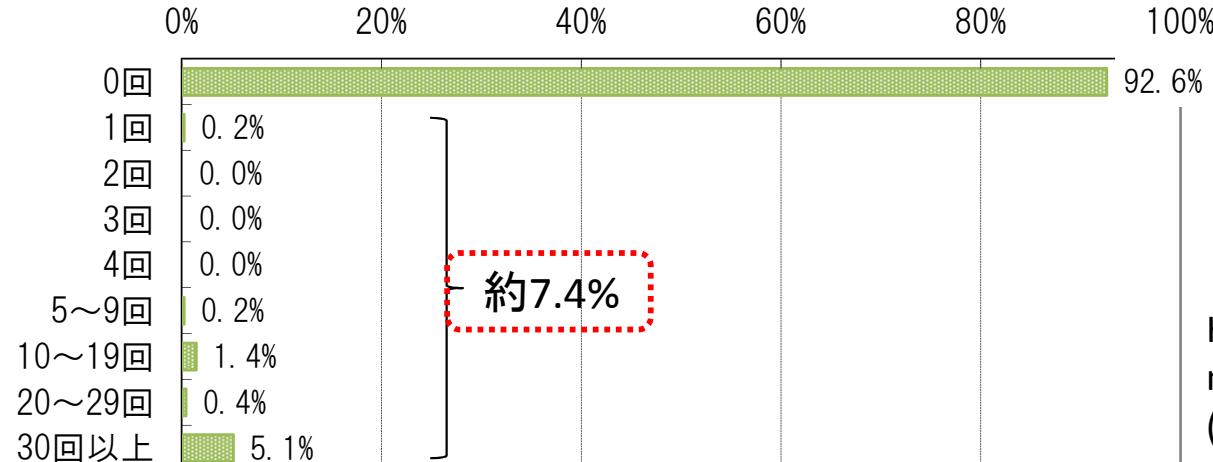
歯科訪問診療3の算定状況

- 歯科訪問診療3は「診療時間が20分未満」又は「同一建物で10人以上」の患者を診療した場合に算定されるが、算定があった医療機関の割合は「診療時間が20分未満」が約2割、「同一建物で10人以上」が約1割と「診療時間が20分未満」が多かった。

＜歯科訪問診療3「診療時間が20分未満」の算定回数＞



＜歯科訪問診療3「同一建物で10人以上」の算定回数＞



在宅歯科医療推進加算の算定状況

- 在宅歯科医療推進加算については、平成28年診療報酬改定において施設以外の在宅における歯科訪問診療を推進する観点から、施設基準の緩和及び名称変更を行った。
- その結果、届出医療機関数及び算定回数は平成28年5月時点でそれぞれ約24%及び約37%増加した。

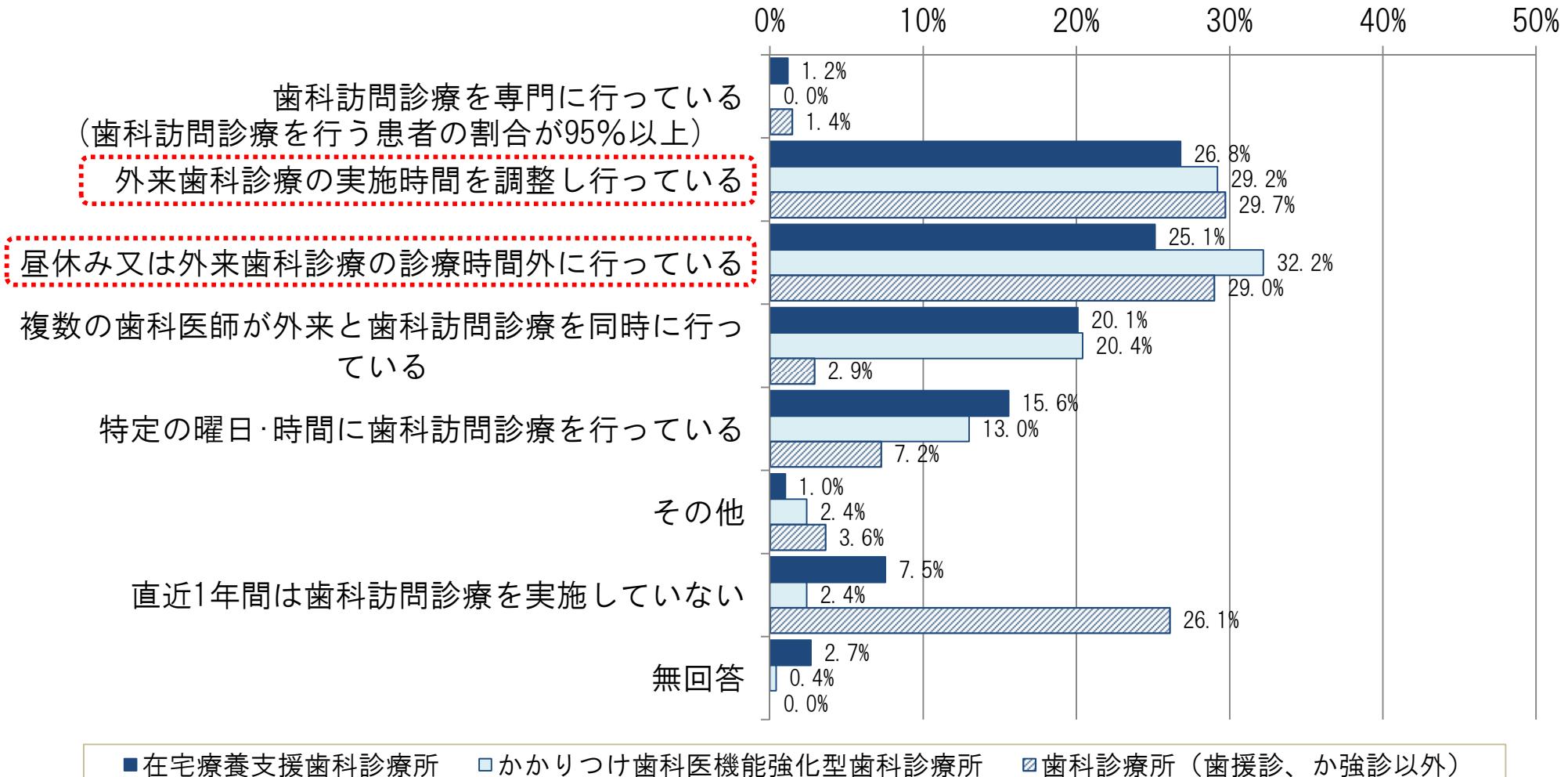
【在宅歯科医療推進加算】（歯科訪問診療1の加算）

- 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6割以上が歯科訪問診療1を算定していること。

在宅歯科医療推進加算の算定状況	平成27年5月	平成28年5月
施設基準届出医療機関数	1,271施設 (H27.5.1現在 医療課調べ)	1,576施設 (H28.5.1現在 医療課調べ)
算定回数	26,699回	36,685回
算定患者数	13,707人	19,468人
算定医療機関数	941施設	1,143施設
歯科訪問診療1の算定医療機関数	11,250施設	12,017施設

歯科訪問診療の実施体制

- 歯科訪問診療の実施体制は、「外来歯科診療の実施時間を調整し行っている」又は「昼休み又は外来歯科診療の診療時間外に行っている」がそれぞれ多い。

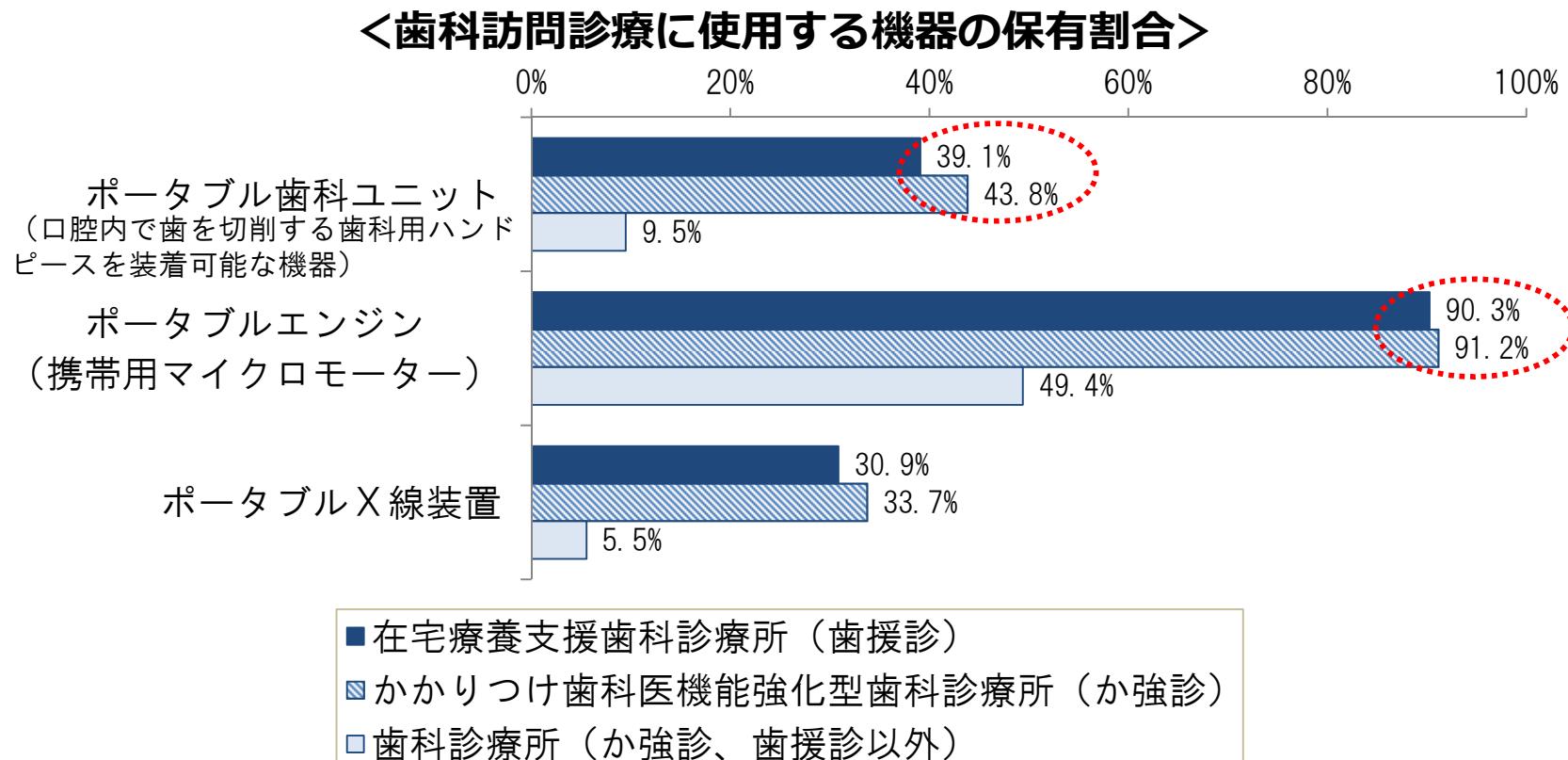


■在宅療養支援歯科診療所 □かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所 ▨歯科診療所（歯援診、か強診以外）

在宅療養支援歯科診療所（歯援診）n=597 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所（か強診）n=500
歯科診療所（歯援診、か強診以外）n=138

歯科訪問診療に使用する機器の保有状況

- 歯科訪問診療時に使用する機器の保有状況は、「か強診」「歯援診」では、ポータブルエンジンは約9割、ポータブル歯科ユニットは約4割、ポータブルX線装置は約3割であった。
- 一方、「か強診」及び「歯援診」以外の歯科診療所では最も保有率の高いポータブルエンジンにおいても約5割にとどまっていた。



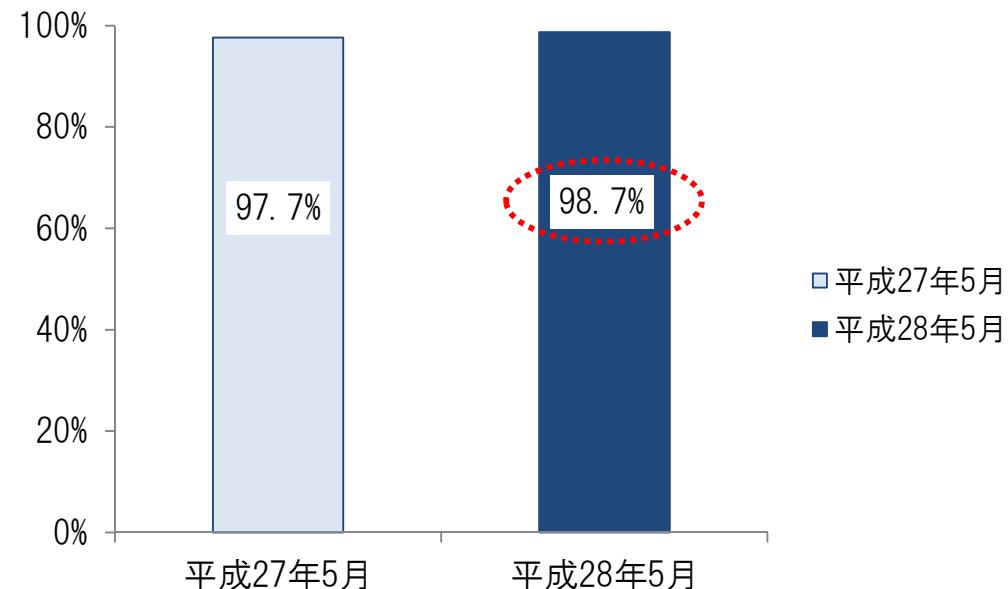
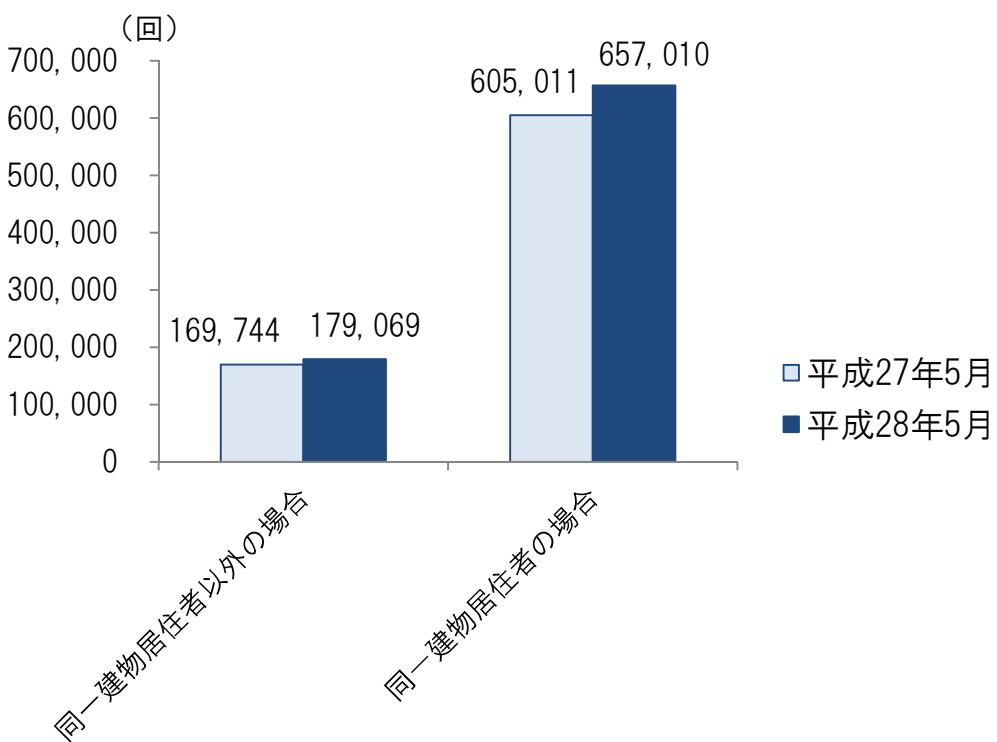
在宅患者等急性歯科疾患対応加算の算定状況

- 歯科訪問診療において切削器具等を携行していることを評価した在宅患者等急性歯科疾患対応加算は、歯科訪問診療料の約99%で算定されている。

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 □ 同一建物居住者の場合 55点

歯科訪問診療を行うにあたって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復及び欠損補綴が必要な場合に即応できるよう切削器具及びその周辺装置を常時訪問先に携行している場合に算定

＜在宅患者等急性歯科疾患対応加算の算定回数＞ ＜歯科訪問診療料に対する急性対応加算の算定回数の割合＞



算定回数	平成27年5月	平成28年5月
歯科訪問診療料(総数)	793,330回	846,904回
急性対応加算(総数)	774,755回	836,079回

歯科訪問診療における訪問建物数

- 1ヶ月間に歯科医師が訪問した建物数の総数は、平均8.6か所であったが、ばらつきが大きい。
- 建物数の総数について、分布でみると1か所が20.8%で最も多く、次いで5～9か所が13.0%であった。

＜1ヶ月間に訪問した建物の数＞

	平均 (か所)	SD
歯科医師が訪問した 建物数(総数)	8.6	22.2
(うち)自宅*	5.5	18.4
(うち)居住系施設	1.4	3.3
(うち)介護老人保健施設	0.5	1.5
(うち)介護老人福祉施設	0.5	1.3
(うち)病院	0.5	1.0
(うち)その他	0.2	0.8

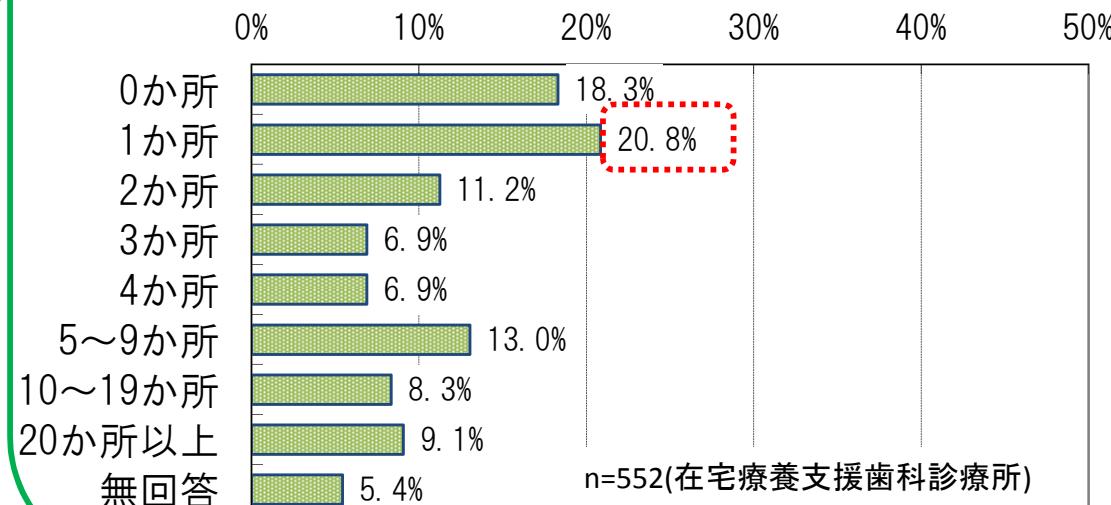
*自宅：戸建て、団地、マンション等の集合住宅（施設以外）

n=522(在宅療養支援歯科診療所)

H28.9の1ヶ月間に歯科医師が訪問した建物数の総数とその内訳を建物の種類ごとに回答

※総数及び各建物種類毎の回答について、平均値及び標準偏差を計算

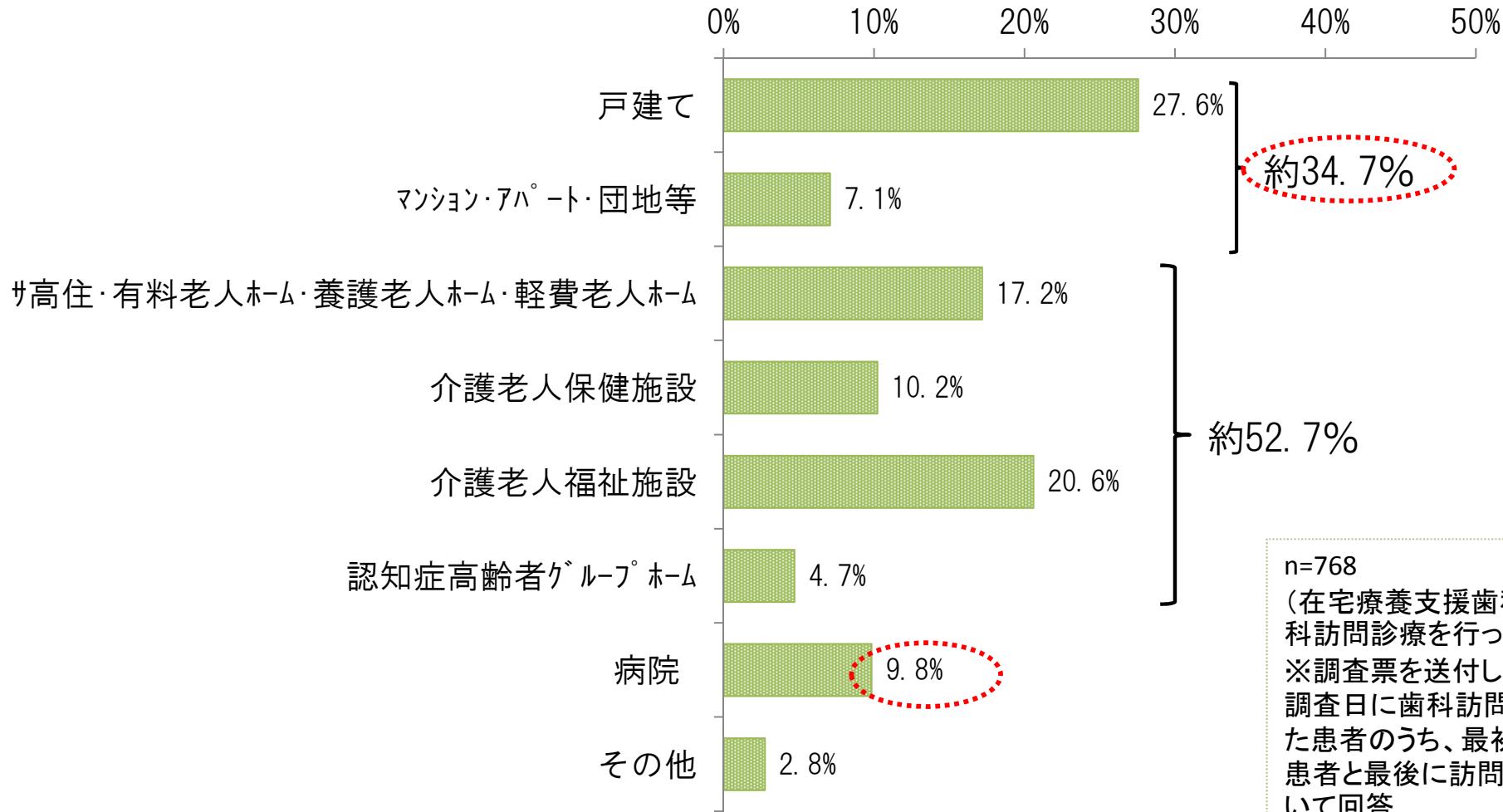
＜1ヶ月間に歯科医師が訪問した建物数（総数）別分布＞



歯科訪問診療の訪問先(患者別)

- 歯科訪問診療を実施した個々の患者の訪問先をみると、戸建てとマンション等が約35%、病院が約10%、その他の施設への訪問が約53%であった。

＜歯科訪問診療を実施した患者の訪問先＞



n=768
(在宅療養支援歯科診療所が歯科訪問診療を行った患者)
※調査票を送付した医療機関で調査日に歯科訪問診療を行った患者のうち、最初に訪問した患者と最後に訪問した患者について回答

在宅歯科医療

1. 在宅歯科医療を担う歯科医療機関

- 歯科訪問診療の提供体制
- 歯科訪問診療を必要とする患者とその内容
- 在宅医療専門の歯科医療機関の状況

2. 小児に対する歯科訪問診療

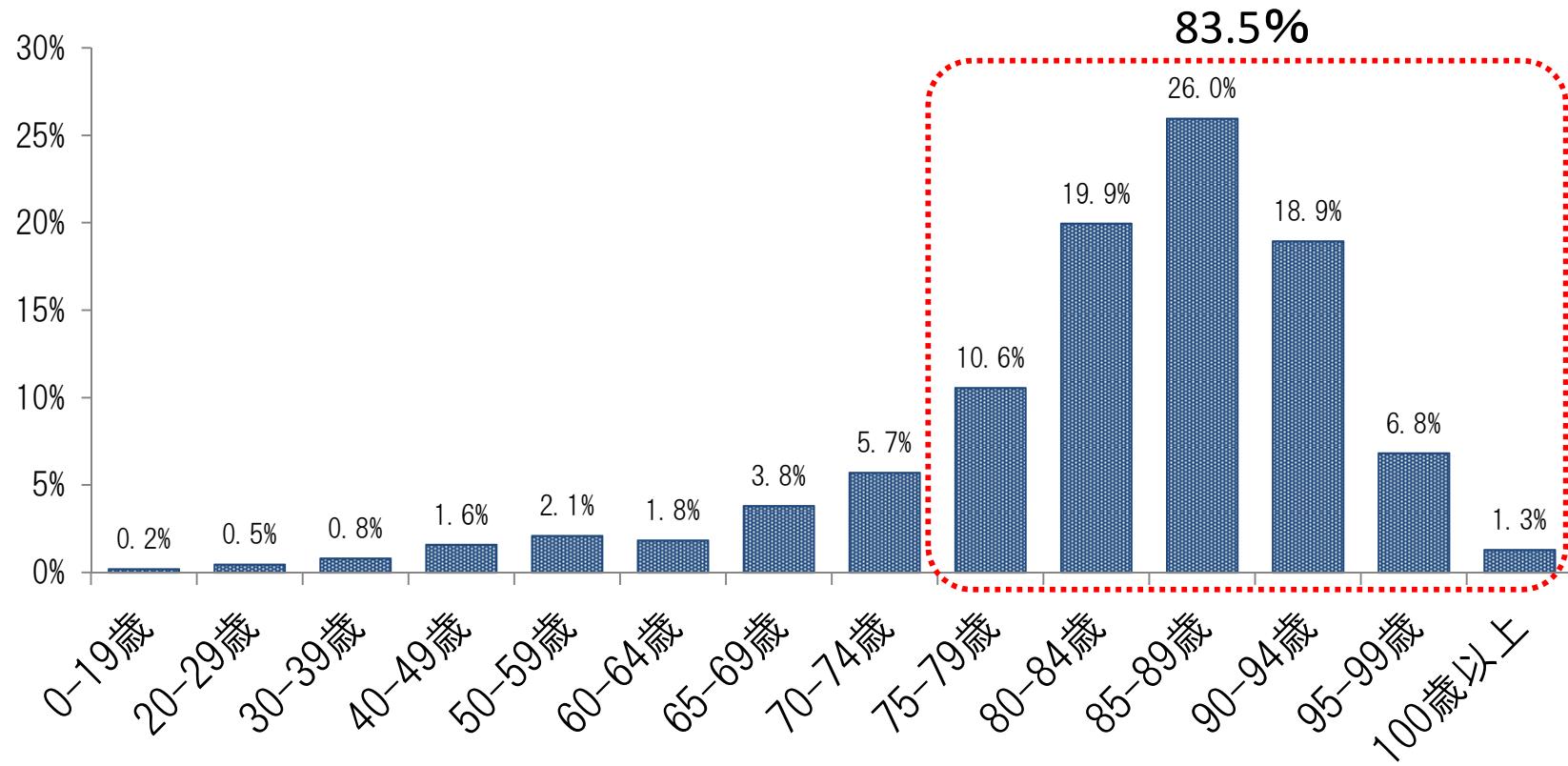
3. 歯科訪問診療における口腔衛生指導

4. 歯科訪問診療における連携等

歯科訪問診療料が算定されている患者の年齢分布

- 歯科訪問診療料が算定されている患者の年齢は、85～89歳が最も多く約26%であった。
- また、75歳以上の後期高齢者の割合が約84%を占めていた。

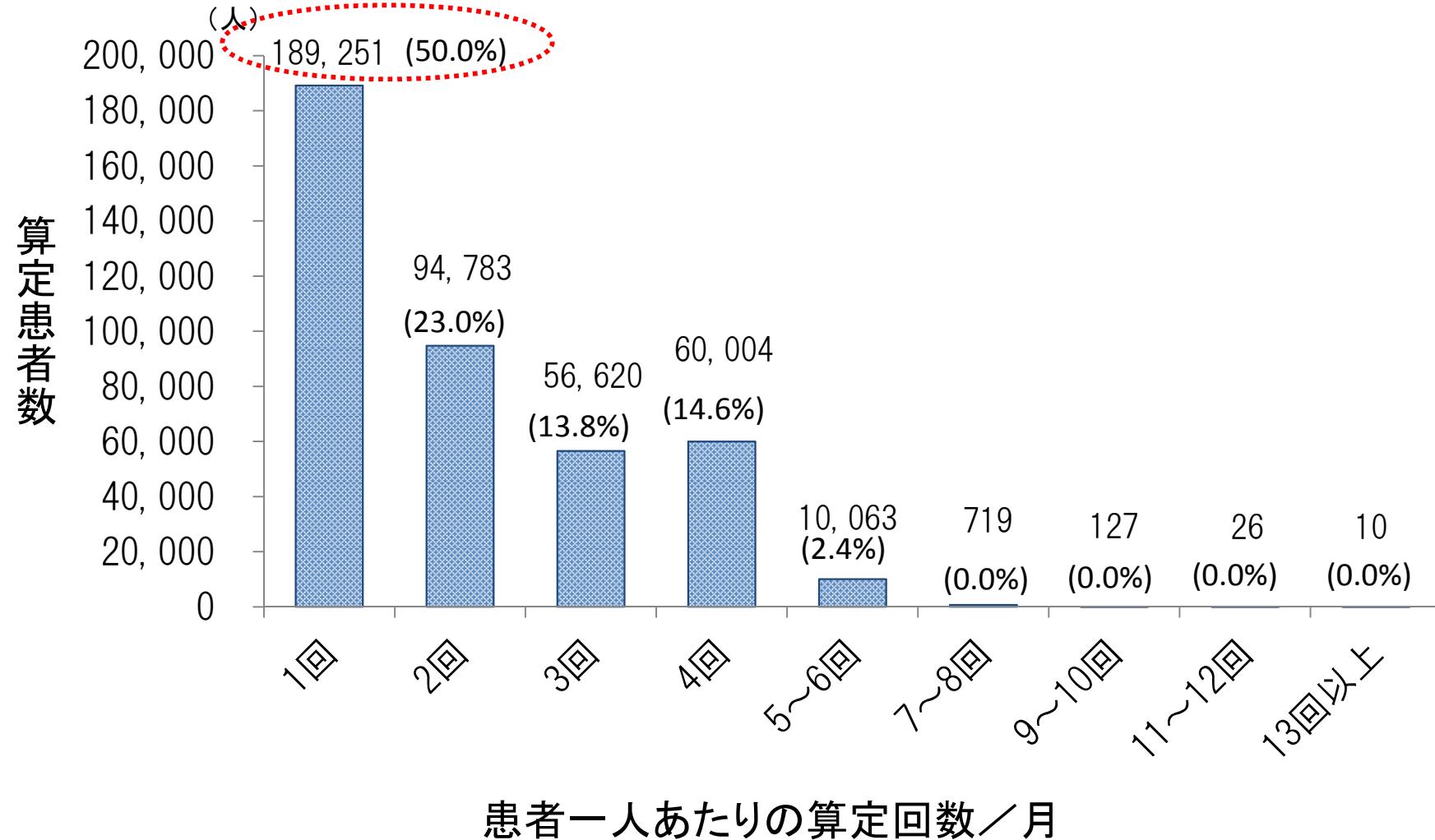
＜年齢階級別歯科訪問診療の実施割合＞



歯科訪問診療料算定患者数(平成28年5月診療分)の総数:443,076人

患者一人あたりの訪問回数(一月あたり)

