

診療報酬算定を入れた事例提示 谷水正人

【概要】

「訪問診療を始めたいけど始めづらい」「始めたけれど何か上手くいかない」「患者・家族が訪問診療を希望されるときに、どのような事が必要なのか」など不安や疑問があるために在宅医療に戸惑う医師は多い。

そこで、在宅医療未経験の医師が在宅医療を理解し在宅医療に取り組みやすくすることを目的に、在宅医療に必要な基礎知識や診療報酬算定の適応を在宅医療の場面に挿入し、診療報酬算定のイメージを持ちやすくすることを試みた。

【末期がん患者の在宅療養の特徴】

疼痛や呼吸苦等の症状緩和のために医療麻薬が必要となることが多い。

経口摂取や内服が困難となった場合は、点滴(CVC ポート)や胃瘻による栄養管理・薬剤投与を行うこともある。

在宅酸素や人工肛門、腎瘻等医療的な管理が必要となるケースが多い。

在宅療養中に急変する可能性があるが、予後予測は難しい(医師より告知された予後より長い場合も短い場合もある)。

介護保険の申請対象とならない若年者が在宅療養の対象となることがある。

自院:Tクリニック

在宅療養支援診療所を標榜(資料1①~②)、病床なし、院内処方、外来診療のみで在宅時医学総合管理料の届け出、往診・訪問診療を標榜している。がん末期患者の在宅看取りも積極的に行っており、今後は在宅緩和ケア充実診療所・病院加算(資料1③)の施設基準取得も視野に入れている

事例

☑75歳 女性

子宮頸がんにてA病院で手術。術後補助療法も行ったが再発し治療を継続していた。その後イレウスのため回腸ストーマ造設するも癌性腹膜炎、両側尿管狭窄を発症し、A病院緊急入院。CVCポート造設、両側尿管ステント留置したが、全身状態より治療を中止し、緩和ケアの方針となった(夫のみに予後は数週~短い月単位と説明)。本人は在宅退院を希望。A病院の緩和登録の手続きを行い、自宅退院を目指すことになり、地域医療連携室よりTクリニックに退院後の訪問診療の依頼が入った

1

資料1-①

在宅療養支援診療所とは

在宅医療をする医師を増やそうと厚労省が2006年度に創設。一般診療所に比べ、報酬が高くなるよう設定されている。原則的に24時間体制の往診や急変時の入院先の確保などの基準を満たすことが必要

在宅療養支援病院とは

24時間365日体制で往診や訪問看護を行う病院。在宅医療を推進するため、2008年の医療保険制度改正によって新設された診療報酬上の制度で、半径4キロメートル以内に診療所がないかまたは200床未満の病院が登録できる

コトバンク デジタル大辞泉より

2

在宅療養支援診療所の施設基準

資料1-②

	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、看取り等を報告		
機能強化型在支診が満たすべき基準	⑦ 在宅医療を提供する常勤医師が3人以上	⑦ 在宅医療を担当する常勤医師、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	

3

資料1-③

在宅緩和ケア充実診療所・病院の施設基準

- (1) 機能強化型の在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の届出を行っている
- (2) 過去1年間の緊急往診の実績を15件以上かつ在宅での看取りの実績を20件以上有している
- (3) 末期の悪性腫瘍等の患者であって、鎮痛剤の経口投与では疼痛が改善しないものに、患者が自ら注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を実施した実績を過去1年間に2件以上有している。又は過去に5件以上実施した経験のある常勤の医師が配置されており、適切な方法によってオピオイド系鎮痛薬を投与した実績を過去1年間に10件以上有している
- (4) 「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緩和ケア研修会」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
- (5) 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常勤の医師(在宅医療を担当する医師に限る)がいる
- (6) 院内等において、過去1年間の看取り実績及び十分な緩和ケアが受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされている

施設基準を取得した場合は、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算として在宅患者訪問診療料Ⅰ・Ⅱに1,000点、在宅時医学総合管理料に100～400点、施設入居時等医学総合管理料に75～300点、在宅がん医療総合診療料に150点、往診料:100点加算が算定可能となる

