# クリニックが押さえておくべき2024在宅報酬改定のポイント～重要ランキング10～

医療法人ゆうの森たんぽぽクリニック
永井康徳

# ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進

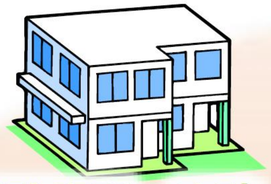
○　コロナ禍の経験を踏まえて、介護保険施設等と地域包括ケア病棟を持つ医療機関や在宅支援診療所の平時および急変時における対応の強化に関する評価の見直し等を実施。
○　また、在宅医療分野においては、患者の望む医療・ケアの提供を推進する観点から、ICTを用いた情報連携に関する評価の見直し等を行うとともに、患者の状態に応じた在宅医療の提供を推進する観点から、評価の見直し等を実施。

## マイナ保険証やICTを用いた情報連携

- 在宅医療DX情報活用加算の新設によるマイナ保険証を活用した情報連携を推進
- 在宅医療情報連携加算、往診時医療情報連携加算、介護保険施設等連携往診加算等の新設により平時からの介護サービス事業者等との連携促進

## 人生の最終段階における医療・ケアの充実

- 適切な意思決定支援に係る指針の作成に関する要件の対象拡大
- 在宅麻薬等注射指導管理料の新設（心不全等の患者）
- 在宅強心剤持続投与指導管理料の新設
- 在宅ターミナルケア加算等の見直し
- ICTを用いた情報連携に関する緩和ケア病棟緊急入院初期加算の要件緩和

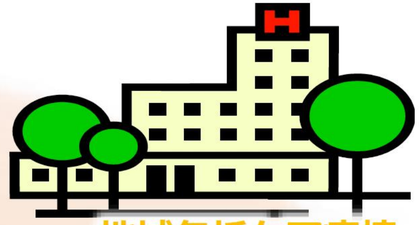


在宅療養支援診療所・病院

## 在宅療養支援診療所・病院における評価の見直し

- 在支診・病でない医療機関との連携の推進に関する評価の新設
- 訪問診療の回数が多い場合の施設総管等（複数人）の見直し※
- 訪問診療の頻度が多い場合の在宅患者訪問診療料の見直し
- 訪問栄養食事指導に係る要件見直し
- データ提出に関する要件見直し（機能強化型に限る）

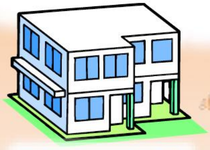
※在支診・病でない医療機関においても同様



地域包括ケア病棟
在支診・在支病、後方支援病院

## 医療機関と介護保険施設等の平時からの連携の推進等

- 協力医療機関になることを望ましい要件に
- 感染対策向上加算等の専従要件緩和
- 平時からの連携を要件とした評価の新設



診療所等

ケアマネジャー

介護保険施設等
（老健、介護医療院、特養）

介護サービス

## 地域包括診療料・加算の見直し

- サービス担当者会議/地域ケア会議への参加経験あるいはいわゆるケアマネタイム設置の要件化
- 認知症研修の要件化（望ましい要件）

適正化という名の大幅な減額

積極的な対応をとるかどうかで明暗が分かれる

# 2024診療報酬改定（在宅医療部門）
# 永井が独断で選んだ
# 重要ランキング10

# 2024年診療報酬改定での在宅医療分野重要ランキング10

| | |
|---|---|
| 1 | 在医総管/施設総管の減額 |
| 2 | 包括的支援加算の減額 |
| 3 | 頻回訪問加算の見直し |
| 4 | 往診に関する評価の減額 |
| 5 | 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減額 |
| 6 | 在宅医療情報連携加算（在医総管/施設総管の加算）<br>在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料 |
| 7 | 重症心不全患者の指導料拡大 |
| 8 | 在宅ターミナルケア加算等の対象拡大 |
| 9 | 介護保険施設入所者の病状の急変時の適切な往診と入院受け入れの推進 |
| 10 | 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10位　在支診・在支病における訪問栄養食事指導の推進

