

**埼玉県医師会在宅医療塾
診療報酬点数の解説
その1 在宅患者診療・指導料**

**埼玉県医師会地域包括システム推進委員会
委員 登坂英明**

埼玉県地域医療構想の概要

構想策定の趣旨

急速な高齢化の進展による医療需要・介護需要の大きな変化が見込まれる中、医療や介護を必要とする県民が、できる限り住み慣れた地域で必要なサービスを受けられる体制を確保することが求められる

限られた医療資源を効率的に活用できる医療提供体制の「将来像」を明らかにすることが必要

地域医療構想の策定(平成28年10月)

構想の性格

- 医療法により都道府県に策定が義務付けられている医療計画に定める事項として規定
- 令和7年(2025年)の医療提供体制に関する構想
- 第6次の地域保健医療計画の一部として策定し、第7次計画に位置付け

医療需要等の推計方法

- 令和7年(2025年)の医療需要及び必要病床数の推計は、平成25年の患者データを基に、医療法施行規則に規定された方法により区域ごとに算定
- 区域間及び都道府県間における患者の流出入については、平成25年度と同様として推計
- * 推計の基礎となるデータ
NDBレセプトデータ及びDPCデータ、正常分娩・生活保護、労働者災害補償保険・自動車損害賠償責任保険等のデータ、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月・中位推計)

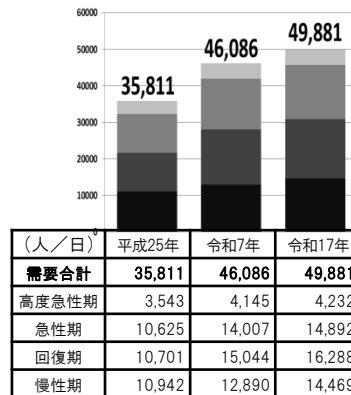
区域の設定

「構想区域」は埼玉県地域保健医療計画に定める「二次保健医療圏」と同様とする。



令和7年(2025年)における医療需要

入院患者の医療需要推計



需要推計を踏まえた必要病床数(推計)と病床機能別による病床数の比較

	平成30年度 病床機能報告	令和7年 必要病床数	差引
合 計	51,396	54,210	▲2,814
高度急性期	6,012	5,528	484
急性期	25,029	17,954	7,075
回復期	5,336	16,717	▲11,381
慢性期	12,998	14,011	▲1,013
休棟・ 無回答等	2,021	—	2,021

在宅医療等の必要量の推計

	平成25年	令和7年
合 計	46,152	82,372

在宅医療等とは、居宅に限らず、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営む場であって現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。

医療提供体制の整備の方向性

- 医療機能の分化・連携を進め、高度急性期から回復期、在宅医療等まで切れ目のない医療供給体制を整備します。
- 医師の診療科偏在や地域偏在の解消に取り組み、住み慣れた地域で必要な医療を受けられる体制作りを進めます。
- 地域包括ケアシステムの構築に併せ、在宅医療連携拠点等の機能強化や、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士等の確保・養成等、在宅医療体制の整備を進めます。
- ICTを活用した医療・介護連携システムの構築を進めます。

地域医療構想の推進体制

- 地域保健医療・地域医療構想協議会（地域医療構想調整会議）の設置
将来の必要病床数を達成するための方策やその他の地域医療構想の達成を推進するために必要な事項について協議を行う場として、区域ごとに「地域保健医療・地域医療構想協議会」を設置します。
- 病床機能報告制度の活用
毎年度実施される病床機能報告の結果を活用して、各区域における病床の機能区分ごとの将来の必要病床数との比較を行い、地域の課題を分析することにより病床の機能の分化・連携を推進します。
- 埼玉県地域医療介護総合確保基金の活用
地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備において、財政的支援が必要な事業については、埼玉県地域医療介護総合確保基金を活用して必要な経費を支援します。

さいたま市の在宅医療の需要量

(人／日)

