

上級在宅医療事務認定士 講座

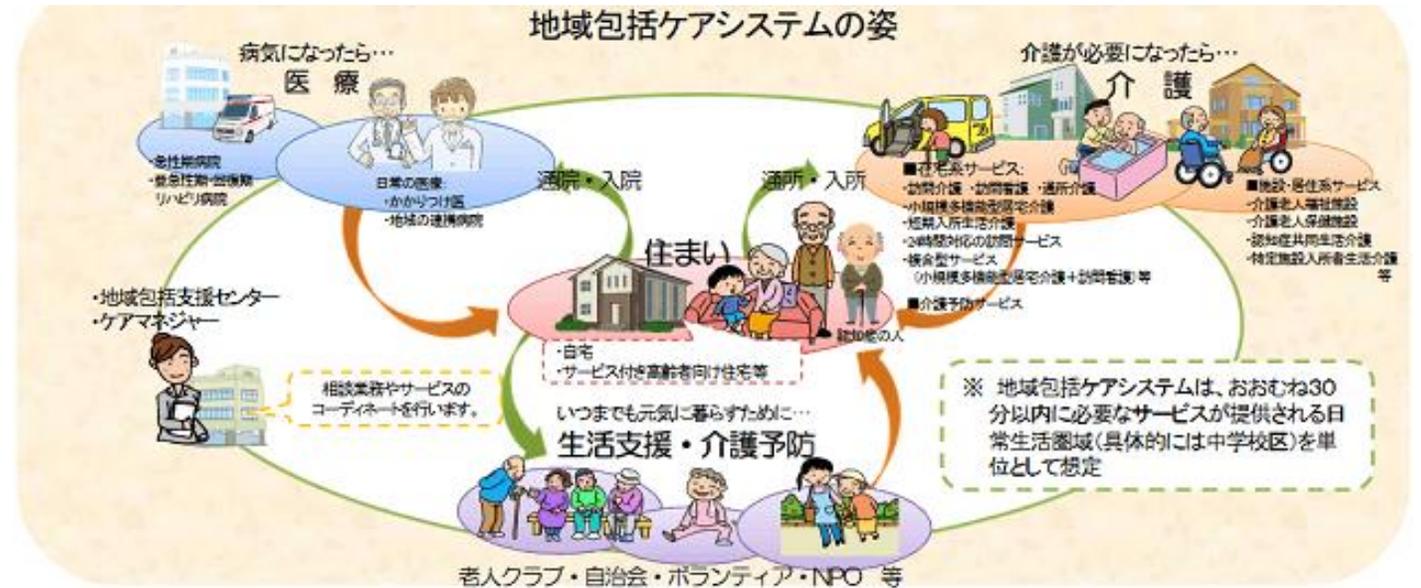
一般社団法人 在宅医療事務協会

• 政府が目指す高齢者医療

• ときどき入院ほぼ在宅

• 地域包括ケアシステム

「住まい」「医療」「介護」「予防」「生活支援」
を一体的に提供する



訪問診療の推移

- 訪問診療の患者数増大
- 9割が75歳以上
- 医療の形態
外来（在宅）、入院
- 関わる費用
入院 > 在宅 > 外来

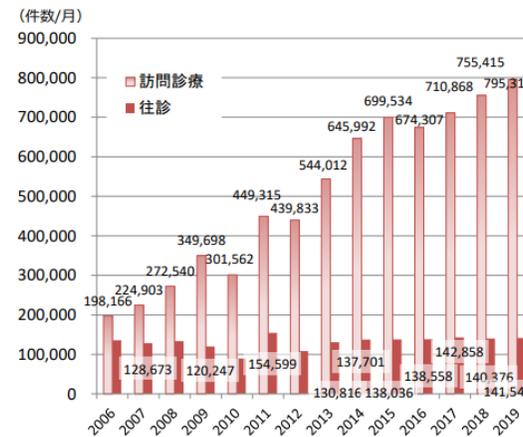
在宅患者訪問診療料等の件数の推移

第1回在宅医療及び医療介護連携に関するWG	参考資料
令和3年10月13日	改

○ 訪問診療料の件数は、大幅に増加。往診料の件数は横ばい。
○ 訪問診療を受ける患者の約9割は75歳以上の高齢者。

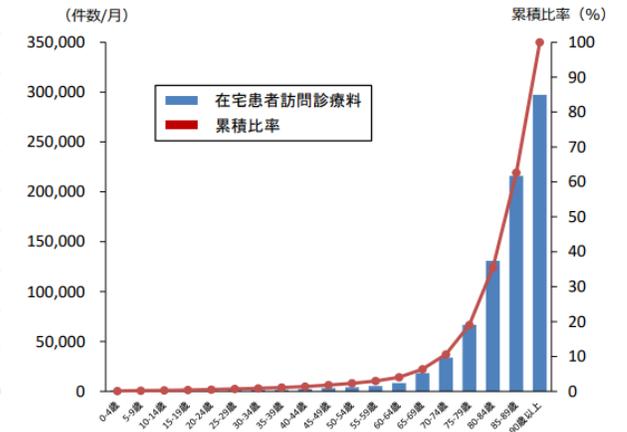
訪問診療：患者宅に計画的、定期的に訪問し、診療を行うもの
往診：患者の要請に応じ、都度、患者宅を訪問し、診療を行うもの

在宅患者訪問診療料、往診料の件数の推移



出典：社会医療診療行為別統計（厚生労働省）

在宅患者訪問診療料における年齢階級別分布



出典：2019年社会医療診療行為別統計（6月審査分）第3表をもとに作成

高齢者医療

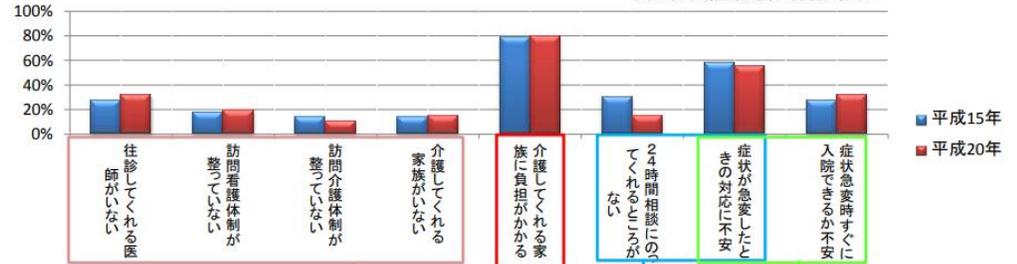
- 自宅ではなく高齢者施設
- 介護の負担

在宅医療推進にあたっての課題

- 在宅医療を必要とする者は2025年には29万人と推計され、約12万人増えることが見込まれる。
- 急性期治療を終えた慢性期・回復期患者の受け皿として、終末期ケアも含む生活の質を重視した医療としての在宅医療のニーズは高まっている。

在宅療養移行や継続の阻害要因

出典：終末期医療に関する調査(各年)



