

第2部 在宅医療

通則

- 1 在宅医療の費用は、第1節又は第2節の各区分の所定点数により算定する。
- 2 在宅療養指導管理に当たって患者に対して薬剤を使用した場合は、前号により算定した点数及び第3節の所定点数を合算した点数により算定する。
- 3 在宅療養指導管理に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を支給した場合は、前2号により算定した点数及び第4節の所定点数を合算した点数により算定する。
- 4 第1節又は第2節に掲げられていない在宅医療であって特殊な在宅医療の在宅患者診療・指導料又は在宅療養指導管理料は、第1節又は第2節に掲げられている在宅医療のうちで最も近似する在宅医療の各区分の所定点数により算定する。

第1節 在宅患者診療・指導料

区分

C000 往診料

720点

注1 別に厚生労働大臣が定める時間において入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している場合に緊急に行う往診、夜間（深夜を除く。）の往診、深夜の往診を行った場合には、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院（地域において在宅療養を提供する診療所がないことにより、当該地域における退院後の患者に対する在宅療養の提供に主たる責任を有する病院であって、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地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）等の区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。

イ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの保険医が行う場合

(1) 病床を有する場合

- | | |
|-----------------|--------|
| ① 緊急に行う往診 | 850点 |
| ② 夜間（深夜を除く。）の往診 | 1,700点 |
| ③ 深夜の往診 | 2,700点 |

(2) 病床を有しない場合

- | | |
|-----------------|--------|
| ① 緊急に行う往診 | 750点 |
| ② 夜間（深夜を除く。）の往診 | 1,500点 |
| ③ 深夜の往診 | 2,500点 |

ロ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（イに規定するものを除く。）の保険医が行う場合

- | | |
|-------------------|--------|
| (1) 緊急に行う往診 | 650点 |
| (2) 夜間（深夜を除く。）の往診 | 1,300点 |
| (3) 深夜の往診 | 2,300点 |

ニ イからロまでに掲げるもの以外の保険医療機関の保険医が行う場合

- | | |
|-------------------|--------|
| (1) 緊急に行う往診 | 325点 |
| (2) 夜間（深夜を除く。）の往診 | 650点 |
| (3) 深夜の往診 | 1,300点 |

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 患家において死亡診断を行った場合は、200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往診を行った場合で、特殊の事情があったときの往診料は、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。

5 往診に要した交通費は、患家の負担とする。

C 0 0 1 在宅患者訪問診療料（1日につき）

- | | |
|------------------|------|
| 1 同一建物居住者以外の場合 | 830点 |
| 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 | 400点 |
| ロ イ以外の場合 | 200点 |

注1 1については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号A 0 0 0に掲げる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、当該患者1人につき週3回（同一の患者について、1及び2を併せて算定する場合において同じ。）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、区分番号A 0 0 1に掲げる再診料、区分番号A 0 0 2に掲げる外来診療料又は区分番号C 0 0 0に掲げる往診料は、算定しない。

2 2のイについては、介護保険法第8条第11項に規定する特定施設、同条第20項に規定する地域密着型特定施設又は特別養護老人ホームにおいて療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、2のロについては、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なもの（2のイを算定するものを除く。）に対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号A 0 0 0に掲げる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、当該患者1人につき週3回（同一の患者について、1及び2を併せて算定する場合において同じ。）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、区分番号A 0 0 1に掲げる再診料、区分番号A 0 0 2に掲げる外来診療料又は区分番号C 0 0 0に掲げる往診料は、算定しない。

3 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性を認め、計画的な医学的管理の下に、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して訪問診療を行った場合は、注1及び注2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。

4 3歳未満の乳幼児又は3歳以上6歳未満の幼児に対して訪問診療を行った場合には、乳幼児加算又は幼児加算として、それぞれ所定点数に400点を加算する。

5 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。

6 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。）に対してその死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合には、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。

イ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合

- | | |
|---------------|--------|
| (1) 病床を有する場合 | 6,000点 |
| (2) 病床を有しない場合 | 5,000点 |

ロ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（イに規定するものを除く。）の場合

4,000点

ハ イ及びロに掲げるもの以外の場合

3,000点

7 往診又は訪問診療を行い、在宅で患者を看取った場合には、看取り加算として、3,000点を所定点数に加算する。

- 8 患家において死亡診断を行った場合には、200点を加算する。ただし、注7の加算を算定する場合は、算定できない。
- 9 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在宅患者訪問診療料は、別に厚生労働大臣が定めるところによって算定する。
- 10 往診料を算定する往診の日の翌日までに行った訪問診療（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医が行ったものを除く。）の費用は算定しない。
- 11 訪問診療に要した交通費は、患家の負担とする。

