

**第5位 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**

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）】

・医療情報連携加算の新設

在宅時医学総合管理料等について、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

・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、医療従事者等の中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している在支診・在支病以外の他の医療機関が訪問診療を行っている患者に対し、在支診及び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、①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、②往診を行う保険医療機関と連携体制を構築している他の保険医療機関において訪問診療を行っている患者、③往診を行う保険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に入所する患者又は④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のいずれにも該当しない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・在支病における在宅患者訪問診療料の算定について、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、同一患者につき同一月において訪問診療を5回以上実施した際の、5回目以降の訪問診療についての評価の見直し

在宅患者訪問診療料の減算

在宅患者訪問診療料(Ⅰ)(Ⅱ)

⇒在宅療養支援診療所（病院）であって、「患者一人当たりの直近3ヶ月の訪問診療回数」が12回以上（*1を除く）となった場合には、その後、直近1ヶ月に限り、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50%で算定する（減算）。

$$\frac{\text{直近3ヶ月に訪問診療を行った回数（*2）}}{\text{直近3ヶ月に訪問診療を行った患者の数}} = 12\text{回以上}$$

当法人の場合

$$\frac{3300\text{回}}{1803\text{人}} = 1.8\text{回}$$

- *1 別表第7の患者
- 死亡した患者
- 末期心不全の患者
- 呼吸器疾患の終末期患者
- 当該期間中に訪問診療を新たに開始した患者
- 当該期間中に訪問診療を終了した患者

患者の状態に応じた適切な在宅医療の提供の推進①

在宅患者訪問診療料の見直し

- 在支診・在支病における在宅患者訪問診療料の算定について、**患者1人当たりの直近3月の訪問診療の回数が12回以上**の場合、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、**5回目以降の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。

[訪問診療の回数の計算対象とならない患者]

- ・ 別表第七に掲げる別に厚生労働大臣の定める患者。
- ・ 対象期間中に死亡した者。
- ・ 末期心不全の患者、呼吸器疾患の終末期患者。
- ・ 対象期間中に訪問診療を新たに開始した患者又は終了した患者。

頻回訪問加算の見直し

- 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。

現行			改定後	
頻回訪問加算	600点/月	⇒	頻回訪問加算 <u>(初回)</u>	800点/月
			<u>(2回目以降)</u>	300点/月

[算定要件]

以下の状態・疾患の患者に対して、月4回以上の訪問診療を実施した場合に月一回に限り算定する

[対象患者] **①または②に該当する患者**

①末期の悪性腫瘍の患者

②以下のうち、2つの状態に該当する患者

(「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」及び「人工肛門又は人工膀胱を設置している状態」のみの組み合わせは除く)

在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅悪性腫瘍等患者指導管理、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状態にある者、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

第4位 往診に関する評価の減額

往診料に関する評価の見直し

➤ 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。

	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訪問診療を行っている患者 ② 往診を行う保険医療機関と連携体制を構築している他の保険医療機関において、訪問診療を行っている患者 ③ 往診を行う保険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に入所する患者 ④ 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			
	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	
	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	325点
夜間・休日往診加算	1700点	1500点	1300点	650点	405点
深夜往診加算	2700点	2500点	2300点	1300点	485点

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。

以下の4つのケース以外の往診について極端な減額が行われる

①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

②往診を行う保険医療機関と連携体制を構築している

他の保険医療機関において、訪問診療を行っている患者

③往診を行う保険医療機関と平時からの連携体制を構築している

介護保険施設に入所する患者

④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

第3位 頻回訪問加算の見直し

患者の状態に応じた適切な在宅医療の提供の推進①

在宅患者訪問診療料の見直し

- 在支診・在支病における在宅患者訪問診療料の算定について、**患者1人当たりの直近3月の訪問診療の回数が12回以上**の場合、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、**5回目以降の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。

[訪問診療の回数の計算対象とならない患者]

- ・ 別表第七に掲げる別に厚生労働大臣の定める患者。
- ・ 対象期間中に死亡した者。
- ・ 末期心不全の患者、呼吸器疾患の終末期患者。
- ・ 対象期間中に訪問診療を新たに開始した患者又は終了した患者。

頻回訪問加算の見直し

- 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。

現行		改定後	
頻回訪問加算	600点/月	頻回訪問加算 <u>(初回)</u>	800点/月
		<u>(2回目以降)</u>	300点/月

[算定要件]

以下の状態・疾患の患者に対して、月4回以上の訪問診療を実施した場合に月一回に限り算定する

[対象患者] **①または②に該当する患者**

①末期の悪性腫瘍の患者

②以下のうち、2つの状態に該当する患者

(「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」及び「人工肛門又は人工膀胱を設置している状態」のみの組み合わせは除く)

在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅悪性腫瘍等患者指導管理、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状態にある者、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

頻回訪問加算の当法人での試算

69,000円（1月あたり）

$69,000 \times 12$ ヶ月 = 828,000円

年額828,000円の減額

第2位 包括的支援加算の減額

患者の状態に応じた適切な在宅医療の提供の推進②

包括的支援加算の見直し

- ▶ 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、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三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）とともに、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。

