

平成26年度診療報酬改定の概要

【在宅医療】

厚生労働省保険局医療課

在宅療養支援診療所・病院の概要

医療保険部会 参考資料

(改) 2 5 . 5 . 2 9

在宅療養支援診療所

地域において在宅医療を支える24時間の窓口として、他の病院、診療所等と連携を図りつつ、24時間往診、訪問看護等を提供する診療所

【主な施設基準】

- ① 診療所
- ② 24時間連絡を受ける体制を確保している
- ③ 24時間往診可能である
- ④ 24時間訪問看護が可能である
- ⑤ 緊急時に入院できる病床を確保している
- ⑥ 連携する保険医療機関、訪問看護ステーションに適切に患者の情報を提供している
- ⑦ 年に1回、看取りの数を報告している

注1：③、④、⑤の往診、訪問看護、緊急時の病床確保については、連携する保険医療機関や訪問看護ステーションにおける対応でも可

機能を強化した在宅療養支援診療所・病院

複数の医師が在籍し、緊急往診と看取りの実績を有する医療機関(地域で複数の医療機関が連携して対応することも可能)が往診料や在宅における医学管理等を行った場合に高い評価を行う。

【主な施設基準】

- ① 在宅医療を担当する常勤の医師が3名以上配置
- ② 過去1年間の緊急の往診の実績を5件以上有する
- ③ 過去1年間の在宅における看取りの実績を2件以上有している

注3：上記の要件(①～③)については、他の連携保険医療機関(診療所又は200床未満の病院)との合計でも可

在宅療養支援病院

診療所のない地域において、在宅療養支援診療所と同様に、在宅医療の主たる担い手となっている病院

【主な施設基準】

- ① 200床未満又は4km以内に診療所がない病院
- ② 24時間連絡を受ける体制を確保している
- ③ 24時間往診可能である
- ④ 24時間訪問看護が可能である
- ⑤ 緊急時に入院できる病床を確保している
- ⑥ 連携する保険医療機関、訪問看護ステーションに適切に患者の情報を提供している
- ⑦ 年に1回、看取りの数を報告している

注2：④の訪問看護については、連携する保険医療機関や訪問看護ステーションにおける対応でも可

在宅患者訪問診療料にかかる診療報酬上の評価について

中医協 総－3
25.10.23

在宅患者訪問診療料

- | | |
|------------------|------|
| 1 同一建物居住者以外の場合 | 830点 |
| 2 同一建物居住者の場合 | |
| イ 特定施設等に入居する者の場合 | 400点 |
| ロ イ以外の場合 | 200点 |

<主な加算>

ターミナルケア加算	機能を強化した在支診・在支病 (病床有り)	6,000点
	機能を強化した在支診・在支病 (病床無し)	5,000点
	在支診・在支病	4,000点
	上記以外	3,000点
看取り加算		3,000点

乳幼児加算、幼児加算	400点
診療時間が1時間を超えた場合	100点(30分毎)
死亡診断	200点

<主な要件>

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、当該患者1人につき週3回※を限度として算定する。

※ 医学的に週4回以上必要な場合は、訪問診療が必要な旨等をレセプトに付記する

2. 在宅患者訪問診療料は、継続的な診療の必要のない者や通院が容易な者に対して安易に算定してはならない。
3. 訪問診療の計画及び診療内容の要点を診療録に記載する。

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)

中 医 協 総 - 3
2 5 . 1 0 . 2 3

趣旨: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

区分	機能強化型在支診・病				在支診・病		それ以外	
	病床有		病床無		—		—	
	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無
点数 (在総管)	5,000点	5,300点	4,600点	4,900点	4,200点	4,500点	2,200点	2,500点
点数 (特医総管)	3,600点	3,900点	3,300点	3,600点	3,000点	3,300点	1,500点	1,800点
24時間対応	○（在支診の要件）						—	
包括範囲	➤ 医学管理の一部及び投薬の費用は包括							
加算	➤ 重症者加算 1,000点：末期の悪性腫瘍患者等について、1月に4回以上の往診又は訪問診療 ➤ 在宅移行早期加算 100点：在総管・特医総管の算定開始月から3ヶ月間							
施設基準	➤ 診療所、在宅療養支援病院及び200床未満の病院で、以下のア、イを満たす ア 介護支援専門員（ケアマネジャー）、社会福祉士等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配置 イ 在宅医療を担当する常勤医師が勤務							
主な要件	➤ 計画的な医学管理の下に月2回以上の定期的な訪問診療（往診を含む。）を行っている場合に、月1回算定 ➤ 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							