C 0 0 2 在宅時医学総合管理料（月 1 回）

- 1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合
 - イ 病床を有する場合
 - (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 5,000点
 - (2) 処方せんを交付しない場合 5,300点
 - ロ 病床を有しない場合
 - (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 4,600点
 - (2) 処方せんを交付しない場合 4,900点
- 2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合
 - イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 4,200点
 - ロ 処方せんを交付しない場合 4,500点
- 3 1及び2に掲げるもの以外の場合
 - イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 2,200点
 - ロ 処方せんを交付しない場合 2,500点

注1 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地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所、在宅療養支援病院及び許可病床数が200床未満の病院（在宅療養支援病院を除く。）に限る。）において、在宅での療養を行っている患者（介護保険法第8条第11項に規定する特定施設、同条第20項に規定する地域密着型特定施設又は特別養護老人ホームにおいて療養を行っている患者その他入居している施設において一定の医学的管理を受けている患者（以下「特定施設入居者等」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に月2回以上の定期的な訪問診療を行っている場合に、月1回に限り算定する。

- 2 在宅時医学総合管理料を算定すべき医学管理を行った場合においては、別に厚生労働大臣が定める診療に係る費用及び投薬の費用は、所定点数に含まれるものとする。
- 3 在宅医療に移行後、当該点数を算定した日の属する月から起算して3月以内の期間、月1回に限り、在宅移行早期加算として、所定点数に100点を加算する。ただし、在宅医療に移行後、1年を経過した患者については算定しない。
- 4 在宅時医学総合管理料を算定すべき医学管理に関し特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに限る。）に対して、1月に4回以上の往診又は訪問診療を行った場合には、患者1人につき1回に限り、重症者加算として、所定点数に1,000点を加算する。
- 5 区分番号C 0 0 2－2に掲げる特定施設入居時等医学総合管理料を算定している患者については算定しない。

C 0 0 2－2 特定施設入居時等医学総合管理料（月 1 回）

- 1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合
 - イ 病床を有する場合
 - (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 3,600点

- (2) 処方せんを交付しない場合 3,900点
 - ロ 病床を有しない場合
 - (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 3,300点
 - (2) 処方せんを交付しない場合 3,600点
 - 2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合
 - イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 3,000点
 - ロ 処方せんを交付しない場合 3,300点
 - 3 1及び2に掲げるもの以外の場合
 - イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 1,500点
 - ロ 処方せんを交付しない場合 1,800点
- 注1 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地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所、在宅療養支援病院及び許可病床数が200床未満の病院（在宅療養支援病院を除く。）に限る。）において、特定施設入居者等であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に月2回以上の定期的な訪問診療を行っている場合、月1回に限り算定する。
- 2 特定施設入居時等医学総合管理料を算定すべき医学管理を行った場合においては、別に厚生労働大臣が定める診療に係る費用及び投薬の費用は、所定点数に含まれるものとする。
- 3 在宅医療に移行後、当該点数を算定した日の属する月から起算して3月以内の期間、月1回に限り、在宅移行早期加算として、所定点数に100点を加算する。ただし、在宅医療に移行後、1年を経過した患者については算定しない。
- 4 特定施設入居時等医学総合管理料を算定すべき医学管理に関し特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに限る。）に対して、1月に4回以上の往診又は訪問診療を行った場合には、患者1人につき1回に限り、重症者加算として、所定点数に1,000点を加算する。
- 5 区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料を算定している患者については算定しない。

C003 在宅がん医療総合診療料（1日につき）

- 1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合
 - イ 病床を有する場合
 - (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 1,800点
 - (2) 処方せんを交付しない場合 2,000点
 - ロ 病床を有しない場合
 - (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 1,650点
 - (2) 処方せんを交付しない場合 1,850点
 - 2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合
 - イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 1,495点
 - ロ 処方せんを交付しない場合 1,685点
- 注1 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地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）において、在宅での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に対して、その同意を得て、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1週を単位として算定する。
- 2 患家において死亡診断を行った場合は、200点を加算する。
- 3 注2に規定する加算及び特に規定するものを除き、診療に係る費用は、在宅がん医療総合診療料に含まれるものとする。
- 4 在宅がん医療総合診療に要した交通費は、患家の負担とする。

C004 救急搬送診療料 1,300点

- 注 1 患者を救急用の自動車等で保険医療機関に搬送する際、診療上の必要から、当該自動車等に同乗して診療を行った場合に算定する。
- 2 新生児又は6歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して当該診療を行った場合には、新生児加算又は乳幼児加算として、それぞれ所定点数に1,000点又は500点を加算する。
- 3 注1に規定する場合であって、当該診療に要した時間が30分を超えた場合には、長時間加算として、所定点数に500点を加算する。

C 0 0 5 在宅患者訪問看護・指導料（1日につき）

- 1 保健師、助産師又は看護師（3の場合を除く。）による場合
- | | |
|----------|------|
| イ 週3日目まで | 555点 |
| ロ 週4日目以降 | 655点 |
- 2 准看護師による場合
- | | |
|----------|------|
| イ 週3日目まで | 505点 |
| ロ 週4日目以降 | 605点 |
- 3 悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア又は褥瘡^{じよくそう}ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合
- | | |
|--|--------|
| | 1,285点 |
|--|--------|