# 在宅療養支援診療所・病院における訪問栄養食事指導の推進

## 在宅療養支援診療所・病院の要件の見直し

➢ 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。

| 現行 | 改定後 |
| --- | --- |
| 【在宅療養支援診療所】<br>［施設基準］<br>（新設） | 【在宅療養支援診療所】<br>［施設基準］<br>・ **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】<br>［施設基準］<br>（新設） | 【在宅療養支援病院】<br>［施設基準］<br>・ **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有していること。**<br><br>［経過措置］<br>令和６年３月31日において現に在宅療養支援病院に係る届出を行っている保険医療機関については、令和７年５月31日までの間に限り、該当するものとみなす。 |

# （参考）在支診・在支病の施設基準

<table>
<tr><th rowspan="3"></th><th colspan="4">機能強化型在支診・在支病</th><th rowspan="3">在支診在支病</th><th rowspan="3">（参考）在宅療養後方支援病院</th></tr>
<tr><th colspan="2">単独型</th><th colspan="2">連携型</th></tr>
<tr><th>診療所</th><th>病院</th><th>診療所</th><th>病院</th></tr>
<tr><td>全ての在支診・在支病の基準</td><td colspan="4">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<br>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<br>⑦　適切な意思決定支援に係る指針の作成　⑧　訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備<br>⑨　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</td><td rowspan="4"></td><td rowspan="4">○　許可病床数200床以上<br>○　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<br>○　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）<br>※　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<br>○　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</td></tr>
<tr><td>全ての在支病の基準</td><td colspan="4">「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。<br>（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<br>（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<br>※　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</td></tr>
<tr><td rowspan="5">機能強化型在支診・在支病の基準</td><td colspan="2">⑦　在宅医療を担当する常勤の医師<br>３人以上</td><td colspan="2">⑦　在宅医療を担当する常勤の医師<br>連携内で３人以上</td></tr>
<tr><td>⑧　過去１年間の緊急往診の実績<br>10件以上</td><td>⑧　次のうちいずれか１つ<br>・過去１年間の緊急往診の実績<br>10件以上<br>・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<br>・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</td><td>⑧　過去１年間の緊急往診の実績<br>連携内で10件以上<br>各医療機関で４件以上</td><td>⑧　次のうちいずれか１つ<br>・過去１年間の緊急往診の実績<br>10件以上各医療機関で４件以上<br>・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<br>・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</td></tr>
<tr><td colspan="2">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<br>いずれか４件以上</td><td colspan="2">⑨　過去１年間の看取りの実績<br>連携内で４件以上<br>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<br>いずれか２件以上</td></tr>
<tr><td colspan="4">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</td></tr>
<tr><td colspan="4">⑪　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。</td></tr>
</table>

# 第9位　介護保険施設入所者の病状の急変時の適切な往診と入院受け入れの推進

# 医療と介護の連携の推進

○　医療・介護サービス連携を推進するために、主に以下の見直しをおこなう。

**１．医療機関と介護保険施設等の連携の推進**（Ⅱ－２－③）

- 医療機関と介護保険施設等の適切な連携を推進する観点から、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟において、**介護保険施設等の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいことを施設基準とする。**

**１－１．介護保険施設等入所者の病状の急変時の適切な入院受入れの推進**（Ⅱ－２－②）

- 介護保険施設等の入所者の病状急変時における適切な対応及び施設内における生活の継続支援を推進する観点から、当該施設の**協力医療機関となっている保険医療機関が施設入所者を受け入れた場合について、新たな評価を行う。**

**１－２．介護保険施設等入所者の病状の急変時の適切な往診の推進**（Ⅱ－８－①）

- 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。**

**２．地域包括診療料等の見直し**（Ⅱ－７－①）

- かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料等について、かかりつけ医と介護支援専門員との連携の強化する観点から、**算定要件に介護支援専門員および相談支援員との相談に応じること及びその旨を院内掲示すること等を追加**する。

**３．介護保険施設等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**（Ⅱ－２－④）

- 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、**介護保険施設等において対応が困難な医療行為について医療保険による算定を可能とする。**

