

各論2 在宅医療の仕組み

小児在宅医療における診療報酬

大山 昇一

目標 診療報酬制度を理解することは、持続可能な小児在宅医療を構築するために必要であることを理解する。

1. 在宅医療における基本的な診療報酬の算定方法を説明できる。
2. 在宅療養指導管理料、在宅患者訪問診療料の算定方法を説明できる。
3. 在宅医療にかかわる医療機関の診療報酬上の連携について説明できる。

Keyword 在宅患者訪問診療料、在宅療養指導管理料、在宅療養指導管理材料加算、退院時共同指導料、在宅療養後方支援病院

内容 <総論> 在宅医療の診療報酬

1. 在宅医療における基本的な診療報酬
2. 在宅医療における診療報酬の種類
3. 平成26年診療報酬改定に示された小児在宅医療の改革

<各論> 提供される医療からみた小児在宅医療

1. 三次病院と診療所が連携する場合
2. 在宅療養後方支援病院と診療所が連携する場合

【引用情報】

- 永井康徳：たんぽぽ先生の在宅報酬算定マニュアル。日経BP社、2015。
- 社会保険研究所：診療報酬点数表。社会保険研究所、2014。
- 大阪小児科医会：小児在宅医療診療報酬の手引き 第3版。2014。
- 大山昇一：平成26年診療報酬改定と小児在宅医療。日本在宅医学会雑誌 16(2)：254-264、2015。

1 <総論> 在宅医療における基本的な診療報酬

【在宅患者診療・指導料】

- C001 在宅患者訪問診療料
乳幼児または幼児加算
- C006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料
- C007 訪問看護指示料
- C011 在宅患者緊急時等
カンファレンス料

【在宅療養指導管理料】

表1のうちいずれか一つ
重複しなければ従たる医療機関でも算定可能

【在宅療養指導管理材料加算】

要件を満たせば2以上を算定可能

【薬剤料】

- C200 薬剤料

【特定保険医療材料料】

- C300 特定保険医療材料

在宅医療の診療報酬の算定は、A基本診療料、B医学管理料、C在宅医療の項目で主に構成されている。そのうち在宅訪問については、C在宅医療を主として使うことになる。表に示したように、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、特定保険医療材料の5項目の合算で請求することが基本である。在宅療養指導管理料および在宅療養指導管理材料加算については、後述の表1および表2をご参照いただきたい。

