

第 2 部 在宅医療

C000 往診料

[改定内容]

往診料について、緊急に行うものや夜間・深夜に行うものだけでなく、休日に実施した場合についても加算として評価を行う。

現 行	改 正
【往診料（加算）】 イ 機能強化型の在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医が実施した場合 (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。）の保険医が実施した場合 (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 ハ 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実施した場合 (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	【往診料（加算）】 イ 機能強化型の在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医が実施した場合 (1) 病床を有する場合 ① 緊急に行う往診 850 点 ② 夜間・休日（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・休日（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。）の保険医が実施した場合 (1) 緊急に行う往診 650 点 (2) 夜間・休日（深夜を除く。）の往診 1,300 点 (3) 深夜の往診 2,300 点 ハ 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実施した場合 (1) 緊急に行う往診 325 点 (2) 夜間・休日（深夜を除く。）の往診 650 点 (3) 深夜の往診 1,300 点

【注の見直し】

現 行	改 正
注 6 注 1 のロについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の保険医が行った場合は、在宅療養実績加算として、75 点を更に所定点数に加算する。	注 6 注 1 については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の保険医が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算 1 又は在宅療養実績加算 2 として、100 点、75 点又は 50 点を、それぞれ更に所定点数に加算する。

[点数マスタ] (新設) (最右列の英字は施設基準の設定が必要)

114029270	休日往診加算 (機能強化した在支診等) (病床あり)	1,700 点	A
114029370	休日往診加算 (機能強化した在支診等) (病床なし)	1,500 点	B
114029470	休日往診加算 (在支診等)	1,300 点	C
114029570	休日往診加算 (在支診等以外)	650 点	
114029670	在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 (往診)	100 点	
114029770	在宅療養実績加算 1 (往診)	75 点	D
114029870	在宅療養実績加算 2 (往診)	50 点	
114029970	休日特別往診加算 (機能強化した在支診等) (病床あり)	1,700 点	A
114030070	休日特別往診加算 (機能強化した在支診等) (病床なし)	1,500 点	B
114030170	休日特別往診加算 (在支診等)	1,300 点	C
114030270	休日特別往診加算 (在支診等以外)	650 点	

[算定方法]

①届出が必要です。

システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

A	【3055、3056、3057、3058】
B	【3055、3056】
C	【3168、3169】
D	【3340、3341】

3055	在宅療養支援診療所 (1)
3056	在宅療養支援診療所 (2)
3057	在宅療養支援病院 (1)
3058	在宅療養支援病院 (2)
3168	在宅療養支援診療所 (3)
3169	在宅療養支援病院 (3)
3340	在宅療養実績加算 (診療所)
3341	在宅療養実績加算 (病院)

C001 在宅患者訪問診療料 (1日につき)

【項目の見直し、注の見直し】

現 行		改 正	
1	同一建物居住者以外の場合 833 点	1	同一建物居住者以外の場合 833 点
2	同一建物居住者の場合	2	同一建物居住者の場合 203 点
イ 特定施設等に入居する者の場合 203 点			
ロ イ以外の場合 103 点			
注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		注2 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、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 A000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	

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A000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A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料又は区分番号C000に掲げる往診料は、算定しない。 注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。ただし、ロについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合す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行った場合は、在宅療養実績加算として、750点を更に所定点数に加算する。 イ～ハ （略）	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A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料又は区分番号C000に掲げる往診料は、算定しない。 注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。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合す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行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算1又は在宅療養実績加算2として、それぞれ1,000点、750点又は500点を更に所定点数に加算する。 イ～ハ （略）
---	--

[点数マスタ]（新設）

114030310	在宅患者訪問診療料（同一建物居住者）	203点
114030470	在宅緩和ケア充実診療所・病院加算（在宅患者訪問診療料）	1,000点
114030570	在宅療養実績加算1（在宅患者訪問診療料）	750点
114030670	在宅療養実績加算2（在宅患者訪問診療料）	500点

[算定方法]

①在宅療養実績加算の届出が必要です。

システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3468	在宅緩和ケア充実診療所・病院加算（診療所）
3473	在宅緩和ケア充実診療所・病院加算（病院）

3340	在宅療養実績加算 1 (診療所)
3341	在宅療養実績加算 1 (病院)
3469	在宅療養実績加算 2 (診療所)
3474	在宅療養実績加算 2 (病院)

