

令和5年4月版

# 在宅医療・介護連携 報酬の解釈

在宅療養を支える  
医療保険と介護保険

解説編

- I 在宅医療のしくみ
- II 訪問看護(医療)と介護サービス

報酬編

- I 診療報酬点数表(在宅医療関連)
- II 訪問看護療養費／介護報酬

## 目次

### 在宅療養を支える医療保険と介護保険

#### 解説編

##### I 在宅医療のしくみ

###### 1 在宅医療提供体制と診療報酬

A246 入退院支援加算

B004 退院時共同指導料1, B005 退院時共同指導料2

B007 退院前訪問指導料

B007-2 退院後訪問指導料

B009 診療情報提供料（I）

A206 在宅患者緊急入院診療加算

###### 3 日常の療養支援と急変時の対応

医科診療報酬・在宅医療の全体像

在宅患者診療・指導料の通則的事項

###### 4 在宅患者診療・指導料①医師の診療

C000 往診料

C001 在宅患者訪問診療料（I）

C001-2 在宅患者訪問診療料（II）

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

C004 救急搬送診療料

###### 5 在宅患者診療・指導料②医療職の訪問

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

C005-2 在宅患者訪問点滴注射管理指導料

C006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料

C007 訪問看護指示料

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

C009 在宅患者訪問栄養食事指導料

###### 6 在宅患者診療・指導料③連携の推進

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

C012 在宅患者共同診療料

C013 在宅患者訪問褥瘡管理指導料

C014 外来在宅共同指導料

###### 7 在宅療養指導管理料

第1款 在宅療養指導管理料の通則的事項

C101 在宅自己注射指導管理料

C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 100

◆在宅療養指導管理料一覧 101

第2款 在宅療養指導管理料材料加算 104

◆在宅療養指導管理料材料加算一覧 105

#### 8 歯科診療報酬

在宅歯科医療の診療報酬による評価 108

C000 歯科訪問診療料 110

C001 訪問歯科衛生指導料 113

C001-3 歯科疾患在宅療養管理料 114

C001-4-2 在宅患者歯科治療時医療管理料 116

C001-5 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料 117

C001-6 小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料 119

C007 在宅患者連携指導料 120

C008 在宅患者緊急時等カンファレンス料 121

B011 診療情報連携共有料 122

B014 退院時共同指導料1, B015 退院時共同指導料2 123

#### 9 調剤報酬

在宅医療における調剤報酬の概要 124

調剤15 在宅患者訪問薬剤管理指導料 126

調剤15の2 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 128

調剤15の3 在宅患者緊急時等共同指導料 129

調剤15の4 退院時共同指導料 131

調剤15の6 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 132

#### II 訪問看護（医療）と介護サービス

133

##### 1 訪問看護療養費

① 訪問看護療養費の構成／基本療養費の共通事項 134

② 01 訪問看護基本療養費 136

③ 01-2 精神科訪問看護基本療養費 140

④ 訪問看護療養費の算定制限とその例外 142

⑤ 02 訪問看護管理療養費 144

⑥ 03 訪問看護情報提供療養費 148

⑦ 05 訪問看護ターミナルケア療養費 149

##### 2 介護報酬

① 介護報酬と利用者負担 150

② 訪問看護 152

③ 訪問リハビリテーション 156

④ 居宅療養管理指導 158

⑤ 居宅介護支援における医療・介護連携 160

⑥ 訪問介護・通所介護の医療連携関連項目 163

##### 3 要介護者等についての給付調整

165

◆在宅の要介護者等 166

◆特別養護老人ホームに入所(短期入所)の要介護者等 174

報酬編			
<b>I 診療報酬点数表（在宅医療関連）</b>	<b>179</b>		
<b>1 医科：在宅医療</b>	<b>180</b>	C 107-3 在宅ハイフローセラピー指導管理料	<b>346</b>
<b>通則</b>	<b>180</b>	C 108 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料	<b>348</b>
<b>第1節 在宅患者診療・指導料</b>		C 108-2 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料	<b>348</b>
通則	183	C 109 在宅寝たきり患者処置指導管理料	<b>351</b>
C 000 往診料	186	C 110 在宅自己疼痛管理指導管理料	<b>352</b>
C 001 在宅患者訪問診療料（I）	193	C 110-2 在宅振戻等刺激装置治療指導管理料	<b>352</b>
C 001-2 在宅患者訪問診療料（II）	205	C 110-3 在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料	<b>352</b>
C 002 在宅時医学総合管理料	212	C 110-4 在宅仙骨神経刺激療法指導管理料	<b>353</b>
C 002-2 施設入居時等医学総合管理料	232	C 110-5 在宅舌下神経電気刺激療法指導管理料	<b>353</b>
C 003 在宅がん医療総合診療料	241	C 111 在宅肺高血圧症患者指導管理料	<b>354</b>
C 004 救急搬送診療料	247	C 112 在宅気管切開患者指導管理料	<b>354</b>
C 005 在宅患者訪問看護・指導料	249	C 112-2 在宅喉頭摘出患者指導管理料	<b>354</b>
C 005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料	272	C 114 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料	<b>355</b>
C 005-2 在宅患者訪問点滴注射管理指導料	283	C 116 在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料	<b>355</b>
C 006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料	288	C 117 在宅経腸投薬指導管理料	<b>356</b>
C 007 訪問看護指示料	290	C 118 在宅腫瘍治療電場療法指導管理料	<b>356</b>
C 007-2 介護職員等喀痰吸引等指示料	296	C 119 在宅経肛門の自己洗腸指導管理料	<b>357</b>
C 008 在宅患者訪問薬剤管理指導料	298	C 120 在宅中耳加压療法指導管理料	<b>358</b>
C 009 在宅患者訪問栄養食事指導料	301	C 121 在宅抗菌薬吸入療法指導管理料	<b>358</b>
C 010 在宅患者連携指導料	307	疑義解釈	<b>359</b>
C 011 在宅患者緊急時等カンファレンス料	309	<b>第2款 在宅療養指導管理材料加算</b>	<b>366</b>
C 012 在宅患者共同診療料	311	通則	<b>367</b>
C 013 在宅患者訪問褥瘡管理指導料	314	C 150 血糖自己測定器加算	<b>368</b>
C 014 外来在宅共同指導料	320	C 151 注入器加算	<b>370</b>
<b>第2節 在宅療養指導管理料</b>		C 152 間歇注入シリンジポンプ加算	<b>370</b>
<b>第1款 在宅療養指導管理料</b>	<b>323</b>	C 152-2 持続血糖測定器加算	<b>371</b>
通則	324	C 152-3 経腸投薬用ポンプ加算	<b>373</b>
C 100 退院前在宅療養指導管理料	329	C 153 注入器用注射針加算	<b>374</b>
C 101 在宅自己注射指導管理料	329	C 154 紫外線殺菌器加算	<b>375</b>
C 101-2 在宅小児低血糖症患者指導管理料	334	C 155 自動腹膜灌流装置加算	<b>375</b>
C 101-3 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料	334	C 156 透析液供給装置加算	<b>375</b>
C 102 在宅自己腹膜灌流指導管理料	335	C 157 酸素ボンベ加算	<b>375</b>
C 102-2 在宅血液透析指導管理料	336	C 158 酸素濃縮装置加算	<b>376</b>
C 103 在宅酸素療法指導管理料	337	C 159 液化酸素装置加算	<b>376</b>
C 104 在宅中心静脈栄養法指導管理料	339	C 159-2 呼吸同調式デマンドバルブ加算	<b>377</b>
C 105 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	340	C 160 在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算	<b>377</b>
C 105-2 在宅小児経管栄養法指導管理料	341	C 161 注入ポンプ加算	<b>377</b>
C 105-3 在宅半固体栄養経管栄養法指導管理料	341	C 162 在宅経管栄養法用栄養管セット加算	<b>377</b>
C 106 在宅自己導尿指導管理料	342	C 163 特殊カテーテル加算	<b>378</b>
C 107 在宅人工呼吸指導管理料	343	C 164 人工呼吸器加算	<b>379</b>
C 107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	344	C 165 在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算	<b>379</b>
		C 166 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算	<b>381</b>
		C 167 痛み等管理用送信器加算	<b>381</b>
		C 168 携帯型精密輸液ポンプ加算	<b>381</b>

C168-2 携帯型精密ネブライザ加算	381	B007-2 退院後訪問指導料	518
C169 気管切開患者用人工鼻加算	382	B009 診療情報提供料（I）	520
C170 排痰補助装置加算	382	B009-2 電子の診療情報評価料	529
C171 在宅酸素療法材料加算	382	B014 退院時薬剤情報管理指導料	530
C171-2 在宅持続陽圧呼吸療法材料加算	383	別紙様式	533
C171-3 在宅ハイフローセラピー材料加算	383	<b>4 歯科点数表</b>	548
C172 在宅経肛門的自己洗腸用材料加算	383	C000 歯科訪問診療料	549
C173 横隔神経電気刺激装置加算	383	C001 訪問歯科衛生指導料	564
C174 在宅ハイフローセラピー装置加算	384	C001-3 歯科疾患在宅療養管理料	567
C175 在宅抗菌薬吸入療法用ネブライザ加算	384	C001-4-2 在宅患者歯科治療時医療管理料	571
疑義解釈	385	C001-5 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料	573
<b>第3節 薬剤料</b>		C001-6 小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料	577
C200 薬剤	388	C007 在宅患者連携指導料	579
<b>第4節 特定保険医療材料料</b>		C008 在宅患者緊急時等カンファレンス料	580
C300 特定保険医療材料	391	B011 診療情報連携共有料	582
<b>在宅医療:施設基準（在宅患者診療・指導料）</b>		B014 退院時共同指導料1	583
1 在宅療養支援診療所	395	B015 退院時共同指導料2	584
2 在宅療養支援病院	405	施設基準（在宅医療）	590
3 C002 在宅時医学総合管理料	414	<b>5 調剤報酬点数表</b>	598
C002-2 施設入居時等医学総合管理料	414	調剤15 在宅患者訪問薬剤管理指導料	599
4 C003 在宅がん医療総合診療料	417	調剤15の2 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料	609
5 C004 救急搬送診療料	419	調剤15の3 在宅患者緊急時等共同指導料	615
6 C005 在宅患者訪問看護・指導料	420	調剤15の4 退院時共同指導料	621
C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料	420	調剤15の6 在宅患者重複投棄・相互作用等防止管理料	622
7 在宅療養後方支援病院	424		
8 C013 在宅患者訪問褥瘡管理指導料	425	<b>II 訪問看護療養費／介護報酬</b>	631
<b>在宅医療:レセプト（明細書）の記載要領</b>	434	<b>1 訪問看護療養費</b>	632
1 「在宅」欄の記載（概要）	434	通則	632
2 在宅医療：「適用」欄の記載	440	01 訪問看護基本療養費	635
3 在宅医療：診療行為名称等の略号	458	01-2 精神科訪問看護基本療養費	663
<b>2 医科：初・再診料（抄）</b>	463	02 訪問看護管理療養費	678
A000 初診料	467	03 訪問看護情報提供療養費	699
A001 再診料	478	05 訪問看護ターミナルケア療養費	706
A002 外来診療料	493	様式	710
<b>3 医科：医学管理等（抄）</b>	498	基準と届出	725
B001・13 在宅療養指導料	498	<b>2 介護報酬</b>	744
B001-2-9 地域包括診療料	498	算定の通則	744
B001-2-10 認知症地域包括診療料	503	訪問看護・介護予防訪問看護	746
B004 退院時共同指導料1	504	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	804
B005 退院時共同指導料2	507	居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導	840
B005-1-2 介護支援等連携指導料	510	参考(1) 居宅介護支援関係様式	866
B005-1-3 介護保険リハビリテーション移行支援料	513	参考(2) 原則として医行為ではないと考えられる行為	869
B005-6-4 外来がん患者在宅連携指導料	514		
B005-7-2 認知症療養指導料	515	<b>【参考】在宅医療の体制構築に係る指針</b>	874
B005-7-3 認知症サポート指導料	516	<b>関連法令・通知一覧</b>	878
B006-3 退院時リハビリテーション指導料	517		
B007 退院前訪問指導料	517		

## 在宅医療・介護連携 報酬の解釈

# 在宅療養を支える 医療保険と介護保険

### 第1部 医療保険と診療報酬

- 1 医療保険の基本的なしくみ …… 6
- 2 患者負担の原則 …… 8
- 3 患者負担の軽減 …… 10
- 4 公費負担医療による負担軽減 …… 12
- 5 診療報酬と施設基準 …… 14

### 第2部 在宅医療の提供機関

- 1 提供機関の一覧 …… 16
- 2 在宅療養支援診療所（在支診） …… 18
- 3 在宅療養支援病院と後方支援病院 …… 20
- 4 訪問看護ステーション …… 22
- 5 保険薬局と歯科医療機関 …… 24

### 第3部 介護保険と介護報酬

- 1 介護保険の基本的なしくみ …… 26
- 2 介護保険の給付 …… 28
- 3 介護サービス事業所 …… 30
- 4 介護報酬のあらまし …… 32

## 第2部 在宅医療の提供機関

### 1 提供機関の一覧

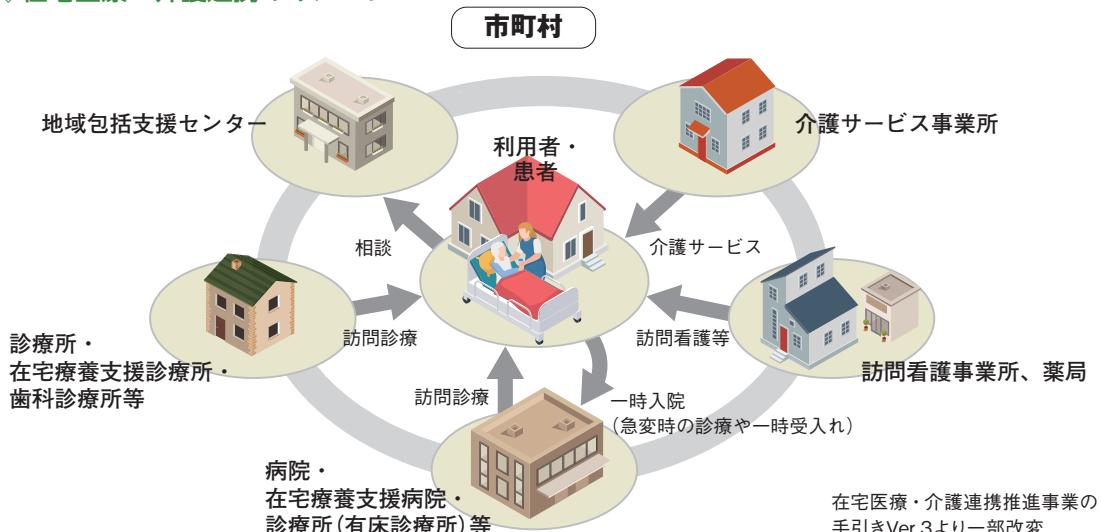
- ◎在宅医療は、患者の主治医が属する医療機関のほか、訪問看護ステーションや薬局なども参加して、患者の療養生活を支えます。
- ◎在宅医療に必要な機能を充実させた「在宅療養支援診療所」や「在宅療養支援病院」などのしくみがあります。
- ◎在宅医療の関係機関と介護サービス事業所が連携することによって、高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができます。
- ◎さまざまな専門職が協働・連携して、在宅医療と介護が提供されていきます。

#### ■在宅医療の担い手

在宅医療の特徴は、地域の医療関係機関が協働することにより、患者が安心して療養生活を送れるようになるというところにあります。急性期疾病的治療にみられる「一病院完結型」に対し、在宅医療は「地域完結型」ともいえます。

さらに高齢者の場合、介護との連携が重要になってきます。医療と介護が両輪となって高齢者のQOLの維持・向上に寄与していきます。高齢で病を抱え、生活に不便を感じている人に対し、さまざまな専門職種が向き合い、その職能を発揮することにより、個人としての尊厳を保持しつつ、可能な限り自立した日常生活を支えます。

