

在宅医療と診療報酬 及び 介護保険

東名古屋医師会 2017年3月25日

愛知県医師会理事 野田正治

平成28年度の在宅医療に係る診療報酬改定

施設入居時等医学管理料

- 特定施設入居時等医学管理料から「特定」が消えた

重症度の高い患者に対する評価の充実

月1回訪問診療する在宅時医学管理料の新設

「単一建物」の概念の導入

在宅専門診療所の新設

在宅療養実績加算2の新設

在宅医療緩和ケア充実診療所・病院加算の新設

小児在宅医療の評価

休日の往診に対する評価

特定施設入居時医学総合管理料(特医総管)から 施設入居時医学総合管理料(施設総管)へ

在宅医療における重症度・居住場所に応じた評価①

➤ 在宅医療では、比較的重症な患者から軽症な患者まで幅広い患者に対して診療が行われていることから、以下のとおり患者の状態や居住場所に応じたきめ細かな評価を実施する。

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

現行 (対象となる住まい)

特定施設入居時等 医学総合管理料 (特医総管)	養護老人ホーム、軽費老人ホーム、 特別養護老人ホーム、特定施設
-------------------------------	------------------------------------

在宅時医学総合管 理料 (在総管)	上記以外の住まい
----------------------	----------



改定後 (対象となる住まい)

<u>施設入居時等医学総 合管理料 (施設総 管)</u>	養護老人ホーム、軽費老人ホーム、特別養護老人 ホーム、 <u>有料老人ホーム、サービス付き高齢者向 け住宅、認知症グループホーム</u>
---------------------------------------	---

在宅時医学総合管 理料 (在総管)	上記以外の住まい ※ 改定前に在総管を算定できた住居(特定施設以外の有 料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅、認知症グ ループホーム)に居住している患者は、平成29年3月末ま では在総管を算定できる。
----------------------	--

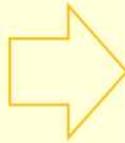
厚労省は在総管と略しているが通常は
在医総管と略している

「単一建物」の概念の導入

在宅医療における重症度・居住場所に応じた評価②

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

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



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

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



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

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

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



単一建物は在医総管(在総管)・施設総管算定のみに使う

参考:「同一建物居住者の場合」及び「単一建物診療患者の人数」の取扱い

現行	同一建物居住者の場合
対象項目	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅患者訪問診療料 ・在宅時医学総合管理料(在総管) ・特定施設入居時等医学総合管理料(特医総管)等



改定後	同一建物居住者の場合	単一建物診療患者の人数
対象項目	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅患者訪問診療料 <p style="text-align: center;">等</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅時医学総合管理料(在総管) ・施設入居時等医学総合管理料(施設総管)
定義	<p>当該建築物に居住する複数の者に対して、保険医療機関の保険医が<u>同一日に訪問診療を行う場合</u>を、「同一建物居住者の場合」という。</p>	<p>単一建物診療患者の人数とは、当該患者が居住する建築物に居住する者のうち、<u>当該保険医療機関が在総管又は施設総管を算定する者の人数</u>をいう。(※)</p>

(※) 単一建物診療患者の人数の算出には以下の例外がある。

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

同一建物」は在宅患者訪問診療料などを同一日に複数のものに訪問診療を行う場合に使う概念

- 在宅患者訪問診察料2（医師・歯科医師）
- 同一建物居住者訪問看護・指導料（訪問看護）
- 在宅患者訪問リハ指導管理料（理学療法士）
- 在宅患者訪問薬剤管理指導料2（薬剤師）
- 在宅患者訪問栄養食事指導料2（管理栄養士）
- 在宅患者共同指導料（後方支援病院）
- **そもそも往診には同一建物と云う概念はない**

「単一建物」は在医総管（在総管）・施設総管算定の時のみに使う概念

同一患家は同一世帯

- 通常の居宅
- 老人ホームやグループホームで構造上通常の居宅と同じ形態のものも同一患家とみなされる

同一建物居住者

- 同一日に同じ建物に居住する患者に訪問診療を行う
- 在宅患者訪問診療料を算定されるときに使う概念
- 往診には同一建物という概念はない

単一建物

- ・ 単一建物在医総管(在総管)・施設
総管算定の時のみに使う概念
- ・ 建築物でその医療機関が在宅医学
管理を行なっている人数
 - 1人
 - 2-9人
 - 10人以上

単一建物診療患者の人数算出の例外

一つの患家に同居する同一世帯の患者が2人以上いる場合には、
(つまり同一患家の場合には)
患者ごとに「単一建物診療患者数が1人の場合」を算定する

在医総管について、
当該保険医療機関が在宅医学管理を行う患者数が建物の戸数の10%以下
場合及び建物の戸数が20戸未満であって当該医療機関が在宅医学管理
を行う患者が2人以下の場合にはそれぞれ「単一建物診療患者数が1
人の場合」を算定する

ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護の対象施設については、
それぞれのユニットにおいて、
施設総管を算定する人数を、
単一建物診療患者の人数とみなす

在宅療養実績加算2の新設

在宅医療における看取り実績に関する評価の充実②

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

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

[施設基準]

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

しかしここがハードルになっている

在宅医療の対象となる患者

在宅医療の対象

- 在宅で療養を行っている患者であって、疾病、傷病のために通院による療養が困難な者

通院困難

- 少なくとも独歩で家族・介護者等の助けを借りずに通院ができない者

在宅医療の対象となる 患者の居住場所

自宅・高齢者住宅・介護保険施設・事業所

- 自宅
- 特別養護老人ホーム（末期の悪性腫瘍と死亡日から遡って30日以内の患者のみ）
- 養護老人ホーム
- 軽費老人ホーム（A型、B型、ケアハウス）
- 有料老人ホーム
- サービス付き高齢者住宅
- 特定施設・地域密着型特定施設・外部サービス利用型特定施設
- 短期入所生活介護事業所
- 認知症対応型共同生活介護事業所（認知症グループホーム）
- 小規模多機能型居宅介護事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所
- 上記以外の社会福祉施設、障害者施設

