

日医工医療行政情報

<https://stu-ge.nichiiko.co.jp/>

はじめて始める在宅医療【診療所】

作成：日医工株式会社 MPSグループ

資料No.20241004-2005(1)-1

資料では以下の用語を省略しています。

- ・在宅療養支援診療所 = 在支診
- ・在宅療養支援病院 = 在支病
- ・在宅時医学総合管理料 = 在医総管
- ・施設入居時等医学総合管理料 = 施医総管

本資料は、2024年5月31日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

- 本資料は、厚生労働省および関連する部署が発出する資料をもとに作成した資料です。
- 本資料は、自社医薬品の製品プロモーションに係る内容は記載していません。
- 資料中に薬剤の一般名（成分名）が記載される場合がございますが、自社医薬品を意図した記載ではございません。
- 本資料に引用された図などについては、引用元のポリシーなどを遵守し記載しております。
- 引用された資料等で許諾が必要な場合には、所定の手続きを行い許諾を受けております。
- 本資料には、著作権等がございます。
二次使用につきましては、ご相談等、承りますので下記フォームからお問い合わせください。
なお、フォームの送付のみで使用を許諾するものではございませんのでご注意ください。
- 本資料に関するご質問等は、下記フォームからお受けしております。

ご質問等 受付フォーム：

<https://stu-ge.nichiiko.co.jp/inquiries/new>

お手持ちのモバイル機器からも送信できます ⇒



1. 在宅医療に関する大枠
2. 在宅療養支援診療所（在支診）、在宅療養支援病院（在支病）、在宅専門診療所の施設基準
3. 在宅医療に対する基本的な診療報酬
 - (1) 往診料、在宅患者訪問診療料
 - (2) 在宅患者医学総合管理料（在医総管）、施設入居時等医学総合管理料（施医総管）
 - (3) その他
4. 医療材料等の供給について、ICTの利活用による情報共有等

※往診料、在宅患者訪問診療料、在医総管、施医総管の点数は別添資料（2005(2)）にまとめています

1. 在宅医療に関する大枠
2. 在宅療養支援診療所（在支診）、在宅療養支援病院（在支病）、在宅専門診療所の施設基準
3. 在宅医療に対する基本的な診療報酬
 - (1)往診料、在宅患者訪問診療料
 - (2)在宅患者医学総合管理料（在医総管）、施設入居時等医学総合管理料（施医総管）
 - (3)その他
4. 医療材料等の供給について、ICTの利活用による情報共有等

患者背景

- ・患者の状態
- ・居住場所
- ・家族等の介護の有無

保険等

- ・介護保険or医療保険
- ・公費助成制度

医療機関

- ・機能強化型在支診・在支病
- ・在支診・在支病
- ・在支診以外の診療所
- ・在宅専門診療所

診療報酬

- ・往診料
- ・在宅患者訪問診療料
- ・在医総管
- ・施医総管
- ・在宅療養指導管理料

- 通院困難な状態で病状が安定している患者が入院することなく自宅で医師の診療・指導や管理を受けながら療養すること。
- 医師や看護師などが患家に出向き、必要な医療・介護等を在宅で行った場合、又は患者・家族に対し、在宅療養をするために必要な指導を行った場合にかかった費用を算定する。

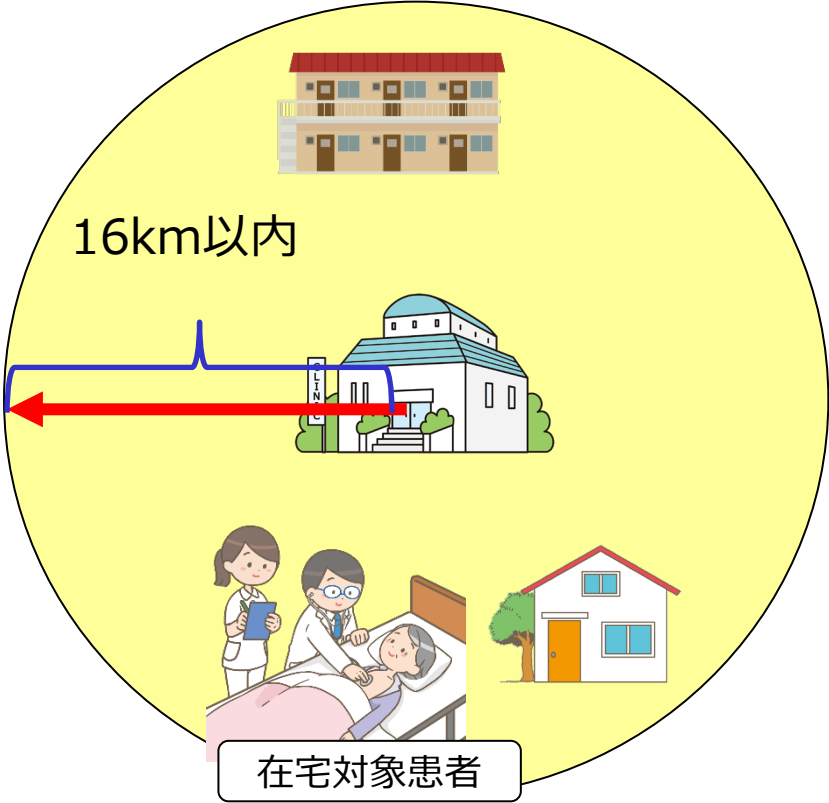
自立した通院ができない方

(寝たきりの状態、自立歩行が困難、認知症などで一人では通院が困難な方)



主治医の判断によります

報酬算定のルールとして医療機関と患家の距離は原則半径16km圏内とされています。この距離を超える場合は、絶対的な理由が求められ、単なる患家の希望では認められないことがあるので注意が必要です。



在宅対象患者

年齢

- ・医療保険の種類、負担割合は？
- ・介護保険対象者か？

日常生活動作

- ・身体障害者手帳をもっているか？
- ・在宅医療の対象者か？

居住環境

- ・集合住宅等か？
- ・エレベーターはあるか？
- ・何世帯が住んでいる集合住宅か？

症状

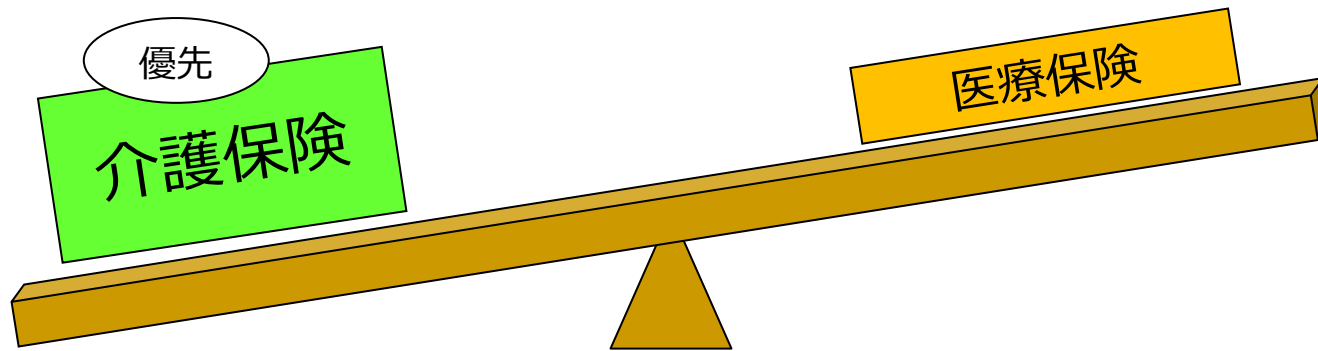
- ・厚生労働大臣が定める疾病等に該当するか？
- ・介護保険の第2号被保険者対象疾患か？

医療処置

- ・医療処置の面から「厚生労働大臣が定める状態等」に該当するか？

家族構成

- ・一人世帯か？
- ・家族で介護を担う方がいるか？



同じ内容の点数等がある場合、介護保険対象患者であれば介護保険が優先される

※介護保険対象者は別添資料（2005(2)）にまとめています

医師が関与するものは、医療保険で対応するものが多いが、訪問看護や薬剤指導については介護保険対象者であるかどうかが大きく影響する

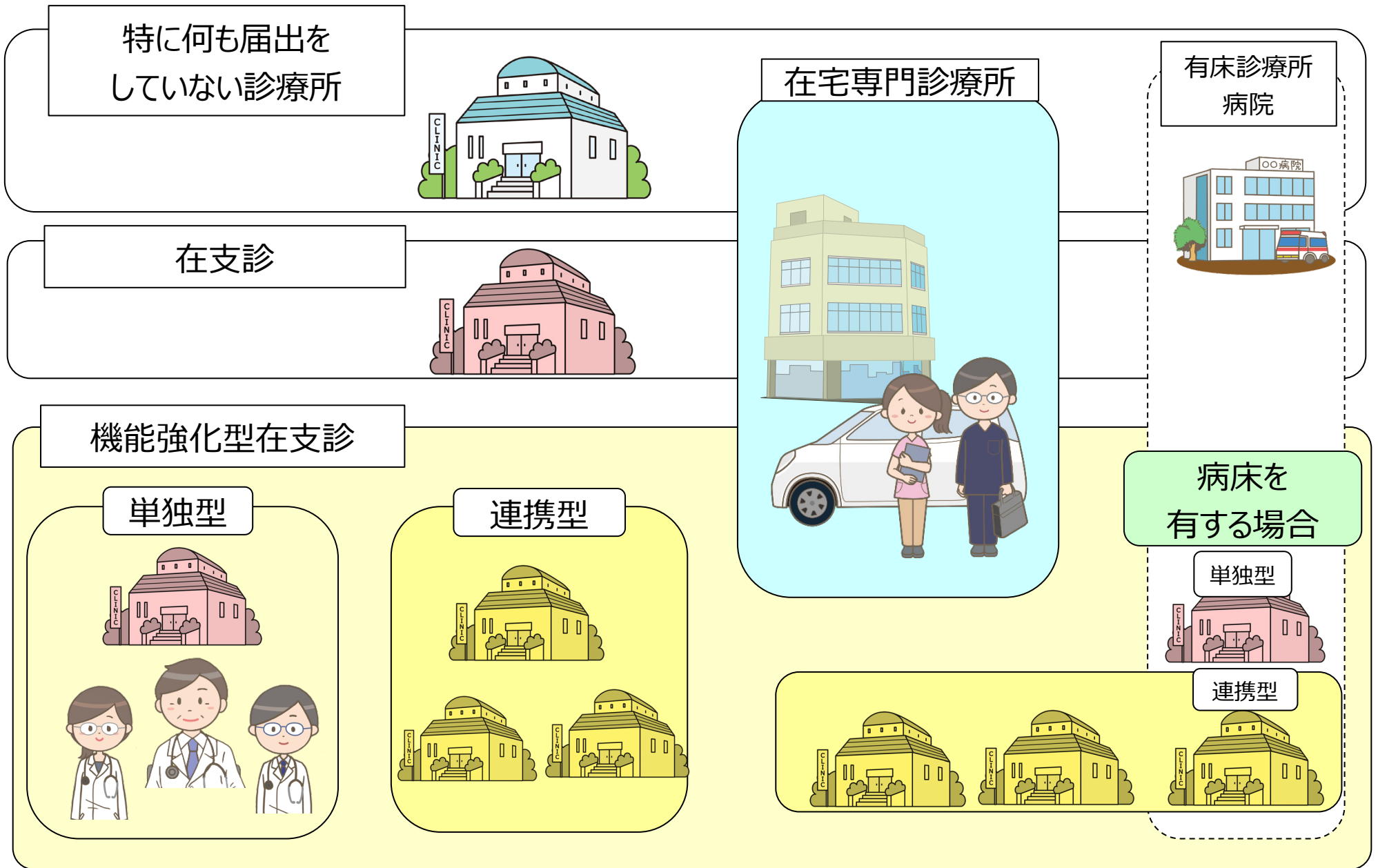
- 在宅患者には、高齢者が多く、また収入の低い方や難病の方も多いため、いろいろな助成制度に該当するケースがある

関連する医療費助成制度

- ・障害者総合支援法⇒自己負担額1割、収入に応じて負担上限額あり
- ・生活保護法⇒医療費の自己負担額の免除
- ・高額療養費制度⇒高額な医療費に対して、上限額に設定あり
- ・合算医療費療養費制度⇒医療保険と介護保険の合算により、低所得者の方は一定上限を超えた金額を後の申請で返還される
- ・難病法⇒自己負担額に上限額の設定あり
- ・戦傷者特別援護法や原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律⇒100%公費負担医療 等

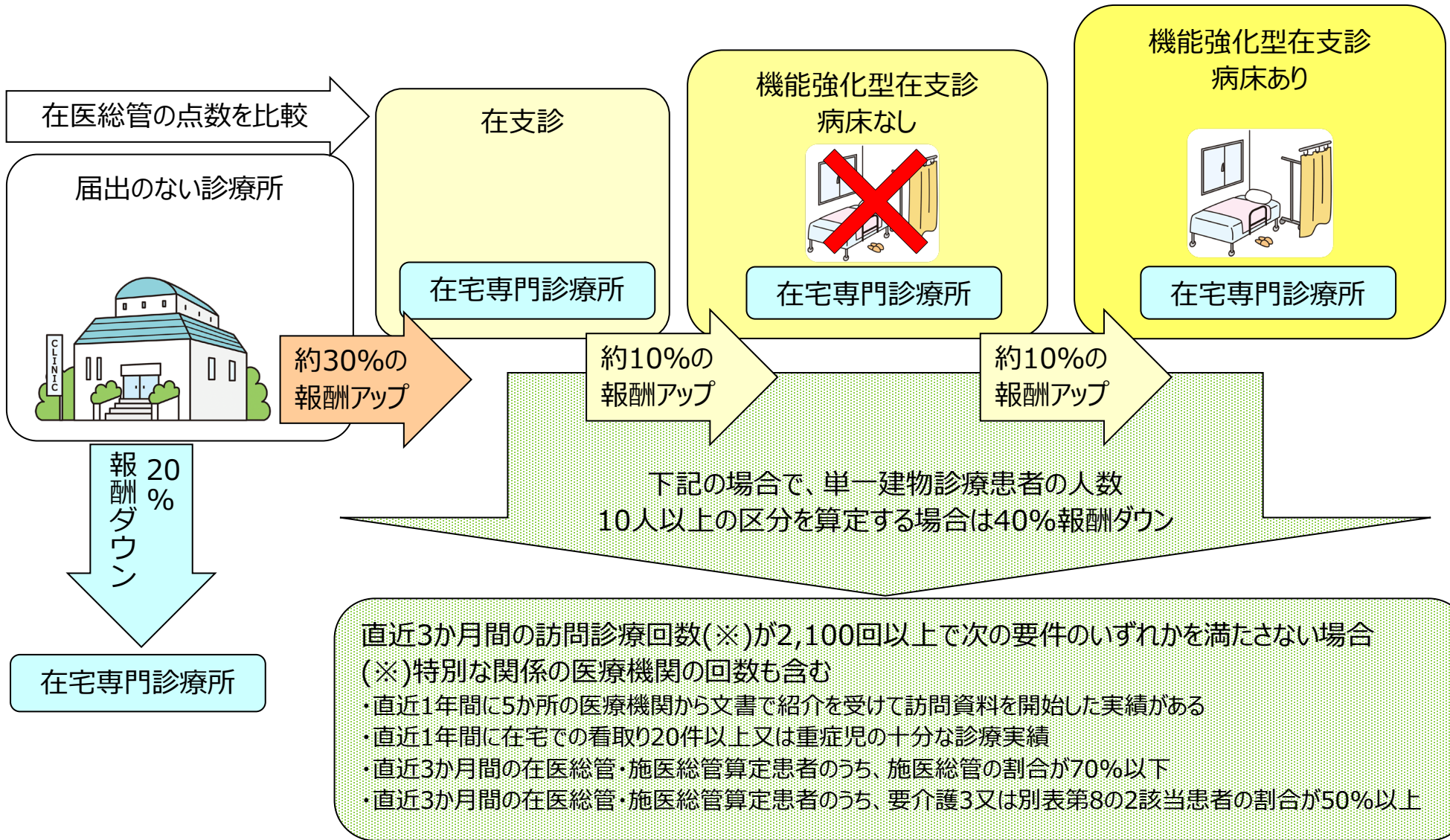
場所	往診	訪問診療	管理料	在宅がん医療 総合診療料	備考
自宅	○	○(1)※	在医総管	○	※2人目以降は在宅患者訪問診療料の代わりに初・再診料を算定
小規模多機能型居宅介護、 看護小規模多機能型居宅介護	○	○※ (1)or(2)	在医総管	○	宿泊日のみ算定可 ※サービス利用前30日以内に訪問診療等を算定した患者に限る
サ高住・有料老人ホーム (特定施設以外)	○	○ (1)or(2)	施医総管	○	
認知症対応型グループホーム	○	○ (1)or(2)	施医総管	○	
サ高住・有料老人ホーム (特定施設)	○	○ (1)or(2)	施医総管	×	
特別養護老人ホーム	○	○※ (1)or(2)	施医総管	×	※末期の悪性腫瘍又は死亡日から遡って30日以内の患者に限る
ショートステイ (短期入所生活介護)	○	○※ (1)or(2)	施医総管	×	※サービス利用前30日以内に訪問診療等を算定した患者に限る
ショートステイ (老健施設における短期入所療養介護)	○※	×	×	×	※併設医療機関は算定不可
デイサービス	×	×	×	×	生活の場ではないため算定不可