**４．入退院支援加算１・２の見直し**（Ⅱ－２－⑧）

- 入退院支援における、関係機関との連携強化等の観点から、退院時における医療機関から**介護支援専門員へ情報提供する様式の見直し**、入退院支援加算１の施設基準で求める連携機関数について、**急性期病棟を有する医療機関では病院・診療所との連携を、地域包括ケア病棟を有する医療機関では介護サービス事業所及び障害福祉サービス事業所等との連携を一定程度求める**こととする。

**５．リハビリテーションに係る医療・介護情報連携の推進**（Ⅱ－２－⑤）

- 医療機関と介護保険の訪問・通所リハビリテーション事業所のリハビリテーションに係る連携を更に推進する観点から、**介護保険の通所リハビリテーションなどへ移行する場合に、移行先の事業所等にリハビリテーション実施計画書を提供することとする**。

**６．医療と介護における栄養情報連携の推進**（Ⅱ－３－⑦）

- 医療と介護における栄養情報連携を推進する観点から、**栄養情報提供加算の名称と要件、評価を見直し**、入院栄養食事指導を行った場合に加えて、**介護保険施設等に退院する患者について、退院先施設の管理栄養士と連携した場合も算定を可能とする**。

# 医療と介護の連携の推進（イメージ）

➢　これまでの新型コロナウイルス感染症への対応における取組も踏まえ、在宅医療を担う地域の医療機関と介護保険施設等において、実効性のある連携の構築を促進する観点から、介護保険施設等と医療機関の連携に関する要件及び評価等を見直す。また、かかりつけ医と介護支援専門員との連携を強化する観点から、当該連携に関する評価を見直す。

## 介護保険施設等と連携する医療機関
【在宅医療を担う医療機関や感染対策を担う医療機関等】

### 介護保険施設等との連携の推進

**・介護保険施設等の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいことを要件化**
在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟を有する病院において、要件化

**・感染症対策向上加算等の専従要件の明確化**
介護保険施設等からの求めに応じて行う専門性に基づく助言が感染対策向上加算等のチームの構成員の専従業務に含まれることを明確化する

**・介護保険施設等連携往診加算の新設**
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の評価

**・介護保険施設等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**
高度な薬学的管理を必要とする薬剤を処方した場合の「F400 処方箋料」を医療保険からの給付とする等の見直し

**・協力対象施設入所者入院加算の新設**
介護保険施設等の入所者の病状の急変時に、介護保険施設等と平時からの連携体制を構築している保険医療機関の医師が診察を実施した上で、入院の必要性を判断し、入院をさせた場合の評価

### 地域包括診療料等を算定する医療機関

**・地域包括診療料等の算定要件の見直し**
地域包括診療料等の算定要件に介護支援専門員との相談に応じること等を追加する。また、担当医がサービス担当者会議又は地域ケア会議への参加実績又は介護支援専門員との相談の機会を確保していることを施設基準に追加

●：診療報酬　■：介護報酬

(1)平時からの連携
(カンファレンス等による入所者の情報の共有等)
●協力対象施設入所者入院加算等の基準として規定
●感染症対策向上加算等の専従要件の明確化
■協力医療機関連携加算の新設
■高齢者施設等感染対策向上加算の新設

(2)急変時の電話相談・診療の求め

(3)相談対応・医療提供
●介護保険施設等連携往診加算の新設
●医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し

(4)入院調整
●協力対象施設入所者入院加算の新設
■退所時情報提供加算の見直し

(5)早期退院
■退院が可能となった場合の速やかな受入れの努力義務化

医師等と介護支援専門員との連携

## 介護保険施設等
【特養・老健・介護医療院】

### 協力医療機関等との連携の強化

**・診療や入院受入れ等を行う体制を確保した協力医療機関を定めることの義務化**
以下の要件を満たす協力医療機関を定めることを義務化
①入所者の病状が急変した場合等に相談対応を行う体制を常時確保
②診療の求めがあった場合の診療を行う体制を常時確保
③入院を要する入所者の入院を原則受け入れる体制の確保
※協力医療機関との間で1年に1回以上入所者の病状の急変が生じた場合の対応方針について確認

