

第2部 在宅医療

<通則>

在宅医療の費用は、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節薬剤料及び第4節特定保険医療材料料に掲げる所定点数を合算した点数により算定する。

第1節 在宅患者診療・指導料

- 1 保険医療機関は、C000往診料、C001在宅患者訪問診療料、C005在宅患者訪問看護・指導料、C006在宅訪問リハビリテーション指導管理料、C008在宅患者訪問薬剤管理指導料、C009在宅患者訪問栄養食事指導料又はI012精神科訪問看護・指導料（以下「訪問診療料等」という。）のうち、いずれか1つを算定した日においては、他のものを算定できない。

ただし、在宅患者訪問診療等を行った後、患者の病状の急変等により、往診を行った場合の往診料の算定については、この限りではない。

- 2 一の保険医療機関が訪問診療料等のいずれか1つを算定した日については、当該保険医療機関と特別の関係にある他の保険医療機関は訪問診療料等を算定できない。

ただし、在宅患者訪問診療等を行った後、患者の病状の急変等により、往診を行った場合の往診料の算定については、この限りではない。

- 3 保険医療機関と特別の関係にある訪問看護ステーションが、当該保険医療機関の医師から訪問看護指示書の交付を受けた患者について、訪問看護療養費を算定した日においては、当該保険医療機関は訪問診療料等を算定できない。

ただし、当該訪問看護を行った後、患者の病状の急変等により、往診を行った場合の往診料の算定については、この限りではない。

- 4 在宅療養支援診療所とは、地域における患者の在宅療養の提供に主たる責任を有するものであり、患者からの連絡を一元的に当該診療所で受けるとともに、患者の診療情報を集約する等の機能を果たす必要があること。このため、以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保しなければならない。

ア 当該診療所において、24時間連絡を受ける医師又は看護職員（以下この部において「連絡担当者」という。）をあらかじめ指定するとともに、連絡担当者及び連絡担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供し、診療録にその写しを添付すること。なお、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示すること。

イ 当該診療所において、又は別の保険医療機関の保険医との連携により、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供し診療録に添付すること。

ウ 当該診療所において、又は別の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患家の求めに応じて、当該診療所の保険医の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供し、診療録にその写しを添付すること。

エ 当該診療所において、又は別の保険医療機関との連携により、緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保し、受入医療機関の名称等をあらかじめ地方

社会保険事務局長に届け出ていること。

オ 他の保険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、連携する保険医療機関又は訪問看護ステーション（以下この部において「連携保険医療機関等」という。）において緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を連携保険医療機関等に文書（電子媒体を含む。）により随時提供し、当該提供した診療情報の写しを当該患者の診療録に添付すること。なお、連携保険医療機関等の保険医又は看護師等との診療情報の共有に際し、当該患者の診療情報の提供を行った場合、これにかかる費用は各所定点数に含まれ別に算定できない。

カ 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

キ 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。

ク 年に1回、在宅看取り数等を地方社会保険事務局長に報告していること。

- 5 連携保険医療機関等の保険医又は看護師等であって、在宅療養支援診療所の保険医の指示により、緊急の往診又は訪問看護を行うものは、患者の診療情報について、あらかじめ在宅療養支援診療所の保険医から提供を受け、緊急時に十分活用できる体制にて保管する必要があること。また、当該緊急の往診又は訪問看護の後には、診療内容等の要点を診療録に記載するとともに、在宅療養支援診療所の保険医が患者の診療情報を集約して管理できるよう、速やかに在宅療養支援診療所の保険医に対し、診療情報の提供を行うこと。なお、在宅療養支援診療所の保険医に対し、連携保険医療機関等から当該患者の診療情報の提供を行った場合の費用は、各所定点数に含まれ別に算定できない。
- 6 当該患者の病状急変時等に、連携する保険医療機関の保険医又は看護師等が往診又は訪問看護を行った場合には、初診料、再診料、往診料又は在宅患者訪問看護・指導料は往診等を行った保険医又は看護師等の属する保険医療機関において算定する。
- 7 連携保険医療機関等が、在宅療養支援診療所の保険医の指示により往診又は訪問看護を行った場合は、診療報酬明細書の摘要欄に連携する在宅療養支援診療所の名称及び「支援」と記載すること。

C000 往診料

- (1) 往診料は、患家の求めに応じて患家に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に赴いて診療を行った場合には算定できない。
- (2) 緊急往診加算は、保険医療機関において、標榜時間内であって、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している時に、患者又は現にその看護に当たっている者から緊急に求められて往診を行った場合に算定する。
- (3) 「注1」に規定する「別に厚生労働大臣が定める時間」とは、保険医療機関において専ら診療に従事している時間であって、おおむね午前8時から午後1時までの間とする。
- (4) 「注1」の加算の対象となる緊急な場合とは、患者又は現にその看護に当たっている者からの訴えにより、速やかに往診しなければならないと判断した場合をいい、具体的には、急性心筋梗塞、脳血管障害、急性腹症等が予想される場合をいう。
- (5) 「注1」における所定点数とは、往診料に「注2」及び「注4」における加算点数を合算した点数をいう。
- (6) 夜間（深夜の時間帯を除く。）とは概ね午後6時から翌日の午前6時まで、又は午後7時