「訪問診療」の欄の(1)は在宅患者訪問診療料(I)の1.イ 同一建物居住者以外、
 (2)は在宅患者訪問診療料(I)の1.ロ 同一建物居住者
 施医総管対象患者、障害福祉サービス施設等、小規模居宅介護又は複合化がサービスにおける宿泊サービス利用中の患者で有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が訪問する場合は在宅患者訪問診療料(II)
 サ高住 = サービス付き高齢者向け住宅



本資料は、2024年5月31日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

- 在支診や機能強化型在支診の基準を満たして届出た医療機関の報酬は高く設定されています



1. 在宅医療に関する大枠
2. 在宅療養支援診療所（在支診）、在宅療養支援病院（在支病）、在宅専門診療所の施設基準
3. 在宅医療に対する基本的な診療報酬
 - (1)往診料、在宅患者訪問診療料
 - (2)在宅患者医学総合管理料（在医総管）、施設入居時等医学総合管理料（施医総管）
 - (3)その他
4. 医療材料等の供給について、ICTの利活用による情報共有等

太字は2024年度改定で追加

①～③ 24時間連絡応需、往診、訪問看護体制

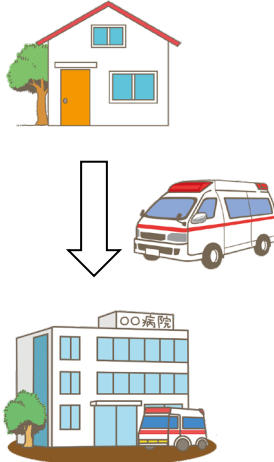


- ・担当者名、担当日（時間）、連絡先
- ・緊急時の注意事項等

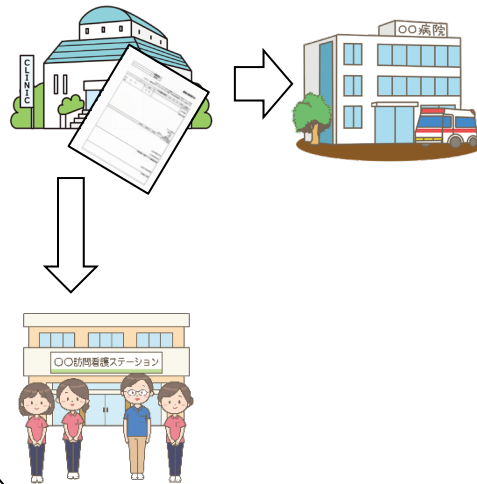
文書で提供



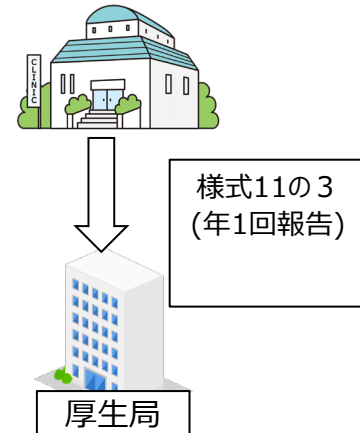
④ 緊急時の入院体制



⑤ 連携医療機関等への情報提供



⑥ 看取り数等報告



⑦ 診療記録管理体制



⑧ サービス連携調整担当者との連携

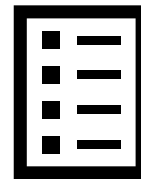


社会福祉士

ケアマネジャー

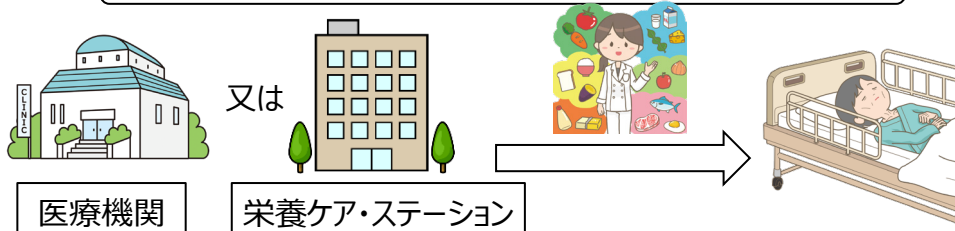
など

⑨ 適切な意思決定支援に係る指針

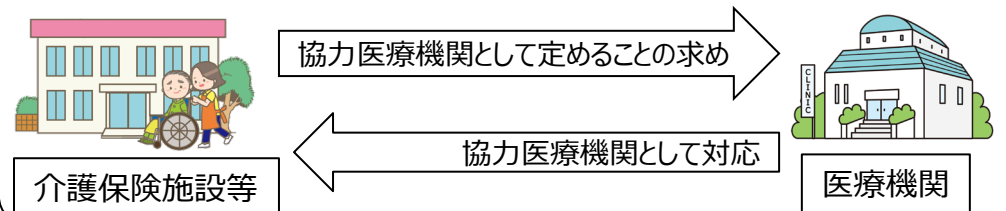


「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」の内容を踏まえて作成

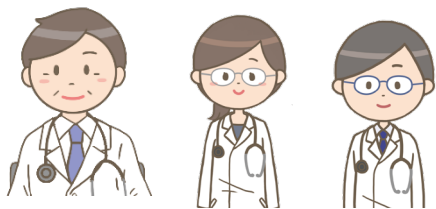
⑩ 訪問栄養食事指導が実施可能な体制（望ましい）



⑪ 介護保険施設等からの求めに応じて協力医療機関となること（望ましい）



所属する常勤医師 3 名以上



在支病

- 200床未満 又は 半径4km以内に診療所がない
- 往診担当医と当直担当医は別とする

緊急往診等の実績

診療所 過去1年間の緊急往診：10件以上

- 病院** 次のうちいずれか 1 つ
- 過去1年間の緊急往診：10件以上
 - 在支診等からの要請による患者受入病床を常に確保かつ 過去1年間の緊急受入実績：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 の届出

看取り等の実績（過去1年間）

- 次のうちいずれか
- 看取り：4件以上
 - 超・準超重症児(15歳未満)への総合的な医学管理：4件以上

望ましい役割等

- 在支診以外の診療所との連携
- 地域における24時間在宅提供の積極的な役割
- 在宅療養移行加算算定診療所の体制構築への協力（往診体制及び連絡体制）

各年度5～7月の訪問診療回数が2,100回超の場合

- 次の年の1月までに在宅データ提出加算の届出



連携医療機関数10未満（自院含む）
在宅担当常勤医師数計3名以上
月1回以上のカンファレンスの実施



緊急連絡先の一元化

緊急時連絡先番号
XXX-XXXX-XXXX



在支病

- 200床未満 又は
半径4km以内に診療所がない
- 往診担当医と当直担当医は別とする

緊急往診等の実績

診療所 過去1年間の緊急往診：計10件以上 かつ 各医療機関4件以上

- 病院** 次のうちいずれか1つ
- 過去1年間の緊急往診：計10件以上 かつ 各医療機関4件以上
 - 在支診等からの要請による患者受入病床を常に確保 かつ
過去1年間の緊急受入実績：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 の届出

看取り等の実績（過去1年間）

- (合算) ○計4件以上
(自院) 次のうちいずれか
- 看取り：2件以上
 - 超・準超重症児(15歳未満)への
総合的な医学管理：4件以上

望ましい役割等

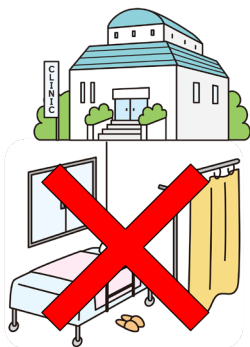
- 在支診以外の診療所との連携
- 地域における24時間在宅提供の積極的な役割
- 在宅療養移行加算算定診療所の体制構築への協力
(往診体制及び連絡体制)

各年度5~7月の訪問診療回数が2,100回超の場合

- 次の年の1月までに在宅データ提出加算の届出



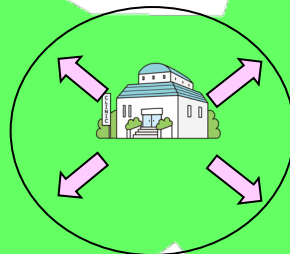
(1) 無床診療所



・診療所の名称
・診療科目
が公道から容易に確認できるように明示

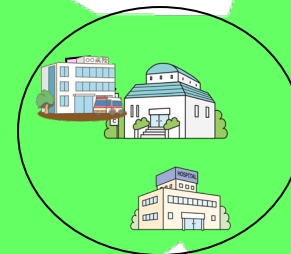


(2) 在宅提供エリアの規定と周知



在宅提供エリアからの要望には医学的な正当な理由なく断ってならない

(3) 外来診療の協力医療機関確保



在宅提供エリアに2か所以上確保
(地域医師会から協力同意がある場合はこの限りではない)

(4) 在宅医療提供と相談応需等を周知



掲示板

在宅医療のご相談はこちらへ
電話〇〇-〇〇〇〇

【広く周知する内容】

- ・在宅医療の導入にかかる相談に随時応じること
- ・医療機関の連絡先等

(5) 通常診療時間帯の相談体制



- ・患者、家族等からの相談に応じる設備、人員等の体制

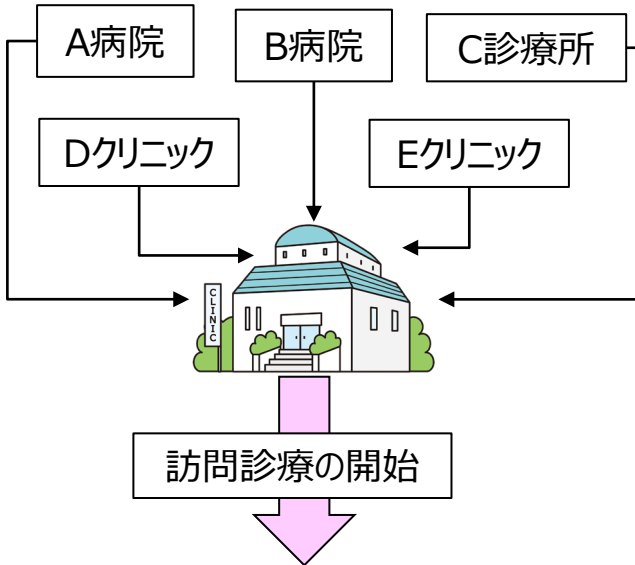
(6) 緊急時等、随時連絡に応じる体制



容態が急変されましたか、薬はありますか？

- 直近1か月に往診又は訪問診療を実施した患者の割合が95%以上の医療機関が在支診となる場合、追加の実績も求められています（精神科在宅患者支援管理料の届出診療所で、GAF尺度判定40以下の統合失調症患者を10人以上診療している場合は、下記の実績を満たしていなくても差し支えないとされています）

直近1年間
5か所以上の医療機関から文書による紹介を受けて訪問診療開始した実績

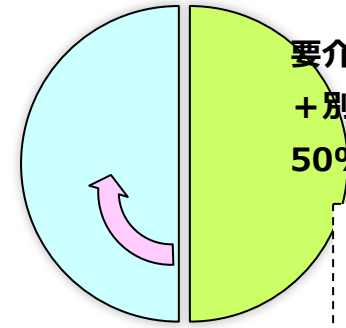
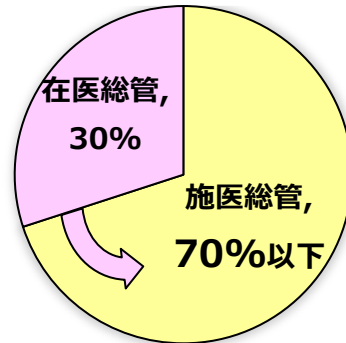


過去1年間
看取り：
20件以上

又は

過去1年間
15歳未満の超・準超重症児へ3回以上の定期的な訪問診療を実施し、在医総管・施医総管を算定した実績：
10件以上

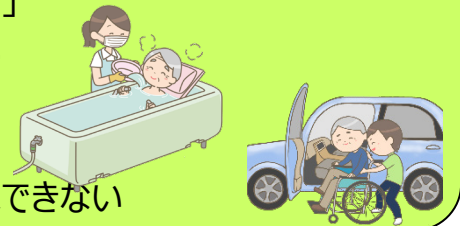
直近1か月の在医総管、施医総管を算定した患者割合に関する基準



※別表第8の2に該当する患者は別添資料（2005(2)）にまとめています

要介護3とは…「日常生活でほぼ介護が必要な状態」

- ・入浴や排泄などの行動が自分一人の力ではできない
- ・立ち上がりや歩行などが自力ではできない
- ・認知機能の低下がみられることがある
- ・身だしなみや居室の掃除などの動作が自分一人ではできない