医師の配置が義務付けられている施設は対象外

- 末期癌など適応が限られる

訪問できる距離 16Km

- 医療機関と患者の所在地が直線距離で16km以内

絶対的理由がなければ
16km以上は認められない

在宅医療診療報酬の基本構造

在宅患者訪問診療料 or 往診料

在宅時医学総合管理料（在医総管） or 施設入居時等医学総合管理料（施設総管）

患者の状態に応じた基本報酬の加算

- 在宅ターミナルケア加算
- 看取り加算
- 死亡診断時の加算
- 在宅移行早期加算
- 頻回訪問加算 など

患者の状態に応じた報酬

- 在宅療養指導管理料
- 在宅患者訪問点滴注射指導料
- 在宅患者訪問褥瘡管理指導料
- 検査・処置・注射 など

書類関連・連携関連対応報酬

- 訪問看護指示料
- 退院時共同指導料
- 在宅患者緊急等カンファレンス料 など

在宅がん医療総合診療料

在宅医療診療報酬の基本構造

書類関連・連携関連対応報酬

患者の状態に応じた基本報酬の加算

在医総管 施設総管

在宅患者訪問診療料

在宅患者訪問診察料

- 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

強化型でない在宅療養支援診療所が在医総管（在総管）を算定



一軒家に訪問診療 月2回

- 在宅患者訪問診察料 833点×2
- 在医総管 3800点



一軒家に訪問診療 月1回

- 在宅患者訪問診察料 833点
- 在医総管 2280点

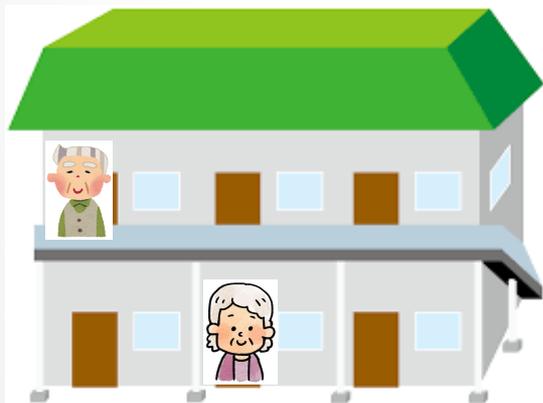
強化型でない在宅療養支援診療所が在医総管（在総管）を算定



一軒家に訪問診療 月2回
同一患家に2人

- 一人目
- 在宅患者訪問診察料 833点×2
- 在医総管 3800点（単一建物居住者1人）

- 二人目
- 再診料 72点×2
- 在医総管 3800点（単一建物居住者1人）



アパート（20戸未満）に訪問診療 月2回

- 一人目
- 在宅患者訪問診察料 203点
- 在医総管 3800点

- 二人目
- 在宅患者訪問診察料 203点
- 在医総管 3800点

強化型でない在宅療養支援診療所が 訪問診療の際にもう一人の診察を求められたら

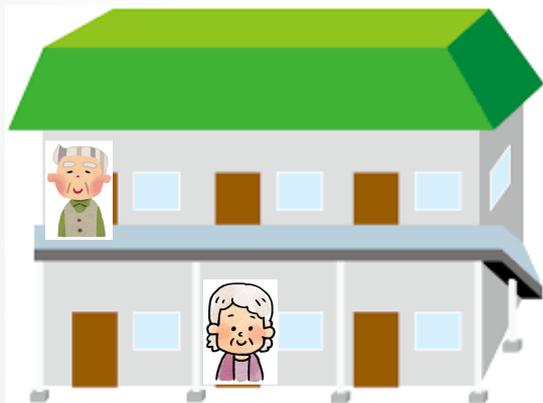


一軒家に訪問診療 月2回

同一患家に2人 2人目は往診だが

- 一人目
- 在宅患者訪問診察料 833点×2
- 在医総管 3800点 (単一建物居住者1人)

- 二人目
- 初診料 282点 or 再診料 72点



アパート (20戸未満) に訪問診療 月2回

2人目は往診

- 一人目
- 在宅患者訪問診察料 833点
- 在医総管 38000点

- 二人目
- 往診料 720点
- 初診料 282点 or 再診料 72点

強化型でない在宅療養支援診療所が在医総管（在総管）を算定



アパート（20戸未満）に3人訪問診療 同時に月2回

- 一人目
 - 在宅患者訪問診察料 203点×2
 - 在医総管 2100点（単一建物居住者2-9人）
- 二人目
 - 在宅患者訪問診察料 203点×2
 - 在医総管 2100点（単一建物居住者2-9人）
- 三人目
 - 在宅患者訪問診察料 203点×2
 - 在医総管 2100点（単一建物居住者2-9人）



マンション（例えば40戸）に3人訪問診療 同時に月2回

- 一人目
 - 在宅患者訪問診察料 203点×2
 - 在医総管 3800点（単一建物居住者1人）
- 二人目
 - 在宅患者訪問診察料 203点×2
 - 在医総管 3800点（単一建物居住者1人）
- 三人目
 - 在宅患者訪問診察料 203点×2
 - 在医総管 3800点（単一建物居住者1人）

強化型でない在宅療養支援診療所が在医総管（在総管）を算定

マンション（例えば40戸）に4人訪問診療
同時に月2回



- 一人目
 - 在宅患者訪問診察料 203点×2
 - 在医総管 2100点（単一建物居住者2-9人）
- 二人目
 - 在宅患者訪問診察料 203点×2
 - 在医総管 2100点（単一建物居住者2-9人）
- 三人目
 - 在宅患者訪問診察料 203点×2
 - 在医総管 2100点（単一建物居住者2-9人）
- 四人目
 - 在宅患者訪問診察料 203点×2
 - 在医総管 2100点（単一建物居住者2-9人）

