

第 2 部 在宅医療

◆外来データ提出加算

- ・在宅時医学総合管理料
- ・施設入居時等医学総合管理料
- ・在宅がん医療総合診療料

114057970	在宅データ提出加算（在医総管・施医総管）	50 点
114060670	在宅データ提出加算（在宅がん医療総合診療料）	50 点

[対応内容]

- ・マスタの開始日は令和 5 年 10 月 1 日としています。

[算定方法]

システム管理「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3771	在宅データ提出加算
------	-----------

◆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）・（２）（略）

（３） 月 2 回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち 1 回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（（１）及び（２）の場合を除く。）

- ① 単一建物診療患者が 1 人の場合 3,029 点
- ② 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 1,685 点
- ③ ①及び②以外の場合 880 点

（４）（略）

（５） 月 1 回訪問診療等を行っている場合であって、2 月に 1 回に限り情報通信機器を用いた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 1,515 点
- ② 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 843 点
- ③ ①及び②以外の場合 440 点

ロ 病床を有しない場合

（１）・（２）（略）

（３） 月 2 回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち 1 回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（（１）及び（２）の場合を除く。）

- ① 単一建物診療患者が 1 人の場合 2,789 点
- ② 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 1,565 点
- ③ ①及び②以外の場合 820 点

（４）（略）

（５） 月 1 回訪問診療等を行っている場合であって、2 月に 1 回に限り情報通信機器を用いた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 1,395 点
- ② 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 783 点
- ③ ①及び②以外の場合 410 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・ロ（略）

ハ 月 2 回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち 1 回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。）

- （１） 単一建物診療患者が 1 人の場合 2,569 点
- （２） 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 1,465 点

(3) (1) 及び (2) 以外の場合 780 点

二 (略)

ホ 月 1 回訪問診療等を行っている場合であって、2 月に 1 回に限り情報通信機器を用いた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 1,285 点

(2) 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 733 点

(3) (1) 及び (2) 以外の場合 390 点

3 1 及び 2 に掲げるもの以外の場合

イ・ロ (略)

ハ 月 2 回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち 1 回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合 (イ及びロの場合を除く。)

(1) 単一建物診療患者が 1 人の場合 2,029 点

(2) 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 1,180 点

(3) (1) 及び (2) 以外の場合 660 点

二 (略)

ホ 月 1 回訪問診療等を行っている場合であって、2 月に 1 回に限り情報通信機器を用いた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 1,015 点

(2) 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 590 点

(3) (1) 及び (2) 以外の場合 330 点

注 1～8 (略)

9 3 を算定する患者であって継続的に診療を行っているものに対して、保険医療機関 (診療所に限る。) が、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関において又は他の保険医療機関等との連携により、常時往診を行う体制等を確保した上で訪問診療を行った場合に、当該体制等に応じて、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ 在宅療養移行加算 1 216 点

ロ 在宅療養移行加算 2 116 点

10・11 (略)

12 1 のイの (3) 及び (5)、1 のロの (3) 及び (5)、2 のハ及びホ並びに 3 のハ及びホについては、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において行われる場合に限り算定する。

13 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、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、在宅データ提出加算として、50 点を所定点数に加算する。

114055310	在医総管 (機能強化在支診等・病床有・月 2 回以上・通信機 1 人)	3,029 点	A
114055410	在医総管 (機能強化在支診等・病床有・月 2 回以上・通信機 2～9 人)	1,685 点	A
114055510	在医総管 (機能強化在支診等・病床有・月 2 回以上・通信機 10 人～)	880 点	A
114055610	在医総管 (機能強化在支診等・病床有・月 1 回・通信機 1 人)	1,515 点	A
114055710	在医総管 (機能強化在支診等・病床有・月 1 回・通信機 2～9 人)	843 点	A
114055810	在医総管 (機能強化在支診等・病床有・月 1 回・通信機 10 人～)	440 点	A
114055910	在医総管 (機能強化在支診等・病床無・月 2 回以上・通信機 1 人)	2,789 点	B
114056010	在医総管 (機能強化在支診等・病床無・月 2 回以上・通信機 2～9 人)	1,565 点	B
114056110	在医総管 (機能強化在支診等・病床無・月 2 回以上・通信機 10 人～)	820 点	B
114056210	在医総管 (機能強化在支診等・病床無・月 1 回・通信機 1 人)	1,395 点	B
114056310	在医総管 (機能強化在支診等・病床無・月 1 回・通信機 2～9 人)	783 点	B
114056410	在医総管 (機能強化在支診等・病床無・月 1 回・通信機 10 人～)	410 点	B
114056510	在医総管 (在支診等・月 2 回以上・通信機 1 人)	2,569 点	C