在宅医療推進にあたっての課題

在宅医療・介護サービス供給量の拡充
医療/介護の連携によるサービスの質の向上及び効率化

家族支援

在宅療養者の後方ベッドの確保・整備

24時間在宅医療提供体制の構築

訪問診療の推移

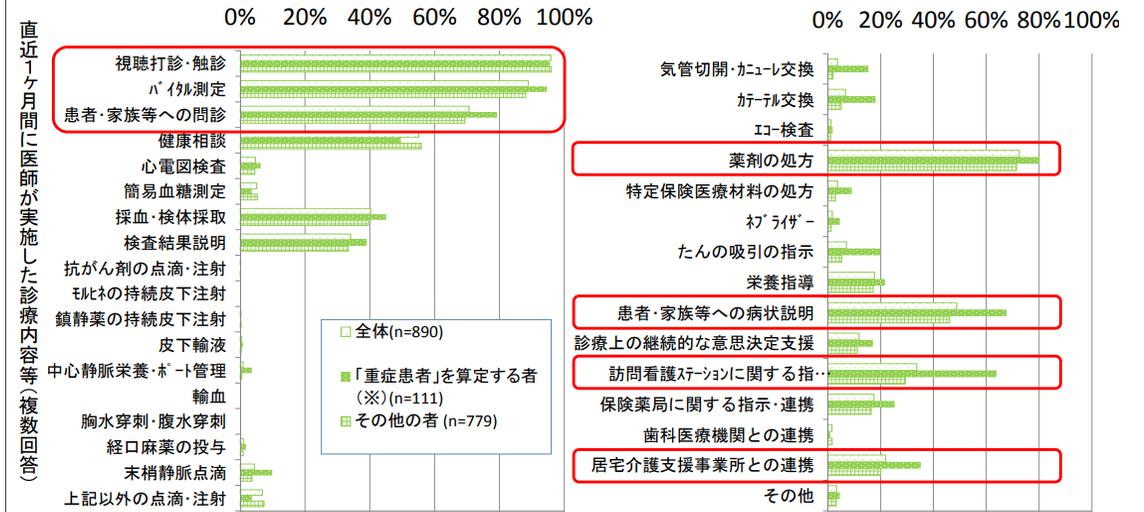
- 訪問診療に求められるもの
- バイタルの測定
- 投薬
- 血液検査

訪問診療時に医師が行った診療内容等①

中医 29
改定 (iii)
4.12改

- 直近1ヶ月間で訪問診療時に医師が実施した診療内容等では、「視聴打診・触診」「バイタル測定」「問診」「薬剤の処方」と回答した割合が多かった。
- 「『重症患者』を算定する者(※)」については、それ以外の患者に比べ、「患者・家族等への病状説明」「訪問看護ステーションに関する指示」「居宅介護支援事業所との連携」と回答した割合が多かった。

(※)重症患者を対象とした在総管・施設総管を算定する患者

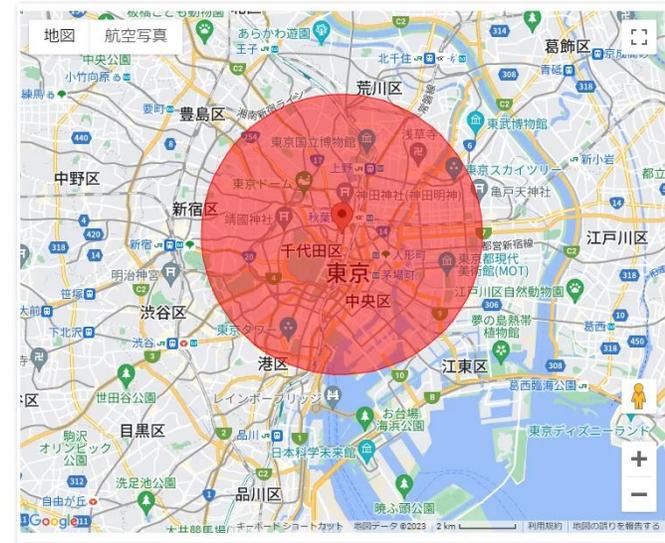
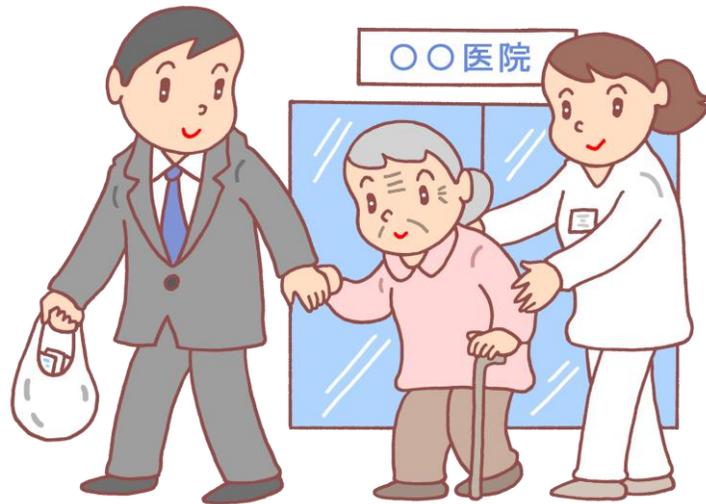