#### ◇在宅医療・介護連携のイメージ



## ◇在宅医療・介護連携に関する機関・事業所と職種

機関・事業所		職種
診療所	在宅療養支援診療所 (在支診)	(通常型)
		機能強化型在支診・単独型
		機能強化型在支診・連携型
		在宅医療専門の在支診
上記以外の診療所		
病院	在宅療養支援病院 (在支病)	(通常型)
		機能強化型在支病・単独型
		機能強化型在支病・連携型
		在宅療養後方支援病院
訪問看護ステーション	(通常型)	
	機能強化型 1	
	機能強化型 2	
	機能強化型 3	
歯科診療所	在宅療養支援歯科診療所 1	
	在宅療養支援歯科診療所 2	
	上記以外の歯科診療所	
薬局	地域連携薬局（薬機法にもとづく） 在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定を届け出ている薬局	
介護サービス事業所等	地域包括支援センター	患者・家族からの介護に関する相談全般を受付 原則として、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員を配置
	介護予防支援事業所	要支援者に対するケアマネジメント 担当職員（介護支援専門員等）
	居宅介護支援事業所	要介護者に対するケアマネジメント 介護支援専門員（ケアマネジャー）
	訪問系サービス	さまざまな形の介護サービスを提供 介護福祉士 ほか介護スタッフ 医療関係スタッフ
	通所系サービス	
	短期入所系サービス	
	居住系サービス	
	多機能系サービス	
	(施設系サービス)	

## 第2部 在宅医療の提供機関

# 2 在宅療養支援診療所(在支診)

◎在宅療養支援診療所(在支診)は、地域における患者の在宅療養の提供に主要な役割を果たす診療所です。

◎在支診には「機能強化型」の類型が定められています。さらに、「機能強化型」には、ひとつの診療所でその機能を発揮する「単独型」と、複数の医療機関が連携してその機能を発揮する「連携型」に分かれます。

### ■在宅療養支援診療所 24時間体制などで患者の療養生活を支援

在宅療養支援診療所(在支診)とは、地域における患者の在宅療養の提供に主たる責任を有する診療所です。患者からの連絡を一元的に受けとるとともに、患者の診療情報を集約する等の機能を果たします。

在支診には、次の施設基準が設定されています。この施設基準をみると、在支診には在宅患者への24時間対応窓口という役割が求められていることがわかります。

- ①24時間連絡体制の確保 ②24時間往診体制の確保
- ③24時間訪問看護体制の確保 ④緊急時等の病床の確保
- (⑤診療情報の提供・共有)
- ⑥他の保健医療サービスや福祉サービスとの連携
- ⑦看取りへの取組み ⑧その他

このうち、②～④は、他の保険医療機関や訪問看護ステーションとの連携により確保することとしても差し支えありませんが、その場合は⑤の要件を満たす必要があります。

### ■機能強化型の在支診

在支診には、「機能強化型」と呼ばれる類型があります。3名以上の常勤医師が在籍し、緊急往診や看取りなどの実績を有するなどの施設基準を満たすと、往診料や在宅における医学管理等を行った場合により高い評価が行われるしくみです。

1つの医療機関で施設基準を満たす「単独型」と、複数の医療機関が連携して施設基準を満たす「連携型」とがあります。

## ◇在宅療養支援診療所（在支診）の施設基準

①24時間連絡体制の確保	<ul style="list-style-type: none"> <li>当該診療所において、24時間連絡を受ける連絡担当者（医師か看護職員）をあらかじめ指定しておく（曜日・時間帯ごとに担当者が異なっても可）</li> <li>次の点を事前に患者・家族に説明／文書で提供 ア 連絡担当者の氏名 イ 連絡先電話番号等 ウ 緊急時の注意事項等</li> </ul>
②24時間往診体制の確保	<ul style="list-style-type: none"> <li>当該診療所において、<b>あるいは別の保険医療機関の保険医との連携により</b>、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保していること</li> <li>往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供</li> </ul>
③24時間訪問看護体制の確保	<ul style="list-style-type: none"> <li>当該診療所において、<b>あるいは別の保険医療機関や訪問看護ステーションとの連携により</b>、患家の求めに応じ、当該診療所の保険医の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保していること</li> <li>訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供</li> </ul>
④緊急時等の病床の確保	<ul style="list-style-type: none"> <li>当該診療所において、<b>あるいは別の保険医療機関との連携により</b>、在宅で療養を行っている患者が緊急時に入院できる病床を常に確保していること</li> </ul>
⑤診療情報の提供・共有	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>別の保険医療機関や訪問看護ステーションと連携する場合には</b>、連携先において緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、患者の病状、治療計画、直近の診療内容等、緊急の対応に必要な診療情報を連携先に文書（電子媒体を含む）により隨時提供すること</li> </ul>
⑥他の保健医療サービスや福祉サービスとの連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域において、<b>他の保健医療サービスや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</b></li> </ul>
⑦看取りへの取組み	<ul style="list-style-type: none"> <li>年1回、在宅看取り数等を地方厚生（支）局長に報告していること</li> <li>厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること</li> </ul>
⑧その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること</li> </ul>
機能強化型（単独型）が満たすべき基準	
① 在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上	① 在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上
② 過去1年間の緊急往診の実績 10件以上	② 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
③ 過去1年間の 看取りの実績 または 15歳未満の超・準超重症児の医学管理の実績 10件以上	③ 過去1年間の 看取りの実績が連携内で4件以上 かつ、各医療機関において、 看取りの実績 または 15歳未満の超・準超重症児の医学管理の実績 いずれか2件以上
④ 市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等において、在支診以外の診療所や介護保険施設等と連携し、地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議あるいは病院・介護保険施設等で実施される多職種連携に係る会議に出席していることが望ましい	
⑤ 在宅療養移行加算（在宅時医学総合管理料の加算）を算定する診療所の往診体制と連絡体制の構築に協力していることが望ましい	

## 第2部 在宅医療の提供機関

### 4 訪問看護ステーション

- ◎訪問看護の主要な担い手として、訪問看護ステーションは在宅医療において重要な役割を果たしています。患者の主治医からの指示を受けて訪問看護を実施します。
- ◎在宅医療を推進するため、24時間対応などの要件を満たしたうえで高い評価が行われる、機能強化型の訪問看護ステーションがあります。

#### ■訪問看護 訪問診療とならび患者の在宅療養を支援

在宅医療で、主治医による訪問診療とともに車の両輪のような役割を果たしているのが訪問看護です。訪問看護は、主治医の指示にもとづき行われます。その内容には次のものがあります。

##### (1)療養上の世話

食事（栄養）の管理・援助、排泄の管理・援助、清潔の管理・援助（清拭等）、ターミナルケア等

##### (2)診療の補助

褥瘡の処置、カテーテル管理等の医療処置、リハビリテーション<sup>※1</sup>等

##### (3)家族支援に関すること

家族への療養上の指導、相談等

なお、要介護者・要支援者への訪問看護は、原則として介護保険から給付され、医療保険からの給付は行われません。

#### Note

※1 後述する訪問看護ステーションには、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士を配置することができます。

#### Note

※2 訪問看護を行う病院・診療所が約3,800か所に対し、訪問看護ステーションは約11,600か所となっています（令和3年8月25日中医協資料）。

#### Note

※3 助産師も管理者となますが、その場合は介護保険の訪問看護は実施できません。

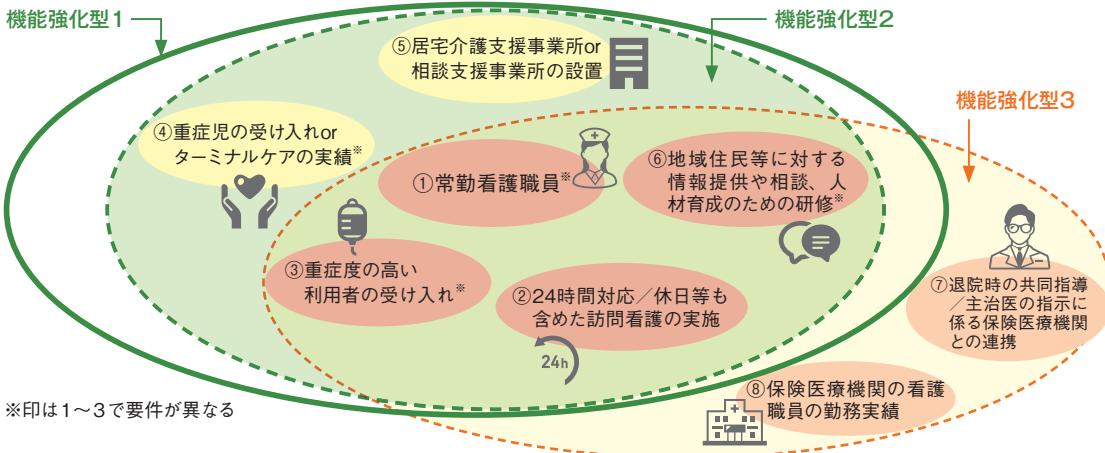
#### Note

※4 看護師のほか、保健師、助産師、准看護師を指します。

#### ■機能強化型訪問看護ステーション 在宅医療の充実をめざす

在宅医療を充実させるために必要となる、24時間対応やターミナルケア、重症児の受け入れといった機能を高めたものが、機能強化型訪問看護ステーションです。人員の配置や前年度の実績に要件が設けられています。

## ◇機能強化型訪問看護ステーション



	機能強化型1	機能強化型2	機能強化型3
	ターミナルケアの実施や、重症児の受入れ等を積極的に行う手厚い体制を評価	地域の訪問看護の人材育成等の役割を評価	
看護職員の数・割合	常勤7人以上(1人は常勤換算可)、6割以上	5人以上(1人は常勤換算可)、6割以上	4人以上、6割以上
24時間対応	24時間対応体制加算の届出 + 休日、祝日等も含めた計画的な訪問看護の実施		
重症度の高い利用者の受入れ ・別表七・八【→82頁】	別表七の利用者 月10人以上	別表七の利用者 月7人以上	別表七・八の利用者、精神科重症患者または複数の訪看STが共同して訪問する利用者 月10人以上
ターミナルケアの実施、重症児の受入れ	以下のいずれか ・ターミナル 前年度20件以上 ・ターミナル 前年度15件以上 +重症児 常時4人以上 ・重症児 常時6人以上	以下のいずれか ・ターミナル 前年度15件以上 ・ターミナル 前年度10件以上 +重症児 常時3人以上 ・重症児 常時5人以上	—
介護・障害サービスの計画作成	以下のいずれか ・居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置 +特に医療的な管理が必要な利用者の1割程度について、介護サービス等計画または介護予防サービス計画を作成 ・特定相談支援事業所または障害児相談支援事業所を同一敷地内に設置 +サービス等利用計画または障害児支援利用計画の作成が必要な利用者の1割程度について、計画を作成		—
地域における人材育成等	以下のいずれも満たす ・人材育成のための研修等の実施 ・地域の医療機関、訪看ST、住民等に対する情報提供または相談の実績		以下のいずれも満たす ・地域の医療機関や訪看STを対象とした研修 年2回 ・地域の訪看STや住民等への情報提供・相談の実績 ・地域の医療機関の看護職員の一定期間の勤務実績
医療機関との共同	—		以下のいずれも満たす ・退院時共同指導の実績 ・併設医療機関以外の医師を主治医とする利用者が1割以上
専門の研修を受けた看護師の配置	専門の研修を受けた看護師が配置されていること(望ましい)		

## 解説編 I

# 在宅医療のしくみ

### 1 在宅医療提供体制と診療報酬 …… 34

### 2 退院支援の診療報酬 …… 36

A 246入退院支援加算（退院時1回）	36
B 004／005退院時共同指導料1／2	38
B 007退院前訪問指導料	40
B 007-2退院後訪問指導料	41
B 009診療情報提供料（I）	42
A 206在宅患者緊急入院診療加算（入院初日）	45

### 3 日常の療養支援（在宅医療の全体像） …… 46

### 4 在宅患者診療・指導料①医師の診療 …… 52

C 000往診料	52
C 001在宅患者訪問診療料（I）（1日につき）	54
C 001-2在宅患者訪問診療料（II）（1日につき）	60
C 002在宅時医学総合管理料（月1回）	62
C 002-2施設入居時等医学総合管理料（月1回）	70
C 003在宅がん医療総合診療料（1日につき）	72
C 004救急搬送診療料	75

### 5 在宅患者診療・指導料②医療職の訪問 …… 76

C 005在宅患者訪問看護・指導料（1日につき）	76
C 005-1-2同一建物居住者訪問看護・指導料（1日につき）	83
C 005-2在宅患者訪問点滴注射管理指導料（1週につき）	84
C 006在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料（1単位）	85
C 007訪問看護指示料	86
C 007-2介護職員等喀痰吸引等指示料	88
C 008在宅患者訪問薬剤管理指導料	89
C 009在宅患者訪問栄養食事指導料	90

### 6 在宅患者診療・指導料③連携の推進 …… 91

C 010在宅患者連携指導料	91
C 011在宅患者緊急時等カンファレンス料	92
C 012在宅患者共同診療料	93
C 013在宅患者訪問褥瘡管理指導料	94
C 014外来在宅共同指導料	96

### 7 在宅療養指導管理料（第2節） …… 97

第1款 在宅療養指導管理料	97
C 101在宅自己注射指導管理料	98
C 107-2在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	100
◆在宅療養指導管理料一覧	101
第2款 在宅療養指導管理料材料加算	104
◆在宅療養指導管理材料加算一覧	105

### 8 歯科診療報酬 …… 108

在宅歯科医療の診療報酬による評価	108
C 000歯科訪問診療料（1日につき）	110
C 001訪問歯科衛生指導料	113
C 001-3歯科疾患在宅療養管理料	114
C 001-4-2在宅患者歯科治療時医療管理料（1日につき）	116
C 001-5在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料	117
C 001-6小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料	119
C 007在宅患者連携指導料	120
C 008在宅患者緊急時等カンファレンス料	121
B 011診療情報連携共有料	122
B 014／015退院時共同指導料1／2	123

### 9 調剤報酬 …… 124

在宅医療における調剤報酬の概要	124
15在宅患者訪問薬剤管理指導料	126
15の2在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料	128
15の3在宅患者緊急時等共同指導料	129
15の4退院時共同指導料	131
15の6在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料	132

# 1 在宅医療提供体制と診療報酬

- ◎在宅医療には、①退院支援、②日常の療養支援、③急変時の対応、④看取りが求められます。  
◎この4つの医療機能について、診療報酬等での評価と地域での体制整備が進められています。

地域での在宅医療の提供体制には、①退院支援、②日常の療養支援、③急変時の対応、④看取りの4つの医療機能が求められています。それぞれの機能について、診療報酬等での評価が設けられており、在宅療養を担う医療機関や入院医療機関、訪問看護ステーション、薬局などが連携して在宅医療の体制を構築しています。

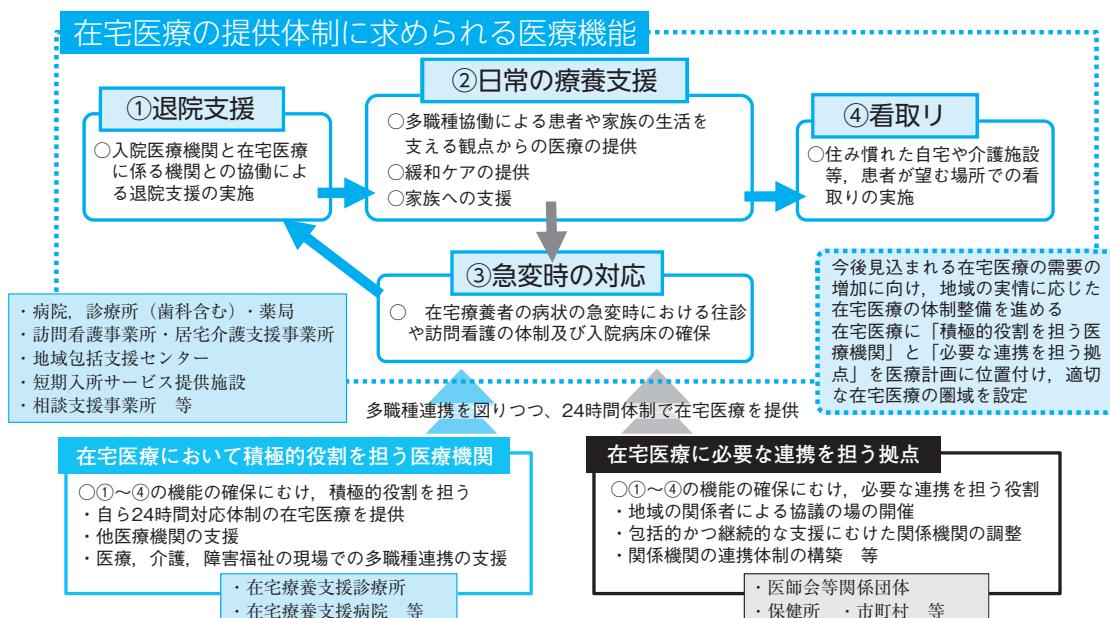
また、要介護者・要支援者（介護保険）への介護サービス、障害福祉サービスの提供体制が、市町村等の単位で整備されています。

