

在宅医療の算定実例 (施設系訪問診療・往診・看取り)

令和7年1月25日

久留米地域職業訓練センター

在宅療養支援診療所
在宅療養支援病院

(参考) 在支診・在支病の施設基準

	機能強化型在支診・在支病				在支診在支病	(参考) 在宅療養後方支援病院
	単独型		連携型			
	診療所	病院	診療所	病院		
全ての在支診・在支病の基準	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 ⑦ 適切な意思決定支援に係る指針の作成 ⑧ <u>訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備</u> ⑨ <u>介護保険施設から求められた場合、協力医療機関として定められることが望ましい</u>					
全ての在支病の基準	「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。 (1) 許可病床200床未満*であること又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと (2) 往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること ※ 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては280床未満					
機能強化型在支診・在支病の基準	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上	⑧ 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績10件以上 ・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上 ・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上	⑧ 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績10件以上各医療機関で4件以上 ・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上 ・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている	<ul style="list-style-type: none"> ○ 許可病床数200床以上 ○ 在宅医療を提供する医療機関と連携し、24時間連絡を受ける体制を確保 ○ 連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が24時間可能な体制を確保(病床の確保を含む) ※ やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、対応可能な病院を探し紹介すること ○ 連携医療機関との間で、3月に1回以上、患者の診療情報の交換を行い、入院希望患者の一覧表を作成 	
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 いずれか4件以上	⑨ 過去1年間の看取りの実績連携内で4件以上かつ、各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績いずれか2件以上					
⑩ 地域において24時間体制での在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい						
⑪ <u>各年5月から7月までの訪問診療の回数が一定回数を超える場合においては、次年の1月から在宅データ提出加算に係る届出を行っていること。</u>						

在宅専門診療所

在宅専門診療所とは

2016年診療報酬改定にて、在宅医療の提供体制を補完するため、在宅医療を専門に手掛ける診療所の開設が認められる。

(1 か月在宅患者) ÷ (1 か月在宅及び外来患者の合計)
= 95%以上の診療所

マンションの1室などで開設するケースもあり。

往診料と在宅患者訪問診療

【往診料】

算定条件

- ・ 患者または家族等の患者の看護等が医療機関に電話等で直接往診を求める
- ・ 医師が必要性を認めて可及的速やかに患家に赴き診療

施設の入居者に往診は行けるのか？

在宅医療の距離的制限

往診の範囲が直線距離で16km以内

【例外】

- ・ 患家の求める診療に専門的に対応できる医療機関がない場合
- ・ 専門的に対応できる医療機関が往診などを行っていない場合

【在宅患者訪問診療料】

- ・ 通院が困難な者
- ・ 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
- ・ 週3回を限度

ただし、「厚生労働大臣が定める疾病等」に該当する患者の場合は回数制限はない。

別表第7：厚生労働大臣が定める疾病等（別表第7）

末期の悪性腫瘍	多発性硬化症
重症筋無力症	スモン
筋委縮性側索硬化症	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 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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Ⅲ度以上かつ生活機能障害度がⅡ度またはⅢ度） 	多系統委縮症 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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
頸髄損傷	人工呼吸器を使用している状態（ASVはふくまれない）

在宅患者訪問診療料算定の注意点

(算定のルール)

1. 同一建物内の複数の患者に対して、同一日に訪問診療を行う場合に、患者一人につき所定点数を算定⇒「同一建物居住者の場合」
2. 初診料を算定した日には算定不可
3. 再診料、外来診療料、往診料は別に算定不可
4. 週3回を限度として算定（例外あり）
5. 急性増悪時、1月に1回に限り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
6. 訪問診療を行っている期間中に、緊急の往診を行った場合
⇒往診料、再診料または外来診療料を算定
⇒在宅患者訪問診療料を算定不可。
7. 交通費は往診に準じる。
8. 遠方の場合も往診に準じる。

(算定のルール)

11. 6歳未満：乳幼児加算（400点）算定可
12. 患家における診療時間が1時間を超えた場合
⇒患家診療時間加算（100点）を30分または端数をまずことに算定可
13. 往診の翌日の訪問診療
 - ・往診の日の翌日の訪問診療は算定不可
 - ・在支診、在支病と連携する医療機関は算定可
14. 在支診・在支病における過去3カ月の患者が一人当たりの訪問回数が平均で12回を超える場合
 - ・直近の1カ月の同一患者の同一月における5回目以降の訪問診療が50%の算定
 - 【例外】
 - ・厚生労働大臣が定める疾病等（別表第7）
 - ・死亡した患者
 - ・末期心不全の患者
 - ・呼吸器疾患の終末期患者
 - ・直近3カ月に訪問診療を開始または終了した患者

別表第7：厚生労働大臣が定める疾病等（別表第7）

末期の悪性腫瘍	多発性硬化症
重症筋無力症	スモン
筋委縮性側索硬化症	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 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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Ⅲ度以上かつ生活機能障害度がⅡ度またはⅢ度） 	多系統委縮症 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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
頸髄損傷	人工呼吸器を使用している状態（ASVはふくまれない）

初回訪問時の算定は？

- ・ 往診料+初診料 720点+291点 = 1011点
- ・ 退院時共同指導料1を算定していれば、初回より在宅患者訪問診療料算定可
(ただし、在宅医療を担当する医師の参加が必須)

在宅患者訪問診療料 (I) 1
同一建物居住者以外 888点

在宅の範囲となる施設

- ① サービス付き高齢者向け住宅
- ② 有料老人ホーム（住宅型・介護付き・健康型）
- ③ 軽費老人ホーム（A型）
- ④ 軽費老人ホーム（ケアハウス）
- ⑤ 養護老人ホーム
- ⑥ 特定施設（外部サービス利用型も含む）
（①②④⑤の施設が介護保険の特定施設入居者生活介護の指定を受けることができる）
- ⑦ 特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）
- ⑧ 指定短期入所生活介護事業所
- ⑨ 認知症高齢者グループホーム（指定認知症 対応型共同生活介護事業所）
- ⑩ 指定小規模多機能型居宅介護事業所（宿泊 サービス時に限る）
- ⑪ 指定看護小規模多機能型居宅介護事業所（宿泊サービス時に限る）
- ⑫ 社会福祉施設・障害者支援施設等

保険診療 Q & A (192)

退院時共同指導料の算定について

Q、他医療機関である病院を退院予定の患者を、退院後、在宅で当診療所が受け持つことになった。事前に入院中の当該患者を以下の方法で診察等した場合、B004退院時共同指導料1（支援診の場合1000点、それ以外の場合600点）で算定できるか。また、以後、医師の診察がない場合、在宅への初回の訪問の算定について教えて欲しい。(1)医師が病院に赴き、病院の主治医と共同で患者に在宅療養計画について説明、指導した。(2)看護師が病院に赴き、病院の主治医と共同で患者に在宅療養計画について説明、指導した。(3)医師が病院に赴き、病院の主治医と在宅療養計画について話し合った（患者には会っていない）。(4)家族が来院し、在宅療養計画について話し合った（患者には会っていない）。

A、(1)医師が病院に赴いた費用は、退院時共同指導料1で算定します。これが初診に当たりますので、在宅への初回の訪問は、予め計画した訪問であれば、在宅患者訪問診療料で算定します。(2)看護師が病院に赴いた費用は、退院時共同指導料1で算定します。しかし、医師の初診には当たりませんので、在宅への初回の訪問は、初診料＋往診料で算定します。(3)(4)医師が患者を診察していませんので、話し合った費用は算定できません。在宅への初回の訪問は、初診料＋往診料で算定します。

京都保険医協会

【在宅患者訪問診療料（1）の2】

- ・定期的に訪問診療する他の医療機関の依頼により訪問
- ・訪問診療を始めた月を含め6ヵ月を限度に、月1回算定

○主治医が

- ① その診療科の医師でなければならない
- ② 既に診療した傷病やその関連疾患と違う傷病への診療
で新たに依頼があればさらに6ヵ月を超えて算定可

○厚生労働大臣が定める疾病等（別表第7）の患者は6ヵ月を超えても算定可

【在宅患者訪問診療料（II）】

- ・有料老人ホーム等に併設される医療機関が、その施設の入居者に訪問診療

別表第7：厚生労働大臣が定める疾病等（別表第7）

末期の悪性腫瘍	多発性硬化症
重症筋無力症	スモン
筋委縮性側索硬化症	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 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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Ⅲ度以上かつ生活機能障害度がⅡ度またはⅢ度） 	多系統委縮症 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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
頸髄損傷	人工呼吸器を使用している状態（ASVはふくまれない）

在宅患者訪問診療料と各種加算

	在宅患者訪問診療料（Ⅰ）		在宅患者訪問診療料（Ⅱ）	
点数	在宅患者訪問診療料（Ⅰ） 1 同一建物居住者以外 888点 同一建物居住者 213点	在宅患者訪問診療料（Ⅰ） 2 同一建物居住者以外 884点 同一建物居住者 187点	在宅患者訪問診療料（Ⅱ） イ 150点	在宅患者訪問診療料（Ⅱ） ロ 150点
算定対象	在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定する患者以外の患者	在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料、在宅がん医学総合診療料の算定要件を満たす他の医療機関から求めがあり、紹介された患者	医療機関が併設されている有料老人ホーム等に入居する患者	在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料、在宅がん医学総合診療料の算定要件を満たす他の医療機関から求めがあり、紹介された患者
算定回数の制限	1日1回、週3回まで (例外あり)	月1回、6ヵ月まで (例外あり)	1日1回、週3回まで (例外あり)	月1回、6ヵ月まで (例外あり)
乳幼児加算の算定、患家診療時間加算の算定 在宅医療DX 情報活用加算 の算定	○	○	○	○
在宅ターミナルケア加算、死亡診断加算の算定	○	×	○	×
算定医療機関	1か所まで。在宅悪性腫瘍患者共同指導料を算定する2か所まで	制限なし	患者が入居する有料老人ホーム等に併設する医療機関のみ算定可能	

往診料の算定での注意点

算定可能な基本診療報酬

往診は、初診料、再診料、条件が整えば外来管理加算も算定可

- (昼間・普通) 往診
 - 夜間往診 ⇒ 加算あり
 - 休日往診 ⇒ 加算あり
 - 深夜往診 ⇒ 加算あり
 - 緊急往診 ⇒ 加算あり
- の5種類に分けられる

往診料には年齢加算なし。

往診料の評価の見直し

▶ 患者の状態に応じた適切な往診の実施を推進する観点から、緊急の往診に係る評価を見直す。

2024年 診療報酬改定 ←	以下のいずれかに該当する場合			その他の場合
	① 往診を行う保険医療機関において過去60日以内に在宅患者訪問診療料等を算定している患者 ② 往診を行う保険医療機関と連携体制を構築している他の保険医療機関において、過去60日以内に在宅患者訪問診療料等を算定している患者 ③ 往診を行う保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者 ④ 往診を行う保険医療機関と平時からの連携体制を構築している介護保険施設等に入所する患者			
	機能強化型の 在支診・在支病（単独型・連携型）		機能強化型 以外の 在支診・在支病	
	病床有	病床無		
往診料	720点			

+

緊急往診加算	850点	750点	650点	325点	325点
夜間・休日往診加算	1,700点	1,500点	1,300点	650点	405点
深夜往診加算	2,700点	2,500点	2,300点	1,300点	485点

- ①緊急往診加算について
 保険医療機関において、**標榜時間内**であって、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している時に、患者又は現にその看護に当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する。
- ②夜間・休日・深夜往診加算の取扱いについて
 夜間（深夜を除く。）とは**午後6時から午前8時**までとし、深夜の取扱いについては、**午後10時から午前6時**までとする。ただし、これらの時間帯が標榜時間に含まれる場合、夜間・休日往診加算及び深夜往診加算は算定できない。
 休日とは、**日曜日及び国民の祝日に関する法律第3条に規定する休日**をいう。なお、1月2日及び3日並びに12月29日、30日及び31日は、休日として取り扱う。

222

<p>夜間・休日往診加算</p>	<p>PM 6:00～翌日AM 8:00（ただし、深夜時間帯を除く）</p>
<p>深夜往診加算</p>	<p>PM 10:00～翌日AM 6:00</p>
<p>緊急往診加算</p>	<p>概ね、AM 8:00～PM 1:00の間で診療時間中の緊急の往診で、 「急性心筋梗塞」、「脳血管障害」、「急性腹症」等が予想される場合 15歳未満の小児（小児慢性特定疾病医療支援の対象者は、20歳未満）・低体温・けいれん・意識障害・急性呼吸不全・感染症の症状の重症化などで早急な医師の診察を要するケース</p>
<p>夜間・休日往診加算</p>	<p>日曜日、国民の祝日に関する法律に規定する休日、 年末年始（12/29～12/31・1/2・1/3）</p>

診療時間加算	患者宅での診療時間が1時間を超えた場合、 30分またはその端数を増すごと	100点
--------	---	------

交通費の扱い
<ol style="list-style-type: none">1. 交通費は実費2. 往診に要した費用は患家の負担3. 自家用車による費用も患家の負担。4. 自転車、スクーター等の費用は往診料に含まれる。

往診に対するその他の加算

	在支診・ 在支病以外	在支診・在支病	機能強化型在支診・在支病		その他の場合
			病床なし	病床あり	
患家診療時間加算	100点（診療時間が1時間を超えた場合、30分またはその端数を増すごと）				
在宅ターミナルケア 加算（有料老人ホーム 等に入居する患者 以外）	3500点	4500点	5500点	6500点	左の各区分と同様
在宅ターミナルケア 加算（有料老人ホーム 等に入居する患 者）	3500点	4500点	5500点	6500点	左の各区分と同様
酸素療法加算	2000点（在宅ターミナルケア加算の加算）				
看取り加算	3000点（在宅ターミナルケア加算を算定する場合に限る）				
在宅緩和ケア充実診 療所・病院加算1			100点	100点	
在宅療養充実加算1		75点			
在宅療養充実加算1		50点			
往診時医療情報連携 加算		200点	200点	200点	
介護保険施設等連携 往診加算	200点				
死亡診断加算	200点（看取り加算を算定していない場合に限る）				

