

# 日医工医療行政情報

<https://stu-ge.nichiiko.co.jp/>

## はじめて始める在宅医療 【診療所】

基本点数（往診料、訪問診療料、在医総管等）

作成：日医工株式会社（公社）日本医業経営コンサルタント協会認定 登録番号第6345号 寺坂裕美

こちらの資料では以下の用語を省略して表記しています。

- ・在宅療養支援診療所 = 在支診
- ・在宅療養支援病院 = 在支病
- ・在宅時医学総合管理料 = 在医総管
- ・施設入居時等医学総合管理料 = 施医総管

資料No.20220823-2005

本資料は、2022年3月4日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです  
が、その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接  
または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

1. 在宅医療に関する大枠
2. 在宅療養支援診療所（在支診）、在宅療養支援病院（在支病）、在宅専門診療所の施設基準
3. 在宅医療に対する基本的な診療報酬
  - (1)往診料、在宅患者訪問診療料
  - (2)在宅患者医学総合管理料（在医総管）、施設入居時等医学総合管理料（施医総管）
  - (3)その他
  - (4)シミュレーション

## <参考資料>

- 医療材料等の供給について
- 特定保険医療材料
- 介護保険について

## 1. 在宅医療に関する大枠

2. 在宅療養支援診療所（在支診）、在宅療養支援病院（在支病）、在宅専門診療所の施設基準

3. 在宅医療に対する基本的な診療報酬

(1)往診料、在宅患者訪問診療料

(2)在宅患者医学総合管理料（在医総管）、  
施設入居時等医学総合管理料（施医総管）

(3)その他

(4)シミュレーション

## <参考資料>

- 医療材料等の供給について
- 特定保険医療材料
- 介護保険について

## 患者背景

- ・患者の状態
- ・居住場所
- ・家族等の介護の有無

## 保険等

- ・介護保険or医療保険
- ・公費助成制度

## 医療機関

- ・普通の診療所
- ・在支診・在支病
- ・機能強化型在支診
- ・在宅専門診療所

## 診療報酬

- ・往診料
- ・在宅患者訪問診療料
- ・在医総管
- ・施医総管
- ・在宅療養指導管理料

- 通院困難な状態で病状が安定している患者が入院することなく自宅で医師の診療・指導や管理を受けながら療養すること。
- 医師や看護師、保健師又は助産師などが患家に出向き、必要な医療・介護等を在宅で行った場合、又は患者・家族に対し、在宅療養をするために必要な指導を行った場合にかかった費用を算定する。

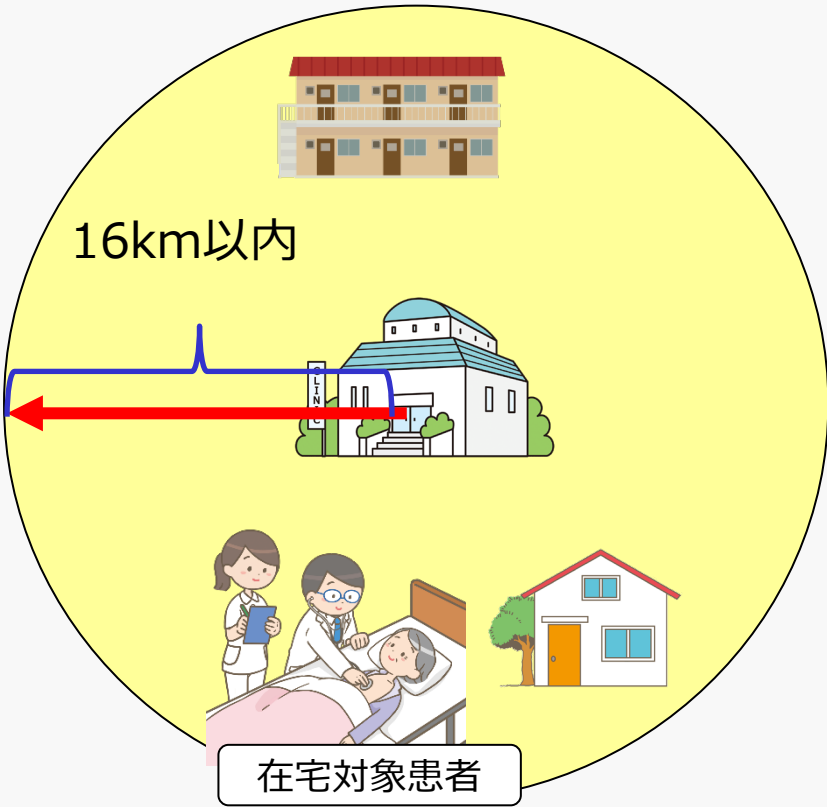
## 自立した通院ができない方

(寝たきりの状態、自立歩行が困難、認知症などで一人では通院が困難な方)



主治医の判断によります

当該医療機関と患家の距離は半径16km圏内とされています。この距離を超える場合は、絶対的な理由が求められ、単なる患家の希望では認められないことがあるので注意が必要です。



在宅対象患者

## 年齢

- ・医療保険の種類、負担割合は？
- ・介護保険対象者か？

## 日常生活動作

- ・身体障害者手帳をもっているか？
- ・在宅医療の対象者か？

## 居住環境

- ・集合住宅等か？
- ・エレベーターはあるか？
- ・何世帯が住んでいる集合住宅か？

## 症状

- ・厚生労働大臣が定める疾病等に該当するか？
- ・介護保険の第2号被保険者対象疾患か？

## 医療処置

- ・医療処置の面から「厚生労働大臣が定める状態等」に該当するか？

## 家族構成

- ・一人世帯か？
- ・家族で介護を担う方がいるか？

場所	往診	訪問診療	管理料	在宅がん医療 総合診療料	備考
自宅	○	○(1)※	在医総管	○	※ 2人目以降は在宅患者訪問診療料の代わりに初・再診料を算定
小規模多機能型居宅介護、 看護小規模多機能型居宅介護	○	○※ (1 or 2)	在医総管	○	宿泊日のみ算定可。※サービス利用前30日以内に訪問診療等を算定した患者に限る
サ高住・有料老人ホーム (特定施設以外)	○	○ (1 or 2)	施医総管	○	
グループホーム	○	○ (1 or 2)	施医総管	○	
サ高住・有料老人ホーム (特定施設)	○	○ (1 or 2)	施医総管	×	
特別養護老人ホーム	○	○※ (1 or 2)	施医総管	×	※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
ショートステイ (短期入所生活介護)	○	○※ (1 or 2)	施医総管	×	※サービス利用前30日以内に訪問診療等を算定した患者に限る
ショートステイ (老健施設における短期入所療養介護)	○※	×	×	×	※併設医療機関は算定不可
デイサービス	×	×	×	×	生活の場ではないため算定不可

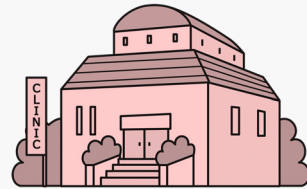
「訪問診療」の欄の(1) は在宅患者訪問診療料 1.イ 同一建物居住者以外の888点、  
 (2) は在宅患者訪問診療料 1.ロ 同一建物居住者の213点  
 有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が訪問する場合：(II) 150点  
 サ高住 = サービス付き高齢者向け住宅



特に何も届出を  
していない診療所

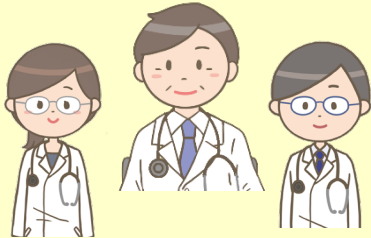
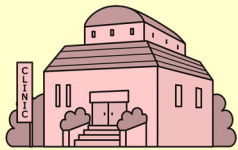


在支診

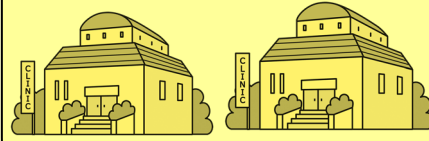


機能強化型在支診

単独型



連携型



在宅専門診療所

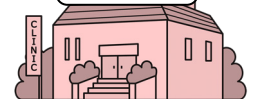


有床診療所  
病院

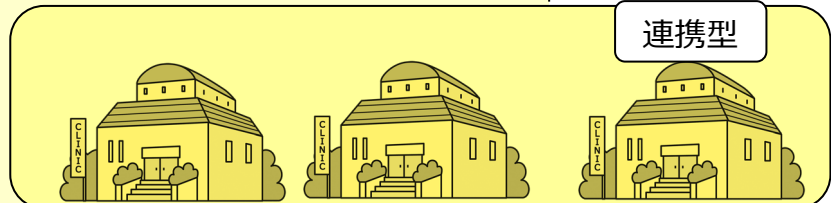


病床を  
有する場合

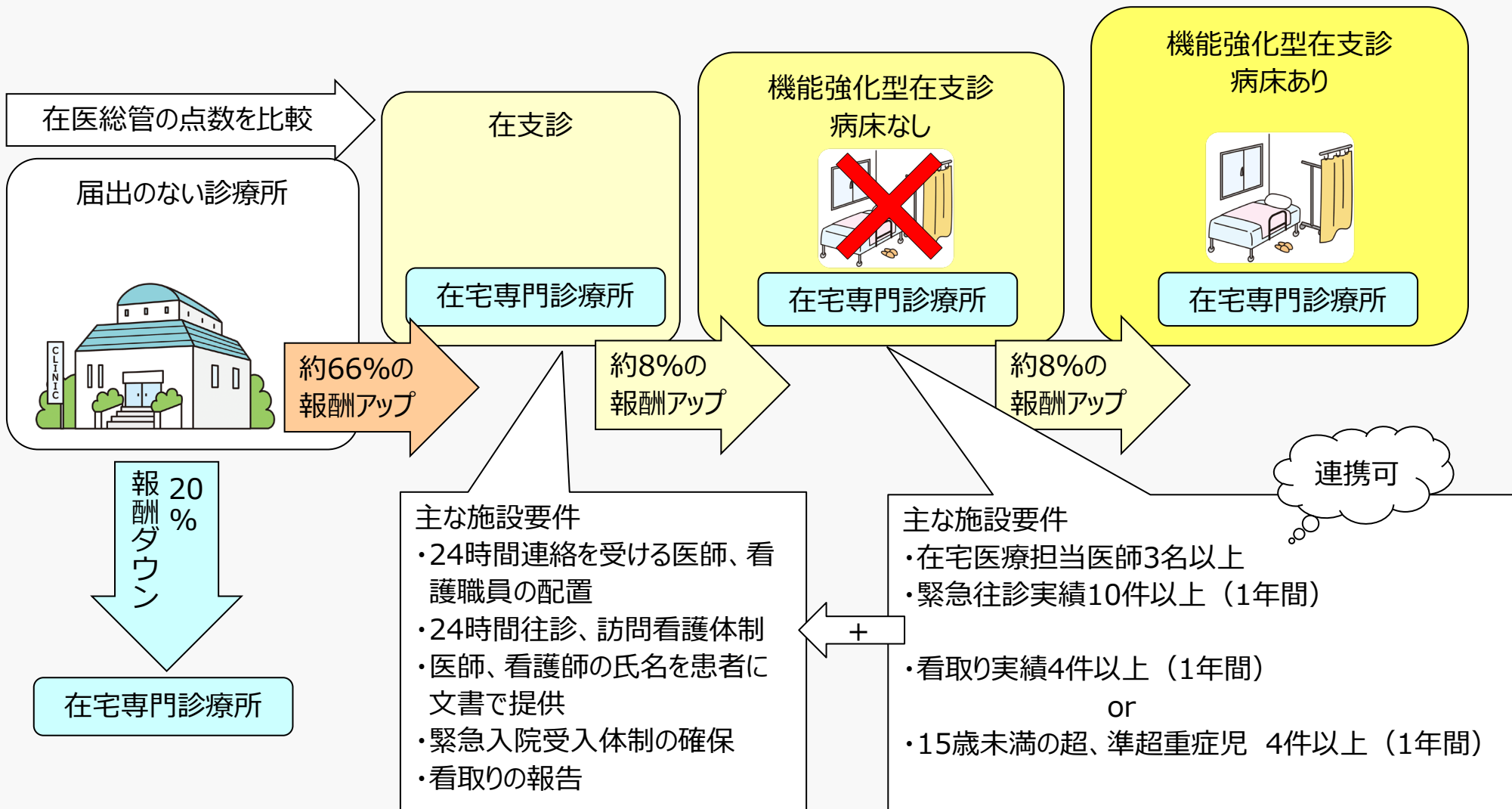
単独型



連携型



- 基準を満たして届出を行うと高い診療報酬点数を算定することができます



1. 在宅医療に関する大枠
2. 在宅療養支援診療所（在支診）、在宅療養支援病院（在支病）、在宅専門診療所の施設基準
3. 在宅医療に対する基本的な診療報酬
  - (1)往診料、在宅患者訪問診療料
  - (2)在宅患者医学総合管理料（在医総管）、施設入居時等医学総合管理料（施医総管）
  - (3)その他
  - (4)シミュレーション

## <参考資料>

- 医療材料等の供給について
- 特定保険医療材料
- 介護保険について

# 在支診・在支病の施設基準 (概要)

	機能強化型在支診・在支病				在支診 在支病
	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	① 24時間連絡を受ける体制の確保 ③ 24時間の訪問看護体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑦ 診療記録管理体制の整備 ⑨ <b>適切な意思決定支援に係る指針の作成</b>		② 24時間の往診体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告 ⑧ 他の保健医療サービス、福祉サービスの連携調整担当者との連携		
全ての 在支病	(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	⑩ 在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上		⑩ 在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上		
	⑪ 過去1年間の緊急往診の実績 10件以上	⑪ 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  ・ <b>在支診等からの要請による患者受入病床を常に確保及び在支診等からの要請による患者の緊急受入実績 過去1年間で31件以上</b>  ・ <b>地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3の届出</b>	⑪ 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	⑪ 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  ・ <b>在支診等からの要請による患者受入病床を常に確保及び在支診等からの要請による患者の緊急受入実績 過去1年間で31件以上</b>  ・ <b>地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3の届出</b>	
	⑫ 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		⑫ 過去1年間の看取りの実績 連携内で4件以上 かつ、各医療機関で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		
	⑬ <b>市町村の実施事業等において在支診以外の診療所等との連携や、地域での24時間在宅提供の積極的役割を担うことが望ましい</b> ⑭ <b>在宅療養移行加算を算定する診療所の体制構築に協力していることが望ましい</b>				