## ●第8次医療計画による在宅医療の推進【令和5告示149等】

在宅医療の基盤となる医療提供体制は、都道府県が国の基本方針に即して策定する医療計画※1により整備されます。令和6年度からは、新しい課題にも対応した第8次医療計画（計画期間6年）が開始されますが、計画では、①5疾病・6事業※2と在宅医療、②医師の確保、③外来医療の確保に関する事項が定められます。

すでに第8次医療計画の策定に向けて基本指針や在宅医療の体制構築指針【→874頁】が改正されており、在宅医療については「積極的役割を担う医療機関」（在支診・在支病等）と「必要な連携を担う拠点」が計画に位置付けられ、適切な在宅医療の圏域が設定されていきます。また、各職種の機能・役割の明確化※3や医療機関等での災害時のBCP（事業継続計画）策定が進められます。

## ◆在宅医療の機能と提供体制



## ●退院支援

入院医療機関と在宅療養担当医療機関が連携して、円滑に在宅療養へと移行できるよう、入院から退院まで継続した支援を行うものです。入院医療機関は、入院初期から退院困難者をスクリーニングし、退院後の生活を見据えた退院支援計画を作成し支援します。

また、退院時には、在宅療養担当医療機関、訪問看護ステーション、薬局なども参加してカンファレンスを実施し、在宅療養に向けた多職種による共同指導を行います。

## ●日常の療養支援

在宅療養担当医療機関が、総合的な医学管理の下、患者を定期的に訪問して診療し、患者に応じて自己注射などの特別な指導管理等を行います。また、医師の指示にもとづき、看護師等、理学療法士等、薬剤師、管理栄養士などの医療職が、訪問指導を行います。

訪問看護ステーション等や薬局も、医師の指示にもとづく訪問看護や薬学的管理指導を実施します。

## ●急変時の対応

在宅療養者の病状が急変した際に、在宅療養担当医療機関は往診を、訪問看護ステーションは訪問看護を行います。また、連携医療機関を中心に、緊急入院を受け入れます。

なお、医療機関は、訪問看護ステーションの看護師等や薬局の薬剤師と共同でカンファレンスを実施し、必要な指導を行います。

## ●看取り

在宅療養担当医療機関や訪問看護ステーションが、住み慣れた自宅や介護施設等で療養する患者の看取りを行います。

## ●診療報酬における在宅医療の機能評価

機能		診療報酬行為項目
①退院支援	入院時	A246入退院支援加算（入院時支援加算）
	退院時	B004退院時共同指導料1／B005退院時共同指導料2／B007退院前訪問指導料／B009診療情報提供料（I）／C100退院前在宅療養指導管理料
	退院後	B007-2退院後訪問指導料+訪問看護同行加算 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）+在宅移行早期加算／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）+在宅移行管理加算
②日常の療養支援	在宅患者訪問診療料（C001／C001-2）、C002在宅時医学総合管理料 等 C003在宅がん総合診療料、医療専門職の訪問指導（訪問看護・指導、薬剤管理指導、訪問リハビリ、栄養管理指導）、患者の状態に応じた医師の在宅療養指導管理	
	訪問看護ステーションの訪問看護、訪問歯科診療、薬局の訪問薬剤管理指導	
③急変時の対応	A206在宅患者緊急入院診療加算（連携医療機関等による緊急入院の受け入れ） C000往診料／C011在宅患者緊急時等カンファレンス料	
④看取り	在宅ターミナルケア加算：在宅患者訪問診療料（C001／C001-2） 看取り加算：在宅患者訪問診療料（C001／C001-2） 在宅患者訪問看護・指導料（C005／C005-1-2）	
	訪問看護ステーションのターミナルケア療養費（介護保険のターミナルケア加算）	

- ※3 ①訪問看護：退院に向けた医療機関との共同指導、ターミナルケア等の機能等に着目した整備、事業所間連携、業務効率化等
- ②歯科診療所：後方支援機能をもつ歯科医療機関との連携、医科歯科連携、歯科衛生士の機能等明確化
- ③薬剤師：多様な病態の患者対応やターミナルケア参画等のため、薬剤師の資質向上、麻薬や無菌製剤の調剤・小児在宅・24時間対応が可能な薬局の整備
- ④リハビリテーション：居宅での生活機能の回復・維持を図るための提供体制整備と機能等の明確化
- ⑤訪問栄養食事指導：管理栄養士を配置する在支病や栄養ケア・ステーション等の活用も含めた体制整備と機能等明確化

## 2 退院支援の診療報酬

### A246 入退院支援加算

◎退院して早期に住み慣れた地域で療養を継続できるよう、入院医療機関が支援を実施します。

◎入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、退院に向けた支援計画を作成します。

入退院支援加算は、入院医療機関で入院早期より退院困難な要因をもつ患者を抽出し、自宅療養に向けて入退院支援を実施します。入院基本料等加算として、退院時に1回に限り算定します。

「退院困難な要因」は下表のとおりで、1,2は疾患や身体・生活状況等、3は新生児に関する要因があげられています。

#### ●施設基準に応じて3区分の点数を算定

入退院支援加算には、施設基準に応じて1・2・3の区分※1があります。施設基準は、入退院支援部門の設置と、十分な経験をもつ看護師または社会福祉士の同部門への配置等を基本とし、1ではさらに、各病棟への入退院支援業務を行う看護師等の配置や、医療・介護・福祉に係る機関との連携等を要件としています。

3は、看護師等に新生児集中治療室での業務経験等が必要です。

#### ●退院支援計画を作成、退院後の介護・福祉サービス導入を支援

入退院支援は、入院後早期（1は3日以内、2,3は7日以内）に退院困難な要因をもつ患者を抽出します。そして、退院支援計画※2を作成、患者や家族に説明し、計画を実行するものです。

必要に応じ、退院・転院後の療養生活を担う医療機関等との連絡や調整、介護サービスまたは障害福祉サービス、地域相談支援、障害児通所支援の導入に係る支援を行います。

※1 1,3については、他医療機関で1,3を算定し転院した患者の入退院支援も対象となる。

※2 計画には、退院に係る問題点、課題等のほか、退院へ向けた目標設定、支援期間、支援概要、予想される退院先、退院後の利用が予想される福祉サービスと担当者名などを盛り込む。

#### ●対象となる患者の「退院困難な要因」

入 退 院 支 援 加 算 1 ・ 2	ア 悪性腫瘍、認知症、誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれか	ク 同居者の有無に関わらず、必要な養育または介護を十分に提供できる状況にない
	イ 緊急入院	ケ 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む）が必要
	ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請（特定疾病を有する40歳以上65歳未満、65歳以上の患者に限る）	コ 入退院を繰り返している
	エ 家族や同居者から虐待を受けている、またはその疑いがある	サ 入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれる
	オ 生活困窮者	シ 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等
	カ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要（と推測される）	ス 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けている
	キ 排泄に介助を要する	セ その他アからスまでに準ずる
	3	ア 先天奇形 イ 染色体異常
	ウ 出生体重1,500g未満	エ 新生児仮死（Ⅱ度以上のものに限る）
		オ その他、生命に関わる重篤な状態

## ●地域連携の情報提供についての地域連携診療計画加算【注4】

地域連携診療計画※3は、医療機関が疾患ごとに作成し、一連の治療を担う複数の医療機関や介護・障害福祉サービス事業者等との間で共有して活用するものです。

地域連携診療計画加算は、計画に沿って治療を行った患者の退院・転院時に、連携機関に診療情報を提出した場合に算定します。他の医療機関で本加算を算定し転院した患者については、退院・転院時に元の医療機関に診療情報を提供した場合に算定します。

## ●入院前からの援助についての入院時支援加算【注7】

入院時支援加算は、入院前の外来で、入院中の治療の説明、入院生活に関するオリエンテーション、入院前の服薬状況の確認、褥瘡・栄養スクリーニング等を実施し、支援することを評価するものです。

定められた項目のすべてを実施した場合は1を、基本的な項目とともに一部の項目を実施した場合は2を算定します。

※3 計画には、病名、入院時の症状、予定される診療内容、標準的な転院までの期間、転院後の診療内容、連携医療機関を退院するまでの標準的期間、退院に当たり予想される患者の状態に関する退院基準などを記載。

## ◆A246入退院支援加算（退院時1回）の基本点数と加算点数

1	入退院支援加算1 イ 一般病棟入院基本料の場合 ロ 療養病棟入院基本料の場合	700点 1,300点	入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、退院支援計画を策定のうえ入退院支援を実施 1：入退院支援部門の設置等、各病棟への入退院支援業務を行う看護師等の配置 2：入退院支援部門の設置等 3：入退院部門の設置、新生児集中治療室の業務の経験等を有する看護師等の配置
2	入退院支援加算2 イ 一般病棟入院基本料の場合 ロ 療養病棟入院基本料の場合	190点 635点	
3	入退院支援加算3	1,200点	
注1	1の算定対象		退院困難な要因を有する入院患者であって、在宅での療養を希望するものに対して入退院支援を行った場合 連携する他医療機関において加算を算定した患者の転院を受け入れ、当該患者に対して入退院支援を行った場合
注2	2の算定対象		退院困難な要因を有する入院患者であって、在宅での療養を希望するものに対して入退院支援を行った場合
注3	3の算定対象		その医療機関の入院患者で、A302新生児特定集中治療室管理料、A303の2新生児集中治療室管理料を算定したことがある患者に、退院支援計画を作成し入退院支援を行った場合 他医療機関で加算を算定した患者の転院を受け入れ、退院支援計画を作成し、入退院支援を行った場合
注4	地域連携診療計画加算	+300点	あらかじめ作成した地域連携診療計画に沿って治療を実施、退院・転院時に患者の情報を他の医療機関・介護サービス事業者等に文書で提供
注5	入退院支援加算(特定地域) イ 一般病棟入院基本料 ロ 療養病棟入院基本料	+95点 +318点	厚生労働大臣が定める地域（基本診療料の施設基準等「別表第六の二」）において入退院支援加算2を算定する場合
注6	小児加算	+200点	1・2の算定患者が15歳未満の場合
注7	イ 入院時支援加算1 ロ 入院時支援加算2	+230点 +200点	患者に係る把握・評価・確認・説明等について、入院前にすべての項目を実施 上記について、入院前に一部の項目を実施
注8	総合機能評価加算	+50点	患者の日常生活能力、認知機能、意欲等についての総合的な評価を踏まえて入退院支援を実施

## B004 退院時共同指導料1, B005 退院時共同指導料2

- ◎退院時、在宅担当医療機関と入院医療機関が共同して、在宅療養について指導を行います。
- ◎医師や看護師等だけでなく、多くの医療専門職が共同して指導を行います。

退院時共同指導料は、入院患者について、在宅療養担当医療機関と入院医療機関が、退院後の在宅での療養上必要な説明と指導を共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、入院中1回に限り、それぞれの医療機関において算定します。

1は在宅療養担当医療機関が、2は入院医療機関が算定します。

### ●多職種による共同指導【B004・注1, B005・注1】

退院時共同指導料は、指導を行う双方の医療機関の医師や看護師等のほか、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士が指導を行った場合も算定できます。

また、入院医療機関が算定する2は、訪問看護ステーションの看護師等や理学療法士等との共同指導でも算定できます※1。

### ●入院中2回算定できる場合

退院時共同指導料は、入院中1回に限り算定できます。ただし、末期の悪性腫瘍の患者など「厚生労働大臣が定める疾病等の患者※2」【→下掲】については2回算定できます。この場合、2回のうち1回は、いずれの医療機関でも医師・看護師等※3が指導を行います。

### ●特別な管理が必要な患者の特別管理指導加算【B004・注2】

特別管理指導加算は退院時共同指導料1の加算で、「厚生労働大臣が定める特別な管理を要する状態等にある患者※4」【→40頁・下(1)】に共同指導を行った場合に算定します。

この状態にある患者は、B007-2退院後訪問指導料の対象です。

### ●さまざまな機関が行う多機関共同指導加算【B005・注3】

多機関共同指導加算は退院時共同指導料2の加算で、入院医療機関の医師・看護師等が、在宅療養担当医療機関などの連携機関とともに3者以上で共同して指導を行った場合に算定できます。

なお、同一日に注2の指導（入院医療機関と在宅療養担当医療機関の医師の共同指導）を行った場合、その費用は多機関共同指導加算に含まれ、別に注2の加算は算定できません。

### ●入院中2回算定できる患者（特掲診療料の施設基準・別表第三の一の三）

- 一 末期の悪性腫瘍の患者（在宅がん医療総合診療料を算定している患者を除く。）
- 二 (1)であって、(2)又は(3)の状態である患者
  - (1) 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療

- |  |  |
|--|--|
| 法指導管理、在宅中心静脈栄養法<br>指導管理、在宅成分栄養経管栄養<br>法指導管理、在宅人工呼吸指導管<br>理、在宅悪性腫瘍等患者指導管<br>理、在宅自己疼痛管理指導管理、<br>在宅肺高血圧症患者指導管理又は<br>在宅気管切開患者指導管理を受け | ている状態にある者<br>(2) ドレーンチューブ又は留置カ<br>テールを使用している状態<br>(3) 人工肛門又は人工膀胱を設置し<br>ている状態<br>三 在宅療養を行っている患者で、<br>高度な指導管理を必要とするもの |
|--|--|

※1 入院医療機関と訪問看護ステーションで算定する（それぞれB005退院時共同指導料2、02訪問看護管理療養費の退院時共同指導加算）。

※2 入院中2回算定できる「厚生労働大臣が定める疾病等の患者」は、C002在宅時医学総合管理料・注5の頻回訪問加算の対象患者【→66頁】と共に設定（特掲診療料の施設基準等・別表第三の一の三）。

※3 2は、在宅療養担当医療機関ではなく、同医療機関の医師の指示によって訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く）が指導を行う場合も算定できる。

※4 特別管理指導加算の対象となる「厚生労働大臣が定める特別な管理を要する状態等にある患者」は、C005在宅患者訪問看護・指導料の長時間訪問看護・指導加算の対象患者【→82頁】と共に設定（特掲診療料の施設基準等・別表第八）。

## ◆B004退院時共同指導料1の基本点数と加算点数

1 在宅療養支援診療所の場合 2 1以外の場合	1,500点 900点	入院患者について、在宅療養担当医療機関が、退院後の在宅療養に必要な説明・指導を入院医療機関と共同で実施（入院中1回算定） 末期の悪性腫瘍等の患者は2回算定可（うち1回は、医師・看護師等が指導を実施）
注1 算定基準	在宅療養担当医療機関、入院医療機関の各種専門職が指導を実施	
注2 特別管理指導加算	+200点	特別な管理を要する状態（別表第八）にある患者
注3 別に算定できない点数	A000初診料、A001再診料、A002外来診療料、B002開放型病院共同指導料（I）、C000往診料、C001在宅患者訪問診療料（I）、C001-2在宅患者訪問診療料（II）は別に算定できない	