往診または訪問診療を実施した後

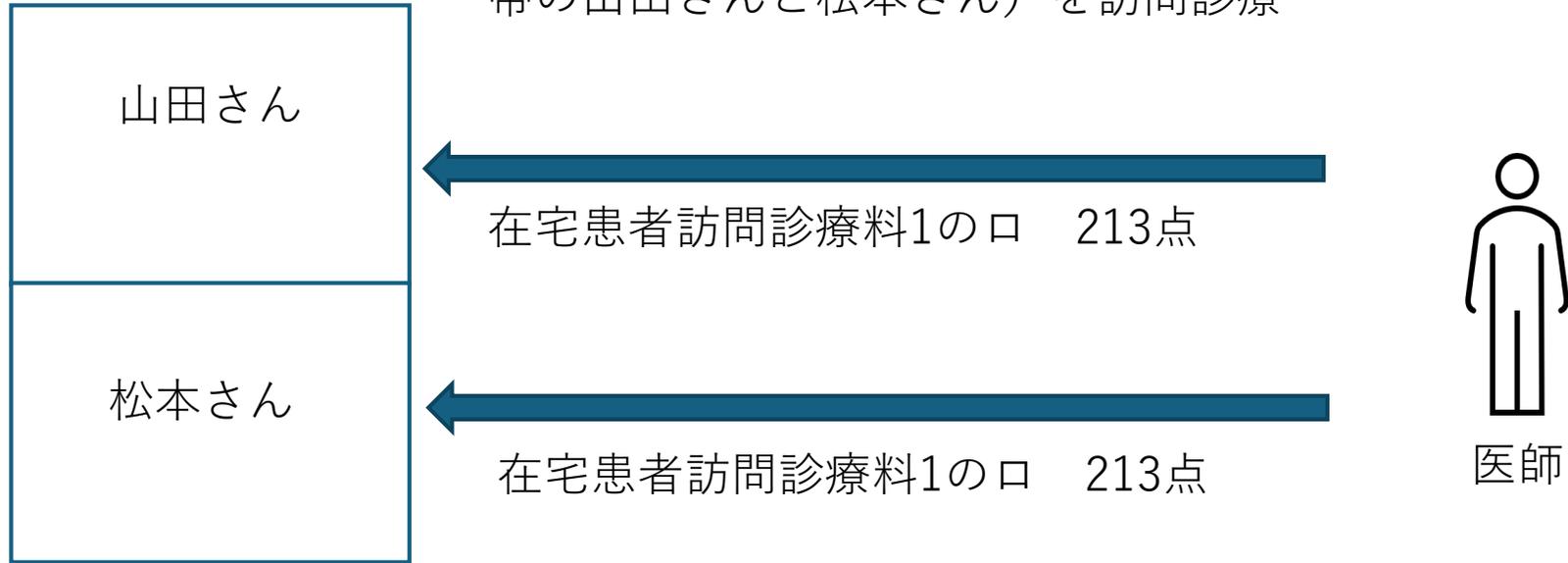
患者またはその家族などが薬剤を取りに医療機関
に来た場合

⇒再診料、外来診療料は算定不可

同一建物居住者・同一患家・同一建物について

「同一建物居住者」の定義

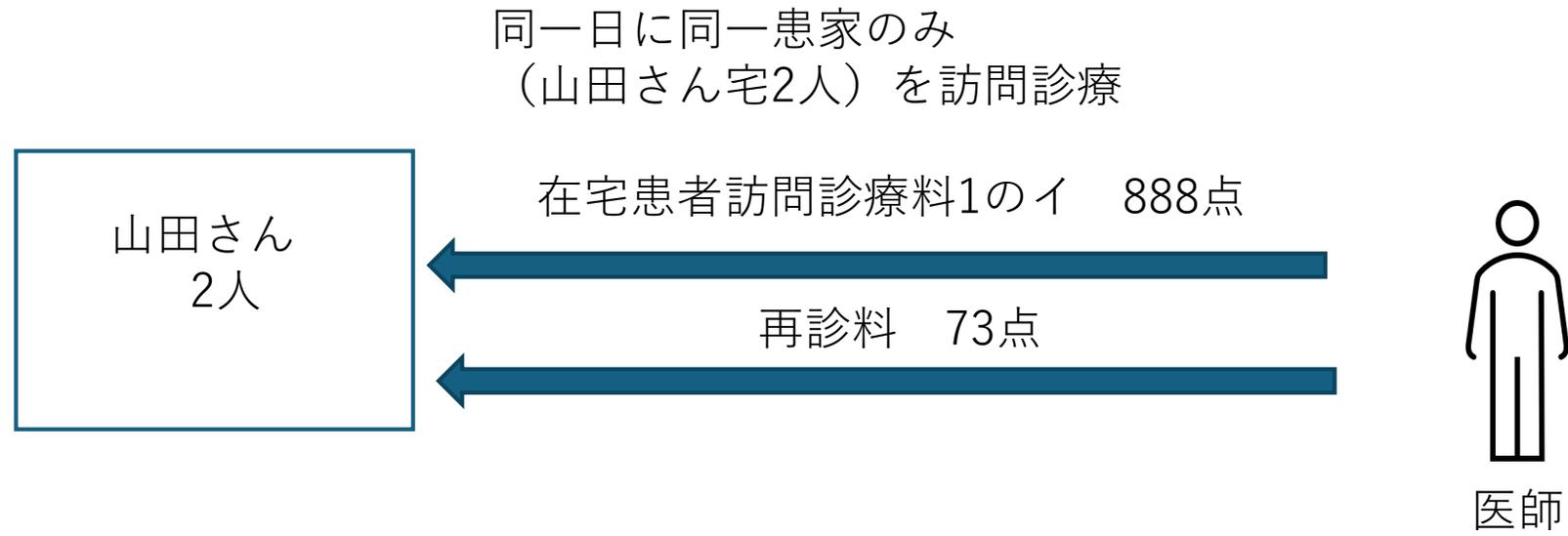
同一日に同一の建物に居住する複数の患者（別世帯の山田さんと松本さん）を訪問診療



- ・ 同一敷地内や隣接地に集まった各棟
 - ・ 渡り廊下でつながった棟
- ⇒ 別の建物として扱う

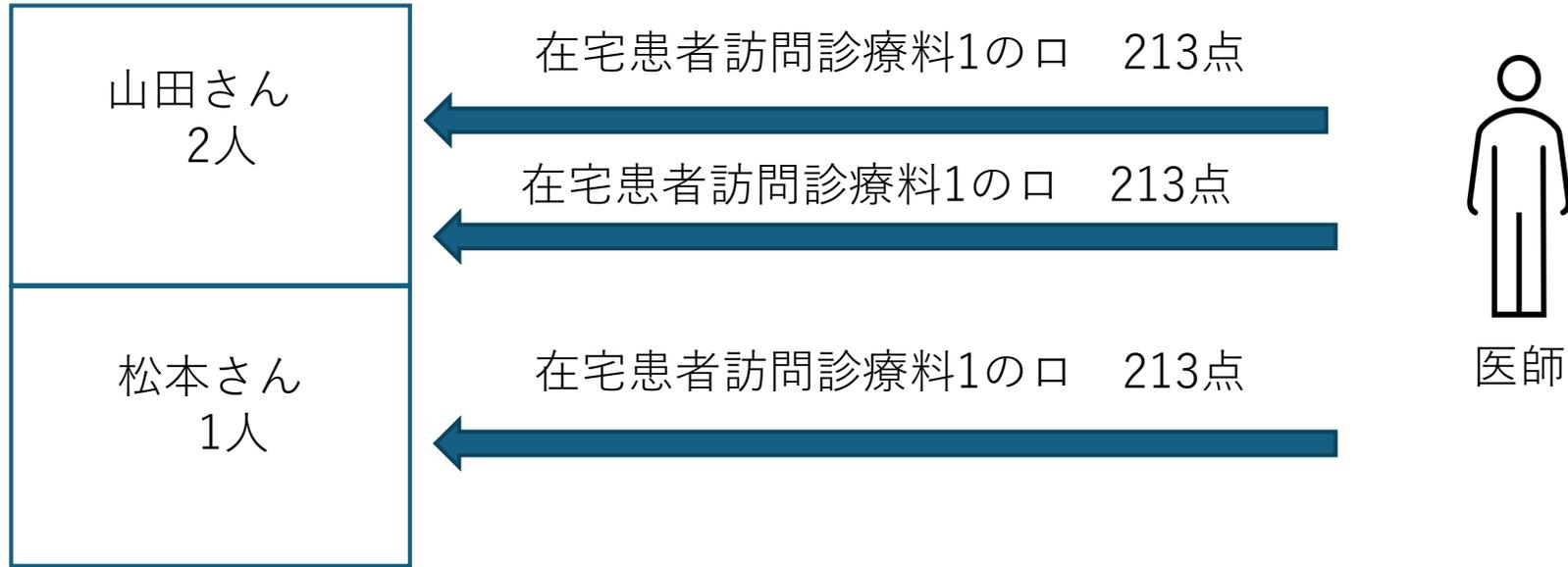
同一の建物内に認知症グループホームやサービス付き高齢者向け住宅など複数の施設又はマンション等が併設されている場合は、施設の類型が異なっても同じ建物なので「同一建物」として扱う

「同一患家」の定義



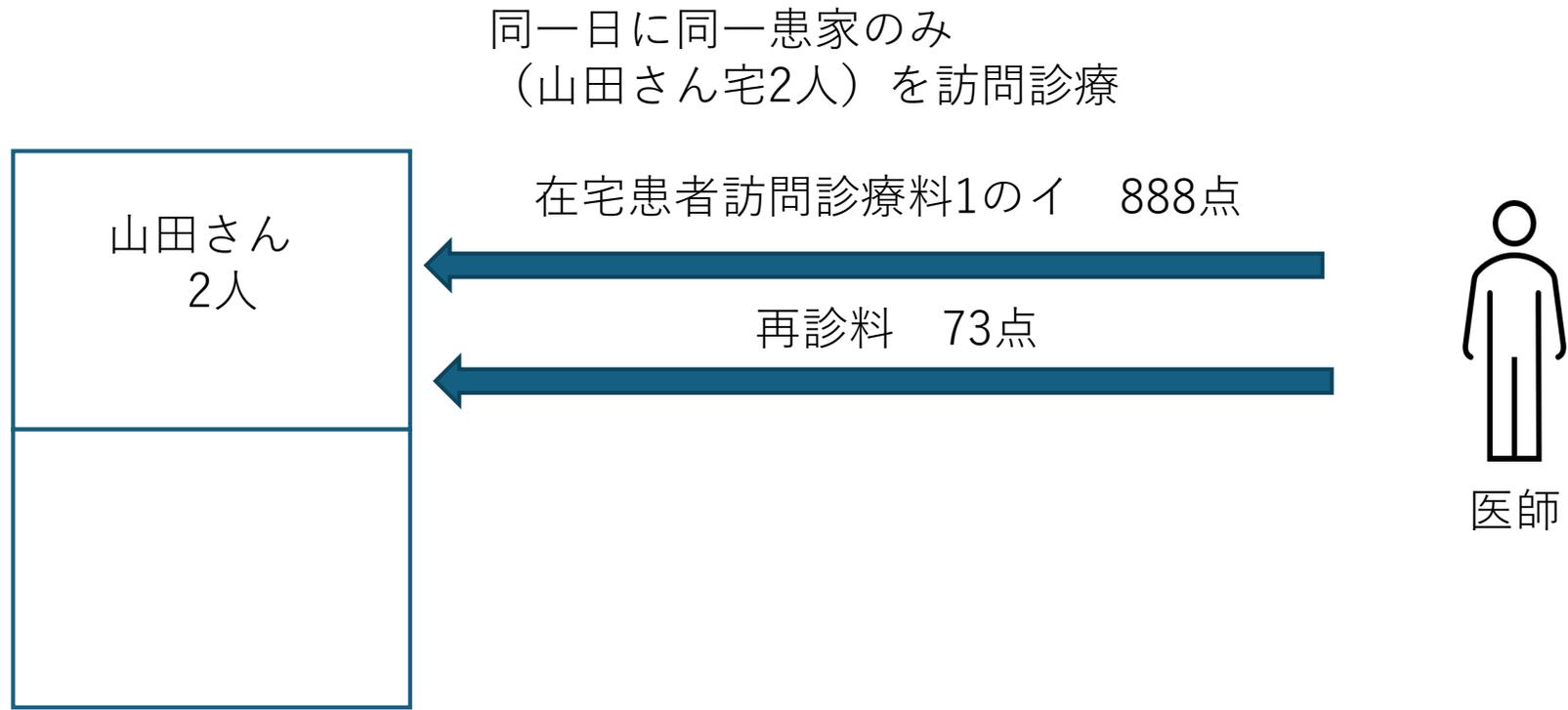
有料老人ホームでも、同一患家とみなすのが適切な場合（夫婦同室など）
⇒ 同一患家の概念が適用

同一日に同一患家（山田さん2人）と別世帯の一人（松本さん）を訪問診療



「同一患者」の規定にかかわらず、複数世帯の場合は訪問診療を行った患者全員が「同一建物居住者」となる（2013.3.29 厚生省事務連絡）

「同一患家」の定義



戸建て住宅や有料老人ホーム等でも1世帯のみの場合は「同一患家」に該当

同一建物居住者に対する在宅患者訪問診療料の取り扱い

在宅患者訪問診療料（1）

在宅患者訪問診療料1

同一建物居住者以外の場合 888点

同一建物居住者の場合 213点

在宅患者訪問診療料2

同一建物居住者以外の場合 884点

同一建物居住者の場合 187点

同一世帯 (同一患家)	1人のみ訪問	：	「同一建物居住者以外」を算定
	2人以上訪問	：	1人目は「同一建物居住者以外」 2人目以降は初・再診料などを算定
同一世帯でない 同一建物居住者	1人のみ訪問	：	「同一建物居住者以外」を算定
	2人以上訪問	：	同一建物居住者の場合

【単一建物】

- ・ マンションや有料老人ホームなど一つの建物において医学管理を行う患者数

【単一建物診療患者数】が適用される点数

- ・ 在宅時医学総合管理料
- ・ 施設入居時等総合管理料

1週目： A B C D

2週目： E F G H

3週目： A B C D J

4週目： E F G H A C

単一建物診療患者数は？ 人

【複数の同一建物居住者を訪問診療した場合に同一建物者としてカウントしない】

- ① 往診を実施した患者
- ② 末期の悪性腫瘍と診断された後に訪問診療を開始した日から60日以内の患者
- ③ 死亡日から遡って30日以内の患者

※訪問診療料算定に影響

施設入居時等医学総合管理料

施設入居時等 医学総合管理料	機能強化型在支診・在支病 (病床あり)					機能強化型在支診・在支病 (病床なし)					在支診・在支病					その他				
	1人	2~9 人	10人~ 19人	20人~ 49人	50人 ~	1人	2~9 人	10人~ 19人	20人~ 49人	50人 ~	1人	2~9 人	10人~ 19人	20人~ 49人	50人 ~	1人	2~9 人	10人~ 19人	20人~ 49人	50人 ~
①月2回以上訪問 (難病等)	3,885点	3,225点	2,865点	2,400点	2,110点	3,585点	2,955点	2,625点	2,205点	1,935点	3,285点	2,685点	2,385点	2,010点	1,765点	2,435点	2,010点	1,785点	1,500点	1,315点
②月2回以上訪問	3,185点	1,685点	1,185点	1,065点	905点	2,885点	1,535点	1,085点	970点	825点	2,585点	1,385点	985点	875点	745点	1,935点	1,010点	735点	655点	555点
③(うち1回は情報通信 機器を用いた診療)	2,234点	1,250点	865点	780点	660点	2,054点	1,160点	805点	720点	611点	1,894点	1,090点	765点	679点	578点	1,534点	895点	645点	573点	487点
④月1回訪問	1,965点	1,065点	765点	670点	575点	1,785点	975点	705点	615点	525点	1,625点	905点	665点	570点	490点	1,265点	710点	545点	455点	395点
⑤(うち2月目は情報通 信機器を用いた診療)	1,110点	618点	425点	373点	317点	1,020点	573点	395点	344点	292点	940点	538点	375点	321点	275点	760点	440点	315点	264点	225点