なお、3歳未満でB001-2小児科外来診療料を採用している施設でも、在宅医療を行う患者については出来高算定を選択することができる。

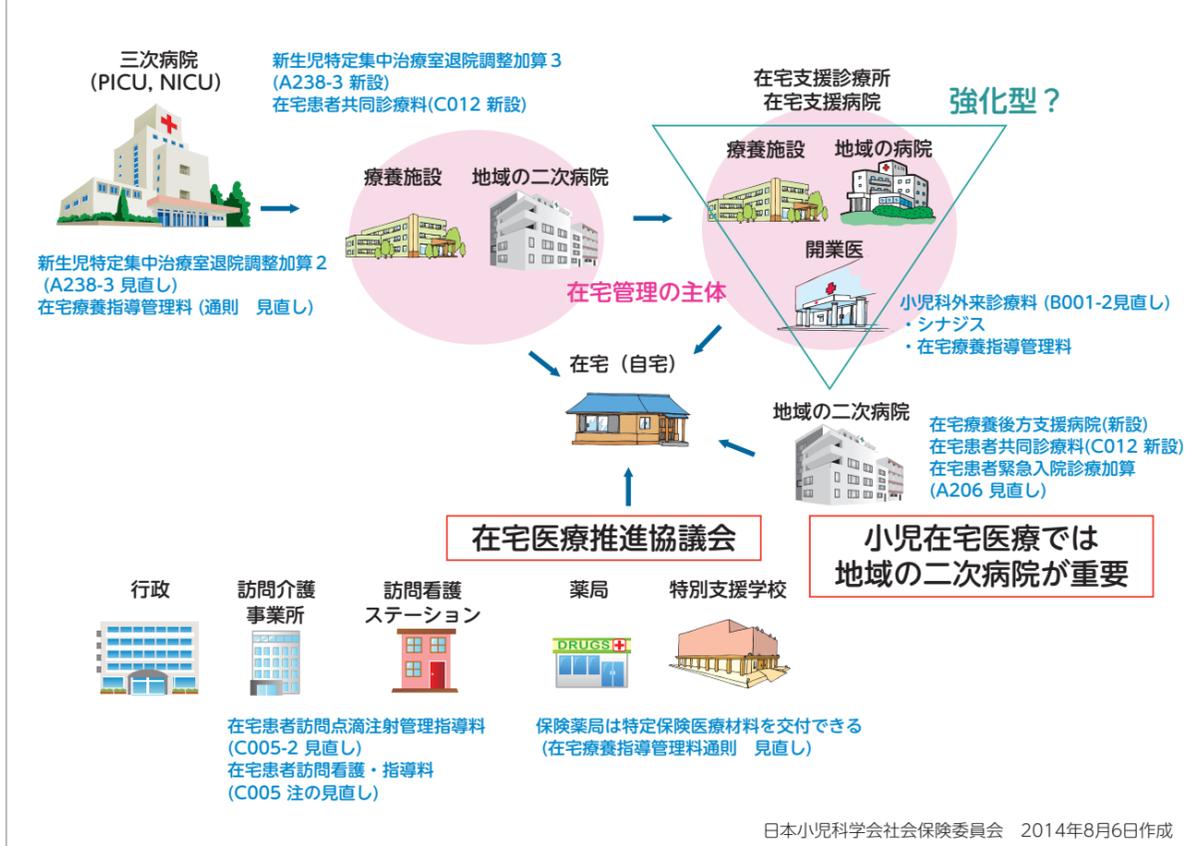
2 在宅医療における診療報酬の種類

- C000 往診料
- C001 在宅患者訪問診療料
- C002 在宅時医学総合管理料
- C003 在宅がん医療総合診療料

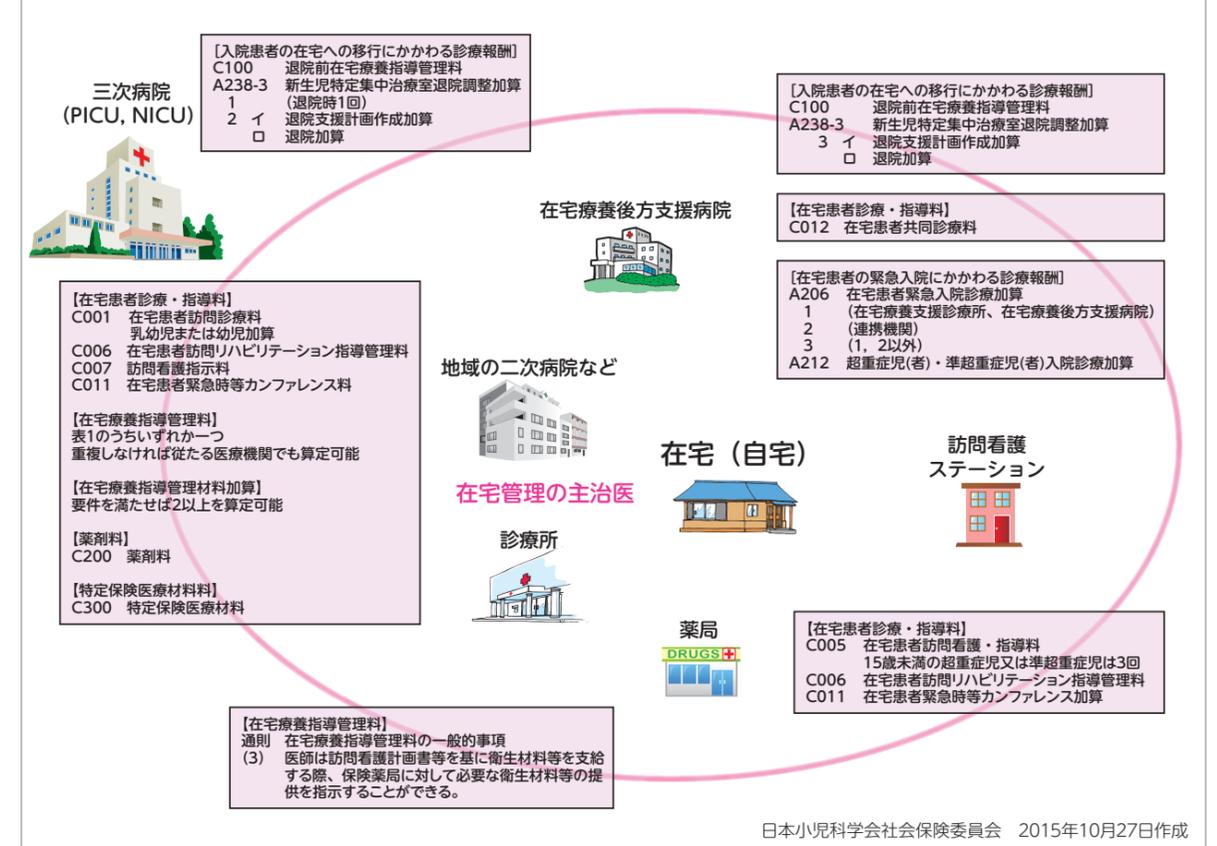
(在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院については講習の対象としない)

C000往診料およびC001在宅患者訪問診療料は、厳しい算定要件がなく一般の診療所で算定可能である。C002在宅時医学管理料は、在宅医療支援診療所や在宅医療支援病院が算定するもので、算定要件が厳しく、今回の講習の対象とはしない。また、C003在宅がん医療総合診療料はその内容から今回の講習の対象とはしない。

3 平成26年度診療報酬改定に示された小児在宅医療の改革



4 〈各論〉 提供される医療からみた小児在宅医療



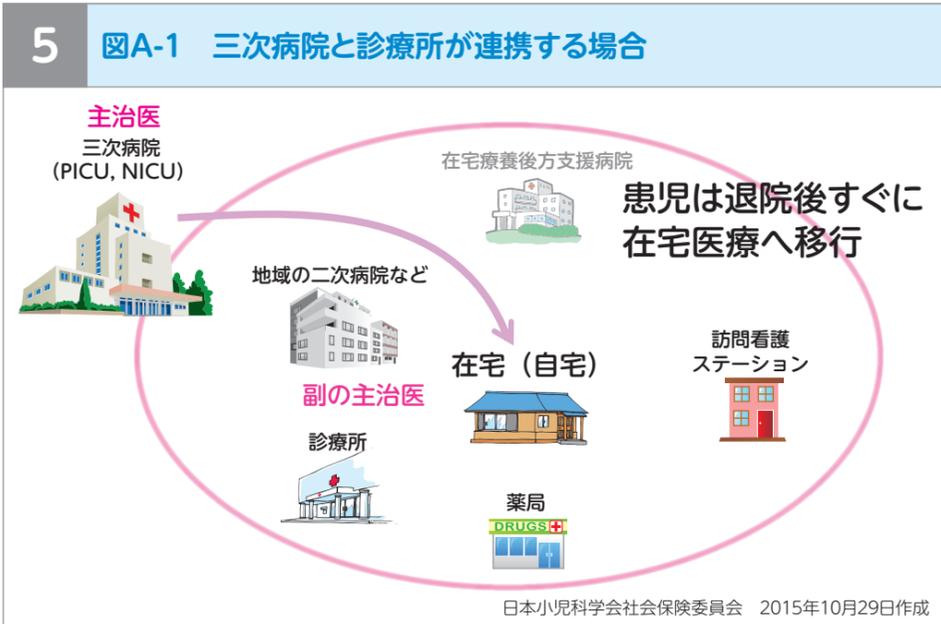
平成26年度診療報酬改定で示された小児在宅医療の構築を説明する。小児で最も在宅医療に移行することの多い新生児患者について、患者の動きに合わせて左上の三次病院から説明していく。

