

〈付録 4〉 診療報酬改定にみる在宅医療の推移

改定年月	改定率	全体的特徴 (特に医療機関の機能別再編との関わりで)
S 56年(1981) 6 月	医科8.4%、歯科5.9%、調剤3.8% 薬価の引き下げ18.6% (6.1%)	薬価の大幅引下げにより実質マイナス、臨調行革路線の先取りといわれた改定。
S 58年(1983) 2 月	一般診療報酬は0.29%の微調整	老人保健法の発足に伴う診療報酬の改定。老人医療の診療方針及び診療報酬に関する改革を制定。 老人病院制度（特例許可老人病院と特例許可外老人病院）がスタート。
S 59年(1984) 3 月	医科3.0%、歯科1.1%、調剤1.0% 薬価引下げ16.6% (5.1%)	診療報酬の合理化の方向に沿って5点にわたり改定。4点目として「在宅医療の促進と入院期間の適正化」の項目。
S 60年(1985) 3 月	医科3.5%、歯科2.5%、調剤0.2% 薬価引下げ6.0% (1.9%)	病院は入院機能を、診療所は外来機能を重点的に評価。再診料、病診別に。 病院、診療所間に情報提供料（Ⅰ）（Ⅱ）を新設。
S 61年(1986) 4 月	医科2.5%、歯科1.5%、調剤0.3% 薬価引下げ5.1% (1.6%)	改正の基本的考え方の中の第一番目に「在宅医療の推進」が出現。 病院、診療所の機能別評価推進。慢性疾患指導管理料が病、診別に。 入院時医学管理料の通減制強化。オーバーベッドにペナルティー導入。
S 63年(1988) 4 月	医科3.8%、調剤1.7%、歯科（6月）1.0% 薬価引下げ10.2% (2.9%)	国民医療総合対策本部中間報告の趣旨を踏まえた改定。機能別の診療報酬評価。大学病院その他高度専門病院に紹介外来制。 老人保健施設の発足。特例許可老人病院に基準看護。 標欠病院にペナルティー導入。オーバーベッドのペナルティー強化。 病院から老人保健施設への情報提供新設。
H 元年(1989) 4 月	0.11%、薬価2.4% (0.65%)	消費税導入に伴う改定。 (高齢者保健福祉10か年戦略を策定)
H 2 年(1990) 4 月	医科4.0%、歯科1.4%、調剤1.9% 薬価引下げ9.2% (2.7%)	労働時間短縮の動向を踏まえて看護料の引き上げ。緩和ケア病棟の新設。特例許可老人病棟入院医療管理料の新設。 老健施設の施設共同入所者共同指導料新設。 (在宅介護支援センター制度スタート)

在宅医療点数の推移		
特徴点	具体的内容	新設点数
「往診料については、プライマリーケアを充実する観点から大幅引き上げ」。療養担当規則が改正され厚生大臣の定める薬剤が長期投与可に。	往診料 150→200点	・往診料に豪雪時加算 ・精神科デイ・ケアに食事加算 ・自己注射指導管理料 200点
制定にあたっての基本的考え方の中に「在宅医療推進」のルーツが出現。すなわち「不必要な長期入院を是正し、できるだけ入院医療から地域及び家庭における医療への転換を促進する」 在宅医療推進の始まり		・退院時指導料 100点 ・退院患者継続看護指導料 100点 (訪問看護指導料の前身) ・老人デイ・ケア料 100点
左記項目の中身としては（１）長期投薬拡大、（２）入院時医学管理料の通減強化、（３）自己連続携帯式腹膜灌流の導入の３つ	・退院患者継続看護指導料 100→125点	・自己腹膜灌流指導管理料 700点 ・往診料に緊急往診加算 100分の50
在宅医療の促進という言葉とともに初めて「在宅医療の推進」という言葉を使用。在宅の指導管理料等が新設。	・往診料 200→240点 ・継続看護指導料 125→150点 ・腹膜灌流指導管理料 700→1500点 ・老人デイ・ケア料 100→140点	・在宅酸素療法指導管理料 700点 ・在宅中心静脈栄養法指導管理料 700点 ・精神科退院時指導料 100点
訪問診療料という概念を老人医療に初めて導入。在宅指導管理料等の点数が引き上げられるとともに診療報酬の届出について承認制から届出制に移行。	・往診料 240→250点 ・自己注射指導管理料 400→470点 ・腹膜灌流指導管理料 1500→3000点 ・在宅酸素療法指導料 700→1400点 ・在宅中心静脈指導料 700→1400点 ・老人デイ・ケア 140→170点 ・継続看護指導料 150→180点 ・精神科デイ・ケア 240→300点	・寝たきり老人訪問診療料 340点 ・寝たきり老人訪問指導管理料 330点 ・精神科ナイト・ケア 300点 ・精神科訪問看護指導料 200点
在宅医療を独立した部として再編。一般にも在宅患者訪問診療料が新設され、点数も大幅に引き上げ。訪問看護指導料を新設。往診料の見直しと大幅引き上げ。指導管理料等新設。 在宅医療の基礎ができる	・往診料 250→400点 (距離加算の見直し) ・老人訪問診療料 340→500点 ・老人訪問指導管理料 330→350点 ・自己注射指導管理料 470→600点 ・腹膜灌流指導管理料 3000→3200点 ・在宅酸素療法指導料 1400→1500点 ・在宅中心静脈栄養法 1400→1500点 ・精神科ナイト・ケア 300→330点 ・退院時指導料 100→120点 →200点	・寝たきり老人訪問看護・指導料 (退院患者継続看護指導 180) →250点 ・在宅患者訪問看護・指導料 230点 ・在宅患者訪問診療料 480点 ・在宅経管栄養法指導管理料 800点 ・在宅自己導尿指導管理料 1000点 ・退院患者理学療法指導料 200点 ・老人訪問理学療法指導管理料 250点 ・重度痴呆患者デイ・ケア料 300点 ・痴呆患者在宅療養指導料 330点 ・開放型病院退院時共同指導加算
訪問看護・指導料に准看護婦（当時）の場合を新設。在宅療養指導管理料等の新設、引上げ。	・在宅患者訪問診療料 480→520点 ・老人訪問診療料 500→540点 ・老人訪問指導管理料 350→365点 ・訪問看護・指導料 230→360点 ・老人訪問看護・指導料 250→380点 ・老人訪問リハ指導料 250→380点 ・腹膜灌流指導管理料 3200→3500点 ・中心静脈指導管理料 1500→1650点 ・経管栄養指導管理料 800→950点 ・老人デイ・ケア 250→380点 ・精神科デイ・ケア 1 300→400点 2 330→450点 ・精神科ナイト・ケア 330→450点 ・痴呆在宅療養指導料 330→350点	・在宅患者訪問看護・指導料 (准看) 290点 ・寝たきり老人訪問看護・指導料 (准看) 310点 ・在宅人工呼吸指導管理料 1500点 ・在宅悪性腫瘍指導管理料 600点 ・在宅寝たきり患者処置指導管理料 450点 ・寝たきり老人処置指導管理料 550点 ・退院前訪問指導料 300点 ・退院患者継続訪問指導料 300点 ・寝たきり老人診療情報提供料 (Ⅰ) (Ⅱ) 190点

改定年月	改定率	全体の特徴 (特に医療機関の機能別再編との関わりで)
H 4 年(1992) 4 月	医科5.4%、歯科2.7%、調剤1.9% 薬価引き下げ8.1% (2.5%)	甲、乙一本化に向けて差異縮小、初診料も病院、診療所別に。 特定疾患療養指導料を新設、診療所、病院規模別で3ランクに。 医師配置数等により入院時医学管理料に加算を新設。診療所の情報 提供料(Ⅲ)を新設。 基準看護の引上げ、夜勤加算の新設。 オーバーベッド、標欠のペナルティー強化。 老人病院の要件70→65歳以上に(同年10月より)。 老人訪問看護ステーション発足。 特例許可老人病棟入院医療管理料の拡大と引上げ、入院医療管理移 行計画制度の導入。
H 5 年(1993) 4 月	—	特定機能病院と療養型病床群の診療報酬(老人保健福祉計画策定)
H 6 年(1994) 4 月	医科5.2%、歯科2.3%、調剤2.1% 薬価引下げ6.6% (2.1%) (10月実施予定分も含む)	中医協診療報酬基本問題小委員会報告を踏まえ、健保改定を境に異 例の2段階改定。 甲乙点数一本化。 特定機能病院、療養型病床群の評価。 診療情報提供料の再編・整備。 入院医療管理料の拡大と引上げ。 老人看護体系の見直し(10月実施)。 入院医療管理(Ⅰ)に看護・介護計画導入。 標欠の対象拡大。重点指導対象病院の拡大。
H 6 年(1994)10月	医科1.7%、歯科0.2%、調剤0.1%	健康保険法等改定に伴う改定。訪問看護療養費を一般にも拡大。 保険者拠出金による老健施設、訪問看護ステーション整備事業ス タート。

