



全国在宅医療テスト頻出基礎知識30項目

パート2

11. 特別養護老人ホームで、在宅患者訪問診療料と施設入居時等医学総合管理料は、死亡日から溯って30日以内の患者、末期の悪性腫瘍患者の2ケースしか算定できない。

特別養護老人ホームの患者に訪問診療や訪問看護は算定できるか？

1.特別養護老人ホームでは、在宅患者訪問診療料と施設総管は、①死亡日から溯って30日以内の患者、②末期の悪性腫瘍の患者、に限り、算定が認められる。

2.特別養護老人ホームでは、訪問看護は末期の悪性腫瘍の患者に限り、算定が認められる。

表1 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設などにおける初・再診料、在宅報酬の算定の可否

	初・再診料	往診料	在宅患者 訪問診療料	在宅がん医療 総合診療料	在宅患者 訪問看護・指導料、 訪問看護療養費
特別養護老人ホーム	○ (配置医師を除く)	○ (配置医師を除く)	○(※1)	×	○ (末期悪性腫瘍のみ)
介護老人保健施設・ 介護医療院(併設医 療機関)	×	×	×	×	×
介護老人保健施設・ 介護医療院(併設医 療機関以外)	○	○	×	×	×
軽費老人ホーム・ 養護老人ホーム	○	○	○	○	○(※2)

※1 死亡日から遡って30日以内の患者、末期の悪性腫瘍患者に限る

※2 「厚生労働大臣が定める疾病等」(1-3参照)に該当するか、急性増悪などで一時的に頻回の訪問看護が必要な患者に限る

12. 短期入所療養介護では、配置医師以外では、往診料は算定できるが、訪問診療料は算定できない。

短期入所療養介護と短期入所生活介護の違い

所属する母体の施設

短期入所**療養**介護

老人保健施設

短期入所**生活**介護

特別養護老人ホーム

表1 ショートステイ利用時などにおける初・再診料、在宅報酬の算定の可否

	初・再診料	往診料	在宅患者 訪問診療料	在宅がん医療 総合診療料	在宅患者 訪問看護・指導料、 訪問看護療養費
短期入所生活介護	○ (配置医師を除く)	○ (配置医師を除く)	○(※1) (配置医師を除く)	×	○(※2)
短期入所療養介護	○ (配置医師を除く)	○ (配置医師を除く)	×	×	×
小規模多機能型 居宅介護(宿泊日)	○	○	○(※1)	○(※1)	○(※3、4)
看護小規模多機能型 居宅介護(宿泊日)	○	○	○(※1)	○(※1)	○(※3、4)

※1 サービス利用前30日以内に訪問診療料、在総管、施設総管、在宅がん医療総合診療料(訪問診療料等)を算定した医療機関の医師に限り、サービス利用開始後30日まで(末期の悪性腫瘍患者を除く)算定可能。退院日からサービスの利用を開始した患者については、サービス利用前の訪問診療料等の算定にかかわらず、退院日を除きサービス利用開始後30日まで(末期の悪性腫瘍患者を除く)算定できる

※2 末期の悪性腫瘍患者で宿泊サービス利用前30日以内に在宅患者訪問看護・指導料または訪問看護療養費を算定した医療機関、訪問看護ステーションの看護師等に限り算定可能

※3 「厚生労働大臣が定める疾病等」(1-3参照)および急性増悪などで一時的に頻回の訪問看護が必要な患者に限る。宿泊サービス利用前30日以内に在宅患者訪問看護・指導料または訪問看護療養費を算定した医療機関、訪問看護ステーションの看護師等に限り、宿泊サービス利用開始後30日まで(末期の悪性腫瘍患者を除く)算定可能

※4 宿泊サービス利用日の日中に実施した訪問看護については、在宅患者訪問看護・指導料または訪問看護療養費を算定できない

13. 死亡日10日前に訪問診療、死亡日に往診しかしていなくても在宅ターミナルケア加算は算定できる。

在宅ターミナルケア加算とは？

- **在宅ターミナルケア加算は、在宅患者訪問診療料の加算**
- **死亡日および死亡日前14日以内の計15日間に2回以上の往診または訪問診療を実施した場合、在宅ターミナルケア加算を算定できる。**

表1 在宅ターミナルケア加算(在宅患者訪問診療料の加算)

在宅ターミナルケア加算				
			機能強化型在支診・在支病	
	在支診・在支病以外	在支診・在支病	病床なし	病床あり
在宅患者訪問診療料 (I) 1				
有料老人ホーム等に入居する患者以外の患者	3500点	4500点	5500点	6500点
有料老人ホーム等に入居する患者	3500点	4500点	5500点	6500点
在宅患者訪問診療料 (II) イ	3200点	4200点	5200点	6200点

在宅ターミナルケア加算の加算				
在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	—	—	1000点	1000点
在宅療養実績加算1	—	750点	—	—
在宅療養実績加算2	—	500点	—	—
酸素療法加算	2000点			

有料老人ホーム等に入居する患者とは、以下のいずれかに該当する患者をいう

- 1 施設総管の算定対象とされる患者
- 2 障害福祉サービスを行う施設および事業所、福祉ホームに入居する患者
- 3 小規模多機能型居宅介護または看護小規模多機能型居宅介護における宿泊サービスを利用中の患者

たんぽぽ先生の在宅報酬算定マニュアル
日経BP社 2-4、2-17

表2 看取り加算(在宅患者訪問診療料の加算)

看取り加算
3000点
<ul style="list-style-type: none"> 死亡日当日に往診または訪問診療を行い、患者を患家で看取った場合に算定 診療内容の要点などをカルテに記載する

表3 死亡診断加算(往診料などの加算)

死亡診断加算
200点
<ul style="list-style-type: none"> 死亡日当日に往診または訪問診療を行い、死亡診断を実施した場合に算定 看取り加算を算定する場合は算定できない

DATA 在宅ターミナルケア加算の算定患者数(1カ月当たり)



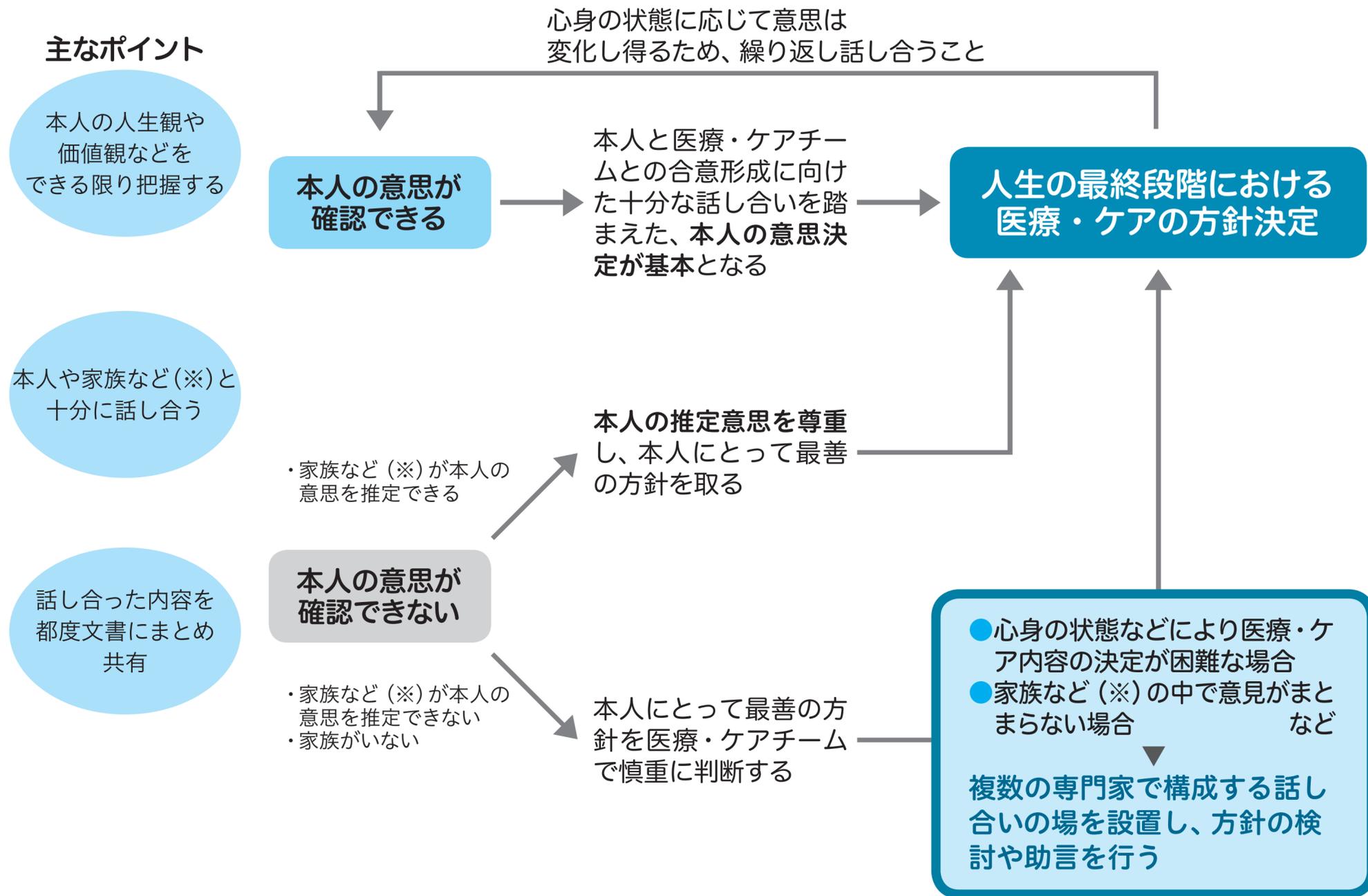
在宅ターミナルケア加算の算定患者数は、2015年から2018年にかけて約1.4倍に増えた