(注)特医総管の対象:医師又は看護師の配置が義務づけられている施設(養護老人ホーム、特定施設等)の患者

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療①

機能強化型在支診等の評価

- 機能強化型在支診及び在支病について、実績要件を引き上げる。また、複数の医療機関が連携して機能強化型在支診及び在支病の基準を満たしている場合について、連携している各医療機関それぞれについても一定の実績を必要とする。

現行

在宅医療を担当する常勤医師3名以上

過去1年間の緊急往診の実績5件以上

過去1年間の在宅看取りの実績2件以上

複数の医療機関が連携して上記の要件を満たしても差し支えない。



改定後

在宅医療を担当する常勤医師3名以上

過去1年間の緊急往診の実績10件以上

過去1年間の在宅看取りの実績4件以上

複数の医療機関が連携して上記の要件を満たしても差し支えないが、それぞれの医療機関が以下の要件を満たしていること。

イ 過去1年間の緊急往診の実績4件以上

ハ 過去1年間の看取りの実績2件以上

[経過措置]

- ① 平成26年3月31日時点で届け出ている場合は、平成26年9月30日までの間、上記の基準を満たしているものとする。
- ② 経過措置①の対象医療機関であって、平成26年9月30日の時点で単独型として届け出ているものについては、過去6月間の緊急往診の実績が5件以上かつ看取りの実績が2件以上の場合は、平成27年3月31日までの間、緊急往診及び看取りの実績基準を満たしているものとする。
- ③ 経過措置①の対象医療機関であって、平成26年9月30日の時点で連携型として届け出ている場合は、それぞれの医療機関が過去6月間の緊急往診の実績が2件以上かつ看取りの実績が1件以上であって、連携医療機関全体で経過措置②を満たしているものについては、平成27年3月31日までの間、緊急往診及び看取りの実績基準を満たしているものとする。

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療②

実績を有する在支診等の評価

- 在宅医療を担当する常勤医師は3名以上確保されていないが、十分な緊急往診及び看取りの実績を有する在支診又は在支病に対する評価を新設する。

(新)	<u>在宅療養実績加算(緊急、夜間又は深夜の往診)</u>	75点
(新)	<u>在宅療養実績加算(ターミナルケア加算)</u>	750点
(新)	<u>在宅療養実績加算(在宅時医学総合管理料)</u>	
	<u>同一建物居住者以外の場合</u>	300点
	<u>同一建物居住者の場合</u>	75点
(新)	<u>在宅療養実績加算(特定施設入居時等医学総合管理料)</u>	
	<u>同一建物居住者以外の場合</u>	225点
	<u>同一建物居住者の場合</u>	56点
(新)	<u>在宅療養実績加算(在宅がん医療総合診療料)</u>	110点

[施設基準]

過去1年間の緊急往診の実績が10件以上かつ看取りの実績が4件以上であること。

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療③

在宅療養における後方病床の評価①

- 在宅医療を行うにあたり、緊急時における後方病床の確保が重要であることから、在宅療養後方支援病院を新設し評価を行う。

(新) 在宅療養後方支援病院

[施設基準]

- ① 許可病床200床以上の病院であること
- ② 当該病院を緊急時に入院を希望する病院としてあらかじめ当該病院に届け出ている患者（以下、入院希望患者という）について緊急時にいつでも対応し、必要があれば入院を受け入れること
- ③ 入院希望患者に対して在宅医療を提供している医療機関と連携し、3月に1回以上、診療情報の交換をしていること

現行

在宅患者緊急入院診療加算（入院初日）
1 連携型在支診、在支病の場合
2,500点



改定後

在宅患者緊急入院診療加算（入院初日）
1 連携型在支診、在支病、在宅療養後方支援病院の場合
2,500点

[算定要件]

- ① 入院希望患者に対して算定する。
- ② 500床以上の場合は、15歳未満の人工呼吸を実施している患者若しくは15歳未満から引き続き人工呼吸を実施しており体重が20kg未満の患者又は神経難病等の患者に限り算定することができる。

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療④

在宅療養における後方病床の評価②

- 在宅医療を担当する医師と在宅療養後方支援病院の医師が共同で訪問診療等を行った場合の評価を行う。

(新)	<u>在宅患者共同診療料</u>	1	<u>往診の場合</u>	1,500点
		2	<u>訪問診療(同一建物居住者以外)</u>	1,000点
		3	<u>訪問診療(同一建物居住者)</u>	
			<u>イ 特定施設等に入居する者</u>	240点
			<u>ロ イ以外の場合</u>	120点