急性期に三次病院での治療を受けた後、症状の固定化により在宅医療を選択することになった場合、まず地域の二次病院に転院させる。二次病院では在宅医療開始のための準備や調整を行い、在宅医療に移行することになる。その際、調整を行った二次病院がそのまま在宅医療の主治医として継続的に訪問を行う方法もあるが、地域に協力を得られる診療所などがある場合には、その診療所に主治医を移すことも考えられる。もし、診療所に主治医を移した場合には、もとの在宅移行調整を行った二次病院は在宅療養後方支援病院となり、副の主治医として機能し続けることになる。

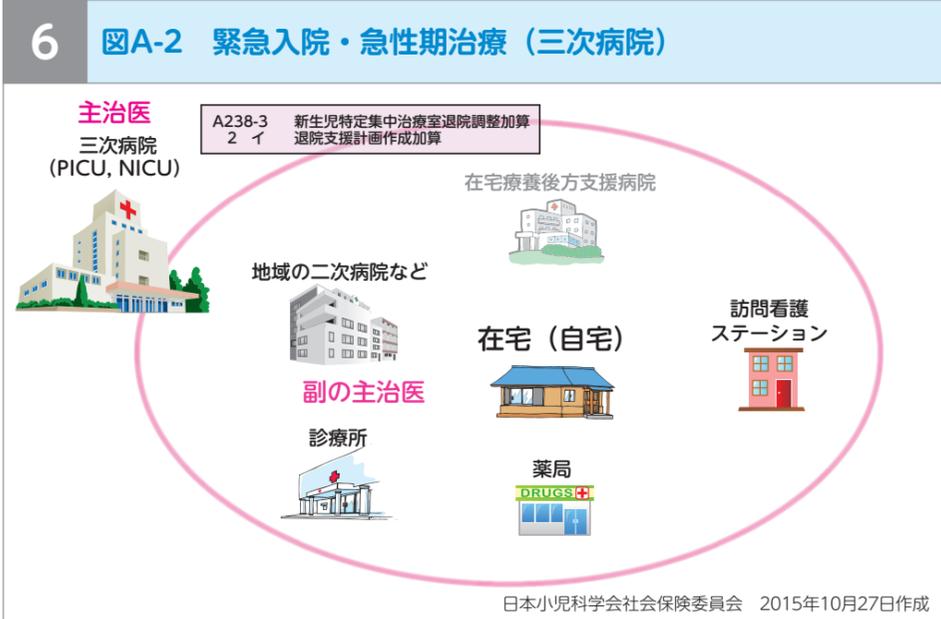
小児の在宅医療の診療報酬は成人のものと同じ仕組みを用いているため、将来のトランジションの際にも抵抗なく地域の在宅医療のシステムの中に入って行くことが可能である。平成26年診療報酬改定により、ほぼ基本的な枠組みは完成していると考えられる。

この図には小児在宅医療に係る医療機関を示し、それぞれの医療機関が算定できる項目を列挙してある。三次病院は、在宅移行の準備に係る診療報酬を算定することができる。在宅療養後方支援病院は、同じく在宅移行の準備に係る診療報酬、診療所との共同訪問を行う場合の診療報酬、緊急入院に係る診療報酬などが算定できる。在宅医療の主治医となる診療所（場合により二次病院）は総論で示したような在宅医療の継続・維持に係る診療報酬などを算定できる。薬局は、診療所などで準備することの困難な在宅医療に必要な消耗品などを主治医の指示のもとに提供することが可能である（費用は主治医が負担）。参考までに訪問看護ステーションについても示しておく。

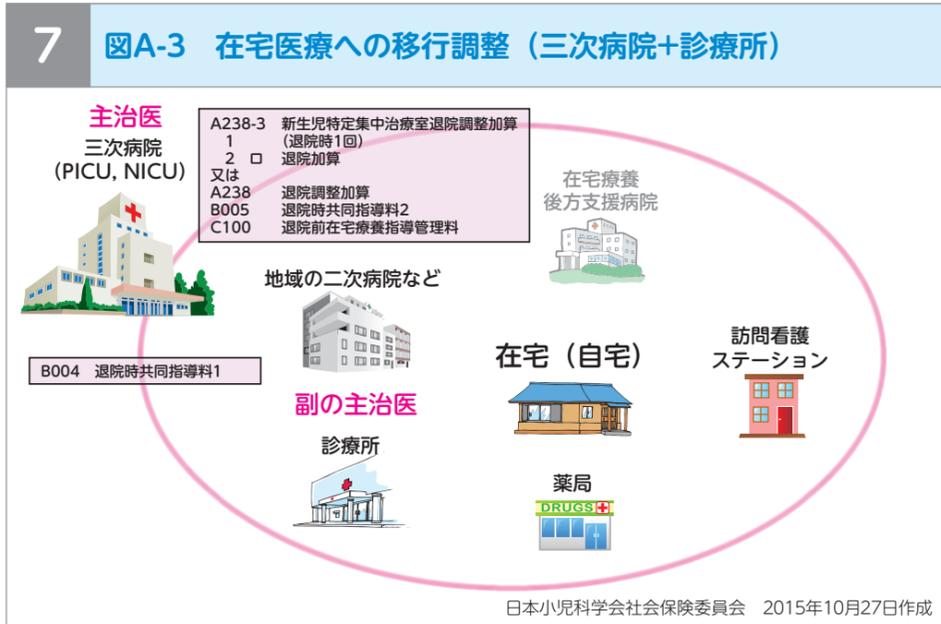
この後に、現在、最も一般的な在宅移行として行われている三次病院が主治医のまま直接在宅医療に移行し、診療所が往診のみを担当する場合の診療報酬の算定方法（図Aシリーズで示す）、次に在宅療養後方支援病院にはじめに転院し、そののち診療所が主治医として在宅医療を行った場合の診療報酬の算定方法（図Bシリーズで示す）について説明する。



図A-1から図A-6まで、三次病院が主治医のまま直接在宅医療に移行し、診療所が往診のみを担当する場合の診療報酬の算定方法について説明する。主治医は三次病院で、診療所は副主治医となる。