(出典：厚生労働省「社会医療診療行為別統計」)

ターミナルケアの実施に当たっては、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」などの内容を踏まえ、患者および家族などと話し合い、患者の意思決定を基本に他の関係者との連携の上、対応することが要件化されている。

14. 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスによるガイドラインでは、家族ではなく、「本人にとっての最善」を最優先しながら、本人や家族にとっての最善を模索する事が大切とされている。

図1 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン



たんぽぽ先生の在宅報酬算定マニュアル
日経BP社 2-17

※本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、話し合いに先立ち特定の家族などを自らの意思を推定する者として前もって定めておくことが重要である

※家族などには広い範囲の人（親しい友人など）を含み、複数人存在することも考えられる

（出典：厚生労働省「第6回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ」(2018年9月10日) 資料)

15. 退院日を除き、小規模多機能型居宅介護の利用を開始した患者については、サービス利用前30日以内に訪問診療料等を算定していなくても、退院日から訪問診療料、在総管の算定が可能である。

- ・小規模多機能型居宅介護等の利用者では、在宅報酬を算定できるのは、宿泊サービス利用時に限られ、通所の日には算定できない。
- ・サービス利用前30日以内に訪問診療料等を算定した医療機関の医師に限り、訪問診療料、在総管、在宅がん医総を算定できる。
- ・小規模多機能型居宅介護では、施設総管ではなく、在総管を算定する。
- ・末期の悪性腫瘍患者以外に在宅医療を実施できるのは、「サービス利用開始後30日まで」という制限がある。
- ・2020年度改訂で、退院日から小規模多機能型居宅介護等の利用を開始した患者については、サービス利用前30日以内に訪問診療料等を算定していなくても退院日を除いて訪問診療料、在総管、在宅がん医総の算定が認められた。この場合も末期の悪性腫瘍以外はサービス利用開始後30日までしか実施できない。

表1 ショートステイ利用時などにおける初・再診料、在宅報酬の算定の可否

	初・再診料	往診料	在宅患者 訪問診療料	在宅がん医療 総合診療料	在宅患者 訪問看護・指導料、 訪問看護療養費
短期入所生活介護	○ (配置医師を除く)	○ (配置医師を除く)	○(※1) (配置医師を除く)	×	○(※2)
短期入所療養介護	○ (配置医師を除く)	○ (配置医師を除く)	×	×	×
小規模多機能型 居宅介護(宿泊日)	○	○	○(※1)	○(※1)	○(※3、4)
看護小規模多機能型 居宅介護(宿泊日)	○	○	○(※1)	○(※1)	○(※3、4)

※1 サービス利用前30日以内に訪問診療料、在総管、施設総管、在宅がん医療総合診療料(訪問診療料等)を算定した医療機関の医師に限り、サービス利用開始後30日まで(末期の悪性腫瘍患者を除く)算定可能。退院日からサービスの利用を開始した患者については、サービス利用前の訪問診療料等の算定にかかわらず、退院日を除きサービス利用開始後30日まで(末期の悪性腫瘍患者を除く)算定できる

※2 末期の悪性腫瘍患者で宿泊サービス利用前30日以内に在宅患者訪問看護・指導料または訪問看護療養費を算定した医療機関、訪問看護ステーションの看護師等に限り算定可能

※3 「厚生労働大臣が定める疾病等」(1-3参照)および急性増悪などで一時的に頻回の訪問看護が必要な患者に限る。宿泊サービス利用前30日以内に在宅患者訪問看護・指導料または訪問看護療養費を算定した医療機関、訪問看護ステーションの看護師等に限り、宿泊サービス利用開始後30日まで(末期の悪性腫瘍患者を除く)算定可能

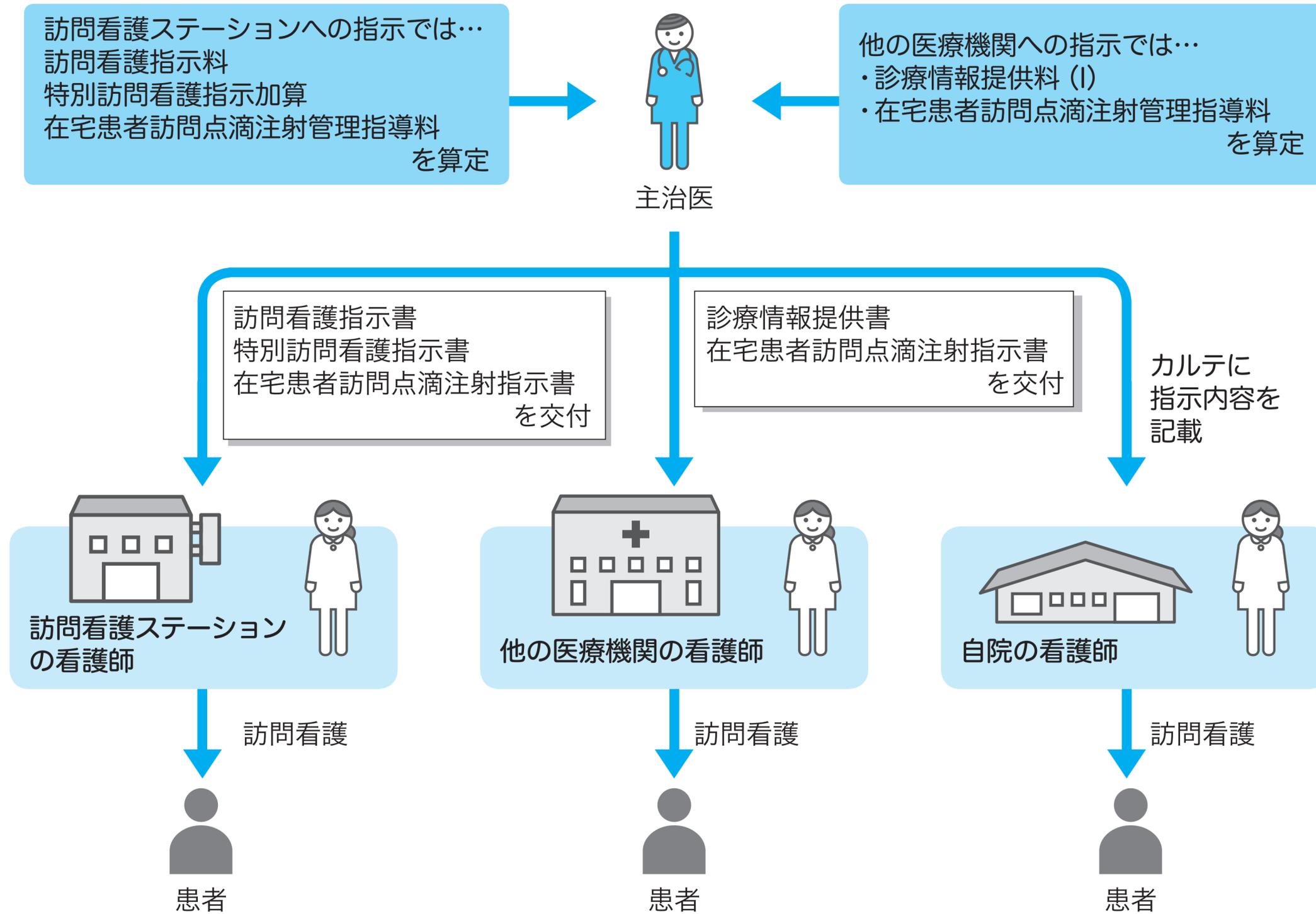
※4 宿泊サービス利用日の日中に実施した訪問看護については、在宅患者訪問看護・指導料または訪問看護療養費を算定できない

