

保険医療機関が存在していても当該保険医療機関が往診等を行っていない場合などの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か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家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は、在宅での療養を行っている患者であって、疾病、傷病のために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ることから、継続的な診療の必要のない者や通院が容易な者に対して安易に算定してはならない。
- (2) 在宅での療養を行っている患者とは、保険医療機関、介護老人保健施設で療養を行っている患者以外の患者であり、次の患者をいうこと。

ア 自宅、社会福祉施設又は障害者施設等で療養を行う患者

イ 次に掲げる患者（以下「居住系施設入居者等である患者」という。）

(イ) 次に掲げるいずれかの施設に入居又は入所している患者

- ① 老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の4に規定する養護老人ホーム（⑤に規定する特定施設を除く。）
- ② 老人福祉法第20条の6に規定する軽費老人ホーム（⑤に規定する特定施設を除く。）
- ③ 老人福祉法第29条第1項に規定する有料老人ホーム（⑤に規定する特定施設を除く。）
- ④ 老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホーム
- ⑤ 特定施設（介護保険法（平成9年法律第123号）第8条第11項に規定する特定施設及び同条第19項に規定する地域密着型特定施設のことをいい、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）第19条の2に規定する外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護を受けている患者が入居する施設を含む。）
- ⑥ 高齢者の居住の安定確保に関する法律施行規則（平成13年国土交通省令第115号）第3条第6号に規定する高齢者専用賃貸住宅（⑤に規定する特定施設を除く。）

- (ロ) 次に掲げるいずれかのサービスを受けている患者
- ① 介護保険法第8条第9項に規定する短期入所生活介護
 - ② 介護保険法第8条第17項に規定する小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第34号）第63条第5項に規定する宿泊サービスに限る。）
 - ③ 介護保険法第8条第18項に規定する認知症対応型共同生活介護
 - ④ 介護保険法第8条の2第9項に規定する介護予防短期入所生活介護
 - ⑤ 介護保険法第8条の2第16項に規定する介護予防小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第36号）第44条第5項に規定する宿泊サービスに限る。）
 - ⑥ 介護保険法第8条第17項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護
ただし、「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176号）、「特別養護老人ホーム等における療養の給付（医療）の取扱いについて」（平成18年3月31日保医発第0331002号）等（以下「給付調整告示等」という。）に規定する場合を除き、医師の配置が義務づけられている施設に入所している患者については算定の対象としない。
- (3) 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、区分番号「A000」初診料を算定した初診の日には算定できない。
- (4) 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がステージ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、オリーブ橋小脳萎縮症、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
- (5) 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家を定期的に訪問し、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。
- (6) 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在宅での療養を行っている患者の療養を担う保険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。

- (7) 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。
- (8) 「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。
- (9) 「注4」のただし書に規定する在宅療養支援診療所若しくは在宅療養支援診療所と連携する保険医療機関（特別の関係にある保険医療機関を含む。）又は在宅療養支援病院に係る加算については、(8)の要件に加えて、在宅療養支援診療所若しくは在宅療養支援診療所と連携する保険医療機関（特別の関係にある保険医療機関を含む。）又は在宅療養支援病院の保険医が、在宅での療養を行っている患者（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又は在宅療養支援病院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。）が在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。
- (10) 「注5」に規定する加算は、在宅での療養を行っている患者が在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。
- (11) 患者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者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。
- (12) 往診の日又はその翌日に行う訪問診療の費用については、算定できない。ただし、在宅療養支援診療所若しくは在宅療養支援診療所と連携する保険医療機関（特別の関係にある保険医療機関を含む。）又は在宅療養支援病院の保険医が、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又は在宅療養支援病院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。
- (13) 「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、C002-2 特定施設入居時等医学総合管理料