**・協力医療機関連携加算の新設**
介護保険施設等において、定期的な会議の実施による協力医療機関との連携体制の構築を評価

**・高齢者施設等感染対策向上加算の新設**
感染対策向上加算を算定する医療機関等が行う研修に参加すること等や実地指導を受けることを評価

**・退所時情報提供加算の新設**
入所者が医療機関へ退所した場合に医療機関に対し、生活支援上の留意点等の情報を提供することを評価

**・早期退院の受入れの努力義務化**
退院が可能となった場合の速やかな受入れについて努力義務化

## 居宅介護支援事業所

**・入院時情報連携加算の見直し**
入院当日に病院等の職員に対して利用者の情報を提供した場合について評価を充実

**・通院時情報連携加算の見直し**
算定対象に歯科医師を追加

# 診療や入院受け入れ等を行う体制を確保した協力医療機関を定めることが義務化された

以下の要件を満たす協力医療機関を定めることを義務化
①入所者の病状が急変した場合等に相談対応を行う体制を常時確保
②診療の求めがあった場合の診療を行う体制を常時確保
③入院を要する入所者の入院を原則受け入れる体制の確保

＊協力医療機関との間で1年に1回以上
　　入所者の病状の急変が生じた場合の対応方針について確認

# 医療機関と介護保険施設等の連携の推進②

## 介護保険施設等連携往診加算の新設

➢ 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。

**（新）　介護保険施設等連携往診加算　　200点**

[算定要件]
（１） 介護保険施設等連携往診加算は、介護保険施設等において療養を行っている患者の病状の急変等に伴い、当該介護保険施設等の従事者等の求めに応じて**当該患者に関する診療情報及び病状の急変時の対応方針等を踏まえて往診を行い、治療の方針について当該患者又はその家族等に十分に説明した場合**に限り算定できる。この場合、介護保険施設等の名称、活用した当該患者の診療情報、急変時の対応方針及び診療の要点を診療録に記録すること。
（２） 当該保険医療機関と当該介護保険施設等が特別の関係にある場合、介護保険施設等連携往診加算は算定できない。

[施設基準]（概要）
（１） 当該医療機関が介護保険施設等から協力医療機関として定められている等、**緊急時の連絡体制及び入院受入体制等を確保**していること。
（２） 次のいずれかの要件を満たすもの。
ア 次の（イ）及び（ロ）に該当していること。
（イ） 必要に応じて入院受入れを行う保険医療機関に所属する保険医が**ICTを活用して当該診療情報及び病状急変時の対応方針を常に確認可能な体制を有していること**。
（ロ） 介護保険施設等と協力医療機関において、**当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、年３回以上の頻度でカンファレンスを実施**していること。
イ 介護保険施設等と協力医療機関において、**当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、1月に１回以上の頻度でカンファレンスを実施**していること。
（３） 介護保険施設等に協力医療機関として定められており、当該介護保険施設等において療養を行っている患者の病状の急変等に対応すること及び協力医療機関として定められている介護保険施設等の名称について、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。

## 医療機関と介護保険施設等の連携の推進

➢ 医療機関と介護保険施設等の適切な連携を推進する観点から、**在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、在宅療養後方支援病院及び地域包括ケア病棟を有する病院**において、**介護保険施設等の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいこと**を施設基準とする。

# 医療機関と介護保険施設等の連携の推進①

## 協力対象施設入所者入院加算の新設

➢ 介護保険施設等の入所者の病状急変時における適切な対応及び施設内における生活の継続支援を推進する観点から、介護保険施設等の入所者の病状の急変時に当該介護保険施設等に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と平時からの連携体制を構築している保険医療機関の医師が診察を実施した上で、入院の必要性を判断し、入院をさせた場合の評価**を新設する。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| （新） | 協力対象施設入所者入院加算（入院初日） | 1 | 往診が行われた場合 | 600点 |
| | | 2 | 1以外の場合 | 200点 |

[対象医療機関]

在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、在宅療養後方支援病院、地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟又は病室を有する病院

[算定要件]

