

第2部 在宅医療

在宅の費用は下記で算定

第1節 (在宅患者診療・指導料)

+

第2節 (在宅療養指導管理料)

+

第3節 薬剤料

+

第4節 特定保険医療材料

- 医師の診療日以外に訪問看護ステーション等の看護師等が医師の指示に基づき、患者に点滴又は処置等を実施する際に用いた薬剤料や特定保険材料料が算定できるとされた。この場合、レセプトの「⑭在宅」の項で請求し、薬剤や特定医療材料の使用日を「摘要」欄に記入する。なお手技料は算定することはできない。
- 注射薬や特定保険医療材料は在宅の部で規定されている注射薬や特定保険医療材料に限られる

※ 以前は1人の患者に対して在宅患者訪問診療が算定できるのは1つの医療機関に限られ、他科で在宅患者訪問診療料が算定され「在宅寝たきり患者処置管理指導料」が算定されているときには、カテーテル交換は泌尿器科でと依頼されて定期的に交換に行っても算定できる点数がありませんので保険請求できませんでした。平成30年度の改定で在宅患者訪問診療料2が新設され、主治医として定期的に訪問診療を行っている保険医から依頼を受けたとき、月に一回に限り在宅患者訪問診療料2が算定可能となります。

第1節 在宅患者診療・指導料

【C000 往診料 720点】

往診料は、患者又は家族等患者の看護等に当たる者が、保険医療機関に対し電話等で直接往診を求め、当該保険医療機関の医師が往診の必要性を認めた場合に、可及的速やかに患家へ赴き診療を行った場合に算定できるものであり、定期的ないし計画的に患家又は他の保険医療機関に赴いて診療を行った場合には算定できない。

患家における診療時間が1時間を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに、100点を所定点数に加算する。患家において死亡診断を行った場合は、200点を所定点数に加算する。

患家の求めに応じて訪問した場合

初診

再診 のいずれか+往診

外来診療料

今回の改定で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が見直された。

以下のいずれかに該当する場合の往診料の加算は維持

第2章 特掲診療料 第2部 在宅医療－②

- 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

在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医以外が行う往診時の加算

上記①から③に該当する患者

- (1) 緊急に行う往診 325点
- (2) 夜間（深夜を除く。）又は休日の往診 650点
- (3) 深夜の往診 1,300点

上記以外の患者の往診時の加算は大幅に減額された。

- (1) 緊急に行う往診 325点
- (2) 夜間（深夜を除く。）又は休日の往診 405点
- (3) 深夜の往診 485点

（時間的な加算）

夜間……午前6時～午前8時、午後6時～午後10時

深夜……午後10時～午前6時

緊急……診療に従事している時間であって概ね午前8時～午後1時

<例：標榜時間午前9時～午後1時、午後4時～午後7時>

午前0時～	午前6時～	午前8時～	午前9時～	午後1時～	午後4時～	午後7時～	午後10時～
深夜	夜間		緊急		緊急	夜間	深夜

在宅で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、その同意を得て、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場合は以下の管理料。指導料を算定

【C001 在宅患者訪問診療料Ⅰ（1日につき）】

在宅患者訪問診療料1（主治医が算定）

- 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

（主治医として定期的に訪問診療を行っている保険医が属する他の保険医療機関の求めを受けて、他の保険医療機関が診療を求めた傷病に対し訪問診療を行った場合に、求めがあった日を含む月から6月を限度として月1回に限り算定できる。）