注 1 1及び2については、保険医療機関が、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問看護・指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号及び区分番号C 0 0 5－1－2において「同一建物居住者」という。）を除く。注8及び注9において同じ。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、保健師、助産師若しくは看護師又は准看護師を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者1人について日単位で算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者以外の患者については、区分番号C 0 0 5－1－2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料（3を除く。）又は区分番号I 0 1 2に掲げる精神科訪問看護・指導料を算定する日と合わせて週3日（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看護・指導を行う必要を認めて、訪問看護・指導を行う場合にあっては、1月に1回に限り、週7日（当該診療の日から起算して14日以内の期間に行われる場合に限る。）を限度とする。

2 3については、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地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、在宅で療養を行っている悪性腫瘍の鎮痛療法若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^{じよくそう}の状態にある患者（いずれも同一建物居住者を除く。）であって通院^{じよくそう}が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、緩和ケア又は褥瘡^{じよくそう}ケアに係る専門の研修を受けた看護師を訪問させて、他の保険医療機関の看護師等又は訪問看護ステーションの看護師等と共同して同一日に看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者1人について、それぞれ月1回を限度として算定する。

3 1及び2については、注1ただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者又は同注ただし書の規定に基づき週7日を限度として所定点数を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が必要と認めて、1日に2回又は3回以上訪問看護・指導を実施した場合は、所定点数にそれぞれ450点又は800点を加算する。

4 1及び2については、患者又はその看護に当たっている者の求めを受けた診療所又は在宅療養支援病院の保険医の指示により、保険医療機関の看護師等が緊急に訪問看護・指導を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、1日につき所定点数に265点を加算する。

5 1及び2については、別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、保険医療機関の看護師等が、長時間にわたる訪問看護・指導を実施した場合

には、長時間訪問看護・指導加算として、週 1 回（15歳未満の超重症児又は準超重症児の場合にあっては週 3 回）に限り、所定点数に520点を加算する。

- 6 1 及び 2 については、3 歳未満の乳幼児又は 3 歳以上 6 歳未満の幼児に対し、保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合には、乳幼児加算又は幼児加算として、1 日につきそれぞれ所定点数に50点を加算する。
- 7 1 及び 2 については、同時に複数の看護師等による訪問看護・指導が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対して、保険医療機関の複数の看護師等が同時に訪問看護・指導を行うことについて患者又はその家族等の同意を得て、訪問看護・指導を実施した場合には、複数名訪問看護加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。この場合において、イ又はロについては、週 1 日に限り算定する。
- イ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の保健師、助産師又は看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合 430点
- ロ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の准看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合 380点
- ハ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が看護補助者と同時に訪問看護・指導を行う場合 300点
- 8 1 及び 2 については、訪問診療を実施している保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、訪問診療を実施している保険医療機関を含め、歯科訪問診療を実施している保険医療機関又は訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局と文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に、在宅患者連携指導加算として、月 1 回に限り所定点数に300点を加算する。
- 9 1 及び 2 については、保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該他の保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患者に赴き、カンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合には、在宅患者緊急時等カンファレンス加算として、月 2 回に限り所定点数に200点を加算する。
- 10 1 及び 2 については、在宅で死亡した患者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対して、保険医療機関の保険医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、2 回以上訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は、在宅ターミナルケア加算として、所定点数に2,000点を加算する。
- 11 1 及び 2 については、訪問看護・指導に関して特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にある者に限る。以下この注において同じ。）に対して、当該患者に係る訪問看護・指導に関する計画的な管理を行った場合は、患者 1 人につき 1 回に限り、在宅移行管理加算として、所定点数に250点を加算する。ただし、特別な管理を必要とする患者のうち重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものについては、患者 1 人につき 1 回に限り、所定点数に500点を加算する。
- 12 1 及び 2 については、夜間（午後 6 時から午後10時までの時間をいう。区分番号 C 0 0 5－1－2 において同じ。）又は早朝（午前 6 時から午前 8 時までの時間をいう。区分番号 C 0 0 5－1－2 において同じ。）に訪問看護・指導を行った場合は、夜間・早朝訪問看護加算として所定点数に210点を加算し、深夜に訪

問看護・指導を行った場合は、深夜訪問看護加算として所定点数に420点を加算する。

13 在宅患者訪問看護・指導料を算定した場合には、区分番号C005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料又は区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料は、算定しない。

14 訪問看護・指導に要した交通費は、患家の負担とする。

C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料（1日につき）

1 保健師、助産師又は看護師（3の場合を除く。）による場合

イ 週3日目まで 430点

ロ 週4日目以降 530点

2 准看護師による場合

イ 週3日目まで 380点

ロ 週4日目以降 480点

3 悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア又は褥瘡^{じよくそう}ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合 1,285点