・包括的支援加算(在医総管・施設総管)

150点（月1回）

現行

[対象患者]

- 以下のいずれかに該当する患者
- (1) 要介護2以上に相当する患者
 - (2) 認知症高齢者の日常生活自立度でランクⅡb以上の患者
 - (3) 月4回以上の訪問看護を受ける患者
 - (4) 訪問診療時又は訪問看護時に、注射や処置を行っている患者
 - (5) 特定施設等の入居者の場合には、医師の指示を受けて、看護師が痰の吸引や経管栄養の管理等の処置を行っている患者
(新設)
 - (6) 医師の指導管理のもと、家族等が処置を行っている患者等、関係機関等との連携のために特に重点的な支援が必要な患者

改定後

[対象患者]

- 以下のいずれかに該当する患者
- (1) 要介護3以上に相当する患者
 - (2) 認知症高齢者の日常生活自立度でランクⅢ以上の患者
 - (3) 月4回以上の訪問看護を受ける患者
 - (4) 訪問診療時又は訪問看護時に、注射や処置を行っている患者
 - (5) 特定施設等の入居者の場合には、医師の指示を受けて、看護師が痰の吸引や経管栄養の管理等の処置を行っている患者
 - (6) 麻薬の投薬を受けている患者**
 - (7) 医師の指導管理のもと、家族等が処置を行っている患者等、関係機関等との連携のために特に重点的な支援が必要な患者

包括的支援加算の当法人での試算

1,500円×93名 = 139,500円（1月あたり）

139,500円×12ヶ月 = 1,674,000円

年額1,674,000円の減額

第1位 在医総管 / 施設総管の減額

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**するとともに、**処方箋料の再編に伴い、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を見直す。**

	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					
	1人	2~9人	10人~ 19人	20人~ 49人	50人~	1人	2~9人	10人~ 19人	20人~ 49人	50人~	1人	2~9人	10人~ 19人	20人~ 49人	50人~	1人	2~9人	10人~ 19人	20人~ 49人	50人~	
在宅時 医学総合管理料																					
①月2回以上訪問 (難病等)	5,385点	4,485点	2,865点	2,400点	2,110点	4,985点	4,125点	2,625点	2,205点	1,935点	4,585点	3,765点	2,385点	2,010点	1,765点	3,435点	2,820点	1,785点	1,500点	1,315点	
②月2回以上訪問	4,485点	2,385点	1,185点	1,065点	905点	4,085点	2,185点	1,085点	970点	825点	3,685点	1,985点	985点	875点	745点	2,735点	1,460点	735点	655点	555点	
③ (うち1回は情報通信 機器を用いた診療)	3,014点	1,670点	865点	780点	660点	2,774点	1,550点	805点	720点	611点	2,554点	1,450点	765点	679点	578点	2,014点	1,165点	645点	573点	487点	
④月1回訪問	2,745点	1,485点	765点	670点	575点	2,505点	1,365点	705点	615点	525点	2,285点	1,265点	665点	570点	490点	1,745点	980点	545点	455点	395点	
⑤ (うち2月目は情報通 信機器を用いた診療)	1,500点	828点	425点	373点	317点	1,380点	768点	395点	344点	292点	1,270点	718点	375点	321点	275点	1,000点	575点	315点	264点	225点	
施設入居時等 医学総合管理料																					
①月2回以上訪問 (難病等)	3,885点	3,225点	2,865点	2,400点	2,110点	3,585点	2,955点	2,625点	2,205点	1,935点	3,285点	2,685点	2,385点	2,010点	1,765点	2,435点	2,010点	1,785点	1,500点	1,315点	
②月2回以上訪問	3,185点	1,685点	1,185点	1,065点	905点	2,885点	1,535点	1,085点	970点	825点	2,585点	1,385点	985点	875点	745点	1,935点	1,010点	735点	655点	555点	
③ (うち1回は情報通信 機器を用いた診療)	2,234点	1,250点	865点	780点	660点	2,054点	1,160点	805点	720点	611点	1,894点	1,090点	765点	679点	578点	1,534点	895点	645点	573点	487点	
④月1回訪問	1,965点	1,065点	765点	670点	575点	1,785点	975点	705点	615点	525点	1,625点	905点	665点	570点	490点	1,265点	710点	545点	455点	395点	
⑤ (うち2月目は情報通 信機器を用いた診療)	1,110点	618点	425点	373点	317点	1,020点	573点	395点	344点	292点	940点	538点	375点	321点	275点	760点	440点	315点	264点	225点	

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。
- (ニ) 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2100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度の1月から**在宅データ提出加算に係る届出を要件**とする。

在医総管 / 施設総管の当法人での試算

120名で222,800円（1月あたり）

222,800円×12ヶ月＝2,673,600円

年額2,673,600円の減額

在医総管/施設総管、包括的支援加算、頻回訪問加算 の当法人での試算（マイナス分）

頻回訪問加算の減額分	—828,000円
包括的支援加算の減額分	—1,674,000円
在医総管/施設総管の減額分	—2,673,600円
<hr/>	
合計	—5,175,600円

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） 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

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