

・4章 在宅医療における 診療報酬

1 診療報酬体系・点数

2 在宅療養支援診療所となるべきか否か

4 章

在宅医療における診療報酬

1 診療報酬体系・点数

在宅医療の診療報酬はわかりづらいといわれることが多い。在宅医療を実施した際に請求できる医療費は、大きく①往診・訪問診療料など②在宅時医学総合管理料と各種指導管理料③検査／注射／投薬／処置料など④情報提供書／指示書料⑤ターミナルケアに関する費用に大別される。

施設基準（自院が在宅療養支援診療所か否か）や疾病（悪性腫瘍か否かで在宅末期総合診療料を算定可能かどうかなど）による算定の仕方が違っていたり、当該月の訪問回数や訪問時刻により、在宅時医学総合管理料やターミナルケア加算などの算定の可否が生じるためと思われる。さらに介護保険請求（居宅療養管理指導など）や指示書や同意書など書類関連や、連携対応などでの報酬請求の仕方なども加わり、主に外来などを中心とした医療機関にとって、在宅の診療報酬は難解と捉えられているという。その結果が、医療機関にとって在宅医療を敬遠することにつながっていることがあるとすると、非常に悲しいことである。

そこで本稿では、在宅医療の診療報酬体系および点数を、網羅的に論じるのではなく、短時間でわかりやすく概括し、2事例を紹介することで、より多くの医療機関が在宅医療に取り組みやすくする道しるべを示したい。

2 在宅療養支援診療所となるべきか否か

在宅医療を行うにあたり、2006 年度から始まった「在宅療養支援診療所」としての申請をすべきか否か、つまり在宅患者の 24 時間対応をするか否かを悩む医療機関が多いという。

「在宅療養支援診療所」は、表 1 に示す施設基準を満たして、地方厚生（支）局長へ届け出る必要がある。この際、届け出する在宅医療を担当する医師は、常勤医師でなければならない。また、毎年 1 回の報告書（資料 1）の提出が義務となっている。在宅時医学総合管理料・特定施設入居時等医学総合管理料や、在宅末期医学総合診療料についても同様の事前の届出が必要である。

もちろん各々の施設の状況や、その在宅患者の必要性から判断すべきことであるが、診療報酬的には大きな差異がある。したがって、ある程度まとまった数の在宅患者を管理していたり、重症度が高く常時対応性が必要な在宅患者が多い場合は、在宅療養支援診療所としての申請をされる場合が多いが、それほど多くの在宅患者を診ていない医療機関で、しかも 24 時間対応の必要性が少ない在宅患者が多く、さらに施設において常時対応体制の構築がされていない医療機関において在宅医療を行うに、必ずしも在宅療養支援診療所である必要性はない。診療報酬的には在宅療養支援診療所からは劣るものの、かえて患者の自己負担が少ない分、患者満足度が高い場合も少なくないからである。また在宅療養支援診療所であるからといって、必ずしもすべての在宅患者に対して、高額な在宅療養支援診療所の在宅時医学総合管理料を算定する必要はないことも付記しておく。患者の必要度に応じて、2 種類の在宅時医学総合管理料を使い分けすることも可能である。

● 往診・訪問診療料など

往診料（720 点）は、患者の求めに応じて不定期で訪問計画に基づかずに、患家に診療のために赴いた場合に算定する。再診料には時間外や休日などの加算が可能である。診療時間が 1 時間を超えた場合には 30 分、

またはその端数を増すごとに（１００点）を加算する。

心筋梗塞や敗血症など急を要する疾患で往診を実施した際には、時間帯などにより表２に示す加算があり、「在宅療養支援診療所」ではさらに一定の加算が認められている。

在宅患者訪問診療料は訪問計画に基づいて実施した際に、原則週３回を限度に算定する。ただし末期の悪性腫瘍患者や一部の難病患者、人工呼吸器を装着している患者ではこの限りでない。また、急性増悪・終末期などで、一時的に頻回な訪問診療の必要を認めて、計画を定めて診療を行った場合には、１か月間に１回１４日間を限度として算定が可能である。２０１０年度から一般住宅の在宅患者は「同一建物居住者以外（８３０点）」を算定する。同一世帯で複数の患者を診察した場合は、従来どおり２人目以降は再診料と外来管理加算（要件を満たす場合）で算定する。

「同一建物居住者（２００点）」は表３に示す施設入居者に対して算定する。また、軒を一つとしたマンションなど同一の集合住宅に居住する在宅患者に対して、同日に訪問診療を行った場合にもこの算定を行う。

病状の悪化などで、介護上の計画や注意点の変更を要する場合は、医師の呼びかけによって患家などで、看護師やケアマネジャーなどと担当者会議を実施した際に、「在宅患者緊急時等カンファレンス料（２００点）」が月２回を限度として、２０１０年度から算定できるようになった。

● 在宅時医学総合管理料と各種指導管理料

届出保険医療機関において通院が困難な患者に対して、月に２回以上の定期的な訪問診療を、２４時間３６５日体制で実施した場合には、「在宅時医学総合管理料１（処方交付する場合４２００点・交付しない場合４５００点）」が算定可能である。この場合、初診料を算定する往診は回数に含めないが、それ以降の往診は訪問診療と併せて回数に含めることが可能である。表３に示す施設入居者については、「特定施設入居時医学総合管理料１（処方交付する場合３０００点・交付しない場合３３００点）」を算定する。届出医療機関（在宅療養支援診療所など）以外や、在宅療養支援診療所であっても２４時間３６５日の診療体制を提供しない場合には、「在宅時医学総合管理料２（処方交付する場合２２００点・交付しない場

合 2500 点)」、「特定施設入居時医学総合管理料2（処方を交付する場合 1500 点・交付しない場合 1800 点）」で算定を行う。

「在宅時 / 特定施設入居時 医学総合管理料」算定時には、**表 4** に示す内容が包括されるため、レセプト算定時に留意されたい。特に「在宅寝たきり患者処置指導管理料」については間違いやすいため、**表 5** を参考にして欲しい。

表 6 に示すような特別な管理を必要とする患者に対して、月に 4 回以上の訪問診療または往診を実施した場合は、患者 1 人につき毎月 1 回の「重症者加算（1000 点）」が算定できる。また、病院からの退院後 1 年以内で在宅医療に移行した患者を診療する場合には、月 1 回 3 か月間に限って「在宅移行早期加算（100 点）」が 10 年度から新設された。「重症者加算」および「在宅移行早期加算」は、特定施設入居者でも算定可能である。