16. 訪問看護指示書の指示書作成日は診療日でなくても良いが、特別訪問看護指示書の指示書作成日は診療日でなければならない。

表1 各種指示書の報酬算定上の有効期間など

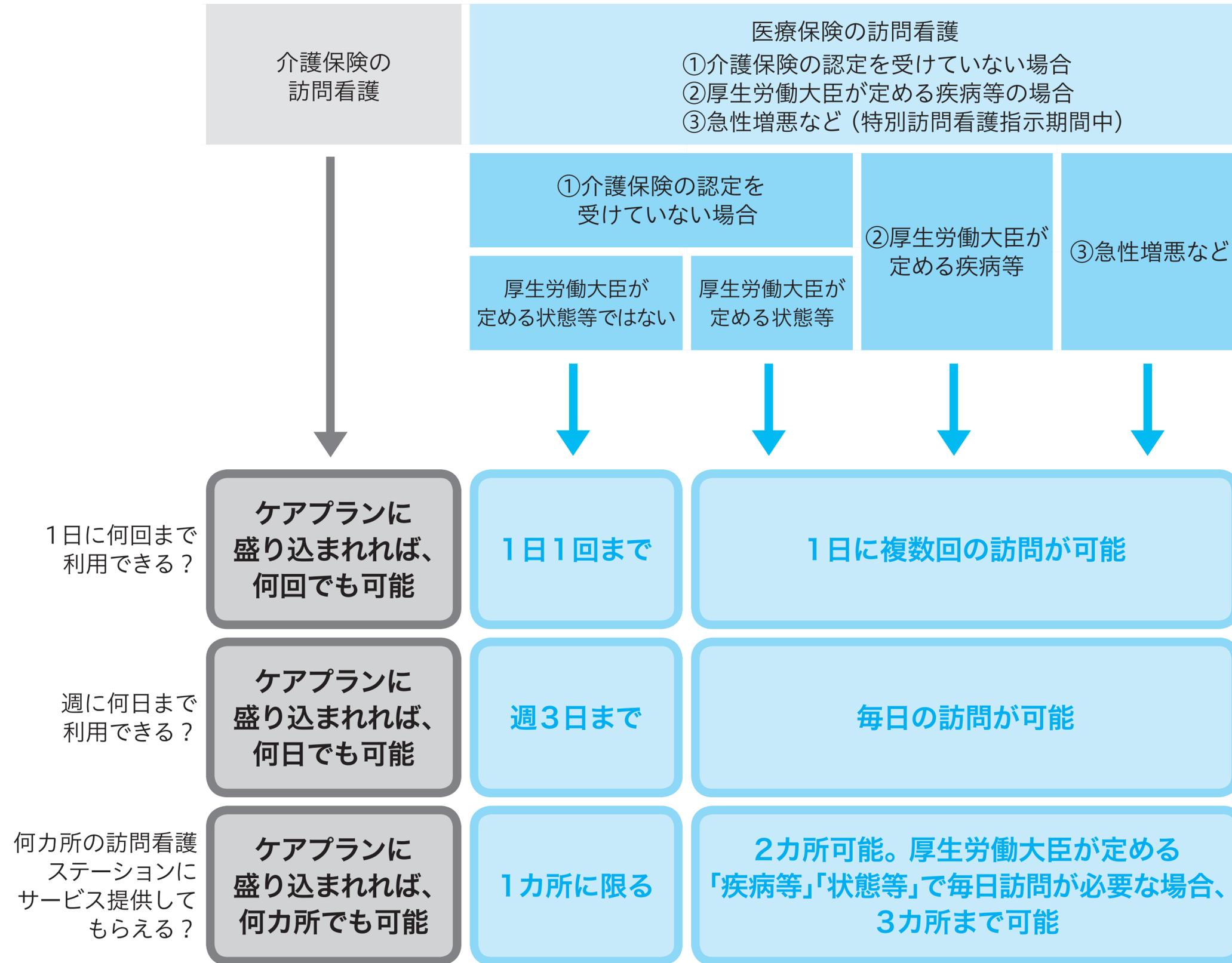
指示書の種類 (算定する診療報酬)	指示書作成日	有効期間	備考
訪問看護指示書 (訪問看護指示料)	診療日でなくてもよい	<ul style="list-style-type: none"> 指示書作成日と有効期間の開始日が同じで、有効期間は6カ月以内(1カ月の指示を行う場合は有効期間の記載は不要) 指示書を交付した後でも、患者の病状などに応じて期間を変更することは可能 	<ul style="list-style-type: none"> 訪問看護ステーションに訪問看護・訪問リハビリを依頼する場合に交付する 電子署名が行われていないメールやSNSを利用した指示書の交付は認められない
特別訪問看護指示書 (特別訪問看護指示加算)	診療日ではない	指示書作成日と有効期間の開始日が同じで、有効期間は14日以内	
在宅患者訪問点滴注射指示書(在宅患者訪問点滴注射管理指導料)	診療日でなくてもよい	指示書作成日と有効期間の開始日が同じで、有効期間は医師が指示を行った日から7日間	訪問看護ステーション、他の医療機関に点滴注射を依頼する場合に交付する
診療情報提供書 (診療情報提供料(I))	診療情報提供書の作成日が診療日でなくてもよい(診療日から2週間以内に情報提供する)	訪問看護の有効期間は医療保険・介護保険ともに情報提供を行った医師の診療日から1カ月以内。訪問リハビリの有効期間は、医療保険は1カ月以内、介護保険は3カ月以内	他の医療機関に訪問看護・訪問リハビリを依頼する場合に交付する
自院の職員に対する訪問看護・訪問リハビリの指示	診療日にカルテに訪問看護・訪問リハビリの内容を指示する	訪問看護の有効期間は医療保険・介護保険ともに情報提供を行った医師の診療日から1カ月以内。訪問リハビリの有効期間は、医療保険は1カ月以内、介護保険は3カ月以内	同一医療機関からの訪問看護・訪問リハビリでは、指示した場合に算定できる報酬はない

図1 訪問看護に関する主治医の指示のパターン



17. 特別訪問看護指示期間で毎日の訪問看護が必要な場合は、3カ所の訪問看護ステーションからの訪問看護が可能である。

図1 訪問看護の訪問回数・日数や関われるステーション数の規定(専門研修を受けた看護師の訪問を除く)



18. 特別訪問看護指示を2回算定できるのは、気管カニューレを使用している者と真皮を超える褥瘡の者に限られる。

特別訪問看護指示を月に2回出せる場合

1. 気管カニューレを使用している場合
2. 真皮を超える褥瘡の状態にある場合

特別訪問看護指示を出せる場合

急性増悪、終末期、退院直後などで主治医が週4日以上頻回な訪問看護を一時的に行う必要性を認めた場合。

19. 認知症高齢者グループホームや特定施設に訪問看護が入ることができるのは、「厚生労働大臣が定める疾病等」（別表7）に該当する場合に限られる。

図2 患者の居住場所別に見た訪問看護の介護保険・医療保険の適応

	介護保険	医療保険
自宅	要介護認定者	<ul style="list-style-type: none"> 要介護認定を受けていない場合 厚生労働大臣が定める疾病等の場合 急性増悪など
特定施設 グループホーム	×	<ul style="list-style-type: none"> 厚生労働大臣が定める疾病等の場合 急性増悪など
特別養護老人ホーム 短期入所生活介護事業所	×	<ul style="list-style-type: none"> 末期の悪性腫瘍の患者（※）