（１）　協力対象施設入所者入院加算は、介護保険施設等において療養を行っている患者の病状の急変等により入院が必要となった場合に、当該介護保険施設等の従事者の求めに応じて当該患者に関する診療情報及び病状の急変時の対応方針等を踏まえて診療が行われ、入院の必要性を認め入院させた場合に、入院初日に算定する。

（２）　「２」については、「１」以外の場合であって、**当該保険医療機関が当該介護保険施設等の従事者の求めに応じて当該患者（救急用の自動車等により緊急に搬送された者を除く）に対し、診療**を行い、入院の必要性を判断して入院した場合について所定点数に加算する。

（３）　当該保険医療機関と当該介護保険施設等が特別の関係にある場合、協力対象施設入所者入院加算は算定できない。

[施設基準]（概要）

（１）　当該医療機関が介護保険施設等から協力医療機関として定められている等、**緊急時の連絡体制及び入院受入体制等を確保**していること。

（２）　次のいずれかの要件を満たすもの。

ア　次の（イ）及び（ロ）に該当していること。

（イ）　入院受入れを行う保険医療機関の保険医が**ICTを活用して当該診療情報及び病状急変時の対応方針を常に確認可能な体制を有していること**。

（ロ）　介護保険施設等と当該介護保険施設の協力医療機関において、**当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、年３回以上の頻度でカンファレンスを実施**していること。

イ　介護保険施設等と協力医療機関として定められている医療機関において、**当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、1月に1回以上の頻度でカンファレンスを実施**していること。

（３）　介護保険施設等に協力医療機関として定められており、当該介護保険施設等において療養を行っている患者の病状の急変等に対応すること及び協力医療機関として定められている介護保険施設等の名称について、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。

# 第8位　在宅ターミナルケア加算等の対象拡大

# 在宅ターミナルケア加算等の見直し

➢ 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。

**（新）　往診料　在宅ターミナルケア加算　　3,500～6,500点**

［算定要件］

- 在宅ターミナルケア加算は、**死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に退院時共同指導を行った上で往診を行った患者が、在宅で死亡した場合**（往診を行った後、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すること。また、ターミナルケアの実施については、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こと。

**（新）　往診料　看取り加算　　3,000点**

［算定要件］

- 看取り加算は、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充分な説明と同意を行った上で、**死亡日前14日以内に退院時共同指導を行った上で死亡日に往診を行い、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こと。

**«在宅患者訪問診療料のターミナルケア加算の見直し»**

| 現行 | 改定後 |
|---|---|
| 【在宅患者訪問診療料　在宅ターミナルケア加算】<br>在宅ターミナルケア加算は、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すること。また、ターミナルケアの実施については、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こと。 | 【在宅患者訪問診療料　在宅ターミナルケア加算】<br>在宅ターミナルケア加算は、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**若しくは退院時共同指導を行った患者**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すること。また、ターミナルケアの実施については、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こと。 |

# (参考)在宅ターミナルケアに対する診療報酬上の評価の概要

| | | |
|---|---|---|
| **往診料** | | 720点 |
| **在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の１（１日につき）** | 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（Ⅱ）のイ（１日につき）** | | 150点 |

| **在宅ターミナルケア加算**<br>在宅で死亡した患者に死亡日から２週間以内に２回以上の往診、訪問診療又は**退院時共同指導**を実施した場合に算定 | **機能強化型在支診・在支病** | | **機能強化型以外の在支診・在支病** | **その他の医療機関** |
|---|---|---|---|---|
| | **有床診・在支病** | **無床診** | | |
| | 6,500点<br>(6,200点) | 5,500点<br>(5,200点) | 4,500点<br>(4,200点) | 3,500点<br>(3,200点) |
| **＋在宅緩和ケア充実診療所・病院加算** | 7,500点<br>(7,200点) | 6,500点<br>(6,200点) | | |
| **＋在宅療養実績加算１** | | | 5,250点<br>(4,950点) | |
| **＋在宅療養実績加算２** | | | 5,000点<br>(4700点) | |