(参考) 令和4年3月4日「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて(通知)」等を基に日医工(株)が作成

本資料は、2022年3月4日迄の情報に基づき、日医工(株)が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます

## ①～③ 24時間連絡応需、往診、訪問看護体制



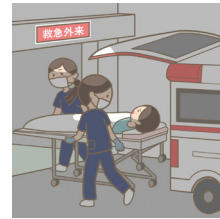
- 担当者名、担当日（時間）、連絡先
- 緊急時の注意事項等



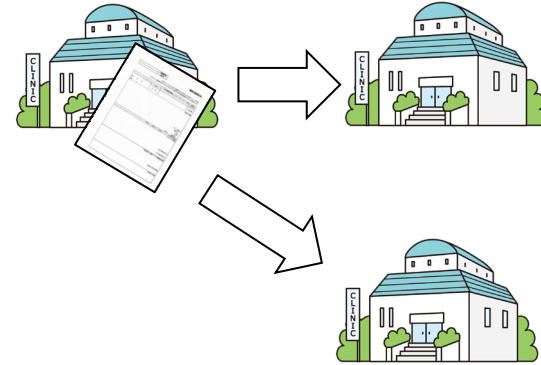
文書で提供



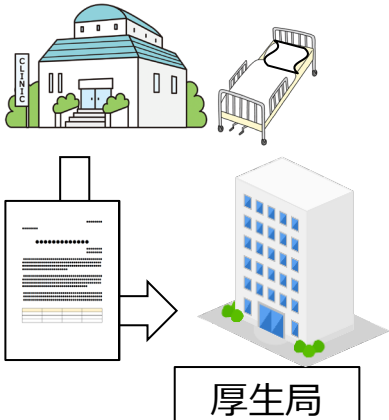
## ④ 緊急時の入院体制



## ⑤ 連携医療機関への情報提供



## ⑥ 年1回看取り数等報告



## ⑦ 診療記録管理体制



## ⑧ サービス連携調整 担当者との連携



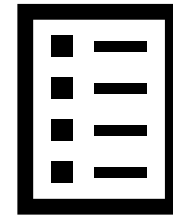
社会福祉士



ケアマネージャー

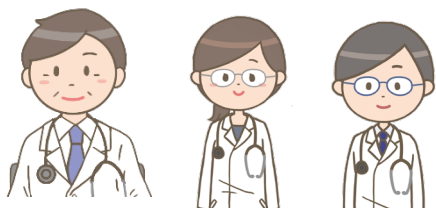
など

## ⑨ 適切な意思決定支援に 係る指針



「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」の  
内容を踏まえて作成

所属する常勤医師 3 名以上



在支病

- 200床未満 又は 半径4km以内に診療所がない
- 往診担当医と当直担当医は別とする

緊急往診等の実績

診療所



過去1年間の緊急往診：  
10件以上

病院



次のうちいずれか 1 つ

- 過去1年間の緊急往診：10件以上
- 在支診等からの要請による患者受入病床を常に確保  
かつ 過去1年間の緊急受入実績：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 の届出

看取り等の実績（過去1年間）

次のうちいずれか

- 看取り：4件以上
- 超・準超重症児(15歳未満)への総合的な医学管理：4件以上



望ましい役割等

- 在支診以外の診療所との連携
- 地域における24時間在宅提供の積極的な役割
- 在宅療養移行加算算定診療所の体制構築への協力  
(往診体制及び連絡体制)

連携医療機関数10未満  
在宅担当常勤医師数計3名以上



緊急連絡先の一元化

緊急時連絡先番号  
XXX-XXXX-XXXX



在支病

- 200床未満 又は 半径4km以内に診療所がない
- 往診担当医と当直担当医は別とする

## 緊急往診等の実績

診療所



過去1年間の緊急往診：  
計10件以上 かつ  
各医療機関4件以上

病院



次のうちいずれか1つ

- 過去1年間の緊急往診：計10件以上 かつ 各医療機関4件以上
- 在支診等からの要請による患者受入病床を常に確保 かつ 過去1年間の緊急受入実績：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 の届出

看取りの実績  
(合算・過去1年間)

計4件以上



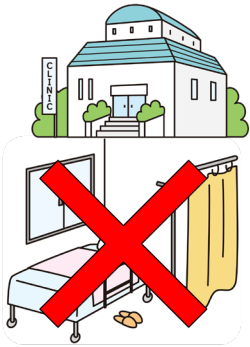
看取り等の実績  
(自院・過去1年間)

- 次のうちいずれか
- 看取り：2件以上
  - 超・準超重症児(15歳未満)への総合的な医学管理：4件以上

望ましい役割等

- 在支診以外の診療所との連携
- 地域における24時間在宅提供の積極的な役割
- 在宅療養移行加算算定診療所の体制構築への協力（往診体制及び連絡体制）

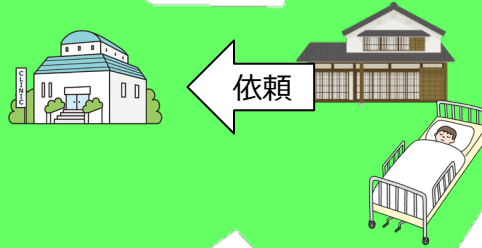
## 無床診療所



- ・診療所の名称
  - ・診療科目
- が公道から容易に確認できるように



在宅提供エリアかからの要望には医学的  
的な正当な理由なく断ってならない

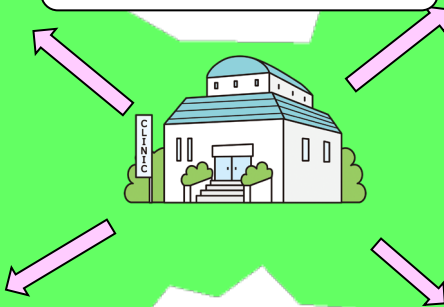


- ・在宅医療の導入にかかる相談に随時応じる
- ・連絡先を広く周知

**指示板**  
在宅医療相談応じます  
連絡はこちらへ  
電話〇〇-〇〇〇〇



在宅提供エリアをあらかじめ  
規定し周知する



協力医療機関の2か所以上の確保  
or  
地域医師会からの協力同意

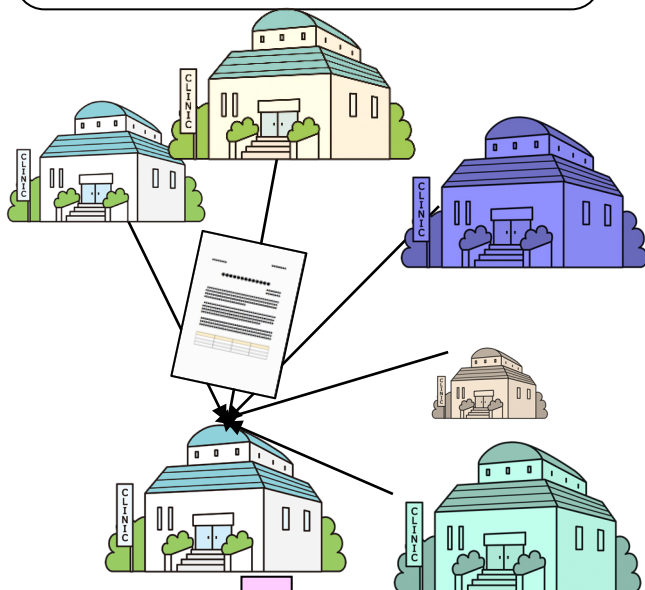
容態が急変  
されましたか、薬  
はありますか？



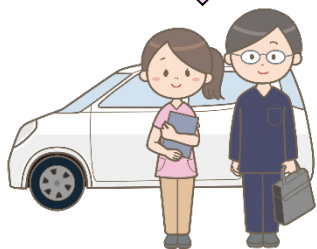
- ・緊急時を含め、随時連絡に  
応じる体制整備



直近1年間  
5か所以上の医療機関から文書による紹介による訪問診療開始実績



訪問診療の開始



過去1年間  
看取り：  
20件以上

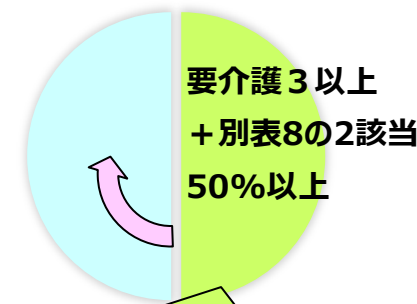
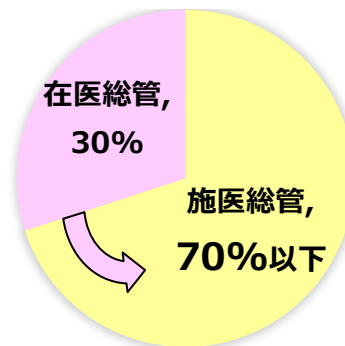


or

過去1年間  
15歳未満の超・準超重症児へ3回以上の定期的な訪問診療を実施し、在医総管・施医総管を算定した実績：10件以上

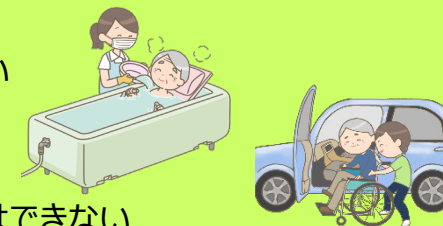


直近1か月の在医総管、施医総管を算定した患者割合に関する基準



介護度3とは…

- ・入浴や排泄などの行動が自分一人の力ではできない
- ・立ち上がりや歩行などが自力ではできない
- ・痴呆に関連する問題行動もあらわれる
- ・身だしなみや居室の掃除などの動作が自分一人ではできない



## 特掲診療料の施設基準等別表第8の2に該当する患者

### 疾病等に罹患

- ・末期の悪性腫瘍
- ・スモン
- ・難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項に規定する指定難病
- ・後天性免疫不全症候群
- ・脊髄損傷
- ・真皮を越える褥瘡

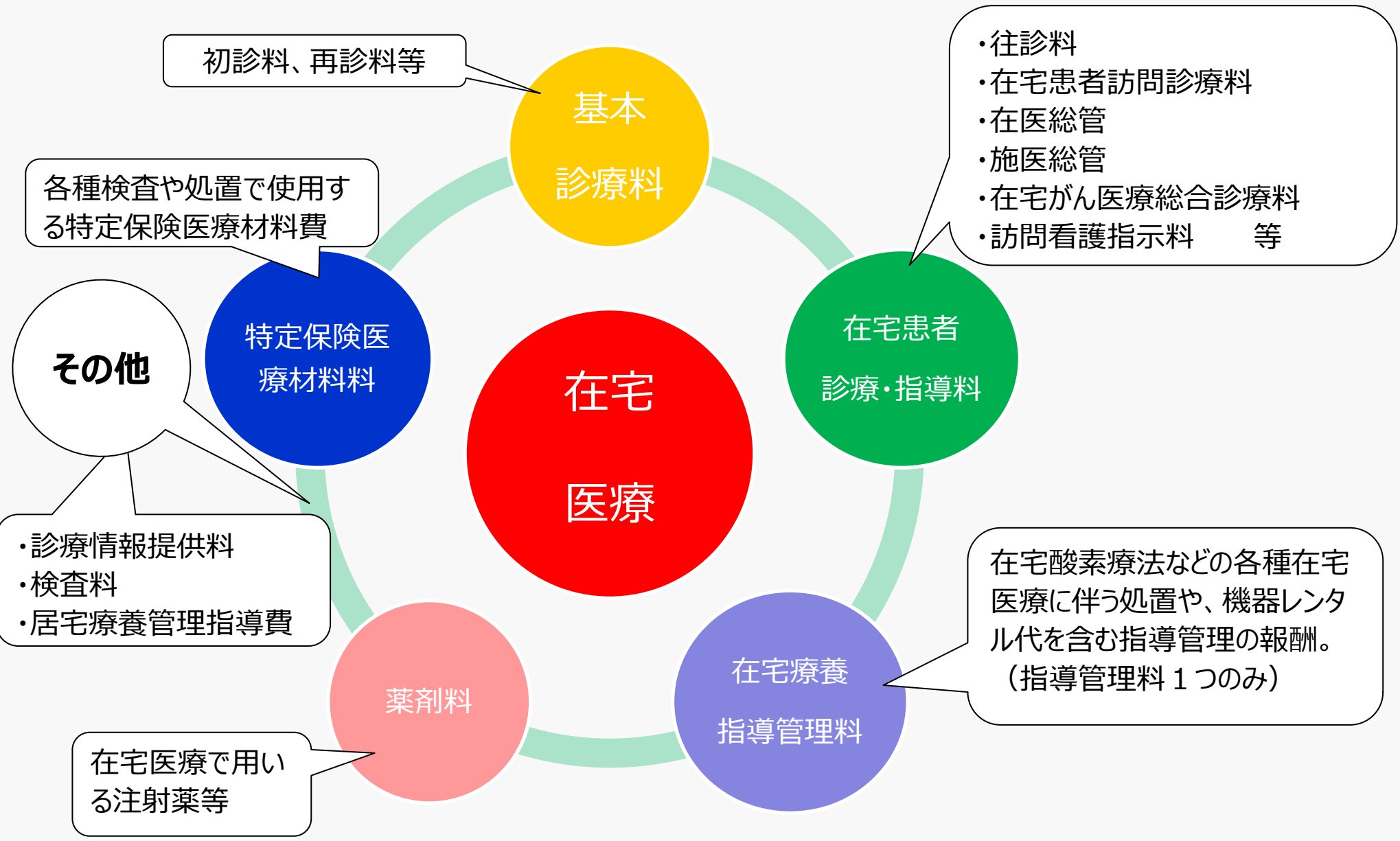
### 下記にあげる状態

- ・在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている
- ・在宅血液透析を行っている
- ・在宅酸素療法を行っている
- ・在宅中心静脈栄養法を行っている
- ・在宅成分栄養経管栄養法を行っている
- ・在宅自己導尿を行っている
- ・在宅人工呼吸を行っている
- ・植込型脳・脊髄刺激装置による疼痛管理を行っている
- ・肺高血圧症であって、  
プロスタグランジンI<sup>2</sup>製剤を投薬されている
- ・気管切開を行っている
- ・気管カニューレを使用している
- ・ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している
- ・人工肛門又は人工膀胱を設置している

