

令和6年5月11日（土）

令和6年度 保険点数改定説明会

～令和6年度診療報酬改定の概要について～

(3) 各論Ⅱ

吹田市医師会



9. 質の高い訪問診療・訪問看護の確保

(1) 在宅医療

(2) 訪問看護

在宅医療における診療報酬上の評価構造（イメージ）

➤ 在宅医療に対する診療報酬上の評価は、①訪問して診療を行ったことに対する評価、②総合的な医学的管理に対する評価、③人工呼吸器その他の特別な指導管理等に対する評価の、大きく3種類の評価の組み合わせで行われている。

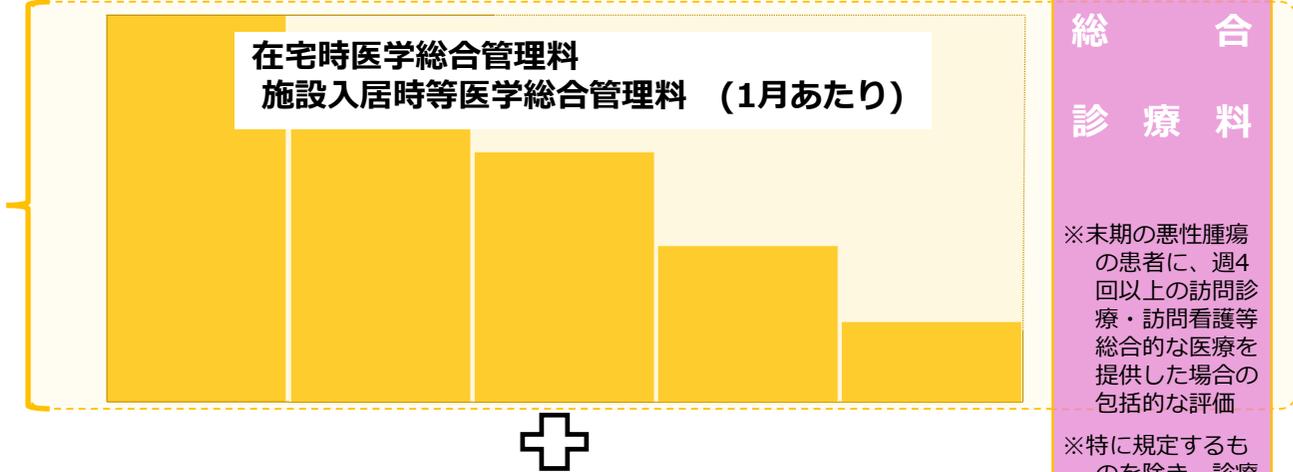
①定期的に訪問して診療を行った場合の評価

- 居住場所により段階的に評価
- 乳幼児等の診療、看取り等については、加算により評価
- 原則として週3回の算定を限度とするが、末期の悪性腫瘍等一部の疾患については例外を規定



②総合的な医学的管理等を行った場合の評価

- 単一建物診療患者数、重症度及び月の訪問回数により段階的に評価
- 特別な指導管理を必要とし、頻回の診療を行った場合等は加算により評価



③指導管理等に対する評価



※上記に加え、検査、処置その他診療に当たって実施した医療行為等については、特段の規定がない場合、出来高にて算定することができる。

在宅患者訪問診療料及び往診料の評価

○ 在宅患者訪問診療料(Ⅰ) (1日につき)

1 在宅患者訪問診療料 1

イ 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

2 在宅患者訪問診療料 2

イ 同一建物居住者以外の場合 884点

□ 同一建物居住者の場合 187点

- 在宅での療養を行っている患者であって、疾病、傷病のために通院による療養が困難な者に対して、患者の入居する有料老人ホーム等に併設される保険医療機関以外の保険医療機関が定期的に訪問して診療を行った場合の評価。

※ 同一建物に居住する当該患者1人のみに対し訪問診療を行う場合は、「同一建物居住者以外の場合」の点数を算定する。

※ 患者の入居する有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が定期的に訪問して診療を行った場合は、在宅患者訪問診療料(Ⅱ) 150点を算定。

[算定要件] (抜粋)

