

在宅患者診療・指導料

往診や訪問診療、訪問看護など在宅患者に対する医師や関係職種の訪問による診療・指導等を評価しているのが在宅患者診療・指導料です。

同一建物居住者への訪問診療等については、「医療機関が事業者等と患者紹介に関する契約書を取り交わして、紹介料として診療報酬の中から一定の金額を支払う」、「事業者等から、同一建物の居住者を独占的に紹介してもらい、患者の状態等にかかわらず、一律に訪問診療を行う」といった不適切事例が報告されました。このため、今回の改定では、**これらの行為が禁止されるとともに、同一建物居住者への評価の引き下げ、訪問診療の要件の厳格化などが実施**されています。

このほか、**機能強化型の在宅療養支援診療所等の要件強化、在宅療養後方支援病院の新設**なども行われています。

在宅療養支援診療所 **改** **届**

在宅療養支援病院 **改** **届**

看取りまでを含めたトータルなケアが受けられるよう、在宅医療の中心的な役割を担う診療所及び病院として診療報酬上で位置づけられているのが在宅療養支援診療所（以下、在支診）及び在宅療養支援病院（以下、在支病）です。在支診・在支病には、在宅患者への24時間の対応体制、関係職種との連携体制などの施設基準が定められていますが、その代わりに他の医療機関よりも高い点数が算定できる項目が設定されるなど、診療報酬上のメリットがあります。

2012年度改定では、常勤医師数や在宅での看取り、緊急時対応の実績等を加味した「機能強化型の在支診・在支病」が新設されましたが、今回の改定では**その要件がさらに強化されています**（下表参照）。

在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の主な施設基準		
在宅療養支援診療所	在宅療養支援病院	機能強化型の在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院
<ul style="list-style-type: none"> 診療所である。 24時間連絡を受ける医師又は看護職員をあらかじめ指定し、その連絡先電話番号等を文書で患家に提供。 緊急時に在宅患者が入院できる病床を常に確保し（他の医療機関との連携可）、受入医療機関の名称等をあらかじめ地方厚生局に届け出ている。 	<ul style="list-style-type: none"> 許可病床200床未満又は半径4km以内に診療所が存在しない病院。 24時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定し、その連絡先電話番号等を文書で患家に提供。 往診担当医は、当直医とは別の医師であること。 緊急時に在宅患者が入院できる病床を常に確保。 	<p>(1)左記の要件に加え、以下の要件を満たす。</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅医療を担当する常勤医師が3名以上配置。 過去1年間の緊急往診の実績10件以上。 過去1年間の在宅における看取り実績4件以上。 <p>(2)他の医療機関との連携によって(1)の要件を満たしても良いが、その場合は次の要件を満たす。</p> <ul style="list-style-type: none"> それぞれの医療機関が過去1年間の緊急往診実績4件以上、看取り実績2件以上。 連携体制を構築する医療機関数は10未満で、病院が連携に加わる場合は許可病床200床未満であること。 24時間直接連絡がとれる連絡先電話番号等を一元化。 連携医療機関間で患者の診療情報の共有を図るため、月1回以上の定期的なカンファレンスを実施。
<ul style="list-style-type: none"> 24時間往診が可能な体制（診療所は他医療機関との連携可）を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供。 自院又は訪問看護ステーションとの連携（診療所の場合は他の医療機関との連携も含む）により、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供。 連携先の医療機関や訪問看護ステーションが緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、必要な情報を文書（電子媒体を含む）で提供している。 患者に関する診療記録管理を行うのに必要な体制が整備。 地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携している。 年1回、在宅看取り数等を地方厚生局に報告している。 		<p><経過措置></p> <p>①2014年3月末時点で機能強化型の医療機関については、同年9月末までの間、上記基準を満たしているものとする。</p> <p>②①の対象医療機関で、2014年9月末時点で単独型の機能強化型在支診・在支病の基準を満たす医療機関は、過去6カ月間の緊急往診実績5件以上かつ看取り実績2件以上の場合、2015年3月末までの間、緊急往診及び看取りの実績基準を満たしているものとする。</p> <p>③①の対象医療機関であって、2014年9月末時点で連携型の機能強化型在支診・在支病の基準を満たす場合は、各医療機関が過去6カ月間の緊急往診実績2件以上かつ看取り実績1件以上であって、連携医療機関全体で②の基準を満たしている場合は、2015年3月末までの間、緊急往診及び看取りの実績基準を満たしているものとする。</p>

