

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。

今回の改定では、**複数の医療機関による訪問診療の評価、在宅療養支援診療所以外の医療機関による医学管理の評価**などが行われています。

在宅療養支援診療所・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。また、在支診・在支病の中でも、在宅での看取りや緊急時対応など、一定の実績要件を満たしたのが機能強化型の在支診・在支病です。

主な施設基準は下表のとおりですが、在宅医療を専門に行う診療所（往診又は訪問診療を実施した患者割合が95%以上の医療機関）が在支診になる場合は、これらの施設基準に加えて、次の基準を満たす必要があります。

また、これを満たせない場合は、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料を所定点数（在支診以外の場合）の80%で算定しなければなりません。

【在宅専門診療所（在宅患者が95%以上）が在支診になる場合の主な施設基準】

- ・直近1年間に5つ以上の医療機関から、文書による紹介を受けて訪問診療を開始した実績がある。
- ・過去1年間の在宅における看取りの実績が20件以上、又は15歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績（3回以上の定期的な訪問診療を実施し、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ている場合に限り）が10件以上。
- ・直近1カ月の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の算定患者のうち、施設入居時等医学総合管理料の患者割合が70%以下。
- ・直近1カ月に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患者のうち、要介護3以上又は別に厚生労働大臣が定める状態の患者（19頁の在宅時医学総合管理料等における重症者等と同じ）の割合が50%以上。

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（無床診療所は他医療機関との連携可）、受け入れ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（医療資源が少ない地域など別に定められた地域では240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件以上又は15歳未満の超重症児・準超重症児に対する在宅医療の実績（3回以上の定期的な訪問診療を実施し、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ている場合に限り）を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"> ・当該医療機関が過去1年間の緊急往診実績4件以上、看取り実績2件以上又は15歳未満の超重症児・準超重症児に対する在宅医療の実績（3回以上の定期的な訪問診療を実施し、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ている場合に限り）を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（医療資源が少ない地域など、別に定められた地域では240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。 <p>*あらかじめ聴取した患者・家族の意向に基づき、入院受け入れ先医療機関で7日以内の入院を経て死亡した患者に対し、入院日を含む直近6カ月間に訪問診療を実施していた場合も、在宅における看取りの実績に含めることができる。</p>
<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。 		

在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 届

在宅療養実績加算 届

在宅緩和ケア充実診療所・病院加算は、機能強化型の在支診及び在支病のうち、緩和ケアや看取り、緊急往診などに十分な実績を有する医療機関を評価した加算です。一方、在宅療養実績加算は、機能強化型ではないものの、在宅医療に十分な実績を有している在支診・在支病を評価する加算であり、施設基準に応じて「1」と「2」があります。

いずれも加算の対象となるのは「往診料の緊急、夜間・休日、深夜の各加算」「在宅患者訪問診療料の在宅ターミナルケア加算」「在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料」「在宅がん医療総合診療料」です（点数については各項目を参照）。

また、いずれも施設基準（本誌では割愛）を満たし届出が必要です。

在宅患者訪問診療料（Ⅰ）（1日につき）改

在宅患者訪問診療料1（週3回まで）

同一建物居住者以外 833点

同一建物居住者 203点

在宅患者訪問診療料2（月1回、6カ月を限度）

同一建物居住者以外 830点

同一建物居住者 178点

いわゆる訪問診療の点数です。今回の改定では、併設する介護施設等への訪問診療を「在宅患者訪問診療料（Ⅱ）」として別に評価することとなり、これまでの評価は（Ⅰ）として整理されました。

また、これまでは1患者1医療機関の算定が原則でしたが、複数の医療機関が訪問診療を行った場合の「2」が新設されています。具体的には、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料又は在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす他の医療機関から紹介された患者に訪問診療を行った場合に算定できます。

「1」は週3日まで算定できますが、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。

「2」は6カ月を限度に月1回算定できますが、①そ

の診療科の医師でなければ困難な診療、②既に診療した傷病やその関連疾患とは明らかに異なる傷病に対する診療——の場合は、さらに6カ月算定できます。

また、「1」「2」いずれも末期の悪性腫瘍など、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者には、所定の算定回数を超えて算定できます。

在宅患者訪問診療料（Ⅱ）新

144点（1日につき）

今回の改定で新設された区分です。有料老人ホーム等に併設されている医療機関が、その施設の入居者に訪問診療を行った場合の点数です。対象となるのは、①施設入居時等医学総合管理料の対象患者、②障害福祉サービス施設及び事業所又は福祉ホームの入居者、③小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスにおける宿泊サービスを利用中の患者——です。