注1 1及び2については、保険医療機関が、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。注8及び注9において同じ。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、保健師、助産師若しくは看護師又は准看護師を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者1人について日単位で算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者以外の患者については、区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料（3を除く。）又は区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料を算定する日と合わせて週3日（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看護・指導を行う必要を認めて、訪問看護・指導を行う場合にあっては、1月に1回に限り、週7日（当該診療の日から起算して14日以内の期間に行われる場合に限る。））を限度とする。

2 3については、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地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、在宅で療養を行っている悪性腫瘍の鎮痛療法若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^{じよくそう}の状態にある患者（いずれも同一建物居住者に限る。）であって通院^{じよくそう}が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、緩和ケア又は褥瘡^{じよくそう}ケアに係る専門の研修を受けた看護師を訪問させて、他の保険医療機関の看護師等又は訪問看護ステーションの看護師等と共同して同一日に看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者1人について、それぞれ月1回を限度として算定する。

3 1及び2については、注1ただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者又は同注ただし書の規定に基づき週7日を限度として所定点数を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が必要と認めて、1日に2回又は3回以上訪問看護・指導を実施した場合は、所定点数にそれぞれ450点又は800点を加算する。

4 1及び2については、患者又はその看護に当たっている者の求めを受けた診療所又は在宅療養支援病院の保険医の指示により、保険医療機関の看護師等が緊急に訪問看護・指導を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、1日につき所定点数に265点を加算する。

5 1及び2については、別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、保険医療機関の看護師等が、長時間にわたる訪問看護・指導を実施した場合には、長時間訪問看護・指導加算として、週1回（15歳未満の超重症児又は準超重症児の場合にあっては週3回）に限り、所定点数に520点を加算する。

6 1及び2については、3歳未満の乳幼児又は3歳以上6歳未満の幼児に対し、保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合には、乳幼児加算又は

幼児加算として、1日につきそれぞれ所定点数に50点を加算する。

- 7 1及び2については、同時に複数の看護師等による訪問看護・指導が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対して、保険医療機関の複数の看護師等が同時に訪問看護・指導を行うことについて患者又はその家族等の同意を得て、訪問看護・指導を実施した場合には、複数名訪問看護加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。この場合において、イ又はロについては、週1日に限り算定する。

イ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の保健師、助産師又は看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合 430点

ロ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の准看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合 380点

ハ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が看護補助者と同時に訪問看護・指導を行う場合 300点

- 8 1及び2については、訪問診療を実施している保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、訪問診療を実施している保険医療機関を含め、歯科訪問診療を実施している保険医療機関又は訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局と文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に、同一建物居住者連携指導加算として、月1回に限り所定点数に300点を加算する。

- 9 1及び2については、保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該他の保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患家へ赴き、カンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合には、同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算として、月2回に限り所定点数に200点を加算する。

- 10 1及び2については、在宅で死亡した患者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対して、保険医療機関の保険医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は、同一建物居住者ターミナルケア加算として、所定点数に2,000点を加算する。

- 11 1及び2については、訪問看護・指導に関して特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にある者に限る。以下この注において同じ。）に対して、当該患者に係る訪問看護・指導に関する計画的な管理を行った場合は、患者1人につき1回に限り、在宅移行管理加算として、所定点数に250点を加算する。ただし、特別な管理を必要とする患者のうち重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものについては、患者1人につき1回に限り、所定点数に500点を加算する。

- 12 1及び2については、夜間又は早朝に訪問看護・指導を行った場合は、夜間・早朝訪問看護加算として所定点数に210点を加算し、深夜に訪問看護・指導を行った場合は、深夜訪問看護加算として所定点数に420点を加算する。

- 13 同一建物居住者訪問看護・指導料を算定した場合には、区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料は、算定しない。

- 14 訪問看護・指導に要した交通費は、患家の負担とする。

注 区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号C005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料を算定すべき訪問看護・指導を受けている患者又は指定訪問看護事業者（健康保険法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者をいう。）から訪問看護を受けている患者であって、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医の診療に基づき、週3日以上点滴注射を行う必要を認めたものについて、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、患者1人につき週1回に限り算定する。

C006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料（1単位）

- | | |
|----------------|------|
| 1 同一建物居住者以外の場合 | 300点 |
| 2 同一建物居住者の場合 | 255点 |

注1 1については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問リハビリテーション指導管理を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、当該診療を行った保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を訪問させて基本的動作能力若しくは応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等について必要な指導を行わせた場合に、患者1人につき、1と2を合わせて週6単位（退院の日から起算して3月以内の患者にあつては、週12単位）に限り算定する。

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リハビリテーション指導管理を行う必要性を認め、計画的な医学管理の下に、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して訪問リハビリテーション指導管理を行った場合は、注1の規定にかかわらず、1と2を合わせて、6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リハビリテーション指導管理については、14日を限度として1日4単位に限り、算定する。