在宅療養後方支援病院 **新** **届**

今回の改定で、在宅療養患者の後方受入を担う病院として、新たに位置づけられた病院です。在宅患者緊急入院診療加算で在支診・在支病と同じ点数が算定できるほか、在宅療養後方支援病院のみが算定できる点数として**在宅患者共同診療料（21頁参照）**が新設されています。

【在宅療養後方支援病院の主な施設基準】

- ・許可病床数200床以上の病院。
- ・在宅医療を提供する医療機関と連携し、24時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定し、その連絡先を文書で連携医療機関に対して提供。
- ・連携医療機関の求めに応じて、24時間入院希望患者（あらかじめ当該病院に届け出た患者）の診療が可能な体制及び緊急入院できる病床を常に確保。
- ・連携医療機関と3カ月に1回以上、診療情報を交換している。
- ・年1回、在宅療養患者の受入状況等を地方厚生局に報告。

在宅療養実績加算 **新** **届**

機能強化型の在支診・在支病には「常勤医師3名以上」という要件がありますが、医師数が少ないために機能強化型にはなれないものの、在宅医療に十分な実績を有している在支診・在支病もあります。

今回の改定では、このような在支診・在支病を評価するため、常勤医師数は3名未満であっても「過去1年間の緊急往診実績10件以上、在宅看取り実績4件以上」の要件を満たしている在支診・在支病については、在宅療養実績加算が算定できるようになりました。通常の診療報酬に加えて、次の点数を加算できます。

【在宅療養実績加算一覧】

- | | |
|------------------------|-------------------------------|
| ・往診料の緊急・夜間・深夜加算 | 75点 |
| ・在宅患者訪問診療料の在宅ターミナルケア加算 | 750点 |
| ・在宅時医学総合管理料 | 同一建物居住者以外 300点
同一建物居住者 75点 |
| ・特定施設入居時等医学総合管理料 | 同一建物居住者以外 225点
同一建物居住者 56点 |
| ・在宅がん医療総合診療料 | 110点 |

在宅患者訪問診療料(1日につき) **改**

- | | |
|-----------|------|
| 同一建物居住者以外 | 833点 |
| 同一建物居住者 | |
| 特定施設等入居者 | 203点 |
| 上記以外 | 103点 |

いわゆる訪問診療の点数です。週3回を限度に算定できますが、次の定められた疾病等の患者は週4回以上の算定が可能です。また、急性増悪などにより、一時的に頻回な訪問が必要な場合は、月1回に限り14日まで算定できます。

なお、ここで言う特定施設等とは、介護保険における特定施設（外部サービス利用型は除く）又は特別養護老人ホームのことです。

【週4回以上の算定が可能な疾病等】

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以上であって生活機能障害度が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／ライソゾーム病／副腎白質ジストロフィー／脊髄性筋萎縮症／球脊髄性筋萎縮症／慢性炎症性脱髄性多発神経炎／後天性免疫不全症候群／頸髄損傷／人工呼吸器を使用している状態

今回の改定では**消費税対応分は上乘せ**されたものの、不適切事例への対応として、**同一建物居住者の点数は大きく引き下げ**られています。さらに算定要件を厳格化する観点から、①**患者又は家族等の署名付の訪問診療に係る同意書を作成した上で、診療録に添付**、②**「同一建物居住者の場合」を算定する場合は、訪問診療日における医師の診療時間（開始時刻及び終了時刻）、診療場所、診療人数等について診療録・レセプトの摘要欄に記載等**——の要件が追加されました。ただし、「**往診を実施した患者、末期の悪性腫瘍と診断した後に訪問診療を行い始めた日から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**」については、「**同一建物居住者の場合**」から除くこととされました。

【在宅患者訪問診療料の加算】

- ・乳幼児加算（3歳未満）、幼児加算（6歳未満） 400点
- ・診療時間加算 100点
診療時間が1時間を超えた場合、30分又はその端数を増すごとに加算。
- ・在宅ターミナルケア加算
 - 機能強化型の在宅支診・在支病（病床あり） 6,000点
 - 機能強化型の在宅支診・在支病（病床なし） 5,000点
 - 上記以外の在宅支診・在支病 4,000点
 - 在宅支診・在支病以外 3,000点
 在宅で死亡した患者（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む）の死亡日及び死亡前14日以内の計15日間に2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合に加算。機能強化型以外で別に施設基準を満たした在宅支診・在支病では在宅療養実績加算750点をさらに加算。
- ・看取り加算 3,000点
死亡日に往診又は訪問診療を行い、在宅で患者を看取った場合に加算。
- ・死亡診断加算 200点
患者で死亡診断を行った場合に加算。ただし、看取り加算を算定した場合は算定不可。