114056610	在医総管（在支診等・月 2 回以上・通信機 2～9 人）	1,465 点	C
114056710	在医総管（在支診等・月 2 回以上・通信機 10 人～）	780 点	C
114056810	在医総管（在支診等・月 1 回・通信機 1 人）	1,285 点	C
114056910	在医総管（在支診等・月 1 回・通信機 2～9 人）	733 点	C
114057010	在医総管（在支診等・月 1 回・通信機 10 人～）	390 点	C
114057110	在医総管（在支診等以外・月 2 回以上・通信機 1 人）	2,029 点	D
114057210	在医総管（在支診等以外・月 2 回以上・通信機 2～9 人）	1,180 点	D
114057310	在医総管（在支診等以外・月 2 回以上・通信機 10 人～）	660 点	D
114057410	在医総管（在支診等以外・月 1 回・通信機 1 人）	1,015 点	D
114057510	在医総管（在支診等以外・月 1 回・通信機 2～9 人）	590 点	D
114057610	在医総管（在支診等以外・月 1 回・通信機 10 人～）	330 点	D
114043770	在宅療養移行加算 1（在医総管・施医総管（在支診等以外））	216 点	
114057870	在宅療養移行加算 2（在医総管・施医総管（在支診等以外））	116 点	

〔算定方法〕

システム管理「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

A	【0721】 AND 【3055、3056、3057、3058】 AND 【3825】
B	【0721】 AND 【3055、3056】 AND 【3825】
C	【0721】 AND 【3168、3169】 AND 【3825】
D	【0721】 AND 【3825】

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）
3825	情報通信機器

◆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）・（2）（略）

（3） 月 2 回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち 1 回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（（1）及び（2）の場合を除く。）

- ① 単一建物診療患者が 1 人の場合 2,249 点
- ② 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 1,265 点
- ③ ①及び②以外の場合 880 点

（4）（略）

（5） 月 1 回訪問診療等を行っている場合であって、2 月に 1 回に限り情報通信機器を用いた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 1,125 点
- ② 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 633 点
- ③ ①及び②以外の場合 440 点

ロ 病床を有しない場合

（1）・（2）（略）

（3） 月 2 回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち 1 回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（（1）及び（2）の場合を除く。）

- ① 単一建物診療患者が 1 人の場合 2,069 点
 - ② 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 1,175 点
 - ③ ①及び②以外の場合 820 点
 - (4) (略)
 - (5) 月 1 回訪問診療等を行っている場合であって、2 月に 1 回に限り情報通信機器を用いた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 1,035 点
 - ② 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 588 点
 - ③ ①及び②以外の場合 410 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・ロ (略)
 - ハ 月 2 回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち 1 回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。）
 - (1) 単一建物診療患者が 1 人の場合 1,909 点
 - (2) 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 1,105 点
 - (3) (1) 及び (2) 以外の場合 780 点
 - ニ (略)
 - ホ 月 1 回訪問診療等を行っている場合であって、2 月に 1 回に限り情報通信機器を用いた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 955 点
 - (2) 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 553 点
 - (3) (1) 及び (2) 以外の場合 390 点
 - 3 1 及び 2 に掲げるもの以外の場合
 - イ・ロ (略)
 - ハ 月 2 回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち 1 回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。）
 - (1) 単一建物診療患者が 1 人の場合 1,549 点
 - (2) 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 910 点
 - (3) (1) 及び (2) 以外の場合 660 点
 - ニ (略)
 - ホ 月 1 回訪問診療等を行っている場合であって、2 月に 1 回に限り情報通信機器を用いた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 775 点
 - (2) 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 455 点
 - (3) (1) 及び (2) 以外の場合 330 点
- 注 1～5 (略)
- 6 1 のイの (3) 及び (5)、1 のロの (3) 及び (5)、2 のハ及びホ並びに 3 のハ及びホについては、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において行われる場合に限り算定する。
 - 7 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、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、在宅データ提出加算として、50 点を所定点数に加算する。

114058010	施医総管（機能強化在支診等・病床有・月 2 回以上・通信機 1 人）	2,249 点	A
114058110	施医総管（機能強化在支診等・病床有・月 2 回以上・通信機 2～9 人）	1,265 点	A
114058210	施医総管（機能強化在支診等・病床有・月 2 回以上・通信機 10 人～）	880 点	A
114058310	施医総管（機能強化在支診等・病床有・月 1 回・通信機 1 人）	1,125 点	A
114058410	施医総管（機能強化在支診等・病床有・月 1 回・通信機 2～9 人）	633 点	A

