

在宅訪問診療点数のポイント

- ・これからはじめる在宅医療
- ・在宅療養支援診療所（在支診）
- ・往診料
- ・在宅患者訪問診療料
- ・在宅時医学総合管理料（在医総管）
施設入居時等医学総合管理料（施設総管）
- ・在宅がん医療総合診療料（在医総）
- ・外来在宅共同指導料
- ・参考資料



はじめに

①在宅医療が始まるきっかけ

- ・外来受診していた患者さんが通院できなくなった
- ・臨時の訪問依頼に対応した後、継続的に訪問することになった
- ・病院を退院し自宅療養を開始される患者さんを診ることになった
- ・老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅等の協力医になった
- ・ケアマネジャー等から相談・依頼が来た



患者・家族からの依頼



病院からの依頼



他施設・他職種からの依頼

②診療報酬上では往診と訪問診療は区別されています

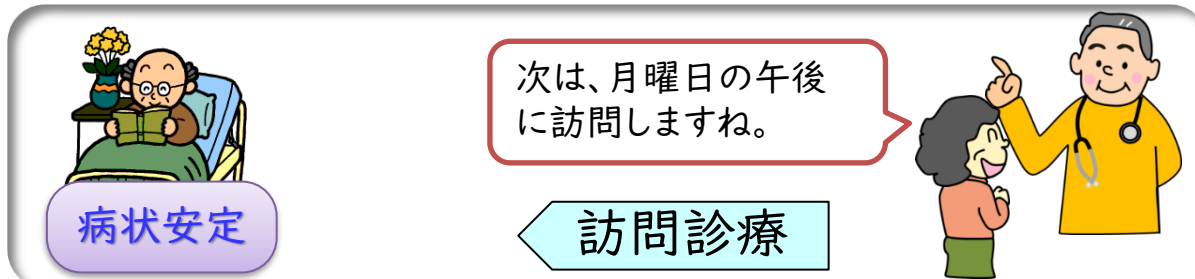
◆往診

家族等からの要請により、患者さんのもとに赴いて診療



◆訪問診療

訪問日等をあらかじめ決め、計画的に訪問して診療

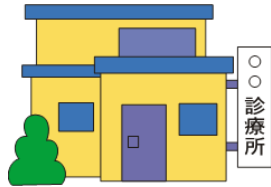


はじめに

③訪問診療対象者の確認

訪問診療については、在宅で療養し、通院困難な患者と定められています。少なくとも独歩で家族・介助者等の助けを借りずに通院ができる患者などは通院は容易であると考えられ、対象者となりません。

また、訪問診療・往診は自院と患者宅の距離が16kmを超える場合は、特別な事情を除き保険請求できないとされています。



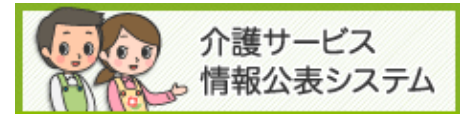
患者宅まで16km以内?



通院困難?

④地域の医療・介護サービスの把握

- ・厚労省ホームページ内の「介護サービス情報公表システム」が便利
 - ・各種サービス事業者への訪問や地域の会合への参加等
- ⇒特に訪問看護師との連携は、夜間や緊急時の対応で欠かせない



介護事業所検索

検索

⑤服装は? 移動手段は? 交通費は?

- ・訪問時の服装は必ずしも白衣である必要はないが、華やかな服装は避ける
- ・患者宅への移動手段も考えておく必要

⇒交通費は、実費相当を患者さんへ請求可。あらかじめ金額等のルール決めを



訪問時に用意しておくといもの

①往診カバンの中身(一般的に揃えておくもの)

診察関連	医薬品
聴診器	輸液製剤
血圧計	抗菌剤
体温計	解熱鎮痛消炎剤
パルスオキシメーター	血管拡張剤
打腱器	
LEDライト(ペンライト)	その他患者さんの状態に応じて準備
メジャー	
舌圧子	
検査関連	点滴関連
採血キット(スピッツ)	シリンジ
駆血帯	注射針
アルコール綿	翼状針
テープ、絆創膏	点滴セット
血糖測定器	延長チューブ
インフルエンザ検査キット(季節)	連結管
処置関連	その他
手袋	カルテ・パソコン
フィルムドレッシング剤	診断書、処方箋、メモ用紙(シール)等
非固着性ドレッシング剤	印鑑(持参用)
表面麻酔	スマホ(カメラ機能)
滅菌ガーゼ	予備電池
メス	携帯用手指消毒剤
ハサミ、ピンセット	医療廃棄物回収箱、袋
	靴下・スリッパ

ディスポ製品の
活用も

【往診カバン】

- ・機能性を重視して丈夫な多機能バッグを使用されるケースが多い
- ・つり道具入れなども使い勝手がよい
- ・患者宅へ常に持ち込むものと、必要な場合に備えて持っていくものと分けておくと便利



訪問前の体制整備

① 主な届出や準備書類など

「在宅医療（往診・訪問診療）を開始する」という届出は不要

届出・手続きが必要なもの

(1) 診療報酬関係（基本的なもの）

- ・在宅時医学総合管理料
（施設入居時等医学総合管理料）
- ・在宅がん医療総合診療料
- ・在宅療養支援診療所
- ・在宅緩和ケア充実診療所・病院加算
- ・在宅療養実績加算1・2
- ・情報通信機器を用いた診療に係る基準

必要に応じて
地方厚生局に届出

(2) 介護報酬関連（居宅療養管理指導費を算定する場合）

- ・介護報酬請求（受領に関する）の手続き ⇒ 国保連合会
 - ・生活保護法等の指定介護機関※の手続き ⇒ 福祉事務所等
- （※2014年7月1日以降に開設した医療機関は不要）

準備が必要な書類（患者に対するもの）

- (1) 在宅患者訪問診療料を算定する場合
 - ・訪問診療に関する同意書（往診の場合は不要）
- (2) 在宅療養支援診療所が在宅医療を実施する場合
 - ・24時間連絡先等の患者への案内文書
- (3) 居宅療養管理指導費を算定する場合（介護報酬）
 - ・重要事項説明書、契約書、運営規定、掲示事項

訪問前の体制整備

②在宅医療の体制を整えましょう

自院の「在宅医療対応体制」を決めておきましょう!

<検討項目>

- 訪問診療日・およその時刻
- 夜間の連絡受付（医師携帯、連携先医療機関、看護師携帯など）
- 診療時間中（外来診察中）の往診要請への対応
- 緊急入院を依頼できる医療機関
- 訪問看護との連携
- 対応できる医療処置等
- オンライン診療の対応
- 多職種との情報共有の方法（FAX等）
- 在宅医療実施の周知・方法（院内掲示等）
- 在宅診療報酬の知識習得 など



特に夜間の対応等については、患者さんや関わっている多職種の事業者への周知も必要



③在宅医療特有の留意点、心構え

・患者さんの生活の場に入りこむということ

- 訪問の基本マナーができているか
- 家族等不在時の訪問ルールが共有されているか

・多職種・サービスとの連携であるということ

- 情報共有が適切に行われているか
- 院外処方の場合、在宅対応薬局は把握できているか



訪問診療スタート

訪問診療をスタートするにあたっての情報収集

- 他医療施設への受診状況
 - 同居家族の有無
 - 在宅医療に対する家族等の理解や協力の有無
 - 訪問時における家族同席の可否（都合のよい訪問日時）
 - 介護保険の認定状況
 - 担当ケアマネジャー
 - 利用している介護サービス・提供事業者
 - 患者負担金の支払い能力や方法（生活保護の認定等） など
- ※病院からの退院の場合、退院時カンファレンスでの入手も可能です

◆施設入居者の場合は・・・

- 施設スタッフの職種や配置状況、緊急時の連絡方法
- 施設の日課と訪問スケジュール

○「これまで診てきた(診たことがある)」「初めて診ることになる」で確認事項は異なる

○病院からの退院の場合、退院時カンファレンスでの入手も可能



よくあるQ&A

Q 診療報酬や介護報酬関係以外で、在宅特有の必要な届出はありますか？

A 患者さんの状態等から以下のものが必要となるケースもあります。

- ・麻薬施用者免許の取得 → 保健所や薬務担当窓口
- ・駐車禁止除外の届出（路上駐車をせざるを得ない場合）
→ 患者住所を管轄する警察署
- ・患者負担金の口座振替（現金徴収をしない場合）⇒ 金融機関、集金代行業者等
また、都道府県が管理している医療機能情報提供制度へ「対応
することができる在宅医療」の項目について報告・登録も必要です。

Q 医師の訪問負担を軽減する工夫はありますか？

A 2018年度診療報酬改定でオンラインによる診療が新たに組入れられました。オンライン診療を対面診療とうまく組み合わせることにより、下記のような訪問負担の軽減につながる事例が出ています。

- ・月2回訪問を月1回訪問+オンラインで訪問回数を調整する
- ・月1回訪問にオンラインを追加し、診察機会を増やす
- ・往診の依頼頻度が多い患者や急変時等、状況を正しく把握したい患者にオンラインを活用し、訪問前に適切な判断・準備をする

よくあるQ&A

Q 在宅に対応できる薬局を探すには？

A インターネットのホームページで探すこともできます。
実際に在宅を始める場合には、薬局に対応可能な範囲などを確認しておくことをお勧めします。

○都道府県の「薬局機能情報提供システム」

訪問薬剤、無菌調剤の他、介護相談応需、
介護食品の取り扱いなどが調べられる県もあります



○地域薬剤師会の「在宅対応薬局リスト」

訪問薬剤、無菌調剤の届出薬局のリストなどを掲示している所が増えています

○厚生局の「施設基準の届出受理状況リスト」

在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者調剤加算、無菌製剤処理加算等の施設基準の届出薬局が調べられます

在宅医療における診療報酬上の評価構造(イメージ)

2022年3月4日 厚労省説明会資料より

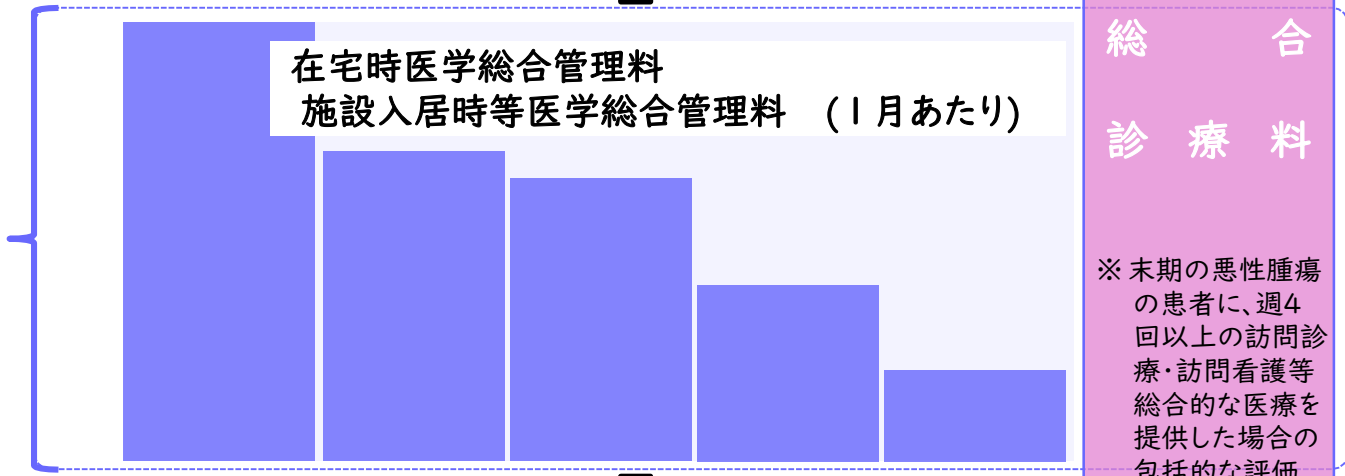
①定期的に訪問して診療を行った場合の評価

- 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

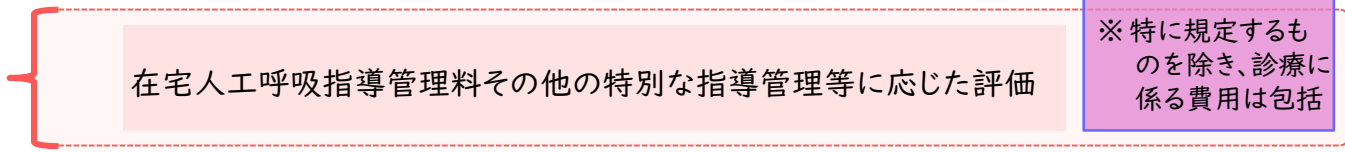


②総合的な医学的管理等を行った場合の評価

- 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

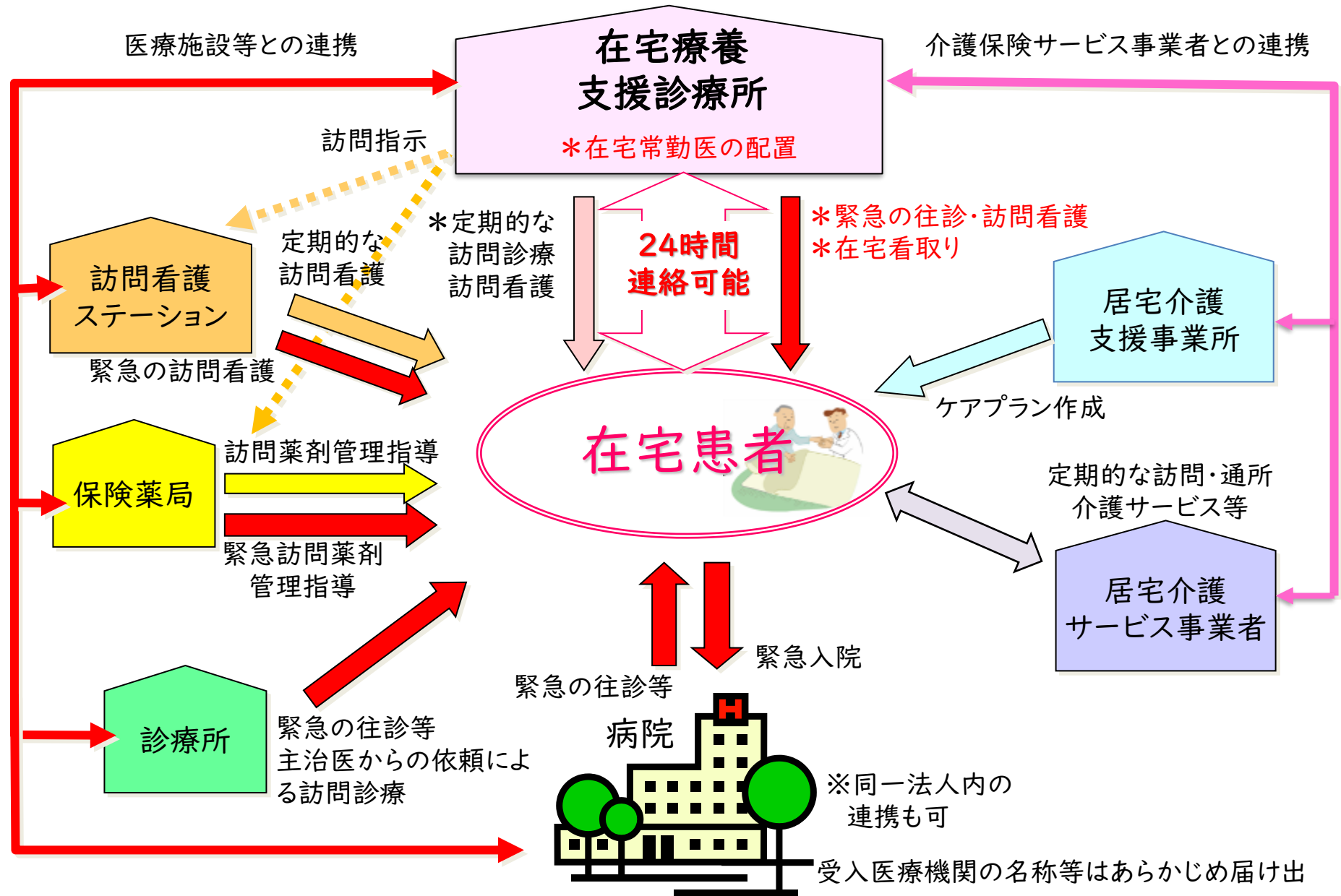


③指導管理等に対する評価



※ 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。

「在宅療養支援診療所(在支診)」のイメージ



【要届出】「在宅療養支援診療所(在支診)」とは ①

- ・在宅で療養する患者等の連絡を24時間受け付け、求めに応じて往診、訪問看護を提供又は手配できる体制の整備を行い厚生局に届出た医療機関
- ・在宅を担当する医師数や看取りの実績等により、①機能強化型(単独型)、②機能強化型(連携型)、③機能強化型以外の3つの類型で区分

在宅療養支援診療所に求められる体制等(各類型共通)