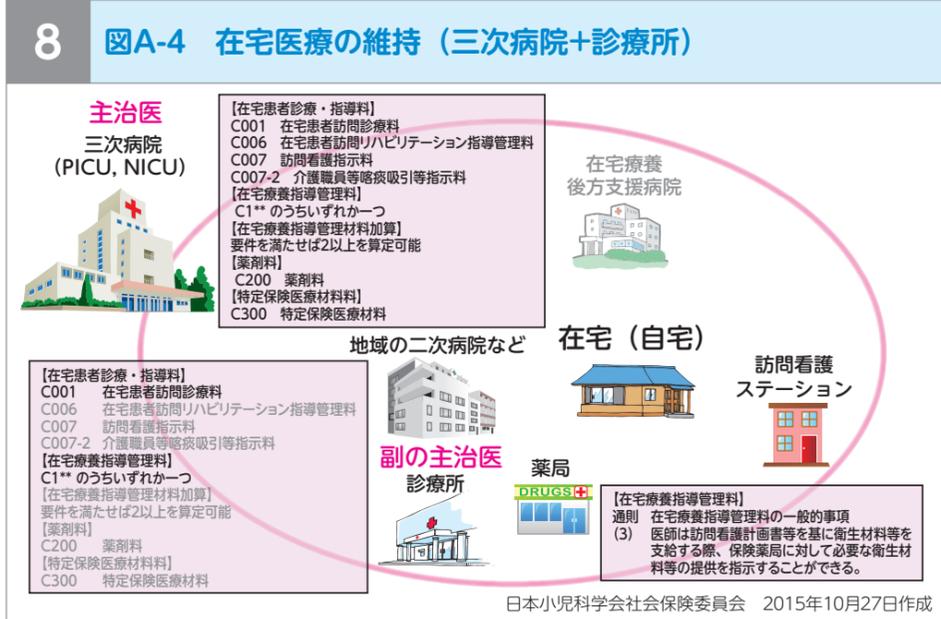


三次病院に新生児が入院となり、将来在宅医療に移行せざるを得ない病状が疑われた時点で、家族への病状説明と在宅移行への準備が始まる。入院後1週間以内にこのような対応が行われた場合、A238-3新生児特定集中治療室退院調整加算2のイ退院支援計画作成加算が入院中に算定できる（入院後早期の退院調整を行っていない場合には、退院時にのみA238-3新生児特定集中治療室退院調整加算1を算定することになる）。



その後、退院支援計画に基づいて家族への指導が行われることになる。退院が近づくと、地域での受け皿となる診療所や訪問看護ステーションなどのスタッフとともに合同カンファレンスを開催して在宅医療の詳細について調整が行われる。その際には、三次病院側ではB005退院時共同指導料2、診療所側ではB004退院時共同指導料1を算定することができる。この退院前カンファレンスは在宅医療を円滑に行うために最も重要なカンファレンスとなる。

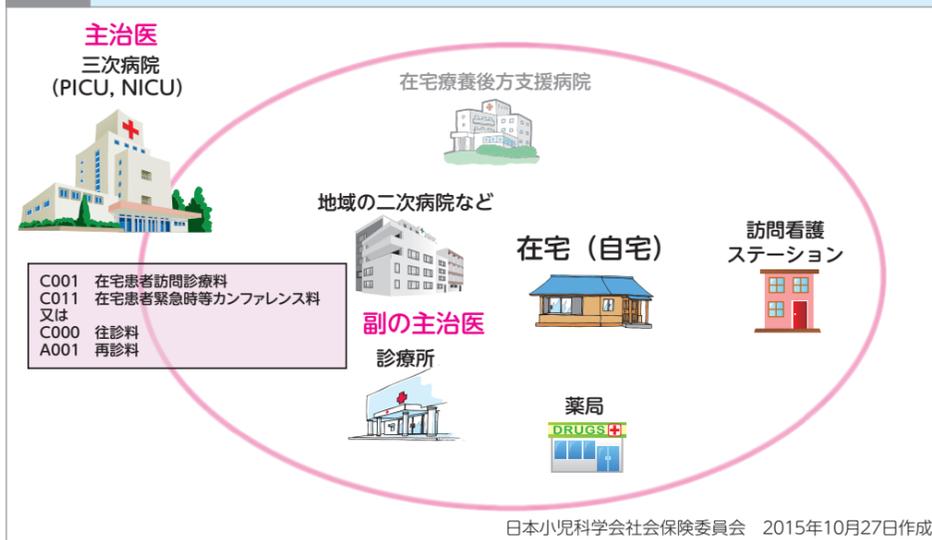
また、退院前の試験外泊を行った場合にはC100退院前在宅療養指導管理料が算定できる。こうして在宅医療に移行して退院する際にはA238-3新生児特定集中治療室退院調整加算2の口退院加算が算定できる（入院後早期に退院調整を行っている場合）。



在宅医療が始まると、主治医である三次病院は総論で示した5項目の合算を毎月算定することになる。在宅医療に必要な器材、消耗品も含めてこの中から提供することになる。一方、主治医施設と副主治医である診療所は定期的な訪問診療に対しC001在宅患者訪問診療料を週3回まで算定することができる。さらに、複数の在宅療養指導管理料が算定可能な患者の場合であれば、主治医施設が算定していない在宅療養指導管理料を一つ算定することができる（重複して算定できない管理料は表2-補遺を参照）。

在宅医療に必要な消耗品（人工呼吸器の回路、経管栄養の回路、吸引チューブなど）は自宅近くの保険薬局に指示してそちらから提供してもらうことも可能である（その際の材料費は主治医施設が管理料の中から負担）。

9 図A-5 在宅医療中の病状急変（診療所）



小児の在宅医療において病状の急変はしばしば経験される。この場合、患者に近い診療所の医師が赴くことになるが、在宅医療では訪問と往診を厳密に区別している。訪問は医療者側から事前に予定を決めて患者に赴く場合、往診は患者からの求めに応じて患者に赴く場合をいう。