C002 在宅時医学総合管理料 (月 1 回)

【項目の見直し、注の見直し、注の追加】

現 行	改 正
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 同一建物居住者以外の場合 5,000 点 ② 同一建物居住者の場合 1,200 点 (2) 処方せんを交付しない場合 ① 同一建物居住者以外の場合 5,300 点 ② 同一建物居住者の場合 1,500 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 同一建物居住者以外の場合 4,600 点 ② 同一建物居住者の場合 1,100 点 (2) 処方せんを交付しない場合 ① 同一建物居住者以外の場合 4,900 点 ② 同一建物居住者の場合 1,400 点	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) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月 2 回以上訪問診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が 1 人の場合 5,400 点 ② 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 4,500 点 ③ ①及び②以外の場合 2,880 点 (2) 月 2 回以上訪問診療を行っている場合 ((1) の場合を除く。) ① 単一建物診療患者が 1 人の場合 4,600 点 ② 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 2,500 点 ③ ①及び②以外の場合 1,300 点 (3) 月 1 回訪問診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が 1 人の場合 2,760 点 ② 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 1,500 点 ③ ①及び②以外の場合 780 点 ロ 病床を有しない場合 (1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月 2 回以上訪問診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が 1 人の場合 5,000 点 ② 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 4,140 点 ③ ①及び②以外の場合 2,640 点 (2) 月 2 回以上訪問診療を行っている場合 ((1) の場合を除く。) ① 単一建物診療患者が 1 人の場合 4,200 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) 同一建物居住者以外の場合 4,200 点 (2) 同一建物居住者の場合 1,000 点 ロ 処方せんを交付しない場合 (1) 同一建物居住者以外の場合 4,500 点 (2) 同一建物居住者の場合 1,300 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) 同一建物居住者以外の場合 3,150 点 (2) 同一建物居住者の場合 760 点 ロ 処方せんを交付しない場合 (1) 同一建物居住者以外の場合 3,450 点 (2) 同一建物居住者の場合 1,060 点	② 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 2,300 点 ③ ①及び②以外の場合 1,200 点 (3) 月 1 回訪問診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が 1 人の場合 2,520 点 ② 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 1,380 点 ③ ①及び②以外の場合 720 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 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月 2 回以上訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が 1 人の場合 4,600 点 (2) 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 3,780 点 (3) (1) 及び (2) 以外の場合 2,400 点 ロ 月 2 回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。） (1) 単一建物診療患者が 1 人の場合 3,800 点 (2) 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 2,100 点 (3) (1) 及び (2) 以外の場合 1,100 点 ハ 月 1 回訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が 1 人の場合 2,280 点 (2) 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 1,260 点 (3) (1) 及び (2) 以外の場合 660 点 3 1 及び 2 に掲げるもの以外の場合 イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月に 2 回以上訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が 1 人の場合 3,450 点 (2) 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 2,835 点 (3) (1) 及び (2) 以外の場合 1,800 点 ロ 月 2 回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。） (1) 単一建物診療患者が 1 人の場合 2,850 点 (2) 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人
---	---

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。 注 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、1,000 点を所定点数に加算する。 注 6 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合す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行った場合は、在宅療養実績加算として、同一建物居住者以外の場合は 300 点、同一建物居住者の場合は 75 点をそれぞれ所定点数に加算する。	以下の場合 1,575 点 (3) (1) 及び (2) 以外の場合 850 点 ハ 月 1 回訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が 1 人の場合 1,710 点 (2) 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 945 点 (3) (1) 及び (2) 以外の場合 510 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（特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム又は有料老人ホームその他入居している施設において療養を行っている患者（以下「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（当該患者が居住する建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が訪問診療を実施し、医学管理を行っているものをいう。以下この表において同じ。）の人数に従い、所定点数を月 1 回に限り算定する。 注 2 注 1 において、処方せんを交付しない場合は、300 点を所定点数に加算する。 注 5 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、頻回訪問加算として、600 点を所定点数に加算する。 注 7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合す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、それぞれ更に所定点数に加算する。 イ 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 (1) 単一建物診療患者が 1 人の場合
--	--

	400 点
(2) 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合	200 点
(3) (1) 及び (2) 以外の場合	100 点
□ 在宅療養実績加算 1	
(1) 単一建物診療患者が 1 人の場合	300 点
(2) 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合	150 点
(3) (1) 及び (2) 以外の場合	75 点
ハ 在宅療養実績加算 2	
(1) 単一建物診療患者が 1 人の場合	200 点
(2) 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合	100 点
(3) (1) 及び (2) 以外の場合	50 点
注 8	3 について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、それぞれ所定点数の 100 分の 80 に相当する点数を算定する。