- 診療所である
- 当該診療所において、24時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定し、連絡先を文書で患家に提供している
- 当該診療所において、又は別の医療機関の保険医との連携により、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供している
- 当該診療所において、又は医療機関若しくは訪問看護ステーションとの連携により、患家の求めに応じて、当該診療所の保険医の指示に基づき、24時間訪問看護が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供している
- 当該診療所において、又は別の医療機関との連携により、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保し、受入医療機関の名称等を予め地方厚生局長に届け出ている
- 連携する医療機関又は訪問看護ステーションにおいて緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、その療養等に必要な情報を文書(電子媒体含む)で医療機関又は訪問看護ステーションに提供できる体制をとっている
- 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されている
- 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携している
- 年1回、在宅看取り数等※を地方厚生局長に報告している
※機能強化型は地域ケア会議等への出席状況等も報告
- 当該診療所において、適切な意思決定支援に係る指針を作成している

【要届出】「在宅療養支援診療所(在支診)」とは ①

- ・在宅で療養する患者等の連絡を24時間受け付け、求めに応じて往診、訪問看護を提供又は手配できる体制の整備を行い厚生局に届出た医療機関
- ・在宅を担当する医師数や看取りの実績等により、①機能強化型(単独型)、②機能強化型(連携型)、③機能強化型以外の3つの類型で区分

在宅療養支援診療所に求められる体制等(各類型共通)

- 診療所である
- 当該診療所において、24時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定し、連絡先を文書で患家に提供している
- 当該診療所において、又は別の医療機関の保険医との連携により、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供している
- 当該診療所において、又は医療機関若しくは訪問看護ステーションとの連携により、患家の求めに応じて、当該診療所の保険医の指示に基づき、24時間訪問看護が可能な体制を確保し、訪問看護の担当

○全ての在支診、在支病に求められる体制等に追加

- 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定支援に係る指針を作成している

(2022年3月末時点で届出を行っている場合、2022年9月末まで経過措置あり)

○機能強化型在支診・在支病に求められる体制等に追加

- 年1回、在宅看取り数、地域ケア会議等への出席状況等を地方厚生局長に報告している
- 市町村の在宅医療・介護連携推進事業等で在支診以外の診療所等と連携し、地域ケア会議・サービス担当者会議・病院や介護施設の多職種連携会議に出席している(努力義務)
- 在宅療養移行加算を算定する診療所の往診体制及び連絡体制の構築に協力している(努力義務)

- 当該診療所において、適切な意思決定支援に係る指針を作成している

【要届出】「在宅療養支援診療所(在支診)」とは ②

在宅療養支援診療所に求められる体制等(①~③の類型ごと)

①機能強化型(単独型) 「別添1の第9の1の(1)」

「各類型共通」の体制等に加えて、下記の要件を自院のみで満たす

- 在宅担当常勤医師3名以上
- 過去1年間、緊急往診等実績10件以上
- 過去1年間、在宅看取り実績又は15歳未満の(準)超重症児の在宅医療の実績4件以上

②機能強化型(連携型) 「別添1の第9の1の(2)」

複数の医療機関が連携して、①機能強化型(単独型)及び下記の要件を満たす

- 各医療機関が単独で過去1年間、緊急往診等4件以上
- 各医療機関が単独で過去1年間、在宅看取り実績又は15歳未満の(準)超重症児の在宅医療の実績2件以上
- 患者からの緊急時連絡先の一元化
- 患者の診療情報の共有を図るため、連携医療機関間で月1回以上の定期的なカンファレンスを実施
- 連携する医療機関数は自院含め10未満、連携先全てが在支診・在支病を想定
- 病院が連携に入る場合は200床未満病院のみ

③機能強化型以外 「別添1の第9の1の(3)」

「各類型共通」の体制等を満たす

<在宅看取りの実績>

あらかじめ聴取した患者・家族の意向に基づき、受入医療機関で7日以内の入院を経て死亡した患者に対し、当該診療所が、当該入院日を含む直近6か月間において訪問診療を実施していた場合(当該医療機関が、在宅患者訪問診療料(I)の「I」、在宅患者訪問診療料(II)の「イ」又は在宅がん医療総合診療料を算定している場合に限る)も、在宅における看取りの実績に含めることができる。

「在宅専門」に該当する場合に追加される実績要件

在宅専門 ⇒ 外来・在宅患者数に占める在宅患者数が95%以上（直近1か月）

（在宅専門診療所として新規に開設した診療所だけでなく、
既開設の場合も実績次第で対象になり得る）

在宅専門に該当する場合

通常の在宅療養支援
診療所の施設基準
（別スライド参照）



<直近1年間の実績>

- ①5軒以上の医療機関から、文書による患者紹介を受けて訪問診療を開始
- ②看取り20件以上、又は15歳未満の（準）超重症児の医学管理10件以上

<直近1か月の実績>

- ③在医総管・施設総管の患者数に占める施設総管の患者数が70%以下
- ④在医総管・施設総管の患者数に占める要介護3以上又は重症者*の数が50%以上

*末期の悪性腫瘍、難病、人工呼吸器等の機器を使用している患者等

<①～④を満たさない場合>

在宅療養支援診療所ではなくなるだけでなく、在宅時医学総合管理料（在医総管）と施設入居時等医学総合管理料（施設総管）は、在支診以外の区分の点数の80%で算定

「在宅療養支援診療所」を評価する主な点数①

点数項目 (主なもの)	機能強化型の在宅療養支援診療所 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算なし					
	病床あり			病床なし		
往診料 (1回につき)	720点			720点		
緊急往診加算	850点			750点		
夜間・休日加算	1,700点			1,500点		
深夜加算	2,700点			2,500点		
在宅患者訪問診療料(I) (1日につき)	888点 / 213点			888点 / 213点		
1 同一建物居住者以外/同一建物居住者 在宅ターミナルケア加算	6,500点			5,500点		
2 同一建物居住者以外/同一建物居住者	(月1回) 884点 / 187点			(月1回) 884点 / 187点		
在宅患者訪問診療料(II)イ(1日につき)	150点			150点		
在宅ターミナルケア加算	6,200点			5,200点		
在宅患者訪問診療料(II)ロ(1日につき)	(月1回) 150点			(月1回) 150点		
在宅時医学総合管理料(処方箋交付)(在医総管:月1回) 【要届出】						
単一建物診療患者	1人	2-9人	10人以上	1人	2-9人	10人以上
重症患者で月2回以上訪問	5,400点	4,500点	2,880点	5,000点	4,140点	2,640点
上記以外で月2回以上訪問	4,500点	2,400点	1,200点	4,100点	2,200点	1,100点
月2回以上訪問・1回以上情報通信機器	3,029点	1,685点	880点	2,789点	1,565点	820点
月1回訪問	2,760点	1,500点	780点	2,520点	1,380点	720点
月1回訪問・2月に1回情報通信機器	1,515点	843点	440点	1,395点	783点	410点
施設入居時等医学総合管理料(処方箋交付)(施設総管:月1回) 【要届出】						
重症患者で月2回以上訪問	3,900点	3,240点	2,880点	3,600点	2,970点	2,640点
上記以外で月2回以上訪問	3,200点	1,700点	1,200点	2,900点	1,550点	1,100点
月2回以上訪問・1回以上情報通信機器	2,249点	1,265点	880点	2,069点	1,175点	820点
月1回訪問	1,980点	1,080点	780点	1,800点	990点	720点
月1回訪問・2月に1回情報通信機器	1,125点	633点	440点	1,035点	588点	410点

・情報通信機器使用の場合は、基本診療料の「情報通信機器を用いた診療の届出」を行っていただければよい

「在宅療養支援診療所」を評価する主な点数②

点数項目 (主なもの)	在宅療養支援診療所 機能強化型以外 在宅療養実績加算なし			在宅療養支援診療所 の届出なし		
往診料 (1回につき)	720点			720点		
緊急往診加算	650点			325点		
夜間・休日加算	1,300点			650点		
深夜加算	2,300点			1,300点		
在宅患者訪問診療料(I) (1日につき)						
1 同一建物居住者以外/同一建物居住者 在宅ターミナルケア加算	888点 / 213点 4,500点			888点 / 213点 3,500点		
2 同一建物居住者以外/同一建物居住者	(月1回) 884点 / 187点			(月1回) 884点 / 187点		
在宅患者訪問診療料(II)イ(1日につき)	150点			150点		
在宅ターミナルケア加算	4,200点			3,200点		
在宅患者訪問診療料(II)ロ(1日につき)	(月1回) 150点			(月1回) 150点		
在宅時医学総合管理料(処方箋交付)(在医総管:月1回) 【要届出】						
単一建物診療患者	1人	2-9人	10人以上	1人	2-9人	10人以上
重症患者で月2回以上訪問	4,600点	3,780点	2,400点	3,450点	2,835点	1,800点
上記以外で月2回以上訪問	3,700点	2,000点	1,000点	2,750点	1,475点	750点
月2回以上訪問・1回以上情報通信機器	2,569点	1,465点	780点	2,029点	1,180点	660点
月1回訪問	2,300点	1,280点	680点	1,760点	995点	560点
月1回訪問・2月に1回情報通信機器	1,285点	733点	390点	1,015点	590点	330点
施設入居時等医学総合管理料(処方箋交付)(施設総管:月1回) 【要届出】						
重症患者で月2回以上訪問	3,300点	2,700点	2,400点	2,450点	2,025点	1,800点
上記以外で月2回以上訪問	2,600点	1,400点	1,000点	1,950点	1,025点	750点
月2回以上訪問・1回以上情報通信機器	1,909点	1,105点	780点	1,549点	910点	660点
月1回訪問	1,640点	920点	680点	1,280点	725点	560点
月1回訪問・2月に1回情報通信機器	955点	553点	390点	775点	455点	330点

機能強化型在宅療養支援診療所の「病床の有無」の考え方


- 往診料の加算、在宅ターミナルケア加算、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料等に規定する「**病床を有する場合**」とは、機能強化型在宅療養支援診療所(単独型及び連携型)において、在宅患者が緊急時に入院できる体制を常に確保している場合をいう。なお、機能強化型(連携型)においては、連携する医療機関のうち、1施設でも病床を有する場合は、**全ての医療機関が「病床を有する場合」に該当**する。
- 「**病床を有しない場合**」とは、強化型在宅療養支援診療所(単独型及び連携型)において、いずれもが病床を有しない場合をいう。

【単独型・機能強化型】

在宅支援連携体制は構築していない

A診療所(無床)

- 在宅担当常勤医 3名
- 緊急往診 10件/年
- 在宅看取り等 4件/年




〇〇病院

単に緊急時の病床のみ確保

A診療所は「**病床なし**」の点数を算定

B有床診療所(ベッドあり)

- 在宅担当常勤医 3名
- 緊急往診 10件/年
- 在宅看取り等 4件/年
- 自院で緊急時の病床確保



B有床診療所は「**病床あり**」の点数を算定

【連携型・機能強化型】(各医療機関が緊急往診4件以上、在宅看取り等2件以上の実績及び連携で単独型の基準を満たす)

C有床診療所(ベッドあり)

- 在宅担当常勤医 1名
- 緊急往診 4件/年
- 在宅看取り等 2件/年
- 連携及び緊急時の病床確保

D診療所(無床)

- 在宅担当常勤医 1名
- 緊急往診 4件/年
- 在宅看取り等2件/年

E診療所(無床)

- 在宅担当常勤医 1名
- 緊急往診 4件/年
- 在宅看取り等2件/年

C、D、E診療所は全て「**病床あり**」の点数を算定

⇒ 全ての連携医療機関が、ベッドを有しない場合は、「**病床なし**」となる

【要届出】 在宅療養支援診療所 「実績等を評価」した加算

届出できる 診療所	在宅療養支援診療所（在支診）	
	機能強化型のみ （単独型・連携型共通）	機能強化型 <u>以外</u> のみ
加算項目	在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	在宅療養実績加算1・2
施設基準	①過去1年間の緊急往診15件以上 ②過去1年間の在宅看取り20件以上 ③末期の悪性腫瘍等の患者が自ら注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を過去1年間に2件以上実施、 又は 過去に5件以上実施経験のある常勤医が配置され、オピオイド系鎮痛薬を投与（投与経路は問わないが、定期的な投与と頓用により患者が自ら疼痛を管理できるもの）した実績が過去1年間に10件以上 ④緩和ケア研修会を修了した常勤医の配置 ⑤緩和ケア病棟又は在宅での1年間の看取り実績10件以上の医療機関で3か月以上の勤務歴がある常勤医（在宅医療を担当）の配置 ⑥過去1年間の看取り実績及び十分な緩和ケアが受けられる旨の院内掲示	在宅療養実績加算1 ①過去1年間の緊急往診10件以上 ②過去1年間の看取り4件以上
		在宅療養実績加算2 ①過去1年間の緊急往診4件以上 ②過去1年間の看取り2件以上 ③緩和ケア研修を修了した常勤医の配置

これらの加算は、緊急や夜間等の往診時、在医総管・施設総管の算定時に加算できる。
在宅療養支援診療所でない場合は届出ができない。

在宅緩和ケア充実診療所・病院加算と在宅療養実績加算

加算の対象となる点数項目	在宅緩和ケア充実 診療所・病院加算	在宅療養実績 加算1	在宅療養実績 加算2
在宅時医学総合管理料(月1回)			
単一建物 1人 (5,400~1,285点)	400点	300点	200点
診療患者数 2~9人 (4,500~733点)	200点	150点	100点
10人以上 (2,880~390点)	100点	75点	50点
施設入居時等医学総合管理料(月1回)			
単一建物 1人 (3,900~955点)	300点	225点	150点
診療患者数 2~9人 (3,240~553点)	150点	110点	75点
10人以上 (2,880~390点)	75点	56点	40点
往診料の加算(1回につき)			
緊急往診加算 (850~650点)	100点	75点	50点
夜間・休日往診加算 (1,700~1,300点)	100点	75点	50点
深夜往診加算 (2,700~2,300点)	100点	75点	50点
在宅患者訪問診療料 I・IIの加算(死亡時)			
在宅ターミナルケア加算 (6,500~4,200点)	1,000点	750点	500点
在宅がん医療総合診療料(1日につき)			
処方箋あり (1,800~1,495点)	150点	110点	75点
処方箋なし (2,000~1,685点)	150点	110点	75点

C000 往診料と加算点数

青文字(斜体)は、往診料(720点)に加算点数を加えた点数

	在宅療養支援診療所			在宅療養支援診療所の届出なし
	機能強化型		機能強化型以外	
	病床あり	病床なし		
C000 往診料 (1回につき)	720点			720点
緊急往診加算 [※] (診療時間中の緊急往診)	850点 <i>1,570点</i>	750点 <i>1,470点</i>	650点 <i>1,370点</i>	325点 <i>1,045点</i>
夜間・休日往診加算 [※] (午後6時～午前8時・休日(深夜を除く))	1,700点 <i>2,420点</i>	1,500点 <i>2,220点</i>	1,300点 <i>2,020点</i>	650点 <i>1,370点</i>
深夜往診加算 [※] (午後10時から午前6時)	2,700点 <i>3,420点</i>	2,500点 <i>3,220点</i>	2,300点 <i>3,020点</i>	1,300点 <i>2,020点</i>
死亡診断加算	200点			200点
1時間超の患家診療時間加算	(30分又はその端数を増すごとに) 100点			100点

※在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算1・2の届出施設は、さらに当加算を算定できる。

- ① 往診料は、患者又は家族等患者の看護等に当たる者が、医療機関に対し電話等で直接往診を求め、当該医療機関の医師が往診の必要性を認めた場合に、可及的速やかに患家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家又は他の医療機関に赴いて診療を行った場合には算定できない。
- ② 同一の患家又は有料老人ホーム等で、2人以上の患者を診療した場合は、2人目以降の患者については、初診料又は再診料等及び特掲診療料のみを算定する。この場合、2人目以降のそれぞれの患者の診療に要した時間が1時間を超えた場合は、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載し、診療時間加算を算定する。
- ③ 往診後、患者又はその家族等が単に薬剤を取りに医療機関に来た場合は、再診料等は算定できない。
- ④ 特殊な事情が無く、患家の希望により16キロメートルを超える往診をした場合の往診料は算定が認められないことから、患者負担とする。
- ⑤ 往診に要した交通費は、患家の負担とする(自家用車は対象、自転車、スクーター等は対象外)。
- ⑥ 往診を求められて患家に赴いたが、既に他医に受診していたため、診察を行わないで帰った場合の往診料は患者負担とする。
- ⑦ 特定の被保険者の求めに応ずるのではなく、保険診療を行う目的をもって定期又は不定期に事業所へ赴き、被保険者(患者)を診療する場合は、往診料として取り扱うことは認められない。

C000 往診料と加算点数

青文字(斜体)は、往診料(720点)に加算点数を加えた点数

	在宅療養支援診療所			在宅療養支援診療所の届出なし
	機能強化型		機能強化型以外	
	病床あり	病床なし		
C000 往診料 (1回につき)	720点			720点
緊急往診加算 [※] (診療時間中の緊急往診)	850点 <i>1,570点</i>	750点 <i>1,470点</i>	650点 <i>1,370点</i>	325点 <i>1,045点</i>
夜間・休日往診加算 [※] (午後6時～午前8時・休日(深夜を除く))	1,700点 <i>2,420点</i>	1,500点 <i>2,220点</i>	1,300点 <i>2,020点</i>	650点 <i>1,370点</i>
深夜往診加算 [※] (午後10時から午前6時)	2,700点 <i>3,420点</i>	2,500点 <i>3,220点</i>	2,300点 <i>3,020点</i>	1,300点 <i>2,020点</i>
死亡診断加算	200点			200点
1時間超の患家診療時間加算	(30分又はその端数を増すごとに) 100点			100点