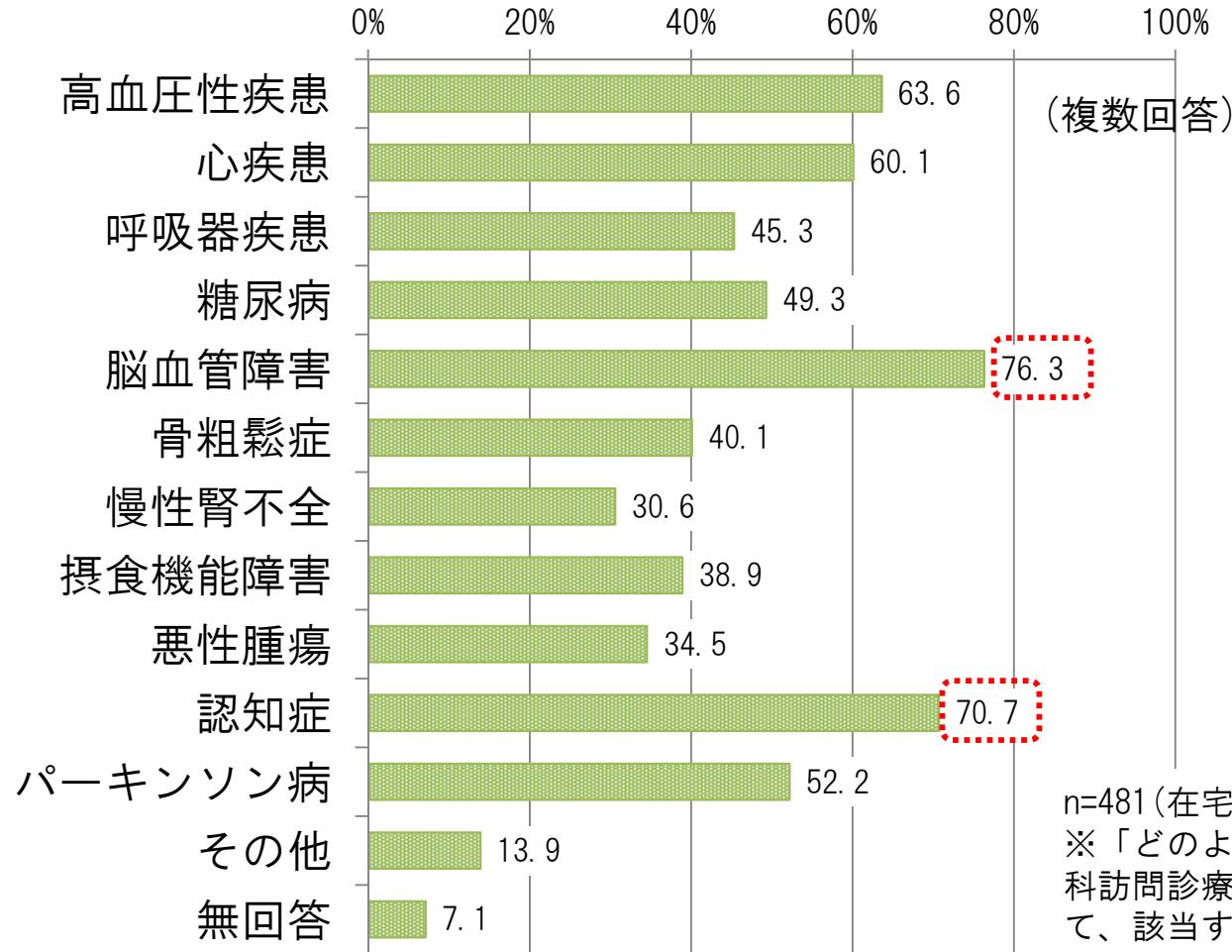
- 平成28年5月に歯科訪問診療料が算定された患者総数411,603人のうち、患者一人あたりの訪問回数/月は1回が最も多く、約19万人で約半数を占めていた。



歯科訪問診療を実施した患者の状態像①

- 歯科訪問診療を実施した患者の全身的な疾患は、脳血管障害が76.3%で最も多く、次いで認知症が70.7%であった。
- また、高血圧性疾患や心疾患は約6割であった。

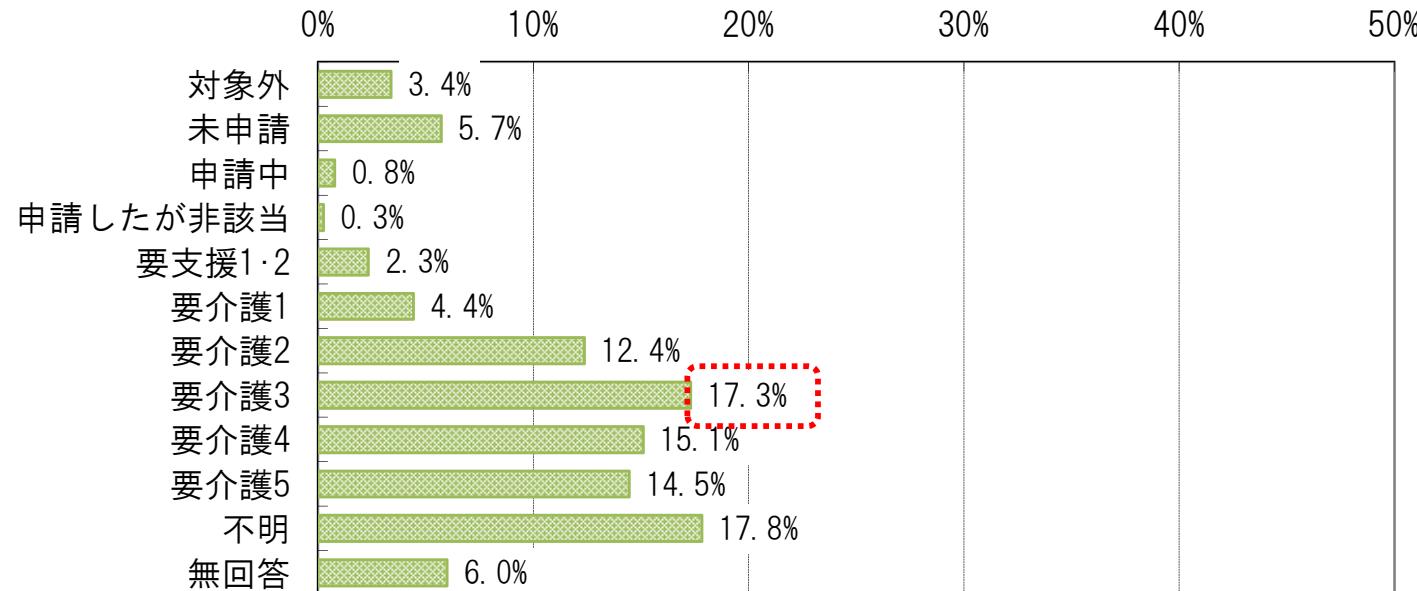
＜歯科訪問診療を実施した患者の全身的な疾患の状況＞



歯科訪問診療を実施した患者の状態像②

- 歯科訪問診療を行った患者の要介護度は、要介護3が17.3%最も多く、次いで要介護4が15.1%であった。
- 認知症高齢者の日常生活自立度は、把握していない患者が34.5%で最も多かったが、該当する患者については、ランクⅡ・Ⅱa・Ⅱbが多かった。

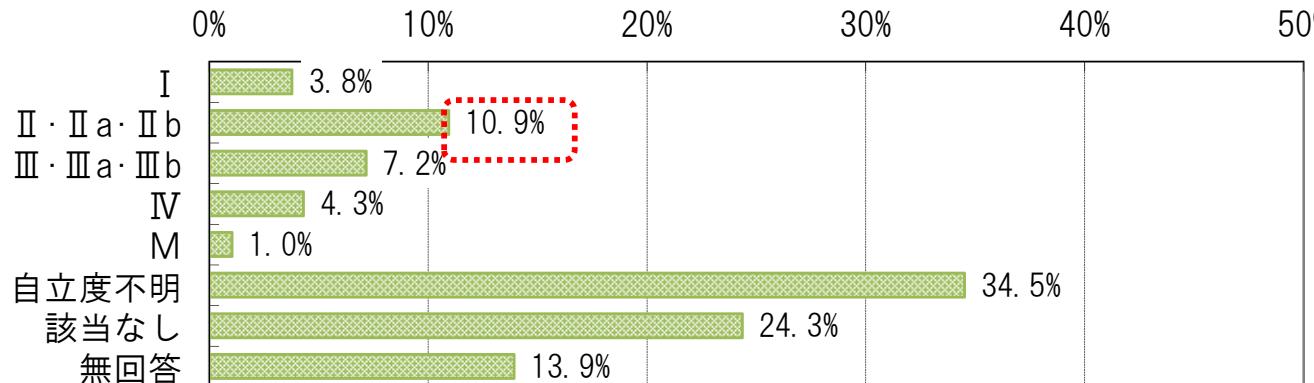
＜要介護度＞



n=768

(在宅療養支援歯科診療所が歯科訪問診療を行った患者)
※調査票を送付した医療機関で調査日に歯科訪問診療を行った患者のうち、最初に訪問した患者と最後に訪問した患者について回答

＜認知症高齢者の日常生活自立度＞

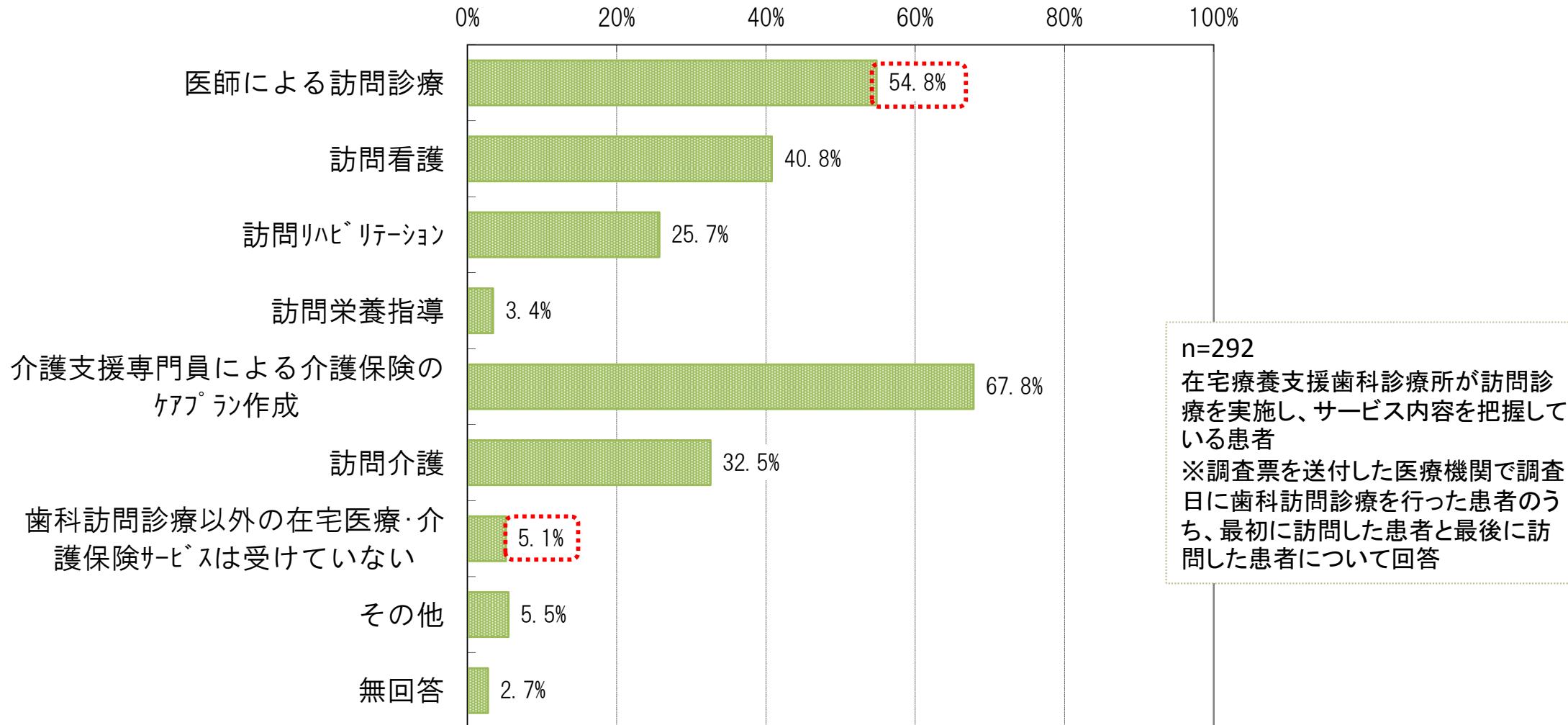


歯科訪問診療を行っている患者が受けている在宅医療・介護

- 医師による訪問診療を受けている患者は約55%であった。
- 一方、歯科訪問診療以外の在宅医療・介護保険サービスを受けていない患者は約5%であった。

＜歯科訪問診療以外に当該患者が受けている在宅医療・介護サービス＞

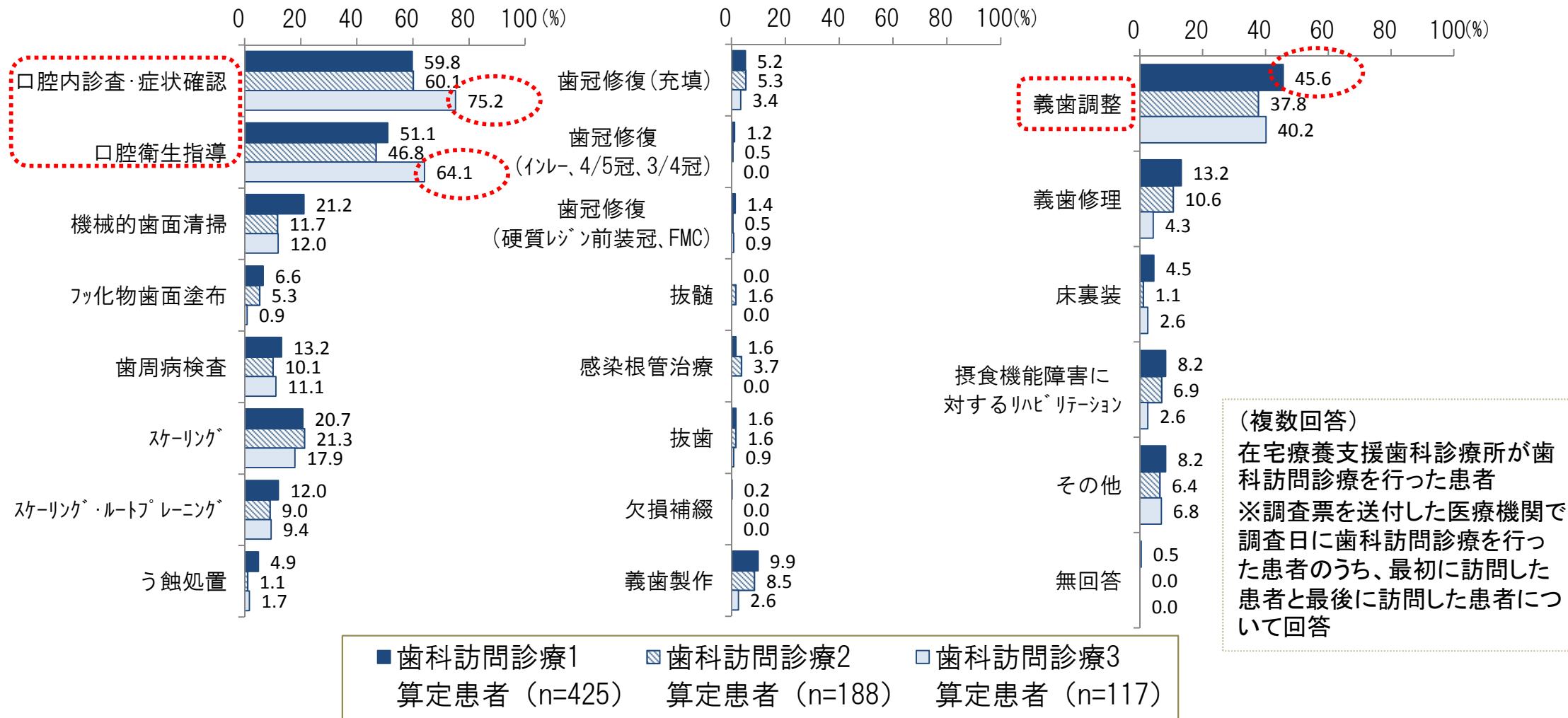
(複数回答)



歯科訪問診療における診療内容

- 診療内容では、口腔内診査・症状確認、口腔衛生指導及び義歯調整が多い。
- 歯科訪問診療料の区分別では、歯科訪問診療3では口腔内診査・症状確認や口腔衛生指導が多く、歯科訪問診療1では義歯調整が多かった。

＜歯科訪問診療における診療内容＞



在宅歯科医療

1. 在宅歯科医療を担う歯科医療機関

- 歯科訪問診療の提供体制
- 歯科訪問診療を必要とする患者とその内容
- 在宅医療専門の歯科医療機関の状況

2. 小児に対する歯科訪問診療

3. 歯科訪問診療における口腔衛生指導

4. 歯科訪問診療における連携等

在宅歯科医療の推進について

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については、現行の在宅療養支援歯科診療所の施設基準に加え、以下の①～⑤の基準を満たした場合に在宅療養支援歯科診療所として評価する。

直近1か月の歯科訪問診療の患者の割合が95%以上	③ 在宅歯科医療に係る経験が3年以上の歯科医師が勤務していること
① 5か所/年以上の医療機関からの新規患者紹介	④ 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
② 歯科訪問診療のうち、歯科訪問診療1が6割以上	⑤ 届出前1年間の算定回数が次の回数以上であること 「拔髓、感染根管処置」:20回、「拔歯手術」: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(歯科訪問診療の患者の割合が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
⇒歯科訪問診療料の注13(イ 初診時、ロ 再診時)により算定する。

歯科訪問診療料の注13に規定する基準の届出状況

- 平成28年診療報酬改定で新設された「歯科訪問診療料の注13に規定する基準」は、36,342施設(初診料又は再診料の算定がある医療機関の約6割)で届出が行われていた。

【歯科訪問診療料の注13に規定する基準】

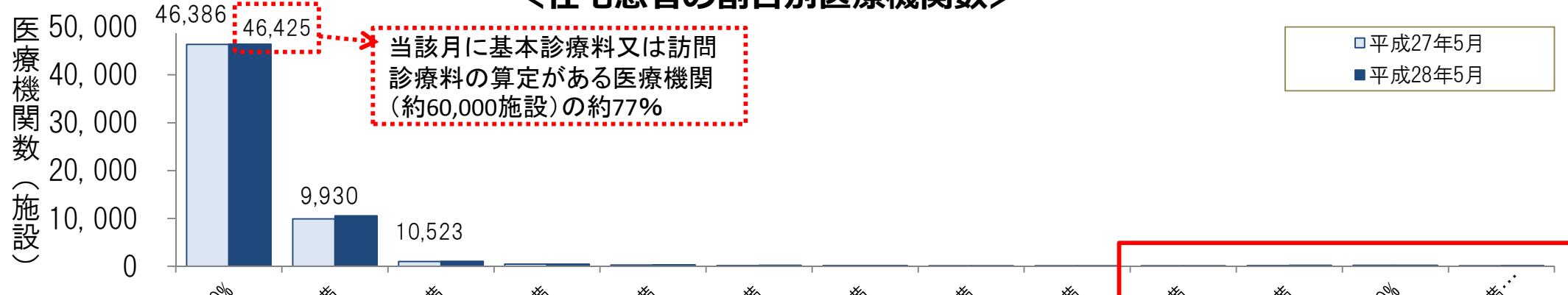
- 直近1か月に歯科訪問診療及び外来で歯科診療を提供した患者のうち、歯科訪問診療を提供した患者数の割合が9割5分未満の保険医療機関であること。

歯科訪問診療料の注13に規定する基準		
	H29.4	H29.10
施設基準届出医療機関数 (保険局医療課調べ)	35,535施設	36,342施設
【参考】	平成28年5月	
初診料の算定医療機関数	59,424施設	
再診料の算定医療機関数	59,597施設	
歯科訪問診療料の算定医療機関数	13,475施設	

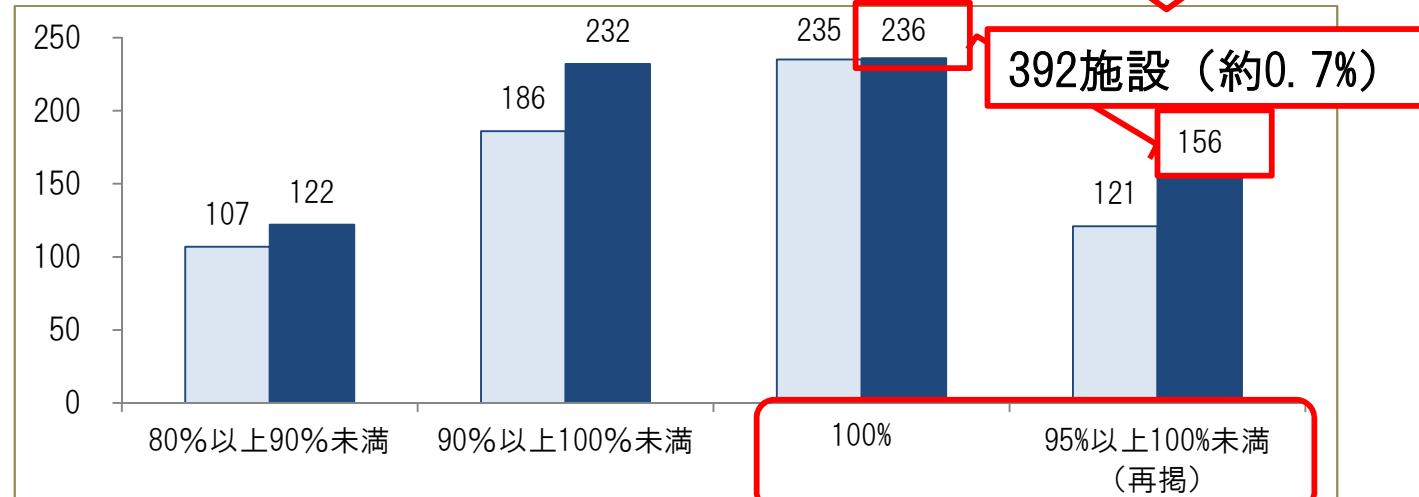
在宅専門医療機関の状況

- 在宅患者の割合が95%以上の歯科医療機関は、平成28年5月において392施設(0.7%)、当該月に基本診療料又は歯科訪問診療料の算定があった医療機関数の約0.7%であり、平成27年5月と比べてやや増加していた。

＜在宅患者の割合別医療機関数＞



※在宅患者の割合(%):
(歯科訪問診療料の算定回数) ÷
(初診料、再診料及び
歯科訪問診療料の算定回数の合計)



在宅歯科医療(歯科訪問診療)を担う歯科医療機関の課題と論点(案)

課題

【歯科訪問診療の提供体制】

- ・歯科訪問診療を提供する医療機関及び在宅療養支援歯科診療所は増加傾向にある。
- ・歯科訪問診療の実施状況については、歯科訪問診療のみを算定する医療機関が最も多く、外来診療の時間を調整又は昼休み等の診療時間外に歯科訪問診療を行っている医療機関が大半である。
- ・在宅患者等急性歯科疾患対応加算については、ほぼすべての歯科訪問診療において算定されていた。

【患者とその状況】

- ・歯科訪問診療を実施した患者の年齢は75歳以上が多く、患者1人あたりの一月の訪問は1～2回が多い。
- ・患者の状態像は、脳血管障害や認知症を有する患者が多く、要介護度は要介護3、4が多い。
- ・歯科訪問診療における診療内容は、口腔衛生指導や義歯調整が多い。

【在宅医療専門の歯科医療機関】

- ・歯科訪問診療料の注13に規定する基準の届出は約6割が行っていた。
- ・在宅医療専門の医療機関は、平成28年5月時点で392施設(0.7%)であった。



論点(案)

- 在宅歯科医療を推進する観点から、歯科訪問診療や在宅専門の医療機関の評価についてどのように考えるか。
- 歯科訪問診療の際の切削機器等の携行に関する評価について、在宅患者等急性歯科疾患対応加算は歯科訪問診療の約99%で算定されていることから、評価の見直しを検討してはどうか。