- (1) 在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料は、在宅での療養を行っている患者に対するかかりつけ医機能の確立及び在宅での療養の推進を図るものである。
- (2) 在宅時医学総合管理料の対象患者は、在宅での療養を行っている患者であって、通院困難な者である。（(3)で規定する特定施設入居時等医学総合管理料の対象患者を除く。）
- (3) 特定施設入居時等医学総合管理料の対象患者は、医師又は看護師の配置が義務づけられている施設において療養を行っている次に掲げる特定施設入居者等である患者であって、通院困難な者である。なお、特定施設入居時等医学総合管理料の算定の対象となる患者は、

給付調整告示等の規定によるものとする。

ア 次に掲げるいずれかの施設において療養を行っている患者

(イ) 特定施設（外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護を受けている患者が入居する施設を除く。）

(ロ) 特別養護老人ホーム

(ハ) 養護老人ホーム

(ニ) 軽費老人ホーム（「軽費老人ホームの設備及び運営について」（昭和47年2月26日厚生省社会局長通知）第二に規定するA型のものに限る。）

イ 次に掲げるいずれかのサービスを受けている患者

(イ) 短期入所生活介護

(ロ) 介護予防短期入所生活介護

- (4) 在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料は、別に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保険医が、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。ただし、区分番号「A000」初診料を算定する往診は除く。）を行った場合に月1回に限り算定する。

「1」については、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医が、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又は在宅療養支援病院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又は在宅療養支援病院において算定し、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医が、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、「2」を算定する。

- (5) 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。
- (6) 他の保健医療サービス又は福祉サービスとの連携に努めること。
- (7) 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。
- (8) 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又は特定施設入居時等医学総合管理料の算定の有無を確認すること。
- (9) 当該患者について在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等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、区分番号「B001」の「5」小児科療養指導料、同区分番号の「7」難病外来指導管理料、同区分番号の「8」皮膚科特定疾患指導管理料、同区分番号の「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。
- (10) 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第5部投薬の費用は算定できない。
- (11) 1つの患家に在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等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又は特定施設入居時等医学総合管理料は、

患者ごとに算定すること。

- (12) 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又は特定施設入居時等医学総合管理料の「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。
- (13) 在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料の「1」の「イ」又は「2」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、その投与期間に係る在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等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又は特定施設入居時等医学総合管理料の「1」の「イ」又は「2」の「イ」で算定するものであること。
- (14) 在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料は、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。
- (15) 区分番号「C003」在宅末期医療総合診療料を算定した日の属する月にあっては、在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料は算定できないものであること。
- (16) 「注3」に係る加算は、特掲診療料の施設基準等別表第三の一の二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。
- (17) 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別表第三の一の二三号に掲げる「高度な指導管理を必要とするもの」とは、別表第三の一の二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。
- (18) 算定対象となる患者が入居又は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も、算定できる。

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、別に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である在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が、在宅での療養を行っている通院が困難な末期の悪性腫瘍の患者（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居又は入所している患者（給付調整告示等に規定する場合を除く。）の場合を除く。）であって、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又は在宅療養支援病院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合わせて週4日以上であること。（同一日において訪問診療及び訪問看護を行った場合であっても1日とする。）
 - イ 訪問診療の回数が週1回以上であること。
 - ウ 訪問看護の回数が週1回以上であること。
- (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又は当該在宅療養支援病院

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)のアからウ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) 在宅療養支援診療所において、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、これに係る費用は各所定点数に含まれ別に算定できない。
- (4) 在宅療養支援診療所と連携保険医療機関等、又は在宅療養支援病院と訪問看護ステーションが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、在宅末期医療総合診療料を算定する在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険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又は在宅療養支援病院と連携する訪問看護ステーション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又は在宅療養支援病院と連携する訪問看護ステーションは、診療内容等を在宅末期医療総合診療料を算定する在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医に速やかに報告し、当該保険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) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院は、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、他の保健医療サービス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) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が、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) 「注2」に規定する加算は、在宅での療養を行っている患者が在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、(11)のイに基づき、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料の「注4」のただし書に規定する加算を算定する場合には、算定できない。
- (10) 当該患者の診療に係る費用は、(11)に掲げる費用及び「注2」の加算を除き、全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。