※在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算1・2の届出施設は、さらに当加算を算定できる。

緊急往診加算の算定要件を変更

緊急に行う往診とは、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、往診の結果、急性心筋梗塞、脳血管障害、急性腹症等が予想される場合(15歳未満の小児(小児慢性特定疾病患者は20歳未満)については、これに加えて、**低体温、けいれん、意識障害、急性呼吸不全等が予想される場合**)をいう。また、医学的に終末期であると考えられる患者(医療機関又は連携する医療機関が訪問診療を提供している患者に限る)に対して往診した場合にも算定できる。

ないことから、患者負担とする。

⑤ 往診に要した交通費は、患家の負担とする(自家用車は対象、自転車、スクーター等は対象外)。

⑥ 往診を求められて患家に赴いたが、既に他医に受診していたため、診察を行わないで帰った場合の往診料は患者負担とする。

⑦ 特定の被保険者の求めに応ずるのではなく、保険診療を行う目的をもって定期又は不定期に事業所へ赴き、被保険者(患者)を診療する場合は、往診料として取り扱うことは認められない。

C001 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)
 C001-2 在宅患者訪問診療料(Ⅱ)
 (1日につき)

	在宅療養支援診療所						在支診 届出なし	
	機能強化型				機能強化型 以外			
	病床あり		病床なし					
主治医	他医 依頼	主治医	他医 依頼	主治医	他医 依頼	主治医	他医 依頼	
在宅患者訪問診療料Ⅰ(同一建物以外)	888	884	888	884	888	884	888	884
在宅患者訪問診療料Ⅰ(同一建物)	213	187	213	187	213	187	213	187
在宅ターミナルケア加算	6500	-	5500	-	4500	-	3500	-
在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	1000	-	1000	-	-	-	-	-
在宅療養実績加算Ⅰ	-	-	-	-	750	-	-	-
在宅療養実績加算Ⅱ(Ⅰと併算定不可)	-	-	-	-	500	-	-	-
酸素療法加算(悪性腫瘍患者のみ)	2000	-	2000	-	2000	-	2000	-
看取り加算	3000	-	3000	-	3000	-	3000	-
死亡診断加算(看取り加算と併算定不可)	200	-	200	-	200	-	200	-
乳幼児加算(6歳未満)	400	400	400	400	400	400	400	400
患家診療時間加算(1時間超30分増すごと)	100	100	100	100	100	100	100	100
在宅患者訪問診療料Ⅱ(併設施設)	150	150	150	150	150	150	150	150
在宅ターミナルケア加算	6200	-	5200	-	4200	-	3200	-
在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	1000	-	1000	-	-	-	-	-
在宅療養実績加算Ⅰ	-	-	-	-	750	-	-	-
在宅療養実績加算Ⅱ(Ⅰと併算定不可)	-	-	-	-	500	-	-	-
酸素療法加算(悪性腫瘍患者のみ)	2000	-	2000	-	2000	-	2000	-
看取り加算	3000	-	3000	-	3000	-	3000	-
死亡診断加算(看取り加算と併算定不可)	200	-	200	-	200	-	200	-
乳幼児加算(6歳未満)	400	400	400	400	400	400	400	400
患家診療時間加算(1時間超30分増すごと)	100	100	100	100	100	100	100	100

在宅患者訪問診療料の点数項目判定フロー

自宅（一軒家）もしくは
医療機関から離れた場所にある施設

YES

同一建物に居住する患者に対し、
同一日に1人のみ診療もしくは
同一世帯で複数人を診療

YES

自らが主治医
として診療

YES

訪問診療料 I - 1 - 1
(888点)

NO
他医療機関
からの依頼

訪問診療料 I - 2 - 1
(884点)

NO
複数人を診療
(同一世帯以外)

自らが主治医
として診療

YES

訪問診療料 I - 1 - 0
(213点)

NO
他医療機関
からの依頼

訪問診療料 I - 2 - 0
(187点)

NO

併設(同一敷地内)の施設
への訪問診療

自らが主治医
として診療

YES

訪問診療料 II - 1
(150点)

NO
他医療機関
からの依頼

訪問診療料 II - 0
(150点)

同一世帯の2人目以降は初・再診料等を算定

「自らが主治医」と「他医療機関からの依頼」の主な違い

自らが主治医として診療	項目	他医療機関 ^(※1) の依頼による診療
訪問診療料Ⅰ-Ⅰ-イ (888点) 訪問診療料Ⅰ-Ⅰ-ロ (213点) (併設施設)訪問診療料Ⅱ-イ (150点)	点数	訪問診療料Ⅰ-2-イ (884点) 訪問診療料Ⅰ-2-ロ (187点) (併設施設)訪問診療料Ⅱ-ロ (150点)
1日につき・原則週3回まで (急性増悪や厚生労働大臣が定める疾病等の患者は 週4回以上算定可)	算定 限度	月1回・依頼月から原則6か月まで ^(※2) (主治医が必要と判断した場合は6か月を超えて算定可 厚生労働大臣が定める疾病等の患者は6か月を超えて算定可)
初診料算定日は算定不可	初診時	初診時から算定可(初診料の算定は不可)
在宅ターミナルケア加算(付随する加算含む)、 看取り加算、死亡診断加算、 乳幼児加算、患家診療時間加算が算定可	算定 できる 加算	乳幼児加算、患家診療時間加算が算定可
1患者に対し、1医療機関のみ算定可	その他	1患者に対し、複数医療機関が算定可 他医療機関から診療を依頼された傷病を診療録に記載

※1 患者の同意を得て在宅時医学総合管理料、在宅がん患者総合診療料等を算定している医療機関又は在医総管等を算定していなくとも療養計画に基づき主治医として定期的に訪問診療を行っている医療機関であって当該患者の同意を得ている医療機関

※2 患者の同意を得て、計画的な医学管理のもと、主治医として定期的に訪問診療を行っている保険医が属する他医療機関の求めを受けて、その傷病に対し訪問診療を行った場合に、求めがあった日を含む月から6か月を限度として算定可。ただし、以下に該当する診療の求めが新たにあった場合には、6か月を超えて算定可。また、この場合において、診療報酬明細書の摘要欄に、継続的な訪問診療の必要性について記載する。

ア その診療科の医師でなければ困難な診療

イ 既に診療した傷病やその関連疾患とは明らかに異なる傷病に対する診療

⇒ア又はイの患者で主治医が必要と判断した場合、12か月を超えても算定可能

別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、6か月を超えて算定可。この場合において、診療を求めた他医療機関に対し、概ね6か月ごとに診療の状況を情報提供するとともに、診療報酬明細書の摘要欄に、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者のいずれに該当するかを記載。

厚生労働大臣が定める疾病等の患者

- ・週4日以上 of 訪問診療が可能な疾患（自らが主治医として診療）
- ・他医療機関の依頼月から6か月を超えて訪問診療が可能な疾患

別表第7

末期の悪性腫瘍

多発性硬化症

重症筋無力症

スモン

筋萎縮性側索硬化症

脊髄小脳変性症

ハンチントン病

進行性筋ジストロフィー症

プリオン病

多系統萎縮症

（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）

パーキンソン病関連疾患

（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上かつ生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る））

亜急性硬化性全脳炎

ライソゾーム病

副腎白質ジストロフィー

脊髄性筋萎縮症

球脊髄性筋萎縮症

慢性炎症性脱髄性多発神経炎

後天性免疫不全症候群

頸髄損傷

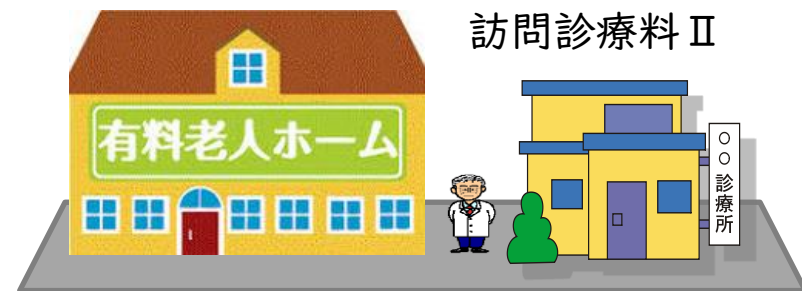
人工呼吸器を使用している状態

在宅患者訪問診療料Ⅱ(併設施設)の留意事項等

- ① **在宅患者訪問診療料(Ⅱ)**は、在宅での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に対して、患者の入居する**有料老人ホーム等に併設される医療機関**が定期的に訪問して診療を行った場合に算定
- ② 有料老人ホーム等に入居している患者とは、以下のいずれかに該当する患者
 - ア 施設入居時等医学総合管理料の算定患者とされている患者(※)
 - イ 障害者総合支援法に規定する障害福祉サービスを行う施設及び事業所又は福祉ホームに入居する患者
 - ウ 介護保険法の小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスの宿泊サービスを利用中の患者
- ③ 有料老人ホーム等に併設される医療機関とは、有料老人ホーム等と同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する医療機関(施設と医療機関の開設者が異なっても同様の扱い)
- ④ 1人のみ訪問診療をした日や同一世帯2人目以降の点数ルールは設けられていないため、いずれも150点を算定
- ⑤ その他は在宅患者訪問診療料(Ⅰ)と同様

※施設入居時等医学総合管理料の算定患者とされている患者

- <以下のいずれかの施設で療養を行っている患者>
- 養護老人ホーム(定員110人以下)
 - 軽費老人ホーム(A型)
 - 特別養護老人ホーム(死亡日前30日、末期の悪性腫瘍)
 - 有料老人ホーム
 - サービス付き高齢者向け住宅
 - 認知症対応型共同生活介護事業所(グループホーム)
- <以下のいずれかのサービスを受けている患者>
- 短期入所生活介護
 - 介護予防短期入所生活介護



在宅患者訪問診療料の留意事項等 ①

① 継続的な診療の必要のない者や通院が可能な者に対して安易に算定してはならない。例えば、少なくとも独歩で家族・介助者等の助けを借りずに通院ができる者などは、通院は容易であると考えられるため、在宅患者訪問診療料は算定できない。

② 医師の配置が義務づけられている施設に入所している場合は下記患者を除き、原則算定対象外。

ア 指定短期入所生活介護事業所への入所前30日以内に訪問診療等を行った患者（入所後30日間を限度）
イ 特別養護老人ホームに入所する末期の悪性腫瘍患者及び死亡日より遡って30日以内の患者

③ 「同一建物居住者の場合」は、同一建物の複数の居住者に対して医療機関の保険医が同一日に訪問診療を行う場合に、患者1人につき所定点数を算定（往診を実施した患者、末期の悪性腫瘍と診断した後に訪問診療を行い始めた日から60日以内の患者、死亡日からさかのぼって30日以内の患者を除く）。

同一建物に居住する当該患者1人のみに対し訪問診療を行う場合は、「同一建物居住者以外の場合」の所定点数を算定する。

④ 同居する同一世帯の複数の患者に対して診察をした場合など、同一の患家において2人以上の患者を診療した場合には、1人目は「同一建物居住者以外の場合」を算定し、2人目以降の患者については、初診料又は再診料等及び特掲診療料のみを算定する。

⑤ 主治医としての訪問診療について、診療に基づき患者の病状の急性増悪、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、当該患者の病状に基づいた訪問診療の計画を定め、当該計画に基づいて患家を定期的に訪問し、診療を行った場合には、

ア 当該訪問診療が必要な旨

イ 当該訪問診療の必要を認めた日

ウ 当該訪問診療を行った日

を診療報酬明細書に付記することにより、1月に1回に限り、当該診療を行った日から14日以内について14日を限度として算定できる。

在宅患者訪問診療料の留意事項等 ②

- ⑥ 訪問診療を実施する場合には、以下の要件を満たすこと。
- ・当該患者又はその家族等の署名付の訪問診療に係る同意書を作成した上で診療録に添付
 - ・訪問診療の計画及び診療内容の要点を診療録に記載
 - ・他の医療機関からの求めによる診療を行う場合には、主として診療を行う医師である保険医が所属する他の医療機関が診療を求めた傷病も記載
 - ・訪問診療を行った日における当該医師の当該在宅患者に対する診療時間（開始時刻及び終了時刻）及び診療場所について診療録に記載

⑦ 在宅ターミナルケア加算

死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に2回以上往診又は訪問診療を行った患者が、在宅で死亡した場合（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）に算定する。この場合、診療内容の要点等を診療録に記載。ターミナルケアの実施は、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、患者本人及びその家族等と話し合いを行い、患者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応する。

⑧ 酸素療法加算（在宅ターミナルケア加算の加算）

悪性腫瘍と診断されている患者に対し、死亡月において、在宅酸素療法を行った場合に算定する。在宅酸素療法を指示した医師は、酸素投与方法（使用機器、ガス流量、吸入時間等）、緊急時連絡方法等を装置に掲示すると同時に、夜間も含めた緊急時の対処法について、患者に説明を行う。当加算算定月は、在宅酸素療法指導管理料、在宅人工呼吸指導管理料等は算定できない。

⑨ 看取り加算

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、当該患者を患家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当該患者の診療録に記載する。

在宅患者訪問診療料の留意事項等 ③

⑩ 死亡診断加算

在宅での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、死亡診断を行った場合に算定する。ただし、看取り加算には、死亡診断に係る費用が含まれており、別に算定できない。

(看護師との連携による死亡診断)

以下の要件を満たしている場合であって、「情報通信機器（ICT）を利用した死亡診断等ガイドライン」に基づき、ICTを利用した看護師との連携による死亡診断を行う場合には、往診又は訪問診療の際に死亡診断を行っていない場合でも、死亡診断加算のみを算定できる。この場合、診療報酬明細書の摘要欄に、ICTを利用した看護師との連携による死亡診断を行った旨を記載する。

ア 当該患者に対して定期的・計画的な訪問診療を行っていたこと。

イ 正当な理由のために、医師が直接対面での死亡診断等を行うまでに12時間以上を要することが見込まれる状況であること。

ウ 特掲診療料の施設基準等の第4の4の3の3に規定する地域（離島・過疎地域）に居住している患者であって、連携する他の医療機関において在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算若しくは同一建物居住者訪問看護・指導料の同一建物居住者ターミナルケア加算又は連携する訪問看護ステーションにおいて訪問看護ターミナルケア療養費を算定していること。

⑪ 往診の翌日の訪問診療の取扱い

往診日又はその翌日に行う訪問診療の費用は次の場合（※）を除き算定できない。

※在宅療養支援診療所若しくはその連携医療機関等の医師が、往診及び訪問看護により24時間対応できる体制を確保し、在宅療養支援診療所等の連絡担当者の氏名、連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等について、文書により情報提供している患者に対して、往診を行った場合

同一日の往診料・訪問診療料の算定の考え方(併設施設以外・主治医)

往診料		720点
在宅患者 訪問診療料(I) (併設施設以外)	Ⅰ-イ 同一建物居住者以外	888点
	Ⅰ-ロ 同一建物居住者	213点

(*) 往診は、いずれのケースも通常時間帯の再診時とし、
緊急時等の加算は考慮していない

① 患者の居住形態に関わらず
同一日1名訪問



訪問診療料(888点)

*往診の場合
(720点+再診料73点)



同一世帯2名訪問の場合、1人目は訪問診療料(同一建物以外：888点)を算定し、2人目は再診料等を算定する。

② 同一患家(世帯)
同一日2名訪問



<1人目>
訪問診療料
(888点)



<2人目>
再診料(73点)

*往診の場合
(720点+再診料73点)

*再診料(73点)

③ サ高住、有料老人ホーム、グループホーム等
同一建物・同一日2名訪問



<1人目>
訪問診療料
(213点)

*往診の場合
(720点+再診料73点)



<2人目>
訪問診療料
(213点)

*再診料(73点)

④ サ高住、有料老人ホーム、グループホーム等
同一建物・同一日3名訪問(内、同一世帯2名を含む)



<1人目>
訪問診療料
(213点)

*往診の場合
(720点+再診料73点)



<2人目>
訪問診療料
(213点)

*再診料(73点)



<3人目>
訪問診療料
(213点)

*再診料(73点)

⑤ ③や④などの同一建物居住者の場合
同一建物・同一日2名訪問・1名は末期がん等



<除外>
訪問診療料
(888点)

*往診の場合
(720点+再診料73点)

(末期がん)
訪問診療
開始から
60日以内



<1人目>
訪問診療料
(888点)

*再診料(73点)

有料老人ホーム、マンションなど集合住宅における同一建物居住者の訪問診療料については、
①往診料を算定する患者 ②末期の悪性腫瘍患者であって訪問診療開始から60日以内の場合
③死亡日から遡って30日以内の場合は、同一建物居住者の複数名のカウントから除外して考える