在宅歯科医療

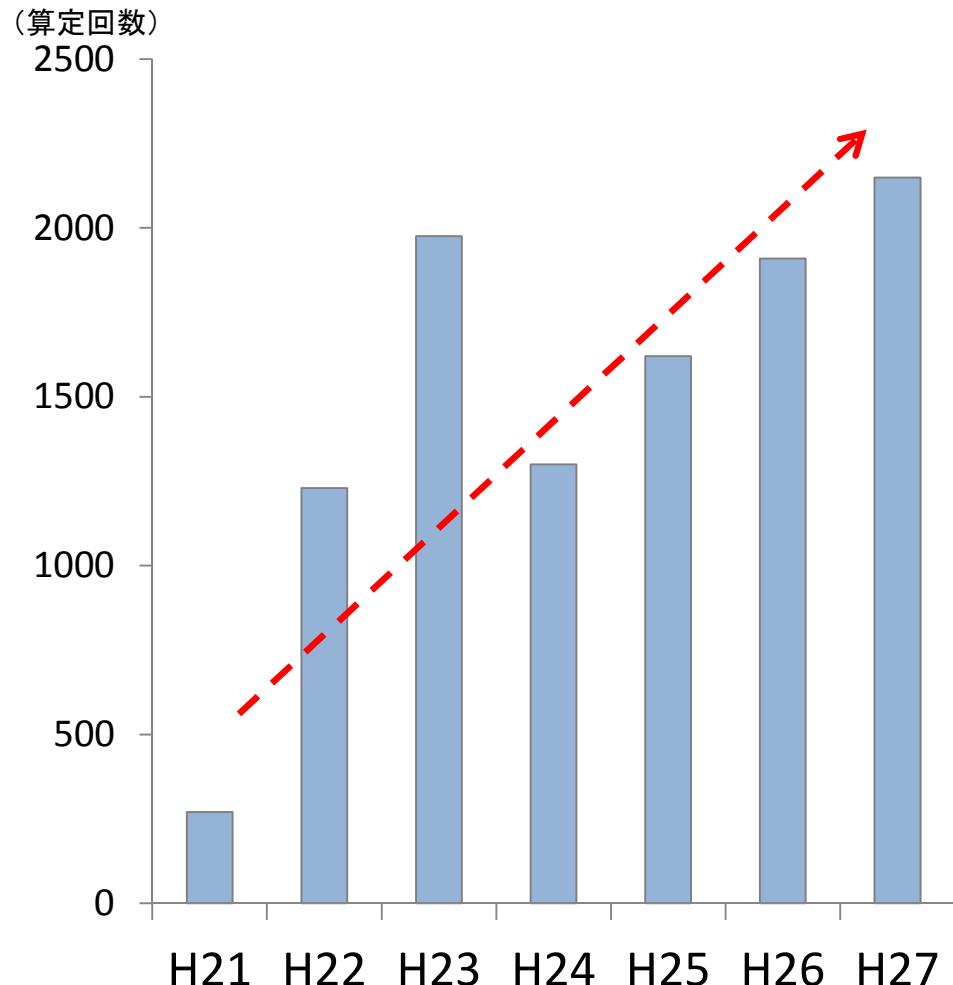
1. 在宅歯科医療を担う歯科医療機関
 - 歯科訪問診療の提供体制
 - 歯科訪問診療を必要とする患者とその内容
 - 在宅医療専門の歯科医療機関の状況
2. 小児に対する歯科訪問診療
3. 歯科訪問診療における口腔衛生指導
4. 歯科訪問診療における連携

長期にわたり療養を要する小児の推移

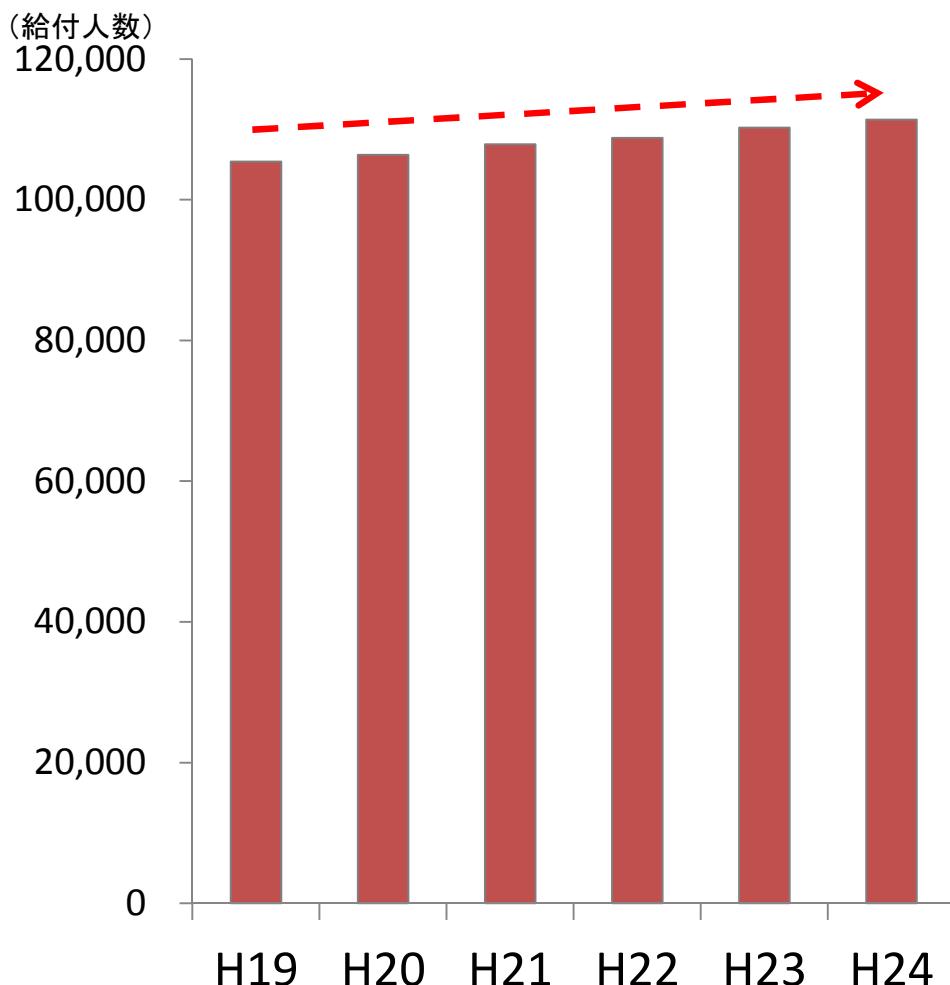
中医協 総 - 3
2 9 . 1 . 1 1

- 在宅人工呼吸指導管理料を算定回数や小児慢性特定疾患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回数(15歳未満)＞



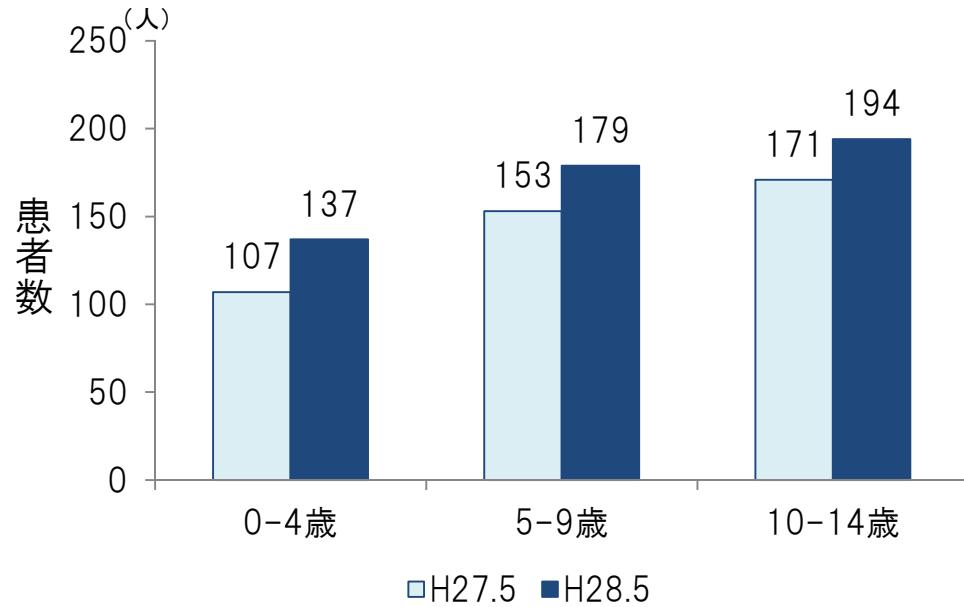
＜小児慢性特定疾患治療研究事業の給付人数＞



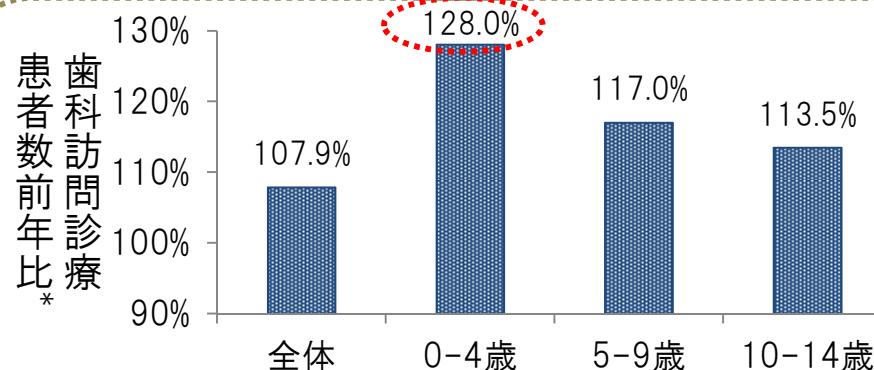
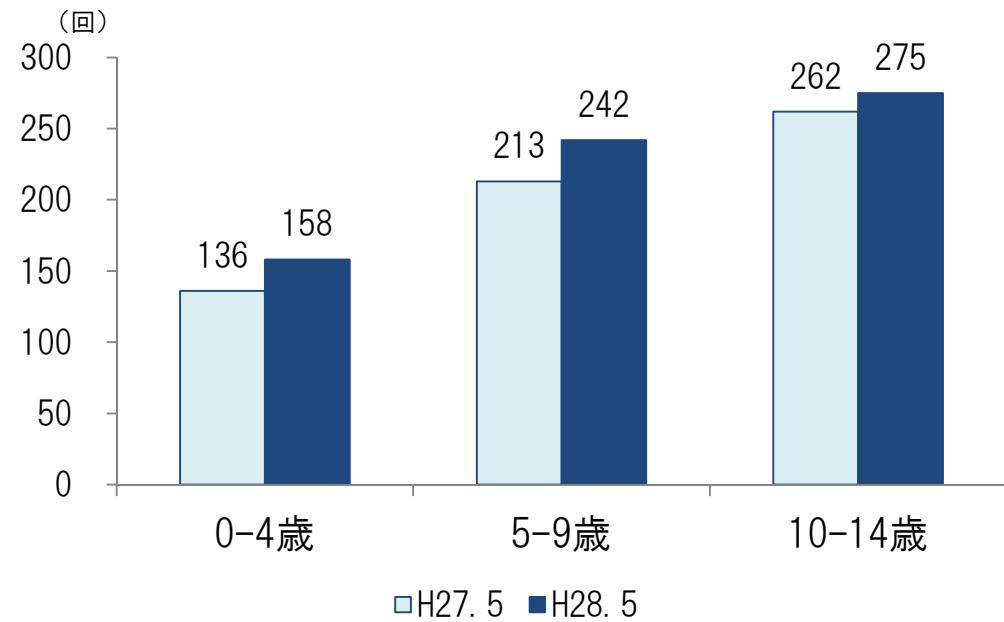
小児に対する歯科訪問診療の実施状況

- 小児に対する歯科訪問診療は全体としてはまだ少ないが、平成27年と平成28年を比較すると増加傾向にあり、特に、0～4歳で増加傾向にある。

＜小児に対する歯科訪問診療の患者数＞



＜歯科訪問診療料の算定回数＞



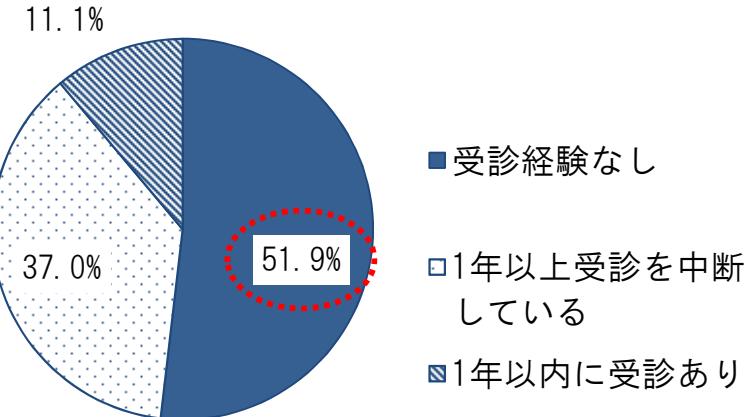
*平成27年5月診療分の患者数に対する平成28年5月診療分の患者数の割合

91

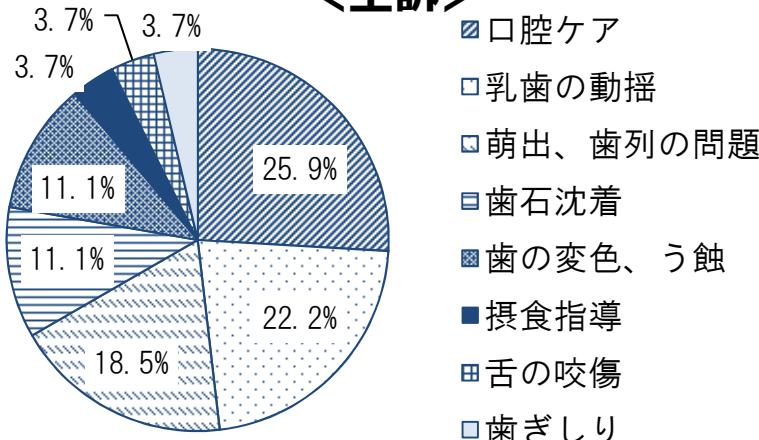
小児に対する歯科訪問診療のニーズ

- 在宅人工呼吸器管理を行っている小児を対象とした調査において、約半数が歯科受診歴がないことが報告され、主訴は口腔ケア、歯の萌出に関する問題、歯石沈着等、多岐にわたっていた。
- すべての患者に口腔清掃指導が必要であり、その他摂食機能療法や歯石除去などが行われていた。

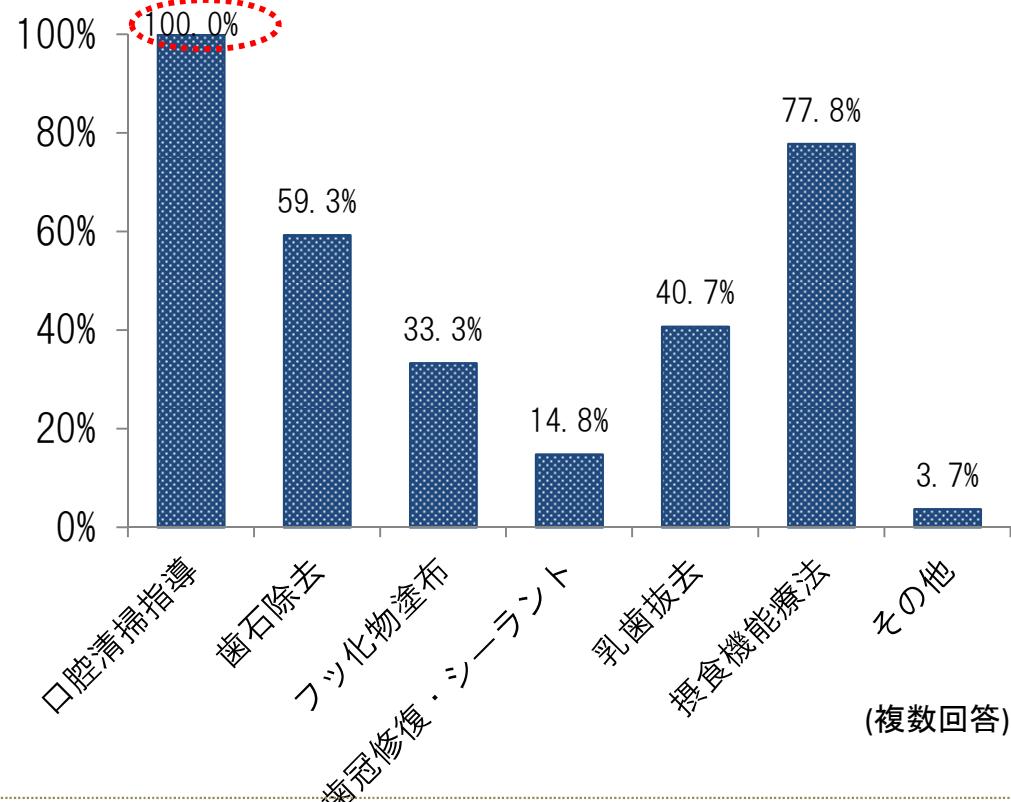
＜歯科受診歴＞



＜主訴＞



＜診療内容＞

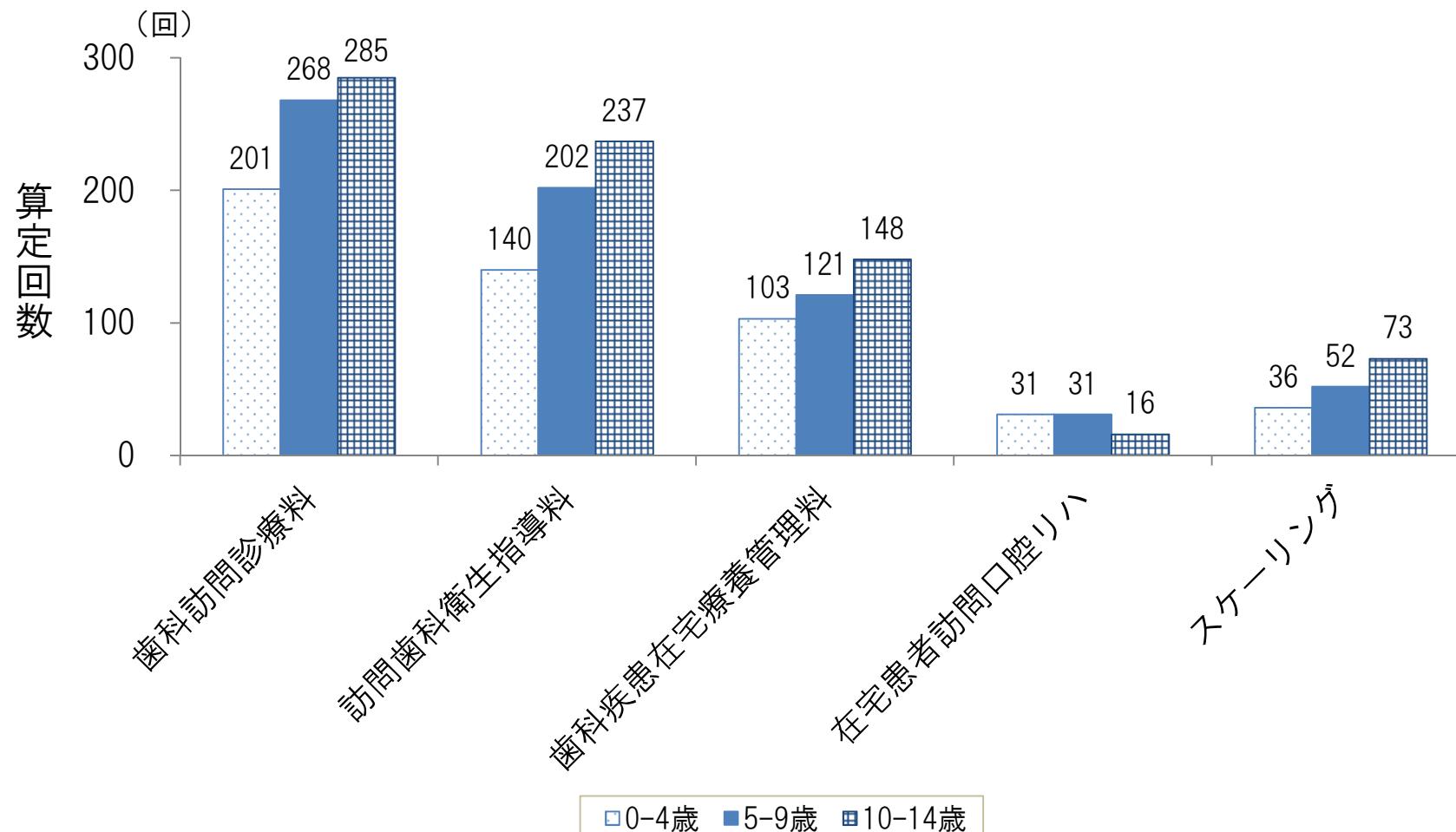


調査対象: 在宅人工呼吸器管理を行っている15歳未満の患者27名
初診時平均年齢: 4.7 ± 4.0 歳、(低酸素脳症・脳性麻痺11名、その他16名)
小児科医師からの依頼により歯科訪問診療を実施

小児に対する歯科訪問診療の実施内容

- 14歳以下の小児に対する歯科訪問診療で算定されている項目は、主に訪問歯科衛生指導料、歯科疾患在宅療養管理料、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料及びスケーリングであり、指導・管理に関する項目が大半であった。

＜14歳以下の患者の歯科訪問診療における各項目の算定回数＞



小児在宅歯科医療に関する連携の取組例

多摩小児在宅歯科医療連携ネット

高度医療の進歩に伴い医療的ケアが必要な子どもは年々増加⇒歯科も受入が必要

目的：多摩地域に居住する障害児、有病児の口腔の健康を守るために、地域歯科医師と基幹病院との連携システムを構築し、小児在宅歯科医療を支援する

小児在宅歯科医療の支援システムについて

多摩地区には重症児歯科医療可能な施設が12施設、歯科医師会は20地区にある。



たましようしネットが支える口腔内管理 の支援システムと連携ネットワーク

患者自宅から近隣にある歯科医院が主治医となり、後方支援病院（歯科）と連携して、口腔管理と摂食機能療法を行う



歯科医療連携の強化と小児在宅患者を受け入れるための意識改革が必要

小児に対する歯科訪問診療の課題と論点(案)

課題

【現状】

- ・ 小児に対する歯科訪問診療の実施件数はまだ少ないが、特に0～4歳の乳幼児で増加傾向にある。
- ・ 在宅人工呼吸器管理を行っている小児を対象とした調査において、約半数で受診歴がなく口腔ケアを主訴とする患者が最も多かった。
- ・ 在宅医療を必要とする小児の増加に伴い、歯科訪問診療による対応が必要な小児(医療的ケア児等)は増加すると考えられる。

【診療内容】

- ・ 口腔清掃指導が必要な患者がほとんどであり、必要に応じてスケーリングや摂食機能療法等が行われているが、処置等の治療行為は少ない。



論点(案)

- 通院困難な小児に対する歯科訪問診療を充実する観点から、口腔衛生指導・管理や口腔機能管理に対する包括的な評価を検討してはどうか。

在宅歯科医療

1. 在宅歯科医療を担う歯科医療機関

- 歯科訪問診療の提供体制
- 歯科訪問診療を必要とする患者とその内容
- 在宅医療専門の歯科医療機関の状況

2. 小児に対する歯科訪問診療

3. 歯科訪問診療における口腔衛生指導

4. 歯科訪問診療における連携等

訪問歯科衛生指導料

- 歯科訪問診療を行った歯科医師の指示に基づき行われる歯科衛生士等の療養上の指導は、診療報酬では訪問歯科衛生指導料により行われ、「複雑なもの」と「簡単なもの」の2区分に分かれている。
- 要介護被保険者等である患者については、給付調整により「入院中の患者以外の患者」※については、介護報酬の居宅療養管理指導費により算定される。

○訪問歯科衛生指導料 1 複雑なもの 360点 2 簡単なもの 120点

- ・歯科訪問診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士等が訪問して療養上必要な指導として、患者又はその家族等に対して、当該患者の口腔内での清掃(機械的歯面清掃を含む。)又は有床義歯の清掃に係る実地指導を行った場合に算定
- ・患者1人につき、月4回(同一月内に1及び2を行った場合は、併せて月4回)を限度として算定
- ・複雑なもの:1人の患者に対して歯科衛生士等が1対1で指導を行い、1回の指導時間が20分以上の場合
- ・簡単なもの:イ 複数の患者に対して指導を行い、1回の指導時間が40分以上の場合
 - 1人の患者に対して1対1指導を行い、1回の指導時間が20分未満の場合

○居宅療養管理指導費 (1)同一建物居住者以外の者に対して行う場合 352単位 (2)同一建物居住者に対して行う場合 302単位

- ・当該利用者に対して訪問歯科診療を行った歯科医師の指示に基づき、当該利用者を訪問し実地指導を行った場合に、1月に4回を限度として算定
- ・利用者ごとの口腔衛生状態及び摂食・嚥下機能に配慮した管理指導計画を作成
- ・管理指導計画に従い療養上必要な指導として、当該患者の口腔内の清掃、有床義歯の清掃又は摂食・嚥下機能に関する実施指導行っているとともに、利用者又はその家族等に対して、実地指導に係る情報提供及び指導又は助言を行う

※入院中の患者以外の患者であって、次のいずれにも該当しないもの(入院中の患者以外の患者)

- イ 短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、暗記入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者
- ロ 地域密着型介護老人福祉施設、介護老人福祉施設又は介護老人保健施設に入所している患者

訪問歯科衛生指導料と居宅療養管理指導費(歯科衛生士等が行う場合)

- 訪問歯科衛生指導料は「指導時間」と「同時に指導を行う患者数」によって、居宅療養管理指導費は「同一建物の患者数」によって区分が分かれており、それぞれ異なる基準で細分化されている。

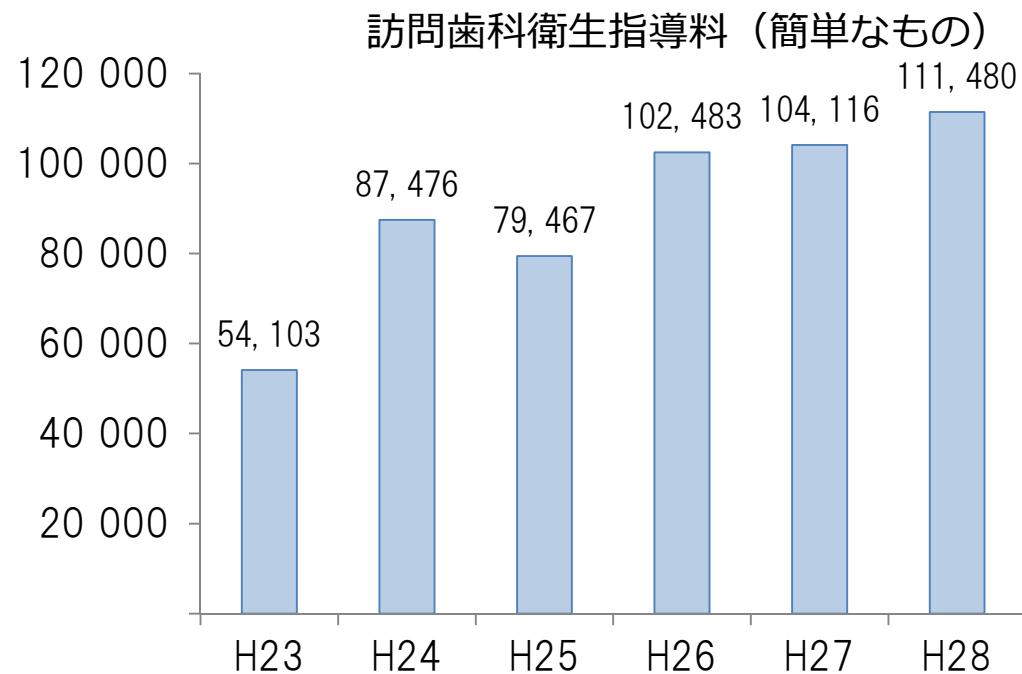
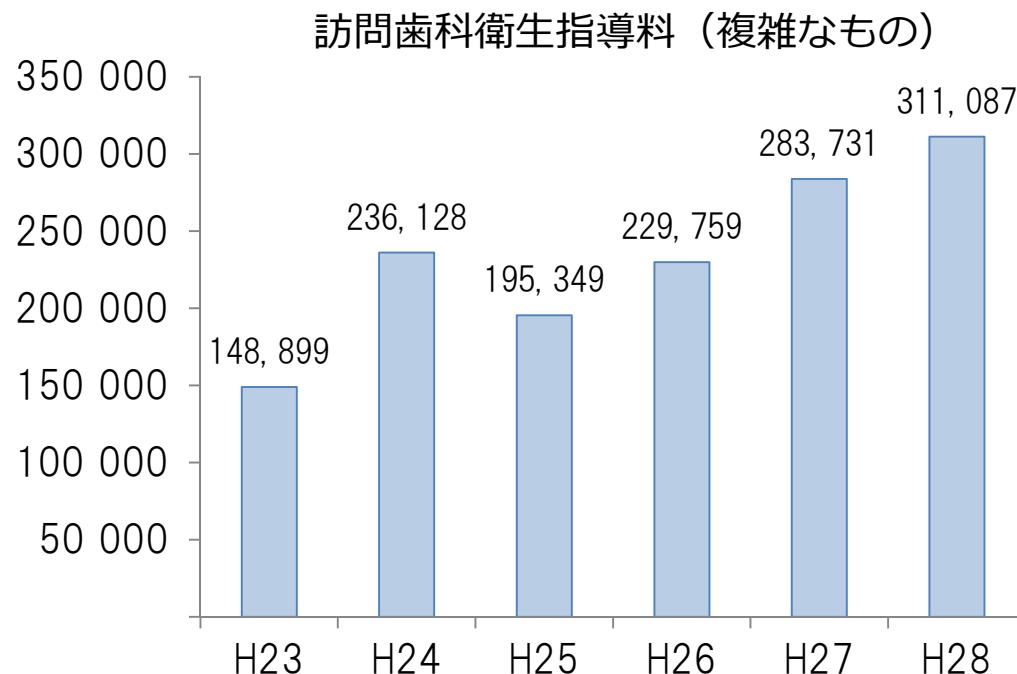
＜訪問歯科衛生指導料と居宅療養管理指導費（歯科衛生士等が行う場合）の区分＞