- イ 同一建物居住者以外の場合 884点
- ロ 同一建物居住者の場合 187点

※ 主治医が診療状況を共有した上で、再度依頼をうけた場合は6か月を超えて算定できる。診療報酬明細書の摘要欄に以下の継続的な訪問診療の必要性について記載すること。

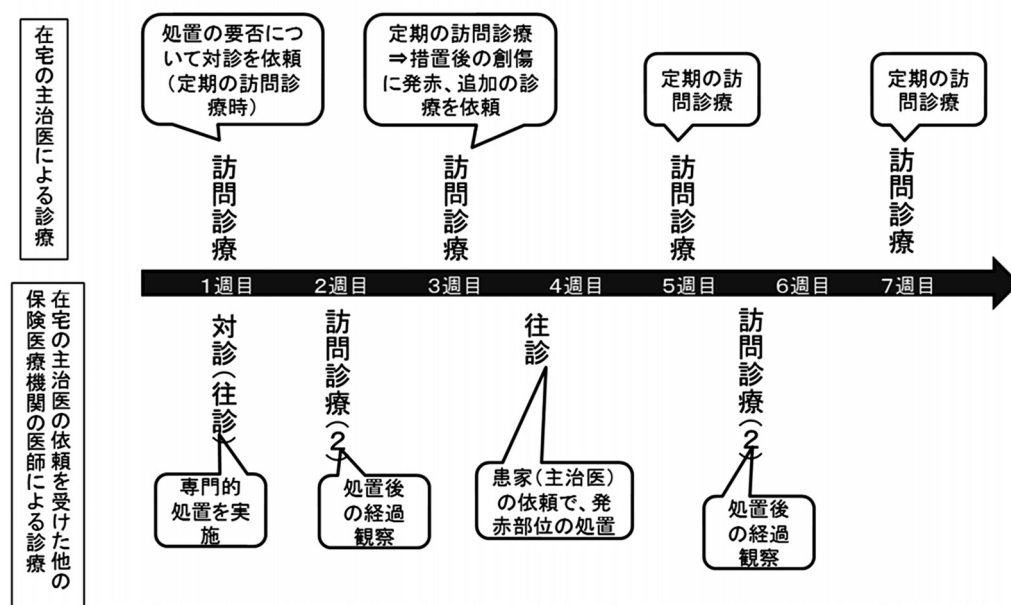
ア その診療科の医師でなければ困難な診療

イ 既に診療した傷病やその関連疾患とは明らかに異なる傷病に対する診療

- ★ C001 在宅患者訪問診療料算定時は初診料、再診料、外来診療料、往診料は算定しない。
- ★ 文書のみではなく、電話等で依頼があったときも算定可能であるが、ケアマネージャーを通じた訪問診療の依頼では認められない。
- ★ 他の保険医療機関からの求めがあった年月を 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載すること。
- ★ 往診料を算定することも可能
- ★ 主治医が行う訪問診療に同行して行った時は、立ち合い診療となるため往診料で算定
- ★ 月2回以上の訪問診療をおこなった場合、2回目以降については在医総管等を算定する医療機関が診察のうえ、必要な場合は対診として取り扱い、往診料で算定する。
- ★ 在宅患者訪問診療料2を算定する場合は在宅時医学総合管理料（以下、在医総管）・施設入居時等医学管理料（以下、施設総管）は算定できない。
- ★ 在医総管・施設総管を算定している医療機関から求めに応じて訪問診療を行い、在宅患者訪問診療料2を算定する場合、在医総管・施設総管に包括される処置等を実施した際は、在宅患者訪問診療料2を算定する医療機関は当該処置等の費用を算定できる。
- ★ 在宅患者訪問診療料2を算定する場合、診療録に以下の内容を記載する。
 - ①訪問診療の計画および診療内容の要点。②主として診療を行う他の医療機関が診療を求めた傷病名。③訪問診療を行った日における診療時間（開始時刻および終了時刻）および診療場所
- ★ 在宅患者訪問診療料2を算定する場合他の保険医療機関から診療の求めがあった年月をレセプト摘要欄に記載する。

複数の医療機関による訪問診療の例

○ 専門的処置を要するため、在宅の主治医から、他の診療科の医師に診療を依頼した場合



注）説明用のイメージとして作成したものであり、実際には様々なパターンが想定されこれに限定されるものではない

【C002 在宅時医学総合管理料（月1回）】

【C002-2 施設入居時等医学総合管理料（月1回）】

【C007 訪問看護指示料 300点】

患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーション等に対して、訪問看護指示書を交付した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

第2節 在宅療養指導管理料

「第1款 在宅療養指導管理料」+「第2款 在宅療養指導管理材料」加算で算定

第1款 在宅療養指導管理料

1. 在宅療養指導管理料は、特に規定する場合を除き、月1回に限り算定する。
2. 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、主たる指導管理の所定点数のみにより算定する。
3. 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理を行った場合においては、当該退院の日に所定点数を算定できる。