太字は2024年度改定で追加

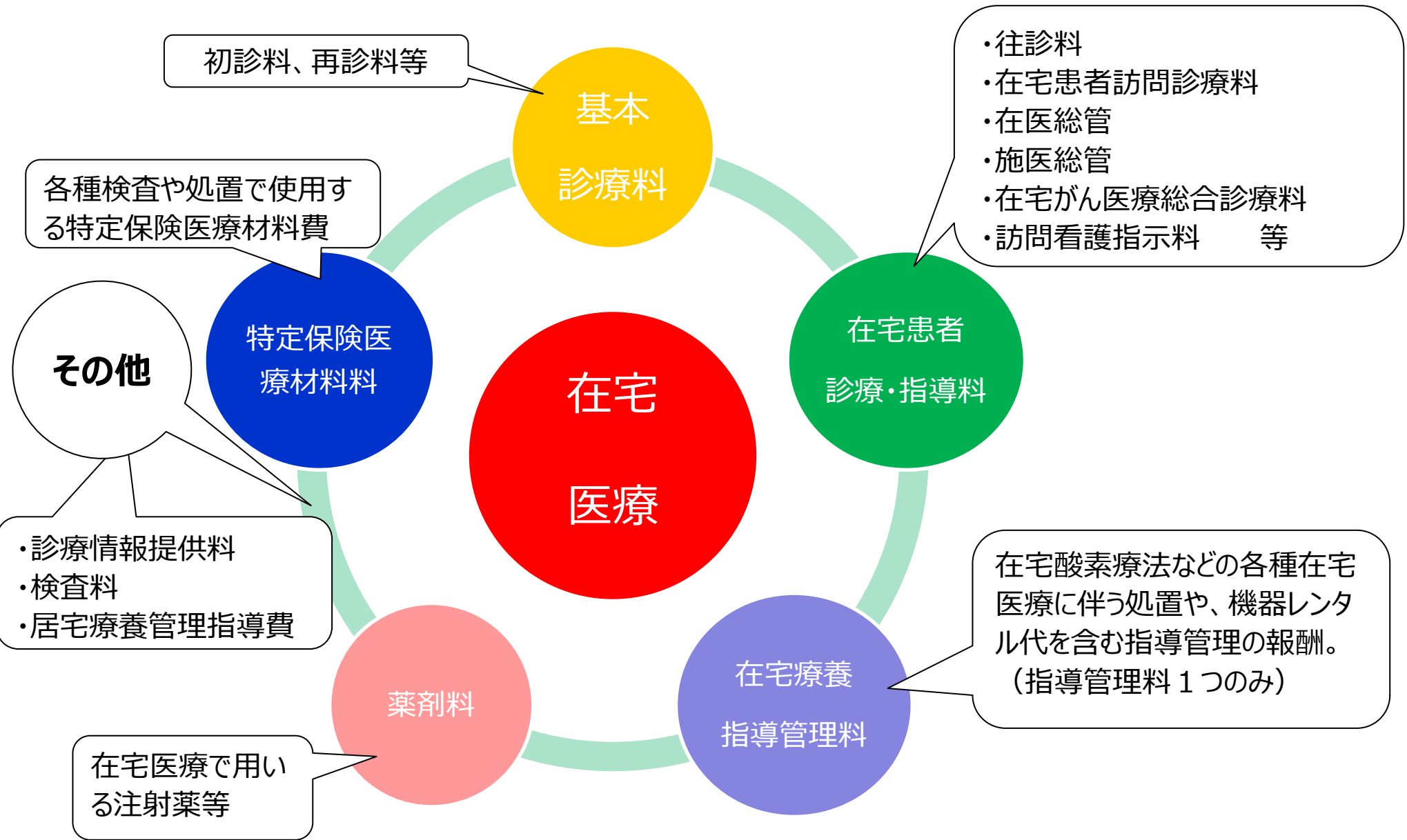
	機能強化型在支診・在支病				在支診 在支病
	単独型		連携型		
	診療所	病院	診療所	病院	
全ての 在支診・ 在支病	① 24時間連絡を受ける体制の確保 ③ 24時間の訪問看護体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑦ 診療記録管理体制の整備 ⑨ 適切な意思決定支援に係る指針の作成 ⑪ 介護保険施設等の求めに応じ、協力医療機関となる（望ましい）		② 24時間の往診体制（医療資源少数地域の医療機関は看護師同席のOL診療体制でも可） ④ 緊急時の入院体制 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告 ⑧ 他の保健医療サービス、福祉サービスの連携調整担当者との連携 ⑩ 訪問栄養食事指導が実施可能な体制（望ましい）		
全ての 在支病	（1）許可病床200床未満（医療資源少数地域の医療機関は280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				
機能強化型 在支診・ 在支病	⑩ 在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上 ⑪ 過去1年間の緊急往診の実績 10件以上 ⑪ 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 ・在支診等からの要請による患者受入病床を常に確保及び在支診等からの要請による患者の緊急受入実績 過去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の届出		⑩ 在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上 ⑪ 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 ⑪ 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 ・在支診等からの要請による患者受入病床を常に確保 及び在支診等からの要請による患者の緊急受入実績 過去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の届出		
	⑫ 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		⑫ 過去1年間の看取りの実績 連携内で4件以上 かつ、各医療機関で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		
	⑬ 市町村の実施事業等において在支診以外の診療所等との連携や、地域での24時間在宅提供の積極的役割を担うことが望ましい ⑭ 在宅療養移行加算を算定する診療所の体制構築に協力していることが望ましい ⑮ （各年度5～7月の訪問診療回数2,100超の診療所）次年の1月までに在宅データ提出加算の届出				

（参考）令和6年3月5日「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（通知）」等を基に日医工（株）が作成

本資料は、2024年5月31日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

1. 在宅医療に関する大枠
2. 在宅療養支援診療所（在支診）、在宅療養支援病院（在支病）、在宅専門診療所の施設基準
3. 在宅医療に対する基本的な診療報酬
 - (1)往診料、在宅患者訪問診療料
 - (2)在宅患者医学総合管理料（在医総管）、施設入居時等医学総合管理料（施医総管）
 - (3)その他
4. 医療材料等の供給について、ICTの利活用による情報共有等

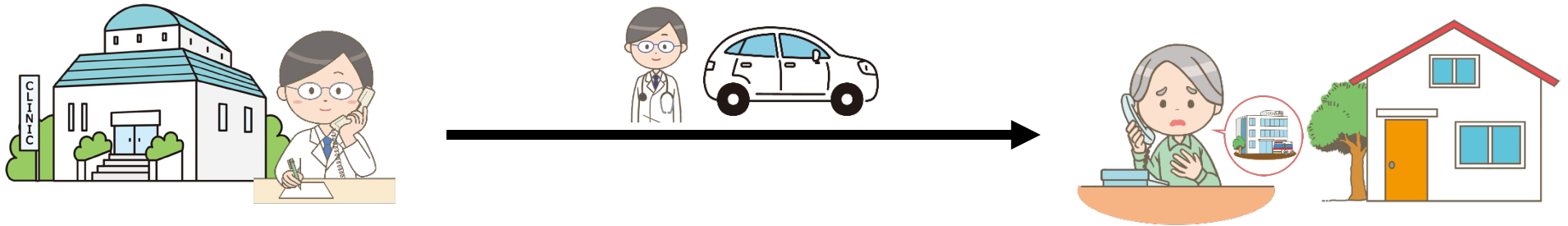
※往診料、在宅患者訪問診療料、在医総管、施医総管の点数は別添資料（2005(2)）にまとめています



本資料は、2024年5月31日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

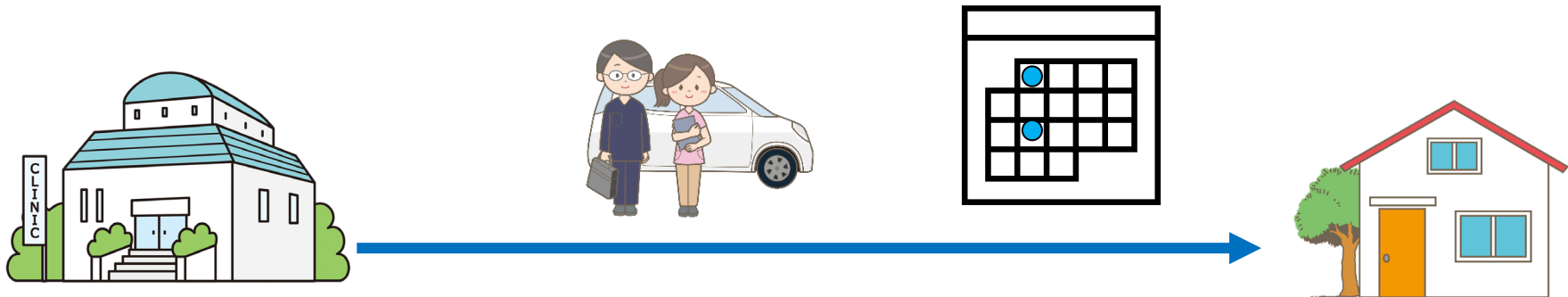
患者等の求めにより患家に赴いて診療 = 往診

⇒ 往診料



計画に基づく定期的な訪問 = 訪問診療

⇒ 在宅患者訪問診療料



	訪問診療（在宅患者訪問診療料）	往診（往診料）
対象患者	自力での通院のできない方 医学管理が必要な患者	往診を希望した患者 患者の身体的な条件は無い
対応のきっかけ （起点）	計画的な訪問	患者・家族等の求めにより
交通費	患家の負担	患家の負担
診療報酬の算定 方法 回数制限	<ul style="list-style-type: none"> ・1日につき1回、原則週3回まで ・患者の病態により14日間の頻回訪問が可能（病状急変時） ・往診料算定日の翌日までに行った訪問診療は算定しない ・同月5回目以降は50%減算 	訪問の都度 1日に2回以上算定も可
初・再診料	包括されるため算定不可	初診料、再診料と同時算定可 外来管理加算も算定可

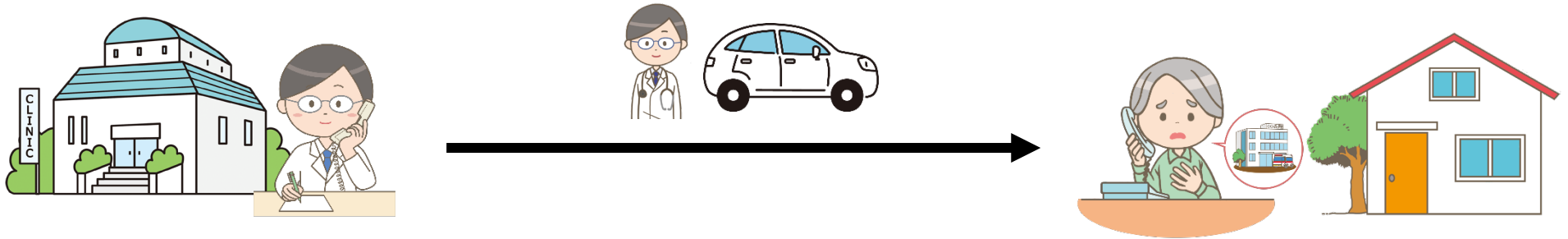
太字は2024年度改定で追加

基本点数	管理料	他の職種、連携関連
<p>往診料</p> <ul style="list-style-type: none"> ・緊急往診加算、夜間・休日往診加算、深夜往診加算（在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算 1・2） ・患家診療時間加算（1時間超） ・ターミナルケア加算（在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算 1・2、酸素療法加算） ・看取り加算 ・死亡診断加算 ・往診時医療情報連携加算 ・介護保険施設等連携往診加算 	<ul style="list-style-type: none"> ・救急搬送診療料 	
<p>在宅患者訪問診療料 (I) (II)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・乳幼児加算 ・患家診療時間加算（1時間超） ・在宅ターミナルケア加算（在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算 1・2、酸素療法加算） ・看取り加算（(I)の1、(II)のイ算定の場合のみ） ・死亡診断加算（(I)の1、(II)のイ算定の場合のみ） ・同一月5回目以降減算 ・在宅医療DX情報活用加算 （算定可）・外来感染対策向上加算 （連携強化加算、サーベイランス強化加算、抗菌薬適正使用体制加算、発熱患者等対応加算） 	<ul style="list-style-type: none"> ・救急搬送診療料 ・在宅時医学総合管理料（在医総管） ・施設入居時等医学総合管理料（施医総管） ・在宅がん医療総合診療料（在医総） 	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅患者訪問看護・指導料 ・同一建物居住者訪問看護・指導料 ・在宅患者訪問点滴注射管理指導料 ・在宅患者訪問リハビリテーション指導料 ・訪問看護指示料 ・介護職員等喀痰吸引等指示料 ・在宅患者訪問薬剤管理指導料 ・在宅患者訪問栄養食事指導料 1、2 ・在宅患者連携指導料 ・在宅患者緊急時等カンファレンス料 ・在宅患者共同診療料 ・在宅患者訪問褥瘡管理指導料 ・外来在宅共同指導料 ・在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料

- 患者や家族等の求めに応じて患家に赴いて行う診療は往診料で評価されています

患者等の求めにより患家に赴いて診療

⇒ 往診料



項目

往診料

緊急往診加算

夜間・休日往診加算

深夜往診加算

在宅緩和ケア充実診療所・病院加算

在宅療養実績加算1

在宅療養実績加算2

患家診療時間加算

項目

往診料

在宅ターミナルケア加算

在宅緩和ケア充実診療所・病院加算

在宅療養実績加算 1

在宅療養実績加算 2

酸素療法加算

看取り加算

死亡診断加算

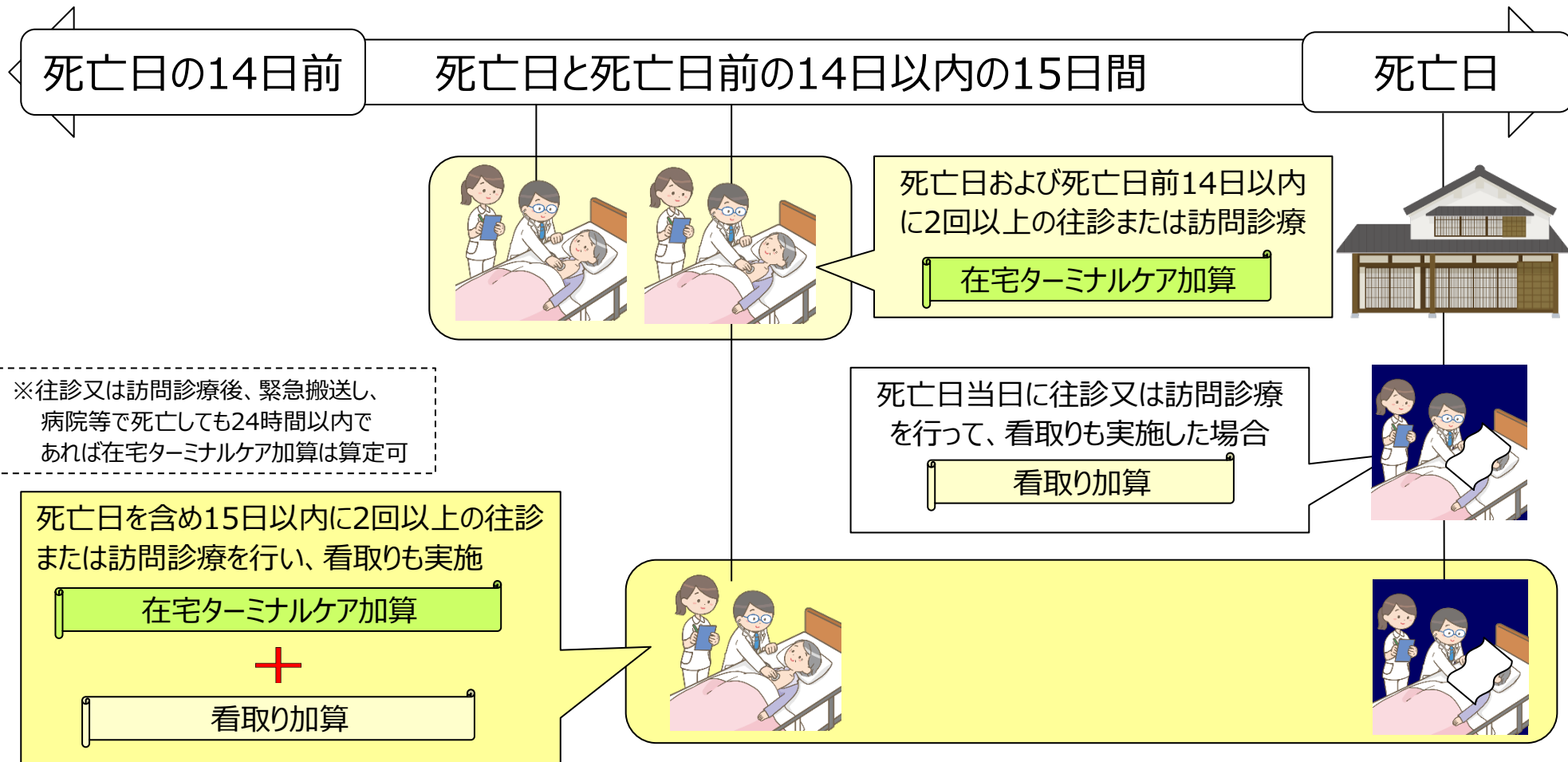
往診時医療情報連携加算

介護保険施設等連携往診加算

太字は2024年度改定で追加

※往診料の点数、加算は別添資料（2005(2)）に
まとめています

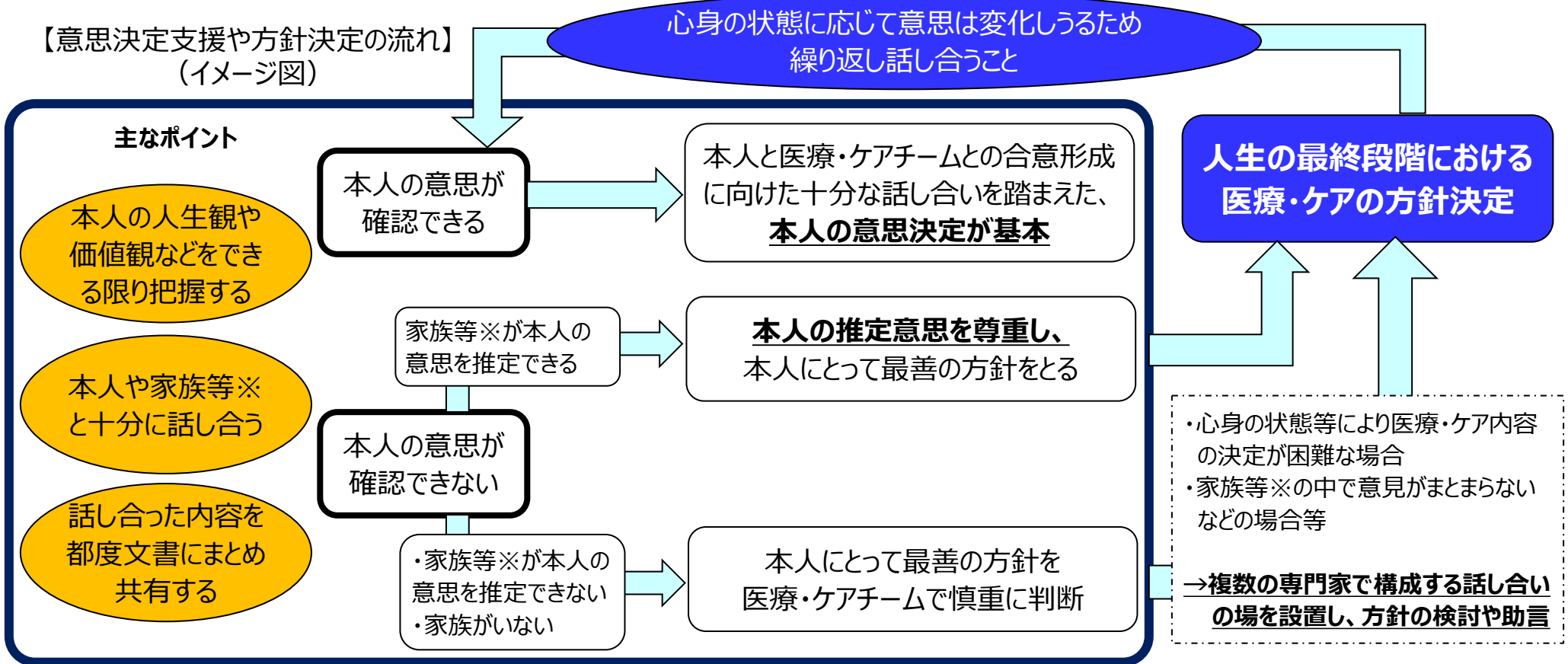
- 「ターミナルケア」とは、終末期の患者に対し、肉体的・精神的な苦痛を和らげて、人生の最期を穏やかに過ごせるように提供するケアのことです
- 「看取り」とは、患家で患者を看取ることです
- 診療報酬では、死亡日と死亡日前の14日以内の15日間の期間に2回以上の往診又は訪問診療を行った場合の評価として「在宅ターミナルケア加算」が、患家で看取りを実施した場合には「看取り加算」が設定されています