在宅医療点数の推移		
特徴点	具体的内容	新設点数
かかりつけ医機能として定額制の寝たきり老人在宅総合診療料を新設。老人保健法の改定に伴い老人訪問看護療養費を創設。往診料の規定が新たに設けられ、訪問診療との相違点の明確化。「往診料は、患家の求めに応じて患家に赴き診療を行った場合に算定できるものであり、定期的ないし計画的に患家に赴いて診療を行った場合は算定できない」	・往診料 400→520点 ・在宅患者訪問診療料 520→650点 ・老人訪問診療料 540→670点 ・老人訪問指導管理料 365→380点 ・訪問看護・指導料 〔 360→450点 290→400点 ・老人訪問看護・指導料 〔 380→470点 310→420点 ・老人訪問リハ指導料 380→470点 ・自己注射指導管理料 600→700点 ・腹膜灌流指導管理料 3500→3800点 ・在宅酸素指導管理料 1500→1800点 ・中心静脈指導管理料 1650→2000点 ・経管栄養指導管理料 950→1150点 ・人工呼吸指導管理料 1500→1800点 ・自己導尿指導管理料 1000→1200点 ・悪性腫瘍指導管理料 600→700点 ・寝たきり処置指導料 450→550点 ・老人処置指導管理料 550→600点 ・老人デイ・ケア（Ⅰ） 380→460点	・老人訪問看護療養費の創設。 ・老人訪問看護指示料 250点 ・寝たきり老人在宅総合診療料2200点 ・寝たきり老人訪問診療料（在総診の場合） 700点 ・在宅療養指導料 100点 ・在宅訪問リハ指導管理料 450点 ・在宅自己疼痛指導管理料 600点 ・老人在宅療養情報提供料 200点 ・老人デイ・ケア（Ⅱ） 660点
かかりつけ医機能を中小病院に拡大するとともに一般医療にも在宅を推進（在宅時医学管理料、在宅末期医療総合診療）。かかりつけ医の機能として地域での24時間体制を評価。在宅のターミナルケアに対する評価。在宅療養指導管理料は全て届出不要に。 在宅医療が完成	・往診料 520→550点 ・救急搬送診療料 520→550点 ・在宅患者訪問診療料 650→680点 ・老人訪問診療料（週2回→週3回） 〔 670→700点 700→730点 ・老人訪問指導管理料 380→410点 ・訪問看護・指導料 450→480点 ・訪問リハ（週2回→週3回） 400→430点 ・老人訪問看護・指導料 470→500点 ・老人訪問リハ（週2回→週3回） 420→450点 ・在宅自己注射指導料 700→800点 ・在宅酸素療法指導料 1800→2000点 ・在宅中心静脈指導料 2000→2500点 ・在宅成分栄養指導料 1150→2000点 ・在宅自己導尿指導料 1200→1500点 ・在宅人工呼吸指導料 1800→2000点 ・在宅悪性腫瘍指導料 700→1200点 ・寝たきり患者処置指導料 550→800点 ・老人寝たきり処置指導料 600→850点 ・寝たきり老人在宅総合診療料 院内投薬 2200→2500点 ・老人訪問看護指示料 250→300点 ・老人デイ・ケア（Ⅰ） 460→510点 （Ⅱ） 660→710点 ・在宅中心静脈、人工呼吸の対象疾患による縛りを削除、医師の判断に。	- 寝たきり老人在宅総合診療料・院外処方 2200点 24時間連携体制加算 1500点 - ターミナルケア加算 1000点 ・在宅時医学管理料 3000点 ・在宅末期医療総合診療料 1. 1500点 2. 1300点 ・在宅患者応急入院診療料 500点 ・在宅患者入院共同指導料 280点 120点 ・ターミナルケア加算（訪問看護療養費） 1000点 ・在宅看取り加算 200点 ・退院前在宅療養指導管理料 100点
有床診療所のショートステイ機能を評価。栄養士、薬剤師の訪問指導を新設。グループホームや精神障害者社会復帰施設への支援の評価。一般医療の在宅末期医療総合診療料に対応する点数を老人医療にも新設。	・往診料 550→570点 ・在宅患者訪問診療料 680→700点 ・老人訪問看護・指導料 〔 480→500点 430→450点 ・老人訪問リハビリ 480→500点 ・救急搬送診療料 550→570点 ・一般の訪問診療、訪問看護、訪問リハを20点引上げ、老人と同点数にした。 ・訪問診療、訪問看護の例外対象を拡大	・訪問看護療養費の創設 ・診療所老人医療管理料 1050点 ・ターミナルケア加算（訪問診療料、医療機関の訪問看護） 1000点 ・寝たきり老人末期訪問診療料（Ⅰ）700・1000（Ⅱ）1090・1180 ・老人末期訪問看護・指導料（保健師・看護師） 500・600点（その他略） ・老人退院時共同指導料 150点・240点 ・精神科訪問看護・指導料Ⅱ 150点 ・精神科デイ・ナイト・ケア 1000点 ・訪問栄養食事指導 550点 ・訪問薬剤管理指導 500点

改定年月	改定率	全体の特徴 (特に医療機関の機能別再編との関わりで)
H 8 年(1996) 4 月	医科3.6%、歯科2.2%、調剤1.3% 薬価等2.6%引き下げ	療養型病床群へ誘導するため移行計画加算の新設等各種措置を講じた。小児科外来診療料、老人慢性疾患外来総合診療料の新設等包括払い点数を拡大。 薬剤、入院治療計画等患者への情報提供を新たに評価。 200床以上の病院の紹介なしの初診を特定療養費化、老人保健施設療養費に逓減制を導入。

在宅医療点数の推移		
特徴点	具体的内容	新設点数
在宅医療のほとんどの項目にわたり、点数が引き上げられ、算定要件も一部改善（特に同一日における訪問診療や訪問看護等の後の往診料が算定可は評価できる）。今まで一般点数の在宅末期医療総合診療料が老人にも適用。老人点数にしかなかった末期訪問看護・指導料が一般にも新設。	・往診料 570→650点 同日であっても訪問診療等の後の往診が算定可。 ・在宅患者訪問診療料 700→790点 ・老人訪問診療料（Ⅰ） 700→790点 （Ⅱ） 730→820点 一時的に頻回の訪問を容認。 ・在宅時医学管理料 3000→3200点 ・在宅末期医療総合診療料 1. 1300→1500点 2. 1500→1700点 ・救急搬送診療料 570→650点 ・（老人）訪問看護・指導料 500→530点 450→480点 一時的に頻回の訪問を容認。 ・退院患者継続訪問指導料 330→360点 ・訪問リハビリ 500→530点 ・（老人）訪問薬剤管理指導料 - 月1回550点→月2回550点 ・（老人）訪問栄養食事指導料 500→530点 ・退院前在宅療養指導管理料 100→120点 ・在宅自己注射指導 800→920点 ・在宅酸素療法 1. 1000→1200点 2. 2000→2300点 (加算も引き上げ) ・在宅中心静脈指導料 2500→2800点 ・在宅成分栄養指導料 2000→2300点 (対象薬剤拡大) ・在宅自己導尿指導料 1500→1700点 ・在宅人工呼吸指導料 2000→2300点 (加算も引き上げ) ・在宅悪性腫瘍指導料 1200→1400点 ・寝たきり患者処置指導料800→960点 ・在宅自己疼痛指導料 1000→1200点 ・老人在宅総合診療イ. 2200→2300点 ロ. 2500→2600点 24時間連携体制加算 1500→1600点 - ターミナルケア加算 1000→1200点 - 老人末期訪問診療料 （Ⅰ）（1）700→790点 （2）1000→1090点 （Ⅱ）（1）730→820点 （2）1090→1180点 ・在宅末期訪問看護・指導料 - イ.（1）500→530点 （2）600→630点 - ロ.（1）450→480点 （2）550→580点 ・老人訪問指導管理料 410→430点 ・老人デイ・ケア （Ⅰ）（1）510→520点 （2）510→780点 （Ⅱ）（1）710→768点 （2）710→1028点	・在宅末期医療総合診療料を老人にも新たに適用 ・（老人）訪問看護指示料に頻回訪問指示の加算 100点 ・在宅自己導尿に間歇導尿用ディスプレイカテーテル加算（600点） ・在宅患者末期訪問看護・指導料（老人の点数を一般にも新設） ・老人デイ・ケアに痴呆性老人加算75点

改定年月	改定率	全体の特徴 (特に医療機関の機能別再編との関わりで)
H 9 年(1997) 4 月	医科1.31%、歯科0.75%、調剤1.15%、 薬価等4.4%引き下げ (1.27%)	消費税率引き上げに伴う改定 (0.32%) 及び診療報酬の合理化を図るための改定 (0.93%) 入院時医学管理料を平均在院日数の要件により 2 体系に。 療養型病床群移行計画加算の算定期限延長 (平成12年 3 月までに)。
H10年(1998) 4 月	医科1.5%、歯科1.5%、調剤0.7% 薬価引き下げ9.7% (2.7%)	医学管理料、看護料における平均在院日数要件を強化し拡大した(一部は10月以降実施)。 一般病棟における長期入院是正のため、6 カ月を超えて入院する老人の看護料を減額するとともに、それに代わる措置として特例病床群を設け定額制の老人長期入院医療管理料を選択する道を導入した。 医療法改定に伴い新たに誕生した地域医療支援病院、診療所療養型病床群にかかわる診療報酬を新設。 療養型病床群・老人病棟入院医療管理料に新たに厚生大臣の定める処置の点数を包括。 従来同一の開設者等について診療報酬上の制限が設けられていたが、これが「特別の関係にある保険医療機関等」という概念で整理され、対象を拡大。 2000年実施の介護保険に向けて準備を進めた点(デイ・ケアの見直し、長期入院の是正、痴呆性老人に対する評価等)も特徴。