これらの対象者に次のいずれかの訪問診療を行った場合に算定できます。

- イ）当該医療機関が、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の算定要件を満たす医療機関として、定期的に訪問診療を行った場合（初診日の訪問診療を除く）。
- ロ）在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料又は在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす他の医療機関の求めに応じ、当該他の医療機関から紹介された患者に対して、訪問診療を行った場合。

イの場合は患者1人につき週3回まで算定できますが、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。ロの場合は患者1人につき6カ月を限度に月1回算定できます。

イ、ロともに、末期の悪性腫瘍など別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者は所定回数を超えて算定できます。

【在宅患者訪問診療料Ⅰ、Ⅱの加算】

乳幼児加算（6歳未満）	400点
患家診療時間加算	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（ⅠのⅠの場合）

機能強化型の在支診・在支病（病床あり）	6,500点
機能強化型の在支診・在支病（病床なし）	5,500点
上記以外の在支診・在支病	4,500点
在支診・在支病以外	3,500点

在宅ターミナルケア加算（ⅡのⅠの場合）

機能強化型の在支診・在支病（病床あり）	6,200点
機能強化型の在支診・在支病（病床なし）	5,200点
上記以外の在支診・在支病	4,200点
在支診・在支病以外	3,200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。機能強化型の在支診・在支病で別に定められた施設基準を満たし、届け出ている場合は、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算（1,000点）を、機能強化型以外の在支診・在支病で別に定められた施設基準を満たし、届け出ている場合は在宅療養実績加算1（750点）又は同加算2（500点）を、**がん患者に対して酸素療法を行っていた場合は酸素療法加算として2,000点をさらに加算**。なお、**ターミナルケアの実施については、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」等の内容を踏まえて対応する。**

看取り加算（ⅠのⅠ、ⅡのⅠのみ算定可） 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（ⅠのⅠ、ⅡのⅠのみ算定可） 200点

患者で死亡診断を行った場合に加算（看取り加算を算定した場合は算定不可）。また、**次の要件を満たし、厚生労働省「情報通信機器（ICT）を用いた死亡診断等ガイドライン」に基づき、ICTを利用した看護師との連携による死亡診断を行う場合は、往診又は訪問診療の際に死亡診断を行っていない場合でも算定可能。**

- ①定期的・計画的な訪問診療を行っていた。
- ②正当な理由のために、医師が対面で死亡診断等を行うまでに12時間以上を要することが見込まれる。
- ③別に厚生労働大臣が定めた地域（医療資源の少ない地域等）であって、連携する他医療機関で在宅患者（同一建物居住者）訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算又は連携先訪問看護ステーションで訪問看護ターミナルケア療養費を算定している。

在宅時医学総合管理料（月1回） **改届**

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な医学管理を評価した包括点数で、基本的な算定要件はどちらも同じです。

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、注射や検査は別に算定できます。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。

点数は①医療機関の種類（機能強化型の在支診・在支病、それ以外の在支診・在支病、在支診・在支病以外）、②患者の状態（重症者、重症者以外）、③単一建物の診療患者数——によって細かく設定されています。

また、施設入居時等医学総合管理料の対象は、①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、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、認知症対応型共同生活介護事業所の入居者、②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——のいずれかです。

今回の改定では、**一部点数の変更が行われたほか、精神科専門療法の通院・在宅精神療法の算定患者で、在宅患者訪問診療料（Ⅰ）のⅠ、（Ⅱ）のⅠの算定患者は、がん患者など別に厚生労働大臣が定める状態の患者しか算定できなくなりました。**

この他、**継続診療加算、包括的支援加算、オンライン在宅管理料が新設**されています。

【在宅時（施設入居時等）医学総合管理料における重症者等】

- ①次に掲げる疾患に罹患している患者
末期の悪性腫瘍／スモン／難病法に規定する指定難病／後天性免疫不全症候群／脊髄損傷／真皮を越える褥瘡
- ②次のいずれかを行っている状態の患者
在宅自己連続携行式腹膜灌流／在宅血液透析／在宅酸素療法／在宅中心静脈栄養法／在宅成分栄養経管栄養法／在宅自己導尿／在宅人工呼吸／植込型脳脊髄刺激装置による疼痛管理／肺高血圧症であって、プロスタグランジン₁₂製剤を投与／気管切開／気管カニューレを使用／ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用／人工肛門又は人工膀胱を設置