(出典:診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成28年度)) 42

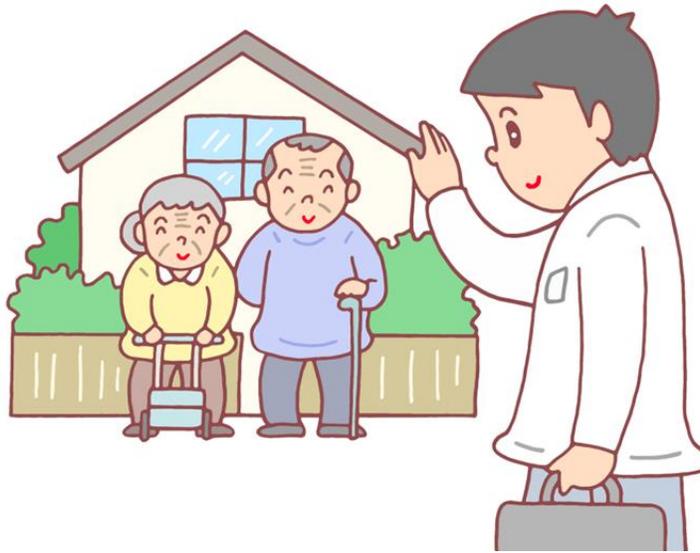
訪問診療料・往診料

在宅医療の対象患者

- 医師が通院困難と判断した患者 P14
- 自分一人では通院困難 【ちょっと補足】
- 医療機関から直線距離で16 k m圏内 P15



- 自宅か居住系施設（配置医師を除く） P16



- 在宅支援診療所

在宅診療患者に対し24時間対応が可能な医療機関を評価する施設基準

- 届け出が必要



- 点数が高くなる・加算が付く

在宅支援診療所

施設基準により点数が違う P50

令和4年度診療報酬改定 I-6 質の高い在宅医療・訪問看護の確保-①

在支診・在支病の施設基準（参考）

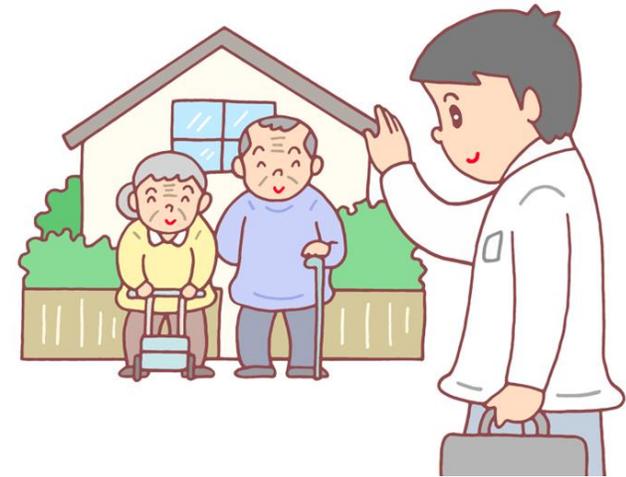
	機能強化型在支診・在支病				在支診在支病	(参考) 在宅療養後方支援病院
	単独型		連携型			
	診療所	病院	診療所	病院		
全ての在支診・在支病の基準	① 24時間連絡を受けられる体制の確保 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している ⑦ 適切な意思決定支援に係る指針を作成していること					
全ての在支病の基準	「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。 (1) 許可病床200床未満 [※] であること又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと (2) 往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること ※ 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては200床未満					○ 許可病床数200床以上 ○ 在宅医療を提供する医療機関と連携し、24時間連絡を受けられる体制を確保 ○ 連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が24時間可能な体制を確保(病床の確保を含む) ※ やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、対応可能な病院を探し紹介すること ○ 連携医療機関との間で、3月に1回以上、患者の診療情報の交換を行い、入院希望患者の一覧表を作成
機能強化型在支診・在支病の基準	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師3人以上 ⑧ 過去1年間の緊急往診の実績10件以上	⑧ 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績10件以上 ・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上 ・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師連携内で3人以上 ⑧ 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績10件以上各医療機関で4件以上 ・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上 ・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている	⑨ 過去1年間の看取りの実績連携内で4件以上かつ、各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績いずれか2件以上		
	⑩ 市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等において在宅療養支援診療所以外の診療所等と連携することや、地域において24時間体制での在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい					

※：真正は令和4年度診療報酬改定における変更点

- 訪問診療同意書 訪問診療 P39
- 在宅療養計画書 管理料（在）（施） P41



- 訪問診療料 又は 往診 P45
- 訪問診療料 定期的計画的に診察を行う
基本診療料となる
- 臨時で患者を診察する
初診・再診 + (外来管理加算) + 往診料 (出向いた行為)



- 患者又は家族等からの往診の求めがあり、診察が必要であると医師が判断した場合 P68
- 往診料は医師が出向いた行為に対する費用 P70
- 往診 2 人目以降は注意



- 加算は一つ 緊急往診とは P74
- 時間に対する加算
初診料又は再診料に対する加算と
往診料に対する加算の時間の違い P75
- 患家診療時間加算 60分以上 P76
- 死亡診断加算 P77

- カルテ記載
往診とわかるように
往診を行った時間
患者又は家族等の看護等に当たる者から求めがあった理由
- レセプトコード記載
訪問診療料の算定日と同一の場合、往診が必要となった理由
患家診療時間加算、診療時間

- 週に3回限り（特例あり） P82

- 在宅患者訪問診療料（1） 1

（同日・同建物で何人診察したか） P155

同一建物居住者以外 888点 1人

同一建物居住者 213点 2人以上



- 同一建物居住者の除外対象 P96
- 往診を実施した患者
- 末期の悪性腫瘍と診断後、訪問診療開始60日以内の患者
- 死亡日からさかのぼって30日以内の患者

- 時間に対する加算無し
- 乳幼児加算（6歳未満） P89
- 患家診療時間加算 60分以上 P 89
- 亡くなった時の加算
 - 死亡診断加算 P90
 - 看取り加算
 - 在宅ターミナルケア加算 P91



- 要届出 月1回
- 外来感染対策向上加算
- 発熱患者等対応加算
- 連携強化加算
- サーベイランス強化加算
- 抗菌薬適正使用体制加算
- 在宅医療DX情報活用加算

- カルテ記載
 - 診療時間（開始時刻及び終了時刻）
 - 診療場所
 - 計画・診療内容の要点
 - 同意書の添付
- レセプトコード記載
 - 患家診療時間加算、診療時間
 - ターミナルケア加算、死亡年月日

- 訪問診療を行った後、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可
- 交通費は実費とする

在宅医総管・施医総管



- 在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料
- 在宅療養計画書を作成し、定期的に訪問し、総合的医学管理を行う P101
- 月1回以上の訪問診療を行った患者が算定可能
- 医療機関の施設基準に基づいて点数がある

施医総管が対象とする施設 P110

- 単一建物診療患者 P174

1つの建物で1か月何人医学管理を行ったか

1人 2～9人 10～19人 20～49人 50人以上



- 訪問回数によるもの

1回

2回以上

重症度の高い患者（月2回以上）

P103



- 管理料に含まれるもの P104

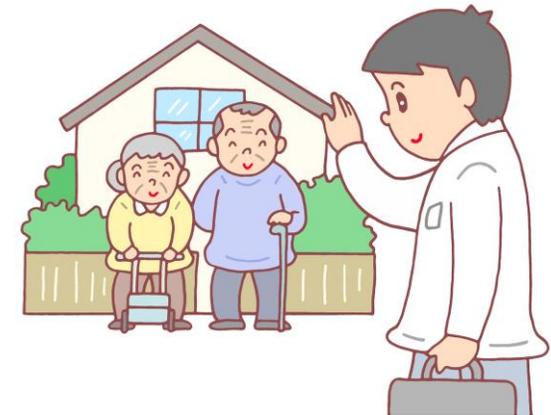
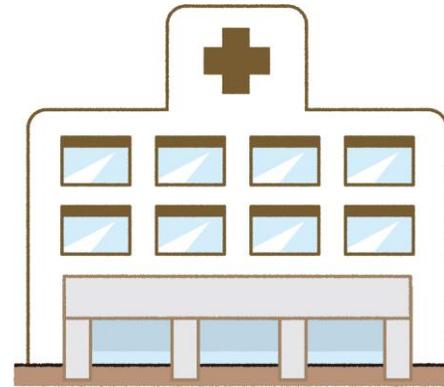


- 包括的支援加算
要介護3以上 認知度Ⅲ以上他あり P114
- 在宅療養移行加算 在支診以外のみが算定可能
外来通院は4回以上 P116
- 処方箋無交付加算 P120

- 在宅移行早期加算

退院後在宅療養を初めた患者 3月以内

再入院後も新たに3月限度に算定可能 P122



- 頻回訪問加算

ひと月に4回以上往診又は訪問診療を行った患者 P125

• 同一患家 P130

	1回目	2回目	在総管
Aさん	888	888	(在) 2回 1人
Bさん	なし	再診 + (外管)	(在) 1回 1人 同一患家2人目



- カルテ記載
在宅療養計画及び説明の要点
- レセプトコード記載
往診又は訪問診療の年月日
単一建物診療患者数が2人以上の場合はその人数
(在) 戸数10%以下、20戸未満 P128
(施) ユニット数3以下のグループホーム P137

(在) (施) 算定日

- 初回は初診 + 往診

初診	訪問診療 1回目	訪問診療 2回目
初診 + 往診	訪問診療料	訪問診療料 + (在) (施)

