

第2章第2部
在宅医療

寝たきり老人在宅総合診療料

- イ 院外処方せんを交付する場合
- ロ 院外処方せんを交付しない場合

(24時間連携体制加算の見直し)

2,300点

2,600点

2,290点

2,575点

注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た寝たきり老人在宅総合診療料届出保険医療機関が、在宅寝たきり老人等に対して、当該基準による寝たきり老人在宅総合診療を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ24時間連携体制加算として所定点数に加算する。

- イ 24時間連携体制加算(I) 1,600点
- ロ 24時間連携体制加算(II) 1,400点
- ハ 24時間連携体制加算(III) 410点

注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た寝たきり老人在宅総合診療料届出保険医療機関が、在宅寝たきり老人等に対して、当該基準による寝たきり老人在宅総合診療を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ24時間連携体制加算として所定点数に加算する。

- イ 24時間連携体制加算(I) 1,400点
- ロ 24時間連携体制加算(II) 1,400点
- ハ 24時間連携体制加算(III) 410点

(廃止：在宅患者訪問診療料に統合)
合)

寝たきり老人訪問診療料（1日につき）

- イ 寝たきり老人訪問診療料(I) 830点
- ロ 寝たきり老人訪問診療料(II) 860点

- 注1 イについては寝たきり老人在宅総合診療料届出保険医療機関以外の保険医療機関が、ロについては寝たきり老人在宅総合診療料届出保険医療機関が、在宅寝たきり老人等に対して、計画的な医学的管理の下に、定期的に訪問して診療を行った場合（老人初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合を除く。）に、それぞれ患者1人につき週3日を限度（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）として算定する。この場合において、再診及び往診の費用は、所定点数に含まれるものとする。
- 2 保険医療機関が、診療に基づき、患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問診療を行う必要を認め、計画的な医学的管理の下に、在宅寝たきり老人等に対して訪問診療を行った場合は、注1の規定にかかわらず、1月に1回に限り、当該診療の日から14日以内に行った訪問診療については14日を限度として算定する。
- 3 患家における診療時間が1時間を超えた場

→ (廃止：在宅患者訪問診療料に統合)

合は、30分又はその端数を増すごとに所定点数に100点を加算する。

4 保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合又は海路による訪問診療を行った場合で、特殊の事情があったときの寝たきり老人訪問診療料は、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。

5 イを算定する場合において、在宅で死亡した者について1月以上ターミナルケアを行った場合は、在宅老人ターミナルケア加算として、所定点数に1,200点を加算する。

6 患家において死亡診断を行った場合は、200点を加算する。

7 往診料を算定する往診の日の翌日までに行った寝たきり老人訪問診療の費用は算定しない。

8 注1及び注2に掲げる診療に要した交通費は、患家の負担とする。

寝たきり老人末期訪問診療料（1日につき）

イ 寝たきり老人末期訪問診療料(1)

(1) 週3回目までの訪問のあった日（(2)に掲げる日を除く。） 830点

（廃止：在宅患者訪問診療料に統合）

(2) 週4回目以降の訪問のあった日

1,090点

ロ 寝たきり老人末期訪問診療料(Ⅱ)

(1) 週3回目までの訪問のあった日((2)に掲げる日を除く。)

860点

(2) 週4回目以降の訪問のあった日

1,180点

注1 イについては寝たきり老人在宅総合診療料

届出保険医療機関以外の保険医療機関が、ロについては寝たきり老人在宅総合診療料届出保険医療機関が、末期の悪性腫瘍の在宅寝たきり老人等に対して、計画的な医学的管理の下に、定期的に訪問して診療を行った場合(老人初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合を除く。)に算定する。この場合において、再診及び往診の費用は所定点数に含まれるものとする。

2 患家における診療時間が1時間を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに所定点数に100点を加算する。

3 保険医療機関の所在地と患家の距離が16キロメートルを超えた場合又は海路による訪問診療を行った場合で、特殊の事情があったときの寝たきり老人末期訪問診療料は、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定す

る。

- 4 イを算定する場合において、在宅で死亡した者について、1月以上ターミナルケアを行った場合は、在宅老人ターミナルケア加算として、所定点数に1,200点を加算する。
- 5 患家において死亡診断を行った場合は、200点を加算する。
- 6 往診料を算定する往診の日の翌日までに行った寝たきり老人末期訪問診療の費用は算定しない。
- 7 注1に掲げる診療に要した交通費は、患家の負担とする。