※１　（）内は在宅患者訪問診療料（Ⅱ）のイを算定しているときの点数

| | | |
|---|---|---|
| **看取り加算** | 在宅で患者を看取った場合に算定 | 3,000点 |
| **死亡診断加算** | 患家で死亡診断を行った場合に算定 | 200点 |

※２　看取り加算と死亡診断加算は併算定できない

■その他の加算■
○乳幼児加算　　400点
○診療時間に応じた加算　診療時間が1時間超の場合に100点／30分を加算

# 第7位　重症心不全患者の指導料拡大

# 在宅療養指導料の見直し

## 在宅療養指導料の見直し

➢ 慢性心不全患者に対する退院直後の支援を強化する観点から、在宅療養指導料の対象に退院直後の慢性心不全患者を追加し、ガイドラインに基づく支援を評価する。

### 現行

【在宅療養指導料】

［算定要件］

注１　第２部第２節第１款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者又は器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者に対して、医師の指示に基づき保健師、助産師又は看護師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、患者１人につき月１回（初回の指導を行った月にあっては、月２回）に限り算定する。

(1) 在宅療養指導管理料を算定している患者又は入院中の患者以外の患者であって、器具（人工肛門、人工膀胱、気管カニューレ、留置カテーテル、ドレーン等）を装着しており、その管理に配慮を要する患者に対して指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月２回に限り、その他の月にあっては月１回に限り算定する。

### 改定後

【在宅療養指導料】

［算定要件］

注１　第２部第２節第１款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者、器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者又は**退院後１月以内の慢性心不全の患者**に対して、医師の指示に基づき保健師、助産師又は看護師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、患者１人につき月１回（初回の指導を行った月にあっては、月２回）に限り算定する。

(1) 次のいずれかの患者に対して指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月２回に限り、その他の月にあっては月１回に限り算定する。

ア　在宅療養指導管理料を算定している患者

イ　入院中の患者以外の患者であって、器具（人工肛門、人工膀胱、気管カニューレ、留置カテーテル、ドレーン等）を装着しており、その管理に配慮を要する患者

ウ　**退院後１月以内の患者であって、過去１年以内に心不全による入院が、当該退院に係る直近の入院を除き、１回以上ある慢性心不全の患者（治療抵抗性心不全の患者を除く。）**

(2)・(3)　（略）

(4) **当該療養上の指導を行う保健師、助産師又は看護師は、在宅療養支援向上のための適切な研修を修了していることが望ましいこと。**

# 在宅療養指導料の対象

①在宅療養指導管理料を算定している患者
②入院中の患者以外の患者であって、器具（人工肛門、人工膀胱、気管カニューレ、留置カテーテル、ドレーン等）を装着しており、その管理に配慮を要する患者
③退院後1月以内の慢性心不全患者（追加）

# 在宅における心不全の患者等への指導管理に係る評価の新設

## 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料の見直し

➢ 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料等について、**名称を変更**するとともに、疾患を考慮した評価体系に見直した上で、**心不全又は呼吸器疾患の末期の患者に対する注射による麻薬の投与を用いた指導管理についての評価**を新設する。

### 現行

**【在宅悪性腫瘍等患者指導管理料】**
1,500点

在宅における鎮痛療法又は悪性腫瘍の化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の患者に対して、当該療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

※　注入ポンプ加算及び携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算の対象患者についても、同様の見直しを行う。