令和6年度診療報酬改定の概要(医科全体版)
厚生労働省保険局医療課より抜粋

【施設総管の算定対象】

- ・ 養護老人ホーム（定員110人以下に限る）

- ・ 軽費老人ホーム（A型のみ）

- ・ 特別養護老人ホーム
（末期の悪性腫瘍、死亡日から遡って30日以内の患者に限る）

- ・ 短期入所生活介護事業所
（介護予防を含む。サービス利用前30日以内に訪問診療料等を算定した医師に限り、サービス利用開始30日まで。）

※末期悪性腫瘍患者：サービス利用開始30日までの制限なし。

※退院日からサービスの利用を開始した場合、サービス利用前の訪問診療等の算定にかかわらず、退院日を除いて算定可)

- ・ 有料老人ホーム

- ・ サービス付き高齢者向け住宅

- ・ 認知症高齢者グループホーム

厚生労働大臣が定める状態等（別表第8の2）

以下の疾患に罹患している状態

- ・末期の悪性腫瘍
- ・指定難病
- ・スモン
- ・後天性免疫不全症候群
- ・真皮を超える褥瘡

以下の指導管理を受けている状態にある者

- ・在宅自己腹膜灌流指導管理
- ・在宅血液透析指導管理
- ・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
- ・在宅肺高血圧症患者指導管理
- ・気管切開を行っている状態
- ・気管カニューレを使用している状態
- ・ドレーンチューブまたは留置カテーテルを使用している状態
（「留置カテーテルを使用している状態」に胃ろうカテーテルは含まれない）
- ・人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者

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見直し②

- 訪問診療の算定回数が多い医療機関における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評価を見直す。

[概要]

- 単一建物診療患者の数が10人以上の患者について、**当該保険医療機関における直近3月間の訪問診療回数及び当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関（令和6年3月31日以前に開設されたものを除く。）における直近3月間の訪問診療回数を合算した回数が2,100回以上**の場合であって、次の要件をいずれかを満たさない場合はそれぞれ**所定点数の100分の60に相当する点数**を算定する。

- (イ) 直近1年間に**5つ以上の保険医療機関から、文書による紹介を受けて訪問診療を開始した実績**があること。
- (ロ) 当該保険医療機関において、直近1年間の**在宅における看取りの実績を20件以上**有していること又は重症児の十分な診療実績等を有していること。
- (ハ) 直近3か月に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患者のうち、**施設入居時等医学総合管理料を算定した患者の割合が7割以下**であること。
- (ニ) 直近3月間に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患者のうち、**要介護3以上又は「特掲診療料の施設基準等」別表第八の二に掲げる別に厚生労働大臣が定める状態の患者の割合が5割以上**であること。

【参考：対象医療機関に該当する場合の在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の評価】

在宅時医学総合管理料 ・施設入居時等医学総合管理料	機能強化型在支診・在支病 (病床あり)			機能強化型在支診・在支病 (病床なし)			在支診・在支病			その他		
	10人～ 19人	20人～ 49人	50人 ～	10人～ 19人	20人～ 49人	50人 ～	10人～ 19人	20人～ 49人	50人 ～	10人～ 19人	20人～ 49人	50人 ～
①月2回以上訪問(難病等)	1,719点	1,440点	1,266点	1,575点	1,323点	1,161点	1,431点	1,206点	1,059点	1,071点	900点	789点
②月2回以上訪問	711点	639点	543点	651点	582点	495点	591点	525点	447点	441点	393点	333点
③(うち1回は情報通信機器を用いた診療)	519点	468点	396点	483点	432点	367点	459点	407点	347点	387点	344点	292点
④月1回訪問	459点	402点	345点	423点	369点	315点	399点	342点	294点	327点	276点	237点
⑤(うち2月目は情報通信機器を用いた診療)	255点	224点	190点	237点	206点	175点	225点	193点	165点	189点	158点	135点

- 機能強化型の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、**各年度5月から7月の訪問診療の算定回数が2,100回を超える場合においては**、データに基づく適切な評価を推進する観点から次年の1月から**在宅データ提出加算に係る届出を要件**とする。

224

【算定要件】

- ①月1回以上計画的に訪問診療を行った場合に算定
- ②主として訪問診療を行っている1つの医療機関が算定
- ③処置などの費用は別算定できない（別表参照）
- ④在宅がん医療総合診療料を算定する月は併算定不可

施設総管に含まれる費用

医学管理等

- ・ 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
- ・ 小児悪性指導管理料
- ・ 糖尿病透析予防指導管理料
- ・ 慢性腎臓病透析予防指導管理料
- ・ 生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）

在宅医療

- ・ 衛星材料等提供加算
- ・ 在宅寝たきり患者処置指導管理料

投薬

- ・ 投薬費用（処方箋料、外来受診時の投薬費用含む）

施設総管に含まれる費用

処置

- ・ 創傷処置
- ・ 爪甲除法
- ・ 穿刺排膿後薬液注入
- ・ 喀痰吸引
- ・ 矯正固定
- ・ 皮膚科軟膏処置
- ・ 腰部または胸部固定帯固定
- ・ 後部尿道洗浄
- ・ 留置カテーテル設置
- ・ 尿道拡張を要する導尿
- ・ 介達牽引
- ・ ストーマ処置
- ・ 消炎鎮痛等処置
- ・ 低出力レーザー照射
- ・ 肛門処置
- ・ 鼻腔栄養
- ・ 干渉低周波法痰器による喀痰排出
- ・ 変形機械矯正術
- ・ 膀胱洗浄

情報通信機器を用いた場合の再診料

【単一建物患者数が「1人」の場合の点数を算定できるケース】

- 1 同居する同一世帯に患者が2名以上いる場合
- 2 医学管理を行う患者が建物の戸数の10%以下の場合

【例】

同じマンションに10人の在医総管を算定する在宅患者がいて、総戸数200戸のマンション

- 3 建物の総戸数が20戸未満で、医学管理を行う患者が2人以下の場合

【例】

総戸数10戸のマンションで在医総管を算定する患者が2人の場合

- 4 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人数をカウントできる。

施設総管の加算

包括的支援加算

在宅移行早期加算

処方箋を交付しない場合の加算

在宅データ提出加算

在宅療養移行加算1

在宅療養移行加算2

在宅療養移行加算3

在宅療養移行加算4

頻回訪問加算

在宅緩和ケア充実診療所・病院加算

在宅療養実績加算1

在宅療養実績加算2

在宅医療情報連携加算

包括的支援加算

包括的支援加算 150点（月1回）

包括的支援加算は、通院が困難な患者や、関係機関との連携に特に支援を必要とする患者などへ対応を評価した加算。

施設総管への加算

包括的支援加算における「厚生労働大臣が定める状態（別表第8の3）」

レセプトの摘要欄に記載すること

- ・ **要介護3以上** または障害支援区分 2 以上と認定されている状態
- ・ 認知症高齢者の **日常生活自立度ランクⅢ以上**
- ・ 週 1 回以上訪問看護を受けている状態
- ・ 訪問診療または訪問看護において
注射
喀痰吸引
経管栄養
鼻腔栄養（胃ろう、腸ろうも含む）
を受けている。
- ・ **麻薬の投薬を受けている**

包括的支援加算における「厚生労働大臣が定める状態（別表第8の3）」

レセプトの摘要欄に記載すること

- ・ （特定施設入居者などの場合）
医師の指示を受け施設に配置された看護職員による
注射
喀痰吸引
経管栄養（胃ろう、腸ろうも含む）
鼻腔栄養

包括的支援加算における「厚生労働大臣が定める状態（別表第8の3）」

レセプトの摘要欄に記載すること

- ・「その他関係機関との調整等のために訪問診療を行う医師による特別な医学管理を必要とする状態」とは、以下のいずれかに該当する患者の状態
- ・15歳未満で以下に該当する患者が対象となる

脳性麻痺	先天性心疾患	ネフローゼ症候群	ダウン症等の染色体異常
川崎病で冠動脈瘤のあるもの	脂質代謝障害	腎炎	溶血性貧血
再生不良性貧血	血友病	血小板減少性紫斑病	先天性股関節脱臼
内反足	二分脊椎	骨系統疾患	先天性四肢欠損
分娩麻痺	先天性多発関節拘縮症	小児慢性特定疾病医療支援の対象者	児童福祉法に規定する障害児

包括的支援加算における「厚生労働大臣が定める状態（別表第8の3）」

レセプトの摘要欄に記載すること

- ・ 出生時の体重が 1,500 g 未満であった 1 歳未満の患者
- ・ 「超重症児・準超重症児の判定基準」の判定スコア10以上の患者

超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準

以下の各項目に規定する状態が 6 か月以上継続する場合^{※1}に、それぞれのスコアを合算する。

1. 運動機能：座位まで	
2. 判定スコア	(スコア)
(1) レスピレーター管理 ^{※2}	= 10
(2) 気管内挿管、気管切開	= 8
(3) 鼻咽頭エアウェイ	= 5
(4) O ₂ 吸入又は SpO ₂ 90%以下の状態が 10%以上	= 5
(5) 1 回/時間以上の頻回の吸引	= 8
6 回/日以上以上の頻回の吸引	= 3
(6) ネブライザー 6 回/日以上または継続使用	= 3
(7) IVH	= 10
(8) 経口摂取（全介助） ^{※3}	= 3
経管（経鼻・胃ろう含む） ^{※3}	= 5
(9) 腸ろう・腸管栄養 ^{※3}	= 8
持続注入ポンプ使用（腸ろう・腸管栄養時）	= 3
(10) 手術・服薬にても改善しない過緊張で、 発汗による更衣と姿勢修正を 3 回/日以上	= 3
(11) 継続する透析（腹膜灌流を含む）	= 10
(12) 定期導尿（3 回/日以上） ^{※4}	= 5
(13) 人工肛門	= 5
(14) 体位交換 6 回/日以上	= 3

(判 定)

1 の運動機能が座位までであり、かつ、2 の判定スコアの合計が 25 点以上の場合を超重症児（者）、10 点以上 25 点未満である場合を準超重症児（者）とする。

^{※1} 新生児集中治療室を退室した児であって当該治療室での状態が引き続き継続する児については、当該状態が 1 か月以上継続する場合とする。ただし、新生児集中治療室を退室した後の症状増悪、又は新たな疾患の発生についてはその後の状態が 6 か月以上継続する場合とする。

^{※2} 毎日行う機械的気道加圧を要する BIPAP・NIPPV・CPAP などは、レスピレーター管理に含む。

^{※3} (8) (9) は経口摂取、経管、腸ろう・腸管栄養のいずれかを選択。

^{※4} 人工膀胱を含む

包括的支援加算における「厚生労働大臣が定める状態」

レセプトの摘要欄に記載すること

- ・ 訪問診療を行う医師又は当該医師の指示を受けた看護職員の指導管理に基づき、家族等患者の看護に当たる者が注射又は喀痰吸引、経管栄養等の処置

以下に該当する処置が対象となる。

創傷処置	後部尿道洗浄	低出力レーザー照射
爪甲除法	留置カテーテル設置	肛門処置
穿刺排膿後薬液注入	尿道拡張を要する導尿	鼻腔栄養
喀痰吸引	介達牽引	情報通信機器を用いた 場合の再診料
干渉低周波法痰器による 喀痰排出	矯正固定	
ストーマ処置	変形機械矯正術	
皮膚科軟膏処置	消炎鎮痛等処置	
膀胱洗浄	腰部または胸部固定帯 固定	

在宅移行早期加算

在宅移行早期加算 100点（月1回）

- ・施設総管の算定開始月から3ヵ月以内であること
- ・1回の退院につき計3回まで算定できる

【算定例】

退院後在宅移行（6月）。7月施設総管の算定開始。

7月・8月・9月 在宅移行早期加算を各月1回に限り算定。

- ・在宅医療に移行後、1年を経過した患者では算定できない
（※退院から1年を経過した患者でも、再度入院して在宅移行した場合には新たに算定可）
- ・施設総管の初回算定年月日をレセプトに記載が必要

(2019年3月29日 厚生労働省保険局医療課事務連絡)

退院後1年以内に A 医療機関が3ヵ月間、在総管・施設総管を算定



医療機関が B 医療機関に変更



B 医療機関では在宅移行早期加算を算定不可

退院と同時に在宅医療を提供していなくても、在宅移行から1年以内の患者なら同加算を算定できる。

入院起算日がりセットされていない3ヵ月以内に再入院して退院した場合も算定可能（検査入院・1日入院の後に在宅医療を開始したケースでは算定不可）。

処方箋を交付しない場合の加算

処方箋を交付しない場合の加算 300点（月1回）

院内処方

在宅薬剤のみで処方箋を交付した場合（投薬の部の薬剤は全ての院内処方した場合）は算定可

患者の状態が安定
前月2ヵ月分の薬剤を院外処方したなどの理由で当月に処方箋を交付なし



算定不可

在宅療養移行加算

在宅療養移行加算 1 360点 (月1回)

在宅療養移行加算 2 216点 (月1回)

在宅療養移行加算 3 216点 (月1回)

在宅療養移行加算 4 116点 (月1回)

施設総管への加算

【算定要件】

在支診・在支病以外の医療機関の外来を、4回以上受診



訪問診療に移行



以下の要件を満たす

在宅療養移行加算 1

①24時間の連絡・往診体制を有すること（医療機関単独または連携する他の医療機関の協力）

②訪問看護ステーションが訪問看護を提供する体制を確保すること

③自院担当者の氏名、連絡先、緊急時の注意事項などを患者または家族に文書により提供、説明すること（連携先がある場合連携先の情報も）

④月に1回程度の定期的なカンファレンスにより、連携医療機関に適切に提供すること（ICTなどを活用して、連携医療機関が当該情報を常に確保する場合も可）

在宅療養移行加算 2

- | |
|--|
| ①24時間の連絡・往診体制を有すること（ <u>医療機関</u> 単独または連携する他の医療機関の協力） |
| ②訪問看護ステーションが訪問看護を提供する体制を確保すること |
| ③自院担当者の氏名、連絡先、緊急時の注意事項などを患者または家族に文書により提供、説明すること（連携先がある場合連携先の情報も） |