介護保険が優先

訪問看護が医療保険になる3つの呪文

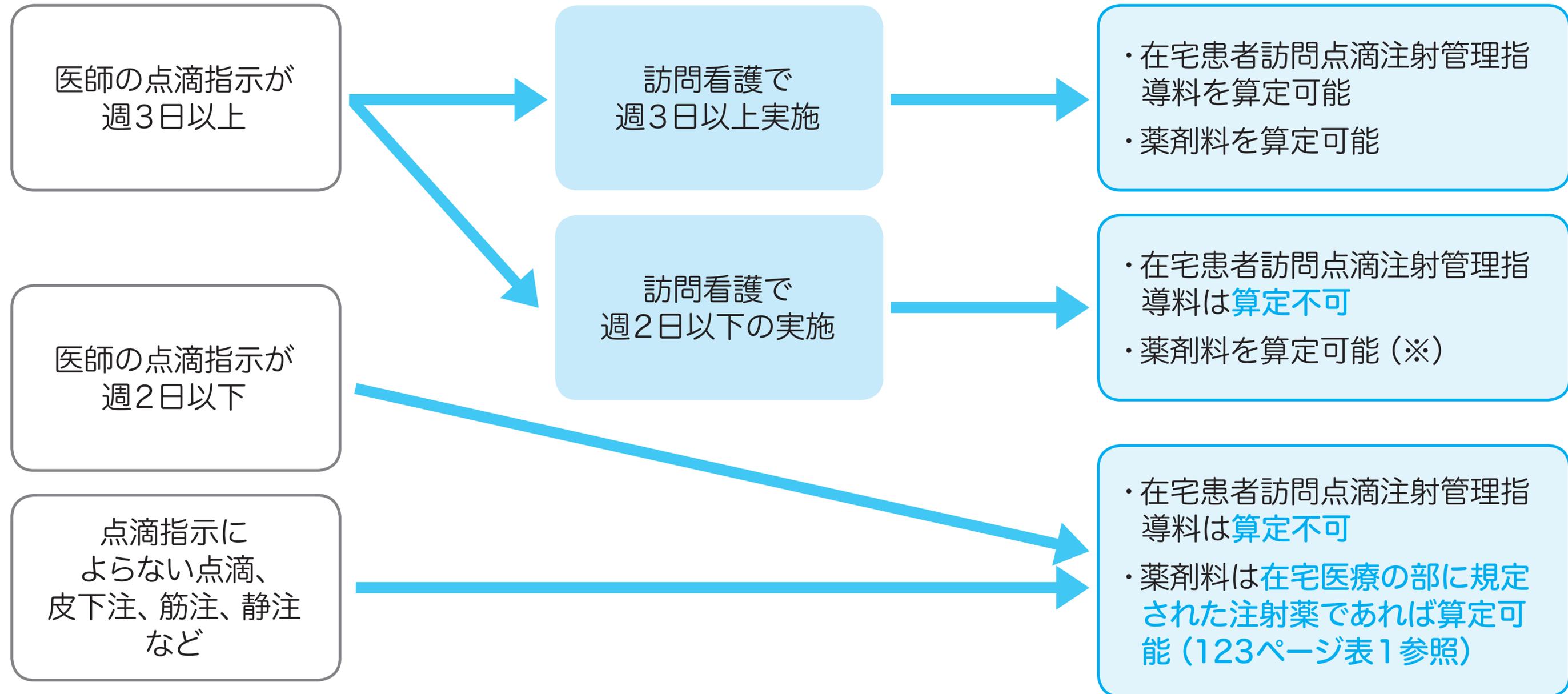
※ 短期入所生活介護事業所については、サービス利用前30日以内に訪問看護療養費または在宅患者訪問看護・指導料を算定した訪問看護ステーション、医療機関の看護師等に限り可能

20. 在宅患者訪問点滴注射指示の対象は、医療保険の訪問看護を受けている患者のみで、週3日以上
の点滴注射を実施する必要があることが要件となっ
ている。

表1 在宅患者訪問点滴注射管理指導料

在宅患者訪問点滴注射管理指導料
100点 (週1回)
<p>【留意点】</p> <ul style="list-style-type: none">• 在宅中心静脈栄養法指導管理料、在宅悪性腫瘍等患者指導管理料と併算定不可• 使用する薬剤は、医師が必要と認め、訪問する看護師、准看護師に渡して在宅で点滴するものであれば、種類に制限はない• 医療保険、介護保険の訪問看護で実施する点滴注射が対象となる。皮下注射や筋肉内注射、静脈内注射などは対象に含まれない

図2 在宅患者訪問点滴注射管理指導料の算定にかかるルール



※週3日以上の点滴指示があったが実施できなかった旨をレセプトに記載する

21. 退院時共同指導料1は入院医療機関が算定し、退院時共同指導料2は、退院後の在宅療養を担う医療機関が算定する。



表1 退院時共同指導料

退院時共同指導料	
退院時共同指導料1	
1 在宅療養支援診療所の場合	1500点
2 1以外の場合	900点
特別管理指導加算	200点
退院時共同指導料2	400点
医師による共同指導の場合	300点
多機関共同指導加算	2000点
【主な算定要件】	
<ul style="list-style-type: none">入院医療機関および退院後の在宅療養を担う医療機関の医師または医師の指示を受けた以下の職種が共同で退院後の在宅療養上必要な説明や指導を行い、その内容を文書で提供した場合、退院後の在宅療養を担う医療機関は退院時共同指導料1、入院医療機関は同指導料2を算定する<ul style="list-style-type: none">・看護師等（保健師、助産師、看護師、准看護師）・薬剤師 ・管理栄養士 ・理学療法士・作業療法士 ・言語聴覚士 ・社会福祉士他の医療機関、介護老人保健施設、特別養護老人ホームなどに入院・入所する患者、死亡退院した患者では算定できない。ただし、入退院支援加算を算定する患者では、退院時共同指導料2については老健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、特定施設などに入院・入所する患者でも算定できる（医療機関に併設する介護施設などの場合は不可）退院時共同指導料2の医師による共同指導の場合の加算と多機関共同指導加算は併算定できない退院時共同指導は原則、対面で行うが、ビデオ通話により共同指導した場合でも算定できる多機関共同指導加算は在宅療養を担当する医療機関などのうち2者以上が入院医療機関に赴いていれば、他者がビデオ通話により共同指導した場合でも算定できる	

たんぽぽ先生の在宅報酬算定マニュアル
日経BP社 2-31

22. 長時間の訪問看護は、医療保険では、15才未満の超重症児・準超重症児のみ週3回まで利用できる。

表2 長時間訪問看護加算（訪問看護基本療養費、訪問看護費の加算）

医療保険	介護保険
長時間訪問看護加算	長時間訪問看護加算
5200円（週1回（※））	300単位／回
<p>【算定対象】 90分を超える訪問看護を行った場合で、 ①15歳未満の超重症児・準超重症児 ②「厚生労働大臣が定める状態等」(1-5参照)に該当 ③急性増悪など（特別訪問看護指示期間中）のいずれか ※15歳未満の超・準超重症児および15歳未満で「厚生労働大臣が定める状態等」に該当する者は週3回まで算定可</p>	<p>【算定要件】 1時間以上1時間30分未満の訪問看護を実施し、引き続いて訪問看護を行い通算1時間30分以上となる場合に算定する。ケアプラン上、1時間30分以上の訪問が位置付けられていなければ算定できない 【算定対象】 特別管理加算(4-9参照)の対象者</p>

