6 在宅医療における診療報酬について

伊在井　みどり

この章では『わかりにくい』とよく言われる、在宅医療の診療報酬について、ご説明したいと思います。
（この章でご紹介する各種様式ア～コは、次章の「7．在宅医療に必要な各種書類（参考様式）」に掲載しており、本会が運営するウェブサイト岐阜県包括的地域ケアネットワーク「はやぶさネット」から、様式データをダウンロードすることもできますので、適宜ご活用ください。）

【在宅医療の診療報酬体系】

在宅医療を実施した際に請求できる医療費は、大きく以下【表１】のＡからＦに大別され、提供した診療内容等に対応する診療報酬項目を積み上げる出来高算定の構造となっています。この合計が１月単位の報酬額となります。【表１】のＡ在宅患者訪問診療料（訪問診療料）、往診料、Ｂ在宅時医学総合管理料（在総管）・施設入居時等医学総合管理料（施設総管）が基本報酬です。これら訪問診療料と在総管・施設総管は、一部の例外を除いて全ての患者に算定し、この基本報酬に、患者の状態に応じた加算や在宅で継続して行う医療行為や患者への指導を評価した報酬、訪問看護師などへの指示書といった書類や連携対応に関する点数などの算定をすることが出来ます。

【表１】在宅医療の主な診療報酬項目について

主な報酬項目		主な特徴
A	在宅患者訪問診療料 （訪問診療料）	○患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療した場合に算定。 ○同一建物居住者（同一日に同一建物内で訪問診療を２人以上に行った場合の当該患者のこと）に該当する、しないによって点数が異なる。 ○初診料、再診料、外来診療料などと併算定不可。 ○在宅ターミナルケア加算、看取り加算、死亡診断加算などの加算点数がある。
	往診料	○患者または家族等からの直接の求めにより往診した場合に算定。 ○緊急、夜間・休日、深夜の往診に対する加算がある。 ○初診料、再診料、外来診療料などと併算定可能。
B	在宅時医学総合管理料（在総管） 施設入居時等医学総合管理料 （施設総管） ※算定にあたり、厚生局岐阜事務所への届出が必要です。	○患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に月１回以上継続して定期的な訪問診療を行った場合に算定。 ○患者の居住場所、訪問診療の回数、患者の重症度、単一建物診療患者数（一つの建物の中で在総管・施設総管を算定する患者数）、医療機関の類型によって点数が異なる。 ○包括的支援加算、継続診療加算、在宅移行早期加算、頻回訪問加算などの加算がある。
C	在宅療養指導管理料 在宅酸素 在宅人工呼吸 在宅中心静脈栄養 在宅成分栄養 在宅療養指導管理材料加算	○特定の診療行為や処置のため指導管理を行った場合に算定。 ○一人の患者に複数の指導管理を行う場合、主たる指導管理の１項目についてしか算定できない。 ○在総管・施設総管などと併算定不可の報酬項目がある。 ○各指導管理に必要な材料を使用した場合などに算定。 ○在宅療養指導管理料を算定しない指導管理についても、要件を満たせば材料加算は算定できる。

D	特定保険医療材料料、薬剤料、検査料、処置料　等	○在宅患者診療・指導料、在宅療養指導管理料の包括範囲外となる検査や処置を行った場合などに算定。
E	その他の診療報酬	○訪問看護指示料 ○衛生材料等提供加算 ○特別訪問看護指示加算 ○在宅患者訪問注射管理指導料 ○在宅患者訪問看護・指導体制充実加算 ○介護職員等喀痰吸引等指示料 ○在宅患者訪問栄養食事指導料 ○在宅患者訪問褥瘡管理指導料
F	介護報酬 居宅療養管理指導費	○要支援・要介護認定を受けている患者に対し、療養上の指導を行い、ケアマネジャーに情報共有した場合に算定。職種により単位数、算定回数の上限が異なる。