寝たきり老人訪問指導管理料
(注の変更：表現の整理)

注5 在宅自己注射指導管理、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、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅悪性腫瘍患者指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている患者に対して行った指導管理の費用は、それぞれの指導管理料に含まれるものとする。

注5 医科点数表第2章第2部第2節の各区分に掲げる在宅療養指導管理（退院前在宅療養指導管理を除く。）を受けている患者に対して行った指導管理の費用は、それぞれの指導管理料に含まれるものとする。

6 寝たきり老人処置指導管理料

- 注1 在宅における創傷処置等の処置を行っている在宅寝たきり老人等に対して、当該処置に関する指導管理を行った場合に、1月に1回を限度として算定する。
- 2 当該保険医療機関を退院した患者に対して退院の日から1月以内に指導管理を行った場合における当該指導管理の費用は、老人入院基本料に含まれるものとする。
- 3 入院中の患者に対して退院時に寝たきり老人処置指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合においては、当該退院の日に所定点数を算定できる。
- 4 寝たきり老人処置指導管理料を算定すべき指導を行った場合においては、老人慢性疾患生活指導、皮膚科特定疾患指導管理、痴呆患者在宅療養指導管理又は寝たきり老人訪問指導管理の費用は、所定点数に含まれるものとする。

→ (廃止：在宅寝たきり患者処置指導管理料に統合)

(第2部の全体の注の変更)

※寝たきり老人訪問診療料等の
の廃止に伴う改正

注 第2部に規定する在宅医療料以外の在宅医療料(次に掲げる在宅医療料を除く。)の算定は、医科点数表の例による。この場合において、在宅療養指導管理料の通則中「2以上の指導管理」とあるのは「本節各区分に掲げる在宅療養指導管理料(在宅寝たきり患者処置指導管理料を除く。)に規定する指導管理又は寝たきり老人処置指導管理のうち2以上の指導管理」と、在宅末期医療総合診療料の注中「居宅において療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者であって通院が困難なもの」とあるのは「末期の悪性腫瘍の在宅寝たきり老人等」と、在宅患者訪問看護・指導料の注中「指定訪問看護」とあるのは「指定老人訪問看護」と、それぞれ読み替えるものとする。

イ 在宅患者訪問診療料

ロ 在宅時医学管理料

ハ 在宅寝たきり患者処置指導管理料

注 第2部に規定する在宅医療料以外の在宅医療料(在宅時医学管理料を除く。)の算定は、医科点数表の例による。この場合において、在宅患者訪問診療料の注中「区分番号A000に掲げる初診料」とあるのは「第1章第1部第1節に規定する老人初診料」と、「区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料」とあるのは「同部第2節に規定する老人再診料及び老人外来診療料」と、在宅末期医療総合診療料の注中「居宅において療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者であって通院が困難なもの」とあるのは「末期の悪性腫瘍の在宅寝たきり老人等」と、訪問看護指示料の注中「指定訪問看護」とあるのは「指定老人訪問看護」と、それぞれ読み替えるものとする。

第2章第3部
検査

(告示の簡素化)

老人検査料

→ (第3部の注1ただし書イ)

老人精神病棟等入院時基本検査料
(1月につき)

50点 → 43点

(告示の簡素化)

老人検体検査判断料

→ (第3部の注1ただし書ハ)

老人精神病棟等検体検査判断料

イ 尿・糞便等検査判断料

30点 → 32点

ロ 血液学的検査判断料

126点 → 130点

ハ 生化学的検査(I)判断料

145点 → 150点

ニ 生化学的検査(II)判断料

126点 → 130点

ホ 免疫学的検査判断料

133点 → 140点

ヘ 微生物学的検査判断料

138点 → 145点

検体検査管理加算(I)

25点 → 30点

検体検査管理加算(II)

220点 → 250点

(告示の簡素化)

腫瘍マーカー検査料

→ (第3部の注1ただし書ニ)

(告示の簡素化)

心電図検査料

→ (一般と統合)