在宅時医学総合管理料の点数一覧

	病床	訪問回数 (月)	患者の 状態	単一建物の診療患者数		
				1人	2~9人	10人以上
機能強化型の 在宅診・ 在宅病 ^{*1}	あり	2回以上	重症者等	5,400点	4,500点	2,880点
			上記以外	4,500点	2,400点	1,200点
	なし	1回	重症者等	2,760点	1,500点	780点
			上記以外	4,100点	2,200点	1,100点
上記以外の 在宅診・ 在宅病 ^{*2}	あり	2回以上	重症者等	5,000点	4,140点	2,640点
			上記以外	4,100点	2,200点	1,100点
	なし	1回	重症者等	2,520点	1,380点	720点
			上記以外	3,700点	2,000点	1,000点
在宅診・ 在宅病以外	あり	2回以上	重症者等	4,600点	3,780点	2,400点
			上記以外	3,700点	2,000点	1,000点
	なし	1回	重症者等	2,300点	1,280点	680点
			上記以外	2,300点	1,280点	680点
在宅診・ 在宅病以外	あり	2回以上	重症者等	3,450点	2,835点	1,800点
			上記以外	2,750点	1,475点	750点
	なし	1回	重症者等	1,760点	995点	560点
			上記以外	1,760点	995点	560点

※1：施設基準を満たし届け出た施設では在宅緩和ケア充実診療所・病院加算（1人：400点、2~9人：200点、10人以上：100点）が算定可。

※2：施設基準を満たし届け出た施設では在宅療養実績加算1（1人：300点、2~9人：150点、10人以上：75点）又は在宅療養実績加算2（1人：200点、2~9人：100点、10人以上：50点）が算定可。

施設入居時等医学総合管理料の点数一覧

	病床	訪問回数 (月)	患者の 状態	単一建物の診療患者数		
				1人	2~9人	10人以上
機能強化型の 在宅診・ 在宅病 ^{*1}	あり	2回以上	重症者等	3,900点	3,240点	2,880点
			上記以外	3,200点	1,700点	1,200点
	なし	1回	重症者等	1,980点	1,080点	780点
			上記以外	2,900点	1,550点	1,100点
上記以外の 在宅診・ 在宅病 ^{*2}	あり	2回以上	重症者等	3,600点	2,970点	2,640点
			上記以外	2,900点	1,550点	1,100点
	なし	1回	重症者等	1,800点	990点	720点
			上記以外	1,800点	990点	720点
在宅診・ 在宅病以外	あり	2回以上	重症者等	3,300点	2,700点	2,400点
			上記以外	2,600点	1,400点	1,000点
	なし	1回	重症者等	1,640点	920点	680点
			上記以外	1,640点	920点	680点
在宅診・ 在宅病以外	あり	2回以上	重症者等	2,450点	2,025点	1,800点
			上記以外	1,950点	1,025点	750点
	なし	1回	重症者等	1,280点	725点	560点
			上記以外	1,280点	725点	560点

※1：施設基準を満たし届け出た施設では在宅緩和ケア充実診療所・病院加算（1人：300点、2~9人：150点、10人以上：75点）が算定可。

※2：施設基準を満たし届け出た施設では在宅療養実績加算1（1人：225点、2~9人：110点、10人以上：56点）又は在宅療養実績加算2（1人：150点、2~9人：75点、10人以上：40点）が算定可。

▶ 継続診療加算 **216点**

在宅診以外の診療所が、他の医療機関との連携等によって24時間体制を構築した場合を評価しています。

【主な算定要件】

- 在宅療養支援診療所以外の診療所が、外来を4回以上受診した後に訪問診療に移行した患者に対して、次の全ての要件を満たして訪問診療を実施した場合に算定す

る。継続診療加算を算定して訪問診療及び医学管理を行う月のみ次の体制を確保すればよく、地域医師会等の協力を得てア又はイに規定する体制を確保することも差し支えない。

ア) 自院単独又は連携医療機関の協力により、24時間の往診及び連絡体制を有している。

イ) 訪問看護が必要な患者に対し、自院、連携医療機関又は連携訪問看護ステーションが訪問看護を提供する体制を確保。

ウ) 自院又は連携医療機関の連絡担当者の氏名、診療時間内及び診療時間外の連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等並びに往診担当医の氏名等について、患者又は家族に文書により提供し、説明している。

