

在宅医療の診療報酬について

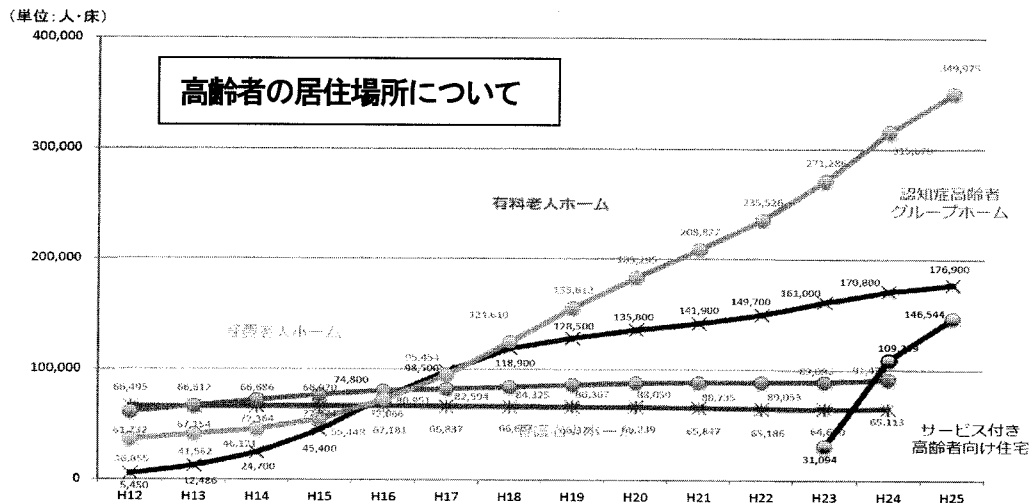
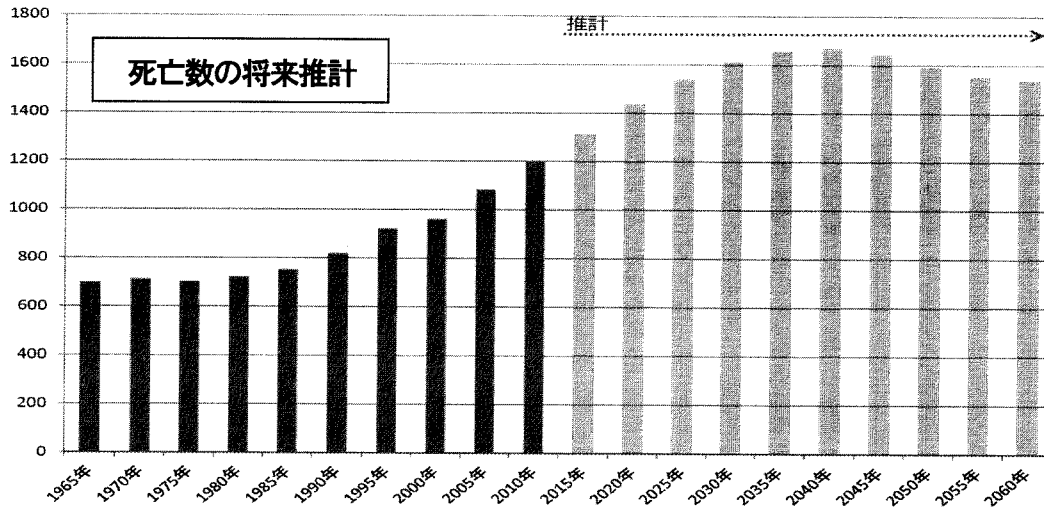
～平成 28 年度改定を含めて～

I. 高齢者の現状	1	(5)最近の取り扱いの変更点	77
II. 医療保険制度と診療報酬	5	1. 在宅療養指導管理料の算定患者にあわせて算定できない処置と その処置に伴い使用する薬剤、特定保険医療材料の算定について	
(1) 医療保険制度の種類と特徴	5	2. 混乱する皮膚欠損用創傷被覆材と在宅療養指導管理の取り扱い	81
(2) 診療報酬算定のための諸規定	6	3. 平成 27 年 6 月に変更された、在宅時医学総合管理料の算定時の在宅寝たきり患者処置指導管理料の取り扱い	84
(3) 保険診療に関しその他の事項	9	(6)在宅療養指導管理と処置に用いる薬剤の請求	85
(4) 「療養の給付と直接関係ないサービス」として実費徴収可能な費用の通知	10	(7)在宅療養指導管理に伴う材料料	90
(5) 点数表に関連する告示等	12	1. 医療材料・衛生材料等とは	90
III. 在宅医療のあらし	13	2. 特定保険医療材料とは?	90
(1) 在宅医療の位置づけ	14	3. 在宅医療用の特定保険医療材料	90
(2) 診療報酬にみる在宅医療	15	4. 在宅医療における医療材料・衛生材料等の算定方法	92
(3) 在宅医療と介護保険	17	5. 院外処方で支給できる特定保険医療材料在宅療養指導管理料	95
IV. 在宅医療の実際：在宅患者診療・指導料	19	C101 在宅自己注射指導管理料	97
在宅療養支援診療所	24	C103 在宅酸素療法指導管理料	104
C000 往診料	31	C104 在宅中心静脈栄養法指導管理料	108
C001 在宅患者訪問診療料（1日につき）	35	C105 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	109
C002 在宅時医学総合管理料（届出）	43	C105-2 在宅小児経管栄養法指導管理料	109
C002-2 施設入居時等医学総合管理料（届出）		C106 在宅自己導尿指導管理料	110
C003 在宅がん医療総合診療料（1日につき）（要届出）	53	C107 在宅人工呼吸指導管理料	112
C004 救急搬送診療料	55	C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	113
C005-2 在宅患者訪問点滴注射管理指導料（1週につき）	56	C108 在宅悪性腫瘍患者指導管理料	115
※ 「通則」の改定（看護師等の点滴又は処置等）	59	C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料	116
C006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料（1単位）	60	C112 在宅気管切開患者指導管理料	118
C007 訪問看護指示料	61	C114 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料	118
C007-2 介護職員等喀痰吸引等指示料	63	VI. 医療保険と介護保険の給付調整など	120
C010 在宅患者運搬指導料（月1回）	64	特別養護老人ホーム等入所者に係る診療報酬	124
C011 在宅患者緊急時等カンファレンス料（月2回）	65	退院時共同指導1の算定について、死亡診断書の作成について	127
V. 在宅医療の実際：在宅療養指導管理料	66	レセプト摘要欄記載が必要な診療行為	128
改訂の概要	66	VII. 介護保険関連	133
在宅療養指導管理料及び材料加算一覧	69	介護保険と居宅療養管理指導	134
在宅療養指導管理料の種類	72	併算定マトリックス	142
在宅療養指導管理料の概要	73		
(1)在宅療養指導管理料の保険導入の経緯と変遷	73		
(2)在宅療養指導管理の概要	73		
(3)在宅療養指導管理の診療報酬について	74		
(4)在宅療養指導管理料の請求について	76		

平成 28 年 9 月 17 日

一般社団法人 草津栗東医師会

1. 高齢者の現状



0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%



死亡の場所別にみた年次別死亡数百分率



● その他 ■ 自宅 ■ 老人ホーム ■ 介護老人保健施設 ● 診療所 ■ 病院

疲れ果て「一緒に死のう」

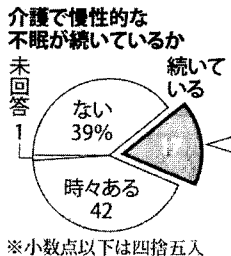
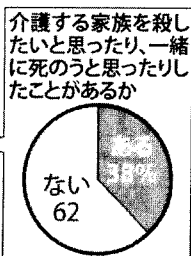
在宅介護2割が「殺意」

自宅で家族を介護している人の約7割が精神的・肉体的に限界を感じていたことが毎日新聞の調査で分かった。約2割は介護疲れなどから殺人・心中を考えたことがあるとし、被介護者に暴力をふるった経験を持つ人も2割を超えた。負担や孤立に悩みながら、愛する家族を支える介護者の姿が浮かび上がった。(27面に関連記事)

本紙全国アンケート

毎日新聞は1〜2月、介護者支援に取り組む全国の8団体を通じ、在宅介護者にアンケートを実施し、245人(男性62人、女性181人、性別不明2人)から回答を得た。

介護によって精神的・肉体的に限界を感じたことが



※小数点以下は四捨五入

7割「限界感じた」

「ある」とした人は73% (179人) に上った。全体の22% (54人) は介護中に被介護者に暴力をふるった経験があると回答した。さらに、介護している家族を殺してしまいたいと思ったり、一緒に死のうと考へたりしたことがあると答へた人も約2割 (48人) いた。どんな時に殺人・心中を考へたかを尋ねると(複数回答)、77%は「介護に疲れ果てた時」と答へた。「将来への不安を感じた時」も40%に上った。

地域全体で寄り添おう

介護家族を訪問支援している北海道栗山町社会福祉協議会の吉田義人事務局長の話。在宅介護者の7割が限界を感じたという結果は深刻だ。相当な時間を介護に費やし、相談相手もいない人は多い。情報提供したり、言葉に耳を傾けたりして、地域全体で介護者に寄り添うことが必要だ。

認知症などの症状のために夜間の介助が必要な人は多く、介護者も不規則な生活を強いられる。在宅介護の現場では、介護者の不眠状態が深刻な問題の一つであることを裏付けた。

また、2割近い人(46人)は介護の悩みやストレスを日常的に相談できる人が周囲にいないと回答した。回答者の年代は60代以上が69%を占め、50代は22%だった。介護年数は「5年以上10年未満」の24%が最多で、「3年以上5年未満」(22%)が続いた。「10年以上」も19%いた。

【「介護家族」取材班】



4月4日(月)

2016年(平成28年)

行き場なく 雑魚寝の老後

通所介護施設に宿泊

報わぬ国

増の 負担先

表通りの年越しそばの店に家族連れが並ぶ大みそかの夜、そこはひっそりとシャッターが閉じられていた。東京都世田谷区の住宅街、路地の奥の戸建て住宅を改装した施設に、この夜も3人が泊まった。

「お泊まりデイ」と言われる。昼に自宅から通うデイサービスの事業所なのに、泊まり続ける老人がいる。デイサービスの利用は10人ほどだが、6、7人が宿泊の常連だ。

ふだんは階段の上り下りができる2人は2階の6畳で、車椅子が必要な人は1階の8畳ほどの部屋にベッドを四つ入れて雑魚寝のように入所待ち。有料老人ホームも見たが、とても高くて。親族はため息をつく。



デイサービス事業所。「お泊まりデイ」の老人を介護する職員の見えた午後9時、東京都世田谷区、仙波理撮影

入所待ち。有料老人ホームも見たが、とても高くて。親族はため息をつく。デイサービスで通っていたキヨコさん(96)はいつしか長期連泊になった。自らトイレに行けず、食事も職員の手で食べられるが、硬いものは食べられない。泊まる人では唯一、長男が薬を持って面会に来る。そのたび「帰りたい」と訴える。一番若いフミコさん(65)はここでの生活が2年以上になる。食事やテレビを見る時以外はほとんど寝ている。脳梗塞の後遺症もあった物忘れがひどく、5分に1回は不安そうに聞く。「自分はもうなるの」

「有料老人ホームは介護保険で介護費用の9割が賄われるため、国が部屋の広さやトイレなどの設備の基準を設けている。だが、お泊まりデイは保険の枠外のため国の基準もなく、老人がまとまらな介護を受けられない「劣悪介護」の温床だ。「どこにも受け入れてもらえない老人がいるし、家族の負担も重い。現実には社会保障制度のはさまにいる人が多数派だ」。デイサービス大手「茶話本舗」を運営する日本介護福祉グループ(本社・東京)の藤田英明会長は言い切る。お泊まりデイを売りに、創業7年ほどで加盟店を全国745事業所に広げた。世田谷区の事業所もその一つだ。

「劣悪な環境」との批判には、宿泊の受け入れ人数や日数を抑える自主ルールを作り、健全化に取り組んでいるという。それでも1割は未達成だ。

団塊世代がリタイアし、東京、大阪、福岡など都市部を中心に高齢化が進む。2025年には65歳以上の人が3割を超える。その老後には大きな不安が待つ。(松浦新、松田史朗)

2面に続く

お泊まりデイサービスは都道府県への届出制に

面積、人員、運営基準が新設された

◆お泊りデイサービスの誕生と増加

デイサービスは、中間要介護者等が介護や機能訓練を受けるサービスです。老人福祉法で昭和41年に誕生し、A型、B型、C型、D型、E型と特徴をもって拡大してきたものが、平成12年度の介護保険制度誕生時に介護保険の在宅サービスとして設定されました。

お泊りデイサービスが誕生した背景は2つあります。1つめはショートステイの不足。2つめは、平成18年の介護保険法制度改定により小規模デイサービスが誕生したことです。
小規模デイサービスは報酬単

価が高く、定員が10人以下の場合には、看護師の配置が不要で、また、一軒家を借りれば初期投資がからず事業化することができたため急増しました。デイサービスの50%以上を占めています。

◆デイ（昼間）サービスの夜間活用

お泊りデイサービスは昼間以降、そこに泊まり、朝までケアを受けるものです。介護保険の運営基準にないサービスであり、特別な指定も不要なことから、使い勝手のよいショートステイ代行サービスとして拡大してきました。夕飯と朝飯を自費で賄うことになるものの、夜間

1000円程度と安価に利用できるため、家族のレスパイトや夜間対応が必要な独居老人の受け皿として急増したものです。

◆介護保険のデイサービスを使ったお泊りのため、指導対象

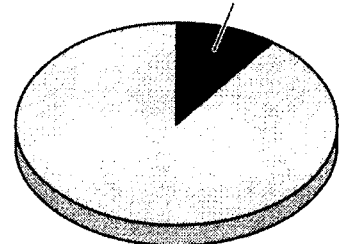
届出基準は、①泊まり理由と期間、②ケアマネの判断必要、③夜間看護が初任者研修（ヘルパー2級）以上が常時1人いる、④定員は通所の50%で9人上限、⑤個室7・43㎡、⑥個室外も面積確保で4人まで、⑦5日以上が定期利用はケアプランに記載が必要、⑧消防法遵守、⑨事故対応。また、質を担保するため、「介護サービス情報公表」の対象とされています。

お泊まりデイサービスの数

アンケート実施地域	お泊りデイサービス数	回答事業所数	お泊りデイサービスの割合 (回答事業所数のうち)
大阪府	167件	2,018	8.3%
名古屋市	67件	370	18.1%
千葉県	121件	987	12.3%
千葉市	28件	167	16.8%
船橋市	19件	125	15.2%
神奈川県	122件	1,342	9.0%

出典：表・円グラフともに一般社団法人お泊りデイサービス協会ホームページより

デイサービスの約10%が「お泊りデイサービス」



最新 図解でわかる介護保険のしくみ / 服部万里子

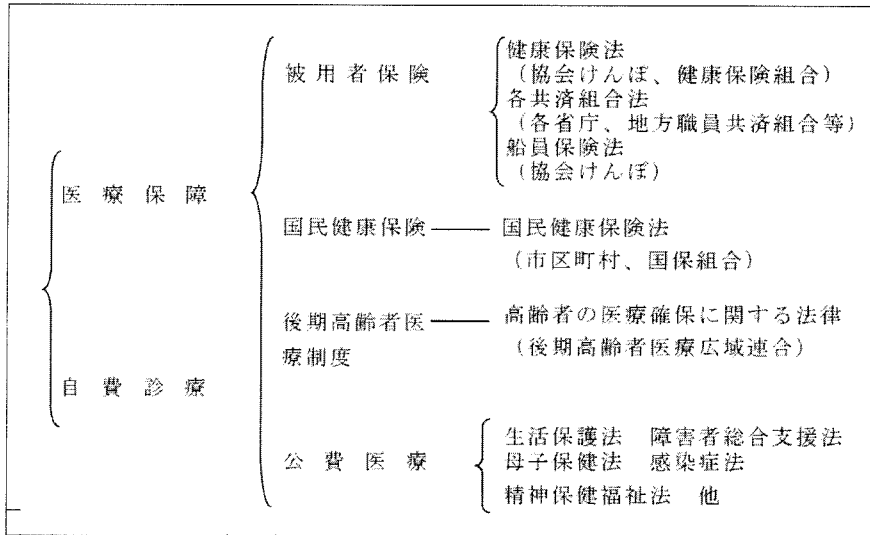
発売日:2015年06月11日 出版社:日本実業出版社

II. 医療保険制度と診療報酬

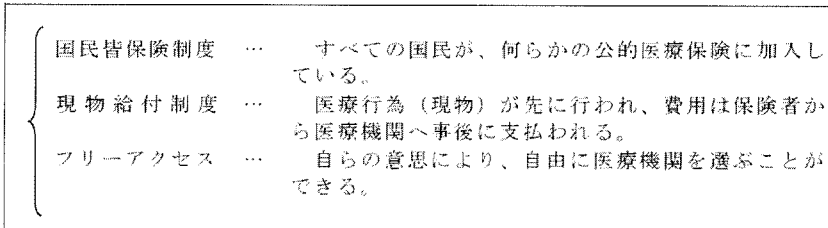
(1) 医療保険制度の種類と特徴

わが国の医療保険は、サラリーマン等の被用者を対象とした被用者保険制度（健康保険（健保）、共済保険（共済）、船員保険（船保）等）と、自営業者等を対象とした国民健康保険制度とに大きく二分される。

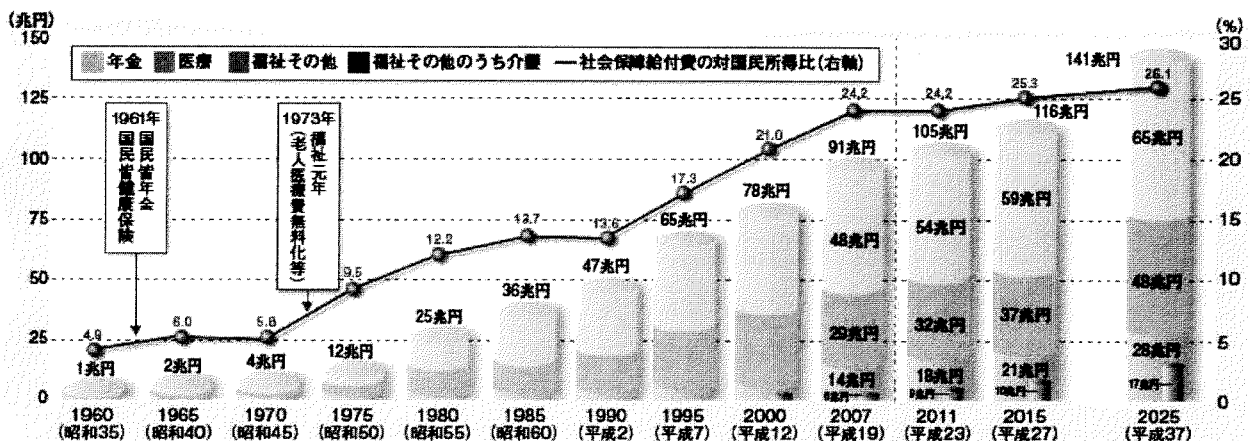
高齢者については、後期高齢者医療制度が適用となる。



わが国の保険医療制度の特徴は、「国民皆保険制度」、「現物給付制度」、「フリーアクセス」の3点に集約される。



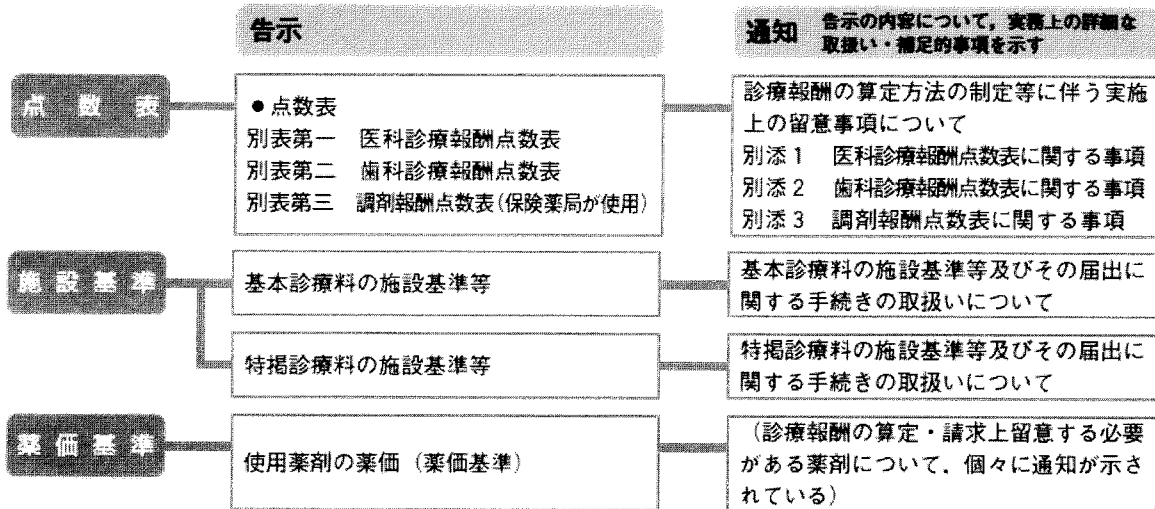
■社会保障の給付の推移



(注) 1. 社会保障給付費とは、公的な社会保障制度の給付総額を示すものです。
 2. 2007年度以前は国立社会保障・人口問題研究所「平成19年度 社会保障給付費」、2011年度以降は厚生労働省「社会保障の給付と負担の見通し」(平成18年5月)のA(並の経済成長)ケースによります。なお、B(低めの経済成長)ケースによると、2025年度の社会保障給付費は136兆円(国民所得比27.7%)と見込まれています。

(2) 診療報酬算定のための諸規定

■診療報酬算定のための諸規定



医療保険制度は、公的な性格をもつものですから、その内容は国会の議決を経た法律できめられています。

しかし、法律では基本的・原則的なことしかきめられていません。実際に制度が機能するためには、いろいろと細かいことをきめておかななくてはなりません。そこで、法律の下には政令・省令等が秩序立てて定められ、制度がスムーズに実施されるようになっています。

医療保険制度では、健康保険法等の法律の下にさまざまな法令が定められています。診療報酬についても、健康保険法第76条第2項の規定に基づき、厚生労働大臣が告示を定め、さらに関連の告示と各種の通知により、その詳細がきめられるというしくみになっています。

健康保険法第76条第2項前項(第76条第1項)の療養の給付に要する費用の額は、厚生労働大臣が定めるところにより、算定するものとする。

憲法	わが国の最高法規	改廃・新規制定のときは官報に掲載(公布)される
法律	国会の可決を経て、天皇が公布	
政令	●内閣が制定し、天皇が公布 ●〇〇法施行令は政令 ●法律でおおまかにきめている事項について具体的に規定	
省令	●各省大臣が定める ●〇〇法施行規則は省令 ●法律や政令できめている事項についてさらに具体的に(たとえば手続関係)規定	
告示	●各省大臣が定める ●「厚生労働大臣が定める〇〇」といった題名をもつものは、告示 ●法律・政省令できめている事項について個別的に細かく規定	
通知	●上級行政機関が下級行政機関に対し発するもの ●上記法令等の解釈・運用を示して実施上の留意事項としたもの ●個別的な事項について取扱いを示したもの	

このほかに、「事務連絡」として、上記についての補足的な内容が示されることがある(例;診療報酬についての「疑義解釈資料」いわゆるQ&A)。

日本国憲法(昭和二十一年憲法)第25条

- 第1項 すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。
 第2項 国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。

(生存権と、国の社会的使命について規定している。)

医師法

無診察治療等の禁止（第 20 条）

医師が自ら診察を行わずに治療をし、診断書もしくは処方せんを交付してはならない。（保険診療としても当然認められない。）

（無診察治療の例）

・定期的に通院する慢性疾患の患者に対し、診察を行わず処方せんのみ交付。診療録に、診察に関する記載が全くない、又は「薬のみ」等の記載しかないと、無診察治療が疑われかねない。このようなことを避けるために診療録は十分に記載する必要がある。

診療録の記載及び保存（第 24 条）

医師は、診療をした時は、遅滞なく診療に関する事項を診療録に記載しなければならない。

忙しいから週末にまとめて診療録を記載するとういことはしてはいけない。診療録は、5 年間保存しなければならない。勤務医の診療録については病院又は診療所の管理者が保存し、それ以外の診療録については医師本人が保存する。

療養担当規則

「療養担当規則」とは、正式名を「保険医療機関及び保険医療養担当規則」といい、保険医療機関（特定承認保険医療機関を含む。）や保険医が保険診療を行う上で守らなければならない基本的な規則を具体的に定めた厚生労働省令です。

- (1) 療養の給付の担当方針（第 2 条）
- (2) 特定の保険薬局への患者誘導の禁止（第 2 条の 5）（19 条の 3）（第 23 条）
- (3) 特殊療法・研究的診療等の禁止（第 18 条）（第 19 条）（第 20 条）
- (4) 健康診断の禁止（第 20 条）
- (5) 濃厚（過剰）診療の禁止（第 20 条）
- (6) 適正な費用の請求の確保（第 23 条の 2）
- (7) 一部負担金等の受領（第 5 条）

※ 雑記

診療所院長、診療放射線技師法違反で書類送検

放射線技師の資格がない看護師にエックス線撮影をさせたなどとして、滋賀県警〇〇署は9日、〇〇市内の診療所院長の男性医師（40代）と女性看護師2人を診療放射線技師法違反容疑で地検に書類送検した。

調べに対し、医師は「忙しくて看護師に頼んでしまった」と容疑を認めているという。発表によると、院長は昨年5ヶ月間に、看護師2人に指示して、患者の男女5人の腰や胸部のエックス線撮影をさせた疑い。」（2014年）

死亡診断書の時間、看護師記入…医師が事前準備

三重県の特別養護老人ホームで、夜間に亡くなった入所者の死亡診断書について、嘱託医師が用意した診断書に、看護師が死亡時間を記入して遺族に渡すケースがあったことが分かった。

同ホームによると、毎年、入所者のうち十数人が他界する。数年前から、嘱託医師と連絡がつかない場合などに、看護師が、医師が作成しておいた死亡診断書に死亡時刻を記入し、遺族に渡したケースが、年間数件程度あったとみられるという。

同ホームの説明では、病状が重く、危篤状態の入所者については、家族が同ホームで最期を迎えることを希望した場合、事前に嘱託医師が病状を説明する診断書を書いて家族に渡すなどしており、実際に亡くなった時に、看護師が時間を書き入れた死亡診断書を渡しても特に問題とならなかったため、慣習化されてしまったという。

医師法に抵触する可能性があることについて、施設長は「我々の認識が甘く、誤解を与える結果となった。事前に（病状の）診断書を出すことも今後はやめ、死亡診断書を嘱託医師に書いてもらうことを徹底したい」と話していた。（2015年06月）

クリニックとすぐ隣の調剤薬局って何か関係があるの？

クリニックと調剤薬局は全く関係がありません。経営母体はまったく別物。ただ、患者さんの利便性を考えて近くに調剤薬局があるというだけです。

この両者、お互いに利益誘導を行ってはいけません。薬局側でクリニックに金銭的な見返りを提供したり、クリニック側で故意に隣の薬局に誘導したり… こういう行為は禁止されています。

たとえば、院外処方のクリニックで処方せんを受け取った際、初めてだとどこの調剤薬局に行けばいいのかわかりません。なので、受付のスタッフに訊きます。「初めてなんですけど、どこの薬局にいけばいいですか？」するとスタッフは、「かかりつけの調剤薬局があればそちらに行ってください。もしそういう薬局がなければ、どこの調剤薬局でも大丈夫ですよ。お近くですとすぐ隣にも調剤薬局があります」と答えました。これは、全く問題のない答え方。

これがもし、「この処方せんを持って、すぐ隣の調剤薬局に行ってください」だったとすると、隣の薬局に対して患者を誘導しているので完全にアウトです。

前者の答え方では、調剤薬局はどこに行ってもいいとちゃんと説明した上で、あくまでも近くだと隣に薬局があると述べています。

これは、利益の誘導とはみなされません。隣の薬局に行くか行かないかは患者の自由だから。

こんな風に、クリニックと調剤薬局は癒着しないように、厳密に管理されているんです

<http://ameblo.jp/310yoshio/entry-12020189108.html>

医師・医療機関と税制

ホントに医師は税制の上で、優遇されているのですか？

「医師優遇税制」というものはありません。ただ、社会保険の診療報酬についてのみ、所得の経費率に特例が認められ、事業税の非課税措置が認められています。この部分を「医師優遇税制」と言っているようです。

医療の公共性・非営利性とは、どういうことですか？

(1)医療は、国民の健康生命に不可欠なものであり、「医師法」や「医療法」によって厳しく規制されています。（広告なども厳しい制約があります。）

(2)医療は、営利を目的とすることは認められず、医療法人は配当を禁止されています。

(3)医療は、たとえ料金を支払わない人にも診療を拒否できない、という他の公共事業には見られない強い非営利性を持っています。

社会保険診療報酬について5,000万円以下の所得経費率の特例があるのですか？

(1)この特例は、昭和29年に当時診療報酬を引き上げることが困難なため、その見返りとして税法上の特例を議員立法で決めたもので、その後、昭和54年に現行の制度に改正されたものです。

(2)この特例によって、医師は複雑な税務記帳をしなくても簡単に税の申告事務ができて、本来の医療に専念することができます。

(3)すでに高額な収入がある医師は、この特例によることなく実額計算による経費で申告していますが、へき地・離島や都市でも高齢などの小規模の開業医にとっては医療経営の基盤を守るための大切な措置となっています。

なぜ、社会保険診療報酬に事業税は非課税なのですか？

(1)事業税は本来、資本の運用を元にした収益事業にともなう生じる利益に対して課税するものですが、医療は今までのQ&Aにあるように決して収益事業ではありません。

(2)電気・ガス・出版・放送などの公共性のある事業は、いずれも株式会社という企業で、利益配当も認められ、料金未払いには供給をストップさせる、など医療における強い公共性・非営利性とは大きな差があります。

(3)事業税は、戦前の時代の営業税の流れくむもので、医療には営業税は課せられませんでしたし、欧米諸国に事業税ないし営業税を課している国はありません。

(4)事業税は地方税ですが、我が国の医師は、学校保健・予防接種・休日救急医療・住民健診など多くの地域医療活動を犠牲的な低い報酬で地方自治体に貢献しており、その実額は、非課税特別措置の税収減に比べて数倍に及ぶと思われます。

<http://www.sanwa-tax.jp/qa/>

(3) 保険診療に関するその他の事項

1) 患者から受領できる費用

患者から受領できる費用については、以下のように範囲が定められており、原則的にすべての患者から徴収するものであり、職員や職員家族といった特定の患者等に対して減免や免除の措置をとってはならない。

- ① 一部負担金
- ② 入院時食事療養費・入院時生活療養費の標準負担額
- ③ 保険外併用療養費（患者申出療養を含む）における自費負担額
- ④ 療養の給付と直接関係のないサービスの実費

2) 混合診療の禁止

保険医療機関が、保険診療として認められていない医療行為（手術・検査・処置等）の費用を、保険診療適用分の一部負担金と一括して患者から徴収することは、保険診療上認められていない。

3) 自己診療・自家診療

① 自己診療：医師が自身に対して診察や治療を行うこと。現行の医療制度では、自己診療を保険診療として行うことは認められていない。保険診療として請求する場合は、他の保険医に診察を依頼し、治療を受ける必要がある。

② 自家診療：医師が家族や従業員に対して診察や治療を行うこと。現行の医療制度では、自家診療の取扱いは保険者により異なる。認められる場合についても、診療録の作成、診察、診療録の記載、一部負担金の徴収を行い、無診察投薬、診療録記載の省略、一部負担金の減免等を行わないなどの注意が必要である。

保険給付に関する内規（抜粋）

第5条 本組合は組合員の管理又は開設する保険医療機関で行う本人及びその世帯に属すると認められる被保険者並びに准組合員及びその家族の診療（以下自家診療という）については療養の給付を行わない。

2 勤務組合員においても自己の勤務する保険医療機関で行う本人及び家族の診療について療養の給付を行わない。

3 前各号について交付された処方箋による調剤薬局での調剤給付は給付を行わない。

（滋賀県医師会 会員名簿 平成27年9月1日 p.151）

自家診療の可否は下記のごとくです。

医師国保 : 不可

協会けんぽ : 可

後期高齢者医療広域連合 : 可

(4)「療養の給付と直接関係ないサービス」として実費徴収可能な費用の通知の改正

厚生労働省は平成28年6月24日付で保険外併用療養費の取り扱いの改正及び療養の給付と直接関係ないサービス等の実費徴収の取扱いについて通知を発出した。これらは4月13日の中医協総会で改正案として示されていたものを明文化したものの。

保険外併用療養費では、

- (1) 特別の療養環境の提供として外来医療における差額診察室の設置を認める、
- (2) 予約診療の時間帯を夜間、休日、深夜などそれぞれの金額を定められることを明確化、
- (3) 回数制限を超える医療行為としてPSA及びCA19-9を追加

の3点。

「療養の給付と直接関係ないサービス」として実費徴収が可能であることを明確化したものは、

- (1) タミフル、リレンザ等の感染症予防に適用を持つ医薬品の投与
- (2) 治療中の疾病又は負傷に対する医療行為とは別に実施する検診
- (3) 患者の都合による検査のキャンセル料
- (4) 患者、患者家族等の院内託児所・託児サービスの利用料
- (5) がん患者等に対し、かつらの貸与や化粧の方法の講習といった美容・整容の実施・講習等、
- (6) 有床義歯等への名入れ（デンチャーマーキング）

の6点

なお、従前から保険外併用療養費は地方厚生局長へ料金設定や変更の都度及び年1回の定例報告が必要である。また、療養の給付と直接関係ないサービス等の実費徴収する場合には内容・料金について院内掲示するとともに患者の選択、同意が必要である。その他、費用徴収の取扱いについてはそれぞれ要件が定められている場合もあるので下記の通知で内容を確認されたい。

●療養の給付と直接関係ないサービス等

(1) 日常生活上のサービスに係る費用

- ア おむつ代、尿とりパット代、腹帯代、T字帯代
- イ 病衣貸与代（手術、検査等を行う場合の病衣貸与を除く。）
- ウ テレビ代
- エ 理髪代
- オ クリーニング代
- カ ゲーム機、パソコン（インターネットの利用等）の貸出し
- キ MD、CD、DVD各プレイヤー等の貸出し及びそのソフトの貸出し
- ク 患者図書館の利用料 等

(2) 公的保険給付とは関係のない文書の発行に係る費用

- ア 証明書代
（例）産業医が主治医に依頼する職場復帰等に関する意見書、
生命保険等に必要な診断書等の作成代 等
- イ 診療録の開示手数料（閲覧、写しの交付等に係る手数料）
- ウ 外国人患者が自国の保険請求等に必要な診断書等の翻訳料 等

(3) 診療報酬点数表上実費徴収が可能なものとして明記されている費用

- ア 在宅医療に係る交通費
 - イ 薬剤の容器代（ただし、原則として保険医療機関等から患者へ貸与するものとする。） 等
- (4) 医療行為ではあるが治療中の疾病又は負傷に対するものではないものに係る費用

- ア インフルエンザ等の予防接種、**感染症の予防に適応を持つ医薬品の投与**

イ 美容形成（しみとり等）

- ウ 禁煙補助剤の処方（ニコチン依存症管理料の算定対象となるニコチン依存症（以下「ニコチン依存症」という。）以外の疾病について保険診療により治療中の患者に対し、スクリーニングテストを実施し、ニコチン依存症と診断されなかった場合であって、禁煙補助剤を処方する場合に限る。）

エ 治療中の疾病又は負傷に対する医療行為とは別に実施する検診（治療の実施上必要と判断し検査等を行う場合を除く。） 等

(5) その他

- ア 保険薬局における患者への調剤した医薬品の持参料
- イ 日本語を理解できない患者に対する通訳料
- ウ 他院より借りたフィルムの返却時の郵送代
- エ 院内併設プールで行うマタニティスイミングに係る費用

オ 患者都合による検査のキャンセルに伴い使用することのできなくなった当該検査に使用する薬剤等の費用（現に生じた物品等に係る損害の範囲内に限る。なお、検査の予約等に当たり、患者都合によるキャンセルの場合には費用徴収がある旨を事前に説明し、同意を得ること。）

カ 院内託児所・託児サービス等の利用料

キ 手術後のがん患者等に対する美容・整容の実施・講習等

ク 有床義歯等の名入れ（刻印・プレート挿入等） 等

●療養の給付と直接関係ないサービス等とはいえないもの
(1) 手技料等に包括されている材料やサービスに係る費用

ア 入院環境等に係るもの

- （例）シーツ代、冷暖房代、電気代（ヘッドホンステレオ等を使用した際の充電に係るもの等）、清拭用タオル代、おむつの処理費用、電気アンカ・電気毛布の使用料、在宅療養者の電話診療、医療相談、血液検査など検査結果の印刷費用代 等

イ 材料に係るもの

- （例）衛生材料代（ガーゼ代、絆創膏代等）、おむつ交換や吸引などの処置時に使用する手袋代、手術に通常使用する材料代（縫合糸代等）、ウロバッグ代、皮膚過敏症に対するカブレ防止テープの提供、骨折や捻挫などの際に使用するサポーターや三角巾、医療機関が提供する在宅医療で使用する衛生材料等、医師の指示によるスポイト代、散剤のカプセル充填のカプセル代、一包化した場合の分包紙代及びユニパック代 等

ウ サービスに係るもの

- （例）手術前の剃毛代、医療法等において設置が義務付けられている相談窓口での相談、車椅子用座布団等の消毒洗浄費用、インターネット等より取得した診療情報の提供、食事時のとろみ剤やフレーバーの費用 等

(2) 診療報酬の算定上、回数制限のある検査等を規定回数以上に行った場合の費用（費用を徴収できるものとして、別に厚生労働大臣の定めるものを除く。）

(3) 新薬、新医療機器、先進医療等に係る費用

- ア 薬事法上の承認前の医薬品・医療機器（治験に係るものを除く。）

イ 適応外使用の医薬品（評価療養を除く。）

- ウ 保険適用となっていない治療方法（先進医療を除く。） 等

● その他

上記1から3までに掲げる事項のほか、費用徴収する場合の具体的取扱いについては、「保険（医療）給付と重複する保険外負担の是正について」及び「『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』及び『保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等』の制定に伴う実施上の留意事項について」を参考にされたい。

なお、上記に関連するものとして、入院時や松葉杖等の貸与の際に事前に患者から預託される金銭（いわゆる「預り金」）については、その取扱いが明確になっていなかったところであるが、将来的に発生することが予想される債権を適正に管理する観点から、保険医療機関が患者から「預り金」を求める場合にあつては、当該保険医療機関は、患者側への十分な情報提供、同意の確認や内容、金額、精算方法等の明示などの適正な手続を確保すること。

(5) 点数表に関連する告示等

点数表に関連する「基準」を示したものとして、以下のようなものが告示で定められています。

(1) 「使用薬剤の薬価」(薬価基準)

保険診療において使用できる(保険請求できる)医薬品名とその価格を定めたものです。

(2) 「特定保険医療材料及びその材料価格」(材料価格基準)

保険請求できる医療材料(特定保険医療材料)とその価格を定めたものです。

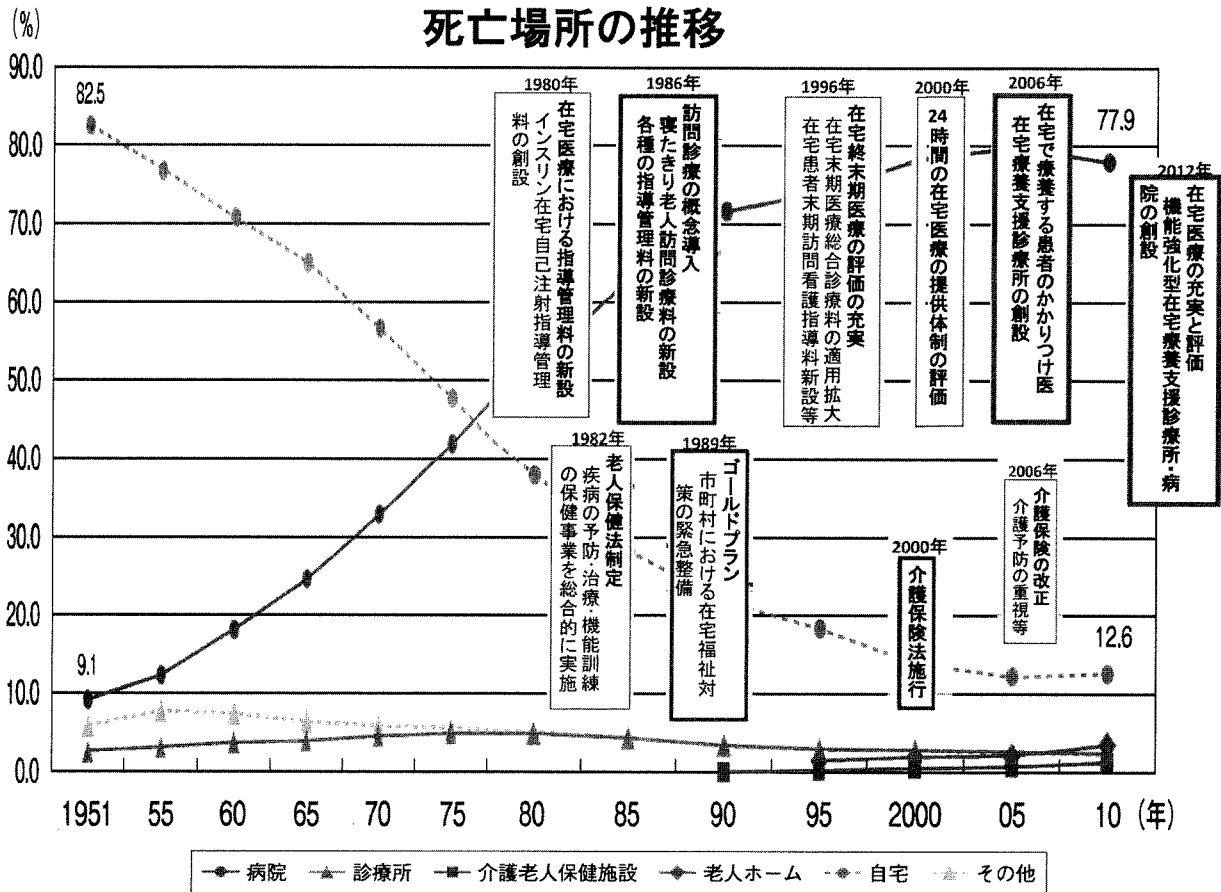
(3) 「基本診療科の施設基準等」「特掲診療科の施設基準等」

「施設基準」とは、保険医療における“医療の質”を確保するために設けられています。
地方支局長への届出、報告等が義務付けられています。

診療報酬点数表のしくみ

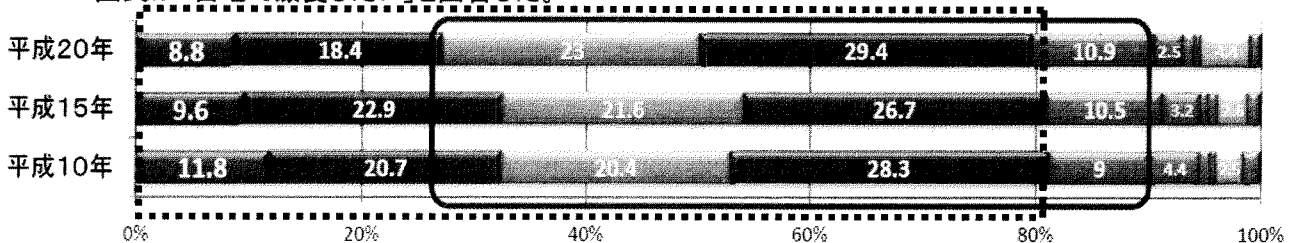
A 基本診療料	① 初診料	
	② 再診料(診療所または一般病床200床未満の病院) 外来診療料(一般病床200床以上の病院)	
	③ 入院基本料 + 入院基本料等加算	
	④ 特定入院料 + 入院基本料等加算	■ 短期滞在手術基本料
B~N 特掲診療料		
⑬ B 医学管理等	■ 医学管理料	
⑭ C 在宅医療	■ 在宅患者診療・指導料	
	■ 在宅療養指導管理料 + (在宅療養指導管理材料加算) + (薬剤料) + (材料料)	
⑯ D 検査	■ 検体検査実施料 + 検体検査判断料 + (診断穿刺・検体採取料) + (薬剤料) + (材料料)	
	■ 生体検査料 + (判断料) + (診断穿刺・検体採取料) + (薬剤料) + (材料料)	
⑰ E 画像診断	■ エックス線診断料 [撮影料 + 診断料 + 造影剤注入手技料] + (薬剤料) + (フィルム) + (材料料)	
	■ 核医学診断料 [撮影料 + 診断料] + (薬剤料) + (フィルム) + (材料料)	
	■ コンピューター断層撮影診断料 [撮影料 + 診断料] + (薬剤料) + (フィルム) + (材料料)	
⑱ F 投薬	■ 【外来患者・院内処方】調剤料 + 処方料 + 薬剤料 + (調剤技術基本料) + (材料料)	
	■ 【外来患者・院外処方】処方せん料	
	■ 【入院患者】調剤料 + 薬剤料 + (調剤技術基本料) + (材料料)	
⑳ G 注射	■ 注射料 [注射実施料 + 無菌製剤処理料] + 薬剤料 + (材料料)	
㉑ H リハビリテーション	■ リハビリテーション料 + (薬剤料)	
㉒ I 精神科専門療法	■ 精神科専門療法料 + (薬剤料)	
㉓ J 処置	■ 処置料 + (処置医療機器等加算) + (薬剤料) + (材料料)	
㉔ K 手術	■ 手術料 + (輸血料) + (手術医療機器等加算) + (薬剤料) + (材料料)	
	■ 輸血料 + (薬剤料) + (材料料)	
㉕ L 麻酔	■ 麻酔料 [麻酔料 + 麻酔管理料] + (薬剤料) + (材料料)	
	■ 神経ブロック料 + (薬剤料) + (材料料)	
㉖ M 放射線治療	■ 放射線治療料	
㉗ N 病理診断	■ 病理標本作製料 + 病理診断・判断料 + [Dの(診断穿刺・検体採取料) + (薬剤料) + (材料料)]	

III. 在宅医療のあらし



■終末期の療養場所に関する希望

自宅で療養して、必要になれば医療機関等を利用したいと回答した者の割合を合わせると、60%以上の国民が「自宅で療養したい」と回答した。



- なるべく今まで通った(または現在入院中の)医療機関に入院したい
- 自宅で療養して、必要になればそれまでの医療機関に入院したい
- 自宅で最後まで療養したい
- 老人ホームに入所したい
- 分からない

- なるべく早く緩和ケア病棟に入院したい
- 自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院したい
- 専門的医療機関(がんセンターなど)で積極的に治療を受けたい
- その他
- 無回答

(1) 在宅医療の位置づけ

以前は、在宅医療は例外的な医療でした。昭和 23 年に制定された医療法は、医療を提供する場所を診療所か病院に限っており、在宅における医療は、往診として突発的な状況における例外的医療でした。

現在は、医療法は平成 4 年(1992 年)第 2 次改正により、医療を受ける者の居宅等も、医療を行う場として、法的に認められています。そこで、在宅医療の定義として、「医療を受ける者の居宅等において、提供される医療。」と定義する事が出来ます。外来・通院医療、入院医療に次ぐ、「第 3 の医療」と呼ばれる場合もあります。

第一章 総則

第一条の二

2 医療は、国民自らの健康の保持増進のための努力を基礎として、医療を受ける者の意向を十分に尊重し、病院、診療所、介護老人保健施設、調剤を実施する薬局その他の医療を提供する施設（以下「医療提供施設」という。）、医療を受ける者の居宅等において、医療提供施設の機能（以下「医療機能」という。）に応じ効率的に、かつ、福祉サービスその他の関連するサービスとの有機的な連携を図りつつ提供されなければならない。

診療報酬では、第 2 章 特掲診察料の中の第 2 部に、在宅医療の診療報酬が、掲載されています。第 2 部の、「第 1 節 在宅患者診療・指導料」には、往診、訪問診療、訪問看護など、医療従事者が訪問して行う医療を評価するものが、「第 2 節 在宅療養指導管理料」には、在宅自己注射、在宅酸素療法など、患者が自ら行う在宅医療を評価するものが収載されています。

平成 18 年には、「高齢者ができる限り住み慣れた過程や地域で療養しながら生活ができるよう、……」と、在宅療養支援診療所が診療報酬上に設けられました。

在宅療養支援診療所の施設基準

- ①24 時間連絡を受ける体制
- ②24 時間往診が可能な体制
- ③24 時間訪問看護が可能な体制
- ④緊急入院が可能な病床の確保
- ⑤連携する保険医療機関または訪問看護ステーションとの情報共有
- ⑥診療記録管理
- ⑦地域の保健医療サービス・福祉サービスとの連携
- ⑧定期的な在宅看取り数などの報告

(2) 診療報酬にみる在宅医療

1) 概要

第1章-基本診療料・・・(第1部 初・再診料、第2部 入院料等)
 第2章-特掲診療料・・・(第1部 医学管理等、**第2部 在宅医療**、第3部 検査、画像診断、投薬、注射、リハビリテーション、精神科
 専門療法、処置、手術、麻酔、放射線治療、第13部 病理診断)

第2部 在宅医療

第1節 在宅患者診療・指導料・・・往診料、在宅患者訪問診療料など

第2節 在宅療養指導管理料

第1款 在宅療養指導管理料・・・在宅自己注射指導管理料など

第2款 在宅療養指導管理材料加算・・・血糖自己測定器加算など

第3節 薬剤料

第4節 特定保険医療材料料

在宅医療は**広義**には、病院外で行う医療全般を在宅医療と呼びます。

たとえば病院で処方してもらった薬を自宅で飲んだり、注射薬を使用しつつ職場に通ったりする
 など、通常社会生活を行いながら、自宅で行う医療、継続する医療はすべて在宅医療といえます。

(ある意味入院医療以外はすべて在宅医療といえます。) ……在宅自己注射指導管理

また**狭義**の在宅医療とは、通院困難な患者さんが過ごす自宅もしくは施設などに、医療者が訪問
 して、医療継続することを在宅医療と呼びます。 ……在宅寝たきり患者処置指導管理

在宅患者訪問診療料の算定要件 ……「在宅で療養を行っている患者であって通院が困難な
 の・・・」

(問 86)在宅患者訪問診療料を算定できない通院が容易な者とは、どのような患者か。

(答) 年齢、病状等によるため一概には言えないが、少なくとも独歩で家族等の助けを借り
 ずに通院ができる者などは通院は容易であると考えられる。

(平成 20 年 3 月 28 日、事務連絡、厚生労働省保険局医療課「疑義解釈資料の送付について」)

つまり、**通院時に家族や介護者等の助けが必要**な場合は通院困難であると解釈でき、完全に寝た
 きりでなくても、**認知機能**や身体機能が低下した結果、通院が困難になっている場合も算定対象に
 なり得ると考えます。

2) 在宅医療の構成

第1節 在宅患者診療・指導料 ……医師や看護師等が主に患家を訪問して行う診療や指導、多職種
 や患者の医学管理や介護にあたっている他施設との連携を評価したものです。

C000 往診料	C007 訪問看護指示料
C001 在宅患者訪問診療料 (1日につき)	C007-2 介護職員等喀痰吸引等指示料
C002 在宅時医学総合管理料 (月1回)	C008 在宅患者訪問薬剤管理指導料
C002-2 特定施設入居時等医学総合管理料 (月1回)	C009 在宅患者訪問栄養食事指導料
C003 在宅がん医療総合診療料 (1日につき)	C010 在宅患者連携指導料
C004 救急搬送診療料	C011 在宅患者緊急時等カンファレンス料
C005 在宅患者訪問看護・指導料 (1日につき)	C012 在宅患者共同診療料
C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料 (1日につき)	C013 在宅患者訪問褥瘡管理指導料
C005-2 在宅患者訪問点滴注射管理指導料 (1週につき)	
C006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料 (1単位)	

第2節在宅療養指導管理料……訪問診療や患者が来院した際に、患者自身で行う個々の在宅療養などについて、医師が指導管理を行った場合に算定するものです。第1款「在宅療養指導管理料」と第2款「在宅療養指導管理材料加算」に分かれ、両者を合算して算定します。

◆ 第1款 在宅療養指導管理料

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

◆ 第2款 在宅療養指導管理材料加算

C150 血糖自己測定器加算	C161 注入ポンプ加算
C151 注入器加算	C162 在宅経管栄養法用栄養管セット加算
C152 間歇注入シリンジポンプ加算	C163 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル加算
C152-2 持続血糖測定器加算	C164 人工呼吸器加算
C153 注入器用注射針加算	C165 経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加算
C154 紫外線殺菌器加算	C166 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算
C155 自動腹膜灌流装置加算	C167 疼痛等管理用送信器加算
C156 透析液供給装置加算	C168 携帯型精密輸液ポンプ加算
C157 酸素ボンベ加算	C168-2 携帯型精密ネブライザー加算
C158 酸素濃縮装置加算	C169 気管切開患者用人工鼻加算
C159 液化酸素装置加算	C170 排痰補助装置加算
C159-2 呼吸同調式デマンドバルブ加算	C171 在宅酸素療法材料加算
C160 在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算	C171-2 在宅持続陽圧呼吸療法材料加算

3) 点数算定について

在宅医療の点数算定については、出来高で算定する方法と包括点数で算定する方法があります。包括点数には、在宅時医学総合管理料（施設入居時等医学総合管理料を含む。以下同じ）と在宅がん医療総合診療料があります。

出来高

① 往診料、訪問診療料、訪問看護・指導料、在宅療養指導管理料などをすべて出来高で算定。

在宅時医学総合管理料 <small>（施設入居時等医学総合管理料）</small>	出来高
---	------------

② 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。
包括項目（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、小児悪性腫瘍患者指導管理料、在宅寝たきり患者処置指導管理料、投薬の費用）以外は出来高で算定する。

在宅がん医療総合診療料	出来高
--------------------	------------

③ 在宅がん医療総合診療料を算定。
死亡診断加算、週2回を限度とする往診料（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に行ったものに限る）、訪問診療料の在宅ターミナルケア加算、看取り加算は出来高で算定できる。それ以外はすべて包括されている。

(3) 在宅医療と介護保険

1. 給付調整について

<医療保険と介護保険の給付調整>

(1)療養の給付又は入院時食事療養費、入院時生活療養費、保険外併用療養費、療養費、訪問看護療養費、家族療養費若しくは家族訪問看護療養費の支給は、同一の疾病又は負傷について、介護保険法の規定によりこれらに相当する給付を受けることができる場合には、行わない(健康保険法第55条の2、高齢者の医療の確保に関する法律第57条の1)。

(2)医療機関において算定する療養に要する費用の額(医科診療報酬点数表)は、別に厚生労働大臣が定める場合を除き、介護保険法に規定する要介護被保険者等(以下、「要介護者・要支援者」という)については、算定できない(平成22年厚生労働省告示69号「診療報酬の算定方法」第6号)。

(3) (2)の「別に厚生労働大臣が定める場合」とは、「要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合」(平成20年厚生労働大臣告示第128号)(以下、「給付調整告示」という)をいい、要介護者・要支援者について医療保険が請求できる診療報酬点数表に掲げる療養は、「点数表の解釈JP.1669以降の表を参照されたい。

医療保険と介護保険の給付調整 (→介護保険の医療サービスが医療保険に優先)

2. 介護保険の医療サービスが医療保険に優先

介護保険のサービスには、要介護者等の心身の特性をふまえた、**介護の必要性に対応する医療サービス**があります。在宅の利用者に対しては、①居宅療養管理指導、②訪問看護、③訪問リハビリテーション、④通所リハビリテーション、⑤短期入所療養介護(それぞれ介護予防サービスを含みみず)があります。また、施設入所者には、介護保険施設ごとの特性に応じた医療サービスが提供されます。

