

# 在宅酸素療法に関する診療報酬について



**Point!** 令和6年度診療報酬改定に伴い、以下の項目が新設されました。

**新設**

● C000 往診料

がん患者に対して酸素療法を行っていた場合 **2,000点**

**新設**

● C001 在宅患者訪問診療科(Ⅰ)(1日につき)

在宅ターミナルケア加算の対象に「**区分番号B004に掲げる退院時共同指導料1を算定し、かつ、訪問診療を実施した場合**」が追加

## 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。)又は休日の往診、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 別に厚生労働大臣が定める患者に対し、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)・(2) (略)

ロ 別に厚生労働大臣が定める患者に対し、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)～(3) (略)

ハ 別に厚生労働大臣が定める患者に対し、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)～(3) (略)

ニ 別に厚生労働大臣が定める患者以外の患者に対して行う場合

(1)緊急往診加算 325点

(2)夜間・休日往診加算 405点

(3)深夜往診加算 485点

■注2 (略)

■注3 在宅で死亡した患者(往診を行った後、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、区分番号B004に掲げる退院時共同指導料1を算定し、かつ、往診を実施した場合には、当該患者に係る区分等に従い、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。この場合において、区分番号C001の注6に規定する在宅ターミナルケア加算及び区分番号C001-2の注5に規定する在宅ターミナルケア加算は算定できない。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、**がん患者に対して酸素療法を行っていた場合は酸素療法加算として2,000点を更に所定点数に加算する。**

イ 有料老人ホームその他これに準ずる施設(以下この区分番号、区分番号C001及び区分番号C001-2において「有料老人ホーム等」という。)に入居する患者以外の患者

(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

① 病床を有する場合 6,500点

② 病床を有しない場合 5,500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 4,500点

(3)①及び②に掲げるもの以外の場合 3,500点

ロ 有料老人ホーム等に入居する患者

(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

① 病床を有する場合 6,500点

② 病床を有しない場合 5,500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 4,500点

(3)①及び②に掲げるもの以外の場合 3,500点

■注4 往診を行い、在宅で患者を看取った場合(注3に規定する在宅ターミナルケア加算を算定する場合に限る。)には、看取り加算として、3,000点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号C001の注7(区分番号C001-2の注6の規定により準用する場合を含む。)に規定する看取り加算は算定できない。

■注5 患家において死亡診断を行った場合は、死亡診断加算として、200点を所定点数に加算する。ただし、注4に規定する加算を算定する場合は、算定できない。

■注6・7 (略)

■注8 注1のイからハまでについては、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。

■注9 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院以外の保険医療機関に限る。)によって計画的な医学管理の下に主治医として定期的な訪問診療を行っている患者に対して、往診を行った場合、往診時医療情報連携加算として200点を所定点数に加算する。

■注10 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、介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム(以下この注において「介護保険施設等」という。)の協力医療機関であって、当該介護保険施設等に入所している患者の病状の急変等に伴い、往診を行った場合に、介護保険施設等連携往診加算として、200点を所定点数に加算する。

(1)～(7) (略)

(8) 「注1のイ」、「注3のイの(1)」及び「注3のロの(1)」に規定する「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」とは、特掲診療料施設基準通知の第9在宅療養支援診療所の施設基準の1の(1)及び(2)に規定する在宅療養支援診療所、第14の2在宅療養支援病院の施設基準の1の(1)及び(2)に規定する在宅

療養支援病院である。「注1のイの(1)」、「注3のイの(1)の①」及び「注3のロの(1)の①」に規定する「病床を有する場合」、「注1のイの(2)」、「注3のイの(1)の②」及び「注3のロの(1)の②」に規定する「病床を有しない場合」とは、同通知の第9在宅療養支援診療所の施設基準の2の(1)及び(2)、第14の2在宅療養支援病院の施設基準の2の(1)の規定による。

(9) (略)

(10) 同一の患者又は有料老人ホーム等であって、その形態から当該ホーム全体を同一の患者とみなすことが適当であるものにおいて、2人以上の患者を診療した場合は、2人目以降の患者については往診料を算定せず、「A000」初診料又は「A001」再診料若しくは「A002」外来診療料及び第2章特掲診療料のみを算定する。この場合において、2人目以降のそれぞれの患者の診療に要した時間が1時間を超えた場合は、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載し、往診料の「注2」に規定する加算を算定する

(11) (略)

