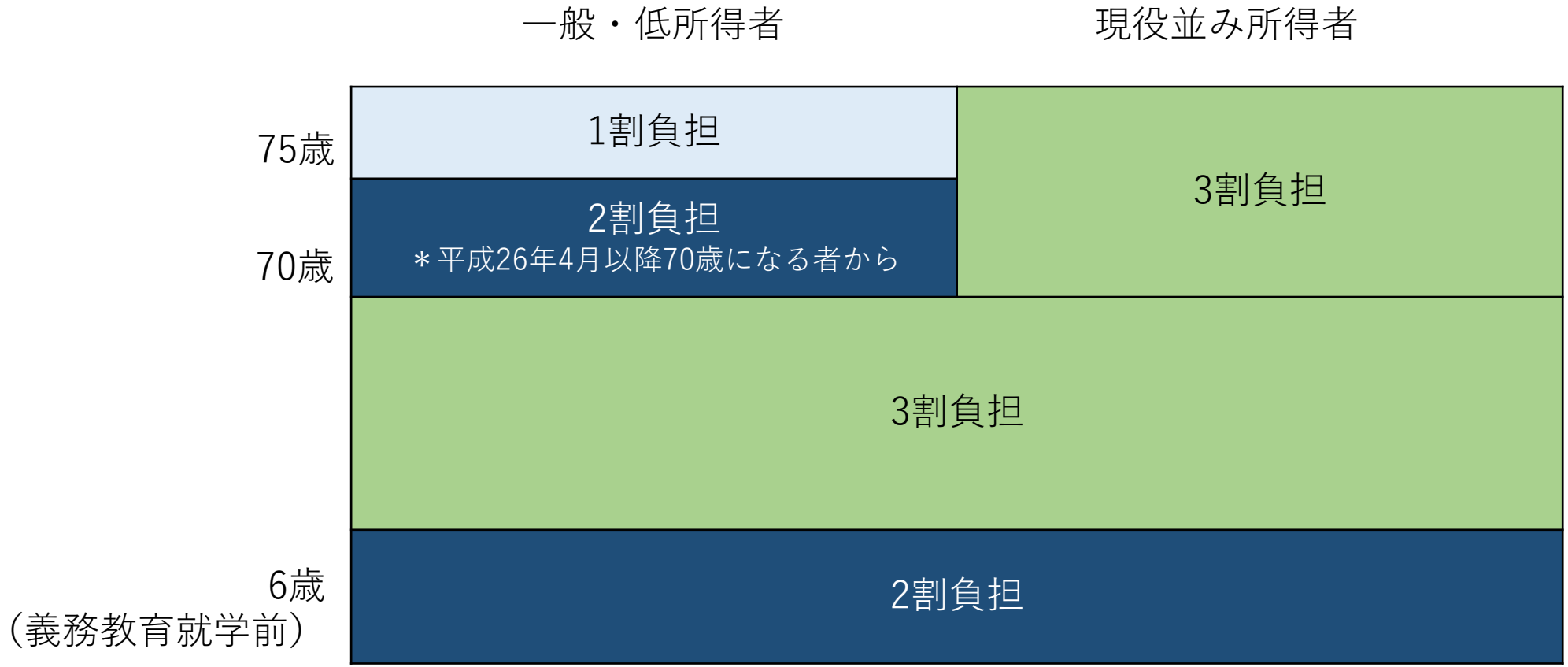
在宅訪問診療時に発生する費用について

注意：すべてのケースに下記の資料が該当しない場合があります。
あくまで参考資料としてご活用下さい。

R4.6　改定

医療費の一部負担（自己負担）割合について



75歳以上の者は1割（現役並み所得3割）
70歳から74歳までの者は2割（現役並み所得：3割）
70歳未満の者は3割、6歳（義務教育就学前）未満は2割

継続して訪問診療する場合に発生する費用

居宅(1ヶ月の目安:1割負担)

