

診療報酬の適切な算定の基本2

埼玉県医師会地域包括ケアシステム
推進委員会 委員 遠藤一博

1. A206 在宅患者緊急入院診療加算

2. 在宅療養指導管理料 29種類 (在医総管・施設総管算定を前提に)

- ・算定の原則、留意事項
- ・29種類のうち主なものについて

3. B004・B005 退院時共同指導料

4. 施設入所者の算定について

5. 居宅介護に関する算定方法について

- ・居宅療養管理指導費

在宅患者緊急入院診療加算

病状の急変等により入院が必要になった場合に、円滑に入院を受け入れた医療機関において、患者の意向を踏まえた医療が引き続き提供されるための取り組みを評価したものです。

- 在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料又は在宅療養指導管理料(在宅自己注射指導管理を除く)を入院月又はその前月に算定している患者に対し入院中に1回、入院初日に算定するもの。

1. 連携により強化型在支診若しくは強化型在支病の体制を確保している医療機関が連携支援体制を構築する別の医療機関の求めに応じて行う場合又は在宅療養後方支援病院が他の医療機関の求めに応じて行う場合 2,500点
2. 連携医療機関(1の場合を除く) 2,000点
3. 1及び2以外の場合 1,000点

- 当該診療所の保険医の求めによらない緊急入院において、当該患者の入院後24時間以内に、診療情報が提供された場合であっても算定できる。
- 強化型以外の在支診の保険医が患者又はその家族に対して、事前に緊急の受け入れ保険医療機関の名称等を文書で提供し写しを診療録に添付する。

文書例

交付年月日 年 月 日

様

当診療所は在宅療養支援診療所として登録しています。
緊急時の連絡先についてお知らせ致します。

1、診療時間内 遠藤医院 電話:04-2952-2296
(連絡担当者:看護師 遠藤 ○○○)

診療時間 平日は、午前9時から12時、午後3時から6時
土曜日 午前9時から12時、午後2時から5時

2、診療時間外 (平日の夜間、休日等)
携帯電話:090-○○-○○
(連絡担当者:院長 遠藤一博)

休診日 木曜日および休、祝日

●当診療所は月2回の定期訪問診察をいたします。

●健康状態の維持管理を行い、緊急対応が必要な場合は入院医療
機関と連携し入院等の対応をして

おります。金土日月: 病院、火 院、水 病院、
木 院

上記項目に同意し、訪問診療を依頼します。

署名:

申請日 年 月 日

情報提供書記入例

備考欄

前月、当月に

在医総管

施設総管

在宅がん医療

在宅療養指導管理料

(在宅自己注射以外)

等の記載をする。

1. A206 在宅患者緊急入院診療加算

2. 在宅療養指導管理料 29種類
(在医総管・施設総管算定を前提に)

- ・算定の原則、留意事項

- ・29種類のうち主なものについて

3. B004・B005 退院時共同指導料

4. 施設入所者の算定について

5. 居宅介護に関する算定方法について

- ・居宅療養管理指導費

- ・同一月において、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算定
した場合には、在宅寝たきり患者処置指導
管理料(後で説明します)は算定できないが、
その他の在宅療養指導管理料は併せて
算定できる。

在医総管(施設総管)＋在宅療養指導管理料

在宅療養指導管理料

○患者・家族に対し行う指導管理の点数の
総称で**29種類**ある。

- C100 退院前在宅療養指導管理料
- C101 在宅自己注射指導管理(一部新設)
- C101-2 在宅小児低血糖症患者指導管理料
- C101-3 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料(一部新設)
- C102 在宅自己腹膜還流指導管理料
- C102-2 (届)在宅血液透析指導管理料
- C103 在宅酸素療法指導管理料
- C104 在宅中心静脈栄養法指導管理料
- C105 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料
- C105-2 在宅小児経管栄養法指導管理料
- C105-3 在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料
- C106 在宅自己導尿指導管理料

- C107 在宅人工呼吸指導管理料
- C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料
- C108 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料
- C108-2 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料
- C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料
- C110 在宅自己疼痛管理指導管理料
- C110-2 **新**在宅振戦等刺激装置治療指導管理料
- C110-3 **新**在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料
- C110-4 **新**在宅仙骨刺激療法指導管理料
- C111 在宅肺高血圧症患者指導管理料
- C112 在宅気管切開患者指導管理料
- C114 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料

- C116 **新 (届)**在宅植込型補助心臓指導管理料
- C117 在宅経腸投薬指導管理料
- C118 **(届)**在宅腫瘍治療電場治療指導管理料
- C119 **(届)**在宅経肛門の自己洗腸指導管理料
- C120 **新**在宅中耳加圧療法指導管理料

以上29種類

下線で示した部分は一般内科で算定している指導料です。他は訪問診療専門、病院等が多い

在宅療養指導管理料

同一月に算定できない指導料

○B000**特定疾患療養管理料**、B001「1」**特定疾患治療管理料**の**ウイルス疾患指導料**、「4」**小児特定疾患カウンセリング料**「5」**小児科療養指導料**、「6」**てんかん指導料**「7」**難病外来指導管理料**、「8」**皮膚科特定疾患指導管理料**、「17」**慢性疼痛疾患管理料**、「18」**小児悪性腫瘍患者指導管理料**及び「21」**耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料**、I004**心身医学療法**、B001「2」**小児外来診療料**、「2-1」**小児かかりつけ診療料**、他の在宅療養指導料（ただし、それぞれの材料加算、薬剤、特定保険医療材料は算定可）は同一月に算定できない。

在宅療養指導管理料算定の原則

- 在宅療養指導管理料の費用は、指導管理料及び在宅療養指導管理材料加算の各区分の所定点数を合算した費用を月1回算定する。月2回指導した場合は第1回目の指導を行ったときに算定する。
- 同一患者に対して、2以上の指導管理を行っている場合は、主たる指導管理の点数のみ算定する。この場合も、従たる指導管理に係る在宅療養指導管理材料加算及び薬剤料、特定保険医療材料はそれぞれ算定できる。在宅酸素＋気管切開、在宅酸素＋中心静脈、在宅寝たきり＋在宅自己注射など混在する場合

在宅療養指導管理料の外来等での算定 について

【参考】

○ 2以上の医療機関が、同一の患者について、
異なった疾患に対する在宅自己注射指導管理
を行っている場合には、いずれの医療機関に
おいても、算定できる。

○ この場合は、相互の医療機関において把握
すること。

今回は、在医総管、施設総管の算定を基本とする
ため、1医療機関で管理することが必要である。

在宅療養指導管理料の留意事項

- 当該指導管理が必要かつ適切であると医師が判断した患者について、患者又は患者の看護に当たる者に対して、療養上必要な事項について療養の方法、注意点、緊急時の措置に関し指導を行い、要点をカルテに記載する。
- 併せて必要かつ十分なアルコール等の消毒薬、衛生材料（脱脂綿、ガーゼ、絆創膏等）、注射器、注射針、翼状針、膀胱洗浄用注射器、クレメン等を支給する。
- 訪問看護からの計画書により必要とされる衛生材料等の量について報告があった場合、或いは報告書により内容を確認した上で衛生材料等の量の調整、種類の変更等の指導を行う。