往診とは

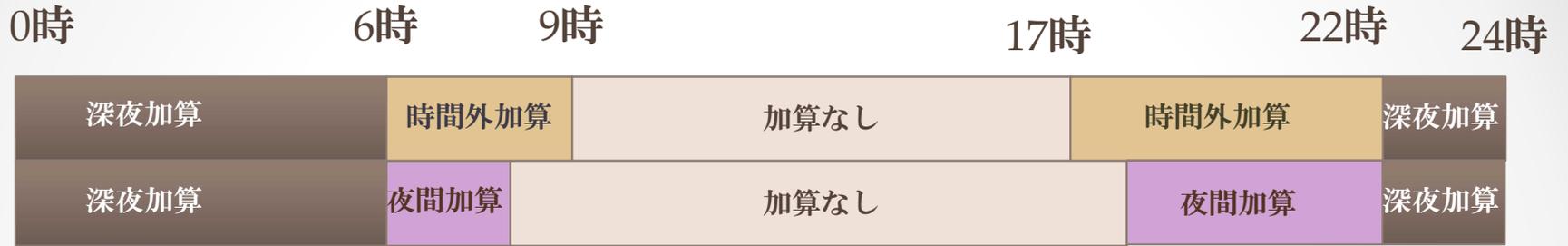
- 患家の求めに応じて患家に赴き診療を行うこと

訪問診療とは

- 計画的な医学管理の下、定期的に患家に出向くこと

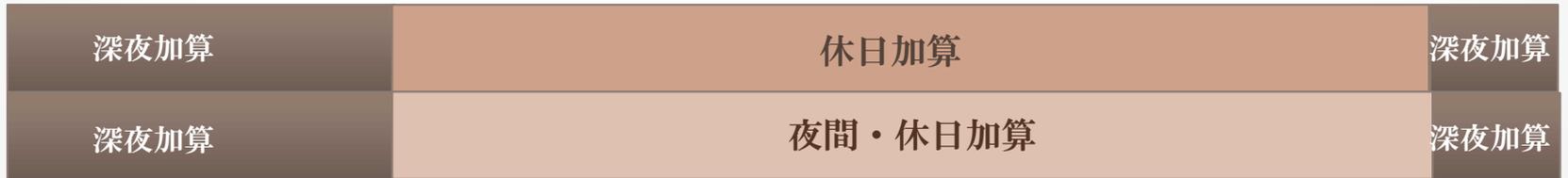
往診料と初・再診料の時間外・夜間・休日加算を算定できる時間帯

平日 ※診療時間を9時から17時とした場合



0時 6時 8時 18時 22時 24時

休日



※「たんぽぽ先生の在宅報酬算定マニュアル」p71より一部改変

緊急往診と緊急の往診の違い

緊急往診（緊急に行う往診）とは診療従事者に行う往診

- 医療機関において、標榜時間内であって、入院外の患者に対して診療に従事している時に、患者又は現にその看護に当たっているものから緊急に求められて往診を行った場合

「別に厚生大臣が定める時間」とは医療機関において専ら診療に従事している時間であって、概ね午前8時から午後1時までの間とする

夜間又は休日加算は標榜時間内であっても算定できる

在宅療養支援診療所の施設基準の実績では「緊急の往診とはC000往診料に規定する緊急又は夜間、深夜若しくは休日に行う往診をいう」

在宅療養支援診療所・病院

24時間連絡を受ける医師又は看護職員を指定

24時間往診・訪問看護ができる体制の確保

連絡先と担当医師・看護師の氏名などを患家に文書で提供

緊急入院受け入れ体制の確保

厚生局に年1回在宅看取り数などを報告

強化型在宅療養支援診療所・病院

在宅療養を担当する常勤医3人以上

過去1年間の緊急の往診実績10件以上

- 緊急の往診とは緊急往診・夜間往診・休日往診・深夜往診を指す
- 直近1年間であって報告時の1年間ではないことに留意

過去1年間の看取り実績4件以上

- または

過去1年間の15歳未満の超・準重症児に対する総合的な医学管理の実績4件以上

連携機能強化型在宅療養支援診療所・病院

連携して常勤医3人以上で24時間対応

各医療機関ごとに緊急の往診年4件以上、看取り年2件以上の実績を満たす

患者が直接連絡できる電話番号などを24時間体制で一元化し、連絡先や担当者を家族に文書で提供

- 曜日、時間帯で担当者が異なる場合は各担当者を明示
- コールセンター体制は認められない

連携医療機関が月1回以上の定期的なカンファレンスを行う

- 10施設未満

在宅療養実績加算1

- 緊急の往診 10件以上
- 看取りの実績 4件以上

在宅療養実績加算2

- 緊急の往診 4件以上
- 看取りの実績 2件以上
- 緩和ケアに係る研修

在宅支援診療所・病院の 看取り・緊急の往診の 施設基準まとめ	看取り	緊急の往診
強化型	4件	10件
連携型	2件	4件
実績加算1	4件	10件
実績加算2	2件	4件
緩和ケア充実	20件	15件
在宅医療専門	20件	(-)

愛知県 施設基準の届出状況

2016年6月1日現在

	届出件数	計
在総管or施設総管	1227	26%
在宅療養支援病院1	4	38
在宅療養支援病院2	14	
在宅療養支援病院3	20	
在宅療養支援診療所1	12	767
在宅療養支援診療所2	177	
在宅療養支援診療所3	578	
在宅療養実績加算1	88	99
在宅療養実績加算2	11	
地域包括診療加算	375	