在宅療養移行加算 3

- | |
|---|
| ①24時間の連絡・往診体制を有すること（ <u>医療機関</u> 単独または連携する他の医療機関の協力） |
| ②訪問看護ステーションが訪問看護を提供する体制を確保すること |
| ③自院担当者の氏名、連絡先、緊急時の注意事項などを患者または家族に文書により提供、説明すること（連携先がある場合連携先の情報も） |
| <u>④月に1回程度の定期的なカンファレンスにより、連携医療機関に適切に提供すること（ICTなどを活用して、連携医療機関が当該情報を常に確保する場合する場合も可）</u> |

往診の提供体制を市町村や医師会などの協力を得て確保した場合に算定

在宅療養移行加算 4

- | |
|--|
| ①24時間の連絡・往診体制を有すること（ <u>医療機関</u> 単独または連携する他の医療機関の協力） |
| ②訪問看護ステーションが訪問看護を提供する体制を確保すること |
| ③自院担当者の氏名、連絡先、緊急時の注意事項などを患者または家族に文書により提供、説明すること（連携先がある場合連携先の情報も） |

往診の提供体制を市町村や医師会などの協力を得て確保した場合に算定

①24時間の連絡・往診体制を有すること（医療機関単独または連携する他の医療機関の協力）

②訪問看護ステーションが訪問看護を提供する体制を確保すること

地域医師会などの協力を得て体制を確保することも可

頻回訪問加算

頻回訪問加算

初回 800点（月1回）

2回目以降の場合 300点（月1回）

別に厚生労働大臣が定める状態等（「特掲診療料の施設基準等」別表第3の1の3）の患者に月に4回以上の往診または訪問診療を行った場合算定。

施設総管への加算

【頻回訪問加算の対象となる患者（「特掲診療料の施設基準等」別表第3の1の3）】

1.末期の悪性腫瘍の患者

（在宅がん医療総合診療料を算定している患者を除く。）

【頻回訪問加算の対象となる患者（「特掲診療料の施設基準等」別表第3の1の3）】

2.①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	在宅人工呼吸指導管理
在宅血液透析指導管理	在宅悪性腫瘍等患者指導管理
在宅酸素療法指導管理	在宅自己疼痛管理指導管理
在宅中心静脈栄養法指導管理	在宅肺高血圧症患者指導管理
在宅成分栄養経管栄養法指導管理	在宅気管切開患者指導管理
<u>在宅麻薬等注射指導管理</u>	<u>在宅腫瘍化学療法注射指導管理</u>
<u>在宅強心剤持続投与指導管理</u>	

を受けている状態にある者

②ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態

（「留置カテーテルを使用している状態」に胃ろうカテーテルは含まれない）

③人工肛門又は人工膀胱を設置している状態

疑義解釈（令和6年3月28日）

問172

「C002」在宅時医学総合管理料の注5に規定する頻回訪問加算について、過去に当該加算を算定していた患者を算定していた患者であって、病状が安定したこと等により当該加算を算定しなくなったものについて、再び病状が悪化した等の理由で頻回の訪問が必要になった場合、アの「初回の場合」とイの「2回目以降の場合」のどちらの点数を算定すれば良いか。

（答）イの「2回目以降の場合」を算定すること。ただし、過去に頻回の訪問を必要としていた疾患と異なる疾患により、頻回の訪問が必要となる場合について、初回に限りアの「初回の場合」を算定して差し支えない。

在宅緩和ケア充実診療所・病院加算

在宅緩和ケア充実診療所・病院加算

緊急、夜間・休日または深夜の往診	100点
在宅ターミナルケア加算	1000点
在宅時医学総合管理料	
単一建物患者数が1人	400点
単一建物患者数が2～9人	200点
<u>単一建物患者数が10～19人以上</u>	<u>100点</u>
<u>単一建物患者数が20～49人以上</u>	<u>85点</u>
<u>その他の場合</u>	<u>75点</u>
在宅がん医療総合診療料	150点

在宅療養実績加算

在宅療養実績加算1	
	点数
緊急・夜間・休日または深夜の往診	75点
在宅ターミナルケア加算	750点
在宅時医学総合管理料 単一建物患者数が1人 単一建物患者数が2～9人 <u>単一建物患者数が10～19人</u> <u>単一建物患者数が20～49人</u> <u>その他の場合</u>	300点 150点 <u>75点</u> <u>63点</u> <u>56点</u>
在宅がん医療総合診療料	150点

在宅療養実績加算2	
	点数
緊急・夜間・休日または深夜の往診	50点
在宅ターミナルケア加算	500点
在宅時医学総合管理料 単一建物患者数が1人 単一建物患者数が2～9人 <u>単一建物患者数が10～19人</u> <u>単一建物患者数が20～49人</u> <u>その他の場合</u>	200点 100点 <u>50点</u> <u>43点</u> <u>38点</u>
在宅がん医療総合診療料	150点

在宅療養実績加算の施設基準

	在宅療養実績加算1	在宅療養実績加算2
過去1年間の緊急往診の実績	10件以上	4件以上
過去1年間の在宅看取りの実績	4件以上	2件以上
緩和ケアに係る研修		がん性緩和指導管理料の施設基準に定める研修を修了した常勤医がいること

自宅に看取りに行った場合の加算

【在宅ターミナル加算】

- ・対象：末期の悪性腫瘍患者など終末期の患者
- ・死亡日および死亡日前14日以内の計15日間に2回以上の往診もしくは訪問診療を実施した場合に算定

「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」などの内容踏まえ、患者の意思決定を基本に他の関係者と連携対応

・退院共同指導料1を算定した上で往診もしくは訪問診療を実施した場合（往診もしくは訪問診療を実施した場合（往診後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合も含む）

※ 2024年診療報酬改定にて、往診料に追加

【看取り加算 3,000点】

- ・死亡日当日に往診または訪問診療を行い、患者を患家で看取った場合に算定
- ・診療内容の要点などをカルテに記載

事前に患者や家族などに十分な説明が必要

※ 往診料での算定

・死亡日および死亡日前14日以内の計15日間に退院時共同指導を行った上で死亡日に往診を行い、当該患者で看取った場合に算定（2024年診療報酬改定追加）

【死亡診断加算 200点】

- ・死亡日当日に往診または訪問診療を行い、死亡診断を実施した場合に算定
- ・看取り加算を算定する場合は算定できない

※患者が厚生労働大臣が定める地域（離島・振興山村など）に居住し、医師が直接死亡診断などを行うまでに12時間以上を要する例で、看護師と連携してICUを利用して死亡診断を行った場合、往診や訪問診療を行わなくても死亡診断加算のみ算定できる。

【酸素療法加算 2000点】

悪性腫瘍患者の死亡月に在宅療酸素療養法を行っていた場合は酸素療法加算が算定可

上記加算を算定した月は下記は算定不可

在宅酸素療法指導管理料	在宅人工呼吸指導管理料
酸素ポンベ加算	酸素濃縮装置加算
液化酸素装置加算	人工呼吸器加算
喀痰吸引	干渉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
人工呼吸	

在宅ターミナルケア加算				
			機能強化型在支診 ・在支病	
	在支診・在 支病以外	在支診・在 支病	病床なし	病床あり
在宅患者訪問診療料（Ⅰ）1				
有料老人ホーム等に入居する患者以外の患者	3500点	4500点	5500点	6500点
有料老人ホーム等に入居する患者（※）	3500点	4500点	5500点	6500点
在宅患者訪問診療料（Ⅱ）イ	3200点	4200点	5200点	6200点
往診料				
<u>有料老人ホーム等に入居する患者以外の患者</u>	3500点	4500点	5500点	6500点
<u>有料老人ホーム等に入居する患者</u>	3500点	4500点	5500点	6500点

【有料老人ホーム等に入居する患者】

- ・施設総管の算定対象の患者
- ・障害福祉サービスを行う施設及び事業所、福祉サービスに入居する患者
- ・小規模多機能型介護または看護小規模多機能型介護における宿泊サービスを利用中の患者

在宅ターミナルケア加算の加算				
在宅緩和ケア充実診療所・病院加算			1000点	1000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	2000点			

在宅がん医療総合診療料

居宅で療養している末期の悪性腫瘍患者に、
在宅診療・在宅病が計画的な医学管理下に総合的な医療を提供した場合に算定

在宅がん医療総合診療料(1日につき)

1 機能強化型在支診・在支病（病床あり）

イ 院外処方箋を交付する場合 1,798点

□ 院外処方箋を交付しない場合 2,000点

2 機能強化型在支診・在支病（病床なし）

イ 院外処方箋を交付する場合 1,648点

□ 院外処方箋を交付しない場合 1,850点

3 在支診・在支病

イ 院外処方箋を交付する場合 1,493点

□ 院外処方箋を交付しない場合 1,685点

※点数は1日当たり。1週間単位で算定

在宅がん医療総合診療料加算

死亡診断加算 200点

在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 150点

在宅療養実績加算1 110点

在宅療養実績加算2 75点

小児加算 1000点

在宅データ提出加算 50点

在宅医療DX情報活用加算 10点

在宅医療情報連携加算 100点

【算定について】

・在宅時医学総合管理料・在宅療養指導管理料・材料加算などの費用は算定不可

- ① 病床を有する機能強化型
- ② 病床を有しない機能強化型
- ③ 機能強化型でない在支診・在支病

・それぞれに1日にあたりの点数が設定

・暦週（日曜日から土曜日）の1週間単位で算定

・1週間のうち処方箋を交付した日かがある場合は1週間分を「院外処方箋を交付する場合」、それ以外「院外処方箋を交付しない場合」を算定

【算定について】

- ① 訪問診療回数が週1回以上
- ② 訪問看護回数が週1回以上
- ③ 訪問診療と訪問看護の合計が週4日以上
全てを満たした場合に算定

訪問診療と訪問看護を同一日に実施した場合は1日を数える。

【別に算定できる点数】

① 緊急に往診した場合の往診料（緊急往診加算、夜間・休日往診加算、深夜往診加算、患家診療時間加算）

週3日以上訪問診療を実施した場合であって、訪問診療を行わい日に患家の求めに応じて緊急に往診した場合、週2回以上を限度に算定可

② 同一月の在宅がん医療総合診療料の算定日の前日までに算定された検体検査判断料など

③ 在宅患者訪問診療料の在宅ターミナル加算、酸素療法加算、看取り加算

・在宅ターミナル加算を算定する場合、在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナル加算、同一建物居住者訪問看護・指導料の同一建物居住者ターミナル加算は別に算定不可

・看取り加算と死亡診断加算は併算定不可

・在支診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⇒在支診が診療報酬を請求

※在支診およびその連携医療機関同士における費用分配は相互の合議

・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請求

※在支診およびその連携医療機関同士における費用分配は相互の合議

	日	月	火	水	木	金	土	医師と看護師の合計		算定	算定点数 (院外処方)
1		看護師		看護師		医師	看護師	計4回	週4日	可	1,648点×7
2		医師	医師	医師		医師		計4回	週4日	不可	出来高 訪問診療 ×4
3		医師		看護師 看護師		看護師 看護師		計5回	週3日	不可	出来高 訪問診療 ×1 訪問看護料 ×2 難病等複数 回訪問加算 ×2

【1週間のうちに在宅医療と入院医療が混在した場合】

- ・ 在宅がん医療総合診療料は算定不可
- ・ 有床の当該在支診（在支病）に一時的に入院した際、入院日を含めた1週間について、3つの要件を満たす場合算定可（この場合、入院医療に関連する費用は算定不可）
 - ① 訪問診療または訪問看護が計週4回
 - ② 訪問診療が週1回以上
 - ③ 訪問看護が週1回以上

在宅患者訪問褥瘡管理指導料

在宅患者訪問褥瘡管理指導料 750点

【算定要件】

- ・ 褥瘡予防や管理が難しく重点的な褥瘡管理が必要な者に対し、褥瘡の改善などを目的とした指導管理のための初回訪問から起算して6カ月以内に限り、カンファレンスを実施した場合に3回を限度に算定。
- ・ 多職種からなる在宅褥瘡対策チーム
(常勤医師・看護師等(準看護師を含む)・管理栄養士)
- ・ 外来受診可能な患者は対象外

【算定対象】

DESIGN-R2020分類：d2以上

下記のいずれかに該当

- ① 重度の末梢循環不全
- ② 麻薬などの鎮痛・鎮静剤を持続的に使用する必要がある
- ③ 強度の下痢が続く状態
- ④ 極度の皮膚脆弱（ぜいじゃく）
- ⑤ 皮膚に密着させる医療関連機器を長期かつ持続的（1週間以上）に使用する必要がある

※ 在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定した場合、初回訪問から1年間は算定不可

【算定留意点】

- ①初回カンファレンス実施時に算定
- ②在宅褥瘡対策チームが計画に基づき月1回以上指導管理する場合、算定可能点数あり（表1）
- ③2回目以降のカンファレンスと同一日に別に訪問診療、訪問看護、訪問栄養指導を併せて行う場合、算定可能点数あり（表1）

表1	
在宅患者訪問診療料(Ⅰ)	在宅患者訪問診療料(Ⅱ)
在宅患者訪問看護・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	精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)、(Ⅲ)
訪問看護基本療養費(Ⅰ)、(Ⅱ)	精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)(Ⅲ)

- ②・③：
 - ・特別な関係にある訪問看護ステーションでも算定可
 - ・医療機関と訪問看護ステーションが連携する場合
⇒医療機関では訪問看護にかかる費用は算定不可

【算定留意点】

④褥瘡ケアに係る専門的な研修を受けた看護師が所属する医療機関と共同で行った場合

在宅患者訪問看護・指導料3	同一建物居住訪問看護・指導料3	訪問看護基本療養費 (Ⅰ) (Ⅱ) のハ
---------------	-----------------	-------------------------

いずれか算定可

カンファレンスの実施時期と報酬算定

	実施時期	
初回カンファレンス (750点)		<ul style="list-style-type: none"> ・在宅褥瘡管理者を含むチームの構成 ・カンファレンスの実施 ・在宅療養計画書の作成 ・初回カンファレンス実施後、チームの構成員は月1回以上、計画に基づく指導管理・その結果の情報共有
2回目カンファレンス (750点)	初回カンファレンス後3ヶ月以内に実施	初回訪問後3ヵ月以内に褥瘡の改善状況、計画に基づく指導管理の評価や見直しのカンファレンスを行う。
3回目カンファレンス (750点)	初回カンファレンス後4ヶ月以降6ヵ月以内に実施	2回目カンファレンスの結果、引き続き指導管理が必要な場合

※ 算定は、カンファレンス実施時に算定

在宅自己注射指導管理料

厚生労働省が定める注射薬の自己注射について患者や家族に指導を行った場合に算定

在宅自己注射指導管理料(月1回)	
1	<ul style="list-style-type: none"> ・ 複雑な場合（間歇注入シリンジポンプを用いる場合） 1230点 ・ 複雑な場合で情報通信機器を用いた場合 1070点
2	<ul style="list-style-type: none"> 1 以外の場合 <ul style="list-style-type: none"> イ ・ 月27回以下の場合 650点 <ul style="list-style-type: none"> ・ 月27回以下で情報通信機器を用いた場合 566点 ロ ・ 月28回以上の場合 750点 <ul style="list-style-type: none"> ・ 月28回以下で情報通信機器を用いた場合 653点
	導入初期加算（初回の退院後3カ月まで） 580点
	バイオ後発品導入初期加算（初回の処方後3カ月まで） 150点