このような医療サービスは、介護保険の給付が医療保険の給付に優先するという原則に基づき、要介護者等に対しては医療保険からは提供されません(給付調整)。

なお、訪問看護については、利用者が難病や末期がん患者の場合は、介護保険ではなく医療保険から提供されます。その他の利用者でも、病状が急に重くなり(急性増悪など)、頻繁に訪問看護を行うように医師が指示したときには、一定の期間、訪問看護は医療保険から提供されます。

要介護者・要支援者に対する診療報酬・介護報酬(医療系サービス)の算定

医療保険で算定できるもの	介護保険で算定できるもの(優先)
在宅患者訪問看護・指導料	訪問看護費
同一建物居住者訪問看護・指導料	
在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料1・2	訪問リハビリテーション費
在宅患者訪問薬剤管理指導料1・2	居宅療養管理指導費(薬剤師)
在宅患者訪問栄養食事指導料1・2	居宅療養管理指導費(管理栄養士)

3. 訪問看護の介護保険と医療保険

介護保険の要介護者・要支援者に対する訪問看護は、介護保険が優先し、医療保険では算定できません。ただし、次の患者については、医療保険により算定します。

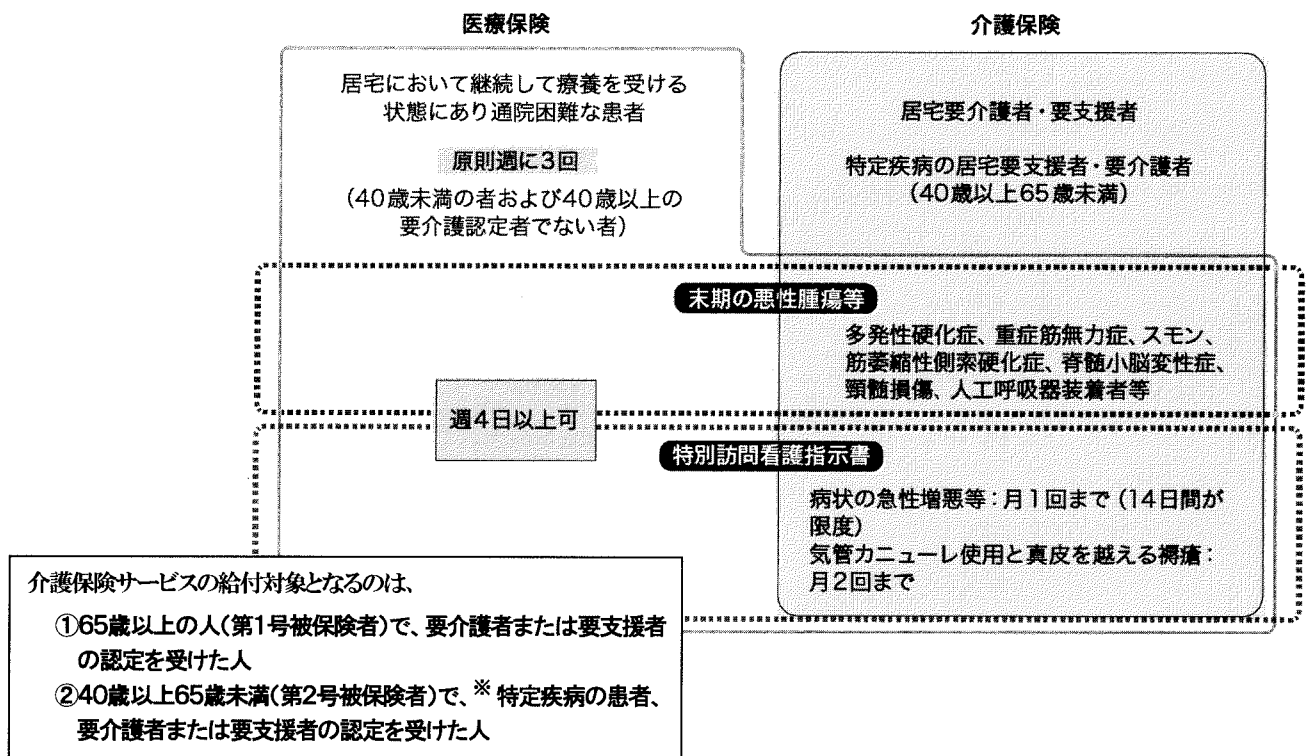
- ① 末期の悪性腫瘍、神経難病、AIDS、頸髄損傷の患者、人工呼吸器使用患者など

「厚生労働大臣が定める疾病等の患者」

末期の悪性腫瘍、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(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3以上、かつ、生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る))、多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群)、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、後天性免疫不全症候群、頸髄損傷、人工呼吸器を装着している状態

- ② 急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要である旨の特別指示があった場合。

●医療保険・介護保険の訪問看護の対象者（厚生労働省資料より引用、一部改変）



- ※ 特定疾病
- ①がん（ガンの末期）
 - ②関節リウマチ
 - ③筋萎縮性側索硬化症
 - ④後縦靭帯骨化症
 - ⑤骨折を伴う骨粗鬆症
 - ⑥初老期における認知症
 - ⑦進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びびパーキンソン病
 - ⑧脊髄小脳変性症
 - ⑨脊柱管狭窄症
 - ⑩早老症
 - ⑪多系統萎縮症
 - ⑫糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
 - ⑬脳血管疾患
 - ⑭閉塞性動脈硬化症
 - ⑮慢性閉塞性肺疾患
 - ⑯両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

IV. 在宅医療の実際：在宅患者診療・指導料

在宅患者診療・指導料一覧

★は新設点数。ゴシックは新設、名称・点数等が変更された項目。

◎は地方厚生局長等へ届出が必要な項目。

※強化型支援診等：機能を強化した在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院

※支援診等：強化型以外の在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院

<医師に係る算定点数>

項目	点数				算定回数	備考	
C000 往診料	720				1回毎	【同日算定不可】 訪問診療、訪問看護、訪問リハ、訪問薬剤、訪問栄養、退院後訪問指導料、精神科訪問看護（ただし、上記を行った後、急変等により往診を行った場合は算定可）開放型病院共同指導料（I）、退院時共同指導料、地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算	
	強化型支援診等		支援診等				その他
	病床有	病床無					
	緊急往診加算	850	750	650			325
	夜間・休日加算	1,700	1,500	1,300			650
	深夜加算	2,700	2,500	2,300			1,300
	★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	—			
診療時間加算（1時間超30分ごと）	100				1回		
死亡診断加算	200						
C001 在宅患者訪問診療料	833				1日1回	【同日算定不可】 初診料、再診料、訪問看護、訪問リハ、訪問薬剤、訪問栄養、精神科訪問看護、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、開放型病院共同指導料（I）、退院時共同指導料、退院後訪問指導料、在宅患者共同診療料	
	203						
	400				1回毎		
	400						
	100				1回		
	強化型支援診等		支援診等				その他
	病床有	病床無					
	在宅ターミナルケア加算	6,000	5,000	4,000			3,000
	★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			—
	看取り加算	3,000					
死亡診断加算	200						
週3回を限度として算定（同一患者に1及び2を算定する場合も併せて3回を限度）。厚生労働大臣が定める疾病等の患者は、週4日以上算定できる。急性増悪時は1月に14日連続で算定できる。支援診・支援病（強化型を含む）であれば、往診の翌日の訪問診療も算定できる。看取り加算を算定した場合は、死亡診断加算は算定できない。							
◎ C003 在宅がん医療総合診療料	強化型支援診等		支援診等		週単位 1日1回	【同日・同月算定不可】 「週3回以上訪問診療を行っている週の緊急の往診（週2回限度）と死亡診断加算、訪問診療料のターミナルケア加算、看取り加算」を除くすべての費用（注）	
	病床有	病床無					
	処方せん交付	1,800	1,650	1,495			—
	処方せん交付せず	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	—			
死亡診断加算	200				1回		

（注）在宅がん医療総合診療料が算定された日の前日までに算定した検体検査等は別に算定できる。

項目	点数	算定回数	備考
C004 救急搬送診療料 長時間加算 (30分超) 新生児加算 乳幼児加算 (新生児除く6歳未満)	1,300 700 1,500 700	1回	【同日算定不可】 入院基本料
C005-2 在宅患者訪問点滴注射管理指導料	100	週1回	【同月算定不可】 在宅中心静脈栄養法 指導管理料、在宅悪性 腫瘍等患者指導管理 料
週3日以上訪問点滴の必要性を認め、3日以上点滴を実施した場合に3日目に算定する。介護保険の訪問看護を実施している患者にも算定できる。訪問点滴に係る薬剤料は別に算定できる。訪問点滴を週3日以上指示をしたが、結果的に点滴の実施が2日以下となった場合、指導料は算定できないが薬剤料のみ算定可。指示が2日以下の場合、薬剤も含め算定できない。			
C007 訪問看護指示料 特別訪問看護指示加算 ★衛生材料等提供加算	300 100 80	月1回 月1回 月1回	【同月算定不可】 精神科訪問看護指示 料、精神科早期集中支 援管理料
介護保険の訪問看護の指示も訪問看護指示料で算定する。衛生材料等提供加算は、在医総管、施設総管、在宅がん医療総合診療料、訪問点滴、いずれかの在宅療養指導管理料を算定した月は算定できない。特別訪問看護指示加算は、気管カニューレを使用している患者、真皮を越える褥瘡の患者については月2回算定可。			
C007-2 介護職員等喀痰吸引等指示料	240	3月1回	
C010 在宅患者連携指導料	900	月1回	【同月算定不可】 特定疾患療養管理料、 ウイルス疾患指導料、 てんかん指導料、難病 外来指導管理料、心臓 ペースメーカー指導 管理料、皮膚科特定疾 患指導管理料、診療情 報提供料(Ⅰ)、在医 総管、施設総管、在宅 がん医療総合診療料、 精神科重症患者早期 集中支援管理料
初診時、退院日から1月以内は算定できない。要介護者、要支援者は算定できない。			
C011 在宅患者緊急時等カンファレンス料	200	月2回	【同日算定不可】 初診料、再診料、訪問 診療料(注)
C012 在宅患者共同診療料 1 往診の場合 2 訪問診療の場合(同一建物居住者以外) 3 訪問診療の場合(同一建物居住者)	1,500 1,000 240	2回又は 12回	【同日算定不可】 訪問診療料
◎ C013 在宅患者褥瘡管理指導料	750	2回	【同日算定不可】 訪問診療、訪問看護、 訪問栄養(注)

(注) カンファレンスとは別に継続的に訪問診療を実施している場合は算定可。

◎ C002在宅時医学総合管理料と C002-2施設入居時等医学総合管理料

届出区分		訪問診療の回数等		在宅時医学総合管理料			施設入居時等医学総合管理料 ※1		
				単一建物診療患者数※2			単一建物診療患者数※2		
				1人	2～9人	10人以上	1人	2～9人	10人以上
強化型 支援診療等	病床有	月2回以上	別に定める状態の患者	5,400	4,500	2,880	3,900	3,240	2,880
			上記以外	4,600	2,500	1,300	3,300	1,800	1,300
		月1回		2,760	1,500	780	1,980	1,080	780
		★在宅緩和ケア充実診療所・病院加算		400	200	100	300	150	75
	病床無	月2回以上	別に定める状態の患者	5,000	4,140	2,640	3,600	2,970	2,640
			上記以外	4,200	2,300	1,200	3,000	1,650	1,200
		月1回		2,520	1,380	720	1,800	990	720
		★在宅緩和ケア充実診療所・病院加算		400	200	100	300	150	75
支援診療等	月2回以上	別に定める状態の患者	4,600	3,780	2,400	3,300	2,700	2,400	
		上記以外	3,800	2,100	1,100	2,700	1,500	1,100	
	月1回		2,280	1,260	660	1,620	900	660	
	在宅療養実績加算1		300	150	75	225	110	56	
	★在宅療養実績加算2		200	100	50	150	75	40	
その他	月2回以上	別に定める状態の患者	3,450	2,835	1,800	2,450	2,025	1,800	
		上記以外	2,850	1,575	850	2,050	1,125	850	
	月1回		1,710	945	510	1,230	675	510	
※3 95%以上で 在宅療養 でない	月2回以上	別に定める状態の患者	2,760	2,268	1,440	1,960	1,620	1,440	
		上記以外	2,280	1,260	680	1,640	900	680	
	月1回		1,368	756	408	984	540	408	
処方せん未交付加算				300			300		
在宅移行早期加算（3月を限度）				100			100		
頻回訪問加算（別に定める患者に対して月4回以上訪問）				600			600		

【同月算定不可】 特定疾患療養管理料、小児特定疾患カウンセリング料、小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料、皮膚科特定疾患指導管理料、小児悪性腫瘍患者指導管理料、糖尿病透析予防指導管理料、生活習慣病管理料、訪問看護指示料の衛生材料等提供加算、在宅寝たきり患者処置指導管理料、精神科訪問看護指示料の衛生材料等提供加算、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、導尿、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射、肛門処置、精神科早期集中支援管理料、投薬

- ※1 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、特別養護老人ホーム、有料老人ホーム、サ高住、認知症グループホームが対象。
- ※2 単一建物診療患者数は、当該建築物に居住する者のうち自院及び特別の關係の医療機関で在医総管又は施設総管を算定している者の数をいう。ユニット数が3以下の認知症グループホームは、ユニットごとに判断する。
- ※3 「その他」の所定点数の80/100（2017年4月1日実施）

<保健師、助産師、看護師、准看護師に係る算定点数>

項目	点数	算定回数	備考
C005 在宅患者訪問看護・指導料			【同日算定不可】 往診料（訪問看護の後、急変等により往診を行った場合は可）、訪問診療、訪問看護、同一建物居住者訪問看護、訪問リハ、訪問栄養、訪問薬剤、精神科訪問看護、退院後訪問指導料
1 保健師・助産師・看護師	週3日目まで 580 週4日目以降 680	1日1回	
2 准看護師	週3日目まで 530 週4日目以降 630		
◎3 緩和ケア、褥瘡ケア専門看護師	1,285	月1回	
C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料			
1 保健師・助産師・看護師		1日1回	
イ 同一日に2人 (1) 週3日目まで 580 (2) 週4日目以降 680			
ロ 同一日に3人以上 (1) 週3日目まで 293 (2) 週4日目以降 343			
2 准看護師			
イ 同一日に2人 (1) 週3日目まで 530 (2) 週4日目以降 630			
ロ 同一日に3人以上 (1) 週3日目まで 268 (2) 週4日目以降 318			
◎3 緩和ケア、褥瘡ケア専門看護師	1,285	月1回	
難病等複数回訪問加算（3除く）	1日2回訪問 450 1日3回以上訪問 800	1日1回	
緊急訪問看護加算（3除く）	265		
長時間訪問看護・指導加算（3除く） （※15歳未満超重症児・準超重症児は週3回）	520	週1回 （週3回）	
乳幼児加算（3歳未満）（3除く）	50	1日1回	
幼児加算（3歳以上6歳未満）（3除く）	50		
複数名訪問看護加算（3除く）			
保健師・助産師・看護師	430	週1回	
准看護師	380		
看護補助者 （※看護補助者の場合、厚生労働大臣が定める疾病等の患者又は急性増悪時は1日1回）	300	週3回 （1日1回）	
在宅患者（同一建物居住者）連携指導加算（3除く）	300	月1回	
在宅患者（同一建物居住者）緊急時等カンファレンス加算（3除く）	200	月2回	
在宅（同一建物居住者）ターミナルケア加算（3除く）	2,000		
在宅移行管理加算（3除く）	250	1回	
在宅移行管理重症者加算（3除く）	500		
夜間・早朝訪問看護加算（3除く）	210	1日1回	
深夜訪問看護加算（3除く）	420		
※在宅患者訪問看護・指導料（3除く）、同一建物居住者訪問看護・指導料（3除く）とも週3日を限度に算定。厚生労働大臣が定める疾病等の患者は週4日以上算定可。急性増悪時は月に14日連続で算定可。			
※在宅患者訪問看護・指導料（3除く）、同一建物居住者訪問看護・指導料（3除く）、精神科訪問看護・指導料は、同一週に併せて週3日を限度に算定。急性増悪時の頻回の訪問看護についても、併せて月14日を限度に算定。			
※在宅患者訪問看護・指導料（3除く）、同一建物居住者訪問看護・指導料（3除く）は、気管カニューレを使用している患者、真皮を越える褥瘡の患者は、月に2回14日連続で算定できる。			
◎C013 在宅患者褥瘡管理指導料	750	2回	

<理学療法士、作業療法士、言語聴覚士に係る算定点数>

項目	点数	算定回数	同日算定不可
C006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料			往診料（訪問リハの後、急変等により往診を行った場合は可）、訪問診療、訪問看護（同一建物居住者含む）、訪問栄養、訪問薬剤、精神科訪問看護
1 同一建物居住者以外の場合	300	週6単位（※1） （週12単位（※2））	
2 同一建物居住者の場合	255		

20分以上実施した場合を1単位とする。急性増悪等により1月にパーゼル指数又はFIMが5点以上悪化し、頻回の訪問リハが必要な患者は、「1」と「2」を合わせて6月に1回、14日を限度に1日4単位に限り算定できる。この場合、要介護者・要支援者であっても医療保険の訪問リハの対象となる。

（※1）同一患者で「1」と「2」を合わせて算定する場合についても週6単位までの算定となる。

（※2）退院日から3月以内の患者の場合は週12単位まで算定できる。

<薬剤師に係る算定点数>

項目	点数	算定回数	同日算定不可
C008 在宅患者訪問薬剤管理指導料			往診料（訪問薬剤の後、急変等により往診を行った場合は可）、訪問診療、訪問看護、訪問リハ、訪問栄養、精神科訪問看護
1 同一建物居住者以外の場合	650	月4回 ※1 ※2	
2 同一建物居住者の場合	300		
麻薬管理指導加算	100		

（※1）同一患者で「1」と「2」を合わせて算定する場合についても月4回までの算定となる。

末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の患者については、週2回かつ月8回限度に算定できる。

（※2）薬剤師1人が算定できるのは、「1」と「2」を合わせて1週につき40回を限度とする。

<管理栄養士に係る算定点数>

項目	点数	算定回数	同日算定不可
C009 在宅患者訪問栄養食事指導料			往診料（訪問栄養の後急変等により往診を行った場合は可）訪問診療、訪問看護、訪問リハ、訪問薬剤、精神科訪問看護
1 同一建物居住者以外の場合	530	月2回 ※	
2 同一建物居住者の場合	450		
※ 同一患者で「1」と「2」を併せて算定する場合についても月2回までの算定			
◎ C013 在宅患者褥瘡管理指導料	750	2回	

在宅療養支援診療所

○改定の概要

(在宅療養支援診療所・病院)

- (1) 在宅療養支援診療所の施設基準に、在宅医療を提供した患者が 95%未満であることが追加された。在宅医療提供患者が 95% 以上の場合は、別に規定された基準を満たす必要がある。
 - (2) 強化型在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院（以下、強化型支援診・支援病）の施設基準が変更され、単独型については従来の看取り件数に代えて、15 歳未満の超・準超重症児に対して一定件数在宅医学管理を行っている場合においても、看取りの実績を満たすとされた。連携型については、'全体で看取り件数を満たした上で、それぞれの医療機関については看取り件数か超重症児等の在宅医学管理実績のいずれかを満たすこととされた。
 - (3) 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算が新設された。強化型支援診・支援病において、一定の緊急の往診実績・看取り実績と緩和ケアに係る研修を修了した常勤医師配置等の施設基準を満たして届出を行えば、在宅時医学総合管理料等に加算できる。
 - (4) 強化型ではない在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院（以下、強化型以外の支援診・支援病）が算定する在宅療養実績加算が実績により「1」と「2」に区分された。従前の加算は「1」とされ、「2」は過去 1 年間の緊急の往診実績が 4 件以上及び看取りの実績が 2 件以上あり、緩和ケアに係る研修を修了している常勤医師がいる場合、届出を行えば、「1」同様、在宅時医学総合管理料等に加算できる。
 - (5) 緊急の往診実績に、休日に行った往診もカウントできるとされた。
- #### (在宅医療専門診療所)
- (6) 保険医療機関は外来応需の体制を有していることが原則と明確化された。その上で一定の要件を満たせば在宅専門の診療所であっても保険医療機関の指定が認められることとなった。

在宅療養支援診療所は、

- ① 高齢者ができる限り住み慣れた過程や地域で療養しながら生活ができるよう、また、身近な人に囲まれて在宅での最期を迎えることも選択できるようにすること
- ② 療養病床が在宅医療の拠点として転換する場合の転換先の一つであること

等を目的として、平成 18 年に診療報酬上に設けられました。

患者に対する 24 時間の窓口として、必要に応じて他の病院、診療所等との連携を図りつつ、24 時間往診、訪問看護等を提供できる体制の構築がもたらされました。

平成 20 年には、診療所のない地域で、在宅医療の主たる担い手となっている病院について、在宅療養支援診療所と同様の評価を行うこととされました。

平成 24 年には、24 時間の対応、緊急時の対応を充実させる観点から、複数の医師が在籍し、緊急往診と看取りの実績を有する医療機関について、「機能強化型」が新設され、評価の引き上げが行われました。

平成 26 年には、機能強化型の在宅療養支援診療所と在宅療養支援病院の実績要件が引き上げられました。また、複数の医療機関が連携して機能強化型在宅療養支援診療所、および在宅療養支援診療所の基準を満たしている場合についても、連携している各医療機関それぞれに一定の実績を要件とするよう変更されました。

機能強化型でない在支診又は在支病でも、十分な緊急往診（10 件以上）及び看取り（4 件以上）の実績を有する場合、在宅療養実績加算として評価を新設されました。

また、在宅患者の後方受入れを担う「在宅療養後方支援病院」が新設されました。

平成18年	平成20年	平成24年	平成26年
在宅療養支援診療所	在宅療養支援病院	機能を強化した 在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院	機能強化型在支診及び 在支病
<ul style="list-style-type: none"> 診療所である。 24時間連絡を受ける医師又は看護職員をあらかじめ指定し、その連絡先電話番号等を文書で患者に提供。 緊急時に在宅患者が入院できる病床を常に確保し（他の医療機関との連携可）、受入医療機関の名称等をあらかじめ地方厚生（支）局長に届け出ている。 	<ul style="list-style-type: none"> 許可病床 200 床未満又は半径 4km 以内に診療所が存在しない病院。 24 時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定し、その連絡先電話番号等を文書で患者に提供。 往診担当医は、当直医とは別の医師であること。 緊急時に在宅患者が入院できる病床を常に確保。 	<ul style="list-style-type: none"> ①左記の要件に加え、以下の要件を満たす。 <ul style="list-style-type: none"> 在宅医療を担当の常勤医師 3 名以上配置。 過去 1 年間の緊急往診の実績 5 件以上。 過去 1 年間の在宅看取り実績 2 件以上。 ②他の医療機関との連携によって①の要件を満たしても良いが、その場合は次の要件を満たす。 <ul style="list-style-type: none"> 連携体制を構築する医療機関数は 10 以下で、病院が連携に加わる場合は許可病床 200 床未満であること。 24 時間直接連絡がとれる連絡先電話番号等を一元化。 連携医療機関間で患者の診療情報の共有を図るため、月 1 回以上定期的にカンファレンスを実施。 	<ul style="list-style-type: none"> → 10 件以上 → 4 件以上 それぞれの医療機関が過去 1 年間の緊急往診実績 4 件以上、看取り実績 2 件以上。
<ul style="list-style-type: none"> 24 時間往診が可能な体制（診療所は他医療機関との連携可）を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患者に提供。 自院又は訪問看護ステーションとの連携（診療所の場合は他の医療機関との連携も含む）により、24 時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患者に提供。 連携先の医療機関や訪問看護ステーションが緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患者の同意を得て、必要な情報を文書（電子媒体を含む）で提供している。 患者に関する診療記録管理を行うのに必要な体制を整備。 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。 年に 1 回、在宅看取り数等を地方厚生（支）局長に報告している。 			<ul style="list-style-type: none"> 在宅療養実績加算 <ul style="list-style-type: none"> 過去 1 年間の緊急往診の実績が 10 件以上かつ看取りの実績が 4 件以上であること。

平成 28 年度改定により、

在宅医療専門診療所の新設に伴い、在宅療養支援診療所の施設基準に、在宅医療を提供した患者が 95%未満であることが追加されました。

変更された機能強化型在宅支援診療所、および、複数の医療機関が連携して機能強化型在宅支援診療所の基準を満たす場合の要件の比較対照表

	改定前	平成 26 年	平成 28 年
在宅療養を担当する常勤医師		3 名以上	
緊急往診の実績（過去 1 年間）	5 件以上	10 件以上	10 件以上
		緊急、夜間・深夜の往診	緊急、夜間・休日・深夜の往診
在宅における看取りの実績（過去 1 年間）	2 件以上	4 件以上	4 件以上
又は 15 歳未満の超・準超重症児の在宅医療の実績（過去 1 年間）			
連携に関する要件	複数の医療機関が連携して上記の要件を満たしても差し支えない	複数の医療機関が連携して上記の要件を満たしても差し支えないが、それぞれの医療機関が以下の要件を満たしていること <ul style="list-style-type: none"> 緊急往診の実績 4 件以上（過去 1 年間） 看取りの実績 2 件以上（過去 1 年間） 	

強化型支援診・支援病の実績要件として、「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」の選択肢が追加されました。また、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算として、緩和ケアに関する十分な緊急往診や看取りの実績に対する評価が新設されました。

強化型以外の支援診・支援病で、過去 1 年間の緊急の往診実績が 4 件以上及び看取りの実績が 2 件以上と緩和された、在宅療養実績加算 2 が新設されました。

緊急の往診実績に、休日に行った往診もカウントできるとされました。

	機能強化型在支診		強化型以外の在支診
	単独型	連携型	
全ての在支診が満たすべき基準	① 24時間連絡を受ける体制の確保 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している		
機能強化型在支診が満たすべき基準	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上	在宅療養実績加算 ・過去1年間の緊急往診の実績が10件以上かつ看取りの実績が4件以上であること。
	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 10件以上	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 連携内で10件以上・各医療機関で4件以上	
	⑨ 過去1年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績のいずれか 4件以上	⑨ 過去1年間の看取りの実績が連携内で4件以上、各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績のいずれか 2件以上	
在宅患者が95%以上(※)の在支診が満たすべき基準	⑩ 5か所/年以上の医療機関からの新規患者紹介実績 ⑪ 看取り実績が20件/年以上又は超・準超重症児の患者が10人/年以上 ⑫ (施設総管の件数) / (在総管・施設総管の件数) ≤ 0.7 ⑬ (要介護3以上の患者+重症患者) / (在総管・施設総管の件数) ≥ 0.5		

※在宅患者が95%以上とは、1か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち往診又は訪問診療を実施した患者の割合が95%以上

2016年度に変更された、在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院

(強化型支援診・支援病の施設基準変更(単独型・連携型共通))

●在宅緩和ケア充実診療所・病院加算が新設されました。強化型支援診・支援病において、次の施設基準を全て満たして届出を行えば、下表の点数に加算できる。

在宅緩和ケア充実診療所・病院加算			加算点数
往診料	緊急往診加算、夜間・休日加算、深夜加算		100
在宅患者訪問診療料	在宅ターミナルケア加算		1,000
在宅時医学総合管理料	単一建物診療患者数	1人	400
		2～9人	200
		10人以上	100
施設入居時等医学総合管理料	単一建物診療患者数	1人	300
		2～9人	150
		10人以上	75
在宅がん医療総合診療料			150

[施設基準]

ア. 過去1年間の緊急の往診実績15件以上及び過去1年間の在宅看取り実績が20件以上。

イ. ①又は②のいずれかを満たす。

①末期の悪性腫瘍等の患者(鎮痛剤の経口投与では疼痛が改善しないもの)が自ら注射によりオピオイド系鎮痛薬を注入する鎮痛療法の実績を過去1年間に2件以上有している。

②上記の鎮痛療法を過去5件以上実施した経験のある常勤医師が配置され、適切な方法でオピオイド系鎮痛薬を授与した実績を過去1年間に10件以上有している。

- ウ. 緩和ケアに係る適切な研修を修了している常勤医師がいる。
- エ. 緩和ケア病棟又は在宅看取り実績 10 件以上の医療機関において、在宅医療を担当する勤務暦 3 カ月以上の常勤医師がいる。
- オ. 患者に対して過去 1 年間の看取り実績及び十分な緩和ケアが受けられる等、必要な情報提供が行われている。

(強化型以外の支援診・支援病)

在宅療養実績加算 2 が新設され、在宅療養実掛日算が「1」と「2」に区分された。「2」は、過去 1 年間の緊急の往診の実績が 4 件以上及び在宅看取り実績が 2 件以上あり、緩和ケアに係る適切な研修を受けた常勤医師がいる場合、届出を行えば、下表の点数に加算できる。

在宅療養実績加算を算定できる点数			実績加算 1	実績加算 2
往診料	緊急往診加算、夜間・休日加算、深夜加算		75	50
在宅患者訪問診療料	在宅ターミナルケア加算		750	500
在宅時医学総合管理料	単一建物診療患者数	1 人	300	200
		2 ～ 9 人	150	100
		10 人以上	75	50
施設入居時等医学総合管理料	単一建物診療患者数	1 人	225	150
		2 ～ 9 人	110	75
		10 人以上	56	40
在宅がん医療総合診療料			110	75

(在宅患者割合が 95%以上の支援診の取り扱い)

●直近 1 カ月の在宅患者割合が 95%以上となる診療所が支援診の届出を行う場合は、支援診の施設基準を満たした上で次の施設基準も満たす必要がある。なお、2016 年 3 月 31 日時点で支援診の届出を行っている場合は、2017 年 3 月 31 日まではこの施設基準を満たすとみなされる。

◆ワンポイント知識

「病床を有する場合」の算定

機能強化型在宅療養支援診療所の場合、以下では算定する点数設定が「病床を有する場合」と「病床を有しない場合」となっています。

〈病床の有無で点数が違う項目〉

往診料の加算、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料、在宅がん医療総合診療科

無床診療所においては「病床を有しない場合」を算定するのが当然ですが、他院との連携により強化型在宅療養支援診療所の届出をしている場合には注意が必要です。

連携先の中に 1 つでも「病床を有する」医療機関、つまり有床診療所か 200 床未満の病院があれば、無床診療所でも「病床を有する場合」を算定することができます。

在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所からの紹介

在宅療養支援病院または在宅療養支援診療所から紹介されたその日に限って、紹介元と紹介先それぞれ違う在宅療養指導管理料の算定が可能です（ただし、下記のように関連性の高い組み合わせを除く）。

なお、その場合には紹介元医療機関名と当該在宅療養指導管理料を算定した理由をレセプトに記載する必要があります。

＜併算定不可の組み合わせ＞

在宅自己腹膜灌流＋在宅血液透析
在宅酸素療法＋在宅人工呼吸
在宅酸素療法＋在宅持続陽圧呼吸療法
在宅中心静脈栄養法＋在宅成分栄養管栄養法
在宅中心静脈栄養法＋在宅小児経管栄養法
在宅成分栄養管栄養法＋在宅小児経管栄養法
在宅小児経管栄養法＋在宅寝たきり患者処置
在宅人工呼吸＋在宅持続陽圧呼吸療法
在宅悪性腫瘍患者＋在宅自己疼痛管理
在宅寝たきり患者処置＋在宅難治性皮膚疾患処置

Q&A

＜支援診（強化型含む）＞

Q1 2016年3月31日時点で支援診の届出をしている医療機関は、改めて届出する必要があるか。

A 2017年4月3日までに届出を行い受理される必要がある。なお、2017年3月31日までは引き続き支援診とみなされる。

＜超重症児等に対する在宅医療の実績＞

Q2 超重症児等に対する在宅医療の実績とは何か。

A 3回以上の定期的な訪問診療を実施し、在医総菅又は施設総菅を算定していることである。

＜在宅医療専門の診療所＞

Q3 在宅医療のみを実施する在宅医療専門の診療所として保険医療機関の指定が認められることになったのか。

A 保険医療機関は外来応需の体制を備えていることが原則であるが、通知「在宅医療のみを実施する医療機関に係る保険医療機関の指定の取扱いについて」（平成28年3月4日保医発0304第16号）にある要件をすべて満たす場合には、在宅医療のみを実施する在宅医療専門の診療所として保険医療機関の指定が認められることとされた。

機能強化型在宅療養支援診療所 Q&A

Q1 連携する他の保険医療機関と併せて「在宅医療を担当する常勤の医師が3名以上」の要件を満たす場合は、診療所（常勤医師1名）＋200床未満病院（常勤医師2名）でもよいのか？

A よい。

Q2 複数の医療機関が連携して要件を満たす場合、特別な関係にある医療機関が含まれていてもよいのか？

A よい。

Q3 複数の診療所と連携して機能を強化した在宅療養支援診療所となる場合、当該診療所が複数のグループに属することは可能か。

A 可能である。

Q4 在宅療養支援診療所・病院の過去1、年間の実績要件とは、年度単位での実績か。

A 年度単位ではなく、直近1年間の暦月単位での実績である。

（例）24年6月に届出を行う場合は、23年6月～24年5月までの1年間の実績。なお、実績に係る届け出については、年に1回でよいが、施設基準を満たさなくなった場合は、直ちに届出を行うこと。

Q5 別添2様式11「在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出書添付書類」、様式11の2「在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出書添付書類」及び様式11の4「在宅支援連携体制に係る報告書」について、他の医療機関と連携して、在宅支援連携体制を構築する場合、連携する全て、の保険医療機関が届出を行う必要があるのか。

A 当該連携に係る届出については、一つの保険医療機関がとりまとめて届出を行うことで差し支えない。

Q6 在宅療養支援診療所の届出について、連携して対応する場合、当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関間において、診療を行う患者の診療情報の共有を図るため、月1回以上の定期的なカンファレンスを実施することとされているが、定期的なカンファレンスは、テレビ会議システムでのカンファレンスでも可能か。

A 原則として、対面によるカンファレンスを行う

Q7 複数の医療機関で、地域における在宅療養の支援に係る連携体制を構築し、在宅療養支援診療所となる場合、連携する医療機関間の距離に係る要件はあるのか。

A 他の医療機関との連携により、緊急時の対応及び24時間往診できる体制等確保できる範囲であれば連携を行うことが可能であり、具体的な距離の要件はない。例えば、近接に医療機関が少ない地域等においては、地域の実態にあわせた連携を行うことが可能である。

Q8 複数の医療機関が連携して機能を強化した在宅療養支援診療所、病院として届出を行う場合、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24時間直接連絡がとれる連絡先電話番号等を患者に提供する必要はあるが、当該電話番号等以外の番号を用いて患者と連絡してはならないのか。

A 24時間連絡が取れる連絡先として患者に提供した電話番号等は在宅支援連携体制を構築する各保険医療機関と24時間直接連絡が取れる必要があるが、その他の連絡手段に制限を求めものではない。

Q9 複数の医療機関で地域における在宅療養の支援に係る連携体制を構築し、在宅療養支援診療所となる場合、患者に提供する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24時間直接連絡がとれる連絡先電話番号等は一つでなければならないか。

A 原則として患者に提供する24時間直接連絡がとれる連絡先電話番号等は一つとする。ただし、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者を明示したうえで、患者がその他の担当者に連絡した場合であっても留守番電話等により担当者の案内を行うなど、対応に配慮を行うことで、切れ目なく24時間直接連絡が取れる体制を確保している場合に限り、複数の連絡先を提供しても差し支えない。

在宅療養支援診療所(従来型)Q&A

Q1 連携先の保険医療機関、訪問看護ステーション等は複数でも可能なのか。

A 複数でもよい。

Q2 連携先の保険医療機関、訪問看護ステーション等について、特別の関係にある場合についても認められるのか。

A 特別の関係でもよい。

Q3 同一患者に対して複数の保険医療機関が在宅療養支援診療所になることはできるのか。

A できない。

Q4 在宅療養支援診療所の施設基準は、当該診療所に医師1人と看護職員1人がいて、かつ緊急入院先の確保ができていれば、届出要件を満たすか。

A 施設基準の要件を満たせば、医師1人、看護職員1人の診療所でも在宅療養支援診療所になることができる。具体的には、患者の求めに応じて・24時間往診及び訪問看護が可能な体制(別の保険医療機関、訪問看護ステーションとの連携も含む)を確保し、患者に対して往診医の氏名及び担当日、訪問看護職員の氏名及び担当日、並びに24時間連絡がとれる連絡先等を文書で交付する必要がある(他の医療機関等と連携する場合は、その医療機関等の担当医の氏名及び担当日等)。

Q5 24時間往診できる体制、24時間訪問看護が可能な体制等が必要であるが、24時間体制が必要な患者が存在しない医療機関でも、在宅療養支援診療所になるためには体制を整える必要があるか。

A そのとおり。

Q6 24時間往診が可能な体制が必要であるが、電話で相談があり、医師の判断で往診ではなくすぐに入院が必要と考えた場合、往診をせず、連携医療機関への収容を依頼すればよいか。

A 往診の依頼があった場合には、電話だけでなく、主治医が直接診察を行った上で判断すべきである。

Q7 届出様式11の3には「医療機関での死亡数」「医療機関以外の死亡数」の記入欄があるが、「医療機関」とはどこまで含まれるのか。

A 「医療機関」とは診療所、病院であり、介護老健施設等の入所施設で死亡した場合は「自宅以外」欄に記入する。

Q8 届出様式11の3は在宅療養支援診療所の届出の際に提出する必要があるのか。

A 届出の際には提出不要である。様式11で届出・受理された在宅療養支援診療所が年1回報告する際に使うものである。また死亡患者数が0人でも、直近3カ月の訪問実施回数等の実績が0回でも、必ず取り消されるわけではない。

Q9 施設基準に「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」とあるが、この「連携調整を担当する者」は介護支援専門員(ケアマネージャー)のことか。

A ケアマネージャーに限らず、連携調整を担当するに足る者であれば資格等は問われない。

Q10 「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」の所属は当該在宅療養支援診療所でなければならないのか。

A 自施設の職員でもよいし、連携により確保していてもよい。

Q11 医師本人が連携調整を担当する者である場合は、他の連携調整を担当する者との連携は不要か。

A 医師本人が直接担当する場合であっても、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の連携は必要である。

Q12 特別な関係にある訪問看護ステーションとの連携でもよいか(在宅療養支援診療所の訪問看護ステーションでもよいのか)。

A 差し支えない。ただし、当該診療所において訪問看護・指導料を算定した月については、当該訪問看護ステーションは訪問看護療養費を算定できない(末期の悪性腫瘍等厚生労働大臣が定める疾病等の患者を除く)。

Q13 他の在宅療養支援診療所と連携してもよいか。

A よい。

Q14 特別な関係のある医療機関等との連携はできるか。

A できる。

Q15 往診料及び在宅患者訪問診療科に「在宅療養支援診療所又はその連携保険医療機関の保険医」に対する加算等があるが、この「連携保険医療機関」は在宅療養支援診療所でなくてもよいか。

A よい。

Q16 「24時間連絡を受ける医師又は看護職員の連絡先」については、携帯電話も対象となるか。

A 差し支えない。ただし、24時間当該担当者と直接連絡が確実に取れるものであること。

Q17 在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院(以下、支援診・支援病)について、施設基準が変更されたが、どのような変更があったか。

A 支援診・支援病の各施設基準における緊急の往診実績に、休日に行った往診もカウントできることとされた。

C000 往診料

○改定の概要

◆往診料の加算である「夜間（深夜を除く）に行う往診」が「夜間（深夜を除く）又は休日に行う往診」に名称変更され、休日に往診を実施した場合に算定できるとされた。

※緊急の往診実績に、休日に行った往診もカウントできるとされた。（在宅療養支援診療所・病院）

（平成 26 年改定で、夜間の往診について「各都道府県において統一的取扱い」から、「午後 6 時から午前 8 時まで」に全国統一された。）

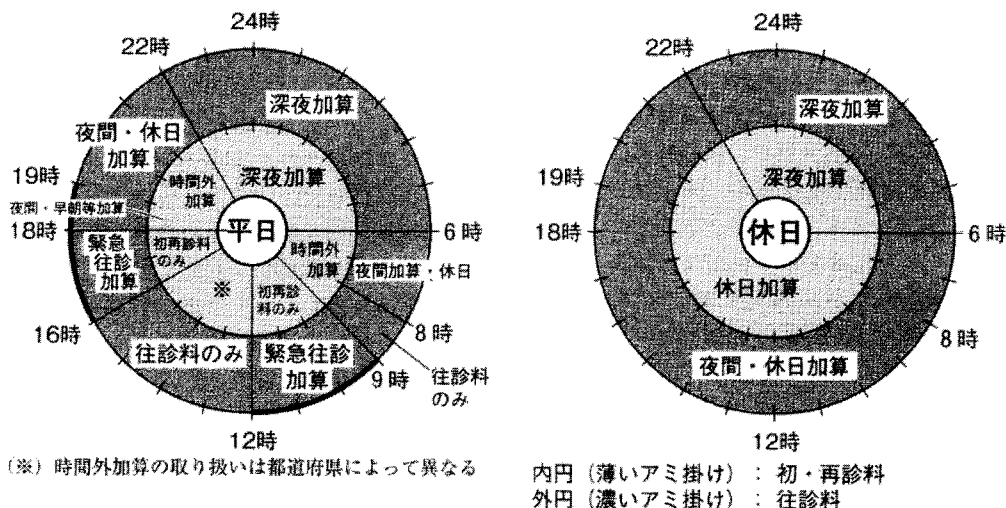
		所定点数	時間にかかる加算後の点数		
			昼間	緊急 (診療傍事中)	夜間・休日 (夜間:18時～翌朝8時)
①強化型在宅療養支援診療所	有床	720点	1,570点	2,420点	3,420点
	無床		1,470点	2,220点	3,220点
②在宅療養支援診療所			1,370点	2,020点	3,020点
③上記①、②以外			1,045点	1,370点	2,020点
加算	診療時間加算	100点	1時間を超える場合に30分ごと		
	死亡診断加算	200点	死亡日に往診、または訪問診療を行い、患者で死亡診断を行った場合		
	在宅療養実績加算1 届出	75点	・上記②の医療機関のみ算定できる ・緊急、夜間・休日、深夜のみに加算 ・実績要件はP37参照	緊急往診10件以上かつ 看取りの実績4件以上	の過去 1年間 の実績
	在宅療養実績加算2 届出	50点			
在宅緩和ケア充実診療所 ・病院加算届出		100点	・上記①の医療機関のみ算定できる ・緊急、夜間・休日、深夜のみに加算 ・実績要件はP37参照		
算定要件		・医師が患者の求めに応じて、非定期的・非計画的に、患者に赴いた場合 ・基本診療料（初診料再診料、外来管理加算〔それぞれ要件を満たした場合〕）は併算定できる [算定できない場合] ・定期的、または計画的な診療 [例外として算定できる場合] ・下記を行った後、急変等により往診を行った場合(ただし、開放型病院共同指導料(1)、退院時共同指導料1を除く)			
同日併算定不可		在宅患者訪問診療料、在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料、在宅患者訪問薬剤管理指導料在宅患者訪問栄養食事指導料、精神科訪問看護・指導料、開放型病院共同指導料(1)、退院時共同指導料1			
レセ記載		(在宅患者訪問診療料と算定が混在する月) 往診日、訪問診療日 (在宅患者訪問診療料の算定日と同一日) 往診が必要になった理由 (診療時間加算を算定する場合) その旨、および、診療時間			

主な算定ルール

- ① 定期的ないし計画的訪問診療の算定不可：往診料は患家の求めに応じて、患家にて診療を行った場合に算定できるものです。したがって、定期的ないし計画的に患家または他の医療機関にて訪問診療(対診)を行った場合には往診料の算定はできずかわって訪問診療料で算定します。
- ② 同一患家の定義：同一の患家には、有料老人ホーム等で、その形態から当該ホーム全体を同一の患家とみなすことが適当であるものを含みます。
- ③ 同一患家複数算定不可：同一の患家で2人以上の患者を診療した場合は、2人目以降の患者については往診料または在宅患者訪問診療料を算定不可です。かわって、初診料または再診料を算定します。この場合において、2人目以降の診療に要した時間が1時間を超えた場合は、その旨をレセプトの摘要欄に記載し、30分ことごとの加算点数を算定します。
- ④ 薬剤の受け取りにかかる外来再診料の同日併算定不可：往診を行った場合、あとで患者、またはその家族が単に薬剤をとり医療機関に来た際に、再診料を別に算定することはできません。
- ⑦ 緊急往診加算：標榜時間内に他の患者に対して診療に従事しているときに、患者または家族等看護にあたっている者から緊急に求められて往診を行った場合に算定します。
緊急往診加算の対象となる傷病は、急性心筋梗塞、脳血管障害、急性腹症等が予想される場合を指します。
- ⑨ 夜間加算の対象となる時間帯：深夜を除く午後6時から翌日の午前8時までとなっています。
- ⑩ 深夜加算の対象となる時間帯：午後10時から午前6時までとなっています。
- ⑪ 診療時間加算：診療時間が1時間を超えた場合に、30分単位で、100点を加算します。
例：1時間40分の場合→720点 + 100点 + 100点=920点
(1時間) (30分) (10分)
- ⑫ 診療時間加算の対象となる診療時間：実際に診療にあたっている時間のみを指し、交通機関の都合、その他診療の必要以外の事由によって患家に滞在または宿泊した場合には診療時間に算入できません。
- ⑬ 死亡診断加算の算定要件：死亡診断加算は、死亡日に往診を行い、死亡診断を行った場合に算定します。
- ⑭ 往診の距離制限：自院と患家の距離が自院から半径16kmを超える往診は、原則的に認められません。したがって、患家の希望により16kmを超える往診をした場合の往診料は患者負担となります。
- ⑮ 在宅療養実績加算を算定する場合は、在宅療養支援診療所(機能強化型以外)に限ります。
- ⑤ 往診料を算定できない場合：往診を求められて患家へ行ったが、すでに他医に受診していたため、診察しないで帰った場合の往診料は患者負担とします。
- ⑥ 交通費の実費請求：交通費は実費とします(自転車、スクーター等では交通費に該当しません)。

初・再診料と往診料の加算が算定できる時間帯

診療時間：9時～12時、16時～19時



注：往診料の夜間・休日加算は、初再診料の時間外加算や休日加算等とは異なり、**標榜時間内でも算定できる。**

「往診料」対診 Q&A

Q1 往診料について、どのような変更があったか。

A 以下のような変更があった。

- ① 夜間加算が夜間・休日加算に変更され、休日に往診を実施した場合にも算定できることとされた。
- ② 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算が新設された。
- ③ 在宅療養実績加算2が新設され、従前の加算は「1」とされた。

Q2 往診料の夜間・休日加算は、日曜日の標榜時間内に往診を行った場合に算定できるか。

A 算定できる。初・再診料の時間外加算や休日加算等とは異なり、標榜時間内でも算定できる。

Q3 区分番号「C000」往診料の注3に規定する死亡診断加算について、「死亡日に往診を行い、死亡診断を行った場合に算定する」と規定されているが、夜間に死亡した場合であって、死亡診断の結果、前日に死亡していると判断された場合に、当該加算を算定できるか。

A 算定できる。

Q12 夜間診療時の緊急往診加算

緊急往診加算はおおむね午前8時から午後1時までの間となっていますが、午前9時から午後5時を診療時間としていたり、夜間診療(午後4時から午後7時まで)を行っている診療所の場合、午後1時以降は診療時間内の緊急往診でも加算はないのでしょうか。

A：当該保険医療機関の標榜時間内であって、もっぱら診療に従事している時間であれば必ずしも午前8時から午後1時に限らず加算できます。

Q4 麻酔科で開業した医師が別の医療機関に赴き、手術前日、当日、翌日の3回往診料を算定するのは妥当であるか。

A 定期的、計画的な訪問を行っての麻酔では、往診料は算定できない。

Q5 従来からの、対診の場合の診療報酬請求の取扱いに関する以下の規定について、変更はないと考えてよいか。

- (1) 診療上必要があると認める場合は、他の保険医療機関の保険医の立会診療を求めることができる。
- (2) 対診を求められて診療を行った保険医の属する保険医療機関からは、当該基本診療料、往診料等は請求できるが、他の治療行為にかかる特掲診療料は主治医の属する保険医療機関において請求するものとし、治療を共同で行った場合の診療報酬の分配は相互の合議に委ねるものとする。

A 取扱いに変更はない。ただし、定期的又は計画的に行われる対診の場合は往診料を算定できないことを明確化したものである。

Q6 C000「注3」の死亡診断加算はどのような場合に算定できますか。

A 患者が居宅で死亡した日に往診または訪問診療を行い、死亡診断をした場合に算定します。なお、訪問診療科の看取り加算を算定した場合、死亡診断加算は算定できません。また、死亡診断書の発行は別に自費として扱います。

Q7 医師法 20 条によれば、診療中の患者が受診後 24 時間以内に死亡した場合、改めて診察をしなくても死亡診断書を交付できることになっていますが、前日に往診し、それが 24 時間以内であれば、死亡日に往診を行っていても死亡診断加算が算定できますか。

A 死亡時に往診ないし訪問診療がない場合には、死亡診断加算は算定できません。

◆ワンポイント知識

「往診料」と「在宅患者訪問診療料」の比較

	往診料	在宅患者訪問診療料
訪問理由	患者の求めに応じて訪問	計画的医学管理のもと定期的に訪問
算定回数	そのつど(1日に2回以上算定可)	1日につき (悪性腫瘍等を除き、原則として週3回が限度)
算定不可	同一患家の2人目以降	・初診料を算定する初診の日 ・往診料を算定した翌日 (在宅療養支援診療所を除く)
診察料等の併算定	診察料(初診料、再診料)、外来管理加算を併算定できる	<u>再診料、外来管理加算、往診料の併算定不可</u> (病状急変の場合を除く)
緊急加算等	緊急往診加算、夜間・休日加算、深夜加算	なし
診療時間加算	あり	あり
死亡診断加算	あり	あり(在宅療養支援診療所等の <u>ターミナルケア加算算定時は加算不可</u>)

※同一日に往診と訪問診療を行っても、いずれか一方の点数しか算定できない(訪問診療後の病状急変による往診を除く)。

訪問診療と往診

期日を計画し、事前告知したうえで、患者の自宅に訪問する医師のサービスが「訪問診療」(「在宅患者訪問診療科」を算定)で、また、患者の具合が悪いときに、要請に応じて訪問するものを「往診」(医学的必要性と緊急性が必要)。

- ・当日に要請されて当日内に行ったものは往診、「前日に要請を受けたものは訪問診療」と算定している。例えば、前日深夜に電話を受けて「明日の朝一番にお伺いします」という場合は「訪問診療」、「今すぐ診ます」と深夜に出かけた場合は「往診」とする。
- ・ほぼ毎日のように往診して点滴を行っている場合について、毎日緊急とは考えにくいため、在宅患者訪問診療料で算定するべきである。(医科 集団指導資料)
- ・在宅患者訪問診療料を算定中に、主治医の専門外(例えば、皮膚科、眼科)の治療のため、主治医の要請で他医が診療した場合は、対診として取り扱う。

C001 在宅患者訪問診療料（1日につき）

○改定の概要

- 在宅患者訪問診療料の「同一建物居住者の場合」の「イ 特定施設等に入居する者の場合 203点」と「ロ イ以外の場合 103点」が203点に統一された。（「特定施設等入居者の場合」の廃止）
- 特定施設や認知症グループホーム等に入居する複数患者に対し、同一日に同一医療機関の医師3人を限度として医師単位で訪問診療した患者をカウントする取扱いが廃止された。

算定点数	1日につき (週3日を限度)	1.同一建物居住者以外の場合 833点 2.同一建物居住者の場合 203点
加算	加算点数	算定要件
診療時間加算	100点	1時間を超える場合に30分ごと
乳幼児加算	400点	0歳から2歳の患者
幼児加算	400点	3歳から5歳の患者
在宅ターミナルケア加算		在宅で死亡した患者（往診また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も含む）に対して、その死亡日および死亡日前14日以内の計15日間に、2回以上の往診、または訪問診療を実施した場合
①強化型在宅療養支援診療所	有床 6,000点 無床 5,000点	※在宅療養実績加算1届出 750点、在宅療養実績加算2届出 500点
②在宅療養支援診療所	4,000点	
③上記①、②以外	3,000点	
		(訪問診療の加算のため、往診のみ2回では算定不可)
		◎在宅ターミナルケア加算と看取り加算の算定イメージ
		<p>在宅ターミナルケア加算、看取り加算を算定</p> <p>死亡日と死亡日前14日以内の計15日間に2回以上の往診または訪問診療を行い、看取りも実施</p> <p>死亡日当日に往診または訪問診療を行い、看取りも実施</p> <p>在宅ターミナルケア加算</p> <p>看取り加算を算定</p>
		◎救急搬送後などの在宅ターミナルケア加算の算定イメージ
		<p>往診や訪問診療後、24時間以内に在宅以外で死亡しても、在宅ターミナルケア加算の算定可</p> <p>2回以上の往診または訪問診療</p> <p>救急搬送</p> <p>自宅以外で死亡</p>
看取り加算	3,000点	事前に患者またはその家族等に対して、療養上の不安等を解消するために十分な説明と同意を行った上で、死亡日に往診または訪問診療を行い、患者で看取った場合（※診療内容の要点等のカルテ記載が必要）

訪問診療料のターミナルケア加算

2012年3月まで	在宅ターミナルケア加算	2012年4月以降	在宅ターミナルケア加算	看取り加算	合計点数
支援診・支援病	10,000	強化型支援診・支援病	病床あり 6,000 病床なし 5,000	3,000	9,000 8,000
その他の医療機関	2,000	支援診・支援病	4,000		7,000
	死亡診断加算+200	その他の医療機関	3,000		6,000

○在宅ターミナルケア加算：死亡日前14日以内に2回以上往診又は訪問診療を行った患者が、在宅で死亡した場合

4
2
0
1
2
年
4
月
以
降

- 在宅ターミナルケア加算：支援診・病院を問わず、すべての保険医療機関において、死亡日と死亡日前14日を合わせた15日間で2回以上の往診または訪問診療を行って、在宅で死亡した場合（往診または訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む）に算定可。
- 看取り加算：事前に患者またはその家族等に対して、療養上の不安等を解消するために十分な説明を行い同意を得たうえで、死亡日に往診または訪問診療を行い、患家で看取った場合に限り算定可。支援診・支援病を問わず、すべての保険医療機関で算定できるが、在宅以外で死亡した場合は算定不可。

死亡診断加算	200点	死亡日に往診、または訪問診療を行い、患家で死亡診断を行った場合 ※看取り加算と併算定できない
在宅療養実績加算1 届出	750点	・上記②の医療機関のみ算定できる
在宅療養実績加算2 届出	500点	・実績要件はP37参照
在宅緩和ケア充実診療所 ・病院加算届出	1,000点	・上記①の医療機関のみ算定できる ・実績要件はP37参照
算定要件	<ul style="list-style-type: none"> ・医師が計画的に訪問診療を行った場合に算定 ・週3日を限度に1日1回算定 (ただし、末期悪性腫瘍や、その他厚生労働大臣が定める患者※1は制限なし) ・以下の要件を満たすことが必要 <ol style="list-style-type: none"> ①患者またはその家族等の署名付きの訪問診療にかかる同意書を作成し、カルテに添付 ②訪問診療の計画および、診療内容の要点のカルテ記載 ③訪問診療を行った日における医師の在宅患者診療時間(開始時間および終了時間)と診療場所のカルテ記載 <p>※1 [例外として算定できる場合]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・【厚生労働大臣が定める疾病等の患者】 末期の悪性腫瘍、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(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3以上かつ生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。))、多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群)、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、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群若しくは頸髄損傷の患者又は人工呼吸器を装着している患者 ・急性増悪等により、週3日を超えて頻回の訪問診療が必要な場合、急性増悪等の診療日から14日以内の訪問診療については、週3日を超えて毎日算定可(1月1回に限る) <p>〔「2」における同一建物居住者の除外対象〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ・往診を実施した患者 ・末期の悪性腫瘍と診断後、訪問診療を行い始めた日から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 ・1回の訪問で1人のみ診療した場合 <p>◎同一建物居住者に該当しない4つのケース</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>往診</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>30日以内 死亡 診断書</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>訪問診療開始 60日以内 末期癌と診断</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>1回の訪問で 1人のみ診療</p> </div> </div>	
併算定不可	初診料、再診料、往診料(ただし、在宅患者訪問診療科を行った後、患者の病状の急変等により往診を行った場合は算定可能)、在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料、精神科訪問看護・指導料、開放型病院共同指導料(I)、退院時共同指導料1	
カルテ記載	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問診療の計画 ・診療内容の要点 ・医師の診療時間(開始時間および終了時間)、診療場所 	