在宅酸素や中心静脈栄養、自己注射など 2 つ以上の療養管理を行っている場合は、主たる「在宅療養指導管理料」に限って算定可能である。ただし、管理材料加算や薬剤料、特定保険医療材料は算定可能となっている。

● 投薬 / 処置 / 検査 / 注射料

在宅時医学総合管理料または特定施設入居者等医学総合管理料を算定すると、外来診療した場合も含めて「投薬料」は、包括（院内調剤であれば薬剤と調剤料など、院外調剤であれば処方箋料）されている。

同様に「処置料」も「皮膚科特定疾患管理料」「在宅寝たきり患者処置指導管理料」**表 5** が包括されているため、皮膚科軟膏処置や創傷処置、気管内カニューレ交換、留置カテーテル設置、膀胱洗浄など支給した薬剤料と特定保険医療材料のみの算定となる。重度褥瘡処置については併算可能である。胃ろう交換については、訪問診療時に画像診断または内視鏡などで確認のうえで実施した場合のみ、処置料の「胃ろうカテーテル交換料（200 点）」が算定可能である。

検査に関しては包括はなく、算定可能である。注射も薬剤 / 手技料とともに算定可能だが、訪問看護師が実施する場合は薬剤料のみを算定することになる。

● 情報提供書 / 指示書料

医療機関への「診療情報提供料（Ⅰ）（250 点）」は、在宅療養支援診療所の届出要件にある「支援病院」に対する書類は算定不可となっている。また、介護保険の「居宅療養管理指導費」を算定している場合は、区市町村や介護支援事業所（ケアマネジャー）、訪問薬剤指導を行う調剤薬局などに対する介護保険事業の提供に関わる情報提供料の算定は認められていない。

訪問看護ステーションに対する「訪問看護指示料（300 点）」は、月に 1 回を限度に算定する。状態不良などで頻回の訪問が必要な際に発行する「特別訪問看護指示（100 点）」は原則 1 回だが、難病や重症褥瘡などで月に 2 回の算定が可能である。訪問看護により週 3 回以上の点滴を実施する場合には、「在宅患者訪問点滴注射管理指導料（60 点）」を算定する。

● ターミナルケアに関する費用

がんなどの基礎疾患で、あらかじめターミナル期であると診断できる患者もいれば、老衰や心疾患、肺炎などで急変する場合もある。

突発的な看取りとなった場合には、表 2 による往診料と「死亡診断加算（200 点）」が算定の対象となる。加えて、死亡日前 14 日以内に往診または訪問診療を 2 回以上実施していた場合（診療を行った後 24 時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む）には、「在宅ターミナルケア加算（2000 点）」が加算される。

在宅療養支援診療所などの医師が、死亡日前 14 日以内に往診または訪問診療を 2 回以上実施し、かつ、死亡前 24 時間以内に訪問して患者を看取った場合（診療を行った後 24 時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む）には、「在宅ターミナルケア加算（10000 点）」が加算されるが、「死亡診断加算（200 点）」は包括される。参考までに、患者の死亡は医師が死亡診断を行った時点を起点とするため、医師の死亡時の診療は保険診療扱いとなるが、看取り時と死後の処置のための「訪問看護」は保険対象とならず、原則自費扱いである。

在宅療養支援診療所などで通院困難な末期悪性腫瘍患者（一般・高齢

者ともに) に対して、訪問診療が週 1 回以上かつ訪問看護が週 1 回以上で、合計で 1 週間につき 4 日以上(同日にそれぞれ実施した場合は 1 回とする)を実施した場合は、「在宅末期医療総合診療料(院外処方箋交付する場合 1495 点、それ以外 1685 点) 1 日につき」を、あらかじめ届出医療機関として登録していれば算定可能である。1 週間の起点は、日曜日から土曜日まででカウントし、前述の条件を満たさない場合は「出来高」での算定となる。週ごとに算定が異なることは差し支えない。週に 3 回以上の訪問診療を実施したケースで、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実施した場合には、「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(加算も含む)を算定できる。

訪問看護は、連携する医療機関や訪問看護ステーションと連携して構わないが、この場合の費用は「在宅末期医療総合診療料」を算定した医療機関側が、訪問看護側に支払うことになる(訪問看護側からは保険に請求できない)。また、在宅時医学総合管理料との併算は不可となっている。

以下に 2 事例を挙げて、在宅診療報酬請求の実際例を記載する。

事例 1 **昭和 6 年生 男性**
主病名は陳旧性心筋梗塞

.....

従来から訪問診療を行っている患者。入院中も誤嚥性肺炎を反復しており、都度抗生剤投与および酸素療法などで軽快しているが、嚥下機能は廃絶しており、誤嚥性肺炎再発は必発の状況であった。3月8日頃より特に夜間に目立つ38度台の発熱がみられ、胸部聴診上もrales増強し、喀痰量増加とも併せて誤嚥性肺炎の再発と診断し、抗生剤（ゲンタマイシン）にて加療を行った。なお、長期におよぶ細菌感染症の治療において、多剤耐性を示す緑膿菌が起炎菌と疑われ、前医にて実施された細菌感受性検査結果をもとに、抗生剤選択を行った。腎機能を勘案のうえ、また血液検査でも薬物血中濃度をモニタリングしながら、投与量の調整を行った。次第に解熱傾向となり、投与5日目で抗生剤終了とした。以後、頻回の吸引を行いながら慎重に経過をみることで、発熱などはみられず経過したが、3月18日再び誤嚥性肺炎を発症したため、同日より抗生剤（ゲンタマイシン）により加療開始した。抗生剤投与などにより次第に解熱傾向となるものの、引き続き頻繁な吸引処置などが欠かせない状況であり、仔細な病状把握および早期対応のためにも、頻回の訪問を欠かすことができなかった。

事例 2 **大正 14 年生 女性**
主病名は横行結腸がん末期状態

.....