人生の最終段階における医療・ケアの意思決定 (「もしものときに、どうしたいか」を考える)

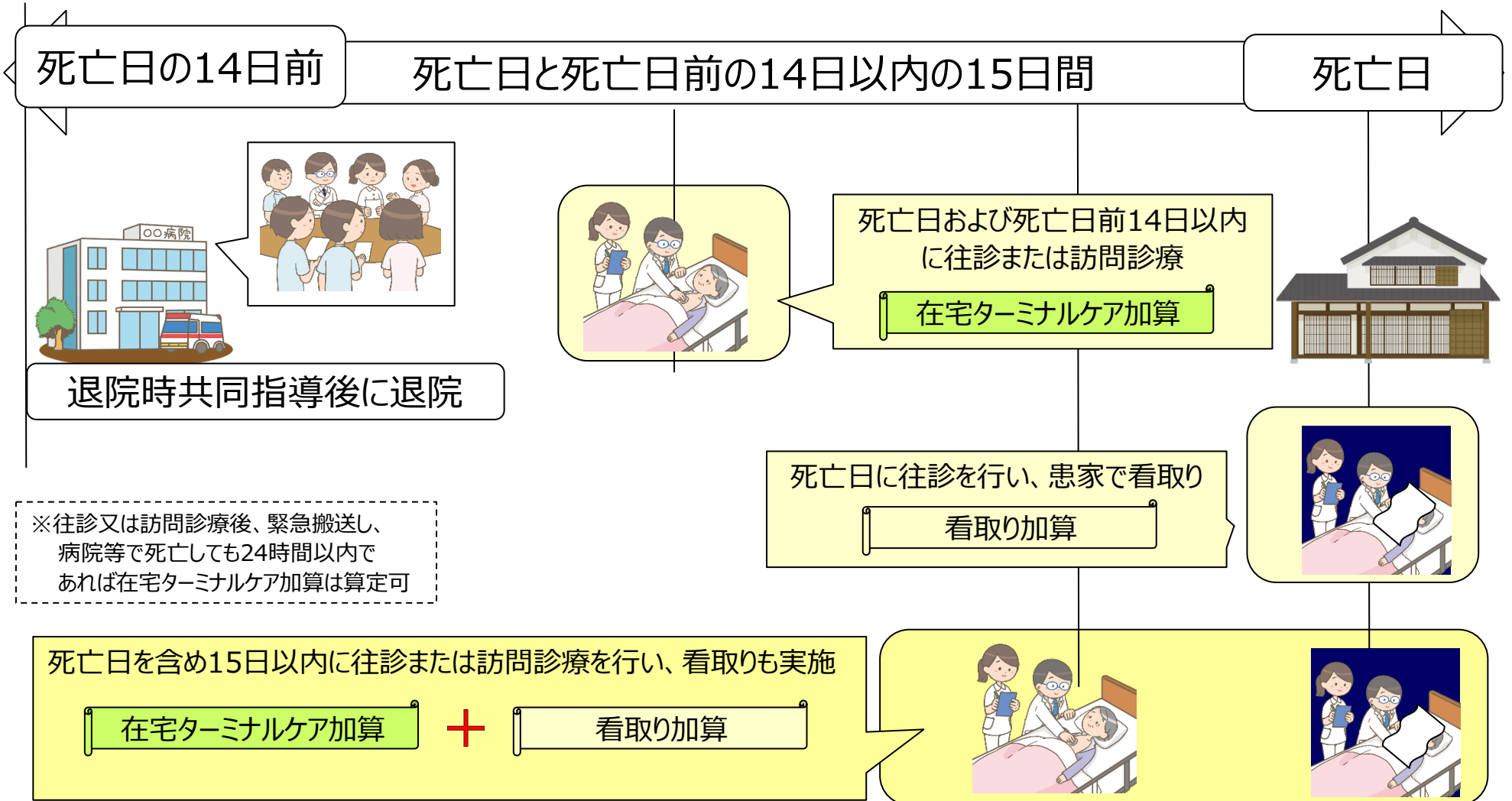
- 終末期においては、約70%の患者が自分で意思決定をすることが難しくなると言われています
- そのため、医師等の医療従事者から適切な情報提供や説明が行われ、患者本人が医療・介護ケアチームと十分に今後の治療・療養について話し合い、本人による意思決定を基本としたうえで人生の最終段階における医療・ケアを進めることが重要です

【意思決定支援や方針決定の流れ】
 (イメージ図)



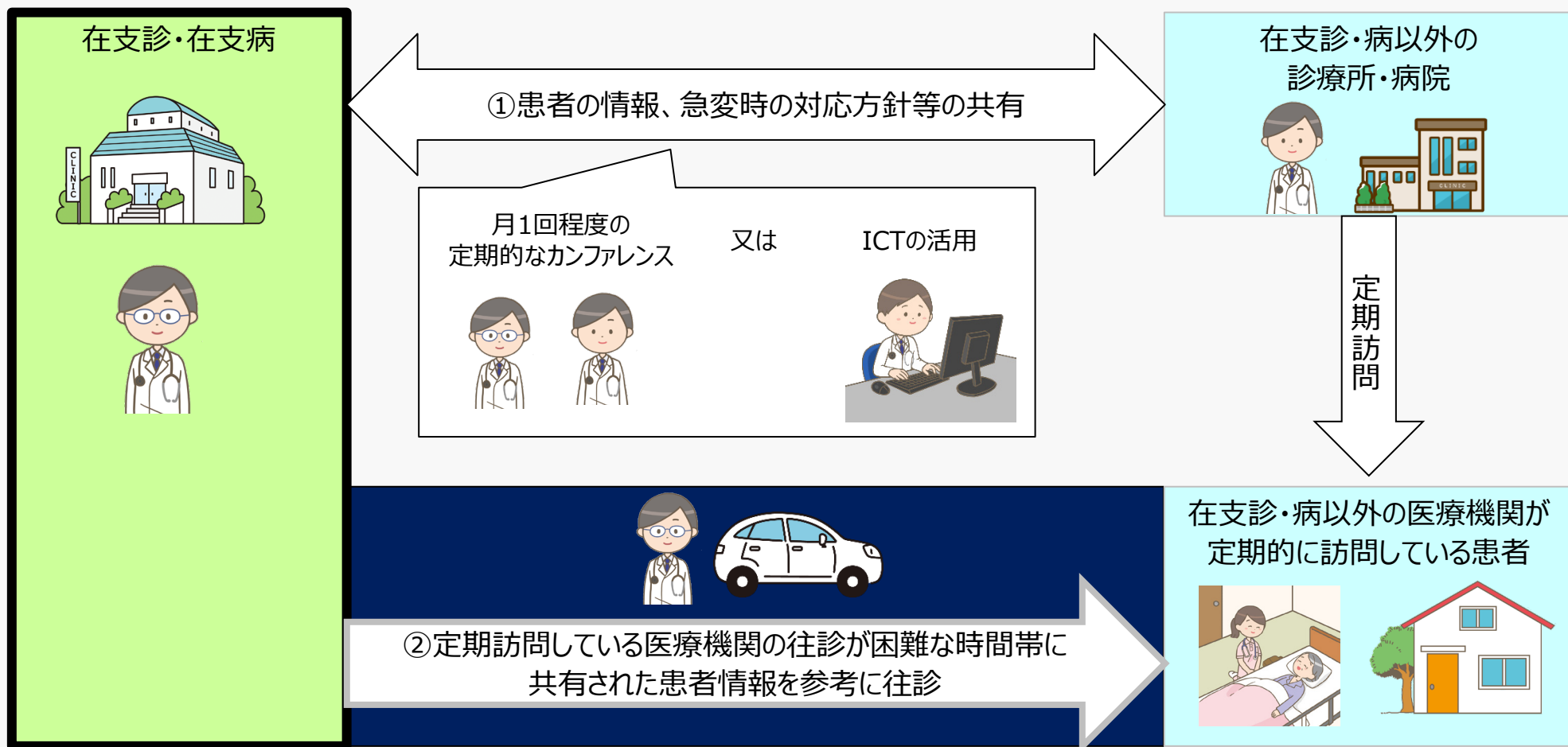
※本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、話し合いに先立ち特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことが重要である。
 ※家族等には広い範囲の人(親しい友人等)を含み、複数人存在することも考えられる。

- 退院後短期間で看取りとなるケースについては、退院時共同指導を行った患者が14日以内に亡くなられたケースにおいて、訪問診療や往診による在宅ターミナルケアや看取りが評価されています



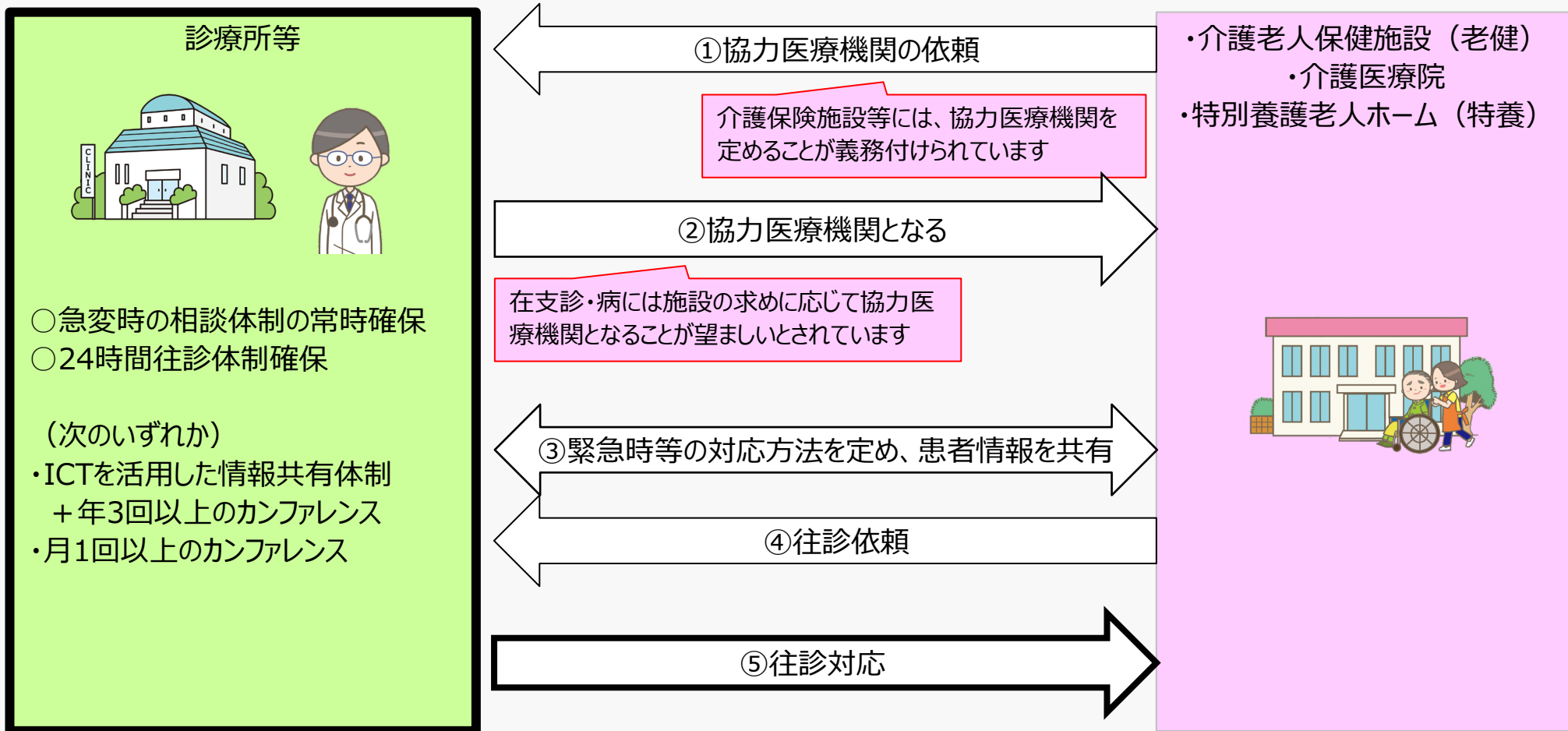
在支診が在支診等以外の医療機関患者への往診対応を行った場合の評価（往診時医療情報連携加算）

- 地域における24時間在宅医療提供体制の構築の推進のために、在支診が在支診等以外の医療機関とあらかじめ患者の情報共有などの連携を行い、在支診等以外の医療機関の訪問患者に対し、在支診が往診をを実施した場合の評価として往診時医療情報連携加算があります



介護保険施設等との連携による施設入居者への往診 (介護保険施設等連携往診加算)

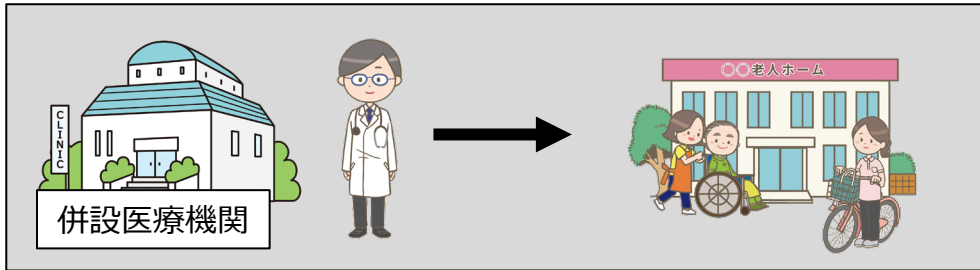
- 介護保険施設等に入所している方が、可能な限り施設内での生活を継続できるように、介護保険施設等の協力医療機関として平時からの連携体制を構築している医療機関が、入所者の急変時等に施設からの依頼を受けて往診を行った場合の評価として往診時医療情報連携加算があります



- 計画に基づく定期的な訪問は在宅患者訪問診療料で評価されています
- 有料老人ホーム等の併設医療機関が行う場合(II)とそれ以外の場合(I)に分けられており、(I)は更に、在宅主治医が行う場合の「1」と在宅主治医の依頼により他の医療機関の医師が訪問した場合の「2」があります