(11) 「注3」の特に規定するものとは次の費用であり、当該費用は、要件を満たせば在宅末期医療総合診療料と別に算定できる。

ア 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家の求めに応じて緊急に往診を行った場合の往診料（区分番号「C000」往診料の「注1」及び「注2」の加算を含む。）（ただし、週2回を限度とする。）

イ 区分番号「C001」在宅患者訪問診療料の「注4」に規定する加算（ただし、「注4」本文の加算を算定する場合には、区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料及び「C005-1-2」居住系施設入居者等訪問看護・指導料のそれぞれの「注8」の加算、注4ただし書の加算を算定する場合には、在宅末期医療総合診療料の「注2」の加算、区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料及び「C005-1-2」居住系施設入居者等訪問看護・指導料のそれぞれの「注8」の加算は別に算定できない。なお、在宅療養支援診療所及びその連携保険医療機関が連携して「注4」本文の加算の要件を満たした場合には在宅療養支援診療所が、当該「注4」ただし書の加算の要件を満たした場合については、看取った保険医療機関が診療報酬請求を行い、それぞれの費用の分配は相互の合議に委ねることとする。）

(12) 「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、区分番号「A000」初診料、区分番号「A001」再診料又は区分番号「A002」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、区分番号「C000」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、C005-1-2 居住系施設入居者等訪問看護・指導料

(1) 区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料及び区分番号「C005-1-2」居住系施設入居者等訪問看護・指導料は、在宅での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。

在宅患者訪問看護・指導料は、在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等である患者を除く。）に対して、居住系施設入居者等訪問看護・指導料は、居住系施設入居者等である患者に対して算定する。

- (2) 在宅患者訪問看護・指導料又は居住系施設入居者等訪問看護・指導料（以下「在宅患者訪問看護・指導料等」という。）は、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、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料等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訪問看護・指導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（区分番号「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。

- (3) 在宅患者訪問看護・指導料等の算定は週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がステージ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、オリーブ橋小脳萎縮症、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（別に厚生労働大臣が定める者については月に2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日以内に限る。）を記載すること。

【厚生労働大臣が定める者】

ア 気管カニューレを使用している状態にある者

イ 真皮を越える褥瘡の状態にある者

(イ) NPUAP(The National Pressure Ulcer Advisory Panel)分類Ⅲ度又はⅣ度

(ロ) DESIGN分類（日本褥瘡学会によるもの）D3、D4又はD5

- (5) (3)又は(4)により、週4回以上在宅患者訪問看護・指導料等を算定する場合は、在宅患者訪問看護・指導料等の「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、在宅での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・指導料等を算定している患者については、在宅患者訪問看護・指導料等を算定できない。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・指導料等を算定できない。ただし、(3)の厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、この限りでない。
- (12) 「注2」に規定する難病等複数回訪問加算は、(3)の厚生労働大臣が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」に規定する緊急訪問看護加算は、訪問看護計画に基づき定期的に行う訪問看護・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又は在宅療養支援病院の保険医の指示により、当該保険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、当該保険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又は在宅療養支援病院が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又は在宅療養支援病院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」に規定する長時間訪問看護・指導加算は、厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対して、1回の訪問看護の時間が2時間を超えた場合について算定するものであり、週1回に限り算定できるものとする。
- (15) 「注5」に規定する在宅患者連携指導加算又は居住系施設入居者等連携指導加算は、以下の要件を満たす場合に算定すること。
- ア 当該加算は、在宅での療養を行っている患者の診療情報等を、当該患者の診療等を担う保険医療機関等の医療関係職種間で文書等により共有し、それぞれの職種が当該診療情報等を踏まえ診療等を行う取組を評価するものである。
- イ 在宅での療養を行っている患者であって通院が困難な者について、患者の同意を得て、月2回以上医療関係職種間で文書等（電子メール、ファクシミリでも可）により共有された診療情報を基に、患者に対して指導等を行った場合に、月1回に限り算定できる。