在宅医療点数の推移		
特徴点	具体的内容	新設点数
	・老人デイ・ケア料の対象要件の明確化、取扱患者数の削減（１単位25人→20人）等算定要件の強化と施設基準の一部変更が行われた。 ・寝たきり老人訪問薬剤管理指導料麻薬管理指導加算 50→100点	なし
往診、訪問診療、訪問看護等の基本的点数は据え置かれた。 保険医療機関と他の保険医療機関、老人保健施設、訪問看護ステーション間の訪問看護等を重複算定することが制限された。 入院期間短縮の受け皿として在宅療養指導管理料の点数が若干引き上げられた。 老人デイ・ケア料については原則として週３日を限度とするとともに、算定要件、施設基準が強化された。 寝たきり老人訪問看護・指導料、寝たきり老人訪問リハビリテーション指導管理料、老人デイ・ケア料の月最初の実施日等を健康手帳に記載することが義務づけられた。	・在宅末期総合診療料の算定要件緩和 ・訪問看護指示料 - 退院時共同指導加算 150点→削除 ・在宅患者訪問栄養食事指導料 月１回（初回月２回）→月２回 ・寝たきり老人訪問栄養食事指導料 月１回（初回月２回）→月２回 ・在宅自己注射指導管理料 - 院外処方 820点 920点→院内処方 950点 ・在宅酸素療法指導管理料 チアノーゼ型先天性心疾患 1200→1300点 - その他の場合 2300→2500点 ・在宅中心静脈栄養法指導管理料 2800→3000点 ・在宅成分栄養経管栄養法指導管理料 2300→2500点 ・在宅自己導尿指導管理料 1700→1800点 ・在宅人工呼吸指導管理料 2300→2800点 - 陽圧式人工呼吸器加算 7000点 - 陰圧式人工呼吸器加算 2500点 → 気管切開口を介した陽圧式人工呼吸器加算 8000点 - 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器加算 6000点 - 陰圧式人工呼吸器加算 3000点 ・在宅悪性腫瘍患者指導管理料 1400→1500点 ・在宅寝たきり患者処置指導管理料 960→1050点 ・寝たきり老人処置指導管理料 1010→1100点 ・在宅自己疼痛管理指導管理料 1200→1300点 ・老人デイ・ケア料 原則週３日を限度 食事提供加算 48点→削除	・在宅患者訪問看護・指導料 在宅移行管理加算 250点 ・寝たきり老人訪問看護・指導料 在宅移行管理加算 250点 ・在宅血液透析指導管理料 3800点 - 頻回指導管理（月２回） 1900点 - 透析液供給装置使用加算 8000点 ・在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 1300点 ・寝たきり老人在宅総合診療料 24時間連携体制加算（Ⅱ） 410点

改定年月	改定率	全体の特徴 (特に医療機関の機能別再編との関わりで)
H12年(2000) 4月	医科2.0%、歯科2.0%、(これに加え 歯科用貴金属の国際価格変動対応分 0.5%)、調剤0.8% 薬価引き下げ7% (1.7%)	入院基本料が新設され、病棟種類別に10種類が設けられ病院の機能別再編を促進。 病院を200床で線引きし、200床以上については、再診料に代え簡単な検査、処置を包括した外来診療料を算定することとし外来を抑制。大病院は入院重視・紹介外来の推進。 一般病棟における老人の長期入院の包括点数の算定対象が従来の6カ月超から90日超に短縮(10月実施)され、介護保険への誘導。 包括点数が随所で拡大され、従来包括か出来高かの選択が可能であった療養型病床群、老人病棟、老人の長期入院はすべて包括点数に一本化。 介護保険実施に伴い、医療保険と介護保険の給付調整が行われ、その結果、従来算定できていたものを一部制限。
H14年(2002) 4月 (10月実施分を含む)	医 科 -1.3% 歯 科 -1.3% 調 剤 -1.3% 薬価等 -1.4%	史上初のマイナス改定が行われ、入院基本料の引き下げ、再診料やリハビリの通減等、多分野において点数を引き下げ。 180日を超える入院に対し、入院基本料の一部を給付除外し、患者負担とする新たな制度が設けられるなど、特定療養費制度を拡大。(10月に特定療養費適用除外対象者が若干拡大された)。 特定機能病院等に医療機関ごとの実績に応じた包括評価を導入(2003年4月実施)。 療養病棟入院基本料も引き下げられるとともに、新たに画像診断の単純撮影とリハビリの集団療法を包括。 ベッドを有する全ての医療機関に対し、医療安全管理体制の整備と褥瘡対策が義務づけられ、要件を満たさない場合は入院基本料等を減額(10月実施)。 外来診療料の算定要件である「200床以上」が許可病床数から医療法の病床区分の一般病床数に変更。(10月実施) 外来分野の包括点数である老人慢性疾患外来総合診療料が突然10月より廃止。 運動療法指導管理料が生活習慣病指導管理料に名称変更され、算定要件も変更、点数は200点引き上げ。 投薬日数の制限が廃止され、一部の例外を除いて主治医の判断で必要な日数の投薬が可能となった。処方せん料が初めて10点引き下げられた。後発医薬品使用促進のための誘導措置を設定。明細書記載における205円ルールが原則廃止。 手術の施設基準に、年間症例数、医師の経験年数等の条件が拡大、満たさない場合は30%減額する措置を新設。 手術の実施件数等を含む施設基準が実態にそぐわないとの抗議が厚生労働省に殺到し、10月から①届出を要する手術の区分が変更され、実質的な手術症例数要件が概ね緩和(一部強化された要件あり)、②手術症例数が基準の60%以上を満たす医療機関において、当該領域の専門医が手術を行った場合には減算なしと要件変更。「専門医」が算定要件の中に取り込まれた。 一般病棟の要件となる平均在院日数を短縮(10月実施)。 医療保険の療養病床と介護保険の介護療養型医療施設の線引きが狙いで、6対1看護、看護補助を要件とする療養病棟入院基本料3〜7を2003年4月に廃止。 介護保険の通所リハビリを算定した月は、老人慢性疾患外来総合診療料、慢性疾患生活指導料、再診料の外来管理加算が算定できないとされた取扱いが改善され、算定可に要件変更。

在宅医療点数の推移		
特徴点	具体的内容	新設点数
介護保険の実施に伴い、要介護者、要支援者に対する訪問看護（末期がん等への訪問看護を除く）、訪問リハビリテーション、訪問薬剤管理指導、訪問栄養食事指導については介護保険が優先し医療保険では算定不可。 老人デイ・ケアは点数表から削除され、今後は通所リハビリとして介護保険で請求。通所リハビリを実施した月は老人慢性疾患外来総合診療料、慢性疾患生活指導料、再診料の外来管理加算が算定不可。 在宅患者訪問看護・指導料と在宅患者末期訪問看護・指導料が統合され、併せて老人特掲点数が削除され、一般点数に一本化。 寝たきり老人訪問リハビリテーション指導管理料、寝たきり老人訪問薬剤管理指導料、寝たきり老人訪問栄養食事指導料、老人訪問看護指示料が老人点数表より削除され、一般点数に一本化。	・在宅患者訪問診療料 790→830点 ・在宅時医学管理料 3200→3360点 ・在宅自己注射指導管理料の血糖自己測定指導加算が1型糖尿病以外と1型糖尿病の2つに区分 ・在宅酸素療法指導管理料 酸素濃縮装置加算 5800→5500点 携帯用酸素ボンベ加算 1300→1200点 携帯型液化酸素装置加算 1300→1200点 ・在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 再編←1300→250点+1300点（経鼻的持続陽圧呼吸器加算が新設） ・在宅人工呼吸指導管理料 気管切開口を介した陽圧式人工呼吸器加算 8000→7600点 ・寝たきり老人訪問診療料（Ⅰ） 790→830点 ・寝たきり老人訪問診療料（Ⅱ） 820→860点 ・寝たきり老人末期訪問診療料（Ⅰ）（1）週3回までの訪問 790→830点 ・寝たきり老人末期訪問診療料（Ⅱ）（1）週3回までの訪問 820→860点 ・老人デイ・ケア料→点数表より削除	・救急搬送診療料 乳幼児加算（6歳未満） 150点 ・在宅患者訪問看護・指導料 難病等複数回訪問加算 250点 ・在宅肺高血圧症患者指導管理料 1500点 ・在宅総合診療料 24時間連携体制加算（Ⅱ） 1400点
寝たきり老人訪問診療料、寝たきり老人末期訪問診療料が廃止され、一般点数の在宅患者訪問診療料に一本化。このため一般患者にも急性増悪等の頻回訪問診療、ターミナルケア加算が算定可に要件変更。その反面、老人の在宅総合算定時の訪問診療は引き下げ。 訪問回数等の制限を受けない疾病等の患者については、2カ所の訪問看護ステーションからの訪問看護ができるように要件変更。 退院時に入院先で在宅療養指導管理料を算定した場合、1月以内であっても他の医療機関で在宅療養指導管理料が算定可に要件変更。 在宅自己注射指導管理料の院外、院内処方区分が廃止され、注射針加算を新設。 在宅気管切開患者指導管理料を新設。 寝たきり老人処置指導管理料が廃止され、一般点数の在宅寝たきり患者処置指導管理料に一本化。このため老人は点数を引き下げとなった。 また対象範囲が拡大され、ストーマ処置、喀痰吸引、消炎鎮痛等処置を追加。 在宅療養指導管理料と併せて算定できない注射、処置を拡大。一部の処置・注射は訪問診療時に限らず、外来受診時、往診時も算定不可の要件を設定。	・在宅末期医療総合診療料 1. 院外処方せん交付 1500→1495点 2. 院内処方 1700→1685点 ・在宅自己注射指導管理料 1. 院外処方せん交付 820点 2. 院内処方 950点→820点 ・在宅自己腹膜灌流指導管理料 紫外線殺菌器加算 400→360点 自動腹膜灌流加算 2700→2500点 ・在宅酸素療法指導管理料 酸素ボンベ加算 4500→3950点 酸素濃縮装置加算 5500→4620点 携帯用酸素ボンベ加算 1200→990点 設置型液化酸素装置加算 4800→4320点 携帯型液化酸素装置加算 1200→990点 ・在宅人工呼吸指導管理料 気管切開口を介した陽圧式人工呼吸器加算 7600→6840点 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器加算 6000→5930点 ・在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 経鼻的持続陽圧呼吸療法治療器加算 1300→1210点 ・寝たきり老人在宅総合診療料 イ. 院外処方せん交付 2300→2290点 ロ. 院内処方 2600→2575点 24時間連携体制加算（Ⅰ） 1600→1400点	・在宅自己注射指導管理料 注射針加算 イ 160点 ロ 80点 ・在宅気管切開患者指導管理料 900点 人工鼻加算 1500点