有料老人ホーム等に併設された医療機関が、
有料老人ホーム等に定期的に訪問診療を行った場合

⇒ 在宅患者訪問診療料 (II)



上記以外の場合

⇒ 在宅患者訪問診療料 (I)

在宅主治医の訪問：在宅患者訪問診療料(I)の 1

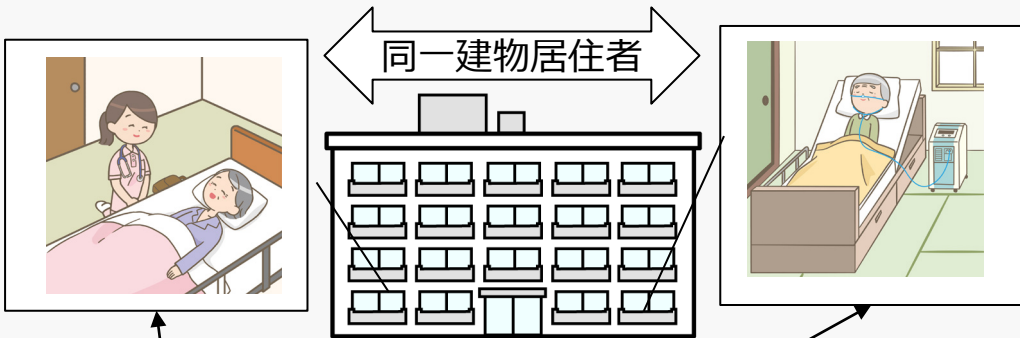
在宅主治医からの依頼で訪問：在宅患者訪問診療料(I)の 2
(原則依頼のあった月を含む6月を限度)



※在宅患者訪問診療料の点数、加算は別添資料（2005(2)）にまとめています

- 「同一建物居住者」とは基本的には同じ建物に居住する複数の患者のことを指し、同一建物居住者に対して同日に訪問診療を行う場合は「同一建物居住者の場合」で算定します
- 同一建物に居住する患者1人のみに対し、訪問した場合は「同一建物居住者以外の場合」で算定します
- 同居する同一世帯の複数の患者に対して診察した場合（同一の患家にいる2人以上の患者を診察した場合）は、1人目は「同一建物居住者以外の場合」で算定し、2人目以降の患者は初・再診料等のみを算定します

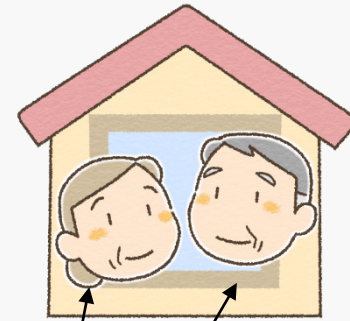
同一建物居住者



同日に訪問した場合はそれぞれに「同一建物居住者の場合」を算定し、1人へのみ訪問した場合は「同一建物居住者以外の場合」を算定します



同一患家の複数患者



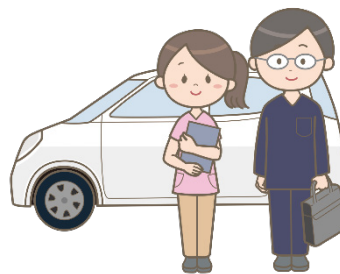
同一患家で2人以上の診療をした場合、1人目は「同一建物居住者以外の場合」を算定し、2人目以降は初診料又は再診料又は外来診療料のみ算定します



往診した患者



末期がんと診断後に訪問診療の開始日から60日以内の患者



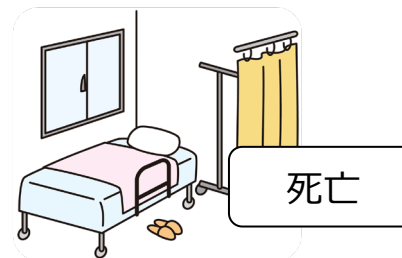
訪問診療開始日

60日以内

死亡日から遡って30日以内の患者

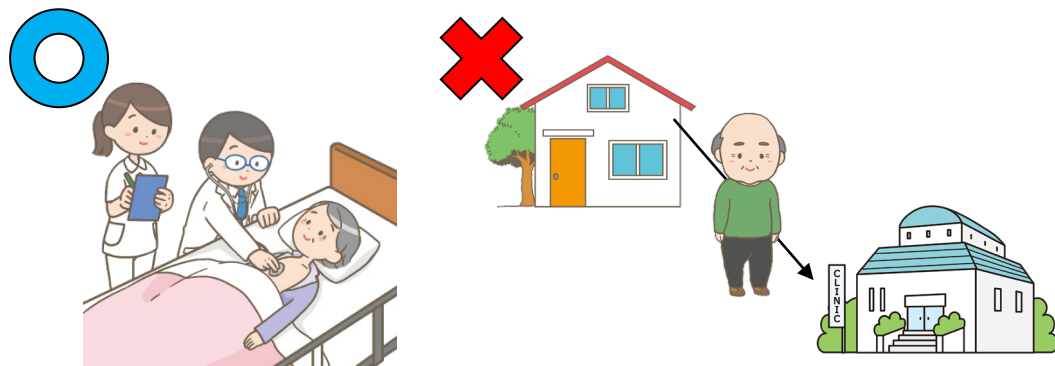


遡って
30日以内

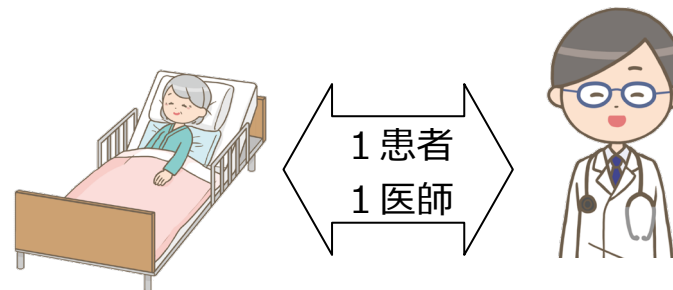


死亡

- 疾病や傷病のために通院が困難な方への定期的な訪問が対象
- × 継続的な診療の必要ない方
- × 少なくとも独歩で家族・介助者等の助けを借りずに通院できる方



(I)の1は1人の患者に対して1つの医療機関の医師の指導管理の下に継続的に行われる訪問診療を評価

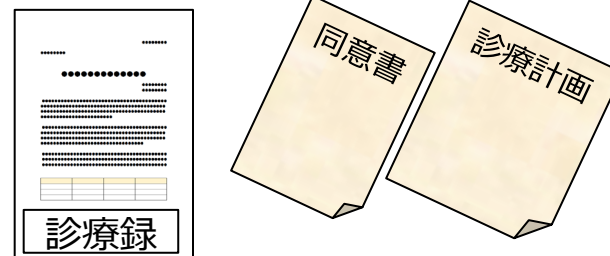


※在宅患者訪問診療料(I)の2は別の医療機関で算定可

算定限度

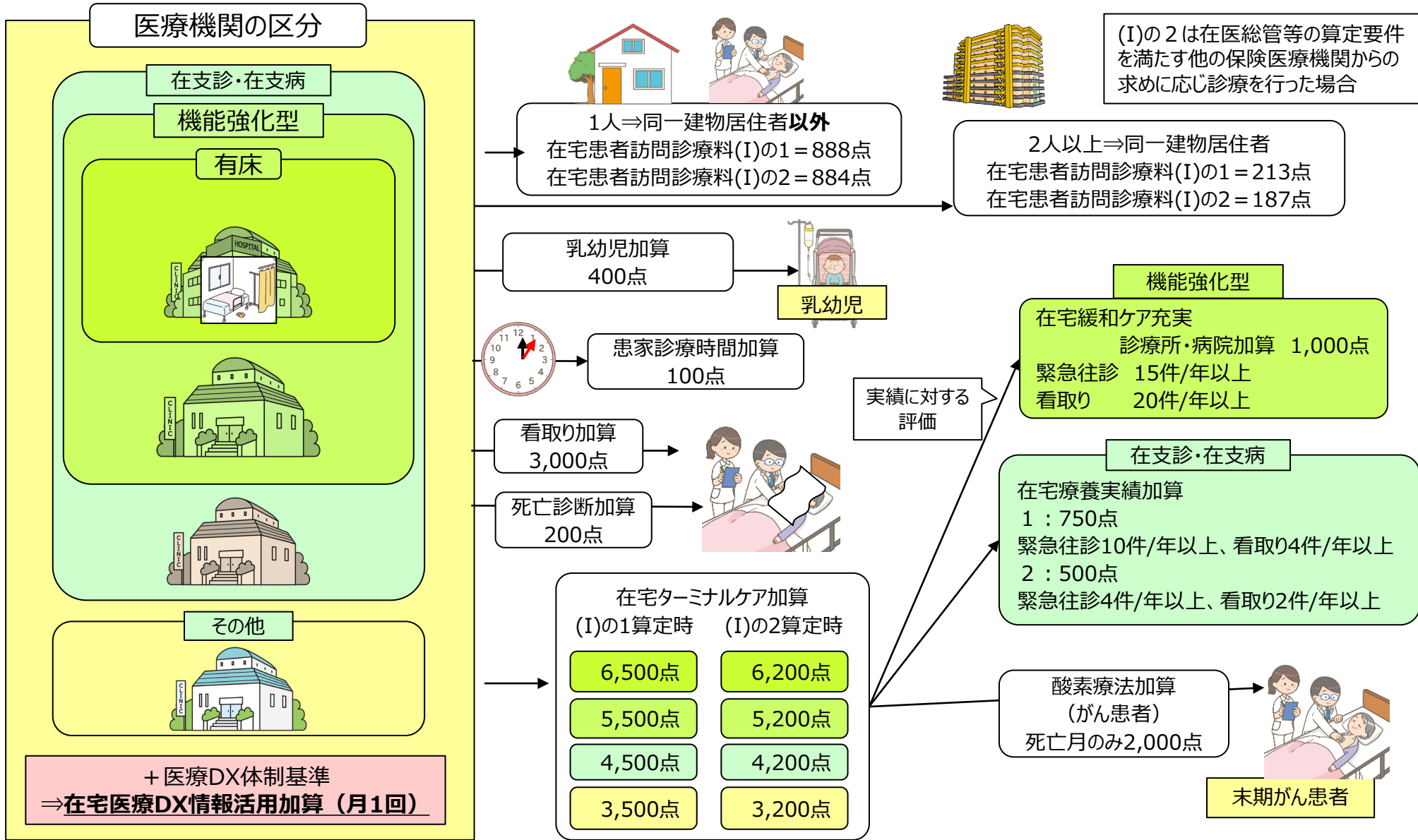
- ・(I)の1の算定は週3回まで
- ・別表第7の疾病等の患者は週3回を超えて算定可
⇒レセプトにどの疾病に該当するかを記載
- ・急性増悪等により一時的に週4回以上の頻回訪問の必要性がある場合は月1回に限り、診療日から14日以内に14日を限度として算定可
⇒レセプトに①訪問が必要であること②必要性を認めた日③診療を行った日を記載する

- ・患者、家族の訪問診療に係る同意書
- ・訪問診療の計画/診療内容の要点
- ・診療時間（開始時刻と終了時刻）及び診療場所



在宅患者訪問診療料のみを算定する場合は厚生局への届出不要

在宅患者訪問診療料(I)の1のイメージ



本資料は、2024年5月31日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

医療DXを活用した診療計画の作成と訪問診療 (在宅医療DX情報活用加算)

- 医療DX関連の体制を整備している医療機関への評価として在宅医療DX情報活用加算（月1回）があります

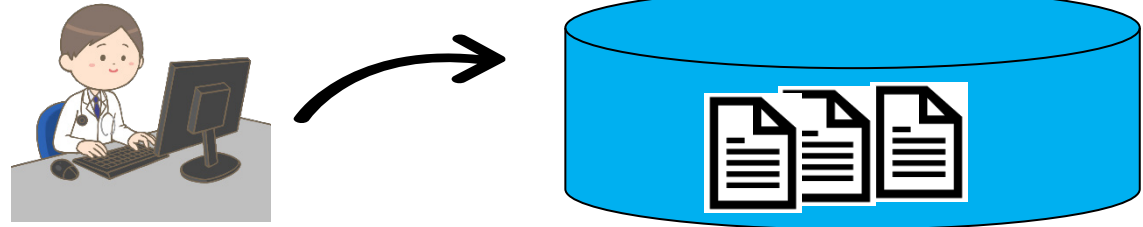
○オンライン請求を行っている

- オンライン資格確認を行う体制
- オンライン資格確認等システムの活用体制

○電子処方箋発行体制
(経過措置2025年3月31日まで)

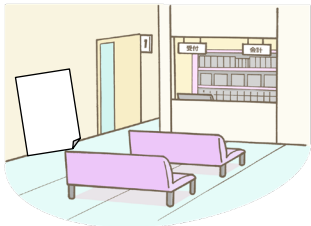


○電子カルテ情報共有サービス活用体制
(経過措置2025年9月30日まで)



○体制に関する事項等の掲示

○原則ウェブサイト掲載（経過措置2025年5月31日まで） ※HP等を持たない医療機関は免除



- ・システムから得られた患者の診療情報等を活用し、計画的な医学管理のもとで訪問診療を行うこと
- ・医療DXを通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいること
- ・電子処方箋を活用するなど、医療DXに係る取組を実施していること



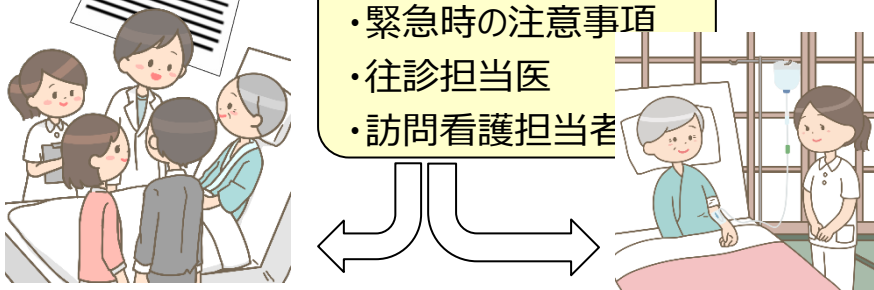
1. 在宅医療に関する大枠
2. 在宅療養支援診療所（在支診）、在宅療養支援病院（在支病）、在宅専門診療所の施設基準
3. 在宅医療に対する基本的な診療報酬
 - (1) 往診料、在宅患者訪問診療料
 - (2) 在宅患者医学総合管理料（在医総管）、施設入居時等医学総合管理料（施医総管）
 - (3) その他
4. 医療材料等の供給について、ICTの利活用による情報共有等

※往診料、在宅患者訪問診療料、在医総管、施医総管の点数は別添資料（2005(2)）にまとめています

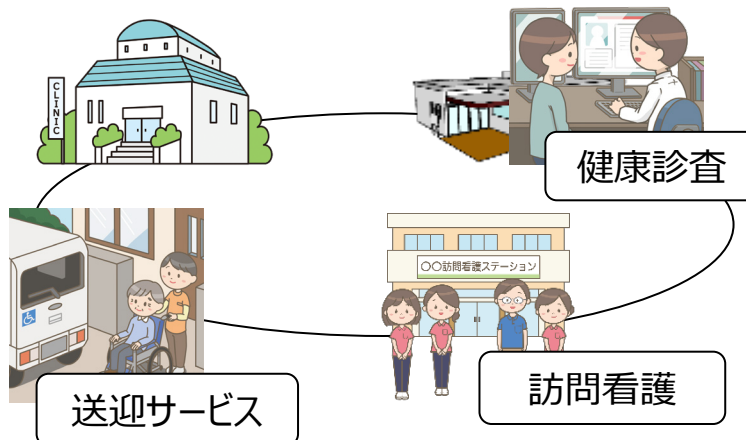
個別の患者ごとの総合的な在宅療養計画の作成と
定期訪問による総合的な医学管理

在宅療養計画

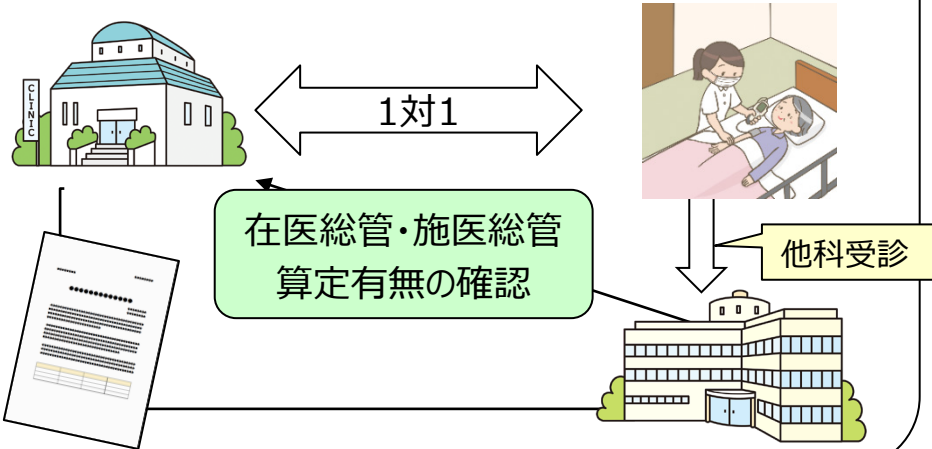
- ・連絡担当者の氏名
- ・連絡先電話番号
- ・緊急時の注意事項
- ・往診担当医
- ・訪問看護担当者



