

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料 第2部 在宅医療 第1節 在宅患者診療・指導料 C000 往診料 【注の追加】 C001 在宅患者訪問診療料（1日につき） 【点数の見直し】 【注の見直し】	(追加) 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	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。 833点 203点 103点 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。

イ～ハ（略）

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）

C002 在宅時医学総合管理料（月1回）

【項目の見直し】

- 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

- 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

	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

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
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

【注の追加】

(追加)



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。

C002-2 特定施設入居時等医学
総合管理料（月1回）

【項目の見直し】

- 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

- 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
- 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

C003 在宅がん医療総合診療料
(1日につき)

【注の追加】

【注の追加】

- 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

(追加)

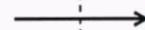


- (2) 同一建物居住者の場合 1,020点
- 3 1及び2に掲げるもの以外の場合
 - イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合
 - (1) 同一建物居住者以外の場合 2,250点
 - (2) 同一建物居住者の場合 540点
 - ロ 処方せんを交付しない場合
 - (1) 同一建物居住者以外の場合 2,550点
 - (2) 同一建物居住者の場合 840点

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。

(追加)



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。

C005 在宅患者訪問看護・指導料
(1日につき)

【注の見直し】

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C005-1-2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C005-1-2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。

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C005-1-2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C005-1-2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（別に厚生労働大臣が定めるものについては、月2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。

【注の見直し】

注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。

注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、難病等複数回訪問加算として、それぞれ所定点数に450点又は800点を加算する。

C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料（1日につき）

【項目の見直し】

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

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 同一日に2人	
(1) 週3日目まで	555点
(2) 週4日目以降	655点
ロ 同一日に3人以上	
(1) 週3日目まで	278点
(2) 週4日目以降	328点
2 准看護師による場合	
イ 同一日に2人	
(1) 週3日目まで	505点
(2) 週4日目以降	605点
ロ 同一日に3人以上	
(1) 週3日目まで	253点

【注の見直し】

3 悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア又は褥瘡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) 週4日目以降 303点
3 悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア又は褥瘡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、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（別に厚生労働大臣が定めるものについては、月2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。

C005-2 在宅患者訪問点滴注射
管理指導料（1週につき
）

【注の見直し】

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られたものについて、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。

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、介護保険法第41条第1項本文の規定によ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。）の指定、同法42条の2第1項本文の規定による指定地域密着型サービス事業者（訪問看護事業を行う者に限る。）の指定又は同法第53条第1項本文の規定による指定介護予防サービス事業者（訪問看護事業を行う者に限る。）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られたものについて、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。

C008[†] 在宅患者訪問薬剤管理指導料

【点数の見直し】

- | | | |
|----------------|------|------|
| 1 同一建物居住者以外の場合 | 550点 | 650点 |
| 2 同一建物居住者の場合 | 385点 | 300点 |

【注の見直し】

- | | | |
|---|----------|---|
| <p>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。</p> | <p>→</p> | <p>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1日につき5回に限り算定できる。</p> |
|---|----------|---|

【新設】

(新設)



C012 在宅患者共同診療料

- | | |
|----------------------|--------|
| 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 |
| 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 |

注1 1については、在宅療養後方支援病院（在宅において療養を行っている患者を緊急時に受け入れる病院であって、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。）（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であって通院が困難なもの（当該在宅療養後方支援病院を緊急時の搬送先として希望するものに限る。以下この区分番号において同じ。）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共同で往診を行った場合に、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。

2 2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（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、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。

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

【新設】

(新設)

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。

4 注1から注3までの規定にかかわらず、在宅療養後方支援病院が、別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者に対して行った場合については、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12回に限り算定する。

5 往診又は訪問診療に要した交通費は、患者の負担とする。

C013 在宅患者訪問褥瘡管理指導料 750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、重点的な褥瘡管理を行う必要が認められる患者（在宅での療養を行っているものに限る。）に対して、患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医、管理栄養士、看護師又は連携する他の保険医療機関等の看護師が共同して、褥瘡管理に関する計画的な指導管理を行った場合には、初回のカンファレンスから起算して6月以内に限り、当該患者1人につき2回に限り所定点数を算定する。

2 区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料、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C009に掲げ

第2節 在宅療養指導管理料

第1款 在宅療養指導管理料

通則

【通則の見直し】

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（C102に規定する指導管理とC102-2に規定する指導管理、C103に規定する指導管理とC107に規定する指導管理又はC107-2に規定する指導管理、C104に規定する指導管理とC105に規定する指導管理、C104に規定する指導管理とC105-2に規定する指導管理、C105に規定する指導管理とC105-2に規定する指導管理、C105-2に規定する指導管理とC109に規定する指導管理、C107に規定する指導管理とC107-2に規定する指導管理、C108に規定する指導管理とC110に規定する指導管理、C108-2に規定する指導管理とC110に規定する指導管理及びC109に規定する指導管理とC114に規定する指導管理の組

る在宅患者訪問栄養食事指導料は別に算定できない。ただし、カンファレンスを行う場合にあつては、この限りでない。

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（紹介が行われた月に限る。）及び在宅療養後方支援病院が、別に厚生労働大臣の定める患者に対して当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関と異なる在宅療養指導管理を行った場合（C102に規定する指導管理とC102-2に規定する指導管理、C103に規定する指導管理とC107に規定する指導管理又はC107-2に規定する指導管理、C104に規定する指導管理とC105に規定する指導管理、C104に規定する指導管理とC105-2に規定する指導管理、C105に規定する指導管理とC105-2に規定する指導管理、C109に規定する指導管理、C107に規定する指導管理とC107-2に規定する指導管理、C10

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。

8に規定する指導管理とC110に規定する指導管理、C108-2に規定する指導管理とC110に規定する指導管理及びC109に規定する指導管理とC114に規定する指導管理の組合せを除く。)には、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。

C101 在宅自己注射指導管理料

【項目の見直し】

- | | |
|----------|--------|
| 1 複雑な場合 | 1,230点 |
| 2 1以外の場合 | 820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 |
| ハ 月8回以上の場合 | 290点 |
| ニ 月28回以上の場合 | 810点 |

【注の見直し】

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。

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、同一月に第2章第6部の通則6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。

【注の追加】

【注の追加】

【新設】

第2款 在宅療養指導管理材料加算

C152 間歇注入シリンジポンプ加算

(追加)

(追加)

(新設)

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。

注3 処方内容に変更があった場合には、注2の規定にかかわらず、当該指導を行った日の属する月から起算して1月を限度として、1回に限り導入初期加算を算定できる。

C110-4 在宅仙骨神経刺激療法指導管理料
810点

注 便失禁のコントロールのため植込型仙骨神経刺激装置を植え込んだ後に、患者の同意を得て、在宅において、自己による便失禁管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅便失禁管理に関する指導管理を行った場合に算定する。

【注の見直し】

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。

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、2月に2回に限り第1款の所定点数に加算する。

【新設】

(新設)

C 1 5 2 - 2 持続血糖測定器加算

1	2個以下の場合	1,320点
2	4個以下の場合	2,640点
3	5個以上の場合	3,300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、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、持続血糖測定器を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。

2 当該患者に対して、プログラム付きシリンジポンプ又はプログラム付きシリンジポンプ以外のシリンジポンプを用いて、トランスミッターを使用した場合は、第1款の所定点数にそれぞれ3,230点又は2,230点を加算する。ただし、この場合において、区分番号C 1 5 2に掲げる間歇注入シリンジポンプ加算は算定できない。