### ●共同指導を行う専門職【注1】

在宅療養担当医療機関（算定）	医師／医師の指示を受けた保健師、助産師、看護師、准看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士
入院医療機関	医師／保健師、助産師、看護師、准看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士

## ◆B005退院時共同指導料2の基本点数と加算点数

退院時共同指導料2	400点	入院患者について、入院医療機関が、退院後の在宅療養に必要な説明・指導を在宅療養担当医療機関や訪問看護ステーションと共同で実施（入院中1回算定） 末期の悪性腫瘍等の患者は2回算定可（うち1回は、医師・看護師等が指導を実施）
注1 算定基準	入院医療機関、在宅療養担当医療機関の各種専門職が指導を実施	
注2 医師が共同して指導を行った場合	+300点	入院医療機関の医師と在宅療養担当医療機関の医師が共同して指導を行った場合
注3 多機関共同指導加算	+2,000点	入院医療機関の医師・看護師等が、連携機関の3者以上と共同して指導を行った場合
注4 A246入退院支援加算を算定する患者	A246入退院支援加算を算定する患者は、退院支援計画を策定し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、これを在宅療養担当医療機関と共有した場合に限り算定	
注5 別に算定できない点数	B003開放型病院共同指導料（II）	は別に算定できない

### ●共同指導を行う専門職【注1】

入院医療機関（算定）	医師／保健師、助産師、看護師、准看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士
在宅療養担当医療機関	医師／医師の指示を受けた保健師、助産師、看護師、准看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士
訪問看護ステーション	在宅療養担当医療機関の医師の指示を受けた保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士（准看護師は対象外）

### ●多機関共同指導を行う専門職（多機関共同指導加算）【注3】

入院医療機関（算定）	医師／保健師、助産師、看護師、准看護師
※以下のうち、3者以上と共同して指導を実施	
◎在宅療養担当医療機関の医師／保健師、助産師、看護師、准看護師	
◎歯科医師／歯科医師の指示を受けた歯科衛生士	◎薬局の薬剤師
◎訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士（准看護師は対象外）	◎介護支援専門員 ◎相談支援専門員

## C001 在宅患者訪問診療料（I）（1日につき）

- ◎在宅療養の患者に、計画にもとづき定期的に訪問して、継続的に診療を行います。
- ◎主治医の指導管理下の訪問診療に加え、疾病に応じた専門的な医療も提供されます。

### 患者等と同意書を作成し、訪問診療計画にもとづき定期的に訪問診療

在宅患者訪問診療料は、疾病・傷病のために通院による療養が困難な※1 在宅療養の患者※2に対して、定期的に訪問して診療を行った場合の評価です。

実施する医療機関により、次のように設定されています。

C001 在宅患者 訪問診療料（I）	在宅患者 訪問診療料1	主治医の医療機関による、計画的・定期的な訪問診療
	在宅患者 訪問診療料2	主治医の医療機関が求めた傷病についての、別の医療機関の医師による訪問診療
C001-2 在宅患者 訪問診療料（II）	有料老人ホーム等に併設された医療機関による、入居者である在宅療養患者への訪問診療（Iの1・2に該当）	

#### ●同意書の作成とカルテへの記載

訪問診療は、次の要件を満たすことが必要です。

- (1)患者や家族等の署名付の訪問診療に係る同意書を作成した上で、診療録に添付します。
- (2)訪問診療の計画と診療内容の要点を診療録に記載します。他の医療機関の求めを受けて「在宅患者訪問診療料2」を算定する場合には、他の医療機関が診療を求めた傷病も記載します。
- (3)訪問診療日の診療時間（開始時刻及び終了時刻）と診療場所について、診療録に記載します。

#### ●緊急時の往診（往診料と再診料の算定）

定期的・計画的な訪問診療を行っている期間で、緊急の場合の往診については、在宅患者訪問診療料（I）は算定せず、C000往診料とA001再診料・A002外来診療料を算定します。

ただし、その緊急往診を必要とした症状が治まつたことを、在宅療養の担当医が判断した以降の定期的な訪問診療は、在宅患者訪問診療料（I）の算定対象となります。

#### ●在支診・在支病による往診後の訪問診療【注10】

往診日やその翌日に行う訪問診療の費用は、算定できません。

ただし、在支診や連携医療機関（特別の関係にある医療機関を含む）、在支病の医師が、往診・訪問看護により24時間対応できる体制を確保し、連絡担当者・往診担当医・訪問看護担当者の氏名等を文書で提供している患者に行った往診は算定できます。

※1 継続的な診療の必要のない患者や通院が可能な患者（独歩で家族・介助者等の助けを借りずに通院ができる患者など）は基本的に対象とならない。

※2 在宅療養の患者とは、「医療機関、介護老人保健施設、介護医療院で療養している患者」以外の患者をいう。また、医師配置が義務付けられている施設に入所している患者については算定の対象とならない。

ただし、特別養護老人ホーム入所者等について「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20告示128）、「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18保医発0331002）等で算定可能と規定されている場合には算定することができる【→165頁、174頁】。

## ●同一建物で同一日に複数患者に訪問診療（同一建物居住者）

在宅患者訪問診療料の基本点数は、「同一建物居住者以外」と「同一建物居住者」の区分で設定されています。

ここでの「同一建物居住者」とは、「同一建物に居住し、同一日に訪問診療を受けた複数の患者」※3のことです（ただし、往診を実施した患者、末期がんの診断後に訪問診療を始めた日から60日以内の患者、死亡日からさかのぼって30日以内の患者は除きます）。

同一建物で同一日に複数の患者が同じ医療機関の訪問診療を受けた場合、その日は（往診患者等を除き）複数の患者全員が「同一建物居住者」です。同一建物で同一日に訪問診療を受けた患者が1人の場合は、その患者はその日は「同一建物居住者以外」です。

訪問診療の実施		算定する点数
3日	Aさん・Bさん・Cさん	3人とも同一建物居住者
5日	Aさん	同一建物居住者以外
7日	Bさん・Cさん	2人とも同一建物居住者

## ●同一患家で同一日に複数患者に訪問診療

同一患家で2人以上の患者を診療した場合は、1人目は「同一建物居住者以外の場合」を算定し、2人目以降はA000初診料かA001再診料・A002外来診療料と特掲診療料のみを算定します。

このとき、2人目の患者の診療に要した時間が1時間を超えた場合は、患家診療時間加算【注5】※4を算定します。

なお、同一建物で2以上の患家を訪問診療した場合は、訪問診療を行った患者全員に「同一建物居住者の場合」を算定します。

※3 患者の都合等により、同一日の午前と午後に分けて訪問診療を行わなければならない場合でも、同一日のいずれの患者についても「同一建物居住者」として算定する。

※4 患家診療時間加算、16kmを超える訪問診療【注9】、交通費【注10】は、C000往診料【注2・注4・注5】と同様に取り扱う。

## 厚生労働大臣が定める疾病等（特掲診療料の施設基準等・別表第七）

在宅患者訪問診療料1は「週3回」を（注1）、在宅患者訪問診療料2は訪問診療開始月から「6月以内（月1回）」（注2）を、原則的な算定限度としています。しかし、下記の「厚生労働大臣が定める疾病等」に該当する患者については、1を「週4回以上」、2を「6月を超える期間（月1回）」算定することができます。

この「別表第七」の患者は、介護保険の要介護者・要支援者であっても医療保険で訪問看護を受け、算定回数（原則週3日限度→週4日以上算定できる）などについても別の取り扱いが定められています。【→82頁】

末期の悪性腫瘍*	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以上で生活機能障害度が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 オリーブ橋小脳萎縮症 シャイ・ドレーガー症候群	プリオント病 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 慢性炎症性脱髓性多発神経炎 後天性免疫不全症候群*
「*」印以外の疾病は難病法に定める指定難病		頸髄損傷* 人工呼吸器を使用している状態*

# 解説編Ⅱ

## 訪問看護(医療)と介護サービス

### 1 訪問看護療養費 ..... 134

①訪問看護療養費の構成／基本療養費の共通事項	134
②01訪問看護基本療養費（1日につき）	136
③01-2精神科訪問看護基本療養費（1日につき）	140
④訪問看護療養費の算定制限とその例外	142
⑤02訪問看護管理療養費	144
⑥03訪問看護情報提供療養費	148
⑦05訪問看護ターミナルケア療養費	149

### 2 介護報酬 ..... 150

①介護報酬と利用者負担	150
②訪問看護	152
③訪問リハビリテーション	156
④居宅療養管理指導	158
⑤居宅介護支援における医療・介護連携	160
⑥訪問介護・通所介護の医療連携関連項目	163

### 3 要介護者等についての給付調整 ..... 165

◆在宅（グループホーム、特定施設等を含む）の要介護者等	166
◆特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）に入所（短期入所）の要介護者等	174

# 1 訪問看護療養費

## 1 訪問看護療養費の構成／基本療養費の共通事項

○訪問看護ステーションが、医療保険による訪問看護を実施した場合に算定します。

○主治医から交付された訪問看護指示書にもとづき、計画書を作成して訪問看護を実施します。

訪問看護療養費は、在宅療養を行っている通院困難な患者に対して、主治医の診療にもとづく訪問看護指示書の交付を受けた訪問看護ステーションが、訪問看護を実施した場合に算定されます。

訪問看護療養費は、次のような構成となっています。

01	訪問看護基本療養費	利用者ごとにいずれか一方を算定
01-2	精神科訪問看護基本療養費	
02	訪問看護管理療養費	全利用者に算定（一部算定しない例外あり）
03	訪問看護情報提供療養費	要件に該当する利用者について算定
05※	訪問看護ターミナルケア療養費	

※04は欠番

### ●利用者、職種、同一建物内の人数等で区分

訪問看護基本療養費と精神科訪問看護基本療養費は、どのような利用者を対象とするか、あるいはどのような職種のスタッフが訪問するのかによって、点数が区分されています。

対象となる利用者については、「同一建物居住者以外」と「同一建物居住者」の区分が設定され、その日の利用者数に応じて点数が変わります。「同一建物居住者」とは、「同一建物に居住し、同一日に訪問看護を受けた複数の利用者」※1のことです。同一建物で同一日に複数の利用者が同じ訪問看護ステーションの訪問看護を受けた場合、その日は複数の利用者全員が「同一建物居住者」です。

※1 利用者の都合等により、同一日の午前と午後に分けて訪問看護を行わなければならないような場合でも、同一日のいずれの利用者についても「同一建物居住者」として算定する。

### ▶対象となる利用者と職種に応じた区分

利用者	訪問看護を行う職種	
	訪問看護基本療養費	精神科訪問看護基本療養費
同一建物居住者以外 (同一日1人)	(I) イ, 口, ニ イ 保健師, 助産師, 看護師 口 准看護師 ニ 理学療法士, 作業療法士, 言語聴覚士	(I) イ, 口 イ 保健師, 看護師, 作業療法士 口 准看護師
同一建物居住者(同一日2人／3人以上)	(II) イ, 口, ニ (I) と同様	(III) イ, 口 (I) と同様
専門的なケア※を要する利用者	(I) ハ・(II) ハ 専門性の高い看護師	—
外泊中の入院患者	(III)	(IV)

※①緩和ケア、②褥瘡ケア、③人工肛門ケア・人工膀胱ケア

## ●片道で1時間以上を要する場合

訪問看護ステーションの所在地から利用者の家庭までの訪問につき、最も合理的な通常の経路・方法で片道1時間以上を要する利用者について、一定の要件のもと、加算が行われます（特別地域訪問看護加算）※2。

## ●90分を超える長時間の訪問看護

長時間（精神科）訪問看護加算は、①15歳未満の超重症児等、②別表第八（01訪問看護基本療養費の項参照）に該当する状態の利用者、③特別指示書にかかる利用者に、90分を超える長時間の訪問看護を実施した場合に算定します。

算定は原則として週1回ですが、小児（①と、15歳未満の②の患者）については週3回の加算が認められています。

## ●夜間、早朝、深夜の訪問看護に加算

利用者・家族の求めに応じて、夜間や早朝、深夜※3に訪問看護を行った場合に、加算を算定できます。訪問看護ステーションの都合により当該時間に訪問看護を行った場合は対象外です。

夜間・早朝訪問看護加算と深夜訪問看護加算は、それぞれの加算を1日に1回ずつまで算定可能ですが、訪問看護基本療養費や精神科訪問看護基本療養費を算定できない訪問（他の訪問看護ステーションがすでに訪問した後の同一日訪問等）の場合には、本加算は算定できません。

※2 交通事情等の特別な事情で1時間以上となつた場合は対象外となる。

※3 夜間＝午後6時から午後10時まで  
早朝＝午前6時から午前8時まで  
深夜＝午後10時から翌午前6時まで

## ◆訪問看護基本療養費と精神科訪問看護基本療養費に共通する加算

基本注8 精神注5	特別地域訪問看護加算	+50/100	移動に片道1時間以上を要し、次のいずれかに該当する場合 ・離島等に所在する訪問看護ステーションの看護師等が訪問 ・離島等以外に所在する訪問看護ステーションの看護師等が離島等に居住する利用者を訪問 ※所定額（注による加算以外の部分）に対し、50%を加算
基本注10 精神注7	長時間訪問看護加算 長時間精神科訪問看護加算	+5,200円	長時間の訪問を必要とする利用者に、1回90分を超えて実施した場合（週1回に限り算定） <b>●長時間の訪問を要する者【基準告示第2の3(1)】</b> (1)15歳未満の小児で、A212超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算の①注1の超重症の状態、②注2の準超重症の状態（判定基準【→271頁】による判定スコア10以上） (2)別表第八 (3)特別訪問看護指示書または精神科特別訪問看護指示書に係る訪問看護を実施している利用者 重症者は週3回まで算定可 <b>●週3回算定できる患者【第2の3(2)】</b> (1)上記(1)の利用者／(2)15歳未満の別表第八の利用者
基本注13 精神注9	夜間・早朝訪問看護加算 深夜訪問看護加算	+2,100円 +4,200円	夜間（午後6時～午後10時）、早朝（午前6時～午前8時）、深夜（午後10時～午前6時）に利用者・家族等の求めに応じて訪問看護を行った場合で、緊急訪問看護加算（01訪問看護基本療養費・01-2精神科訪問看護基本療養費の項参照）と併算定可

## 4 居宅療養管理指導

- ◎居宅療養管理指導は、さまざまな医療専門職が利用者の居宅を訪問して指導を行うものです。
- ◎医師や歯科医師、薬剤師は、介護支援専門員等への情報提供・助言が要件化されています。

居宅療養管理指導は※1、可能な限り在宅で能力に応じ自立した日常生活を営めるよう、医師等の医療専門職が、通院困難な利用者に対し、心身の状況と環境等を把握し、療養上の管理指導を行うことにより、療養生活の質の向上を図るものです。

居宅療養管理指導のサービス内容に応じて、医師、歯科医師、薬剤師、歯科衛生士、管理栄養士が担当します。

### ●医師・歯科医師 管理にもとづく情報提供が必須

利用者（要介護者・要支援者）の居宅を訪問し、計画的・継続的な医学的管理や歯科医学的管理を行います。

これにもとづき、ケアマネジメントの担当者（介護支援専門員等）にはケアプラン策定等の際に必要となる情報提供を行います※2（情報提供が行われない場合は、介護報酬の算定ができません）。

情報提供の内容は、利用者の病状や経過、介護サービスの利用上の留意点のほか、日常生活上の留意点や社会生活面の課題と地域社会において必要な支援など、自立支援に向け、多岐にわたります。

また、利用者や家族には、サービス利用上の留意点や介護方法等について指導・助言を行います。

### ●薬剤師（病院・診療所と薬局） 各方面に適切に情報提供

医師・歯科医師の指示にもとづき、利用者の居宅を訪問し、薬学的な管理・指導を行います。薬局の薬剤師の場合は、医師・歯科医師の指示とそれを受けた作成された薬学的管理指導計画にもとづいた薬学的な管理・指導を行います。

管理・指導の内容については、医師・歯科医師に報告するほか、介護支援専門員等に対し、ケアプランの作成等に必要な情報を提供します（情報提供がない場合は、介護報酬が算定できません）※3。