1. 在宅医療に関する大枠
2. 在宅療養支援診療所（在支診）、在宅療養支援病院（在支病）、在宅専門診療所の施設基準
3. 在宅医療に対する基本的な診療報酬
  - (1) 往診料、在宅患者訪問診療料
  - (2) 在宅患者医学総合管理料（在医総管）、施設入居時等医学総合管理料（施医総管）
  - (3) その他
  - (4) シミュレーション

## <参考資料>

- 医療材料等の供給について
- 特定保険医療材料
- 介護保険について



	往診	訪問診療
対象患者	往診を希望した患者 患者の身体的な条件は無い	自力での通院の出来ない方 医学管理が必要な患者
対応	患者の求めにより	計画的な訪問
回数の制限	特になし	原則週3回まで 患者の病態により14日間の頻回訪問が可能（病状急変時）
診療報酬の算定方法	訪問の都度 1日に2回以上算定も可	1日につき1回算定
初再診料	初診料、再診料と同時算定可 外来管理加算も算定可	包括されるため算定不可
緊急加算	緊急、夜間、深夜は加算あり	なし
患家診療時間加算（1時間超）	加算あり	加算あり
離島僻地加算（16km超等）	加算あり	加算あり
死亡診断加算	加算あり	加算あり
ターミナルケア加算	加算なし	加算あり
看取り加算	加算なし	加算あり

基本点数		管理料	他の職種、連携に関する事項
往診料	緊急、夜間・休日、深夜往診加算		
	患家診療時間加算		
	死亡診断加算		
	在宅緩和ケア充実診療所・病院加算		
	在宅療養実績加算 1、2		
在宅患者訪問診療料(Ⅰ)(Ⅱ)		在医総管	在宅患者訪問看護・指導料
	乳幼児加算	施医総管	同一建物居住者訪問看護・指導料
	患家診療時間加算	在宅がん医療総合診療料	在宅患者訪問点滴注射管理指導料
	在宅ターミナルケア加算	救急搬送診療料	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料
	在宅緩和ケア充実診療所・病院加算		訪問看護指示料
	在宅療養実績加算1, 2		介護職員等喀痰吸引等指導料
	酸素療法加算		在宅患者訪問薬剤管理指導料
	看取り加算		在宅患者訪問栄養食事指導料1, 2
	死亡診断加算		在宅患者連携指導料
			在宅患者緊急時等カンファレンス料
			在宅患者共同診療料
	在宅患者訪問褥瘡管理指導料		
	外来在宅共同指導料		

在宅患者訪問診療料には設定されていない

項目	算定要件	機能強化型	在支診・病		それ以外
		病床あり	病床なし	在支診・病	
往診料	医師が患者の求めに応じて、非定期的、非計画的に患家に赴いた場合	720点			
加算点数	緊急往診加算	850点	750点	650点	325点
	夜間・休日往診加算	1,700点	1,500点	1,300点	650点
	深夜往診加算	2,700点	2,500点	2,300点	1,300点
	患家診療時間加算	1時間以上30分毎 100点			
	死亡診断加算	死亡日に往診し死亡診断を行った場合 200点			
	在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	100点	100点	—	—
	在宅療養実績加算1	—	—	75点	—
	在宅療養実績加算2	—	—	50点	—

往診に要した交通費は患家の負担とする

項目		算定要件	機能強化型 在宅診・病		在宅診・病	それ以外
			病床あり	病床なし		
在宅患者訪問診療料 (I)	在宅患者訪問診療料 1	イ. 同一建物居住者以外の場合			888点	
		ロ. 同一建物居住者の場合			213点	
	在宅患者訪問診療料 2 (別表第7を除いて6月限度)	イ. 同一建物居住者以外の場合			884点	他の医療機関の依頼により行った場合
		ロ. 同一建物居住者の場合			187点	
在宅患者訪問診療料 (II)		イ. 有料老人ホーム等に併設される医療機関の場合			150点	
		ロ. 他の医療機関の依頼により訪問診療を行った場合			150点	
加算	看取り加算 I	往診又は訪問診療により在宅で患者を看取った場合 (1を算定する場合に限る)			3,000点	
	患家診療時間加算 I	1時間以上30分毎			100点	往診料には設定されていない
	乳幼児加算 I	6歳未満の乳幼児			400点	
	死亡診断加算 I	死亡日に往診または訪問診療を行い死亡診断を行った場合 (1を算定する場合に限る)			200点	
	在宅ターミナルケア加算 ☆	死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に、往診又は訪問診療を2回以上実施した場合	(I)6,500点 (II)6,200点	(I)5,500点 (II)5,200点	(I)4,500点 (II)4,200点	(I)3,500点 (II)3,200点
	在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 ☆	緊急往診15件/年以上かつ看取り20件/年以上等の実績	1,000点	1,000点	—	—
	在宅療養実績加算1 ☆	緊急往診10件/年以上かつ看取り4件/以上の実績	—	—	750点	—
	在宅療養実績加算2 ☆	緊急往診4件/年以上かつ看取りが2件以上の実績 研修を修了した常勤医師	—	—	500点	—
酸素療法加算 ☆	がん患者に対して酸素療法を行っていた場合			2,000点		

I 在宅患者訪問診療料1のみで算定できる加算 ☆在宅患者訪問診療料1, 2共通で算定できる加算

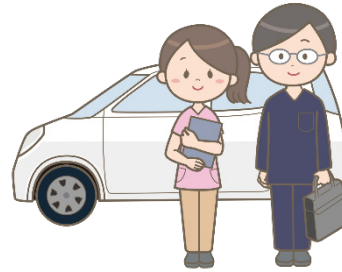
本資料は、2022年3月4日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます



往診した患者



末期がんと診断後に訪問診療の開始日から60日以内の患者



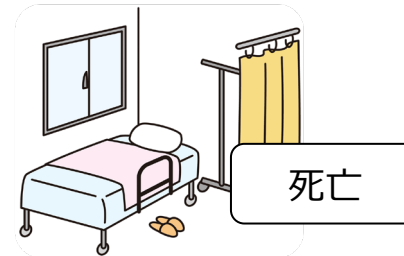
訪問診療開始日

60日以内

死亡日から遡って30日以内の患者



遡って  
30日以内



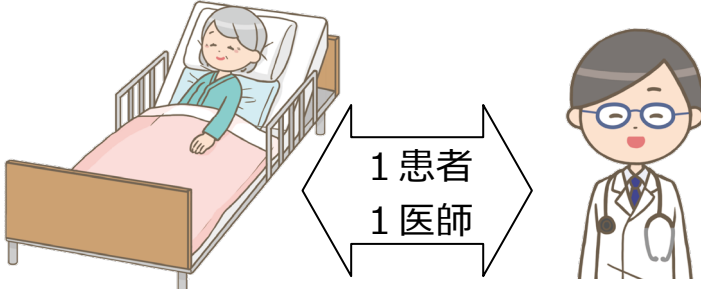
死亡



疾病や傷病のために通院が困難な方



定期的に訪問  
継続的な診療の必要が無い患者は×



1患者  
1医師

算定は週3回が限度

日	月	火	水	木	金	土
		2		4		6
6	7	9		11		13

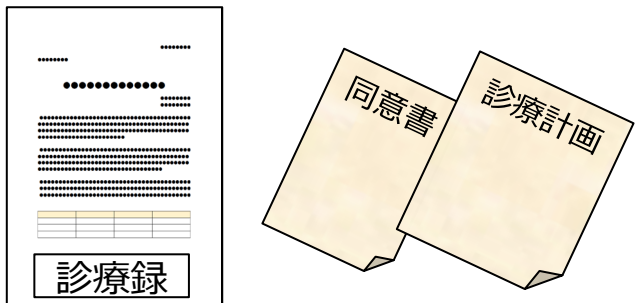
週4日以上算定可能な場合

- ・厚労大臣の定める疾患
- ・急性増悪、終末期→月14日間限度

診療録

当該訪問診療が

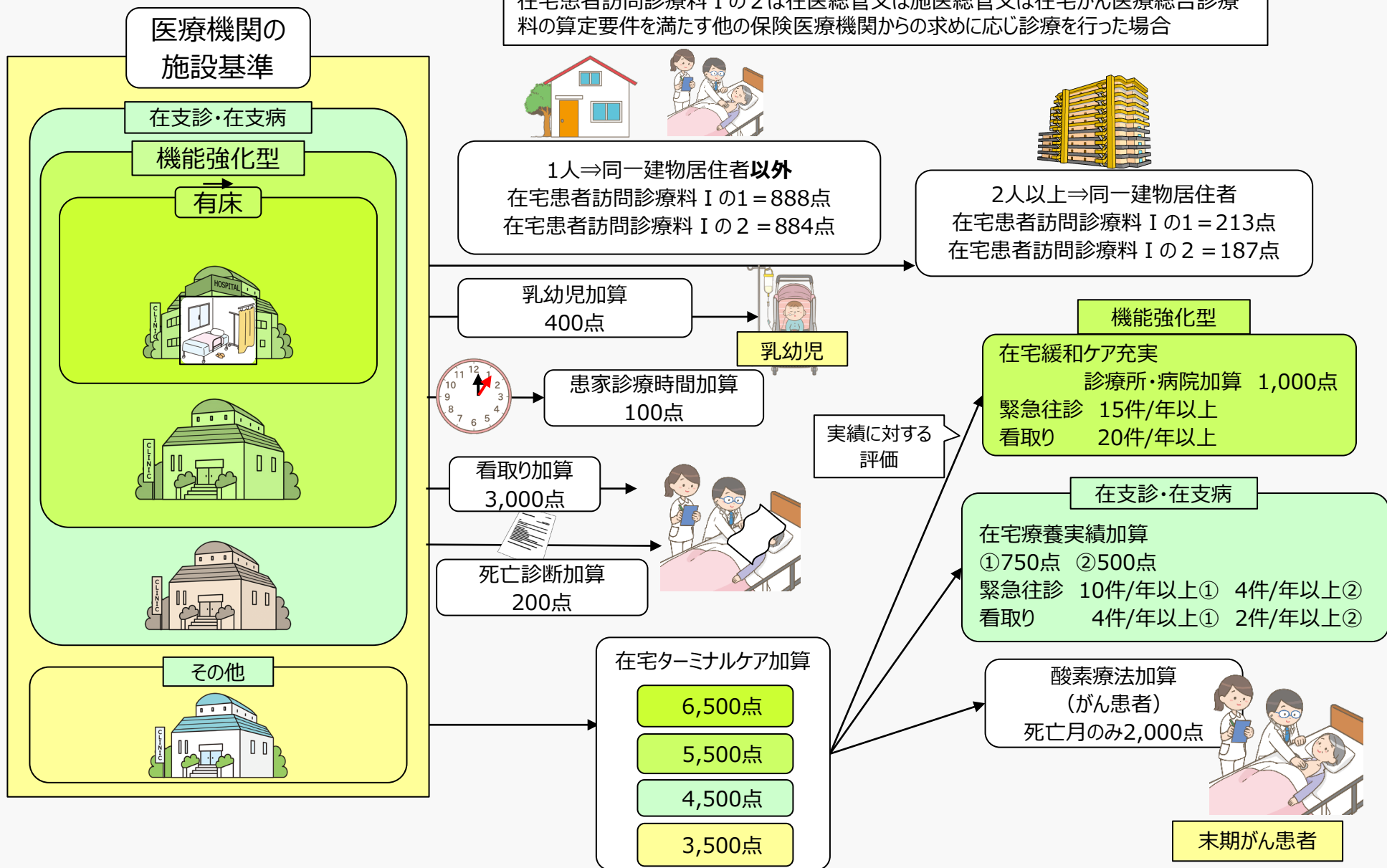
- ・必要な理由
- ・必要と認めた日
- ・行った日



診療録

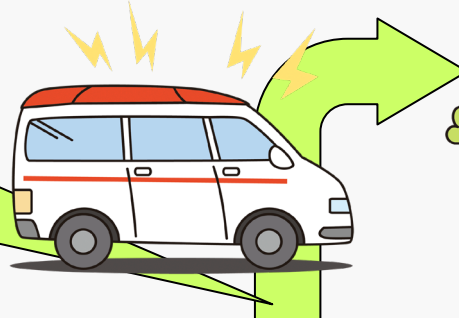
- ・患者、家族の訪問診療に係る同意書
- ・訪問診療の計画/診療内容の要点
- ・診療時間（開始時刻と終了時刻）及び診療場所

在宅患者訪問診療料 I の 2 は在医総管又は施医総管又は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からの求めに応じ診療を行った場合



# ターミナルケアに関する考え方

往診又は訪問診療後、  
緊急搬送し、病院等で死亡しても  
24時間以内であれば  
在宅ターミナルケア加算は算定可



死亡日を含め  
15日以内

死亡日と死亡日前の14日以内

死亡日

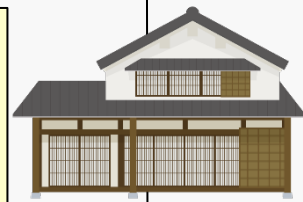
死亡日当日に往診又は訪問診療  
を行って、看取りも実施した場合  
**看取り加算**



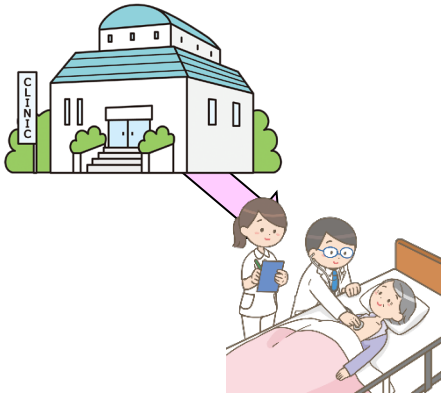
死亡日および死亡日前14日以内  
に2回以上の往診または訪問診療  
**在宅ターミナルケア加算**