- 医療材料の費用は、別に診療報酬上の加算等として評価されている場合を除き所定点数に含まれ、別に算定できない。
- 評価されている場合とは、在宅療養指導管理材料加算及び特定保険医療材料に規定される材料等をいう。
- 在宅療養を実施する医療機関においては、緊急事態に対応できるよう連携を取り、緊急入院できる体制を確保されていることが必要である。

○特定保険医療材料

(皮膚欠損用創傷被覆材・非固着性シリコンガーゼ)

- ・ いずれかの在宅療養指導管理料を算定している場合であって、在宅での療養を行っている通院困難な患者のうち、皮下組織に至る褥瘡(DSIGN-R分類D3、D4、D5)を有する患者の当該褥瘡に対して使用した場合、又は在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を算定している患者に対し使用した場合に限り算定できる。**3週間を限度に算定する。**
3週を超える場合は理由を摘要欄に記載する。
- ・ 支給した場合は名称、セット数、日数を記載する。

〔参考〕 DESIGN-R分類とNPUAP分類

DESIGN-R Depth (深さ)		NPUAP分類	
d0	皮膚損傷・発赤なし	疑DTI	限局性の紫、栗色の皮膚変色又は血疱
d1	持続する発赤	ステージⅠ	消退しない発赤を伴う。表皮の損傷は認められない。
d2	真皮までの損傷	ステージⅡ	部分層創傷。皮膚の損傷は表面的
D3	皮下組織までの損傷	ステージⅢ	全層組織欠損。皮下組織、皮下脂肪、筋膜等までの損傷
D4	皮下組織を超える損傷	ステージⅣ	全層組織欠損。壊死、骨、腱、筋肉、関節等の露出がある
D5	関節腔、体腔に至る損傷		
U	深さ判定が不能の場合	判定不能	創底で、潰瘍の底面がスラフおよび／またはエスカーで覆われている全層組織欠損

特定保険医療材料(院外処方箋可)

- インスリン製剤等注射用ディスポーザブル注射器
- ホルモン製剤等注射用ディスポーザブル注射器
- 腹膜透析液交換セット
- 在宅中心静脈栄養用輸液セット
- 在宅寝たきり患者処置用栄養用ディスポ
- 万年筆型注入器用注射針
- 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ

○在宅寝たきり患者処置用気管切開留置用チューブ

○在宅寝たきり患者処置用膀胱留置用

ディスポカテーテル

○在宅血液透析用特定保険医療材料(回路含む)

○皮膚欠損用創傷被覆剤

○非固着性シリコンガーゼ

○水循環回路セット

・院外処方箋で調剤薬局より特定保険医療材料を支給する場合には、名称及びセット数等を記載する。それぞれ指導管理に併せて処方可能

退院後の在宅療養指導管理料について

○ 入院医療機関の場合

- ・退院時に、入院医療機関が算定した場合、当該退院月に指導管理を行っても、同病院の外来での算定できない。月が変われば算定可能
- ・退院時に、入院医療機関が算定していない場合は、当該月であっても退院後に行った同病院の外来での指導管理料は算定できる。

○ 入院医療機関以外の医療機関の場合

- ・退院時に、入院医療機関で算定されていない場合は、1か月内であっても、当該退院月に行った指導料は算定できる。
- ・退院時に、入院医療機関で算定された場合であっても、入院医療機関以外の医療機関でも、当該退院月に算定できる。その場合は、レセプト摘要欄に算定理由を記載する。(入院元の医療機関へ算定する旨を伝え医療機関が変わることを確認する)

○ 当該医療機関で算定する月には、入院先の医療機関に算定状況を確認する必要がある。

C101 在宅自己注射指導管理料

C101 在宅自己注射指導管理料(月1回)

○在宅自己注射導入前に、入院又は2回以上の外来、往診若しくは訪問診療により、教育期間をとり、十分な指導を行った場合に限り算定する。アドレナリンはその限りではない。

(アナフィラキシー等)

・指導内容を詳細に記した文書を作成し交付する。
在宅医療を継続するために必要なことです。

- | | |
|-----------|--------|
| 1. 複雑な場合 | 1,230点 |
| 2. 1以外の場合 | |
| イ 月27回以下 | 650点 |
| ロ 月28回以上 | 750点 |

○導入初期加算 580点(月1回 3月間)

- ・新たに導入した患者に対し、3月に限り算定する。処方内容に変更があった場合、別表第9に掲げる注射薬の処方名に変更があった場合に更に1回算定できる。
- ・一般名称が異なるインスリン製剤への変更があれば、算定できる。
例に挙げられるのは、ランタスからトレシーバーに変更した場合算定できる。

○**新**バイオ後発品導入初期加算 150点(月1回 3月間)
初回の処方日の属する月から起算して3月を限度として所定点数に加算する。

①先行バイオ医薬品とバイオ後続品の変更を行った場合には算定できない。

②バイオ後続品から先行バイオ医薬品が同一であるバイオ後続品に変更した場合は算定できない。

○はバイオ先行品

◆はバイオ後続品

○ランタス注 100 単位/mL

○ランタス注カート

○ランタス注ソロスター

○ランタスXR 注ソロスター

◆インスリン グラルギン BS 注キット「FFP」(後発2)

◆インスリン グラルギン BS 注カート「リリー」(後発1)

日本で承認されたバイオ後続品

2019年10月21日 国立医薬品食品衛生研究所 生物薬品部

先行バイオ医薬品	バイオ後続品		
	一般名	商品名	承認年
ジェントロピン	ソマトロピン	ソマトロピンBS皮下注「サンド」	2009
ランタス	インスリン グラルギン [インスリン グラルギン後続1]	インスリン グラルギンBS注「リリー」	2014
	インスリン グラルギン [インスリン グラルギン後続2]	インスリン グラルギンBS注「FFP」	2016
グラン	フィルグラスチム [フィルグラスチム後続1]	フィルグラスチムBS注「モチダ」, 「F」	2012
	フィルグラスチム [フィルグラスチム後続2]	フィルグラスチムBS注「NK」, 「テバ」	2013
	フィルグラスチム [フィルグラスチム後続3]	フィルグラスチムBS注「サンド」	2014
フォルテオ	テリパラチド [テリパラチド後続1]	テリパラチドBS皮下注「モチダ」	2019
エスポー	エポエチン カッパ [エポエチン アルファ後続1]	エポエチン アルファBS注「JCR」	2010
ネスブ	ダルベポエチン アルファ [ダルベポエチン アルファ後続1]	ダルベポエチン アルファBS注「JCR」	2019
	ダルベポエチン アルファ [ダルベポエチン アルファ後続2]	ダルベポエチン アルファBS注「三和」	2019
	ダルベポエチン アルファ [ダルベポエチン アルファ後続3]	ダルベポエチン アルファBS注射液「MYL」	2019
ファブラザイム	アガルシダーゼ ベータ [アガルシダーゼ ベータ後続1]	アガルシダーゼ ベータBS点滴静注「JCR」	2018
レミケード	インフリキシマブ [インフリキシマブ後続1]	インフリキシマブBS点滴静注用「NK」, 「CTH」	2014
	インフリキシマブ [インフリキシマブ後続2]	インフリキシマブBS点滴静注用「あゆみ」, 「日医工」	2017
	インフリキシマブ [インフリキシマブ後続3]	インフリキシマブBS点滴静注用「ファイザー」	2018
リツキサン	リツキシマブ [リツキシマブ後続1]	リツキシマブBS点滴静注「KHK」	2017
	リツキシマブ [リツキシマブ後続2]	リツキシマブBS点滴静注「ファイザー」	2019
ハーセプチン	トラスツズマブ [トラスツズマブ後続1]	トラスツズマブBS点滴静注用「NK」, 「CTH」	2018
	トラスツズマブ [トラスツズマブ後続2]	トラスツズマブBS点滴静注用「第一三共」	2018
	トラスツズマブ [トラスツズマブ後続3]	トラスツズマブBS点滴静注用「ファイザー」	2018
アバステン	ベバシズマブ [ベバシズマブ後続1]	ベバシズマブBS点滴静注「ファイザー」	2019
	ベバシズマブ [ベバシズマブ後続2]	ベバシズマブBS点滴静注「第一三共」	2019
エンブレル	エタネルセプト [エタネルセプト後続1]	エタネルセプトBS皮下注, 皮下注用「MA」	2018
	エタネルセプト [エタネルセプト後続2]	エタネルセプトBS皮下注「TY」, 「日医工」	2019