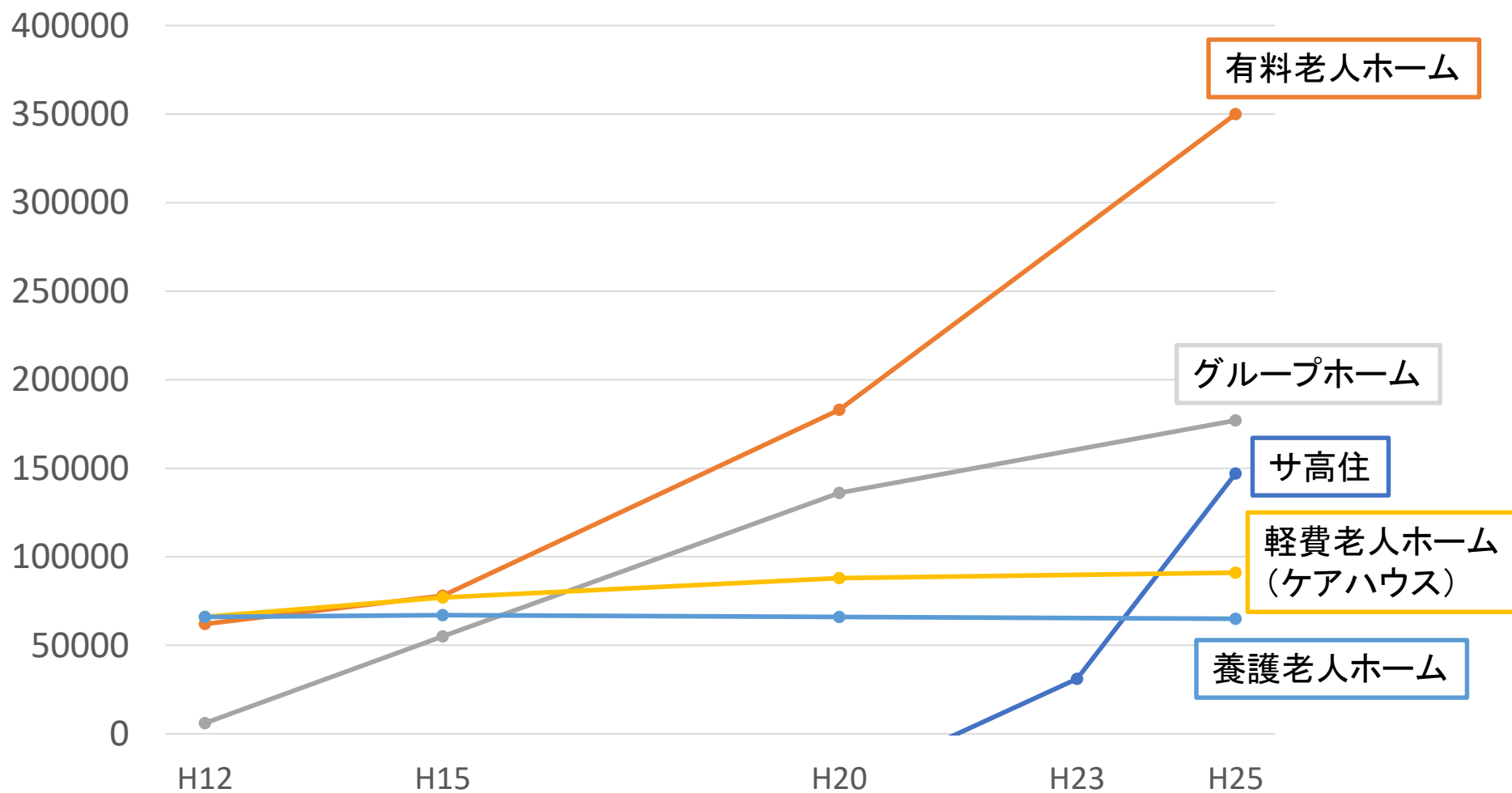
	2013年
訪問診療	7,752
老健入所者	2,244
合計	9,996

2025年		
(14,568)	～	(15,868)
(4,217)	～	(2,917)
18,785		

※老健入所者数

- ・2013年: 2013年4月の実績
- ・2025年: (左側) 2013年と同じ受入割合で案分して推計
(右側) 2013年の1.3倍と見込んで推計

高齢者の自宅以外の施設の増加



在宅医療の変遷

昭和30年まで	多くの患者が自宅にて看取りとなっていた
昭和50年頃	老人病院の台頭
平成元年頃	往診する医師がいない 社会的入院(老人病院)の限界 自宅での看取りが消失
平成10年頃	入院中の医療行為を継承する在宅医療 訪問診療が増える
平成20年頃	自宅から施設へ訪問診療の場が変わる

在宅患者診療・指導料

- ・在宅医療

- ・C000 往診料

- 在宅支援診療所

- ・C001 在宅患者訪問診療料

- 同一建物居住者 在宅ターミナルケア加算

- ・C002 在宅時医学総合管理料

- (C002-2 施設入所時医学総合管理料)

- ・C003 在宅がん医療総合診療料

- ・C004 救急搬送診療料

- ・C005 在宅患者訪問看護・指導料 在宅患者訪問点滴注射管理指導料

- ・C006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料

- ・C007 訪問看護指示料 介護職員等喀痰吸引等指示料

- ・C008 在宅患者訪問薬剤管理指導料（薬剤師が算定）

- ・C009 在宅患者連携指導料

- ・C010 在宅患者連携指導料

- ・C011 在宅患者緊急時等カンファランス料

- ・C012 在宅患者共同診療料

- ・C013 在宅患者訪問褥瘡管理指導料

在宅医療

- 一般的な在宅医療(高齢者の住む居宅へ)
医療保険と介護保険の併用
高度医療行為を行わなければならない
介護者がいない場合がある
看取りがある
- 小児在宅医療
介護保険がない
レスパイト入院をしなければならない
主たる介護者は母親
看取りがない