A　在宅患者訪問診療料、往診料（１回単位の診療行為を評価するもの）

○在宅患者訪問診療料（訪問診療料）

在宅患者訪問診療料は、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対し、患者の同意を得て、計画的な医学管理のもとに定期的に訪問し診療を行った場合に算定します。

まず、訪問診療をする前に、患者とその家族に対して、在宅医療・訪問診療に関する説明をすると良いでしょう。（様式ア）

また、訪問診療料の算定においては同意書（様式イ）を作成し、患者またはその家族等に署名してもらい診療録に添付することが必要です。診療録には、訪問診療の計画、診療内容の要点、診療開始時間と終了時間、診療場所について記載が必要です。なお、他の医療機関の求めに応じて紹介患者に対し訪問診療を行った場合は、診療を求められた病名を記載します。

なお、訪問診療料は、計画的な医学管理の下、定期的に訪問を行った場合の評価ですので、初診料を算定する初回の訪問では算定はできません。ただし退院前カンファレンスに参加し退院時共同指導料１を算定する場合に限り、初回から訪問診療料を算定できます。

【表２】同一建物居住者に対する在宅患者訪問診療料の取り扱い

同一世帯（同一患家）	１人のみ訪問	【同一建物居住者以外】を算定。
	２人以上訪問	１人目は【同一建物居住者以外】、 ２人目以降は再診料+外来管理加算を算定。
同一世帯でない同一建物居住者	１人のみ訪問	【同一建物居住者以外】を算定。
	２人以上訪問	全員【同一建物居住者】を算定。

同一患家の同居患者を診た場合、１人目は同一建物居住者以外を、２人目以降は再診料＋外来管理加算を算定できます。【表２】また、往診を行った患者、末期がんと診断後に訪問診療を開始して60日以内の患者、死亡日からさかのぼって30日以内の患者は、同一建物居住者以外の場合の点数で算定します。

【表３】在宅患者訪問診療料（Ⅰ）と（Ⅱ）について

在宅患者訪問診療料（Ⅰ）	在宅患者訪問診療料（Ⅱ）
在宅患者訪問診療料１ 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）	イ　定期的に訪問診療を行った場合（150点） ロ　他の医療機関の求めに応じて訪問診療を行った場合（150点）
在宅患者訪問診療料２（他院からの依頼時） 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）	**【在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の算定条件】** ・有料老人ホーム等と同一敷地内または隣接する敷地内にある医療機関が、併設する有料老人ホーム等に入居する患者に対して訪問診療を行った場合に算定する。 **【有料老人ホーム等に入居する患者】** ・施設入居時等医学総合管理料（施設総管）の算定対象患者。 ・障害者総合支援法に規定する障害福祉サービスを行う施設および事務所、福祉ホームに入居する患者。 ・小規模多機能型居宅介護または看護小規模多機能型居宅介護の宿泊サービスを利用中の患者。
【在宅患者訪問診療料（Ⅰ）２の主な算定要件】 ・在宅時医学総合管理料(在総管)・施設入居時等医学総合管理料（施設総管)、在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす他の医療機関の求めに応じ、紹介された患者に対し、患者の同意を得て計画的な医学管理の下に訪問診療を行った場合、診療開始月を含めて6ヶ月を限度に月1回算定する。 ・「厚生労働大臣が定める疾病等」（「特掲診療料の施設基準等」別表第７）【表４】の患者については６ヶ月を超えて算定可。	

在宅患者訪問診療料は【表３】のとおり、（Ⅰ）と（Ⅱ）に分かれており、基本的には（Ⅰ）を算定します。（Ⅱ）は有料老人ホーム等に併設する医療機関が、当施設に入居する患者に対し算定します。（Ⅰ）は、さらに１と２に分かれており、１は１人の患者に対し１ヶ所の医療機関が訪問診療の都度、算定します。２は主治医である他の医療機関から訪問診療の依頼を受けて、依頼を受けた医療機関が訪問診療を行った場合に６か月を限度に月１回に限り算定ができます。６か月を超えて算定する場合は、ア）主治医と診療状況を共有したうえで再度依頼を受ける（依頼を受けた年月日を記載）イ）レセプト「摘要」欄にその診療科の医師でなければ困難な診療であるか、または過去に診療した疾病と明らかに異なる疾病であることのいずれかを記載し、診療を求められた傷病名を記載し、継続的な訪問診療の必要性について記載する必要があります。

