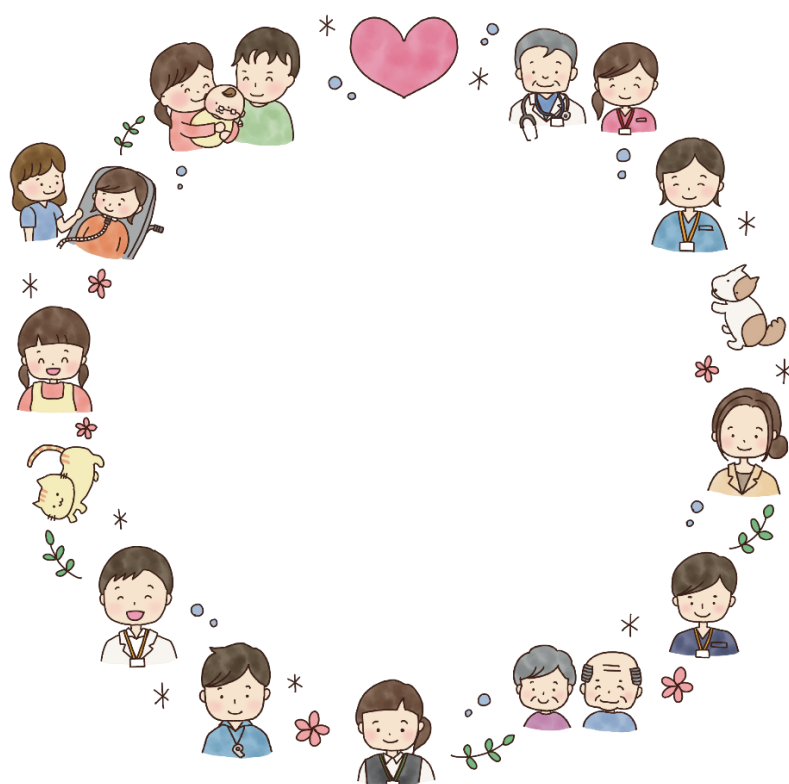


小児在宅医療診療報酬の手引き

第1版 2023年 4月 1日



三重県小児科医会
小児在宅検討委員会

<https://www.mie.med.or.jp/hp/ippan/shonizai/index.html>

三重県医師会「小児在宅医療に関する情報『小児在宅医療診療報酬の手引き』について」

<http://mie-ped.jp/link/>

三重県小児科医会「小児在宅医療診療報酬の手引き」

— 目次 —

I. 小児在宅医療の診療報酬算定のルール	
1. 小児在宅医療の診療報酬算定方法(概略)フローチャート	3
2. 小児在宅医療の診療報酬算定方法(概略)フローチャート図を踏まえて	6
II. 症例に基づいた小児在宅医療の診療報酬算定の実際	
1. 一般的な症例の診療報酬の実際	7
2. 看取り例の診療報酬の実際	15
3. きょうだい例の診療報酬の実際	18
III. 在宅医療への移行調整	
1. 三次病院を退院し直接在宅医療へ移行	21
2. 三次病院から地域の二次病院(在宅療養後方支援病院等)へ転院し在宅医療へ移行	26
IV. 在宅移行と退院前カンファレンス	
1. 在宅移行～初回訪問診療の際の診療報酬の算定	32
2. 退院前カンファレンス(重要)	35
3. 在宅移行後の患者で外来医療機関から在宅医療機関へ移行する場合	40
V. 在宅医療と診療報酬の基本的事項	
1. 診療報酬点数表の基本的構成	41
2. 在宅医療の基本構成	41
3. 往診料と在宅患者訪問診療料	42
4. 在宅時医学総合管理料(在医総管)	43
5. 在宅がん医療総合診療料(在医総)	46
6. 在宅療養支援診療所(在支診)	49
7. 在宅療養指導管理料	52
VI. 連携における診療報酬	
1. 在宅患者訪問診療料(I)2<在宅側が算定>	58
2. 退院時共同指導料	58
3. 在宅患者緊急時等カンファレンス料<在宅側が算定>	59
4. 在宅患者共同診療料<病院側が算定>	59
5. 在宅患者緊急入院診療加算<病院側が算定>	59
6. 診療情報提供料(I)<両者が算定>	60
7. 訪問看護指示料<両者のいずれかで算定>	60
8. 介護職員等喀痰吸引等指示料<両者のいずれかで算定>	61

令和4年度改定に際しての小児在宅医療における主な変更点……………	62
VII. まとめ ……………	65
【付録】 訪問看護療養費(訪問看護ステーション)(医療保険)……………	67
【様式集】 ……………	71

■引用資料

小児在宅医療診療報酬の手引き -事例を中心に、主として診療所を対象として- 第4版
一般社団法人大阪小児科医会(平成30年6月)

小児在宅医療に関する人材養成講習会：小児在宅医療における診療報酬
大山 昇一先生

■参考資料

たんぼ先生在宅報酬算定マニュアル 第7版
著者：永井 康徳先生、編集：日経ヘルスケア

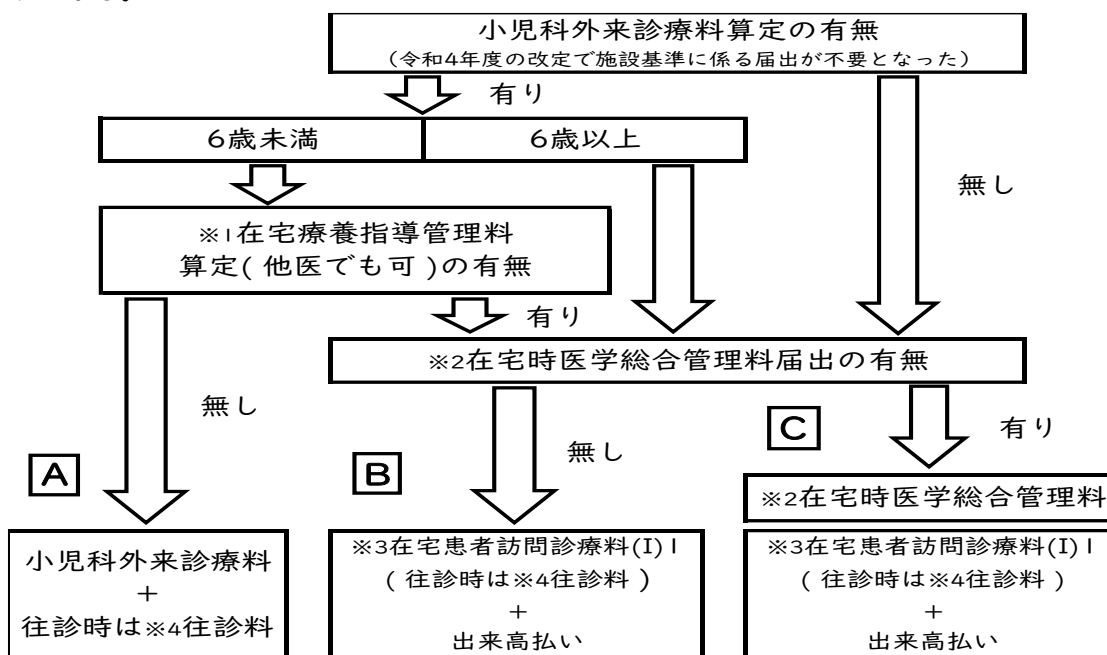
診療点数早見表 2022年4月版 [医科]
医学通信社

訪問診療・訪問看護のための在宅診療報酬Q&A
医学通信社

I. 小児在宅医療の診療報酬算定のルール

1. 小児在宅医療の診療報酬算定方法(概略)フローチャート

小児在宅医療の診療報酬算定方法のフローチャートを示す。小児科では小児科外来診療料を算定している医療機関が多く、6歳未満ではほとんどの診療報酬が包括されている。小児在宅医療の診療報酬請求にあたっては、1)小児科外来診療料を算定している医療機関か、2)患児が小児科外来診療料の対象となる6歳未満か、3)自院もしくは他院で在宅療養指導管理料を算定されている患者か、4)在宅時医学総合管理料を届出しているか、がポイントとなる。



- ※1 在宅療養指導管理料(自院が算定していなくても、他の保険医療機関(病院など)が算定していればよい)：身体の代謝上の障害がある場合に、その代謝機能を代替または補完する療養(在宅酸素療法、在宅人工呼吸、在宅中心静脈栄養法、在宅成分栄養経管栄養法など)の指導管理料(P.52 参照)。
- ※2 在宅時医学総合管理料：届出医療機関にて、医師が在宅療養計画に基づき、訪問診療を行った場合に、月1回に限り算定できる(P.43 参照)。
- ※3 在宅患者訪問診療料(I)I：医師が計画的、定期的に患家に赴いて診療した場合に算定する。
- ※4 往診料:医師が患者の求めに応じて、非計画的、非定期的に患家に赴いた場合に算定する。(※3 在宅患者訪問診療料と※4 往診料の比較は、 P.42 参照)

以下、フローチャート図に従って、算定ルールを解説する。

A は小児科外来診療料算定の場合、B と C は小児科外来診療料<非>算定の場合である。

小児科外来診療料算定となるのは、小児科外来診療料を算定している医療機関において、6歳未満の児で、在宅療養指導管理料を自院及び他の保険医療機関でも算定していない場合である。

一方、小児科外来診療料<非>算定となるのは、以下に挙げる3つの場合である。

①小児科外来診療料を算定している医療機関において、6歳未満の児で、在宅療養指導管理料を自院もしくは他の保険医療機関で算定している場合、②6歳以上の児、③小児科外来診療料を算定していない医療機関。

A Aの場合（小児科外来診療料算定の場合）

初診時

処方せんを交付する場合(院外処方診療所) 初診料 599 点+往診料 720 点= 1,319 点

処方せんを交付しない場合(院内処方診療所) 初診料 716 点+往診料 720 点= 1,436 点

再診時

患者の求めに応じて患家に赴いて診療を行った場合には往診料が算定可能だが(P.42 参照)、点数表を厳密に解釈すれば、定期的な訪問診療は往診料としては算定できない。

従って、月2回、定期的な訪問診療を行った場合、

処方せんを交付する場合(院外処方診療所) 再診料 406 点×2 = 812 点

処方せんを交付しない場合(院内処方診療所) 再診料 524 点×2 = 1,048 点

検査料、処置料は包括される。

B Bの場合

(小児科外来診療料<非>算定かつ在宅時医学総合管理料<非>届出の場合)

※乳幼児加算は6歳未満児のみ算定

初診時

初診料 288 点+ ※乳幼児加算 75 点+往診料 720 点= 1,083 点

再診時(月2回、計画的、定期的な訪問診療を行った場合)

在宅患者訪問診療料(I) (888 点+ ※乳幼児加算 400 点) × 2 = 2,576

検査料、処置料も出来高算定できる。

※退院前カンファレンスが行われ、退院時共同指導料 I を算定する場合には、初診料が含まれるため、初回訪問時は在宅患者訪問診療料(I) I (+各種加算)を算定する。退院時共同指導料 I を算定しない場合には、初回訪問時は初診料+往診料(+各種加算)を算し、2回目の訪問時より在宅患者訪問診療料(I) I を算定する(詳細はIV.在宅移行と退院前カンファレンス参照)。

※患児が寝たきりまたは寝たきりに準じる状態で、気管カニューレ交換、軟膏処置、鼻腔栄養、喀痰吸引等の指導管理を行っている時は、在宅寝たきり患者処置指導管理料 I ,050 点が算定できる(P.54 参照)。

在宅患者訪問診療料(I) I (888 点+※乳幼児加算 400 点) × 2 +在宅寝たきり患者処置指導管理料 I ,050 点= 3,626 点

ただし、在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定するよりも、次項の在宅時医学総合管理料の届出・算定の方を推奨する(在宅寝たきり患者処置指導管理料と在宅時医学総合管理料の併算定は不可)。

C Cの場合(小児科外来診療料〈非〉算定かつ在宅時医学総合管理料届出の場合)

初診時算定はBの場合と同じ

再診時(月2回、計画的、定期的な訪問診療を行った場合)

在宅療養計画に基づき訪問診療を行った場合に、在宅時医学総合管理料を月1回算定できる。

注意点として、「往診」は在宅時医学総合管理料の算定要件である「訪問診療」の回数に数えられない。

院外処方診療所では、

在宅患者訪問診療料(I) I (888点+ ※乳幼児加算 400点) × 2 + 在宅時医学総合管理料 2,750点~5,000点(点数は条件によって異なる/在宅時医学総合管理料の内訳はP.43 図表V-6参照)

院内処方診療所では、院外処方診療所の在宅時医学総合管理料に300点が加算される(P.8参照)。

在宅時医学総合管理料を算定していても、検査料、注射料は出来高算定できる。一方、投薬料は包括される。

上述のように、在宅時医学総合管理料を届出していれば、かなり高点数の診療報酬が算定できる。

さらに、在宅療養支援診療所(P.50参照)の届出をしていれば、いっそう高点数の診療報酬請求が可能となる。

2. 小児在宅医療の診療報酬算定方法(概略)フローチャート図を踏まえて

小児科外来診療料を算定している医療機関においても、下記症例の児の場合、小児科外来診療料を算定（算定例①）するよりも、在宅患者訪問診療料(I)・在宅療養指導管理料を算定の方が診療報酬は高点数になる（算定例②）。

また、在宅時医学総合管理料を届出していれば、かなり高点数の診療報酬が算定できる（算定例③）。

さらに、在宅療養支援診療所の届出をしていれば、いっそう高点数の診療報酬請求が可能となる（算定例④）。

【症例】2歳 小児患児

気管切開、在宅人工呼吸(24時間)、在宅酸素療法(24時間・チアノーゼ無し)、在宅胃ろう、寝たきりの状態。月2回 訪問診療。

項目	算定例	小児科外来診療料(再診・院外処方)	在宅患者訪問診療料(I)	乳幼児加算	在宅人工呼吸指導管理料	人工呼吸器加算(陽圧式人工呼吸器)	乳幼児呼吸管理材料加算	気管切開患者用人工鼻加算	酸素ボンベ加算(携帯用酸素ボンベ)	酸素濃縮装置加算	在宅酸素療法材料加算	在宅経管栄養法用栄養管セット加算	注入ポンプ加算	在宅時医学総合管理料	合計
		①	②	③	④	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
小児科外来診療料算定した場合	①	●	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	812点
在宅時医学総合管理料	②	—	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	—	24,086点
	③	—	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	27,536点
在宅時医学総合管理料	④	—	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	28,686点

※算定詳細内容を下記に示す。

項目	算定例			
	①	②	③	④
小児科外来診療料(再診・院外処方)	406×2	—	—	—
在宅患者訪問診療料(I)	—	888×2	888×2	888×2
乳幼児加算	—	400×2	400×2	400×2
在宅人工呼吸指導管理料	—	2,800	2,800	2,800
人工呼吸器加算(陽圧式人工呼吸器)	—	7,480	7,480	7,480
乳幼児呼吸管理材料加算	—	1,500	1,500	1,500
気管切開患者用人工鼻加算	—	1,500	1,500	1,500
酸素ボンベ加算(携帯用酸素ボンベ)	—	880	880	880
酸素濃縮装置加算	—	4,000	4,000	4,000
在宅酸素療法材料加算	—	100	100	100
在宅経管栄養法用栄養管セット加算	—	2,000	2,000	2,000
注入ポンプ加算	—	1,250	1,250	1,250
在宅時医学総合管理料	—	—	3,450	4,600
合計	812点	24,086点	27,536点	28,686点

Ⅱ. 症例に基づいた小児在宅医療の診療報酬算定の実際

仮想ケースを用いて、診療報酬を実際に算定してみる。

Ⅰ. 一般的な症例の診療報酬の実際

—【】の番号は診療報酬算定可能なものを示す—

(症例) 1歳3か月(男児)

重症仮死のため生後すぐに人工呼吸管理となった。人工呼吸器からの離脱ができず、遺伝子解析により先天性中枢性低換気症候群と診断。生後1か月半で気管切開を施行。その後、終日酸素投与、入眠時の人工呼吸器装着、鼻腔チューブ栄養の管理下で状態が安定し、在宅への移行が図られた。

(退院までの経過)

退院1か月半前 病院 (在宅人工呼吸指導管理料を退院後に算定の予定)から診療所に訪問診療の依頼。

4月3日 第1回退院前カンファレンス【1】

4月24日 第2回退院前カンファレンス【1】

が開催され、これらに診療所側の医師または看護師が参加。

(退院後の経過)

5月1日退院。退院翌日、予定通り患家を訪問【2】。以後毎週訪問診療【2】を行う。訪問看護ステーションに対し訪問看護指示書を発行【3】。以後、訪問看護は土・日・祝日を除き毎日実施。

退院3週間後に血便ありとの報告を受け往診【4】。便細菌検査施行【5】。抗生剤、整腸剤を処方し、薬局から届けるように、保険薬局への訪問服薬指導を指示【6】。その翌々日も訪問診療【2】を実施。腹部膨満が続き嘔吐も伴うため、訪問看護師らと臨時のカンファレンスを実施【7】。

5月は、往診を1回、定期的な訪問診療を5回行った【0】【00】。

この診療所は、在宅時医学総合管理料の届出をしている。

本症例は一般的と思われるP.3フローチャート **C** の場合に相当する仮想ケースである。

<算定可能な診療報酬>

今回の試算では、退院前月と退院当月の2か月間の診療報酬を算出した。

なお、今回のケースでは、カルテの初診日は第1回の退院前カンファレンスの日となり、初診料の算定はできない(退院時共同指導料1に含まれる)。在宅移行～初回訪問診療の際の初診料と訪問診療料の算定については、これ以外の場合もあるので、IV章で述べる。

1) 院外処方診療所では、

・退院前に算定できる点数

【1】退院時共同指導料Ⅰ(900点+特別管理指導加算200点)×2(当該症例は入院中に2回算定可能)=2,200点

※退院時共同指導料Ⅰの算定は、初回訪問診療を行った後に(5月レセプトとともに)、退院時カンファレンスを行った月のレセプト(4月分)として提出

・退院後に算定できる実際に行った個々の医療行為についての点数

【2】訪問診療：在宅患者訪問診療料(I)Ⅰ(888点+乳幼児加算400点)×5=6,440点

【3】訪問看護指示書を発行:訪問看護指示料300点

【4】血便で往診:再診料73点+乳幼児加算38点+外来管理加算52点+往診料720点+明細書発行体制等加算1点=884点

【5】検査料:便細菌培養同定190点+細菌薬剤感受性検査(3菌種以上)290点+微生物学的検査判断料150点=630点

【6】薬局に情報提供及び在宅患者訪問薬剤管理指導(訪問服薬指導)※を指示:診療情報提供料(I)250点

(なお、後述の【0】在宅時医学総合管理料の算定時は、投薬料は包括されるため、処方料や薬剤料は算定できなくなる)

※保険薬局への診療情報提供書の算定は、訪問服薬指導の依頼以外の場合には査定となることが多い。

【7】在宅患者緊急時等カンファレンス料200点

基礎となる点数として、

【0】在宅時医学総合管理料3,450点(重度医療者で月2回以上訪問診療実施)
+在宅移行早期加算100点(退院後3か月まで算定可)+頻回訪問加算600点
(当該症例は対象)=4,150点

以上より

『4月分の診療報酬請求点数2,200点と5月分の診療報酬請求点数12,854点』

『退院前月と当月の診療報酬請求総点数15,054点』

2) 院内処方診療所では、

【6】薬局への情報提供:診療情報提供料(I)250点がなくなり、

【0】在宅時医学総合管理料に300点が加算され※、3,750点となる以外は上記と同様。

その結果、

『4月分の診療報酬請求点数2200点と5月分の診療報酬請求点数12,904点』

『退院前月と当月の診療報酬請求総点数15,104点』

※処方が必要な患者に対して、当月すべて院内処方とした場合、在宅時医学総合管理料にさらに300点を加算し算定できる。ここでの注意点として、処方料、処方せん料、薬剤料は、在医総管に包括されるため、算定は出来ない。

前述以外にも、基礎となる点数として、

【00】もし実際に、在宅酸素や気管切開、経管栄養などの指導管理を診療所側で行うのであれば、在宅療養指導管理料から主たるもの1種類、及び、算定可能な(=実際に支給した)全ての材料加算・薬剤料・特定保険医療材料料の点数を算定する。ただし、この指導管理料については、もし病院が何かを算定していれば、異なる医療的ケアに対する指導管理料であっても、診療所での算定は不可となる。なお、例外的に退院月のみ2医療機関での算定が可能な場合がある。

また、在宅人工呼吸指導管理料の算定がある場合には、病院側(在宅療養後方支援病院に限る)と在宅側で別々の2種類の在宅療養指導管理料の算定が可能である(P.53参照)。

本例において、病院側が人工呼吸器及び酸素投与関連の管理を行い、それに関連する全ての物品を提供する一方で、在宅医は栄養関係を管理し、それに関する物品を提供すると想定すると、以下のようなになる。

病院側では、管理料としては最も高点数の在宅人工呼吸指導管理料(2,800点)を算定し、必要な物品を給付した上で、人工呼吸器加算(7,480点)、酸素濃縮装置加算(4,000点)、携帯用酸素ボンベ加算(880点)など実際に行っている加算を全て請求する。一方、在宅医側では、管理料として在宅小児経管栄養法指導管理料(1,050点)を、加算としては在宅経管栄養法用栄養管セット加算(2,000点)を算定し、カテーテルチップ型注射器(管理料に含まれ別請求不可)等の必要な物品を十分に支給せねばならない。結果として、これらの算定により、在宅医の請求点数は3,050点増えることになる。これら管理料および加算、特定保険医療材料料などの詳細についてはP.52-57を参照のこと。

さらに、在宅療養支援診療所を届出していれば

【1】退院時共同指導料1が1,500点/回となり、

【0】在宅時医学総合管理料も増点され、

院外処方診療所の場合

4,600点(実績加算があれば4,900点、機能強化型であれば5,000点)

院内処方診療所の場合

4,900点(実績加算ありは5,200点、機能強化型は5,300点)が算定できる。

その結果、

院外処方診療所の場合

『退院前月と当月の診療報酬請求総点数17,404点』

(実績加算ありの場合は『17,704点』、機能強化型は『17,804点』)

院内処方診療所の場合

『退院前月と当月の診療報酬請求総点数17,454点』

(実績加算ありの場合は『17,754点』、機能強化型は『17,854点』)

上記のごとく、在宅療養支援診療所の届出を出していれば、かなりの高点数が算定できる。

次ページからこの仮想ケースのレセプトを掲載する。

P.11	診療報酬明細書(4月分)	
P.12	診療報酬明細書(5月分)	
P.13	診療報酬明細書(5月分)	の3枚
もしくは、		
P.11	診療報酬明細書(4月分)	
P.14	診療報酬明細書(5月分)	の2枚を提出する。

診療報酬明細書 (4月分)

診療報酬明細書 (医科入院外)

令和 4年 4月分 県番 医コ

I 医科

-	-
公負①	公受①
公負②	公受②

保険	
記号・番号	

氏名	生	特記事項
職務上の事由		

保険医療機関の所在地及び名称

(床)

傷病名	(1) 先天性中枢性低換気症候群 (2) 人工呼吸器装着状態 (3) 気管切開術後 (4) 哺乳障害	診療開始日	(1) 令和4年4月 日 (2) 令和4年4月 日 (3) 令和4年4月 日 (4) 令和4年4月 日	転帰		診療実日数	① 2日 ② 日
-----	---	-------	--	----	--	-------	-------------

11	初診		回	
12	再診	×	回	
	外来管理加算	×	回	
	時間外	×	回	
	休日	×	回	
	診療深夜	×	回	
13	医学管理			2,200
14	往診		回	
	夜間		回	
	深夜・緊急		回	
	在宅患者訪問診療		回	
	その他			
20	21 内服薬剤		単回	
	内服調剤	×	回	
	22 屯服薬剤		単回	
	23 外用薬剤		単回	
	外用調剤	×	回	
	25 処方	×	回	
	26 麻薬		回	
	27 調剤		回	
30	31 皮下筋肉内注射		回	
	32 静脈内注射		回	
	33 その他		回	
40	処置		回	
	処置薬剤		回	
50	手術・麻酔		回	
	手術薬剤		回	
60	検査・病理		回	
	検査薬剤		回	
70	画像診断		回	
	画像薬剤		回	
80	処方せん		回	
	その他薬剤		回	

(13) *退院時共同指導料I (I以外)
入院年月日 (退院時共同指導料I) ; 令和4年 月 日
特別管理指導加算 (退院時共同指導料I)
算定日 ; 3日 1100×I
*退院時共同指導料I (I以外)
入院年月日 (退院時共同指導料I) ; 令和4年 月 日
特別管理指導加算 (退院時共同指導料I)
算定日 ; 24日 1100×I

療保	請求点	※ 決定点	一部負担金額 円
給	2,200		
の①			
給			
の②			
付			※高 額 円※公 点※公 点

診療報酬明細書 (5月分)