- 処方箋料に気を付ける
- 退院時共同指導料 = 初診

- 特定疾患療養管理料 P84
- 指定されている疾患が主病名とするもの
- 月に2回まで
- 初診より1か月後から算定可能
- 併算定不可 P84

- 生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ） P105
- 脂質異常症・高血圧症・糖尿病を主病とするもの

生活習慣病管理料（Ⅰ）

- | | | |
|---|---------------|------|
| 1 | 脂質異常症を主病とする場合 | 610点 |
| 2 | 高血圧症を主病とする場合 | 660点 |
| 3 | 糖尿病を主病とする場合 | 760点 |

医学管理等、検査、注射及び病理診断の費用は生活習慣病管理料に含まれる

生活習慣病管理料（Ⅱ） 333点

- 施設基準により点数及び項目が違う
- 訪問する場所 (在) か (施) P135
- ショートステイ先への訪問診療 P139
- 含まれる項目はあるが算定できるものもある
- 投薬はすべて含まれる (持ち出し)



- 患者数の考え方
 - 同一建物居住者 在宅患者訪問診療料
その日何人診たか
 - 単一建物診療患者数 在総管・施医総管
1か月に何人診たか
- 訪問診療料と往診料
 - 訪問前に往診、訪問後の往診



在宅がん医療総合管理料

- ・ 在宅で療養を行っている通院困難な末期の悪性腫瘍での患者 P188
- ・ 患者の同意を得て
- ・ 計画的な医学管理の下に総合的な医療を提供する
- ・ 届け出が必要 P189

- ①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
 - ②訪問診療の回数が週1回以上であること
 - ③訪問看護の回数が週1回以上であること
- ・ 1週間とは日曜日から土曜日までの暦週をいう
 - ・ 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
 - ・ 1週間のうち①②③の全てを満たさない場合は算定不可

1 週単位で算定する P188

- ・処方箋を交付する場合
- ・処方箋を交付しない場合

例 P190

	日	月	火	水	木	金	土	
ケース1		○			○	○	●	可
ケース2		●	●			●	●	不可
ケース3		●		○ ○		○ ○		不可

●医師 ○看護師

別に算定できるもの P188

緊急に往診した場合の往診料

算定日前日までに算定された検体検査判断料等

在宅ターミナルケア加算、酸素療法加算

看取り加算・死亡診断加算（死亡診断加算との併算定は不可）

別に算定できないもの P189

訪問診療料・（在）・（施）

注射・処置 他あり

訪問診療日

訪問看護日

(訪問看護ステーションも含む)

在宅療養指導管理料

P16

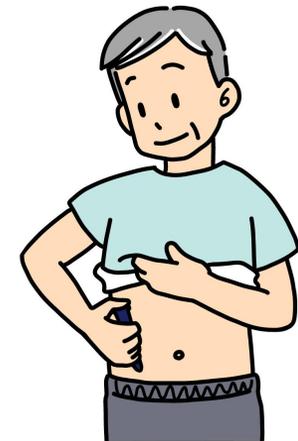
在宅患者診療・指導料

医師や看護師などが自宅などにて直接、医療サービスを提供する



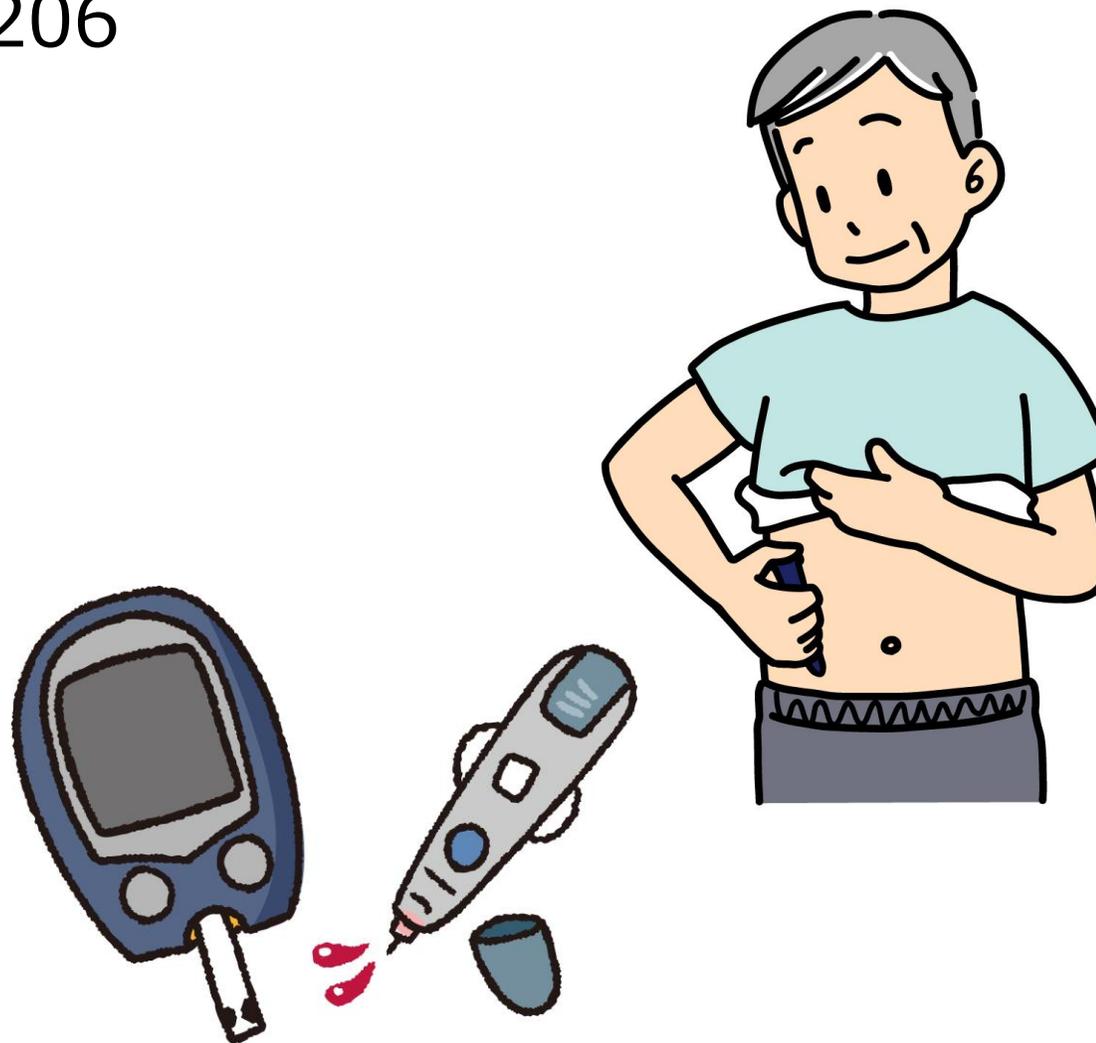
在宅療養指導管理料 P203

病状が安定している入院中以外の患者に対して、注射や在宅酸素療法など特定の医療行為を継続的にする



- 月に1回算定可
- 併算定不可項目あり
 - C 1 0 1 在宅自己注射指導管理料
 - C 1 0 3 在宅酸素療法指導管理料
 - C 1 0 4 在宅中心静脈栄養法指導管理料
 - C 1 0 5 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料
 - C 1 0 5 – 3 在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料
 - C 1 0 6 在宅自己導尿指導管理料
 - C 1 0 7 在宅人工呼吸指導管理料
 - C 1 0 7 – 2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 他複数あり