死亡日を含め15日以内に2回  
以上の往診または訪問診療を  
行い、看取りも実施  
**在宅ターミナルケア加算**  
+  
**看取り加算**

死亡日および死亡日前14日以内  
に2回以上の往診または訪問診療  
**在宅ターミナルケア加算**



在宅患者訪問診療料を算定できるのは原則、1患者1施設



2018年改定で主治医が紹介した別の医療機関も算定可となった。

訪問診療を行う際に、患者又は家族より同意を得ることが必要



訪問診療同意書

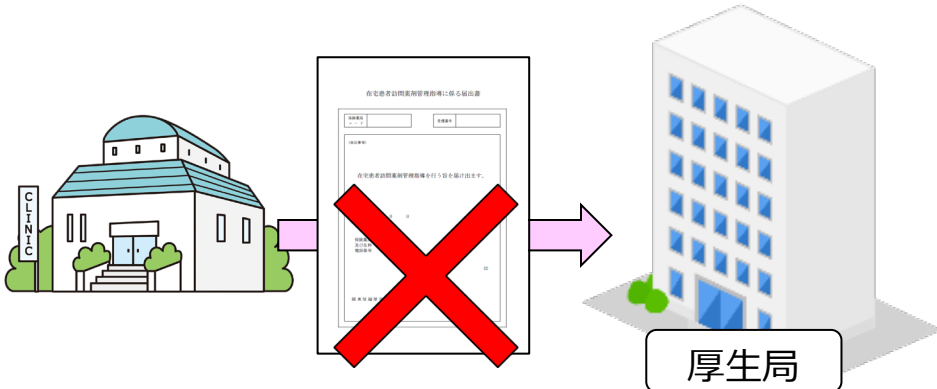
○会 ○○診療所  
院長 ○○○○  
住所  
電話番号

○会 ○○診療所にて、訪問診療を受けることに同意します。

平成 年 月 日

患者又は家族の氏名

在宅患者訪問診療料のみを算定するには、厚生局等への届出の必要はない



診療録に

- ・訪問診療計画の要点
- ・訪問診療の要点
- ・診療開始時刻・終了時刻
- ・診療場所

の記載が必要

在宅診療計画書

診療計画書

診療計画書は、以下の事項を記載し、在宅診療の計画を明確に示すこととする。

なお、診療計画は、在宅診療の計画を明確に示すこととする。

項目	内容
患者氏名	
住所	
診療開始時刻	
診療終了時刻	
診療場所	
診療内容	
その他	

※本計画書は、在宅診療の計画を明確に示すこととする。

※本計画書は、在宅診療の計画を明確に示すこととする。

※本計画書は、在宅診療の計画を明確に示すこととする。

1. 在宅医療に関する大枠
2. 在宅療養支援診療所（在支診）、在宅療養支援病院（在支病）、在宅専門診療所の施設基準
3. 在宅医療に対する基本的な診療報酬
  - (1) 往診料、在宅患者訪問診療料
  - (2) 在宅患者医学総合管理料（在医総管）、施設入居時等医学総合管理料（施医総管）
  - (3) その他
  - (4) シミュレーション

## <参考資料>

- 医療材料等の供給について
- 特定保険医療材料
- 介護保険について

在宅で療養を行っている患者（施設入居者等）であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療を行っている場合に訪問回数、及び単一建物診療患者の人数に従い、所定点数を月1回に限り算定する。

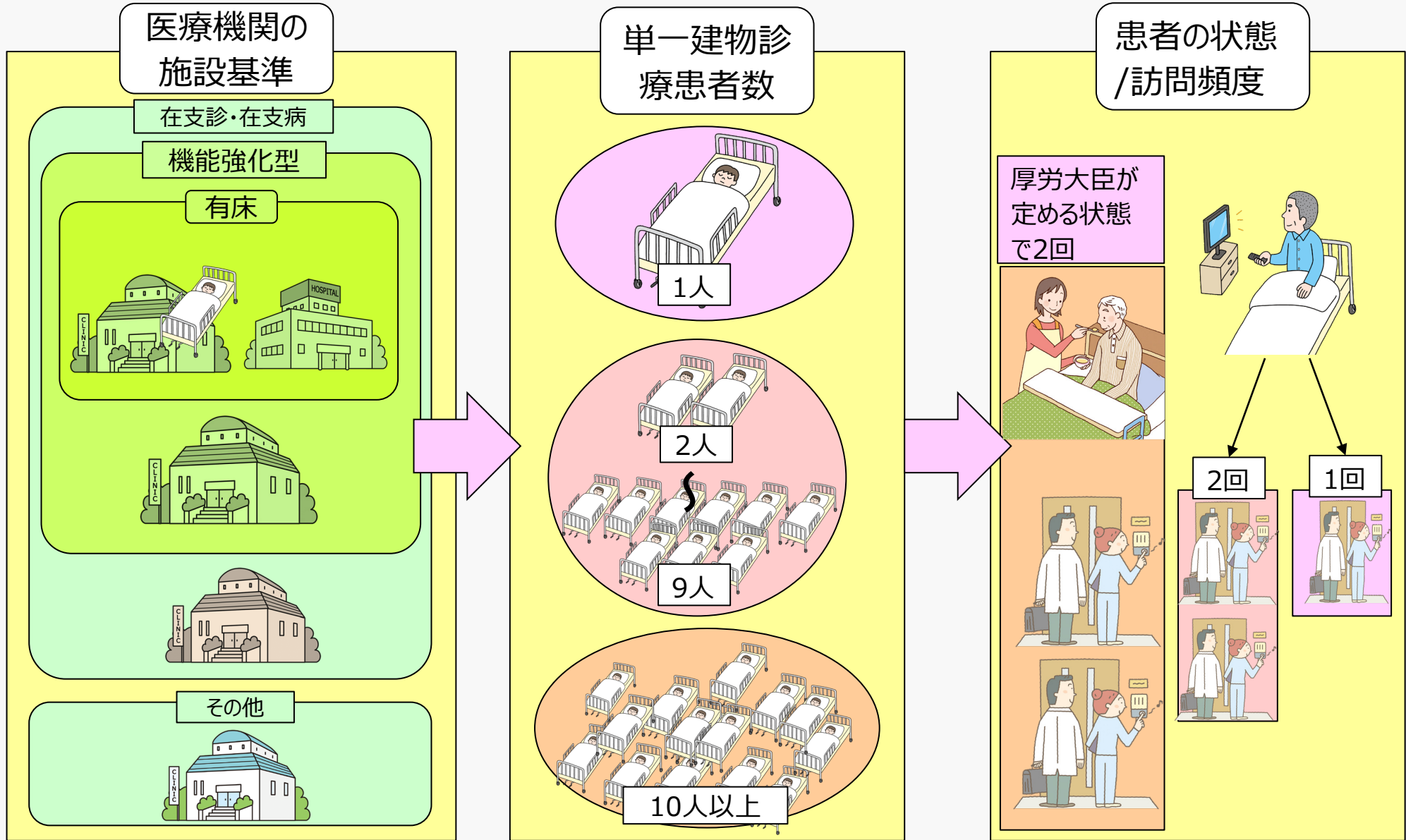
在医総管：戸数確認！

(院外処方)		機能強化型在支診・在支病						在支診・在支病			それ以外		
		有床			無床								
単一建物診療患者数（人）		1	2～9	10～	1	2～9	10～	1	2～9	10～	1	2～9	10～
在医総管	定める状態月2回	5,400	4,500	2,880	5,000	4,140	2,640	4,600	3,780	2,400	3,450	2,835	1,800
	上記以外月2回	4,500	2,400	1,200	4,100	2,200	1,100	3,700	2,000	1,000	2,750	1,475	750
	うち1回はOL診療	3,029	1,685	880	2,789	1,565	820	2,569	1,465	780	2,029	1,180	660
	上記以外月1回	2,760	1,500	780	2,520	1,380	720	2,300	1,280	680	1,760	995	560
	うち2月目はOL診療	1,515	843	440	1,395	783	410	1,285	733	390	1,015	590	330
施医総管	定める状態月2回	3,900	3,240	2,880	3,600	2,970	2,640	3,300	2,700	2,400	2,450	2,025	1,800
	上記以外月2回	3,200	1,700	1,200	2,900	1,550	1,100	2,600	1,400	1,000	1,950	1,025	750
	うち1回はOL診療	2,249	1,265	880	2,069	1,175	820	1,909	1,105	780	1,549	910	660
	上記以外月1回	1,980	1,080	780	1,800	990	720	1,640	920	680	1,280	725	560
	うち2月目はOL診療	1,125	1,080	633	440	1,035	588	955	553	390	775	455	330

注2：処方箋を交付しない場合 300点を加算

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

注射、処置、臨床検査などは包括点数から除かれ、必要な検査、治療は出来高で算定可





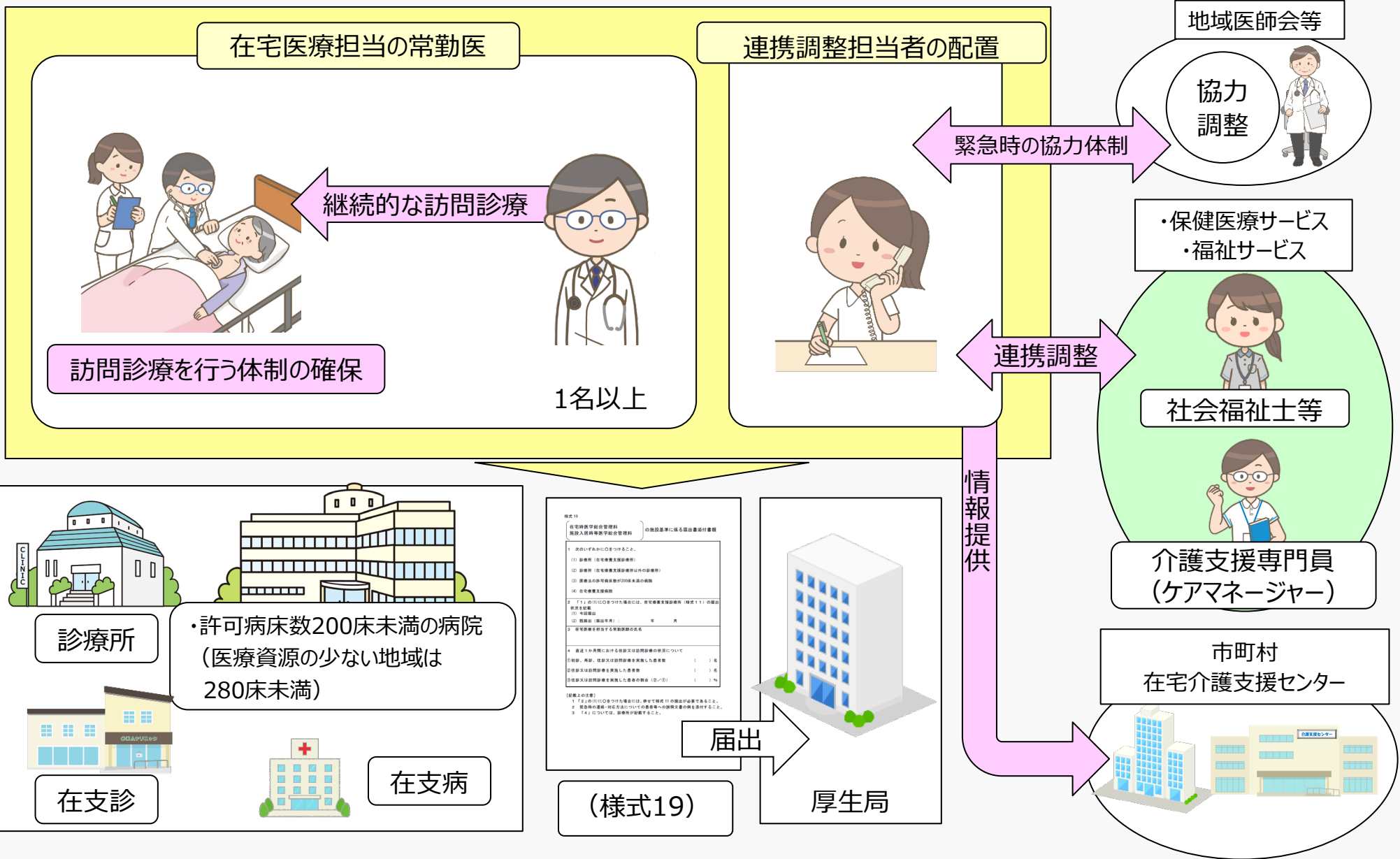
## 特掲診療料の施設基準等別表第8の2に該当する患者

### 疾病等に罹患

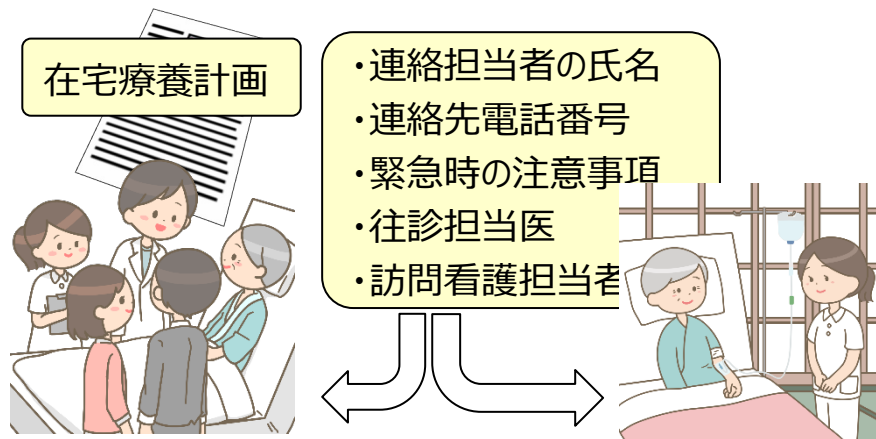
- ・末期の悪性腫瘍
- ・スモン
- ・難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項に規定する指定難病
- ・後天性免疫不全症候群
- ・脊髄損傷
- ・真皮を越える褥瘡

### 下記にあげる状態

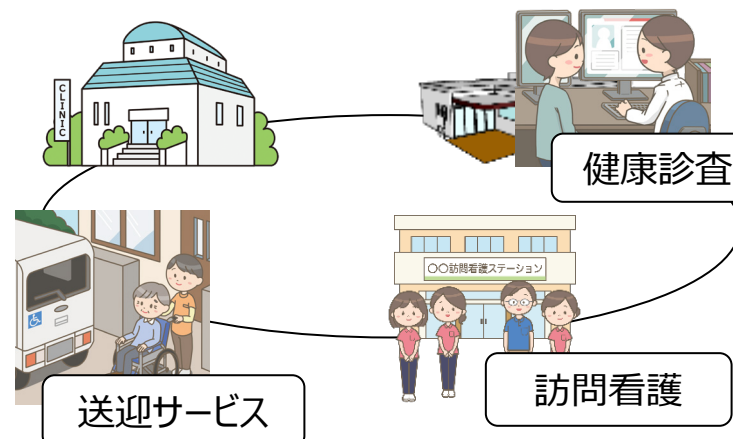
- ・在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている
- ・在宅血液透析を行っている
- ・在宅酸素療法を行っている
- ・在宅中心静脈栄養法を行っている
- ・在宅成分栄養経管栄養法を行っている
- ・在宅自己導尿を行っている
- ・在宅人工呼吸を行っている
- ・植込型脳・脊髄刺激装置による疼痛管理を行っている
- ・肺高血圧症であって、  
プロスタグランジンI<sup>2</sup>製剤を投薬されている
- ・気管切開を行っている
- ・気管カニューレを使用している
- ・ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している
- ・人工肛門又は人工膀胱を設置している