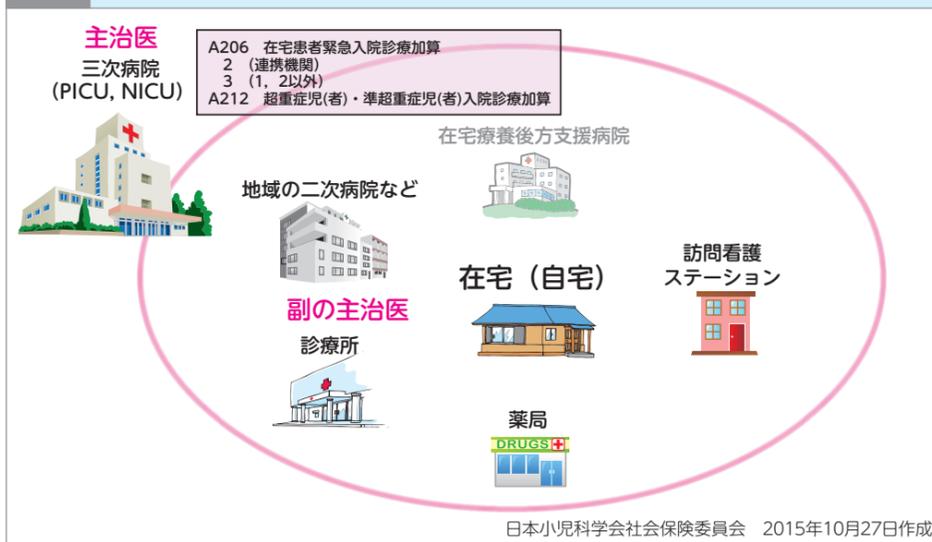
病状の思わしくないときに、あらかじめ、訪問予定を立てて赴いた場合には、C001在宅患者訪問診療料を算定することができる。さらに訪問看護ステーションのスタッフなどと示し合わせて同時に訪問し、病状などにつきカンファレンスを行った場合には、C011在宅患者緊急時等カンファレンス料を算定することができる。訪問予定がなく患者からの求めに応じて患者に赴いた場合には、C000往診料とA001再診料などを算定することになる。

11 図B-1 在宅療養後方支援病院と診療所が連携する場合



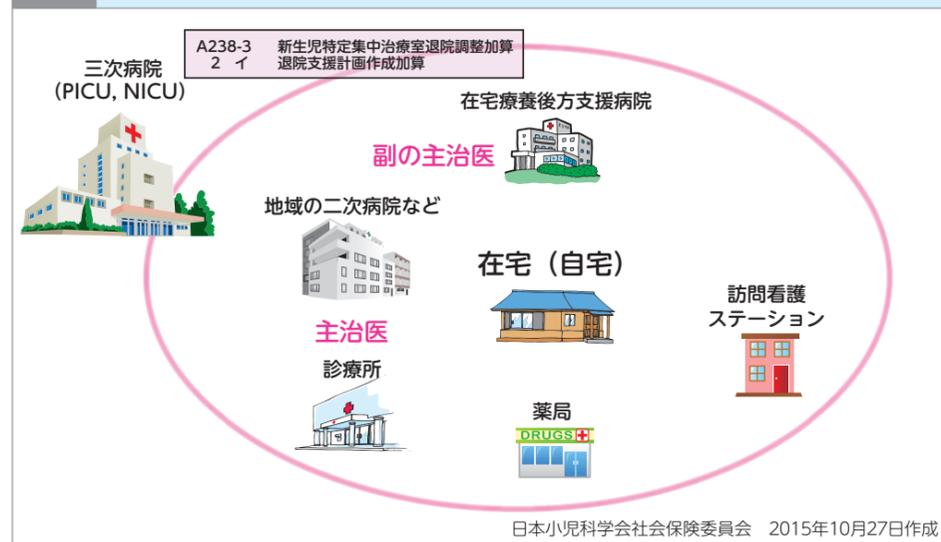
図B-1から図B-6までで、三次病院から在宅医療の調整のために地域の二次病院（在宅療養後方支援病院）に患者が転院し、その後に診療所が主治医となる場合の診療報酬の算定方法について説明する。主治医は診療所で、地域の二次病院（在宅療養後方支援病院）は副主治医となる。

10 図A-6 在宅医療中の緊急入院（三次病院）



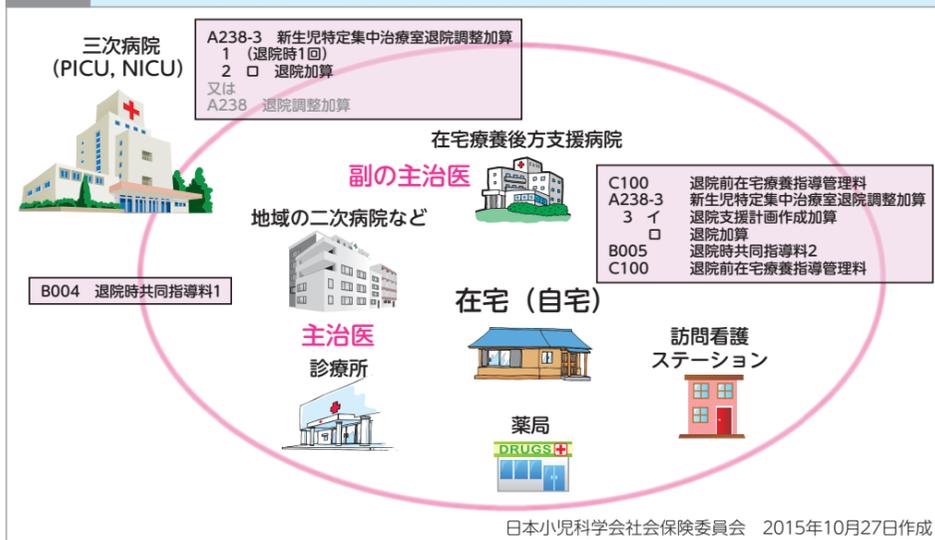
在宅医療中の緊急入院の受け皿は、主治医である三次病院となる。三次病院ではA206在宅患者緊急入院診療加算やA212超重症児（者）・準超重症児（者）入院診療加算を算定して受け入れることになる。なお、事前に患者との間で文書により受入を示している場合には、A206在宅患者緊急入院診療加算2を、そうでない場合にはA206在宅患者緊急入院診療加算3を算定する。