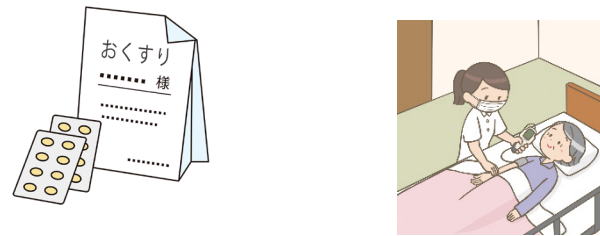
他の保健医療サービスまたは福祉サービスとの連携

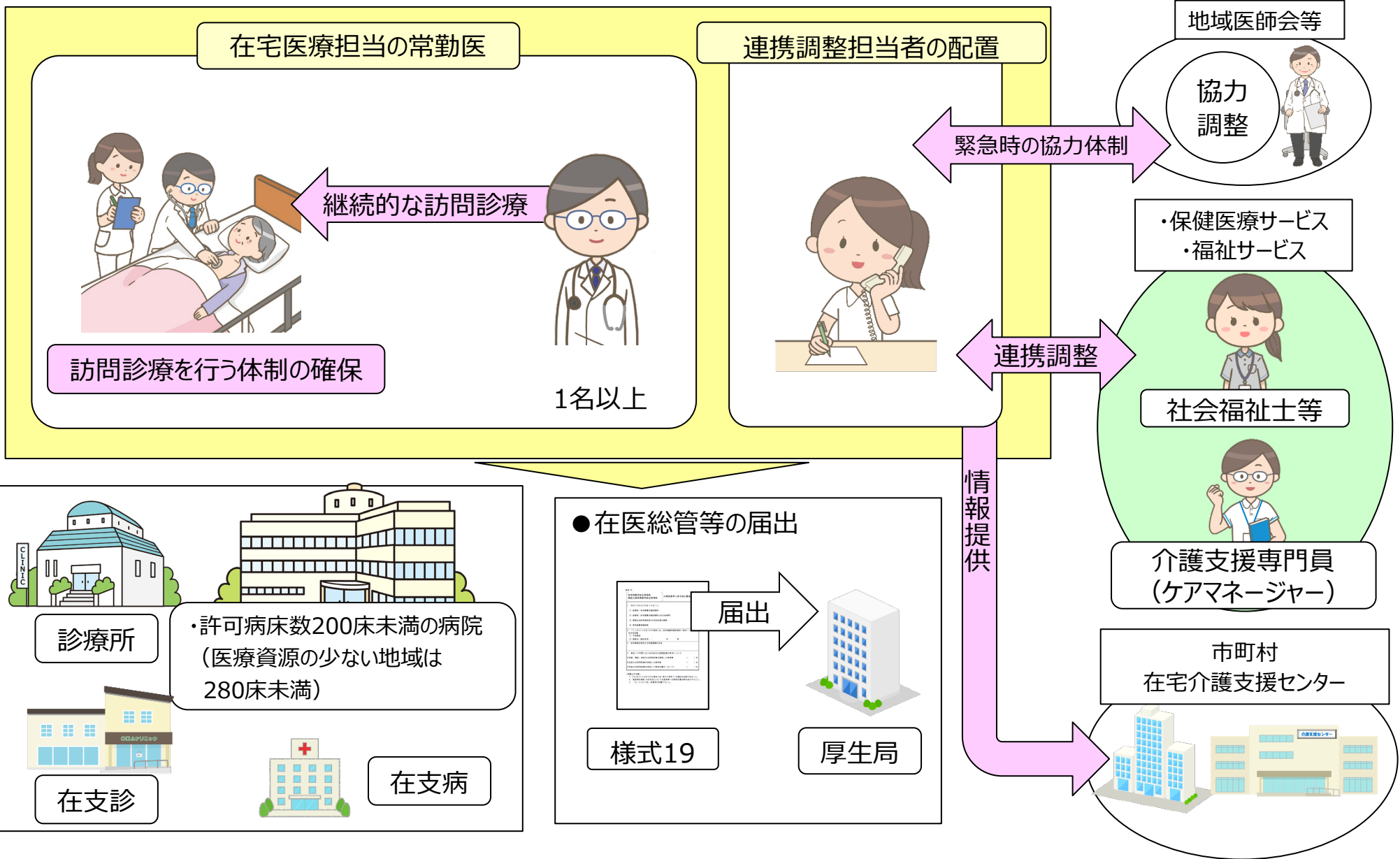


原則、患者1人に対して1医療機関が算定
他科受診時には、診療情報等の文書を交付



投薬の費用は包括
処方箋を交付しない場合は加算あり
(投薬期間が30日を超える院外処方を行った場合、
投薬期間中の在医総管等への加算は不可)





- 在医総管、施医総管は月に1回算定でき、訪問先別、医療機関の機能別、単一建物診療患者の人数別、患者の状態と訪問回数別で点数が設定されています

太字は2024年度改定で追加

訪問先別

自宅等：在医総管

養護老人ホーム等：
施医総管

医療機関の機能別

機能強化型（有床）

機能強化型（無床）

在支診・在支病

その他

単一建物診療患者 の人数

1人

2～9人

10～19人

20～49人

50人以上

患者の状態/訪問頻度

難病等（別表第8の2）
+月2回以上訪問

上記以外で月2回以上訪問
（訪問のみ）

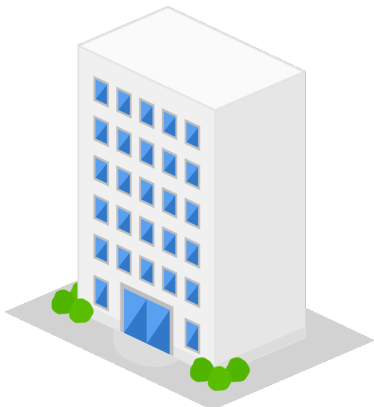
上記以外で月2回以上診療
（うち1回はOL診療）

月1回訪問（訪問のみ）

（うち2月目はOL診療）

※在医総管、施医総管の点数や別表第8の2に該当する患者は別添資料（2005(2)）にまとめています

養護老人ホーム



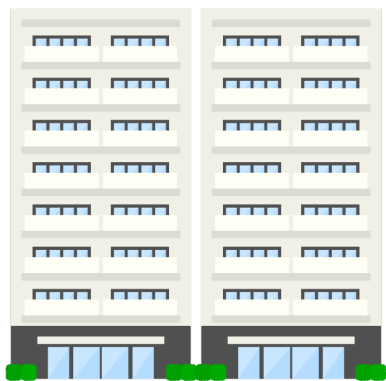
軽費老人ホーム



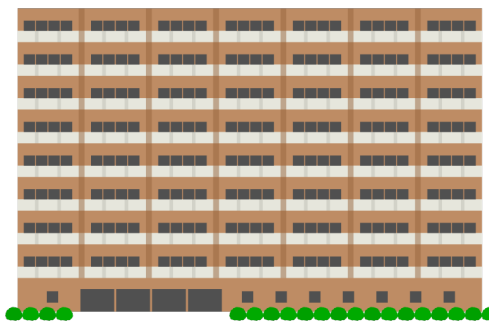
特別養護老人ホーム



有料老人ホーム



サービス付き高齢者向け住宅



認知症対応型共同生活
介護事業所
(グループホーム)



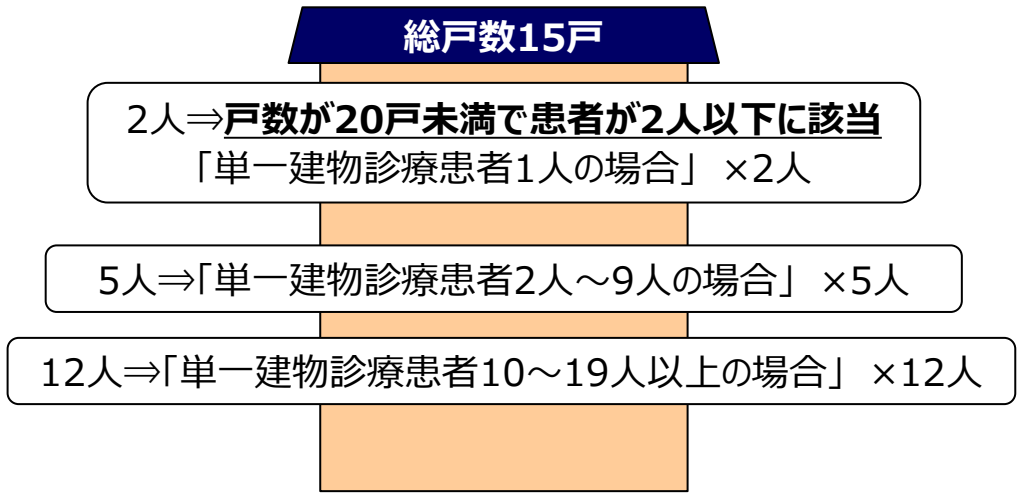
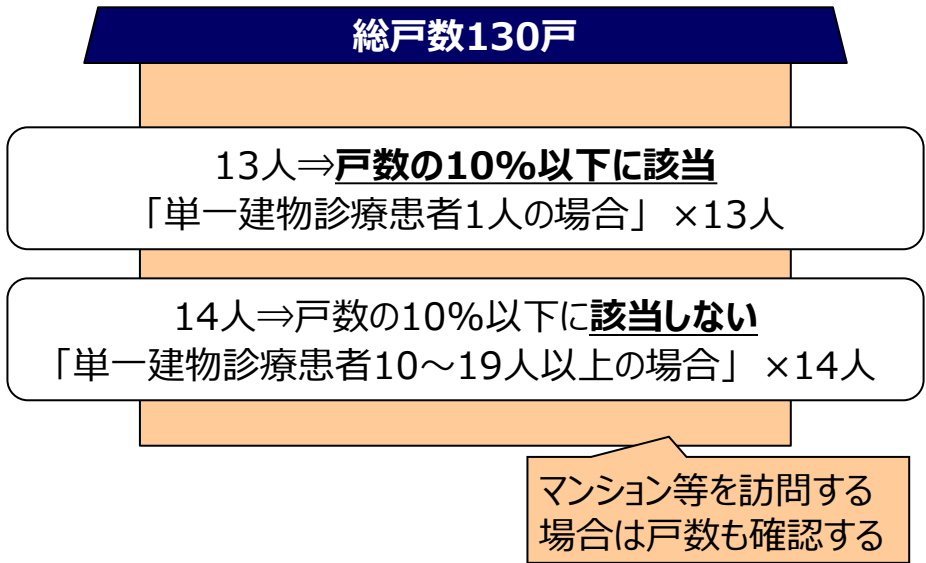
【単一建物診療患者の人数】

(基本) 当該建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が在医総管又は施医総管を算定している患者数。

(集合住宅等) ※在医総管のみ、下記の場合はそれぞれ「単一建物診療患者が1人の場合」を算定
 ・『在宅医学管理を行う患者数が当該建築物の戸数の**10%以下**』
 ・『戸数が20戸未満で在宅医学管理を行う患者が2人以下』

(同一患家) 1つの患家に在医総管又は施医総管の対象を算定する同一世帯患者が2人以上いる場合は、患者ごとに「単一建物診療患者が1人の場合」を算定する。

在宅患者訪問診療料の「同一建物居住者」と異なり、同日に訪問したかでは判断されません
 (別日に訪問していてもそれぞれに在医総管を算定しているのであれば「単一建物診療患者」としてカウントされます)



本資料は、2024年5月31日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

医療機関の機能や患者の状態、連携による評価 (在医総管・施医総管の加算)

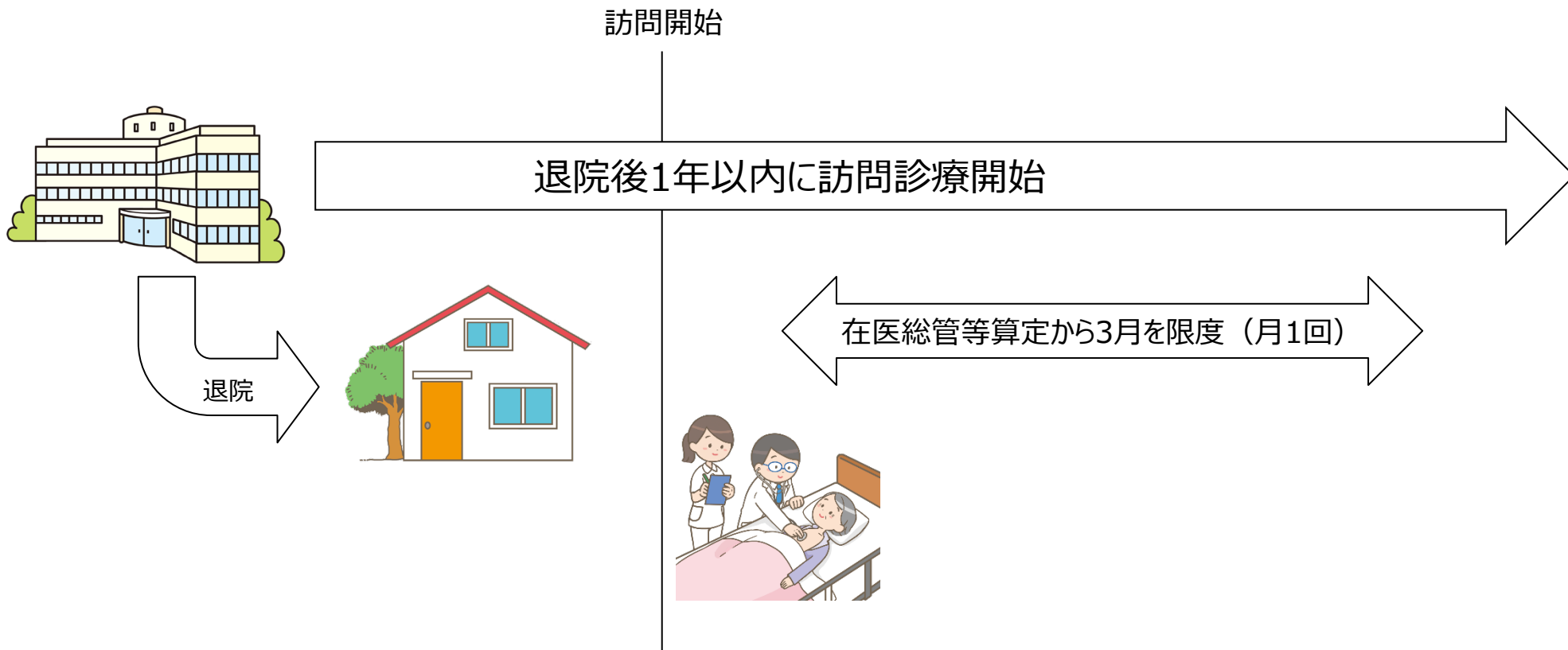
太字は2024年度改定で追加や変更

加算	要件、求められる体制
在宅移行早期加算	退院後1年以内に訪問診療を始めた患者
頻回訪問加算	末期がん患者に対し、月4回以上の往診又は訪問診療を行った場合
在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 (機能強化型のみ)	<ul style="list-style-type: none"> ・緊急往診15件/年以上かつ在宅での看取り実績20件/年以上 ・緩和ケア研修修了医師の配置 等
在宅療養実績加算1 (機能強化型以外の在支病・在支診)	<ul style="list-style-type: none"> ・緊急往診10件/年以上かつ在宅での看取り実績4件/年以上
在宅療養実績加算2 (機能強化型以外の在支病・在支診)	<ul style="list-style-type: none"> ・緊急往診4件/年以上かつ在宅での看取り実績2件/年以上 ・緩和ケア研修修了医師の配置
在宅療養移行加算 1・2 (在支診以外の診療所)	<ul style="list-style-type: none"> ・外来4回以上受診後、訪問診療に移行 ・常時往診体制、訪問看護提供体制 等 ・ (1のみ) 在支診・病との情報共有
在宅療養移行加算 3・4 (在支診以外の診療所)	<ul style="list-style-type: none"> ・外来4回以上受診後、訪問診療に移行 ・往診体制 (連携可)、24時間連絡体制 等 ・ (3のみ) 在支診・病との情報共有
包括的支援加算	<ul style="list-style-type: none"> ・別表第8の3に該当する患者 (要介護3以上 等)
在宅データ提出加算	<ul style="list-style-type: none"> ・データ提出
在宅医療情報連携加算	<ul style="list-style-type: none"> ・ 5以上の連携施設とICTで情報共有 等