から翌日の午前7時までのように、12時間を標準として各都道府県において統一的取扱いをすることとし、深夜の取扱いについては、午後10時から午前6時までとする。

- (7) 「注1」ただし書の加算については、往診及び訪問看護により24時間対応できる体制等を確保し、主治医及び連絡担当者の氏名、連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項等並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等について、文書により提供している患者に限り、算定できる。
- (8) 「注2」における診療時間とは、実際に診療に当たっている時間をいう。交通機関の都合その他診療の必要以外の事由によって患家に滞在又は宿泊した場合においては、その患家滞在の時間については、診療時間に算入しない。
- (9) 同一の患家で2人以上の患者を診療した場合は、2人目以降の患者については往診料又は在宅患者訪問診療料を算定せず、初診料又は再診料若しくは外来診療料及び特掲診療料を算定する。この場合において、2人目以降のそれぞれの患者の診療に要した時間が1時間を超えた場合は、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載し、往診料の「注2」の加算又は在宅患者訪問診療料の「注3」の加算の点数を算定する。
- (10) 往診又は訪問診療を行った後に、患者又はその家族等が単に薬剤を取りに医療機関に来た場合は、再診料又は外来診療料は算定できない。
- (11) 「注3」に規定する加算は、患者が居宅で死亡した場合であって、死亡日に往診を行い、死亡診断を行った場合に算定する。
- (12) 保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超える往診については、当該保険医療機関からの往診を必要とする絶対的な理由がある場合に認められるものであって、この場合の往診料の算定については、16キロメートル以内の場合と同様、本区分及び「注1」、「注2」、「注3」により算定する。この絶対的に必要であるという根拠がなく、特に患家の希望により16キロメートルを超える往診をした場合の往診料は保険診療としては算定が認められないことから、患者負担とする。この場合において、「保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合」とは、当該保険医療機関を中心とする半径16キロメートルの圏域の外側に患家が所在する場合をいう。
- (13) (12)にかかわらず、往診距離が片道16キロメートルを超えて又は海路によりアの適用地域に往診した場合であって、イの各号の一に該当する特殊の事情があったときの往診料は、ウの算定方法によって算定する。

ア 適用地域

次の各号の一に該当する地域であって、イに掲げる特殊の事情のいずれかが一般的に存するものについて、地方社会保険事務局長が厚生労働大臣の承認を得て指定した地域とする。

なお、指定地域が指定要件を欠くに至ったときは、当局に内議のうえ、すみやかに地域の指定を取り消すものとする。

- i 医療機関のない島の地域又は通例路程の大部分を海路による以外に往診することが困難な事情にある地域であって医療機関のないもの。(以下「1号地域」という。地域の単位は、原則として、島、部落又は小字とする。)
- ii 1号地域以外の地域であって、最寄りの医療機関からの往診距離が片道16キロメートルを超えるもの。(以下「2号地域」という。地域の単位は、原則として、部落又は小字とする。)

イ 特殊の事情

- i 定期に航行する船舶がないか、又は定期に航行する船舶があっても航行回数がきわめて少ないか、若しくは航行に長時間を要すること。
- ii 海上の状態や気象条件がきわめて悪いため、又は航路に暗礁が散在するため、若しくは流氷等のため航行に危険が伴うこと。
- iii 冬期積雪の期間通常の車両の運行が不能のため往診に相当長時間を要する事情にあること、又は道路事情がきわめて悪く、相当の路程を徒歩によらなければならないため、往診に相当長時間を要する事情にあること。

ウ 算定方法

往診料の項に定める算定方法に準じて算定した点数（650点に「注1」、「注2」又は「注3」による点数を加算した点数）に、次の点数（1号地域については次のiの(i)及び(ii)により算出した点数、2号地域については、次のiiにより算出した点数）を加算する。

i 1号地域に対する往診の場合

- (i) 波浪時（波浪注意報の出ているとき又は波浪により通常の航海時間のおおむね1.5倍以上を要したときとする。）であった海路につき海路距離が片道1キロメートル又はその端数を増すごとに所定点数に「注2」に規定する点数の100分の150を加算した点数。（往復の場合は100分の200、片道の場合は100分の100とする。）
- (ii) 適用地域における往診に必要とした滞在時間（島に上陸したときから離島するまでの時間）については30分又はその端数を増すごとに100点を加算する方法で算出した点数の100分の200に相当する点数。

ii 2号地域に対する往診の場合

往診のため保険医が当該保険医療機関を出発してから帰院するまでの往診時間について、30分又はその端数を増すごとに100点を加算する方法で算出した点数の100分の300に相当する点数。

- (14) 保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートル以上の地域に居住する保険医に対して主治医が往診による対診を求めることができるのは、患家付近に他の保険医がない、いても専門外である、旅行中で不在である等やむを得ない絶対的理由のある場合に限られるものである。
- (15) 「注5」に規定する交通費は実費とする。
- (16) 交通費には自家用車による費用を含む。
- (17) 自転車、スクーター等の費用は往診料に含まれているので前項は適用されず、したがって「注5」に規定する患家の負担となる交通費には該当しない。
- (18) 往診を求められて患家へ赴いたが、既に他医に受診していたため、診察を行わないで帰った場合の往診料は、療養の給付の対象としない扱いとする。したがって患者負担とする。
- (19) 特定の被保険者の求めに応ずるのではなく、保険診療を行う目的をもって定期又は不定期に事業所へ赴き、被保険者（患者）を診療する場合は、往診料として取り扱うことは認められない。
- (20) 数事業所の衛生管理医をしている保険医が、衛生管理医として毎日又は定期的に事業所に赴いた（巡回）際、当該事業所において常態として診療を行う場合は、(19)と同様である。
- (21) 同一保険医が2カ所の保険医療機関を開設している場合の往診料は、往診の依頼を受けた医療機関を起点とするのではなく、当該保険医が患家に赴くために出発した保険医療機関か