- 在宅自己注射指導管理料 P206
- 対象薬剤が必須
- 月27回以下、月28回以上
- 血糖自己測定加算 P207





FreeStyle
リブレ
フラッシュグルコースモニタリングシステム
センサー
センサーをスキャンし、1秒でグルコース値を確認

※間歇スキャン式持続血糖測定器

▼ 採血をする

▼ センサーに血液をつける

▼ 数秒で結果が出る

メティセ-フチップ
血糖試験測定チップ
30入

メティセ-フ針
血糖検査用
30本入

- 在宅酸素療法指導管理料 P212
 - 酸素濃縮装置加算
 - 酸素ボンベ加算
 - 同調器デマンドバルブ加算
 - 在宅酸素療法材料加算
- 当月分 コメント 3か月に3回



病状が安定し、在宅での人工呼吸療法を行う事が適当な患者 P220

在宅人工呼吸指導管理料

人工呼吸器加算

- 1 陽圧式人工呼吸器（気管切開口を介した陽圧）
- 2 人工呼吸器（鼻マスク・顔マスクを介した人工呼吸器を使用した場合）
- 3 陰圧人工呼吸器

種類	NPPV	TPPV
		

CPAP（シーパップ：持続陽圧呼吸療法） P221

睡眠時無呼吸症候群

機械で圧力をかけた空気を鼻から気道（空気の通り道）に送り込み、気道を広げて睡眠中の無呼吸を防止する治療法です。



諸種の原因により気管切開を行った患者のうち、安定した病態にある退院患者 P233

在宅気管切開患者指導管理料

気管切開患者用人工鼻加算P234



気管切開チューブ



人工的な栄養補給の目的

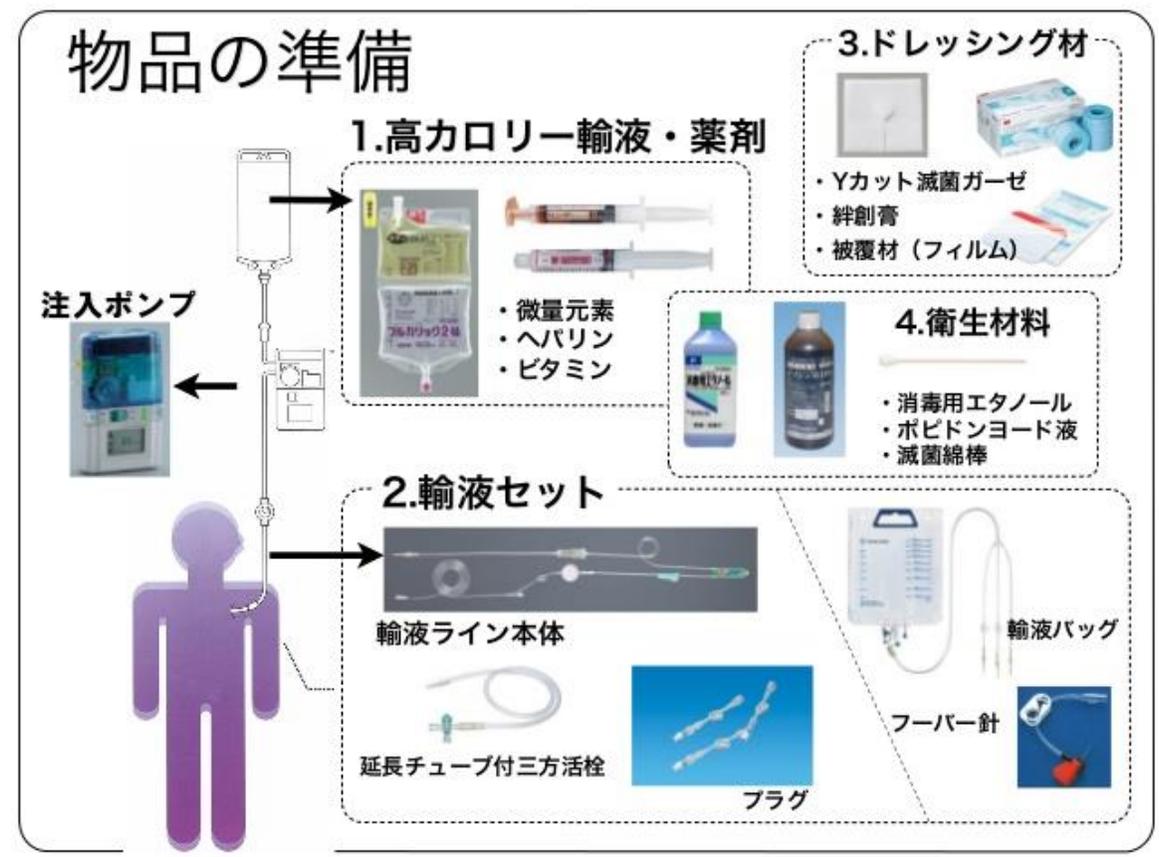
食べ物を嚙んで飲み込むための嚥下（えんげ）機能が筋力の衰えによって低下した人や、病気の影響で嚥下障害が起きてしまい、飲み物や食べ物をうまく摂取できない人などが対象です。

- ・末梢静脈栄養（点滴）
- ・中心静脈栄養（IVH）
鎖骨下を通る静脈から中心静脈にカテーテルを挿入して、
栄養を直接注入します。
- ・経管栄養
胃に穴を開ける方法のことを「胃ろう」
腸に穴を開ける方法のことを「腸ろう」
鼻の穴から食道や胃にチューブを通す「経鼻経管栄養」

対象の薬剤は在宅中心静脈栄養法用輸液（高カロリー輸液）を使用 P215

ビタミン剤や血液凝固剤、
電解質製剤、ヘパリンなどの
注射薬を同時に使用し
算定することができます。

別に中心静脈注射の費用は
算定できない



在宅成分栄養経管栄養法指導管理料 P216

エレンタール、エレンタールP、ツインラインのみ

腸管機能が著しく低下している患者（腸管大量切除、クローン病や潰瘍性大腸炎などの腸管機能不全などによる）に対し、消化態栄養剤による経管栄養が必要な患者に算定できます。

在宅成分栄養経管栄養法用栄養管セット加算
注入ポンプ加算

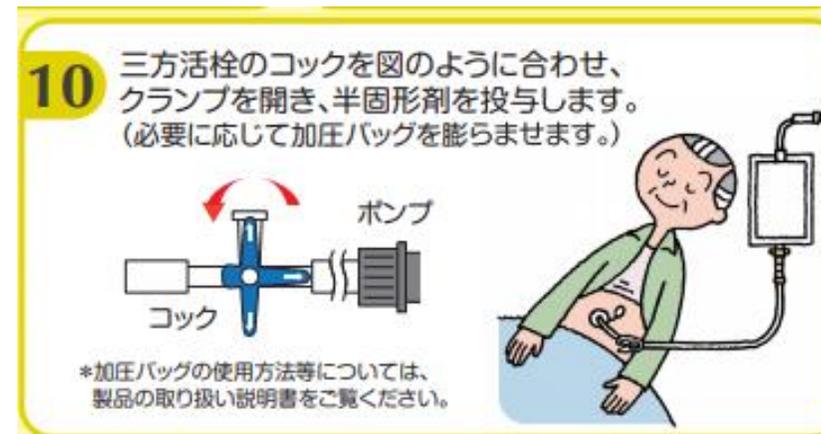


在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料 P218

最初に算定した日から起算して1年を限度

在宅経管栄養法用栄養管セット加算

- ① 胃瘻造設日及び初回算定日を記載すること。
- ② 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名及び支給量等を記載
- ③ 当該流動食の製品名を記載すること。