訪問診療 居宅:888点

❖在医総管(定期訪問のみ)
居宅:2520点、4,100点(2回)
難病:5,000点

＊在宅緩和ケア充実診療所
居宅:400点　施設:300点(1人)

◎包括的支援加算
月1回:150点

居宅療養管理指導
居宅298単位（介護保険）

処方箋料を含む(お薬代別)
合計5,836点

・検査(採血)
・酸素
・点滴
・etc
別途費用

＋

訪問診療 居宅:888点

居宅療養管理指導
居宅298単位（介護保険）

処方箋料を含む(お薬代別)
合計1,186点

・検査(採血)
・酸素
・点滴
・etc
別途費用

◎包括的支援加算(対象患者)
いずれかに該当する患者
(1)要介護2以上に相当する患者
(2)認知症症例者の日常生活自立度でランクⅡb以上の患者
(3)月4回以上の訪問看護をうける患者
(4)訪問診療時又は訪問看護時に注射や処置を行っている患者
(5)特定施設等の入居者の場合には、医師の指示を受けて
看護師が痰の吸引や経管栄養の管理等の処置を行っている患者
(6)医師の指導管理のもと、家族等が処置を行っている患者等
関係機関等との連携のために特に重点的な支援が必要な患者

＝　7,022点(月2回)
(医療費総額:70,220円)

1割負担:　7,022円/月
2割負担:14,044円/月

＊「在宅緩和ケア充実診療所」とは
緊急往診や在宅でのがん性疼痛の適切な鎮痛薬投与で痛みのコントロールを行っている実績が十分にあると認められた医療機関です。
・個人居宅＋400点　・施設300点(1人)、150点(2～9人)、75点(10人～)

❖在宅医療総合管理料(在医総管)
在宅患者に対する、総合的な医学管理を評価する診療報酬在宅療養中の患者で通院が困難に対して、同意のもと、計画的な医学管理の下に定期的な訪問診療を行っている場合に、訪問回数及び単一建物診療患者の人数に従い、所定点数を月1回に限り

夜間往診で往診を実施した場合に発生する費用

居宅(1ヶ月の目安:1割負担)

		夜間往診
訪問診療 居宅:888点	訪問診療 居宅:888点	再診(時間外) 加算(入院外) 明細書発行体制等加算 78点
在医総管(定期訪問のみ) 居宅:2520点(1回)、4,100点(2回) 難病:5,000点		在外来管理加算 往診:52点
在宅緩和ケア充実診療所 居宅:400点 施設:300点(1人)		緊急、夜間往診加算 (1,500点)
包括的支援加算 月1回:150点		
居宅療養管理指導 居宅298単位(介護保険)	居宅療養管理指導 居宅298単位(介護保険)	
処方箋料を含む(お薬代別) 合計5,836点	処方箋料を含む(お薬代別) 合計1,186点	処方箋料(お薬代は別) 合計:1,600点
・検査(採血) ・酸素 ・点滴 ・etc 別途費用	・検査(採血) ・酸素 ・点滴 ・etc 別途費用	・検査(採血) ・酸素 ・点滴 ・etc 別途費用

+1,630点/回

1割負担:1,630円/回
2割負担:3,260円/回

合計:8,652点

1割負担:8,652円/月
2割負担:17,304円/月

緊急往診加算750点(9時～18時)
深夜往診加算2500点(22時～6時)

夜間往診加算1500点(18時～22時、6時～8時)
休日往診加算1500点

70歳以上：高額医療費

平成30年8月～

区分	適応区分		外来(個人)	限度額 (世帯毎)
現役並み	Ⅲ	年収1160万円～	252,600円＋(医療費-842,000)×1% (多数回　140,100円)	
	Ⅱ	年収770万～約1160万円	167,400円＋(医療費-558,000)×1% (多数回　93,000円)	
	Ⅰ	年収370万～約770万円	80,100円＋(医療費-267,000)×1% (多数回　44,400円)	
一般	年収156万～約370万円		18,000円 年間上限14.4万円	57,600円 (多数回44,400円)
低所得者	Ⅱ　住民税非課税		8,000円	24,600円
	Ⅰ　住民税非課税 (年金収入80万以下)			15,000円