在宅時医学総合管理料（月1回）改届

特定施設入居時等医学総合管理料（月1回）改届

いずれも在宅患者等に対する総合的医学管理を評価した点数です。特定施設入居時等とは、次の患者を指しますが、基本的な算定要件はどちらも同じで、月2回以上の訪問診療を行っていることが要件となります。

【特定施設入居時等医学総合管理料の対象患者】

- ・養護老人ホーム、軽費老人ホーム（A型に限る）、特別養護老人ホーム、特定施設（外部サービス利用型を除く）の入居者
- ・短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護のサービスを受けている者

対象は診療所、許可病床200床未満の病院、在宅療養支援病院のみです。投薬は包括されていますが、注射や検査、処置等は別に算定できません。主な施設基準としては、「在宅医療の連携調整担当者の配置」「在

宅医療を担当する常勤医師が勤務」などがあります。

今回の改定では、不適切事例への対応から「同一建物居住者の場合」が新設されるとともに、大幅に点数が引き下げられました。月1回以上、在宅患者訪問診療料の「同一建物居住者以外」を算定した場合は、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「同一建物居住者以外」を算定し、それ以外の場合は「同一建物居住者」を算定します。

在宅時医学総合管理料の点数一覧

項目			同一建物居住者以外	同一建物居住者
機能強化型の在宅支診・在支病	病床あり	院外処方	5,000点	1,200点
		上記以外	5,300点	1,500点
	病床なし	院外処方	4,600点	1,100点
		上記以外	4,900点	1,400点
機能強化型以外の在宅支診・在支病*		院外処方	4,200点	1,000点
		上記以外	4,500点	1,300点
在宅支診・在支病以外		院外処方	3,150点	760点
		上記以外	3,450点	1,060点

※施設基準を満たした施設では在宅療養実績加算（同一建物居住者以外：300点、同一建物居住者：75点）が算定可。

特定施設入居時等医学総合管理料の点数一覧

項目			同一建物居住者以外	同一建物居住者
機能強化型の在宅支診・在支病	病床あり	院外処方	3,600点	870点
		上記以外	3,900点	1,170点
	病床なし	院外処方	3,300点	800点
		上記以外	3,600点	1,100点
機能強化型以外の在宅支診・在支病*		院外処方	3,000点	720点
		上記以外	3,300点	1,020点
在宅支診・在支病以外		院外処方	2,250点	540点
		上記以外	2,550点	840点

※施設基準を満たした施設では在宅療養実績加算（同一建物居住者以外：225点、同一建物居住者：56点）が算定可。

【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の加算】

- ・在宅移行早期加算 100点
退院後に在宅療養を始めた患者に対し、在宅時（特定施設入居時等）医学総合管理料の算定開始から3カ月間に限り月1回算定。退院後1年を経過すると算定不可だが、再入院し、退院した後は、再び退院後3カ月を限度に算定可。
- ・重症者加算 1,000点
末期の悪性腫瘍の患者など、別に定められた特別な管理が必要な重症患者に月4回以上の往診又は訪問診療を行った場合に1回限り加算。

在宅がん医療総合診療料 (1日につき) **改** **届**

機能強化型の在支診・在支病 (病床あり)

院外処方 1,800点 | 左記以外 2,000点

機能強化型の在支診・在支病 (病床なし)

院外処方 1,650点 | 左記以外 1,850点

上記以外の在支診・在支病

院外処方 1,495点 | 左記以外 1,685点

在支診又は在支病を対象にした点数で、在宅療養を行っている末期の悪性腫瘍患者に対し、計画的な医学管理の下に総合的な医療を提供した場合に算定します。

算定方法は、①訪問診療又は訪問看護を週4日以上 (同一日に訪問診療及び訪問看護を行った場合でも1日とする)、②訪問診療が週1回以上、③訪問看護が週1回以上 — のいずれの基準も満たした場合に、1週間 (日曜日から土曜日の暦週) を単位として、当該基準をすべて満たした日に算定します。