4

地域医療連携室の退院支援担当者が本人と夫と面談を行い、在宅退院に向けて相談を行った

- ・A病院への通院は困難にて、Tクリニックに訪問診療(資料3①-⑨)を依頼する
- ・介護保険の申請を行い、電動ベッド等福祉用具のレンタルを利用する→要介護5の認定(資料4①-④)
- ・訪問看護(資料5)を利用する

担当居宅介護支援事業所、訪問看護ステーションも決まり、退院前カンファレンスを開催することとなった

5

訪問診療

資料3-①

通院が困難なものに対して、その同意を得て計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合に、当該患者1人につき週3回を限度として算定

改 在宅患者訪問診療料(I)2について

主治医が他の保険医療機関と情報共有し、診療状況を把握した上で、診療の求めをした場合には、6月を超えても引き続き当該診療料を算定できる

6

往診と訪問診療の違う点

資料3-④

	往診	訪問診療
訪問	患者の求めに応じて家に赴く (スライド11参照)	計画的医学管理のもと定期的に患家に赴く
夜間・深夜・緊急加算	あり	なし
患家診療時間加算	あり	あり
死亡診断加算	あり	あり
ターミナルケア加算	なし 注)資料7参照	あり
再診料、外来管理加算	別に算定可	訪問診療料に包括
訪問回数制限	なし 2回/日以上算定可	3回/週まで(悪性腫瘍等を除く) * 往診料算定の翌日は訪問診療料の算定不可(在支診またはその連携医療機関は可。それ以外の医療機関は「往診料+再診料」初診時は算定不可

9

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「施医総管」 とは

資料3-⑤

- (1) 在宅時医学総合管理料「在医総管」は、在宅での療養を行っている患者に対するかかりつけ医機能の確立及び在宅での療養の推進を図るものである
- (2) 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であって、通院困難な者(施設入居時等医学総合管理料「施医総管」の対象患者を除く。)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

10

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(施医総管)

処方箋を交付しない場合
下記に加え300点の加算あり

資料3-⑥

医学管理料	居住場所	状態	訪問診療回数	単一建物診療患者数	在支診・在支病	在支診・在支病以外
在宅時 医学総合管理料	・自宅(戸建・マンション等) ・小規模多機能型居宅介護 ・看護小規模多機能型居宅介護など	別に定める状態 注)	2回	1人	4,600	3,450
				2~9人	3,780	2,835
				10人以上	2,400	1,800
		別に定める状態 以外	2回	1人	3,700	2,750
				2~9人	2,000	1,475
				10人以上	1,000	750
			1回	1人	2,300	1,760
				2~9人	1,280	995
				10人以上	680	560
施設入居時等 医学総合管理料	・有料老人ホーム ・認知症グループホーム ・サービス付き高齢者住宅 など	別に定める状態 注)	2回	1人	3,300	2,450
				2~9人	2,700	2,025
				10人以上	2,400	1,800
		別に定める状態 以外	2回	1人	2,600	1,950
				2~9人	1,400	1,025
				10人以上	1,000	750
			1回	1人	1,640	1,280
				2~9人	920	725
				10人以上	680	560

注) 別に定める状態の患者 (告示4第4・1の2)

資料3-⑦

1. 以下の疾病等に罹患している状態

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に規定する指定難病、後天性免疫不全症候群、脊椎損傷、真皮を超える褥瘡

2. 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_{L2}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

「在医総管」「施医総管」の加算

資料3-⑧

名称	点数	説明
在宅移行早期加算	100点	退院後在宅療養を始めた患者で訪問診療を行うものに対し、在医総管または施医総管の算定開始月から3月を限度として算定
在宅緩和ケア充実診療所・病院	75～1000点	過去1年間の緊急往診や在宅看取り数、オピオイド系鎮痛薬の患者自己注射の実施・指導件数、施設基準等、要件をクリアすることで算定
在宅療養実績加算 1 2	56～750点 40～500点	過去1年間の緊急往診や在宅看取りの実績、施設基準など、要件をクリアすることで算定
継続診療加算	216点	在宅療養支援診療所以外の診療所が、かかりつけ患者に対し、24時間の往診・連絡体制を構築した場合に算定
包括的支援加算	150点	通院が困難な患者(所定の条件あり)、関係機関との連携に支援が必要な患者について算定
頻回訪問加算	600点	特別な管理を必要とするものに月4回以上の往診または訪問診療を行った場合に算定
オンライン在宅管理料	100点	訪問診療を行っている患者に、訪問診療と別日にオンライン診療を行った場合に算定。施医総管では算定できない <small>13</small>