### ●歯科衛生士 計画にもとづく実地指導

歯科訪問診療を行う歯科医師の指示と訪問指導計画にもとづき、歯科衛生士※4が利用者の居宅を訪問し、口腔内の清掃・有床義歯の清掃に関する実地指導を行います。

### ●管理栄養士 事業所の外部の管理栄養士でも算定可能

計画的な医学的管理を行う医師の指示にもとづき、管理栄養士が栄養ケア計画を医師と共同で作成し、利用者の居宅を訪問し、栄養指導を行います。対象となるのは、①厚生労働大臣が定める特別食を提供する必要性があると認めた利用者、あるいは②低栄養状態にあると医師が判断した利用者です。

※1 要支援者に対して提供される介護予防居宅療養管理指導は、実質的な内容は居宅療養管理指導と同様であるので、本書における居宅療養管理指導の記述は介護予防居宅療養管理指導を含むものとする。

※2 情報提供は、サービス担当者会議に参加することにより行うことを基本とする。会議への参加が困難な場合や会議が開催されない場合は、文書等による情報提供でもよいとされている。

※3 さらに、利用者の服薬状況や薬剤の保管状況に問題がある場合などで、その改善のため訪問介護員等の援助が必要と判断される場合には、関連事業者等に対して情報提供・助言を行う。

※4 歯科衛生士のほか、歯科医師の指示を受けた保健師や看護師、准看護師が実施可能。

## ◆居宅療養管理指導費・介護予防居宅療養管理指導費

		基本単位数			
利用者 提供者 (区分)		単一建物 居住者 1人	単一建物 居住者2 人~9人	左記以外	
医師 (月 2回限度)	(I) (II)	514単位/回 298単位/回	486単位/回 286単位/回	445単位/回 259単位/回	(II) 以外の場合 C002在医総管・C002-2施設総管【→62・70頁】を算定する利用者について、医師が訪問による医学的管理にもとづき、介護支援専門員に対して必要な情報提供を行った場合
歯科医師 (月2回限度)		516単位/回	486単位/回	440単位/回	
薬剤師	病院・診療所 (月2回限度)	565単位/回	416単位/回	379単位/回	
	薬局 (月4回限度※)	517単位/回 ※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・月8回	378単位/回 341単位/回		左のいずれかを月に1回算定している者に情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合は、左記に代え、月1回に限り、45単位を算定
管理栄養士 (月2回限度)	事業所所属	544単位/回	486単位/回	443単位/回	指示を行った医師と同じ医療機関の管理栄養士(非常勤可)
	所属外	524単位/回	466単位/回	423単位/回	上記以外の医療機関、介護保険施設、栄養・ケアステーションの管理栄養士
歯科衛生士等 (月4回限度)		361単位/回	325単位/回	294単位/回	
基本単位数に対する割合加算・減算					
特別地域訪問加算		+15/100			
中山間地域等における小規模事業所加算		+10/100			
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算		+5/100			
その他の加算・減算					
薬剤師 注3麻薬管理指導加算		+100単位/回			

### 単一建物居住者の取扱い

居宅療養管理指導の利用者が居住する建築物に居住する者のうち、同一月の利用者数を「単一建物居住者の人数」といいます。

単一建物居住者の人数は、同一月における以下の利用者の人数をいいます。

(1)①マンションなどの集合住宅等、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に入居・入所している利用者

②小多機・看多機（いずれも宿泊サービスに限る）、認知症グループホーム等のサービスを

受けている利用者（ユニット数3以下のグループホームについては、別途規定あり）

なお、関連して次のような取扱いもあります。

(2)1つの居宅に居宅療養管理指導の対象となる同居する同一世帯の利用者が2人以上いる場合は、利用者ごとに「1人の場合」を算定

(3)ある建築物において、①ある事業所が居宅療養管理指導を行う利用者数が、建築物の戸数の10%以下の場合や②建築物の戸数が20戸未満で利用者が2人以下の場合は、「1人の場合」を算定

## 5 居宅介護支援における医療・介護連携

- ◎介護支援専門員は、利用者に必要な介護サービスを確保しながら、その療養生活を支えていきます。
- ◎居宅介護支援の介護報酬において、医療・介護連携に着目した加算項目が各種設定されています。

居宅介護支援・介護予防支援（ケアマネジメント）は、介護保険の要として、また医療・介護連携における介護側の中心として、重要な役割を担っています。

とくに、要支援者に比べて医療ニーズがより高い要介護者に対する居宅介護支援においては、介護報酬の面でも、連携を推進するためのさまざまな加算項目が設定されています。

### ●入院から在宅へのスムーズな移行をめざす 退院・退所加算※1

入院していた要介護者が退院し、在宅に移行する際、介護サービスへのスムーズな導入が望されます。そこで、退院に当たり、介護支援専門員が入院医療機関の職員と面談※2を行い、利用者となる患者に関する必要な情報※3を得た上で、居宅サービス計画（ケアプラン）を作成し、介護サービスの利用に関する調整を行った場合、退院・退所加算が算定できます※4。

### ●利用者の診療に同席／情報の共有を評価 通院時情報連携加算

利用者が病院・診療所において医師の診察を受けるときに介護支援専門員が同席し、医師等に対して利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報の提供を行うとともに、医師等から利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画（ケアプラン）に記録した場合に、1月に1回を限度として加算します。

### ●医療機関の求めに対応 緊急時等居宅カンファレンス加算

利用者の状態の急変や診療方針の変更等の際、病院・診療所の求めにより、医師や看護師等と共に介護支援専門員が利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを実施し、参加者の間での的確な情報共有を可能とする取組を評価する加算です。

利用者の状態像等が大きく変化していることが十分想定されることから、必要に応じ、速やかに居宅サービス計画（ケアプラン）を変更し、利用者の介護サービスの利用に関する調整を行います。

### ●利用者の入院に当たり必要な情報を提供 入院時情報連携加算

利用者が病院・診療所に入院するに当たって、病院・診療所の職員に対して必要となる次の情報※5を提供した場合の加算※6です。

(1)入院日	(3)心身の状況（疾患・病歴、認知症の有無や徘徊等の行動の有無等）
(2)サービスの利用状況	(4)生活環境（家族構成、生活歴、介護者の介護方法や家族介護者の状況等）

※1 退院・退所加算は、介護保険施設（地域密着型特養を含む）を退所する要介護者も対象となるが、ここでは病院・診療所を退院する要介護者に対象を絞って解説する。

※2 入院医療機関とカンファレンスを実施した場合はより高い評価となる。

※3 退院・退所情報記録書の様式例が示されている【→868頁】。

※4 利用者の介護サービスの利用開始月の居宅介護支援費に加算する。また、本加算を算定した場合は、初回加算を算定できない。

※5 入院時情報提供書の様式例が示されている【→866頁】。

※6 より早期の情報提供を評価する観点から、入院後「3日以内」と「4日以上7日以内」とに区分されている。これは医科点数表A246入退院支援加算【→36頁】の区分に対応している。

## ●終末期の支援を評価 ターミナルケアマネジメント加算

在宅で死亡した要介護者（末期の悪性腫瘍患者に限る）に対し、「死亡日と死亡日前14日以内（計15日間）」に2日以上、居宅を訪問し、心身の状況等を支援経過としてケアプランに記録し、主治医や介護サービス事業者に提供・連絡調整をした場合に算定します。

ターミナルケアマネジメントを受けることに同意した利用者について、24時間の連絡体制を確保し、必要に応じて居宅介護支援※7を行える体制を整備していることが要件です。

なお、ターミナルケアの後に、24時間以内に在宅以外で死亡した場合も算定できます。

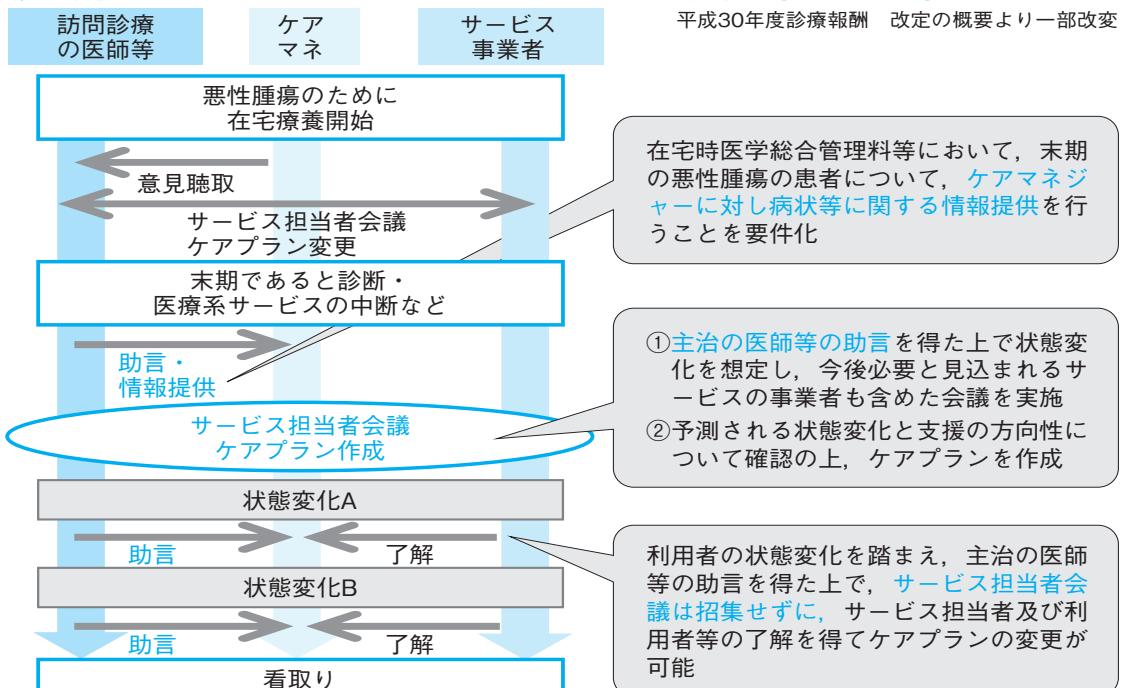
## ●充実した連携の体制・実績を評価 特定事業所医療介護連携加算

質の高いケアマネジメントを提供する体制にある居宅介護支援事業所（特定事業所加算（Ⅰ）～（Ⅲ）のいずれかを算定）が、医療・介護連携に総合的に取り組んでいる場合に評価を行うものです。退院・退所加算にかかる連携回数やターミナルケアマネジメント加算の算定回数の実績（1年間）が要件となっています。

## ●訪問診療の主治医とケアマネジャーの連携強化

ケアマネジャー（介護支援専門員）と訪問診療を行っている主治医との間の連携を強化するため、運用・手続きが見直されています。その内容は、医療側からの積極的な働きかけを促進する、あるいは利用者の状態変化の際には柔軟な対応を図る、などとなっています。

## ◆訪問診療の主治医とケアマネジャーの連携強化（イメージ）



※7 ターミナルケアマネジメントに当たっては、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等を参考にしつつ、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針が実施できるよう、多職種が連携し、本人・家族と必要な情報の共有等に努める。

## ◆居宅介護支援費における医療・介護連携関連の加算項目

退院・退所 加 算（入 院・入所期 間中につき 1回限度）	(I)イ +450単位	・カンファレンス以外で1回の連携
	(I)ロ +600単位	・カンファレンスで1回の連携
	(II)イ +600単位	・カンファレンス以外で2回以上の連携
	(II)ロ +750単位	・カンファレンスを含む2回の連携
	(III) +900単位	・カンファレンスを含む3回以上の連携
	カンファレンスとは、医科点数表B005退院時共同指導料2の注3に規定する多機関共同指導加算を入院医療機関が算定できるものであることが必要。具体的には、入院医療機関の医師あるいは看護師等に加え、以下のうちのいずれか3者以上で構成され、患者（家族）に指導を行うものであること。	
	(1)介護支援専門員 (2)在宅療養担当医療機関の医師あるいは医師の指示を受けた看護師等 (3)歯科医師あるいは歯科医師の指示を受けた歯科衛生士 (4)薬局の薬剤師 (5)訪問看護ステーションの看護職員（准看護師を除く）、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士 (6)障害者総合支援法や児童福祉法にもとづく相談支援専門員	
通院時情報 連携加算	+50単位/月	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者の受診時に介護支援専門員が同席</li> <li>医師等に利用者に関する必要な情報を提供</li> <li>医師等から利用者に関する必要な情報の提供を受け、居宅サービス計画（ケアプラン）に記録</li> <li>同席にあたり、利用者の同意を得る／医師等と連携を図る</li> </ul>
緊急時等居 宅カンファ レンス加算	+200単位/回 1月に2回を限 度	<ul style="list-style-type: none"> <li>病院・診療所の求めにより、医師や看護師等と共に利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを実施</li> <li>カンファレンスは、利用者の病状急変や診療方針の大幅変更を受けて実施されるものなので、利用者の状態像等が大きく変化していることが十分想定されることから、必要に応じ、速やかに居宅サービス計画（ケアプラン）を変更し、利用者の介護サービスの利用に関する調整を行う</li> <li>カンファレンスの実施日、参加者、要点をケアプラン等に記載</li> </ul>
入院時情報 連携加算	(I)+200単位/月 (II)+100単位/月	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院から3日以内に情報を提供</li> <li>入院から4日以上7日以内に情報を提供</li> </ul>
ターミナル ケアマネジ メント加算	+400単位	<ul style="list-style-type: none"> <li>ターミナルケアマネジメントを受けることに同意した利用者について、24時間の連絡体制を確保し、必要に応じて居宅介護支援を行える体制を整備していること【大臣基準告示第八十五号の三】</li> <li>死亡した要介護者（末期の悪性腫瘍患者に限る）に対し、「死亡日と死亡日前14日以内（計15日間）」に2日以上、居宅を訪問し、心身の状況等を支援経過としてケアプランに記録、主治医や介護サービス事業者に提供・連絡調整をした場合に算定</li> <li>支援経過の内容           <ul style="list-style-type: none"> <li>終末期の利用者の心身や家族の状況の変化あるいは環境の変化、およびこれらに対して居宅介護支援事業者が行った支援についての記録</li> <li>利用者への支援に当たり、主治医と介護サービス事業者等を行った連絡調整に関する記録</li> </ul> </li> <li>ターミナルケアの後に、24時間以内に在宅以外で死亡した場合も算定可</li> </ul>
特定事業所 医療介護連 携加算	+125単位/月	<ul style="list-style-type: none"> <li>特定事業所加算（I）～（III）のいずれかの算定が要件</li> <li>退院・退所加算に関連する情報連携の回数が35回以上、かつ、ターミナルケアマネジメント加算の算定回数が5回以上（前々年度3月～前年度2月）</li> </ul>

