第2章第2部 在宅医療

第1節 在宅患者診療・指導料 往診料

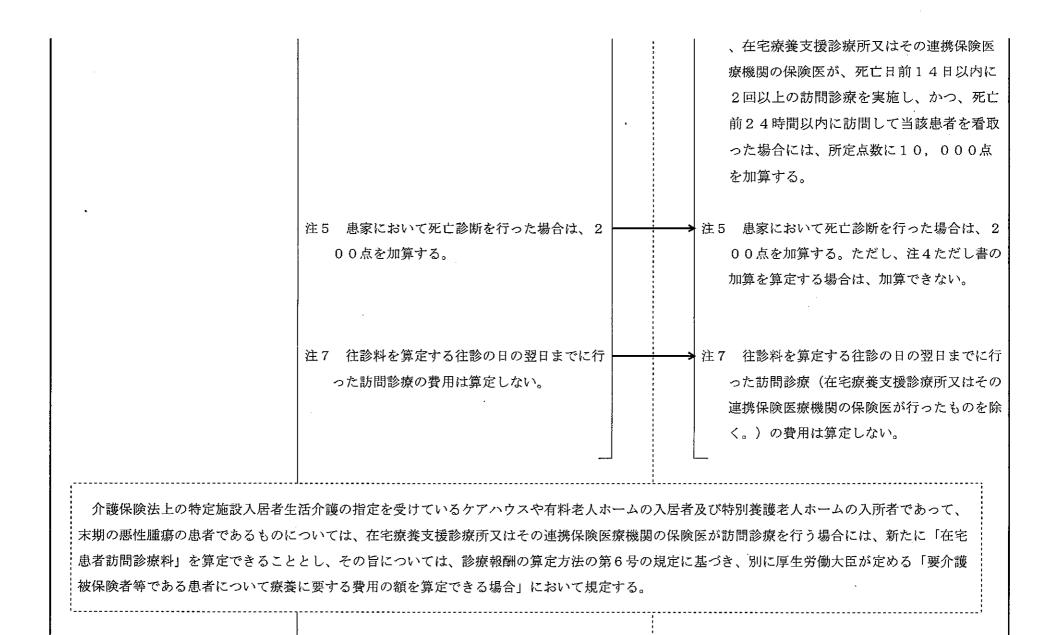
(加算の見直し)

注1 別に厚生労働大臣が定める時間において、 入院中の患者以外の患者に対して診療に従事 している場合に緊急に行う往診については、 100分の50に相当する点数を、夜間(深 夜を除く。)の往診については所定点数の1 00分の100に相当する点数を、深夜の往 診については所定点数の100分の200に 相当する点数を加算する。 注1 別に厚生労働大臣が定める時間において、 入院中の患者以外の患者に対して診療に従事 している場合に緊急に行う往診については、 325点を、夜間(深夜を除く。)の往診に ついては650点を、深夜の往診については 1,300点を所定点数に加算する。ただし 、在宅療養支援診療所又はその連携保険医療 機関の保険医が行う往診については、それぞ れ、650点、1,300点、2,300点 を所定点数に加算する。

在宅患者訪問診療料(1日につき)

(加算の見直し)

注4 在宅で死亡した者について1月以上にわた りターミナルケアを行った場合は、在宅ター ミナルケア加算として、所定点数に1,20 0点を加算する。 注4 在宅で死亡した患者に対して、死亡日前 14日以内に2回以上の訪問診療を実施し た場合、在宅ターミナルケア加算として、 所定点数に1,200点を加算する。ただし



在宅時医学管理料		·
	-	_
(区分の再編)	3,360点	在宅時医学総合管理料 (月1回)
		1 在宅療養支援診療所の場合
·		イ 保険薬局において調剤を受けるために処方
		せんを交付する場合
		4,200点
		ロ 処方せんを交付しない場合
		4,500点
		2 1以外の場合
		イ 保険薬局において調剤を受けるために処方
		せんを交付する場合
		2,200点
		ロ 処方せんを交付しない場合
		2,500点
	_	
(注の変更)	注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合	注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合
	しているものとして地方社会保険事務局長に	しているものとして地方社会保険事務局長に
	届け出た保険医療機関において、居宅におい	届け出た保険医療機関(診療所及び許可病床
	て療養を行っている患者であって通院が困難	数が200床未満の病院に限る。)において
	なものに対して、その同意を得て、計画的な	、居宅において療養を行っている患者であっ
	医学管理の下に週1回程度以上の定期的な訪	て通院が困難なものに対して、その同意を得し
	問診療を行っている場合であって、患者又は	て、計画的な医学管理の下に月2回以上の定
}		