<p>レセ記載</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・（「2」（＝同一建物居住者の場合）を算定する場合）平成 26 年 10 月診療分以降の取扱は、原則として、明細書の摘要欄又は症状詳記に記載することとし、以下の内容が含まれていなければ差し支えないものとする。 ＜患者ごとに記載する事項＞ <ul style="list-style-type: none"> ※「要介護度」 ※「認知症の日常生活自立度」 ※「訪問診療が必要な理由」 ○○○○○○○○○○○○○○ （要介護 4 以上又は認知症の日常生活自立度Ⅳ 以上の場合には不要。） ＜算定日ごとに記載する事項＞ <ul style="list-style-type: none"> ※「訪問診療を行った日」 ※「診療人数合計」 （同一日に同一建物の患者に、同じ医師が在宅患者訪問診療料 2 の対象となる訪問診療を行った人数の合計。） <div style="display: flex; justify-content: space-around; border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 45%;"> <p>〔記載例 1〕</p> <p>訪問診療にかかる記録書 要介護 3 認知症の日常生活自立度 3 a 理由：○○○○○○○○○○のため ○日（○人）、○日（○人）</p> </div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 45%;"> <p>〔記載例 2〕</p> <p>訪問診療にかかる記録書 要介護 4 認知症の日常生活自立度 4 ○日（○人）、○日（○人）</p> </div> </div> <ul style="list-style-type: none"> ・（週 4 回以上算定する場合）必要な旨、必要を認めた日、訪問診療を行った日 ・（往診料の算定月と翌月）往診日、訪問診療日 ・（診療時間加算を算定する場合）その旨、および、診療時間 ・（在宅ターミナル加算を算定する場合）死亡日、死亡日前 14 日以内の 15 日間に行った往診または訪問診療の日 ・（在宅以外で死亡した場合）死亡前 24 時間以内に行った訪問診療日時
--------------------	--

※ 往診料（緊急・夜間・休日・深夜加算）、在宅ターミナルケア加算（在宅患者訪問診療科）、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料、在宅がん医療総合診療科、共通の施設基準等

加算	施設基準等
在宅療養実績加算 1 （要届出）	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅療養支援診療所（強化型以外）の医療機関でのみ算定可能 ・過去 1 年間の緊急往診の実績が 10 件以上、在宅での看取りの実績が 4 件以上
在宅療養実績加算 2 （要届出）	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅療養支援診療所（強化型以外）の医療機関でのみ算定可能 ・過去 1 年間の緊急往診の実績が 4 件以上、在宅での看取りの実績が 2 件以上 ・緩和ケアにかかる適切な研修を修了している常勤の医師の配置
在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 （要届出）	<ul style="list-style-type: none"> ・強化型在宅療養支援診療所のみ算定可能 ・過去 1 年間の緊急往診実績を 15 件以上、在宅での看取りの実績を 20 件以上 ・緩和ケア病棟または在宅での 1 年間の看取り実績が 10 件以上の医療機関において 3 か月以上の勤務歴がある常勤医師（在宅を担当する医師に限る）がいる ・末期の悪性腫瘍等の患者に対し鎮痛療法を実施した実績 ・緩和ケアにかかる適切な研修を修了している常勤の医師の配置 ・院内等において、過去 1 年間の看取りの実績および十分な緩和ケアが受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供が行われている

*

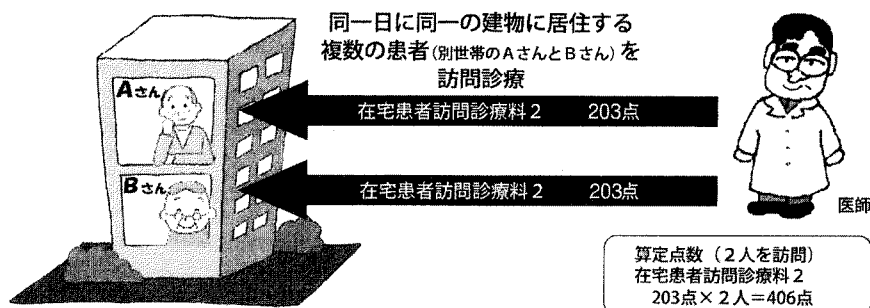
◆ワンポイント知識

同一建物居住者の定義

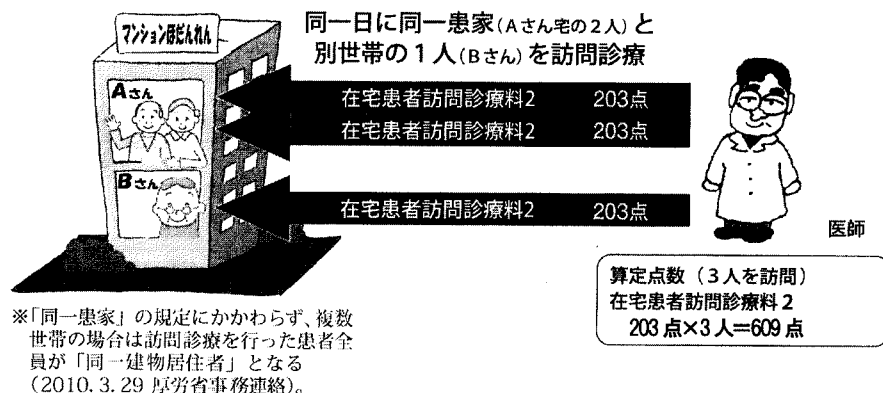
「同一建物居住者」とは以下のように定義されています。なお、同一建物に居住する当該患者1人のみに対し、訪問診療を行う場合は、同一建物居住者以外の場合で算定しますので注意が必要です。

〈「同一建物居住者」の扱いになる場合〉

①同一日に、同一の建物に居住する複数の患者（別世帯のAさんとBさん）を訪問診療した場合、いずれも在宅患者訪問診療科「2」で算定する。

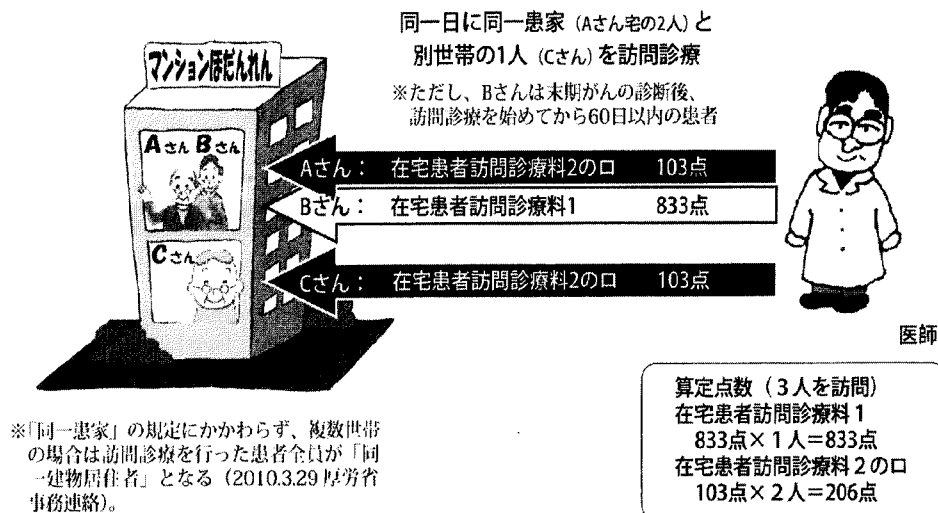


②同一日に、同一患家（Aさん宅2名）と、別世帯の1名（Bさん）を訪問診療した場合も、いずれも在宅訪問診療科「2」で算定する。



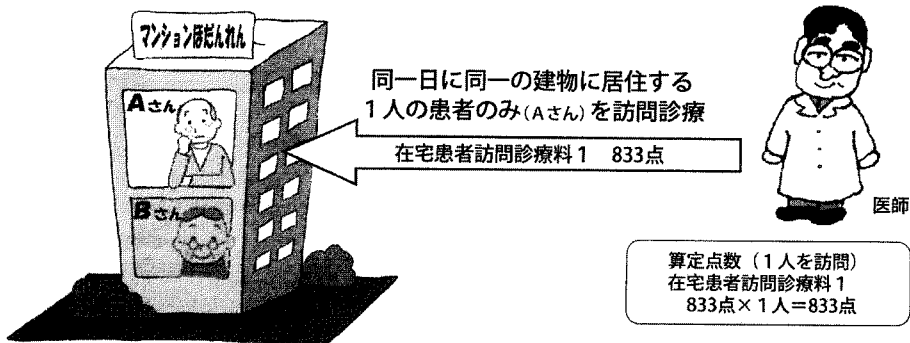
③同一日に、同一患家の2名（Bさんが末期がん）と、別世帯の1名（Cさん）を訪問診療した場合も、在宅訪問診療科「1」と「2」で算定する。

■「同一建物居住者」と「同一建物居住者以外」が混在する場合

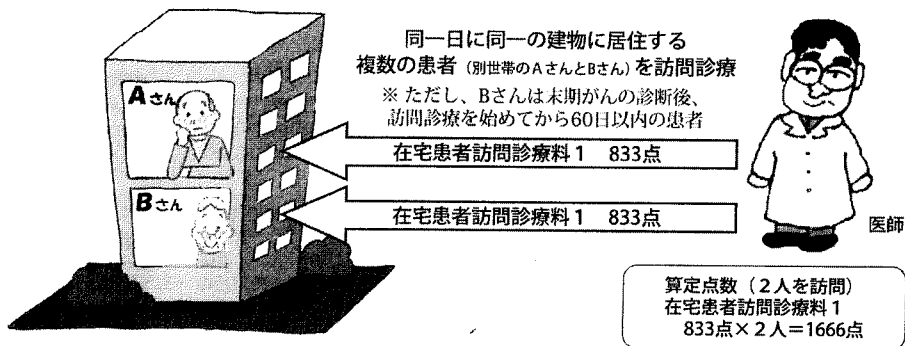


〈「同一建物居住者」の扱いにならない場合〉

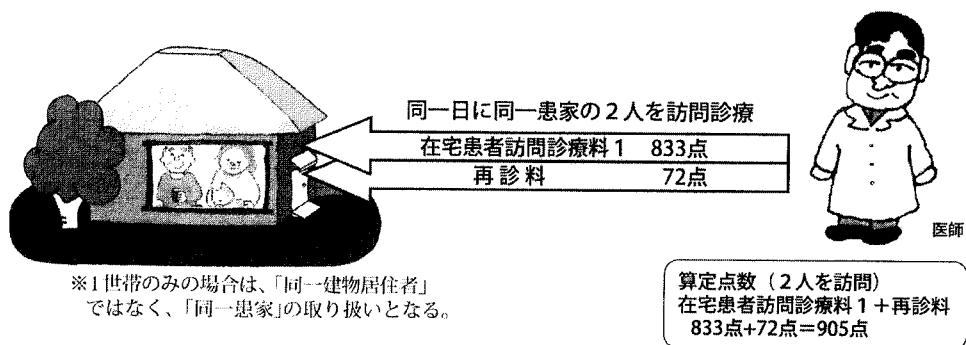
③同一日に、同一の建物に居住する1人のみ（Aさん）を訪問診療した場合、在宅訪問診療科「1」で算定する。

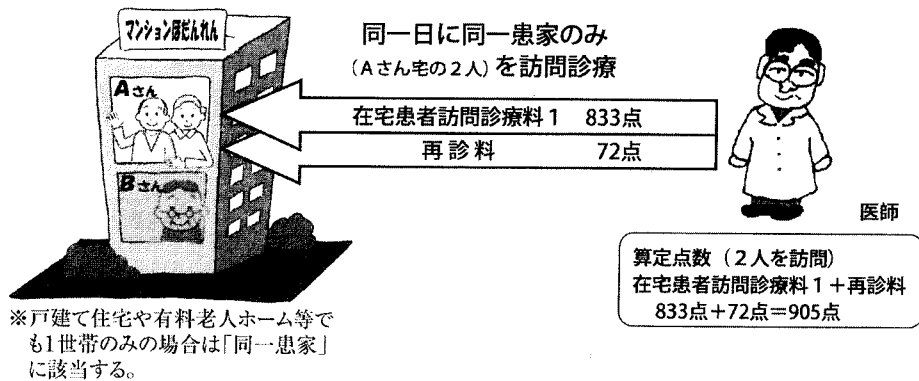


①同一日に、同一の建物に居住する別世帯の患者（ただし、Bさんは末期がん）を訪問診療した場合、いずれも在宅患者訪問診療科「1」で算定する。



④同一日に、同一患家の2人を訪問診療した場合、1人目を在宅患者訪問診療科「1」で、2人目は再診料等の基本診療科で算定する。





特別養護老人ホーム入所者の算定

・特別養護老人ホーム入所者への訪問診療料の算定は、限定的ですので注意が必要です。

対象患者は、以下の「i」または「ii」のいずれかに該当する場合は。

i) 末期の悪性腫瘍患者

ii) 当該患者を当該特別養護老人ホームにおいて看取った場合

※在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院または当該特別養護老人ホームの協力医療機関の医師により、死亡日からさかのぼって30日間に行われたものに限ります。

※当該患者について、介護福祉施設サービス、または地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護にかかる看取り介護加算を算定している場合には、在宅ターミナルケア加算および看取り加算は算定できません。

主な算定ルール

①在宅患者訪問診療の定義：在宅での療養を行う通院が困難な者に対して、「定期的に訪問」して行う診療のことをいいます。継続的な診療の必要のない者や通院が可能な患者に対して、在宅患者訪問診療料は算定できません。臨時に患者より依頼を受けた場合には往診料を算定します。

②配置医師のいる施設入所者への算定不可：医師の配置が義務付けられている施設に入所している場合は算定できません(給付調整告示等に規定される場合を除きます)。

③往診料算定翌日の算定不可：往診料を算定した日、および、その翌日について、訪問診療料は算定できません(在宅療養支援診療所およびその連携医療機関(特別の関係にある医療機関を含む)を除きます)。

*医師の配置が義務づけられている施設に入所している場合は算定できません(給付調整告示等に規定する場合を除きます)。

*医師が同一建物に居住する患者1人のみに対し訪問診療を行う場合は、「在宅患者訪問診療料1」の833点を算定します。

④同居する同一世帯の複数の患者に対して診察をした場合など、同一の患者において2人以上の患者を診療した場合には、1人目は「在宅患者訪問診療料1」の833点を算定し、2人目以降の患者については、「A000」初診料または「A001」再診料を算定します。

⑤診療時間加算:診療時間が1時間を超えた場合は30分単位で100点を加算します。

例:1時間45分の診療→833点(1時間)+100点(30分)+100点(15分)=1,033点

⑥在宅ターミナルケア加算:死亡日、および、死亡日前14日以内に2回以上の往診または訪問診療を実施した場合に算定可能です。

⑦看取り加算：事前に当該患者またはその家族等に対して、療養上の不安等を解消するために十分な説明と同意を行った上で、死亡日に往診または訪問診療を行い、患家で看取った場合に算定します。その際、診療内容の要点等をカルテに記載します。

⑧交通費の患家負担：訪問診療に要した交通費は患家の負担になります。

※集合住宅への訪問診療で、同一患家2人目以降の患者は、訪問診療科を算定せず、基本診療科を算定する。ただし、同一建物において、同一患家と別の患家を訪問診療した場合、訪問診療を行った患者全員を「同一建物居住者」として扱い、それぞれ203点で算定する。

◆ワンポイント知識

頻回の訪問が必要になった場合

患者の急性増悪や終末期等により、週4回以上の訪問が必要になった場合は、「必要な旨」、「必要を認めた日」、「訪問診療を行った日」をレセプトにコメントすれば、1月に1回に限り、当該診療を行った日から14日以内について14日間を限度として算定が可能になります。なお、月をまたがった場合でも開始から14日以内であれば算定が可能です。

急性増悪等の場合の対応

普段から定期的に訪問をして、在宅患者訪問診療科を算定している患者に、緊急に訪問を実施した場合には、在宅患者訪問診療科ではなく往診科で算定します。この場合、緊急に往診を必要とした症状が治まったと判断した以降は再度、在宅患者訪問診療科での算定となります。

レセプトの記載上の注意

往診科、在宅患者訪問診療科を算定する際はレセプトへの記載に注意する必要があります。

〈往診科と在宅患者訪問診療科が混在する月または在宅患者訪問診療科を算定した前月に往診科の算定がある場合〉

・「往診日」、「訪問診療日」を記載します。

〈急性増悪等により週4回以上の頻回訪問を実施した場合〉

・「必要性」、「必要を認めた診療日」、「訪問診療を行った日」を記載します。

〈在宅患者訪問診療科等を算定した日と同一日に往診科を算定した場合〉

・患者の病状の急変等「往診が必要となった理由」を記載します。

〈診療時間加算を算定する場合〉

・その旨、および、診療時間を記載します。

〈在宅ターミナルケア加算を算定した場合〉

・死亡日、死亡日前14日以内の15日間に行った往診または訪問診療の日、および当該患者が在宅以外で死亡した場合、死亡前24時間以内に行った訪問診療の日時を記載します。

「在宅患者訪問診療料」Q&A

Q1 在宅患者訪問診療料を算定できない通院が容易な者とは、どのような患者か。

A 年齢、病状等によるため一概には言えないが、少なくとも独歩で家族等の助けを借りずに通院ができる者などは通院は容易であると考えられる。

Q2 在宅患者訪問診療料等について同一敷地内又は隣接地に棟が異なる建物が集まったマンション群や公団住宅等はそれぞれの建物を別の建物と扱ってよいか。

A そのとおり。

Q3 在宅患者訪問診療料等について外観上明らかに別建物であるが渡り廊下のみで繋がっている場合は別建物として扱ってよいか。

A よい

Q4 在宅患者訪問診療料等について、同一建物内に要支援・要介護者である患者とそうでない患者がおり、例えば医療保険の訪問看護を受けた者と、介護保険の訪問看護を受けた者がいる場合は、同一建物居住者となるのか。

A 介護保険の訪問看護、訪問リハ等は考慮せず、医療保険の対象者のみで考える。

Q5 在宅患者訪問診療料の「同一建物居住者」の考え方に変更はあったか。

A 変更はない。同一日に同一の建物に居住する複数の患者を訪問診療した場合は、従来通り「同一建物居住者の場合」を算定する。

Q6 在宅患者訪問診療料の「同一患者」の取り扱いに変更はあったか。

A 変更はない。

Q7 認知症グループホームにおいて、同一日に2つのユニットの患者をそれぞれ1人ずつ診療した場合、それぞれ「同一建物居住者以外の場合（833点）」が算定できるのか。

A 算定できない。施設入居時等医学総合管理料では、ユニット数が3以下の認知症グループホームにおいて、ユニットごとに人数をカウントする取り扱いがあるが、在宅患者訪問診療料にはその取り扱いがないため、それぞれ「同一建物居住者の場合（203点）」を算定することとなる。

Q8 短期入所生活介護（介護予防も含む）を利用する患者について、在宅患者訪問診療料の取り扱いに変更はあったか。

A 変更があった。短期入所サービス利用前30日以内に患者を訪問し、在宅患者訪問診療料、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料又は在宅がん医療総合診療料を算定した医療機関の医師（配置医師を除く）が診察した場合に限り、サービス利用開始から30日間に限り、在宅患者訪問診療料が算定できる。

Q9 小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを利用している患者について、在宅患者訪問診療料の取り扱いに変更はあったか。

A 変更があった。当該サービスの利用を開始した日より前30日の間に患者を訪問し、在宅患者訪問診療料、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料又は在宅がん医療総合診療料を算定した医療機関の医師が診察した場合（当該サービスを提供する施設における医師により行われる場合を除く）は、サービス利用開始後30日までの間に限り、在宅患者訪問診療料が算定できる。

在宅ターミナルケア加算 Q&A

Q1 在支診、在支病の「かつ、死亡前24時間以内に往診又は訪問診療を行い当該患者を看取った場合」という文章が外れたが、「死亡日及び死亡前14日以内の計15日間に2回以上」という条件を満たしていれば、死亡前24時間以内に往診又は訪問診療を行ってなくても算定可能か？

A 前回の改定では、今までの在宅ターミナルケア加算が、看取りまでのプロセスの評価（在宅ターミナルケア加算）と在宅での看取りの評価（看取り加算）の2つに分かれたため、プロセスの評価については、死亡日を含む15日以内に2回以上の往診又は訪問診療が行われていれば算定できる。

Q2 在宅ターミナルケア加算について、死亡した日に往診しておらず、更に死亡した月が往診した月と異なる場合（最終往診日が死亡した日を含む月の前月のみの場合）はどのように算定をしたらよいか？

A 当該加算の要件を満たしていれば、死亡した日を含む月において、当該加算を算定する。

C002 在宅時医学総合管理料（届出）

C002-2 施設入居時等医学総合管理料（届出）

○改定の概要

◆単一建物診療患者の新設

- (1) 在宅時医学総合管理料等において、「同一建物居住者以外の場合」「同一建物居住者の場合」の区分が廃止され、「単一建物診療患者」の人数の区分に応じた点数を算定することとされた。
- (2) 「単一建物診療患者の人数」とは、当該建築物に居住する者のうち、医療機関（特別の関係の医療機関も含む）が訪問診療を実施し、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ている者の数をいう。
- (3) 在宅患者訪問診療科において、同一日に同丁の建物に居住する複数の患者を訪問診療した場合は、従来通り「同一建物居住者の場合」の点数を算定する。
- (4) ユニット数が3以下の認知症グループホームについては、ユニット単位で単一建物診療患者の人数をカウントできる。
- (5) 「単一建物診療患者」の点数は、「1人の場合」「2人以上9人以下」「10人以上」に区分された。
- (6) 当該月において在宅患者訪問診療科の「同一建物居住者以外の場合（833点）」を算定した場合でも、当該建築物の複数の患者に在宅時医学総合管理料等を算定した場合は、「1人の場合」以外の点数を算定することとされた。
- (7) 同一世帯の夫婦など同一患家の場合は、患者ごとに「単一建物診療患者が1人の場合」が算定できるとされた。
- (8) 在宅時医学総合管理料に限り、「在宅医学管理を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下の場合」又は「戸数が20戸未満であって、在宅医学管理を行う患者が2人以下の場合」には、単一建物診療患者が1人であるものとみなすとされた。

◆在宅時医学総合管理料等に係るその他の変更点

- (9) 特定施設入居時等医学総合管理料の名称が施設入居時等医学総合管理料に変更され、特定施設でない有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅と認知症グループホーム居住者も本区分の管理料で算定することとされた。ただし、これらの施設居住者について、2016（平成28）年3月以前に在宅時医学総合管理料を算定していた場合に限り、2017（平成29）年3月まで、在宅時医学総合管理料を算定できることとされた。
- (10) 月1回訪問診療を実施した場合の点数が新設され、月2回訪問した場合の点数も「別に厚生労働大臣が定めるものの場合」と「それ以外の場合」に区分された。
- (11) (1)と(10)に伴い、点数が患者の状態、単一建物診療患者の人数、訪問回数で細分化された。
- (12) 重症者加算（1,000点）が頻回訪問加算（600点）に名称変更された。算定の対象疾患・状態や要件に変更はない。
- (13) 「処方せんを交付しない場合」が廃止され、処方せんを交付しない場合は300点を加算することとされた。
- (14) 包括範囲が拡大され、生活習慣病管理料等の医学管理等の点数や、訪問看護指示料に新設された衛生材料等提供加算が所定点数に含まれるとされた。また在宅寝たきり患者処置指導管理料に包括されていた処置が算定できないことが明確化されたが、必要な薬剤及び特定保険医療材料については、レセプトの「④在宅」の項において算定できるとされた。
- (15) 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「3」（支援診以外）を算定する医療機関であって、在宅医療を提供した患者が95%以上の場合は、所定点数の80/100に相当する点数により算定することとされた。（2017年4月1日実施）

① 特定施設入居時等医学総合管理料について、算定対象となる施設を見直すとともに、名称を変更

改定前（対象となる住まい）	改定後（対象となる住まい）
特定施設入居時等 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、特別 医学総合管理料 養護老人ホーム、特定施設 （特医総管）	施設入居時等医学 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、特別 総合管理料 養護老人ホーム、 有料老人ホーム、サ （施設総管） ビス付き高齢者向け住宅、認知症グル ープホーム
在宅時医学総合管 上記以外の住まい 理料（在総管）	在宅時医学総合管 上記以外の住まい 理料（在総管） ※ 改定前に在総管を算定できた住居 （特定施設以外の有料老人ホーム・サ ービス付き高齢者向け住宅、認知症グ ループホーム）に居住している患者 は、平成29年3月末までは在総管を 算定できる。

② 以下に掲げる重症度の高い患者に対する評価を充実

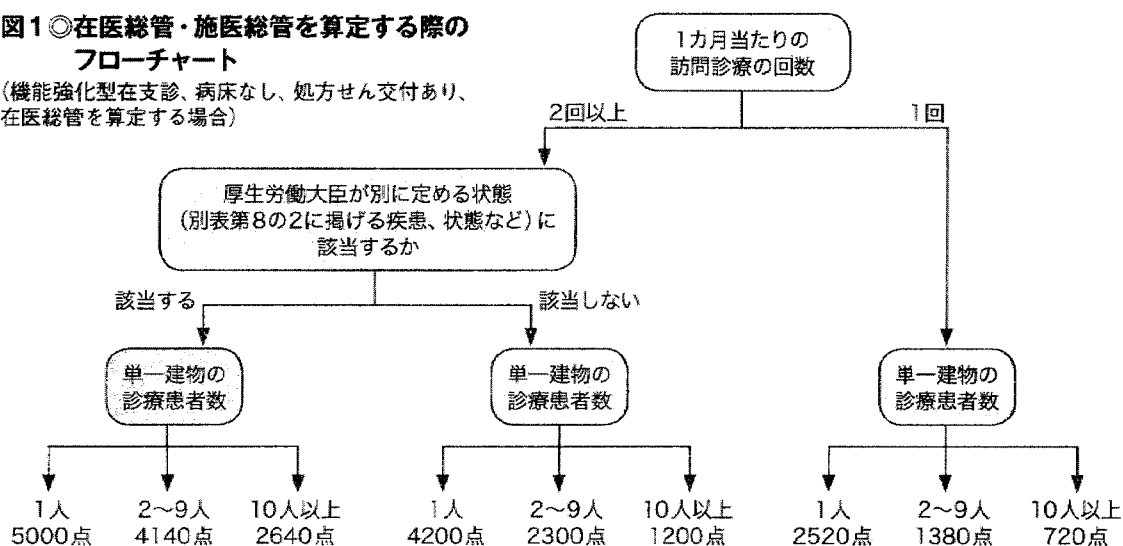
重症度の高い患者		
・末期の悪性腫瘍の患者	・スモンの患者	・指定難病の患者
・後天性免疫不全症候群の患者	・脊髄損傷の患者	・真皮を超える褥瘡の患者
・人工呼吸器を使用している患者	・気管切開の管理を要する患者	・気管カニューレを使用している患者
・ドレーンチューブ等を使用している患者	・人工肛門等の管理を要する患者	・在宅自己腹膜灌流を実施している患者
・在宅血液透析を実施している患者	・酸素療法を実施している患者	・在宅自己腹膜灌流を実施している患者
・在宅成分栄養経管栄養法を実施している患者	・在宅自己導尿を実施している患者	・植込み型脳・脊髄電気刺激装置による疼痛管理を受けている患者
・携帯型精密輸液ポンプによるプロスタグランジン12製剤の投与を受けている患者		

③ 月1回の訪問診療による管理料を新設

④ 同一日に診療した人数に関わらず、当該建築物において医学管理を実施している人数に応じて評価

図1 在医総管・施医総管を算定する際のフローチャート

(機能強化型在支診、病床なし、処方せん交付あり、在医総管を算定する場合)



届出区分	訪問診療の回数等	月1回							
		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)				
		単一建築物診療患者数			単一建築物診療患者数				
		1人	2~9人	10人以上	1人	2~9人	10人以上		
① 機能強化型の在支診等	病床有	月2回以上	別に定める状態の患者	5,400	4,500	2,880	3,900	3,240	2,880
			上記以外	4,600	2,500	1,300	3,300	1,800	1,300
		月1回		2,760	1,500	780	1,980	1,080	780
	病床無	月2回以上	別に定める状態の患者	5,000	4,140	2,640	3,600	2,970	2,640
			上記以外	4,200	2,300	1,200	3,000	1,650	1,200
		月1回		2,520	1,380	720	1,800	990	720

②支援診療等	月2回以上	別に定める状態の患者	4,600	3,780	2,400	3,300	2,700	2,400
		上記以外	3,800	2,100	1,100	2,700	1,500	1,100
	月1回		2,280	1,260	660	1,620	900	660
③その他	月2回以上	別に定める状態の患者	3,450	2,835	1,800	2,450	2,025	1,800
		上記以外	2,850	1,575	850	2,050	1,125	850
	月1回		1,710	945	510	1,230	675	510
④在宅患者55以上で支援診療でない ※3	月2回以上	別に定める状態の患者	2,760	2,268	1,440	1,960	1,620	1,440
		上記以外	2,280	1,260	680	1,640	900	680
	月1回		1,368	756	408	984	540	408

加算	処方せん未交付加算 300点 在宅移行早期加算 100点(3月を限度) 頻回訪問加算 600点 (別に定める患者に対して月4回以上訪問)(←重症者加算) ①の医療機関のみ 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算届出 75~400点 ②の医療機関のみ 在宅療養実績加算1届出 56~300点 在宅療養実績加算2届出 40~200点
施設基準	<ul style="list-style-type: none"> 次の要件のいずれも満たすこと <ul style="list-style-type: none"> (ア)介護支援専門員(ケアマネ),社会福祉士等の保健医療サービス,および福祉サービスとの連携調整を担当する者を配置 (イ)在宅医療を担当する常勤医師が勤務し,継続的に訪問診療等を行うことができる体制を確保している 他の保健医療サービス,および福祉サービスとの連携調整市町村,在宅介護支援センター等に対する情報提供に努めること 地域医師会等の協力・調整等のもと,緊急時等の協力体制を整えることが望ましい 当該管理料にかかる届出をしていること
対象患者	在宅での療養を行っている患者であって,通院困難な者 ※たとえば,少なくとも独歩で家族・介助者等の助けを借りずに通院ができる者などは,「通院は容易である」と考えられるため,在宅時医学総合管理料または特定施設入居時等医学総合管理料は算定できない。
算定要件	<ul style="list-style-type: none"> 月1回以上,在宅患者訪問診療料を算定した場合に算定(往診のみの月は算定不可) 訪問診療が月1回,月2回以上で「別に厚生労働大臣が定める状態の患者」と「それ以外の患者」の3区分となった <ul style="list-style-type: none"> 「別に厚生労働大臣が定める状態の患者」(特掲診療科の施設基準等別表第8の2) <ul style="list-style-type: none"> (1)以下の疾患に罹患している患者 <ul style="list-style-type: none"> 末期の悪性腫瘍,スモン,難病法第5条第1項に規定する指定難病,後天性免疫不全症候群,脊髄損傷,真皮を越える福崎 (2)以下の状態の患者 <ul style="list-style-type: none"> 在宅自己連続携行式腹膜潜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療病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 施設入居時等医学総合管理料に名称変更され,新たに特定施設でない有料老人ホーム,サービス付き高齢者向け住宅と認知症グループホームも算定対象となった <ul style="list-style-type: none"> 施設総管の算定対象者 <ul style="list-style-type: none"> (1)次に掲げるいずれかの施設において療養を行っている患者 <ul style="list-style-type: none"> イ 養護老人ホーム ロ 軽費老人ホーム(A型に限る) ハ 特別養護老人ホーム ニ 有料老人ホーム ホ サービス付き高齢者向け住宅 ヘ 認知症グループホーム <p>ただし,ニ,ホ,へ,に居住する患者であって2016年3月以前に当該施設において在宅時医学総合管理料を算定したものについては,2017年3月31日までの間に限り,在宅時医学総合管理料を算定できる。</p> <ul style="list-style-type: none"> (2)次に掲げるいずれかのサービスを受けている患者 <ul style="list-style-type: none"> イ 短期入所生活介護 ロ 介護予防短期入所生活介護

(以外：自宅(戸建、マンション等)、小規模多機能型居宅介護など)

・「同一建物居住者…の場合」の区分から、「**単一建物診療患者の人数**」に応じて算定することに変更され、「**1人**」「**2~9人**」「**10人以上**」の3区分となった。この人数は、当該建物で在医総管又は施設総管を算定している患者の合計をいう。

改定前 (在総管：在支診)		改定後 (在総管：在支診)			
同一建物居住者以外の場合	4,200点	単一建物診療患者の人数※2			
同一建物居住者の場合※1	1,000点	1人	2~9人	10人~	
		重症患者(月2回以上訪問)	4,600点	3,780点	2,400点
		月2回以上訪問している場合	3,800点	2,100点	1,100点
		月1回訪問している場合	2,280点	1,260点	660点

※1 同一建物居住者の場合：当該建築物に居住する複数の者に対して、医師が同一日に訪問診療を行う場合

※2 単一建物診療患者の人数：当該建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が在宅医学管理を行っている者の数

・ユニット数が3以下の認知症グループホームにおいては、**ユニットごとに単一建物診療患者の人数をカウント**する。

・在医総管に限り、以下のいずれかに該当する場合は単一建物診療患者を1人とみなし、それぞれの患者に「1人の場合」の点数を算定できる。

ア・在宅医学管理を行う患者が当該建築物の**戸数の10%以下**の場合

イ・**戸数が20戸未満**の建築物であって在宅医学管理を行う**患者が2人以下**の場合

・同居する同一世帯(同一患者)の場合、1人目は「同一建物居住者以外の場合」で算定、2人目以降は初診料または再診料(外来診療料)と該当する特掲診療料の項目のみを算定。

※2 人目の患者の診療時間が1時間を超えた場合、その旨をレセプトの摘要欄に記載長時間加算を算定。

同月併算定不可	投薬の費用(外来受診した場合でも投薬にかかる費用は包括)、 特定疾患療養管理料、 小児特定疾患カウンセリング料 、小児科療養指導料、 てんかん指導料 、難病外来指導管理料、皮膚科特定疾患指導管理料、小児悪性腫瘍患者指導管理料、 糖尿病透析予防指導管理料 、 生活習慣病管理料 、 訪問看護指示料の衛生材料等提供加算 、在宅寝たきり患者処置指導管理料、 精神科訪問看護指示料の衛生材料等提供加算 、創傷処置、爪甲除去、穿刺排膿後薬液注入、喀痰吸引、干渉低周波去疾器による喀痰排出、ストーマ処置、皮膚科軟膏処置、膀胱洗浄、後部尿道洗浄(ウルソマン)、留置カテーテル設置、導尿、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射、肛門処置、在宅がん医療総合診療料
カルテ記載	個々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、家族等に対して説明し、その要点を記載
レセ記載	・往診または訪問診療の実施日 (在宅移行早期加算を算定した場合)初回算定年月日

加算の点数と算定要件

加算名	加算点数	算定要件
処方せん未交付加算	300点	処方せんを交付しない場合に加算
在宅移行早期加算	100点	<ul style="list-style-type: none"> ・1月に1回に限り、加算 ・当該管理料算定月から3月以内の期間(在宅移行後1年を経過した場合は算定不可) ・再入院後の退院時も、新たに3月を限度に加算可
頻回訪問加算	600点	<p>(重症者加算が名称変更され、1,000点から減額)</p> <p>以下の対象患者に対して、1月4回以上の往診、訪問診療を実施した場合に算定。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1、末期の悪性腫瘍の患者(在宅末期医療総合診療料を算定している場合を除く) 2、以下の「イ」を行っている患者で、かつ「□」または「ハ」の状態の患者

		<p>イ 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 在宅気管切開患者指導管理</p> <p>ロ 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にある患者</p> <p>ハ 人工肛門または人工膀胱を設置している状態にある患者</p> <p>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</p> <p>※高度な指導管理とは、「イ」に掲げる指導管理を2つ以上行っているものをいう。</p>																		
在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	<p>(在宅時医学総合管理料)</p> <table border="0"> <tr> <td>単一建物診療患者数</td> <td>1人</td> <td>400</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2～9人</td> <td>200</td> </tr> <tr> <td></td> <td>10人以上</td> <td>100</td> </tr> </table> <p>(施設入居時等医学総合管理料)</p> <table border="0"> <tr> <td>単一建物診療患者数</td> <td>1人</td> <td>300</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2～9人</td> <td>150</td> </tr> <tr> <td></td> <td>10人以上</td> <td>75</td> </tr> </table>	単一建物診療患者数	1人	400		2～9人	200		10人以上	100	単一建物診療患者数	1人	300		2～9人	150		10人以上	75	<p>[施設基準]</p> <p>① 機能強化型の在宅診療・病の届出を行っていること。</p> <p>② 過去1年間の緊急往診の実績が15件以上、かつ、看取りの実績が20件以上であること。</p> <p>③ 緩和ケア病棟又は在宅での1年間の看取り実績が10件以上の医療機関において、3か月以上の勤務歴がある常勤の医師がいること。</p> <p>④ 末期の悪性腫瘍等の患者であって、鎮痛剤の経口投与では疼痛が改善しないものに対し、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実施した実績を、過去1年間に2件以上有していること、又は過去に5件以上実施した経験のある常勤の医師配置されており、適切な方法によってオピオイド系鎮痛薬を投与した実績を過去1年間に10件以上有していること。</p> <p>⑤ 「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した研修」又は「緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会等」を修了している常勤の医師がいること。</p> <p>⑥ 院内等において、過去1年間の看取り実績及び十分な緩和ケアが受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。</p>
単一建物診療患者数	1人	400																		
	2～9人	200																		
	10人以上	100																		
単一建物診療患者数	1人	300																		
	2～9人	150																		
	10人以上	75																		
在宅療養実績加算1	<p>(在宅時医学総合管理料)</p> <table border="0"> <tr> <td>単一建物診療患者数</td> <td>1人</td> <td>300</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2～9人</td> <td>150</td> </tr> <tr> <td></td> <td>10人以上</td> <td>75</td> </tr> </table> <p>(施設入居時等医学総合管理料)</p> <table border="0"> <tr> <td>単一建物診療患者数</td> <td>1人</td> <td>225</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2～9人</td> <td>110</td> </tr> <tr> <td></td> <td>10人以上</td> <td>56</td> </tr> </table>	単一建物診療患者数	1人	300		2～9人	150		10人以上	75	単一建物診療患者数	1人	225		2～9人	110		10人以上	56	<p>・強化型以外の支援診療・支援病が対象</p> <p>・過去1年間の緊急往診実績10件以上及び看取り実績4件以上 (緊急往診＝緊急、夜間・休日、深夜に行う往診)</p>
単一建物診療患者数	1人	300																		
	2～9人	150																		
	10人以上	75																		
単一建物診療患者数	1人	225																		
	2～9人	110																		
	10人以上	56																		
在宅療養実績加算2	<p>(在宅時医学総合管理料)</p> <table border="0"> <tr> <td>単一建物診療患者数</td> <td>1人</td> <td>200</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2～9人</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td></td> <td>10人以上</td> <td>50</td> </tr> </table> <p>(施設入居時等医学総合管理料)</p> <table border="0"> <tr> <td>単一建物診療患者数</td> <td>1人</td> <td>150</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2～9人</td> <td>74</td> </tr> <tr> <td></td> <td>10人以上</td> <td>40</td> </tr> </table>	単一建物診療患者数	1人	200		2～9人	100		10人以上	50	単一建物診療患者数	1人	150		2～9人	74		10人以上	40	<p>・強化型以外の支援診療・支援病が対象</p> <p>・過去1年間の緊急往診の実績が4件以上及び在宅看取り実績が2件以上</p> <p>・緩和ケアに係る適切な研修を受けた常勤医師がいる</p>
単一建物診療患者数	1人	200																		
	2～9人	100																		
	10人以上	50																		
単一建物診療患者数	1人	150																		
	2～9人	74																		
	10人以上	40																		

「在宅時医学総合管理料」・「施設入居時等医学総合管理料」Q&A

Q1 C002 在宅時医学総合管理料又は C002-2 施設入居時等医学総合管理料が算定されている月において、C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料は別に算定できないこととされているが、在宅寝たきり患者処置指導管理料に含まれる処置（薬剤及び特定保険医療材料に係る費用を含む）についても、別に算定できないのか。

A 算定できない。

(※) 上記解釈は「**40** 処置」欄での取扱いを示しており、C002 在医総管、C002-2 施医総管に含まれる処置のために給付した薬剤及び特定保険医療材料は「**14** 在宅」欄で請求できる。）

Q2 在宅時医学総合管理料等の点数算定に当たっては、「在宅療養支援診療所の場合」と「それ以外の場合」に区分されているが、1 診療所で「在宅療養支援をする患者」と「それ以外の患者」の混在請求はあり得るか。

A 在宅療養支援診療所であっても、往診担当医の氏名、担当日等を文書で提供していない患者については、「それ以外の場合」の点数を算定する。

Q3 在宅時医学総合管理料を届け出た保険医療機関において、患者ごとに在宅時医学総合管理料を算定するか出来高で算定するかを選択してよいか。

A 在宅時医学総合管理料を届け出た保険医療機関において、当該管理料の算定要件を満たす患者については、在宅時医学総合管理料を算定する。

Q4 特別養護老人ホームに入所中の末期の悪性腫瘍の患者に対する医学管理は、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料のどちらで算定するのか。

A 施設入居時等医学総合管理料を算定する。

Q5 同一建物居住者」と「単一建物診療患者」は、どう異なるのか？

A 同一建物居住者」とは、在宅で療養を行っている患者と同一の建物に居住する他の患者に対して、当該保険医療機関が同一日に訪問診療を行う場合の当該患者を指す。

一方、「単一建物診療患者」とは、当該患者が居住する建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が訪問診療を実施し、医学管理を行っているものを指す。

なお、在宅患者訪問診療科は同一建物居住者か否かで点数が異なり、在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料は単一建物診療患者の人数に応じて点数が異なる。

Q6 特別な管理を必要とする患者に対して、1 月に 4 回以上の往診又は訪問診療を行った場合に算定できる加算が、重症者加算から頻回訪問加算に変更されたが、対象患者はこれまでと同様と考えてよいか？

A そのとおり。

Q7 重症度が高く月 2 回以上訪問診療を行う患者 1 人と、月 2 回以上訪問診療を行う患者 2 人が単一建物に居住している場合、重症度が高い患者は当該建物に 1 人なので、当該患者については単一建物居住者（1 人）の点数を算定してよいのか？

A 単一建物に居住する患者が 3 人であるため、当該患者については、重症度が高く月 2 回以上訪問診療を行う患者の点数のうち、単一建物診療患者（2 人以上 9 人以下）の点数を算定する。また、他の 2 人についても月 2 回以上訪問診療を行う患者の点数のうち、単一建物診療患者（2 人以上 9 人以下）の点数を算定する。

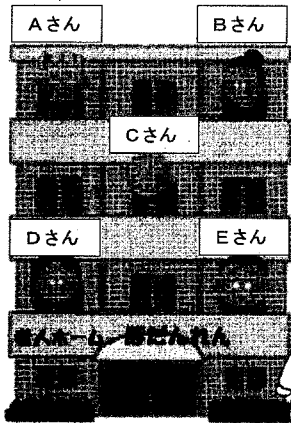
Q8 在宅時医学総合管理料または施設入居時等医学総合管理料を算定する患者が、月の途中で患者が 2 人になった場合は、重症度が高く月 2 回以上訪問診療を行う患者であっても、2 人以上の点数を算定するという理解でよいか？

A 2 人とも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場合は、そのとおり。

◆ワンポイント知識

訪問診療・在医総管等「同一建物居住者」「単一建物診療患者」の考え方

事例1 ■有料老人ホームの複数患者に月2回の訪問診療を実施した場合
(強化型以外の支援診が訪問、在医総管の経過措置考慮せず)



(時系列)
5日 5人全員訪問診療
10日 Cさんのみ訪問診療
15日 Aさん、Bさん、Dさん、Eさん訪問診療



(在宅点数の算定)
Aさん、Bさん、Dさん、Eさん
訪問診療料 203点×2
施設総管 1,500点 (月2回以上・単一建物診療患者2~9人)
Cさん
訪問診療料 833点×1、203点×1
施設総管 1,500点 (月2回以上・単一建物診療患者2~9人)
※訪問診療料の「同一建物居住者」と在医総管等の「単一建物診療患者」は分けてカウントする。

事例2 ■有料老人ホームで10人診療しており、9人に在宅医学管理、1人に在宅がん医療総合診療を行っている場合
(強化型以外の支援診が訪問、在医総管の経過措置考慮せず)



(時系列)
10日 10人全員訪問診療
25日 10人全員訪問診療
※Aさんに対する他の訪問診療・訪問看護については省略



(在宅点数の算定)
Aさん (末期がん)
在宅がん医療総合診療料を算定 (省略)
その他 (9人)
訪問診療料 203点×2、施設総管 1,500点 (月2回以上・単一建物診療患者2~9人※)
※単一建物診療患者数は当該建物において在宅医学管理を行っている (=在医総管等を算定している) 患者数でカウントする。

事例3 ■月途中で入居者数が変動した場合
(末期がん患者1人、別に定める状態でない患者9人、強化型以外の支援診が訪問、経過措置考慮せず)

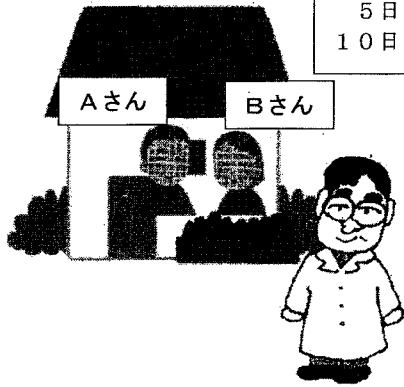


(時系列)
5日 Aさんのみ訪問診療
10日 10人全員訪問診療
15日 Aさんのみ訪問診療
17日 Aさん看取り往診
25日 9人全員訪問診療



(在宅点数の算定)
Aさん (末期がん)
訪問診療料 833点×3※1、在宅ターミナルケア加算 4,000点、看取り加算 3,000点
施設総管 2,400点 (別に定める状態・月2回以上・単一建物診療患者10人以上※2)
頻回訪問加算 600点、往診料 720点×1
※1 訪問診療料において、末期がんで訪問診療開始60日以内の患者は「同一建物居住者」の取扱いから除外され、「同一建物居住者以外」の点数で算定する。
その他 (9人)
訪問診療料 203点×2、施設総管 1,100点 (月2回以上・単一建物診療患者10人以上※2)
※2 月途中で入居者数が変動した場合も、当該建物において、当該月に「月1回」「月2回以上」「別に定める状態」の患者の患者に月2回以上を算定した患者の合計数で考える。

事例4 ■同一患家の場合（強化型以外の支援診が訪問）



(時系列)
 5日 Aさん、Bさん訪問診療
 10日 Aさん、Bさん訪問診療

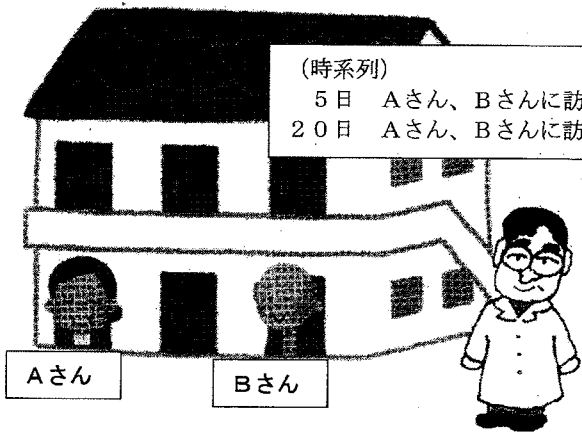
(在宅点数の算定)

Aさん
 訪問診療料 833 点×2、
 在医総管 3,800 点 (月2回以上・単一建物診療患者1人※)

Bさん
 再診料 72 点×2、(外来管理加算 52 点×2、)
 在医総管 3,800 点 (月2回以上・単一建物診療患者1人※)

※同一患家の場合、在医総管等において単一建物診療患者はそれぞれ1人の場合を算定する。

事例5 ■20戸未満のアパートで、在宅医学管理を行う患者が2人の場合（強化型以外の支援診が訪問）



(時系列)
 5日 Aさん、Bさんに訪問診療
 20日 Aさん、Bさんに訪問診療

(在宅点数の算定) レセプト記載例→P53

Aさん
 訪問診療料 203 点×2
 在医総管 3,800 点 (月2回以上・単一建物診療患者1人※)

Bさん
 訪問診療料 203 点×2
 在医総管 3,800 点 (月2回以上・単一建物診療患者1人※)

※在医総管においては、20戸未満の建物で2人以下の場合、単一建物診療患者数は1人とみなすため、在医総管は単一建物診療患者1人の点数を算定する。

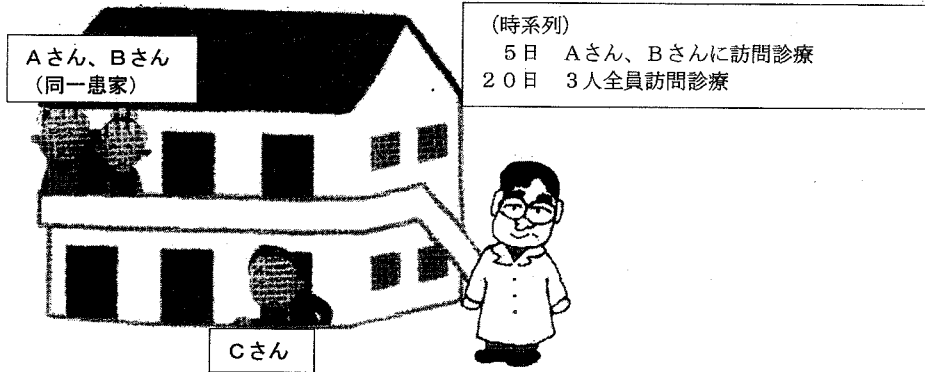
<Aさん、Bさんのレセプト>

⑭ 在宅	往診	診	回	
	夜	間	回	
	深	急	回	
	夜・救		回	
	在宅患者訪問診療	その他	2回	406
そ	の	在医総管外	3,800	
業	剤			

- ⑭ *在宅患者訪問診療料2 (同一建物居住者の場合) 203×2
- 訪問診療にかかる記録書
- 要介護3
- 認知症の日常生活自立度 3a
- 理由：○○○○○のため
- 5日 (2人)、20日 (2人)
- *在宅時医学総合管理料2 □ (1)
- (月2回以上・単一建物診療患者1人) 3,800×1
- 20戸未満の建物であり、在宅医学管理を行う患者は2人以下
- *訪問診療 5、20日

事例6

■20戸未満のアパートで、在宅医学管理を行う患者が2世帯3人（うち一世帯は同一一家）の場合（強化型以外の支援診が訪問）



(在宅点数の算定)

Aさん
訪問診療料 833点×1※1、203点×1※2、在医総管 2,100点（月2回以上・単一建物診療患者2~9人※3）

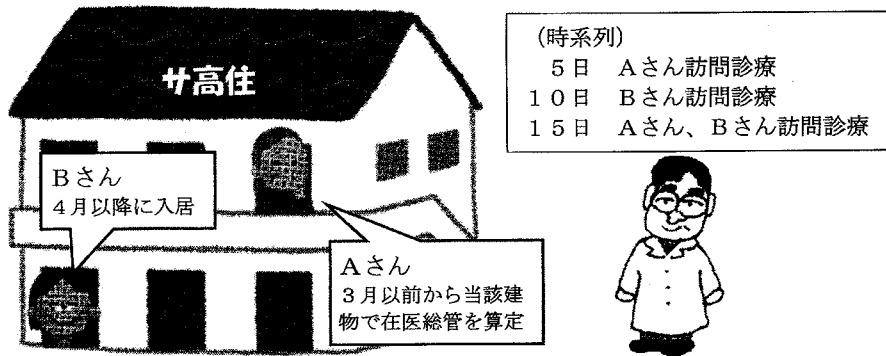
Bさん
再診料 72点×1※1、（外来管理加算×1、）訪問診療料 203点×1※2、在医総管 2,100点（月2回以上・単一建物診療患者2~9人※3）

Cさん
訪問診療料 203点×1※2、在医総管 1,260点（月1回・単一建物診療患者2~9人※3）

※1 同一一家に同一日に訪問診療を行う場合、1人目は訪問診療料の同一建物居住者以外の場合、2人目は初・再診料を算定する。
 ※2 同一建物の複数世帯に同一日に訪問診療を行う場合、同一一家の規定にかかわらず、訪問診療を行った患者全員が「同一建物居住者」となる。
 ※3 2世帯で計3人の患者に在宅医学管理を行う場合、「単一建物診療患者」は3人となる。

事例7

■サービス付き高齢者向け住宅において2016年3月以前からの在医総管を算定している患者と2016年4月以降の入居者に対して2016年4月~2017年3月の期間に訪問診療を実施した場合（強化型以外の支援診が訪問）



(在宅点数の算定)

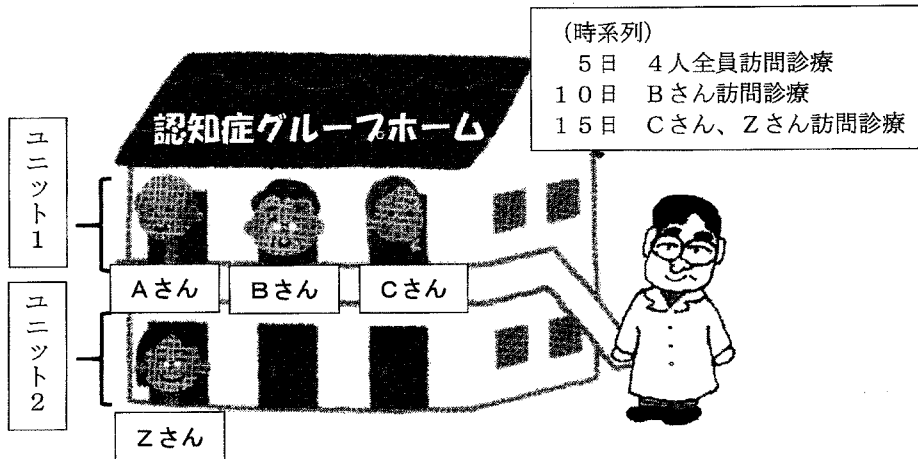
Aさん 訪問診療料 203点×1、833点×1、在医総管 2,100点※1（月2回以上・単一建物診療患者2人~9人※2）

Bさん 訪問診療料 203点×1、833点×1、施設総管 1,500点※1（月2回以上・単一建物診療患者2人~9人※2）

※1 2016年3月以前から当該建物で在医総管を算定していた患者は経過措置により在医総管を算定する。
 2016年4月以降の入居者に対しては同じ建物でも施設総管を算定する。
 ※2 経過措置により同じ建物で在医総管と施設総管が混在する場合でも、単一建物診療患者数は合算する。

事例8

■ユニット数2の認知症グループホームの場合
 (強化型以外の支援診が訪問、在医総管の経過措置考慮せず)



(在宅点数の算定) レセプト記載例⇒P53

Aさん	訪問診療料 203点×1、施設総管 900点 (月1回・単一建物診療患者2人~9人)
Bさん	訪問診療料 203点×1、833点×1、施設総管 1,500点 (月2回以上・単一建物診療患者2人~9人)
Cさん	訪問診療料 203点×2、施設総管 1,500点 (月2回以上・単一建物診療患者2人~9人)
Zさん	訪問診療料 203点×2、施設総管 2,700点 (月2回以上・単一建物診療患者1人※)