(12) 「注3」に規定する在宅ターミナルケア加算は、死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に「B004」退院時共同指導料1算定した上で往診を行った患者が、在宅で死亡した場合(往診を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。)に算定する。この場合、診療内容の要点等を診療録に記載すること。また、ターミナルケアの実施については、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、患者本人及びその家族等と話し合いを行い、患者本人の意思決定を基本に、他の関係者と連携の上対応すること。なお、死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に「C001」在宅患者訪問診療料(I)又は「C001-2」在宅患者訪問診療料(II)を算定している場合は、「C001」在宅患者訪問診療料(I)の「注6」に規定する在宅ターミナルケア加算又は「C001-2」在宅患者訪問診療料(II)の「注5」に規定する在宅ターミナルケア加算を算定すること。

(13) 「注3のイ」及び「注3のロ」に規定する有料老人ホーム等に入居する患者とは、以下のいずれかに該当する患者をいう。

ア 「C002-2」施設入居時等医学総合管理料の(3)において施設入居時等医学総合管理料の算定患者とされている患者

イ 障害者総合支援法に規定する障害福祉サービスを行う施設及び事業所又は福祉ホームに入居する患者

ウ 介護保険法第8条第19項に規定する小規模多機能型居宅介護又は同法第8条第23項に規定する複合型サービスにおける宿泊サービスを利用中の患者

(14) 「注3」に規定する酸素療法加算は、悪性腫瘍と診断されている患者に対し、死亡した月において、在宅酸素療法を行った場合に算定する。在宅酸素療法を指示した医師は、在宅酸素療法のための酸素投与方法(使用機器、ガス流量、吸入時間等)、緊急時連絡方法等を装置に掲示すると同時に、夜間も含めた緊急時の対処法について、患者本人及びその家族等に説明を行うこと。酸素療法加算を算定した月については、「C103」在宅酸素療法指導管理料、「C107」在宅人工呼吸指導管理料、「C157」酸素ボンベ加算、「C158」酸素濃縮装置加算、「C159」液化酸素装置加算、「C164」人工呼吸器加算、「J018」喀痰吸引、「J018-3」干涉低周波去痰器による喀痰排出、「J024」酸素吸入、「J024-2」突発性難聴に対する酸素療法、「J025」酸素テント、「J026」間歇的陽圧吸入法、「J026-2」鼻マスク式補助換気法、「J026-3」体外式陰圧人工呼吸器治療及び「J045」人工呼吸は算定できない。

(15) 「注4」に規定する看取り加算は、事前に当該患者又はその家族等に対して、療養上の不安等を解消するために十分な説明と同意を行った上で、死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に退院時共同指導を行った上で死亡日に往診を行い、当該患者を患者で看取った場合に算定する。この場合、診療内容の要点等を当該患者の診療録に記載すること。

(16) 「注5」に規定する死亡診断加算は、患者が在宅で死亡した場合であって、死亡日に往診を行い、死亡診断を行った場合に算定する。ただし、「注4」に規定する看取り加算には、死亡診断に係る費用が含まれており、「注5」に規定する死亡診断加算は別に算定できない。

(17) 「注6」に規定する保険医療機関の所在地と患者の所在地との距離が16キロメートルを超える往診については、当該保険医療機関からの往診を必要とする絶対的な理由がある場合に認められるものであって、この場合の往診料の算定については、16キロメートル以内の場合と同様、本区分及び「注1」から「注5」まで及び「注8」から「注10」までにより算定する。この絶対的に必要であるという根拠がなく、特に患者の希望により16キロメートルを超える往診をした場合の往診料は保険診療としては算定が認められないことから、患者負担とする。この場合において、「保険医療機関の所在地と患者の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合」とは、当該保険医療機関を中心とする半径16キロメートルの圏域の外側に患者が所在する場合をいう。(10)(11)にかかわらず、往診距離が片道16キロメートルを超えて又は海路によりアの適用地域に往診した場合であって、イの各号の一に該当する特殊の事情があったときの往診料は、ウの算定方法によって算定する。

ア 適用地域

次の各号の一に該当する地域であって、イに掲げる特殊の事情のいずれかが一般的に存するものについて、地方厚生(支)局長が厚生労働大臣の承認を得て指定した地域とする。なお、指定地域が指定要件を欠くに至ったときは、当局に内議のうえ、速やかに地域の指定を取り消すものとする。

i 医療機関のない島の地域又は通例路程の大部分を海路による以外に往診することが困難な事情にある地域であって医療機関のないもの(以下「1号地域」という。地域の単位は、原則として、島、部落又は小字とする。)

ii 1号地域以外の地域であって、最寄りの医療機関からの往診距離が片道16キロメートルを超えるもの(以下「2号地域」という。地域の単位は、原則として、部落又は小字とする。)