# 診療報酬点数表(在宅医療関連)

<b>1 医科：在宅医療</b> ..... 180	
<b>在宅医療（第2部）通則</b> ..... 180	
<b>第1節 在宅患者診療・指導料</b> ..... 183	
第1節・通則 ..... 183	
C000往診料 ..... 186	
C001在宅患者訪問診療料（I） ..... 193	
C001-2在宅患者訪問診療料（II） ..... 205	
C002在宅時医学総合管理料 ..... 212	
C002-2施設入居時等医学総合管理料 ..... 232	
C003在宅がん医療総合診療料 ..... 241	
C004救急搬送診療料 ..... 247	
C005在宅患者訪問看護・指導料 ..... 249	
C005-1-2同一建物居住者訪問看護・指導料 ..... 272	
C005-2在宅患者訪問点滴注射管理指導料 ..... 283	
C006在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料 ..... 288	
C007訪問看護指示料 ..... 290	
C007-2介護職員等喀痰吸引等指示料 ..... 296	
C008在宅患者訪問薬剤管理指導料 ..... 298	
C009在宅患者訪問栄養食事指導料 ..... 301	
C010在宅患者連携指導料 ..... 307	
C011在宅患者緊急時等カンファレンス料 ..... 309	
C012在宅患者共同診療料 ..... 311	
C013在宅患者訪問褥瘡管理指導料 ..... 314	
C014外来在宅共同指導料 ..... 320	
<b>第2節 在宅療養指導管理料</b> ..... 323	
第1款 在宅療養指導管理料 ..... 323	
第1款・通則 ..... 324	
C100退院前在宅療養指導管理料 ..... 329	
C101在宅自己注射指導管理料 ..... 329	
C101-2在宅小児低血糖症患者指導管理料 ..... 334	
C101-3在宅妊娠糖尿病患者指導管理料 ..... 334	
C102在宅自己腹膜灌流指導管理料 ..... 335	
C102-2在宅血液透析指導管理料 ..... 336	
C103在宅酸素療法指導管理料 ..... 337	
C104在宅中心静脈栄養法指導管理料 ..... 339	
C105在宅成分栄養管栄養法指導管理料 ..... 340	
C105-2在宅小児経管栄養法指導管理料 ..... 341	
C105-3在宅半固体栄養経管栄養法指導管理料 ..... 341	
C106在宅自己導尿指導管理料 ..... 342	
C107在宅人工呼吸指導管理料 ..... 343	
C107-2在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 ..... 344	
C107-3在宅ハイフローセラピー指導管理料 ..... 346	
<b>2 医科：初・再診料(抄)</b> ..... 463	
通則 ..... 465	
A000初診料 ..... 467	
A001再診料 ..... 478	
A002外来診療料 ..... 493	
<b>3 医科：医学管理等(抄)</b> ..... 498	
C108在宅悪性腫瘍等患者指導管理料 ..... 348	
C108-2在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料 ..... 348	
C109在宅寝たきり患者処置指導管理料 ..... 351	
C110在宅自己疼痛管理指導管理料 ..... 352	
C110-2在宅振戦等刺激装置治療指導管理料 ..... 352	
C110-3在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料 ..... 352	
C110-4在宅仙骨神経刺激療法指導管理料 ..... 353	
C110-5在宅舌下神経電気刺激療法指導管理料 ..... 353	
C111在宅肺高血圧症患者指導管理料 ..... 354	
C112在宅気管切開患者指導管理料 ..... 354	
C112-2在宅喉頭摘出患者指導管理料 ..... 354	
C114在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料 ..... 355	
C116在宅植込型補助人工心臓（非拍動型）指導管理料 ..... 355	
C117在宅経腸投薬指導管理料 ..... 356	
C118在宅腫瘍治療電場療法指導管理料 ..... 356	
C119在宅経肛門の自己洗腸指導管理料 ..... 357	
C120在宅中耳加压療法指導管理料 ..... 358	
C121在宅抗菌薬吸入療法指導管理料 ..... 358	
第1款・疑義解釈 ..... 359	
第2款 在宅療養指導管理材料加算 ..... 366	
<b>第3節 薬剤料</b> ..... 388	
<b>第4節 特定保険医療材料料</b> ..... 391	
<b>在宅医療・施設基準</b> ..... 395	
在宅療養支援診療所 ..... 395	
在宅療養支援病院 ..... 405	
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 ..... 414	
C003在宅がん医療総合診療料 ..... 417	
C004救急搬送診療料 ..... 419	
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 ..... 420	
在宅療養後方支援病院 ..... 424	
C013在宅患者訪問褥瘡管理指導料 ..... 425	
<b>在宅医療：レセプトの記載要領</b> ..... 434	
1 「在宅」欄の記載（概要） ..... 434	
2 在宅医療：「適用」欄の記載 ..... 440	
3 在宅医療：診療行為名称等の略号 ..... 458	
<b>5 調剤報酬点数表</b> ..... 598	
15在宅患者訪問薬剤管理指導料 ..... 599	
15の2在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 ..... 609	
15の3在宅患者緊急時等共同指導料 ..... 615	
15の4退院時共同指導料 ..... 621	
15の6在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 ..... 622	
様式 ..... 627	
調剤報酬における特定保険医療材料料 ..... 628	

# C001 在宅患者訪問診療料（I）

## ▶ 点数表の概要

基本点数				
1 在宅患者訪問診療料 1 (主治医による訪問診療)	イ 同一建物居住者以外	888点		
	ロ 同一建物居住者	213点		
2 在宅患者訪問診療料 2 (他の医療機関からの紹介による訪問診療)	イ 同一建物居住者	884点		
	ロ 同一建物居住者以外	187点		
注による加算				
注4 乳幼児加算		+400点		
注5 患家診療時間加算 (30分又はその端数を増すごとに)		+100点		
注6 在宅ターミナル ケア加算	イ 有料老人ホー ム等以外	(1) 強化型在支診・在 支病	① 有床 ② 無床	+6,500点 +5,500点
		(2) 在支診・在支病		+4,500点
		(3) (1)(2)以外		+3,500点
	ロ 有料老人ホー ム等	(1) 強化型在支診・在 支病	① 有床 ② 無床	+6,500点 +5,500点
		(2) 在支診・在支病		+4,500点
		(3) (1)(2)以外		+3,500点
在宅緩和ケア充実診療所・病院加算		+1,000点		
在宅療養実績加算 1		+750点		
在宅療養実績加算 2		+500点		
酸素療法加算		+2,000点		
注7 看取り加算 (1のみ)		+3,000点		
注8 死亡診断加算		+200点		

### その他の注 (算定要件等)

- 注1 主治医による訪問診療 (1の算定)
- 注2 他の保険医療機関からの紹介による訪問診療 (2の算定)
- 注3 頻回の訪問診療が必要な場合 (1のみ)
- 注9 保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えたとき
- 注10 往診料を算定する往診の日までに行った訪問診療
- 注11 訪問診療に要した交通費

## ▶点数表告示／留意事項通知

### C001 在宅患者訪問診療料（I）（1日につき）

#### 【算定の対象】

- (1) 在宅での療養を行っている患者であって、疾病、傷病のために通院による療養が困難な者に対して、患者の入居する有料老人ホーム等に併設される保険医療機関以外の保険医療機関が定期的に訪問して診療を行った場合の評価であり、継続的な診療の必要のない者や通院が可能な者に対して安易に算定してはならない。例えば、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、在宅患者訪問診療料（I）は算定できない。なお、訪問診療を行っておらず外来受診が可能な患者には、外来においてA001再診料の「注12」地域包括診療加算又はB001-2-9地域包括診療料が算定可能である。
- (2) 在宅での療養を行っている患者とは、保険医療機関、介護老人保健施設又は介護医療院で療養を行っている患者以外の患者をいう。
- ただし、「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年厚生労働省告示第128号)、「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)等(以下「給付調整告示等」という。)に規定する場合を除き、医師の配置が義務づけられている施設に入所している患者については算定の対象としない。

#### ▶疑義解釈資料

##### ⑬宿泊サービス利用日の日中に訪問診療を行った場合

#### 1 在宅患者訪問診療料 1

- |                |             |
|----------------|-------------|
| イ 同一建物居住者以外の場合 | <b>888点</b> |
| ロ 同一建物居住者の場合   | <b>213点</b> |

#### 2 在宅患者訪問診療料 2

- |                |             |
|----------------|-------------|
| イ 同一建物居住者以外の場合 | <b>884点</b> |
| ロ 同一建物居住者の場合   | <b>187点</b> |

#### 【同一建物居住者】

- (3) 「同一建物居住者の場合」は、同一建物居住者に対して保険医療機関の保険医が同一日に訪問診療を行う場合に、患者1人につき所定点数を算定する。同一建物居住者とは、基本的には、「建築基準法」(昭和25年法律第201号) 第2条第1号に掲げる建築物に居住する複数の者(往診を実施した患者、末期の悪性腫瘍と診断した後に訪問診療を行い始めた日から60日以内の患者、又は死亡日からさかのぼって30日以内の患者を除く。)のことをいう。
- (4) 保険医療機関の保険医が、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」の所定点数を算定する。

- (5) 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、同一の患家において2人以上の患者を診療した場合には、(3)の規定にかかわらず、1人目は、「同一建物居住者以外の場合」を算定し、2人目以降の患者については、A000初診料又はA001再診料若しくはA002外来診療料及び第2章特掲診療料のみを算定する。この場合において、2人目の患者の診療に要した時間が1時間を超えた場合は、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載し、在宅患者訪問診療料（I）の「注5」に規定する加算【[患家診療時間加算](#)】を算定する。

#### ▶疑義解釈資料

- ①同一建物で2以上の患家を訪問診療した場合
- ②同一建物居住者であっても、2回に分けて訪問診療を行わなければならない場合
- ③同一敷地内に棟が異なる建物が集まったマンション群等
- ④別建物であるが渡り廊下のみで繋がっている場合
- ⑤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いる場合

#### 【「1」主治医による訪問診療の算定】

- (6) 「1」は、1人の患者に対して1つの保険医療機関の保険医の指導管理の下に継続的に行われる訪問診療について、1日につき1回に限り算定するが、A000初診料を算定した初診の日には算定できない。

ただし、C108-2在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定する場合に限り、1人の患者に対して2つの保険医療機関の保険医が、1日につきそれぞれ1回に限り算定できる。なお、この場合においても、A000初診料を算定した初診の日には算定できない。

**注1** 1については、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号 A000に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合及び有料老人ホームその他これに準ずる施設（以下この区分番号及び区分番号 C001-2において「有料老人ホーム等」という。）に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。）に、当該患者が同一建物居住者（当該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いう。以下この区分番号において同じ。）以外である場合はイを、当該患者が同一建物居住者である場合はロを、それぞれ、当該患者1人につき週3回（同一の患者

について、イ及びロを併せて算定する場合において同じ。)に限り(別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者【右欄(9), (8)】に対する場合を除く。)算定する。この場合において、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料又は区分番号C000に掲げる往診料は、算定しない。

**注2** 2については、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料又は区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす他の保険医療機関の求めに応じ、当該他の保険医療機関から紹介された患者に対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った場合(有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。)に、当該患者が同一建物居住者以外である場合はイを、当該患者が同一建物居住者である場合はロを、当該患者1人につき、訪問診療を開始した日の属する月から起算して6月(別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者【右欄(8)】に対する場合を除く。)を限度として、月1回に限り算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料又は区分番号C000に掲げる往診料は、算定しない。

## 【「2」他の保険医療機関の求めによる訪問診療の算定】

(7) 「2」は、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理のもと、主治医として定期的に訪問診療を行っている保険医が属する他の保険医療機関の求めを受けて、当該他の保険医療機関が診療を求めた傷病に対し訪問診療を行った場合に、求めがあった日を含む月から6月を限度として算定できる。ただし、当該他の保険医療機関の求めに応じ、既に訪問診療を行った患者と同一の患者について、当該他の保険医療機関との間で情報共有し、主治医である保険医がその診療状況を把握した上で、医学的に必要と判断し、以下に該当する診療の求めが新たにあった場合には、6月を超えて算定できる。また、この場合において、診療報酬明細書の摘要欄に、継続的な訪問診療の必要性について記載する。

ア その診療科の医師でなければ困難な診療

イ 既に診療した傷病やその関連疾患とは明らかに異なる傷病に対する診療

### ▶疑義解釈資料

#### ⑧往診料の算定の可否

#### ⑨主治医として定期的に訪問診療を行っている保険医が属する保険医療機関

#### ⑩他の保険医療機関による求め

#### ⑪同一診療科を標榜する保険医療機関の求めを受けて訪問診療を行った場合

#### ⑫訪問診療に同行する場合

## 【6月を超えて算定することができる場合】

(8) (7)の前段の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、6月を超えて算定することも差し支えない。この場合において、診療を求めた当該他の保険医療機関に対し、概ね6月ごとに診療の状況を情報提供するとともに、診療報酬明細書の摘要欄に、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者のいずれに該当するかを記載する。

●厚生労働大臣が定める疾病等の患者（特掲診療料の施設基準「別表第七」）

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、オリーブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、プリオントン病、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、慢性炎症性脱髓性多発神経炎、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使用している状態の患者

▶疑義解釈資料

⑥、⑦ 「人工呼吸」におけるSASに対するASV、CPAP

【厚生労働大臣が定める疾病等の患者の場合】

(9) 「1」の算定については週3回を限度とするが、(8)に規定する厚生労働大臣が定める疾病等の患者についてはこの限りでない。

【頻回の訪問診療】

(10) 「1」について、診療に基づき患者の病状の急性増悪、終末期等により一時的に週4回以上の頻回な訪問診療の必要を認め、当該患者の病状に基づいた訪問診療の計画を定め、当該計画に基づいて患者を定期的に訪問し、診療を行った場合には、

- ア 当該訪問診療が必要な旨
- イ 当該訪問診療の必要を認めた日
- ウ 当該訪問診療を行った日

を診療報酬明細書に付記することにより、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日を限度として算定することができる。

【緊急の場合の往診の費用】

(11) 定期的・計画的な訪問診療を行っている期間における緊急の場合の往診の費用の算定については、在宅患者訪問診療料（I）は算定せず、C000往診料及びA001再診料又はA002外来診療料を算定する。ただし、当該緊急往診を必要とした症状が治まったことを在宅での療養を行っている患者の療養を担う保険医が判断した以降の定期的訪問診療については、在宅患者訪問

**注3** 1について、保険医療機関が、診療に基づき、患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問診療を行う必要性を認め、計画的な医学的管理の下に、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訪問診療を行った場合は、注1の規定にかかわらず、1月に1回に限り、当該診療の日から14日以内に行った訪問診療については14日を限度として算定する。

## ► 疑義解釈資料（事務連絡）

<p><b>① 同一建物で2以上の患家を訪問診療した場合</b>            (平22.3.29 その1・問115)</p>	<p><b>問</b> 同一建物において、同一の患家で2人の診療を行い、さらに別の患家にて訪問診療を行った場合は、在宅患者訪問診療料はどのように算定するのか。</p> <p><b>答</b> 同一建物で2以上の患家を訪問診療した場合は、同一の患家の規定にかかわらず、訪問診療を行った患者全員に対して「2」「1」の「口」又は「2」の「口」の「同一建物居住者の場合」を算定する。</p>
<p><b>② 同一建物居住者であっても、2回に分けて訪問診療を行わなければならない場合</b>            (平22.3.29 その1・問116)</p>	<p><b>問</b> 同一日に同一建物居住者に対して訪問診療を行う場合に200点ずつ【213点又は187点ずつ】の算定となるが、患者の都合等により、同一建物居住者であっても、午前と午後の2回に分けて訪問診療を行わなければならない場合、いずれの患者に対しても200点【213点又は187点】の算定となるのか。</p> <p><b>答</b> そのとおり。</p>
<p><b>③ 同一敷地内に棟が異なる建物が集まったマンション群等</b>            (平22.3.29 その1・問117)</p>	<p><b>問</b> 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。</p> <p><b>答</b> そのとおり。</p>
<p><b>④ 別建物であるが渡り廊下のみで繋がっている場合</b>            (平22.3.29 その1・問118)</p>	<p><b>問</b> 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。</p> <p><b>答</b> よい。</p>
<p><b>⑤ 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いる場合</b>            (平22.3.29 その1・問119)</p>	<p><b>問</b> 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あり、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。</p> <p><b>答</b> 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。</p>
<p><b>⑥ 「人工呼吸」におけるSASに対するASV, CPAP</b>            (平26.3.31 その1&lt;別添5&gt;問10)</p>	<p><b>問</b> C107在宅人工呼吸指導管理料の留意事項通知には、SASに対するASVが除外されたが、【特掲診療料の施設基準等】別表第七の「人工呼吸」にはSASに対するASVやCPAPは含まれるのか。</p> <p><b>答</b> 含まれない。</p>
<p><b>⑦ 「人工呼吸」におけるSASに対するASV, CPAP</b>            (平26.7.10 その8&lt;別添4&gt;問3)</p>	<p><b>問</b> 上記⑥において、SASに対するASVやCPAPは、【特掲診療料の施設基準等】別表第七の「人工呼吸器」には含まれないと整理されたが、慢性心不全の患者の場合は、「人工呼吸器」に含まれるのか。</p> <p><b>答</b> 「在宅人工呼吸指導管理料」、「人工呼吸器加算の2」を算定している場合は、別表第七に掲げる疾病等の者の「人工呼吸器」に</p>