各種の診療費用は原則包括されており、別に算定できません。加算としては、患家において死亡診断を行った場合の「死亡診断加算」(200点)がありますが、今回の改定で施設基準を満たした医療機関では**在宅療養実績加算 (110点)**が算定できるようになりました。

在宅患者訪問看護・指導料 (1日につき) **改**

同一建物居住者訪問看護・指導料 (1日につき) **改**

いずれも医師の指示に基づき、看護師等が訪問した場合に週3日を限度に算定できますが、別に定められた患者 (18頁の「在宅患者訪問診療料が週4日以上算定可能な疾病」など) には週4日以上算定が可能です。また、急性増悪などにより、一時的に頻回な訪問が必要な場合は月1回 (**気管カニューレ使用患者又は真皮を越える褥瘡患者については月2回**) に限り、週7日 (診療日から14日以内の期間に限る) まで算定できます。

ただし、「緩和ケア又は褥瘡ケアの専門研修を受けた看護師」の点数は評価体系が異なっています。対象となるのは「悪性腫瘍の鎮痛療法もしくは化学療法を行っている患者」又は「真皮を越える褥瘡の状態にある患者」(**在宅患者訪問褥瘡管理指導料 [22頁参照] を算定する場合は真皮までの状態**) で、これらの患者

に専門の研修 (別途規定) を受けた看護師を訪問させ、他医療機関の看護師等や訪問看護ステーションの看護師等と共同して、看護・指導を行った場合に、月1回を限度に専門看護師が所属する医療機関で算定します。この場合、各種加算は算定できません。また、施設基準を満たし届出が必要です。

今回の改定では、同一日・同一建物への訪問看護について、2人目までは同一建物以外と同じ点数を算定しますが、**3人目以上の場合には1人目から「同一建物居住者」の点数を算定**することになりました。

在宅患者訪問看護・指導料の点数

保健師・助産師・看護師	週3日目まで	555点
	週4日目を以降	655点
准看護師	週3日目まで	505点
	週4日目を以降	605点
悪性腫瘍患者に対する緩和ケア又は褥瘡ケアの専門研修を受けた看護師		1,285点

同一建物居住者訪問看護・指導料の点数

保健師・助産師・看護師	同一日2人	週3日目まで	555点
		週4日目を以降	655点
	同一日3人以上	週3日目まで	278点
		週4日目を以降	328点
准看護師	同一日2人	週3日目まで	505点
		週4日目を以降	605点
	同一日3人以上	週3日目まで	253点
		週4日目を以降	303点
悪性腫瘍患者に対する緩和ケア又は褥瘡ケアの専門研修を受けた看護師		1,285点	

【在宅患者 (同一建物居住者) 訪問看護・指導料の加算】

- ・ **難病等複数回訪問加算** **450点、800点**
週4日以上訪問看護が可能な患者又は週7日を限度に訪問看護が可能な患者に1日2回の訪問を行った場合は450点、1日3回以上の訪問を行った場合は800点を加算。
- ・ **緊急訪問看護加算** **265点**
診療所又は在宅療養支援病院の医師の指示により、緊急に訪問を行った場合に、1日につき加算。
- ・ **長時間訪問看護・指導加算** **520点**
別に定められた長時間の訪問を要する患者 (15歳未満で超重症児〔者〕入院診療加算・準超重症児〔者〕入院診療加算の対象患者、急性増悪等で一時的に頻回の訪問看護が必要な患者など) に90分を超える訪問看護を行った場合に、週1回 (15歳未満の超重症児又は準超重症児の場合は週3回) に限り加算。

・乳幼児加算・幼児加算 50点
3歳未満の乳幼児、3歳以上6歳未満の幼児に訪問看護を行った場合に、それぞれ加算。

・複数名訪問看護加算 430点、380点、300点
週4日以上訪問看護が可能な患者など別に定められた患者に対し、複数名による訪問看護を行った場合、同行者が保健師、助産師、看護師の場合は430点を週1回、同行者が准看護師の場合は380点を週1回、同行者が看護補助者の場合は300点を週3回加算（同行者が看護補助者で患者が週4日以上訪問看護が必要な場合は回数制限なし）。