[点数マスタ] (新設) (最右列の英字は施設基準の設定が必要)

114030710	在医総管 (機能強化在支診等・病床有・難病等月 2 回以上・1 人)	5,400 点	A
114030810	在医総管 (機能強化在支診等・病床有・難病等月 2 回以上・2～9 人)	4,500 点	A
114030910	在医総管 (機能強化在支診等・病床有・難病等月 2 回以上・10 人～)	2,880 点	A
114031010	在医総管 (機能強化在支診等・病床有・月 2 回以上・1 人)	4,600 点	A
114031110	在医総管 (機能強化在支診等・病床有・月 2 回以上・2～9 人)	2,500 点	A
114031210	在医総管 (機能強化在支診等・病床有・月 2 回以上・10 人～)	1,300 点	A
114031310	在医総管 (機能強化在支診等・病床有・月 1 回・1 人)	2,760 点	A
114031410	在医総管 (機能強化在支診等・病床有・月 1 回・2～9 人)	1,500 点	A
114031510	在医総管 (機能強化在支診等・病床有・月 1 回・10 人～)	780 点	A
114031610	在医総管 (機能強化在支診等・病床無・難病等月 2 回以上・1 人)	5,000 点	B
114031710	在医総管 (機能強化在支診等・病床無・難病等月 2 回以上・2～9 人)	4,140 点	B
114031810	在医総管 (機能強化在支診等・病床無・難病等月 2 回以上・10 人～)	2,640 点	B
114031910	在医総管 (機能強化在支診等・病床無・月 2 回以上・1 人)	4,200 点	B
114032010	在医総管 (機能強化在支診等・病床無・月 2 回以上・2～9 人)	2,300 点	B
114032110	在医総管 (機能強化在支診等・病床無・月 2 回以上・10 人～)	1,200 点	B
114032210	在医総管 (機能強化在支診等・病床無・月 1 回・1 人)	2,520 点	B
114032310	在医総管 (機能強化在支診等・病床無・月 1 回・2～9 人)	1,380 点	B
114032410	在医総管 (機能強化在支診等・病床無・月 1 回・10 人～)	720 点	B
114032510	在医総管 (在支診等・難病等月 2 回以上・1 人)	4,600 点	C
114032610	在医総管 (在支診等・難病等月 2 回以上・2～9 人)	3,780 点	C
114032710	在医総管 (在支診等・難病等月 2 回以上・10 人～)	2,400 点	C
114032810	在医総管 (在支診等・月 2 回以上・1 人)	3,800 点	C
114032910	在医総管 (在支診等・月 2 回以上・2～9 人)	2,100 点	C

114033010	在医総管（在支診等・月 2 回以上・10 人～）	1,100 点	C
114033110	在医総管（在支診等・月 1 回・1 人）	2,280 点	C
114033210	在医総管（在支診等・月 1 回・2～9 人）	1,260 点	C
114033310	在医総管（在支診等・月 1 回・10 人～）	660 点	C
114033410	在医総管（在支診等以外・難病等月 2 回以上・1 人）	3,450 点	D
114033510	在医総管（在支診等以外・難病等月 2 回以上・2～9 人）	2,835 点	D
114033610	在医総管（在支診等以外・難病等月 2 回以上・10 人～）	1,800 点	D
114033710	在医総管（在支診等以外・月 2 回以上・1 人）	2,850 点	D
114033810	在医総管（在支診等以外・月 2 回以上・2～9 人）	1,575 点	D
114033910	在医総管（在支診等以外・月 2 回以上・10 人～）	850 点	D
114034010	在医総管（在支診等以外・月 1 回・1 人）	1,710 点	D
114034110	在医総管（在支診等以外・月 1 回・2～9 人）	945 点	D
114034210	在医総管（在支診等以外・月 1 回・10 人～）	510 点	D
114034370	処方せん無交付加算（在宅時医学総合管理料）	300 点	D
114034470	頻回訪問加算（在宅時医学総合管理料）	600 点	D
114034570	在宅緩和ケア充実診療所・病院加算（在医総管）（1 人）	400 点	
114034670	在宅緩和ケア充実診療所・病院加算（在医総管）（2 人～9 人）	200 点	
114034770	在宅緩和ケア充実診療所・病院加算（在医総管）（10 人～）	100 点	
114034870	在宅療養実績加算 1（在医総管）（1 人）	300 点	
114034970	在宅療養実績加算 1（在医総管）（2 人～9 人）	150 点	
114035070	在宅療養実績加算 1（在医総管）（10 人～）	75 点	
114035170	在宅療養実績加算 2（在医総管）（1 人）	200 点	
114035270	在宅療養実績加算 2（在医総管）（2 人～9 人）	100 点	
114035370	在宅療養実績加算 2（在医総管）（10 人～）	50 点	