※加算の点数は別添資料 (2005(2)) にまとめています

退院後1年以内に訪問診療開始した場合 (在宅移行早期加算)

- 入院から在宅医療への移行推進のために、退院後1年以内に訪問診療開始し、在医総管等を算定した場合の評価として在宅移行早期加算が設定されています



- ・退院から1年経過した場合は対象外
- ・再度入院し、その後退院した場合は新たに3月を限度として月1回算定可

特別な管理が必要な患者に頻回な訪問を行った場合 (頻回訪問加算)

- 在医総管等算定患者のうち、特別な管理が必要な患者に対し、月4回以上の往診又は訪問診療を行った場合の評価として頻回訪問加算が設定されています

特別な管理を必要とする者 別表3の1の3

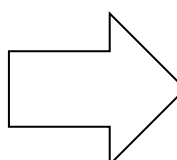
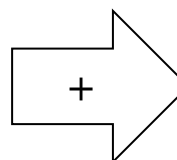
1. 末期の悪性腫瘍の患者

(在宅がん医療総合診療料を算定している患者を除く)

2. 右記リストの指導管理を受ける状態で、下記のいずれかの状態である患者

- ・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

3. 高度な指導管理を必要とする患者 (右記リストの指導管理を二つ以上行っている患者)



- ・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
- ・在宅人工呼吸指導管理
- ・在宅麻薬等注射指導管理
- ・在宅腫瘍化学療法注射指導管理
- ・在宅強心剤持続投与指導管理
- ・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
- ・在宅気管切開患者指導管理

患者の状態に応じたきめ細やかな訪問を行った場合 (包括的支援加算)

- 要介護の状態であることや関係機関との調整が必要な患者などに対するきめ細やかな対応の評価として包括的支援加算が設定されています

※太字は2024年度改定での変更点

別表 8 の 3 に該当する患者※

- 要介護 **3** 以上の状態または障害者総合支援法における障害支援区分 2 以上
- 認知症高齢者の日常生活自立度でランク **III** 以上
- 週 1 回以上の訪問看護を受けている状態
- 訪問診療または訪問看護において、注射、喀痰吸引、経管栄養（胃婁・腸瘻も）鼻腔栄養等の処置を受けている
- 特定施設入居者等の場合、医師の指示を受け、施設に配置された看護職員による注射、喀痰吸引、経管栄養（胃婁・腸瘻も）鼻腔栄養を受けている
- **麻薬の投薬を受けている患者**
- 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

※具体的な患者要件は別添資料（2005(2)）にまとめています

医療・介護関係職種とICTを活用した情報共有 (在宅医療情報連携加算)

- 患者の医療・ケアに関わる医療関係職種や介護関係職種がICTを用いて記録された情報を利用して計画的な医学管理を行う場合の評価として、在宅医療情報連携加算があります



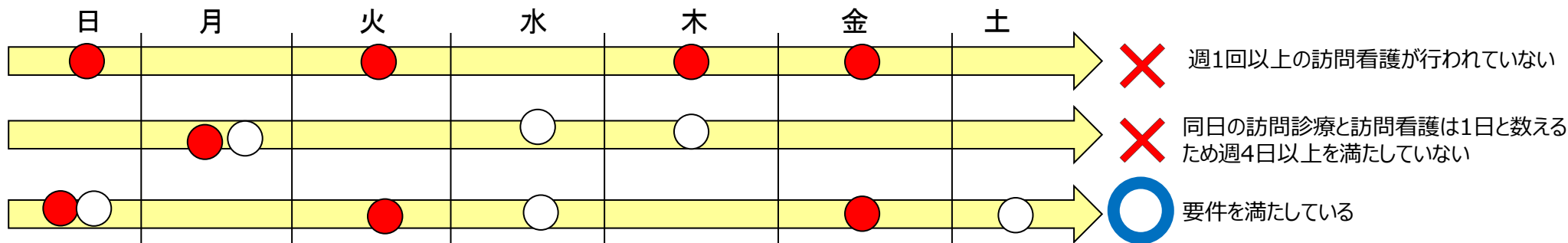
本資料は、2024年5月31日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

1. 在宅医療に関する大枠
2. 在宅療養支援診療所（在支診）、在宅療養支援病院（在支病）、在宅専門診療所の施設基準
3. 在宅医療に対する基本的な診療報酬
 - (1)往診料、在宅患者訪問診療料
 - (2)在宅患者医学総合管理料（在医総管）、施設入居時等医学総合管理料（施医総管）
 - (3)その他
4. 医療材料等の供給について、ICTの利活用による情報共有等

末期がん患者への訪問診療と訪問看護による 総合的な医療の提供の評価（在宅がん医療総合診療料）

- 在支診・在支病が末期がん患者に対し、訪問診療と訪問看護を組み合わせた総合的な医療の提供を行うことを評価した在宅がん医療総合診療料があります
- 日曜から土曜日までの1週間の間に、訪問診療と訪問看護をそれぞれ実施しかつ併せて4日以上行っていることが求められます

● = 訪問診療 ○ = 訪問看護

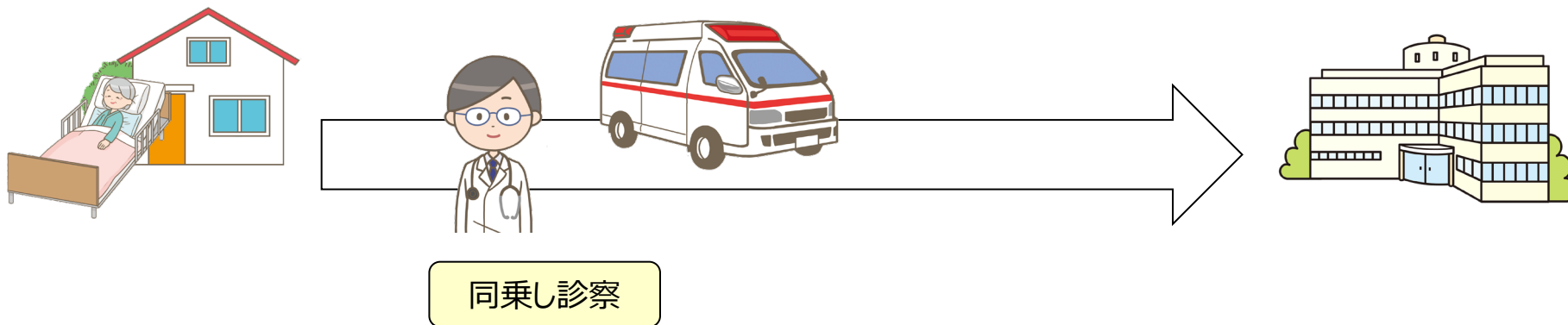


加算※	求められる業務、体制
死亡診断加算	死亡日に往診し死亡診断を行った場合
在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	緊急往診15件/年以上かつ看取り20件/年以上の実績
在宅療養実績加算1	緊急往診10件/年以上かつ看取り4件/年以上の実績
在宅療養実績加算2	緊急往診4件/年以上かつ看取りが2件/年以上の実績
小児加算	15歳未満（小児慢性特定疾病医療支援の対象であれば20歳未満）（週1回）
在宅データ提出加算	データ提出の実績が認められ、継続的にデータを提出（月1回）
在宅医療DX情報活用加算	医療DX関連体制の整備（月1回）
在宅医療情報連携加算	患者の医療・ケアに関わる医療関係職種や介護関係職種がとICTを情報共有・活用（月1回）

※点数は別添資料（2005(2)）にまとめています

本資料は、2024年5月31日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

- 患者を救急搬送する際に、医師が救急車等に同乗して診療を行った場合の評価が設定されています



患者や診療時間、チーム対応などによる加算の設定あり



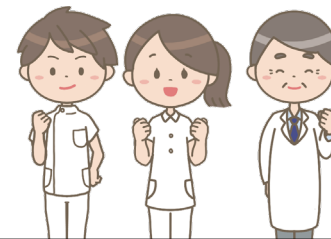
生後28日未満



6歳未満



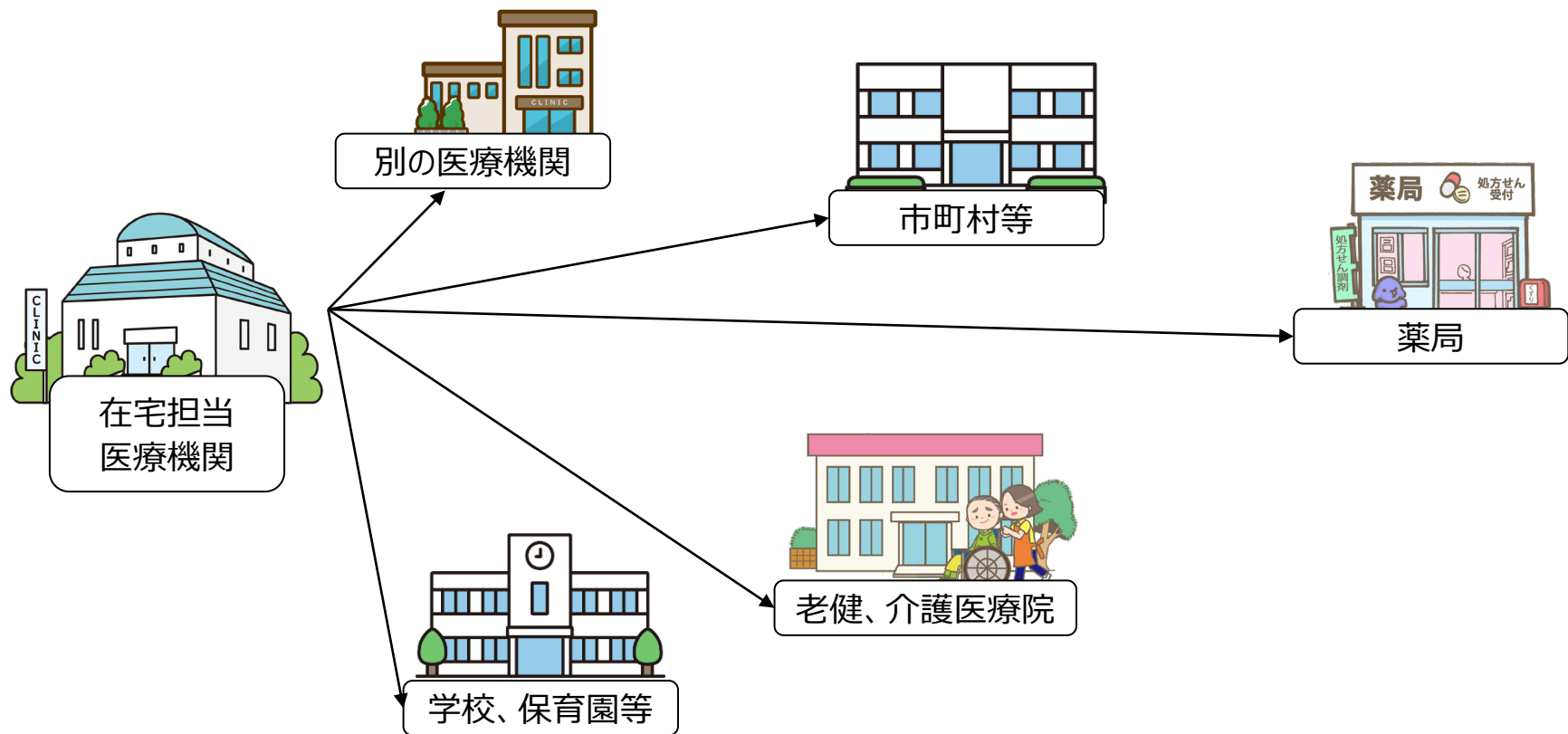
30分超



重症患者搬送チームによる搬送

※点数は別添資料（2005(2)）にまとめています

- 在宅医療の提供にあたり他施設との連携・情報共有が重要です
- 在宅医療に限った評価ではありませんが、他施設への情報提供の評価として診療情報提供料(I)があります



※同一月に居宅療養管理指導費が算定されている場合には、居宅介護支援事業者や保険薬局に対する（医療保険の）診療情報提供料（I）の算定はできません。

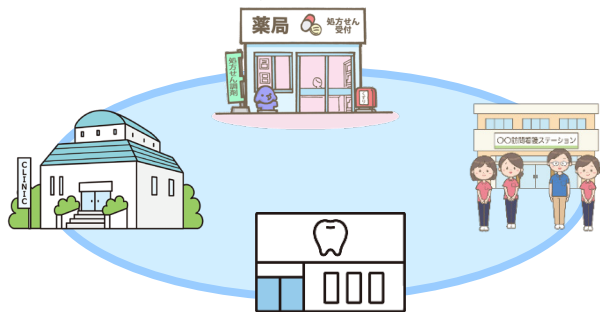
※対象となる情報提供先や点数は別添資料（2005(2)）にまとめています

本資料は、2024年5月31日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

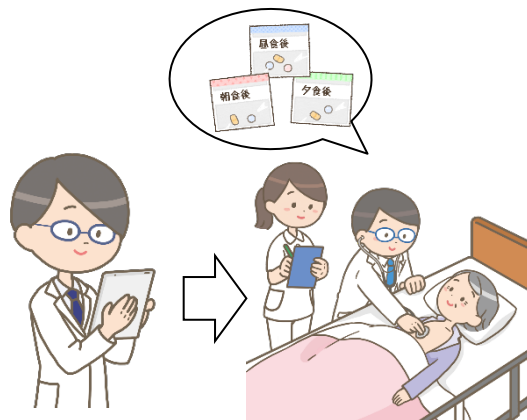
他施設と共有した情報を踏まえた指導 (在宅患者連携指導料)

- 診療所、在宅病が訪問している在宅患者の情報について、在宅診療等を担う歯科医療機関、薬局、訪問看護ステーションと情報を共有し、共有した情報を踏まえた指導を行った場合の評価として在宅患者連携指導料があります

○月2回以上文書等で情報共有
(電子メール、FAXでも可)



○共有した情報を踏まえた指導



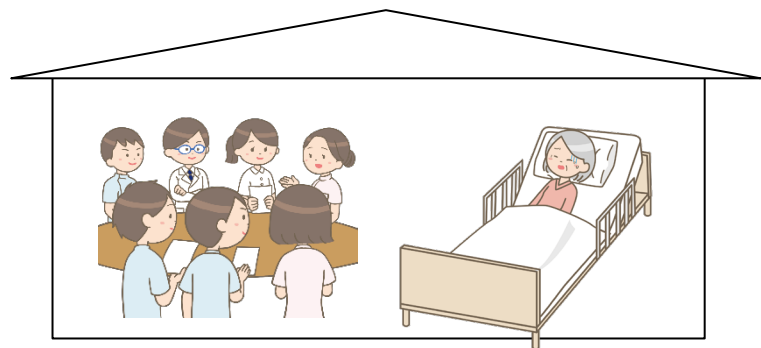
×情報交換のみや、訪問看護や訪問薬剤指導の指示を行ったのみでは算定不可

※点数は別添資料 (2005(2)) にまとめています

急変時の緊急カンファレンス (在宅患者緊急時等カンファレンス料)