在宅自己導尿指導管理料 P219

在宅自己導尿とは、諸種の原因により自然排尿が困難な患者について、在宅での療養を行っている患者自らが実施する排尿法をいう

特殊カテーテル加算

排尿・自己導尿
便座の後部に腰掛けながら
安定した姿勢で採尿や自己
導尿を行えます。



在宅麻薬等注射指導管理料 P226

1 悪性腫瘍の場合

末期の患者に対して、在宅における麻薬等の注射に関する指導管理を行った場合

2 筋萎縮性側索硬化症又は筋ジストロフィーの場合

3 心不全又は呼吸器疾患の場合

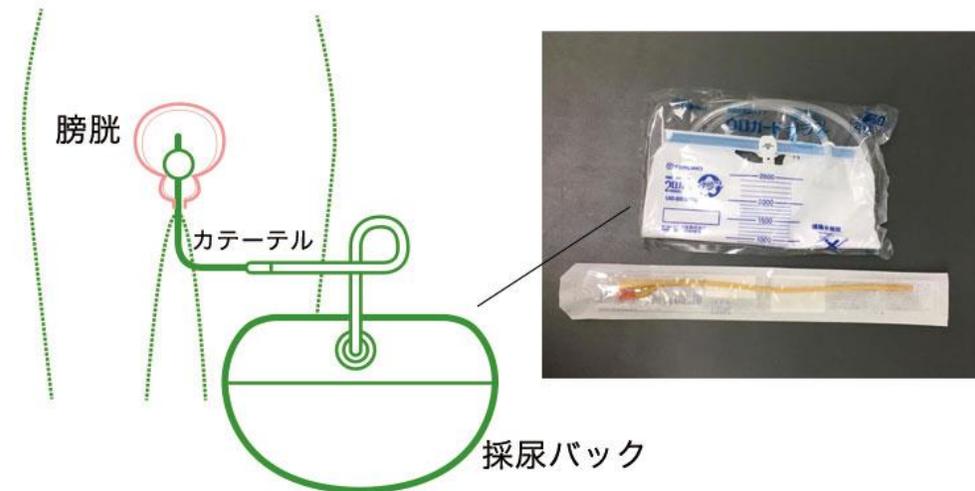
注入ポンプ加算 P230



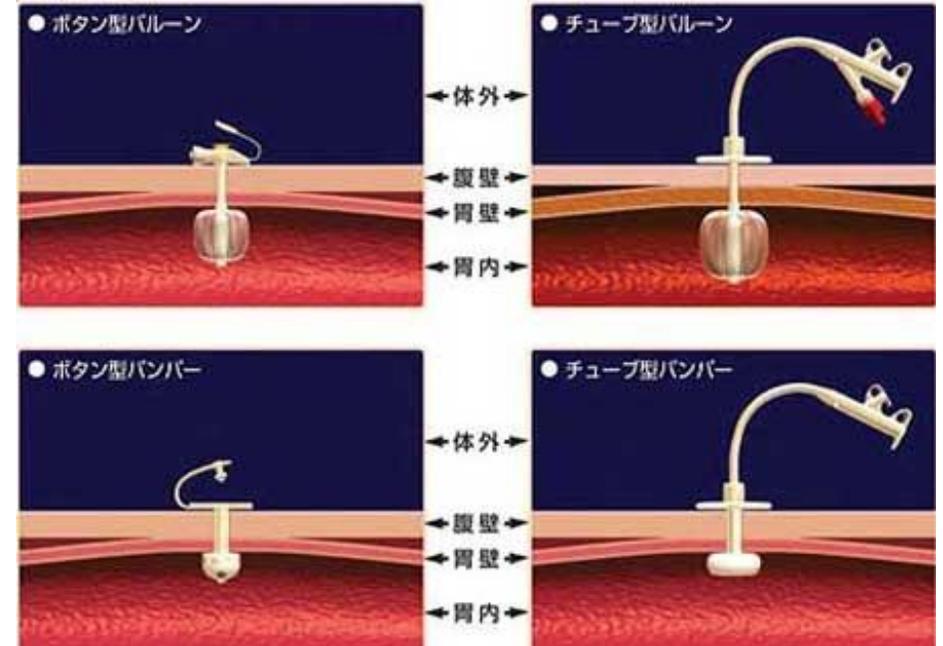
携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算



- (14) 在宅コードで算定
- 交換した日に算定



- ・カテーテル費用 (14) または (40) P217
- ・経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法
胃瘻カテーテル交換後の確認を画像診断又は内視鏡等を用いて行った場合に限り算定する。



- ・「厚生労働大臣が定める保険医が投与することができる注射薬」
(処方箋交付可) P239

上記に含まれていない、ラシックス、アセリオ、ゾメタは患者に直接給付して、患者自身に注射薬の保管・管理および注射をさせることはできませんが、医師が往診や訪問診療の際に行う注射にて投与することは可能です。

- ・処方箋で交付できるもの
- ・皮膚欠損用創傷被覆材 P236

- ・ 指導内容のカルテ記載
- ・ 主たる指導料に
加算はOk
- ・ 退院月でも条件を満たせばOK
算定理由を記載
- ・ 衛生材料の渡しすぎ

連携

- 訪問看護指示書 P145
週に3回まで 6カ月に1回限度

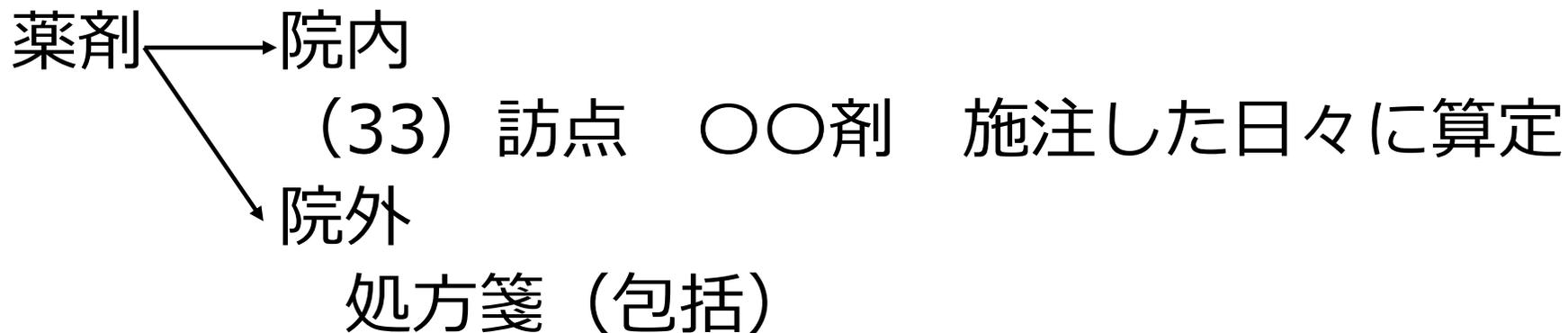
- 特別訪問看護指示加算 P146
週に4回以上 14日を限度

必要と認めた理由の記載

「急性増悪」 「終末期」 「退院直後」 「その他」



- 点滴指示書が必要 P192



- 在宅患者訪問点滴注射指導管理料 P147
週に3回以上点滴を行った場合の3日目に算定 (日～土)
結果2回までの場合は (14) で薬剤算定
コメントコード記載