ら患者までの距離により算定する。

C001 在宅患者訪問診療料

- (1) 在宅患者訪問診療料の算定の対象となる患者は、居宅で療養を行っており、疾病、傷病のために通院による療養が困難なものとする。ただし、医師又は看護師等の配置が義務付けられている施設に入所している患者（「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」（平成18年厚生労働省告示第 号）等（以下「給付調整告示等」という。）に規定する場合を除く。）については算定の対象としない。
- (2) 在宅患者訪問診療料は、1人の患者に対して1つの保険医療機関の保険医の指導管理の下に継続的に行われる訪問診療について、1日につき1回に限り算定するが、初診料を算定した初診の日には算定できない。
- (3) 在宅患者訪問診療料の算定は週3回を限度とするが、次に掲げる患者についてはこの限りでない。

【厚生労働大臣が定める患者等】

末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（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（ホーエン・ヤールの重症度分類のステージ3以上かつ生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、後天性免疫不全症候群若しくは頸髄損傷の患者又は人工呼吸器を装着している患者

- (4) 診療に基づき患者の病状の急性増悪、終末期等により一時的に週4回以上の頻回な訪問診療の必要を認め、当該患者の病状に基づいた訪問診療の計画を定め、当該計画に基づいて患者を定期的に訪問し、診療を行った場合には、
 - ア 当該訪問診療が必要な旨
 - イ 当該訪問診療の必要を認めた日
 - ウ 当該訪問診療を行った日を診療報酬明細書に付記することにより、1月に1回に限り、当該診療を行った日から14日以内について14日を限度として算定することができる。
- (5) 定期的・計画的な訪問診療を行っている期間における緊急の場合の往診の費用の算定については、在宅患者訪問診療料は算定せず、往診料及び再診料又は外来診療料を算定する。ただし、当該緊急往診を必要とした症状が治まったことを主治医が判断した以降の定期的訪問診療については、在宅患者訪問診療料の算定対象とする。
- (6) 訪問診療の計画及び診療内容の要点を診療録に記載する。
- (7) 「注4」に規定する在宅ターミナルケア加算は、死亡日前14日以内に2回以上往診又は訪問診療を行った患者が、在宅で死亡した場合に算定する。この場合、診療内容の要点等を診療録に記載すること。
- (8) 「注4」のただし書に規定する在宅療養支援診療所又は連携する保険医療機関に係る加算については、(7)の要件に加えて、在宅療養支援診療所又は連携する保険医療機関の保険医が、患者（往診及び訪問看護により24時間対応できる体制を確保し、在宅療養支援診療所の連絡担当者の氏名、連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項等並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等について、文書により提供している患者に限る。）が居宅で死亡した場

合であって、死亡日に往診又は訪問診療を行い、当該患者の死亡診断を行った場合に算定する。この場合、診療内容の要点等を当該患者の診療録に記載すること。

- (9) 「注5」に規定する加算は、患者が居宅で死亡した場合であって、死亡日に往診又は訪問診療を行い、死亡診断を行った場合に算定する。ただし、「注4」のただし書に規定する加算には、死亡診断に係る費用が含まれており、「注5」に規定する加算は別に算定できない。
- (10) 患家における診療時間が1時間を超える場合の加算の算定方法、保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合又は海路による訪問診療を行った場合であって特殊な事情があった場合の在宅患者訪問診療料の算定方法及び訪問診療に要した交通費の取扱いは、往診料における取扱いの例による。
- (11) 往診又はその翌日に行う訪問診療の費用については、算定はできない。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在宅療養支援診療所の指示により、往診及び訪問看護により24時間対応できる体制を確保し、在宅療養支援診療所の連絡担当者の氏名、連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項等並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等について、文書により提供している患者に対して、往診を行った場合はこの限りではない。