改定年月	改定率	全体の特徴 (特に医療機関の機能別再編との関わりで)
H16年(2004) 4月	医科・歯科 -1.05% (診療報酬本体 ±0%、薬価改定 -0.89%、材料価格改定 -0.16%)	2003年3月に出された「政府の基本方針」の具体化のため、財源がなしとされる中、薬価等を含めるとマイナス1.05%の改定が行われた。次回改定では、①医療技術の適正な評価、②医療機関のコスト等の適切な反映、③患者の視点を重視、を柱とした診療報酬体系の見直しも予定され、今回の改定はそれへの第一歩となった。具体的な特徴の主なものは以下のとおり。 1998年以来据え置かれていた初診料が、病院で5点、診療所で4点引き上げられ、病診格差が1点縮小し19点となった。再診料は73点(診療所)、58点(病院)のまま据え置かれた。また、小児科で6歳未満の乳幼児に対して、夜間、休日、深夜の時間帯を標榜時間とし、その標榜時間内に診療を行った場合でも、時間外それぞれの加算点数が算定可能。 精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケアの通院3年以上は、週5回までの回数制限を導入。 診断群分類別包括評価(DPC)を試行的とはいえ、民間病院を含めてデータ収集に協力した92の病院を対象を拡大。 一定の入院期間(90日)に在宅復帰等を目的として行う入院医療管理を評価する点数として、亜急性期入院医療管理料が新設された。 ICUの後方病床的な位置づけで、重症度の高い患者に対する集中的な治療を評価したハイケアユニット入院医療管理料が新設された。 180日超入院の適用除外要件に、15歳未満の患者、小児慢性特定疾患治療研究事業の対象患者、育成医療の対象患者を追加。
H18年(2006) 4月	医科 -3.16% (診療報酬本体-1.36%、薬価等-1.8%) 歯科-1.5%、調剤-0.6%	老人点数と一般点数が一本化された。 急性期病棟のみを一般病棟とする考え方により、平均在院日数が短縮された。13:1看護(旧表記2.5:1看護)の平均在院日数が26日以内から24日以内に短縮。新設された7:1看護は従来の10:1看護よりさらに短い19日以内となった。また看護職員配置数が少ないと特別入院基本料を算定。 DPC対象病院を拡大され、すでに導入している144病院に加え、調査協力228病院のうち一定の基準に合うものをDPC導入病院に。 療養病床では、医療必要度の低い患者の診療報酬を大幅に削減して長期療養が必要な重症患者を取り扱う病床へ衣替え。 医療保険制度「改革」法案による療養病床削減、介護療養病床全廃を前提とした改定として、2006年7月1日より、医療必要度とADLの状態によって9区分に分類し、それによるA～Eの5区分(病院で1740点～764点)とした。6月30日まで病院の療養病床入院基本料は、1187点～1060点であり、入院基本料Eだと64%～72%に引き下げた報酬を設定。 初診料は270点に一本化され、病院の再診料57点、診療所の再診料71点、外来診療料70点に引き下げ、初診料への紹介患者加算の廃止、再診料の継続管理加算の廃止。 療法によって3区分していた「理学療法、作業療法、言語聴覚療法」と心疾患リハビリテーションを、疾患別に4区分(心大血管疾患、脳血管疾患、運動器、呼吸器)とし、対象疾患を限定するとともに算定日数制限を導入。 処方料・処方せん料は引き下げ。院外処方せんの「後発医薬品変更可」欄に医師の署名ありで調剤薬局の薬剤師の判断で後発医薬品への変更ができて「後発医薬品を含む」場合の処方せん料が算定可。 点数表の各部署単位ごとの明細を記載した領収証の発行が義務化。
H20年(2008) 4月	医科・歯科 +0.38% (医科+0.42% 歯科+0.42% 調剤+0.17%、薬価・材料価格改定-1.20%) 合計 -0.82%	病院勤務医支援を改定の重点としたが、総枠マイナス改定での財源捻出となったため、外来管理加算への5分要件の導入や開業医や中小病院に大きな負担を強いる改定。 開業医や中小病院が外来で算定する処置料や検査料の一部が基本診療料へ包括されるとともに、処置なども含めて汎用点数の多くが引き下げられるか、据え置かれた。デジタル映像化処理加算が15点に引き下げられ、2009(平成21)年度末で廃止。 後期高齢者のみに適用となる「後期高齢者診療料」(入院外、要届出)を新設。登録人頭払いまで見据えた医療費抑制を狙ったもの。 後期高齢者終末期相談支援料も新設されたが国民から批判され3ヵ月後に凍結。 疾患別リハビリテーション料の通減制が廃止されたものの点数を引き下げ。厚生労働大臣が定める患者以外の患者が「算定日数上限」を超えた場合も疾患別リハビリテーションを実施可となったが、1ヵ月13単位までとされ、13単位超のリハビリは選定療養の取扱いとされた。 90日以上一般病棟等に入院する後期高齢者で入院基本料を算定する患者、特殊疾患病棟、特殊疾患入院医療管理料、障害者施設等入院(次頁につづく)

