

---

# 在宅医療

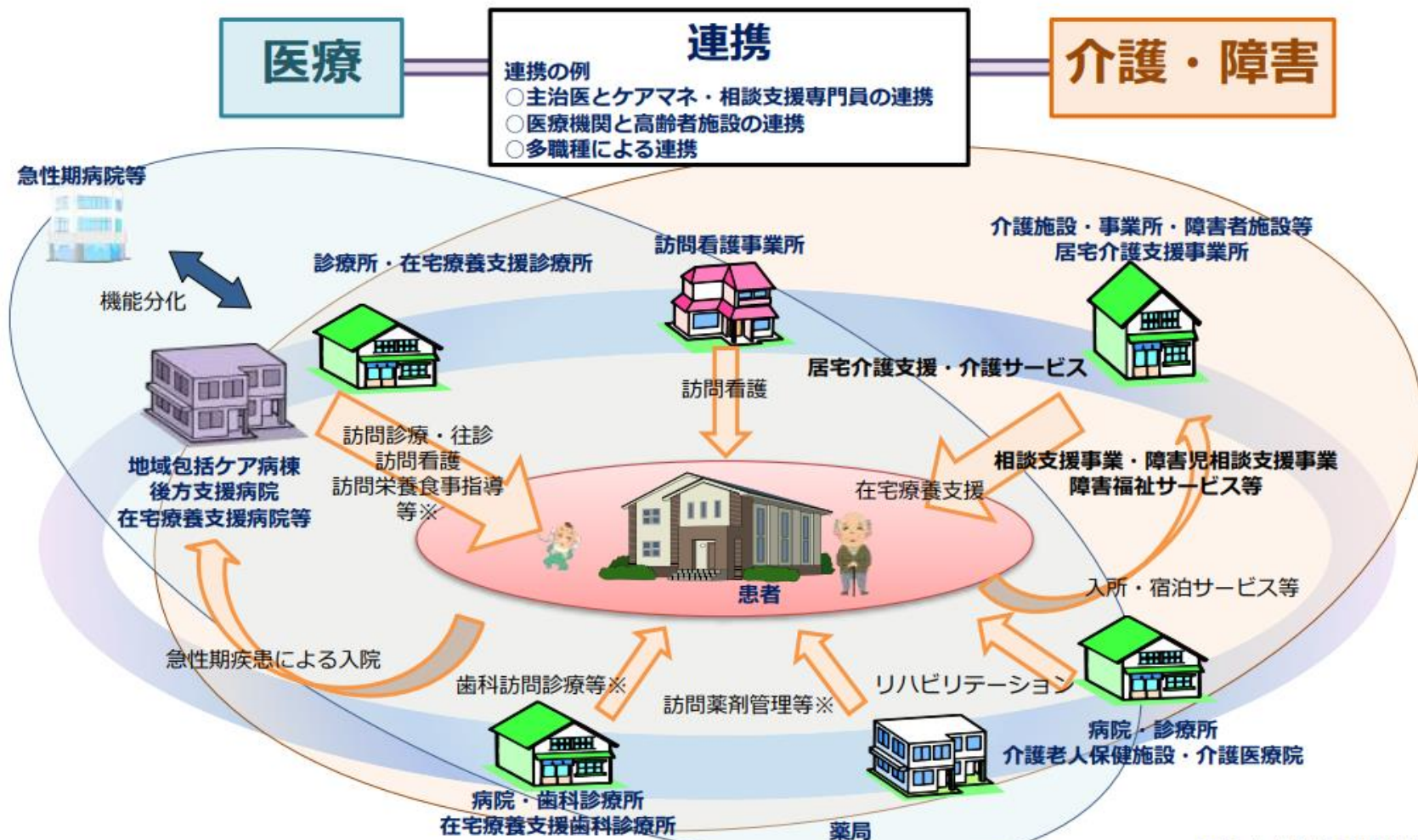
# 在宅医療における診療報酬改定ポイント

(サマリー) 看取り等の一定以上の実績を残す在宅医療を行う施設とそうでない施設に差が設けられる改定となった。特に**施設に居住する軽度患者に頻回訪問している施設や、一見さん含めての臨時往診対応の施設が減算化**。在支病・在支診が中心となって、夜間訪問診療ができない(しない)施設への支援もより強く求められるようになった。

- 在医総管、施設総管において、単一建物診療患者数の分類が細分化され、また**看取り件数などの基準を満たさずに、訪問診療を一定回数以上行っている場合は減算**される(今後は分院も含めて評価)
- 在支病・在支診において、看取り件数などの基準を満たさずに**在宅患者訪問診療料が一定回数以上**の場合は、減算
- **機能強化型で訪問診療の回数が一定以上の施設は、在宅データ提出加算の届け出が要件**となる
- (新設) **介護保険施設(老健、特養、介護医療院)**に入所している高齢者の急変時に、**協力医療機関から往診**を行った場合に、**介護保険施設等連携往診加算**を算定できるようになる
- (新設) 在支病・在支診と連携している**在支病・在支診以外の医療機関の訪問患者**に対して、連携している在支病・在支診から往診した場合、**往診時医療情報連携加算**が算定できるようになった
- 緊急往診の患者について、**既存の往診患者、外来患者、協力医療機関となっている介護保険施設以外**等についての一見往診は大幅に減算された
- **介護保険施設、障害者支援施設における医療保険給付対象**が拡大(がん末期の放射線治療、緩和ケアの医学管理、重症心不全の指導管理、高度な薬学管理の処方箋、新興感染症発生時の処方箋等)
- (新設) 在宅の末期悪性腫瘍患者の急変時に、**ICT等によって医師が人生の最終段階における医療・ケア**についての必要な指導を行った場合、**在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料**を算定できる
- 在宅ターミナルケア加算において、死亡日および死亡日前14日以内に退院時共同指導を実施した上で訪問診療/**往診**をしている場合も対象とする
- (新設) 在医総管、施設総管において、医療・ケアの関係職種がICTを用いて診療情報を活用した場合、**在宅医療情報連携加算**(在医総管、施設総管)が設定された
- 在支病・在支診の要件に訪問栄養食事指導の体制整備が加わった
- 頻回訪問加算について、初回と2回目以降で点数が変わる

# 地域包括ケアシステムにおける在宅医療（イメージ）

- 在宅医療は、高齢になっても、病気や障害の有無にかかわらず、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう、入院医療や外来医療、介護、福祉サービスと相互に補完しながら、患者の日常生活を支える医療であり、地域包括ケアシステムの不可欠な構成要素である。