		1人の患者（利用者）に対して歯科衛生士等が1対1で指導を行った場合		複数の患者に対して歯科衛生士等が指導を行った場合	
		同一建物に1人	同一建物に2人以上		
指導時間	20分以上	【診療報酬】 訪問歯科衛生指導料 1 複雑なもの 360点		40分以上	【診療報酬】 訪問歯科衛生指導料 2 簡単なもの 120点
		【介護報酬】 居宅療養管理指導費 (1) 同一建物居住者以外の者に対して行う場合 352単位	【介護報酬】 居宅療養管理指導費 (2) 同一建物居住者に対して行う場合 302単位		
20分未満		【診療報酬】 訪問歯科衛生指導料 2 簡単なもの 120点			

訪問歯科衛生指導料の算定状況

- 訪問歯科衛生指導料の算定回数は、「複雑なもの」「簡単なもの」とともに増加傾向にある。
- 「複雑なもの」は、算定医療機関の約85%で算定されているが、「簡単なもの」は約半数であった。

＜訪問歯科衛生指導料の1月あたりの算定回数＞



＜訪問歯科衛生指導料の算定医療機関数＞

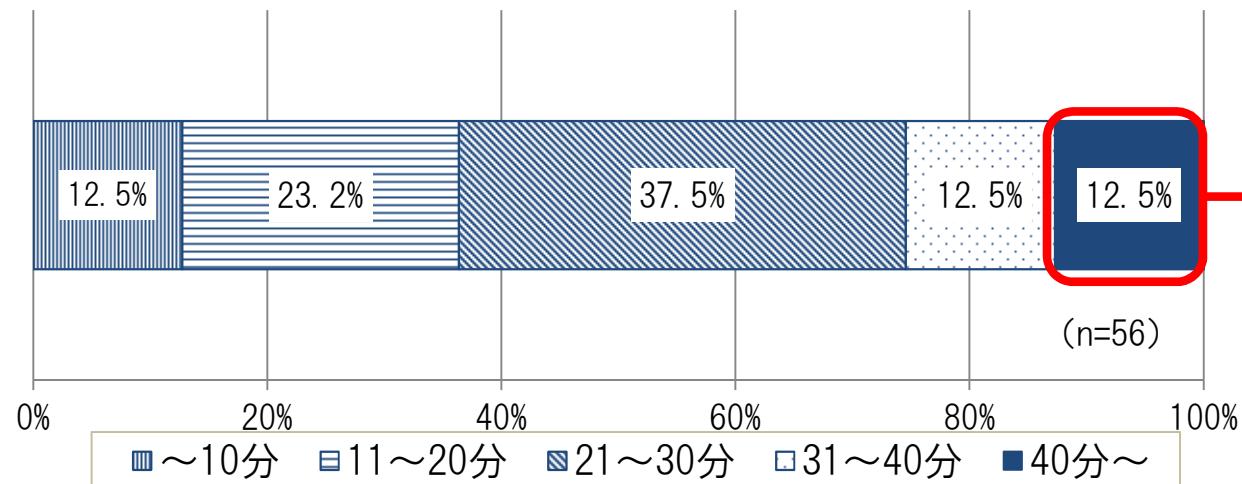
	訪衛指（複雑なもの）	訪衛指（簡単なもの）	訪衛指（全体）
平成27年	3,872施設(85.3%)	2,149施設(47.3%)	4,535施設
平成28年	4,108施設(84.6%)	2,313施設(47.6%)	4,855施設

出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）、NDBデータ（平成27年5月、平成28年5月診療分）

歯科訪問診療における口腔衛生指導の実施時間

- 歯科訪問診療を実施した患者の口腔衛生指導に係る時間を見ると、40分以上実施しているのは12.5%であった。
- さらに、口腔衛生指導に40分以上を要した患者について、同一建物で複数の患者を指導しているケースは約半数であった。

歯科訪問診療において口腔衛生指導のみ（口腔内診査・症状確認も含む）を行った患者の診療時間



40分以上実施している患者7名
同一建物の訪問人数の内訳

同一建物の訪問人数	人数(名)
0人	3
3人	1
4人	1
7人	2
合計	7

【参考】訪問歯科衛生指導料 1 複雑なもの 360点 2 簡単なもの 120点

・複雑なもの：1人の患者に対して歯科衛生士等が1対1で指導を行い、1回の指導時間が20分以上の場合

・簡単なもの：複数の患者に対して指導を行い、1回の指導時間が40分以上の場合または

1人の患者に対して1対1指導を行い、1回の指導時間が20分未満の場合

介護保険施設における歯科衛生士の役割

- 訪問歯科衛生指導料は療養上必要な指導として「当該患者の口腔内での清掃」又は「有床義歯の清掃に係る実施指導」を行った場合に算定でする取扱いであるが、歯科訪問診療においては食べ方の指導や食形態の検討等も含め、清掃指導に限らない対応が必要になっている。

＜施設利用者によくみられる口腔の状態の例＞

	口唇閉鎖ができない	舌の動きの低下	食物残渣が著しい	舌苔が厚い	口腔乾燥
原因として考えられること	<ul style="list-style-type: none">・麻痺・歯の欠損・義歯の未装着・口腔周囲の筋力低下・口呼吸	<ul style="list-style-type: none">・麻痺・筋の廃用・薬の副作用	<ul style="list-style-type: none">・口腔清掃不良、セルフケア困難・麻痺・口腔周囲筋の筋力低下・食後の環境	<ul style="list-style-type: none">・口腔清掃不良、セルフケア困難・麻痺・免疫力の低下・消化管の疾患・口腔周囲の筋力低下	<ul style="list-style-type: none">・経口摂取をしていない・疾患や服薬によるもの・がんの化学療法、放射線療法・発熱、脱水・開口、口呼吸・口腔周囲の筋力低下
問題と思われること	<ul style="list-style-type: none">・嚥下困難・うがい困難・口腔乾燥・発音不明瞭	<ul style="list-style-type: none">・咀嚼力低下・嚥下困難・発音不明瞭	<ul style="list-style-type: none">・誤嚥や窒息のリスク高・う蝕、歯周病のリスク高・味覚の低下・口臭	<ul style="list-style-type: none">・誤嚥性肺炎のリスク高・味覚の低下・口臭	<ul style="list-style-type: none">・痛み、不快感・義歯装着の痛み、違和感・易粘膜損傷、易出血・経口摂取、会話の困難・味覚の低下 等
対応例	<ul style="list-style-type: none">・義歯の装着・うがいの指導・食べ方の指導・口腔周囲筋の運動	<ul style="list-style-type: none">・食形態の検討・水分摂取法の指導・舌機能訓練・歯科診療依頼	<ul style="list-style-type: none">・口腔清掃指導・口腔清掃介助・口腔周囲筋の運動・マッサージ	<ul style="list-style-type: none">・口腔清掃指導・口腔清掃介助・口腔周囲筋の運動・マッサージ	<ul style="list-style-type: none">・口腔清掃指導・口腔清掃介助・口腔周囲筋の運動・マッサージ・保湿・水分摂取法の検討

歯科訪問診療における口腔衛生指導に関する課題と論点(案)

課題

【訪問歯科衛生指導料について】

- ・訪問歯科衛生指導料は指導時間と同時に指導を行う患者数によって、介護報酬の居宅療養管理指導費は同一建物の患者数で細分化されており、それぞれ異なる区分で細分化されている。
- ・「簡単なもの」には、「複数の患者に対して指導を行い、1回の指導時間が40分以上の場合」と「1人の患者に対して1対1指導を行い、1回の指導時間が20分未満の場合」がある。
- ・歯科訪問診療における口腔衛生指導において、40分以上行っているケースは1割程度である。
- ・指導内容は、療養上必要な指導として当該患者の口腔内での清掃や有床義歯の清掃に係る実地指導を行った場合に算定できる取扱いとなっているが、要介護高齢者に対する歯科衛生士の役割は口腔衛生指導に限らず、口腔機能に関する指導も行われている。

論点(案)

- 訪問歯科衛生指導料の「複雑なもの」と「簡単なもの」の区分について、見直しを行ってはどうか。
- 「簡単なもの」の算定要件のひとつに「複数の患者に同時に40分以上指導を行った場合」があるが、このようなケースは少ないと考えられることから、評価のあり方について見直しを検討してはどうか。
- 要介護高齢者に対する口腔の管理を推進する観点から、口腔清掃や有床義歯に関する実地指導のみではなく、口腔機能も含めた療養上必要な指導を行った場合も評価の対象となるよう、訪問歯科衛生指導料の見直しを検討してはどうか。

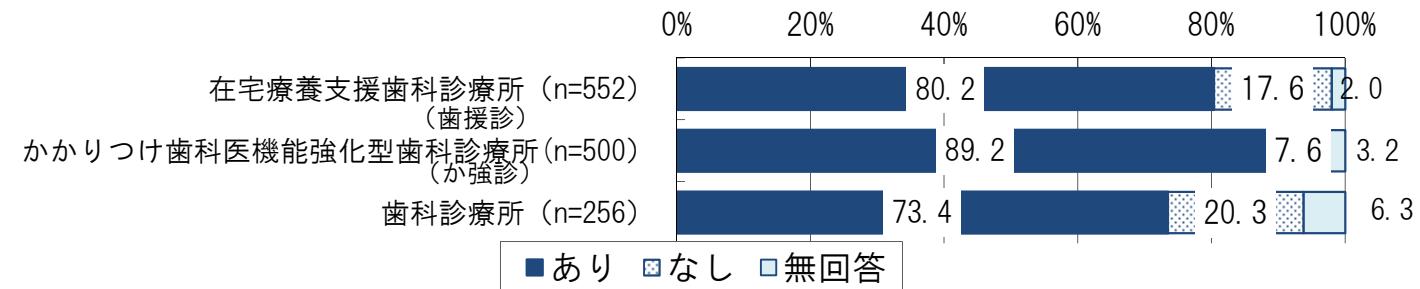
在宅歯科医療

1. 在宅歯科医療を担う歯科医療機関
 - 歯科訪問診療の提供体制
 - 歯科訪問診療を必要とする患者とその内容
 - 在宅医療専門の歯科医療機関の状況
2. 小児に対する歯科訪問診療
3. 歯科訪問診療における口腔衛生指導
4. 歯科訪問診療における連携等

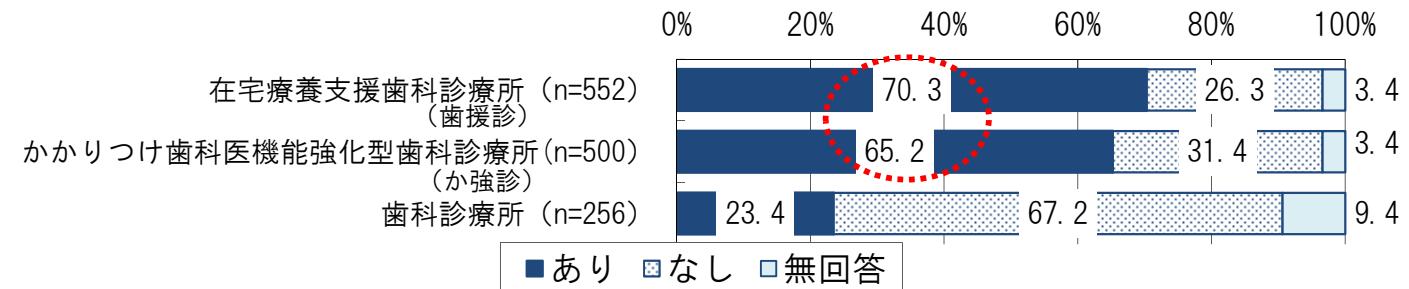
医療機関や施設等との連携状況

- 全体的に、「歯援診」と「か強診」で連携の割合が高い。
- 特に、介護保険施設等や地域の在宅医療介護を担う医療機関等との連携については、「歯援診」「か強診」において連携している割合が高かった。

医科医療機関・歯科医療機関との連携^{*1}

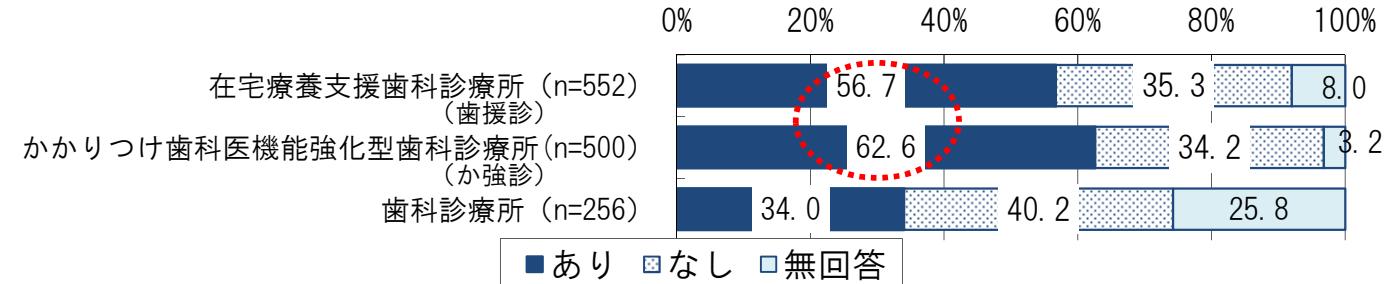


介護保険施設等との連携^{*1}



*1連携:直近3ヵ月の患者紹介、診療情報提供・共有、歯科訪問診療の依頼、NST、ミールラウンド等の参加等について、いずれかの実績

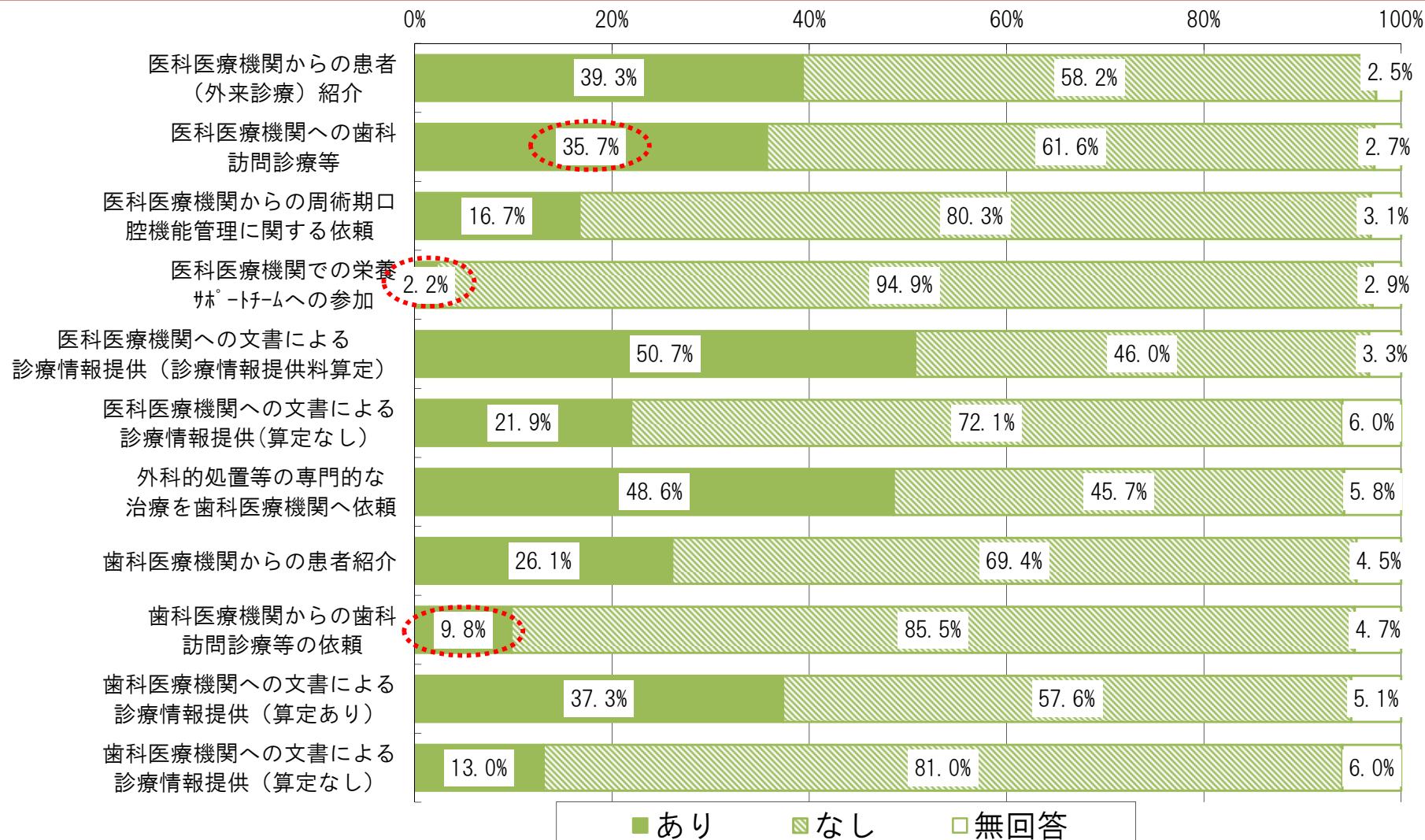
地域の在宅医療・介護を担う医療機関・事業所との連携^{*2} (上記以外)



*2連携:直近1年の地域ケア会議等の介護関係の会議、NST/ミールラウンド以外への参加、地域住民への事業協力等について、いずれかの実績

医療機関(医科・歯科)との連携内容(歯援診)

- 在宅療養支援歯科診療所と医科医療機関との連携は、診療情報提供が約半数で最も多く、歯科訪問診療等を行っている割合は35.7%、栄養サポートチームへの参加は2.2%であった。
- また、歯科医療機関からの歯科訪問診療等の依頼については約1割であった。

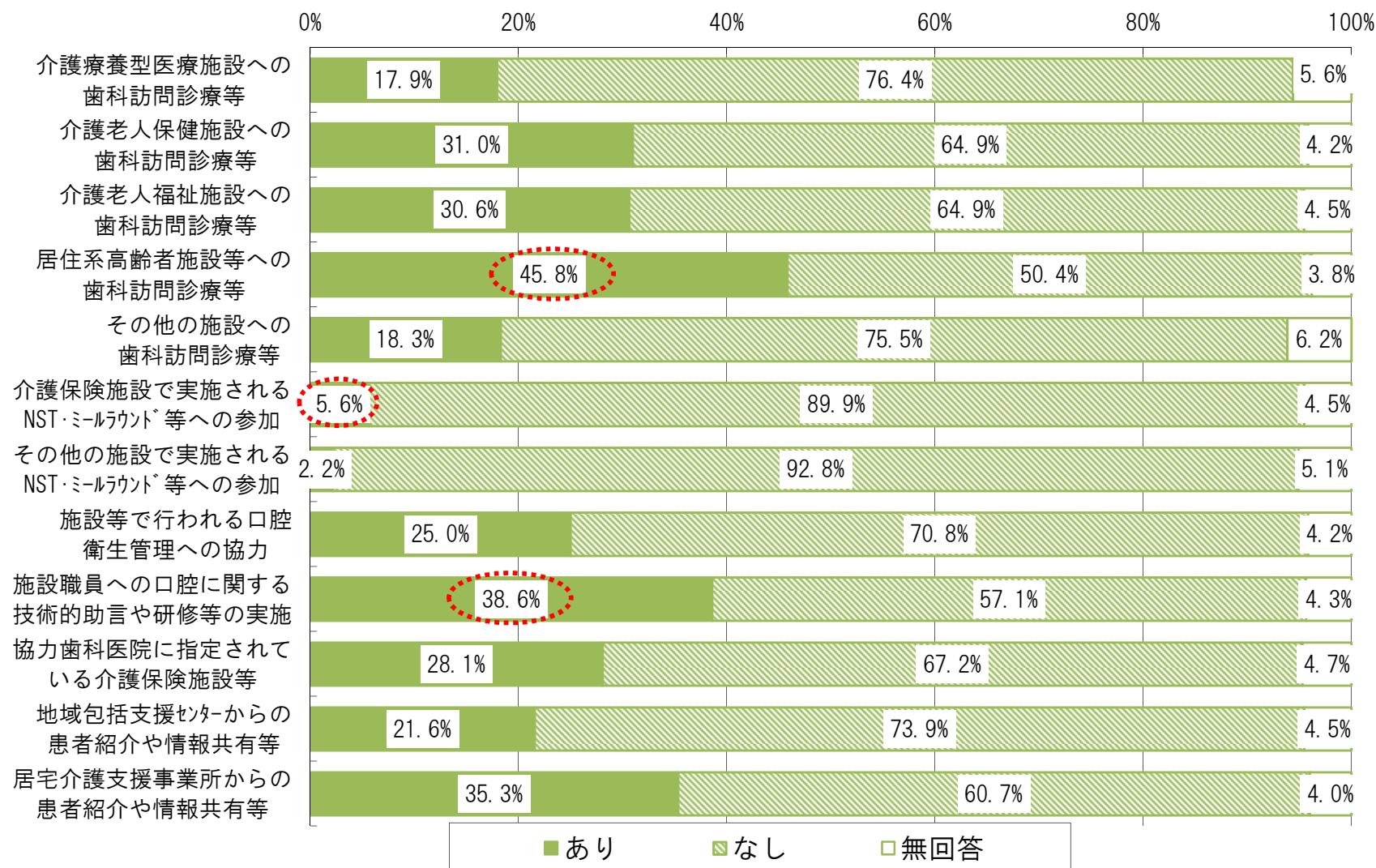


※H28.8～10月の3か月間の連携状況

在宅療養支援歯科診療所 n=552

介護保険施設等との連携内容(歯援診)

- 在宅療養支援歯科診療所と施設との連携は、居住系高齢者施設等への歯科訪問診療が最も多かった。
- 施設職員への口腔に関する技術的助言等は38.6%で実施していたが、ミールラウンド等への参加は5.6%であった。



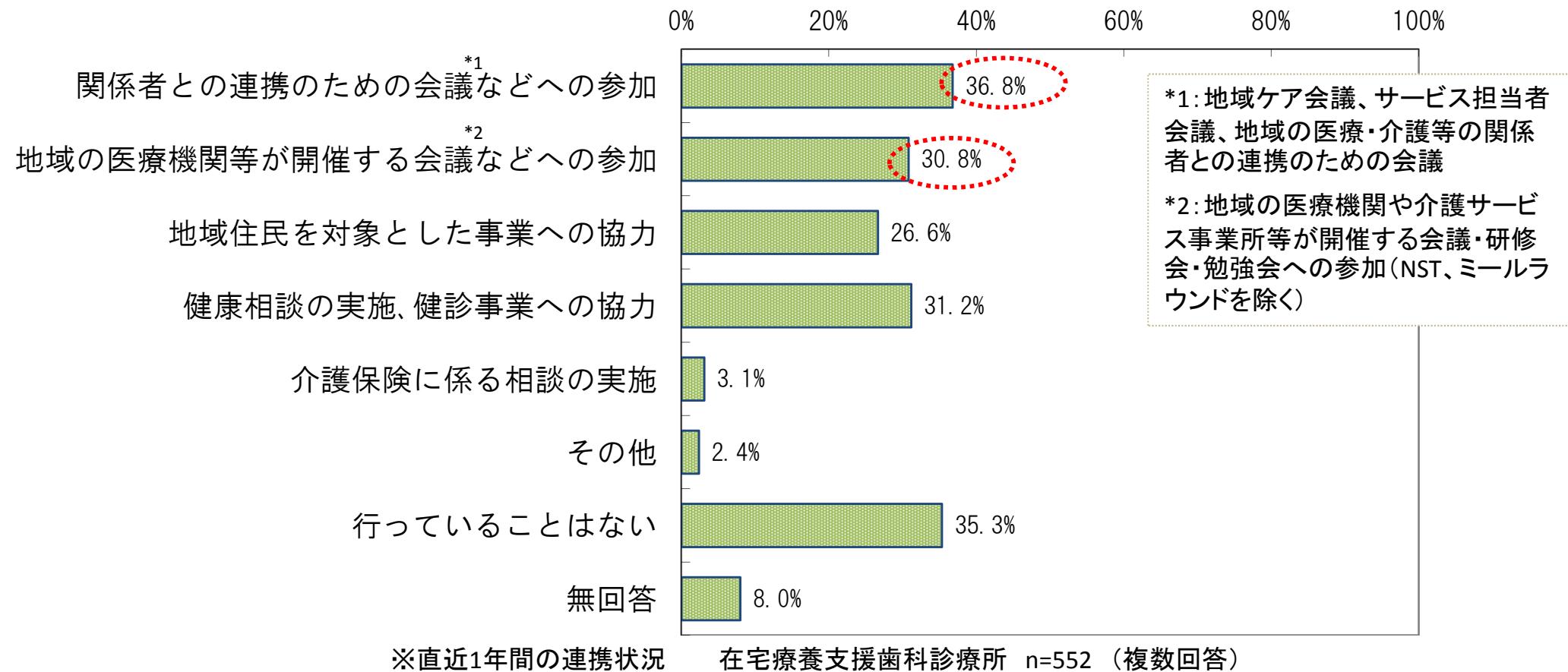
※H28.8～10月の3か月間の連携状況

在宅療養支援歯科診療所 n=552

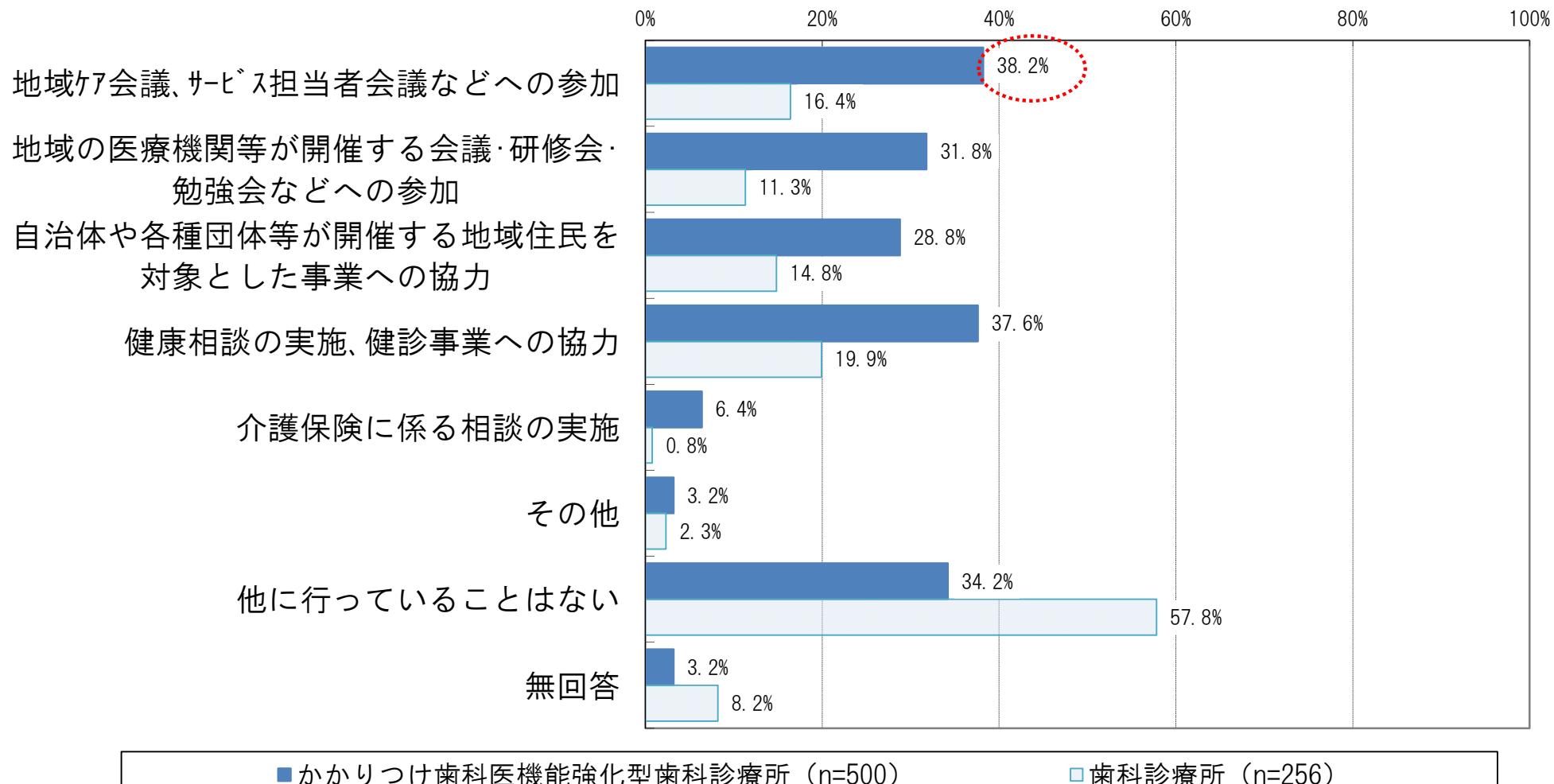
在宅医療・介護を担う医療機関・事業所との連携内容(歯援診)