悪性腫瘍の末期状態であり、経口摂取、排尿、排便、睡眠状態、疼痛コントロールを含めて全身状態が不安定であるため、苦痛なく穏やかに過ごされるよう、連日訪問や頻回な対応を要した。

事例1

診療報酬明細書
(医科入院外)

平成 年 月 分

都道府県番号
13

医療機関コード

1 診療科
2 公費
3 後援
4 退職
5 1 単身
2 2 世帯
3 3 世帯
6 2 本外
4 4 六
6 6 費外
8 8 高外
9 9 高外
7 7

10 9 8
7 ()

公費負担番号①

公費負担番号②

公費負担医療の受給番号①

公費負担医療の受給番号②

保険者番号

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号

氏名

1. 男性 3. 昭和6年●月●日生

特記事項

業務上の事由 1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害

保険医療機関の所在地及び名称

(床)

傷病名

(1) 陈旧性心筋梗塞
(2) 脳梗塞後遺症、狭心症、心房細動
(3) 発熱、誤嚥性肺炎
(4) 胃潰瘍、低栄養状態、慢性心不全
(5) 結膜炎、眼球乾燥症候群
(6) 心性浮腫、鉄欠乏性貧血、慢性腸炎
(7) 心室性頻脈症、頭痛

診療開始日

(1) 21年2月●日
(2) 22年2月●日
(3) 22年3月●日
(4) 22年3月●日
(5) 22年3月●日
(6) 22年3月●日
(7) 22年3月●日

転

治癒

死亡

中止

診療実日数

保険公費①

18 日

公費②

日

11 初診

時間外・休日・深夜

回

点

公費点数

12 再診

71 × 10 回 710

52 × 10 回 520

65 × 6 回 390

190 × 1 回 190

420 × 1 回 420

13 医学管理

14 往診

3 回 1950

11700

2950

8300

15390

702

20 21 内服薬調剤

×

単位

22 23 外用薬調剤

×

単位

25 26 処方薬

×

単位

27 調剤

30 31 皮下筋肉内注射

12 回 1004

32 33 静脈内注射

回 50

40 処置

回

50 手術

回

60 検病

26 回 1705

70 画像診断

回

80 その他

回

保険診療の給付

請求点

※

決定点

一部負担金額 円

8,000

減額割 (円) 免除・支払猶予

円

円

※ 高額療養費

円

※ 公費負担点数

点

※ 公費負担点数

点

※ 1 (次頁参照)

※1

(12)	同日再診（診療所）	71× 2
(14)	往診 3月3日、9日、10日、11日、12日、16日、18日、19日、20日、21日 在宅時医学総合管理料1（処方せんを交付）（在支援） 在宅中心静脈栄養法指導管理料 注入ポンプ加算 気管切開患者用人工鼻加算 在宅患者訪問看護・指導料（保健師、助産師、看護師・週3日目まで） 3月4日、6日、7日、14日、17日、24日、28日、31日 在宅患者訪問診療料（在宅での療養を行っている患者） 3月5日、8日、10日、13日、15日、19日、22日、23日、27日30日 往診料（深夜）加算（在宅療養支援診療所等） 往診料（夜間）加算（在宅療養支援診療所等） 重症者加算 気管内ディスポカテーテル（在宅）（カフ付チューブ吸引有・二重管） 1	650×10 4200× 1 3000× 1 1250× 1 1500× 1 555× 8 830×10 2300× 1 1300× 6 1000× 1 720× 1
(31)	ゲンタシン注 40 40 mg 3 管 ゲンタシン注 40 40 mg 2 管 ゲンタシン注 40 40 mg 1 管	125× 4 90× 2 54× 6
(33)	イントラファット注 20% 100ml 1 袋	50× 1
(60)	TP、Alb、BUN、クレアチニン、UA、Tcho、TG、HDL-Ch、BIL/ 総、GOT、GPT、LDH、γ-GTP、ALP、CPK、グルコース、Na 及び Cl、K、Ca B-V CRP（定量） 末梢血液一般 NT－proBNP 精密、3月8日 クレアチニン、BUN、GOT、GPT、LDH、CPK、グルコース、Na 及び Cl、K BUN、クレアチニン、GOT、GPT、LDH、グルコース、Na 及び Cl、K、Ca Alb、BUN、クレアチニン、GOT、GPT、LDH、Na 及び Cl、K、Ca 生科学的検査（1）判断料、免疫学的検査判断料、血液学的検査判断料、生科学的検査（2） 判断料 ＊後期高齢者医療限度額適用 区分Ⅱ 平成22年3月3日から訪問診療をおこなっている患者。入院中も誤嚥性肺炎を反復しており、都度、抗生剤投与および酸素療法などで軽快しているが、嚥下機能は廃絶しており、誤嚥性肺炎再発は必発の状況であった。3月8日頃より、とくに夜間に目立つ38度台の発熱がみられ、胸部聴診上もrales増強し、喀痰量増加ともあわせて誤嚥性肺炎の再発と診断し、抗生剤（ゲンタマイシン）にて加療をおこなった。なお、長期におよぶ細菌感染症の治療において多剤耐性を示す緑膿菌が起炎菌と疑われ、前医にて実施された細菌感受性検査結果をもとに抗生剤選択をおこなった。腎機能を勘案のうえ、また血液検査でも薬物血中濃度をモニタリングしながら投与量の調整をおこなった。次第に解熱傾向となり、投与5日目で抗生剤終了とした。以後、頻回の吸引をおこないながら慎重に経過をみると発熱などみられず経過したが、3月18日再び誤嚥性肺炎を発症したため同日より抗生剤（ゲンタマイシン）により加療開始した。抗生剤投与などにより、次第に解熱傾向となるものの、引き続き、頻繁な吸引処置などが欠かせない状況であり、仔細な病状把握および早期対応のための頻回の訪問を欠かすことができなかった。 ＊嚥下機能廃絶しており、気道内分泌物の頻回は吸引を要するため特別訪問看護指示により院内看護を導入している。	129× 1 11× 6 16× 6 22× 6 140× 1 109× 1 109× 1 109× 1 557× 1

事例2

診療報酬明細書
(医科入院外)

平成 年 月 分

都道府県番号
13

医療機関コード

1 診療科
2 公費
3 後退
4 退職
5 単身
6 2世帯
7 本外
8 高外
9 高外
10 9 8
11 7 ()

12 公費
13 3 3
14 6
15 10 9 8
16 7 ()

保険者番号

被保険者証・被保険者
手帳等の記号・番号

氏名

1. 女性 3. 大正 14 年 月 日生

特記事項

業務上の事由 1 職務上 2 下船後 3 月以内 3 通勤災害

傷病名

(1) 横行結腸癌末期状態
(2) 多発転移性肝腫瘍
(3) 癌性腹膜炎
(4) 転移性肺癌
(5) 癌性疼痛
(6) 不眠症
(7) 右大転子部褥瘡

診療開始日

(1) 22 年 4 月 日
(2) 22 年 4 月 日
(3) 22 年 4 月 日
(4) 22 年 4 月 日
(5) 22 年 5 月 日
(6) 22 年 5 月 日
(7) 22 年 5 月 日