【】内の金額は、過去12か月に3回以上高額医療費の支給を受けた場合の4回目の限度額【多数該当】

継続して訪問診療する場合に発生する費用

居宅(1ヶ月の目安:3割負担)

訪問診療 居宅:888点

在医総管(定期訪問のみ)
居宅:2520点(1回)、4,100点(2回)
難病:5,000点

＊在宅緩和ケア充実診療所
居宅:400点　施設:300点(1人)

包括的支援加算
月1回:150点

居宅療養管理指導
居宅298単位（介護保険）

処方箋料を含む(お薬代別)
合計5,836点

・検査(採血)
・酸素
・点滴
・etc
別途費用

＋

訪問診療 居宅:888点

居宅療養管理指導
居宅298単位（介護保険）

処方箋料を含む(お薬代別)
合計1,186点

・検査(採血)
・酸素
・点滴
・etc
別途費用

包括的支援加算(対象患者)
いずれかに該当する患者
(1)要介護2以上に相当する患者
(2)認知症症例者の日常生活自立度でランクⅡb以上の患者
(3)月4回以上の訪問看護をうける患者
(4)訪問診療時又は訪問看護時に注射や処置を行っている患者
(5)特定施設等の入居者の場合には、医師の指示を受けて
看護師が痰の吸引や経管栄養の管理等の処置を行っている患者
(6)医師の指導管理のもと、家族等が処置を行っている患者等
関係機関等との連携のために特に重点的な支援が必要な患者

＝　7,022点(月2回)
(医療費総額:70,220円)

3割負担:21,066円/月

＊「在宅緩和ケア充実診療所」とは
緊急往診や在宅でのがん性疼痛の適切な鎮痛薬投与で痛みのコントロールを行っている実績が十分にあると認められた医療機関です。
・個人居宅＋400点　・施設300点(1人)、150点(2～9人)、75点(10人～)

在宅医療総合管理料
在宅患者に対する、総合的な医学管理を評価する診療報酬在宅療養中の患者で通院が困難に対して、同意のもと、計画的な医学管理の下に定期的な訪問診療を行っている場合に、訪問回数及び単一建物診療患者(注1)の人数に従い、所定点数を月1回に限り

夜間往診で往診を実施した場合に発生する費用

居宅(1ヶ月の目安:3割負担)

訪問診療 居宅:888点

在医総管(定期訪問のみ)
居宅:2520点(1回)、4,100点(2回)
難病:5,000点

＊在宅緩和ケア充実診療所
居宅:400点　施設:300点(1人)

包括的支援加算
月1回:150点

居宅療養管理指導
居宅298単位（介護保険）

処方箋料を含む(お薬代別)
合計5,836点

・検査(採血)
・酸素
・点滴
・etc
別途費用

訪問診療 居宅:888点

居宅療養管理指導
居宅298単位（介護保険）

処方箋料を含む(お薬代別)
合計1,402点

・検査(採血)
・酸素
・点滴
・etc
別途費用

夜間往診

再診(時間外)
加算(入院外)
明細書発行体制等加算
78点

在外来管理加算
往診:52点

緊急、夜間往診加算
(1,500点)

処方箋料(お薬代は別)
合計:1,600点

・検査(採血)
・酸素
・点滴
・etc
別途費用

＋1,630点/回

3割負担:4,890円/回

合計:9,054点

3割負担:25,956円/月

緊急往診加算750点(9時～18時)
深夜往診加算2500点(22時～6時)