- (12) 「注8」に規定する交通費は実費とする。

C002 在宅時医学総合管理料

- (1) 在宅時医学総合管理料は、在宅において療養する患者のかかりつけ医機能の確立及び在宅における療養の推進を図るものである。
- (2) 在宅時医学総合管理料は、厚生労働大臣の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届け出た保険医療機関の主治医が、在宅療養計画に基づき月2回以上継続して訪問診療（往診を含む。）を行った場合に月1回に限り算定する。在宅時医学総合管理料1については、在宅療養支援診療所の主治医が、往診及び訪問看護により24時間対応できる体制を確保し、在宅療養支援診療所の連絡担当者の氏名、連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項等並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等について、文書により提供している患者に限り、在宅療養支援診療所において算定し、在宅療養支援診療所の主治医が、当該患者以外の患者に対し、月2回以上継続して訪問した場合には、在宅時医学総合管理料の2を算定する。ただし、医師又は看護師等の配置が義務付けられている施設に入所している患者（給付調整告示等に規定する場合を除く。）については算定の対象としない。
- (3) 個別の患者ごとに総合的な在宅療養計画を作成し、その内容を患者、家族及びその看護に当たる者等に対して説明し、在宅療養計画及び説明の要点等を診療録に記載すること。
- (4) 他の保健医療又は福祉サービスとの連携に努めること。
- (5) 当該患者が診療科の異なる他の保険医療機関を受診する場合には、診療の状況を示す文書を当該保険医療機関に交付する等十分な連携を図るよう努めること。
- (6) 当該保険医療機関以外の保険医療機関が、当該患者に対して診療を行おうとする場合には、当該患者等に対し照会等を行うことにより、他の保険医療機関における在宅時医学総合管理料の算定の有無を確認すること。
- (7) 当該患者について在宅時医学総合管理料が算定されている月において、区分番号B000特定疾患療養管理料、B001の「5」小児科療養指導料、同区分の「7」難病外来指導管理料、同区分の「8」皮膚科特定疾患指導管理料、同区分の「18」小児悪性腫瘍患者指導管理料、及び区分番号C109在宅寝たきり患者処置指導管理料は所定点数に含まれ、別に算

定できない。

- (8) 当該点数を算定した月において、当該点数を算定する保険医療機関の外来を受診した場合においても投薬の費用については算定できない。
- (9) 1つの患家に在宅時医学総合管理料の対象となる患者が2人以上いる場合の在宅時医学総合管理料は、患者ごとに算定すること。
- (10) 同一月内において院外処方せんを交付した訪問診療と院外処方せんを交付しない訪問診療とが行われた場合は、当該月の算定は在宅時医学総合管理料のイ（院外処方せんを交付する場合）で算定するものであること。
- (11) 在宅時医学総合管理料のイを算定する保険医療機関において投与期間が30日を超える薬剤を含む院外処方せんを交付した場合は、その投与期間にかかる在宅時医学総合管理料の算定に当たっては、在宅時医学総合管理料のイで算定するものであること。
- (12) 在宅時医学総合管理料は、当該患者に対して主として診療を行っている保険医が属する1つの保険医療機関において算定するものであること。
- (13) 在宅末期医療総合診療料を算定した日の属する月にあつては、在宅時医学総合管理料は算定できないものであること。
- (14) 「注3」に係る加算は、特掲診療料の施設基準等告示別表第五に掲げる患者に対し、月4回以上の往診又は訪問診療を行い、必要な医学管理を行っている場合に重症者加算として算定する。
- (15) 別に厚生労働大臣が定める状態等のうち、特掲診療料の施設基準等告示別表第五第三号に掲げる「高度な指導管理を必要とするもの」とは、別表第五の第二号のイに掲げる指導管理を2つ以上行っているものをいう。
- (16) 算定対象となる患者が入所する施設と特別の関係にある保険医療機関においては、算定できない。

C003 在宅末期医療総合診療料

- (1) 在宅末期医療総合診療料は、厚生労働大臣の定める施設基準に適合す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である在宅療養支援診療所が、居宅において療養を行っている通院が困難な末期の悪性腫瘍患者（医師又は看護師等の配置が義務付けられている施設に入所している患者（給付調整告示等に規定する場合を除く。）の場合を除く。）であつて、往診及び訪問看護により24時間対応できる体制を確保し、在宅療養支援診療所の連絡担当者の氏名、連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項等並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等について、文書により提供しているものに対して、計画的な医学管理の下に、次に掲げる基準のいずれにも該当する総合的な医療を提供した場合に、1週間（日曜日から土曜日の暦週をいう。本項において同じ。）を単位として当該基準を全て満たした日に算定する。
 - ア 当該患者に対し、訪問診療又は訪問看護を行う日が週4日以上であること。
 - イ 訪問診療の回数が週1回以上であること。
 - ウ 訪問診療及び訪問看護の回数（訪問診療を行った日又は往診料を算定した日に行った訪問看護の回数を含む。）があわせて週4回以上であること。
 - エ 当該診療所において又は他の保険医療機関等との連携により、往診及び訪問看護により24時間対応できる体制等を確保し、主治医の氏名及び連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項等並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等について、文書により提供し