○ 在宅患者訪問診療料 1

1人の患者に対して1つの保険医療機関の保険医の指導管理の下に継続的に行われる訪問診療について、1日につき1回に限り算定。

○ 在宅患者訪問診療料 2

患者の同意を得て、計画的な医学管理のもと、主治医として定期的に訪問診療を行っている保険医が属する他の保険医療機関の求めを受けて、当該他の保険医療機関が診療を求めた傷病に対し訪問診療を行った場合に、求めがあった日を含む月から6月を限度として算定。

○ 往診料 720点

- 患者又は家族等患者の看護等に当たる者が、保険医療機関に対し電話等で直接往診を求め、当該保険医療機関の医師が往診の必要性を認めた場合に、可及的速やかに患家に赴き診療を行った場合の評価。

※ 定期的ないし計画的に患家又は他の保険医療機関に赴いて診療を行った場合には算定できない。

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
- ・ **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

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。

＜在宅医療におけるICTを活用した連携の推進＞

- ・ 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（在医総管・施設総管・在宅がん医療総合診療料）を新設する。
- ・ 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として、在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料を新設する。
- ・ 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。

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。



在宅医療におけるICTを用いた連携の推進①

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（以下、単に「記録」とする。）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。

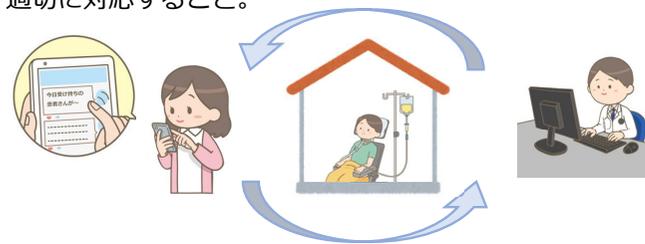
（新） 在宅医療情報連携加算（在医総管・施設総管・在宅がん医療総合診療料） 100点

[算定要件]（概要）

- 医師が、医療関係職種等により記録された**患者の医療・ケアに関わる情報を取得及び活用した上で、計画的な医学管理を行うこと**及び医師が診療を行った際の診療情報等について**記録し、医療関係職種等に共有すること**について、**患者からの同意を得ていること**。
- 以下の情報について、適切に記録すること
 - **次回の訪問診療の予定日及び当該患者の治療方針の変更の有無**
 - **当該患者の治療方針の変更の概要**（変更があった場合）
 - **患者の医療・ケアを行う際の留意点**（医師が、当該留意点を医療関係職種等に共有することが必要と判断した場合）
 - **患者の人生の最終段階における医療・ケア及び病状の急変時の治療方針等についての希望**（患者又はその家族等から取得した場合）
- 医療関係職種等が当該情報を取得した場合も**同様に記録することを促すよう努めること**。
- 訪問診療を行う場合に、**過去90日以内に記録された患者の医療・ケアに関する情報(当該保険医療機関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等が記録した情報を除く。)**をICTを用いて取得した情報の数が**1つ以上**であること。
- 医療関係職種等から**患者の医療・ケアを行うに当たっての助言の求めがあった場合**は、適切に対応すること。

[施設基準]（概要）

- (1) 患者の診療情報等について、連携する関係機関とICTを用いて共有し、常に確認できる体制を有しており、**共有できる体制にある連携する関係機関（特別の関係にあるものを除く。)**の数が、**5以上**であること。
- (2) 地域において、連携する関係機関以外の保険医療機関等が、当該ICTを用いた情報を共有する**連携体制への参加を希望した場合には連携体制を構築すること**。ただし、診療情報等の共有について同意していない患者の情報については、この限りでない。
- (3) 厚生労働省の定める「**医療情報システムの安全管理に関するガイドライン**」に**対応していること**。
- (4) (1)に規定する連携体制を構築していること及び実際に患者の情報を共有している実績のある連携機関の名称等について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示及び原則としてウェブサイトに掲載していること。



- 診療情報、治療方針
- 医療関係職種等が医療・ケアを行う際の留意事項
- 人生の最終段階における医療・ケア等に関する情報等の情報共有

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

【緩和ケア病棟緊急入院初期加算】

[算定要件] (該当部分概要)

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。



改定後

【緩和ケア病棟緊急入院初期加算】

[算定要件] (該当部分概要)

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。

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。

<地域における24時間の在宅医療提供体制の推進>

- ・ 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・在支病以外の他の保険医療機関が訪問診療を行っている患者に対して、在支診・在支病が往診を行った場合について、往診時医療情報連携加算を新設する。
- ・ 在支診・在支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、在宅療養移行加算について、対象となる範囲を病院まで拡大するとともに、他の保険医療機関と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。