イ 特殊の事情

i 定期に航行する船舶がないか、又は定期に航行する船舶があっても航行回数がきわめて少ないか、若しくは航行に長時間を要すること。

ii 海上の状態や気象条件がきわめて悪いため、又は航路に暗礁が散在するため、若しくは流氷等のため航行に危険が伴うこと。

iii 冬期積雪の期間通常の車両の運行が不能のため往診に相当長時間を要する事情にあること、又は道路事情がきわめて悪く、相当の路程を徒歩によらなければならないため、往診に相当長時間を要する事情にあること。

ウ 算定方法

往診料の項に定める算定方法に準じて算定した点数(720点に「注1」から「注5」まで及び「注8」から「注10」までによる点数を加算した点数)に、次の点数(1号地域については次の(イ)及び(ロ)により算出した点数、2号地域については、次のiiiにより算出した点数)を加算する。

i 1号地域に対する往診の場合

(イ) 波浪時(波浪注意報の出ているとき又は波浪により通常の航海時間の概ね1.5倍以上を要したときとする。)であった海路につき海路距離が片道1キロメートル又はその端数を増すごとに所定点数に「注2」に規定する点数の100分の150を加算した点数(往復の場合は100分の200、片道の場合は100分の100とする。)

(ロ) 適用地域における往診に必要とした滞在時間(島に上陸したときから離島するまでの時間)については30分又はその端数を増すごとに100点を加算する方法で算出した点数の100分の200に相当する点数。

ii 2号地域に対する往診の場合

往診のため保険医が当該保険医療機関を出発してから帰院するまでの往診時間について、30分又はその端数を増すごとに100点を加算する方法で算出した点数の100分の300に相当する点数。

(19)~(27) (略)

(28) 「注9」に規定する往診時医療情報連携加算は、他の保険医療機関(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院以外の保険医療機関に限る。)と月1回程度の定期的なカンファレンス又はICTの活用により当該他の保険医療機関が定期的に訪問診療を行っている患者の診療情報及び当該患者の病状の急変時の対応方針等の情報(以下「診療情報等」という。)の共有を行っている保険医療機関(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)が、当該患者(当該他の保険医療機関が往診を行うことが困難な時間帯等)に対応を行う予定の在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の医療機関名、電話番号及び担当医師の氏名等を提供されている患者に限る。)に対して、当該他の保険医療機関が往診を行うことが困難な時間帯に、共有された診療情報等を参考にして、往診を行った場合において算定できる。この場合、当該他の保険医療機関名、参考にした診療情報等及び診療の要点を診療録に記載すること。

(29) 往診時医療情報連携加算を算定するに当たって、ICTを用いて連携機関と患者の個人情報を取り扱う場合には、厚生労働省の定める「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。

(30) 「注10」に規定する介護保険施設等連携往診加算は、介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム(当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く。以下この項において「介護保険施設等」という。))において療養を行っている患者の病状の急変等に伴い、当該介護保険施設等の従事者等の求めに応じて事前に共有されている当該患者に関する診療情報及び病状の急変時の対応方針等を踏まえて往診を行った際に、提供する医療の内容について患者又は当該介護保険施設等の従事者に十分に説明した場合に限り算定できる。この場合、介護保険施設等の名称、活用した当該患者の診療情報、急変時の対応方針及び診療の要点を診療録に記載すること。なお、この項において「特別の関係」とは、当該保険医療機関と介護保険施設等の関係が以下のいずれかに該当する場合は特別の関係にあると認められる。

ア 当該保険医療機関の開設者が、当該介護保険施設等の開設者と同一の場合

イ 当該保険医療機関の代表者が、当該介護保険施設等の代表者と同一の場合

ウ 当該保険医療機関の代表者が、当該介護保険施設等の代表者の親族等の場合

エ 当該保険医療機関の理事・監事・評議員その他の役員等のうち、当該介護保険施設等の役員等の親族等の占める割合が10分の3を超える場合(イ)から(ウ)までに掲げる場合に準ずる場合(人事、資金等の関係を通じて、当該保険医療機関が、当該介護保険施設等の経営方針に対して重要な影響を与えることができると認められる場合に限る。)