C150 血糖自己測定器加算 (3月に3回)指示回数分加算

- | | | | |
|-------------------|-------------|--------------------|-------------|
| (1) 月20回以上 | 350点 | (2) 月30回以上 | 465点 |
| (3) 月40回以上 | 580点 | (4) 月60回以上) | 830点 |

(5)月90回以上 1,170点 (6)月120回以上 1,490点

**I型糖尿病又は膵全摘後、12歳未満の小児低血糖症
妊娠中の糖尿病又は妊娠糖尿病の患者であって周産期
合併症の危険性が高い者**

**(7) 間歇スキャン式持続血糖測定器によるもの 1,250点
強化型インスリン療法施行中の患者又は強化インスリン
後混合インスリンを1日2回以上使用しているものに対し
フラッシュグルコースモニタリングシステムを使用した場合
に算定、糖尿病の専門知識及び5年以上の経験を有する
常勤医師又はその医師の指導下で行う。**

C151 注入器加算(処方した月) 300点 月1回

注入器を使用した場合に加算する。

注入器一体型キッド製剤を処方の場合には算定できない。

カートリッジタイプは、算定できる。

C152 間歇注入シリンジポンプ加算(1.2) 2,500/1,500点

C152-2 **新届** 持続血糖測定器加算(1.2、イロハに細分化)

2月に2回算定

届け出が必要である。基準等確認する。

1の届け出が行われていれば、新たな届け出は必要ない。

2の基準は新設され届け出が必要である。

意事項通知(1)ア又はイに規定するものの記載、**2型糖尿病**の場合は直近の空腹時血清CPRの測定値を記載。

C153 注入器用注射針加算(1.2がある) 200/130点

月1回(院外処方で針を処方する場合には算定できない)

- 注入器一体型キッド製剤、万年筆型インスリン注入器、注射針付一体型ディスポーザブル注射器の3つに分類され、更に院内、院外処方で算定が異なる。
- 注入器用注射針加算**200点**を加算する場合、1型糖尿病若しくは或いは血友病の患者又はこれらに準じる患者で、1日4回以上の自己注射が必要な場合、血友病で自己注射が必要な場合と記載。上記以外の患者には**130点**を算定する。

C161 注入ポンプ加算 1,250点 (2月に2回算定)

PH4処理酸性人免疫グロブリン製剤使用の場合

- 在宅自己血糖指導管理を指示した根拠、指示方法、注意点、緊急時の措置、指導内容の要点
- レセプト摘要欄に薬剤名、単位数、自己血糖の測定回数を記載する。1型糖尿病の場合は1型である記載が必要。

在宅療養指導管理料の算定に対する手技料 算定について 【在宅自己注射指導管理料】

- **外来受診時**のG000皮内、皮下及び筋肉内注射、G001静脈注射及び薬剤料について、在宅自己注射指導管理に係るものであっても、**緊急に受診した場合は別に算定できる。レセプト摘要欄に緊急時の受診である旨及びその日付を記載する。**
- 在宅訪問診療料算定する日に行ったG000皮内、皮下及び筋肉内注射、G001静脈注射及びG004点滴注射の費用(薬剤及び特定保険医療材料に係る費用を含む)は算定できない。
- **当該指導管理の対象となる薬剤以外の注射の手技料、薬剤、特定保険医療材料については算定できる。**

注入器一体型キット製剤

・・・インレット、・・・ミリオペン、・・・フレックスペンが付くインスリン

院内処方の場合、指導管理料＋薬剤＋注入器用注射針加算

院外処方の場合、指導管理料のみの算定

○ビグトーザ、ビデュリオン、トルリシティー、リキスミア、バイエッタ

万年筆インスリン注入器(・・・カート、・・・ノボペン、・・・ヒューマペン、
・・・ペンフィル)

院内処方の場合、指導管理料＋**注入器**＋注入器用注射針加算
＋薬剤

院外処方の場合、指導管理料＋**注入器**

注射付き一体型ディスプレイ注注射器(マイジェクター、マイショット)

院内処方の場合、指導管理料＋**注入器**＋薬剤

院外処方の場合、指導管理料のみの算定

実際のレセプト(在宅自己血糖 施設総管の場合)

(14)	*在宅患者訪問診療料 (I) 1 (同一建物居住者) (1日につき)	213 ×	2
	*施設入居時等医学総合管理料 2 (在支診等) (ロ) (月2回以上・単一建物診療患者10人以上)	1000 ×	1
	*包括的支援加算 (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)	150 ×	1
	*在宅自己注射指導管理料 2 (1以外の場合) (月28回以上の場合)	750 ×	1
	*血糖自己測定器加算 (月30回以上) (1型糖尿病・膝全摘後の患者を除く)	465 ×	1
	*在宅療養実績加算 2 (施設入居時等医学総合管理料) (単一建物診療患者10人以上)	40 ×	2

【症状詳記】

自己注射指導を行い、トレーサー6単位使用し導入開始した。自己血糖測定31回確認、包括的支援加算：施設看護師より注射を行っている、認知症自立度2b以上、逆流性食道炎に対し維持療法を行っている。訪問診療7日、21日

C103 在宅酸素療法指導管理料

○ 在宅酸素療法 (HOT: home oxygen therapy)

1. チアノーゼ型先天性心疾患 520点 (要 病名確認)
2. その他の場合 2,400点

2の原疾患: 肺気腫 慢性気管支炎 陳旧性肺結核、
心弁膜症 虚血性心疾患 肺高血圧症状態の疾患:
慢性呼吸不全 慢性心不全

※ J024酸素吸入 J025酸素テント等の算定不可
酸素飽和度測定のコストは算定できない。

当該月の動脈血酸素飽和度分圧又は動脈血酸素飽和度をレセプト詳記に記載する。

- C157 酸素ボンベ加算
- C158 酸素濃縮装置加算
- C159 液化酸素装置加算
- C159-2 呼吸同調式デマンドバルブ加算
- C171 在宅酸素療法材料加算