ていること。

- (2) 在宅末期医療総合診療料は、1週間のうちに全ての要件を満たさなかった場合、1週間のうちに在宅医療と入院医療が混在した場合には算定できない。ただし、現に在宅末期医療総合診療料を算定している患者が、当該在宅療養支援診療所に一時的に入院する場合は、引き続き計画的な医学管理の下に在宅における療養を継続しているものとみなし、当該入院の日も含めた1週間について、(1)のアからエまでの要件を満たす場合には、在宅末期医療総合診療料を算定できるものとする。ただし、この場合には、入院医療に係る費用は別に算定できない。
- (3) 連携により必要な体制を確保する場合にあっては、緊急時の往診又は訪問看護を連携保険医療機関等の医師又は看護師等が行うことが有り得ることを予め患者等に説明するとともに、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急時の対応に必要な診療情報を連携保険医療機関等に文書（電子媒体を含む。）により随時提供し、当該提供した診療情報は当該患者の診療録に添付すること。なお、連携保険医療機関等の保険医又は看護師等との診療情報の共有に際し、当該患者の診療情報の提供を行った場合、これにかかる費用は各所定点数に含まれ別に算定できない。
- (4) 連携保険医療機関等と共同で訪問看護を行い、又は緊急時の往診体制をとっている場合は、当該患者の訪問看護、往診に係る費用は、主治医の属する保険医療機関において一括して算定する。
- (5) 連携保険医療機関等が当該患者に訪問看護を行った場合又は当該患者の病状急変時等に連携保険医療機関の保険医が往診を行った場合は、当該連携保険医療機関等は、診療内容等を在宅末期医療総合診療料を算定する保険医療機関の主治医に速やかに報告し、当該主治医は診療内容等の要点を当該患者の診療録に記載する必要がある。ただし、これに係る診療情報提供の費用は所定点数に含まれ別に算定できない。
- (6) 算定の対象となる患者について、総合的な在宅医療計画を策定し、これに基づいて訪問診療及び訪問看護を積極的に行うとともに、他の保健医療又は福祉サービスとの連携に努めること。なお、在宅末期医療総合診療は、同一の患者に対して継続的に行うことが望ましい。
- (7) 当該保険医療機関以外の保険医療機関が、当該患者に対して診療を行おうとする場合には、当該患者等に対し照会等を行うことにより、他の保険医療機関における在宅末期医療総合診療料の算定の有無を確認すること。
- (8) 1週間のうち院外処方せんを交付した日がある場合は、当該1週間分を「1」で算定し、それ以外の場合は「2」で算定する。

なお、当該診療を開始又は終了（死亡による場合を含む。）した週にあって、当該1週間のうちに(1)に掲げる基準を満たした場合には、当該診療の対象となった日数分について算定する。
- (9) 当該患者の診療に係る費用は、(10)の往診に係る費用及び「注2」の加算を除き、すべて所定点数に含まれる。ただし、同一月において在宅末期医療総合診療料が算定された日の前日までに算定された検体検査判断料等については、別に算定できる。
- (10) 週3回以上の訪問診療を行った場合であって、訪問診療を行わない日に患者の求めに応じて緊急に往診を行った場合には、在宅末期医療総合診療料とは別に週2回を限度として往診料（加算を含む。）を算定できる。
- (11) 「注2」に規定する加算は、患者が居宅で死亡した場合であって、死亡日に往診又は訪問

診療を行い、死亡診断を行った場合に算定する。

- (12) 算定対象となる患者が入所する施設と特別の関係にある保険医療機関においては、算定できない。
- (13) 「注4」に規定する交通費は実費とする。

C004 救急搬送診療料

- (1) 救急用の自動車とは、消防法（昭和23年法律第186号）及び消防法施行令（昭和36年政令第37号）に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車、並びに道路交通法（昭和35年法律第105号）及び道路交通法施行令（昭和35年政令第270号）に規定する緊急自動車であって当該保険医療機関に属するものをいう。
- (2) 「救急医療対策事業実施要綱」（昭和52年7月6日医発第629号）第11に規定するドクターヘリ導入促進事業に係るドクターヘリにより搬送される患者に対して、ドクターヘリ内において診療を行った場合についても救急搬送診療料を算定することができる。
- (3) 診療を継続して提供した場合、初診料、再診料又は外来診療料は、救急搬送の同一日に1回に限り算定する。
- (4) 搬送先の保険医療機関の保険医に立会診療を求められた場合は、初診料、再診料又は外来診療料は1回に限り算定し、往診料は併せて算定できない。ただし、患者の発生した現場に赴き、診療を行った後、救急用の自動車等に同乗して診療を行った場合は、往診料を併せて算定できる。
- (5) 入院患者を他の保険医療機関に搬送した場合、入院基本料を算定した日には救急搬送診療料は算定できない。
- (6) 「注2」の加算は、6歳未満の乳幼児に対して救急搬送診療料を算定する場合に加算する。

C005 在宅患者訪問看護・指導料

- (1) 在宅患者訪問看護・指導料は、居宅において療養を行っている通院困難な患者の病状に基づいて訪問看護・指導計画を作成し、かつ、当該計画に基づき実際に患家を定期的に訪問し、看護及び指導を行った場合に、1日に1回を限度として算定する。ただし、医師又は看護師の配置が義務付けられている施設に入所している患者（給付調整告示等により規定する場合を除く。）については、算定の対象としない。
- (2) 在宅患者訪問看護・指導料は、在宅患者訪問看護・指導を実施する保険医療機関において医師による診療のあった日から1月以内に行われた場合に算定する。
ただし、当該患者（患者の病状に特に変化がないものに限る。）に関し、在宅患者訪問診療料を算定すべき訪問診療を行っている保険医療機関が、患者の同意を得て、診療の日から2週間以内に、当該患者に対して継続して在宅患者訪問看護・指導料を行っている別の保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る療養上必要な情報を提供した場合には、当該診療情報の提供（区分「B009」診療情報提供料(1)の場合に限る。）を行った保険医療機関において、当該診療情報提供料の基礎となる診療があった日から1月以内に行われた場合に算定する。
- (3) 在宅患者訪問看護・指導料の算定は週3日を限度とするが、厚生労働大臣が定める疾病等の患者については週4日以上算定できる。