### C001 在宅患者訪問診療料(I)(1日につき)

#### 1 在宅患者訪問診療料1

イ 同一建物居住者以外の場合 888点

ロ 同一建物居住者の場合 213点

#### 2 在宅患者訪問診療料2

イ 同一建物居住者以外の場合 884点

ロ 同一建物居住者の場合 187点

■注11については、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、当該患者の同意を得て、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及び有料老人ホーム等に併設される保険医療機関

が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。)に、当該患者が同一建物居住者(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をいう。以下この区分番号において同じ。)以外である場合はイを、当該患者が同一建物居住者である場合はロを、それぞれ、当該患者1人につき週3回(同一の患者について、イ及びロを併せて算定する場合において同じ。)に限り(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。)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2～5 (略)

■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回以上の往診若しくは訪問診療を実施した場合(1を算定する場合に限る。)又は区分番号B004に掲げる退院時共同指導料1を算定し、かつ、訪問診療を実施した場合(1を算定する場合に限る。)には、当該患者に係る区分等に従い、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。この場合において、区分番号C000の注3に規定する在宅ターミナルケア加算は算定できない。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、がん患者に対して酸素療法を行っていた場合は酸素療法加算として2,000点を更に所定点数に加算する。

イ・ロ (略)

■注7～11 (略)

■注12 1について、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基準に適合しなくなった場合には、当該基準に適合しなくなった後の直近1月に限り、同一患者につき同一月において訪問診療を5回以上実施した場合における5回目以降の当該訪問診療については、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

■注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、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認等により得られる情報を踏まえて計画的な医学管理の下に、訪問して診療を行った場合は、在宅医療DX情報活用加算として、月1回に限り10点を所定点数に加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注15、区分番号A001に掲げる再診料の注19若しくは区分番号A002に掲げる外来診療料の注10にそれぞれ規定する医療情報取得加算、区分番号A000に掲げる初診料の注16に規定する医療DX推進体制整備加算、区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料の注8に規定する在宅医療DX情報活用加算又は区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料の注17(区分番号C005-1-2の注6の規定により準用する場合を含む。)若しくは区分番号1012に掲げる精神科訪問看護・指導料の注17にそれぞれ規定する訪問看護医療DX情報活用加算を算定した月は、在宅医療DX情報活用加算は算定できない。

(1)～(10) (略)

(10) 「注8」に規定する死亡診断加算は、在宅での療養を行っている患者が在宅で死亡した場合であって、死亡日に往診又は訪問診療を行い、死亡診断を行った場合に算定する。ただし、「注7」に規定する加算には、死亡診断に係る費用が含まれており、「注8」に規定する加算は別に算定できない。以下の要件を満たしている場合であって、「情報通信機器(ICT)を利用した死亡診断等ガイドライン(平成29年9月厚生労働省)」に基づき、ICTを利用した看護師との連携による死亡診断を行う場合には、往診又は訪問診療の際に死亡診断を行っていない場合でも、死亡診断加算のみを算定可能である。この場合、診療報酬明細書の摘要欄に、ICTを利用した看護師との連携による死亡診断を行った旨を記載すること。

ア 当該患者に対して定期的・計画的な訪問診療を行っていたこと。

イ 正当な理由のために、医師が直接対面での死亡診断等を行うまでに12時間以上を要することが見込まれる状況であること。

ウ 特掲診療料の施設基準等の第四の四の三の三に規定する地域に居住している患者であって、連携する他の保険医療機関において「C005」在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算若しくは「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料の同一建物居住者ターミナルケア加算又は連携する訪問看護ステーションにおいて訪問看護ターミナルケア療養費若しくは指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成12年厚生省告示第19号)別表の指定居宅サービス介護給付費単位数表の3のイ、ロ及びハの注15に掲げるターミナルケア加算を算定していること。

(20)～(22) (略)

(23) 「注12」に規定する点数は、算定月において施設基準通知第9の3又は第14の2の3の基準に該当しなくなった場合において、当該算定月の5回目以降の訪問診療を行った際に算定するものであり、各月の4回目の訪問診療までは、「注12」の規定にかかわらず、「1」に掲げる所定点数により算定する。

(24) 「注13」に規定する在宅医療DX情報活用加算は、在宅医療における診療計画の作成において居宅同意取得型のオンライン資格確認等システム等、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービス等により取得された患者の診療情報や薬剤情報等(以下この項において「診療情報等」という。)を活用することで質の高い医療を実施することを評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において当該診療情報等を踏まえて、計画的な医学管理の下に、訪問して診療を行った場合は、在宅医療DX情報活用加算として、月1回に限り所定点数の10点を加算する。