<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。

地域における24時間の在宅医療提供体制の推進

往診時医療情報連携加算の新設

- 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・在支病以外の他の保険医療機関が訪問診療を行っている患者に対して、在支診・在支病が往診を行った場合について、新たな評価を行う。

(新) 往診時医療情報連携加算 200点

[算定要件]

- 他の保険医療機関（在支診・在支病以外に限る。）と月1回程度の定期的なカンファレンス又はICTの活用により当該他の保険医療機関が訪問診療を行っている患者の診療情報及び病状の急変時の対応方針等の情報の共有を行っている在支診・在支病が、患者（他の保険医療機関が往診を行うことが困難な時間帯等に対応を行う予定の在支診・在支病の名称、電話番号及び担当者の氏名等を提供されている患者に限る。）に対し、他の保険医療機関が往診を行うことが困難な時間帯に、共有された当該患者の情報を参考にして、往診を行った場合において算定できる。この場合、当該他の保険医療機関の名称、参考にした当該患者の診療情報及び当該患者の病状の急変時の対応方針等及び診療の要点を診療録に記録すること。

在宅療養移行加算の見直し

- 在支診・在支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、在宅療養移行加算について、対象となる範囲を病院まで拡大するとともに、他の保険医療機関と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。

現行			改定後	
(新設) 在宅療養移行加算 1	216点	➡	<u>在宅療養移行加算 1</u>	<u>316点</u>
(新設) 在宅療養移行加算 2	116点		<u>在宅療養移行加算 2</u>	216点
			<u>在宅療養移行加算 3</u>	<u>216点</u>
			<u>在宅療養移行加算 4</u>	116点

[在宅療養移行加算 1 及び 3 の追加の施設基準]

- 当該医療機関が保有する当該患者の診療情報及び患者の病状の急変時の対応方針について、当該医療機関と連携する医療機関との1月に1回程度の定期的なカンファレンスにより当該連携医療機関に適切に提供していること。ただし、当該情報について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場合はこの限りでない。

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十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

【在宅患者訪問診療料 在宅ターミナルケア加算】

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。

改定後

【在宅患者訪問診療料 在宅ターミナルケア加算】

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。



質の高い在宅医療提供体制の構築の推進

- 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。

<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。
- ・ 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。

<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。

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。

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

【在宅療養支援診療所】

[施設基準]

(新設)

【在宅療養支援病院】

[施設基準]

(新設)

改定後

【在宅療養支援診療所】

[施設基準]

- ・ 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]

- ・ 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。

[経過措置]

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

	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					
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		<ul style="list-style-type: none"> ○ 許可病床数200床以上 ○ 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 ○ 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 ○ 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 	
	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>						

(参考) 在宅データ提出加算について

〈共通項目〉

大項目	項目名
属性	生年月日
	性別
	患者住所地域の郵便番号
身長・体重	身長
	体重
喫煙歴	喫煙区分
	1日の喫煙本数
	喫煙年数
介護情報	高齢者情報
	要介護度
診断情報/傷病	自院管理の有無
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
入院の状況	傷病名
	入院の有無
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
終診情報	傷病名
	当月中の終診情報
	終診年月日
	ICD10コード
	傷病名コード
終診情報	修飾語コード
	傷病名
	傷病名

〈在宅データ提出加算特有の項目〉

大項目	項目名	大項目	項目名
療養情報	在宅療養を始めた年月	患者の状態	患者の状態
	療養を行っている場所		患者の状態
訪問診療の状況	訪問診療日	パーセルインデックス	パーセルインデックス
	主たる訪問診療を行う医療機関		パーセルインデックス
訪問看護の状況	訪問看護日	排泄	排泄の状況
	自院での実施の有無		ブリストルスケール
訪問の主傷病	自院診断の有無	排尿	排尿の状況
	ICD10コード		排尿の状況
	傷病名コード	褥瘡	褥瘡の状況
	修飾語コード		褥瘡の状況
	傷病名		褥瘡の状況
救急受診の状況	救急受診日	低栄養	低栄養の有無
	受診先		摂食・嚥下障害の有無
	受診経路		経管・経静脈栄養の状況
入院の状況	転帰	がんの傷病	自院診断の有無
	入院年月日		自院診断の有無
	退院年月日		ICD10コード
	受診先		傷病名コード
	ICD10コード		修飾語コード
	傷病名コード		傷病名
	修飾語コード		傷病名
主病名	傷病名		
短期入所の状況	入所年月日	がんのStaging分類	ステージ分類
	退所年月日		UICC 病期分類(T)
	短期入所利用サービス		UICC 病期分類(N)
短期入所利用サービス	UICC 病期分類(M)		
往診の状況	往診日	がんのNRS	UICC 病期分類(版)
	主たる訪問診療を行う医療機関		NRS
	ICD10コード		NRS
	傷病名コード		NRS
	修飾語コード		NRS
往診の状況	傷病名	NRS	