▶ 包括的支援加算 **150点**

患者の状態に応じた評価を進める観点から、一定の状態にある患者への在宅医療を評価しています。次の患者に対して加算できます。ただし、在宅時（施設入居時等）医学総合管理料における重症者等（19頁参照）の点数を算定している場合は対象外です。

【主な対象患者】

- 要介護2以上の状態又はこれに準じる状態
- 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状態
- 訪問診療又は訪問看護において注射又は喀痰吸引、経管栄養等の特定の処置を受けている状態
- 特定施設、認知症対応型共同生活介護事業所、特別養護老人ホーム、障害者支援施設等に入居・入所する患者で、注射又は特定の処置を受けている状態。
- その他関係機関との調整等のために訪問診療を行う医師による特別な医学管理を必要とする状態。

▶ オンライン在宅管理料 **100点**

オンライン医学管理料（6頁参照）と同様に今回の改定で新設された点数です。ビデオ通話など情報通信機器を活用した医学管理を行っている場合に、在宅時医学総合管理料に加えて算定できます。

対象となるのは、月1回の訪問診療を行っている場合で、在宅時医学総合管理料を初めて算定した月から6カ月以上経過し、かつ初めての算定月から6カ月の間、オンライン診察を行う医師と同一の医師により、毎月訪問診療を行っている場合に限りです。

その他、主だった算定要件はオンライン医学管理料と同様であり、施設基準については「オンライン診療料の届出」となっています。

【その他の在宅時（施設入居時等）医学総合管理料の加算】

処方箋を交付しない場合の加算	300点
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（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3カ月を限度に算定可。	
頻回訪問加算	600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にて必要な医学管理を行った場合に1回限り加算。	

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算定しますが、①保健師・助産師・看護師、②准看護師、③悪性腫瘍患者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアの専門研修を受けた看護師——の3つの区分があります。

①と②は週3日を限度に算定できますが、末期の悪性腫瘍など別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者には週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、③は評価体系が異なっており、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」「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を算定する場合は真皮までの状態）」又は「人工肛門もしくは人工膀胱周囲の皮膚にびらん等の皮膚障害が継続もしくは反復して生じている状態にある患者」で、専門研修（別途規定、本誌では割愛）を受けた看護師を訪問させ、他医療機関や訪問看護ステーションの看護師等と共同で同一日に看護・指導を行った場合に、月1回算定します。また、各種加算は算定不可で、施設基準を満たし届出が必要です。

今回の改定では、在宅ターミナルケア加算の見直し、看護・介護職員連携強化加算の新設などが行われています。

保健師・助産師・看護師	週3日目まで	580点
	週4日目以降	680点
准看護師	週3日目まで	530点
	週4日目以降	630点
悪性腫瘍患者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアの専門研修を受けた看護師		1,285点

保健師・助産師・看護師	同一日2人	週3日目まで	580点
		週4日目以降	680点
	同一日3人以上	週3日目まで	293点
		週4日目以降	343点
准看護師	同一日2人	週3日目まで	530点
		週4日目以降	630点
	同一日3人以上	週3日目まで	268点
		週4日目以降	318点
悪性腫瘍患者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアの専門研修を受けた看護師		1,285点	

▶ 看護・介護職員連携強化加算 新 250点（月1回）

医療機関の看護師又は准看護師が、介護職員等が喀痰吸引等の業務を円滑に行えるよう支援を行った場合を評価しています。

「喀痰吸引等に係る計画書や報告書の作成及び緊急時等の対応についての助言を行っていること」及び「介護職員等と同行し、患者の居宅において喀痰吸引等の業務の実施状況について確認していること」が主な算定要件です。

【その他の在宅患者（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	
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回訪問を行った場合は450点、1日3回以上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（急性増悪等で一時的に頻回の訪問看護が必要な患者等）に90分超の訪問看護を行った場合に、週1日（15歳未満の超重症児又は準超重症児等の場合は週3日）加算。	
乳幼児加算	150点
6歳未満の乳幼児に訪問看護を行った場合に加算。	
複数名訪問看護・指導加算	
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に、①同行者が保健師、助産師、看護師の場合は450点を週1日、②同行者が准看護師の場合は380点を週1日、③同行者が看護補助者の場合は300点を週3日、④同行者が看護補助者で、別に厚生労働大臣が定める患者（週4日以上訪問看護が可能な患者等）の場合、1日1回の場合は300点、1日2回の場合は600点、1日3回以上の場合は1,000点を算定する。