	その看護に当たっている者から電話等によっ	:
	ての有機に当たり(いる名かり電話等により	粉的な砂内砂原を打つている物質であって、
	て治療上の意見を求められた場合に常時対応	患者又はその看護に当たっている者の求めに
	できる体制にある場合に、月1回に限り算定	応じて常時往診及び訪問看護を行うことがで
·	する。	きる体制を整備している場合に、月1回に限
		り算定する。
, in the second	,	
(注の変更)	注2 在宅時医学管理料を算定すべき医学管理を	注2 在宅時医学総合管理料を算定すべき医学管
	行った場合においては、別に厚生労働大臣が	理を行った場合においては、別に厚生労働大
	定める診療に係る費用は所定点数に含まれる	臣が定める診療に係る費用及び投薬の費用は
·	ものとする。	、所定点数に含まれるものとする。
		·
(加算の新設)	(新設)	注3 在宅時医学総合管理料を算定すべき医学管
		理に関し特別な管理を必要とする患者(別に
	·	厚生労働大臣が定める状態等にあるものに限
		る。) に対して、退院の日から起算して1月
		以内の期間に4回以上の往診又は訪問診療を
		行った場合には、患者1人につき1回に限り
	· ·	、重症者加算として、所定点数に1,000
		点を加算する。
ー 在宅末期医療総合診療料(1日につ		
き)		
	ļ	
 (注の変更)	 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合	注

しているものとして地方社会保険事務局長に しているものとして地方社会保険事務局長に 届け出た保険医療機関において、居宅におい 届け出た保険医療機関(在宅療養支援診療所 て療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者で に限る。) において、居宅において療養を行 あって通院が困難なものに対して、その同意 っている末期の悪性腫瘍の患者であって通院 を得て、計画的な医学管理の下に総合的な医 が困難なものに対して、その同意を得て、計 療を提供した場合に1週を単位として算定す 画的な医学管理の下に総合的な医療を提供し た場合に1週を単位として算定する。 る。 在宅患者訪問看護・指導料(1日に つき)・ (加算の新設) (新設) ★注3 患者又はその看護に当たっている者の求め を受けた在宅療養支援診療所の保険医の指示 により、保険医療機関の看護師等が緊急に訪 問看護・指導を実施した場合には、緊急訪問 看護加算として、1日につき所定点数に26 5点を加算する。 ★ 注4 在宅で死亡した患者に対して、保険医療機 注3 在宅で死亡した患者について、1か月以上 (注の変更) 関の保険医の指示により、死亡目前14日以 在宅患者訪問看護・指導を実施し、その死亡 内に2回以上在宅患者訪問看護・指導を実施 前24時間以内にターミナルケアを行った場 合は、所定点数に1,200点を加算する。 し、かつ、その死亡前24時間以内にターミ ナルケアを行った場合は、在宅ターミナルケ ア加算として、所定点数に1,200点を加

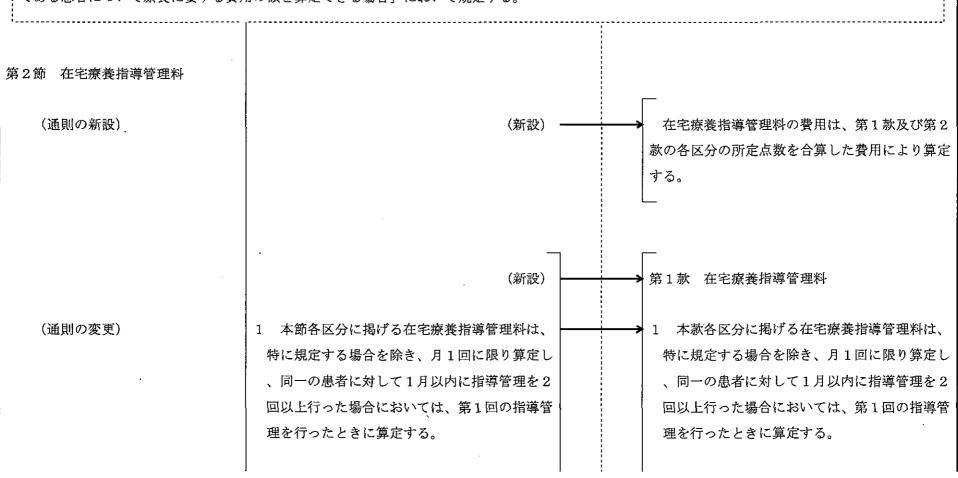
算する。ただし、在宅療養支援診療所の保険 医の指示によりこれを実施した場合は、所定 点数に1、500点を加算する。 (加算の見直し) 注4 在宅患者訪問看護・指導に関し特別な管理 → 注 5 在宅患者訪問看護・指導に関し特別な管理 を必要とする患者(別に厚生労働大臣が定め を必要とする患者(別に厚生労働大臣が定め る状態等にあるものに限る。) に対して、退 る状態等にあるものに限る。以下この注にお 院の日から起算して1月以内の期間に4回以 いて同じ。) に対して、退院の日から起算し 上訪問看護を行い、かつ、当該患者に係る訪 て1月以内の期間に4回以上の訪問看護を行 問看護・指導に関する計画的な管理を行った い、かつ、当該患者に係る訪問看護・指導に 場合は、患者1人につき1回に限り、所定点 関する計画的な管理を行った場合は、患者1 数に250点を加算する。 人につき1回に限り、所定点数に250点を 加算する。ただし、特別な管理を必要とする 患者のうち重症度等の高いものとして別に厚 生労働大臣が定める状態等にあるものについ ては、患者1人につき1回に限り、所定点数 に500点を加算する。 介護保険法上の特定施設入居者生活介護の指定を受けているケアハウスや有料老人ホームの入居者及び特別養護老人ホームの入所者であって、末期 の悪性腫瘍の患者であるものについては、在宅療養支援診療所の保険医の指示により訪問看護を行う場合には、新たに「在宅患者訪問看護・指導料」 を算定できることとし、その旨については、診療報酬の算定方法の第6号の規定に基づき、別に厚生労働大臣が定める「要介護被保険者等である患者

