

居宅療養管理指導 (医師)

西宮市

単一建物居住者の人数に従い、1月に2回を限度として、所定単位数を算定する。

単一建物居住者の人数とは、算定対象の利用者が居住する建物に居住する者のうち、医師が同一月に訪問診療、往診又は居宅療養管理指導を行っているものの人数であり、次の区分により算定する所定単位数が異なる。

(1)1人、 (2)2人以上9人以下、 (3)10人以上

所定単位数について、医師が当該月に医療保険において「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」を算定した場合は、居宅療養管理指導費(Ⅱ)を算定すること。

1 対象者 在宅の利用者であって通院が困難なもの

2 訪問場所 当該利用者の居宅を訪問

3 情報提供 計画的かつ継続的な医学的管理に基づき介護支援専門員に対する居宅サービス計画の策定等に必要な情報提供

4 助言・指導 利用者又はその家族等に対する居宅サービスを利用する上での留意点、介護方法等についての指導及び助言

利用者が他の介護サービスを利用している場合

必要に応じて、利用者又は家族の同意を得た上で、当該介護サービス事業者等に介護サービスを提供する上での情報提供及び助言を行う。

重要ポイント

- 介護支援専門員(ケアマネジャー)への情報提供は必須
- 情報提供は算定する度に毎回必要

× 1月に複数回算定する場合でも1か月分まとめて情報提供することはできません。

※情報提供をしていなければ、算定できません

▶各事業所の介護支援専門員(ケアマネジャー)に情報提供を行います。

- 居宅介護支援事業所
- 介護予防支援事業所又は地域包括支援センター
- 特定施設入居者生活介護(介護付有料老人ホーム)
- 地域密着型特定施設入居者生活介護
- 小規模多機能型居宅介護
- 看護小規模多機能型居宅介護
- 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)

1 情報提供方法

(1) サービス担当者会議へ参加し、その場で情報提供を行うことを基本とする
(必ずしも文書等による必要はない。)

- ① サービス担当者会議への参加により情報提供を行った場合については、その情報提供の要点を記載する必要がある。
- ② この記載については、医療保険の診療録に記載することは差し支えないが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別する。

(2) サービス担当者会議への参加が困難な場合、サービス担当者会議が開催されない場合等

- ① 「情報提供すべき事項」について、原則として別紙様式1等(メール、FAX等でも可)により情報提供を行う。
- ② 別紙様式1による情報提供を行った場合は、当該様式の写しを診療録に添付するなどして保存する。

1 基本情報

(医療機関名、住所、連絡先、医師氏名、利用者の氏名、生年月日、性別、住所、連絡先等)

2 利用者の病状、経過など

3 介護サービスを利用する上での留意点、介護方法など

4 利用者の日常生活上の留意事項、社会生活面の課題と地域社会において必要な支援策等

5 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報等

別紙様式 1

別紙様式 1

指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（居宅療養管理指導・医師）

情報提供先事業所
担当 _____ 氏
_____ 年 月 日医療機関名 _____
医療機関所在地 _____
電話番号 _____
FAX番号 _____
医師氏名 _____

基本情報

利用者氏名	(ふりがな)	男 女	〒 _____
	_____ 年 月 日生(歳)		

利用者の病状、経過等

(1) 診断名（特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入）及び発症年月日	
1. _____	発症年月日（ _____ 年 月 日頃）
2. _____	発症年月日（ _____ 年 月 日頃）
3. _____	発症年月日（ _____ 年 月 日頃）
(2) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 〔前回の情報提供より変化のあった事項について記入〕	
(3) 日常生活の自立度等について ・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) ・認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M

介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等

(1) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い生活機能の低下とその対処方針 <input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 転倒・骨折 <input type="checkbox"/> 移動能力の低下 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 心肺機能の低下 <input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能低下 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> がん等による疼痛 <input type="checkbox"/> その他 () → 対処方針 ()
(2) サービスの必要性（特に必要性の高いものは下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。） <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> その他の医療系サービス ()
(3) サービス提供時における医学的観点からの留意事項 <input type="checkbox"/> 起居動作 <input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 摂食 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> その他 () → 対処方針 ()

利用者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等

(1) 利用者の日常生活上の留意事項
(2) 社会生活面の課題と地域社会において必要な支援 社会生活面の課題 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり () → 必要な支援 ()
(3) 特記事項

人生の最終段階における医療・ケアに関する情報

※本人の意思は変わりうるものであり、本記載が最新の意向を反映しているとは限らないため、常に最新の意向の確認が必要であることについて十分に留意すること

(1) 意向の話し合い <input type="checkbox"/> 本人・家族等との話し合いを実施している（最終実施日： _____ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 話し合いを実施していない（ <input type="checkbox"/> 日本人からの話し合いの希望がない <input type="checkbox"/> それ以外）
※(2)から(6)は、本人・家族等との話し合いを実施している場合のみ記載
(2) 本人・家族の意向 <input type="checkbox"/> 下記をご参照ください <input type="checkbox"/> 別紙参照（記載した書類等： _____)
(3) 話し合いの参加者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族（氏名： _____ 続柄： _____）（氏名： _____ 続柄： _____） <input type="checkbox"/> 医療・ケアチーム <input type="checkbox"/> その他 ()
(4) 医療・ケアに関して本人または本人・家族等と医療・ケアチームで話し合った内容
(5) その他（上記のほか、人生の最終段階における医療・ケアに関する情報で介護支援専門員と共有したい内容）

2 利用者の同意

情報提供を行うためには**利用者**に十分な説明を行い同意を得る

利用者の個人情報を用いる場合は、利用者の同意を、利用者家族の個人情報を用いる場合は家族の同意を、あらかじめ文書により得ておかなければならない。(個人情報利用同意書等)