※ユニット数が3以下の認知症グループホームなので、ユニットごとに単一建物診療患者の人数をカウントする。
 ユニット2の診療患者数は1なので、単一建物診療患者は1人となる。
 ただし、訪問診療料には影響しない。

<Aさんのレセプト>

⑩ 在宅	往夜	診間	回	203
	深夜・救急	急	回	
	在宅患者訪問診療	その他	1回	900
	薬剤	他剤		900

⑭ *在宅患者訪問診療料2 (同一建物居住者の場合) 203×1
 訪問診療にかかる記録書
 要介護3
 認知症の日常生活自立度 3a
 理由: ○○○○のため
 5日 (4人)
 *施設入居時等医学総合管理料2 ハ (2)
 (月1回・単一建物診療患者2~9人) 900×1
 単一建物診療患者数3人
 ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所において
 ユニットごとに単一建物診療患者数を算出
 *訪問診療 5日

<Bさんのレセプト>

⑩ 在宅	往夜	診間	回	1,036
	深夜・救急	急	回	
	在宅患者訪問診療	その他	2回	1,500
	薬剤	他剤		1,500

⑭ *在宅患者訪問診療料1 (同一建物居住者以外の場合) 833×1
 *在宅患者訪問診療料2 (同一建物居住者の場合) 203×1
 訪問診療にかかる記録書
 要介護3
 認知症の日常生活自立度 3a
 理由: ○○○○のため
 5日 (4人)、10日 (1人)
 *施設入居時等医学総合管理料2 ロ (2)
 (月2回以上・単一建物診療患者2~9人) 1,500×1
 単一建物診療患者数3人
 ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所において
 ユニットごとに単一建物診療患者数を算出
 *訪問診療 5日、10日

<Cさんのレセプト> (省略)

<Zさんのレセプト>

⑩ 在宅	往夜	診間	回	406
	深夜・救急	急	回	
	在宅患者訪問診療	その他	2回	2,700
	薬剤	他剤		2,700

⑭ *在宅患者訪問診療料2 (同一建物居住者の場合) 203×2
 訪問診療にかかる記録書
 要介護3
 認知症の日常生活自立度 3a
 理由: ○○○○のため
 5日 (4人)、15日 (2人)
 *施設入居時等医学総合管理料2 ロ (1)
 (月2回以上・単一建物診療患者1人) 2,700×1
 ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所において
 ユニットごとに単一建物診療患者数を算出
 *訪問診療 5日、10日

C003 在宅がん医療総合診療料(1日につき)(要届出)

○改定による変更点

- ・「在宅緩和ケア充実診療所・病院加算」が新設
- ・「在宅療養実績加算2」が新設

		1日につき	
		院外処方	院内処方
①強化型在宅療養支援診療所	有床	1,800点	2,000点
	無床	1,650点	1,850点
②在宅療養支援診療所		1,495点	1,685点
加算	死亡診断加算 200点	死亡日に往診、または訪問診療を行い、患者で死亡診断を行った場合	
	在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 150点	①機能強化型の在支診または在支病を届出、②過去1年間の緊急往診と在宅看取りの実績、③緩和ケア病棟または在宅での1年間の在宅看取り実績が10件以上の医療機関において、一定期間の勤務経験がある常勤医を配置——などが要件。	
	在宅療養実績加算1 (要届出) 110点	②の医療機関のみ算定可能。過去1年間の緊急往診実績10件以上、看取り実績4件以上が必要	
	在宅療養実績加算2 (要届出) 75点	②の医療機関のみ算定可能。過去1年間の緊急往診実績4件以上、看取り実績2件以上が必要	
施設基準	<p>(ア)在宅療養支援診療所(在支診)、在宅療養支援病院(在支病)</p> <p>(イ)在宅の末期悪性腫瘍患者であって、通院が困難な者に対して、計画的な医学管理のもとに総合的な医療を提供可能</p> <p>(ウ)患者に対し、定期的に訪問診療、および訪問看護を実施できる体制</p> <p>(エ)患者の症状急変等に常時対応できる体制がある</p> <p>※上記(ウ)における訪問看護および(エ)については、連携する保険医療機関または訪問看護ステーションと共同して行ってもかまわない。</p> <p>(オ)往診および訪問看護により24時間対応できる体制を確保</p> <p>(カ)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ならびに往診担当医および訪問看護担当者の氏名等について患者に文書により提供</p>		
対象患者	在宅での療養を行っている通院が困難な末期の悪性腫瘍の患者(ただし、医師または看護師等の配置されている施設に入居/入所している患者は除く)		
算定要件	<p>在支診、在支病の末期の悪性腫瘍患者に対して、以下の条件を満たす場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問診療と訪問看護の訪問回数の合計が週4日以上(ただし、同一日に複数の訪問診療/訪問看護を行った場合でも「1日」と数える) ・週1回以上の訪問診療 ・週1回以上の訪問看護 <p>[算定できるもの]</p> <p>①同一月、本診療料算定日の前日までに算定された検体検査判断料等</p> <p>②以下の条件を満たす往診料(週2回限り)</p> <p>週3回以上の訪問診療を行った場合であって、訪問診療を行わない日に患者の求めに応じて緊急に行った場合</p> <p>※往診料の「緊急往診加算、夜間・休日加算、深夜加算」、「診療時間加算」も算定可</p> <p>③在宅患者訪問診療料の「在宅ターミナルケア加算」、「看取り加算」</p> <p>注：算定する加算によって下記の点数は算定できません。</p> <p>i)在宅ターミナルケア加算を算定する場合： 在宅患者訪問看護・指導料および同一建物居住者訪問看護・指導料の在宅患者(同一建物居住者)緊急時等カンファレンス加算</p> <p>ii)看取り加算を算定する場合： 在宅がん医療総合診療料の死亡診断加算、在宅患者訪問看護・指導料および同一建物居住者訪問看護・指導料の在宅患者(同一建物居住者)緊急時等カンファレンス加算</p> <p>なお、以下の場合には、それぞれの費用の分配は相互の合議に委ねられる。</p>		

	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅療養支援診療所およびその連携医療機関が連携して在宅ターミナルケア加算の要件を満たした場合(在宅療養支援診療所が診療報酬を請求) ・在宅療養支援診療所およびその連携医療機関が連携して看取り加算の要件を満たした場合(看取った医療機関が診療報酬を請求)
併算定不可	上記①、②、③を除くすべて(診療にかかるもの)
しせ記載	算定週における訪問診療日、訪問看護日(連携医療機関および訪問看護ステーションの訪問看護日も記載する)

主な算定ルール

- ①対象患者：在宅の末期悪性腫瘍患者であって、通院が困難な者に対して計画的な医学管理のもとに総合的な医療を提供した場合に、施設基準に適合するものとして届出を行った医療機関において、1週を単位として算定します。
- ②暦週単位の算定：訪問診療が週1回以上かつ訪問看護が週1回以上で、訪問診療と訪問看護の合計日数が週4日以上の場合、1週間(暦週)を単位として算定します。(訪問診療と訪問看護を同一日に実施した場合は1日と数える)
- ③同一週に院内処方と院外処方がある場合：1週間のうち院外処方せんを交付した日がある場合は、その1週間分を「処方せんを交付する場合」で算定し、それ以外の場合は「処方せんを交付しない場合」で算定します。
- ④同一週に入院がある場合：1週間のうち②の要件に満たなかった場合、および1週間のうち在宅医療と入院医療が混在した場合は算定できません。
- ⑤主治医側で算定：連携医療機関等と共同で訪問看護を行い、または緊急時の往診体制をとっている場合は、当該患者の訪問看護や緊急時等の電話対応または往診の費用は、主治医側で一括して算定します。
- ⑥医療従事者の配置施設での算定不可：医師または看護師等の配置が義務付けられている施設に入居または入所している患者には算定できません(給付調整告示等に規定する場合を除きます)。
- ⑦死亡診断加算と看取り加算の併算定不可：死亡診断加算は、在宅患者訪問診療料の看取り加算と併算定できません。
- ⑧交通費の患家負担：訪問に要した費用は患家の負担となります。

「在宅がん医療総合診療料」Q&A

Q1 在宅がん医療総合診療料について、どのような変更があったか。

A 以下のような変更がなされた。

- ①在宅緩和ケア充実診療所・病院加算が新設された。強化型支援診・支援病で、緩和ケアに関する基準を満たして届出すれば、1日につき1回150点を加算できる。
- ②在宅療養実績加算2が新設され、従前の在宅療養実績加算は「1」とされた。「1」「2」ともに、強化型以外の支援診・支援病で、それぞれ基準を満たして届出すれば、1日につき1回75点を加算できる。
- ③機能強化型訪問看護管理療養費のターミナルケア実績要件に、在宅がん医療総合診療料を算定していたものが追加された。

Q2 在宅がん医療総合診療料とC001在宅患者訪問診療料の「注6」在宅ターミナルケア加算、「注7」看取り加算は併せて算定できるか。

A 算定できる。ただし、在宅患者訪問診療料の看取り加算を算定した場合、在宅がん医療総合診療料の死亡診断加算は算定できない。

C004 救急搬送診療料

○改定による変更点

- (1) 新生児加算が1,500点、乳幼児加算が700点に引き上げられた。
- (2) 長時間加算が700点に引き上げられた。

算定点数	1,300点 新生児加算 1,500点 乳幼児加算(新生児除く6歳未満) 700点 長時間加算(30分以上) 700点
算定要件	患者を救急車等(ドクターヘリ含む)で医療機関に搬送する際、診療上の必要から、同乗して診療を行った場合に算定 【算定できるもの】 ・(発生現場に赴いて治療を行った場合) 往診料 ・同一日の初診料、再診料 ※いずれか1回のみ
併算定不可	同一日の入院基本料、立会診療のみの往診料
レセ記載	(長時間加算を算定した場合)診療時間

■主な算定ルール

- ①初・再診療の算定：診療を継続して提供した場合、同一日の初診料または再診料の算定は1回とします。
- ②立会診療時の往診料算定不可：搬送先の保険医療機関の保険医に立会診療を求められた場合は、初診料または再診料の算定は1回とし、往診料は併せて算定できません。
- ③現場で診療時の往診料算定可：患者の発生した現場に赴き、診療を行った後、救急用の自動車に同乗して診療を行った場合は往診料を併せて算定できます。
- ④長時間加算：患者の発生した現場で診療を開始してから、医療機関に到着し、診療を開始するまでの時間が30分を超えた場合に加算します。

◆ワンポイント知識

救急用の自動車等とは

救急搬送診療料は患者移送の救急車等に同乗して診療を行った場合に算定できます。ここでいう救急車等とは、消防署における救急隊のものと、医療機関にある道路交通法等で規定されたサイレンと赤色警告灯のついたもののほか、ドクターヘリが該当します。

「救急搬送診療料」Q&A

Q1 C004 救急搬送診療料の長時間加算 30 分以上の診療の時間について、迎えに行く際の時間や搬送先医療機関での診療時間は含まれるか。

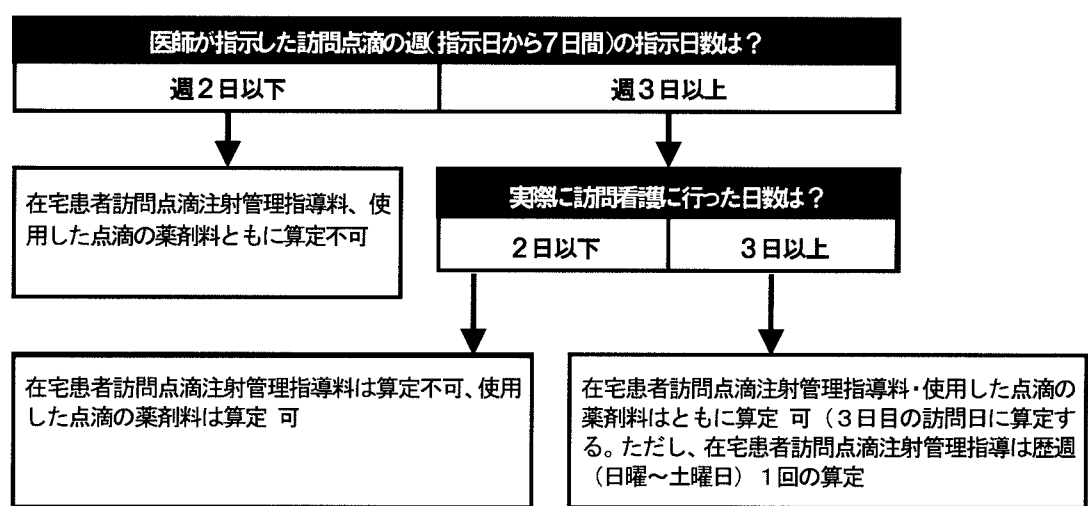
A 含まれない。当該時間については、医療機関に搬送されるまでに、実際に医師が診療した時間のみを含める。

C005-2 在宅患者訪問点滴注射管理指導料（1週につき）

○改定の概要
 点数が60点から100点に引き上げられた。

算定点数	1週につき	100点
対象患者	医療機関、または訪問看護ステーションの訪問看護（介護保険を含む）を受けている通院が困難な患者で、診療の結果週3日以上点滴が必要であるとされた患者	
算定要件	下記いずれかの場合で、看護師等が週3日以上訪問点滴注射を行った場合に算定 ※ 週3日以上1週、および指示期間の「1週」とは指示日から7日間のこと [算定できるもの] ・当該点滴注射に使用した薬剤料 ・週3日以上訪問点滴指示を行ったが、結果週3日以上実施できなかった場合の使用した分の薬剤料 [自院の看護師等に指示を行った場合] 看護師等に対して指示を行い、その内容をカルテに記載 [訪問看護ステーションに指示を行った場合] 在宅患者訪問点滴注射指示書に指示期間（7日以内に限り）、および、指示内容を記載	
併算定不可	注射の手技粗点滴回路等の費用、在宅中心静脈栄養法指導管理料、在宅悪性腫瘍患者指導管理料	
カルテ記載	看護師等への指示内容	
レセ記載	・訪問点滴注射を行った日を摘要欄に記載 ・在宅患者訪問点滴注射管理指導料に用いる注射薬は注射の欄の㊸ その他の注射に「 <u>訪点</u> 」と記載	

在宅患者訪問点滴注射管理指導料算定のフローチャート



〔算定例〕

	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土		
ケース1			診療	看護	看護	看護	看護	看護	看護	看護	看護	診療	医師が7日間の点滴を指示 → 訪問点滴3日目に60点を算定、また、訪問点滴の薬剤料も算定
ケース2						診療	看護	看護	診療				医師が2日間の点滴注射を指示 → 訪問点滴2日実施（指示が3日未満のため薬剤料算定不可）
ケース3		診療	看護	診療	看護	診療	診療	診療					医師、看護師が交代で6日間の訪問点滴注射を計画したが、火曜日に急性増悪で医師による往診に切替 → 薬剤料のみの算定
ケース4	診療	看護	看護	看護	看護	診療	看護	看護	看護	看護	看護	看護	医師が3日間の点滴注射を指示 → 土曜日に60点を算定 翌週に3日間の追加指示 → 木曜日に60点を算定
ケース5			診療	看護	看護	看護	看護	診療	看護	看護	看護	看護	医師が3日間の点滴注射を指示 → 月曜日に60点を算定 同一週に4日間の追加指示 → 月曜日に算定しているため、 <u>金曜日に60点は算定不可</u>

経過の切りかわり

主な算定ルール

- ①使用する薬剤、回路等、必要十分な保険医療材料、衛生材料等を供与します。
- ②注射手技料の併算定不可：薬剤料は別に算定できますが、注射の手技料、点滴回路等は管理料に含まれており、別に算定できません。
- ③算定日：本管理指導料は点滴注射を実施した3日目に算定します。
- ④医師の確認義務：点滴注射指示にあたっては、医師はその必要性、注意点等を看護師等に十分説明し、看護師等からは指示された点滴注射の終了日や患者の病状についての報告を受けるようにします。
- ⑤薬剤の種類：医師が必要と認め、在宅で点滴されるものであれば、とくに制限はありません。
- ⑥「1週につき」の起算日：医師の診察により点滴指示を行った指示期間の初日を指します。
- ⑦週3日以上実施できなかった場合：使用した分の薬剤料は算定できます。
- ⑧レセプトにおける注射薬の記載箇所：本指導料に用いる注射薬の名称は、レセプトで「**⑭在宅**」ではなく、「**⑳注射**」の項に記載します。
※算定要件を満たさず、薬剤料のみを算定する場合についても、同様です。

「在宅患者訪問点滴注射管理指導料」Q&A

- Q1** 通則において、訪問看護ステーション等の看護師等が点滴を実施した場合、使用した薬剤についてはレセプトの「**⑭在宅**」の項で算定できることとなったが、在宅患者訪問点滴注射管理指導料に係る薬剤も「**⑭在宅**」の項で算定するのか。
A 在宅患者訪問点滴注射管理指導料に係る点滴の薬剤を算定する場合は、従前通り「**⑳その他の注射**」の項で算定する。
- Q2** 週3日以上訪問点滴の必要がないため、週に2日以下の訪問点滴を看護師等に指示する場合、どのような算定となるのか。
A 週3日以上訪問点滴注射の指示に該当しないため、在宅患者訪問点滴注射管理指導料の算定の対象とはならないが、点滴

の薬剤については、在宅医療の部に規定する注射薬であれば「⑭在宅」の項で算定できる。

Q3 通則において、訪問看護ステーション等の看護師等が点滴を実施した場合、使用した薬剤についてはレセプトの「⑭在宅」の項で算定できることとなったが、在宅患者訪問点滴注射管理指導料に係る薬剤も「⑭在宅」の項で算定するのか。

A 在宅患者訪問点滴注射管理指導に係る点滴の薬剤を算定する場合は、従前通り「⑬③その他の注射」の項で算定する。

Q4 在宅患者訪問点滴注射管理指導料に係る薬剤は、在宅の部に規定されている薬剤のみが対象か。

A 在宅の部に規定されている薬剤は、在宅自己注射等の在宅療養指導管理に係る薬剤など患者に投与できるものを規定したものであるが、在宅患者訪問点滴注射管理指導料に係る薬剤は医師が必要と認め、訪問する看護師等に渡し在宅で点滴されるものであれば、特に制限はない。

Q5 訪問看護ステーションの看護師等に指示を出した場合、使用する薬剤、回路等については、医療機関から訪問看護ステーションの看護師等が受け取り、患家を訪問することとなるのか。

A そのとおり。使用する薬剤については指示を出した医療機関において算定する。回路等の費用は在宅患者訪問点滴注射管理指導料の所定点数に含まれる。

Q6 在宅患者訪問点滴注射管理指導とにおいて、3日間以上の点滴注射指示を行ったが、結果として2日間以下の実施となった場合の取扱いはどうなるか。

A 患者の状態の変化等により、2日間以下の実施となった場合は、在宅患者訪問点滴注射管理指導料は算定できないが、使用した薬剤料については算定できる。その場合は診療報酬明細書にその旨記載する。

Q7 在宅患者訪問点滴注射管理指導料は1週間のうち3日以上点滴注射を実施した場合に算定するのか。指示を出しただけでは算定できないのか。

A そのとおり。1週間に3日以上点滴注射を実施した場合に算定するため、3日目の点滴注射が終了した旨、点滴注射を実施した看護師等から速やかに報告を行わせる必要がある。

Q8 在宅患者訪問点滴注射管理指導料の算定における（1週につき）は暦週で考えるとのことであるが、「1週間のうち3日以上点滴注射を実施した場合」の1週についても、1つの暦週のうちに3日以上行わないと算定できないということか。

A 算定の1週の考え方は、暦週であるが、「1週間のうち3日間以上実施」の1週及び指示の有効期間の1週は指示日より7日間である。

Q9 訪問看護指示書は最長6か月間有効だが、在宅患者訪問点滴注射指示書は7日間ごとに交付する必要があるのか。

A そのとおり。

Q10 ①注射手技料は別に算定できるか。②薬剤料の請求は、「在宅」欄でするのか、それとも「注射」欄でするのか。③薬剤の制限はないのか。

A ①算定できない。②「注射」欄で請求する。③医師の判断によるものであり特に制限はない。

※ 「通則」の改定（看護師等の点滴又は処置等）

「通則」Q&A

Q1 医師の診療日以外の日、訪問看護ステーション等の看護師等が医師の指示に基づき、患者に点滴又は処置等を実施する際に用いた薬剤料や特定保険医療材料料が算定できるとされたのか。

A 算定できるとされた。その場合、レセプトの「⑭在宅」の項で請求し、薬剤や特定保険医療材料の使用日を「摘要」欄に記載する。なお、手技料は算定できない。

Q2 「訪問看護ステーション等の看護師等」について、以下の施設の看護師は含まれるか。

- ① 自院
- ② 訪問看護ステーション
- ③ 特別養護老人ホーム
- ④ 短期入所生活介護

A ①～④のいずれも含まれる。

Q3 点滴又は処置等を実施する際に用いる注射薬や特定保険医療材料は、どのようなものが対象となるか。

A 在宅医療の部に規定されている注射薬や特定保険医療材料に限られる。

Q4 看護師等に、在宅患者訪問点滴注射管理指導料の算定要件を満たさない点滴を指示する場合、薬剤料は算定できるか。

A 在宅医療の部に規定されている注射薬に限り算定できる。その場合、レセプトの「⑭在宅」の項で請求する。

Q5 在宅医療の部で規定されている注射薬であって、皮下注射の指示をした場合は薬剤料が算定できるか。

A 算定できない。

Q6 看護師等に指示して、「在宅寝たきり患者処置用膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル」を交換した場合、カテーテルの費用は算定できるか。

A 在宅医療の部に規定されている特定保険医療材料であることから算定できる。

Q7 自院や訪問看護ステーション等の看護師に検体採取を医師が指示すれば、自院で検体検査実施料が算定できるとなったのか。また、その際の検体採取料は算定できるか。

A 検体検査実施料が算定できるとされた。この場合、レセプトの「⑥⑩検査」の項で請求し、検体採取の実施日を「摘要」欄に記載する。検体採取料については算定できない。

	看護師	指示書	点滴要件	指示料	対象薬剤	レセプト	算定不可
訪問点滴	・自院 ・訪問看護ステーション	要(ステーション) (7日以内限定)	週3回以	100点	制限なし	⑬注射	手技料 回路等の費用 (静注・筋注・皮下注)
通則	・自院 ・訪問看護ステーション ・特別養護老人ホーム ・短期入所生活介護	不要 (期間自由)	規定なし	なし	在宅薬剤 に限る	⑭在宅	

C006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料（1単位）

○改定の概要

要介護者であって、同一月に介護老人保健施設において適所リハビリテーションを受けている場合に、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料が算定できない取り扱いが廃止された。

算定点数	週6単位	1 同一建物居住者以外の場合 1 同一建物居住者の場合 ※1単位=20分	300点（1単位） 255点（1単位）
対象疾患	疾病、傷病のために通院してリハビリテーションを受けることが困難な者 「1」の算定：「同一建物居住者」以外の通院が困難な患者に算定 「2」の算定：「同一建物居住者」であって通院が困難な患者		
算定要件	<ul style="list-style-type: none"> 対象患者に対して、患者の症状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、診療にもとづき理学療法士または作業療法士、言語聴覚士を訪問させてリハビリテーションの観点から療養上必要な指導を行われた場合に算定 他医療機関において在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を算定、または介護老人保健施設において通所リハビリテーションを受けている日については、本管理料の算定不可 週6単位を限度（末期の悪性腫瘍の患者の場合を除く）に算定 同一患家で「1」と「2」を併せて算定する場合についても週6単位まで算定 ※入院先の医師の指示による場合 [週6単位を超えて算定できる場合] <ul style="list-style-type: none"> 退院日から3月以内は、週12単位まで算定できる 訪問診療日から1月以内に行われることが必要 急性増悪等により1月にバーゼル指数またはFIMが5点以上悪化した場合は、6月に1回、14日を限度に、「1」と「2」を併せて1日4単位に限り、算定できる [算定できるもの] <ul style="list-style-type: none"> 同一日に患者の急変等により行った往診料 患者の家族等に対する指導も算定できる 		
併算定不可	[同一日] 往診料、在宅患者訪問診療科、在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料、在宅患者訪問薬剤管理指導料		
カルテ記載	<ul style="list-style-type: none"> 理学療法士／作業療法士／言語聴覚士に対して行った指示内容の要点 （急性増悪等で週6単位を超えて算定する患者が要介護被保険者、要支援被保険者の場合）頻回の訪問リハビリテーションが必要であると認めた理由、必要な期間 ※14日間以内に限る [理学療法士／作業療法士／言語聴覚士側の記録] 医師の指示内容の要点、および、指導に要した時間		
レセ記載	訪問診療日、単位数		

主な算定ルール

①1単位：リハビリテーション同様に20分以上の指導を指します。

②指導の内容：以下のとおりです。

患者の運動機能および日常生活動作能力の維持および向上を目的として行う体位変換、起座または離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練、生活適応訓練、基本的対人関係訓練、言語機能または聴覚機能等に関するもの

③交通費の患家負担：訪問に要した費用は患家の負担となります。

C007 訪問看護指示料

○改定の概要

- (1) 衛生材料等提供加算（80点）が新設された。訪問看護指示書を交付した患者に必要なかつ十分な量の衛生材料及び保険医療材料を支給した場合に算定する。
- (3) 訪問看護ステーションの看護師が医師の診療日以外の日、医師の指示に基づき行った点滴又は処置に用いた薬剤、特定保険医療材料について、医療機関において算定できることとされた。その場合、レセプトの「⑭在宅」の項で請求し、薬剤等の使用日を摘要欄に記載する。
- (4) 訪問看護ステーションの看護師が医師の診療日以外の日、医師の指示に基づき検体採取した検査について、検体検査実施料を算定できることとされた。その場合、検体採取の実施日をレセプトの摘要欄に記載する。

算定点数	月1回	訪問看護指示料 300点 特別訪問看護指示加算 100点 ※別に厚生労働大臣が定めるものについては月2回 衛生材料等提供加算 80点
対象疾患	在宅での療養を行っている患者であって、疾病、負傷のために通院による療養が困難な者	
算定要件	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅での療養を行っている患者の主治医が、診療にもとづき指定訪問看護の必要性を認め、当該患者の同意を得て、厚生労働省の定める様式（別紙様式16）を参考に作成した訪問看護指示書に有効期間（6月以内に限る）を記載して、当該患者が選定する訪問看護ステーションに対して交付した場合に月1回に限り算定 <ul style="list-style-type: none"> ※1か月以内の指示の場合、訪問看護指示書への有効期間の記載は不要 〔特別訪問看護指示加算〕 ・患者の急性増悪、終末期、退院直後等により、一時的に週4回以上の頻回の指定訪問看護の必要を認め、指示書を交付した場合は、特別訪問看護指示加算を算定する（月1回） 以上の規定にかかわらず、下記の対象患者では月2回算定できる <ul style="list-style-type: none"> （ア）気管カニューレを使用している状態にある者 （イ）真皮を越える褥瘡の状態にある者（NPUAP〔The National Pressure Ulcer Advisory Panel〕分類Ⅲ度またはⅣ度、DESIGN分類〔日本褥瘡学会によるもの〕D3、D4またはD5） 〔衛生材料等提供加算〕 <ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護指示書を交付した患者に必要なかつ十分な量の衛生材料及び保険医療材料を支給した場合に算定する。ただし、以下の場合は算定できない。 <ul style="list-style-type: none"> ア. 在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料、在宅がん医療総合診療科、在宅患者訪問点滴注射管理指導料又は在宅療養指導管理料を算定した場合 イ. 訪問看護指示料を算定しない月 	
併算定不可	精神科訪問看護指示料	
医師要件	患者の同意	
カルテ記載	交付した指示書のコピーの貼付	
レセ記載	<ul style="list-style-type: none"> ・算定日※電子レセプトの場合は不要 ・（特別訪問看護指示加算を算定した場合）算定且必要を認めた理由 	

主な算定ルール

- ①訪問看護指示書交付時に算定：主治医が診療にもとづき、訪問看護ステーションからの訪問看護等の必要を認め、患者の同意を得て、患者の選定する訪問看護ステーション等に対して指示書を交付した場合に算定します。
- ②介護保険による訪問看護の訪問看護指示書の交付でも算定：介護保険による訪問看護（介護予防サービスを含む）を指示する場合も、医療保険の訪問看護指示料で算定します。
- ③算定対象：訪問看護のほか、地域密着型サービスの定期巡回・随時対応型訪問介護看護、複合型サービス（訪問看護を行うもの）も対象となります。
- ④特別訪問看護指示書の有効期限：特別訪問看護指示による訪問看護は、特別訪問を指示した診療

の日から 14 日以内に限ります。

⑤同一患者で複数の指示書を交付する場合：同じ患者を対象に、2 つの訪問看護ステーションに指示書を交付する場合には、それぞれの指示書に他のステーションにも交付している旨、およびその名称を記載します。

⑥算定回数の制限：複数の訪問看護ステーションに指示書を発行しても、算定は月に 1 回となります。

◆ワンポイント知識

診療実日数について（在宅医療に関するもの）

以下の在宅医療等の項目については、算定した同一日に医師の診療が行われない場合は実日数として数えません。
在宅がん医療総合診療科（医師の診療日は除く）、在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、在宅患者訪問点滴注射管理指導料、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料、訪問看護指示料、介護職員等喀痰吸引等指示料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料、精神科訪問看護・指導料、精神科訪問看護指示料

「訪問看護指示料」Q&A

Q1 訪問看護指示料について、どのような変更があったか。

A 衛生材料等提供加算が新設された。訪問看護指示書を交付した患者に必要なかつ十分な量の衛生材料及び保険医療材料を支給した場合に 80 点を加算する。ただし、以下の場合は算定できない。

- ア. 在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料、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又は在宅療養指導管理料を算定した場合
- イ. 訪問看護指示料を算定しない月

Q2 C007 訪問看護指示料について、訪問看護指示書の様式は、訪問看護ステーションが準備するものか。

A 訪問看護指示書は、医師の診察に基づき、医師の責任において交付するものであるため、医師の所属する医療機関が準備し、その交付についても医療機関の責任において行うものである。

Q3 医療保険の訪問看護の対象となる患者について、主治医が訪問看護ステーションに訪問看護指示書を交付し、当該月にその患者が介護保険の複合型サービス事業所を利用する場合、主治医は再度当該月に C007 訪問看護指示料を算定できるか。

A C007 訪問看護指示料は患者 1 人につき月 1 回に限り算定するものであり、当該月の訪問看護指示料は 1 回しか算定できない。

Q4 真皮を越える褥瘡の状態又は、気管力ニューレを使用している状態にある要介護被保険者等に対する特別訪問看護指示書は、月 2 回特別訪問看護指示書が交付できるのか。

A そのとおり。

Q5 訪問看護指示を行う場合、利用者が超重症児又は準超重症児であるか否かの判断は、主治医が訪問看護指示書に明記することになるのか。

A そのとおり。訪問看護指示書の現在状況の「病状・治療状態」欄等に分かるよう明記する必要がある。ただし、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師は除く）が、平成 24 年保医発 0305 第 2 号の通知「基本診療科の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添 6 の別紙 14 にある基準に基づく判定を行い、その結果を訪問看護報告書に記載して主治医に報告及び確認を行う形でも差し支えない。なお、超重症児又は準超重症児である旨は訪問看護療養費を算定する場合であれば訪問看護療養費明細書の備考欄に、在宅患者訪問看護・指導料を算定する場合であれば診療報酬明細書（在宅欄のその他の項）に必ず明記すること。

Q6 特別訪問看護指示書・在宅患者訪問点滴注射指示書の別紙様式 18 が更新され、「病状・主訴」の欄に「一時的に訪問看護が頻回に必要な理由：」を記載する行が増えた。この行が必要な時と、不要な時があると思うが、常にこの 1 行は様式に記載する必要があるか？必要な時に 1 行を入れることでよいか？

A 特別訪問看護指示を出す場合については、日常行っている訪問看護の回数では対応できず、一時的に訪問看護が頻回に必要な理由を記載することになる。

ただし、すでに印刷をしてしまっているものについては、様式にあらかじめ欄がないことで、書き漏れが危惧されるが、そのあたりに十分気をつけるのであれば、手書きで必要な人へのみ記載することでも構わない。

C007-2 介護職員等喀痰吸引等指示料

○改定の概要

要介護者であって、同一月に介護老人保健施設において適所リハビリテーションを受けている場合に、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料が算定できない取り扱いが廃止された。

算定点数	3月に1回	240点
対象疾患	「以下の介護サービス（介護予防サービスを含む）を実施している者、または事業者等」のサービスを受けている ・訪問介護、訪問入浴介護、適所介護、短期入所生活介護（医師が配置されていないもの）、特定施設入居者生活介護、地域密着型サービス（地域密着型介護老人福祉施設を除く） ・障害者自立支援法にもとづく居宅介護の事業、重度訪問介護にかかる指定障害福祉サービスの事業、同行援護にかかる指定障害福祉サービスの事業、行動援護にかかる指定障害福祉サービスの事業、生活介護事業、短期入所事業者（医療機関が行う場合医師が配置されている場合を除く）、重度障害者等包括支援事業者共同生活介護事業者、自立訓練（機能訓練）事業者、自立訓練（生活訓練）事業者就労移行支援事業者、就労継続支援A型事業者就労継続支援B型事業者、共同生活援助事業者 ・児童福祉法にもとづく児童発達支援の事業を行う者（児童発達支援センターまたは主として重症心身障害児を通わせるものである場合を除く）、放課後等デイサービスの事業を行う者（主として重症心身障害児を通わせるものである場合を除く） ・障害者自立支援法移動支援事業を行う者、地域活動支援センターを経営する事業を行う者、福祉ホームを経営する事業を行う者、地域生活支援事業を行う者（移動支援事業を行う者、地域活動支援センターを経営する事業を行う者、福祉ホームを経営する事業を行う者を除く）	
算定要件	診療担当医療機関の医師が、喀痰吸引等の必要を認め、居宅サービス事業者・地域密着型サービス事業者等に対して介護職員等喀痰吸引等指示書（有効期限6月以内に限り）を交付した場合に算定	
医師要件	患者の同意を得ること	
レセ記載	前回の指示書交付日（初回の場合は初回である旨）	

「介護職員等喀痰吸引等指示料」Q&A

Q1 主治医が患者等の選定する登録事業者に介護職員等喀痰吸引等指示書を交付した場合の点数が新設されたが、たんの吸引により医療事故が発生した場合、指示をした医師の責任になるか？

A 医師は利用者の状態等を確認した上で、たん吸引をする必要性について事業所単位に指示を出す。事故の原因が行為を行う介護福祉士や介護職員が一定の技量に達していない場合や、事業所に管理体制の不備がある場合は、医師の責任までは問われないが、事故の原因が医師の指示内容に起因するような場合は医師に責任が及び得ると考えられる。

例えば、ある利用者の状態から判断し咽頭反射が激しい等々の理由により、看護師でないと吸引ができないと判断されるにもかかわらず、医師が介護福祉士等に指示して、それが原因で窒息などの事故が起これば、それは医師の責任ということもあり得る。

C008 在宅患者訪問薬剤管理指導料

○改定の概要

(1) 薬剤師1人につき1日5回までの算定制限がなくなり週40回まで算定できるとされた。

(2) 同一世帯の夫婦など同一患家の複数の患者に対して同一日に在宅患者訪問薬剤管理指導を行った場合、1人目の患者に対しては「同一建物居住者以外の場合」を算定できるとされた。

C009 在宅患者訪問栄養食事指導料

○改定の概要

- (1) 「調理を介して実技を伴う指導」を行わなくても、「食事の用意や摂取等に関する具体的な指導」を行えば算定できることとされた。
- (2) **特別食にてんかん食が追加された。**
- (3) 対象患者は特別食を必要とする患者に加え、**がん、摂食・嚥下機能低下又は低栄養の患者**で医師が栄養管理の必要性を認めたものに拡大された。

C010 在宅患者連携指導料（月1回）

算定点数	月1回	900点
算定要件	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問診療を行う診療所，在宅療養支援病院，許可病床数 200 床未満の病院の医師が，在宅での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て，患者の同意を得て，歯科訪問診療を実施している医療機関，訪問薬剤管理指導を実施している薬局，または訪問看護ステーションと文書等により情報共有を行うとともに，共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に算定 ・患者の同意を得ること ・医療関係職種間での情報共有（電子メール、ファックスも可） ・単に患者に関する診療情報を交換したのみ，訪問看護や訪問薬剤指導を行うよう指示を行ったのみでは算定不可 ・特別の関係にある保険医療機関等の医療関係職種のみで診療情報を交換した場合は算定不可 ・初診料算定日・退院の日から 1 か月以内は算定不可 ・要介護者・要支援者には算定不可 	
併算定不可	[同一日] ウイルス疾患指導料，てんかん指導料，難病外来指導管理料，心臓ペースメーカー指導管理料，特定疾患療養管理料，皮膚科特定疾患指導管理料，診療情報提供料(I)，在宅時医学総合管理料，特定施設入居時等医学総合管理料，在宅がん医療総合診療科	
カルテ記載	他職種から受けた診療情報の内容，提供を受けた日，その情報をもとに行った診療の内容の要点，診療日	
レセ記載	情報共有を行った日，共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った日	

「在宅患者連携指導料」Q&A

Q1 保険医療機関が、自ら訪問看護の指示書を出している訪問看護ステーションと情報共有を行った場合でも、在宅患者連携指導料は算定できるのか。

A 診療情報の共有を行っていることは当然のことであるが、算定できない。

Q2 在宅患者連携指導料について、医療関係職種間での情報共有は月2回以上行うこととされているが、当該情報に基づき行う患者又はその家族等に対する指導等は月1回でもよいのか。

A よい。

C011 在宅患者緊急時等カンファレンス料（月2回）

算定点数	月2回	200点
算定要件	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問診療を実施している医療機関の医師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等にもない、当該医師の求め、または当該患者の在宅療養を担う医療機関の医師の求めにより、 <ul style="list-style-type: none"> (ア) 歯科訪問診療を実施している歯科医師等 (イ) 訪問薬剤管理指導を実施している薬剤師 (ウ) 訪問看護ステーションの看護師等 (エ) 居宅介護支援事業者のケアマネ（介護支援専門員） と共同で患者に赴き、カンファレンスを行い、またはカンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上、必要な指導を行った場合に算定 ・在宅での療養を行っている患者の状態の急変や診療方針の変更等の際、適切な治療方針を立てることや情報共有をすることにより算定できる ・カンファレンスは、原則として患者で行うが、患者または家族が患者以外の場所を希望する場合はこの限りではない ・特別の関係にある保険医療機関等の医療関係職種等のみでカンファレンスを行った場合は算定不可〔同日算定できるもの〕 ・当該指導とは別に継続的に実施している訪問診療と、同日に行った在宅患者訪問診療科 ・在宅患者緊急時等カンファレンス料とは別に継続的に在宅患者訪問診療料を実施している場合は算定可能 	
併算定不可	[同一日] 初診料、再診料、在宅患者訪問診療料	
カルテ記載	<ul style="list-style-type: none"> ・カンファレンスに参加した医療関係職種等の氏名 ・カンファレンスの要点 ・患者に行った指導の要点 ・カンファレンス実施日 	
レセ記載	カンファレンスの実施日、患者に行った指導日	

「在宅患者緊急時等カンファレンス料」Q&A

Q1 在宅患者緊急時等カンファレンス料を算定する際に、カンファレンスを行う場所は患者でなければならないのか。

A 患者又はその家族が患者以外の場所でのカンファレンスを希望する場合には他の場所でもよい。

Q2 在宅患者緊急時等カンファレンス料について、カンファレンスを主催する保険医療機関の保険医と当該保険医療機関自ら訪問看護指示書を出した訪問看護ステーションの看護師の二者でカンファレンスを行った場合であっても、在宅患者緊急時等カンファレンス料を算定できるのか。

A 算定できる。

Q3 在宅患者緊急時等カンファレンス料は、患者の在宅療養を担う保険医が、保険医である歯科医師等保険薬局の薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等又は介護支援専門員のうち1人以上と共同すれば算定できるのか。

A そのとおり。患者の在宅療養を担う保険医とその他の医療関係職種等1人以上の合計2人以上が共同で患者に赴きカンファレンスを行った場合に算定できる。

V. 在宅医療の実際：在宅療養指導管理料

<在宅療養指導管理料>

(A) 在宅療養指導管理料

改定の概要

(通則の改定)

(1) 同一の患者につき、2以上の医療機関で同一の在宅療養指導管理料を算定できないとされていたが、除外規定が新設され、該当する場合にはそれぞれの医療機関で当該在宅療養指導管理料を算定できることとされた。

(2) (1)について、今次改定では在宅自己注射指導管理料が該当する。

(在宅自己注射指導管理料)

(3) 「1（複雑な場合）以外の場合」の点数が、4区分から2区分（「月27回以下の場合」と「月28回以上の場合」）に再編され、「月28回以上の場合」の点数が引き下げられた。

(4) 在宅自己注射の導入前に、週2回以上の外来、往診若しくは訪問診療により、十分な指導を行った場合に算定するとされていたが、導入前に「2回以上」の指導を行った場合に算定できることとされた。

(5) 導入初期加算が500点から580点に引き上げられた。

(6) 「1（複雑な場合）以外の場合」について、B001・7難病外来指導管理料が別に算定できることとされた。

(7) 同一の患者について、2以上の医療機関で異なった疾患に対する指導管理を行っている場合、それぞれの医療機関で在宅自己注射指導管理料を算定できることとされた。なお、この場合は、それぞれの医療機関で処方されている注射薬等を把握することとされた。

(8) インターフェロンアルファ製剤を用いた在宅自己注射指導管理について、HTLV-1関連脊髄症（HAM）に対して用いた場合にも算定できることとされた。

(在宅妊娠糖尿病患者指導管理料)

(9) ハイリスクな妊娠糖尿病である場合について、対象患者の要件に、75gOGTTによる血糖値の基準及び非妊娠時のBMI等の基準が追加された。

(在宅血液透析指導管理料)

(10) 在宅血液透析の実施にあたり、ガイドラインに基づき、医療機関において患者及び介助者に十分な教育を行い、文書において在宅血液透析に係る説明及び同意を得た上で実施することとされた。

(在宅酸素療法指導管理料)

(11) 指導管理に係る材料部分が独立した項目（C171在宅酸素療法材料加算）として新設された。

(在宅自己導尿指導管理料)

(12) カテーテルの費用について、在宅療養指導管理材料加算に定めるものを除き、在宅自己導尿指導管理料に含まれることが告示に追加された。

(在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料)

(13) ASV療法を実施した場合に算定する「1」が新設され、従前からの「2」との2区分に再編された。

(14) 「1」は、CPAP療法により改善しない睡眠時無呼吸症候群と慢性心不全を合併している患者に対して、ASV療法を実施した場合に算定する。

(15) 「2」の対象患者について、以下が追加された。

ア. 「1」の対象患者に該当しない睡眠時無呼吸症候群と慢性心不全を合併している患者に ASV 療法を実施した場合

イ. 心不全患者のうち、ASV 療法を継続せざるを得ないもの

(在宅悪性腫瘍等患者指導管理料)

(16) 在宅悪性腫瘍患者指導管理料が「在宅悪性腫瘍等患者指導管理料」に名称変更された。

(17) 対象患者が、悪性腫瘍に加え筋萎縮性側索硬化症又は筋ジストロフィーであって、鎮痛療法を行う末期の患者に拡大された。

(在宅寝たきり患者処置指導管理料)

(18) 対象患者の寝たきりに準ずる状態にある患者について、対象疾患が拡大され、難病法に規定する指定難病又は特定疾患治療研究事業の受給者証の交付を受けている者とされた。

(在宅肺高血圧症患者指導管理料)

(19) 指導管理に係る材料加算に C168-2携帯型精密ネブライザー加算が新設されたことに伴い、当該機器を用いた医学管理を行った場合にも算定できるとされた。

(在宅植込型補助人工心臓(拍動流型)指導管理料)

(20) 在宅植込型補助人工心臓(拍動流型)指導管理料が廃止された。

(在宅植込型補助人工心臓(非拍動流型)指導管理料)

(21) これまで K604-2植込型補助人工心臓(非拍動流型)の届出をしている当該医療機関が算定できたが、今次改定において、当該指導管理料を算定する場合には、新たに届出が必要となった。

(医療型短期入所サービス利用中の処置等)

(22) 在宅療養指導管理料を算定している患者について、医療型短期入所サービス利用中は、在宅療養指導管理料に包括されている以下の処置等を、別に算定できるとされた。

- ① D223経皮的動脈血酸素飽和度測定、② D223-2終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定、③ G005中心静脈注射、④ G006植え込み型カテーテルによる中心静脈注射、⑤ J026-2鼻マスク式補助換気法、⑥ J026-3体外式陰圧人工呼吸器治療、⑦ J045人工呼吸、⑧ J060膀胱洗浄、⑨ J060-2後部尿道洗浄、⑩ J063留置カテーテル設置、⑪ J064導尿、⑫ J118介達牽引、⑬ J118-2矯正固定、⑭ J118-3変形機械矯正術、⑮ J119消炎鎮痛等処置、⑯ J119-2腰部又は胸部固定帯固定、⑰ J119-3低出力レーザー照射、⑱ J120鼻腔栄養

(B) 在宅療養指導管理材料加算

改定の概要

- (1) 通則において在宅療養指導管理に用いる装置の保守・管理を販売業者に委託する場合、医療機関が装置の保守・管理の説明を患者に行った上で「定期的な確認と指導、販売業者による保守管理が十分に行われている状況を維持する」旨の規定が追加された。
- (2) 次の3つの材料加算が新設された。
 - ア. 携帯型精密ネブライザー加算 (3,200点)
肺高血圧症の患者に対し、携帯型精密ネブライザーを使用した場合に算定する。
 - イ. 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」100点)
在宅酸素療法を行っている患者に対し、当該療法に係る機器を使用した場合に、3月に3回に限り算定する。
 - ウ. 在宅持続陽圧呼吸療法材料加算 (100点)
在宅持続陽圧呼吸療法を行っている患者に対し、当該療法に係る機器を使用した場合に、3月に3回に限り算定する。
- (3) 持続血糖測定器加算とD231-2皮下連続式グルコース測定については、いずれかの点数を届出すれば、それぞれ届出する必要はないとされた。
- (4) 注入ポンプ加算において、以下の変更がされた。
 - ア. 対象患者が、悪性腫瘍に加え筋萎縮性側索硬化症又は筋ジストロフィーであって鎮痛療法を行う末期の患者に拡大された。
 - イ. 在宅自己注射指導管理に係る材料加算とされた。対象薬剤はpH4処理酸性人免疫グロブリン(皮下注射)製剤とされた。
- (5) 注入器加算の対象薬剤が別に定められ、在宅自己注射に係る注射薬剤のうちpH4処理酸性人免疫グロブリン(皮下注射)製剤以外のものとされた。
- (6) 経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加算が「在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算」に名称変更され、加算については以下の通り変更された。
 - ア. 「ASVを使用した場合」が新設され、「CPAPを使用した場合」に区分された。
 - イ. 「CPAPを使用した場合」について、点数が引き下げられた。
- (7) 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル加算が「特殊カテーテル加算」に名称変更され、加算については以下の通り変更された。
 - ア. 「間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル」と「間歇バルーンカテーテル」に区分された。
 - イ. 「間歇バルーンカテーテル」が新設され、これまで在宅自己導尿指導管理料に包括されていた間歇バルーンカテーテルが、材料加算として算定できることとされた。
 - ウ. 「間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル」に「親水性コーティングを有するもの」が新設された。
 - エ. 「間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル」と「間歇バルーンカテーテル」を使用した場合は、主たるもののみ算定することとされた。
- (8) 次の材料加算について、2月に2回に限り算定するとされていたが、3月に3回に限り算定できることとされた。
 - ア. 在宅酸素療法指導管理に係る
酸素ボンベ加算、酸素濃縮装置加算、液化酸素装置加算、呼吸同調式デマンドバルブ加算
 - イ. 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理に係る
在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算

在宅療養指導管理料及び材料加算一覧

- ①特定疾患療養管理料 ②ウイルス疾患指導管理料 ③小児特定疾患カウンセリング料 ④小児科療養指導料
 ⑤てんかん指導料 ⑥難病外来指導管理料 ⑦皮膚科特定疾患指導管理料 ⑧慢性疼痛疾患管理料
 ⑨小児悪性腫瘍患者指導管理料 ⑩耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料 ⑪心身医学療法 ⑫小児科外来診療料
 ⑬小児かかりつけ診療料 ⑭他の在宅療養指導管理料（ただし、それぞれの材料加算、薬剤、特定保険医療材料は算定可）

★は新設点数。ゴシックは新設、名称・点数等が変更された項目。

◎は地方厚生局長等への届出が必要な項目。

在宅療養指導管理料・材料加算	点数	算定回数	同一月に併せて算定できないもの
C100 退院前在宅療養指導管理料 乳幼児加算（6歳未満）	120 200	退院前 1回	①～⑭
C101 在宅自己注射指導管理料 1 複雑な場合 2 1以外の場合 （月27回以下） （月28回以上） 導入初期加算	1,230 650 750 580	 月1回 月1回 （3月間）	①～⑤ ⑥（「1複雑な場合」のみ） ⑦～⑭ 生活習慣病管理料（糖尿病を主病とする場合） 皮内、皮下及び筋肉内注射（外来受診時・訪問診療日） 静脈内注射（外来受診時・訪問診療日） 点滴注射（訪問診療日） 外来化学療法加算（対象薬剤以外の指導管理を行う場合は、別に算定できる）
C150 血糖自己測定器加算 （月に20回以上） （月に40回以上） （月に60回以上） （月に80回以上） （月に100回以上） （月に120回以上）	400 580 860 1,140 1,320 1,500	3月に 3回	
C151 注入器加算（処方した月）	300	月1回	
C152 間歇注入シリンジポンプ加算 1 プログラム付きシリンジポンプ 2 1以外のシリンジポンプ	2,500 1,500	2月に2回	
◎ C152-2 持続血糖測定器加算 1 2個以下の場合 2 4個以下の場合 3 5個以上の場合 トランスミッター加算 プログラム付きシリンジポンプの場合 プログラム付きシリンジポンプ以外の場合	1,320 2,640 3,300 3,230 2,230	月1回	
C153 注入器用注射針加算 1 1型糖尿病、血友病等 2 1以外	200 130	月1回	
C161 注入ポンプ加算	1,250		
C101-2 在宅小児低血糖症患者指導管理料	820	月1回	
C150 血糖自己測定器加算 （月に20回以上） （月に40回以上） （月に60回以上） （月に80回以上） （月に100回以上） （月に120回以上）	400 580 860 1,140 1,320 1,500	3月に 3回	
C101-3 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料	150	月1回	
C150 血糖自己測定器加算 （月に20回以上） （月に40回以上） （月に60回以上） （月に80回以上） （月に100回以上） （月に120回以上）	400 580 860 1,140 1,320 1,500	3月に 3回	

★は新設点数。ゴシックは新設、名称・点数等が変更された項目。

◎は地方厚生局長等への届出が必要な項目。

在宅療養指導管理料・材料加算	点数	算定回数	同一月に併せて算定できないもの	
C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料 頻回指導管理(※1)	4,000	月1回	①～⑭	
C154 紫外線殺菌器加算	2,000	月2回		
C155 自動腹膜灌流装置加算	360	月1回		
	2,500	月1回		
◎ C102-2 在宅血液透析指導管理料 頻回指導管理(※2)	8,000	月1回	①～⑭	
C156 透析液供給装置加算	2,000	月2回		
	10,000	月1回		
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 2 その他の場合	520 2,400	月1回	①～⑭ 経皮的動脈血酸素飽和度測定 終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定 喀痰吸引 干涉低周波去痰器による喀痰排出 酸素吸入 突発性難聴に対する酸素療法 酸素テント 間歇的陽圧吸入法 鼻マスク式補助換気法 体外式陰圧人工呼吸器治療 ハイフローセラピー	
C157 酸素ボンベ加算 1 携帯用酸素ボンベ 2 1以外の酸素ボンベ	880 3,950	3月に 3回		
C158 酸素濃縮装置加算	4,000			
C159 液化酸素装置加算 1 設置型液化酸素装置 2 携帯型液化酸素装置	3,970 880			
C159-2 呼吸同調式デマンドバルブ加算	300			
★ C171 在宅酸素療法材料加算 1 チアノーゼ型先天性心疾患の場合 2 その他の場合	780 100			
C104 在宅中心静脈栄養法指導管理料 C160 在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算 C161 注入ポンプ加算	3,000 2,000 1,250			月1回
C105 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料 C161 注入ポンプ加算 C162 在宅経管栄養法用栄養管セット加算	2,500 1,250 2,000			月1回
C105-2 在宅小児経管栄養法指導管理料 C161 注入ポンプ加算 C162 在宅経管栄養法用栄養管セット加算	1,050 1,250 2,000			月1回
C106 在宅自己導尿指導管理料 C163 特殊カテーテル加算 1 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 ロイ以外のもの 2 間歇バルーンカテーテル	1,800 960 600 600			月1回
C107 在宅人工呼吸指導管理料 C164 人工呼吸器加算(以下のいずれか) 陽圧式人工呼吸器 人工呼吸器 陰圧式人工呼吸器 C170 排痰補助装置加算	2,800 7,480 6,480 7,480 1,800		月1回	
C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 ★ 1 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 1 2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 2 ★ C165 在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算 1 ASVを使用した場合 2 CPAPを使用した場合 ★ C171-2 在宅持続陽圧呼吸療法材料加算	2,250 250 3,750 1,100 100	月1回 3月に 3回		
C108 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料 C161 注入ポンプ加算 C166 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ 加算	1,500 1,250 2,500	月1回	①～⑭ 抗悪性腫瘍剤局所持続注入 外来化学療法加算 (外来受診時の当該指導管理料に係る以下の注射、又は訪問診療日の以下の注射) 皮内、皮下及び筋肉内注射 静脈内注射 点滴注射 中心静脈注射 植込型カテーテルによる中心静脈注射(※3)	

※1 同一月に人工腎臓、連続携帯式腹膜灌流を算定する場合、頻回指導管理は算定できない。

※2 同一月に人工腎臓を算定する場合、頻回指導管理は算定できない。

※3 訪問診療日における当該管理料の対象とならない注射の手技料、薬剤・特定保険医療材料は算定できる。

★は新設点数。ゴシックは新設、点数等が変更された項目。
◎は地方厚生局長等への届出が必要な項目。

在宅療養指導管理料・材料加算	点数	算定回数	同一月に併せて算定できないもの
C108-2 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料	1,500	月1回	①～⑭ 抗悪性腫瘍剤局所持続注入 外来化学療法加算 (外来受診時の当該指導管理料に係る以下の注射、又は訪問診療日の以下の注射) 皮内、皮下及び筋肉内注射 静脈内注射 点滴注射 中心静脈注射 植込型カテーテルによる中心静脈注射(※4)
C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料	1,050	月1回	①～⑭ 在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学総合管理料 精神科重症患者早期集中支援管理料 創傷処置 皮膚科軟膏処置 爪甲除去(麻酔不要) 鼻腔栄養 穿刺排膿後薬液注入 ストーマ処置 留置カテーテル設置 膀胱洗浄 後部尿道洗浄(ウルツマン) 導尿(尿道拡張を要するもの) 喀痰吸引 介達牽引 矯正固定 干渉低周波去痰器による喀痰排出 変形機械矯正術 消炎鎮痛等処置 腰部又は胸部固定帯固定 低出力レーザー照射 肛門処置
C110 在宅自己疼痛管理指導管理料 C167 疼痛等管理用送信器加算	1,300 600	月1回	①～⑭
C110-2 在宅振戦等刺激装置治療指導管理料 導入期加算 C167 疼痛等管理用送信器加算	810 140 600	月1回	①～⑭
C110-3 在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料 導入期加算 C167 疼痛等管理用送信器加算	810 140 600	月1回	①～⑭
C110-4 在宅仙骨神経刺激療法指導管理料	810	月1回	①～⑭
C111 在宅肺高血圧症患者指導管理料 C168 携帯型精密輸液ポンプ加算 ★ C168-2 携帯型精密ネブライザー加算	1,500 10,000 3,200	月1回	①～⑭
C112 在宅気管切開患者指導管理料 C169 気管切開患者用人工鼻加算	900 1,500	月1回	①～⑭ 創傷処置 爪甲除去(麻酔不要) 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 (上記の処置に係る薬剤・特定保険医療材料を除く)
C114 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料	1,000	月1回	①～⑭
◎ C116 在宅植込型補助人工心臓(非拍動流型)指導管理料	45,000	月1回	①～⑭