事例 75歳 女性、要介護5、訪問診療2回/月 病床なし、単一建物診療患者1人の場合

資料3-⑨

訪問診療	自宅の場合	施設入居の場合
在宅患者 訪問診療	888点	888点
在宅時医学 総合管理料 (月一回算定)	機能強化型支援診療所 病床有 :5400点 無:5000点 従来型支援診療所 4600点 支援診療所以外 3450点	—
施設入居時 医学総合管理料 (月一回算定)	—	機能強化型支援診療所 病床 有:3900点 無:3600点 従来型支援診療所 3300点 支援診療所以外 2450点

14

居宅療養管理指導とは

在宅で療養していて、通院が困難な利用者へ医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士などが家庭を訪問し療養上の管理や指導、助言等を行うサービス

* 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)や特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム・ケアハウス)をうけている人も対象となる

利用対象者

- ◆要介護1～5に認定されている65歳以上の高齢者
- ◆65歳未満でサービスの利用対象に含まれるのは、16種類の特定疾病のいずれかにより要介護認定を受けた人
- ◆要支援1～2を受けている人は、**介護予防居宅療養管理指導**が適用

居宅療養管理指導費は、利用者の要介護度に関わらず一律の報酬額である。居宅療養者を対象としていることから、**少なくとも月1回以上の訪問診療、あるいは往診を行っていることが算定の前提となる**(月2回まで算定可)

A病院退院後、訪問診療、訪問看護を開始し、穏やかに過ごされていたが、一月程度経過した夜間帯に腰痛が出現。

在宅療養後方支援病院登録を行っているA病院に
受入要請の連絡を行い、緊急受診となった



居宅療養管理指導費

資料4-④

単一建物居住者の数に応じて3段階に区分

2021年4月より改定単位数 ()は
元の単位数

(1)居宅療養管理指導費(Ⅰ) (2)を算定する以外)	単一建物居住者が1人	514単位 (509)
	単一建物居住者が2~9人	486単位 (485)
	単一建物居住者が10人以上	445単位 (444)
(2)居宅療養管理指導費(Ⅱ) (診療報酬の在宅時医学総合 管理料、特定施設入居時医学 総合管理料を算定する場合)	単一建物居住者が1人	298単位 (295)
	単一建物居住者が2~9人	286単位 (285)
	単一建物居住者が10人以上	259単位 (261)

訪問看護ステーションへの依頼方法

どのように依頼するのか：

直接電話でステーションに依頼する、担当ケアマネジャーに探してもらうetc

どのような訪問看護ステーションがあるのか、各疾患や医療に強いステーションが分からないなどの場合：

紹介元の医療機関の連携室に探してもらう、地域包括支援センターに相談する、都道府県の看護協会のHPを検索するetc

※厚生労働大臣が定める疾病等に該当する場合と、急性憎悪等で主治医が特別訪問看護指示書を交付した場合、要介護認定者の訪問看護は医療保険適用となる

訪問看護に関わる書類

訪問看護指示書

特別訪問看護指示書

A病院の退院前カンファレンスに退院後の在宅主治医として出席

ほか本人、家族、A病院主治医、病棟看護師、地域医療連携室看護師、訪問看護師、担当ケアマネジャーが出席

退院時共同指導料の算定(資料6)



21

退院時共同指導料とは

資料6

入院中の患者について、退院後の在宅療養を担う在宅療養担当医療機関の保険医または当該保険医の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士もしくは社会福祉士が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士もしくは社会福祉士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に算定

●退院時共同指導料1（基本、当該入院中1回に限り算定）

1 在宅療養支援診療所 1,500点

2 1以外の場合 900点

特別管理指導加算 200点

→※当該患者が別に厚生労働大臣が定める特別な管理を要する状態等にある時算定

●退院時共同指導料2（入院医療機関側が算定）

※退院時共同指導料1、2は当該入院中1回に限り算定するが、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、在宅療養担当医療機関及び入医療機関で1回以上共同して指導を行う場合は、当該入院中2回に限り算定できる