診療報酬明細書 (医科入院外)

令和 4年 5月分 県番 医コ

I 医科

-	-
公負①	公受①
公負②	公受②

保険	
記号・番号	

氏名	生	特記事項
職務上の事由		

保険医療機関の所在地及び名称

(床)

傷病名	(1) 先天性中枢性低換気症候群 (2) 人工呼吸器装着状態 (3) 気管切開術後 (4) 哺乳障害	診療開始日	(1) 令和4年4月 日 (2) 令和4年4月 日 (3) 令和4年4月 日 (4) 令和4年4月 日	転帰		診療実日数	① 6日 ② 日
11 初診		回		(12) *再診料			
12 再診	112 X	1 回	112	乳幼児加算 (再診)			
再外来管理加算	52 X	1 回	52	明細書発行体制等加算	112 X		
時間外	X	回		外来管理加算	52 X		
休日	X	回		(13) *診療情報提供料 (I)			
診療深夜	X	回		情報提供先 [診療情報提供料 (I)] ; 保険薬局			
13 医学管理			250	算定日; 日	250 X		
14 往診		1 回	720	(14) *在宅患者訪問診療料 (I) I (同一建物居住者以外)			
在夜		回		訪問診療を行った年月日 [在宅患者訪問診療料 (I)]			
深夜・緊急		回		; 令和4年5月2日			
在宅患者訪問診療	5	回	6,440	乳幼児加算 (在宅患者訪問診療料 (I)・(II))	1288 X		
その他			4,650	*訪問看護指示料			
在宅薬剤				算定日; 日	300 X		
20 21 内服薬剤		単		*在宅患者訪問診療料 (I) I (同一建物居住者以外)			
内服調剤	X	回		訪問診療を行った年月日 [在宅患者訪問診療料 (I)]			
22 屯服薬剤		単		; 令和4年5月9日			
23 外用薬剤		単		乳幼児加算 (在宅患者訪問診療料 (I)・(II))	1288 X		
外用調剤	X	回		*在宅患者訪問診療料 (I) I (同一建物居住者以外)			
25 処方	X	回		訪問診療を行った年月日 [在宅患者訪問診療料 (I)]			
26 麻毒		回		; 令和4年5月16日			
27 調基		回		乳幼児加算 (在宅患者訪問診療料 (I)・(II))	1288 X		
30 31 皮下筋肉内		回		*在宅患者訪問診療料 (I) I (同一建物居住者以外)			
32 静脈内		回		訪問診療を行った年月日 [在宅患者訪問診療料 (I)]			
33 その他		回		; 令和4年5月22日			
40 処置		回		乳幼児加算 (在宅患者訪問診療料 (I)・(II))	1288 X		
処薬剤		回		*往診			
50 手術・麻酔		回		往診を行った年月日; 令和4年5月25日	720 X		
手薬剤		回		*在宅患者訪問診療料 (I) I (同一建物居住者以外)			
60 検査・病理	2	回	630	訪問診療を行った年月日 [在宅患者訪問診療料 (I)]			
検査薬剤		回		; 令和4年5月27日			
70 画像診断		回		乳幼児加算 (在宅患者訪問診療料 (I)・(II))	1288 X		
画像薬剤		回		次ページに続く			
80 処方せん		回					
その他薬剤		回					

療保	請求点	※ 決定点	一部負担金額 円	
養	12,854			
の①				
給				
付				
			※高 額	円※公 点※公 点

診療報酬明細書 (5月分)

診療報酬明細書 (医科入院外)

令和 4年 5月分 県番 医コ

I 医科

-		-	
公負①		公受①	
公負②		公受②	

保険			
記号・番号			

氏名		特記事項	
職務上の事由			

保険医療機関の所在地及び名称

(床)

傷病名	診療開始日	転帰	診療実日数	日	
				①	②
11 初診			回		
12 再診			X 回		
再外来管理加算			X 回		
時間外			X 回		
休日			X 回		
診療深夜			X 回		
13 医学管理					
14 往診			回		
在夜間			回		
深夜・緊急			回		
在宅患者訪問診療			回		
その他					
在宅薬剤					
20 21 内服薬剤			単		
内服調剤			X 回		
22 屯服薬剤			単		
23 外用薬剤			単		
外用調剤			X 回		
25 処方			X 回		
26 麻薬			回		
27 調基					
30 31 皮下筋肉内			回		
注射			回		
32 静脈内			回		
33 その他			回		
40 処置			回		
処薬剤					
50 手術・麻酔			回		
手薬剤					
60 検査・病理			回		
検薬剤					
70 画像診断			回		
画薬剤					
80 処方せん			回		
その他薬剤					
療保	請求点	※ 決定点	一部負担金額 円		
給					
付				※高 額	円※公 点※公 点

* 在医綿管 (在支診等以外・難病等月2回以上・1人)
 往診又は訪問診療年月日 (在医綿管)
 ; 令和4年5月2日、9日、16日、22日、25日、27日
 在宅移行早期加算 (在医綿管・施医綿管)
 初回算定年月日 [在宅移行早期加算 (在医綿管)]
 ; 令和4年5月27日 3550×1
 * 頻回訪問加算 (在医綿管・施医綿管) 600×1
 * 在宅患者緊急時等カンファレンス料
 カンファレンス実施年月日
 (在宅患者緊急時等カンファレンス料); 令和4年5月 日
 指導年月日 (在宅患者緊急時等カンファレンス料)
 ; 令和4年5月 日 200×1

(60) * 細菌培養同定 (消化管) 190×1
 * 微生物学的検査判断料 150×1
 * 細菌薬剤感受性 (3種類以上) 290×1

診療報酬明細書 (5月分)

診療報酬明細書 (医科入院外)

令和 4年 5月分 県番 医コ

I 医科

-	-
公負①	公受①
公負②	公受②

保険	
記号・番号	

氏名	生	特記事項
職務上の事由		

保険医療機関の所在地及び名称

(床)

傷病名	(1) 先天性中枢性低換気症候群 (2) 人工呼吸器装着状態 (3) 気管切開術後 (4) 哺乳障害	診療開始日	(1) 令和4年4月 日 (2) 令和4年4月 日 (3) 令和4年4月 日 (4) 令和4年4月 日	転帰	退院	診療日数	① 6日 ② 日
11 初診		回		(12) *再診料, 再診乳幼児加算 再診 明細書発行体制等加算		112 X 1 回	112 X 1
12 再診		回		(13) *診療情報提供料 (I) 情報提供先 [診療情報提供料 (I)]; 保険薬局 算定日; 日		52 X 1 回	52 X 1
再時間外		回		(14) *往診料 往診を行った年月日; 令和4年5月25日		X 1 回	250 X 1
休日		回		往診を行った年月日; 令和4年5月25日		X 1 回	720 X 1
深夜		回		*在宅患者訪問診療料 (I) I (同一建物居住者以外) (1日につき) 訪問診療を行った年月日 [在宅患者訪問診療料 (I)] ; 令和4年5月2日、9日、16日、22日、27日 乳幼児加算 (在宅患者訪問診療料 (I)・(II))		X 1 回	1288 X 5
13 医学管理				*在宅時医学総合管理料3 (在宅診等以外) (イ) (難病毎月2回以上・単一建物診療患者1人) 往診又は訪問診療年月日 (在医給管) ; 令和4年5月2日、9日、16日、22日、25日、27日			250
14 往診		回		*在宅移行早期加算 (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) 初回算定年月日 [在宅移行早期加算 (在医給管)] ; 令和4年5月27日		1 回	720
在宅		回		*頻回訪問加算 (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)		5 回	6,440
深夜・緊急		回		*訪問看護指示料 算定日; 日			4,650
在宅患者訪問診療		回		*在宅患者緊急時等カンファレンス料 カンファレンス実施年月日 (在宅患者緊急時等カンファレンス料); 令和4年5月 日 指導年月日 (在宅患者緊急時等カンファレンス料) ; 令和4年5月 日			
その他		回		*細菌培養同定検査 (消化管)			
薬剤		回		*細菌薬剤感受性検査 (3種類以上)			
20 21 内服薬剤		単回		*微生物学的検査判断料			
22 内服調剤	X	回					
23 外用薬剤		単回					
25 外用調剤	X	回					
26 処方	X	回					
27 麻薬		回					
27 調剤		回					
30 31 皮下筋肉内		回					
32 注射		回					
33 静脈内		回					
40 処置		回					
処置		回					
50 手術・麻酔		回					
手術		回					
60 検査・病理		2 回					630
検査		回					
70 画像診断		回					
画像		回					
80 処方せん		回					
その他		回					
薬剤		回					
診療報酬請求点	※	決定点	一部負担金額 円				
12,854							
給付							
②							
※高 額	円※公	点※公	点				

2. 看取り例の診療報酬の実際

小児在宅医療では、染色体異常症や重篤な疾患を持つなど生命的予後不良な児が増加しており、看取り医療への対応が必要なケースが増えている。

(症例) 1歳2か月(女児)

在胎40週2,500gにて出生。胎児エコーで心疾患が指摘され、出生後顔貌から18トリソミーが疑われ、染色体検査にて確定診断された。心室中隔欠損症、動脈管開存症を合併していたが、肺動脈絞扼術、動脈管クリッピング術のみ施行し、ご家族は根治術を希望されなかった。予後については病院から十分な説明があり、家で自然に看取りたいとのことで、人工呼吸器は外れ、在宅酸素療法と経鼻経管栄養にて生後2か月に退院となった。在支診以外の診療所から月2回の訪問診療と、訪問看護ステーションから週1回の訪問看護を利用されていた。退院後も看取りについてはご家族と十分な話し合いが行われた。1歳1か月頃から、しだいに喘鳴が出現し、呼吸困難が強くなっていた。定期の訪問診療の3日後、未明に経皮酸素飽和度が急激に低下したために往診依頼があり、午前5時30分に患児宅に到着し、死亡を確認した。事前の話し合いに沿って救命処置は行わなかった。患家での診療時間は1時間20分。

<算定可能な診療報酬>

この症例で死亡日の看取りに係る診療報酬を下記に記す。

看取りに関する加算(在宅ターミナルケア加算、看取り加算)は在宅患者訪問診療料に上乘せされる加算である(p.43参照)。

【1】在宅ターミナルケア加算

在宅で死亡した者(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場合を含む)について、その死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に2回以上の往診又は訪問診療を行った場合に算定できる。

- イ) 機能強化型在宅療養支援診療所(病床なし) …………… 5,500点
- ロ) (強化型でない)在宅療養支援診療所 …………… 4,500点
- ハ) イ及びロ以外の診療所(=本症例) …………… 3,500点

【2】看取り加算 往診又は訪問診療を行い、在宅で患者を看取った場合 …………… 3,000点

また、往診についても次の加算が算定できる。

【3】深夜加算(P.42 図表V-4参照) 午後10時から翌日午前6時まで往診した場合 …………… 1,300点

【4】患家診療時間加算 診療時間が1時間を超えた場合は30分又はその端数を増すごとに所定点数に100点を加算される。本症例の診療時間は1時間20分 …………… 100点 ※この加算は往診料にも在宅患者訪問診療料にも加算される。

したがって、この症例の死亡当日の請求点数として、
(再診料 73 点+乳児加算 38 点+明細書発行体制等加算 1 点+外来管理加算 52 点+往
診料 720 点+深夜加算 1,300 点+患家診療時間加算 100 点) + (在宅ターミナルケ
ア加算 3,500 点+看取り加算 3,000 点) = 8,784 点が算定できる(P.17 参照)。

診療報酬明細書 看取り例

診療報酬明細書 (医科入院外)

令和 4 年 月 分 県番 医コ

I 医科

-	-
公負①	公受①
公負②	公受②

保険	
記号・番号	

氏名	特記事項
職務上の事由	

保険医療機関の所在地及び名称

(床)

傷病名	(1) 心室中隔欠損症 (主) (2) 18-トリソミー
-----	---------------------------------

診療開始日	(1) 令和 年 月 日 (2) 令和 年 月 日	転帰	診療日数	① 日 ② 日
-------	------------------------------	----	------	------------

11	初診		回	
12	再診	112 X	I 回	112
	外来管理加算	52 X	I 回	52
	時間外	X	回	
	休日	X	回	
	診深夜	X	回	
13	医学管理			
14	往診		回	
	夜間		回	
	深夜・緊急	I	回	2020
	在宅患者訪問診療		回	
	その他			6600
20	21 内服薬剤		単回	
	内服調剤	X	回	
	22 屯服薬剤		単回	
	23 外用薬剤		単回	
	外用調剤	X	回	
	25 処方	X	回	
	26 麻毒		回	
	27 調基			
30	31 皮下筋肉内		回	
	32 静脈内		回	
	33 その他		回	
40	処置		回	
	処薬剤			
50	手術・麻酔		回	
	手薬剤			
60	検査・病理		回	
	検薬剤			
70	画像診断		回	
	画薬剤			
80	処方せん		回	
	その他の薬剤			

(12)	*再診料, 再診乳幼児加算	
	再診 明細書発行体制等加算	112 X I
(14)	*往診料	
	往診を行った年月日; 令和4年 月 日	
	深夜加算 (在宅療養支援診療所等以外)	2020 X I
	*患者診療時間加算 (往診料) 80分	100 X I
	*在宅ターミナルケア加算 (有料老人ホーム等以外)	
	(在宅療養支援診療所等以外)(在宅患者訪問診療料 (I) I)	
	死亡年月日 (在宅ターミナルケア加算); 令和4年 月 日	
	往診又は訪問診療年月日 (在宅ターミナルケア加算)	
	; 令和4年 月 日	3500 X I
	*看取り加算	
	(在宅患者訪問診療料 (I) I・(II) I・往診料)	3000 X I
	死亡 (患者にて)	

療保	請求点	※ 決定点	一部負担金額 円
養	8,784		
給			
付			※高 額 円※公 点※公 点

3. きょうだい例の診療報酬の実際

小児在宅医療では、双胎の超低出生体重児で医療的ケアを受けて退院してくる児も増加している。

(症例) 11か月男児(双胎例)

在胎 24 週 540g (A)と 670g (B)にて出生。人工呼吸器は離脱できたが、慢性肺障害による肺高血圧症は残存し、両者とも在宅酸素療法、経鼻経管栄養にて生後 7 か月に退院となる。以後、2 人に対して月 2 回の訪問診療が開始された。

〈 算定可能な診療報酬 〉

「同一患家」で同一日に 2 人の患児に訪問診療を行った場合、1 人目は在宅患者訪問診療料(I)1 を算定し、2 人目は再診料を算定する。訪問診療料は「行く」こと「診る」こと、往診料は「行く」ことへの対価であり、いずれも「行く」という行為の対価が含まれている。

「行く」という行為の算定は 1 回だけ(1 人目のみ)に限るので、2 人目は訪問診療料も往診料も算定できず(往診料が非定期、非計画的な「患家の求めに応じての場合のみ算定」という理由でも往診料は算定不可)、再診料のみを算定する。

一方、在宅時医学総合管理料は 2 人とも算定できる。在宅時医学総合管理料は定期的、計画的に訪問して診療している場合に算定されるので、通常のレセプトでは在宅患者訪問診療料(I)1 と同時に算定されることがほとんどである。その例外として、同一患家の 2 人目の場合、在宅患者訪問診療料(I)1 の算定がなくても、2 人目も定期的、計画的に訪問診療をしていれば、レセプトの摘要欄に「同一患家 2 人目」である旨の記載をした上で在宅時医学総合管理料を算定できる。

したがって、この症例で在宅時医学総合管理料届出機関(在支診以外、院外処方)では、訪問診療料、在宅時医学総合管理料に関する診療報酬については下記のように算定される。

A の診療報酬(P.19 参照)

在宅患者訪問診療料 (I) 1 (888 点+乳幼児加算 400 点) × 2 +在宅時医学総合管理料 3,450 点(重度医療者、在支診以外、院外処方) =6,026 点(P.43 図表 V-6 参照)

B の診療報酬(P.20 参照)

(再診料 73 点+乳幼児加算 38 点+明細書発行体制加算 1 点+外来管理加算 52 点) × 2 +在宅時医学総合管理料 3,450 点(重度医療者、在支診以外、院外処方) = 3,778 点

「同一患家二人」と摘要欄に記載

診療報酬明細書 きょうだい例 A

診療報酬明細書 (医科入院外)

令和 4 年 月 分 県番 医コ

I 医科

-	-
公負①	公受①
公負②	公受②

保険	
記号・番号	

氏名	特記事項
職務上の事由	

保険医療機関の所在地及び名称

(床)

傷病名	(1) 慢性肺障害 (2) 肺高血圧症
-----	------------------------

診療開始日	(1) 令和 年 月 日 (2) 令和 年 月 日	転帰	診療日数	① 2日 ② 日
-------	------------------------------	----	------	-------------

11	初診	回	
12	再診	X 回	
	外来管理加算	X 回	
	時間外	X 回	
	休日	X 回	
	深夜	X 回	
13	医学管理		
14	往診	回	
	夜間	回	
	深夜・緊急	回	
	在宅患者訪問診療	2 回	2576
	その他		3450
20	21 内服薬剤	単回	
	内服調剤	X 回	
	22 屯服薬剤	単回	
	23 外用薬剤	単回	
	外用調剤	X 回	
	25 処方	X 回	
	26 麻毒	回	
	27 調基		
30	31 皮下筋肉内	回	
	32 静脈内	回	
	33 その他	回	
40	処置	回	
	処薬剤		
50	手術・麻酔	回	
	手薬剤		
60	検査・病理	回	
	検薬剤		
70	画像診断	回	
	画薬剤		
80	処方せん	回	
	その他の薬剤		

(14) *在宅患者訪問診療料 (I) I (同一建物居住者以外) (1日につき)
訪問診療を行った年月日 [在宅患者訪問診療料 (I)] ; 令和4年 月 日、日
乳幼児加算 (在宅患者訪問診療料 (I)・(II)) | 288×2
*在宅時医学総合管理料3 (在支診等以外)
(イ) (難病等月2回以上・単一建物診療患者1人)
往診又は訪問診療年月日 (在医給管); 令和4年 月 日、日
3450×1

療保	請求点	※ 決定点	一部負担金額 円
給	6,026		
の①			
の②			
付			※高 額 円※公 点※公 点

診療報酬明細書 きょうだい例 B

診療報酬明細書 (医科入院外)

令和 4年 月分 県番 医コ

I 医科

-	-
公負①	公受①
公負②	公受②

保険	
記号・番号	

氏名	特記事項
生	
職務上の事由	

保険医療機関の所在地及び名称

(床)

傷病名	(1) 慢性肺障害 (2) 肺高血圧症
-----	------------------------

診療開始日	(1) 令和 年 月 日 (2) 令和 年 月 日	転帰	診療実日数	① 2日 ② 日 日
-------	------------------------------	----	-------	------------------

11 初診	回	
12 再診	112 X 2 回	224
再外来管理加算	52 X 2 回	104
時間外	X 回	
休日	X 回	
診療深夜	X 回	

(12) *再診料, 再診乳幼児加算
再診 明細書発行体制等加算 112×2
(14) *在宅時医学総合管理料3 (在支診等以外)
(イ) (難病等月2回以上・単一建物診療患者1人)
往診又は訪問診療年月日 (在医総管); 令和4年 月 日、日
3450×1
同一患者二人目

13 医学管理	
14 往診 在夜 深夜・緊急 在宅患者訪問診療 その他 在宅薬剤	回 回 回 回 3450

20 21 内服薬剤	単回
内服調剤	X 回
22 屯服薬剤	単回
23 外用薬剤	単回
外用調剤	X 回
25 処方	X 回
26 麻毒	回
27 調基	

30 31 皮下筋肉内	回
32 静脈内	回
33 その他	回

40 処置	回
処薬剤	

50 手術・麻酔	回
手薬剤	

60 検査・病理	回
検薬剤	

70 画像診断	回
画薬剤	

80 処方せん	回
その他の薬剤	

療保	請求点	※ 決定点	一部負担金額 円	
養	3,778			
の①				
給				
付				※高額 円※公 点※公 点

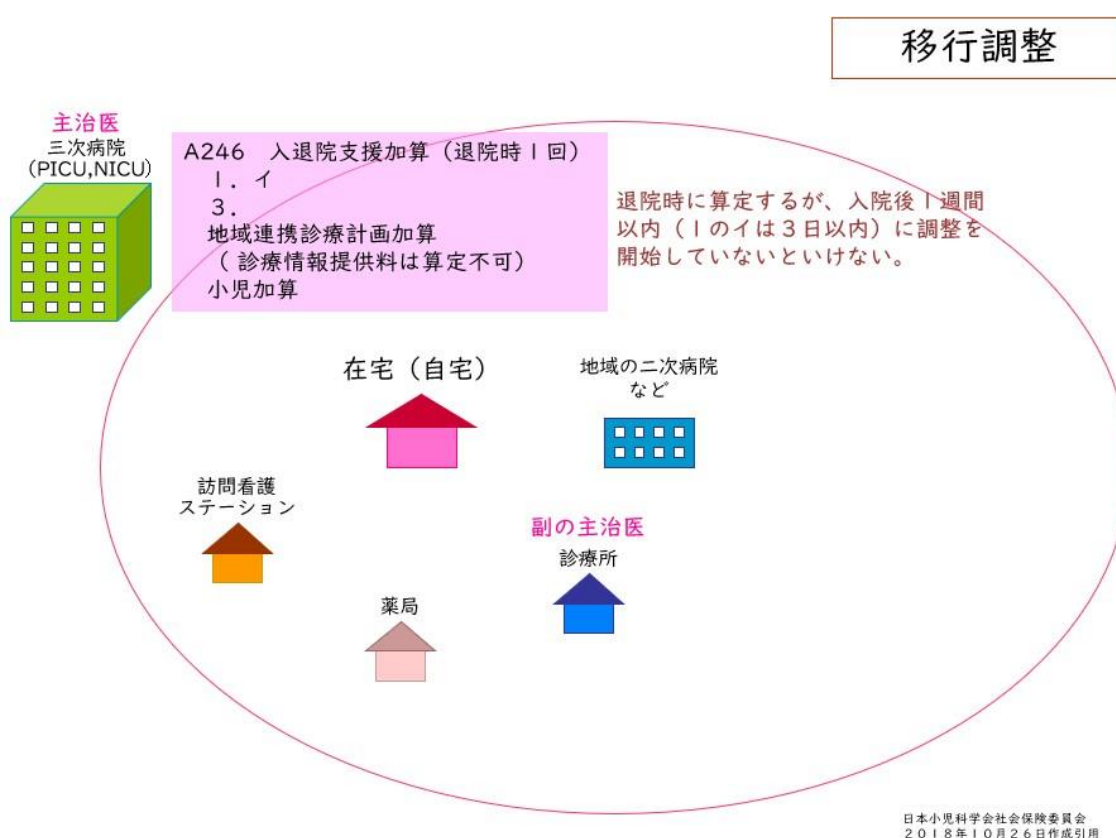
Ⅲ. 在宅医療への移行調整

はじめて三次病院から退院する場合には、1.三次病院を退院し直接在宅医療へ移行する場合と、2.三次病院から地域の二次病院（在宅療養後方支援病院等）へ転院し在宅医療へ移行する場合がある。