## 訪問診療・往診等に関する見直し

### 質の高い在宅医療提供体制の構築の推進

- 質の高い在宅医療の提供体制の構築を推進する観点から、訪問診療・往診等に関する評価を見直す。

#### 【見直しの概要（主なもの）】

- ・ **在宅医療情報連携加算の新設**  
他の保険医療機関等の関係職種がICTを用いて記録した患者に係る診療情報等を活用した上で、医師が計画的な医学管理を行った場合の評価
- ・ **在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料の新設**  
在宅で療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者の病状の急変時に、ICTの活用によって、医療従事者等の間で共有されている人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を踏まえ医師が療養上必要な指導を行った場合の評価
- ・ **往診時医療情報連携加算の新設**  
在支診・在支病と連携体制を構築する在支診・在支病以外の医療機関が訪問診療を行っている患者に、在支診・在支病が往診を行った場合の評価
- ・ **在宅療養移行加算の見直し**  
対象となる範囲を病院まで拡大するとともに、他の医療機関と平時からの連携体制を構築している場合の評価の見直し
- ・ **在宅ターミナルケア加算等の見直し**  
在宅ターミナルケア加算について、退院時共同指導を実施した上で訪問診療又は往診を実施している場合においても、算定可能とするとともに、看取り加算について、退院時共同指導を実施した上で往診を行い、在宅で患者を看取った場合に往診料においても算定可能とする

### 患者の状態に応じた適切な訪問診療・往診等の推進

- 患者の状態に応じた適切な訪問診療・往診等を推進する観点から、訪問診療・往診等に関する評価を見直す。

#### 【見直しの概要（主なもの）】

- ・ **在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の見直し**  
在宅時医学総合管理料等における単一建物診療患者の数が10人以上の場合の評価の細分化、及び単一建物診療患者の数が10人以上の患者について、訪問診療の算定回数が多い医療機関について、看取りの件数等に係る一定の基準を満たさない場合の評価の見直し
- ・ **往診料の見直し**  
往診を行う保険医療機関において訪問診療を行っている患者等以外の患者に対する緊急の往診に係る評価の見直し
- ・ **在宅患者訪問診療料の見直し**  
在支診・在支病における患者1人当たりの訪問診療の回数が一定以上の場合における、5回目以降の在宅患者訪問診療料の評価の見直し

# 介護保険施設入所者の病状の急変時の適切な往診の推進

## 第1 基本的な考え方

介護保険施設等に入所している高齢者が、可能な限り施設内における生活を継続できるよう支援する観点から、介護保険施設等の入所者の病状の急変時に、介護保険施設等の協力医療機関であって、平時からの連携体制を構築している医療機関の医師が往診を行った場合について、新たな評価を行う。

## 第2 具体的な内容

介護保険施設等の入所者の病状の急変時に、介護保険施設等の**協力医療機関**であって、**定期的なカンファレンスを実施**するなど、**平時からの連携体制を構築している**医療機関の医師が**往診**を行った場合の評価を新設する。

### **(新) 介護保険施設等連携往診加算 200 点**

[対象患者] 平時からの連携体制を構築している介護保険施設等に入所する者

[算定要件]

・**介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホームの協力医療機関**であって、当該介護保険施設等に入所している患者の病状の急変等に伴い、**往診を行った場合**に、介護保険施設等連携往診加算として、200 点を所定点数に加算する。

[施設基準]

- (1) 介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホームにおいて、協力医療機関として定められている保険医療機関であって、当該介護保険施設等から **24 時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定**し、その連絡先を当該介護保険施設等に提供していること。
- (2) 当該介護保険施設等と**連携体制が確保**されていること。
- (3) 連携体制を構築していることについて、当該保険医療機関の**見やすい場所に掲示**していること。
- (4) (3) の事項について、原則として、**ウェブサイトに掲載**していること。

# 地域における 24 時間の在宅医療提供体制の構築の推進

## 第1 基本的な考え方

地域における 24 時間の在宅医療の提供体制の構築を推進する観点から、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院と連携体制を構築している在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院以外の他の保険医療機関が訪問診療を行っている患者に対して、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院が往診を行った場合について、新たな評価を行う。

## 第2 具体的な内容

**在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院以外**の他の保険医療機関において**訪問診療を実施している患者**に対し、**在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院**が当該他の保険医療機関と**定期的にカンファレンス**を行っていること又は**ICT**を用いて診療情報や患者の急変時の対応方針について最新の情報を確認できること等により、平時からの連携体制を構築した上で、**当該在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が往診を行った場合の評価**を新設する。

**(新) 往診時医療情報連携加算 200 点**

### [対象患者]

在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院以外の保険医療機関において、訪問診療を受けている患者

### [算定要件]

在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院以外の保険医療機関に限る。）によって**計画的な医学管理の下に主治医として定期的に訪問診療を行っている患者**に対して、往診を行った場合、往診時医療情報連携加算として 200 点を所定点数に加算する。

# 往診に関する評価の見直し

## 第1 基本的な考え方

患者の状態に応じた適切な往診の実施を推進する観点から、緊急の往診に係る評価を見直す。

## 第2 具体的な内容

**往診を行う医療機関において訪問診療を行っている患者、往診を行う医療機関と事前に往診に関する連携体制を構築している他の医療機関において訪問診療を行っている患者、往診を行う保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者及び往診を行う医療機関と平時からの連携体制を構築している介護保険施設等に入所している患者**に対する**往診以外の往診**について緊急の往診に係る評価を見直す

### イ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院 ※過去60日以内に往診実績あり

#### (1) 病床を有する場合

①緊急往診加算 850点 ②夜間・休日往診加算 1,700点 ③深夜往診加算 2,700点

#### (2) 病床を有しない場合

①緊急往診加算 750点 ②夜間・休日往診加算 1,500点 ③深夜往診加算 2,500点

### ロ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院 (イに規定するものを除く。)

(1) 緊急往診加算 650点 (2) 夜間・休日往診加算 1,300点 (3) 深夜往診加算 2,300点

### ハ イからロまでに掲げるもの以外の保険医療機関の保険医が行う場合

(1) 緊急往診加算 325点 (2) 夜間・休日往診加算 650点 (3) 深夜往診加算 1,300点

## 二 別に厚生労働大臣が定める患者以外の患者に対して行う場合

(訪問診療患者、連携先の訪問診療患者、外来かかりつけ患者、協力医療機関としての介護保険施設の患者 以外)

(1) 緊急往診加算 325点 (変更なし) (2) 夜間・休日往診加算 405点 (←650点)

(3) 深夜往診加算 485点 (←1300点)

※イロハについては、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算1又は在宅療養実績加算2として、100点、75点又は50点を、それぞれ更に所定点数に加算可能

## 往診料の評価の見直し

➤ 患者の状態に応じた適切な往診の実施を推進する観点から、緊急の往診に係る評価を見直す。

往診料	以下のいずれかに該当する場合			その他の場合
	① 往診を行う保険医療機関において <u>過去60日以内に在宅患者訪問診療料等を算定</u> している患者 ② 往診を行う保険医療機関と <u>連携体制を構築している他の保険医療機関において、過去60日以内に在宅患者訪問診療料等を算定</u> している患者 ③ 往診を行う保険医療機関の <u>外来において継続的に診療</u> を受けている患者 ④ 往診を行う保険医療機関と <u>平時からの連携体制を構築している介護保険施設等に入所</u> する患者			
	機能強化型の 在支診・在支病（単独型・連携型）	機能強化型 以外の 在支診・在支病	その他の 医療機関	
	病床有	病床無		
往診料	720点			