在宅医療 『保険診療上の留意事項』

保険診療上の留意事項

令和元年 11 月

埼玉県医師会

- ・在宅医療を担う医療機関を3つに分類
 - ①複数の医師で訪問診療を行う
 - ②一般の訪問診療から看取りまで行う医療機関（在宅支援診療所）
 - ③自分の診療所に通院できなくなった患者さんの往診から訪問診療まで
- ・在宅医療点数を理解することで、1人でも在宅に興味を持ち進めることが重要と考えます。
- ・保険診療の適切な運用と診療録記載を厳守し萎縮診療することなく、最初が肝心と捉え（当たり前）、請求して頂きたいと思います。

在宅医療 往診と訪問診療

- 往診

患者又は家族等患者の看護等に当たるものが、電話等で直接、患家からの求めに応じ、必要性を認めた場合、患家等に出向く

- 訪問診療

患者の同意を得て、医師が立てた訪問計画に基づいて患家等に出向く

在宅医療

在宅医療の算定できる範囲

- 自宅
→往診、訪問診療
- 施設（配置医師のいない施設）
→往診、訪問診療
- その他（ホテル・集会場など）
→往診

C000 往診料

	C000 往診料	720点	720点	720点	720点
		強化型 病床有 届出	強化型 病床無 届出	強化型以外 在支診 届出	その他 一般
	緊急往診加算(診療従事中)	850	750	650	325
	夜間(午後6時～午前8時深夜除く、) 休日加算(日、祝日)	1,700	1,500	1,300	650
	深夜加算(午後10時～午前6時)	2,700	2,500	2,300	1,300
届出	在宅緩和ケア充実加算診療所	100	100	—	-
届出	在宅療養実績加算1			75	
届出	在宅療養実績加算2			75	
	診療時間加算(1時間超30分毎)	100			
	死亡診断加算	200			

医療機関で行う体制を踏まえ届け出をしてください。

COOO 往診料 往診の実際の算定方法

- 初診や再診に時間区分があり、それぞれ加算が算定できる。
- 往診料も在宅支援診療所では加算が違う。
- 検査は出来高で算定できる。
- 処置の薬剤・特定保険医療材料は「40処置」で出来高で算定できる。

C000 往診料

往診の訪問診療時間帯による加算

【平日】

時	22	23	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
往診加算	深夜加算								夜間加算	加算なし	緊急往診加算	加算なし				緊急往診加算	夜間加算								
初・再診加算	深夜加算								時間外加算			加算なし										時間外加算			

【休日】

時	22	23	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
往診加算	深夜加算								夜間休日加算																
初・再診加算	深夜加算								夜間休日加算																

C000 往診料

【往診時のカルテ記載】

- 急性増悪又は新たな疾患等の状態や所見を記入する。
往診した時刻も記入する。



【摘要欄】

- 往診・在宅患者訪問診療料算定月に往診する場合：
往診日を記載する。(往診 ●●日)
- 在宅患者訪問診療料と同日の往診の場合：
急変時の往診の理由を記載する。
- 訪問時間が1時間を超える場合：時間を記載する。

在宅療養支援診療所（病院）

在宅医療を充実させるため
在宅療養患者の訪問診療と

総合的医療管理の普及の目的
加算を中心に報酬は引き上げられた

→地方厚生局への届け出が必要

「特掲診療所の施設基準に係る届け出書」

在宅療養支援診療所の施設基準

その1

- ①保険医療機関の診療所である。
- ②当該医療機関において24時間連絡を受ける保険医又は看護職員を予め指定し連絡先を文書で患家に提供している。
- ③患家の求めに応じ、当該保険医療機関又は別の医療機関若しくは訪看ステーションとの連携により、24時間訪看の提供が可能な体制を確保し、訪看の担当者の氏名、担当日等を文書で患家に提供している。
- ④③の患者について、24時間往診、訪問看護を行う担当医師、担当看護師等の氏名、担当日等を文書で患家に提供している。

在宅療養支援診療所の施設基準 その2

- ⑤別の保険医療機関と連携し、緊急入院受け入れ体制を確保している。
- ⑥定期的に在宅看取り数等を関東信越厚生局指導監査課に報告する。
- ⑦在宅医療を提供した患者数を、在宅医療及び外来医療を提供した患者の合計数で除した値が0.95未満である必要がある。

特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード		届 出 番 号	
------------------------	--	---------	--

連絡先

担当者氏名：

電 話 番 号：

（届出事項）

[

]
の施設基準に係る届出

☐ 当該届出を行う前6か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。

☐ 当該届出を行う前6か月間において療育規則及び薬師規則並びに療育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、かつ別に違反していないこと。