（※出典：小児在宅医療に関する人材養成講習会：小児在宅医療における診療報酬（大山 昇一先生））

1. 三次病院を退院し直接在宅医療へ移行

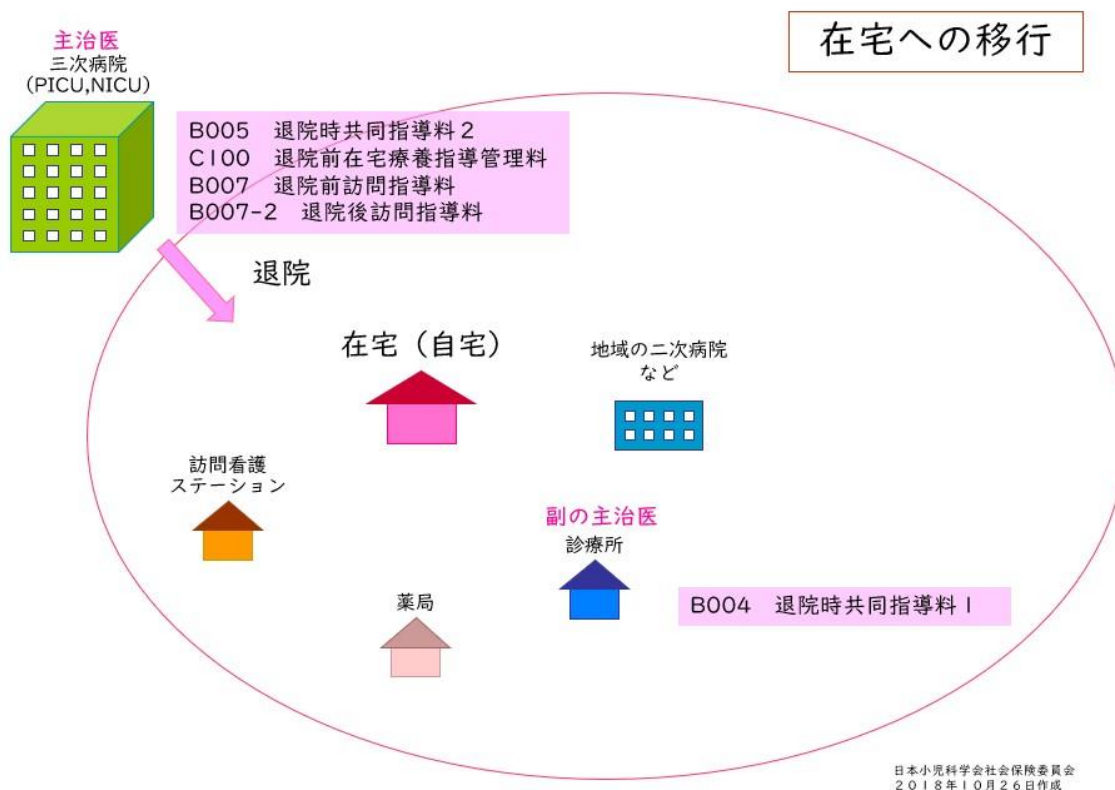
① 移行調整



三次病院を退院し直接在宅医療へ移行し、診療所が往診のみを担当する場合、主治医は三次病院で、診療所は副主治医となる。

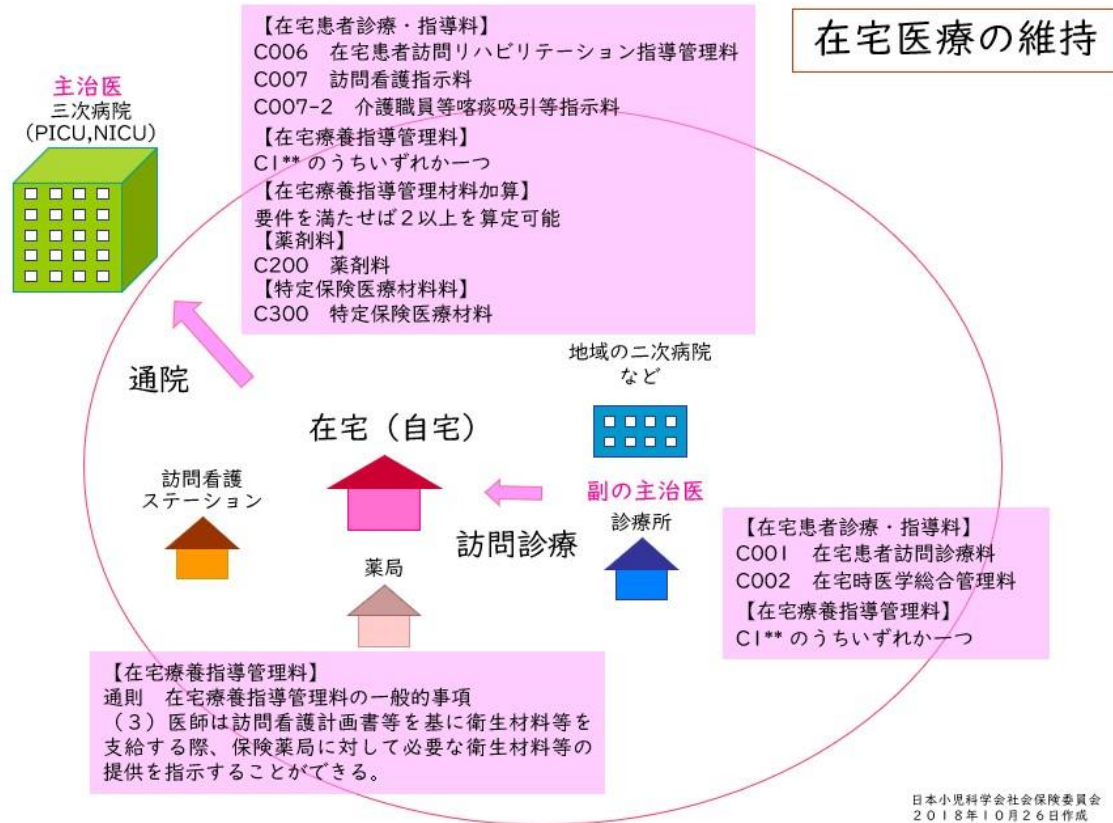
三次病院に、将来在宅医療が必要になる可能性のあるこどもが入院した場合、入院後1週間以内に在宅移行に向けた話し合いが開始され、実際に在宅移行に結びついた場合には入退院支援加算を退院時に算定することができる。送り出し側の三次病院の多職種間での話し合いが必要。いくつか算定要件があり、成人を含めてすべての患者に使うことができるのが入退院支援加算1または2、NICUに入院していた新生児に用いられるのが入退院支援加算3である。

②在宅への移行



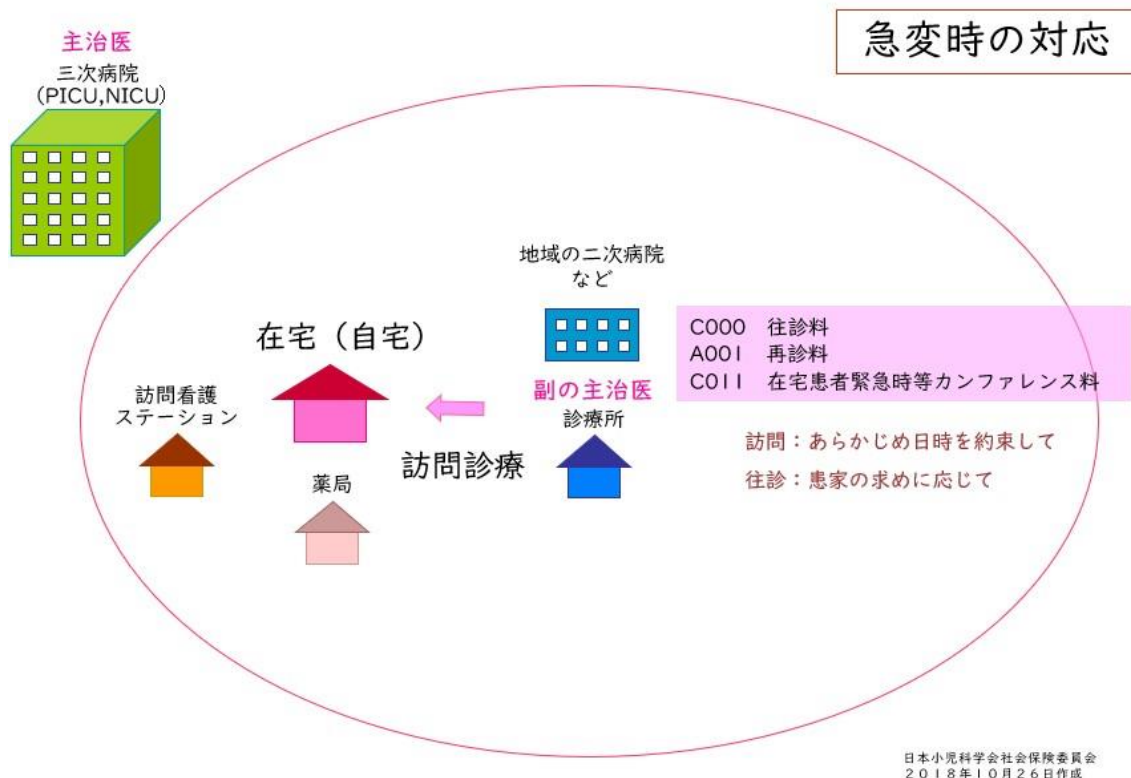
在宅移行の調整がほぼ終わった段階で、1、2泊の試験外泊が行われ、試験外泊を実施した場合算定できるのが退院前在宅療養指導管理料である。また、実際の在宅移行に際してはこどもの自宅周囲の医療資源や福祉資源の担当者と三次病院側のスタッフが一堂に会してカンファレンスを行い、在宅医療の継続に伴う様々な内容について情報交換が行われるのが一般的。そのカンファレンスの結果、自宅への退院に結びついた場合に送り出し側の三次病院が算定するのが退院時共同指導料2、受け側の診療所が算定するのが退院時共同指導料1。別に定められた状態の場合（P.35 別表三の一の三）には合計2回の算定が認められている。なお、B005 退院時共同指導料2は小児入院医療管理料の包括範囲になっており、小児入院医療管理料を算定する施設では算定できない。一方、入院中の施設から医師、看護師、助産師、保健師が実際に在宅医療の現場に赴いて療養上の指導を行うことも可能で、入院中には1～2回、退院後は5回までの算定が可能（退院前訪問指導料、退院後訪問指導料）。なお、この項目も小児入院医療管理料の包括範囲となっている。

③在宅医療の維持



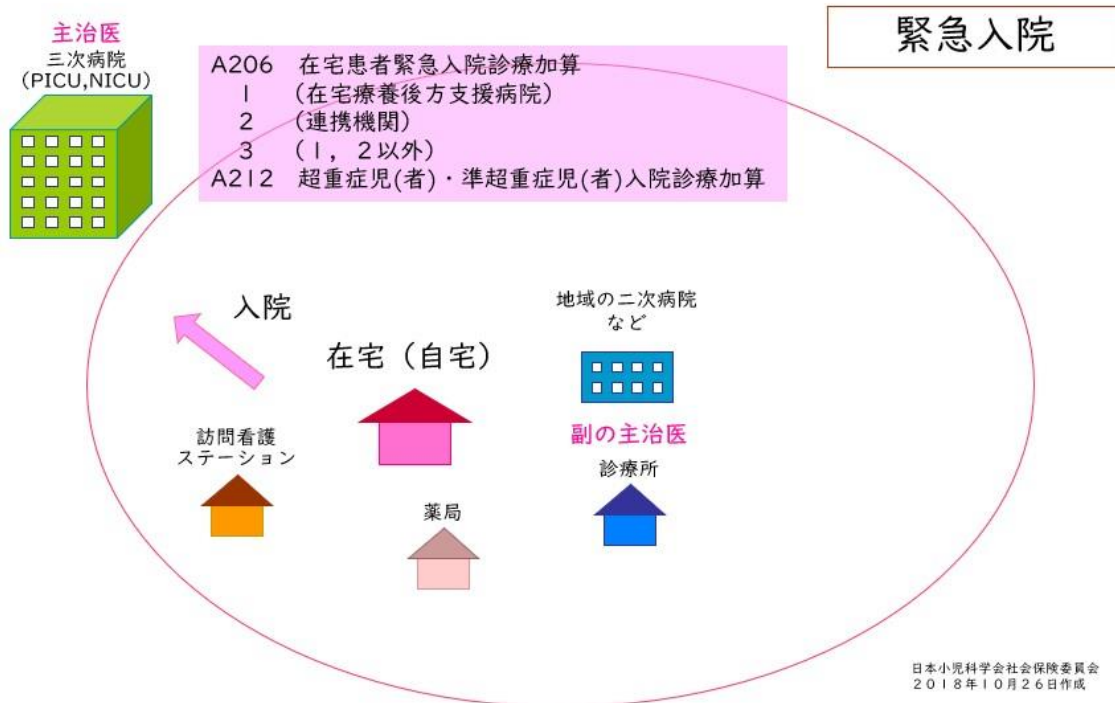
在宅医療が始まると、主治医である三次病院は上記で示した在宅医療の基本的診療報酬を毎月1度算定し、同時に在宅医療に必要な医療機器や器材、薬剤などをこどもに提供することになる。一般に三次病院が患児宅に訪問することはないため、こどもは毎月1回は主治医病院に通院することが必要。もし、地域の診療所が副主治医となっている場合には、定期的な訪問を行って在宅患者訪問診療料、在宅療養指導管理料のいずれかを算定することが可能。小児科外来診療料を算定する施設でも、在宅医療に関する項目は算定することが可能。一方、在宅医療の継続に必要な衛生材料や薬剤は、重症児の場合には毎月相当の分量となる。これらについては、こどもの自宅近くの保険薬局に提供を指示することも可能となった。

④急変時の対応



在宅療養中にこどもの状態が変化することは珍しくない。その際、副主治医である診療所の医師がこどもの自宅を往診した場合には往診料を算定することができる。また、在宅医療にかかわる医療機関や福祉機関のスタッフがこどもの自宅で一堂に会し、今後の治療方針等について話しあった場合には在宅患者緊急時等カンファレンス料が算定できる。令和4年度の改定で、1者以上が患者に赴いていれば、その他の関係者はビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができることとされた。訪問と往診はその内容が厳密に使い分けられているので、状況に応じて使い分けることが必要だ。

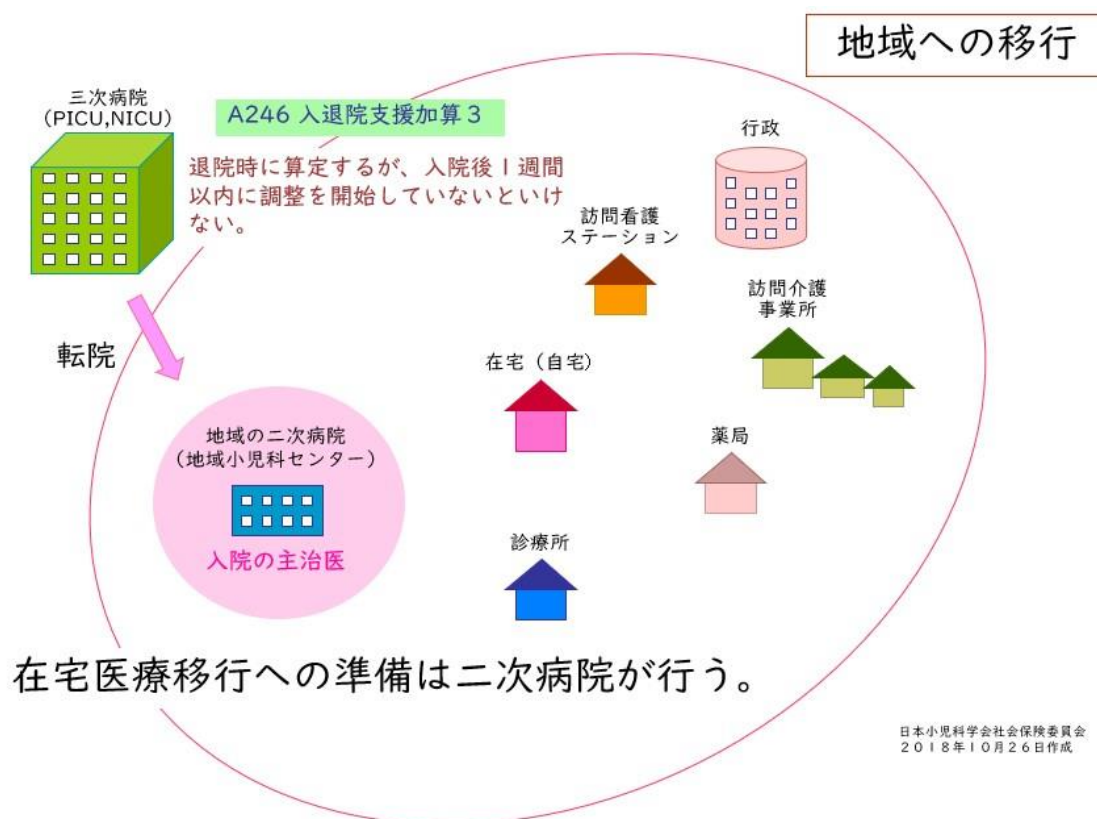
⑤緊急入院



在宅医療を行うこどもが急変した場合には、主治医である三次病院に入院することとなる。その際、三次病院では通常の入院算定に加えて、在宅患者緊急入院診療加算、超重症児・準超重症児入院診療加算を算定することができる。

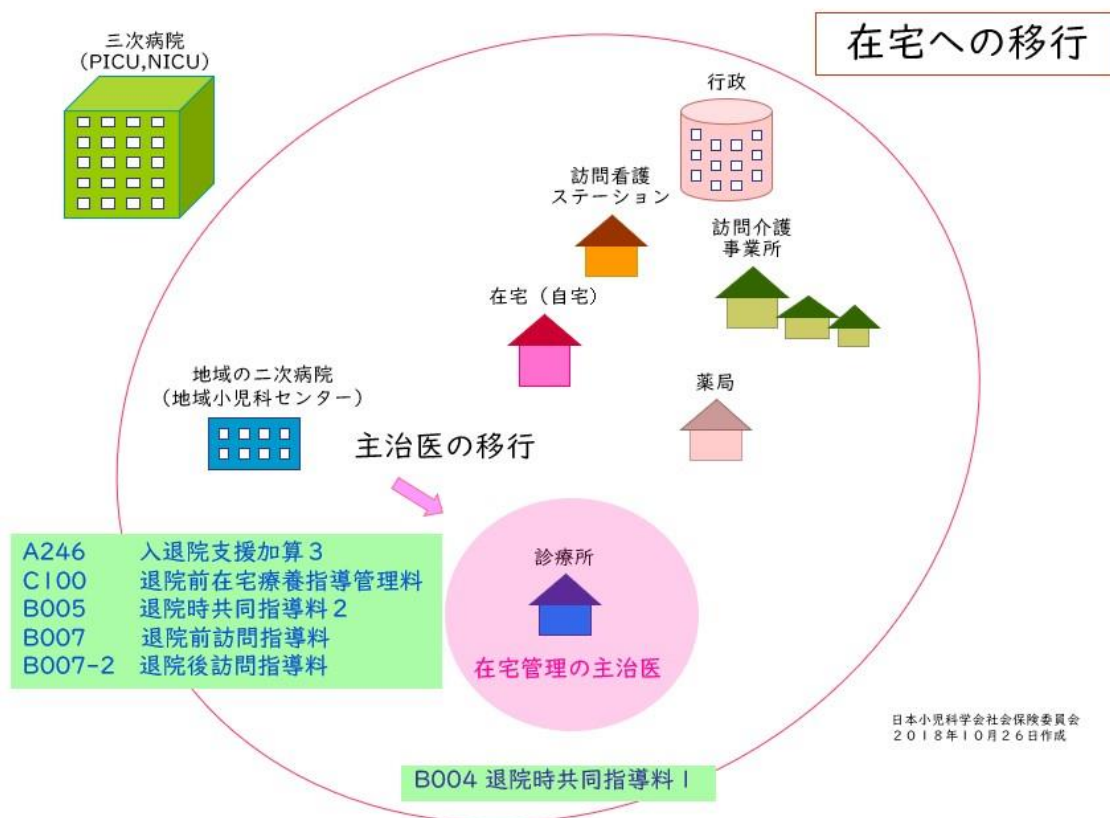
2.三次病院から地域の二次病院（在宅療養後方支援病院等）へ転院し在宅医療へ移行

①地域への移行



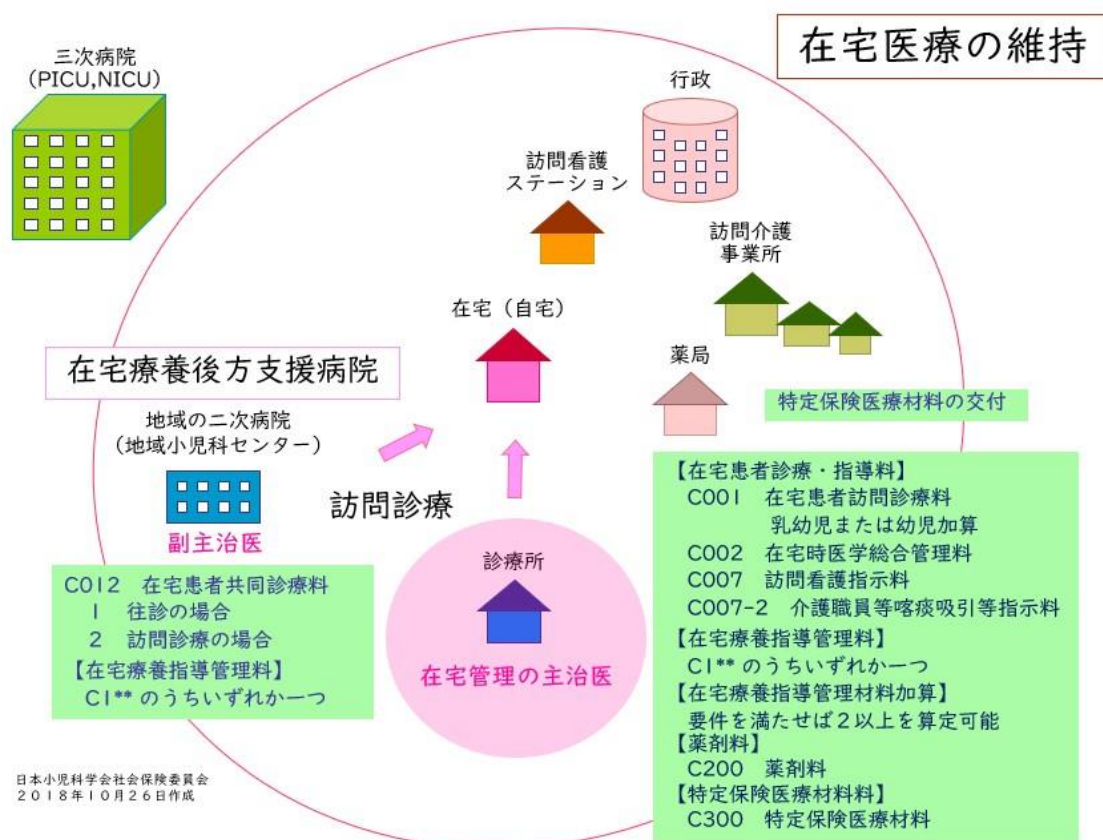
はじめに、三次病院から地域の二次病院にこどもが転院。その際、NICUに入院していた新生児であれば、送り出し側の三次病院は退院支援加算3を算定することができる。この場合は、自宅への退院ではないため退院時共同指導料2は算定できない。

②在宅への移行



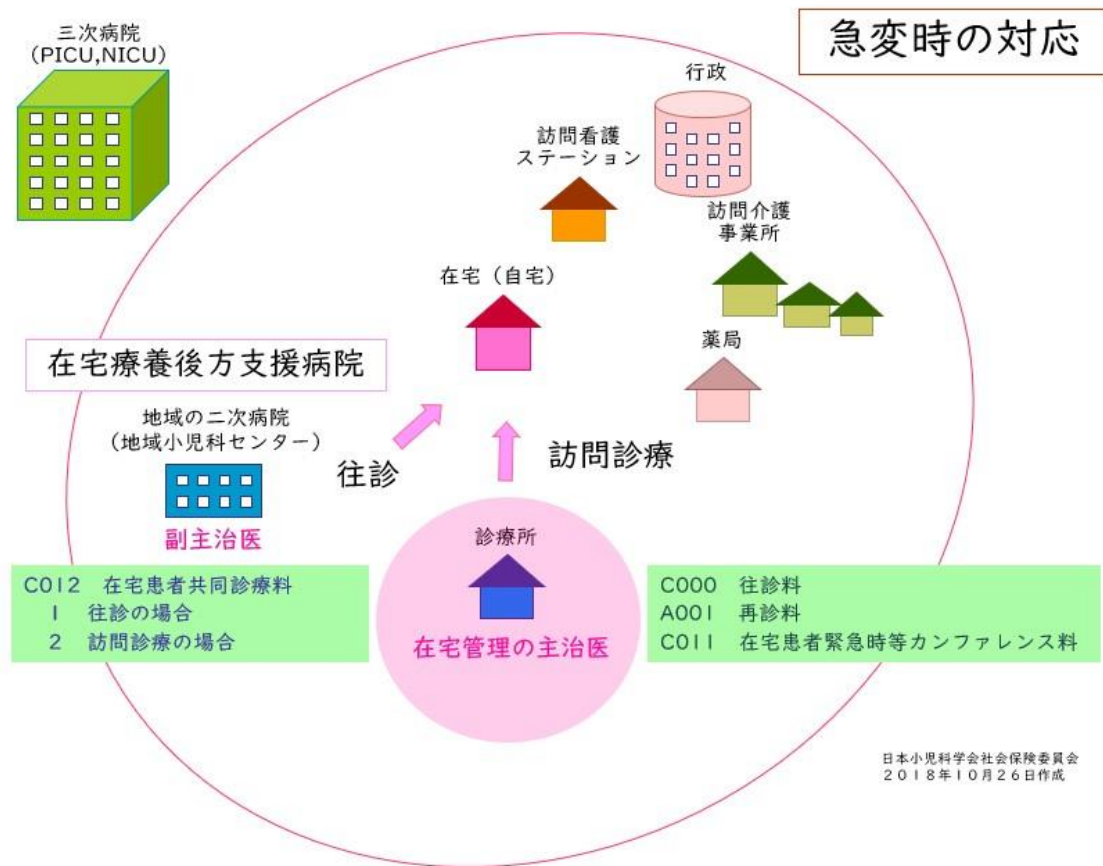
地域の二次病院は在宅移行を調整。三次病院でNICUに入院していた新生児であれば、入退院支援加算3を算定することができる。また、それ以外のこどもでは入退院支援加算を算定することはできない。試験外泊に対しては退院前在宅療養指導管理料、在宅移行後の地域の医療ならびに福祉機関との調整には退院時共同指導料がそれぞれ算定できる。ただし、B005 退院時共同指導料2は小児入院医療管理料の包括範囲になっており、小児入院医療管理料を算定する施設では算定できない。別に定められた状態の場合（P.35 別表三の一の三）には合計2回の算定が認められている。一方、入院中の施設から医師、看護師、助産師、保健師が実際に在宅医療の現場に赴いて療養上の指導を行うことも可能で、入院中には1、2回、退院後は5回までの算定が可能（退院前訪問指導料、退院後訪問指導料）。なお、この項目は小児入院医療管理料の包括範囲となっている。