転

(1) 死亡 19 日
(2) 死亡 19 日
(3) 死亡 19 日
(4) 死亡 19 日
(5) 死亡 19 日
(6) 死亡 19 日
(7) 死亡 19 日

診療実日数

保険公費①
13 日
日
日

公費②

11 初診 時間外・休日・深夜 回 点 公費点数
12 再診 72 × 3 回 216
13 再診 52 × 3 回 156
14 再診 65 × 2 回 130
15 医学管理
16 往診 × 1 回 720
17 夜間 × 2 回 4040
18 深夜・緊急 回
19 在宅 在宅診療 × 13 回 10790
20 その他 16155
21 薬剤 単位
22 内服 薬剤 × 回
23 外用 薬剤 × 回
24 処方 毒基 × 回
25 麻 回
26 調 回
27 調 回
28 31 皮下 筋肉内 15 回 436
29 32 静脈内 回
30 33 その他 2 回 456
31 処置 回
32 薬剤 260
33 手術 回
34 麻酔 回
35 検病 回
36 検理 回
37 画像 回
38 診断 回
39 処方せん 回
40 その他 回
41 薬剤 回
42 請求点 ※ 決定点 一部負担金額 円
43 33,359 12,000
44 減額 割 (円) 免除・支払猶予 円
45 公費① 点 ※ 点 円
46 公費② 点 ※ 点 円 ※ 高額療養費 円 ※ 公費負担点数 点 ※ 公費負担点数 点

※2 (次頁参照)

140

※ 2

	同日再診 (3 回)	
(12)	地域医療貢献加算	3 × 3
(14)	在宅支援 往診 19 日 往診料 (深夜) 加算 (在宅療養支援診療所等) 9 日、12 日 在宅患者訪問診療料 (同一建物居住者以外) 4 日、6 日、9 日、10 日、11 日、12 日、13 日、14 日、15 日、16 日、17 日、18 日、 19 日 在宅ターミナルケア加算 (在宅療養支援診療所等) 在宅時医学総合管理料 1 (処方せんを交付しない) 在宅移行早期加算 重症者加算 在宅患者訪問看護・指導料 (保健師、助産師、看護師・週 3 日目まで)	720 × 1 2020 × 2 830 × 10 10000 × 1 4600 × 1 1000 × 1 555 × 1
(31)	ハイスコ皮下注 0.5 mg 0.05% 1ml 1 管 フェノバルブ注射液 100 mg 10% 1ml 2 管 ドルミカム注射液 10 mg 2ml 1 管 ハイスコ皮下注 0.5 mg 0.05% 1ml 3 管	24 × 7 33 × 6 33 × 1 37 × 1
(33)	点滴注射 ドルミカム注射液 10 mg 2ml 3 管 ハイスコ皮下注 0.5 mg 0.05% 1ml 5 管 生理食塩液 500ml 1 袋 点滴注射 ドルミカム注射液 10 mg 2ml 10 管 ハイスコ皮下注 0.5 mg 0.05% 1ml 3 管 生理食塩液 500ml 1 袋	95 × 1 88 × 1 95 × 1 178 × 1
(40)	皮膚欠損用創被覆材 (皮下組織に至る創傷用・標準型) 13 円 100 cm ²	130 × 2
	* 悪性腫瘍の末期状態であり、経口摂取、排尿、排便、睡眠状態、疼痛コントロールを含めて全身状態が不安定であるため、苦痛なく穏やかに過ごされるよう連日訪問や頻回な対応を要した。	

表 1 在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出書添付書類

1 在宅医療に係る施設基準の届出の有無 ●在宅時医学総合管理料に係る施設基準の届出 (有・無) ●在宅末期医療総合診療科に係る施設基準の届出 (有・無)	
2 当該診療所の担当者氏名 (1) 担当医 (2) 看護職員	
3 24 時間対応体制に係る事項 (1) 患者からの連絡を直接受ける体制： 対応体制 名で担当、交代制 (有・無) ●担当者の氏名及び職種 ●当該診療所内で確保 (有・無) ●連絡方法、連絡先 ●担当医が直接対応 (有・無) (2) 往診体制：対応体制 名で担当、交代制 (有・無) ●担当医及び連携保険医の氏名 (3) 緊急訪問看護体制：対応体制 名で担当、交代制 (有・無) ●担当看護職員及び連携看護職員の氏名、所属先 *交代制有りの場合は、それぞれ勤務割表の例を添付すること。	
4 保健医療サービス及び福祉サービスとの連携担当者 ●氏名、連絡先 ●資格、主な業務内容 ●体制 (管理者・自施設の職員・院外の事業所等との連携・その他)	
5 連携保険医療機関等 (1) (1) 医療機関の名称 (3) 担当医の氏名 (2) 開設者名 (4) 連絡先	
6 連携保険医療機関等 (2) (1) 訪問看護事業者の名称 (3) 担当看護職員の氏名 管理者名 (2) 開設者名 (4) 連絡先	
7 緊急時の入院体制 届出医療機関の入院施設 (有・無) (1) 連携保険医療機関の名称 (2) 開設者名 (4) 担当医の氏名 (3) 所在地 (5) 緊急時の連絡先	

【記載上の注意】

- 1 括弧内は、いずれか該当するものに○を記入する。
- 2 「3」について、それぞれ交代制有の場合は、勤務割表の例を添付すること。
- 3 「5」及び「6」については、他の保険医療機関等と連携して24時間対

応体制や緊急入院体制を確保する場合に記入すること。

- 4 緊急時の連絡、対応方法についての患者等への説明文書の例を添付すること。

資料1 在宅療養支援診療所の施設基準に係る報告書添付書類

1 直近1年間（平成21年7月1日～平成22年6月30日）に在宅療養を担当した患者について				
●平均診療期間（ ）ヶ月				
合計患者数	うち死亡患者数 名（再掲：在宅看取り数 名）			
	内 訳			
	医療機関等での死亡数	医療機関等以外での死亡数	自 宅	自宅以外
名	名	名	名	名
2 直近3ヶ月（平成22年4月～6月）の訪問診療等の実施回数について				
訪問診療等の合計回数	往 診	訪問診療	訪問看護	緊急訪問看護
回	回	回	回	回