在宅患者訪問診療料(主治医)と往診料の違い

在宅患者訪問診療料 (主治医として診療する場合)		往診料
計画的な医学管理の下に定期的に訪問し診療	概念・対象患者	急病の患者等の求めに応じ患家に赴き診療
訪問診療料Ⅰ-Ⅰ-イ 888点 訪問診療料Ⅰ-Ⅰ-ロ 213点 訪問診療料Ⅱ-イ 150点	基本点数	720点
1日につき	算定単位	1回につき
・1日1回 ・原則週3回まで(急性増悪時の場合は1月1回に限り、連続14日まで算定可) (疾病等によっては訪問回数の制限なし)	訪問回数	・病状の急変時等1日2回以上算定可 ・訪問の回数制限なし
なし	訪問時間帯の加算	・緊急往診加算 325点 ~ 850点 ・夜間・休日往診加算 650点 ~ 1,700点 ・深夜往診加算 1,300点 ~ 2,700点
・死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に2回以上の往診又は訪問診療を行った場合(往診又は訪問診療後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む) 併設以外/併設施設 機能強化型在支診(病) (病床あり) 6,500点/6,200点 機能強化型在支診(病) (病床なし) 5,500点/5,200点 在支診(病) (強化型以外) 4,500点/4,200点 上記以外 3,500点/3,200点	在宅ターミナルケア加算	なし
・死亡日に往診又は訪問診療を行い、死亡診断を行った場合(事前に患者、家族に対し十分に説明と同意を得る) 3,000点	看取り加算	なし
200点(看取り加算と併算定不可)	死亡診断加算	200点
400点	乳幼児加算	なし
再診料、外来管理加算、往診料は算定不可	基本診療料の併算定	初診料、再診料、外来管理加算は算定可
・初診日は算定不可 ・往診料算定の翌日までは算定不可	算定制限	特になし
算定不可 (特養のみ、がん末期患者等に限り算定可)	医師の配置義務のある施設	算定制限なし (併設医療機関医師、配置医師を除く)
1患者1医療機関(主治医として診療する場合)	算定できる医療機関	規定なし

【要届出】外来感染対策向上加算 6点 在宅患者訪問診療料等の加算

- 診療所について、平時からの感染防止対策の実施や、地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策への参加を推進する観点から、外来診療時の感染防止対策に係る体制を評価
- 施設基準を満たし、厚生局に届け出た診療所において診療を行った場合、外来患者又は在宅患者1人につき月1回加算
- 以下の枠内のいずれかの項目の算定時に加算できる。いずれかの項目で算定した場合、同一月内は別に算定できない

▶初診料 ▶再診料

*初・再診料の外来感染対策向上加算の届出が必要

- ▶小児科外来診療料 ▶外来リハビリテーション診療料 ▶外来放射線照射診療料 ▶地域包括診療料 ▶認知症地域包括診療料 ▶小児かかりつけ診療料
- ▶外来腫瘍化学療法診療料 ▶救急救命管理料 ▶退院後訪問指導料 ▶在宅患者訪問診療料(I) ▶在宅患者訪問診療料(II) ▶在宅患者訪問看護・指導料
- ▶同一建物居住者訪問看護・指導料 ▶在宅患者訪問点滴注射管理指導料 ▶在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料 ▶在宅患者訪問薬剤管理指導料
- ▶在宅患者訪問栄養食事指導料 ▶在宅患者緊急時等カンファレンス料 ▶精神科訪問看護・指導料

[主な施設基準] 診療所であること

(有床診療所は入院料の感染対策向上加算を届出していない場合)

- ・院内感染対策に関する職員研修(年2回程度)
- ・院内を巡回(週1回程度)

院内感染管理者(医師、看護師又は薬剤師その他の医療有資格者)を専任配置した感染防止対策部門を設置



新興感染症発生時等や院内アウトブレイク発生時等の有事対応

加算I施設等とあらかじめ協議

院内感染管理者が加算I施設や地域医師会主催のカンファ等に参加

- ・院内感染対策カンファレンス(年2回・web参加可)
- ・新興感染症発生等を想定した訓練(年1回)

院内の抗菌薬適正使用について

加算I施設や地域医師会からの助言等

感染対策向上加算I

届出医療機関



地域医師会



- ・感染防止対策の業務指針
- ・院内感染管理者業務内容
- ・感染防止手順書(マニュアル)
- ・院内感染防止対策の取組事項を掲示
- ・発熱外来等実施体制(HP等で公開)

診療・検査医療機関であること

- ・「抗微生物薬適正使用の手引き」を参考に抗菌薬の適正な使用の推進に資する取組み
- ・発熱患者の動線を分けられる体制

(細菌学的検査を外部委託の場合)「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドンス」に沿った対応実施

外来感染対策向上加算 の加算
連携強化加算(月1回)【要届出】3点

- ・感染対策向上加算I届出医療機関に年4回以上、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告(2023年3月31日まで経過措置)

サーベイランス強化加算(月1回)【要届出】1点

- ・JANIS、J-SIPHE等、地域や全国のサーベイランスに参加

【要届出】 C002 在宅時医学総合管理料（在医総管）

C002-2 施設入居時等医学総合管理料（施設総管）

点数項目(主なもの)	機能強化型 病床あり			機能強化型 病床なし		
在宅時医学総合管理料(処方箋交付)(在医総管:月1回)【要届出】						
単一建物診療患者	1人	2-9人	10人以上	1人	2-9人	10人以上
重症患者で月2回以上訪問	5,400	4,500	2,880	5,000	4,140	2,640
上記以外で月2回以上訪問	4,500	2,400	1,200	4,100	2,200	1,100
月2回以上訪問・1回以上情報通信機器	3,029	1,685	880	2,789	1,565	820
月1回訪問	2,760	1,500	780	2,520	1,380	720
月1回訪問・2月に1回情報通信機器	1,515	843	440	1,395	783	410
施設入居時等医学総合管理料(処方箋交付)(施設総管:月1回)【要届出】						
重症患者で月2回以上訪問	3,900	3,240	2,880	3,600	2,970	2,640
上記以外で月2回以上訪問	3,200	1,700	1,200	2,900	1,550	1,100
月2回以上訪問・1回以上情報通信機器	2,249	1,265	880	2,069	1,175	820
月1回訪問	1,980	1,080	780	1,800	990	720
月1回訪問・2月に1回情報通信機器	1,125	633	440	1,035	588	410
点数項目(主なもの)	在宅療養支援診療所			その他の医療機関		
在宅時医学総合管理料(処方箋交付)(在医総管:月1回)【要届出】						
単一建物診療患者	1人	2-9人	10人以上	1人	2-9人	10人以上
重症患者で月2回以上訪問	4,600	3,780	2,400	3,450	2,835	1,800
上記以外で月2回以上訪問	3,700	2,000	1,000	2,750	1,475	750
月2回以上訪問・1回以上情報通信機器	2,569	1,465	780	2,029	1,180	660
月1回訪問	2,300	1,280	680	1,760	995	560
月1回訪問・2月に1回情報通信機器	1,285	733	390	1,015	590	330
施設入居時等医学総合管理料(処方箋交付)(施設総管:月1回)【要届出】						
重症患者で月2回以上訪問	3,300	2,700	2,400	2,450	2,025	1,800
上記以外で月2回以上訪問	2,600	1,400	1,000	1,950	1,025	750
月2回以上訪問・1回以上情報通信機器	1,909	1,105	780	1,549	910	660
月1回訪問	1,640	920	680	1,280	725	560
月1回訪問・2月に1回情報通信機器	955	553	390	775	455	330

<加算>

- ・在宅緩和ケア充実
診療所・病院加算
(100~400点)
- ・在宅療養実績加算1
(75~300点)
- ・在宅療養実績加算2
(50~200点)
- ・処方箋無交付加算
(300点)
- ・在宅移行早期加算
(100点)
- ・頻回訪問加算
(600点)
- ・在宅療養移行加算1
(216点)
- ・在宅療養移行加算2
(116点)
- ・包括的支援加算
(150点)

・情報通信機器使用の場合は、基本診療料の「情報通信機器を用いた診療の届出」を行っていただくとよい

【要届出】 C002 在宅時医学総合管理料（在医総管）

C002-2 施設入居時等医学総合管理料（施設総管）

点数項目(主なもの)	機能強化型 病床あり			機能強化型 病床なし		
在宅時医学総合管理料(処方箋交付)(在医総管:月1回)【要届出】						
単一建物診療患者	1人	2-9人	10人以上	1人	2-9人	10人以上
重症患者で月2回以上訪問	5,400	4,500	2,880	5,000	4,140	2,640
上記以外で月2回以上訪問	4,500	2,400	1,200	4,100	2,200	1,100
月2回以上訪問・1回以上情報通信機器	3,029	1,685	880	2,789	1,565	820
月1回訪問	2,760	1,500	780	2,520	1,380	720
月1回訪問・2月に1回情報通信機器	1,515	843	440	1,395	783	410
施設入居時等医学総合管理料(処方箋交付)(施設総管:月1回)【要届出】						
重症患者で月2回以上訪問	3,900	3,240	2,880	3,600	2,970	2,640
上記以外で月2回以上訪問	3,200	1,700	1,200	2,900	1,550	1,100
月2回以上訪問・1回以上情報通信機器	2,249	1,265	880	2,069	1,175	820
月1回訪問	1,980	1,080	780	1,800	990	720
月1回訪問・2月に1回情報通信機器	1,125	633	440	1,035	588	410
点数項目(主なもの)	在宅療養支援診療所			その他の医療機関		
在宅時医学総合管理料(処方箋交付)(在医総管:月1回)【要届出】						
単一建物診療患者	1人	2-9人	10人以上	1人	2-9人	10人以上
重症患者で月2回以上訪問	4,600	3,780	2,400	3,450	2,835	1,800
上記以外で月2回以上訪問	3,700	2,000	1,000	2,750	1,475	750
月2回以上訪問・1回以上情報通信機器	2,569	1,465	780	2,029	1,180	660
月1回訪問	2,300	1,280	680	1,760	995	560
月1回訪問・2月に1回情報通信機器	1,285	733	390	1,015	590	330
施設入居時等医学総合管理料(処方箋交付)(施設総管:月1回)【要届出】						
重症患者で月2回以上訪問	3,300	2,700	2,400	2,450	2,025	1,800
上記以外で月2回以上訪問	2,600	1,400	1,000	1,950	1,025	750
月2回以上訪問・1回以上情報通信機器	1,909	1,105	780	1,549	910	660
月1回訪問	1,640	920	680	1,280	725	560
月1回訪問・2月に1回情報通信機器	955	553	390	775	455	330

<加算>

- ・在宅緩和ケア充実
診療所・病院加算
(100~400点)
- ・在宅療養実績加算1
(75~300点)
- ・在宅療養実績加算2
(50~200点)
- ・処方箋無交付加算
(300点)
- ・在宅移行早期加算
(100点)
- ・頻回訪問加算
(600点)
- ・在宅療養移行加算1
(216点)
- ・在宅療養移行加算2
(116点)
- ・包括的支援加算
(150点)

・情報通信機器使用の場合は、基本診療料の「情報通信機器を用いた診療の届出」を行っていただくとよい

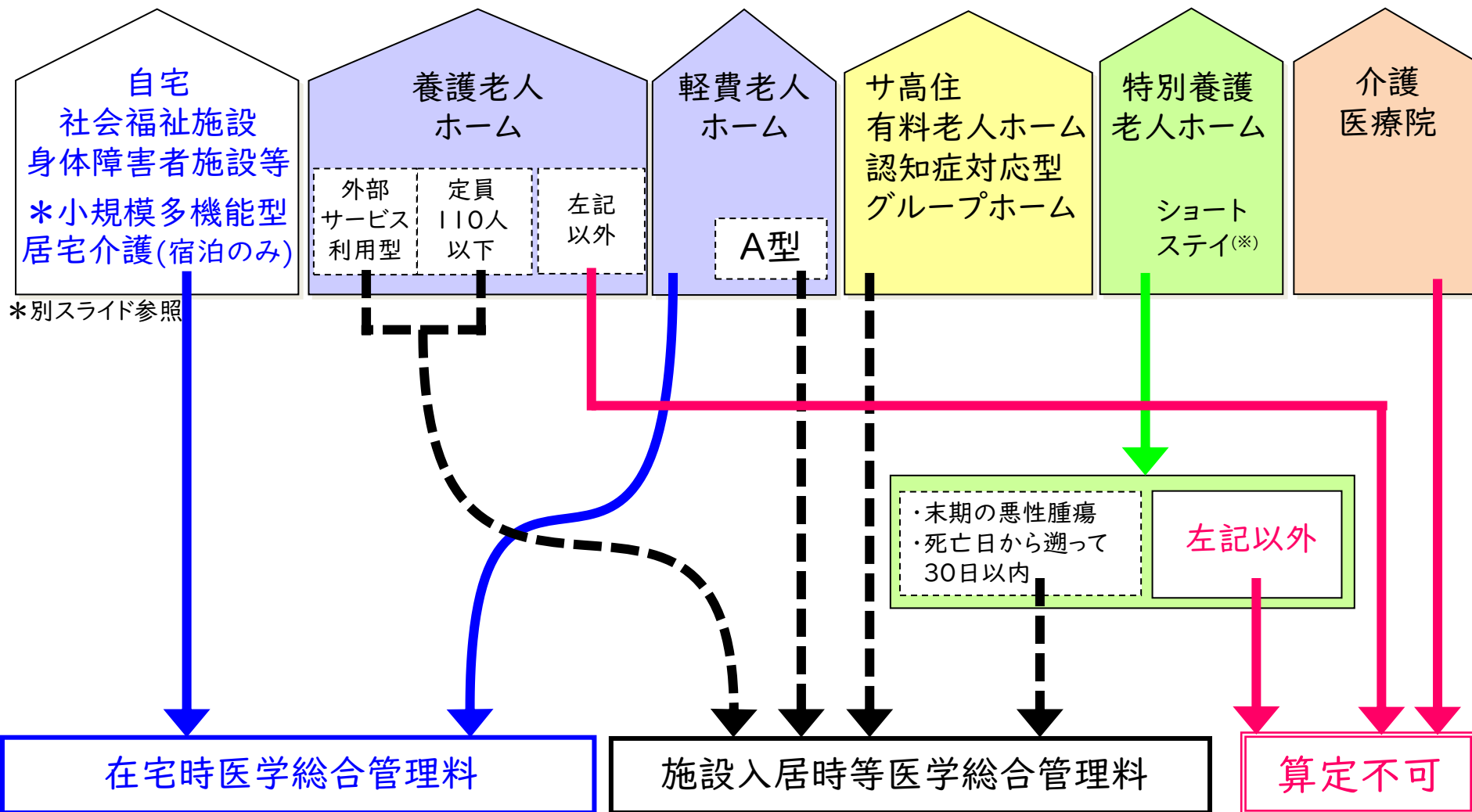
在宅時医学総合管理料等の算定の留意事項等 ①

- ①在宅時医学総合管理料は在宅での療養を行っている患者、**施設入居時等医学総合管理料は施設**(※)において療養を行っている患者であって、通院困難な者に対して、個別の患者ごとに総合的な在宅療養計画を作成し、定期的に訪問して診療を行い、総合的な医学管理を行った場合の評価であることから、継続的な診療の必要のない者や通院が可能な者に対して安易に算定してはならない。例えば、少なくとも独歩で家族・介助者等の助けを借りずに通院ができる者などは、通院は容易であると考えられるため算定できない。

※①養護老人ホーム(定員110人以下)、軽費老人ホーム(A型)、特別養護老人ホーム(末期の悪性腫瘍、看取り介護加算の施設基準に適合する施設で死亡日前30日)、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、認知症対応型共同生活介護事業所(グループホーム)への入居者
②短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護の利用者

- ②在宅患者訪問診療料を月1回以上算定した場合に月1回に限り算定する。「**別に厚生労働大臣が定める状態の患者(別表第8の2)**」に対して月2回以上算定した場合は、重症患者の点数を算定する
- ③単一建物診療患者の人数に従い算定する。**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、当該医療機関が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を算定する者の人数**をいう。なお、ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所(グループホーム)については、それぞれのユニットにおいて、施設入居時等医学総合管理料を算定する人数を、単一建物診療患者の人数とみなすことができる。
- ④1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「単一建物診療患者が1人の場合」を算定する。診療患者数が建築物の戸数の10%以下の場合又は戸数が20戸未満であって医学管理を行う患者が2人以下の場合は、それぞれ「単一建物診療患者が1人の場合」を算定する。
- ⑤同居する同一世帯の複数の患者に対して診察をした場合など、同一の患家において2人以上の患者を診療した場合に、2人目以降の患者について、初診料又は再診料等及び特掲診療料のみを算定した場合においては、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載し、在宅患者訪問診療料を算定したものとみなすことができる。
- ⑥個別の患者ごとに総合的な在宅療養計画を作成し、その内容を患者、家族及びその看護に当たる者等に対して説明し、在宅療養計画及び説明の要点等を診療録に記載すること。

患者の居宅の形態別「在医総管・施設総管」の算定チャート



*別スライド参照

※当該患者によるサービス利用前30日以内に患家を訪問し、在宅患者訪問診療料、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料又は在宅がん医療総合診療料を算定した医療機関の医師（配置医師を除く）が診察した場合に限り、利用開始後30日までの間は算定可