【表４】厚生労働大臣が定める疾病等（特掲診療料の施設基準等　別表第７）

１．末期の悪性腫瘍	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ステージ３以上かつ生活機能障害度がⅡ度またはⅢ度）	10．多系統萎縮症 ・線条体黒質変性症 ・オリーブ橋小脳萎縮症 ・シャイ・ドレーガー症候群	15．脊髄性筋萎縮症
２．多発性硬化症			16．球脊髄性筋萎縮症
３．重症筋無力症			17．慢性炎症性脱髄性多発神経炎
４．スモン			18．後天性免疫不全症候群
５．筋萎縮性側索硬化症		11．プリオン病	19．頸髄損傷
６．脊髄小脳変性症		12．亜急性硬化性全脳炎	20．人工呼吸器を使用している状態
７．ハンチントン病		13．ライソゾーム病	
８．進行性筋ジストロフィー症		14．副腎白質ジストロフィー	

・訪問診療料は患者１人につき週３回までしか算定できませんが、「厚生労働大臣が定める疾病等【表４】」の患者は週４回以上算定できます。
・【表４】の患者は６か月の限度なく算定可能ですが、「概ね６か月ごとの情報提供」が必要となります。
・超音波検査に「訪問診療時に行った場合」が新設されました。部位に関わらず訪問診療を算定し

た同一日に患家等で断層撮影を行った場合は月１回に限り400点算定します。往診日に行った超音波検査は従来どおり「その他の場合」胸腹部530点等を算定します。

〈訪問診療料の加算〉

乳幼児加算（400点）

６歳未満の乳幼児に加算。

患家診療時間加算

診療時間が１時間を超えた場合、30分を増すごとに100点加算。

在宅ターミナルケア加算

往診または訪問診療後24時間以内に在宅で亡くなった場合に算定。死亡日および死亡日前14日以内に２回以上訪問が要件。医療機関の類型により点数が異なる。（機能強化型在支診・在支病でより高い点数）

看取り加算（3,000点）

患者や家族の療養上の不安を解消するため事前に説明し、死亡日に患者を診療したことを評価。死亡診断加算と併算定不可。

死亡診断加算（200点）

往診または訪問診療（訪問診療料（Ⅰ）の１、（Ⅱ）のイを算定する訪問診療）を行い、死亡診断を行った場合に加算。

〇往診料

病状の悪化などで患者または家族等からの直接の求めに応じて可及的速やかに往診した場合に算定します。同意書作成の必要は無く、往診料の算定回数に制限はありません。

・夜間・緊急・休日・深夜の往診に加算があります。

・初回の訪問では、初診料と往診料を算定することが一般的です。再診で往診する場合は再診料と往診料、外来管理加算を算定します。なお、同一患家、同一施設で２人以上の患者を診療した場合、２人目以降は往診料を算定せず初診料や再診料、外来管理加算を算定します。

B　在宅時医学総合管理料（在総管）、施設入居時等医学総合管理料（施設総管）

患者の同意を得て計画的な医学管理の下に定期的な訪問診療を行った場合に、在宅患者訪問診療料と併せて月１回算定します。１か月単位あるいは１週間単位で、定期的に規定された回数以上の訪問診療を行い、24時間対応体制や緊急時の受け入れ病院を確保していることなど、患者の管理体制を評価したものです。施設総管を算定する患者は診療報酬上規定されており、それ以外の患者は在総管を算定します。算定に際し、在宅療養計画及び、説明の要点等を診療録に記載することが必要です。