+

緊急往診加算	850点	750点	650点	325点	<b>325点</b>
夜間・休日往診加算	1,700点	1,500点	1,300点	650点	<b>405点</b>
深夜往診加算	2,700点	2,500点	2,300点	1,300点	<b>485点</b>

①緊急往診加算について

保険医療機関において、**標榜時間内**であって、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している時に、患者又は現にその看護に当たっている者から緊急に求められて往診を行った場合に算定する。

②夜間・休日・深夜往診加算の取扱いについて

夜間（深夜を除く。）とは**午後6時から午前8時**までとし、深夜の取扱いについては、**午後10時から午前6時**までとする。ただし、これらの時間帯が標榜時間に含まれる場合、夜間・休日往診加算及び深夜往診加算は算定できない。

休日とは、**日曜日及び国民の祝日に関する法律第3条に規定する休日**をいう。なお、1月2日及び3日並びに12月29日、30日及び31日は、休日として取り扱う。



# 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の見直し

## 第1 基本的な考え方

より質の高い在宅医療の提供を適切に評価する観点から、訪問診療の算定回数等に応じて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の評価を見直す。

## 第2 具体的な内容

1. 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の算定における単一建物診療患者の数が **10人以上19人以下、20人以上49人以下及び50人以上の場合の評価**を新設する。
2. 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を届出している保険医療機関のうち、当該医療機関の**直近3月の訪問診療の算定回数等が2,100回を超える保険医療機関（看取りの件数等に係る一定の基準を満たす場合を除く。）**について、**単一建物診療患者の数が10人以上である患者**に対する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の評価を見直す。

**【算定要件】単一建物診療患者の数が10人以上である患者において、それぞれ所定点数の100分の60に相当する点数を算定する**

**【施設基準】当該保険医療機関の訪問診療の回数及び当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関（令和6年3月31日までに開設した保険医療機関を除く。）の訪問診療の回数の合計が一定数を超えないこと。**

3. 医療DX及び医薬品の安定供給に資する取組の推進に伴い、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の評価を見直す。
4. **機能強化型の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院**について、各年5月から7月までの**訪問診療の回数**が**一定回数を超える場合**においては、データに基づく適切な評価を推進する観点から次年の1月から**在宅データ提出加算に係る届出**を要件とする

# 在宅時医学総合管理料

- 全体的に15点減点
- 「10人以上」の区分が「10～19人」、「20～49人」、「50人以上」に細分化

居住場所	訪問診療回数	状態	単一建物診療患者数	在宅療養支援診療所・病院						在宅療養支援診療所・病院以外				在宅医療専門診療所（施設基準適合以外）	
				機能強化型			機能強化型以外			在宅療養移行加算1	在宅療養移行加算2・3	在宅療養移行加算4			
				病床あり		病床なし		在宅療養実績加算1	在宅療養実績加算2						
				在宅緩和ケア充実診療所・病院加算		在宅緩和ケア充実診療所・病院加算									
自宅	2回以上	別表第8の2に規定する患者	1人	5,785	5,385	5,385	4,985	4,885	4,785	4,585	3,751	3,651	3,551	3,435	2,748
			2-9人	4,685	4,485	4,325	4,125	3,915	3,865	3,765	3,136	3,036	2,936	2,820	2,256
			10-19人	2,965	2,865	2,725	2,625	2,460	2,435	2,385	2,101	2,001	1,901	1,785	1,428
			20-49人	2,485	2,400	2,290	2,205	2,073	2,053	2,010	1,816	1,716	1,616	1,500	1,200
			50人以上	2,185	2,110	2,010	1,935	1,821	1,803	1,765	1,631	1,531	1,431	1,315	1,052
		上記以外	1人	4,885	4,485	4,485	4,085	3,985	3,885	3,685	3,051	2,951	2,851	2,735	2,188
			2-9人	2,585	2,385	2,385	2,185	2,135	2,085	1,985	1,776	1,676	1,576	1,460	1,168
			10-19人	1,285	1,185	1,185	1,085	1,060	1,035	985	1,051	951	851	735	588
			20-49人	1,150	1,065	1,055	970	938	918	875	971	871	771	655	524
			50人以上	980	905	900	825	801	783	745	871	771	671	555	444
	うち1回以上情報通信機器を用いた診療	1人	3,414	3,014	3,174	2,774	2,854	2,754	2,554	2,330	2,230	2,130	2,014	1,611	
		2-9人	1,870	1,670	1,750	1,550	1,600	1,550	1,450	1,481	1,381	1,281	1,165	932	
		10-19人	965	865	905	805	840	815	765	961	861	761	645	516	
		20-49人	865	780	805	720	742	722	679	889	789	689	573	458	
		50人以上	735	660	686	611	634	616	578	803	703	603	487	390	
	1回	状態を問わず	1人	3,145	2,745	2,905	2,505	2,585	2,485	2,285	2,061	1,961	1,861	1,745	1,396
			2-9人	1,685	1,485	1,565	1,365	1,415	1,365	1,265	1,296	1,196	1,096	980	784
			10-19人	865	765	805	705	740	715	665	861	761	661	545	436
			20-49人	755	670	700	615	633	613	570	771	671	571	455	364
			50人以上	650	575	600	525	546	528	490	711	611	511	395	316
うち1回以上情報通信機器を用いた診療		1人	1,900	1,500	1,780	1,380	1,570	1,470	1,270	1,316	1,216	1,116	1,000	800	
		2-9人	1,028	828	968	768	868	818	718	891	791	691	575	460	
		10-19人	525	425	495	395	450	425	375	631	531	431	315	252	
		20-49人	458	373	429	344	384	364	321	580	480	380	264	211	
		50人以上	392	317	367	292	331	313	275	541	441	341	225	180	

