

□『在宅医療 診療報酬点数算定ガイドブック』正誤表

本書第1版第1刷(2018年11月10日発行)につきまして、誤りがございました。深く詫
び申し上げますとともに、以下のとおり訂正させていただきます。

なお、併せて修正PDF(ページごと)を掲示いたしました。お手数おかけいたしますが、
必要に応じてダウンロードしてご活用ください。

看護の科学社

訂正箇所	誤	正
p.21 図表Ⅰ-6 「在宅患者訪問診 療料」のセル中、 下から2行目	……同一敷地内の有料老人ホーム の入居者の訪問診療は……	……同一敷地内の有料老人ホーム 等 の入居者の訪問診療は……
p.68 図表Ⅱ-4 上から5行・左から 1列目	往診・訪問診療体制	往診・訪問診療・ 訪問看護 体制
同・「医師の配置・ 実績」左から3列目	(実績連携医療機関等に入院後7日 以内に死亡した場合も含む)	(実績連携医療機関等に入院後7日以 内に死亡した場合も含む・ 以下同じ)
p.193 レセプト記 載例中	訪問看指示料 特別訪問看護指示加算 7日 褥瘡の症状が悪化したため	訪問看指示料 特別訪問看護指示加算 7日 褥瘡の症状が悪化したため 820100102 ↑(コード番号を追記)
p.244 図表Ⅱ-44 (算定上の留意事 項)上から7行目	……あらかじめ調整された反固形 状のもの……	……あらかじめ調整された 半固 形状 のもの……