【導入初期加算】

・在宅自己注射導入前に、入院または2回以上の外来、往診、訪問診療で十分な教育・指導を行う。



初回の指導後3カ月までは導入初期加算を算定

・処方内容を変更
処方内容を変更があった場合、導入初期加算をさらに1回算定可

※過去1年間に処方されたことのある注射薬に変更した場合は算定不可

在宅療養指導管理材料加算

血糖自己測定器加算（3カ月に3回まで）

1 月20回以上測定する場合	350点
2 月30回以上測定する場合	465点
3 月40回以上測定する場合	580点
4 月60回以上測定する場合	830点
5 月90回以上測定する場合	1,170点
6 月120回以上測定する場合	1,490点
7 間歇スキャン式持続血糖測定器によるもの	1,250点

血中ケトン体自己測定器加算（3カ月3回まで）

注入器加算

間歇注入シリンジポンプ加算（2カ月に2回まで）

1 プログラム付きシリンジポンプ	2,500点
2 1以外のシリンジポンプ	1,500点

在宅療養指導管理材料加算

持続血糖測定器加算（2カ月に2回まで）

1 間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合

- | | |
|-------------|--------|
| イ 2個以下の場合 | 1,320点 |
| ロ 3個又は4個の場合 | 2,640点 |
| ハ 5個以上の場合 | 3,300点 |

2 間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合

- | | |
|-------------|--------|
| イ 2個以下の場合 | 1,320点 |
| ロ 3個又は4個の場合 | 2,640点 |
| ハ 5個以上の場合 | 3,300点 |

トランスミッターを使用した場合

- | | |
|---------------|--------|
| プログラム月シリンジポンプ | 3,230点 |
| 上記以外のシリンジポンプ | 2,230点 |

注入器用注射針加算

- | | |
|-------------------------------|------|
| 1 1型糖尿病、血友病またはこれらの患者に準ずる状態の患者 | 200点 |
| 2 1以外の患者 | 130点 |

注入ポンプ加算（2カ月に2回まで）

持続皮下注入シリンジポンプ加算（2カ月に2回まで）

- | | |
|------------------|--------|
| 1 月5個以上10個未満の場合 | 2,330点 |
| 2 月10個以上15個未満の場合 | 3,160点 |
| 3 月15個以上20個未満の場合 | 3,990点 |
| 4 月20個以上の場合 | 4,820点 |

在宅麻薬等注射指導管理料

在宅で麻薬の注射に関する指導管理を実施した場合に算定

- 1 悪性腫瘍の場合 1,500点
- 2 筋萎縮性側索硬化症又は筋ジストロフィーの場合 1,500点
- 3 心不全又は呼吸器疾患の場合 1,500点

緩和ケアを要する心不全又は呼吸器疾患の患者

ア 以下の(イ)及び(ロ)の基準並びに(ハ)又は(ニ)のいずれかの基準に該当するもの

(イ) 心不全に対して適切な治療が実施されていること。

(ロ) 器質的な心機能障害により、適切な治療にかかわらず、慢性的にN Y H A重症度分類Ⅳ度の症状に該当し、頻回又は持続的に点滴薬物療法を必要とする状態であること。

(ハ) 左室駆出率が20%以下であること。

(ニ) 医学的に終末期であると判断される状態であること。

イ 以下のすべての基準に該当するもの

(イ) 呼吸器疾患に対して適切な治療が実施されていること。

(ロ) 在宅酸素療法やN P P V（非侵襲的陽圧換気）を継続的に実施していること。

(ハ) 過去半年以内に10%以上の体重減少を認めること。

在宅麻薬等注射指導管理料（１）（２）の対象薬剤

（以下を注射、携帯型ディスポーザブル注入ポンプ、輸液ポンプを用いて注入する療法）

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	フルルビプロフェンアキセチル製剤
ヒドロモルフォン塩酸塩製剤	

在宅麻薬等注射指導管理料（３）の対象薬剤

（以下を注射、携帯型ディスポーザブル注入ポンプ、輸液ポンプを用いて注入する療法）

モルヒネ塩酸塩製剤

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又はヒドロモルフォン塩酸塩製剤を使用できるのは、以下の条件を満たす連続注入器等に必要な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であること。

イ 患者等が注入速度を変えることができないものであること。

在宅療養指導管理材料加算

注入ポンプ加算（2カ月に2回まで） 1250点

携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算 2500点

特定保険医療材料

携帯型ディスポーザブル注入ポンプ

(1) 化学療法用 3180円

(2) 標準型 3080円

(3) PCA形 4270円

(4) 特殊型 3240円

携帯型ディスポーザブル注入ポンプ算定について

1カ月に6個まで

携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算算定

6個を超えた場合

特定保険医療材料にて算定

※携帯型ディスポーザブル注入ポンプは特定保険医療材料として処方可。
この場合、携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算は算定不可

在宅腫瘍化学療法注射指導管理料

悪性腫瘍の患者であって、入院中の患者以外の患者に対して、在宅における抗悪性腫瘍剤等の注射に関する指導管理を行った場合に算定

在宅腫瘍化学療法注射指導管理料 1,500点

対象薬剤
抗悪性腫瘍剤 (携帯型ディスポーザブル注入ポンプ若しくは輸液ポンプを用いて中心静脈注射若しくは植込型カテーテルアクセスにより注入する療法)
インターフェロンアルファ製剤 (多発性骨髄腫、慢性骨髄性白血病、ヘアリー細胞白血病若しくは腎癌の患者に注射する療法)

在宅療養指導管理材料加算

注入ポンプ加算（2カ月に2回まで） 1250点

携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算 2500点

特定保険医療材料

携帯型ディスポーザブル注入ポンプ

- (1) 化学療法用 3180円
- (2) 標準型 3080円
- (3) PCA形 4270円
- (4) 特殊型 3240円

携帯型ディスポーザブル注入ポンプ算定について

1カ月に6個まで

携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算算定

6個を超えた場合

特定保険医療材料にて算定

※携帯型ディスポーザブル注入ポンプは特定保険医療材料として処方可。
この場合、携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算は算定不可

在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料

在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料 1,500点

算定対象	末期の悪性腫瘍患者
他の医療機関での算定	<ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅麻薬等注射指導管理料の 1 ・ 在宅腫瘍化学療法注射指導管理料 <p style="text-align: right;">どちらか算定</p>
算定内容	所定の緩和ケアに関する研修を終了した医師が他の医療機関の医師と連携して、同一日に当該患者に対する麻薬等又は抗悪性腫瘍剤等の注射に関する指導管理を行った場合に算定

在宅中心静脈栄養法指導管理料

在宅中心静脈栄養法指導管理料 3,000点

在宅中心静脈栄養法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅中心静脈栄養法に関する指導管理を行った場合に算定

在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算 2000点
注入ポンプ加算（2カ月2回まで） 1250点

特定保険医療材料	
(1) 本体	1400円
(2) 付属品	
フーバー針	419円
輸液バッグ	414円

在宅中心静脈栄養法用輸液セット算定	
1カ月に6組までの使用	在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算
6組超え	6組超える分については、特定保険医療材料として算定

在宅強心劑持續投与指導管理料

在宅強心剤持続投与指導管理料 1500点

在宅での心不全患者への指導管理の評価

算定要件
循環血液量の補正のみでは心原性ショック（Killip分類 class IV）からの離脱が困難な心不全の患者であって、安定した病状にある患者に対して、輸液ポンプを用いて強心剤の持続投与を行い、当該治療に関する指導管理を行った場合に算定
実施に当たっては、関係学会の定める診療に関する指針を遵守すること。
心不全の治療に関し、専門の知識並びに5年以上の経験を有する常勤の医師

在宅自己腹膜灌流指導管理料

在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅自己連続携行式腹膜灌流に関する指導管理を行った場合に算定

在宅自己腹膜灌流指導管理料 4000点

頻回の指導管理 2000点（月2回まで）

- ア 在宅自己連続携行式腹膜灌流の導入期
- イ 糖尿病で血糖コントロールが困難
- ウ 腹膜炎の疑い、トンネル感染及び出口感染のある
- エ 腹膜の透析効率及び除水効率が著しく低下している
- オ その他医師が特に必要と認める

遠隔モニタリング加算 115点（月1回）

【下記の実施が必要】

ア 注液量、排液量、除水量、体重、血圧、体温等の状態について継続的なモニタリングする。

イ モニタリングの状況に応じて、適宜患者に来院を促す。

ウ 当該加算を算定する月にあっては、モニタリングにより得られた所見等及び行った指導管理の内容を診療録に記載する。

エ モニタリングの実施に当たっては、厚生労働省の定める「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等に対応すること。

在宅療養指導管理材料加算

紫外線殺菌器加算 360点

自動腹膜灌流装置加算 2500点

特定保険医療材料

腹膜透析交換セット

(1) 交換キット

(2) 回路 554円

①Yセット 884円

②APDセット 5470円

③IPDセット 1040円

在宅自己導尿指導管理料

在宅自己導尿を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅自己導尿に関する指導管理を行った場合に算定

在宅自己導尿指導管理料 1400点

在宅療養指導管理材料加算	
再利用型カテーテル	400点
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	
(1) 60本以上90本未満の場合	1700
(2) 90本以上120本未満の場合	
(3) 120本以上の場合	
ロ イ以外	
間歇バルーンカテーテル	1000点

【対象患者】

（下記の患者のうち、残尿を伴う排尿困難を有する者であって在宅自己導尿を行うことが必要と医師が認めた者）

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、尿道狭窄等）

腸管を利用した尿リザーバー造設術の術後

併算定できない処置

膀胱洗浄

後部尿道洗浄（ウルツマン）

留置カテーテル設置

導尿（尿道拡張を要するもの）

在宅寝たきり患者処置指導管理料

在宅寝たきり患者処置指導管理料 1050点

在宅における創傷処置等の処置を行っている入院中の患者以外の患者であって、現に寝たきりの状態にあるもの又はこれに準ずる状態にあるものに対して、当該処置に関する指導管理を行った場合に算定

在宅における創傷処置等の処置
①家庭において療養を行っている患者
②現に寝たきりの状態にあるもの又はこれに準ずる状態にあるもの
③自ら又はその家族等患者の看護に当たる者が実施する
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（尿道拡張を要するもの） 鼻腔栄養 ストーマ処置 喀痰吸引 介達牽引又は消炎鎮痛等処置

併算定できない処置

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

在宅酸素療法指導管理料

在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅酸素療法に関する指導管理を行った場合

在宅酸素療法指導管理料（月1回）	
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	2,400点
遠隔モニタリング加算	150点
（2の患者のみ、2カ月まで）	

在宅療養指導管理材料加算	
酸素ボンベ加算（3カ月に3回まで）	
1 携帯用酸素ボンベ	880点
2 1以外	3950点
酸素濃縮装置加算（3カ月に3回まで）	4000点
液化炭素装置加算（3カ月に3回まで）	
1 設置型液化酸素装置	3970点
2 携帯型液化酸素装置	880点
呼吸同調式デマンドバブルブ加算（3カ月に3回まで）	291点
在宅酸素療法材料加算（3カ月に3回まで）	
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
乳幼児呼吸管理材料加算	1500点

※酸素ボンベ加算、酸素濃縮装置加算、液化炭素装置加算、呼吸同調式デマンドバブルブ加算はチアノーゼ型先天性心疾患の患者では算定不可

併算定できない処置

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

在宅気管切開患者指導管理料

気管切開を行っている患者であって入院中の患者以外のものに対して、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

在宅気管切開患者指導管理料 900点

在宅療養指導管理材料加算
気管切開患者用人工鼻加算 1500点

※気管切開患者用人工鼻加算は、喉頭摘出術で人工鼻材料を使用する場合は算定不可

併算定できない処置

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

在宅成分栄養経管栄養法指導管理料

在宅成分栄養経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅成分栄養経管栄養法に関する指導管理を行った場合に算定

在宅成分栄養経管栄養法指導管理料 2500点

在宅療養指導管理材料加算

注入ポンプ加算（2カ月に2回まで） 1250点

在宅経管栄養法用栄養管セット加算 2000点

- ・対象薬剤：エレンタール・エレンタールP・ツインラインNF
- ・胃瘻栄養や経管栄養をしているだけでは算定不可

併算定できない処置

鼻腔栄養

在宅小児経管栄養法指導管理料

在宅小児経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅小児経管栄養法に関する指導管理を行った場合に算定

算定対象
諸種の原因によって経口摂取が著しく困難な 15 歳未満の患者
15 歳以上の患者であって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もの（体重が 20 キログラム未満である場合に限る。）

在宅小児経管栄養法指導管理料 1050点

在宅療養指導管理材料加算	
注入ポンプ加算（2カ月に2回まで）	1250点
在宅経管栄養法用栄養管セット加算	2000点

- ・算定対象薬剤の定めなし

併算定できない処置
鼻腔栄養

在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料

在宅半固形栄養経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅半固形栄養経管栄養法に関する指導管理を行った場合に、最初に算定した日から起算して1年を限度として算定

<p>算定対象</p>	<p>主として、使用薬剤の薬価基準に記載されている高カロリー薬又は薬価基準に記載されていない流動食（市販品に限る。）で、投与時間の短縮が可能な形状にあらかじめ調整された半固形状のものを用いた場合のみ</p> <p>【薬価基準に記載されている高カロリー薬】 ラコールNF配合経腸用半固形剤</p> <p>半固形栄養剤等のうち、薬価基準に記載されていない流動食を使用する場合にあっては、入院中の患者に対して退院時に当該指導管理を行っている必要</p>
<p>対象患者</p>	<p>原因疾患の如何にかかわらず、在宅半固形栄養経管栄養法により、単なる液体状の栄養剤等を用いた場合に比べて投与時間の短縮が可能な者で、経口摂取の回復に向けて当該療法を行うことが必要であると医師が認めた者</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・胃瘻造設術後1年以内に開始 ・在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料は算定開始日から起算して1年以内算定可 	

在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料 2500点

在宅療養指導管理材料加算

在宅経管栄養法栄養管セット加算 2000点

併算定できない処置

鼻腔栄養

小児の場合の算定

在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	対象薬剤：エレンタール・エレンタールP・ツインラインNF
在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料	半固形栄養剤を使用し、胃瘻造設術1年以内などの要件を満たす場合
在宅小児経管栄養法指導管理料	上記以外

在宅人工呼吸指導管理料

在宅人工呼吸を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅人工呼吸に関する指導管理を行った場合に算定