在宅患者（同一建物居住者）連携指導加算 300点

訪問診療の実施医療機関を含め、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保険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、ケアマネジャー等と共同で患者に赴き、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

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。①在宅で死亡した患者又は特別養護老人ホーム等で死亡した患者で介護報酬の看取り介護加算等を算定していない場合は2,500点、②特別養護老人ホーム等で死亡した患者で介護報酬の看取り介護加算等を算定している場合は1,000点を加算。なお、ターミナルケアの実施については、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」等の内容を踏まえて対応する。

在宅移行管理加算

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回に限り加算。

夜間・早朝訪問看護加算、深夜訪問看護加算

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は210点を、深夜（22時～翌6時）に訪問看護を行った場合は420点を加算。

特別地域訪問看護加算

患者までの移動に1時間以上かかり、なおかつ医療機関の所在地もしくは患者の所在地が別に厚生労働大臣が定める地域（医療資源が少ない地域等）である場合に、所定点数の50%を加算する。

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 在宅診・在宅病*1	病床あり	緊急往診加算	+850点
		夜間・休日往診加算	+1,700点
		深夜往診加算	+2,700点

項目			点数	
病床なし		緊急往診加算	+750点	
		夜間・休日往診加算	+1,500点	
		深夜往診加算	+2,500点	
上記以外の 在宅診・在宅病*2		緊急往診加算	+650点	
		夜間・休日往診加算	+1,300点	
		深夜往診加算	+2,300点	
在宅診・在宅病以外		緊急往診加算	+325点	
		夜間・休日往診加算	+650点	
		深夜往診加算	+1,300点	
患者診療時間加算（1時間超の場合、30分ごと）			+100点	
死亡診断加算			+200点	
在宅がん 医療総合 診療料 (1日につき)	機能強化型の 在宅診・在宅病*1	病床あり	処方箋交付 1,800点 上記以外 2,000点	
		病床なし	処方箋交付 1,650点 上記以外 1,850点	
	上記以外の 在宅診・在宅病*2	処方箋交付	1,495点	
		上記以外	1,685点	
死亡診断加算			+200点	
救急搬送診療料			1,300点	
新生児加算			+1,500点	
乳幼児加算（6歳未満）			+700点	
長時間加算（診療時間30分超）			+700点	
在宅患者訪問点滴注射管理指導料（週1回）			100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)*3	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*4			+100点	
衛生材料等提供加算			+80点	
介護職員等略痰吸引等指示料（3カ月に1回）			240点	
在宅患者訪 問薬剤管理 指導料 (月4回)*5	単一建物 診療患者数	1人	650点	
		2～9人	320点	
		上記以外	290点	
麻薬管理指導加算			+100点	
乳幼児加算（6歳未満）			+100点	
在宅患者訪 問栄養指導 料（月2回）	単一建物 診療患者数	1人	530点	
		2～9人	480点	
		上記以外	440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	
在宅患者共同診療料 (1年以内、2回限り)*6	往診	往診	1,500点	
		訪問診療	同一建物居住者以外	1,000点
			同一建物居住者	240点
在宅患者訪問褥瘡管理指導料（6カ月以内、2回限り）			750点	

※1：施設基準を満たし届け出た施設では在宅緩和ケア充実診療所・病院加算として往診料は100点、在宅がん医療総合診療料は150点をさらに加算できる。

※2：施設基準を満たし届け出た施設では、在宅療養実績加算1として往診料は75点、在宅がん医療総合診療料は110点を、又は同加算2として往診料は50点、在宅がん医療総合診療料は75点をさらに加算できる。

※3：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。

※4：気管カニューレ使用又は真皮を越える褥瘡の患者は月2回まで。

※5：末期の悪性腫瘍、中心静脈栄養法の患者は週2回かつ月8回まで。

※6：在宅療養後方支援病院（許可病床400床未満に限る）が、在宅医療の提供医療機関からの求めに応じて共同で往診・訪問診療を行った場合に算定。15歳未満の人工呼吸器装着患者、15歳未満から引き続き人工呼吸を実施しており体重が20キログラム未満の患者又は神経難病等の患者を対象とする場合は年12回まで算定可。