③在宅医療の維持



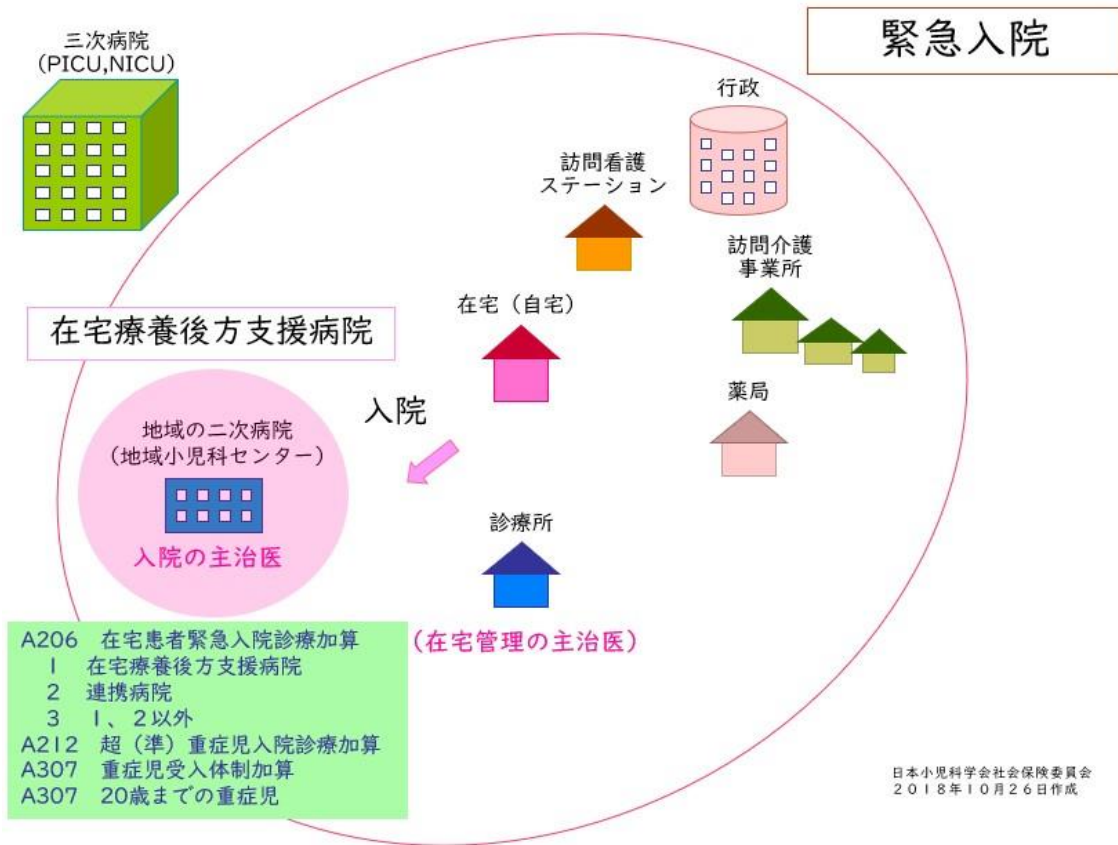
在宅医療の維持について示した。図では診療所が主治医で、在宅移行を調整した二次病院が副主治医として示してある。いずれの医療機関が主治医となるか、在宅療養指導管理料や在宅療養指導管理材料加算などをどちらがどのように算定するかなどは、退院前のカンファレンスでよく話し合っておく。こどもの療養生活を安定して行うためには、地域の二次病院も訪問診療を行うことが強く望まれる。訪問診療を行うことのできる二次病院は、在宅療養後方支援病院として申請すれば初診から1年間在宅患者共同診療料を算定することができる。

④急変時の対応



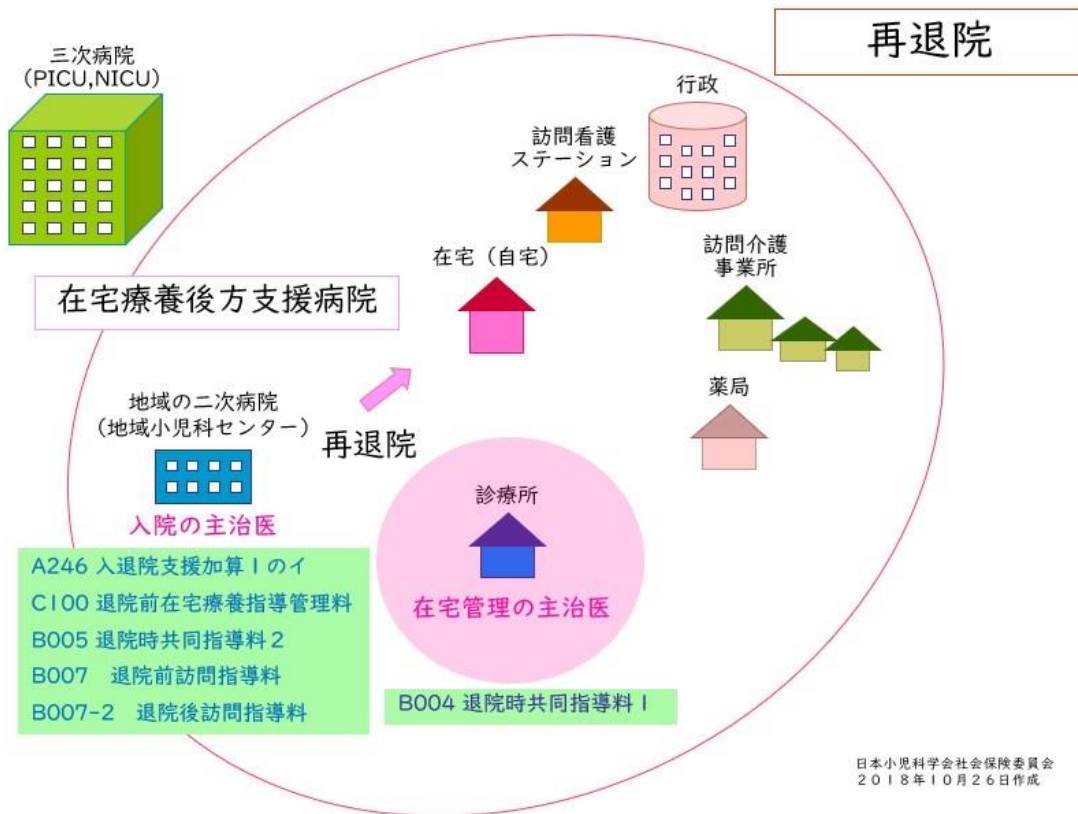
在宅医療中の病状の変化に際しては、主治医のみでなく在宅療養後方支援病院からも、こどもの自宅を訪れることができる。さらに、それ以外の医療および福祉機関のスタッフも、こどもの自宅に集まってカンファレンスを開催した場合には、在宅患者緊急時等カンファレンス料も算定できる。

⑤緊急入院



こどもが入院の必要な状態であれば、はじめに在宅移行調整を行った二次病院（在宅療養後方支援病院）が入院を引き受ける。すでに在宅移行の際にこどもやその家族、病院の医師やスタッフともに顔なじみであり、地域の医療および福祉資源のスタッフとも慣れ親しんでいる。在宅医療を行うこどもは微妙な条件の違いなどで急変することもあり、そのような細かい情報も共有が容易である。これは入院するこどもにとっても、入院を引き受ける病院にとっても大きな利点となる。

⑥再退院



病状が安定して再退院し在宅医療を再開する際には、それまで行われていた医療の内容を変更しなければならない場合もある。そのような際には、改めて退院調整を行う必要があるかもしれない。丁寧な情報交換が病診の間でおこなわれることが望まれる。

IV. 在宅移行と退院前カンファレンス

1. 在宅移行～初回訪問診療の際の診療報酬の算定

在宅移行～初回訪問診療の際の、診療報酬(退院時共同指導料、初診料、訪問診療料など)の算定については、実臨床の実態と保険診療上のルールが乖離している部分がある。実態としては、下記のA～Cの3パターンがあるが、保険ルール上は2パターンに集約される。本稿第II章の仮想ケースの算定では、在宅医療の開始としてより理想的な形であるA:退院前カンファレンスに参加して、退院時共同指導料を算定する場合を採用したが、実際には、退院前カンファレンスが開催されなかったり、開催されても在宅医が参加できなかったりする場合も多いと思われる。

そのような場合の在宅移行時の診療報酬算定には、以下の2つの保険診療上のルールを知っておく必要がある。

まず第一に、患児が入院中の病棟がDPC病棟であるかどうかを確認する。もし患児がDPC病棟(ほぼ全てのNICUはDPCである)に入院中の場合、他の医療機関の受診は認められていない。退院日までは、たとえ紹介状を持って親が相談に受診されても、その児についての保険診療はできない。退院前カンファレンス時に算定する「退院時共同指導料I」は、そのルールの唯一の例外と言ってよい。一方、DPC病棟以外に入院中の場合、他院受診は制限付きながら認められている(後述)。

第二のルールは、保険診療上、家族再診は認められているが、家族初診は認められていないということである。本人来院なしの初診はありえない。すなわち、初めて受診する場合は、患児本人をたくさんの医療機器と共に連れて来ていただかないことには、保険診療上では初診が成立しないのである。

図表IV-1:在宅移行～初回訪問診療の診療報酬算定

	A	B	C
退院前カンファレンス	退院時共同指導料I 900点+特別管理指導加算200点=1,100点	なし(参加せず)=算定なし	
事前に保護者来院	(来院ありの場合)患児がDPC病棟入院中なら再診料算定不可、DPCでなければ再診料算定がルール上は可能	来院しても算定不可	来院なし
初回訪問	在宅患者訪問診療料(I)1888点+乳幼児加算400点=1,288点	初診料288点+乳幼児加算75点+乳幼児育児栄養指導料130点+往診料720点=1,213点	
2回目以降の訪問診療	在宅患者訪問診療料(I)1888点+乳幼児加算400点=1,288点		
定期的な訪問診療回数	B及びCは、Aと比べて、1回減		
往診回数	0回	1回(+初診料)	

A:退院前カンファレンスに参加して、退院時共同指導料を算定する場合

在宅医が退院前カンファレンスに参加し、「退院時共同指導料Ⅰ」を算定する場合である。まず知っておくべきなのは、「退院時共同指導料Ⅰ」は退院後に在宅医療が実施されてはじめて保険請求できるということである。例えば、退院の前月に退院前カンファレンスが開催された場合を想定する。まずは、カンファレンスを実施した月のレセプトを作成する。初診日をカンファレンスの日として病名を付けて、「退院時共同指導料Ⅰ」(900点+算定可能な特別指導管理加算 200点)を記載したレセプトである。そのレセプトは提出せず、ひとまず自院に保存し、翌月、月遅れ請求として提出することになる。翌月には、初回訪問診療を行ったレセプトを作成し、それと前月の退院前カンファレンスのレセプトと併せて、同時に2枚のレセプトを提出するのである。この時、「初診料」は「退院時共同指導料Ⅰ」に含まれるので算定できない。この場合、退院後の初回訪問は、往診ではなく訪問診療となるので、「在宅患者訪問診療料(I)Ⅰ」(888点+乳幼児加算 400点)を算定する。

しかし実際には、退院前カンファレンスに参加しても、その時点での保険情報などを、もらい忘れたり、保護者の同意を得ることを忘れたりして、「退院時共同指導料Ⅰ」算定のための必要条件が揃っていないことがしばしばある。また場合によっては、カンファレンスが退院のずいぶん前に行われて、退院時には患児が加入する保険が変わってしまっている場合もある。これらの場合にも、初回訪問時までには保護者の同意を得て、入院していた病院や訪問看護ステーションに退院前カンファレンス時点での保険情報を確認するなどした上で、「退院時共同指導料Ⅰ」を請求すればよい。なお、退院前カンファレンスの内容のカルテ記載はもちろん必須である。

またこの時、在宅側が算定できる特別管理指導加算(200点)は、特掲診療料の施設基準に掲載の「別表第八」に規定される「特別な管理を要する状態等」に患児があてはまる場合に算定可能となる。在宅医が関わる子どもには、人工呼吸や経管栄養など様々な医療的ケアが行われており、通常、この加算が算定可能なことが多い。また、「別表第三の一の三」に示す場合には、2回目の退院前カンファレンスが保険上算定可能となる。第Ⅱ章の模擬症例では、気管切開をして、人工呼吸器を装着し、酸素投与を受け、鼻腔チューブ栄養を行っているため、特別管理加算と2回目のカンファレンスの算定がともに可能となっている(詳細は P.58 退院時共同指導料の項を参照)。

また、退院前カンファレンスに参加した後に、改めて保護者が来院した場合の「再診料」の算定については、患児が入院している病棟が DPC 病棟でない場合は、ルール上は可能である。ただし、在宅側の当月レセプトの摘要欄に入院医療機関名や算定している入院料、受診理由、入院している診療科、受診日数の記載が必要である。一方、病院側にはその日の入院費用に減算が発生することになるので、この算定は病院側と事前に協議しない限りかなり困難であろう。なお、先に述べたように、患児がNICUなどのDPC病棟に入院している場合、保険請求は一切できない。

B：初回訪問前に保護者が医療機関に来院された場合

退院前カンファレンスがなく(あるいは参加せず)、初回訪問までに紹介状などを持って保護者が来院し、今後の在宅医療について相談した(≒いわゆる「カルテを作りに来た」)場合がこれに当てはまる。實際上、これは大変よくあることである。「初診料」を算定すべきケースと考えるが、前述の通り、現状の保険診療のルールから家族初診は認められていないので、この場合、基本的に診療に関わる一切の費用は保険請求不可で、下記 C と同様に請求する。

C：初回訪問日が初診日となる場合

退院前カンファレンスがなく(あるいは参加せず)、また初回訪問までに保護者が来院することもなく、初回訪問が初めての診療日となる場合である。さすがに現在の小児の在宅移行でこの形はまずないと思われるが、上記 B が、保険請求上はこのパターンとなってしまう。初回訪問時の日付で病名開始となり、「初診料」を算定する。この場合、保険診療のルール上、定期的な訪問診療ではなく、往診の扱いとなり「往診料」を算定する。つまり、初回訪問時は、「初診料」(288点+乳幼児加算75点+乳幼児育児栄養指導料130点)+「往診料」(720点)=1,213点となり、この日は「在宅患者訪問診療料(I)」を算定できない。これは、家族から電話などで求められて通常の往診をした場合と同じ扱いである。初回訪問時に次回訪問日を決め、2回目の訪問時から「在宅患者訪問診療料(I)」を算定する。

以上の3種類のパターンそれぞれの場合の算定内容を図表Ⅳ-1にまとめているので、ご参照いただきたい。

別表第八 退院時共同指導料1の注2に規定する特別な管理を要する状態等にある患者並びに退院後訪問指導料、在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料に規定する状態等にある患者

- 一 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しく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又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 二 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、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者
- 三 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 四 真皮を越える褥瘡の状態にある者
- 五 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

別表第三の一の三 退院時共同指導料 1 及び退院時共同指導料 2 を 2 回算定できる疾病等の患者並びに頻回訪問加算に規定する状態等にある患者

一 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。)

二 (1) であって、(2) 又は (3) の状態である患者

(1) 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

(2) 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

(3) 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態

三 在宅での療養を行っている患者であって、高度な指導管理を必要とするもの

(注：「高度な指導管理を必要とするもの」とは、二 (1) に掲げる指導管理を 2 つ以上行っているものをいう)

2. 退院前カンファレンス (重要)

小児の在宅医療において、退院前カンファレンスは在宅移行の成否のカギを握る非常に重要な場である。患児の状態が安定し、そろそろ退院という時に、病院側と今後在宅で関わる人々および患児家族の 3 者が集まって、退院前カンファレンスが開催される。それまでの家庭では、患児が居ない日々の生活があった。そこに患児が帰って来ることで、家族がどのように生活することになるかを考える。患児を含めた家族の新しい生活をイメージしつつ、医療機関や在宅サービス事業者がどのように関わっていけば、より良い安心な家庭生活を維持できるのか、退院前カンファレンスは、患児とその家族の生活をサポートする基本計画を定めるものである。

その際、われわれ医療者は、医療側だけの独善的な判断(括弧付きの「常識」)に固執してしまうことがないように注意せねばならない。入院中には必須と思われた消毒や滅菌の手技なども、家庭では不可能な場合も多い。また、体位変換やタッピング、経管栄養なども、病院ならば真夜中でも勤務中の看護師が行えば済むことだが、親が毎日深夜に行うとなると親の寝る時間がなくなってしまう。病院は 3 交代で休みがあるが、家庭での介護は親にとっては 365 日 24 時間休みなしである。現実の生活に即した適切な判断が必要となる。

また一方で、福祉(介護)側は、家族や家庭、生活といった要素を重視しがちで、時として、医療側の考えとの食い違いが生じることがあるかもしれない。在宅生活は医療と福祉(介護)の双方の多職種が連携して初めてうまくいくものであることを念頭に置く必要がある。

退院前カンファレンスの参加者の一覧を(図表Ⅳ-2)に示す。毎回必ずしもこの全てが参加するわけではない。出席者は必要に応じて招集されるものである。まず先に病院側と在宅

側で話し合っ、途中から家族が入る場合もある。

図表Ⅳ-2 :退院前カンファレンスの参加者

病院側		病棟主治医、病棟看護師、医療ソーシャルワーカー、リハビリ担当者(PT,OT,ST)、外来主治医など
在宅側	行政関係者	保健師、福祉担当職
	医療系	在宅かかりつけ医、訪問看護師、歯科医師など
	介護サービス系	相談支援専門員、ヘルパーや入浴サービスなどのサービス事業所、レスパイト事業所の担当者など
	教育系	(特別支援)学校の担任や養護教諭、保育士など
家族		父、母、祖父母など

【退院前カンファレンスチェックシート 2018】

大阪小児科医会が提案する「退院前カンファレンスチェックシート 2018」を図表Ⅳ-3 に示す。退院前カンファレンスに参加する際にこれを参照すると、検討事項に漏れが少なくなるだろう。以下、このシートに従って、実際のカンファレンスの内容や注意点を確認してみよう。

① ケアプランはどうなっているか？

退院前カンファレンスにおいて話し合われる事項として、まず始めに検討されることは、患児の家庭での 1 週間の生活の時間割表である。ケアプラン(週間計画)と呼ばれる。周到に準備されたケアプランは、患児とその家族の在宅での生活を支える基盤となる。家族構成や親の仕事、生活状況、家族でできる介護の力量などを把握した上で、それぞれの家族の状況に応じて、個別に計画を立てる必要がある。訪問診療や訪問看護はもちろん、ヘルパーや訪問入浴、学校や通所施設など、在宅での生活に関連する全てのサービスについて、何曜日の何時にどのサービスを利用するか、そのサービスはどの事業所が担うのか、などを 1 週間のカレンダー上に書き込んでいく。

なお、ケアプランとしては、1 週間単位の計画が基本となるが、それに加えて、中長期プランとしてのレスパイトケア(ショートステイ)や医療評価入院なども考えておくことが望ましい。また、話し合いの中で、病院と在宅医の役割分担を明確にしておくことが重要である。

ケアプランの中でも、特に大切なものが、訪問看護ステーションである。複数の医療的ケアが必要な重度の障がい児の場合は、ほとんど毎日のように訪問看護師が入ることになるだろうが、その訪問看護ステーションが 24 時間対応していることが望ましい。すなわち、患児に何かあった場合の親からの緊急電話(First Call)を、訪問看護ステーションがまずは受けるということである。

<p>①ケアプランはどうなっているか？</p> <p>病院と在宅医の役割分担：在宅医は何をするのか？</p> <p>訪問看護ステーションは何を行うか？</p> <p>リハも可能か</p> <p>24時間対応可能か？ ⇒ First Call を受けることができるか？</p> <p>夜間や休日に対応した場合、交通費その他の費用は別途発生するか？</p> <p>ヘルパーは入るか？</p> <p>送迎は必要か？</p> <p>支援学校やデイサービスは？</p> <p>レスパイト、もしくは一定期間後の医療評価入院は計画しているか？</p> <p>各事業所の名称と担当者名、緊急連絡電話番号を確認</p> <p>自治体の保健師、相談支援専門員もお忘れなく</p>
<p>②平常時の連携方法は？</p> <p>訪問看護指示書は誰が発行するか。また、訪問看護報告書は指示書を発行しない医療機関にも送られるか？</p> <p>各事業所間の平常時の連絡方法はどうか？</p> <p>連絡ノート、FAX、メール、グループウェア</p>
<p>③急性増悪時の対応は？</p> <p>First Call は訪問看護ステーションが受けることを確認する</p> <p>発熱時、嘔吐時、けいれん時・・・どの程度まで在宅医が対応可能か？</p> <p>在宅医が入院必要と判断した時の病院側の受け入れ対応の確保は？</p> <p>病院の受け入れ窓口は？(平日昼間・休日夜間)</p> <p>近隣に病院が必要か？</p>
<p>④医療的ケアについて</p> <p>装着している医療機器は何があるか？</p> <p>レスピレーター(気管カニューレ)、在宅酸素</p> <p>胃瘻栄養、経鼻栄養</p> <p>尿路カテーテル</p> <p>その他の機器は：吸入器、吸引器</p> <p>機器の業者名と連絡先の確認</p> <p>各機器やチューブ類の交換頻度とその交換は誰が行うか？</p> <p>レスピレーターがある場合:機種名と取扱説明書を入手</p> <p>1) 予備のカニューレは何個貰っておくか?小さいサイズのも万一の予備に</p> <p>2) 加温加湿器の設定を在宅側で変えてもよいか、また変え方の確認 (特に冬は分泌物が硬くなりやすく、加湿を強くしたいと思うことが多いので)</p> <p>3) 呼吸器アラームおよび SpO2 モニターのアラーム設定をどの程度変えて良いか、またその方法の確認(病院の設定ではアラームが鳴りすぎる事があるので、自宅に変更することの事前確認)</p> <p>管理料及び加算点の算定(必要物品の支給)は病院側が行うか？</p> <p>在宅医が支給する物品、薬剤は？</p> <p>水、チューブ類、カテーテルチップ型注射器、薬品類</p> <p>在宅患者訪問薬剤管理指導を行う薬局はあるか？</p> <p>各種医療材料の配達も可能か？</p> <p>介護職員等喀痰吸引等指示書の発行は？</p>
<p>⑤行政等への手続きなど</p> <p>身体障害者手帳の取得</p> <p>療育手帳の取得</p> <p>小児慢性特定疾病の申請(診療所側も必要)</p> <p>特別児童扶養手当(及びその他の手当)の手続き</p> <p>吸引器や吸入器、車いす、電動ベッドなどの給付申請</p> <p>サービス等利用計画はできているか</p> <p>予防接種は患児居住地の自治体で在宅医が接種可能か？</p> <p>接種済みワクチンの種類と接種日の確認</p>
<p>⑥在宅時医学総合管理料の届出を</p> <p>初回訪問診療時に、在宅療養同意書へのサインが必要、かつ、緊急時の連絡方法の説明書を渡す</p>
<p>⑦退院時共同指導料の算定</p> <p>親に退院前カンファレンスの費用の説明をし、保険証等を確認(後日でも可)</p> <p>初診日をカンファレンスの日として、算定する</p> <p>初診料は算定不可</p> <p>特別管理指導加算の算定は可能か？</p>

② 平常時の連携方法は？

各サービス事業所間での平常時の連絡方法を確認する。医療機関と訪問看護ステーションの間では、訪問看護指示書と訪問看護報告書を文書でお互いにやり取りすることが制度上求められている。訪問看護指示書を誰が書くかについては、カンファレンスの際に決めておく必要がある。もし可能ならば、訪問看護師との連携のためにも、在宅医が毎月書くことを勧める。なお、初回の指示書は退院時に病院主治医が書く場合が多いだろうが、退院前カンファレンスが行われた時には、前述の通り、その日に在宅医の初診が成立していることになるので、初回から在宅医側が書くことも可能である。また、訪問看護ステーションからの情報提供である訪問看護報告書については、指示書を発行した医療機関だけではなく、発行していない医療機関にも情報提供されるべきである。

