

小児在宅医療診療報酬の手引き第3版

平成28年度改定に際しての補遺版

はじめに

平成28年度診療報酬改定は、小児在宅医療に関しては一定の評価が得られたと言ってよいだろう。まず、在宅時医学総合管理料については月1回の訪問でも算定できる新たな点数が設定され、また、重症児の在宅時医学総合管理料も増点となったので、小児を訪問診療している医師にとっては朗報と言える。また、機能強化型在宅療養支援診療所の要件に、小児では非常に少ない「看取り」の代わりに「超・準超重症児管理」でも可となったのも、小児の在宅医療が評価されたと言ってよい。その他にも、在宅医療全般において、実情に即した形の改定が行われている。

この改定が小児の在宅医療を行う方々に広く浸透し、地域で重症児に訪問診療を行う医師が増えることを期待する。

平成28年度改定の主な変更点

1. 月1回の訪問診療でも算定可能な在宅時医学総合管理料が新設された。
2. 重症児の在宅時医学総合管理料が増点された。
3. 「重症者加算」がなくなり、「頻回訪問加算」600点が新設された。
4. 往診料に休日加算が新設された。
5. 機能強化型在宅療養支援診療所の要件に、「看取り」以外に「超・準超重症児管理」が加えられた。
6. 退院時共同指導料が大幅に増点された。
7. 退院直後の在宅療養支援に関する評価が新設された。

1. 月1回の訪問診療でも算定可能な在宅時医学総合管理料が新設された。

在宅時医学総合管理料は、改定前は月2回訪問診療を行った場合のみ算定可とされていたが、改定後は月1回の訪問であっても算定できる新たな点数が設定された。安定してくると月1回の訪問で十分なことも多いので、これは望ましい改定であると評価できる。

2. 重症児の在宅時医学総合管理料が増点された。

月2回訪問診療の場合、重度医療管理を要する患者・難病患者では300～400点増額、それ以外では300～400点減額となった。小児ではほとんどが重度医療管理を要する患者・難病患者(※)であるので、ほとんどのケースで増額となると推測される。

(※) 重度医療管理を要する患者・難病患者は「1. 別に定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を実施している場合・・・」と表現されており、その「別に定める状態」は以下の表のとおりである。表内の1. の3つ目の「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も含まれ、また、気管切開・酸素療法なども含まれるので、小児の場合は一部の軽症例を除いてほとんどがその対象となる。

表:別に定める状態

【I-4(医療機能の分化・強化／在宅医療の確保)-①】

在宅医療における重症度・居住場所に応じた評価 骨子【I-4(1)】

[別に定める状態]

在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学総合管理料

1. 以下の疾病等に罹患している状態

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

2. 以下の処置等を実施している状態

人工呼吸器の使用、気管切開の管理、気管カニューレの使用、ドレーンチューブ又は留置カテーテルの使用、人工肛門・人工膀胱の管理、在宅自己腹膜灌流の実施、在宅血液透析の実施、酸素療法の実施、在宅中心静脈栄養法の実施、在宅成分栄養経管栄養法の実施、在宅自己導尿の実施、植え込み型脳・脊髄電気刺激装置による疼痛管理、携帯型精密輸液ポンプによるプロスタグランジンI2製剤の投与

上記の1. と2. について、下記のように表で示した。

※月1回訪問診療の在宅時医学総合管理料には、重症・非重症の別はない。

※処方箋交付の点数を示す。処方箋を交付しない場合は300点を所定点数に加算する。

機能強化型在宅療養支援診療所(病床なし)の場合

	改定前	改定後
月2回訪問(重症)	4600点	5000点
月2回訪問	4600点	4200点
月1回訪問	0点	2520点

(強化型でない)在宅療養支援診療所の場合

	改定前	改定後
月2回訪問(重症)	4200点	4600点
月2回訪問	4200点	3800点
月1回訪問	0点	2280点

在宅療養支援診療所でない場合

	改定前	改定後
月2回訪問(重症)	3150点	3450点
月2回訪問	3150点	2850点
月1回訪問	0点	1710点

3. 「重症者加算」がなくなり、「頻回訪問加算」600点が新設された。

これまで「重症者」かつ「月の訪問診療と往診の合計回数が4回以上」という条件のあった「重症者加算」がなくなり、「加算」という扱いではなく、月2回以上訪問診療の在宅時医学総合管理料が二段階に分けられ、重症者には高い診療報酬が算定できるようになった(上記の「2.重症児の在宅時医学総合管理料が増点された」のとおり)。さらに、重症者に対し1月に4回以上の往診又は訪問診療を行った場合に算定する「頻回訪問加算」が新設された。

ちなみに、重症者に対する月2回以上訪問の在医総管は400点増点(在宅療養支援診療所の場合)され、それに1月に4回以上訪問した場合の「頻回訪問加算」600点を加えると、従来の「重症者加算」1000点と同じ点数になる。

C002 在宅時医学総合管理料(月1回)【注の見直し】

改定前	改定後
注4 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(別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに限る。)に対して、1月に4回以上の往診又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、重症者加算として、1,000点を所定点数に加算する	注5 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(別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに限る。)に対して、1月に4回以上の往診又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。