(告示の簡素化)	超音波検査料 (記録に要する費用を含む。)	→	(第3部の注1ただし書二)
(告示の簡素化)	脳波検査料 (過呼吸、光及び音刺激による負荷検査を含む。)	→	(第3部の注1ただし書二)
(告示の簡素化)	精密眼底検査料 (片側)	→	(第3部の注1ただし書二)
(告示の簡素化)	屈折検査料	→	(第3部の注1ただし書二)
(告示の簡素化)	調節検査料	→	(第3部の注1ただし書二)
(告示の簡素化)	矯正視力検査料 (眼鏡処方せんの交付を含む。)	→	(第3部の注1ただし書二)
(注の変更：ただし書の追加)	注1 第3部に規定する検査料以外の検査料 (検体検査実施料 (尿中一般物質定性半定量検査、糞便検査の潜血反応検査及び血液形態・機能検査の赤血球沈降速度測定に限る。) 及び検体検査判断料 (基本的検体検査判断料を除く。)) を除く。) の算定は、医科点数表の例による。この場合において、基本的検体検査実施料の注中「第1章第2部第2節に規定するH I V感染者療養環境特別加算若しくは重症者等療養環境特別加算又は同部第3節に	→	注1 第3部に規定する検査料以外の検査料の算定は、医科点数表の例による。この場合において、基本的検体検査実施料の注中「第1章第2部第2節に規定するH I V感染者療養環境特別加算若しくは重症者等療養環境特別加算又は同部第3節に規定する特定入院料を算定している患者」とあるのは、「H I V感染者療養環境特別加算若しくは重症者等療養環境特別加算又は老人特定入院料を算定している患者」と読み替えるものとする。

規定する特定入院料を算定している患者」とあるのは、「H I V感染者療養環境特別加算若しくは重症者等療養環境特別加算又は老人特定入院料を算定している患者」と読み替えるものとする。

ただし、イに掲げる検査料については、入院中の患者以外の患者に対して行った場合（(1)及び(3)については、当該保険医療機関内で検査を行った場合に限る。）に限り算定し、ロに掲げる検査料は、当該検査を老人精神病棟等入院患者に対して行った場合は算定せず、ハに掲げる検体検査及び老人精神病棟等検体検査判断料を算定した場合の検体検査については検体検査判断料は算定せず、ニに掲げる検査料については、老人精神病棟等入院患者であって入院期間が1年を超えるものに対して行った場合には、急性増悪等特に必要があると認められる場合を除き、その回数にかかわらず、3月に1回に限り算定する。

イ 次に掲げる検査料（入院中の患者以外の患者に対して行った場合に限り算定できる検査料）

- (1) 尿中一般物質定性半定量検査
- (2) 糞便検査の潜血反応検査
- (3) 血液形態・機能検査の赤血球沈降速度測定

ロ 次に掲げる検体検査（老人精神病棟等入院患者に対して行った場合に算定できない検査料）

- (1) 尿中特殊物質定性定量検査の蛋白定量

及び糖定量

(2) 血液形態・機能検査の末梢血液一般検査

ハ 次に掲げる検体検査（検体検査判断料が算定できない検査）

(1) 尿中一般物質定性半定量検査（当該検査の所定点数を算定した場合に限る。）

(2) 糞便検査の潜血反応検査（入院中の患者に対して行ったものに限る。）

(3) 血液形態・機能検査の赤血球沈降速度測定（入院中の患者に対して行ったものに限る。）

(4) 尿中特殊物質定性定量検査の蛋白定量及び糖定量（患者が老人精神病棟等入院患者の場合に限る。）

(5) 血液形態・機能検査の末梢血液一般検査（患者が老人精神病棟等入院患者の場合に限る。）

ニ 次に掲げる検査料

(1) 腫瘍マーカー

(2) 超音波検査（末梢血管血行動態検査及び血管内超音波法を除き、記録に要する費用を含む。）

(3) 脳波検査（過呼吸、光及び音刺激による負荷検査を含む。）

- | | | |
|--|--|---|
| | | <ul style="list-style-type: none">(4) 精密眼底検査料（片側）(5) 屈折検査(6) 調節検査(7) 矯正視力検査（眼鏡処方せんの交付を含む。） |
|--|--|---|

第2章第4部
画像診断

(告示の簡素化)

(第4部の注の変更)

※ 告示の簡素化に伴う形式改正

※ 取扱いは、従前のおり。

コンピューター断層撮影診断料

注 第4部に規定する画像診断料以外の画像診断料の算定は、医科点数表の例による。この場合において、造影剤注入手技1点滴注射中「区分番号G004に掲げる点滴注射」とあるのは「点滴注射」と、基本的エックス線診断料の注中「第1章第2部第2節に規定するHIV感染者療養環境特別加算若しくは重症者等療養環境特別加算又は同部第3節に規定する特定入院料を算定している患者」とあるのは、「HIV感染者療養環境特別加算若しくは重症者等療養環境特別加算又は老人特定入院料を算定している患者」と読み替えるものとする。