について療養に要する費用の額を算定できる場合」において規定する。

在宅訪問リハビリテーション指導管 理料 (点数の見直し) 在宅訪問リハビリテーション指導管理料 在宅訪問リハビリテーション指導管理料(1単位 530点 300点 (算定要件の緩和) 注1 居宅において療養を行っている患者であっ 居宅において療養を行っている患者であっ て通院が困難なものに対して、診療に基づき て通院が困難なものに対して、診療に基づき 、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、 、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、 当該診療を行った保険医療機関の理学療法士 当該診療を行った保険医療機関の理学療法士 、作業療法士又は言語聴覚士を訪問させて基 、作業療法士又は言語聴覚士を訪問させて基 本的動作能力若しくは応用的動作能力又は社 本的動作能力若しくは応用的動作能力又は社 会的適応能力の回復を図るための訓練等につ 会的適応能力の回復を図るための訓練等につ いて必要な指導を行わせた場合に、患者1人 いて必要な指導を行わせた場合に、患者1人 につき週3回に限り算定する。 につき、週6単位に限り算定する。ただし、 退院の日から起算して3月以内の患者につい ては、週12単位まで算定する。

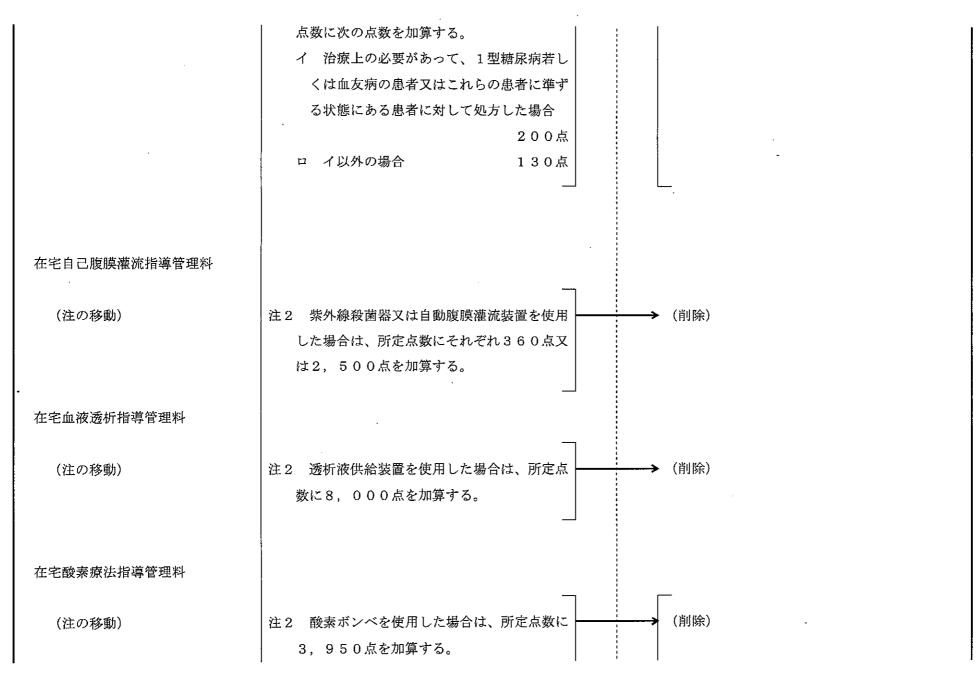
在宅患者訪問薬剤管理指導料

介護保険法上の特定施設入居者生活介護の指定を受けているケアハウスや有料老人ホームの入居者及び特別養護老人ホームの入所者であって、末期の悪性腫瘍の患者であるものについては、在宅療養支援診療所の保険医の同意を得て訪問薬剤管理指導を行う場合には、新たに「在宅患者訪問薬剤管理指導料」を算定できることとし、その旨については、診療報酬の算定方法の第6号の規定に基づき、別に厚生労働大臣が定める「要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合」において規定する。