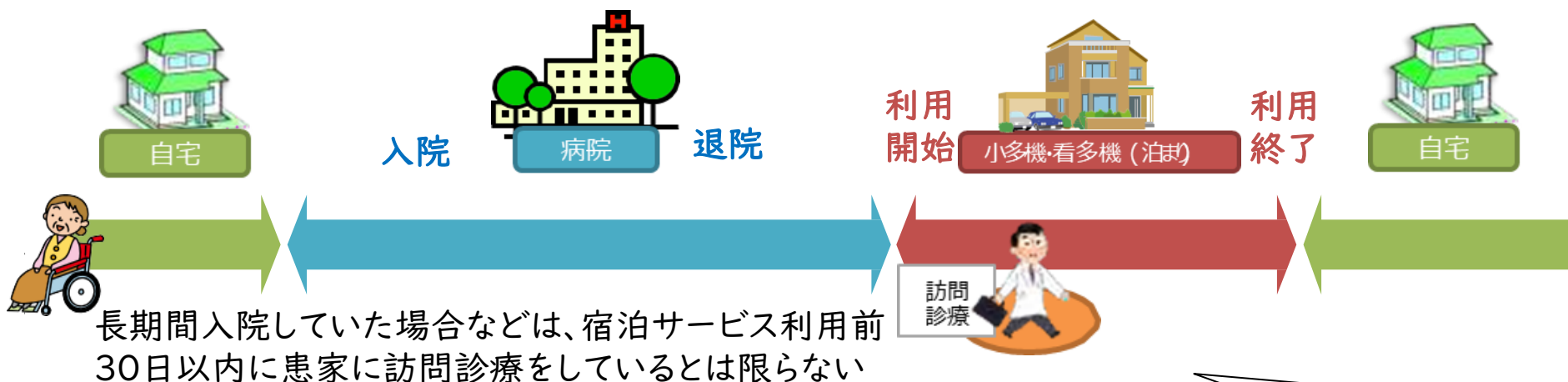
小多機等の宿泊サービスを利用する患者への訪問診療

【在宅患者訪問診療料等】

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

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

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



退院直後であれば、宿泊サービス利用開始前の患家への訪問の有無にかかわらず算定可

別に厚生労働大臣が定める状態の患者(いわゆる重症患者)

別表第8の2

<次に掲げる疾患に罹患している患者>

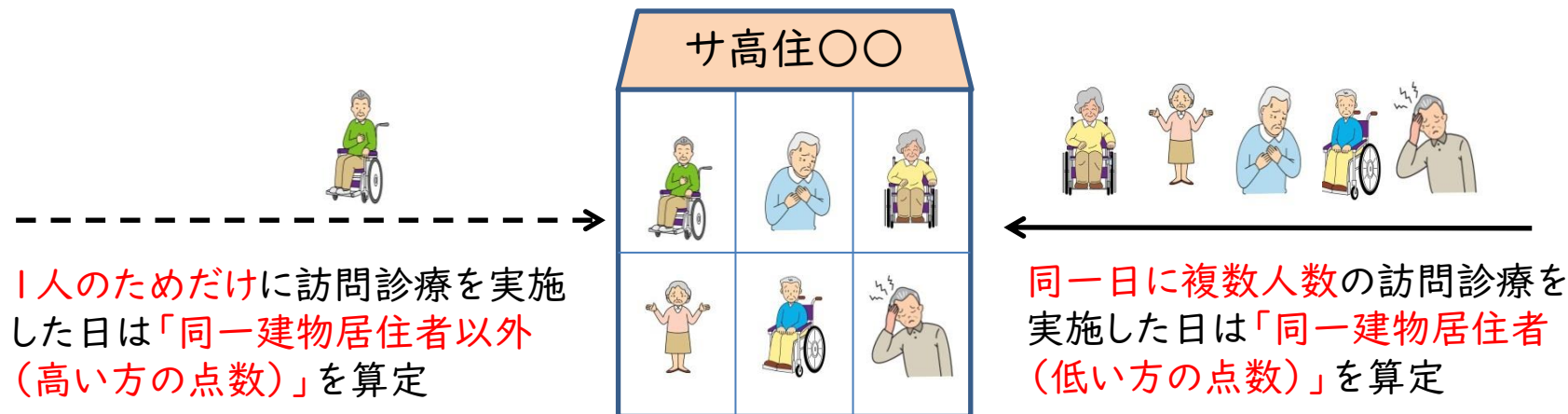
- ・末期の悪性腫瘍
- ・スモン
- ・難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病
- ・後天性免疫不全症候群
- ・脊髄損傷
- ・真皮を越える褥瘡

<次に掲げる状態の患者>

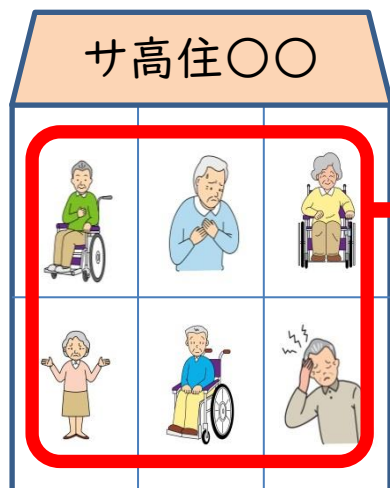
- ・在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている状態
- ・在宅血液透析を行っている状態
- ・在宅酸素療法を行っている状態
- ・在宅中心静脈栄養法を行っている状態
- ・在宅成分栄養経管栄養法を行っている状態
- ・在宅自己導尿を行っている状態
- ・在宅人工呼吸を行っている状態
- ・植込型脳・脊髄刺激装置による疼痛管理を行っている状態
- ・肺高血圧症であって、プロスタグランジンI₂製剤を投与されている状態
- ・気管切開を行っている状態
- ・気管カニューレを使用している状態
- ・ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態
- ・人工肛門又は人工膀胱を設置している状態

「同一建物」と「単一建物」の違い

同一建物（在宅患者訪問診療料Ⅰ）



単一建物（在医総管・施設総管）



同一日に訪問診療を実施した人数等にかかわらず、
同じ建物で訪問診療・管理をしている当月の全体患者数で点数区分を決定

在宅療養支援診療所（機能強化型以外）の場合

施設入居時等医学総合管理料（施設総管）

単一建物診療患者	1人	2-9人	10人以上
重症患者で月2回以上訪問	3,300	2,700	2,400
上記以外で月2回以上訪問	2,600	1,400	1,000
月2回以上訪問・ 1回以上情報通信機器	1,909	1,105	780
月1回訪問	1,640	920	680
月1回訪問・ 2月に1回情報通信機器	955	553	390

在宅時医学総合管理料等の算定の留意事項等 ②

- ⑦他の保健医療サービス又は福祉サービスとの連携に努めること。患者が診療科の異なる他の医療機関を受診する場合には、診療の状況を示す文書を当該医療機関に交付する等十分な連携を図るよう努めること。
- ⑧当該医療機関以外の医療機関が、当該患者に対して診療を行おうとする場合には、当該患者等に対する照会等により、他の医療機関における在宅時医学総合管理料等の算定の有無を確認すること。
- ⑨同一月に算定できない点数項目が設けられている。

【同一月に別に算定できない主な点数項目】

- ・特定疾患療養管理料・小児科療養指導料・難病外来指導管理料・皮膚科特定疾患指導管理料
- ・地域包括診療料・小児悪性腫瘍患者指導管理料・在宅寝たきり患者処置指導管理料
- ・在宅がん医療総合診療料・在宅患者連携指導料・精神科在宅患者支援管理料
- ・訪問看護指示料の衛生材料等提供加算・創傷処置・導尿・鼻腔栄養
- ・投薬料(処方料・処方箋料等)・・・外来受診の際の投薬料も算定できません

【別に算定できる主な点数項目】(上記以外の主な項目)

- ・往診料・訪問診療料・検査料・注射料・処置料 等
- ・在宅療養指導管理料(在宅寝たきり患者処置指導管理料を除く)
- ・在宅療養指導管理材料加算

} 別スライド参照

- ⑩算定対象となる患者が入居又は入所する施設と特別の関係にある医療機関においても、算定できる。
- ⑪悪性腫瘍と診断された患者については、医学的に末期であると判断した段階で、当該患者のケアマネジメントを担当する居宅介護支援専門員に対し、予後及び今後想定される病状の変化、病状の変化に合わせて必要となるサービス等について、適時情報提供すること。
- ⑫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つの医療機関において算定する。
- ⑬同一月内に、院外処方箋を交付する診療と院外処方箋を交付しない診療が行われた場合は、**処方箋無交付加算(300点)**が算定できない。また、投与期間が30日を超える薬剤を含む院外処方箋を交付した場合も、その投与期間は当加算が算定できない。

在宅時医学総合管理料等の算定の留意事項等 ③

⑭ **在宅移行早期加算(100点)**は、退院後に在宅において療養を始めた患者であって、訪問診療を行うものに対し、在宅時医学総合管理料等の算定開始月から3か月を限度として、1か月1回に限り所定点数に加算する。なお、退院から1年を経過した患者に対しては算定できない。ただし、在宅移行早期加算を既に算定した患者が再度入院し、その後退院した場合にあっては、新たに3か月を限度として、月1回に限り所定点数に加算できる。

⑮ **頻回訪問加算(600点)**は、下表(イ)、(ロ)、(ハ)のいずれかの患者に対し、月4回以上の往診又は訪問診療※を行い、必要な医学管理を行っている場合に算定する。

※月1回以上の訪問診療料の算定がないと本体点数である在宅時医学総合管理料等が算定できない。

(イ) 末期の悪性腫瘍の患者（在宅がん医療総合診療料を算定している患者を除く）

(ロ) (1)であって、(2)又は(3)の状態である患者

- | | |
|---|--|
| <p>(1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 在宅自己腹膜灌流指導管理 • 在宅血液透析指導管理 • 在宅酸素療法指導管理 • 在宅中心静脈栄養法指導管理 • 在宅成分栄養経管栄養法指導管理 | <ul style="list-style-type: none"> • 在宅人工呼吸指導管理 • 在宅悪性腫瘍等患者指導管理 • 在宅自己疼痛管理指導管理 • 在宅肺高血圧症患者指導管理 • 在宅気管切開患者指導管理 |
|---|--|

を受けている状態

(2) ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態にある患者

胃ろうチューブ、経管栄養の経鼻チューブは該当しない

(3) 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある患者

(ハ) 在宅での療養を行っている患者であって、高度な指導管理を必要とするもの（上記(ロ)の(1)の指導管理を2つ以上行っている患者）

在宅時医学総合管理料等の算定の留意事項等 ④

- ⑬ **在宅療養移行加算(1:216点2:116点)**は、**在宅療養支援診療所以外の診療所**が、当該診療所の外来を4回以上受診した後に訪問診療に移行した患者に対して、以下の全ての要件を満たして訪問診療を実施した場合に算定する。

在宅療養移行加算1（216点）	在宅療養移行加算2（116点）
加算を算定して訪問診療及び医学管理を行う月のみ以下の体制を確保すればよく、地域医師会等の協力を得て以下の体制を確保することでも差し支えない	
医療機関単独又は連携する他の医療機関の協力により、 <u>24時間の往診体制</u> 及び <u>24時間の連絡体制</u> を有している	<p>往診が必要な患者に対し、当該医療機関又は連携する他の医療機関が往診を提供する体制を有している</p> <p>医療機関単独又は連携する他の医療機関の協力により、<u>24時間の連絡体制</u>を有している</p>
訪問看護が必要な患者に対し、当該保険医療機関、連携する他の医療機関又は連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供する体制を確保	
医療機関又は連携する医療機関の <u>連絡担当者の氏名</u> 、 <u>診療時間内及び診療時間外の連絡先電話番号</u> 等、緊急時の注意事項等並びに <u>往診担当医の氏名</u> 等について、患者又は患者の家族に文書により提供し、説明している	医療機関又は連携する医療機関の診療時間内及び診療時間外の連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、患者又は患者の家族に文書により提供し、説明している

*下線部は1と2で異なる要件

在宅時医学総合管理料等の算定の留意事項等 ④

○継続診療加算の名称変更と区分変更

加算1は改定前の継続診療加算と同様の要件

改定前		改定後		増減
継続診療加算	216点	<u>在宅療養移行加算1</u>	216点	±0点
	★新設	<u>在宅療養移行加算2</u>	<u>116点</u>	改定前1との比較 ▲100点

在宅療養移行加算1（216点）

在宅療養移行加算2（116点）

加算を算定して訪問診療及び医学管理を行う月のみ以下の体制を確保すればよく、地域医師会等の協力を得て以下の体制を確保することでも差し支えない

医療機関単独又は連携する他の医療機関の協力により、24時間の往診体制及び24時間の連絡体制を有している

往診が必要な患者に対し、当該医療機関又は連携する他の医療機関が往診を提供する体制を有している

医療機関単独又は連携する他の医療機関の協力により、24時間の連絡体制を有している

訪問看護が必要な患者に対し、当該保険医療機関、連携する他の医療機関又は連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供する体制を確保

医療機関又は連携する医療機関の連絡担当者の氏名、診療時間内及び診療時間外の連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等並びに往診担当医の氏名等について、患者又は患者の家族に文書により提供し、説明している

医療機関又は連携する医療機関の診療時間内及び診療時間外の連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、患者又は患者の家族に文書により提供し、説明している

*下線部は1と2で異なる要件

在宅時医学総合管理料等の算定の留意事項等 ⑤

⑰ **包括的支援加算(150点)**は、「重症患者以外で月2回以上訪問」「月1回の訪問」の場合で、別表第8の3に規定する状態の患者に対し、訪問診療を行っている場合に算定する。いずれの状態に該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

<包括的支援加算の対象となる状態(別表第8の3に規定する状態の患者)>

ア「要介護2以上の状態又はこれに準ずる状態」とは、介護保険法第7条に規定する要介護状態区分における要介護2、要介護3、要介護4若しくは要介護5である状態又は障害者総合支援法における障害支援区分において障害支援区分2以上と認定されている状態をいう。

イ「日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さのために、介護を必要とする認知症の状態」とは、医師が「認知症高齢者の日常生活自立度」におけるランクⅡb以上と診断した状態をいう。

ウ「頻回の訪問看護を受けている状態」とは、週1回以上訪問看護を受けている状態をいう。

エ「訪問診療又は訪問看護において処置を受けている状態」とは、訪問診療又は訪問看護において、注射又は喀痰吸引、経管栄養等の処置(特掲診療料の施設基準等第4の1の6(3)に掲げる処置のうち、ワからヨまで及びレからマまでに規定する処置を除く。)を受けている状態をいう。

オ「介護保険法第8条第11項に規定する特定施設等看護職員が配置された施設に入居し、医師の指示を受けた看護職員による処置を受けている状態」とは、特定施設、認知症対応型共同生活介護事業所、特別養護老人ホーム、障害者総合支援法第5条第11項に規定する障害者支援施設等に入居又は入所する患者であって、医師による文書での指示を受け、当該施設に配置された看護職員による注射又は処置を受けている状態をいう。処置の範囲はエの例による。

カ「その他関係機関との調整等のために訪問診療を行う医師による特別な医学管理を必要とする状態」とは、以下のいずれかに該当する患者の状態をいう。

(イ) 脳性麻痺、先天性心疾患、ネフローゼ症候群、ダウン症等の染色体異常、川崎病で冠動脈瘤のあるもの、脂質代謝障害、腎炎、溶血性貧血、再生不良性貧血、血友病、及び血小板減少性紫斑病、先天性股関節脱臼、内反足、二分脊椎、骨系統疾患、先天性四肢欠損、分娩麻痺、先天性多発関節拘縮症、児童福祉法第6条の2第1項に規定する小児慢性特定疾病(同条第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象に相当する状態のものに限る。)及び同法第56条の6第2項に規定する障害児に該当する状態である15歳未満の患者

(ロ) 出生時の体重が1,500g未満であった1歳未満の患者

(ハ) 「超重症児(者)・準超重症児(者)の判定基準」による判定スコアが10以上である患者

(ニ) 訪問診療を行う医師又は当該医師の指示を受けた看護職員の指導管理に基づき、家族等患者の看護に当たる者が注射又は喀痰吸引、経管栄養等の処置(特掲診療料の施設基準等第4の1の6(3)に掲げる処置のうち、ワからケに規定する処置をいう。)を行っている患者(創傷処置や鼻腔栄養等)

在医総管・施設総管と在宅療養指導管理料等との併算定

○在宅時(施設入居時等)医学総合管理料と下記の在宅療養指導管理料は同一月に併算定可能
(※主たる指導管理一つのみ。ただし、在宅寝たきり患者処置指導管理料は併算定できない。)