☐ 当該届出を行う前6か月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72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。

☐ 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ので、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・保険薬局の所在地
及び名称

開設者名
印

説

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「✓」を記入すること。

3 届出書は、1通提出のこと。

在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出書添付書類

1 在宅療養支援診療所の区分(次のいずれかに○をつけること。)			
(1)「第9」の1の(1)に規定する在宅療養支援診療所 (2)「第9」の1の(2)に規定する在宅療養支援診療所 (3)「第9」の1の(3)に規定する在宅療養支援診療所			
2 当該診療所の在宅医療を担当する医師			
常勤の医師名			
3 当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関			
名称	開設者	許可病床数	在宅医療を担当する 常勤の医師名
①		()床	
②		()床	
③		()床	
④		()床	
⑤		()床	
⑥		()床	
⑦		()床	
⑧		()床	
4 当該診療所における 24 時間の直接連絡を受ける体制 (次のいずれかに○をつけ、医師名等を記入すること。)			
(1) 担当者が固定している場合 (2) 曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合(主な担当者を記載することで差しつかえない。) ・担当医師名: ・看護職員名: ・連絡先:			
5 24 時間住診が可能な体制 (次のいずれかに○をつけ、医師名等を記入すること。)			
(1) 当該診療所の担当医師名: (2) 連携保険医療機関の名称及び担当医師名 ・名称: ・担当医師名:			
6 24 時間訪問看護が可能な体制 (2)、(3)がある場合には名称等を記入すること。)			

様式11

(1) 当該診療所の担当看護職員名: (2) 連携保険医療機関の名称等 ・名称: ・開設者: ・担当看護職員名: ・連絡先:
(3) 連携訪問看護ステーションの名称等 ・名称: ・開設者: ・担当看護職員名: ・連絡先:
7 緊急時に入院できる体制 (次のいずれかに○をつけ、(2)又は(3)の場合には名称等を記入すること。)
(1) 当該診療所のみで確保 (2) 当該診療所及び連携保険医療機関で確保 ・名称: ・開設者: (3) 連携保険医療機関のみで確保 ・名称: ・開設者:
8 次の項目に対応可能である場合に○をつけること。
(1) 「4」及び「5」、「6」に、連携保険医療機関又は連携訪問看護ステーションがある場合には、当該施設において緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患者の同意を得て、患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を当該施設に対して文書(電子媒体を含む。)により随時提出すること。 なお、在宅支援連携体制を構築する場合は、月1回以上のカンファレンスを実施していること。 (2) 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こと。 (3) 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こと。
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: 年 月 日～ 年 月 日)		
(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)	%	
11 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以上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間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[3]に係る届出を行う場合には、「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。

C001 在宅患者訪問診療料(1)

在宅患者訪問診療料(1) 週3回 1日につき

1. 在宅患者訪問診療料1

在宅で療養を行っている患者であって**通院が困難な者**に対して、その患者の同意を得て、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

イ 同一建物居住者以外の場合	888点
ロ 同一建物居住者の場合	213点

C001 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)

在宅患者訪問診療料(1) 週3回 1日につき

2. 在宅患者訪問診療料 2

他の医療機関からの紹介された患者に対して、患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った場合

(複数の保険医療機関が同じ患者に対して実施する訪問診療)

イ. 同一建物居住者以外の場合 884点

ロ. 同一建物居住者の場合 187点

C001 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)

訪問診療同意書

医療法人○△会 □○医院
院長 埼玉太郎

患者氏名

訪問診療計画の説明を受け、□○医院からの訪問診療を受けることに同意いたします。

また、連携する医療機関、訪問看護ステーション、保険薬局等に在宅医療にかかわる情報を提供し、共有することに同意いたします。

2020年12月18日

患者

患者家族

(続柄:)

在宅患者訪問診療料の算定方法 その1

- 同一建物内において、2人以上の患者に対し訪問診療を行った場合、当該患者を同一建物居住者という
- 初診料を算定する初診の日に訪問して診察を行っても算定はできない→初回は往診料
- 1日1回のみの在宅患者訪問診療料を算定、原則週3回までとなる。（末期悪性腫瘍、難病等20疾患、人工呼吸を使用するものはこの限りではない）
- 急性増悪、終末期等により一時的に週4回の頻回な訪問診療の必要性を認め、病状に基づいた訪問診療の計画を定める。
月1回に限り、診療を開始した日から14日以内について14日を限度として算定する。

在宅患者訪問診療料の算定方法 その2

- 複数の患者が同居する世帯を、同一世帯などをいう、
1人目は 往診料、在宅患者訪問診療料を算定し、
2人目からは**往診料又は在宅患者訪問診療料を算定せず**、再診料(初診)を算定する。
- 同日に同一患家と別世帯(同じマンション等)の訪問診療を行った場合は、同一建物居住者として213点を算定する。