12 図B-2 緊急入院・急性期治療（三次病院）



三次病院に新生児が入院となり、将来在宅医療に移行せざるを得ないため家族への病状説明と在宅移行への準備が始められる過程、診療報酬の算定は図A-1と同様である。

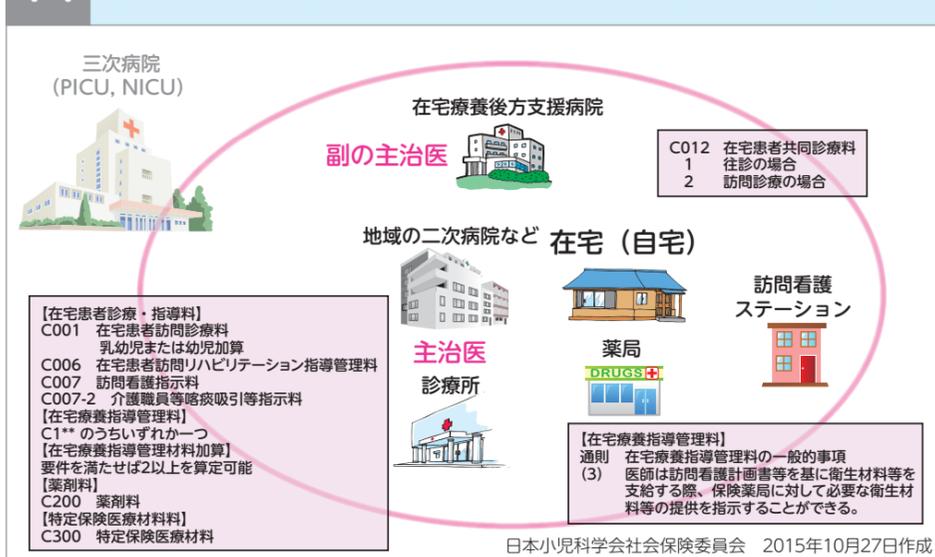
13 図B-3 在宅医療への移行調整 (三次病院+在宅療養後方支援病院)



図Aシリーズと大きく異なる点は、地域の二次病院（のちに在宅療養後方支援病院となる）において具体的な在宅医療への準備を行うことである。在宅小児を支える地域の資源（訪問看護ステーション、障害者総合支援法に基づく介護事業所、行政の取り組みなど）には極めて大きなばらつきがあり、地元でしか調整できないことが一般的であるため、患者の居住地近くでの調整が有利である。

地域の二次病院はA238-3新生児特定集中治療室退院調整加算3を算定することになる。その他のカンファレンス等の加算は図A-3と同様である。地域のさまざまな資源を有効に活用するためには、退院前のカンファレンスをもっとも重要である。

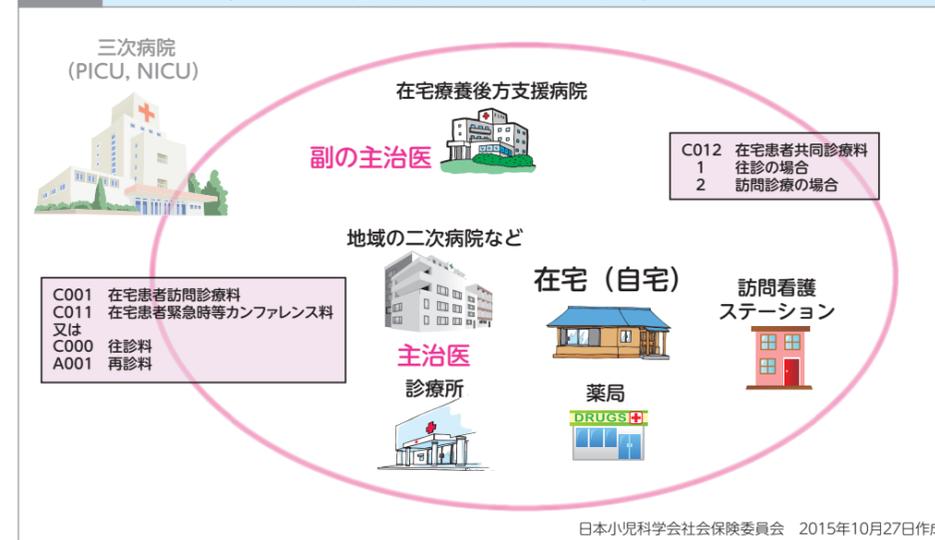
14 図B-4 在宅医療の維持 (診療所+在宅療養後方支援病院)



今回は診療所が主治医であるため、基本的な在宅療養の算定は診療所が行う。同時に在宅医療に必要な機器や消耗品も診療所から提供しなければならない。消耗品については近隣の保険薬局に提供を指示することもできる。

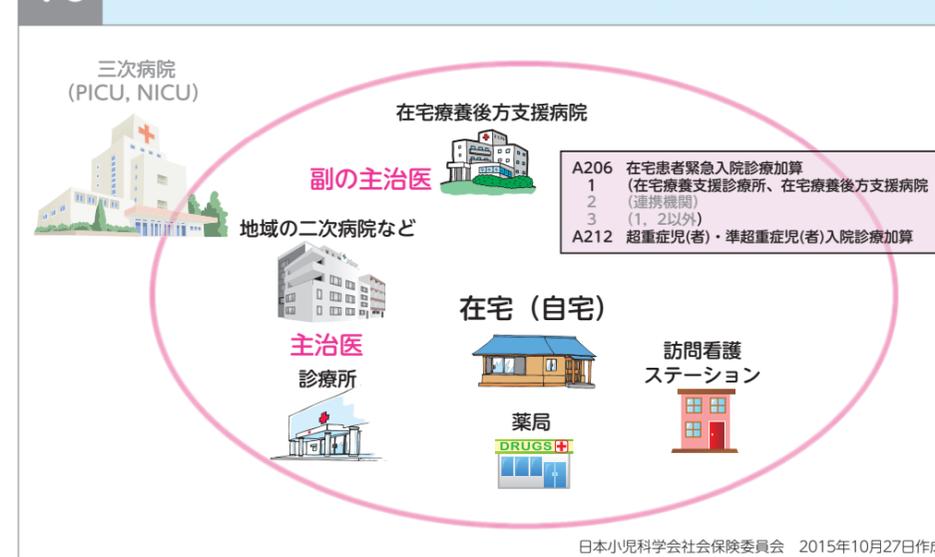
一方、在宅医療への調整を行った地域の二次病院は在宅療養後方支援病院としてその後の在宅医療を支援することになる。具体的には、主治医である診療所の求めに応じて往診を行ったり、日時を示し合わせて訪問を行ったりすることにより、C012在宅患者共同診療料を算定できる。在宅人工呼吸管理を行う患者などでは年間12回までの共同の訪問も可能である。