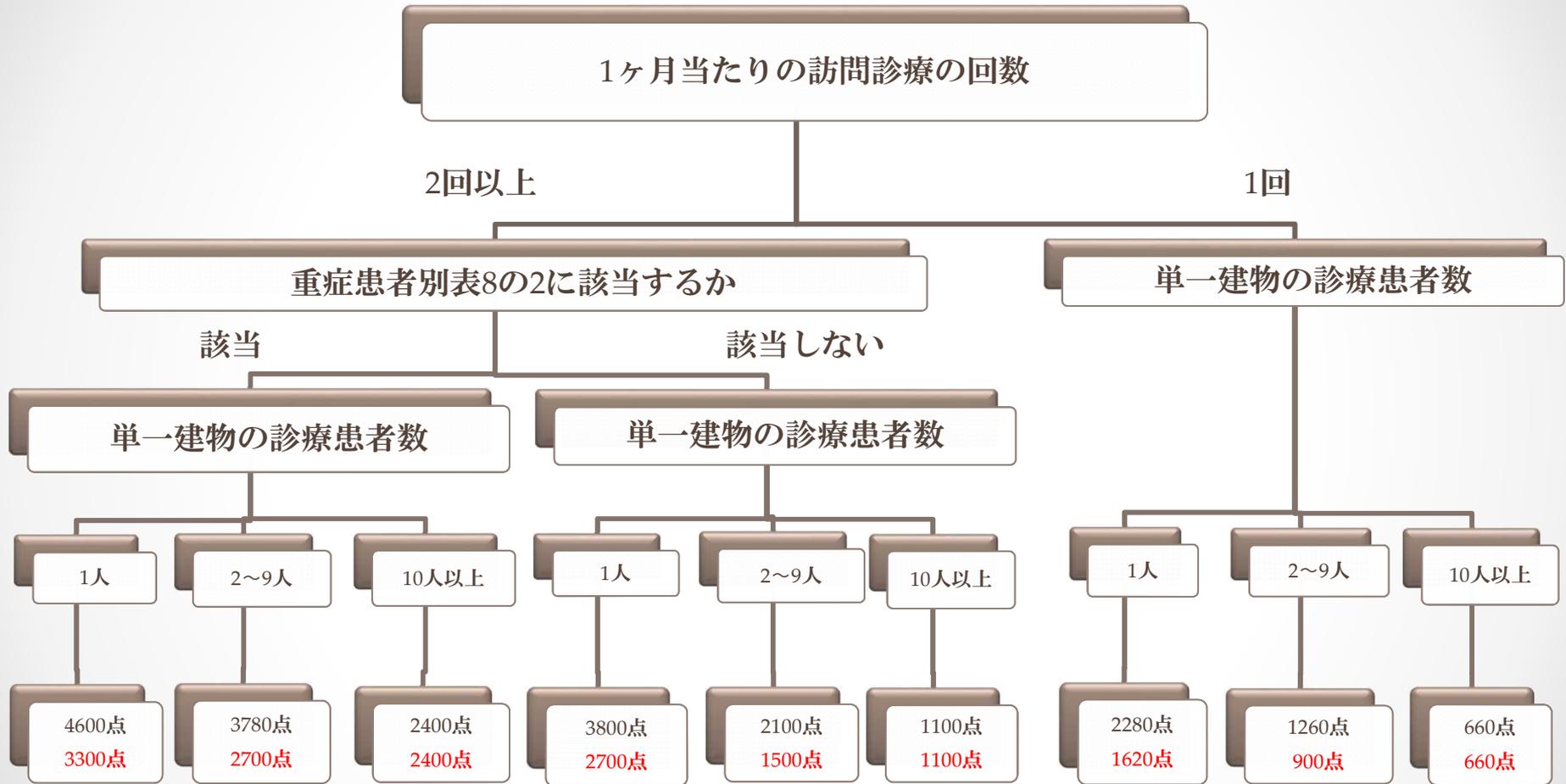
在宅療養支援診療所の37.5%が強化型or実績あり

東海北陸厚生局 保険医療機関・保険薬局の指定状況等より改変

https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/tokaihokuriku/gyomu/gyomu/hoken_kikan/shitei.html