# 施設基準

- 特掲診療料の施設基準等（平20厚生労働省告示63／最終改正：令5.1.31厚生労働省告示18）【ゴチックフォント・原則2段組の部分】
- 特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きについて（令4.3.4保医発0304-3／最終改正：令5.1.31保医発0131-5）【明朝フォントの部分】

(施設基準)

施設基準-1

## 在宅療養支援診療所

### 第三・六 在宅療養支援診療所の施設基準

次のいずれかに該当するものであること。

#### 【機能強化型在宅療養支援診療所（独立型）】

- (1) 次のいずれの基準にも該当するものであること。
  - イ 保険医療機関である診療所であること。
  - ロ 在宅医療を担当する常勤の医師が3名以上配置されていること。
  - ハ 当該診療所において、24時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定し、その連絡先を文書で患者に提供していること。
  - ニ 当該診療所において、患者の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患者に提供していること。
  - ホ 当該診療所において、又は別の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションとの連携により、患者の求めに応じて、当該診療所の保険医の指示に基づき、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していること。
  - ヘ 有床診療所にあっては当該診療所において、無床診療所にあっては別の保険医療機関との連携により、緊急時に在宅での療養

を行っている患者が入院できる病床を常に確保し、受入医療機関の名称等をあらかじめ地方厚生局長等に届け出ていること。

- ト 連携する保険医療機関又は訪問看護ステーションにおいて緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患者の同意を得て、その療養等に必要な情報を文書で当該保険医療機関又は訪問看護ステーションに提供できる体制をとっていること。
- チ 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- リ 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。
- ヌ 定期的に、在宅看取り数等を地方厚生局长等に報告していること。
- ル 緊急の往診及び在宅における看取り等について、相当の実績を有していること。
- ヲ 主として往診又は訪問診療を実施する診療所にあっては、次のいずれにも該当するものであること。
  - ① 他の保険医療機関から文書による紹介を受けた患者の訪問診療について、相当の実績を有していること。
  - ② 看取り等について、十分な実績を有していること。

# レセプト（明細書）の記載要領

診療報酬請求書等の記載要領等について（昭51.8.7保険発82／令5.3.27 0327-9改正）【抄】

## 1 「在宅」欄の記載（概要）（第3・2「[20]才「在宅」欄について」より）

14 在 宅	往 診	回
	夜 間	回
	深 夜・緊 急	回
	在 宅 患 者 訪 問 診 療	回
	そ の 他	
	薬 剤	

### 第1節 在宅患者診療・指導料

(ア)	C000 往診の項 注1 夜間の項 深夜・緊急の項	それぞれ、通常の往診、夜間・休日の往診、深夜・緊急の往診の回数と点数を記載
(イ)	C000・注5 特別往診料	往診の字句の左に囲、その内訳の最後尾に「波浪」、「滞在」、「波浪・滞在」と記載 所定点数（往診料の基本点数に注1、注2、注3の点数を加算した点数）と特別加算点数（波浪・滞在に対する加算点数）とを併記
(ウ)	C001／C001-2在宅患者訪問診療の項	回数と総点数を記載するほか、次による ①同一の患者について、同一月内に、在宅患者訪問診療料（I）の「1」イ・ロ、「2」イ・ロ、在宅患者訪問診療料（II）のうち複数算定する場合には、在宅患者訪問診療の項には総点数を記載し、「摘要」欄にその内訳（それぞれの名称、回数・総点数）を記載 ◆乳幼児加算、幼児加算：当該加算を加算した点数を記載 ②在宅患者訪問診療料（I）の在宅ターミナルケア加算のイ・ロを算定した場合、在宅患者訪問診療料（II）の在宅ターミナルケア加算を算定した場合は、当該加算点数を記載し「在宅患者訪問診療」の字句の次にそれぞれ名称を記載 ◆看取り加算：当該加算点数を記載 ③患者との直線距離が16kmを超えた場合、海路で特殊の事情があったときの在宅患者訪問診療料（I）を算定する場合には、在宅患者訪問診療の字句の左に囲、その内訳の最後尾に

# 歯科診療報酬点数表 【抄】

## ▶ 点数表の概要

C000 歯科訪問診療料（1日につき）									
※初・再診料を含む	同一建物に居住する患者数								
※初診料の注1未届医療機関は<>の点数（注14）	歯科訪問診療1 (1人のみ)		歯科訪問診療2 (2人以上9人以下)		歯科訪問診療3 (10人以上)				
診療に要した時間	20分以上	1100 < 1090 >		361 < 351 >		185 < 175 >			
注7	20分未満	880 < 870 >		253 < 243 >		111 < 101 >			
	緊急歯科訪問診療加算	+ 425		+ 140		+ 70			
	夜間歯科訪問診療加算	+ 850		+ 280		+ 140			
深夜歯科訪問診療加算		+ 1,700		+ 560		+ 280			
注16 通信画像情報活用加算		+ 30/月			-				
歯科訪問診療1～3									
	注11 歯科訪問診療補助加算		注8 地域医療連携体制加算	注5 診療時間に対する加算	注6 歯科診療特別対応加算	注12 在宅歯科医療推進加算			
歯援診※1 か強診※2	同一建物居住者以外	+115	+300	1時間を超えた場合 30分または端数を増す毎 +100	+175 初診時歯科診療導入加算 +250	+100 歯援診+100 か強診+150			
同一建物居住者	+50								
上記以外	同一建物居住者以外	+90							
	同一建物居住者	+30				+100			
※1：在宅療養支援歯科診療所 ※2：かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所									
注13 歯援診1・2以外で、厚生労働大臣が定める基準を満たさない診療所の場合 初診 264／再診 56									
C001 訪問歯科衛生指導料（20分以上、月4回まで）									
単一建物診療患者が1人	360	单一建物診療患者が2人以上9人以下	328	左記以外	300				
C001-3 歯科疾患在宅療養管理料（月1回）									
在宅療養支援歯科診療所1	340	在宅療養支援歯科診療所2	230	左記以外	200				
注4 在宅総合医療管理加算 +50／注3 文書提供加算 +10									
注5 栄養サポートチーム等連携加算1 +80／注6 栄養サポートチーム等連携加算2 +80									
C001-4-2 在宅患者歯科治療時医療管理料（1日につき）					45				
C001-5 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料（20分以上、月4回）									
0～9歯	400	10～19歯	500	20歯以上	600				
注4 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算 +75／注5 在宅療養支援歯科診療所加算1・2 +145・+80									
注6 栄養サポートチーム等連携加算1 +80／注7 栄養サポートチーム等連携加算2 +80									
C001-6 小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料（20分以上、月4回）					600				
注4 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算 +75／注5 在宅療養支援歯科診療所加算1・2 +145・+80									
注6 小児栄養サポートチーム等連携加算1 +80／注7 小児栄養サポートチーム等連携加算2 +80									
C007 在宅患者連携指導料（月1回）									
C008 在宅患者緊急時等カンファレンス料（月2回まで）									
B011 診療情報連携共有料（医科との連携）									
B014 退院時共同指導料1									
在宅療養支援歯科診療所1,2	900	左記以外の歯科診療所	500						
注2 特別管理指導加算 +200									
B015 退院時共同指導料2									
注2 入院中の保険医療機関の歯科医師及び在宅療養担当医療機関の歯科医師又は医師が共同して指導を行った場合 +300					400				
注3 多機関共同指導管理加算 +2,000									

# 調剤報酬点数表【抄】

## ▶ 点数表の概要

<b>15 在宅患者訪問薬剤管理指導料</b>	
1 単一建物診療患者が1人の場合	650点
2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	320点
3 1及び2以外の場合	290点
<b>注2 在宅患者オンライン薬剤管理指導料</b>	59点
<b>注3 麻薬管理指導加算（1回につき）</b>	+100点
注2の指導料を算定する場合	+22点
<b>注4 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算（1回につき）</b>	+250点
<b>注5 乳幼児加算（1回につき）</b>	+100点
注2の指導料を算定する場合	+12点
<b>注6 小児特定加算（1回につき）</b>	+450点
注2の指導料を算定する場合	+350点
<b>注7 在宅中心静脈栄養法加算（1回につき）</b>	+150点
<b>15の2 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料</b>	
1 計画的訪問指導に係る疾患の急変に伴うもの	500点
2 1以外の場合	200点
<b>注1 在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料</b>	59点
<b>注2 麻薬管理指導加算（1回につき）</b>	+100点
注1の指導料を算定する場合	+22点
<b>注3 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算（1回につき）</b>	+250点
<b>注4 乳幼児加算（1回につき）</b>	+100点
注1の指導料を算定する場合	+12点
<b>注5 小児特定加算（1回につき）</b>	+450点
注1の指導料を算定する場合	+350点
<b>注6 在宅中心静脈栄養法加算（1回につき）</b>	+150点
<b>15の3 在宅患者緊急時等共同指導料</b>	
在宅患者緊急時等共同指導	700点
<b>注2 麻薬管理指導加算（1回につき）</b>	+100点
<b>注3 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算（1回につき）</b>	+250点
<b>注4 乳幼児加算（1回につき）</b>	+100点
<b>注5 小児特定加算（1回につき）</b>	+450点
<b>注6 在宅中心静脈栄養法加算（1回につき）</b>	+150点
<b>15の4 退院時共同指導料</b>	
退院時共同指導料	600点
<b>15の6 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料</b>	
1 残薬調整に係るもの以外の場合	40点
2 残薬調整に係るものの場合	30点

## 報酬編Ⅱ

# 訪問看護療養費／介護報酬

1 訪問看護療養費	632
通則	632
01訪問看護基本療養費	635
01-2精神科訪問看護基本療養費	663
02訪問看護管理療養費	678
03訪問看護情報提供療養費	699
05訪問看護ターミナルケア療養費	706
様式	710
基準と届出	725
2 介護報酬	744
算定の通則	744
訪問看護・介護予防訪問看護	746
算定構造	746
1 訪問看護（単位数表・留意事項通知）	750
2 介護予防訪問看護（単位数表・留意事項通知）	769
QA（事務連絡）	785
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	804
算定構造	804
1 訪問リハビリテーション（単位数表・留意事項通知）	806
2 介護予防訪問リハビリテーション（単位数表・留意事項通知）	818
様式	827
QA（事務連絡）	829
居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導	840
算定構造	840
単位数表・留意事項通知	841
イ 医師が行う場合	842
ロ 歯科医師が行う場合	844
ハ 薬剤師が行う場合	847
ニ 管理栄養士が行う場合	852
ホ 歯科衛生士等が行う場合	856
様式	859
QA（事務連絡）	862
参考(1) 居宅介護支援関係様式	866
参考(2) 原則として医行為ではないと考えられる行為	869

## 01

## 訪問看護基本療養費

## ▶概要

下線を付した額は、「所定額」(加算の基礎となる額)を示す

## 訪問看護基本療養費(I) 1日につき

- (1)週3日目まで 15,550円, 口5,050円又はニ5,550円  
 (2)週4日目以降 16,550円, 口6,050円又はニ5,550円

又は

## 訪問看護基本療養費(II)(同一建物居住者) 1日につき

- (1)同一日 ①週3日目まで 15,550円, 口5,050円又はニ5,550円  
 に2人 ②週4日目以降 16,550円, 口6,050円又はニ5,550円  
 (2)同日に ①週3日目まで 12,780円, 口2,530円又はニ2,780円  
 3人以上 ②週4日目以降 13,280円, 口3,030円又はニ2,780円

(I)(II)とも週4日目以降の対象となるのは末期がん、神経難病等の利用者(基準告示第2の1に規定する疾病等の利用者→「別表第七」「別表第八」)あるいは特別訪問看護指示書の交付を受けた者

## 訪問看護基本療養費(I)(II)イ、口及びニの加算項目

難病等複数回訪問加算(基本療養費(I)は①、(II)は①~③が該当)

- (1)1日に2回 ①同一建物内1人又は2人 4,500円 ②同一建物内3人以上 4,000円  
 (2)1日に3回以上 ①同一建物内1人又は2人 8,000円 ②同一建物内3人以上 7,200円

## 緊急訪問看護加算(2,650円×緊急訪問日数)

長時間訪問看護加算(5,200円・週1日を限度)…15歳未満の超重症児・準超重症児、15歳未満で「別表第8」に該当する利用者は週3日を限度)

## 乳幼児加算(1日につき1,500円)

複数名訪問看護加算(次の区分に従い、いずれかを所定額に加算。イ又は口の場合は週1日、ハの場合は週3日を限度。  
 ①同一建物内1人又は2人、②同3人以上。基本療養費(I)は①、(II)は①、②が該当)

イ 看護職員が他の看護師等(准看護師を除く)と同時に指定訪問看護を行う場合 ①4,500円 ②4,000円

ロ 看護職員が他の准看護師と同時に指定訪問看護を行う場合 ①3,800円 ②3,400円

ハ 看護職員がその他職員と同時に指定訪問看護を行う場合(ニを除く) ①3,000円 ②2,700円

ニ 看護職員がその他職員と同時に指定訪問看護を行う場合(「別表第七」「別表第八」の該当者、特別訪問看護指示書による指定訪問看護を受けている場合)

- (1)1日に1回 ①3,000円 ②2,700円  
 (2)1日に2回 ①6,000円 ②5,400円  
 (3)1日に3回以上 ①10,000円 ②9,000円

※(a) 看護職員=保健師、助産師、看護師、准看護師 / (b) 看護師等=(a)+理学療法士、作業療法士、言語聴覚士 / (c)その他職員=(b)+看護補助者

夜間・早朝訪問看護加算(2,100円)・深夜訪問看護加算(4,200円) ※1日にそれぞれ1回ずつを限度

## 訪問看護基本療養費(I)(II)のハ

悪性腫瘍の利用者に対する①緩和ケア、②褥瘡ケア又は③人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合(月1回限り12,850円)

※訪問看護管理療養費は算定不可

※特別地域訪問看護加算  
(所定額の50/100)

## 訪問看護基本療養費(III)

在宅療養に備えて一時的に外泊をしている入院患者(厚生労働大臣が定める者に限る→「別表第七」「別表第八」等)に対する訪問看護を行った場合(入院中1回に限り8,500円)

※基準告示第2の1に規定する疾病等の利用者→「別表第七」「別表第八」については、入院中2回算定可

※訪問看護管理療養費は算定不可

※特別地域訪問看護加算  
(所定額の50/100)

## ▶算定方法告示／留意事項通知

### 01 訪問看護基本療養費（1日につき）

#### 1 訪問看護基本療養費（I）

イ 保健師、助産師又は看護師による場合（ハを除く。）

- |            |        |
|------------|--------|
| (1) 週3日目まで | 5,550円 |
| (2) 週4日目以降 | 6,550円 |

ロ 准看護師による場合

- |            |        |
|------------|--------|
| (1) 週3日目まで | 5,050円 |
| (2) 週4日目以降 | 6,050円 |

ハ 悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合 12,850円

ニ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による場合 5,550円

#### 2 訪問看護基本療養費（II）

イ 保健師、助産師又は看護師による場合（ハを除く。）

- |            |        |
|------------|--------|
| (1) 同一日に2人 |        |
| ① 週3日目まで   | 5,550円 |
| ② 週4日目以降   | 6,550円 |

- |              |        |
|--------------|--------|
| (2) 同一日に3人以上 |        |
| ① 週3日目まで     | 2,780円 |
| ② 週4日目以降     | 3,280円 |

ロ 准看護師による場合

- |            |        |
|------------|--------|
| (1) 同一日に2人 |        |
| ① 週3日目まで   | 5,050円 |
| ② 週4日目以降   | 6,050円 |

- |              |        |
|--------------|--------|
| (2) 同一日に3人以上 |        |
| ① 週3日目まで     | 2,530円 |
| ② 週4日目以降     | 3,030円 |

ハ 悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合 12,850円

ニ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による場合

- |              |        |
|--------------|--------|
| (1) 同一日に2人   | 5,550円 |
| (2) 同一日に3人以上 | 2,780円 |