- 在宅療養支援歯科診療所と地域の在宅医療・介護を担う医療機関等との具体的な連携内容は、関係者との連携のための会議(地域ケア会議、サービス担当者会議又は地域の医療介護等の関係者との連携のための会議等)への参加が最も多く36.8%であった。
- 地域の医療機関や介護を担う施設等での開催される会議(NST、ミールラウンド以外)への参加は、30.8%であった。

＜在宅医療・介護を担う医療機関・事業所との連携内容の内訳＞



- 地域の在宅医療・介護等を担う医療機関・事業所との連携内容をみると、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所（「か強診」）では「地域ケア会議、サービス担当者会議などへの参加」が約38%で最も多かった。
- 一方、「か強診」以外の歯科診療所では「他に行っていることはない」が約58%で最も多かった。

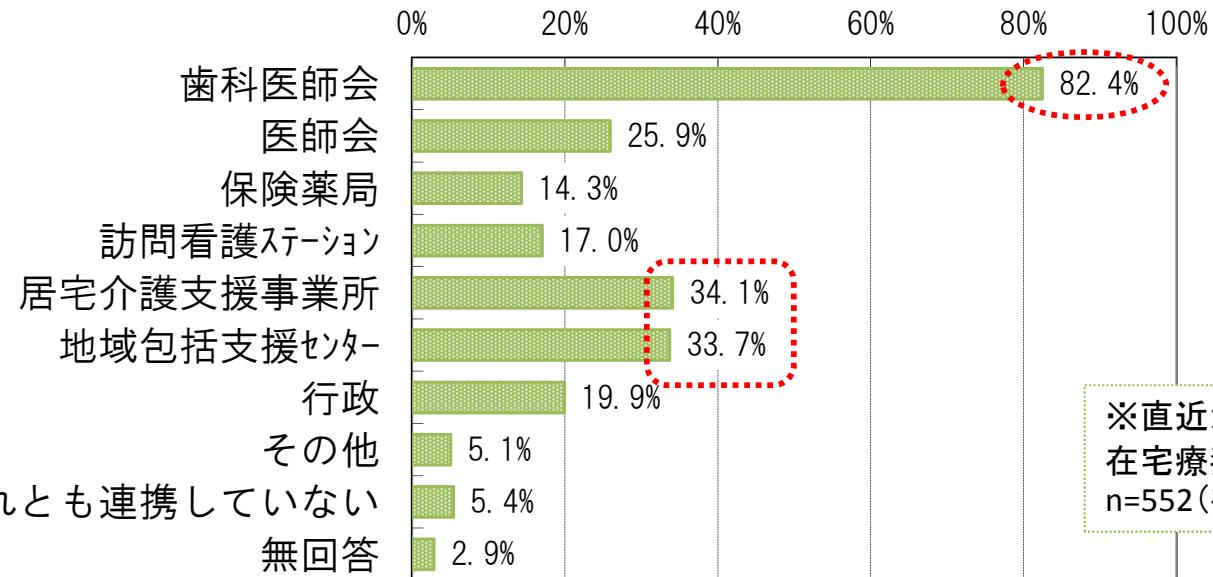


※「歯科診療所」：調査票発送時点において、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準の届出を行っていない歯科診療所
 出典：診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成28年度） ※結果は暫定版であり、今後変更があり得る。

連携している機関等の状況(歯援診)

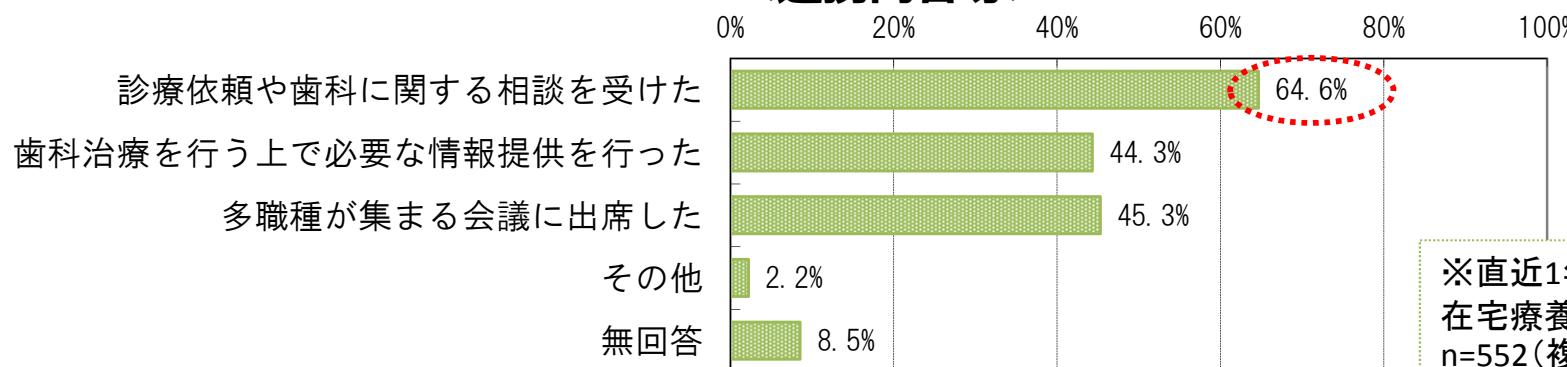
- 在宅療養支援歯科診療所と病院や施設以外の機関等との連携については、歯科医師会が約8割である一方、居宅介護支援事業所や地域包括支援センターが約3割であった。
- 連携内容については、歯科診療の依頼や歯科に関する相談が最も多かった。

＜連携している機関等＞



※直近1年間の連携状況
在宅療養支援歯科診療所
n=552(複数回答)

＜連携内容等＞



※直近1年間の連携状況
在宅療養支援歯科診療所
n=552(複数回答)

歯科疾患在宅療養管理料の算定状況

- 歯科疾患在宅療養管理料については、平成28年診療報酬改定において口腔機能評価を算定要件としての必須にする見直しを行ったが、算定医療機関数、算定回数とも増加傾向である。
- 算定回数では、在宅療養支援歯科診療所による算定が多く、全体の約75%を占めていた。

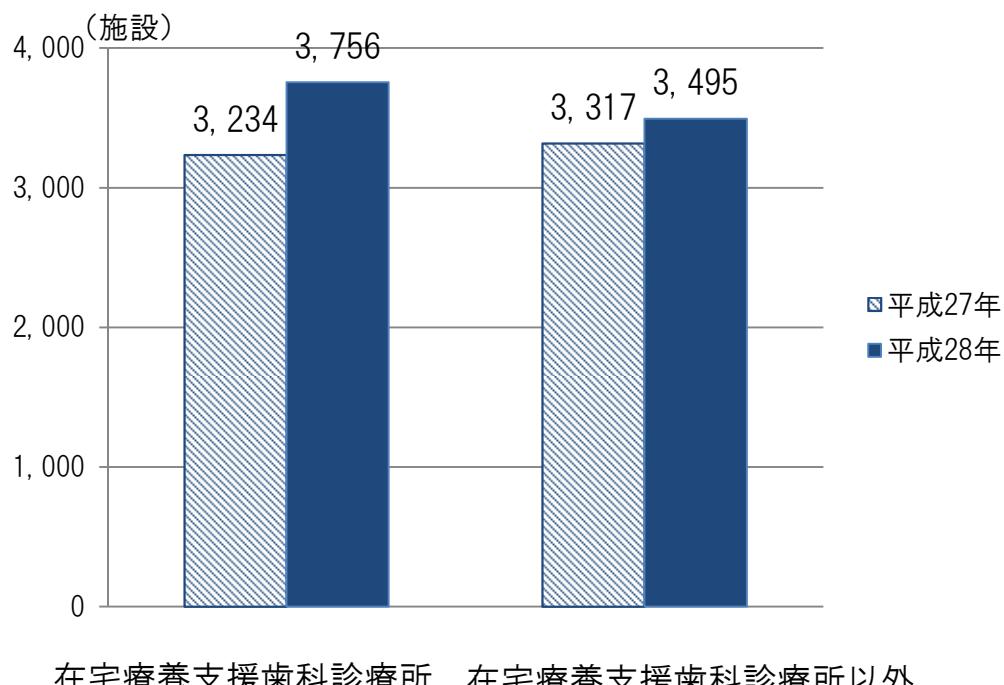
【歯科疾患在宅療養管理料】

- 在宅等において療養を行っている通院困難な患者について、口腔機能評価の結果等を踏まえて歯科疾患の継続的な管理を行うことを評価するもの。(月1回を限度)

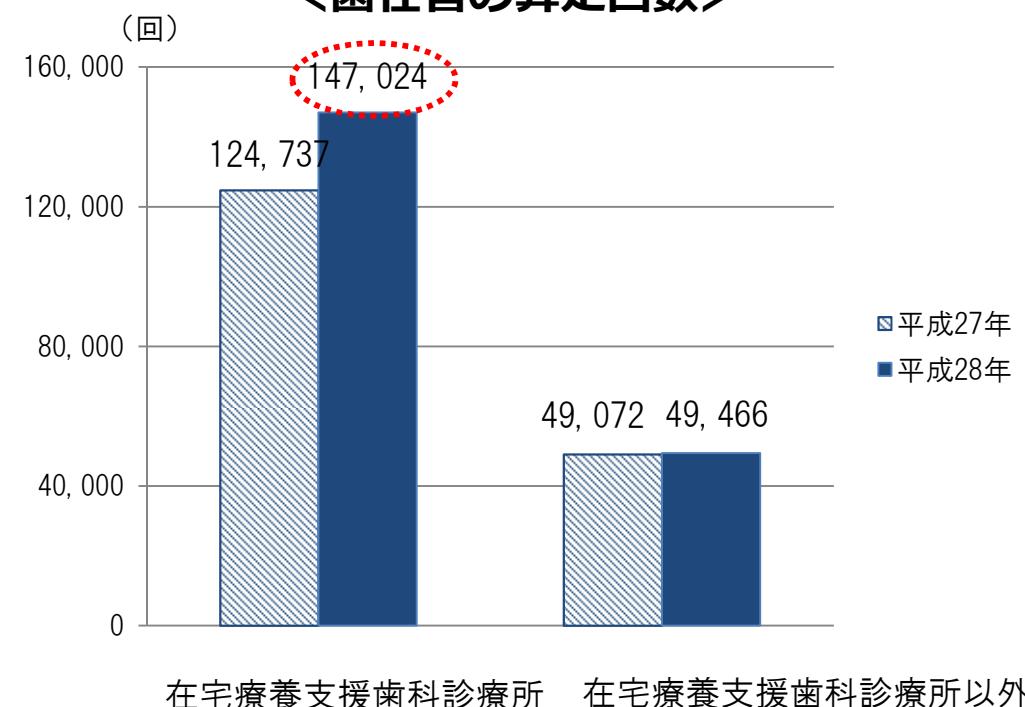
1 在宅療養支援歯科診療所の場合 240点

2 1以外の場合 180点

＜歯在管を算定している医療機関数＞



＜歯在管の算定回数＞

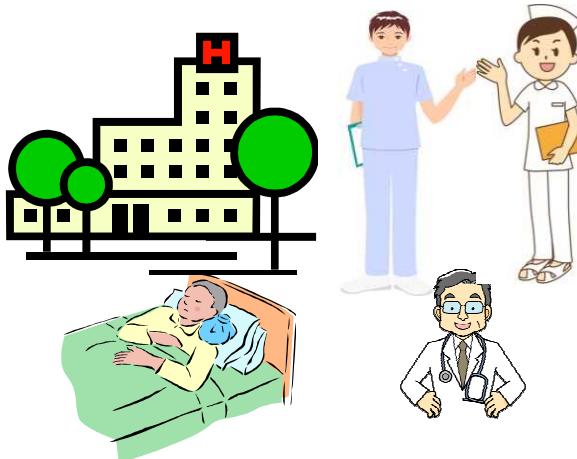


栄養サポートチーム連携加算(歯科疾患在宅療養管理料の加算)

平成28年度診療報酬改定

栄養サポートチーム連携加算1

<病院(歯科標榜なし)>



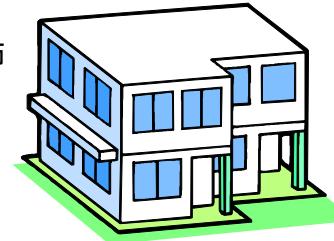
歯科医療機関から訪問 NSTに参加

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保険医療機関の栄養サポートチームの構成員として診療

- ・週1回程度の回診・カンファレンスの実施
- ・カンファレンス等の結果をふまえ、歯科疾患在宅療養管理料の管理計画(口腔機能評価に基づく)を策定



<歯科医療機関>



歯科訪問診療を実施

栄養サポートチーム連携加算2

<介護保険施設>

※介護福祉施設、介護保健施設、介護療養型医療施設



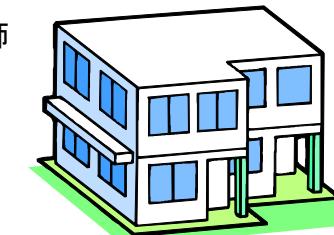
歯科医療機関から訪問 ミールラウンド等に参加

介護保険施設に入所している患者に対して、当該患者の入所している介護保険施設で行われる食事観察等に参加

- ・経口による継続的な食事摂取を支援するための食事観察及び会議等に参加
- ・食事観察等の結果をふまえ、歯科疾患在宅療養管理料の管理計画(口腔機能評価に基づく)を策定



<歯科医療機関>

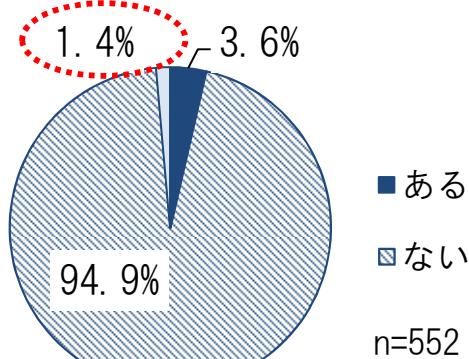


歯科訪問診療を実施

栄養サポートチーム連携加算の算定状況

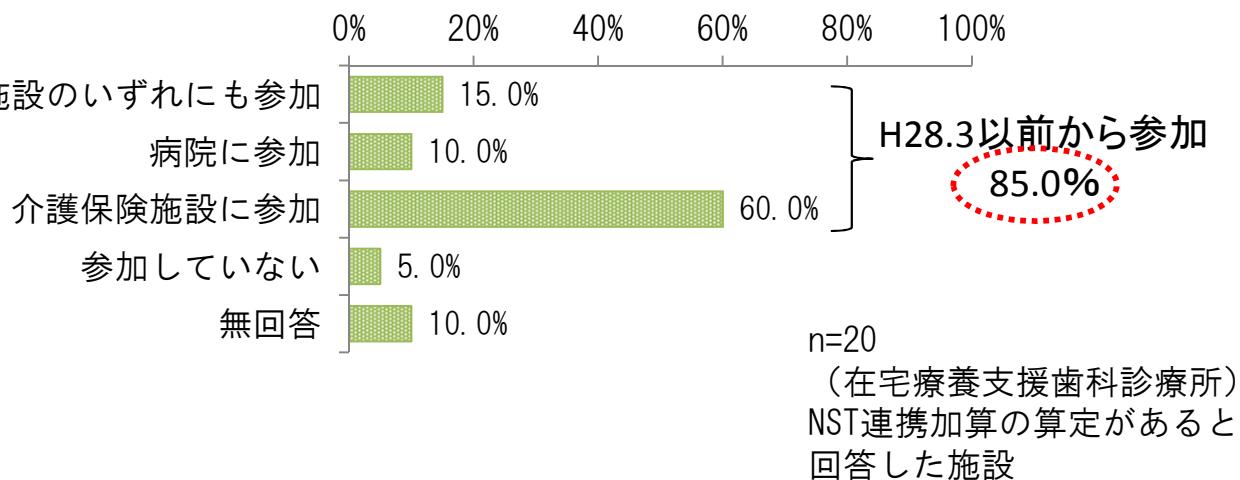
- 平成28年診療報酬改定で新設した栄養サポートチーム連携加算(歯在管の加算)の算定については、歯科訪問診療を行った医療機関の約1.4%に留まっており、診療報酬改定以前からNSTやミールラウンド等に参加していた医療機関が85%であった。

<NST連携加算の算定の有無>



回答:在宅療養支援歯科診療所

<平成28年3月以前からのNSTやミールラウンド等への参加状況>



出典:診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成28年度)

<栄養サポートチーム連携加算の算定施設数、算定回数>

	算定医療機関数	算定回数
NST連携加算1	43施設	229回
NST連携加算2	164施設	3,310回

出典: NDBデータ (平成28年5月診療分)

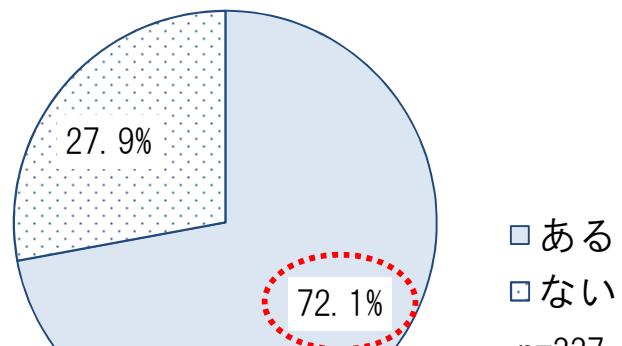
- 歯科疾患在宅療養管理料の算定回数
196,490回
- 栄養サポートチーム連携加算1及び2の算定回数
3,539回
- 歯在管の算定回数に対するNST連携加算の算定割合
1.8%

チーム医療への歯科関係職種の参加状況

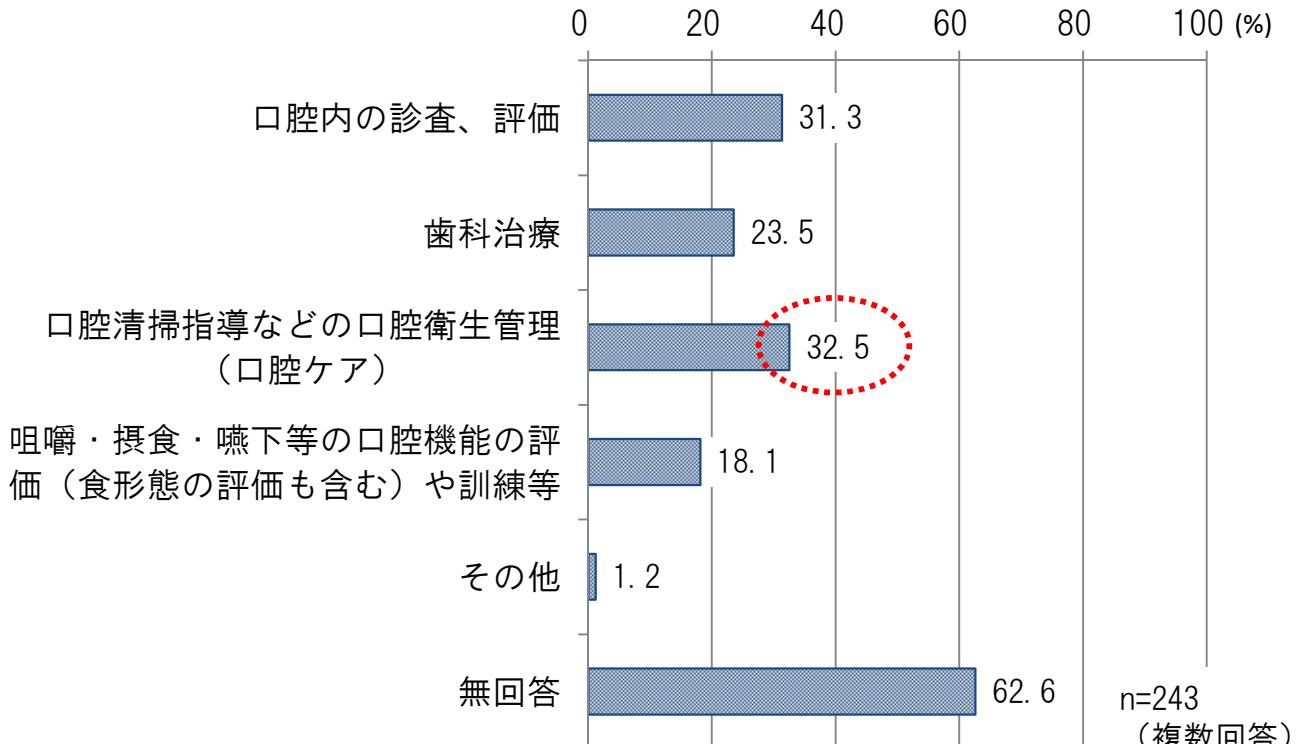
- 病院で行われているチーム医療について、歯科医師又は歯科衛生士が参加している割合は約7割であり、チームのなかで歯科医療関係職種が行っている内容は、口腔衛生管理が最も多かった。

〈チーム医療への参加状況〉

歯科医師又は歯科衛生士が参加している
チームの有無



〈チームの中で歯科医師又は歯科衛生士が行っている内容〉



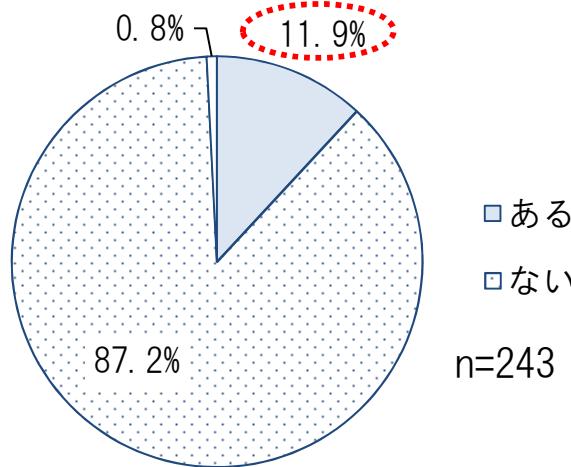
回答者：周術期口腔機能管理を実施している病棟又は外科系診療科の病棟の医師
(ない場合は内科系診療科の病棟の医師)

チーム医療への院外からの歯科関係職種の参加状況

- チーム医療について、院外から歯科医師又は歯科衛生士が参加しているチームがある病院は約1割であった。
- 院外から歯科医師等が参加しているチームの種類は、口腔ケアチームが65.5%で最も多く、次いで摂食嚥下チーム、栄養サポートチームであった。

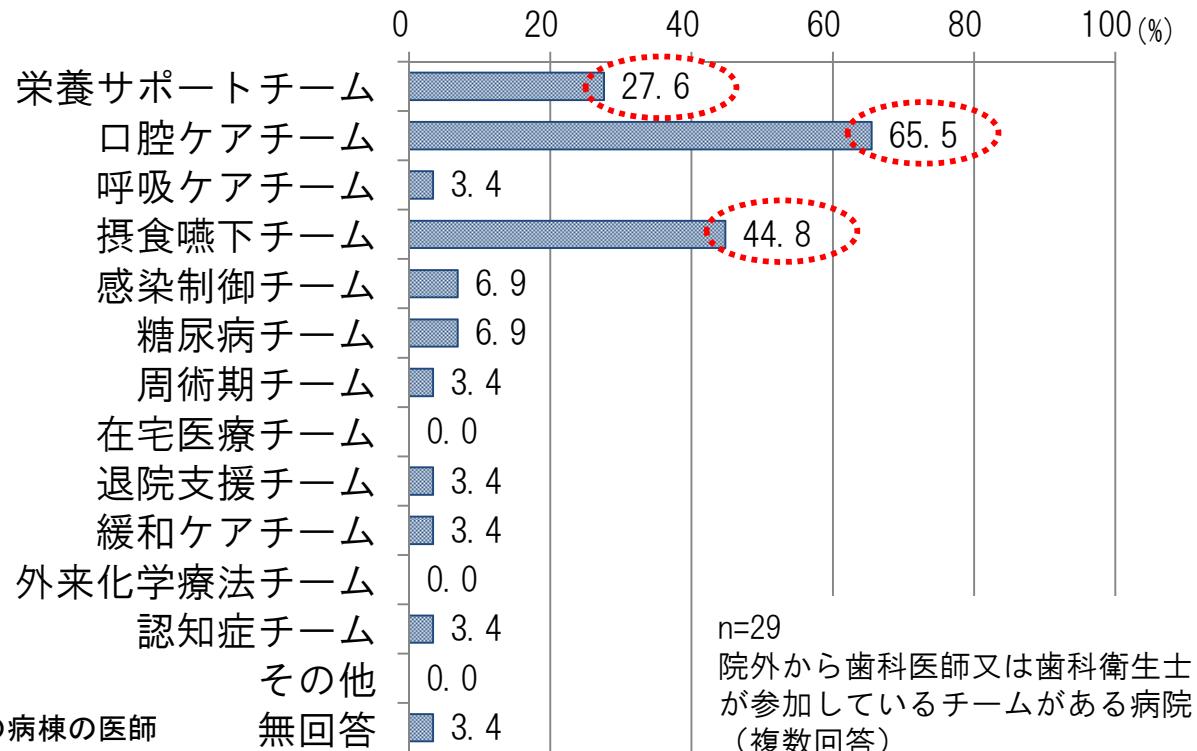
＜チーム医療への参加状況＞

歯科医師又は歯科衛生士が院外から参加しているチームの有無



回答者：周術期口腔機能管理を実施している病棟又は外科系診療科の病棟の医師
(ない場合は内科系診療科の病棟の医師)

＜院外の歯科医師又は歯科衛生士が参加しているチーム＞



栄養サポートチーム連携加算を算定していない理由

- 栄養サポートチーム連携加算を算定していない理由としては、「依頼がない」が61.1%で最も多かった。
- その他の理由として、算定要件の関係で併算定ができない在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定患者だから算定できない、といった意見があった。