3 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理に要した交通費は、患家の負担とする。

C007 訪問看護指示料

300点

注1 当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき指定訪問看護事業者（介護保険法第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者若しくは同法第53条第1項に規定する指定介護予防サービス事業者（いずれも訪問看護事業を行う者に限る。）又は健康保険法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者をいう。）からの指定訪問看護の必要を認め、又は、介護保険法第42条の2第1項に規定する指定地域密着型サービス事業者（定期巡回・随時対応型訪問介護看護又は複合型サービスを行う者に限る。）からの指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護又は指定複合型サービス（いずれも訪問看護を行うものに限る。）の必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーション等に対して、訪問看護指示書を交付した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

2 当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき、当該患者の急性増悪等により一時的に頻回の指定訪問看護を行う必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーション等に対して、その旨を記載した訪問看護指示書を交付した場合は、特別訪問看護指示加算として、患者1人につき月1回に限り、所定点数に100点を加算する。

3 訪問看護指示料を算定した場合には、区分番号I012-2に掲げる精神科訪問看護指示料は算定しない。

C007-2 介護職員等^{かくたん}喀痰吸引等指示料

240点

注 当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき介護保険法第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者（同法第8条第2項に規定する訪問介護、同条第3項に規定する訪問入浴介護、同条第7項に規定する通所介護又は同条第11項に規定する特定施設入居者生活介護に係る指定を受けている者に限る。）同法第42条の2第1項に規定する指定地域密着型サービス事業者（同法第8条第21項に規定する地域密着型介護老人福祉施設を除く。）その他別に厚生労働大臣が定める者による社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和62年厚生省令第49号）第1条各号に掲げる医師の指示の下に行われる行為^{かくたん}の必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する事業者に対して介護職員等略称吸引等指示書を交付した場合に、患者1人につき3月に1回に限り算定する。

C 0 0 8 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 | 550点 |
| 2 同一建物居住者の場合 | 385点 |

注1 1については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、1と2を合わせて月2回に限り算定する。

2 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理指導を行った場合は、1回につき所定点数に100点を加算する。

3 在宅患者訪問薬剤管理指導に要した交通費は、患家の負担とする。

C 0 0 9 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 |

注1 1については、在宅で療養を行っており通院が困難な患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問栄養食事指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、2については、在宅で療養を行っており通院が困難な患者（同一建物居住者に限る。）であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、管理栄養士が訪問して具体的な献立によって実技を伴う指導を行った場合に、1と2を合わせて月2回に限り算定する。

2 在宅患者訪問栄養食事指導に要した交通費は、患家の負担とする。

C 0 1 0 在宅患者連携指導料

900点

注1 訪問診療を実施している保険医療機関（診療所、在宅療養支援病院及び許可病床数が200床未満の病院（在宅療養支援病院を除く。）に限る。）の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、歯科訪問診療を実施している保険医療機関、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局又は訪問看護ステーションと文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

2 区分番号A 0 0 0に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日から1月以内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。

3 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起算して1月以内に行った指導の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。

る。

- 4 区分番号B 0 0 1の1に掲げるウイルス疾患指導料、区分番号B 0 0 1の6に掲げるてんかん指導料、区分番号B 0 0 1の7に掲げる難病外来指導管理料又は区分番号B 0 0 1の12に掲げる心臓ペースメーカー指導管理料を算定している患者については算定しない。
- 5 在宅患者連携指導料を算定すべき指導を行った場合においては、区分番号B 0 0 0に掲げる特定疾患療養管理料及び区分番号B 0 0 1の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定すべき指導管理の費用は、所定点数に含まれるものとする。
- 6 区分番号B 0 0 9に掲げる診療情報提供料(I)、区分番号C 0 0 2に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C 0 0 2-2に掲げる特定施設入居時等医学総合管理料又は区分番号C 0 0 3に掲げる在宅がん医療総合診療料を算定している患者については算定しない。

C 0 1 1 在宅患者緊急時等カンファレンス料

200点

注 訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該保険医の求め又は当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患家に赴きカンファレンスを行い又はカンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月2回に限り算定する。