表3 超重症児・準超重症児の判定基準

以下の各項目に規定する状態が6カ月以上継続する場合(※1)に、各スコアを合算して判定する。

【判定方法】1の運動機能が座位まで、かつ2の判定スコアの合計が25点以上：超重症児、10点以上25点未満：準超重症児とする

1 運動機能：座位まで			
2 判定スコア			
(1) レスピレーター管理(※2)	10	(8) 経口摂取(全介助)(※3)	3
(2) 気管内挿管、気管切開	8	経管(経鼻・胃瘻含む)(※3)	5
(3) 鼻咽頭エアウェイ	5	(9) 腸瘻・腸管栄養(※3)	8
(4) O ₂ 吸入またはSpO ₂ が90%以下の状態が10%以上	5	持続注入ポンプ使用(腸瘻・腸管栄養時)	3
(5) 1回/時間以上の頻回の吸引	8	(10) 手術・服薬にても改善しない過緊張で、 発汗による更衣と姿勢修正を3回/日以上	3
6回/日以上の頻回の吸引	3	(11) 継続する透析(腹膜灌流を含む)	10
(6) ネブライザー6回/日以上または継続使用	3	(12) 定期導尿(3回/日以上)(※4)	5
(7) IVH	10	(13) 人工肛門	5
		(14) 体位変換(6回/日以上)	3

※1 新生児集中治療室を退室し、当該治療室での状態が継続する児については、当該状態が1カ月以上継続する場合とする。ただし、新生児集中治療室を退室した後の症状増悪または新たな疾患の発生に関しては、その後の状態が6カ月以上継続する場合とする

※2 毎日行う機械的気道加圧を要するカフマシン・NIPPV・CPAPなどは、レスピレーター管理に含む

※3 (8)(9)は経口摂取、経管、腸瘻・腸管栄養のいずれかを選択 ※4 人工膀胱を含む

23. 訪問看護ステーションでは、厚生労働大臣が定める状態の利用者は、医療保険も介護保険も退院日の訪問看護が行える。

図2 訪問看護基本療養費(Ⅲ)と退院支援指導加算の関係

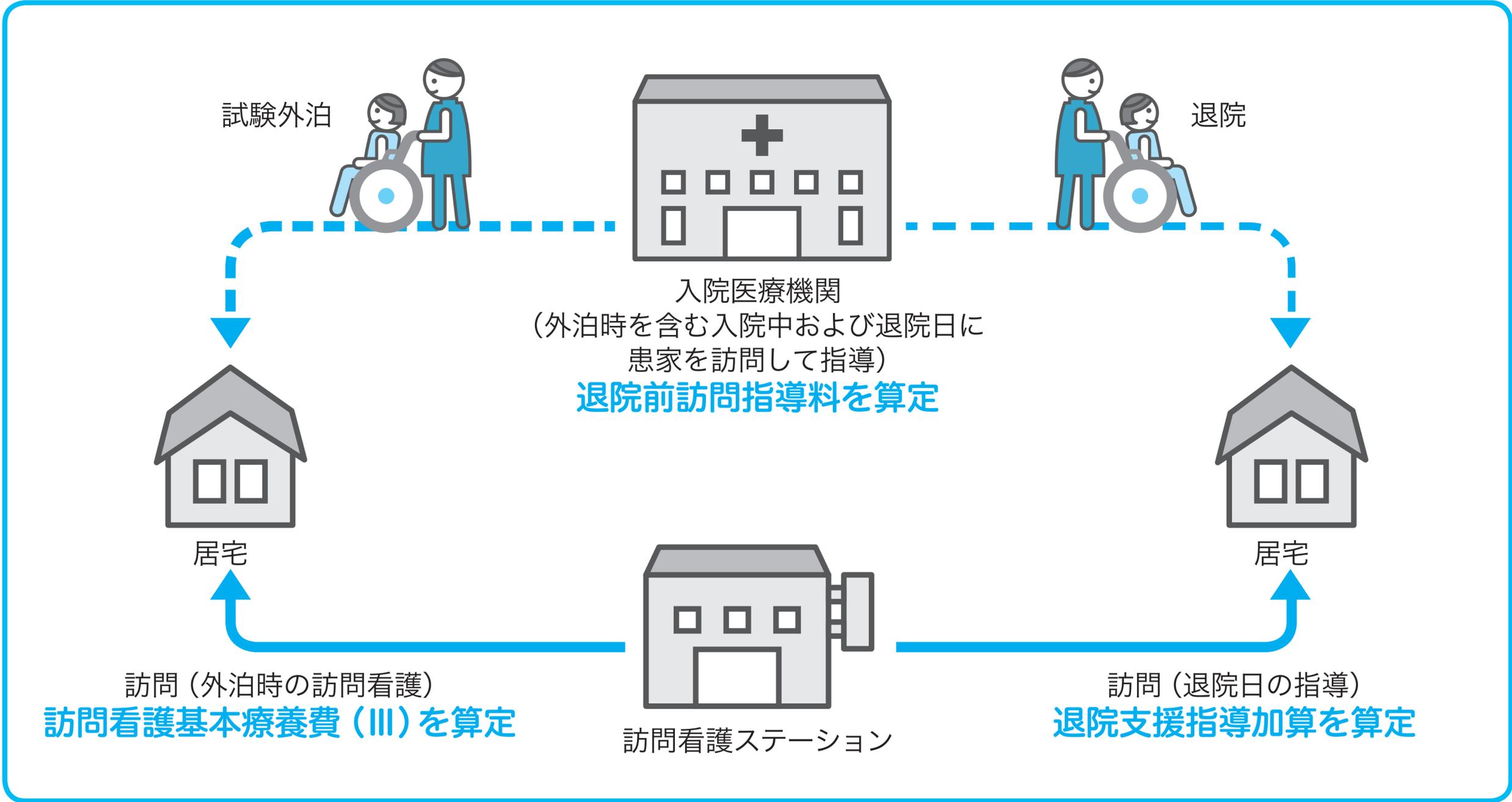


表1 訪問看護基本療養費(Ⅲ)、退院支援指導加算(訪問看護管理療養費の加算)

医療保険	医療保険
訪問看護基本療養費(Ⅲ)	退院支援指導加算
8500円	6000円
<p>【主な算定要件】</p> <ul style="list-style-type: none"> 入院中に外泊する患者であって、次のいずれかに該当する者が対象 <ol style="list-style-type: none"> ①「厚生労働大臣が定める疾病等」(1-3参照)に該当する者(入院中2回まで算定可) ②「厚生労働大臣が定める状態等」(1-5参照)に該当する者(入院中2回まで算定可) ③試験外泊時の訪問看護が必要であると認められた者(入院中1回算定可) 訪問看護指示書の交付を受けていること 	<p>【主な算定要件】</p> <ul style="list-style-type: none"> 看護師等(准看護師を除く)が退院日に在宅での療養上必要な指導を行った場合に算定できる 次のいずれかに該当する者が対象 <ol style="list-style-type: none"> ①「厚生労働大臣が定める疾病等」(1-3参照)に該当する者 ②「厚生労働大臣が定める状態等」(1-5参照)に該当する者 ③退院当日の訪問看護が必要であると認められた者 退院時に訪問看護指示書の交付を受けていること 退院日以降の初回の訪問看護を行う前に患者が死亡または再入院した場合、死亡日または再入院日に算定する

24. 包括的支援加算の対象者には、障害支援区分2以上や週1回以上訪問看護を受けていることなどが要件に含まれている。

表1 包括的支援加算(在総管・施設総管の加算)

包括的支援加算
150点(月1回)
<p>【算定要件】</p> <ul style="list-style-type: none"> 「厚生労働大臣が定める状態」(「特掲診療料の施設基準等」別表8の3に規定する状態)の患者に訪問診療を行い、在総管・施設総管を算定する場合に加算する いずれの状態に該当するかをレセプトの摘要欄に記載すること