# 施設入居時等医学総合管理料

- 全体的に15点減点
- 「10人以上」の区分が「10～19人」、「20～49人」、「50人以上」に細分化

居住場所	訪問診療回数	状態	単一建物診療患者数	在宅療養支援診療所・病院						在宅療養支援診療所・病院以外				在宅医療専門診療所（施設基準適合以外）	
				機能強化型			機能強化型以外			在宅療養移行加算1	在宅療養移行加算2・3	在宅療養移行加算4			
				病床あり		病床なし		在宅療養実績加算1	在宅療養実績加算2						
				在宅緩和ケア充実診療所・病院加算		在宅緩和ケア充実診療所・病院加算									
介護施設 ----- 有料老人ホーム ・ サ高住 ・ グループホーム 等	2回以上	別表第8の2に規定する患者	1人	4,185	3,885	3,885	3,585	3,510	3,435	3,285	2,751	2,651	2,551	2,435	1,948
			2-9人	3,375	3,225	3,105	2,955	2,795	2,760	2,685	2,326	2,226	2,126	2,010	1,608
			10-19人	2,940	2,865	2,700	2,625	2,441	2,425	2,385	2,101	2,001	1,901	1,785	1,428
			20-49人	2,463	2,400	2,268	2,205	2,057	2,043	2,010	1,816	1,716	1,616	1,500	1,200
			50人以上	2,166	2,110	1,991	1,935	1,807	1,795	1,765	1,631	1,531	1,431	1,315	1,052
		上記以外	1人	3,485	3,185	3,185	2,885	2,810	2,735	2,585	2,251	2,151	2,051	1,935	1,548
			2-9人	1,835	1,685	1,685	1,535	1,495	1,460	1,385	1,326	1,226	1,126	1,010	808
			10-19人	1,260	1,185	1,160	1,085	1,041	1,025	985	1,051	951	851	735	588
			20-49人	1,128	1,065	1,033	970	922	908	875	971	871	771	655	524
			50人以上	961	905	881	825	787	775	745	871	771	671	555	444
	うち1回以上情報通信機器を用いた診療	1人	2,534	2,234	2,354	2,054	2,119	2,044	1,894	1,850	1,750	1,650	1,534	1,227	
		2-9人	1,400	1,250	1,310	1,160	1,200	1,165	1,090	1,211	1,111	1,011	895	716	
		10-19人	940	865	880	805	821	805	765	961	861	761	645	516	
		20-49人	843	780	783	720	726	712	679	889	789	689	573	458	
		50人以上	716	660	667	611	620	608	578	803	703	603	487	390	
	1回	状態を問わず	1人	2,265	1,965	2,085	1,785	1,850	1,775	1,625	1,581	1,481	1,381	1,265	1,012
			2-9人	1,215	1,065	1,125	975	1,015	980	905	1,026	926	826	710	568
			10-19人	840	765	780	705	721	705	665	861	761	661	545	436
			20-49人	733	670	678	615	617	603	570	771	671	571	455	364
			50人以上	631	575	581	525	532	520	490	711	611	511	395	316
		うち1回以上情報通信機器を用いた診療	1人	1,410	1,110	1,320	1,020	1,165	1,090	940	1,076	976	876	760	608
			2-9人	768	618	723	573	648	613	538	756	656	556	440	352
			10-19人	500	425	470	395	431	415	375	631	531	431	315	252
			20-49人	436	373	407	344	368	354	321	580	480	380	264	211
50人以上			373	317	348	292	317	305	275	541	441	341	225	180	

## 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の見直し②

- 訪問診療の算定回数が多い医療機関における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の評価を見直す。

[概要]

- 単一建物診療患者の数が10人以上の患者について、当該保険医療機関における直近3月間の訪問診療回数及び当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関（令和6年3月31日以前に開設されたものを除く。）における直近3月間の訪問診療回数を合算した回数が2,100回以上の場合であって、次の要件をいずれかを満たさない場合はそれぞれ所定点数の100分の60に相当する点数を算定する。

- (イ) 直近1年間に5つ以上の保険医療機関から、文書による紹介を受けて訪問診療を開始した実績があること。
  - (ロ) 当該保険医療機関において、直近1年間の在宅における看取りの実績を20件以上有していること又は重症児の十分な診療実績等を有していること。
  - (ハ) 直近3か月に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患者のうち、施設入居時等医学総合管理料を算定した患者の割合が7割以下であること。
- (二) 直近3月間に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患者のうち、要介護3以上又は「特掲診療料の施設基準等」別表第八の二に掲げる別に厚生労働大臣が定める状態の患者の割合が5割以上であること。

【参考：対象医療機関に該当する場合の在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の評価】

在宅時医学総合管理料 ・施設入居時等医学総合管理料	機能強化型在支診・在支病 (病床あり)			機能強化型在支診・在支病 (病床なし)			在支診・在支病			その他		
	10人～ 19人	20人～ 49人	50人 ～	10人～ 19人	20人～ 49人	50人 ～	10人～ 19人	20人～ 49人	50人 ～	10人～ 19人	20人～ 49人	50人 ～
①月2回以上訪問(難病等)	1,719点	1,440点	1,266点	1,575点	1,323点	1,161点	1,431点	1,206点	1,059点	1,071点	900点	789点
②月2回以上訪問	711点	639点	543点	651点	582点	495点	591点	525点	447点	441点	393点	333点
③(うち1回は情報通信機器を用いた診療)	519点	468点	396点	483点	432点	367点	459点	407点	347点	387点	344点	292点
④月1回訪問	459点	402点	345点	423点	369点	315点	399点	342点	294点	327点	276点	237点
⑤(うち2月目は情報通信機器を用いた診療)	255点	224点	190点	237点	206点	175点	225点	193点	165点	189点	158点	135点

- 機能強化型の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、各年度5月から7月の訪問診療の算定回数が2,100回を超える場合においては、データに基づく適切な評価を推進する観点から次年の1月から在宅データ提出加算に係る届出を要件とする。

# 訪問診療の頻度が高い医療機関の在宅患者訪問診療料の見直し

## 第1 基本的な考え方

患者の状態に応じた適切な在宅医療の提供を推進するため、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、一人あたりの訪問診療の頻度が高い場合における在宅患者訪問診療料の評価を見直す。

## 第2 具体的な内容

在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、**過去3月の患者**（一部の状態を除く。）**一人あたりの訪問診療の回数が平均で12回を超える場合の在宅患者訪問診療料**を見直す

### 【在宅患者訪問診療料（Ⅰ） 1】

#### 〔算定要件〕

注 12 1 について、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基準に適合しなくなった場合には、当該基準に適合しなくなった後の直近1月に限り、**同一患者につき同一月において訪問診療を5回以上実施した場合**における**5回目以降の当該訪問診療**については、所定点数の**100分の50**に相当する点数により算定する。

※在宅患者訪問診療料（Ⅱ）も同様

#### 〔施設基準〕

第9 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び在宅患者訪問診療料（Ⅱ）に規定する場合の施設基準

以下のいずれにも該当する場合

当該医療機関において**次のアに掲げる数をイに掲げる数で除した値が12未満**であること。なお、**アの数**が**120を超えない場合はこの限り**ではない。

ア 直近3月に訪問診療を行った回数（一部患者を除く）

イ 直近3月に訪問診療を行った患者の数（一部患者を除く）

# 頻回訪問加算の見直し

## 第1 基本的な考え方

在宅医療における患者の状態に応じた評価をより適切に推進する観点から、頻回訪問加算について、要件及び評価を見直す。

## 第2 具体的な内容

頻回訪問加算について、当該加算を算定してからの期間に応じた評価に見直す

### 【在宅時医学総合管理料】

#### [算定要件]

注5 在宅時医学総合管理料を算定すべき医学管理に関し特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに限る。）に対して、**1月に4回以上の往診又は訪問診療を行った場合**には、患者1人につき1回に限り、頻回訪問加算として、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