①届出が必要です。

システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

A	【0721】と【3055、3056、3057、3058】
B	【0721】と【3055、3056】
C	【0721】と【3168、3169】
D	【0721】

0721	在宅時医学総合管理料及び特定施設入居時等医学総合管理料
3055	在宅療養支援診療所（1）
3056	在宅療養支援診療所（2）
3057	在宅療養支援病院（1）
3058	在宅療養支援病院（2）
3168	在宅療養支援診療所（3）
3169	在宅療養支援病院（3）

[注 8 について]

在宅医療を専門に実施する保険医療機関であって、在宅療養支援診療所の施設基準を満たさないものは、在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料について、所定点数の 80/100 に相当する点数により算定する。

〔経過措置〕

平成 28 年 3 月 31 日時点で在宅療養支援診療所として届け出ている保険医療機関については、平成 29 年 3 月 31 日までの間、基準を満たしているものとする。

〔対応予定〕

基準未適合の減算は平成 29 年 4 月 1 日より適用となりますので、対応は平成 29 年 3 月を予定しています。

C002-2 施設入居時等医学総合管理料（月 1 回）【名称変更】

【項目の見直し、注の見直し、注の追加】

現 行	改 正
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 同一建物居住者以外の場合 3,600 点 ② 同一建物居住者の場合 870 点 (2) 処方せんを交付しない場合 ① 同一建物居住者以外の場合 3,900 点 ② 同一建物居住者の場合 1,170 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 同一建物居住者以外の場合 3,300 点 ② 同一建物居住者の場合 800 点 (2) 処方せんを交付しない場合 ① 同一建物居住者以外の場合 3,600 点 ② 同一建物居住者の場合 1,100 点	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) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月 2 回以上訪問診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が 1 人の場合 3,900 点 ② 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 3,240 点 ③ ①及び②以外の場合 2,880 点 (2) 月 2 回以上訪問診療を行っている場合（（１）の場合を除く。） ① 単一建物診療患者が 1 人の場合 3,300 点 ② 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 1,800 点 ③ ①及び②以外の場合 1,300 点 (3) 月 1 回訪問診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が 1 人の場合 1,980 点 ② 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 1,080 点 ③ ①及び②以外の場合 780 点 ロ 病床を有しない場合 (1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月 2 回以上訪問診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が 1 人の場合 3,600 点 ② 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 2,970 点 ③ ①及び②以外の場合 2,640 点 (2) 月 2 回以上訪問診療を行っている

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) 同一建物居住者以外の場合 3,000 点 (2) 同一建物居住者の場合 720 点 ロ 処方せんを交付しない場合 (1) 同一建物居住者以外の場合 3,300 点 (2) 同一建物居住者の場合 1,020 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) 同一建物居住者以外の場合 2,250 点 (2) 同一建物居住者の場合 540 点 ロ 処方せんを交付しない場合 (1) 同一建物居住者以外の場合	場合（（１）の場合を除く。） ① 単一建物診療患者が１人の場合 3,000 点 ② 単一建物診療患者が２人以上 9 人以下の場合 1,650 点 ③ ①及び②以外の場合 1,200 点 (3) 月 1 回訪問診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が１人の場合 1,800 点 ② 単一建物診療患者が２人以上 9 人以下の場合 990 点 ③ ①及び②以外の場合 720 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 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月 2 回以上訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が１人の場合 3,300 点 (2) 単一建物診療患者が２人以上 9 人以下の場合 2,700 点 (3) (1) 及び (2) 以外の場合 2,400 点 ロ 月 2 回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。） (1) 単一建物診療患者が１人の場合 2,700 点 (2) 単一建物診療患者が２人以上 9 人以下の場合 1,500 点 (3) (1) 及び (2) 以外の場合 1,100 点 ハ 月 1 回訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が１人の場合 1,620 点 (2) 単一建物診療患者が２人以上 9 人以下の場合 900 点 (3) (1) 及び (2) 以外の場合 660 点 3 1 及び 2 に掲げるもの以外の場合 イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月 2 回以上訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が１人の場合 2,450 点 (2) 単一建物診療患者が２人以上 9 人以下の場合 2,025 点 (3) (1) 及び (2) 以外の場合 1,800 点 ロ 月 2 回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。）
---	---