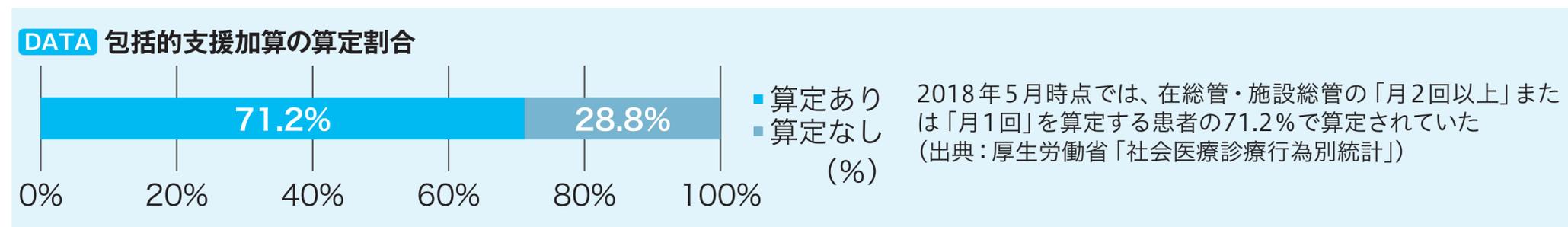


表2 包括的支援加算における「厚生労働大臣が定める状態」(「特掲診療料の施設基準等」別表第8の3)

- 要介護2以上または障害支援区分2以上
- 認知症高齢者の日常生活自立度ランクIib以上
- 週1回以上の訪問看護を受けている
- 訪問診療または訪問看護時に注射、喀痰吸引、経管栄養(※1)、鼻腔栄養を受けている
- (特定施設入居者などの場合) 医師の指示を受け、施設に配置された看護職員による注射、喀痰吸引、経管栄養(※1)、鼻腔栄養を受けている
- その他、関係機関との調整などのために特別な医学管理を必要とする状態(以下のいずれかに該当)
 - 脳性麻痺、先天性心疾患、ネフローゼ症候群など(※2)に該当する状態である15歳未満の患者
 - 出生時体重1500g未満の1歳未満の患者
 - 「超重症児・準超重症児の判定基準」(4-7参照)の判定スコア10以上の患者
 - 医師・医師の指示を受けた看護職員の指導管理に基づき、家族などが注射、喀痰吸引、経管栄養(※1)などの処置(※3)を行う患者

※1 胃瘻、腸瘻も含まれる

※2 15歳未満で以下に該当する患者が対象となる

- 脳性麻痺
- ネフローゼ症候群
- 川崎病で冠動脈瘤のあるもの
- 脂質代謝障害
- 溶血性貧血
- 血友病
- 先天性股関節脱臼
- 二分脊椎
- 先天性四肢欠損
- 先天性多発関節拘縮症
- 小児慢性特定疾病医療支援の対象者
- 児童福祉法に規定する障害児
- 先天性心疾患
- ダウン症等の染色体異常
- 腎炎
- 再生不良性貧血
- 血小板減少性紫斑病
- 内反足
- 骨系統疾患
- 分娩麻痺

※3 以下に該当する処置が対象となる

- 創傷処置
- 穿刺排膿後薬液注入
- 干渉低周波去痰器による喀痰排出
- ストーマ処置
- 膀胱洗浄
- 留置カテーテル設置
- 介達牽引
- 変形機械矯正術
- 腰部・胸部固定帯固定
- 肛門処置
- 爪甲除去
- 喀痰吸引
- 皮膚科軟膏処置
- 後部尿道洗浄
- 尿道拡張を要する導尿
- 矯正固定
- 消炎鎮痛等処置
- 低出力レーザー照射
- 鼻腔栄養

25. 右上肢の著しい機能障害と右下肢の機能全廃
では、認定等級は2級となる。

図2 障害等級の考え方

障害の等級に関しては、肢体不自由、視覚障害、聴覚障害など障害の種別に等級表が設けられており、対象者の状態を当てはめて判断する。2つ以上の障害が重複する場合は、それぞれの障害の指数を合計した数（合計指数）に応じて認定等級が決まる。この「合わせ技」を理解しておくことが大切だ。

例えば、頻度が多い脳梗塞の片麻痺の場合、以下のような方法で認定される。

（例）右上肢の著しい機能障害と右下肢の著しい機能障害がある場合

・右上肢、右下肢それぞれの障害の等級を判断
（表は障害等級表を抜粋、簡略化したもの）

	両上肢	両下肢	1上肢	1下肢
1級	機能の全廃	機能の全廃		
2級	著しい機能障害	著しい機能障害	機能の全廃	
3級			著しい機能障害	機能の全廃
4級				著しい機能障害

右上肢は3級（指数7）、右下肢は4級（指数4）なので、合計指数は11。認定等級は2級となる

・それぞれの指数を合計して等級を判定

障害等級	指数	合計指数	認定等級
1級	18	18以上	1級
2級	11	11～17	2級
3級	7	7～10	3級
4級	4	4～6	4級
5級	2	2～3	5級
6級	1	1	6級
7級	0.5		

表1 身体障害者手帳取得のメリットと注意点

メリット	注意点
<ul style="list-style-type: none">①医療費の助成が受けられる（自治体によって助成の対象範囲が異なることに注意）②交通機関の利用料金の割引や税金の控除など、様々な福祉制度の恩恵が受けられる③肢体不自由など認定を受けた障害に応じて、義足や杖といった日常生活用具の支給を受けられる④著しく重度の障害があり、日常生活で常時特別の介護が必要である場合には、特別障害者手当が支給される	<ul style="list-style-type: none">①身体障害者手帳の申請には指定医療機関による診断書、意見書が必要となり、検査などを受けるため、患者は一般的に数千円程度の金額を負担する②診断書作成は手間がかかり、身体計測のためリハビリスタッフに協力を依頼する場合がある③脳血管疾患による障害の場合、原則半年間は身体障害者手帳の申請ができない（障害の程度が固定されるまでに一定の観察期間が必要であるため）④機能回復訓練により障害が改善される可能性がある場合などは、再認定を実施する⑤患者が複数の障害を有する場合、それぞれの障害の等級に応じた指数を合算して障害等級を判定する（図2参照）