【記載上の注意】

- 「1」の在宅療養の担当患者数は、当該患者の在宅での療養を担う保険医として担当している患者数を記入すること。
- 「1」の平均診療期間は、当該患者の在宅での療養を担う保険医として診療している患者について、患者1人当たりの在宅医療を開始してからの平均診療期間を月単位で記載すること。
- 「1」の「うち死亡患者数」を記入するに当たり、介護老人保健施設等の入所施設で死亡した患者については、「自宅以外」欄へ計上すること。
- 「1」の在宅看取り数は、在宅患者訪問診療料のターミナルケア加算を算定した人数を記入すること。
- 「2」は、当該患者の在宅での療養を担う保険医として担当している患者に対して実施した訪問診療等であり、連携保険医療機関等が行った往診等も含めて記載すること。

表2－1 在宅患者診療・指導料

略 語	区分番号	項 目	算定回数	点 数
支援 在支援 連携保 在支病	C000	往診料		720 点
		注 1 緊急加算		325 点
		注 1 夜間加算		650 点
		注 1 深夜加算		1,300 点
		在宅療養支援診療所若しくはその連携保険医療機関又は在宅療養支援病院の保険医による場合 注 1 緊急加算 注 1 夜間加算 注 1 深夜加算 注 2 患家診療時間加算 (30 分又はその端数を増すごとに) 注 3 在宅看取り加算		650 点 1,300 点 2,300 点 100 点 200 点
在宅 同一 乳 幼 タ	C001	在宅患者訪問診療料 (1日につき) 1. 同一建物居住者以外の場合 2. 同一建物居住者の場合	1・2 を併せて原則週 3 回を限度	830 点 200 点
		注 3 乳幼児加算・幼児加算		200 点
		注 4 患家診療時間加算 (30 分又はその端数を増すごとに)		100 点
		注 5 在宅ターミナルケア加算 在宅療養支援診療所若しくはその連携保険医療機関又は在宅療養支援病院の保険医による場合		2,000 点 10,000 点
		注 6 在宅看取り加算		200 点

略 語	区分番号	項 目	算定回数	点 数
在宅総管外 在宅総管内	C002	在宅時医学総合管理料 (月1回) 1. 在宅療養支援診療所又は 在宅療養支援病院の場合 イ 院外処方せんを交付する 場合 □ 院外処方せんを交付しない 場合 2. 1 以外の場合 イ 院外処方せんを交付する 場合 □ 院外処方せんを交付しない 場合		4,200 点 4,500 点 2,200 点 2,500 点
重症加算		注 3 在宅移行早期加算 注 4 重症者加算		100 点 1,000 点
特医総管外 特医総管外内	C002 -2	特定施設入居時等医学総合管 理料(月1回) 1. 在宅療養支援診療所又は 在宅療養支援病院の場合 イ 院外処方せんを交付する 場合 □ 院外処方せんを交付しない 場合 2. 1 以外の場合 イ 院外処方せんを交付する 場合 □ 院外処方せんを交付しない 場合		3,000 点 3,300 点 1,500 点 1,800 点
重症加算		注 3 在宅移行早期加算 注 4 重症者加算		100 点 1,000 点
在宅総	C003	在宅末期医療総合診療料 (1日につき) 1週を単位として 算定 1. 院外処方せんを交付する場 合 2. 1 以外の場合		1,495 点 1,685 点
		注 2 在宅看取り加算		200 点

略 語	区分番号	項 目	算定回数	点 数
搬送診療	C004	救急搬送診療料		1,300 点
		注 2 新生児加算		1,000 点
		注 2 乳幼児加算 (6 歳未満)		500 点
訪問看護		在宅患者訪問看護・指導料 (1 日につき) 1. 保健師、助産師又は看護師 による場合 イ 週 3 日目まで □ 週 4 日目以降		555 点 655 点
		2. 准看護師による場合 イ 週 3 日目まで □ 週 4 日目以降		505 点 605 点
	C005	注 2 難病等複数回訪問加算 * 1 日 2 回訪問 * 1 日 3 回以上訪問		450 点 800 点
		注 3 緊急訪問看護加算 1 日につき		265 点
		注 4 長時間訪問看護・指導 加算 週 1 回に限り		520 点
		注 5 乳幼児加算・幼児加算 1 日につき		50 点
		注 6 複数名訪問看護加算 週 1 回に限り		
		イ 看護師等が他の保健師、 助産師又は看護師と同 時に行った場合		430 点
		□ 看護師等が他の准看護 師と同時に行った場合		380 点
		注 7 在宅患者連携指導加算 月 1 回に限り		300 点
		注 8 在宅患者緊急時等カン ファレンス加算 月 2 回に限り		200 点
		注 9 在宅ターミナルケア加算		2,000 点
		注 10 在宅移行管理加算 患者 1 人につき 1 回に 限り		250 点
		注 10 在宅移行管理重症者加 算 患者 1 人につき 1 回 に限り		500 点

略 語	区分番号	項 目	算定回数	点 数
訪問看護 (同一)	C005 -1-2	同一建物居住者訪問看護・指導料(1日につき) 1. 保健師、助産師又は看護師による場合 イ 週3日目まで ロ 週4日目以降 2. 准看護師による場合 イ 週3日目まで ロ 週4日目以降		430点 530点 380点 480点
複		注2 難病等複数回訪問加算 * 1日2回訪問 * 1日3回以上訪問		450点 800点
緊急		注3 緊急訪問看護加算	1日につき	265点
長時		注4 長時間訪問看護・指導加算	週1回に限り	520点
乳幼		注5 乳幼児加算・幼児加算	1日につき	50点
複訪看看		注6 複数名訪問看護加算	週1回に限り	
複訪看護		イ 看護師等が他の保健師、助産師又は看護師と同時に行った場合 ロ 看護師等が他の准看護師と同時に行った場合		430点 380点
連携		注7 同一建物居住者連携指導加算	月1回に限り	300点
カン		注8 同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算	月2回に限り	200点
同タ		注9 同一建物居住者ターミナルケア加算		2,000点
移		注10 在宅移行管理加算	患者1人につき 1回に限り	250点
移重症		注10 在宅移行管理重症者加算	患者1人につき 1回に限り	500点
訪問点滴	C005 -2	在宅患者訪問点滴注射管理指導料(1週につき) 注 週3日以上点滴注射を実施した場合		60点