C001 在宅療養支援診療料 在宅患者訪問診療料の算定方法 その3

- 家族に連れられ外来受診した場合、レントゲン等などは、在宅患者訪問診療料を算定している患者さんでも訪問とは別に、必要があつて医療機関で診察を行った場合は、再診料、検査料が算定できる。
- 検査等(画像診断、投薬、注射)など行う場合は、検査の必要性、疾患名の記載を詳記することが望ましい。
内視鏡、胸腹部レントゲン、超音波等で家族の介助、施設の介助等で受診した記載が必要である。

在宅患者訪問診療料の算定方法 その4

- 家族が薬を取りにきた場合は、単に薬を取りに来院しただけでは、再診料は算定できない
- 患者からの電話による相談を受けた際は、電話再診は算定できる。
- 訪問後に往診する場合は往診、再診を算定できる。

在宅ターミナルケア加算算定方法

- 在宅ターミナルケア加算は、在宅で死亡した患者に対して、
(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患者を含む)その死亡日及び死亡前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加算を算定できる。
- 月をまたいでいても要件を満たせば算定可能である。
月末に訪問した患者が翌月に亡くなった場合には、死亡日を含めた15日以内に2度の訪問を行い、当月末に往診 し、翌月1日に在宅、在宅以外含むで亡くなった場合は、死亡月にターミナルケア加算を算定する。摘要欄に前月の往診、訪問日及び死亡前24時間以内に行った往診又は訪問日の日時を記載する。

C001 在宅患者訪問診療料

在宅ターミナルケア加算

その1

イ、ロ、居宅、有料老人ホーム等に入居する患者以外の患者

(1) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に
厚生労働大臣が定めるものの場合

① 病床を有する場合 6500点

② 病床を有しない場合 5500点

(2) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院 4500点

(3) 一般の診療所 3500点

C001 在宅患者訪問診療料

在宅ターミナルケア加算

その2

在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	1000点
在宅療養実績加算1	750点
在宅療養実績加算2	500点
酸素療法加算	2000点
看取り加算	3000点

(居宅で看取り、在宅患者訪問診療料1を算定)

C001 在宅患者訪問診療料(Ⅰ) 在宅ターミナルケア加算

酸素療法加算

- ・在宅がん患者の苦痛軽減と、ささやかな延命手段として2018年度改定で制定された。
- ・在宅ターミナルケア加算を算定した月に、開始した場合に算定することが出来る。
- ・がん末期の看取りであれば、病名の必要はない。
- ・C103在宅酸素療法指導管理料、C157酸素ボンベ加算、C158酸素濃縮装置加算等は算定できない。

C001－2 在宅患者訪問診療料（Ⅱ）

- 主治医と**他医療機関**との間で必要に応じて、情報共有し、主治医である保険医がその診療状況を把握した上で、医学的に必要と判断し、以下に該当する診療の求めが新たにあった場合には、6月を超えて算定できる。
- 摘要欄に継続的な訪問診療の必要性について記載
- 褥瘡（皮膚科、形成）、口腔病変、心不全、脳梗塞、精神疾患などが多い。
 - 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疾病に対する診療であること。

C001－2 在宅患者訪問診療料（Ⅱ）

在宅患者訪問診療料（Ⅱ） 1日につき 150点

※施設と同一敷地あるいは隣接敷地にあつて、短時間で訪問診療に出向くことが可能な訪問診療に適応される

訪問診療料、在宅ターミナルケア加算

【カルテ記載①】

- 当該患者又は家族の署名付きの訪問診療に係る同意書作成し、作成日と訪問開始日を限りなく一致させ添付する。
- 訪問診療の計画及び診療内容の要点、診療時間開始～終了時間、場所の記載（自宅、●●施設 12時から12時30分等）
- 在宅ターミナルケア加算を算定した場合は、その内容の要点等を記載する。
- 看取り加算を算定した場合は、診療内容の要点を記載する。
- 他の医療機関が診察した場合の傷病名を記載しておく



C002 在宅時医学総合管理料

C002-2 施設入居時医学 総合管理料

- 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
- 在宅での療養の推進を図る機能強化型、在宅支援診療所、一般の診療所によって管理料が異なる
- 病床の有無で管理料が異なる
- 別に厚生労働大臣が定める状態で月2回以上、月1回の訪問診療を行っていることで管理料が異なる

C002在医総管理・C002-2施設管理

(月2回訪問診療を行っている場合の別に厚生労働大臣が定める状態)

○以下の疾患に罹患している患者

末期の悪性腫瘍、スモン、難病法5条第1項に規定する指定難病(受給者証の交付がなくても、医師が病名及び重症度が基準に満たすことを客観的な根拠とともに医学的に明確に診断できる場合には該当する)、AIDS、脊髄腫瘍、真皮を越える褥瘡