→ (第4部の注へ移動：取扱いに変更はない。)

注 画像診断料の算定は、医科点数表の例による。この場合において、造影剤注入手技1点滴注射中「区分番号G004に掲げる点滴注射」とあるのは「点滴注射」と、基本的エックス線診断料の注中「第1章第2部第2節に規定するHIV感染者療養環境特別加算若しくは重症者等療養環境特別加算又は同部第3節に規定する特定入院料を算定している患者」とあるのは「HIV感染者療養環境特別加算若しくは重症者等療養環境特別加算又は老人特定入院料を算定している患者」とそれぞれ読み替えるものとする。ただし、次に掲げる画像診断料については、行ったコンピューター断層撮影の種類又は回数にかかわらず、急性増悪等特に必要があると認められる場合を除き、老人病棟又は結核病棟若しくは精神病棟に入院している患者（以下この表において「老人病棟等入院患者」という。）であって入院期間が1年を超えるものに対して

行った場合は、1月に1回に限り、かつ、同一の部位につき3月に1回に限り所定点数を算定するものとし、コンピューター断層診断については、コンピューター断層撮影（磁気共鳴コンピューター断層撮影を除く。）の種類又は回数にかかわらず、急性増悪等特に必要があると認められる場合を除き、老人病棟等入院患者であって入院期間が1年を超えるものに対して行ったときは、同一の部位につき、3月に1回に限り所定点数を算定するものとする。

イ コンピューター断層撮影（一連につき）

ロ 非放射性キセノン脳血流動態検査

第2章第6部
注射

(告示の簡素化：一般と同一点数)

老人注射料

→ (削除：一般と同一点数であるので、取扱いに変更はない。)

(告示の簡素化)

点滴注射料

→ (第6部の注へ移動：取扱いに変更はない。)

老人精神病棟等点滴注射料（1日分の注射量が500mL以上の場合）
（1日につき）

(注の変更：告示の簡素化に伴う形式改正)

注1 老人精神病棟等入院患者に対して点滴注射を行った場合、点滴注射料の規定にかかわらず、その回数にかかわらず、所定点数を算定する。

→ 注1 老人精神病棟等入院患者に対して点滴注射を行った場合は、その回数にかかわらず、所定点数を算定する。

(注の変更：告示の簡素化に伴う形式改正)

5 急性増悪等特に必要なと認められる場合においては、注1の規定にかかわらず、点滴注射料のイに掲げる所定点数を算定する。

→ 5 急性増悪等特に必要なと認められる場合においては、注1の規定にかかわらず、第6部の注のイに掲げる所定点数を算定する。

(第6部の注の変更：ただし書の追加)

※ 告示の簡素化に伴う形式改正

※ 取扱いは、従前のどおり。

注 第6部に規定する注射料以外の注射料（皮下、筋肉内注射（入院中の患者以外の患者に対して行った場合に限る。）、静脈内注射（入院中の患者以外の患者に対して行った場合に限る。）及び点滴注射に係る注射料を除く。）の算定は、医科点数表の例による。この場合において、中心静脈注射の注中「区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料」とあるのは「寝たきり老人訪問診療料」と、薬剤の注中「健康保険法第43条ノ17第1項」とあるのは「老人保健法第31条の2第1項」と読み替えるものとする。

注 第6部に規定する注射料以外の注射料の算定は、医科点数表の例による。この場合において、薬剤の注中「健康保険法第43条ノ17第1項」とあるのは「老人保健法第31条の2第1項」と読み替えるものとし、入院中の患者（老人精神病棟等入院患者を除く。）に対して点滴注射を行った場合（1日分の注射量が500mL以上の場合に限る。）は、次に掲げる点数を算定するものとし、老人精神病棟等点滴注射料を算定した場合は、点滴注射に係る注射料は算定しないものとする。

イ 入院期間が1年未満の患者に対して行った場合 40点

ロ 入院期間が1年を超える入院中の患者に対して行った場合 29点

注 急性増悪等特に必要があると認められる場合においては、イに掲げる所定点数を算定する。