【C106 在宅自己導尿指導管理料 1,400点】

【C163 特殊カテーテル加算】

- 1 再利用型カテーテル 400点
 - 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
 - (1) 60本以上90本未満の場合 1,700点
 - (2) 90本以上120本未満の場合 1,900点
 - (3) 120本以上の場合 2,100点ロ イ以外のもの 1,000点
 - 3 間歇バルーンカテーテル 1,000点
- ・特殊カテーテル加算は3月に3回に限って算定可とされた。例えば4月に2か月分(3.4月) 5月に3か月分(5～7月)などまとめて算定できる。当月分に加えて複数月算定するときには適応欄に算定した月情報を入力する必要がある。
 - ・親水性コーティングを有するカテーテルを算定するときには要件を満たす医学的根拠を電算コード入力する必要がある。
 - ・間歇導尿用ディスポーザブルカテーテルと間歇バルーンカテーテルを併せて支給した場合や再利用型カテーテルと間歇導尿用ディスポーザブルカテーテルを合わせて支給した場合は主たるもののみを算定する。

在宅自己導尿指導管理料を算定している患者については、導尿、膀胱洗浄および留置カテーテルの費用(薬剤および特定医療材料に係わる費用を含む)は算定できないため、外来で医師が処置として行う膀胱洗浄に用いる薬液や膀胱留置用ディスポーザブルカテーテルの費用は算定不可である。

- ※1 週一回の在宅自己導尿を算定しても在宅自己導尿指導管理料を算定できる。
- ※2 外尿道口の消毒薬の算定は不可。(在宅自己導尿指導管理料に含まれる)
- ※3 消毒薬・潤滑剤の算定は不可。(在宅自己導尿指導管理料に含まれる)
- ※4 器具の消毒薬は算定不可(在宅自己導尿指導管理料に含まれる)
- ※5 入院中の患者でも退院時に算定可。

当局の指導により変更になりました。(平成21年4月より)

- ※6 麻酔剤としてのキシロカインゼリーは算定不可。
在宅で使用できる薬剤に麻酔薬はない。
自己麻酔は認められていない。

【C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料 1,050点】

- 在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者についての医師が処置として行う膀胱洗浄、留置カテーテルの費用（薬剤および特定医療材料に係わる費用を含む）は算定できない。しかし患者またはその家族が行うときには在宅の項目での特定保険医療材料の請求は可能である。支給できるカテーテルは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として規定されているものおよび膀胱瘻用カテーテルのみであり、腎瘻用カテーテルの算定は不能である。

「記載要領」

在宅寝たきり患者処置に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載し、「摘要」欄に総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量及び支給日数、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。

【C108-4 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料】1,500点

在宅における鎮痛療法又は悪性腫瘍の化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の患者に対して、当該療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

【C119 在宅経肛門的自己洗腸指導管理料】800点

経過措置が終了し、在宅自己導尿指導管理料と併算定できないとされた。

【C172 経肛門的洗腸療法材料加算（新設）】2,400点

在宅で経肛門的に自己洗腸を行っている患者に対して、自己洗腸用材料を使用した場合、3月に3回算定できる。

【在宅で算定可能な特定保険医療材料】

001 腹膜透析液交換セット

- （1）交換キット （2）回路

002 在宅中心静脈栄養用輸液セット

- （1）本体 （2）付属品 ① フーバー針 ② 輸液バッグ

003 在宅寝たきり患者処置用気管切開後留置用チューブ

004 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

- （1）2管一般（Ⅰ）
（2）2管一般（Ⅱ） ① 標準型 ② 閉鎖式導尿システム
（3）2管一般（Ⅲ） ① 標準型 ② 閉鎖式導尿システム
（4）特定（Ⅰ）
（5）特定（Ⅱ）

005 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

006 在宅血液透析用特定保険医療材料（回路を含む。）

- （1）ダイアライザー （2）吸着型血液浄化器（ β 2-ミクログロブリン除去用）

007 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ

第2章 特掲診療料 第2部 在宅医療―⑥

(1) 化学療法用 (2) 標準型 (3) PCA型

008 皮膚欠損用創傷被覆材

(1) 真皮に至る創傷用 1 cm²当たり 6 円

(2) 皮下組織に至る創傷用 ① 標準型 1 cm²当たり10円 ② 異形型 1 g当たり37円

(3) 筋・骨に至る創傷用 1 cm²当たり25円

009 非固着性シリコンガーゼ

(1) 広範囲熱傷用 (2) 平坦部位用 (3) 凹凸部位用

010 水循環回路セット

011 膀胱瘻用カテーテル

012 交換用胃瘻カテーテル

013 局所陰圧閉鎖処置用材料

014 陰圧創傷治療用カートリッジ

015 人口鼻材料

(1) 人工鼻 (2) 接続用材料 (3) 呼気弁