**イ 初回の場合 800点**

**ロ 2回目以降の場合 300点**

※ 施設入居時等医学総合管理料においても同様

※現行は、患者1人につき1回に限り600点

# 在宅医療における医療 DX の推進

## 第1 基本的な考え方

居宅同意取得型のオンライン資格確認等システム、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスにより、在宅医療における診療計画の作成において取得された患者の診療情報や薬剤情報を活用することで質の高い医療を提供した場合について、新たな評価を行う。

## 第2 具体的な内容

1. 在宅患者訪問診療料等について、居宅同意取得型のオンライン資格確認等システム、電子カルテ情報共有サービス及び電子処方箋により得られる情報を活用して質の高い医療を提供することに係る評価を新設する。

### **(新) 在宅医療 DX 情報活用加算 10 点**

[対象患者] **在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の1、在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の2、在宅患者訪問診療料（Ⅱ）及び在宅がん医療総合診療料**を算定する患者

#### [算定要件]

**電子資格確認等により得られる情報を踏まえて計画的な医学管理**の下に、訪問して診療を行った場合は、在宅医療 DX 情報活用加算として、月1回に限り10点を所定点数に加算する。

#### [施設基準]

- (1) **電子情報処理組織の使用による請求**を行っていること。
- (2) 健康保険法第3条第13項に規定する**電子資格確認を行う体制**を有していること。
- (3) **電磁的記録をもって作成された処方箋**を発行する体制を有していること。
- (4) **電子カルテ情報共有サービス**を活用できる体制を有していること。・・・

# 在宅医療における ICT を用いた医療情報連携の推進

## 第1 基本的な考え方

在宅での療養を行っている患者に対して、医師・歯科医師が計画的な医学管理を行う際に当該患者の医療・ケアに携わる関係職種が ICT を用いて記録した診療情報等を活用した場合について、新たな評価を行う。

## 第2 具体的な内容

1. **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**について、他の保険医療機関等の関係職種が **ICT を用いて記録した患者に係る診療情報等**を活用した上で、医師が計画的な医学管理を行った場合の評価を新設する。

**(新) 在宅医療情報連携加算 (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) 100 点**

[算定要件]・・・在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得て、当該保険医療機関と**連携する他の保険医療機関の保険医、歯科医師等**、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の**保険薬剤師**、訪問看護ステーションの**保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員又は相談支援専門員等**であって当該患者に関わる者が **ICT を用いて記録した当該患者に係る診療情報等**を活用した上で計画的な医学管理を行った場合

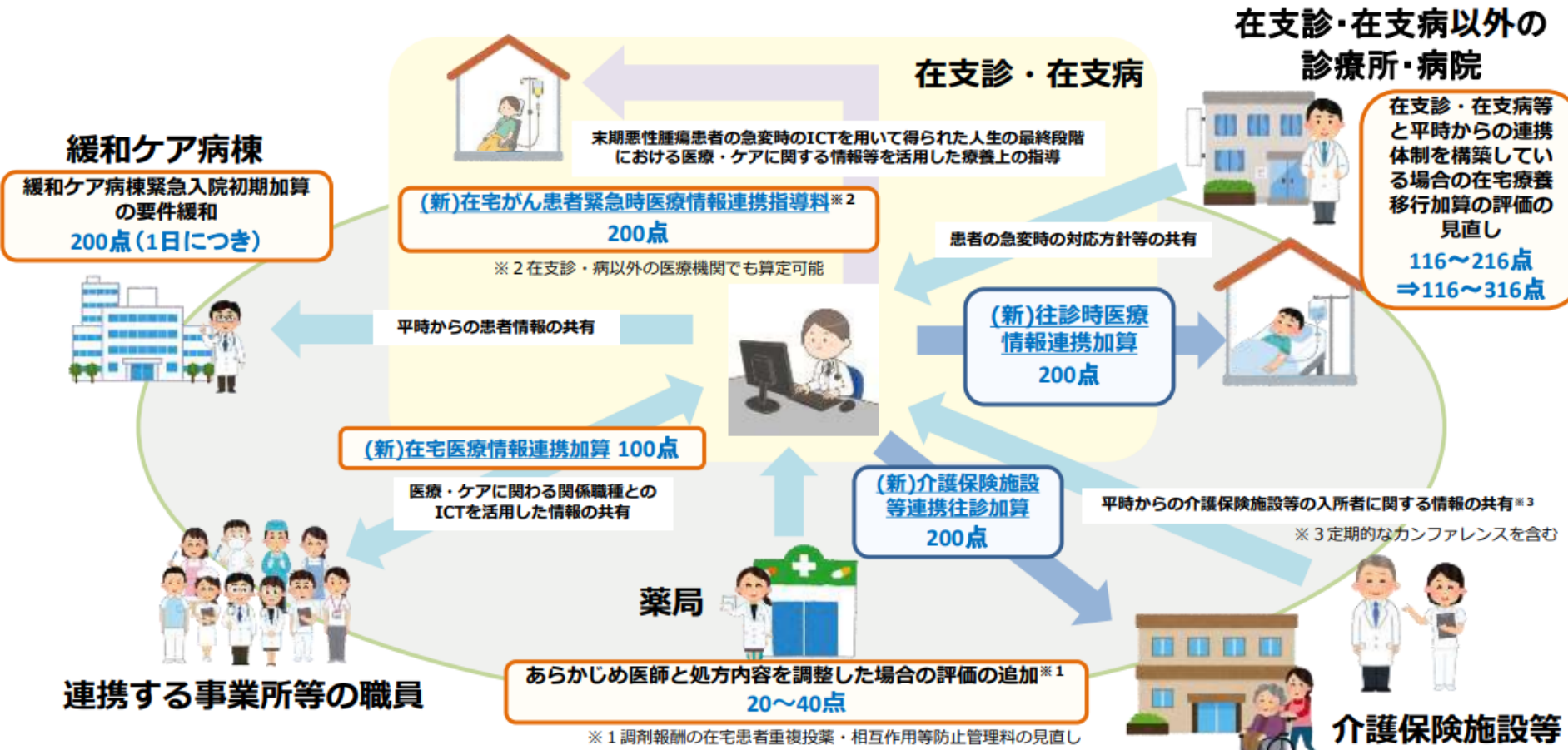
2. **在宅がん医療総合診療料**について、他の保険医療機関等の関係職種が ICT を用いて記録した患者に係る診療情報等を活用した上で、医師が計画的な医学管理を行った場合の評価を新設する。