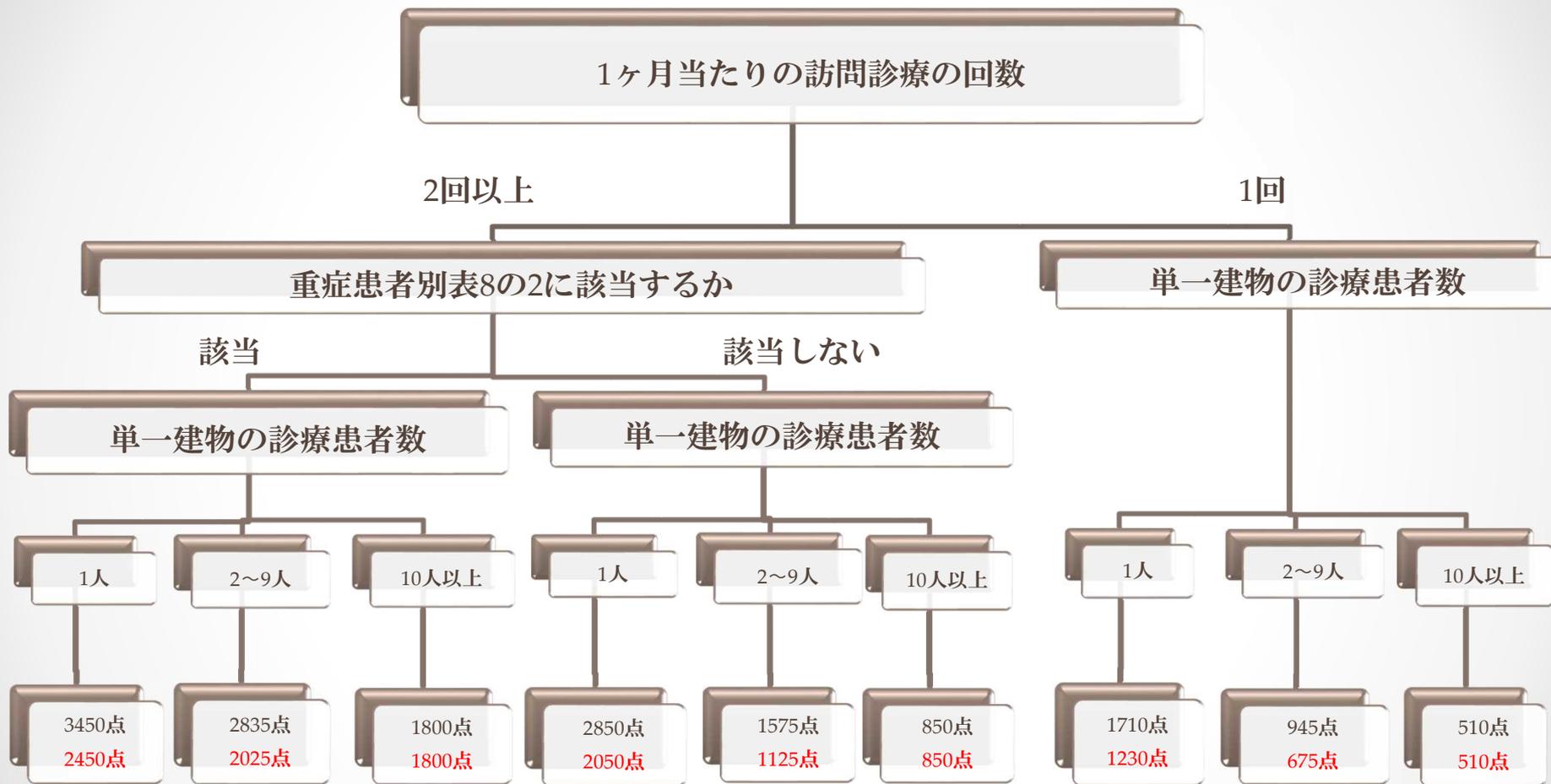
愛知県医師会A会員数約4600

強化型でない在宅療養支援診療所が在医総管（在総管）・施設総管を算定する フローチャート



実績加算1、実績加算2を算定する場合はさらに加算あり

通常の診療所が在医総管（在総管）・施設総管を算定する フローチャート



重症患者とは

別表第8の2

末期悪性腫瘍

指定難病

脊髄損傷

スモン

AIDS

真皮を越える褥瘡

在宅腹膜灌流

在宅血液透析

在宅酸素

中心静脈栄養

成分栄養経管栄養

自己導尿

人工呼吸

植込型疼痛管理

肺高血圧症

気管切開

気管カニューレ

ドレーンチューブ

人工肛門・人工膀胱

在医総管・施設総管の点数（処方箋を交付する場合）

	訪問頻度	単一建物の診療患者数	在宅専門（在支診届出なし）	通常診療所	在支診	実績加算1	実績加算2	機能強化型・連携型	
								病床なし	病床あり
在医総管	月2回以上 (別表8の2)	1人	2760	3450	4600	4900	4800	5000	5400
		2～9人	2268	2835	3780	3930	3880	4140	4500
		10人以上	1440	1800	2400	2475	2450	2640	2880
	月2回以上	1人	2280	2850	3800	4100	4000	4200	4600
		2～9人	1260	1575	2100	2250	2200	2300	2500
		10人以上	680	850	1100	1175	1150	1200	1300
	月1回	1人	1368	1710	2280	2580	2480	2520	2760
		2～9人	756	945	1260	1410	1360	1380	1500
		10人以上	408	510	660	735	710	720	780
施設総管	月2回以上 (別表8の2)	1人	1960	2450	3300	3525	3450	3600	3900
		2～9人	1620	2025	2700	2810	2775	2970	3240
		10人以上	1440	1800	2400	2456	2440	2640	2880
	月2回以上	1人	1640	2050	2700	2925	2850	3000	3300
		2～9人	900	1125	1500	1610	1575	1650	1800
		10人以上	680	850	1100	1156	1140	1200	1300
	月1回	1人	984	1230	1620	1845	1770	1800	1980
		2～9人	540	675	900	1010	975	990	1080
		10人以上	408	510	660	716	700	720	780

126通りある

在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 施設基準

緊急の往診実績 15件以上

在宅看取り実績 20件以上

緩和ケア実績

- 患者自己調節鎮痛法PCA (patient-controlled analgesia)(経静脈的IV-PCA,皮下SC-PCA) 2件以上 or
- PCA5年以上実施経験の常勤医がオピオイド投与10件以上

緩和ケアに係る適切な研修終了

緩和ケア病棟or在宅看取り10件以上の医療機関で勤務歴3ヶ月以上

緩和ケアが受けられるなどの必要な情報提供

在宅医療専門診療所

在医総管・施設総管は点数が80%

在宅患者数割合が95%以上

- 「直近1ヶ月の」となっていることに注意

無床診療所

提供地域をあらかじめ規定し周知

- 16kmが効いている

地域内の患者らから求められたら断ってはならない

地域内に協力医療機関2カ所以上or医師会の同意

相談に応じ周知する

公道などから容易に確認・診療時間中に相談に応じつ設備・人員確保

緊急時を含め随時連絡に応じる

在宅専門診療所が在支診を届け出る場合の施設基準

在宅療養支援診療所の施設基準

- 上記に加えて

5カ所以上の医療機関から新患紹介

看取り実績20件以上or重症児実績10件以上

施設総管70%以下

要介護3以上or重症患者（基準あり）が50%以上

※直近1年間の実績であることに注意
年1回の報告時の基準ではない

地域包括診療加算・診療料

対象患者	脂質異常症、高血圧症、糖尿病、認知症の4疾患のうち2以上の疾患を有する患者		
研修要件	慢性疾患に係る適切な研修を終了		担当医を決める
服薬管理	院外処方を行う場合24時間開局薬局	処方薬を全て管理しカルテに記載	
	薬局に通院医療機関リスト渡す、お薬手帳を持参させる		7剤投与の減算対象外
健康管理	健診の受診勧奨	健康相談を行う旨の院内掲示	敷地内禁煙
介護保健制度対応	介護保険に係る相談を受ける旨の院内掲示		主治医意見書作成
	以下のいずれかを満たす		
	居宅療養管理指導or短期療養介護提供実績		地域ケア会議出席
	居宅介護支援事業所指定	介護保険生活期リハビリ提供	
	介護サービス事業所併設	介護認定審査会参加	主治医意見書研修会受講
	医師のケアマネ資格	(病院の場合)総合評価加算届出or介護支援連携指導料算定	
在宅医療の提供・24時間対応	24時間の対応		在宅医療を行う旨の掲示
	時間外対応加算	常勤医2名以上	在宅療養支援診療所
	(注) 診療料：全てを満たす 診療加算：いずれか1つ		