第2節 在宅療養指導管理料

通則

在宅療養指導管理料の費用は、第1款及び第2款の各区分の所定点数を合算した費用により算定する。

第1款 在宅療養指導管理料

通則

- 1 本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料は、特に規定する場合を除き、月1回に限り算定し、同一の患者に対して1月以内に指導管理を2回以上行った場合においては、第1回の指導管理を行ったときに算定する。
- 2 同一の患者に対して、本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料に規定する在宅療養指導管理のうち2以上の指導管理を行っている場合は、主たる指導管理の所定点数のみにより算定する。
- 3 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院から患者の紹介を受けた保険医療機関が、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が行う在宅療養指導管理と異なる在宅療養指導管理を行った場合（C 1 0 2に規定する指導管理とC 1 0 2-2に規定する指導管理、C 1 0 3に規定する指導管理とC 1 0 7に規定する指導管理又はC 1 0 7-2に規定する指導管理、C 1 0 4に規定する指導管理とC 1 0 5に規定する指導管理、C 1 0 4に規定する指導管理とC 1 0 5-2に規定する指導管理、C 1 0 5に規定する指導管理とC 1 0 5-2に規定する指導管理、C 1 0 5-2に規定する指導管理とC 1 0 9に規定する指導管理、C 1 0 7に規定する指導管理とC 1 0 7-2に規定する指導管理、C 1 0 8に規定する指導管理とC 1 1 0に規定する指導管理、C 1 0 8-2に規定する指導管理とC 1 1 0に規定する指導管理及びC 1 0 9に規定する指導管理とC 1 1 4に規定する指導管理の組合せを除く。）には、紹介が行われた月に限り、それぞれの保険医療機関において、本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料を算定できるものとする。
- 4 入院中の患者に対して退院時に本款各区分に掲げる在宅療養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、各区分の規定にかかわらず、当該退院の日に所定点数を算定できる。この場合において、当該退院した患者に対して行った指導管理（当該退院した日の属する月に行ったものに限る。）の費用は算定しない。

区分

- C 1 0 0 退院前在宅療養指導管理料 120点
注 1 入院中の患者が在宅療養に備えて一時的に外泊するに当たり、当該在宅療養に関する指導管理を行った場合に算定する。
2 6歳未満の乳幼児に対して在宅療養に関する指導管理を行った場合には、乳幼児加算として、所定点数に200点を加算する。
- C 1 0 1 在宅自己注射指導管理料
1 複雑な場合 1,230点
2 1以外の場合 820点
注 別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、自己注射に関する指導管理を行った場合に算定する。
- C 1 0 1 - 2 在宅小児低血糖症患者指導管理料 820点
注 12歳未満の小児低血糖症であって入院中の患者以外の患者に対して、重篤な低血糖の予防のために適切な指導管理を行った場合に算定する。
- C 1 0 1 - 3 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料 150点
注 妊娠中の糖尿病患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）であって入院中の患者以外の患者に対して、周産期における合併症の軽減のために適切な指導管理を行った場合に算定する。
- C 1 0 2 在宅自己腹膜灌流指導管理料 4,000点
注 1 在宅自己連続携行式腹膜灌流^{かん}を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅自己連続携行式腹膜灌流^{かん}に関する指導管理を行った場合に算定するものとし、頻回に指導管理を行う必要がある場合は、同一月内の2回目以降1回につき2,000点を月2回に限り算定する。
2 当該指導管理を算定する同一月内に区分番号J 0 3 8に掲げる人工腎臓又はJ 0 4 2に規定する腹膜灌流^{かん}の1を算定する場合は、注1に規定する2回目以降の費用は、算定しない。
- C 1 0 2 - 2 在宅血液透析指導管理料 8,000点
注 1 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地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅血液透析を行っている入院中の患者以外の患者に対して在宅血液透析に関する指導管理を行った場合に算定するものとし、頻回に指導管理を行う必要がある場合には、当該指導管理料を最初に算定した日から起算して2月までの間は、同一月内の2回目以降1回につき2,000点を月2回に限り算定する。
2 当該指導管理を算定する同一月内に区分番号J 0 3 8に掲げる人工腎臓を算定する場合は、注1に規定する2回目以降の費用は、算定しない。
- C 1 0 3 在宅酸素療法指導管理料
1 チアノーゼ型先天性心疾患の場合 1,300点
2 その他の場合 2,500点
注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅酸素療法に関する指導管理を行った場合に算定する。
- C 1 0 4 在宅中心静脈栄養法指導管理料 3,000点
注 在宅中心静脈栄養法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅中心静脈栄養法に関する指導管理を行った場合に算定する。
- C 1 0 5 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料 2,500点
注 在宅成分栄養経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅成分栄養経管栄養法に関する指導管理を行った場合に算定する。
- C 1 0 5 - 2 在宅小児経管栄養法指導管理料 1,050点
注 在宅小児経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）に対して、在宅小児経管栄養法に関する指導管理を行った場合に算定する。