### 改定後

**【在宅麻薬等注射指導管理料】**

**1　悪性腫瘍の場合**　**1,500点**
悪性腫瘍の末期の患者に対して、在宅における麻薬等の注射に関する指導管理を行った場合に算定。

**2　筋萎縮性側索硬化症又は筋ジストロフィーの場合**　**1,500点**
筋萎縮性側索硬化症又は筋ジストロフィーの患者であって、在宅における麻薬等の注射に関する指導管理を行った場合に算定。

**3　（新）心不全又は呼吸器疾患の場合**　**1,500点**
１又は２に該当しない場合であって、**緩和ケアを要する心不全又は呼吸器疾患の末期の患者**に対して、在宅における麻薬の注射に関する指導管理を行った場合に算定。

**【在宅悪性腫瘍化学療法注射指導管理料】**　**1,500点**
悪性腫瘍の患者に対して、在宅における抗悪性腫瘍剤等の注射に関する指導管理を行った場合に算定する。

## 在宅強心剤持続投与指導管理料の新設（医療技術評価分科会を踏まえた対応）

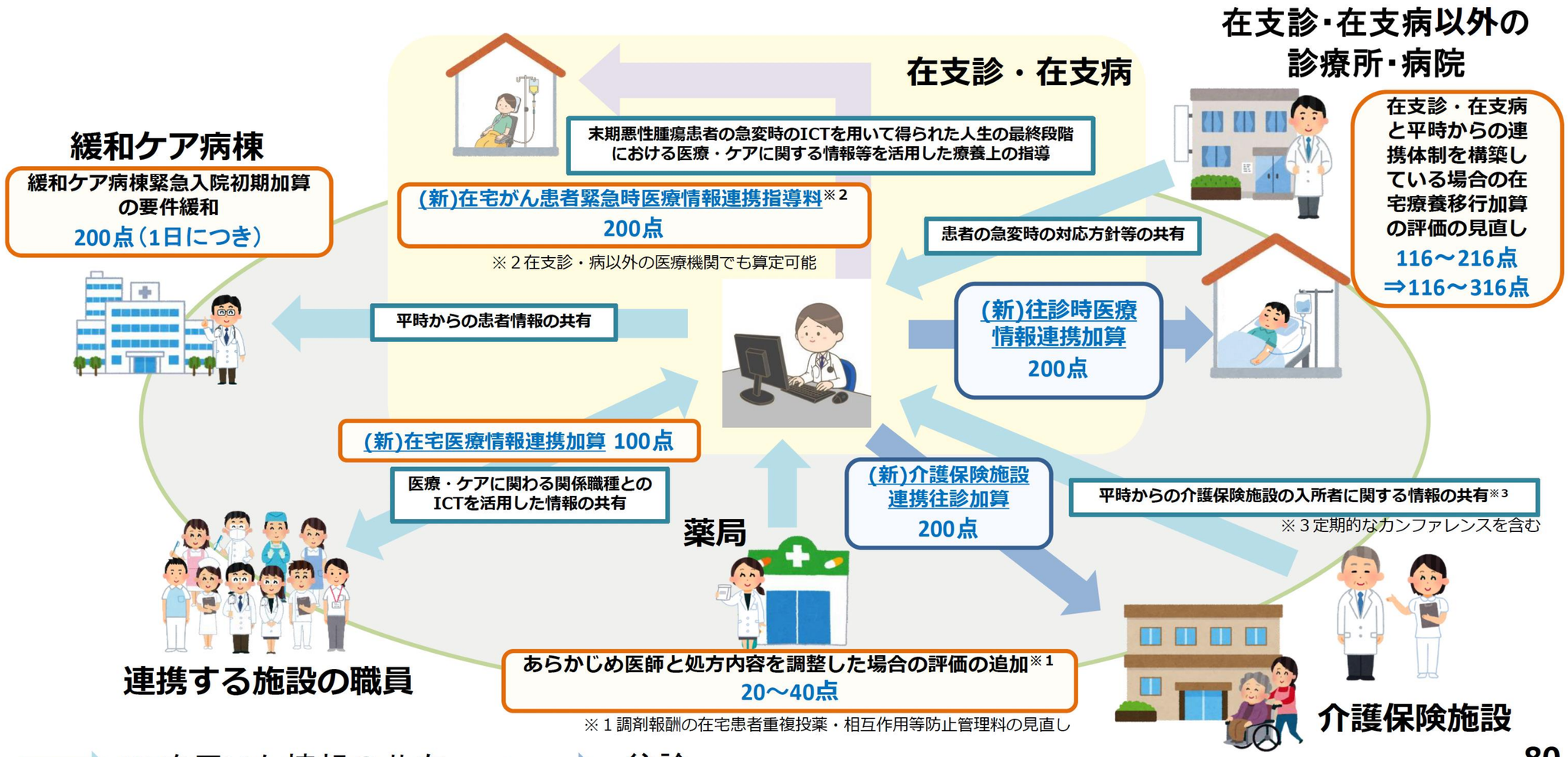
**（新）　在宅強心剤持続投与指導管理料　1,500点**

［算定要件］　（主なもの）
・在宅強心剤持続投与指導管理料は、**循環血液量の補正のみでは心原性ショック（Killip 分類 class Ⅳ）からの離脱が困難な心不全の患者であって、安定した病状にある患者**に対して、携帯型ディスポーザブル注入ポンプ又は輸液ポンプを用いて強心剤の持続投与を行い、当該治療に関する指導管理を行った場合に算定。
・実施に当たっては、関係学会の定める診療に関する指針を遵守すること。
・当該指導管理料を算定する医師は、心不全の治療に関し、専門の知識並びに５年以上の経験を有する常勤の医師であること。

# 第6位　在宅医療情報連携加算
# 在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料

# 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、処方内容の調整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。



# 在宅医療におけるICTを用いた連携の推進

## 在宅医療情報連携加算の新設

➢ 在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料及び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として、在宅医療情報連携加算を新設する。

**（新）　在宅医療情報連携加算　100点**
**（新）　在宅歯科医療情報連携加算（歯科）　100点**

［算定要件］

- 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た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、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保険医療機関の保険医である歯科医師等、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**に、在宅医療情報連携加算として、月１回に限り、100点を所定点数に加算する。

［主な施設基準］

（１）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**診療情報等について、ICTを用いて常時確認できる体制を有し、関係機関と平時からの連携体制を構築していること。**