※4 訪問診療日における当該管理料の対象とならない注射の手技料、薬剤・特定保険医療材料は算定できる。

在宅療養指導管理料の種類

1)在宅自己注射指導管理料(C101)

定められた製剤の自己注射を行う患者に対し、在宅自己注射に関する指導管理を行った場合に算定します。

2)在宅小児低血糖症患者指導管理料(C101-2)

12歳未満の小児低血糖症の患者で、薬物療法、経管栄養、手術療法を行っているものまたはそれらの終了後6月以内の者に療養指導を行います。

3)在宅妊娠糖尿病患者指導管理料(C101-3)

妊娠中の糖尿病患者に対して、周産期の合併症軽減のために、適切な指導管理を行った場合に算定します。

4)在宅自己腹膜灌流指導管理料(C102)

慢性腎不全などで人工透析が必要な場合、血液透析(人工腎臓)による方法と、腹膜灌流による方法があります。後者は、連続携帯式腹膜灌流(CAPD)により、在宅で患者自身が行うことができます。

5)在宅血液透析指導管理料(C102-2)

維持血液透析を必要とし、安定した病状にある患者が対象となります。

6)在宅酸素療法指導管理料(C103)

高度慢性呼吸不全例、肺高血圧症、慢性心不全のうち、安定した病態にある退院患者及び手術待機の患者またはチアノーゼ型先天性心疾患の患者で、在宅酸素療法を医師が必要と認めた場合が対象です。

7)在宅中心静脈栄養法指導管理料(C104)

経口摂取による栄養維持が困難な患者に対し、在宅で高カロリー輸液を中心静脈内に点滴静注し、輸液セットを経由して在宅で投与し栄養状態を維持する方法。

8)在宅成分栄養経管栄養法指導管理料(C105)

在宅小児経管栄養法指導管理料(C105-2)

経口摂取が困難で消化機能が低下している患者に対し、栄養成分の明らかな消化態経腸栄養剤を在宅で経管的に投与する方法。

<対象薬剤> エレンタール、エレンタールP、ツインライン

9)在宅自己導尿指導管理料(C106)

尿路障害、神経因性膀胱などにより自然排尿が困難な患者について、在宅で患者自ら導尿を行う必要があると医師が認めた場合に対象となります。

10)在宅人工呼吸指導管理料(C107)

筋萎縮性疾患などで、長期にわたり持続的に人工呼吸に依存せざるを得ず、かつ病状が安定した患者について、在宅で患者自ら人工呼吸を行う必要があると医師が認めた場合に対象となります。

11)在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料(C107-2)

経鼻的持続陽圧呼吸療法治療器を使用している睡眠時無呼吸症候群の患者が対象となります。

12)在宅悪性腫瘍患者指導管理料(C108)

在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料(C108-2)

悪性腫瘍の患者で、在宅で患者自ら、持続性の疼痛に対する鎮痛剤の自己注射(注入)、または抗悪性腫瘍剤やインターフェロンアルファ製剤の自己注射(注入)を行う必要があると医師が認めた場合に対象となります。

13)在宅寝たきり患者処置指導管理料(C109)

家庭において、寝たきりの状態(またはこれに準ずる状態)にあって、患者自らまたは看護に当たる者が次の処置を行う必要があると医師が認めた場合に対象となります。

①創傷処置(気管内ディスポーザブルカテーテル交換を含み、熱傷に対する処置を除く)、②皮膚科軟膏処置、③留置カテーテル設置、④膀胱洗浄、⑤導尿(尿道拡張を要するもの)、⑥鼻腔栄養、胃瘻より流動食を点滴注入、⑦ストーマ処置、⑧喀痰吸引、⑨介達牽引、⑩消炎鎮痛等処置

14)在宅自己疼痛管理指導管理料(C110)

慢性的な難治性疼痛を有し、植込型脳・脊髄刺激装置を植え込み、疼痛管理を行っている患者のうち、在宅自己疼痛管理を行うことが必要と医師が認めた場合に対象となります。

15)在宅振戦等刺激装置治療指導管理料(C110-2)

植込型脳・脊髄電気刺激装置を植え込んだ患者が、在宅で自ら送信器等を用いて治療を実施する際、指導管理を行った場合に算定します。

16)在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料(C110-3)

てんかん治療のために植込型迷走神経刺激装置を植え込んだ患者が、在宅で自ら治療を実施する際、指導管理を行った場合に算定します。

17)在宅肺高血圧症患者指導管理料(C111)

肺高血圧症の患者であって、在宅において、患者自らが携帯型精密輸液ポンプを用いてプロスタグランジンI₂製剤の投与を行う際、指導管理を行った場合に算定します。

18)在宅気管切開患者指導管理料(C112)

諸種の原因により気管切開を行った患者のうち、安定した病態にある退院患者に対して、在宅で気管切開に関する医学管理を行った場合に算定します。

19)在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料(C114)

表皮水疱症、水疱型先天性魚鱗癬様紅皮症の患者で、難治性の病変に対する特殊な処置が必要なものに対し、薬剤および被覆材の選択等の指導を行った場合に算定します。

20)在宅植込型補助人工心臓(拍動流型)指導管理料(C115)

植込型補助人工心臓(拍動流型)を在宅で使用している患者に対し、療養に必要な指導を行った場合、月1回に限り算定できます。

21)在宅植込型補助人工心臓(非拍動流型)指導管理料(C116)

植込型補助人工心臓(非拍動流型)を在宅で使用している患者に対し、緊急時の対応も含む指導管理を行った場合、月1回に限り算定できます。

在宅療養指導管理の概要

(1) 在宅療養指導管理の保険導入の経緯と変遷

在宅療養指導管理料の始まりは自己注射指導管理料である。インスリンの自己注射のために連日通院する必要のある患者の通院の負担の軽減を目的に、1981年(昭和56年)、当時の指導料の項に「自己注射指導管理料」が現在の医学管理の一つとして新設された。そのときに、インスリンを患者に投与しなければ自己注射ができないので、注射薬を投薬するという考え方が導入された。また、インスリンを注射するための注射器も医療機関で使用するディスポーザブル注射器と同じようなものが患者に渡された。医療機関も患者も不慣れで、薬剤も器材も未発達の中でのスタートとなったが、毎日通院をしなくてもよくなったため、患者からは喜ばれた。

その後、1985年には在宅酸素療法指導管理料、在宅中心静脈注射指導管理料が新設された。この頃から従来は考えられなかった自己処置や自己注射を必要とするような早期退院の患者が増えていった。当時は在宅で酸素療法ができるのか、といった驚異の目で見られた。また当時、在宅療養指導管理は届出制になっていて、どこでも気軽に行えるというものでもなかった。

その後、退院前に外泊して、自宅で試験的に自己注射や自己処置を実際に行ってみるといった退院前在宅療養指導管理料やその他指導管理の種類が増やされ、現在24種類の在宅療養指導管理料が設定されている。

(2) 在宅療養指導管理の概要

診療報酬上の「在宅療養」は、一般に、

- ①病状が安定している患者 であって、
- ②特定の医療行為を継続して行う必要がある 場合に、
- ③患者みずから、医師の指導管理のもとに、当該医療行為を行う ものである。

以下の在宅療養指導管理は、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ものとして行うものです。

- (1) 体内の特定の物質が欠乏または治療上の必要のため、間欠的または持続的に長期間にわたり、必要な物質を自己注射するもの〔在宅自己注射〕
- (2) 身体の代謝等の障害がある場合に、その機能を代替または補完するもの
 - ① 呼吸機能〔在宅酸素療法、在宅人工呼吸、盛宅持続陽圧呼吸療法、在宅気管切開患者指導管理〕
 - ② 栄養摂取機能〔在宅中心静脈栄養法在宅成分栄養経管栄養法、在宅小児経管栄養法〕
 - ③ 腎・排泄機能〔在宅自己腹膜灌流、在宅自己導尿、在宅血液透析〕
 - ④ 循環機能〔在宅肺高血圧症患者指導管理〕
- (3) その他
 - ① 糖尿病・低血糖患者の血糖自己測定〔在宅小児低血糖症患者、在宅妊娠糖尿病患者〕
 - ② 悪性腫瘍患者の鎮痛剤・抗悪性腫瘍剤の自己注射〔在宅悪性腫瘍患者〕
 - ③ 寝たきり患者や難治性皮膚疾患の患者に対する各種処置〔在宅寝たきり患者処置〕
 - ④ 慢性疼痛、てんかん、振戦等の患者に対する神経電気刺激療法〔在宅自己疼痛管理、在宅振戦等刺激装置治療、在宅迷走神経電気刺激治療〕
 - ⑤ 補助人工心臓植込患者に対する指導管理〔在宅植込型補助人工心臓〕

などが対象となっています。→ 急性疾患や病状急性期や局所的疾患は対象外

(在宅酸素療法指導管理料について)

(3) 「その他の場合」に該当する在宅酸素療法とは、諸種の原因による高度慢性呼吸不全例、肺高血圧症の患者又は慢性心不全の患者のうち、**安定した病態**にある退院患者及び手術待機の患者について、在宅で患者自らが酸素吸入を実施するものをいう。

(3) 在宅療養指導管理の診療報酬について

※ 留意事項

第1款 在宅療養指導管理料 通知 <一般的事項> より抜粋 (点数表の解釈 p.421)

(1)在宅療養指導管理料は、当該指導管理が必要かつ適切であると医師が判断した患者について、**患者又は患者の看護に当たる者**に対して、当該医師が療養上必要な事項について適正な注意及び指導を行った上で、当該患者の医学管理を十分に行い、かつ、各在宅療養の方法、注意点、緊急時の措置に関する指導等を行い、併せて**必要かつ十分な量の衛生材料又は保険医療材料を支給した場合**に算定する。……

(2)衛生材料又は保険医療材料の支給に当たっては、当該患者へ訪問看護を実施している訪問看護事業者から、訪問看護計画書（「訪問看護計画書等の記載要領等について」別紙様式1）により必要とされる衛生材料等の量について報告があった場合、医師は、その報告を基に療養上必要な量について判断の上、患者へ衛生材料等を支給する。また、当該訪問看護事業者から、訪問看護報告書（「訪問看護計画書等の記載要領等について」別紙様式2）により衛生材料等の使用実績について報告があった場合は、医師は、その内容を確認した上で、衛生材料等の量の調整、種類の変更等の指導管理を行う。

(12)保険医療機関が在宅療養指導管理料を算定する場合には、当該指導管理に要する**アルコール等の消毒薬、衛生材料（脱脂綿、ガーゼ、絆創膏等）、酸素、注射器、注射針、翼状針、カテーテル、膀胱洗浄用注射器、クレンメ等は、当該保険医療機関が提供すること**。なお、当該医療材料の費用は、別に診療報酬上の加算等として評価されている場合を除き所定点数に含まれ、別に算定できない。

※ 在宅医療の構成

第1節 在宅患者診療・指導料……医師や看護師等が主に患家を訪問して行う診療や指導、多職種や患者の医学管理や介護にあっている他施設との連携を評価したものです。

C000 往診料	C006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料（1単位）
C001 在宅患者訪問診療料（1日につき）	C007 訪問看護指示料
C002 在宅時医学総合管理料（月1回）	C007-2 介護職員等喀痰吸引等指示料
C002-2 特定施設入居時等医学総合管理料（月1回）	C008 在宅患者訪問薬剤管理指導料
C003 在宅がん医療総合診療料（1日につき）	C009 在宅患者訪問栄養食事指導料
C004 救急搬送診療料	C010 在宅患者連携指導料
C005 在宅患者訪問看護・指導料（1日につき）	C011 在宅患者緊急時等カンファレンス料
C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料（1日につき）	C012 在宅患者共同診療料
C005-2 在宅患者訪問点滴注射管理指導料（1週につき）	C013 在宅患者訪問褥瘡管理指導料

第2節 在宅療養指導管理料……訪問診療や患者が来院した際に、患者自身で行う個々の在宅療養などについて、医師が指導管理を行った場合に算定するものです。第1款「在宅療養指導管理料」と第2款「在宅療養指導管理材料加算」に分かれ、両者を合算して算定します。

◆ 第1款 在宅療養指導管理料

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

◆ 第2款 在宅療養指導管理材料加算

C150 血糖自己測定器加算	C161 注入ポンプ加算
C151 注入器加算	C162 在宅経管栄養法用栄養管セット加算
C152 間歇注入シリンジポンプ加算	C163 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル加算
C152-2 持続血糖測定器加算	C164 人工呼吸器加算
C153 注入器用注射針加算	C165 経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加算
C154 紫外線殺菌器加算	C166 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算
C155 自動腹膜灌流装置加算	C167 疼痛等管理用送信器加算
C156 透析液供給装置加算	C168 携帯型精密輸液ポンプ加算
C157 酸素ボンベ加算	C168-2 携帯型精密ネブライザー加算
C158 酸素濃縮装置加算	C169 気管切開患者用人工鼻加算
C159 液化酸素装置加算	C170 排痰補助装置加算
C159-2 呼吸同調式デマンドバルブ加算	C171 在宅酸素療法材料加算
C160 在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算	C171-2 在宅持続陽圧呼吸療法材料加算

(4) 在宅療養指導管理料の請求について

在宅医療は、医師や看護師等が在宅などで直接、医療サービスを提供する「**在宅患者診療・指導料**」と、いわゆる療養上の指導にあたる「**在宅療養指導管理料**」とに分かれています。これらに加え、各指導管理料の材料加算、薬剤、特定保険医療材料を組み合わせる在宅医療費として算定します。

《医師等が直接、医療サービスを提供》

在宅患者診療・指導料 (C000～C013)

薬剤料 (㊟投薬)

注射料 (㊸注射)

処置料 (㊿処置) + **特定保険医療材料** + **薬剤料** (処置薬剤)

「別表Ⅱ 医科：その他の部」(検査、処置、手術等に伴い医療者が使用)

《患者又は患者の看護に当たる者が指導・管理のもと実施》……全て、「㊿在宅」で算定

在宅療養指導管理料 (C100～C116)

在宅療養指導管理材料加算 (C150～C171-2)

特定保険医療材料……「別表Ⅰ 医科：在宅医療の部」(在宅療養指導管理に基づいて医療機関が患者に支給)

薬剤料……注射薬は、「厚生労働大臣の定める注射薬」に限られる。(内服薬、外用薬は規定なし)

※1：外用薬などは、

(1)外用薬として投薬 (㊟投薬)、

(2)処置薬剤として使用 (㊿処置)、

(3)在宅療養指導管理のもと本人・家族等に支給 (㊿在宅)

の場合があるが、在宅時医学総合管理料算定時は、「㊟投薬」は算定できない。

※2：特定保険医療材料には、外来や入院で医師が検査、処置や手術等で使用する、「別表Ⅱ 医科：その他の部」(001～010) (解釈 p.1103～1104) の材料と、在宅療養指導管理のもと本人や家族等に支給する、「別表Ⅰ 医科：在宅医療の部」(001～189) (解釈 p.1104～1129) の材料に分かれる。

(5) 最近の取り扱いの変更点

1. 在宅療養指導管理料の算定患者にあわせて算定できない処置と

その処置に伴い使用する薬剤、特定保険医療材料の算定について (平成20年(2008)改定)

かつて、在宅療養指導管理料の算定患者に併せて算定できない処置を、医師が訪問診療や外来診療時に行った場合、その処置料は算定できなかったが、使用した薬剤及び特定保険医療材料は、「40 処置」の項で算定できた。

しかし、平成20年(2008)の改定で、7つの指導管理料において、薬剤及び特定保険医療材料も算定できなくなった。(すでに、支給している材料等を用い、患者へのサービスとして、処置を行うことは否定されない)

(平成28年 点数表の解釈 p.435~436)

(改定された指導管理料)

- ①C101 在宅自己注射指導管理料
- ②C103 在宅酸素療法指導管理料
- ③C104 在宅中心静脈栄養法指導管理料
- ④C106 在宅自己導尿指導管理料
- ⑤C107 在宅人工呼吸指導管理料
- ⑥C108 在宅悪性腫瘍患者指導管理料
- ⑦C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料

(4) 在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者(入院中の患者を除く。)については、J000創傷処置、J001-7爪甲除去(麻酔を要しないもの)、J001-8穿刺排膿後薬液注入、J053皮膚科軟膏処置、J063留置カテーテル設置、J060膀胱洗浄、J060-2後部尿道洗浄(ウルツマン)、J064導尿(尿道拡張を要するもの)、J120鼻腔栄養、J043-3ストーマ処置、J018喀痰吸引、J018-3干渉低周波去痰器による喀痰排出、J118介達牽引、J118-2矯正固定、J118-3変形機械矯正術、J119消炎鎮痛等処置、J119-2腰部又は胸部固定帯固定、J119-3低出力レーザー照射及びJ119-4肛門処置の費用(薬剤及び特定保険医療材料に係る費用を含む。)は算定できない。 ㊟

在宅療養指導管理料と注射、処置の併算定の可否

在宅療養指導管理料		算定できない項目
注射療法	C101 在宅自己注射指導管理料	①外来受診時：当該指導管理に係る皮筋注、静注の費用 (当該注射薬剤の費用を含む) ②在宅患者訪問診療科算定日：皮筋注、静注、点滴注射 (薬・材料の費用を含む) ③同一月：注射の部の外来化学療法加算
	C108 在宅悪性腫瘍患者指導管理料	①在宅患者訪問診療科算定日：皮筋注、静注、点滴注射、中心静脈注射、植込型カテーテルによる中心静脈注射の手技料、 <u>注射薬、特定保険医療材料の費用</u> ②外来受診時：当該指導管理に係る皮筋注、静注、点滴注射、中心静脈注射、植込型カテーテルによる中心静脈注射の手技料、 <u>注射薬、特定保険医療材料の費用</u> ③同一月：注射の部の外来化学療法加算、抗悪性腫瘍剤局所持続注入(薬剤の費用は算定可、入院で行った場合は算定可)
	C104 在宅中心静脈栄養法指導管理料	①在宅患者訪問診療科算定日：静注、点滴注射、植込型カテーテルによる中心静脈注射 (薬・材料の費用を含む) ②当管理料を算定している外来患者：中心静脈注射、植込型カテーテルによる中心静脈注射
泌尿器系	C106 在宅自己導尿指導管理料	導尿(尿道拡張を要するもの)、膀胱洗浄、後部尿道洗浄(ウルツマン)、留置カテーテル設置 (薬・材料の費用を含む)
	C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料	①週2回目以降の人工腎臓(J038)又は腹膜灌流(J042)の「1連続携帯式腹膜灌流」(週1回はJ038又はJ042いずれか一方を算定可) ②他の医療機関における人工腎臓又は連続携帯式腹膜灌流の所定点数
	C102-2 在宅血液透析指導管理料	週2回目以降の人工腎臓(J038)(週1回は算定可)
呼吸器系	C103 在宅酸素療法指導管理料	酸素吸入、突発性難聴に対する酸素療法、酸素テント、間歇的陽圧吸入法、体外式陰圧人工呼吸器治療、喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出、鼻マスク式補助換気法(これらに係る酸素代も含む) (薬・材料の費用を含む)
	C107 在宅人工呼吸指導管理料	酸素吸入、突発性難聴に対する酸素療法、酸素テント、間歇的陽圧吸入法、体外式陰圧人工呼吸器治療、喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出、鼻マスク式補助換気法、人工呼吸(これらに係る酸素代を除く) (薬・材料の費用を含む)
	C112 在宅気管切開患者指導管理料	創傷処置(気管内ディスポーザブルカテーテル交換を含む)、爪甲除去(麻酔を要しないもの)、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

その他	C109在宅寝たきり患者 処置指導管理料	創傷処置、爪甲除去（麻酔を要しないもの）、穿刺排膿後薬液注入、皮膚科軟膏処置、留置カテーテル設置、膀胱洗浄、後部尿道洗浄（ウルツマン）、導尿（尿道拡張を要するもの）、鼻腔栄養、ストーマ処置、喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射、肛門処置（薬・材料の費用を含む）
	C105在宅成分栄養経管 栄養法指導管理料	鼻腔栄養
	C105-2在宅小児経管 栄養法指導管理料	

備考 1) 上記以外の在宅療養指導管理料については特に併算定不可の規定は設けられていない。

2) 上記中「薬・材料の費用を含む」は、「薬剤及び特定保険医療材料に係る費用を含む」の意。

《改定前》

⑭	*在宅患者訪問診療料	833×2
	*在宅寝たきり患者処置指導管理料	1050×1
	*アクトシン軟膏3% 7g (1日1g 7日分)	35×2
⑩	*アクトシン軟膏3% 1g	5×2

処置料のみ算定不可

《改定後》

⑭	*在宅患者訪問診療料	833×2
	*在宅寝たきり患者処置指導管理料	1050×1
	*アクトシン軟膏3% 7g (1日1g 7日分)	35×2
⑩	*アクトシン軟膏3% 1g	5×2

処置料、薬剤料、特定保険材料の費用も算定不可

⑭	*在宅気管切開患者指導管理料	900×1
	*アクトシン軟膏3% 7g (1日1g 7日分)	35×4
⑩	*創傷処置1	45×2
	*アクトシン軟膏3% 1g	5×2

⑭	*在宅寝たきり患者処置指導管理料	1050×1
	*アクトシン軟膏3% 7g (1日1g 7日分)	35×4
⑩	*創傷処置1	45×2
	*アクトシン軟膏3% 1g	5×2

⑭	*在宅患者訪問診療料	833×1
	*在宅時医学総合管理料	2280×1
	*アクトシン軟膏3% 7g (1日1g 7日分)	35×4
⑩	*創傷処置1	45×2
	*アクトシン軟膏3% 1g	5×2

(平成28年 点数表の解釈 p.437)

(3) 在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、J000創傷処置（気管内ディスポーザブルカテーテル交換を含む。）、J001-7爪甲除去（麻酔を要しないもの）、J001-8穿刺排膿後薬液注入、J018喀痰吸引及びJ018-3干渉低周波去痰器による喀痰排出の費用は算定できない。 留

在宅療養指導管理料の算定患者にあわせて算定できない処置

×印の処置は、外来受診時、往診時、訪問診療日に行った場合の、いずれも算定できない。

網かけ部分の処置は、その処置に伴い使用する薬剤、特定保険医療材料も含め算定できない。ただし、在宅療養指導管理に用いる「④在宅」欄で請求する薬剤、特定保険医療材料については算定できる。

		C102	C102-2	C103	C105	C106	C107	C109	C112
		在宅自己 腹膜灌流 指導管理 料	在宅血液 透析指導 管理料	在宅酸素 療法指導 管理料	在宅成分 栄養経管 栄養法指 導管理料	在宅自己 導尿指導 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
J000	創傷処置(気管内ディスポーザブルカテーテル交換を含む)							×	×
J001-7	爪甲除去(麻酔を要しないもの)							×	×
J001-8	穿刺排膿後薬液注入							×	×
J018	喀痰吸引			×			×	×	×
J018-3	干渉低周波去痰器による喀痰排出			×			×	×	×
J024	酸素吸入			×			×		
J024-2	突発性難聴に対する酸素療法			×			×		
J025	酸素テント			×			×		
J026	間歇的陽圧吸入法			×			×		
J026-2	鼻マスク式補助換気法			×			×		
J026-3	体外式陰圧人工呼吸器治療			×			×		
J038	人工腎臓(週2回目以降)	×	×						
J042	腹膜灌流1. 連続携帯式腹膜灌流(週2回目以降)	×							
J043-3	ストーマ処置							×	
J045	人工呼吸						×		
J053	皮膚科軟膏処置							×	
J060	膀胱洗浄					×		×	
J060-2	後部尿道洗浄(ウルツマン)					×		×	
J063	留置カテーテル設置					×		×	
J064	導尿(尿道拡張を要するもの)					×		×	
J118	介連牽引							×	
J118-2	矯正固定							×	
J118-3	変形機械矯正術							×	
J119	消炎鎮痛等処置							×	
J119-2	腰部又は胸部固定帯固定							×	
J119-3	低出力レーザー照射							×	
J119-4	肛門処置							×	
J120	鼻腔栄養				×			×	

※在宅酸素療法指導管理に含まれる処置に係る酸素代(酸素加算)も算定できない。

※在宅小児経管栄養法指導管理料に含まれる処置の取扱いについては、在宅成分栄養経管栄養法指導管理料と同様。

※人工腎臓又は連続携帯式腹膜灌流は週1回に限り算定できるが、その場合は頻回指導管理の点数は算定できない。

在宅療養指導管理料の算定患者に対する注射の手技料算定可否

	在宅自己注射指導管理料			在宅中心静脈栄養法指導管理料		在宅悪性腫瘍患者指導管理料 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料		
	外来受診時	往診時	訪問診療日	外来受診時	訪問診療日	外来受診時	往診時	訪問診療日
	○ (管理料に係り投与している注射の費用は×)							
皮内、皮下及び 筋肉内注射	○	○	×	○	○	○*	○	×
静脈内注射	○	○	×	○	×	○*	○	×
点滴注射	○	○	×	○	×	○*	○	×
中心静脈注射	○	○	○	×	×	○*	○	×

網かけ部分の注射は、その注射に伴い使用する薬剤、特定保険医療材料も含めて算定できない。ただし、当該指導管理の対象となる薬剤以外の薬剤、特定保険医療材料については算定できる。

* 管理料に係り投与している注射及び抗悪性腫瘍剤の費用は×

＜例＞在宅寝たきり患者処置指導管理を行っている患者の「膀胱留置用カテーテル」を、

①訪問診療時に留置、②患者に支給した場合の算定

Q：C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者について、訪問診療時に「膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル」を1本留置し、別に2本を患者に支給した場合、合計3本算定できますか。

A：在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定する患者について、医療者がJ063(膀胱)留置カテーテル設置、J000 創傷処置を行った場合は、通知により、各所定点数(手技料)は算定できない。

当該処置に伴い医療者が使用した医療材料は、「処置医療機器等加算」および材料価格基準「別表Ⅱ 医科：その他の部」も算定できない。

一方、在宅で患者自ら処置を行わせるために医療機関が患者に支給した医療材料は、「在宅療養指導管理材料加算」および材料価格基準「別表Ⅰ 医科：在宅医療の部」のみ算定できる。

※「膀胱留置用カテーテル」の費用の算定

1)医療者が留置した場合

医療者が留置した場合は、前記により、留置カテーテル設置料、「別表Ⅱ 医科：その他の部」「039 膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル」は算定できない。

2)患者に支給した場合

在宅で患者自らが用いるために、患者に支給した場合は、「別表Ⅰ 医科：在宅医療の部」「004 在宅寝たきり患者処置用膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル」に該当するため、[明細書「⑭ 在宅」の項で請求] 算定する。

※在宅療養指導管理と訪問看護時に看護師が行った処置と、その「薬剤」「材料」

在宅寝たきり患者処置指導管理に伴う膀胱洗浄薬、褥瘡処置薬等は、患者に支給した薬剤として、明細書の「⑭在宅」欄で算定する。(他の在宅療養指導管理も同様)

これらの薬剤は患者に対して支給し、原則として患者自ら使用するものであるが、訪問看護時に患者の代わりとして看護師等が使用した場合は、処置行為としてよりも指導・看護サービスとしてとらえるのが適当である。(指示書の記載など無く、看護師の業務である、医師の指示のもとの、補助行為ではない。)

2. 混乱する皮膚欠損用創傷被覆材と在宅療養指導管理の取り扱い

かつて、皮膚欠損用創傷被覆材は、「別表Ⅱ 医科：その他の部」でのみ記載されており、在宅の本人等への支給は認められていませんでした。

平成22年改定で、「別表Ⅰ 医科：在宅医療の部」（在宅療養指導管理に基づき医療機関が患者に支給可能）に記載されましたが、C114在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を算定している患者に限られました。

平成24年に、やっと、在宅の褥瘡患者へ支給できるようになりました。しかし、

- ①いずれかの在宅療養指導管理料^(※)を算定している在宅患者
- ②皮下組織に至る褥瘡（筋肉、骨等に至る褥瘡を含む。）(DESIGN分類D3、D4及びD5)の患者

とJ001-4 重度褥瘡の患者限定で、いままでの「別表Ⅱ 医科：その他の部」の対象と異なり混乱があります。（「真皮に至る創傷用」「皮下組織に至る創傷用：標準型」「皮下組織に至る創傷用：異形型」「筋・骨に至る創傷用」）

褥瘡での処置料と材料(被覆材)の算定可否 (◎：手技・材料とも可、○：材料のみ可)

褥瘡の深さ	C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料	外来・入院で処置	在宅で医師が処置	本人等が処置	
		別表Ⅱ 医科：その他の部	別表Ⅰ 医科：在宅医療の部		
J000 創傷処置	無し	◎	◎	—	(A)
	有り	×	×	×	(B)
J001-4 重度褥瘡処置	無し	◎	◎	—	(C)
	有り	◎	◎	○	(D)
(算定要件)		真皮に至る創傷、皮下組織に至る創傷、筋・骨に至る創傷		いずれかの在宅療養指導管理料を算定する、皮下組織に至る褥瘡（重度褥瘡）の患者	

(A) <<医師等が直接、医療サービスを提供>>

⑬	* 特定疾患療養管理料	225×2
⑭	* 在宅患者訪問診療料 1	833×4
⑯	* 創傷処置 1	45×4
	* ハイドロサイト 25 cm ² (皮膚欠損用創傷被覆材・皮下組織に至る創傷用) (1 cm ² あたり 10 円)	25×4

(B) <<患者又は患者の看護に当たる者が指導・管理のもと実施>>

⑭	* 在宅患者訪問診療料 1	833×4
	* 在宅寝たきり患者処置指導管理料	1050×1
	* ハイドロサイト 100 cm²	100×1
	(皮膚欠損用創傷被覆材・皮下組織に至る創傷用) (1 cm²あたり 10 円)	

(C) <<医師等が直接、医療サービスを提供>>

⑬	* 特定疾患療養管理料	225×2
⑭	* 在宅患者訪問診療料 1	833×4
⑯	* 重度褥瘡処置 1	90×4
	* ハイドロサイト 25 cm ² (皮膚欠損用創傷被覆材・皮下組織に至る創傷用) (1 cm ² あたり 10 円)	25×4

(D) <<患者又は患者の看護に当たる者が指導・管理のもと実施>>

⑭	* 在宅患者訪問診療料 1	833×4
	* 在宅寝たきり患者処置指導管理料	1050×1
	* ハイドロサイト 100 cm ² (皮膚欠損用創傷被覆材・皮下組織に至る創傷用) (1 cm ² あたり 10 円)	100×1
⑯	* 重度褥瘡処置 1	90×4
	* ハイドロサイト 25 cm ² (皮膚欠損用創傷被覆材・皮下組織に至る創傷用) (1 cm ² あたり 10 円)	25×4

(※) いずれかの在宅療養指導管理料

C100 退院前在宅療養指導管理料	C107-2 在宅持続陽圧呼吸法指導管理料
C101 在宅自己注射指導管理料	C108 在宅悪性腫瘍患者指導管理料
C101-2 在宅小児低血糖症患者指導管理料	C108-2 在宅悪性腫瘍患者協働指導管理料
C101-3 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料	C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料
C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料	C110 在宅自己疼痛管理指導管理料
C102-2 在宅血流透析指導管理料	C110-2 在宅振戦等刺激装置治療指導管理料
C103 在宅酸素療法指導管理料	C110-3 在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料
C104 在宅中心静脈栄養法指導管理料	C110-4 在宅仙骨神経刺激療法指導管理料
C105 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	C111 在宅肺高血圧症患者指導管理料
C105-2 在宅小児経管栄養法指導管理料	C112 在宅気管切開患者指導管理料
C106 在宅自己導尿指導管理料	C114 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料
C107 在宅人工呼吸指導管理料	C116 在宅植込型補助人工心臓(非拍動流型)指導管理料

「別表Ⅰ 医科：在宅医療の部」(平成28年 点数表の解釈 p.1137)

在宅療養指導管理に基づいて医療機関が患者に支給「⑭在宅」の項で算定

<p>(008 皮膚欠損用創傷被覆材)</p> <p>(009 非固着性シリコンガーゼ)</p>	<p>(5) 皮膚欠損用創傷被覆材, 非固着性シリコンガーゼ</p> <p>ア 本材料はいずれかの在宅療養指導管理料を算定している場合であって、在宅での療養を行っている通院困難な患者のうち、皮下組織に至る褥瘡(筋肉、骨等に至る褥瘡を含む。)(DESIGN-R分類D3、D4及びD5)を有する患者の当該褥瘡に対して使用した場合又は区分番号「C114」在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を算定している患者に対して使用した場合に限り算定できる。</p> <p>イ 皮膚欠損用創傷被覆材について、同一の部位に対し複数の創傷被覆材を用いた場合は、主たるもののみ算定する。</p> <p>ウ 区分番号「C114」を算定している患者以外に対して使用する場合は、いずれも原則として3週間を限度として算定する。それ以上の期間において算定が必要な場合には、診療報酬明細書の摘要欄に詳細な理由を記載する。</p>
--	--

「別表Ⅱ 医科：その他の部」(平成28年 点数表の解釈 p.1144)

検査、処置、手術等に伴い医療者が使用

<p>(101 皮膚欠損用創傷被覆材)</p>	<p>(5) 皮膚欠損用創傷被覆材</p> <p>ア 主として創面保護を目的とする被覆材の費用は、当該材料を使用する手技料の所定点数に含まれ、別に算定できない。</p> <p>イ 皮膚欠損用創傷被覆材は、いずれも2週間を標準として、特に必要と認められる場合については3週間を限度として算定できる。また、同一部位に対し複数の創傷被覆材を用いた場合は、主たるもののみ算定する。</p> <p>ウ 皮膚欠損用創傷被覆材は、以下の場合には算定できない。</p> <p>a 手術縫合創に対して使用した場合</p> <p>b 真皮に至る創傷用を真皮に至る創傷又は熱傷以外に使用した場合</p> <p>c 皮下組織に至る創傷用・標準型又は皮下組織に至る創傷用・異形型を皮下組織に至る創傷又は熱傷以外に使用した場合</p> <p>d 筋・骨に至る創傷用を筋・骨に至る創傷又は熱傷以外に使用した場合</p>
-------------------------	--

褥瘡処置=J001-4 重度褥瘡処置 (1日につき)

皮下組織に至る褥瘡(筋肉、骨等に至る褥瘡を含む。)(DESIGN-R分類D3、D4及びD5)に対して褥瘡処置を行った場合に算定

(問1) 皮膚欠損用創傷被覆材(デオアクティブ等)、非固着性シリコンガーゼは、「⑭在宅」, 「(40)処置」欄いずれの場合でも請求できないの ですか。

(答) そうではありません。以下のような扱いとなります。

(1) C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定する患者

- ①J000 創傷処置(薬剤及び特定保険医療材料を含む) が包括されているため、創傷処置として褥瘡処置を行っても、皮膚欠損用創傷被覆材、非固着性シリコンガーゼは別に算定できない。
- ②J001-4 重度褥瘡処置は在宅寝たきり患者処置指導管理料に包括されないのので、皮下組織に至る褥瘡に対して重度褥瘡処置を行い、皮膚欠損用創傷被覆材、非固着性シリコンガーゼを使用した場合は、「処置」欄で J001-4 重度褥瘡処置及び皮膚欠損用創傷被覆材ともに請求できる。

(2) C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定しない患者

訪問診療又は往診で患家に赴き、創傷処置として褥瘡処置を行った場合、「処置」欄で J000 創傷処置および皮膚欠損用創傷被覆材ともに請求できる。

- ③ いずれかの在宅療養指導管理料を算定している場合であって、在宅での療養を行っている通院困難な患者のうち、皮下組織に至る褥瘡瘡(筋肉、骨等に至る褥瘡を含む)(DESIGN 分類 D3, D4 および D5) を有する患者の当該褥瘡に対して使用した場合。

(問2) 皮膚欠損用創傷被覆材、非固着性シリコンガーゼは、どのような場合にレセプトの「⑭在宅」欄にて保険請求できますか

(答) 以下の場合に保険請求することができます。

- ①いずれかの在宅療養指導管理料を算定している場合であって、在宅での療養を行っている通院困難な患者のうち、皮下組織に至る褥瘡(筋肉、骨等に至る褥瘡を含む)(DESIGN 分類 D3, D4 および D5) を有する患者の当該褥瘡に対して使用した場合
- ②在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を算定している患者に対して使用した場合

3. 平成 27 年 6 月に変更された、

在宅時医学総合管理料の算定時の在宅寝たきり患者処置指導管理料の取り扱い

変更前

C002 在宅時医学総合管理料又はC002-2 特定施設入居時等医学総合管理料を算定している患者に、在宅で J060 膀胱洗浄をした場合、処置の膀胱洗浄を算定してもよいでしょうか。膀胱洗浄は C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料に含まれるので、算定不可と考えますが、いかがでしょうか。

考え方は2つあります。

(在宅寝たきり患者処置指導管理料算定なし) 1 つめは、処置指導管理を行わず、医師が訪問診療または往診をした時に処置を行うケースで、**処置料と薬剤料、特定保険医療材料の算定ができます。**

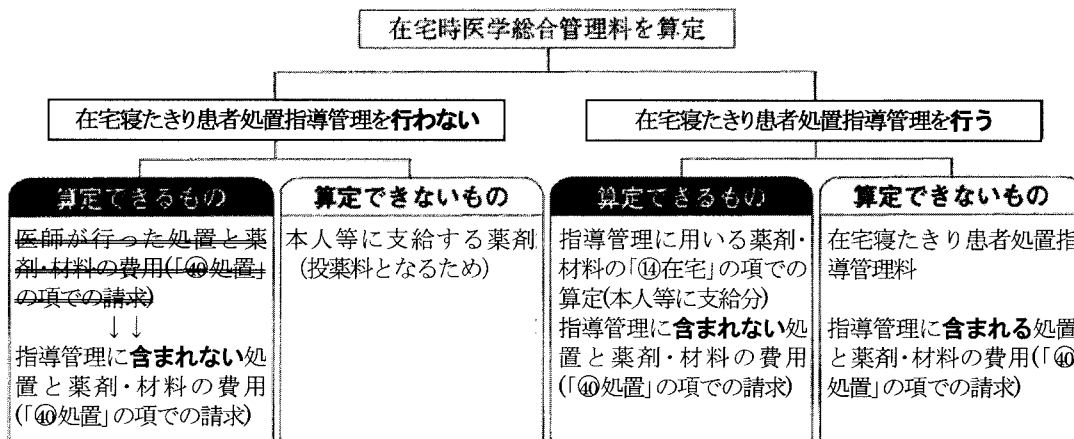
(在宅寝たきり患者処置指導管理料算定あり) 2 つめは、あらかじめ自己処置用の薬剤を患家に渡して、医師が訪問診療または往診したときに処置指導を兼ねて処置している場合で、処置指導管理を行っていますので処置料の算定はできません。

なお、寝たきり患者処置指導管理料は、在宅時医学総合管理料に含まれますので、自己処置用に投与した薬剤、特定保険医療材料のみを在宅の薬剤、特定保険医療材料として算定（「⑭在宅」の項で請求）します。

平成 27 年 6 月 30 日疑義解釈資料の送付について（その 1 4）（厚生労働省保険局医療課）

（問 5）C002 在宅時医学総合管理料又はC002-2 特定施設入居時等医学総合管理料が算定されている月において、C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料は別に算定できないこととされているが、在宅寝たきり患者処置指導管理料に**含まれる処置（薬剤及び特定保険医療材料に係る費用を含む。）**についても、別に算定できないのか。

（答）算定できない。



平成 27 年 6 月より前の請求

(a) 在宅寝たきり患者処置指導管理を行わない場合

⑭	* 在宅患者訪問診療料	833×2
	* 在宅時医学総合管理料	2280×1
⑭	* 創傷処置 1	45×2
	* アクトシン軟膏 3% 1g	5×2

(b) 在宅寝たきり患者処置指導管理を行う場合

⑭	* 在宅患者訪問診療料	833×2
	* 在宅時医学総合管理料	2280×1
	* アクトシン軟膏 3% 7g (1日1g 7日分)	35×1

平成 27 年 6 月以降、「疑義解釈」（厚労省）のとおり、在宅時医学総合管理料算定時、「在宅寝たきり患者処置指導管理料に含まれる処置（薬剤及び特定保険医療材料に係る費用を含む。）」についても、別に算定できない」とされ、上記、(a)のような、処置料や薬剤（及び特定保険医療材料）の算定は認められなくなった。

(6) 在宅療養指導管理と処置に用いる薬剤の請求

「在宅療養指導管理に係る薬剤」とは、在宅寝たきり患者処置指導管理に係る軟膏薬(外用薬)や在宅成分栄養経管栄養法指導管理に係る人工栄養剤(内服薬)など、また、「注射薬」は、在宅自己指導管理にあたり自己注射を行うインスリン製剤や在宅中心静脈栄養法指導管理に係る在宅中心静脈栄養法用輸液等があります。

(内服薬・外用薬)

- ①消毒薬(ヒビテン、イソジンなど)は、下記「在宅療養指導管理料 通則・一般的事項 通知」により算定できない。

(12)・・・指導管理に要するアルコール等の消毒薬、・・・等は、当該保険医療機関が提供すること。なお、当該医療材料の費用は、別に診療報酬上の加算等として評価されている場合を除き所定点数に含まれ、別に算定できない。

(平成 28 年 点数表の解釈 p.422)

- ・患者自ら又はその家族等患者の看護に当たる者が実施する褥瘡、創傷等の処置に使用する消毒薬器具の消毒に使用する消毒液
- ・器具の洗浄や消毒の薬剤(滅菌精製水やヒビテンなど)も算定不可

②C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料

褥瘡治療

《医師等が直接、医療サービスを提供》

⑬	* 特定疾患療養管理料	225×2
⑭	* 在宅患者訪問診療料 1	833×4
⑩	* 創傷処置 1	45×4
	* アクトシン軟膏 3% 1g	5×4

医師の行った一回分の処置薬剤

《患者又は患者の看護に当たる者が指導・管理のもと実施》

⑭	* 在宅患者訪問診療料 1	833×4
	* 在宅寝たきり患者処置指導管理料	1050×1
	* アクトシン軟膏 3% 7g (1日1g 7日分)	35×4

纏まった量を家族に支給

膀胱洗浄、留置カテーテル設置

膀胱洗浄用の生理食塩水等や抗生剤(硫酸ポリミキシン B など)は算定可

留置カテーテル挿入時のキシロカインゼリー(粘滑・表面麻酔剤)は算定できるが、消毒薬(ヒビテン等)や、膀胱留置カテーテル先端のバルーン拡張用の滅菌水等は算定不可(胃瘻チューブのバルーン用も算定不可)

③C106 在宅自己導尿指導管理料

自己導尿に用いるカテーテルの消毒薬や洗浄用の滅菌精製水等は算定不可

④C103 在宅酸素療法指導管理料

加湿用やカテーテル洗浄用の滅菌精製水等は算定不可(C107 在宅人工呼吸指導管理料でも同様) ビソルボン吸入液を生理食塩液等で希釈し、ネブライザーを用いて吸入させる時の、吸入液や希釈液である生理食塩液は請求できる

⑤C105 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料では、「栄養素の成分の明らかなもの(アミノ酸、ジ

ペプチド又はトリペプチドを主なタンパク源とし、未消化態タンパクを含まないもの) 用いた場合」に算定とされ、**エレンタール、エレンタール P、ツインライン**に (消化能栄養剤) に限られます。

※1 エンシュアリキッド、クリニミール、ラコール (半消化態栄養剤) などは、在宅寝たきり患者処置指導管理料で算定します。

※2 「平成 24 年改定」で、「栄養素の成分の明らかなものを一部用いているだけ……は該当しない。」(平成 28 年 点数表の解釈 p.430) とされ、半消化態栄養剤 (ラコールなど) との併用は認められない。

(問1) 在宅酸素療法に使用した精製水の費用は別に算定できますか。

(答) 算定できません。

(問2) 在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者に、灌流液と併せてイソジン液を院外処方してよいですか。

(答) 消毒液は当該医療機関で支給すべきものです。院外処方できません。

(問3) 在宅寝たきり患者処置指導管理を算定している患者に、膀胱洗浄に使用する生食などを処方せんにより投与することは認められるでしょうか。

(答) 在宅療養指導管理に伴う薬剤は、「在宅医療」の部の薬剤として扱いますが、院外処方せんにより投与することも可能です。ただし、消毒薬など所定点数に含まれるものは、保医発通知により医療機関が患者に支給すべきものとされています。設問の生食は、膀胱洗浄液として患者または家族が使用するものであれば、処方せんにより投与できます。

(問4) 在宅酸素療法指導管理料を算定している患者に対して投与された、気道の感をとるためのムコソルバン錠等は、在宅療養指導管理に伴う薬剤として考えるのでしょうか。

(答) ムコソルバン錠等は、在宅療養指導管理に伴う薬剤には含まれず、投薬の部の薬剤として算定します。したがって、調剤料や処方料、処方せん料等も算定できます。ただし在宅時医学総合管理料等の投薬を包括する点数と同時には算定できません。

(問5) 白癬症に対するマイコスポール液 10mL のみの処方や、皮膚掻痒症に対するレスタミン軟膏 10g の処方、C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定しているケースがあります。このような軟膏処方程度なら薬剤の窓口での説明で十分かと思いますが、指導管理料は算定可能なのでしょうか。

(答) 設問にある白癬症に対するマイコスポール液や掻痒症に対するレスタミン軟膏等の外用薬の投与は、当指導管理料に伴う薬剤としてではなく、投薬の部の外用薬として投与するのが適当と思われます。その程度にもよりますが、当該指導管理料は算定できないと解されます。在宅療養指導管理料は在宅で患者自ら行う、身体代謝機能の維持のための療法を日常的に継続して行うために必要な指導管理の点数です。その対象となる軟膏処置や創傷処置等は褥瘡処置や気管カニューレの交換等の処置を想定しているようです。

(注射薬)

在宅療養指導管理に用いられる注射薬（患者に支給される）は、在宅自己指導管理にあたり自己注射を行うインスリン製剤や在宅中心静脈栄養法指導管理に係る在宅中心静脈栄養法用輸液等があります。

これらの注射薬は、内服薬等と異なり、厚生労働大臣の定めるものに限られています。（「厚生労働大臣の定める注射薬」）これらの薬剤は本人に支給され、「⑭在宅」の項で請求されます。

C200 薬剤（投与の対象となる注射薬）

（平成 28 年 点数表の解釈 p.451～452）

(1) 次の厚生労働大臣の定める注射薬に限り投与することができる。

【厚生労働大臣の定める注射薬】

インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅶ因子製剤、乾燥濃縮人血液凝固第Ⅹ因子加活性化第Ⅶ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅸ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅸ因子製剤、活性化プロトロンビン複合体、乾燥人血液凝固因子抗体迂回活性複合体、性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤、性腺刺激ホルモン製剤、ゴナドトロピン放出ホルモン誘導体、ソマトスタチンアナログ、顆粒球コロニー形成刺激因子製剤、自己連続携行式腹腔灌流用灌流液、在宅中心静脈栄養法用輸液、インターフェロンアルファ製剤、インターフェロンベータ製剤、ブプレノルフィン製剤、モルヒネ塩酸塩製剤、抗悪性腫瘍剤、グルカゴン製剤、グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニスト、ヒトソマトメジンC製剤、人工腎臓用透析液、血液凝固阻止剤、生理食塩液、プロスタグランジンI2製剤、エタネルセプト製剤、注射用水、ペグビソマント製剤、スマトリプタン製剤、フェンタニル

クエン酸塩製剤、フェンタニルクエン酸塩製剤、複方オキシコドン製剤、オキシコドン塩酸塩製剤、ベタメタゾンリン酸エステルナトリウム製剤、デキサメタゾンリン酸エステルナトリウム製剤、デキサメタゾンメタスルホ安息香酸エステルナトリウム製剤、プロトンポンプ阻害剤、H2遮断剤、カルバゾクロムスルホン酸ナトリウム製剤、トラネキサム酸製剤、フルルビプロフェンアキセチル製剤、メトクロプラミド製剤、プロクロルペラジン製剤、ブチルスコポラミン臭化物製剤、グリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・L-システイン塩酸塩配合剤、アダリムマブ製剤、エリスロポエチン、ダルベポエチン、テリパラチド製剤、アドレナリン製剤、ヘパリンカルシウム製剤、アポモルヒネ塩酸塩製剤、セルトリズマブペゴル製剤、トシリズマブ製剤、メトレレプチン製剤、アバタセプト製剤、pH4処理酸性人免疫グロブリン(皮下注射)製剤、電解質製剤、注射用抗菌薬、エダラボン製剤、アスホターゼアルファ製剤、グラチラマー酢酸塩製剤及び脂肪乳剤

(2) 上記の注射薬の投与日数は、以下のとおりである。

ア 投与日数に制限のないもの

イ 及びウに該当しない注射薬

イ 14日分を限度に投与することができるもの

(イ) 新医薬品（医薬品医療機器法第14条の4第1項第一号に規定する新医薬品をいう。）であって、使用薬剤の薬価（薬価基準）への掲載の日の属する月の翌月の初日から起算して1年を経過していない注射薬

(ロ) 複方オキシコドン製剤

ウ 30日分を限度に投与することができるものブプレノルフィン製剤、モルヒネ塩酸塩製剤、フェンタニルクエン酸塩製剤

(3) 厚生労働大臣の定める注射薬のうち、「在宅中心静脈栄養法用輸液」とは、高カロリー輸液をいう。なお、高カロリー輸液を投与する場合には、これ以外にビタミン剤、高カロリー輸液用微量元素製剤及び血液凝固阻止剤を投与することができる。

(4) 厚生労働大臣の定める注射薬のうち、「電解質製剤」とは、経口摂取不能又は不十分な場合の水分・電解質の補給・維持を目的とした注射薬（高カロリー輸液を除く。）をいい、電解質製剤以外に電解質補正製剤（電解質製剤に添加して投与する注射薬に限る。）、ビタミン剤、高カロリー輸液用微量元素製剤及び血液凝固阻止剤を

投与することができる。

(5)厚生労働大臣の定める注射薬のうち、「注射用抗菌薬」とは、病原体に殺菌的又は静菌的に作用する注射薬をいう。

(保険医の診療日以外の日に実施した点滴・処置等に係る薬剤)

(6)初診、再診又は在宅医療において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日¹に訪問看護ステーション等の看護師等が、当該患者に対し点滴又は処置等を実施した場合は、当該保険医療機関において、本区分により点滴又は処置等に用いた薬剤（当該患者に対し使用した分に限る。）の費用を算定する。なお、この場合にあつては、当該薬剤が使用された日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。ただし、区分番号「A000」初診料の算定の場合にあつては、当該薬剤料の費用は算定できない。

【在宅療養指導管理にあたり患者に支給できる注射薬】

「厚生労働大臣の定める注射薬」のうち、C101 在宅自己注射指導管理料に係る注射薬については告示の「別表第9」に規定され、C108 在宅悪性腫瘍患者指導管理料、C111 在宅肺高血圧症患者指導管理料等に係る注射薬については、保医発通知に対象となる注射薬が掲げられている。

「厚生労働大臣の定める注射薬」のうち、各指導管理料に規定されていない注射薬について、どの在宅療養指導管理料にあたり支給できる注射薬であるかは、一部を除き特に明文の規定はない。

① 各在宅療養指導管理料に規定される注射薬

在宅療養指導管理料の種別		各在宅療養指導管理料に規定される注射薬
A	在宅自己注射指導管理料	別表第9に定める注射薬ディスポーザブル注射器、自動注入ポンプ、携帯用注入器、針無圧力注射器により注入。ただし、インスリンまたは性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤の間歇的かつ自動的注入は間歇注入シリンジポンプによる
B	在宅悪性腫瘍患者指導管理料	A 鎮痛療法用剤:ブプレノルフィン製剤、モルヒネ塩酸塩製剤、フェンタニルクエン酸塩製剤複方オキシコドン製剤、オキシコドン塩酸塩製剤、フルルピプロフェンアキセチル製剤を①注射、②携帯型ディスポーザブル注入ポンプ、③輸液ポンプにより注入
		B 化学療法用剤:抗悪性腫瘍剤を①携帯型ディスポーザブル注入ポンプ、②輸液ポンプを用いた中心静脈注射、③埋込型カテーテルアクセスにより注入またはインターフェロンアルファ製剤を④注射する療法をいう
C	在宅自己腹膜灌流指導管理	自己連続携帯式腹膜灌流用灌流液
D	在宅血液透析指導管理	人工腎臓用透析液
E	在宅中心静脈栄養法指導管理料	在宅中心静脈栄養法輸液:高カロリー輸液の他、ビタミン剤、高カロリー輸液用微量元素製剤、血液凝固阻止剤
F	在宅肺高血圧症患者指導管理料	プロスタグランジン ₂ 製剤(フローラン注)を携帯型精密輸液ポンプにより投与

② 各在宅療養指導管理料に規定されていない注射薬^(※は、揭示事項等告示などに規定されたもの)

その他の注射薬	銘柄名(例)	製剤の種別	主な指導管理
①活性化プロトロンビン複合体	(なし)	血液凝固因子製剤	(図表1①)
②乾燥人血液凝固因子抗体迂回活性複合体	ファイバ		A(以下同)
③血液凝固阻止剤	ヘパリン、プサン(D)		D*,E*
④生理食塩液		溶解・希釈剤	④を溶解・希釈目的以外で使用する場合はD*
⑤注射用水			
⑥ベタメタゾンリン酸エステルナトリウム製剤	リンデロン	副腎皮質ホルモン剤(ステロイド)	B(b), E
⑦デキサメタゾンリン酸エステルナトリウム製剤	デカドロン、デキサート、オルガドロン、ソルコート		
⑧デキサメタゾンメタスルホ安息香酸エステルナトリウム製剤	メサドロン		

⑨プロトンポンプ阻害剤	オメプラール,タケプロン		
⑩H ₂ 遮断剤	タガメット,ザンタック,ガス ター,アルタット	消化性潰瘍治療剤	E
⑪カルバゾクロムスルホン酸ナトリウム製剤	アドナ	止血剤	E
⑫トラネキサム酸製剤	トランサミン		
⑬メクロプラミド製剤	プリンペラン	胃腸機能調整剤	B(b),E
⑭プロクロルペラジン製剤	ノバミン	悪心・嘔吐用剤	B(b)
⑮ブチルスコポラミン臭化物製剤	ブスコパン	鎮痙剤	E
⑯エリスロポエチン	エスポー,エポジン	腎性貧血治療剤	C*,D*
⑰ダルベポエチン	ネスブ		

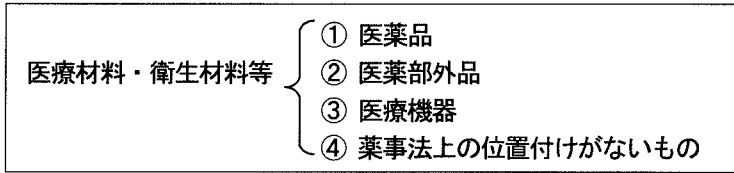
また、在宅療養指導管理に伴う薬剤は、「在宅医療」の部の薬剤として扱いますが、院外処方せんにより投与することもできます。

自己処置に用いる外用薬や生理食塩水などの注射薬、鼻腔栄養等に用いる経腸栄養剤、在宅中心静脈栄養に用いる高カロリー輸液、ビタミン剤、血液凝固阻止剤等を投与することがあります。またこれらの薬剤は院外処方することもできますが、在宅医療用の薬剤のみを処方した場合の処方せん料は算定できません。