[算定要件]

- ① 在宅を担当している医療機関と共同で往診又は訪問診療を行う。
- ② 1～3までを合わせて、最初に算定を行った日から起算して1年間に2回までに限り算定する。ただし、15歳未満の人工呼吸患者若しくは15歳未満から引き続き人工呼吸を実施しており体重が20kg未満の患者又は神経難病等の患者については最初に算定を行った日から起算して1年間に12回までに限り算定する。
- ③ 500床以上の病院については15歳未満の人工呼吸を実施している患者若しくは15歳未満から引き続き人工呼吸を実施しており体重が20kg未満の患者又は神経難病等の患者に限り算定することができる。

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑤

在宅医療の適正化①

在宅医療を担う医療機関の量的確保とともに、質の高い在宅医療を提供していくために、保険診療の運用上、不適切と考えられる事例への対策を進める。

- 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)について、同一建物における複数訪問時の点数を新設し、評価を適正化するとともに、在支診・病以外の評価を引き上げる。

区分	機能強化型在支診・病				在支診・病		それ以外	
病床	病床有		病床無		—		—	
処方せん	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無
在総管	5,000点	5,300点	4,600点	4,900点	4,200点	4,500点	2,200点	2,500点
特医総管	3,600点	3,900点	3,300点	3,600点	3,000点	3,300点	1,500点	1,800点



区分		機能強化型在支診・病				在支診・病		それ以外	
病床		病床有		病床無		—		—	
処方せん		処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無
在総管	同一	<u>1,200点</u>	<u>1,500点</u>	<u>1,100点</u>	<u>1,400点</u>	<u>1,000点</u>	<u>1,300点</u>	<u>760点</u>	<u>1060点</u>
	同一以外	5,000点	5,300点	4,600点	4,900点	4,200点	4,500点	<u>3,150点</u>	<u>3,450点</u>
特医総管	同一	<u>870点</u>	<u>1,170点</u>	<u>800点</u>	<u>1,100点</u>	<u>720点</u>	<u>1,020点</u>	<u>540点</u>	<u>840点</u>
	同一以外	3,600点	3,900点	3,300点	3,600点	3,000点	3,300点	<u>2,250点</u>	<u>2,550点</u>

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑥

在宅医療の適正化②

- 保険医療機関等が経済的誘引による患者紹介を受けることを禁止する。
- 訪問診療料の要件を厳格化するとともに、同一建物における評価を引き下げる。

【現行】

訪問診療料1(同一建物以外)	830点
訪問診療料2(特定施設等)	400点
訪問診療料2(上記以外の同一建物)	200点



【改定後】

訪問診療料1(同一建物以外)	833点
訪問診療料2(特定施設等)	<u>203点</u>
訪問診療料2(上記以外の同一建物)	<u>103点</u>

※同一建物居住者であっても、医師が同一日に一人しか診療しない場合は、同一建物以外の点数(833点)を算定する

[算定要件]

- ① 同一建物の場合の訪問診療料(在総管、特医総管)を算定した場合は、訪問診療を行った日における、当該医師の在宅患者診療時間、診療場所及び診療人数等について記録し、診療報酬明細書に添付すること。
- ② 訪問診療を行うことについて、患者の同意を得ること。
- ③ 訪問診療が必要な理由を記載すること。
- ④ 同一建物の複数訪問であっても、下記の患者については、患者数としてカウントを行わない。
 - 1) 往診を実施した患者
 - 2) 末期の悪性腫瘍の患者と診断された後、訪問診療を行い始めた日から60日以内の間
 - 3) 死亡日からさかのぼって30日以内の患者
- ⑤ 特定施設、グループホーム等においては、同一建物で同一日に算定する患者のカウントについて、医療機関単位でなく医師単位(ただし、医師3人までに限る。)とする。

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)の 算定要件等について

同一建物の場合を算定する基準について

- ◆ 同一建物における管理料(在総管、特医総管)の減額は、月1回以上、訪問診療料の「同一建物以外の場合」(833点)を算定した場合は行わない。

(例)

1回目: 訪問診療料(同一建物以外の場合)

2回目: 訪問診療料(同一建物の場合) → 同一建物以外の管理料(在総管・特医総管)を算定

1回目: 訪問診療料(同一建物の場合)