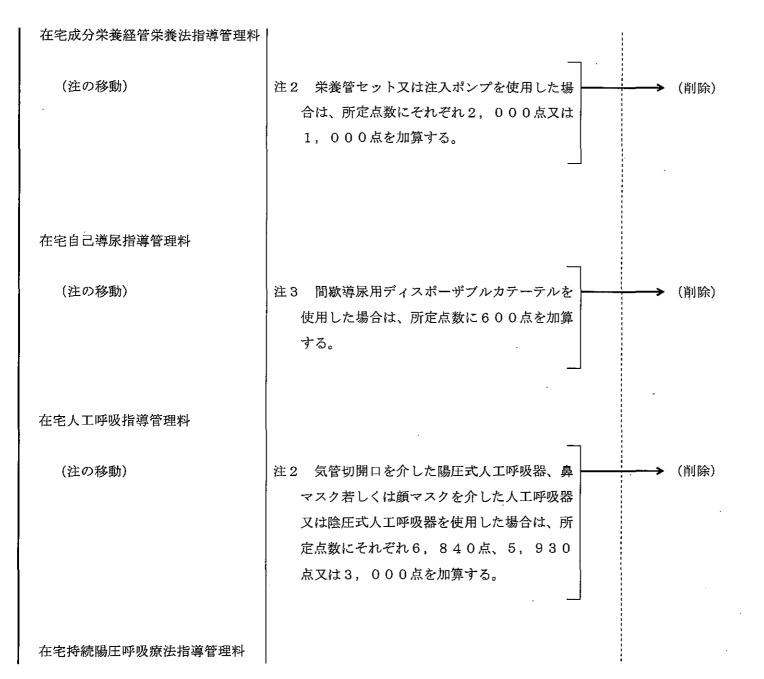
(通則の変更) 2 同一の患者に対して区分番号C101から区 | → 2 同一の患者に対して区分番号C101から区 分番号C112までに掲げる在宅療養指導管理 分番号C112までに掲げる在宅療養指導管理 のうち2以上の指導管理を行っている場合は、 のうち2以上の指導管理を行っている場合は、 主たる指導管理の所定点数のみにより算定す 主たる指導管理の所定点数のみにより算定す る。ただし、各区分の注に規定する加算はそれ ぞれ算定する。 (通則の変更) 3 入院中の患者に対して退院時に本節各区分に 🔰 3 入院中の患者に対して退院時に本款各区分に 掲げる在宅療養指導管理料を算定すべき指導管 掲げる在宅療養指導管理料を算定すべき指導管 理を行った場合においては、各区分の規定にか 理を行った場合においては、各区分の規定にか かわらず、当該退院の日に所定点数を算定でき かわらず、当該退院の日に所定点数を算定でき る。この場合において、当該退院した患者に対 る。この場合において、当該退院した患者に対 して行った指導管理(当該退院した日の属する して行った指導管理(当該退院した日の属する 月に行ったものに限る。) の費用は算定しな 月に行ったものに限る。) の費用は算定しな *۱*۷ VY. (削除) 4 区分番号C101からC112までに掲げる (通則の削除) 各区分の注に規定する加算(保険医療材料の使 用を算定要件とするものに限る。) については 当該保険医療材料が別表第三調剤報酬点数表第 4節の規定により調剤報酬として算定された場 合には算定しない。