○以下の状態の患者

在宅自己連続携行式腹膜還流、在宅血液透析、在宅酸素療法、在宅中心静脈栄養療法、在宅成分栄養経管栄養療法、在宅自己導尿、在宅人工呼吸、植え込み脳、脊髄刺激装置による疼痛管理、肺高血圧であって、プロスタグランジン I₂製剤を投与、気管切開、気管カニューレを使用、ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用、人工肛門又は人工膀胱を設置している状態

(胃瘻は含まれない)

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)

算定出来ない主な管理料

- B000 特定疾患療養管理料
- B001-3 生活習慣病管理料
- C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料
- J000 創傷処置 J053皮膚科軟膏処置
- J018 喀痰吸引
- J043-3 ストーマ処置
- J063 留置カテーテル設置
- J064 導尿
- J119-2 腰部又は胸部固定帯固定
- J119 消炎鎮痛処置
- J120 鼻腔栄養処置
- 投薬の費用・衛生材料加算

C002 在宅時医学総合管理料

(C002-2 施設入所時等医学総合管理料)

在宅時医学総合管理料 (月 1 回)

(点)

		訪問診療の回数		単一建物診療患者数		
				1 人	2 ～ 9 人	1 0 人以上
1 強化型支援診療・支援病	イ病床あり	月 2 回以上	別に定める状態の患者	5,400	4,500	2,880
			上記以外	4,500	2,400	1,200
		月 1 回		2,760	1,500	780
	ロ病床なし	月 2 回以上	別に定める状態の患者	5,000	4,140	2,640
			上記以外	4,100	2,200	1,100
		月 1 回		2,520	1,380	720
2 強化型以外の支援診療・支援病	月 2 回以上	別に定める状態の患者	4,600	3,780	2,400	
		上記以外	3,700	2,000	1,000	
	月 1 回		2,300	1,280	680	
3 上記以外	月 2 回以上	別に定める状態の患者	3,450	2,835	1,800	
		上記以外	2,750	1,475	750	
	月 1 回		1,760	995	560	

C002-2 施設入所時等医学総合管理料

施設入居時等医学総合管理料（月 1 回）

（点）

		訪問診療の回数		単一建物診療患者数		
				1 人	2～9 人	10 人以上
1 強化型支援診療・支援病	イ病床あり	月 2 回以上	別に定める状態の患者	3,900	3,240	2,880
			上記以外	3,200	1,700	1,200
		月 1 回		1,980	1,080	780
	ロ病床なし	月 2 回以上	別に定める状態の患者	3,600	2,970	2,640
			上記以外	2,900	1,550	1,100
		月 1 回		1,800	990	720
2 強化型以外の支援診療・支援病		月 2 回以上	別に定める状態の患者	3,300	2,700	2,400
			上記以外	2,600	1,400	1,000
		月 1 回		1,640	920	680
3 上記以外		月 2 回以上	別に定める状態の患者	2,450	2,025	1,800
			上記以外	1,950	1,025	750
		月 1 回		1,280	775	560

C002在宅時医学総合管理料

C002-2施設入居時等医学管理料

加算点数

	在医総管点数	施設総管点数
処方箋無交付加算	3 0 0	3 0 0
在宅移行早期加算（3月を限度）	1 0 0	1 0 0
頻回訪問加算	6 0 0	6 0 0
在宅緩和ケア充実診療所・病院加算		
イ 単一建物診療患者が1人の場合	4 0 0	3 0 0
ロ 単一建物診療患者が2人～9人の場合	2 0 0	1 5 0
ハ イ及びロ以外の場合	1 0 0	7 5
在宅療養実績加算 1		
イ 単一建物診療患者が1人の場合	3 0 0	2 2 5
ロ 単一建物診療患者が2人～9人の場合	1 5 0	1 1 0
ハ イ及びロ以外の場合	7 5	5 6
在宅療養実績加算 2		
イ 単一建物診療患者が1人の場合	2 0 0	1 5 0
ロ 単一建物診療患者が2人～9人の場合	1 0 0	7 5
ハ イ及びロ以外の場合	5 0	4 0
継続診療加算	2 1 6	2 1 6
包括的支援加算	1 5 0	1 5 0
オンライン在宅管理料	1 0 0	

処方箋無交付加算は院内処方を行わない場合には算定できない。
頻回訪問は、別に定める患者に対し月4回以上訪問した場合に算定
新包括的支援加算は別に示す状態をいう。レセプト詳記に状態を記載
るように変更になった。

C002在宅時医学総合管理料

C002-2施設入居時等医学管理料

在宅移行早期加算

100点

入院等から在宅医療に移行後、在宅時医学総合管理料(施設入居)を算定した日の属する月から起算して3月以内の期間、月に1回に限る。ただし、在宅医療に移行後、1年を経過した患者については算定しない。

C002在宅時医学総合管理料

C002-2施設入居時等医学管理料

頻回訪問加算

100点

(1月に4回以上の往診又は訪問診療)