22

退院前カンファレンスでは以下の内容を確認・検討

- ・在宅でのCVCポートからの点滴継続、必要物品、在宅療養指導管理料(資料7)算定について→退院当日に訪問診療・訪問看護が入ることとなったが、高カロリー輸液の処方や点滴ルート、針等の物品はA病院にて7日分準備を行うこととなった。管理料は退院時にA病院で算定
- ・A病院の在宅療養後方支援病院(資料8①～④)の登録を行い、緊急受診やバックベッド体制を確保
- ・緊急時の連絡体制



23

末期がん患者の在宅医療の診療報酬(基本構成)

資料7

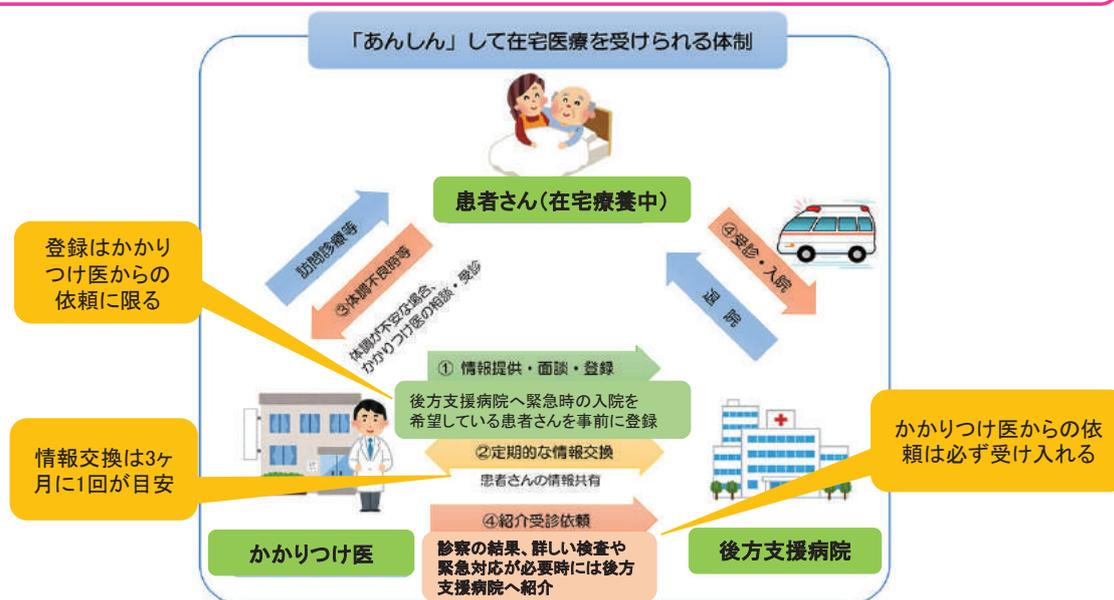
在宅患者診療・指導料		医学管理	医師	・在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料
		末期医療診療・管理	医師 看護師	・在宅がん医療総合診療料
		訪問診療及び指導	医師	・在宅患者訪問診療料(Ⅰ)(Ⅱ) など
			看護師 薬剤師など	・在宅患者訪問看護・指導料 ・同一建物居住者訪問看護・指導料 ・在宅患者訪問薬剤管理指導料 ・在宅患者緊急時等カンファレンス料 など
		往診	医師	・往診料
在宅療養指導管理料	在宅療養指導管理料	指導管理	医師	・在宅自己注射指導管理料 ・在宅酸素療法指導管理料 ・在宅中心静脈栄養法指導管理料 ・在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料(病院側が在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定) ・在宅寝たきり患者処置指導管理料 など
	在宅療養指導管理材料加算			・血糖自己測定器加算、注射器加算、輸液セット加算、注入ポンプ加算など
薬剤料		合計薬価15円越の場合に、10円で除して得た点数を算定		
特定保険医療材料料		材料価格基準の価格を10円で除して得た点数を算定		

患者が入院中で、退院時に入院医療機関が在宅療養指導管理料を算定した場合も、退院月に在宅医側で在宅療養指導管理を行った場合、管理料は算定可能。その場合は、診療報酬明細書の摘要欄に算定理由の記載が必要