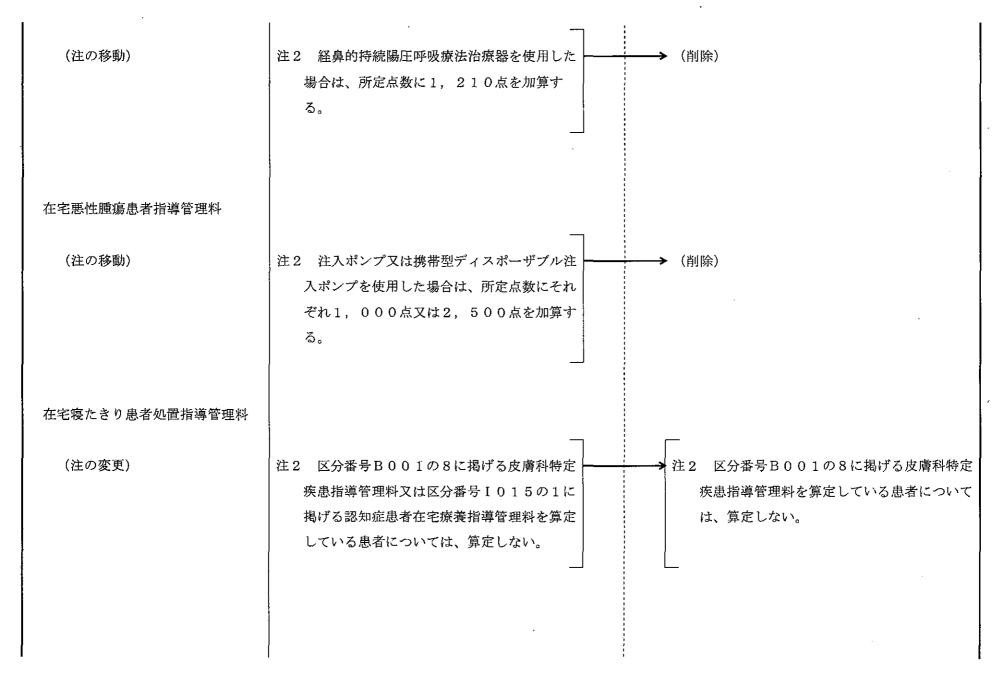
在宅自己注射指導管理料	
(注の移動)	注2 インスリン製剤又はヒトソマトメジンC製 (削除)
	剤の自己注射を1日に1回以上行っている患
	者(1型糖尿病の患者を除く。)であって、
	かつ、血糖自己測定を1日に1回、2回又は
	3回以上行っている者に対して、血糖自己測
	定値に基づく指導を行った場合は、所定点数
	にそれぞれ400点、580点又は860点
	を加算する。
(注の移動)	注3 インスリン製剤の自己注射を1日に1回以 (削除)
	上行っている患者(1型糖尿病の患者に限
	る。)であって、かつ、血糖自己測定を1日
	に1回、2回、3回又は4回以上行っている
	者に対して、血糖自己測定値に基づく指導を
•	行った場合は、所定点数にそれぞれ400点
	、580点、860点又は1,140点を加
	算する。
(注の移動)	注4 注入器を処方した場合又は間歇注入シリン (削除)
	ジポンプを使用した場合は、所定点数にそれ
	ぞれ300点又は1,000点を加算する。
(注の移動)	注 5 注入器用の注射針を処方した場合は、所定 (削除)