26. 保険給付となるマッサージの症状は、神経麻痺と関節拘縮である。

図1 ◎保険給付の対象となる疾患、症状

◎はり、きゅうが健康保険の給付対象となるのは……



◎あん摩・マッサージ・指圧が健康保険の給付対象となるのは……

神経痛

リウマチ

頸腕症候群

頸椎捻挫後遺症

五十肩

腰痛症

※これら以外は保険者が個別に判断

筋麻痺

筋萎縮

関節拘縮

などの症状があり、
医療上マッサージが必要な者

例えば腰痛症ではり、きゅうを行い、医療機関でも腰痛症の治療をした場合、療養費と保険診療の給付併用は認められないのが基本ルールです



27. 医療機関からの訪問リハビリでは、末期の悪性腫瘍患者は毎日の訪問リハビリの利用が可能であるが、介護認定を受けている末期の悪性腫瘍患者は週に6回までとなる。

図1 介護保険と医療保険における訪問リハビリの利用回数・日数と利用できるステーション数の制限

●訪問看護ステーションにおける週の利用回数制限とサービス提供できるステーション数の制限

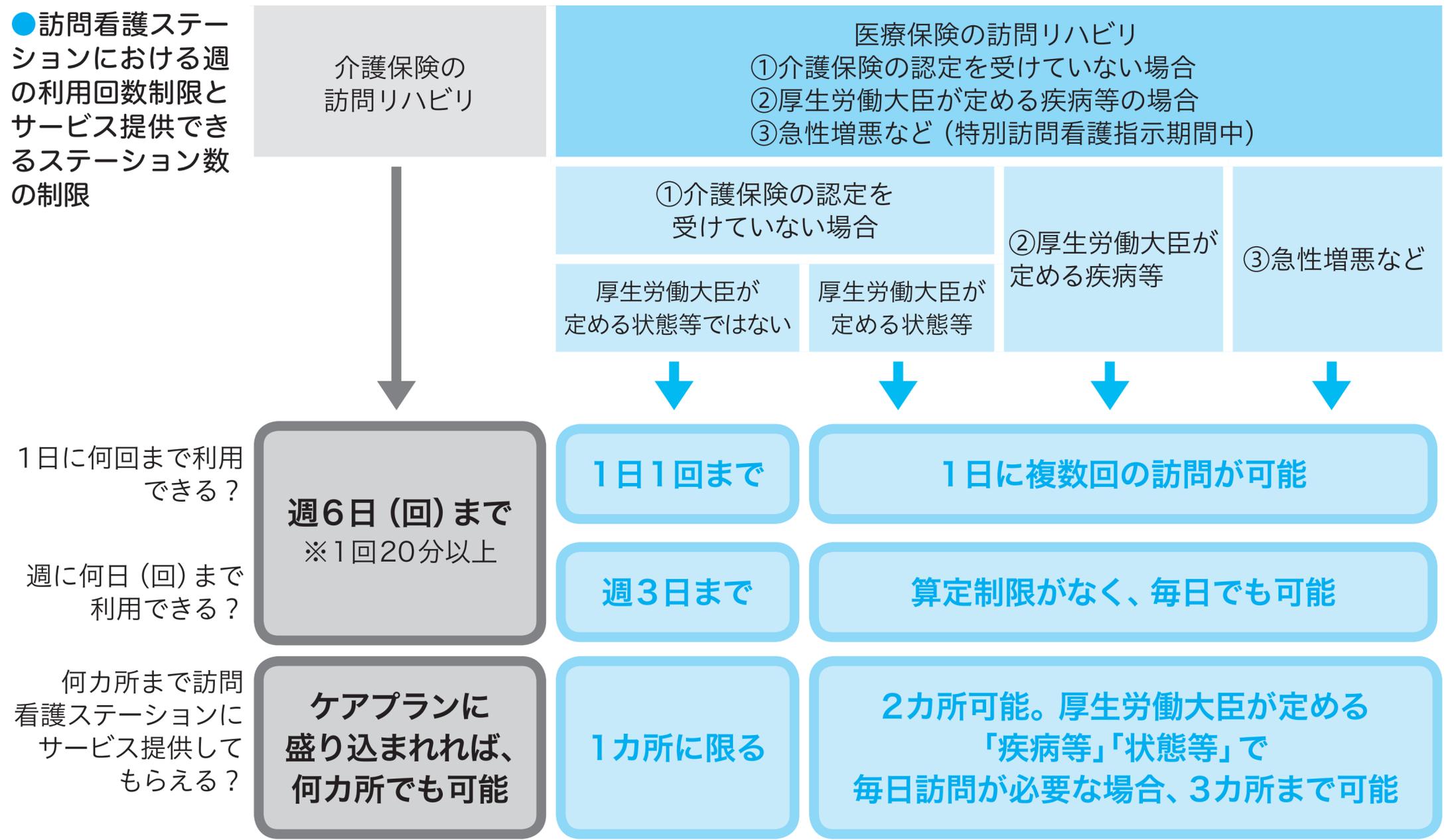
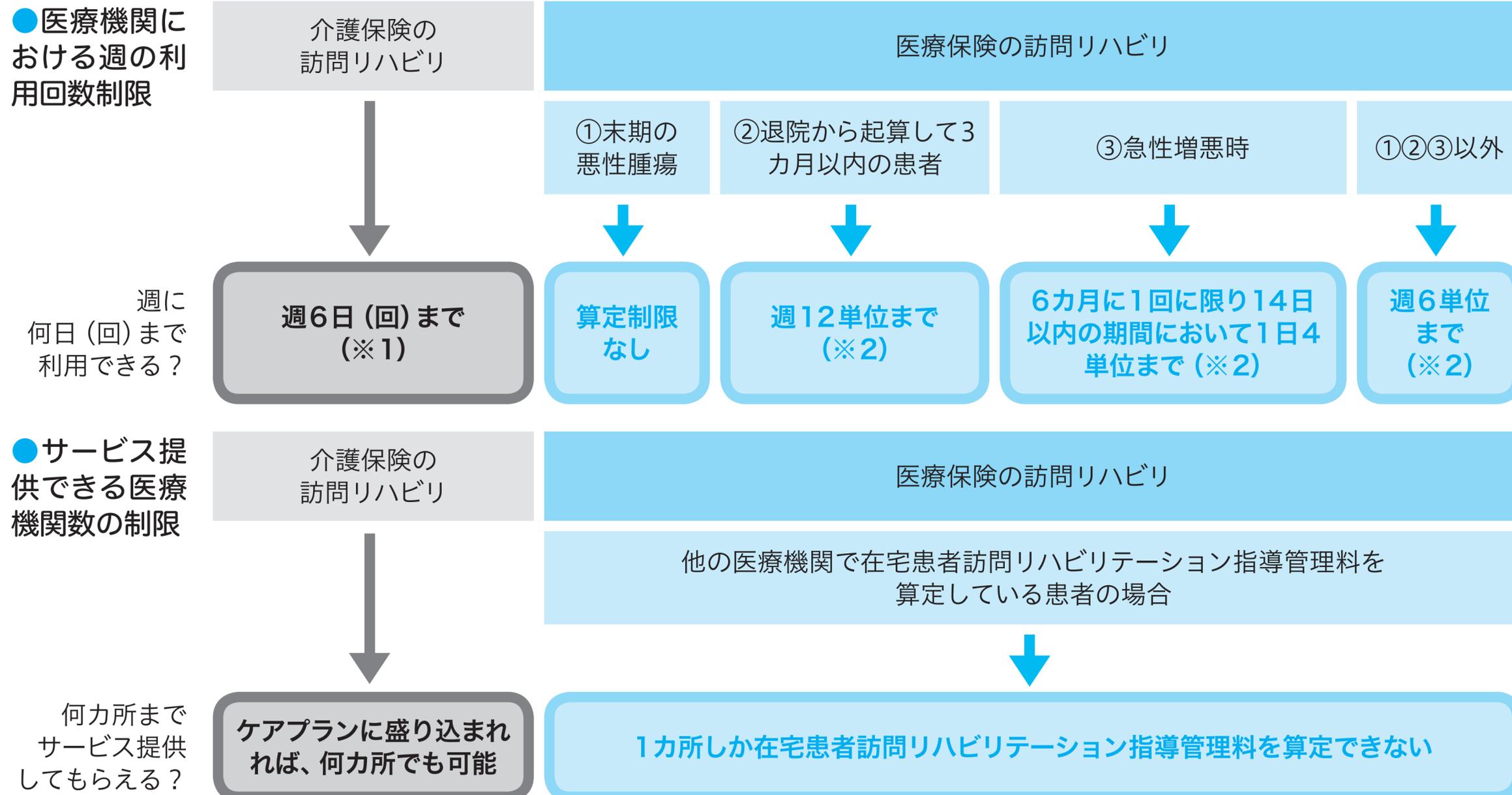


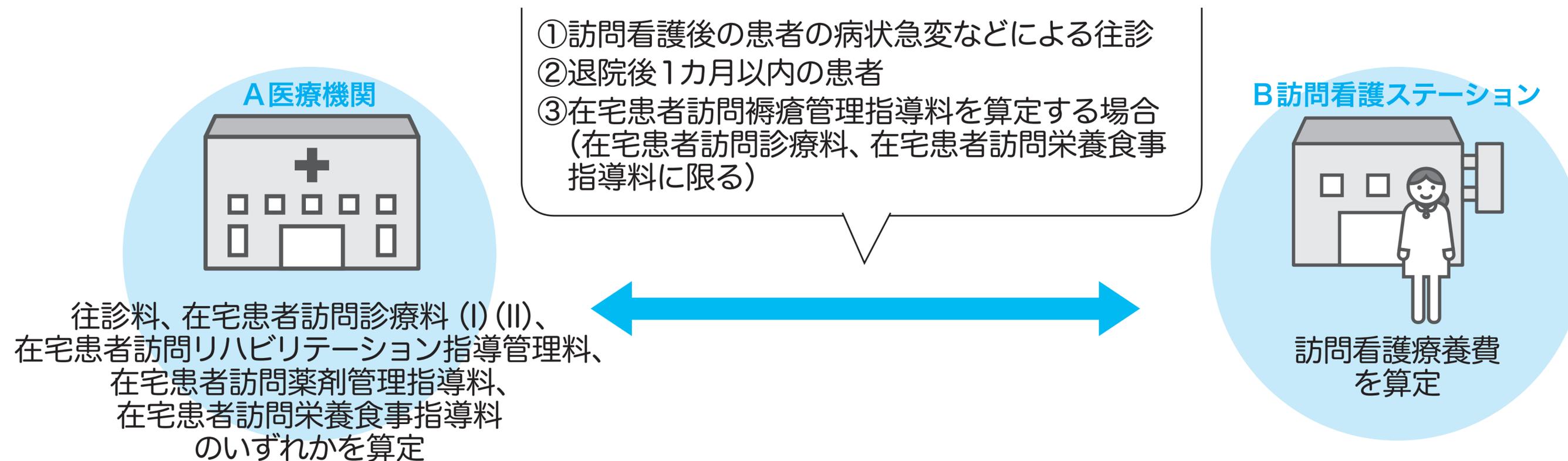
図1 介護保険と医療保険における訪問リハビリの利用回数・日数と利用できる医療機関数の制限