・在宅患者（同一建物居住者）連携指導加算 300点
訪問診療を実施している医療機関を含め、歯科訪問診療を行っている医療機関又は訪問薬剤管理指導を行っている薬局と文書等による情報共有を行い、必要な指導を行った場合に月1回加算（准看護師の場合は対象外）。

・在宅患者（同一建物居住者）緊急時等カンファレンス加算 200点
患者の急変時等に、他の医療機関の医師の求めにより、当該他の医療機関の医師、歯科医師、薬局薬剤師、ケアマネージャー等と共同で患家に赴き、カンファレンスに参加し、共同指導を行った場合に月2回に限り加算（准看護師の場合は対象外）。

・在宅（同一建物居住者）ターミナルケア加算 2,000点
死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に2回以上の訪問看護を実施し、ターミナルケアを行った場合に加算。

・在宅移行管理加算 250点、500点
一部の在宅療養指導管理料の算定患者など別に定められた患者に訪問看護を行った場合に250点を、重症度等の高い患者の場合は500点を1回限り加算。

・夜間・早期訪問看護加算 210点
夜間（18時～22時）又は早朝（6時～8時）に訪問看護を行った場合に加算。

・深夜訪問看護加算 420点
深夜（22時～翌6時）に訪問看護を行った場合に加算。

在宅患者訪問点滴注射管理指導料 改

60点（週1回）

訪問看護を受けており、週3日以上点滴注射が必要な在宅患者に対し、医師が訪問を行う看護師等に対して、点滴注射に際し留意すべき事項等を記載した文書を交付して、必要な管理指導を行った場合に算定できます。今回の改定では点数に変更はありませんが、介護保険の訪問看護を受けている患者に点滴注射が必要になった場合でも算定できるようになりました。

在宅患者訪問薬剤管理指導料 改

同一建物居住者以外 650点（月4回）

同一建物居住者 300点（月4回）

医療機関の薬剤師が在宅患者を訪問し、薬剤管理指導記録に基づいて服薬指導、服薬支援その他の薬学的管理指導を行った場合に算定できます。

これまで「月2回算定」でしたが、今回の改定で調剤報酬の同指導料と要件を揃え、「月4回」（末期の悪性腫瘍患者及び中心静脈栄養法の患者は週2回かつ月8回）まで算定可能になりました。ただし、「薬剤師1人につき1日5回まで」という制限も新たに設けられています。点数は同一建物居住者以外が引き上げられた一方で、同一建物居住者は引き下げられています。

加算としては、麻薬管理指導加算（100点）があります。

在宅患者共同診療料 新

1. 往診	1,500点
2. 訪問診療（同一建物居住者以外）	1,000点
3. 訪問診療（同一建物居住者）	
特定施設等入居者	240点
上記以外	120点

今回の改定で新設された在宅療養後方支援病院（18頁参照）のみが算定できる診療料です。

在宅療養後方支援病院を緊急時の搬送先として希望する患者に対して、在宅医療を提供している連携先医療機関の求めに応じ、共同で往診又は訪問診療を行った場合に算定できます。最初の算定日から1年以内に、1～3までを合わせて2回限り算定できます。ただし、①15歳未満で人工呼吸器を使用している患者、②15歳以上で人工呼吸器を使用している状態が15歳未満から継続している患者（体重20kg未満に限る）、③神経難病等の患者——については、最初の算定日から1年以内に、1～3までを合わせて12回まで算定できます。

また、許可病床500床以上の在宅療養後方支援病院については、上記①、②、③の患者の場合しか算定できません。

在宅患者訪問褥瘡管理指導料 **新** 届

750点 (2回限り)

褥瘡対策推進の観点から、今回の改定で新設された点数です。多職種から構成される在宅褥瘡対策チームが、重点的な褥瘡管理が必要な褥瘡ハイリスク患者に対して、カンファレンスや定期的なケアなどを実施した場合に、初回カンファレンスから起算して6カ月以内に限り、2回を限度に算定できます。