在宅人工呼吸指導管理料 2800点

在宅療養指導管理材料加算	
人工呼吸加算	
1 陽圧式人工呼吸器	7480点
2 人工呼吸器	6480点
3 陰圧式人工呼吸器	7480点
排痰補助装置加算	1829点
横隔神経電気刺激装置加算	600点
乳幼児呼吸管理材料加算 (3カ月に3回まで)	1500点

併算定できない処置

酸素吸入

突発性難聴に対する酸素療法

酸素テント

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

在宅持續陽圧呼吸療法管理料

在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、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

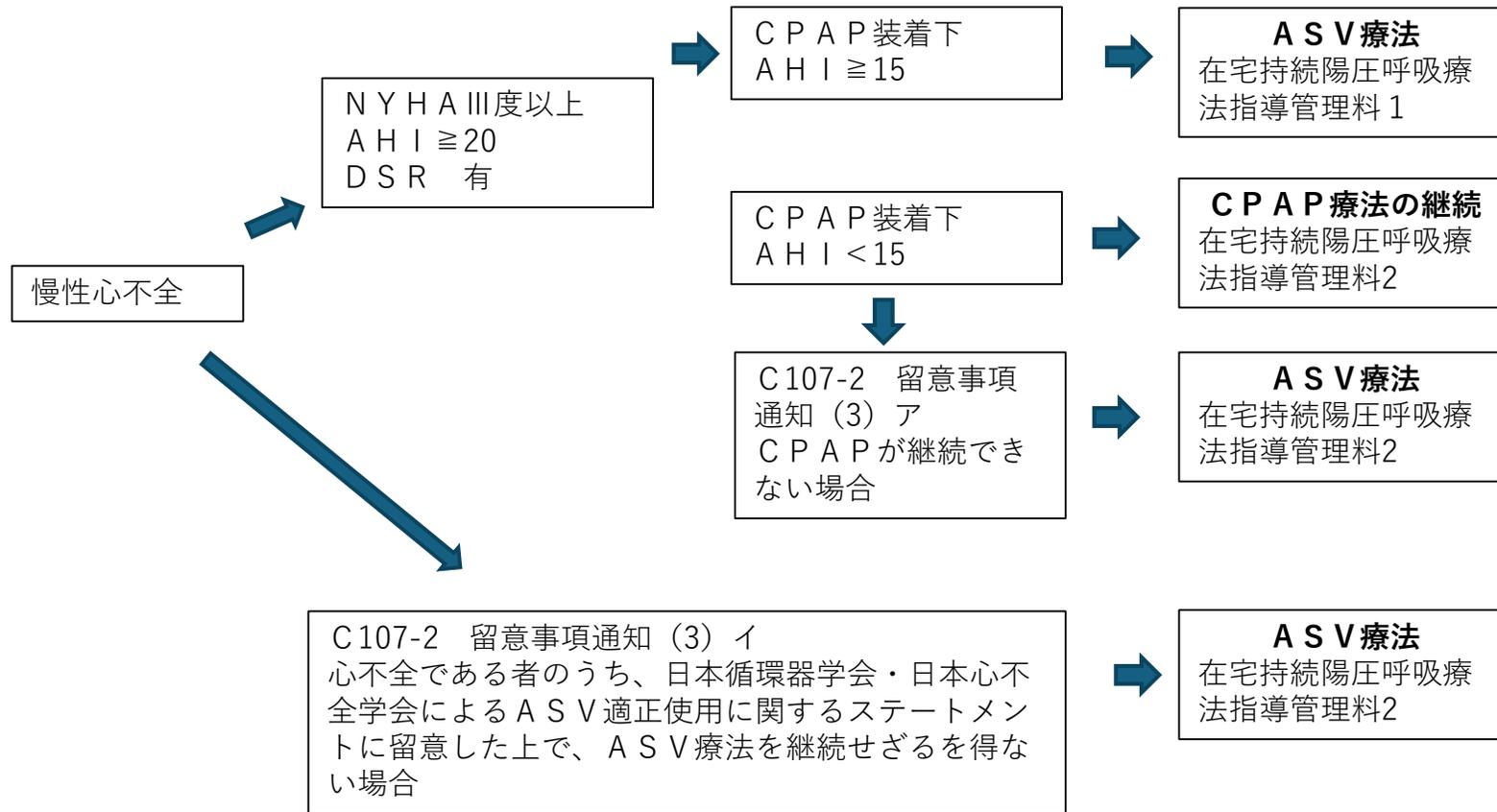
在宅持続陽圧呼吸療法管理料（月1回）	
1 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 1	2,250点
2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 2	250点
遠隔モニタリング加算 2の患者のみ、2カ月まで 150点	
情報通信機器を用いた場合 218点	

在宅療養指導管理材料加算	
在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算（3カ月に3回まで）	
1 ASVを使用した場合	3750点
2 CPAPを使用した場合	960点
在宅持続陽圧呼吸療法材料加算（3カ月に3回まで） 100点	
乳幼児呼吸管理材料加算（3カ月に3回まで） 1500点	

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の算定

A H I : 無呼吸低呼吸指数

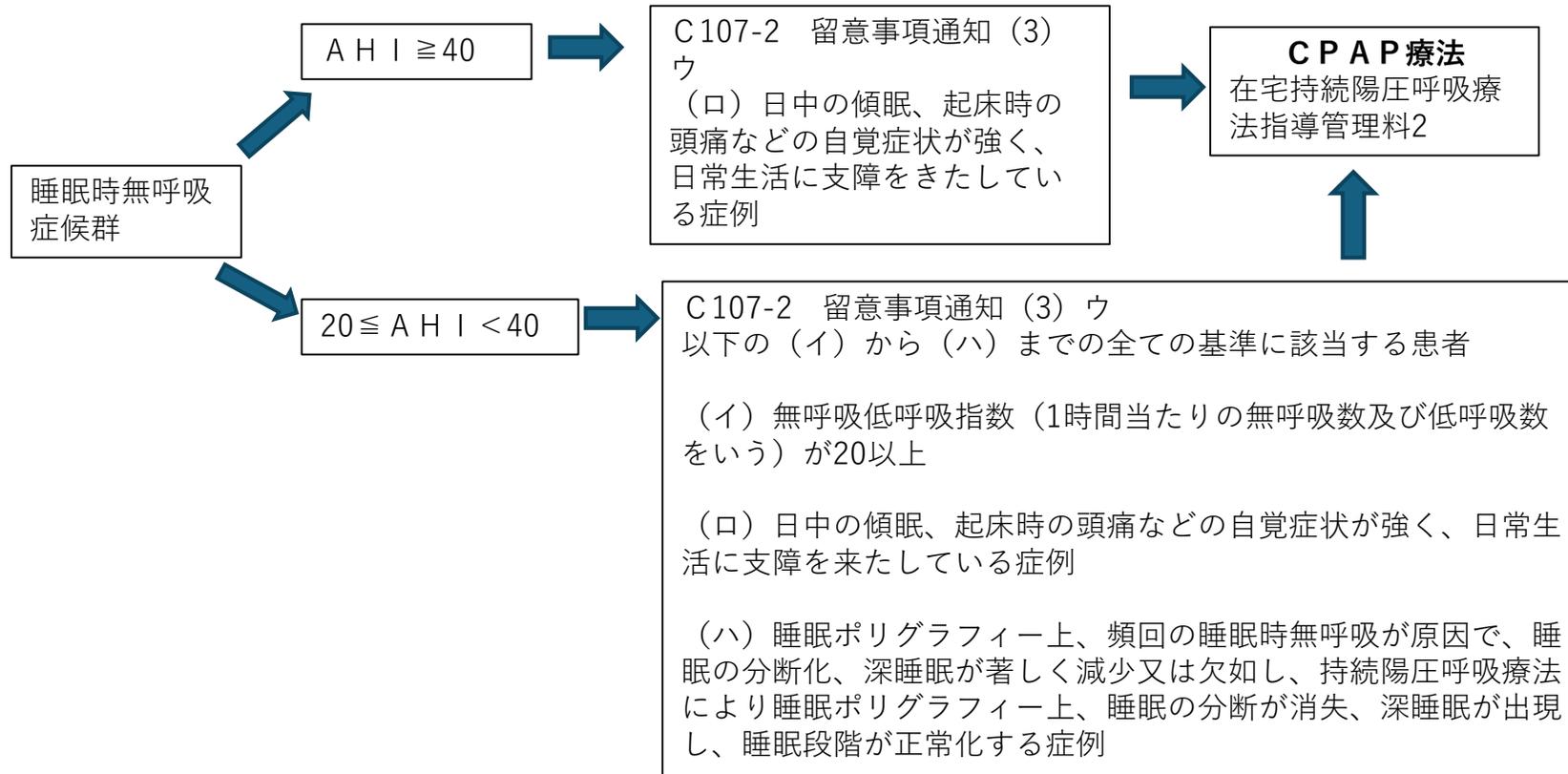
C S R : チェーンストークス呼吸



平成29年6月21日 国保通知参考

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の算定

A H I : 無呼吸低呼吸指数
C S R : チェーンストークス呼吸



平成29年6月21日 国保通知参考

在宅ハイフローセラピー指導管理料

在宅ハイフローセラピーを行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅ハイフローセラピーに関する指導管理を行った場合に算定

在宅ハイフローセラピー指導管理料 2400点（月1回）

在宅療養指導管理材料加算	
在宅ハイフローセラピー材料加算（3カ月に3回まで）	100点
在宅ハイフローセラピー装置加算（3カ月に3回まで）	
1 自動給水加湿チャンバーを用いる場合	3500点
2 1以外の場合	2500点

在宅患者訪問点滴注射管理指導料

- ① 通院困難な患者
- ② 主治医の診療にて、1週間（7日間）のうち3日以上の点滴注射を必要
- ③ 看護師又は准看護師に点滴に留意すべき内容の文書交付と指導
- ④ 週1回 在宅患者訪問点滴注射管理指導料（100点）算定

在宅患者訪問点滴注射管理指導料の算定チャート

医師が指示した訪問点滴の週	
週 2 日	週 3 日以上



在宅患者訪問点滴注射管理指導料、使用した点滴の薬剤料ともに算定不可
 (ただし、在宅医療の部の通則に規定される注射薬は、レセプト「⑭在宅薬剤」で請求できる。

在宅患者訪問点滴注射管理指導は算定不可
 使用した点滴の薬剤は、算定できる。
 レセプト「⑳その他」で算定できる。



実際に訪問看護した日	
2 日以下	3 日以上



在宅患者訪問点滴注射管理指導料算定不可
 薬剤料を算定可



在宅患者訪問点滴注射管理指導料算定可
 薬剤料を算定可

併算定できない項目

在宅中心静脈栄養法指導管理料
在宅麻薬等注射指導管理料
在宅腫瘍化学療法注射指導管理料
在宅強心剤持続投与指導管理料

注射手技料

高齢者施設の入居者などの在宅医療

医師や看護職員の配置が義務付けられている施設では、在宅関連報酬の算定が少なる。



医師・看護職員配置を知ることが大事

特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）

【施設の概要】

介護を必要とする人に対して、入浴や食事など日常生活を送るうえでの支援や機能訓練、療養上の世話をすることを目的とした公的施設

入居に際しては、要介護3以上

医師の配置義務	看護職員の配置義務	管理料
○	○	施設総管

【施設総管】

死亡日から遡って30日以内の患者、末期の悪性腫瘍患者に限る

初・再診料	往診料	在宅患者訪問診療料	在宅がん医療総合診療料	在宅患者訪問看護・指導料、訪問看護療養費
○ (配置医師を除く)	○ (配置医師を除く)	○	×	○ (末期悪性腫瘍のみ)

【在宅患者訪問診療料】

死亡日から遡って30日以内の患者、末期の悪性腫瘍患者に限る

介護老人保健施設

【施設の概要】

入居する要介護高齢者に対して食事・入浴・排泄などの介助を行うとともに、自宅での生活を再開する在宅復帰に向けたリハビリテーションを実施する施設

医師の配置義務	看護職員の配置義務	管理料
○	○	×

併設医療機関

初・再診料	往診料	在宅患者訪問診療料	在宅がん医療総合診療料	在宅患者訪問看護・指導料、訪問看護療養費
×	×	×	×	×

併設医療機関以外

初・再診料	往診料	在宅患者訪問診療料	在宅がん医療総合診療料	在宅患者訪問看護・指導料、訪問看護療養費
○	○	×	×	×

併設医療機関

老人保健施設と同一敷地内にある病院又は診療所その他これに準ずる病院又は診療所をいうものであること。

介護老人保健施設入所者に対する算定

- ・ 常勤医師が配置
- ・ 比較的病状が安定している者に診療する場合、常勤医師が対応できる。
- ・ 往診または通院による診療料について、算定方法とは違う。

診療点数早見表 医学通信社 P 895～P 897

【算定できない検査】

(1) 検体検査

(医科点数表区分番号「D007」の「36」に掲げる血液ガス分析及び当該検査に係る医科点数表区分番号「D026」の「4」に掲げる生化学的検査(Ⅰ)判断料並びに医科点数表区分番号「D419」の「3」に掲げる動脈血採取であって、保険医療機関の保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うものを除く。)

(2) 呼吸循環機能検査等のうち医科点数表区分番号「D208」に掲げる心電図検査及び医科点数表区分番号「D209」に掲げる負荷心電図検査

(心電図検査の「注」に掲げるもの又は負荷心電図検査の「注1」に掲げるものであって、保険医療機関の保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行う診療に係るものを除く。)

(3) 負荷試験等のうち肝及び腎のクリアランステスト、内分泌負荷試験及び糖負荷試験

(4) (1) から (3) までに掲げる検査に最も近似するものとして医科点数表により点数の算定される特殊な検査

【介護老人保健施設入所者について算定できる投薬】

医科点数表「F 4 0 0」に掲げる処方箋料

【介護老人保健施設入所者について算定できる内服薬及び外用薬の費用】

抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹り患している患者に対して投与された場合に限る。）の費用

H I F - P H 阻害剤（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）の費用

疼痛コントロールのための医療用麻薬の費用

抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はH I V 感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）の費用

【介護老人保健施設入所者について算定できる注射及び注射薬等の費用】

医科点数表区分番号「B001-2-12」に掲げる外来腫瘍化学療法診療料の「1」の「イ」、「2」の「イ」又は「3」の「イ」

医科点数表第2章第6部注射通則第6号に規定する外来化学療法加算

医科点数表区分番号「G000」に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射

（医科点数表区分番号「B001」の「22」に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料又は医科点数表区分番号「B001」の「24」に掲げる外来緩和ケア管理料（悪性腫瘍の患者に限る。）を算定するものに限る。）