註)施設入居時等医学総合管理料においても、在宅時医学総合管理料と同様に「重症者加算」が廃止され、「頻回訪問加算」600点が加算できる。

4. 往診料に休日加算が新設された。

往診料に、夜間加算に加えて、休日にも下記の加算が算定可能になった。

機能強化型在宅療養支援診療所(病床なし)の場合	1500点
(強化型でない)在宅療養支援診療所の場合	1300点
在宅療養支援診療所でない場合	650点

5. 機能強化型在宅療養支援診療所の要件に、「看取り」以外に「超・準超重症児管理」が加えられた。

機能強化型在宅療養支援診療所の実績要件において、単独型では、看取り以外に、15歳未満の超・準超重症児管理の実績過去1年間で4件以上でも可となり、連携型でも、各医療機関では15歳未満の超・準超重症児管理の実績2件以上でも可となった。しかし、連携医療機関の合計の要件で「看取り4件以上」を必要とする条件は変わらず、小児在宅を主にする医療機関だけの連携では条件を満たしにくくなることが予想される。この点については、次回改定までの課題であると考えられる。

	改定前	改定後
[単独型の機能強化型在宅療養支援診療所及び機能強化型在宅療養支援病院の施設基準]	当該保険医療機関において、過去1年間の在宅における看取りの実績を4件以上有すること。	当該保険医療機関において、過去1年間の在宅における看取りの実績を4件以上有する又は 15歳未満の超・準超重症児に対する総合的な医学管理の実績を過去1年間に4件以上有すること。
[連携型の機能強化型在宅療養支援診療所及び機能強化型在宅療養支援病院の施設基準]	当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて、過去1年間の在宅における看取りの実績を4件以上有し、 かつ、 当該保険医療機関において2件以上有すること。	当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて、過去1年間の在宅における看取りの実績を4件以上有すること。 また、 当該保険医療機関において過去1年間の在宅における看取りの実績を2件以上又は 過去1年間の 15歳未満の超・準超重症児に対する総合的な医学管理の実績を2件以上有すること。

6. 退院時共同指導料が大幅に増点された。

在宅移行前に、在宅医となる予定の地域の医師が、患児の入院中に病院に於いて行う「退院前カンファレンス」に参加した時に算定される。退院時共同指導料1は地域側が、共同指導料2は病院側が算定する。

退院時共同指導料1の大幅増額

	改定前	改定後
機能強化型在宅療養支援診療所の場合	1000点	1500点
(強化型でない)在宅療養支援診療所の場合	1000点	1500点
在宅療養支援診療所でない場合	600点	900点

退院時共同指導料2の増額

	改定前	改定後
(病院側が算定)	300点	400点

7. 退院直後の在宅療養支援に関する評価が新設された。

退院直後に、入院医療機関の看護師等が患家等を訪問し、当該患者又はその家族等退院後に患者の在宅療養支援に当たる者に対して、退院後の在宅における療養上の指導を行った場合の評価を新設する。算定要件は下記のとおり。

退院後訪問指導料	580点(1回につき)
訪問看護同行加算	20点

[算定要件]

- (1) 特掲診療料の施設基準等の別表第八に掲げる状態の患者若しくは認知症高齢者の日常生活自立度判定基準Ⅲ以上の患者又はその家族に対して、在宅での療養内容等の指導を行った場合に、算定する。
- (2) 入院医療機関を退院した日から起算して1月以内の期間に限り、5回を限度として算定する。ただし、退院日は除く。
- (3) 在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の看護師等と同行し、指導を行った場合には、訪問看護同行加算として、退院後1回に限り、所定点数に加算する。

症例に基づいた小児在宅医療の診療報酬の実際

(平成 28 年度診療報酬改定準拠)

仮想ケースを用いて診療報酬を実際に算定してみる。

【 】の番号は診療報酬算定可能なものを示すー

(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。

(在宅までの経過)

退院 1 か月半前 病院から診療所に在宅管理の打診

1 か月前 第 1 回退院前カンファレンス 【1】

1 週間前 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)

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 2 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、訪問看護師と臨時のカンファレンスを実施 【7】。

この月は、往診を 1 回、定期的な訪問診療を 5 回行った 【0】

<算定可能な診療報酬>

今回の試算では、退院日を月初めとして、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初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、巻末に別記する。

1. 小児科外来診療料 (非) 届出、在宅時医学総合管理料届出の場合

A : 処方せんを交付する場合 (院外処方の診療所) では

- ・退院前に算定できる点数

- 【1】 退院時共同指導料 1 (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
 (退院が月初めのため、入院中 (退院前月) の請求となる)
 ・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 (833 点+乳幼児加算 400 点) ×5=6,165 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 72 点+乳幼児加算 38 点+外来管理加算 52 点+往診料 720 点=882 点
- 【5】 検査料：便細菌培養同定 180 点+一般細菌薬剤感受性検査 280 点+微生物学的検査判断料 150 点=610 点
- 【6】 薬局に情報提供及び訪問服薬指導を指示：診療情報提供料 (I) 250 点
 (なお、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)
- 【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 (重症者で月 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『退院前月と当月の診療報酬請求点数 14,757 点』