- 1 携帯酸素ボンベ **880点**
- 2 1以外の酸素ボンベ(大型) **3,950点**
- 酸素濃縮装置 **4,000点**
- 1 設置型液化酸素装置 **3,970点**
- 2 携帯型液化酸素装置 **880点**
- 呼吸同調式デマンドバルブ **300点**
- 在宅酸素療法材料加算
- 1 チアノーゼ型先天性心疾患の場合 **780点**
- 2 その他 **100点**

※保守、管理の内容を患者に説明した上で、定期的な確認と指導を行い、装置の保守、管理が販売業者により十分に行われている状況を維持する。

在宅酸素療法(施設総管、往診)

(14)	*往診料		
	往診料 緊急加算 (在宅療養支援診療所等)	1370 × 1	
	*在宅患者訪問診療料 (I) 1 (同一建物居住者) (1日につき)	213 × 2	
	*施設入居時等医学総合管理料 2 (在支診等) (イ) (難病等月 2 回以上・単一建物診療患者 10 人以上)	2400 × 1	
	*在宅酸素療法指導管理料 (その他の場合)	2400 × 1	
	*酸素ポンベ加算 (携帯用酸素ポンベ)	880 × 1	
	*酸素濃縮装置加算	4000 × 1	
	*携帯型液化酸素装置加算	880 × 1	
	*呼吸同調式デマンドバルブ加算	300 × 1	
	*在宅酸素療法材料加算 (その他の場合)	100 × 1	
	*在宅療養実績加算 2 (施設入居時等医学総合管理料) (単一建物診療患者 10 人以上)		

40 × 2

*往診料 在宅療養実績加算 2 50 × 1

【症状詳記】

酸素飽和度 97%、訪問診療：7日、21日
、30日電話再診、31日緊急往診

ガン末期患者に対するターミナルケア加算の酸素療法加算は、悪性腫瘍と診断されている患者に対して、死亡月において在宅酸素療法を行った場合に算定できる。 2,000点

- ・在宅酸素療法を指示した医師は、在宅酸素療法のための酸素投与方法(使用機器、ガス流量、吸入時間等)、緊急時連絡方法等を装置に掲示すると同時に、夜間も含めた緊急時の対処法について、患者に説明を行う。
- ・酸素加算を算定した月については、同時に算定できないものがある。(要確認)

C104 在宅中心静脈栄養法指導管理料

- 原因疾患の如何にかかわらず、中心静脈栄養以外に栄養維持が困難な者で、在宅中心静脈栄養法を行ない指導管理を行った場合に
月1回に限り算定する。 3,000点

腸管広範囲切除後 腸管機能不全
悪性腫瘍末期患者の在宅復帰
経管栄養でも誤嚥性肺炎を起こすケース

中心静脈穿刺挿入カテーテル
中心静脈に設置した皮下のポート

C160 在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算

C161 注入ポンプ加算

- 在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算 2,000点（月1回）
1月につき6組目までについては加算で算定し、7組目以降は、特定保険医療材料料の使用したものについて算定する。1組目から院外処方
算定する場合は加算できない。
- 注入ポンプ加算(2月に2回算定) 1,250点
在宅で中心静脈療法で用いる注入ポンプをいう。
- 対象薬剤は在宅中心静脈栄養法用輸液、ビタミン剤、輸液用微量元素
及び血液凝固阻止剤を投与することができる。
- 電解質製剤を投与していても、高カロリー輸液を用いていない場合は、
指導管理は算定できない。
- 指導管理の根拠、方法、注意点、緊急時の措置の要点を
カルテ記載

在宅療養指導管理料の算定に対する手技料について 【在宅中心静脈栄養法指導管理料】

- 外来受診時、往診時にG005中心静脈注射及びG006植込型カテーテルによる中心静脈の費用は算定できない。
- 在宅訪問診療料算定する日に行ったG001静脈注射、G004点滴注射及びG006植込型カテーテルによる費用(薬剤及び特定保険医療材料に係る費用を含む)は算定できない。
- 当該指導管理の対象となる薬剤以外の注射の手技料、薬剤、特定保険医療材料については算定できる。
- 在宅患者訪問点滴注射管理指導料の併算定できない。

C105 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料

- 原因疾患の如何にかかわらず、在宅成分栄養経管栄養法以外に栄養の管理が困難な者で、医師が認めたもの経口摂取できない患者又は経口摂取が著しく困難な患者について行う栄養法をいう。 月1回 2,500点
- J120 鼻腔栄養の費用は算定できない。
- 対象薬剤は、エレンタール配合内用剤、エレンタールP乳児用配合内用剤、ツインラインNF配合経腸用液の3製剤に限る。
- エンシュア、ハーモニック、ラコール等は未消化態たんぱくを含み対象外である。在宅寝たきり患者処置指導管理料で算定する。この場合栄養管セット加算、注入ポンプ加算は算定できない。

○注入ポンプ加算(2月に2回算定) 1,250点

在宅で成分栄養経管栄養法で用いる注入ポンプをいう。

○在宅経管栄養用栄養管セット加算 2,000点

栄養管セットとは、経鼻カテーテル、ディスポーザブル注射器、低残渣濃厚流動食用バック又はボトル及び延長チューブをいう。

上記の費用はセットに含まれ別に算定できない。

在宅寝たきり患者処置用栄養用とは異なる。

○薬剤を支給した場合は、⑭在宅で算定する。

○**指導管理の根拠、方法、注意点、緊急時の措置の要点をカルテ記載**

C105-2 在宅小児経管栄養法指導管理料

在宅小児経管栄養法以外に栄養の維持が困難な者で、当該療法を行うことが必要であると医師が認めた者。

○経口摂取が著しく困難な15歳未満

○15歳以上であって、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者。

(体重20Kg未満である場合に限る)

1,050点

J120鼻腔栄養の費用は算定できない、対象薬剤の定めはない。

○注入ポンプ加算(2月に2回算定)

栄養経管栄養法で用いる注入ポンプをいう。

1,250点

○在宅経管栄養療法用栄養管セット加算

月1回

2,000点

C105-3 在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料

次のいずれも満たすもの

- 経口摂取が著しく困難なため胃瘻を造設しているものであって、回復に向け医師が必要と認め、胃瘻造設術後1年以内に当該栄養法を開始するもの。
- 原因疾患の如何にかかわらず、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。
- 最初に算定した日から起算して1年を限度として月1回算定する。 2,500点
- レセプト詳記に胃瘻造設日及び初回算定日を記載
市販の半固形状の流動食の場合は製品名を記載する。**

- 栄養維持のため、主として薬価基準に収載されている高カロリー薬又は薬価基準に収載されていない流動食(市販されているものに限る)であって、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であり、単なる液体状の栄養剤等、半固形栄養剤等以外のものを用いた場合は該当しない。
- 但し、半固形栄養剤のうち、薬価基準に収載されていない流動食を使用する場合であっては、入院中の患者に対し退院時に当該指導管理を行っている必要がある。
- 経口摂取の回復に向けた指導管理(口腔衛生管理に係るものを含む)を併せて行う。詳しくは留意事項確認してください。