- 増えてきている
- 訪問診療に同行
- 残薬管理
- 臨時薬のスピード



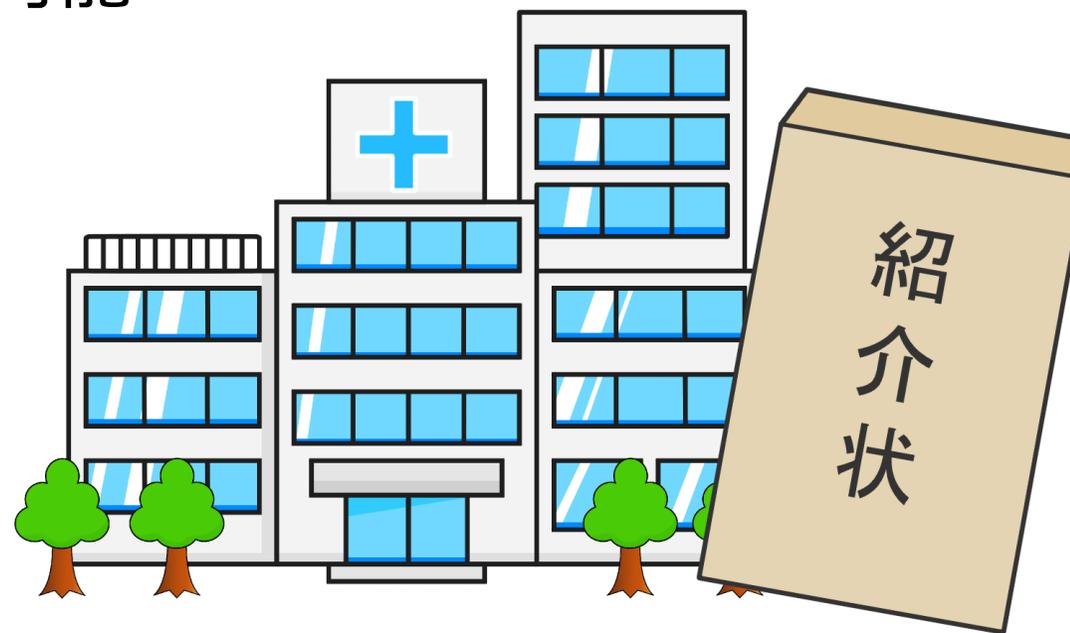
退院前カンファレンス P112

入院中の患者が退院後に安心して自宅での生活ができるよう
多職種 of 医療スタッフが協力して指導や話し合いを行うこと

算定要件である会議の出席者は

- ・ **退院後の在宅療養を担う** 保険医療機関の医師または医師の指示を
うけた保健師、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、言語聴覚士若しくは社会福祉士
- ・ **入院中の保険医療機関** の医師又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士です。

- 紹介先ごとにつき1回 P129
- 診療に基づき、別の保険医療機関での診療の必要を認め、これに対して、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定可能
- 宛先が必要
- 歯科→診療情報連携共有料



療養費同意書交付料

療養費同意書交付料は、原則として当該疾病に係る主治の医師が、診察に基づき、療養の給付を行うことが困難であると認めた患者に対し、あん摩・マッサージ・指圧、はり、きゅうの施術に係る同意書又は診断書を交付した場合に算定する。 P135

同意書 <small>(あん摩・マッサージ)</small>		
患者	姓 名	
	氏 名	
	生年月日	年・月・日
受 診 科		
発病年月日		
病 状	1. 詳細 2. 観察経過 3. その他 ()	
施術の種類	1. マッサージ 2. 応急処置	
施術部位	1. 顔面 2. 上半身 3. 下半身 4. 全身	
注 意	1. 必要とする 2. 必要としない	
上記の書については、患者の同意によりあん摩・マッサージの給付に同意する。		
平成 年 月 日		
医師の署名		
〒 世 帯 番		
住 居 区 域 番		

同意書 <small>(はり・きゅう)</small>		
患者	姓 名	
	氏 名	
	生年月日	年・月・日
受 診 科		
発病年月日		
病 状	1. 詳細 2. リハビリ 3. 観察経過 4. 五十肩 5. 腰痛 6. 神経痛 7. その他 ()	
発病年月日		
上記の書については、患者の同意によりはり・きゅうの給付に同意する。		
平成 年 月 日		
医師の署名		
〒 世 帯 番		
住 居 区 域 番		

医師の指示のもとに行こなわれる行為の必要を認め、患者の同意を得て
患者の選定する事業者に対して作成 P197

有効期間6か月以内に限る

一般社団法人 在宅医療事務協会 (医療従事者 介護職員 嘱託) 様
介護職員等喀痰吸引等指示書

指示書を作成し、15日以内にお届けください。

指示書作成日(年) 月 日 (年) 月 日

事業者	事業者名 事業者住所	
対象者	氏 名	生年月日 年・月・日 日 月 日 日
	性 別	男 女
	住所(〒) 市区町村 丁目 番 号 番 号	
依頼内容	喀痰吸引(経口・経鼻) 経鼻吸引(経鼻) 経鼻吸引(経鼻) その他(経口・経鼻) 経鼻吸引(経鼻) 経鼻吸引(経鼻)	
依頼の理由	呼吸器疾患(肺炎、気管炎、気管支炎等) 痰多量 嚥下障害(嚥下不全、誤嚥) 呼吸困難(呼吸不全)	
指示内容	指示内容(経口・経鼻) 経鼻吸引(経鼻) 経鼻吸引(経鼻) その他(経口・経鼻) 経鼻吸引(経鼻) 経鼻吸引(経鼻)	
指示の有効期間	指示の有効期間(年) 月 日 日 月 日 日	
指示の作成者	氏 名	〒() 市() 区() 町() 番() 号()
指示の承認者	氏 名	〒() 市() 区() 町() 番() 号()
	職 名	
	職 種	
	職 種	
	職 種	
指示の承認者	氏 名	〒() 市() 区() 町() 番() 号()
指示の有効期間	年 月 日 日 月 日 日	

※1. 指示書を作成する際は、介護職員、嘱託等の資格を有する者が作成してください。
 ※2. 「指示書作成日」は、指示書を作成した日(「指示書作成日」欄に記載の日)とさせていただきます。
 ※3. 「指示の有効期間」は、指示書を作成した日から起算して6か月以内とさせていただきます。

上記のとおり、指示を作成し、

年 月 日

指示書作成者 氏 名

〒() 市() 区() 町() 番() 号()

業務上あるいは通勤途中の事故以外の病気やケガのため会社を
休み、給料をもらえないときは、傷病手当金が申請によって支
給されます。 P134

×2

(相続)



居宅療養管理指導 介護保険

- 利用者の居宅にて計画的かつ継続的な医学的管理を実施。
- 利用者やそのご家族への居宅サービスを利用する上での注意点や介護方法などに関する指導・助言。
- 居宅介護支援事業者に対して、ケアプランの作成などに必要な情報提供を行う。