【厚生労働大臣が定める疾病等の患者】

末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小

脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（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（ホーエン・ヤールの重症度分類のステージ3以上かつ生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、後天性免疫不全症候群若しくは頸髄損傷の患者又は人工呼吸器を装着している患者

- (4) 診療に基づき、患者の病状の急性増悪、終末期等により一時的に週4日以上頻回の訪問看護が必要であると認められた患者（厚生労働大臣が定める疾病等の患者を除く。）については、月1回に限り、当該診療を行った日から14日以内の期間において、14日を限度として算定できる。

当該患者が介護保険法第62条に規定する要介護被保険者等である場合には、診療録に頻回の訪問看護が必要であると認めた理由及び頻回の訪問看護が必要な期間（ただし14日間以内に限る。）を記載すること。

- (5) (3)又は(4)により、週4回以上在宅患者訪問看護・指導料を算定する場合は、在宅患者訪問看護・指導料の「1」の「ロ」又は「2」の「ロ」により算定する。
- (6) 「1」の助産師による在宅患者訪問看護・指導料の算定の対象となる患者は、居宅において療養を行っている通院困難な妊産婦及び乳幼児であって、疾病等に係る療養上の指導等が必要な患者であり、療養上必要と認められない一般的保健指導を専ら行う場合は算定しない。
- (7) 訪問看護計画は、医師又は保健師、助産師若しくは看護師が患家を訪問し、患者の家庭における療養状況を踏まえて作成し、当該計画は少なくとも1月に1回は見直しを行うほか、患者の病状に変化があった場合には適宜見直す。
- 訪問看護計画には、看護及び指導の目標、実施すべき看護及び指導の内容並びに訪問頻度等を記載すること。
- (8) 医師は、保健師、助産師、看護師又は准看護師に対して行った指示内容の要点を診療録に記載すること。また、保健師、助産師又は看護師が准看護師に対して指示を行ったときは、その内容の要点を記録にとどめておくこと。
- (9) 保健師、助産師、看護師又は准看護師は、患者の体温、血圧等基本的な病態を含む患者の状態並びに行った指導及び看護の内容の要点を記録にとどめておくこと。
- (10) 他の保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料を算定している患者については、在宅患者訪問看護・指導料を算定できない。ただし、保険医療機関を退院後1月以内の患者に対して当該保険医療機関が行った在宅患者訪問看護・指導については、この限りではない。
- (11) 保険医療機関と特別の関係にある訪問看護ステーション又は当該保険医療機関の医師が訪問看護指示書を交付した訪問看護ステーションにおいて、訪問看護療養費を算定した月については、在宅患者訪問看護・指導料を算定できない。ただし、(3)の厚生労働大臣の定める疾病等の患者については、この限りでない。
- (12) 「注2」に規定する加算（難病等複数回訪問加算）は、(3)の厚生労働大臣の定める疾病等の患者又は月に14日を限度として算定する患者に対して、1日に2回又は3回以上訪問看護・指導を実施した場合に算定する。
- (13) 「注3」に規定する加算は、訪問看護計画に基づき定期的に行う在宅患者訪問看護・指導以外であって、緊急の患家の求めに応じて、在宅療養支援診療所の主治医の指示により、当該主治医の属する保険医療機関又は連携する保険医療機関の看護師等が在宅患者訪問看護・

指導した場合に1日につき1回に限り算定する。その際、主治医はその指示内容を診療録に記載すること。なお、当該加算は、在宅療養支援診療所が24時間往診及び訪問看護により対応できる体制を確保し、在宅療養支援診療所の連絡担当者の氏名、連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項等並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等について、文書により提供している患者に限り算定できる。

- (14) 「注4」に規定するターミナルケア加算は、在宅患者訪問看護・指導料を死亡日前14日以内に2回以上算定し、かつ、その死亡前概ね24時間以内にターミナルケアを行った場合に算定する。

「注4」のただし書に規定する在宅療養支援診療所の主治医の指示に基づくターミナルケア加算は、在宅療養支援診療所が24時間往診及び訪問看護により24時間対応できる体制を確保し、在宅療養支援診療所の連絡担当者の氏名、連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項等並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等について、文書により提供している患者について算定できる。

- (15) 「注5」の在宅移行管理加算は、当該保険医療機関を退院した次のいずれかに該当する患者又はその家族からの相談等に対して、24時間対応できる体制が整備されている保険医療機関において、当該対象患者の退院後1月以内に訪問看護・指導料を4回以上算定した場合に、患者1人につき1回限り算定する。

この場合において、特別な管理を必要とする患者はアからオに掲げるものとし、そのうち重症度等の高い患者は、アに掲げるものとする。

ア 在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者、在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者、気管カニューレを使用している患者及び留置カテーテルを使用している患者

イ 在宅自己腹膜灌流指導管理料、在宅血液透析指導管理料、在宅酸素療法指導管理料、在宅中心静脈栄養法指導管理料、在宅成分栄養経管栄養法指導管理料、在宅自己導尿指導管理料、在宅人工呼吸指導管理料、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料、在宅自己疼痛管理指導管理料又は在宅肺高血圧症患者指導管理料のうちいずれかを算定している患者