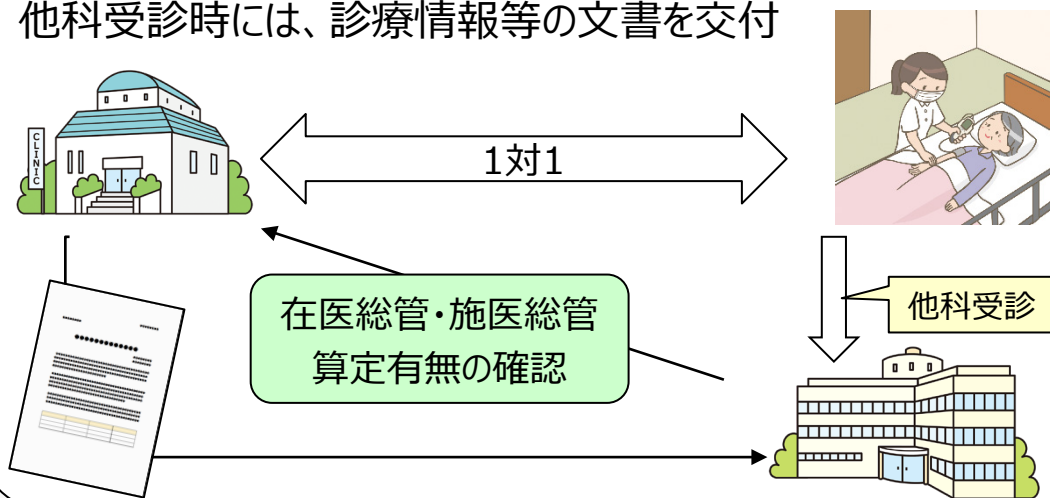
## 総合的な在宅療養計画の作成



## 他の保険医療サービスまたは福祉サービスとの連携



原則、患者1人に対して1医療機関が算定。  
他科受診時には、診療情報等の文書を交付

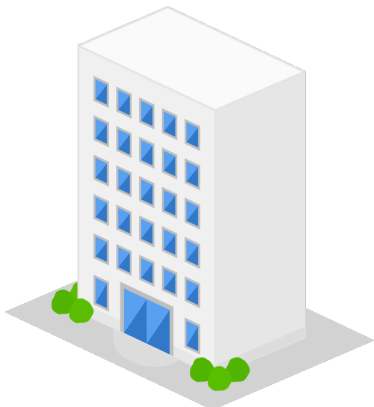


処方箋を交付しない場合の300点加算  
の注意事項

30日を超える院外処方箋の  
交付の場合、投薬期間中は  
算定不可



養護老人ホーム



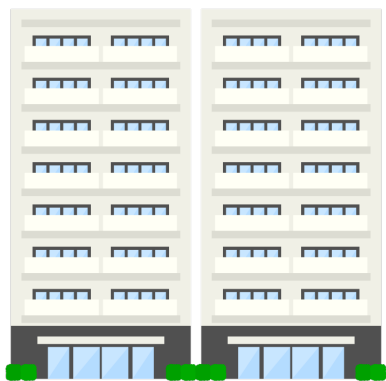
軽費老人ホーム



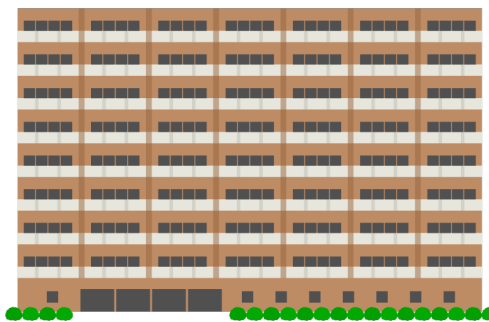
特別養護老人ホーム



有料老人ホーム



サービス付き高齢者向け住宅



認知症対応型共同生活  
介護事業所  
(グループホーム)



## 包括される点数

- ・特定疾患療養管理料
- ・小児特定疾患カウンセリング料
- ・小児科療養指導料
- ・てんかん指導料
- ・難病外来指導管理料
- ・皮膚科特定疾患指導管理料
- ・小児悪性腫瘍患者指導管理料
- ・糖尿病透析予防指導管理料
- ・生活習慣病管理料

## 包括される在宅点数・投薬

- ・衛生材料等提供加算
- ・在宅寝たきり患者処置指導管理料
- ・投薬費用（処方箋料・外来受診時の投薬費用含む）

## 包括されている処置

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

## 【単一建物診療患者の人数】

当該建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が訪問診療を実施し、医学管理を行っている者の数を「単一建物診療患者の人数」という。

1つの患家に在医総管又は施医総管の対象となる同居する同一世帯の患者が2人以上いる場合は、患者ごとに「単一建物診療患者が1人の場合」を算定する。

在医総管に限り、『在宅医学管理を行う患者数が当該建築物の戸数の**10%以下**』又は『戸数が20戸未満で在宅医学管理を行う患者が2人以下』の場合には それぞれ「単一建物診療患者が1人の場合」を算定する。

総戸数130戸

13人⇒「単一建物診療患者1人の場合」×13人

14人⇒「単一建物診療患者10人以上の場合」×14人

総戸数15戸

2人⇒「単一建物診療患者1人の場合」×2人

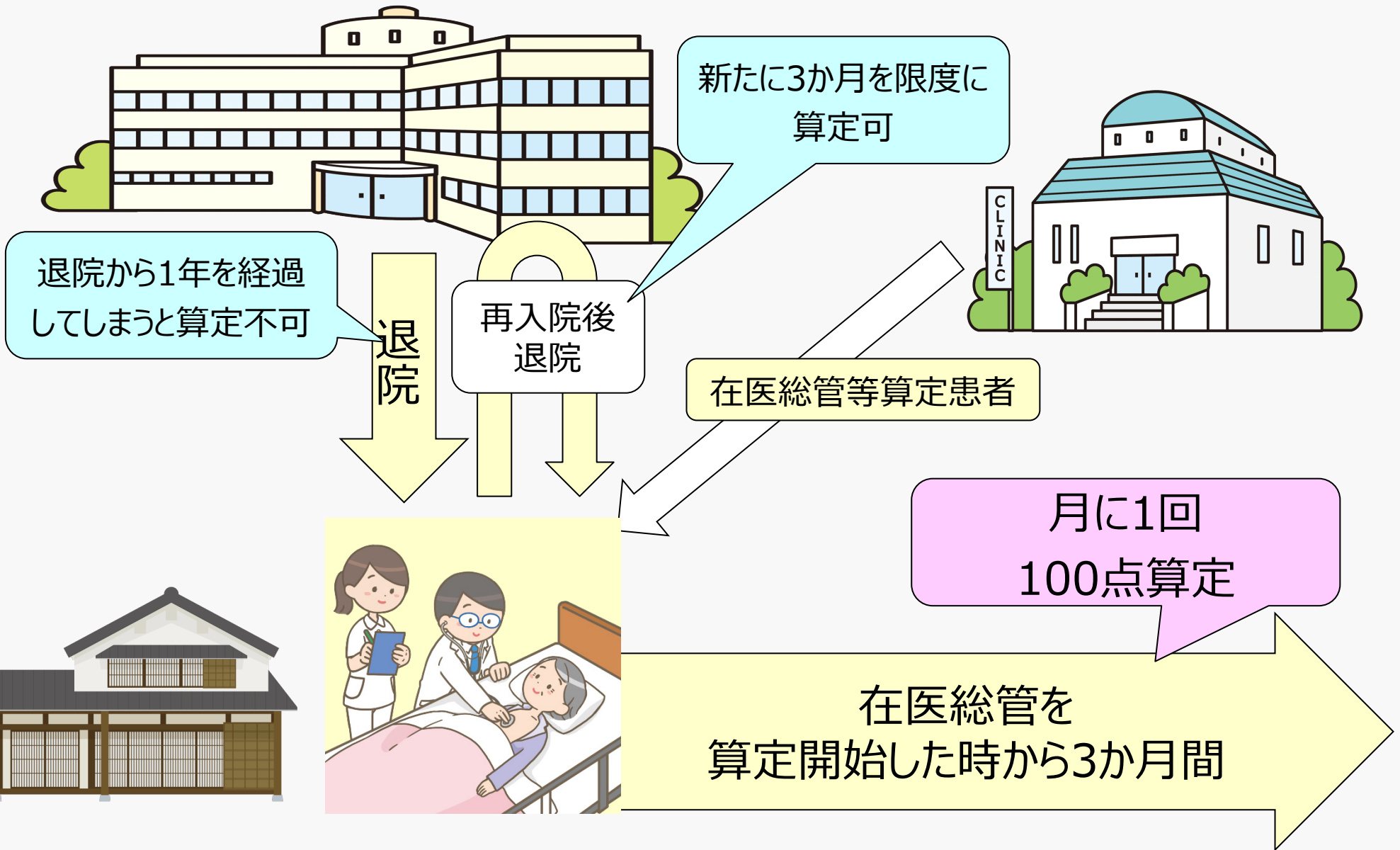
5人⇒「単一建物診療患者2人～9人の場合」×5人

12人⇒「単一建物診療患者10人以上の場合」×12人

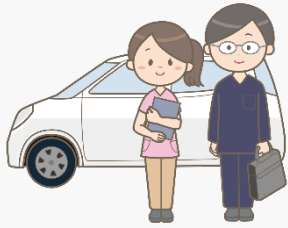
マンション等を訪問する  
場合は戸数も確認する

次スライド以降で解説

項目		算定要件		単一建物 1人	2人~9人	10人以上
加算	在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	在医総管	緊急往診が15件/年以上かつ看取りが20件/年以上の実績	400点	200点	100点
		施医総管		300点	150点	75点
	在宅療養実績加算 1	在医総管	(機能強化型以外の在支診・在支病) 緊急往診が10件/年以上かつ看取りが4件/年以上の実績	300点	150点	75点
		施医総管		225点	110点	56点
	在宅療養実績加算 2	在医総管	(機能強化型でない在支診・在支病で「緩和ケアに関する研修修了医師) 緊急往診が4件/年以上かつ看取りが2件/年以上	200点	100点	50点
		施医総管		150点	75点	40点
	在宅移行早期加算	在医総管	退院後に在宅療養を始めた患者に、3月を限度に1月1回算定(退院後1年以内)	100点		
	施医総管					
	頻回訪問加算	在医総管	末期悪性腫瘍患者等に対して、月4回以上の往診又は訪問診療を行った場合に患者1人に1回	600点		
	施医総管					
在宅療養移行加算 1	在医総管	外来4回以上受診後、訪問診療に移行 常時往診を行う体制等を確保(診療所に限る)	216点			
施医総管						
在宅療養移行加算 2	在医総管	外来4回以上受診後、訪問診療に移行 常時往診を行う体制等を確保(診療所に限る、往診・24時間 連絡体制は市町村・医師会等との協力による体制も可)	116点			
施医総管						
包括的支援加算	在医総管	厚生労働大臣が別に定める状態の患者(別表第8の3)	150点			
施医総管						
在宅データ提出加算	在医総管	データ提出の実績が認められ、継続的にデータを提出	50点			
施医総管						







在医総管の算定患者のうち、**特別な管理を必要とする者**に月4回以上の往診または訪問診療を行った場合には、患者1人につき月1回限り頻回訪問加算として**600点**を算定できる。



## 特別な管理を必要とする者 別表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)

### 2. 右記リストの指導管理を受ける状態で、下記のいずれかの状態である患者

- ・ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態
- ・人工肛門又は人工膀胱を設置している状態

### 3. 在宅での療養を行っている患者であって、高度な指導管理を必要とするもの

- ・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
- ・在宅自己疼痛管理指導管理
- ・在宅肺高血圧症患者指導管理
- ・在宅自己腹膜灌流指導管理
- ・在宅血液透析指導管理
- ・在宅人工呼吸指導管理
- ・在宅悪性腫瘍等患者指導管理
- ・在宅気管切開患者指導管理

上記の指導管理を二つ以上行っている者

包括的支援加算は、厚生労働大臣が別に定める状態（別表 8 の 3）の患者に「在医総管」「施医総管」を算定する場合、月1回**150点**を算定できる

- 要介護 2 以上の状態または障害者総合支援法における障害支援区分 2 以上
- 認知症高齢者の日常生活自立度でランク II b 以上
- 週 1 回以上の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（胃婁・腸瘻も）鼻腔栄養等の処置を受けている
- 特定施設入居者等の場合、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（胃婁・腸瘻も）鼻腔栄養を受けている

●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  
(以下のいずれかに該当)

- ・15歳未満で、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
- ・出生時の体重が1,500g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による判定スコアが10以上である
- ・医師または医師の指示を受けた看護職員の指導管理に基づき、家族等が注射、喀痰吸引、経管栄養（胃婁・腸瘻も）等の処置（※）を行っている患者

## ※以下の処置が該当する

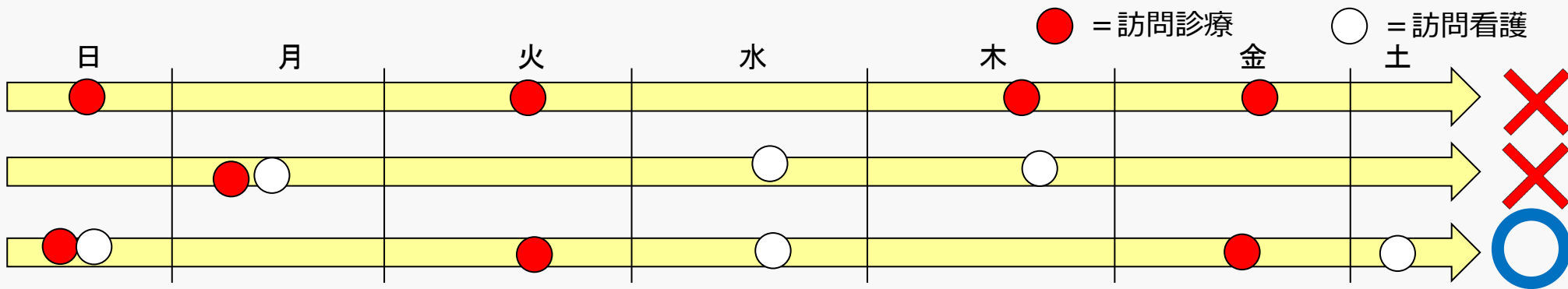
創傷処置、爪甲除去、穿刺排膿後薬液注入、喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出、ストーマ処置、皮膚科軟膏処置、膀胱洗浄、後部尿道洗浄、留置カテーテル設置、導尿拡張を要する導尿、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置、腰部・胸部固定帯固定、低出力レーザー照射、肛門処置、鼻腔栄養