図表 I-6 訪問診療料、在医総管、施医総管における施設入居者の診療報酬

1 施設入居者の考え方
<p>[2008年] 自宅や医療機関、老人保健施設以外の場所で療養する患者が増えていることから、在宅医療を提供する患者の範囲が「居宅」から「在宅」に改められ、自宅以外で居宅として取り扱いが明示されていなかった有料老人ホームやグループホーム、特別養護老人ホーム等の入居者について「在宅」の中の「居住系施設」とした。また、居住系施設の入居者の大半が、要介護・要支援の認定を受け介護保険の給付も受けているため低い点数にされた。</p> <p>[2010年] 「居住系施設」の考え方がなくなり、在宅患者訪問診療料等において「1 同一建物居住者以外の場合」(以下、「訪問診療料1」)と「2 同一建物居住者の場合」(以下、「訪問診療料2」)に組み替えられた。同一建物とは、改定前の居住系施設と福祉施設、集合住宅(アパート、マンション等)を指す。同一建物で複数の患者を同時に診た場合、点数は低く設定されており、その考え方は在宅患者訪問診療料(以下、「訪問診療料」)ばかりでなく、在宅患者訪問看護・指導料、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料にも導入された。</p> <p>[2016年] 「特定施設」の考え方がなくなった。訪問診療料は引き続き当日の訪問人数によって点数を算定するが、在医総管、施医総管では1か月の訪問人数による区分(1人、2~9人、10人以上)のいずれかの点数を算定する。在医総管、施医総管では重症者への手厚いケアを評価する算定要件も新設された。</p> <p>[2018年] 医療と介護の連携が強化され、介護従事者等への情報提供の要件が設定されるなどの改定がされた。</p>
2 在宅患者訪問診療料
<p>[2010年] 訪問診療の際、移動の時間がかからないことに着目してアパートやマンション等の集合住宅も含めて「同一建物居住者」の点数が設定された。「同一建物居住者」として、従来の居住系施設に加えられた集合住宅の複数居宅訪問の場合に、830点から200点と4分の1以下に点数が引き下げられた。逆に居住系施設への1人のみの訪問診療であれば830点が算定できるという考え方である。</p> <p>[2012年] 「特定施設等に入居する者」に該当する場合には、訪問診療料2の400点が算定できるようになった。</p> <p>[2014年] 点数はさらに引き下げられ、特定施設等入居者203点、その他の者103点になった。訪問診療料では、「同一建物居住者」のほか、「同一一家」という考え方も適用されて複雑になった。また、そればかりでなく、同じ「特定施設」に関わる算定要件なのに訪問診療料の「特定施設等に入居する者」と特医総管の「特定施設入居者等」では対象が異なるという、いっそう複雑な算定要件で誤りを惹起しやすくなった。さらに、同一建物居住者の訪問診療料2の算定時にレセプトまたは別紙様式14に要介護度等を記載・添付すること等とされた。同一建物に同一医療機関の医師が複数訪問した場合、医師一人ごとに訪問人数を数える要件も新設された。</p> <p>[2016年] 同一建物居住者の特定施設という考え方がなくなり、同一建物居住者の訪問診療料は203点とされた。医師ごとに訪問人数を数える要件は廃止された。</p> <p>[2018年] 所定定数の区分が、従来の訪問診療料は区分が「(I)-1」に、主治医が他科の医師に依頼した他医療機関の医師が訪問診療した場合は区分「(I)-2」、同一敷地内の有料老人ホーム等の入居者の訪問診療は区分「(II)」のイ・ロを算定する。また訪問診療料「(I)-1」「同一建物居住者」を算定した場合にレセプトに添付する別紙様式14は廃止された。</p>
3 在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料
<p>[2006年] 特定の施設入居者には特定施設入居時等医学総合管理料(特医総管)を、その他の施設と居宅(集合住宅含む)の患者には在宅時医学総合管理料(在医総管)を算定する。同時に新設された在宅療養支援診療所・病院では、その他の医療機関より高い点数が算定できる。</p> <p>[2012年] 機能強化型の支援診療・支援病院が新設され、在医総管と特医総管の点数が引き上げられた。自院または連携体制医療機関のなかに有床の医療機関があれば、さらに高い点数が算定できる。</p> <p>[2014年] 不適切事例への対応として同一建物居住者の在医総管・特医総管は最大で改定前の25%に引き下げられた。</p> <p>[2016年] 重症者に月2回以上訪問した場合に高めの点数が設定されたが、不適切事例への対応の一環として同一(単一)建物の患者については単一建物における1か月間の訪問人数による点数が設定された。重症者月2回訪問以外は点数が引き下げられた。また、特定施設入居時等医学総合管理料が施設入居時等医学総合管理料(施医総管)と改められ、一部の例外を除き施設入居者には施医総管を算定することとされた。</p> <p>[2018年] 在医総管の算定の際に訪問診療料「(I)-1」と訪問診療料「(II)」のイの回数に基づき点数を算定する。機能強化加算、包括的支援加算、オンライン在宅管理料が新設された。</p>

法となる。さらに「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」も適用されて、各施設で行うサービスと重複するのは算定不可となる。特に医師・看護師が配置されている施設に入居している場合は算定不可となる点数が多くなる(23頁参照)。

[7.その他]

以上が基本的な点数算定の考え方であるが、患者の状況は多様であり点数表では想定されていない事態が発生することもある。また、入院医療から在宅医療への移行が推進される中、2014年の改定で「通院による療養が困難な者に対して定期的に訪問して診療を行った場合の評価であり、少なくとも独歩で家族・介助者等の助けを借りずに通院ができる者な

図表Ⅱ-4 在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の施設基準の概要

(在宅緩和ケア診療所・病院加算、在宅療養実績加算1・2の実績要件、届出区分は次頁参照)