夜間往診加算1500点(18時～22時、6時～8時)
休日往診加算1500点

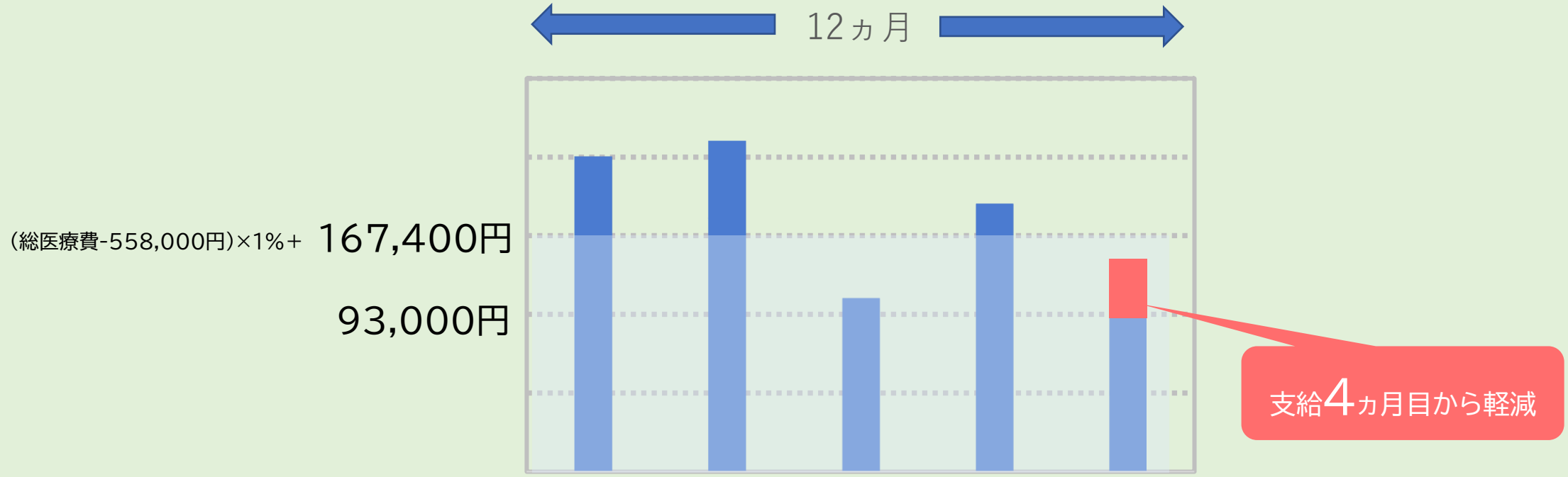
高額療養制度：70歳未満の自己負担限度額（月額）

区分	対象者	自己負担限度額	多数該当
ア	年収約1,160万円以上 健保：標準報酬月額83万円以上 国保：年間所得901万円超	252,000円＋（医療費－842,000円）×1%	140,100円
イ	年収770万円～1,160万円 健保：同53～79万円 国保：同600～901万円	167,400円＋（医療費－558,000円）×1%	93,000円
ウ	年収370万円～約770万円 健保：同28～50万 国保：同210～600万	80,100円＋（医療費－267,000円）×1%	44,400円
エ	年収約370万円以下 健保：同26万円以下 国保：同210万円以下	57,600円	
オ	住民税非課税	35,400円	24,600円
	★高額長期疾患患者（慢性腎不全、HIV、血友病の患者）：自己負担限度額（月）は1万円 ただし、人工透析に要する上位所得者（標準報酬月額53万円以上）は2万円		

（1）70歳未満の自己負担限度額は①医療機関ごと、②医療・歯科別、③入院・外来別に適応
（2）多数該当：直近1年間における4回目以降の自己負担限度額（月）

多数該当高額療養費

高額療養費として払い戻しを受けた月数が1年間(直近12ヵ月間)で3月以上あったときは、4月目(4回目)から自己負担限度額がさらに引き下げられます。なお、70歳以上75歳未満の高齢受給者の多数該当については、通院の限度額の適用によって高額療養費を受けた回数は考慮しません。



※多数該当は同一保険者での療養に適用されます。国民健康保険や健康保険組合などから協会けんぽに加入した場合など、保険者が変わったときは多数該当の月数に通算されません。
※多数該当は同一被保険者で適用されます。退職して被保険者から被扶養者に変わった場合などは、多数該当の月数に通算されません。