24

在宅療養後方支援病院とは

2014年(H26年)に新設された在宅医療を支える制度。在宅療養中の患者が安心して療養生活を続けることができるように、入院が必要となった場合の病院をあらかじめ決めておき、登録しておく制度



25

在宅療養後方支援病院の施設基準

- (1) 許可病床数が200床以上の病院である
- (2) 在宅医療を提供する医療機関(以下連携医療機関)と連携している。その際、当該病院において、24時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定し、その連絡先を文書で連携医療機関に対して提供している
- (3) 連携医療機関の求めに応じて入院希望患者(連携医療機関が在宅医療を行っており、緊急時に当該病院への入院を希望するものとして、あらかじめ文書を用いて当該病棟に届け出た患者をいう)の診療が24時間可能な体制を確保し、当該体制についてあらかじめ入院希望患者に説明を行っている



(4) 当該病院において、入院希望患者に緊急入院の必要性が生じた場合に入院できる病床を常に確保している。入院希望患者に緊急入院の必要性が生じたにもかかわらず、やむを得ず当該病院に入院させることができなかつた場合は、当該病院が他に入院可能な病院を探し、入院希望患者を紹介する

(5) 連携医療機関との間で、3月に1回以上患者の診療情報の交換をしている

(6) (5)に規定する診療情報等に基づき、当該病院の入院希望患者の最新の一覧表を作成している

(7) 年に1回、在宅療養患者の受入状況等を地方厚生支局長に報告している

自宅退院後、訪問診療開始(入院中に契約済)。定期の訪問以外では、本人、家族や訪問診療からの要請時**往診**することとした



往診するに当たって確認すること
資料2①～④

在宅の範囲

重要) 自宅はもちろんであるが、施設入居時等医学総合管理料(施設総管)が算定できる高齢者施設がある

ア 次に掲げるいずれかの施設において療養を行っている患者

- (イ) 養護老人ホーム
- (ロ) 軽費老人ホーム
- (ハ) 特別養護老人ホーム(末期がん及び死亡日より遡り30日以内の患者)
- (ニ) 有料老人ホーム
- (ホ) 高齢者の居住の安定確保に関する法律に規定するサービス付き高齢者向け住宅
- (ヘ) 認知症対応型共同生活介護事業所(グループホーム)

イ 次に掲げるいずれかのサービスを受けている患者

- (イ) 短期入所生活介護
- (ロ) 介護予防短期入所生活介護

※サービス利用前の30日以内に患者宅を訪問し、在宅患者訪問診療料、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)、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、サービス利用開始後30日までに訪問診療料や施設総管を算定できる

29

対象とされる患者とは

- 保険診療上「在宅で療養を行っている患者であって、疾病・傷病のため通院による療養が困難な者」
- 重症度やADL(日常生活動作)、要介護度などによる基準はない
- 個々の患者が該当するかどうかは主治医の判断による

30

往診とは

患者又は家族等患者の看護・介護に当たる者が、保険医療機関に対し電話等で直接往診を求め、当該保険医療機関の医師が往診の必要性を認め、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

往診料について

	在支診・在支病	在支診・在支病以外
往診料	720点	
緊急往診加算	650点	325点
夜間・休日加算 18時～翌朝8時まで	1,300点	650点
深夜加算 22時～翌朝6時まで	2,300点	1,300点
死亡診断加算	200点	
その他の加算として、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、診療時間加算などがある		
* 機能強化型は更に病床の有無で点数が異なる		