(25) 在宅医療DX情報活用加算の算定に当たっては、初回の訪問診療の場合には、訪問診療に係る計画の作成において、あらかじめ、診療情報等を活用していない場合には算定できない。ただし、あらかじめ診療情報等を取得している場合であって、初回の訪問診療の際に患者の診療情報等を活用可能な場合には、初回の訪問診療から算定できる。

(26) 「A000」初診料の「注15」、「A001」再診料の「注19」若しくは「A002」外来診療料の「注10」に規定する医療情報取得加算、「A000」初診料の「注16」に規定する医療DX推進体制整備加算、「C003」在宅がん医療総合診療料の「注8」に規定する在宅医療DX情報活用加算又は「C005」在宅患者訪問看護・指導料の「注17」(「C005-1-2」の「注6」の規定により準用する場合を含む。)若しくは「1012」精神科訪問看護・指導料の「注17」に規定する訪問看護医療DX情報活用加算を算定した月は、在宅医療DX情報活用加算は算定できない。

指導管理料

C103 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	520点
2 その他の場合	2,400点

■注1 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。

■注2 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、2を算定する患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、150点に当該期間の月数(当該指導を行った月に限り、2月を限度とする。)を乗じて得た点数を、所定点数に加算する。

(1) チアノーゼ型先天性心疾患に対する在宅酸素療法とは、ファロー四徴症、大血管転位症、三尖弁閉鎖症、総動脈幹症、単心室症などのチアノーゼ型先天性心疾患患者のうち、発作的に低酸素又は無酸素状態になる患者について、発作時に在宅で行われる救命的な酸素吸入療法をいう。この場合において使用される酸素は、小型酸素ボンベ(500リットル以下)又はクロレート・キャンドル型酸素発生器によって供給されるものとする。

(2) 保険医療機関が、チアノーゼ型先天性心疾患の患者について在宅酸素療法指導管理料を算定する場合には、これに使用する小型酸素ボンベ又はクロレート・キャンドル型酸素発生器は当該保険医療機関が患者に提供すること。

(3) 「その他の場合」に該当する在宅酸素療法とは、諸種の原因による高度慢性呼吸不全例、肺高血圧症の患者、慢性心不全の患者のうち、安定した病態にある退院患者及び手術待機の患者又は重度の群発頭痛の患者について、在宅で患者自らが酸素吸入を実施するものをいう。

(4) 「その他の場合」の対象となる患者は、高度慢性呼吸不全例のうち、在宅酸素療法導入時に動脈血酸素分圧55mmHg以下の者及び動脈血酸素分圧60mmHg以下で睡眠時又は運動負荷時に著しい低酸素血症を来す者であって、医師が在宅酸素療法を必要であると認めたもの、慢性心不全患者のうち、医師の診断により、NYHAⅢ度以上であると認められ、睡眠時のチェーンストーフス呼吸がみられ、無呼吸低呼吸指数(1時間当たりの無呼吸数及び低呼吸数をいう。)が20以上であることが睡眠ポリグラフイー上確認されている症例及び関連学会の診断基準により群発頭痛と診断されている患者のうち、群発期間中の患者であって、1日平均1回以上の頭痛発作を認めるものとする。この場合、適応患者の判定に経皮的動脈血酸素飽和度測定器による酸素飽和度を用いることができる。ただし、経皮的動脈血酸素飽和度測定器、区分番号「D223」経皮的動脈血酸素飽和度測定及び区分番号「D223-2」終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定の費用は所定点数に含まれており別に算定できない。