高額医療費でよく頂く質問

同じ月で複数の医療機関にかかった場合等はどうなりますか？

高額療養費の対象となる自己負担額は、受診者別、医療機関別、入院・通院別で算定されて21,000円以上のもの（70歳以上の方は受診者別、入院・通院別で全部の自己負担額）が対象となります。
このため、対象となる自己負担額を合算して、自己負担限度額を超えた部分が高額療養費として支給されます。

医療機関等	受診（入院）期間	自己負担額	合算の可否
A病院　入院	4月20日～4月30日	70,000円	21,000以上のため**合算可能**
B医院　通院	4月1日	15,000円	同一医療機関・同一診療科の外来支払い額の合計が21,000円以上のため**合算可能**
	4月5日	10,000円	
C歯科　通院	4月10日	10,000円	21,000円未満のために**合算不可**

〈例〉70歳未満の方で、入院・通院がある例

高額療養費制度の支給申請の期限は、診療を受けた月の翌月の初日から2年となります。
例）2017年1月に医療費が高額となった場合、2017年2月1日～2019年1月31日までが申請期限となります。

居宅　上限合算のポイント(1ヶ月の目安:3割負担)
上限80,100円の場合/月

合算対象:1医療機関　21,000円/月以上

配達費 居宅	1,500円×
薬剤費	10,000円●

アイルクリニック	
2回/月	21,000円● 20,000円×
アイル 上限	80,100円● (44,400)

7回/月	21,000円● 20,000円×
訪看 上限	80,100円● (44,400)