＜栄養サポートチーム連携加算1、2を算定していない理由＞

依頼があれば対応するが依頼がないため

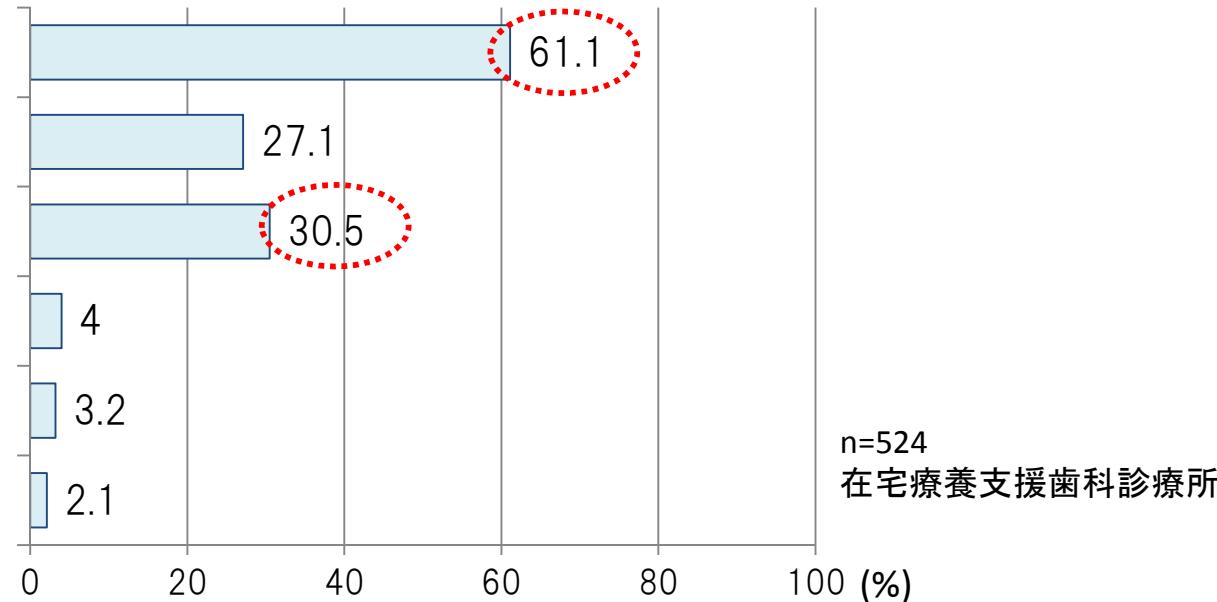
何をしてよいかわからないため

定期的に参加するのが難しいため

関心がないため

その他

無回答



※その他の理由の例

- ・栄養サポートチームの構成員として加わるのが難しい
- ・点数が低すぎる。
- ・訪問口腔リハ算定患者だから算定できない。
- ・口腔ケア時に施設スタッフ（ST, PT含む）と共に実施する場合や摂取嚥下の指示を行うことが多いがNST連携加算は算定していない。

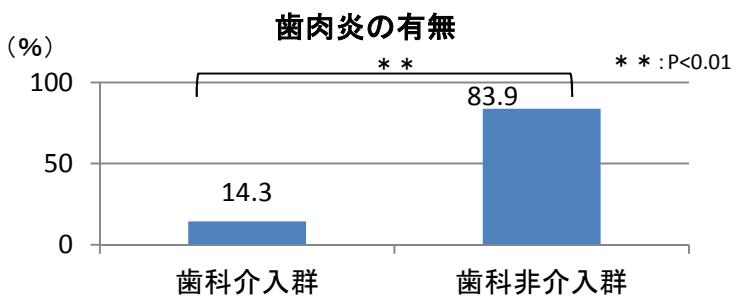
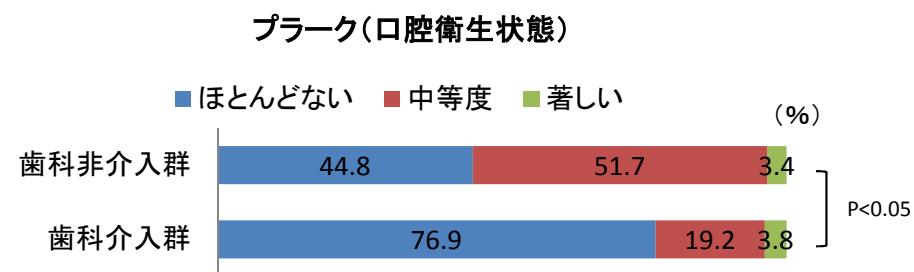
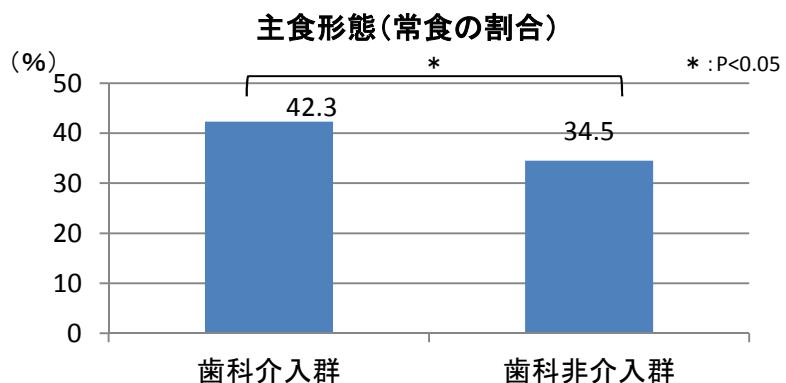
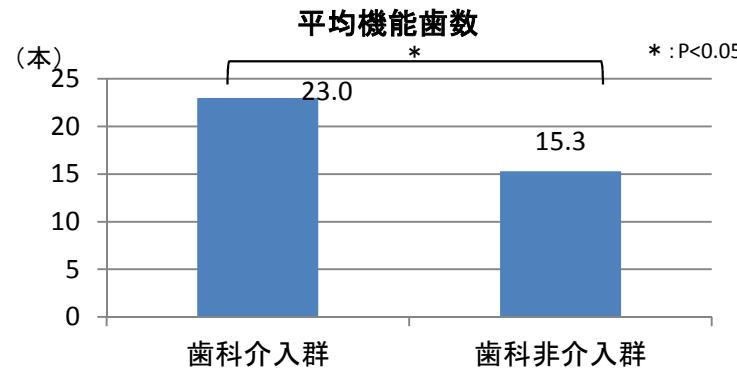
- 協力歯科医療機関と連携した口腔衛生管理に取り組んでいる認知症対応型グループホームの利用者は、平均機能歯数が多く、食事形態についても常食の割合が多かった。
- 協力歯科医療機関の歯科専門職から入所者の口腔内状態に応じた個人単位の口腔ケアの方法について介護職員が助言指導を受けている認知症対応型グループホームの利用者は、口腔衛生状態が良好であり、口腔軟組織の炎症も少なかった。

対象：A県及びB県の認知症高齢者グループホーム15施設の利用者84名（要介護4以上の男性11名、女性73名、平均年齢86.6歳、）

方法：食事情報等の基礎情報については施設職員から取得、口腔関連項目については歯科医師による対面調査（調査時期：平成27年2月）

協力歯科医療機関介入群：歯科医師による定期的な入所者全員の口腔内状況の確認、入所者個人毎の口腔ケアについて職員へ助言指導
その他（定期的な訪問歯科診療等）

協力歯科医療機関非介入群：主訴があった場合の歯科治療対応のみ



出典：平成28年度老人保健健康増進等事業「認知症対応型共同生活介護（グループホーム）等における認知症高齢者に対する適切な口腔ケア及び経口維持支援のあり方に関する調査研究事業」

在宅歯科医療の推進について

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

10歯未満	350点
10歯以上20歯未満	450点
20歯以上	550点

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所 100点加算
在宅療養支援歯科診療所 50点加算

【対象患者】

在宅等で療養を行っている患者であって、摂食機能障害を有し(摂食機能療法の対象に該当する患者)、
継続的な歯科疾患の管理が必要な者

【算定要件】

- ・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実施
- ・月4回を限度として算定

【指導管理の内容】

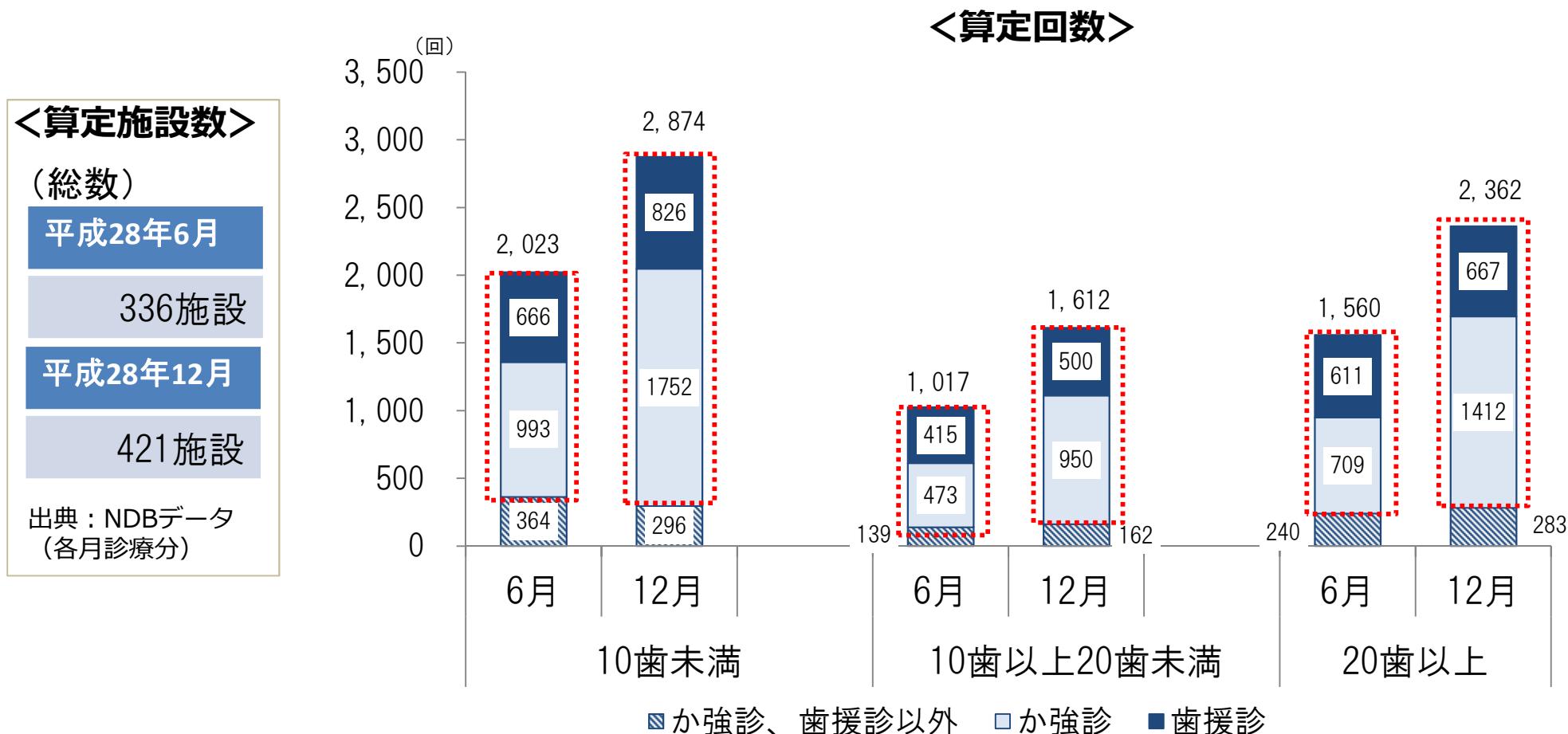
- ・口腔内の状態、口腔機能評価
口腔衛生状態、口腔粘膜の状態、歯科疾患の状況、咬合の状態(義歯の使用状況含む)、食事摂取状況等
- ・摂食機能障害に対する訓練、指導(食事形態の指導等も含む)
- ・スケーリング等の歯周基本治療、プラーケコントロール、機械的歯面清掃など

【包括範囲】

歯周病検査、歯周病部分的再評価検査、歯周基本治療、歯周病定期治療(I)、歯周病定期治療(II)、歯周基本治療処置、機械的歯面清掃処置、摂食機能療法

在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定状況

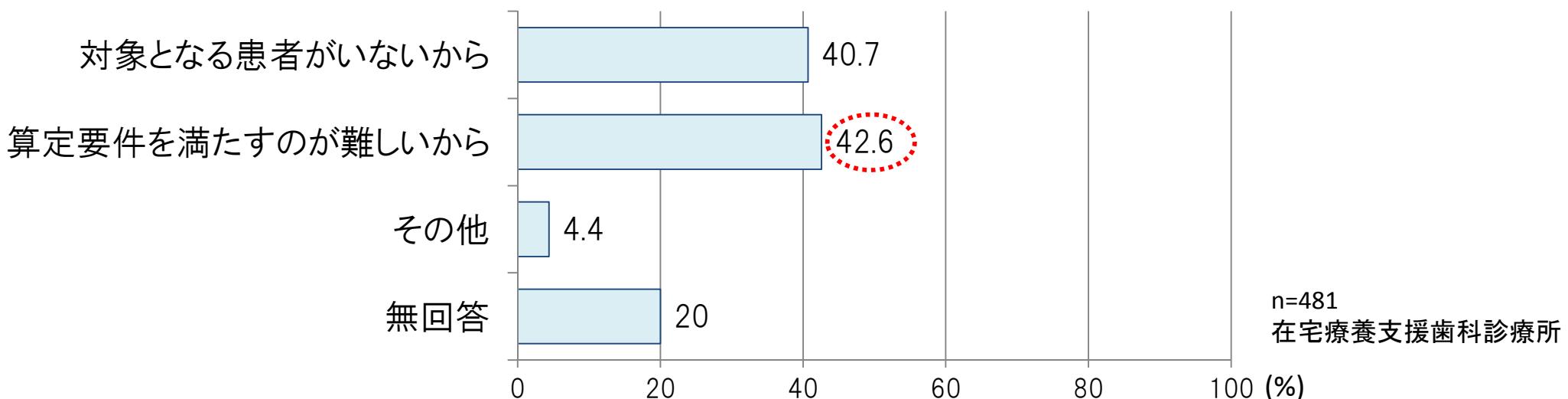
- 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定施設数は、H28.12月時点で421施設であり、歯科訪問診療を実施している医療機関の約3%であった。
- 算定回数については、在宅療養支援歯科診療所又はかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所による算定が約9割を占めていた。



在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定していない理由

- 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定していない理由として、「算定要件を満たすのが難しいから」が42.6%で最も多かった。
- その他の理由としては、「時間的にゆとりがなく口腔リハまでできない」「治療が中心になってしまふ」といった意見があった。

＜在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定していない理由＞



※その他の理由の例

- ・時間的にゆとりがなく、そこまでいかない（治療の後に口腔リハまで行うのが難しい）
- ・治療が中心になってしまふ。
- ・患者や家族が口腔のリハビリに対して理解知識がないから。
- ・医療保険と介護保険の給付調整がよくわからない。

歯科訪問診療における連携等に関する課題と論点(案)①

課題

【医療機関との連携】

- 在宅療養支援歯科診療所については、当該施設基準の届出を行っていない歯科診療所と比べると医療機関(医科・歯科)や介護保険施設等との連携は行われているが、診療情報の提供や歯科訪問診療の提供が主であり、NSTやミールラウンドへの参加を含め関係者との会議等への参加や施設職員等への技術的助言等の連携は少ない。

【介護保険施設との連携】

- 在宅療養支援歯科診療所の約7割が介護保険施設等との連携を行っているが、その内容は居住系高齢者施設への歯科訪問診療が約半数、施設職員への口腔に関する技術的助言等が約4割であった。

【歯科疾患在宅療養管理料及び栄養サポートチーム連携加算、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料について】

- 歯科訪問診療における主な管理料である歯科疾患在宅療養管理料については、在宅療養支援歯科診療所による算定が約75%であった。
- 栄養サポートチーム連携加算及び在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定施設数は、歯科訪問診療料の算定施設の数%であった。
- 歯科標榜のない病院でのチーム医療について、栄養サポートチーム以外にも口腔ケアチームや摂食嚥下チーム等に院外から歯科医師または歯科衛生士が参加している。
- 歯科疾患在宅療養管理料と在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料は併算定できないため、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定して歯科疾患在宅療養管理料を算定できない場合は、NST等の連携が評価されない。

論 点(案)

- 在宅歯科医療における地域の医療・介護関係者との連携を推進する観点から、在宅療養支援歯科診療所等の見直しを検討してはどうか。
- 入院患者や介護保険施設入所者等に対し、関係者間の連携に基づく口腔管理を推進する観点から、歯科疾患在宅療養管理料の加算である栄養サポートチーム連携加算について、
 - ・栄養サポートチームやミールラウンドに限らず、多職種チームや介護保険施設等での関係者会議等の結果をふまえた口腔機能評価に基づく管理を評価
 - ・介護保険施設に限らず、認知症対応型共同生活介護等においても関係者間の連携に基づく口腔管理を行った場合を評価等の見直しを検討してはどうか。
- 在宅等で療養する患者の口腔機能管理を推進する観点から、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料については、栄養サポートチーム等との連携が評価されない、算定要件を満たすのが難しい等の意見を踏まえつつ見直しを検討してはどうか。

4 在宅薬剤管理

(1) 在宅薬剤管理の状況

(2) 積極的な対応を要する在宅薬剤管理

(3) 小児に対する在宅薬剤管理

在宅薬剤管理の状況

薬局における在宅薬剤管理指導業務

項目	点数	算定上限
○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 (+麻薬管理指導加算) ・同一建物居住者の場合 (+麻薬管理指導加算)	650点 (+100点) 300点 (+100点)	薬剤師1人週40回まで、患者1人につき月4回まで（末期の悪性腫瘍の患者等の場合は週2回かつ月8回まで）
○在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 (+麻薬管理指導加算)	500点 (+100点)	月4回まで
○在宅患者緊急時等共同指導料 (+麻薬管理指導加算)	700点 (+100点)	月2回まで
○在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料		疑義照会に伴い処方変更が行われた場合30点
○（調剤料）在宅患者調剤加算		在宅患者の処方せん1枚15点

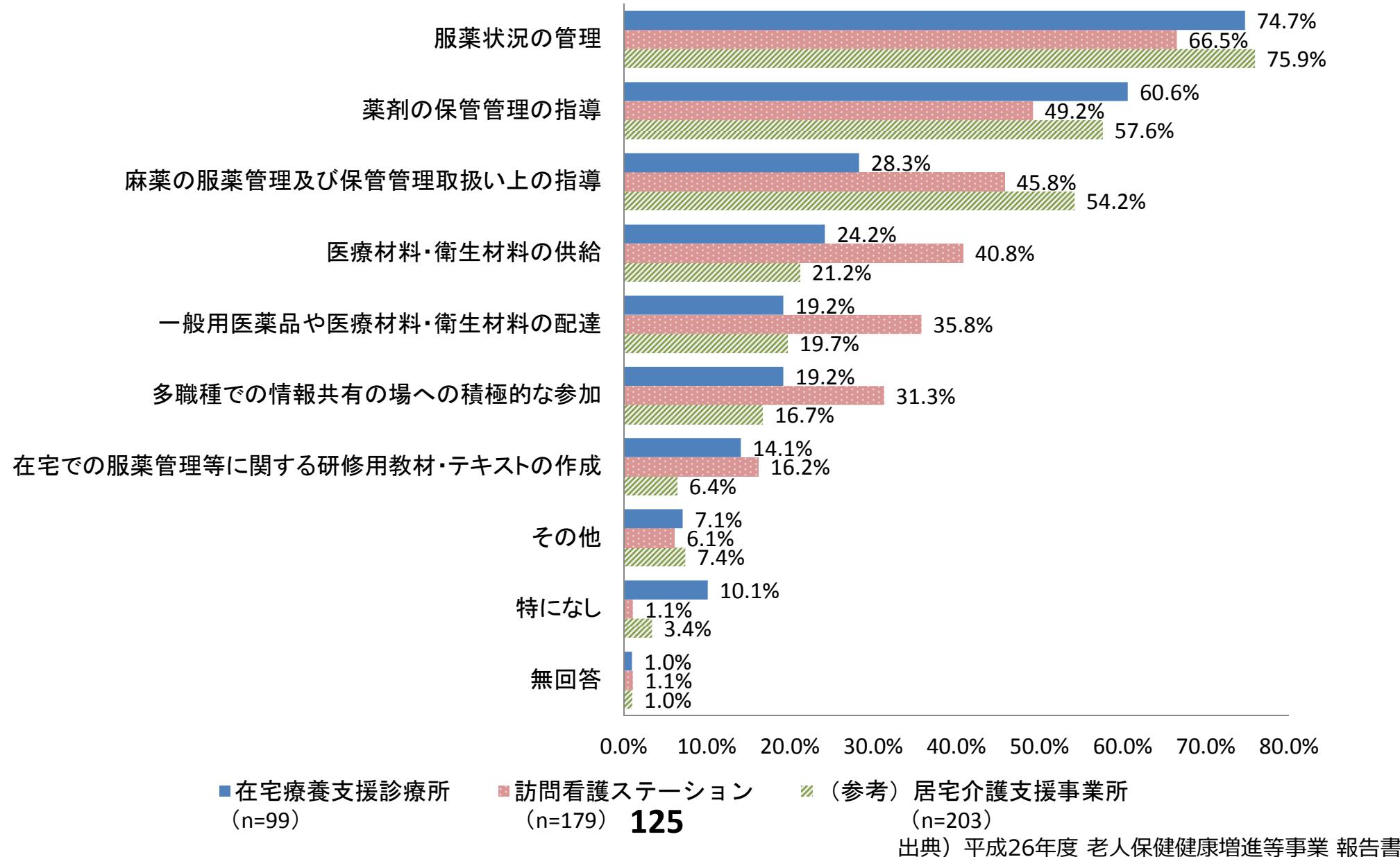
（参考）介護報酬

- 居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行う場合）
 - ・同一建物居住者以外の場合 503単位 (麻薬指導加算 + 100単位)
 - ・同一建物居住者の場合 352単位 (麻薬指導加算 + 100単位)

在宅医療において他職種が薬剤師に望むこと

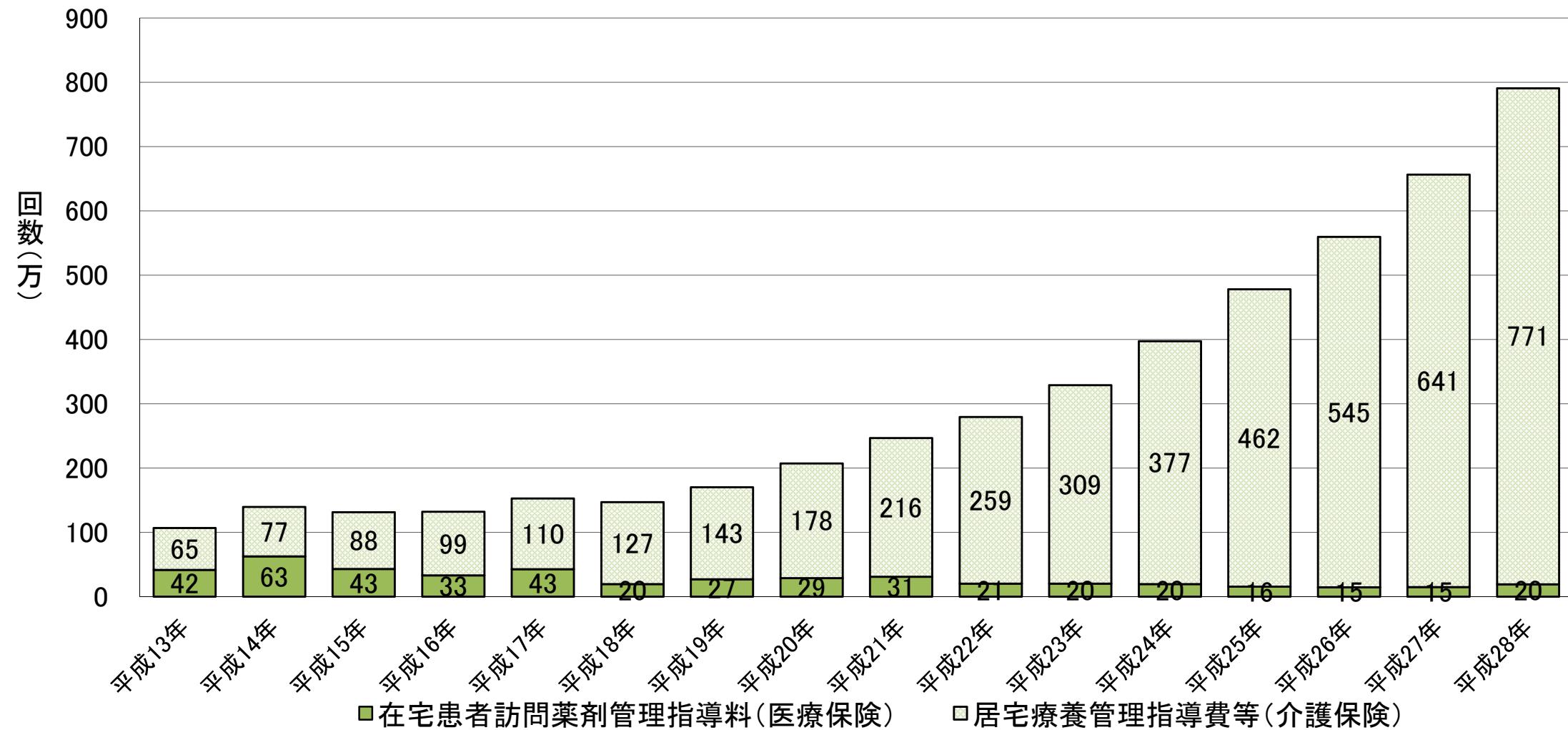
○ 在宅医療において、薬剤師は、服薬状況の管理や薬剤保管管理の指導といった役割が求められている。

➤ 在宅医療の現場から薬剤師に望むこと(複数回答)



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。

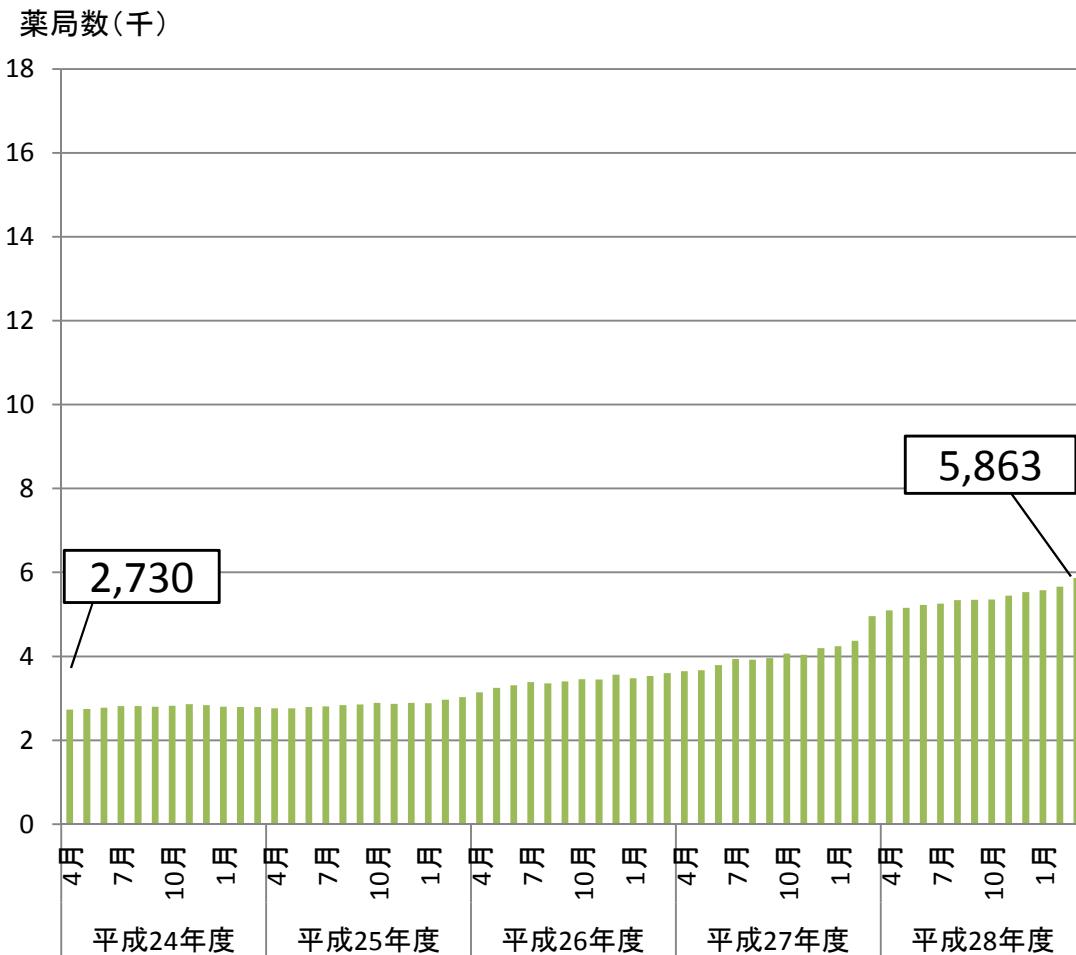


注) 在宅療養を行っている患者に係る薬剤管理指導については、対象患者が要介護又は要支援の認定を受けている場合には介護保険扱いとなり、認定を受けていない場合には医療保険扱いとなる。