○J120 経鼻栄養の費用は算定できない。

C162 在宅経管栄養法用栄養管セット加算 月1回

2,000点

○栄養管セットを使用した場合に加算する。

C106 在宅自己導尿指導管理料

○在宅自己導尿指導管理料 1,400点 月1回

カテーテル費用は管理料に含まれていたが、加算となった。

C163 特殊カテーテル加算:3カ月に3回算定できる。

1. 再利用型カテーテル(400点)が新設され、繰り返しカテーテルを使用した場合に算定する。(例)セフティーカテやDLBマイセルフカテーテルなどをいう。

2. 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

・60本以上90本未満、90本以上120本未満、120本以上の場合に細分化された。それぞれ(1,700点/1,900点/2,100点)

・60本に満たない場合は「ロ イ以外のもの」1,000点で算定する。

3. 間歇バルーンカテーテル 1,000点

○対象患者

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、前立腺がん、膀胱頸部硬化症、尿路狭窄等)
- 腸管を利用した尿リザーバー造設術の術後

- 間歇導尿用 Disposable カテーテルのイは、原則として脊髄障害、二分脊椎、他の中枢神経を原因とする神経因性膀胱、その他の医学的妥当性が認められる患者が対象とされた。算定する場合はレセプト摘要欄に上記の医学的根拠を記載する。
- その他妥当性とは、下部尿路通過障害(前立腺肥大、前立腺癌、膀胱頸部硬化症、尿道狭窄症等)腸管を利用した尿リザーバー造設術の術後等医師が認めた者
- 対象外の患者や60本に満たない場合は口を算定する。
- 留置カテーテルにより導尿を管理している場合は対象とならない。
- 必要かつ十分な量のカテーテルを支給する。
- カテーテル使用については留意事項を確認する。

C107 在宅人工呼吸指導管理料

在宅人工呼吸指導管理料(月1回) 2,800点

乳幼児呼吸管理材料加算1,500点 (3月に3回)

- 病状が安定し、在宅での人工呼吸器療法を行うことが
適当と医師が認めた者、睡眠時無呼吸は対象外。
- 装置の保守・管理内容を説明する(委託の場合を含む)
夜間、緊急時の対応等の説明、療養上の指導管理を行
う。
- ①酸素吸入設備、②レスピレーター、③気道内挿管又
は気管切開の器具、④気管内分泌物吸引装置④動脈
血ガス分析装置(常時)、⑤胸部レントゲン(常時)
①～⑤を備える。

- 回路部品、その他付属品の費用は所定点数に含まれ算定できない。
- J024酸素吸入、J024-2突発性難聴に対する酸素療法、J025酸素テント、J026間歇的陽圧吸入法、J026-3体外式陰圧人工呼吸器治療、J018喀痰吸引、J018-3干渉低周波去痰器による喀痰排出、J026-2鼻マスク式補助換気法及びJ045人工呼吸の費用(酸素代を除き、薬剤及び特定保険医療材料に係る費用を含む)は算定できない。
- J201 酸素加算は算定できる。

C164 人工呼吸器加算

- | | |
|-------------------|--------|
| 1 陽圧式人工呼吸器 | 7,480点 |
| 気管切開のある患者に陽圧式人工呼吸 | |
| 2 人工呼吸器 | 6,480点 |
| 鼻マスク、顔マスクを使用 | |
| 3 陰圧式人工呼吸器 | 7,480点 |
| 陰圧式人工呼吸器を使用した場合 | |

C170 排痰補助装置加算 1,800点

- 神経筋疾患等の患者に対して、排痰補助装置を使用した場合に、加算する。(筋ジストロフィー、筋萎縮性側索硬化症、脳性麻痺、脊髄損傷の患者 1,800点)

新 届 C173 横隔神経電気刺激装置加算 600点

C107-2 在宅持続陽圧呼吸法指導管理料

C165 在宅持続陽圧呼吸療法用医療器加算

C171-2 在宅持続陽圧呼吸療法材料加算

○在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料1 (月1回) 2,250点

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2 **250点**

在宅持続陽圧呼吸療法用医療器加算

1. ASVを使用した場合 **3,750点**

2. CPAPを使用した場合 **1,000点**

在宅持続陽圧呼吸療法材料加算 **100点**

○レセプト適応欄に記載項目があるので確認してください。

①初回の指導管理を行った月日

②直近の無呼吸低呼吸数

③睡眠ポリグラフィー上の所見と実施日

④管理を算定する日の自覚症状等

C107-2 在宅持続陽圧呼吸法指導管理料

算定例

(12)	* 再診料, 時間外対応加算 2 再診 明細書発行体制等加算 再診 地域包括診療加算 1	102 × 1
(14)	* 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 2 初回実施 02年01月17日	250 × 1
	* 在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算 (CPAP 使用)	1000 × 1
	* 在宅持続陽圧呼吸療法材料加算	100 × 1
(80)	* 処方箋料 (その他)	68 × 1
	* 特定疾患処方管理加算 2 (処方箋料)	66 × 1
	* 一般名処方加算 2 (処方箋料)	4 × 1

【症状詳記】

1、初回の指導管理を行った月日平成： 年
、2、直近の無呼吸低呼吸数AHIは
2、 回、3、睡眠ポリグラフィー上の所見
：鼻口部の換気が： 秒以上停止の状態が1
時間当たり5回以下、3%ODI 29.8
回/時 最低SPO2 84%、4、管理料
算定の自覚症状 眠気、日中の倦怠感軽快し
てきている。
睡眠時無呼吸と関連が強く継続加療をしている。

○ASVを使用した場合 3,750点

○SASに対して、有効とされるASVを用いた補助換気療法については、在宅人工呼吸指導管理の対象にはならないが、SASの患者に対しては、慢性心不全の有無や重症度により、在宅酸素療法指導管理料又は在宅持続陽圧呼吸法指導管理料が算定できる。

○レセプト適応欄の記載項目

ASVを使用した場合、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料1、2でASV療法を使用する場合、使用した根拠を記載、心不全であるもののうち、ASV適正使用に関するステートメントに留意した上で、ASV療法を持続せざるを得ない場合は、実施開始日も併せて記載する。

C108 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料

- 鎮痛療法(緩和療法)又は悪性腫瘍の化学療法を行っている末期の患者に対して、指導管理を行った場合に算定 (月1回) 1,500点
- 対象患者は、末期悪性腫瘍又は筋萎縮性側索硬化症若しくは筋ジストロフィーの患者
- G003抗悪性腫瘍剤局所持続注入に係る費用(薬剤は除く)は算定できない。
- 上記指導管理料を算定する月は外来化学療法加算は算定できない。(在宅で使用していない抗悪性腫瘍剤も含む)及び特定保険医療材料も算定できない。

○注入ポンプ加算（2月に2回算定） 1,250点

○携帯用ディスプレイザブル注入ポンプ加算

月1回 2,500点

- ・疼痛管理又は化学療法を目的として使用した場合に限り算定できる。
- ・月6個以下がこれに相当する。7個以上使用する場合は特定保険医療材料で算定する。
- ・1組目から院外処方する場合は加算材料加算は算定できない。

C108-2 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料

- 他の保険医療機関において在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定する指導管理を受けている患者に対して、当該他の保険医療機関と連携して、同一日に当該患者に悪性腫瘍の鎮痛療法または化学療法に関する指導管理行った場合に算定 月1回 1,500点
- 対象患者は末期の悪性腫瘍
- 医療機関(病院)に対する在宅医が対応した場合：
緩和ケア研修を終了している者
- レセプトに年月日、連携した医療機関名