略 語	区分番号	項 目	算定回数	点 数
訪問リハ 在宅 同一	C006	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料 (1 単位) 1. 同一建物居住者以外の場合 2. 同一建物居住者の場合	患者 1 人につき 1・2 を合わせて 週 6 単位に限る (退院から 3 月 以内は週 12 単 位まで)	300 点 255 点
訪問指示 特別指示	C007	訪問看護指示料 注 2 特別訪問看護指示加算 (別に厚生労働大臣が定 める患者)	患者 1 人につき 月 1 回に限り 患者 1 人につき 月 1 回に限り (患者 1 人につき 月 2 回に限り)	300 点 100 点 100 点
訪問薬剤 在宅 同一 麻加	C008	在宅患者訪問薬剤管理指導料 1. 同一建物居住者以外の場合 2. 同一建物居住者の場合 注 2 麻薬管理指導加算	1・2 合わせて 月 2 回限度 (算定間隔 6 日 以上) 1 回につき	550 点 385 点 100 点
訪問栄養 在宅 同一	C009	在宅患者訪問栄養食事指導料 1. 同一建物居住者以外の場合 2. 同一建物居住者の場合	1・2 合わせて 月 2 回限度	530 点 450 点
在宅連携	C010	在宅患者連携指導料	月 1 回に限り	900 点
在宅緊急	C011	在宅患者緊急時等カンファレンス料	月 2 回に限り	200 点

出典：「診療報酬点数早見表（平成 22 年 4 月改定）」東京都国民健康保険団体連合会

参考 往診加算

項 目	要 件
緊急往診加算	概ね午前 8 時～午後 1 時の間の診療時間内に緊急往診した場合に算定
夜間加算	夜間（概ね午後 6 時～午前 6 時まで、または午後 7 時～午前 7 時までのように、12 時間を標準として各都道府県で統一的取扱いをし、その 12 時間から深夜を取り除いた時間帯）に往診した場合に算定
深夜加算	深夜（午後 10 時～午前 6 時）に往診した場合に算定

表2-2 在宅療養指導管理料

略 語	区分番号	項 目	算定回数	点 数
前	C100	退院前在宅療養指導管理料	外泊の初日 1 回に限り	120 点
		注 2 6 歳未満の乳幼児加算		200 点
注 注糖 入 間 針	C101	在宅自己注射指導管理料	月 1 回を限度	820 点
	C150	血糖自己測定器加算		
		1. 月 20 回以上測定	3 月に 3 回に限り	400 点
		2. 月 40 回以上測定	3 月に 3 回に限り	580 点
		3. 月 60 回以上測定	3 月に 3 回に限り	860 点
		4. 月 80 回以上測定	3 月に 3 回に限り	1,140 点
		5. 月 100 回以上測定	3 月に 3 回に限り	1,320 点
		6. 月 120 回以上測定	3 月に 3 回に限り	1,500 点
	C151	注入器加算		300 点
	C152	間歇注入シリンジポンプ加算		1,500 点
	C153	注入器用注射針加算 1. 1 型糖尿病若しくは血友病 の患者又はこれらの患者に 準ずる状態にある患者 2. 1 以外の場合		200 点
				130 点
在 小 血 糖	C101 - 2	在宅小児低血糖症患者指導管 理料 注 12 歳未満の小児低血糖 症の患者	月 1 回を限度	820 点
注 注糖	C150	血糖自己測定器加算 1. 月 20 回以上測定 2. 月 40 回以上測定 3. 月 60 回以上測定 4. 月 80 回以上測定 5. 月 100 回以上測定 6. 月 120 回以上測定	3 月に 3 回に限り	400 点
			3 月に 3 回に限り	580 点
			3 月に 3 回に限り	860 点
			3 月に 3 回に限り	1,140 点
			3 月に 3 回に限り	1,320 点
			3 月に 3 回に限り	1,500 点
灌 紫 自腹	C102	在宅自己腹膜灌流指導管理料 注 1 頻回指導管理を行う場合	月 1 回を限度 2 回目以降 月 2 回限度	3,800 点 2,000 点
	C154	紫外線殺菌器加算		360 点
	C155	自動腹膜灌流装置加算		2,500 点

※加算は原則月 1 回

略 語	区分番号	項 目	算定回数	点 数
在透	C102 － 2	在宅血液透析指導管理料 注 1 頻回指導管理を行う場合	月 1 回を限度 2 回目以降 月 2 回限度 (初回算定日 から 2 月まで)	8,000 点 2,000 点
透液	C156	透析液供給装置加算 10,000 点		
酸	C103	在宅酸素療法指導管理料	月 1 回を限度	
		1. チアノーゼ型先天性心疾患の 場合		1,300 点
		2. その他の場合		2,500 点
携	C157	酸素ボンベ加算 1. 携帯用酸素ボンベ 2. 1以外の酸素ボンベ 注 その他の場合に限る		880 点 3,950 点
ボ	C158	酸素濃縮装置加算 注 その他の場合に限る		4,000 点
濃	C159	液化酸素装置加算 1. 設置型液化酸素装置 2. 携帯型液化酸素装置 注 その他の場合に限る		3,970 点 880 点
液	C159 － 2	呼吸同調式デマンドバルブ加算 注 その他の場合に限る		300 点
携				
呼				
中	C104	在宅中心静脈栄養法指導管理 料	月 1 回を限度	3,000 点
輪	C160	在宅中心静脈栄養法用輸液セッ ト加算		2,000 点
注ボ	C161	注入ポンプ加算		1,250 点
経	C105	在宅成分栄養経管栄養法指導 管理料	月 1 回を限度	2,500 点
経ボ	C161	注入ポンプ加算		1,250 点
管	C162	在宅成分栄養経管栄養法用栄 養管セット加算		2,000 点
尿	C106	在宅自己導尿指導管理料	月 1 回を限度	1,800 点
力	C163	間歇導尿用ディスポーザブルカ テーテル加算		600 点

※加算は原則月 1 回

略 語	区分番号	項 目	算定回数	点 数
人	C107	在宅人工呼吸指導管理料	月 1 回を限度	2,800 点
陽呼	C164	人工呼吸器加算		
鼻呼		1. 陽圧式人工呼吸器 (気管切開口を介した陽圧式人工呼吸器)		7,000 点
陰呼		2. 人工呼吸器 (鼻マスク・顔マスクを介した人工呼吸器)		6,000 点
		3. 陰圧式人工呼吸器		7,000 点
排痰	C170	排痰補助装置加算		1,800 点
持呼	C107-2	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	月 1 回を限度	250 点
経呼	C165	経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加算		1,210 点
在悪	C108	在宅悪性腫瘍患者指導管理料	月 1 回を限度	1,500 点
悪ポ	C161	注入ポンプ加算		1,250 点
携ポ	C166	携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算		2,500 点
寝	C109	在宅寝たきり患者処置指導管理料	月 1 回を限度	1,050 点
疼	C110	在宅自己疼痛管理指導管理料	月 1 回を限度	1,300 点
疼信	C167	疼痛管理用送信器加算		600 点
肺	C111	在宅肺高血圧症患者指導管理料	月 1 回を限度	1,500 点
肺ポ	C168	携帯型精密輸液ポンプ加算		10,000 点
気	C112	在宅気管切開患者指導管理料	月 1 回を限度	900 点
気鼻	C169	気管切開患者用人工鼻加算		1,500 点
難皮	C114	在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料	月 1 回を限度	500 点