**(新) 在宅医療情報連携加算 (在宅がん医療総合診療料) 100 点**



# 在宅医療におけるICTを用いた連携の推進

▶ 在宅で療養を行っている患者等に対し、ICTを用いた連携体制の構築を通じて、質の高い在宅医療の提供を推進する観点から、医療・ケアに関わる関係職種がICTを利用して診療情報を共有・活用して実施した計画的な医学管理を行った場合の評価、患者の急変時等に、ICTを用いて関係職種間で共有されている人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を踏まえ、療養上必要な指導を行った場合の評価等を実施。



# 在宅療養移行加算の見直し

## 第1 基本的な考え方

在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院以外の保険医療機関が行う訪問診療について、在宅での療養を行っている患者が安心して24時間対応を受けられる体制の整備を促進する観点から、在宅療養移行加算の評価を見直す。

## 第2 具体的な内容

**在宅療養移行加算**について、**対象となる範囲を病院まで拡大**するとともに、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院以外の保険医療機関が行う訪問診療について、他の保険医療機関と24時間の往診体制及び連絡体制を構築し定期的なカンファレンスやICTを用いて平時からの連携体制を構築している場合の評価を見直す

### [算定要件]

注9 保険医療機関が、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関において又は他の保険医療機関等との連携により、**常時往診を行う体制等を確保**した上で訪問診療を行った場合に、当該体制等に応じて、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

**イ 在宅療養移行加算1 316点**

□ 在宅療養移行加算2 216点 (旧1 変更なし)

**ハ 在宅療養移行加算3 216点**

二 在宅療養移行加算4 116点 (旧2 変更なし)

### イ、ハに追加された施設基準

(二) 当該医療機関が保有する患者の診療情報及び患者の病状の急変時の対応方針等の情報について、当該医療機関と連携する他の医療機関に対して、**月に1回程度の定期的なカンファレンス**により適切に提供していること。なお、当該情報については **ICT等を活用して連携する他の医療機関が常に確認できる体制**を確保することでも差し支えない。

## (参考) 在宅療養移行加算等における要件の一覧

			24時間要件						在支診・在支病等との定期的なカンファレンス等による情報共有		
			往診を行う体制		訪問看護を行う体制		連絡を受ける体制				
			単独	連携	単独	連携	単独	連携			
診療所			機能強化型	単独型	◎	×	○	◎	×		
			機能強化型	連携型	○ (<10)		○ (<10)		○ (<10)		
			その他		○	○	◎	×			
在宅療養支援病院			機能強化型	単独型	◎	×	○	◎	×		
			機能強化型	連携型	○ (<10)		○ (<10)		○ (<10)		
			その他		◎	×	○	◎	×		
<b>在宅療養移行加算1 (新)</b>					○※1			○※1		◎※3	
在宅療養移行加算2 (旧1)					○※1			○※1		-	
<b>在宅療養移行加算3 (新)</b>					※2			○※1		◎※3	
在宅療養移行加算4 (旧2)					※2			○※1		-	

※1：地域医師会等の協力を得て規定する体制を確保することでも差し支えない。（協力してもよい旨を明記しているのみであり、24時間の体制は在支診等と同様に満たす必要がある。）

※2：「24時間体制の往診を行う体制」は求めないが、市町村や地域医師会との協力により、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ことを要件とする。

※3：**ICT等を活用して連携する医療機関が常に確認できる体制を確保していることでも差し支えない。**

<10：連携医療機関数が10未満であること。

# 介護保険施設及び障害者支援施設における医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し

## 第1 基本的な考え方

医療と介護の両方を必要とする状態の患者が可能な限り施設での生活を継続するために、**医療保険で給付できる医療サービスの範囲を以下のとおり見直す。**

- ① 介護保険施設及び障害者支援施設において対応困難な医療行為を医療保険による算定を可能とする。

## 第2 具体的な内容

1. **介護老人保健施設に入所している末期の悪性腫瘍の患者**に対する**放射線治療の医学管理及び緩和ケアの医学管理**に関する費用を医療保険において算定可能とする。
2. **介護老人保健施設に入所している患者**に対し、当該介護老人保健施設の医師及び当該介護老人保健施設の併設医療機関に所属する医師以外の医師が、**高度な薬学的管理を必要とする薬剤を処方した場合、処方箋の発行にかかる費用**を医療保険において算定可能とする。
3. **介護老人保健施設及び介護医療院における重症心不全患者**に対する**植込型補助人工心臓（非拍動流型）に係る指導管理**の費用を医療保険において算定可能とする。
- ..
6. **障害者支援施設に入所している末期の悪性腫瘍の患者**に訪問診療を行った場合の費用を医療保険において算定可能とする。

# 在宅ターミナルケア加算等の見直し

## 第1 基本的な考え方

本人の望む場所でより患者の希望に沿った看取りを支援する観点から、在宅ターミナルケア加算等について、算定要件を見直す。

## 第2 具体的な内容

1. **在宅ターミナルケア加算**について、死亡日及び死亡日前 14 日以内に**退院時共同指導を実施**した上で訪問診療又は往診を実施している場合においても、算定可能とする。
2. **看取り加算**について、**退院時共同指導を実施した上で往診**を行い、在宅で患者を看取った場合に往診料においても算定可能とする

### 【往診料】【算定要件】

在宅で死亡した患者（往診を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）であって、その**死亡日及び死亡日前14日以内に、退院時共同指導料 1 を算定し、かつ、往診を実施した場合**には、当該患者に係る区分等に従い、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