緊急往診： 医学的に終末期であると考えられる患者も算定可能

A病院退院後、訪問診療、訪問看護を開始し、穏やかに過ごされていたが、一月程度経過した夜間帯に腰痛が出現。

在宅療養後方支援病院登録を行っているA病院に
受入要請の連絡を行い、緊急受診となった

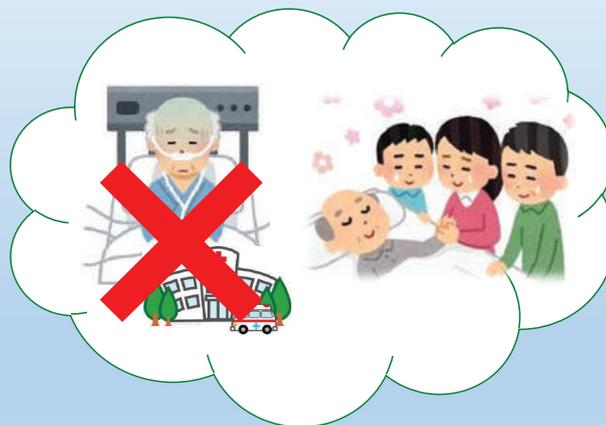


尿量減少に伴う腎機能の悪化、腎盂腎炎を発症しており、
本人・家族に病状と今後の加療について説明し、**意向を確認**



本人より入院してしっかり治したいとの希望が
あり、A病院に加療目的で入院となった

両側尿管ステント交換、抗生剤治療にて症状は安定。一旦自宅退院となったが、一月程度経過した頃に疼痛や全身倦怠感が増強。再度A病院に入院受入要請を行った



35

入院後、状態は比較的安定したが、現状最期の時期は近いと判断し、家族の意向を確認



家族からは本人の望み通り、最期は住み慣れた家で迎えさせてあげたいとの希望があった
退院に合わせて、Tクリニック主治医より訪問看護ステーションに毎日の訪問、必要時は複数回、複数名での訪問の指示が可能である

36

自宅退院より7日後、疼痛や倦怠感が増強し、麻薬の持続皮下注射を開始。同日午後より呼吸状態が悪化した

病院・診療所での麻薬管理については下記を参照
 厚生労働省医薬食品局監視指導・麻薬対策課
 「病院・診療所における麻薬管理マニュアル」
https://www.mhlw.go.jp/bunya/iyakuhin/yakubuturanyou/dl/mayaku_kanri_01.pdf



23時に往診(資料2-④)
 死亡確認(資料7)した

37

ターミナルケアに関連する診療報酬

資料7

加算等	在宅ターミナルケア加算	看取り加算
算定要件(概要)	<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 <p>ターミナルケアの実施については、厚生労働省の「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こと</p>	<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診療録に記録する
点数	機能強化型在支診・病 <ul style="list-style-type: none"> ・病床有 6,500点 ・病床無 5,500点 在支診・病 4,500点 在支診・病以外 3,500点	3,000点
備考	別要件を満たすことで、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として、それぞれ1,000点、750または500点を、がんに対して酸素療法を行っていた場合は酸素療法加算として2,000点をさらに所定点数に加算	※死亡診断加算(200点) 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。看取り加算を算定した場合は算定不可

38

補足資料

39

往診料について

資料2-④

	在支診・在支病	在支診・在支病以外
往診料	720点	
緊急往診加算	650点	325点
夜間・休日往診加算	1,300点	650点
深夜往診加算	2,300点	1,300点
死亡診断加算	200点	

その他の加算として、患家診療時間加算、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算1・2、などがある
* 機能強化型は更に病床の有無で点数が異なる

緊急往診： 医学的に終末期であると考えられる患者も算定可能

40

在宅患者訪問診療料について

資料8

在宅患者訪問診療料(Ⅰ)

在宅患者訪問診療料1

同一建物居住者以外の場合	888点
同一建物居住者の場合	213点

在宅患者訪問診療料2 月1回、6月を限度

同一建物居住者以外の場合	834点
同一建物居住者の場合	187点

在宅患者訪問診療料(Ⅱ)

有料老人ホーム等の併設医療機関が、当該施設へ入居している患者に訪問診療を行った場合

150点

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

41

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(施医総管)

処方箋を交付しない場合
下記に加え300点の加算あり

資料9

医学管理料	居住場所	状態	訪問診療回数	単一建物診療患者数	在支診・在支病	在支診・在支病以外
在宅時 医学総合管理料	・自宅(戸建・マンション等) ・小規模多機能型居宅介護 ・看護小規模多機能型居宅介護 など	別に定める状態 注)	2回	1人	4,600	3,450
				2~9人	3,780	2,835
				10人以上	2,400	1,800
		別に定める状態以外	2回	1人	3,700	2,750
				2~9人	2,000	1,475
				10人以上	1,000	750
1回	1人	2,300	1,760			
	2~9人	1,280	995			
	10人以上	680	560			
施設入居時等 医学総合管理料	・有料老人ホーム ・認知症グループホーム ・サービス付き高齢者住宅 など	別に定める状態 注)	2回	1人	3,300	2,450
				2~9人	2,700	2,025
				10人以上	2,400	1,800
		別に定める状態以外	2回	1人	2,600	1,950
				2~9人	1,400	1,025
				10人以上	1,000	750
1回	1人	1,640	1,280			
	2~9人	920	725			
	10人以上	680	560			