- | | | |
|--------------------|--------------------|--------------------------|
| ●在宅自己注射指導管理料 | ●在宅人工呼吸指導管理料 | ●在宅気管切開患者指導管理料 |
| ●在宅小児低血糖症患者指導管理料 | ●在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 | ●在宅喉頭摘出患者指導管理料 |
| ●在宅妊娠糖尿病患者指導管理料 | ●在宅ハイフローセラピー指導管理料 | ●在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料 |
| ●在宅自己腹膜灌流指導管理料 | ●在宅悪性腫瘍等患者指導管理料 | ●在宅植込型補助人工心臓(非拍動流型)指導管理料 |
| ●在宅血液透析指導管理料 | ●在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料 | ●在宅経腸投薬指導管理料 |
| ●在宅酸素療法指導管理料 | ●在宅自己疼痛管理指導管理料 | ●在宅腫瘍治療電場療法指導管理料 |
| ●在宅中心静脈栄養法指導管理料 | ●在宅振戦等刺激装置治療指導管理料 | ●在宅経肛門的自己洗腸指導管理料 |
| ●在宅成分栄養経管栄養法指導管理料 | ●在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料 | ●在宅中耳加圧療法指導管理料 |
| ●在宅小児経管栄養法指導管理料 | ●在宅仙骨神経刺激療法指導管理料 | ●在宅抗菌薬吸入療法指導管理料 |
| ●在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料 | ●在宅舌下神経電気刺激療法指導管理料 | |
| ●在宅自己導尿指導管理料 | ●在宅肺高血圧症患者指導管理料 | |

○在宅療養指導管理材料加算、特定保険医療材料は、併算定のルールで、本体点数の算定ができなくても、算定要件を満たせばそれぞれ別に算定ができます。

○「⑳投薬」の部に該当する薬剤及び院外処方箋料は算定できませんが、「㊷在宅」の部で用いる薬剤は算定できます。院外処方箋の発行も可能です。ただし、処方箋料は算定できない取扱いです。

㊷投薬の部に該当する薬剤は算定不可(処方箋料も算定不可)

㊷在宅療養指導管理料に用いる薬剤は算定可(処方箋料は算定不可)

在宅時医学総合管理料等には、投薬点数が包括されていますが、「在宅成分栄養経管栄養法指導管理」などに使用する経腸栄養剤等の薬剤は、診療報酬上では「㊷在宅医療の部の薬剤」として「㊷投薬の部の薬剤」とは区別されています。そのため、「㊷在宅医療の部の薬剤」として算定することが可能です。

施設入居者等の在宅患者訪問診療等の算定例 ①

○強化型以外の在宅療養支援診療所

○2ユニットのグループホーム(ユニットA:患者数9名①~⑨、ユニットB:患者数3名⑩~⑫)

○月2回訪問診療を実施し、そのうち1回は同一日1名のみの訪問診療を実施

○利用者全員に施設入居時等時医学総合管理料(院外処方あり)を算定

(訪1-イ,訪1-ロ):在宅患者訪問診療料I (施管):施設入居時等医学総合管理料

月	火	水	木	金	土	日
1	2	3	4	5	6	7
①~⑨の9名診療 (訪1-ロ)213点×9名	⑩のみ診療 (訪1-イ) 888点	⑪のみ診療 (訪1-イ) 888点	⑫のみ診療 (訪1-イ) 888点			
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
①のみ診療 (訪1-イ) 888点 (施管) 1400点	②のみ診療 (訪1-イ) 888点 (施管) 1400点	③のみ診療 (訪1-イ) 888点 (施管) 1400点	④のみ診療 (訪1-イ) 888点 (施管) 1400点	⑤のみ診療 (訪1-イ) 888点 (施管) 1400点		
22	23	24	25	26	27	28
⑥のみ診療 (訪1-イ) 888点 (施管) 1400点	⑦のみ診療 (訪1-イ) 888点 (施管) 1400点	⑧のみ診療 (訪1-イ) 888点 (施管) 1400点	⑨のみ診療 (訪1-イ) 888点 (施管) 1400点			
29	30					
⑩~⑫の3名診療 (訪1-ロ)213点×3名 (施管) 1400点×3名						

3ユニット以下のグループホームの場合、施設入居時等医学総合管理料の単一建物診療患者数はユニットごとでカウントする。
このケースでは、ユニットAもBも診療患者数は「2~9人」となる。

施設入居者等の在宅患者訪問診療等の算定例 ②

- 強化型以外の在宅療養支援診療所
- サービス付き高齢者向け住宅入居者(30名)
- 25名は月2回、5名は月1回の訪問診療(いずれも同一日複数名の訪問診療)を実施
- 入居者全員に施設入居時等医学総合管理料(院外処方あり)を算定

(訪1-イ,訪1-ロ):在宅患者訪問診療料 I (施管):施設入居時等医学総合管理料

月	火	水	木	金	土	日
1	2	3	4	5	6	7
			30名全員を診療 (訪1-ロ)213点×30名 (施管)680点×5名			
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
			25名を診療 (訪1-ロ)213点×25名 (施管)1000点×25名			
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

サ高住の場合は、施設全体の単一建物診療患者数をカウントする。
月1回の訪問診療でも、施設入居時等医学総合管理料が算定できる。
このケースでは、単一建物診療患者数は「10人以上」で、訪問診療の回数に応じた点数を算定する。

在医総管と出来高の算定点数比較(一例)

- 後期高齢者、一般(1割負担)の患者、脳梗塞後遺症、高血圧症(重症患者ではない)
- 在宅療養支援診療所の届出(強化型以外)、院外処方
- 自宅療養、24時間対応体制の文書提供、月2回訪問診療(同一日1患者)を実施

出来高算定の場合(一例)				在宅時医学総合管理料		
訪問回数	算定項目	点数	患者負担	算定項目	点数	患者負担
月の1回目	・訪問診療料Ⅰ(同一建物以外)	888点		・訪問診療料Ⅰ(同一建物以外)	888点	
	・特定疾患療養管理料	225点				
	・処方箋料(6種類以下)	68点				
	・特定疾患処方管理加算Ⅰ	18点				
	小計	1199点	1200円	小計	888点	890円
月の2回目	・訪問診療料Ⅰ(同一建物以外)	888点		・訪問診療料Ⅰ(同一建物以外)	888点	
	・特定疾患療養管理料	225点		・在医総管(単一建物1人)	3700点	
	・処方箋料(6種類以下)	68点				
	・特定疾患処方管理加算Ⅰ	18点				
	小計	1199点	1200円	小計	4588点	4590円
合計		2398点	2400円		5476点	5480円

【介護保険で請求可能なサービス費】(利用者一部負担割合は1割の場合)

・医師による居宅療養管理指導費(Ⅰ) 単一建物1人 514単位×2回=1028単位	1028円	・医師による居宅療養管理指導費(Ⅱ) 単一建物1人 298単位×2回=596単位	596円
--	-------	---	------

○医療保険と介護保険の請求合計金額と患者負担額

34260円	3428円	60720円	6076円
--------	-------	--------	-------

施設総管と出来高の算定点数比較(一例)

- 後期高齢者、一般(1割負担)の患者、脳梗塞後遺症、高血圧症(重症患者ではない)
- 在宅療養支援診療所の届出(強化型以外)、院外処方
- 診療患者は5人、月2回訪問診療、毎回複数の患者に訪問診療を実施、併設施設以外

訪問回数	出来高算定の場合(一例)			施設入居時等医学総合管理料		
	算定項目	点数	患者負担	算定項目	点数	患者負担
月の1回目	・訪問診療料Ⅰ(同一建物) ・特定疾患療養管理料 ・処方箋料 ・特定疾患処方管理加算Ⅰ	213点 225点 68点 18点		・訪問診療料Ⅰ(同一建物)	213点	
	小計	524点	520円	小計	213点	210円
月の2回目	・訪問診療料Ⅰ(同一建物) ・特定疾患療養管理料 ・処方箋料 ・特定疾患処方管理加算Ⅰ	213点 225点 68点 18点		・訪問診療料Ⅰ(同一建物) ・施設総管(単一建物5人)	213点 1400点	
	小計	524点	520円	小計	1613点	1610円
合計		1048点	1040円		1826点	1820円

【介護保険で請求可能なサービス費】(利用者一部負担割合は1割の場合)

・医師による居宅療養管理指導費(Ⅰ) 単一建物5人 486単位×2回=972単位	972円	・医師による居宅療養管理指導費(Ⅱ) 単一建物5人 286単位×2回=572単位	572円
---	------	---	------

○医療保険と介護保険の請求合計金額と患者負担額

20200円	2012円	23980円	2392円
--------	-------	--------	-------

【要届出】 C003 在宅がん医療総合診療料(在医総)

届出医療機関		処方	1日当り点数	加算・点数算定の考え方
ア 機能強化型 在支診・在支病	病床あり	院外	1,800点	①死亡診断加算※1 ②在宅緩和ケア充実診療所・病院加算(アのみ) ③在宅療養実績加算1・2(イのみ) ④小児加算※2 ⑤在宅データ提出加算 点数は1週間単位で算定 「ア」の病床あり、院外処方の場合 ⇒1,800点×7日=12,600点 の請求
		院内	2,000点	
	病床なし	院外	1,650点	
		院内	1,850点	
イ 強化型以外 在支診・在支病	実績加算 届出なし	院外	1,495点	
		院内	1,685点	

※1 在宅ターミナルケア加算、看取り加算を算定する場合は算定不可

※2 15歳未満の小児(小児慢性特定疾病患者は20歳未満)に総合的な医療を提供した場合に算定

届出	・在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院のみ届出可能
対象患者	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅で療養を行う通院困難な末期の悪性腫瘍患者 ・医師または看護師の配置義務がある施設の入所者は対象外
主な算定要件	<ul style="list-style-type: none"> ・週1回以上の訪問診療 ・週1回以上の訪問看護 (連携する訪問看護ステーションの行う訪問看護の回数も数えることができる) ・訪問診療と訪問看護が合計で週4日以上 (同一日に行われた訪問診療と訪問看護は1日とみなす)
出来高算定できる項目	<ul style="list-style-type: none"> ・週3日以上訪問診療を行った場合で、訪問診療をしない日の緊急往診等の場合の往診料(週2回まで・緊急、夜間・休日、深夜の各加算も算定可) ・在医総の算定される前日までに算定された検体検査判断料等 ・訪問診療料の在宅ターミナルケア加算、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算、酸素療法加算、看取り加算

【要届出】 C003 在宅がん医療総合診療料(在医総)

届出医療機関		処方	1日当り点数	加算・点数算定の考え方
ア 機能強化型 在支診・在支病	病床あり	院外	1,800点	①死亡診断加算※1 ②在宅緩和ケア充実診療所・病院加算(アのみ) ③在宅療養実績加算1・2(イのみ) ④小児加算※2 ⑤在宅データ提出加算 点数は1週間単位で算定 「ア」の病床あり、院外処方の場合 ⇒1,800点×7日=12,600点 の請求
		院内	2,000点	
	病床なし	院外	1,650点	
		院内	1,850点	
イ 強化型以外 在支診・在支病	実績加算 届出なし	院外	1,495点	
		院内	1,685点	

※1 在宅ターミナルケア加算、看取り加算を算定する場合は算定不可

※2 15歳未満の小児(小児慢性特定疾病患者は20歳未満)に総合的な医療を提供した場合に算定

在宅がん医療総合診療料 (新設) 小児加算(週に1回に限る) 1,000点

15歳未満の小児(小児慢性特定疾病患者は20歳未満)に総合的な医療を提供した場合に算定

対象患者	・医師または看護師の配置義務がある施設の入所者は対象外
主な算定要件	・週1回以上の訪問診療 ・週1回以上の訪問看護 (連携する訪問看護ステーションの行う訪問看護の回数も数えることができる) ・訪問診療と訪問看護が合計で週4日以上 (同一日に行われた訪問診療と訪問看護は1日とみなす)
出来高算定できる項目	・週3日以上以上の訪問診療を行った場合で、訪問診療をしない日の緊急往診等の場合の往診料(週2回まで・緊急、夜間・休日、深夜の各加算も算定可) ・在医総の算定される前日までに算定された検体検査判断料等 ・訪問診療料の在宅ターミナルケア加算、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算、酸素療法加算、看取り加算

在宅がん医療総合診療料の算定の留意事項等

- ①機能強化型在宅療養支援診療所の「病床を有する場合」、「病床を有しない場合」については、在宅療養支援診療所等の施設基準の規定による。
- ②在宅がん医療総合診療料は、在宅療養支援診療所等が、在宅での療養を行っている通院が困難な末期の悪性腫瘍の患者であって、往診及び訪問看護により24時間対応できる体制を確保し、連絡担当者の氏名、連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項等並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等について、文書により提供しているものに対して、計画的な医学管理の下に、次に掲げる基準のいずれにも該当する総合的な医療を提供した場合に、1週間(日曜日から土曜日までの暦週)を単位として下記基準を全て満たした日に算定する。
 - a. 訪問診療の回数が週1回以上であること。
 - b. 訪問看護の回数が週1回以上であること。
 - c. 当該患者に対し、訪問診療又は訪問看護を行う日が合わせて週4日以上であること。
(同一日において訪問診療及び訪問看護を行った場合であっても1日とする。)
- ③1週間のうちに全ての要件を満たさなかった場合、1週間のうちに在宅医療と入院医療が混在した場合には算定できない。ただし、現に在宅がん医療総合診療料を算定している患者が、当該在宅療養支援診療所等に一時的に入院する場合は、引き続き計画的な医学管理の下に在宅における療養を継続しているものとみなし、当該入院の日も含めた1週間について要件を満たす場合には、算定できるものとする。ただし、この場合には、入院医療に係る費用は別に算定できない。
- ④在宅療養支援診療所等と連携医療機関等、又は訪問看護ステーションが共同で訪問看護を行い、又は緊急時の往診体制をとっている場合は、当該患者の訪問看護、往診に係る費用は、在宅がん医療総合診療料を算定する在宅療養支援診療所等の保険医の属する医療機関において一括して算定する。
- ⑤在宅療養支援診療所等が、当該患者に対して診療を行おうとする場合には、当該患者等に対し照会等を行うことにより、他の医療機関における在宅がん医療総合診療料の算定の有無を確認すること。

在宅がん医療総合診療料の算定の可否の考え方

診 訪問診療

看 訪問看護

【算定要件】

1週間(暦週:日曜～土曜)に
全ての条件を満たすこと

a. 医師の訪問診療回数	1回以上
b. 訪問看護の回数	1回以上
c. 訪問診療と訪問看護の合計日数	4日以上

曜 例	← 暦週 →							回数			算定 可否	算定点数 (強化型以外・実績加算な し・院外処方)
	日	月	火	水	木	金	土	a	b	c		
①		看		看		診	看	1	3	4	○	1,495点×7日=10,465点
②		診	診		看	診		3	1	4	○	1,495点×7日=10,465点
③	診	看	診	看	診	緊急 往診	緊急 往診	3 緊急往診 2回	2	7	○	1,495点×7日=10,465点 +((720点+650点)×2) =13,205点
④	診	診		診		診		4	0	4	×	要件を満たさない ため算定不可。他 の点数を算定する。
⑤		診		診			診 看	3	1	3	×	
⑥		診	看 看		看 看			1	4	3	×	

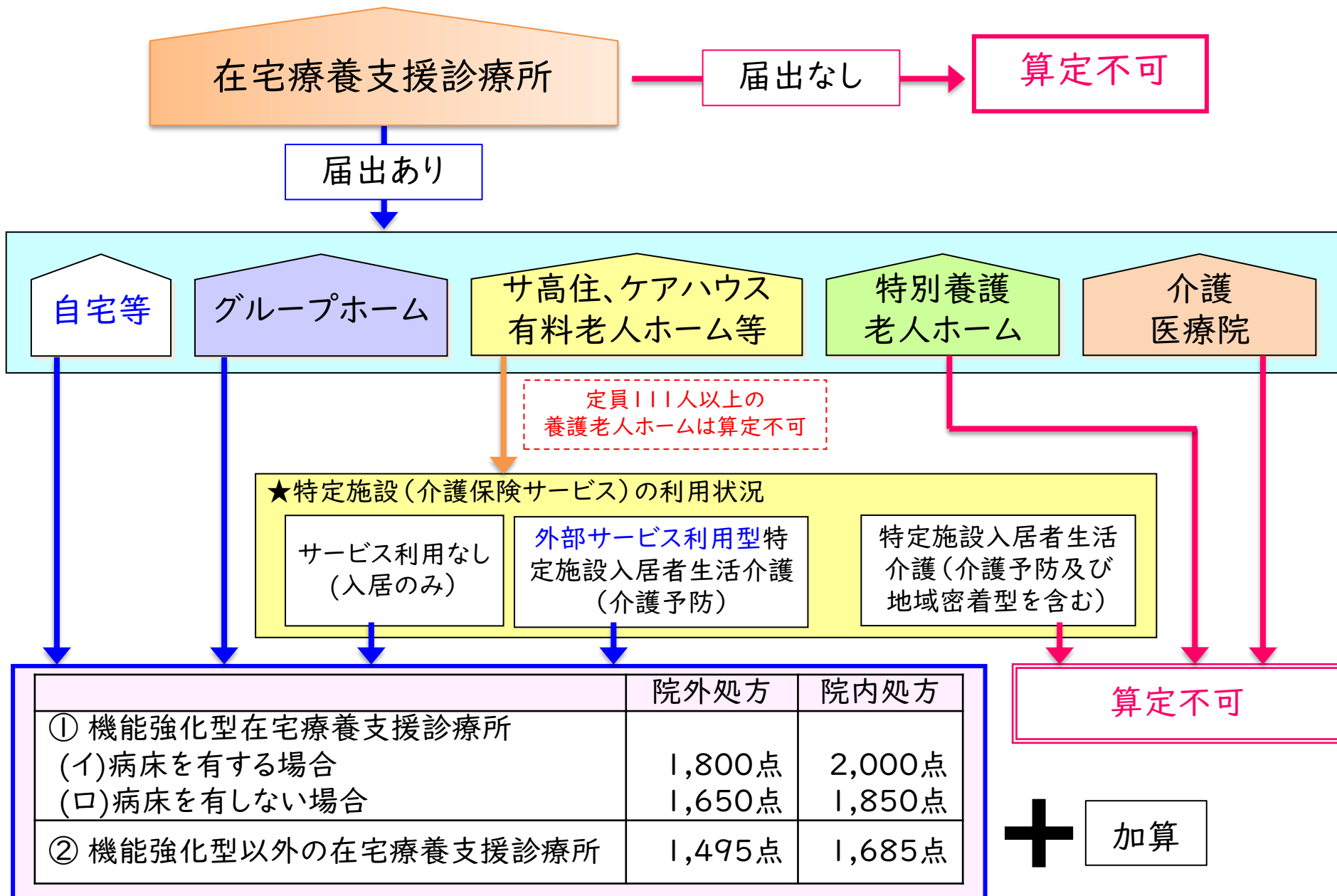
出来高、在医総管、在医総の算定点数比較(一例)