(2) 同一建物居住者の場合 2,550 点 840 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。 注 4 特定施設入居時等医学総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、1,000 点を所定点数に加算する。 注 6 2 については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合す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行った場合は、在宅療養実績加算として、同一建物居住者以外の場合は 225 点、同一建物居住者の場合は 56 点をそれぞれ所定点数に加算する。	(1) 単一建物診療患者が 1 人の場合 2,050 点 (2) 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 1,125 点 (3) (1) 及び (2) 以外の場合 850 点 ハ 月 1 回訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が 1 人の場合 1,230 点 (2) 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 675 点 (3) (1) 及び (2) 以外の場合 510 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、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定期的な訪問診療を行っている場合、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 回に限り算定する。 注 2 注 1 において、処方せんを交付しない場合は、300 点を所定点数に加算する。 注 5 施設入居時等医学総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、頻回訪問加算として、600 点を所定点数に加算する。 注 7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合す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、それぞれ更に所定点数に加算する。 イ 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 (1) 単一建物診療患者が 1 人の場合 300 点 (2) 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 150 点 (3) (1) 及び (2) 以外の場合 75 点 ロ 在宅療養実績加算 1
--	--

	(1) 単一建物診療患者が 1 人の場合 225 点 (2) 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 110 点 (3) (1) 及び (2) 以外の場合 56 点 ハ 在宅療養実績加算 2 (1) 単一建物診療患者が 1 人の場合 150 点 (2) 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 75 点 (3) (1) 及び (2) 以外の場合 40 点 注 8 3 について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、それぞれ所定点数の 100 分の 80 に相当する点数を算定する。
--	---

[点数マスタ] (新設) (最右列の英字は施設基準の設定が必要)

114035510	施医総管 (機能強化在支診等・病床有・難病等月 2 回以上・1 人)	3,900 点	A
114035610	施医総管 (機能強化在支診等・病床有・難病等月 2 回以上・2～9 人)	3,240 点	A
114035710	施医総管 (機能強化在支診等・病床有・難病等月 2 回以上・10 人～)	2,880 点	A
114035810	施医総管 (機能強化在支診等・病床有・月 2 回以上・1 人)	3,300 点	A
114035910	施医総管 (機能強化在支診等・病床有・月 2 回以上・2～9 人)	1,800 点	A
114036010	施医総管 (機能強化在支診等・病床有・月 2 回以上・10 人～)	1,300 点	A
114036110	施医総管 (機能強化在支診等・病床有・月 1 回・1 人)	1,980 点	A
114036210	施医総管 (機能強化在支診等・病床有・月 1 回・2～9 人)	1,080 点	A
114036310	施医総管 (機能強化在支診等・病床有・月 1 回・10 人～)	780 点	A
114036410	施医総管 (機能強化在支診等・病床無・難病等月 2 回以上・1 人)	3,600 点	B
114036510	施医総管 (機能強化在支診等・病床無・難病等月 2 回以上・2～9 人)	2,970 点	B
114036610	施医総管 (機能強化在支診等・病床無・難病等月 2 回以上・10 人～)	2,640 点	B
114036710	施医総管 (機能強化在支診等・病床無・月 2 回以上・1 人)	3,000 点	B
114036810	施医総管 (機能強化在支診等・病床無・月 2 回以上・2～9 人)	1,650 点	B
114036910	施医総管 (機能強化在支診等・病床無・月 2 回以上・10 人～)	1,200 点	B
114037010	施医総管 (機能強化在支診等・病床無・月 1 回・1 人)	1,800 点	B
114037110	施医総管 (機能強化在支診等・病床無・月 1 回・2～9 人)	990 点	B
114037210	施医総管 (機能強化在支診等・病床無・月 1 回・10 人～)	720 点	B
114037310	施医総管 (在支診等・難病等月 2 回以上・1 人)	3,300 点	C
114037410	施医総管 (在支診等・難病等月 2 回以上・2～9 人)	2,700 点	C
114037510	施医総管 (在支診等・難病等月 2 回以上・10 人～)	2,400 点	C
114037610	施医総管 (在支診等・月 2 回以上・1 人)	2,700 点	C
114037710	施医総管 (在支診等・月 2 回以上・2～9 人)	1,500 点	C
114037810	施医総管 (在支診等・月 2 回以上・10 人～)	1,100 点	C
114037910	施医総管 (在支診等・月 1 回・1 人)	1,620 点	C
114038010	施医総管 (在支診等・月 1 回・2～9 人)	900 点	C
114038110	施医総管 (在支診等・月 1 回・10 人～)	660 点	C
114038210	施医総管 (在支診等以外・難病等月 2 回以上・1 人)	2,450 点	D