ターミナルケア加算・看取り加算

ターミナルケア加算

死亡日および死亡日前14日以内の計15日間に2回以上の往診または訪問診療を実施した場合

看取り加算

事前に患者の家族などに対して十分な説明などを行い死亡日当日に往診・訪問診療を行って患家で看取りを行った場合

	機能強化型		在宅療養支援診療所・病院			通常の診療所・病院
	病床あり	病床なし	実績加算1	実績加算2	実績加算なし	
在宅ターミナルケア加算	6000点 (7000点)	5000点 (6000点)	4750点	4500点	4000点	3000点
看取り加算	3000点	3000点	3000点	3000点	3000点	3000点
死亡診断加算	200点	200点	200点	200点	200点	200点

※ 実績加算：在宅療養実績加算1・2を算定した場合の点数

※ ()内は在宅緩和ケア充実診療所・病院加算を算定した場合の点数

※ 死亡診断加算は看取り加算を算定した場合は算定できない

在宅療養指導管理管理料

病状が安定している患者に対し在宅で特定の医療行為を継続して行う必要がある場合に在宅療養指導管理料の算定対象となる

対象 指導管理が必要と医師が判断した患者

在宅療養指導管理料	
注射	在宅自己注射
	在宅悪性腫瘍等患者
	在宅悪性腫瘍患者共同
	在宅中心静脈栄養法
腎泌尿器	在宅自己腹膜灌流
	在宅血液透析
	在宅自己導尿
呼吸	在宅酸素療法
	在宅人工呼吸
	在宅持続陽圧呼吸療法
	在宅気管切開患者

在宅療養指導管理料	
小児	在宅小児経管栄養法
	在宅小児低血糖患者
	在宅成分栄養経管栄養法
妊娠糖尿病	在宅妊娠糖尿病患者
疼痛管理	在宅自己疼痛管理
循環器	在宅肺高血圧症患者
	在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）
刺激療法	在宅振戦等刺激装置治療
	在宅迷走神経電気刺激治療
	在宅仙骨神経刺激療法
皮膚	在宅難治性皮膚疾患処置
その他	退院前在宅療養
	在宅寝たきり患者処置

退院時共同指導料

退院後の在宅医療を担う医療機関

内科医療機関

医師又は指示を受けた看護師等

医師

医師共同指導
加算 300点

訪問看護ステーション

看護師等（准看護師を除く）

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士

歯科医療機関

歯科医師又は指示を受けた歯科衛生士

保険薬局

薬剤師

居宅介護支援事業者

ケアマネ

退院時共同指導料1
入院中1回（別表疾患は2回）
在宅療養支援診療所 1500点
上記以外 900点
特別管理指導加算 200点

退院時共同指導料2
400点

4者共同指導加算
2000点

入院医療機関

医師又は看護師等

医師

退院時共同指導料を2回算できる対象

1	末期の悪性腫瘍患者	
2	①であって②または③の状態である患者	
	① 在宅自己腹膜灌流 在宅血液透析 在宅酸素療法 在宅中心静脈栄養法 在宅成分栄養経管栄養法 在宅人工呼吸 在宅悪性腫瘍等患者 在宅自己疼痛 在宅肺高血圧症患者 在宅気管切開患者	② ドレーンチューブor留置カテーテル ③ 人工肛門or人工膀胱設置
3	高度な指導管理が必要な在宅患者（①が二つ以上重複）	

特別管理指導加算の対象

1	在宅悪性腫瘍等指導管理
	在宅気管切開患者指導管理
	気管カニューレ
	留置カテーテル
2	在宅自己腹膜灌流
	在宅血液透析
	在宅酸素療法
	在宅中心静脈栄養法
	在宅成分栄養経管栄養法
	在宅人工呼吸
	在宅悪性腫瘍等患者
	在宅自己疼痛
	在宅肺高血圧症患者
	在宅気管切開患者
3	人工肛門or人工膀胱設置
4	真皮を越える褥瘡
5	在宅患者訪問点滴注射指導管理料算定

在宅患者訪問点滴注射管理指導料

医療機関または訪問看護ステーションの訪問看護を受けている
通院困難な患者で、主治医が診療に基づき1週間（7日間）のうち
3日以上点滴注射を行う必要を認め、
看護師などに指示を行った際に算定できる

在宅患者訪問点滴注射管理指導料				算定
	医師の指示	実際の訪問看護 での点滴実施	在宅患者訪問点滴 注射管理指導料	点滴の薬剤料
点滴注射	週3日以上	週3日以上	○	○
		週3日未満 ※	×	○
	週3日未満		×	×
筋注・皮下注			×	×

※ 入院・死亡などで結果的に実施できなかった場合

注 点滴注射には中心静脈注射は含まれない

注 3日間のうち医師が1回行い、2日間を訪問看護が行った場合は薬剤料のみしか算定できない

在宅患者緊急時等カンファレンス料

200点

患者の状態の急変や診療方針の変更の際

訪問診療を担当する医師が他の医療従事者と共同でカンファレンス

- 月2回に限る
- 他の医療従事者とは患家を定期的に訪問している
 - 歯科医師、歯科衛生士
 - 薬局の薬剤師
 - 訪問看護ステーションの看護師など
 - ケアマネ
- 2者以上でカンファレンス