ウ ドレーンチューブを使用している患者

エ 人工肛門又は人工膀胱を設置している患者であってその管理に配慮を必要とする患者

オ 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している患者

- (16) 在宅患者訪問看護・指導の実施に当たっては、保険医療機関における看護業務に支障を来すことのないよう留意するとともに、市町村の実施する訪問指導事業等関連事業との連携に十分留意する。

- (17) 「注6」に規定する交通費は実費とする。

C005-2 在宅患者訪問点滴注射管理指導料

- (1) 在宅患者訪問点滴注射管理指導料は、居宅において療養を行っている通院困難な患者であって、当該患者の主治医の診療に基づき、週3日以上点滴注射を行う必要を認め、当該保険医療機関の看護師等に対して指示を行い、その内容を診療録に記載した場合又は指定訪問看護事業者別に別紙様式12又は別紙様式14を参考に作成した在宅患者訪問点滴注射指示書に有効期間（7日以内に限り。）及び指示内容を記載して指示を行った場合において、併せて使用する薬剤、回路等、必要十分な保険医療材料、衛生材料を供与し、1週間のうち3日以上点滴注射を実施した場合に3日目に算定する。

- (2) 点滴注射指示に当たっては、その必要性、注意点等を点滴注射を実施する看護師等に十分な説明を行うこと。
- (3) 点滴注射を実施する看護師等は、患者の病状の把握に努めるとともに、当該指示による点滴注射の終了日及び必要を認めた場合には主治医への連絡を速やかに行うこと。
- (4) 主治医は、患者、患者の家族又は看護師等から容態の変化等についての連絡を受けた場合は、速やかに対応すること。
- (5) 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定する場合には、必要な回路等の費用については所定点数に含まれており、別に算定できない。
- (6) 在宅患者訪問点滴注射管理指導料に係る薬剤料は別に算定できる。
- (7) 週3日以上実施できなかった場合においても、使用した分の薬剤料は算定できる。

C006 在宅訪問リハビリテーション指導管理料

- (1) 在宅訪問リハビリテーション指導管理料は、居宅で療養を行っており、疾病、傷病のために通院してリハビリテーションを受けることが困難な患者又はその家族等患者の看護に当たる者に対して、患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、医師の診療に基づき、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を訪問させてリハビリテーションの観点から療養上必要な指導を20分以上行った場合（以下、本区分において「1単位」という。）に算定する。
- (2) 在宅訪問リハビリテーション指導管理料の算定は週6単位を限度（末期の悪性腫瘍の患者の場合を除く。）とする。ただし、退院の日から起算して3月以内の患者に対し、入院先の医療機関の医師の指示に基づき継続してリハビリテーションを行う場合は、週12単位まで算定できる。
- (3) 在宅訪問リハビリテーション指導管理料は、在宅患者訪問診療を実施する保険医療機関において医師の診療のあった日から1月以内に行われた場合に算定する。
ただし、当該患者（患者の病状に特に変化がないものに限る。）に関し、在宅患者訪問診療料を算定すべき訪問診療を行っている保険医療機関が、患者の同意を得て、診療の日から2週間以内に、当該患者に対して継続して在宅患者リハビリテーション指導管理を行っている別の保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る療養上必要な情報を提供した場合には、当該診療情報の提供（区分「B009」診療情報提供料(I)の場合に限る。）を行った保険医療機関において、当該診療情報提供料の基礎となる診療があった日から1月以内に行われた場合に算定する。
- (4) 指導の内容は、患者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う体位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練、生活適応訓練、基本的対人関係訓練、言語機能又は聴覚機能等に関する指導とする。
- (5) 医師は、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対して行った指示内容の要点を診療録に記載する。
- (6) 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、医師の指示に基づき行った指導の内容の要点及び指導に要した時間を記録にとどめておく。
- (7) 他の保険医療機関において在宅訪問リハビリテーション指導管理料を算定している患者については、在宅訪問リハビリテーション指導管理料を算定できない。
- (8) 介護老人保健施設において、通所リハビリテーションを受けている月については、在宅訪問リハビリテーション指導管理料を算定できない。

(9) 「注2」に規定する交通費は実費とする。

C007 訪問看護指示料

(1) 訪問看護指示料は、居宅で療養を行っており、疾病、負傷のために通院による療養が困難な患者に対する適切な在宅医療を確保するため、指定訪問看護に関する指示を行うことを評価するものであり、患者の主治医（患者が選定する保険医療機関の保険医に限る。）が、診療に基づき指定訪問看護の必要性を認め、当該患者の同意を得て、別紙様式12及び別紙様式13を参考に作成した訪問看護指示書に有効期間（6月以内に限り。）を記載して、当該患者が選定する訪問看護ステーションに対して交付した場合に算定する。なお、1か月の指示を行う場合には、訪問看護指示書に有効期間を記載することを要しない。

(2) 指定訪問看護の指示は、当該患者に対して主として診療を行う保険医療機関が行うことを原則とし、訪問看護指示料は、退院時に1回算定できるほか、在宅で療養を行っている者について1月に1回を限度として算定できる。

ただし、A保険医療機関と特別の関係にあるB保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料を算定している月においては、A保険医療機関は当該患者について訪問看護指示料は算定できない。