#### 3 訪問看護基本療養費（III） 8,500円

### 第4 訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費の共通事項について

#### 【実施時間】

2 指定訪問看護の実施時間は、1回の訪問につき、訪問看護基本療養費（I）及び（II）については30分から1時間30分程度を標準とする。

#### 【訪問看護記録書】

3 初回の訪問時においては、訪問看護記録書に、病歴、家族の構成、家庭での看護の状況、家屋の状況、日常生活活動の状況、保健福祉サービスの利用状況等の概要を記入すること。

4 毎回の訪問時においては、訪問看護記録書に、訪問年月日、利用者の体温、脈拍等の心身の状態、利用者の病状、家庭等での看護の状況、実施した指定訪問看護の内容、指定訪問看護に要した時間等の概要【略】及び訪問に要した時間（特別地域訪問看護加算を算定する場合に限る。）を記入すること。また、訪問看護ステーションにおける日々の訪問看護利用者氏名、訪問場所、訪問時間（開始時刻及び終了時刻）及び訪問人数等について記録し、保管しておくこと。

#### 【主治医による指示】

5 指定訪問看護は、当該利用者の診療を担う保険医療機関の主治医から交付される指定訪問看護に係る指示書（以下この項において「指示書」という。）に基づき行われるものである。ただし、同一の保険医療機関において同一の診療科に所属する複数の医師が、主治医として利用者の診療を共同で担っている場合については、当該複数の医師のいずれかにより交付された指示書に基づき、指定訪問看護を行うことは可能である。なお、複数の傷病を有する利用者が、複数の保険医療機関において診療を受けている場合は、原則として指定訪問看護が必要となる主傷病の診療を担う主治医によって交付された指示書に基づき行われた指定訪問看護については訪問看護療養費が算定できる。

**注1 1 (ハを除く。)について**は、指定訪問看護を受けようとする者（注3に規定する同一建物居住者を除く。）に対して、その主治医（健康保険法第63条第3項第1号に規定する保険医療機関（以下「保険医療機関」という。）の保険医又は介護保険法第8条第28項に規定する介護老人保健施設（以下「介護老人保健施設」という。）若しくは同条第29項に規定する介護医療院（以下「介護医療院」という。）の医師に限る。以下この区分番号において同じ。）から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、健康保険法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者の当該指定に係る訪問看護事業を行う事業所（以下「訪問看護ステーション」という。）の保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下「看護師等」という。）が指定訪問看護を行った場合に、当該指定訪問看護を受けた者（以下「利用者」という。）1人につき、訪問看護基本療養費（Ⅱ）（ハを除く。）並びに区分番号01-2の精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）及び（Ⅲ）を算定する日と合わせて週3日を限度（別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者に対する場合を除く。）として算定する。

## 第2 訪問看護基本療養費について

### 【(I) (ハを除く)・対象及び算定日数】

1(1) 訪問看護基本療養費（I）（ハを除く。）については、指定訪問看護を受けようとする者（訪問看護基本療養費（Ⅱ）を算定する者を除く。）に対して、その主治医（保険医療機関の保険医又は介護老人保健施設若しくは介護医療院の医師に限る。（ただし、介護老人保健施設又は介護医療院の医師については「退所時の場合」に限る。）以下同じ。）から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下「看護師等」という。）が、当該指示書に記載された有効期間内（6か月を限度とする。以下同じ。）に行った指定訪問看護について、利用者1人につき週3日を限度として算定する。ただし、基準告示第2の1に規定する疾病等の利用者（特掲診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第63号）別表第七に掲げる疾病等の者及び別表第八に掲げる者をいう。以下同じ。）については、週4日以上算定でき、この場合において、週4日以降の日については、訪問看護基本療養費（I）のイの(2)、ロの(2)又はニの所定額を算定する。

### ●基準告示第2の1に規定する疾病等の利用者

#### 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者

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及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度が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、オリーブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群）、プリオント病、亜急性硬化解性全脳炎、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、慢性炎症性脱髓性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頸髄損傷又は人工呼吸器を使用している状態の者

#### 特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者

- 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態

にある者

二 以下のいずれかを受けている状態にある者

在宅自己腹膜灌流指導管理, 在宅血液透析指導管理,  
在宅酸素療法指導管理, 在宅中心静脈栄養法指導管理,  
在宅成分栄養経管栄養法指導管理, 在宅自己導尿  
指導管理, 在宅人工呼吸指導管理, 在宅持続陽圧呼吸  
療法指導管理, 在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺  
高血圧症患者指導管理

三 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者

四 真皮を越える褥瘡の状態にある者

五 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

▶ 疑義解釈資料

① 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

② 人工呼吸器 (SASに対するASVやCPAP)

③ 人工呼吸器 (SASに対するASVやCPAP)・慢性心不全の患者の場合

【算定日数の通算】

1(2) (1)の場合において、基準告示第2の1に規定する疾病等の利用者を除き、訪問看護基本療養費（Ⅱ）（ハを除く。）及び精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）及び（Ⅲ）を算定する日と合わせて、利用者1人につき週3日を限度とする。

【(I) ハ・専門の研修を受けた看護師による場合】

1(3) 訪問看護基本療養費（Ⅰ）のハについては、悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者、真皮を越える褥瘡の状態にある利用者（診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）の区分番号C013に掲げる在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の利用者）又は人工肛門若しくは人工膀胱周囲の皮膚にびらん等の皮膚障害が継続又は反復して生じている状態にある利用者若しくは人工肛門若しくは人工膀胱のその他の合併症を有する利用者に対して、それらの者の主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が、他の訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師又は当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師若しくは准看護師と共同して指定訪問看護を行った場合に月に1回を限度として、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケア

注2 1のハについては、悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者、真皮を越える褥瘡の状態にある利用者（診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）の区分番号C013に掲げる在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の利用者）又は人工肛門若しくは人工膀胱周囲の皮膚にびらん等の皮膚障害が継続又は反復して生じている状態にある利用者若しくは人工肛門若しくは人工膀胱のその他の合併症を有する利用者に対して、それらの者の主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師

## ▶疑義解釈資料（事務連絡）

### 【(1)別表第七・別表第八】

<p><b>① 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者（平24.4.27 その3・別添5・問2）</b></p>	<p><b>問</b> 「在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者」は、この管理料が算定できる週において、4日以上の訪問が可能ということになるのか。</p> <p><b>答</b> そのとおり。</p>
<p><b>② 人工呼吸器（SASに対するASVやCPAP）（平26.3.31 その1・別添5・問10）</b></p>	<p><b>問</b> [平成26年4月改定において] 医科点数表のC107在宅人工呼吸指導管理料の留意事項通知には、SASに対するASVが除外されたが、別表第七の「人工呼吸」にはSASに対するASVやCPAPは含まれるのか。</p> <p><b>答</b> 含まれない。</p>
<p><b>③ 人工呼吸器（SASに対するASVやCPAP）・慢性心不全の患者の場合（平26.7.10 その8・別添4・問3）</b></p>	<p><b>問</b> 「疑義解釈資料の送付について（その1）（平成26年3月31日付事務連絡）」問10において、SASに対するASVやCPAPは、別表七の「人工呼吸器」には含まれないと整理されたが、慢性心不全の患者の場合は、「人工呼吸器」に含まれるのか。</p> <p><b>答</b> 「在宅人工呼吸指導管理料」、「人工呼吸器加算の2」を算定している場合は、別表七に掲げる疾病等の者の「人工呼吸器」に含まれることとする。</p> <p>なお、この取り扱いにより、保険種別が変更となる場合は、次回の介護保険のケアプラン見直し（1ヶ月間）までの間に変更すること。</p>
<p><b>④ 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の要件に該当する患者に対してASVを使用した場合（平28.6.14 その4・別添4・問2）</b></p>	<p><b>問</b> 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の要件に該当する患者に対してASVを使用した場合は在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算を算定できるとされたが、この場合の患者について、特掲診療料の施設基準等別表七に掲げる疾病等の者の「人工呼吸器を使用している状態」に含まれるか。</p> <p><b>答</b> 含まれない。</p>

### 【(2)専門性の高い看護師による訪問看護】

<p><b>① 令和2年度以降変更後の研修修了者を従前の研修の要件を満たしているとみなせるか（令3.1.19 その48・別添・問1）</b></p>	<p><b>問</b> 日本看護協会の認定看護師教育課程における以下の研修について、令和2年度以降、変更後の研修名及び教育内容による研修を修了した者については、従前の疑義解釈に示される各項目の研修に係る要件を満たしているとみなしてよいか。</p>																		
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>従前</th> <th></th> <th>令和2年度以降</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>救急看護</td> <td>→</td> <td>クリティカルケア</td> </tr> <tr> <td>集中ケア</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>緩和ケア</td> <td>→</td> <td>緩和ケア</td> </tr> <tr> <td>がん性疼痛看護</td> <td>→</td> <td></td> </tr> <tr> <td>がん化学療法看護</td> <td>→</td> <td>がん薬物療法看護</td> </tr> </tbody> </table>	従前		令和2年度以降	救急看護	→	クリティカルケア	集中ケア			緩和ケア	→	緩和ケア	がん性疼痛看護	→		がん化学療法看護	→	がん薬物療法看護
従前		令和2年度以降																	
救急看護	→	クリティカルケア																	
集中ケア																			
緩和ケア	→	緩和ケア																	
がん性疼痛看護	→																		
がん化学療法看護	→	がん薬物療法看護																	

# 居宅療養管理指導 介護予防居宅療養管理指導 (単位数表・留意事項通知)

## 居宅療養管理指導費\*

◎ 1 単位の単価  
一律10.00円

\*介護予防居宅療養管理指導費については、別に算定告示（平18厚生労働省告示第127号）及び留意事項通知（平18老計発第0317001号・老振発第0317001号・老老発第0317001号）が定められているが、その内容は居宅療養管理指導費と実質的に同様であるので、本書では掲載を省略した

### ◇通院が困難な利用者について〔平成12年3月1日 老企第36号 第2の6(1)〕

居宅療養管理指導費は、在宅の利用者であって通院が困難なものに対して、定期的に訪問して指導等を行った場合の評価であり、継続的な指導等の必要なないものや通院が可能なものに対して安易に算定してはならない。例えば、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ものなどは、通院は容易であると考えられるため、居宅療養管理指導費は算定できない（やむを得ない事情がある場合を除く。）。

### ◇単一建物居住者の人数について〔第2の6(2)〕 QAア①～⑤

居宅療養管理指導の利用者が居住する建築物に居住する者のうち、同一月の利用者数を「单一建物居住者の人数」という。

单一建物居住者の人数は、同一月における以下の利用者の人数をいう。

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又は入所している利用者

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利用者

ただし、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ついては、それぞれのユニットにおいて、居宅療養管理指導費を算定する人数を、单一建物居住者の人数とみなすことができる。また、1つの居宅に居宅療養管理指導費の対象となる同居する同一世帯の利用者が2人以上いる場合の居宅療養管理指導費は、利用者ごとに「单一建物居住者が1人の場合」を算定する。さらに、居宅療養管理指導費について、当該建築物において当該居宅療養管理指導事業所が居宅療養管理指導を行う利用者数が、当該建築物の戸数の10%以下の場合又は当該建築物の戸数が20戸未満であって、当該居宅療養管理指導事業所が居宅療養管理指導を行う利用者が2人以下の場合には、それぞれ「单一建物居住者が1人の場合」を算定する。

### ◇居宅療養管理指導に要した交通費について〔第2の6(7)〕

居宅療養管理指導に要した交通費は実費を利用者から徴収してもよいものとする。

### ► QAイ（医師・歯科医師と他の職種との関係）①②

## イ 医師が行う場合

(1) 居宅療養管理指導費（I）	
（一） 単一建物居住者 1 人に対して行う場合	514単位
（二） 単一建物居住者 2 人以上 9 人以下に対して行う場合	486単位
（三） （一）及び（二）以外の場合	445単位
(2) 居宅療養管理指導費（II）	
（一） 単一建物居住者 1 人に対して行う場合	298単位
（二） 単一建物居住者 2 人以上 9 人以下に対して行う場合	286単位
（三） （一）及び（二）以外の場合	259単位

注1 在宅の利用者であつて通院が困難なものに対して、指定居宅療養管理指導事業所（指定居宅サービス基準第85条第1項第一号に規定する指定居宅療養管理指導事業所をいう。以下この注及び注3から注5までにおいて同じ。）の医師が、当該利用者の居宅を訪問して行う計画的かつ継続的な医学的管理に基づき、介護支援専門員に対する居宅サービス計画の策定等に必要な情報提供（利用者の同意を得て行うものに限る。以下同じ。）並びに利用者又はその家族等に対する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及び助言を行った場合に、单一建物居住者（当該利用者が居住する建物に居住する者のうち、当該指定居宅療養管理指導事業所の医師が、同一月に訪問診療、往診又は指定居宅療養管理指導（指定居宅サービス基準第84条に規定する指定居宅療養管理指導をいう。以下同じ。）を行っているものをいう。）の人数に従い、1月に2回を限度として、所定単位数を算定する。

注2 (1)については(2)を算定する場合以外の場合に、(2)については医科診療報酬点数表の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利用者に対して、医師が、当該利用者の居宅を訪問して行う計画的かつ継続的な医学的管理に基づき、介護支援専門員に対する居宅サービス計画の策定等に必要な情報提供を行った場合に、所定単位数を算定する。

[この欄で用いた関係告示の略称]  
 利用者等告示=厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等（平27告94）  
 施設基準=厚生労働大臣が定める施設基準（平27告96）

## ◇医師・歯科医師の居宅療養管理指導について〔老企第36号 第2の6(3)〕 ▶QAウ①～③

### ① 算定内容

主治の医師及び歯科医師の行う居宅療養管理指導については、計画的かつ継続的な医学的管理又は歯科医学的管理に基づき、介護支援専門員（指定居宅介護支援事業者により指定居宅介護支援を受けている居宅要介護被保険者については居宅サービス計画（以下6〔居宅療養管理指導費の規定〕において「ケアプラン」という。）を作成している介護支援専門員を、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にあっては、当該事業所の介護支援専門員をいう。以下6〔居宅療養管理指導費の規定〕において「ケアマネジャー」という。）に対するケアプランの作成等に必要な情報提供並びに利用者若しくはその家族等に対する介護サービスを利用するまでの留意点、介護方法等についての指導及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には、算定できないこととなるため留意すること。

利用者が他の介護サービスを利用している場合にあっては、必要に応じて、利用者又は家族の同意を得た上で、当該介護サービス事業者等に介護サービスを提供するまでの情報提供及び助言を行うこととする。

また、必要に応じて、利用者の社会生活面の課題にも目を向け、地域社会における様々な支援へつながるよう留意し、また、関連する情報については、ケアマネジャー等に提供するよう努めることとする。

なお、当該医師が当該月に医療保険において、「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費（Ⅱ）を算定する。

### ② 「情報提供」及び「指導又は助言」の方法

#### ア ケアマネジャーに対する情報提供の方法

ケアプランの策定等に必要な情報提供は、サービス担当者会議への参加により行うことを基本とする（必ずしも文書等による必要はない。）。

当該会議への参加が困難な場合やサービス担当者会議が開催されない場合等においては、下記の「情報提供すべき事項」（薬局薬剤師に情報提供する場合は、診療状況を示す文書等の内容も含む。）について、別紙様式1（医師）又は2（歯科医師）〔→859頁～〕等（メール、FAX等でも可）により、ケアマネジャーに対して情報提供を行うことで足りるものとする。

なお、サービス担当者会議等への参加により情報提供を行った場合については、別紙様式1又は2を参考に、その情報提供の要点を記載すること。当該記載については、医療保険の診療録に記載することは差し支えないが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすること。

また、別紙様式1又は2等により情報提供を行った場合については、当該様式等の写しを診療録に添付する等により保存すること。

#### （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・歯科医師氏名、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までの留意点、介護方法等

(d) 利用者の日常生活上の留意事項、社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等

#### イ 利用者・家族等に対する指導又は助言の方法

介護サービスを利用するまでの留意点、介護方法等に関する指導又は助言は、文書等の交付により行うよう努めること。

なお、口頭により指導又は助言を行った場合については、その要点を記録すること。当該記載については、医療保険の診療録に記載することとしてもよいが、下線又は枠で囲う等によ