1. 在宅医療に関する大枠
2. 在宅療養支援診療所（在支診）、在宅療養支援病院（在支病）、在宅専門診療所の施設基準
3. 在宅医療に対する基本的な診療報酬
  - (1)往診料、在宅患者訪問診療料
  - (2)在宅患者医学総合管理料（在医総管）、施設入居時等医学総合管理料（施医総管）
  - (3)その他
  - (4)シミュレーション

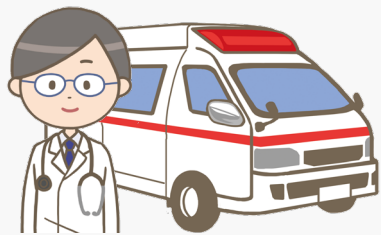
## <参考資料>

- 医療材料等の供給について
- 特定保険医療材料
- 介護保険について

項目	算定要件	機能強化型 在支診・在支病		在支診 在支病	
		病床あり	病床なし		
在宅がん医療総合診療料 (1日につき)	1週間（日曜日から土曜日）を単位として ・訪問診療又は訪問看護を行う日を合わせて週4日以上 ・訪問診療の回数が週1回以上 ・訪問看護の回数が週1回以上	院外処方箋交付	1,800点	1,650点	1,495点
		処方箋交付なし	2,000点	1,850点	1,685点
加算	患者死亡診断加算	死亡日に往診し死亡診断を行った場合		200点	
	在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	緊急往診15件/年以上かつ看取り20件/年以上の実績		150点	—
	在宅療養実績加算1	緊急往診10件/年以上かつ看取り4件/年以上の実績		—	110点
	在宅療養実績加算2	緊急往診4件/年以上かつ 看取りが2件/年以上の実績		—	75点
	小児加算	15歳未満（小児慢性特定疾病医療支援の対象であれば20歳未満）		1,000点（週1回）	
	在宅データ提出加算	データ提出の実績が認められ、継続的にデータを提出		50点（月1回）	



点数名		算定要件	点数
救急搬送診療料		患者を救急自動車等で搬送する際、医師が同乗して診療を行った場合 ※以下のいずれかであれば入院患者についても算定可 ・搬送元医療機関以外の医療機関の医師が同乗して診療を行った場合 ・救急搬送中に人工心肺補助装置などを装着し医師による集中治療を要する状態の患者について、関係学会の指針等に基づき搬送を行う場合	1,300点
加算	新生児加算	生後28日未満の新生児の場合	1,500点
	乳幼児加算	6歳未満の乳幼児の場合	700点
	長時間加算	診療時間が30分を超えた場合	700点
	重症患者搬送加算	救急搬送中に医師による集中治療を要する状態の患者に重症患者搬送チームが搬送を行った場合（要届出）	1,800点



同乗し診察



生後  
28日未満



6歳未満



30分を超えた場合



- ・医師（集中治療経験5年以上）
- ・看護師（集中治療経験5年以上、研修修了）
- ・臨床工学技士（救命救急入院料等の病棟で5年以上の経験が望ましい）

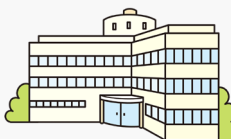
1,300点

+1,500点

+700点

+700点

+1,800点



点数名	情報提供施設	目的・内容	点数
診療情報提供料（I）	別の保健医療機関	別の保険医療機関での必要を認め、診療状況を示す文書を添えて紹介 （紹介先医療機関ごとに患者1人につき月1回限り）	250点
	市町村、保健所、精神保健福祉センター、児童相談所、指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者、地域包括支援センター、指定特定相談支援事業者、指定障害児相談支援事業者	保健福祉サービスに必要な情報を提供 ※入院患者については、退院日の前後2週間以内に情報提供（自宅に復帰する患者が対象）	
	保険薬局	在宅患者訪問薬剤管理指導のため	
	精神障害者施設、介護老人保健施設	入所している患者の医療機関での診療に基づく情報	
	介護老人保健施設、介護医療院	入所等のため	
	認知症に関する専門の保険医療機関等	認知症の鑑別診断、治療方針選定等	
	保育所・小学校・中学校・義務教育学校等	学校生活を送るにあたり必要な情報	

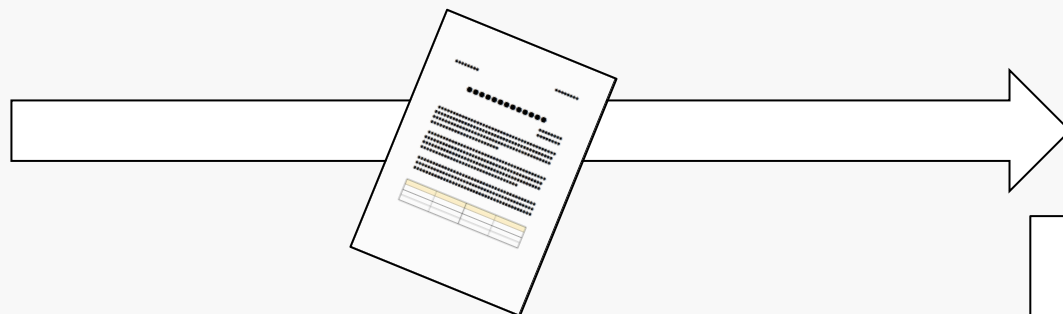
※同一月に居宅療養管理指導費が算定されている場合には、居宅介護支援事業者や保険薬局に対する（医療保険の）診療情報提供料（I）の算定はできません。

	【加算名】対象患者	提供元	提供先	点数
注8	【退院患者紹介加算】 入院していた患者	入院していた医療機関	退院後の保険医療機関 精神障害者施設 介護老人保健施設 介護医療院	200点
注9	【ハイリスク妊婦紹介加算】 ハイリスク妊産婦	共同管理料 I 算定医療機関	別の共同管理料 I 算定医療機関	200点
注10	【認知症専門医医療機関紹介加算】 認知症の疑いのある患者	医療機関	認知症専門医療機関	100点
注11	【認知症専門医医療機関連携加算】 認知症専門医療機関により認知症患者と診断された 入院中以外の患者の症状増悪時	医療機関	認知症専門医療機関	50点
注12	【精神科医連携加算】 精神障害の疑いのある入院中以外の患者	精神科以外の診療科を標榜する医療機関	精神科を標榜する別の医療機関	200点
注13	【肝炎インターフェロン治療連携加算】 長期継続的にインターフェロン治療が必要な患者で入 院中以外の患者	医療機関	肝疾患に関する専門医療機関	50点
注14 注15	【歯科医療機関連携加算1,2】 加算 1：口腔機能管理が必要な患者 加算 2：周術期の口腔機能管理が必要な患者	医療機関	歯科診療を行う他の医療機関 ※加算 2 は予約の上紹介	100点
注16	【地域連携診療計画加算】 地域連携診療計画加算を算定した退院患者	地域連携診療計画加算算定医療機関	地域医療診療計画加算 連携医療機関	50点
注17	【療養情報提供加算】 他に入院、入居する患者等	在宅診療を担う医療機関 (訪問看護STから得た情報を提供)	入院、入所する保険医療機関、介 護老人保健施設、介護医療院	50点
注18	【検査・画像情報提供加算】 検査結果、画像情報等の電 子的情報のある患者	退院患者	診療記録を電子的方法で送受信する施設基 準を満たしている医療機関	200点
	入院中以外の患者			30点



居宅療養管理指導費 イ（医師が行う場合）		
(1) 居宅療養管理指導費（Ⅰ）⇒	在医総管、施医総管 <b>算定しない</b> 患者	
(一)	単一建物居住者が1人の場合	514単位
(二)	単一建物居住者が2人以上9人以下の場合	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）⇒	在医総管、施医総管 <b>算定</b> 患者	
(一)	単一建物居住者が1人の場合	298単位
(二)	単一建物居住者が2人以上9人以下の場合	286単位
(三)	(一) 及び (二) 以外の場合	259単位

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



介護支援専門員  
(ケアマネージャー)

点数名	算定医療機関	算定要件	点数
外来在宅共同指導料 1	在宅担当医	継続して4回以上外来を受診した患者が在宅医療に移行する場合に、外来担当医と在宅担当医が共同で指導を行った場合に、患者1人につき1回に限り算定	400点
外来在宅共同指導料 2	外来担当医		600点

○外来を継続して4回以上受診した患者が対象



○原則患者で、在宅移行時に外来担当医と在宅担当医が共同指導



外来担当医は  
オンラインも可



○文書で説明し必要に応じて他職種等と共有(様式52)



治療等を担う  
他医療機関

訪問看護ステーション

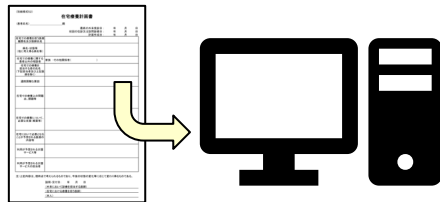
介護施設

市町村等

**【2022/3/31疑義解釈その1】**

共同指導は必ずしも在宅担当医の初回訪問時に実施する必要はない

○指導内容の記録  
(文書の写しを添付)



○外来担当医が指導料 2 を算定する場合、下記は併算定不可

初診料、再診料、外来診療料、  
往診料、在宅患者訪問診療料(I)(II)

○下記に入院・入居する患者は対象外

他医療機関、社会福祉施設、老健、  
介護医療院、特養、軽費老人ホーム、  
有料老人ホーム、サ高住

# 居宅療養管理指導費 (ケアマネージャーに対する情報提供)

## 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、歯科医師名、利用者の氏名、生年月日、性別、住所、連絡先等）
- (b) 利用者の病状、経過等
- (c) 介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等
- (d) 利用者の日常生活上の留意事項、社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等

- ・情報提供方法は基本的にはサービス担当者会議  
(必ずしも文書である必要はない)
- ・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やメール、FAX等での情報提供で可

診療録に添付する等により保存



サービス担当者会議

## ① 在支診、在支病

診療所：様式11、11の3、11の4、11の5  
 病院：様式11の2、11の3、11の4、11の5

### 機能強化型以外

- ⇒24時間連絡受付体制
- ⇒往診・訪問看護が可能な体制を確保
- ⇒4km以内に診療所が無い200床未満病院

### 機能強化型

- 左記+
- ⇒常勤医師3名
  - ⇒緊急往診10件以上、看取り4件or15歳未満在宅

## ② 在宅療養後方支援病院

様式20の4、20の5

- ⇒許可病床数200床以上の保険医療機関であること（別表第6の2の地域にある場合、160床以上）
- ⇒24時間直接連絡を受ける体制
- ⇒報告書

## ③ 在医総管、施医総管

様式19

- ⇒診療所または200床未満病院、在支病が届出可
- ⇒月1回以上の訪問診療または往診をして医学的な管理、介護、福祉サービス等の連携調整を行う体制を整える

## ④ 在宅がん医療総合診療料

様式20

- ⇒在支診、在支病の届出をしている医療機関のみが届出可能
- ⇒末期がんの患者に対し24時間管理体制を整える

## ⑤在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料 様式20の9

- ⇒植込型補助人工心臓の実施施設としての届出の有無
- ⇒認定を受けていることを確認できるウェブページ

## ⑥在宅血液透析指導管理料 様式20の2

- ⇒在宅血液透析に関する指導管理を行う体制、その他施設基準を整えた場合

## 訪問看護等

## ①在宅患者訪問看護・指導料 3 及び同一建物居住者訪問看護・指導料 3

悪性腫瘍の患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 様式20の2の2

## ②在宅患者訪問褥瘡管理指導料 届出：様式20の7 定例報告：様式20の8

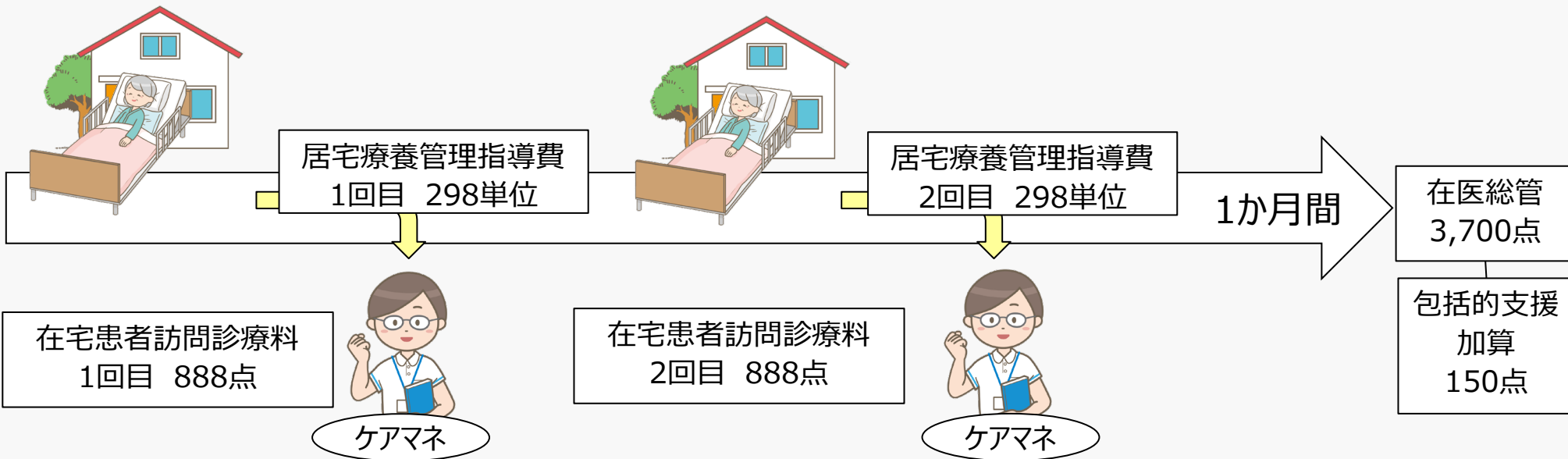
- ⇒在宅褥瘡管理者
- ⇒在宅褥瘡対策チーム構成員
- ⇒報告書

1. 在宅医療に関する大枠
2. 在宅療養支援診療所（在支診）、在宅療養支援病院（在支病）、在宅専門診療所の施設基準
3. 在宅医療に対する基本的な診療報酬
  - (1)往診料、在宅患者訪問診療料
  - (2)在宅患者医学総合管理料（在医総管）、施設入居時等医学総合管理料（施医総管）
  - (3)その他
  - (4)シミュレーション

