項　　目	現　　行	改　　正
第2部　在宅医療		
第1節　在宅患者診療・指導料		
往診料 （加算の見直し）	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については、100分の50に相当する点数を、夜間（深夜を除く。）の往診については所定点数の100分の100に相当する点数を、深夜の往診については所定点数の100分の200に相当する点数を加算する。	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については、325点を、夜間（深夜を除く。）の往診については650点を、深夜の往診については1,300点を所定点数に加算する。ただし、在宅療養支援診療所又はその連携保険医療機関の保険医が行う往診については、それぞれ、650点、1,300点、2,300点を所定点数に加算する。
在宅患者訪問診療料（1日につき） （加算の見直し）	注4　在宅で死亡した者について1月以上にわたり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1,200点を加算する。	注4　在宅で死亡した患者に対して、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、在宅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。ただし、在宅療養支援診療所又はその連携保険医療機関の保険医が、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、かつ、死亡前24時間以内に訪問して当該患者を看取った場合には、所定点数に10,000点を加算する。
	注5　患家において死亡診断を行った場合は、	注5　患家において死亡診断を行った場合は、

項　　目	現　　行	改　　正
	200点を加算する。 注7　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の費用は算定しない。	200点を加算する。ただし、注4のただし書の加算を算定する場合は、算定できない。 注7　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その連携保険医療機関の保険医が行ったものを除く。）の費用は算定しない。
介護保険法上の特定施設入居者生活介護の指定を受けているケアハウスや有料老人ホームの入居者及び特別養護老人ホームの入所者であって、末期の悪性腫瘍の患者であるものについては、在宅療養支援診療所又はその連携保険医療機関の保険医が訪問診療を行う場合には、新たに「在宅患者訪問診療料」を算定できることとし、その旨については、診療報酬の算定方法の第6号の規定に基づき、別に厚生労働大臣が定める「要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合」において規定する。		
在宅時医学管理料 （区分の再編）	3,360点	在宅時医学総合管理料（月1回） 1　在宅療養支援診療所の場合 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 2　1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
（注の変更）	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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関	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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関

項　　目	現　　行	改　　正
	において、居宅において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、その同意を得て、計画的な医学管理の下に週1回程度以上の定期的な訪問診療を行っている場合であって、患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められた場合に常時対応できる体制にある場合に、月1回に限り算定する。	(診療所及び許可病床数が200床未満の病院に限る。) において、居宅において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、その同意を得て、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。
(注の変更)	注2　在宅時医学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は所定点数に含まれるものとする。	注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。
(加算の新設)	(新設)	注3　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。
在宅末期医療総合診療料（1日につき） (注の変更)	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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、居宅におい	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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関（在宅療養支援診療所

項　　目	現　　行	改　　正
	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。	に限る。）において、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。
在宅患者訪問看護・指導料 （1日につき） （加算の新設）	（新設） →	注3　患者又はその看護に当たっている者の求めを受けた在宅療養支援診療所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。
（注の変更）	注3　在宅で死亡した患者について、1か月以上在宅患者訪問看護・指導を実施し、その死亡前24時間以内にターミナルケアを行った場合は、所定点数に1,200点を加算する。 →	注4　在宅で死亡した患者に対して、保険医療機関の保険医の指示により、死亡日前14日以内に2回以上在宅患者訪問看護・指導を実施し、かつ、その死亡前24時間以内に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1,200点を加算する。ただし、在宅療養支援診療所の保険医の指示によりこれを実施した場合は、所定点数に1,500点を加算する。
（加算の見直し）	注4　在宅患者訪問看護・指導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 →	注5　在宅患者訪問看護・指導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

項　　目	現　　行	改　　正
	限る。）に対して、退院の日から起算して1月以内の期間に4回以上訪問看護を行い、かつ、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、所定点数に250点を加算する。	限る。以下この注において同じ。）に対して、退院の日から起算して1月以内の期間に4回以上の訪問看護を行い、かつ、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、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。
介護保険法上の特定施設入居者生活介護の指定を受けているケアハウスや有料老人ホームの入居者及び特別養護老人ホームの入所者であって、末期の悪性腫瘍の患者であるものについては、在宅療養支援診療所の保険医の指示により訪問看護を行う場合には、新たに「在宅患者訪問看護・指導料」を算定できることとし、その旨については、診療報酬の算定方法の第6号の規定に基づき、別に厚生労働大臣が定める「要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合」において規定する。		
在宅訪問リハビリテーション指導管理料 （点数の見直し）	在宅訪問リハビリテーション指導管理料　530点	→ 在宅訪問リハビリテーション指導管理料（1単位）300点
（算定要件の緩和）	注1　居宅において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、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	→ 注1　居宅において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、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