- ウ 単に医療関係職種間で当該患者に関する診療情報等を交換したのみの場合は算定できない。
- エ 他職種から情報提供を受けた場合、できる限り速やかに患者への指導等に反映させるよう留意しなければならない。また、当該患者の療養上の指導に関する留意点がある場合には、速やかに他職種に情報提供するよう努めなければならない。
- オ 当該患者の診療を担う保険医療機関の保険医との間のみで診療情報等を共有し、訪問看護・指導を行った場合は、所定点数を算定できない。
- カ 特別の関係にある保険医療機関等のみと診療情報等を共有した場合は、所定点数は算定しないこと。
- キ 他職種から受けた診療情報等の内容及びその情報提供日、並びにその診療情報等に基づいた指導等の内容の要点及び指導日を看護記録に記載すること。
- (16) 「注6」に規定する在宅患者緊急時等カンファレンス加算又は居住系施設入居者等緊急時等カンファレンス加算は、以下の要件を満たす場合に算定すること。
- ア 当該加算は、在宅での療養を行っている患者の状態の急変や診療方針の変更等の際、当該患者に対する診療等を行う医療関係職種等が一堂に会しカンファレンスを行うことにより、より適切な診療方針を立てること及び当該カンファレンスの参加者の間で診療方針の変更等の的確な情報共有を可能にすることは、患者及びその家族が安心して療養生活を行う上で重要であることから、そのような取組に対して評価するものである。
- イ 関係する医療関係職種等が共同でカンファレンスを行い、当該カンファレンスで共有した当該患者の診療情報等を踏まえ、それぞれの職種が患者に対して療養上必要な指導を行った場合に月2回に限り算定する。なお、当該カンファレンスは、原則患家で行うこととするが、患者又は家族が患家以外の場所でのカンファレンスを希望する場合はこの限りではない。
- ウ カンファレンスに参加した医療関係職種等の氏名、カンファレンスの要点、患者に行った指導の要点及びカンファレンスを行った日を看護記録に記載すること。
- エ 当該患者の診療を担う保険医療機関の保険医と当該患者の訪問看護を担う看護師等（当該保険医療機関の保険医とは異なる保険医療機関の看護師等に限る。）と2者でカンファレンスを行った場合であっても算定できる。ただし、特別の関係にある保険医療機関の医療関係職種のみでカンファレンスを行った場合は算定できないこと。
- オ 緊急カンファレンス加算は、カンファレンスを行い、当該カンファレンスで共有した当該患者の診療情報を踏まえた療養上必要な指導を行った場合に、当該指導日以降最初の在宅患者訪問看護・指導料等を算定する日に合わせて算定すること。また、必要に応じ、カンファレンスを行った日以降に当該指導を行う必要がある場合には、カンファレンスを行った日以降できる限り速やかに指導を行うこと。
- なお、当該指導とは、在宅患者訪問看護・指導料等を算定する訪問看護・指導とは異なるものであるが、例えば、当該指導とは別に継続的に実施している訪問看護・指導を当該指導を行った日と同一日に行う場合には、当該指導を行った日において区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号「C005-1-2」居住系施設入居者等訪問看護・指導料を合わせて算定することは可能であること。
- (17) 「注7」に規定する後期高齢者終末期相談支援加算は、以下の要件を満たす場合に算定すること。