一方、訪問看護ステーション以外のサービス事業者との連携については、ルール上特に定めがない。しかし、患児と家族にとってより良い在宅医療を行うには、医療と福祉にかかわる多職種連携が重要であり、患児に関わる全ての職種間での連携・連絡方法を構築し、日々の変化を皆で共有することが望ましい。連絡の方法は、家庭に置かれた1冊の連絡ノートから、FAX、メール、ネット上にある各種グループウェアまで、環境に応じて適切なものを利用すれば良い。

③ 急性増悪時の対応は？

本当に緊急を要する時には親が救急車を呼ぶことは言うまでもない。しかしそれ以外の場合、前述のごとく、First Callは訪問看護ステーションが受けることが前提である。一方、在宅医側は、どの時間帯でどの程度の病状まで自分で対応可能か確認しておく。その上で、在宅医が入院あるいは病院の受診が必要と判断した時の、病院側の受け入れ体制が大切である。在宅側としては、まずは病院が受けてくれること、たとえ満床であっても一旦は外来で診るという確約が欲しいところである。緊急時の病院窓口の電話番号と担当者を、平日の時間内と夜間休日のそれぞれについて確認しておく。また、患児の自宅と病院が遠く離れている場合には、自宅近くに受け入れ可能な病院を別に確保しておくことが必要な場合もある。

④ 医療的ケアについて

次に、必要な医療的ケアのために装着されている医療機器の種類を確認する。使用している全ての機器と器具の名称、サイズおよびその提供元やメンテナンス業者の一覧を入手する。気管カニューレや経鼻チューブなど自宅での交換が必要なものについては、その交換頻度と誰がそれを行うのか、すなわち、親が一人でできるか、あるいは医療職の見守りを要するか、在宅医が行う必要があるか、などの確認も必要である。通常、人工呼吸器や在宅酸素の機器のトラブルについては、業者が24時間対応しているが、特に人工呼吸器関連の細かい設定などについては在宅医が行う方が良い場合もあるので、その方法と範囲を確認しておく。

その上で、これらの機器の管理や必要物品の支給について、病院が担当するか、あるいは在宅医が受け持つかどうかを決めておく。これは言いかえると、保険診療上の在宅療養指導管理料とそれに伴う加算点数などを、どちらが算定するか決めることでもある。現在の実態としては、病院側が管理料と加算点数を算定して、全ての物品を支給していることが多いだろう。在宅医が支給する医療材料などがある場合は、それを確認しておく。また、下記の訪問薬剤指導管理とも関係するが、在宅医がより積極的に在宅医療に取り組む場合には、小回りのきく在宅医側が管理料を算定して、薬剤の処方や各種の医療材料を給付することも増えてきている。

さらに、在宅患者訪問薬剤管理指導(訪問服薬指導)を行う調剤薬局が近くにあるかどうか、事前に確認しておくが良い。これは、処方された薬剤をその薬局の薬剤師が患者に届けて、服薬指導をするというシステムである。その際、その薬局から様々な医療材料の配達が可能ながある。これを利用することができれば、病院受診後や訪問診療後の親の手間が大幅に省けることになり、喜ばれることが多い。ただし、この制度を利用する場合は、臨時薬だけでなく、患児の定期薬を普段からその薬局で調剤してもらう必要がある。

また、学校や家庭でヘルパーなどによる喀痰吸引が必要な場合には、「介護職員等喀痰吸引等指示書」の発行を誰が行うか確認しておく。

⑤ 行政等への手続き

行政への各種の申請や手続きについて、すでに済んでいるものと今後行うものを確認する。小児慢性特定疾病については、在宅医の登録申請も家族にさせていただく必要がある。

なお、ヘルパーや児童発達支援(未就学児の療育)、放課後等デイサービスなどの利用が必要な場合には、「サービス等利用計画」ができていないかを確認する。これは、児童発達支援センターや指定特定相談支援事業者などに所属する相談支援専門員が行う業務である。相談支援専門員は、介護保険でのケアマネジャーに相当するもので、障がい児者のケアプランの作成からその支給決定、モニタリングまでを行うものと定められている。

またこの時、このケアプランを実行するのに必要となるおおよその費用についても、親に対して提示されるべきである。

さらに、患児の予防接種歴を確認した上で、今後必要な接種について在宅医が接種可能かどうかを確認する。予防接種の広域化ができていない大阪の現状では、患児の住所と在宅医が所属する医療機関の自治体が異なっていて、在宅医が訪問先で予防接種をできない場合がある。そういう場合、患児が居住している自治体に依頼して、特別に在宅医とその自治体との間で委託契約を結ぶか、自治体から在宅医に接種依頼状を発行してもらう必要がある。

⑥ 在宅時医学総合管理料の届出を

在宅患者に対して定期的な訪問診療を行うのならば、小児科医であっても、在宅時医学総合管理料の届出を行う方が良い。小児科外来診療料(いわゆる「小児科マルメ」)を算定している医療機関では、計画的な訪問診療を行っても、在宅患者訪問診療料や在宅時医学総合管

理料などの請求は原則的にはできない。しかし、第 I 章で述べたように、病院側が在宅療養指導管理料を算定している場合には、その患児については小児科マルメの対象外となるため、診療報酬は出来高払いとなり、前章で述べたような在宅関係の高い診療報酬を算定できるようになる。

なお、在宅時医学総合管理料を算定する場合、初回訪問時に在宅療養計画書(在宅療養同意書)に親のサインを受け、双方がこれを 1 通ずつ保管する必要がある。また同時に、緊急時の連絡方法の説明書を渡すことも忘れないようにする。

⑦ 退院時共同指導料の算定

最後に、退院前カンファレンスにかかる保険診療上の費用(退院時共同指導料 1)の説明を親に行い、保険証等を確認しておく(P.58 参照)。一方この時、病院側では退院時共同指導料 2 を算定する。

3.在宅移行後の患者で外来医療機関から在宅医療機関へ移行する場合

外来患者のスムーズな在宅医療への移行を推進する観点から、令和 4 年度の改定で、外来医療機関から在宅医療機関への移行に関する指導料が新設された。

外来在宅共同指導料 1	400 点
外来在宅共同指導料 2	600 点

外来医療を継続して 4 回以上受けている患者が他医療機関での在宅医療へ移行するに当たり、患家等で外来診療を担当する医師と在宅医療を担当する医師が連携して患者又は在宅で看護をする家族等に指導等を実施した場合に患者 1 人につき 1 回算定する。

在宅を担当する医療機関が指導料「1」、外来を担当する医療機関が指導料「2」を算定する。

在宅を担当する医療機関は、在宅での療養上必要な説明及び指導を、外来を担当する医療機関と共同して行い、文書により情報提供することが算定要件となる。

外来を担当する医療機関が行う説明及び指導については、情報通信機器を用いて実施することができる。なお、外来在宅共同指導料「2」を算定する際は、初診料、再診料、外来診療料、往診料、訪問診療料(I)又は(II)は別に算定できない。

V. 在宅医療と診療報酬の基本的事項

1. 診療報酬点数表の基本的構成

図表V-1

A 基本診療料	<ul style="list-style-type: none"> ■ 初診料 ■ 再診料(診療所又は一般病床200床未満の病院)外来診療料(一般病床200床以上の病院) ■ 入院基本等料+入院基本料等加算 ■ 特定入院料+入院基本料等加算 ■ 短期滞在手術基本料
B~N 特掲診療料	■ 医学管理料
B 医学管理等	小児科外来診療料(在宅療養指導管理料を算定している患者では算定できない。) 退院時共同指導料1, 2など
C 在宅医療	<ul style="list-style-type: none"> ■ 在宅患者診療・指導料 ■ 在宅療養指導管理料+(在宅療養指導管理材料加算)+(薬剤料)+(材料料)
D 検査	
・	
・	
・	
N 病理診断	

診療報酬は基本点数診療表(医療行為を行う上で必ず算定する点数)と特掲診療料(治療上必要な項目を選択し算定する点数)とに区別される。在宅医療は特掲診療料に位置しており、一部の診療項目には施設基準(届出が必要)が設けられている。

2. 在宅医療の基本構成

図表V-2

第1節 在宅患者診療・指導料	医学管理	医師	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(施設総管)	
	末期医療 診療・管理	医師 看護師	在宅がん医療総合診療料	
	訪問診療 及び指導	医師	在宅患者訪問診療料(I) 1, 2、(II) など 在宅患者訪問看護・指導料	
		看護師 薬剤師 など	同一建物居住者訪問看護・指導料 在宅患者訪問薬剤管理指導料 在宅患者緊急時等カンファレンス料など	
	往診	医師	往診料	
第2節 在宅療養 指導管理料	第1款 在宅療養 指導管理料	指導管理等	医師	在宅酸素療法指導管理料 在宅中心静脈栄養法指導管理料 在宅小児経管栄養法指導管理料 在宅人工呼吸指導管理料 在宅寝たきり患者処置指導管理料 在宅気管切開患者指導管理料など
				第2款 在宅療養指導管理材料加算
第3節 薬剤料				薬剤価格が、15円超の場合は、薬値から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。
第4節 特定保険医療材料				材料価格基準の価格を10円で除して得た点数(端数四捨五入)を算定

3. 往診料と在宅患者訪問診療料

訪問診療とは、計画的な医学管理のもとに定期的に患家に赴く診療のことであり、患者又は家族等の求めがあってから患家に赴く往診とは異なる。

図表V-3

	往診料	在宅患者訪問診療料(I)「I」
実施	患者の求めに応じて実施	計画的医学管理のもと定期的に訪問
算定回数	その都度(1日2回以上算定可)	1日につき1回算定 (原則として週3回が限度※1)
算定の制限	特になし	初診料を算定する初診の日及び往診料を算定した翌日までは算定不可 (在支診・在支病は※2を参照)
診療料等の同時算定	診察料(初診料、再診料) 外来管理加算は別に算定可	再診料、外来管理加算、往診料は包括されているため算定不可
点数	720点	1同一建物居住者以外 888点 2同一建物居住者の場合 213点 乳幼児加算(6歳未満) 400点
加算	緊急往診加算 夜間・休日往診加算 深夜往診加算 患家診療時間加算(1時間超30分毎) 死亡診断加算	患家診療時間加算(1時間超30分毎) 在宅ターミナルケア加算 酸素療法加算 看取り加算 死亡診断加算

※1 P.70 別表第七にあてはまる場合、週4回以上算定ができる。

※2 在支診・在支病が24時間緊急対応を行っている場合には、往診の翌日の訪問診療についても在宅患者訪問診療料の算定ができる。

往診料・在宅患者訪問診療料に加算して算定可能な点数

図表V-4:緊急往診加算、夜間・休日加算、深夜加算(往診料に加算)

項目	算定点数		
	720点		
届出区分	機能強化型在支診 病床なし	機能強化型でない 在支診	在支診でない診療所
緊急往診加算	750点	650点	325点
夜間・休日往診加算	1,500点	1,300点	650点
深夜往診加算	2,500点	2,300点	1,300点

緊急往診加算は、外来診療を止めてでも往診するような対応を行った場合に算定できる。

夜間(深夜を除く):午後6時~午前8時 深夜:午後10時~午前6時

休日:日曜日及び国民の祝日、年末年始

令和4年度の改定で、緊急往診加算の対象に15歳未満の小児(小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満)であって、低体温、けいれん、意識障害、急性呼吸不全等が予想される場合が追加された。

図表V-5:在宅ターミナルケア加算(在宅患者訪問診療料に加算)(P.15参照)

届出区分	機能強化型在支診 病床なし	機能強化型でない 在支診	在支診でない診療所
算定点数	5,500点	4,500点	3,500点

患家診療時間加算(往診料にも在宅患者訪問診療料にも加算)

診療時間が1時間を超えた場合、30分を増すごとに加算…………… 100点

酸素療法加算(在宅患者訪問診療料に加算)…………… 2,000点

がん患者であって、在宅ターミナルケアを行っている者に対し、死亡月に数日だけ在宅酸素療法を使用した場合でも算定可。在宅酸素療法指導管理料との併算定不可。

看取り加算(在宅患者訪問診療料に加算)…………… 3,000点

往診または訪問診療を行い、在宅で患者を看取った場合(在宅患者訪問診療料(I))を算定する場合に限る)には、看取り加算として、3,000点を所定点数に加算する。

訪問診療・往診に関わる交通費については保険外での請求が認められており、各医療機関毎に設定することが可能である。例としては、時間帯にかかわらず一律の金額、夜間・休日の往診の際のみ請求、距離別に金額を設定、コインパーキングや高速道路の料金など実費のみ請求、など自由に設定可能である。数百円～数千円程度を徴収している医療機関もある一方で、ほとんど交通費を請求していないところもある。

4. 在宅時医学総合管理料(在医総管)

1) 在宅時医学総合管理料とは?

在宅療養計画に基づき、月1回以上の訪問診療(往診は含まない)を行った場合に月1回に限り算定する。

算定できる医療機関：診療所、在宅療養支援病院、許可病床数が200床未満の病院

令和4年度の改定で、「月2回訪問診療をしている場合」「月1回訪問診療をしている場合」の点数が再編され、訪問による対面診療と情報通信機器による診療を組み合わせた点数が新設され、在宅医学総合管理料のオンライン在宅管理料は廃止された。

図表V-6:在宅時医学総合管理料

訪問診療の回数	機能強化型 在支診 病床なし	機能強化型 でない在支診	在支診でない 診療所	包括的支援 加算
月2回以上(別に定める状態)	5,000点	4,600点	3,450点	—
月2回以上(上記以外)	4,100点	3,700点	2,750点	150点
月2回以上のうち1回以上が 情報通信機器を用いた診療	2,789点	2,569点	2,029点	150点
月1回	2,520点	2,300点	1,760点	150点
月1回のうち2ヶ月に1回は 情報通信機器を用いた診療	1,395点	1,285点	1,015点	150点

※処方箋を交付せず、院内処方を行った場合は、300点を所定点数に加算する(P.8参照)

併算定不可項目

特定疾患療養管理料・小児科療養指導料・難病外来指導管理料・皮膚科特定疾患指導管理料・小児悪性腫瘍指導管理料・在宅寝たきり患者処置指導管理料・小児特定疾患カウンセリング料・在宅患者連携指導料・訪問看護指示料の衛生材料等提供加算など

在宅時医学総合管理料には投薬料が包括されるため、処方箋料や薬剤料は算定できない。

在宅時医学総合管理料(月 2 回以上訪問診療の場合)は重度医療管理を要する患者・難病患者「別に定める状態の患者」とそれ以外の軽症患者では算定点数が異なる。

「別に定める状態の患者」の対象としては、以下の別表第八の二に定められている。

別表第八の二 在宅時医学総合管理料及び施設入所時医学総合管理料に規定する別に厚生労働大臣が定める状態の患者

一 次に掲げる疾患に罹患している患者

末期の悪性腫瘍

スモン

難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病

後天性免疫不全症候群

脊髄損傷

真皮を超える褥瘡

二 次に掲げる状態の患者

在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている状態

在宅血液透析を行っている状態

在宅酸素療法を行っている状態

在宅中心静脈栄養法を行っている状態

在宅成分栄養経管栄養法を行っている状態

在宅自己導尿を行っている状態

在宅人工呼吸を行っている状態

植込型脳・脊髄刺激装置による疼痛管理を行っている状態

肺高血圧症であって、プロスタグランジン I₂ 製剤を投与されている状態

気管切開を行っている状態

気管カニューレを使用している状態

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

「難病の患者に対する医療等に関する法律に規定する指定難病」の中に小児慢性特定疾病が含まれ、気管切開や在宅酸素療法などを行っている状態も含まれるので、小児の場合は一部の軽症例を除いてほとんどが別表第八の二にあてはまる。それ以外の患者でも、包括的支援加算が算定の対象となる場合が多い。

包括的支援加算 150 点

通院が特に困難と考えられる患者、関係機関との連携に特に支援を必要とする患者について、月 1 回に限り算定できる。ただし、上記の月 2 回以上（別に定める状態）以外の場合のみ算定可。

図表 V-7 : 包括的支援加算の対象患者

以下のいずれかに該当する患者

(ア) 要介護 2 以上に相当する患者

(イ) 認知症高齢者の日常生活自立度でランク II b 以上の患者

(ウ) 月 1 回以上の訪問看護を受ける患者

(エ) 訪問診療時又は訪問看護時に処置(簡単な処置を除く)を受けている患者

(オ) 略

(カ) その他、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

その他の在宅時医学総合管理料に加算して算定可能な点数

在宅移行早期加算 100 点

退院後に在宅療養を始めた患者に対し、(検査入院を除く)治療を伴う入院の場合は、初回の退院だけでなく、入退院の度に算定できる。当該点数を算定した月から 3 月を限度として月 1 回算定できる。

頻回訪問加算 600 点

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に対して、1 月に 4 回以上の往診また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、600 点を所定点数に加算する。対象患者については、P.35 別表第三の一の三を参照。

令和 4 年度の改定で、継続診療加算が在宅療養移行加算「1」「2」に再編された。

在宅療養移行加算 1 216 点

在支診・在支病以外の医療機関が、単独もしくは他の医療機関との連携により、24 時間の往診を行う体制を確保した上で、訪問診療を行った場合に算定できる。継続して診療を行っている患者に限る。

在宅療養移行加算 2 116 点

上記、在宅療養移行加算 1 の 24 時間往診体制以外の要件を満たす場合に算定できる。

在宅データ提出加算 50 点

令和 4 年度の改定で新設された。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提出している場合に算定できる。

2) 在宅時医学総合管理料の算定要件(対応体制等)

算定要件の主なものは以下の通りである。

- ① 在宅療養支援診療所においては、往診及び訪問看護により 24 時間対応できる体制を確保し、往診担当医の氏名及び連絡先、緊急対応等について、文書により患者に提供する(P.73 文書例 2)。その他の医療機関では緊急時の連絡方法について文書により患者に提供する(P.74 文書例 3)。
- ② 個別の患者ごとに総合的な在宅療養計画を作成し、その内容を患者、家族及びその看護にあたるものに説明の上、計画及び説明の要点を診療録に記載する(P.72 文書例 1)。
- ③ 他の保健医療サービスまたは福祉サービスとの連携に努め、患者が診療科の異なる他の保健医療機関を受診する場合には、文書を交付する等、十分な連携を図る。

3) 在宅時医学総合管理料の届出

- ① 別添 2 特掲診療料の施設基準に係る届出書
- ② 様式 19 在宅時医学総合管理料の施設基準に係る届出添付書類
- ③ 緊急時の連絡方法について(P.73、74 文書例 2, 3 を参照)
以上を作成の上、「東海北陸厚生局三重事務所」へ提出する。

届出に必要な書類(P.71 様式集参照)は厚生局ホームページからダウンロードできる。

5. 在宅がん医療総合診療料(在医総)

1) 在宅がん医療総合診療料とは？

在宅で療養を行っている通院が困難な末期の悪性腫瘍患者に、在宅療養支援診療所(在支診)、在宅療養支援病院(在支病)が計画的な医学管理の下に、総合的な医療を提供した場合に、1 週間を単位として算定する。

図表 V-8:在宅がん医療総合診療料

	機能強化型在支診 病床なし	機能強化型でない在支診
院外処方箋あり(1日につき)	1,650点	1,495点
院外処方箋なし(1日につき)	1,850点	1,685点

併算定不可項目

在宅時医学総合管理料、在宅療養指導管理料、訪問診療料、訪問看護、処置、注射、検査等の料金は包括されるため算定できない。

併算定可項目

- ・週3回以上の訪問診療を行った場合で、訪問診療を行わない日の緊急往診等の往診料

(週2回まで・緊急、夜間・休日、深夜等の各加算も算定可)。

- ・ 同一月で在宅がん医療総合診療料の算定日の前日までに算定された検体検査判断料等。
- ・ 在宅患者訪問診療料の在宅ターミナルケア加算、酸素療法加算、看取り加算。

その他の在宅がん医療総合診療料に加算して算定可能な点数

死亡診断加算 200 点

死亡診断を行った場合に算定できる。

小児加算 1,000 点

令和4年度の改定で新設された。15歳未満の小児(小児慢性特定疾病医療支援の対象は20歳未満の者)に対して総合的な医療を提供した場合に週1回に限り算定できる。

在宅データ提出加算 50 点

令和4年度の改定で新設された。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提出している場合に算定できる。

2) 在宅がん医療総合診療料の算定要件(対応体制等)

算定要件の主なものは以下の通りである。

- ① 訪問診療又は訪問看護を行う日が合わせて週4日以上(同一日において訪問診療及び訪問看護を行った場合であっても1日とする)。
- ② 訪問診療の回数が週1回以上。
- ③ 訪問看護の回数が週1回以上。

※訪問診療・訪問看護の回数が合わせて週4日でも、上記算定要件を満たせば7日分で算定することができる。

- ④ 在宅がん医療を提供するための必要な体制が整備されている。
- ⑤ 緊急時の入院体制が整備されている。
- ⑥ 往診及び訪問看護により24時間対応できる体制を確保し、連絡担当者の氏名、連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項等並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等について、文書により提供する。

3) 在宅がん医療総合診療料の届出

- ① 別添2 特掲診療料の施設基準に係る届出書
- ② 様式20 在宅がん医療総合診療料の施設基準に係る届出添付書類
- ③ 緊急時の連絡方法についての説明文書の例

以上を作成の上、「東海北陸厚生局三重事務所」へ提出する。

4) 在宅がん医療総合診療料の留意事項

在宅がん医療総合診療料を算定した際、訪問看護ステーションの訪問看護の料金(P.67～70 付録参照)は包括され算定できず、医療機関が訪問看護ステーション側に訪問看護に要した料金を支払わなければならない為、注意が必要である。

6. 在宅療養支援診療所(在支診)

1) 在宅療養支援診療所(在支診)とは

在宅療養支援診療所とは、24時間体制で往診や訪問看護を提供できる体制を整えた診療所である。施設基準を満たして届出をすれば、在宅時医学総合管理料だけでなく、往診料の加算、在宅ターミナルケア加算など、それ以外の診療所と比べ、高い診療報酬を算定できる。

緊急連絡先や注意事項については、患者または家族に説明し、文書を提供する必要がある(文書例1)。在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院であっても、24時間往診・訪問看護を確保している旨の文書を患家に提供していない場合は、その他の医療機関と同様の扱いとなる。

※在宅療養支援診療所には3種類ある。

機能強化型・単独型の在宅療養支援診療所(強化型支援診)、機能強化型・連携型の在宅療養支援診療所(強化型支援診)、従来型の在宅療養支援診療所(支援診)。

図表V-9:在宅療養支援診療所とその他の医療機関の算定点数の比較

点数格差のある項目		強化型支援診・病院		支援診 支援病	支援診以外
		病床有	病床無		
往診料	緊急往診	850	750	650	325
	夜間・休日往診	1700	1500	1300	650
	深夜往診	2700	2500	2300	1300
	■在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	+100	+100	—	—
	■在宅療養実績加算1	—	—	+75	—
	■在宅療養実績加算2	—	—	+50	—
在宅患者訪問診療料 (1)「1」	1:同一建物居住者以外	888			
	2:同一建物居住者	213			
	在宅ターミナルケア加算	6,500	5,500	4,500	3,500
	酸素療法加算	+2,000	+2,000	+2,000	+2,000
	■在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	+1,000	+1,000	—	—
	■在宅療養実績加算1	—	—	+750	—
	■在宅療養実績加算2	—	—	+500	—
	往診翌日までの訪問診療の費用	○	○	○	×
在宅時医学総合管理料	厚生労働大臣が定める患者 月2回以上の訪問診療	5,400	5,000	4,600	3,450
	月2回以上の訪問診療	4,500	4,100	3,700	2,750
	月2回以上でうち1回以上が情報通信機器 を用いた診療	3,029	2,789	2,569	2,029
	月1回の訪問診療	2,760	2,520	2,300	1,760
	月1回でうち2ヶ月に1回は情報通信機器 を用いた診療	1,515	1,395	1,285	1,015
	■在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	+400	—	—	—
	■在宅療養実績加算1	—	—	+300	—
	■在宅療養実績加算2	—	—	+200	—
在宅がん医療総合診療料	院外処方箋あり	1,800	1,650	1,495	—
	院外処方箋なし	2,000	1,850	1,685	—
	■在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	+150	+150	—	—
	■在宅療養実績加算1	—	—	+110	—
	■在宅療養実績加算2	—	—	+75	—
退院時共同指導料I(診療所のみ算定可)		1,500			900