- 在宅で療養を行う通院困難な末期の悪性腫瘍患者(重症患者)。内服薬投薬あり
- 機能強化型以外の在宅療養支援診療所が、訪問診療と訪問看護(看護師によるもの)を、それぞれ週2回実施したケース

	日	月	火	水	木	金	土	合計点数 (院外処方)
		訪問診療		訪問看護	訪問診療		訪問看護	
出来高		訪問診療料 I-1-1 888点 特定疾患療養管理料 225点 診療情報提供料 I 250点 処方箋料 68点 特定疾患 処方管理加算 I 18点		訪問看護 580点	訪問診療料 I-1-1 888点 特定疾患療養管理料 225点		訪問看護 580点	※
小計		1,449点		580点	1,113点		580点	3,722点
在医総管		訪問診療料 I-1-1 888点 診療情報提供料 I 250点		訪問看護 580点	訪問診療料 I-1-1 888点 在医総管(単一建物1人) (重症患者) 4,600点		訪問看護 580点	※
小計		1,138点		580点	5,488点		580点	7,786点
在医総	1,495点×7日 (週単位の算定)							10,465点

※在医総管、在医総は、それぞれ包括項目が設けられていますが、包括範囲が異なります。ここでは、投薬、注射、検査等の有無や薬剤の金額等を考慮していません。

患者の居宅の形態別「在宅がん医療総合診療料」算定の可否



【要届出】 在宅データ提出加算 2023年10月～

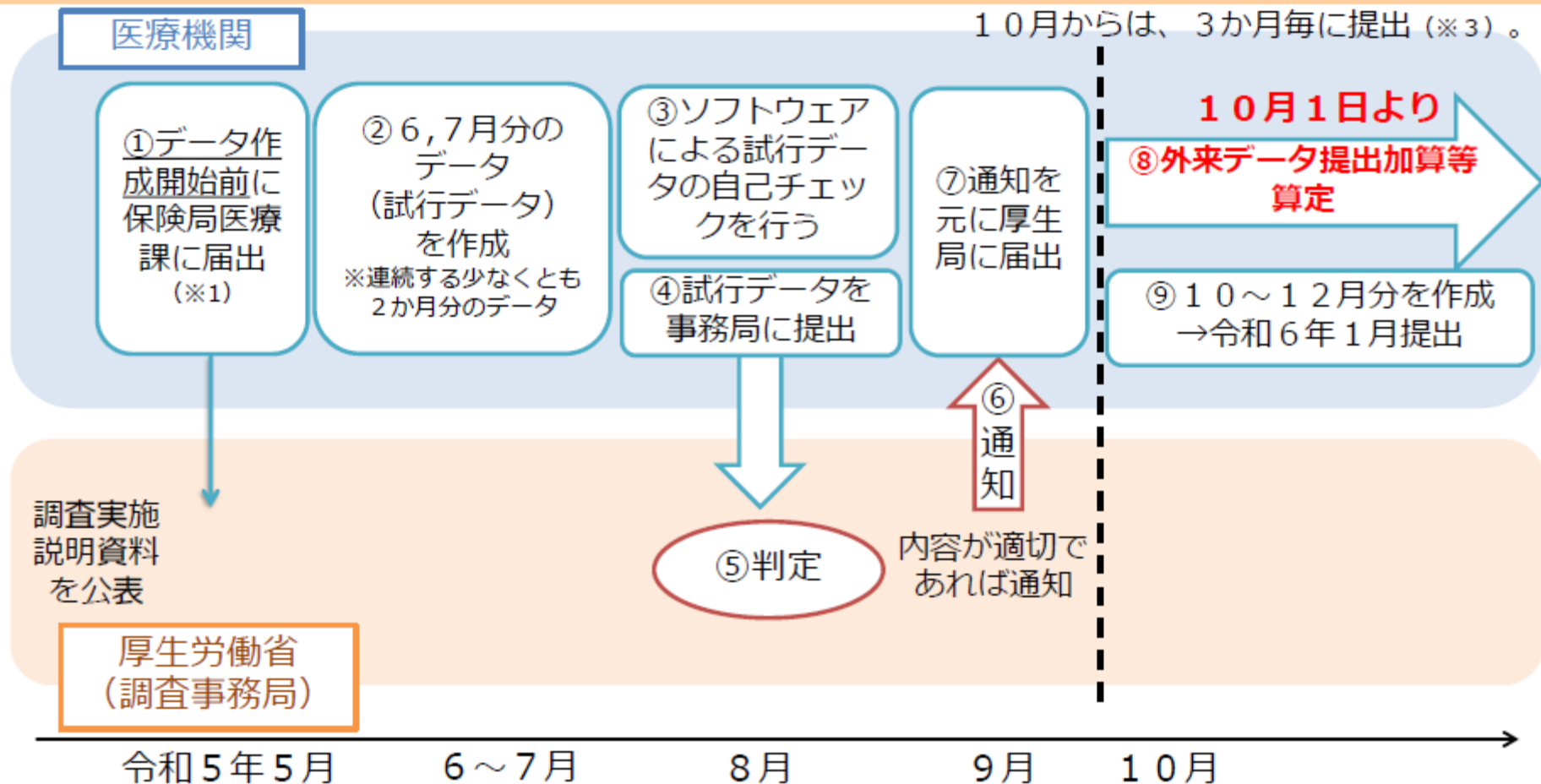
点数	在宅データ提出加算 50点	
項目	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅時医学総合管理料(月1回) ・施設入居時等医学総合管理料(月1回) ・在宅がん医療総合診療料(月1回) 	
算定要件	<ul style="list-style-type: none"> ・診療報酬の請求状況、診療内容に関するデータを正確に作成し、継続して厚生労働省に提出 ・データ未提出、遅延等の場合、当該月の翌々月以降、算定不可。再度、データ提出の実績が認められた場合は、翌々月以降に算定可 <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; padding: 5px; width: 30%;">未提出等にはデータが空の媒体が提出された場合も含む</div> <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; padding: 5px; width: 30%;">年度内に3回未提出が累積すると辞退届</div> </div>	
データ内容	在宅患者に係る診療内容	
	データ作成・提出は3か月単位(データは1月目の初日から3月目の末日までを含むもの)	
主な施設基準等	<ul style="list-style-type: none"> ・データ提出加算(入院料の加算)の届出を行っていない医療機関 ・患者の診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するための必要な体制 ・データ提出の実績が認められた保険医療機関(データの提出が厚生労働省保険局医療課にて確認され、その旨をメール連絡された保険医療機関) 	

届出締め切りは年4回(5月、8月、11月、2月)

登録後にテストをしてからなど、開始準備が必要

2022年3月4日 厚労省説明会資料より

外来医療等のデータ提出を始める医療機関のスケジュール（イメージ）



※1 5/20までに厚生局を経由して届出（施設の状況により若干時期が異なる）

※2 自己チェック用のソフトは厚生労働省が追って作成・配付。医療機関側で提出前にチェックを実施（必須）。

※3 提出データについては、より詳細な点検を厚生労働省（調査事務局）にて実施し、データの追加提出を求める場合がある。

開始手続きの締め切りは年4回。最初は23年5月20日

[施設基準]

- 厚生労働省が毎年実施する「外来医療、在宅医療、リハビリテーション医療の影響評価に係る調査（外来医療等調査）」に適切に参加できる体制がある
 - ⇒厚生労働省保険局医療課、厚生労働省が一部事務を委託する外来医療等調査事務局（外来医療等調査事務局）と電子メール・電話での連絡可能な担当者を必ず1名指定
- 外来医療等調査に適切に参加し、調査に準拠したデータを提出する
- 診療記録（過去5年間の診療録及び過去3年間の手術記録、看護記録等）
 - ⇒全てが保管・管理されている（厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した体制であることが望ましい）
 - ⇒診療記録の保管・管理のための規定が明文化されている
 - ⇒保管・管理された診療記録が疾病別に検索・抽出できる
- 患者についての疾病統計には、I C D大分類程度以上の疾病分類がされている

[データ提出に関する留意事項]

- データの提出を希望する保険医療機関は下記までに厚生局へ届出
2023年5月20日、8月22日、11月21日、2024年2月20日まで
- 届出を行った保険医療機関は、当該届出の期限となっている月の翌月から2月分の試行データを厚生労働省が提供するチェックプログラムにより作成し、外来医療、在宅医療、リハビリテーション医療の影響評価に係る調査実施説明資料（調査実施説明資料）に定められた方法に従って厚生労働省保険局医療課が別途通知する期日までに外来医療等調査事務局へ提出する
- 試行データが適切に提出されていた場合は、データ提出の実績が認められた保険医療機関として、厚生労働省保険局医療課より事務連絡を担当者宛てに電子メールにて発出する。当該連絡のあった保険医療機関は、この連絡以後、外来データ提出加算の届出を行うことが可能となる
- 各調査年度において累積して3回のデータ提出の遅延等が認められた場合は、適切なデータ提出が継続的に行われていないことから、3回目の遅延等が認められた日の属する月に速やかに変更の届出を行うこととし、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月からは算定できない
- データ提出を取りやめる場合、基準を満たさなくなった場合、年度内に累積して3回のデータ提出の遅延等が認められた場合は、辞退届を提出する

例) 2023年7月に届出の場合
2023年8月22日の期限に合わせた届出のため、データは
2023年9月、10月分

在宅移行を評価した外来在宅共同指導料

- 外来患者の在宅移行に当たり、外来医療担当医と在宅医療担当医が共同して指導等を実施し、患者等に文書により情報提供等をした場合に、それぞれの医療機関で算定



共同指導は外来で継続的に診療する保険医療機関と在宅療養を担う保険医療機関等の関係者全員が、患家において実施することが原則

対象患者

継続して4回以上外来受診している患者であって、在宅での療養を行う患者。他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム又はサービス付き高齢者向け住宅その他施設等に入院・入所する患者については対象外

外来在宅共同指導料1 400点（在宅担当医が算定）

在宅療養を担う保険医療機関の保険医が、患者の同意を得て、患家等を訪問して、在宅での療養上必要な説明及び指導を、外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関の保険医と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、患者1人につき1回に限り算定
ビデオ通話等で共同指導の場合でも算定可。ただし、在宅担当医は患家に赴いて共同指導することが必要



外来在宅共同指導料2 600点（外来担当医が算定）

外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関で、患者1人につき1回に限り算定
ビデオ通話等で共同指導の場合でも算定可
指導料2を算定する場合は、初診料、再診料、外来診療料、往診料、在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、在宅患者訪問診療料（Ⅱ）は別に算定できない



- ・在宅担当医療機関と外来担当医療機関が特別の関係にある場合は算定できない
- ・レセプトの摘要欄に、共同指導を行った者の属する保険医療機関の名称及び年月日を記載

参考資料

(介護保険)医師による居宅療養管理指導費

(1単位10円)

	単一建物居住者数		
	1人	2-9人	10人以上
居宅療養管理指導費(Ⅰ)	514単位	486単位	445単位
居宅療養管理指導費(Ⅱ)	298単位	286単位	259単位

- ・居宅療養管理指導費(Ⅰ)は、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を算定しない利用者、居宅療養管理指導費(Ⅱ)は、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を算定する利用者に算定
- ・計画的かつ継続的な医学管理に基づき、介護支援専門員(ケアマネジャー)に対する居宅サービス計画の策定等に必要の情報提供(必須)並び利用者又はその家族等に対する居宅サービスを利用する上での留意点、介護方法等についての指導及び助言を行った場合に算定
- ・1か月に2回まで算定可
- ・1人の利用者につき、1人の医師(主治の医師)のみ算定可
- ・単一建物居住者の考え方は、医療保険の在宅時医学総合管理料等と同様であるが、単一建物居住者数の区分は当月管理する予定の利用者数で判定

<介護保険サービス事業者として>

- 重要事項(運営規定の概要等)やサービス事業者としての掲示が必要
- サービス開始にあたっては、文書による利用者への重要事項の説明及び同意、契約書の締結などが必要

在宅療養支援診療所関連の厚労省疑義解釈 ①

(問) 複数の診療所と連携して機能を強化した在宅療養支援診療所となる場合、当該診療所が複数のグループに属することは可能か。 (H24.3.30)

(答) 可能である。

(問) 機能を強化した在宅療養支援診療所について、複数のグループに属する診療所の場合、往診、看取りの実績要件の計上はどうなるのか。 (H24.3.30一部修正)

(答) 当該診療所が複数の連携グループに属することは差し支えないが、その場合、実績要件は重複して計上することはできない。

(例) 過去1年間の緊急の往診実績4件、看取り実績2件を有するA診療所が、BグループとCグループの2つのグループに属する場合、往診実績4件、看取り実績2件をBグループにおける実績として計上した場合、Cグループにおいて計上できる実績は、往診0件、看取り0件である。

(問) 在宅療養支援診療所・病院の過去1年間の実績要件とは、年度単位での実績か。 (H24.3.30)

(答) 年度単位ではなく、直近1年間の暦月単位での実績である。

(例) 24年6月に届出を行う場合は、23年6月～24年5月までの1年間の実績。なお、実績に係る届出については、年に1回でよいが、施設基準を満たさなくなった場合は、直ちに届出を行うこと。

(問) 別添2様式11「在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出書添付書類」、様式11の2「在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出書添付書類」及び様式11の4「在宅支援連携体制に係る報告書」について、他の医療機関と連携して、在宅支援連携体制を構築する場合、連携する全ての保険医療機関が届出を行う必要があるのか。 (H24.4.20)

(答) 当該連携に係る届出については、一つの保険医療機関がとりまとめて届出を行うことで差し支えない。

在宅療養支援診療所関連の厚労省疑義解釈 ②

(問)在宅療養支援診療所の届出について、連携して対応する場合、当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関間において、診療を行う患者の診療情報の共有を図るため、月1回以上の定期的なカンファレンスを実施することとされているが、定期的なカンファレンスは、テレビ会議システムでのカンファレンスでも可能か。

(H24.4.20)

(答)原則として、対面によるカンファレンスを行う。

(問)複数の医療機関で、地域における在宅療養の支援に係る連携体制を構築し、在宅療養支援診療所となる場合、連携する医療機関間の距離に係る要件はあるのか。

(H24.4.20)

(答)他の医療機関との連携により、緊急時の対応及び24時間往診できる体制等確保できる範囲であれば連携を行うことが可能であり、具体的な距離の要件はない。例えば、近接に医療機関が少ない地域等においては、地域の実態にあわせた連携を行うことが可能である。

(問)複数の医療機関が連携して機能を強化した在宅療養支援診療所、病院として届出を行う場合、在宅支援連携体制を構築する保険医療機関間で一元化した24時間直接連絡がとれる連絡先電話番号等を患家に提供する必要があるが、当該電話番号等以外の番号を用いて患家と連絡してはならないのか。

(H24.4.20)

(答)24時間連絡が取れる連絡先として患家に提供した電話番号等は在宅支援連携体制を構築する各保険医療機関と24時間直接連絡が取れる必要があるが、その他の連絡手段に制限を求めものではない。

(問)同一患者に対して複数の保険医療機関が在宅療養支援診療所になることはできるのか。

(H18.4.28)

(答)できない。

在宅療養支援診療所関連の厚労省疑義解釈 ③

(問)複数の医療機関で地域における在宅療養の支援に係る連携体制を構築し、在宅療養支援診療所となる場合、患家に提供する在宅支援連携体制を構築する保険医療機関間で一元化した24時間直接連絡がとれる連絡先電話番号等は一でなければならないか。(H24.4.27)