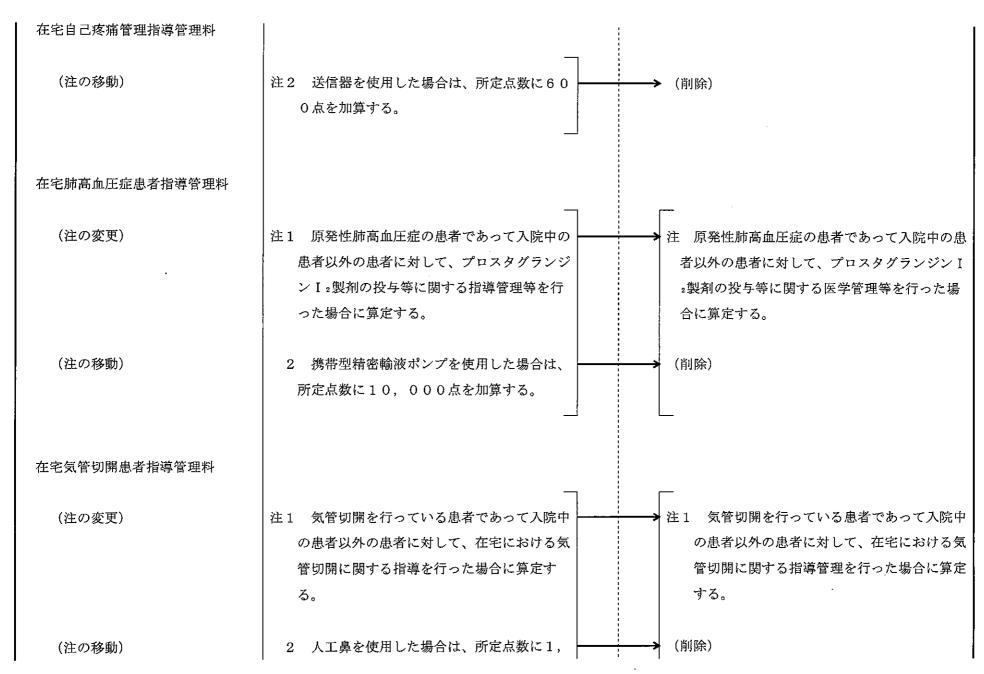


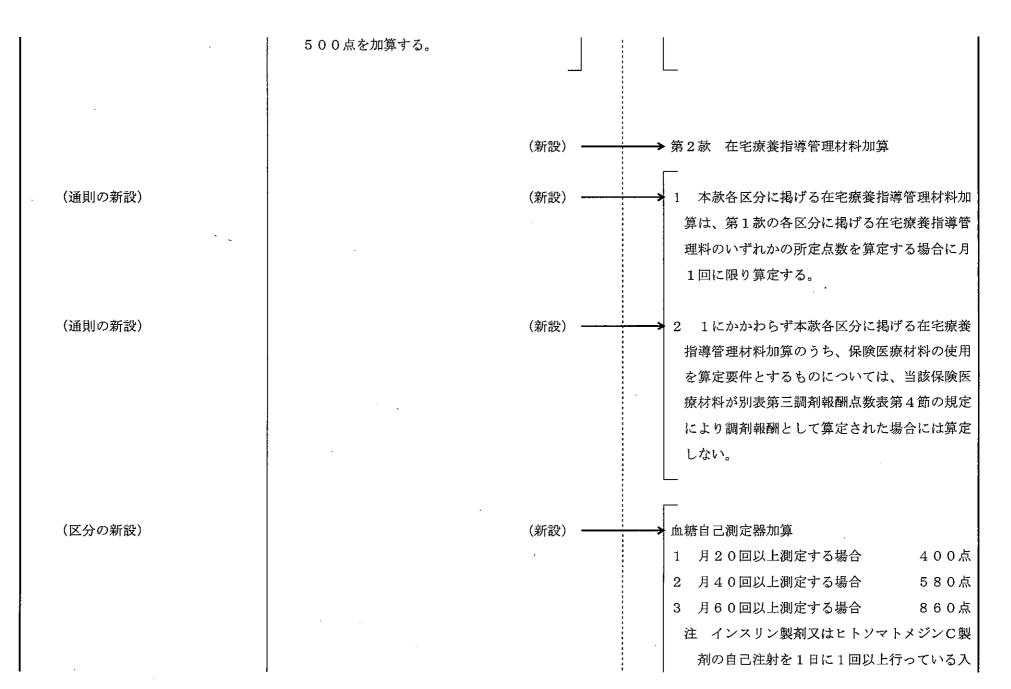
医-在宅医療-11/23

(注の移動)	注3 酸素濃縮装置を使用した場合は、所定点数 に4,620点を加算する。ただし、この場 合において注2に規定する点数は加算できな い。
(注の移動)	注4 携帯用酸素ボンベを使用した場合は、所定 点数に880点を加算する。
(注の移動)	注5 設置型液化酸素装置又は携帯型液化酸素装置を使用した場合は、所定点数にそれぞれ3 , 970点又は880点を加算する。
(注の移動)	注6 注2から注5までに規定する加算は、チアノーゼ型先天性心疾患の患者に対しては算定しない。 (削除)
在宅中心静脈栄養法指導管理料	
(注の移動)	注 2 輸液セット又は注入ポンプを使用した場合 は、所定点数にそれぞれ 2,000点又は 1,000点を加算する。