- 在宅患者の急変等に、訪問診療等を行う多職種と共同でカンファレンスを行い、共同で指導を行った場合の評価として在宅患者緊急時等カンファレンス料が設定されています

○患者の急変時に患家を訪問し在宅診療等を担う他職種と共同カンファレンスと共同指導を実施



○職種

- ・訪問歯科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、言語聴覚士
- ・介護支援専門員
- ・相談支援専門員

○1人以上が患家を訪問している場合、その他の関係者はビデオ通話による参加も可能

※点数は別添資料（2005(2)）にまとめています

本資料は、2024年5月31日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

在宅医療開始時の外来担当医との連携 (外来在宅共同指導料)

- 外来から在宅に移行する患者が在宅医療の開始にあたり、外来担当医と在宅担当医が患家を訪問し、共同で在宅療養についての説明・指導を行うことの評価として外来在宅共同指導料が設定されています

- 外来を継続して4回以上受診した患者が対象



- 原則患家で、在宅移行時に外来担当医と在宅担当医が共同指導



外来担当医は
オンラインも可



- 文書で説明し必要に応じて他職種等と共有(様式52)



治療等を担う
他医療機関

訪問看護ステーション

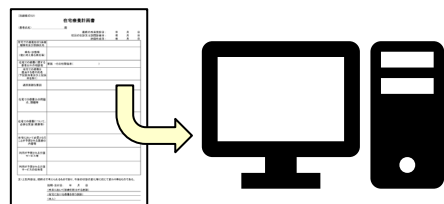
介護施設

市町村等

【2022/3/31疑義解釈その1】

共同指導は必ずしも在宅担当医の初回訪問時に実施する必要はない

- 指導内容の記録
(文書の写しを添付)

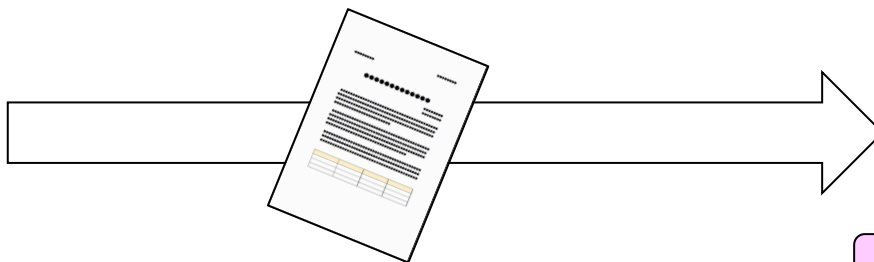


- 外来担当医が指導料2を算定する場合、下記は併算定不可
初診料、再診料、外来診療料、
往診料、在宅患者訪問診療料(I)(II)

- 下記に入院・入居する患者は対象外
他医療機関、社会福祉施設、老健、
介護医療院、特養、軽費老人ホーム、
有料老人ホーム、サ高住

※点数は別添資料(2005(2))にまとめています

- 在宅患者は介護保険対象者であることも多く、その場合は介護支援専門員との情報共有が重要です
- 計画的な訪問を行い、介護支援専門員（ケアマネジャー）に必要な情報提供を行った場合は、介護報酬の評価として居宅療養管理指導費が設定されています



サービス担当者会議



介護支援専門員
(ケアマネジャー)

・情報提供方法は基本的にはサービス担当者会議
（必ずしも文書である必要はない）

・会議への参加が困難な場合や会議が開催されない場合は文書やメール、FAX等での情報提供で可（(e)は様式の指定あり）

情報提供すべき事項

- (a) 基本情報
（医療機関名、住所、連絡先、医師、歯科医師名、利用者の氏名、生年月日、性別、住所、連絡先等）
- (b) 利用者の病状、経過等
- (c) 介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等
- (d) 利用者の日常生活上の留意事項、社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等
- (e) 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報等

※点数は別添資料（2005(2)）にまとめています

本資料は、2024年5月31日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

① 在支診、在支病

診療所：様式11、11の3、11の4、11の5
 病院：様式11の2、11の3、11の4、11の5

機能強化型以外

- ⇒24時間連絡受付体制
- ⇒往診・訪問看護が可能な体制を確保
- ⇒4km以内に診療所が無い200床未満病院

機能強化型

- 左記+
- ⇒常勤医師3名
 - ⇒緊急往診10件以上、看取り4件or15歳未満在宅

② 在宅療養後方支援病院

様式20の4、20の5

- ⇒許可病床数200床以上の保険医療機関であること（別表第6の2の地域にある場合、160床以上）
- ⇒24時間直接連絡を受ける体制
- ⇒報告書

③ 在医総管、施医総管

様式19

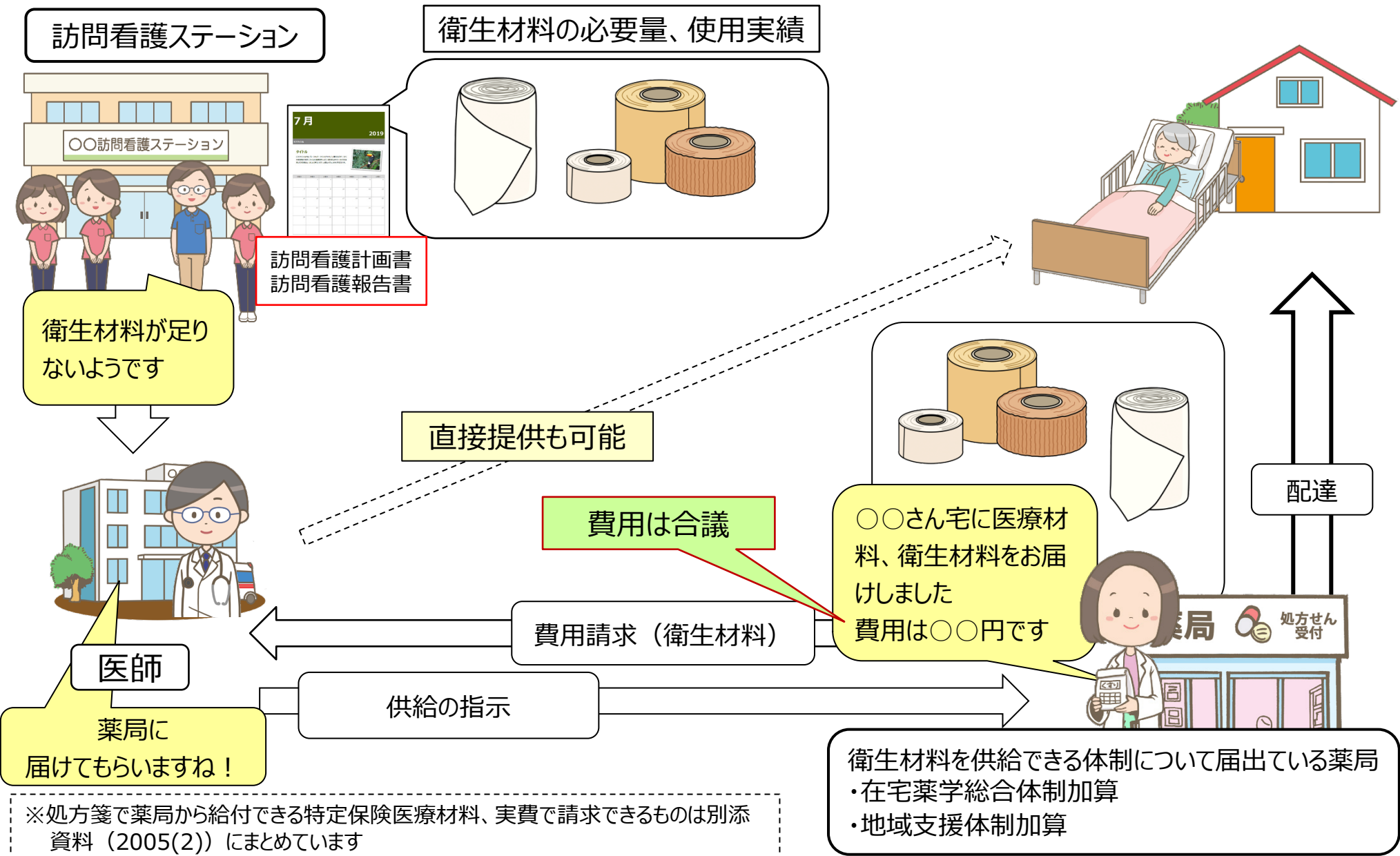
- ⇒診療所または200床未満病院、在支病が届出可
- ⇒月1回以上の訪問診療または往診をして医学的な管理、介護、福祉サービス等の連携調整を行う体制を整える

④ 在宅がん医療総合診療料

様式20

- ⇒在支診、在支病の届出をしている医療機関のみが届出可能
- ⇒末期がんの患者に対し24時間管理体制を整える

1. 在宅医療に関する大枠
2. 在宅療養支援診療所（在支診）、在宅療養支援病院（在支病）、在宅専門診療所の施設基準
3. 在宅医療に対する基本的な診療報酬
 - (1)往診料、在宅患者訪問診療料
 - (2)在宅患者医学総合管理料（在医総管）、施設入居時等医学総合管理料（施医総管）
 - (3)その他
4. 医療材料等の供給について、ICTの利活用による情報共有等



※処方箋で薬局から給付できる特定保険医療材料、実費で請求できるものは別添資料（2005(2)）にまとめています

本資料は、2024年5月31日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

- 在宅医療の提供にあたっては、他施設との連携・情報共有が重要です
- 在宅医療でもICTの利活用による他施設との連携・情報共有が推進されています

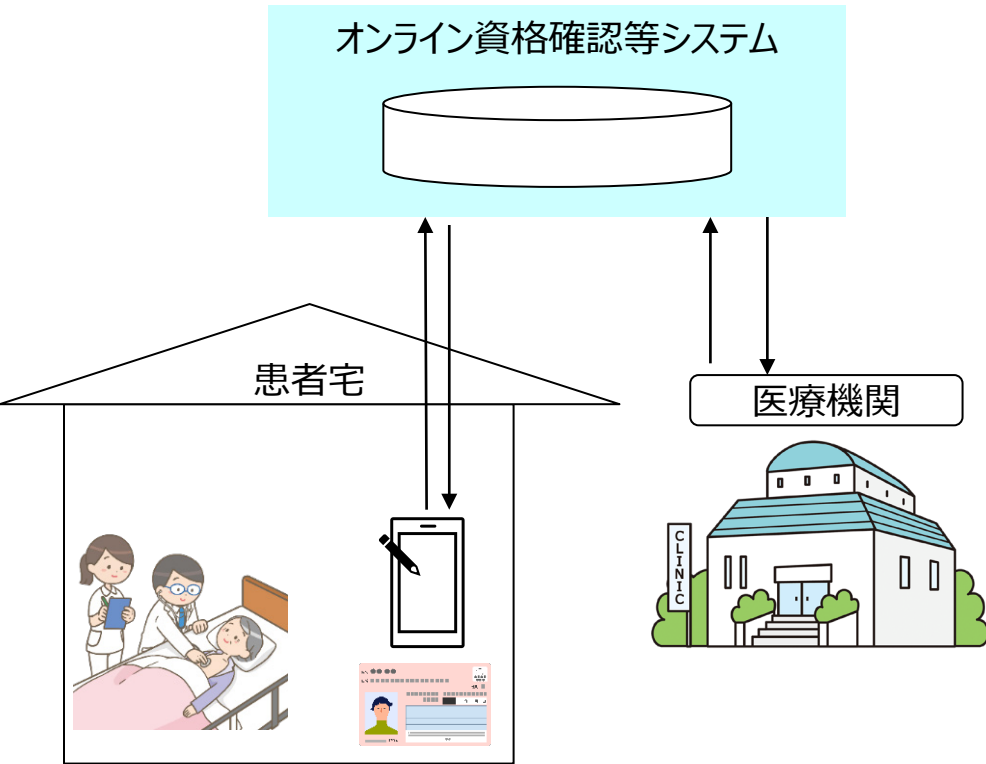
居宅同意取得型オンライン資格確認

オンライン資格確認等システム

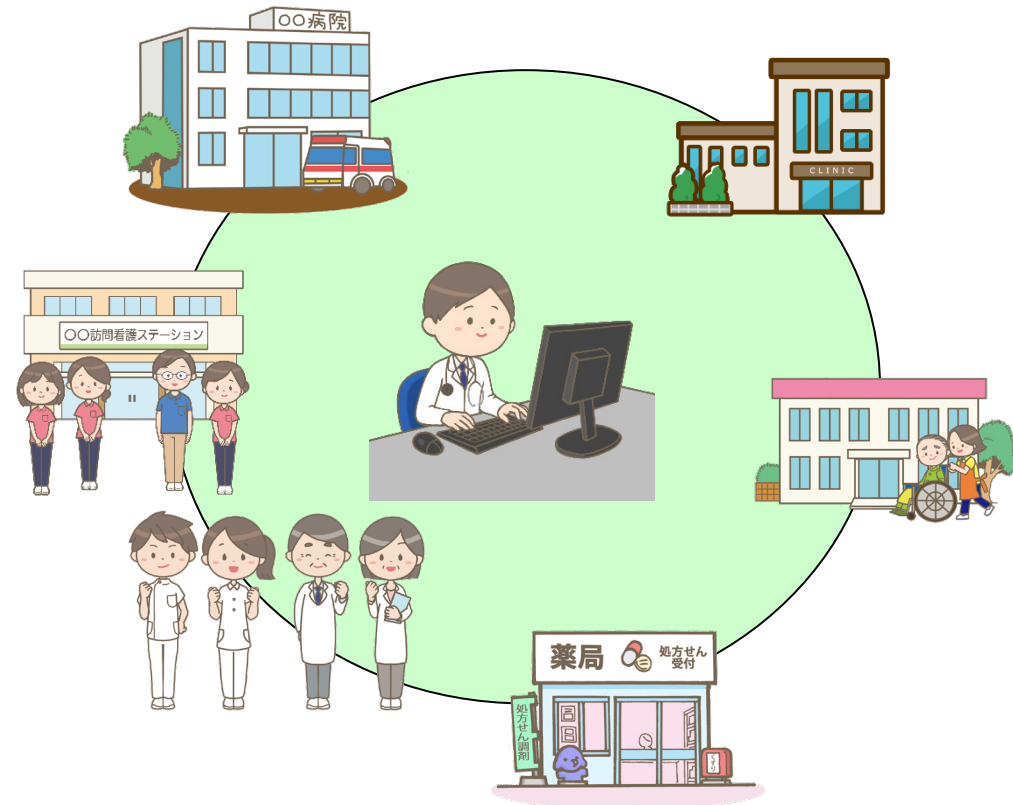


患者宅

医療機関



ICTを活用した情報共有





薬剤師の皆様に見て頂きたい

Oncology関連コンテンツのご紹介

会員登録
不要

「薬剤師のためのBasic Evidence」と「診療現場最前線」
2つのコンテンツをセットで閲覧することで
オンコロジー分野の基礎と実践を総合的に学ぶことができます。

薬剤師のためのBasic Evidence

各種ガイドラインの薬物療法を中心とし、薬剤師に役立つ内容を分かりやすくまとめています。
これからオンコロジーを学ぼうとお考えの薬剤師や、基礎的な知識を改めて整理したいという薬剤師にぴったりのコンテンツです。

診療現場最前線

さまざまな職種の先生方の取り組みを紹介しているため、処方意図から患者指導まで幅広く実践的な内容を知ることができます。
薬薬連携実践のヒントも得ることができ、連携にお悩みの薬剤師の参考になるコンテンツです。

■ アクセス方法



<https://www.nichiiko.co.jp/medicine/oncology-contents/>



202300001296

<https://www.nichiiko.co.jp/medicine/oncology-contents/>



日医工がお届けする **Stu-GE** は、
医療従事者の方のための医療行政情報サイトです。

ご覧頂ける
テーマ別
情報一覧

- 診療報酬改定関連の速報情報
- 診療報酬点数の施設基準や算定要件の情報
- 調剤報酬全点数情報
- 地域連携薬局、専門医療機関連携薬局の施設基準
- DPC/PDPS関連 新規薬価収載に係る包括評価対象外薬剤一覧
DPC公開データを用いた各種医療圏分析
- その他医療制度に関する情報

会員登録は、**無料**

いますぐ、会員登録サイトで登録を!!

会員特典1 ▶ メールマガジンの受信

会員特典2 ▶ 会員限定コンテンツの閲覧

スマートフォンで簡単登録

パソコン画面で入力



<https://stu-ge.nichiiko.co.jp/registrations/index>