在宅療養指導管理料の算定に対する手技料 について【在宅悪性腫瘍等患者指導管理料】 【在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料】

- 外来受診時にG000皮内、皮下及び筋肉内注射、G001静脈注射、G004点滴注射及びG006植込型カテーテルによる中心静脈注射を行った場合の手技料、注射薬及び特定保険医療材料は算定できない。
- 但し、在宅悪性腫瘍等患者指導管理料に**係わない** G000皮内、皮下及び筋肉内注射、G001静脈注射、G004点滴注射及びG005中心静脈注射及びG006植込型カテーテルによる中心静脈注射を行った場合の手技料、注射薬及び特定保険医療材料は算定できる。

- 在宅訪問診療料算定する日に行ったG000皮内、皮下及び筋肉内注射、G001静脈注射及びG006植込型カテーテルによる中心静脈注射の手技料、注射薬及び特定保険医療材料は算定できない。
- 在宅悪性腫瘍等指導管理に用いる薬剤以外の注射の手技料、薬剤、特定保険医療材料については算定できる。

C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料

在宅寝たきり患者処置指導管理料 1,050点

- 家庭において療養を行っている患者であって、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のうち、患者自ら又は家族等が創傷処置を実施することが必要かつ適切であると認められるもの。
- これに準ずる状態にあるものとは、指定難病、特定疾患治療研究事業について掲げる疾患、都道府県知事から受給者証の交付を受けているものに限る。
- スモンについては過去に公的な認定を受けたことが確認できる場合含む

- 創傷処置等の処置を行い、現に寝たきりの状態にあるもの又はこれに準ずる状態のものに対して、指導管理を行った場合に月1回に限り算定する。
- B001の8 皮膚科特定疾患指導管理料を算定している患者については算定できない。在医総管、施設総管を算定した場合、在宅寝たきり患者処置指導管理料は算定できない。
- 創傷処置等の処置は①創傷処置②皮膚科軟膏処置③留置カテーテル設置、④膀胱洗浄、⑤導尿⑥鼻腔栄養、⑦ストーマ処置、⑧喀痰吸引、⑨介達牽引、⑩消炎鎮痛処置で自らが又は家族等患者の看護に当たる者が実施するもの
- 但し、家族等に付き添われて来院した場合は、例外的に算定することができる。**その旨はレセプトに詳記を記載**

○在宅寝たきり患者処置指導管理料算定する患者に
対して、往診、訪問診療、或いは外来受診時に処置
を行った場合J000創傷処置、J001-7爪甲除去、
J001-8穿刺排膿後薬液注入、J053皮膚科軟膏処置
J063留置カテーテル設置、J060膀胱洗浄、J060-2
後部尿道洗浄、J064導尿、J120鼻腔栄養、J043-3
ストーマ設置、J018喀痰吸引、J018-3干涉低周波
去痰器による喀痰排出、J118介達牽引、J118-2
矯正固定、J118-3変形機械矯正術、J119消炎鎮痛
等処置、J119-2腰部又は胸部固定体固定、J119-3
低出力レーザー照射及びJ119-4肛門処置の費用
(薬剤及び特定保険医療材料に係る費用を含む)は
算定できない。**処置④で算定できない。**

- 在宅で使用する薬剤、特定保険医療材料については、⑭在宅で算定できる。
- 褥瘡に使用する軟膏、膀胱洗浄に使用するホリミキシンB、生理食塩水、経腸栄養（エンシュア、ハーモニック、ラコールなど）は⑭在宅で算定する。

○在宅寝たきり患者処置指導管理料に用いる特定保険医療材料(膀胱留置カテーテル、気管切開チューブ、栄養用カテーテルなど)を支給した場合も「⑭在宅」で算定する。

【カルテ記載】

○指導の根拠、指示事項(方法、注意点、緊急時の措置等含む)指導内容の要点を診療録に記録する。

【レセプト摘要欄】

○在宅寝たきり患者処置指導管理に用いる薬剤又は医療材料を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載し、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定医療材料の総点数、名称及びセット数を記載する。

⑭アクトシン軟膏3% 7g(1日1g 7日分)

皮膚欠損用創傷被覆材(2)皮下組織に至る創傷用①標準型(1cm²当り10円、350cm² 1回分)等

(1) 仙骨部褥瘡

(11) *初診料
初診時時間外加算
初診 機能強化加算 453 × 1

(14) *往診料
往診料 夜間加算 (在宅療養支援診療所等) 2020 × 1
*在宅患者訪問診療料 (I) 1 (同一建物居住者以外) (1日につき) 888 × 2
*在宅寝たきり患者処置指導管理料 1050 × 1

(80) *処方箋料 (その他) 68 × 2
*一般名処方加算 2 (処方箋料) 4 × 2
*特定疾患処方管理加算 1 (処方箋料) 18 × 2

【症状詳記】

15日 夜間往診19時20分、訪問日20日、27日

C112 気管切開患者指導管理料

C169 気管切開患者用人工鼻加算

- 気管切開を行った患者に対し、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
月1回 900点
- 指導管理を行う医療機関は①～⑤まで備える
①酸素吸入設備、②レスピレーター、③気道内分泌物吸引装置
④動脈血ガス分析装置、⑤胸部レントゲン撮影装置
- 気管カニューレの交換・日常管理・喀痰吸引に関するものJ018喀痰吸引は算定出来ない
- 使用した薬剤、特定保険医療材料は④0処置で算定できる。
- 人工鼻を使用した場合に、加算する。月1回1,500点

1. A206 在宅患者緊急入院診療加算
2. 在宅療養指導管理料 29種類
(在医総管・施設総管算定を前提に)
 - ・算定の原則、留意事項
 - ・29種類のうち主なものについて
3. **B004・B005 退院時共同指導料**
4. 施設入所者の算定について
5. 居宅介護に関する算定方法について
 - ・居宅療養管理指導費

B004・005 退院時共同指導料

○退院時共同指導料1(入院中1回、厚労大臣が定める疾病等の患者は入院中2回)

1.在宅療養支援診療所の場合 1,500点

2.それ以外の場合 900点

特別管理指導加算 200点

○退院時共同指導管理料2(入院中1回、厚労大臣が定める疾病等の患者は入院中2回) 400点

医師共同指導加算 300点

多機関共同指導加算 2,000点

入院中2回算定できる対象患者

末期の悪性腫瘍患者

(在宅がん医療総合診療料算定患者除く)

イであってロ又はハの状態である患者

イ:在宅自己還流、在宅血液透析、在宅酸素、在宅中心静脈、在宅成分栄養、在宅人工呼吸、在宅悪性腫瘍、在宅自己疼痛、在宅肺高血圧又は
在気管切開を受けている状態にある者

ロ:ドレーンチューブ又は留置カテーテル使用状態

ハ:人工肛門又は人工膀胱を設置している状態

特別管理指導加算の対象患者

- ・在宅悪性腫瘍若しくは在宅気管支切開を受けている状態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
- ・在宅自己還流、在宅血液透析、在宅酸素、在宅中心静脈、在宅成分栄養、在宅自己導尿、在宅人工呼吸、在宅持続陽圧呼吸、在宅自己疼痛又は在宅肺高血圧を受けている状態にある者
- ・人工肛門又は人工膀胱を設置している状態
- ・真皮を越える褥瘡の状態にある者
- ・在宅患者訪問点滴注射を算定しているもの