- ア 後期高齢者終末期相談支援加算は、後期高齢者である患者が、終末期においても安心して療養生活を送ることができるよう、医師等の医療関係職種から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療関係職種と話し合いを行い、患者が終末期における療養について十分に理解することを基本とした上で、診療が進められることを目的としたものであること。
- イ 一般的に認められている医学的知見に基づき終末期と保険医が判断した者について、医師、看護師その他の医療関係職種が共同し、患者及びその家族等とともに、終末期における療養について、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」（平成18年5月21日医政発第0521011号）、「終末期医療に関するガイドライン」（日本医師会）等を参考として、患者の十分な理解を得るために話し合い、その内容を文書（電子媒体を含む。）又は映像により記録した媒体（以下、この区分において「文書等」という。）にまとめて提供した場合に患者1人につき1回に限り算定する。とりまとめた内容の提供に当たって交付した文書等の写しを看護記録に添付すること。
- ウ 患者の十分な理解が得られない場合又は患者の意思が確認できない場合は、算定の対象とならない。また、患者の自発的な意思を尊重し、終末期と判断した患者であるからといって、患者に意思の決定を迫ってはならないこと。
- エ 話し合う内容は、現在の病状、今後予想される病状の変化に加え、病状に基づく生活支援、病状が急変した場合の治療等の実施の希望及び急変時の搬送の希望（希望する場合にあっては搬送先の医療機関等を含む。）をいうものであること。
- オ 時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更、生活の変化に応じて、また患者の意思が変化するものであることに留意して、その都度説明し患者の十分な理解を得ること。ただし、変更があった際の文章等の作成に係る費用については所定点数に含まれ別に算定できない。
- カ 患者の死亡時に算定すること。
- キ 終末期相談支援の目的のみをもって患家を訪問し、終末期相談支援以外特段の指導を行わなかった日にあっては、在宅患者訪問看護・指導料等は算定できないこと。
- ク 同一の保険医療機関の保険医と終末期相談支援を行った場合又は特別の関係にある保険医療機関等のみで終末期相談支援を行った場合は算定できないこと。
- (18) 「注8」に規定する在宅ターミナルケア加算又は居住系施設等ターミナルケア加算は、在宅患者訪問看護・指導料等を死亡日前14日以内に2回以上算定し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアの支援体制（訪問看護に係る連絡担当者の氏名、連絡先電話番号、緊急時の注意事項等）について患者及びその家族に対して説明した上でターミナルケアを行った場合に算定する。当該加算を算定した場合は、死亡時刻等を看護記録に記録すること。
- (19) 「注9」に規定する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月以内に在宅患者訪問看護・指導料等を4回以上算定した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。
- 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 区分番号「C108」在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者、区分番号「C112」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 区分番号「C102」在宅自己腹膜灌流指導管理料、区分番号「C102-2」在宅血液透析指導管理料、区分番号「C103」在宅酸素療法指導管理料、区分番号「C104」在宅中心静脈栄養法指導管理料、区分番号「C105」在宅成分栄養経管栄養法指導管理料、区分番号「C106」在宅自己導尿指導管理料、区分番号「C107」在宅人工呼吸指導管理料、区分番号「C107-2」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料、区分番号「C110」在宅自己疼痛管理指導管理料又は区分番号「C111」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 区分番号「C005-2」在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している患者

(20) 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。

(21) 「注10」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、在宅での療養を行っている患者であって、通院困難な者について、当該患者の在宅での療養を担う保険医の診療に基づき、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に別紙様式16又は別紙様式18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（指示を行った日から7日間）のうち3日以上看護師等が患家を訪問して点滴注射を実施した場合に3日目に算定する。なお、算定要件となる点滴注射は、看護師等が実施した場合であり、医師が行った点滴注射は含まれない。

(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在宅での療養を担う保険医への連絡を速やかに行うこと。なお、その連絡は電話等でも差し支えないこと。

(4) 在宅での療養を担う保険医は、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には、必要な回路等の費用が含まれており、別に算定できない。

(6) 区分番号「C104」在宅中心静脈栄養法指導管理料又は区分番号「C108」在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定した場合には、当該管理指導料は算定できない。

(7) 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。

(8) 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 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料

(1) 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料は、在宅での療養を行っている患者であって、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) 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の「1」は、在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等である患者を除く。）に対して、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の「2」は、居住系施設入居者等である患者に対して、必要な指導を行わせた場合に算定する。
- (3) 在宅患者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。
- (4) 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料は、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訪問リハビリテーション指導管理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（区分番号「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。
- (5) 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。
- (6) 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。
- (7) 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。
- (8) 他の保険医療機関において在宅患者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、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を算定できない。
- (9) 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、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を算定できない。
- (10) 「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、在宅での療養を行っている患者であって、疾病、負傷のために通院による療養が困難な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、在宅での療養を行っている患者の診療を担う保険医（患者が選定する保険医療機関の保険医に限る。以下この項において「主治医」という。）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16及び別紙様式17を参考に作成した訪問看護指示書に有効期間（6月以内に限る。）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、在宅での療養を行っている患者について1月に1回を限度として算定できる。なお、同一月において、1人の患者について複数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た場合であっても、当該指示料は、1月に1回を限度に算定するものであること。