(7) 在宅療養指導管理に伴う材料料

1. 医療材料・衛生材料等とは

一般的に医療材料・衛生材料等と呼ばれているものは、薬事法上、下記の4つに分けられます。



診療報酬では、薬事法上の区分より、『特定保険医療材料』か否かが大切です。

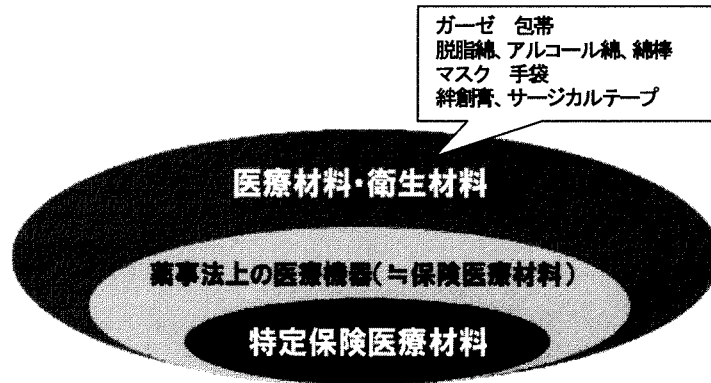
2. 特定保険医療材料とは？

・薬事法上の承認又は認証を得た医療機器・材料（≒保険医療材料）のうち、手技料・薬剤料などとは別に診療報酬請求することができる（＝保険が適応される）もの。

・費用の額は、厚生労働省が「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）」として告示したものにより算定する。

・特定保険医療材料には院外処方箋で出すことのできるものもある。

なお、保険診療の原則として、保険医療材料は手技料等に含まれており別に算定することはできない。しかし療養内容のうち**特定された場合に限って、「特定保険医療材料」として別に算定することができる。**



3. 在宅医療用の特定保険医療材料

在宅医療以外で用いられる特定保険医療材料は、医師が行う処置や手術等に用いたり、患者の身体に装着させて用いるが、在宅医療用の材料は自己処置・自己注射用の材料として患者に渡しておく。このため在宅医療の材料は在宅医療以外の特定保険医療材料とは別に定められている。なお、交換用胃瘦カテーテルは在宅医療以外の特定保険医療材料で、「(40)処置」欄で処置料とともに請求される。

材料価格基準(各特定保険医療材料)の構成

別表	対象	患者に費用請求できる場合
I 医科	在宅医療の部	在宅療養指導管理(料の算定)に基づいて医療機関が患者に支給 「⑭在宅」の項で算定
II 医科	その他の部	検査、処置、手術等に伴い医療者が使用
III 医科 歯科	画像診断の部 (フィルム)	画像診断に伴い医療者が使用
IV～VII 歯科	歯科の材料	略
VIII 調剤	保険薬局	院外処方箋に基づき保険薬局が患者に支給

在宅医療用の特定保険医療材料

在宅医療以外で用いられる特定保険医療材料は医師等が患者の身体に装着させて用いるが、在宅医療用の材料は自己処置・自己注射用の材料として患者に渡しておく。

このため在宅医療の材料は在宅医療以外の特定保険医療材料とは別に定められている。なお、交換用胃瘻カテーテルなどは在宅医療以外の、処置等の特定保険医療材料とされている。

医科診療報酬の在宅医療の部に規定されている特定保険医療材料（下線部が改定）

001 腹膜透析液交換セット		① 一般用	180円
(1) 交換キット	544円	② 乳幼児用	
(2) 回路		ア 一般型	92円
① Yセット	873円	イ 非DEHP型	144円
② APDセット	5,370円	③ 経腸栄養用	1,600円
③ IPDセット	1,020円	④ 特殊型	2,070円
002 在宅中心静脈栄養用輸液セット		(2) 腸瘻用	4,470円
(1) 本体	1,490円	006 在宅血液透析用特定保険医療材料（回路を含む）	
(2) 付属品		(1) ダイアライザー	
① フーバー針	411円	① I a型（膜面積1.5㎡未満）	1,590円
② 輸液バッグ	406円	② I a型（膜面積1.5㎡以上）	1,530円
003 在宅寝たきり患者処置用気管切開後留置用チューブ		③ I b型（膜面積1.5㎡未満）	1,610円
(1) 一般型		④ I b型（膜面積1.5㎡以上）	1,650円
① カフ付き気管切開チューブ		⑤ II a型（膜面積1.5㎡未満）	1,600円
ア カフ上部吸引機能あり		⑥ II a型（膜面積1.5㎡以上）	1,670円
イ 一重管	4,350円	⑦ II b型（膜面積1.5㎡未満）	1,600円
ii 二重管	5,870円	⑧ II b型（膜面積1.5㎡以上）	1,740円
イ カフ上部吸引機能なし		⑨ S型（膜面積1.5㎡未満）	1,660円
i 一重管	3,730円	⑩ S型（膜面積1.5㎡以上）	1,660円
ii 二重管	6,030円	⑪ 特定積層型	5,780円
② カフなし気管切開チューブ	4,120円	(2) 吸着型血液浄化器（β ₂ -ミクログロブリン除去用）	22,600円
(2) 輪状甲状膜切開チューブ	3,750円	007 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ	
(3) 保持用気管切開チューブ	6,100円	(1) 化学療法用	3,500円
004 在宅寝たきり患者処置用膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル		(2) 標準型	3,420円
(1) 2管一般（I）	229円	(3) PCA型	4,450円
(2) 2管一般（II）		008 皮膚欠損用創傷被覆材	
① 標準型	594円	(1) 真皮に至る創傷用	1cm ² 当たり6円
② 閉鎖式導尿システム	633円	(2) 皮下組織に至る創傷用	
(3) 2管一般（III）		① 標準型	1cm ² 当たり10円
① 標準型	1,620円	② 異形型	1g当たり37円
② 閉鎖式導尿システム	1,690円	(3) 筋・骨に至る創傷用	1cm ² 当たり25円
(4) 特定（I）	772円	009 非固着性シリコンガーゼ	
(5) 特定（II）	2,090円	(1) 広範囲熱傷用	1,060円
005 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		(2) 平坦部位用	139円
(1) 経鼻用		(3) 凹凸部位用	326円
		010 水循環回路セット	1,080,000円

<参考> 調剤報酬で規定されている特定保険医療材料

インスリン製剤等注射用ディスポーザブル注射器	17円	万年筆型注入器用注射針	
ヒト成長ホルモン剤注射用ディスポーザブル注射器	10円	(1) 標準型	15円
ホルモン製剤等注射用ディスポーザブル注射	11円	(2) 針折れ防止型	17円
		(3) 超微細型	18円

※医科診療報酬の在宅医療の部に規定されている特定保険医療材料は同価格のため省略

【在宅療養指導管理に係る材料】

(問) 在宅療養指導管理に要する消毒薬、衛生材料、翼状針、ウロバックなど、在宅療養指導管理材料加算や特定保険医療材料の対象となっていない材料等は、患者から自費徴収してよいか。

(答) 自費徴収は認められない。在宅療養指導管理に要する材料等は、在宅療養指導管理料を算定する医療機関が必要な衛生材料等の量の把握に努め、十分な量の衛生材料等を支給することになっている。これらの費用は、在宅療養指導管理料に含まれている取扱いとなっている。

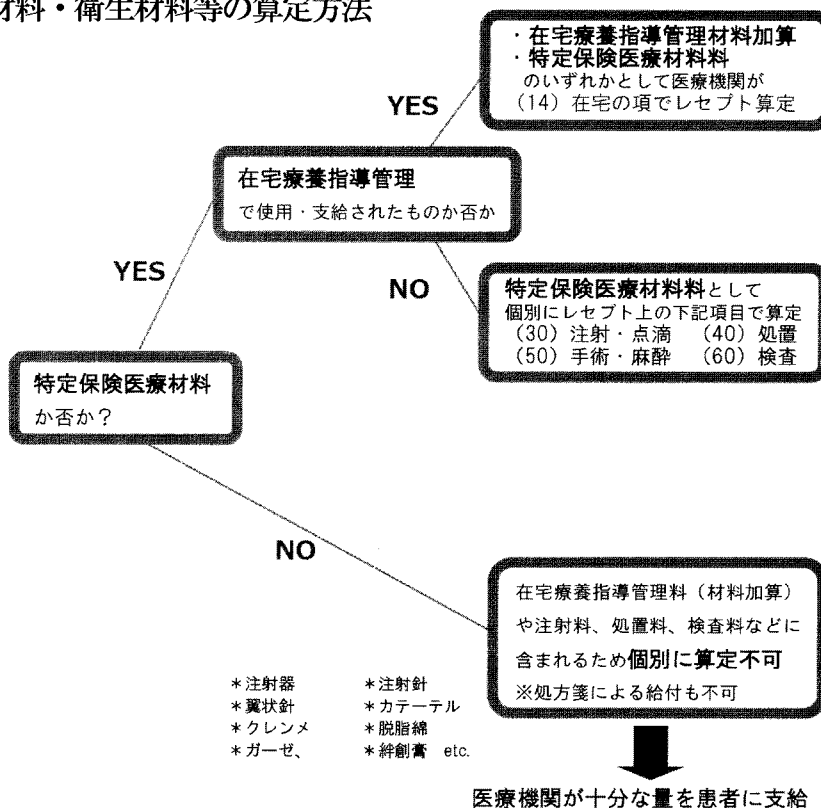
交換用胃瘦カテーテル

交換用胃瘦カテーテルは在宅医療用の材料ではないので、J043-4 経管栄養カテーテル交換法(200点) (画像診断による確認を行った場合に限る) とともに「④⑩処置」欄で請求する。

プラスチックカニューレ型静脈内留置針 (在宅医療用の材料ではない)

プラスチックカニューレ型静脈内留置針は、おおむね 24 時間以上にわたって経皮的静脈確保を必要とする場合又は 6 歳未満の乳幼児、ショック状態若しくはショック状態に陥る危険性のある症例で翼状針による静脈確保が困難な場合に限り算定できる。

4. 在宅医療における医療材料・衛生材料等の算定方法



5. 院外処方で支給できる特定保険医療材料

在宅医療で用いる特定保険医療材料のうち調剤薬局が保険請求できる品目については院外処方せんで出すこともできる。この取り扱いが可能な材料は (表) のとおりである。

院外処方により材料を支給した場合は、F400 処方せん料は算定できません(在宅療養指導管理に伴う材料・薬剤以外の薬剤を処方した場合は、処方せん料を算定できます)。

注院外処方により、(薬剤を伴わずに)注射器、注射針のみを支給することは認められていません。

Ⅷ 別表第三 調剤報酬点数表に規定する特定保険医療材料及びその材料価格

001 インスリン製剤等注射用ディスポーザブル注射器 17円	i 一重管 3,730円 ii 二重管 6,030円
002 ヒト成長ホルモン剤注射用ディスポーザブル注射器 10円	② カフなし気管切開チューブ 4,120円 (2) 輪状甲状膜切開チューブ 3,750円 (3) 保持用気管切開チューブ 6,100円
003 ホルモン製剤等注射用ディスポーザブル注射器 11円	010 在宅寝たきり患者処置用膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル (1) 2管一般(I) 229円 (2) 2管一般(II) ① 標準型 594円 ② 閉鎖式導尿システム 633円 (3) 2管一般(III) ① 標準型 1,620円 ② 閉鎖式導尿システム 1,690円 (4) 特定(I) 772円 (5) 特定(II) 2,090円
004 腹膜透析液交換セット (1) 交換キット 544円 (2) 回路 ① Yセット 873円 ② APDセット 5,370円 ③ IPDセット 1,020円	011 在宅血液透析用特定保険医療材料(回路を含む。) (1) ダイアライザー ① Ia型(膜面積1.5㎡未満) 1,590円 ② Ia型(膜面積1.5㎡以上) 1,530円 ③ Ib型(膜面積1.5㎡未満) 1,610円 ④ Ib型(膜面積1.5㎡以上) 1,650円 ⑤ IIa型(膜面積1.5㎡未満) 1,600円 ⑥ IIa型(膜面積1.5㎡以上) 1,670円 ⑦ IIb型(膜面積1.5㎡未満) 1,600円 ⑧ IIb型(膜面積1.5㎡以上) 1,740円 ⑨ S型(膜面積1.5㎡未満) 1,660円 ⑩ S型(膜面積1.5㎡以上) 1,660円 ⑪ 特定積層型 5,780円 (2) 吸着型血液浄化器(β2-ミクログロブリン除去用) 22,600円
005 在宅中心静脈栄養用輸液セット (1) 本体 1,490円 (2) 付属品 ① フーバー針 411円 ② 輸液バッグ 406円	012 皮膚欠損用創傷被覆材 (1) 真皮に至る創傷用1㎢当たり 6円 (2) 皮下組織に至る創傷用 ① 標準型 1㎢当たり 10円 ② 異形型 1g当たり 37円 (3) 筋・骨に至る創傷用 1㎢当たり 25円
006 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 (1) 経鼻用 ① 一般用 180円 ② 乳幼児用 ア 一般型 92円 イ 非DEHP型 144円 ③ 経腸栄養用 1,600円 ④ 特殊型 2,070円 (2) 腸瘻用 4,470円	013 非固着性シリコンガーゼ (1) 広範囲熱傷用 1,060円 (2) 平坦部位用 139円 (3) 凹凸部位用 326円
007 万年筆型注入器用注射針 (1) 標準型 15円 (2) 針折れ防止型 17円 (3) 超微細型 18円	014 水循環回路セット 1,080,000円
008 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ (1) 化学療法用 3,500円 (2) 標準型 3,420円 (3) PCA型 4,450円	
009 在宅寝たきり患者処置用気管切開後留置用チューブ (1) 一般型 ① カフ付き気管切開チューブ ア カフ上部吸引機能あり i 一重管 4,350円 ii 二重管 5,870円 イ カフ上部吸引機能なし	

(平成28年3月)

※ 滋賀県薬剤師会 在宅医療支援薬局
医療材料分割販売(東邦薬品株)

在宅療養指導管理に伴う「材料加算」「特定保険医療材料」等一覧表

在宅療養指導管理の種別	A 第2款 在宅療養指導管理材料加算	B C 300 特定保険医療材料	C 院外処方で支給できる特定保険医療材料
C 101 在宅自己注射指導管理料	①C 150 血糖自己測定器 ②C 151 注入器*1 ③C 153 注入器用注射針*2 ④C 152 間歇注入シリンジポンプ ⑤C 152-2 持続血糖測定器 ⑥C 161 注入ポンプ	*5	①インスリン、ホルモン製剤等注射用デイスボ注射器*1 ②万年筆型注入器用注射針*2*5
C 101-2 在宅小児低血糖症患者指導管理料	C 150 血糖自己測定器	*5	*5
C 101-3 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料			
C 102 在宅自己腹膜灌流指導管理料	①C 154 紫外線殺菌器 ②C 155 自動腹膜灌流装置	腹膜透析液交換セット*5	腹膜透析液交換セット*5
C 102-2 在宅血液透析指導管理料	C 156 透析液供給装置	①ダイアライザー ②吸着型血液浄化器*5	①ダイアライザー ②吸着型血液浄化器*5
C 103 在宅酸素療法指導管理料	①C 157 酸素ポンプ ②C 158 酸素濃縮装置 ③C 159 液化酸素装置 ④C 159-2 呼吸同調式デマンドバルブ ⑤C 171 在宅酸素療法材料	*5	*5
C 104 在宅中心静脈栄養法指導管理料	①C 160 輸液セット*4 ②C 161 注入ポンプ	在宅中心静脈栄養用輸液セット(1月7組目より算定)*5	①在宅中心静脈栄養用輸液セット*4*5
C 105 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	①C 162 栄養管セット ②C 161 注入ポンプ	*5	*5
C 105-2 在宅小児経管栄養法指導管理料			
C 106 在宅自己導尿指導管理料	C 163 特殊カテーテル加算	*5	*5
C 107 在宅人工呼吸指導管理料	C 164 人工呼吸器 C 170 排痰補助装置	*5	*5
C 107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	C 165 在宅持続陽圧呼吸療法用治療器 C 171-2 在宅持続陽圧呼吸療法材料	*5	*5
C 108 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料	①C 161 注入ポンプ ②C 166 携帯型デイスボ注入ポンプ*3	携帯型デイスボ注入ポンプ(1月7個目より算定)*5	①インスリン、ホルモン製剤等注射用デイスボ注射器 ②携帯型デイスボ注入ポンプ*3*5
C 108-2 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料			
C 109 在宅寝たきり患者処置指導管理料		①気管切開後留置用チューブ ②膀胱留置用デイスボカテーテル ③栄養用デイスボカテーテル*5	①気管切開後留置用チューブ ②膀胱留置用デイスボカテーテル ③栄養用デイスボカテーテル*5
C 110 在宅自己疼痛管理指導管理料	C 167 疼痛等管理用送信器	*5	*5
C 110-2 在宅振戦等刺激装置治療指導管理料			
C 110-3 在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料			
C 111 在宅肺高血圧症患者指導管理料	C 168 携帯型精密輸液ポンプ C 168-2 携帯型精密ネブライザー	*5	*5
C 112 在宅気管切開患者指導管理料	C 169 気管切開患者用人工鼻	*5	*5
C 114 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料		*5	*5
C 116 在宅植込型補助人工心臓(非拍動流型)指導管理料		水循環回路セット*5	水循環回路セット*5

(1) A 欄*1~*4の材料加算は、C 欄の院外処方でそれぞれ対応する*1~*4の材料を支給した場合は算定できない。

(2) A 欄の在宅自己注射の「注入器」、「注入器用注射針」は処方した場合に限り算定できる。

(3) B・C 欄の*5は「皮膚欠損用創傷被覆材」「非固着性シリコンガーゼ」。C 114 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料の算定患者に使用した場合に算定・院外処方可。あるいは、いずれかの在宅療養指導管理を指導している場合で、皮下組織に至る褥瘡に使用した場合に算定・院外処方可(C 114の算定患者以外では、原則として3週間まで)。

在宅療養指導管理料

算定のポイント

- ①同一患者に対して1月1回を限度として算定します（在宅療養指導管理料加算を含む）。
- ②複数の医療機関で指導を行っていても、主たる指導管理を行っている医療機関のみで算定します。
- ③退院日に退院医療機関で算定済みでも、退院医療機関以外のかかりつけ医において要件を満たせば算定可能です。

在宅療養指導管理料は、医師が患者またはその家族等に対して、療養上必要な事項について適正な注意や指導、各在宅療法の方法、注意点、緊急時の措置に関する指導等を実施した場合に算定します。とくに規定する場合を除いては、同一患者に対し、1月に1回を限度として算定します。また、同じ患者に対して2以上の指導管理を行っている場合は、主たる指導管理の所定点数のみ算定します。ただし、在宅療養指導管理料加算、薬剤料、特定保険医療材料はそれぞれ算定が可能です。たとえば在宅自己注射指導管理料と在宅酸素療法指導管理料は併算定できませんが、注入器加算や酸素ボンベ加算といった加算はそれぞれの要件を満たせば算定できます。ただし、2以上の医療機関が同一患者について、同一の在宅療養指導管理料を算定すべき指導管理を行っている場合は、主たる指導管理を行っている医療機関において当該在宅療養指導管理料を算定します。なお、退院日に算定していても、その医療機関以外のかかりつけ医でも算定要件を満たせば算定できます。

主な算定ルール

- ①無床診療所では、患者の急変に備え、緊急入院や検査等が可能な医療機関との連携が必要です。
- ②カルテには、在宅療養を指示した根拠、指示事項（方法、注意点、緊急時の措置を含む）、指導内容の要点を記載します。
- ③指導管理に必要なアルコール等の消毒薬、衛生材料（脱脂綿、ガーゼ、絆創膏等）、酸素、注射器、注射針、翼状針、カテーテル、膀胱洗浄用注射器、クレンジ等は、十分な量を当該医療機関が提供します。
- ④医療材料の費用は原則として所定点数に含まれており、別に算定できません。また、加算等が設定されている場合はその加算点数で算定します。

◆ワンポイント知識

退院日は算定できない？

在宅療養指導管理料は、退院日にはいかなる場合も算定できない、という思い違いがあるようです。

退院日に算定できないのは入院していた医療機関であって、退院後に療養を担当する別の医療機関では算定が可能です。ただし算定にあたっては、レセプトの摘要欄にその算定理由（入院していた医療機関と異なる在宅療養指導管理を行った、など）を記載する必要があります。

このため、在宅療養指導管理料を算定する場合は、患者さんにその日の入院の有無を確認する必要があります。

レセプトの摘要欄記載事項

在宅療養指導管理料に関連する薬剤や特定保険医療材料を支給した際には、レセプトの摘要欄に下記の事項を記載する必要があります。多くの場合は電子カルテやレセコンが記載しているはずですが、きちんと記載されていない場合は返戻の対象になる場合もありますので、いま一度確認しておきましょう。その他にも指導管理月の記載を求めるものもあるので個々に確認しておきましょう。

〈在宅自己注射〉

総支給単位数、薬剤の総点数、所定単位あたりの薬剤名および支給日数等

〈在宅成分栄養経管栄養法、在宅小児経管栄養法指導管理料、在宅自己導尿〉

薬剤の総支給量、薬剤の総点数、所定単位あたりの薬剤名、支給量および支給日数等

〈在宅自己腹膜灌流在宅中心静脈栄養温在宅悪性腫瘍患者、在宅寝たきり患者処置、在宅難治性皮膚疾患〉

総支給量、薬剤の総点数、所定単位あたりの薬剤名、支給量および支給日数、特定保険医療材料の総点数、名称およびセット数等

〈在宅酸素療法指導管理料、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料〉

検査数値や指導の実施日のほか、加算を1月に2回分算定した場合は、当月分のほ別ご翌月分、前月分のいずれを算定したのかを記載

第2節在宅療養指導管理料……訪問診療や患者が来院した際に、患者自身で行う個々の在宅療養などについて、医師が指導管理を行った場合に算定するものです。第1款「在宅療養指導管理料」と第2款「在宅療養指導管理材料加算」に分かれ、両者を合算して算定します。

◆第1款在宅療養指導管理料

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

◆第2款在宅療養指導管理材料加算

C150 血糖自己測定器加算	C161 注入ポンプ加算
C151 注入器加算	C162 在宅経管栄養法用栄養管セット加算
C152 間歇注入シリンジポンプ加算	C163 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル加算
C152-2 持続血糖測定器加算	C164 人工呼吸器加算
C153 注入器用注射針加算	C165 経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加算
C154 紫外線殺菌器加算	C166 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算
C155 自動腹膜灌流装置加算	C167 疼痛等管理用送信器加算
C156 透析液供給装置加算	C168 携帯型精密輸液ポンプ加算
C157 酸素ポンベ加算	C168-2 携帯型精密ネブライザー加算
C158 酸素濃縮装置加算	C169 気管切開患者用人工鼻加算
C159 液化酸素装置加算	C170 排痰補助装置加算
C159-2 呼吸同調式デマンドバルブ加算	C171 在宅酸素療法材料加算
C160 在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算	C171-2 在宅持続陽圧呼吸療法材料加算

C101 在宅自己注射指導管理料

○改定の概

- (1) 「21 以外の場合」の「月 3 回以下」(100 点)、「月 4 回以上」(190 点)、「月 8 回以上」(290 点)の点数区分が「月 27 回以下の場合」(650 点)に統一されるとともに、「月 28 回以上」の点数が 810 点から 750 点に引き下げられた。
- (2) 在宅自己注射の導入前に、週 2 回以上の外来、往診若しくは訪問診療により、十分な指導を行った場合に算定するとされていたが、導入前に「2 回以上」の指導を行った場合に算定できるとされた。
- (3) 「2」については、B007 難病外来指導管理料との併算定ができると改められた。
- (4) 導入初期加算が 500 点から 580 点に引き上げられた。
- (5) 2 以上の医療機関で異なる疾患に対する在宅自己注射指導管理を行う場合は、各医療機関で在宅自己注射指導管理料を算定できる規定が追加された。
- (6) インターフェロンアルファ製剤を用いた在宅自己注射指導管理について、HTLV-1 関連脊髄症 (HAM) に対して用いた場合にも算定できるとされた。

C101-3 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料

対象患者について、以下の変更がされた。

ア. 従前から対象患者として示されていた「妊娠糖尿病の患者」が告示に追加された。

イ. ハイリスクな妊娠糖尿病である場合について、対象患者の要件に、75gOGTT による血糖値の基準及び非妊娠時の BMI 等の基準が追加された。

算定点数	在宅自己注射指導管理料 1. 複雑な場合 1,230 点 2. 「1」以外の場合 イ. <u>月 27 回以下の場合</u> 650 点 ロ. <u>月 28 回以上の場合</u> 750 点 ----- 在宅小児低血糖症患者指導管理料 820 点	加算	導入初期加算 580 点 (3 月を限度) 血糖自己測定器加算 注入器加算 300 点 間歇注入シリンジポンプ加算 (2 月に 2 回限り) 注入器用注射針加算 持続血糖測定器加算
対象患者	在宅自己注射指導管理料： 以下のインスリン製剤等の自己注射を行っている患者 インスリン製剤 性腺刺激ホルモン製剤 ヒト成長ホルモン剤 遺伝子組換え活性型血液凝固第 VII 因子製剤 遺伝子組換え型血液凝固第 VIII 因子製剤 遺伝子組換え型血液凝固第 IX 因子製剤 乾燥濃縮人血液凝固第 X 因子加活性化第 VII 因子製剤 乾燥人血液凝固第 VIII 因子製剤 乾燥人血液凝固第 IX 因子製剤 顆粒球コロニー形成刺激因子製剤 性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤 ソマトスタチンアナログ ゴナドトロピン放出ホルモン誘導体 グルカゴン製剤 グルカゴン様ペプチド-1 受容体アゴニスト ヒトソマトメジン C 製剤 インターフェロンアルファ製剤 インターフェロンベータ製剤 在宅自己注射指導管理料「1」： 「複雑な場合」=「間歇注入シリンジポンプを用いて自己注射を行っている患者」 在宅小児低血糖症患者指導管理料： 12 歳未満の小児低血糖症であって入院中の患者以外の患者 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料： 妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病の患者であって入院中の患者以外の患者		

<p>算定要件</p>	<ul style="list-style-type: none"> 在宅自己注射の導入前に、入院または週2回以上の外来、往診もしくは訪問診療により、医師による十分な教育期間をとり、十分な指導を行った場合 指導内容を詳細に記載した文書を作成し、患者に交付する <p>在宅自己注射指導管理料：</p> <ul style="list-style-type: none"> 月に実施する注射の総回数に応じて算定 上記の対象患者に対し、指導管理を行った場合に算定 他の在宅療養指導管理料それぞれの材料加算、薬剤、特定保険医療材料は算定できる ・「2」は「B00」難病外来指導管理料と併算定できる ・2以上の医療機関で異なる疾患に対する在宅自己注射指導管理を行う場合は、各医療機関で在宅自己注射指導管理料を算定できる。 <p>在宅小児低血糖症患者指導管理料：</p> <ul style="list-style-type: none"> 重篤な低血糖の予防を目的に、薬物療法 経管栄養法、手術療法を現に行っている、または、それらの終了後6月以内のものに対して、患者およびその家族等に対して適切な療養指導を行った場合 他の在宅療養指導管理料それぞれの材料加算、薬剤、特定保険医療材料は算定できる <p>在宅妊娠糖尿病患者指導管理料：</p> <p>妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病患者のうち、以下の(1)又は(2)に該当する者</p> <p>(1)以下のいずれかを満たす糖尿病である場合(妊娠時に診断された明らかな糖尿病)</p> <p>ア空腹時血糖値が126mg/dL以上 イHbA1cがJDS値で6.1%以上(NGSP値で6.5%以上) ウ随時血糖値が200mg/dL以上(注)ウの場合は、空腹時血糖値又はHbA1cで確認すること。</p> <p>エ糖尿病網膜症が存在する場合</p> <p>(2)ハイリスクな妊娠糖尿病である場合</p> <p>アHbA1cがJDS値で6.1%未満(NGSP値で6.5%未満)で75gOGTT2時間値が200mg/dL以上 イ75gOGTTを行い、次に掲げる項目に2項目以上該当する場合又は非妊娠時のBMIが25以上であって、次に掲げる項目に1項目以上該当する場合</p> <p>(イ)空腹時血糖値が92mg/dL以上 (ロ)1時間値が180mg/dL以上 (ハ)2時間値が153mg/dL以上</p>
<p>併算定不可</p>	<ul style="list-style-type: none"> 注射料の外来化学療法加算 特定疾患療養管理料、ウイルス疾患指導料、小児特定疾患カウンセリング料、小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料(「1」のみ)、皮膚科特定疾患指導管理料、慢性療病疾患管理料、小児悪性腫瘍患者指導管理料、耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料、心身医学療法、小児科外来診療科、他の在宅療養指導管理料、生活習慣病管理料(糖尿病を主病とする場合)、皮内・皮下及び筋肉内注射 <p>(外来受診時、訪問診療時)、静脈内注射、点滴注射</p> <p>(訪問診療時)、(在宅自己注射指導管理料「1」を算定した場合)プログラムの変更にかかる費用、外来受診の際の皮内、皮下および筋肉内注射の費用、当該指導料にかかる薬剤料、在宅患者訪問診療科を算定する日に行った皮内、皮下および筋肉内注射・静脈内注射および点滴注射の費用(薬剤、特定保険医療材料を含む)</p> <p>※本管理料のために使用する薬剤以外の薬剤は算定可能</p>
<p>カルテ記載</p>	<p>指導内容の要点</p>
<p>レセ記載</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・(「1」を算定する場合)算定理由 <p>[例] 糖尿病等で1日おおよそ4回以上の自己注射が必要、血友病で自己注射が必要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・(1型糖尿病の患者に血糖自己測定器加算を算定した場合)1型糖尿病であること ・(持続血糖測定器加算を算定した場合)その理由、医学的根拠

各加算の点数と算定要件, 別算定不可

加算名	加算点数		算定要件
導入初期加算	580点		<ul style="list-style-type: none"> ・初期指導月から起算して3月を限度 ・処方変更があった場合（一般的名称に変更があった場合）はあらためて1月1回に限り算定可
血糖自己測定器加算 (3月に3回) (1型糖尿病以外の患者)	月20回以上測定	400点	<p>[対象患者]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・インスリン製剤、ヒトソマトメジンC製剤の自己注射を1日1回以上行っている1型糖尿病の患者以外の患者 ・インスリン製剤の自己注射を1日1回以上行っている1型糖尿病の患者 ・12歳未満の小児低血糖症の患者 <p>★ 血糖試験紙（テストテープ）または固定化酵素電極（バイオセンサー）を給付し、在宅で血糖を自己測定させ、その記録にもとづき指導を行った場合</p> <p>★ 以下の患者には、1月に2回または3回算定することができる</p> <ul style="list-style-type: none"> -在宅自己注射指導管理料を算定している患者のうち、インスリン製剤を2日分または3月分以上処方している -在宅小児低血糖症患者指導管理料を算定している <p>★ 以下は別に算定できない</p> <ul style="list-style-type: none"> -血糖試験紙、固定化酵素電極、穿刺器、穿刺針、測定器の給付または貸与の費用 -その他、自己血糖測定にかかるすべての費用 <p>・血糖自己測定の回数をレセプトに記載</p>
	月40回以上測定	580点	
	月60回以上測定	860点	
血糖自己測定器加算 (3月に3回) (1型糖尿病の患者)	月20回以上測定	400点	<p>[対象患者]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・インスリン製剤の自己注射を1日1回以上行っている1型糖尿病の患者 ・12歳未満の小児低血糖症の患者 ・前述の★印3項目は同じ ・血糖自己測定の回数および1型糖尿病患者の場合はその旨をレセプトに記載
	月40回以上測定	580点	
	月60回以上測定	860点	
	月80回以上測定	1,140点	
	月100回以上測定	1,320点	
	月120回以上測定	1,500点	
注入器加算	300点		<ul style="list-style-type: none"> ・注入器を処方した場合に加算 ※注入器の処方のない月は算定不可 ・針付一体型製剤の場合は算定不可 ・「注入器」とは、注射器一体型のディスポーザブル注射器、自動注入ポンプ、携帯用注入器、針無圧力注射器を指す
注入器用注射針加算	1型糖尿病、血友病の患者、またはこれらに準ずる状態の患者	200点	<ul style="list-style-type: none"> ・注入器用注射針を院内で処方した場合に算定 ・以下の場合に算定 <ul style="list-style-type: none"> (ア) 糖尿病等で1日おおよそ4回以上、自己注射が必要な場合 (イ) 血友病で自己注射が必要な場合 ・レセプトに算定理由を記載 「1」「2」共通 ・針付一体型製剤または針無圧力注射器は、算定できない ・針付一体型ではないディスポーザブル注射器は、算定できる
	上記以外の患者	130点	
間歇注入シリンジポンプ加算 (2月に2回)	1. プログラム付きシリンジポンプ	2,500点	<ul style="list-style-type: none"> ・材料を使用した場合に加算 ・「プログラム付きシリンジポンプ」：間歇注入シリンジポンプのうち、基礎注入として独立して追加注入がプログラム可能であり、また、基礎注入の流量について1日につき24プログラム以上の設定が可能なもの ・「間歇注入シリンジポンプ」：インスリン、または性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤を、間歇的かつ自動的に注入するシリンジポンプ ・輸液回路、リザーバーその他療養上必要な医療材料の費用は含まれる
	2. 「1」以外のシリンジポンプ	1,500点	

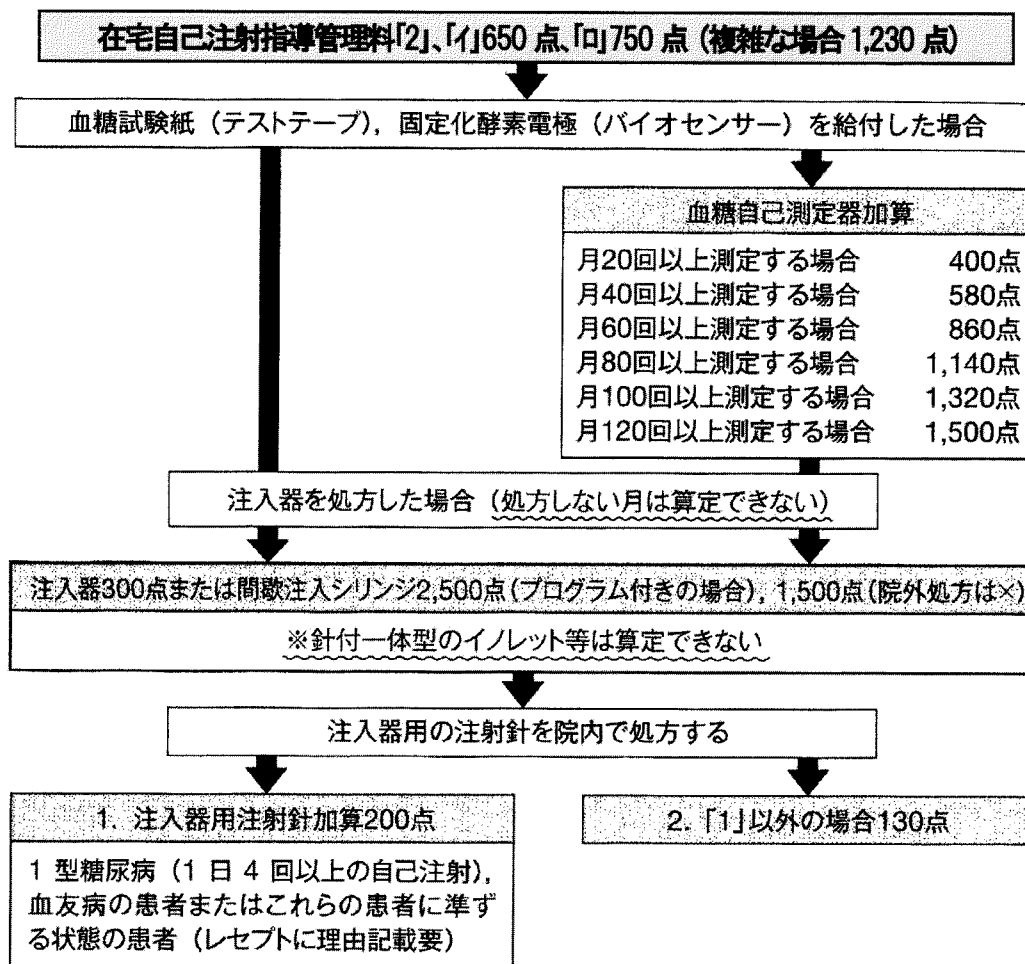
主な算定ルール

①血糖自己測定器加算の各対象患者

	自己注射を1日1回以上実施				12歳未満の小児低血糖症の患者
	1型糖尿病以外		1型糖尿病		
	インスリン製剤	ヒトソマトメジンC製剤	インスリン製剤	ヒトソマトメジンC製剤	
月20回以上測定	○	○	○	○	○
月40回以上測定	○	○	○	○	○
月60回以上測定	○	○	○	○	○
月80回以上測定	—	—	○	—	○
月100回以上測定	—	—	○	—	○
月120回以上測定	—	—	○	—	○

※インスリン製剤を2月分または3月分以上処方している患者に対しては、1月に2回または3回算定することができる。

- ②注射針一体型でないディスプレイ注射器を処方した場合は、注射針加算のみを算定します。
- ③注射針加算は針付一体型の製剤または針無圧力注射器を処方した場合は算定できません。
- ④本管理料の対象薬剤と加算算定可否は表を参照してください。
- ⑤インスリンの在宅自己注射指導管理料と加算のしくみは次ページの図のとおりです。



〈参考〉インスリン注入器の種類別在宅自己注射の算定例

注入器加算及び注入器用注射針加算は医療機関が患者に処方（支給）した月に1回に限り算定できる

注入器一体型キット製剤（イノレット、ミリオペン、フレックスペンなど）（薬価表示1キット〇〇円）

①院内処方の場合

医療機関	自己注射指導 注射針（ペンニードル、マイクロファインプラス、 ナノパスニードルなど） 薬剤（ノボラピッド注、ランタス注、イノレット、 ヒューマリンミリオペン、ノボリン、 フレックスペン、ビクトーザ皮下注など）
------	---

算定できるもの

在宅自己注射指導管理料 注入器用注射針加算 薬価基準収載価格

②院外処方の場合

医療機関	自己注射指導
調剤薬局	薬剤（ノボラピッド注、ランタス注、イノレット、 ヒューマリンミリオペン、ノボリン、 フレックスペン、ビクトーザ皮下注など） 注射針（ペンニードル、マイクロファインプラス、 ナノパスニードルなど）

在宅自己注射指導管理料

薬価基準収載価格
特定保険医療材料

万年筆型インスリン注入器（ノボペン、ヒューマペンなど）（薬価表示1筒〇〇円）

①院内処方の場合

医療機関	自己注射指導 注入器（ノボペン、ヒューマペンなど） 注射針（ペンニードル、マイクロファインプラス、 ナノパスニードルなど） 薬剤（ペンフィル、ヒューマリナカートなど）
------	---

算定できるもの

在宅自己注射指導管理料 注入器加算 注入器用注射針加算 薬価基準収載価格

②院外処方の場合

医療機関	自己注射指導 注入器（ノボペン、ヒューマペンなど）
調剤薬局	薬剤（ペンフィル、ヒューマリナカートなど） 注射針（ペンニードル、マイクロファインプラス、 ナノパスニードルなど）

在宅自己注射指導管理料
注入器加算

薬価基準収載価格
特定保険医療材料

※万年筆型の注入器は医療機関でのみ取り扱う。処方せんにより薬局から出すことはできない。

注射針付一体型ディスプレイ注射器（マイジェクター、マイショットなど）（薬価表示1バイアル〇〇円）

①院内処方の場合

医療機関	自己注射指導 ディスプレイ注射器 薬剤（ノボリン、ヒューマリンなどバイアル製剤）
------	--

算定できるもの

在宅自己注射指導管理料 注入器加算 薬価基準収載価格

②院外処方の場合

医療機関	自己注射指導
調剤薬局	薬剤（ノボリン、ヒューマリンなどバイアル製剤） ディスプレイ注射器

在宅自己注射指導管理料

薬価基準収載価格
特定保険医療材料

注射器	注入器加算	注射針加算	薬剤料
万年筆型インスリン注入器+針+薬剤	○	○	○
注入器一体型キット製剤+針	×	○	○
針付き一体型製	×	×	○
ディスプレイ注射器			
針なし注入器+針+薬剤	×	○	○
針付き注入器+薬剤	○	×	○

在宅自己注射の対象薬剤

I (C101) 在宅自己注射指導管理料の対象薬剤

薬理作用：対象疾患（主なもの）	対象注射薬（製剤名）	販売名（例）	用法（注射回数）
1 インスリン補充：インスリン依存型糖尿病（IDDM） 低血糖発作治療：IDDMの低血糖発作 インスリン分泌促進：2型糖尿病で他療法で効果不十分な場合	インスリン製剤	ノボラピッドミックス注 トレシーバ注	1日1～2回 1日1回
	グルカゴン製剤	グルカゴンGノボ注1mg	頓用
	グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニスト	ビクトーザ皮下注	1日1回
2 成長促進：成人成長ホルモン分泌不全症（低身長） 成長抑制：先端巨大症、下垂体性巨人症 思春期早発抑制：中枢性思春期早発症	ヒト成長ホルモン製剤	ノルディトロピン	1週間に6～7回
	ヒトソマトメジンC製剤	ソマゾン注	1日1～2回皮下注
	ソマトスタチンアナログ ペグピソマント製剤 ゴナドトロピン放出ホルモン誘導体	サンドスタチン皮下注 ソマパート皮下注	1日2～3回 1日1回
3 性腺機能低下に対する ①排卵誘発（視床下部-下垂体機能障害または多嚢胞性卵巣症候群） ②精子形成の誘導（低ゴナドトロピン性男子性腺機能低下症） 視床下部性腺機能低下症	性腺刺激ホルモン製剤 ・フォリトロピンベータ製剤（対象疾患は①のみ） ・ホリトロピンアルファ製剤（対象疾患は①②共）	フォリスチム75およびカートリッジ ゴナールエフ皮下注ペン	7日間投与（8日目以降の用法は略） ①連日皮下注 ②週3回皮下注
	性腺刺激ホルモン放出ホルモン製剤		
	ヒト副甲状腺ホルモン補充：骨折の危険の高い骨粗鬆症	テリパラチド製剤	フォルテオ皮下注
5 血液凝固因子補充：血友病 出血時の止血治療	血液凝固（VII, VIII, IX）因子製剤	ベネフィクス、クロスエイトMC、クリスマシンM	症状に応じて適宜
	血液凝固第X因子加活性化第VII因子	バイクロット配合静注用	追加投与は8時間以上空ける
6 顆粒球形成：再生不良性貧血、先天性好中球減少症	顆粒球コロニー形成刺激因子製剤	ノイアップ注	1日1回皮下注または静注
7 免疫グロブリン補充：無または低ガンマグロブリン血症	pH4処理酸性人免疫グロブリン（皮下注射）製剤	ハイゼントラ皮下注	週1回皮下注
8 レプチン補充：脂肪萎縮症	メトレレプチン製剤	メトレレプチン皮下注	1日1回
9 抗凝固作用：血栓症を伴う流産を繰り返す妊婦（不育症、抗リン脂質抗体症候群合併妊娠患者）	ヘパリンカルシウム製剤	ヘパリンカルシウム皮下注	1日2回
10 抗ウイルス作用：C型慢性肝炎、C型代償性肝硬変、B型慢性肝炎 免疫調節作用：多発性硬化症	インターフェロンアルファ製剤	オーアイエフ	1日1回連日または週3回
	インターフェロンベータ製剤	ベタフェロン皮下注	皮下に隔日投与
11 関節破壊抑制、関節炎の進行抑制：関節リウマチ	エタネルセプト製剤	エンブレル皮下注	1日1回週1、2回
	アダリムマブ製剤	ヒュミラ皮下注	2週に1回
	セントリスマブベゴル製剤	シムジア皮下注シリンジ	2週に1回
	トシリスマブ製剤 アバタセプト製剤	アクテムラ皮下注 オレンシア皮下注	2週に1回 週1回
12 肝機能異常改善	グリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・L-システイン塩酸塩配合剤	強力ネオミノファーゲンシー静注	1日1回
13 頭痛治療：片頭痛、群発頭痛	スマトリプタン製剤	イミグラン注、キット	頓用
14 アナフィラキシー（蜂毒、食物等に起因）の補助治療	アドレナリン製剤	エピベン注射液	頓用
15 パーキンソン病の（レボドパ効果切れに伴う）オフ症状の改善	アポモルヒネ塩酸塩製剤	アポカイン皮下注	頓用

II その他の自己注射可能薬剤

① (区分C108) 悪性腫瘍・鎮痛療法 悪性腫瘍・化学療法	ブプレノルフィン製剤、塩酸モルヒネ製剤、クエン酸フェンタニル製剤、複方オキシコドン製剤、オキシコドン塩酸塩製剤、フルピプロフェンアキセチル製剤（ロピオンなど）	悪性腫瘍（末期の患者）
	抗悪性腫瘍剤、インターフェロンアルファ製剤	悪性腫瘍
② (C111) 肺動脈拡張	プロスタグランジンI ₂ 製剤	肺高血圧症
③ (C104) 中心静脈栄養	「在宅中心静脈栄養法用輸液」	腸管大量切除例、腸管機能不全例等

備考 在宅療養指導管理にあたって患者に支給できる注射薬として、上記以外の特定の注射薬についても認められている

算定のポイント

①性腺刺激ホルモン製剤

在宅における排卵誘発を目的とする治療については算定できません。

②ペグインターフェロンアルファ製剤

算定できません。

アドレナリン製剤 Q&A

Q1在宅において緊急補助的治療として使用するためにアドレナリン製剤を処方された患者について、毎月、自己注射に関する指導管理を行った場合に、その都度、C101 在宅自己注射指導管理料を算定することができるのか。

Aアドレナリン製剤を処方した際の C101 在宅自己注射指導管理料については、医学的な必要性からアドレナリン製剤を処方し、処方と同時に自己注射に関する指導管理を行った場合に限り、算定することができる。

Q2アレルギーによるアナフィラキシーショックの恐れのある患者に、エピペンを1本処方した場合、どの区分で算定するのか。

A「イ月27回以下の場合（650点）」を算定する。

在宅自己注射指導管理料 Q&A

Q1在宅自己注射指導管理料の算定要件に変更はあったか。

A①自己注射導入前に「週2回」以上の外来、往診若しくは訪問診療により、十分な指導を行った場合に算定するとされていたが、導入前に「2回以上」の指導を行った場合に算定できるとされた。

②「1（複雑な場合）以外の場合」について B001・7 難病外来指導管理料が別に算定できることとされた。

③同一の患者について、2以上の医療機関で異なった疾患に対する指導管理を行っている場合、医療機関で処方されている注射薬等を把握することを要件として、それぞれの医療機関で在宅自己注射指導管理料を算定できることとされた。

④インターフェロンアルファ製剤を用いた在宅自己注射指導管理について HTLV-1 関連脊髄症（HAM）に対して用いた場合にも算定できることとされた。

Q2同一の患者について、2以上の医療機関で異なった疾患に対する指導管理を行っている場合、それぞれの医療機関で在宅自己注射指導管理料が算定できることとされたが、以下の場合は算定できるか。

①2以上の医療機関が特別の関係にある場合

②同一医療機関で異なる診療科の医師が異なる疾患に対してそれぞれ在宅自己注射指導管理を行った場合

A①算定できる。②算定できない。

血糖自己測定器加算 Q&A

Q1血糖自己測定器加算は3カ月に3回に限り加算できるとあるが、1月に当該加算を複数回算定できる場合とはどのような場合か。

Aインスリン製剤又はトソマトメジン C 製剤を複数月処方していることが必要であり、当該患者が1月に使用するインスリン製剤又はトソマトメジン C 製剤を複数回に分けて処方した場合には算定できない。

Q2血糖自己測定器加算の算定要件が3月に3回に緩和されているが、注入器加算や注入器用注射針加算も1月に2回、又は3回の加算を算定可能か。

A注入器加算と注入器用注射針加算は月1回の算定に変更はない。

注入器用注射針加算 Q&A

Q1 注射器一体型の製剤（シリンジに薬剤が充填されている製剤を含む。）を自己注射する患者に対し、使用する針が特定保険医療材料として設定されていない場合には、保険医療機関において C153 注入器用注射針加算を算定し、針を支給することによっていか。

A そのとおり。

◆ワンポイント知識

注入器用注射針加算

注入器用注射針加算「1」の200点は1型糖尿病患者や血友病患者に限りません。「これらの患者に準ずる状態の患者」という条件もありますので、2型糖尿病でも1日4回以上の自己注射が必要な患者も含まれます。レセプトには算定理由を記載します。

注入器加算が算定できない一体型キット

注入器加算はインレットやヒューマリンなどの「注入器一体型キット」のインスリン製剤については算定できません。なお、注射針だけを院内処方支給した場合は注射針加算の算定が可能です。

<算定例>

⑭	往診 夜間 深夜・緊急 在宅患者訪問診療 その他 薬剤	回 回 回 回 回 回	1450
⑭	血糖自己測定（1型糖尿病）（月28回以上） ●●注300 300単位2筒（37日分） ●●×1 ↑ 薬剤名 総支給単位数 ○日分		

*⑭「2」「ロ」750+(注釋)「1」400+⑭300=1450

「在宅自己注射指導管理料」は「点数欄」の「その他」の行に略称と合計点を記載し、「摘要欄」に注入器用注射針加算（「1」の場合に限る）の算定理由、血糖自己測定（1型糖尿病）と回数、薬剤の総支給単位数、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名と支給日数等を記載する。

C103 在宅酸素療法指導管理料

○改定の概要

◆在宅酸素療法材料加算が新設

- 指導管理に係る材料部分が独立した項目（C171 在宅酸素療法材料加算）として新設された。
- 在宅酸素療法指導管理に係る材料加算について、以下の変更があった。
 - 在宅酸素療法材料加算が新設された。在宅酸素療法を行っている患者に対し、当該療法に係る機器を使用した場合に、3月に3回に限り算定する。
 - 次の材料加算について、2月に2回に限り算定するとされていたが、3月に3回に限り算定できることとされた。
酸素ボンベ加算、酸素濃縮装置加算、液化酸素装置加算、呼吸同調式デマンドバルブ加算。

算定点数	1 チアノーゼ型先天性心疾患 520点	加算	・酸素ボンベ加算 1 携帯用酸素ボンベ 880点 2 1以外の酸素ボンベ 3,950点
	2 その他の場合 2,400点		・酸素濃縮装置加算 4,000点 ・液化酸素装置加算 1 設置型液化酸素装置 3,970点 2 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 300点
	月1回 3月に3回		在宅酸素療法材料加算 1 チアノーゼ型先天性心疾患の場合 780点 2 その他の場合 100点
施設基準	下記の機械および器具を備えること： 酸素吸入設備、気管内挿管または気管切開の器具、レスピレーター、気道内分泌物吸引装置、動脈血ガス分析装置(常時実施できる状態であるもの)、スパイロメトリー用装置(常時実施できる状態であるもの)、胸部エックス線撮影装置(常時実施できる状態であるもの)		
対象患者	「1」：チアノーゼ型先天性心疾患の患者 「2」：その他の場合 ・ 諸種の原因による以下の高度慢性呼吸不全例 ※高度慢性呼吸不全例のうち、在宅酸素療法導入時に動脈血酸素分圧 55mmHg 以下のもの、および、動脈血酸素分圧 60mmHg 以下で睡眠時または運動負荷時に著しい低酸素血症を来すものであって医師が在宅酸素療法を認めたもの ・ 肺高血圧症の患者 ・ 慢性心不全の患者 ※慢性心不全患者のうち、医師の判断により NYHAⅢ度以上であると認められ、睡眠時のチェーンズトックス呼吸がみられ、無呼吸低呼吸指数(1時間あたりの無呼吸数および低呼吸数をいう)が20以上であることが、睡眠ポリグラフィー上確認されている症例 ※安定した病態にある退院患者および手術待機の患者		
算建要件	・ 在宅酸素療法に関する指導管理を行った場合に算定 ・ 動脈血酸素分圧の測定を月に1回程度実施する(経皮的動脈血酸素飽和度測定器を使うことができるが、 <u>検査の費用は別に算定不可</u>) ・ 携帯用酸素ボンベ加算は、医療機関への通院等に、実際に携帯用酸素ボンベを使用した場合に算定できる ※おおむね1,500L以下の詰め替え可能なものが該当し、 <u>使い捨てのものについては算定不可</u> ・ 設置型液化酸素装置とは20～50Lの内容積の装置、携帯型液化酸素装置とは1L前後の内容積の装置をいう 〔「1」の算定の場合〕 ・ ここで「チアノーゼ型先天性心疾患に対する在宅酸素療法」とは、ファロー四徴症、大血管転位症三尖弁閉鎖症、総動脈幹症、単心室症等のチアノーゼ型先天性心疾患患者のうち、発作的に低酸素または無酸素状態になる患者について、発作時に在宅で行われる救命的な酸素吸入療法をいう ・ <u>「1」を算定する場合は上記6つの加算の算定不可</u> ・ チアノーゼ型先天性心疾患の場合に使用する酸素は、小型酸素ボンベ(500L以下)またはクロレート・キャンドル型酸素発生器によって供給されるものでなければならない ・ 小型酸素ボンベまたはクロレート・キャンドル型酸素発生器は医療機関から患者に供与する ※これらについて別に加算の算定はできない 〔「2」の算定の場合〕 ・ 在宅で上記対象患者自ら酸素吸入を実施する場合に算定 ・ 適応患者の判定に経皮的動脈血酸素飽和度測定器による酸素飽和度を用いることができるが、 <u>経皮的動脈血酸素飽和度測定器、経皮的動脈血酸素飽和度測定、および、終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定の費用は本管理料の所定点数に含まれ、別に算定不可</u>		
各加算の算建要件	〔酸素ボンベ加算〕 ・ 「1」の携帯用酸素ボンベは、通院等に実際に使用した場合 ・ 携帯用酸素ボンベとは、概ね1,500L以下の詰め替え可能なものが該当する 〔酸素濃縮装置加算〕 ・ 酸素ボンベ加算の「2」は、併算定できない 〔液化酸素装置加算〕 ・ 「1」の設置型液化酸素装置とは、20～50Lの内容積のものをいう ・ 「2」の携帯型液化酸素装置とは、1L前後の内容積のものをいう		

	<ul style="list-style-type: none"> ・「1」と「2」は、併算定できる <p>[呼吸同調式デマンドバルブ加算]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・携帯用酸素供給装置と鼻カニューレとの間に装着した場合 <p>[酸素ポンベ・酸素濃縮装置・液化酸素装置・呼吸同調式デマンドバルブの共通事項]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・チアノーゼ型先天性心疾患の患者に対して：各加算の算定はできない <p>[在宅酸素療法材料加算]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・装置に必要な回路部品その他の付属品等にかかる費用を含む ・「1」は、チアノーゼ型先天性心疾患の患者に、自院から小型酸素ポンベまたは、クロレート・キャンドル型酸素発生器が提供されている場合 ・「2」は、対象患者に、自院から在宅酸素療法装置が提供されている場合 <p>[3月に3回に限り算定する加算の組み合わせ]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・酸素ポンベ加算「2」＋酸素濃縮装置＋液化酸素装置加算「1」 ・酸素ポンベ加算「1」＋液化酸素装置加算「2」 <p>※「設置型液化酸素装置使用加算」と「携帯型液化酸素装置使用加算」は個別に算定可</p> <p>[算定できるもの]</p> <p>他の在宅療養指導管理料それぞれの材料加算、薬剤、特定保険医療材料は別に算定可</p>
併算定不可	<p>[同一月]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・以下の医学管理料： <ul style="list-style-type: none"> 特定疾患療養管理料、ウイルス疾患指導料、小児特定疾患カウンセリング料、小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料、皮膚科特定疾患指導管理料、慢性疼痛疾患管理料、小児悪性腫瘍患者指導管理料、耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料 ・心身医学療法 ・小児科外来診療料 ・その他の在宅療養指導管理料 ・経皮的動脈血酸素飽和度測定器および経皮的動脈血酸素飽和度測定にかかる費用 ・酸素吸入 ・突発難聴に対する酸素療法 ・酸素テント ・間歇的陽圧呼吸法 ・体外式陰圧人工呼吸治療 ・喀痰吸引 ・干渉低周波去痰器による喀痰排出及び鼻マスク式補助換気法 <p>※これらにかかる酸素代も算定不可</p>
カルテ記載	指導内容の要点
レセ記載	<ul style="list-style-type: none"> ・当該月の動脈血酸素濃度分圧、または、動脈血酸素飽和度 ・(慢性心不全の場合)初回の指導月に実施した終夜睡眠ポリグラフィ検査の実施日と無呼吸低呼吸指数 ・(各加算を1月に2～3回算定した場合)当月分に加え、翌月分、前月分のいずれかを算定したのかを記載 <p>[例] 酸素ポンベ加算 3,950×2 (平成28年3月・4月分)</p>