※ドレーンは留置に含まれる。排液の性状、量の観察、薬剤の注入、水分のバランス等の計測等計画的な管理を行う場合に算定できる。

- 退院時共同指導料1を算定した場合は、入院先医療機関へ赴いた際の初診料、再診料、外来診療料、オンライン、開放型病院共同指導料(Ⅰ)、往診料、在宅患者訪問診療料(Ⅰ)又(Ⅱ)は別に算定できない。
- 同一日に医師の診察が行われない場合は、実日数として扱わない。
- 退院時共同指導料1を算定した場合は、摘要欄に入院日を記載する。
- 特別管理指導加算を算定した場合は、摘要欄に算定日を記載する。

1. A206 在宅患者緊急入院診療加算
2. 在宅療養指導管理料 29種類
(在医総管・施設総管算定を前提に)
 - ・算定の原則、留意事項
 - ・29種類のうち主なものについて
3. B004・B005 退院時共同指導料
4. 施設入所者の算定について
5. 居宅介護に関する算定方法について
 - ・居宅療養管理指導費

施設入居者の医療

- 施設入居者の医療については、施設ごと様々な算定制限が設けられている。
- 特定施設(サ高住、有料老人ホーム): 施設総管
- 経費老人ホーム(A型): 施設総管
- 経費老人ホーム(ケアハウス): 一般型: 在医総管
介護型で特定施設として、施設総管
- 養護老人ホーム(定員110人以下): 施設総管
- 養護老人ホーム(定員111人以上): 特別養護老人ホーム等の取扱いであるが、訪問診療、施設総管は算定できない。

- ・**認知症対応型共同生活介護事業所
(認知症グループホーム):施設総管**
- ・**特別養護老人ホーム:特養の取扱い、施設総管**
- ・**指定短期入所生活介護事業所又は
指定介護予防入所生活介護事業所:特養の取扱
い、施設総管**
- ・**小規模多機能型居宅介護事業者
看護小規模多機能型介護事業所:宿泊サービス
在医総管**

特別養護老人ホーム等の取扱い

配置医師であるなしにかかわらず、算定できないものがあり、訪問診療料、施設総管が算定できるのは以下の通りである。看取り加算の施設基準を満たしている特養に限られる。看取り加算(Ⅱ)を算定している場合には、訪問診療料の看取り加算は算定できない。

○末期の悪性腫瘍である場合

○死亡日からさかのぼって30日以内の患者に限る。

(**在支診**、在支病の医師又は協力医療機関の医師、配置医師含む)が看取った場合)摘要欄に死亡日を記載。

看取り介護加算（Ⅰ）：

- (1) 当該施設の看護職員、病院又は診療所、指定訪問看護ステーションのいずれかの看護職員との連携で24時間連絡できる体制を取ること。**
- (2) 看取りに関する指針を定め、施設入所の際に、入所者とご家族に看取りに関する定めた指針について内容の説明を行い、同意を得ること。**
- (3) 医師、看護職員、ケアマネ、介護職員などが当該施設において看取りについて協議を行い、指針について適宜見直すこと、**
- (4) 看取りに関しての職員研修を行うこと、**
- (5) 看取りケアは個室又は静養室などを利用し、本人、家族、周囲の入居者に配慮すること。**

看取り介護加算(Ⅱ)

- (1) 加算(Ⅰ)の要件を満たすこと
- (2) 入所者に関し、配置医師と施設間で下記点の具体的な取り決めがあること。
緊急事態が起きた場合の注意点や情報連携の方法
曜日、時間帯別の連絡手段や診療時間
- (3) 複数名の配置医師がいる、又は協力関係にある医療機関の医師が、必要な際に24時間対応出来ること。
- (4) 要件の2.3については、書面にし届け出ること。
- (5) 看護体制加算(Ⅱ)を算定すること。

看護体制加算(Ⅱ)とは:

常勤換算方法で利用者に対する看護職員の数の条件を満たすこと、施設側の基準を確認。

**特別養護老人ホーム等入所者
(施設総管、在宅患者訪問診療以外)**

**配置医師
配置医師以外**

- 配置医師が定期的な診察以外の緊急に行った**往診料**は算定できる。特別必要な受診に相当する場合は、再診料等算定できる。
- 当該診療が、配置医師による場合は、摘要欄に「配」と表示し、回数を記載する。
診察実日数1回なら配1と記載する。
- 配置医師が在宅療養指導管理を行った場合は、指導管理料は算定できない。但し在宅療養指導管理材料加算、C200薬剤料、C300特定保険医療材料は算定できる。

- 配置医師以外の医師については、以下の場合に初・再診、往診料、検査、処置等が算定できる。
- 配置医師の専門外にわたるものあり、入所者又はその家族等の求め等踏まえ、医学的判断による配置医師の求めがある場合
- 上記にかかわらず、入所者又はその家族等の求めや配置医師の求めが明らかではない場合であったも、緊急の場合であって、特養等の管理者の求めに応じて行った診療の場合
- 配置医師以外が在宅療養指導管理を行った場合指導管理料、加算、薬剤料、医療材料も算定可

共通したレセプト摘要欄に記載する事項

- 保険医の指示に基づき、保険医の診療日以外の日に施設の看護師等が点滴、処置した場合、用いた薬剤、特定保険医療材料が使用された日を摘要欄に記載する。保険医の診察日も同様に記載する。
- 保険医の指示に基づき、保険医の診察日以外の日に施設の看護師等が、検体採取等を実施した場合、実施した日を摘要欄に記載する。保険医の診察日も同様に記載する。

短期入所生活介護事業所(老人短期入所施設)

- 訪問診療料、施設総管については、サービス利用前30日以内に患家に訪問し、算定した医療機関(配置医師は除く)が診察した場合に限り利用開始後30日までの間(末期の悪性腫瘍患者は除く)は算定できる。
- 保険医療機関からの退院日から利用を開始した患者については、退院日を除き利用開始30日まで間(末期の悪性腫瘍の場合は除く)に診療した場合に限る。

小規模多機能型居宅介護事業者 看護小規模多機能型介護事業所

- 訪問診療料、在医総管については、サービス利用前30日以内に患家に訪問し、算定した医療機関（当該サービスを提供する施設における医師により行われる場合を除く）が診察した場合に限り利用開始後30日までの間（末期の悪性腫瘍患者は除く）は算定できる。
- 保険医療機関からの退院日から利用を開始した患者については、退院日を除き利用開始30日まで間（末期の悪性腫瘍の場合は除く）に診療した場合に限る。

介護老人保健施設入所者について

- 介護老人保健施設には常勤医師が配置され、安定した利用者に対する医療で併設医療機関のみ制限されるもの、併設医療機関であるなしに関わらず制限されるもの等、取扱いが、定められている。
- 併設医療機関が診察を行った場合は、特記事項「老併」と記載する。
- 併設医療機関以外の保険医療機関において算定した場合は、特記事項「老健」と記載する。

- 併設する医療機関の医師が行う往診については往診料は算定できない。
- その他の医療機関の医師が往診した場合には算定できる。診療情報提供料Ⅰは算定できる。
- 在宅療養指導管理を行った場合は、指導管理料は算定できない。
- 但し在宅療養指導管理材料加算、特定保険医療材料、施設入居者自己腹膜還流薬剤料は算定できる。