(3) 特別訪問看護指示加算は、患者の主治医が、診療に基づき、急性増悪、終末期等の事由により、週4回以上の頻回の指定訪問看護を一時的に当該患者に対して行う必要性を認めた場合であって、当該患者の同意を得て、別紙様式14を参考に作成した特別訪問看護指示書を、当該患者が選定する訪問看護ステーションに対して交付した場合に、1月に1回を限度として算定する。

なお、当該頻回の指定訪問看護は、当該特別の指示に係る診療の日から14日以内に限り実施するものであること。

(4) 患者の主治医は、指定訪問看護の必要性を認めた場合には、診療に基づき速やかに訪問看護指示書及び特別訪問看護指示書（以下この項において「訪問看護指示書等」という。）を作成すること。当該訪問看護指示書等には、緊急時の連絡先として、診療を行った保険医療機関の電話番号等を必ず記載した上で、訪問看護ステーションに交付すること。

なお、訪問看護指示書等は、特に患者の求めに応じて、患者又はその家族等を介して訪問看護ステーションに交付できるものであること。

(5) 主治医は交付した訪問看護指示書等の写しを診療録に添付すること。

(6) 患者の主治医は、当該訪問看護指示書交付後であっても、患者の病状等に応じてその期間を変更することができるものであること。なお、指定訪問看護の指示を行った保険医療機関は、訪問看護ステーションからの対象患者について相談等があった場合には、懇切丁寧に対応すること。

(7) 区分番号C005の(3)に掲げる疾病等の患者について、2つの訪問看護ステーションに対して訪問看護指示書を交付する場合には、それぞれの訪問看護指示書に、他の訪問看護ステーションに対し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こと。

C008 在宅患者訪問薬剤管理指導料

(1) 在宅患者訪問薬剤管理指導料は、居宅で療養を行っており、疾病、負傷のために通院による療養が困難な患者について、保険医療機関の薬剤師が当該保険医療機関の医師及び当該患者の同意を得て、患家を訪問して薬剤管理指導記録に基づいて直接患者又はその家族等に服

薬指導を行った場合に算定する。

ただし、指導の対象となる患者が他の保険医療機関に入院している場合、医師若しくは薬剤師の配置が義務付けられている施設等に入所している場合（給付調整告示等に規定する場合を除く。）又は現に他の保険医療機関若しくは保険薬局の薬剤師が訪問薬剤管理指導を行っている場合には、在宅患者訪問薬剤管理指導料は算定できない。

- (2) 在宅患者訪問薬剤管理指導料は、1月に2回を限度として算定できる。ただし、月2回算定する場合にあっては、本指導料を算定する日の間隔は6日以上とする。なお、この場合には診療報酬明細書の摘要欄に当該算定日を記載すること。
- (3) 当該保険医療機関の薬剤師は、指導に当たって、過去の投薬及び副作用発現状況等の基礎的事項を把握するとともに、指導の対象となる患者ごとに薬剤管理指導記録を作成すること。なお、当該薬剤管理指導記録には、次の事項を記載し、最後の記入の日から最低3年間保存すること。
 - ア 患者の氏名、生年月日、性別、住所、診療録の番号
 - イ 患者の投薬歴、副作用歴、アレルギー歴
 - ウ 薬学的管理の内容（医薬品の保管状況、服薬状況、重複投薬、配合禁忌等を含む。）
 - エ 患者への指導及び患者からの相談の要点
 - オ 訪問指導等の実施日、訪問指導を行った薬剤師の氏名
 - カ その他の事項
- (4) 「注2」の麻薬管理指導加算は、本指導料を算定している患者のうち、麻薬が投与されている患者に対して、投与される麻薬の服用及び保管取扱上の注意事項等に関し、必要な指導を行った場合に算定する。
- (5) 麻薬管理指導加算の算定に当たっては、(3)の薬剤管理指導記録に、少なくとも次の事項について記載しなければならないこと。
 - ア 麻薬に係る薬学的管理の内容（麻薬の保管管理状況、服薬状況、疼痛緩和の状況等）
 - イ 麻薬に係る患者・家族への指導・相談事項（麻薬に係る服薬指導、保管管理の指導等）
 - ウ 患者又は家族から返納された麻薬の廃棄に関する事項
 - エ その他麻薬に係る事項
- (6) 「注3」に規定する交通費は実費とする。
- (7) 在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者に投薬された医薬品について、当該保険医療機関の薬剤師が以下の情報を知ったときは、原則として当該薬剤師は、速やかに当該患者の主治医に対し、当該情報を文書により提供するものとする。
 - ア 医薬品緊急安全性情報
 - イ 医薬品等安全性情報

C009 在宅患者訪問栄養食事指導料

- (1) 在宅患者訪問栄養食事指導料は、居宅で療養を行っており、疾病、負傷のために通院による療養が困難な患者について、医師が当該患者に「特掲診療料の施設基準等」に規定する特別食を提供する必要性を認めた場合であって、当該医師の食事せんに基づき、管理栄養士が患家を訪問し、患者の生活条件、嗜好等を勘案した食品構成に基づく食事計画案又は具体的な献立を示した栄養食事指導せんを患者又はその家族等に対して交付するとともに、当該指導せんに従った調理を介して実技を伴う指導を30分以上行った場合に算定する。
- (2) 「注2」に規定する交通費は実費とする。