	従来型・支援診・支援病	強化・単独型・支援診・支援病※1	強化・連携型・支援診・支援病
施設要件	診療所、200床未満の病院または半径4km以内に診療所が存在しない病院のいずれかである。 在宅患者の割合が95%未満であること※2		
在宅患者が95%以上の全ての支援診が満たすべき基準※3	① 5か所／年以上の医療機関からの新規患者紹介実績 ② 在宅看取り実績20件以上／年又は超重症児等の在宅医療実績10件以上／年 ③ (施医総管の患者数) ÷ (在医総管・施医総管の患者数) ≤ 0.7 ④ (要介護3以上の患者+別表第8の2患者) ÷ (在医総管・施医総管の患者数) ≥ 0.5		
連絡受付体制	診療所においては24時間連絡を受ける医師または看護職員(看護師・准看護師)をあらかじめ指定し、連絡先を文書で患家に提供している。ただし、病院の連絡受付担当者は医師、看護職員、その他の職員のいずれでもよい。	左記の連絡受付担当者に加え、連携医療機関間で24時間直接連絡がとれる一元化した連絡先(電話番号等)を設定する。ただし、各医療機関に直接連絡できる連絡先を別に提供してもよい。	
往診・訪問診療・訪問看護体制	主治医が必要と認め、自院または他の医療機関、訪問看護ステーションとの連携により、求めがあった患者については24時間往診・訪問看護ができる体制を確保する。ただし、病院は自院で往診・訪問診療の体制を確保、訪問看護は自院または訪問看護ステーションとの連携により確保しなければならない。		
患者への文書	24時間体制の管理が必要な患者について24時間往診・訪問看護を行う担当医師・担当看護師等の氏名、担当日、連絡先等を患家に文書提供する。	同左。それに加え一元化した連絡先も文書に記載する。	
入院受入体制	緊急入院受入体制の確保(支援診・支援病院以外の医療機関との連携による確保でもよい)。ただし、病院・有床診は自院で緊急入院受入体制を確保。		
患者・連携先への情報提供体制	他の医療機関又は訪問看護ステーションと連携する場合には、患家の同意を得て、緊急の対応に必要な診療情報を文書(電子媒体を含む)により随時提供する。		連携医療機関間において、月1回以上の対面式の定期的なカンファレンスを実施する。
医師の配置・実績	在宅療養実績加算1・2届出の場合のみ実績要件あり※5	在宅医療を担当する常勤の医師が3名以上。過去1年間の緊急の往診の実績(緊急往診、休日・夜間往診、深夜往診の合計)が10件以上、在宅における看取りの(実績連携医療機関等に入院後7日以内に死亡した場合も含む・以下同じ)が4件以上又は15歳未満の超重症児等の在宅医療が4件以上。※4 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の届出の場合は別に実績要件あり。※5	
地方厚生(支)局長への報告	年に1回、自院における在宅看取り数、緊急の往診数等を地方厚生(支)局長に報告(様式11の3)		常勤医師の人数、緊急往診や看取りの件数等は連携する医療機関の実績を合わせて満たせばよい。連携する医療機関数は10未満。ただし、連携医療機関ごとに過去1年間の緊急の往診4件以上、在宅看取り実績2件以上又は15歳未満の超重症児等への在宅医療が2件以上であること。

※1 連携型で連携できるのは支援診・支援病院のみである。

※2 在宅患者が95%未満とは、直近1か月に初診・再診・往診又は訪問診療を実施した患者のうち往診又は訪問診療を実施した患者の割合が95%未満。

※3 在宅患者が95%以上の診療所は、在宅医療専門診療所とされ表中①～④の要件の他に外来患者への対応体制があること、訪問診療の実施地域をあらかじめ地方厚生(支)局長に届出していることなどの要件も定められている。①～④の要件を満たさない場合は、支援診以外の点数を算定するが、在医総管・施医総管については支援診以外の点数の8割の点数を算定する

※4 超重症児等の在宅医療の実績とは、超重症児及び準超重症児に対する3回以上定期的な訪問診療を実施し、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ていることである。

※5 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の施設基準と算定点数については別に実績要件等が定められている(次頁参照)。すでに支援診・支援病の届出をしている場合は加算のみの届出もできる。

て訪問看護指示書を交付している旨及び当該他の訪問看護ステーションの名称を記載する。

Point

同一日・同一月の算定は1回のみ

同一日に二つの訪問看護ステーションに指示書を交付しても指示料は1回、同一月に二つの訪問看護ステーションに交付しても訪問看護指示料の算定は1回のみである。

- 9 衛生材料等提供加算は、在宅療養において衛生材料等が必要な患者に対し、当該患者へ訪問看護を実施している訪問看護ステーションから提出された訪問看護計画書及び訪問看護報告書を基に、療養上必要な量について判断の上、必要かつ十分な量の