在宅酸素療法指導管理料 Q&A

Q1 在宅酸素療法指導管理料の点数に変更があったか。

A 指導管理に係る材料部分が独立した項目 (C171 在宅酸素療法材料加算) として新設されたことに伴い、以下の点数に引き下げられた。

- ①チアノーゼ型先天性心疾患の場合 520 点
- ②その他の場合 2400 点

Q2 在宅酸素療法指導管理に係る材料加算に変更があったか。

A ①在宅酸素療法材料加算が新設された。在宅酸素療法を行っている患者に対し、当該療法に係る機器を使用した場合に、3月に3回に限り算定する。

②2月に2回に限り算定するとされていた以下の材料加算が、3月に3回に限り算定できることとされた。

酸素ポンベ加算、酸素濃縮装置加算、液化酸素装置加算、呼吸同調式デマンドバルブ加算

Q3 在宅酸素療法材料加算はどのような時に算定するのか。

A ①在宅酸素療法材料加算 1 (780 点) は、在宅酸素療法指導管理料「1」を算定するチアノーゼ型先天性心疾患の患者に対し、医療機関から小型酸素ポンベ又はクロレート・キャンドル型酸素発生器を提供した場合に算定する。

②在宅酸素療法材料加算 2 (100 点) は在宅酸素療法指導管理料「2」を算定する患者に対し、医療機関から在宅酸素療法装置が提供される場合に算定できる。

なお、在宅酸素療法材料加算「1」「2」には在宅酸素療法装置に必要な回路部品その他の附属品等に係る費用が含まれる。

Q4 在宅酸素療法材料加算は酸素ポンベ加算、酸素濃縮装置加算、液化酸素装置加算、呼吸同調式デマンドバルブ加算と併せて算定できるか。

A 算定できる。

Q5 在宅酸素療法指導管理に係る材料加算について 1 月に 3 回分の加算を算定する場合、いずれの月の分を算定したことが分かるように、レセプトに記載する必要はあるのか。

A 1 月に 3 回分の算定を行う場合は、当月分に加え、翌々月分、翌月分、前月分、前々月分のいずれを算定したのか、レセプトの「摘要」欄に記載する。

Q6 例えば 5 月に前月 4 月分、当月 5 月分、翌月 6 月分の在宅酸素療法指導管理に係る材料加算を算定できるか。

A 算定できる。

◆ワンポイント知識

呼吸同調式デマンドバルブ加算

一般的には呼吸同調式レギュレータや呼吸同調式レギュレータセットといったほうがなじみがあるのではないのでしょうか。これらを携帯用酸素供給装置と鼻カニューレの間に装着した場合に算定できるものです。

C104 在宅中心静脈栄養法指導管理料

算定点数	3,000点	加算	輸液セット加算 注入ポンプ加算	2,000点 1,250点
対象患者	・原因疾患にかかわらず中心静脈栄養法以外に栄養維持が困難な者			
算建要件	<ul style="list-style-type: none"> ・「在宅中心静脈栄養法」とは、諸種の原因による腸管大量切除例、または腸管機能不全例等のうち、安定した病態にある患者について、在宅において患者自らが実施する栄養法をいう ・「輸液セット」とは、輸液用器具(輸液バッグ)、注射器、採血用輸血用器具(輸血ライン)をいう ・1月に6組目までについては「輸液セット加算」で算定し、7組目以降は特定保険医療材料の「在宅中心静脈栄養用輸液セット」の「本体」および「付属品(フーバー針・輸液バッグ)うち、使用したのものについて算定 ・「注入ポンプ」とは、在宅で中心静脈栄養法を行うにあたって用いる注入ポンプをいう ・輸液セットと注入ポンプを2つとも使用している場合は「輸液セット加算」、「注入ポンプ加算」の両方を算定できる [算定できるもの] ・中心静脈注射で使用した薬剤・特定保険医療材料 ・他の在宅療養指導管理料それぞれの材料加算、薬剤、特定保険医療材料 			
併算定不可	特定疾患療養管理料、ウイルス疾患指導料、小児特定疾患カウンセリング料、小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料、皮膚科特定疾患指導管理料、慢性疼痛疾患管理料、小児悪性腫瘍患者指導管理料、耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料、心身医学療法、小児科外来診療料、他の在宅療養指導管理料、中心静脈注射の費用、在宅患者訪問診療料を算定する日に行った静脈内注射の費用、点滴注射の費用(薬剤および特定保険医療材料にかかる費用を含む)			
カルテ記載	指導内容の要点			
レセ記載	総支給量 薬剤の総点数、所定単位あたりの薬剤名、支給量および支給日数 特定保険医療材料の総点数、名称およびセット数等			

◆ワンポイント知識

在宅中心静脈栄養用輸液セット

夜間の中心静脈栄養等で在宅中心静脈栄養用輸液セットを1月に7組以上用いる場合には、7組目以降の中心静脈栄養用輸液セットは加算ではなく、下記のとおり特定保険医療材料として請求します。

(在宅中心静脈栄養用輸液セット)

- (1) 本体 1,490円
- (2) 付属品
 - ① フーバー針 411円
 - ② 輸液バッグ 406円

<算定例>

⑭ その他 薬剤	●	⑮	5%G	500 mL	10 v	● × 1
		〇〇2号	〇 mL	10 袋		
		〇〇P	50 mg	10 A		
		〇〇〇	20 mg	10 A		
		ケイター	10 mg	10 A		
		ヘパリン〇〇単位		10 A		
		ソリタ T3号	500 mL	10 v		
			(10 H分)			

C105 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料

算定点数	2,500点	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	2,000点 1,250点
対象患者	・原因疾患にかかわらず、在宅成分栄養経管栄養法以外に栄養の維持が困難な者			
算建要件	<ul style="list-style-type: none"> ・「在宅成分栄養経管栄養法」とは、諸種の原因によって経口摂取ができない患者、または経口摂取が著しく困難な患者について、在宅において患者自らが実施する栄養法をいう ・本管理料算定の対象となるのは、栄養維持のために主として栄養素の成分の明らかなもの(アミノ酸ジペプチドまたはトリペプチドを主なタンパク源とし、未消化態タンパクを含まないもの)を用いた場合のみであり、<u>栄養成分の明らかなものを一部用いるだけの場合や、単なる流動食について鼻腔栄養を行ったもの等は算定不可</u> ・「在宅経管栄養法用栄養管セット加算」と「注入ポンプ加算」はそれぞれ併算定できる 			
併算定不可	<ul style="list-style-type: none"> ・特定疾患療養管理軌 ウイルス疾患指導軌 小児特定疾患カウンセリング軌 小児科療養指導軌、てんかん指導軌、難病外来指導管理料、皮膚科特定疾患指導管理料、慢性療病疾患管理軌 小児悪性腫瘍患者指導管理料、耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料、心身医学療法 小児科外来診療科、小児かかりつけ診療科、その他の在宅療養指導管理料 ・<u>鼻腔栄養の費用</u> 			
カルテ記載	指導内容の要点			

◆ワンポイント知識

算定できる人工栄養剤は3つ

在宅成分栄養経管栄養法指導管理料は、単なる流動食を鼻腔栄養で行った場合には算定できません。算定できる人工栄養剤は現在のところエレンタール、エレンタールP、ツインラインの3種類に限定されています。それ以外の人工栄養剤を使用して鼻腔栄養を実施した場合は、「C109」在宅寝たきり患者処置指導管理料(1,050点)で算定することになります。

C105-2 在宅小児経管栄養法指導管理料

算定点数	月1回	1,050点 在宅経管栄養法用栄養管セット加算 2,000点 注入ポンプ加算 1,250点
対象患者	以下のいずれかに該当する患者 (ア)経口摂取が著しく困難な15歳未満の患者 (イ)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患者 ※体重が20kg未満である場合に限る	
算建要件	<ul style="list-style-type: none"> ・上記の対象患者で、在宅小児経管栄養法以外に栄養の維持が困難な、当該療法を行うことが必要であると医師が認めた患者に算定 ・「在宅経管栄養法用栄養管セット加算」と「注入ポンプ加算」はそれぞれ併算定できる 	
併算定不可	鼻腔栄養の費用	
カルテ記載	指導内容の要点	

C106 在宅自己導尿指導管理料

○改定の概要

- (1) カテーテルの費用について、在宅療養指導管理材料加算に定めるものを除き、在宅自己導尿指導管理料に含まれることが告示に追加された。
- (2) 在宅自己導尿指導管理に係る材料加算について、以下の変更があった。
- ア、間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル加算が「特殊カテーテル加算」に名称変更され、「間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル」と「間歇バルーンカテーテル」に区分された。
- イ、「間歇バルーンカテーテル」が新設され、これまで在宅自己導尿指導管理料に包括されていた間歇バルーンカテーテルが、材料加算として算定できることとされた。
- ウ、「間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル」に「親水性コーティングを有するもの」が新設された。

算定点数	1,800点	特殊カテーテル加算 1 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 960点 ロイ以外のもの 600点 2 間歇バルーンカテーテル 600点
対象患者	下記患者のうち、残尿をとまらぬ排尿困難を有する患者 ・ 諸種の原因による神経因性膀胱 ・ 下部尿路通過障害(前立腺肥大症、前立腺癌、膀胱頸部硬化症、尿道狭窄症等) ・ 腸管を利用した尿リザーバー造設術の術後	
算建要件	・ 上記対象患者で、在宅自己導尿を行うことを医師が必要と認めた者に、在宅自己導尿に関する指導管理を行った場合に算定 ・ 「在宅自己導尿」とは、自然排尿が困難な患者について、在宅において患者自らが実施する排尿法をいう ・ カテーテルを一時的に挿入して排尿後に抜去することを「導尿」といい、カテーテルを留置して持続的に導尿することを「持続導尿」という。単に「導尿」という場合は前者を指す。「 <u>持続導尿</u> 」の場合、 <u>在宅自己導尿指導管理料(患者自らが導尿するもの)は算定の対象にならない</u> [特殊カテーテル加算] ・ 「1」の「イ」親水性コーティングを有するものとは、親水性コーティングが施されたカテーテルであり、包装内に滑剤が封入されており、開封後すぐに挿入可能なもののみ使用した場合 ・ 「2」の間歇バルーンカテーテルとは、患者自身が間歇導尿を行うことが可能なカテーテルであり、カテーテルに接続してバルーンを膨らませるためのリザーバーを有し、患者自身が消毒下で携帯することが可能なもの ・ 「1」と「2」を併せて使用した場合は、主たるもののみ算定 [算定できるもの] 他の在宅療養指導管理料それぞれの材料加算、薬剤、特定保険医療材料は別に算定できる	
併算定不可	カテーテルの費用、導尿(尿道拡張を要するもの)の費用、膀胱洗浄の費用、後部導尿洗浄(ウルツマン)および留置カテーテル設置(薬剤および特定保険医療材料にかかる費用も含む)の費用、特定疾患療養管理料、ウイルス疾患指導料、小児特定疾患力ウンセリング料、小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料、皮膚科特定疾患指導管理料、慢性疼痛疾患管理料、小児悪性腫瘍患者指導管理料、耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料、心身医学療法、小児科外来診療料、他の在宅療養指導管理料	
カルテ記載	指導内容の要点	

在宅自己導尿指導管理料 Q&A

Q1 在宅自己導尿指導管理料について変更があったか。

A 在宅自己導尿指導管理に係る材料加算について、以下の変更があった。

- ① 「間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル加算」から「特殊カテーテル加算」に名称変更され、「間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル」と新設の「間歇バルーンカテーテル」に区分された。
- ② 従前は指導管理料に包括されていた間歇バルーンカテーテルが材料加算として算定できることとされた。
- ③ 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテルに「親水性コーティングを有するもの」が新設された。

Q2 「間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル」と「間歇バルーンカテーテル」をどちらも使用した場合、それぞれ算定できるか。

A 主たるもののみ算定する。

Q3 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテルとして、「イ親水性コーティングを有するもの」と「ロイ以外のもの」を同時に支給した場合はどのように算定するのか。

A 「ロイ以外のもの」の点数により算定する。

C107 在宅人工呼吸指導管理料

算定点数	月1回	2,800点	
加算	人工呼吸器加算	1 陽圧式人工呼吸器 7,480点	気管切開口を介した陽圧式人工呼吸器を使用した場合に加算
		2 人工呼吸器 6,480点	鼻マスク・顔マスクを介した人工呼吸器を使用した場合に加算
3 陰圧式人工呼吸器 7,480点		陰圧式人工呼吸器を使用した場合に加算	
	排痰補助装置加算	1,800点	<ul style="list-style-type: none"> 人工呼吸を行っている入院中の患者以外の神経筋疾患等(※1)の患者に対して排痰補助装置を使用した場合に加算 排痰補助装置加算は、在宅人工呼吸を行っている患者であって、換気能力が低下し、自力での排痰が困難と医師が認めるものに対して、排痰補助装置を使用した場合に算定 (※1)「神経筋疾患の患者」とは、筋ジストロフィー、筋萎縮性側索硬化症、脳性麻痺、脊髄損傷等の患者を指す
施設基準	当該医療機関または緊急時に入院するための施設において、以下の機械および器具を備える (ア)酸素吸入設備 (イ)気管内挿管または気管切開の器具 (ウ)レスピレーター (エ)気道内分泌物吸引装置 (オ)動脈血ガス分析装置(常時実施できる状態であるもの) (カ)胸部エックス線撮影装置(常時実施できる状態であるもの)		
対象患者	病状が安定し、在宅での人工呼吸療法を行うことが適当と医師が認めた患者 ※睡眠時無呼吸症候群の患者は算定不可		
算建要件	<ul style="list-style-type: none"> 以下のいずれも満たす場合に算定 <ul style="list-style-type: none"> (ア)患者が使用する装置の保守・管理を十分に行う(委託可) (イ)装置に必要な保守・管理の内容を患者に説明する (ウ)夜間・緊急時の対応等を患者に説明する (エ)その他、療養上必要な指導管理を行う 「在宅人工呼吸」とは、長期にわたり持続的に人工呼吸に依存せざるをえず、かつ、安定した病状にある者について、在宅で実施する人工呼吸療法をいう 「排痰補助装置加算」は上記の対象患者に対して、排痰補助装置を使用した場合に加算[算定できるもの] 他の在宅療養指導管理料それぞれの材料加算、薬剤、特定保険医療材料 以下にかかる酸素代 <ul style="list-style-type: none"> 酸素吸入、突発性難聴に対する酸素療法、酸素テント、間歇的陽圧吸入法、体外式陰圧人工呼吸器治療、喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出、鼻マスク式補助換気法、人工呼吸 		
併算定不可	人工呼吸装置は患者に貸与する装置に必要な回路部品、その他の附属品等(バッテリーおよび手動式肺人工蘇生器等を含む)にかかる費用、酸素吸入・突発性難聴に対する酸素療法・酸素テント・間歇的陽圧吸入法・体外式陰圧人工呼吸器治療・喀痰吸引・干渉低周波去痰器による喀痰排出・鼻マスク式補助換気法・人工呼吸の費用(薬剤および特定保険医療材料にかかる費用を含む)、特定疾患療養管理料、ウイルス疾患指導料、小児特定疾患力ウンセリング料、小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料、皮膚科特定疾患指導管理料、慢性疼痛疾患管理料、小児悪性腫瘍患者指導管理料、耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料、心身医学療法、小児科外来診療料、他の在宅療養指導管理料		
カルテ記載	指導内容の要点		

C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料

○改定の概要

- (1) ASV 療法を実施した場合に算定する「1」が新設され、従前からの「2」との2区分に再編された。
- (2) 「1」は、CPAP 療法により改善しない睡眠時無呼吸症候群と慢性心不全を合併している患者に対して、ASV 療法を実施した場合に算定する。
- (3) 「2」の対象患者について、以下が追加された。
 - ア. 「1」の対象患者に該当しない睡眠時無呼吸症候群と慢性心不全を合併している患者に ASV 療法を実施した場合
 - イ. 心不全患者のうち、ASV 療法を継続せざるを得ないもの
- (4) 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理に係る材料加算について、以下の変更があった。
 - ア. C171-2 在宅持続陽圧呼吸療法材料加算 (100 点) が新設された。在宅持続陽圧呼吸療法を行っている患者に対し、当該療法に係る機器を使用した場合に、3月に3回に限り算定する。
 - イ. 経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加算が「在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算」に名称変更された。
 - ウ. 在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算について、以下の通り変更された。
 - ① 「ASV を使用した場合」が新設され、「CPAP を使用した場合」との2区分にされた。
 - ② 「CPAP を使用した場合」の点数が引き下げとなった。
 - ③ 3月に3回に限り算定できることとされた。

算定点数	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 1 <u>2,250 点</u> 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 2 <u>250 点</u>	加算	3月に3回 在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算 1 ASV を使用した場合 <u>3,750 点</u> 2 CPAP を使用した場合 <u>1,100 点</u> 在宅持続陽圧呼吸療法材料加算 <u>100 点</u>
対象患者	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 1 以下の全ての基準に該当する患者を対象とする。 ①慢性心不全患者のうち、医師の診断により、NYHAⅢ度以上であると認められ、睡眠時にチェンストークス呼吸がみられ、無呼吸低呼吸指数が 20 以上であることが睡眠ポリグラフィー上確認されているもの。 ②CPAP 療法を実施したにも関わらず無呼吸低呼吸指数が 15 以下にならない者に対して ASV 療法を実施したもの。 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 2 以下のいずれかの基準に該当する患者を対象とする。 ①慢性心不全患者のうち、医師の診断により、NYHAⅢ度以上であると認められ、睡眠時にチェンストークス呼吸がみられ、無呼吸低呼吸指数が 20 以上であることが睡眠ポリグラフィー上確認されているもので、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 1 の対象患者以外の患者に ASV 療法を実施した場合。 ②心不全である者のうち、日本循環器学会・日本心不全学会による ASV 適正使用に関するステートメントに留意した上で、ASV 療法を継続せざるを得ない場合。 ③以下の全ての基準に該当する CPAP 療法実施患者。ただし、無呼吸低呼吸指数が 40 以上である患者については、ロの要件を満たせば対象患者となる。 イ)無呼吸低呼吸指数 (1 時間当たりの無呼吸数及び低呼吸数をいう。) が 20 以上 ロ)日中の傾眠、起床時の頭痛などの自覚症状が強く、日常生活に支障を来している症例 ハ)睡眠ポリグラフィー上、頻回の睡眠時無呼吸が原因で、睡眠の分断化、深睡眠が著しく減少又は欠如し、持続陽圧呼吸療法により睡眠ポリグラフィー上、睡眠の分断が消失、深睡眠が出現し、睡眠段階が正常化する症例 [算定できるもの] 他の在宅療養指導管理料それぞれの材料加算、薬剤、特定保険医療材料料		
算定要件	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅持続陽圧呼吸療法に関する指導管理を行った場合に算定 ・持続陽圧呼吸療法装置は医療機関が患者に貸与する ※当該装置にかかる費用 (装置に必要な回路部品、その他の附属品等にかかる費用を含む) は別算定不可 ・当該治療の開始後 1~2 月間の治療状況を評価し、当該療法の継続が可能であると認められる症例についてのみ、引き続き算定できる ・「在宅持続陽圧呼吸療法」とは、睡眠時無呼吸症候群又は慢性心不全である患者について、在宅において実施する呼吸療法をいう 		
加算の算定要件	[在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算] ・「加算 1」は、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料「1」または在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料「2」の「ア」および「イ」の要件に該当する患者に対し、ASV を使用して治療を行った場合 ・「加算 2」は、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料「2」の「ウ」の要件に該当する患者に対し、CPAP を使用して治療を行った場合		
併算定不可	医療機関が患者に貸与する装置にかかる費用 (必要な回路部品その他の附属品等の費用含む)、特定疾患療養管理料、ウイルス疾患指導料、小児特定疾患力ウンセリング料、小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来		

	指導管理料、皮膚科特定疾患指導管理料、慢性疼痛疾患管理料、小児悪性腫瘍患者指導管理料、耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料、心身医学療法、小児科外来診療料、他の在宅療養指導管理料
カルテ記載	指導内容の要点
レセ記載	<ul style="list-style-type: none"> ・初回の指導管理月日 ・直近の無呼吸低呼吸指数、睡眠ポリグラフィー上の所見、ならびに実施年月日 ・本管理料算定日の自覚症状等の所見 ・2月を超えて本療法の継続が可能であると認める場合は、その理由 ・加算を1月に2回分以上算定した場合は、当月分のほかに該当する月を記載 ・在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2において、在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算1を算定する場合は、算定根拠となる要件（「ア」または「イ」）を記載。要件「イ」の場合は、ASV療法の実施開始日も併せて記載

「在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料」Q&A

Q1 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料に変更があったか。

- A** ①対象患者にASV療法を実施した場合に算定する在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料「1」が新設され、従前の指導管理料が「2」と区分された。
- ②在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料「2」について対象患者の追加があった。

Q2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料「1」はどのような場合に算定できるか。

A 以下の全ての基準に該当する患者に対してASV療法を行った場合に算定する。

- ①慢性心不全患者のうち、医師の診断により、NYHAⅢ度以上であると認められ、睡眠時にチェーンストークス呼吸がみられ、無呼吸低呼吸指数が20以上であることが睡眠ポリグラフィー上確認されているもの。
- ②CPAP療法を実施したにもかかわらず、無呼吸低呼吸指数が15以下にならないもの。

Q3 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料「2」の対象患者にどのような追加があったか。

A 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料「2」の対象患者について以下が追加された。

- ①在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料「1」の対象患者に該当しない睡眠時無呼吸症候群と慢性心不全を合併している患者にASV療法を実施した場合。
- ②心不全患者のうち、ASV療法を継続せざるを得ないもの。

「在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算・在宅持続陽圧呼吸療法材料加算」Q&A

Q1 在宅持続陽圧呼吸療法に係る材料加算に変更があったか。

A 以下の変更があった。

- ①経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加算から「在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算」に名称変更された。
- ②在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算において「1. ASVを使用した場合」が新設され、「2. CPAPを使用した場合」と2つに区分された。
- ③在宅持続陽圧呼吸療法材料加算が新設された。
- ④3月に3回に限り算定できるとされた。

Q2 在宅持続陽圧呼吸療法材料加算はどのような時に算定するか。

A 在宅持続陽圧呼吸療法に係る機器を使用した場合に算定する。なお、当該加算には持続陽圧呼吸療法装置に係る費用のうち、装置に必要な回路部品その他の附属品に係る費用が含まれる。

Q3 在宅持続陽圧呼吸療法材料加算は在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算「1」又は「2」と併せて算定できるか。

A 算定できる。

Q4 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料「2」のASV療法を行う必要がある患者に対してASV療法を行った場合、レセプトの「摘要」欄にコメントが必要か。

A 「摘要」欄に算定の根拠となった要件（①在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料「1」の対象患者に該当しない睡眠時無呼吸症候群と慢性心不全を合併している患者にASV療法を実施した場合、もしくは②心不全患者のうち、ASV療法を継続せざるを得ないものに該当する旨）を記載する。また、②の要件を根拠とする場合はASV療法の実施開始日の記載が求められる。

Q5 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料に係る材料加算について1月に3回分の加算を算定する場合、いずれの月の分を算定したことが分かるように、レセプトに記載する必要はあるのか。

A 1月に3回分の算定を行う場合は、当月分に加え、翌々月分、翌月分、前月分、前々月分のいずれを算定したのか、レセプトの「摘要」欄に記載する。

C108 在宅悪性腫瘍患者指導管理料

○改定の概要

- (1) 在宅悪性腫瘍患者指導管理料が「在宅悪性腫瘍等患者指導管理料」に名称変更された。
- (2) 対象患者が、悪性腫瘍に加え**筋萎縮性側索硬化症又は筋ジストロフィー**であって、**鎮痛療法を行う末期の患者**に拡大された。
- (3) 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料の対象患者に変更はない。

算定点数	1,500点	加算	注入ポンプ加算 1,250点 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算 2,500点
対象患者	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅における鎮痛療法または悪性腫瘍の化学療法を行っている患者 在宅における鎮痛療法または悪性腫瘍の化学療法とは、末期の悪性腫瘍、または筋萎縮性側索硬化症もしくは筋ジストロフィーの患者であって、持続性の疼痛があり、鎮痛剤の経口投与では疼痛が改善しないため、注射による鎮痛剤注入が必要なものまたは注射による抗悪性腫瘍剤の注入が必要なものが、在宅において自ら実施する鎮痛療法または化学療法をいう ・対象となる患者が末期であるかどうかは、診療を担う医師の判断による ・化学療法の適応については、末期でない悪性腫瘍の患者も、末期の悪性腫瘍の患者に準じて取り扱う 		
算建要件	<ul style="list-style-type: none"> ・対象患者に対して在宅における本療法に関する指導管理を行った場合 ・「鎮痛療法」とは、以下の製剤を注射、携帯型ディスポーザブル注入ポンプ、もしくは輸液ポンプを用いて注入する療法をいう ブプレノルフィン製剤、モルヒネ塩酸塩製剤、フエンタニルクエン酸塩製剤、複方オキシコドン製剤、オキシコドン塩酸塩製剤、フルルビプロフエンアキセチル製剤 ※ただし、モルヒネ塩酸塩製剤、フエンタニルクエン酸塩製剤、複方オキシコドン製剤、オキシコドン塩酸塩製剤を使用できるのは、以下の条件を満たす「バルーン式ディスポーザブルタイプの連続注入器」等に、必要に応じて生理食塩水等で希釈の上、充填して交付した場合に限る (ア) 薬液が取り出せない構造 (イ) 患者等が注入速度を変えることができない ・「化学療法」とは、携帯型ディスポーザブル注入ポンプもしくは輸液ポンプを用いて中心静脈注射、もしくは植込型カテーテルアクセスにより、抗悪性腫瘍剤を注入する療法、またはインターフェロンアルファ製剤を多発性骨髄腫、慢性骨髄性白血病、ヘアリー細胞白血病、または腎がんの患者に注射する療法をいう [外来と在宅で化学療法が行われている場合] ・主に在宅で行う場合：在宅悪性腫瘍等患者指導管理料が算定可能 ・主に外来で行う場合：在宅悪性腫瘍等患者指導管理料は算定不可（この場合、注射手技料および基準を満たす場合には外来化学療法加算等が算定可能） ・外来で抗悪性腫瘍剤の注射を行い、注入ポンプなどを用いてその後も連続して自宅で抗悪性腫瘍剤の注入を行う等の治療法のみ場合は、本指導管理料の算定はできない [携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算] ・外来で抗悪性腫瘍剤の注射を行い、携帯型ディスポーザブル注入ポンプなどを用いてその後も連続して自宅で抗悪性腫瘍剤の注入を行う場合は、算定できない ・1月に7個以上支給した場合は、特定保険医療材料を算定（加算点数は6個までが含まれている） [算定できるもの] ・本管理料にかかる抗悪性腫瘍剤等の薬剤料 ・他の在宅療養指導管理料それぞれの材料加算、薬剤料、特定保健医療材料 		
併算定不可	<ul style="list-style-type: none"> ・外来受診時に、本管理料にかかる皮内/皮下および筋肉内注射/静脈内注射/点滴注射/中心静脈注射を行った場合の手技料、注射薬(在宅で使用していない抗悪性腫瘍剤も含む)、特定保険医療材料 ・自院において在宅患者訪問診療料を算定する日に行った皮内/皮下および筋肉内注射/静脈内注射/点滴注射/中心静脈注射の手技料、注射薬、特定保険医療材料 ・本管理料を算定する月の抗悪性腫瘍剤局所持続注入、外来化学療法加算の費用(薬剤にかかる費用は算定可) ・特定疾患療養管理料、ウイルス疾患指導料、小児特定疾患カウンセリング料、小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料、皮膚科特定疾患指導管理料、慢性疼痛疾患管理料、小児悪性腫瘍患者指導管理料、耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料、心身医学療法、小児科外来診療料、他の在宅療養指導管理料 		
カルテ記載	指導内容の要点		

レセ記載	総支給量，薬剤の総点数，所定単位あたりの薬剤名，支給量および支給日数，特定保険医療材料の総点数，名称およびセット数等
------	--

◆ワンポイント知識

携帯型ディスポーザブル注入ポンプ

携帯型ディスポーザブル注入ポンプを1月に7組以上用いる場合には、7組目以降の携帯型ディスポーザブル注入ポンプは加算ではなく、下記のとおり特定保険医療材料として請求します。

〈携帯型ディスポーザブル注入ポンプ〉

化学療法用	3,500円
標準型	3,420円

「在宅悪性腫瘍患者指導管理料」Q&A

Q1 『診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について』の C108 在宅悪性腫瘍患者指導管理料の(4)に規定する「外来で抗悪性腫瘍剤の注射を行い、注入ポンプなどを用いてその後も連続して自宅で抗悪性腫瘍剤の注入を行う等の治療法」とはどのような治療法か。

A 例えば、FOLFOX 療法、FOLFIRI 療法等が該当する。

Q2 在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定する月に入院をして、区分番号 G003 抗悪性腫瘍剤局所持続注入を行った場合は算定できるのか。

A 当該月において、外来で行った区分番号 G003 抗悪性腫瘍剤局所持続注入は算定できないが、入院で行った区分番号 G003 抗悪性腫瘍剤局所持続注入については算定できる。

C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料

○改定の概要

対象患者の寝たきりに準ずる状態にある患者について、対象疾患が拡大され、以下の通り変更があった。

- ア、難病法に規定する指定難病の医療受給者証を交付されている患者（特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む）
- イ、特定疾患治療研究事業の受給者証の交付を受けている患者（スモンについては過去に認定を受けたことが確認できる場合も含む）

算定点数	月1回	1,050点
対象患者	<p>現に寝たきりの状態にあるもの、またはこれに準ずる状態にあるもの</p> <p>※ 「これに準ずる状態にあるもの」とは、以下に掲げる疾患に罹患しているものとして、常時介護を要する状態にあるものを含むもの</p> <ul style="list-style-type: none"> － 「難病の患者に対する医療等に関する法律」第5条に規定する指定難病（同法第7条第4項に規定する医療受給者証を交付されている患者（同条第1項各号に規定する特定医療費の支給認定にかかる基準を満たすものとして診断を受けたものを含む）にかかると限る）（法別番号：54） － 「特定疾患治療研究事業について」（昭和48年4月17日 衛発第242号）に掲げる疾患（当該疾患に罹患しているものとして、都道府県知事から受給者証の交付を受けているものに限る。ただし、スモンについては過去に公的な認定を受けたことが確認できる場合等を含む）（法別番号：51） 	
対象処置	<p>在宅において患者自ら、またはその家族等患者の看護にあたる者が実施する次の処置</p> <p>創傷処置（気管内ディスポーザブルカテーテル交換を含む）、皮膚科軟膏処置、留置カテーテル設置、膀胱洗浄 導尿（尿道の拡張を要するもの）、鼻腔栄養、ストーマ処置、喀痰吸引、消炎鎮痛等処置、介達牽引</p>	

算定要件	<ul style="list-style-type: none"> ・原則として、医師が患者を訪問して対象処置に関する指導管理を行った場合 ・鼻腔栄養で使用した「在宅成分栄養経管栄養法指導管理料」対象外の人工栄養剤の費用は本管理料で算定する ・患者が家族に付き添われて来院した場合は、例外として算定できる 〔算定できるもの〕 ・包括されない処置の費用（薬剤料 特定保険医療材料を含む） ・他の在宅療養指導管理料それぞれの材料加算、薬剤料 特定保険医療材料
併算定不可	<p>創傷処置、爪甲除去（麻酔を要しないもの）、穿刺排膿後薬液注入、皮膚科軟膏処置、留置カテーテル設置、膀胱洗浄、後部尿道洗浄（ウルツマン）、導尿（尿道拡張を要するもの）、鼻腔栄養、ストーマ処置、喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置、腰部または腰部固定帯固定、低出力レーザー照射、肛門処置</p> <p>※薬剤料および、特定保険医療材料にかかる費用も算定不可</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定疾患療養管理料、ウイルス疾患指導料、小児特定疾患カウンセリング料 小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料 皮膚科特定疾患指導管理料 慢性疼痛疾患管理料 小児悪性腫瘍患者指導管理料、耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料、心身医学療法、小児科外来診療科、小児かかりつけ診療科、その他の在宅療養指導管理料
カルテ記載	指導内容の要点

在宅寝たきり患者処置指導管理に含まれ別に算定できない処置

(1) 創傷処置 (気管内ディスポーザブルカテーテル交換を含む)	(10) 消炎鎮痛等処置
(2) 皮膚科軟膏処置	(11) 爪甲除去（麻酔を要しないもの）
(3) 留置カテーテル設置	(12) 穿刺排膿後薬液注入
(4) 膀胱洗浄	(13) 後部尿道洗浄（ウルツマン）
(5) 導尿（尿道拡張を伴うもの）	(14) 干渉低周波去痰器による喀痰排出
(6) 鼻腔栄養	(15) 矯正固定
(7) ストーマ処置	(16) 変形機械矯正術
(8) 喀痰吸引	(17) 腰部又は胸部固定帯固定
(9) 介達牽引	(18) 低出力レーザー照射
	(19) 肛門処置

※1 (1)～(10) は在宅寝たきり患者処置指導管理料の対象になる処置。

※2 これらの処置に伴い使用する薬剤、特定保険医療材料も算定できない。

在宅寝たきり患者処置指導管理に用いる特定保険医療材料

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	(1) 2管一般（Ⅰ）	227円
(1) 一般型	(2) 2管一般（Ⅱ）	650円
①カフ付き気管切開チューブ	(3) 2管一般（Ⅲ）	1,650円
ア カフ上部吸引機能あり	(4) 特定（Ⅰ）	766円
i 一重管	(5) 特定（Ⅱ）	2,110円
ii 二重管		
イ カフ上部吸引機能なし	3 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	
i 一重管	(1) 経鼻用	
ii 二重管	①一般用	175円
②カフなし気管切開チューブ	②乳幼児用	
(2) 輪状甲状膜切開チューブ	ア 一般型	90円
(3) 保持用気管切開チューブ	イ 非DEHP型	140円
2 在宅寝たきり患者処置用膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル	③経腸栄養用	1,630円
	④特殊型	2,020円
	(2) 腸瘻用	4,350円

◆ワンポイント知識

特定保険医療材料は請求可

在宅成分栄養経管栄養法指導管理料は、算定できる人工栄養剤が決まっています。もし、「在宅成分栄養経管栄養法指導管理料」対象外の人工栄養剤を鼻腔栄養で使用した場合は、在宅寝たきり患者処置指導管理料で算定します。この場合、使用した栄養チューブは特定保険医療材料として保険請求できます。在宅成分栄養経管栄養法指導管理料は栄養管セット加算に材料費が含まれていますが、在宅寝たきり患者処置指導管理料には加算がありませんので、特定保険医療材料を使用した場合に請求できるわけです。

C111 在宅肺高血圧症患者指導管理料

○改定の概要

指導管理に係る材料加算に、C168-2 携帯型精密ネプライザー加算が新設されたことに伴い、当該機器を用いた医学管理を行った場合にも算定できるとされた。

C112 在宅気管切開患者指導管理料

算定点数	月1回	900点 気管切開患者用人工鼻加算 1,500点
施設基準	実施医療機関、または緊急時に入院するための施設は、下記の機械および器具を備えていなければならない 酸素吸入設備、レスピレーター、気道内分泌物吸引装置、動脈血ガス分析装置(常時実施できる状態にあるもの)、胸部エックス線撮影装置(常時実施できる状態にあるもの)	
対象患者	諸種の原因により気管切開を行った患者のうち、安定した状態にある退院患者	
算定要件	・在宅における気管切開に関する指導管理を行った場合に算定 ・「在宅における気管切開に関する指導管理」とは、上記対象患者について、在宅において実施する気管切開に関する医学管理をいう	
併算定不可	創傷処置(気管内ディスポーザブルカテーテル交換を含む)、爪甲除去(麻酔を要しないもの)、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	
カルテ記載	指導内容の要点	

C114 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料

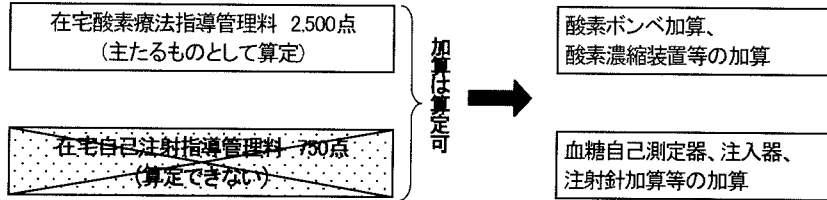
算定点数	月1回	1,000点
対象患者	在宅において皮膚処置を行っている、表皮水泡症、水泡型先天性魚鱗癬様紅皮症の患者	
算定要件	皮膚科または形成外科を担当する医師が、水泡、びらん、または潰瘍等の皮膚の状態に応じた薬剤の選択、および被覆材の選択等について、療養上の指導を行った場合に算定 〔算定できるもの〕 各処置にかかる費用、薬剤料、特定保険医療材料(皮膚欠損用創傷被覆材や非固着性シリコンガーゼ等)	
併算定不可	皮膚科特定疾患指導管理料、特定保険医療材料以外のガーゼ等の衛生材料、在宅での水泡の穿刺等の処置に必要な医療材料	
カルテ記載	指導内容の要点	

◆ワンポイント知識

加算はそれぞれ算定可

たとえば慢性呼吸不全、糖尿病が主病の患者に対して、同月内に在宅酸素療法指導管理料(2,500点)と在宅自己注射指導管理料(750点)の併算定はできません。この場合は、主たる指導管理を算定します。「主たるもの」とは、とくに決まりはありませんが、一般的には「点数の高いほう」と解釈されていますので、このケースでは在宅酸素療法指導管理料を算定します。ただし、「注の加算」は図のようにそれぞれ算定できます。

(同一患者に複数の指導管理を実施)



また、在宅療養指導管理料(「C100」～「C116」)は下記の指導料等との併算定もできません。

特定疾患療養管理料、ウイルス疾患指導料、小児特定疾患カウンセリング料、小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料、皮膚科特定疾患指導管理料、慢性疼痛疾患管理料、小児悪性腫瘍患者指導管理料、耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料、心身医学療法

VI. 医療保険と介護保険の給付調整など

区 分		1. 入院中の患者以外の患者 (次の施設に入院又は入所する者を含み、3の患者を除く)					
		自宅 社会福祉施設 身体障害者施設等	認知症対応型 グループホーム	特定施設			
	C000 往診料 C012 在宅患者共同診療料1				○		
	C001 在宅患者訪問診療料 (同一建物において同一日に2件以上 医療保険から給付される訪問診療を行 うか否かにより該当する区分を算定)	○	○ ※10			○	
	C012 在宅患者共同診療料2 C012 在宅患者共同診療料3 (同一建物において同一日に2件以上 医療保険から給付される訪問診療を行 うか否かにより該当する区分を算定)	○	×			○	
	C002 在宅時医学総合管理料	○ (養護老人ホーム、軽費 老人ホームA型、特別養 護老人ホーム、有料老 人ホーム及びサービス 付き高齢者向け住宅の 入所者を除く)	○ ※10			—	
	C002-2 施設入居時等医学総合管 理料	○ (定員110名以下の養 護老人ホーム、軽費老 人ホームA型、有料老 人ホーム及びサービス 付き高齢者向け住宅の 入所者並びに特別養護 老人ホームの入所者 (末期の悪性腫瘍のも のに限る)に限る)	—			○	
	C003 在宅がん医療総合診療料	○	○ ※10		○	×	○
特掲 在宅医療	C005 在宅患者訪問看護・指導料 C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料 (同一建物において同一日に2件以上医療保険から給付 される訪問指導を行うか否かにより該当する区分を算定)				○ ※2		
	在宅ターミナルケア加算及び同一 建物居住者ターミナルケア加算				○ ※2 (同一月において、介護保険のターミナルケア加算又は看取り介護加算を算定していない場合に限る)		
	在宅移行管理加算				○ ※2 (同一月において、介護保険の特別管理加算を算定していない場合に限る)		
	その他の加算				○ ※2		
	C005-2 在宅患者訪問点滴注射管理指導料	○	○ ※2			○ ※2	
	C006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管 理料(同一建物において同一日に2件以 上医療保険から給付される訪問指導を 行うか否かにより該当する区分を算定)				×		
	注2					○ (急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーションが必要な患者に限る)	
	C007 訪問看護指示料					○	
	C007-2 介護職員等喀痰吸引等指示料					○	
	C008 在宅患者訪問薬剤管理指導料(同 一建物において同一日に2件以上医 療保険から給付される訪問指導を行 うか否かにより該当する区分を算定)				×		
C009 在宅患者訪問栄養食事指導料(同 一建物において同一日に2件以上医 療保険から給付される訪問指導を行 うか否かにより該当する区分を算定)				×			
C010 在宅患者連携指導料				×			
C011 在宅患者緊急時等カンファレンス料					○		
C013 在宅患者訪問褥瘡管理指導料					○		
第2節第1款に掲げる在宅療養指導管理料					○		
第2節第2款に掲げる在宅療養指導管理材 料加算					○		

2. 入院中の患者				3. 入所中の患者	
介護療養型医療施設の病床以外の病床 (短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く)	ア. 介護療養型医療施設 (認知症病棟の病床を除く) イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護 (介護老人保健施設の療養室又は認知症病棟の病床を除く)を受けている患者		ア. 介護老人保健施設 イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護 (介護老人保健施設の療養室に限る)を受けている患者		ア. 介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設 イ. 短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者
	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定しない日の場合	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定した日の場合	併設保険医療機関	併設 保険医療機関以外の保険医療機関	
—	—	—	×	○	○ (配置医師が行う場合を除く)
—	—	—	×	×	ア: ○ ※8 (死亡日からさかのぼって30日以内の患者及び末期の悪性腫瘍の患者に限る。ただし、看取り介護加算を算定している場合には、在宅ターミナルケア加算・看取り加算は算定できない) イ: ○ ※10
—	—	—	×	×	×
—	—	—	×	×	—
—	—	—	—	—	ア: ○ ※8 (死亡日からさかのぼって30日以内の患者及び末期の悪性腫瘍の患者に限る) イ: ○ ※10
—	—	—	×	×	×
—	—	—	×	×	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る)
—	—	—	—	—	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。ただし、看取り介護加算を算定している場合には、算定できない)
—	—	—	—	—	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る)
—	—	—	—	—	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る)
—	—	—	×	×	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る)
—	—	—	×	×	×
—	—	—	—	—	—
—	—	—	×	×	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る)
—	—	—	—	—	—
—	—	—	×	×	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る)
—	—	—	×	×	×
—	—	—	×	×	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る)
—	—	—	×	×	×
—	—	—	×	×	○ ※1
—	—	—	○	○	○

※1 社会福祉施設、身体障害者施設等、養護老人ホーム及び特別養護老人ホームに入居又は入所する者に係る診療報酬の算定については、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」(平成18年3月31日保医発第0331002号)に特段の規定がある場合には、当該規定が適用されるものであること。

※2 末期の悪性腫瘍等の患者及び急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要である患者に限る。

※8 死亡日からさかのぼって30日以内の患者については、当該患者を当該特別養護老人ホーム(看取り介護加算の施設基準に適合しているものに限る。)において看取った場合(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院若しくは当該特別養護老人ホームの協力医療機関の医師により行われたものに限る。)に限る。

※10 当該患者によるサービス利用前30日以内に患者を訪問し、在宅患者訪問診療料、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料又は在宅がん医療総合診療を算定した保険医療機関の医師(配置医師を除く。)が診察した場合に限り、利用開始後30日までの間、算定することができる。

介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設(ア)、短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護(イ)を受けている患者での算定の可否

C001 在宅患者訪問診療料(*) C002-2 施設入居時等医学総合管理料	・死亡日からさかのぼって30日以内の患者及び末期の悪性腫瘍の患者に限る。 ・(ア)死亡日からさかのぼって30日以内の患者については、当該患者を当該特別養護老人ホームにおいて看取った場合(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院若しくは当該特別養護老人ホームの協力医療機関の医師により行われたものに限る。)に限る。(看取り介護加算の施設基準に適合しているものに限る。) ・(イ)当該患者によるサービス利用前30日以内に患者を訪問し、在宅患者訪問診療料、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料又は在宅がん医療総合診療を算定した保険医療機関の医師(配置医師を除く。)が診察した場合に限り、利用開始後30日までの間、算定することができる。 (*)看取り介護加算を算定している場合には、在宅ターミナルケア加算・看取り加算は算定できない。
C005 在宅患者訪問看護・指導料 C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料 ・在宅ターミナルケア加算及び同一建物居住者ターミナルケア加算(*) ・在宅移行管理加 ・その他の加 C005-2 在宅患者訪問点滴注射管理指導料 C007 訪問看護指示料 C008 在宅患者訪問薬剤管理指導料 C011 在宅患者緊急時等カンファレンス料	末期の悪性腫瘍の患者に限る (*看取り介護加算を算定している場合には、算定できない)
在宅療養指導管理料	×
在宅療養指導管理材料加算	○

居住系施設の種類と概要

施設名	概要	医師・看護職員配置	特定施設
●特別養護老人ホーム (介護老人福祉施設)	在宅介護が困難な身体上又は精神上著しい障害がある 65 歳以上要介護者のための生活施設(介護保険施設)。入浴、排泄、食事等の介護その他日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を提供する。医師、看護職員の配置義務がある施設。	医・看	○
●養護老人ホーム	身体上・精神上又は環境上・経済的理由で、在宅で養護を受けることが困難な 65 歳以上高齢者の措置施設。身の回りのことは自立していることが原則。養護、自立生活に向けた生活相談・指導・訓練、食事等を提供し、医師、看護職員の配置義務がある施設。	医・看 ※	○ ※
●軽費老人ホーム	無料又は低額な料金で 60 歳以上(夫婦の場合は、どちらか一方が 60 歳以上)の者を入所させ、食事の提供その他の日常生活上必要な便宜を供与する生活支援施設。	/	/
A 型	一定所得水準以下で、家庭の事情等により家族との同居が困難な者が入所する。看護師の配置義務がある施設。	看	○
B 型	家庭環境、住宅事情等の理由により在宅での生活が困難であり、食事の提供はなく自炊できる程度の健康状態にある者が入所する。	なし	—
●ケアハウス	自炊できない程度の身体機能又は高齢等のため独立しての生活には不安がある者で、家族による援助を受けることが困難な者が入所する。介護が必要な場合は、外部の在宅福祉サービスを利用。	看 ※	○ ※
●介護付き有料老人ホーム	介護サービス、生活支援サービスあり(介護保険利用可)	看	○
住宅型有料老人ホーム	生活支援等のサービス有りの高齢者向けの居住施設。介護必要時には、入居者自身の選択により、外部から地域の訪問介護等の介護保険サービスを利用することができる。	なし	—
健康型有料老人ホーム	食事等のサービス有りの高齢者向けの居住施設。介護必要時には、契約解除し退居しなければならない。	なし	—
サービス付き高齢者向け住宅(サ高住)	単身・夫婦世帯と契約を結び、安否確認や生活サービス等を提供する有資格者スタッフ配置ありの高齢者向け住宅。床面積(原則 25㎡以上)やバリアフリー化などの登録基準を満たし都道府県に登録する。介護保険の特定施設の指定が受けられる。	なし	○
●指定短期入所生活介護事業所(老人短期入所施設)	短期入所中に入浴・排泄・食事等の介護その他日常生活上の世話や機能訓練等を行う施設(介護保険の短期入所生活介護サービス<福祉ショートステイ>の提供施設)。特別養護老人ホーム併設又は単独施設があり、医師、看護職員の配置義務がある。	医・看	○
●指定認知症対応型共同生活介護事業所(認知症高齢者グループホーム)	認知症状態にある 65 歳以上要介護等高齢者の共同生活住居。入浴・排泄・食事等の介護、その他日常生活上の世話や機能訓練等の介護保険サービス提供施設。看護職員の配置義務はない。	なし	—
●指定小規模多機能型居宅介護事業所	住み慣れた自宅や地域において在宅生活を継続することを支える観点から、通所を中心として、利用者の様態や希望などに基づき、随時訪問や短期間の宿泊を組み合わせて入浴・排せつ・食事等の介護、調理・洗濯・掃除等の家事、生活等に関する助言、健康状態の確認その他必要な日常生活上の世話と機能訓練を行う介護サービスを提供する。宿泊サービスも行う。	なし	—

注 1) ※印の施設で外部サービス利用型の場合は医師・看護職員配置なし。この場合、特定施設の扱いは受けない(在医総管算定可)。

注 2) ●印の施設は介護保険サービス事業者の指定を受けることができる。

注 3) 「特定施設」○印の施設は特医総管を算定する。

特別養護老人ホーム等入所者に係る診療報酬

1. 配置医師・配置医師以外が行う診療(費)の算定

1) 配置医師の場合

保険医が、配置されている医師(配置医師)である場合は、その施設に入所している患者に対して行った診療(特別の必要があつて行う診療を除く)については、初診料、再診料、往診料等を算定できない。

2) 配置医師でない場合

保険医が、配置医師でない場合については、緊急の場合または患者の傷病が当該配置医師の専門外にわたるものであるため、とくに診療を必要とする場合を除き、施設に入所している患者に対してみだりに診療を行ってはならない。なお、配置医師、配置医師でない場合のいずれも、入所者については、主として、医学管理等および在宅医療関係が算定制限の対象となっている。

介護老人福祉施設(「特別養護老人ホーム」)等入所者に係る“算定できない”診療報酬項目

I 施設の配置医師(併設医療機関の医師を含む)が算定できない項目

- ①初診料、②再診料、③往診料、④小児科外来診療科(①～④は特別の必要がある場合⁴⁾を除く)
 ⑤特定疾患療養管理料、⑥退院前訪問指導料、⑦生活習慣病管理料、
 ⑧在宅療養指導管理料の各項目(材料加算を除く)

[注] 配置医師でない医師が診療を行うのは、①緊急の場合、②患者の負傷が配置医師の専門外の場合——のいずれかに限られます(みだりに診療を行ってはならない)。①または②の事情で診療を行った場合は、在宅療養指導管理の各項目および加算、薬剤料、特定保険医療材料料が算定できます。(指導管理料は不可)

II 配置医師 配置医師以外の場合のいずれも算定できない項目

[医学管理等] 退院時共同指導料、介護支援連携指導料、地域連携診療計画退院時指導料(Ⅱ)、外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料、在宅療養指導料、乳幼児育児栄養指導料、診療情報提供料(Ⅰ)(ただし、「注2」の市町村等、「注4」の精神障害者社会復帰施設等に対する紹介のみ)

[在宅医療] 在宅患者訪問診療科〔末期悪性腫瘍患者、当該施設で看取った場合(諸条件あり)を除く〕、施設入居時等医学総合管理料〔末期悪性腫瘍患者、当該施設で看取った場合(諸条件あり)を除く〕、在宅がん医療総合診療科、在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料(看取り介護加算を算定していない末期悪性腫瘍患者を除く)、在宅患者訪問点滴注射管理指導料(末期悪性腫瘍患者を除く)、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料、訪問看護指示料(末期悪性腫瘍患者を除く)、介護職員喀痰吸引等指示料(特別養護老人ホーム、養護老人ホームの入所者を除く)、在宅患者訪問薬剤管理指導料(末期悪性腫瘍患者を除く等諸条件あり)、在宅患者共同指導料2・3(末期悪性腫瘍患者を除く等諸条件あり)、在宅患者訪問栄養食事指導料、在宅患者連携指導料、在宅患者緊急時等カンファレンス料(末期悪性腫瘍患者を除く)、在宅患者訪問褥瘡管理指導料

[精神科専門療法] 精神科訪問看護・指導料Ⅰ及びⅢ(認知症の患者を除く)、精神科訪問看護指示料(末期悪性腫瘍患者、急性増悪患者を除く)

注1) 介護老人福祉施設等の「等」に含まれる施設

養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、指定短期入所生活介護事業所、指定介護予防短期入所生活介護事業所、指定障害者支援施設、盲導犬訓練施設、救護施設、知的障害者援護施設、乳児院、情緒障害児短期治療施設 2) 1) の下線を付した施設については、厚生労働省通知で一定の規模（定員 111 名）以上の施設に限る旨の定めがあります。

3) 表の項目以外に、施設ごとにさらに細かく算定できない項目が定められている場合があります

4) 「特別の必要があつて行う診療」には以下の場合が該当します。

ア. 緊急に行つた往診

イ. 急性増悪等でやむを得ず外来受診した場合

ウ. 病状が変化して施設内で実施できない検査等が必要になり、検査、画像診断等のために外来受診した場合

「保険医が、配置医師でない場合については、緊急の場合または患者の傷病が当該配置医師の専門外にわたるものであるため、特に診療を必要とする場合を除き、それぞれの施設に入所している患者に対してみだりに診療をしてはならない。」

『平成18年4月24日事務連絡（厚生労働省保険局医療課）

「特別養護老人ホーム等における療養の給付（医療）の取扱いについて」の運用上の留意事項について』より抜粋

2 ……「保険医が、配置医師でない場合については、緊急の場合又は患者の傷病が当該配置医師の専門外にわたるものであるため、特に診療を必要とする場合を除き、それぞれの施設に入所している患者に対してみだりに診療を行つてはならない」とされたが、この趣旨は、緊急の場合や専門外にわたる場合に、入所者からの求め（入所者のニーズを踏まえた家族や施設側からの求めによる場合を含む。以下同じ。）に応じ、配置医師でない**保険医が往診を行うことを妨げるものではないこと。**

3 ……医学的健康管理のために定期的に特別養護老人ホームを訪問して診療する場合は、その保険医は、通知の1に規定する**配置医師とみなされ、初診料、再診料及び往診料が算定できないこと。**

Q&A

Q1：すべての特別養護老人ホーム入所者について、在宅患者訪問診療料等が算定できますか。

A：算定の制限があります。末期の悪性腫瘍の患者と「介護報酬の看取り介護加算の施設基準を満たしている特別養護老人ホームにおいて、支援診・支援病又は特養の協力医療機関の医師が看取った場合、死亡日から遡って30日間に行われた場合」に算定できます。

Q2：特別養護老人ホーム入所者について、末期の悪性腫瘍の患者のみ在宅患者訪問診療料が算定できるのですか。

A：2012年の改定で末期の悪性腫瘍の患者に加えて、介護施設の看取り介護加算の施設基準を満たしている特別養護老人ホームにおいて、支援診・支援病または特養の協力医療機関の医師が看取った場合、病名にかかわらず死亡日から遡って30日間に行つたものに対しても算定できます。この場合、レセプトの「摘要」欄に死亡日を記載します。ただし、特養ホームで看取り介護加算を算定している場合は、在宅患者訪問診療料の在宅ターミナルケア加算、看取り加算は算定できません。

Q3：特別養護老人ホーム入居中の患者に対して、看取り介護加算の算定要件を満たしている場合、当該特別養護老人ホームにおいて看取った場合は死亡日から遡って30日間に限り施設入居時等医学総合管理料を算定可能とされていますが、例えば、5月2日から5月中に2回以上訪問診療して、6月1日に亡くなった場合は、6月1日から遡って30日間の間で算定要件を満たしていれば、5月診療分、6月診療分いずれも特定施設入居時等医学総合管理料を算定できますか。