#### **イ 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**

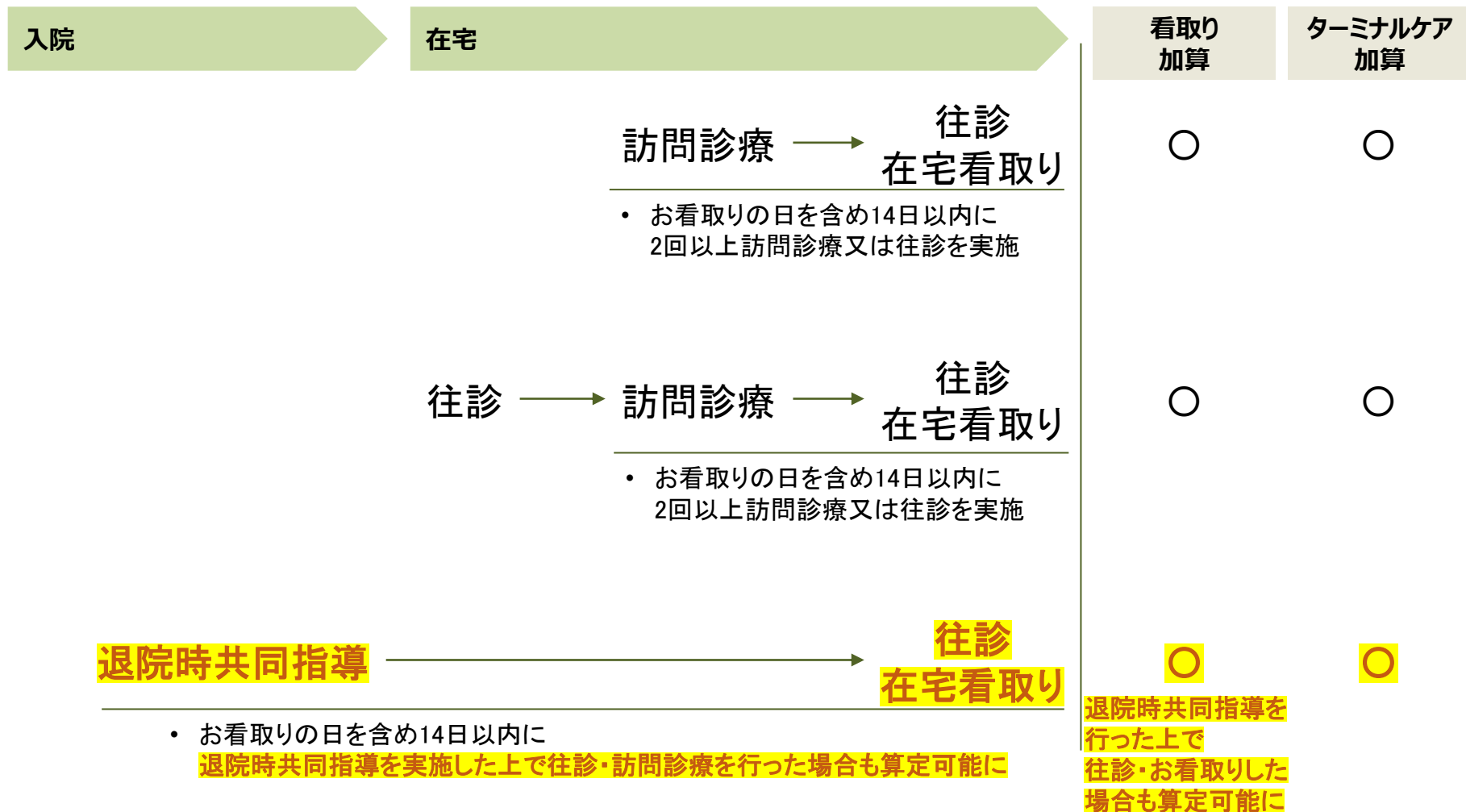
- ① 病床を有する場合 6,500点 ② 病床を有しない場合 5,500点・・・**

### 【在宅患者訪問診療料（I）】【算定要件】

注6 在宅で死亡した患者（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。）に対してその死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上の往診若しくは訪問診療を実施した場合又は**退院時共同指導料 1 を算定し、かつ、訪問診療を実施した場合**には、当該患者に係る区分等に従い、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。

# 看取り加算、ターミナルケア加算

- 看取り加算、ターミナルケア加算について、退院時共同指導を実施している場合は、訪問診療の実施がなくても算定可能になった。



# 在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院における訪問 栄養食事指導の推進

## 第1 基本的な考え方

訪問栄養食事指導の推進を図る観点から、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について要件を見直す。

## 第2 具体的な内容

医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して**訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制**の整備を推進する

### 【在宅療養支援診療所】

#### 〔施設基準〕

カ 訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制をとっていること。

1(1) タ 当該診療所において、**当該診療所の管理栄養士**又は**当該診療所以外**（公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「**栄養ケア・ステーション**」又は**他の保険医療機関**に限る。）の管理栄養士との連携により、医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して**訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制**を整備することが望ましい

### 【在宅療養支援病院】

#### 〔施設基準〕

カ 訪問栄養食事指導を行うにつき十分な体制が整備されていること。

1(1) チ 当該病院において、**当該病院の管理栄養士**により、医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して**訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制**を整備すること。

※ 機能強化型のうち連携型の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院並びに機能強化型以外の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院についても同様。

## (参考) 在支診・在支病の施設基準

	機能強化型在支診・在支病				在支診在支病	(参考) 在宅療養後方支援病院
	単独型		連携型			
	診療所	病院	診療所	病院		
全ての在支診・在支病の基準	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、看取り数等を報告している ⑦ 適切な意思決定支援に係る指針の作成      ⑧ <u>訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備</u> ⑨ <u>介護保健施設から求められた場合、協力医療機関として定められることが望ましい</u>					
全ての在支病の基準	「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。 (1) 許可病床200床未満*であること又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと (2) 往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること ※ 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては280床未満				<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 許可病床数200床以上</li> <li>○ 在宅医療を提供する医療機関と連携し、24時間連絡を受ける体制を確保</li> <li>○ 連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が24時間可能な体制を確保(病床の確保を含む) ※ やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、対応可能な病院を探し紹介すること</li> <li>○ 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行い、入院希望患者の一覧表を作成</li> </ul>	
機能強化型在支診・在支病の基準	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上		⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 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 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績10件以上 ・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上 ・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている	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	⑧ 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績10件以上各医療機関で4件以上 ・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上 ・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている		
	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 いずれか4件以上		⑨ 過去1年間の看取りの実績 連携内で4件以上 かつ、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 いずれか2件以上			
	⑩ 地域において24時間体制での在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい					
⑪ <u>各年5月から7月までの訪問診療の回数が一定回数を超える場合においては、次年の1月から在宅データ提出加算に係る届出を行っていること。</u>						



# 包括的支援加算の見直し

## 第1 基本的な考え方

在宅医療を行っている患者の状態に応じた評価を更に推進する観点から、包括的支援加算について、対象患者を見直す。

## 第2 具体的な内容

1. 包括的支援加算について、要介護度と認知症高齢者の日常生活自立度に関する対象患者の範囲を**要介護度 Ⅲ（←Ⅱ）以上**と**認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢ以上**に見直す（障害者支援区分についての変更は無い）。
2. 包括的支援加算の対象患者に新たに「**麻薬の投薬を受けている状態**」を追加する。

# 在宅における質の高い緩和ケアの提供の推進

## 第1 基本的な考え方

在宅で療養を行う末期の悪性腫瘍の患者について、質の高い緩和ケアを提供する観点から、患者の急変時等に、ICTの活用によって当該患者に関わる医療従事者等の間で共有されている人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を踏まえ、医師が当該患者に対して療養上必要な指導を行った場合について、新たな評価を行う。

## 第2 具体的な内容

在宅で療養を行っている**末期の悪性腫瘍の患者の病状の急変時**に、**ICTの活用**によって、医療従事者等の間で共有されている人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を踏まえ**医師が療養上必要な指導を行った場合**の評価を新設する。

### **(新) 在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料 200 点**

[対象患者] 在宅医療情報連携加算を算定している患者であって、在宅での療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者

[算定要件]