3 指導・助言方法

文書等の交付により行うよう努める

介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等に関する指導又は助言は、文書等の交付により行うよう努めること。

4 記録方法

・文書等で指導又は助言を行った場合……写しを診療録に添付

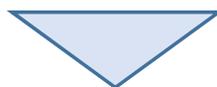
文書等で指導又は助言を行った場合は、当該文書等の写しを診療録に添付する等により保存すること。

・口頭により指導又は助言を行った場合……要点を記録する

口頭により指導又は助言を行った場合については、その要点を記録する。記載については、医療保険の診療録に記載することは差し支えないが、下線又は枠で囲うなどして、他の記載と区別できるようにすること。

ケアマネジャーによるケアプランの作成が行われていない場合

- ▶ 居宅療養管理指導以外のサービスを利用していない利用者
- ▶ 自らケアプランを作成している利用者 など



情報提供をしていなくても算定できる

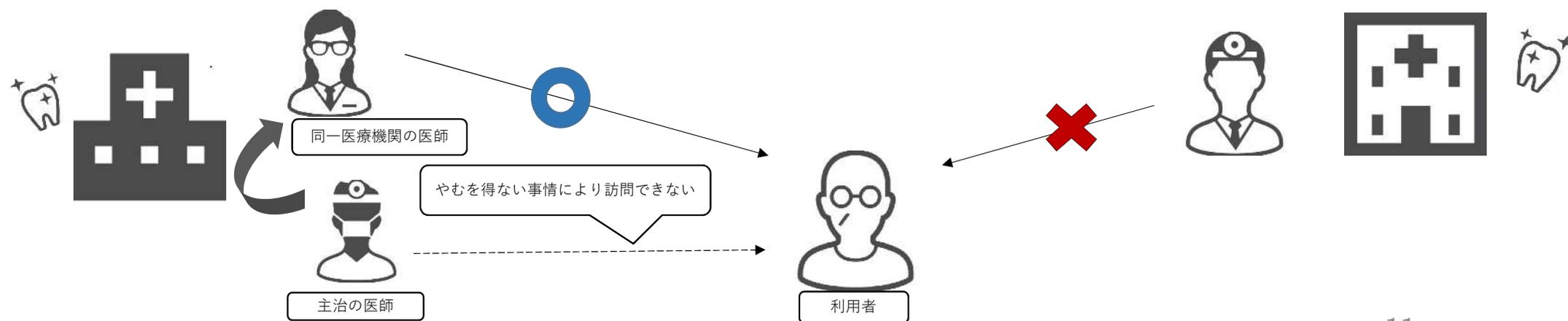
居宅療養管理指導は、区分支給限度額の管理外であり、区分支給限度額を超えていても算定することが可能。

ただし、自らケアプランを作成している利用者等で当該利用者が、**居宅療養管理指導以外にも他の介護のサービスを利用している場合**にあっては、必要に応じて、利用者又は家族の同意を得た上で、**当該他の介護サービス事業者等**に対し、**介護サービスを提供する上での情報提供及び助言**を行うこととする。

主治の医師が、**1人の利用者**に対して、**月2回まで**算定することができる

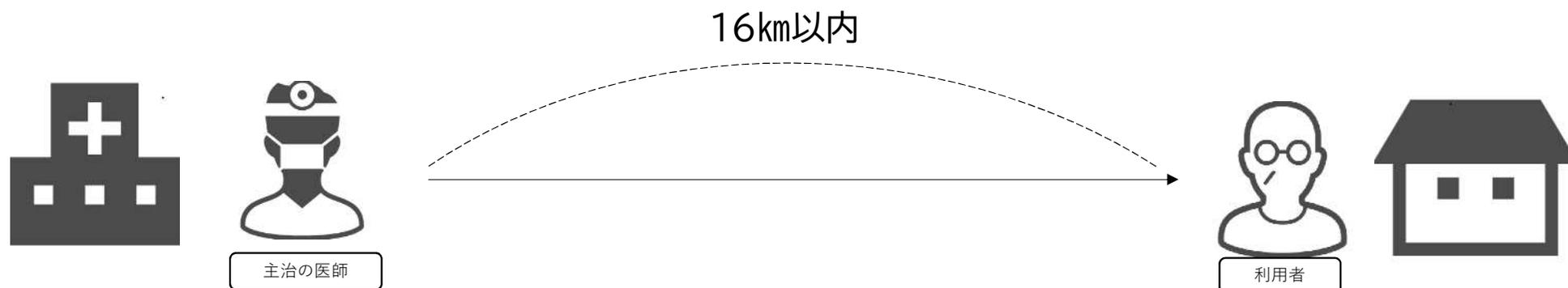
Q&A

複数の医師による算定は原則としてできないが、主治の医師がやむを得ない事情により訪問できない場合には、同一医療機関の医師が代わりに訪問を行った場合も算定できる



算定日について【医師】

算定日は…当該月の訪問診療又は往診を行った日とする。
(保険診療を行ったときでなければ算定できず、利用者の居宅(有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅を含む)は医療機関から16km以内となる。)



請求明細書の摘要欄には

訪問診療若しくは往診の日又は当該サービス担当者会議に参加した場合においては、参加日若しくは参加が困難な場合においては、文書等を交付した日を記入する。

利用料の受領について【医師】

- 1 所定単位の1割、2割または3割は利用者負担。
- 2 必ず利用者負担分を徴収のうえ、利用者に対して領収証を発行すること。
- 3 交通費(実費)を、利用者から徴収することも可能であるが、あらかじめ、利用者又はその家族に対してその額等に関して説明を行い、利用者の同意を得なければならない。

重要ポイント

- ☑ 利用料の不徴収は重大な基準違反です。
1割、2割又は3割は必ず徴収の上、利用者ごとに領収証を発行すること。