2回目: 訪問診療料(同一建物の場合) → 同一建物の管理料(在総管・特医総管)を算定

- ◆ 同一患家等において、2人以上の同一世帯の夫婦等の診察をした場合については、管理料(在総管、特医総管)の減額は行わない。

※ 夫婦等が共に訪問診療の対象である場合に限る。

※ 訪問診療料の取扱いについては現行通り。(一人目は訪問診療料(同一建物以外)833点、二人目は初・再診料等。)

- ◆ 在総管、特医総管は、訪問診療料を月2回以上算定した場合のみ算定できることとする。

その他

- 外来受診可能な患者は、訪問診療料、在総管又は特医総管等の在宅医療に係る費用の対象ではないが、外来受診時に「地域包括診療料」「地域包括診療加算」が算定可能である。
- サ高住等の施設の医師確保は、施設と医師会等が連携して行う。

在宅患者訪問診療の例①

グループホーム入居者9名

8日に患者③に臨時往診対応しターミナルへ移行 がん末期による3回／週の訪問診療を行う場合

月	火	水	木	金	土	日
1	2	3	4	5	6	7
		①②③④⑤ ⑥⑦⑧⑨ 訪問診療 (同一建物)				
8	9	10	11	12		
患者③ 臨時往診 がんターミナルへ		患者③ 訪問診療 (同一建物以外)		患者③ 訪問診療 (同一建物以外)		
15	16	17	18	19	20	21
患者① 訪問診療 (同一建物以外) 患者③ 訪問診療 (同一建物以外)	患者② 訪問診療 (同一建物以外)	患者③ 訪問診療 (同一建物以外)	患者④ 訪問診療 (同一建物以外)	患者⑤ 訪問診療 (同一建物以外) 患者③ 訪問診療 (同一建物以外)		
22	23	24	25	26	27	28
患者⑥ 訪問診療 (同一建物以外) 患者③ 訪問診療 (同一建物以外)	患者⑦ 訪問診療 (同一建物以外)	患者⑧ 訪問診療 (同一建物以外) 患者③ 訪問診療 (同一建物以外)	患者⑨ 訪問診療 (同一建物以外)	患者③ 訪問診療 (同一建物以外)		

末期の悪性腫瘍
は同一建物の患
者としてカウント
されない

※患者①－⑨すべての患者が、1度は訪問診療(同一建物以外)を算定しており、
高い管理料(同一建物以外)を算定可能である。

在宅患者訪問診療の例②

集合住宅入居者50名

月に2回の訪問で全患者を診療している場合

月	火	水	木	金	土	日
1	2	3	4	5	6	7
		①②③④⑤ ⑥⑦⑧⑨〜〜④⑨⑤⑩ 訪問診療 (同一建物)				
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
		①②③④⑤ ⑥⑦⑧⑨〜〜④⑨⑤⑩ 訪問診療 (同一建物)				
22	23	24	25	26	27	28

※患者①－⑤⑩すべての患者が、1度も訪問診療(同一建物以外)を算定していないので、
低い管理料(同一建物)を算定する。

往診料 720点

緊急往診加算

・機能強化型在宅療養支援診療所・病院(病床を有する場合)

- ①緊急に行う往診 850点
- ②夜間(深夜を除く)の往診 1700点
- ③深夜の往診 2700点

・機能強化型在宅療養支援診療所・病院(病床を有しない場合)