頻回訪問加算の算定対象となる状態

○末期の悪性腫瘍の患者(在宅がん医療総合診療料算定している患者は除く)

ア:在宅自己腹膜還流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養療法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅悪性腫瘍患者指導管理、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又は在宅気管切開患者指導管理を受けている患者

イ:アであって、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者

ウ:人工肛門又は人工膀胱を留置している状態にある者

○在宅で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

高度とは、アの2つ以上行っているもの、カテーテル挿入のみではなく、排泄の性状、量などの観察、薬剤注入、水分のバランスの計測等計画的な管理を行っている場合に算定できる。

C002在宅時医学総合管理料

C002-2施設入居時等医学管理料

包括的支援加算

150点

包括的支援加算の対象となる状態(施設基準等別表第8の3)

○包括的支援加算を算定する場合、該当する患者の状態を記載することとなった。

- (1) **要介護2以上の状態**又はこれに準じる状態、要介護
2～5の状態又は障害者総合支援法の障害者支援区分2以上の状態
- (2) 日常生活に支障をきたすような症状・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、**認知症高齢者日常生活自立度Ⅱb以上**と診断した状態
- (3) 頻回の訪問看護を受けている状態
- (4) 訪問診療又は訪問看護で処置を受けている状態
(注射又は喀痰吸引、鼻腔栄養の処置を受けている 状態)
- (5) 介護法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。
(施設に入所する患者で、医師からの文書での指示により、施設の看護職員による射又は喀痰吸引、鼻腔栄養を受けている状態)
- (6) 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

C003 在宅がん医療総合診療料

- 末期悪性腫瘍で在宅療養を行っている患者に対する総合的な診療を行う在宅支援診療所
- 頻回の訪問診療と訪問看護、24時間体制
- 1週毎に1回以上の訪問診療と1回以上の訪問看護の合計が4回以上の場合に1日ごとの点数を7日分算定

C003 在宅がん医療総合診療料

C003 在宅がん医療総合診療料	強化型支援診		支援診療
	強化型病床有	強化型病床無	
処方箋交付	1,800	1,650	1,495
処方箋交付せず	2,000	1,850	1,685
在宅療養実績加算1			110
在宅療養実績加算2			75
死亡診断書加算	200		

C003 在宅がん医療総合診療料

【届出】

- 様式20を提出する。在宅がん医療総合診療に当たる医師、看護師の氏名を記載する、緊急時の連絡、対応について患者等への説明文書例を添付する。悪性腫瘍患者の過去1か月間の診療状況について記載する。

【カルテ記載】

- 病状、治療計画、直近の診療内容、緊急時の対応を連携医療機関に文書で随時提供しカルテに添付する。
- 連携している医療機関、訪看ステーションに報告し診療要点を記載する。

【摘要欄】

- 算定した週において、訪問診療、訪看を行った日を記載する。

C004 救急搬送診療料

- 救急搬送診療料 1300点
 - 新生児加算 1500点
 - 乳幼児加算 700点
 - 長時間加算 700点
- 患者を救急用の自動車等で医療機関に搬送する際に、医師が同乗した場合

C005在宅患者訪問看護・指導料

C005－1－2 同一建物居宅者訪問看護・指導料

- ・ 診療に基づく訪問看護計画により、看護師等により療養中患者に指導等を行った場合に、当該患者1人に対して1日単位で算定。
週3回を限度。
- ・ 別に厚生労働大臣が定める疾病の患者は、週4日以上
の訪問看護・指導を実施できる。
- ・ 難病等複数回訪問加算、緊急訪問看護加算、
長時間訪問看護・指導加算、乳幼児加算、乳児加算。
- ・ 看護師による点滴又は処置等は手技料は算定できず、
薬剤、特定保険医療材料を算定できる

C005-2 在宅患者訪問点滴注射管理指導料 (訪問点滴)

1週につき

100点

- 介護保険の訪問看護を実施している患者にも算定可
- 医師の診療に基づき、訪問看護指示、特別指示書等に指示内容を記載し、薬剤、点滴回路、保健医療材料、衛生材料を提供し、1週間のうち3日以上看護師等が患家を訪問して点滴を実施した場合に3日目に算定する。
- 針、回路、衛生材料等は100点に含まれる。
- 薬剤料は算定できる。
- 在宅中心静脈栄養法指導管理料又は在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定している場合は当該管理指導料は算定できない。

在宅患者訪問点滴注射管理指導料

【カルテ記載】

- 指示の内容を記載する、在宅患者訪問点滴注射指示書の写しをカルテに添付する。

【レセプト摘要欄】

- 点滴注射を行った日、注射を支給した場合は33で薬剤のみを算定し「訪点」と表示する。
- 訪問点滴 ○日、○日、○日と記載する。

C006 在宅患者訪問 リハビリテーション指導管理料

- | | |
|-----------------|------|
| 1. 同一建物居住者以外の場合 | 300点 |
| 2. 同一建物居住者の場合 | 225点 |