在宅患者連携指導料

900点

歯科訪問診療医療機関

訪問薬剤管理指導を実施する薬局

訪問看護ステーション

に文書で情報共有

在医総管・施設総管などを算定している場合は算定しない

単に医療関係職種間で当該患者に関する診療情報を交換したのみの場合や訪問看護や訪問薬剤指導を行うよう指示を行ったのみでは算定できない

地域包括診療加算・診療料

対象患者	脂質異常症、高血圧症、糖尿病、認知症の4疾患のうち2以上の疾患を有する患者		
研修要件	慢性疾患に係る適切な研修を終了		担当医を決める
服薬管理	院外処方を行う場合24時間開局薬局	処方薬を全て管理しカルテに記載	
	薬局に通院医療機関リスト渡す、お薬手帳を持参させる		7剤投与の減算対象外
健康管理	健診の受診勧奨	健康相談を行う旨の院内掲示	敷地内禁煙
介護保健制度対応	介護保険に係る相談を受ける旨の院内掲示		主治医意見書作成
	以下のいずれかを満たす		
	居宅療養管理指導or短期療養介護提供実績		地域ケア会議出席
	居宅介護支援事業所指定	介護保険生活期リハビリ提供	
	介護サービス事業所併設	介護認定審査会参加	主治医意見書研修会受講
	医師のケアマネ資格	(病院の場合)総合評価加算届出or介護支援連携指導料算定	
在宅医療の提供・24時間対応	24時間の対応		在宅医療を行う旨の掲示
	時間外対応加算	常勤医2名以上	在宅療養支援診療所
	(注) 診療料：全てを満たす 診療加算：いずれか1つ		

介護保険から見た かかりつけ医としての役割

居宅療養管理指導

- 継続的な医学管理
- 医療情報提供

主治医意見書作成

- 認定調査の医学的補完

サービス担当者会議

訪問看護指示書

リハビリ計画指示書

主治医意見書の位置付け

介護保険法では、被保険者から要介護認定の申請を受けた市町村は、当該被保険者の「身体上又は精神上的の障害の原因である疾病又は負傷の状況等」について、申請者に主治医がいる場合には、主治医から意見を求めることとされている

居宅療養管理指導

- 介護保険で要介護認定者に計画的な医学管理を行い
- ケアマネージャーに情報提供した場合
- 1ヶ月に2回を限度に算定できる

在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成27年度～）

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～）により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等と連携しつつ取り組む。
- 実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。
- 各市区町村は、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。
- 事業項目の一部を郡市区医師会等（地域の中核的医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県・保健所は、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施関連の資料や事例集の整備等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

○事業項目と取組例

（ア）地域の医療・介護の資源の把握

- ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リスト・マップ化
- ◆ 必要に応じて、連携に有用な項目（在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等）を調査
- ◆ 結果を関係者間で共有



（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援

- ◆ 情報共有シート、地域連携パス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援
- ◆ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用

（キ）地域住民への普及啓発

- ◆ 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催
- ◆ パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
- ◆ 在宅での看取りについての講演会の開催等



（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- ◆ 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討

（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援

- ◆ 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援。

（ウ）切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進

- ◆ 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

（カ）医療・介護関係者の研修

- ◆ 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実際を習得
- ◆ 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催等

（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

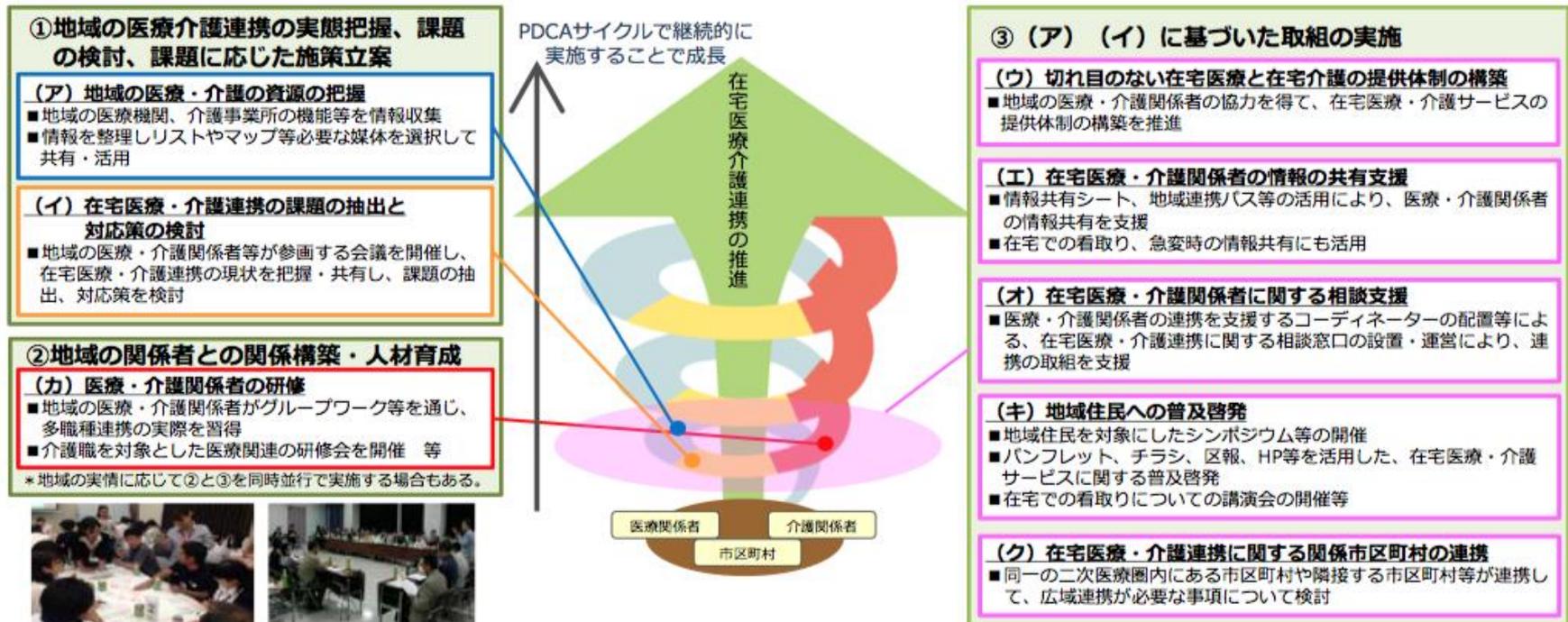
- ◆ 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討