- (5) 在宅酸素療法指導管理料の算定に当たっては、動脈血酸素分圧の測定を月1回程度実施し、その結果について診療報酬明細書に記載すること。この場合、適応患者の判定に経皮的動脈血酸素飽和度測定器による酸素飽和度を用いることができる。ただし、経皮的動脈血酸素飽和度測定器、経皮的動脈血酸素飽和度測定及び終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定費用は所定点数に含まれており別に算定できない。
- (6) 在宅酸素療法を指示した医師は、在宅酸素療法のための酸素投与方法(使用機器、ガス流量、吸入時間等)、緊急時連絡方法等を装置に掲示すると同時に、夜間も含めた緊急時の対処法について、患者に説明を行うこと。
- (7) 在宅酸素療法を実施する保険医療機関又は緊急時に入院するための施設は、次の機械及び器具を備えなければならない。
- ア 酸素吸入設備
  - イ 気管内挿管又は気管切開の器具
  - ウ レスピレーター
  - エ 気道内分泌物吸引装置
  - オ 動脈血ガス分析装置(常時実施できる状態であるもの)
  - カ スパイロメトリー用装置(常時実施できる状態であるもの)
  - キ 胸部エックス線撮影装置(常時実施できる状態であるもの)
- (8) 在宅酸素療法指導管理料を算定している患者(入院中の患者を除く。)については、区分番号「J024」酸素吸入、区分番号「J024-2」突発性難聴に対する酸素療法、区分番号「J025」酸素テント、区分番号「J026」間歇的陽圧吸入法、区分番号「J026-3」体外式陰圧人工呼吸器治療、区分番号「J018」喀痰吸引、区分番号「J018-3」干渉低周波去痰器による喀痰排出及び区分番号「J026-2」鼻マスク式補助換気法(これらに係る酸素代も含む。)の費用(薬剤及び特定保険医療材料に係る費用を含む。)は算定できない。
- (9) 遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する。
- ア 「その他の場合」の対象で、かつ、日本呼吸器学会「COPD(慢性閉塞性肺疾患)診断と治療のためのガイドライン」の病期分類でⅢ期以上の状態となる入院中の患者以外の患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、情報通信機器を活用して、脈拍、酸素飽和度、機器の使用時間及び酸素流量等の状態について定期的にモニタリングを行った上で、状況に応じ、療養上必要な指導を行った場合に、2月を限度として来院時に算定することができる。
  - イ 患者の同意を得た上で、対面による診療とモニタリングを組み合わせた診療計画を作成する。当該計画の中には、患者の急変時における対応等も記載し、当該計画に沿ってモニタリングを行った上で、状況に応じて適宜患者に来院を促す等の対応を行う。なお、当該モニタリングの開始に当たっては、患者やその家族等に対し、情報通信機器の基本的な操作や緊急時の対応について十分に説明する。
  - ウ 当該加算を算定する月においては、モニタリングにより得られた臨床所見等及び行った指導内容を診療録に記載すること。
  - エ 療養上必要な指導はビデオ通話が可能な情報通信機器を用いて、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って行うこと。なお、当該診療に関する費用は当該加算の所定点数に含まれており、別に区分番号「A003」オンライン診療料を算定することはできない。

**遠隔モニタリング加算 施設基準**

- (1) 厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。
  - (2) 呼吸器内科について3年以上の経験を有する常勤の医師を配置していること。
  - (3) 呼吸器内科について3年以上の経験を有する看護師を配置していること。
- 2 届出に関する事項
- 在宅酸素療法指導管理料遠隔モニタリング加算の施設基準に係る届出は別添2の様式20の3の2を用いること。

**治療器**

**C157 酸素ポンペ加算**

- 1 携帯用酸素ポンペ **880点**
- 2 1以外の酸素ポンペ **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、酸素ポンペを使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

- (1) チアノーゼ型先天性心疾患の患者に対して指導管理を行った場合は、酸素ポンペ加算は別に算定できない。
- (2) 「1」の加算は、医療機関への通院等に実際に携帯用小型ポンペを使用した場合に算定できる。なお、用いられるポンペのうち概ね 1,500 リットル以下の詰め替え可能なものについて算定の対象とし、使い捨てのものについては算定の対象としない。
- (3) 同一患者に対して酸素ポンペ(携帯用酸素ポンペを除く。)、酸素濃縮装置及び設置型液化酸素装置を併用して在宅酸素療法を行った場合は、合わせて3月に3回に限り算定する。
- (4) 同一患者に対して、携帯用酸素ポンペ及び携帯型液化酸素装置を併用して在宅酸素療法を行った場合は、合わせて3月に3回に限り算定する。

**C158 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、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C157に掲げる酸素ポンペ加算の2は算定できない。

- (1) チアノーゼ型先天性心疾患の患者に対して指導管理を行った場合は、酸素濃縮装置加算は別に算定できない。
- (2) 同一患者に対して酸素ポンペ(携帯用酸素ポンペを除く。)、酸素濃縮装置及び設置型液化酸素装置を併用して在宅酸素療法を行った場合は、合わせて3月に3回に限り算定する。
- (3) 同一患者に対して携帯用酸素ポンペ及び携帯型液化酸素装置を併用して在宅酸素療法を行った場合は、合わせて3月に3回に限り算定する。