患者さん
ご家族様

合算合計	
病院	30,000円
訪看	80,100円
薬	10,000円
アイル	80,100円

約12万円

還付対象
約3~4か月後

病院 外来	30,000円●
入院	80,100円×

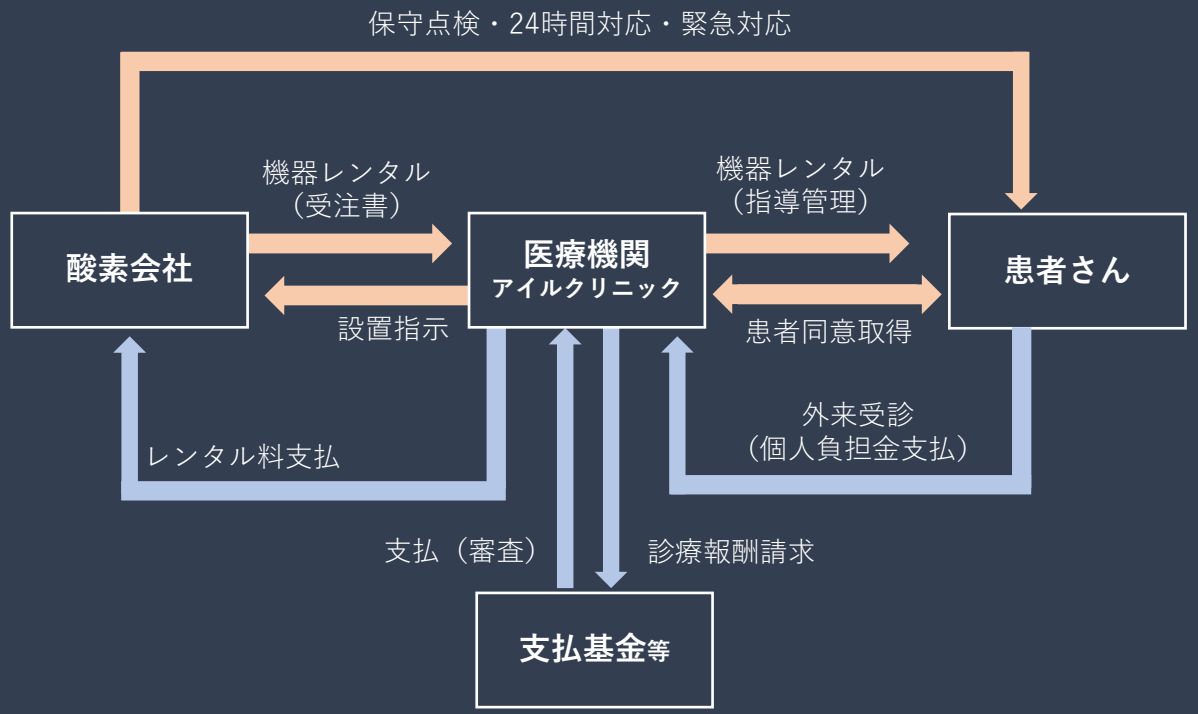
その他ご紹介項目

❶酸素の機械を導入した際に発生する費用

❷世帯・同一人合算について

❸65～74歳で一定の障害のある方は申請することで
後期高齢者医療制度へ加入

❶自宅に酸素濃縮器を導入した場合



管理料

令和2年　厚生労働省公示第57号より引用

指導管理料（1回/月を限度）	在宅療養指導管理材料加算（3回/3月を限度）			
	酸素濃縮装置	携帯用酸素ボンベ	呼吸同調式デマンドバルブ	在宅酸素療法材料
2400点	4000点	880点	300点	100点

（例）酸素濃縮装置と、通院等のためにデマンドバルブをつけて携帯用酸素ボンベを使用した場合

- 在宅酸素療法指導管理料・・・・・・2400点
- 酸素濃縮装置・・・・・・・・・・・4000点
- 携帯酸素ボンベ・・・・・・・・・・・880点
- 呼吸同調式デマンドバルブ・・・・・300点
- 在宅酸素療法材料・・・・・・・・・100点

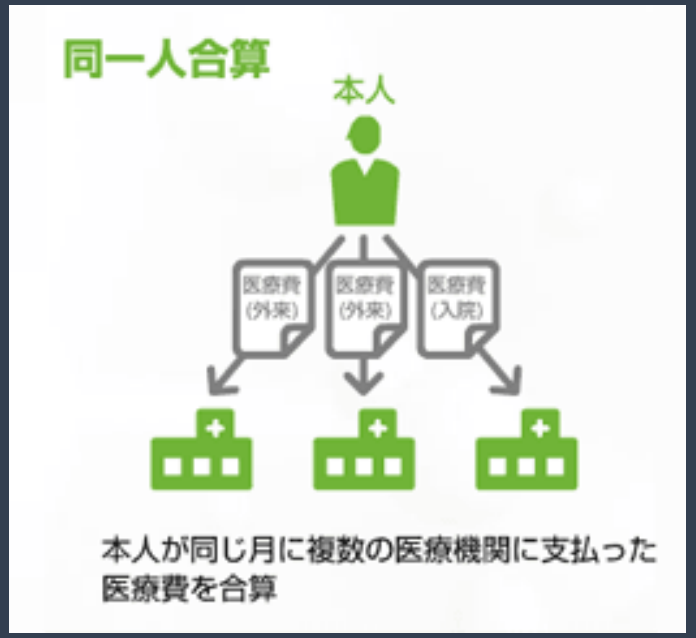
合計　7680点

❷世帯･同一人合算について①

高額療養費は、同一世帯や他の医療機関で支払った医療費を合算して申請することができます。

・世帯合算とは、同一世帯の者が同じ月に自己負担限度額を超えた場合に合算して申請できるものです（図1）。
・同一人合算は、本人が同じ月に複数の医療機関に自己負担限度額を超える医療費を支払った場合、それらを合算して申請できるもの（図2）

*同一世帯とは、健康保険組合や協会けんぽなどの健康保険制度の場合は、被保険者と被扶養者のグループをさし、共働きでそれぞれが被保険者である場合には、同一世帯とはみなされません。国民健康保険の場合は同じ保険証の番号をもつ家族を同一世帯とします。