※1 1回20分以上 ※2 1単位20分以上

28. 医療機関と訪問看護ステーションが特別の関係であっても、訪問看護後の病状急変などによる往診は算定できる。

図1 医療機関と訪問看護ステーションが特別の関係にある場合で同日算定が可能なケース



29. 連携型の機能強化型在支診・在支病では、各医療機関が過去1年で看取りが2件以上、または15才未満の超・準超重症児への総合的な医学管理が2件以上の要件を満たすことが求められている。

図2 在宅医療を行う
医療機関の分類



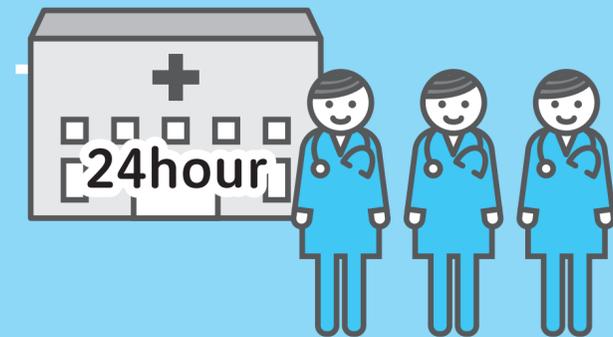
常勤医3人未満などの在支診・在支病

機能強化型以外で24時間対応



常勤医3人以上で24時間対応

機能強化型在支診・在支病
(**単独**で要件を満たすもの)



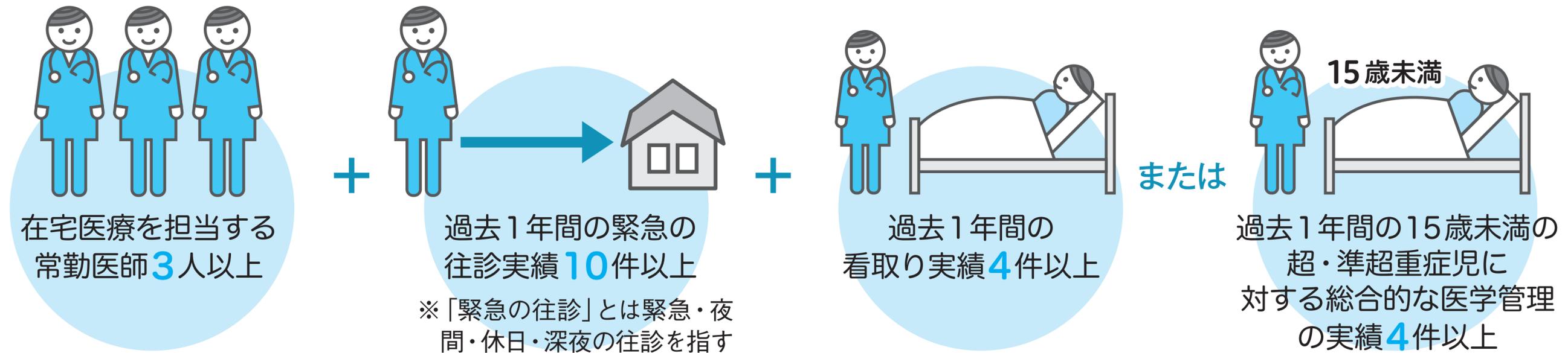
連携して常勤医3人以上で24時間対応

機能強化型在支診・在支病
(**連携**により要件を満たすもの)



図1 機能強化型在支診・在支病の施設基準

1 在支診・在支病の要件に以下を追加する（単独型）



2 複数の医療機関が連携して1の要件を満たすことも可能とするが、連携する場合は、以下の要件を満たすこと（連携型）

- ①患者からの緊急時の連絡先を一元化
- ②患者の診療情報の共有を図るため、連携医療機関間で月1回以上の定期的なカンファレンスを実施
- ③連携する医療機関数は10施設未満
- ④病院が連携に入る場合は、許可病床200床（医療資源の少ない地域にある場合は280床）未満の病院に限る
- ⑤連携に参加する各医療機関が、過去1年間の緊急往診件数4件以上と、看取り件数2件以上または15歳未満の超・準超重症児に対する総合的な医学管理の実績2件以上を満たすこと。過去1年間の実績は年度単位ではなく、直近1年間の暦月単位の実績（2020年7月に届け出を行う場合、2019年7月～2020年6月の実績）

DATA 機能強化型在宅療養支援診療所(連携型)の施設数



2014年度改定後、連携型の各施設に診療実績が要件化されたことで激減したが、その後は増え続けている
(出典：厚生労働省「主な施設基準の届出状況等」)

DATA 機能強化型在宅療養支援診療所(単独型)の施設数



2014年度改定後、連携型を解消する医療機関が相次いだため、2015年は単独型が急増した。その後は190施設前後で推移している
(出典：厚生労働省「主な施設基準の届出状況等」)

30. 死亡月に在宅酸素療法を行っていた悪性腫瘍患者には、在宅ターミナルケア加算にあわせて酸素療法加算が算定できるが、在宅酸素療法指導管理料とは併算定できない。

表1 在宅酸素療法指導管理料、在宅気管切開患者指導管理料

在宅酸素療法指導管理料 (月1回)	
1 チアノーゼ型先天性心疾患の場合	520点
2 その他の場合	2400点
遠隔モニタリング加算	150点
(2の患者のみ、2カ月まで)	
(以下は在宅療養指導管理材料加算)	
酸素ボンベ加算 (3カ月に3回まで)	
1 携帯用酸素ボンベ	880点
2 1以外	3950点
酸素濃縮装置加算 (3カ月に3回まで)	
4000点	
液化酸素装置加算 (3カ月に3回まで)	
1 設置型液化酸素装置	3970点
2 携帯型液化酸素装置	880点
呼吸同調式デマンドバルブ加算 (3カ月に3回まで)	
300点	
在宅酸素療法材料加算 (3カ月に3回まで)	
1 チアノーゼ型先天性心疾患の場合	780点
2 その他の場合	100点
乳幼児呼吸管理材料加算 (3カ月に3回まで)	
1500点	

たんぽぽ先生の在宅報酬算定マニュアル
日経BP社 2-24

表1 在宅ターミナルケア加算(在宅患者訪問診療料の加算)

在宅ターミナルケア加算				
			機能強化型在支診・在支病	
	在支診・在支病以外	在支診・在支病	病床なし	病床あり
在宅患者訪問診療料 (I) 1				
有料老人ホーム等に入居する患者以外の患者	3500点	4500点	5500点	6500点
有料老人ホーム等に入居する患者	3500点	4500点	5500点	6500点
在宅患者訪問診療料 (II) イ	3200点	4200点	5200点	6200点

在宅ターミナルケア加算の加算				
在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	—	—	1000点	1000点
在宅療養実績加算1	—	750点	—	—
在宅療養実績加算2	—	500点	—	—
酸素療法加算	2000点			

有料老人ホーム等に入居する患者とは、以下のいずれかに該当する患者をいう

- 1 施設総管の算定対象とされる患者
- 2 障害福祉サービスを行う施設および事業所、福祉ホームに入居する患者
- 3 小規模多機能型居宅介護または看護小規模多機能型居宅介護における宿泊サービスを利用中の患者



全国在宅医療テスト頻出基礎知識30項目

パート2