2) 在宅療養支援診療所の施設基準

		在宅療養支援診療所 (機能強化型・単独型)	在宅療養支援診療所 (機能強化型・連携型) ※連携医療機関数は10未満	在宅療養支援診療所 (従来型)
在宅診療を担当する常勤医師		3名	3名 (連携医療機関内)	1名
24時間	連絡を受ける体制	○		
	往診可能な体制	○		
	訪問看護体制	○ (自院又は訪問看護ステーションとの連携可)		
緊急時の入院体制		有床診療所：自院 無床診療所：他院との連携可	他院との連携可	他院との連携可
緊急往診の実績		過去1年間：10件以上	(連携医療機関内) 過去1年間：10件以上 (自院) 過去1年間：4件以上	—
看取り		過去1年間：4件以上	(連携医療機関内) 過去1年間：4件以上 (自院) 過去1年間：2件以上	—
15歳未満の超重症児及び準超重症児 に対する在宅医療				

施設基準の主なものは以下の通りである。

- ① 診療所であること。
- ② 個別の患者ごとに総合的な在宅療養計画を作成し、その内容を患者と家族およびその看護にかかわる者に説明の上、文書で患家に提供し、その要点を診療録に記載すること。
- ③ その診療所において24時間連絡を受ける医師または看護職員を配置し、その連絡先を文書で患家に提供していること。
- ④ 患者の求めに応じて、自院または他の医療機関、訪問看護ステーションとの連携により、24時間往診・訪問看護ができる体制を確保すること。
- ⑤ ④の患者について、24時間往診・訪問看護を行う担当医師・担当看護師の氏名、担当日時を、文書により患家に提供すること。
- ⑥ 緊急入院を受け入れる体制を確保していること(他医療機関との連携でも可)。

令和4年度の改定で、すべての在宅療養支援診療所の施設基準に、「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」等の内容を踏まえた看取りに関する指針を定めることが追加された。

施設基準ではないが、地方厚生(支)局に年1回、実績報告(P.71様式集参照)をする必要がある。

また、一般開業小児科には困難かもしれないが、在宅療養支援診療所の中でさらに点数の高い「機能強化型」も、要件を満たせば届け出ることができる。

機能強化型在支診は、以下の要件を満たした場合に届け出ることができる。

- ① 単独医療機関の場合
 - ・常勤医師3名以上の配置
 - ・過去1年間の緊急往診、休日・夜間・深夜加算を算定する往診の実績が10件以上。

- ・過去 1 年間の在宅看取り実績が 4 件以上、または過去 1 年間の 15 歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績を 4 件以上

② 複数医療機関連携の場合

1) 複数医療機関の合計で以下の要件を満たすこと

- ・常勤医師 3 名以上の配置
- ・過去 1 年間の緊急往診、休日・夜間・深夜加算を算定する往診の実績が 10 件以上
- ・過去 1 年間の在宅看取り実績が 4 件以上

2) 個別の医療機関それぞれが以下の要件を満たしていること

- ・過去 1 年間の緊急往診、休日・夜間・深夜加算を算定する往診の実績が 4 件以上
- ・過去 1 年間の在宅看取り実績が 2 件以上、または過去 1 年間の 15 歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績 2 件以上

令和 4 年度の改定で、機能強化型在支診は、地域ケア会議等に出席するなど、地域支援事業等に係る関係者と連携することが望ましい旨が施設基準に追加された。

在宅療養実績加算

常勤医師が 3 名以上を確保されていないため機能強化型在支診の基準を満たさない在支診、在支病であっても、以下の算定要件を満たせば、在宅療養実績加算 1、2 を算定できる。

在宅療養実績加算 1

過去 1 年間の緊急往診 10 件以上、かつ看取り実績 4 件以上

緊急往診加算、夜間・休日往診加算、深夜往診加算……………	75 点
在宅時医学総合管理料 ……………	300 点
在宅ターミナルケア加算 ……………	750 点

在宅療養実績加算 2

過去 1 年間の緊急往診 4 件以上、かつ看取り実績 2 件以上、かつ緩和ケア研修修了

緊急往診加算、夜間・休日往診加算、深夜往診加算……………	50 点
在宅時医学総合管理料 ……………	200 点
在宅ターミナルケア加算 ……………	500 点

3) 在宅療養支援診療所の届出

- ① 別添 2 特掲診療料の施設基準に係る届出書
- ② 様式 11 在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出添付書類
- ③ 24 時間往診・訪問看護体制について患者に交付する文書(P.73 文章例 2 参照)

以上 3 点を作成の上、「東海北陸厚生局三重事務所」へ提出

届出に必要な書類(P.71 様式集参照)は厚生局ホームページからダウンロードできる。

7. 在宅療養指導管理料

在宅療養指導管理料とは、在宅で各種医療管理(医療的ケア)を行った場合に算定できるもので、それぞれの在宅療養指導管理料には、関連する加算が設定されている。

令和4年度の改定で、在宅ハイフローセラピー指導管理料、在宅舌下神経電気刺激療法指導管理料、在宅喉頭摘出患者指導管理料、在宅抗菌薬吸入療法指導管理料が新設され、33種類となった。

注意事項を以下に挙げる。

- ・月に1回のみ算定できる(加算は2か月に2回のみ算定できる)。
- ・当該指導管理を行った上で、必要かつ十分な量の衛生材料・保険医療材料を支給した場合にのみ算定できる。
- ・複数の指導管理を行っている場合には、主なもの1つに限って算定可能である。ただし、在宅療養指導管理材料加算は、算定していない在宅療養指導管理料に関わる加算も含めて算定可能である。
- ・在宅療養指導管理料は、在宅時医学総合管理料と併算定可能である。ただし、在宅寝たきり患者処置指導管理料は在宅時医学総合管理料とは併算定不可。
- ・在宅療養支援診療所またはそれ以外の医療機関は、在宅療養支援病院※6が行う在宅療養指導管理と異なる指導管理を行った場合、紹介が行われた月に限り、在宅療養指導管理料を算定できる(下記の①から⑩の組み合わせを除く)。
- ・異なる指導管理であっても、同一患者に複数の医療機関が算定することはできない。ただし、15歳未満の人工呼吸器を装着している患者、または15歳未満から引き続き人工呼吸器を装着しており体重が20kg未満の患者に対して、在宅療養後方支援病院※5と連携している医療機関が、在宅療養後方支援病院と異なる在宅療養指導管理を行った場合には、それぞれの医療機関において在宅療養指導管理料を算定できる(下記の①から⑩の組み合わせを除く)。
- ・退院日に入院保険医療機関において在宅療養指導管理料を算定した場合、入院医療機関以外の保険医療機関においても、診療報酬明細書の摘要欄に算定理由を記載することにより、同月に同一の在宅療養指導管理料を算定できる。

※5 在宅療養後方支援病院

以下の施設基準を満たしている病院

- ① 200床以上の病床数を有する。
- ② 入院希望患者(当該病院を緊急時に入院を希望する病院としてあらかじめ当該病院に届け出している患者)について、緊急時にいつでも対応し、必要があれば入院を受け入れること。
- ③ 入院希望患者に対して、在宅医療を提供している医療機関と連携し、3月に1回以上診療情報の交換をしていること。

在宅療養後方支援病院は、在宅での療養を行っている患者の病状の急変等により、保険医療機関からの求めに応じて入院を受け入れた場合、高い在宅患者緊急入院診療加算(2,500点)を算定できる(P.59参照)。

※ 6 在宅療養支援病院

在宅療養支援診療所と同様の体制をもって在宅医療にあたる病院。
地域において半径 4km 以内に診療所が存在しない、または許可病床数が 200 床未満の病院であるなどの施設基準がある。

【 同時算定できない在宅療養指導管理料の組み合わせ 】

① 在宅自己腹膜灌流指導管理料	⇔	在宅血液透析指導管理料
② 在宅酸素療法指導管理料	⇔	在宅人工呼吸指導管理料 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 在宅ハイフローセラピー指導管理料
③ 在宅中心静脈栄養法指導管理料	⇔	在宅成分栄養経管栄養法指導管理料 在宅小児経管栄養法指導管理料
④ 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	⇔	在宅小児経管栄養法指導管理料
⑤ 在宅小児経管栄養法指導管理料	⇔	在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料 在宅寝たきり患者処置指導管理料
⑥ 在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料	⇔	在宅寝たきり患者処置指導管理料
⑦ 在宅人工呼吸指導管理料	⇔	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 在宅ハイフローセラピー指導管理料
⑧ 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	⇔	在宅ハイフローセラピー指導管理料
⑨ 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料	⇔	在宅自己疼痛管理指導管理料
⑩ 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料	⇔	在宅自己疼痛管理指導管理料
⑪ 在宅寝たきり患者処置指導管理料	⇔	在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料

小児在宅医療でよく算定されている在宅療養指導管理料として

(1) 呼吸機能系

在宅酸素療法指導管理料

チアノーゼ型先天性心疾患	520 点
その他の場合	2,400 点

在宅人工呼吸指導管理料 2,800 点

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 1 2250 点

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 2 250 点

在宅気管切開患者指導管理料 900 点

(2) 栄養摂取機能系

在宅中心静脈栄養法指導管理料 3,000 点

在宅成分栄養経管栄養法指導管理料 2,500 点

対象患者：経口摂取不能または著しく困難な者に対して、エレンタール、エレンタール P、ツインライン NF の 3 薬品を使用している場合に限られる。

在宅小児経管栄養法指導管理料 1,050 点

対象患者：諸種の原因によって経口摂取が著しく困難な 15 歳未満の患者又は 15 歳以上の患者であって経口摂取が著しく困難である状態が 15 歳未満から継続しているもの(体重が 20kg 未満である場合に限る)。

在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料 2,500 点
 対象患者：経口摂取が著しく困難なため胃瘻を造設しており、医師が必要を認め、胃瘻造設術後 1 年以内に当該栄養法を開始するもの。最初の算定日から 1 年に限り算定できる。

(3) 排泄機能系

在宅自己腹膜灌流指導管理料 4,000 点
 在宅自己導尿指導管理料 1,400 点

(4) その他

在宅寝たきり患者処置指導管理料 1,050 点
 対象患者：創傷処置等を行っている寝たきり(準じるものを含む)の患者が対象。創傷処置等とは、気管内ディスポーザブルカテーテル交換、鼻腔栄養、留置カテーテル設置、喀痰吸引などを必要としている状態を含む。この指導管理料だけ、在宅時医学総合管理料と併算定できない。

在宅悪性腫瘍等患者指導管理料 1,500 点

他に、退院前在宅療養指導管理料※7、在宅自己注射指導管理料、在宅小児低血糖症患者指導管理料、在宅妊娠糖尿病患者指導管理料、在宅血液透析指導管理料、在宅ハイフローセラピー指導管理料、在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料、在宅自己疼痛管理指導管理料、在宅振戦等刺激装置治療指導管理料、在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料、在宅仙骨神経刺激療法指導管理料、在宅舌下神経電気刺激療法指導管理料、在宅肺高血圧症患者指導管理料、在宅喉頭摘出患者指導管理料、在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料、在宅植込型補助人工心臓(非拍動流型)指導管理料、在宅経腸投薬指導管理料、在宅腫瘍治療電場療法指導管理料、在宅経肛門的自己洗腸指導管理料、在宅中耳加圧療法指導管理料、在宅抗菌薬吸入療法指導管理料がある。

※7 退院前在宅療養指導管理料 120 点
 乳幼児加算 200 点

入院患者が在宅療養に備えて一時的に外泊するにあたり指導管理を行った場合に、外泊の初回 1 回に限り算定する。この在宅療養指導管理料に関しては、病院側のみが算定できる。

在宅療養指導管理材料加算

(1) 在宅酸素療法指導管理料と関連して

酸素ボンベ加算

携帯用酸素ボンベ 880 点
 その他の酸素ボンベ 3,950 点
 酸素濃縮装置加算 4,000 点
 液化酸素装置加算
 設置型液化酸素装置 3,970 点

携帯型液化酸素装置	880 点
呼吸同調式デマンドバルブ加算	291 点
在宅酸素療法材料加算	
チアノーゼ型先天性心疾患	780 点
その他の場合	100 点
乳幼児呼吸管理材料加算	1,500 点
(2) 在宅人工呼吸指導管理料と関連して	
人工呼吸器加算	
陽圧式人工呼吸器（気管切開口を介した陽圧式人工呼吸器）	7,480 点
人工呼吸器（鼻マスク、顔マスクを介した呼吸器）	6,480 点
陰圧式人工呼吸器	7,480 点
排痰補助装置加算	1,829 点
乳幼児呼吸管理材料加算	1,500 点
(3) 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料と関連して	
在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算	
ASV を使用した場合	3,750 点
CPAP を使用した場合	1,000 点
在宅持続陽圧呼吸療法材料加算	100 点
乳幼児呼吸管理材料加算	1,500 点
(4) 在宅気管切開患者指導管理料と関連して	
気管切開患者用人工鼻加算	1,500 点
(5) 栄養摂取と関連して	
在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算	2,000 点
注入ポンプ加算	1,250 点
在宅経管栄養法用栄養管セット加算	2,000 点
(6) 在宅自己導尿指導管理料と関連して	
特殊カテーテル加算	
・再利用型カテーテル	400 点
・間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル	
イ 親水性コーティングを有するもの	
①60 本以上 90 本未満の場合	1,700 点
②90 本以上 120 本未満の場合	1,900 点
③120 本以上の場合	2,100 点
ロ イ以外のもの	1,000 点

特定保険医療材料とは

特定保険医療材料とは、医療材料の支給に要する費用が診療報酬とは別途に定められている医療材料である。在宅医療に用いる特定保険医療材料に当てはまるものは、個々の医療機関で算定し提供する、もしくは処方箋に基づく保険薬局からの交付が可能である。在宅医療に関しては、下記のものに関して算定が可能である。

(1) 在宅寝たきり患者処置用気管内ディスポーザブルカテーテル(気管切開カニューレ) ・一般型

① カフ付き気管切開チューブ

カフ上部吸引機能あり・一重管 4,110 円

カフ上部吸引機能あり・二重管 5,790 円

カフ上部吸引機能なし・一重管 3,800 円

カフ上部吸引機能なし・二重管 6,080 円

② カフなし気管切開チューブ 4,080 円

・輪状甲状膜切開チューブ 2,740 円

・保持用気管切開チューブ 6,140 円

通常新生児に用いられる気管切開カニューレは、一般型・カフなし気管切開チューブであることが多い。

保持用気管切開チューブとは、レティナ(高研)のようなボタン型のものを指す。

(2) 在宅寝たきり患者処置用栄養用ディスポーザブルカテーテル(経鼻胃管など)

・経鼻用

① 一般用(下記以外) 183 円

② 乳幼児用・一般型(8Fr以下・80cm以下) 94 円

③ 乳幼児用・非DEHP型(同上) 147 円

④ 経腸栄養用(先端におもり又はオリーブあり) 1,630 円

⑤ 特殊型(胃内ドレナージ用腔あり) 2,110 円

・腸瘻用 3,880 円

(3) 交換用胃瘻カテーテル

・胃留置型

①バンパー型

ア ガイドワイヤーあり 21,700 円

イ ガイドワイヤーなし 16,500 円

②バルーン型 7,480 円

・小腸留置型

①バンパー型 26,500 円

②一般形 15,800 円

特定保険医療材料に含まれない衛生材料

上記の特定保険医療材料に含まれない衛生材料(例.ガーゼ、吸引チューブ、カテーテルチップ(経管栄養用シリンジ)、注射用シリンジ、アルコール綿など)の提供に必要なコストは、指導管理料に含まれるため別途請求はできない。自院で衛生材料の提供体制の確保を行うことが難しい場合には、薬局などの外部機関で対応可能なところがあれば、提供を委託することが可能である。その場合、指導管理料を算定している医療機関は、外部機関に対して必要なコストを支払う必要がある。また、従来、医療機関からの提供される衛生材料が分量ではなく、患者や訪問看護ステーションが負担して購入するケースが多いことが問題視されていた。この改善のため、訪問看護ステーションが必要な衛生材料の量を訪問看護計画書とともに記載し、また使用実績についても訪問看護報告書とともに記載し、主治医に報告することとなった。医療機関はこれらに基づいて衛生材料の必要量を判断した上で、患者への提供の体制を整えることとなる。しかし、医療依存度の高い小児においては、ケアの個別性が高く、在宅での使用が一般的ではない衛生材料や、高価な衛生材料の提供を前提とした退院調整が行われることが少なくない。この点については退院前カンファレンスなどで、一般的で安価な衛生材料に置き換え可能である場合には変更することも相談されるとよい。

特定保険医療材料を使用する在宅医療処置料の算定

		処置料の算定 (物品算定以外)
気管切開術後カニューレ交換		×
※ 在宅気管切開患者指導管理にあたって気管切開チューブを患者に支給した場合は「在宅寝たきり患者処置用気管切開後留置用チューブ」を準用して算定可。		
経鼻経管栄養	EDチューブ交換	×
	NG (MG) チューブ交換	
※ 「C105-2 在宅小児経管栄養法指導管理料」「C105-3 在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料」と合わせ「C162 在宅経管栄養法用栄養管セット加算」を算定している場合、経鼻チューブの費用は栄養セット加算に含まれ算定不可。		
胃瘻カテーテル交換	J043-4 経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法 (200点)	
腸瘻カテーテル交換		
※胃瘻(腸瘻)カテーテル交換後の確認を画像診断又は内視鏡等を用いて行った場合に限り算定。その際行われる画像診断及び内視鏡等の費用も算定可。		
導尿	J064 導尿 (尿道拡張を要するもの) (40点)	
	J065 間歇的導尿 (1日につき) (150点)	
※ 「C002 在宅時医学総合管理料」「C106 在宅自己導尿指導管理料」「C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料」を算定している場合は、J064 導尿 (尿道拡張を要するもの) の費用は算定不可。 ※J065 間歇的導尿 は、脊椎損傷の急性期の尿閉、骨盤内の手術後の尿閉の患者に対し、排尿障害の回復の見込みのある場合に行うもので、6月間を限度として算定。		

VI. 連携における診療報酬

多職種連携を推進するために、在宅側及び病院側が算定できる診療報酬がある。

算定者	
在宅側	病院側
在宅患者訪問診療料(Ⅰ) 2 退院時共同指導料Ⅰ 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 退院時共同指導料 2 在宅患者緊急入院加算
診療情報提供料(Ⅰ) 訪問看護指示料 介護職員等喀痰吸引等指示料	

1. 在宅患者訪問診療料(Ⅰ) 2 <在宅側が算定>

- | | |
|--------------|-------|
| 1) 同一建物居住者以外 | 884 点 |
| 2) 同一建物居住者 | 187 点 |

在宅時医学総合管理料を算定している医療機関の依頼を受けて、計画的な医学管理の下に訪問診療を行った場合に、その依頼を受けた(複数の)医療機関で算定が可能である。1回の依頼に対し、末期の悪性腫瘍や神経難病等の患者を除き、6か月以内に限り、月1回を限度として算定する。ただし、6か月を超えて引き続き訪問診療が必要と判断される場合(その診療科の医師によらなければ困難な診療等)においては、改めて依頼を行うことで継続可能である。また、令和2年の改定で、他医療機関との間で情報共有し、他医療機関の主治医が診療状況を把握したうえで訪問診療を依頼した場合には、6か月を超えても引き続き当該診療料が算定できることが明確化された。

2. 退院時共同指導料

退院前カンファレンスに参加し、入院医療機関の職員と在宅療養を行う医療機関の職員とが共同し、文書を用いて患者の退院後に必要な療養上の留意点などを説明・指導することを評価する診療報酬項目である。

令和4年度の改定で、共同指導について、原則対面ではなく、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施してもよいこととされた。

1) 退院時共同指導料Ⅰ <在宅側が算定>

- | | |
|---|---------|
| 1. 在宅療養支援診療所の場合 | 1,500 点 |
| 2. 1 以外の場合 | 900 点 |
| 3. 特別管理指導加算(在宅酸素療法、在宅人工呼吸管理、在宅中心静脈栄養、在宅成分栄養など、厚生労働大臣が定める特別な管理を要する状態(P.34 別表第八参照)の患者の場合) | 200 点 |

原則、入院中 1 回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等(P.35 別表第三の一の三参照)の患者については、2 回まで算定できる。

- 2) 退院時共同指導料 2 <病院側が算定> 400 点
 - 1. 病院側医師と在宅側医師が共同でおこなった場合(加算) 300 点
 - 2. 多機関共同指導加算(病院側医師と対 3 者以上が共同で行った場合) 2,000 点

原則、入院中 1 回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等(P.35 別表第三の一の三参照)等の患者については、2 回まで算定できる。

令和 4 年度の改定で、多機関共同指導加算における共同指導について、ビデオ通話が可能で機器を用いて実施する場合、関係者全員がビデオ通話でもよいこととされた。

3. 在宅患者緊急時等カンファレンス料<在宅側が算定> 200 点

患者の急変等に伴い、在宅療養を担う保険医とその他の関係職種の合計 3 者以上で、共同でカンファレンスを行った場合に算定できる。

原則として患家を訪問して実施する。当該カンファレンスで共有した利用者の診療情報等を踏まえ、それぞれの職種が、患者またはその家族等に対して療養上必要な指導を行った場合に、月 2 回に限り算定する。

4. 在宅患者共同診療料<病院側が算定>

- 1) 往診の場合 1,500 点
- 2) 訪問診療の場合(同一建物居住者以外) 1,000 点
- 3) 訪問診療の場合(同一建物居住者) 240 点

在宅療養後方支援病院(施設基準: P.52※ 5 在宅療養後方支援病院 参照)が、在宅医療を提供する医療機関からの求めに応じて共同で往診、訪問診療を行った場合に算定する。

最初に算定を行った日から起算して 1 年間に 2 回までに限り算定する。ただし、15 歳未満の人工呼吸器装着患者、15 歳未満から引き続き人工呼吸を実施しており体重が 20kg 未満の患者、または神経難病等の患者については、1 年に 12 回まで算定できる。

5. 在宅患者緊急入院診療加算<病院側が算定>

緊急受け入れ医療機関が、入院初日に限り算定できる。

- 1) 在宅管理が在支診(病)で、緊急受け入れ先が連携する在支診(病)または在宅療養後方支援病院の場合 2,500 点
- 2) 在宅管理が在支診(病)で、緊急受け入れ先が在支診(病)以外の連携医療機関の場合 2,000 点
- 3) 1 及び 2 以外の場合 1,000 点

6. 診療情報提供料(I)＜両者が算定＞

250 点

病診連携を目的として、保険医療機関間、保険医療機関と保健所や保険薬局等の中で、患者の同意を得て、診療状況を示す文章を添えて患者を紹介した場合、紹介した側の保険医療機関にて算定できる。

療養情報提供加算＜在宅側が算定＞ 50 点

患者が入院する際に、患者の同意の下、定期的に 訪問看護を行っている訪問看護ステーションから提供された情報を添付して紹介を行った場合に算定する。

※主治医から医療的ケア児が通園・通学する保育所や学校等の担当医等に対し、保育所・学校生活を送るに当たり必要な情報を提供した場合、診療情報提供料(I)を算定できる。

※主治医又は主治医と連携する他の医療機関の医師から、保険薬局へ診療に基づき在宅患者訪問薬剤管理指導を指示する場合、指示の様式等は決まりがないため、処方箋の備考欄にコメントとして指示内容を記載する形でも良いが、それでは診療報酬上点数はつかない。医師の指示については、指導に必要な診療情報を合わせて提供した場合、診療情報提供料(I)を算定できる。

指示を受けた保険薬局側は、訪問薬剤管理指導を実施することで、在宅患者訪問薬剤管理指導料が(さらに6歳未満の乳幼児であれば乳幼児加算(100点)、医療的ケア児であれば小児特定加算(450点)も)算定できる。

診療・調剤報酬の在宅患者訪問薬剤管理指導料		
基本報酬	単一建物居住者が1人	650点
	単一建物居住者が2～9人	320点
	単一建物居住者が10人以上	290点
各種加算	乳幼児加算(6歳未満の乳幼児が対象)	100点/回
	小児特定加算(医療的ケア児または家族が対象)	450点/回

※主治医が歯科診療の必要性を認め、歯科側に診療状況を示す文章を添えて患者を紹介した場合、紹介した側の保険医療機関にて診療情報提供料(I)を算定できる。また、歯科訪問診療の必要性を認めた患者の情報を提供した場合、歯科医療機関連携加算Ⅰ(100点)も算定できる。

患者を紹介された歯科側は、歯科訪問診療の際、口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、摂食機能障害に対する訓練や、口腔機能低下症への指導管理等を実施した場合、小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料(600点)を算定できる。

7. 訪問看護指示料＜両者のいずれかで算定＞

300 点

訪問看護ステーションから訪問看護を必要とする患者に対し、月1回を限度として訪問看護指示書(有効期間:6か月以内)を交付したときに算定できる。退院前カンファレンスで病院側、在宅側(診療所)のどちらが書くかを確認しておく必要がある。