42

日付	内容	算定内容	
		医療保険	介護保険
10/1 (月)	患家の求めによる往診 一時通院	往診料+再診料+投薬料	
11/18 (日)	患家の求めによる往診	往診料+再診料+休日加算+投薬料	
20 (火)	患家の求めによる往診、訪問診療計画書の作成・同意	往診料+再診料+投薬料	
22 (木)	訪問診療の開始、ケアマネへの情報提供、訪問看護依頼、点滴指示	訪問診療料+在宅時医学総合管理料(在医総管)+訪問看護指示料+特別訪問看護指示加算+輸液料+処方箋未交付加算	居宅療養管理指導
23 (金)	訪問看護による点滴		
24 (土)	患家の求めによる往診 B病院への情報提供→入院	往診料+再診料+診療情報提供料(I)	
12/4 (火)	退院前カンファレンス(説明・指導、文書での情報提供)	退院時共同指導1	
5 (水)	退院		
6 (木)	予定された訪問、ケアマネへの情報提供 点滴指示	訪問診療料+在宅移行早期加算+訪問看護指示料+特別訪問看護指示加算+輸液料	居宅療養管理指導
7 (金)	毎日訪問看護による点滴	12/9 在宅患者訪問点滴注射管理指導料	
13 (木)	予定された訪問、ケアマネへの情報提供 点滴指示、家族への病状説明、意向確認 カルテ記載	訪問診療料+在宅時医学総合管理料(在医総管)+在宅移行早期加算+処方箋未交付加算+輸液料	居宅療養管理指導
14 (金)	23時に往診、死亡確認	往診料+深夜加算+在宅ターミナル加算+看取り加算	43

日付	内容	算定内容	
		医療保険	介護保険
10/1 (月)	患家の求めによる往診 一時通院	往診料+再診料+投薬料	
11/18 (日)	患家の求めによる往診	往診料+再診料+休日加算+投薬料	
20 (火)	患家の求めによる往診、訪問診療計画書の作成・同意	往診料+再診料+投薬料	
22 (木)	訪問診療の開始、ケアマネへの情報提供、訪問看護依頼、点滴指示	訪問診療料+在宅時医学総合管理料(在医総管)+訪問看護指示料+特別訪問看護指示加算+輸液料+	居宅療養管理指導
7 (金)	点滴指示 毎日訪問看護による点滴	特別訪問看護指示加算+輸液料	
13 (木)	予定された訪問、ケアマネへの情報提供 点滴指示、家族への病状説明、意向確認 カルテ記載	12/9 在宅患者訪問点滴注射管理指導料 訪問診療料+在宅時医学総合管理料(在医総管)+在宅移行早期加算+処方箋未交付加算+輸液料	居宅療養管理指導
14 (金)	23時に往診、死亡確認	往診料+深夜加算+在宅ターミナル加算+看取り加算	44

注) 在宅時医学総合管理料(在医総管)を算定すべき医学管理を行った場合においては、別に厚生労働大臣が定める診療に係る費用及び投薬の費用は、所定点数に含まれるものとなるため、この投薬料は算定できない。