（２）診療情報等を活用した上で計画的な医学管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
（３）（１）に規定する連携体制を構築している医療機関であることについて、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）の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。

［経過措置］

令和７年５月31日までの間に限り、（４）に該当するものとみなす。

# 在宅医療情報連携加算の当法人での試算

1,000円×600人＝600,000円（1月あたり）
600,000円×12ヶ月＝7,200,000円
年額7,200,000円の増額

# 在宅医療におけるICTを用いた連携の推進②

## 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**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**

［算定要件］

- 過去30日以内に在宅医療情報連携加算を算定している末期の悪性腫瘍の患者に対し、**医療関係職種等が、当該患者の人生の最終段階における医療・ケアに関する情報について、当該患者の計画的な医学管理を行う医師が常に確認できるように記録している場合**であって、当該患者の病状の急変時等に、当該医師が当該患者の**人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を活用して患家において、当該患者及びその家族等に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。
- 在宅で療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者に対して診療等を行う医師は、療養上の必要な指導を行うにあたり、活用された当該患者の人生の最終段階における医療・ケアに関する情報について、**当該情報を記録した者の氏名、記録された日、取得した情報の要点及び患者に行った指導の要点**を診療録に記載すること。

## 緩和ケア病棟緊急入院初期加算の要件緩和

➢ 緩和ケア病棟における在宅療養支援をより推進する観点から、緊急入院初期加算の要件を見直す。

| 現行 | 改定後 |
|---|---|
| 【緩和ケア病棟緊急入院初期加算】<br>［算定要件］（該当部分概要）<br>緩和ケア病棟緊急入院初期加算は、在宅緩和ケアを受け、緊急に入院を要する可能性のある患者について、緊急時の円滑な受入れのため、病状及び投薬内容のほか、患者及び家族への説明等について、当該連携保険医療機関より予め文書による情報提供を受ける必要がある。 | 【緩和ケア病棟緊急入院初期加算】<br>［算定要件］（該当部分概要）<br>緩和ケア病棟緊急入院初期加算は、在宅緩和ケアを受け、緊急に入院を要する可能性のある患者について、緊急時の円滑な受入れのため、病状及び投薬内容のほか、患者及び家族への説明等について、当該連携保険医療機関より予め文書による情報提供を受ける必要がある。**ただし、当該情報についてICTの活用により、当該保険医療機関が常に連携保険医療機関の有する診療情報の閲覧が可能な場合、文書による情報提供に関する要件を満たしているとみなすことができる。** |