※加算は原則月 1 回

出典：「診療報酬点数早見表（平成 22 年 4 月改定）」東京都国民健康保険団体連合会

表2-3 在宅療養指導管理料を算定している患者に併算できない処置

	C102 在宅自己 腹膜灌流 指導 管理料	C102-2 在宅血液 透析指導 管理料	C103 在宅酸素 療法指導 管理料	C105 在宅成分 栄養経管 栄養法 指導 管理料	C106 在宅自己 導尿指導 管理料	C107 在宅人工 呼吸指導 管理料	C109 在宅嚥た きり患者 処置指導 管理料	C112 在宅気管 切開患者 指導 管理料
J000 創傷処置	○	○	○	○	○	○	×	×
J018 喀痰吸引	○	○	×	○	○	×	×	×
J001-7 爪甲除去（麻酔を要しないもの）	○	○	○	○	○	○	×	×
J001-8 穿刺排膿後薬液注入	○	○	○	○	○	○	×	×
J018-3 干渉低周波去痰器による喀痰排出	○	○	×	○	○	×	×	×
J024 酸素吸入	○	○	×	○	○	×	○	○
J024-2 突発性難聴に対する酸素療法	○	○	×	○	○	×	○	○
J025 酸素テント	○	○	×	○	○	×	○	○
J026 間歇的陽圧吸入法	○	○	×	○	○	×	○	○
J026-2 鼻マスク式補助換気法	○	○	×	○	○	×	○	○
J026-3 体外式陰圧人工呼吸器治療	○	○	×	○	○	×	○	○
J038 人工腎臓	○	○	○	○	○	○	○	○

J042	腹膜灌流 1. 連続携帯式腹膜灌流	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
J043-3	ストーマ処置	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○	○
J045	人工呼吸	○	○	○	○	○	○	○	×	○	○	○
J053	皮膚科軟膏処置	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○	○
J060	膀胱洗浄	○	○	○	○	○	○	×	○	×	○	○
J060-2	後部尿道洗浄（ウルツマン）	○	○	○	○	○	○	×	○	×	○	○
J063	留置カテーテル設置	○	○	○	○	○	○	×	○	×	○	○
J064	導尿（尿道拡張を要するもの）	○	○	○	○	○	○	×	○	×	○	○
J118	介達牽引	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○	○
J118-2	矯正固定	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○	○
J118-3	変形機械矯正術	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○	○
J119	消炎鎮痛等処置	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○	○
J119-2	腰部又は胸部固定帯固定	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○	○
J119-3	低出力レーザー照射	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○	○
J119-4	肛門処置	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○	○
J120	鼻腔栄養	○	○	○	○	○	×	○	○	×	○	○

出典：「診療報酬点数早見表（平成22年4月改定）」東京都国民健康保険団体連合会

表2-4 同一月に併算できない在宅療養指導管理料

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	特疾	ウイ	特薬	悪性	小特	小療	てん	難病	皮膚	心臓	疼痛	小悪	耳特
C100	退院前在宅療養指導管理料	×	○	○	×	×	×	×	×	○	×	×	×
C101	在宅自己注射指導管理料	×	○	○	×	×	×	×	×	○	×	×	×
C101-2	在宅小児低血糖症患者指導管理料	×	○	○	×	×	×	×	×	○	×	×	×
C102	在宅自己腹膜灌流指導管理料	×	○	○	×	×	×	×	×	○	×	×	×
C103	在宅酸素療法指導管理料	×	○	○	×	×	×	×	×	○	×	×	×
C104	在宅中心静脈栄養法指導管理料	×	○	○	×	×	×	×	×	○	×	×	×
C105	在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	×	○	○	×	×	×	×	×	○	×	×	×

C106	在宅自己導尿 指導管理料	×	×	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
C107	在宅人工呼吸 指導管理料	×	×	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
C107-2	在宅持続陽圧呼吸療法 指導管理料	×	×	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
C108	在宅悪性腫瘍患者 指導管理料	×	×	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
C109	在宅寝たきり患者処置 指導管理料	×	×	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
C110	在宅自己疼痛管理 指導管理料	×	×	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
C111	在宅肺高血圧症患者指 導管理料	×	×	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
C112	在宅気管切開患者 指導管理料	×	×	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
C114	在宅難治性皮膚疾患処置 指導管理料	×	×	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×

出典：「診療報酬点数早見表（平成22年4月改定）」東京都国民健康保険団体連合会

表3-1 特定施設入居者等

居住系施設の種類・類型（居住系施設入居者等）		
特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）（★）		
特定施設	養護老人ホーム	外部サービス利用型特定施設入居者生活介護（介護予防含む）
	軽費老人ホーム （ケアハウス）	地域密着型特定施設入居者生活介護
		特定施設入居者生活介護（介護予防含む）
		外部サービス利用型特定施設入居者生活介護（介護予防含む）
	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
		特定施設入居者生活介護（介護予防含む）
		外部サービス利用型特定施設入居者生活介護（介護予防含む）
	適居高齢者専用 賃貸住宅	地域密着型特定施設入居者生活介護
		特定施設入居者生活介護（介護予防含む）
		外部サービス利用型特定施設入居者生活介護（介護予防含む）
指定短期入所生活介護事業所（老人短期入所施設）（★）		
指定認知症対応型共同生活介護事業所（認知症高齢者グループホーム）		
指定小規模多機能型居宅介護事業所		
「特定施設」でない居住系施設	養護老人ホーム	定員 111 人未満
		定員 111 人以上
	軽費老人ホーム	A 型
		ケアハウス
	有料老人ホーム	住宅型
	高齢者専用住宅・高齢者向け優良賃貸住宅・適居高齢者専用賃貸住宅	