114038310	施医総管（在支診等以外・難病等月 2 回以上・2～9 人）	2,025 点	D
114038410	施医総管（在支診等以外・難病等月 2 回以上・10 人～）	1,800 点	D
114038510	施医総管（在支診等以外・月 2 回以上・1 人）	2,050 点	D
114038610	施医総管（在支診等以外・月 2 回以上・2～9 人）	1,125 点	D
114038710	施医総管（在支診等以外・月 2 回以上・10 人～）	850 点	D
114038810	施医総管（在支診等以外・月 1 回・1 人）	1,230 点	D
114038910	施医総管（在支診等以外・月 1 回・2～9 人）	675 点	D
114039010	施医総管（在支診等以外・月 1 回・10 人～）	510 点	D
114039170	処方せん無交付加算（施設入居時等医学総合管理料）	300 点	D
114039270	頻回訪問加算（施設入居時等医学総合管理料）	600 点	D
114039370	在宅緩和ケア充実診療所・病院加算（施医総管）（1 人）	300 点	
114039470	在宅緩和ケア充実診療所・病院加算（施医総管）（2 人～9 人）	150 点	
114039570	在宅緩和ケア充実診療所・病院加算（施医総管）（10 人～）	75 点	
114039670	在宅療養実績加算 1（施医総管）（1 人）	225 点	
114039770	在宅療養実績加算 1（施医総管）（2 人～9 人）	110 点	
114039870	在宅療養実績加算 1（施医総管）（10 人～）	56 点	
114039970	在宅療養実績加算 2（施医総管）（1 人）	150 点	
114040070	在宅療養実績加算 2（施医総管）（2 人～9 人）	75 点	
114040170	在宅療養実績加算 2（施医総管）（10 人～）	40 点	

[算定方法]

①届出が必要です。

システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

A	【0721】と【3055、3056、3057、3058】
B	【0721】と【3055、3056】
C	【0721】と【3168、3169】
D	【0721】

0721	在宅時医学総合管理料及び特定施設入居時等医学総合管理料
3055	在宅療養支援診療所（1）
3056	在宅療養支援診療所（2）
3057	在宅療養支援病院（1）
3058	在宅療養支援病院（2）
3168	在宅療養支援診療所（3）
3169	在宅療養支援病院（3）

[注 8 について]

在宅医療を専門に実施する保険医療機関であって、在宅療養支援診療所の施設基準を満たさないものは、在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料について、所定点数の 80/100 に相当する点数により算定する。

[経過措置]

平成 28 年 3 月 31 日時点で在宅療養支援診療所として届け出ている保険医療機関については、平成 29 年 3 月 31 日までの間、基準を満たしているものとする。

[対応予定]

基準未適合の減算は平成 29 年 4 月 1 日より適用となりますので、対応は平成 29 年 3 月を予定しています。

C003 在宅がん医療総合診療料（1日につき）

【注の見直し】

現 行	改 正
注5 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合す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行った場合は、在宅療養実績加算として、110 点を所定点数に加算する。	注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合す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行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算 1 又は在宅療養実績加算 2 として、150 点、110 点又は 75 点を、それぞれ更に所定点数に加算する。

[点数マスタ]（新設）

114040270	在宅緩和ケア充実診療所・病院加算（在宅がん医総（在宅支診等））	150 点	A
114040370	在宅療養実績加算 1（在宅がん医総（在宅支診等））	110 点	B
114040470	在宅療養実績加算 2（在宅がん医総（在宅支診等））	75 点	C

[算定方法]