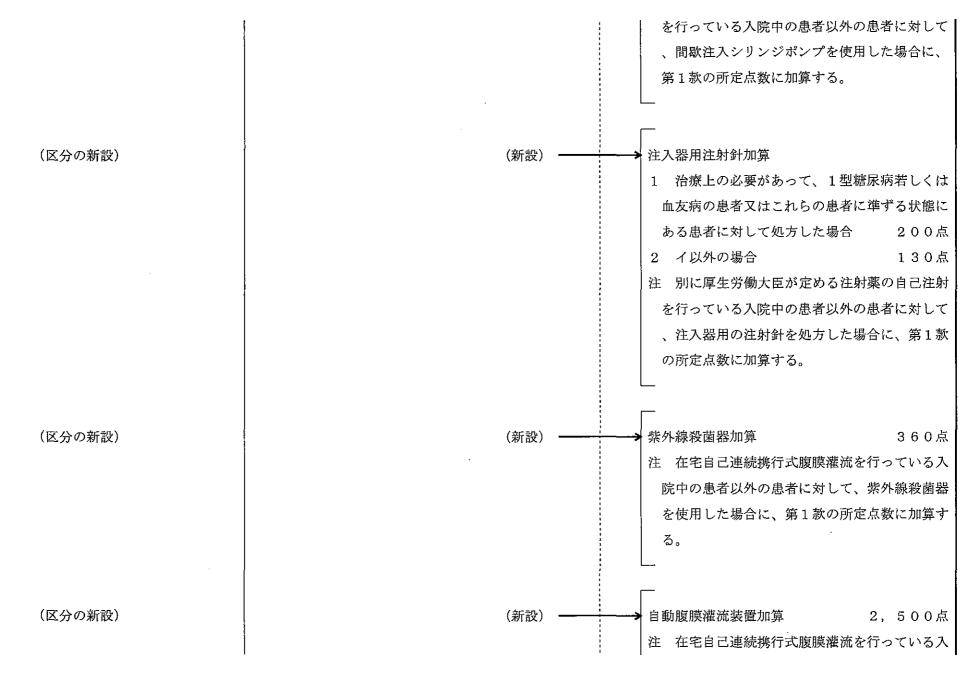




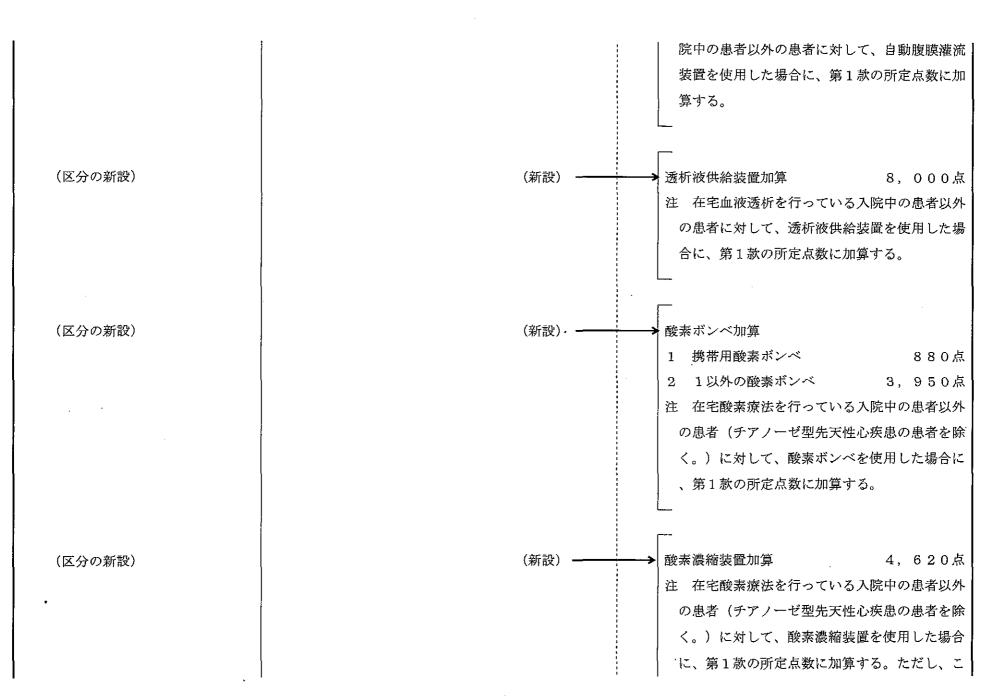




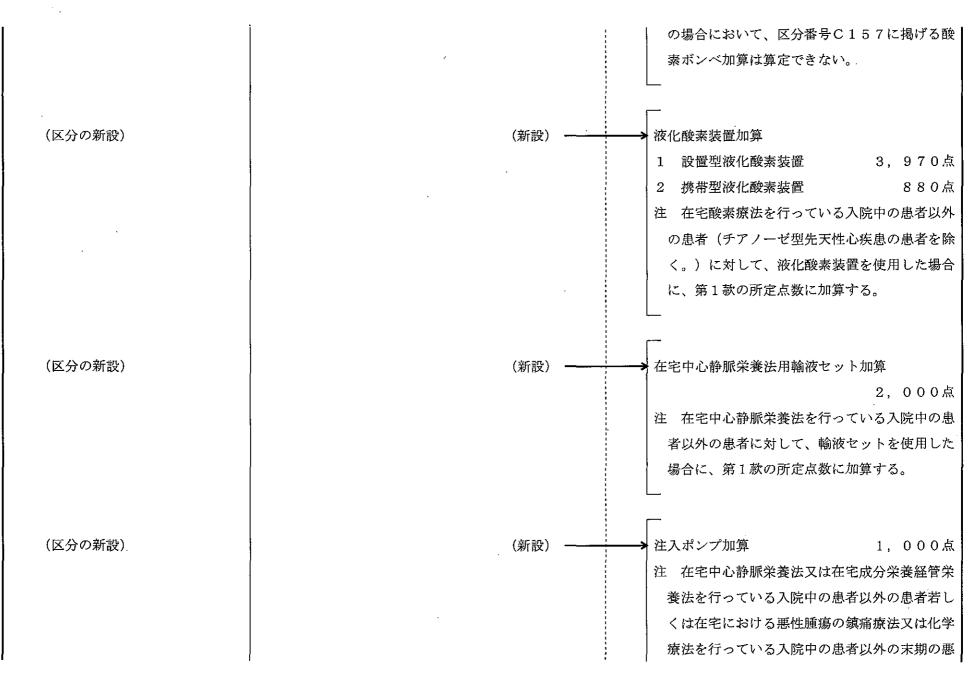
院中の患者以外の患者(1型糖尿病の患者を 除く。) 又はインスリン製剤の自己注射を1 日に1回以上行っている入院中の患者以外の 患者(1型糖尿病の患者に限る。)に対して 、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、 血糖自己測定器を使用した場合に、第1款の 所定点数に加算する。 4 月80回以上測定する場合 1,140点 注 インスリン製剤の自己注射を1日に1回以 上行っている入院中の患者以外の患者(1型 糖尿病の患者に限る。) に対して 、血糖自 己測定値に基づく指導を行うため、血糖自己 測定器を使用した場合に、第1款の所定点数 に加算する。 (新設) ★ 注入器加算 300点 (区分の新設) 注 別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射 を行っている入院中の患者以外の患者に対して 、注入器を処方した場合に、第1款の所定点数 に加算する。 1,000点 間歇注入シリンジポンプ加算 (新設) (区分の新設) 注 別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射