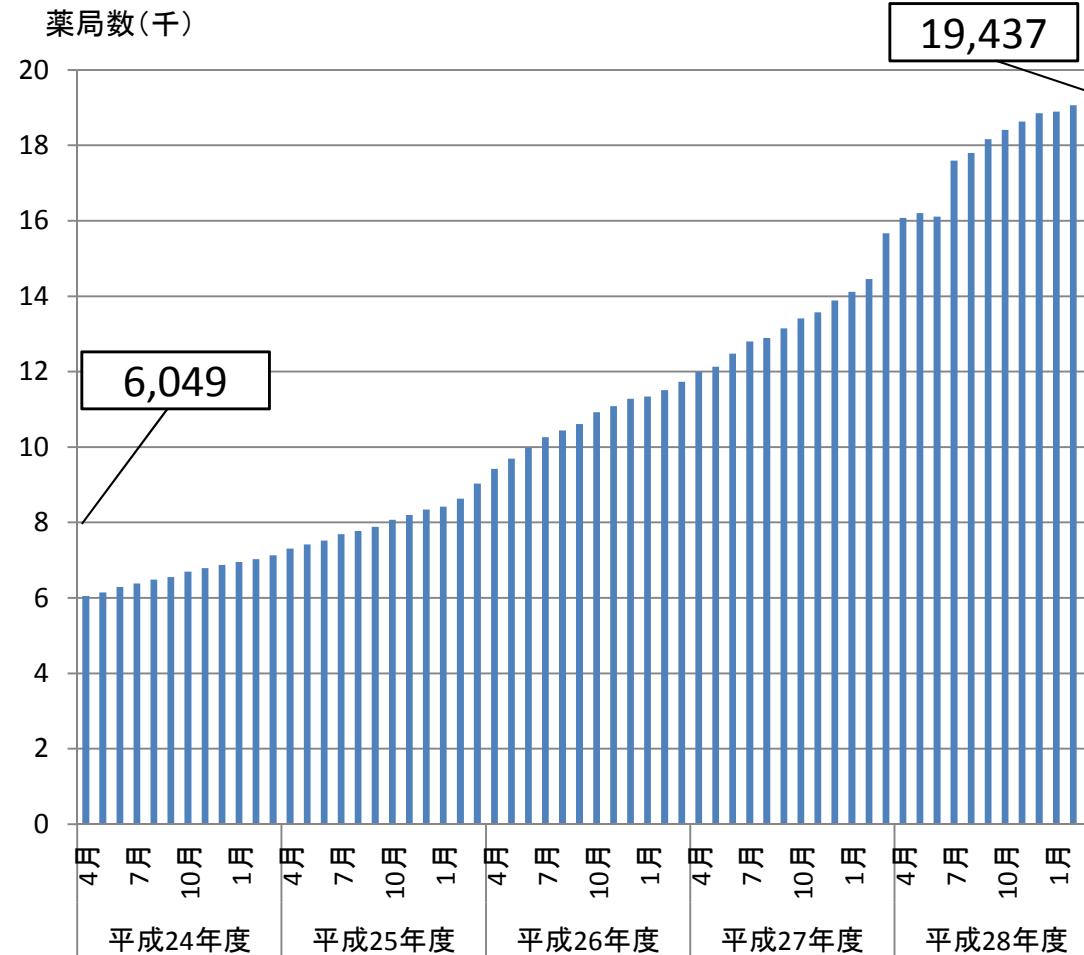
在宅患者に対する訪問薬剤管理を行う薬局数の推移

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)

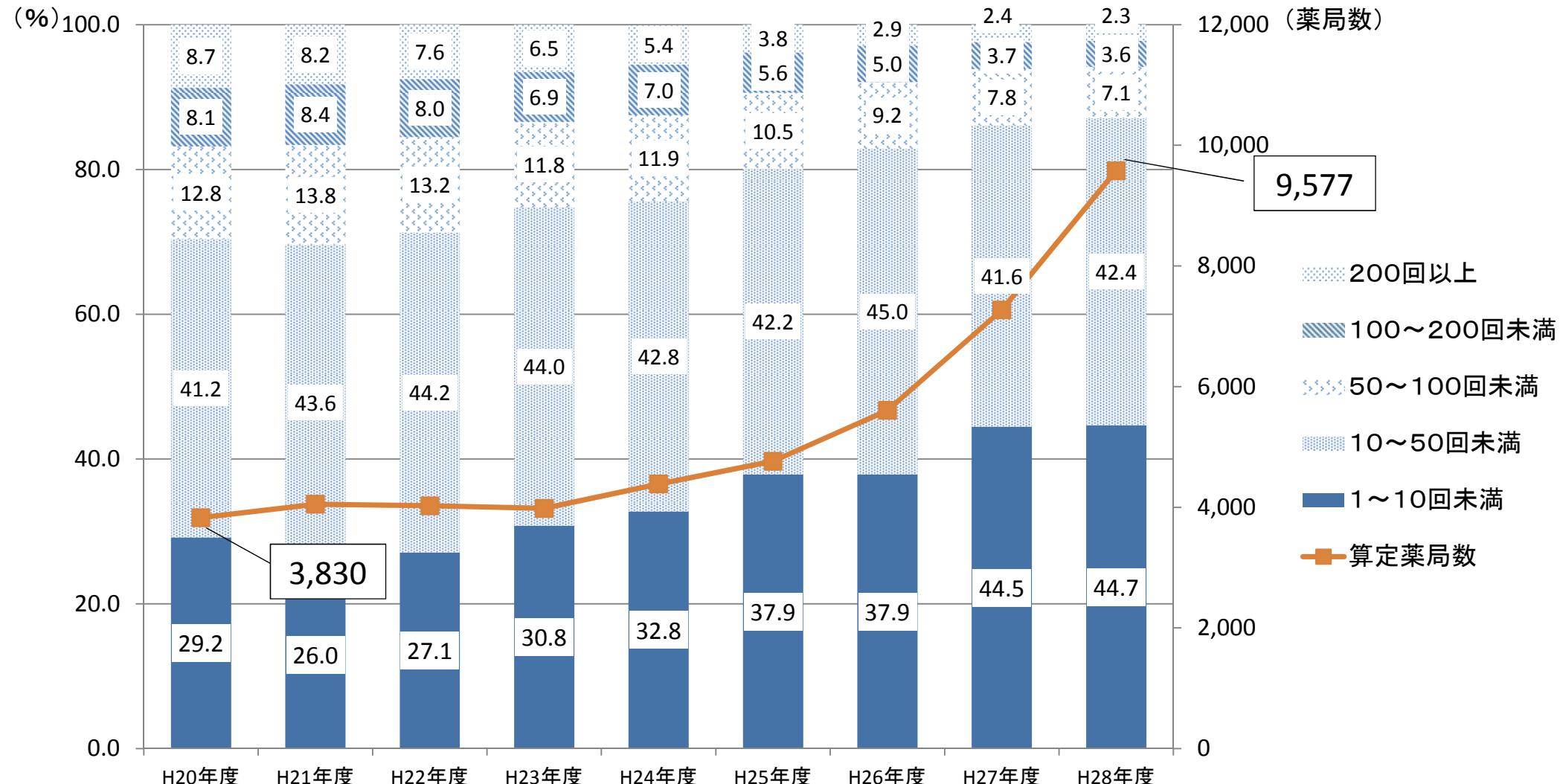


注) 在宅療養を行っている患者に係る薬剤管理指導については、対象患者が要介護又は要支援の認定を受けている場合には介護保険扱いとなり、認定を受けていない場合には医療保険扱いとなる。

(出典) 在宅患者訪問薬剤管理指導料算定薬局数(医療保険)については、厚生労働省保険局調査課で特別集計(「最近の調剤医療費(電算処理分)の動向」)
居宅療養管理指導費算定薬局数(介護保険)については、厚生労働省老健局老人保健課で特別集計

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は増加している。また、年間算定回数別の構成割合を見ると、平成28年度改定前後で大きな変化は見られない。

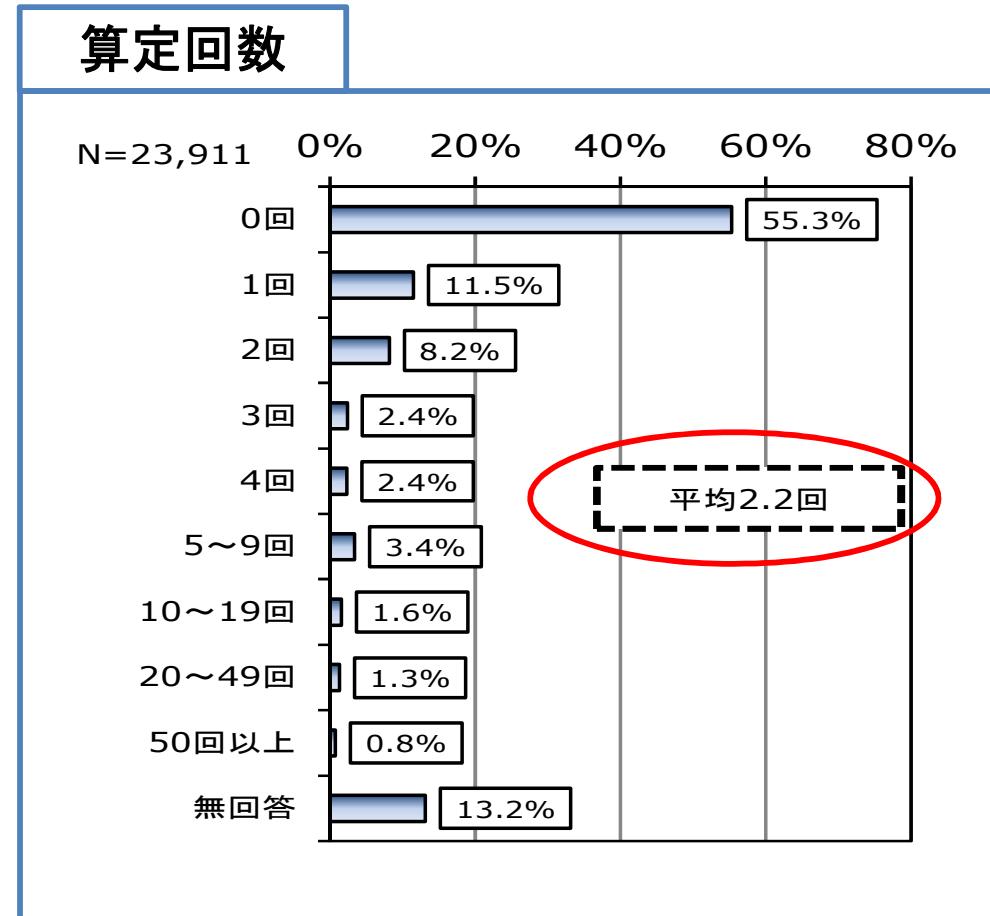
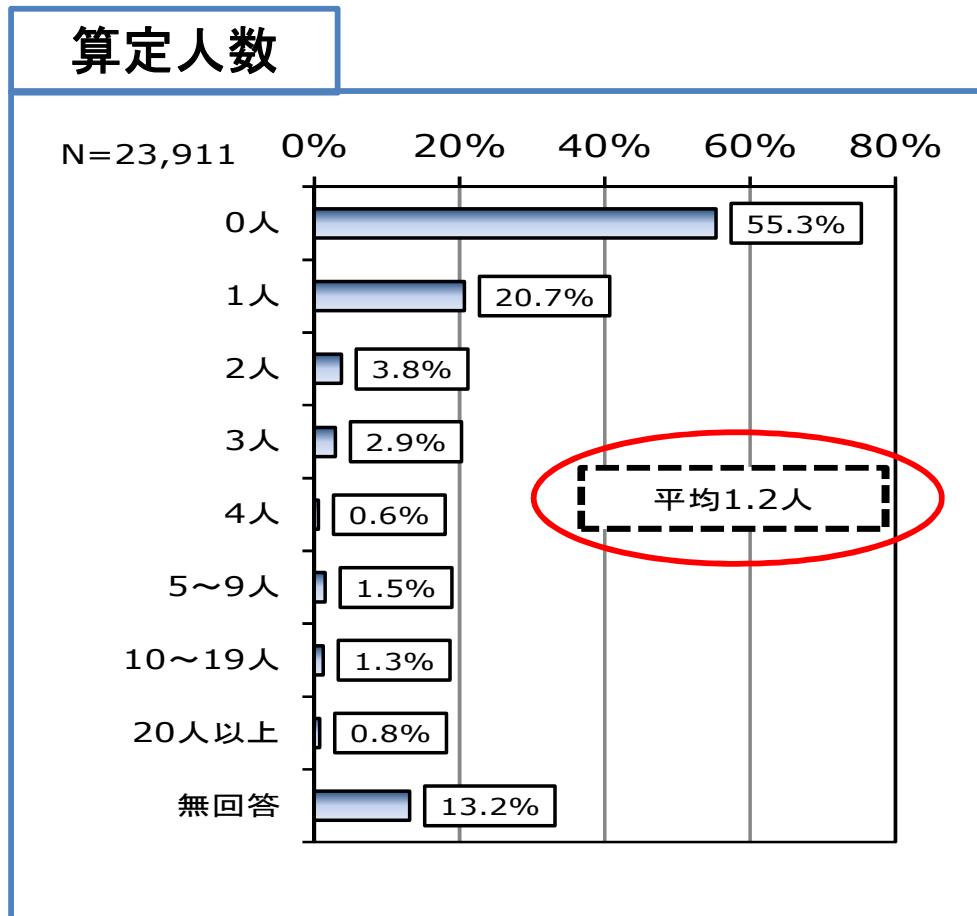


[出典]「最近の調剤医療費(電算処理分)の動向」(厚生労働省保険局調査課) 特別集計

在宅薬剤管理指導の算定人数及び回数

- 薬局あたりの在宅訪問薬剤管理指導料の算定人数は平均1.2人、算定回数は平均2.2回であり、月50回算定する薬局は0.8%であった。

平成28年12月の算定実績



出典)平成28年度医療課委託調査

平成28年度診療報酬改定(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。

第3章 経済・財政一体改革の進捗・推進

3. 主要分野ごとの改革の取組

(1) 社会保障

- ⑦ 薬価制度の抜本改革、患者本位の医薬分業の実現に向けた調剤報酬の見直し、薬剤の適正使用等(抜粋)

患者本位の医薬分業の実現に向け、かかりつけ薬剤師・薬局が地域における多職種・関係機関と連携しつつ、服薬情報の一元的・継続的な把握等、その機能を果たすことを推進する。そのための方策の一つとしてICTによる情報共有(あらゆる薬局で活用可能な電子版お薬手帳等)を推進する。

調剤報酬については、薬剤の調製などの対物業務に係る評価の適正化を行うとともに、在宅訪問や残薬解消などの対人業務を重視した評価を、薬局の機能分化の在り方を含め検討する。これらの見直しと併せて、様々な形態の保険薬局が実際に果たしている機能を精査し、それに応じた評価を更に進める。

積極的な対応を要する在宅薬剤管理

○英国王立薬剤師会による在宅ケアサービスの分類

比較的低い技術サービス

- 口腔腫瘍学を除く、経口療法または外用薬の自己使用
- 承認された医薬品又は複雑でない医療機器
- 製品保管条件が、患者自身の冷蔵庫に保管するのに適した15～25°Cおよび/または2～8°C
- 医薬品の使用は、通常、添付文書に従い、まれに適応外使用
- ホームケアチームのメンバーは、明らかな薬の誤用や服薬不良を特定し報告することが期待される

中度の技術サービス

- 未承認の医薬品
- 十分な臨床的支援や血液濃度モニタリングなどの検査を必要とする療法(例: 口腔腫瘍学)
- 自己使用に関する患者トレーニングおよび能力評価
- 基本的な無菌技術および補助者を必要とする自己投与(例: プレフィルドシリング製剤)
- 特別な保管要件を要する治療
- 冷凍製品の提供
- 特定の介入を含むコンプライアンスプログラム

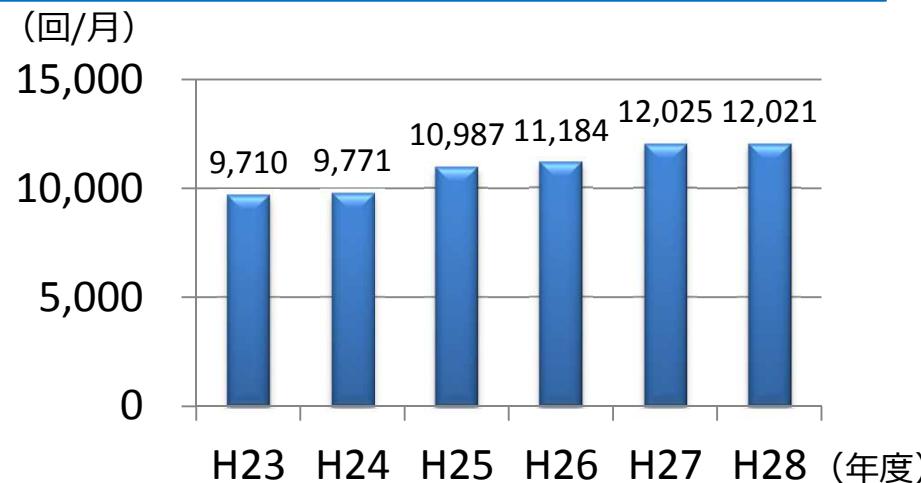
比較的高い技術サービス

- 静脈内注射
- 高度な無菌技術、ポータブル機器、専門的補助者を必要とする自己使用
- 無菌製剤処理製品
- 医療従事者による投与
- 承認された臨床プロトコールの範囲内での臨床的決定

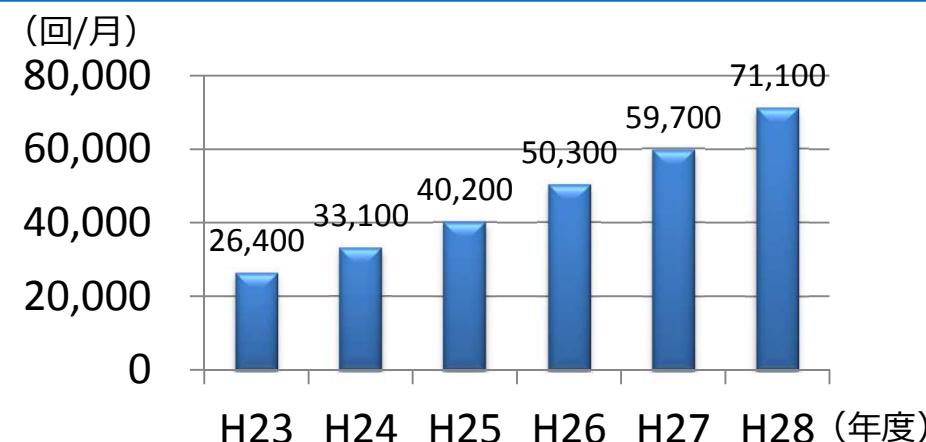
無菌製剤処理等の実施状況

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が、無菌製剤処理や麻薬指導加算などの、積極的な対応を要する在宅薬剤管理の取組は緩やかに伸びている。

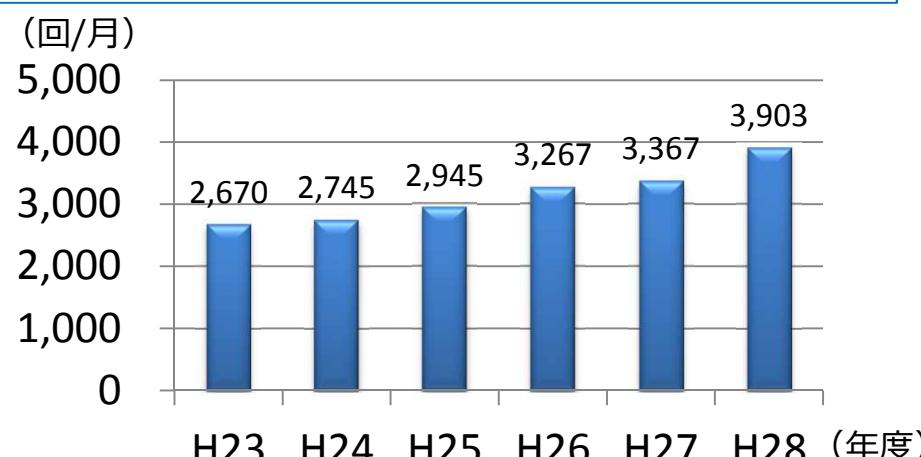
○ 無菌製剤処理加算の算定回数



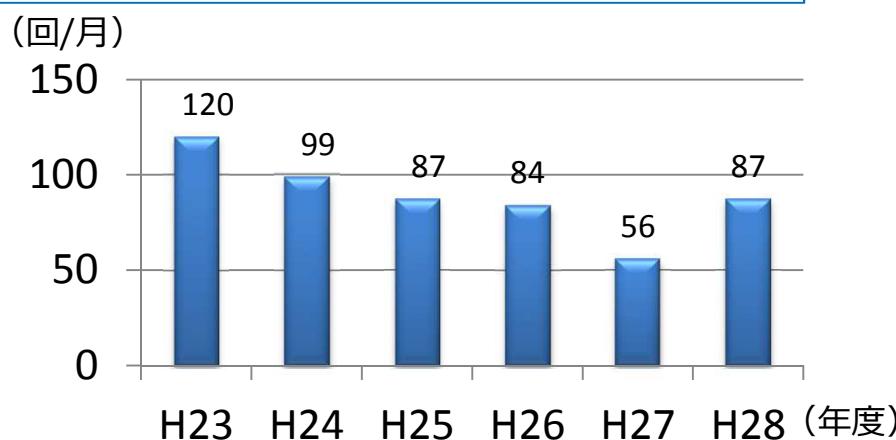
○ 居宅療養管理指導での麻薬指導加算の算定回数



○ 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の算定回数



○ 在宅患者緊急時等共同指導料の算定回数

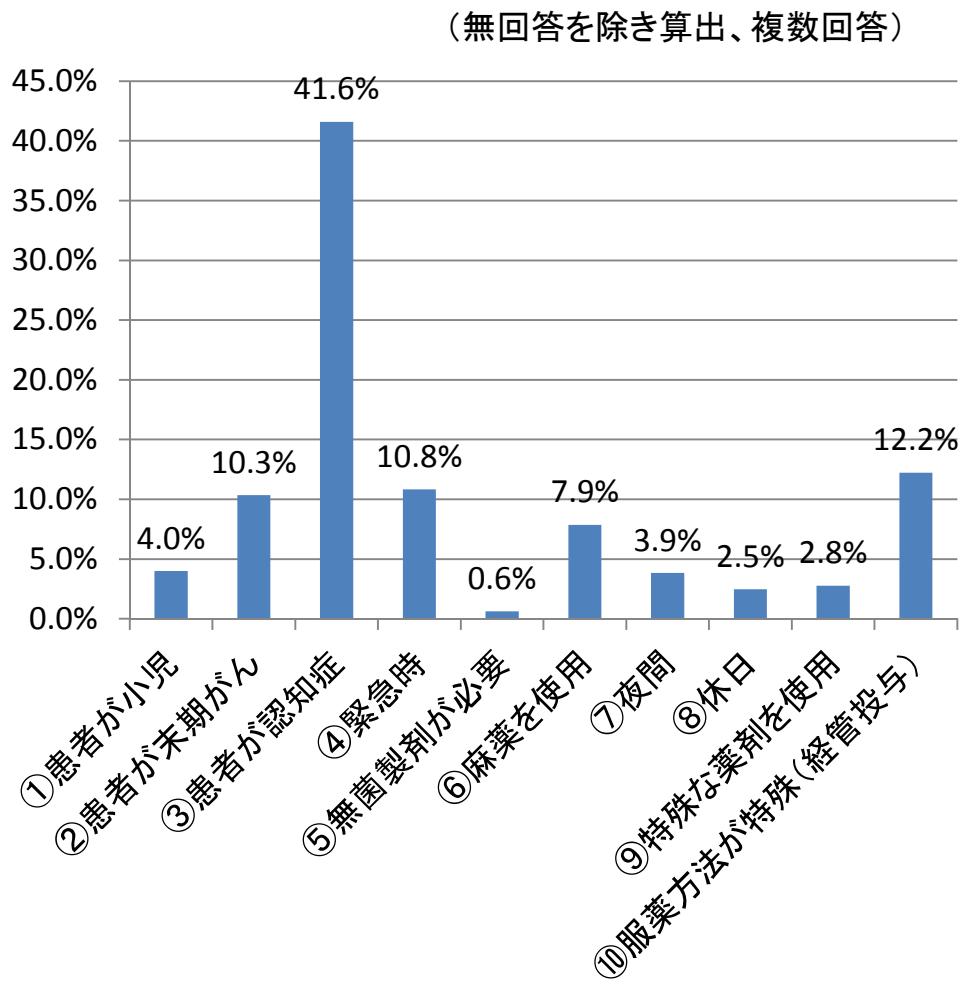


在宅薬剤管理のケース別実施状況

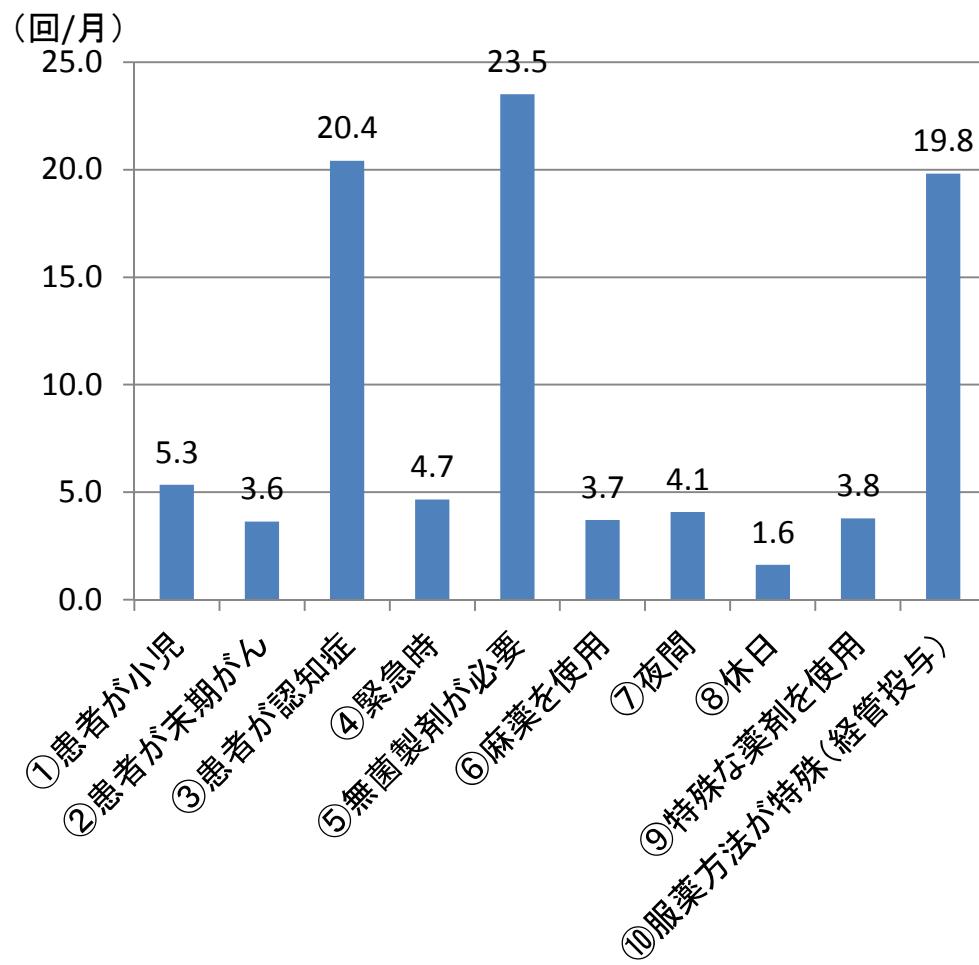
- 在宅薬剤管理(医療及び介護)のケース別の実施状況を見ると、認知症患者への対応が比較的多く見られるが、小児や末期がんの患者などへの対応も一定程度認められる。無菌製剤については、実施している薬局は限られるが、実施薬局当たりの平均実施回数は多い。

平成29年7月 (n=902)