①届出が必要です。

システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

A	3468	在宅緩和ケア充実診療所・病院加算（診療所）
	3473	在宅緩和ケア充実診療所・病院加算（病院）
B	3340	在宅療養実績加算（診療所）
	3341	在宅療養実績加算（病院）
C	3469	在宅療養実績加算 2（診療所）
	3474	在宅療養実績加算 2（病院）

C004 救急搬送診療料

小児加算の見直し

現 行	改 正
【救急搬送診療料】	【救急搬送診療料】
新生児加算 1,000 点	新生児加算 1,500 点
乳幼児加算 500 点	乳幼児加算 700 点
長時間加算（診療に要した時間が 30 分以上） 500 点	長時間加算（診療に要した時間が 30 分以上） 700 点

C007 訪問看護指示料

【注の追加】

現 行	改 正
	注3 注1の場合において、必要な衛生材料及び保険医療材料を提供した場合に、衛

	生材料等提供加算として、患者 1 人につき月 1 回に限り、80 点を所定点数に加算する。
--	---

〔点数マスタ〕（新設）

114040570	衛生材料等提供加算	80 点
-----------	-----------	------

C008 在宅患者訪問薬剤管理指導料

【注の見直し】

現 行	改 正
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、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を合わせて患者 1 人につき月 4 回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週 2 回かつ月 8 回）を限度として算定する。この場合において、1と2を合わせて薬剤師 1 人につき 1 日 5 回に限り算定できる。	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を合わせて患者 1 人につき月 4 回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週 2 回かつ月 8 回）に限り算定する。この場合において、1と2を合わせて薬剤師 1 人につき週 40 回に限り算定できる。

C009 在宅患者訪問栄養食事指導料

【注の見直し】

現 行	改 正
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	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ものに対して、診療に基づき計画的な医学管理

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。	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等によって栄養管理に係る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。
--	---

C 0 1 2 在宅患者共同診療料**【項目の見直し、注の見直し】**

現 行	改 正
1 往診の場合 1,500 点	1 往診の場合 1,500 点
2 訪問診療の場合（同一建物居住者以外） 1,000 点	2 訪問診療の場合（同一建物居住者以外） 1,000 点
3 訪問診療の場合（同一建物居住者） イ 特定施設等に入居する者の場合 240 点 ロ イ以外の場合 120 点	3 訪問診療の場合（同一建物居住者） 240 点
注 3 3 のイについては、在宅療養後方支援病院（許可病床数が 500 床未満の病院に限る。）が、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別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者以外の患者（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、3 のロについては、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者以外の患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なもの（3 のイを算定するものを除く。）に対して、当該患者に対する在宅医療を担う他の保険医療機関からの求めに応じて計画的な医学管理の下に定期的に訪問して共同で診療を行った場合に、1 から 3 までのいずれかを最初に算定した日から起算して 1 年以内に、患者 1 人につき 1 から 3 までを合わせて 2 回に限り算定する。	注 3 3 については、在宅療養後方支援病院（許可病床数が 500 床未満の病院に限る。）が、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者以外の患者（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、当該患者に対する在宅医療を担う他の保険医療機関からの求めに応じて計画的な医学管理の下に定期的に訪問して共同で診療を行った場合に、1 から 3 までのいずれかを最初に算定した日から起算して 1 年以内に、患者 1 人につき 1 から 3 までを合わせて 2 回に限り算定する。

C 1 0 1 在宅自己注射指導管理料**【項目の見直し、注の見直し】**

現 行	改 正
1 複雑な場合 1,230 点	1 複雑な場合 1,230 点
2 1 以外の場合 イ 月 3 回以下の場合 100 点 ロ 月 4 回以上の場合 190 点	2 1 以外の場合 イ 月 27 回以下の場合 650 点 ロ 月 28 回以上の場合 750 点

ハ 月 8 回以上の場合	290 点	注 2 初回の指導を行った日の属する月から起算して 3 月以内の期間に当該指導管理を行った場合には、導入初期加算として、3 月を限度として、500 点を所定点数に加算する。
ニ 月 28 回以上の場合	810 点	
注 2 初回の指導を行った日の属する月から起算して 3 月以内の期間に当該指導管理を行った場合には、導入初期加算として、3 月を限度として、580 点を所定点数に加算する。		

[点数マスタ] (新設)

114040610	在宅自己注射指導管理料 (1 以外の場合) (月 27 回以下)	650 点
-----------	----------------------------------	-------