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を訪問
させて1回20分以上、患者1人につき週6単位
まで、退院3月までは週12単位。

自院に理学療法士がいない場合は、
診療情報提供書Ⅰを作成して依頼する。

C007 訪問看護指示料

月1回	300点
特別訪問看護指示加算 月1回	100点

急性増悪等により、一時的に頻回の訪問看護が必要と認めた場合、月1回、（別に定める者は月2回に限り加算する。

衛生材料等提供加算 月1回 80点

在医総管、施設総管、在宅がん医療総合診療料、在宅患者訪問点滴注射管理指導料又は在宅療養指導料を算定した場合は、衛生材料提供加算等が管理料に含まれ、別に算定できない。

【カルテ記載】指示書は添付する。

【レセプト摘要欄】

特別指示書の加算を算定した場合、急性増悪・終末期・退院直後・その他を記載する。

C007-2 介護職員等喀痰吸引等指示料

- ・ 患者1名に対して 3月に1回 240点**

介護職員等喀痰吸引等指示書(医療機関)

前回の指示書を交付した日をレセプトに記載

初回の場合は初回と記す。

喀痰吸引等計画書(事業所)

喀痰吸引等の提供に係る同意書(家族・事業所)

喀痰吸引等業務実施状況報告書(事業所)

C008在宅患者訪問薬剤管理指導料

在宅での療養を行っており、通院が困難な患者の居宅に薬剤師が訪問して服薬指導・支援を行った場合に算定

1. 同一建物居住者以外の場合 650点

2. 同一建物居住者の場合 300点

麻薬管理指導加算 100点

※保険薬局に対し、診療情報提供を行った場合には、医療機関が診療情報提供料(1)は算定出来ない→居宅療養管理指導を算定

C008 在宅患者訪問薬剤管理指導料

薬剤師が算定、医師は処方箋の備考欄に
「訪問服薬管理指導」と記載

訪問薬剤管理指示書を提出することが望ましい

※月に2回以上算定する場合、算定日を記載。
単一建物診療患者が2名以上の場合、その
人数を記載。

C009 在宅患者訪問栄養食事指導料

- 月2回の算定が可能
 - 通院が困難な患者で、栄養士が訪問して献立等の指導を行った場合
 1. 同一建物居住者以外の場合 530点
 2. 同一建物居住者の場合 450点
- ※特別養護老人ホーム等に入所している患者には算定できない

C010 在宅患者連携指導料

- 月に2回以上の文章による多職種との情報交換、診療録への要点記載が必要
- 在宅時医学総合管理料等との併算定は出来ない
- 月1回 900点

カルテへの記載

他職種から受けた診療情報の内容とその提供日、それに基づいて診療した日、診療内容を記載

C011 在宅患者緊急時等カンファランス

- ・ 月2回に限り 200点
- ・ 実際の診療現場で、突然起こった問題に対して、患者宅で訪問看護師、介護支援専門員等と家族を交えてカンファランスを行った場合に算定できる

カルテへの記載

参加した多職種等の氏名、要点、指導の要点

レセプトへの記載

カンファランスをした日、参加者の氏名

※特別養護老人ホーム等の入所患者はがん末期の患者に限り算定できる

C012 在宅患者共同診療料

- 在宅療養後方支援病院の医師が在宅主治医と共に患家に出向く場合に算定できる
 1. 往診の場合 1500点
 2. 訪問診療の場合(同一建物以外) 1000点
 3. 訪問診療の場合(同一建物) 240点
- ※在宅療養後方支援病院(400床未満)で在宅医を支援する機能を有し、病態変化に伴う緊急受診に応じ、入院が必要とされる場合には、入院を受け入れる体制を整備する

C013 在宅患者訪問褥瘡管理指導料

- ①在宅褥瘡対策チームを設置しており、在宅褥瘡管理者がいること
- ②初回時に在宅褥瘡チームが患者居宅で一堂に会してカンファランスを行い、治療計画を立てる
- ③構成員が毎月活動する
- ④初回訪問後3ヵ月以内に評価と見直しのカンファランスを行う

C013 在宅患者訪問褥瘡管理指導料

- 在宅患者がDESIGN-R評価による褥瘡の深さがd2以上の褥瘡であること
 - ア) ショック状態
 - イ) 重度の末梢循環不全
 - ウ) 麻薬等の鎮痛鎮静剤の持続使用が必要
 - エ) 強度の下痢
 - オ) 極度の皮膚脆弱
 - カ) 褥瘡に関する危険因子があつてすでに褥瘡があるもの
- ※ 在宅患者訪問褥瘡管理料の施設基準を満たしていると届け出たもの

ご清聴ありがとうございました

埼玉県医師会在宅医療塾

診療報酬点数の解説

その2へ

続きます