在宅医療点数の推移		
特徴点	具体的内容	新設点数
在宅で週3日以上点滴注射が必要な患者に主治医が看護師等に訪問点滴の指示を行い、管理指導を行った場合、在宅患者訪問点滴注射管理指導料を1週につき60点と薬剤料を算定。 在宅患者訪問看護・指導料の難病等複数回訪問加算は、従来は1日2回以上の訪問について回数にかかわらず一律250点で算定していたが、1日2回の訪問が450点に引き上げられ、さらに1日3回以上訪問の場合は800点として新設。 在宅患者訪問看護・指導料の在宅移行管理加算の算定対象に、「在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している患者」が追加された。 在宅訪問リハビリテーション指導管理料の従事者に言語聴覚士を追加。 在宅自己注射指導管理料の注入器加算が見直され「注入器を使用している場合に算定」から「注入器を処方した場合に算定」に変更された。 在宅酸素療法の算定にあたっては、動脈血酸素分圧または経皮的動脈血酸素飽和度の測定を月1回程度実施し、結果を診療報酬明細書に記載。 在宅血液透析指導管理料の頻回指導加算は算定開始2カ月間は月2回から月4回まで算定可。	・在宅患者訪問看護・指導料のうち難病等複数回訪問加算 250点 →「イ 1日2回 450点 ロ 1日3回以上 800点 ・在宅自己注射指導管理料のうち注入器加算（使用した場合） 300点 →（患者に渡した場合） 300点 ・在宅血液透析指導管理料のうち頻回指導管理（月2回） 1,900点 → ・最初に算定した日から2月まで 月4回 1,900点 ・上記以外の場合 月2回 1,900点 ・在宅酸素療法指導管理料のうち携帯用酸素ボンベ加算 990点 → 880点 設置型液化酸素装置加算 4,320点 → 3,970点 携帯型液化酸素装置加算 990点 → 880点	・在宅患者訪問点滴注射管理指導料（1週につき） → 60点
一般点数表と老人点数表を一本化。 一般病院や療養病床の削減によって退院せざるを得ない重篤な患者に対応するために、在宅療養支援診療所を創設。 在宅時医学総合管理料や訪問診療料のターミナルケア加算等に比べたら高い点数が算定できる。連携医療機関も要件を満たせば在宅療養支援診療所と同じ点数が算定できる場合あり。 寝たきり老人在宅総合診療料と在宅時医学管理料が廃止されて新設された「在宅時医学総合管理料」では、緊急時入院体制加算や24時間連携体制加算が評価されておらず、在宅療養支援診療所が算定する在宅時医学総合管理料に包括評価されている。したがってこれまで24時間連携体制を確保していたが在宅療養支援診療所の届出をしない診療所や病院は、評価なし。 実質的な取扱いに変更はないが、材料費に充てるものとして在宅療養指導管理料の加算とされていたものが、在宅療養指導管理材料加算として分離。	・在宅訪問リハビリテーション指導管理料 1日につき530点→1単位につき300点（週6単位限度・退院後3月以内に限り週12単位限度） ・在宅末期医療総合診療料→在宅療養支援診療所のみが届出可に	・在宅時医学総合管理料（1月につき）在宅療養支援診療所・24時間体制あり 院外処方 4200点、その他 4500点 その他 院外処方 2200点、その他 2500点 ・在宅療養支援診療所と連携医療機関が算定可の点数 往診料・緊急加算 650点、夜間加算 1,300点、深夜加算 2,300点 在宅患者訪問診療料・ターミナルケア加算 10,000点 ・在宅療養支援診療所の医師の指示で算定可 訪問看護・指導料の緊急訪問看護加算 265点、在宅ターミナルケア加算 1,500点 訪問看護・指導料の重症者の在宅移行管理加算 500点
入院から在宅医療への移行をさらに推進させるために居住系施設等も「在宅」に含められ、それらに入居する患者に対する次の点数が新設され、自宅等の患者と区分。 ア. 在宅患者訪問診療料2 イ. 居住系施設入居者等訪問看護・指導料 ウ. 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料2 エ. 在宅患者訪問薬剤管理指導料2 オ. 在宅患者訪問栄養食事指導料2 特養ホームと特定施設入居者に対して算定する特定施設入居時等医学総合管理料（要届出）も新設。 在宅や医学管理等において、「在宅患者連携指導料」、「在宅患者緊急時カンファレンス料」、「退院時共同指導料」など、他の関係機関や職種と患者の情報を共有して指導やカンファレンス等を評価した点数を新設。「医療保険と介護保険（次頁につづく）」	在宅患者訪問診療料 在宅ターミナルケア加算（Ⅱ） 1,200点→2,000点 救急搬送診療料 650点→1,300点 ・在宅時医学総合管理料・重症者加算 1,000点 在宅患者訪問看護・指導料（1日につき） 保健師・助産師・看護師 週3日目まで 530点→555点 週4日目以降 630点→655点 准看護師 週3日目まで 480点→505点 週4日目以降 580点→605点 在宅ターミナルケア加算 1,200点→2,000点 （次頁につづく）	在宅患者訪問診療料2（1日につき） 居住系施設入居者等の場合 200点 特定施設入居時等医学総合管理料（月1回） 1 支援診療所又は在宅療養支援病院 院外処方 3,000点 院内処方 3,300点 2 その他 院外処方 1,500点 院内処方 1,800点 ・重症者加算 1,000点 在宅患者訪問看護・指導料 長時間訪問看護・指導加算（週1回） 520点 在宅患者連携指導加算（月1回） 300点 在宅患者緊急時等カンファレンス加算（月2回） 200点 （次頁につづく）

改定年月	改定率	全体の特徴 (特に医療機関の機能別再編との関わりで)
H20年(2008) 4月・つづき		基本料等の算定対象である重度障害者等の対象のうち、「重度の肢体不自由者」と「脊髄損傷等の重度障害者」から、「脳卒中の後遺症患者及び認知症患者」を除外。 療養病棟入院基本料は、医療区分1でADL区分3は点数が据え置かれたものの、その他の点数はすべて引き下げ。 入院時医学管理加算の施設基準に、「初診に係る選定療養の届出を行っており、実費を徴収していること」との要件を導入。 精神病棟に5年を超えて入院している患者を直近1年間で5%以上減少させた場合に、翌年1年間5点を加算する「精神科地域移行実施加算(要届出)」を入院基本料等加算に新設。 15歳未満の鼠径ヘルニア手術(入院5日以内)について、DRG-PPSの試行的導入につながるとも言われている1入院当りの包括点数(短期滞在手術基本料3)を新設。 回復期リハビリテーション病棟入院料に試行的に成果方式が導入され、重症患者の受入割合・在宅復帰率によって2区分。
H22年(2010) 4月	医科・歯科+1.55%(医科+1.74%、 歯科+2.09%、調剤+0.52%) 薬科・材料価格改定-0.13% 合計+0.19%	診療所と一般病床200床未満の病院の再診料が69点で統一され、診療所は2点の引き下げ、病院は9点の引き上げ。 診療所の再診料に「休日・夜間に患者からの問い合わせや受診等に対応可能な体制を確保している場合」の加算として、地域医療貢献加算3点を新設。外来管理加算の5分ルールは廃止。 レセプトの電子請求を行う医療機関は「正当な理由」のない限り、診療の都合、「項目ごとに記載した明細書の無償交付義務化」。 明細書の発行可否に関わらず、明細書発行体制に関して院内掲示も義務化。初診料の電子加算が廃止される一方、診療所の再診料に明細書発行体制等加算1点を新設。 入院中の他医療機関受診は「転医又是对診」の原則は残したまま、出来高の入院基本料算定患者の他医療機関受診にも特定入院料等算定患者と同様の扱いを拡大。入院側は入院基本料の基本点数の30%または70%を控除される。特に他医療機関受診時の投薬は原則として入院側が行うという算定要件を追加(出来高病棟入院患者の専門的診療に伴う薬剤等一部特例扱いあり)。 急性期医療を行う病棟には高い基準の届出要件ありの加算を設定すること等により診療報酬を重点配分。同時に、急性期医療施設を絞り込み。 療養病棟については一定以上の看護職員の配置、重傷者が8割以上の病棟の入院基本料は高めに設定されたが、それ以外の病棟は低報酬で介護保険施設へ誘導するという報酬に2分化。 乳幼児から高齢者まで年齢を問わず急性期から長期入院さらに在宅療養や介護への移行を円滑に進める報酬として新生児回復室入院医療管理料、救急搬送患者地域連携紹介または受入加算、救急・在宅等支援療養病床初期加算をはじめ多数の報酬を新設。

在宅医療点数の推移		
特徴点	具体的内容	新設点数
の給付調整」等による算定制限のため、実際に請求している例は少ない。 入院基本料等加算においても、退院支援を行った場合の「退院調整加算」や後期高齢者診療料算定患者の急変等による緊急入院を評価した「後期高齢者外来患者緊急入院診療加算」をはじめ、多くの点数を新設。退院が困難な入院患者まで在宅へ強制的に誘導するもの。	在宅血液透析指導管理料 頻回指導管理 初回算定日から2カ月まで (月4回) 1,900点→2,000点 上記以外(月2回) 1,900点→2,000点 在宅自己注射指導管理料 間歇注入シリンジポンプ加算(月1回) 1,000点→1,500点 在宅酸素療法指導管理料 酸素濃縮装置加算(月1回) 4,620点→4,000点 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及び在宅悪性腫瘍患者指導 注入ポンプ加算(月1回) 1,000点→1,250点	居住系施設入居者等訪問看護・指導料 保健師・助産師・看護師(1日につき) 週3日目まで 430点 週4日目以降 530点 准看護師(1日につき) 週3日目まで 380点 週4日目以降 480点 ※加算点数は在宅患者訪問看護・指導料と同じ 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料2(週6回位) 255点 在宅患者訪問薬剤管理指導料2(月2回) 385点 在宅患者訪問栄養食事指導料2(月2回) 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 在宅自己注射指導管理料 血糖自己測定器加算(月1回) 5月100回以上測定 1,320点 6月120回以上測定 1,500点 在宅酸素療法指導管理料 呼吸同調式デマンドバルブ加算(月1回) 300点
「居住系施設」の考え方がなくなり、在宅患者訪問診療料等において「同一建物居住者以外の場合」と「同一建物居住者の場合」に組み替え。マンション等の集合住宅と居住系施設を同列に扱い、同一の建物に患者が存在するという理由から、訪問診療料等について低い点数を新設。在宅療養指導管理料は、従来、異なる複数の指導管理が必要な患者を、複数の医療機関が指導管理する場合の算定制限はなかった。今回、支援診療・支援病院から紹介を受けた患者について、紹介月に限り複数の医療機関で算定するという制限を導入。 在宅時医学総合管理料または特定施設入居時等医学総合管理料に在宅移行早期加算を新設。加算を算定する場合は退院後、在宅医療に移行、3月限度で算定するが、退院から1年を経過した患者には算定不可。 乳幼児にも在宅医療移行促進が図られ、訪問診療や訪問看護の報酬に乳幼児加算・幼児加算を新設。	往診料 650点→720点 在宅患者訪問診療料(1日につき) 2. 居住系施設→同一建物居住者(区分名の変更) 居住系施設入居者等訪問看護・指導料→同一建物居住者訪問看護・指導料(点数名称の変更) 救急搬送診療料乳幼児加算 150点→500点 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料 2. 居住系施設入居者→同一建物居住者(区分名の変更) 在宅患者訪問薬剤管理指導料 2. 居住系施設入居者→同一建物居住者(区分名の変更) 在宅患者訪問栄養食事指導料 2. 居住系施設入居者→同一建物居住者(区分名の変更) 在宅血液透析指導管理料 3800点→8000点(届出不要→要届出) 頻回指導管理(初回算定日から2カ月間4回、それ以降は月2回→初回算定日から2カ月に限り月2回)(算定要件の変更) 透析液供給装置加算 8000点→10000点 人工呼吸器加算 1 陽圧式人工呼吸器 6840点→7000点 2 人工呼吸器 5930点→6000点 3 陰圧式人工呼吸器 3000点→7000点	在宅患者訪問診療料(1日につき) 乳幼児加算又は幼児加算 200点 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 在宅移行早期加算 100点 救急搬送診療料新生児加算 1000点 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料 乳幼児加算又は幼児加算 50点 複数名訪問看護加算 看護師・助産師・保健師による 430点 准看護師と看護師または助産師または保健師 380点 准看護師と准看護師 380点 退院前在宅療養指導管理料 乳幼児加算 200点 在宅小児低血糖症患者指導管理料 820点 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料 500点 排痰補助装置加算 1800点