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区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号「C005-1-2」居住系施設入居者等訪問看護・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18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（別に厚生労働大臣が定める者については2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。

【厚生労働大臣が定める者】

ア 気管カニューレを使用している状態にある者

イ 真皮を越える褥瘡の状態にある者

(イ) NPUAP(The National Pressure Ulcer Advisory Panel)分類Ⅲ度又はⅣ度

(ロ) DESIGN分類（日本褥瘡学会によるもの）D3、D4又はD5

- (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」在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号「C005-1-2」居住系施設入居者等訪問看護・指導料の(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、在宅での療養を行っている患者であって、疾病、負傷のために通院による療養が困難な者について、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、服薬支援その他の薬学的管理指導を行った場合に算定する。

ただし、薬学的管理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に入居若しくは入所している場合（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在宅患者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の「1」は、在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等である患者を除く。）に対して、在宅患者訪問薬剤管理指導料の「2」は、居住系施設入居者等である患者に対して、必要な薬学的管理指導を行った場合に算定する。
- (3) 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つては、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。
- (4) 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 薬学的管理指導の内容（医薬品の保管状況、服薬状況、残薬の状況、重複投薬、配合禁忌等に関する確認及び実施した服薬支援措置を含む。）
 - 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
- (5) 「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、定期的に、投与される麻薬の服用状況、残薬の状況及び保管状況について確認し、残薬の適切な取扱方法も含めた保管取扱上の注意事項等に関し、必要な指導を行うとともに、麻薬による鎮痛効果や副作用の有無の確認を行い、必要な薬学的管理指導を行った場合に算定する。
- (6) 麻薬管理指導加算の算定に当たっては、(4)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指導の内容（麻薬の保管管理状況、服薬状況、残薬の状況、疼痛緩和の状況、副作用の有無の確認等）
 - 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、残薬の適切な取扱方法も含めた保管管理の指導等）
 - 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
- (7) 「注3」に規定する交通費は実費とする。
- (8) 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、速やかに在宅での療養を行っている患者の診療を担う保険医に対し、当該情報を文書により提供する

とともに、当該保険医に相談の上、必要に応じ、患者に対する薬学的管理指導を行うものとする。

ア 医薬品緊急安全性情報

イ 医薬品・医療機器等安全性情報

C 0 0 9 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、在宅での療養を行っている患者であって、疾病、負傷のために通院による療養が困難な者について、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、当該医師の指示に基づき、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) 在宅患者訪問栄養食事指導料の「1」は、在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等である患者を除く。）に対して、「2」は居住系施設入居者等に対して必要な訪問栄養食事指導を行った場合に算定する。
- (3) 「注2」に規定する交通費は実費とする。
- (4) 上記以外の点に関しては、区分番号「B 0 0 1」の「9」外来栄養食事指導料における留意事項の例による。

C 0 1 0 在宅患者連携指導料

- (1) 在宅患者連携指導料は、在宅での療養を行っている患者の診療情報等を、当該患者の診療等を担う保険医療機関等の医療関係職種間で文書等により共有し、それぞれの職種が当該診療情報等を踏まえ診療等を行う取組を評価するものである。
例えば、在宅での療養を行っている一人の患者に対して、保険医療機関の保険医と保険医である歯科医師がそれぞれ訪問診療により当該患者の診療を担っている場合において、保険医である歯科医師が訪問診療を行った際に得た当該患者の口腔内の状態に関する診療情報を保険医に対して文書等で提供し、保険医が当該患者に訪問診療を行った際に、その情報を踏まえた指導を行った場合に算定できる。
- (2) 在宅での療養を行っている患者であって通院が困難な者に対して、患者の同意を得て、月2回以上医療関係職種間で文書等（電子メール、ファクシミリでも可）により共有された診療情報を基に、患者又はその家族等に対して指導等を行った場合に、月1回に限り算定する。
- (3) 単に医療関係職種間で当該患者に関する診療情報を交換したのみの場合や訪問看護や訪問薬剤指導を行うよう指示を行ったのみでは算定できない。
- (4) 他職種から情報提供を受けた場合、できる限り速やかに患者への指導等に反映させるよう留意しなければならない。また、当該患者の療養上の指導に関する留意点がある場合には、速やかに他職種に情報提供するよう努めなければならない。
- (5) 他職種から受けた診療情報の内容及びその情報提供日並びにその診療情報を基に行った診療の内容又は指導等の内容の要点及び診療日を診療録に記載すること。
- (6) 特別の関係にある保険医療機関等の医療関係職種のみで診療情報を交換した場合は算定できない。