- C 1 0 6 在宅自己導尿指導管理料 1,800点
注 1 在宅自己導尿を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅自己導尿に関する指導管理を行った場合に算定する。
2 カテーテルの費用は、所定点数に含まれるものとする。
- C 1 0 7 在宅人工呼吸指導管理料 2,800点
注 在宅人工呼吸を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅人工呼吸に関する指導管理を行った場合に算定する。
- C 1 0 7 - 2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 250点
注 在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅持続陽圧呼吸療法に関する指導管理を行った場合に算定する。
- C 1 0 8 在宅悪性腫瘍患者指導管理料 1,500点
注 在宅における悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、当該療法に関する指導管理を行った場合に算定する。
- C 1 0 8 - 2 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料 1,500点
注 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関の保険医が、他の保険医療機関において区分番号C 1 0 8に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定する指導管理を受けている患者に対し、当該他の保険医療機関と連携して、同一日に当該患者に対する悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法に関する指導管理を行った場合に算定する。
- C 1 0 9 在宅寝たきり患者処置指導管理料 1,050点
注 1 在宅における創傷処置等の処置を行っている入院中の患者以外の患者であって、現に寝たきりの状態にあるもの又はこれに準ずる状態にあるものに対して、当該処置に関する指導管理を行った場合に算定する。
2 区分番号B 0 0 1の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定している患者については、算定しない。
- C 1 1 0 在宅自己疼痛管理指導管理料 1,300点^{とう}
注 疼痛除去のため植込型脳・脊髄刺激装置を植え込んだ後に、在宅において自己疼痛管理を行っている入院中の患者以外の難治性慢性疼痛^{とう}の患者に対して、在宅自己疼痛管理に関する指導管理を行った場合に算定する。
- C 1 1 0 - 2 在宅振戦等刺激装置治療指導管理料 810点
注 1 振戦等除去のため植込型脳・脊髄刺激装置を植え込んだ後に、在宅において振戦等管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅振戦管理に関する指導管理を行った場合に算定する。
2 植込術を行った日から起算して3月以内の期間に行った場合には、導入期加算として、所定点数に140点を加算する。
- C 1 1 0 - 3 在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料 810点
注 1 てんかん治療のため植込型迷走神経刺激装置を植え込んだ後に、在宅においててんかん管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅てんかん管理に関する指導管理を行った場合に算定する。
2 植込術を行った日から起算して3月以内の期間に行った場合には、導入期加算として、所定点数に140点を加算する。
- C 1 1 1 在宅肺高血圧症患者指導管理料 1,500点
注 肺高血圧症の患者であって入院中の患者以外の患者に対して、プロスタグランジンI₂製剤の投与等に関する医学管理等を行った場合に算定する。
- C 1 1 2 在宅気管切開患者指導管理料 900点
注 気管切開を行っている患者であって入院中の患者以外の患者に対して、在宅における気管切開に関する指導管理を行った場合に算定する。
- C 1 1 3 削除
- C 1 1 4 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料 1,000点

注 1 皮膚科又は形成外科を担当する医師が、別に厚生労働大臣が定める疾患の患者であって、在宅において皮膚処置を行っている入院中の患者以外のものに対して、当該処置に関する指導管理を行った場合に算定する。

2 区分番号B 0 0 1の7に掲げる難病外来指導管理料又は区分番号B 0 0 1の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定している患者については、算定しない。

C 1 1 5 在宅植込型補助人工心臓（拍動流型）指導管理料 6,000点

注 第10部手術の通則第4号に規定する区分番号K 6 0 4に掲げる植込型補助人工心臓（拍動流型）に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、体内植込型補助人工心臓（拍動流型）を使用している患者であって入院中の患者以外の患者に対して、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

C 1 1 6 在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料 45,000点

注 第10部手術の通則第4号に規定する区分番号K 6 0 4－2に掲げる植込型補助人工心臓（非拍動流型）に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、体内植込型補助人工心臓（非拍動流型）を使用している患者であって入院中の患者以外の患者に対して、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

第2款 在宅療養指導管理材料加算

通則

- 1 本款各区分に掲げる在宅療養指導管理材料加算は、第1款各区分に掲げる在宅療養指導管理料のいずれかの所定点数を算定する場合に、特に規定する場合を除き、月1回に限り算定する。
- 2 前号の規定にかかわらず、本款各区分に掲げる在宅療養指導管理材料加算のうち、保険医療材料の使用を算定要件とするものについては、当該保険医療材料が別表第三調剤報酬点数表第4節の規定により調剤報酬として算定された場合には算定しない。

区分

C 1 5 0 血糖自己測定器加算

- 1 月20回以上測定する場合 400点
- 2 月40回以上測定する場合 580点
- 3 月60回以上測定する場合 860点
- 4 月80回以上測定する場合 1,140点
- 5 月100回以上測定する場合 1,320点
- 6 月120回以上測定する場合 1,500点

注 1 1から3までについては、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため血糖自己測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

イ インスリン製剤又はヒトソマトメジンC製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者（1型糖尿病の患者を除く。）

ロ インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者（1型糖尿病の患者に限る。）

ハ 12歳未満の小児低血糖症の患者

ニ 妊娠中の糖尿病患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）

2 4から6までについては、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、血糖自己測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

イ インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者（1型糖尿病の患者に限る。）

ロ 12歳未満の小児低血糖症の患者

ハ 妊娠中の糖尿病患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）

C 1 5 1 注入器加算

300点

注 別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、注入器を処方した場合に、第1款の所定点数に加算する。