(答)原則として患家に提供する24時間直接連絡がとれる連絡先電話番号等は一とする。ただし、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者を明示したうえで、患家はその他の担当者に連絡した場合であっても留守番電話等により担当者の案内を行うなど、対応に配慮を行うことで、切れ目なく24時間直接連絡が取れる体制を確保している場合に限り、複数の連絡先を提供しても差し支えない。

(問)複数の医療機関で地域における在宅療養の支援に係る連携体制を構築し、在宅療養支援診療所となる場合、患家に提供する在宅支援連携体制を構築する保険医療機関間で一元化した24時間直接連絡がとれる連絡先について、切れ目なく24時間直接連絡が取れる体制を確保している場合は、外部委託のコールセンターを一元化した連絡先として対応することは可能か。(H24.7.3)

(答)患者等から電話連絡があった場合に、外部委託のコールセンターが相談を受ける体制は認められない。ただし、コールセンターから担当者に転送するなどの対応を行い、切れ目なく24時間直接医療機関の担当者と連絡が取れる体制を確保している場合に限り、外部委託のコールセンターを一元化した連絡先として差し支えない。

(問)往診料の加算等の適用において、「病床を有する場合」とは、施設基準通知において、「1の(1)のオに規定する有床診療所、1の(2)のオに規定する当該診療所又は在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関において緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保している場合」とあるが、確保する病床は何らかの入院料(入院基本料、特定入院料)の届出を行っている必要があるか。(H26.10.10)

(答)そのとおり。

在宅患者訪問診療料関連の厚労省疑義解釈 ①

(問) 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「2」等を算定する患者に対し、往診料を算定することは可能か。
(H30.3.30)

(答) 可能。

(問) 在宅患者訪問診療料の「2」について、「当該患者の同意を得て、計画的な医学管理のもと、主治医として定期的に訪問診療を行っている保険医が属する保険医療機関」とは具体的にどのような医療機関をいうのか。
(H30.3.30)

(答) 患者の同意を得て在宅時医学総合管理料、在宅がん患者総合診療料等を算定している保険医療機関又は在医総管等を算定していなくとも療養計画に基づき主治医として定期的に訪問診療を行っている医療機関であって当該患者の同意を得ている保険医療機関をいう。

(問) 在宅患者訪問診療料の「2」について、他の保険医療機関による求めには、電話等、文書以外のものを含むか。
(H30.3.30)

(答) 含む。

(問) 在宅患者訪問診療料の「2」について、同一診療科を標榜する保険医療機関の求めを受けて訪問診療を行った場合でも算定可能か。
(H30.3.30)

(答) 主治医として定期的に訪問診療を行っている医師の求めに応じて行った場合は、算定可能。

(問) 在宅患者訪問診療料の「2」について、当該患者に対し「当該患者の同意を得て、計画的な医学管理のもと、主治医として定期的に訪問診療を行っている保険医が属する保険医療機関」が行う訪問診療に同行し、主治医の求めに応じた異なる保険医療機関の医師が訪問診療を行った場合に、算定可能か。
(H30.3.30)

(答) 算定不可。立合診察となるため、往診料を算定できる。

在宅患者訪問診療料関連の厚労省疑義解釈 ②

(問) 区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)について、どのようなケースが有料老人ホーム等と同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する保険医療機関に該当するか。(H30.3.30)

(答) 有料老人ホーム等に併設する保険医療機関の医師が当該施設に入所している患者に訪問診療を行う場合は、時間的・空間的に近接していることから、通常の訪問診療と異なる評価として在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を設定したものである。このため、医師の所属する医療機関から患者が入所する施設等に短時間で直接訪問できる状況にあるものが、在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の算定対象となる。

例えば、医療機関と同一建物内に当該施設がある場合やわたり廊下等で連結されている場合が該当する。なお、当該医療機関の所有する敷地内であっても、幹線道路や河川などのため迂回しなければならないものは該当しない。

(問) 患者の入居する有料老人ホーム等に併設される医療機関が行った訪問診療の評価として区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)が新設され、併設される医療機関とは「有料老人ホーム等と同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する保険医療機関」とされているが、同一敷地内であるが、医療機関と有料老人ホーム等が別法人である場合は併設される医療機関に該当するか。(H30.3.30)

(答) 該当する。

参考

「在宅療養支援診療所」等の届出に必要な書類様式

届出書類様式	機能強化型		機能強化型 以外
	単独型	連携型	
①特掲診療料の施設基準に係る届出書(別添2)	○	○	○
②在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出書 添付書類(別添2の様式11)	○	○	○
在宅療養支援診療所に係る報告書(新規・7月報告) (別添2の様式11の3)	○	○	
在宅支援連携体制に係る報告書(新規・7月報告) (別添2の様式11の4)		○	

届出書類様式	在宅緩和ケア充実 診療所・病院加算	在宅療養 実績加算
①特掲診療料の施設基準に係る届出書(別添2)	○	○
②在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出書 添付書類(別添2の様式11)	○	○
在宅療養支援診療所に係る報告書(新規・7月報告) (別添2の様式11の3)	○	
③在宅療養実績加算に係る報告書(新規・7月報告) (別添2の様式11の5)		○

届出チェック表(届出書への添付は不要)

(参考)

※ 本様式は保険医療機関が届出に当たり確認に用いるための参考様式であって、届出書に添付する必要はない。

- 1 「区分」欄ごとに、「今回届出」欄、「既届出」欄又は「算定しない」欄のいずれかにチェックする。
- 2 「今回届出」欄にチェックをした場合は、「様式」欄に示す様式を添付する。
- 3 「既届出」欄にチェックをした場合は、届出年月を記載する。
- 4 届出保険医療機関において「区分」欄に掲げる診療報酬を算定しない場合は、「算定しない」欄をチェックする。

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式 (別添 2)
1の2	ウイルス疾患指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	1, 4
3	喘息治療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	3
4	糖尿病合併症管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5
4の2	がん性疼痛緩和指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の2
4の3	がん患者指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の3
8	開放型病院共同指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	9, 10
9	在宅療養支援診療所	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	11, 11の3, 11の4, 11の5
11	ハイリスク妊産婦共同管理料 (I)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13
11の2	がん治療連携計画策定料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13の2, 13の3

①特掲診療料の施設基準に係る届出書(別添2)

別添2

特掲診療料の施設基準に係る届出書

記載しない

必要事項を記載

機能強化型以外の在宅療養支援診療所

記入

必要事項を記載

保険医療機関コード 又は保険薬局コード		届出番号	(支線診療) 第	号
連絡先 担当者氏名: 電話番号: 				
(届出事項) [別添1の「第9」の1の(3)に規定する在宅療養支援診療所] の施設基準に係る届出				
<input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出(法令の規定に基づくものに限る。)を行ったことがないこと。 <input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において療養規則及び薬師規則並びに施設基準に基づき厚生労働大臣が定める指示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。 <input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において、健康保険法第76条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第12条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。 <input type="checkbox"/> 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。 標記について、上記基準のすべてに適合しているため、別添の様式を添えて届出します。				
令和 年 月 日				
保険医療機関の所在地及び名称 開設者名 ○○厚生局長				

備考1 [] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。
 2 □には、適合する場合「レ」を記入すること。
 3 届出書は、1通提出のこと。

参考 ②在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出書添付書類 (別添2の様式11)

9 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算に係る届出		
(1) 届出の有無		
① 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 (有・無)		
② 在宅療養実績加算1 (有・無)		
③ 在宅療養実績加算2 (有・無)		
(2) 緩和ケアに係る研修を受けた医師 氏名 ()		
(3) 緩和ケア病棟又は在宅での1年間の看取り実績が10件以上の保険医療機関において、3か月以上の勤務歴がある医師		
① 氏名 ()		
② 勤務を行った保険医療機関名 ()		
③ 勤務を行った期間(年 月 日～ 年 月 日)		
(4) 過去に、患者が自ら注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を5件以上実施した経験のある常勤の医師 氏名 ()		
(5) 直近1年間に、自ら注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を実施した患者数		
(算出に係る期間: 年 月 日～ 年 月 日)		名
(6) 直近1年間にオピオイド系鎮痛薬を投与した患者数		名
10 直近1月間において往診又は訪問診療を実施した患者の割合 (算出に係る期間: XX年XX月XX日～ XX年XX月XX日)		
(1) 初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者数	XXXX	名
(2) 往診又は訪問診療を実施した患者数	XX	名
(3) 往診又は訪問診療を実施した患者の割合 (2) / (1)	X.X	%
11 適切な意思決定支援に関する指針を定めていること <input checked="" type="checkbox"/> 該当		
12 主として往診又は訪問診療を実施する診療所に係る状況		
(1) 直近1年間に、訪問診療を開始した患者の紹介(文書によるものに限る。)を受けた保険医療機関 (算出に係る期間: 年 月 日～ 年 月 日)		
保険医療機関の名称	患者の紹介を行った医師	患者の紹介を受けた日付
①		
②		
③		
④		
⑤		
(2) 直近1月間の診療実績 (算出に係る期間: 年 月 日～ 年 月 日)		
① 在宅時医学総合管理料を算定した患者数		名
② 施設入居時等医学総合管理料を算定した患者数		名
③ ①及び②のうち、要介護3又は別表第八の二に規定する別に厚生労働大臣が定める状態に該当する患者数		名

④ 施設入居時等医学総合管理料を算定した患者の割合 ② / (①+②)	%
⑤ 要介護3又は別表第八の二に規定する別に厚生労働大臣が定める状態に該当する患者の割合 ③ / (①+②)	%

【記載上の注意】

- 「3」は、「第9」の1の(2)に規定する在宅支援連携体制を構築する在宅療養支援診療所が記載すること。
- 「第9」の1の(2)に規定する在宅療養支援診療所は、当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関で一元化した連絡先を、「4の連絡先」に記載すること。
- 24時間の直接連絡を受ける体制、24時間往診が可能な体制及び24時間訪問看護が可能な体制について、患者に対して交付する文書を添付すること。
- 当該届出を行う場合には、「在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料(様式19)」及び「在宅がん医療総合診療料(様式20)」の届出が行われているかについて留意すること。
- 「9」については、届出に当たって必要な事項を記載すること。また、在宅療養実績加算に係る届出を行う場合については、「在宅療養実績加算に係る報告書」(様式11の5)を添付すること。
- 「9」の(2)に係る医師については、緩和ケアに係る研修を修了していることが確認できる文書(当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可)を添付すること。
- 「10」の(3)に規定する往診又は訪問診療を実施した患者の割合が95%以上の医療機関は、「12」を記入し、併せて「在宅療養支援診療所にかかる報告書(様式11の3)」を添付すること。

患者に対して交付する文書の添付が必要
文書例は次ページを参照

24時間の直接連絡を受ける体制、24時間往診が可能な体制及び 24時間訪問看護が可能な体制についての患家への交付文書(例)

緊急時の連絡方法のお知らせ

〇〇年〇〇月〇〇日

様

病状が急に悪化するなど緊急を要する場合は、いつでも下記の連絡先にご遠慮なくご連絡ください。
24時間対応させていただきます。

- ① 診察券に記載している診療時間内 (電話番号) ××××××××××
(担当者) 院長又は〇〇〇〇看護師
- ② 時間外等、上記連絡先に連絡が取れない場合 (携帯電話) ××××××××××
(担当者) 院長又は〇〇〇〇看護師
- ①及び②で連絡が取れない場合は、下記の連携施設に直接ご連絡お願い致します。

下記の訪問看護ステーションと24時間訪問看護が可能な体制として連携しております。

- ③ □□□□訪問看護ステーション (電話番号) ××××××××××
(担当者) 看護師 〇〇〇〇様
(住所) 〇〇市〇〇町〇〇番〇〇号

下記の病院と24時間緊急時の入院受入可能な体制として連携しております。

- ④ 医療法人〇〇会 〇〇〇〇病院 (電話番号) ××××××××××
(担当者) 看護師 〇〇〇〇様
(住所) 〇〇市〇〇町〇〇番〇〇号

〇〇〇クリニック 院長 〇〇〇〇
(電話) ××××××××××
(住所) 〇〇市〇〇町〇〇番〇〇号

在宅療養支援診療所・病院に係る報告書(新規・7月報告)

(様式11の3)

様式11の3
〔在宅療養支援診療所
在宅療養支援病院〕に係る報告書(新規・7月報告)
※該当するものを○で囲むこと

I. 直近1年間に在宅療養を担当した患者について

1. 平均診療期間	()ヶ月
2. 合計診療患者数	()名
【再掲】死亡患者数	^{①+②+③+④} ()名
(1)うち医療機関以外の死亡者数	^{①+②} ()名
ア. うち自宅での死亡者数	^① ()名
イ. うち自宅以外での死亡者数	^② ()名
(2)うち医療機関での死亡者数	^{③+④} ()名
ア. うち連携医療機関での死亡者数	^③ ()名
イ. うち連携医療機関以外での死亡者数	^④ ()名
超重症児又は承認重症児の患者数 <small>(1)歳未満であって、3回以上定期的な訪問診療を実施し、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を算定したものに属する。)</small>	()名

II. 直近1年間の訪問診療等の実施回数について

訪問診療等の合計回数	(1)往診		(2)訪問診療	(3)訪問看護(緊急を含む)
		【再掲】 うち緊急の往診		
^{①+②+③} ()回	^① ()回	()回	^② ()回	^③ ()回

III. 直近1月間における往診又は訪問診療の状況について

① 初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者数	()名
② 往診又は訪問診療を実施した患者数	()名
③ 往診又は訪問診療を実施した患者の割合(②/①)	()%

(様式11の4)

様式11の4
在宅支援連携体制に係る報告書(新規・7月報告)
※該当するものを○で囲むこと

I. 直近1年間に在宅療養を担当した患者について

1. 平均診療期間	()ヶ月
2. 合計診療患者数	()名
【再掲】死亡患者数	^{①+②+③+④} ()名
(1)うち医療機関以外の死亡者数	^{①+②} ()名
ア. うち自宅での死亡者数	^① ()名
イ. うち自宅以外での死亡者数	^② ()名
(2)うち医療機関での死亡者数	^{③+④} ()名
ア. うち連携医療機関での死亡者数	^③ ()名
イ. うち連携医療機関以外での死亡者数	^④ ()名

II. 直近1年間の訪問診療等の実施回数について

訪問診療等の合計回数	(1)往診		(2)訪問診療	(3)訪問看護(緊急を含む)
		【再掲】 うち緊急の往診		
^{①+②+③} ()回	^① ()回	()回	^② ()回	^③ ()回

III. 在宅支援連携体制について

1. 在宅医療を担当する常勤の医師数	()名
2. 連携する保険医療機関数	()医療機関
3. 直近1年間のカンファレンスの開催状況	()回
4. 地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院若しくは介護保険施設等で実施される他職種連携に係る会議への出席回数(直近1年間)	()回
5. 往診・連絡体制構築のために協力している在宅療養移行加算を算定する診療所	()医療機関

【記載上の注意】

- 当該届出は、在宅支援連携体制を構築する複数の保険医療機関の実績について報告するものである。
- Iの1の「平均診療期間」は、患者1人当たりの在宅医療を開始してからの平均診療期間を月単位で記載すること。
- Iの2(1)の「うち医療機関以外の死亡者数」を記入するに当たり、介護老人保健施設等の入所施設で死亡した患者については、「イ. うち自宅以外での死亡者」欄へ計上すること。
- Iの2(2)の「連携医療機関」とは、事前に緊急時の受入を届出ている医療機関であり、在宅支援連携体制についても含むものである。
- IIの「うち緊急の往診」については、緊急又は夜間・休日若しくは深夜に行った往診を計上すること。

(様式11の5)

様式11の5
在宅療養実績加算に係る報告書(新規・7月報告)
※該当するものを○で囲むこと

I. 直近1年間に在宅療養を担当した患者について

1. 平均診療期間	()ヶ月
2. 合計診療患者数	()名
【再掲】死亡患者数	^{①+②+③+④} ()名
(1)うち医療機関以外の死亡者数	^{①+②} ()名
ア. うち自宅での死亡者数	^① ()名
イ. うち自宅以外での死亡者数	^② ()名
(2)うち医療機関での死亡者数	^{③+④} ()名
ア. うち連携医療機関での死亡者数	^③ ()名
イ. うち連携医療機関以外での死亡者数	^④ ()名

II. 直近1年間の訪問診療等の実施回数について

訪問診療等の合計回数	(1)往診		(2)訪問診療	(3)訪問看護(緊急を含む)
		【再掲】 うち緊急の往診		
^{①+②+③} ()回	^① ()回	()回	^② ()回	^③ ()回

【記載上の注意】

- Iの1の「平均診療期間」は、患者1人当たりの在宅医療を開始してからの平均診療期間を月単位で記載すること。
- Iの2(1)の「うち医療機関以外の死亡者数」を記入するに当たり、介護老人保健施設等の入所施設で死亡した患者については、「イ. うち自宅以外での死亡者」欄へ計上すること。
- Iの2(2)の「連携医療機関」とは、事前に緊急時の受入を届出ている医療機関であり、在宅支援連携体制についても含むものである。
- IIの「うち緊急の往診」については、緊急又は夜間・休日若しくは深夜に行った往診を計上すること。

Design Your Smile

健康創造のスズケングループ