C 0 1 1 在宅患者緊急時等カンファレンス料

- (1) 在宅患者緊急時等カンファレンス料は、在宅での療養を行っている患者の状態の急変や診療方針の変更等の際、当該患者に対する診療等を行う医療関係職種等が一堂に会しカンファレンスを行うことにより、より適切な治療方針を立てること及び当該カンファレンスの参加者間で診療方針の変更等の的確な情報共有を可能とすることは、患者及びその家族等が安心して療養生活を行う上で重要であることから、そのような取組に対して評価するものである。
- (2) 在宅患者緊急時等カンファレンス料は、在宅での療養を行っている患者の病状が急変した場合や、診療方針の大幅な変更等の必要が生じた場合に、患家を訪問し、関係する医療関係職種等が共同でカンファレンスを行い、当該カンファレンスで共有した当該患者の診療情報等を踏まえ、それぞれの職種が患者に対し療養上必要な指導を行った場合に月2回に限り算定する。
- (3) 在宅患者緊急時等カンファレンス料は、カンファレンスを行い、当該カンファレンスで共有した当該患者の診療情報を踏まえた療養上必要な指導を行った場合に、当該指導を行った日に算定することとし、区分番号「A000」初診料、区分番号「A001」再診料、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料は合わせて算定できない。また、必要に応じ、カンファレンスを行った日以降に当該指導を行う必要がある場合には、カンファレンスを行った日以降できる限り速やかに指導を行うこと。

なお、当該指導とは、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料を算定する訪問診療とは異なるものであるが、例えば、当該指導とは別に継続的に実施している訪問診療を当該指導を行った日と同日に行う場合には、当該指導を行った日において区分番号「C001」在宅患者訪問診療料を合わせて算定することは可能であること。
- (4) 当該在宅患者緊急時等カンファレンス料を算定する場合には、カンファレンスの実施日及び当該指導日を診療報酬明細書に記載すること。
- (5) 当該カンファレンスは、原則として患家で行うこととするが、患者又は家族が患家以外の場所でのカンファレンスを希望する場合はこの限りでない。
- (6) 在宅での療養を行っている患者の診療を担う保険医は、当該カンファレンスに参加した医療関係職種等の氏名、カンファレンスの要点、患者に行った指導の要点及びカンファレンスを行った日を診療録に記載すること。
- (7) 特別の関係にある保険医療機関等の医療関係職種等のみでカンファレンスを行った場合は算定できない。

第2節 在宅療養指導管理料

第1款 在宅療養指導管理料

- 1 在宅療養指導管理料は、当該指導管理が必要かつ適切であると医師が判断した患者について、患者又は患者の看護に当たる者に対して、当該医師が療養上必要な事項について適正な注意及び指導を行った上で、当該患者の医学管理を十分に行い、かつ、各在宅療養の方法、注意点、緊急時の措置に関する指導等を行い、併せて必要かつ十分な量の衛生材料又は保険医療材料を支給した場合に算定する。

ただし、当該保険医療機関に来院した患者の看護者に対してのみ当該指導を行った場合には算定できない。

- 2 在宅療養指導管理料は1月1回を限度として算定し、特に規定する場合を除き、同一の患者