B：処方せんを交付しない場合 (院内処方の診療所) では

- 【0】 在宅時医学総合管理料が 3,750 点となる以外は上記と同様。
 『退院前月と当月の診療報酬請求点数 15,057 点』

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 点となり
- 【0】 在宅時医学総合管理料も増点され、
 処方せんを交付した場合
 4,600 点 (実績加算があれば 4,900 点、強化型であれば 5,000 点)
 処方せん交付しない場合
 4,900 点 (実績加算ありは 5,200 点、強化型は 5,300 点) が算定できる。
- その結果、
 処方せん交付した場合
 『退院前月と当月の診療報酬請求点数 17,107 点』
 (実績加算ありの場合は 17,407 点、強化型は 17,507 点)
 処方せん交付しないの場合

『退院前月と当月の診療報酬請求点数 17,407 点』
(実績加算ありの場合は 17,707 点、強化型は 17,807 点)

上記の如く、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される。

2. 小児科外来診療料届出、在宅療養指導管理料（他医を含む）の場合

小児科外来診療料届出の医療機関であっても、在宅療養指導管理料を算定すれば小児科外来診療料の対象外となり、上記 1. の小児科外来診療料（非）届出の算定方法を用いることとなる。

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。本稿仮想ケースでは、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、退院前カンファがない場合もまだまだ多いと思われる。

そのような場合の在宅移行時の診療報酬算定には、以下の二つ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 D P C 病棟であるかどうかである。もし患児が D P C 病棟（ほぼ全ての N I C U は D P C である）に入院中の場合、他院受診は保険では全く認められていない。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、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 1」は、そのルールの唯一の例外と言ってよい。一方、D P C 以外の場合、他院受診は制限付きながら認められている（後に記載あり）。

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、ある医療機関を初めて受診する場合は、患児本人を沢山の医療機器と共に連れて行かないことには、保険上、初診が成り立たないのである。

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

退院前カンファレンスに参加し、「退院時共同指導料 1」を算定する場合である。

まず、「退院時共同指導料 1」は初回訪問が実施された場合にはじめて算定できるものである。通常保険請求も初回訪問と同時（同月）に保険請求することになる。カルテ上の初診日は退院前カンファの日となり、病名を付ける。「初診料」は「退院時共同指導料 1」

に含まれるので併算定およびその後の算定はできない。その後に行う初回訪問診療は定期的な訪問診療となるので、「在宅患者訪問診療料」(833点+乳幼児加算400点)を算定する。

なお、実際には、退院前カンファに参加しても、保険情報などを貰い忘れたり、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1」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。この場合であっても、初回訪問の前に保護者が来院した時や初回訪問の日にも、保護者の同意を得て、初診日をカンファレンスの日に遡って「退院時共同指導料1」を算定すればよい(勿論、カンファ時のカルテ記載は必須)。「退院時共同指導料1」が請求できるのは初回訪問を実施した後であるので、何ら問題は生じない。

退院前カンファに参加した後に、改めて保護者が来院し相談などをした場合、患児が入院している病棟がDPC病棟でない場合は、在宅側は再診の扱いが可能である。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。また、病院側にはその日の入院費用に減算が発生するので、注意されたい。一方、もしNICUなどのDPC病棟に入院していた場合は保険請求できない。

B : A以外で、初回訪問前に保護者が医療機関に来院された場合

退院前カンファがなく(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、上述の通り、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、基本的に初診料は保険請求不可で、下記Cとして請求する。

C : 初回訪問日が初診日となる場合

退院前カンファが無く(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ありえないと思われるが、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」(282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)=1,207点となり、この日は「在宅患者訪問診療料」を算定できない。初回訪問時に次回訪問日を決め、その2回目の訪問時から「在宅患者訪問診療料」を算定する。在宅児ではない一般の患児から診察依頼があつて往診した場合と同じ扱いである。

	A	B	C
退院前カンファレンス	退院時共同指導料1 900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可能	来院しても算定不可	来院なし
初回の訪問診療	在宅患者訪問診療料 833点+乳幼児加算 400点=1,233点	初診料 282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=1,207点	
2回目以降の訪問診療	在宅患者訪問診療料 833点+乳幼児加算 400点=1,233点		
定期的な訪問診療回数	5回	4回	
往診回数	1回	2回	

小児在宅医療診療報酬の手引き 第3版 補遺版

平成28年4月 発行

平成28年12月 加筆更新

編集：大阪小児科医会プライマリ・ケア部会 在宅小児医療委員会
大阪小児科医会医業経営部会

発刊：一般社団法人 大阪小児科医会

〒543-0051 大阪市天王寺区清水谷町 8-15 清水谷ビッグビル2階

TEL(06)6761-7613 FAX(06)6761-7682

<http://www.osk-pa.or.jp/>