レセプト記載例

訪問看護指示料及び特別訪問看護指示加算を算定した事例

⑭ 在宅	往診	回		⑭	訪問看護指示料 特別訪問看護指示加算 7日 褥瘡の症状が悪化したため 820100102
	夜間	回			
	深夜・緊急	回			
	在宅患者訪問診療	回			
	その他 訪問指示、特別指示	1回	400		
薬剤					

衛生材料等を患者に支給した場合に算定する。

Point

衛生材料等提供加算における衛生材料や保険医療材料

衛生材料はガーゼや絆創膏、保険医療材料は点滴用ルートなどのことである。

- 10 C002在宅時医学総合管理料、C002-2施設入居時等医学総合管理料、C003在宅がん医療総合診療料、C005-2在宅患者訪問点滴注射管理指導料、C100～C116に規定する在宅療養指導管理料を算定した場合は、衛生材料等提供加算は当該管理料等に含まれ別に算定できない。

10 介護職員等喀痰吸引等指示料

背景

施設入所者等への介護職員等による喀痰吸引等の医行為は、当面のやむを得ない措置として一定の要件の下に運用されてきたが、2012年4月施行の「社会福祉士法及び介護福祉士法」改定により、介護福祉士及び一定の研修を受けた介護職員等が、業として喀痰吸引等の行為を実施できることが法律上明記された。これにより、医師の指示の下、喀痰吸引及び経管栄養の医行為を診療の補助として実施できるようになった。医療機関と介護療養型医療施設は対象外。特別養護老人ホーム

や介護老人保健施設については、施設内で体制を整えることとされており、指示書を交付することはできない。

2018年の改定で共生型サービスの新設に伴い指示書が交付できる事業所が追加された。

C007-2	介護職員等喀痰吸引等指示料 (3月に1回)	240点
--------	--------------------------	------

算定の原則

患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき介護保険法に規定する指定居宅サービス事業者（訪問介護、訪問入浴介護、通所介護又は特定施設入居者生活介

図表Ⅱ-44 在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料の算定要件等

(算定点数)

C105-3 在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料 2,500点

注 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（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）に対して、在宅半固形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する（点数告示より）。

C162 在宅経管栄養法用栄養管セット加算 2,000点

注 在宅成分栄養経管栄養法、在宅小児経管栄養法又は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（在宅半固形栄養経管栄養法を行っている患者については、区分番号 C105-3 に掲げる在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料を算定しているものに限る。）に対して、栄養管セットを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する（点数告示より）。

(対象患者)

在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料に規定する厚生労働大臣が定める者

経口摂取が著しく困難なため胃瘻を造設している者であって、医師が、経口摂取の回復に向けて在宅半固形栄養経管栄養法を行う必要を認め、胃瘻造設術後1年以内に当該栄養法を開始するもの（施設基準・六の四の二〈在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料に規定する厚生労働大臣が定める者〉より）。

(算定上の留意事項)

1. 在宅半固形栄養経管栄養法とは、諸種の原因によって経口摂取が著しく困難な患者であって栄養管理を目的として胃瘻を造設しているものについて、在宅での療養を行っている患者自らが実施する栄養法をいう。

このうち在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料算定の対象となるのは、栄養維持のために、主として、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（市販されているものに限る。以下この区分において同じ。）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（以下「半固形栄養剤等」という。）を用いた場合のみであり、主として、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。

ただし、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つては、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がある。

2. 対象となる患者は、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とする。

3. 在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料を算定している患者については、経口摂取の回復にむけた指導管理（口腔衛生管理に係るものを含む。）を併せて行う。なお、経口摂取の回復に向けた指導管理は、胃瘻造設術を実施した保険医療機関から提供された情報（嚥下機能評価の結果、嚥下機能訓練等の必要性や実施すべき内容、嚥下機能の観点から適切と考えられる食事形態や量の情報等を含む嚥下調整食の内容等）も利用して行う。

4. 在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、区分番号「J120」鼻腔栄養の費用は算定できない。

（在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料留意事項通知より）