A：5月、6月診療分とも算定できます。

Q4：特別養護老人ホームに入所している者に対して、在宅患者訪問点滴注射管理指導料は算定できますか。

A：基本的に、算定できません。ただし、末期の悪性腫瘍で医療保険の訪問看護を実施している患者に対し、医師の指示に基づき週3日以上訪問点滴を行った場合は、在宅患者訪問点滴注射管理指導料が算定可能です。

Q5：配置医師でない医師が特養に赴いて診療しても構わないか。

A：配置医師でない場合は、緊急の場合又は患者の傷病が当該医師の専門外にわたるものであるため特に診療を必要とする場合を除き、みだりに診療を行ってはならないとされております

Q6：医学的健康管理のため定期的に特養に訪問しているが基本診療料等は算定可能か。

A：入所者の求めによってではなく、医学的健康管理のために定期的に訪問して診療する場合は、その医師は配置医師としてみなされ初診料、再診料及び往診料は算定できません。

☰ QA 29 特養入所者に対し処置用薬剤を支給した場合の算定

Q：特養の嘱託医（配置医師）です。特養入所中の患者に膀胱留置用カテーテルを設置しており、当院から膀胱洗浄用として、生食（注射用）を患者に支給しています。どう算定すればいいのでしょうか。

A：膀胱洗浄を患者（若しくは家族）に行わせることは、C109在宅寝たきり患者処置指導管理料の対象となるので、特養入所者に対し、膀胱洗浄用の薬剤、器材（膀胱留置用カテーテル）を支給することができます。特養の配置医師については、在宅療養指導管理料の所定点数は算定できないため、（配置医師の属する医療機関で）薬剤、器材のみを第2款材料加算、C200、C300により算定する（明細書の在宅医療の項で算定）。

《明細書》

(14) 在宅寝たきり患者処置指導管理時
膀胱洗浄用薬剤の薬剤料
膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル

特別養護老人ホーム等に入所中の患者のレセプトの記載

- ・「特別の必要があって行う診療」では、明細書にその事情の記載がすすめられる。
- ・診療報酬を算定した場合「09(施)」と記載する。
- ・配置医師による診療の場合は摘要欄に「(配)」と表示して、回数を記載する。例：配〇回
- ・同一月内に、赴き行った診療と、それ以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ明確に区分できるよう「摘要」欄に記載
- ・死亡日から遡って30日間に行われた診療行為に限り医療保険からの給付する場合には「摘要」欄に死亡日を記載する

退院時共同指導 1 の算定について

退院後の診療を担当する外来・在宅側の医師等が病院にて入院患者の同意を得て、入院側の医師等と共同指導を行うことで「退院時共同指導料 1」が算定できます。

入院中の患者が、退院後、再診の対象でない患者の場合

・退院後の初回の訪問は、初診往診ではないので定期的な訪問診療で算定します。

(初診料は、退院時共同指導料に含まれており、共同指導日が初診日(診療開始日))

・指導日は実日数にカウントします。

死亡診断書の作成について

・死亡診断書の書き方

「死亡したとき」は、死亡確認時刻ではなく、死亡時刻を記入する

呼ばれた行った時、死亡していた場合家族等から聴取し、死亡時刻を推定

(例) 死亡したとき 平成 27 年 5 月 7 日 午前・午後 3 時 分 (推定)

・診断書か検案書か？

① 診療中の患者が、診療中の疾病で死亡

24 時間以内・・・診察せず死亡診断書作成可

24 時間より後・・・診察して死亡診断書作成可

② 診療中の患者が、診療中の疾病以外で死亡・・・死体検案書

③ 診療中の患者以外が、死亡(①、②以外)・・・死体検案書

「異状」があれば 24 時間以内に警察署に届出

※ 死亡後、24 時間以降の全のケースの、警察署への届出は、過剰。

殺人についての親族率

親族率は、平成 16 年から上昇傾向にある(23 年は 52.2%(489 人))。面識率は、昭和 54 年以降、80% 台後半であり、高い水準で推移している。

② 主たる動機・被害者との関係別人員

区分	総数	親族
		人数
主たる動機	憤まん・激情	23
	報復・怨恨	8
	痴情・異性関係トラブル	5
	利欲目的	1
	暴力団の勢力争い等	-
	検挙逃れ・口封じ	-
	介護・養育疲れ	19
	心中企図	5
	虐待・折かん	2
	被害者の暴力等に対抗	3
	その他	5
	総数	238

レポート摘要欄記載が必要な診療行為

C 在宅医療 (14)	
● C000 往診料 在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院の保険医が行った場合	(在支援) または (在支病) と表示
◆在宅療養支援診療所と連携する医療機関が、在宅療養支援診療所の保険医の指示で往診を行った場合	(支援) と表示し、当該指示のあった在宅療養支援診療所の名称を記載
◆同一の患家で2人以上の患者を往診した場合で、2人目以降のそれぞれの患者の診療に要した時間が1時間を超えた場合	その旨を記載
◆C001 在宅患者訪問診療料を当該月に算定した場合	当該往診を行った日を記載
◆C001 在宅患者訪問診療料等を算定した日と同一日に往診料を算定した場合	患者の病状の急変等、往診が必要となった理由を記載
◆「注2」患家診療時間加算がある場合	その旨および時間を記載
◆「注4」特別往診料を算定する場合	往診地域、海路距離、往・復・往復の波浪の別および滞在時間を記載
● C001 在宅患者訪問診療料につき、在宅患者の急性増悪等で、一時的に週4回以上の在宅患者訪問診療を行った場合	(急性) と表示し、その必要性、必要を認めた診療日および当該訪問診療を行った日を記載
◆「1」の同一建物居住者以外である患者に対して訪問診療を行った場合	(在宅) と表示
◆「2」の同一建物居住者である患者に対して訪問診療を行った場合	(同一) と表示
◆同一月に「1」および「2」の両方に該当する場合	その内訳(「1」および「2」の回数および総点数)を記載
◆「注4」乳幼児加算、幼児加算を算定した場合	乳、㊸ と表示
◆「注5」患家診療時間加算がある場合	その旨および時間を記載
◆「注6」在宅ターミナルケア加算を算定した場合	死亡日と死亡日前14日以内の計15日間に行った往診または訪問診療の日および当該患者が在宅以外で死亡した場合は死亡前24時間以内に行った訪問診療の日を記載
◆「注7」看取り加算を算定した場合	(看取) と表示
◆患家との直線距離が16kmを超えた場合または海路の場合であって、特殊の事情があったとき	訪問地域(距離)、海路距離、往・復・往復の波浪の別および滞在時間を記載
◆当該月またはその前月に往診料を算定している場合	当該訪問診療を行った日を記載
◆「1」を算定する場合であって、同一の患家で2人以上の患者を診察し、2人目以降の患者にA000初診料・A001再診料・A002外来診療料および特掲診療料のみを算定した場合において、2人目以降の診療が1時間を超えた場合	その旨を記載
◆「2」を算定した場合	別紙様式を記載し添付
● C002 在宅時医学総合管理料またはC002を特定施設入居時等医学総合管理料を算定した場合	当該月において往診または訪問診療を行った日を記載
◆「注3」在宅移行早期加算を算定した場合	初回の当該管理料を算定した年月日を記載
● C003 在宅がん医療総合診療料を算定した場合	算定週における訪問診療、訪問看護を行った日を記載(連携保険医療機関または訪問看護ステーションが行った訪問看護も同様)
◆「注2」在宅看取り加算を算定した場合	その旨を記載
● C004 救急搬送診療料「注3」長時間加算を算定した場合	診療に要した時間を記載し、(搬送診療長) と表示
● C005 在宅患者訪問看護・指導料、C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料	その必要を認めた診療日または在宅療養支援診療所から指示のあった日、訪問看護・指導を行った日、必要を認めた理由を記載
◆患者の急性増悪等により1日に2または3回以上、訪問看護を実施した場合	
◆C007「注3」特別訪問看護指示加算を算定した場合	必要と認めた理由を記載
◆「注5」長時間訪問看護・指導加算を算定した場合	実施した日を記載
◆「注7」複数名訪問看護加算を算定した場合	訪問看護を実施した日を記載
◆「注8」在宅患者連携指導加算または同一建物居住者連携指導加算を算定した場合	情報共有を行った日、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った日を記載

◆「注9」在宅患者緊急時等カンファレンス加算または同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算を算定した場合	カンファレンスを実施した日、カンファレンスの参加者と共同で療養上必要な指導を行った日を記載
◆在宅療養支援診療所の保険医の指示により、連携する保険医療機関等が訪問看護を行った場合	(支援)と表示し、指示のあった在宅療養支援診療所の名称を記載
◆月の初日が週の途中にある場合	前月の最終の週における訪問回数をカッコ書きで記載
◆保健師、助産師、看護師または准看護師のそれぞれが別に当該月に在宅患者訪問看護・指導を行った場合	それぞれの回数を記載
◆「注3」難病等複数回訪問加算、「注10」在宅ターミナルケア加算または同一建物居住者ターミナルケア加算を算定した場合	訪問看護を実施した日時および患者が死亡した日時を記載
◆「注11」在宅移行管理加算または在宅移行管理重症者加算を算定した場合	退院日、使用している医療機器等の名称（当該診療報酬明細書において医療機器の使用が明らかな場合を除く）および訪問看護を実施した日を記載
◆「注12」夜間・早朝訪問看護加算または深夜訪問看護加算を算定した場合	訪問看護を実施した日を記載
●C005-2 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定した場合	点滴注射を行った日を記載
●C006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を算定した場合	訪問指導を行った日および単位数を記載
◆「1」の同一建物居住者以外である患者に対して訪問リハビリを行った場合	(在宅)と表示
◆「2」の同一建物居住者である患者に対して訪問リハビリを行った場合	(同一)と表示
◆急性増悪等で、一時的に頻回の訪問リハビリテーション指導管理を行った場合	(急性)と表示
●C007 訪問看護指示料および「注2」特別訪問看護指示加算を算定した場合	算定日を記載
●C007-2 介護職員等喀痰吸引等指示料を算定した場合	前回の指示書を交付した日（初回の場合はその旨）を記載
●C008 在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定した場合	訪問指導を行った日を記載
◆「1」の同一建物居住者以外である患者に対して訪問薬剤管理指導を行った場合	(在宅)と表示
◆「2」の同一建物居住者である患者に対して訪問薬剤管理指導を行った場合	(同一)と表示
◆「注2」麻薬管理指導加算を算定した場合	(麻加)と表示
●C009 在宅患者訪問栄養食事指導料を算定した場合	訪問栄養食事指導を行った日を記載
◆「1」の同一建物居住者以外である患者に対して訪問栄養食事指導を行った場合	(在宅)と表示
◆「2」の同一建物居住者である患者に対して訪問栄養食事指導を行った場合	(同一)と表示
●C010 在宅患者連携指導料を算定した場合	情報共有を行った日、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った日を記載
●C011 在宅患者緊急時等カンファレンス料を算定した場合	カンファレンスを実施した日、カンファレンスの参加者と共同で療養上必要な指導を行った日を記載
●C012 在宅患者共同診療料を算定した場合	初回算定日を記載
◆①15歳未満の人工呼吸装着患者、②15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、③神経難病等の患者——を対象とした場合	当該診療の①初回算定日、②初回からの通算算定回数（当月分を含む）——を記載し、(在共)と表示
●C013 在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定した場合	①初回カンファレンス又は評価カンファレンスを実施した日、②実施場所、③連携医療機関名、④初回カンファレンス又は評価カンファレンスの別——を記載し、(在褥)と表示
●在宅療養支援診療所・病院からの紹介を受けて在宅療養指導管理を行う場合	紹介元医療機関名と当該在宅療養指導管理料を算定した理由を記載

●退院した患者に対し、退院日に在宅療養指導管理料を算定した医療機関以外において、退院月に在宅療養指導管理料を算定した場合	算定した理由を記載
●C100 退院前在宅療養指導管理料において「注2」乳幼児加算を算定した場合	(乳幼)と表示
◆当該管理に用いる薬剤または特定保険医療材料を支給した場合	総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量および支給日数、特定保険医療材料の総点数、名称およびセット数等を記載
●C101 在宅自己注射指導管理料の在宅自己注射に用いる薬剤を支給した場合	総支給単位数、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名および支給日数等を記載
◆C150 血糖自己測定器加算を算定した場合	血糖自己測定の回数および1型糖尿病である場合は1型糖尿病であることを記載
◆C152-2 持続血糖測定器加算を算定した場合	①その理由、②医学的根拠——を記載
◆C153 注入器用注射針加算「1」を算定した場合	算定した理由を記載
●C101-2 在宅小児低血糖症患者指導管理料を算定した場合	血糖自己測定の回数を記載
●C101-3 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料と合わせてC150 血糖自己測定器加算を算定した場合	血糖自己測定の回数を記載
●C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料を1月に2回以上算定した場合	回数および必要と認めた理由を記載
◆人工腎臓または腹膜灌流（連続携帯式腹膜灌流にかざる）を算定した場合	算定した日を記載
◆在宅自己連続携帯式腹膜灌流に用いる薬剤または特定保険医療材料を支給した場合	総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量および支給日数、特定保険医療材料の総点数、名称およびセット数等を記載
●C102-2 在宅血液透析指導管理料を1月に2回以上算定した場合	回数および2回以上の在宅血液透析指導管理が必要と認めた理由を記載
◆C156 透析液供給装置加算を算定した場合	(透液)と表示し、初回の指導管理を行った月日を記載
◆人工腎臓を算定した場合	算定した日を記載
◆在宅血液透析指導管理料に用いる薬剤または特定保険医療材料を支給した場合	総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量および支給日数、特定保険医療材料の総点数、名称およびセット数等を記載
●C103 在宅酸素療法指導管理料を算定した場合	当該月の動脈血酸素濃度分圧または動脈血酸素飽和度を記載
◆慢性心不全で適用になった患者の場合	初回の指導管理を行った月に、終夜睡眠ポリグラフィーの実施日と無呼吸低呼吸指数を記載
◆1月に2回分の算定を行う場合	当月分に加えて、翌月分、前月分のいずれを算定したのかを記載
●C104 在宅中心静脈栄養法指導管理料において、在宅中心静脈栄養法に用いる薬剤特定保険医療材料を支給した場合	総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、支給日数、特定保険医療材料の総点数、名称およびセット数等を記載
●C105 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料において、在宅成分栄養経管栄養法に用いる薬剤を支給した場合	総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量及び支給日数等を記載
●C105-2 在宅小児経管栄養法指導管理料	
◆経口摂取が著しく困難な状態が15歳未満から継続している15歳以上の患者（体重20kg未満）	体重を記載
◆在宅小児経管栄養法指導管理料に用いる薬剤を支給した場合	総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量及び支給日数等を記載
●C106 在宅自己導尿指導管理料において、在宅自己導尿に用いる薬剤を支給した場合	総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量および支給日数等を記載
●C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定した場合	初回の指導管理を行った月日、直近の無呼吸低呼吸指数、睡眠ポリグラフィー上の所見、実施年月日、算定日の自覚症状等の所見、2月を超えて当該療法の継続が可能であると認める場合はその理由を記載

◆1月に2回分の算定を行う場合	当月分に加えて、翌月分、前月分のいずれを算定したのかを記載
●C108 在宅悪性腫瘍患者指導管理料, C108-2 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料において、療養に用いる薬剤または特定保険医療材料を支給した場合	総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量および支給日数、特定保険医療材料の総点数、名称およびセット数等を記載
●C108-2 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定した場合	在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定する医療機関と連携して指導管理を行った年月日および連携した医療機関名を記載
●C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料において、在宅寝たきり患者処置に用いる薬剤または特定保険医療材料を支給した場合	総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量および支給日数、特定保険医療材料の総点数、名称およびセット数等を記載
●C110-2 在宅振戦等刺激装置治療指導管理料, C110-3 在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料「注2」導入期加算を算定した場合	植込術を行った年月日を記載
●C114 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料において、薬剤または特定保険医療材料を支給した場合	総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、支給日数、特定保険医療材料の総点数、名称およびセット数等を記載
●介護老人保健施設において、「1」緊急時施設治療管理料を算定する往診を行った月に、介護保険の緊急時施設療養費を算定した場合	その日時、および対象患者が介護療養型老健施設の入居者である旨を記載
(追加) H28 年改定部分	
入所者自己腹膜灌	総投与量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、投与量および投与日数、特定保険医療材料の総点数、名称およびセット数等を記載

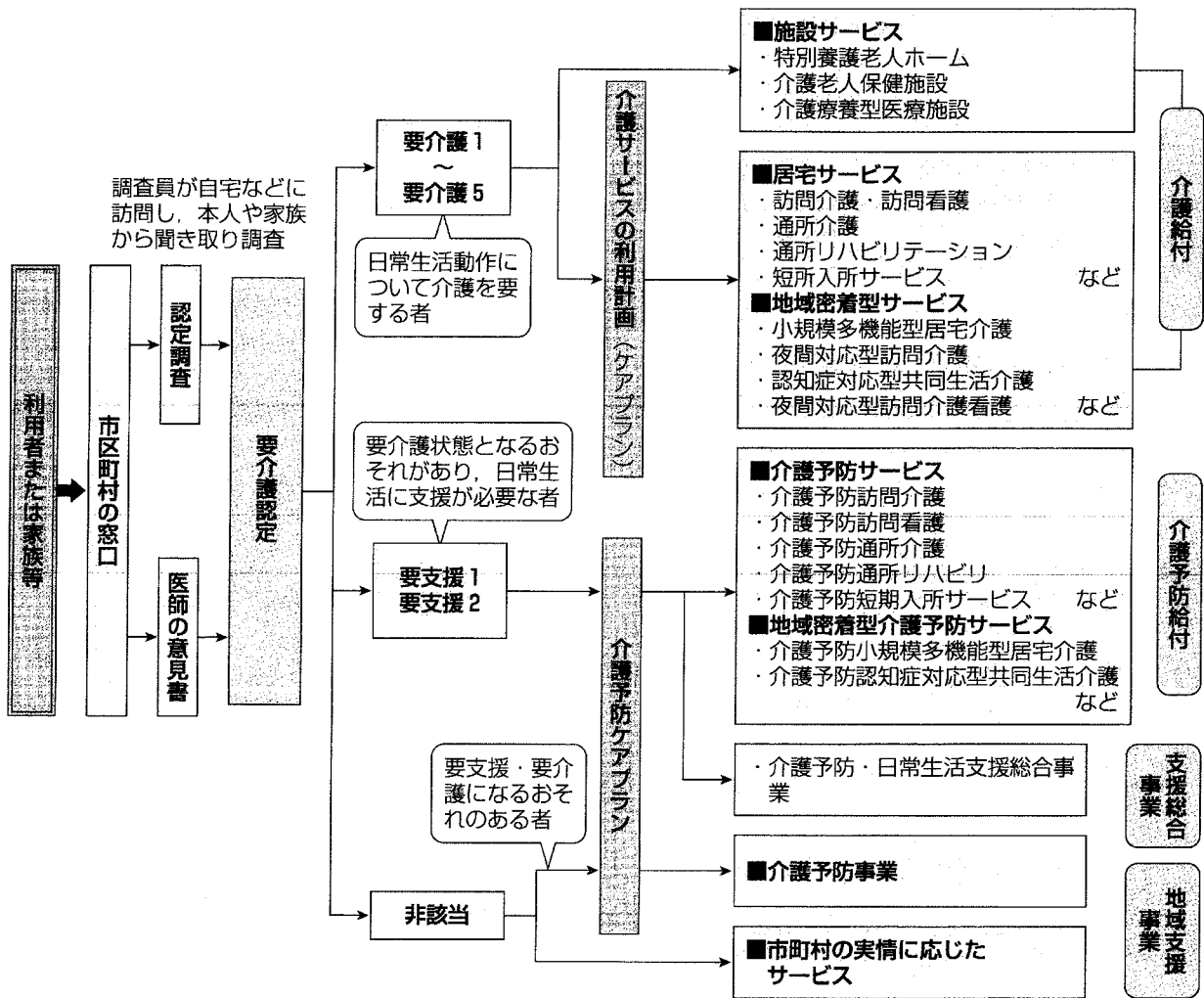
「レセプト総点検マニュアル 2014年版」(医学通信社)より抜粋

●C002 在宅時医学総合管理料またはC002-2 施設入居時等医学総合管理料を算定した場合	当該月において往診または訪問診療を行った日を記載
◆単一建物診療患者が2人以上の場合	その人数を記載
◆当該建築物の戸数の10%以下または20戸未満で在宅医学管理を行う患者が2人以下の場合	その旨を記載
◆ユニットが3以下の認知症対応型共同生活介護事業所の各ユニットにおいて、施設入居時等医学総合管理料を算定する人数を単一建物診療患者の人数とみなす場合(2017年3月31日までは「在宅時医学総合管理料」を含む)	

「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正についてより、抜粋
(平成 28 年 3 月 25 日)

- ア 往診の項、夜間の項又は深夜・緊急の項については、それぞれ普通の、夜間若しくは休日又は深夜若しくは緊急の往診の回数と点数を記載し、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医が行った往診については、「摘要」欄に(在支援)又は(在支病)と表示する。
- オ 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場合は、その他の項に、処方せんを交付した場合には「在医総管外」又は「施設総管外」と、処方せんを交付していない場合には「在医総管内」又は「施設総管内」と表示して点数を記載し、当該月において往診又は訪問診療を行った日を「摘要」欄に記載するとともに、単一建物診療患者が2人以上の場合には「摘要」欄にその人数を記載する。なお、頻回訪問加算を算定した場合は、その他の項に(頻訪加算)と表示して点数を記載する。また、在宅移行早期加算を算定した場合は、初回の当該管理料を算定した年月日を「摘要」欄に記載し、その他の項に(在宅移行)と表示して点数を記載する。
- また、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の100分の80に相当する点数を算定する場合は、「在医総管外減」若しくは「在医総管内減」又は「施設総管外減」若しくは「施設総管内減」と表示して点数を記載する。
- 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する場合において、当該建築物の戸数の10%以下又は20戸未満で在宅医学管理を行う患者が2人以下の場合、また、ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所のそれぞれのユニットにおいて、施設入居時等医学総合管理料(平成29年3月31日までの間に限り、在宅時医学総合管理料を含む)を算定する人数を単一建物診療患者の人数とみなす場合、「摘要」欄にその旨を記載する。
- カ 在宅酸素療法指導管理料を算定した場合は、……
- なお、酸素ボンベ加算、酸素濃縮装置加算、液化酸素装置加算、呼吸同調式デマンドバルブ加算又は在宅酸素療法材料加算を算定した場合は、併せてそれぞれ(ボ)、(濃)、(液)、(呼)又は(酸材)と表示して当該加算を加算した点数を記載する。また、酸素ボンベ加算及び液化酸素装置加算について携帯用又は携帯型を用いた場合は、併せて、(携)と表示する。なお、1月に3回分の算定を行う場合は、当月分に加え、翌々月分、翌月分、前月分、前々月分のいずれを算定したのか「摘要」欄に記載する。
- ク 在宅自己導尿指導管理料を算定した場合は、その他の項に(尿)と表示して点数を記載する。特殊カテーテル加算の「1」、特殊カテーテル加算の「2」又は携帯型精密ネブライザー加算を算定した場合は、併せて(カ)、(バ)、(精ネ)と表示して当該加算を加算した点数を記載する。在宅自己導尿に用いる薬剤を支給した
- ニ 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料1・2を算定した場合は、その他の項に(持呼1)、(持呼2)と表示して点数を記載し、「摘要」欄に初回の指導管理を行った月日、直近の無呼吸低呼吸指数及び睡眠ポリグラフィー上の所見並びに実施年月日及び当該管理料を算定する日の自覚症状等の所見並びに2月を超えて当該療法の継続が可能であると認める場合はその理由を記載する。在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算の「1」、「2」又は在宅持続陽圧呼吸療法材料加算を算定した場合は、併せて(持呼加1)、(持呼加2)又は(持材)と表示して当該加算を加算した点数を記載する。なお1月に3回分の算定を行う場合は、当月分に加え、翌々月分、翌月分、前月分、前々月分のいずれを算定したのか「摘要」欄に記載する。
- 在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算の「1」を算定した患者であって、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(平成28年3月4日保医発0304第3号)別添1の第2章第2部第2節C107-2在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2のア及びイの要件に該当する患者については、「摘要」欄に、算定の根拠となった要件(在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2のア又はイ)を記載する。また、イの要件を根拠に算定する場合は、当該患者に対するASV療法の実施開始日も併せて記載する。
- ク 初診、再診又は在宅医療において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日に訪問看護ステーション等の看護師等が、当該患者に対し点滴又は処置等を実施した場合は、これに用いた薬剤又は特定保険医療材料が使用された日を「摘要」欄に記載する。

VII. 介護保険関連



施設種別と介護サービスの提供状況

内包するサービス					利用者の状態像			
医療	看護	介護	見守り	食事	重度	自立		
					医療療養病床 (医療保険適用)			施設系サービス
					介護療養病床			
					介護療養型老人保健施設*1			
					従来の老人保健施設*1			
					特別養護老人ホーム*1,*2			
					特定施設 (有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅・ケアハウス)*3			
					認知症高齢者グループホーム*3			住宅系サービス
					外部サービス利用型特定施設 (有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅)*4			
					健康型有料老人ホーム			
					住宅型有料老人ホーム*5			
					住宅扱いのサービス付き高齢者向け住宅*5			自宅
					自宅 (戸建て・集合住宅等)*7			

Vertical labels on the left: **内付け** (In-house) and **外付け** (Out-house).

Vertical labels between columns: **医師配置施設** (Facility with doctor) and **看護師配置施設** (Facility with nurse).

介護保険と居宅療養管理指導

まえがき

平成 12 年 4 月より施行された介護保険制度は、施行 5 年を目途として見直しが行われた。見直しにあたっては、①制度の持続可能怪、②明るく活力ある超高齢社会の構築、③社会保障の総合化の三点を基本的な視点として検討が行われ、介護保険法は、平成 17 年 6 月に国会において可決・成立し改正された。

この法律改正により、平成 17 年 10 月から介護保険施設等で食費・居住費が保険外に、平成 18 年 4 月からは、介護予防に関しては地域支援事業や介護予防サービスの創設、新規サービスとして地域密着型サービス等の創設、そのほかにも質の向上としてケアマネジメントの見直しが行われるなど制度が改正され、サービスを受ける利用者およびサービス提供事業者を取り巻く状況は大きく変化した。

平成 21 年 4 月には①介護従事者の人材確保・処遇改善、②医療との連携や認知症ケアの充実、③効率的なサービスの提供や新たなサービスの検証を基本的な視点とする介護報酬改定が実施された。

また、平成 23 年 6 月には、高齢者が地域で自立した生活を営めるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の実現に向けた取り組みを進めるため、「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」が成立した。

平成 24 年 4 月には、前述の法律施行に伴う新たな介護サービスへの対応なども踏まえ、①地域包括ケアシステムの基盤強化、②医療と介護の役割分担・連携強化、③認知症にふさわしいサービスの提供を基本的な視点とする平成 24 年度介護報酬改定が実施された。

今後、わが国は急速に高齢化がすすむ社会を迎えることになるが、介護が必要な状態になってもその人らしさを大切にして、住み慣れた地域で暮らし続けることが望まれる。そのためには医療保険・介護保険制度のほか、医療・保健・福祉分野以外でも高齢者に関わる多くの職種が連携し、フォーマル・インフォーマルなサービスを利用して支えていくことが重要である。

介護保険制度において医師・医療は、さまざまな役割を担っているが、医師による居宅療養管理指導は、利用者・家族への医学的な指導や助言、さらには、ケアマネジャーや介護サービス事業者といった関係職種へ必要な医療ニーズに関する情報提供を行うものであることから、在宅において療養されている利用者や家族にとっては、このサービスが実施されることにより、医学的管理の裏付けのもと、安心して介護サービスを利用・提供できることになる。

*みなし指定の概要

介護保険法（以下「法」という。）においては、事業者からの申請に基づいて知事が居宅サービス事業者の指定（以下「通常指定」という。）を行います。法第 71 条第 1 項又法第 72 条第 1 項において規定された事業者については、特例により居宅サービス事業者としての指定があったものとみなされます（法第 115 条の 11 により介護予防サービス事業者についても準用）。これを「通常指定」と区分し「みなし指定」といいます。

開設者	「みなし指定」となるサービス
保険医療機関（医科・歯科）	訪問看護、介護予防訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、介護予防居宅療養管理指導、通所リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション
保険薬局	居宅療養管理指導、介護予防居宅療養管理指導
介護老人保健施設	通所リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション、短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護
介護療養型医療施設	短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護

1. 介護報酬の算定（平成 24 年 4 月改定）

(1) 居宅療養管理指導費単位数（介護サービス・介護予防サービス共通）

		(一) 同一建物居住者以外の利用者に対して行う場合	(二) 同一建物居住者に対して行う場合（同一日の訪問）
医師	(1) 居宅療養管理指導費 (I) 〔月2回を限度〕 … (2) 以外	503単位	452単位
	(2) 居宅療養管理指導費 (II) 〔月2回を限度〕 …在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料を算定する場合	292単位	262単位
歯科医師が行う場合〔月2回を限度〕		503単位	452単位
薬剤師	(1) 病院又は診療所の薬剤師が行う場合〔月2回を限度〕	553単位	387単位
	(2) 薬局の薬剤師の場合〔月4回を限度〕 ※がん末期の患者及び中心静脈栄養患者については週2回かつ月8回算定できる	503単位	352単位
管理栄養士が行う場合〔月2回を限度〕		533単位	452単位
歯科衛生士等が行う場合〔月4回を限度〕		352単位	302単位
保健師、看護師が行う場合		402単位	362単位

注1) 麻薬管理指導加算 +100単位

注2) 准看護師の場合 ×90/100

居宅療養管理指導とは、**通院または通所が困難な要介護者**に対して、病院・診療所の医師・歯科医師、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士等により行われる**療養上の管理および指導**をいう。介護予防居宅療養管理指導とは、通院または通所が困難な要支援者に対して同様に行う療養上の管理および指導をいう。

このうち、主治の医師の行う居宅療養管理指導は、計画的かつ継続的な医学的管理に基づき、指定居宅介護支援事業者(ケアマネジャー)等(指定居宅介護支援を受けている利用者はケアプランを作成しているケアマネジャー等を、特定施設入居者生活介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護又は看護小規模多機能型居宅介護の利用者は、当該事業所のケアマネジ

ャーをいう。)に対し、**介護サービス計画**(ケアプラン)の策定等に**必要な情報提供**ならびに利用者もしくは家族等に対する**介護サービス**を利用するうえでの留意点、**介護方法等**についての指導および助言を行った場合に算定する。ケアマネジャーへの**情報提供がない場合は、算定できない。**

また、介護予防居宅療養管理指導についても同様で、情報提供ならびに利用者・家族等に対する指導および助言を行った場合に算定し、ケアマネジャーへの情報提供がない場合は、算定できない。

改定の変遷

(2) 平成 18 年 4 月改定におけるポイント

「情報提供」と「指導・助言」のそれぞれの算定要件が明確化され、ケアマネジャー等に情報提供を行わない場合には減算することとなった。

また、医師の行う居宅療養管理指導の方針として、指定居宅介護支援事業者に対する情報提供については、原則としてサービス担当者会議への参加によって行うこととなり、参加ができない場合や会議が開催されない場合には、原則として文書により行うこととなった。

(3) 平成 21 年 4 月改定で新設された看護職員が行う場合について

在宅で生活・療養を行っている要介護者について、医師が必要と判断し、定期的な通院や訪問診療などがほとんど行われていない場合や、訪問看護、訪問リハビリテーション、短期入所(生活)療養介護などを利用していない場合に、要介護認定から 2 か月の間に一度、看護師などの訪問により療養上の相談および支援を実施するものであり、その相談および支援にかかる内容は医師、介護支援専門員などに対して情報提供されるものである。

(4) 平成 24 年 4 月改定におけるポイント

医療保険制度との整合性を図る観点から、居宅療養管理指導を行う職種や、居住の場所別の評価について、また、居宅介護支援事業所との連携の促進という観点から、医師、歯科医師、薬剤師および看護職員が居宅療養管理指導を行った場合に、ケアマネジャーへの情報提供を必須とする見直しを行った。

さらに、看護職員による居宅療養管理指導については、算定要件の緩和を行った。

(5) 算定方法（医師が行う場合）

①対象

対象者は通院・通所が困難な要介護者（介護予防サービスでは要支援者）である。

②算定方法

居宅療養管理指導費（Ⅰ） 以下の要件をすべて満たす場合に 1 月に 2 回を限度として算定できる。

- ・指定居宅介護支援事業者（ケアマネジャー）等に対して、ケアプラン作成等に必要な情報提供を行っていること
- ・利用者またはその家族等に対して、居宅サービスを利用する上での留意点、介護方法等についての指導および助言を行っていること

居宅療養管理指導費（Ⅱ） 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（以下「在医管等」）を算定する利用者について、指定居宅介護支援事業者（ケアマネジャー）等に対して、ケアプラン作成等に必要な情報提供を行った場合に、1 月に 2 回を限度として算定できる。

なお、在医管等を算定している利用者に対する報酬が低く設定されているのは、在医管等では、他の保健医療・福祉サービスとの連携に努めることとなっており、居宅療養管理指導の内容と重複するためである。

③「情報提供」および「指導または助言」の方法

指定居宅介護支援事業者（ケアマネジャー）等に対する情報提供の方法 サービス担当者会議への参加によって行うことが基本であるが、参加が困難な場合や会議が開催されないこともあるので、その際には、後述の「情報提供すべき事項」について、原則として、文書等（メール・FAX 等でも可）でケアマネジャー等に対して情報提供を行うことになる。

サービス担当者会議へ参加し情報提供を行った場合は、その情報提供の要点を記載しなければならないが、別個に行う必要はなく、医療保険の診療録（カルテ）への記載でかまわない。その場合は、下線または枠で囲うといった方法

で他の記載と区別できるようにする。

また、文書等により情報提供を行った場合には、文書等の写しを診療録に添付する等により保存する。

情報提供すべき事項

- | |
|---|
| (a)基本情報（医療機関名、住所、連絡先、医師氏名、利用者の氏名、生年月日、性別、住所、連絡先等） |
| (b) 利用者の病状、経過等 |
| (c)介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等 |
| (d)利用者の日常生活上の留意事項 |

なお、上記の情報提供については、医科診療報酬点数表における診療情報提供料に定める様式を活用して行うこともできるので、参考としていただきたい。

利用者・家族等に対する指導または助言の方法 介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等に関する指導または助言は、文書等を交付して行うよう努めることとなっている。

なお、口頭で指導または助言を行った場合には、その要点を記録することが必要であるが、別個に行う必要はなく、医療保険の診療録（カルテ）への記載で構わない。その場合は、下線または枠で囲う等といった方法で他の記載と区別できるようにする。

また、文書等により指導または助言を行った場合には、交付した文書等の写しを診療録に添付すること等により保存する。

④算定回数および算定目について

居宅療養管理指導費は、主治の医師が、1 人の利用者について、利用者の居宅への訪問回数に応じて、それぞれ月 2 回まで算定することができる。また算定日は、その月の訪問診療または往診を行った日とする。

請求明細書の摘要欄には、訪問診療・往診の日、またはサービス担当者会議に参加した場合においては、その参加日、参加が困難な場合には、文書等を交付した日を記入する。

⑤その他

居宅療養管理指導に要した交通費について 居

宅療養管理指導に要した交通費は、利用者から実費で徴収できる。

同一建物居住者について 同一建物居住者とは、以下の利用者をいう。

ア：養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、マンションなどの集合住宅等に入居または入所している複数の利用者

イ：小規模多機能型居宅介護（宿泊サービスに限る）、認知症対応型共同生活介護、複合型サービス（宿泊サービスに限る）、介護予防小規模多機能型居宅介護（宿泊サービスに限る）、介護予防認知症対応型共同生活介護などのサービスを受けている複数の利用者

運営基準より抜粋

- ・ **内容及び手続の説明及び同意**：サービス提供の開始に際しては、利用申込者又は家族に対し、サービスの選択に資すると認められる重要事項を記載した文書（重要事項説明書）を交付して十分説明を行い、サービス提供の開始について利用申込者の同意を得ること。
- ・ **領収書の交付**：利用者からサービスの提供に要した費用の支払いを受ける際は、費用区分等を明確にした領収証を交付すること。
- ・ **身分を証する書類の携行**：居宅療養管理指導従業者は、事業所の名称・氏名を記載した身分証や名札等を携行し、利用者又は家族から求められたときは提示すること。
- ・ **運営規程**：事業所ごとに、事業の運営についての重要事項に関する規程（運営規程）を定めておくこと。
- ・ **掲示**：事業所の見やすい場所に、利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を掲示すること。
- ・ **苦情処理**：提供したサービスに関する利用者及び家族からの苦情に、迅速かつ適切に対応するために、必要な措置を講ずること。

2. Q&A

問1 医師、歯科医師、薬剤師または看護職員による居宅療養管理指導について、介護支援専門員への情報提供が必ず必要になったが、月に複数回の居宅療養管理指導を行う場合であっても、毎回情報提供を行わなければ算定できないのか？

（答） 毎回行うことが必要である。なお、医学的観点から、利用者の状態に変化がなければ、変化がないことを情報提供することや、利用者や家族に対して往診時に行った指導・助言の内容を情報提供することでよい。

問2 以下のような場合は、「同一建物居住者」の居宅療養管理指導費を算定するのか。

[1] 利用者の都合等により、同一建物居住者であっても、午前と午後の2回に分けて居宅療養管理指導を行わなければならない場合

[2] 同一世帯の利用者に同一日に居宅療養管理指導を行った場合

[3] 同じマンションに、同一日に同じ居宅療養管理指導事業所の別の医師がそれぞれ別の利用者に居宅療養管理指導を行った場合

（答） いずれの利用者に対しても「同一建物居住者」の居宅療養管理指導費を算定する。

問3 以下の場合、どのように取扱うのか。

[1] 同一敷地内又は隣接地に棟が異なる建物が集まったマンション群や公団住宅等の場合

[2] 外観上明らかに別建物であるが渡り廊下のみで繋がっている場合

（答） いずれも別の建物となる。

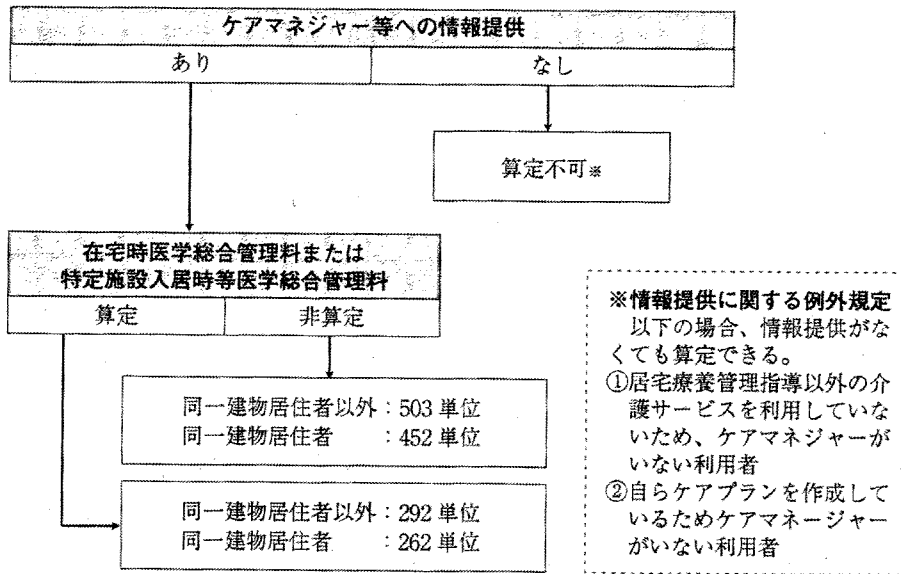
問4 医師の居宅療養管理指導において、同一の集合住宅等に居住する複数の利用者に対して、同一日に2人に訪問診療を行う場合であって、1人は訪問診療のみを行い、もう1人は訪問診療と居宅療養管理指導を行う場合に、居宅療養管理指導については、同一建物居住者以外の単位数を算定することとなるのか。

（答） 同一建物居住者以外の単位数を算定する。

なお、歯科医師による居宅療養管理指導についても同様の取扱いとなる。

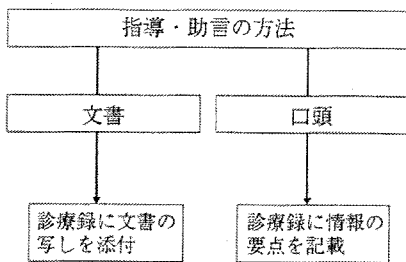
医師による居宅療養管理指導費の算定フローチャート

サービス開始にあたっては、利用者への説明と同意が必要。

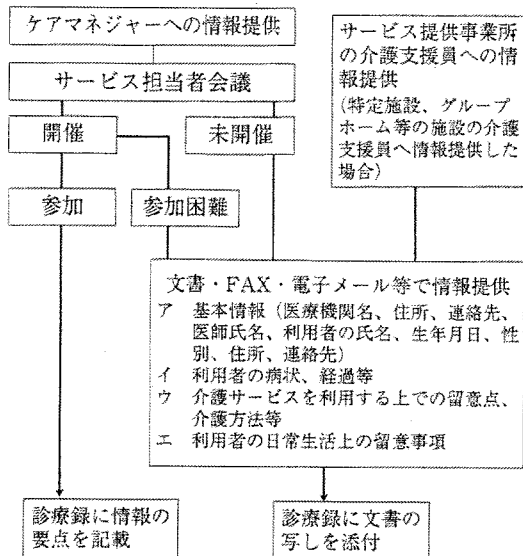


患者又は家族等への指導・助言、ケアマネジャー等への情報提供について

(A)患者又は家族等への指導・助言



(B)ケアマネジャー等への情報提供



介護給付費請求書記載方法

様式第一 (附則第二条関係)

平成 年 月 日

介護給付費請求書

・サービス提供月を記載
 ・サービス提供月ごとに請求書添付してください。
 ※保険者ごとに分ける必要はありません

保険者 (別記) 載

下記のとおりに請求します。 平成 年 月 日

①/明細書件数

②/集計欄⑦の合計

③/集計欄⑦の合計単位数×単価

④/集計欄⑩の合計

区分	サービス費用						特定入所者介護サービス費等				
	件数	単位数・点数	費用合計	保険請求額	公費請求額	利用者負担	件数	費用合計	利用者負担	公費請求額	保険請求額
居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域高齢型サービス等	①	②	③	④	⑤	⑥					
居宅介護支援・ 介護予防支援											
合計	⑤/集計欄⑩の合計						⑥/集計欄①+②の合計				

区分	件数	単位数・点数	サービス費用 費用合計	公費請求額	特定入所者介護サービス費等		
					件数	費用合計	公費請求額
主保 居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域高齢型サービス等	⑦	⑧	⑨	⑩			
主保 居宅介護支援・ 介護予防支援							
10 結核 34 条							
11 結核 35 条							
21 障害・施設医療	⑧/集計欄⑧の合計			⑩/集計欄⑩の合計			
15 障害	①/公費対象明細書件数			⑨/集計欄⑨の合計単位数×単価			
19 療養・一般							
54 難病法							
51 特定疾患等 治療研究							
31 被爆者助成							
36 被爆体験者							
37 有機ヒ素・緊急措置							
38 水俣病総合対策 メチル水銀							
96 石綿・救済措置							
58 障害者・支援措置 (全額免除)							
25 中国残留邦人等							
合計							

公費請求がある場合に、該当公費欄に件数等を記載する。

- 生活保護単独受給者の場合 (被保険者番号 H で始まる場合)
 - 公費請求欄のみに記入
 - (10 割分を生活保護に請求)
- その他の公費 → 保険請求欄・公費請求欄それぞれに記入
- (9 割分を介護保険・1 割分を公費に請求)

居宅療養管理指導（医科・歯科・調剤）請求明細書記載例

様式第二（附） 公費負担医療の受給者証に掲載されている負担者番号・受給者番号を転記 細書 医科記載例

（訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・居宅療養管理指導・通所介護・通所リハ・福祉用具貸与・定期巡回・随時対応型訪問介護看護・夜間対応型訪問介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護・複合型サービス）

公費負担者番号	様式第二	平成	年	月	分
公費受給者番号	(要支援者は「様式二の二」)	保険者番号			
被保険者番号	事業所番号	2 2 1			
氏名	介護保険被保険者証に記載されている事項を転記	保険医療機関コードの前に“221”を記入			
生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和	年	月	日	性別 1.男 2.女
要介護状態区分	要介護1・2・3・4・5				
認定有効期間	平成	年	月	日	から
	平成	年	月	日	まで
業 者	所在地	連絡先 電話番号			

居宅サービス計画	1. 居宅介護支援事業者作成	2. 被保険者自己作成	居宅療養管理指導のみの請求の場合は記載不要
事業所番号	事業所名称		

開始年月日	平成	年	月	日	中止年月日	平成	年	月	日
中止理由	1.非該当 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院								

サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	摘要
医師居宅療養管理指導Ⅰ	3 1 1 1 1 1	5	0	3	2	1 0 0 6	3, 17
サービス内容・サービスコード・単位数等を記載 (サービスコードごと行を変えて記載)				給付費明細欄のサービス単位数の合計単位数を⑦に転記		公費負担医療への請求分がある場合に、回数・単位数を記載/併せて請求額集計欄の⑩・⑪・⑫に記載	
【注意事項】当該医師が、当該月に医療保険において「在宅時医学管理料」を当該利用者について算定した場合には、当該医師に限り居宅療養管理指導(Ⅱ)の算定となりますので留意願います。				算定日(訪問日)を必ず記載する			

①サービス種類コード / ②名称	3 1						
③サービス実日数	2 日	日	日	日	日		
④計画単位数							
⑤限度額管理対象単位数							
⑥限度額管理対象外単位数							
⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数) + ⑥	1 0 0 6						
⑧公費分単位数							
⑨単位数単価	1 0 0 0 円/単位						
⑩保険請求額	9 0 5 4						
⑪利用者負担額	1 0 0 6						
⑫公費請求額							
⑬公費本人負担							
給付率 (/100)	保険	9 0					
	公費	1 0 0 6					
合計		9 0 5 4					
		1 0 0 6					

軽減率	受領すべき利用者負担の総額 (円)	軽減額 (円)	軽減後利用者負担額 (円)	備考
11 訪問介護	※ 要介護状態区分により請求明細書様式・サービスコードが異なります。 要介護者 / 「様式第二」・サービスコード「31××××」 要支援者 / 「様式第二の二」・サービスコード「34××××」 様式・要介護状態区分・サービスコードの整合性がとれていない場合は、返戻となります			
15 通所介護				
76 定期巡回・随時対応型訪問介護看護				
71 夜間対応型訪問介護				
72 認知症対応型通所介護				
73 小規模多機能型居宅介護				
77 複合型サービス				

枚中 枚目

居宅療養管理指導費のみの明細書記載例

様式第二 (附則第二条関係)

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書

(訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・居宅療養管理指導・通所介護・通所リハ・福祉用具貸与・定期巡回・随時対応型訪問介護看護・夜間対応型訪問介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護・複合型サービス)

公費負担者番号		平成 26年 6月分						
公費受給者番号		保険者番号 ○○○○○○						
被保険者	被保険者番号	○○○○○○○○○○						
	(フリガナ)	×××× ××××						
	氏名	○○ ○○						
	生年月日	1.明治 2.大正 ③昭和	性別	①男 2.女				
	要介護状態区分	要介護1・2・③・4・5						
認定有効期間	平成 26年 05月 01日 から							
	平成 27年 04月 30日 まで							
請求事業者	事業所番号	○○○○○○○○○○						
	事業所名称	○○○クリニック						
	所在地	〒○○○-○○○○ 三鷹市○○○ ×-×-×						
	連絡先	電話番号 ○○○-○○○-○○○○						
居宅サービス計画	1. 居宅介護支援事業者作成		2. 被保険者自己作成					
	事業所番号					事業所名称		
開始年月日	平成 26年 06月 02日	中止年月日	平成	年	月	日		
中止理由	1.非該当 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院							
給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回數	公費対象単位数	摘要
	居宅療養管理指導Ⅱ1	311112	292	2	584			2日、16日
請求額集計欄	①サービス種類コード / ②名称	31 居宅療養管理指導						
	③サービス実日数	2日						
	④計画単位数							
	⑤限度額管理対象単位数							
	⑥限度額管理対象外単位数							給付率 (100)
	⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥		584					保険 90
	⑧公費分単位数							公費
	⑨単位数単価	1000 円/単位						合計
	⑩保険請求額		5256					5256
	⑪利用者負担額		584					584
	⑫公費請求額							
	⑬公費分本人負担							

枚中 枚目

- コメント：(1) 医療保険で在宅時医学総合管理料を算定しているため、介護保険では居宅療養管理指導Ⅱ1 (292単位) を月2回算定している。
 ※同一建物居住者の場合は居宅療養管理指導Ⅱ2 (262単位) を算定する。
 (2) 当該月に在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料の算定要件を満たさなかった場合は居宅療養管理指導費Ⅰ1 (503単位) で算定する。
 ※同一建物居住者の場合は居宅療養管理指導Ⅰ2 (452単位) を算定する。
 (3) 給付費明細欄の「摘要」欄に居宅療養管理指導費を算定した往診日又は訪問診療日を記載する。
 (4) 開始年月日にはサービス提供の開始日を記載する。
 (5) 居宅療養管理指導費のみの請求の場合は居宅サービス計画欄の記入は不要である。

併算定マトリックス

(○：併算定可 △：一部につき併算定可 ●：同日算定不可 (同月算定可))

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	往診	訪診	在医診	在医総	救急	訪問	点滴	リハ	看指	喀痰	在薬	在栄	在連	力共	在共	在待	退院	自注	小血	在妊
1 C000 往診料 (※1)		●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2 C001 在宅患者訪問診療料 (※2)	●		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3 C002 在宅時医学総合管理料 (※3)	○	○		×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4 C003 在宅がん医療総合診療料 (※4)	●	●	×		▲	●	●	●	●	●	●	●	●	×	●	●	●	●	×	×
5 C004 救急搬送診療料	○	○	○	▲		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6 C005 在宅患者訪問看護・指導料 (※5)	●	●	●					●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○
7 C005-2 在宅患者訪問点滴注射管理指導料	○	○	○	○				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8 C006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料	●	●	●	○	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9 C007 訪問看護指示料 (※6)	○	○	○	○																
10 C007-2 介護職員等喀痰吸引等指示料	○	○	○	○																
11 C008 在宅患者訪問薬剤管理指導料	●	●	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
12 C009 在宅患者訪問栄養食事指導料	●	●	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
13 C010 在宅患者連携指導料	○	○	×	×																
14 C011 在宅患者緊急時等カンファレンス料 (※7)	○	○	○	○																
15 C012 在宅患者共同診療料	○	○	○	○																
16 C013 在宅患者訪問褥瘡管理指導料	○	○	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
17 C100 退院前在宅療養指導管理料	○	○	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
18 C101 在宅自己注射指導管理料 (※8)	○	○	○	×														●	×	×
19 C101-2 在宅小児低血糖症患者指導管理料	○	○	○	×														●	×	×
20 C101-3 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料	○	○	○	×														●	×	×
21 C102 在宅自己腹腔灌流指導管理料	○	○	○	×														●	×	×
22 C102-2 在宅血液透析指導管理料	○	○	○	×														●	×	×
23 C103 在宅酸素療法指導管理料	○	○	○	×														●	×	×
24 C104 在宅中心静脈栄養法指導管理料	○	○	○	×														●	×	×
25 C105 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料 (※9)	○	○	○	×														●	×	×
26 C106 在宅自己導尿指導管理料	○	○	○	×														●	×	×
27 C107 在宅人工呼吸指導管理料	○	○	○	×														●	×	×
28 C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	○	○	○	×														●	×	×
29 C108 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料	○	○	○	×			×											●	×	×
30 C108-2 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料	○	○	○	×														●	×	×
31 C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料	○	○	×	×														●	×	×
32 C110 在宅自己疼痛管理指導管理料	○	○	○	×														●	×	×
33 C110-2 在宅振戦等刺激装置治療指導管理料	○	○	○	×														●	×	×
34 C110-3 在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料	○	○	○	×														●	×	×
35 C110-4 在宅仙骨神経刺激療法指導管理料	○	○	○	×														●	×	×
36 C111 在宅肺高血圧症患者指導管理料	○	○	○	×														●	×	×
37 C112 在宅気管切開患者指導管理料	○	○	○	×														●	×	×
38 C114 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料	○	○	○	×														●	×	×
39 C116 在宅植込型補助人工心臓指導管理料	○	○	○	×														●	×	×
40 A000 初診料	○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
41 A001 再診料・A002 外来診療料	○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
42 B000 特定疾患療養管理料	○	○	×	×																
43 B001 「1」 ウイルス疾患指導料	○	○	○	×																
44 B001 「3」 悪性腫瘍特異物質治療管理料	○	○	○	×																
45 B001 「4」 小児特定疾患力カウンセリング料	○	○	○	×																
46 B001 「5」 小児科療養指導料	○	○	×	×																
47 B001 「6」 てんかん指導料	○	○	○	×																
48 B001 「7」 難病外来指導管理料	○	○	×	×																
49 B001 「8」 皮膚科特定疾患指導管理料	○	○	×	×																
50 B001 「12」 心臓ペースメーカー指導管理料	○	○	○	×																
51 B001 「17」 慢性疼痛疾患管理料	○	○	○	×																
52 B001 「18」 小児悪性腫瘍患者指導管理料	○	○	×	×																
53 B001 「21」 耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料	○	○	○	×																
54 B001-2-9 地域包括診療料 (※10)	○	×	×	○																
55 I004 心身医学療法	○	○	○	×																

- ※ 1 往診料と在宅患者訪問診療料、在宅患者訪問看護・指導料等は原則として同日算定不可だが、訪問診療等のあとに患者の病状急変等により往診を行った場合は同日算定が認められる。また、往診料と在宅がん医療総合診療料も原則として同日算定不可だが、週3回以上訪問診療を行った場合であって訪問診療を行わない日に緊急往診をした場合は同日算定が週2回に限り認められる。
- ※ 2 在宅療養支援診療所とその連携保険医療機関を除き、往診料を算定する往診日の翌日までは在宅患者訪問診療料が算定できない（在宅療養支援診療所とその連携保険医療機関では算定可）。
- ※ 3 C002-2 施設入居時等医学総合管理料も同じ。C002とC002-2の併算定不可。
- ※ 4 在宅療養指導管理料（C100～C116）や悪性腫瘍特異物質治療管理料等の包括的管理料を算定したのちに在宅がん医療総合診療料を算定するのであれば、在宅療養指導管理料もしくは悪性腫瘍特異物質治療管理料等と在宅がん医療総合診療料との同月算定は認められる（順序が逆の場合は同月算定不可）。
- ※ 5 C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料も同じ。C005とC005-1-2の同日算定不可。
- ※ 6 C007「注3」衛生材料等提供加算は、C002在宅時医学総合管理料、C002-2施設入居時等医学総合管理料、C003在宅がん医療総合診療料、C005-2在宅患者訪問点滴注射管理指導料、在宅療養指導管理料（C100～C116）を算定した場合は算定不可。
- ※ 7 在宅患者緊急時等カンファレンス料に係る指導と別に継続的に実施している訪問診療を同一日に行った場合は、在宅患者訪問診療料との併算定は認められる。
- ※ 8 C101在宅自己注射指導管理料「2」については、B001「7」難病外来指導管理料と併算定可。
- ※ 9 C105-2在宅小児経管栄養法指導管理料も同じ。C105とC105-2の併算定不可。
- ※ 10 B001-2-10認知症地域包括診療料も同じ。B001-2-9とB001-2-10の併算定不可。また、A001再診料の所定点数は包括され算定できないが、「注5」～「注7」の時間外等加算は別に算定可。