C 1 5 2 間歇^{けつ}注入シリンジポンプ加算

- 1 プログラム付きシリンジポンプ 2,500点
- 2 1以外のシリンジポンプ 1,500点

注 別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、間歇^{けつ}注入シリンジポンプを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。

C 1 5 3 注入器用注射針加算

- 1 治療上の必要があって、1型糖尿病若しくは血友病の患者又はこれらの患者に準ずる状態にある患者に対して処方した場合 200点
- 2 1以外の場合 130点

注 別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、注入器用の注射針を処方した場合に、第1款の所定点数に加算する。

C 1 5 4 紫外線殺菌器加算 360点

注 在宅自己連続携行式腹膜^{かん}灌流を行っている入院中の患者以外の患者に対して、紫外線殺菌器を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。

C 1 5 5 自動腹膜^{かん}灌流装置加算 2,500点

注 在宅自己連続携行式腹膜^{かん}灌流を行っている入院中の患者以外の患者に対して、自動腹膜^{かん}灌流装置を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。

C 1 5 6 透析液供給装置加算 10,000点

注 在宅血液透析を行っている入院中の患者以外の患者に対して、透析液供給装置を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。

C 1 5 7 酸素ボンベ加算

- 1 携帯用酸素ボンベ 880点
- 2 1以外の酸素ボンベ 3,950点

注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、酸素ボンベを使用した場合に、2月に2回に限り、第1款の所定点数に加算する。

C 1 5 8 酸素濃縮装置加算 4,000点

注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、酸素濃縮装置を使用した場合に、2月に2回に限り、第1款の所定点数に加算する。ただし、この場合において、区分番号C 1 5 7に掲げる酸素ボンベ加算の2は算定できない。

C 1 5 9 液化酸素装置加算

- 1 設置型液化酸素装置 3,970点
- 2 携帯型液化酸素装置 880点

注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、液化酸素装置を使用した場合に、2月に2回に限り、第1款の所定点数に加算する。

C 1 5 9-2 呼吸同調式デマンドバルブ加算 300点

注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、呼吸同調式デマンドバルブを使用した場合に、2月に2回に限り、第1款の所定点数に加算する。

C 1 6 0 在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算 2,000点

注 在宅中心静脈栄養法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、輸液セットを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。

C 1 6 1 注入ポンプ加算 1,250点

注 在宅中心静脈栄養法、在宅成分栄養経管栄養法若しくは在宅小児経管栄養法を行

っている入院中の患者以外の患者又は在宅における悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、注入ポンプを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。

C 1 6 2 在宅経管栄養法用栄養管セット加算 2,000点

注 在宅成分栄養経管栄養法又は在宅小児経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、栄養管セットを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。

C 1 6 3 間歇^{けつ}導尿用ディスポーザブルカテーテル加算 600点

注 在宅自己導尿を行っている入院中の患者以外の患者に対して、間歇^{けつ}導尿用ディスポーザブルカテーテルを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。

C 1 6 4 人工呼吸器加算

1 陽圧式人工呼吸器 7,480点

注 気管切開口を介した陽圧式人工呼吸器を使用した場合に算定する。

2 人工呼吸器 6,480点

注 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器を使用した場合に算定する。

3 陰圧式人工呼吸器 7,480点

注 陰圧式人工呼吸器を使用した場合に算定する。

注 在宅人工呼吸を行っている入院中の患者以外の患者に対して、人工呼吸器を使用した場合に、いずれかを第1款の所定点数に加算する。

C 1 6 5 経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加算 1,210点

注 在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器を使用した場合に、2月に2回に限り、第1款の所定点数に加算する。

C 1 6 6 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算 2,500点

注 在宅における悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、携帯型ディスポーザブル注入ポンプを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。

C 1 6 7 疼痛^{とう}等管理用送信器加算 600点

注 疼痛^{とう}除去等のため植込型脳・脊髄刺激装置又は植込型迷走神経刺激装置を植え込んだ後に、在宅疼痛^{とう}管理、在宅振戦^{とう}管理又は在宅てんかん^{とう}管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、疼痛^{とう}等管理用送信器（患者用プログラマを含む。）を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。

C 1 6 8 携帯型精密輸液ポンプ加算 10,000点

注 肺高血圧症の患者であって入院中の患者以外のものに対して、携帯型精密輸液ポンプを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。

C 1 6 9 気管切開患者用人工鼻加算 1,500点

注 気管切開を行っている患者であって入院中の患者以外のものに対して、人工鼻を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。

C 1 7 0 排痰^{たん}補助装置加算 1,800点

注 人工呼吸を行っている入院中の患者以外の神経筋疾患等の患者に対して、排痰^{たん}補助装置を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。

第3節 薬剤料

区分

C 2 0 0 薬剤 薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。

注1 薬価が15円以下である場合は、算定しない。

2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第4節 特定保険医療材料料

区分

C 3 0 0 特定保険医療材料

材料価格を10円で除して得た点数

注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。