## <参考資料>

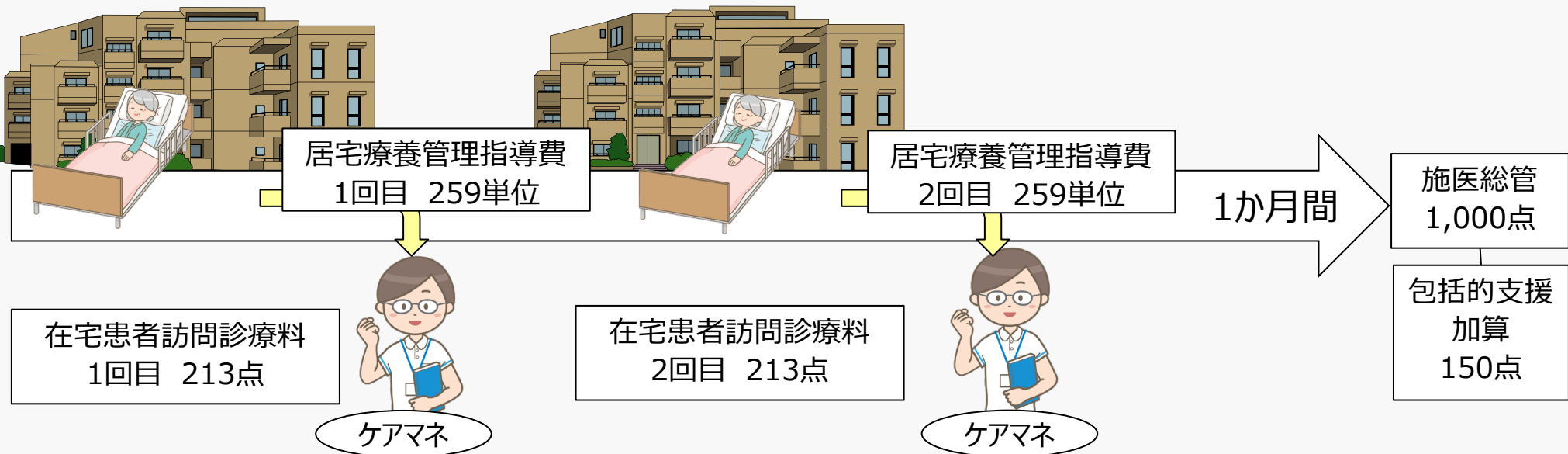
- 医療材料等の供給について
- 特定保険医療材料
- 介護保険について

一般家屋の要介護2の患者に月2回訪問診療を実施した場合（在支診）※院外処方	点数・単位数
在宅患者訪問診療料Ⅰ（同一建物以外）1回目	888点
在宅患者訪問診療料Ⅰ（同一建物以外）2回目	888点
在医総管 （月2回以上訪問：別に厚生労働大臣が定める状態の患者以外）（単一建物患者1人の場合）	3,700点
包括的支援加算	150点
居宅療養管理指導費Ⅱ（単一建物居住者1人の場合）1回目	298単位
居宅療養管理指導費Ⅱ（単一建物居住者1人の場合）2回目	298単位
合計（1単位10円で計算）	62,220円



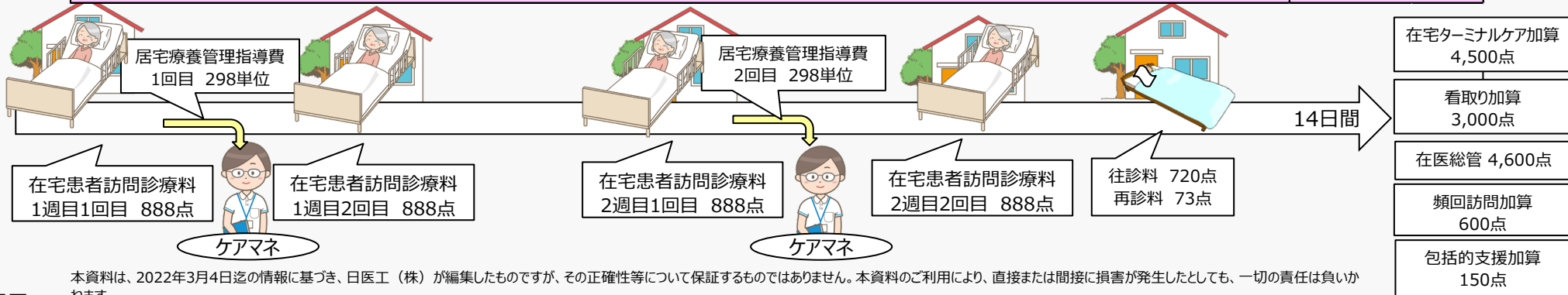
# 有料老人ホームにて10人以上に 在宅医療を提供した場合の患者1人あたりの算定例

有料老人ホームの要介護2の患者に月2回訪問診療を実施した場合（在支診）※院外処方	点数・単位数
在宅患者訪問診療料Ⅰ（同一建物）1回目	213点
在宅患者訪問診療料Ⅰ（同一建物）2回目	213点
施医総管 （月2回以上訪問：別に厚生労働大臣が定める状態の患者以外）（単一建物診療患者が10人以上の場合）	1,000点
包括的支援加算	150点
居宅療養管理指導費Ⅱ（単一建物居住者10人以上の場合）1回目	259単位
居宅療養管理指導費Ⅱ（単一建物居住者10人以上の場合）2回目	259単位
合計（1単位10円で計算）	20,940円





一般家屋の要介護2の末期がんの患者に週2回訪問+往診にてターミナルケアを行った場合	点数・単位数
在宅患者訪問診療料 I (同一建物以外) (1週目1回目)	888点
在宅患者訪問診療料 I (同一建物以外) (1週目2回目)	888点
在宅患者訪問診療料 I (同一建物以外) (2週目1回目)	888点
在宅患者訪問診療料 I (同一建物以外) (2週目2回目)	888点
在宅ターミナルケア加算	4,500点
看取り加算	3,000点
往診料 (2週目2回目の訪問診療を行った後、翌日の午後に急変し往診を実施)	720点
再診料	73点
在医総管 (月2回以上訪問：別に厚生労働大臣が定める状態) (単一建物患者1人の場合)	4,600点
頻回訪問加算	600点
包括的支援加算	150点
医療保険分 合計	17,195点
居宅療養管理指導費 II (単一建物居住者10人以上の場合) 1回目	298単位
居宅療養管理指導費 II (単一建物居住者10人以上の場合) 2回目	298単位
介護保険分 合計	596単位
医療保険分 合計	171,950円
介護保険分 合計	5,960円
<b>総合計 (1単位10円で計算)</b>	<b>177,910円</b>

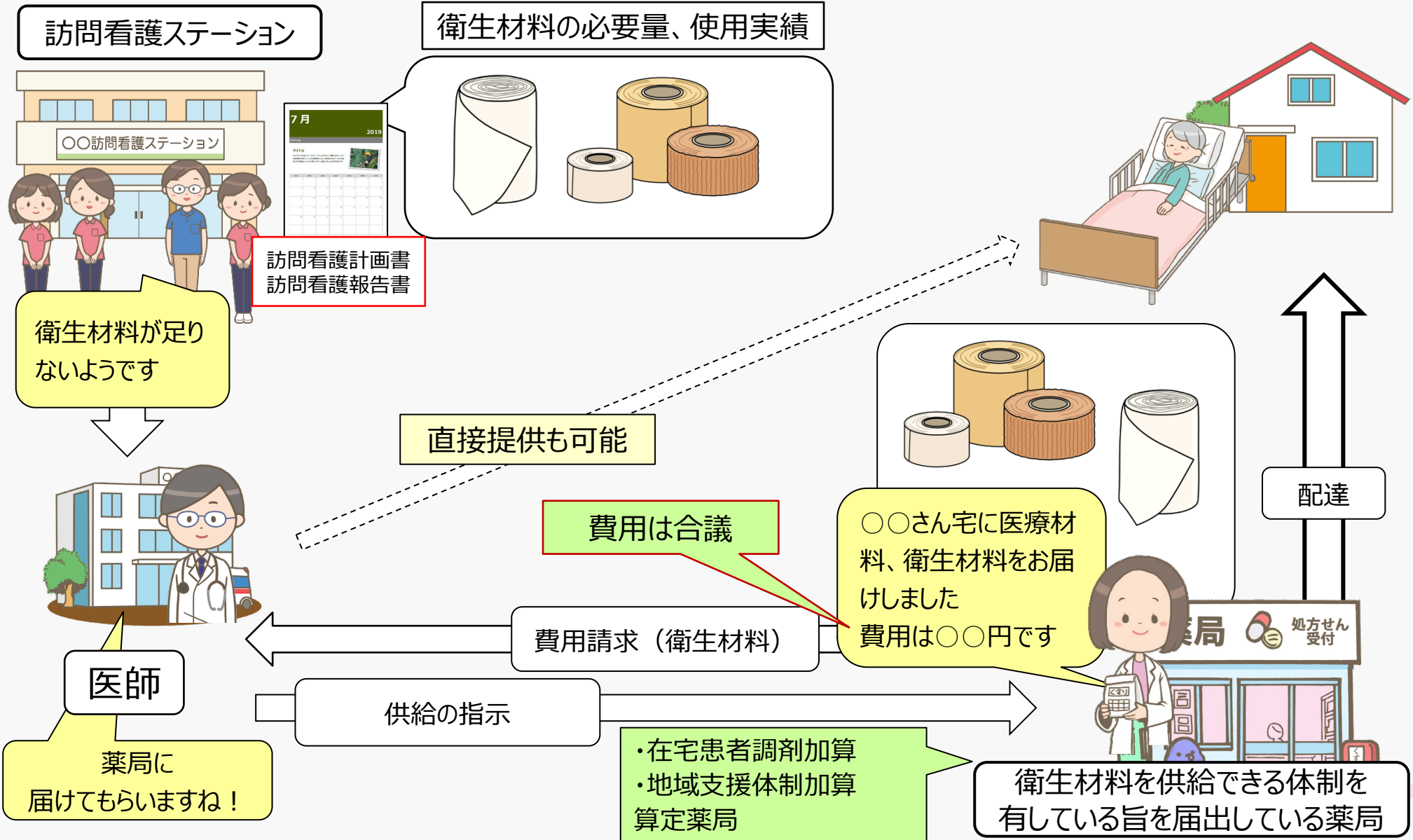


本資料は、2022年3月4日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

1. 在宅医療に関する大枠
2. 在宅療養支援診療所（在支診）、在宅療養支援病院（在支病）、在宅専門診療所の施設基準
3. 在宅医療に対する基本的な診療報酬
  - (1) 往診料、在宅患者訪問診療料
  - (2) 在宅患者医学総合管理料（在医総管）、施設入居時等医学総合管理料（施医総管）
  - (3) その他
  - (4) シミュレーション

## <参考資料>

- 医療材料等の供給について
- 特定保険医療材料
- 介護保険について



①インスリン製剤等注射用 ディスポーザブル注射器	⑧在宅寝たきり患者処置用気管切開後留置用 チューブ
②ホルモン製剤等注射用 ディスポーザブル注射器	⑨在宅寝たきり患者処置用膀胱留置用 ディスポーザブルカテーテル
③腹膜透析液交換セット	⑩在宅血液透析用特定保険医療材料（回路を含む）
④在宅中心静脈栄養用輸液セット	⑪皮膚欠損用創傷被覆材
⑤在宅寝たきり患者処置用栄養用 ディスポーザブルカテーテル	⑫非固着性シリコンガーゼ
⑥万年筆型注入器用注射針	⑬水循環回路セット
⑦携帯型ディスポーザブル注入ポンプ	⑭人工鼻材料

※赤字は在宅医療用として医療機関からも給付できるもの  
 (ディスポーザブル注射器や注射針を支給(給付)した場合は、注入器加算又は注入器用注射針加算を算定)

在医総管・施医総管  
在宅寝たきり患者処置指導管理料  
を算定

YES

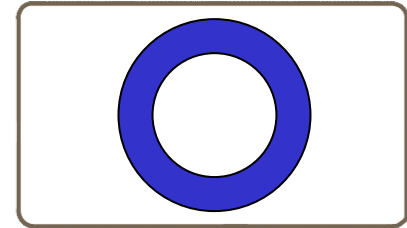
- ・在医総管・施医総管などに含まれる処置の  
処置薬剤は算定不可
- ・在宅薬剤は算定可能  
※在宅療養指導管理材料加算に含む場合をのぞく