項　　目	現　　行	改　　正
	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人につき週３回に限り算定する。	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、週６単位に限り算定する。ただし、退院の日から起算して３月以内の患者については、週12単位まで算定する。
訪問看護指示料 （注の変更）	注１　患者の主治医（保険医療機関の保険医に限る。）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（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、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。	注１　患者の主治医（保険医療機関の保険医に限る。）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、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。
在宅患者訪問薬剤管理指導料		

介護保険法上の特定施設入居者生活介護の指定を受けているケアハウスや有料老人ホームの入居者及び特別養護老人ホームの入所者であって、末期の悪性腫瘍の患者であるものについては、在宅療養支援診療所の保険医の同意を得て訪問薬剤管理指導を行う場合には、新たに「在宅患者訪問薬剤管理指導料」を算定できることとし、その旨については、診療報酬の算定方法の第６号の規定に基づき、別に厚生労働大臣が定める「要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合」において規定する。

項　　目	現　　行	改　　正
第2節　在宅療養指導管理料		
（通則の新設）	（新設）	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。
	（新設）	**第1款　在宅療養指導管理料**
（通則の変更）	1　本節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。	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。
（通則の変更）	2　同一の患者に対して区分番号C101から区分番号C112までに掲げ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。ただし、各区分の注に規定する加算はそれぞれ算定する。	2　同一の患者に対して区分番号C101から区分番号C113までに掲げ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。
（通則の変更）	3　入院中の患者に対して退院時に本節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。	3　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。
（通則の削除）	4　区分番号C101からC112までに掲げる各区分の注に規定する加算（保	（削除）

項　　目	現　　行	改　　正
	険医療材料の使用を算定要件とするものに限る。）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。	
在宅自己注射指導管理料 （注の移動）	注２　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。）であって、かつ、血糖自己測定を１日に１回、２回又は３回以上行っている者に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行った場合は、所定点数にそれぞれ400点、580点又は860点を加算する。	→　（削除）
（注の移動）	注３　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。）であって、かつ、血糖自己測定を１日に１回、２回、３回又は４回以上行っている者に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行った場合は、所定点数にそれぞれ400点、580点、860点又は1,140点を加算する。	→　（削除）
（注の移動）	注４　注入器を処方した場合又は間歇注入シリンジポンプを使用した場合は、所定点数にそれぞれ300点又は1,000点を加算する。	→　（削除）
（注の移動）	注５　注入器用の注射針を処方した場合は、所定	→　（削除）

項　　目	現　　行	改　　正
	点数に次の点数を加算する。 イ　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 ロ　イ以外の場合　130点	
在宅自己腹膜灌流指導管理料 (注の移動)	注2　紫外線殺菌器又は自動腹膜灌流装置を使用した場合は、所定点数にそれぞれ360点又は2,500点を加算する。	(削除)
在宅血液透析指導管理料 (注の移動)	注2　透析液供給装置を使用した場合は、所定点数に8,000点を加算する。	(削除)
在宅酸素療法指導管理料 (注の移動)	注2　酸素ボンベを使用した場合は、所定点数に3,950点を加算する。	(削除)
(注の移動)	注3　酸素濃縮装置を使用した場合は、所定点数に4,620点を加算する。ただし、この場合において注2に規定する点数は加算できない。	(削除)
(注の移動)	注4　携帯用酸素ボンベを使用した場合は、所定点数に880点を加算する。	(削除)
(注の移動)	注5　設置型液化酸素装置又は携帯型液化酸素装置を使用した場合は、所定点数にそれぞれ3,970点又は880点を加算する。	(削除)
(注の移動)	注6　注2から注5までに規定する加算は、チアノーゼ型先天性心疾患	(削除)

項　　目	現　　行	改　　正
	の患者に対しては算定しない。	
在宅中心静脈栄養法指導管理料 （注の移動）	注２　輸液セット又は注入ポンプを使用した場合は、所定点数にそれぞれ2,000点又は1,000点を加算する。	（削除）
在宅成分栄養経管栄養法指導管理料 （注の移動）	注２　栄養管セット又は注入ポンプを使用した場合は、所定点数にそれぞれ2,000点又は1,000点を加算する。	（削除）
在宅自己導尿指導管理料 （注の移動）	注３　間歇導尿用ディスポーザブルカテーテルを使用した場合は、所定点数に600点を加算する。	（削除）
在宅人工呼吸指導管理料 （注の移動）	注２　気管切開口を介した陽圧式人工呼吸器、鼻マスク若しくは顔マスクを介した人工呼吸器又は陰圧式人工呼吸器を使用した場合は、所定点数にそれぞれ6,840点、5,930点又は3,000点を加算する。	（削除）
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 （注の移動）	注２　経鼻的持続陽圧呼吸療法治療器を使用した場合は、所定点数に1,210点を加算する。	（削除）
在宅悪性腫瘍患者指導管理料 （注の移動）	注２　注入ポンプ又は携帯	（削除）