**C159-2 呼吸同調式デマンドバルブ加算**

**291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、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

呼吸同調式デマンドバルブ加算は、呼吸同調式デマンドバルブを携帯用酸素供給装置と鼻カニューレとの間に装着して使用した場合に算定できる。

**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。
- 3 6歳未満の乳幼児に対して区分番号C103に掲げる在宅酸素療法指導管理料、C107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料又はC107-2に掲げる在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定する場合は、乳幼児呼吸管理材料加算として、3月に3回に限り1,500点を所定点数に加算する。

- 1 在宅療養指導管理材料加算は、要件を満たせば、第1款在宅療養指導管理料を算定するか否かにかかわらず、別に算定できる。
- 2 同一の保険医療機関において、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を算定する。この場合において、在宅療養指導管理材料加算及び当該2以上の指導管理に使用した薬剤、特定保険医療材料の費用は、それぞれ算定できる。
- 3 在宅療養指導管理材料加算は、例えば「酸素ポンペを使用した場合」とは当該保険医療機関の酸素ポンペを在宅で使用させた場合をいう等、保険医療機関が提供すること及び在宅における状態であることを前提としているものであること。なお、保険医療機関が所有する装置(酸素濃縮装置等)を患者に貸与する場合、保険医療機関は、当該装置の保守・管理を十分に行うこと。また、これらの装置の保守・管理を販売業者に委託する場合には、保険医療機関は、当該販売業者との間で、これらの装置の保守・管理に関する契約を締結し、保守・管理の内容を患者に説明した上で、定期的な確認と指導を行い、当該装置の保守・管理が当該販売業者により十分に行われている状況を維持すること。
- 4 「2」の「保険医療材料の使用を算定要件とするもの」とは、区分番号「C160」在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算等をいう。
- 5 「3」の加算については、6歳未満の乳幼児に対する在宅呼吸管理を行い、専用の経皮的動脈血酸素飽和度測定器その他附属品を貸与又は支給したときに算定する。なお、診療報酬明細書の摘要欄に貸与又は支給した機器等の名称及びその数量を記載すること。

**C171 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。

- (1) 在宅酸素療法材料加算1は、区分番号[C103]在宅酸素療法指導管理料の「1」を算定すべき指導管理を行った患者に対し、保険医療機関からチアノーゼ型先天性心疾患の患者に小型酸素ボンベ又はフロレート・キャンドル型酸素発生器が提供される場合に、3月に3回に限り算定できる。なお、本加算には当該装置に係る費用のうち、装置に必要な回路部品その他の附属品等に係る費用が含まれるものであること。
- (2) 在宅酸素療法材料加算2は、区分番号[C103]在宅酸素療法指導管理料の「2」を算定すべき指導管理を行った患者に対し、保険医療機関から在宅酸素療法装置が提供される場合に、3月に3回に限り算定できる。なお、本加算には当該装置に係る費用のうち、装置に必要な回路部品その他の附属品等に係る費用が含まれるものであること。

**検査**

**D211-3 時間内歩行試験 200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行われる場合に限り算定する。

■注2 区分番号D200に掲げるスパイログラフィー等検査及び区分番号D220からD223-2までに掲げる諸監視であって、時間内歩行試験と同一日に行われたものの費用は、所定点数に含まれるものとする。

- (1) 時間内歩行試験は、在宅酸素療法を施行している患者又は区分番号[C103]在宅酸素療法指導管理料の算定要件を満たす患者若しくは本試験により算定要件を満たすことが可能となる患者で在宅酸素療法の導入を検討している患者に対し、医師又は医師の指導管理の下に看護職員若しくは臨床検査技師がパルスオキシメーター等を用いて動脈血酸素飽和度を測定しながら6分間の歩行を行わせ、到達した距離、動脈血酸素飽和度及び呼吸・循環機能検査等の結果を記録し、医師が患者の運動耐容能等の評価及び治療方針の決定を行った場合に、年に4回を限度として算定する。
- (2) 医師の指導管理の下に看護職員又は臨床検査技師が6分間の歩行を行わせる場合は、医師が同一建物内において当該看護職員又は臨床検査技師と常時連絡が取れる状態かつ緊急事態に即時的に対応できる体制であること。
- (3) 以下の事項を診療録に記載すること
  - ア 当該検査結果の評価
  - イ 到達した距離、施行前後の動脈血酸素飽和度、呼吸・循環機能検査等の結果
- (4) 当該検査を算定する場合にあつては、以下の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
  - ア 過去の実施日
  - イ 在宅酸素療法の実施の有無又は流量の変更を含む患者の治療方針