令和4年度の改定で、訪問看護ステーションの理学療法士等を訪問させる場合は、実施時間及び実施頻度を記載することとされた。

手順書加算 150 点

令和 4 年度の改定で新設された。訪問看護ステーションに対して、医師が特定行為の実施に係る手順書を交付した場合に、6 カ月に 1 回算定する。

8. 介護職員等喀痰吸引等指示料<両者のいずれかで算定> 240 点

主治医が診療に基づき、指定居宅サービス事業者(訪問介護、訪問入浴介護、通所介護等)や特別支援学校等の学校、その他別に厚生労働大臣が定めるものによる口腔内や気管カニューレ内部の喀痰吸引等の行為を認め、事業所に対して指示書(P.71 様式集 参照：有効期限 6 か月以内)を交付した場合に、3 か月に 1 回に限り算定できる。異なる機関宛に作成する場合でも、3 か月以上空けないと算定できない。

【令和4年度改定に際しての小児在宅医療における主な変更点】

1) B001-2 小児科外来診療料

- (1) 施設基準に係る届出が不要となった。ただし、小児科を標榜する医療機関であることが求められることに変更はない。
- (2) 医学管理等の通則に新設された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は、診療所において当該加算の要件を満たせば診療料と併せて算定できることとされた。

2) B004 退院時共同指導料 1、B005 退院時共同指導料 2

(退院時共同指導料 1、2 共通)

- (1) 医療従事者等により実施される共同指導について、原則対面ではなく、ビデオ通話が可能で機器を用いて実施してもよいこととされた。

(退院時共同指導料 2)

- (2) 多機関共同指導加算における共同指導について、従前はビデオ通話が可能で機器を用いて実施する場合には、在宅療養担当医療機関等のうち2者以上は、入院医療機関に赴く必要があったが、その要件が削除され、関係者全員がビデオ通話でもよいこととされた。

3) 在宅療養支援診療所

- (1) すべての在宅療養支援診療所の施設基準に、「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」等の内容を踏まえた看取りに関する指針を定めることが追加された。令和4年3月31日において、届出を行っている場合は、令和4年9月30日までは当該基準に該当するとみなされるが、再度届出が必要である。
- (2) 機能強化型の在宅療養支援診療所は、地域ケア会議等に出席するなど、地域支援事業等に係る関係者と連携することが望ましい旨が施設基準に追加された。

4) C000 往診料

- (1) 緊急往診加算の対象に、15歳未満の小児(小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満)であって、低体温、けいれん、意識障害、急性呼吸不全等が予想される場合が追加された。

5) C001 在宅患者訪問診療料(I)、C001-2 在宅患者訪問診療料(II)

- (1) 在宅医療の通則に新設された外来感染対策向上加算、連携強化加算及びサーベイランス強化加算は在宅患者訪問診療料(I)又は(II)を算定した場合においても算定できるとされた。ただし、同月に初・再診料や他の点数で外来感染対策向上加算等を算定した場合は加算できない。
- (2) 初・再診料等に新設された「情報通信機器を用いた場合」の点数は在宅患者訪問診療料(I)(II)と同月に算定できることとされた。

6) C002 在宅時医学総合管理料

- (1)在宅時医学総合管理料の「月2回訪問診療をしている場合」「月1回訪問診療をしている場合」の点数が再編され、訪問による対面診療と情報通信機器による診療を組み合わせた点数が新設された。これにより、在宅医学総合管理料のオンライン在宅管理料は廃止された。
- (2)継続診療加算が在宅療養移行加算「1」「2」に再編された。従前の継続診療加算の要件を満たす場合は「1」を、地域の医師会又は市町村が構築する当番医制等に参加し、24時間連絡体制など必要な在宅医療体制を確保して診療した場合は「2」を算定する。
- (3)在宅データ提出加算(50点)(要届出)が新設された。診療報酬の請求状況や診療の内容に関するデータを継続して提出している場合に算定する。

7) C003 在宅がん医療総合診療料

- (1)「注6」小児加算(1,000点)：15歳未満の小児（小児慢性特定疾病医療支援の対象は20歳未満の者）に対して総合的な医療を提供した場合に、週1回に限り加算。
- (2)在宅データ提出加算(50点)(要届出)が新設された。診療報酬の請求状況や診療の内容に関するデータを継続して提出している場合に算定する。

8) C005 在宅患者訪問看護・指導料等

- (1)専門管理加算(250点)(要届出)が新設された。緩和ケア、褥瘡ケア若しくは人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師又は特定行為研修を修了した看護師が、専門的な管理が必要な対象患者に訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合に月1回算定できる。
- (2)「3 専門の研修を受けた看護師による場合(月1回)」の同行訪問できる看護師について、特定行為研修修了者(創傷管理関連)が追加された。
- (3)緊急時等カンファレンス加算について、最低でも1者が患家にてカンファレンスに参加すれば、その他の関係者はビデオ通話が可能な機器での参加でもよいこととされた。
- (4)複数名訪問看護・指導加算について、看護師と他の看護師等が週2日以上同行した場合でも看護補助者が同行した場合の加算が算定できることとされた。

9) C007 訪問看護指示料

- (1)訪問看護指示書の様式が変更され、訪問看護ステーションの理学療法士等を訪問させる場合は、実施時間及び実施頻度を記載することとされた。
- (2)訪問看護指示料に手順書加算(150点)が新設された。訪問看護ステーションに対して、医師が特定行為の実施に係る手順書を交付した場合に、6カ月に1回算定する。

10) C011 在宅患者緊急時カンファレンス料

在宅患者緊急時カンファレンス料について、最低でも1者が患家にてカンファレンスに参加すれば、その他の関係者はビデオ通話が可能な機器での参加でもよいこととされた。

11) C014 外来在宅共同指導料

外来在宅共同指導料が新設された。外来医療から在宅医療に移行するに当たり、患者等において、外来医療を担う医師と在宅医療を担う医師が連携して指導等を実施した場合に、在宅医療側は「1」(400点)を外来医療側は「2」(600点)を算定する。

12) 在宅医療の「通則」

在宅医療の通則の加算として外来感染対策向上加算(6点)が新設された。初・再診料の同加算を届け出た診療所において、在宅患者訪問診療料、在宅患者訪問看護・指導料等を算定した場合、月1回算定できるとされた(連携強化加算・サーベイランス強化加算も同様)。ただし、同月に初・再診料や他の点数にて外来感染対策向上加算を算定した場合、在宅患者訪問診療料等では算定できない。

Ⅶ. まとめ

小児在宅医療の診療報酬を上手に算定するポイント

1) 退院前カンファレンスも忘れずに算定を(P.58 参照)

退院時共同指導料 1 (在宅側が算定)	900 点
	(ただし、在宅療養支援診療所 1,500 点)
特別管理指導加算	200 点
	(別表第八(P.34 参照)の状態を有する者)
退院時共同指導料 2 (病院側が算定)	400 点
医師加算	300 点
多機関共同指導加算	2,000 点

退院前カンファレンスの詳細については、Ⅳ.在宅移行と退院前カンファレンス(P.32～)を参照のこと。

2) 必ず、届出して、在宅時医学総合管理料を算定しよう

届出は比較的簡易です(P.46 参照)

在宅時医学総合管理料の算定時には、条件を満たしていれば加算点数(在宅移行早期加算 100 点、頻回訪問加算 600 点)をコマメに算定を。

在宅療養指導管理料を算定している患者(他の保険医療機関で算定している患者を含む)については、小児科外来診療料の算定対象とならないので、医療的ケアを受けている児(在宅療養指導管理料算定児)では、月 1 回以上の訪問診療を行っていれば在宅時医学総合管理料が算定可能である(P.3 参照)。ぜひ届出して算定を。

また、在宅療養支援診療所以外の診療所が、単独または連携医療機関との連携により 24 時間の往診体制をとっている患者には、在宅時医学総合管理料に 216 点の「在宅療養移行加算」を算定できる。

3) 在宅療養指導管理料が算定できる症例なら、診療所でも算定を

人工呼吸器を装着している小児患者等に対して、「在宅療養後方支援病院」と「在宅療養後方支援病院と連携する他の医療機関」がそれぞれ異なる在宅療養指導管理料を行った場合(例えば在宅人工呼吸指導管理料と在宅小児経管栄養法指導管理料)、それぞれの医療機関において在宅療養指導管理料が算定可能である。在宅時医学総合管理料と併算定でき、この診療報酬も積極的に算定を(P.53 参照)。ただし、在宅寝たきり患者処置指導管理料(P.54 参照)は在宅時医学総合管理料とは併算定できないので注意を。

在宅時医学総合管理料を届出していない場合で、患児が寝たきりまたは寝たきりに準じる状態で、創傷処置、気管切開カニューレ交換、軟膏処置、留置カテーテル設置、膀胱洗浄、導尿、鼻腔栄養、ストーマ処置、喀痰吸引等の指導管理を行っていれば、在宅寝たきり患者処置指導管理料 1,050 点の算定を。

4) さらに、在宅療養支援診療所を届出して、より高い点数 の在宅時医学総合管理料の算定を

在宅時医学総合管理料を届出していて、患児宅に携帯電話番号等の24時間対応連絡先を教え、訪問看護ステーション(24時間対応体制加算届出ステーション)や病院と連携して24時間体制をとっているなら、在宅療養支援診療所(機能強化型以外)を届出して、より高い点数の在宅時医学総合管理料の算定を。

在宅療養支援診療所の届出も以前に比べ簡易になっている。在宅がん医療総合診療料と併せての届出となり戸惑いがあるかもしれないが、小児科医でももちろん算定可能である(P.51 参照)。

5) 夜間・休日・深夜の往診は加算の算定を(P.42 参照)

夜間・休日・深夜に往診した場合には、夜間・休日・深夜加算も算定可能である。また、往診、訪問診療ともに診療時間が1時間を超えた場合には、30分又はその端数を増すごとに100点を所定点数に加算できる患者診療時間加算もあるので、忘れずに算定を。

6) 往診、訪問診療での交通費は実費で請求でき、可能なら請求を (P.43 参照)

付 録

1. (1) 訪問看護基本療養費	68
(2) 訪問看護基本療養費の加算	68
2. (1) 訪問看護管理療養費（訪問看護ステーションのみ）	69
(2) 訪問看護管理療養費の加算	69
3. 訪問看護情報提供療養費	70

訪問看護療養費(訪問看護ステーション) (医療保険)

訪問看護ステーションの医療保険による費用は、訪問看護基本療養費に訪問看護管理療養費を加えた費用で算定される。さらに、他にも要件に応じて算定できる加算がある(主要な点のみ述べる)。また、費用は医療保険から出ているが、診療報酬とは別枠となり、医科診療報酬点数表には記載されていない。

1. (1) 訪問看護基本療養費

令和4年度改定にて、褥瘡ケアに係る専門の研修に特定行為研修が追加された。

図表1(1) (参考:小児在宅医療における訪問看護の報酬)

訪問看護ステーション	病院・診療所
訪問看護基本療養費 (I)	C005 在宅患者訪問看護・指導料
イ 保健師・助産師・看護師 (1) 週3日まで 555単位 (2) 週4日以下 655単位	1 保健師・助産師・看護師 イ 週3日まで 580点 ロ 週4日以下 680点
ロ 准看護師 (1) 週3日まで 505単位 (2) 週4日以下 605単位	2 准看護師 イ 週3日まで 530点 ロ 週4日以下 630点
ハ 緩和ケア・褥瘡ケア専門看護師 1285単位/月 ニ 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 555単位	3 緩和ケア・褥瘡ケア専門看護師 1285点/月
訪問看護基本療養費 (III) 850単位	C100 退院前在宅療養指導管理料 120点
・外泊中の訪問看護に対し、原則入院中1回算定。	・入院中の患者が在宅療養に備えて一時的に外泊するに当たり、当該在宅療養に関する指導管理を行った場合。 ・6歳未満乳幼児加算 200点

※算定は週3日を限度とするが、特別訪問看護指示書の指示期間は4日以上算定可能。

(2) 訪問看護基本療養費の加算

令和4年度改定にて、複数名訪問看護加算(複数名訪問看護・指導加算)における看護補助者が同行する場合の加算について、看護師等が同行する場合も算定可とされた。

図表1(2) (参考:小児在宅医療における訪問看護の報酬)

訪問看護ステーション (訪問看護基本療養費 (I) の加算)	病院・診療所 (C005 在宅患者訪問看護・指導料の加算)
難病等複数回訪問加算 1日に2回訪問 450単位 1日に3回以上訪問 800単位	注3 難病等複数回訪問加算 1日に2回訪問 450点 1日に3回以上訪問 800点
緊急訪問看護加算 (1日につき) 265単位	注4 緊急訪問看護加算 (1日につき) 265点
長時間訪問看護加算 (週1日につき) 520単位	注5 長時間訪問看護・指導加算 (週1日につき) 520点
乳幼児加算 (6歳未満・1日につき) 150単位	注6 乳幼児加算 (6歳未満・1日につき) 150点
複数名訪問看護加算 看護師が他の保健師・助産師・看護師と 450単位 他の准看護師と 380単位 看護補助者と (1回/1日) 300単位 看護補助者と (2回/1日) 600単位 看護補助者と (3回以上/1日) 1000単位	注7 複数名訪問看護・指導加算 イ 看護師が他の保健師・助産師・看護師と 450点 ロ 他の准看護師と 380点 ハ 看護補助者と (1回/1日) 300点 ニ 看護補助者と (2回/1日) 600点 ホ 看護補助者と (3回以上/1日) 1000点
夜間・早朝訪問看護加算 210単位 深夜訪問看護加算 420単位	注12 夜間・早朝訪問看護加算 210点 深夜訪問看護加算 420点

2. (1) 訪問看護管理療養費（訪問看護ステーションのみ）

令和4年度改定にて、機能評価型訪問看護管理療養費1及び2について、他の訪問看護ステーション等に対する研修等の実施及び相談の対応実施を必須の要件とするとともに、評価が見直された。

図表2(1)（参考：小児在宅医療における訪問看護の報酬）

	看護職員の数・割合	重症者 訪問	ターミナル ケア件数	月の初日の 訪問の場合※3
機能強化型訪問看護 管理療養費1※1	常勤7人以上 (1人は非常勤職員を常勤換算可) ・6割以上	月10人 以上	年20件以上	12,830円
機能強化型訪問看護 管理療養費2※1	常勤5人以上 (1人は非常勤職員を常勤換算可) ・6割以上	月7人 以上	年15件以上	9,800円
機能強化型訪問看護 管理療養費3※1	常勤4人以上・6割以上	月10人 以上※2	—	8,470円
上記以外の訪問看護管理療養費				7,440円

※1 機能強化型1・2については居宅介護支援事業所又は特定相談支援事業所又は障害児相談支援事業所の設置が必要。

※2 他の訪問看護ステーションと共同している患者も含む

※3 月の2日目以降の訪問の場合3,000円

(2) 訪問看護管理療養費の加算

令和4年度改定にて、退院日の利用者の状態及び訪問看護の提供状況に応じた評価を行う観点から、退院日に看護師等が長時間の退院支援指導を行った場合を評価し、「退院支援指導加算 840単位」が新設された。

また、専門の研修を受けた看護師が、専門的な管理を含む訪問看護を実施する場合を評価し「専門管理加算」が新設された

図表2(2)（参考：小児在宅医療における訪問看護の報酬）

訪問看護ステーション (訪問看護管理療養費の加算)		病院・診療所 (C005 在宅患者訪問看護・指導料の加算)	
24時間対応体制加算	640単位		
特別管理加算		在宅移行管理加算	
特別な管理のうち重症度等の高い場合	500単位	特別な管理のうち重症度等の高い場合	500点
特別な管理を要する場合	250単位	特別な管理を要する場合	250点
退院時共同指導加算	800単位	退院前訪問看護指導料	580点
特別管理指導加算（退院時共同指導加算対象者）	200単位	B004 退院時共同指導料Iの加算	200点
退院支援指導加算（退院した当日の訪問看護の評価）	600単位		
※別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、 長時間にわたる療養上必要な指導を行ったとき。	840単位		
退院直後の訪問看護の評価 (医療依存度の高い状態の患者について、特別訪問看護指示書に基づき14日間に限り訪問看護を提供)			
在宅患者連携指導加算	300単位	在宅患者連携指導加算	300点
在宅患者緊急時等カンファレンス加算	200単位	在宅患者緊急時等カンファレンス加算	200点
看護・介護職員連携強化加算	250単位	看護・介護職員連携強化加算	250点
専門管理加算		専門管理加算	
イ 緩和ケア、褥瘡ケア等の研修を受けた看護師	250単位	イ 緩和ケア、褥瘡ケア等の研修を受けた看護師	250点
ロ 特定行為研修を修了した看護師	250単位	ロ 特定行為研修を修了した看護師	250点

3. 訪問看護情報提供療養費

令和4年度改定で、訪問看護情報提供療養費1・2において、算定対象が18歳未満の児童に拡大された。訪問看護情報提供療養費1について、情報提供先に指定特定相談支援事業者及び指定障害児相談支援事業者が追加された。訪問看護情報提供療養費2について、情報提供先に高等学校等が追加された。

図表3

	算定要件	
情報提供療養費1	別に厚生労働大臣が定める疾病等※5の患者について、市町村からの求めに応じて情報提供を行った場合	1,500円 (月1回に限り)
情報提供療養費2	別に厚生労働大臣が定める疾病等※5の患者が学校へ通学する際に、求めに応じて訪問看護の状況を示す文書を添えて必要な情報提供を行った場合	1,500円 (各年度1回に限り※6)
情報提供療養費3	患者が入院する際、当該保険医療機関に指定訪問看護に係る情報提供を行った場合	1,500円 (月1回に限り)

※5 P.35 別表第三の一の三参照

※6 入園時、医療的ケアの実施方法等の変更の場合等の月は別に1回算定可。

別表第七 在宅患者訪問診療料、在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護
・指導料に規定する疾病等

- ①末期の悪性腫瘍
- ②多発性硬化症
- ③重症筋無力症
- ④スモン
- ⑤筋萎縮性側索硬化症
- ⑥脊髄小脳変性症
- ⑦ハンチントン病
- ⑧進行性筋ジストロフィー症
- ⑨パーキンソン病関連疾患
進行性核上性麻痺
大脳皮質基底核変性症
パーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。)
- ⑩多系統萎縮症
線状体黒質変性症
オリブ橋小脳萎縮症
シャイ・ドレーガー症候群
- ⑪プリオン病
- ⑫亜急性硬化性全脳炎
- ⑬ライソゾーム病
- ⑭副腎白質ジストロフィー
- ⑮脊髄性筋萎縮症
- ⑯球脊髄性筋萎縮症
- ⑰慢性炎症性脱髄性多発神経炎
- ⑱後天性免疫不全症候群
- ⑲頸髄損傷
- ⑳人工呼吸器を使用している状態

様式集

様式集一覧

在宅療養計画書（在宅療養同意書）文章例 1	72
緊急時の連絡方法について（在宅療養支援診療所用）文章例 2	73
緊急時の連絡方法について（その他の医療機関用）文章例 3	74
介護職員等喀痰吸引等指示書	75
在宅時医学総合管理料の施設基準に係る届出	76～77
在宅がん医療総合診療料の施設基準に係る届出	78～79
在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出	80～90
在宅療養後方支援病院の施設基準に係る届出	91～93
機能強化加算の施設基準に係る届出（※1）	94～96

入手方法

在宅療養計画書と緊急時の連絡方法について（2種類）は、文章例である。

※1 機能強化加算は 基本診療料の届出様式に、残りは 特掲診療料の届出様式に掲載されている。

届出に必要な書類は、東海北陸厚生局ホームページからダウンロードできる。

文書例 1

在宅療養計画書 (在宅療養同意書) 説明日 年 月 日

(医療機関名)

(医師氏名)

(ふりがな)		性別	生年月日
患者氏名		男・女	S・H 年 月 日
病名			
現在の状態			
診療計画	毎月__回を予定して訪問診療を行い、状態のチェックや処方、下記の管理などを実施いたします。体調の変化時など必要に応じて、臨時往診で対応いたします。		
在宅医療管理 ■：当院 ✓：病院	<input type="checkbox"/> 人工呼吸 (機種：) <input type="checkbox"/> 気管切開 (カニューレ：) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 (機種：) <input type="checkbox"/> 経管栄養 (胃瘻・経鼻胃管・その他) <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 (内容) <input type="checkbox"/> 自己導尿 () <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> ()		
連携先機関	訪問看護 (: tel) (: tel) 病院主治医 (: tel) (: tel) (: tel)		
緊急連絡先	医療機関名： 診療時間内： 診療時間外：		

上記説明を読み、在宅療養計画および在宅診療を受けることに同意します

患者氏名 _____ (家族 _____ 続柄 _____)

文書例2 (在宅療養支援診療所用)

緊急時の連絡方法について

1. 当診療所は在宅療養支援診療所として登録しています。緊急時は下記まで連絡してください(24時間常時対応いたします)。

診療時間内	担当医師
	担当看護師
	連絡先
診療時間外	(当院緊急時対応連絡先)
	担当医師 連絡先
	担当看護師 連絡先

連携医療機関(主治医の対応が困難な場合は連携医師が対応することがあります)。

(医療機関名)

担当医師
連絡先

2. 当院は下記の緊急入院先および24時間対応訪問看護ステーションと連携しております。

(医療機関名)

担当医師
連絡先

(訪問看護ステーション名)

担当看護師
連絡先

※他の医療機関への受診や訪問看護ステーションの利用を希望される場合はお申し付け下さい。

*ご質問、ご不明な点がございましたら、いつでもお尋ねください。

年 月 日

(医療機関名)

院 長

住 所

電 話 番 号

文書例3 (その他の医療機関用)

緊急時の連絡方法について

当診療所は、かかりつけ医として患者様の医学的な管理を行うにあたり、在宅時医学総合管理料を算定しております。もし体調が悪くなった場合には、下記までご連絡のうえ、医師や看護師の指示に従ってください。

(医療機関名)

連絡先 _____ 電話番号 _____ - _____ - _____

※ご質問、ご不明な点がございましたら、いつでもお尋ねください。

____年 ____月 ____日

(医療機関名)

院 長

住 所

電話番号

(別紙様式34)

介護職員等喀痰吸引等指示書

標記の件について、下記の通り指示いたします。

指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

事業者		事業者種別				
		事業者名称				
対象者	氏名		生年月日		明・大・昭・平・令	年 月 日 (歳)
	住所					電話 () -
	要介護認定区分	要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)				
	障害程度区分	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5 区分6
	主たる疾患(障害)名					
実施行為種別		<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養				
指示内容	具体的対応提供内容					
	喀痰吸引 (吸引圧、吸引時間、注意事項等を含む)					
	経管栄養 (栄養剤の内容、投与時間、投与量、注意事項等を含む)					
	その他留意事項 (介護職員等)					
その他留意事項 (看護職員)						
(参考) 使用医療機器等	1. 経鼻胃管	サイズ: _____ Fr、種類: _____				
	2. 胃ろう・腸ろうカテーテル	種類: ボタン型・チューブ型 サイズ: _____ Fr、_____ cm				
	3. 吸引器	機種: _____				
	4. 人工呼吸器	機種: _____				
	5. 気管カニューレ	サイズ: 外径 _____ mm、長さ _____ mm				
	6. その他					
緊急時の連絡先						
不在時の対応法						

- ※ 1. 「事業者種別」欄には、介護保険法、障害者総合支援法等による事業の種別を記載すること。
- ※ 2. 「要介護認定区分」または「障害程度区分」欄、「実施行為種別」欄、「使用医療機器等」欄については、該当項目に○を付し、空欄に必要事項を記入すること。

上記のとおり、指示いたします。

年 月 日

機関名
住所
電話
(FAX)
医師氏名

(登録喀痰吸引等(特定行為)事業者の長) 殿

特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード	届出番号 (在医総管) 第 号
連絡先 担当者氏名: 電話番号:	
(届出事項) [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] の施設基準に係る届出	
<p><input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。</p> <p><input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。</p> <p><input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。</p> <p><input type="checkbox"/> 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。</p> <p>標記について、上記基準のすべてに適合しているのので、別添の様式を添えて届出します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>保険医療機関の所在地 及び名称</p> <p style="text-align: center;">開設者名</p> <p>東海北陸厚生局長 殿</p>	
備考1 [] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。 2 <input type="checkbox"/> には、適合する場合「レ」を記入すること。 3 届出書は、1通提出のこと。	

様式 19

在宅時医学総合管理料
施設入居時等医学総合管理料

の施設基準に係る届出書添付書類

<p>1 次のいずれかに○をつけること。</p> <p>(1) 診療所（在宅療養支援診療所）</p> <p>(2) 診療所（在宅療養支援診療所以外の診療所）</p> <p>(3) 医療法の許可病床数が200床未満の病院</p> <p>(4) 在宅療養支援病院</p>	
<p>2 「1」の(1)に○をつけた場合には、在宅療養支援診療所（様式11）の届出状況を記載</p> <p>(1) 今回届出</p> <p>(2) 既届出（届出年月）： 年 月</p>	
<p>3 在宅医療を担当する常勤医師の氏名</p>	
<p>4 直近1か月間における往診又は訪問診療の状況について</p> <p>①初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者数 () 名</p> <p>②往診又は訪問診療を実施した患者数 () 名</p> <p>③往診又は訪問診療を実施した患者の割合（②／①） () %</p>	