在宅データ提出加算 50点 (月1回)

[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保険医療機関において、当該保険医療機関における**診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、**外来データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。

[施設基準]

- 在宅患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されていること。**

質の高い在宅医療提供体制の構築の推進

- 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。

<往診料の見直し>

- ・ 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**。
- ・ これまでと同点数の、往診料+「緊急往診加算」・「夜間・休日往診加算」・「深夜往診加算」を算定するためには、以下のいずれかに該当する必要がある。
 - ① 往診を行う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**している患者
 - 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、過去60日以内に在宅患者訪問診療料等を算定**している患者
 - ③ 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
 - ④ 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等に入所**する患者

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。

	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 過去60日以内に在宅患者訪問診療料等を算定 している患者				
	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、過去60日以内に在宅患者訪問診療料等を算定 している患者				
	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	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	325点
夜間・休日往診加算	1,700点	1,500点	1,300点	650点	405点
深夜往診加算	2,700点	2,500点	2,300点	1,300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。

質の高い在宅医療提供体制の構築の推進

- 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。

<在宅患者訪問診療料の見直し>

- ・ 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。

<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を見直す。

<包括的支援加算の見直し>

- ・ 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。

<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>

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

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



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	改定後
<p>【在宅悪性腫瘍等患者指導管理料】 1,500点</p> <p>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。</p>	<p>【在宅麻薬等注射指導管理料】</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>【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。</p>
<p>※ 注入ポンプ加算及び携帯型ディスプレイサ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。</p>	

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つて、安定した病状にある患者**に対して、携帯型ディスプレイサ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。

訪問看護指示書の記載事項及び様式見直し

訪問看護指示書の見直し

- 令和6年6月から訪問看護レセプトのオンライン請求が開始されることを踏まえ、より質の高い医療の実現に向けてレセプト情報の利活用を推進する観点から、訪問看護指示書及び精神科訪問看護指示書の記載事項及び様式を見直す。

現行

【訪問看護指示料】
[算定要件]

患者の主治医は、指定訪問看護の必要性を認めた場合には、診療に基づき速やかに訪問看護指示書及び特別訪問看護指示書（以下この項において「訪問看護指示書等」という。）を作成すること。当該訪問看護指示書等には、緊急時の連絡先として、診療を行った保険医療機関の電話番号等を必ず記載した上で、訪問看護ステーション等に交付すること。

なお、訪問看護指示書等は、特に患者の求めに応じて、患者又はその家族等を介して訪問看護ステーション等に交付できるものであること。

訪 問 看 護 指 示 書 (抜粋)
在 宅 患 者 訪 問 点 滴 注 射 指 示 書

主たる傷病名	(1)	(2)	(3)
--------	-----	-----	-----

改定後

【訪問看護指示料】
[算定要件]

患者の主治医は、指定訪問看護の必要性を認めた場合には、診療に基づき速やかに訪問看護指示書及び特別訪問看護指示書（以下この項において「訪問看護指示書等」という。）を作成すること。当該訪問看護指示書等には、緊急時の連絡先として、診療を行った保険医療機関の電話番号等を必ず記載した上で、訪問看護ステーション等に交付すること。**また、当該訪問看護指示書等には、原則として主たる傷病名の傷病名コードを記載すること。**

なお、訪問看護指示書等は、特に患者の求めに応じて、患者又はその家族等を介して訪問看護ステーション等に交付できるものであること。

訪 問 看 護 指 示 書 (抜粋)
在 宅 患 者 訪 問 点 滴 注 射 指 示 書

主たる傷病名	(1)	(2)	(3)
傷病名コード			

精神科訪問看護指示料についても同様