改定年月	改定率	全体的特徴 (特に医療機関の機能別再編との関わりで)
H24年(2012) 4月	本体 +1.38% (医科+1.55%、歯科+1.70%、調剤+0.46%) 薬価・材料価格改定-1.38% 合計±0.00% (+0.004%)	社会保障と税の一体改革を先取りする政策改定として行われ、その特徴は平均在院日数の更なる削減、入院から在宅へ、医療から介護への流れの一層の強化などを柱としたものである。 医療機関の機能分化を誘導する点数設定や、入院患者を速やかに在宅等へ送るための機能及び連携強化の点数が数多く設定、評価されている。特に入院点数では「看護必要度」「平均在院日数」「重症者受け入れ率」「在宅復帰率」などの施設基準の強化により医療機関の機能再編を行う内容である。 介護報酬と同時改定で、在宅やリハビリ等を中心に介護報酬との調整が行われた。疾病の早期発見、早期治療、慢性疾患の管理など、多くの国民の健康を支える診療所や中小病院の機能の評価が無視された。 後発医薬品の使用促進策として、処方せん料に一般名処方加算が新設された。処方せんの様式が変更され、個々の薬剤について、それぞれ後発品への変更調剤の可・不可を記載することになった。 入院期間による点数の傾斜配分が強められているため、早期退院が促進され、慢性期病棟等と急性期病棟等の退院調整加算を一本化。 入院から7日以内に退院困難患者を抽出、早期に患者家族と退院後の生活を話し合う等、入院早期からの退院調整を評価した。 在宅患者緊急入院診療加算に、機能強化型支援診療・支援病院が、連携する別の機能強化型支援診療の求めに応じて患者を入院させた場合の区分が2,500点で新設された。その他の区分も大幅に引き上げられ、在宅患者の一時的な受け入れを評価して、逆に在宅医療への患者の流れを強めている。
H26年(2014) 4月	本体 +0.73% (+0.63%) 各科改定率 医科 +0.82% (+0.71%) 歯科 +0.99% (+0.87%) 調剤 +0.22% (+0.18%) 薬価・材料価格改定 -0.63% (+0.73%) ※()内は、消費税率引上げに伴う 医療機関等の課税仕入れにかかる コスト増への対応分	「社会保障・税一体改革」路線にもとづき、2012年改定に続く第二歩の改定として、医療費の抑制と医療への国の支出を抑えることを最大の狙いとして実施。高度急性期から在宅への流れを一層強化する内容である。 入院では7対1入院基本料算定病床削減に向け、患者評価(重症度・医療・看護必要度)の見直し、90日超など長期入院の抑制、短期滞在手術基本料3の対象範囲拡大・要件見直し、自宅等復帰率の要件化。 在宅医療では、一部の不適切事例に対する規制を理由とした、在宅時医学総合管理料や在宅患者訪問診療料の大幅な点数引き下げ、及び一物多価の設定を導入し、さらに訪問診療料2に要件化された「別紙様式14」のレセプト添付により、施設における在宅患者の状況把握を通じ、在宅医療を重症患者に絞り込むためのデータ収集が行われる。さらに外来では「機能分化の推進と主治医機能強化」の名目で地域包括診療料と地域包括診療加算が新設されるなど、次回改定に向けて「外来の機能分化」推進の仕掛けが盛り込まれている。 また介護保険に移行するとしていた維持期リハビリテーションは、経過措置期間が2016年まで延長された。 2014年4月から消費税率が3%引き上げられ8%となった。この増税に伴う補填として、全体で約5,600億円(医療費換算1.36%)が配分された。

在宅医療点数の推移		
特徴点	具体的内容	新設点数
常勤医3人以上という高いハードルで在宅療養支援診療所・支援病院に機能強化した上位類型を新設。月1回のカンファレンス等の条件付きで複数医療機関の連携でも認められる。これら機能強化した支援診療・支援病では、往診料の緊急・夜間・休日の加算や、在宅時医学総合管理料、在宅がん医療（旧末期医療）総合診療料が引き上げられた。 訪問診療料の在宅ターミナルケア加算が再編され、「看取り」が別に評価された。 週3日の訪問回数の制限を受けない患者に、在宅移行管理加算の算定対象患者が追加された。	在宅患者訪問看護・指導料 同一建物居住者訪問看護・指導料（加算の追加） 緊急訪問看護加算（診療所の保険医より指示の場合） 265点 看護師等と看護補助者 300点 夜間・早朝訪問看護加算 210点 深夜訪問看護加算 420点 緩和ケア又は褥瘡ケア専門看護師（月に1回）1,285点 在宅自己注射指導管理料（類型の追加） 複雑な場合 1,230点 在宅自己腹膜灌流指導管理料 3,800点→4,000点 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料 500点→1,000点 間歇注入シリンジポンプ加算（加算の追加） 1 プログラム付きシリンジポンプ 2,500点 人工呼吸器加算 1 陽圧式人工呼吸器 7,000点→7,480点 2 人工呼吸器 6,000点→6,480点 3 陰圧式人工呼吸器 7,000点→7,480点	強化型支援診療所・病院が新設されたことに伴い、以下の点数項目が再編された。 ・往診料の緊急往診加算、夜間往診加算、深夜往診加算 ・在宅患者訪問診療料のターミナルケア加算 ・在宅時医学総合診療料 ・特定施設入居時等医学総合管理料 ・在宅がん医療総合診療料 医療機関共通の点数 ・在宅患者訪問診療料 看取り加算 3,000点 - 介護職員等喀痰吸引等指示料 240点 - 在宅小児経管栄養法指導管理料 1,050点 - 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料 1,500点 - 在宅振戦等刺激装置治療指導管理料 810点 - 導入期加算 140点 - 在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料 810点 - 導入期加算 140点 - 在宅植込型補助人工心臓（拍動流型）指導管理料 6,000点 - 在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料 45,000点
在宅療養支援診療所以外の医療機関が行う在宅時医学総合管理料の点数引き上げや、在宅療養実績加算、在宅療養後方支援病院と在宅医療を担う医療機関との共同など、在宅医療の充実がはかれたが、その一方で、「質的強化」として、機能強化型の支援診療所・支援病院での緊急往診・看取り件数の要件強化、連携タイプの場合では連携している個々の医療機関の緊急往診と看取りの実績が求められることになった。 また、在宅医療の量的確保とともに質の高い医療を提供するためとして、保険診療の運用上で不適切と考えられる事例への「適正化」対策として、①訪問診療料の算定要件厳格化と同一建物における点数の2分の1引き下げ、②在宅時医学総合管理料等に同一建物の概念を導入し、およそ4分の1の点数を設定、③療養担当規則に、経済的誘引による患者紹介を受けることの禁止を規定、④訪問看護、精神科訪問看護の同一建物への複数訪問の見直し、などが実施された。 その他、在宅自己注射指導管理料の算定方法が自己注射の回数によって算定する方法に組み替えられ、回数が少ない場合は大幅に引き下げられることとされた。	在宅患者訪問診療料2 イ 特定施設等 400点→203点 ロ イ以外 200点→103点 在宅時医学総合管理料 1 強化型支援診療・支援病（病床有） 院外処方せん交付 同一建物 5,000点→1,200点 院外処方せん交付なし 同一建物 5,300点→1,500点 （病床無） 院外処方せん交付 同一建物 4,600点→1,100点 院外処方せん交付なし 同一建物 4,900点→1,400点 ※2の強化型以外の支援診療・支援病も同様に引下げ 1、2以外 院外処方せん交付 同一建物以外 2,200点→3,150点 新設→760点 院外処方せん交付なし 同一建物以外 2,500点→3,450点 新設→1,060点 ※特定施設入居時医学総合管理料も同様の改定 同一建物居住者訪問看護・指導料 同一日に2人 週3日目まで 430点→555点 週4日目で以降 530点→655点 同一日に3人以上 週3日目まで 430点→278点 週4日目で以降 530点→328点 ※准看護師による場合も同様 在宅自己注射指導管理料 月3回以下 820点→100点 月4回以上 820点→190点 月8回以上 820点→290点 月28回以上 820点→810点 導入初期加算 新設→500点	在宅療養実績加算 ・往診料の緊急往診加算・夜間加算・深夜加算に加算 75点 ・在宅患者訪問診療料のターミナルケア加算に加算 750点 ・在宅時医学総合管理料 同一建物以外 300点 同一建物 75点 ・特定施設入居時医学総合管理料 同一建物以外 225点 同一建物 56点 - 在宅がん医療総合診療料 110点 - 在宅患者共同診療料 ・往診の場合 1,500点 ・訪問診療の場合 同一建物以外 1,000点 同一建物 特定施設等 240点 それ以外 120点 - 在宅患者訪問褥瘡管理指導料 750点 - 在宅仙骨神経刺激療法指導管理料 810点 持続血糖測定器加算 1 2個以下 1,320点 2 4個以下 2,640点 3 5個以上 3,300点 トランスミッター加算 ・プログラム付きシリンジポンプ ・プログラム付きシリンジポンプ以外 2,230点