医科点数表区分番号「G001」に掲げる静脈内注射

（保険医療機関の保険医が平成18年7月1日から令和6年3月31日までの間に介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成11年厚生省令第40号）附則第13条に規定する転換を行って開設した介護老人保健施設（以下「療養病床から転換した介護老人保健施設」という。）に赴いて行うもの、医科点数表区分番号「B001」の「22」に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、医科点数表区分番号「B001」の「24」に掲げる外来緩和ケア管理料（悪性腫瘍の患者に限る。）、医科点数表区分番号「B001-2-12」に掲げる外来腫瘍化学療法診療料の「1」の「イ」、「2」のイ若しくは「3」の「イ」又は医科点数表第2章第6部注射通則第6号に規定する外来化学療法加算を算定するものに限る。）

【介護老人保健施設入所者について算定できる注射及び注射薬等の費用】

医科点数表区分番号「G002」に掲げる動脈注射

（医科点数表区分番号「B001-2-12」に掲げる外来腫瘍化学療法診療料の「1」の「イ」、「2」の「イ」若しくは「3」の「イ」又は医科点数表第2章第6部注射通則第6号に規定する外来化学療法加算を算定するものに限る。）

医科点数表区分番号「G003」に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入

（医科点数表区分番号「B001-2-12」に掲げる外来腫瘍化学療法診療料の「1」の「イ」、「2」の「イ」又は「3」の「イ」を算定するものに限る。）

医科点数表区分番号「G003-3」に掲げる肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入

（医科点数表区分番号「B001-2-12」に掲げる外来腫瘍化学療法診療料の「1」の「イ」、「2」の「イ」又は「3」の「イ」を算定するものに限る。）

【介護老人保健施設入所者について算定できる注射及び注射薬等の費用】

医科点数表区分番号「G004」に掲げる点滴注射

（保険医療機関の保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うもの、医科点数表区分番号「B001」の「22」に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、医科点数表区分番号「B001」の「24」に掲げる外来緩和ケア管理料（悪性腫瘍の患者に限る。）、医科点数表区分番号「B001-2-12」に掲げる外来腫瘍化学療法診療料の「1」の「イ」、「2」のイ若しくは「3」の「イ」又は医科点数表第2章第6部注射通則第6号に規定する外来化学療法加算を算定するものに限る。）

医科点数表区分番号「G005」に掲げる中心静脈注射

（医科点数表区分番号「B001」の「22」に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、医科点数表区分番号「B001」の「24」に掲げる外来緩和ケア管理料（悪性腫瘍の患者に限る。）、医科点数表区分番号「B001-2-12」に掲げる外来腫瘍化学療法診療料の「1」の「イ」、「2」の「イ」若しくは「3」の「イ」又は医科点数表第2章第6部注射通則第6号に規定する外来化学療法加算を算定するものに限る。）

【介護老人保健施設入所者について算定できる注射及び注射薬等の費用】

医科点数表区分番号「G006」に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈注射
（医科点数表区分番号「B001」の「22」に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、医科点数表区分番号「B001」の「24」に掲げる外来緩和ケア管理料（悪性腫瘍の患者に限る。）、医科点数表区分番号「B001-2-12」に掲げる外来腫瘍化学療法診療料の「1」の「イ」、「2」の「イ」若しくは「3」の「イ」又は医科点数表第2章第6部注射通則第6号に規定する外来化学療法加算を算定するものに限る。）

【介護老人保健施設入所者について算定できる注射及び注射薬等の費用】

エリスロポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）の費用

ダルベポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）の費用

エポエチンベータペゴル（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）の費用

抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。）の費用
疼痛コントロールのための医療用麻薬の費用

インターフェロン製剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能又は効果を有するものに限る。）の費用

抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能又は効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はHIV感染症の効能又は効果を有するものに限る。）の費用

血友病の患者に使用する医薬品（血友病患者における出血傾向の抑制の効能又は効果を有するものに限る。）

【算定できないリハビリテーション】

- (1) 脳血管疾患等リハビリテーション
- (2) 廃用症候群リハビリテーション
- (3) 運動器リハビリテーション
- (4) 摂食機能療法
- (5) 視能訓練
- (6) (1) から (5) までに掲げるリハビリテーションに最も近似するものとして医科点数表により点数の算定される特殊なりハビリテーション

【算定できない処置】

- (1) 一般処置のうち次に掲げるもの
- イ 創傷処置（6, 0 0 0 c m²以上のもの（褥瘡に係るものを除く。）を除く。）
 - ロ 手術後の創傷処置
 - ハ ドレーン法（ドレナージ）
 - ニ 腰椎穿刺
 - ホ 胸腔穿刺（洗浄、注入及び排液を含む。）
（保険医療機関の保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うものを除く。）
 - ヘ 腹腔穿刺（洗浄、注入及び排液を含む。）
（保険医療機関の保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うものを除く。）

【算定できない処置】

へ 腹腔穿刺（洗浄、注入及び排液を含む。）

（保険医療機関の保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うものを除く。）

ト 喀痰吸引

チ 高位浣腸、高圧浣腸、洗腸

リ 摘便

ヌ 酸素吸入

ル 酸素テント

ヲ 間歇的陽圧吸入法

ワ 肛門拡張法（徒手又はブジーによるもの）

カ 非還納性ヘルニア徒手整復法

（保険医療機関の保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うものを除く。）

ヨ 痔核嵌頓整復法（脱肛を含む。）

【算定できない処置】

(2) 救急処置のうち次に掲げるもの

- イ 救命のための気管内挿管
- ロ 人工呼吸
- ハ 非開胸的心マッサージ
- ニ 気管内洗浄
- ホ 胃洗浄

(3) 泌尿器科処置のうち次に掲げるもの

- イ 膀胱洗浄（薬液注入を含む。）
- ロ 留置カテーテル設置
- ハ 嵌頓包茎整復法（陰茎絞扼等）

【算定できない処置】

(4) 整形外科的処置（鋼線等による直達牽引を除く。）

(5) 栄養処置のうち次に掲げるもの

イ 鼻腔栄養

ロ 滋養浣腸

(6) (1) から (5) までに掲げる処置に最も近似するものとして医科点数表により点数の算定される特殊な処置

【算定できない手術】

(1) 創傷処理

(長径5 cm以上で筋肉、臓器に達するもの及び保険医療機関の保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うものを除く。)

(2) 皮膚切開術 (長径20 cm未満のものに限る。)

(3) デブリードマン (100 cm²未満のものに限る。)

(4) 爪甲除去術

(5) ひょう疽手術

(6) 外耳道異物除去術 (複雑なものを除く。)

【算定できない手術】

(7) 咽頭異物摘出術

(保険医療機関の保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うものであって、複雑なものを除く。)

(8) 顎関節脱臼非観血的整復術

(保険医療機関の保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うものを除く。)

(9) 血管露出術

(10) (1) から (9) までに掲げる手術に最も近似するものとして医科点数表により点数の算定される特殊な手術

【算定できない麻酔】

(1) 静脈麻酔

(2) 神経ブロックにおける麻酔剤の持続的注入

(3) (1) 及び (2) に掲げる麻酔に最も近似するものとして医科点数表により点数の算定される特殊な麻酔

介護老人保健施設入所者に対する算定（対診）

項目	小項目	併設保険 医療機関	その他
基本診療料	初診料	×	○
	再診療	×	○
	外来診療料	×	○
特掲診療料			
医学管理等	がん性疼痛緩和指導管理料	○	○
	外来緩和ケア管理料（悪性腫瘍の患者に限る）	○	○
	外来放射線照射診療料	○	○
	退院時共同指導料1	×	○
	診療情報提供書（Ⅰ）	×	○
	診療情報提供書（Ⅱ）	×	○
	その他のもの	×	×
在宅医療	往診料	×	○
	在宅補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料	○	○
	その他のもの	×	○
検査	厚生労働省が定めるもの	×	×
	その他のもの	○	×
画像診断		○	○

項目	小項目	併設保険 医療機関	その他
投薬	厚生労働省が定めるもの	○	○
	その他のもの	×	×
注射	厚生労働省が定めるもの	○	○
	その他のもの	×	×
リハビリテーション	厚生労働省が定めるもの	×	×
	その他のもの	○	○
精神科専門療法		×	×
処置	厚生労働省が定めるもの	×	×
	その他のもの	○	○
手術	厚生労働省が定めるもの	×	×
	その他のもの	○	○
麻酔	厚生労働省が定めるもの	×	×
	その他のもの	○	○
放射線治療		○	○
病理診断		○	○
その他	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）	×	○
	その他のもの	×	×

介護医療院

【施設の概要】

要介護状態で医療的ケアが必要な人のための介護保険施設

医師の配置義務	看護職員の配置義務	管理料
○	○	×

軽費老人ホーム（A型）

【施設の概要】

軽費老人ホーム：無料また低額な料金で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施設

A型：一定所得水準以下で、身寄りのないまたは家庭の事情により家族との同居が困難な者が入居。

医師の配置義務	看護職員の配置義務	管理料
○	○	施設総管

併設する特養との連携が図れる場合は医師を配置しなくても良い

初・再診料	往診料	在宅患者訪問診療料	在宅がん医療総合診療料	在宅患者訪問看護・指導料、訪問看護療養費
○	○	○	○	○

【在宅患者訪問看護・指導料、訪問看護療養費】

厚生労働大臣が定める疾病等（別表第7）に該当するか、急性増悪などで一時的に頻回の訪問看護が必要な特別訪問看護指示期間などの患者に限る

別表第7：厚生労働大臣が定める疾病等（別表第7）

末期の悪性腫瘍	多発性硬化症
重症筋無力症	スモン
筋委縮性側索硬化症	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 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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Ⅲ度以上かつ生活機能障害度がⅡ度またはⅢ度） 	多系統委縮症 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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
頸髄損傷	人工呼吸器を使用している状態（ASVはふくまれない）

軽費老人ホーム（B型）

【施設の概要】

軽費老人ホーム：無料また低額な料金で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施設

B型：家庭環境、住宅事情等の理由により住宅での生活が困難なもので、自炊できる程度の健康状態にある者が入所。食事の提供がない自炊の施設

※ 自立した高齢者の入居が前提のため、在宅医療が必要になるケースはほとんどない

医師の配置義務	看護職員の配置義務	管理料
×	×	×

別表第7：厚生労働大臣が定める疾病等（別表第7）

末期の悪性腫瘍	多発性硬化症
重症筋無力症	スモン
筋委縮性側索硬化症	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 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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Ⅲ度以上かつ生活機能障害度がⅡ度またはⅢ度） 	多系統委縮症 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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
頸髄損傷	人工呼吸器を使用している状態（ASVはふくまれない）

軽費老人ホーム（ケアハウス）

【施設の概要】

軽費老人ホーム：無料また低額な料金で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施設

ケアハウス：自炊できない程度の身体機能の低下、または高齢等のため独立して生活する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。介護が必要な場合は、外部から地域の在宅福祉サービスを活用

特定施設

医師の配置義務	看護職員の配置義務	管理料
×	○	在医総

「外部サービス利用型特定施設入居者生活介護」の場合は、看護職員の配置なし

特定施設以外

医師の配置義務	看護職員の配置義務	管理料
×	×	在医総

特定施設とは

行政に運営の届出をして、介護保険法により定められた基準を満たし、都道府県知事（または市区町村）から事業指定を受けた施設

初・再診料	往診料	在宅患者訪問診療料	在宅がん医療総合診療料	在宅患者訪問看護・指導料、訪問看護療養費
○	○	○	○	○

【在宅患者訪問看護・指導料、訪問看護療養費】

厚生労働大臣が定める疾病等（別表第7）に該当するか、急性増悪などで一時的に頻回の訪問看護が必要な特別訪問看護指示期間などの患者に限る

別表第7：厚生労働大臣が定める疾病等（別表第7）

末期の悪性腫瘍	多発性硬化症
重症筋無力症	スモン
筋委縮性側索硬化症	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 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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Ⅲ度以上かつ生活機能障害度がⅡ度またはⅢ度） 	多系統委縮症 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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
頸髄損傷	人工呼吸器を使用している状態（ASVはふくまれない）

養護老人ホーム

【施設の概要】

環境上・経済的な理由で自宅での生活が困難な高齢者が生活を送る場所
(原則65歳以上)

医師の配置義務	看護職員の配置義務	管理料
○	○	施設総管

【施設総管】

定員110人以下の施設のみ算定可能

定員110人以下

初・再診料	往診料	在宅患者訪問診療料	在宅がん医療総合診療料	在宅患者訪問看護・指導料、訪問看護療養費
○	○	○	○	○

【在宅患者訪問看護・指導料、訪問看護療養費】

厚生労働大臣が定める疾病等（別表第7）に該当するか、急性増悪などで一時的に頻回の訪問看護が必要な特別訪問看護指示期間などの患者に限る

別表第7：厚生労働大臣が定める疾病等（別表第7）

末期の悪性腫瘍	多発性硬化症
重症筋無力症	スモン
筋委縮性側索硬化症	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 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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Ⅲ度以上かつ生活機能障害度がⅡ度またはⅢ度） 	多系統委縮症 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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
頸髄損傷	人工呼吸器を使用している状態（ASVはふくまれない）

定員111人以上

初・再診料	往診料	在宅患者訪問診療料	在宅がん医療総合診療料	在宅患者訪問看護・指導料、訪問看護療養費
○	○	×	×	×

有料老人ホーム

【施設の概要】

高齢者が利用し、食事や介護、洗濯や掃除などの家事、医療ケアなどの健康管理のうち、いずれかのサービス（複数も可）を提供する施設

介護付き有料老人ホーム

住宅型有料老人ホーム

健康型有料老人ホーム

特定施設

医師の配置義務	看護職員の配置義務	管理料
×	○ (※)	施設総管

※「外部サービス利用型特定施設入居者生活介護」の場合は、看護職員配置義務なし

特定施設以外

医師の配置義務	看護職員の配置義務	管理料
×	×	施設総管

特定施設とは

行政に運営の届出をして、介護保険法により定められた基準を満たし、都道府県知事（または市区町村）から事業指定を受けた施設

住宅型有料ホーム

初・再診料	往診料	在宅患者訪問診療料	在宅がん医療総合診療料	在宅患者訪問看護・指導料、訪問看護療養費
○	○	○	○	○

介護付き有料老人ホーム

初・再診料	往診料	在宅患者訪問診療料	在宅がん医療総合診療料	在宅患者訪問看護・指導料、訪問看護療養費
○	○	○	×	○ (※)

※【在宅患者訪問看護・指導料、訪問看護療養費】

厚生労働大臣が定める疾病等（別表第7）に該当するか、急性増悪などで一時的に頻回の訪問看護が必要な特別訪問看護指示期間などの患者に限る

別表第7：厚生労働大臣が定める疾病等（別表第7）

末期の悪性腫瘍	多発性硬化症
重症筋無力症	スモン
筋委縮性側索硬化症	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 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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Ⅲ度以上かつ生活機能障害度がⅡ度またはⅢ度） 	多系統委縮症 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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
頸髄損傷	人工呼吸器を使用している状態（ASVはふくまれない）