（１）訪問診療の回数（２）患者の重症度（３）単一建物診療患者数に応じて点数が設定されており、患者の重症度が高いほど高点数となっています。最も高いのは「厚生労働大臣が定める状態」別表第８の２【表５】に該当する患者です。【表５】に該当しないが別表第８の３【表６】に該当する患者は包括的支援加算を算定できます（該当する患者の状態をレセプト摘要欄に記載すること）。なお、【表５】の最下段に『※「留置カテーテルを使用している状態」には胃瘻カテーテルは含まれない』とありますが尿道留置カテーテルも含まれませんのでご留意ください。

【表５】厚生労働大臣が定める状態（「特掲診療料の施設基準等」別表第８の２）

次に揚げる疾患に罹患している患者
　○末期の悪性腫瘍　○指定難病　○脊髄損傷　○スモン　○後天性免疫不全症候群
　○真皮を越える褥瘡
次に揚げる状態の患者
　○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Ｉ$_2$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
　○ドレーンチューブまたは留置カテーテルを使用している状態※１
　○人工肛門または人工膀胱を設置している状態
※１「留置カテーテルを使用している状態」には、胃瘻カテーテルは含まれない。

【表６】厚生労働大臣が定める状態（「特掲診療料の施設基準等」別表第８の３）

○要介護２以上または障害者支援区分２以上。
○認知症高齢者の日常生活自立度ランクⅡｂ以上。
○週１回以上の訪問看護を受けている。
○訪問診療または訪問看護時に注射、喀痰吸引、経管栄養（※１）、鼻腔栄養を受けている。
○（特定施設入居者等の場合）医師の指示を受け、施設に配置された看護職員による注射、喀痰吸引、経管栄養（※１）、鼻腔栄養を受けている。
○その他、関係機関との調整等のために特別な医学管理を必要とする場合（以下いずれかに該当）。
・脳性麻痺、先天性心疾患、ネフローゼ症候群など（※２）に該当する状態である15歳未満の患者。
・出生時体重1500g未満の１歳未満の患者。
・「超重症児・準超重症児の判定基準」の判定スコアが10以上の患者。
・医師・医師の指示を受けた看護職員の指導管理に基づき、家族等が注射、喀痰吸引、経管栄養（※１）等の処置（※３）を行っている患者。

※１　胃瘻、腸瘻も含まれる。
※２　15歳未満で以下に該当する患者が対象となる。
・脳性麻痺・先天性心疾患・ネフローゼ症候群・ダウン症等の染色体異常・川崎病で冠動脈瘤のあるもの・脂質代謝障害・腎炎・溶血性貧血・再生不良性貧血・血友病・血小板減少性紫斑病・先天性股関節脱臼・内反足・二分脊椎・骨系統疾患・先天性四肢欠損・分娩麻痺・先天性多発関節拘縮症・小児慢性特定疾病医療支援の対象者・児童福祉法に規定する障害児
※３　以下に該当する処置が対象となる。
・創傷処置・爪甲除去・穿刺排膿後薬液注入・喀痰吸引・干渉低周波去痰器による喀痰排出・ストーマ処置・皮膚科軟膏処置・膀胱洗浄・後部尿道洗浄・留置カテーテル設置・尿道拡張を要する導尿・介達牽引・矯正固定・変形機会矯正術・消炎鎮痛等処置・腰部、胸部固定帯固定・低出力レーザー照射・肛門処置・鼻腔栄養

〈在総管、施設総管の加算〉

オンライン在宅管理料

・在総管のみ（施設総管では算定できない）に算定できます。算定時には在総管算定開始年月日を記載します。
・月２回以上訪問診療を行った場合も算定できます。
・在宅時医学総合管理料の初回算定月からの期間及びオンライン診療実施前の同一医師による訪問診療期間が３か月あれば、要件を満たせば毎月算定可能です。５人以下の医師のチームで在宅医療を担当している場合、一定の要件のもと事前の対面診療を行っていない医師でもオンライン在宅管理料を算定できます。