114058510	施医総管（機能強化在支診等・病床有・月 1 回・通信機 10 人～）	440 点	A
114058610	施医総管（機能強化在支診等・病床無・月 2 回以上・通信機 1 人）	2,069 点	B
114058710	施医総管（機能強化在支診等・病床無・月 2 回以上・通信機 2～9 人）	1,175 点	B
114058810	施医総管（機能強化在支診等・病床無・月 2 回以上・通信機 10 人～）	820 点	B
114058910	施医総管（機能強化在支診等・病床無・月 1 回・通信機 1 人）	1,035 点	B
114059010	施医総管（機能強化在支診等・病床無・月 1 回・通信機 2～9 人）	588 点	B
114059110	施医総管（機能強化在支診等・病床無・月 1 回・通信機 10 人～）	410 点	B
114059210	施医総管（在支診等・月 2 回以上・通信機 1 人）	1,909 点	C
114059310	施医総管（在支診等・月 2 回以上・通信機 2～9 人）	1,105 点	C
114059410	施医総管（在支診等・月 2 回以上・通信機 10 人～）	780 点	C
114059510	施医総管（在支診等・月 1 回・通信機 1 人）	955 点	C
114059610	施医総管（在支診等・月 1 回・通信機 2～9 人）	553 点	C
114059710	施医総管（在支診等・月 1 回・通信機 10 人～）	390 点	C
114059810	施医総管（在支診等以外・月 2 回以上・通信機 1 人）	1,549 点	D
114059910	施医総管（在支診等以外・月 2 回以上・通信機 2～9 人）	910 点	D
114060010	施医総管（在支診等以外・月 2 回以上・通信機 10 人～）	660 点	D
114060110	施医総管（在支診等以外・月 1 回・通信機 1 人）	775 点	D
114060210	施医総管（在支診等以外・月 1 回・通信機 2～9 人）	455 点	D
114060310	施医総管（在支診等以外・月 1 回・通信機 10 人～）	330 点	D

〔算定方法〕

システム管理「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

A	【0721】 AND 【3055、3056、3057、3058】 AND 【3825】
B	【0721】 AND 【3055、3056】 AND 【3825】
C	【0721】 AND 【3168、3169】 AND 【3825】
D	【0721】 AND 【3825】

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）
3825	情報通信機器

◆在宅がん医療総合診療料（1 日につき）

注 1～5（略）

6 15 歳未満の小児（児童福祉法第 6 条の 2 第 3 項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20 歳未満の者）に対して総合的な医療を提供した場合は、小児加算として、週 1 回に限り、1,000 点を所定点数に加算する。

7 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、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、在宅データ提出加算として、月 1 回に限り、50 点を所定点数に加算する。

114060570	小児加算（在宅がん医療総合診療料）	1,000 点
-----------	-------------------	---------

〔算定方法〕

算定するコードを手入力します。

◆救急搬送診療料

注 1～3（略）

- 4 注 1 に規定する場合であって、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保険医療機関が、重篤な患者に対して当該診療を行った場合には、重症患者搬送加算として、1,800 点を所定点数に加算する。

114060770	重症患者搬送加算（救急搬送診療料）	1,800 点
-----------	-------------------	---------

〔算定方法〕

システム管理「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3772	重症患者搬送加算（救急搬送診療料）
------	-------------------

◆在宅患者訪問看護・指導料（1 日につき）

注 1～15（略）

- 16 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の緩和ケア、褥瘡ケア若しくは人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師又は保健師助産師看護師法（昭和 23 年法律第 203 号）第 37 条の 2 第 2 項第 5 号に規定する指定研修機関において行われる研修（以下「特定行為研修」という。）を修了した看護師が、訪問看護・指導の実施に関する計画的な管理を行った場合には、専門管理加算として、月 1 回に限り、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。

イ 緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が計画的な管理を行った場合（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、真皮を越える褥瘡の状態にある患者（区分番号 C O 1 3 に掲げる在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の患者）又は人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な患者に対して行った場合に限る。） 250 点

ロ 特定行為研修を修了した看護師が計画的な管理を行った場合（保健師助産師看護師法第 37 条の 2 第 2 項第 1 号に規定する特定行為（訪問看護において専門の管理を必要とするものに限る。以下この部において同じ。）に係る管理の対象となる患者に対して行った場合に限る。） 250 点