❷世帯・同一人合算について②
70歳未満の方だけの世帯

21,000円以上の自己負担額を、2人以上の同一世帯の家族が支払った場合に適用されます。

区分	対象者	自己負担限度額	多数該当
ア	健保：標準報酬月額83万円以上 国保：年間所得901万円超	252,000円+ (医療費－842,000円)×1%	140,100円
イ	健保：同53～79万円 国保：同600～901万円	167,400円+ (医療費－558,000円)×1%	93,000円
ウ	健保：同28～50万 国保：同210～600万	80,100円+ (医療費－267,000円)×1%	44,400円
エ	健保：同26万円以下 国保：同210万円以下	57,600円	
オ	被保険者が市区町村民税の非課税者等	35,400円	24,600円

(1)70歳未満の自己負担限度額は①医療機関ごと、②医療・歯科別、③入院・外来別に適応
(2)多数該当：直近1年間における4回目以降の自己負担限度額(月)

❷世帯・同一人合算について③
70歳以上の方のみの世帯

外来のみの場合と、外来と入院を合算する場合で自己負担限度額は異なります。

区分	適応区分		外来 （個人ごと）	外来・入院 （世帯）
現役並み	Ⅲ	年収1160万円～	252,600円＋（医療費-842,000）×1% （多数回　140,100円）	
	Ⅱ	年収770万～約1160万円	167,400円＋（医療費-558,000）×1% （多数回　93,000円）	
	Ⅰ	年収370万～約770万円	80,100円＋（医療費-267,000）×1% （多数回　44,400円）	
一般	年収156万～約370万円		18,000円 年間上限14.4万円	57,600円 （多数回44,400円）
低所得者	Ⅱ　住民税非課税（*1）		8,000円	24,600円
	Ⅰ　住民税非課税（*2） （年金収入80万以下）			15,000円

*1被保険者が市区町村民税の非課税者等である場合です。
*2被保険者とその扶養家族全ての方の収入から必要経費・控除額を除いた後の所得がない場合です。注）
現役並み所得者に該当する場合は、市区町村民税が非課税等であっても現役並みの所得者となります。

❷世帯・同一人合算について④
70歳未満・70歳以上が混在する世帯

70歳未満と70歳以上の方が混在する世帯では、以下の順序で合算します。

❶70歳以上の方の1ヵ月にかかった外来と入院すべての自己負担額を確認し、支給される高額療養費を算出
↓
❷世帯全体で1ヵ月にかかった医療費の総額を70歳未満の高額療養費の算出方法にあてはめて計算
↓
❸各々の高額療養費の合計が世帯全体での高額療養費となる

❷世帯・同一人合算について⑤
70歳未満・70歳以上が混在する世帯

例題として、区分ウの40歳男性、71歳母の世帯の場合を考えてみましょう。

本人

年齢 40歳
所得区分：区分ウ
1ヵ月の自己負担限度　80,100円 +（医療費総額 - 267,000円）× 1%

入院費 医療費　400,000円（A）
自己負担額（3割）　120,000円（B）

母

年齢 71歳
所得区分：一般
1ヵ月の自己負担限度　外来（個人単位）　14,000円（C）

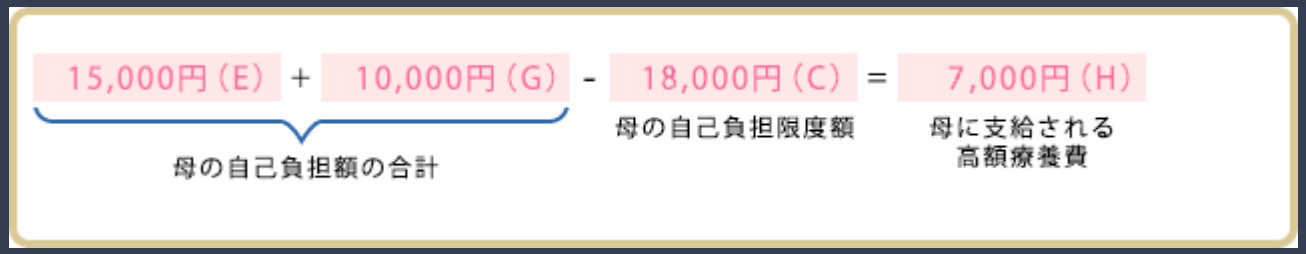
外来（A病院）医療費　150,000円（D）
自己負担額（1割）　15,000円（E）