継続診療加算（診療所のみ）（216点）

在支診の届け出をしていない診療所で外来受診４回以上の後に訪問診療を開始した場合、一定の要件を満たせば算定可能です。

在宅移行早期加算（100点）

退院後に在宅医療を開始した患者に対し、在総管、施設総管算定月から３か月以内に加算を算定出来ますが、在宅に移行してから１年以後の患者には算定できません。

頻回訪問加算（600点）

厚生労働大臣が定める状態等に該当する患者【表７】に対し１か月に４回以上の往診又は訪問診療を行い、必要な医学管理を行った場合に加算できます。

【表７】厚生労働大臣が定める状態等（「特掲診療料の施設基準等」別表第３の１の3）

次に掲げる疾患に罹患している患者
１．末期の悪性腫瘍患者置
２．①であって、②または③の状態にある患者
　①以下の指導管理を受けている状態にある者
　　・在宅自己腹膜灌流指導管理　　・在宅人工呼吸指導管理
　　・在宅血液透析指導管理　　・在宅悪性腫瘍等患者指導管理
　　・在宅酸素療法指導管理　　・在宅自己疼痛管理指導管理
　　・在宅中心静脈栄養法指導管理　　・在宅肺高血圧症患者指導管理
　　・在宅成分栄養経管栄養法指導管理　　・在宅気管切開患者指導管理
　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人工肛門または人口膀胱を設置している状態
３．居宅において療養を行っている患者であって、２．①に掲げる指導管理を二つ以上行っている患者
※１「留置カテーテルを使用している状態」には、胃瘻カテーテルは含まれない。

C　在宅療養指導管理料（在宅自己注射指導管理料などの総称）

・特定の診療行為・処置が必要な患者に指導管理を行った場合に算定します。
・１人の患者に複数の指導管理を行っても１項目しか算定できません。
・医療材料の費用は加算等として評価されている場合を除いて点数に含まれており別に算定はできません。
・複数の医療機関が１人の患者に対し同一の指導管理を行った場合、１か所の医療機関しか算定できません。
・１か月単位で、医療機関が行う医療的な指導・管理（在宅酸素療法、中心静脈栄養など）を評価

したものであり、その在宅療養を指示した根拠（在宅酸素療法指導管理料においては開始時の動脈血酸素濃度等）、指示事項（方法、注意点、緊急時の措置を含む）、指導内容の要点の記載が必要です。

〇在宅療養指導管理材料加算

・いろいろな在宅療養指導管理に基づき、患者等へ支給した医療材料等の費用。
・在宅療養管理指導料には、それぞれ対応する在宅療養指導管理材料加算が設定され、２つ以上の指導管理を行った場合、指導管理料は主たる１項目しか算定できませんが、材料加算や指導管理に使用した薬剤、特定保険医療材料の費用などは要件を満たせば算定できます。

D　特定保険医療材料、薬剤料、検査料、処置料など

・処置等に使用する材料のうち特定保険医療材料は保険請求可能です。
・令和２年度の改正により膀胱瘻用カテーテル、交換用胃瘻カテーテル、局所陰圧閉鎖処置用材料、陰圧創傷治療用カートリッジの算定が可能となりました。

E　その他の診療報酬

訪問看護指示料（300点）

・医師が訪問看護の必要性を認め、患者の同意を得て、患者が選定する訪問看護ステーションなどに訪問看護指示書（様式キ）を交付した場合には、月１回に限り算定します。指示書には有効期間（６か月以内）を記載する必要がありますが、１か月の指示を行う場合は記載しなくてもよいです。
・医療保険の訪問看護は通常週３日まで算定が可能です。

特別訪問看護指示加算（100点）

・急性増悪・終末期・退院直後等により一時的に週４日以上の訪問看護が必要であると判断し、特別訪問看護指示書（様式ク）を交付したときに算定します。特別訪問看護指示書の有効期間は１４日間です。特別訪問看護指示加算の算定は月１回が限度です。
・①気管カニューレを使用している状態にある患者②真皮を越える褥瘡（NPUAP分類Ⅲ度又はⅣ度、DESIGN-R分類Ｄ３、Ｄ４又はＤ５）にある患者に対しては月２回まで算定可能です。