114060870	専門管理加算（専門の研修を受けた看護師）	250 点
114060970	専門管理加算（特定行為研修を修了した看護師）	250 点

〔算定方法〕

システム管理「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3773	専門管理加算（専門の研修を受けた看護師）
3774	専門管理加算（特定行為研修を修了した看護師）

◆訪問看護指示料

注 1・2（略）

- 3 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、保健師助産師看護師法第 37 条の 2 第 2 項第 1 号に規定する特定行為に係る管理の必要を認め、当該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の看護師（同項第 5 号に規定する指定研修機関において行われる研修を修了した者に限る。）に対して、同項第 2 号に規定する手順書を交付した場合は、手順書加算として、患者 1 人につき 6 月に 1 回に限り、150 点を所定点数に加算する。

114061070	手順書加算（訪問看護指示料）	150 点
-----------	----------------	-------

◆外来在宅共同指導料【新設】

- 1 外来在宅共同指導料 1 400 点
- 2 外来在宅共同指導料 2 600 点

- 注 1 1については、保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者について、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医が、当該患者の同意を得て、患家等を訪問して、在宅での療養上必要な説明及び指導を、外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関の保険医と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、患者 1 人につき 1 回に限り、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関において算定する。
- 2 2については、注 1 に規定する場合において、外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関において、患者 1 人につき 1 回に限り算定する。この場合において、区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料、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、区分番号 C 0 0 0 に掲げる往診料、区分番号 C 0 0 1 に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号 C 0 0 1－2 に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）は別に算定できない。

114061110	外来在宅共同指導料 1	400 点
114061210	外来在宅共同指導料 2	600 点

◆在宅自己注射指導管理料

- 注 1 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。ただし、同一月に区分番号 B 0 0 1－2－12 に掲げる外来腫瘍化学療法診療料又は第 6 部の通則第 6 号に規定する外来化学療法加算を算定している患者については、当該管理料を算定できない。
- 2～4（略）
- 5 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、在宅自己注射指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、1 又は 2 のイ若しくはロの所定点数に代えて、それぞれ 1,070 点又は 566 点若しくは 653 点を算定する。

114063110	在宅自己注射指導管理料（複雑な場合）（情報通信機器を用いた場合）	1,070 点
114062910	在宅自己注射指導管理料（1 以外）（月 27 回以下）（情報通信機器）	566 点
114063010	在宅自己注射指導管理料（1 以外）（月 28 回以上）（情報通信機器）	653 点

〔算定方法〕

システム管理「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3825	情報通信機器
------	--------

◆在宅自己腹膜灌流指導管理料

- 注 1・2（略）
- 3 注 1 に規定する患者であって継続的に遠隔モニタリングを実施したものに対して当該指導管理を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、月 1 回に限り 115 点を所定点数に加算する。

114061370	遠隔モニタリング加算（在宅自己腹膜灌流指導管理料）	115 点
-----------	---------------------------	-------

◆在宅ハイフローセラピー指導管理料（2,400 点）【新設】

- 注 在宅ハイフローセラピーを行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅ハイフローセラピーに関する指導管理を行った場合に算定する。

114061510	在宅ハイフローセラピー指導管理料	2,400 点
-----------	------------------	---------

◆在宅舌下神経電気刺激療法指導管理料

舌下神経電気刺激療法指導管理料 名称変更

◆在宅喉頭摘出患者指導管理料

在宅気管切開患者指導管理料（人工鼻材料使用） 名称変更

◆在宅抗菌薬吸入療法指導管理料
特になし

◆血糖自己測定器加算

注 1～3（略）

4 SGLT2阻害薬を服用している1型糖尿病の患者に対して、血中ケトン体自己測定器を使用した場合は、血中ケトン体自己測定器加算として、3月に3回に限り、40点を更に第1款の所定点数に加算する。

114062010	血中ケトン体自己測定器加算（血糖自己測定器加算）	40 点
-----------	--------------------------	------

◆在宅ハイフローセラピー材料加算（100 点）【新設】

注 在宅ハイフローセラピー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。

114062510	在宅ハイフローセラピー材料加算	100 点
-----------	-----------------	-------

◆在宅ハイフローセラピー装置加算（1,600 点）【新設】

注 在宅ハイフローセラピーを行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅ハイフローセラピー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。

114062610	在宅ハイフローセラピー装置加算	1,600 点
-----------	-----------------	---------

◆在宅抗菌薬吸入療法用ネブライザ加算

在宅超音波ネブライザ加算 名称変更