C101-3 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料

【注の見直し】

現 行	改 正
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。	注 妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病の患者(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。

C106 在宅自己導尿指導管理料

【注の見直し】

現 行	改 正
注 2 カテーテルの費用は、所定点数に含まれるものとする。	注 2 第 2 款に定めるものを除き、カテーテルの費用は、所定点数に含まれるものとする。

C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料

【項目の見直し】

現 行	改 正
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 250 点	1 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 1 2,250 点 2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 2 250 点

[点数マスタ] (新設)

114040710	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 1	2,250 点
114040810	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 2	250 点

C108 在宅悪性腫瘍患者指導管理料【名称変更】

【注の見直し】

現 行	改 正
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	注 在宅における鎮痛療法又は悪性腫瘍の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。	の末期の患者に対して、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 1 5 在宅植込型補助人工心臓（拍動流型）指導管理料

【削除】

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

【注の見直し】

現 行	改 正
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。	注 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、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。

C 1 5 0 血糖自己測定器加算

【注の見直し】

現 行	改 正
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～ハ （略） 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。） 注 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・ロ （略） 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。）	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～ハ （略） ニ 妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。） 注 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・ロ （略） ハ 妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）

C 1 5 7 酸素ポンペ加算

【注の見直し】

ORCA Project

Copyright(C)2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

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、酸素ポンプを使用した場合に、2月に2回に限り、第1款の所定点数に加算する。	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、酸素ポンプを使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

C 1 5 8 酸素濃縮装置加算

【注の見直し】

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、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に掲げる酸素ポンプ加算の2は算定できない。	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、3月に3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に掲げる酸素ポンプ加算の2は算定できない。

C 1 5 9 液化酸素装置加算

【注の見直し】

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、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。	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、3月に3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

【注の見直し】

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、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。	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、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

C 1 6 1 注入ポンプ加算

【注の見直し】

現 行	改 正
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	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、在宅における鎮痛療法若しくは悪性腫瘍の化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の患者又は別に厚生労働大臣が定める

ンプを使用した場合に、第 1 款の所定点数に加算する。	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 3 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル加算

【項目の見直し、注の見直し】

現 行	改 正
間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル加算 600 点	特殊カテーテル加算 1 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル イ 親水性コーティングを有するもの 960 点 ロ イ以外のもの 600 点 2 間歇バルーンカテーテル 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。	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又は間歇バルーン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。

[点数マスタ] (新設)

114040910	特殊カテーテル加算 (間歇導尿用カテーテル) (親水性コーティング)	960 点
114041010	特殊カテーテル加算 (間歇導尿用カテーテル) (イ以外)	600 点
114041110	特殊カテーテル加算 (間歇バルーンカテーテル)	600 点

C 1 6 5 経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加算

【項目の見直し、注の見直し】

現 行	改 正
経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加算 1,210 点	在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算 1 ASVを使用した場合 3,750 点 2 CPAPを使用した場合 1,100 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。	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、持続陽圧呼吸療法用治療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。

[点数マスタ] (新設)

114041210	在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算 (ASVを使用)	3,750 点
114041310	在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算 (CPAPを使用)	1,100 点

C 1 6 8-2 携帯型精密ネブライザー加算

【新設】

改 正

C 1 6 8 - 2 携帯型精密ネブライザー加算 3,200 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、携帯型精密ネブライザーを使用した場合に、第 1 款の所定点数に加算する。

[点数マスタ] (新設)

114041410	携帯型精密ネブライザー加算	3,200 点
-----------	---------------	---------

C 1 7 1 在宅酸素療法材料加算

【新設】

改 正		
C 1 7 1 在宅酸素療法材料加算		
1	チアノーゼ型先天性心疾患の場合	780 点
2	その他の場合	100 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、当該療法に係る機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。		

[点数マスタ] (新設)

114041510	在宅酸素療法材料加算 (チアノーゼ型先天性心疾患)	780 点
114041610	在宅酸素療法材料加算 (その他)	100 点

C 1 7 1 - 2 在宅持続陽圧呼吸療法材料加算

【新設】

改 正		
C 1 7 1 - 2 在宅持続陽圧呼吸療法材料加算 100 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、当該療法に係る機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。		

[点数マスタ] (新設)

114041710	在宅持続陽圧呼吸療法材料加算	100 点
-----------	----------------	-------