項　　目	現　　行	改　　正
	型ディスポーザブル注入ポンプを使用した場合は、所定点数にそれぞれ1,000点又は2,500点を加算する。	
在宅寝たきり患者処置指導管理料 （注の変更）	注２　区分番号Ｂ001の８に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料又は区分番号Ｉ015の１に掲げる認知症患者在宅療養指導管理料を算定している患者については、算定しない。	注２　区分番号Ｂ001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。
在宅自己疼痛管理指導管理料 （注の移動）	注２　送信器を使用した場合は、所定点数に600点を加算する。	（削除）
在宅肺高血圧症患者指導管理料 （注の変更）	注１　原発性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I_2製剤の投与等に関する指導管理等を行った場合に算定する。	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I_2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。
（注の移動）	２　携帯型精密輸液ポンプを使用した場合は、所定点数に10,000点を加算する。	（削除）
在宅気管切開患者指導管理料 （注の変更）	注１　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を行った場合に算定する。	注１　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。
（注の移動）	２　人工鼻を使用した場	（削除）

項　　目	現　　行	改　　正
	合は、所定点数に1,500点を加算する。	
(区分の新設)	(新設) →	**寝たきり老人訪問指導管理料**　430点 注1　在宅寝たきり老人(老人保健法の規定による医療を提供する患者に限る。)に対して、訪問して、計画的な医学的管理を継続して行い、かつ、当該患者又はその家族等に対して療養上必要な指導を行った場合に算定する。 2　初診料を算定する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1月以内に指導を行った場合における当該指導の費用は、入院基本料に含まれるものとする。 4　区分番号B001の1に掲げるウイルス疾患指導料、区分番号B001の6に掲げるてんかん指導料、区分番号B001の7に掲げる難病外来指導管理料又は区分番号B001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　寝たきり老人訪問指導管理料を算定すべき指導を行った場合においては、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料及び区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料は、所定点数に含まれるものとする。 6　同一の患者につき1月以内に寝たきり老人

項　　目	現　　行	改　　正
		訪問指導管理料を算定すべき指導を2回以上行った場合においては、寝たきり老人訪問指導管理料は1回とし、1回目の指導を行ったときに算定する。
	(新設) →	**第2款　在宅療養指導管理材料加算**
(通則の新設)	(新設) →	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款の区分番号C101からC112まで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月1回に限り算定する。
(通則の新設)	(新設) →	2　1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。
(区分の新設)	(新設) →	**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 注　インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている入院中の患者以外の患者（1型糖尿病の患者に限る。）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、第1款の所定点数に加算する。

項　　目	現　　行	改　　正
		注　1、2及び3については、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回以上行っている入院中の患者以外の患者（1型糖尿病の患者を除く。）又はインスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている入院中の患者以外の患者（1型糖尿病の患者に限る。）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、第1款の所定点数に加算する。
（区分の新設）	（新設） →	**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。
（区分の新設）	（新設） →	**間歇注入シリンジポンプ加算**　1,000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。
（区分の新設）	（新設） →	**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

項　　目	現　　行	改　　正
		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。
(区分の新設)	(新設) →	**紫外線殺菌器加算**　360点 注　在宅自己連続携行式腹膜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。
(区分の新設)	(新設) →	**自動腹膜灌流装置加算** 2,500点 注　在宅自己連続携行式腹膜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。
(区分の新設)	(新設) →	**透析液供給装置加算** 8,000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。
(区分の新設)	(新設) →	**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、第1款の所定点数に加算する。
(区分の新設)	(新設) →	**酸素濃縮装置加算** 4,620点

項　　目	現　　行	改　　正
		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、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C157に掲げる酸素ボンベ加算の2は算定できない。
（区分の新設）	（新設）→	**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、第1款の所定点数に加算する。
（区分の新設）	（新設）→	**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。
（区分の新設）	（新設）→	**注入ポンプ加算**　1,000点 注　在宅中心静脈栄養法又は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若しくは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、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。
（区分の新設）	（新設）→	**在宅成分栄養経管栄養法用**

項　　目	現　　行	改　　正
		栄養管セット加算 2,000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、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。
(区分の新設)	(新設) →	**間歇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。
(区分の新設)	(新設) →	**人工呼吸器加算** 1　陽圧式人工呼吸器　6,840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　5,930点 注　鼻マスク若しく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　3,000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。
(区分の新設)	(新設) →	**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治療器を使用した場合

項　　目	現　　行	改　　正
		に、第１款の所定点数に加算する。
(区分の新設)	(新設) →	**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。
(区分の新設)	(新設) →	**疼痛管理用送信器加算** 600点 注　疼痛除去のため埋込型脳・脊髄刺激装置を埋め込んだ後に、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の患者に対して、疼痛管理用送信器を使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。
(区分の新設)	(新設) →	**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患者に対して、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。
(区分の新設)	(新設) →	**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患者に対して、人工鼻を使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。