サービス付き高齢者向け住宅

【施設の概要】

バリアフリーが完備された高齢者の住まいです。
入居すると、安否確認や生活相談のサービスが受けられるため、入居者が安心して暮らせる環境が整っています。

バリアフリー：障がいのある人や高齢者など、さまざまな人が生活の中で「不便だな」「難しいな」と感じることをなくすこと

特定施設

医師の配置義務	看護職員の配置義務	管理料
×	○ (※)	施設総管

※「外部サービス利用型特定施設入居者生活介護」の場合は、看護職員の配置なし

特定施設以外

医師の配置義務	看護職員の配置義務	管理料
×	×	施設総管

特定施設とは

行政に運営の届出をして、介護保険法により定められた基準を満たし、都道府県知事（または市区町村）から事業指定を受けた施設

特定施設以外

初・再診料	往診料	在宅患者訪問診療料	在宅がん医療総合診療料	在宅患者訪問看護・指導料、訪問看護療養費
○	○	○	○	○

特定施設

初・再診料	往診料	在宅患者訪問診療料	在宅がん医療総合診療料	在宅患者訪問看護・指導料、訪問看護療養費
○	○	○	×	○ (※)

※【在宅患者訪問看護・指導料、訪問看護療養費】

厚生労働大臣が定める疾病等（別表第7）に該当するか、急性増悪などで一時的に頻回の訪問看護が必要な特別訪問看護指示期間などの患者に限る

別表第7：厚生労働大臣が定める疾病等（別表第7）

末期の悪性腫瘍	多発性硬化症
重症筋無力症	スモン
筋委縮性側索硬化症	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 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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Ⅲ度以上かつ生活機能障害度がⅡ度またはⅢ度） 	多系統委縮症 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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
頸髄損傷	人工呼吸器を使用している状態（ASVはふくまれない）

認知症高齢者グループホーム

【施設の概要】

認知症の診断を受けた高齢者（原則65歳以上）の方が少人数で共同生活を営む施設

医師の配置義務	看護職員の配置義務	管理料
×	×	施設総管

初・再診料	往診料	在宅患者訪問診療料	在宅がん医療総合診療料	在宅患者訪問看護・指導料、訪問看護療養費
○	○	○	○	○

【在宅患者訪問看護・指導料、訪問看護療養費】

厚生労働大臣が定める疾病等（別表第7）に該当するか、急性増悪などで一時的に頻回の訪問看護が必要な特別訪問看護指示期間などの患者に限る

別表第7：厚生労働大臣が定める疾病等（別表第7）

末期の悪性腫瘍	多発性硬化症
重症筋無力症	スモン
筋委縮性側索硬化症	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 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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Ⅲ度以上かつ生活機能障害度がⅡ度またはⅢ度） 	多系統委縮症 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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
頸髄損傷	人工呼吸器を使用している状態（ASVはふくまれない）

小規模多機能型居宅介護
看護小規模多機能型居宅介護

【施設の概要】

小規模多機能型居宅介護

同一の介護事業者が「通所（デイサービス）」を中心に、「訪問（ホームヘルプ）」や「泊まり（ショートステイ）」を一体的に提供

看護小規模多機能型居宅介護

上記に訪問看護を追加

医師の配置義務	看護職員の配置義務	管理料
×	○	在総管

看護職員は非常勤でも可

在総管算定について

- ①宿泊日に限り、サービス利用前30日以内に訪問診療料、施設総管、施設総管、在宅がん医療総合診療料（訪問診療料等）を算定した医療機関の医師のみ、サービス利用開始後30日まで（末期の悪性腫瘍患者を除く）算定可能。
- ②医療機関の退院日からサービス利用を開始した患者については、サービス利用前の訪問診療料等の算定にかかわらず、退院日を除き30日まで（末期の悪性腫瘍患者を除く）算定できる。

宿泊日

初・再診料	往診料	在宅患者訪問診療料	在宅がん医療総合診療料	在宅患者訪問看護・指導料、訪問看護療養費
○	○	○	○	○

【在宅患者訪問診療料、在宅がん医療総合診療料】

①宿泊日に限り、サービス利用前30日以内に訪問診療料、施設総管、施設総管、在宅がん医療総合診療料（訪問診療料等）を算定した医療機関の医師のみ、サービス利用開始後30日まで（末期の悪性腫瘍患者を除く）算定可能。

②医療機関の退院日からサービス利用を開始した患者については、サービス利用前の訪問診療料等の算定にかかわらず、退院日を除き30日まで（末期の悪性腫瘍患者を除く）算定できる。

【在宅患者訪問看護・指導料、訪問看護療養費】

厚生労働大臣が定める疾病等（別表第7）に該当するか、急性増悪などで一時的に頻回の訪問看護が必要な特別訪問看護指示期間などの患者に限る。宿泊サービス利用前30日以内に在宅患者訪問看護・指導料、訪問看護療養費を算定した、医療医療機関、訪問看護ステーションの看護師等に関し、宿泊サービス利用開始後30日まで（末期の悪性腫瘍患者を除く）算定可能

宿泊サービス利用日の日中に実施した訪問看護については、在宅患者訪問看護・指導料、訪問看護療養費は算定できない。

別表第7：厚生労働大臣が定める疾病等（別表第7）

末期の悪性腫瘍	多発性硬化症
重症筋無力症	スモン
筋委縮性側索硬化症	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 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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Ⅲ度以上かつ生活機能障害度がⅡ度またはⅢ度） 	多系統委縮症 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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
頸髄損傷	人工呼吸器を使用している状態（ASVはふくまれない）

短期入所生活介護

【施設の概要】

介護施設（特別養護老人ホームなど）へ短期間入所して日常生活のサポートや機能訓練などを受ける介護サービス

医師の配置義務	看護職員の配置義務	管理料
○	○	施設総管

施設総管算定について

- ①宿泊日に限り、サービス利用前30日以内に訪問診療料、施設総管、施設総管、在宅がん医療総合診療料（訪問診療料等）を算定した医療機関の医師のみ、サービス利用開始後30日まで（末期の悪性腫瘍患者を除く）算定可能。
- ②医療機関の退院日からサービス利用を開始した患者については、サービス利用前の訪問診療料等の算定にかかわらず、退院日を除き30日まで（末期の悪性腫瘍患者を除く）算定できる。

初・再診料	往診料	在宅患者訪問診療料	在宅がん医療総合診療料	在宅患者訪問看護・指導料、訪問看護療養費
○ (配置医師を除く)	○ (配置医師を除く)	○ (配置医師を除く)	×	○

【在宅患者訪問診療料】

①宿泊日に限り、サービス利用前30日以内に訪問診療料、施設総管、施設総管、在宅がん医療総合診療料（訪問診療料等）を算定した医療機関の医師のみ、サービス利用開始後30日まで（末期の悪性腫瘍患者を除く）算定可能。

②医療機関の退院日からサービス利用を開始した患者については、サービス利用前の訪問診療料等の算定にかかわらず、退院日を除き30日まで（末期の悪性腫瘍患者を除く）算定できる。

【在宅患者訪問看護・指導料、訪問看護療養費】

末期の悪性腫瘍患者で宿泊サービス利用前30日以内に在宅患者看護・指導料、訪問看護療養費を算定した医療機関、訪問看護ステーションの看護師等により算定可能

短期入所療養介護

【施設の概要】

介護老人保健施設や医療機関に短期間入所して医療面を伴う介護を受ける

医師の配置義務	看護職員の配置義務	管理料
○	○	×

初・再診料	往診料	在宅患者訪問診療料	在宅がん医療総合診療料	在宅患者訪問看護・指導料、訪問看護療養費
○ (配置医師を除く)	○ (配置医師を除く)	×	×	×

配置医師

① 定期的な回診

⇒健康状態、生活環境の適正・心身の状態にふさわしい食事・入浴等への意見
(アドバイス)

② 必要に応じた処方箋の発行

③ 臨時の往診及び処置

④ ターミナルケアから看取りへの関わり

⑤ 主治医意見書の作成

⑥ 外部医療機関との連携（紹介状の記載）、家族への説明等

⑦ 急変等への対応（指示照会等）

基本的な「定期的な回診（診察）」については、介護保険で評価

⇒再診料や往診料・訪問診療料の算定不可

処方や検査、処置料については、保険請求可能

表1：特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱い(保険医が配置医師)

×印は算定できない

施設の種類 診療報酬	①	②	③	④		⑤	⑥	⑦	⑧
	特別養護老人 ホーム	養護老人 ホーム (定員111名以上)	指定短期入所 生活介護事業所 (介護予防を含む)	指定障害者支援施設 (生活介護を行う施設)		療養介護 事業所	救護施設 (定員111名以上)	児童心理 治療施設	盲導犬 訓練施設 (合築・併設の場合 のみ)
				医師配置あり	医師配置なし				
初診料	×	×	×	×		×	×	×	×
再診料	×	×	×	×		×	×	×	×
外来診療料	×	×	×	×		×	×	×	×
小児科外来診療料	×	×	×	×		×	×	×	×
往診料	×	×	×	×		×	×	×	×
特定疾患療養管理料	×	×	×	×		×	×	×	×
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	×	×	×		×	×	×	×	×
生活習慣病管理料(Ⅰ)・生活習慣病管理料(Ⅱ)	×	×	×		×	×	×	×	×
退院前訪問指導料	×	×	×		×	×	×	×	×
在宅自己注射指導管理料	×	×	×		×	×	×	×	×
在宅小児低血糖症患者指導管理料	×	×	×		×	×	×	×	×
在宅妊娠糖尿病患者指導管理料	×	×	×		×	×	×	×	×
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	×	×	×		×	×	×	×	×
在宅中心静脈栄養法指導管理料	×	×	×		×	×	×	×	×
在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	×	×	×		×	×	×	×	×
在宅小児経管栄養法指導管理料	×	×	×		×	×	×	×	×
在宅半固形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	×	×	×		×	×	×	×	×
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	×	×	×		×	×	×	×	×
在宅ハイフローセラピー指導管理料	×	×	×		×	×	×	×	×
在宅麻薬等注射指導管理料	×	×	×		×	×	×	×	×
在宅腫瘍化学療法注射指導管理料	×	×	×		×	×	×	×	×
在宅強心剤持続投与指導管理料	×	×	×		×	×	×	×	×
在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料	×	×	×		×	×	×	×	×

特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・介護医療院以外の施設看護師採血について

嘱託医より、電話等にて施設の看護師へ採血依頼した場合

- ・ 検体検査実施料
- ・ 薬剤料（採決に関連）
を算定（嘱託医側）

- ・ 看護師の手技料（採血料算定不可）

訪問診療を行っている患者が病院長院し、再診料算定について

同月、訪問診療を行っている患者の場合再診料は2回まで
⇒ 3回目以降査定傾向

※訪問患者には、電話再診料にて対応も

算定実例

在宅患者訪問診療料（1）

在宅患者訪問診療料1

同一建物居住者以外の場合 888点

同一建物居住者の場合 213点

在宅患者訪問診療料2

同一建物居住者以外の場合 884点

同一建物居住者の場合 187点

施設入居時等 医学総合管理料	機能強化型在支診・在支病 (病床あり)					機能強化型在支診・在支病 (病床なし)					在支診・在支病					その他				
	1人	2~9 人	10人~ 19人	20人~ 49人	50人 ~	1人	2~9 人	10人~ 19人	20人~ 49人	50人 ~	1人	2~9 人	10人~ 19人	20人~ 49人	50人 ~	1人	2~9 人	10人~ 19人	20人~ 49人	50人 ~
①月2回以上訪問 (難病等)	3,885点	3,225点	2,865点	2,400点	2,110点	3,585点	2,955点	2,625点	2,205点	1,935点	3,285点	2,685点	2,385点	2,010点	1,765点	2,435点	2,010点	1,785点	1,500点	1,315点
②月2回以上訪問	3,185点	1,685点	1,185点	1,065点	905点	2,885点	1,535点	1,085点	970点	825点	2,585点	1,385点	985点	875点	745点	1,935点	1,010点	735点	655点	555点
③(うち1回は情報通信 機器を用いた診療)	2,234点	1,250点	865点	780点	660点	2,054点	1,160点	805点	720点	611点	1,894点	1,090点	765点	679点	578点	1,534点	895点	645点	573点	487点
④月1回訪問	1,965点	1,065点	765点	670点	575点	1,785点	975点	705点	615点	525点	1,625点	905点	665点	570点	490点	1,265点	710点	545点	455点	395点
⑤(うち2月目は情報通 信機器を用いた診療)	1,110点	618点	425点	373点	317点	1,020点	573点	395点	344点	292点	940点	538点	375点	321点	275点	760点	440点	315点	264点	225点

厚生労働大臣が定める状態等（別表第8の2）

以下の疾患に罹患している状態

- ・末期の悪性腫瘍
- ・指定難病
- ・スモン
- ・後天性免疫不全症候群
- ・真皮を超える褥瘡

以下の指導管理を受けている状態にある者

- ・在宅自己腹膜灌流指導管理
- ・在宅血液透析指導管理
- ・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
- ・在宅肺高血圧症患者指導管理
- ・気管切開を行っている状態
- ・気管カニューレを使用している状態
- ・ドレーンチューブまたは留置カテーテルを使用している状態
（「留置カテーテルを使用している状態」に胃ろうカテーテルは含まれない）
- ・人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者

サービス付き高齢者向け住宅 月1回訪問を実施（強化型の支援診・病床ありが訪問）

Aさん	Bさん	
-----	-----	--

1日 全員訪問診療

10日 Aさんのみ訪問診療

Aさん

訪問診療料 213点×1

訪問診療料 888点×1

施設総管 1685点（月2回以上・単一建物診療患者2～9人）

Bさん

訪問診療料 213点×1

施設総管 1065点（月1回以上・単一建物診療患者2～9人）

有料老人ホーム

月2回訪問を実施（強化型以外の支援診が訪問）

Aさん	Bさん	
Dさん		Eさん
	Cさん	

6日 5人全員訪問診療

13日 Cさんのみ訪問診療

20日 Aさん・Bさん・Dさん・Eさん訪問診療

Aさん

Bさん

Cさん

Dさん

Eさん

ユニット数2の認知症グループホーム (強化型以外の支援診が訪問)

ユニット1	Aさん	Bさん	Cさん
ユニット2	Dさん		

- 5日 4人全員訪問診療
- 13日 Bさんのみ訪問診療
- 28日 Cさん・Dさん訪問診療

Aさん

Bさん

Cさん

Dさん

有料老人ホーム

- ・ 末期がん患者1人（末期の悪性腫瘍と診断された後に訪問診療を開始した日から60日以内の患者）（Aさん）
- ・ 別に定める状態でない患者2人（Bさん・Cさん）
（強化型の支援病（病床あり）が訪問）

Aさん	Bさん	
Cさん		

- 5日 Aさんのみ訪問診療
- 13日 全員に訪問診療
- 18日 Aさんのみ訪問診療
- 25日 Bさん・Cさんに訪問診療

Aさん

Bさん

Cさん