**D211-4 シャトルウォーキングテスト 200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行われる場合に限り算定する。

■注2 区分番号D200に掲げるスパイログラフィー等検査及び区分番号D220からD223-2までに掲げる諸監視であつて、シャトルウォーキングテストと同一日に行われたものの費用は、所定点数に含まれるものとする。

- (1) シャトルウォーキングテストは、在宅酸素療法を施行している患者又は区分番号[C103]在宅酸素療法指導管理料の算定要件を満たす患者若しくは本試験により算定要件を満たすことが可能となる患者であつて在宅酸素療法の導入を検討しているものに対し、医師又は医師の指導管理の下に看護職員若しくは臨床検査技師がパルスオキシメーター等を用いて動脈血酸素飽和度を測定しながら一定の距離を往復で歩行さ

せ、歩行可能距離又は歩行持続時間、動脈血酸素飽和度及び呼吸・循環機能検査等の結果を記録し、医師が患者の運動耐容能等の評価及び治療方針の決定を行った場合に、年に4回を限度として算定する。なお、区分番号[D211-3]時間内歩行試験を併せて実施した場合には、時間内歩行試験又はシャトルウォーキングテストを合わせて年に4回を限度として算定する。

- (2) 医師の指導管理の下に看護職員又は臨床検査技師がシャトルウォーキングテストを行う場合は、医師が同一建物内において当該看護職員又は臨床検査技師と常時連絡が取れる状態かつ緊急事態に即時的に対応できる体制であること。
- (3) 以下の事項を診療録に記載すること。
  - ア 当該検査結果の評価
  - イ 歩行可能距離又は歩行持続時間、施行前後の動脈血酸素飽和度、呼吸・循環機能検査等の結果
- (4) 当該検査を算定する場合にあつては、以下の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
  - ア 過去の実施日
  - イ 在宅酸素療法の実施の有無又は流量の変更を含む患者の治療方針

**時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテスト 施設基準**

- (1) 当該検査の経験を有し、循環器内科又は呼吸器内科の経験を5年以上有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
  - (2) 急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該検査を行うための体制が整備されていること。
  - (3) 次に掲げる緊急の検査及び画像診断が当該保険医療機関内で実施できる体制にあること。
    - ア 生化学的検査のうち、血液ガス分析
    - イ 画像診断のうち、単純撮影(胸部)
- 2 届出に関する事項  
時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテストの施設基準に係る届出については、別添2の様式24の6及び様式52を用いること。

**D223 経皮的動脈血酸素飽和度測定(1日につき) 35点**

■注 人工呼吸と同時に行った経皮的動脈血酸素飽和度測定の費用は、人工呼吸の所定点数に含まれるものとする。

- (1) 経皮的動脈血酸素飽和度測定は、次のいずれかに該当する患者に対して行った場合に算定する。
  - ア 呼吸不全若しくは循環不全又は術後の患者であつて、酸素吸入若しくは突発性難聴に対する酸素療法を現に行っているもの又は酸素吸入若しくは突発性難聴に対する酸素療法を行う必要があるもの
  - イ 静脈麻酔、硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を実施中の患者に行った場合  
なお、閉鎖式全身麻酔を実施した際に区分番号[L008]マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を算定した日と同一日には算定できない。
- (2) 区分番号[C103]在宅酸素療法指導管理料を算定している患者(これに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。)については、経皮的動脈血酸素飽和度測定の費用は算定できない。

**D223-2 終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定(一連につき) 100点**

- (1) 終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定は、睡眠時呼吸障害の疑われる患者に対して行った場合に算定し、数日間連続して測定した場合でも、一連のものとして算定する。
- (2) 区分番号[C103]在宅酸素療法指導管理料を算定している患者(これに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。)については、終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定(一連につき)の費用は算定できない。

**注意** 2024年3月5日現在の情報をもとに作成しております。点数算定される場合は、必ず厚生労働省の告示、通知をご確認ください。

※参考資料  
診療報酬の算定方法の一部を改正する件(告示)  
診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(通知)

令和6年厚生労働省告示第57号  
令和6年3月5日保医発0305第4号