15 図B-5 在宅医療中の病状急変 (診療所+在宅療養後方支援病院)



患者の病状の急変時には在宅療養後方支援病院も参加することができる。

16 図B-6 在宅医療中の緊急入院 (在宅療養後方支援病院)



緊急入院が必要な際には、在宅療養後方支援病院が受け皿となる。あらかじめ文書で受入を示している場合には、A206在宅患者緊急入院診療加算1を算定することができる。

17 表1 在宅療養指導管理料の一覧

C100	退院前在宅療養指導管理料	
C101	在宅自己注射指導管理料	
C101-2	在宅小児低血糖症患者指導管理料	
C101-3	在宅妊娠糖尿病患者指導管理料	
C102	在宅自己腹膜灌流指導管理料	4000点
C102-2	在宅血液透析指導管理料	8000点
● C103	在宅酸素療法指導管理料	
1	チアノーゼ型先天性心疾患の場合	1300点
2	その他の場合	2500点
● C104	在宅中心静脈栄養指導管理料	3000点
C105	在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	2500点
● C105-2	在宅小児経管栄養法指導管理料	1050点
● C106	在宅自己導尿指導管理料	1800点
● C107	在宅人工呼吸指導管理料	2800点
C107-2	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	250点
C108	在宅悪性腫瘍患者指導管理料	1500点
C108-2	在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料	1500点
● C109	在宅寝たきり患者処置指導管理料	1050点
C110	在宅自己疼痛管理指導管理料	1300点
C110-2	在宅振戦等刺激装置治療指導管理料	810点
C110-3	在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料	810点
C110-4	在宅仙骨神経刺激治療指導管理料	810点
C111	在宅肺高血圧症患者指導管理料	810点
● C112	在宅気管切開患者指導管理料	900点
C113	削除	
C114	在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料	1000点
C115	在宅植込型補助人工心臓（拍動流型）指導管理料	6000点
C116	在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料	45000点

日本小児科学会社会保険委員会 2015年8月30日作成

●印は小児で算定することの多い管理料を示す。

18 表2 在宅療養指導管理材料加算の一覧

C150	血糖自己測定器加算	
C151	注入器加算	
C152	間歇注入シリンジポンプ加算	
C153	注入器用注射針加算	
C154	紫外線殺菌器加算	360点
C155	自己腹膜灌流装置加算	2500点
C156	透析液供給装置加算	10000点
● C157	酸素ポンベ加算	
1	携帯用酸素ポンベ	880点
2	1以外の酸素ポンベ	3950点
● C158	酸素濃縮装置加算	4000点
C159	液化酸素装置加算	
1	設置型液化酸素装置	3970点
2	携帯型液化酸素装置	880点
C159-2	呼吸同調式デマンドバルブ加算	300点
● C160	在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算	2000点
● C161	注入ポンプ加算	1250点
● C162	在宅経管栄養法用栄養管セット加算	2000点
● C163	間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル加算	600点
● C164	人工呼吸器加算	
1	陽圧式人工呼吸器	7480点
2	人工呼吸器	6480点
3	陰圧式人工呼吸器	7480点
● C165	経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加算	1210点
C166	携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算	2500点
C167	疼痛管理用送信機加算	600点
C168	携帯型精密輸液ポンプ加算	10000点
● C169	気管切開患者用人工鼻加算	1500点
● C170	排痰補助装置加算	1800点

注) 在宅療養指導管理材料加算は、要件を満たせば2以上の指導管理について算定できる。

日本小児科学会社会保険委員会 2015年9月25日作成

表1の管理料に対応する材料加算が算定可能である。表1に示した管理料は、複数該当するものがあっても主たるもの一つしか算定できないが、表2に示した材料加算は該当する管理料に対応した材料加算は複数算定することが可能である。

19 表2の補遺 算定できない在宅療養指導管理料の組み合わせ

C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料	C102-2 在宅血液透析指導管理料
C103 在宅酸素療法指導管理料	C107 在宅人工呼吸指導管理料 又は C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料
C104 在宅中心静脈栄養法指導管理料	C105 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料 C105-2 在宅小児経管栄養法指導管理料
C105 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	C105-2 在宅小児経管栄養法指導管理料
C105-2 在宅小児経管栄養法指導管理料	C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料
C107 在宅人工呼吸指導管理料	C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料
C108 在宅悪性腫瘍患者指導管理料	C110 在宅自己疼痛管理指導管理料
C108-2 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料	C110 在宅自己疼痛管理指導管理料
C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料	C114 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料

注) 複数の施設が在宅医療にかかわる場合、表の左側の指導管理料と右側の指導管理料は同時に算定できない。

主治医と副主治医との間で重複して算定できない管理料の組み合わせを示す。

20 図3 在宅医療への移行にかかわる診療報酬



注) A238-3新生児特定集中治療室退院調整加算3は、他の施設から加算2を算定して転院してきた患者に対して算定する。
C100退院前在宅療養指導管理料は退院前の外泊に対して、初日1回に限り算定。同日に他の在宅療養指導管理料を算定することはできない。