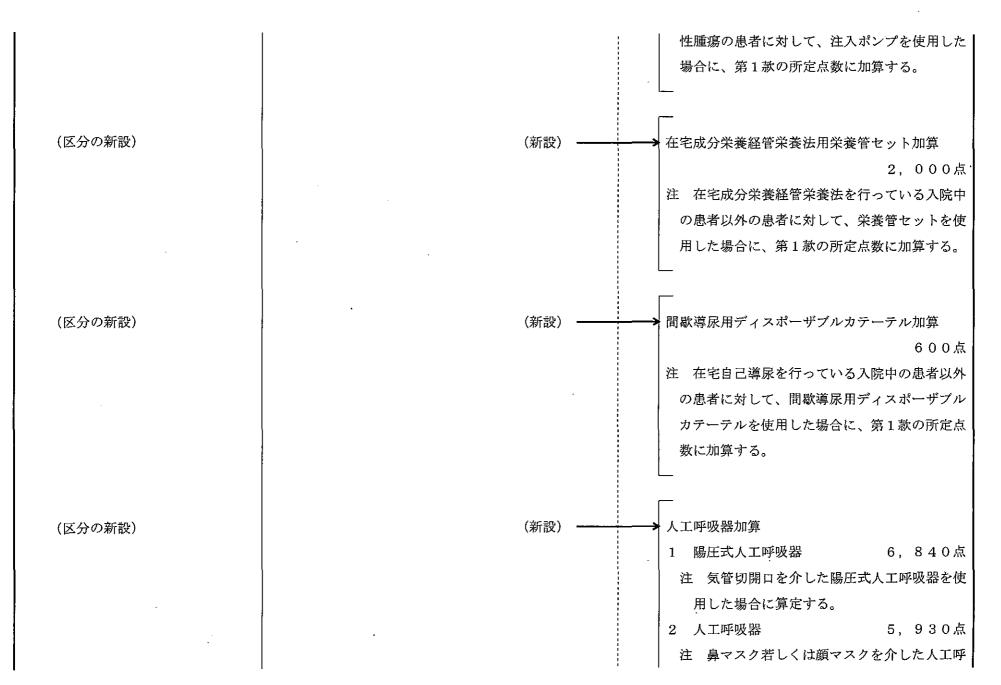


医一在宅医療-18/23



医-在宅医療-19/23





吸器を使用した場合に算定する。 3 陰圧式人工呼吸器 3,000点 注 陰圧式人工呼吸器を使用した場合に算定す 注 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、人工呼吸器を使用した場合に 、いずれかを第1款の所定点数に加算する。 経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加算 (区分の新設) (新設) 1,210点 注 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、経鼻的持続陽圧呼吸 療法治療器を使用した場合に、第1款の所定点 数に加算する。 (区分の新設) (新設) 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算 2,500点 注 在宅における悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療 法を行っている入院中の患者以外の末期の悪性 腫瘍の患者に対して、携帯型ディスポーザブル 注入ポンプを使用した場合に、第1款の所定点 数に加算する。