- 訪問診療または往診を行った日に限り月2回限り P185

介護保険負担割合証	
被 保 険 者	番 号
	住 所
	氏 名
	生年月日
<input type="radio"/> 割	開始年月日 終了年月日
	<input type="text"/> 〇〇市 

介護保険負担限度額認定証	
交付年月日 年 月 日	
被 保 険 者	番 号
	住 所
	氏 名
	生年月日
	適用年月日
	有効期限
限度額	
	<input type="text"/> 〇〇市 

- マイナンバーカード、保険証の確認。 P28
- 月まとめ請求 P32
- 集金の方法 P34

健康保険 本人(被保険者証)
被保険者証 (被保険者証) 記号 年 月 日 交付
番号

氏名 ○○ ○○
生年月日 年 月 日
性別
資格取得年月日 年 月 日

事業所所在地
事業所名称 株式会社 ○○○○
保険者所在地
保険者番号 全国健康保険協会 ○○支部
保険者名称 ○○市○○区○○町



領収証

領収 見本 様 ○○年 ○月 ○日

保険						

保険外

○○医院 

○○,○○○円

- 日々の業務では電子カルテに入力することでレセプトが作成される。
- 日々の業務が優先されるが、レセプトに結び付ける意識を持つ
- 調べる時間がある
- 紙レセプトを見ることも必要



- 返戻

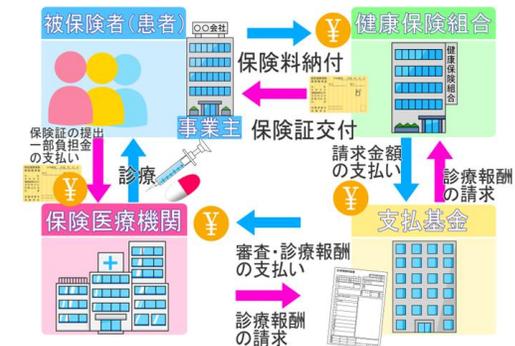
記載項目の不備、不明点などが判明し、医療行為の適否について判断ができなかった等、請求内容が不適切な場合や、何かしらの疑義があった場合にレセプトが医療機関に差し戻されること。

- 減点（査定）

保険診療のルール等上、不相当と判断した場合、請求自体を認めないことや、請求項目の減点等されることを査定といいます。査定された内容は「増減点連絡書（通知書）」により医療機関に通知される。

1 次審査（審査支払機関）

2 次審査、再審査（保険者）



- 突合審査

同一患者に係る同一診療月において、医科レセプトと調剤レセプトの組合せを対象とし、医科レセプトに記載された傷病名と調剤レセプトに記載された医薬品の適応、投与量及び投与日数に関わる審査

- 縦覧審査

当月分の医科レセプトと直近6か月分の複数月のレセプトの組合せを対象とし、診療行為（複数月に1回を限度として算定できる検査、患者1人につき1回と定められている診療行為など）の回数などの審査

- 傷病名は常に整理する

疑い病名、中止

傷病が治った、治癒

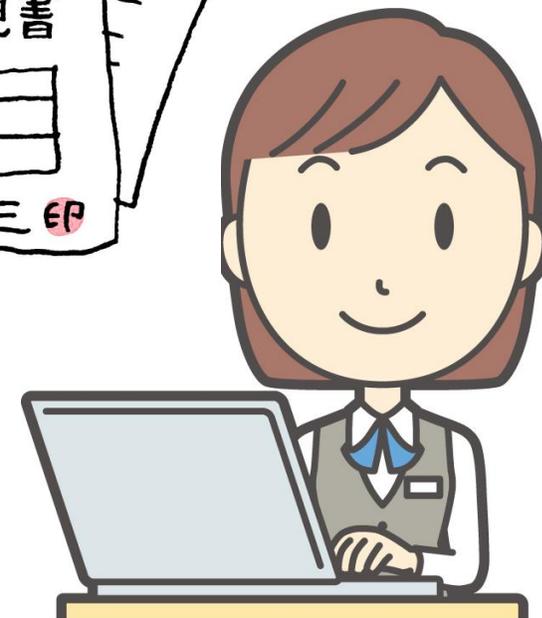
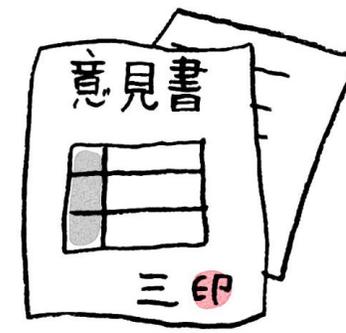
亡くなった、死亡

- 請求漏れがないように
薬剤・材料（物品）
医療行為・カルテ記載
- 院内での連携が算定漏れ防ぐ
- 地域包括ケアシステムのひとつ
多職種との連携
（受け入れる患者情報）

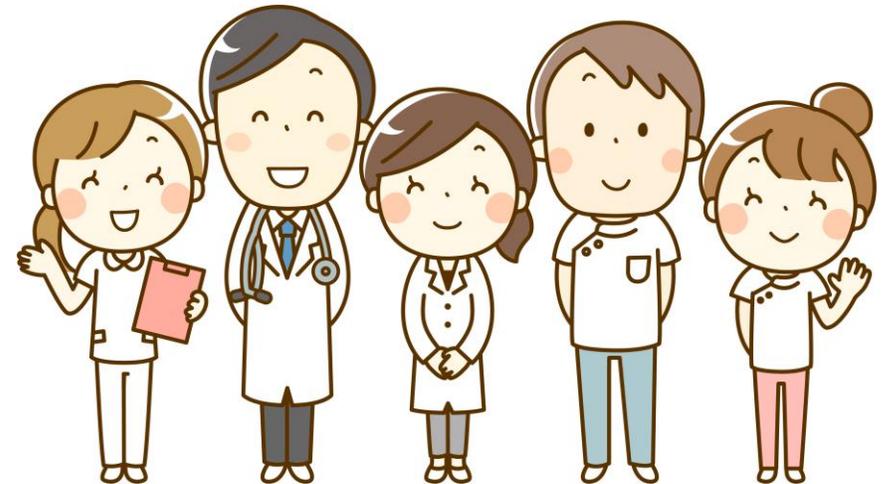


- 書類の山
- レセプトチェックを行ってから提出

診療報酬明細書	
期 月分	
診療科目	診療内容
氏名	性別
年齢	住所
初診 時間外・休日・深夜	再診
在宅	医療管理
投薬	手術
処置	検査
手術	検査
検査	検査
検査	検査
その他	



- 超高齢化社会、在宅医療は医療の中心となる。
- 医師は診療に専念し、寄り良い医療が提供できるようにサポートできる人材が必要。
- 在宅医療事務は、正確で確実なレセプト作成が出来ることが求められる。



在宅医療事務は、

患者さんが快適な療養を行うための

お手伝いができる素敵なお仕事です

在宅医療事務として社会に貢献しましょう。

一般社団法人 在宅医療事務協会

〒573-0032 大阪府枚方市岡東町12-1-404

TEL : 072-808-7806

MAIL: toiawase@hcmaa.com

ホームページ : <https://hcmaa.com/>

※無断転載及び複製等の行為はご遠慮ください