- (1) 訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得て、末期の悪性腫瘍の患者の病状の急変等に伴い、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医、歯科訪問診療を実施している歯科医師、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員又は相談支援専門員等が**電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法**を用いて記録した当該患者に係る人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を取得した上で療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
- (2) 在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料は、他の保険医療機関等の関係職種がICTを用いて記録した患者に係る診療情報等を活用した上で、医師が計画的な医学管理を行っている患者に対し、共有されている当該患者の人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を取得した上で療養上必要な指導を行った場合に、当該指導を行った日に限り算定できる。

# 医療的ケア児（者）に対する入院前支援の評価の新設

## 第1 基本的な考え方

医療的ケア児（者）が入院する際の在宅からの連続的なケアを確保する観点から、事前に自宅等を訪問し、患者の状態や人工呼吸器の設定等のケア状態の把握を行った場合について、新たな評価を行う。

## 第2 具体的な内容

医療的ケア児（者）に対して、**入院をする前段階**において、**患家を訪問し、あるいは情報通信機器を用いて患者の状態や医療的ケアの手技の確認等**を実施した場合の評価を新設する。

### **（新） 医療的ケア児（者）入院前支援加算 1,000 点**

〔対象患者〕 医療的ケア判定スコア 16 点以上の医療的ケア児（者）

〔算定要件〕 当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示を受けた看護職員が、入院前に別に厚生労働大臣が定める患者（当該保険医療機関の入院期間が通算 30 日以上のもものを除く。）の**患家等を訪問し、患者の状態、療養生活環境及び必要な処置等を確認した上で療養支援計画**を策定し、入院前又は入院した日に**当該計画書を患者又はその家族等に説明し**、文書により提供した場合に、保険医療機関ごとに患者 1 人につき 1 回に限り、入院初日に限り所定点数に加算する。

〔施設基準〕 医療的ケア児（者）の入院医療について、十分な実績を有していること。

### **（新） 医療的ケア児（者）入院前支援加算（情報通信機器を用いた場合） 500 点**

〔算定要件〕 …看護職員が、医療的ケア児（者）**入院前支援加算を算定すべき入院前支援を情報通信機器を用いて行った場合**は、保険医療機関ごとに患者 1 人につき 1 回に限り、入院初日に限り所定点数に加算する。

〔施設基準〕 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

# 精神科在宅患者支援管理料の見直し

## 第1 基本的な考え方

精神障害者の地域定着を推進する観点から、精神科在宅患者支援管理料について対象患者を見直す。

## 第2 具体的な内容

**精神科在宅患者支援管理料の算定患者**に、在宅医療の提供に係る一定の基準を満たす患者及び**精神科地域包括ケア病棟入院料から退院した患者**を追加する。

### 【精神科在宅患者支援管理料】

#### [算定要件]

- (2) 「1」のイ及び「2」のイについては、以下のア及びイに該当する患者又はウに該当する患者に対して、初回の算定日から起算して**6月以内に限り、月1回**に限り算定すること。
- ウ 平成31～令和3年度厚生労働行政調査推進補助金障害者対策総合研究事業において「**地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究**」の研究班が作成した、別紙様式●に掲げる「**在宅医療における包括的支援マネジメント導入基準**」において、**コア項目を1つ以上満たす者又は5点以上**である者
- (3) 「1」のロ及び「2」のロについては、(2)のア若しくはイに該当する患者又は以下のアからウまでの全て**若しくはエに該当する患者**に対して、初回の算定日から起算して**6月以内に限り、月1回**に限り算定すること。
- エ 過去6月以内に**精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟から退院した患者**

# 療養生活環境整備指導加算及び療養生活継続支援加算の見直し

## 第1 基本的な考え方

外来及び在宅患者に対する包括的支援マネジメントの実施を推進する観点から、療養生活環境整備指導加算及び療養生活継続支援加算について、要件及び評価を見直す。

## 第2 具体的な内容

**療養生活継続支援加算**について、**療養生活環境整備指導加算を統合するとともに、在宅精神療法を算定する患者に対しても算定可能**とする

### 【通院・在宅精神療法】

#### [算定要件]

(削除) 療養生活環境整備指導加算の記載

- 8 重点的な支援を要する患者に対して、**精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師又は精神保健福祉士**が、当該患者が地域生活を継続するための**面接及び関係機関との連絡調整**を行った場合に、**療養生活継続支援加算**として、次に掲げる区分に従い、初回算定日の属する月から起算して**1年を限度として、月1回に限り**、いずれかを所定点数に加算する。

**イ 直近の入院において、精神科退院時共同指導料1を算定した患者の場合 500点**

**ロ イ以外の患者の場合 350点**

## 療養生活環境整備指導加算及び療養生活継続支援加算の見直し

- ▶ 療養生活継続支援加算について、療養生活環境整備指導加算を統合するとともに、在宅精神療法を算定する患者に対しても算定可能とする。

### 現行

#### 【通院・在宅精神療法】

#### 【算定要件】（概要）

注8（療養生活環境整備指導加算）

注9（療養生活継続支援加算）

通院精神療法を算定する患者であって、重点的な支援を要するものに対して、精神科を担当する医師の指示の下、看護師又は精神保健福祉士が、当該患者が地域生活を継続するための面接及び関係機関との連絡調整を行った場合に、1年を限度として、月1回に限り350点を所定点数に加算する。ただし、注8に規定する加算を算定した場合は、算定しない。

#### 【施設基準】（概要）

- (1) 当該支援に専任の看護師又は専任の精神保健福祉士が1名以上勤務していること。
- (2) 当該看護師又は精神保健福祉士が同時に担当する療養生活継続支援の対象患者の数は1人につき80人以下であること。
- (3) 当該看護師については、精神科等の経験を3年以上有し、精神看護関連領域に係る適切な研修を修了した者であること。

### 改定後

#### 【通院・在宅精神療法】

#### 【算定要件】（概要）

旧注8 （削除）

注8（療養生活継続支援加算）

**通院・在宅精神療法を算定する患者**であって、重点的な支援を要する患者に対して、精神科を担当する医師の指示の下、**保健師、看護師又は精神保健福祉士**が、当該患者が地域生活を継続するための面接及び関係機関との連絡調整を行った場合に、療養生活継続支援加算として、次に掲げる区分に従い、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り、いずれかを所定点数に加算する。

- イ **直近の入院において精神科退院時共同指導料1を算定した患者の場合** **500点**
- ロ **イ以外の患者の場合** **350点**

#### 【施設基準】（概要）

- (1) 当該支援に**専任の精神保健福祉士**が1名以上勤務していること。
- (2) 当該支援を行う保健師、看護師又は精神保健福祉士が同時に担当する療養生活継続支援の対象患者の数は1人につき**30人**以下であること。

#### （削除）

- 旧注8（療養生活環境整備指導加算）について、療養生活継続支援加算のイへ統合した上で、療養生活継続支援加算の要件を見直し。
- 対象患者に、在宅精神療法を算定する患者を追加。