○：算定可 ×：算定不可 △：末期悪性腫瘍患者のみ算定可 —：算定が適当でないまたは想定されないもの ●：特別養護老人ホームの配置医師の医療の取扱いとは別途定められている。

	医師・ 看護師 配置	在 宅 医 療 点 数				
		往診料 (C000)	在宅患者 訪問診療料 1・2 (C001)	在宅時 医学総合 管理料 (C002)	特定施設 入居時等 医学総合 管理料 (C002-2)	在宅末期 医療総合 診療料 (C003)
	医・看	○	△	—	△	×
	なし	○	○	○	—	○
	看	○	○	—	○	×
	看	○	○	—	○	×
	なし	○	○	○	—	○
	看	○	○	—	○	×
	看	○	○	—	○	×
	なし	○	○	○	—	○
	看	○	○	—	○	×
	看	○	○	—	○	×
	なし	○	○	○	—	○
	医・看	○	●	—	●	×
	なし	○	○	○	—	○
	なし	○	○	○	—	○
	医・看	○	○	—	○	○
		○	×	—	×	×
	看	○	○	—	○	○
	なし	○	○	○	—	○
	なし	○	○	○	—	○
	なし	○	○	○	—	○

出典「月刊 保険診療 7 月」医学通信社より一部改変

特定施設入居者等

1. 介護保険の特定施設入居者生活介護を提供する次の特定施設 (看護職員の配置義務あり)

※ 外部サービス型特定施設の場合は、看護師の配置義務がないので除外

- (1) 軽費老人ホーム(ケアハウス)
- (2) 介護付有料老人ホーム
- (3) 適合高齢者専用賃貸住宅

2. 医師または看護職員の配置義務のある次の居住系施設に 入所・入居する患者

- (1) 特別養護老人ホーム
- (2) 養護老人ホーム
- (3) 軽費老人ホーム(A型)

3. 次の事業所で介護保険サービスを受けている患者

- (1) 指定(介護予防)短期入所生活介護事業所

※ 給付調整告示などにより、居住系施設によって次の算定の制限があります。

- ① 定員111名以上の養護老人ホームに入所する患者は算定できない。
- ② 特別養護老人ホームおよび指定(介護予防)短期入所生活介護事業所については、末期の悪性腫瘍の患者のみ算定できる。

表3-2

	往診・訪問診療の状況	点数加算の考え方	算定点数
「同一建物」点数算定例	(①)同一建物 同一日に別世帯の複数の患者(別世帯のAさんとBさん)を訪問診療	「同一建物居住者」扱いとなる。 1人ごとに在宅患者訪問診療料「2」 200点を算定	在宅患者訪問診療料「2」 200点×2人＝400点
	(②)同一建物 同一日に同一患者(Aさん宅の2人)と別世帯の1人(Bさん)を訪問診療	「同一建物居住者」扱いとなる。 1人ごとに在宅患者訪問診療料「2」 200点を算定	在宅患者訪問診療料「2」 200点×3人＝600点
	(③)同一建物 同一建物の別世帯(別居室)に1軒目は往診、2軒目は訪問診療をした場合	同一建物で往診と訪問診療が重なる場合は在宅患者訪問診療料「2」を算定する(往診料は別に算定する)。また1軒目が訪問診療、2軒目が往診の場合も同じである。	[連続した時間帯で実施] 往診料 720点 + 在宅患者訪問診療料「2」 200点 [別の時間帯で実施] 往診料 + 在宅患者訪問診療料「1」 830点
	(④)同一建物 同一日に1人の患者のみ(Aさん)を訪問診療	同一日に同一の建物内で1人の患者のみを診た場合は、「同一建物居住者」扱いにはならない。在宅患者訪問診療料「1」 830点を加算	在宅患者訪問診療料「1」 830点×1人＝830点
その他の例	(⑤)一戸建て、同一建物共通 (1戸建て・同一建物のAさん宅の2人)を訪問診療	「同一患者」は「同一建物居住者」の考え方より優先されるため「同一建物居住者」扱いとはならない。1人目は在宅患者訪問診療料「1」を2人目は再診料を算定する。	在宅患者訪問診療料「1」 + 再診料 830点 + 69点＝899点

表4 在医総管または特医総管の包括点数

- 特定疾患療養管理料
- 小児科療養指導料
- 難病外来指導管理料
- 皮膚科特定疾患指導管理料
- 小児悪性腫瘍患者指導管理料
- 在宅寝たきり患者処置指導管理料
- 投薬料 (外来診療の場合も含む)

表5 在宅寝たきり患者処置指導管理料

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● 創傷処置
※気管内ディスポーザブルカテーテル ● 爪甲除去 (麻酔を必要としない) ● 穿刺排膿後薬液注入 ● 皮膚科軟膏処置 ● 留置カテーテル設置
※膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル ● 膀胱洗浄 ● 後部尿道洗浄 (ウルツマン) ● 導尿 (尿道拡張を要す) ● 鼻腔栄養
※栄養用ディスポーザブルカテーテル | <ul style="list-style-type: none"> ● ストーマ処置 ● 喀痰吸引 ● 干渉低周波去痰器による
喀痰排出 ● 介達牽引 ● 矯正固定 ● 変形機械矯正術 ● 消炎鎮痛等処置 ● 腰部又は胸部固定帯固定 ● 低出力レーザー照射 ● 肛門処置 |
|---|--|

※は、特定保険医療材料料として算定できるもの

注 ③に用いるカテーテル以外の導尿用器材 (ウロバックなど) は、所定点数に含まれ、別に算定不可。また、往診、訪問診療時に褥瘡の患者の創傷処置を行なうことがあるが、創傷処置は処置指導管理料に含まれ、2008年4月からは使用した薬剤、特定保険医療材料 (デュオアクティブなど) も算定不可となった。なお、重度褥瘡処置についての処置料、薬剤料、特定保険医療材料料は算定可である。

表6 重症者加算

対象となる患者は以下の通り

(1) 末期の悪性腫瘍の患者

(在宅末期医療総合診療料を算定している患者は除く)

(2) ①であって、②または③の状態である患者

① 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅悪性腫瘍患者指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理、在宅肺高血圧症患者指導管理または、在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある患者。

② ドレーンチューブまたは留置カテーテルを使用している状態にある患者。

③ 人工肛門または人工膀胱を設置している状態にある患者。

(3) 居宅において療養を行っている患者であって、高度な指導管理(①に掲げる指導管理を2つ以上行っているもの)を必要とするもの