NO

- ・処置薬剤は算定可能
- ・在宅薬剤は算定可能  
※在宅療養指導管理材料加算に含む場合をのぞく

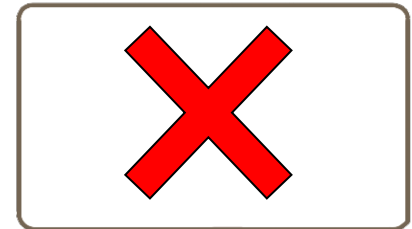
## <<療養の給付と直接関係ないサービス・在宅における主なもの>>

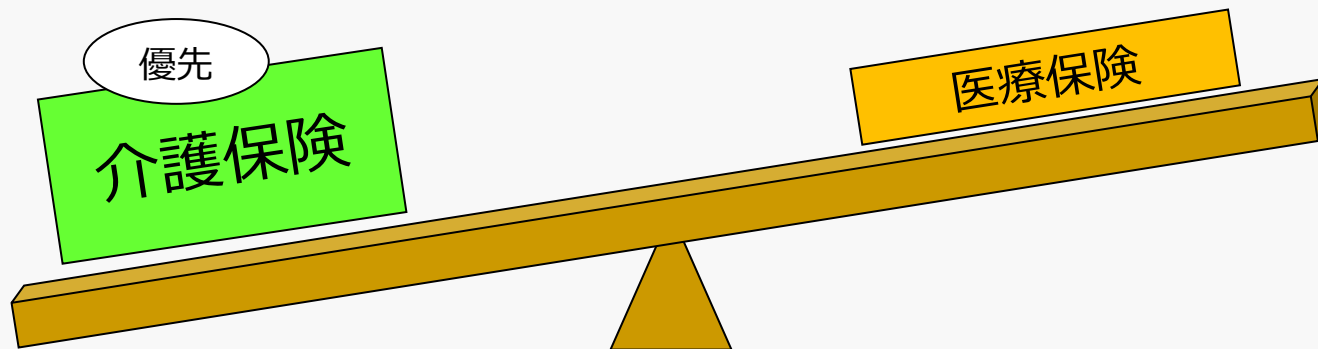
- ①おむつ代、尿とりパット代
- ②証明書代
- ③在宅医療にかかる交通費
- ④薬剤の容器代
- ⑤インフルエンザなどの予防接種費用
- ⑥退院から借りたフィルムの返却時の郵送代
- ⑦診療録の開示手数料
- ⑧薬局における患者への調剤した医薬品の持参料
- ⑨画像・動画情報の提供にかかる費用
- ⑩公的な手続き等の代行にかかる費用



## <<療養の給付と直接関係ないとはいえないもの・在宅における主なもの>>

- ①衛生材料代（ガーゼ代・絆創膏代等）
- ②おむつ交換や吸引などの処置時に使用する手袋代
- ③ウロバッグ代
- ④骨折やねん挫などの際に使用するサポーターや三角巾
- ⑤医療機関が提供する在宅医療で使用する衛生材料等
- ⑥保険適用となっていない治療方法（先進医療をのぞく）
- ⑦在宅療養者の電話診療、医療相談
- ⑧食事時のとろみ剤やフレーバーの費用





同じ内容の点数等がある場合、介護保険対象患者であれば介護保険が優先される  
 医師が関与するものは、医療保険で対応するものが多いが、訪問看護や薬剤指導については大きく影響してくる。

在宅患者には、高齢者が多く、また収入の低い方や難病の方も多いため、いろいろな助成制度に該当するケースがある。

## 関連する医療費助成制度

- ・障害者総合支援法⇒自己負担額1割、収入に応じて負担上限額あり
- ・生活保護法⇒医療費の自己負担額の免除
- ・高額療養費制度⇒高額な医療費に対して、上限額に設定あり
- ・合算医療費療養費制度⇒医療保険と介護保険の合算により、低所得者の方は一定上限を超えた金額を後の申請で返還される
- ・難病法⇒自己負担額に上限額の設定あり
- ・戦傷者特別援護法や原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律⇒100%公費負担医療 等

## ・65歳以上の第1号被保険者

## ・40歳から64歳の第2号被保険者で**特定疾病**の方

### 特定疾病（16疾病） 第2号被保険者 給付対象疾患

①末期の悪性腫瘍	⑨脊柱管狭窄症
②関節リウマチ	⑩早老症
③筋萎縮性側索硬化症	⑪多系統萎縮症 (線条体黒質変性症、シャイ・ドレーガー症候群、オリブ橋小脳萎縮症)
④後縦靭帯骨化症	⑫糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症
⑤骨折を伴う骨粗鬆症	⑬脳血管疾患
⑥初老期における認知症	⑭閉塞性動脈硬化症
⑦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	⑮慢性閉塞性肺疾患 (肺気腫、慢性気管支炎、気管支喘息、びまん性汎細気管支炎を含む)
⑧脊髄小脳変性症	⑯両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

40歳以上65歳未満の方で「特定疾病」を有する第2号被保険者で、要介護認定を受けていると、介護保険の給付対象となる。

## (告示第2の1) ※特掲診療料施設基準等別表第七に掲げる疾病等の利用者

- 介護保険対象者であって下記疾患に該当する場合、訪問看護に対する費用は訪問看護費（介護保険）ではなく訪問看護基本療養費（医療保険）を算定する  
⇒介護保険の支給限度額の対象から外れるため、上限を気にせず訪問看護を利用できる

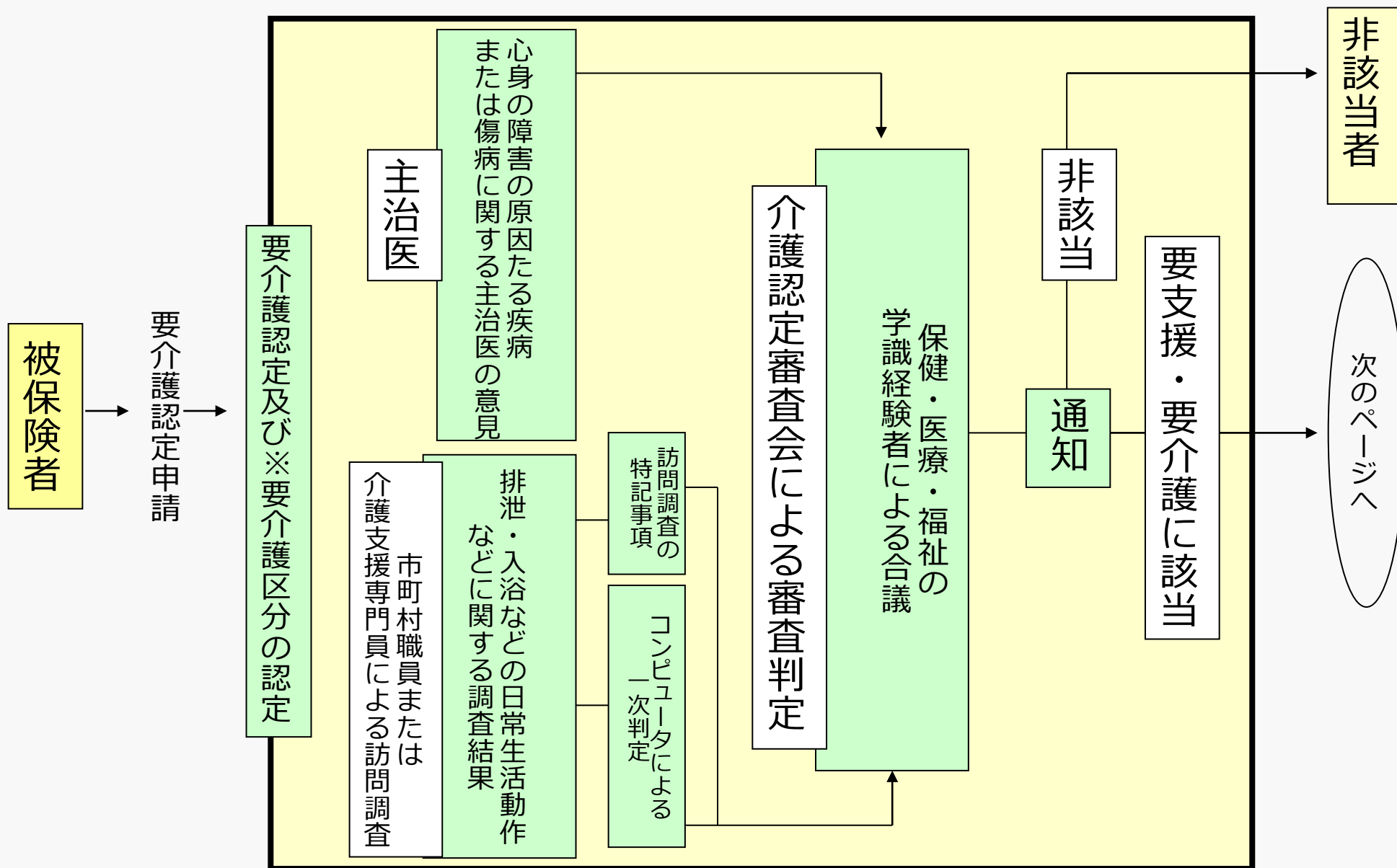
指定訪問看護に係る厚生労働大臣の定める疾病等の利用者		
①末期の悪性腫瘍		⑪プリオン病
②多発性硬化症		⑫亜急性硬化性全脳炎
③重症筋無力症		⑬ライソゾーム病
④スモン		⑭副腎白質ジストロフィー
⑤筋萎縮性側索硬化症		⑮脊髄性筋萎縮症
⑥脊髄小脳変性症		⑯球脊髄性筋萎縮症
⑦ハンチントン病		⑰慢性炎症生脱髄性多発神経炎
⑧進行性筋ジストロフィー症		⑱後天性免疫不全症候群
⑨パーキンソン病関連疾患	(a)進行性核上性麻痺	⑲頸髄損傷
	(b)大脳皮質基底核変性症	
	(c)パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類ステージ3以上かつ生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度）	
⑩多系統萎縮症	(a)線状体黒質変性症	⑳人工呼吸器を使用している状態
	(b)オリブ橋小脳萎縮症	
	(c)シャイ・ドレーガー症候群	

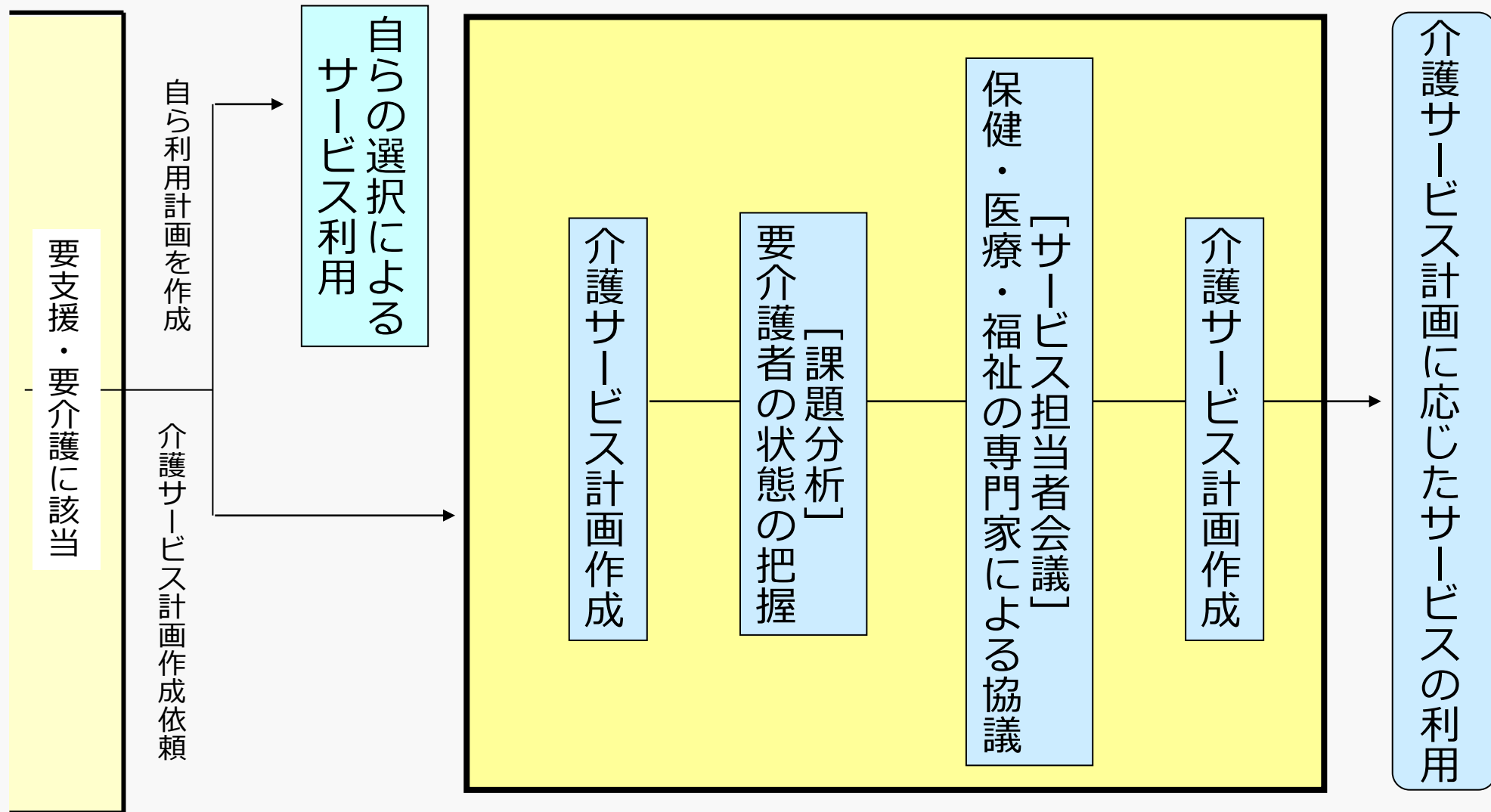
本資料は、2022年3月4日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます



医療保険対象になることで、他の介護サービスに充当できる

支給限度額管理の対象サービス	要介護度	1ヶ月の支給限度基準額
①居宅サービス (訪問介護、訪問入浴介護、 <b>訪問看護</b> 、訪問リハビリテーション、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、福祉用具貸与)	要支援 1	5,032単位
	要支援 2	10,531単位
②介護予防(居宅)サービス	要介護 1	16,765単位
③地域密着型サービス(夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、定期巡回随時対応型訪問介護看護)	要介護 2	19,705単位
	要介護 3	27,048単位
④地域密着型介護予防サービス	要介護 4	30,938単位
	要介護 5	36,217単位







日医工がお届けする **Stu-GE** は、

医療従事者の方のための医療行政情報サイトです。

ご覧頂ける  
テーマ別  
情報一覧

- 診療報酬改定関連の速報情報
- 診療報酬点数の施設基準や算定要件の情報
- 調剤報酬全点数情報
- 地域連携薬局、専門医療機関連携薬局の施設基準
- DPC/PDPS関連 新規薬価収載に係る包括評価対象外薬剤一覧  
DPC公開データを用いた各種医療圏分析
- その他医療制度に関する情報

会員登録は、**無料**

いますぐ、会員登録サイトで登録を!!

**会員特典1** メールマガジンの受信

**会員特典2** 会員限定コンテンツの閲覧

スマートフォンで簡単登録

パソコン画面で入力



<https://stu-ge.nichiiko.co.jp/registrations/index>