改定年月	改定率	全体の特徴 (特に医療機関の機能別再編との関わりで)
H28年(2016) 4月	医科0.56%、歯科0.61%、調剤0.17% 薬価・材料価格改定-1.33% 「外枠」分の引き下げを含めた全体改定率=-1.44%	「社会保障・税の一体改革」にもとづく過去2回の改定に続き、団塊の世代が75歳を超える2025年を視野にいて、医療への国の支出を抑えることを狙いとしている。加えて、今回の改定では「経済財政運営と改革の基本方針2015」（いわゆる「骨太方針」）に基づいて小泉構造改革時を上回る社会保障予算削減計画となる社会保障予算1,700億円削減を実現するために全体としてのマイナス改定となった。 また、基本方針で強調されている地域包括ケアシステム、地域医療構想にそった医療・介護提供体制の再編のための政策的意図が明白な改定となっており、この点は、介護報酬との同時改定となる次回2018年度にさらに踏み込んだ改定をするための布石という側面がある。
H30年(2018)4月	本体 +0.55% 各科改定率 医科+0.63% 歯科+0.69% 調剤+0.19% 薬価等 -1.74% (薬価、材料価格、薬価制度抜本改革)	2025年に向けた道筋を示す、実質最後の同時改定である。また医療・介護両制度にとって重要な節目と国が位置付けた改定であり、重点項目は「地域包括ケアシステムの構築」と「医療機能と分化・強化、連携の推進」である。2012年度同時改定以降の「総仕上げ」に入ったと言ふべき内容となった。 入院医療については「地域医療構想」における病床機能の分化と削減を強力に後押し、外来医療については「かかりつけ医」の明確化と報酬上の差別化を図り、在宅医療・居宅系介護サービスについては地域包括ケアシステムの構築(単一建物居住者の取扱いなど「安上がりの医療・介護」導入も内包)を進める内容である。 全ての医療機関が並べて経営的にプラスになるのではなく、施設基準を伴う点数や加算等の新設・引き上げという「飴」と、基準を満たさない医療機関に対する点数引下げという「鞭」により、病院、診療所共に「医療機能の分化・強化」という名の差別化が一層進む改定となった。

在宅医療点数の推移		
特徴点	具体的内容	新設点数
対象疾患と状態により患者の重症度を評価し、月の訪問回数で区分する仕組みを在宅時医学総合管理料等に導入し、3つに分類。 また、単一建物診療患者の考え方を設け、施設など集合住宅の入居者についてその月に在宅時医学総合管理料等を算定する患者の人数によっても3分類した。 これにより在宅医療に初めて評価区分が導入され、在宅対象患者の明確化と絞り込みの第一歩となった。 訪問診療料や在宅時医学総合管理料等における高齢者向け施設の分類について特定施設かどうかの区分を無くした。 強化型在宅療養支援診療所・同支援病院の施設基準に、「15歳未満の超重症児に対する医学管理」の要件を満たせば看取り件数を満たさなくても良いという要件が加わり、在宅医療の対象を「障害を持つ小児」にも広げることとされた。 在宅医療専門の診療所について、外来応需体制等の要件を満たせば認められることが明確化された。 在宅自己注射指導管理料の算定ルールの見直しが行われ、同一の患者について、2以上の医療機関で異なった疾患に対する指導管理を行っている場合、それぞれの医療機関で在宅自己注射指導管理料が算定できることとされた。	在宅患者訪問診療料 ・2同一建物居住者の場合 - イ 特定施設等に入居する者の場合 - ロ イ以外の場合 ↓ - イロの区分を廃止 在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料 ・重症度評価を加えた訪問回数により、①重症度の高い患者に月2回訪問診療をする、②月2回訪問診療をする、③月1回訪問診療をする、3つの区分にし、かつ同一建物患者の考え方を廃止し、新たに単一建物患者の考え方の導入により、1人、2～9人、10人以上に3区分した。これにより在医総管、施設総管それぞれ9通りの点数が設定された。また強化型支援診療・病と通常の支援診療・病、それ以外でも点数が分かれる。 在宅患者訪問点滴注射管理指導料 60点→100点 在宅自己注射指導管理料 ・1以外の場合 - 月3、4、8、28回の区分を組み替えた。 ↓ - イ 月27回以下の場合 650点 - ロ 月28回以上の場合 750点	在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 ・往診料 100点 ・在宅患者訪問診療料 1,000点 ・在宅がん医療総合診療料 150点 在宅療養実績加算2 ・往診料 50点 ・在宅患者訪問診療料 500点 ・在宅がん医療総合診療料 75点 在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料・処方せん未交付加算 300点 訪問看護指示料 ・衛生材料等提供加算 80点 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料1 2,250点 在宅療養指導管理材料加算 ・携帯型精密ネブライザー加算 3,200点 ・在宅酸素療法材料加算 チアノーゼ型先天性心疾患 780点 - その他 100点 ・在宅持続陽圧呼吸療法材料加算 100点
■強化型在宅療養支援診療所・病院の各施設基準における在宅での看取り実績の要件が緩和された。直近6月間にわたり在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「1」、（Ⅱ）の「注1のイ」又は在宅がん医療総合診療料を算定していた患者について、患者・家族の意向に基づき、自院又は連携医療機関に入院して7日以内に死亡した場合は、在宅における看取り実績にカウントできることとされた。 ■訪問診療料はこれまで同一患者に対する複数医療機関からの算定が認められなかったが、在宅時医学総合管理料等の算定要件を満たす他の医療機関からの依頼で訪問診療を実施した場合、算定可能となった。ただし月1回、開始月から6月（神経難病等の患者は除く）に限るという算定制限が設定された（6月ごとに改めて依頼を受ければ継続して可能）。 ■在宅患者訪問診療料（Ⅱ）が新設された。有料老人ホーム等を併設する医療機関が当該施設入居者へ訪問診療した場合に算定できる。在医総管等の算定要件を満たすか、在医総管等の算定要件を満たした他医からの依頼を受けた場合でないと算定できない。 ■同一建物居住者に対する訪問診療料を算定する際に求められていた「別紙様式14」が廃止された。 （次項につづく）	在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「1」 1 同一建物居住者以外の場合 833点→833点 2 同一建物居住者の場合 203点→203点 在宅時医学総合診療料、施設入居時等医学総合管理料 ・「別に定める状態の患者」以外の患者で、月2回以上訪問診療を行っている場合の点数が100点引き下げ。 ・月1回訪問診療を行っている場合の点数が、強化型以外の在宅療養支援診療所・支援病院（以下、支援診療・支援病）は20点、支援診療以外の医療機関は50点引き上げられた。 在宅患者訪問看護・指導料 同一建物居住者訪問看護・指導料 - 幼児加算 50点 - 乳幼児加算 50点 → 乳幼児加算 150点 在宅ターミナルケア加算 2,000点→イ 2,500点 ロ 1,000点 （次項につづく）	在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「2」（6月を限度に月1回） - イ 同一建物居住者以外の場合 830点 - ロ 同一建物居住者の場合 178点 在宅患者訪問診療料（Ⅱ）（1日につき）（新設）144点 在宅時医学総合診療料、施設入居時等医学総合管理料 - 継続診療加算 216点 - 包括的支援加算 150点 - オンライン在宅管理料 100点（在医総管のみ） 在宅患者訪問看護・指導料 同一建物居住者訪問看護・指導料 - 看護・介護職員連携強化加算 250点 特別地域訪問看護加算 所定点数の100分の50 （次項につづく）

改定年月	改定率	全体の特徴 (特に医療機関の機能別再編との関わりで)
H30年(2018)4月 つづき		

在宅医療点数の推移		
特徴点	具体的内容	新設点数
■在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の単一建物居住者の人数による点数格差は改善されず、一方で訪問薬剤、訪問栄養にも導入される結果となった。また「別に定める状態の患者」以外の患者で月2回以上訪問診療している患者の点数が下げられた。 ①包括的支援加算の新設 上記の点数引き下げの一方、「別に定める状態の患者」以外の患者で月2回以上訪問診療している患者と、月1回訪問診療している患者について、要介護2以上に該当する等一定の状態の患者に対して包括的支援加算150点が新設された。前回導入された「別に定める状態の患者」の区分に続き、在宅患者の「医療必要度」基準を導入したとも言える。 ②継続診療加算の新設 支援診療以外の診療所で、当該診療所単独又は他医療機関と連携して24時間連絡体制・往診体制を確保している場合について、継続診療加算216点が新設された。支援診療の施設基準から看取り実績を除いた形で評価したともいえる。 ■訪問看護療養費（訪問看護ステーションの費用） ①機能強化型訪問看護管理療養費3が新設 医療機関の看護職員の研修や人材交流の受け入れ、重症の在宅患者の訪問看護の実施等を行っている場合に算定できる。 ②緊急訪問看護加算 支援診療以外の診療所が他医療機関と連携して24時間連絡体制・往診体制を構築している場合、主治医が対応していない夜間等において連携医療機関の医師による緊急訪問指示を受けた場合でも算定できることとなった。 ③PT、OT、STが訪問看護としてリハを提供する場合 看護職員とPT、OT、STが連携して訪問看護計画書及び報告書を作成することとされた。	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 650点 2 同一建物居住者の場合 300点 ↓ 1 単一建物診療患者が1人の場合 650点 2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 320点 3 1及び2以外の場合 290点 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 530点 2 同一建物居住者の場合 450点 ↓ 1 単一建物診療患者が1人の場合 530点 2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 480点 3 1及び2以外の場合 440点	在宅患者訪問薬剤管理指導料 乳幼児加算 100点 在宅酸素療法指導管理料 遠隔モニタリング加算 150点 在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料 2,500点 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 遠隔モニタリング加算 50点 在宅経腸投薬指導管理料 1,500点 経腸投薬用ポンプ加算 2,500点 在宅腫瘍治療電場療法指導管理料 2,800点 在宅経肛門的自己洗腸指導管理料 950点 導入初期加算 500点