外来（B病院）医療費　100,000円（F）
自己負担額（1割）　10,000円（G）

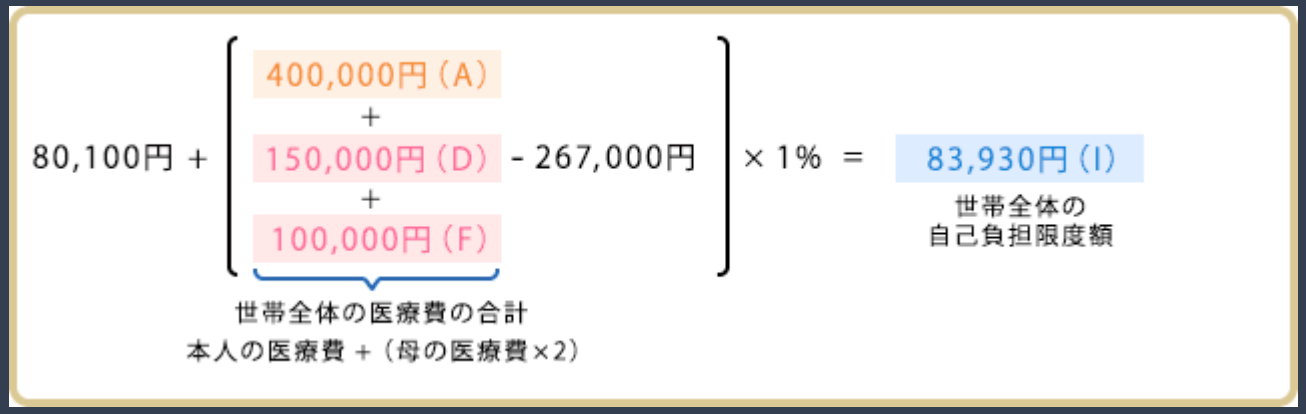
区分ウ　40歳男性＋71歳母の世帯

❷世帯・同一人合算について④
70歳未満・70歳以上が混在する世帯

❶70歳以上の方の1ヵ月にかかった外来と入院すべての自己負担額を確認し、支給される高額療養費を算出
母の自己負担額の合計から、自己負担限度額を引き、母の高額療養費を算出します。



❷-①世帯全体で1ヵ月にかかった医療費の総額を、70歳未満の高額療養費の算出方法にあてはめて計算
世帯全体（本人と母）の自己負担限度額を、70歳未満の区分ウの計算式＊で算出します。



区分ウ　40歳男性＋71歳母の世帯

❷世帯・同一人合算について④
70歳未満・70歳以上が混在する世帯

❷-②世帯全体（本人と母）の自己負担額合計から、世帯全体の自己負担限度額を引き世帯合算による高額療養費を算出します。

120,000円（B）	＋	18,000円（C）	－	83,930円（I）	＝	54,070円（J）
本人の自己負担額		高額療養費適用後の母の自己負担額 ＝ 母の自己負担限度額		世帯全体の自己負担限度額		世帯合算で支給される高額療養費

❸各々の高額療養費の合計が世帯全体での高額療養費となる

7,000円（H）	＋	54,070円（J）	＝	61,070円
母の高額療養費		世帯合算の高額療養費		世帯合算の高額療養費

❸65～74歳で一定の障害のある方は申請することで後期高齢者医療制度へ加入

次の表のいずれかに該当する方は、後期高齢者医療制度の被保険者となります。

対象となる方	いつから
①75歳以上の方すべて	75歳の誕生日当日から
②65～74歳で一定の障害（＊）があると広域連合が認めた方	認定日から

（＊）認定を受けられる障害の程度は？
・国民年金法等障害年金：1・2級 ・身体障害者手帳：１・２・３級及び４級の一部 ・精神障害者手帳：１・２級 ・療育手帳：Ａ