- ①緊急に行う往診 750点
- ②夜間(深夜を除く)の往診 1500点
- ③深夜の往診 2500点

・在宅療養支援診療所・病院

- ①緊急に行う往診 650点
- ②夜間(深夜を除く)の往診 1300点
- ③深夜の往診 2300点

・上記以外の診療所・病院

- ①緊急に行う往診 325点
- ②夜間(深夜を除く)の往診 650点
- ③深夜の往診 1300点

主治医機能(かかりつけ医)の評価の新設

○患者に身近な診療所や中小病院の主治医機能(かかりつけ医)の評価を新設

→ 複数の慢性疾患をもつ患者に対し、健康管理や服薬管理等も含め、継続的かつ全人的な医療を行う「主治医機能」を評価

(新) 地域包括診療料 : 1,503点(月1回) 【包括点数】
地域包括診療加算 : 20点/回 【出来高点数】

	地域包括診療料 1,503点(月1回)		地域包括診療加算 20点(1回につき)
	病院	診療所	診療所
包括範囲	下記以外は包括 ・(再診療の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算。地域連携小児夜間・休日診療料 診療情報提供料(Ⅱ)。在宅医療に係る点数(訪問診療料、在総管、特医総管を除く。)。薬剤料(処方料、処方せん料を除く。)。 ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの。 ※当該患者について、当該医療機関で検査(院外に委託した場合を含む。)を行い、その旨を院内に掲示する		出来高
対象疾患	高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)		
対象医療機関	診療所又は許可病床が200床未満の病院		診療所
研修要件	担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。(経過措置1年)		
服薬管理	・当該患者に院外処方を行う場合は24時間開局薬局であること 等	・当該患者に院外処方を行う場合は24時間対応薬局等を原則とする 等 (患者の同意がある場合に限り、その他の薬局での処方も可能。その場合、患者に対して、時間外においても対応できる薬局のリストを文書により提供し、説明すること等を行う。)	
	・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する ・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者は受診時にお薬手帳を持参することとし、医師はお薬手帳のコピーをカルテに貼付する等を行う 等 ・当該点数を算定している場合は、7剤投与の減算規定の対象外とする		
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 等		
介護保険制度	・介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること。 ・下記のいずれか一つを満たす ① 居宅療養管理指導または短期入所療養介護等の提供 ④ 介護保険の生活期リハの提供 ⑦ 所定の研修を受講 ② 地域ケア会議に年1回以上出席 ⑤ 介護サービス事業所の併設 ⑧ 医師がケアマネージャーの資格を有している ③ 居宅介護支援事業所の指定 ⑥ 介護認定審査会に参加 ⑨ (病院の場合) 総合評価加算の届出又は介護支援連携指導料の算定		
在宅医療の提供および24時間の対応	・在宅医療を行う旨の院内掲示、当該患者に対し24時間の対応を行っていること ・下記のすべてを満たす ① 2次救急指定病院又は救急告示病院 ② 地域包括ケア病棟入院料等の届出 ③ 在宅療養支援病院 ・下記のすべてを満たす ① 時間外対応加算1の届出 ② 常勤医師が3人以上在籍 ③ 在宅療養支援診療所 ・下記のうちいずれか1つを満たす ① 時間外対応加算1又は2の届出 ② 常勤医師が3人以上在籍 ③ 在宅療養支援診療所		

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑦

機能強化型訪問看護ステーションの評価①

➤ 在宅医療を推進するために機能の高い訪問看護ステーションの評価を行う。

現行		改定後
1 月の初日の訪問の場合		1 月の初日の訪問の場合
		(新) <u>イ 機能強化型訪問看護管理療養費1</u> <u>12,400円</u>
		(新) <u>ロ 機能強化型訪問看護管理療養費2</u> <u>9,400円</u>
		(改) イ又はロ以外の場合 <u>7,400円</u>
2 月の2日目以降の訪問の場合(1日につき)		2 月の2日目以降の訪問の場合(1日につき)
7,300円		(改) <u>2,980円</u>
2,950円		

〔算定要件〕

機能強化型訪問看護管理療養費1

- ① 常勤看護職員 7人以上 (サテライトに配置している看護職員も含む)
- ② 24時間対応体制加算の届出を行っていること。
- ③ 訪問看護ターミナルケア療養費又はターミナルケア加算の算定数が年に 合計20回以上。
- ④ 特掲診療料の施設基準等の別表第7に該当する利用者が 月に10人以上。
- ⑤ 指定訪問看護事業所と居宅介護支援事業所が同一敷地内に設置され、かつ、当該訪問看護事業所の介護サービス計画 又は介護予防サービス計画の作成が必要な利用者のうち、特に医療的な管理が必要な利用者1割程度について、当該居宅介護支援事業所により介護サービス計画 又は介護予防サービス計画を作成していること。
- ⑥ 休日、祝日等も含め計画的な指定訪問看護を行うこと。
- ⑦ 地域住民等に対する情報提供や相談、人材育成のための研修を実施していることが望ましい。

機能強化型訪問看護管理療養費2

- ① 常勤看護職員 5人以上 (サテライトに配置している看護職員も含む)
- ② 24時間対応体制加算の届出を行っていること。
- ③ 訪問看護ターミナルケア療養費又はターミナルケア加算の算定数が年に 合計15回以上。
- ④ 特掲診療料の施設基準等の別表第7に該当する利用者が 月に7人以上。
- ⑤ 上記の⑤、⑥、⑦を満たすものであること。