改定年月	改定率	全体の特徴 (特に医療機関の機能別再編との関わりで)
R1年(2019)10月	診療報酬 本体 +0.41% 医科 +0.48% 歯科 +0.57% 調剤 +0.12% 薬価 -0.51% 材料価格 +0.03% ※消費税率引上げに伴う改定	2019年2月13日に中医協が答申。 2018年9月19日、中医協診療報酬調査専門組織「医療機関等における消費税負担に関する分科会」において、前回の消費税率引き上げに伴う診療報酬改定時に補てん状況の集計ミスがあったことが報告されていた。それによると、2014年度の全体の補てん率は102.07%との報告に対し実際は約90.6%と10ポイント以上低く、特に病院の補てん率は102.36%に対し、82.9%と約20ポイントも低くなっていた。 これを踏まえて厚労省は①病院の入院料の割合を高める、②入院基本料と特定入院料を分類し、分類毎に入院基本料と特定入院料の入院料シェアをまとめて、補てんの上乗せ率を算出する、③「①②」により算出した上乗せ率に2016年度から2019年度にかけての医療費の伸びを勘案して、一律に上乗せ率を調整するとした。 その結果、初・再診 6.0%、急性期一般・短期滞在手術(分類Ⅰ) 5.3%、地域一般(分類Ⅱ) 4.4%等の配点となった。
R2年(2020)4月	診療報酬 +0.55% (うち消費税財源を活用した救急病院における勤務医の働き方改革への特例的な対応 +0.08%) 各科改定率 医科 +0.53% 歯科 +0.59% 調剤 +0.16% 薬価等 薬価 -0.99% 材料価格 -0.02% ※薬価・材料価格の引下げにより生まれた財源は本体に充当されなかった。併せて厚労省は従来の「ネット」の改定率は表示しないと説明、診療報酬「本体」との表現をやめ、診療報酬と薬価の位置づけを分けた。	2019年10月の消費税率10% への引き上げにより、政府・厚生労働省は「2025年を念頭に進められてきた社会保障と税の一体改革に関わる社会保障の制度改革が一区切り」したと評して、2040年を目指した医療提供体制の改革を進めている。そのため2025年までに、①地域医療構想、②医師・医療従事者の働き方改革、③医師偏在対策-を「三位一体改革」と称して推進する考えである。 答申書よりも分厚い482ページまで膨れ上がった別添資料「個別改定項目」から浮かび上がるのは「三位一体改革」を施設基準の変更・強化により強く推し進めようとする「政策的」改定の姿である。 これを踏まえて、2020年度改定の特徴は、大きく言って以下の4点である。 (1) 初・再診料、入院料等の基本診療料の本体点数は全く引き上げられなかった。 (2) 検体採取、院内調剤、注射、処置、手術における汎用点数が引き上げられた。 (3) 救急車・救急ヘリによる搬送件数が年間2,000件以上ある地域の救急医療基幹病院を対象に地域医療体制確保加算(520点)を新設する等、救急医療の集約化を狙った。一方、入院医療の再編・統合の加速化のために「重症度、医療・看護必要度」を各入院医療点数において強化した。このことは、公立・公的病院の再編、それに続く民間病院の再編を通じた「地域医療構想の実現」への道筋と深く関わっている。 (4) 働き方改革への対応、特に病院勤務医を支える策として、医師事務作業補助体制加算、看護補助者の配置や看護職員・看護補助者の夜間配置に係る点数が引き上げられた。また、施設基準における常勤者要件を緩和し非常勤でも良い、又は非常勤職員を組み合わせた常勤換算で要件を満たす取扱いの点数が増やされた。 また、医療従事者の負担軽減の一つとして2018年改定以降から始まったレセプト記載要領の摘要欄記載事項のコード化は、今次改定でコードが1700余り追加され、そのうち392項目ではコードを選択した上に算定理由などのテキスト入力が必要とされ、357項目のコードでは算定開始日などの年月日のテキスト入力が必要とされるなど、大幅に増加した。しかし算定日記録との重複などの不合理や、療養の給付とは関係のないデータ収集目的の項目も同時に増やされており、問題が多い内容となっている。

在宅医療点数の推移		
特徴点	具体的内容	新設点数
	初診料 282点→288点 再診料 72点→73点 外来診療料 73点→74点 その他、以下の項目等の引上げがあった。 急性期一般入院基本料 療養病棟入院基本料 有床診療所入院基本料 回復期リハビリテーション病棟入院料 地域包括ケア病棟入院料 短期滞在手術等基本料 小児科外来診療料 地域包括診療料等 小児かかりつけ診療料 在宅患者訪問診療料	
①在医総管・施設総管における月当たりの対象患者数による差別的減算(単一建物居住者数による点数の差別化)、訪問診療料Ⅰの(2)の算定制限が改善されなかった。 更に今回は、訪問看護・指導料の難病等複数回訪問加算、精神科訪問看護・指導料の精神科複数回訪問加算、複数名訪問加算、訪問看護療養費の複数名訪問加算が同一建物居住者の人数に応じて点数が細分化され、同一建物3人以上の点数が引き下げられた。 ②超音波検査の断層撮影法(心臓超音波検査を除く)に「訪問診療時に行った場合」の区分が新設され、点数が引き下げられた上に、部位にかかわらず1回のみの算定にされた。 ③小多機・看多機の宿泊サービスを利用する患者について、退院日から同サービスを利用している場合は利用開始日から在宅患者訪問診療料、在医総管、在宅がん医療の算定が可能となった。 ④在宅患者訪問栄養食事指導料に「2」が新設された。医師の指示に基づき、他院の管理栄養士や栄養ケア・ステーションの管理栄養士が訪問して指導管理を行った場合でも算定が可能となった。 ⑤在宅自己注射指導管理料にバイオ後続品導入初期加算(150点)が新設された。初回の処方月から3か月を限度として算定できる。また、「情報通信機器を用いた場合」(100点)が新設された。 ⑥オンライン在宅管理料の算定要件について、月2回以上訪問診療を行った場合も算定できるとされるなど、いくつかの制限が緩和された。	在宅患者訪問診療料Ⅰの(2)について、6か月を超えて算定する場合は、以下を満たす必要があることとされた。 ア 主治医と診療状況を共有した上で再度依頼を受ける。 イ レセプト「摘要」欄に継続的な訪問診療の必要性について記載する。なお、算定回数や難病等の患者に係る「概ね6か月ごとの情報提供」の取り扱いに変更はない。 在宅時医学総合管理料のオンライン在宅管理料について、以下の変更が行われた。 ア 月2回以上訪問診療を行った場合も算定できるとされた。 イ 在宅時医学総合管理料の初回算定月からの期間及びオンライン診療実施前の同一医師による訪問診療期間が、6か月から3か月に変更された。 ウ 要件を満たせば毎月算定できるとされた。 エ 5人以下の医師のチームで在宅医療を担当している場合、一定の要件のもと、事前の対面診療を行っていない医師でもオンライン在宅管理を実施できるとされた。 在宅医療の部の特定保険医療材料に、交換用胃瘻カテーテル等が追加された。 ビデオ通話を用いたカンファレンス以下の点数はやむを得ない事情でなくても実施できるとされた。 在宅患者訪問看護・指導料の在宅患者緊急時等カンファレンス加算 同一建物居住者訪問看護・指導料の同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算 在宅患者緊急時等カンファレンス料 在宅患者訪問褥瘡管理指導料	在宅患者訪問看護・指導料 同一建物居住者訪問看護・指導料 ・訪問看護・指導体制充実加算 150点 在宅患者訪問栄養食事指導料2 イ 単一建物診療患者が1人の場合 510点 ロ 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 460点 ハ イ及びロ以外の場合 420点 在宅自己注射指導管理料 ・情報通信機器を用いた場合 100点 ・バイオ後続品導入初期加算 150点 血糖自己測定器加算 ・7 簡潔スキャン式持続血糖測定器によるもの 1,250点 在宅酸素療法指導管理料 ・乳幼児呼吸管理材料加算 1,500点 在宅人工呼吸指導管理料 ・乳幼児呼吸管理材料加算 1,500点 ・横隔神経電気刺激装置加算 600点 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 ・乳幼児呼吸管理材料加算 1,500点 在宅経肛門的自己洗腸指導管理料 ・在宅経肛門的自己洗腸用材料加算 2,400点 在宅中耳加圧療法指導管理料 1,800点