日本小児科学会社会保険委員会 2015年10月18日作成

以下の図3～6には在宅医療の状況に応じた診療報酬点数を一覧で示した。

21 図3-② 在宅医療への移行にかかわる診療報酬



- 別表3の1の2 退院時共同指導料1及び2を2回算定できる疾病等の患者並びに重症者加算の状態等にある患者
- 1 末期の悪性腫瘍の患者（在宅がん医療総合診療料を算定している患者を除く）
 - 2 (1) であって、(2) 又は (3) の状態であるもの
 - (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、在宅自己疼痛管理指導管理、在宅肺高血圧症患者指導管理、在宅気管切開患者指導管理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設置している状態
 - (3) 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態
 - 3 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

【病院】

B005	退院時共同指導料2	300点
注1	入院施設の医師または看護師、在宅医または看護師、訪問看護STの看護師等	
	・患者の同意、文書により情報提供	
	・入院中1回（別表3の1の2は2回）	
注2	医師同士の場合（加算）	300点
注3	上記の他、歯科医師、薬剤師、介護支援専門員のいずれか3名以上（加算）	2000点

【診療所】

B004	退院時共同指導料1	300点
1	在宅療養支援診療所	1000点
2	1以外	600点
注1	入院施設の医師または看護師、在宅医または看護師、訪問看護STの看護師等	
	・患者の同意、文書により情報提供	
	・入院中1回（別表3の1の2は2回）	
注2、3	略	

注) いずれもA238と併算可能、入院中の病院で開催（A238-3でも同様に併算できる）

日本小児科学会社会保険委員会 2015年10月18日作成

22 図4 診療所での在宅医療の維持にかかわる診療報酬

計画的な訪問による在宅医療

病状急変時の往診による在宅医療

【初診時】

A000	初診料	282点
	乳幼児加算（6歳未満）	75点
C000	往診料	720点
	又は、	
B001-2	小児科外来診療料（3歳未満、初診時）	
	処方箋あり（院外処方箋）	572点
	処方箋なし（院内調剤）	682点
C000	往診料	720点

【再診時】

C001	在宅患者訪問診療料	833点
	乳幼児加算（3歳未満）	400点
	幼児加算（3歳以上6歳未満）	400点
	・週3回を限度として算定可能	
	・急性増悪等で一時的に必要な時は14日以内に1回追加	
C1**	在宅療養指導管理料（月1回）	**点
C007	訪問看護指示料（月1回）	300点
C007-2	介護職員等喀痰吸引等指示料（3月に1回）	240点

注) 小児科外来診療料の算定除外対象

C000	往診料	720点
A001	再診料	72点
	乳幼児加算（6歳未満）	36点
	外来管理加算	52点
	又は、	
C001	在宅患者訪問診療料	
C011	在宅患者緊急時等カンファレンス料（月2回）	200点
	（条件によりC001在宅患者訪問診療料との併算定可）	

日本小児科学会社会保険委員会 2015年10月18日作成

23 図5 在宅医療の維持にかかわる診療報酬

計画的な訪問による在宅医療 (在宅療養後方支援病院の場合)	病状急変時の往診による在宅医療 (在宅療養後方支援病院の場合)
<p>C012 在宅患者共同診療料</p> <p>1 往診の場合 1500点</p> <p>2 訪問診療の場合 (同一建物居住者以外) 1000点</p> <p>注1、2 在宅療養後方支援病院の医師、1年に2回まで</p> <p>注4 15歳未満の人工呼吸器装着患者、引き続き実施している 体重20kg未満の患者、別表13の患者は1年に12回まで</p>	<p>C012 在宅患者共同診療料</p> <p>1 往診の場合 1500点</p> <p>2 訪問診療の場合 (同一建物居住者以外) 1000点</p> <p>注1、2 在宅療養後方支援病院の医師、1年に2回まで</p> <p>注4 15歳未満の人工呼吸器装着患者、引き続き実施している 体重20kg未満の患者、別表13の患者は1年に12回まで</p>
<p>別表13 在宅患者緊急入院診療加算に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・多発性硬化症 ・重症筋無力症 ・スモン ・筋萎縮性側索硬化症 ・脊髄小脳変性症 ・ハンチントン病 ・進行性筋ジストロフィー症 ・パーキンソン病関連疾患 ・多系統萎縮症 ・プリオン病 ・亜急性硬化性全脳炎 ・ライソゾーム病 ・副腎白質ジストロフィー ・脊髄性筋萎縮症 ・慢性炎症性脱髄性多発神経炎 ・後天性免疫不全症候群 ・頸髄損傷 <p>※15歳未満のものであって人工呼吸器を使用している状態のもの又は15歳以上のものであって人工呼吸器を使用している状態が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)</p>	

日本小児科学会社会保険委員会 2015年10月18日作成

24 図6 在宅医療中の緊急入院にかかわる診療報酬

病状の急変	緊急入院
	<p>A206 在宅患者緊急入院診療加算(入院初日)</p> <p>1 (在宅療養支援診療所、在宅療養後方支援病院) 2500点</p> <p>2 (連携機関) 2000点</p> <p>3 (1, 2以外) 1000点</p> <p>A212 超重症児(者)・準超重症児(者)入院診療加算(1日につき)</p> <p>1 超重症児(者)入院診療加算</p> <p>イ 6歳未満の場合 800点</p> <p>ロ 6歳以上の場合 400点</p> <p>2 準超重症児(者)入院診療加算</p> <p>イ 6歳未満の場合 200点</p> <p>ロ 6歳以上の場合 100点</p> <p>注3 救急・在宅重症児(者)受入加算(1日につき) 200点</p> <p>NICU、PICU入院既往者、5日を限度</p>
	<p>A206 在宅患者緊急入院診療加算</p> <p>1 C002,C002-2,C003,C1**を算定している患者(別表13)病状の急変時等に在宅医の求めに応じて入院 あらかじめ文書で患者に対し説明と同意、写しを保存 3か月に1回以上在宅医と情報交換 1病院につき1患者(複数の病院との契約は想定されない) 200床以上の病院、24時間対応可能な体制</p> <p>2 在宅医があらかじめ文書で緊急入院先を提示、写しを保存</p>

日本小児科学会社会保険委員会 2015年10月18日作成