【主な算定要件】

- ①対象患者はベッド上安静であって既にDESIGN-Rによる深さの評価がd2以上の褥瘡で、かつ次のいずれかの者。
ショック状態／重度の末梢循環不全／麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要／強度の下痢が続く状態／極度の皮膚脆弱／褥瘡に関する危険因子があって既に褥瘡を有する
- ②在宅褥瘡対策チームは、以下の内容を実施すること。
 - ・初回訪問時に在宅褥瘡管理者を含むチーム員が患者に一堂に会し、褥瘡の重症度やリスク因子についてアセスメントを行い、指導管理方針について、初回カンファレンスを実施し、在宅褥瘡診療計画を立案する。
 - ・チームの各構成員は月1回以上、計画に基づき適切な指導管理を行い、その結果について情報共有する。
 - ・初回訪問後3カ月以内に褥瘡の改善状況、在宅褥瘡診療計画に基づく指導管理の評価及び、必要に応じて見直しのための評価カンファレンスを行う（カンファレンスの結果、継続して指導管理が必要と認められた場合に限り2回目の評価カンファレンスを実施できる）。
- ③同指導料は、初回カンファレンスから3カ月以内に実施した評価カンファレンスの実績に基づき算定できる。3カ月以内の評価カンファレンスの結果、継続して指導管理が必要と認められた場合に限り、初回カンファレンス後4カ月以上6カ月以内に実施した2回目の評価カンファレンスについても、実績に基づき算定できる。なお、初回カンファレンス以降にチームの各構成員が月1回以上、計画に基づき行う適切な指導管理については、訪問診療料、訪問看護料、訪問栄養食事指導料を算定できる。
- ④初回カンファレンスのほか、評価カンファレンスを患者で行った場合に、当該カンファレンスとは別に継続的に実施する必要がある訪問診療料、訪問看護料、訪問栄養食事指導料を併せて算定できる。

【主な施設基準】

- ①以下の3名から構成される在宅褥瘡対策チームが設置されている。
(ア) 常勤医師、(イ) 保健師、助産師、看護師又は准看護師、(ウ) 常勤管理栄養士（診療所は非常勤でも可）

※当該医療機関の医師と管理栄養士が、当該患者に対して継続的に訪問看護を行う訪問看護ステーションの看護師と連携して在宅褥瘡対策を行う場合、及び他医療機関等の看護師（准看護師を除く）を在宅褥瘡管理者とする場合に限り、在宅褥瘡対策チームの構成員とすることができる。

- ②在宅褥瘡対策チームの（ア）又は（イ）（准看護師を除く）のいずれか1名以上は、以下のいずれの要件も満たす在宅褥瘡管理者であること。
 - ・5年以上医師又は看護師として医療に従事し、褥瘡対策について1年以上の経験
 - ・在宅褥瘡ケアに係る所定の研修を修了（2014年9月末までは要件を満たしているとみなす）
- ※ただし、当該医療機関に在宅褥瘡管理者の要件を満たす者がいない場合は、他の医療機関等の褥瘡ケアに係る専門の研修を修了した看護師を在宅褥瘡管理者とすることができる。

その他の在宅患者診療・指導料

項目		点数	
往診料		720点	
機能強化型の 在支診・在支病	病床あり	緊急加算	+850点
		夜間加算	+1,700点
	病床なし	深夜加算	+2,700点
		緊急加算	+750点
		夜間加算	+1,500点
		深夜加算	+2,500点
上記以外の在支診・在支病 ^{*1}		緊急加算	+650点
		夜間加算	+1,300点
		深夜加算	+2,300点
在支診・在支病以外		緊急加算	+325点
		夜間加算	+650点
		深夜加算	+1,300点
診療時間加算（1時間超の場合30分ごと）		+100点	
死亡診断加算		+200点	
救急搬送診療料		1,300点	
新生児加算		+1,000点	
乳幼児（6歳未満）加算		+500点	
長時間加算（診療時間30分超）		+500点	
在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料 （週6単位まで、退院日から3カ月以内は週12単位まで） ^{*2}	同一建物 居住者以外	300点 （1単位につき）	
	同一建物 居住者	255点 （1単位につき）	
訪問看護指示料（月1回）		300点	
特別訪問看護指示加算		+100点	
介護職員等喀痰吸引等指示料（3カ月に1回）		240点	
在宅患者訪問栄養食事指導料 （月2回）	同一建物居住者以外	530点	
	同一建物居住者	450点	
在宅患者連携指導料（月1回）		900点	
在宅患者緊急時等カンファレンス料（月2回）		200点	

※1 施設基準を満たした施設では在宅療養実績加算（75点）が算定可。

※2 急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリが必要な場合は、6カ月に1回限り、診療日から14日以内の訪問リハビリについては1日4単位に限り算定可。