在医総管・施医総管で算定できるものできないもの

資料10

算定できるもの		算定できないもの	
処方箋を交付しない場合	300点	投薬の費用	皮膚科軟膏処置
在宅移行早期加算	100点	特定疾患療養管理料	膀胱洗浄
頻回訪問加算	600点	小児特定疾患カウンセリング料	後部尿道洗浄
イ 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算		小児科療養指導料	留置カテーテル設置
（1）単一建物診療患者が1人の場合	400点	てんかん指導料	導尿
（2）単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	200点	難病外来指導管理料	介達牽引
（3）（1）及び（2）以外の場合	100点	皮膚科特定疾患指導管理料	矯正固定
ロ 在宅療養実績加算1		小児悪性腫瘍患者指導管理料	変形機械矯正術
（1）単一建物診療患者が1人の場合	300点	糖尿病透析予防指導管理料	消炎鎮痛等処置
（2）単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	150点	生活習慣病管理料	腰部又は胸部固定帯固定
（3）（1）及び（2）以外の場合	75点	衛生材料等提供加算	低出力レーザー照射
ハ 在宅療養実績加算2		創傷処置	肛門処置
（1）単一建物診療患者が1人の場合	200点	爪甲除去	鼻腔栄養
（2）単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	100点	穿刺排膿後薬液注入	
（3）（1）及び（2）以外の場合	50点	喀痰吸引	
機能強化型在支診・在支診以外の場合	80/100算定	干渉低周波去痰器による喀痰吸引	
継続診療加算	216点	ストーマ処置	
包括的支援加算	150点		
オンライン在宅管理料	100点		

45

訪問看護ステーションへの指示書の算定

資料11

訪問看護指示料	300点	（月1回）
特別訪問看護指示加算	100点	（月1回） 注1
衛生材料等提供加算	80点	（月1回）
在宅患者訪問点滴注射管理指導料	100点	（週1回） 注2

注1. 「気管カニューレを使用している状態にあるもの」と「真皮を超える褥瘡の状態にあるもの」については、月2回の交付可

注2. 週3日以上の点滴実施が算定要件

46

退院時共同指導料とは

入院中の患者について、退院後の在宅療養を担う在宅療養担当医療機関の保険医または当該保険医の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士もしくは社会福祉士が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士もしくは社会福祉士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に算定

対面で行うことが原則であるが、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能。いずれの地域でもやむを得ない事情がない場合でもよい。カルテへの要点記載、文書の添付または、文書の写しを添付(2020年～)

退院時共同指導料1 (基本、当該入院中1回に限り算定)

1 在宅療養支援診療所	1,500点	
2 1以外の場合	900点	
特別管理指導加算	200点	(当該患者が別に厚生労働大臣が定める特別な管理を要する状態等にある時算定)

退院時共同指導料2 (入院医療機関側が算定)

47

在宅移行早期加算とは

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又は施設入居時等医学総合管理料の算定開始月から3月を限度として、1月1回に限り算定できる

※退院から1年を経過した患者に対しては算定できない。

100点

48

ターミナルケアに関連する診療報酬

資料7

加算等	在宅ターミナルケア加算	看取り加算
算定要件 (概要)	<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 <p>ターミナルケアの実施については、厚生労働省の「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こと</p>	<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診療録に記録する
点数	機能強化型在支診・病 在支診・病 在支診・病以外	・病床有 6,500点 ・病床無 5,500点 4,500点 3,500点
備考	別要件を満たすことで、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として、それぞれ1,000点、750または500点を、がんに対して酸素療法を行っていた場合は酸素療法加算として2,000点をさらに所定点数に加算	※死亡診断加算(200点) 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。看取り加算を算定した場合は算定不可

49

まとめ：在宅医療の診療報酬(基本構成)

資料14

在宅患者診療・指導料	医学管理	医師	在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料
	末期医療診療・管理	医師 看護師	在宅がん医療総合診療料
		医師	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)(Ⅱ) など
	訪問診療及び指導	看護師 薬剤師 など	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 在宅患者訪問薬剤管理指導料 在宅患者緊急時等カンファレンス料 など
	往診	医師	往診料
在宅療養指導管理料	在宅療養指導管理料	指導管理	医師 在宅自己注射指導管理料 在宅酸素療法指導管理料 在宅中心静脈栄養法指導管理料 在宅寝たきり患者処置指導管理料 など
		在宅療養指導管理材料加算	
薬剤料			合計薬価15円越の場合に、10円で除して得た点数を算定
特定保険医療材料料			材料価格基準の価格を10円で除して得た点数を算定

参考文献

- 診療点数早見表「2020年4月版」(医学通信社)
- 令和2年度診療報酬改定の概要(厚生労働省保険局医政課)