1. A206 在宅患者緊急入院診療加算
2. 在宅療養指導管理料 29種類
(在医総管・施設総管算定を前提に)
 - ・算定の原則、留意事項
 - ・29種類のうち主なものについて
3. 退院時共同指導料
4. 施設入所者の算定について
5. 居宅介護に関する算定方法について
 - ・居宅療養管理指導費

医療系居宅介護サービス費 (居宅療養管理指導)

サービス提供前の準備

- ①運営規程
- ②院内掲示
- ③利用者への説明文書
- ④利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

開設者 住所
氏名

印

埼玉県国民健康保険団体連合会

文字サイズ 小 **中** 大

Google カスタム検索

検索

さいたま
こくほweb

トップページ

お知らせ

今月の医療と健康

国保連合会の紹介

医療保険のしくみ

国保Q&A

介護Q&A

介護サービス苦情相談

健康まもるくんランド

保険医療機関コーナー

健診等実施機関コーナー

[トップページ](#) >> [介護事業者コーナー](#) >> 「介護給付費等の請求及び受領に関する届」のご案内

介護事業者コーナー

「介護給付費等の請求及び受領に関する届」のご案内

次の「届出理由」に該当する場合は、「介護給付費等の請求及び受領に関する届」による届出が必要です。

以下より各届を印刷し、所要事項をご記入の上、本会介護福祉課へ郵送またはご持参ください。

[介護給付費等の請求及び受領に関する届\(PDF\)](#)

項番	届出理由	提出期限	提出する届
1	新規事業者の指定を受けた場合	県から指定された月の20	

医療系居宅介護サービス費(居宅療養管理指導)

- 居宅療養管理指導費は介護保険で給付されるサービスの種類であり、**保険医療機関は、自動的に指定事業者とみなされる。(みなし指定)**
- 医師が通院困難な要支援・要介護者等に対し、同意を得たうえで訪問診療日又は往診日に合わせて、行われた月に算定する。**
- 患者の同意を得たうえで、1人の医師のみで1人の利用者に1月に2回まで算定できる。
- 月2回算定する場合は、ケアマネに月2回情報提供する必要がある。
- 居宅サービスを利用する上で留意点、介護方法等について指導及び助言を行う。
- 在医総管・施設総管を算定する場合は、指導費(Ⅱ)、それ以外は指導費(Ⅰ)を算定する。
- 同一建物居住者の取り扱いで算定する。

○ケアマネ等へ情報提供しない場合は、算定できない。

但し、以下の場合には算定可

ア:介護サービスを利用していないため、ケアマネがない利用者

イ:自らケアプランを作成し、ケアマネがない利用者

○介護老人保健施設、介護老人福祉施設等の施設入所者は算定できない。

○認知症対応型生活介護(グループホーム)と特定施設入居者生活介護(介護付き老人ホーム等)、小規模、看多機の場合は算定できる。

○同一月に医療機関から市町村・居宅介護支援事業者・保険薬局への診療情報提供書(I)は算定できない。

情報提供方法例

- ①文書で提供し、写しを診療録に添付する。
- ②口頭での指導、助言し診療録に要点を記載する。

ケアマネ等への情報提供

- ①サービス担当者会議開催、参加しカルテに要点を記載する。
- ②会議に参加できない場合は文書、FAX、電子メール等で行う。
- ③会議未開催の場合は、文書、ファックス、電子メール等で行う。

事業所名

紹介元医療機関の所在地及び名称

〒350-1334 埼玉県狭山市狭山21-44
医療法人社団 広博会 遠藤 医院

電 話 番 号 04-2952-2296

医 師 氏 名 遠藤一博 (印)

利用者氏名		性 別	
利用者住所		電 話	
要介護認定	要支援 1・2・ 経過的要介護・ 要介護 1・2・3・④・5		
障害高齢者日常生活自立度	自立・ J1・ J2・ A1・ A2・ B1・ B2・ C1・ C2		
認知症高齢者の日常生活自立度	自立・ I・ IIa・ IIb・ IIIa・ IIIb・ IV・ M		

病状	脳梗塞
病状経過等	歩行不自由、膝の変形あり、フレイル
介護サービス利用に際しての留意点・介護方法等	転倒、骨折に注意、階段歩行時に転落に注意、トイレには車椅移乗あり介助要する。訪問リハは階段と筋力アップにつとめる。下肢の浮腫有り採血したが、悪化はない。リハ継続
利用者の日常生活上の留意点	上記転倒に注意する。 訪問リハ導入し階段歩行は少なめに、足上げやストレッチしている。
備 考	

備

1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

居宅療養管理指導費(介護保険月2回まで)

サービスコード		サービス内容略称	算定項目	合成単位数	算定単位		
種類	項目						
31	1111	医師居宅療養管理指導 I 1	イ医師が行う場合 (月2回程度)対象: 介護1~5	(一)単一建物居住者が1人の場合	509	1回につき	
31	1113	医師居宅療養管理指導 I 2		(1)居宅療養管理指導費(I) (2)以外	(二)単一建物居住者が2人以上9人以下の場合		485
31	1115	医師居宅療養管理指導 I 3		(三)(一)及び(二)以外の場合	444		
31	1112	医師居宅療養管理指導 II 1		(一)単一建物居住者が1人の場合	295		
31	1114	医師居宅療養管理指導 II 2		(2)居宅療養管理指導費(II) (在医総管・施設総管を算定する 場合)	(二)単一建物居住者が2人以上9人以下の場合		285
31	1116	医師居宅療養管理指導 II 3		(三)(一)及び(二)以外の場合	261		
34	1111	予防医師居宅療養 I 1	イ医師が行う場合 (月2回程度)対象: 支援1・2	(一)単一建物居住者が1人の場合	509	1回につき	
34	1113	予防医師居宅療養 I 2		(1)介護予防居宅療養管理指導費(I)((2)以外)	(二)単一建物居住者が2人以上9人以下の場合		484
34	1115	予防医師居宅療養 I 3		(三)(一)及び(二)以外の場合	444		
34	1112	予防医師居宅療養 II 1		(一)単一建物居住者が1人の場合	295		
34	1114	予防医師居宅療養 II 2		(2)介護予防居宅療養管理指導費(II)(在医総管・施設総管を算定する場合)	(二)単一建物居住者が2人以上9人以下の場合		285
34	1113	予防医師居宅療養 II 3		(三)(一)及び(二)以外の場合	261		

【カルテ・明細書の記入と請求】

- 医師による居宅療養管理指導の内容、助言、指示等の記載が必要、医療と介護は分けて診療録に記載する。
- 様式第二(要介護1～5)、第二の二(要支援1・2)を使用する。
- 請求に当たっては提供月の翌月10日までに、介護給付費請求書、明細書を国保連合会(介護保険課)へ提出する。
- インターネット回線又はCDRでの電子請求が原則である。
- 居宅療養管理指導に要した交通費の実費を徴収しても良い。但し訪問診療等で交通費を徴収した時は2重に徴収しない。

【最後に】

診療報酬の適切な算定の基本1

診療報酬の適切な算定の基本2

ご清聴ありがとうございました