➤ 在宅対応のケース別実施実績の有無 (薬局調査)



➤ 実施実績のある薬局における平均実施回数

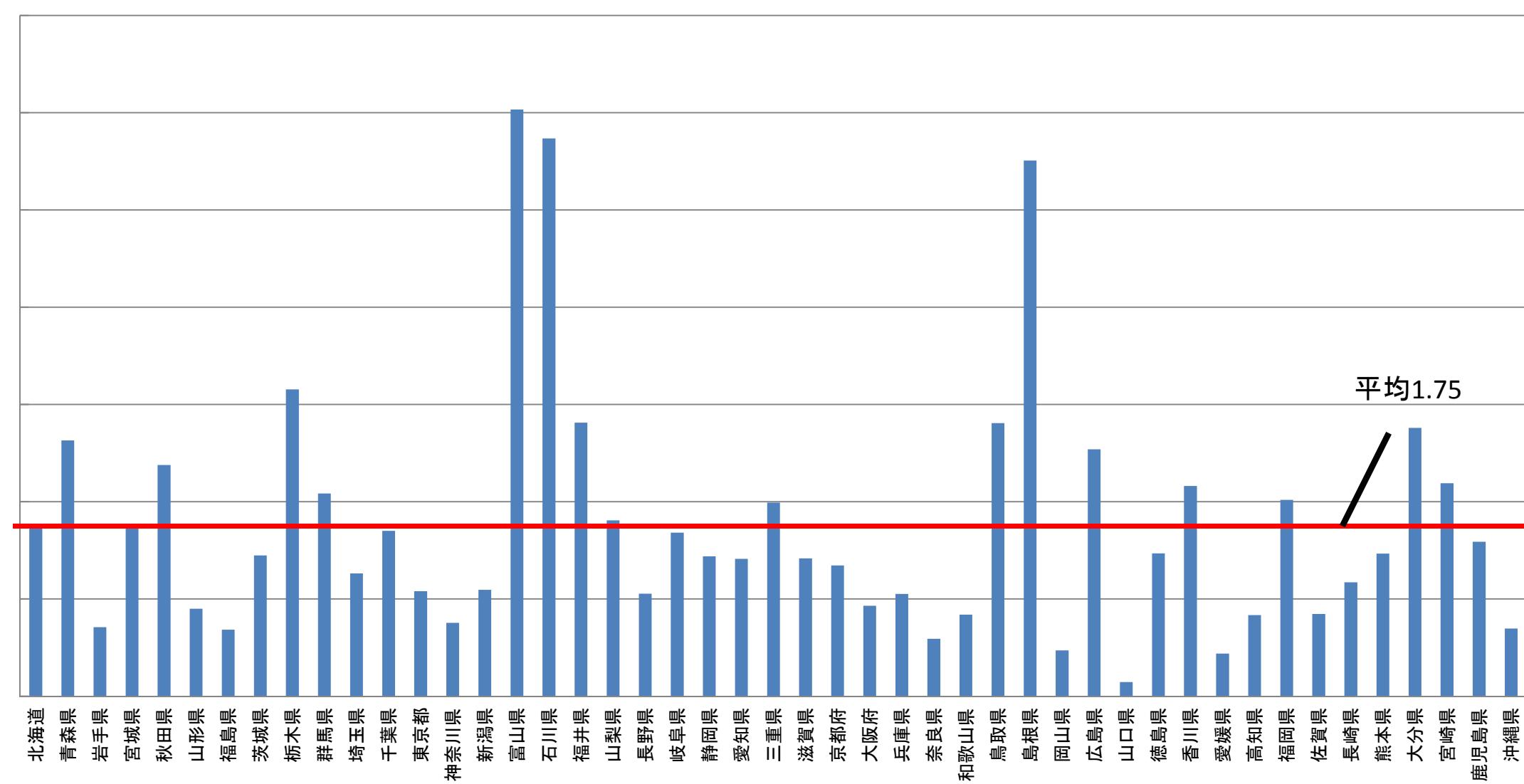


無菌製剤処理加算の施設基準届出薬局数(平成29年4月1日時点)

- 無菌製剤処理加算の施設基準届出薬局数は都道府県によってばらつきがある。

薬局数(人口10万対)

※全国の届出薬局数は合計1,862薬局



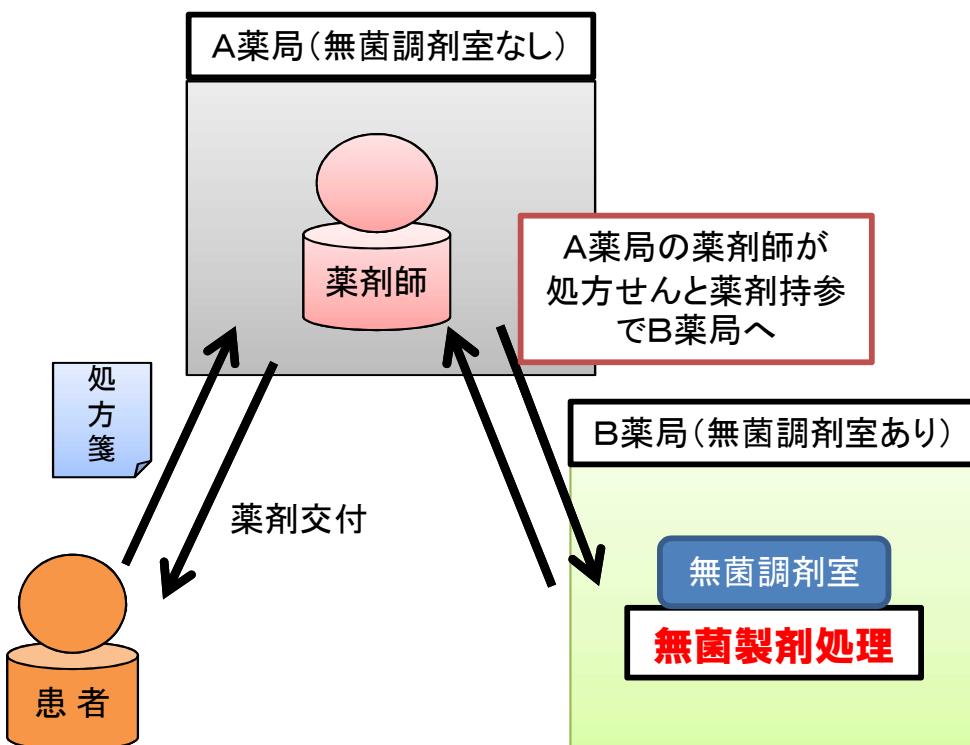
無菌調剤室の共同利用について

- 無菌調剤室を有する薬局の無菌調剤室の利用(共同利用)により、無菌製剤処理を行うことが可能となっており、こうした取組が広がってきている。

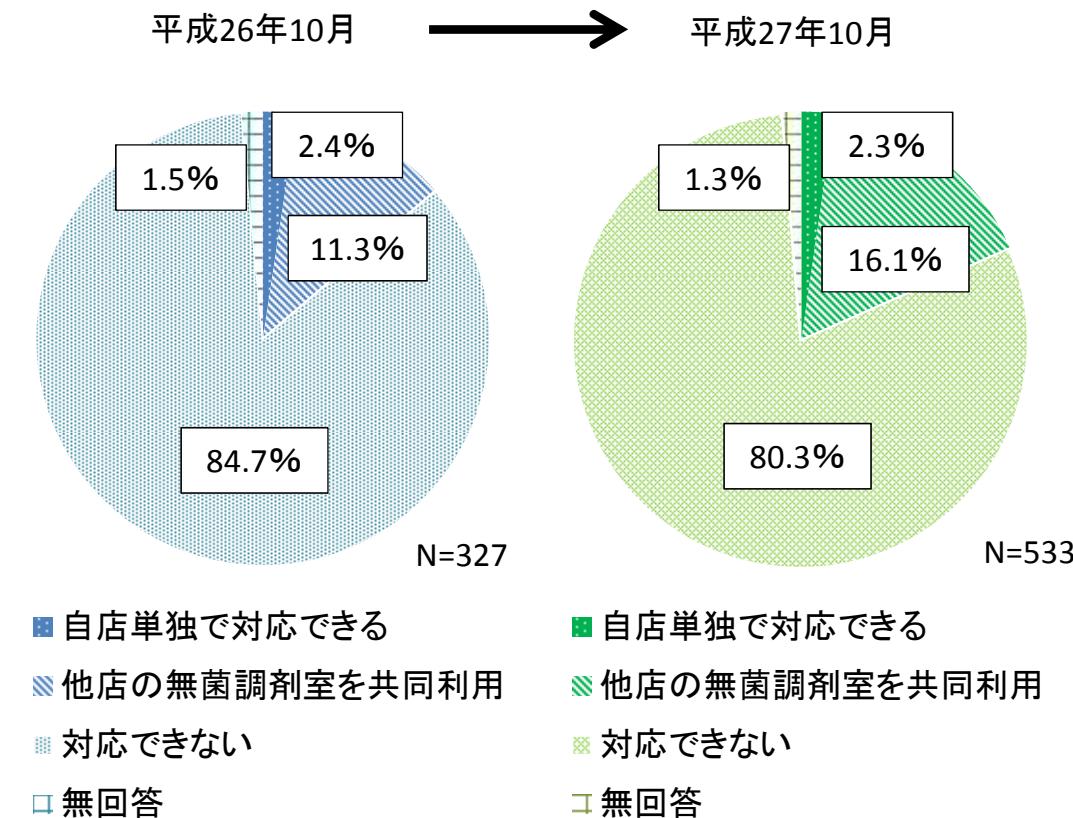
医薬品医療機器法 施行規則

第15条の9 薬局開設者は、その薬局で調剤に従事する薬剤師でない者に販売又は授与の目的で調剤させてはならない。ただし、高度な無菌製剤処理を行うことができる作業室(以下「無菌調剤室」という。)を有する薬局の薬局開設者が、無菌調剤室を有しない薬局の薬局開設者から依頼を受けて、当該無菌調剤室を有しない薬局で調剤に従事する薬剤師に、当該無菌調剤室を利用した無菌製剤処理を行わせるときは、この限りでない。

➤ 無菌調剤室の共同利用のイメージ



➤ 無菌調剤室の共同利用の実施状況



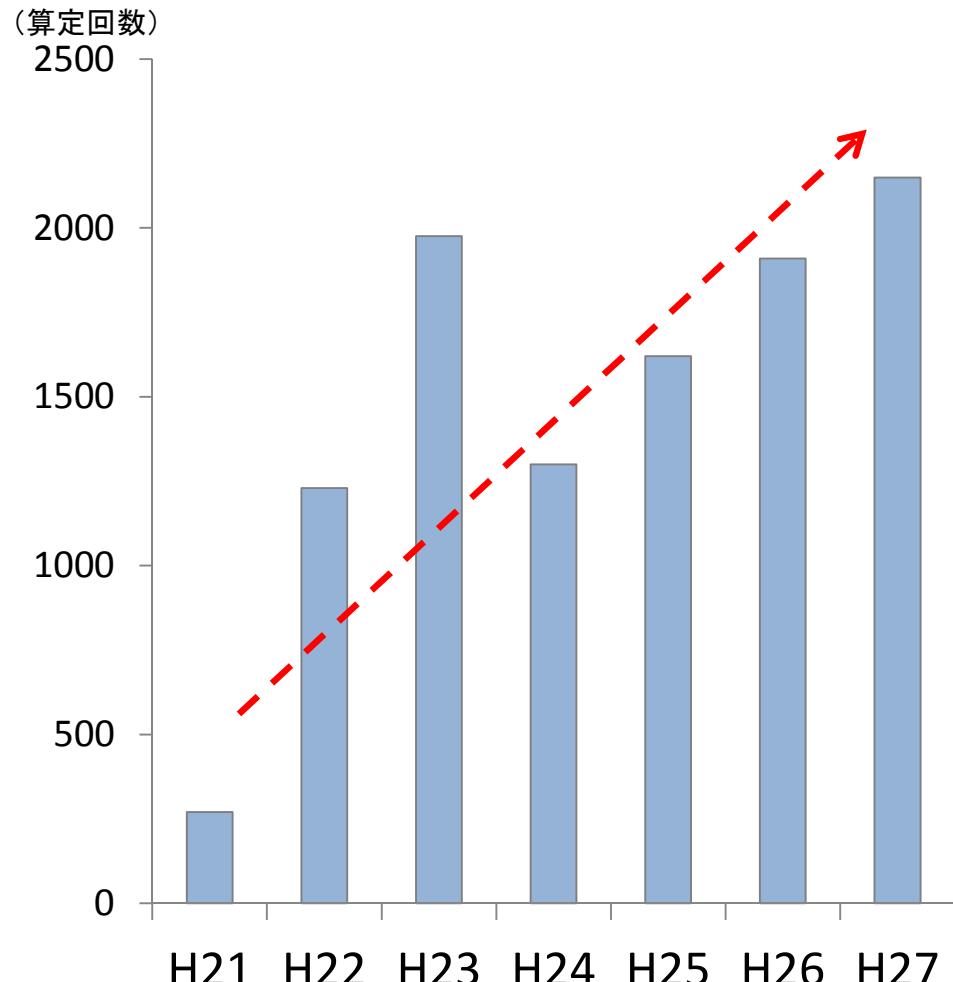
小児に対する在宅薬剤管理

長期にわたり療養を要する小児の推移

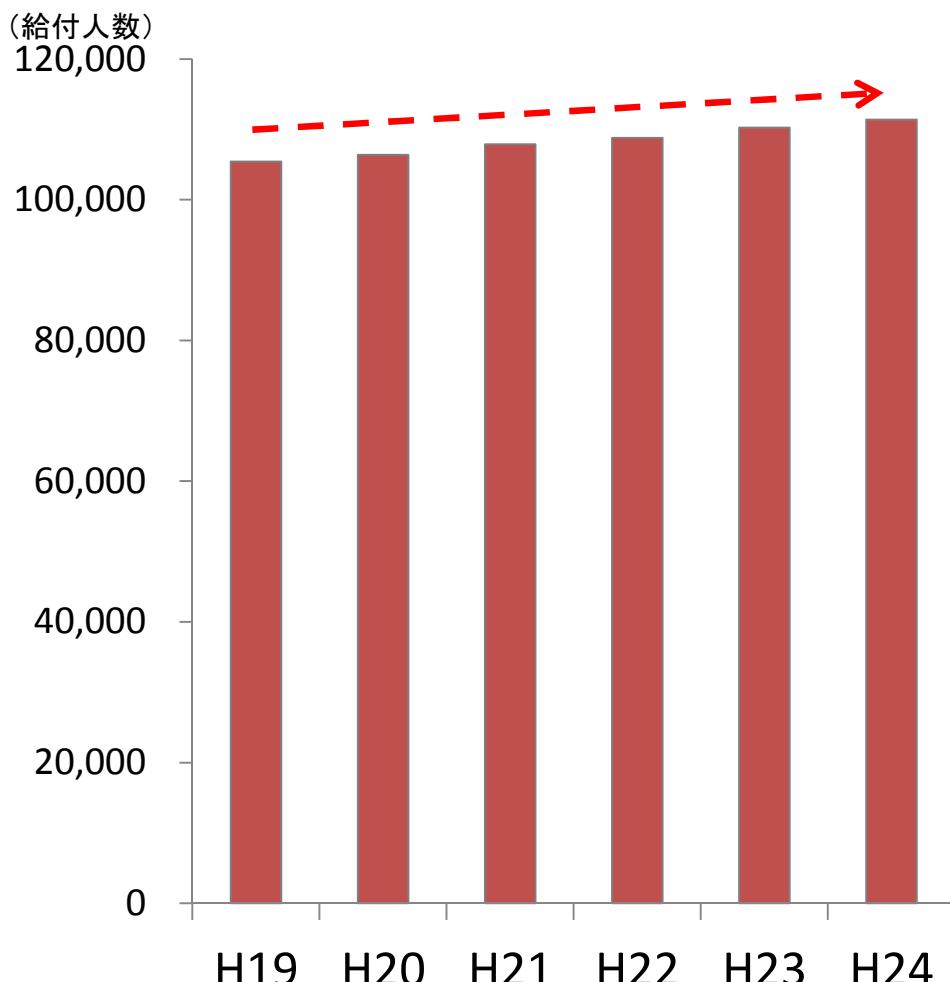
中医協 総 - 3
2 9 . 1 . 1 1

- 在宅人工呼吸指導管理料の算定回数(15歳未満)や小児慢性特定疾患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回数(15歳未満)＞



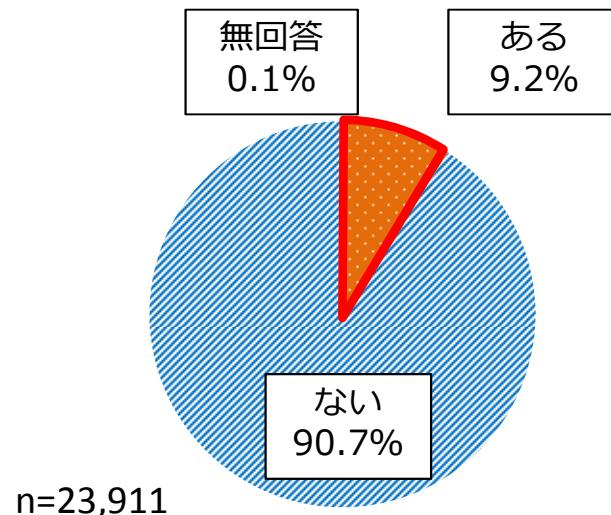
＜小児慢性特定疾患治療研究事業の給付人数＞



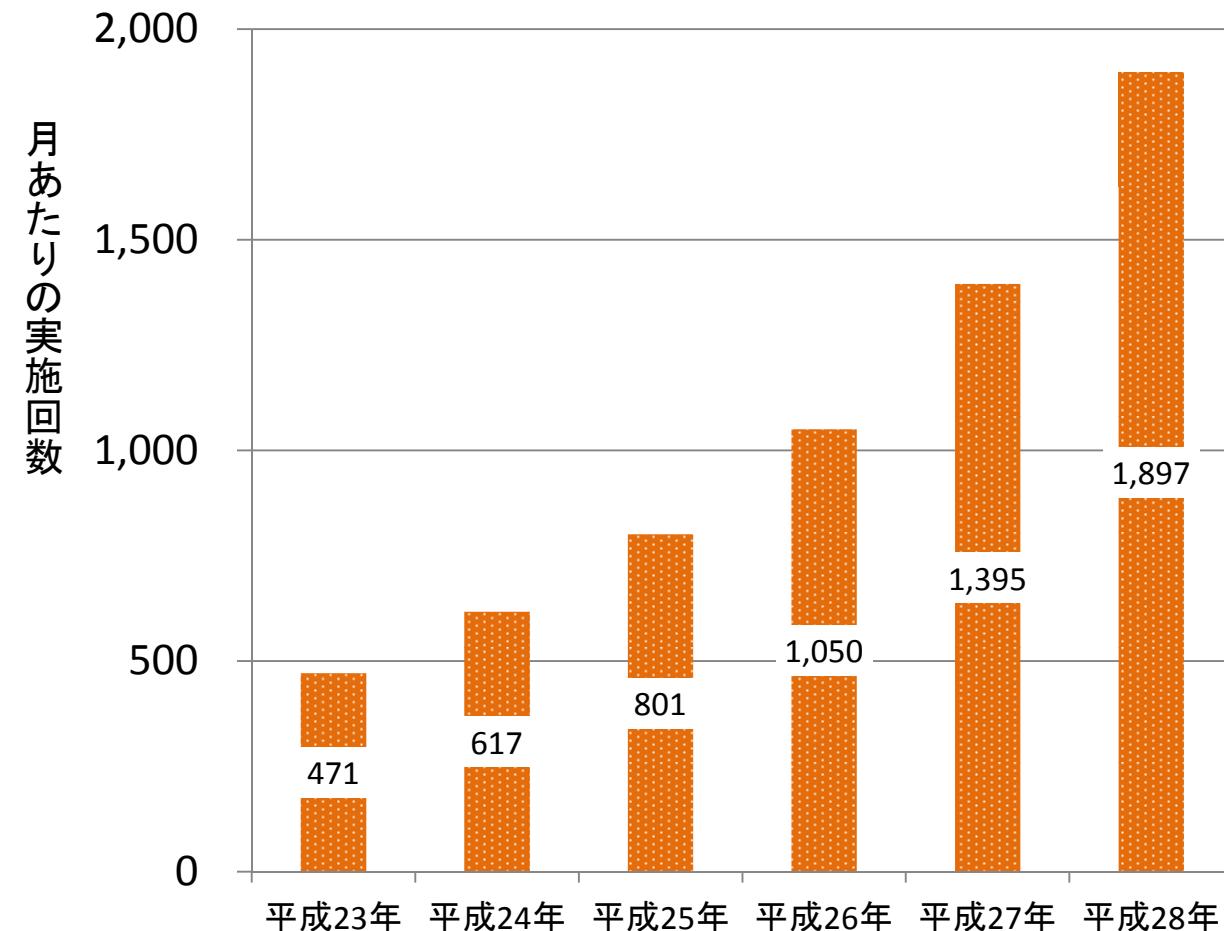
小児に対する在宅薬剤管理について

- 小児(6歳未満)の在宅業務を実施している薬局は限られるが、小児に対する在宅患者訪問薬剤管理指導を算定する回数が伸びており、薬局薬剤師が小児の在宅患者に対して積極的に関与してきている。

➤ 小児の在宅業務の経験の有無（薬局調査）



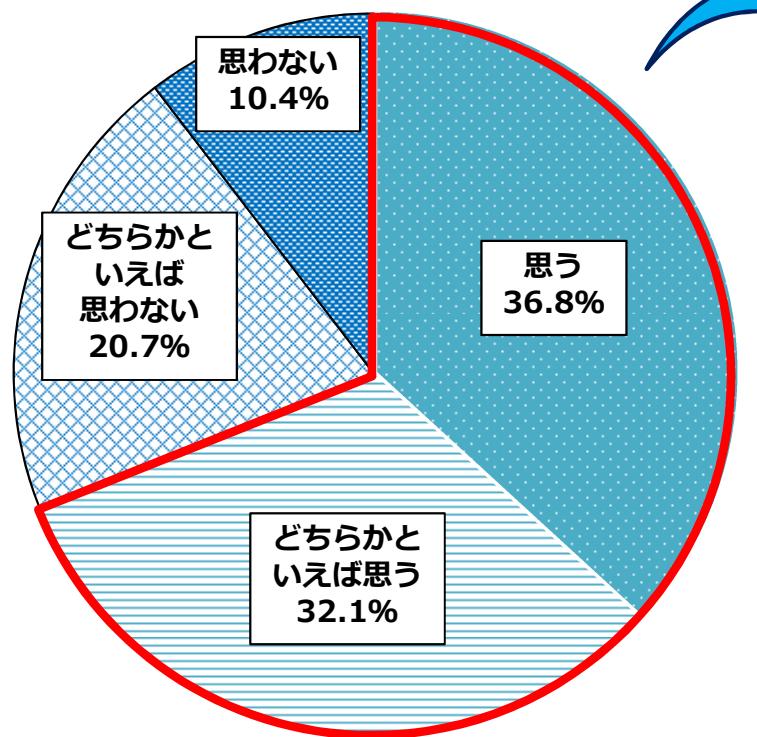
➤ 15歳未満の小児に対する在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定回数



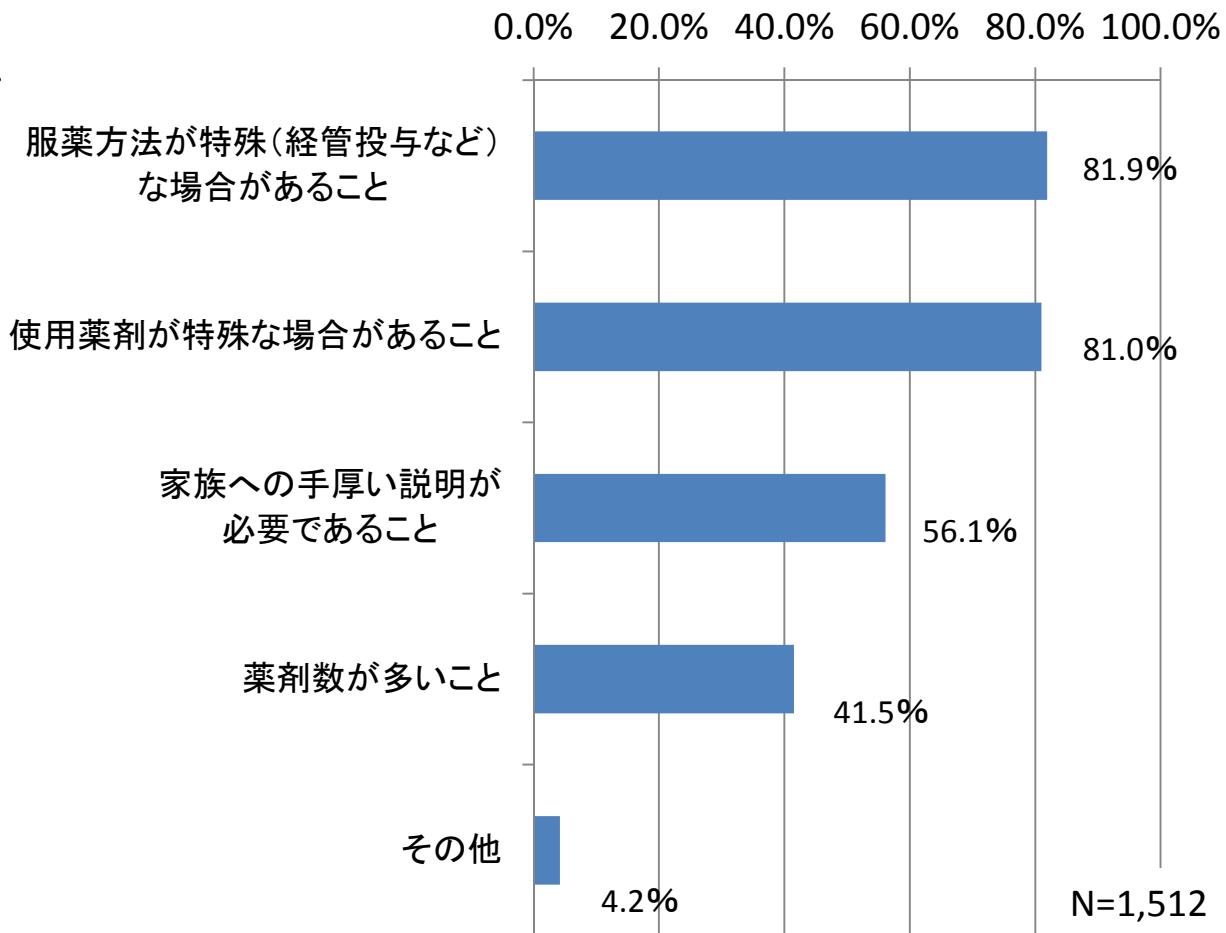
小児在宅に対する薬局薬剤師の業務負担

- 外来での小児の服薬指導と比べて、在宅での業務負担が大きいと「思う」「どちらかといえば思う」との回答は68.9%であり、その理由について、「服薬方法が特殊(経管投与など)な場合があること」が最も多く、次いで「使用薬剤が特殊な場合があること」、「家族への手厚い説明が必要であるところ」などであった。

外来と在宅での小児の服薬指導を比べた時に
在宅のほうが業務負担が大きいと思うか



服薬指導において在宅のほうが業務負担が大きいと思う理由



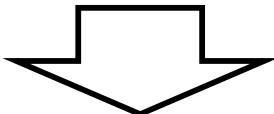
※薬局調査

出典)平成28年度医療課委託調査(薬局の機能に係る実態調査)

在宅薬剤管理に関する課題と論点(案)

【課題】

- ・ 在宅薬剤管理の件数は医療、介護を含め全体として伸びているが、無菌製剤といった積極的な対応を要する在宅薬剤管理の伸びは緩やかである。また、無菌製剤の提供体制は、都道府県によりばらつきがある。
- ・ 在宅薬剤管理の拠点となる薬局と地域の薬局が連携して在宅サービスを提供する取組も広がってきている。
- ・ また、小児に対する在宅薬剤管理は、服薬方法が特殊であることなどから負担が大きい。



【論点(案)】

- 無菌製剤など積極的な対応を要する在宅薬剤管理をより広く推進するため、専門的な技術を要する在宅薬剤管理の実績や地域の薬局への支援等に着目した評価を検討してはどうか。また、小児に対する在宅薬剤管理に対する評価を検討してはどうか。