在宅患者訪問点滴注射管理指導料（100点）

医師が週３日以上の点滴注射の必要性を認め在宅患者訪問点滴注射指示書（様式キ）を訪問看護ステーションなどに交付し必要な指導管理を行った場合に算定します。指示日から７日間のうち３日以上、点滴注射を行った場合は、３日目に算定します。

訪問看護・指導体制充実加算（150点）

自院単独または他院もしくは訪問看護ステーションとの連携により24時間訪問看護を提供できる体制の確保等の基準を満たし届出していれば月に１回に限り算定可能です。

訪問リハビリの依頼（診療情報提供料【250点】又は訪問看護指示料【300点】）

・訪問リハビリテーションを実施する医療機関から、診療情報提供書以外の書式の文書（例えば独自のリハビリ依頼箋）が求められた場合、診療情報提供書で必要とされる中身が記載されていないと、診療情報提供料の算定対象にはならないため、独自の文書（様式ケ）に加えて、診療情報提供書も併せて依頼します。
・訪問リハビリテーションの依頼先が、医療機関ではなく、訪問看護ステーションの場合（訪問看護ステーションの理学療法士等に訪問リハビリを依頼する場合）は、診療情報提供書ではなく、

訪問看護指示書を用い、訪問看護指示料を算定することになります。

衛生材料等提供加算（80点）

必要な衛生材料、保険医療材料を提供した場合に算定します。在総管、施設総管、在宅がん医療総合診療料、在宅患者訪問点滴注射管理指導料、在宅療養指導管理料を算定する場合は算定不可となります。

介護職員等喀痰吸引等指示料（240点）

医師が介護職員による喀痰吸引や経管栄養の必要性を認め、介護事業者などに対して介護職員等喀痰吸引等指示書を交付した場合３か月に１回算定できます。指示書には有効期間（６か月以内）を記載します。

在宅患者訪問栄養食事指導料

在宅患者訪問栄養食事指導料２　医師の指示に基づいて他院の管理栄養士や栄養ケアステーションの管理栄養士が訪問し栄養管理指導を行った場合に算定できます。

在宅患者訪問褥瘡管理指導料（750点）

多職種チームの管理栄養士については、他院や栄養ケアステーションの管理栄養士と共同しても算定可能で、初回カンファレンス実施時も加えて３回まで算定可能です。算定患者から「ショック状態のもの」が削除されました。

F　介護保険の請求

〇居宅療養管理指導費

要支援・要介護認定を受けた利用者に対し１月に２回まで算定できます。区分支給限度額には含まれません。

・Ⅱ訪問診療を行い、在総管・施設総管を算定するときはこれを算定（ほとんどはこちらを算定）。
・Ⅰ訪問診療を行い、在総管・施設総管を算定しないとき算定。

訪問診療で行う計画的な医学管理に基づいて指定居宅介護支援事業者その他の事業者（ケアマネジャー、訪問看護師、薬剤師等）に対する介護サービス計画の規定等に必要な情報提供（利用者の同意を得て行う者に限る）を行うこと、または利用者及び家族等に対して在宅や施設での生活を維持できるように療養上の管理や指導、介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等について、指導及び助言を行った場合に、１月に２回を限度として算定できます。口頭で指示、助言を行った場合は、要点をカルテに記載し、下線や枠で囲むなどして、居宅療養管理指導であることがわかるようにすることが必要です。ケアマネジャーへの情報提供がない場合は算定できません。ケアマネジャーへの情報提供はサービス担当者会議に参加して行うのが基本ですが、参加できない場合は、居宅療養管理指導情報提供書（様式カ）により提供します。なお、事前に居宅療養管理指導契約書と重要事項説明書（様式エ）を用いて患者と契約を交わす必要があります。