[記載上の注意]

- 1 「2」の(1)に○をつけた場合には、併せて様式11の提出が必要であること。
- 2 緊急時の連絡・対応方法についての患者等への説明文書の例を添付すること。
- 3 「4」については、診療所が記載すること。

特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード		届出番号	(在総) 第 号
------------------------	--	------	-------------

連絡先
担当者氏名:
電話番号:

(届出事項)

[在宅がん医療総合診療料] の施設基準に係る届出

当該届出を行う前6月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。

当該届出を行う前6月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。

当該届出を行う前6月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。

当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

標記について、上記基準のすべてに適合しているもので、別添の様式を添えて届出します。

令和 年 月 日

保険医療機関の所在地
及び名称

開設者名

東海北陸厚生局長 殿

備考 1 [] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。
2 □には、適合する場合「レ」を記入すること。
3 届出書は、1通提出のこと。

様式 20

在宅がん医療総合診療料の施設基準に係る届出書添付書類

1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の施設基準に係る届出状況	
(1) 今回届出	
(2) 既届出：	年 月 日
2 担当者氏名（主として在宅がん医療総合診療を担当する者）	
(1) 医師	
(2) 看護師	
3 当該保険医療機関における悪性腫瘍患者の診療状況（過去1か月間）	
・ 入院患者数（延べ患者数）	名
・ 外来患者数（延べ患者数）	名
・ 往診、訪問診療、訪問看護を行った患者の数（延べ患者数）	名

[記載上の注意]

緊急時の連絡・対応方法についての患者等への説明文書の例を添付すること。

特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード	届出番号 (支援診1) 第 号
連絡先 担当者氏名: 電話番号:	
<p>(届出事項)</p> <p style="text-align: center;">[別添1の「第9」の1の(1)に規定する在宅療養支援診療所] の施設基準に係る届出</p> <p> <input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。 <input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。 <input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。 <input type="checkbox"/> 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。 </p> <p>標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;"> 保険医療機関の所在地 及び名称 開設者名 東海北陸厚生局長 殿 </p>	
<p>備考1 [] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。 2 □には、適合する場合「レ」を記入すること。 3 届出書は、1通提出のこと。</p>	

特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; padding: 5px;">届出番号</td> <td style="width: 40%; padding: 5px;">(支援診2) 第 号</td> </tr> </table>	届出番号	(支援診2) 第 号
届出番号	(支援診2) 第 号		
<div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;"> 連絡先 担当者氏名: 電話番号: </div>			
(届出事項) <div style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;"> [別添1の「第9」の1の(2)に規定する在宅療養 支援診療所] の施設基準に係る届出 </div>			
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。 <input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。 <input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。 <input type="checkbox"/> 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。 <p>標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。</p>			
令和 年 月 日			
保険医療機関の所在地 及び名称			
開設者名			
東海北陸厚生局長 殿			
備考1 [] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。 2 <input type="checkbox"/> には、適合する場合「レ」を記入すること。 3 届出書は、1通提出のこと。			

特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード		届出番号	(支援診3) 第 号
------------------------	--	------	---------------

連絡先
担当者氏名:
電話番号:

(届出事項)

[別添1の「第9」の1の(3)に規定する在宅療養
支援診療所] の施設基準に係る届出

当該届出を行う前6月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。

当該届出を行う前6月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。

当該届出を行う前6月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。

当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。

令和 年 月 日

保険医療機関の所在地
及び名称

開設者名

東海北陸厚生局長 殿

備考1 [] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。
2 □には、適合する場合「レ」を記入すること。
3 届出書は、1通提出のこと。

在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出書添付書類

1 在宅療養支援診療所の区分(次のいずれかに○をつけること。)			
(1) 「第9」の1の(1)に規定する在宅療養支援診療所			
(2) 「第9」の1の(2)に規定する在宅療養支援診療所			
(3) 「第9」の1の(3)に規定する在宅療養支援診療所			
2 当該診療所の在宅医療を担当する医師			
常勤の医師名	①		
	②		
	③		
3 当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関			
名称	開設者	許可病床数	在宅医療を担当する常勤の医師名
①		()床	
②		()床	
③		()床	
④		()床	
⑤		()床	
⑥		()床	
⑦		()床	
⑧		()床	
4 当該診療所における 24 時間の直接連絡を受ける体制 (次のいずれかに○をつけ、医師名等を記入すること。)			
(1) 担当者が固定している場合			
(2) 曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合(主な担当者を記載することで差しつかえない。)			
・担当医師名:			
・看護職員名:			
・連絡先:			
5 24 時間往診が可能な体制 (次のいずれかに○をつけ、医師名等を記入すること。)			
(1) 当該診療所の担当医師名:			
(2) 連携保険医療機関の名称及び担当医師名			
・名称:			
・担当医師名:			

<p>6 24時間訪問看護が可能な体制 (2)、(3)がある場合には名称等を記入すること。)</p> <p>(1) 当該診療所の担当看護職員名： (2) 連携保険医療機関の名称等 ・名称： ・開設者： ・担当看護職員名： ・連絡先： (3) 連携訪問看護ステーションの名称等 ・名称： ・開設者： ・担当看護職員名： ・連絡先：</p>
<p>7 緊急時に入院できる体制 (次のいずれかに○をつけ、(2)又は(3)の場合には名称等を記入すること。)</p> <p>(1) 当該診療所のみで確保 (2) 当該診療所及び連携保険医療機関で確保 ・名称： ・開設者： (3) 連携保険医療機関のみで確保 ・名称： ・開設者：</p>
<p>8 次の項目に対応可能である場合・該当する場合に○をつけること。</p> <p>(1) 「4」及び「5」、「6」に、連携保険医療機関又は連携訪問看護ステーションがある場合には、当該施設において緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を当該施設に対して文書(電子媒体を含む。)により随時提出すること。 なお、在宅支援連携体制を構築する場合は、月1回以上のカンファレンスを実施していること。</p> <p>(2) 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。</p> <p>(3) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。</p> <p>(4) 市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等において、在宅療養支援診療所以外の診療所及び介護保険施設等と連携し、地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院若しくは介護保険施設等で実施される他職種連携に係る会議に出席していることが望ましいこと。</p> <p>(5) 在宅療養移行加算を算定する診療所の往診体制及び連絡体制の構築に協力していることが望ましいこと。</p>

9 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算に係る届出			
(1) 届出の有無			
① 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 (有・無)			
② 在宅療養実績加算1 (有・無)			
③ 在宅療養実績加算2 (有・無)			
(2) 緩和ケアに係る研修を受けた医師 氏名 ()			
(3) 緩和ケア病棟又は在宅での1年間の看取り実績が10件以上の保険医療機関において、3か月以上の勤務歴がある医師			
① 氏名 ()			
② 勤務を行った保険医療機関名 ()			
③ 勤務を行った期間(年 月 日～ 年 月 日)			
(4) 過去に、患者が自ら注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を5件以上実施した経験のある常勤の医師 氏名 ()			
(5) 直近1年間に、自ら注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を実施した患者数 (算出に係る期間: 年 月 日～ 年 月 日)			名
(6) 直近1年間にオピオイド系鎮痛薬を投与した患者数			名
10 直近1月間において往診又は訪問診療を実施した患者の割合 (算出に係る期間: 年 月 日～ 年 月 日)			
(1) 初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者数			名
(2) 往診又は訪問診療を実施した患者数			名
(3) 往診又は訪問診療を実施した患者の割合 (2) / (1)			%
11 適切な意思決定支援に関する指針を定めていること <input type="checkbox"/> 該当			
12 主として往診又は訪問診療を実施する診療所に係る状況			
(1) 直近1年間に、訪問診療を開始した患者の紹介(文書によるものに限る。)を受けた保険医療機関 (算出に係る期間: 年 月 日～ 年 月 日)			
	保険医療機関の名称	患者の紹介を行った医師	患者の紹介を受けた日付
①			
②			
③			
④			
⑤			
(2) 直近1月間の診療実績 (算出に係る期間: 年 月 日～ 年 月 日)			
① 在宅時医学総合管理料を算定した患者数			名
② 施設入居時等医学総合管理料を算定した患者数			名
③ ①及び②のうち、要介護3以上又は別表第八の二に規定する別に厚生労働大臣が定める状態に該当する患者数			名

	④ 施設入居時等医学総合管理料を算定した患者の割合 ②/(①+②)	%
	⑤ 要介護3又は別表第八の二に規定する別に厚生労働大臣が定める状態に該当する患者の割合 ③/(①+②)	%

[記載上の注意]

- 1 「3」は、「第9」の1の(2)に規定する在宅支援連携体制を構築する在宅療養支援診療所が記載すること。
- 2 「第9」の1の(2)に規定する在宅療養支援診療所は、当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関間で一元化した連絡先を、「4の連絡先」に記載すること。
- 3 24時間の直接連絡を受ける体制、24時間往診が可能な体制及び24時間訪問看護が可能な体制について、患者に対して交付する文書を添付すること。
- 4 当該届出を行う場合には、「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(様式19)」及び「在宅がん医療総合診療料(様式20)」の届出が行われているかについて留意すること。
- 5 「9」については、届出に当たって必要な事項を記載すること。また、在宅療養実績加算に係る届出を行う場合については、「在宅療養実績加算に係る報告書」(様式11の5)を添付すること。
- 6 「9」の(2)に係る医師については、緩和ケアに係る研修を修了していることが確認できる文書(当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可)を添付すること。
- 7 「10」の(3)に規定する往診又は訪問診療を実施した患者の割合が95%以上の医療機関は、「12」を記入し、併せて「在宅療養支援診療所にかかる報告書(様式11の3)」を添付すること。

様式11の3

〔在宅療養支援診療所
在宅療養支援病院〕に係る報告書(新規・7月報告)

※該当するものを○で囲むこと

I. 直近1年間に在宅療養を担当した患者について

1. 平均診療期間	()ヶ月
2. 合計診療患者数	()名
【再掲】死亡患者数	①+②+③+④ ()名
(1)うち医療機関以外での死亡者数	①+② ()名
ア. うち自宅での死亡者数	① ()名
イ. うち自宅以外での死亡者数	② ()名
(2)うち医療機関での死亡者数	③+④ ()名
ア. うち連携医療機関での死亡者数	③ ()名
イ. うち連携医療機関以外での死亡者数	④ ()名
超重症児又は準超重症児の患者数 (15歳未満であって、3回以上定期的な訪問診療を実施し、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ものに 限る。)	()名

II. 直近1年間の訪問診療等の実施回数について

訪問診療等の 合計回数	(1)往診		(2)訪問診療	(3)訪問看護 (緊急を含む)
		【再掲】 うち緊急の往診		
①+②+③ ()回	① ()回	()回	② ()回	③ ()回

III. 直近1月間における往診又は訪問診療の状況について

① 初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者数	()名
② 往診又は訪問診療を実施した患者数	()名
③ 往診又は訪問診療を実施した患者の割合(②/①)	()%

IV.主として往診又は訪問診療を実施する診療所に係る状況(Ⅲの③が95%以上の医療機関は記入すること)

(1) 直近1年間に、訪問診療を開始した患者の紹介(文書によるものに限る。)を受けた保険医療機関(算出に係る機関: 年 月 日~ 年 月 日)			
	保険医療機関の名称	患者の紹介を行った医師	患者の紹介を受けた日付
①			
②			
③			
④			
⑤			
(2) 直近1月間の診療実績(算出に係る機関: 年 月 日~ 年 月 日)			
①	在宅時医学総合管理料を算定した患者数		名
②	施設入居時等医学総合管理料を算定した患者数		名
③	①及び②のうち、要介護3以上又は別表第八の二に規定する別に厚生労働大臣が定める状態に該当する患者数		名
④	施設入居時等医学総合管理料を算定した患者の割合 ②/(①+②)		%
⑤	要介護3又は別表第八の二に規定する別に厚生労働大臣が定める状態に該当する患者の割合		%

V. 在宅支援連携体制について

1. 在宅医療を担当する常勤の医師数	()名
2. 連携する保険医療機関数	()医療機関
以下は機能強化型の在支診・在支病のみ回答。	
3. 地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院若しくは介護保険施設等で実施される他職種連携に係る会議への出席回数(直近1年間)	()回
4. 往診・連絡体制構築のために協力している在宅療養移行加算を算定する診療所	()医療機関
5. (病院の場合のみ回答)在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入れを行う病床を常に確保している	<input type="checkbox"/> 該当する
6. (病院の場合のみ回答)在宅療養支援診療所等からの要請により患者の緊急の受入れを行った回数(直近1年間)	()回

[記載上の注意]

- Iの1の「平均診療期間」は、患者1人当たりの在宅医療を開始してからの平均診療期間を月単位で記載すること。
- Iの2(1)の「うち医療機関以外での死亡者数」を記入するに当たり、介護老人保健施設等の入所施設で死亡した患者については、「イ. うち自宅以外での死亡者」欄へ計上すること。
- Iの2(2)の「連携医療機関」とは、事前に緊急時の受入を届出ている医療機関であり、在宅支援連携体制についても含むものである。
- IIの「うち緊急の往診」については、緊急又は夜間・休日若しくは深夜に行った往診を計上すること。
- IIIについては、在宅療養支援診療所が記入すること。
- Vの「在宅支援連携体制について」を記載するに当たっては、自院を含めた数を記載すること。なお、第9の1(2)に規定する在宅療養支援診療所、第14の2の1(2)に規定する在宅療養支援病院が記載すること。

様式11の4

在宅支援連携体制に係る報告書(新規・7月報告)

※該当するものを○で囲むこと

I. 直近1年間に在宅療養を担当した患者について

1. 平均診療期間	()ヶ月
2. 合計診療患者数	()名
【再掲】死亡患者数	①+②+③+④ ()名
(1)うち医療機関以外での死亡者数	①+② ()名
ア. うち自宅での死亡者数	① ()名
イ. うち自宅以外での死亡者数	② ()名
(2)うち医療機関での死亡者数	③+④ ()名
ア. うち連携医療機関での死亡者数	③ ()名
イ. うち連携医療機関以外での死亡者数	④ ()名

II. 直近1年間の訪問診療等の実施回数について

訪問診療等の合計回数	(1)往診		(2)訪問診療	(3)訪問看護(緊急を含む)
		【再掲】 うち緊急の往診		
①+②+③ ()回	① ()回	()回	② ()回	③ ()回

III. 在宅支援連携体制について

1. 在宅医療を担当する常勤の医師数	()名
2. 連携する保険医療機関数	()医療機関
3. 直近1年間のカンファレンスの開催状況	()回
4. 地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院若しくは介護保険施設等で実施される他職種連携に係る会議への出席回数(直近1年間)	()回
5. 往診・連絡体制構築のために協力している在宅療養移行加算を算定する診療所	()医療機関

〔記載上の注意〕

- 1 当該届出は、在宅支援連携体制を構築する複数の保険医療機関の実績について報告するものである。
- 2 Iの1の「平均診療期間」は、患者1人当たりの在宅医療を開始してからの平均診療期間を月単位で記載すること。
- 3 Iの2(1)の「うち医療機関以外での死亡者数」を記入するに当たり、介護老人保健施設等の入所施設で死亡した患者については、「イ. うち自宅以外での死亡者」欄へ計上すること。
- 4 Iの2(2)の「連携医療機関」とは、事前に緊急時の受入を届出ている医療機関であり、在宅支援連携体制についても含むものである。
- 5 IIの「うち緊急の往診」については、緊急又は夜間・休日若しくは深夜に行った往診を計上すること。

特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード	届出番号 (在後病) 第 号
連絡先 担当者氏名: 電話番号:	
(届出事項) <div style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;"> [在宅療養後方支援病院] の施設基準に係る届出 </div>	
<p><input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。</p> <p><input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。</p> <p><input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。</p> <p><input type="checkbox"/> 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。</p> <p>標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="margin-left: 40px;"> 保険医療機関の所在地 及び名称 </p> <p style="margin-left: 150px;"> 開設者名 </p> <p style="margin-left: 40px;"> 東海北陸厚生局長 殿 </p>	
<p>備考 1 [] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。</p> <p>2 <input type="checkbox"/> には、適合する場合「レ」を記入すること。</p> <p>3 届出書は、1 通提出のこと。</p>	

様式20の4

在宅療養後方支援病院の施設基準に係る届出書添付書類

1 当該病院の許可病床数_____床
2 当該病院における 24 時間の直接連絡を受ける体制
(1) 担当者が固定している場合: (2) 曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合(主な担当者を記載することで差しつかえない。) ・担当者名: ・連絡先:
3 次の項目に対応可能である場合に○をつけること。 (1) 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している。 (2) 当該病院において、入院希望患者に緊急入院の必要が生じた場合に入院できる病床を常に確保している。 (3) 連携医療機関との間で、3月に1回以上入院患者の診療情報の交換をしている。

[記載上の注意]

- 1 24 時間の直接連絡を受ける体制について、連携医療機関等に交付する文書を添付すること。
- 2 様式 20 の5を添付して届出を行うこと。

在宅療養後方支援病院に係る報告書(新規・7月報告)

※該当するものを○で囲むこと

I. 全般

1. 許可病床数	()床
2. 計算期間	年 月 ~ 年 月

II. 直近1年間の入院希望患者の推移について

1. 新規入院希望患者数	()名
2. 入院希望を取り下げた患者数(死亡を含む)	()名
3. 現在の入院希望患者数	()名

III. 直近1年間の受入状況について

① (=②+③+④) 在宅療養患者の 受入回数	② 入院希望患者	③ 入院希望患者以外 (連携医療機関)	④ ②、③以外	入院希望患者の受入ができず、 他医療機関へ紹介した回数
()回	()回	()回	()回	()回
()名	()名	()名	()名	()名

IV. 直近1年間の共同診療の状況について

① 入院希望患者への 共同診療回数	② (=③+④+⑤+ ⑥) 在宅患者共同診療料の 算定回数	③ 往診	④ 訪問診療 (同一建物居住 者以外)	⑤ 訪問診療 (同一建物居住 者・特定施設 以外)	⑥ 訪問診療 (同一建物居住 者・特定施設 以外)
()回	()回	()回	()回	()回	()回
()名	()名	()名	()名	()名	()名

V. 連携医療機関について

在宅医療を提供する連携医療機関の数	()医療機関
-------------------	---------

【記載上の注意】

- IIIの②については、A206在宅患者緊急入院診療加算1、③についてはA206在宅患者緊急入院診療加算2の算定回数等、④についてはA206在宅患者緊急入院診療加算3の算定回数等を記載すること。
- IVの①については、C012在宅患者共同診療料の算定の有無にかかわらず、入院希望患者へ行った共同診療回数の合計を記載すること。②については、①のうちC012を算定した患者について記載すること。③～⑥については、C012在宅患者共同診療料の各区分に応じた算定回数等を記載すること。

基本診療料の施設基準等に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード	届出番号 (機能強化) 第 号
(連絡先 担当者氏名: 電話番号:)	
(届出事項) <div style="text-align: center; font-size: 1.2em; font-weight: bold;"> [機能強化加算] の施設基準に係る届出 </div>	
<p><input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。</p> <p><input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。</p> <p><input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。</p> <p><input type="checkbox"/> 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。</p> <p>標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>保険医療機関の所在地 及び名称</p> <p style="text-align: center;">開設者名</p> <p>東海北陸厚生局長 殿</p>	
備考 1 [] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。 2 <input type="checkbox"/> には、適合する場合「レ」を記入すること。 3 届出書は、1通提出のこと。	

様式 1 の 3

機能強化加算に係る届出書添付書類

1 診療体制等（適合する全ての口に「✓」を記入すること。）

要件	該当
ア 地域包括診療加算 1 に係る届出を行っている。	<input type="checkbox"/>
イ 以下のいずれも満たす。 (イ) 地域包括診療加算 2 に係る届出を行っている。 (ロ) 直近 1 年間において、次のいずれかを満たしている。 ① 地域包括診療加算 2 を算定した患者が 3 人以上 ② 在宅患者訪問診療料 (I) の「1」、在宅患者訪問診療料 (II) (注 1 のイの場合に限る。) 又は往診料を算定した患者の数の合計が 3 人以上	<input type="checkbox"/>
ウ 地域包括診療料 1 に係る届出を行っている	<input type="checkbox"/>
エ 以下のいずれも満たす。 (イ) 地域包括診療料 2 に係る届出を行っている。 (ロ) 直近 1 年間において、次のいずれかを満たしている。 ① 地域包括診療料 2 を算定した患者が 3 人以上 ② 在宅患者訪問診療料 (I) の「1」、在宅患者訪問診療料 (II) (注 1 のイの場合に限る。) 又は往診料を算定した患者の数の合計が 3 人以上	<input type="checkbox"/>
オ 小児かかりつけ診療料 1 又は 2 に係る届出を行っている。	<input type="checkbox"/>
カ 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に係る届出を行っている保険医療機関であって、第 9 在宅療養支援診療所の 1 (1) 若しくは (2) に該当する診療所又は第 14 の 2 在宅療養支援病院の 1 (1) 若しくは (2) に該当する病院である。	<input type="checkbox"/>
キ 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に係る届出を行っている保険医療機関であって、第 9 在宅療養支援診療所の 1 (3) に該当する診療所並びに第 14 の 2 在宅療養支援病院の 1 (3) に該当する病院であり、以下のいずれかを満たしている。 (イ) 第 9 在宅療養支援診療所の 1 (3) に該当する診療所であって、以下のいずれかを満たしている。 ① 第 9 在宅療養支援診療所の 1 (1) コに掲げる過去 1 年間の緊急の往診の実績が 3 件以上 ② 第 9 在宅療養支援診療所の 1 (1) サに掲げる過去 1 年間の在宅における看取りの実績が 1 件以上又は過去 1 年間の 15 歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績が 1 件以上 (ロ) 第 14 の 2 在宅療養支援病院の 1 (3) に該当する病院であって、以下のいずれかを満たしている。	<input type="checkbox"/>

① 第14の2在宅療養支援病院の1(1)シ①に掲げる過去1年間の緊急の往診の実績又は1(1)シ②に掲げる在宅療養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の合計が直近1年間で3件以上	
② 第14の2在宅療養支援病院の1(1)スに掲げる過去1年間の在宅における看取りの実績が1件以上又は過去1年間の15歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績が1件以上	

2 常勤医師の配置状況（適合する全ての口に「✓」を記入すること。）

常勤医師の氏名		該当
ア	介護保険制度の利用等に関する相談への対応及び要介護認定に係る主治医意見書の作成を行っている	<input type="checkbox"/>
イ	警察医として協力している	<input type="checkbox"/>
ウ	母子保健法（昭和40年法律第141号）第12条及び第13条に規定する乳幼児の健康診査（市町村を実施主体とする1歳6か月、3歳児等の乳幼児の健康診査）を実施している	<input type="checkbox"/>
エ	予防接種法（昭和23年法律第68号）第5条第1項に規定する予防接種（定期予防接種）を実施している	<input type="checkbox"/>
オ	幼稚園の園医、保育所の嘱託医又は小学校、中学校若しくは高等学校の学校医に就任している	<input type="checkbox"/>
カ	「地域包括支援センターの設置運営について」（平成18年10月18日付老計発1018001号・老振発1018001号・老老発1018001号厚生労働省老健局計画課長・振興課長・老人保健課長通知）に規定する地域ケア会議に出席している	<input type="checkbox"/>
キ	通いの場や講演会等の市町村が行う一般介護予防事業に協力している	<input type="checkbox"/>

3 地域におけるかかりつけ医機能として実施している内容に係る院内及びホームページ等への掲載状況等

掲載状況等	該当
保険医療機関の見やすい場所に掲示している	<input type="checkbox"/>
ホームページ等に掲示している	<input type="checkbox"/>
掲示している内容を記載した文書を保険医療機関内の見やすい場所に置き、患者が持ち帰ることができるようにしている	<input type="checkbox"/>

版数	発行日	改定内容
第1版	2023年 4月 1日	初版発行

【編者】

岩尾 篤 岩尾こどもクリニック
 梨田 裕志 ふじさとこどもクリニック
 松田 正 まつだ小児科クリニック
 野村 豊樹 のむら小児科

【編集者】

岩本 彰太郎 三重大学医学部附属病院
 小児・AYAがんトータルケアセンター
 山下 由貴 三重大学医学部附属病院
 小児・AYAがんトータルケアセンター

【協力】 (敬称略、五十音順)

《三重県小児科医会 小児在宅検討委員会》

岩佐 正 イワサ小児科
 小川 昌宏 独立行政法人 国立病院機構 三重中央医療センター
 駒田 幹彦 駒田医院
 近藤 久 近藤小児科医院
 杉山 謙二 地方独立行政法人 三重県立総合医療センター
 馬路 智昭 地方独立行政法人 桑名市総合医療センター
 村田 博昭 独立行政法人 国立病院機構 三重病院

(資料についてのお問い合わせ)

三重県小児科医会事務局 Tel : 059-253-8689