図2：在宅医療・介護連携推進事業

在宅医療・介護連携推進事業

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～27年度）により一定の成果。それを踏まえ、平成26年介護保険法改正により制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等関係団体と連携しつつ取り組む。
- 本事業の（ア）～（ク）の8つの事業項目すべてを、平成30年4月にはすべての市区町村が実施。
- 8つの事業項目は、郡市区医師会等（地域の医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県は、市町村における事業の進捗状況等を把握し、地域の課題等を踏まえ、都道府県医師会等関係団体と緊密に連携しつつ、保健所等を活用しながら、市区町村と郡市区医師会等関係団体等との協議の支援や、複数市区町村の共同実施に向けた調整等により支援。
- 国は、事業実施関連の資料や手引き、事例集の整備、セミナーの開催等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

事業項目と事業の進め方のイメージ

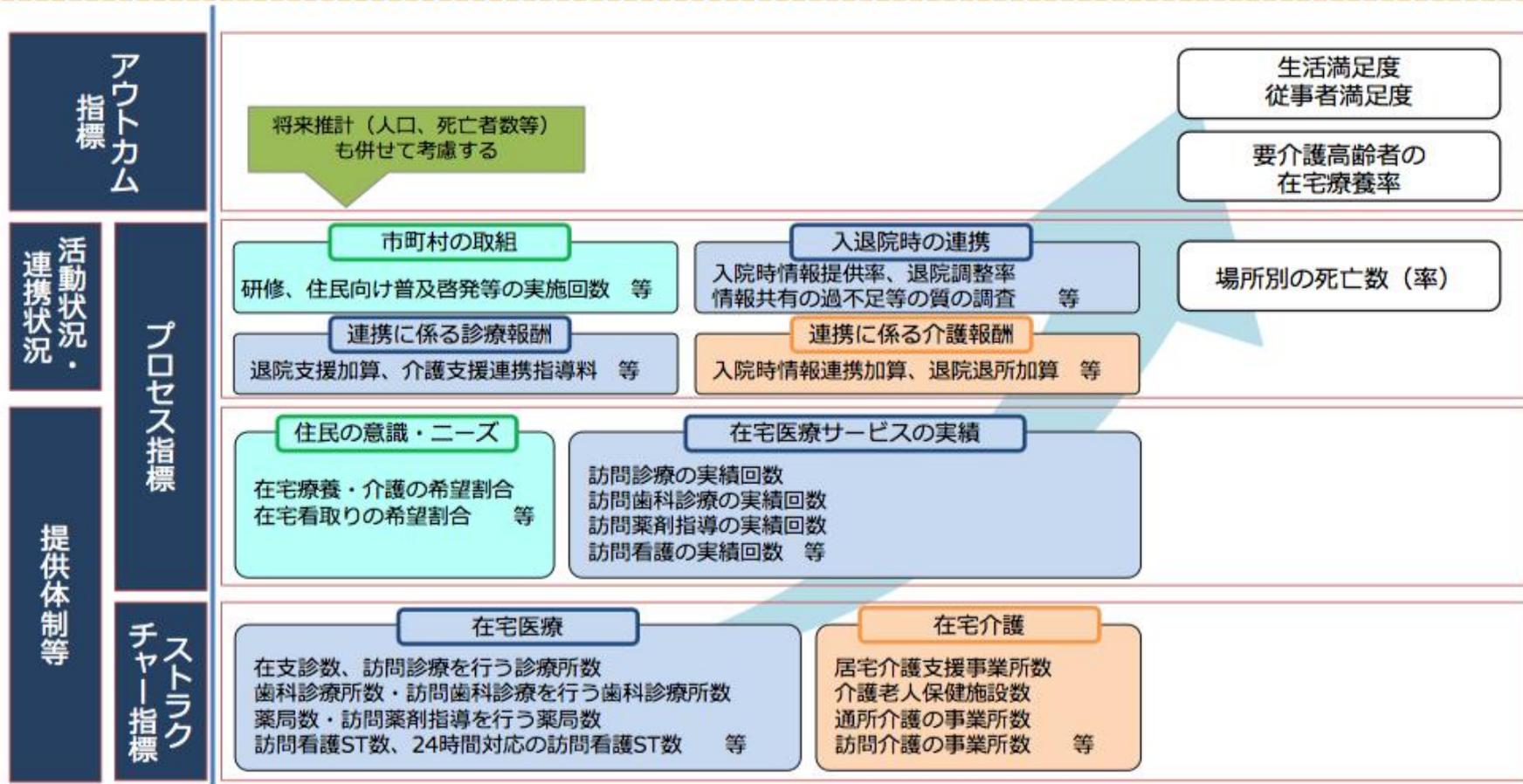


* 図の出典：富士通総研「地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を推進するための多職種研修プログラムによる調査研究事業」報告書の一部改変（平成27年度老人保健健康増進等事業）

図5：在宅医療・介護連携推進事業における指標のイメージ

在宅医療・介護連携推進事業における指標のイメージ

○ 地域の課題や取組に応じて、必要な評価指標を検討、選択することが重要。



※実績値は「後期高齢者1万人対」など人数比で把握するようにして、規模の異なる市町村間での横比較ができるようにする必要あり

参考) <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html>

出所) 地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業における在宅医療・介護連携推進事業の実施状況および先進事例等に関する調査研究事業 (平成28年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 野村総合研究所)